

การจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม Family Management in Caring for Older Persons with Dementia

ปรียติดา ชลศึกเสนีย์^{1*} และ วรณภา ศรีธัญรัตน์²

Preeyatida Chonlasuksanee¹ and Wanapa Sritanyarat²

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม^{1*}, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น²

Faculty of Nursing, Siam University^{1*}, Faculty of Nursing, Khon Kaen University²

(Receive: December 03, 2021; Revised: April 17, 2022; Accepted: May 05, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยสร้างทฤษฎีจากข้อมูลนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปรากฏการณ์การจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ดูแลในครอบครัวรวม 60 คน จาก 49 ครอบครัว เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต ใช้การวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบข้อมูล ผลการศึกษา พบทฤษฎีการจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เป็นกระบวนการจัดการของครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไปตามการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมใน 4 ระยะ คือ 1) ระยะเริ่มเปลี่ยน-จัดการตามข้อสงสัย 2) ระยะเปลี่ยนมากขึ้น-จัดการเฝ้าระวังความเสี่ยง 3) ระยะเป็นหนัก-จัดการปรับใจและปรับตัว และ 4) ระยะทรุดลง-จัดการเตรียมใจและเตรียมการครอบครัว (เผชิญการสูญเสีย) ข้อค้นพบนี้เสนอแนะว่า กระบวนการจัดการของครอบครัวเพื่อการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมนั้นต้องคำนึงถึงการรับรู้ในการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้สูงอายุ โดยมีปัจจัยเงื่อนไขของการจัดการในแต่ละระยะ ซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์เชิงบวกหรือเชิงลบในการจัดการในแต่ละระยะตลอดกระบวนการนี้

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ภาวะสมองเสื่อม, การรับรู้อาการ, การจัดการของครอบครัว, การวิจัยสร้างทฤษฎีจากข้อมูล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: preeyatida.cho@siam.edu เบอร์โทรศัพท์ 062-9495294)

Abstract

This grounded theory study aimed to explore the phenomenon of family management in caring for older persons with dementia. The informants were 60 family caregivers from 49 families. Data were collected through in-depth interviews and observations. Data were analyzed using the constant comparative analysis method. Family management in caring for older persons with dementia is the process where families manage care based on their perceptions regarding symptom changes of older persons with dementia. Those can be divided into 4 phases. Phase 1 is the early stage of changes where management is based on suspicion. Phase 2 is the progressive stage where changes are monitored accordingly to the risks. Phase 3 starts when coping with both mind and body challenges becomes a serious issue. And phase 4 is the downing stage when caregivers must prepare minds and families to face the loss.

Findings suggested that the family management process in caring for older persons with dementia varies based on symptom changes and family management within each phase. Factors related to management in each phase play important roles resulting in positive and/or negative outcomes of each phase throughout the process.

Keywords: Older Person, Dementia, Symptom Perception, Family Management, Grounded Theory Study

บทนำ

สังคมสูงอายุ (Aging Society) เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก สหประชาชาติได้คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2040 โลกจะมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 19 หรือประมาณ 1 ใน 5 ของประชากรโลก และผู้สูงอายุวัยปลาย (ผู้มีอายุ 80 ปีขึ้นไป) จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.3 ของประชากรโลกทั้งหมด (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 2020) สำหรับประเทศไทย สำนักงานเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้คาดการณ์ประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553-2583 โดยคาดว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Completed Aged Society) ในปี พ.ศ. 2566 คือ มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (Office of the National Economic and Social Development Council, 2019) ซึ่งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 จะมีคนไทยที่อายุถึง 60 ปี ปีละ ล้านคน และที่สำคัญคือ กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายจะเพิ่มมากขึ้นจาก 1.3 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2562 เป็น 2.9 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2580 (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 2020) การเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุนั้นส่งผลให้ภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมจะพบมากขึ้นตามอายุ โดยเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าทุก 5 ปี หลังจากอายุ 65 ปี (Muangpaisan, 2013)

ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการที่สมรรถภาพการทำงานของสมองบกพร่องลดลงจากเดิมส่งผลต่อความคิด ความจำ พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตประจำวันและเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพ (Muangpaisan, 2013) ซึ่งก่อให้เกิดภาวะพึ่งพาในระยะยาว ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มักจะได้รับการดูแลที่บ้าน แต่เนื่องจากขนาดครอบครัวและการพึ่งพากันระหว่างเครือญาติมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจึงอาจทำให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมอง

เสื่อมเป็นภาวะวิกฤติอย่างหนึ่งของครอบครัวเพราะทำให้มีภาระในการดูแล อีกทั้งยังต้องเผชิญกับปัญหาด้านอารมณ์ พฤติกรรมและความผิดปกติทางจิตจากภาวะสมองเสื่อม ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดอย่างมากแก่ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัวและมีการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุได้ (Sihapark, Chuengsatiansup & Tengrang, 2014)

ระบบบริการด้านสุขภาพและด้านสังคมของประเทศไทยที่สนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมยังมีอยู่อย่างจำกัด ในขณะที่แหล่งบริการสนับสนุนการดูแลของครอบครัว เช่น สถานะบริบาล (nursing home) ส่วนใหญ่เป็นการจัดบริการโดยภาคเอกชนซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง (Sasat, Choowattanapakorn, Pukdeeprom, Lertrat, & Aroonsang, 2013) และมีเพียงกลุ่มอาสาสมัครหรือองค์กรการกุศลที่สร้างขึ้นเพื่อช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว เช่น สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เครือข่ายผู้สนใจและผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช เป็นต้น ดังนั้นครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่จึงต้องเผชิญกับภาระในการดูแลผู้สูงอายุโดยลำพัง และครอบครัวที่มีความจำกัดด้านศักยภาพในการดูแล จึงอาจไม่สามารถจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงทั้งของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลในครอบครัว ดังนั้นการศึกษาดังกล่าวจึงต้องการความรู้จากมุมมองของคนใน (emic view) โดยเฉพาะผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในระยะต่างๆ ตั้งแต่ผู้สูงอายุเริ่มมีภาวะสมองเสื่อมจนถึงวาระสุดท้าย ถือเป็นบทเรียนรู้สำคัญที่สามารถเป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแลและครอบครัว และต่อบุคลากรที่มิใช่สุขภาพผู้ให้การดูแล สามารถเข้าใจและนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในครอบครัวและโดยครอบครัวเพื่อให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้รับการจัดการดูแลในครอบครัวอย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างสูงสุดได้

การทบทวนวรรณกรรมถึงการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในครอบครัว พบว่า มีการศึกษาภายใต้แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวที่ใกล้เคียงกับแนวคิดการจัดการดูแลของครอบครัว (Family Management) ในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม เช่น การศึกษาของ Zhang, Xiong, & Hujiken (2013) เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว (Family Functioning); Cohen, Zimmerman, Reed, Sloane, Beeber, Washington et al. (2014) ศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family Involvement); Jang & Yi (2013) ศึกษากระบวนการปรับตัวของครอบครัว (Adaptation Process); Beeber & Zimmerman (2012) ประยุกต์กรอบแนวคิดรูปแบบการจัดการของครอบครัว (Family Management Style Framework) ในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม และมีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม แต่ยังต้องการองค์ความรู้ที่อธิบายถึงกระบวนการจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ครอบคลุมตลอดระยะการเจ็บป่วยอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่องตามบริบทของครอบครัว ดังนั้นในการศึกษานี้จึงทำการศึกษาทฤษฎีระดับสาระเพื่ออธิบายถึงปรากฏการณ์การจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมตลอดระยะความเจ็บป่วยและในบริบทของครอบครัวที่มีความหลากหลายซับซ้อน ซึ่งจำเป็นต้องศึกษาโดยผ่านประสบการณ์การรับรู้และการให้ความหมายของสมาชิกที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นเจ้าของประสบการณ์และผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรที่มิใช่สุขภาพในการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมภายใต้บริบทของครอบครัวได้อย่างมีคุณภาพ และเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลในครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อพัฒนาทฤษฎีระดับสาระ (Substantive Theory) ที่อธิบายถึงปรากฏการณ์การจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

ระเบียบวิธีวิจัย

ใช้การศึกษาวิจัยแบบการสร้างทฤษฎีจากข้อมูล (Grounded Theory Study) ตามแนวทางของ Strauss & Corbin (1998) ทำการศึกษาผู้ดูแลและครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 ถึง มกราคม พ.ศ. 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติและการคัดเลือกเชิงทฤษฎี (Theoretical Sampling) ซึ่งเกณฑ์คุณสมบัติได้แก่ เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในครอบครัว สามารถสื่อสารได้ดี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยมีผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้ดูแลหลักและ/หรือสมาชิกในครอบครัวที่มีส่วนสำคัญในการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม) มานานอย่างน้อย 6 เดือน และมีอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งที่เคยผ่านประสบการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วยในอดีตหรือในปัจจุบัน และสามารถสะท้อนให้เห็นวิถีความเจ็บป่วยและการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ตัวผู้วิจัย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลในครอบครัว แนวทางการสังเกตและแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย แนวคำถามหลักและแนวคำถามรอง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามวัตถุประสงค์การวิจัย มีแนวคำถามหลักในการสัมภาษณ์ คือ “ท่าน/ครอบครัวรับรู้ว่าการหรือความผิดปกติเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในครอบครัวอย่างไร และดำเนินการในการจัดการดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่เริ่มรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติหรือมีภาวะสมองเสื่อมจนถึงปัจจุบันอย่างไร” และมีแนวคำถามรอง เป็นคำถามเจาะลึก (Probe) ในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคำถามหลัก ซึ่งจะเป็นไปตามการรับรู้และตามประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล โดยแนวทางการสัมภาษณ์นี้ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน และได้มีการนำไปทดลองใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในครอบครัวจำนวน 3 คน ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง โดยผู้วิจัย (ชื่อแรก) เป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเริ่มจากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในผู้ดูแลของครอบครัวที่มาเข้าร่วมกิจกรรมของสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย ซึ่งเป็นผู้ดูแลของครอบครัวที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล โดยผู้ดูแลของครอบครัวที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจะได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงและได้รับการติดต่อให้เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษานี้ และใช้วิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในผู้ให้ข้อมูลอ้างอิง (Snow Ball Technique) เพื่อให้มีความหลากหลายของผู้ให้ข้อมูล และใช้การคัดเลือกเชิงทฤษฎี ในข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลและ/หรือผู้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมจนข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัวทางทฤษฎี (Theoretical Saturation) ไม่มีข้อมูลเชิงทฤษฎีใหม่เพิ่มเติมอีก

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษานี้ เป็นผู้ดูแลหลักจำนวน 50 คน ซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมใน 49 ครอบครัว และเป็นสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม จำนวน 10 คน ซึ่งผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในระหว่างการเยี่ยมบ้าน หรือใช้สถานที่ตามให้ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ใช้เวลาครอบครัวละ 1-2 ครั้ง ๆ ละประมาณ 1 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูล (Constant Comparative Analysis) ดำเนินการไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามแนวทางของ Strauss & Corbin (1998) โดยมีการให้รหัส (Coding) 3 แบบ คือ 1) รหัสแบบเปิด (Open Coding) เป็นการให้รหัสข้อมูลแบบกว้างๆ สะท้อนสิ่งที่ปรากฏในข้อมูลเพื่อจัดกลุ่มคำเป็นมโนทัศน์ (Concepts) 2) การหาแกนของรหัส (Axial Coding) นำมโนทัศน์มาเปรียบเทียบเพื่อหาความสัมพันธ์ของข้อมูล/มโนทัศน์ โดยการวิเคราะห์เปรียบเทียบ (Constant Comparative Analysis) ความเหมือนความต่างของข้อมูล/รหัส และจำแนกเป็นหมวดหมู่ข้อมูล (Category) ตามคุณสมบัติและมิติข้อมูล (Properties and Dimensions) และ 3) รหัสแบบคัดเลือก (Selective Coding) เป็นการเลือกหมวดหมู่หลัก (Core Category) เพื่อสามารถอธิบายกระบวนการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โดยมีการทำบันทึกความจำและแผนภาพ (Memos and Diagrams) เพื่อจัดกลุ่มข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ ทำให้ได้มโนทัศน์และความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ ซึ่งนำไปสู่การสร้างทฤษฎีระดับสาระต่อไป

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ผู้วิจัยคำนึงถึงความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (trustworthiness) ตามหลักการของงานวิจัยคุณภาพ (Sikolia, Biros, Mason, & Weiser, 2013) ดังนี้ 1) ความเชื่อถือได้ (Credibility) ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลานาน 12 เดือน จนสามารถเข้าใจประเด็นสำคัญของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยตระหนักและพึงระวังตนเองอยู่เสมอเพื่อไม่ให้เกิดอคติระหว่างดำเนินการวิจัย (Bracketing) มีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data triangulation) จากการเก็บรวบรวมข้อมูลหลากหลายแหล่งด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต และมีการตรวจสอบความเข้าใจหรือยืนยันแนวคิดและการจัดหมวดหมู่ข้อมูลกับผู้ร่วมวิจัย (Peer Debriefing) 2) ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรงกับประเด็นที่ต้องการศึกษาและสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 1-2 ครั้ง/ราย จนข้อมูลอิ่มตัว นอกจากนี้ในการนำเสนอข้อค้นพบผู้วิจัยจะใช้การยกตัวอย่างข้อความหรือคำพูดมาประกอบด้วย 3) ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) ผู้ร่วมวิจัยสามารถตรวจสอบรายละเอียดของกิจกรรมที่เกิดขึ้นในการวิจัยหรือหลักฐานต่าง ๆ ได้ และ 4) ความสามารถในการยืนยันผล (confirmability) ผู้ร่วมวิจัยสามารถตรวจสอบหลักฐาน เช่น เทปบันทึกการสัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม ตลอดจนตรวจสอบข้อมูลและข้อค้นพบกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อการสะท้อนคิดวิเคราะห์ และสรุปผลข้อมูล

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น (เลขที่ HE582341) และของกรุงเทพมหานคร (หมายเลขหนังสือรับรอง 048) โดยได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย สำนักงานมัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีพยาบาลที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงานด้านผู้สูงอายุและอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้นำทาง (Gate Keeper) ลงพื้นที่เพื่อค้นหาผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์คุณสมบัติในการเก็บข้อมูล ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลและผู้สูงอายุในครอบครัว

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของครอบครัวและผู้ให้ข้อมูล

ครอบครัวที่ศึกษา มี 49 ครอบครัว อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร 32 ครอบครัว และในเขตปริมณฑล 17 ครอบครัว ลักษณะครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย (35 ครอบครัว) พบมีปัญหาคีร์ครอบครัว คือ มีปัญหาด้าน

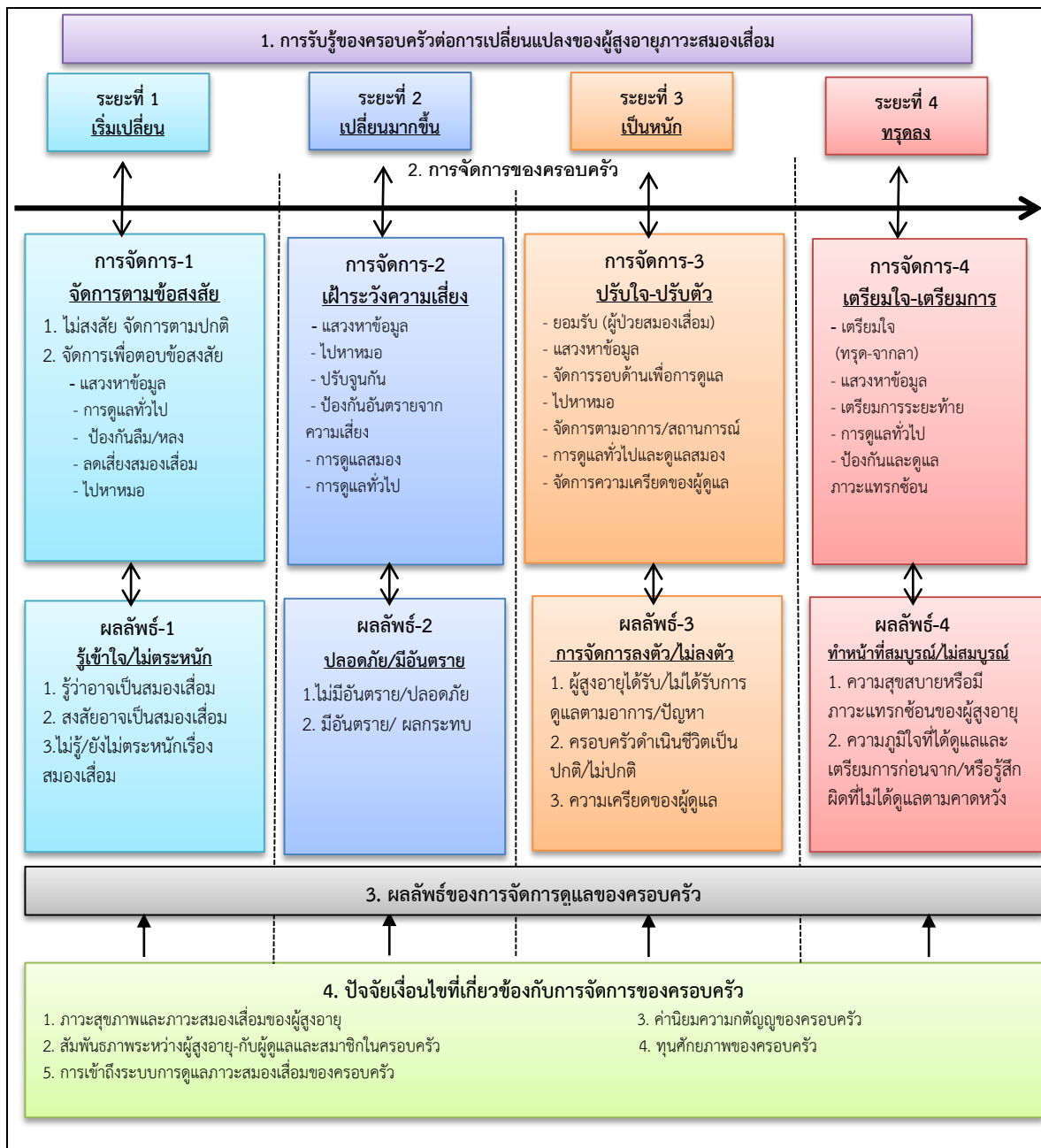
เศรษฐกิจ (7 ครอบครัว) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว (10 ครอบครัว) มีประวัติภาวะสมองเสื่อมในครอบครัว ทั้งบิดาและมารดา (2 ครอบครัว)

ครอบครัวที่ศึกษา มีผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม 52 คน ใน 49 ครอบครัว โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง (37 คน) มีอายุระหว่าง 81-90 ปี (27 คน) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (26 คน) พบว่าประมาณครึ่งหนึ่ง มีสถานภาพสมรส เป็นหม้าย/หย่า (27 คน) ด้านข้อมูลความเจ็บป่วย พบมีโรคประจำตัวคือ โรคเรื้อรังร่วมหลายโรค (42 คน) ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และไขมันในเลือดสูง ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (32 คน) ความเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เริ่มมีอาการของภาวะสมองเสื่อมในช่วงอายุ 70 ปีขึ้นไป โดยมีสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์ (22 คน) และมีผู้สูงอายุที่มีอาการหลงลืมมาก (หรือระยะเป็นหนัก) แต่ไม่ได้เข้าสู่ระบบการตรวจวินิจฉัย (11 คน) เมื่อจำแนกอาการของภาวะสมองเสื่อมตามระยะของผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระยะเป็นหนัก (28 คน) และระยะทรุดลง (14 คน) ตามลำดับ

ผู้ให้ข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ดูแลหลักใน 49 ครอบครัว มีจำนวนรวม 50 คน ลักษณะด้านความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นบุตรสาว (40 คน) ผู้ดูแลมีอายุระหว่าง 51-60 ปี (21 คน) และมีผู้ดูแลที่อยู่ในวัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (18 คน) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (17 คน) มีระยะเวลาในการดูแล ส่วนใหญ่ คือ 1-5 ปี (32 คน) และมีโรคเรื้อรัง (29 คน) ยังคงทำงานอยู่ (23 คน) ซึ่งอาชีพส่วนใหญ่เป็นอาชีพที่มีเวลาการทำงานแบบยืดหยุ่นได้ อาทิ เช่น ค้าขาย กิจการส่วนตัว ขับรถรับส่งนักเรียน ทำงานอิสระ และอื่นๆ

2. ทฤษฎีการจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

ข้อค้นพบในการศึกษานี้ เป็น ทฤษฎีระดับสาระ (Substantive Theory) ซึ่งมีแก่นมโนทัศน์หลัก (Core Category) คือ “กระบวนการจัดการของครอบครัวเพื่อการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม” ประกอบด้วย 4 มโนทัศน์ คือ มโนทัศน์ที่ 1) การรับรู้ของครอบครัวต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในครอบครัว มโนทัศน์ที่ 2) การจัดการดูแลของครอบครัว มโนทัศน์ที่ 3) ผลลัพธ์การจัดการดูแลของครอบครัว และ มโนทัศน์ที่ 4) ปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลของครอบครัว โดยทั้ง 4 มโนทัศน์ มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์อย่างเป็นพลวัตร เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องกัน แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เริ่มเปลี่ยน-จัดการตามข้อสงสัย ระยะที่ 2 เปลี่ยนมากขึ้น-เฝ้าระวังความเสี่ยง ระยะที่ 3 เป็นหนัก-ต้องปรับใจและปรับตัว และ ระยะที่ 4 ทรุดลง-เตรียมใจและเตรียมการ (เผชิญการสูญเสีย) (ดังภาพ 1)



ภาพ 1 กระบวนการจัดการของครอบครัวเพื่อการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

ซึ่งสามารถอธิบายกระบวนการจัดการของครอบครัวเพื่อการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ในแต่ละระยะดังต่อไปนี้

กระบวนการจัดการของครอบครัวเพื่อการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ในแต่ละระยะ มีดังนี้

ระยะที่ 1 เริ่มเปลี่ยน-จัดการตามข้อสงสัย

ระยะนี้ครอบครัว มีการรับรู้ ถึง “อาการที่เริ่มเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ” ว่า ผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ในขณะที่บางครอบครัว “ไม่ได้สงสัย” ว่าเป็นความผิดปกติใดๆ แต่ในบางครอบครัว อาจ “เริ่มสงสัย” ว่า ผู้สูงอายุมีความผิดปกติเกิดขึ้น เพราะเป็นอาการที่ไม่เหมือนเดิม ดังตัวอย่างครอบครัว ต่อไปนี้

ในครอบครัวที่มีการรับรู้ ว่า “ไม่ได้สงสัย” ดังข้อมูล ที่พบอาการเริ่มเปลี่ยนไปของผู้สูงอายุว่า “ลืมบ่อยกว่าปกติ” “หลงทิศทาง” “พูดซ้ำๆ” “คิดช้าลง คิดเงินไม่ค่อยถูก” ซึ่งบางครอบครัวที่ “ไม่ได้สงสัย” ว่า อาการเปลี่ยนแปลงนี้เป็นความผิดปกติจากการเจ็บป่วยอะไร รับรู้ ว่า “เป็นอาการปกติทั่วไปของผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุยังช่วยเหลือตัวเองและไปมาได้ ไม่ได้เจ็บป่วยอะไร” จึงมีการจัดการ คือ “ให้การดูแลตามปกติของคนสูงอายุ” โดยการจัดการดูแลตามการรับรู้ของครอบครัว ดังผู้ดูแลของครอบครัว กล่าวว่า

“...อาการหลงลืม เป็นมาหลายปีแล้ว แรกๆก็ลืมพูดและถามซ้ำๆ กินแล้วก็บอกยังไม่กิน ลูกรำคาญก็ตักให้กินใหม่ เอนมวงไว้ 2-3 กล้องก็กินหมดเลย กินแล้วก็ท้องเสียเรื้อรัง... แต่ทางบ้านคิดว่า หลงลืมตามวัย... คนแก่อายุ 70-80 ปี หลงลืมก็ช่างเขาเถอะ เขาช่วยเหลือตัวเองได้ก็โอเค เราก็ดูแลเขา เพราะเขาเป็นแม่ ถ้าอยากกินอะไร เราก็ซื้อมาให้...” (บุตรสาวผู้ป่วย อายุ 62 ปี) และ

“...พ่อป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้ 5 ปี แม่ก็เริ่มหลงลืมและมีพฤติกรรมแปลกไป เช่น ถามซ้ำๆ มีหงุดหงิด พูดแปลกๆ นอนไม่หลับ... เคยทำกับข้าวแล้วอยู่ๆก็ไม่ยอมทำ บอกว่าทำมาหลายแล้ว ไม่ทำแล้ว... จะไม่ค่อยกล้าตัดสินใจ (เมื่อก่อนทำได้) ลูกก็คิดว่า เป็นเพราะท่านเครียดกังวลหรืออายุมากขึ้น...” (บุตรสาวผู้ป่วย อายุ 44 ปี)

แต่ในบางครอบครัวที่ มีการรับรู้ “เริ่มรู้สึกไม่แน่ใจและสงสัย” ว่า อาจมีอาการไม่ปกติเพราะมีอาการและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทำให้ครอบครัวมีการจัดการ โดย “จัดการตามข้อสงสัย” โดยมี “การสังเกตอาการ” “แสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับอาการและสาเหตุ” รวมถึง “พาไปพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย” เป็นต้น ดังผู้ดูแลของครอบครัว กล่าวว่า

“...หลังจากที่เป็นไทรอยด์ 2 ปี เราจะเริ่มลืมแล้ว คุยกันแป๊บเดียวก็จำไม่ค่อยได้ วางของอะไร เขาก็จะเริ่มลืมแล้ว... ขยายของ บางทีลูกค้าสั่ง เขาก็จะเริ่มสับสน.. เราก็ปรึกษากับลูก ลูกบอก ลองพาไปโรงพยาบาล มีคนแนะนำว่า เก่งเรื่อง ประสาท เราก็เลยไป แต่อาการ ไม่ออกมาเลย หมอก็บอกว่า ไม่มีอะไร...” (ภรรยาผู้ป่วย อายุ 58 ปี)

ผลลัพธ์ของการรับรู้และการจัดการ ในระยะนี้ พบว่า ครอบครัวอาจจะ “รับรู้ เข้าใจ” หรือ “ยังไม่ตระหนัก” ถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งพบว่ามี 3 ลักษณะ คือ 1) รับรู้ว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม หรือ 2) สงสัยว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม (ประสาท) หรือ 3) ไม่รู้/ยังไม่ตระหนักถึงเรื่องภาวะสมองเสื่อม รับรู้ว่าเป็นภาวะปกติในผู้สูงอายุ จึงทำให้มีการจัดการดูแลในระยะนี้ คือ การดูแลผู้สูงอายุแบบทั่วไปทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ร่วมกับการดูแลสุขภาพและดูแลรักษาโรคประจำตัวต่างๆ

ปัจจัยเงื่อนไขของการรับรู้และการจัดการ ในระยะนี้ พบว่า เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแลและ/หรือสมาชิกในครอบครัว และการเข้าถึงระบบการดูแลภาวะสมองเสื่อมของครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ครอบครัวสามารถ “รับรู้ เข้าใจ” หรือ “ยังไม่ตระหนัก” ในปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่เริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงจากภาวะสมองเสื่อม

ระยะที่ 2 เปลี่ยนมากขึ้น-เฝ้าระวังความเสี่ยง

ระยะนี้ ผู้ดูแลของครอบครัวจะ มีการรับรู้ ว่า ผู้สูงอายุมีอาการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นทั้ง อาการ “หลง/ลืม” และ “อารมณ์/พฤติกรรมที่แปลกไปจากเดิม” เช่น “ทำอาหารแล้วลืม จนหม้อไหม้ ลืมเรื่องการทำสัญญา ลืมว่าพ่อ แม่ของตนเสียชีวิตแล้ว ไปตลาดแล้วซื้อของเดิมซ้ำ ๆ” ซึ่งผู้สูงอายุจะลืมแล้วนึกไม่ออกหรือจำไม่ได้ บางคน “หงุดหงิดง่าย เอาแต่ใจ ก้าวร้าวมากขึ้น” และเริ่มมีปัญหาในการทำกิจกรรมบางอย่างที่เคยทำได้ อาการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ มักเกิดผลกระทบต่อชีวิต กิจกรรมและการงานอาชีพที่ทำประจำวัน

ผู้ดูแลในครอบครัวจึง มีการจัดการ โดยการ “เฝ้าระวังความเสี่ยง” มีการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับความผิดปกติและการแก้ไขปัญหาที่พบ ผู้สูงอายุไปตรวจรักษา พยายามทำความเข้าใจถึงปัญหาและความเสี่ยงที่เกิดขึ้น จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย บางครอบครัวมีการดูแลทางสมองที่เฉพาะขึ้น เช่น ให้รับประทานวิตามินบำรุงสมอง และมีกิจกรรมกระตุ้นสมอง เช่น การดูรูปภาพ และพูดคุยทวนความจำ การบวกลบเลข ดังผู้ดูแลของครอบครัว กล่าวว่า

“...พ่อยังเดินได้ ยังช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ก็ต้องเริ่มระวัง เพราะว่ามีปัญหา กินตลอดเวลา ไม่รู้ว่าอะไรเป็นอะไร หิวตลอด แล้วก็เรื่องยา พ่อก็เริ่มไม่รู้เรื่อง ชอบซื้อยา กินซ้ำซ้อน จนพ่อซื้อคจากน้ำตาลตก” (บุตรสาวของผู้ป่วย อายุ 39 ปี)

“...ดูโทรทัศน์เห็นรายการ เคมี อบรมสมองเสื่อม ก็เลยไปฟังดู เพราะแม่มีอาการ เก็บของผิดที่ผิดทาง เช่น ซื้อในใบเบิกเงินไม่ได้ บางครั้งพูดก้าวร้าวหรือโกรธแบบไม่มีเหตุผล เคยลองพาไปตรวจที่แผนกจิตเวช หมอก็ให้ยามา พอกลับมาบ้าน พี่น้องก็ว่า แม่ไม่ได้บ้า เอาเค้าไปทานยาอะไร ดีกว่าก็แย่ง ลูกๆก็ไม่ให้ไปหาหมอคนนี้อีก...แต่ก็พยายามดูแลให้ดีที่สุด...เราไปอบรมได้ความรู้ และหาหนังสือมาอ่าน ว่าต้องดูแลยังไงและต้องระวังอะไร ก็ช่วยให้เรารับมือได้...” (บุตรสาวของผู้ป่วย อายุ 51 ปี)

ผลลัพธ์ของการรับรู้และการจัดการดูแล ในระยะนี้ คือ ครอบครัวสามารถดูแลให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม “ปลอดภัยหรือมีอันตราย” ได้ เช่น ปัญหาการรับประทานอาหารมากเกินไป การรับประทานยาผิดหรือซ้ำซ้อน การถูกล่อลวง การเกิดเพลิงไหม้ ซึ่งพบว่ามี 2 ลักษณะ คือ 1) ผู้สูงอายุไม่มีอันตราย/ปลอดภัย หรือ 2) ผู้สูงอายุมีอันตราย และมีผลกระทบจากความเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ

ปัจจัยเงื่อนไขของการรับรู้และการจัดการ ในระยะนี้ พบว่า มีปัจจัยจากภาวะสุขภาพและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว การเข้าถึงระบบการดูแลภาวะสมองเสื่อมของครอบครัว เช่น การอบรมด้านความรู้และการวินิจฉัยเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม รวมถึง ค่านิยมความกตัญญูของครอบครัว และทุนศักยภาพของครอบครัว ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม มีความปลอดภัยหรืออาจมีอันตรายได้

ระยะที่ 3 เป็นหนัก-ต้องปรับใจและปรับตัว

ระยะนี้ครอบครัวจะมี การรับรู้ ว่า ผู้สูงอายุมีอาการเปลี่ยนแปลงที่สามารถสังเกตเห็นได้ชัดเจนว่า “เป็นหนักมากขึ้น” เช่น มีอาการ “หลงลืม-ไม่รู้เรื่อง” บางคนถึงขั้น “จำลูกบางคนไม่ได้”...“ไม่รู้ว่าจะบ้านอยู่ไหน” มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงขึ้นลง ...“ก้าวร้าวอาละวาดมากขึ้น”...“บางครั้ง เปลี่ยนจากขี้โมโห เป็นอารมณ์ดี”...“หวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย” พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงขึ้นลง ...“ไม่อยู่นิ่ง เดินทั้งวัน”...“ดึกๆ ไม่นอน”...“กินอาหารบูด...”ช่วยเหลือตนเองลดลง จะนอนมากขึ้น” กิจกรรมประจำวันบกพร่อง เช่น “ไม่ยอมแปรงฟัน ขับถ่ายเรี่ยราด” ซึ่งในระยะนี้ ผู้ดูแลและครอบครัวยอมรับว่ามีความเครียดสูงมากกว่าระยะอื่นๆ

การจัดการในครอบครัว ในระยะนี้ คือ ครอบครัวต้อง “ปรับใจและปรับตัว” โดยยอมรับว่า ผู้สูงอายุเจ็บป่วย มีภาวะสมองเสื่อมหรือหลงลืมมาก มีอาการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆลงๆไม่ปกติ ทำให้ต้อง “ปรับ/ทำใจ” กับปัญหาที่เกิดขึ้น และต้องมีการ “ปรับตัว” ปรับเปลี่ยนตนเองและครอบครัว โดยการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อให้สามารถดูแล

ผู้สูงอายุตามอาการและตามสถานการณ์ให้สามารถดำเนินชีวิตไปได้ เช่น การจัดให้มีผู้ดูแลหลักในครอบครัว แสวงหาความช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแล บางครอบครัวอาจพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์เพื่อการวินิจฉัยและการรักษาภาวะสมองเสื่อม แสวงหาข้อมูลความรู้เพื่อจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา ช่วยเหลือดูแลด้านกิจวัตรประจำวันทั่วไปและด้านความปลอดภัย ดูแลกระตุ้นสมอง โดยใช้วิธีการต่างๆ เช่น การพูดคุยหรือทำกิจกรรมที่ผู้สูงอายุยังสามารถให้ความร่วมมือได้ ในระยะนี้ ผู้ดูแลในครอบครัวต้องปรับตัวอย่างมากเพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างลงตัว และบางครั้งครอบครัวก็ต้องแสวงหาแหล่งช่วยเหลือดูแลหรือบริการจากภายนอกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตไปได้อย่างลงตัว ดังข้อมูล

“แม่ชอบหลงว้างไม่กินข้าว ไม่มีใครหาข้าวให้กิน ทั้งที่เพิ่งให้กินเสร็จ บางทีสับสน เรื่องเวลา หวงสมบัติ หวาดระแวง ชอบบ่น ว่าลูกไม่ดี ลูกสะใภ้ จะเอายาพิษให้กิน ลูกไม่พาไปหาหมอ เพราะเคยเห็นคนที่กินยาทางจิตแล้วตัวแข็งลิ้นแข็ง พี่สาวก็มาเยี่ยม แต่ไม่ชอบดูแลแม่...ผมเถียงกับแม่ทุกวัน คิดว่าคงไม่ได้บุญหรอกที่ดูแล...ผมเลิกดื่มเหล้าตั้งแต่พี่ชายและแม่ป่วย ใครมาชวนไปเที่ยวก็ไม่ไป เพราะเดี๋ยวไม่มีใครดูแล...” (บุตรชายของผู้ป่วย อายุ 45 ปี)

“แต่ก่อนแม่เลี้ยง เป็นผู้ดูแลหลัก ดูแลอยู่ 3 ปี ก็เสียชีวิต...หนูจึงตัดสินใจให้พ่อไปอยู่ที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ โดยไม่ได้ปรึกษากับใคร เพราะไม่มีใครมาช่วยเหลืออะไร หนูต้องทำงาน กลัวพ่อหาย ก่อนที่จะให้พ่อไปอยู่ที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ก็พาพ่อไป Day Care นาน 2-3 สัปดาห์ หนูจะได้มีเวลาไปทำงาน” (ลูกสาวของผู้ป่วย อายุ 35 ปี)

ผู้ดูแลหลักบางครอบครัว มีภาวะเครียดหนัก ถึงขั้น “สติแตก” จากภาระการดูแลที่มากเกินไป ต้องจัดการ “ปรับใจและปรับตัว” โดยแสวงหาวิธีการเพื่อลดความเครียดของตนเองให้สามารถจัดการดูแลและ/หรือดำเนินชีวิตต่อไปได้ ดังข้อมูล

“เหนื่อย เครียดจนแทบ สติแตก ช่วงที่คุณยายมีปัญหาพฤติกรรม active มาก จะทำโน่นนี่ ไม่หลับไม่นอน และช่วงดูแลคุณตา ที่พูดแล้วไม่เชื่อ เอาแต่ใจตัวเอง แล้วพี่ทำอะไรไม่ได้” จึงมีการจัดการตนเองโดย “การปฏิบัติธรรม จะให้วิธีคิดช่วยลดความเครียดได้” (บุตรสาว อายุ 70 ปี ที่ดูแลบิดาและมารดาที่มีภาวะสมองเสื่อม)

ผลลัพธ์ของการรับรู้และการจัดการดูแล ในระยะนี้ คือ ครอบครัวสามารถจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและจัดการครอบครัวได้อย่าง “ลงตัวหรือไม่ลงตัว” โดยมีผลลัพธ์ 3 ลักษณะ คือ 1) ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามอาการหรือตามปัญหา 2) ครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างเป็นปกติหรือไม่ปกติ และ 3) ผู้ดูแลมีความเครียดเพิ่มขึ้น/หรือลดลง (มีภาวะเครียดมากหรือน้อย) ซึ่งครอบครัวมักจะเผชิญภาวะการจัดการที่ไม่ลงตัวในระยะแรกของการปรับตัว แต่เมื่อสามารถเข้าใจหรือปรับใจได้ จะทำให้สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการดูแลผู้สูงอายุและดูแลตนเองและครอบครัวให้ลงตัวโดยสามารถดำเนินชีวิตครอบครัวต่อไปได้

ปัจจัยเงื่อนไขของการรับรู้และการจัดการ ในระยะนี้ พบว่า มีปัจจัยจาก ภาวะสุขภาพและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ (เป็นหนัก) การเข้าถึงระบบบริการการดูแลภาวะสมองเสื่อมของครอบครัว (การเข้าถึงข้อมูลความรู้ การวินิจฉัยและการบำบัดรักษา) สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะค่านิยมความกตัญญูของครอบครัว จะเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่ดี และทุนศักยภาพของครอบครัว (ความสามารถในการจ่าย/ซื้อบริการสนับสนุนช่วยเหลือ) ที่จะช่วยให้ครอบครัวสามารถจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและจัดการครอบครัวได้อย่าง “ลงตัวหรือไม่ลงตัว” ได้

ระยะที่ 4 ทరుกลง-เตรียมใจและเตรียมการ (เผชิญการสูญเสีย)

ในระยะนี้ ครอบครัว รับรู้ว่า อาการของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจะ “ทรุดลง” เรื่อยๆ มีอาการหลง/ลืมเพิ่มมากขึ้น เช่น “จำตนเองและคนใกล้ชิดไม่ได้” และช่วยเหลือตนเองไม่ได้เพิ่มมากขึ้น เช่น “มีปัญหาการกลืนและพูด”...“เดินหรือนั่งประคองตัวเองไม่ได้” จนกลายเป็น ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงในที่สุด

ครอบครัว มีการจัดการ “เตรียมใจ- เตรียมการ”(เผชิญการสูญเสีย) โดยเตรียมใจยอมรับอาการที่ค่อยๆทรุดลงจนถึงเสียชีวิต การจัดการดูแลผู้สูงอายุ จะมีการเตรียมการเพื่อแสวงหาข้อมูลการดูแลผู้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และหาบริการสนับสนุนการดูแล ครอบครัวจะช่วยเหลือดูแลทุกอย่าง มีการตัดสินใจร่วมกันหรือทำตามเจตจำนงค์ของผู้สูงอายุที่ได้สั่งเสียไว้ เช่น การตายตามธรรมชาติที่บ้าน และการจัดการหลังการตาย ดังข้อมูล

“...ตอนที่ยายเป็นเเยะแล้ว ก็ให้น้องชายมาช่วยดูตอนกลางวัน...ยายเดินไปไหนไม่ได้ ถ่ายเรี่ยราด น้องชายก็เลยทำห้องปูกระเบื้องให้อยู่ข้างล่าง แล้วก็นั่งเฝ้าอยู่...ก็ดูแลเรื่องความสะอาด.พูดแบบลั่นแข็งๆ ฟังรู้เรื่องบ้าง ไม่รู้เรื่องบ้าง บางทีเขาก็มอง เหมือนกับเขาจะพูด...ป้อนข้าวก็จะกินบ้าง ไม่กินบ้าง... เรื่องการทำแผลเราก็มารู้จัก ก็ใช้น้ำเกลือชุบสำลีล้าง แต่ก็ไม่ได้สะอาดเหมือนเจ้าหน้าที่ทำ ก็กลายเป็นแผลเน่า...โทรบอกให้หมอ ช่วยมาล้างแผล หมอมาดูแลแล้ว แต่บอกว่า แผลมันเน่าจะต้องเอาไปที่โรงพยาบาล...” (หลานสาวของผู้ป่วย อายุ 40 ปี)

“...ในช่วงเวลาที่พ่อพูดคุ้ยเรื่อง จะถามในบางเรื่อง ซึ่งรวมถึง ความประสงค์ในการรักษา ซึ่ง แม่ยืนยันว่า ไม่รับการยื้อชีวิตด้วยเครื่องมือแพทย์ที่จะก่อให้เกิดความทุกข์ เวทนา...การจากไปอย่างมีสติบริบูรณ์ของผู้ป่วย เป็นความหวังสูงสุดของผู้ดูแล จึงมีการจัดการเรื่อง “สติ” เป็นส่วนหนึ่งในการดูแล และวาดหวังการได้อยู่ในนาที่จากลา เพื่อส่งผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์...และได้ทำการทางศาสนาด้วยการพาสวดมนต์...” (ลูกสาวของผู้ป่วย อายุ 57 ปี)

ผลลัพธ์ของการรับรู้และการจัดการดูแล ในระยะนี้ คือ ครอบครัวสามารถทำหน้าที่ของครอบครัวได้อย่าง “สมบูรณ์หรือไม่สมบูรณ์” ก่อให้เกิดผลลัพธ์ ใน 2 ลักษณะ ทั้งในด้านบวกหรือด้านลบ คือ 1) ผู้สูงอายุมีความสุขสบายหรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น และ 2) ผู้ดูแลมีความภูมิใจที่ได้ดูแลและได้เตรียมการครอบครัวก่อนการจากไปของผู้สูงอายุ ในขณะที่บางครอบครัว ผู้ดูแลอาจมีความรู้สึกผิดที่ไม่สามารถจัดการดูแลผู้สูงอายุได้เต็มที่หรือตามที่คาดหวัง กรณีที่ครอบครัวทำหน้าที่ได้สมบูรณ์ ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจะได้รับการดูแลให้สุขสบาย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และครอบครัวมีความภูมิใจที่ได้ดูแลผู้สูงอายุตามความปรารถนาจนถึงวาระสุดท้าย

ปัจจัยเงื่อนไขของการรับรู้และการจัดการ ในระยะนี้ พบว่า ปัจจัยด้าน 1) ภาวะสุขภาพและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ นั้น ครอบครัวรับรู้ว่าคุณภาพและภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระยะท้ายของชีวิต ดังนั้น 2) การเข้าถึงระบบการดูแลภาวะสมองเสื่อมของครอบครัว จึงเป็นการดูแลแบบประคับประคองตามวัฒนธรรมของครอบครัวหรือตามการเข้าถึงระบบบริการการดูแลแบบประคับประคองที่มีอยู่และเข้าถึงได้ สำหรับปัจจัยด้าน 3) สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว 4) ค่านิยมความกตัญญูของครอบครัว และ 5) ทุนศักยภาพของครอบครัว จะมีสำคัญต่อการรับรู้และการจัดการปัญหาและการเตรียมการตายตามความปรารถนาของผู้สูงอายุและครอบครัว

โดยสรุป ทฤษฎีการจัดการของครอบครัวเพื่อการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม นั้น เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงกระบวนการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ที่เปลี่ยนแปลงไปตามการรับรู้ของผู้ดูแลและครอบครัวโดยมีการจัดการดูแลตามการรับรู้ในแต่ละระยะอย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการของการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในแต่ละระยะ โดยมีปัจจัยเงื่อนไขที่เป็นปัจจัยเชิงบวกที่สนับสนุนให้เกิดการรับรู้และมีการจัดการที่ดีเพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้รับการจัดการอย่างลงตัวในทุกระยะตลอดกระบวนการที่เป็นพลวัตรนี้

อภิปรายผล

ทฤษฎีการจัดการของครอบครัวเพื่อการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม มีมโนทัศน์หลัก (Core Category) ของปรากฏการณ์ คือ กระบวนการจัดการของครอบครัวเพื่อการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โดยมี 4 มโนทัศน์ที่มีความสัมพันธ์กัน คือ 1) การรับรู้ความเจ็บป่วยหรืออาการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (เริ่มเปลี่ยนแปลงมากขึ้น เป็นหนัก และทรุดลง) 2) การจัดการของครอบครัว (จัดการตามข้อสงสัย เผื่อระวังความเสี่ยง

ปรับใจ-ปรับตัว และเตรียมใจ-เตรียมการ) 3) ผลลัพธ์ของการจัดการดูแลของครอบครัวในเชิงบวก/หรือเชิงลบ (รู้เข้าใจ/ไม่ตระหนัก ปลอดภัย/มีอันตราย จัดการลงตัว/ไม่ลงตัว และทำหน้าที่สมบูรณ์/ไม่สมบูรณ์) และ 4) ปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลของครอบครัว (ภาวะสุขภาพและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ค่านิยมความกตัญญูของครอบครัว ทุนศักยภาพของครอบครัว และการเข้าถึงระบบการดูแลภาวะสมองเสื่อมของครอบครัว) ซึ่งทั้ง 4 มิโนทัศน์นี้ มีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่องเป็นกระบวนการจัดการของครอบครัวเพื่อการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ใน 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เริ่มเปลี่ยน-จัดการตามข้อสงสัย ระยะที่ 2 เปลี่ยนมากขึ้น-เฝ้าระวังความเสี่ยง ระยะที่ 3 เป็นหนัก-ต้องปรับใจและปรับตัว และ ระยะที่ 4 ทดลอง-เตรียมใจและเตรียมการ (เผชิญการสูญเสีย) ซึ่งสามารถอธิบายปรากฏการณ์ของการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของครอบครัวว่าจะมีการผันแปรเปลี่ยนแปลงไปตามการรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุในแต่ละระยะ ทำให้เกิดการจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลลัพธ์ในเชิงบวกที่พึงประสงค์หรือในเชิงลบที่ไม่พึงประสงค์ได้ ทั้งนี้ขึ้นกับปัจจัยเงื่อนไขในบริบทของครอบครัวที่เป็นอยู่ว่าเป็นปัจจัยสนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคต่อการจัดการดูแลที่พึงประสงค์ได้

การรับรู้อาการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของครอบครัวเมื่อเทียบกับองค์ความรู้เกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะสมองเสื่อมทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ พบว่ามีความสอดคล้องกัน โดยทางการแพทย์ แบ่งระยะของภาวะสมองเสื่อม เป็น 3 ระยะ คือ ภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น (Early Dementia) ระยะปานกลาง (Moderate Dementia) และ ระยะรุนแรง (Severe Dementia) ซึ่งสอดคล้องกับการแบ่งระยะตามการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัว ในผลการศึกษานี้ ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ 1) ระยะเริ่มเปลี่ยน ซึ่งการรับรู้การส่วนใหญ่เทียบเคียงได้กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impaired, MCI) ซึ่งเป็นระยะก่อนการเป็นภาวะสมองเสื่อม ซึ่งภาวะนี้ สามารถเปลี่ยนแปลงไปเป็นภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ในระยะเริ่มต้น (Early Dementia) ระยะปานกลาง (Moderate Dementia) และ ระยะรุนแรง (Severe Dementia) ต่อไปได้ในขณะที่ 2) ระยะเปลี่ยนมากขึ้น อาการตามการรับรู้ส่วนใหญ่เทียบเคียงได้กับ ภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มแรก (Early Dementia) หรือในระดับไม่รุนแรง ในขณะที่ 3) ระยะเป็นมาก การรับรู้อาการของครอบครัว ส่วนใหญ่เทียบเคียงได้กับภาวะสมองเสื่อมระยะกลาง (Moderate Dementia) หรือมีระดับรุนแรงปานกลาง และ 4) ระยะทรุดลง อาการตามการรับรู้ของครอบครัว ส่วนใหญ่เทียบเคียงได้กับ อาการของภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรง (Severe Dementia) หรือระยะท้ายของภาวะสมองเสื่อม การเข้าถึงองค์ความรู้จากประสบการณ์ตามการรับรู้ของผู้ดูแลของครอบครัว และจากองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพจะช่วยให้บุคลากรทีมสุขภาพ ผู้ดูแลและครอบครัว สามารถสื่อสารด้านการรับรู้การเปลี่ยนแปลงจากภาวะสมองเสื่อมอย่างมีความเข้าใจระหว่างกันได้ดียิ่งขึ้น

กระบวนการจัดการของครอบครัวเพื่อการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครั้งนี้ มีความคล้ายคลึงกับกรอบแนวคิดของรูปแบบการจัดการของครอบครัว หรือ Family Management Style Framework (FMSM) ซึ่งอธิบายถึงรูปแบบการจัดการของครอบครัวเด็กที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังว่าขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลักซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวและทำให้ครอบครัวมีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กแตกต่างกัน ได้แก่ การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรังของสมาชิกในครอบครัว พฤติกรรมการจัดการความเจ็บป่วย และการรับรู้ผลลัพธ์ที่จะตามมา อีกทั้งยังขึ้นกับบริบทหรือปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการ ได้แก่ เครือข่ายทางสังคม แหล่งประโยชน์ ระบบและผู้ดูแลสุขภาพ (Knaft, Deatruck, & Havill, 2012) ซึ่งการศึกษานี้กล่าวถึงรูปแบบการจัดการของครอบครัวในการดูแลเด็กที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็น 5 รูปแบบ คือ 1) รูปแบบการจัดการที่มีการพัฒนาให้ดีขึ้นจนเข้าสู่ภาวะปกติของครอบครัว (Thriving Style) 2) รูปแบบการจัดการที่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ปรับให้เหมาะสม (Accommodating Style) 3) รูปแบบการจัดการที่ใช้ความอดทนกับปัญหา (Enduring Style) 4) รูปแบบ

การจัดการที่ต้องดิ้นรนและต่อสู้กับปัญหา (Struggling Style) และ 5) รูปแบบการจัดการที่มองสถานการณ์เป็นปัญหา (Floundering Style) อันก่อให้เกิดผลลัพธ์จากการจัดการดูแล ได้แก่ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กและสมาชิกในครอบครัว และความสามารถในการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กได้ตามบริบทของครอบครัว หรือตามบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว (Wattthanachai & Tirapaiwong, 2019)

ผลการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Saowaphan & Lertrat (2016) ที่ศึกษาประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โดยพบว่า ผู้ดูแล “จัดการดูแล” ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมตามอาการที่ผู้ดูแลรับรู้ในแต่ละระยะของการเจ็บป่วยได้แก่ 1) ระยะหลังมีอาการเปลี่ยนแปลงตามวัย 2) ระยะหลังมีอาการต้องรักษา 3) ระยะอาการขึ้นๆลงๆ และ 4) ระยะอาการแทรกซ้อนอาจเสียชีวิต โดยมี “ปัจจัยเงื่อนไข” ในการดูแลด้านต่างๆ กล่าวคือ ปัจจัยด้านผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ด้านครอบครัว และด้านระบบการดูแลภาวะสมองเสื่อม ก่อให้เกิดผลลัพธ์ในการจัดการดูแลที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมนับเป็นภาระที่หนักของครอบครัว เนื่องจาก ปัจจัยเงื่อนไขด้านบริการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทยยังมีจำนวนจำกัด ไม่สามารถให้บริการได้อย่างเพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sritanyarat, Aroonsang, Leethongin, Piyawattanapong, & Panpanich (2015) ที่รายงานว่า มีผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการบำบัดรักษาภาวะสมองเสื่อมได้ โดยส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลตามการรับรู้ของครอบครัวและชุมชนเท่านั้น ซึ่งเป็นปัจจัยเงื่อนไขสำคัญที่มีส่งผลต่อการรับรู้และการจัดการที่อาจก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของครอบครัวในทุกระยะของกระบวนการจัดการดูแลของครอบครัว ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ครอบครัวรับรู้การเปลี่ยนแปลงของอาการภาวะสมองเสื่อมในแต่ละระยะของภาวะสมองเสื่อมได้ 2) ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว หากสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี จะทำให้การยอมรับและการใส่ใจผู้สูงอายุสมองเสื่อมลดลง 3) ปัจจัยด้านค่านิยมความกตัญญูของครอบครัว เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ แม้จะเป็นภาระที่หนัก 4) ปัจจัยด้านทุนศักยภาพของครอบครัว เช่น เศรษฐกิจ ผู้ร่วมดูแล ความรู้/ประสบการณ์การดูแล จะช่วยให้ครอบครัวสามารถเข้าถึงการรักษาและมีการจัดการดูแลได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และ 5) ปัจจัยด้านการเข้าถึงระบบการดูแลภาวะสมองเสื่อมของครอบครัวและการมีเครือข่ายในการดูแลภาวะสมองเสื่อม ช่วยให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมหรือการดูแลที่ไม่เหมาะสมกับภาวะสมองเสื่อมได้ โดยสรุปแล้วพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพผู้ให้การดูแล จะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (อาการของภาวะสมองเสื่อม) ปัจจัยด้านครอบครัว (สัมพันธภาพ ค่านิยมความกตัญญู และทุนศักยภาพของครอบครัว) และปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพภาวะสมองเสื่อม และนำมาใช้ในการสนับสนุนการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของครอบครัวเพื่อให้เกิดผลลัพธ์การจัดการดูแลที่พึงประสงค์ในแต่ละระยะตลอดกระบวนการจัดการดูแลนี้ได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถใช้ประโยชน์ในการอธิบาย กระบวนการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัวตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจนถึงระยะท้ายของภาวะสมองเสื่อม และประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัวในแต่ละระยะเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในแต่ละระยะได้

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนานวัตกรรมและทดสอบทฤษฎีกระบวนการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัวตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจนถึงระยะท้ายของภาวะสมองเสื่อมเพื่อให้มีความชัดเจนและครอบคลุมมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนการวิจัยครั้งนี้

References

- Beeber, A. S. & Zimmerman, S. (2012). Adapting the FMSF for Families Caring for Older Adults with Dementia. *Journal of Family Nursing*, 18(1), 1-17. Retrieved February 4, 2015, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3872061>
- Cohen, L. W., Zimmerman, S., Reed, D., Sloane, P. D., Beeber, A. S., Washington, T et al. (2014). Dementia in Relation to Family Caregiver Involvement and Burden in Long-Term Care. *Journal of Applied Gerontology*, 33(5), 522-540. Retrieved December 10, 2015, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3989456/>
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, & Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (2020). *Situation of the Thai elderly 2019*. Nakhon Pathom: Printery. (in Thai)
- Jang, H. Y., & Yi, M. (2013). Effects of Burden and Family Resilience on the Family Adaptation of Family Caregivers of Elderly with Dementia. *Korean J Adult Nurs*, 25(6), 725-735. Retrieved December 20, 2015 from <https://synapse.koreamed.org/articles/1076234>
- Knaft, K., Deatrick, J., & Havill, N. (2012). Continued Development of the Family Management Style Framework. *Journal of Family Nursing*, 18(1), 11-34.
- Muangpaisan, W. (2013). Burden of Dementia. In Muangpaisan W. (Ed.), *Dementia: Prevention, Assessment and Care*. (p. 9-15). Bangkok: Parbpim. (in Thai)
- Office of the National Economic and Social Development Council. (2019). *Report of the Population Projections for Thailand 2010-2040 (revision)*. Bangkok: Amarin. (in Thai)
- Saowaphan, J., & Lertrat, P. (2016). Caregiving Experience of Caregivers of Older Persons with Dementia. *Journal of Nursing and Health Care*, 34(3), 110-116. (in Thai)
- Sasat, S., Choowattanapakorn, T., Pukdeeprom, T., Lertrat, P., & Aroonsang, P. (2013). Long-Term Care Institutions in Thailand. *Journal of Health Research*, 27(6), 413-418. Retrieved July 27, 2015, from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jhealthres/article/view/88736>
- Sihapark, S., Chuengsatiansup, K., & Tengrang, K. (2014). *The Experience of Burden and Impact Involving in Long-Term Care for the Elderly in Thailand* (Research Report). Nonthaburi: Health Systems Research Institute. (in Thai)

- Sikolia, D., Biros, D., Mason, M., & Weiser, M. (2013). *Trustworthiness of Grounded Theory Methodology Research in Information System*. MWAIS 2013 Proceedings. 16. Retrieved November 20, 2015 from: <http://aisel.aisnet.org/mwais2013/16>.
- Sritanyarat, W., Aroonsang, P., Leethongin, M., Piyawattanapong, S., & Panpanich, L. (2015). *Lesson Learned and Synthesis Continuous Elderly Care Services System: Stroke and Dementia*. Khon Kaen: Klunghanavittaya. (in Thai)
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (2 nd.). California: Sage.
- Watthanachai, P. & Tirapaiwong, Y. (2019). Family Management: Concept and Implementation Guidelines to Help Families of Children with Chronic Illness. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 29(2), 12-23. (in Thai)
- Zhang, H., Xiong, R. H., Hujiken, S., Hujiken, S., Zhang, J. J., & Zhang XQ. (2013). Psychological Distress, Family Functioning, and Social Support in Family Caregivers for Patients with Dementia in the Mainland of China. *Chinese Medical Journal*, 126(18), 3417-21. Retrieved May 12, 2015, from <https://medcentral.net/doi/pdf/10.3760/cma.j.issn.0366-6999.20131254>