การศึกษาสภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชนจังหวัดนนทบุรี

การศึกษาสภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชนจังหวัดนนทบุรี

การศึกษาสภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชนจังหวัดนนทบุรี

คณะผู้วิจัย
สมจินต์ โฉมวัฒนะชัย สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
สมฤดี เนียมหอม สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพการวิจัยทางคลินิกแก่บุคลากรในสังกัดกรมการแพทย์ สนับสนุนงบประมาณโดยกองทุนสนับสนุนวิชาการกรมการแพทย์

คำนำ

การศึกษาสภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชนจังหวัดนนทบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะการดูแล สภาพปัญหา วิธีการแก้ไขปัญหา และผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลในชุมชนจังหวัดนนทบุรี การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาเฉพาะกรณีด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกต ผู้วิจัยได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายจนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ที่จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพการวิจัยทางคลินิกแก่บุคลากรในสังกัดกรมการแพทย์และสนับสนุนงบประมาณให้ทำการวิจัย ขอขอบคุณบุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาล และสถานีอนามัยทุกแห่งในจังหวัดนนทบุรีที่ให้ข้อมูลและประสานงาน รวมทั้งนำทางไปพบกลุ่มเป้าหมาย ท้ายนี้ขอขอบคุณผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งจนงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ ผู้วิจัยหวังว่าการศึกษาเรื่องนี้จะเกิดประโยชน์ต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชนอื่นๆ ต่อไป

คณะผู้วิจัย

บทคัดย่อ

การศึกษาสภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชนจังหวัดนนทบุรี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะการดูแล ปัญหา แนวทางแก้ไขปัญหา และผลกระทบในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชนจังหวัดนนทบุรี วิธีการศึกษาใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต ตรวจสอบคุณภาพข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้าจากข้อมูลในเวลาที่ต่างกัน ผู้วิจัยที่แตกต่างกัน และวิธีรวบรวมข้อมูลที่แตกต่างกัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 61 - 97 ปี สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพเดิมทำนา/ทำสวน รับราชการ รับจ้าง ไม่มีรายได้ มีโรคประจำตัว 1 - 2 โรค ได้แก่ เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ถุงลมโป่งพอง และเก๊าท์ มีบุตร 1 - 8 คน ระยะเวลาที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม 3 เดือน - 14 ปี อาการอยู่เฉยๆ ไม่พูด หงุดหงิด ทำร้ายร่างกายผู้ดูแล และนอนติดเตียง ผู้สูงอายุทุกรายไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 29 - 70 ปี เป็นผู้สูงอายุ 2 ราย สถานภาพสมรสคู่ มีบุตร 1 - 3 คน การศึกษาระดับประถมศึกษา ปัจจุบันยังประกอบอาชีพ 6 ราย มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ภูมิแพ้ ต้อกระจก และพิการ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุเป็นบุตร รายได้สำหรับใช้จ่ายในครอบครัวและดูแลผู้สูงอายุมาจากการประกอบอาชีพ เงินบำนาญของผู้สูงอายุ การเกื้อหนุนของญาติ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยยังชีพผู้พิการ และเงินสะสมซึ่งเพียงพอกับการใช้จ่าย

ปัญหาของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมด้านร่างกาย ได้แก่ ทักษะความสามารถทางกายและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง บางรายไม่สามารถดูแลตนเองได้ เรื่องการรับประทานอาหาร การทำความสะอาดช่องปาก ฟัน ล้างหน้า การทำความสะอาดร่างกาย อาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การขับถ่าย/การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหว : การลุกจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การขึ้นลงบันได ด้านจิตใจและพฤติกรรม ได้แก่ อาการหลงลืม จำคนในครอบครัวหรือบ้านตนเองไม่ได้ นั่งนิ่งๆ ไม่พูดคุยหรือบอกเมื่อต้องการอะไร ทำลายข้าวของ ทำร้ายร่างกายผู้อื่น เดินแบบไม่มีจุดหมาย เดินหายออกจากบ้าน ด้านสังคม ได้แก่ การสูญเสียสถานภาพทางสังคม บทบาทหน้าที่ รวมทั้งความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ได้แก่ บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน

บทคัดย่อ (ต่อ)

ผลกระทบที่ผู้ดูแลได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมด้านร่างกาย ได้แก่ อาการอ่อนเพลียเนื่องจากนอนน้อยลง การเอาใจใส่สุขภาพของผู้ดูแลลดลง ด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียดเนื่องจากขาดอิสระในการดำเนินชีวิตและภาระเพิ่มขึ้นเนื่องจากต้องดูแลสมาชิกครอบครัวคนอื่นด้วย ความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ด้านสังคม ได้แก่ การมีอิสระในการดำเนินชีวิตลดลง แต่ไม่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินกิจกรรมด้านสังคม ผู้ดูแลไม่รู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา ครอบครัวและผู้ดูแลควรแสวงหาความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมรวมทั้งทรัพยากรเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมเพิ่มเติมอยู่ตลอดเวลา สนับสนุนให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

สารบัญ

คำนำ i

บทคัดย่อ ii

สารบัญ iv

บทที่ 1 บทนำและระเบียบวิธีการศึกษา

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

คำถามการวิจัย 2

วัตถุประสงค์ 2

ขอบเขตการวิจัย 3

คำจำกัดความ 3

ระเบียบวิธีวิจัย 3

บทที่ 2 แนวความคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม 7

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม 16

ปัญหา และผลกระทบของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม 21

บทที่ 3 ผลการศึกษา 25

บทที่ 4 สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ 46

บรรณานุกรม 52

ภาคผนวก

ดัชนีบาร์เทล เอดีแอล (Barthel ADL Index) 58

แนวคำถามการสัมภาษณ์ผู้ดูแล 60

หนังสือยินยอม (INFORMED CONSENT FORM) 61

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของผู้สูงอายุไทยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งจำนวนและสัดส่วน โดยพบว่าผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ในปี พ.ศ.2543 มีผู้สูงอายุร้อยละ 9.43 ของประชากรทั้งประเทศ พ.ศ.2548 ร้อยละ 10.38 และ พ.ศ.2552 ร้อยละ 11.47 คาดว่าอีก 20 ปีข้างหน้าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า[1,2] การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรที่จะมีผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นมิใช่มีความสำคัญในประเด็นจำนวนที่เพิ่มขึ้นเพียงอย่างเดียว สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยของระบบต่างๆ ของร่างกาย รวมทั้งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ สูง การศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในเรื่องสุขภาพมักพบว่าปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อ และมักเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 31.7 โรคเบาหวานร้อยละ 13.3 และโรคหัวใจร้อยละ 7.0[3] ผู้สูงอายุร้อยละ 93 มีความเจ็บป่วย[4] ร้อยละ 12.2 ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และยิ่งอายุมากขึ้นยิ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงขึ้น[3] ทำให้เกิดภาระต่อระบบสุขภาพอย่างมาก ส่งผลกระทบทางอ้อมต่อปัญหาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นคำที่เรียกกลุ่มอาการต่างๆ ที่เกิดจากการทำงานของสมองที่เสื่อมลงในเรื่องของความจำ การใช้ความคิด และการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ นอกจากนี้ยังพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพร่วมด้วย เช่น หงุดหงิดง่าย เฉื่อยชา หรือเมินเฉย เป็นต้น การเสื่อมของสมองจะเป็นไปอย่างต่อเนื่องเรื่อยๆ จนในที่สุดจะส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตทั้งในด้านอาชีพการงานและชีวิตส่วนตัว สมองเสื่อมไม่ใช่ภาวะปกติของผู้สูงอายุ แต่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุอย่างยิ่ง การศึกษาวิจัยในต่างประเทศพบว่าอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น คนที่มีอายุ 65 – 69 ปี จะมีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 1.4 จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในทุก 5 ปี คนที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไปจะพบภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 23.6[5] สำหรับประเทศไทยพบอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 3.3 และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตามอายุที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยกลุ่มอายุ 60 – 64 ปีพบร้อยละ 1 และกลุ่มอายุ 90 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 31.3[6] ดังนั้นเมื่ออายุมากขึ้นโอกาสเสี่ยงของการเป็นภาวะสมองเสื่อมยิ่งเพิ่ม

ขึ้นเรื่อยๆ ปัญหาสมองเสื่อมจึงเป็นปัญหาที่สำคัญ มีผลกระทบต่อประชากรโลกทั้งด้านการสาธารณสุข เศรษฐกิจ การเมือง ซึ่งในอนาคตจะเป็นปัญหาของประเทศไทยเช่นกัน เนื่องจากคนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น ประชากรของประเทศส่วนใหญ่เป็นประชากรผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมนอกจากจะมีความจำที่บกพร่องแล้ว ยังพบปัญหาเรื่องพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ การเดินหายออกจากบ้าน การเก็บสะสมของ การลวนลามทางเพศ การดำเนินโรคของภาวะสมองเสื่อมเป็นไปอย่างต่อเนื่องจนถึงขั้นทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในที่สุด ตกอยู่ในภาวะพึ่งพา ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเพื่อให้ชีวิตดำรงอยู่ได้ จากความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันหรือประเพณีวัฒนธรรมที่ต้องให้การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน บุคคลในครอบครัวผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจึงหลีกเลี่ยงบทบาทการเป็นผู้ดูแลไม่ได้ การเป็นผู้ดูแลนั้นต้องเสียสละเป็นอย่างยิ่ง รวมทั้งต้องทุ่มเทแรงกายและแรงใจที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลจึงได้รับผลกระทบจากการดูแลทั้งทางตรงและทางอ้อมไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ดังนั้นการศึกษาสภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชนจังหวัดนนทบุรีน่าจะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชนต่อไป

คำถามวิจัย

1. ผู้ดูแลมีลักษณะการดูแล ปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชนจังหวัดนนทบุรีอย่างไร
2. ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชนจังหวัดนนทบุรีอย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาลักษณะการดูแล ปัญหา แนวทางแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลในชุมชนจังหวัดนนทบุรี
2. เพื่อศึกษาผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลในชุมชนจังหวัดนนทบุรี

ขอบเขตการวิจัย

ศึกษาเฉพาะผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในจังหวัดนนทบุรีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

คำจำกัดความ

ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างใกล้ชิด สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้ถูกต้อง เป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ คู่สมรส บุตรหลาน

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม

ชุมชนจังหวัดนนทบุรี หมายถึง ชุมชนเมือง (ตั้งอยู่เขตเมืองหรือเขตเทศบาล) และชุมชนชนบท (ตั้งอยู่นอกเขตเมืองหรือนอกเขตเทศบาล) ในจังหวัดนนทบุรี

ระเบียบวิธีวิจัย

1. **ประเภทการวิจัย** เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ศึกษาด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสังเกต (Observation)

2. **ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย**

   2.1 ผู้วิจัยได้ประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรีเพื่อขอข้อมูลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของจังหวัดนนทบุรี มาทำการศึกษาเพื่อคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย

   2.2 ดำเนินการจัดประชุมบุคลากรสุขภาพของจังหวัดนนทบุรี ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และสถานีอนามัย เพื่อสร้างความเข้าใจและร่วมลงพื้นที่ในการเก็บข้อมูล

   2.3 ทีมวิจัยร่วมกับบุคลากรสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบ ออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเพื่อคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย

(1) ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม

(2) มีผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ คู่สมรส บุตรหลาน และสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้

(3) มีบ้านเรือนตั้งอยู่ในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี

(4) เต็มใจและพร้อมให้ข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัย

3. **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพ สนทนาทั่วไป แล้วจึงอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขออนุญาตทำการศึกษาวิจัยด้วยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โดยมีแนวทางการสัมภาษณ์ประกอบด้วย

ข้อมูลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

(1) ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพเดิม รายได้ แหล่งรายได้ จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่

(2) ข้อมูลภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม อาการ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้แก่ การรับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว/ใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องสุขา การลุกนั่ง/ลุกจากที่นอน และการกลั้นอุจจาระ/ปัสสาวะ

ข้อมูลผู้ดูแล

(1) ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว

(2) ข้อมูลการดูแล ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ การเข้าสู่บทบาทผู้ดูแล วิธีการดูแล วิธีการแก้ไขปัญหาในการดูแล ผลกระทบจากการดูแล

4. **การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ด้วยการจดบันทึก และเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์แต่ละครั้งจะประชุมทีมวิจัยเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเขียนเป็นบันทึกภาคสนาม (fieldnote)

5. **การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล** ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangular check)

(1) **การตรวจสอบข้อมูลในเวลาที่ต่างกัน** ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายรายละ 2 - 3 ครั้ง และกำหนดเวลาที่จะเข้าไปศึกษาที่แตกต่างกัน เช่น ช่วงเช้า ช่วงบ่าย และช่วงเย็น โดยพบว่าข้อมูลที่ได้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ไม่พบความแตกต่างกัน

(2) **การตรวจสอบข้อมูลจากผู้วิจัยที่แตกต่างกัน** ผู้วิจัยได้กำหนดผู้เก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายในแต่ละครั้งแตกต่างกัน เมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์แต่ละครั้งผู้วิจัยจะชุมทีม (Team suggest) เพื่อสรุปข้อมูล โดยพบว่าข้อมูลที่ได้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ไม่พบความแตกต่างกัน

(3) **การตรวจสอบข้อมูลโดยวิธีรวบรวมข้อมูลที่แตกต่างกัน** ในการศึกษากลุ่มเป้าหมายแต่ละครั้งผู้วิจัยจะใช้วิธีการสัมภาษณ์เจาะลึกร่วมกับการสังเกต เช่น สภาพผู้ป่วย สภาพผู้ดูแล และสภาพแวดล้อม จากการรวบรวมข้อมูลทั้งสองวิธีพบว่าข้อมูลที่ได้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ไม่พบความแตกต่างกัน

6. **การวิเคราะห์ข้อมูล** ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เพื่อตีความ เรียบเรียง และสร้างข้อสรุป โดยนำเสนอเป็น 4 บท ดังนี้

บทที่ 1 บทนำ

บทที่ 2 แนวความคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

บทที่ 3 ผลการศึกษา

บทที่ 4 สรุป อภิปราย ข้อเสนอแนะ

7. **ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม**

ผู้วิจัยคำนึงถึงการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลและครอบครัว ข้อมูลต่างๆ จะรักษาเป็นความลับมีเฉพาะนักวิจัยที่เข้าถึงข้อมูลได้ การวิเคราะห์ข้อมูลจะทำในภาพรวมเพื่อไม่ให้สามารถระบุถึงผู้ให้ข้อมูลและครอบครัวได้ ผู้วิจัยเคารพในสิทธิของผู้ให้ข้อมูลพยายามให้มีความไว (sensitive) ต่อท่าทีของผู้ให้ข้อมูล และสอบถามความสมัครใจในการให้ข้อมูล นอกจากผู้วิจัยจะขออนุญาตก่อนเก็บข้อมูลแล้วยังให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรโดยให้ลงลายมือชื่อและนามสกุลในใบยินยอมให้ทำการศึกษาวิจัย โครงการนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมแล้ว (แนบใบอนุมัติให้ดำเนินการในภาคผนวก)

8. **ข้อจำกัดการวิจัย**

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนจังหวัดนนทบุรี ซึ่งเป็นสภาพสังคมที่มีลักษณะเฉพาะ ไม่สามารถนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงแทนประชากรทั้งประเทศได้

9. **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

(1) ข้อมูลลักษณะการดูแล ปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมสามารถนำไปเป็นข้อมูลในการศึกษาและต้นแบบในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในครอบครัวและชุมชนอื่นได้

(2) ข้อมูลลักษณะการดูแล ปัญหา แนวทางแก้ไขปัญหา และผลกระทบในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของชุมชนจังหวัดนนทบุรีจะสะท้อนบริบทการดูแลของสังคมไทยได้ และสามารถนำมาเป็นข้อมูลสำหรับการดูแลช่วยเหลือ/แก้ไขปัญหาในระดับนโยบายที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนต่อไป

บทที่ 2
แนวความคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาสภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชนจังหวัดนนทบุรี ได้มีการทบทวนวรรณกรรมดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม
2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม
3. ปัญหา และผลกระทบของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

ความหมายภาวะสมองเสื่อม

กัมมันต์ พันธุมจินดา[7] (2536) ให้ความหมายสมองเสื่อมว่าเป็นอาการที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของสมองส่วนเปลือกสมอง (Cerebral cortex) หรือวิถีประสาทที่เกี่ยวข้อง ลักษณะของกลุ่มอาการสมองเสื่อมที่สำคัญ เช่น ความจำไม่ดี อารมณ์เปลี่ยนแปลง การใช้ภาษาผิดปกติ สมองเสื่อมมักเกิดในผู้สูงอายุ

สิรินทร ฉันศิริกาญจน[8] (2548) ให้ความหมายสมองเสื่อมว่าเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความเสื่อมถอยของความสามารถสมองไปเรื่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยมีความจำบกพร่อง ซึ่งในช่วงแรกไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ (บอกแล้วลืม) และเมื่ออาการมากขึ้นจะลืมสิ่งเก่าๆ ที่เคยรู้หรือเคยทำได้ไปเรื่อยๆ ร่วมกับมีอาการอื่นที่เกิดจากเปลือกสมองสูญเสียหน้าที่ไป ผู้ป่วยจะมีปัญหาเรื่องการคิดคำนวณ สมาธิ การรับรู้ตนเองกับสิ่งแวดล้อม การใช้ภาษา ความคิดริเริ่ม ความเข้าใจในสิ่งที่เป็นนามธรรม ร่วมกับมีอารมณ์ พฤติกรรม และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง

สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม สาเหตุที่พบบ่อยมีดังนี้[9]

1. เกิดจากปัญหาหลอดเลือดสมอง เมื่ออายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทั่วร่างกาย ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละคน โดยมีไขมันสะสมใต้ผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดไม่เรียบและตีบลง ถ้ามีหลอดเลือดตีบมากจะทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ไม่สมบูรณ์ เมื่อสมองขาดเลือดทำให้เนื้อสมองบางส่วนจะค่อยๆ ตายไป ความสามารถของสมองลดลง บางครั้งอาจเกิดการตีบตันของเส้นเลือดใหญ่ในสมองทำให้ผู้ป่วยแขนขาอ่อนแรงเป็นอัมพาต อัมพฤกษ์ การรู้สึกตัวจะลดลงร่วมกับมีลักษณะสมองเสื่อม ซึ่งถือว่าเป็นสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เหล่านี้ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน สูบบุหรี่ โรคอ้วน

2. เกิดจากการเสื่อมสลายของเนื้อสมองโดยไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน โดยพบว่าเซลล์สมองมีการเสื่อมสลายตายไปและไม่มีเซลล์สมองใหม่ขึ้นมาทดแทน ทำให้สมองนั้นไม่สามารถทำงานได้อย่างเดิม โรคที่เป็นสาเหตุที่พบบ่อยของความผิดปกติแบบนี้คือ โรคอัลไซเมอร์

3. เกิดจากการติดเชื้อในสมองทำให้เซลล์สมองบางส่วนตายไป ส่งผลต่อความเฉลียวฉลาดและลดการทำงานของสมองด้วย การติดเชื้อในสมองที่พบบ่อยคือ การติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ซึ่งพบในผู้สูงอายุไม่มากนัก นอกจากนี้ยังพบภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากการอักเสบของสมองหรือเยื่อหุ้มสมองจากการติดเชื้อไวรัสหรือเชื้อแบคทีเรียบางชนิด เช่น ไวรัส Japaneise-B ซึ่งอยู่ในหมู โดยมียุงเป็นพาหะนำโรคจากหมูไปสู่คน ทำให้คนที่ถูกยุงกัดเกิดอาการเจ็บป่วย ไข้สูง หมดสติ ชัก ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งจะถึงแก่กรรม ส่วนผู้ป่วยที่ไม่เสียชีวิตจะหมดสติอยู่นานแล้วค่อยๆ รู้สติขึ้นมา พร้อมกับความจำ ความรู้ ความสามารถของสมองสูญเสียไปเกือบหมด ไม่ทราบว่าตนเองเป็นใคร เคยเรียนรู้อะไรก็จะจำไม่ได้ต้องมาเริ่มเรียนกันใหม่หมด ลักษณะเช่นนี้เป็นลักษณะสมองเสื่อมอย่างหนึ่งที่เกิดจากการติดเชื้อในสมอง

4. เกิดจากการขาดสารอาหารบางชนิด เช่น วิตามินบี 1 วิตามินบี 12 และสารโฟลิกแอซิก การขาดวิตามินบี 1 มักพบในผู้ติดสุราหรือดื่มสุรามากๆ แล้วไม่ค่อยรับประทานอาหาร ร่างกายต้องใช้วิตามินบี 1 เพื่อช่วยในการสร้างเซลล์สมอง เมื่อไม่ได้รับสารอาหารก็จะทำให้เซลล์สมองเสียหายตายไป ส่วนวิตามินบี 12 อยู่ในเนื้อสัตว์ คนไทยส่วนใหญ่มักไม่ค่อยมีปัญหากับการขาดวิตามินบี 12 แต่อาจพบได้ในคนที่เป็นมังสวิรัติอย่างเคร่งครัด การไม่รับประทานเนื้อสัตว์นานๆ หลายปีมีโอกาสที่จะขาดวิตามินบี 12 ได้ ดังนั้นคนที่เป็นมังสวิรัติ

อย่างเคร่งครัดจึงควรได้รับวิตามินเสริมเป็นครั้งคราวเพื่อให้เพียงพอกับการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย นอกจากนี้ยังอาจพบการขาดวิตามินบี 12 ในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นออกไป จึงทำให้ขาดสารอาหารบางอย่างที่ช่วยหรือเป็นตัวจำเป็นในการดูดซึมวิตามินบี 12 จากกระเพาะอาหารและลำไส้เข้าสู่ระบบร่างกาย ผู้ป่วยจะมีอาการทางประสาท แขนขาชา เดินไม่ได้ ร่วมกับมีอาการสมองเสื่อม และถ้าไม่ได้รับการแก้ไขหรือรักษาอาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ อาการร่วมที่แพทย์ควรคำนึงถึงภาวะขาดวิตามินบี 12 คืออาการชีด ถ้ามีปัญหาสมองร่วมกับเลือดจางให้นึกถึงว่าขาดวิตามินบี 12 หรือไม่ การรักษาทำได้โดยการให้ยารับประทานหรือยาฉีด จะทำให้อาการทางสมองหรืออาการทางระบบประสาทกลับคืนมาได้ ซึ่งจะมากหรือน้อยจะขึ้นอยู่ว่าเป็นนานหรือเป็นรุนแรงเท่าไหร่

5. เกิดจากการแปรปรวนของระบบเมตาบอลิกของร่างกาย เช่น การทำงานของต่อมไร้ท่อบางชนิดผิดปกติ โดยเฉพาะต่อมไทรอยด์ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการทำงานของสมอง หรือการทำงานของตับผิดปกติ หรือไตวายก็จะมีปัญหาเรื่องความจำ ความเฉลียวฉลาดเกิดขึ้นด้วย

6. เกิดจากการกระทบกระเทือนเสมอๆ ที่สมอง เช่น นักมวย หรือผู้ที่เล่นกีฬาแล้วต้องใช้ศีรษะเป็นประจำในช่วงวัยเด็กหรือวัยต้นของชีวิต ซึ่งการกระทบกระเทือนจะยังไม่เห็นอาการผิดปกติใดๆ ในช่วงวัยดังกล่าว เนื่องจากสมองมีส่วนสำรองอยู่มาก เมื่ออายุมากขึ้นส่วนสำรองต่างๆ เหล่านั้นลดลง ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้ ผู้ที่เคยได้รับอุบัติเหตุถึงขั้นสลบมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นสมองเสื่อมเมื่อสูงอายุมากกว่าบุคคลทั่วไป

7. เกิดจากช่องในสมองขยายใหญ่ขึ้นจากน้ำเลี้ยงสมองคั่ง สาเหตุนี้ยังไม่ทราบชัดเจนว่าเกิดจากอะไร ผู้ป่วยจะมีอาการสมองเสื่อม เดินลำบาก และกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ปัสสาวะรด ราด และเมื่อทำการตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบว่าช่องในสมองขยายใหญ่ผิดปกติและไปกดเบียดเนื้อสมองที่อยู่รอบๆ ช่องนั้น เมื่อได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้องแล้วผู้ป่วยมักจะกลับมามีอาการทางสมองดีขึ้น

8. เกิดจากเนื้องอกในสมองซึ่งทำให้มีอาการคล้ายกับสมองเสื่อมได้ โดยเฉพาะเนื้องอกที่อยู่ด้านหน้าของสมอง ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการแขนขาอ่อนแรง แต่อาจมีความเฉลียวฉลาดหรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป

9. เกิดจากยาหรือสารที่เป็นพิษโดยเฉพาะยาที่มีผลต่อการทำงานของสมอง เช่น ยานอนหลับ ยากันชัก ยาคลายเครียด ถ้าได้รับยาเหล่านี้ในขนาดที่สูงเกินไปหรือสะสมอยู่ในร่างกายนาน อาจทำให้การทำงานของสมอง ความเฉลียวฉลาด ลักษณะบุคลิกภาพของผู้นั้นเปลี่ยนแปลงไป มีอาการแบบสมองเสื่อมได้ สารที่เป็นพิษอีกตัวหนึ่งคือ เหล้า ถ้าดื่มนานๆ จะทำให้มีอาการแบบสมองเสื่อมได้ ซึ่งอาจเป็นผลโดยตรงของเหล้ารวมกับภาวะการขาดวิตามิน

10. เกิดจากการอักเสบของหลอดเลือด ผู้ป่วยที่มีการอักเสบของหลอดเลือดเล็กๆ ที่สมองทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่สมบูรณ์ก่อให้เกิดอาการแบบสมองเสื่อมได้

อาการของภาวะสมองเสื่อม แบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้[8]

1. ระยะแรกหรือระยะเริ่มต้น (ระยะดำเนินโรค 1 – 3 ปี) ผู้ป่วยจะมีความจำบกพร่องจะเห็นได้ชัดที่ความจำระยะสั้น โดยเฉพาะการถามซ้ำแล้วซ้ำอีกในคำถามเดิมซึ่งได้คำตอบแล้ว ผู้ป่วยจะจำเหตุการณ์เก่าๆ ได้ดีกว่าเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น ในผู้ป่วยอัลไซเมอร์จะมีปัญหาในการใช้ภาษาตั้งแต่ช่วงแรกๆ ของโรค มักจะเลือกคำมาใช้พูดไม่ถูก เรียกชื่อสิ่งของที่ไม่ได้ใช้บ่อยๆ ไม่ถูกต้อง อาจใช้วิธีอธิบายแทนคำเรียกชื่อ เช่น เรียกทีวีว่าตู้ฉายหนัง ผู้ป่วยจะสับสนทิศทางซ้ายขวา โดยเฉพาะที่ไม่คุ้นเคยและมีลักษณะโครงสร้างคล้ายๆ กัน เช่น เข้าพักในโรงแรมแต่กลับห้องไม่ถูก ความสามารถด้าน construction คือการวาดรูป หรือการถ่ายทอดสิ่งที่เห็นออกเป็นรูปอาจเริ่มทำไม่ได้ ช่วงนี้ผู้ป่วยยังดูแลตนเองและทำกิจวัตรประจำวันที่ง่ายๆ ได้ตามปกติ แต่กิจวัตรที่ซับซ้อน (instumental activities of daily living - IADL) เช่น การคิดบัญชีรายรับ รายจ่าย การดูแลบ้าน การช่วยซ่อมแซมอุปกรณ์ของใช้ในบ้านอาจเริ่มบกพร่อง บุคลิกภาพจะเปลี่ยนไปแบบ irritability อาจพบ sadness, apathy, rigidity ได้ ผู้ป่วยอาจรู้สึกตระหนักถึงความผิดของตนเองทำให้เกิดอาการซึมเศร้า แยกตัวเองได้

2. ระยะกลาง (ระยะดำเนินโรค 2 – 10 ปี) ช่วงนี้ความจำเลวลง เริ่มจำสิ่งที่ทำไปแล้วไม่ได้ เช่น จำไม่ได้ว่ากินอาหารแล้วหรือยัง หรือวันนี้ขับถ่ายแล้วหรือยัง วางของผิดที่ของหายเสมอๆ เพราะเอาไปไว้ในที่ไม่ควรเก็บไว้ เช่น เอากระเป๋าสตางค์ไว้ในตู้เย็น เริ่มจำญาติห่างๆ ไม่ได้ ความจำเรื่องเก่าๆ จะค่อยๆ เสียไปแบบย้อนหลัง การพูดลำบากขึ้น พูดซ้ำๆ ในเรื่องเดิมๆ ถ้าสนทนาเรื่องที่ไกลตัวอาจไม่เข้าใจ หรืออาจพูดคนละเรื่อง การดูแลตนเองจะบกพร่อง โดยเฉพาะอนามัยส่วนตัว จะลืมแปรงฟันก่อนอื่นๆ แล้วจะค่อยๆ ลืมไปถึงตัดเล็บ สระผม ใส่เสื้อผ้า อาจนำเสื้อผ้าใส่แล้วมาเก็บไว้ใส่อีก ท้ายสุดอาจมีปัญหาเรื่องการไม่ยอม

อาบน้ำ ลืมทำความสะอาดหลังถ่ายเสร็จ การทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน (IADL) มีปัญหามากขึ้น เช่น ใช้โทรศัพท์ไม่เป็น ทำอาหารไม่ได้ ใส่เครื่องปรุงไม่ถูก หลงทาง อาจเกิดภาพหลอน หูแว่ว

3. ระยะสุดท้าย (ระยะดำเนินโรค 3 – 12 ปี) ความจำจะเลวลงมาก จำคนใกล้ตัวไม่ได้ จนในที่สุดแม้แต่ตัวเองก็จำไม่ได้ ไม่สามารถดูแลตนเองได้ กลืนอาหารโดยไม่เคี้ยว ไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย นอนติดเตียง แขนขาเกร็ง งอ พูดซ้ำๆ ตามที่คนอื่นพูดเป็นคำๆ ในที่สุดจะพูดไม่ได้ ผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากปอดบวมเพราะสำลัก หรือเป็นแผลกดทับ

ปัญหาทางบุคลิกภาพ พฤติกรรมและจิตใจ ที่พบในผู้ป่วยสมองเสื่อมมีดังนี้[10]

1. บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง พบได้บ่อยที่สุดในปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยพบได้ถึงร้อยละ 70 ผู้ป่วยจะมีลักษณะไม่กระตือรือร้นที่จะทำอะไร ชอบนั่งนิ่งๆ อยู่เฉยๆ ความคิดริเริ่มใหม่ๆ จะลดลง คิดแต่เรื่องตนเอง พูดเรื่องตัวเองโดยเฉพาะเรื่องในอดีตและจะพูดซ้ำๆ ทำให้บางครั้งลูกหลานคิดว่าความจำยังดี เพราะจำเรื่องในอดีตได้ แต่ที่จริงแล้วการสูญเสียความจำในผู้ป่วยสมองเสื่อมจะเริ่มเสียความจำใหม่ๆ ก่อน ถ้าอาการเป็นมากแล้วจึงจะมีสูญเสียความจำในอดีต

2. ภาวะหลงผิด พบได้ร้อยละ 30 - 50 ของผู้ป่วยสมองเสื่อม ลักษณะหลงผิดที่พบได้บ่อย ได้แก่ เชื่อว่ามีคนในบ้านมาขโมยเงินทองหรือสิ่งของของผู้ป่วยไป ปัญหานี้ส่วนหนึ่งเริ่มจากที่ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องความจำระยะสั้น ทำให้เวลาวางเงิน วางสิ่งของ แล้วจำไม่ได้ว่าวางไว้ บ่อยๆ เข้าจึงเชื่อว่ามีโจรหรือคนในบ้านขโมยไป นอกจากนี้อาจพบอาการหลงผิดคิดว่าคู่สมรสมีชู้ หรือคิดว่าจะมีคนประสงค์ร้ายหรือทำร้ายผู้ป่วย ภาวะหลงผิดนี้เมื่อเกิดขึ้นจะทำให้ความสามารถในการจำที่มีการสูญเสียอยู่แล้วสูญเสียมากขึ้น

3. ภาวะประสาทหลอน พบได้ร้อยละ 10 - 30 ของผู้ป่วยสมองเสื่อม ลักษณะที่พบได้บ่อยคือ การเห็นภาพหลอน เช่น ผู้ป่วยจะบอกลูกหลานว่าเห็นคนบุกรุกในบ้าน หรือเห็นเด็ก สัตว์ ที่ไม่เคยมีในบ้านมาอยู่ในบ้าน บางครั้งอาจบอกว่าเห็นคนที่รู้จักในอดีต เช่น พ่อแม่ พี่น้องของผู้ป่วยที่ตายไปแล้วมาหา หากลูกหลานที่เชื่อเรื่องทางนี้จะเชื่อว่าคนเหล่านั้นมาชวนผู้ป่วยไปอยู่ด้วยทำให้สิ้นหวัง หมดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย นอกจากการเห็นภาพหลอนแล้ว อาจพบอาการประสาทหลอน ได้แก่ หูแว่ว ได้ยินเสียงคนมาคุยด้วย มีเสียงคนขู่จะมาทำร้ายผู้ป่วยได้

4. อารมณ์เปลี่ยนแปลงไป เราอาจพบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมดูแลยาก โดยเฉพาะถ้าไม่ใช่ญาติมาดูแลจะไม่เข้าใจ เพราะผู้ป่วยเหล่านี้อารมณ์จะเปลี่ยนแปลงง่าย พบว่าจะมีอารมณ์โกรธอย่างฉับพลันถึงร้อยละ 50 ของผู้ป่วยสมองเสื่อม บางครั้งเรื่องที่มากระตุ้นอาจจะไม่ใช่เรื่องที่ควรโกรธ แต่ภาวะที่สมองไม่ดีจะทำให้การควบคุมด้านอารมณ์เสียไปด้วย อารมณ์ซึมเศร้าเป็นอีกอารมณ์ที่พบได้บ่อยถึงร้อยละ 20 - 40 ถ้าผู้ป่วยมีอารมณ์ซึมเศร้ามากอาจจะมีความคิดทำร้ายตนเองได้ ส่วนอารมณ์ที่ดีผิดปกติพบได้แต่น้อยกว่า ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยสมองเสื่อม

5. พฤติกรรมอื่นๆ ได้แก่ การเดินแบบไม่มีจุดหมาย เดินหายออกจากบ้าน บางรายอาจพบว่าเดินอยู่ห่างจากบ้านไกลแบบคนละจังหวัด อีกพฤติกรรมหนึ่งที่เป็นปัญหาคือการเก็บสะสมของ บางครั้งเป็นของที่ทิ้งแล้ว ของใช้ที่เสียแล้ว ผู้ป่วยก็จะเก็บเอาไว้ไม่ยอมให้ทิ้ง ถ้าลูกหลานเอาไปทิ้งจะโกรธมาก อีกปัญหาคือลักษณะที่ผู้ป่วยถูกมองว่าเป็นเฒ่าหัวงู มีปัญหาพฤติกรรมลวนลามทางเพศกับเพศตรงข้าม ส่วนใหญ่ก็จะพบในผู้ป่วยชายโดยพบร้อยละ 20 ของผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยทั่วไปผู้ป่วยจะทำพฤติกรรมลวนลาม แต่จะไม่ทำร้ายเพื่อจะมีเพศสัมพันธ์ ปัญหาลวนลามทางเพศมักจะทำให้ลูกหลานอับอาย ขาดการเคารพนับถือ และไม่ยอมดูแลผู้ป่วยได้

นอกจากนี้ยังมีปัญหาพฤติกรรมอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับความสามารถของสมองอีก เช่น การสับสนเรื่องวัน เวลา สถานที่ การสูญเสียทักษะความสามารถต่างๆ เช่น ความสามารถในการดูแลตัวเองในเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล การลืม เช่น ลืมของ ลืมกินยา ลืมรับประทานอาหาร ทำให้บางครั้งผู้ป่วยจะมาขออาหารรับประทานอยู่ตลอดเวลา ถ้าไม่ให้ก็จะเอาไปฟ้องลูกหลานว่าคนที่ดูแลโหดร้ายไม่ยอมให้อาหารรับประทาน เป็นต้น

การป้องกันภาวะสมองเสื่อม อาจพิจารณาได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ [11]

1. การป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ (primary prevention) หมายถึง การป้องกันโรคก่อนที่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงในระดับชีวภาพ หรือการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของโรค

2. การป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) หมายถึง การตรวจคัดกรองโรคตั้งแต่ผู้ป่วยยังไม่แสดงอาการรุนแรง เพื่อที่จะได้แก้ไขตั้งแต่ระยะแรก แม้ในปัจจุบันมีความพยายามที่จะตรวจคัดกรองหาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเล็กน้อยของความสามารถของสมอง (mild cognitive impairment : MCI) เพื่อที่จะชะลอการเกิดโรคอัลไซเมอร์ออกไป เนื่องจากผู้ป่วย MCI มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมโดยเฉพาะโรคอัลไซเมอร์สูงกว่าประชากร

ทั่วไปร้อยละ 6 – 25 ต่อปีเทียบกับร้อยละ 1 – 2 ปีต่อปีในประชากรทั่วไป การให้ยาเพื่อชะลอการเกิดโรคอัลไซเมอร์พบว่าจะได้ผลเฉพาะในปีแรกเท่านั้น ปัจจุบันมีความพยายามที่จะใช้ตัวทำนายต่างๆ เช่น การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การตรวจน้ำไขสันหลัง เพื่อทำนายโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมในอนาคต ปัจจุบันยังเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยากที่จะบอกได้ว่าผู้ป่วยรายใดมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมในอนาคต ยกเว้นในผู้ที่มีความเสี่ยงทางพันธุกรรมหรืออยู่ในสภาพแวดล้อมที่อาจเป็นสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมได้

3. การป้องกันโรคระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) หมายถึง การชะลอการดำเนินโรคเมื่อผู้ป่วยมีอาการแสดงของโรคชัดเจนแล้ว ปัจจุบันมียาหลายชนิดที่สามารถชะลอการดำเนินโรคได้ เช่น cholinesterase inhibitor, memantine และวิตามินอี เป็นต้น การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำซ้อน หรือปัจจัยต่างๆ ที่อาจซ้ำเติมให้การทำงานของสมองของผู้ป่วยเลวลง ก็เป็นกลวิธีของการป้องกันโรคในระดับนี้ นอกจากนั้นยังรวมถึงการแก้ไขปัญหาทางจิตเวชและพฤติกรรมที่เกิดในผู้ป่วยสมองเสื่อม รวมถึงการทำกายภาพบำบัด ซึ่งจะช่วยผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ดีขึ้นได้ระดับหนึ่ง การเพิ่มคุณภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยไม่ว่าระดับครอบครัวหรือประเทศชาติ เช่น การตั้งสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยก็เป็นการช่วยชะลอปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดจากสมองเสื่อมวิธีหนึ่ง

การรักษาภาวะสมองเสื่อม

การรักษาภาวะสมองเสื่อมขึ้นอยู่กับสาเหตุและการวินิจฉัยแยกโรค การแก้ไขให้ดีดังเดิมทำได้ยาก ยกเว้นภาวะเลือดออกในสมองบางกรณีสามารถรักษาให้หายได้โดยการผ่าตัด แพทย์อาจใช้ยาบำรุงสมองเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคให้เสื่อมช้าลง โดยทั่วไปการรักษามักอาศัยหลัก Psychosocial Treatment มาก่อน Pharmacological Treatment การรักษาภาวะสมองเสื่อมมี 3 แนวทางดังนี้ [12]

1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา (nonpharmacologic approaches)

การเริ่มต้นรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นแพทย์ผู้รักษาจำเป็นต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากสมองเสื่อมเป็นภาวะเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลและครอบครัวค่อนข้างมาก แพทย์ควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดำเนินโรค การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้นานที่สุด ทางเลือกในการรักษา แหล่งที่สามารถหาความรู้และความช่วยเหลือได้ รวมทั้งคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการปัญหาทางทรัพย์สินและทางกฎหมายในอนาคต นอกจากนั้นควรให้ความสนใจเป็นพิเศษในเรื่องการจัด

สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและความปลอดภัยของผู้ป่วยจากอุบัติเหตุและการหลงทางโดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่คนเดียว การลดความเครียดและอารมณ์ซึมเศร้าของญาติหรือผู้ดูแล มีการศึกษาสนับสนุนว่าการให้ข้อมูลที่จำเป็น รวมทั้งการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งทำให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้นานขึ้น

2. การใช้ยาเพื่อรักษาปัญหาทางสมองและความจำ (phamarcologic enhancement of cognition)

2.1 การใช้ยาเพื่อรักษาอาการ พยาธิกำเนิดสำคัญประการหนึ่งของปัญหาความจำเสื่อมและความผิดปกติของหน้าที่สมองคือการขาด acetylcholine ดังนั้นยาที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น จึงมุ่งไปในทิศทางที่จะเพิ่มสารเคมีดังกล่าวในสมองโดยการยับยั้งเอนไซม์ acetylcholinesterase

- Denepezil เป็นยา acetylcholinesterase inhibitor ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นให้ออกฤทธิ์จำเพาะต่อ acetylcholinesterase ในสมองมีผลข้างเคียงต่อตับและอวัยวะอื่นๆ น้อย ระยะเวลาการออกฤทธิ์ยาวจึงสามารถใช้ยาเพียงวันละครั้งเท่านั้น จากการศึกษาแบบ randomized doubleblind, placebo controlled พบว่าผู้ป่วยอัลไซม์เมอร์ระยะเป็นน้อยถึงปานกลางซึ่งได้รับยา denepezil ขนาด 5 และ 10 มก./วัน นาน 24 สัปดาห์ ทำให้อาการทางสมองดีขึ้น จากการประเมินด้วยแบบทดสอบและความรู้สึกของผู้ดูแล รวมทั้งความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น (ขนาดยา 5 มก./วัน ได้ผลดีใกล้เคียงกับ 10 มก./วัน) พบผลข้างเคียง เช่น คลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย และนอนไม่หลับเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทนต่อยาได้ดี
- Rivastigmine เป็นยา actylcholinesterase inhibitor อีกชนิดหนึ่งซึ่งมีคุณสมบัติที่ดีคล้ายกับยา denepezil การศึกษาแบบ randomized, doubleblind, placebo controlled พบว่าผู้ป่วยอัลไซม์เมอร์ระยะเป็นน้อยถึงปานกลางที่ได้รับยาชนิดนี้ในขนาด 612 มก./วัน นาน 26 สัปดาห์มีอาการทางสมองดีขึ้น โดยประเมินจากแบบทดสอบและความรู้สึกของแพทย์รวมทั้งความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมก็ดีขึ้นด้วย
- Galantamine เป็นยา acetylcholinesterase inhibitor อีกชนิดหนึ่งที่มีการศึกษาแบบ randomized, doubleblind, placebo controlled พบว่าผู้ป่วยอัลไซม์เมอร์ระยะเป็นน้อยถึงปานกลางที่ได้รับยานี้ขนาด 1624 มก./วัน มีอาการทางสมองความสามารถในการดูแลตนเองและพฤติกรรมดีขึ้นเช่นเดียวกันสามารถป้องกันอาการทางพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเช่นอาการกระวนกระวาย (agitation) อาการทางจิต (psychosis) ได้

2.2 การใช้ยาเพื่อชะลอความเสื่อมของสมองหลังจากสมองเสื่อมแล้ว

• ยาต้านอนุมูลอิสระ (antioxidant) ยากลุ่มนี้ที่ได้รับการศึกษาแบบ randomized, doubleblind, placebo controlled ได้แก่ Vitamin E และ selegiline (เป็นยากลุ่ม monoamineoxidase inhibitor ใช้ในการรักษาโรคพาร์กินสัน) พบว่าผู้ป่วยอัลไซม์เมอร์ระยะปานกลางที่ได้รับยา Vitamin E วันละ 2000 IU, selegiline วันละ 10 มก., และทั้ง Vitamin E และ selegiline รวมกันตามขนาดข้างต้น มีการดำเนินโรคช้าลง เกิดอาการสมองเสื่อมขั้นรุนแรงหรือเสียชีวิตช้ากว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอกประมาณ 200 วัน อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยา 2 ชนิดคือทั้ง Vitamin E และ selegiline ไม่ได้ผลดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาเพียงชนิดเดียว

• Gingko biloba เป็นสมุนไพรสกัดจากใบแป๊ะก๊วย ไม่ทราบกลไกลการออกฤทธิ์ที่แน่ชัด เริ่มใช้กันแพร่หลายในประเทศทางทวีปยุโรปก่อน และมีผู้นำมาศึกษาในการรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งที่เกิดจาก Alzheimer's disease และ vascular dementia แบบ double blind, placebo controlled พบว่าผู้ป่วยซึ่งได้รับยา Gingko biloba ขนาดวันละ 120 มก. นาน 1 ปี มีอาการทางสมองดีขึ้นเล็กน้อย แต่มีผู้ป่วยร้อยละ 50 ที่ถอนตัวจากการศึกษาก่อนครบกำหนด จึงยังมีข้อมูลสนับสนุนไม่มากเพียงพอในการใช้ยานี้เพื่อรักษาภาวะสมองเสื่อม

3. การรักษาปัญหาทางพฤติกรรม (management of behavior disturbances)

ปัญหาพฤติกรรมที่พบในผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยเฉพาะอาการไม่อยู่นิ่ง (agitation) เป็นปัญหาสำคัญซึ่งมีผลกระทบต่อความสงบสุขของครอบครัวของผู้ป่วยสมองเสื่อมมาก และเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ญาติไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ คำว่า agitation มีความหมายกว้าง รวมไปถึงปัญหาทางพฤติกรรมต่างๆ เช่นอารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียว ดุร้าย ตลอดจนการทำร้ายผู้อื่นโดยไม่สามารถยับยั้งตนเองได้ อาการดังกล่าวอาจเกิดจากปัญหาจากโรคทางกายบางอย่าง ความเจ็บปวด หิว ท้องผูก นอนหลับไม่เพียงพอ หรือปัญหาทางจิตใจ เช่น ซึมเศร้า เปลี่ยนที่อยู่ หรือเปลี่ยนผู้ดูแลกระทันหัน จึงควรหาสาเหตุให้พบและแก้ไขให้ได้ บางครั้งการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม เช่น แสงสว่างที่เหมาะสม เสียงดนตรี หรือสัตว์เลี้ยงที่ผู้ป่วยชอบ อาจช่วยให้ผู้ป่วยสงบลงได้บ้าง ปัจจุบันการใช้ยาเพื่อลดอาการ agitation ของผู้ป่วยมีการใช้ยากลุ่ม antipsychotics agent ชนิดใหม่ ซึ่งเรียกว่า atypical antipsychotics เช่น clozapine, risperidone และ olanzapine ซึ่งควบคุมอาการ agitation ได้ผลดี และพบว่ามี

ผลข้างเคียงน้อย อย่างไรก็ตามยาดังกล่าวมีราคาแพงมากในปัจจุบันจึงควรเลือกใช้ยากลุ่มนี้เฉพาะในรายที่จำเป็นเท่านั้น

2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจะมีการสูญเสียความจำร่วมกับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองที่ค่อยๆ ลดลงไปเรื่อยๆ จนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจึงต้องได้รับการดูแล ศศิพัฒน์ ยอดเพชร[13] (2547) ให้ความหมายการดูแลว่าเป็นกิจกรรมการช่วยเหลือ หรือการดูแลที่กระทำโดยตรงหรือโดยอ้อม เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ เป็นการให้ความสนใจ ห่วงใยผู้ที่ต้องการการพึ่งพา การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมนั้นถือเป็นภารกิจที่หนักและยาวนาน จึงต้องมีผู้ที่ทำหน้าที่ดูแล

ความหมายของผู้ดูแล

Merriam Webster Online[14] ให้ความหมายผู้ดูแลว่าหมายถึง บุคคลที่ให้การดูแลโดยตรง (สำหรับเด็ก ผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยเรื้อรัง)

Parker, G[15] (1992) แบ่งผู้ดูแลออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้ช่วยเหลือไม่เป็นทางการ (Informal helper) เป็นญาติหรือเพื่อนที่ให้การช่วยเหลืองานบ้าน การทำกิจวัตรประจำวันโดยไม่คิดค่าตอบแทน

2. ผู้ดูแลไม่เป็นทางการ (Informal carers) เป็นผู้ให้การช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน

3. ผู้ดูแลหลัก (Main carers) เป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ ให้การดูแลเป็นระยะเวลายาวนานที่สุด

ศิริพันธุ์ สาสัตย์[16] (2544) ให้ความหมายผู้ดูแล 2 ลักษณะคือ

1. ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน แต่มีหน้าที่ดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพาโดยได้รับค่าตอบแทน ซึ่งอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล รวมทั้งพนักงาน เจ้าหน้าที่จากศูนย์ที่บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2. ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) หรือผู้ดูแลตามขนบธรรมเนียม ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ ของผู้รับการดูแลที่ไม่ได้เสียค่าบริการ แต่เป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้ป่วย สำหรับผู้สูงอายุไทยแล้วผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการจะเป็นคู่สมรส บุตรซึ่งทำหน้าที่นี้มากกว่ากลุ่มอื่น

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม [17]

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจะมีอาการหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปแตกต่างกัน และอาการต่างๆ จะเป็นไปในทางเสื่อมสภาพลงเรื่อยๆ จนไม่สามารถทำอะไรได้เลย ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจึงมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญคือ ให้ผู้สูงอายุสามารถคงสภาพในการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายดังกล่าว ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจะต้องเน้นการดูแลที่แก้ไขหรือลดปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม

● **กลางคืนนอนไม่หลับ**

1. พยายามให้ผู้ป่วยนอนหลับและตื่นเป็นเวลา โดยเฉพาะการตื่นนอน

2. ควรให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายหรือมีการเคลื่อนไหวเป็นประจำสม่ำเสมอ เช่น การเดินเป็นประจำจนเป็นความเคยชินในตอนเช้าหรือตอนเย็น

3. ไม่ให้ผู้ป่วยอยู่แต่ในห้องหรือสถานที่มืดจนเกินไป เนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบว่าเป็นเวลากลางวันหรือกลางคืน ควรให้ผู้ป่วยได้รับแสงสว่างบ้าง เมื่อเข้าห้องที่มีแสงสว่างน้อยจะทำให้หลับง่ายขึ้น

4. ควรหลีกเลี่ยงให้ผู้ป่วยนอนหลับในตอนกลางวัน แต่อาจให้หลับได้ในช่วงบ่ายๆ ไม่ควรเกิน 15.00 น.

5. ควรเตือนผู้ป่วยเป็นระยะๆ เมื่อใกล้เวลานอนเนื่องจากผู้ป่วยมีความจำลดลง เพื่อให้ผู้ป่วยได้เตรียมตัวและเตรียมใจว่าถึงเวลาที่จะนอนแล้ว

6. หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ตื่นเต้นในช่วงเย็นและค่ำ เช่น พาไปในที่ที่มีคนมากๆ เสียงดัง หรือมีญาติพี่น้องลูกหลานขวักไขว่ เอะอะนานหลายชั่วโมง จะทำให้ผู้ป่วยวุ่นวายและหลับยาก

7. การนอนหลับเป็นเรื่องที่ค่อยๆ มีอาการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นไม่ควรคาดหวังให้ปัญหาการนอนหลับดีขึ้นโดยรวดเร็ว บางครั้งการนอนหลับอาจจะดีขึ้นและคงที่ได้ระยะหนึ่ง สลับกับบางวันที่มีปัญหาก็ได้

8. ดูแลเรื่องยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ เนื่องจากยาบางชนิดอาจมีผลกับการนอนหลับ ควรสังเกตตั้งแต่เริ่มรับยาโดยสังเกตว่าปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาหรือไม่ และควรหลีกเลี่ยงการใช้ยานอนหลับ

● **หลงผิด ชอบทึกทักในสิ่งที่ไม่เป็นจริง** เช่น รับของแล้วจำไม่ได้ว่าเอาไปไว้ไหน แต่เชื่อว่ามีคนมาขโมยของตนไป

1. หลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วยถึงสิ่งหรือเรื่องที่ผู้ป่วยเชื่อ เพราะผู้ป่วยจะยังคงยืนยันในความเชื่อนั้นๆ ถ้ามีการโต้แย้งจะนำมาซึ่งการทะเลาะเบาะแว้ง

2. ตรวจสอบและพึงระวังถึงเรื่องที่ผู้ป่วยพูดว่าเป็นจริงหรือไม่ อย่าด่วนสรุปว่าเรื่องที่ผู้ป่วยพูดนั้นมีแต่เรื่องไม่จริง

3. ใช้ความบกพร่องของความจำผู้ป่วยให้เป็นประโยชน์โดยเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยไปในเรื่องอื่น เช่น ไม่โต้แย้งในเรื่องที่ผู้ป่วยพูดแต่กลับชวนคุยไปเรื่องอื่นอาจทำให้ผู้ป่วยลืมเรื่องที่ตนพูดไว้

4. เมื่อผู้ป่วยมีอาการสงบควรหลีกเลี่ยงที่จะปรับความเข้าใจกับผู้ป่วยถึงเรื่องที่แท้จริง เช่น ไม่ควรกลับไปถามผู้ป่วยในเรื่องที่ไม่ได้พูดถึงแล้ว เช่น ถามผู้ป่วยว่า “นึกออกแล้วหรือยังว่าวางของไว้ที่ไหน”

● **หูแว่ว ประสาทหลอน**

1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสิ่งที่เกิดขึ้นว่าถึงแม้จะเป็นเรื่องผิดปกติแต่ก็ไม่ใช่เป็นเรื่องอันตราย ถ้าอาการนั้นๆ ไม่เป็นอันตรายต่อชีวิตและความปลอดภัยของผู้ป่วยรวมทั้งคนใกล้ชิด ควรปลอบผู้ป่วยว่าไม่ต้องตกใจกับสิ่งที่เกิดขึ้น หรือเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยโดยชวนคุยเรื่องอื่นเพื่อให้เลิกหมกมุ่นกับเรื่องนี้

2. อาการหูแว่วและประสาทหลอนของผู้ป่วยจะมากขึ้นในระยะต่อมาจนเป็นปัญหาและรบกวนผู้ป่วยมากขึ้น ดังนั้นจึงควรพาผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อประเมินสาเหตุและทำการรักษา

3. ผู้ดูแลต้องทำความเข้าใจถึงผลข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยได้รับ ถ้าสงสัยว่าอาการต่างๆ เป็นผลจากยาบางชนิด ต้องปรึกษาแพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วย

● **เดินหลง**

1. ควรเตรียมการเพื่อป้องกันการเดินหลงของผู้ป่วยล่วงหน้า เนื่องจากเหตุการณ์นี้อาจเกิดขึ้นได้เสมอ

2. ติดข้อมูลของผู้ป่วยที่มีข้อความเกี่ยวกับว่า คนๆ นี้มีภาวะสมองเสื่อม ถ้าผู้ใดพบเห็นให้ติดต่อที่ไหน เป็นต้น โดยอาจติดไว้กับเสื้อ กางเกง หรือข้อมือผู้ป่วย

3. ถ่ายรูปผู้ป่วยเก็บไว้ทุกๆ 6 เดือน เพื่อให้รูปถ่ายใกล้เคียงกับตัวจริงมากที่สุด

4. แจ้งให้เพื่อนบ้านทราบว่าผู้ป่วยมีอาการสมองเสื่อมเพื่อจะได้ช่วยเป็นหูเป็นตาให้

5. ไม่ควรบอกให้ผู้ป่วยอยู่เฉยๆ เช่น ห้ามไม่ให้เดินไปไหนมาไหน แต่ควรมั่นใจว่าบริเวณที่ผู้ป่วยเดินไปมานั้นเป็นบริเวณที่ปลอดภัย เช่น ภายในรั้วบ้านที่มีกุญแจใส่ไว้ เป็นต้น

● ไม่รับประทานอาหาร

1. พยายามจัดบรรยากาศของการรับประทานอาหารให้คงเดิม สม่ำเสมอ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของเวลา สถานที่ รวมทั้งตำแหน่งของเก้าอี้ ชนิดของอาหาร ควรสังเกตว่าผู้ป่วยชอบอาหารประเภทไหน ควรจัดอาหารให้ผู้ป่วยแบบเดิมที่คุ้นเคย เคี้ยวง่าย ไม่ลำบากต่อการกลืน

2. ยืดหยุ่นต่ออารมณ์ของผู้ป่วยบ้าง ไม่จำเป็นต้องตรงต่อเวลาทุกครั้ง บางมื้ออาจข้ามไปได้ หรือเลื่อนเวลาเข้าหรือออกได้

3. ลดความใส่ใจกับวิธีการรับประทานอาหารบ้าง เช่น ผู้ป่วยอาจรับประทานหกเลอะเทอะ ถ้าผู้ป่วยไม่รู้จักวิธีใช้ช้อนส้อมต้องป้อน หรือหาวิธีช่วยให้เรื่องการรับประทานอาหารเป็นเรื่องง่ายๆ

4. ควรพาผู้ป่วยไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจและแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปาก และควรตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำ

5. ปรึกษาแพทย์ถึงสาเหตุของการไม่รับประทานอาหาร เช่น ปัญหาการเคี้ยว การกลืน ความผิดปกติของอารมณ์ หรือโรคแทรกซ้อนอื่นๆ

6. ปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับโภชนาการของอาหารว่าควรเสริมอาหารประเภทใดเพื่อให้ผู้ป่วยได้คุณค่าทางอาหารครบถ้วน

● ซอบถามซ้ำๆ อยู่เรื่อยๆ

1. พยายามเบี่ยงเบนความสนใจชวนคุยไปเรื่องอื่น

2. ไม่วกกลับมาย้ำหรือทบทวนในเรื่องนั้นอีก

3. ถ้าผู้ป่วยยังพอสามารถที่จะอ่านหนังสือและเข้าใจได้อาจใช้วิธีเขียนคำตอบ หรือเขียนข้อความให้ผู้ป่วยเก็บไว้จะได้คอยเตือนตัวเอง

4. บางครั้งอาการเหล่านี้อาจเกิดความวิตกกังวล อาจพูดปลอบโยนสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย

5. ญาติควรเข้าใจว่าพฤติกรรมเหล่านี้เกิดจากการที่ผู้ป่วยจำอะไรไม่ได้ ผู้ป่วยมิได้แกล้ง จึงควรหาทางหรือปรับกลยุทธ์ในการดูแล

● **หงุดหงุด ก้าวร้าว ควบคุมอารมณ์ไม่ได้**

1. ปรึกษาแพทย์ในกรณีสงสัยเรื่องยา หรือภาวะแทรกซ้อน โดยสังเกตได้จากผู้ป่วยอาจมีอาการสับสน กระวนกระวาย เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงชนิดและขนาดของยา

2. พยายามให้ผู้ป่วยอยู่ในสถานที่หรือบรรยากาศที่คุ้นเคย ไม่ควรพาไปอยู่ในที่แปลกและที่มีเสียงอึกทึก

3. พยายามหลีกเลี่ยงการโต้เถียง เพราะจะยิ่งกระตุ้นอารมณ์ ทำให้การควบคุมตัวเองของผู้ป่วยเสียไปได้

4. การแก้ปัญหาเฉพาะหน้าด้วยการเห็นด้วยกับผู้ป่วย แล้วใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจ ชวนคุยไปเรื่องอื่น

5. หลีกเลี่ยงการทำโทษเพื่อให้สถานการณ์นั้นยุติ เพราะผู้ป่วยไม่สามารถที่จะเรียนรู้และจำการลงโทษนั้นเป็นบทเรียนได้ นอกจากนั้นการลงโทษเป็นการกระตุ้นความก้าวร้าวในตัวผู้ป่วยให้มากขึ้น

6. ให้เวลากับผู้ป่วยที่จะสงบจิตใจลงบ้าง

● **คลื่นไส้ อาเจียน จากการใช้ยา**

ปรึกษาแพทย์เนื่องจากแพทย์อาจต้องมีการปรับขนาดยาให้เหมาะสม หรือยาบางชนิดอาจมีผลระยะสั้นๆ ในบางกรณีแพทย์อาจพิจารณาให้ยาแก้อาเจียน

● **ต้องเข้ารับการผ่าตัดด่วน**

ปรึกษาแพทย์โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา เนื่องจากยาบางชนิดมีค่าครึ่งชีวิตนาน อาจต้องใช้เวลา 3 – 7 วันในการหยุดยาก่อนที่จะทำการผ่าตัด

● **มีโรคอื่นร่วมด้วยและมีการใช้ยาหลายชนิด**

ปรึกษาแพทย์และแจ้งรายละเอียดของการใช้ยาที่ใช้ประจำทุกชนิด เพื่อสะดวกแก่แพทย์ในการพิจารณาถึงความเข้ากันได้ของยาแต่ละตำรับต่อไป

3. ปัญหา และผลกระทบของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

ปัจจุบันไม่มีวิธีการรักษาภาวะสมองเสื่อมให้กลับสู่สภาพเดิมได้แต่เชื่อว่าการดูแลจัดการสภาพแวดล้อมและการดูแลในชีวิตประจำวันที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมสามารถดำเนินชีวิตใกล้เคียงกับคนปกติได้ โดยเฉพาะสภาพแวดล้อมทางสังคม อันได้แก่ ญาติ ผู้ดูแลใกล้ชิด[18] ครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอาจเกิดความขัดแย้ง หรืออาจเกิดปัญหากับผู้ดูแลได้ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล[19] (2543) กล่าวว่าผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะปฏิเสธ ผู้ดูแลจะไม่ยอมรับว่าผู้ป่วยมีปัญหา 2) ระยะซึมเศร้า ผู้ดูแลเริ่มยอมรับว่าผู้ป่วยควรได้รับการดูแลและพยายามเรียนรู้วิธีการดูแล เริ่มเรียนรู้ว่าโรคสมองเสื่อมไม่ได้มีผลกระทบกับผู้ป่วยเพียงคนเดียว แต่ยังมีผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัว 3) ระยะโกรธ ผู้ดูแลอาจโกรธผู้ป่วย คนรอบข้าง หรือโกรธโชคชะตาตัวเอง 4) ระยะละอาย ผู้ดูแลจะรู้สึกละอายต่อสิ่งที่ปฏิบัติออกไปด้วยความโกรธ 5) ระยะยอมรับ ถือเป็นระยะแห่งความสำเร็จในการปรับจิตใจ ผู้ดูแลบางรายอาจผ่านเพียงบางระยะก็สามารถเข้าสู่ระยะการยอมรับได้ บางรายก็ไม่สามารถเข้าสู่ระยะยอมรับได้เลย

การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมก่อให้เกิดปัญหาต่อผู้ดูแลหลายด้านตามอาการของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความจำบกพร่อง ความผิดปกติของความคิด การสนทนาและสื่อสาร การทำความสะอาดร่างกายและแต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การเคลื่อนไหว การนอนและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยด้านการสนทนาสื่อสารและปัญหาในการขับถ่ายเป็นด้านที่มีจำนวนผู้ดูแลเห็นว่าเป็นภาระมากที่สุด[20,21] สาเหตุที่ทำให้บุคคลเข้ามามีบทบาทเป็นผู้ดูแลเนื่องจากเป็นคนที่มีเวลาว่าง ไม่มีภาระส่วนตัว สำนึกในหน้าที่ ทดแทนบุญคุณ ความกตัญญูกตเวที ความรักความผูกพัน และตอบแทนคุณงามความดี[22,23,24] การอยู่ร่วมกันของผู้สูงอายุกับผู้ดูแลที่เป็นบุตรซึ่งเป็นทายาทโดยสายเลือดจะมีสายใยแห่งความผูกพันในลักษณะของบุพการีที่ต้องดูแล ในขณะที่การอยู่กับคู่สมรสเป็นการอยู่ในฐานะของความรักความผูกพันที่มีต่อกันมาอย่างแข็งแกร่ง เป็นคู่ทุกข์คู่ยากที่คอยช่วยให้คำปรึกษากันมาโดยตลอด ส่วนการอยู่กับหลานที่มีความสัมพันธ์ในลักษณะปู่ ย่า ตา ยาย จะเป็นการอยู่อาศัยร่วมกันของบุคคลที่ต้องพึ่งพา[25]

ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจะเป็นอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สัมพันธภาพ และการสนับสนุนทางสังคม[26] ส่วนปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจะเป็นเรื่องการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย แหล่งสนับสนุนและการเข้าถึงแหล่งการดูแล ด้านสังคมและเศรษฐกิจ[27] ผู้ดูแลมีความเห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมควรให้ความสำคัญกับการดูแลที่บ้านมากกว่าการดูแลในสถานบริการ[28] ความต้องการด้านบริการที่ผู้ดูแลอยากให้มีในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย การทำงานบ้าน และเรื่องส่วนตัว[29] ต้องการความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และการดูแลที่บ้าน และได้รับเงินสนับสนุนจากภาครัฐ[24]

การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมยังส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล[21,30,31] โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยที่มีการสูญเสียหน้าที่ สูญเสียความตระหนัก และมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา โดยพบว่าภาระของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผู้ป่วยที่สูญเสียความตระหนัก และมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา[32] ผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลแต่ละคนมีความแตกต่างกัน[33] โดยส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก[34] ดังนี้

ด้านร่างกาย

การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ ปัญหาสุขภาพ โดยพบว่ามีอาการปวดหลัง ปวดต้นคอ อ่อนเพลีย เวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ และภาวะความดันโลหิตสูง[29,33,35] ในผู้ดูแลบางรายพบว่าอาการของโรคกระเพาะอาหารเกิดเนื่องมาจากความเครียดที่เกิดจากการดูแล[35] ไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเองทำให้สุขภาพเสื่อมถอยมากขึ้น[24,37] เวลาส่วนตัวลดลงไม่สามารถที่จะทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ เช่น การออกกำลังกาย[37]

ด้านจิตใจ

ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจะมีปัญหาด้านจิตใจ[30,33] ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความซึมเศร้า[39] ความเครียด[20,21,23,40] โดยสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดสูงได้แก่ พฤติกรรมที่เป็นปัญหา และความไม่สามารถทางกายของผู้ป่วย[41] โดย Bruce D.G.et al[42](2005) ได้ทดสอบความเครียดของผู้ดูแลด้วยแบบทดสอบความเครียด Mental Component Summary (MCS) พบว่ามีคะแนนต่ำกว่ามาตรฐาน โดยผู้ดูแลมีความเครียดร้อยละ 76.9 ซึ่งพบว่าความไม่สามารถทางกายของผู้ป่วยส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแล ศิริพันธุ์ สาสัตย์[24] (2543) ได้ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคมพุทธศาสนาในประเทศไทยพบว่า ปัญหาของผู้ดูแลทางด้านจิตใจ คือ มีภาวะเครียดจากการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากขาดความรู้ในการดูแล การเผชิญกับพฤติกรรมผิดปกติของผู้ป่วยซึ่งเกิดจากปัญหาของโรคสมองเสื่อม โดยความเครียดของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสมองเสื่อมของผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงในการดูแล ระยะเวลาในการดูแล และมีสัมพันธ์เชิงลบกับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบอีกว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมีระดับความเครียดต่ำกว่าผู้ดูแลที่เป็นญาติ และผู้สูงอายุชายที่ดูแลคู่สมรสที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีระดับความซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุชายที่ไม่ได้ผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับ Fuller F.J.[43] 1992 ที่พบว่าผู้สูงอายุชายที่มีบทบาทในการดูแลคู่สมรสที่เป็นโรคสมองเสื่อมจะมีระดับความเศร้าสูงกว่าคู่สมรสชายที่ไม่มีบทบาทในการดูแล

ด้านเศรษฐกิจและสังคม

การที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมทำให้เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจของผู้ดูแล[29] ผู้ดูแลไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นด้านเศรษฐกิจ[35] นอกจากนี้ผู้ดูแลยังมีแนวโน้มที่จะออกจากงานเร็วกว่าปกติ สูญเสียผลประโยชน์ที่ได้รับจากการทำงาน เกิดปัญหาทางการเงินค่าใช้จ่ายต่างๆ[33] Winblad B. and Wimo A.[44] (2006) ศึกษาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยอัลไซเมอร์พบว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ยิ่งสูงขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากและมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหามาก แต่วรรณนิภา บุญระยอง[20] 2537 ที่ศึกษาภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมพบว่า การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมไม่ได้ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจแก่ผู้ดูแล

การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมก่อให้เกิดปัญหาด้านสังคมกับผู้ดูแลโดยส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ผู้ดูแลขาดอิสระในการดำเนินชีวิต[35,45] ผู้ดูแลต้องรับบทบาทหลายด้าน ได้แก่ ภรรยา แม่บ้าน ดูแลบุตรและบุพการีพร้อมกัน รวมทั้งการทำงานเพื่อหารายได้ การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจึงส่งผลกระทบต่อเวลาของสมาชิกครอบครัวคนอื่น เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป [33] สัมพันธภาพของผู้ดูแลกับสมาชิกคนอื่นหรือคนรอบข้างลดลง เกิดความบกพร่องในบทบาทหน้าที่ เช่น ภรรยาที่ดูแลมารดาที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ทำให้ไม่มีเวลาดูแลครอบครัว ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งกับสามี การมีผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในครอบครัวอาจทำให้เกิดความไม่เข้าใจระหว่างพี่น้องและยังสร้างความรำคาญให้แก่เพื่อนบ้าน[20] นอกจากนี้สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยจะลดลงด้วย[24]

บทที่ 3
ผลการศึกษา

การศึกษาสภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชนจังหวัดนนทบุรี เป็นการศึกษาโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสังเกต การนำเสนอข้อมูลแบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 สภาพทั่วไปของชุมชนจังหวัดนนทบุรี
ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม
ตอนที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม
ตอนที่ 4 ปัญหาผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและลักษณะการดูแล
ตอนที่ 5 ผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

ตอนที่ 1 สภาพทั่วไปของชุมชนจังหวัดนนทบุรี

จังหวัดนนทบุรี ตั้งอยู่ในภาคกลาง เขตที่ราบลุ่มแม่น้ำเจ้าพระยาตอนล่าง เป็นจังหวัด 1 ใน 5 ของจังหวัดปริมณฑล มีเนื้อที่ประมาณ 622.303 ตารางกิโลเมตร มีแม่น้ำเจ้าพระยาไหลผ่าน จึงแบ่งออกเป็น 2 ฝั่ง คือ ฝั่งตะวันตกมีพื้นที่ 3 ใน 4 ของจังหวัด พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่มมีน้ำท่วมถึง มีคูคลองขนาดต่างๆ เชื่อมโยงกันหลายสายเหมือนใยแมงมุม มีการทำนา ทำสวน และฝั่งตะวันออกมีพื้นที่ 1 ใน 3 ของจังหวัด ได้แก่ พื้นที่ในเขตเทศบาลนนทบุรี และเทศบาลนครปากเกร็ดมีลักษณะเป็นเขตเมืองมีประชากรอยู่อย่างหนาแน่น

ทิศเหนือ ติดจังหวัดปทุมธานีและพระนครศรีอยุธยา
ทิศใต้ ติดกรุงเทพมหานคร
ทิศตะวันออก ติดกรุงเทพมหานครและปทุมธานี
ทิศตะวันตก ติดจังหวัดนครปฐม

จังหวัดนนทบุรีแบ่งเขตการปกครองออกเป็น 6 อำเภอ 52 ตำบล 440 หมู่บ้าน การปกครองประกอบด้วยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 46 แห่ง แบ่งตามประเภทและอำนาจบริหารจัดการภายในท้องที่ได้เป็นองค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 แห่ง เทศบาล 11 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 34 แห่ง ดังนี้

อำเภอ	พื้นที่ (ตร.กม.)	ห่างจากตัวจังหวัด (ก.ม.)	ตำบล	หมู่บ้าน	ประชากร (คน)
เมืองนนทบุรี	77.018	-	10	26	354,658
บางกรวย	57.408	16.86	9	41	100,963
บางใหญ่	96.398	8.11	6	69	99,935
บางบัวทอง	116.439	15.96	8	73	226,741
ไทรน้อย	186.017	29.01	7	68	55,000
ปากเกร็ด	89.023	7.45	12	51	215295

จังหวัดนนทบุรีเป็นจังหวัดที่มีระบบสาธารณูปโภคและสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เป็นไปในลักษณะของความเป็นเมืองอย่างมาก คือ มีระบบไฟฟ้า น้ำประปา การสื่อสาร การคมนาคมที่สะดวก สถานบริการด้านสุขภาพ เช่น โรงพยาบาล สถานีอนามัย ที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย แต่ลักษณะของชุมชนก็ยังมีแตกต่างกันตามสภาพแวดล้อมทางภูมิศาสตร์ (Geographic Environment) วัฒนธรรม (Cultural Environment) และสังคม (Social Environment) โดยแบ่งออกเป็นชุมชนเมือง (Urban Area) และชุมชนชนบท (Rural area) การแบ่งลักษณะชุมชนตามสากลที่กำหนดให้เขตเทศบาลเป็นชุมชน เขตเมืองและนอกเขตเทศบาลเป็นชุมชนชนบทนั้นจะไม่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม เนื่องจากบางพื้นที่ของจังหวัดนนทบุรีมีลักษณะเป็นชุมชนเมือง ได้แก่ มีความหนาแน่นของอาคาร ประชากร และกิจกรรม มีวิถีชีวิตที่เป็นปัจเจกบุคคล มีรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างเป็นทางการ แต่ถูกกำหนดให้เป็นชุมชนชนบท เช่น ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี ส่วนพื้นที่มีลักษณะของชุมชนชนบท ได้แก่ มีสภาพเป็นธรรมชาติ ประชากรส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีที่ตั้งห่างไกลจากศูนย์กลาง มีรูปแบบที่เรียบง่าย เช่น รูปแบบบ้าน การแต่งกาย ลักษณะสังคมโดยมากเป็นแบบปฐมภูมิ มีการดำรงชีพแบบง่ายๆ กลับถูกกำหนดให้เป็นชุมชนเมือง เช่น ตำบลไทรม้า อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ซึ่งส่วนใหญ่ยังทำนากันอยู่มาก

สำหรับที่อยู่อาศัยของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ศึกษานี้พบว่า ส่วนใหญ่เป็นบ้านเดี่ยวที่สร้างขึ้นในพื้นที่ของผู้สูงอายุ ลักษณะเป็นบ้านไม้และบ้านกึ่งไม้กึ่งปูน (มีการต่อเติมภายหลัง) สร้างบ้านบนพื้นที่สวนหรือนา 4 ราย สร้างบ้านแยกจากพื้นที่สวนหรือนา 2 ราย อีก 4 รายเป็นบ้านจัดสรร ได้แก่ ทาวเฮ้าส์ บ้านเดี่ยว และอาคารพาณิชย์ ที่ตั้งจะอยู่ในเขตชุมชนเมืองหรือเขตเทศบาล 4 ราย และชุมชนชนบทหรือนอกเขตเทศบาล 6 ราย

ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเพศชาย 8 ราย เพศหญิง 2 ราย อายุระหว่าง 61 - 97 ปี สถานภาพสมรสคู่ 6 ราย หม้าย 4 ราย การศึกษาระดับประถมศึกษา 7 ราย อีก 3 รายมีการศึกษาระดับอนุปริญญาถึงปริญญาตรี อาชีพเดิมทำนา/ทำสวน 4 ราย รับราชการ 3 ราย รับจ้าง 2 ราย และแม่บ้าน 1 ราย ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ โดยมีรายได้ 3 รายมาจากเงินบำนาญ มีโรคประจำตัว 1 - 2 โรค 5 ราย ได้แก่ เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ถุงลมโป่งพอง และเก๊าท์ ผู้สูงอายุทุกรายมีบุตร 1 - 8 คน ระยะเวลาที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม 3 เดือน - 14 ปี อาการของผู้สูงอายุจะอยู่เฉยๆ ไม่พูด 6 ราย มีอาการหงุดหงิด ทำร้ายร่างกายผู้ดูแล 2 ราย และนอนติดเตียง 2 ราย ซึ่งผู้สูงอายุทุกรายไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

ลำดับ	ข้อมูลผู้สูงอายุ	ระยะเวลาป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม/อาการ
1	ชาย คู่ 61 ปี ประถมศึกษา อาชีพเดิม รับจ้าง ไม่มีรายได้ โรคเบาหวาน บุตร 2 คน	2 ปี อยู่เฉยๆ ไม่พูด เมื่อถามจะตอบเป็นคำๆ บางครั้งไม่ตอบ เดินตัวแข็ง ถ้านอนแล้วลุกขึ้นเองไม่ได้ ทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลง
2	ชาย คู่ 72 ปี ปริญญาตรี อาชีพเดิมราชการ มีรายได้จากเงินบำนาญ บุตร 3 คน	14 ปี นอนติดเตียง ใส่สายยางให้อาหารทางหน้าท้อง ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองไม่ได้
3	หญิง คู่ 70 ปี ประถมศึกษา อาชีพเดิม แม่บ้าน ไม่มีรายได้ บุตร 7 คน	3 ปี อยู่เฉยๆ ไม่พูด เมื่อถามจะตอบเป็นคำๆ บางครั้งไม่ตอบ เดินตัวแข็ง แต่ลุก/เดินได้เอง ทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลง
4	ชาย คู่ 85 ปี ประถมศึกษา อาชีพเดิมทำนา ไม่มีรายได้ โรคไขมันในเลือดสูง บุตร 8 คน	2 ปี จำลูกหลานไม่ได้ เดินหลงทาง/กลับบ้านไม่ถูก ไม่รู้วิธี/สถานที่ เช่น เข้าห้องน้ำไม่ถูกปัสสาวะที่ฝาบ้าน ทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลง
5	ชาย หม้าย 97 ปี ประถมศึกษา อาชีพเดิม ทำนา ไม่มีรายได้ โรคถุงลมโป่งพอง บุตร 7 คน	1 ปี อยู่เฉยๆ ไม่พูด จำลูกหลานไม่ได้ ทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลง
6	หญิง หม้าย 87 ปี ประถมศึกษา อาชีพเดิม ทำสวน ไม่มีรายได้ โรคความดันโลหิตสูง บุตร 7 คน	2 ปี อยู่เฉยๆ ไม่พูด เมื่อถามจะตอบไม่ตรงคำถาม จำลูกหลาน/บ้านไม่ได้ กลางคืนไม่นอน/รื้อค้นข้าวของ ทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลง
7	ชาย หม้าย 61 ปี ประถมศึกษา อาชีพเดิม รับจ้าง ไม่มีรายได้ บุตร 4 คน	5 ปี อยู่เฉยๆ ไม่พูด ถ้าให้นั่ง/นอนจะอยู่อย่างนั้นไม่ลุกไปไหน ทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลง

ลำดับ	ข้อมูลผู้สูงอายุ	ระยะเวลาป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม/อาการ
8	ชาย หม้าย 79 ปี ประถมศึกษา อาชีพเดิม ทำสวน ไม่มีรายได้ บุตร 6 คน	4 ปี เดินไปเดินมาตลอดเวลา พูดบ่นฟังไม่รู้เรื่อง รื้อค้นข้าวของ ใส่เสื้อกลับตะเข็บ ไม่ชอบอาบน้ำ/จะทำร้ายถ้าอาบน้ำให้ เดินหลงทาง/กลับบ้านไม่ถูก ทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลง
9	ชาย คู่ 73 ปี อนุปริญญา อาชีพเดิม ราชการ มีรายได้จากเงินบำนาญ โรคความดันโลหิตสูง เก๊าท์ บุตร 5 คน	6 ปี นอนติดเตียง ใส่สายยางให้อาหารทางจมูก ใส่สายสวนปัสสาวะ ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองไม่ได้
10	ชาย คู่ 75 ปี อนุปริญญา อาชีพเดิม ราชการ มีรายได้จากเงินบำนาญ บุตร 1 คน	3 เดือน พูดน้อยลง หงุดหงิด ทำร้ายร่างกายผู้ดูแล ทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจากการทดสอบด้วยดัชนีบาร์เทลเอดีแอล (Barthel ADL Index) พบว่ามีภาวะพึ่งพาระดับน้อยถึงระดับการพึ่งพาทั้งหมด ค่า ADL อยู่ระหว่าง 0 - 13 คะแนน โดยมีผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ต้องพึ่งพาทั้งหมด 2 ราย พึ่งพาระดับมาก 2 ราย พึ่งพาระดับปานกลาง 2 ราย และพึ่งพาระดับน้อย 4 ราย มีรายละเอียดดังนี้

1. การรับประทานอาหาร : ตักใส่ปากได้เอง 5 ราย ต้องป้อน 3 ราย ใส่สายยางให้อาหาร 2 ราย
2. การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม : ต้องช่วยเหลือ 3 ราย ทำไม่ได้ 7 ราย
3. การลุกจากที่นอน/เคลื่อนย้ายไปยังเก้าอี้ : ทำได้เอง 3 ราย ต้องช่วยเหลือ 3 ราย ทำไม่ได้ 4 ราย
4. การใช้ห้องสุขา : ต้องช่วยเหลือ 4 ราย ทำไม่ได้ 6 ราย
5. การเคลื่อนที่ภายในบ้าน : ทำได้เอง 4 ราย ต้องช่วยเหลือ 4 ราย ทำไม่ได้ 2 ราย
6. การสวมใส่เสื้อผ้า : ต้องช่วยเหลือ 5 ราย ทำไม่ได้ 5 ราย
7. การเดินขึ้นลงบันได : ทำได้เอง 1 ราย ต้องช่วยเหลือ 6 ราย ทำไม่ได้ 3 ราย
8. การอาบน้ำ : ต้องช่วยเหลือ 2 ราย ทำไม่ได้ 8 ราย
9. การกลั้นอุจจาระ : กลั้นได้ 3 ราย อุจจาระราด/เลอะเทอะ 6 ราย ต้องสวน 1 ราย
10. การกลั้นปัสสาวะ : กลั้นได้ 3 ราย ปัสสาวะรด/ราด 5 ราย ใส่สายสวน 2 ราย

ระดับการพึ่งพิง	ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ทั้งหมด (ADL 0-4)	-	✓	-	-	-	-	-	-	✓	-
มาก (ADL 5-8)	✓	-	-	-	-	-	✓	-	-	-
ปานกลาง (ADL 9-11)	-	-	✓	-	-	✓	-	-	-	-
น้อย (ADL 12+)	-	-	-	✓	✓	-	-	✓	-	✓

การรับประทานอาหาร	ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ตักใส่ปากได้เอง	✓	-	-	✓	✓	✓	-	✓	-	-
ต้องป้อน	-	-	✓	-	-	-	✓	-	-	✓
ใส่สายยางให้อาหาร	-	✓	-	-	-	-	-	-	✓	-

การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม	ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ทำได้เอง	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ต้องช่วยเหลือ	-	-	-	✓	✓	-	-	-	-	✓
ทำไม่ได้	✓	✓	✓	-	-	✓	✓	✓	✓	-

การลุกจากที่นอน/ เคลื่อนย้ายไปยังเก้าอี้	ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ทำได้เอง	-	-	✓	✓	-	-	-	✓	-	-
ต้องช่วยเหลือ	-	-	-	-	✓	✓	-	-	-	✓
ทำไม่ได้	✓	✓	-	-	-	-	✓	-	✓	-

การใช้ห้องสุขา	ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ทำได้เอง	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ต้องช่วยเหลือ	-	-	-	✓	✓	✓	-	-	-	✓
ทำไม่ได้	✓	✓	✓	-	-	-	✓	✓	✓	-

การเคลื่อนที่ภายในบ้าน	ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ทำได้เอง	✓	-	✓	✓	-	-	-	✓	-	-
ต้องช่วยเหลือ	-	-	-	-	✓	✓	✓	-	-	✓
ทำไม่ได้	-	✓	-	-	-	-	-	-	✓	-

การสวมใส่เสื้อผ้า	ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ทำได้เอง	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ต้องช่วยเหลือ	-	-	-	✓	✓	✓	-	✓	-	✓
ทำไม่ได้	✓	✓	✓	-	-	-	✓	-	✓	-

การเดินขึ้นลงบันได	ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ทำได้เอง	-	-	-	-	-	-	-	✓	-	-
ต้องช่วยเหลือ	✓	-	✓	✓	✓	-	✓	-	-	✓
ทำไม่ได้	-	✓	-	-	-	✓	-	-	✓	-

การอาบน้ำ	ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ทำได้เอง	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ต้องช่วยเหลือ	-	-	-	✓	-	-	-	-	-	✓
ทำไม่ได้	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	-

การกลั้นอุจจาระ	ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
กลั้นได้	-	-	-	-	✓	✓	-	-	-	✓
อุจจาระราด/เลอะเทอะ	✓	-	✓	✓	-	-	✓	✓	✓	-
ต้องสวน	-	✓	-	-	-	-	-	-	-	-

การกลั้นปัสสาวะ	ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
กลั้นได้	-	-	-	-	✓	✓	-	-	-	✓
ปัสสาวะรด/ราด	✓	-	✓	✓	-	-	✓	✓	-	-
ใส่สายสวน	-	✓	-	-	-	-	-	-	✓	-

ตอนที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเพศหญิง 9 ราย เพศชาย 1 ราย อายุระหว่าง 29 - 70 ปี เป็นผู้สูงอายุ 2 ราย สถานภาพสมรสคู่ 7 ราย โสด 2 รายและแยกกันอยู่ 1 ราย ผู้ดูแลที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีบุตร 1 - 3 คน การศึกษาระดับอนุปริญญาถึงปริญญาตรี 3 ราย ประถมศึกษา 4 ราย และไม่ได้เรียน 2 ราย ปัจจุบันยังประกอบอาชีพ 6 ราย มีโรคประจำตัว 4 ราย ได้แก่ เบาหวาน ภูมิแพ้ ต้อกระจก และพิการ 1 ราย ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุเป็นบุตร 6 ราย คู่สมรส 3 ราย และหลาน 1 ราย รายได้สำหรับใช้จ่ายในครอบครัวและดูแลผู้สูงอายุมาจากการประกอบอาชีพ เงินบำนาญของผู้สูงอายุ การเกื้อหนุนของญาติ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยยังชีพผู้พิการ และเงินสะสมซึ่งเพียงพอกับการใช้จ่าย 9 ราย ไม่เพียงพอ 1 ราย

ลำดับ	ข้อมูลผู้ดูแล
1	หญิง คู่ 58 ปี ประถมศึกษา ค้าขาย โรคเบาหวาน บุตร 2 คน เป็นภรรยา รายได้จากการประกอบอาชีพ เงินสะสม
2	หญิง คู่ 65 ปี ปริญญาตรี ค้าขาย บุตร 3 คน โรคภูมิแพ้ เป็นภรรยา รายได้จากการประกอบอาชีพ เงินบำนาญของผู้สูงอายุ บุตร
3	หญิง คู่ 29 ปี ประถมศึกษา แม่บ้าน พาหะโรคธาลาสซีเมีย กำลังตั้งครรภ์ 5 เดือน เป็นบุตร รายได้จากบิดา คู่สมรส ญาติพี่น้อง เงินสะสม
4	ชาย คู่ 45 ปี ประถมศึกษา ทำนา บุตร 3 คน เป็นบุตร รายได้จากการประกอบอาชีพ ญาติพี่น้อง
5	หญิงโสด 41 ปี ไม่ได้เรียน ไม่ประกอบอาชีพ พิการแขนสั้น เป็นหลาน รายได้จากมารดา น้า เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยยังชีพผู้พิการ
6	หญิง คู่ 41 ปี อนุปริญญา แม่บ้าน บุตร 2 คน เป็นบุตร รายได้จากคู่สมรส ญาติพี่น้อง
7	หญิง คู่ 33 ปี มัธยมศึกษา ค้าขาย บุตร 3 คน เป็นบุตร รายได้จากการประกอบอาชีพ ญาติพี่น้อง
8	หญิง โสด 50 ปี ปริญญาตรี ทำสวน เป็นบุตร รายได้จากการประกอบอาชีพ ญาติพี่น้อง
9	หญิง แยก 48 ปี ปวช. ทำสวน บุตร 1 คน เป็นบุตร รายได้จากการประกอบอาชีพ มารดา ญาติพี่น้อง เงินบำนาญของผู้สูงอายุ
10	หญิง คู่ 70 ปี แม่บ้าน โรคต้อกระจก ท่อน้ำตาตัน บุตร 1 คน เป็นภรรยา รายได้จากบุตร เงินบำนาญของผู้สูงอายุ เงินสะสม

การเข้าสู่บทบาทผู้ดูแล

การดำเนินโรคของภาวะสมองเสื่อมจะค่อยเป็นค่อยไปอย่างต่อเนื่องพบในผู้สูงอายุ 9 ราย มีเพียง 1 รายที่มีอาการเฉียบพลัน สิ่งที่ผู้ดูแลเริ่มสังเกตเห็นว่าผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมคือ ผู้สูงอายุมีอาการหลงลืม ซึ่งคิดว่าเป็นภาวะปกติของผู้สูงอายุ จนรู้สึกว่าผู้สูงอายุมีความผิดปกติในเรื่องความเป็นอยู่มากขึ้น เช่น นำถ้วยชามที่ยังไม่ได้ล้าง (อยู่ในอ่างล้างชาม) มาใส่อาหารรับประทาน จนถึงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงและทำไม่ได้ในที่สุด ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพา สมาชิกครอบครัวจึงต้องเข้ามาให้การช่วยเหลือดูแล ขณะเดียวกันสมาชิกครอบครัวอย่างน้อยหนึ่งคนก็ต้องเข้ามาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล การศึกษานี้พอสรุปเหตุผลของการเข้ามามีบทบาทเป็นผู้ดูแลได้ดังนี้

1. ความกตัญญูต่อบุพการี

ผู้ดูแลเห็นว่าการตอบแทนพระคุณบิดามารดาเป็นสิ่งที่พึงกระทำ ไม่คิดหวังสิ่งตอบแทนใดๆ

> *“พ่อแม่อยู่กับเรามาตลอด อีกอย่างบ้านที่อยู่นี่ก็ของพ่อแม่ พ่อแม่เป็นอะไรเราก็ต้องดูแล พี่น้องเห็นเราดูแลพ่อแม่เลยตกลงยกบ้านนี้ให้เป็นของเรา”*

> *“ตอนหนูเกิดแม่ก็เอาหนูมาให้ตากับยายเลี้ยง อยู่กับตายายมาตลอด พอตาไม่สบายหนูก็ต้องดูแล ตามที่หนูพอจะทำได้ อีกอย่างหนึ่งตาก็ไม่ค่อยเอาใคร เรียกหาแต่หนู”*

> *“ตอนที่แม่ไม่สบายเป็นหนักกว่านี้ตั้งหลายเท่าหนูยังดูแลได้เลย นี่พ่อเป็นแค่นี้คิดว่าไม่มีปัญหา นี่ก็พ่อของเรา”*

2. การเป็นบุตรคนโตของครอบครัว

ผู้ดูแลรายหนึ่งที่แยกครอบครัวออกไปเพื่อประกอบธุรกิจและไม่ได้พักอาศัยบ้านเดียวกับผู้สูงอายุ แต่มีการติดต่อกันสม่ำเสมอ เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมและความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลง มารดาและน้องๆ ที่อยู่ร่วมบ้านกับผู้สูงอายุได้ประชุมและตกลงว่าหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุควรเป็นของตนเนื่องจากเป็นบุตรคนโตและมีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ

> *“พอพ่อไม่สบาย แม่และน้องๆ ก็ตกลงกันว่าจะส่งพ่อมาให้เราดูแลเพราะเป็นลูกคนโต ทั้งๆ ที่ยังทำงานอยู่และพักที่บริษัท”*

3. ความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน

ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสพร้อมจะทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุด้วยความเต็มใจ ไม่ทอดทิ้งเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยหรือมีปัญหา เนื่องจากความผูกพัน ความใกล้ชิด การช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน

"อยู่ด้วยกันมานาน ยามเจ็บป่วยก็ต้องดูแล"

"ร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมา เวลาไม่สบายก็ต้องช่วยเหลือกัน จะดูแลกันไปตลอด"

4. หน้าที่รับผิดชอบ

ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสรายหนึ่ง ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ต้องทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุเนื่องจากเป็นหน้าที่ของคู่สมรส

"เป็นเมียก็ต้องดูแล จะทิ้งได้อย่างไร อยากให้คนอื่นมาช่วยดูแล ถ้าเขาไม่มาเราจะทำอะไรเขาได้"

5. ว่างงาน

ผู้ดูแลที่ไม่ได้ทำงานประจำจะถูกมอบหมายจากครอบครัวให้ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ

"พ่อเห็นว่าไม่ได้ทำอะไร พอแม่ทำอะไรไม่ได้ พ่อก็เลยส่งมาให้ดูแล แต่ก็ช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการดูแลทุกเดือน"

"ตั้งแต่ออกจากงานเพื่อมาดูแลลูกก็ไม่ได้ทำอะไรมาก ตอนนี้ดูแลแม่เพิ่มขึ้นก็ไม่รู้สึกลำบากอย่างใด ดูแลแม่ก็ดูทั่วๆ ไปไม่ต้องทำอะไรพิเศษมากมาย"

"พี่น้องทุกคนมีงานประจำไม่สามารถดูแลพ่อได้ ส่วนเราไม่ได้ทำงานประจำอะไร มีก็ทำสวนบ้าง"

ตอนที่ 4 ปัญหาของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและลักษณะการดูแล

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีภาวะพึ่งพาระดับน้อยถึงระดับทั้งหมด ผู้ดูแลจึงให้การดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหา ลักษณะการดูแลผู้สูงอายุในการศึกษานี้พบว่าครอบคลุมมิติสุขภาพที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำนิยามคำว่า “สุขภาพ” (HEALTH) ว่าหมายถึง ภาวะที่เป็นสุขทางกาย (physical well-being) ทางใจ (mental well-being) ทางสังคม (social well-being) และทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being) โดยสรุปปัญหาของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและลักษณะการดูแลได้ดังนี้

ด้านร่างกาย

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจะมีทักษะความสามารถในการดูแลช่วยเหลือตนเองลดลงไปเรื่อยๆ จนไม่สามารถดูแลตนเองได้ จากการศึกษาได้ข้อค้นพบดังนี้

1. การทำความสะอาดช่องปาก ฟัน ล้างหน้า

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมทุกรายมีปัญหาเรื่องการทำความสะอาดช่องปาก ฟัน และล้างหน้าด้วยตนเอง วิธีการดูแลในเรื่องนี้ได้แก่ การจัดเตรียมอุปกรณ์ การอำนวยความสะดวก/ช่วยเหลือในการทำกิจกรรม เช่น ส่งน้ำให้แล้วบอกให้ผู้ป่วยบ้วนปาก สำหรับผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงผู้ดูแลมีวิธีการดูแลคือ ใช้ไม้พันสำลีชุบน้ำยาบ้วนปากทำความสะอาดช่องปากและฟัน

> *“ลูกๆ ตื่นนอนกันแต่เช้าเพื่อเตรียมตัวไปทำงาน ไปโรงเรียน พ่อก็เลยตื่นไปด้วย ถ้าพ่อนอนเฉยๆ ก็ปล่อยให้นอนต่อไป สักพักก็จะพาพ่อไปห้องน้ำ บีบยาสีฟันใส่แปรงให้ ตักน้ำใส่ขันไว้ แล้วพ่อจะทำเอง”*

> *“พอตาตื่นต้องเอาลงมาข้างล่างให้ตาบ้วนปากด้วยน้ำเปล่า เพราะตาไม่มีฟัน”*

> *“เวลาทำความสะอาดปาก ฟัน ต้องใช้ไม้พันสำลีชุบน้ำยาบ้วนปากแล้วเช็ดให้”*

2. การทำความสะอาดร่างกาย อาบน้ำ

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมทุกรายไม่สามารถอาบน้ำด้วยตนเอง ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะอาบน้ำให้ผู้สูงอายุวันละ 1 - 2 ครั้ง ตอนเช้าและตอนเย็น ผู้ดูแลที่อาบน้ำให้ผู้สูงอายุวันละ 1 ครั้งจะอาบตอนบ่ายๆ เนื่องจากเกรงว่าผู้สูงอายุจะหนาว สำหรับผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง ผู้ดูแลจะทำความสะอาดร่างกายโดยเช็ดตัวบนเตียงหลังให้อาหารทางสายยางมื้อเช้า

"จะอาบน้ำให้แม่วันละ 2 ครั้ง เช้ากับเย็น เวลาจะอาบน้ำต้องเรียกพี่ๆ มาช่วยด้วย ทำคนเดียวไม่ไหว ยิ่งถ้าแม่ถ่ายด้วยต้องให้พี่สาวช่วยอีก 2 คน ทำอย่างนี้ทุกวัน"

"ตอนบ่ายๆ ถึงจะพาพ่อไปอาบน้ำ ถ้าอาบเร็วเดี๋ยวเขาจะหนาว"

"ก่อนพี่ชายจะไปขายของจะเข้ามาอาบน้ำให้พ่อก่อนทุกครั้ง พอตอนค่ำๆ ก็จะมาอาบน้ำให้อีกทีหนึ่ง เราแบ่งหน้าที่กัน"

"จะเช็ดตัวทำความสะอาดให้ตอนสายๆ ทำความสะอาดทุกส่วนเลย สายปัสสาวะด้วย" (หมายถึงผู้สูงอายุนอนติดเตียง)

3. การสวมใส่/ทำความสะอาดเสื้อผ้า เครื่องนอน

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาในการสวมใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือ ส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะใส่ให้ ส่วนการเปลี่ยนเสื้อผ้าผู้ดูแลจะเปลี่ยนให้ใหม่หลังอาบน้ำทุกครั้ง และนำเสื้อผ้าเก่าไปซักทำความสะอาด โดยจะซักรวมไปกับของตนเองหรือคนอื่นๆ แต่ถ้าสกปรกมาก เช่น ปัสสาวะ/อุจจาระรดจะแยกซักต่างหาก ส่วนเครื่องนอนของผู้สูงอายุนั้นผู้ดูแลจะเปลี่ยนและทำความสะอาดตามความเหมาะสม ถ้าปัสสาวะ/อุจจาระรด หรือสกปรกจะเปลี่ยนเครื่องนอนและทำความสะอาดให้โดยไม่ต้องรอเวลา

"พ่อเค้าใส่เสื้อผ้าเองได้ แต่ใส่กลับตะเข็บ"

"พี่ชายจะทำให้พ่อหมดทุกอย่าง" (หมายถึงสวมใส่เสื้อผ้า)

“ตื่นขึ้นมาก็ต้องมาดูว่าถ่ายเลอะเทอะไหม พอพาเข้าห้องน้ำเสร็จก็จะต้องมาล้างทำความสะอาดที่นอนเลย เอาน้ำราดลงแฟ็บแล้วก็ขัดเลย ปล่อยไว้จนแห้ง” (ผู้ป่วยนอนเตียงไม้ ไม่มีที่นอน)

“ตอนบ่ายๆ จะพาคนไข้มานั่งที่เก้าอี้โยก แล้วจึงทำความสะอาดที่นอน เปลี่ยนผ้าปูตามความเหมาะสม ผ้ารองกันเปลี่ยนให้ทุกวัน แต่ถ้าถ่ายเลอะก็จะเปลี่ยนอีก”

“พอพาเข้าห้องน้ำแล้ว (หมายถึงผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม) ก็จะทำความสะอาดที่นอนผ้ายาง แล้วเปลี่ยนผ้าปู ผ้ารองกันให้ใหม่”

4. การเตรียมอาหาร / การรับประทานอาหาร

ประเภทอาหารที่ผู้ดูแลเลือกให้ผู้สูงอายุรับประทานจะพิจารณาจากตัวผู้สูงอายุ เช่น ความชอบ ความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ สภาพช่องปาก/ฟัน หรือความสามารถในการตักอาหาร รับประทาน โดยผู้สูงอายุที่สามารถรับประทานทางปากได้ผู้ดูแลจะจัดอาหารเป็นข้าวและกับข้าวที่ครอบครัวรับประทานได้ด้วยกันเป็นชุดให้ผู้สูงอายุรับประทานต่างหาก สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถแยกชนิดของอาหารได้ผู้ดูแลจะจัดอาหารที่รวมข้าวและกับข้าวไว้ด้วยกัน เช่น ข้าวสวยราดด้วยแกงจืด ถ้ามีเนื้อสัตว์จะตัดเป็นชิ้นๆ พอคำ แกะก้าง/กระดูกออก ส่วนผู้สูงอายุที่ใส่สายยางให้อาหารผู้ดูแลจะเตรียมอาหารปั่น ซึ่งได้รับการอบรมวิธีการทำจากโรงพยาบาลที่พาผู้ป่วยไปรักษา

ส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่รับประทานทางปากวันละ 3 มื้อ และจัดอาหารว่างวันละ 1 มื้อในช่วงบ่าย ซึ่งจะเป็นนม ผลไม้ ขนม สลับกันไป มีผู้ดูแล 1 รายจัดอาหารให้ผู้สูงอายุวันละ 2 มื้อ โดยมื้อแรกจะเป็นมื้อกลางวันเนื่องจากครอบครัวนี้จะไม่ปรุงอาหาร ซื้ออาหารรับประทาน ไม่รับประทานอาหารร่วมกัน รวมทั้งการประกอบอาชีพทำให้นอนดึกจึงตื่นสาย สำหรับผู้สูงอายุใส่สายยางให้อาหารผู้ดูแลจะจัดอาหารให้วันละ 4 มื้อ โดยเตรียมอาหารปั่นวันละ 1 ครั้ง แบ่งเป็น 4 มื้อ ที่เหลือจะเก็บไว้ในตู้เย็น และนำมาอุ่นทุกครั้งก่อนให้อาหาร เดิมผู้ดูแลจะจะปั่นอาหารตามสูตรที่โรงพยาบาลแนะนำ ต่อมามีการปรับเปลี่ยนสูตรให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น เปลี่ยนจากน้ำมันเป็นกะทิสดเพื่อไม่ให้ผิวแห้ง

“ในบ้านจะช่วยๆ กันดูแล แฟนผมจะไปทำกับข้าวก็เป็นกับข้าวที่กินกันนะแหละ แต่จะตักให้พ่อเป็นชุดไป ก็จะเป็นข้าวจาน แกงจาน ถ้ามีปลาก็จะแกะแต่เนื้อเอาไว้ในจานข้าว พ่อตักกินเองได้ ตอนบ่ายๆ จะให้กินมะละกอ น้ำส้ม นมกล่องบ้าง ตั้งแต่พ่อท้องผูกจะไปขอยาหมอที่อนามัย แต่หมอแนะนำให้กินมะละกอ น้ำส้ม ทำประจำตอนนี้ท้องไม่ผูกแล้ว”

“ตื่นนอนก็จะเข้าครัวเตรียมอาหารเลย แล้วมาดูแม่ถ้าตื่นก็จะพาไปอาบน้ำ แต่งตัวเสร็จแล้วพามานั่ง ป้อนข้าวให้วันละ 3 มื้อ ตอนบ่ายๆ จะป้อนขนม แม่เขาชอบเฉาก๊วย ถ้าเป็นเฉาก๊วยจะกินได้เยอะ”

“พาตาลงมานั่งข้างล่าง ล้างหน้าบ้วนปากแล้วก็จะเอาข้าวมาให้ วันนี้ตากินข้าวเหนียวไก่ย่าง ตาชอบกินต้มยำไม่เผ็ด ก็จะทำให้ตากินถ้าทำกับข้าว”

“จะปั่นอาหารครั้งละ 3 - 4 มื้อ ถ้าไม่พอจะทำใหม่ ที่เหลือเก็บไว้ในตู้เย็น ถึงเวลาก็จะเอามาอุ่น ทำตามที่โรงพยาบาลแนะนำ ต่อมาจะดูจากหนังสือบ้าง พ่อเคยผิวแห้งขีดเป็นรอยเลย ลองคิดเปลี่ยนสูตรอาหารใหม่ เห็นว่ากะทิน่าจะดีเลยลองเปลี่ยนมาใช้กะทิแทนน้ำมันพืช มะพร้าวจากบ้านเราเอง คั้นสดๆ เลย รู้สึกว่าพ่อดีขึ้น เลยใช้มาเรื่อยๆ ผิวพ่อไม่แห้งอีกเลย”

5. การขับถ่าย

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาเรื่องการขับถ่าย ได้แก่ ไปห้องสุขาไม่ถูก ปัสสาวะรด/ราด ปัสสาวะเองไม่ได้ต้องใส่สายสวนปัสสาวะ ซึ่งขึ้นอยู่กับระยะเวลาและความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลมีวิธีการดูแลในเรื่องนี้แตกต่างกันไป ได้แก่ การสอบถามการสังเกตพฤติกรรม เช่น ถ้าผู้สูงอายุลุกขึ้นยืน ต้องสอบถามว่าจะเข้าห้องน้ำหรือไม่ การพาเข้าห้องน้ำทุก 1 - 2 ชั่วโมง การใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป และการใส่สายสวนปัสสาวะ ผู้ดูแลยังปรับปรุงสถานที่ขับถ่ายให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุเพื่อช่วยให้เกิดความสะดวกด้วย เช่น เจาะเตียงเป็นช่องสี่เหลี่ยมและวางกระโถนใต้เตียงเมื่อผู้สูงอายุต้องการขับถ่ายจะเลื่อนตัวไปบริเวณช่องดังกล่าว นอกจากนี้ผู้ดูแลยังดูแลปัญหาการขับถ่ายของผู้สูงอายุ เช่น อาการท้องผูก โดยการจัดอาหารที่มีผลต่อระบบการขับถ่ายให้ผู้สูงอายุรับประทาน เช่น ผัก ผลไม้ การให้ยาระบาย การสวนอุจจาระ และการล้วงอุจจาระ

“กลางคืนจะใส่ผ้าอ้อมให้ ตอนเช้าก็จะพาไปนั่งส้วม ปล่อยไว้อย่างนั้นจนกว่าจะถ่าย แล้วทำความสะอาด อาบน้ำเลย แต่ถ้าไม่ถ่ายตอนเช้าต้องคอยถามอยู่เรื่อยๆ”

“เวลาปวดฉี่ก็จะเลื่อนตัวลงไปบริเวณที่เจาะรูเอาไว้ พอเสร็จแล้วจะเรียกให้ทำความสะอาด”

“ใส่ผ้าอ้อมไว้ ไม่มีปัญหาเรื่องฉี่ถ่าย แต่ถ้าได้กลิ่นถ่ายจะมาดู ถ้าถ่ายก็จะพาไปล้างอาบน้ำให้เลย แล้วก็เปลี่ยนผ้าอ้อมใหม่”

“ฉี่ถ่ายไม่บอกหรอก ต้องทำห้องให้อยู่ ถ้าฉี่ถ่ายจะอยู่ในนั้น แล้วค่อยมาทำความสะอาด ขัดล้างทีเดียวเลย”

“ส่วนใหญ่จะท้องผูก 2 - 3 วันถ่ายครั้ง ต้องสวนให้ พอสวนสักพักจะอุ้มมานั่งส้วม ถ่ายลงส้วม ทำความสะอาดง่าย”

6. การเคลื่อนไหว

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมบางรายลุกเดินได้เอง บางรายต้องได้รับการช่วยเหลือจึงจะเดินได้ บางรายนอนติดเตียง ผู้ดูแลจะคอยพยุง จูงมือ และอยู่ใกล้ๆ ผู้สูงอายุที่เดินได้เพื่อคอยระวังไม่ให้ผู้สูงอายุหกล้ม สำหรับผู้สูงอายุที่เดินไม่ได้ผู้ดูแลจะให้นั่งเก้าอี้ที่มีล้อแล้วเลื่อนไปหรือใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น walker ส่วนผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงนั้นผู้ดูแลจะคอยพลิกตะแคงตัวให้บ่อยๆ อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง อุ้มผู้สูงอายุลงมานั่งเก้าอี้บ้าง ฝึกให้ผู้สูงอายุเดิน/ทำกายภาพบำบัด

“เวลาพ่อจะไปห้องน้ำก็ต้องพาไป รอจนกว่าจะเสร็จธุระค่อยพากลับมา”

“เวลาจะพาแม่ไปอาบน้ำก็ต้องช่วยกันพาไป แต่ถ้าอยู่คนเดียวจะให้นั่งเก้าอี้ที่มีล้อแล้วเข็นไป”

“ถ้านอนอยู่บนเตียงจะคอยพลิกตัวให้ แต่บ่ายๆ ก็จะอุ้มลงมานั่งที่เก้าอี้โยก จับเดิน ยืดเหยียดแขนขาทุกวัน”

7. แผลกดทับ

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมหนึ่งรายมีแผลกดทับที่ก้นกบ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงจากเดินได้เองแบบไม่มีจุดหมายเป็นเดินไม่ได้ นอนติดเตียง ผู้ดูแลยังให้การดูแลผู้สูงอายุเช่นเดิมจึงทำให้เกิดแผลขึ้นจนปากแผลกว้างและมีกลิ่นเหม็นผู้ดูแลจึงพาไปรักษาที่โรงพยาบาลด้วยการผ่าตัดตกแต่งแผล จากนั้นผู้ดูแลจึงมาทำแผลต่อที่บ้าน (พยาบาลที่สถานีอนามัยสอนวิธีทำแผลและให้ยืมชุดทำแผล) โดยจะทำแผลให้ผู้สูงอายุหลังอาบน้ำเช้าเย็นและหลังถ่ายอุจจาระ คอยพลิกตะแคงตัวให้ถ้าผู้สูงอายุนอน เพิ่มอาหารประเภทโปรตีน เช่น ไข่ต้ม เนื้อปลา ทุกมื้ออาหาร จนผู้สูงอายุหายจากการเป็นแผลกดทับ นอกจากนี้ผู้ดูแลยังให้ผู้สูงอายุนั่งในตอนกลางวันบ่อยๆ และเมื่อผู้สูงอายุนอนจะคอยพลิกตะแคงตัวให้

“พาไปแต่งแผลที่โรงพยาบาลมา 2 ครั้งแล้ว ตอนนี้กลับมาทำแผลเองที่บ้าน หมอบอกให้กินไข่ต้ม ต้มให้กินทุกวันเลย กลัวแม่จะเบื่อ”

8. การดูแลเรื่องยา

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมต้องรับประทานยารักษาโรคทั้งโรคประจำตัวและภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลจะจัดยาและดูแลให้ผู้สูงอายุรับประทานตามแพทย์สั่งอย่างระมัดระวัง เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายไม่ยอมรับประทานยาจะอมยาไว้ที่กระพุ้งแก้ม ผู้สูงอายุบางรายจะรับประทานเมื่อมีอาการ เช่น นอนไม่หลับ กระวนกระวาย โดยผู้ดูแลจะคอยสังเกตอาการถ้าพบปัญหาจึงให้ยาตามแพทย์สั่ง สำหรับผู้สูงอายุที่ให้อาหารทางสายยางผู้ดูแลก็จะบดยาให้ทางสายยางด้วย ผู้ดูแลจะไปรับยาแทนหรือพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง

“ตอนแรกก็ให้กินยาหลังกินข้าวปกติ ตอนหลังเห็นยาที่พื้นเลยสงสัย ต้องคอยดูจนกว่าจะกลืนยา”

“บางวันดึกแล้วยังไม่นอน เห็นลืมตาอยู่ เป็นสัก 2-3 วันก็ให้ยาแล้ว ให้สักพักดีขึ้นก็หยุด”

9. การดูแลอื่นๆ

ผู้ดูแลยังให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่เกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคลอีกหลายเรื่อง ดังนี้

- สระ/ตัดผม ผู้ดูแลจะสระผมให้ผู้สูงอายุ 2 - 3 วันต่อครั้งโดยจะพาไปสระผมที่ห้องน้ำพร้อมการอาบน้ำ สำหรับผู้สูงอายุนอนติดเตียงผู้ดูแลจะสระผมให้ที่เตียง ส่วนการตัดผมให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะตัดผมให้เอง บางรายจะจ้างช่างตัดผมมาตัดให้ที่บ้าน
- ตัดเล็บมือ/เท้า ผู้ดูแลจะคอยตัดเล็บผู้สูงอายุให้สั้นอยู่เสมอ
- สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง เช่น วัดไข้เมื่อรู้สึกว่าผู้สูงอายุตัวเริ่มร้อนผิดปกติ เนื่องจากผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงจะเกิดภาวะแทรกซ้อน
- การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่สามารถเดินได้ ผู้ดูแลจะพาผู้สูงอายุออกเดินนอกบ้านเพื่อออกกำลังกายโดยจะเดินไปด้วยกันและอยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุตลอดเวลา เนื่องจากต้องระวังการหลงทาง

ด้านจิตใจและพฤติกรรม

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมนอกจากจะมีทักษะความสามารถทางกายที่ค่อยๆ สูญเสียไปแล้ว ยังเกิดปัญหาด้านจิตใจและพฤติกรรมด้วย ในการศึกษานี้พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีอาการหลงลืม จำคนในครอบครัวหรือบ้านตนเองไม่ได้ ชอบนั่งนิ่งๆ ไม่พูดคุยหรือบอกเมื่อต้องการอะไร ทำลายข้าวของ ทำร้ายร่างกายผู้อื่น เดินแบบไม่มีจุดหมาย เดินหายออกจากบ้าน

1. อาการหลงลืม จำคนในครอบครัวหรือบ้านตนเองไม่ได้

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาหลงลืม จำคนในครอบครัวหรือบ้านตนเองไม่ได้ ปฏิเสธที่จะอยู่ในบ้าน ผู้ดูแลต้องคอยพูดปลอบใจและเบี่ยงเบนความสนใจให้ไปสนใจเรื่องอื่น รวมทั้งมีการกระตุ้นความจำโดยชวนพูดคุยเรื่องต่างๆ นำรูปภาพเก่าๆ มาให้ดู ถามถึงเหตุการณ์ต่างๆ ให้ตอบคำถามง่ายๆ ให้เขียนหนังสือ เช่น ชื่อ นามสกุล หรือคำต่างๆ ตามคำบอก ถ้าผู้สูงอายุนึกไม่ออก/เขียนไม่ได้ผู้ดูแลจะใบ้คำเพื่อให้นึกได้ง่ายขึ้น

“แม่เคยถามว่าบ้านนี้บ้านใคร ให้พากลับบ้าน พอบอกว่าบ้านของเราเอง แม่ไม่เชื่อ บอกให้พากลับบ้านอีก เลยบอกว่าไม่เป็นไรเจ้าของบ้านให้อยู่ แล้วก็ชวนพูดเรื่องอื่น”

“บอกให้เขียนหนังสืออยู่เรื่อยๆ (เดิมผู้ป่วยเป็นนักแต่งเพลง ปัจจุบันทำไม่ได้) เวลาไปหาหมอต้องไปทดสอบความจำด้วย ลูกซื้อเครื่องออกกำลังกายมาต้องคอยเตือนให้ทำบ่อยๆ เพื่อจะได้กระตุ้นให้มีการทำงาน”

“บอกให้เขียนอะไรก็ได้เค้าเขียนชื่อตัวเอง เขียนถูกนะ เลยบอกให้เขียนคำอื่น เห็นนิ่งเหมือนนึกอยู่ เลยเกริ่นว่า “เมีย” ก็เขียนคำว่า “เมียน้อย” แต่เขียนไม่ยกปากกานะดูยากปกติเค้าชอบศึกษาเรื่องภาษาอังกฤษอยู่แล้ว ลูกลองถามศัพท์ก็ตอบได้นะ ลูกถามว่า “Good night แปลว่าอะไร” ก็ตอบว่า “สวัสดี” พอถามว่า “ตอนไหน” ก็ตอบว่า “ตอนกลางคืน”

2. นั่งนิ่งๆ ไม่พูดคุย หรือบอกเมื่อต้องการอะไร

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่สามารถเดินได้เอง 4 ใน 5 ราย จะนั่งนิ่งๆ ไม่ค่อยพูดคุย ถามคำตอบคำ บางรายต้องถามหลายครั้งจึงจะตอบ บางรายไม่พูดแต่จะแสดงท่าทาง เช่น ลุกยืน ผู้ดูแลจึงต้องสอบถามความต้องการของผู้สูงอายุ เช่น จะกินขนมไหม หรือสังเกตท่าทางของผู้สูงอายุและต้องเดาว่าผู้สูงอายุต้องการอะไร เช่น ผู้สูงอายุลุกขึ้นก็จะถามว่าจะไปห้องน้ำหรือ

“พอพ่อลุกต้องคอยถามว่าจะเข้าห้องน้ำหรือเปล่า ต้องพาเข้า เคยไม่มีใครเห็น พ่อเดินไปแล้วยืนฉี่ข้างฝาบ้าน ตอนนอนต้องเอากระโถนฉี่ไว้ใกล้ๆ ลูกผมเคยไม่ตื่นตอนพ่อลุกพ่อเลยฉี่ที่ขอบมุ้ง” (ผู้ดูแลจะให้บุตรนอนกับผู้สูงอายุ)

“บางครั้งถามจะไม่ค่อยตอบ แต่ถ้าถามเรื่องกินจะตอบเร็วมาก พอถามว่าจะกินข้าวหรือยัง จะตอบทันทีว่ากิน”

3. ทำลายข้าวของ ทำร้ายร่างกายผู้อื่น

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมหนึ่งรายมีพฤติกรรมทำลายข้าวของ เช่น ใช้นิ้วเจาะที่นอน (ทำด้วยนุ่น) จนเป็นรูและดึงนุ่นออกมา ผู้ดูแลจึงซ่อมแซมที่นอนให้ แต่ผู้สูงอายุยังทำพฤติกรรมเช่นเดิมอยู่เรื่อยๆ ผู้ดูแลจึงนำที่นอนออกให้ผู้สูงอายุนอนเตียงที่ไม่มีที่นอน (ปูผ้าให้) หลังจากนั้นผู้สูงอายุเริ่มแกะไม้ปูพื้นเตียงซึ่งเป็นกระดานไม้อัดจนเป็นรู ผู้ดูแลจึงซ่อมแซมให้ ส่วนข้าวของอื่นๆ ผู้ดูแลจะเก็บออกไป

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอีกรายหนึ่งจะมีอารมณ์ฉุนเฉียว หงุดหงิดง่าย บ่นว่าและทำร้ายร่างกายขณะให้การดูแลผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวัน มีการทุบตีและขว้างปาข้าวของ ผู้ดูแลจึงต้องถอยห่างจากผู้สูงอายุ ไม่โต้เถียงใดๆ คอยสังเกตอาการ ถ้าผู้สูงอายุมีอาการสงบจึงเข้าใกล้ นอกจากนั้นผู้ดูแลยังต้องคอยสังเกตว่าผู้สูงอายุอยู่ในภาวะอารมณ์ใดก่อนที่จะเข้าใกล้เพื่อป้องกันตนเองจากการถูกทำร้าย

"ต้องคอยระวัง เผลอไม่ได้ โดนทุบโดนตี"

"ตอนแรกให้นอนบนที่นอนก็เอานิ้วแยงจนเป็นรูแล้วก็ดึงนุ่นออกมา ฟุ้งไปทั่ว จนไม่ไหวแล้วเลยให้นอนกับพื้นเตียงเฉยๆ ก็ยังไปแกะพื้นเตียงจนเป็นรู นอนไม่ได้เลย ต้องให้น้องเขยซ่อมให้"

4. เดินแบบไม่มีจุดหมาย เดินหายออกจากบ้าน

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมบางรายเดินแบบไม่มีจุดหมาย เดินหายออกจากบ้าน ผู้ดูแลต้องอยู่กับผู้สูงอายุตลอดเวลา ป้องกันการออกนอกบ้านของผู้สูงอายุโดยลำพัง กรณีที่ผู้ดูแลไม่สามารถอยู่กับผู้สูงอายุได้ตลอดเวลาจะจำกัดสถานที่ให้ผู้สูงอายุอยู่ เช่น นำเก้าอี้ไม้ตัวใหญ่ๆ มาร้อยเชือกติดกันกั้นบริเวณไว้ การปิดล็อคประตูรั้วอย่างแน่นหนา และทำห้องให้ผู้สูงอายุอยู่โดยเฉพาะและปิดกุญแจล็อคไว้

"ถ้าปล่อยไว้ในบ้าน ถ้าเผลอก็จะดินออกไปนอกบ้าน เลยเอาเก้าอี้มากั้น ตอนหลังดึงเก้าอี้ออกได้เลยเอาเชือกมาร้อยไว้"

"เผลอไม่ได้เลยจะเดินออกไปนอกบ้านตลอด บางทีก็เดินไปที่ท่าน้ำ กลัวเดินลงไปในน้ำ เลยต้องเอาไม้มาตีเป็นระแนงตลอดทั้งบ้านเพื่อไม่ให้ออกไปท่าน้ำ แต่ก็ยังออกไปข้างนอกได้อีก เลยเอาไม้ระแนงมาตีบริเวณทำเป็นห้องให้อยู่ ต้องปิดประตูล็อกกุญแจด้วย เคยคล้องกุญแจไว้เฉยๆ เปิดเดินออกไปเลย"

"แม่จะเดินอยู่ในบ้านไม่ไปไหนหรอก ถ้าไม่เปิดประตูรั้ว ต้องคอยระวังเปิดแล้วต้องคอยปิด"

ด้านสังคม

ภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน ผู้ดูแลจึงให้การดูแลในเรื่องนี้โดยให้ลูกหลานที่ไม่ได้อยู่บ้านเดียวกันมาเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ พาผู้สูงอายุออกเดินนอกบ้านแล้วชวนให้ดูสิ่งรอบข้าง ให้พบปะ/พูดคุยกับเพื่อนบ้าน บางครั้งจะพาผู้สูงอายุไปสถานที่ท่องเที่ยวต่างๆ เช่น สวนสาธารณะ

"บางครั้งตอนเย็นๆ จะพาออกไปเดินข้างนอก เพื่อนข้างบ้านก็ทักทาย"

"ถ้าไม่มีปัญหาอะไรก็จะพาไปเที่ยวสวนสาธารณะ จะไปที่ต้องไปกันหมดต้องช่วยกัน ให้นั่งรถเข็นสักพักก็กลับ"

ด้านจิตวิญญาณ

การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมด้านจิตวิญญาณนี้ผู้ดูแลให้การดูแลโดยเตรียมอาหารสำหรับใส่บาตรมาให้ผู้สูงอายุถือและบอกให้สวดมนต์ถวายอาหารพระ หลังจากนั้นผู้ดูแลจะนำอาหารนั้นไปใส่บาตร บางครั้งในวันสำคัญต่างๆ เช่น วันเกิด วันสำคัญทางพุทธศาสนาจะพาผู้สูงอายุไปทำบุญที่วัด

"พอวันเกิดก็จะให้ใส่บาตร ถ้าไม่พาไปวัดก็จะใส่ให้"

ตอนที่ 5 ผลกระทบในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

การทดสอบความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมด้วยดัชนีบาร์เทลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ที่พบว่าผู้สูงอายุทุกรายมีภาวะพึ่งพา ทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ซึ่งผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแล ดังนี้

1. **ด้านร่างกาย**

ผู้ดูแลทุกรายมีการนอนที่เปลี่ยนแปลงไปขึ้นกับภาวะของผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมวุ่นวาย นอนไม่หลับเวลากลางคืน ผู้ดูแลจะอดนอนไปด้วยเพราะต้องคอยดูแล ส่วนผู้สูงอายุนอนติดเตียงที่มีภาวะเปลี่ยนแปลง เช่น มีไข้ ผู้ดูแลจะให้การดูแลในช่วงกลางคืนด้วยทำให้ผู้ดูแลเกิดอาการอ่อนเพลีย การเอาใจใส่สุขภาพของผู้ดูแลลดลง ผู้ดูแลที่มี

อาการเจ็บป่วยจะไม่ไปพบแพทย์ จะซื้อยารับประทานก่อนถ้าไม่หายจึงไปพบแพทย์ ผู้ดูแลมีแนวทางเพื่อลดผลกระทบด้านนี้ ได้แก่ การพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุสม่ำเสมอ

2. **ด้านจิตใจ**

ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม 8 ใน 10 ราย อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ความความเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติของผู้สูงอายุทำให้สมาชิกครอบครัวหนึ่งคนต้องทำหน้าที่หลักเป็นผู้ดูแล ผู้ดูแลจึงต้องมีการปรับตัว ผลกระทบด้านจิตใจที่เกิดกับผู้ดูแลนั้นจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัว การศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักจะมีความเครียดเนื่องจากขาดอิสระในการดำเนินชีวิต ส่วนผู้ดูแลที่เป็นผู้ดูแลหลักและเป็นหัวหน้าครอบครัวที่ต้องดูแลสมาชิกครอบครัวคนอื่นด้วย จะเกิดความเครียด ความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การเผชิญกับพฤติกรรมผิดปกติของผู้สูงอายุ การรับภาระในการดูแลครอบครัวเพียงลำพัง ผลกระทบที่เกิดนั้นจะค่อยๆ ลดลงตามระยะเวลาในการดูแลที่นานขึ้นและการปรับตัวที่เหมาะสม ผู้ดูแลมีวิธีการปฏิบัติเพื่อลดผลกระทบด้านนี้ได้แก่ การระบายความรู้สึกกับเพื่อน เพื่อนบ้าน ญาติ และบุคลากรสาธารณสุข การเปลี่ยนบรรยากาศนอกบ้าน เช่น ท่องเที่ยวสถานที่ต่างๆ เดินห้างสรรพสินค้า การปฏิบัติธรรม ทำสมาธิ และการจ้างผู้ช่วยผู้ดูแล

3. **ด้านสังคม**

การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้ดูแลมีอิสระในการดำเนินชีวิตลดลง แต่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่รู้สึกว่าส่งผลกระทบต่อการดำเนินกิจกรรมด้านสังคมของตน เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังสามารถออกนอกบ้านได้ พบปะเพื่อนฝูงได้ โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ประกอบอาชีพค้าขายมีการพบปะกับบุคคลภายนอกเสมอ เมื่อผู้ดูแลต้องการออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านจะจัดให้มีสมาชิกครอบครัวคนอื่นช่วยดูแลแทน หรือจ้างผู้ช่วยผู้ดูแลมาดูแลผู้สูงอายุ มีผู้ดูแล 1 รายรู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อการดำเนินกิจกรรมด้านสังคมโดยไม่สามารถออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านกับบุตรได้เหมือนเดิม เช่น เดินซื้อของตามห้างสรรพสินค้า หรือไปเที่ยวสถานที่ต่างๆ เนื่องจากไม่ไว้ใจที่จะให้คนอื่นที่ไม่ใช่สมาชิกครอบครัวมาอยู่บ้านตนเอง

4. **ด้านเศรษฐกิจ**

ผู้ดูแลนอกจากจะรับภาระค่าใช้จ่ายการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม แล้วยังมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลด้วย การศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกัน ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่รู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของตน นอกจากนั้นผู้ดูแล 1 รายยังรู้สึกว่ารายได้ของตนเพิ่มขึ้นเพราะสมาชิกครอบครัวให้ความสำคัญในการทำหน้าที่ดูแลจึงสนับสนุนค่าใช้จ่ายต่างๆ รายได้ที่ได้รับในแต่ละเดือนของผู้ดูแลได้รับมากกว่ารายจ่ายจนมีเงินเหลือเก็บ ผู้ดูแล 3 รายรู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจเล็กน้อยเนื่องจากมีการสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลได้รับสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุรวมทั้งค่าใช้จ่ายสำหรับตนเองและครอบครัวจากการประกอบอาชีพ เงินบำนาญของผู้สูงอายุ การเกื้อหนุนของญาติ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และเงินสะสมของผู้สูงอายุซึ่งเพียงพอกับค่าใช้จ่าย ผู้ดูแล 1 รายรู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจมากเนื่องจากผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวเพียงลำพัง นอกจากนั้นยังพบว่าผลกระทบด้านเศรษฐกิจยังส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุด้วย เนื่องจากผู้ดูแลเห็นว่าผู้สูงอายุเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้จึงลดค่าใช้จ่ายโดยงดยาที่มีราคาแพงและไม่สามารถใช้สิทธิประโยชน์บัตรประกันสุขภาพ (30 บาท) ได้

บทที่ 4
สรุป อภิปราย ข้อเสนอแนะ

การศึกษาสภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชนจังหวัดนนทบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแล ปัญหา แนวทางแก้ไข และผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชนจังหวัดนนทบุรี วิธีการศึกษาใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสังเกต (Observation) การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangular check) จากข้อมูลในเวลาที่ต่างกัน ผู้วิจัยที่แตกต่างกัน และวิธีรวบรวมข้อมูลที่แตกต่างกัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเพศชาย 8 ราย เพศหญิง 2 ราย อายุระหว่าง 61 - 97 ปี สถานภาพสมรสคู่ 6 ราย หม้าย 4 ราย การศึกษาระดับประถมศึกษา 7 ราย อีก 3 รายมีการศึกษาระดับอนุปริญญาถึงปริญญาตรี อาชีพเดิมทำนา/ทำสวน 4 ราย รับราชการ 3 ราย รับจ้าง 2 ราย และแม่บ้าน 1 ราย ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ โดยมีรายได้ 3 รายมาจากเงินบำนาญ มีโรคประจำตัว 1 - 2 โรค 5 ราย ได้แก่ เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ถุงลมโป่งพอง และเก๊าท์ ผู้สูงอายุทุกรายมีบุตร 1 - 8 คน ระยะเวลาที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม 3 เดือน - 14 ปี อาการของผู้สูงอายุจะอยู่เฉยๆ ไม่พูด 6 ราย มีอาการหงุดหงิด ทำร้ายร่างกายผู้ดูแล 2 ราย และนอนติดเตียง 2 ราย ซึ่งผู้สูงอายุทุกรายไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเพศหญิง 9 ราย เพศชาย 1 ราย อายุระหว่าง 29 - 70 ปี เป็นผู้สูงอายุ 2 ราย สถานภาพสมรสคู่ 7 ราย โสด 2 รายและแยกกันอยู่ 1 ราย ผู้ดูแลที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีบุตร 1 - 3 คน การศึกษาระดับอนุปริญญาถึงปริญญาตรี 3 ราย ประถมศึกษา 4 ราย และไม่ได้เรียน 2 ราย ปัจจุบันยังประกอบอาชีพ 6 ราย มีโรคประจำตัว 4 ราย ได้แก่ เบาหวาน ภูมิแพ้ ต้อกระจก และพิการ 1 ราย ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุเป็นบุตร 6 ราย คู่สมรส 3 ราย และหลาน 1 ราย รายได้สำหรับใช้จ่ายในครอบครัว

และดูแลผู้สูงอายุมาจากการประกอบอาชีพ เงินบำนาญของผู้สูงอายุ การเกื้อหนุนของญาติ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยยังชีพผู้พิการ และเงินสะสมซึ่งเพียงพอกับการใช้จ่าย 9 ราย ไม่เพียงพอ 1 ราย

เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้สูงอายุมีความผิดปกติ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงหรือทำไม่ได้ สมาชิกครอบครัวจึงต้องเข้ามาให้การช่วยเหลือดูแล สมาชิกคนหนึ่งต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลโดยมีเหตุผลของการเข้าสู่บทบาทผู้ดูแลคือ ความกตัญญูต่อบุพการี การเป็นบุตรคนโตของครอบครัว ความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน หน้าที่รับผิดชอบ และว่างงาน

ปัญหาของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและลักษณะการดูแล

การศึกษานี้พบปัญหาของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและพฤติกรรม และด้านสังคม

1. ปัญหาด้านร่างกาย ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจะมีทักษะความสามารถทางกาย และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงไปเรื่อยๆ จนไม่สามารถดูแลตนเองได้ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดช่องปาก ฟัน ล้างหน้า การทำความสะอาดร่างกาย อาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การขับถ่าย/การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหว เช่น การลุกจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การขึ้นลงบันได

2. ปัญหาด้านจิตใจและพฤติกรรม ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมนอกจากจะมีทักษะความสามารถทางกายที่ค่อยๆ สูญเสียไปแล้ว ยังเกิดปัญหาด้านจิตใจและพฤติกรรมด้วย โดยพบว่าผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีอาการหลงลืม จำคนในครอบครัวหรือบ้านตนเองไม่ได้ นั่งนิ่งๆ ไม่พูดคุยหรือ บอกเมื่อต้องการอะไร ทำลายข้าวของ ทำร้ายร่างกายผู้อื่น เดินแบบไม่มีจุดหมาย เดินหายออกจากบ้าน

3. ปัญหาด้านสังคม อาการหลงลืมที่เกิดจากภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียสถานภาพทางสังคม บทบาทหน้าที่ รวมทั้งความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ได้แก่ บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน

ผู้ดูแลจะให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหา โดยรวมแล้วการดูแลของผู้ดูแลที่ศึกษานี้จะครอบคลุมมิติสุขภาพ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

1. มิติร่างกาย ปัญหาทางกายของผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน โดยเฉพาะปัญหาการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ การดูแลจึงเป็นเรื่องที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ความเป็นอยู่ การรับประทานอาหาร การขับถ่าย รวมทั้งสุขวิทยาส่วนบุคคล

2. มิติจิตใจ นอกจากการดูแลที่แก้ไขปัญหาพฤติกรรมของผู้สูงอายุแล้ว ผู้ดูแลยังคำนึงถึงการดูแลด้านจิตใจของผู้สูงอายุด้วย เช่น พูดคุยให้กำลังใจ

3. มิติสังคม ผู้สูงอายุสูญเสียสถานภาพทางสังคม ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างจากภาวะหลงลืม ผู้ดูแลจึงให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในเรื่องนี้โดยการพาผู้สูงอายุเดินนอกบ้าน การพบปะ/พูดคุยกับเพื่อนบ้าน พาไปสถานที่ต่างๆ เช่น สวนสาธารณะ

4. มิติจิตวิญญาณ ผู้ดูแลจะคำนึงถึงสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้สูงอายุ ได้แก่ การทำบุญใส่บาตรในวันสำคัญ เช่น วันเกิด วันสำคัญทางพุทธศาสนา

ผลกระทบในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม**ด้านร่างกาย** ได้แก่ อาการอ่อนเพลียเนื่องจากนอนน้อยลง การเอาใจใส่สุขภาพของผู้ดูแลลดลง **ด้านจิตใจ** ได้แก่ ความเครียดเนื่องจากขาดอิสระในการดำเนินชีวิตและภาระเพิ่มขึ้นเนื่องจากต้องดูแลสมาชิกครอบครัวคนอื่นด้วย ความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม **ด้านสังคม** ได้แก่ การมีอิสระในการดำเนินชีวิตลดลง แต่ไม่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินกิจกรรมด้านสังคม **ด้านเศรษฐกิจ** ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่รู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของตน

อภิปราย

1. ปัญหาของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและลักษณะการดูแล

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่อยู่บ้านเดียวกับผู้สูงอายุ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุเป็นบุตร คู่สมรส และหลาน เหตุผลที่เข้ามาทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากความกตัญญูต่อบุพการี การเป็นบุตรคนโตของครอบครัว ความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน หน้าที่รับผิดชอบ และว่างงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2547) ที่ว่าผู้ทำหน้าที่ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกครอบครัวและเป็นเพศหญิง และสอดคล้องกับสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) รัชฎา รักขนาม (2543) และศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2543) ที่พบว่าสาเหตุที่ทำให้บุคคลเข้ามามีบทบาทเป็นผู้ดูแลเนื่องจากเป็นคนที่มีเวลาว่าง ไม่มีภาระส่วนตัว สำนึกในหน้าที่ ทดแทนบุญคุณ ความกตัญญูกตเวที ความรักความผูกพัน และตอบแทนคุณงามความดี

ปัญหาของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมด้านร่างกายคือ ทักษะความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงจนทำด้วยตนเองไม่ได้ อยู่ในภาวะพึ่งพิง กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว ใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องสุขา การลุกนั่งและลุกจากที่นอน การกลั้นอุจจาระและปัสสาวะ ปัญหาด้านจิตใจและพฤติกรรมคือ หลงลืม จำคนในครอบครัวหรือบ้านตนเองไม่ได้ ชอบนั่งนิ่งๆ ไม่พูดคุยหรือบอกเมื่อต้องการอะไร ทำลายข้าวของ ทำร้ายร่างกายผู้อื่น เดินแบบไม่มีจุดหมาย เดินหายออกจากบ้าน ปัญหาด้านสังคมคือ สูญเสียสถานภาพทางสังคม ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างลดลงซึ่งไม่แตกต่างจากปัญหาของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมทั่วไป สอดคล้องกับวรรณนิภา บุญระยอง (2537) และวรรณนิภา บุญระยอง (2538) ที่พบว่าผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีความผิดปกติด้านความจำ ความคิด การสนทนาและสื่อสาร การทำความสะอาดร่างกายและแต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การเคลื่อนไหว การนอน และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป

การดูแลที่ผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้สูงอายุนั้นเกิดขึ้นโดยธรรมชาติของครอบครัวที่ต้องให้การดูแลช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วย มีลักษณะบูรณาการโดยมองที่ปัญหาของผู้สูงอายุ ซึ่งครอบคลุมมิติสุขภาพ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ จากการศึกษาพบว่าการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลเป็นที่ยอมรับโดยได้รับคำชื่นชมจากญาติและเพื่อนบ้านว่าให้การดูแลผู้สูงอายุดี คาดว่าเป็นผลจากความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับผู้ดูแลสอดคล้องกับโยธิน แสวงดีและคณะ (2552) ที่ว่าผู้ดูแลที่เป็นบุตรจะมีสายใยแห่งความผูกพัน

ในลักษณะของบุพการีที่ต้องดูแล ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสจะดูแลในฐานะของความรัก ความผูกพันที่มีต่อกันมา เป็นคู่ทุกข์คู่ยากที่คอยช่วยให้คำปรึกษากันมาโดยตลอด ลักษณะการดูแลผู้สูงอายุยังเกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นปัญหาและการปรับตัวของผู้ดูแลด้วย โดยผู้ดูแลที่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุเป็นระยะเวลานาน การสนับสนุนจากญาติ และยอมรับบทบาทผู้ดูแล ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ตอบสนองปัญหาผู้สูงอายุ สอดคล้องกับสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2543) ที่ว่าผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจเริ่มจากไม่ยอมรับว่าผู้ป่วยมีปัญหา จนยอมรับได้ซึ่งถือเป็นความสำเร็จในการปรับจิตใจ ผู้ดูแลบางรายอาจผ่านเพียงบางระยะก็สามารถเข้าสู่การยอมรับได้ บางรายไม่สามารถเข้าสู่การยอมรับได้เลย และสอดคล้องกับเตือนใจ ภักดีพรหม (2548) ที่พบว่าความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สัมพันธภาพ และการสนับสนุนทางสังคม

2. ผลกระทบในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

ผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจะมีความแตกต่างกันในแต่ละครอบครัว โดยจะส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rymer S, et al. (2002) และ Ory MG,et al. (1999) ผลกระทบด้านร่างกาย ได้แก่ การนอนไม่เป็นเวลา อ่อนเพลีย สอดคล้องกับวรรณิภา สมนาวรรณ (2538) I.philp et al (1995) Badia Llach X et al (2004) ที่พบว่าการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล เนื่องจากการเผชิญกับพฤติกรรมผิดปกติของผู้สูงอายุ การรับภาระการดูแลเพียงลำพัง ซึ่งสอดคล้องกับวรรณนิภา บุญระยอง (2537) วรรณนิภา สมนาวรรณ (2538) ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ (2540) รัชฎา รักขนาม (2543) ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2543) ที่พบว่าผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเกิดความเครียดด้านสังคม ได้แก่ อิสระในการดำเนินชีวิตลดลง สอดคล้องกับวิไลวรรณ ทองเจริญและคณะ (2545) และชฎาภา ประเสริฐทรง (2545) ส่วนด้านเศรษฐกิจผู้ดูแลเห็นว่าไม่ส่งผลกระทบ ซึ่งสอดคล้องกับวรรณนิภา บุญระยอง (2537) ที่ศึกษาภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมพบว่า การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมไม่ได้ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจแก่ผู้ดูแล แต่ไม่สอดคล้องกับชฎาภา ประเสริฐทรง (2545) และ I.philp et al (1995)

ข้อเสนอแนะ

1. ครอบครัวและผู้ดูแลควรแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมเพิ่มเติมอยู่ตลอดเวลา
2. สนับสนุนให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม
3. ผู้ดูแลควรศึกษาและหาข้อมูลเกี่ยวกับเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและทรัพยากรต่างๆ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและขนาดตัวอย่างที่สามารถเป็นตัวแทนระดับประเทศ
2. ควรมีการประเมินศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชนเพื่อแสวงหาข้อดี ข้อจำกัดสำหรับการพัฒนาต่อไป

บรรณานุกรม

(1) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล **สารประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล** ปีที่ 18 มกราคม, 2552.

(2) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี **การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2543 – 2573.**

(3) สำนักงานสถิติแห่งชาติ **รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550.**

(4) Jitapunkul S, NaSongkhla M, Chayovan N, Chirawatkul A, Choprapawon C, Kachondham Y and Buasai S. “Factors Associated with State Hospital Utilization among Thai Elderly who had Illness which Needed Hospitalisation”. **J Med Assoc Thai** 1998 ; 81(9) : 658 - 663.

(5) จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง “ภาวะสมองเสื่อม” ใน **คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์ (ปรับปรุง 2544)** มาโนช หล่อตระกูล บรรณาธิการ กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต, 2544.

(6) สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ “ประมาณการความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประชากรไทยสูงอายุ : การศึกษาระดับชาติ” **จดหมายเหตุทางแพทย์** 2544, 84 : 461 - 467.

(7) กัมมันต์ พันธุมจินดา **สมองเสื่อมโรคหรือวัย** สำนักพิมพ์คบไฟ กรุงเทพมหานคร, 2536.

(8) สิรินทร ฉันศิริกาญจน “ภาวะสมองเสื่อม” ใน **ตำราเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุสำหรับแพทย์** สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย มีนาคม, 2548.

(9) สิรินทร ฉันศิริกาญจน **ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมสำหรับประชาชน** สมาคมผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมประเทศไทย เอกสารเผยแพร่, มปป.

(10) พงศธร เนตราคม **ปัญหาพฤติกรรมในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม** (บทความจิตเวช) สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย www.psychiatry.or.th

(11) วีรศักดิ์ เมืองไพศาล “สมองเสื่อมในผู้สูงอายุและการป้องกัน” ใน **ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน** ประเสริฐ อัสสันตชัย บรรณาธิการ พิมพ์ที่ยูเนี่ยนครีเอชั่น จำกัด กรุงเทพมหานคร, เมษายน 2552.

(12) สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย **วิธีการรักษาโรคสมองเสื่อม** (บทความ) www.azthai.org

(13) ศศิพัฒน์ ยอดเพชร **ผู้ดูแลผู้สูงอายุ** โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กรุงเทพมหานคร, 2547.

(14) Merriam Webster Online www.merriam-webster.com

(15) Parker, G. **Counting care : numbers and types of informal care**. In Twigg, J (ed) Cares : Research & Practice, London. HMSO.,1992.

(16) ศิริพันธุ์ สาสัตย์ **ทุกขภาระของผู้ดูแล** รายงานการประชุมวิชาการประจำปีสมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร, 2544.

(17) บริษัทโนวาร์ตีส (ประเทศไทย) จำกัด **คู่มือผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม**. มปป.

(18) จริยา ชารัมย์ **ประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.

(19) สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล **การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม** ศูนย์ศึกษาและวิจัยทางการแพทย์แผนกอายุรศาสตร์ สภากาชาดไทย, 2543.

(20) วรรณนิภา บุญระยอง “ภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม” **วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่** กันยายน, 2537 ; 27 (3) : 1 - 13.

(21) วรรณนิภา สมนาวรรณ **การสำรวจภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.

(22) สายพิณ เกษมกิจวัฒนา **แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล** วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

(23) รัชฎา รักขนาม “สภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม”**วารสารสมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 1(4) ตุลาคม-พฤศจิกายน 2543.

(24) ศิริพันธุ์ สาสัตย์ “การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย : การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคมพุทธศาสนาในประเทศไทย” **วารสารสมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 1(4) ตุลาคม-ธันวาคม, 2543.

(25) โยธิน แสวงดี ธเนศ กิติศรีวรพันธุ์ และวิมลทิพย์ มุสิกพันธ์ “ครัวเรือนกลุ่มกับระบบการดูแลผู้สูงอายุ กรณีศึกษาจังหวัดกาญจนบุรี” ใน ครอบครัว ในสถานการณ์เปลี่ยนผ่านทางสังคมและประชากร 2552 ชาย โพธิสิตาและสุชาดา ทวีสิทธิ์ บรรณาธิการ (นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม, 2552.

(26) เตือนใจ ภักดีพรหม **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.

(27) สกาวรัตน์ เทพประสงค์ **อุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลสวนปรุง** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2548.

(28) Eva Grunfeld, Robert Glossop, I an Mcdowell, Catherine Danbrook. “Caring for elderly people at home : the consequences to caregivers” **Can Med Assoc J.** 1997 ; Oct ; 15 (8) : 157.

(29) I.philp, K.J.Mckee, P.Meldrum, B.R.Ballinger, M.L.M.Gilhooly, D.S.Gordon, W.J.Mutch,J.E. Whittick. “Community care for demented and non-demented elderly people : a comparison study of financial burden, service use, and unmet needs in family supporters.” **BMJ**. 1995; June; 10 : 310 : 1503 - 1506.

(30) Badia Llach X., Lara Surinach N., Roset Gamisans M. “Quality of life, time commitment and burden perceived by the principal informal caregiver of Alzheimer’s patients.” **Aten Primaria**. 2004 ; Sep ;15 : 34 (4) :170 - 7.

(31) Etters L., Goodal D., Harrison B.E. “Caregiver burden among Dementia patient and caregiver.” **J Am Acad Nurse Pract**. 2008 ; Aug 20(8) : 423 - 8.

(32) Rymer S., Salloway S., Norton L., Malloy P., Correria S., Monast D. “Impaired awareness, behavior disturbance, and caregiver burden in Alzheimer disease.” **Dis Assoc Disord**. 2002 ;Oct-Dec ; 16(4) : 248 - 53.

(33) Ory MG, Hoffman RR 3 rd, Yee JL, Tennstedt S, Schulz R. “revalence and impact of caregiving : a detailed comparison between dementia and nondementia caregivers”. **Gerontologist**. 1999 ; Apr ; 39(2) : 177 - 85.

(34) ศิริพันธุ์ สาสัตย์ “แนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม” **วารสารพยาบาลศาสตร์** 15(3) กันยายน-ธันวาคม 2546 : 1 - 11.

(35) วิไลวรรณ ทองเจริญ ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์ และสมจินต์ เพชรพันธ์ศรี “รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม” **วารสารสมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 4 (1) มกราคม-มีนาคม, 2546.

(36) วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพาณิช “ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้นและครอบครัว” **วารสารพยาบาล** 44, 2538 : 88 - 92.

(37) ธนพรรณ สิทธิสุนทร **การดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์และปัญหาของผู้ดูแล** โครงการจัดพิมพ์คบไฟ กรุงเทพมหานคร, 2543.

(38) Brown,P.L. “The burden of caring for a husband with Alzhermer’s disease.” **Home Health Care Nurse**. 1991 ; 9(3), 33 - 38.

(39) Marvardi M. et,al. “The caregiver burden inventory in evaluation the burden of caregiver of elderly demented patients : results from a multicenter study.” **Aging Clin Exp Res**. 2005 ; Feb ; 17(1) : 46 - 53.

(40) ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ “ความเชื่อของครอบครัวและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์” **สารศิริราช** 49(9) กันยายน, 2540 : 846 - 54.

(41) อาภรณ์ สุวรรณเจษฎาเลิศ **ประสิทธิผลของรูปแบบสุขศึกษาตามทฤษฎีแรงสนับสนุนทาสังคมร่วมกับกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยสมองเสื่อม โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, **2547.**

(42) Bruce D.G., Paley G.A., Nichols P., Roberts D., Underwood P.J., Schaper F. “Physical disability contributes to caregiver stress in dementia caregiver.” **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**. 2005 ; Mar ; 60(3) : 345 - 9.

(43) Fuller, F.J. **Health of elderly make depen-care agent for a spouse with Alzheimer’s disease**. University of Alabama at Birmingham. 1992 : 75 - 86.

(44) Winblad B., Wimo A. “Determinant of costs of care for patient with Alzheimer’s disease.” **Int. J Geriatric Psychiatry**. 2006; May; 21(6) : 449 - 59.

(45) ชฎาภา ประเสริฐทรง “กรณีศึกษาผลการให้คำปรึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม” **วารสารพยาบาลศาสตร์** 14(3) กันยายน-ธันวาคม, 2545.

ภาคผนวก

ดัชนีบาร์เทล เอดีแอล (Barthel ADL Index)

1. การรับประทานอาหาร

☐ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้

☐ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้

☐รับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง

2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด

☐ต้องการความช่วยเหลือ

☐ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้โดยเตรียมอุปกรณ์ให้)

3. การลุกจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้

☐ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มลง) หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยยก

☐ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน /คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงนั่งอยู่ได้

☐ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อย เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อยหรือมีคนคอยดูแลความปลอดภัย

☐ทำได้เอง

4. การใช้ห้องสุขา

☐ทำเองไม่ได้

☐ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดหลังเสร็จภาระกิจแล้ว) แต่ต้องการความช่วยเหลือ

☐ทำเองได้ดี เช่น นั่ง/ลงจากโถส้วมได้เอง ทำความสะอาดหลังเสร็จภาระกิจแล้ว ถอด/ใส่เสื้อผ้าเรียบร้อย

5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน

☐เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้

☐เคลื่อนที่ได้เองโดยใช้รถเข็น (ไม่ต้องมีคนเข็นให้)

☐เคลื่อนที่ได้โดยต้องมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือมีคนคอยดูแลความปลอดภัย

☐เคลื่อนที่ได้เอง

6. การสวมใส่เสื้อผ้า

☐ช่วยตัวเองไม่ได้/ได้น้อย ต้องมีคนสวมใส่ให้

☐ช่วยตัวเองได้บ้างราวร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย

☐ช่วยตัวเองได้ดี รวมทั้งติดกระดุม รูดซิป

7. การขึ้นลงบันได

☐ไม่สามารถขึ้นลงบันไดได้เอง

☐ต้องมีช่วย

☐ขึ้นลงบันไดได้เอง รวมถึงการขึ้นลงบันไดโดยใช้เครื่องช่วยเดิน

8. การอาบน้ำ

☐ต้องมีช่วยหรือทำให้

☐อาบน้ำได้เอง

9. การกลั้นอุจจาระใน 1 เดือนที่ผ่านมา

☐กลั้นไม่ได้

☐กลั้นไม่ได้บางครั้ง (น้อยกว่าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง)

☐กลั้นได้ปกติ

10. การกลั้นปัสสาวะใน 1 เดือนที่ผ่านมา

☐กลั้นไม่ได้/ใส่สายสวนปัสสาวะ

☐กลั้นไม่ได้บางครั้ง (น้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)

☐กลั้นได้ปกติ

แนวคำถามการสัมภาษณ์ผู้ดูแล

ข้อมูลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

(1) ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพเดิม รายได้ แหล่งรายได้ จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่

(2) ข้อมูลภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม อาการ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้แก่ การรับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว/ใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องสุขา การลุกนั่ง/ลุกจากที่นอน และการกลั้นอุจจาระ/ปัสสาวะ

ข้อมูลผู้ดูแล

(1) ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว

(2) ข้อมูลการดูแล ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ การเข้าสู่บทบาทผู้ดูแล วิธีการดูแล วิธีการแก้ไขปัญหาในการดูแล ผลกระทบจากการดูแล

หนังสือยินยอม
(INFORMED CONSENT FORM)

การศึกษาเรื่อง การศึกษาสภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน จังหวัดนนทบุรี

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน..... พ.ศ. 2550

ชื่อผู้ทำการศึกษา สมจินต์ โฉมวัฒนะชัย กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ)
สมฤดี หลั่นม่วง สส.ม. (การบริหารนโยบายและสวัสดิการสังคม)

ชื่อผู้ให้คำยินยอม .....อายุ .....ปี

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการศึกษานี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากคณะผู้ทำการศึกษาถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการ ประโยชน์ที่จะเกิดจากการศึกษาในครั้งนี้อย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

คณะผู้ทำการศึกษารับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

คณะผู้ทำการศึกษารับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการครั้งนี้โดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ให้คำยินยอม

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน



เอกสารเลขที่ 01 / 2550

คณะอนุกรรมการวิจัยศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรณ์เพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

โครงการ การศึกษาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนจังหวัดนนทบุรี

ผู้วิจัยหลัก นางสาวสมจินต์ โฉมวัฒนะชัย

สถานที่ดำเนินการวิจัย จังหวัดนนทบุรี

เอกสารที่พิจารณา โครงร่างวิจัย

วันที่พิจารณาอนุมัติ 10 มกราคม 2550

คณะอนุกรรมการวิจัยศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรณ์เพื่อผู้สูงอายุ ได้พิจารณาโครงการฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษแล้ว คณะอนุกรรมการวิจัยพิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมและให้ดำเนินการวิจัยได้ทั้งนี้โดยยึดเอกสารภาษาไทยเป็นหลัก

..... ประธานอนุกรรมการ
(นางนิติกุล ทองน่วม)
นักวิชาการสาธารณสุข 8 ว รักษาราชการแทน
ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

..... อนุกรรมการ
(นางพุฑีญา โอชารส)
พยาบาลวิชาชีพ 7 วช หัวหน้ากลุ่มภารกิจวิชาการ
ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรณ์เพื่อผู้สูงอายุ