



ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกรุงเทพมหานคร¹
 THE LIVED EXPERIENCES OF CAREGIVERS IN TAKING CARE OF OLDER ADULTS
 WITH DEMENTIA IN BANGKOK METROPOLIS

กาญจนา กิริยามง^{2,*} ดวงรัตน์ กวีบัณฑิต² รัตนา จารุวรรณ³ วณิดา มงคลสินธุ์⁴
 Kanjana Kiriyangam Duangrat Kaveenuntachai Ratana Charuwanno Vanida Mongkolsindhu

¹ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากกองทุนวิจัย มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

This research received funding from Navamindradhiraj University.

²อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300

Lecturer, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Dusit, Bangkok, 10300, Thailand

³รองศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต เขตมีนบุรี กรุงเทพมหานคร 10510

Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Kasem Bundit University, Minburi, Bangkok, 10300, Thailand

⁴อาจารย์ประจำ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300

Lecturer, Faculty of Science and Health Technology, Navamindradhiraj University, Dusit, Bangkok, 10300, Thailand

*Corresponding author E-mail: kanjana_k@nmu.ac.th

Received: July 31, 2024

Revised: October 24, 2024

Accepted: December 21, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกรุงเทพมหานคร การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงถูกนำมาใช้ในการเลือกผู้ให้ข้อมูล จำนวน 18 คน โดยเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมไม่น้อยกว่า 6 เดือน อายุระหว่าง 27 - 71 ปี ข้อมูลมาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 2 ครั้ง ด้วยคำถามปลายเปิด พร้อมการสังเกตผู้ให้ข้อมูล ครั้งละ 45 - 60 นาที การสังเกต ประกอบด้วย ภาษาพูด ท่าทาง ความรู้สึก และประสบการณ์ของผู้ดูแล ทุกการสัมภาษณ์ถูกบันทึกและถอดเทปเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม - กันยายน พ.ศ. 2563 วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมี 3 ประเด็น 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอาการเชิงบวกและลบต่อการดูแล ได้แก่ เห็นอกเห็นใจ/สงสาร เครียด และโมโห 2) ปัญหาและอุปสรรคของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกรุงเทพมหานคร 3) สิ่งจำเป็นต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนของครอบครัว และการสนับสนุนของบุคลากรทั้งในยามฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน

ผลงานวิจัยนี้เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในอนาคต โดยเฉพาะหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ อาจนำผลการวิจัยนี้พัฒนาเป็นนโยบายในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในประเทศไทย

คำสำคัญ : ภาวะสมองเสื่อม, ประสบการณ์ของผู้ดูแล, ผู้สูงอายุ

Abstract

This qualitative research aimed to describe the lived experiences of caregivers in providing care for older adults with dementia in Bangkok. Purposive sampling was used to select 18 informants who had at least six months of experience in caring for older adults with dementia and were aged between 27 and 71 years. Data were collected through two in-depth interviews with open-ended questions and participant observations, each session lasting 45 - 60 minutes. Observations included verbal and non-verbal behaviors, emotions, feelings, and the experiences of caregivers. All interviews were recorded and transcribed for accuracy. Data were collected from July to September 2020 and analyzed using content analysis.

The findings revealed three main themes in the lived experiences of caregivers for older adults with dementia in Bangkok: 1) Caregivers had both positive and negative emotions in caregiving, including empathy, stress, and angry; 2) Problems and barriers of caregivers in caring for older adults with dementia; and 3) Essentials of caregiving were physical and psychological preparation, family support, and professional support during both emergent and non-emergent situations.

This research is beneficial for enhancing the quality of care for older adults with dementia in the future. Organizations, particularly those involved in elderly care, may use these findings to develop policies aimed at enhancing the capabilities of caregivers in Thailand.

Keywords: dementia, lived experiences of caregivers, older adults

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสมองเสื่อม (dementia) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และมีผลกระทบต่อสาธารณสุขทั่วโลก องค์การอนามัยโลกตระหนักและให้ความสำคัญกับผู้ที่ภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งในด้านความจำ การรู้คิด สติปัญญา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อารมณ์ และพฤติกรรมต่าง ๆ จากการรายงานพบว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีประมาณ 50 ล้านคนทั่วโลก (หรือคิดเป็นประมาณ 5% ของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก) และคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นเป็น 82 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 และ 152 ล้านคนภายในปี ค.ศ. 2050 โดยอัตราของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 5 - 8 (World Health Organization, 2019) เช่นเดียวกับสถานการณ์ผู้ป่วยสมองเสื่อมในทวีปเอเชีย ซึ่งคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยสมองเสื่อมมากกว่า 33 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยสมอง

เสื่อมทั่วโลก และเพิ่มมากขึ้นเป็น 2 เท่าในทุก ๆ 20 ปี และอาจเพิ่มมากกว่า 66 ล้านคนภายในปี ค.ศ. 2050 (World Health Organization, 2015)

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aging society) โดยมีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 11.6 ล้านคน หรือ 17.5% ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสำนักงานสถิติแห่งชาติคาดการณ์ว่าผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 26.30 ในปี พ.ศ. 2573 (National Statistical Office, 2018) และจากรายงานของสมาคมโรคอัลไซเมอร์นานาชาติ พบว่าในปี ค.ศ. 2019 มีจำนวนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมทั่วโลกประมาณ 50 ล้านคน โดยจะเพิ่มขึ้นเป็น 152 ล้านคน ภายในปี ค.ศ. 2050 ซึ่งการเพิ่มขึ้นนี้ส่วนใหญ่เกิดในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง (Alzheimer's Disease International, 2019) และผลการสำรวจความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2554 - 2560 พบประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตรา

ความชุกของภาวะสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 8.1 และจะยิ่งพบได้มากในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป (Department of Mental Health, 2018) อย่างไรก็ตาม สมาคมโรคอัลไซเมอร์นานาชาติได้แจ้งว่า มีเพียงร้อยละ 10 ของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย (Alzheimer's Disease International, 2015) โดยร้อยละ 90 ของผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทยไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและการรักษา ดังนั้น จำนวนผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่แท้จริงในประเทศไทยอาจจะมีมากกว่าที่ถูกรายงาน ซึ่งค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีโอกาสเพิ่มขึ้นได้ถึง 1,200 พันล้านเหรียญดอลลาร์สหรัฐ ในปี ค.ศ. 2018 ส่วนในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยรายงานของประเทศไทยระบุว่า ผู้ป่วยแต่ละคนมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยประมาณ 60,000 - 80,000 บาทต่อปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายทางตรง เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา เป็นต้น และค่าใช้จ่ายทางอ้อม เช่น การขาดรายได้ของผู้ดูแล (International Health Policy Program, 2019)

ค่าใช้จ่ายเหล่านี้ก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจทั้งต่อครอบครัวและระบบสาธารณสุข ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีการจัดทำแผนในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งชาติ ประกอบกับจำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น แต่การขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (Alzheimer's Disease International, 2016) เพราะภาวะสมองเสื่อมจะทำให้การทำงานของสมองเสื่อมถอยแบบค่อยเป็นค่อยไป และไม่สามารถกลับคืนเป็นปกติได้ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีปัญหาทั้งด้านการรู้คิดและสติปัญญา (cognitive function) รวมถึงปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ (behavioral and psychological symptoms in dementia: BPSD) ผลกระทบที่เกิดขึ้นจึงส่งผลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมถึงผู้ดูแลและครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และด้านเศรษฐกิจ (World Health Organization, 2019)

ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม และมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาในกลุ่มของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว (Crawford, Digby, Bloomer, Tan, & Williams, 2015; Forbes et al, 2018) ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในบริบทต่างประเทศ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของ Rittirong, Prasartkul, and Rindfuss (2014) พบว่า อัตราการเกิดของประเทศไทยลดลงอย่างชัดเจน ส่งผลต่อการดูแลบุคคลในครอบครัวหรือผู้สูงอายุที่ต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัว และพบว่าในอนาคตการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่บ้านอาจจะมีความเป็นไปได้ยาก สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก และกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มีแนวคิดในการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน และจากรายงานของกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่า ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 ถึง 2561 มีผู้ดูแล (caregivers) รวมทั้งสิ้น 3,573 คน ซึ่งผู้ดูแลเหล่านี้ได้รับการฝึกอบรมทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน รวมถึงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Health System Development Office, Department of Health, Bangkok Metropolitan Administration, 2019)

เป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ การเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมญาติ และผู้ดูแล ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นสิ่งที่ซับซ้อนและจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะ ความพร้อม และประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดี ประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ผ่านการอบรมโดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร ดังนั้น การมีความเข้าใจในปรากฏการณ์ภายในบริบทของวัฒนธรรมการให้ดูแลผู้สูงอายุในเมือง จะทำให้รู้ว่าผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ที่

จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน หรือกลุ่มผู้สูงอายุในสถานดูแลอื่น ๆ และบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลจะได้เตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic phenomenology) ช่วยให้เกิดความเข้าใจลึกซึ้งเกี่ยวกับประสบการณ์และความหมายที่ซ่อนอยู่ในบริบทเฉพาะของมนุษย์นำไปสู่การพัฒนานโยบาย การปฏิบัติ และใช้แนวคิดเชิงวิชาการ (van Manen, 1990) ในการศึกษาเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ของประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกรุงเทพมหานครมี 6 ขั้นตอน คือ 1) การทำความเข้าใจกับธรรมชาติของประสบการณ์ชีวิต โดยใช้คำถามเกี่ยวกับความรู้สึกในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 2) การสืบสวน ค้นหา ประสบการณ์ โดยให้ยกตัวอย่างสถานการณ์ในการดูแลและการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 3) การตีความโดยการสะท้อนกลับบนโครงสร้างพื้นฐานของประเด็นหลัก หรือสาระสำคัญของปรากฏการณ์ โดยให้อธิบายเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการให้การดูแลผู้สูงอายุ 4) การอธิบายปรากฏการณ์ และ 5) การคงสาระสำคัญของข้อมูลที่สอดคล้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา และ 6) การพิจารณาความสมดุลของข้อมูลในบริบทย่อยให้สอดคล้องกันกับข้อมูลในภาพรวม

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ที่มาจากเขตต่าง ๆ ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 18 ราย ซึ่งได้รับการคัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติในเกณฑ์ต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) เป็นผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและไม่ได้รับค่าจ้าง 2) ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ 3) ผ่านการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพช่วยงานพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของกรุงเทพมหานคร 4) มีประสบการณ์อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง 5) มีสติสัมปชัญญะครบถ้วนสื่อสารภาษาไทยได้เป็นปกติ และ 6) สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัยซึ่งเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทุกคนได้ผ่านการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพและมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพมาแล้ว

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแล และความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ

3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย เป็นคำถามปลายเปิด ประกอบด้วย คำถามการสัมภาษณ์หลัก 1 ข้อ คือ กรุณาเล่าให้ฉันฟังเกี่ยวกับประสบการณ์ของคุณในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และคำถามเจาะลึกการสัมภาษณ์ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 1) คุณรู้สึกอย่างไร/ หรือคิดอย่างไร เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน 2) ยกตัวอย่างสถานการณ์ในการดูแลและการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 3) อธิบายเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค

ในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 4) จากประสบการณ์และการรับรู้ของคุณ สิ่งใดที่คุณคิดว่าเป็นเรื่องที่ทำหายสำหรับคุณในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และ 5) จากประสบการณ์ของคุณ คุณคิดว่าปัจจัยใดบ้างที่เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยส่งเสริมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2) อายุรแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และ 3) พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ รวม 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ เท่ากับ 1.00

4. แบบบันทึกภาคสนาม ใช้สังเกตพฤติกรรม การแสดงออกทางอารมณ์ และบรรยากาศ/สิ่งแวดล้อมขณะสัมภาษณ์ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับวันที่สัมภาษณ์ เวลา ปฏิบัติทางด้านการวินิจฉัยของลักษณะท่าทางทั้งด้านภาษาพูด ท่าทางและความรู้สึก

5. เครื่องอัดเสียงแบบดิจิทัล จำนวน 2 เครื่อง

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัย นวมินทร์ราชธิราช เลขที่ COA KFN 01/2019 ลงวันที่ 7 มกราคม พ.ศ. 2562 และผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร เลขที่ COA E019h/62_EXP ลงวันที่ 10 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 หลังจากผ่านการรับรองครบทั้ง 2 แห่ง ผู้วิจัยติดต่อประสานงานและชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยต่อผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขแต่ละศูนย์ แล้วจึงทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ก่อนเริ่มสัมภาษณ์ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ข้อจำกัด ประโยชน์ ตลอดจนสิทธิในการยุติการสัมภาษณ์แก่ผู้ให้ข้อมูล ซึ่งหากมีความไม่สบายใจ อึดอัดใจในการเล่าประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

สามารถขอยุติการสัมภาษณ์ได้ การบันทึกและถอดเทปของผู้ให้ข้อมูลจะใช้รหัสในการบันทึกเพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ จะนำเสนอเพื่อประโยชน์ทางวิชาการและการพัฒนาในอนาคตเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ติดต่อและนัดหมายขอสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่สะดวก โดยระบุ วัน เวลา และสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ให้สัมภาษณ์ โดยการนัดหมายล่วงหน้าอย่างน้อย 3 วัน และยืนยันวันเวลาล่วงหน้ากับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งก่อนที่จะเข้าไปสัมภาษณ์จริง 1 วัน

2. ขั้นตอนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเข้าพบผู้ให้ข้อมูล อธิบายทบทวนโครงการวิจัยก่อนเริ่มการสัมภาษณ์เชิงลึก และขออนุญาตบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์เชิงลึก คนละ 45 - 60 นาที

3. เมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยส่งไฟล์การสัมภาษณ์ให้นักถอดเทปทำการถอดเทปแบบคำต่อคำ แล้วผู้วิจัยทำการวิเคราะห์และตีความข้อมูลการสัมภาษณ์และข้อมูลจากการบันทึกภาคสนาม หลังจากนั้น ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 เพื่อตรวจสอบความเข้าใจตรงกันในเนื้อหา (member checking) จากข้อมูลการสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 ตามหลักการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) โดยระยะห่างของการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 จะห่างจากครั้งที่ 1 ประมาณ 1 สัปดาห์ และเมื่อการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ได้ดำเนินการเสร็จสิ้น ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และ ร้อยละ และ 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 18 คน ส่วนใหญ่เป็น

เพศหญิง จำนวน 14 คน และเป็นเพศชาย จำนวน 4 คน ผู้ดูแลมีอายุระหว่าง 27 - 71 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี และมีรายได้มากกว่า 20,001 บาทขึ้นไป ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ตั้งแต่ 8 เดือน ถึง 10 ปี โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเกือบทั้งหมดเป็นบุตรอาศัยอยู่ในบ้านตัวเอง และมีครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนหลัก

ผลการสัมภาษณ์ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกรุงเทพมหานคร สรุปได้ 3 ประเด็น ดังนี้

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอาการเชิงบวกและลบต่อการดูแล

ผู้ให้ข้อมูลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความรู้สึกต่อการทำหน้าที่หรือต่อการดูแลเป็นแบบเชิงบวก ได้แก่ รู้สึกเห็นอกเห็นใจและสงสารผู้ป่วย แต่ผู้ดูแลบางคนก็มีความรู้สึกเชิงลบต่อผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น รู้สึกเครียด หงุดหงิด และโมโหต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้เกิดการตอบสนองต่อผู้ป่วยที่ไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีอาการเชิงบวก บอกความรู้สึกว่าการดูแลพ่อแม่ยามเจ็บไข้เป็นหน้าที่ของลูก ต้องตอบแทนบุญคุณที่ท่านเลี้ยงเรามา โดยดูแลด้วยความรักความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ใจเย็นและสงสารต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้

“การดูแลผู้สูงอายุที่สมองเสื่อมจะต้องใจเย็น ไม่เครียด ไม่ตวาดคนไข้ เพราะบางครั้งแกจะกลับไปเหมือนเด็ก บางทีทานข้าวก็จะทานหก เราก็ห้ามดู บางทีนั่ง ๆ อยู่ แกก็จะไปตรงที่นอนซึ่งจะมีรูปภาพการ์ตูน แกก็จะไปเล่นตรงการ์ตูน แล้วแกก็ถือชามข้าวไปป้อนตรงพัดลมเหมือนแกเห็นพัดลมเป็นเด็ก เวลาปวดฉี่แกใส่แพมเพิร์ส แกก็ไม่ยอมฉี่ แกก็จะถอด... เราต้องรักแกให้มาก เค้าเลี้ยงดูเรามา เราจะต้องตอบแทนช่วงที่แกเป็นแบบนี้ให้ได้อย่างดี” (รหัส A01)

“การดูแลผู้สูงอายุไม่ใช่เป็นเรื่องยากหรือง่าย อยู่ที่ใจด้วยค่ะ เพราะอย่างไรแกก็คือแม่เรา เราต้องใจเย็นขึ้นสักนิดกับผู้สูงอายุ อากาของสมองเสื่อม คุณแม่จะจำเราไม่ได้เลย จากเป็นลูกสาวเค้าจะเรียกเป็นคนอื่น เวลาทานข้าวแล้วท่านก็บอกว่าไม่ได้ทานข้าวเลย เราก็ต้องยอมให้ท่านอีกนิดหนึ่ง เพื่อที่ท่านจะได้ไม่มองแก่กับเรา เวลาอาบน้ำเค้าจะเปลี่ยนจากคนที่เคยอาบน้ำแบบสบายก็จะหนาวนิดหนึ่ง เราก็ให้ท่านได้อาบน้ำอุ่นเพื่อความสบายใจของท่านเอง บางทีท่านอยากจะทำโน่นคุณนี่เราก็ต้องตามใจ แต่ถึงเวลาเข้านอนก็ต้องเข้านอน ถึงเวลาทานข้าวก็ต้องทานข้าว” (รหัส A02)

“สิ่งแรก คือ ความจำเป็น เราารู้สึกว่าเราดูแลพ่อแม่มาแล้วดูแลได้ดีกว่าคนอื่น ในเมื่อเราไม่ได้ทำงานแล้ว เราก็น่าจะมีเวลาเหลือเพื่อในการดูแลและใกล้ชิด เราคิดว่าการที่เค้าทำอะไรไม่ได้ เป็นสิ่งที่น่าสงสารนะ อีกร้อยลูกดูแลเองดีกว่าคนอื่น... ทำให้เรารู้ว่าต้องดูด้วยใจจริง ๆ เพราะว่าขนาดเราฟังจากคนอื่น ๆ เค้าก็ลำบากนะ แต่ว่าด้วยความเป็นลูกและรักเค้า เราทำได้” (รหัส A03)

“มันเป็นหน้าที่ของเราที่เป็นลูกด้วย บางทีมันก็ช้า ๆ ดีสำหรับบ้านที่มีคนแก่สมองเสื่อมที่บ้าน บางทีก็โมโห บางทีเค้าก็ไม่รู้เนอะ เหมือนสมองเค้าถูกทำลายไป เค้าทำอะไรไม่ได้ มันก็แปลกดี บางทีในชีวิตประจำวัน เค้าเคยทำอะไรได้ เค้าเคยเป็นคนเก่ง เคยไปไหนมาไหนได้ จนกระทั่งเค้าแต่เค้าว่าพัฒนาเค้าก็ไม่รู้จัก เค้าจะซี ไอ้หมุน ๆ แต่เค้าไม่สามารถตอบได้ว่าสรรพนามนั้นเรียกว่าอะไร บางทีเราก็ตำตี บางทีเค้าแก้งหรือป่าว หรือว่ามันเป็นจริง แต่ผลมันก็เป็นจริง ๆ เราไปเข้าอุโมงค์มาเรียบร้อยแล้ว เค้าก็เป็นเยอะ และก็เป็นที่เราด้วยที่จะต้องดูแล แต่ถึงแม้ว่าจะมีลูกหลายคนต้องช่วย ๆ กัน” (รหัส A06)

“ส่วนหนึ่งน่าจะเป็นเพราะความรักก็แม่นะคะ มีอยู่ครั้งหนึ่งแม่ทานไม่ได้ พี่สาวไปซื้อรังนกมาบ่นละเอียด ต้องใช้ไซริงค์ กลืนไม่ได้ เรายังโมโห ทำไม่ไม่กลืน แล้วเราก็คิดได้ว่าเป็นเพราะ

กลืนไม่ได้ จากนั้นก็เลยยอมรับอย่างที่เราเป็นมากขึ้น อาจจะเป็นเพราะว่าตอนนี้อยู่บ้านด้วย ไม่ต้องออกไปสู้อากาศนอก ฉะนั้นก็เลยค่อย ๆ ไปเลยทำให้ได้มากขึ้น สิ่งแวดล้อมรอบนอกของเราที่เคยไปเผชิญตอนทำงานมันก็ไม่จำเป็นต้องไปเผชิญแล้ว แต่ตอนนี้เราอยู่ที่บ้านเราอยู่กับพี่สาวมันก็เลยทำให้เปลี่ยนความคิดไปในสิ่งที่เรารู้สึกเดิม ๆ มันเปลี่ยนไป” (รหัส A08)

“จริง ๆ เป็นภาวะที่น่าสงสารนะ สำหรับคนที่เป็นสมองเสื่อม คำก็จะลืม บ้างที่ทำอะไรไว้ คำบอกคำไม่รู้ คำไม่ได้ทำ แต่จริง ๆ คำก็ทำ แต่คำยังไม่หลงถึงขั้นกินหรือไม่กินนะ แต่ว่าบอกพ่อกินอันนี้นะ คำก็บอกว่าเอาไว้นั้นแล้วคำก็ลืม ถ้าเอาไปให้คำ คำก็จะกิน ถ้าเอามาวางไว้คำก็จะไม่กิน คำชอบดูรายการแบบซ้ำ ๆ เปลี่ยนอะไรไม่ได้ ต้องดูอันนั้นอย่างเดียวนะทุกวันเวลานั้นต้องเข้าไปดู คุณพ่อไปสแกนสมองก็เจอเนื้องอกชนิดหนึ่ง มันฝ่อ ไม่ต้องทำอะไร แต่หมอก็ให้ยาพวกบำรุงพวกวิตามิน B และยานอนหลับ เพราะคำนอนไม่หลับ ไปดูด้วยยา ไป Search ดูมันเป็นยาที่ใช้รักษาคนเริ่มซึมเศร้า เราก็บอกพ่อว่าพ่อถ่านอนหลับพอก็ไม่ต้องกิน แต่เราไม่บอกคำว่าเป็นยาตัวนี้ เราก็บอกให้พ่อออกไปทำกิจกรรมตอนนี้คำไม่อยากจะไปร่วมเวลาคำคุยกัน ซึ่งคำโดนดู มีน้องสาวคนหนึ่งคำไม่เข้าใจ ตอนนี้พยายามบอกลูกสาวอย่าดูพ่อ เพราะยิ่งดูคำยิ่งสมองฝ่อมากขึ้น แม่ก็แหวัดกับพ่อ ทุกวันนี้มีความรู้สึกสงสารพ่อ” (รหัส A14)

1.2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีอาการซึมเศร้า บอกความรู้สึกว่าต้องทำใจยอมรับให้ได้ ตลอดจนรู้สึกเครียดในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย ด้านการดูแลและตอบโต้ด้วยความโมโหต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้

“ตอนนั้นเรากี่ 30 ต้น ๆ ก็ยังไม่รู้บางทีเราก็ดูต้องหวาด บางทีต้องเฝ้าเสียงดังให้ผู้ป่วยที่มีหลงลืม เข้าใจ เครียดจากการที่ต้องออก

จากงานด้วย เราเป็นลูกคนเล็ก ทุกคนต้องทำงาน พ่อต้องมีคนคนดูแลตลอด” (รหัส A04)

“อย่างแรกต้องทำความเข้าใจ สร้างทัศนคติที่ว่าเค้าเป็นคนป่วย ฉะนั้นสิ่งที่เค้าผิดปกติก็ต้องเข้าใจ เข้าใจสภาพโรคของเค้า เช่น การตัดอาหารก็ตัดไม่ได้ จะสำคัญ ต้องทำให้ปริมาณอาหารที่เข้าไปในปากน้อยลง แต่เข้าใจ ภาวะอื่น ๆ” (รหัส A05)

“เราเป็นหลานสะใภ้... ตอนแรกเจอเราไม่เข้าใจว่าเค้าเป็นอะไร ทำไมพูดซ้ำ ๆ ถามซ้ำ ๆ ช่วงแรก ๆ ก็ตอบได้พอนาน ๆ ไปเริ่มเบื่อกันอีกแล้ว และเค้าจะติดหลานอีกคนหนึ่งก่อนที่เค้าจะป่วย คำจะเรียกหาหลานคนนี้ตลอด เรียกหาทั้งวันเลย จะเดินเข้าออกบ้านตลอดเวลา ในวันธรรมดาหลานคนนี้จะไปเรียนหนังสือ เดินแบบนี้ทั้งวัน อากาศก็ร้อน พอร้อนก็มาอาบน้ำ ทำแบบนี้วันไปข้าวก็กินทั้งวัน ตลอดกลางวันคนในบ้านไปทำงานกันหมด พอกลับมาบ้าน บ้านก็ละเทะ ช่วงแรกไม่เข้าใจก็จะมีหลายอารมณ์ พอผู้ป่วยไม่ตอบก็ด่า โมโหเกรี้ยวกราด เราปรับตัวไม่ได้เลยในเรื่องว่าเค้าเป็นอะไร แต่พอแอกเกิดอุบัติเหตุล้มไปทำให้แอกเดินไม่ได้เมื่อประมาณต้นปี แล้วพอแอกเดินไม่ได้...ก็ค่อยยังชั่ว ปัญหาที่เคยมันลดลง” (รหัส A10)

“มันมีบ้างที่รู้สึกหงุดหงิด... ทั้งที่เราใจเย็น โดยเฉพาะคำพูด เหมือนกับว่าพูดไม่หยุด พอเวลาเจอลูกหลาน แม่จะพูดสลับกัน พูดประโยคเอาหัวมาท่าย เอาท่ายมาไว้หัว... เวลาเค้าถามเราเหมือนเค้ากลัวคำถาม คำจะยี้ ๆ ยี้ ๆ ถามเราเราก็บอกเค้าว่า คำกลัวจะลืม คำถามนี้ตอบไปแล้ว แต่คำก็ยังถามต่ออีก” (รหัส A11)

“ตอนแรกใหม่ ๆ เครียดมาก เพราะว่าบางครั้งเราอธิบายจนเสร็จแล้ว แกล้มต้องพูดซ้ำ ๆ และบางครั้งเรื่องเก่า ๆ ซึ่งน่าจะจำได้ แต่แกล้มคุณแม่มีเรื่องต้องให้ทำทุกวัน คุณแม่เป็นข้าราชการอยู่กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ทำหน้าที่เกี่ยวกับงบบัญชี แยกบอกบอกว่าวันนี้น่าจะยุ่งมากเดี๋ยวต้องทำงานต่อคืนนี้ เนี่ยก็ต้องตามแอกไปจะได้

จบง่าย ๆ ก็หากกระดากมาให้แกลงตัวเลข จนแกเหนื่อย วันนีพอลแล้ว” (รหัส A12)

“ลำบาก เพราะพูดแล้ว แกก็จำไม่ได้ให้ทำอะไร หยิบอะไรหน่อย วางแป็บเดียวลืมแล้วมันไม่เหมือนปกติ ซ้ำลืมมาก แรก ๆ” (รหัส A15)

“ทีแรกก็คิดว่ามันน่าเบื่อ หงุดหงิดว่าแกทำอะไรไม่เคยได้ แล้วแกก็ซ้าซาก กินแล้วก็บอกว่ายังไม่ได้กิน บางทีทำให้เราอารมณ์เสีย” (รหัส A18)

2. ปัญหาและอุปสรรคของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ การขาดความรู้/ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งปัญหาและอุปสรรคของผู้ดูแลต่อการดูแลอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกตึงเครียด รู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพในการดูแล ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้

“ผู้ช่วยเราเนี่ยแหละ วันไหนที่ผู้ช่วยเรากลับบ้าน หนักมากเลย คนมาใหม่เราก็ไม่ไว้ใจเค้าทำให้เราไปไหนไม่ได้อยู่แล้วยิ่งหนักเลย คือ คนนี้เค้ารู้แล้วว่าคุณแม่ไม่ชอบบกลินยา ชอบบ้วนปัสสาวะ ทิชชู แต่ถ้าคนใหม่เค้าจะไม่รู้ คนเก่าเค้าจะรู้ว่าเดี๋ยวจะต้องรีบให้ล้มนะ ให้กลัวยนะ ให้ไอติมนะยากที่จะกลืนลงไป แต่คนใหม่ไม่รู้เลยเราต้องจับตามากอย่างคุณพ่อเค้ายังมีความมั่นใจว่าเค้าเดินได้ของตัวเอง เพราะฉะนั้นถ้าคนใหม่มาเค้าก็จะไม่กล้าดูแล เรากลัวการเปลี่ยนมือคนดูแล” (รหัส A05)

“การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะต้องมีความเข้าใจกับโรคที่เค้าเป็น ไม่ให้เราเกิดความเครียดเมื่อเค้ามีอาการ” (รหัส A09)

“แกจะเป็นเหมือนเด็ก บางทีแกนึกถึงลูกหลานแกก็จะร้องไห้ จะขอลกลับไปบ้านลูกชาย ถ้าคนดูแลไม่ทำตาม แกก็จะโวยวาย นึกขึ้นได้ก็อยากจะกลับบ้าน ไม่อยากอยู่กับลูกสาว ตอนแรกเราไม่เข้าใจเค้าเลย ทำให้รู้สึกหงุดหงิด” (รหัส A09)

3. สิ่งจำเป็นต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ 2) การสนับสนุนของครอบครัว

และการสนับสนุนของบุคลากรทั้งในยามฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดูแล ความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลทำให้มีความรู้ ความเข้าใจและสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้ รวมถึงการสนับสนุนของครอบครัวได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนสิ่งต่าง ๆ ทำให้ลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลและส่งผลให้เกิดภาวะเครียดได้ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

“สำหรับเรา คือ จิตใจ... จิตใจเราต้องไม่เมื่อยล้าต่อการที่จะดูแล เราต้องพยายามทำให้แกไม่เป็นมากกว่านี้... ความพร้อมเราก็ไปอบรม Caregiver กับอาจารย์ที่ศูนย์ และก็ไป อสส. อยู่แล้ว คือ พยาบาลที่ศูนย์เค้าก็อบรม เค้าก็มาดูแลให้เราด้วย มาเยี่ยมแม่ที่บ้านด้วย” (รหัส A01)

“เราพยายามเอารูปให้เค้าดู ดูว่าใครเอ่ยเค้าก็จะชี้และหัวเราะ บอกไม่รู้ เราก็จะบอกว่าเนี่ยคุณแม่ ลูกชายคนโต คนที่สอง คนที่สาม เนี่ยลูกสาว เนี่ยหลาน ๆ แล้วเอามือถือมาถ่ายรูปให้เค้าดู พยายามทำให้เค้ากลับไปเหมือนเดิมค่อย ๆ ทีละนิด” (รหัส A02)

“ไม่ค่ะ เราไม่ได้จ้างคน พี่น้องช่วยดูแลกันเอง... มีหลายคน มีพี่ชายกับน้องสาว โดยน้องสาวจะเป็นคนดูแล อยู่ที่บ้านน้องสาว พอวันเสาร์ - อาทิตย์ พี่ชายจะมารับไปเข้า ๆ ไปวิ่งออกกำลังกาย ไปเจอคนแก่ที่สวนลุมฯ ยังไปทุกวัน... หลังจากกลับมาจากสวนลุมฯ พี่ชายก็จะพามาที่บ้าน ก็จะมาอยู่บ้าน 2 วัน เสาร์ - อาทิตย์ การที่อยู่กับใครคนหนึ่งนาน ๆ จะทำให้แกเหมือนไม่ได้ไปไหน เจอเพื่อนฝูง คนที่มีอายุไล่เลี่ยกัน... ทุกคนต้องมีส่วนร่วม ไม่รู้ แต่เจอน้ำจะรีบเข้ามาทันที”

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลอธิบายถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วยความรู้สึกของผู้ดูแลเองต่อปัญหาและอุปสรรคใน

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม และสิ่งจำเป็นต่อการดูแล ซึ่งต้องทำหน้าที่และเป็นความรับผิดชอบของบุตรที่พึงกระทำต่อบุพการีของตนเองเมื่อยามเจ็บไข้ อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลก็มีความวิตกกังวลและลบในการดูแล โดยผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเห็นอกเห็นใจและสงสารผู้ป่วย เข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และใจเย็น โดยคิดว่าเป็นการดูแลเพื่อตอบแทนบุญคุณของบุพการีที่ท่านได้เลี้ยงมา เพราะผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว เช่น คู่สมรส บิดามารดา บุตรหลาน เป็นต้น บุคคลในครอบครัวจะมองการดูแลผู้ป่วยเป็นการตอบแทนบุญคุณ ทำด้วยใจ ไม่คิดค่าแรง แม้ว่าจะมีอุปสรรค ความยากลำบากก็ตาม ซึ่งการดูแลดังกล่าวเป็นการดูแลที่พึงประสงค์และสอดคล้องกับนโยบายโครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยการมีครอบครัวเป็นส่วนร่วมและทำให้มีผลต่อระบบการดูแลระยะยาว (long term care) อย่างต่อเนื่อง (National Health Security Office, 2016) แต่ขณะเดียวกันผู้ให้ข้อมูลบางคนมีอาการเชิงลบต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยเช่นกัน เช่น รู้สึกเครียด หงุดหงิดและโมโหพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม เพราะผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีความจำ ความคิด ความสามารถในด้านต่าง ๆ รวมถึงการตัดสินใจที่เป็นเหตุผลถดถอย มีความผิดปกติทางด้านภาษา บางรายมีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและอารมณ์ร่วมด้วย จนส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะการรับรู้กระบวนการคิด อารมณ์หรือพฤติกรรมที่เป็นเรื่องที่พบบ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้แก่ หงุดหงิด รุนแรง โมโหร้ายอาละวาด ขาดความยับยั้งชั่งใจ การนอนที่ผิดปกติ ความอยากอาหารที่เปลี่ยนแปลงไป ตลอดจนอารมณ์เฉยเมยไม่มีอารมณ์/ความรู้สึก ความวิตกกังวลที่มากเกินไป ภาวะซึมเศร้า หลงผิด และภาวะหลง เป็นต้น ซึ่งหากผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคและอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจะทำให้มีความยากลำบากในการดูแล อาจทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียด รู้สึก

เป็นภาระของผู้ดูแล (caregiver burden) ซึ่งเมื่อผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแลได้ สอดคล้องกับการศึกษาปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลพบว่า เมื่อผู้ป่วยสมองเสื่อมมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกเป็นภาระสูงมากขึ้น (Bonkhunthod & Manluan, 2022; Pitiyan, 2019)

นอกจากนี้ ผลการวิจัยนี้พบว่าปัญหาและอุปสรรคของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ ผู้ดูแลยังขาดความรู้/ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะเรื่องการเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลเอง การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้องในครอบครัวเพื่อเป็นแรงสนับสนุนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและกิจกรรมการฟื้นฟูสมองให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่ให้อาการแย่ลงไปอีก สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและต้องการการดูแลระยะยาว และส่วนใหญ่อาศัยในครอบครัวและชุมชน หน้าที่ในการดูแลจึงเป็นสมาชิกในครอบครัว การวางแผนการจัดการและการเตรียมผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยผู้ดูแลต้องมีความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการดูแลที่ยืดหยุ่น การดูแลที่ยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลางในการดูแลเป็นวิธีการการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านที่มีคุณภาพและเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม และบทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ การเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลและครอบครัว เพื่อให้มีคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ทั้งความรู้และความเข้าใจในเรื่องอาการและอาการแสดง การดูแลผู้ป่วย ปัญหาและอุปสรรคและแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับครอบครัวและชุมชน เป็นต้น (Komjakraphan, 2019)

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการฝึกอบรมหรือสร้างค่ายกิจกรรมการเตรียมความพร้อมระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและอาการสมองเสื่อม และวิธีการดูแลด้านต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจ สามารถปรับตัวและเห็นสภาพปัญหาจริงของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

2. ควรมีหน่วยงานให้คำปรึกษา หรือสร้างกลุ่มแบบออนไลน์ (online) และแบบออฟไลน์ (offline) สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้มีการแชร์ประสบการณ์ ปัญหาในการดูแล และกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อลดความเครียด ภาวะในการดูแลแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

เอกสารอ้างอิง

- Alzheimer's Disease International. (2014). *Dementia in the Asia Pacific Region*. Retrieved from <https://www.alz.co.uk/adi/pdf/Dementia-Asia-Pacific-2014.pdf>
- Alzheimer's Disease International. (2015). *World alzheimer report 2015: The global impact of dementia an analysis of prevalence, incidence, cost, and trends*. Retrieved from <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2015/>
- Alzheimer's Disease International. (2016). *World alzheimer report 2016: Improving healthcare for people living with dementia: Coverage, quality and costs now and in the future*. Retrieved from <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2016>
- Alzheimer's Disease International. (2019). *World alzheimer report 2019: Attitudes to dementia*. Retrieved from <https://www.alzint.org>
- Bonkhunthod, P., & Manluan, K. (2022). Mild cognitive impairment: Before getting sick with dementia. *APHEIT Journal of Nursing and Health*, 4(1), e2723.
- Crawford, K., Digby, R., Bloomer, M., Tan, H., & Williams, A. (2015). Transitioning from caregiver to visitor in a long-term care facility: The experience of caregivers of people with dementia. *Aging & Mental Health*, 19(8), 739-746.
- Department of Mental Health. (2018). *Survey report on the prevalence of dementia in older adults in Thailand, 2011-2017*. Bangkok: Ministry of Public Health.
- Forbes, D. A., Blake, C., Bayly, M., Peacock, S., Hawranik, P., & Innes, A. (2018). Integrated knowledge translation strategies that enhance the lives of persons with dementia and their family caregivers. *Journal of Rural Nursing and Health Care*, 18(1), 209-238.
- Health System Development Office, Department of Health, Bangkok Metropolitan Administration. (2019). *Annual report of the department of health 2019*. Bangkok: Thanapornpanich.
- International Health Policy Program. (2019). *The cost of dementia care in Thailand*. Bangkok: Ministry of Public Health.
- Komjakraphan, P. (2019). Care for elderly people with dementia in the community: A person-centered care concept. *Journal of Nursing Council*, 34(4), 5-18.
- National Health Security Office. (2016). *Handbook of long-term public health care system for elderly people with dependencies in the area (long term care) in the National Health Security System for the fiscal year 2016*. Bangkok: National Health Security Office.
- National Statistical Office. (2018). *2018 population and housing census*. Bangkok: National Statistical Office.
- Pitiyan, S. (2019). *Nursing manual for dementia patients with behavioral and emotional problems*. Bangkok: Nursing Department, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University.
- Rittirong, J., Prasartkul, P., & Rindfuss, R. R. (2014). From whom do older persons prefer support? The case of rural Thailand. *Journal of Aging Studies*, 31, 171-181.
- van Manen, M. (1990). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. New York, NY: State University of New York Press.
- World Health Organization. (2015). *Dementia: A public health priority*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/dementia-a-public-health-priority>
- World Health Organization. (2016). *Dementia*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>
- World Health Organization. (2017). *10 facts on dementia*. Retrieved from <http://www.who.int/features/factfile/dementia/en/>
- World Health Organization. (2018). *Mental health*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/en/
- World Health Organization. (2019). *Dementia: A public health priority*. Geneva: World Health Organization.