



ประสบการณ์การปรับตัวของผู้ดูแลในการดูแลกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชนบท*

ลักขณาภรณ์ เสนชัย พย.ม**

สมเสาวนุช จมูศรี ปร.ด***

เกื้อพันธ์ กลั่นการดี ปร.ด.****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การปรับตัวของผู้ดูแลในการดูแลกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชนบท ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะที่ 2 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา ประสบการณ์การปรับตัวของผู้ดูแลในการดูแลกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชนบท จำนวน 8 ราย ผลการวิเคราะห์ ประกอบด้วย 3 ประเด็น คือ 1) การปรับเปลี่ยนตารางชีวิต ได้มีการจัดสรรเวลาเพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก รวมทั้งให้สามารถดูแลตนเอง ประกอบอาชีพ และเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมตามความเหมาะสม 2) การปรับเปลี่ยนวิธีคิด ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อม ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจและยอมรับพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุสมองเสื่อมแสดงออกรวมทั้งทำใจ และปล่อยวาง 3) การจัดการปัญหาสุขภาพ ผู้ดูแลได้จัดการผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองทางด้านร่างกายเพื่อให้อาการทุเลา หรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนในกรณีที่มีโรคประจำตัว และด้านจิตใจ เพื่อลดอาการท้อแท้ เบื่อหน่าย และความเครียด

ข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้ทำให้เข้าใจประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้ดีขึ้น และสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับผู้ดูแลที่ไม่สามารถปรับตัวได้เหมาะสม หรือไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ประสบการณ์ การปรับตัว ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ กิจวัตรประจำวัน สมองเสื่อม

*การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

****อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



Caregivers Adaptation Experiences in Taking Care of Activity of Daily Living (ADLs) among Elderly with Dementia in Rural Context*

Lugkanaporn Senchsi M.N.S**

Somsaowanuch Chamusri PhD ***

Kuephan Klankaradi PhD****

Abstract

The purpose of this research was to describe caregivers adaptation experiences in assisting the activity of daily livings (ADLs) among elderly persons with dementia in rural context. A qualitative method was applied in the study. Participant selection used purposive sampling. Key informants were eight caregivers who took care of elderly persons with dementia in stage 2. Data collection used in-depth interview and participant observation. Content analysis was employed in data analysis.

Results showed that three main themes emerged from adaptation experiences of caregivers who took care of ADLs in elderly persons with dementia. Firstly, to adapt their life schedules: to take care of activity daily living (ADLs), to make a living, and to participate in social activities. Secondly, to change their way of thought: understand the signs of the disease, and accept the expressive behavior of elderly persons with dementia. Finally, to release signs or complications of physical health problems, and to reduce mental health problems such as burnout, boredom and stress.

Research findings of this study lead to a better understanding of the experiences of caregivers who took care of ADL in elderly persons with dementia. The information can be used as guideline of caregivers who cannot accept their roles as caregiver.

Keywords: experience, self adaptation, caregivers, activities of daily living (ADLs), dementia.

*A part of Thesis of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

**Student of master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

***Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

****Lecturer, Faculty of Nursing, Mahasarakham University



บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2553 มีจำนวน 35.6 ล้านคน โดยมีภาวะสมองเสื่อมรายใหม่เพิ่มขึ้นปีละ 7.7 ล้านคน ปัญหาภาวะสมองเสื่อมสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มมากขึ้นโดยพบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และ 85 ปี ขึ้นไป มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 10 และร้อยละ 30 ตามลำดับ¹ สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างปี พ.ศ. 2551 – พ.ศ. 2552 พบ ความชุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 12.3 และเพิ่มสูงขึ้นตามวัย เช่นกัน โดยพบภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 7.1 ในช่วงอายุ 60 – 69 ปี ได้เพิ่มเป็นร้อยละ 14.7 ในช่วงอายุ 70 – 79 ปี และพบมากกว่าเท่าตัวถึงร้อยละ 32.5 ในช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป² จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์ผู้สูงอายุสมองเสื่อมเป็นปัญหาที่สำคัญ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ภาวะสมองเสื่อมเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุ เกิดจากความผิดปกติของสมอง และการสูญเสียหน้าที่ของสมองหลายด้านพร้อมกัน^{3,4,5} ก่อให้เกิดปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีพฤติกรรมผิดปกติ เช่น อาการหวาดระแวง วิดกกังวล หลงผิด ประสาทหลอน ก้าวร้าว และการขาดความยับยั้งชั่งใจ^{6,7} โดยเฉพาะผู้สูงอายุสมองเสื่อม ระยะที่ 2 ที่มีลักษณะอาการเกี่ยวกับ ความจำเก่าๆ เริ่มเสียไป การสื่อสารบกพร่อง มีปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลเกือบทั้งหมด^{3,4,5} และเมื่อการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างต่อเนื่อง จนถึงขั้นช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้สูงอายุสมองเสื่อมจึงต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น จนส่งผลต่อการเป็นภาระของครอบครัวมากขึ้น^{8,9}

การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมถือเป็นภาระการดูแลที่หนักมาก ผู้ดูแลต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด และต่อเนื่อง ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลมากมาย ทำให้มีปัญหาด้านสุขภาพตามมา เช่น ปวดหลัง ปวดเข่า กระเพาะอาหารอักเสบ และในกรณีที่มีโรคประจำตัวอยู่ก่อนแล้วทำให้อาการรุนแรง และกำเริบมากขึ้น⁸ รวมทั้งผู้ดูแลมีความเครียด วิดกกังวล โกรธ อับอาย^{8,9,10} ไม่มีอิสระในการดำเนินชีวิต เวลาถูกจำกัดลงทำให้เกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพกับสมาชิกครอบครัว เพื่อนบ้าน¹¹ และนอกจากนี้แล้วผู้ดูแลบางรายต้องลาออกจากงาน มีผลทำให้รายได้ลดลง หรือบางรายอาจมีหนี้สินเพิ่มขึ้น^{8,9}

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การศึกษาส่วนใหญ่แสดงถึง ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด ภาระในการดูแลระดับความเครียด และการ จัดการความเครียด^{11,12} ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้ดูแลในการดูแลกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุสมองเสื่อมโดยเฉพาะผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะที่ 2 ญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญยิ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้รับการดูแลตามปัญหาและความต้องการอย่างครบถ้วน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์ในการปรับตัวของผู้ดูแลในการดูแลกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุในชนบท โดยผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ให้ทีมสุขภาพใช้เป็นแนวทางสนับสนุนให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การพัฒนาคูณภาพชีวิตทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และผู้ดูแลดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การปรับตัวของผู้ดูแลในการดูแลกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชนบท

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยผู้วิจัยดำเนินการวิจัย ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล เป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะที่ 2 คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยใช้วิธีแบบเจาะจง (Purposive sampling) คัดเลือกผู้ดูแลที่มีฐานะญาติของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ให้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างน้อยเป็นเวลา 1 เดือน ก่อนการเข้าร่วมวิจัย อายุ 15 ปีขึ้นไป สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทยได้ดี มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ สมัครงใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 8 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือหลักที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้วิจัย ซึ่งมีประสบการณ์การทำงานในชุมชน เกี่ยวกับผู้สูงอายุสมองเสื่อมมากกว่า 5 ปี และได้ผ่านการพัฒนาศักยภาพตนเองเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพทางกายภาพ จัดโดยชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ.2551 และได้มีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ตลอดจนมีประสบการณ์เกี่ยวกับการทำวิจัยเชิงคุณภาพ

แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เป็นแบบกึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารงานวิจัย



ต่างๆ ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ได้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย แนวคำถามในการสัมภาษณ์ประกอบด้วยคำถามหลัก 2 ประเด็น คำถามรอง 8 ประเด็น โดยแนวคำถามได้อยู่ภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา และผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน รวมทั้งผู้วิจัยได้นำไปทดลองสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย ก่อนนำมาปรับแก้และนำไปใช้ในการสัมภาษณ์จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และได้รับอนุญาตจากผู้บริหารโรงพยาบาลหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ผู้วิจัยติดต่อผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งให้รายละเอียดเกี่ยวกับการศึกษาวิจัย การรักษาความลับของข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษาที่โรงพยาบาลหนองบัวระเหว และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เก็บข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม – ธันวาคม 2558 โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก พบ ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย 2-3 ครั้ง และใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 45-60 นาที จะดำเนินการสัมภาษณ์ที่บ้านของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้กำหนดเวลาที่มีความพร้อม และขณะสัมภาษณ์มีความเป็นส่วนตัว เฉพาะผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อต้องการข้อมูลเพิ่มเติมผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลจนสมบูรณ์และการเก็บรวบรวมข้อมูลจะยุติเมื่อไม่พบข้อสงสัย หรือไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้นจนข้อมูลมีความอิ่มตัว (Saturation of Data) วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)^{13,14}

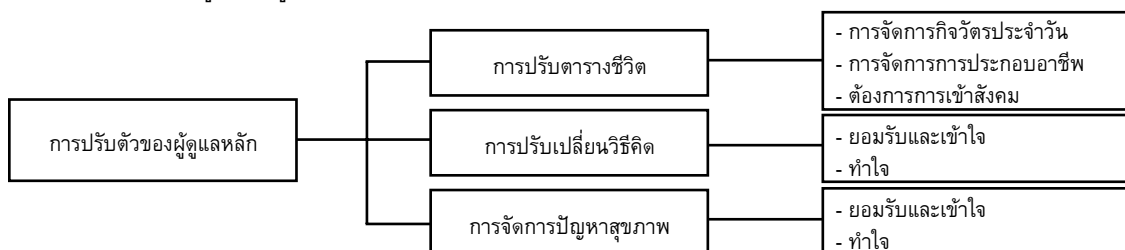
การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลในทุกขั้นตอนของการวิจัย^{13,14} ประกอบด้วย 1) ความน่าเชื่อถือ (Credibility) จากการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนด การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ

2) การตรวจสอบความตรงของข้อมูลโดยใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) โดยการเก็บข้อมูลด้วยวิธีที่ต่างกัน (Methods Triangulation) ทั้งจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เช่น ถ้าพบว่าผู้ให้ข้อมูลกำลังดูแลกิจวัตรประจำวันให้ผู้สูงอายุสวมเสื้อมอญ ผู้วิจัยได้ร่วมกิจกรรมการดูแล เช่น ช่วยป้อนอาหาร ช่วยอาบน้ำ และเปลี่ยนเสื้อผ้าให้ ในการเก็บข้อมูลจากแหล่งที่ต่างกัน (Data Sources Triangulation) จากผู้ให้ข้อมูลสมาชิกคนอื่นในครอบครัว หรือ อาสาสมัครสาธารณสุข การเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะเวลาต่างกัน (Time Triangulation) โดยการถามซ้ำกับผู้ให้ข้อมูล หรือสังเกตการกระทำเดิมๆ ในเวลาที่แตกต่างกัน เช่น เช้า บ่าย เย็น 3) ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลและการตีความของผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล (Member checking) และตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยกระบวนการวิจัยในทุกขั้นตอนอยู่ภายใต้การควบคุมของอาจารย์ที่ปรึกษา

ผลการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้จะมีผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ สมองเสื่อมระยะที่ 2 จำนวน 8 ราย โดยเป็นผู้ดูแลเพศชาย 2 ราย เพศหญิง 6 ราย มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุสมองเสื่อมในฐานะกรรยา 2 ราย และบุตร 6 ราย มีอายุตั้งแต่ 33-76 ปี อายุเฉลี่ย 54.50 ปี สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 6 ราย สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา 5 ราย ประกอบอาชีพเกษตรกร 6 ราย มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000 บาท ประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลหลัก ตั้งแต่ 2 เดือน ถึง 8 ปี เวลาที่ใช้ในการดูแลเฉลี่ย 14 ชั่วโมงต่อวัน มีการเจ็บป่วยด้วยโรคกระดูกและข้อ 2 ราย

การจากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้ดูแลได้ถ่ายทอดประสบการณ์ในการปรับตัวเพื่อทำหน้าที่ดูแลกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุสมองเสื่อม ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ดังสรุปในภาพประกอบที่ 1 รายละเอียด ดังนี้



ภาพประกอบที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของข้อมูลเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้ดูแล



1. การปรับตารางชีวิต

การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ทำให้ผู้ดูแลเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งชีวิตส่วนตัว สถานภาพทางสังคม รวมทั้งเกิดปัญหาสุขภาพตามมา ผู้ดูแลได้มีการจัดสรรเวลาในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมตั้งแต่เข้าจนกระทั่งเข้านอนอย่างเป็นระบบช่วยให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม พร้อมกับสามารถทำกิจกรรมส่วนตัวได้อย่างเหมาะสมและลงตัวกับการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน

1.1 การจัดการกิจวัตรประจำวัน โดยผู้ดูแลได้มีการจัดการเวลาเพื่อให้สามารถทำหน้าที่ผู้ดูแลหลัก และการดูแลกิจกรรมส่วนตัวของตนเองได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของแต่ละบุคคล

“ตื่นขึ้นปั๊บ ผมจะต้องเอ็ดทุละส่วนตัวของผมให้แล้ว แล้วเมิดทุกอย่าง ผมกะชื้อเอาแม่มาล้างหน้า ส่วยหน้าทาแป้ง หลังจากนั้นแล้ว พาเลากินเช้า” CM03 (หลังจากตื่นขึ้นผมจะทำธุระส่วนตัวให้เสร็จ แล้วดูแลให้แม่ล้างหน้า ทาแป้งและรับประทานอาหาร)

1.2 การจัดการประกอบอาชีพ นอกจากการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลแล้ว ผู้ดูแลยังต้องมีความรับผิดชอบในการประกอบอาชีพหารายได้เพื่อเลี้ยงครอบครัว ผู้ดูแลได้มีการจัดสรรเวลาเพื่อให้สามารถทำหน้าที่ทั้งสองอย่างไปด้วยกันได้ อย่างลงตัว “เลากินเองได้ แต่กะเฮียเน ถ้ามื้อใดบ่ฟ้าวกกะให้เลากินเอง โดนเนกะชื้ออเก็บ แต่ถ้ามื้อใดฟ้าวกน้าเฮีย นากะชื้อบ่อนให้เลากินให้เหมิด คับบั้งชันมันบ่ทัน มันชื้อส่วยไฮกะชื้อบ่แล้ว” (วันไหนไม่รีบให้ผู้ป่วยกินเอง ก็มีหกบ้าง วันไหนรีบก็บ่อน)

1.3 ต้องการการเข้าสังคม เมื่อต้องรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เช่น งานแต่งงาน งานศพ ไปทำบุญที่วัดในวันสำคัญต่างๆ ผู้ดูแลจึงมีการกำหนดเวลาไว้ล่วงหน้า และหาผู้ดูแลมาทำหน้าที่เป็นครั้งคราว โดยยังคงรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลอยู่เช่นเคย “กะได้ไปอยู่ เช่น เวลายายชื้อไปวัดยามวันพะโย หรือว่าไปเอาบุญน้าเพิ่นกะไปบอกให้หลานสาวมาเผ้าตาให้ ยายกะฟ้าวกไปฟ้าวามายบ่โดน คันยายบ่อยู่ตาเลาชื้อเหลียวหา หลูโดนเลา” (ยายได้ไปร่วมงานสังคม เช่นวันพระใหญ่ยายก็รีบไปรีบกลับ สงสารตาที่มองหายายหากไม่อยู่)

2. การปรับเปลี่ยนวิถีคิด

การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ที่ไม่มีทางรักษาให้หายได้ เมื่อเวลาผ่านไปอาการมีแต่จะแย่ลงผู้สูงอายุสมองเสื่อมต้อง

พึ่งพิงผู้ดูแลมากขึ้น รวมทั้งมีพฤติกรรมแสดงออกที่ซับซ้อน เกิดจากความผิดปกติด้านความจำและพฤติกรรม แต่ถึงอย่างไร ผู้ดูแลก็ไม่สามารถทอดทิ้งให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมอาศัยอยู่เพียงลำพังได้ ผู้ดูแลจึงได้มีวิธีการปรับความคิดเพื่อกดทำหน้าที่ให้การดูแลต่อไป

2.1 เข้าใจ และยอมรับ โดยผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรค อาการและอาการแสดง รวมทั้งเข้าใจว่าพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุสมองเสื่อมแสดงออกไม่ใช่การแกล้งทำ ผู้ดูแลเข้าใจ และยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น เพื่อให้การดูแล และตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ได้อย่างเหมาะสม “ถ้ามื้อใดยายชงให้บ่ทัน บ่ได้ตั้งใจ ตากะชื้อโยนของใส่ กะถืกอยู่ตอนแลกกๆ กะเคียดหลายน้อยใจ เสียใจ กะคิดว่าที่ตาเลาเป็นแบบนี้ ย้อนบ่สบายเลยเป็นไปทั่ว” (ระยะแรกตามีอาการหงุดหงิด ปาของใส่ยายผู้ดูแล เมื่อยายชื้อไม่ได้ตั้งใจ ยายก็น้อยใจหลังมากก็เข้าใจว่าเป็นเพราะการเจ็บป่วย)

2.2 ทำใจ ผู้ดูแลรับรู้ว่าการะสมองเสื่อมเป็นโรคที่รักษาไม่หาย เมื่อเป็นแล้วผู้สูงอายุสมองเสื่อมไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพาการดูแลกิจวัตรประจำวันในทุกด้าน ซึ่งถือว่าเป็นภาระที่หนักของผู้ดูแล ทั้งนี้ผู้ดูแลไม่สามารถปฏิเสธการดูแลได้ ดังนั้นเพื่อให้สามารถอยู่กับสถานการณ์ที่เป็นจริงให้ได้ ผู้ดูแลจึงยอมรับกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยการทำใจ อดทน และปล่อยวาง “เลาได้มายุ่นำกะเลยลับเอาเลยเฮ็ดใจไปเลย แบบบ่คิดเฮ็ดใจให้บ่คิดให้ไปอยู่หน้าเขา เขากะเอาบ่ได้ ผมกะเลยบ่อยากว่า กะเลยชื้อๆ ไปเลยเฮ็ดใจแบบปกติไปเลย”

3. การจัดการปัญหาสุขภาพ

ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือให้การดูแลกิจวัตรประจำวันให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมเป็นระยะเวลายาวนาน ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพต่างๆ ตามมา เช่น ผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวส่งผลให้อาการต่างๆ รุนแรงขึ้น ผู้ดูแลได้มีการจัดการปัญหาสุขภาพ ดังนี้

3.1 ด้านร่างกาย ภาระการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมทำให้มีเวลาดูแลตนเองน้อยลง พักผ่อนไม่เพียงพอ รวมทั้งผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อและข้อ ทำให้ปัญหาสุขภาพมีอาการมากขึ้น หรือรุนแรงขึ้น ผู้ดูแลได้แก้ปัญหาเพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมต่อไป “ลั้งเกียยีนอาบน้ำให้ตา โดนหลาย เช่ากะบวม ยายกะไปโลงบานเอายาแก้ปวดเช่าปวดขามากินกะพออยู่ได้”



“ที่กะเป็นโลกเบาหวานนำ กะไปตามนัดทุกเทีย กินยาตลอด ยาน้ำตาลมันขึ้นหลาย ยาकिनกะชื้อเอาป่อย คั้นพีเป็นหลาย กะชื้อยาอีก”

3.2 ด้านจิตใจ ภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคที่รักษาไม่หาย การดูแลจึงเป็นภาระที่หนักและใช้เวลาในการดูแลเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย เครียด ผู้ดูแลได้จัดการกับอารมณ์ของตนเองเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว “ลึงเทีย มันท้อ น่ายๆ นอนหลับหลับนอน เคียดลึงทุ้มห้าพุ่มมออกมานั่งดูยาเล่นทางนอก โคนเคียบ ค่อยเข้าไปนอน บางเทียกะเปิดเพลงฟังผ่อนคายในลด” “มันเมื่อย มันท้อหลาย...กะเว้ากับลูกสาวให้เขาฟังแน คิดหลาย ปวดหัวนอนหลับไปหาหมอยอยู่โง่งบานเว้าให้ เพ็นฟัง เพ็นกะให้ยานอนหลับมากิน ”

อภิปรายผล

กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะที่ 2 ที่ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือ มีมากมาย ยุ่งยากและซับซ้อนปัญหาที่พบจะแตกต่างกันไป กิจกรรมการดูแลต้องใช้เวลากว้างวันและยาวนานไม่สามารถบอกระยะเวลาที่สิ้นสุดได้ ผู้ดูแลรับรู้ว่าการเข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลัก ทำให้วิถีชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น ดังนั้นผู้ดูแลจึงได้มีการปรับตัวเพื่อที่จะสามารถดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมต่อไป โดยผู้ดูแลมีการปรับตารางชีวิต การปรับเปลี่ยนวิธีคิด และจัดการปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น

ผู้ดูแลมีการปรับตัวเพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างการดูแลกิจวัตรประจำวันให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อม และของตนเอง โดยผู้ดูแลกำหนดเวลาในการทำกิจกรรมการดูแลแต่ละอย่างให้ชัดเจน อย่างสม่ำเสมอ เริ่มตั้งแต่ตอนเช้า จนกระทั่งผู้สูงอายุสมองเสื่อมเข้านอน¹⁵ ในขณะที่ผู้ดูแลที่ไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมาก่อน ทำให้ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าคนอื่น ผู้ดูแลจึงมีเวลาในการดูแลตนเองน้อยลง¹⁶ ก่อนที่จะมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องประกอบอาชีพ หรือมีงานที่ต้องรับผิดชอบเพื่อหารายได้ดูแลครอบครัว เมื่อต้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลทำให้มีหน้าที่รับผิดชอบเพิ่มขึ้น ดังนั้นเพื่อให้เกิดความสมดุลในการทำหน้าที่ทั้งสองอย่าง ผู้ดูแลได้จัดการกับบทบาททั้งสองโดยไม่ให้เกิดผลกระทบกับการประกอบอาชีพ เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีบริบทที่ไม่มีกรอบเวลาแน่นอน

สามารถไปทำตามที่สะดวก^{8,15} นอกจากที่กล่าวมาข้างต้น การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาส่วนตัวน้อยลง ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางสังคมได้สะดวกเหมือนเมื่อก่อน^{9,11} แต่กระนั้นผู้ดูแลยังต้องการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนเพื่อแสดงให้เห็นถึงการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมโดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุต้องการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ผู้ดูแลได้จัดสรร หรือแบ่งเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมไว้อย่างล่วงหน้า หรือกำหนดเวลาที่เหมาะสมเพื่อเตรียมญาติมาช่วยดูแลแทนเป็นครั้งคราว โดยไม่เกิดผลกระทบ ต่อการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม แสดงให้เห็นถึงคุณลักษณะของครอบครัวไทย แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้น การอบรมเลี้ยงดูผ่านความรักความผูกพันให้มีความเคารพ ความกตัญญู และรับฟังคำแนะนำจากผู้อาวุโสในครอบครัวทำให้สมาชิกครอบครัวมีความผูกพัน ยึดเหนี่ยวซึ่งกันและกัน เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจึงเป็นความรับผิดชอบสมาชิกของครอบครัวร่วมกัน¹⁷ การที่ได้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เป็นการแสดงถึงการที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อกันอย่างเหมาะสม มีความใกล้ชิดผูกพัน ห่วงใย และให้คุณค่าซึ่งกันและกัน¹⁸ ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิอาการและอาการแสดงของโรคว่าภาวะสมองเสื่อม เป็นโรคที่รักษาไม่หาย การดำเนินของโรคเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งยอมรับว่าพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุสมองเสื่อมแสดงออกมาไม่ใช่การเสแสร้งหรือแกล้งทำ^{19,20} ในขณะที่ผู้ดูแลได้รับความรู้เกี่ยวกับกับพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงของโรค ไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจว่าพฤติกรรมต่างๆ ที่ผู้สูงอายุสมองเสื่อมแสดงออกเกิดจากปัญหาด้าน นิสัยส่วนตัว และพฤติกรรมส่วนบุคคล⁸ และเมื่อความเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว เป็นภาระที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ดูแลทำจิตใจให้เข้มแข็งยอมรับสภาพกับภาระที่ต้องดูแล เป็นกลวิธีที่ผู้ดูแลใช้ปรับสภาวะทางอารมณ์ เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับตัวเอง รวมทั้งใจ อดทน และปล่อยวาง⁹⁻¹²

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ในการดูแลกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุสมองเสื่อมนั้นต้องใช้ระยะเวลามากในแต่ละวัน และเวลาช้านาน ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อน หรือเวลาทำกิจกรรมส่วนตัวน้อยลง ถึงแม้ผู้ดูแลได้มีการปรับตารางชีวิต รวมทั้งปรับวิธีคิดแล้วก็ตาม ผู้ดูแลยังคงเกิดปัญหาสุขภาพตามมา เช่น ปัญหาด้านร่างกาย ได้แก่ อาการผิดปกติของ



กล้ามเนื้อและข้อ รวมทั้งถ้าผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพอยู่ก่อนแล้วอาจทำให้มืออาการมากขึ้น หรือรุนแรงขึ้น⁹ ซึ่งผู้ดูแลได้มีการจัดการภาวะสุขภาพทางกาย ด้วยการพักผ่อนหรือรับประทานยาเพื่อบรรเทาอาการ ในกรณีที่ผู้ดูแลมีโรคประจำตัวอยู่ก่อนแล้ว ผู้ดูแลได้ไปรับการรักษาตามแพทย์นัดอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ⁸ ในส่วนปัญหาด้านจิตใจ ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย เครียด นอนไม่หลับ^{8,9} ผู้ดูแลมีการจัดการปัญหาดังกล่าว โดยพูดระบายความในใจให้คนอื่นฟัง หรือไปพบแพทย์เพื่อช่วยรักษาอาการที่เกิดขึ้น^{8,15} ผู้ดูแลบางรายมีการจัดการเพื่อลดความเครียดโดยมุ่งเน้นอารมณ์ในทางลบซึ่งเป็นการจัดการได้ในระยะสั้น เช่น สูบบุหรี่¹⁰ เมื่อเวลาผ่านไปอาจทำให้เกิดปัญหาขึ้นได้อีก ถ้าผู้ดูแลมีความเครียดและวิตกกังวลไม่สามารถจัดการได้ดีย่อมส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลง เกิดผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยได้²¹ ดังนั้นพยาบาลควรสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีการจัดการความเครียดโดยการหาที่พึ่งทางใจ โดยใช้หลักคำสอนของศาสนาซึ่งสอดคล้อง และเหมาะสมกับบริบทของผู้ดูแล¹⁹⁻²² เมื่อผู้ดูแลมีการปรับเวลาทำให้มีตารางชีวิตใหม่ที่ผสมผสานการดูแล การทำกิจกรรมส่วนตัว การทำงานเข้ากับวิถีชีวิตของตนได้อย่างลงตัว ปรับวิธีคิด โดยการยอมรับ เข้าใจและทำใจ รวมทั้งสามารถจัดการปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นสามารถทำหน้าที่การเป็นผู้ดูแลต่อไป

ข้อเสนอแนะ

- 1) พยาบาลชุมชนควรให้ความรู้ เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมแก่ผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัวตามบริบทชุมชน เนื่องจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ถ้าผู้ดูแลที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระยะต่างๆ ของโรคสมองเสื่อม และอาการแสดงของโรค ทำให้ผู้ดูแลเกิดทัศนคติทางบวกต่อการดูแล สามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
- 2) ทีมดูแลต่อเนื่องในชุมชนควรจัดกิจกรรมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้ดูแลโดยเฉพาะที่เป็นผู้สูงอายุ เนื่องจากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพร่างกาย
- 3) ควรมีการศึกษารูปแบบการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับผู้ดูแล เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกใน

ครอบครัว เพื่อนบ้าน บุคลากรทางสุขภาพ เครือข่ายต่างๆ เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้สูงอายุสมองเสื่อม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ดร.เกื้อพันธ์ กลั่นการดี ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะรวมทั้งข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในทุกขั้นตอนของการวิจัย ขอบพระคุณผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้ดูแลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ให้ทุนสนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้

References

1. Alzheimer's disease international. Dementia and Risk Reduction. World Alzheimer report; 2014.
2. Aekplakorn W, editor. Thai National Health Examination Survey, NHES IV. Nonthaburi: The Graphic system co., LTD; 2010.
3. Prasat Neurological Institute. Clinical practice guideline for dementia; 2551.
4. Muangpaisan W, editor. Dementia: Prevention, Assessment and Care. Bangkok: Parbpim Ltd., Part; 2013.
5. Sasat S. Gerontological nursing: Common problems and caring guideline, 2nd ed. Bangkok: Active Print Co., Ltd; 2008.
6. Sittironnarit G. Behavioral and Psychological Symptom of Dementia (BPSD): Concept and Treatment. J Psychiatr Assoc Thailand 2011; 56(4): 499-462.
7. 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. J Psychiatr Assoc Thailand 2012; 57(3): 335-346.
8. Srinim N. Preliminary report: Problems and coping experience of caregivers who provided care for dementia patients at home. Journal of Mental Health of Thailand 2015; 23(1): 61-718.



9. Buengmoom Lahkana, Thanasate-angkool S. Caregiver Activities in Providing Care for Patients with Hemiplegia at Home. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-eastern Division* 2009; 27(4): 40-47
10. Thapsuwan S, Thongcharoenchupong N, Gray R. Determinants of stress and happiness among family caregivers to older persons. *Thai Population Journal* 2012; 4(1): 75-9.
11. Mekawichai P, Saetang S. Caregiver Burden among Thai Dementia Patients' Caregivers. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2013; 58(1): 101- 110.
12. Pongpaew W, Sasat S. The Effect of Giving Information about An Anapanasti program on Stress in Caregivers of Older People with Dementia. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2011; 23(3): 28-42.
13. Wannpornsir C. Qualitative Research and Nursing. *Journal of Nursing Science Naresuan University* 2009; 3(1): 1-7.
14. Chirawatkul S. Qualitative Study in Nursing. Bangkok: S. Asia Press Ltd., Part; 2012.
15. Saengmanee S, Arpanantikul M, Sirapo-ngam Y. A Case Study: Adaptation of Working Caregiver to a Stroke Patient. *Rama Nurs J* 2012; 18(1): 119-133.
16. Koonnarong O, Thaniwatananont P, Kitrungrate L. Caregiving Preparedness, Family Relationships and Role Strain among Caregivers of Muslim Stroke Patients. *Princess of Naradhiwas University Journal* 2012; 4(1): 14-27.
17. Singdong P, Jitpanya C. Caring for relatives of critically ill patients: Relatives' perspectives. *Princess of Naradhiwas University Journal* 2012; 4(1): 17-32.
18. Sunsern R, Timsuwan B, Lawang W. Developing Disabled Caregiving System Based on Families and Communities. *Journal of Nursing Education* 2013; 6(3): 25-41.
19. Konchome T, Kespichayawattana J. The Family Caregiver's Experiences in Management of Problematic Behaviors of Elderly with Dementia. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2011; 23(1): 54-66.
20. Thomgtup P, Sawangchareon K. Violent Behavior of Schizophrenic Patients and Violent Management of family. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-eastern Division* 2013; 31(4): 121-127.
21. Piyawattanapong S, Sritanyaratana W. Family Care Management of Persons with Terminally Ill Cancer in Hospital. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-eastern Division* 2009; 27(2): 21-32.
22. Imnamkhao W, Imnamkhao S, Suriyo S, Jaisure D. Quality of Life's Caregiver and persons with disabilities at Tambon Wangsang Mahasarakham Province. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-eastern Division* 2013; 31(1): 27-29.