

การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในจังหวัดอุบลราชธานี

ไพรวลัย โครตตะ* กชพงศ์ สารการ** ปรีชาต รัตนราช** ขวัญประภัสร์ จันทร์บุลวัชร**

ยุทธชัย ไชยสิทธิ์** เสาวนีย์ โสบุญ** ภัชราภรณ์ วงศ์อาสา**

บทคัดย่อ

การวิจัยผสมผสานแบบขั้นตอนเชิงอธิบายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุและสภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 400 คน และผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 7 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่าความชุกของภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี มีอัตราร้อยละ 13.75 ส่วนสถานการณ์และสภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 4 ประเด็นหลักดังนี้ ประเด็นแรก คือ การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลมี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านจิตใจและด้านสังคม ประเด็นที่สอง คือ การดูแลและการจัดการกับอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยผู้ดูแล มี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านจิตใจและด้านสังคม ประเด็นที่สาม คือ การเข้ามาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้ทำหน้าที่หลัก ด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคมและด้านผลกระทบจากการเข้ามาเป็นผู้ดูแล ประเด็นสุดท้าย คือ แนวทางการแก้ไขสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มี 2 ด้าน ได้แก่ ค่าใช้จ่าย และความรู้

การประเมินความชุกและสถานการณ์และสภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแล และส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการดูแลที่เหมาะสม

คำสำคัญ: ความชุกของภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, E-mail: paiwankotta@yahoo.com

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

Situation analysis of caring for elderly people with dementia in UbonRatchathani province

Paiwan Kotra* Kotchapong Sarakan** Parichart Ratanarat** Khwanparpat Chanbunlawat**

Yuttachai Chaiyasit** Saowanee Soboon** Patcharaporn Wongarsa**

Abstract

The purposes of this mixed method explanatory sequential research were to study the prevalence of the risk of dementia in elderly people in UbonRatchathani Province and their situation and condition and also of the caregivers. The samples were 400 elderly people and 7 caregivers. Research instruments for data collection were MMSE-Thai 2002, focus group, in-depth interview, observational participation and field note. Descriptive statistics and content analysis were used for data analysis

The results found that the prevalence of dementia was 13.75 %. The perception of caregiver in the elderly people with dementia was classified into 3 themes: 1) daily activities, 2) psychological part, and 3) social part. There were 3 themes of caring and symptoms management of caregivers in the elderly people with dementia: 1) daily activities, 2) psychological part, and 3) social part. The becoming caregivers of the elderly people with dementia were classified into 3 themes: 1) primary caregiver, 2) social support, and 3) impacts of becoming caregiver. There were 2 related factors of problem solving in the situation of caring the elderly people with dementia: 1) living cost, and 2) information.

Assessment of prevalence of dementia and situation of caring among the elderly people with dementia is important to use for guiding care planning and promoting properly care ability of the caregivers.

Key words: prevalence of dementia, caregiver, elderly people with dementia

* Faculty of Nursing, Ubon ratchathani Rajabhat University, E-mail: paiwankotta@yahoo.com

** Faculty of Nursing, Ubon ratchathani Rajabhat University

บทนำ

ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุจำนวน 9,934,309 คน คิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากรทั้งประเทศ สำหรับจังหวัดอุบลราชธานี คิดเป็นร้อยละ 13.10 (244,132 คน)¹ ทั้งนี้จากสถิติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์พบว่า 1 ใน 10 ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม² ทั่วประเทศมีผู้สูงอายุสมองเสื่อม ร้อยละ 12.40³

จากแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปในปัจจุบันอาจส่งผลให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้มากขึ้น เช่น การสูบบุหรี่ การประกอบอาชีพในปัจจุบัน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลงและอายุมากขึ้น⁴ รวมทั้งการเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ภาวะสมองเสื่อมเป็นความถดถอยในการทำงานของสมอง ส่งผลต่อสติปัญญา ความคิด ความจำบกพร่อง หลงลืม การพูด ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม⁵ อาการเหล่านี้มีผลทำให้ไม่สามารถทำงานหรือดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาวะสมองเสื่อมเกิดขึ้นทั้งตัวผู้ป่วย และผู้ดูแลทำให้ประเทศชาติต้องสูญเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น⁶ เพิ่มภาระแก่ผู้ดูแลทำให้มีปัญหสุขภาพ เครียดและซึมเศร้า รวมทั้งมีภาระทางเศรษฐกิจ⁷⁻⁸

ปัจจุบันข้อมูลความชุกของภาวะสมองเสื่อมในจังหวัดอุบลราชธานียังมีไม่เพียงพอ จึงมีความจำเป็นที่ต้องศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อม และสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อม เพื่อนำข้อมูลไปวางแผนดูแลและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อไป

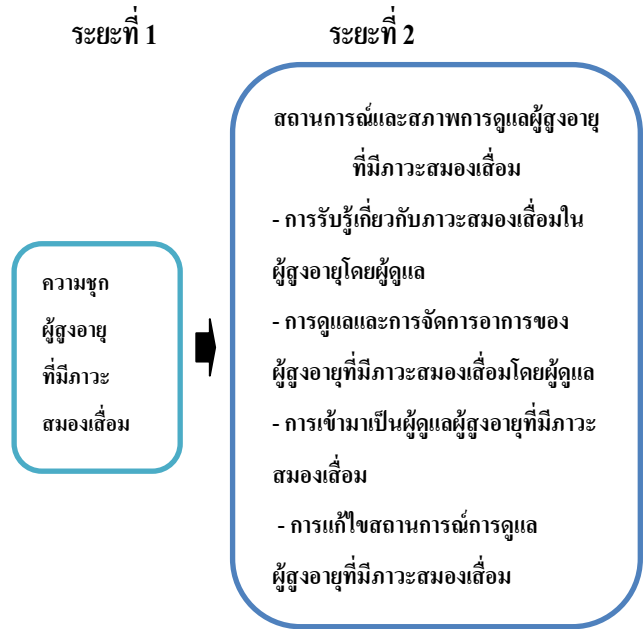
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในจังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาบริบทของผู้ดูแลด้วยการวิเคราะห์สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยผู้ดูแล การดูแลและการจัดการกับอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยผู้ดูแล การเข้ามาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และแนวทางการแก้ไขสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แนวคิดประสบการณ์การดูแลสุขภาพของ Prorok, Horgan and Seitz⁹ ดังแผนภูมิที่ 1

การวิจัยเชิงปริมาณการวิจัยเชิงคุณภาพ



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Prorok, Horgan and Seitz⁹)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยผสมผสาน (Mixed method) แบบขั้นตอนเชิงอธิบาย (Explanatory sequential design) ตามแนวคิดของ Creswell¹⁰ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2559 แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่

1. ระยะการศึกษาความชุกของภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

เป็นการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อศึกษาความชุกของภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel¹¹ จากประชากรผู้สูงอายุ 273,687 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 400 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ และผู้ดูแลและแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-mental state examination-Thai version: MMSE-T)¹² โดยเก็บข้อมูลในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

2. ระยะการศึกษาสถานการณ์และสภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์และสภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในอำเภอเมืองอุบลราชธานีจำนวน 7 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดคือ 1) อายุ 18 ปี ขึ้นไป 2) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ 3) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป และ 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถถ่ายทอดข้อมูลและประสบการณ์ได้ โดยมีเกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรคทางกายการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์และสภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในจังหวัดอุบลราชธานี ผู้ให้ข้อมูลใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) อายุ 18-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและบันทึกเทป หุตุการสัมภาษณ์เมื่อได้ข้อมูลอิมตัวใช้

เวลาสัมภาษณ์เฉลี่ยรายละ 40 นาที วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีตีความสร้างตารางสัมภาษณ์และวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

2.2 การสนทนากลุ่ม เพื่อเจาะลึกสภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structure guideline) โดยเริ่มด้วยคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับสถานการณ์และสภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในจังหวัดอุบลราชธานีทำการบินที่กเทศและแปลบทสนทนา

การตรวจสอบข้อมูลและการสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิธี Member Checking¹³ โดยตรวจสอบระหว่างบุคคล ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแล้วนำมาวิเคราะห์ว่าใกล้เคียงหรือสอดคล้องกันหรือไม่ การเก็บข้อมูลแต่ละครั้ง ได้ทวนสรุปผลและใช้วิธีสะท้อนคิดเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลผลการศึกษา โดยไม่ใช้อคติและไม่ใส่ความคิดเห็นของผู้วิจัยลงไป

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี เลขที่ HE 581022

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับความชุกของภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้จำนวนและร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์และสภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้พบผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมจำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 13.75 ผู้ที่ไม่มี

ภาวะเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมจำนวน 345 คน คิดเป็นร้อยละ 86.25 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม (n = 400)

ภาวะเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม	จำนวน	ร้อยละ
เสี่ยง	55	13.75
ไม่เสี่ยง	345	86.25

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.80 เพศชาย ร้อยละ 31.10 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 60-69 ปี ร้อยละ 52.00 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 62.30 ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 หรือ 6 ร้อยละ 89.00 ปัจจุบันส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ/เกษียณ ร้อยละ 54.00 ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ทำไร่ทำนา เป็นอาชีพหลัก ร้อยละ 79.50 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อปี 7,200 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 36.50 ปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.00 รองลงมา ได้แก่ โรคเบาหวาน ร้อยละ 20.00

2. วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในจังหวัดอุบลราชธานี ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทั้งหมดเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 52 ปี มีสถานภาพสมรสคู่และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้เฉลี่ยต่อปี 15,400 บาท โดยที่ร้อยละ 68.90 มีรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมคือเป็น บุตร ลูกสะใภ้ และคู่สมรส ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ย 7.50 ปี

ผลการวิจัยเกี่ยวกับสถานการณ์และสภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในจังหวัดอุบลราชธานี แบ่งออกเป็น 4 ประเด็นหลักดังนี้

ประเด็นที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแลมี 3 ด้าน ดังนี้

1) **ด้านกิจวัตรประจำวัน** ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันในด้านต่างๆ ได้ เช่น การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย และการขับถ่าย เป็นต้น ดังคำกล่าวที่ว่า “...พอหาข้าวให้กินแล้ว ก็จะบอกว่าวันนี้ยังไม่ได้กินอะไรเลย...” “...ถ้าช่วยอาบน้ำให้ก็จะบอาน้ำเสื่อผ้าก็จะเปลี่ยนแปลงจะใส่แบบนั้นเป็นอาทิตย์ แต่ก็บอกว่าคนอื่นว่าตัวเองอาบน้ำแล้ว...”

2) **ด้านจิตใจ** ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยมักหลงลืมเรื่องราวในปัจจุบัน และหมกมุ่นกับเรื่องราวในอดีต ดังคำกล่าวที่ว่า “...ว่าฮอดแต่คนที่เพิ่งเสียไปแล้วพุนั้น พุนี่มารอ สิเมื่อนำเค้า คนที่เพิ่งเข้ามาคือเจ้านายเพิ่งแต่ก่อนเคยไปเลี้ยงลูกให้เขา จำได้ว่าเขาเป็นไต่...”

3) **ด้านสังคม** ผู้ดูแลต้องปรับตัว บางครั้งต้องทำงานเพื่อดูแลผู้สูงอายุ บางรายไม่มีญาติพี่น้องมาช่วยเหลือทำให้ผู้ดูแลเองไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ดังคำกล่าวที่ว่า “...บมีผู้ได้จะดูแลพินได้ สงสารเอื้อย สงสารน้อง มีภาวะ ตัวเองก็มีภาวะ เงินก็บมีเวลาเขาทำงานในบ้านก็บ่อได้ไป...”

ประเด็นที่ 2 การดูแลและการจัดการกับอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยผู้ดูแลมี 3 ด้าน ดังนี้

1) **ด้านกิจวัตรประจำวัน** ผู้ดูแลให้การดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันในด้านต่างๆ ดังคำกล่าวที่ว่า “...จะจัดอาหารให้เป็นเวลา ป้อนเป็นเวลา ส่วนการขับถ่ายก็จะใส่แพมเพิสไว้ให้เลยและจะคอยดูบ่อยๆ บ่ให้เปียกชื้น และทำความสะอาดที่พื้นบอก...”

2) **ด้านจิตใจ** ผู้ดูแลมีวิธีการจัดการด้านจิตใจอารมณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ด้วยการพยายามพูดคุย และตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ ดังคำกล่าวที่ว่า “...จะบอกแม่ว่า ถ้าต้องการหยิ่งเอ็นได้ทั้งหมด พี่นก็ถามคืนว่าได้อยู่เบาะ ต้องบอกพี่นไปว่ามาดูแลแม่แล้วมารับผิดชอบแล้ว...”

3) **ด้านสังคม** ผู้ดูแลที่มีสมาชิกในครอบครัวคอยสลับเปลี่ยนกันในการดูแล จะมีความเครียดน้อย จึงสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดี แต่ผู้ดูแลที่ต้องรับภาระในการดูแลคนเดียว และมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้ปฏิบัติไม่เหมาะสมดังคำกล่าวที่ว่า “...พี่นก็บอกว่าย่าเฮ็ดแม่ คนนะหนี พี่นบอกว่าย่าสิว่ามันลิบปาล จะของที่ย่านบาก็ต้องบอกว่าแม่อย่างว่าเนวนั้นหลาย อย่าฮ้ายข่อยหลาย...”

ประเด็นที่ 3 การเข้ามาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมี 3 ด้าน ดังนี้

1) **ด้านผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม** ได้แก่ บุตร คู่สมรส และลูกสะใภ้ เนื่องจากเป็นบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ได้รับความไว้วางใจจากคนในครอบครัวให้เป็นผู้ดูแล เป็นการตอบแทนบุญคุณที่เคยเลี้ยงมา ดังคำกล่าวที่ว่า “...การได้ดูแลแม่เป็นการกตัญญูกับพี่น ก็ดูแลกันไป...” ส่วนคู่สมรส ให้เหตุผลที่ว่า “...ดูแลกันไป พี่นก็มีปัญหาหลายปานได้เบ็ดมือ พี่นก็รู้ว่าพี่นเคยเทศน์ พี่นเคยด่า ลูกสาวกะข่อยดูแลน่านกัน...”

2) **ด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคม** ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้รับการช่วยเหลือคำปรึกษาและการเยี่ยมจากญาติพี่น้อง คนในชุมชน และบุคลากรทางสุขภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า “...มันเหมื่อย เพราะเป็นเรื่องจู้จุกจิก แล้วก็ปัญหาการสื่อสาร ก็ต้องมีคนมาเปลี่ยนกันเบิ่งมันเหมื่อยต้องมีคนมาเปลี่ยนมาดูแลน่านกัน...” “...เจ้าหน้าที่อนามัย จะแนะนำ พี่นจะไปกับอสม.แทน ไปกับเจ้าหน้าที่น่านกันแทนเพิ่นดูแลดี...”

3) **ด้านผลกระทบจากการเข้ามาเป็นผู้ดูแล** ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ด้านร่างกาย รู้สึกอ่อนเพลียอ่อนล้า ดังคำกล่าวที่ว่า “...ต้องเปลี่ยนกันเบิ่ง ต้องมีผู้เฝ้ายามคืน บางคืนตี 2 ตี 3 บ่ยอมนอน ผู้นอนเฝ้า ต้องไปนั่งเป็นหมู พี่น...” ด้านจิตใจ ผู้ดูแลที่ต้องรับภาระหนักตามลำพังอาจรู้สึกท้อท้อ เครียด วิตกกังวล และซึมเศร้าได้ ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า “...บางเดื่อก็บอกวาม่าเบิ่งเอาเดื่อ สิหนีเดื่อที่นี้...” ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์และทำกิจกรรมทางสังคมร่วมกับเพื่อนครอบครัว และชุมชนลดลง มีค่าใช้จ่ายในการดูแลค่อนข้างมาก ดังคำกล่าวที่ว่า “...เรื่องจี้จี้เบ็ดมือ แพมเพิสก็บ่พอ บ่มีแนวซื้อ ต้องซั๊กผ้าถุงมือละ 4 เดื่อ”

ประเด็นที่ 4 **แนวทางการแก้ไขสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม** ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและข้อมูลความรู้ ด้านเศรษฐกิจ ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพและการรวมกลุ่มของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า “...อยากให้ช้อยก็แต่เรื่องค่าใช้จ่าย...” ด้านข้อมูลความรู้ ต้องการคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล รวมทั้งต้องการพบปะระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยกัน เพื่อที่จะได้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการดูแล “...ก็พอมีความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ แต่บางที่เอากะมีอาการใหม่ๆ เกิดขึ้น บ่อจู้ก็ไปเพิ่งไผ...”

อภิปรายผล

1. ความชุกของภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานีจากการศึกษาครั้งนี้พบร้อยละ 13.75 มีค่าใกล้เคียงกับการศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในจังหวัดนครราชสีมา¹⁴ และในจังหวัดปทุมธานี¹⁵ ที่พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุร้อยละ 12.7 และ 18.6 ตามลำดับ ความชุกของภาวะเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่พบใกล้เคียงการศึกษาดังกล่าวอาจเนื่องจากการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในการศึกษานี้ใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองแบบเดียวกับการศึกษาดังกล่าวและใช้เกณฑ์การวัดเดียวกันแต่อย่างไรก็ตามความชุกของภาวะสมองเสื่อมในการศึกษานี้สูงกว่าในประเทศญี่ปุ่นซึ่งพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 11.30¹⁶ และสูงกว่าในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 8.80¹⁷ ความแตกต่างนี้อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของโครงสร้างประชากรระดับการศึกษา ลักษณะการประกอบอาชีพและการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุในช่วงเวลาว่าง

2. วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในจังหวัดอุบลราชธานี

ประเด็นที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแลมี 3 ด้าน ดังนี้

1) **ด้านกิจวัตรประจำวัน** ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความผิดปกติด้านสติปัญญา การคิด การตัดสินใจ การใช้เหตุผล การแสดงออกทางด้านอารมณ์ และพฤติกรรมส่งผลต่อความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลจำเป็นต้องช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน¹⁸

2) **ด้านจิตใจ** ผู้ดูแลมีความไม่มั่นคง เกิดภาวะทุกข์ใจ (Distress) ต่ออาการของภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ได้แก่ อาการทางจิต หลงคิด หูแว่ว วิดกกังวล กระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่ง ไม่นอนในตอนกลางคืน¹⁹

3) **ด้านสังคม** เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลการขาดการสังสรรค์กับเพื่อนบ้านหรือบุคคลใกล้ชิด รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นจากการรักษาผู้ดูแลบางรายต้องหยุดงานเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย บางรายต้องจ้างผู้ดูแล²⁰

ประเด็นที่ 2 การดูแลและการจัดการกับอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยผู้ดูแลมี 3 ด้าน ดังนี้

1) **ด้านกิจวัตรประจำวัน** จากการที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักบกพร่องด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันบางส่วน²⁰ โดยต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันเองให้มากที่สุดเท่าที่ความสามารถจะทำได้ก่อน เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วยเอง²¹

2) **ด้านจิตใจ** ถ้าผู้ดูแลมีการจัดการด้านจิตใจอย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้มีความพึงพอใจต่อการดูแล ภาระในการดูแลความวิตกกังวลและซึมเศร้าลดลง⁸

3) **ด้านสังคม** การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเป็นงานหนักและมีผลกระทบต่อผู้ดูแลในหลายด้าน¹⁸ ดังนั้นแนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลที่ดีที่สุดคือการสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้แก่ผู้ดูแล ส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระลดลง²²

ประเด็นที่ 3 การเข้ามาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมี 3 ด้าน ดังนี้

1) **ด้านผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม** ผู้ดูแลจะให้การดูแลตามธรรมชาติเหมือนที่เคยดูแลกันมา คือให้ผู้สูงอายุอยู่กับครอบครัว ลูกหลานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุ ดูแลปัญหาสุขภาพตามความรู้ความสามารถที่มี ไม่ได้ให้การดูแลมากขึ้นจากเดิมมากนัก เคยดูแลมาอย่างไรก็จะดูแลเช่นเดิมตามบริบทของแต่ละครอบครัว²³ เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ผู้ดูแลจะทำหน้าที่ด้วยความเต็มใจเพราะมีความรักความผูกพันกันมานาน มีความสงสาร ระลึกถึงคุณงามความดี

และบุญคุณ ไม่ได้หมายความว่า ทุกคนจะสามารถเข้ามาเป็นผู้ดูแลหลักได้ บางคนเหมาะสมที่จะเป็นเพียงคนอำนวยความสะดวกเท่านั้น²⁴

2) **ด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคม** ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือให้คำปรึกษาและการเยี่ยมจากพี่น้อง คนในชุมชนและบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่ง ช่วยให้ภาวะทุกข์ใจลดลง รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวจำเป็นต้องดูแลด้วยความเห็นอกเห็นใจ และให้กำลังใจผ่านการพูดคุย การอยู่เป็นเพื่อน²³

3) **ด้านผลกระทบจากการเข้ามาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ด้านร่างกาย** ผู้ดูแลควรได้จัดเวลาพักผ่อนให้ตนเอง หากคลลอื่นมารับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเป็นบางครั้ง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาในการนอนหลับ เครียดด้านจิตใจ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนอกจากส่งผลกระทบต่อด้านเวลาแล้วยังส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพร่างกายผู้ดูแล ผู้ดูแลควรได้จัดเวลาพักผ่อนให้ตนเอง หากคลลอื่นมารับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเป็นบางครั้ง²⁴ และ **ด้านสังคมและเศรษฐกิจ** การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นงานหนักและมีผลกระทบต่อผู้ดูแลในหลายๆ ด้าน รวมทั้งด้านภาระด้านการเงิน²⁴

ประเด็นที่ 4 แนวทางการแก้ไขสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลต้องการพูดคุยกับผู้ที่มิมีปัญหาเดียวกันและมีความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ปัญหาพร้อมกัน เนื่องจากผู้ดูแลต้องการข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ¹⁹ โดยเฉพาะความช่วยเหลือในด้านเศรษฐกิจ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสุขภาพ

สรุปและข้อเสนอแนะ

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจต่อผู้ดูแลและครอบครัว ผู้ดูแลและครอบครัวจึงต้องการความช่วยเหลือและสนับสนุนในด้านต่างๆ พยาบาลควรวางแนวทางส่งเสริมและสนับสนุนครอบครัวของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาเชิงลึกถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ
2. ควรพัฒนาระบบการดูแลในการช่วยเหลือและส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างเป็นองค์รวม มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคน สภาวิจัยแห่งชาติที่ให้ทุนอุดหนุนการวิจัย ประจำปีงบประมาณ 2559 และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคนที่ทำให้การศึกษาครั้งนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Provincial Administration, Ministry of Interior. Statistical data of elderly people in Thailand on the year 2016 [Internet]. 2017 [cited 2017 Mar 15]; Available from: http://www.dop.go.th/upload/knowledge/knowledge_th_20170707092742_1.pdf. (in Thai).
2. Sappasitthiprasong Hospital. Health database system of hospital.UbonRatchathani: Sappasitthiprasong Hospital; 2017. (in Thai).
3. Department of Health, Ministry of Health. Department of health present that there were more than 400,000 of

- elderly people with dementia expecting upward proactive screening[Internet].2013 [cited 2016 Jan 9]; Available from: http://www.anamai.moph.go.th/mobile_detail.php?cid=76&nid=7071 (in Thai).
4. Panakorn L, Nanthamongkolchai S, Pitikultang S, Mansawangsup C, Tachaboonsermsak P. Factors influencing dementia in elderly woman in Lumphun Province. *Journal of Public Health*. 2015;45(2):197-209. (in Thai).
 5. Prasat Neurological Institute, Department of Medical Services. Clinical practice guideline: Dementia. Bangkok: Thana Press; 2014. (in Thai).
 6. Wimo A, Jonsson L, Bond J, Princee M, Winblad B. The worldwide economic impact of dementia 2010. *Alzheimers Dement*. 2013;9(1):1–11.
 7. Lim YM, SonGR, Song JA, Beattie E. Factors affecting burden of family caregivers of community-dwelling ambulatory elders with dementia in Korea. *Arch PsychiatrNurs*. 2008;22(4):226-34.
 8. Papastavrou E, Kalokerinou A, Papacostas SS, Tsangari H, Sourtzi P. Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. *J AdvNurs*. 2007;58(5):446–57.
 9. Prorok JC, Horgan S, Seitz DP. Health care experiences of people with dementia and their caregivers: A meta-ethnographic analysis of qualitative studies. *CMAJ*. 2013;185(14):E669-80.
 10. Creswell JW. Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2013.
 11. Kitpreedaborrisoot B. Research methodology in social sciences. Bangkok: Chamchuree Products; 2008. (in Thai).
 12. Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services. Mini – Mental State Examination: Thai version (MMSE-Thai 2002). Nonthaburi: Institute of Geriatric Medicine; 2002. (in Thai).
 13. Harper M, Cole P. Member checking: Can benefits be gained similar to group therapy?. *The Qualitative Report*. 2012;17(2):510-7.
 14. Lertkratoke S, Nanthamongkolchai S, Pitikultang S. Prevalence and factors associated with dementia among elderly people in Oraphim Subdistrict, Khonburi District, Nakhonratchasima Province. *Journal of Public Health*. 2013;43(1):42-54. (in Thai).
 15. Suwan A, Trakulsithichoke S. Prevalence and factors associated with dementia among elderly in Lukhok Subdistrict, Muang District, Pathumtani Province. *APHEIT Journal Science Technology*. 2016;5(2): 21-32. (in Thai).
 16. Ohara T, Hata J, Yoshida D, Mukai N, Nagata M, Iwaki T, et al. Trends in dementia prevalence, incidence, and survival rate in a Japanese community. *Neurology*. 2017;88(20):1925-32.
 17. Langa KM, Larson EB, Crimmins EM, Faul JD, Levine DA, Kabeto MU, et al. A comparison of the prevalence of dementia in the United States in 2000 and 2012. *JAMA Intern Med*. 2017;177(1):51-8.
 18. Rakkhamnuan S, Lueboonthavatchai P. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) and caregiver burden among caregivers of Alzheimer’s dementia patients at Department of Psychiatry King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2012;57(3); 335-46. (in Thai).

19. Wang J, Xiao LD, Li X, De Bellis A, Ullah S.
Caregiver distress and associated factors in dementia care in the community setting in China. *GeriatrNurs.* 2015;36(5):348-54.
20. Chansangrat N, Phibal A, Samael L, Thiratchakul J.
Experiences in dementia care among nursing students at the Faculty of Nursing Princess of Naradhiwas University. *Thai Journal of Nursing.* 2014;63(4):29-34. (in Thai).
21. Limpawattana P. Aging and common diseases.
KhonKaen: KhonKaen University; 2012. (in Thai).
22. Tremont G. Family in caregiving in dementia. *Med Health R I.* 2011;94(2):36-8.
23. Saowaphan J, Leartrat P. Caregiving experiences of caregivers of older person with dementia. *Journal of Nursing and Health Care.* 2016;34(3):110-6. (in Thai).
24. Silverberg E. Introduction the 3-A grief intervention model for dementia caregivers: Acknowledge, assess and assist. *Omega(Westport).* 2007;54(3):215-35.