



ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม*

จุฑารัตน์ เสาวพันธ์ พย.ม.** เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ ป.ด.***

* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยขอนแก่น ** นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยขอนแก่น *** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามการรับรู้ของผู้ดูแล คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง เป็นผู้ดูแลหลัก 10 ราย และผู้ดูแลรอง 14 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การจดบันทึกภาคสนามและศึกษาแฟ้มประวัติ ทำการศึกษาในระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2556 – มีนาคม พ.ศ. 2557 วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลรับรู้ถึงความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะหลงลืม อารมณ์เปลี่ยนแปลงตามวัย 2) ระยะหลงลืมต้องรักษา 3) ระยะอาการขึ้นๆลงๆ และ 4) ระยะอาการแทรกซ้อนอาจเสียชีวิตโดยการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลนั้น ผู้ดูแลให้การดูแลผู้สูงอายุตามอาการแต่ละระยะที่ผู้ดูแลรับรู้ ได้แก่ 1) ระยะหลงลืม อารมณ์เปลี่ยนแปลงตามวัย เป็นการดูแลตามธรรมชาติ ได้แก่ คงความจำ และปรับอารมณ์ ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแล ได้แก่ ความรู้ของผู้ดูแลและครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว และลักษณะครอบครัว 2) ระยะหลงลืมต้องรักษา เป็นการพยายามให้ทำกิจกรรมด้วยตนเอง พ้นจากความจำ สื่อสารวิธีใหม่ ควบคุมและปรับอารมณ์ ป้องกันอันตราย ดูแลการนอนหลับ การดูแลกิจวัตรประจำวัน และการดูแลให้ได้รับยาและติดตามการรักษา ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแล ได้แก่ ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม การรับรู้อาการที่ผิดปกติของผู้ดูแลและครอบครัว การยอมรับและเข้าใจความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ การยอมรับบทบาทผู้ดูแล การสนับสนุนของครอบครัวการรักษาและการให้คำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ 3) ระยะอาการขึ้นๆลงๆ มีการปรับการดูแลตามอาการ ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแล ในระยะนี้ได้แก่ ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม โรคร่วม ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนของครอบครัว เครือข่ายทางสังคมและระบบบริการสุขภาพ และ 4) ระยะอาการแทรกซ้อนอาจเสียชีวิต เป็นการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลภาวะแทรกซ้อน และการดูแลระยะใกล้เสียชีวิต ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแล ได้แก่ ความหวังการสนับสนุนของครอบครัว ความพร้อมของครอบครัว การสนับสนุนของทีมสุขภาพ และความเชื่อและค่านิยมของครอบครัว

ผลของการศึกษาค้นคว้านี้ ช่วยสะท้อนให้เห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลเป็นไปตามการรับรู้และการให้ความหมายของผู้ดูแลแต่ละบุคคล ซึ่งผู้ดูแลจะให้การดูแลตามการรับรู้วิถีความเจ็บป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ โดยการดูแลขึ้นอยู่กับปัจจัยเงื่อนไขต่างๆ ดังนั้นบุคลากรผู้ให้การดูแลจึงควรศึกษาและทำความเข้าใจธรรมชาติการดูแลเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพทางพยาบาลที่สอดคล้องกับประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อไป

คำสำคัญ : ประสบการณ์ วิถีความเจ็บป่วย การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแล ผู้ดูแล

Caregiving experiences of caregivers of older persons with dementia*

Jutharat Saowaphan M.N.S.** Penchan Lertrat PhD***

* Thesis of Nursing Science, Gerontological Nursing, Graduate School, KhonKaen University ** Student of Master of Nursing science in Gerontological Nursing, KhonKaen University *** Assistant Professor, Faculty of Nursing, KhonKaen University

Abstract

The purpose of this qualitative research was to study experiences from the perspective of caregivers of older persons with dementia. Key informants were purposively selected including 10 primary caregivers and 14 secondary caregivers. Data was collected by in-depth interviews, non-participatory observations, field notes, and review of medical records. Interviews were conducted from March 2013 to March 2014. Data was analyzed by using content analysis.

The researcher found that the illness trajectory phases in older persons with dementia were classified by the caregivers into four phases: 1) mild level of forgetfulness caused by aging processes 2) severe level of forgetfulness that requires treatment 3) unstable symptoms and uncertain conditions 4) complications resulting



from dementia and the terminal phase. Care for older persons with dementia was provided based on phases of progression and the caregiver's perception. Caregivers tried to maintain older persons' memory and emotional control during the first phase. Factors associated with care during this phase were caregivers' and families' knowledge, families' relationship, and families' characteristics. For the second phase, caregivers encouraged older persons to do their activities by themselves, promoted memory by using reminiscence technique, created new methods to communicate, controlled emotion, prevented accidents and complications, promoted sleep, helped patients complete daily activities, administered medicine, and followed up with the physicians. Factors associated with care for this phase were the levels of severity of dementia, abnormal symptoms based on caregivers' and families' perceptions, acceptance and understanding of an elder persons' illness, acceptance of a caregiver's role, family support, treatment and advice from health care professionals. For the third phase, the caregivers provided care that depended on older persons' symptoms. Factors associated with care during this phase were the severity of dementia, co-morbidity, a caregiver's experience, family support, social networks, and health care systems. For the final phase, caregivers provided care to prevent complications for older persons, such as daily living care, complication prevention, and end of life care. Factors associated with caring for this phase were family's hope, family support, family preparedness, health care professionals' support, and family beliefs and values.

Results of the study indicated that the caregivers provided a variety of care for older persons with dementia and these care were based on individual caregivers' perceptions. Caregivers provided care in response to patients' needs based on their illness trajectory and many other factors. Health care professionals should be concerned with and understand the context of caring for older persons with dementia so that they can create specific care for this population. Providing care that complies with a patient's context will eventually lead to a high quality of nursing care for these patients. Moreover, the findings from this study can be used to direct future studies about older persons with dementia.

Keywords: experiences illness trajectory caregiving older persons dementia

บทนำ

ประเทศไทยเป็นสังคมสูงอายุ (Aged society) ตั้งแต่ พ.ศ.2548 และคาดว่าจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super aged society) ในปี พ.ศ.2578¹ เมื่ออายุมากขึ้นร่างกายมีความเสื่อมถอยในทุกกระบวน ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสมองและระบบประสาท ทำให้มีการรู้คิดลดลง ส่งผลให้พบปัญหาด้านการรู้คิดบกพร่อง ดังนั้นจึงมีแนวโน้มว่าจะพบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงของประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้น^{2,3}

ภาวะสมองเสื่อมเป็นลักษณะของกลุ่มอาการที่เกิดจากสมรรถภาพการทำงานของสมองลดลง ทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านสติปัญญา การตัดสินใจ และการใช้เหตุผล รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงการแสดงออกด้านอารมณ์และพฤติกรรม โดยมีอาการเสื่อมของความจำเป็นอาการเด่น มักจะเป็นไปในทางที่เสื่อมลง แต่ไม่มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัวอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงจนเป็นอุปสรรคในการประกอบอาชีพและการใช้ชีวิตในสังคม^{2,4} การดำเนินของภาวะสมองเสื่อมมักมีสมรรถภาพการทำงานของสมองลดลงอย่างต่อเนื่อง เมื่ออายุของผู้สูงอายุยิ่งมากขึ้นค่าคะแนนสมรรถภาพสมองจะต่ำลง และการที่ผู้สูงอายุมี

อาการทางจิตเพิ่มมากขึ้นทำให้ผู้ดูแลมีความยากลำบากในการดูแลเพิ่มมากขึ้นด้วย⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลในต่างประเทศสะท้อนให้เห็นว่าวิถีการดูแลของผู้ดูแลนั้นแตกต่างกันไปตามระยะของความเจ็บป่วย⁶ ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแล⁷ เวลาที่ใช้ในการดูแล การใช้องค์การเครือข่ายสนับสนุนการดูแลในแต่ละระยะและการรับรู้อาการเริ่มแรกของผู้ดูแล⁸ ซึ่งบริบทและระบบบริการทางการแพทย์มีความแตกต่างจากประเทศไทยมาก ส่วนการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นเชิงปริมาณครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับผู้ดูแล ประเภทของผู้ดูแลและเหตุผลของการดูแล^{10,14} รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม¹⁵ ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลและผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม¹⁶ ผลกระทบต่อผู้ดูแล¹⁷⁻¹⁹ ภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม²⁰⁻²¹ ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม²²⁻²⁴ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม²⁵ ซึ่งข้อความรู้ที่ได้จากการวิจัยที่ผ่านมาดังกล่าวยังขาดความรู้ในการสนับสนุนให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะวิถีการดูแลในระยะต่างๆ การจัดการดูแล รวมถึง



ปัญหาอุปสรรคในการดูแลแต่ละระยะ ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นที่ต้องศึกษาชีวิตและประสบการณ์การรับรู้ของเจ้าของประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งยังไม่มีการศึกษามาก่อน

จากการศึกษาปรากฏการณ์นาร์รองของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการสังเกตร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกพบประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลดังนี้ 1) ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวมีการดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่ผู้ดูแลยังไม่ทราบอาการจนกระทั่งทราบอาการของภาวะสมองเสื่อม มีการรับรู้โรคมีการเปลี่ยนแปลงมาเรื่อยๆ 2) ผู้ดูแลมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไปตามอาการที่เปลี่ยนแปลง โดยพบว่าผู้ดูแลที่มีการปรับตัว จะให้การดูแลผู้สูงอายุได้ดี ผู้ดูแลมีความยุ่งยากในการดูแลผู้สูงอายุทั้งเรื่องความจำ พฤติกรรม อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง และกิจวัตรประจำวัน พบว่าการดูแลในปัญหาเดียวกัน แต่การดูแลจะต่างกันไปตามปัจจัยเงื่อนไขต่างๆ ทั้งด้านตัวผู้สูงอายุ ผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคม และระบบบริการสุขภาพ การศึกษาในมุมมองรับประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามการรับรู้ของผู้ดูแล โดยอาศัยข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมประสบการณ์การดูแลที่แสดงความต่อเนื่องของความเจ็บป่วยในแต่ละช่วงเวลา (Trajectory phase) ซึ่งสะท้อนการเกิดและความต่อเนื่องของโรคและกระบวนการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากความสูงอายุนำไปสู่การบริการที่เหมาะสมสอดคล้องกับธรรมชาติและความต้องการของผู้ดูแล และนำไปสู่กระบวนการสนับสนุนในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล รวมทั้งส่งเสริมสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้ดูแลตามปัญหาในปัจจุบันและเตรียมการสำหรับอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามการรับรู้ของผู้ดูแล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้แนวคิดวิถีความเจ็บป่วย (Trajectory of Illness Framework) ที่พัฒนาโดย Corbin และ Strauss²⁶ ในการกระตุ้นการวิจัย (Sensitizing framework) และเป็นแนวทางเบื้องต้นในการสร้างแนวคำถาม กำหนดวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลที่เป็นเจ้าของประสบการณ์โดยตรง นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มีการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การวิจัยเชิงบรรยายที่ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้มีความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ผู้ให้ข้อมูล (Participants) ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ในจังหวัดขอนแก่น การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยเป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยผู้วิจัยทำการค้นหากลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้งงานผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จากแฟ้มประวัติและพยาบาลประจำคลินิกสมองเสื่อม ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ให้ข้อมูล ในเขตอำเภอเมืองขอนแก่น จำนวน 9 ราย และอำเภอมัญจาคีรีจำนวน 1 ราย โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 1 ปี เริ่มตั้งแต่ มีนาคม พ.ศ. 2556 – มีนาคม พ.ศ. 2557 หลังจากสิ้นสุดการวิจัยแล้วพบว่าผู้ดูแลหลักมีจำนวนทั้งสิ้น 10 ราย และผู้ดูแลรองจำนวน 14 ราย ซึ่งเคยผ่านประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในอดีตหรือให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในปัจจุบัน และสามารถสะท้อนให้เห็นวิถีความเจ็บป่วยและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ตัวผู้วิจัยซึ่งเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการศึกษาวิจัย เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์แปลผลและสรุปผลการวิจัย

เครื่องมือที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้สูงอายุ
- 2) แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Barthel ADL Index) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Chula ADL Index)
- 3) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล
- 4) แบบการจดบันทึกภาคสนาม (Field note) และ 5) แนวคำถามในการสัมภาษณ์ (Interview guideline)

ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ 1) ขั้นตอนเตรียมพร้อมของผู้วิจัย ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเนื้อหาและแนวคิดต่าง ๆ การเตรียมความพร้อมด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ และเข้าอบรมระยะสั้นเรื่อง การวิจัยเชิงคุณภาพ รวมทั้งได้ฝึกปฏิบัติกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ การสร้างแนวคำถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยทำเรื่องขออนุญาตคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อได้รับการพิจารณาแล้วผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเข้าศึกษาข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ หลังจากได้รับการอนุมัติให้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ติดต่อผู้ให้ข้อมูลโดยผ่านพยาบาลประจำคลินิกสมองเสื่อมและขออนุญาตผู้สูงอายุและญาติสายตรงก่อน ผู้วิจัยมีการนัดหมายวัน เวลา สถานที่ และติดตามเยี่ยมบ้านผู้ให้ข้อมูล การศึกษาค้นคว้านี้ลงนามทั้งหมด 23 ครั้ง ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45-60 นาที ต่อผู้ให้ข้อมูล 1 ราย โดยทำการ



สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลประมาณ 2-4 ครั้ง หรือจนกว่าจะได้ข้อมูลที่อิ่มตัวและสามารถตอบคำถามการวิจัยได้อย่างครอบคลุม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จากแฟ้มประวัติการรักษาและการสอบถามจากผู้ดูแลการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การจดบันทึกภาคสนามและศึกษาแฟ้มประวัติการรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ในส่วนของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก การประเมินความสามารถในการปฏิบัติวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน การประเมินความสามารถในการปฏิบัติวัตรประจำวันต่อเนื่อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด **2)** ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

จริยธรรมการทํารวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผลการวิจัย

1. วิถีความเจ็บป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลรับรู้วิถีความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็น 4 ระยะ

1.1 ระยะหลังลืม อารมณ์เปลี่ยนแปลงตามวัย ผู้ดูแลให้ความหมายของวิถีความเจ็บป่วยในระยะหลังลืมตามวัยนี้ว่าเป็นระยะที่ผู้ดูแลเริ่มตระหนักว่าผู้สูงอายุเริ่มมีปัญหาด้านความจำ รวมทั้งมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เป็นระยะเวลา 1-3 ปี นับตั้งแต่ผู้ดูแลรับรู้อาการดังกล่าว โดยครอบครัวเข้าใจว่าเป็นอาการปกติของผู้สูงวัย จึงไม่ได้พาผู้สูงอายุไปรักษา “คนแก่ก็เป็นจิงซีแหละ บ่เป็นหยั่งดอก ก็เลยยังบ่พาไปหาหมอ เพิ่นก็บ่ได้ป่วย..... คือคนปกติอยู่”

1.2 ระยะหลังลืมต้องรักษา เป็นระยะที่ผู้สูงอายุมีอาการผิดปกติด้านความจำและอารมณ์มากขึ้น เริ่มมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม รวมทั้งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง เป็นเวลาประมาณ 6 เดือน ถึง 2 ปี โดยความแตกต่างของระยะเวลานี้ขึ้นอยู่กับรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลและครอบครัว อาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้อื่น ผู้ดูแลหรือญาติรู้สึกท้อแท้ไม่ไหว จึงทำให้ผู้ดูแลตัดสินใจพาไปพบแพทย์ และได้รับการรักษาด้วยยาเป็นครั้งแรก ระยะนี้ ผู้สูงอายุมีอาการหลงลืมบ่อยครั้งมาก “แกล (ของ) ทุกวัน” “ลืมเรื่องไม่จำลืมบ่อยร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์มากขึ้น “หลังจากที่เค้าเป็นหลงๆ ลืมๆ แล้วประมาณ 3-4 ปีได้จะอารมณ์ ร้ายมากขึ้น รุนแรงมากขึ้น” เริ่มมีปัญหาการสื่อสาร “สังเกตเห็นว่ายายพูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง ฟังไม่รู้เรื่อง ก็เลยพาไปคลินิก... หมอบอกเป็น อัลไซเมอร์” และการนอน

หลับ “เริ่มนอนไม่หลับ.....แล้วตอนหลังๆ หงุดหงิด” ซึ่งผู้ดูแลให้ข้อมูลว่าหลังรับการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลา 1-2 สัปดาห์ อาการจะสามารถควบคุมได้ดีขึ้น

1.3 ระยะอาการขึ้นๆ ลงๆ ระยะนี้มีความจำ อารมณ์ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ดีขึ้น สลับกับทรุดลงในทุกด้าน ใช้เวลาประมาณ 5-8 ปี ขึ้นอยู่กับภาวะแทรกซ้อนของโรคร่วม เป็นระยะหลังจากแพทย์รักษา ทำให้ความจำดีขึ้น อารมณ์สงบลง สามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น ต่อมาประมาณ 1-2 ปี เริ่มมีอาการด้านความจำ อารมณ์ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลงในทางที่เลวลงกว่าที่ผ่านมาเนื่องจากมีอาการของภาวะแทรกซ้อนร่วมกับมีอาการใหม่เกิดขึ้นเรื่อยๆ เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ไตวาย และเกลือแร่ในร่างกายต่ำ เป็นต้น แม้ว่าจะได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ดูแลและญาติเข้าใจว่าเป็นไปตามการดำเนินโรค ผู้สูงอายุทุกรายที่ศึกษาล้วนมีโรคร่วม ส่งผลให้มีอาการแทรกซ้อนมากขึ้น หากควบคุมอาการของโรคร่วมไม่ได้ ทำให้อาการสมองเสื่อมรุนแรงขึ้นตามมา “...เรามีสารพัดโรค ไม่ได้เป็นอัลไซเมอร์อย่างเดียว พอมันมีโรคอื่นสภาพร่างกายเขาไม่แข็งแรง เดียวก็มีอาการเคล็ดขัดยอก ต่ำ อัลบูมินต่ำ บวม ไปหาหมอหลายหมอก็ยุบๆ บวมๆ หมอบอกว่าไตพังหมดแล้ว พอได้นอนโรงพยาบาลก็เรื่องใหญ่สำหรับเราเลย...อยู่โรงพยาบาลก็ไม่นอน ทั้งกลางวันกลางคืนมีอาการเพ้อแบบห่างๆ อยู่ๆ ก็พูดอย่างนี้เลยจะกลับ”

1.4 ระยะอาการแทรกซ้อนอาจเสียชีวิต เป็นระยะที่ผู้สูงอายุมีอาการทรุดลงมากจากภาวะแทรกซ้อน จากภาวะสมองเสื่อมและจากโรคร่วม ได้แก่ ปอดอักเสบจากสำลักอาหาร แผลกดทับ และข้อติดแข็ง เป็นระยะเวลาประมาณ 6 เดือน ถึง 1 ปี ก่อนเสียชีวิต มีการสูญเสียความจำเกือบหมด อารมณ์นิ่งเฉย ติดเตียงไม่สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง สื่อสารไม่ได้ ทำให้ต้องการการดูแลกิจวัตรประจำวันเกือบทั้งหมด “...ไม่รู้เรื่องเลย ให้กินข้าวก็อ้าปากถ้าไม่กินจดยังไม่... นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา กินข้าว อาบน้ำ นอน ทำให้ตรงนี้ทั้งหมด” รวมทั้งเริ่มมีอาการแทรกซ้อนจากภาวะสมองเสื่อมและจากโรคร่วม ไม่สามารถควบคุมโรคประจำตัวให้อยู่ในระดับปกติได้ ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะ เป็นผลให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณสูงอายุอาจจะเสียชีวิตด้วยภาวะแทรกซ้อนได้ในระยะเวลาอันใกล้ซึ่งผู้สูงอายุ 3 ราย ที่อยู่ในระยะนี้ มี 1 รายที่ใกล้จะเสียชีวิต ที่มีอาการทรุดลงมากมีการสูญเสียความจำเกือบทั้งหมด อารมณ์นิ่งเฉย นอนติดเตียง ไม่สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง สื่อสารไม่ได้ และมี 2 รายที่เสียชีวิตแล้ว ซึ่งผู้ดูแลให้ข้อมูลว่าอาการอยู่ประมาณ 6 เดือน และ 1 ปี ก่อนเสียชีวิต

2. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล ผู้ดูแลจะให้การดูแลผู้สูงอายุตามอาการที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะที่ผู้ดูแลรับรู้ ดังต่อไปนี้



2.1 การดูแลระยะหลังล้ม อารมณ์เปลี่ยนแปลงตามวัย การดูแลของผู้ดูแลในระยะนี้ผู้ดูแลจะให้การดูแลตามธรรมชาติ เหมือนที่เคยดูแลกันมา คือให้ผู้สูงอายุอยู่กับครอบครัว ลูกหลานเป็นคนดูแลผู้สูงอายุ ดูแลปัญหาสุขภาพ ตามความรู้ ความสามารถที่มีอยู่ ในระยะนี้ครอบครัวให้การดูแลโดยการหาวิธีการคงความจำให้นาน และการปรับอารมณ์ ส่วนกิจวัตรประจำวันไม่ได้ให้การดูแลมากขึ้นจากเดิมมากนัก เคยดูแลมาอย่างไรก็จะดูแลเช่นเดิมตามบริบทของแต่ละครอบครัวในระยะนี้มีเพียงการสังเกตอาการที่เปลี่ยนแปลงและให้การดูแลอยู่ห่างๆ ลูกหลานมีการช่วยเหลือตามความต้องการของผู้สูงอายุและติดตามเยี่ยมบ่อยขึ้น ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแล ในระยะนี้ได้แก่ 1) ความรู้ของผู้ดูแลและครอบครัว 2) ความสัมพันธ์ในครอบครัว และ 3) ลักษณะครอบครัว

2.2 การดูแลระยะหลังล้มต้องรักษาการดูแลในระยะนี้เป็นดูแลในระยะที่ผู้ดูแลและญาติเริ่มรับรู้ ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้นจนส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้อื่น ผู้ดูแลหรือญาติ จึงตัดสินใจพาไปพบแพทย์ และได้รับการรักษาด้วยยาเป็นครั้งแรก ซึ่งผู้สูงอายุจะได้รับยาชะลอการลดลงของความจำและสติปัญญา และการรักษาปัญหาทางด้านอารมณ์ การดูแลในระยะนี้จะครอบคลุมการดูแลปัญหาเรื่องการฟื้นฟูความจำ การสื่อสารวิธีใหม่ การควบคุมและปรับอารมณ์ การป้องกันอันตราย ดูแลการนอนหลับให้เพียงพอการดูแลกิจวัตรประจำวัน และการดูแลให้ได้ รับยาและติดตามการรักษา ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลในระยะนี้ได้แก่ 1) ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม 2) การรับรู้อาการที่ผิดปกติของผู้ดูแลและครอบครัว 3) การยอมรับและเข้าใจความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ 4) การยอมรับบทบาทการเป็นผู้ดูแล 5) การสนับสนุนของครอบครัว และ 6) การรักษาและการให้คำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์

2.3 การดูแลระยะอาการขึ้นๆ ลงๆ เป็นการดูแลครอบคลุมเรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวันเป็นหลัก การสื่อสาร การควบคุมและปรับอารมณ์ และการดูแลภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลไม่เน้นเรื่องการฟื้นฟูความจำเนื่องจากรับรู้ว่าคุณสูงอายุมีอาการหลังล้มมาก ผู้ดูแลคอยช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันบางส่วน คอยกำกับดูแลอยู่เป็นเพื่อนกระตุ้นให้ผู้สูงอายุพยายามช่วยเหลือตนเองตามความสามารถ โดยการปรับเทคนิคการดูแลซึ่งต้องใช้ทักษะการดูแลที่ผ่านกระบวนการคิดแก้ปัญหาและการลองผิดลองถูกจนสามารถหาวิธีการเหล่านั้นมาปรับใช้ได้อย่างเหมาะสมตามอาการที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละวัน การดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา และพาไปพบแพทย์ตามนัด แต่ถ้ามีภาวะฉุกเฉินจะต้องพาผู้สูงอายุรับการรักษาที่โรงพยาบาลและไปดูแลที่โรงพยาบาลเมื่อต้องนอนโรงพยาบาล ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแล ในระยะนี้ได้แก่ 1) ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม 2) โรคร่วม 3) ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย

4) การสนับสนุนของครอบครัว 5) เครือข่ายทางสังคม และ 6) ระบบบริการสุขภาพ

2.4 การดูแลระยะอาการแทรกซ้อนอาจเสียชีวิต เป็นการดูแลที่เน้นการดูแลกิจวัตรประจำวันเป็นหลัก การดูแลเพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากอาการสมองเสื่อมหรือจากโรคร่วม ผู้ดูแลคอยช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันทุกอย่าง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่นการล้ม การเกิดแผลกดทับ อยู่ใกล้ชิดเป็นเพื่อนตลอด 24 ชั่วโมง ปรับเปลี่ยนหน้าที่กับสมาชิกครอบครัววางแผนการดูแลโรคร่วม ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ก่อนที่ผู้สูงอายุจะตาย ผู้ดูแลมอบหมายการดูแลรักษาให้เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ผู้ดูแลเป็นหลักเนื่องจากมีอุปกรณ์ที่ต้องใช้ความรู้ในการดูแล ส่วนผู้ดูแลจะคอยไปเยี่ยมและดูแลเท่าที่สามารถทำได้ โดยจะสิ้นสุดการดูแลเมื่อเสียชีวิตและมีการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแล ในระยะนี้ได้แก่ 1) ความหวัง 2) การสนับสนุนของครอบครัว 3) ความพร้อมของครอบครัว 4) การสนับสนุนของทีมสุขภาพ และ 5) ความเชื่อและค่านิยมของครอบครัว

การอภิปรายผล

1. วิถีความเจ็บป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่าประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นไปตามการรับรู้ของผู้ดูแลจากประสบการณ์การดูแลอย่างต่อเนื่องตามวิถีความเจ็บป่วย (Illness trajectory phase) ผู้ดูแลรับรู้วิถีความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะหลังล้มอารมณ์เปลี่ยนแปลงตามวัย 2) ระยะหลังล้มต้องรักษา 3) ระยะอาการขึ้นๆ ลงๆ และ 4) ระยะอาการแทรกซ้อนอาจเสียชีวิต ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดวิถีทางความเจ็บป่วยที่พัฒนาโดย²⁶ ที่พบว่า วิถีทางความเจ็บป่วยมีการแบ่งระยะความเจ็บป่วยเป็น 5 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเริ่มต้นของการดำเนินโรค เป็นระยะที่มีอาการปรากฏให้เห็นเป็นครั้งแรก เป็นช่วงของการวินิจฉัย ผู้ป่วยเริ่มมีการค้นพบและจัดการอาการที่เกิดขึ้น 2) ระยะวิกฤติหรือเจ็บป่วยขั้นรุนแรง เป็นระยะที่มีความรุนแรงมากขึ้น หรือภาวะของโรคที่คุกคามชีวิตต้องการการดูแลรักษา การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือการจัดการเข้าสู่ภาวะปกติ 3) ระยะคงที่เป็นระยะที่อาการหรือการดำเนินของโรคมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย สามารถควบคุมได้ 4) ระยะที่มีการเปลี่ยนแปลง เป็นระยะเวลาที่อาการของโรคกำเริบขึ้นมาอีกไม่สามารถควบคุมได้ 5) ระยะใกล้เสียชีวิตเป็นระยะที่มีการดำเนินของโรคเป็นไปในทางที่เสื่อมลงทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ อาการค่อยๆทรุดลงจนกระทั่งเสียชีวิต²⁶ นอกจากนี้การศึกษาของ ศิริภาณี ศรีหาภาค และคณะ²⁸ พบว่ามีความแตกต่างกับการศึกษาครั้งนี้ คือ การพึ่งพาระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเริ่มมีอาการสมองเสื่อม และช่วยเหลือตนเองได้ 2) ระยะปรากฏอาการภาวะสมองเสื่อม



ชัดเจนและต้องการการพึ่งพาบางส่วน และ 3) มีอาการสมองเสื่อมระยะสุดท้ายทำให้เกิดการพึ่งพาอย่างสมบูรณ์ มีความคล้ายคลึงใน 3 ระยะ กล่าวคือ ระยะหลังเสื่อมอารมณ์เปลี่ยนแปลงตามวัย คล้ายกับระยะเริ่มมีอาการสมองเสื่อม และช่วยเหลือตนเองได้ ระยะหลังเสื่อมต้องรักษาคคล้ายคลึงกับระยะปรากฏอาการภาวะสมองเสื่อมชัดเจนและต้องการการพึ่งพาบางส่วน และระยะอาการแทรกซ้อนอาจเสียชีวิต มีความคล้ายคลึงกับอาการสมองเสื่อมระยะสุดท้ายทำให้เกิดการพึ่งพาอย่างสมบูรณ์ ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้ามีระยะอาการขึ้นๆลงๆที่เพิ่มขึ้นมาจากการศึกษาดังกล่าว ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะในปัจจุบันผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคและเข้าใจว่าต้องเข้ารับการรักษา ทำให้ความจำดีขึ้น อารมณ์สงบลง สามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น และอาการสามารถทุเลาลงได้หากมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคร่วม

2. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลจากการศึกษาพบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลนั้น ผู้ดูแลจะให้การดูแลผู้สูงอายุตามอาการที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะที่ผู้ดูแลรับรู้ ดังต่อไปนี้ 1) การดูแลระยะหลังเสื่อม อารมณ์เปลี่ยนแปลงตามวัย 2) การดูแลระยะหลังเสื่อมต้องรักษา 3) การดูแลระยะอาการขึ้นๆลงๆ 4) การดูแลระยะอาการแทรกซ้อนอาจเสียชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Robles-Silva²⁸ ที่พบว่าวิถีทางการดูแลมีจุดเริ่มต้นจนถึงจุดสิ้นสุดและมีการเคลื่อนผ่าน 5 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเริ่มต้นระยะนี้ผู้ดูแลไม่สามารถระบุว่าการดูแลเมื่อใด แต่รับรู้ว่าการดูแล 1-2 ปี หลังมีอาการ 2) ระยะเริ่มการดูแล ผู้ดูแลจะให้การดูแลเกี่ยวกับการจำกัดอาหาร ให้คำแนะนำในการดูแลและการจัดการความเจ็บป่วยด้วยตนเอง ผู้ดูแลและผู้ป่วยให้การสนับสนุนช่วยเหลือกันรวมถึงมีการสนับสนุนทางสังคม 3) ระยะการดูแล ผู้ดูแลมีการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาให้การดูแลด้านร่างกายและสังคม 4) ระยะใกล้เสียชีวิต ผู้ดูแลติดตามผลการรักษาให้การดูแลกิจวัตรประจำวันทั้งหมด อยู่ใกล้ชิดเป็นเพื่อน ให้การดูแลโดยการสวมมนต์ มอบหมายการตัดสินใจรักษาให้เป็นหน้าที่ของบุคคลากรและ 5) ระยะสุดท้าย จะสิ้นสุดการดูแลซึ่งการดูแลจะมีความแตกต่างกันไปตามประเภท ระยะเวลาของการดูแลระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และบทบาททางสังคมของผู้ป่วย ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการดูแล จะขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยที่เป็นทั้งปัจจัยเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลในแต่ละระยะ^{20,26}

ข้อเสนอแนะ

1. การพยาบาล ควรสร้างแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และให้ความรู้แก่ผู้ดูแลและผู้ดูแลครอบครัวตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวกับบทบาทการเป็นผู้ดูแล และสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุตามวิถีความเจ็บป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปได้อย่างมี

ประสิทธิภาพสูงสุด นอกจากนี้ควรมีการจัดแหล่งข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมให้ผู้ดูแลเข้าถึงได้ง่ายและหลายทาง

2. การศึกษาพยาบาล ควรเน้นเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม เพื่อลดภาวะเสี่ยงสำคัญที่จะทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมในอนาคต และให้นักศึกษาพยาบาลเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล รักษาและฟื้นฟูสภาพสมองของผู้สูงอายุให้นานที่สุด

3. การวิจัยทางการพยาบาล ควรมีการศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยใช้กรณีศึกษาที่มากขึ้น และระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น เพื่อให้ได้ข้อความรู้ที่ครบถ้วน และครอบคลุมมากยิ่งขึ้นในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้างว่ามีส่วนส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลของผู้ดูแลหลักในครอบครัวอย่างไร

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.วลัยพร นันทศิริวัฒน์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะที่มีคุณค่า และขอขอบคุณผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการถ่ายถอดประสบการณ์

เอกสารอ้างอิง

1. ปราโมทย์ ประสาทกุล. (บรรณาธิการ). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง; 2557.
2. Alzheimer's Association. What Is Dementia? [internet]. 2012 [cited 2012 Jan 19]. Available from: http://www.alz.org/alzheimers_disease_what_is_dementia.asp
3. Ames D, Burns A, O'Brien J. Dementia. London: Hodder Arnold; 2010.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental Disorder. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
5. Wilkosz PA, Seltman HJ, Devlin B, Weamer, EA, Lopez OL, DeKosky ST, et al. Trajectories of cognitive decline in Alzheimer's disease. International Psychogeriatrics 2010; 22(2): 281.
6. Wilson HS. Family caregivers: The experience of Alzheimer's disease. Applied Nursing Research 1989; 2(1): 40-45.
7. Chan W, Ng C, Mok C, Wong F, Pang S, Chiu H. Lived experience of caregivers of persons with dementia in Hong Kong: a qualitative study. East Asian archives of psychiatry 2010; 20(4): 163.
8. Taylor DH, Kuchibhatla M, Ostbye, T. Trajectories



- of caregiving time provided by wives to their husbands with dementia. *Alzheimer Disease & Associated Disorders* 2008; 22(2): 131-136.
9. Carpentier N, Bernard P, Grenier A, Guberman N. Using the life course perspective to study the entry into the illness trajectory: The perspective of caregivers of people with Alzheimer's disease. *Social Science & Medicine* 2010; 70(10): 1501-1508.
 10. นภาพร ฤทธิ์วิรุณกุล, สายพิน เกษมกิจวัฒนา, อุษาวดี อัครวิเศษ และรุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ. ปัจจัยที่ทำนายญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม. *วารสารพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* 2549; 7(2): 47-58.
 11. ปิ่นนเรศ กาศอุดม. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะการดูแลของญาติ ผู้ดูแล กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง ในเขตภาคตะวันออก. [วิทยานิพนธ์] จันทบุรี: วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี; 2547.
 12. รัชฎา รัชขนาม. สภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยอาการสมองเสื่อม. *วารสารพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* 2543; 1(4): 31-5.
 13. ศิริพันธุ์ สาธิตย์. การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย: การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคมพุทธศาสนาในประเทศไทย. *วารสารพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* 2543; 1(4): 15-24.
 14. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว. *วารสารพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* 2548; 6(1): 13-24.
 15. วิไลวรรณ ทองเจริญ, ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ และสมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* 2546; 4(1): 10-20.
 16. สุปรานี สมบูรณ์. ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุง. [วิทยานิพนธ์] เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
 17. นภาพร ฤทธิ์วิรุณกุล, สายพิน เกษมกิจวัฒนา, อุษาวดี อัครวิเศษ และ รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ. ปัจจัยที่ทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม. *วารสารพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* 2549; 7(2): 47-58.
 18. วรณิกา สมนาวรรณ. การสำรวจภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้าน. [วิทยานิพนธ์] กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2537.
 19. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, จินตนา อาชนะเสน, วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, ประเสริฐ อัสสันตชัย, สมบูรณ์ อินทลาภาพร และคณะ. ผลกระทบและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย: การศึกษาวิจัยแบบตัดขวาง. *จดหมายเหตุทางแพทย์* 2553; 93(5): 601-607.
 20. ปิ่นนเรศ กาศอุดม. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะการดูแลของญาติ ผู้ดูแล กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง ในเขตภาคตะวันออก. [วิทยานิพนธ์] จันทบุรี: วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี; 2547.
 21. วรณิกา บุญระยอง. ภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม. *วารสารพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* 2543; 1(1): 11-18.
 22. รัชฎา รัชขนาม. สภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยอาการสมองเสื่อม. *วารสารพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* 2543; 1(4): 31-5.
 23. สกาวรัตน์ เทพประสงศ์. อุปสรรคในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมโรงพยาบาลสวนปรุง. [รายงานการศึกษาแบบอิสระ] เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
 24. กาญจนา ปัญญาธร. การดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในครอบครัวบ้านหนองตะไก่อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2557; 32(4): 32-38.
 25. พรณี จันทร์อินทร์. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่. [รายงานการศึกษาแบบอิสระ] เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
 26. Corbin JM, Strauss A. A nursing model for chronic illness management based upon the trajectory framework. In P. Woog. (Ed.). *The Chronic illness trajectory framework: The Corbin and Strauss nursing model.* (pp. 9-28). New York: Springer Publishing; 1992.
 27. ศิราณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง. ผลกระทบและภาวะการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน; 2557.
 28. Robles-Silva, L. (2008). The caregiving trajectory among poor and chronically ill people. *Qualitative Research* 2008; 18(3): 358-368.