

ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม



นางสาว ธีรวรรณ คนชม

ศูนย์วิทยพัทยากร


วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE FAMILY CAREGIVER' S EXPERIENCES IN MANAGEMENT WITH PROBLEMATIC
BEHAVIORS OF ELDERLY WITH DEMENTIA



Miss Thirawan Konchome

ศูนย์วิทยุทันตแพทย์
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวในการจัดการ
กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

โดย

นางสาวธีรวรรณ คนชม

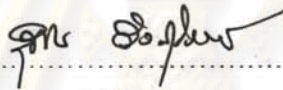
สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

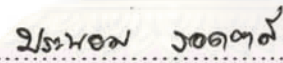
รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้แก่นักศึกษานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต




..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอก. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)


คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)



..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

ท.ท.ท.ท.ท.  : กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(พันโท หญิง ดร. วาสนา นัยพัฒน์)

ศูนย์วิทยุโทรพักร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ธีรวรรณ คนชม: ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. (THE FAMILY CAREGIVER'S EXPERIENCES IN MANAGEMENT WITH PROBLEMATIC BEHAVIORS OF ELDERLY WITH DEMENTIA) อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 204 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์การจัดการของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ผู้ให้ข้อมูลหลักได้แก่ ผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวและมีความเกี่ยวข้องในฐานะญาติกับผู้สูงอายุ เคยผ่านประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในอดีต หรือมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในปัจจุบัน สามารถจัดการหรือให้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้ดี โดยได้รับการยืนยันจากผู้ที่มีข้อมูล (Gate keeper) ว่าสามารถปรับตัว ดำรงชีวิตอยู่ในบทบาทของการเป็นผู้ดูแลได้ จำนวน 11 ราย รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการบันทึกเทป นำข้อมูลที่ได้มาถอดความแบบคำต่อคำ (Verbatim transcription) และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์การจัดการของญาติผู้ดูแลกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมประกอบไปด้วย 4 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) การเข้าใจและการยอมรับ โดยผู้ดูแลต้องเข้าใจอาการของโรค ยอมรับกับความจริง และยอมรับพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงออก รวมทั้งยอมรับบทบาทของการเป็นผู้ดูแล 2) การเรียนรู้การดูแล โดยเริ่มจากการค้นหาข้อมูล ทั้งจากผู้ที่มีความรู้ การลองผิดลองถูก และจากประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การค้นหาวิธีการดูแลที่เหมาะสม โดยการมีความคิดสร้างสรรค์ การสั่งสมประสบการณ์ การเรียนรู้จากพฤติกรรมและปรับการดูแลให้เหมาะสม 4) การจัดการกับความเครียด โดยการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว และการใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งทางจิตใจ โดยผลการศึกษาที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทาง และเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สำหรับผู้ดูแลที่ไม่สามารถปรับตัว หรือไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2552

ลายมือชื่อนิสิต จีรวงศ์ คนชม

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก Pim / Nadeem

#5077573436 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : FAMILY CAREGIVER / ELDER/ DEMENTIA / PERSPECTIVE/
EXPERIENCES

THIRAWAN KONCHOME: THE FAMILY CAREGIVER' S EXPERIENCES IN
MANAGEMENT WITH PROBLEMATIC BEHAVIORS OF ELDERLY WITH
DEMENTIA .THESIS ADVISOR: ASSOC. PROF. JIRAPORN
KESPICHAYAWATTANA, Ph.D., 204 pp.

This research was conducted with the objectives of describing the management experiences of family caregivers and the problematic behaviors of elderly patients with dementia by employing the qualitative research method of phenomenology. The main data providers consisted of 11 family caregivers who currently provide care to the elderly or used to take care of the demented elderly .These family caregivers have experiences in effectively providing or managing the problematic behaviors of elderly with dementia verified by gatekeepers. The data was collected by in-depth interviews and tape recorded. The data obtained was transcribed verbatim and data analysis was performed by content analysis.

According to the research findings, it was indicated that the management experiences of family caregivers and the problematic behaviors of elderly patients with dementia consisted of the following main issues: 1) Understanding and acceptance where caregivers must understand the symptoms of the disease, accept the facts and accept behaviors displayed by the elderly patients while also accepting their roles as caregivers; 2) Learning about caregiving, beginning with searches for data from individuals with knowledge, trial and error, and the experiences of others; 3) Searching for appropriate care-giving methods with creativity, experience building, learning from behaviors and suitable care-giving adjustments; 4) Stress management by building family relationships with emotional reliance upon religion. The results of this study can be implemented as guidelines and baseline data for managing the problematic behaviors of elderly patients with dementia for family caregivers who are unable to adapt or confront these problems effectively

Field of Study : Nursing Science..... Student's Signature : *Thirawan Konchome*

Academic Year : 2009..... Advisor's Signature : *Jiraporn K. Wattana*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาและสละเวลาอันมีค่าเพื่อชี้แนะแนวทางอันเป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ และมอบกำลังใจให้แก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้และประสบการณ์ต่าง ๆ อันมีค่าแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณ แพทย์หญิงสิรินทร ฉันทศิริกาญจน หัวหน้าหน่วยเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และนายกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม-ประเทศไทย เจ้าหน้าที่ภายในสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่ให้ความอนุเคราะห์และเอื้ออำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล จนสามารถประสบความสำเร็จไปได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณหัวหน้าหอผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์สามัญ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่ให้ความอนุเคราะห์ในเรื่องของเวลาเรียน และช่วยสนับสนุนปฏิบัติงานในเวลาที่ผู้วิจัยมีความจำเป็น จนสำเร็จการศึกษา และที่สำคัญขอกราบขอบพระคุณผู้สูงอายุ และญาติผู้ดูแลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย อันเป็นส่วนสำคัญยิ่งที่ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ อีกทั้งยังได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย จากบัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และทุนสนับสนุนโครงการวิจัยในงานประจำ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่กรุณาให้การสนับสนุนในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ญาติพี่น้อง และกัลยาณมิตรทุกท่าน ที่คอยมอบกำลังใจ ความห่วงใย และช่วยเหลือตลอดมา

ท้ายสุดนี้คุณความดีและประโยชน์ใด ๆ อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน ให้มีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์ แข็งแรง ตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม.....	9
อุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อม.....	10
อาการและอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อม.....	11
พยาธิสภาพของโรคสมองเสื่อม.....	13
ชนิดของภาวะสมองเสื่อม.....	14
สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม.....	17
แนวทางการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม.....	21
การดำเนินของโรคสมองเสื่อม.....	21
แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว.....	23
แนวคิดการจัดการและการรับมือกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา.....	24

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การอาบน้ำและการดูแลทำความสะอาดร่างกาย.....	26
การแต่งกาย.....	30
การมีพฤติกรรมการเดินทาง.....	31
การแสดงออกทางเพศที่ผิดปกติ	34
ความผิดปกติของการติดต่อสื่อสาร.....	36
ความผิดปกติของการนอนหลับพักผ่อน.....	38
การรับประทานอาหารที่ผิดปกติ	41
พฤติกรรมวุ่นวายก้าวร้าว	44
การแสดงพฤติกรรมซ้ำๆ.....	46
พฤติกรรมกรงกอด ซะสมสิ่งของ และทำของหาย.....	48
บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล.....	49
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	51
สรุปการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	56
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	58
พื้นที่ในการศึกษา.....	58
ผู้ให้ข้อมูลหลัก.....	59
การได้มาและการเข้าถึงข้อมูล.....	60
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	60
เครื่องมือที่ช่วยในการวิจัย.....	63
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	66
ขั้นตอนก่อนการสัมภาษณ์.....	66
ขั้นตอนการสัมภาษณ์.....	66
ขั้นสิ้นสุดการสัมภาษณ์.....	68
ข้อมูลโดยทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลและของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม.....	70
การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล.....	81
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	81
ความเชื่อถือได้ของงานวิจัย.....	82

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย.....	85
5 การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	130
ข้อเสนอแนะ.....	147
รายการอ้างอิง.....	149
ภาคผนวก.....	164
ภาคผนวก ก.....	165
หนังสือแสดงการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย.....	166
คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยและการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย.....	167
ใบรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	173
ภาคผนวก ข.....	175
แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก.....	176
แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล.....	180
แบบบันทึกภาคสนาม.....	181
ภาคผนวก ค.....	182
ข้อมูลโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแล	
และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแต่ละราย.....	183
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	204

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงประสบการณ์ของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว ในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม.....	87



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
	1. แสดงข้อมูลโดยทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลและของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อม.....	70



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทย ทำให้สัดส่วนประชากรวัยสูงอายุ (Population aging) เพิ่มมากขึ้น สืบเนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านการแพทย์ในช่วงหลายสิบปีที่ผ่านมา ประกอบกับคนไทยนิยมมีบุตรน้อยลง ซึ่งเป็นผลของการวางแผนครอบครัวที่ได้ผลดี ส่งผลให้ประชากรไทยมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าอายุขัยเฉลี่ยของประชากร คาดการณ์ ในปี พ.ศ. 2553 เพศชาย อยู่ที่ 69.5 และ 76.3 ปี ในผู้หญิง สำหรับประชากรสูงอายุในประเทศไทย จากการสำรวจของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลในปีเดียวกัน คาดว่า พบประชากรสูงอายุทั้งหมด 7,537,000 คน คิดเป็นร้อยละ 11.82 ของประชากรทั้งหมด (สถาบันวิจัยประชากร, 2553) และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นถึง 12.4 ล้านคนในปี พ.ศ.2566 (ปรามิทธิ์ ประสาทกุล และ ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์, 2542)

ผลจากการที่ประชากรวัยสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อาจส่งผลกระทบต่อการจัดการและการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่ต้องการ การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุครั้งที่ 4 ปี พ.ศ. 2551 ถึง ปี พ.ศ. 2552 โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบผู้สูงอายุไทยกำลังประสบกับปัญหาโรคที่เกิดจากการเสื่อมของอวัยวะ 6 กลุ่มโรคโดยพบว่า ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นอีกประเด็นปัญหาสุขภาพ 1 ใน 6 กลุ่มโรค (วิทยาลัยประชากรศาสตร์, 2553) ที่กำลังส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในปัจจุบัน ซึ่งสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่ามีสาเหตุและปัจจัยที่ชักนำให้เซลล์สมองมีการเสื่อมและสลายตายไป โดยไม่มีเซลล์สมองใหม่ขึ้นมาทดแทน ทำให้สมองส่วนที่เหลืออยู่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เช่น การติดเชื้อในสมอง การขาดสารอาหารบางชนิด การได้รับการกระทบที่รุนแรงที่สมอง การมีปัญหาลดเลือดในสมอง เป็นต้น

จากสถิติความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประชากร พบว่าอยู่ในอัตราสูงถึงร้อยละ 5-8 ของผู้ที่อายุเกิน 65 ปี และมีอัตราสูงถึงร้อยละ 20 เมื่ออายุเกิน 90 ปี (Joseph, 2007) โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รายงานว่าเป็นปัจจุบันพบประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 24.3 ล้านคน โดยในทุกๆปีจะมีจำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมรายใหม่เกิดขึ้นประมาณ 4.6 ล้านคน และทุก ๆ 7 นาที จะมีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นจำนวน 1 ราย (Ferri et al., 2005) ซึ่งอัตราความชุกและชนิดของการเกิดภาวะสมองเสื่อม จะมีความแตกต่างกันตามลักษณะเชื้อชาติ

โดยพบว่า คนอเมริกาผิวดำจะพบอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่าคนอเมริกาผิวขาวถึง 2 เท่า (Haan et al., 2003)

สำหรับในประเทศไทยนั้น ปัจจุบันพบผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมประมาณ 900,000 คน (วิทยาลัยประชากรศาสตร์, 2553) และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 1,000,000 คน ในปี พ.ศ.2561 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2551) ในจำนวนนี้เข้ารักษาเพียงปีละ 1,500 - 2,000 คน (ชาติรี บานชื่น, 2551) เนื่องจากผู้ที่ให้การดูแลส่วนใหญ่เข้าใจว่าการที่ผู้สูงอายุมีอาการหลง ๆ ลืม ๆ มีความจำลดลง เป็นอาการที่สามารถพบได้ทั่วไป และเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา ที่เป็นไปตามกระบวนการสูงอายุ ประกอบกับผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจในอาการ และอาการแสดงของโรค รวมถึงธรรมชาติของโรค ซึ่งเป็นปัญหาที่พบมากที่สุด ส่งผลทำให้เกิดการรักษาที่ล่าช้า และนำไปสู่การดูแลที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้น (Janevic and Connell, 2001)

ดังที่กล่าวมาแล้วว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ จะพบการสูญเสียความทรงจำ (Marks and Sykes, 2000) การรับรู้ในเรื่องของ วัน เวลา สถานที่ (Janet et al., 2007) รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านบุคลิกภาพ ที่ถดถอยและแยกตนเองออกจากสังคม (Jill, Steve and Alison, 2002) ผู้สูงอายุบางรายมีพฤติกรรมการเดินทาง จำเส้นทางในการเดินไม่ได้เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุหายตัวไปจากบ้าน โดยอาการดังกล่าวจะพบประมาณร้อยละ 15 - 60 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Robinson et al., 2006)

นอกจากนี้อาจมีปัญหาเรื่องของการสื่อสาร เช่น ไม่สามารถสื่อสารโดยการพูด และสูญเสียความเข้าใจในภาษา (Aphasia) ไม่สามารถจดจำบุคคลหรือสิ่งของได้ (Agnosia) ไม่สามารถสื่อโดยการใช้ท่าทางหรือสัญลักษณ์ (Apraxia) (Eva et al., 2002) รวมถึงการพูดซ้ำๆ การมีพฤติกรรมที่วุ่นวายก้าวร้าว การรื้อข้าวของ (Ruth et al., 2006) ซึ่งการดำเนินของโรคดังกล่าว เป็นสาเหตุหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจของครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวที่ไม่มีความรู้ในการดูแลและขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค จะเกิดภาวะเครียด ซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ได้ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Sansoni, Vellone and Piras, 2004) โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลที่ไม่ยอมรับ หรือไม่สามารถปรับตัวได้

จากการศึกษาของ Kristin (Kirstin, 2006) ได้ชี้ให้เห็นว่า คู่สมรสที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งทำหน้าที่ดูแลอีกฝ่าย ซึ่งกำลังป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม พบว่าผู้ดูแลในกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่ตกอยู่ในภาวะเครียด และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ มากกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำหน้าที่ในการดูแล โดย

แนวโน้มของการเกิดโรคมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น หากผู้ดูแลมีความเครียดเกิดขึ้นตลอดเวลา ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะไปเพิ่มกลไกการแข็งตัวของเส้นเลือด ทำให้การสูบฉีดของเลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ เป็นสาเหตุที่ทำให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจได้เช่นกัน โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค (late - stage Alzheimer)

นอกจากนี้การศึกษาของ Mills และคณะ (2008) ยังได้ชี้ให้เห็นอีกว่า ผู้ดูแลที่ไม่มีเวลาพักผ่อน และไม่มีเวลาดูแลสุขภาพของตนเอง มักประสบปัญหาเรื่องการพักผ่อนนอนหลับ เกิดอาการอ่อนเพลีย อาการเหนื่อยง่าย มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากกลไกการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง และอาจส่งผลทำให้มีการเพิ่มของระดับความดันโลหิตที่ผิดปกติ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดตามมา (Jung - Hyun and Bob, 2008)

อย่างไรก็ตามในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่ามีบางครอบครัวสามารถปรับตัว และจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มองว่าการดูแลเป็นสิ่งที่ทำลายความสามารถ ซึ่งต้องอาศัยทักษะความเข้าใจ และองค์ความรู้ต่างๆ มาจัดการกับปัญหา ซึ่งบางครั้งไม่อาจสามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า (Butcher et al., 2001) โดยผู้ดูแลบางรายสามารถปรับตัว และพยายามหาวิธีการหรือกลวิธีต่างๆ ในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อม นอกเหนือจากเทคนิคที่ได้รับการอบรมแนะนำ หรือวิธีการที่อยู่นอกเหนือตำรา (Gubrium, 1991)

โดยศึกษาของ Carmen (2008) ได้แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลที่สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการสื่อสาร ด้วยการใช้ข้อความสั้น ๆ (Short message) และการสร้างคำเฉพาะหรือภาษาเฉพาะขึ้นมาใช้ในการสนทนา ร่วมกับการใช้ท่าทางประกอบ ในระหว่างการสนทนากับผู้สูงอายุที่สูญเสียความสามารถในการใช้ภาษา พบว่าผู้ดูแลและผู้สูงอายุสามารถสื่อสารกันได้เข้าใจมากขึ้น นอกจากนี้การศึกษาของ Perren และคณะ (2006) ได้ชี้ให้เห็นว่า กลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับวิธีการส่งเสริมและการสนับสนุนทางด้านจิตใจ (Psycho-educational intervention) จะสามารถปรับตัวได้ดีและมีมุมมองในการดูแลเปลี่ยนไป กล่าวคือมีทัศนคติการดูแลในเชิงบวกมากขึ้น และพยายามแสวงหาวิธีการต่าง ๆ ในการปรับพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่แสดงออกได้อย่างเหมาะสม

ดังนั้น ในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุสมองเสื่อม สามารถเรียนรู้ได้จากการบอกเล่าเรื่องราวผ่านประสบการณ์ตรง จากบุคคลที่เป็นผู้ดูแล และปรับตัวดำรงชีวิตอยู่ในบทบาท ของการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ดีในระดับหนึ่ง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาองค์ความรู้ที่ได้ เกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของ

ญาติผู้ดูแล ส่วนใหญ่มาจากการทบทวนวรรณกรรมจากต่างประเทศ และอาจมีความแตกต่างกันทางด้านวัฒนธรรม ทักษะคติ ความเชื่อ รวมถึงรูปแบบของการดูแลสุขภาพ

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมสังคมไทย ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาไว้บ้างแล้ว แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การดูแล เน้นการจัดการความเครียด การรับรู้ และผลจากการรับภาระหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น การศึกษาของ วันเพ็ญ เชาวน์เชิง และ กรเศศ พรหมดี (2544) ที่ศึกษาถึง อัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ภาวะสุขภาพทั่วไปและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะ สมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา และ การศึกษาของ เตือนใจ ภักดีพรหม (2548) ที่ศึกษาถึงปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ กับความสามารถของผู้ดูแลในการ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหา การปรับตัว และการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็น ปัญหาของผู้ดูแล ซึ่งเป็นการศึกษาที่สามารถนำประสบการณ์ ในเชิงแลกเปลี่ยนความรู้จาก ประสบการณ์แห่งตน ยังไม่มีผู้ศึกษาไว้ ดังนั้นการใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) จึงเป็นวิธีการที่ช่วยให้สามารถเข้าถึงข้อมูลและประสบการณ์ชีวิตของบุคคลที่ ได้ประสบพบมาได้โดยตรง ซึ่งประสบการณ์ดังกล่าวเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในช่วงชีวิตของ มนุษย์ (ชาย โพธิ์สีตา, 2549) และที่สำคัญช่วยให้สามารถเก็บรายละเอียดข้อมูลที่เป็นความรู้สึก นึกคิด ค่านิยมตลอดจนอุดมการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างลึกซึ้งและลงลึกในประเด็นที่สนใจได้ (สุภาวงศ์ จันทรานิช, 2551)

ดังนั้นในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะพยาบาล ที่ให้บริการและดูแล ผู้สูงอายุ ควรพัฒนาองค์ความรู้ในด้านการดูแล เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ ๆ โดยการศึกษาผ่าน ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว ที่สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการดูแล จนสามารถ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมออกมาในทางที่เหมาะสม ร่วมกับการศึกษาทบทวน วรรณกรรมจากต่างประเทศ แล้วลองนำมาปรับให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมและวัฒนธรรม ไทย ถือได้ว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ในการช่วยให้พยาบาลนำความรู้ และประสบการณ์ที่ได้จาก การศึกษา ไปถ่ายทอดความรู้ ให้คำแนะนำ เพื่อใช้ในการช่วยเหลือผู้ดูแลรายอื่น ๆ ให้สามารถ นำมาเป็นตัวอย่างและปรับใช้ในการดูแลได้อย่างเหมาะสม โดยเน้นส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามี ส่วนร่วมในการดูแล และมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ

คำถามในการวิจัย

ผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวมีประสบการณ์ในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อบรรยายประสบการณ์การจัดการของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ ผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวและทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) กล่าวคือ

1) เป็นผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวและมีความเกี่ยวข้องในฐานะญาติกับผู้สูงอายุ

2) ไม่จำกัดเพศและมีอายุครบ 20 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป

3) สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

4) มีความสมัครใจและพร้อมให้ความร่วมมือ

5) เคยผ่านประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในอดีต หรือมี

ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในปัจจุบัน

6) สามารถจัดการ หรือให้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้ดี โดยได้รับการยืนยันจากผู้ที่มีข้อมูล (Gate keeper) ว่าสามารถปรับตัว ดำรงชีวิตอยู่ในบทบาทของการเป็นผู้ดูแลได้ดีในระดับหนึ่ง และมีวิธีการที่ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแสดงพฤติกรรมออกมาในทางที่เหมาะสม โดยในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยได้รับการแนะนำกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยติดต่อผ่านผู้ที่มีข้อมูล (Gate keeper) ซึ่งได้แก่

1) แพทย์เจ้าของไข้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งมีข้อมูลและทราบรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วยและครอบครัว

2) พยาบาล ที่ให้บริการในแผนกตรวจผู้ป่วยจิตเวช ที่รับการรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมแบบผู้ป่วยนอก

3) เจ้าหน้าที่ภายในสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม - ประเทศไทย ที่ให้คำปรึกษาเมื่อญาติผู้ดูแลหรือครอบครัวประสบกับปัญหาเรื่องการดูแล

ทั้งนี้ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยมีแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก (Interview guideline) ที่สร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์เป็นเวลา 90 - 120 นาที

ข้อตกลงเบื้องต้น

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ซึ่งเป็นวิธีการที่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้โดยตรง มีจุดมุ่งหมายเพื่อทำความเข้าใจ โลกหรือปรากฏการณ์ และประสบการณ์จริงของผู้ให้สัมภาษณ์ (ชาย โพธิ์สิตา, 2549) ซึ่งการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษา เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว ว่ามีประสบการณ์ในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างไร โดยมุ่งทำความเข้าใจว่า ผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวให้ความหมายต่อปรากฏการณ์ที่ได้ประสบ หรือมีมุมมอง ในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอย่างไร ผู้วิจัยจึงไม่ใช้กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีใด ๆ ในการควบคุมการวิจัย แต่ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วยแนวคิดผู้สูงอายุกับภาวะสมองเสื่อม แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว แนวคิดการจัดการและการรับมือกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เป็นแนวทางในการวางแผนการวิจัย เพื่อให้สามารถรับรู้และเข้าใจถึงข้อเท็จจริงในปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษาอยู่อย่างลึกซึ้ง และเพื่อให้เกิดความเข้าใจในประสบการณ์การจัดการของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างถ่องแท้

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ประสบการณ์การจัดการ หมายถึง การบอกกล่าวถึงสิ่งที่ผู้ดูแล ได้ดำเนินการเกี่ยวกับ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ด้วยวิธีการ และเทคนิคต่าง ๆ ซึ่งเป็นประสบการณ์ตรง และเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ที่ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวในการดำรงชีวิต กับการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้ดีในระดับหนึ่ง ซึ่งได้รับการยืนยันจากผู้ที่มีข้อมูล และได้เรียนรู้การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแสดงพฤติกรรมออกมาในทางที่เหมาะสม

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลในครอบครัวที่เคยผ่านประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในอดีต หรือมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในปัจจุบัน มีความเกี่ยวข้องกันในฐานะ

ญาติ และทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยตรง และเป็นผู้ที่ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งไม่รวมถึงผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้าง

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง บุคคลทั้งเพศหญิง และเพศชายที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์หรือมากกว่า และเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม

พฤติกรรมที่เป็นปัญหา หมายถึง การแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ความปลอดภัย รวมทั้งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ใช้เป็นแนวทางและเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ไม่สามารถปรับตัวหรือไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการศึกษา เป็นข้อมูลพื้นฐานให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่สำคัญช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการยอมรับและสามารถปรับตัวต่อบทบาทของการเป็นผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม
3. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยและพัฒนา เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว ในมุมมองของวิชาชีพอื่น ๆ ในสาขาที่มีความเกี่ยวข้อง พร้อมนำการวิจัยมาปรับไปใช้ในด้านการปฏิบัติพยาบาล และปรับปรุงพัฒนารูปแบบการดูแลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการของญาติผู้ดูแลกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า เอกสาร ตำรา วารสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. แนวคิดผู้สูงอายุกับภาวะสมองเสื่อม
 - 1.1 อุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อม
 - 1.2 อาการและอาการแสดงของโรคสมองเสื่อม
 - 1.3 พยาธิสภาพของโรคสมองเสื่อม
 - 1.4 ชนิดของภาวะสมองเสื่อม
 - 1.5 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม
 - 1.6 แนวทางการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม
 - 1.7 การดำเนินของภาวะสมองเสื่อม
2. แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว
3. แนวคิดการจัดการและการรับมือกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา
 - 3.1 การอาบน้ำและการดูแลทำความสะอาดร่างกาย
 - 3.2 การแต่งกาย
 - 3.3 พฤติกรรมการเดินหลงทาง
 - 3.4 การแสดงออกทางเพศที่ผิดปกติ
 - 3.5 ความผิดปกติของการสื่อสาร
 - 3.6 ความผิดปกติของการนอนหลับ
 - 3.7 การรับประทานอาหารที่ผิดปกติ
 - 3.8 พฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว
 - 3.9 การแสดงพฤติกรรมซ้ำ ๆ
 - 3.10 พฤติกรรมการซุกซ่อน สะสมสิ่งของ และทำของหาย
4. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. สรุปการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตในประชากรวัยสูงอายุ (Marks and Sykes, 2000) เนื่องจากการดำเนินของโรคค่อนข้างล่าช้าและมีความก้าวหน้าเป็นค่อยไป โดยส่วนใหญ่มาพบแพทย์เมื่อมีอาการมากแล้ว ประกอบกับญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจว่าการที่ผู้สูงอายุ มีอาการหลง ๆ ลืม ๆ มีความจำลดลง เป็นกลุ่มอาการที่สามารถพบได้ในผู้สูงอายุทั่วไป ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย รวมถึงระบบต่าง ๆ ที่เป็นไปตามกระบวนการสูงอายุ (Neary and Mahoney, 2005) ซึ่งประเด็นปัญหาที่สำคัญที่ส่งผลให้การประเมินภาวะสมองเสื่อม เกิดความล่าช้าขึ้น ส่วนหนึ่งมาจากการที่ญาติผู้ดูแล ขาดความรู้ ความเข้าใจ ขาดการประเมินเอาใจใส่ เป็นสาเหตุทำให้เกิดการดูแลรักษาที่ล่าช้า และนำไปสู่การดูแลรักษาที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้น

สำหรับสาเหตุของการเกิดภาวะสมองเสื่อมนั้นยังไม่ทราบสาเหตุการเกิดที่แน่ชัด แต่เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านความคิด ความจำ มีการแสดงออกของพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ผิดปกติจากเดิม กล่าวคือ มีการแสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ หรือการมีบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไป สูญเสีย การรับรู้ในเรื่องของ วันเวลา สถานที่ (Janet et al, 2007) แยกตนเองออกจากสังคม (Jill, Steve and Alison, 2002) มีพฤติกรรมการเดินทางหลงทาง จำเส้นทางในการเดินไม่ได้ (Wandering) (Robinson et al., 2006) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม มีผู้ให้คำนิยามและความหมายของภาวะสมองเสื่อมไว้ดังนี้

สิรินธร ฉันทศิริกาจน (2548) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีการเสื่อมถอยความสามารถทางสมองไปเรื่อย ๆ ทำให้มีความจำบกพร่อง ซึ่งในช่วงแรก ๆ นั้นจะไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้ เมื่อมีอาการมากขึ้นจะลืมสิ่งเก่า ๆ ที่เคยเรียนรู้ มีปัญหาในเรื่องของการคิดคำนวณ สมาธิ การรับรู้ตนเองกับสิ่งแวดล้อม และความสามารถในการใช้ภาษาลดลง

วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ (2548) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุมาจากการเสื่อมถอยการทำงานของสมอง โดยแสดงความผิดปกติทางด้านความคิด ความจำ การตัดสินใจ การเคลื่อนไหว ที่รุนแรงรบกวนการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม บุคลิกภาพ และอารมณ์

พนัส ัญญะกิจไพศาล (2544) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของสมอง ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และมีช่วงชีวิตที่สั้นลง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) (1992) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของเซลล์สมอง ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนนำไปสู่การเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ความสามารถในการเรียนรู้ การคิดคำนวณ การตัดสินใจ การรับรู้ ความสามารถในการใช้ภาษาลดลง รวมถึงความสามารถในการเข้าสังคม และความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม ทั่ว ๆ ทั่วลดลง

กล่าวโดยสรุป ภาวะสมองเสื่อม เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของสมอง ทำให้ความสามารถในด้านความคิดความจำและการรับรู้ต่าง ๆ จากสิ่งแวดล้อม ทั่ว ๆ ทั่วลดลง จนส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม ที่ส่งผลกระทบต่อบุคลิกภาพ การดำเนินชีวิตประจำวัน และการเข้าสังคม

1.1 อุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อม

ผลจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรไทย ทำให้สัดส่วนประชากรวัยสูงอายุ (Population aging) เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยจากการสำรวจและคาดการณ์ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ. 2553 พบประชากรสูงอายุทั้งหมด 7,537,000 คน คิดเป็นร้อยละ 11.82 ของประชากรทั้งหมด (สถาบันวิจัยประชากร, 2553) และคาดว่าจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 12.4 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2566 (ปราชญ์ ประชาทกุล และ ปัทมา ว่าพัฒนางศ์, 2542) และในปี พ.ศ. 2570 คาดการณ์กันว่าประชากรเกือบ 1 ใน 4 จะเป็นผู้สูงอายุ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2551) ซึ่งผลจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าว ทำให้แบบแผนการเกิดโรคเรื้อรังและโรคเกี่ยวกับผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรังที่นับวันจะมีอัตราการเจ็บป่วยที่สูงเพิ่มมากขึ้น

จากการที่ประชากรวัยสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อาจส่งผลกระทบต่อ การจัดการและการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่ต้องการ การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุครั้งที่ 4 ปี พ.ศ. 2551 ถึง ปี พ.ศ. 2552 โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบผู้สูงอายุไทยกำลังประสบกับปัญหาโรคที่เกิดจากการเสื่อมของอวัยวะ 6 กลุ่มโรค โดยพบว่าภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นอีกประเด็นปัญหาสุขภาพ 1 ใน 6 กลุ่มโรคที่กำลังส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน (วิทยาลัยประชากรศาสตร์, 2553) ซึ่งสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่ามีสาเหตุ และปัจจัยที่ชักนำให้เซลล์สมองมีการเสื่อมและสลายตายไป ทำให้สมองส่วนที่เหลืออยู่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ

จากสถิติความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประชากร พบว่าอยู่ในอัตราสูงถึง ร้อยละ 5-8 ของผู้ที่อายุเกิน 65 ปี และจะมีอัตราสูงถึงร้อยละ 20 เมื่ออายุเกิน 90 ปี (Joseph, 2007) ทั้งนี้ อัตราความชุกและชนิดของการเกิดภาวะสมองเสื่อมพบ จะมีความแตกต่างกันตามลักษณะ เชื้อชาติ โดยพบว่า คนอเมริกาผิวดำจะพบอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่าคนอเมริกาผิวขาว ถึง 2 เท่า (Haan et al., 2003) โดยองค์การอนามัยโลกได้รายงานไว้ว่า ในปัจจุบันพบประชากร ผู้สูงอายุทั่วโลกที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 24.3 ล้าน และในทุก ๆ ปี จะมีจำนวนผู้ป่วยสมอง เสื่อมรายใหม่เกิดขึ้นประมาณ 4.6 ล้านคน โดยทุก ๆ 7 นาที จะมีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นอย่างน้อย จำนวน 1 ราย (Ferri et al., 2005) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสหรัฐอเมริกาคาดการณ์ว่าจะพบ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสูงถึงร้อยละ 25 ในปี พ.ศ.2010 (Jeffrey et al., 1999)

สำหรับประเทศไทยปัจจุบันพบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประมาณ 900,000 คน (วิทยาลัยประชากรศาสตร์, 2553) และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 1,000,000 คนในปี พ.ศ.2561 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2551) ในจำนวนนี้เข้ารักษาเพียง ปีละ 1,500 - 2,000 คน (ชาติรี บานชื่น, 2551) เนื่องจากผู้ที่ให้การดูแลส่วนใหญ่เข้าใจว่า การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นไปตามกระบวนการสูงอายุ ประกอบกับผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาด ความรู้ ความเข้าใจในอาการ และอาการแสดงของโรค รวมถึงธรรมชาติของโรค ซึ่งเป็นปัญหาที่ พบมากที่สุด (Janevic and Connell, 2001) ดังนั้นการให้ญาติผู้ดูแลได้เรียนรู้เกี่ยวกับโรค การ ดำเนินของโรค รวมถึงการเรียนรู้ในเรื่องปรับตัว การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และเปลี่ยน มุมมองในการดูแล ว่าเป็นสิ่งที่ทำทลายความสามารถของตนเอง (Batcher, Hdkup and Buckwalter, 2001) ถือว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ที่ช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถผ่านพ้นวิกฤติใน ช่วงหนึ่งของการดูแลได้

1.2 อาการและอาการแสดงของโรคสมองเสื่อม

ดังจะเห็นแล้วว่าโรคสมองเสื่อมเป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และเป็นสาเหตุที่ สำคัญของการเสียชีวิตในประชากรสูงอายุ คือพบประมาณร้อยละ 75 ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน สถานบริการที่ให้การดูแล โดยมีสาเหตุสำคัญมาจากความบกพร่องด้านการรับรู้ (Sharon et al., 2002) ประกอบกับญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรค ซึ่งเป็น สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาที่ล่าช้าออกไป ดังนั้นเพื่อให้เข้าใจอาการและอาการแสดงของ โรคสมองเสื่อม ทางสมาคมสมองเสื่อมของประเทศออสเตรเลีย (Alzheimer's Australia, 2005) ได้จำแนกอาการและอาการแสดงของโรคสมองเสื่อมดังนี้

1.2.1 การมีความจำบกพร่อง (Memory loss that affects day to day function) ผู้ป่วยที่มีสมองเสื่อมในระยะแรก อาการที่เด่นชัดที่สุดคือ การที่มีความจำบกพร่อง เป็นอาการที่พบมากที่สุด โดยในช่วงแรกจะมีปัญหาในเรื่องของความจำระยะสั้น (Short term memory) คือจะมีอาการหลง ๆ ลืม ๆ ในเรื่องใหม่ๆอย่างรวดเร็วในเวลาไม่กี่วินาที เช่นอาจทำงานบางอย่างค้างไว้ แต่เมื่อมีเหตุการณ์มาขัดจังหวะก็ไม่สามารถที่กลับมาทำงานต่อได้ ในรายที่มีอาการรุนแรง ผู้ป่วยจะไม่สามารถจำเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ ทั้งที่เป็นความจำระยะสั้นและระยะยาว ไม่สามารถจำวันเวลา หรือจำอาชีพที่ตนเองเคยทำอยู่ เป็นต้น

1.2.2 มีปัญหาเรื่องของภาษา (Problem with language) อาจมีอาการพูดซ้ำ ๆ คลุมเครือ พูดไร้สาระบางครั้ง อาจมีปัญหาในเรื่องของการใช้คำง่าย ๆ ในรายที่มีอาการรุนแรง อาจจะไม่พูดหรือสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจได้

1.2.3 มีปัญหาพร้อมการรับรู้เรื่องเวลา วัน และสถานที่ (Time and place disorientation) กล่าวคือ ไม่สามารถจำได้ว่าวันนี้วันอะไร ไม่สามารถจำสถานที่ได้ เช่นเมื่อต้องเดินไปที่ไหนสักที่หนึ่งจะไม่สามารถเดินกลับมาที่เดิมได้

1.2.4 มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ (Change in mood) กล่าวคือมีการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ที่รวดเร็ว มีอารมณ์ขึ้น ๆ ลง ๆ มีลักษณะที่หงุดหงิดและฉุนเฉียวง่าย มีการเรียกร้องความสนใจ บางครั้งอาจแสดงอาการหวาดระแวงได้

1.2.5 บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง (Personality change) กล่าวคือ อาจมีพฤติกรรมที่กลับไปสู่พฤติกรรมแบบเด็ก ๆ หรือมีพฤติกรรมที่ถดถอย เช่นบุคคลที่เคยกระตือรือร้น คล่องแคล่วว่องไว กลับมีพฤติกรรมที่เฉยเมย เชื่องช้า และแยกตนออกจากสังคม

1.2.6 มีปัญหาในเรื่องการเรียนรู้สิ่งที่เป็นนามธรรม (Problem with abstract thinking) กล่าวคือ จะมีความยากลำบากในการทำงานหรือการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ โดยเฉพาะงานที่ต้องทำเร่งด่วนหรืองานที่ต้องใช้กระบวนการใหม่ ๆ ที่ต้องใช้ความซับซ้อนและหลายขั้นตอน

1.2.7 วางของผิดที่ (Problem misplacing thing) กล่าวคือ ผู้สูงอายุมักจะวางของไม่เป็นที่ ไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย เนื่องจากมีอาการหลง ๆ ลืม ๆ ไม่สามารถจำได้ว่าหยิบของมาจากที่ใดและไม่สามารถนำกลับไปวางไว้ที่เดิมได้

1.2.8 ขาดการตัดสินใจที่ดี (Lack of judgment) กล่าวคือความสามารถในการตัดสินใจที่จะกระทำต่าง ๆ ในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งลดลง เช่น ขณะขับรถไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าจะใช้เส้นทางใดในการขับรถ ทำให้เกิดการหลงทางได้

1.2.9 ไม่สามารถทำงานที่คุ้นเคยได้ (Difficulty with familiar tasks) กล่าวคือความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ไม่สามารถทำงานที่ตนเองเคยทำอยู่เป็นประจำได้ หรือลืมขั้นตอนต่าง ๆ ในการทำงาน เช่น ลืมขั้นตอนในการทำอาหาร การขับรถ เป็นต้น

1.3 พยาธิสรีรวิทยาของโรคสมองเสื่อม (Patho physiology of Dementia)

กลุ่มอาการของภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของสมองในส่วนของเปลือกสมอง (cerebral cortex) หรือ วิถีประสาทที่เกี่ยวข้อง (กัมมันต์ พันธุมจิตดา และ ศรีจิตรา บุญนาถ, 2543) ในภาวะปกติสมองส่วน cerebral cortex ทำหน้าที่เกี่ยวกับความคิด ความฉลาด ไหวพริบ (intelligence) ความทรงจำ (memory) และความรู้สึกรับผิดชอบต่าง ๆ โดยทั่วไปพบการทำงานของระบบประสาทรับความรู้สึก และระบบการควบคุมการเคลื่อนไหว จากสมอง ส่วนที่เรียกว่า association cortex ซึ่งเป็นบริเวณที่มีขนาดใหญ่ ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการตัดสินใจ ความรู้สึกนึกคิด และความฉลาด

นอกจากนี้หน้าที่สำคัญของสมองอีกอย่างหนึ่งคือ การรับรู้และเข้าใจต่อสิ่งแวดล้อม โดยอาศัยอวัยวะรับความรู้สึกต่าง ๆ ในการเปรียบเทียบข้อมูลใหม่ๆ กับความจำที่ในอดีต โดยความจำระยะสั้นส่วนใหญ่จะเก็บไว้ในสมองส่วน hippocampus และบางส่วนของระบบ limbic system เช่น บริเวณ mammillary body และ reticular formation ส่วนความจำระยะยาว เชื่อว่ามีการเก็บไว้ในสมองหลาย ๆ ส่วน และในส่วนของความสามารถในการใช้ภาษา การเขียน และการคิดคำนวณ พบว่าถูกควบคุมโดยสมองส่วนที่เรียกว่า dominant hemisphere ซึ่งถ้าหากบริเวณนี้เกิดความเสียหาย มักส่งผลทำให้ความสามารถในการคิดคำนวณ ความเข้าใจในภาษาลดลงตามไปด้วย

นอกจากนี้ในสมองส่วน broca's area หรือ ที่เรียกว่าศูนย์กลางควบคุมการพูด (speech area) ที่อยู่ใน frontal cortex หากบริเวณนี้เกิดความเสียหาย มักพบว่าผู้ป่วยจะมีความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด (dysphasia) เช่น พูดตะกุกตะกัก หรือพูดเป็นประโยคไม่สมบูรณ์ และหากพบว่าสมองบริเวณ wernicke's area ถูกทำลาย ซึ่งอยู่ในสมองส่วน temporal lobe ที่เป็นศูนย์กลางควบคุมการพูด การรับรู้ และการเรียนรู้เรื่องของภาษา พบว่าผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถในการเข้าใจภาษาพูดและความสามารถในการอ่าน ดังนั้นผู้ป่วยมักพูดเรื่องราวหรือแปลความหมาย กันคนละเรื่องกับสิ่งที่อ่านในขณะนั้น และหากเกิดความผิดปกติในบริเวณดังกล่าว ร่วมกับความผิดปกติบริเวณ premotor cortex มักพบว่าผู้ป่วยจะไม่สามารถเขียนหนังสือได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้หากพบว่าสมองส่วน parietal และ temporal area เกิดความเสียหาย หรือถูกทำลาย ผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถในการวาดรูปร่างสามมิติ และที่สำคัญ มัก

พบว่าผู้ป่วยมักหลงทางได้ง่าย แม้จะอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เคยชินก็ตาม ดังนั้นในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม มักพบความผิดปกติของสมองในส่วน cerebral cortex มากกว่าสมองในส่วนอื่น ๆ ซึ่งอาการและอาการแสดงของโรคจะมีความแตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริเวณและตำแหน่งที่เกิดความเสียหาย (เลียงชัย ลิมล์อมวงศ์ และคณะ, 2542)

สำหรับพยาธิสภาพของสมองป่วยสมองเสื่อม หากตรวจด้วยเครื่อง CT และ MRI brain scan พบว่าเนื้อสมองมีลักษณะฝ่อเหี่ยว (Cerebral atrophy) อย่างเห็นได้ชัด ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อสมองดังกล่าว พบว่าเกิดจากการทำลายเซลล์ประสาททั้งที่อยู่ภายในเซลล์และภายนอกเซลล์ โดยการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายนอกเซลล์ทำให้มีสาร amyloid plaque ไปเกาะติดตามเนื้อสมอง โดยสารดังกล่าว เป็นสารที่มีพิษต่อเซลล์ประสาท (neurotoxic) ส่งผลทำให้ให้เซลล์ประสาทอักเสบและตายในเวลาต่อมา

นอกจากนี้การเกิดความผิดปกติของ tau protein ที่เกิดการเติมหมู่ฟอสเฟตมากเกินไป (hyperphosphorylation) ทำให้เกิดเป็น neurofibrillary tangles (NFT) ภายในเซลล์ ซึ่งส่งผลต่อระบบ neurotransmitters ตาม axon ต่างๆ ทำให้เซลล์สมองตายในที่สุด (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) การสูญเสียเซลล์ประสาทที่เกิดขึ้นภายในเซลล์ ส่งผลทำให้สารสื่อประสาทหลายชนิดมีปริมาณการหลั่งสารลดลง โดยเฉพาะสาร acetylcholine และ เอนไซม์ที่ใช้ในการสังเคราะห์ acetylcholine ที่ เรียกว่า choline acetyl transferrase ซึ่งถ้าหากพบว่าสารเหล่านี้มีปริมาณลดลง อาจมีผลให้ระบบการเรียนรู้และความจำ เสื่อมสมรรถภาพลงได้ในเวลาต่อมา (พนัส ธีญญะกิจไพศาล, 2544).

1.4 ชนิดของภาวะสมองเสื่อม (Types of Dementia)

ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในวัยผู้สูงอายุ จากการที่ทั่วโลกมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้อัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งปัจจัยและสาเหตุการเกิดภาวะสมองเสื่อมนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าอาจมีปัจจัยหลาย ๆ อย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง หรือ เป็นตัวกระตุ้นให้มีอาการเกิดขึ้น เพื่อให้ง่ายต่อการวินิจฉัยและการรักษา จึงได้แบ่งประเภทของการเกิดภาวะสมองเสื่อมออกเป็น 6 ประเภทดังนี้ (Andrew and Alan, 2006)

1.4.1 Alzheimer's disease (AD) สาเหตุเกิดจากการที่สมองมีการลดขนาดลงมากผิดปกติ และมีการเพิ่มปริมาณของสาร amyloid plaque ไปเกาะติดตามเนื้อสมอง โดยเฉพาะสมองในส่วนของ cerebral cortex จะพบประมาณร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะ

สมองเสื่อมทั้งหมด โดยลักษณะอาการของโรคนั้นจะดำเนินอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยแสดงอาการเหล่านี้เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

- 1.4.1.1 มีความจำบกพร่อง
- 1.4.1.2 ไม่สามารถทำงานที่คุ้นเคยได้
- 1.4.1.3 มีปัญหาเรื่องของภาษา และ มีความยากลำบากในการสื่อสาร
- 1.4.1.4 ไม่สามารถจดจำวัน เวลา สถานที่ได้เหมือนคนปกติทั่วไป
- 1.4.1.5 ความสามารถในการตัดสินใจที่จะกระทำการต่าง ๆ ลดลง
- 1.4.1.6 หาของไม่พบ หรือวางของผิดที่
- 1.4.1.7 มีปัญหาทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป
- 1.4.1.8 มีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง
- 1.4.1.9 ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในสิ่งใหม่ ๆ

โดยทั่วไปอาการและอาการแสดง ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมชนิด AD มักพบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอารมณ์ ดังที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งสาเหตุการเกิดนั้น เชื่อว่า สมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการตัดสินใจ ความรู้สึกนึกคิด และความฉลาด เกิดความเสียหาย ดังนั้นในการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมชนิด AD ควรแยกพิจารณาออกจาก สมองเสื่อมชนิดที่มีสาเหตุมาจาก การขาดวิตามิน B12 โรคสมองเสื่อมที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง โรคสมองเสื่อมที่แสดงอาการทางระบบประสาทเฉพาะที่ หรือ โรคสมองเสื่อมที่มีลักษณะการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติร่วมด้วย

1.4.2 Vascular Dementia (VD) เป็นภาวะสมองเสื่อมที่มีสาเหตุมาจากเส้นเลือดในสมองแตกหรือตีบ ทำให้สมองบางส่วนขาดเลือดไปเลี้ยง ผู้ป่วยบางรายจะมีอาการแขนขาอ่อนแรง อาการพูดลำบากร่วมด้วย หากตรวจด้วยเครื่อง CT หรือ MRI brain มักพบว่าเนื้อเยื่อสมองบางส่วน มีการฝ่อ (atrophy) และการตายเกิดขึ้น (infarction) นอกจากนี้หากตรวจร่างกาย มักพบว่าผู้ป่วย จะมีปัญหาเรื่องความดันโลหิตสูง (hypertension) เบาหวาน (diabetes mellitus) และ ภาวะไขมันในเลือดสูง (hypercholesterolemia) (สมภพ เหลืองตระกูล, 2545)

โดยทั่วไปมักพบสมองเสื่อม ชนิด VD ประมาณร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และพบเป็นอันดับสองรองจากสมองเสื่อมชนิด Alzheimer's disease พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยอัตราการเกิดมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้นโดยตรง สำหรับสาเหตุของการเกิด VD นั้น ผู้สูงอายุมักมีประวัติบ่งชี้ว่าเคยมีโรคหลอดเลือดสมอง (cerebro vascular disease) เช่น มีอาการแสดงของแขนขาอ่อนแรง อัมพาตครึ่งซีก โดยอาการและอาการแสดงของ

โรคมักเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนหลังมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ป่วยเหล่านี้มักมีความผิดปกติของการเดินเกิดขึ้นก่อน การทรงตัวไม่ดี มีประวัติล้มบ่อย ๆ การกลืนปัสสาวะลำบาก ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

1.4.3 Dementia with lewy bodies (DLB) เป็นอาการสมองเสื่อมที่มักพบในผู้ป่วยที่เป็นโรคพาร์กินสัน จากการตรวจร่างกายมักพบความผิดปกติทางการเคลื่อนไหวได้แก่ อาการสั่น (tremor) เกร็งแข็ง (rigidity) ทำอะไรช้า (bradykinesia) และการทรงตัวผิดปกติ (postural instability) ส่วนสาเหตุการเกิดนั้น พบว่า มีพยาธิสภาพที่ basal ganglia บริเวณ substantia nigra ทำให้มีการผลิตสารสื่อประสาทที่ชื่อ สารโดปามีน (dopamine) น้อยลง (สมภพ เหลืองตระกูล, 2545) โดยทั่วไปพบประมาณร้อยละ 15 - 20 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการมองเห็นภาพหลอน (visual hallucination) หูแว่ว (auditory hallucination) ความจำ และทักษะความสามารถในเรื่องภาษาลดลง ซึ่งอาการสมองเสื่อมชนิดนี้ มักพบในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ที่มีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็วและไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา

1.4.4. Frontotemporal Dementia (FID) รวมถึง Pick's disease ซึ่งเป็นโรคที่ทำให้เกิดอาการของสมองเสื่อมได้เช่นกัน และมีลักษณะอาการคล้าย ๆ กับผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิด AD บางครั้งอาจแยกจากกันทางคลินิกไม่ได้ อาจต้องอาศัยลักษณะทางพยาธิวิทยา (กัมมันต์พันธุกรรม และ ศรีจิตรา บุญนาค, 2543) พบประมาณร้อยละ 5 - 20 ของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่เกิดในช่วงอายุ 45 - 65 ปี ผู้สูงอายุจะมีปัญหาในเรื่องการใช้ภาษาและการเข้าใจความหมายของคำ ขาดการดูแลเอาใจใส่ตนเองมีการแสดงออกทางเพศที่ผิดปกติ รวมถึงมีพฤติกรรมในการรับประทานอาหารแบบซ้ำ ๆ ซึ่งภาวะสมองเสื่อมชนิด TID นี้ เชื่อว่า น่าจะเกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมเนื่องจากความผิดปกติของ Chromosome คู่ที่ 17 ที่มีการสังเคราะห์ tau protein ที่ผิดปกติ

1.4.5 Huntington Disease (HD) เกิดจากความผิดปกติของยีนเด่นที่อยู่บนโครโมโซมร่างกาย (Autosomal dominant disorder) พบประมาณ 4 - 7 คน ต่อประชากร 100,000 คน ส่วนใหญ่เกิดในช่วงอายุ 30 - 50 ปี ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะแสดงอาการรุ่มรวย สับสน ความสนใจต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลงร่วมกับมีอาการหลง ๆ ลืม ๆ และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา และสามารถพัฒนาไปสู่การเจ็บป่วยทางจิตชนิด Bipolar disorder และ Schizophrenia

1.4.6 HIV Dementia (HIVD) พบในผู้สูงอายุที่มีการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) พบประมาณร้อยละ 30 ของผู้ที่มีการติดเชื้อ ส่วนสาเหตุที่พบนั้นพบว่า ผลของเชื้อไวรัส และโรคแทรกซ้อนจากเชื้อโรคชนิดอื่น ๆ ผ่าน เข้าสู่สมอง (สมภาพ เหลืองตระกูล, 2545) ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุกลุ่มจะมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร มีอารมณ์และความรู้สึกที่เฉื่อยชา ขาดความสนใจต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม

1.5 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม

สาเหตุที่แท้จริงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่อุบัติการณ์การเกิดนั้นเพิ่มขึ้นตามสัดส่วนของอายุที่เพิ่มมากขึ้น รวมถึงการมีปัจจัยส่งเสริม หรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมเกิดขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นปัจจัยที่มาจากตัวของผู้สูงอายุเอง หรือมาจากสิ่งแวดล้อม เช่น (พนัส ธิญญะกิจไพศาล, 2544)

1.5.1 ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม (Genetic factor) ปัจจัยทางด้านพันธุกรรมถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคสมองเสื่อม โดยพบว่าในครอบครัวที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะพบอัตราการเกิดร้อยละ 24 - 50 ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป และพบร้อยละ 40-50 ในผู้สูงอายุฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน (Catriona et al., 2001) นอกจากนี้อาจพบได้ในครอบครัวที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางพันธุกรรม เช่น Huntington's disease Parkinson's disease, Dementia with lawy bodies, Pick's disease, Creutzfeld - jakob disease เป็นต้น (Ahmed and Ethel, 1998)

1.5.2 ปัจจัยที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากพันธุกรรม (Non - genetic factor) โดยพบว่า อัตราการเกิดโรคสมองเสื่อมจะแปรผันตามกับจำนวนอายุเพิ่มมากขึ้น กล่าวคือผู้สูงอายุ ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี พบอัตราการเกิดโรคสมองเสื่อมร้อยละ 5 - 8 และพบอัตราสูงถึงร้อยละ 20 เมื่ออายุเกิน 90 ปี (Joseph, 2007) ซึ่ง Chirtopher และคณะ (2008) ได้ทำการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมหลาย ๆ เรื่อง จนกระทั่งพบปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคสมองเสื่อมดังนี้

1.5.2.1 ปัจจัยทางด้านเพศ และฮอร์โมน (Gender and hormonal effect) พบว่าความแตกต่างทางเพศ ทำให้พบอัตราการเกิดโรคในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากการมีปัจจัยเกี่ยวกับฮอร์โมนเอสโตรเจนเข้ามาเกี่ยวข้องกับเพศหญิงที่มีระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจนในเลือดต่ำ โดยเฉพาะในวัยที่หมดประจำเดือน มักพบอัตราการเกิดโรคสมองเสื่อมมากกว่าหญิงที่ได้รับฮอร์โมนทดแทนตั้งแต่ในระยะแรก ๆ ของการหมดประจำเดือน (Moffat et al.,

2004) ปัจจุบันการให้ฮอร์โมนเอสโตรเจนในหญิงที่หมดประจำเดือน พบว่าเริ่มมีความสำคัญ เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การให้ฮอร์โมนเอสโตรเจนทดแทนสามารถช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดโรค และช่วยชะลอระยะการดำเนินของโรคได้

1.5.2.2 ความดันโลหิต (Blood pressure) พบว่า ระดับความดันโลหิต มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมองเสื่อมชนิด Vascular Dementia โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลามากกว่า 15 ปี ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดในสมองแตกหรือตีบ มักพบว่าสมองบางส่วน โดยเฉพาะสมองส่วน cerebral cortex เกิดการฝ่อ และมีเนื้อเยื่อบางส่วนตาย เนื่องจากการขาดเลือดไปเลี้ยง (Spence, 2004) จากซึ่งจากการศึกษาของ Elizabeth และคณะ (2007) ได้แสดงให้เห็นว่า หากผู้สูงอายุสามารถควบคุมความดันให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร่วมกับ การรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ จะสามารถช่วยลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรคสมองเสื่อมได้

1.5.2.3 โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อม โดยเฉพาะเบาหวานชนิดที่ 2 พบอัตราการเกิดประมาณร้อยละ 4 - 7 โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี (Yaffe et al., 2004) จากการศึกษาของ Hiroyuki และคณะ (2008) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีประวัติโรคเบาหวาน และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติจะพบอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมองเสื่อมมากกว่าคนปกติ หรือผู้สูงอายุที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ซึ่งเชื่อว่าการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง จะส่งผลทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดรอยโรคและการตายของเนื้อสมองเกิดขึ้นในส่วนของ lacunae, white matter และ para ventricular (Van et al., 2006)

1.5.2.4 โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับการมีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง โดยการเกิดโรคดังกล่าวส่งผลให้เนื้อสมองบางส่วนถูกทำลาย มีการตายของเนื้อสมอง โดยเฉพาะในส่วนของสมองส่วน Temporal lobe หากมีการตายของเนื้อเยื่อเกิดขึ้นจะส่งผลทำให้เกิดโรคสมองเสื่อมชนิด vascular dementia

1.5.2.5 ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ (Hyperthyroidism) การทำหน้าที่ของต่อมไทรอยด์ที่ผิดปกติเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคสมองเสื่อม โดยเฉพาะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ (Frank et al., 2006) ในเพศหญิงพบว่าการมีระดับของไทรอยด์ฮอร์โมนน้อยกว่า

1.0 mIU/L และมากกว่า 2.1 mIU/L พบอัตราการเกิดโรคมากกว่าคนที่มีความไทรอยด์ฮอร์โมนอยู่ในเกณฑ์ปกติ (Zaldy et al., 2003)

1.5.2.6 ระดับโฮโมซิสเตอินสูง (Hyperhomocysteinemia) โฮโมซิสเตอินเป็นสารเคมีชนิดหนึ่งในร่างกายที่เป็นกรดอะมิโน หากสูงขึ้นจะทำให้เกิดพิษต่อเซลล์สมองและทำให้หลอดเลือดสมองตีบ การอุดตันของเส้นเลือด เป็นสาเหตุให้เกิดของโรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของโฮโมซิสเตอินในร่างกาย จะสัมพันธ์กับระดับวิตามินบี 6 วิตามินบี 12 และกรดโฟลิก หากขาดจะทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของโฮโมซิสเตอินในร่างกาย (Sudha, 2002)

1.5.2.7 รูปแบบการดำเนินชีวิต (Lifestyle factors)

1.5.2.7.1 อาหาร (Diet) การบริโภคอาหารที่มีส่วนผสมของไขมันในปริมาณมาก พบว่ามีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อม โดยพบว่าถ้าหากบริโภคไขมันมากกว่า 85.5 g/day จะมีอัตราเสี่ยงมากกว่าคนที่บริโภคไขมันน้อยกว่า 75.5 g/day (Kalmiji et al., 1997) อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การรับประทานปลาและอาหารทะเลจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้เช่นกัน (Helmer et al., 2003)

1.5.2.7.2 การสูบบุหรี่ (Smoking) ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับการเกิดโรคสมองเสื่อมยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าสารในบุหรี่มีผลทำให้เกิดโรคที่เป็นอันตรายและส่งผลกระทบต่อสมองได้ จากการศึกษา Tyas และคณะ (2003) พบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคสมองเสื่อมจะพบในคนที่สูบบุหรี่ มากกว่าคนที่ไม่เคยสูบบุหรี่ประมาณร้อยละ 40 – 80 นอกจากนี้การศึกษาดังกล่าว ยังชี้ให้เห็นว่า อัตราการเกิดโรคอัลไซเมอร์ ในคนสูบบุหรี่จะเพิ่มขึ้นตามจำนวนมวนบุหรี่ และจำนวนปีที่สูบบุหรี่

1.5.2.7.3 การสัมผัสกับสารพิษ (Exposure to toxins) กล่าวคือ การสัมผัสกับสารพิษบางอย่างสามารถทำลายระบบประสาทและการทำงานของสมองได้ โดยเฉพาะสารเคมีที่มีส่วนผสมของโลหะหนัก สารปรอท สารตะกั่ว แมงกานีส อลูมิเนียม และโคเคน มักปนเปื้อนมากับอาหาร น้ำดื่ม และจากการสัมผัสกับสารนี้โดยตรง

1.5.2.7.4 การได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะ (Head trauma) มีการศึกษาทางระบาดวิทยาหลายแห่ง พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ และภาวะสมองเสื่อมจากสาเหตุอื่น ๆ มีประวัติเคยได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะมากกว่าคนที่สมองปกติ

1.5.2.8 การได้รับยาบางชนิด (Drug-agent) การใช้ยากลุ่ม Benzodiazepines ส่วนใหญ่ใช้ในการรักษา อาการนอนไม่หลับและคลายความเครียดวิตกกังวล ยากลุ่มนี้ ได้แก่ ยา Alprazolam ยา Lorazepam ฯลฯ หากใช้ยากลุ่มนี้เป็นระยะเวลาานาน ติดต่อกัน อาจทำให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อม และสามารถพบอุบัติการณ์การเกิดโรคได้ แต่ถือว่าพบได้น้อยมากเมื่อเทียบกับปัจจัยดังกล่าวข้างต้น (Verdoux, Lagnaoui and Begaud, 2005)

1.5.2.9 ระดับการศึกษา (Education) พบว่ามีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดโรค โดยพบมากในคนที่มีการศึกษาน้อย จากการศึกษาของ Letenneur และคณะ (2000) เชื่อว่าคนที่มีความรู้ระดับการศึกษาดีจะสามารถหาวิธีการในการดูแลตนเองได้ดีกว่า ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการปฏิบัติตนเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเกิดขึ้น รวมถึงมีโอกาสในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ในการที่จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้มากกว่า

1.5.2.10 อาชีพ (Occupation) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอาชีพเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคสมองเสื่อม โดยเฉพาะอาชีพที่ต้องสัมผัสกับสารพิษอยู่เป็นประจำ นอกจากนี้ยังพบว่าชนิดของอาชีพ มีส่วนทำให้เกิดโรคได้ โดยพบว่าอุบัติการณ์ในการเกิดโรคจะพบได้มากในผู้ที่ประกอบอาชีพกรรมกร และผู้ใช้แรงงาน เนื่องจากอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม (Kukull et al, 2002) เช่น ในโรงงานประกอบเครื่องใช้ไฟฟ้า โรงงานที่มีโลหะหนัก รวมถึงการได้รับอุบัติเหตุที่ทำให้กระทบกระเทือนต่อสมอง เนื่องจากการทำงาน เป็นต้น (Chung-Yi et al., 2001)

1.5.2.11 การออกกำลังกาย เป็นที่ทราบกันดีแล้วว่าการออกกำลังกายเป็นประจำจะช่วยลดอัตราเสี่ยงการเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคกระดูกพรุนได้ ปัจจุบันพบว่าการออกกำลังกายดังกล่าว สามารถช่วยชะลอการเกิดโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้เช่นกัน (Danielle, 2008) โดยการศึกษาของ Ravaglia และคณะ (2007) ได้ชี้ให้เห็นว่าในผู้สูงอายุชาวอิตาลีที่ออกกำลังกายด้วยการเดิน จะสามารถช่วยลดอัตราการเกิดสมองเสื่อมชนิด vascular dementia ได้ ในขณะที่ Joe และคณะ (2003) พบว่า การมีกิจกรรมยามว่าง เช่น การเล่นเกมส์ การฟังเพลง การอ่านหนังสือ การเล่นดนตรี การเต้นรำ รวมถึงการเล่นกีฬา สามารถช่วยลดอัตราการเกิดโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้เช่นกัน

1.6 แนวทางการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

ในการวินิจฉัยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การซักประวัติเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ ในการวินิจฉัยแยกโรค ควรมีการตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการเข้ามาช่วยในการวิเคราะห์หาสาเหตุร่วมด้วยเสมอ สำหรับการตรวจคัดกรองเบื้องต้นที่ใช้ในการตรวจร่างกายประกอบไปด้วย

1.6.1 การตรวจร่างกายทั่วไป (General physical examination) เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องทำทุกราย เพื่อช่วยในการวินิจฉัยหาสาเหตุเบื้องต้นของการเจ็บป่วยทางร่างกาย ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม (วารสารณ์ ภูมิศาสตร์ และคณะ, 2548)

1.6.2 การตรวจร่างกายทางระบบประสาท (Neurological examination-mental test) การตรวจคัดกรองพิเศษที่นิยมใช้ในการวินิจฉัยการตรวจ เช่น MMSE (Mini-mental state examination) และ CMT test (Chula mental test) (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2548)

1.6.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ถือว่าเป็นการตรวจขั้นพื้นฐานที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม สำหรับการตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น เพื่อช่วยในการวินิจฉัย ได้แก่ CBC, TSH, FBG Bun/Creatinine, Electrolyte, ESR, LFT, Drug level, Genetic test, EKG, CSF, Computed tomography (CT), Magnetic resonance imaging (MRI) (วารสารณ์ ภูมิศาสตร์ และคณะ, 2548)

ในการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม อาจมีความคลาดเคลื่อนได้ เนื่องจากลักษณะอาการบางอย่างอาจคล้ายกับอาการของภาวะสับสนเฉียบพลัน (Acute confusion state) และภาวะซึมเศร้า (Depression) ที่สามารถพบได้บ่อยในวัยสูงอายุ ดังนั้นในการวินิจฉัยจำเป็นต้องอาศัยวิธีการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการซักประวัติจากบุคคลในครอบครัวมาประกอบกัน ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงอายุ ระดับการศึกษา พื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรม และประวัติการเจ็บป่วยอื่น ๆ เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลทำให้การวินิจฉัยผิดพลาดได้

1.7 การดำเนินของภาวะสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ควรได้รับการดูแลรักษาตั้งแต่วินิจฉัย เนื่องจากลักษณะอาการและการดำเนินของโรคแต่ละระยะนั้นมีความแตกต่างกัน หากผู้ดูแลได้ทราบถึงระยะการดำเนินของโรคดังกล่าว จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัว และหาวิธีการ

ในการดูแลที่เหมาะสมซึ่ง วรรณิภา บุญระยอง (2541) ได้จำแนกระยะการดำเนินของโรคออกเป็น 5 ระยะ ดังนี้

1.7.1. ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้นของอาการสับสน ผู้สูงอายุจะมีอาการหลง ๆ ลืม ๆ ในกิจกรรมต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน เริ่มมีปัญหาสับสนเส้นทาง ทำให้มีความยุ่งยากในการใช้รถใช้ถนน อาจหลงทิศทางได้ในเส้นทางที่ใช้อยู่ประจำ มีความคิดช้าและต้องใช้เวลาตัดสินใจที่นานขึ้น บางครั้งอาจทำให้มีปัญหาทางด้านการติดต่อสื่อสารเป็นต้น

1.7.2 ระยะที่ 2 ผู้สูงอายุจะมีปัญหาทางด้านความจำ มีอาการหลง ๆ ลืม ๆ มากขึ้น จนกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน มีความบกพร่องทางการตัดสินใจและการจัดการทางการเงิน มีความยากลำบากในการวางแผนหรือการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ มีความสับสนในเรื่องของวัน เวลา และสถานที่ ในระยะนี้เริ่มมีอาการของภาวะซึมเศร้า จากการที่เริ่มมองเห็นความสามารถทางด้านต่าง ๆ และมองเห็นคุณค่าของตนเองลดลง ทำให้ซึมเหม่อเบื่ออาหาร และนอนไม่หลับ

1.7.3 ระยะที่ 3 ในระยะนี้ผู้สูงอายุ เริ่มพึ่งพาผู้อื่น ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มีปัญหาในเรื่องของการตัดสินใจมากขึ้น มีปัญหาทางด้านอารมณ์ที่ไม่มั่นคง ในระยะนี้อาจมีอาการร้องไห้แบบเด็ก ๆ อย่างมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ที่สำคัญจะมีอาการเริ่มถอยห่างจากสังคม เนื่องจากความสามารถในการคิดหาเหตุผลต่าง ๆ ลดลง ทำให้ขาดความยืดหยุ่นและปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ยาก

1.7.4 ระยะที่ 4 เป็นระยะที่ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ต้องการความช่วยเหลือในด้านกิจวัตรประจำวันเกือบทุกด้าน เกิดอาการหลงผิด และรู้สึกถูกรบกวนจากผู้ที่อยู่รอบข้าง เกิดความหวาดระแวงว่าจะมีคนมาทำร้าย จนทำให้เกิดปัญหาในการนอนหลับและเกิดอาการประสาทหลอน นอกจากนี้อาจมีพฤติกรรมที่ซ้ำ ๆ เช่น การร้องเฝ้าผ้าออกมาจากลิ้นชักและพับเก็บใหม่ โดยทำกิจกรรมนี้ซ้ำ ๆ หลายรอบ มีความยากลำบากในการเคลื่อนไหวเนื่องจากการทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อต่าง ๆ ลดลง

1.7.5 ระยะที่ 5 เป็นระยะสุดท้ายของสภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุจะไม่สามารถตัดสินใจในเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ ดังนั้น อำนาจการตัดสินใจต่าง ๆ จึงเป็นหน้าที่ของผู้ดูแล ที่ต้องให้การดูแลใกล้ชิด เนื่องจากมีการเสื่อมของสมองเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้เกิดปัญหา การติดเชื้ เกิดปอดบวม และการสำลักอาหารตามมาได้ (สิรินธร ฉันทศิริภาณจน, 2548) ในที่สุดผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากปอดบวมหรือแผลกดทับได้

2. แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ถือได้ว่าเป็นภาระที่ค่อนข้างหนักและสร้างทุกข์ให้กับผู้ดูแล เป็นสาเหตุที่ทำให้ทำให้ผู้ดูแลเกิดความคับข้องใจ บางรายเกิดความเครียดวิตกกังวล (Mahoney et al., 2005) จนส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจ เนื่องจากไม่แน่ใจว่าจะให้การดูแลหรือจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้หรือไม่ (Paula et al., 2004) โดยการศึกษาของ Neena และคณะ (2002) ได้ชี้ให้เห็นว่า ผลจากการรับภาระหน้าที่ในการดูแล เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด รวมถึงความผาสุกในชีวิตลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Joelle และคณะ (2007) ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย พบว่า ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยและการแสดงออกของพฤติกรรมของผู้สูงอายุ จะมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ ยิ่งผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพาและมีภาวะความเจ็บป่วยมากเท่าใด ภาระในการดูแลของผู้ดูแลจะเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย นั่นหมายถึงการมีภาวะสุขภาพที่ลดลงตามไปด้วยเช่นกัน

นอกจากนี้การศึกษาของ Esther (2008) แสดงให้เห็นว่าปัจจัยทางด้านเพศ อายุ การศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว รวมถึงระยะเวลาในการดูแล จะมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด และความเหนื่อยล้าโดยพบว่าผู้ดูแลที่มีอายุ การศึกษา และฐานะทางการเงินน้อย จะมีระดับความเครียด ความเหนื่อยล้าและคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า การศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในเกณฑ์ที่ดีกว่า

อย่างไรก็ตามผลจากการดูแล ผู้ดูแลจะมีทัศนคติต่อการดูแลที่แตกต่างกัน ผู้ดูแลที่สามารถปรับตัวและสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ พบว่าจะมีทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลที่ดี (Positive thinking) การศึกษาของ Dulin และ Dominy (2008) ได้แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลที่มีเจตคติที่ดีในการดูแล ร่วมกับการมีความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นกับผู้ให้การดูแล จะสามารถปรับตัวและมีความพยายามในการแสวงหาวิธีการในการลดภาระในการดูแล ส่งผลให้อารมณ์และภาวะสุขภาพของผู้ดูแลดีขึ้นตามไปด้วย นอกจากนี้ Fredrickson (2001) ได้ชี้ให้เห็นว่า ผลของการมีทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลจะช่วยให้สามารถผ่านพ้นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า จากการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตามการรับหน้าที่ในการดูแลดังกล่าว มักจะทำให้ผู้ดูแลที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลเกิดความรู้สึกเครียด วิตกกังวล และกลัวว่าจะไม่สามารถให้การดูแล หรือจัดการกับปัญหาเหล่านั้นได้ ในที่นี้ Schulz และ Sherwood (2008) ได้อธิบายและแบ่งผลกระทบที่เกิดจากการดูแลออกเป็น 3 ด้านดังนี้

1. **ผลกระทบด้านจิตใจ** ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จะประสบกับภาวะซึมเศร้า เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ โดยพบว่าระดับของความเครียด ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น จะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพา หากผู้ดูแลได้เรียนรู้ การปรับตัวและยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จะทำให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแล เกิดการเรียนรู้วิธีการในการดูแลและหาวิธีการอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุได้อย่างมีความสุข

2. **ผลกระทบทางด้านร่างกาย** มีสาเหตุและปัจจัยหลาย ๆ อย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น การแบกรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือ การดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล หดห้วงโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ดูแลที่ต้องทำหน้าที่เพียงคนเดียว ไม่มีผู้คอยมาสับเปลี่ยน ทำให้เกิดความอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า พักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย มีอาการปวดหลัง อ่อนเพลียไม่มีแรง มีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

3. **ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ** ในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาหรือเจ็บป่วย ส่วนใหญ่จะประสบกับปัญหาฐานะทางการเงิน เนื่องจาก รายได้ของครอบครัวลดลง (Haddock et al., 2006) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้เวลาส่วนใหญ่หมดไปกับการทำหน้าที่ให้การดูแล ผู้ดูแลที่อยู่ในวัยทำงาน อาจกระทบต่องานประจำและทำให้ต้องออกงานในที่สุด

ดังนั้นการเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้มีเวลาหยุดพัก หรือเปิดโอกาสให้บุคคลอื่นในครอบครัวได้มีโอกาสเข้ามาดูแล จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลเหล่านี้ได้ผ่อนคลายทางอารมณ์ ซึ่งถ้าหากไม่สามารถหาบุคคลมาคอยสับเปลี่ยนได้ ผู้ดูแลอาจจำเป็นต้องหาแหล่งประโยชน์ หรือแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่พอสามารถให้การช่วยเหลือได้ อาจอยู่ในรูปแบบของสถานบริการที่รับเลี้ยงดูชั่วคราวแบบรายวัน หรือรายเดือนจะช่วยแบ่งเบาภาระของผู้ดูแลได้อีกทาง (Chicot et al., 2001) อย่างไรก็ตามควรคำนึงถึงค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น หากไม่มีการบริหารจัดการที่ดีอาจส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวได้

3. แนวคิดการจัดการและการรับมือกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

ความผิดปกติในการแสดงออกของพฤติกรรม เป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยพบว่ามากกว่าร้อยละ 90 แสดงพฤติกรรมที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของญาติผู้ดูแล และของสมาชิกในครอบครัว (Leroi et al., 2003) โดยการศึกษาของ Chiu และ

คณะ (2006) ได้ชี้ให้เห็นว่า ระยะเวลาดำเนินของโรค และชนิดของการเกิดภาวะสมองเสื่อมจะมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงออก และระดับความเครียดของญาติในระหว่างที่ให้การดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยคุณภาพของ Adams และ Sanders (2004) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลจะมีความวิตกกังวลในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล และวิธีให้การดูแลหากการดำเนินของโรคมีความรุนแรงมากจนเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค

การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่สร้างความยากลำบากในการดูแล ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์และความรู้สึกของญาติผู้ดูแล (Hooker et al., 2002) โดยพบว่าระดับความเครียดที่เพิ่มขึ้น จะมีความสัมพันธ์กับการดำเนินของโรคที่ทำให้ความสามารถ ในการใช้ชีวิตประจำวัน และภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวลดลง ในทางตรงกันข้ามกลับมีรายจ่ายในส่วนของ การดูแลเพิ่มมากขึ้น (Nation Alliance for Care giving and American Association of Retired of Person, 2004)

อย่างไรก็ตามพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้นนอกจากญาติผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบโดยตรงแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากกระบวนการตัดสินใจและการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตนเองเสียไป (Buhr and White, 2006) อาจแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว วุ่นวาย สับสนในเรื่องของวัน เวลา และ ทิศทาง มีการแสดงพฤติกรรมซ้ำ ๆ รวมถึงอาจมีการแสดงออกทางเพศที่ปกติ หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างรุนแรงอาจนำไปสู่การทำร้ายร่างกายเกิดขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นอันตรายทั้งต่อญาติ ผู้ดูแล และผู้สูงอายุ เนื่องจากบุคคลเหล่านี้จะไม่สามารถเชื่อมโยงเหตุผล และรับรู้ถึงความถูกต้องของพฤติกรรมที่แสดงนั้นควรเป็นอย่างไร ในที่นี้ Desai และ Grossberg (2001) ได้แนะนำเทคนิคและวิธีการในการจัดการกับพฤติกรรมที่รบกวน และเป็นอุปสรรคต่อการดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแล สามารถใช้เป็นแนวทางในการเข้าไปจัดการกับพฤติกรรมต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1. ในการเข้าไปให้การดูแลและจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ควรแน่ใจว่าพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงออก เป็นพฤติกรรมที่ผู้ดูแลสามารถควบคุมได้ ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น
2. ประเมินหาปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมที่สร้างความวุ่นวายให้กับผู้ดูแล เช่น การมีภาวะสับสน ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม อาการข้างเคียงของยา หรือมีภาวะเจ็บป่วยทางร่างกาย
3. หากพบสาเหตุ และปัจจัยที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมที่ผิดปกติ ควรให้การดูแลรักษา และแก้ไขสาเหตุดังกล่าว โดยเฉพาะสาเหตุที่มาจาก การเจ็บป่วยทางร่างกาย ซึ่งมักตอบสนองการรักษาด้วยยา มากกว่าการรักษาด้วยวิธีการอื่น ๆ

4. พยายามหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดขึ้น โดยมีการวางแผนและวิเคราะห์ลักษณะการแสดงออกของพฤติกรรม เพื่อให้สามารถเข้าไปจัดการได้ตรงกับลักษณะของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

ดังนั้นการพยายามทำความเข้าใจถึงพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงออก และให้ความหมายของพฤติกรรมในเชิงสร้างสรรค์ จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถจัดการกับพฤติกรรมต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม (Hall and Buckwalter, 1987) ซึ่งกระบวนการในการเข้าไปช่วยเหลือผู้ดูแล นอกจากจะช่วยในเรื่องของการปรับอารมณ์ และความรู้สึกที่เป็นทุกข์ให้ลดระดับลงแล้ว ยังสามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้มีเวลาในการดูแลตนเอง (Ostwald et al., 1999) ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้ฝึกความอดทนอดกลั้นต่อพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงออก มีทัศนคติต่อการดูแลที่ดี และมองพฤติกรรมที่สร้างความยุ่งยากในการดูแล เป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถ ในการเข้าไปดูแล และหาหนทางจัดการกับพฤติกรรมเหล่านั้น ให้แสดงออกมาในทางที่เหมาะสม (Hepburn et al., 2001)

แนวทางปฏิบัติในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

3.1 การอาบน้ำและการดูแลทำความสะอาดร่างกาย (Bathing and person hygiene)

ปัญหาการอาบน้ำและการดูแลทำความสะอาดร่างกาย ถือว่าเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากความสนใจในตนเองลดลงร่วมกับการมีภาวะหลงลืม ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ครบถ้วน (Alzheimer's Society, 2008) จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีส่วนที่เข้ามาให้การดูแลช่วยเหลือในกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อาศัยในบ้านพักคนชรา มากกว่า ร้อยละ 90 ต้องการผู้ดูแลคอยช่วยเหลือในการอาบน้ำ และการทำความสะอาดร่างกาย (Decker, 2005) โดยพบว่ามีปัจจัยและสาเหตุที่ทำให้การอาบน้ำ และการทำความสะอาดร่างกายของผู้สูงอายุมีความยุ่งยากลำบาก เช่น (Naik, 2004)

1. อาการปวดตามข้อและกล้ามเนื้อ สาเหตุอาจเกิดจากการได้รับอุบัติเหตุ การติดเชื้อ และการอักเสบของข้อ เป็นต้น
2. อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง สาเหตุอาจเกิดจากการได้รับยาหลายชนิด หรือการมีโรคประจำตัว

3. เกิดอาการกลัวการอาบน้ำร่วมกับ การแปลความหมายผิดของสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว เนื่องจากภาวะหลงลืม ความคิดความจำบกพร่อง หรือ เคยมีประสบการณ์ในการอาบน้ำที่ไม่ดีมาก่อนหน้านี้

4. เกิดความวิตกกังวล กลัวการหกล้ม (Fear of falling) หรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีเสียงดัง

5. ความไม่สุขสบายจากอุณหภูมิของน้ำ สภาพอากาศ หรือ ระดับความแรงของน้ำจากฝักบัวมากเกินไป

ดังนั้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำได้ ญาติผู้ดูแลควรเน้นให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้สูงอายุตื่นนอนในตอนเช้า ควรกระตุ้นให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ได้มากที่สุดเท่าที่ผู้สูงอายุจะสามารถทำได้ และควรให้ผู้สูงอายุได้มีเวลาคิดทบทวนถึงขั้นตอนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลทำความสะอาดร่างกาย โดยการบอกขั้นตอนในการทำทำความสะอาดร่างกาย แต่ละขั้นตอนนั้นควรทำอย่างไร เนื่องจากความสามารถในการตัดสินใจ และความสามารถในการจดจำขั้นตอนต่าง ๆ เสียไป รวมถึงมีปัจจัยสาเหตุที่อาจส่งผลทำให้ผู้สูงอายุปฏิเสธการอาบน้ำ เช่น (Alzheimer's Australia, 2005)

3.1.1 สูญเสียความเป็นส่วนตัว (Lack of privacy) การอาบน้ำถือว่าเป็นกิจกรรมเฉพาะของแต่ละบุคคล การเปิดเผยความเป็นส่วนตัวต่อหน้าบุคคลอื่น อาจก่อให้เกิดความยุ่งยากและความรู้สึกอับอาย ผู้สูงอายุอาจปฏิเสธการช่วยเหลือ หรือพยายามหลีกเลี่ยงกิจกรรมดังกล่าว การแนะนำให้ญาติผู้ดูแลได้เรียนรู้เทคนิคและวิธีการที่เหมาะสม จะสามารถช่วยแบ่งเบาภาระของผู้ดูแลและช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุร่วมมือในการดูแลตัวเองมากขึ้น ซึ่งวิธีการและเทคนิคดังกล่าวประกอบไปด้วย

3.1.1.1 ในการเปลี่ยนเสื้อผ้าควรทำให้มืดชิด เพื่อให้เกิดความรู้สึกที่เป็นส่วนตัว

3.1.1.2 ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถยอมรับหรือจำตนเองได้ ควรพิจารณาให้งดการส่องกระจก เนื่องจากอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความสับสนและเกิดอาการกลัว และปฏิเสธการทำกิจกรรมอื่น ๆ ตามมาได้

3.1.1.3 ในการเข้าไปช่วยเหลือควรสร้างความรู้สึกให้ผู้สูงอายุวางใจและอบอุ่นใจ

3.1.2 สิ่งแวดล้อม (Environment) ผู้สูงอายุอาจเกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย หากอยู่ในห้องที่มีแสงสว่างน้อย มีเสียงดัง มีอากาศร้อนหรือหนาวจนเกินไป ปัจจัยเหล่านี้อาจกระตุ้นให้ผู้สูงอายุแสดงออกพฤติกรรมก้าวร้าว หรือ เกิดความวิตกกังวลต่อการอาบน้ำ ส่งผลให้ความรู้สึกและประสบการณ์ในการอาบน้ำของผู้สูงอายุเสียไป สำหรับแนวทางในการดูแล และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติจะประกอบไปด้วย (Rasin and Barrick, 2004)

3.1.2.1 หากในขณะที่อาบน้ำผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว วุ่นวาย การเปิดเพลงเบา ๆ จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลาย และรู้สึกสงบมากขึ้น (Flori, 2007)

3.1.2.2 เลือกเวลาในการอาบน้ำให้เหมาะสม และพยายามปรับให้เป็นเวลาให้การอาบน้ำในแต่ละวันให้อยู่ในช่วงเวลาเดียวกันทุกวัน และควรคำนึงถึงชนิดของการอาบน้ำ เนื่องจากผู้สูงอายุอาจชอบวิธีการอาบน้ำจากฝักบัว การเช็ดตัว หรือการอาบน้ำโดยใช้อ่างอาบน้ำ ทั้งนี้ควรพิจารณาความต้องการและความสามารถของผู้สูงอายุ

3.1.2.3 เมื่อการอาบน้ำกลายเป็นเรื่องยุ่งยากสำหรับผู้สูงอายุ การติดตั้งอุปกรณ์ที่เอื้ออำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ เช่น ราวจับสำหรับมือจับ จะช่วยให้ผู้สูงอายุ รู้สึกเกิดความมั่นใจ สามารถควบคุมการทรงตัวได้ดี และทำให้การอาบน้ำเป็นเรื่องง่ายสำหรับผู้สูงอายุมากขึ้น

3.1.2.4 ควรปรับห้องน้ำให้มีแสงสว่างอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแสงสว่างในช่วงตอนกลางคืน ทำให้เสียงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ดังนั้นควรมีการติดตั้งอุปกรณ์ให้แสงสว่างภายในบริเวณห้องน้ำ ให้มีความเหมาะสมเพื่อส่งเสริมการรับรู้และลดอุบัติเหตุการหกล้มในห้องน้ำ

3.1.2.5 อุณหภูมิของน้ำที่ใช้ในการอาบน้ำไม่ควรร้อน หรือเย็นจนเกินไป เนื่องจากผิวหนังของผู้สูงอายุมีความไวต่อความรู้สึกมากกว่าวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นอุณหภูมิของน้ำควรอยู่ในช่วง 40.5-43.3 องศาเซลเซียส (105-110 องศาฟาเรนไฮต์) (Rader et al., 2006) อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลควรมีการประเมินอุณหภูมิของน้ำที่ใช้ในการอาบน้ำทุกครั้งและให้มีความเหมาะสมกับสภาพผิวหนังของผู้สูงอายุแต่ละราย ทั้งนี้เนื่องจาก ภาวะของโรคบางอย่าง เช่น โรคเบาหวาน หรือ การขาดวิตามินบี 1 (Thiamine) อาจทำให้ผู้สูงอายุมีอาการชาโดยเฉพาะปลายเท้าทั้งสองข้าง การใช้อุณหภูมิของน้ำที่ร้อนเกินไป อาจทำให้ผิวหนังบริเวณที่ถูกความร้อนไหม้และเป็นแผลตามมา

3.1.3 เกิดความกลัว (Fears) อาการกลัวน้ำเป็นปัญหาที่สามารถพบได้ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะไม่สามารถคาดการณ์ หรือคาดคะเน ความลึกของน้ำ ในกรณีที่ใช้อ่างอาบน้ำ อาจทำให้เกิดอาการตกใจ

หรือกลัว ที่จะก้าวลงไปสัมผัสกับน้ำโดยตรง นอกจากนี้พบว่าการกลัวการหกล้ม และการมีสุขภาพร่างกายอ่อนแอ อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุพยายามหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมนั้น ๆ สำหรับแนวทางในการ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญความกลัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบไปด้วย

3.1.3.1 ควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้อาบน้ำเป็นกิจกรรมแรกในแต่ละวัน หลีกเลี่ยงการอาบน้ำและการสระผมในเวลาเดียวกัน เนื่องจากการสระผมพบว่าผู้สูงอายุบางรายอาจเกิดอาการหวาดกลัวจากการเปิดน้ำจากฝักบัวมาสัมผัสกับศีรษะโดยตรง อาจทำให้ปฏิเสธการทำกิจกรรมทั้งสองอย่างในเวลาเดียวกัน

3.1.3.2 ควรมีการติดตั้งอุปกรณ์ภายในห้องน้ำให้เหมาะสมและเอื้อประโยชน์ต่อการอาบน้ำ เช่น การติดตั้งราวจับรอบ ๆ ภายในบริเวณห้องน้ำจะช่วยให้การอาบน้ำเป็นเรื่องที่ง่ายขึ้น

3.1.3.3 หากผู้สูงอายุกลัวและปฏิเสธการอาบน้ำจากการใช้ฝักบัวหรืออ่างอาบน้ำควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุทำความเข้าใจที่ละส่วนของร่างกาย โดยมีผู้ดูแลคอยให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรม และควรอธิบายให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจถึงเหตุผลและประโยชน์ของการอาบน้ำ โดยใช้ภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ เป็นลักษณะคำสั้น ๆ แต่ได้ใจความ อาจมีท่าทางประกอบในระหว่างการสนทนา เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจความหมายมากขึ้น รวมถึงการใช้มือสัมผัสเบา ๆ จะช่วยทำให้เกิดความรู้สึกที่อบอุ่น ลดอาการหวาดกลัวได้ในระดับหนึ่ง (Flori, 2007)

3.1.4 การปฏิบัติกิจกรรมที่มีความซับซ้อน (Task is too confusing or complicated) การแต่งกายและการทำความสะอาดฟัน ถือเป็นกิจกรรมที่มีความสลับซับซ้อนและหลายขั้นตอนประกอบกัน ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สมองบางส่วนจะสูญเสียการทำงานที่ ส่งผลทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้องอาศัยขั้นตอนสูญเสียตามไปด้วย สำหรับแนวทางการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ยุ่งยากซับซ้อน อาจทำได้โดย

3.1.4.1 ลดขั้นตอนกิจกรรมบางอย่างลง และส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลได้อธิบายขั้นตอนการทำความสะอาดโดยใช้ภาษาที่ง่าย และใช้คำพูดในการอธิบายด้วยความนุ่มนวล

3.1.4.2 พยายามจำกัดทางเลือกและข้อเสนอต่าง ๆ เพื่อลดขั้นตอนและเลือกกิจกรรมที่จำเป็น และมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น “คุณต้องการอาบน้ำด้วยฝักบัว” หรือ “อาบในอ่างอาบน้ำ” “คุณต้องการอาบน้ำตอนนี้” หรือ “อาบก่อนเข้านอน”

3.1.4.3 อนุญาตให้ผู้สูงอายุได้สัมผัสได้สัมผัสกับน้ำก่อนที่จะอาบน้ำ หรือการค่อย ๆ เทน้ำลงบนบริเวณฝ่ามือ โดยที่อุณหภูมิของน้ำไม่ควรร้อนจนเกินไป พร้อมกับพูด ในหรือแสดงในสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความอบอุ่นใจ ว่างใจ เช่น “น้ำในอ่างเย็นขึ้นใจดีนะ”

3.1.4.4 ถ้าหากเป็นไปได้ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับผิดชอบ กิจกรรมการดูแลตนเองบ้าง โดยกิจกรรมที่จัดให้ต้องไม่เกินความสามารถของผู้สูงอายุมากเกินไป

3. 2 การแต่งกาย (Dressing)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มักประสบกับปัญหาการแต่งกาย โดยพบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 91 ที่อาศัยอยู่ในสถานที่รับดูแลผู้สูงอายุ ต้องอาศัยบุคคลอื่นคอย ช่วยเหลือในการเปลี่ยนเสื้อผ้าและการแต่งกาย (Rogers et al., 2000) เนื่องจากความสามารถในการใช้ทักษะต่าง ๆ เสียไป เช่น ไม่สามารถตัดสินใจเลือกเสื้อผ้าที่ตนเองสวมใส่ได้ หรือลืมขั้นตอนและวิธีการในการสวมใส่เสื้อผ้าที่ถูกต้องเหมาะสมเสียไป ส่งผลให้ผู้สูงอายุบางรายอาจ ปฏิเสธ การใส่เสื้อผ้าได้ ดังนั้นในการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวจึงจำเป็นต้องอาศัยผู้ช่วยเหลือ ซึ่ง อาจเป็นญาติ หรือบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดคอยสนับสนุน และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมดังกล่าว ตามความสามารถและระยะการดำเนินของโรค (Alzheimer's Society, 2008) ดังนั้นในการดูแล ควรเลือกใช้เสื้อผ้าที่สวมใส่ง่าย ๆ ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ถือได้ ว่าเป็นการรักษาและคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุ สำหรับแนวทาง และกลวิธีในการจัดการกับพฤติกรรมดังกล่าวประกอบไปด้วย

3.2.1 สถานที่หรือห้องที่ใช้ในการแต่งตัว หรือเปลี่ยนเสื้อผ้า ควรมีอากาศที่ ถ่ายเทสะดวกไม่หนาวหรือร้อนจนเกินไป

3.2.2 หากพบว่าผู้สูงอายุสวมใส่เสื้อผ้าที่ซ้อนทับกันหลายชั้น ผู้ดูแลสามารถ แนะนำและอธิบายให้ถอดเสื้อผ้าที่ซ้อนทับกันหลายชั้นออกได้ หากรู้สึกว่าผู้สูงอายุกำลังไม่สุข สบายและร้อนจนเกินไป

3.2.3 ให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสในการเลือกสวมใส่เสื้อผ้าที่ตนเองชอบ เพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง โดยในการเลือกเสื้อผ้าสวมใส่แต่ละครั้ง ควรเปิดโอกาส ให้เลือกเพียง 2 ชุด เพื่อป้องกันการสับสนหากเสื้อผ้าที่ให้เลือกมีมากเกินไป ผู้สูงอายุอาจมี ความยากลำบากในการตัดสินใจและเกิดความรู้สึกอึดอัดใจได้ (Alzheimer's Association, 2005)

3.2.4 การเลือกซื้อเสื้อผ้าควรเลือกที่สวมใส่สบาย รีดและทำความสะอาดง่าย เพื่อประหยัดเวลาและช่วยลดภาระของผู้ดูแล ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงขนาดและรูปร่างของผู้สูงอายุ ด้วยเสมอ

3.2.5 เมื่อการดำเนินของโรคมีความรุนแรงมากขึ้น ผู้สูงอายุจะเกิดความสับสน ในขั้นตอนการสวมใส่มากขึ้น เช่นมีปัญหาในการติดกระดุม และการรัดซิป การดัดแปลงชนิดของ เสื้อผ้าจะช่วยอำนวยความสะดวกและลดขั้นตอนในการสวมใส่ เพื่อให้สะดวกต่อการใช้งาน มากขึ้น เช่นอาจใส่เสื้อคอกลมที่สวมเข้าศีรษะแทน การใส่เสื้อผ่าผ่าหน้าที่ต้องติดกระดุม หรือ การ ใส่กางเกงผ่ายึดแทนการใส่กางเกงที่ต้องติดกระดุม หรือ การรัดซิปเป็นต้น (วรรณิภา บุญระยอง, 2541)

3.2.6 ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร การสังเกตลักษณะการแสดงออก ของ สีหน้า และแววตา สามารถช่วยให้ผู้ดูแลได้เข้าใจถึงความต้องการ หรือความไม่สุขสบายต่าง ๆ หากเสื้อผ้าที่ใช้สวมใส่ทำให้รู้สึกหนาวหรือร้อนจนเกินไป

3.3 พฤติกรรมการเดินหลงทาง (Wandering)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 15- 60 จะประสบกับปัญหาพฤติกรรมการเดินหลงทาง จำเส้นทางในการเดินไม่ได้ เดินวกไปวนมาตลอดเวลา เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุหายตัวออกจากบ้าน พฤติกรรมการเดินหลงทาง ถือว่าเป็นพฤติกรรมที่มีความมุ่งมั่น หรือ มีความพยายามในการตอบสนองความต้องการของตนเองให้สำเร็จ โดยขาดการรับรู้เชิงเหตุผล เนื่องจากมีความผิดปกติของความคิดความจำ ร่วมกับการมีภาวะสับสน ทำให้มีการ เคลื่อนไหวที่มากผิดปกติ มีทิศทางในการเดินที่ไม่แน่นอน (Claudia, Lai and David, 2008) โดยพบว่า การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุ การเกิดภาวะ หูพลภาพ และการเสียชีวิตในเวลาต่อมา (Silverstein, Flaherty and Tobin, 2002) ซึ่ง Aud (2004) ได้อธิบายลักษณะและรูปแบบของพฤติกรรมการเดินหลงทางออกเป็นดังนี้

1. Direct travel เป็นลักษณะของการเดินที่มุ่งตรงไปเรื่อยๆไม่มีการเดินย้อนกลับมาบริเวณเดิม มีทิศทางในการเดินที่แน่นอน
2. Random travel เป็นลักษณะของการเดินแบบวกไปวนมา มีทิศทางในการเดินไม่แน่นอน
3. Pacing เป็นลักษณะของการเดินแบบย้อนกลับไปกลับมา สะเปะสะปะ เช่น เมื่อก้าวเดินไปข้างหน้าแล้วมักจะเดินย้อนกลับมาที่เดิม แต่ลักษณะในการเดินจะอยู่ในพื้นที่ที่จำกัด
4. Lapping เป็นลักษณะของการเดินไปรอบ ๆ พื้นที่ที่มีบริเวณกว้าง โดยลักษณะการเดินจะเดินแบบวงกลม

สำหรับสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมดังกล่าวยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อกันว่าจะเกิดจาก ผลของรูปแบบการดำเนินชีวิตในอดีตที่ผ่านมา ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดหรือเกิดจากความต้องการในการค้นหาบุคคล หรือสิ่งของที่ผ่านมาในอดีต ผลจากความผิดปกติทางความคิด และการรับรู้ทำให้เกิดพฤติกรรมในการตามหาโดยรับรู้ว่ามีสิ่งเหล่านี้ยังคงอยู่ (Alzheimer's Australia, 2005)

ถึงแม้ว่าการแสดงออกของพฤติกรรมดังกล่าว จะมีประโยชน์ในเรื่องของการออกกำลังกาย และเพิ่มการไหลเวียนของเลือดก็ตาม (Robinson et al., 2006) ในทางตรงกันข้ามกลับส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด ความวิตกกังวล เกิดภาวะความเจ็บป่วยและมีความต้องการในการขอรับคำปรึกษาจากจิตแพทย์มากขึ้น (Ballard et al., 2001) เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัย และอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น จากการศึกษาของ Shinoda-Tagawa และคณะ (2004) ได้ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น มีส่วนสำคัญที่ทำให้ครอบครัวตัดสินใจ ให้ผู้สูงอายุ เข้าอยู่ในความดูแลของสถานที่ให้บริการที่รับดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น

อย่างไรก็ตามหากผู้ดูแลสามารถหาวิธีการ ในการป้องกันการเกิดพฤติกรรมการเดินหลงทาง โดยการพยายามแสวงหาวิธีในการดูแล ให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต และสิ่งแวดล้อม จะสามารถช่วยลดและจำกัดพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล ซึ่ง Melillo (2002) ได้เสนอแนะแนวทางปฏิบัติในการดูแลและจัดการพฤติกรรมการเดินหลงทางดังต่อไปนี้

3.3.1 การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม (Environmental Modifications)

3.3.1.1 พยายามลดปัจจัยต่าง ๆ เช่นวัตถุที่อยู่รอบ ๆ ตัวผู้สูงอายุที่สามารถกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมในการตามหา

3.3.1.2 ควรจัดให้มีพื้นที่ ที่ผู้สูงอายุสามารถเดินไปมาได้อย่างปลอดภัย เช่นในการจัดสวนอาจมีการออกแบบลักษณะของทางเดิน ที่ให้ผู้สูงอายุสามารถเดินวนไปวนมา หรือสามารถเดินย้อนกลับมาตรงตำแหน่งเดิม

3.3.1.3 ประตูป้านอาจมีการทาสี เพื่อให้ลักษณะของพื้นสีประตูเป็นสีเดียวกับผนังของประตูป้าน เพื่อเป็นการพรางตาผู้สูงอายุ

3.3.2 การใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการดูแล (Technology and Safety)

3.3.2.1 อาจมีการติดตั้งอุปกรณ์ที่มีเสียง เช่น กระดิ่ง หรือออกไฟฟ้าไว้ที่ประตูบ้าน เพื่อเป็นสัญญาณเตือนหากผู้สูงอายุพยายามเดินออกนอกบริเวณบ้าน

3.3.2.2 ส่งเสริมให้มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม โดยในปัจจุบันมีการนำระบบ GPS (Global Positioning System) มาเชื่อมต่อกับโทรศัพท์ เพื่อใช้ในการติดตามผู้สูงอายุในกรณีที่ย้ายตัวออกจากบ้าน (Miskelly, 2005)

3.3.3 การให้การดูแลทางด้านร่างกายและจิตใจ (Physical and psychosocial interventions)

3.3.3.1 ควรให้ผู้สูงอายุได้มีการตรวจเช็คร่างกาย เพื่อค้นหาภาวะความเจ็บป่วย อาการปวดต่าง ๆ ที่อาจส่งเสริมหรือกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเริ่มมีอาการของพฤติกรรมก้าวร้าว

3.3.3.2 หลีกเลี่ยงยาที่กระตุ้นให้เกิดอาการสับสน หรือยาในกลุ่มที่ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการง่วงซึมตลอดเวลา

3.3.3.3 ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีอาการอ่อนเพลียและมีความต้องการในการเดินตลอดเวลา ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการออกกำลังกาย เพื่อให้สามารถใช้พลังงานออกมาในทางที่เหมาะสม

3.3.4 การให้ข้อมูลโดยการให้ความรู้และคำแนะนำกับญาติผู้ดูแล (Care giving support and education)

3.3.4.1 แนะนำให้ญาติผู้ดูแลสร้างสัญลักษณ์ หรือ เลือกลงสิ่งของที่บ่งบอกลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุ เช่น อาจใช้กำไล หรือสร้อยข้อมือที่สลักชื่อ หรือเบอร์โทรศัพท์ ติดตัวตลอดเวลา หากในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ ที่ผู้สูงอายุหายตัวออกจากบ้านไป สิ่งเหล่านี้จะสามารถช่วยให้ผู้ดูแลสามารถติดตามตัวผู้สูงอายุกลับคืนมาได้

3.3.4.2 แนะนำให้ผู้ดูแลได้มีการจดบันทึกรูปแบบของพฤติกรรมในแต่ละวัน เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนให้การดูแล

3.3.4.3 ควรหาแหล่งข้อมูล หรือแหล่งประโยชน์ที่สามารถให้การช่วยเหลือได้ เช่น ตำรวจ หรืออาสาสมัคร หากพบว่าผู้สูงอายุหายตัวออกไป

3.4 การแสดงออกทางเพศที่ผิดปกติ (Sexual Disorders)

ความสนใจและความต้องการทางเพศเป็นลักษณะธรรมชาติอย่างหนึ่งของบุคคล ที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของช่วงชีวิต (Sifton, 2000) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยสูงอายุ ความพึงพอใจและ ความสุขทางเพศ ยังคงมีความต้องการ ตราบเท่าที่ยังมีชีวิตอยู่ เพียงแต่อาจมีการเปลี่ยนแปลงในแง่ของปริมาณ เนื่องมาจากความเสื่อมและการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระวิทยา แต่ในแง่ความรู้สึกพึงพอใจไม่ได้มีความแตกต่างจากวัยอื่น ๆ มากนัก จากการศึกษาของ Ginsberg และคณะ (2005) ได้ชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังต้องการรักษาความสัมพันธ์และคงการมีกิจกรรมทางเพศเหมือนคนปกติทั่ว ๆ ไป ทั้งนี้รวมถึงการสัมผัส กอด สวมกอด จูบ และการเล้าโลม ในทางตรงกันข้ามเมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรือมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เป็นไปตามกระบวนการสูงอายุ มักทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง รวมถึงความต้องการและสมรรถภาพในกิจกรรมทางเพศลดลงตามไปด้วย

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การแสดงออกถึงความต้องการทางเพศ จะแตกต่างจากบุคคลทั่วไป กล่าวคือ อาจละเลย ไม่สนใจ มีความรู้สึกทางเพศลดลง หรือ อาจมีความต้องการทางเพศที่มากผิดปกติ จนส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และการใช้ชีวิตในสังคม (Tabak, 2006) การแสดงออกถึงความต้องการทางเพศที่มากผิดปกติ ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบอัตราการเกิดประมาณ ร้อยละ 7 - 25 ส่วนใหญ่พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (Levitsky and owens, 1999) ส่วนสาเหตุของการแสดงออกของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมดังกล่าวยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อกันว่าจะเป็นผลจากโรค หรือผลจากการรักษาด้วยยา ที่ใช้รักษาอาการทางจิตเวช เช่น ยาในกลุ่ม Benzodiazepine อาจทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการทางเพศลดลง เกิดความรู้สึกหมกมุ่น ครุ่นคิดแต่เรื่องของตนเอง เกิดความเฉยชา หรือ เกิดความรู้สึกหวาดกลัว ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงสารเคมีในสมอง (McCann, 2000) หรือการที่สมองบางส่วนเกิดความเสียหาย โดยเฉพาะสมองส่วนหน้า ถ้าเกิดความเสียหายเกิดขึ้นอาจเป็นสาเหตุของความต้องการทางเพศ และมีความพึงพอใจในกิจกรรมทางเพศที่เพิ่มมากขึ้น (Kobayashi, 2004) ซึ่งอาจมีการแสดงออก โดยคำพูดหรือการกระทำเช่น การสัมผัส (Touching) การลูบไล้ (Fondling) การถอดเสื้อผ้า (Disrobing) และการช่วยตัวเอง (Masturbation) (Alagiakrishnan et al., 2005) ในที่นี้ Haddad และ Ben bow (2004) ได้แบ่งชนิดของการแสดงพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยสมองเสื่อม ออกเป็น 3 ชนิดคือ

1. การแสดงออกด้วยคำพูด (Sex talk) เป็นพฤติกรรมที่พบมากที่สุดกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่เป็นการใช้ภาษาหรือคำพูดในการแสดงถึงความต้องการของตนเอง
2. การแสดงออกด้วยการกระทำ (Sexual acts) เช่น อาจมีการสัมผัส การถอดเสื้อผ้า และการช่วยตัวเอง ซึ่งการกระทำดังกล่าวอาจมีการเปิดเผยในที่สาธารณะหรือในที่ที่เป็นส่วนตัว
3. การแสดงออกที่ปิดบังซ่อนเร้น (Implied sexual acts) กล่าวคืออาจไม่มีการแสดงพฤติกรรมดังกล่าวออกมาด้วยการกระทำหรือคำพูด แต่อาจมีการใช้สื่อหรืออุปกรณ์ที่ลามกอนาจาร มาใช้เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง

การแสดงออกของพฤติกรรมดังกล่าว จะส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากสังคมส่วนใหญ่ ให้มุมมองในเรื่องเพศ ว่าเป็นสิ่งที่ไม่ควรเปิดเผย โดยเฉพาะในสังคมไทยมีมุมมองว่าเป็นเรื่องน่ารังเกียจ ซึ่งถ้าหากผู้สูงอายุใดมีพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะการแสดงออกในที่สาธารณะ จะถูกมองว่าเป็นผู้ที่ปฏิบัติตนไม่ถูกต้องเหมาะสม การมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกหมดแรง หมดกำลังใจ รวมถึงการไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง ซึ่งประเด็นปัญหาดังกล่าว ถ้าหากผู้ดูแลได้รับกำลังใจ การสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง รวมถึงการให้การดูแลที่ปราศจากอคติ ร่วมกับการหาความรู้จากแหล่งประโยชน์อื่น ๆ จะสามารถช่วยลดหรือบรรเทาความเครียดความวิตกกังวลได้ และจากประเด็นปัญหาดังกล่าวได้มีผู้ให้คำแนะนำกลวิธีในการดูแลผู้สูงอายุที่มีการแสดงออกถึงความต้องการทางเพศที่ผิดปกติ ดังนี้ (Sifton, 2000)

3.4.1 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกออกมาในทางที่เหมาะสม โดยการจัดให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมที่ชื่นชอบ เพื่อเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจ

3.4.2 ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาและใส่ใจในความต้องการทางเพศของผู้สูงอายุ โดยการจัดกิจกรรม หรือส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการแสดงออกถึงความต้องการทางเพศออกมาในทางที่เหมาะสม

3.4.3 ควรอธิบายให้ผู้สูงอายุได้ทราบทุกครั้งเวลาที่เข้าไปให้การดูแลช่วยเหลือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการช่วยเหลือกิจกรรมส่วนบุคคล หรือกิจกรรมที่ต้องเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโดยตรง

3.4.4 หลีกเลี่ยงการสนทนาและการใช้ข้อความที่อาจทำให้เกิดความเข้าใจผิด หรือการตีความหมายไปในทางกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางเพศ

3.4.5 ให้อิสระในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ถ้ากิจกรรมที่ทำนั้นปลอดภัยและไม่ทำให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวเกิดความเครียด

3.4.6 หลีกเลี่ยงการตำหนิ ให้เกียรติ และให้ความเป็นส่วนตัวกับผู้สูงอายุ

3.4.7 ควรจัดสถานที่ที่เป็นส่วนตัวหากผู้สูงอายุแสดงความต้องการสำเร็จ ความใคร่ด้วยตนเอง หรือการถอดเสื้อผ้าในที่สาธารณะ

3.4.8 หากผู้สูงอายุแสดงถึงความต้องการทางเพศที่รุนแรง และก้าวร้าวผู้ดูแล ควรพยายามหลีกเลี่ยงการเข้าไปจัดการในสถานการณดังกล่าว และควรขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างหากอยู่ในสถานการณที่เป็นอันตราย

3.5 ความผิดปกติของการสื่อสาร (Communication Disorder)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีความบกพร่องในเรื่องของการใช้คำ การพูด การเรียบเรียงประโยคและการใช้ไวยากรณ์ผิด (วรรณิภา บุญระยอง, 2541) บางครั้งอาจมีการใช้คำที่มีความหมายคล้ายกันทดแทนคำที่นึกไม่ออก หรือใช้การบอกเล่าลักษณะของสิ่งของ และการอธิบายความหมายของคำ ๆ นั้นแทน นอกจากนี้อาจมีการใช้คำ หรือ วลีแบบซ้ำไปซ้ำมาในเรื่องเดิม ๆ จนเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความคับข้องใจ เนื่องจากไม่สามารถอธิบาย หรือสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจถึงความต้องการของตนได้ (Sabat, 1994)

ดังนั้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีปัญหาเรื่องการติดต่อสื่อสาร ผู้ดูแลอาจต้องพิจารณาถึงสาเหตุอื่นร่วมด้วยเสมอ เช่น อาจมีความผิดปกติของหูทำให้การได้ยินลดลง หรือ การมีปัญหาเกี่ยวกับการพูดจากการที่มีจำนวนของฟันลดลง ทำให้พูดไม่ชัด ดังนั้นการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น การใส่เครื่องช่วยฟัง การใส่ฟันปลอม อาจช่วยส่งเสริมให้การสื่อสารดีขึ้นได้ในระดับหนึ่ง (Evans, 1994)

นอกจากนี้ Ripich(1994)ได้แนะนำวิธีการในการช่วยส่งเสริมให้การสื่อสารระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยการใช้โปรแกรมที่เรียกว่า “The FOCUSED Program for Caregiver ” ซึ่งโปรแกรมดังกล่าว มุ่งเน้นการสื่อสารที่มีการใช้คำ และประโยคที่สั้นกะทัดรัดได้ใจความ มีการพูดซ้ำทบทวนคำ โดยคงรูปแบบของคำและความหมายเดิม อาจมีการอธิบายความหมายของคำเพื่อให้เกิดความเข้าใจในระหว่างที่มีการสนทนา ซึ่งการสื่อสารที่เกิดขึ้นนั้นต้องเป็นการสื่อสารที่สามารถมองเห็นลักษณะท่าทาง อากัปกริยาต่าง ๆ ในระหว่างที่มีการสนทนาด้วยเสมอ

นอกจากนี้การศึกษาของ Small และคณะ (2000) ยังได้ชี้ให้เห็นว่าการรู้จักปรับเปลี่ยนวิธีการดูแล โดยการพยายามใช้คำง่าย ๆ สั้น ๆ หรือ การใช้รูปภาพประกอบในการสนทนา จะช่วยให้สื่อสารกัน得เข้าใจมากขึ้น และหากผู้ดูแลได้เรียนรู้วิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถมีกิจกรรม และคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายได้ เป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติ

ปัญหาการติดต่อสื่อสารถือได้ว่าเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องของการใช้ภาษา ดังนั้นเป้าหมายของการดูแลจึงเน้นวิธีการที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแล ได้มีวิธีการสื่อสารที่สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรักษาระดับการทำหน้าที่ของร่างกาย และคงไว้ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้มากที่สุด ในการสื่อสารกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้มีประสิทธิภาพ Miller (2008) ได้แนะนำเทคนิคการสื่อสารที่สามารถช่วยแบ่งภาระของผู้ดูแล และช่วยให้การสื่อสารระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุเข้าใจกันมากขึ้นดังนี้

3.5.1 ในการสนทนาและสื่อสารกับผู้สูงอายุ ควรมีการประเมินความสามารถในการอ่านและการทำความเข้าใจกับประโยคหรือข้อความง่ายๆ ควบคู่กับภาษาที่ผู้สูงอายุใช้ในการสื่อสาร

3.5.2 ควรจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร

3.5.3 ในขณะที่เริ่มการสนทนา ผู้ดูแลควรอยู่ในทิศทางที่ผู้สูงอายุสามารถมองเห็นได้ชัดเจน เพื่อให้เกิดความสนใจในประเด็นที่กำลังสนทนาอยู่ขณะนั้น

3.5.4 ลักษณะของโทนเสียงและน้ำเสียงที่ใช้ในการสื่อสาร ควรพูดด้วยน้ำเสียงที่ปกติ มีความนุ่มนวลและชัดเจนชัดคำ อาจใช้เทคนิคการสัมผัสเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจ

3.5.5 ประโยคหรือวลีที่ใช้ในการสื่อสารควรมีความกระชับ ไม่ยาวจนเกินไป บางครั้งอาจมีการตัดประโยคหรือข้อความให้สั้นลง แต่ให้คงความหมายเดิมไว้

3.5.6 ในระหว่างการสื่อสารอาจมีการใช้รูปภาพหรือท่าทางประกอบการอธิบายเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจความหมายของคำมากยิ่งขึ้น

3.5.7 หากต้องการให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจถึงวิธีการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ การอธิบายด้วยคำพูดที่สั้นและกระชับ ร่วมกับใช้วิธีสาธิตและให้ผู้สูงอายุได้ฝึกลองการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ จะ ช่วยให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจวิธีการใช้และคุ้นเคยกับสิ่งเหล่านั้น

3.5.8 หากต้องการให้ผู้สูงอายุตัดสินใจเลือกสิ่งของบางอย่าง ประโยคหรือข้อความที่ใช้ตั้งคำถาม ควรเป็นประโยคที่สามารถตอบได้สั้น ๆ เช่น ตอบว่าใช่ หรือไม่ใช่ เป็นต้น

3.5.9 หากผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการเข้าใจความหมายของคำ ๆ นั้น ควรปล่อยให้ผู้สูงอายุได้มีเวลาคิดทบทวน หรือ หากไม่สามารถเข้าใจความหมายของคำ หรือ วลีนั้นได้จริง ญาติผู้ดูแลควรอธิบายความหมายของคำนั้น ๆ โดยหาคำที่มีความหมายใกล้เคียงมาประกอบการอธิบาย

3.5.10 หลีกเลี่ยงการตั้งคำถามหรือประโยคเชิงทดสอบ เพราะอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล

3.5.11 หากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการสื่อสารมากขึ้นเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้ไม่สามารถสื่อสารออกมาเป็นประโยคได้ การขอความช่วยเหลือและขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการฝึกพูด จะสามารถช่วยหาแนวทางในการสื่อสารกับผู้สูงอายุให้เข้าใจได้มากขึ้น

3.6 ความผิดปกติของการนอนหลับ (Sleep Disorder)

ในคนปกติทั่วไป เมื่อเริ่มถึงเวลานอน วงจรการนอนหลับจะค่อย ๆ เริ่มเกิดขึ้น โดยวงจรของการนอนหลับสามารถแบ่งแยกได้เป็นสองส่วน ที่มีการทำงานสลับกันไปเรื่อย ๆ ส่วนแรกเรียกว่า Non rapid eye movement (NON - REM) เป็นช่วงที่พบว่าไม่มีการกรอกตาของกล้ามเนื้อตาเกิดขึ้น ส่วนนี้จะเป็นส่วนของการนอนหลับที่นำไปสู่การหลับที่ลึกขึ้นไปเรื่อย ๆ ซึ่งพบว่าการนอนหลับลึกนั้น มักมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกที่สดชื่นในตอนกลางวัน นั้นหมายถึง ถ้ามีการหลับลึกได้น้อย จะมีความรู้สึกไม่กระปรี้กระเปร่าในวันถัดไป อีกส่วนหนึ่งของวงจรการนอนหลับนั้น เรียกว่า Rapid Eye Movement (REM) เป็นช่วงที่มีการทำงานของกล้ามเนื้อตากลอกไปมา โดยในส่วนของวงจรการนอนหลับประเภทนี้จะทำให้เกิดการฝัน เป็นการฝันที่เป็นเรื่องเป็นราว ซึ่งจะเกิดขึ้นในช่วงของ REM นี้เท่านั้น

โดยปกติวงจรการนอนหลับจะเกิดขึ้นระหว่าง NON - REM - REM สลับกันประมาณ 5 - 6 ครั้ง ในแต่ละคืน (สุภาณี กาญจนจาวี, 2537) ความผิดปกติของการนอนหลับถือได้ว่าเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 27 - 40 ของผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของสมอง (Moran et al., 2005)

ส่วนสาเหตุของความผิดปกติของการนอนหลับ พบว่ามีสาเหตุจากหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ความผิดปกติของสมอง หรือสมองบางส่วนถูกทำลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมองส่วนไฮโปทาลามัส (Vitiello and Barson, 2001) จะส่งผลทำให้วงจรการนอนหลับในระยะ NON - REM - Sleep และระยะ REM - Sleep เกิดความผิดปกติ (Crowley and Sullivan, 2005)

กล่าวคือระยะเวลาในการนอนหลับในช่วงกลางวันจะยาวนานขึ้น ในขณะที่ระยะเวลาในการนอนหลับช่วงกลางคืนลดน้อยลง (Eeles, 2006) ส่งผลทำให้คุณภาพการนอนหลับลดลงตามไปด้วย และหากความผิดปกติของการนอนหลับที่เกิดขึ้นติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน มักเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ รวมถึงการแสดงพฤติกรรมที่ก้าวร้าวเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับพฤติกรรมอยู่เดิม (Volicer, Harper and Manning, 2001)

นอกจากนี้อาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลง ของกระบวนการเมตาบอลิซึม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การทำงานของระบบ Neuroendocrine hormone ที่ชื่อว่า Melatonin โดยจากการศึกษาของ Fainstein และคณะ (1997) ได้แสดงให้เห็นว่า การเปลี่ยนแปลงของระดับ Melatonin พบว่ามีความสัมพันธ์กับการนอนหลับในผู้สูงอายุ หากระดับของ Hormone ชนิดนี้ลดลง อาจส่งผลทำให้ผู้สูงอายุหลับยากตื่นง่าย ตื่นกลางดึกบ่อยและหลับไม่สนิท สำหรับผู้สูงอายุที่ตื่นช่วงกลางคืน มักมีสาเหตุอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องเช่น ความเจ็บปวด หรือความต้องการถ่ายปัสสาวะแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงการใช้ยาต่าง ๆ เช่น ยาลดความดันโลหิต (Antihypertensive drug) ยาคลายเครียด (Antidepressant) รวมถึงการมีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคกระเพาะอาหาร (David, 1999) พบว่าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาในเรื่องการนอนหลับตามมา ดังนั้นการให้ยาที่มีส่วนผลของ Melatonin จะสามารถช่วยส่งเสริมให้คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุดีขึ้นได้ในระดับหนึ่ง

ความผิดปกติของการนอนหลับที่พบในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม นอกจากจะส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Susan et al., 1999) เนื่องจากส่วนใหญ่ถูกรบกวนการนอนหลับพักผ่อนตามไปด้วย โดยมีสาเหตุมาจากการแสดงออกของพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ไม่เหมาะสม เช่น การรื้อข้าวของ การค้นหาบุคคลหรือสิ่งของบางอย่างที่ผ่านลวงเลยในอดีตมาแล้ว หรือการเดินวนไปวนมาภายในบริเวณบ้าน ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวได้สร้างความเครียดให้กับญาติผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเวลากลางคืน (Moe et al., 1995) ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องการพักผ่อน

สำหรับเป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของการนอนหลับ จึงเน้นในเรื่องการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถคงไว้ซึ่งการมีกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ โดยการปรับพฤติกรรม ร่วมกับการปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ทั้งนี้ควรพิจารณาถึงปัจจัยหลาย ๆ อย่าง เช่น

สิ่งแวดล้อม สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละครอบครัว ดังนั้นวิธีการและเทคนิคที่ ช่วยเอื้อประโยชน์การนอนหลับของผู้สูงอายุ โดยช่วยทำให้การนอนหลับได้ง่ายขึ้น จะประกอบไปด้วย

3.6.1 ประเมินและพิจารณาหาสาเหตุร่วมกับแพทย์ ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องการนอนหลับ ทั้งนี้ปัญหาดังกล่าวอาจมาจาก การมีภาวะความเจ็บป่วย หรือการได้รับยา บางชนิด (Ancoli-Israel, 2005)

3.6.2 แนะนำให้พยายามหลีกเลี่ยงยาหรือสารเคมีบางตัวที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น กาแฟ บุหรี่ (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2543)

3.6.3 แนะนำและส่งเสริมให้มีการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบริเวณห้องนอน โดยการจำกัดความดังของเสียงให้น้อยกว่า 45 เดซิเบล ในช่วงเวลากลางวัน และให้น้อยกว่า 20 เดซิเบล ในช่วงกลางคืน รวมถึงการปรับอุณหภูมิให้อยู่ใน 21.1 - 23.8 องศาเซลเซียส (69.98 - 74.8 องศาฟาเรนไฮต์) จะสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพ และระยะเวลาในการนอนหลับให้ยาวนานขึ้น (Gleason, 2003)

3.6.4 การใช้สมุนไพรบำบัด (Aromatherapy) โดยเฉพาะการใช้กลิ่นลาเวนเดอร์ (Lavander) และกลิ่นคาร์โมมาย (Clamomile) จะสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการนอนหลับ และสามารถช่วยลดปริมาณการใช้นอนหลับได้ในผู้สูงอายุ (Haesler, 2004)

3.6.5 การใช้แสงบำบัด (Bright-light therapy) คือการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้สัมผัสกับแสงแดดอ่อน ๆ ในช่วงเช้า เนื่องจากแสงแดดจะช่วยปรับวงจรการนอนหลับให้มีลักษณะใกล้เคียงกับวงจรการนอนหลับของคนปกติ ส่งผลให้ปริมาณการนอนหลับในช่วงระหว่างวัน และปริมาณการตื่นนอนในช่วงกลางคืนลดลง (Dowling et al., 2005)

3.6.6 ควรจำกัดระยะเวลาและปริมาณการงีบหลับในแต่ละวัน โดยหลีกเลี่ยงให้ผู้สูงอายุนอนหลับในช่วงเที่ยงวัน หากปริมาณการนอนหลับในช่วงดังกล่าวมากเกินไป อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับในช่วงกลางคืนได้ (Teri, Logsdon and McCurry, 2002)

3.6.7 ควรระมัดระวังในการใช้นอนหลับ ไม่ควรใช้นอนหลับอย่างต่อเนื่องโดยไม่ปรึกษาแพทย์ เพราะการใช้นอนหลับอย่างต่อเนื่องในระยะหนึ่งนั้น จะไปมีผลต่อการนอนหลับในระยะยาวได้ (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2543)

3.6.8 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการออกกำลังกายในช่วงเช้า ซึ่งเป็นช่วงที่ร่างกายสามารถสัมผัสแสงแดดได้ โดยไม่เป็นอันตรายมากนัก (Bright-light therapy) ในการศึกษาของ Hideki และคณะ (2002) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่ได้งีบหลับหลังรับประทานอาหารกลางวันเป็นเวลา 30 นาที ร่วมกับการออกกำลังกายในตอน

เช้า โดยการจำกัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการยืด และหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ติดต่อกันพบว่า ประสิทธิภาพการนอนดีขึ้น จำนวนของการตื่นลดลง ดังนั้นจะเห็นว่าการงีบหลับในช่วงเวลากลางวัน ร่วมกับการออกกำลังกายจะช่วยให้คุณภาพการนอนหลับดีกว่า การงีบหลับในช่วงเวลากลางวันเพียงอย่างเดียว

3.7 การรับประทานอาหารที่ผิดปกติ (Eating Disorder)

ภาวะโภชนาการอาหารถือว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผลจากพยาธิสภาพและการดำเนินของโรค เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุ มีความยากลำบากในการรับประทาน เกิดภาวะพร่องโภชนาการ เนื่องจากความสามารถในการรับประทานอาหารลดลง กล่าวคือ ผู้สูงอายุจะไม่สามารถจำชนิดของอาหาร ความชื่นชอบและความอยากรับประทานอาหารลดลง เมื่อการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้สูงอายุจะไม่สามารถหยิบจับอาหารเข้าปากของตนเองได้ หรือถ้าสามารถหยิบจับอาหารได้ ก็จะประสบกับปัญหาการเคี้ยวและการกลืนอาหารตามมา (Watson and Manthorpe, 2003)

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องการติดต่อสื่อสาร ความสามารถในการใช้ภาษาลดลง เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมกรรมการรับประทานที่ไม่เหมาะสม หรือปฏิเสธการรับประทานอาหาร (Mamhidir et al., 2007) จากการศึกษาของ Steele และคณะ (1997) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 5 ที่อาศัยอยู่ในสถานี่รับดูแลผู้สูงอายุจะปฏิเสธการรับประทานอาหาร เนื่องจากความสามารถในการแปลความหมายหรือการตีความลดลง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการมองเห็น การหยิบจับ การได้กลิ่น และการรับรู้ของรสชาติอาหารเสียไป ทั้งนี้อาจเกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทที่ทำหน้าที่ในการรับรส และการรับกลิ่นทำงานลดลง (Olfactory function) (Murphy, 1999)

สำหรับในระยะแรกของการดำเนินของโรค พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ จะมีความต้องการในการรับประทานอาหาร หรือมีความอยากในการรับประทานอาหารที่มากกว่าปกติ จนเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น โดยผู้สูงอายุจะมีความต้องการ ในการรับประทานอาหารตลอดเวลา ทั้งนี้อาจเกิดจากความผิดปกติของการรับรู้ เกิดภาวะหลงลืมไม่สามารถจำได้ว่าตนเองได้รับประทานอาหารไปแล้ว ทำให้ต้องรับประทานซ้ำแล้วซ้ำอีก หรือ อาจเกิดจากความผิดปกติของสมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกอยากในการ รับประทานอาหารมากกว่าในคนปกติ (Hope, Fairburn and Goodwin, 1989)

อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมดังกล่าวจะเป็นเพียงชั่วคราวเท่านั้น เมื่อการดำเนินเข้าสู่ระยะที่มีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ความสนใจในสิ่งรอบตัวลดลง โดยเฉพาะในเรื่องของอาหาร เป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุมีน้ำหนักตัวลดลงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dornier (2005) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานที่รับดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อม จะมีปัญหาเรื่องของการรับประทานอาหาร และมากกว่าร้อยละ 90 มีน้ำหนักตัวลดลง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ และการเกิดแผลกดทับตามมาได้

ในระยะสุดท้ายของโรค ปัญหาทางด้านโภชนาการเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากในระยะนี้ผู้สูงอายุบางรายอาจไม่สามารถที่จะรับประทานอาหารได้เอง การให้อาหารกับผู้ป่วยทางสายยางอาจมีความจำเป็นกับผู้ป่วยในระยะนี้ (Tube feeding) ถึงแม้ว่าจะมีงานวิจัยออกมาแล้วว่า การให้อาหารทางสายยาง อาจไม่สามารถช่วยส่งเสริมภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุได้มากนัก (Li, 2002) และยังก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พยายามหยิบจับอาหารทานเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการ และมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นได้ดีกว่าให้อาหารทางสายยาง (Gillick, 2000) อย่างไรก็ตาม การให้อาหารด้วยวิธีดังกล่าว อาจต้องให้การพิจารณาเป็นราย ๆ ไป เนื่องจากสุดท้ายเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้ การให้อาหารทางสายยางก็ยังคงมีความจำเป็นในการที่จะให้ผู้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

ดังนั้น การจัดอาหารควรจัดให้มีความเหมาะสมกับระยะการดำเนินของโรค ควรคำนึงถึงคุณค่าทางสารอาหาร และให้มีความเพียงพอต่อความต้องการของผู้สูงอายุ รูปแบบของอาหารควรเป็นอาหารอ่อนที่ย่อยง่าย อาหารประเภทโปรตีน ควรทำให้เปื่อย รสชาติไม่จัดจนเกินไป สีสันดูน่ารับประทาน เพื่อเพิ่มความสนใจให้ผู้ป่วยเกิดความอยากในการรับประทานอาหาร ที่เป็นอันตรายควรหลีกเลี่ยง คือ ลักษณะของอาหารที่เป็นก้อนแข็ง อาหารที่เหนียว เคี้ยวไม่ขาด และภาชนะที่ใส่อาหารควรมีความปลอดภัยเสมอ

สำหรับแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ผิดปกติ ในแต่ละระยะการดำเนินของโรคมีความแตกต่างกัน นั้นหมายถึงผู้ดูแลอาจต้องปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลในเรื่องของอาหารแตกต่างกันออกไปด้วย อย่างไรก็ตามเป้าหมายของการดูแลก็เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารที่ครบถ้วน และมีภาวะโภชนาการที่อยู่ในเกณฑ์หรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ดังนั้นวิธีการและเทคนิคในการช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรักษาและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีประกอบด้วย

3.7.1 ควรมีการประเมินหาสาเหตุ ที่อาจส่งผลให้พฤติกรรมการรับประทานอาหาร เปลี่ยนไป เช่นผลจากการได้รับยาบางชนิด การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ภาวะความเจ็บปวด และ ผลของภาวะซึมเศร้าที่ทำให้ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดลง (Berry and Marcus, 2000)

3.7.2 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้มีส่วนร่วมในการคิด และเลือก รับประทานอาหารได้ในแต่ละมื้อ โดยที่อาหารที่ให้เลือกนั้นควรเป็นอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และควรจัดหาอุปกรณ์ที่มีความเหมาะสมในการรับประทานอาหารให้กับผู้สูงอายุ (Nygard, 2006)

3.7.3 ผู้ที่ให้การดูแลควรนั่งรับประทานอาหารร่วมกับผู้สูงอายุ เพื่อที่จะได้ประเมิน ภาวะโภชนาการและการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อว่ามีความเพียงพอหรือไม่ (Nygard, 2006)

3.7.4 พื้นที่หรือห้องที่ใช้ในการรับประทานอาหาร ควรเป็นห้องที่เงียบสงบ ปราศจาก เสียงดังรบกวน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีสมาธิ หรือมีใจจดจ่ออยู่กับการรับประทานอาหาร (Nygard, 2006)

3.7.5 ในระหว่างที่มีการรับประทานอาหาร แนะนำให้ใช้มือสัมผัสกับผู้สูงอายุด้วย ความสุขภาพอ่อนโยน จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย และช่วยเพิ่มปริมาณการ รับประทานอาหารได้อีกวิธีหนึ่ง (Berry and Marcus, 2000)

3.7.6 อาหารที่จัดให้ควรเป็นอาหารที่ย่อยง่าย มีส่วนผสมของแป้งและน้ำตาล ในปริมาณที่น้อย ๆ ควรเน้นอาหารประเภทผักและผลไม้เพื่อเพิ่มการทำงานของลำไส้ ลดปัญหา การเกิดภาวะท้องผูกที่มักพบบ่อยในวัยผู้สูงอายุ (Parrot and Greenwood, 2007)

3.7.7 ในผู้สูงอายุที่ชอบรับประทานอาหารที่มีรสหวาน หรือรสเค็มจนเกินไป ควรมี การจำกัดปริมาณการให้ในแต่ละมื้อด้วยเสมอ (Keller, Edward and Cook, 2007)

3.7.8 อนุญาตให้ผู้สูงอายุสามารถใช้มือในการหยิบจับอาหาร แทนการใช้ช้อน เนื่องจากการใช้มือจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสะดวกสบายมากกว่า ทั้งนี้ต้องเน้นให้ทำความสะอาด มือทุกครั้งก่อนให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ (Mitchell, 2007)

3.7.9 ผู้สูงอายุที่ปฏิเสธการรับประทานอาหาร หรือความอยากในการรับประทานอาหาร อาหารลดลง ควรดูแลให้ได้รับอาหารมื้อหลัก ๆ อย่างน้อย 1 มื้อในแต่ละวัน ร่วมกับการตกแต่ง อาหารให้มีสีสันน่ารับประทาน และเลือกอาหารที่ผู้สูงอายุชอบ จะสามารถช่วยส่งเสริมการ รับประทานอาหารให้กับผู้สูงอายุได้อีกวิธีหนึ่ง (Keller, Edward and Cook, 2007)

3.8 พฤติกรรมวุ่นวายก้าวร้าว (Aggressive and Agitation)

ปัญหาพฤติกรรมวุ่นวายก้าวร้าวเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของโรค (Alagiakrishnan et al., 2005) อุบัติการณ์การเกิดพบได้ประมาณร้อยละ 24 - 98 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Rosa et al., 2001) แบ่งเป็นการกระทำที่แสดงออกทางร่างกาย (Physical aggression) พบร้อยละ 19.5 การกระทำที่แสดงออกด้วยคำพูด (Verbal aggression) พบร้อยละ 31 และพบมีพฤติกรรมทั้งสองอย่างรวมกันพบร้อยละ 25 (Claudia et al., 2008) เมื่อผู้สูงอายุเริ่มมีการแสดงออกถึงพฤติกรรมก้าวร้าววุ่นวายญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเริ่มมีความเครียดวิตกกังวล และระดับความรุนแรงดังกล่าวจะเพิ่มมากขึ้นหากการแสดงออกของพฤติกรรม กระทั่งต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการเข้าสังคม (Sourial et al., 2001)

ในที่นี้ Howard (2001) ได้ให้ความหมายและคำนิยามของพฤติกรรมก้าวร้าวคือ การที่ร่างกายมีการแสดงออกของพฤติกรรมที่มากเกินไปจนก่อให้เกิดความตึงเครียด โดยลักษณะของกลุ่มอาการดังกล่าว หมายถึงรวมถึง อาการซึมเศร้าวิตกกังวล อาการโกรธหงุดหงิดง่าย อาการกระสับกระส่าย เคลื่อนไหวไปมาไม่อยู่นิ่งกับที่ และอาจมีการออกเสียงหรือพูดในลักษณะที่ผิดปกติจากเดิม ซึ่งกลุ่มอาการเหล่านี้จะสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเดินทาง ในลักษณะการเดินทางย้อนกลับไปกลับมา การส่งเสียงร้องตะโกน และระยะเวลาในการนอนหลับสำหรับสาเหตุ ของการมีพฤติกรรมก้าวร้าวพบว่า มีปัจจัยต่างๆเข้ามาเกี่ยวข้อง ทั้งที่เกิดจากพยาธิสภาพของ โรคและเกิดจากการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมรอบๆตัว ซึ่ง Kahn และคณะ (2005) ได้จำแนกปัจจัยส่งเสริมที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมก้าวร้าวดังนี้

1. การเจ็บป่วยทางร่างกาย (Physical and medical problem) ในกรณีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเริ่มมีพฤติกรรมก้าวร้าว สิ่งแรกที่คุณดูแลควรพิจารณานี้ก็คือ การมีภาวะความเจ็บป่วยทางร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การติดเชื้อในระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบทางเดินหายใจ รวมถึงภาวะขาดน้ำและสารอาหาร ซึ่งพบได้บ่อยมากที่สุด เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีอาการหลงลืมเรื่องการรับประทานอาหาร หรือไม่สามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้อาจเกิดจาก อาการข้างเคียงของการรับประทานยา การมีภาวะท้องผูก อาการปวดตามข้อต่างๆ โดยเฉพาะอาการที่เกิดจากการอักเสบของข้อ

2. การกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม (Environment stresses) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักไวต่อการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีเสียงดัง มีแสงสว่างไม่

เพียงพอ หรืออยู่ในที่ที่มีอากาศร้อนหรือหนาวจนเกินไป ปัจจัยเหล่านี้ล้วนกระตุ้นให้ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้น

3. การมีปัญหาเรื่องการนอนหลับ (Sleep problem) ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ส่วนหนึ่งมาจากปัญหาเรื่องการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากระยะเวลาและคุณภาพในการนอนลดน้อยลง ทั้งนี้อาจมีปัจจัยสาเหตุมาจากการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม หรือวงจรการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป

4. การมีปัญหาทางด้านจิตเวช (Psychiatric syndrome) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีพฤติกรรมวุ่นวายก้าวร้าว บ่อยครั้งมักพบกลุ่มอาการทางจิตเวชนำมาก่อนโดยเฉพาะอาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล สับสน หงุดหงิดง่าย โดยไม่ทราบสาเหตุซึ่งกลุ่มอาการเหล่านี้จะสัมพันธ์กับการแสดงออกของพฤติกรรม กล่าวคือ หากผู้สูงอายุแสดงกลุ่มอาการดังกล่าว ผู้ดูแลควรมีการประเมินและติดตามพฤติกรรมก้าวร้าวที่จะเกิดขึ้นด้วยเสมอ

ดังนั้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดังกล่าว จำเป็นต้องได้รับการประเมินหาสาเหตุ และให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ที่สำคัญไปกว่านั้น ผู้ดูแลควรมีความรู้ความเข้าใจในพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงออกเสมอ หากผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวให้อยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ หรือหาวิธีการในการดูแลที่เหมาะสมตลอดจนหาวิธีการในการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลกระทบต่อให้เกิดความเครียดในระหว่างที่ให้การดูแล ดังนั้น แนวทางป้องกันและวิธีการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีการแสดงพฤติกรรมออกมาในทางที่เหมาะสมจะประกอบไปด้วย

3.8.1 ประเมินหาปัจจัยและสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ทั้งนี้อาจเกิดจากการเจ็บป่วยทางร่างกาย การได้รับยา หรือ การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่ปลอดภัย เช่น การอยู่ในบริเวณที่มีเสียงดัง ๆ

3.8.2 หากผู้ดูแลรู้สึกเครียดกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุ การหาแหล่งประโยชน์ในการช่วยสนับสนุนและส่งเสริมการดูแล จะสามารถช่วยให้ผู้ดูแลได้เข้าใจ และมีทัศนคติในการดูแลที่ดี เช่น การเข้ากลุ่มผู้ดูแลที่มีประสบการณ์เดียวกัน เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการดูแลระหว่างกันได้ (Psycho educative group intervention) (Kaput, Kaiger and Janner, 2000)

3.8.3 การใช้แพทย์ทางเลือก (Complementary alternative therapies) โดยเฉพาะการใช้สมุนไพรบำบัด (Aromatherapy) จะสามารถช่วยในเรื่องของการปรับพฤติกรรมก้าวร้าว

ให้สงบลงได้ระดับหนึ่ง โดยเชื่อว่าการใช้กลิ่นลาเวนเดอร์ จะมีประสิทธิภาพในการจัดการกับพฤติกรรมดังกล่าวได้มากกว่ากลิ่นอื่นๆ (Lin et al., 2007)

3.8.4 การใช้ดนตรีบำบัด (Music therapy) ช่วยในเรื่องของการปรับพฤติกรรมโดยการเปิดเพลงเบา ๆ ให้ผู้สูงอายุได้ฟัง จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลาย ลดพฤติกรรมก้าวร้าวที่มากเกินไป รวมถึงช่วยในเรื่องของการควบคุมอารมณ์หากผู้สูงอายุเริ่มมีอาการโกรธ และหงุดหงิดง่าย (Sung, Hang and Abbey, 2006) นอกจากนี้การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รู้สึกผ่อนคลายโดยการใช้นวดสัมผัส (massage) ร่วมกับให้ผู้สูงอายุได้ฟังเพลงที่ตนเองชื่นชอบ จะสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแล โดยพบว่าการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกด้วยการกระทำ และคำพูดลดลง (Robinson and Hicks-Moore, 2008)

3.8.5 การใช้สัตว์เลี้ยงช่วยในการบำบัด (Animal-assisted therapy) คือการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ มอง พุดคุย และสัมผัสกับสัตว์เลี้ยง เช่น สุนัข จะสามารถช่วยในเรื่องของการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมให้สงบลงได้ นอกจากนี้ยังสามารถช่วยเพิ่มทักษะการเข้าสังคม และเพิ่มความสนใจต่อการทำกิจกรรมต่างๆมากขึ้น (Richeson, 2003)

3.9 การแสดงพฤติกรรมซ้ำๆ (Repetitive behaviors)

การมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ถือได้ว่าเป็นพฤติกรรมที่สามารถพบได้บ่อย ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Coen et al., 2001) โดยพบอุบัติการณ์การเกิดร้อยละ 87 ของผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในสถานี่รับดูแลผู้สูงอายุ (Cullen et al., 2005) ซึ่งพบว่าพฤติกรรมดังกล่าว เป็นหนึ่งในพฤติกรรมที่สร้างทุกข์ให้กับญาติผู้ดูแล โดยไม่แตกต่างไปจากพฤติกรรมอื่นๆ ที่พบได้ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในที่นี้ Hwang และคณะ (2000) ได้แบ่งรูปแบบการแสดงออกของพฤติกรรมซ้ำ ๆ ออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. การแสดงออกทางร่างกาย (Repetitive action) เช่น การล้างมือ การนับสิ่งของ การตอกเท้า พบได้ร้อยละ 59.5

2. การแสดงออกทางคำพูด (Repetitive question) อาจอยู่ในลักษณะของการถามซ้ำๆ หรือการถามในประโยคเดิม ๆ พบได้ร้อยละ 74.4

3. มีการแสดงออกทางคำพูดและแสดงออกทางร่างกายควบคู่กันไปพบได้ร้อยละ 35.4

สำหรับสาเหตุการเกิดยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าน่าจะมีความผิดปกติของสมอง มีผลทำให้การรับรู้เปลี่ยนแปลงไป หรืออาจเกิดจากความรู้สึกเบื่อหน่าย ความรู้สึกไม่ปลอดภัย รวมถึงความวิตกกังวลเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและอนาคต (Ready et al,

2003) โดยรูปแบบของพฤติกรรมจะแสดงออกมาในลักษณะของการย้ำคิด ย้ำทำ (Obsessive compulsive behavior) พุดซ้ำ ๆ ในเรื่องเดิม ๆ

นอกจากนี้การแสดงออกของพฤติกรรมบางอย่าง เชื่อว่ามีความเกี่ยวข้องกับขั้นตอนและการดำเนินชีวิตในประจำวัน รวมถึงสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรม เช่น การทำเสียงพึมพำ (Humming) การตอกเท้า (Foot tapping) การล้างมือ (Hand rubbing) การเก็บสะสมสิ่งของ (Hoarding) การนับวัตถุ (Counting object) การพูดทบทวนคำพูดของคนอื่น ๆ (Echolalia) การแสดงพฤติกรรมซ้ำ ๆ กับคนอื่นโดยอัตโนมัติ (Echopraxia) และ ความวิตกกังวลเรื่องความสะอาด (Snowden et al., 2001) เป็นต้น

ดังนั้นในการดูแลผู้ดูแลควรรู้จักสังเกตลักษณะบุคลิกภาพ และการแสดงออกของพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับพฤติกรรมซ้ำ ๆ ในระยะแรกนั้น ถือว่าเป็นอาการเริ่มต้นของการมีภาวะสมองเสื่อม (Lindau et al., 2000) และที่สำคัญ ญาติผู้ดูแลควรให้การยอมรับ และควรเข้าใจว่าการที่ผู้สูงอายุจำไม่ได้ มิได้แก่งงแต่อย่างใด การส่งเสริมให้ญาติแลบุคคลในครอบครัวได้เรียนรู้อาการและอาการแสดงของโรค ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จนเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค จะสามารถช่วยเพิ่มความกระตือรือร้น และความใส่ใจในการพยายามแสวงหาแนวทางป้องกัน (Ready et al., 2003) รวมถึงยังสามารถช่วยลดความก้าวหน้าของโรคได้อีกวิธีหนึ่ง (Greenaway et al., 2008)

ดังนั้นวิธีการและเทคนิคในการช่วยให้ผู้ดูแล สามารถยอมรับในพฤติกรรมและสามารถอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุได้โดย ไม่ได้คิดว่าปัญหาดังกล่าวจะเป็นอุปสรรคต่อการดูแลและกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว วิธีการที่ว่านี้จะประกอบไปด้วย

3.9.1 ควรมีการประเมินลักษณะรูปแบบและการแสดงออกของพฤติกรรม รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มากระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการแสดงพฤติกรรมออกมา

3.9.2 หากผู้สูงอายุต้องการจัดการกับสิ่งของอย่างใดอย่างหนึ่งด้วยมือของตนเอง พยายามหากิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการดังกล่าวโดยให้มีลักษณะที่คล้ายๆกัน เช่น อาจเปลี่ยนให้ไปล้างจาน ซักผ้า หรือพับกระดาษ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีการแสดงออกในทางที่เหมาะสม (Burgener et al., 1998)

3.9.3 ในระหว่างที่มีการติดต่อสื่อสารและการสนทนา หากผู้สูงอายุสื่อสารด้วยประโยคหรือพูดในลักษณะซ้ำไปซ้ำมา ผู้ดูแลไม่ควรโต้ตอบ หรือ แสดงปฏิกิริยาที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกกังวล ควรปรับเปลี่ยนความสนใจไปเรื่องอื่นแทน (Parretti, 2000)

3.9.4 พยายามใช้คำหรือวลีสั้น ๆ แต่ได้ใจความ ในการตอบคำถามของผู้สูงอายุ และในกรณีที่มีการถามซ้ำบ่อย ๆ การเขียนข้อความลงในบัตรคำ จะสามารถช่วยลดภาระในการตอบคำถามของผู้สูงอายุได้ในระดับหนึ่ง (Bourgeois et al., 1997)

3.9.5 การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ฟังเพลงคลาสสิก และ เพลงเพลงที่ผู้สูงอายุชื่นชอบ จะสามารถช่วยลดความถี่ของการแสดงพฤติกรรม ทั้งที่อยู่ในลักษณะของการกระทำและคำพูดได้ (Helmes, 2006)

3.10 พฤติกรรมการซุกซ่อน สะสมสิ่งของ และทำของหาย (Hoarding, Hiding and Losing thing)

พฤติกรรมการซุกซ่อน สะสมสิ่งของ และทำของหาย ถือว่าเป็นหนึ่งในพฤติกรรมที่สามารถพบได้ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยพบว่าพฤติกรรมดังกล่าวจะมีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลในเรื่องต่าง ๆ จนส่งผลให้เกิดการแสดงพฤติกรรมย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive - compulsive disorder หรือ OCD) (Lasalle - ricci et al., 2006) สามารถพบได้ประมาณร้อยละ 1-3 ของคนปกติทั่ว ๆ ไป (Weissmann et al, 1994)

สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพฤติกรรมการซุกซ่อน สะสมสิ่งของ และทำของหาย เช่น การซุกซ่อนอาหาร ยา หนังสือพิมพ์ เงิน กุญแจ หรือ ของมีค่าต่าง ๆ สามารถพบได้ประมาณร้อยละ 22 (Hwang et al., 1998) ส่วนสาเหตุของการเกิดนั้น เชื่อว่าเกิดจากความรู้สึกกลัวว่า สิ่งของที่ตนเองมีอยู่จะถูกลบไล่นหรือถูกลักขโมยไป ดังนั้นการปิดบังหรือเอาออกไปซ่อนจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัย รวมถึงสิ่งของที่ตนเองมีอยู่ก็จะปลอดภัยตามไปด้วย ซึ่งพบว่าบ่อยครั้งมักเกิดอาการหลงลืมสถานที่เก็บสิ่งของ จนในที่สุด อาจมีการกล่าวหา ตำหนิหรือ กล่าวโทษคนภายในครอบครัวว่าขโมยของ ของตนเองไป เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการทะเลาะเบาะแว้งกันเกิดขึ้น (Alzheimer's & Dementia care, 2007) และในกรณีที่มีการเก็บสะสมสิ่งของที่ไม่มีความจำเป็น หรือสิ่งของที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น การเก็บขยะเข้ามาสะสมภายในบ้าน อาจส่งผลทำให้เกิดภาวะความเจ็บป่วยตามมา หรือในกรณีที่ไม่สามารถจดจำได้ว่า ตนเองเก็บของไว้ที่ตำแหน่งใด อาจทำให้เกิดพฤติกรรมในการตามหาสิ่งของ และนำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุได้มากที่สุด (Samuels et al., 2002)

ดังนั้นการหาแนวทางและวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมภายในบริเวณที่อยู่อาศัย จะสามารถช่วยลดพฤติกรรมดังกล่าว และอันตรายต่าง ๆ ที่อาจเกิด

ขึ้นกับผู้สูงอายุ ซึ่งแนวทางในการจัดการ และการดูแลจะประกอบไปด้วย (Alzheimer's & Dementia care, 2007)

3.10.1 พยายามหลีกเลี่ยงการเก็บสิ่งของที่มีค่าชิ้นเล็กๆ ไว้ในที่ที่ผู้สูงอายุสามารถหาหรือพบได้ง่าย ควรเก็บใส่กล่องและเก็บในที่มิดชิด

3.10.2 พยายามหลีกเลี่ยงนำสิ่งของที่มีค่ามาใช้ในชีวิตประจำวัน กรณีหลีกเลี่ยงไม่ได้ควรนำของที่มีลักษณะคล้าย ๆ กัน หรือทำเลียนแบบมาสวมใส่แทน

3.10.3 ควรลดหรือจำกัดบริเวณสถานที่ที่ผู้สูงอายุสามารถนำของไปซ่อนได้ เช่น อาจลดจำนวนการใช้ห้องบางห้อง โดยการล็อกกุญแจ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเข้าออกห้องได้ตลอดเวลา

3.10.4 ควรมีการจัดสำรองอุปกรณ์จำเป็นบางอย่าง เช่น กุญแจบ้าน กุญแจรถ เพื่อให้สามารถนำมาใช้งานได้ทันที หากพบว่าเกิดการสูญหาย เนื่องจากผู้สูงอายุเอาไปซ่อน หรือนำไปเก็บไว้ในตำแหน่งที่ไม่สามารถจำได้

3.10.5 ก่อนการทิ้งขยะทุกครั้ง ควรมีการตรวจสอบให้แน่ใจว่า ไม่มีสิ่งของ หรือของที่มีค่าหลงเหลืออยู่ในถังขยะ เนื่องจากอาจเป็นบริเวณที่ผู้สูงอายุสามารถนำของไปซ่อนได้เช่นกัน

4. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล

ดังที่กล่าวมาแล้วว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งผลจากการมีพยาธิสภาพที่สมอง ทำให้การรับรู้และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุลดลงเรื่อยๆ จนในที่สุดผู้สูงอายุเหล่านี้ จะไม่สามารถรับรู้ หรือบอกความต้องการของตนเองได้เหมือนคนปกติทั่วไป ดังนั้นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดหรือทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลจึงถือได้ว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

อย่างไรก็ตามในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลย่อมประสบกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่มีรูปแบบไม่แน่นอน ขึ้นอยู่กับระยะการดำเนินของโรค และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่คอยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมออกมา ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด เบื่อหน่ายท้อแท้หมดหวัง โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้ ขาดประสบการณ์ ขาดการเข้าใจและการยอมรับ และไม่สามารถจัดการ หรือให้การดูแลที่เหมาะสมได้

ดังนั้นบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะพยาบาล ที่ให้บริการ และดูแลผู้สูงอายุ ถือว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวและยอมรับกับบทบาทของการเป็นผู้ดูแล โดยเน้นส่งเสริมให้ครอบครัวและผู้ดูแลหลักมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม ทำหน้าที่คอยให้คำปรึกษา เสนอแนะทางเลือกในการแก้ปัญหา และคอยสนับสนุนให้กำลังใจผู้ดูแลให้สามารถเผชิญและคิดแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม กล่าวโดยสรุป บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลมีดังนี้

4.1 บทบาทของผู้ให้ความรู้แก่ผู้ดูแล เพื่อให้สามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์และปรับใช้ให้เหมาะสมกับปัญหาการดูแลของแต่ละบุคคล นอกจากนี้การมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคสมองเสื่อม ยังมีส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการยอมรับกับบทบาทของการเป็นผู้ดูแล การยอมรับพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงออก การยอมรับกับความจริง นำไปสู่การเรียนรู้การดูแลและการค้นหาวิธีการดูแลที่เหมาะสมตามมา

4.2 บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา ในที่นี้หมายถึงผู้ที่ทำหน้าที่คอยให้คำปรึกษา รับฟังปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแล หรือ จากปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย ที่บางครั้งผู้ดูแลอาจไม่สามารถคิดแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง การขอคำปรึกษาจากบุคคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ มีประสบการณ์ในการดูแล และเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในอันดับแรก ๆ ช่วยในการ ชี้แนะ หรือ กระตุ้นให้มองหาทางเลือก ข้อดีข้อเสีย ช่องทาง ในการแก้ปัญหา เพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีการ หรือ แนวทางในการแก้ปัญหา โดยพิจารณาตามความเหมาะสม และคำนึงถึงความสามารถของผู้ดูแลเป็นสำคัญ

4.3 บทบาทผู้ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ เนื่องจากพยาบาลถือว่าเป็นบุคคลที่คอยให้การช่วยเหลือและมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและผู้ดูแลอีกสาขาวิชาชีพหนึ่งในทีมสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นผู้ที่สามารถประเมินสภาพจิตใจและสภาวะทางอารมณ์ รวมถึงความต้องการการช่วยเหลือทางด้านจิตใจของผู้ดูแลและครอบครัวในอันดับแรก ๆ การให้การช่วยเหลือโดยการพูดคุย และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แสดงความรู้สึกนึกคิดของตนเอง การให้กำลังใจในยามที่ท้อแท้หมดหวัง เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีกำลังใจในการ ให้การดูแลผู้สูงอายุต่อไป ที่สำคัญยังสามารถช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับมือ และสามารถหาวิธีการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

4.4 บทบาทของผู้ประสานงาน ในที่นี้หมายถึง การทำหน้าที่ในการประสานความร่วมมือในทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้รับการบริการ

การดูแลจากทีมผู้ให้บริการ ซึ่งมีการประสานกันอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อลดช่องว่างระหว่างกระบวนการต่าง ๆ และเกิดกระบวนการดูแลที่มีคุณภาพสูงสุด

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รัชฎา รัชชนาม (2542) ได้ศึกษาเกี่ยวกับสภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มประชากรตัวอย่างคือ ผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อมที่เป็นบุคคลในครอบครัวของสมาชิกชมรมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย จำนวน 5 ราย โดยใช้แนวคำถามแบบเจาะลึกประกอบการสัมภาษณ์

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้การดูแลทุกรายเป็นเพศหญิง และส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยระหว่าง 3-10 ปี เหตุที่เฝ้าดูแลเพราะมีเวลาว่าง ไม่มีภาระส่วนตัว เป็นการทำหน้าที่เพื่อตอบแทนบุญคุณ และด้วยความรักความผูกพัน ผู้ดูแลทุกรายมีความเห็นตรงกันว่า การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นภาระที่หนักและสร้างความเครียดให้กับผู้ดูแล แต่ละครอบครัวได้พยายามสนับสนุนด้านอารมณ์ และจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยพยายามทำความเข้าใจในอาการป่วยเพื่อยอมรับและปรับตัวเข้าหาผู้ป่วย ระลึกถึงการตอบแทนบุญคุณเพื่อเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวใจ และลดปัญหาด้านความเครียด รวมถึงการสังเกตดูความต้องการของผู้ป่วยเพื่อช่วยฟื้นฟูจิตใจของผู้ป่วย ในส่วนของผู้ดูแลพบว่าครอบครัวเกื้อหนุนด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล โดยการมีส่วนร่วมในการดูแล การช่วยเหลือผู้ป่วยในการรักษาพยาบาล และการดูแลในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งเป็นภาระแก่ผู้ดูแลที่ต้องเฝ้าระวังผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีความรู้ด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเพื่อเรียนรู้และทำความเข้าใจในตัวผู้ป่วย ด้วยเชื่อว่าการเข้าใจในสภาพของผู้ป่วยจะช่วยลดภาวะความตึงเครียดในครอบครัวลง

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีเงินบำนาญ เงินสะสม ที่นำมาใช้ในการรักษาพยาบาล การจ้างผู้ดูแล และการดำรงชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องเป็นภาระด้านการเงินแก่ผู้ดูแล แต่อย่างไรก็ตาม สมาชิกในครอบครัวก็ยังเป็นแหล่งเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญที่ให้การเกื้อหนุนทางสังคมทุก ๆ ด้านแก่ผู้ดูแล รองลงมาได้แก่ เครือญาติ เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ และชมรมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย ซึ่งจะมีส่วนสำคัญในการเกื้อหนุนด้านข้อมูลข่าวสารความรู้ในเรื่องอาการป่วยและวิธีการดูแลรักษา ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องการการช่วยเหลือบริการศูนย์บริการดูแลผู้ป่วยในช่วงกลางวันหรือชั่วคราวจากรัฐ เพื่อช่วยผ่อนภาระในบางโอกาส เนื่องจากการใช้บริการของเอกชนจะมีราคาสูง และบางแห่งไม่ยอมรับ

ผู้ป่วยสมองเสื่อม บริการที่ต้องการรองลงมาคือ การส่งเสริมความรู้เรื่องอาการสมองเสื่อม ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วยสร้างความเข้าใจกับลักษณะอาการของผู้ป่วยและมีความเครียดลดลง

อ้อมทิพย์ พันธุ์ศิริ (2548) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ความรู้และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมระยะแรก โดยใช้แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้ และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นลักษณะคำถามที่มีทั้งให้เลือกตอบและเติมคำ มีจำนวน 14 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และความรู้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล มีจำนวน 24 ข้อ ข้อลักษณะคำถามให้เลือกตอบถูกหรือผิด ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจำนวน 53 ข้อ เป็นลักษณะคำถามให้เลือกตอบว่า ปฏิบัติเป็นประจำไม่สม่ำเสมอหรือไม่ได้ปฏิบัติ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60 มีความรู้เกี่ยวกับโรคอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 62.6 มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลอยู่ในระดับดีกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การดูแลโดยรวมในระดับปฏิบัติเป็นประจำ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีการปฏิบัติเป็นประจำคือด้านการตอบสนองของความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ด้านการให้ความเมตตาต่อผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ด้านการให้กำลังใจและความหวัง ด้านช่วยให้เกิดการจัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความรู้ปลอดภัย ด้านการมีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ ด้านการแก้ไขโดยใช้เหตุผลชี้แนะหรือให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ด้านการสังเกตและตอบสนองของความต้องการของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมอย่างทันท่วงที ด้านช่วยให้เกิดการพัฒนาความสามารถในการดูแล สำหรับด้านที่มีการปฏิบัติไม่สม่ำเสมอคือ ด้านการแสดงการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ทั้งด้านบวกและด้านลบ และด้านการค้นหาความหมายในชีวิตของตนเอง

Small และคณะ (2000) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกับญาติผู้ดูแลในระหว่างที่มีกิจวัตรประจำวัน โดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม โดยคัดเลือกจากญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 22 ราย ซึ่งในการสนทนากลุ่มมุ่งประเด็นไปที่ การให้ญาติผู้ดูแลได้สะท้อนความรู้ และเล่าถึงประสบการณ์ในการติดต่อสื่อสารกับผู้สูงอายุให้เข้าใจในระหว่างที่มีกิจวัตรประจำวัน ผลการศึกษาพบว่า การมีปัญหารื่องการสื่อสารส่วนใหญ่ จะส่งผลกระทบต่อการใช้กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่นการอาบน้ำ การแต่งกาย การรับประทานอาหาร ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรง และระยะการดำเนิน

ของโรค ดังนั้น การรู้จักปรับเปลี่ยนวิธีการดูแล โดยการพยายามใช้ค้ำกาย ๆ สั้น ๆ หรือการใช้รูปภาพประกอบในการสนทนา จะช่วยให้สื่อสารกันได้ง่ายเข้ามากขึ้น และหากผู้ดูแลได้เรียนรู้วิธีการ สื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถมีกิจกรรม และคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายได้เป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด

Hideki และคณะ (2002) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการออกกำลังกาย ร่วมกับการงีบหลับในช่วงกลางวัน มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ ในช่วงเวลากลางคืนหรือไม่ โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีอายุระหว่าง 73.8 + 5.4 ปี ซึ่งโปรแกรมดังกล่าว มีการจัดให้ผู้สูงอายุได้งีบหลับหลังอาหารกลางวันเป็นเวลา 30 นาที ร่วมกับการออกกำลังกายในตอนเช้า มีการยืด และหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพการนอนดีขึ้นรวมถึงการมีคุณภาพการนอนหลับและจำนวนของการตื่นลดลง ดังนั้นจะเห็นว่าการงีบหลับในช่วงเวลากลางวัน ร่วมกับการออกกำลังกายจะช่วยให้คุณภาพการนอนหลับดีกว่าการงีบหลับในช่วงเวลากลางวันเพียงอย่างเดียว

Richeson (2003) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้สัตว์เลี้ยง ช่วยในการลดพฤติกรรมวุ่นวายก้าวร้าว และช่วยส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวัน รวมถึง การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ เป็นศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อม และอาศัยอยู่ในสถาน ที่รับดูแลจำนวน 15 แห่ง โดยในแต่ละแห่งผู้สูงอายุจะได้รับการดูแล และการจัดกิจกรรมที่เหมือน ๆ กัน คือการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ สัมผัส พุดคุย จดจำชื่อของสุนัขอย่างน้อย 1 ชื่อ และเรียกชื่อของสุนัขในทุก ๆ วัน เป็นเวลา 1 ชั่วโมงติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้ เล่นกับสุนัข มีความสนใจสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว มีปฏิสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดและเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น โดยเฉพาะในช่วงสัปดาห์แรกหลังจากที่ได้เล่นกับสุนัข นอกจากนี้ยังพบว่าการแสดงออก ของพฤติกรรมวุ่นวายก้าวร้าว ที่สร้างความยากลำบากในการดูแลลดลง รวมถึงยังแสดงออกถึง การควบคุมอารมณ์ต่าง ๆ ของตนเองได้ดีขึ้น

Dowling และคณะ (2005) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้รับแสงแดดอ่อน ๆ ในตอนเช้าใน ขณะที่มีการสามารถช่วยส่งเสริมให้คุณภาพการนอนหลับในช่วงกลางคืนดีขึ้น โดยการศึกษาดังกล่าว ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 46 คน ที่อาศัยอยู่ในสถานรับดูแลผู้สูงอายุ และได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ร่วมกับมีอาการนอนไม่หลับ ตื่นบ่อย ตื่นเร็วกว่าปกติ มีพฤติกรรมเดินไปเดินมาในช่วงกลางคืน มีอาการวุ่นวายสับสน ในช่วงพลบค่ำ ซึ่งการศึกษาดังกล่าวได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรก คือผู้สูงอายุที่ได้แสงแดดอ่อน ๆ ในตอนเช้า โดยมีความเข้มข้นของแสงอยู่ที่มากกว่า หรือเท่ากับ 2500 ลักซ์

ในช่วงเวลา 9.30-10.30 ส่วนกลุ่ม 2 คือผู้สูงอายุที่ได้รับแสงแดดที่มีความเข้มข้นของแสงอยู่ 150-200 ลักซ์ ในช่วงเวลาเดียวกัน ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ ติดต่อกันเป็นเวลา 10 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้สัมผัสกับแสงแดดอ่อน ๆ ในช่วงเช้า จะส่งผลให้ปริมาณการนอนหลับในช่วงระหว่างวันและปริมาณการตื่นนอนในช่วงกลางคืนลดลง เนื่องจากแสงแดดจะช่วยปรับวงจรการนอนหลับให้มีลักษณะใกล้เคียงกับวงจรการนอนหลับของคนปกติ

Sung และคณะ (2006) ได้ศึกษาถึงผลของการฟังเพลง สามารถช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งการศึกษาดังกล่าว เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม และแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 57 ราย โดยการศึกษาดังกล่าวได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกคือกลุ่มที่ได้รับการฟังเพลงที่ตนเองชอบ ในช่วงเวลากลางวัน เป็นเวลา 30 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มที่ 2 คือกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลดังกล่าวข้างต้น ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้ฟังเพลงที่ตนเองชอบการจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง ความสามารถในการทำหน้าที่และความสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมดีขึ้น หลังจากผู้สูงอายุได้ฟังเพลงที่ตนเองชอบ ในขณะที่กลุ่ม 2 คือกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ฟังเพลง รูปแบบและการแสดงออกของพฤติกรรมจะไม่มี การเปลี่ยนแปลงจากเดิม ทั้งนี้ในการเลือกเพลงควรเป็นเพลงที่ฟังสบาย ไม่กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และเป็นเพลงที่อยู่ในช่วงยุคของผู้สูงอายุ

Lin และคณะ (2007) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้กลิ่นลาเวนเดอร์ ในการช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้สูงอายุชาวจีนที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งการศึกษาดังกล่าว ได้ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุชาวจีนที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม และมีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ทั้งในส่วนของการกระทำและคำพูด จำนวน 70 ราย โดยการศึกษาแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับกลิ่นลาเวนเดอร์ โดยใช้วิธีการสูดดม และกลุ่มที่ได้รับกลิ่นของดอกทานตะวัน ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับกลิ่นลาเวนเดอร์แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง และคะแนนที่จากแบบประเมินของ Cohen-Mansfield Agitation Inventory ลดลงจาก 24.68 เหลือ 17.77 และจากแบบประเมิน Neuro psychiatric Inventory ลดลงจาก 63.17 เหลือ 58.77 ตามลำดับ ซึ่งผลของการใช้กลิ่นลาเวนเดอร์ จะมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น หากพฤติกรรมดังกล่าวเกิดจากผลข้างเคียงจากการได้รับยาในกลุ่มจิตเวช

Dulin และDominy (2008) ได้ศึกษาผลของการมีทัศนคติเชิงบวกของญาติผู้ดูแล ในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่ส่งผลทำให้เกิดความ

ผาสุกในชีวิต โดยการศึกษาดังกล่าว ได้คัดเลือกจากกลุ่มตัวอย่าง คือกลุ่มญาติที่ให้การจำนวน 158 ราย ใช้วิธีการสำรวจโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับ วิธีการเผชิญปัญหาแบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติเกี่ยวกับ ความเชื่อ ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ส่งผลกระทบต่อการดูแล ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมที่สร้างความยากลำบากในการดูแล และส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ คือ พฤติกรรมการเดินทาง พฤติกรรมการนอนไม่หลับในช่วงกลางคืน การรับประทานอาหารและการรับประทานยา การมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ความสนใจต่อตนเองและสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวลดลง นอกจากนี้การศึกษาดังกล่าว ยังได้ชี้ให้เห็นว่า ผู้ดูแลที่สามารถยอมรับ และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในครอบครัว จะสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้ดูแลที่มีเจตคติที่ดีในการดูแล ร่วมกับการมีความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นกับผู้ให้การดูแล จะสามารถปรับตัว และมีความพยายามในการแสวงหาวิธีการในการลดภาระในการดูแล ซึ่งส่งผลให้อารมณ์และภาวะสุขภาพของผู้ดูแลดีขึ้นตามไปด้วย

Robinson และ Hicks-Moore (2008) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการให้ฟังเพลงที่ชื่นชอบ ร่วมกับการนวดสัมผัส จะสามารถช่วยลดอุบัติการณ์ การเกิดพฤติกรรมดังกล่าวได้ โดยการศึกษาดังกล่าวได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 41 คน ที่อาศัยอยู่ในสถานรับดูแลผู้สูงอายุ และได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมที่มีการดำเนินของโรคอยู่ในระยะเริ่มต้น ร่วมกับการแสดงพฤติกรรมวุ่นวายก้าวร้าว ที่รบกวนและส่งผลกระทบต่อการดูแล ซึ่งการศึกษาดังกล่าวได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มแรกคือกลุ่มที่ได้รับการฟังเพลงเพียงอย่างเดียว กลุ่มที่ 2 คือกลุ่มที่ได้รับการนวดสัมผัสเพียงอย่างเดียว และกลุ่มที่ 3 คือกลุ่มที่ได้รับการนวดสัมผัสร่วมกับการฟังเพลงที่ผู้สูงอายุชื่นชอบ ซึ่งแต่ละกลุ่มจะใช้ในการทำกิจกรรมดังกล่าวเป็นเวลา 10 นาที ผลการศึกษาพบว่า การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลดังกล่าว จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลาย และอารมณ์สงบมากยิ่งขึ้น การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกด้วยการกระทำ และคำพูดลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลให้ได้รับการนวดสัมผัส ร่วมกับการฟังเพลงจะมีประสิทธิภาพมากกว่า การให้ผู้สูงอายุได้รับการนวดสัมผัส หรือการฟังเพลงเพียงอย่างเดียวใดอย่างหนึ่ง

6. สรุปรายการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ทั้งในและต่างประเทศ เกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการของผู้ดูแล กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่า ส่วนใหญ่ยังคงให้ความสำคัญ และเน้นศึกษาเกี่ยวกับภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นผลจากการที่ผู้ดูแล ขาดการยอมรับ หรือขาดการปรับตัวต่อพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป โดยพฤติกรรมดังกล่าว ได้ส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว ผู้สูงอายุบางรายถูกทอดทิ้งให้อยู่เพียงลำพัง หรือถูกทิ้งให้กลายเป็นภาระของสังคม โดยการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีผลทำให้ญาติผู้ดูแลมีทัศนคติและประสบการณ์การดูแลเชิงลบ มากกว่าการมองเรื่องของการดูแลดังกล่าวเป็นเรื่องที่ทำนายความสามารถ

อย่างไรก็ตามประสบการณ์ในการดูแลแต่ละครอบครัวย่อมมีความแตกต่างกัน ผู้ดูแลที่รับรู้เข้าใจ และรู้จักแสวงหาวิธีการดูแลให้มีสอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ จะสามารถปรับตัวกับบทบาทของการเป็นผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่าการได้รับกำลังใจและการช่วยเหลือสนับสนุนจากคนใกล้ชิด หรือบุคคลในครอบครัว ล้วนมีส่วนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่ดีตามมา

สำหรับครอบครัวที่สามารถจัดการหรือมีทักษะในการดูแล จะสามารถดำรงบทบาทของการเป็นผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถึงแม้ว่าพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงออกมีลักษณะที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา แต่ถ้าหากผู้ดูแลได้เข้าใจถึงพฤติกรรมดังกล่าว และพยายามหาวิธีการดูแลต่าง ๆ มาช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแล โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ มีการแสดงออกมาในทางที่เหมาะสม หรือการปรับแนวคิดของการดูแล รวมถึงการแสวงหาความช่วยเหลือจากสังคม จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถผ่านพ้นเหตุการณ์ต่าง ๆ เหล่านี้ไปได้ด้วยดี

อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ยังคงต้องอาศัยองค์ความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ และทีมสหวิชาชีพหลายสาขา โดยเฉพาะพยาบาลที่มีความรู้ ความชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุ ถือว่าเป็นบุคลากรทางสุขภาพสาขาหนึ่งที่มีความสำคัญ ในการให้คำแนะนำและสอนเทคนิคต่าง ๆ ให้กับผู้ดูแล ได้ลองนำไปปรับใช้ในการแก้ไขปัญหาแต่ละปัญหาได้อย่างเหมาะสม

ดังนั้นเพื่อให้สามารถรองรับบริการผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่ปัจจุบันมีอัตราเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะพยาบาลที่ให้บริการ และดูแลผู้สูงอายุ ควรพัฒนาองค์ความรู้ในด้านการดูแล เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ ๆ โดยการศึกษาผ่านประสบการณ์ของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว ที่สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการดูแล จนสามารถส่งเสริมให้

ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมออกมาในทางที่เหมาะสม ร่วมกับการศึกษาบททวนวรรณกรรมจากต่างประเทศ แล้วลองนำมาปรับให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทย ทั้งนี้เพื่อเป็นการช่วยเหลือ และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้สูงอายุให้เกิดความผาสุกทั้งในระยะสั้น และระยะยาวต่อไปในอนาคต



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยตามปรัชญาเชิงปรากฏการณ์แบบพรรณนา (Descriptive Phenomenology) เน้นการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของบุคคล ที่ได้ประสบพบมาเป็นหลัก (ชาย โฟธิสิตา, 2549) โดยให้ผู้ที่มี ประสบการณ์ในการดูแล และจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อธิบาย หรือเล่าเรื่องราวประสบการณ์ การดูแล ซึ่งเป็นประสบการณ์ตรง และเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง เพื่อให้สามารถรับรู้และเข้าใจถึงข้อเท็จจริงในปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษาอยู่อย่างลึกซึ้ง

1. พื้นที่ในการศึกษา (Setting)

การศึกษานี้ ใช้วิธีการเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยผ่าน 2 setting คือ

1. ห้องประชุมใน หอผู้ป่วยจิตเวช ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งใช้เป็นสถานที่ในการจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธภาพสำหรับญาติ หรือผู้ดูแล ของสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม - ประเทศไทย (The Alzheimer's disease and Related Disorders Association) ซึ่งเป็นสมาคมที่ก่อตั้งขึ้นเพื่อให้ชุมชนได้ตระหนักถึง และ มีความเข้าใจในโรคอัลไซเมอร์และโรคสมองเสื่อม ตั้งอยู่ที่ 114 ปิ่นนคร 4 ถ.บรมราชชนนี ตลิ่งชัน กรุงเทพฯ 10170 สำหรับกิจกรรมที่ทางสมาคมได้จัดทำขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของสมาคมจะประกอบไปด้วย

1.1 การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เช่น ให้คำแนะนำในเรื่องสถานที่บำบัด ความเข้าใจในเรื่องโรค และความช่วยเหลือด้านอื่นๆ

1.2 การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค โดยจัดทำ เอกสาร VDO เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม การบรรยายทางวิชาการ โดยผู้มีประสบการณ์และความรู้ การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มทักษะแก่ผู้ที่ต้องดูแลผู้ป่วย

1.3 การดูแลผู้ป่วย เช่น จัดเตรียมสถานที่ที่สามารถดูแลผู้ป่วยในช่วงกลางวันกลุ่มสัมพันธภาพสำหรับญาติหรือผู้ดูแลเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยและลดความตึงเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย

1.4 การจัดทำจดหมายข่าวจากสมาคม เพื่อให้สมาชิกได้รับทราบ ความเคลื่อนไหวและกิจกรรมต่างๆที่พร้อมจะเปิดให้กับผู้ที่สนใจ

2. แผนกตรวจผู้ป่วยจิตเวช ของ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล ที่รับการตรวจรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมแบบผู้ป่วยนอก

ทั้งนี้ผู้วิจัยติดต่อผ่านผู้ที่มีข้อมูล (Gate keeper) คือ แพทย์ และพยาบาล ที่สามารถระบุญาติผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์

2. ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant)

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้ เป็นกลุ่มผู้ดูแล ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีประสบการณ์ในเรื่องที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาค้นคว้าอย่างแท้จริง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนตรงตามปรากฏการณ์ ที่อยู่ในความสนใจของผู้วิจัย ดังนั้นในการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงจำเป็นต้องใช้วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) มีคุณสมบัติตรงตามประเด็น ที่ต้องการศึกษา โดยผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้คือ

1) เป็นผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว แล มีความเกี่ยวข้องในฐานะญาติ กับ ผู้สูงอายุ

2) ไม่จำกัดเพศและมีอายุครบ 20 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป

3) สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

4) มีความสมัครใจและพร้อมให้ความร่วมมือ

5) เคยผ่านประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในอดีต หรือมี

ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในปัจจุบัน

6) สามารถจัดการ หรือให้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้ดี โดยได้รับการยืนยันจากผู้ที่มีข้อมูล (Gate keeper) ว่าสามารถปรับตัว ดำรงชีวิตอยู่ในบทบาทของการเป็นผู้ดูแลได้ดีในระดับหนึ่ง และมีวิธีการที่ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแสดงพฤติกรรมออกมาในทางที่เหมาะสม

ซึ่งในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับการแนะนำกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก จากแพทย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมและพยาบาลในแผนกตรวจผู้ป่วยจิตเวช ในการบอก หรือ แนะนำว่าผู้ดูแลรายใดสามารถให้การดูแล และมีประสบการณ์ในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้อย่างมีประสิทธิภาพ กล่าวคือสามารถจัดการ หรือให้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้ดี และมีวิธีการที่ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแสดงพฤติกรรมออกมาในทางที่เหมาะสม

หลังจากที่ได้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตในการเก็บข้อมูล จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และผ่านความเห็นชอบให้สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลได้ เมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2552

3. การได้มาและการเข้าถึงข้อมูล

หลังจากที่ได้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวนทั้งสิ้น 11 ราย โดยคัดเลือกจากผู้ดูแลที่เข้ารับการตรวจในแผนกจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 9 ราย และจากผู้ดูแลที่เข้าทำกลุ่มสัมพันธ์สำหรับญาติหรือผู้ดูแล จำนวน 2 ราย ซึ่งภายหลังได้รับการอนุญาตจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ให้สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยได้ติดต่อขอพบญาติผู้ดูแล พร้อมทั้งให้รายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย การคุ้มครองสิทธิ ตลอดจนการขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถามเกี่ยวกับข้อสงสัยต่าง ๆ และทำการนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ในการสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้ดูแล ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักได้รับความสะดวก และมีความยินดีในการให้สัมภาษณ์ในครั้งต่อไป

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

4.1 ผู้วิจัย ผู้วิจัยถือได้ว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการบวนการวิจัย ผู้วิจัยที่ดีควรเป็นผู้ที่มีความรู้และมีประสบการณ์ในเรื่องที่กำลังศึกษาค้นคว้า ทั้งในเรื่องของเนื้อหาและระเบียบวิธีวิจัย โดยด้านเนื้อหาควรได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในประเด็นต่าง ๆ อย่างครอบคลุม ซึ่งขั้นตอนในการเก็บข้อมูล และการเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของตนเองดังนี้

4.1.1 ผู้วิจัยกำหนดหัวข้อ และ ข้อคำถามในการวิจัย ให้เหมาะสมกับ วิธีการศึกษาแนวปรากฏการณ์วิทยา โดยมุ่งหาคำตอบสำหรับกลุ่มตัวอย่าง สถานที่ และบริบทที่เฉพาะเจาะจง เปิดกว้างสำหรับข้อมูลที่มีความหลากหลาย เพื่อที่จะสามารถทำความเข้าใจในระดับลึก เป็นลักษณะข้อคำถาม ที่มุ่งทำความเข้าใจความหมาย และกระบวนการของสิ่งที่ต้องการศึกษาเป็นหลัก โดยในงานวิจัยดังกล่าวผู้วิจัย ได้มุ่งศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อม ว่าในแต่ละครอบครัวมีวิธีการ หรือแนวทางในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการแสดงพฤติกรรมออกมาในทางที่เหมาะสมได้อย่างไร

4.1.2 ผู้วิจัยเลือกประสบการณ์ และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ต้องการศึกษา เพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูลที่มีความเหมาะสม กล่าวคือ ต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ หรือผ่านการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และสามารถจัดการโดยการสรรหาวิธีการในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการแสดงออกพฤติกรรมออกมาในทางที่เหมาะสม

4.1.3 ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยมุ่งไปที่การทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ การจัดการและการรับมือของผู้ดูแล กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ว่าผู้ดูแลแต่ละคนมีวิธีการดูแลและจัดการกับปัญหาเหล่านั้นอย่างไร แล้วทำการเก็บรวบรวมข้อมูล และรายละเอียดต่าง ๆ เพื่อนำมาสร้างแนวคำถามที่ลงลึกในประเด็นที่สนใจ สามารถกระตุ้นให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ ทั้งนี้อาจมีการยกตัวอย่าง หรืออ้างประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องมาประกอบการสนทนา

4.1.4 ส่วนในด้านระเบียบวิธีวิจัย ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการลงทะเบียนเรียนในรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล (Qualitative research in nursing) จำนวน 3 หน่วยกิต พร้อมทั้งการฝึกปฏิบัติโครงการศึกษาวิจัยนำร่อง โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นแนวทางในการศึกษา นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และความเรียบร้อยของข้อมูลรวมถึงความถูกต้องของการใช้ระเบียบวิธีวิจัยต่าง ๆ

4.1.5 อนึ่งในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ก่อนข้างกระทบกระทั่งก่อนต่อความรู้สึกของผู้ดูแล ประกอบกับงานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ที่ผู้วิจัยมีแนวทางในการสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก โดยใช้แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์แบบ เจาะลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ มีความถูกต้อง ตรงประเด็นของข้อมูล ดังนั้นในการได้มาของข้อมูลดังกล่าว ภายหลังจากได้ผ่านการขอจริยธรรม ผู้วิจัยจึงได้เขียนบันทึก ข้อความถึงนายกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม - ประเทศไทย เพื่อขอเข้าไปเป็นอาสาสมัคร รวมถึงสร้างสัมพันธภาพ และเข้าร่วมสังเกตการณ์ในการทำกลุ่มสัมพันธ์สำหรับญาติ หรือผู้ดูแลเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยและลดความตึงเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจัดขึ้นเดือนละ 1 ครั้ง คือ ในวันอาทิตย์ สัปดาห์ที่ 4 ของทุกๆเดือน

ดังนั้นจะเห็นว่า ในการได้มาของข้อมูลและการเข้าถึงกลุ่มผู้ดูแล จำเป็นจะต้องใช้ระยะเวลาในการสร้างสัมพันธภาพช่วงหนึ่ง เพื่อให้กลุ่มผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ และ

พร้อมที่จะเปิดเผยข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและเนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องของการทำกลุ่มที่เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแล มาพบปะสมาชิก ภายในสมาคม เพียงเดือนละ 1 ครั้ง จึงทำให้การสร้างสัมพันธ์ภาพค่อนข้างล่าช้า และต้องเข้าไปสังเกตการณ์ ถึง 4 ครั้ง ถึงจะได้กลุ่มผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด มีความพร้อมและมีความสมัครใจที่จะให้ข้อมูล

4.1.6 ผู้วิจัยได้บอกกล่าวและให้ข้อมูลที่จำเป็น แก่ผู้ที่ให้ความร่วมมือและเต็มใจ ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งจัดการกับประเด็นที่เกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัย เช่น การรักษาความลับ และเปิดเผยข้อมูล ก่อนได้รับอนุญาต ในขณะที่ทำการเก็บข้อมูล เช่นการสัมภาษณ์ หากมีการจัดบันทึกต่าง ๆ ผู้วิจัยจะขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนเสมอ รวมทั้งบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนต่าง ๆ และการนำข้อมูลไปวิเคราะห์ ให้กับผู้ให้ข้อมูลตามความเป็นจริง และให้อิสระ ในการตัดสินใจยินยอมเข้าร่วม หรือการถอนตัวออกจากงานวิจัยด้วยเสมอ

4.1.7 ผู้วิจัยได้กำหนดประเด็น หรือแนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อให้ได้ลักษณะของข้อมูล มีความถูกต้องตามความเป็นจริง ในโลกและในทัศนะของผู้ให้ข้อมูล เป็นหลัก ซึ่งรูปแบบในการสัมภาษณ์และการสนทนา จะใกล้เคียงกับการสนทนาในชีวิตประจำวัน แต่ลักษณะและรูปแบบของการสนทนาจะเป็นแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi structure conversation) โดยใช้แนวคำถามที่เตรียมไว้ล่วงหน้าและมีความยืดหยุ่น เพื่อเก็บรายละเอียดและลงลึกในประเด็นที่เฉพาะเจาะจง กระตุ้นผู้ตอบให้ขยายความในสิ่งที่เขาพูด และการให้ความหมายของสิ่งนั้น ด้วยการยกตัวอย่างหรืออ้างเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องให้กระจ่างชัด

4.1.8 ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมในการสัมภาษณ์ และวางแผนบันทึกข้อมูล ขณะสัมภาษณ์อย่างละเอียด โดยการเตรียมความรู้และอุปกรณ์ต่างๆ ให้พร้อมใช้งานอยู่เสมอ เพื่อลดข้อผิดพลาด และป้องกันข้อมูลสูญหายในระหว่างที่มีการสัมภาษณ์

4.1.9 ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของตนเองในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการเก็บข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกต รวมถึงข้อมูลที่ได้จากการจัดบันทึกภาคสนาม ให้มีความถูกต้องและครบถ้วนมากที่สุด แล้วนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) กล่าวคือ

4.1.9.1 มีการอ่านข้อความทั้งหมดที่ได้จากการถอดเทป แล้วตัดตอนข้อความที่มีความสำคัญ จัดทำรหัส โดยการเลือกคำ/ประโยคที่เป็นข้อมูลประเภทเดียวกัน

4.1.9.2 จัดหมวดหมู่และตรวจสอบข้อมูลในแต่ละราย เพื่อสร้างข้อสรุปชั่วคราว

4.1.9.3 สร้างประเด็นที่ศึกษา (Theme) จากข้อสรุปที่ได้จากการศึกษาผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย หากข้อมูลที่ได้ขาดความชัดเจน ก็จะตั้งคำถามและกลับไปถามซ้ำกับผู้ให้ข้อมูล จนกว่าข้อมูลที่ได้จะมีความชัดเจน

4.1.9.4 นำข้อสรุปทั้งหมด มาวิเคราะห์ เพื่อค้นหาประเด็นต่าง ๆ เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษา

5. เครื่องมือที่ช่วยในการวิจัย

5.1 เครื่องบันทึกเสียง (Tape recorder) ผู้วิจัยได้ศึกษาวิธีการใช้งานของเครื่องบันทึกเสียงก่อนการสัมภาษณ์ รวมถึงตรวจสอบเครื่องบันทึกให้อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งานเสมอ มีคุณภาพ ทนทาน มีประสิทธิภาพสูง สามารถใช้งานได้ตลอดโครงการวิจัย

5.2 แบบบันทึกภาคสนาม เพื่อบันทึกหมายเลขผู้ให้ข้อมูล รายละเอียดของการสัมภาษณ์ ตลอดจนบรรยากาศ การแสดงลักษณะท่าทางของผู้ให้ข้อมูลขณะที่ให้สัมภาษณ์

5.3 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (Face sheet) ใช้บันทึกชื่อ นามสกุล หมายเลขรหัส อายุ อาชีพ เชื้อชาติ รายได้ การศึกษา การสัมภาษณ์ วันที่สัมภาษณ์ สถานที่ในการสัมภาษณ์ รวมถึงการบันทึกเกี่ยวกับปฏิกิริยาของผู้ให้สัมภาษณ์ ตลอดจนความรู้สึกของนักวิจัยต่อผู้ให้สัมภาษณ์ขณะทำการสัมภาษณ์

5.4 แนวคำถามในการสัมภาษณ์ ถือได้ว่าเป็นเครื่องมือช่วยในการวิจัย ที่มีความจำเป็นสำหรับการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้สัมภาษณ์ได้ทราบทิศทางการดำเนินการสัมภาษณ์ว่าควรจะไปในทิศทางใด โดยแนวคำถามที่สร้างขึ้นมีโครงสร้างที่ไม่เคร่งครัด สามารถยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์ และเป็นคำถามปลายเปิดที่โน้มน้าวให้ผู้ให้สัมภาษณ์สามารถแสดงความคิดเห็นได้เต็มที่ โดยแนวคำถามที่สร้างขึ้นมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ทำให้ได้ลักษณะของข้อมูลตรงกับความต้องการของผู้วิจัย มีความลุ่มลึก และครอบคลุมเนื้อหาที่กำลังศึกษาค้นคว้า

สำหรับการสร้างแนวคำถามเชิงลึก (Interview guideline) ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยกำหนดข้อคำถามตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยแนวคำถามที่สร้างขึ้นเป็นลักษณะคำถามปลายเปิด มุ่งในประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การจัดการของญาติผู้ดูแล กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นในการให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีความลุ่มลึก และครอบคลุมเนื้อหา ผู้วิจัยมีแนวทางและขั้นตอนในการสร้างแนวคำถามดังนี้

5.4.1 ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยมุ่งไปที่การทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ การจัดการของญาติผู้ดูแล กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แล้วทำการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงรายละเอียดต่าง ๆ เพื่อสร้างแนวคำถามที่ลงลึกในประเด็นที่สนใจ และสามารถกระตุ้นให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ ทั้งนี้อาจมีการยกตัวอย่าง หรืออ้างประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องมาประกอบการสนทนา

5.4.2 ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ โดยลักษณะของคำถามมีความยืดหยุ่น ไม่เคร่งครัดในเรื่องของโครงสร้าง ลักษณะการสัมภาษณ์เหมือน การสนทนาทั่วไป โดยแนวคำถามที่ใช้ในการสนทนาจะประกอบไปด้วย

5.4.2.1 คำถามเปิดการสนทนา (Opening questions) เป็นคำถามง่าย ๆ ทั่วไป โดยลักษณะของคำถาม มุ่งไปสู่การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และกล้าเปิดเผยข้อมูล ซึ่งคำถามดังกล่าว สามารถใช้เป็นแนวทางในการถามคำถามต่อ ๆ ไป ยกตัวอย่างเช่น

“คุณชื่อ.....นามสกุล.....”

“ปัจจุบันอายุเท่าไร”

“แต่งงานมีครอบครัวหรือไม่”

“ปัจจุบันมีคนอาศัยอยู่ในครอบครัวกี่คน กี่ครอบครัว”

5.4.2.2 คำถามเกริ่น (Introduction Questions) เป็นคำถามที่เริ่ม นำไปสู่หัวข้อในการสนทนา มุ่งเปิดประเด็นหรือเปิดเรื่องในการสนทนา ส่วนใหญ่เป็นลักษณะคำถามเชิงพรรณนา หรือบรรยายเรื่องราวมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องราวหรือประสบการณ์ของตนที่ผ่านมา ยกตัวอย่างเช่น

“ลองเล่าให้ฟังว่าอาการเริ่มแรกเป็นอย่างไร”

“คนในครอบครัวรู้สึกอย่างไร เมื่อทราบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมเกิดขึ้น”

“ลองเล่าให้ฟังว่าในแต่ละวันคุณต้องดูแลผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง”

5.4.2.3 คำถามเข้าสู่ประเด็น (Transition questions) เป็นลักษณะของคำถามที่มุ่งไปสู่เรื่องที่กำลังศึกษาค้นคว้า โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามที่เชื่อมโยงระหว่างคำถามเกริ่นและคำถามหลัก ยกตัวอย่างเช่น

“คุณคิดว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม หรือไม่ อย่างไร”

“ตลอดระยะเวลาที่คุณ..... ให้การดูแล เคยเจอปัญหาการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุบ้างหรือไม่อย่างไร”

“นอกจากพฤติกรรม..... (ที่คุณกล่าวมา) มีพฤติกรรมใดอีกบ้างที่คุณคิดว่าเป็นปัญหา และสร้างความยุ่งยากในการในการดูแลให้กับคุณ และครอบครัว”

5.4.2.4 คำถามหลัก (Key questions) เป็นคำถามที่มุ่งไปสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษาค้นคว้าอย่างแท้จริง นั้นหมายถึงแนวคำถามที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ ใช้เป็นแนวคำถาม (Interview guideline) เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกในประเด็นหรือหัวข้อที่ผู้วิจัยสนใจ ยกตัวอย่างเช่น

“ขอให้เล่าถึงพฤติกรรมที่คุณสามารถให้การดูแล และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมออกมาในทางที่เหมาะสม”

“คุณเรียนรู้วิธีการในการดูแลและจัดการกับพฤติกรรม..... (ที่คุณกล่าวมา) อย่างไร”

“มีพฤติกรรมใดบ้างที่สามารถให้การดูแลได้มากกว่า 1 วิธี”

“ในแต่ละพฤติกรรมต้องปรับเปลี่ยนวิธีการในการดูแลหรือไม่ อย่างไร”

5.4.2.5 คำถามจบการสนทนา (Ending questions) เป็นลักษณะคำถามที่กระตุ้นให้ ผู้ให้ข้อมูล ได้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม และอธิปายเกี่ยวกับประเด็นที่สนทนากันมา รวมถึงการสรุปเนื้อหาสาระที่สำคัญในหัวข้อที่ได้สนทนา เพื่อให้ความกระจ่างในเรื่องดังกล่าว ยกตัวอย่างเช่น

“คุณ.....มีข้อคิดเห็นอื่นใดที่ต้องการเพิ่มเติมอีกหรือไม่ หรือมีเรื่องใดที่ท่านอยากถ่ายทอดเพิ่มเติม ในส่วนของประสบการณ์การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ซึ่งคุณ.....”

สามารถให้การดูแลและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมออกมาในทางที่เหมาะสม ให้กับผู้ดูแลท่านอื่น ๆ อีก หรือไม่ ซึ่งไม่มีในข้อคำถามที่ถามไป”

ทั้งนี้ในการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพส่วนใหญ่ไม่สัมภาษณ์ครั้งเดียว อาจต้องสัมภาษณ์และพบผู้ให้ข้อมูลมากกว่า 1 ครั้ง ดังนั้นใน การจบการสนทนา นอกจากกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยควรได้กล่าวถึงการนัดหมายสัมภาษณ์ ในครั้งต่อไป เสมอ

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล

6.1 ขั้นตอนก่อนการสัมภาษณ์

6.1.1 เมื่อผู้วิจัยได้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยเริ่มทยอยติดต่อ และนัดหมายขอสัมภาษณ์ โดยมีการระบุ วัน เวลา สถานที่ ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ รวมถึงการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล และให้ผู้ให้ข้อมูล ได้แสดงเจตจำนงในการเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนามยินยอม ซึ่งการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายแรกเริ่มเมื่อเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2552 และ สิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายสุดท้าย เมื่อเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2552 เนื่องจากข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัว กล่าวคือไม่มีประเด็นหรือองค์ความรู้ใหม่ ๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากญาติผู้ดูแลเกิดขึ้น รวมผู้ให้ข้อมูลจำนวนทั้งสิ้น 11 ราย

6.1.2 ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย จากเจ้าหน้าที่ที่มีความคุ้นเคยกับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และจากเวชระเบียน เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการพูดคุยและการสัมภาษณ์

6.1.3 ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการเตรียมแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ บันทึกการสัมภาษณ์ด้วยเทปบันทึกเสียง ร่วมกับการสังเกต และการจดบันทึกภาคสนาม แล้วนำข้อมูลที่ได้มาจัดระเบียบข้อมูล โดยการถอดเทป จัดเก็บข้อมูล จัดระเบียบเนื้อหาข้อมูล การให้รหัสข้อมูล เพื่อให้ง่ายต่อการวิเคราะห์ข้อมูล

6.2 ขั้นตอนการสัมภาษณ์

เมื่อผู้ให้ข้อมูล ได้แสดงเจตจำนง ยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งได้รับทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนต่าง ๆ เพื่อให้สามารถเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายดังนี้

6.2.1 ภายหลังจากที่รับการแนะนำจากแพทย์เจ้าของไข้ว่าญาติผู้ดูแลรายใดสามารถให้การดูแลและจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยได้เข้าไปสร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัวอย่างคร่าว ๆ พร้อมทั้งขอที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เบอร์โทรศัพท์หรือแผนที่บ้าน ที่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงได้โดยง่าย

6.2.2 ผู้วิจัยได้ศึกษาเส้นทาง ในการเข้าไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักที่บ้าน เพื่อให้เกิดความรวดเร็ว และตรงกับเวลากับที่ได้นัดหมายไว้ พร้อมกันนี้ได้เตรียมแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ (Interview guideline) ซึ่งเน้นประเด็นที่สำคัญ ๆ และเป็นคำถามปลายเปิดที่มุ่งให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบาย หรือให้ความคิดเห็น ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนั้น ๆ

6.2.3 ทำการติดต่อ วัน เวลา สถานที่ ล่วงหน้าอย่างน้อย 3 – 4 วัน และยืนยันวันและเวลาล่วงหน้า กับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง ก่อนที่จะเข้าไปสัมภาษณ์จริง 1 วัน พร้อมทั้งขออนุญาตเข้าไปสัมภาษณ์ที่บ้าน เพื่อสังเกตวิธีการดูแล และขออนุญาตถ่ายรูป อุปกรณ์ต่างๆ หากญาติผู้ดูแลมีการประยุกต์ หรือประดิษฐ์คิดค้นขึ้นเพื่อนำมาช่วยและแบ่งเบาภาระในการดูแล โดยให้อิสระในการเลือกวันสัมภาษณ์

6.2.4 ทำการสัมภาษณ์ โดยใช้แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งในระหว่างที่มีการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยพยายามสร้างบรรยากาศให้มีความเป็นกันเองและเป็นธรรมชาติมากที่สุด ซึ่งรูปแบบในการสัมภาษณ์และการสนทนา จะใกล้เคียงกับการสนทนาในชีวิตประจำวัน เพื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่รู้สึกเกร็ง หรือหวาดระแวง ภาษาที่ใช้ในการสัมภาษณ์เป็นภาษาที่เข้าใจตรงกันทั้งสองฝ่าย โดยในการสัมภาษณ์ครั้งนี้ผู้สัมภาษณ์ใช้ภาษาท้องถิ่นคือ ภาษาเหนือ ในการสนทนากับผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 1 ราย ภาษากลาง จำนวน 10 ราย โดยในการสนทนาครั้งแรก ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญต่อข้อมูลด้านความคิด ความเชื่อ ค่านิยม และแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสัมภาษณ์ครั้งต่อ ๆ ไป โดยในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งผู้วิจัย ได้บันทึกเกี่ยวกับความคิดเห็น ความรู้สึก ตลอดจนปฏิกิริยาต่าง ๆ ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ในระหว่างการที่มีการสัมภาษณ์แต่ละครั้งเสมอ ซึ่งในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละครั้ง ใช้เวลาประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมงครึ่ง

6.2.5 ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล จนกระทั่งข้อมูลมีความอิ่มตัว กล่าวคือ ได้ข้อมูลซ้ำๆหรือไม่พบประเด็นใหม่ ๆ ใน 4 ประเด็นหลักดังนี้ 1) การเข้าใจและการยอมรับ โดยผู้ดูแลต้องเข้าใจอาการของโรค ยอมรับกับความจริง และยอมรับพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงออก รวมทั้งยอมรับกับบทบาทของการเป็นผู้ดูแล 2) การเรียนรู้การดูแล โดยเริ่มจากการค้นหาข้อมูลทั้งจาก ผู้ที่มีความรู้ การลองผิดลองถูก และจากประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การค้นหาวิธีการดูแลที่เหมาะสม โดยการมีความคิดสร้างสรรค์ การสังมประสบการณ์ การเรียนรู้จากพฤติกรรม และ

ปรับการดูแลให้เหมาะสม 4) การจัดการกับความเครียด โดยการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว และการใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งทางจิตใจ โดยพบว่าข้อมูลเริ่มมีความอึดตัว ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7 และอึดตัวในผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11 กล่าวคือ ไม่พบประเด็นการดูแล หรือองค์ความรู้ใหม่ ๆ ดังที่กล่าวมาข้างต้น

6.2.6 เนื่องจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด เป็นการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่บ้าน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสามารถสังเกตเห็นการดูแลไปพร้อม ๆ กับการสัมภาษณ์ ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลกำลังให้การดูแลผู้สูงอายุอยู่ในขณะนั้น ทำให้ผู้วิจัยได้ทราบเกี่ยวกับกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ และวิธีการดูแลที่เกิดขึ้นจริง เนื่องจากผู้ดูแลบางรายจะไม่สามารถปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่เพียงลำพังได้ ดังนั้นจึงเป็นโอกาสที่ผู้วิจัยจะสามารถสังเกตเห็นการดูแล รวมถึงปฏิกิริยาต่าง ๆ ของผู้ให้ข้อมูล ในขณะที่ให้การสัมภาษณ์ และให้การดูแลไปพร้อม ๆ กัน

6.2.7 ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ ผู้ให้ข้อมูลได้ซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ในประเด็นที่สัมภาษณ์ หรือประเด็นที่กำลังสนทนาอยู่ในขณะนั้น พร้อมทั้งนำเสนออุปกรณ์บางอย่างที่ช่วยส่งเสริม และช่วยแบ่งภาระในการดูแล โดยอุปกรณ์ดังกล่าว อาจได้มาจากการแนะนำในตำรา จากการศึกษาของผู้ที่มีความรู้ จากการเรียนรู้ของผู้ให้ข้อมูลเอง หรือจากการแนะนำของผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแล ได้ตลอดช่วงของการสัมภาษณ์ ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 11 ราย มีผู้ให้ข้อมูล 3 รายที่นำเสนออุปกรณ์พร้อมสาธิตการใช้งาน เช่น การใช้พลาสติกคลุมฝาผนังห้อง เพื่อการป้องกันฝาผนังห้องสกปรกเลอะเทอะจากการที่ผู้สูงอายุนำอุจจาระไปป้ายหลังจากที่มีการขับถ่าย การใช้ผ้าขวดต่าง ๆ ปิดครอบตรงบริเวณที่กดลิ้นชักประตู เพื่อป้องกันผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมชอบกดลิ้นชักประตูและไม่สามารถหาทางออกได้ หรือการจัดทำอัลบั้มบัตรคำเพื่อใช้ในการสื่อสารกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร เป็นต้น

6.3 ขั้นสิ้นสุดการสัมภาษณ์

ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ส่วนใหญ่ไม่ได้สัมภาษณ์เพียงครั้งเดียว มีผู้ให้ข้อมูลที่เข้าไปสัมภาษณ์ 2 ครั้ง จำนวน 3 ราย จากผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 11 ราย ดังนั้นในการสิ้นสุดการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้เกริ่น ถึงการพบปะและการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปเสมอ พร้อมกันนี้ได้มอบของที่ระลึกเล็ก ๆ น้อย ๆ หลังจากสัมภาษณ์ โดยพิจารณาตามความเหมาะสม เช่น การให้สมุดบันทึกประจำวัน เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรก ใช้ในการบันทึกเรื่องราวชีวิตประจำวันของตนเอง หรือ การให้ต้นไม้ผลต้นเล็ก ๆ กับผู้ให้ข้อมูลที่มีบ้านสวนและชอบการปลูกต้นไม้ ทั้งนี้เพื่อแสดงความขอบคุณ ผู้ให้ข้อมูลหลัก

กล่าวโดยสรุปในการเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก แต่ละรายนั้น มีความยากง่าย แตกต่างกันในที่นี้หมายถึง การเข้าไปพื้นที่บ้านของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งใช้ระยะเวลาในการเดินทาง หลายชั่วโมง และบางรายต้องเดินทางออกไปสัมภาษณ์ที่ต่างจังหวัด เช่น ที่จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 1 ราย จังหวัดปทุมธานีจำนวน 2 ราย จังหวัดอยุธยาจำนวน 1 ราย ส่วนที่เหลือเป็นผู้ให้ข้อมูล ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 7 ราย ส่วนใหญ่มีความเต็มใจ และพร้อมเล่าเรื่องราวประสบการณ์การดูแล รวมถึงมีความยินดีและอนุญาตให้นำประสบการณ์การดูแล ที่เป็นประโยชน์ ไปถ่ายทอดให้กับผู้ดูแลรายอื่น ๆ ที่กำลังประสบกับปัญหาการดูแล และกำลังอยู่ในช่วงภาวะวิกฤตของชีวิต โดยผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้ มีมุมมองและมีการปรับแนวคิดการดูแลที่ดี รวมถึงสามารถคิดค้น หรือหาวิธีการจัดการกับพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เป็นปัญหา โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการแสดงออกพฤติกรรมออกมาในทางที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น ซึ่งผู้ให้ข้อมูลที่ได้รับคัดเลือกมาสัมภาษณ์ครั้งนี้ พบว่ามีผู้ให้ข้อมูลที่เคยให้สัมภาษณ์ในหนังสือและนิตยสาร 2 ราย เคยถ่ายทอดเรื่องราว และประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ออกในรายการทีวีหลายรายการ จำนวน 3 ราย จนเรื่องราวการดูแลได้เป็นตัวอย่าง และเป็นต้นแบบของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในเวลาต่อมา

โดยผู้วิจัยได้สรุปข้อมูลโดยทั่ว ๆ ไป ของผู้ให้ข้อมูล และของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้ทราบภูมิหลังของการทำหน้าที่ในการดูแล ไว้ดังนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางแสดงข้อมูลโดยทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลและของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม												
ข้อมูลโดยทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล								ข้อมูลโดยทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม				
Case ID	เพศ	อายุ (ปี)	สถานภาพ	ระดับการศึกษา	ประสบการณ์ดูแล (ปี)	รายได้ครอบครัว /เดือน	ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ	เพศ	อายุ (ปี)	สถานภาพ	ระดับการศึกษา	ประวัติการเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม
1	หญิง	68	โสด	ปริญญาตรี	12	จากเงินบำนาญ ประมาณ 40,000 บาท	น้องสาว	หญิง	70	โสด	ปริญญาโท	มีอาการหลงลืม เดินออกนอกบ้านและจำทางเดินกลับบ้านไม่ได้ ความสนใจในการดูแลตนเองลดลง ชอบใส่เสื้อผ้าซ้ำ ๆ มีพฤติกรรมอารมณ์ก้าวร้าว มีปัญหาในการนอนหลับ ไม่สามารถทำงานที่คุ้นเคยได้ เช่น ลืมขั้นตอนในการถักเน็ตตั่ง การขับรถ ซึ่งเป็นงานที่ชอบและถนัดที่สุด

ตารางแสดงข้อมูลโดยทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลและของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม												
ข้อมูลโดยทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล								ข้อมูลโดยทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม				
Case ID	เพศ	อายุ (ปี)	สถานภาพ	ระดับการศึกษา	ประสบการณ์การดูแล (ปี)	รายได้ครอบครัว /เดือน	ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ	เพศ	อายุ (ปี)	สถานภาพ	ระดับการศึกษา	ประวัติการเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม
2	หญิง	54	โสด	ปริญญาตรี	ลูกสาว	รายได้เพียงพอส่วนใหญ่มากจากรู้อะกิกภายในครอบครัว	ลูกสาว	หญิง	80	หม้าย	ประถมศึกษปีที่ 4	เริ่มมีอาการเดินหลงทาง และทำให้ออกตามหาถึง 3 ครั้ง เริ่มมีอาการหลงลืม ชอบถามซ้ำ ๆ และมักถามถึงบุคคลในอดีต หรือที่เสียชีวิตไปแล้ว ปัจจุบันการดำเนินของโรค ได้ดำเนินเข้าสู่ระยะสุดท้าย ทำให้ความสามารถในการกลืนลดลง เป็นสาเหตุที่ทำให้ญาติผู้ดูแลตัดสินใจผ่าตัด เจาะใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง จนถึงทุกวันนี้

ตารางแสดงข้อมูลโดยทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลและของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม												
ข้อมูลโดยทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล								ข้อมูลโดยทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม				
Case ID	เพศ	อายุ (ปี)	สถานภาพ	ระดับการศึกษา	ประสบการณ์การดูแล (ปี)	รายได้ครอบครัว /เดือน	ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ	เพศ	อายุ (ปี)	สถานภาพ	ระดับการศึกษา	ประวัติการเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม
3	หญิง	46	โสด	ปริญญาตรี	7	รายได้เพียงพอ ส่วนใหญ่มาจากธุรกิจให้เช่าที่ดิน	ลูกสาว	หญิง	70	เสียชีวิตประมาณ 5 ปี	ประถมปีที่ 4	เริ่มถามซ้ำ ๆ กลับไปกลับมา ความสนใจในตนเองลดลง จะปฏิเสธและกลัวการอาบน้ำ ซอบวางของผิดที่ และบางครั้งจะนำของไปซ่อน ทำให้หาไม่เจออยู่บ่อยครั้ง มีปัญหาในการนอนหลับ มีพฤติกรรมรบกวนรายเดินไปเดินมา โดยอาการเป็นมากในช่วงกลางคืน มีอาการหลงลืม อย่างเช่น รับประทานอาหารไปแล้ว ก็พยายามที่จะบอกว่ายังไม่ได้รับประทานอะไรเลย เป็นต้น

ตารางแสดงข้อมูลโดยทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลและของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม												
ข้อมูลโดยทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล								ข้อมูลโดยทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม				
Case ID	เพศ	อายุ (ปี)	สถานภาพ	ระดับการศึกษา	ประสบการณ์ (ปี)	รายได้ครอบครัว /เดือน	ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ	เพศ	อายุ (ปี)	สถานภาพ	ระดับการศึกษา	ประวัติการเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม
4	หญิง	69	สมรส	ปริญญาตรี	6	รายได้เพียงพอ ส่วนใหญ่มาจากเงินบำนาญ การทำสวน และ การช่วยเหลือจากลูก ๆ	ลูกสะใภ้	หญิง	80	เสียชีวิตประมาณ 3 ปี	ประถมปีที่ 4	มีเริ่มมีอาการหลงๆลืมๆ และ พูดว่าอยากกลับบ้านตลอดเวลา ชอบถามซ้ำๆ และวางของผิดที่บ่อยๆ แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น การพูดจาหยาบคาย

ตารางแสดงข้อมูลโดยทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลและของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม												
ข้อมูลโดยทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล								ข้อมูลโดยทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม				
Case ID	เพศ	อายุ (ปี)	สถานภาพ	ระดับการศึกษา	ประสบการณ์ดูแล (ปี)	รายได้ครอบครัว /เดือน	ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ	เพศ	อายุ (ปี)	สถานภาพ	ระดับการศึกษา	ประวัติการเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม
5	หญิง	70	สมรส	ปริญญาตรี	12	รายได้เพียงพอ ส่วนใหญ่มาจากเงินบำนาญและการช่วยเหลือจากลูก ๆ	ภรรยา	ชาย	74	สมรส	ปริญญาตรี	เริ่มมีอาการตั้งแต่ก่อนเกษียณอายุราชการประมาณ 2 ปี โดยเริ่มแรกจะมีอาการหวาดระแวง กลัวว่าภรรยาจะไปมีคนอื่น ทำให้มีพฤติกรรมคอยติดตามว่าในแต่ละวัน ภรรยาจะไปไหนกับใครบ้าง นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมชอบเก็บสะสมสิ่งของที่ไม่มีค่า และชอบหวงของและเอาของไปซ่อน บางครั้งมีการแสดงพฤติกรรมซ้ำๆ เช่น ชอบขีดทำความสะอาดรด สตาร์ทรถวันละหลายสิบครั้ง

ตารางแสดงข้อมูลโดยทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลและของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม												
ข้อมูลโดยทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล								ข้อมูลโดยทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม				
Case ID	เพศ	อายุ (ปี)	สถานภาพ	ระดับการศึกษา	ประสบการณ์การดูแล (ปี)	รายได้ครอบครัว /เดือน	ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ	เพศ	อายุ (ปี)	สถานภาพ	ระดับการศึกษา	ประวัติการเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม
6	ชาย	33	โสด	ปริญญาตรี	3	รายได้เพียงพอ ส่วนใหญ่มาจาก ประกอบธุรกิจรับ จัดสวนและการ ช่วยเหลือจาก ลูกๆ	หลาน	หญิง	83	หม้าย	ไม่ทราบ	มีหลงลืม จำเหตุการณ์ไม่ค่อยได้ มัก วางของผิดที่ ชอบพูดและถามซ้ำ ๆ มีปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับ เรียก จำนวนเงินไม่ถูก เช่น เรียกเงิน 1000 บาท เป็น 10 บาท ชอบรื้อข้าวของใน เวลาากลางคืน บางทีผุดลุกผุดนั่ง เดิน ไปเดินมา เริ่มมีอาการสั่น เนื่องจาก โรคพาร์กินสัน ทำให้มีปัญหาเรื่องการ ทรงตัว เป็นสาเหตุทำให้ล้มกระตุก สะโพกหักและต้องเข้ารับการรักษา ผ่าตัดใส่เหล็กที่กระดูกสะโพกซ้าย

ตารางแสดงข้อมูลโดยทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลและของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม												
ข้อมูลโดยทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล								ข้อมูลโดยทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม				
Case ID	เพศ	อายุ (ปี)	สถานภาพ	ระดับการศึกษา	ประสบการณ์ดูแล (ปี)	รายได้ครอบครัว / เดือน	ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ	เพศ	อายุ (ปี)	สถานภาพ	ระดับการศึกษา	ประวัติการเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม
7	ชาย	53	สมรส	ปริญญาตรี	20	รายได้เพียงพอ ส่วนใหญ่มาจาก ประกอบธุรกิจส่วนตัวและธุรกิจให้เช่าที่ดิน	ลูกชาย	ชาย	83	หม้าย	ประถมศึกษปีที่ 4	เริ่มมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป มีอาการหลงลืม จำเส้นทางกลับบ้านไม่ได้ มีพฤติกรรม ซ้ำ ๆ จำเหตุการณ์ในปัจจุบัน ไม่ได้สอบถามคำถามซ้ำๆ และเริ่มมีการแสดงออกทางเพศ ที่มากผิดปกติ ขาดความยับยั้งชั่งใจ ลักษณะของการพูด และการกระทำ มักสื่อออกมาในลักษณะถึงความ ต้องการทางเพศ

ตารางแสดงข้อมูลโดยทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลและของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม												
ข้อมูลโดยทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล								ข้อมูลโดยทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม				
Case ID	เพศ	อายุ (ปี)	สถานภาพ	ระดับการศึกษา	ประสบการณ์ดูแล (ปี)	รายได้ครอบครัว /เดือน	ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ	เพศ	อายุ (ปี)	สถานภาพ	ระดับการศึกษา	ประวัติการเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม
8	ชาย	76	สมรส	ปริญญาตรี	7	รายได้เพียงพอ ส่วนใหญ่มาจากเงินบำนาญและการช่วยเหลือจากลูก	สามี	หญิง	80	สมรส	มัธยมศึกษาปีที่ 8	ก่อนที่จะป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุจะมีภาวะเครียดเกือบตลอดเวลา ภายหลังออกจากงานเริ่มมีอาการหวาดระแวงมากขึ้น คิดว่าตนเองป่วยด้วยโรคร้ายแรง พยายามรีบรื้อให้สามีพาไปพบแพทย์อยู่เป็นประจำ ในระยะต่อมาเริ่มมีอาการหวาดระแวงคิดว่าสามีจะไปมีคนอื่น มีพฤติกรรมถามซ้ำๆ ถามซ้ำๆ และขาดการเอาใจใส่ตนเอง

ตารางแสดงข้อมูลโดยทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลและของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม												
ข้อมูลโดยทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล								ข้อมูลโดยทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม				
Case ID	เพศ	อายุ (ปี)	สถานภาพ	ระดับการศึกษา	ประสบการณ์การดูแล (ปี)	รายได้ครอบครัว /เดือน	ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ	เพศ	อายุ (ปี)	สถานภาพ	ระดับการศึกษา	ประวัติการเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม
9	หญิง	51	โสด	ปริญญาตรี	5	รายได้เพียงพอ ส่วนใหญ่มาจาก ประกอบธุรกิจส่วนตัวและการช่วยเหลือจากลูกๆ	ลูกสาว	หญิง	80	หม้าย	ประถมปีที่ 4	เคยมีเส้นเลือดในสมองแตก ทำให้มีอาการแขนขาซีกขวาอ่อนแรง มีอาการหวาดระแวง ซบพุดคุยกับมดกับต้นไม้ มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน หลงลืม ควบคุมปัสสาวะ และอุจจาระไม่ได้ นอกจากนี้ยังมีอาการเสื่อมของเส้นประสาทหูทั้ง 2 ข้าง และเส้นประสาทบริเวณใบหน้า เป็นสาเหตุสำคัญ ที่ทำให้การสื่อสารโดยเฉพาะ การพูดและการได้ยินลดลง

ตารางแสดงข้อมูลโดยทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลและของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม												
ข้อมูลโดยทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล								ข้อมูลโดยทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม				
Case ID	เพศ	อายุ (ปี)	สถานภาพ	ระดับการศึกษา	ประสบการณ์ (ปี)	รายได้ครอบครัว /เดือน	ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ	เพศ	อายุ (ปี)	สถานภาพ	ระดับการศึกษา	ประวัติการเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม
10	หญิง	55	โสด	ปริญญาตรี	5	รายได้เพียงพอ ส่วนใหญ่มาจาก ประกอบธุรกิจส่วนตัวและการช่วยเหลือจากลูกๆ	ลูกสาว	หญิง	85	หม้าย	ประถมศึกษปีที่ 4	มีภาวะหลงลืม ชอบถามซ้ำๆ วางของผิดที่บ่อยๆ ไม่สามารถทำงานที่คุ้นเคยได้ เช่น ไม่สามารถซักไหมพรม หรือ ถักโคเซให้เป็นรูปร่างได้สำเร็จ จำทางเดินกลับบ้านไม่ได้ มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ ชอบตื่นมา รื้อข้าวของ และจัดของในเวลา กลางคืน ปัจจุบันมีปัญหาเรื่องเส้นเลือดในสมองตีบ ทำให้แขน ขาชา ขวามืออ่อนแรงเล็กน้อย เริ่มสื่อสารและบอกความต้องการของตนเองได้น้อยลง

ตารางแสดงข้อมูลโดยทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลและของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม												
ข้อมูลโดยทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล								ข้อมูลโดยทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม				
Case ID	เพศ	อายุ (ปี)	สถานภาพ	ระดับการศึกษา	ประสบการณ์ดูแล (ปี)	รายได้ครอบครัว /เดือน	ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ	เพศ	อายุ (ปี)	สถานภาพ	ระดับการศึกษา	ประวัติการเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม
11	หญิง	70	สมรส	ปริญญาตรี	13	รายได้เพียงพอ ส่วนใหญ่มาจากเงินบำนาญและการช่วยเหลือจากลูก	ภรรยา	ชาย	74	สมรส	ปริญญาตรี	เริ่มแรกจะมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง กล่าวคือ เปลี่ยนจากคนที่เคยทำงานว่องไว กลัปกลายเป็นคนที่ทำงานช้า พูดช้า ตัดสินใจช้า บางครั้งคิด หรือนึกคำพูดไม่ออก มีอาการหลงลืม ถ้ามซ้ำๆ พูดซ้ำๆ ในคำถามเดิมๆ และเริ่มมีอาการหงุดหงิดง่าย

7. การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ให้สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลได้ และได้กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูล ได้มีเวลาในการตัดสินใจ และลงนามยินยอมก่อนการเข้าร่วมงานวิจัย โดยคำนึงถึงประโยชน์ของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ ผู้วิจัยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีและขั้นตอนในการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด กระบวนการในการสัมภาษณ์เชิงลึก ระยะเวลาและจำนวนครั้งในการสัมภาษณ์ รวมถึงการบันทึกเทป และการจดบันทึกต่าง ๆ ในระหว่างที่มีการสัมภาษณ์ ประโยชน์ระหว่างที่มีการสัมภาษณ์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย ให้ผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบ พร้อมทั้งรักษาความลับ และเปิดเผยข้อมูลก่อนได้รับอนุญาต ไม่เปิดเผยนามจริง สถานที่จริงผู้ให้ข้อมูล ในระหว่างเก็บข้อมูลหากผู้ให้ข้อมูล มีคำถามใดไม่สะดวกใจที่จะตอบก็มีอิสระที่จะไม่ตอบ และสามารถซักถามข้อข้องใจเพิ่มเติมจนมีความกระจ่างได้ รวมทั้งสามารถยุติการให้ความร่วมมือได้ตลอดระยะเวลา ในการทำวิจัย ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะไม่มีผลกระทบต่อบริการทางสุขภาพ ทั้งที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สุขภาพและทางสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

8. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพ คือการทำให้ข้อมูลพูดออกมาอย่างมีความหมาย หรือเป็นกระบวนการจัดการกับข้อมูล เพื่อให้ข้อมูลมีความหมายขึ้นมา ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่นำไปสู่การสร้างข้อสรุป ในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) ซึ่งเป็นวิธีการที่มีการจัดกลุ่มข้อมูลเป็นหมวดหมู่ มีการทบทวน เนื้อหาหลาย ๆ ครั้ง และมีการแยกประโยคที่สำคัญออกมา เนื่องจากกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นกระบวนการที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นขั้นตอนในการวิเคราะห์ เพื่อเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูลในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบไปด้วย

8.1 หลังจากทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้นำเทปบันทึกการสัมภาษณ์แต่ละครั้งมาถอดความ ชนิดคำต่อคำ โดยรักษาลักษณะที่เป็นธรรมชาติ อารมณ์ความรู้สึกต่างๆ ตลอดจนบรรยากาศของการสนทนา ไว้ให้มากที่สุด

8.2 ผู้วิจัยใช้คอมพิวเตอร์ช่วยในการจัดเก็บแฟ้มข้อมูลให้เป็นระบบ ระเบียบ มีความปลอดภัย และมีความสะดวกในการเรียกใช้งาน เนื่องจากในงานวิจัยเชิงคุณภาพนั้น มี

ข้อมูลจำนวนมาก หากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ไม่มีการจัดให้เป็นระบบระเบียบ อาจทำให้ไม่สะดวกในการค้นหาภายหลัง นอกจากนี้ผู้วิจัยยังทำการสำรองข้อมูลทั้งหมดไว้อีก 1 ชุด และแยกต่างหากจากชุดที่ใช้งาน เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย

8.3 ผู้วิจัยอ่านบทสนทนาหลาย ๆ ครั้ง เพื่อให้สามารถจับประเด็นที่สำคัญ และสามารถตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยเริ่มตั้งคำถามที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษาออกมาให้มากที่สุด

8.4 หลังจากที่สามารถตั้งคำถามที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้แล้ว นำคำถามนี้มากำหนดความหมายให้กับ คำ ประโยคหรือย่อหน้า ซึ่งคำถามนี้เป็นปรากฏการณ์ที่ได้จากการศึกษา และตรงประเด็นในเรื่องที่กำลังศึกษาค้นคว้า

8.5 หยุดการสัมภาษณ์ เมื่อได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว กล่าวคือไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้น

8.6 ลดทอนข้อมูล โดยการพิจารณาจัดหมวดหมู่ของผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละราย ให้รหัสข้อมูล (Coding) ในข้อความที่มีความหมายเดียวกัน เพื่อสรรหาข้อความที่มีความหมายตรงประเด็นกับเรื่องที่ต้องการวิเคราะห์ แล้วนำคำต่าง ๆ ที่ได้ให้รหัสข้อมูลไว้มาจัดหมวดหมู่ (Category) โดยคำที่มีความหมายหรือประเภทเดียวกัน ให้จัดอยู่ในกลุ่มเดียวกัน

8.7 แสดงข้อมูลโดยใช้ตาราง เพื่อช่วยให้เกิดความชัดเจน และช่วยย่อการอธิบายด้วยถ้อยคำ และช่วยย่อสาระสำคัญของเรื่องที่วิเคราะห์มาไว้ในเรื่องเดียวกัน ทำให้สามารถเห็นภาพและรูปแบบของสิ่งที่ศึกษาได้ชัดเจน เช่น พฤติกรรม หรือเหตุการณ์ ได้ค่อนข้างดี

8.8 คัดเลือกบทสนทนา จากการสัมภาษณ์ และพิจารณาจุดรหัสที่มีความหมายตรงกับหัวข้อหรือประเด็นที่สนใจศึกษาค้นคว้า โดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ เข้ามาช่วยในการเลือกข้อความที่จะตัดในแฟ้มข้อมูล ทั้งนี้ทุกข้อความที่ตัดมาจะมีการบอกถึงแหล่งที่มาด้วยว่า มาจากข้อมูลชุดใด

8.9 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่จัดกลุ่มหรือจัดประเภทไว้ มาวิเคราะห์หรือขยายอีกครั้ง แล้วนำข้อมูลทั้งหมดมาบอกเล่าเรื่องราวในลักษณะของการบรรยาย โดยการเชื่อมโยง ประเด็นต่าง ๆ เข้าด้วยกัน โดยข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น ได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือ จากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่มีความรู้ มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ

9. ความเชื่อถือได้ของงานวิจัย (Trustworthiness)

เมื่อผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจนกระทั่งถึงขั้นตีความ การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัย ถือได้ว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ที่ทำให้งานวิจัยมีความแม่นยำ มีคุณค่า และมีความ

น่าเชื่อถือ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ มีการควบคุมคุณภาพงานวิจัย โดยสามารถพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูลการวิจัยคุณภาพได้ดังนี้ (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2549)

9.1 การมีเกณฑ์พึ่งพา (Dependability) กล่าวคือ ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยในการทำวิจัยอย่างมีขั้นตอน โดยการนำเสนอข้อมูลอย่างละเอียด ถูกต้อง โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ได้รับการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้และมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังมีการเชื่อมโยงข้อมูลต่างๆ ทั้งที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกต และการจดบันทึกภาคสนาม เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างแท้จริง

9.2 ความเชื่อถือได้ (Credibility) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความตรง และเชื่อถือมากที่สุด ผู้วิจัยมีแนวทางในการตรวจสอบเพื่อให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือดังนี้

9.2.1 ผู้วิจัยให้อิสระ ในการตัดสินใจยินยอมเข้าร่วม หรือการถอนตัว ออกจากงานวิจัย และในขณะทำการเก็บข้อมูล เช่นการสัมภาษณ์ หากมีการจดบันทึกต่าง ๆ ผู้วิจัยจะขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนเสมอ รวมทั้งบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนต่าง ๆ และการนำข้อมูลไปวิเคราะห์ ให้กับผู้ให้ข้อมูลตามความเป็นจริง เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจ และกล้าเปิดเผยข้อมูลต่าง ๆ

9.2.2 ผู้วิจัยเข้าไปสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจ ค้นเคยและพร้อมที่จะเปิดเผยข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

9.2.3 ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายจากเจ้าหน้าที่ ที่มีความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลและจากเวชระเบียน เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการพูดคุยและการสัมภาษณ์

9.2.4 ผู้วิจัยเลือกรูปแบบในการสัมภาษณ์และการสนทนา ให้มีลักษณะใกล้เคียงกับการสนทนาในชีวิตประจำวัน สร้างบรรยากาศให้มีลักษณะของความเป็นกันเอง เพื่อช่วยให้ผู้ให้ข้อมูล ไม่รู้สึกรังหรือประหม่าในการตอบคำถาม

9.2.5 เมื่อได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ถอดเทป แบบคำต่อคำ และมีการตรวจสอบความถูกต้องของบทสัมภาษณ์ โดยการฟังเทปซ้ำอย่างน้อยรายละ 2 ครั้ง และนำข้อมูลที่บันทึกได้ จากการสังเกตปฏิกิริยาทั้งทางบวกและทางลบ ของผู้ให้ข้อมูลในขณะ ที่มีการสัมภาษณ์มาตรวจสอบว่า มีความสอดคล้อง และเชื่อมโยงกับบทสัมภาษณ์หรือไม่

9.3 ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) ผู้วิจัยได้ทำการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบระเบียบ มีการเก็บสำรองข้อมูล สามารถตรวจสอบได้ ทั้งบทสัมภาษณ์ที่ได้จากการถอดเทป และบทสัมภาษณ์ที่ได้บันทึกเทปไว้ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และบทสัมภาษณ์ โดยการฟังเทปซ้ำ มีการยกตัวอย่าง คำพูดของผู้ให้ข้อมูล ในบทสัมภาษณ์บางตอน มาประกอบการนำเสนอในส่วนของการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

9.4 ด้านการอิ่มตัวของข้อมูล (Saturation) ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งข้อมูลมีความอิ่มตัว กล่าวคือ ได้ข้อมูลซ้ำ ๆ หรือไม่พบประเด็นใหม่ ๆ ในประเด็นที่นำเสนอไว้ในแผนภาพที่ 1 และไม่มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ ไม่ว่าจะใช้เวลาในการเก็บรวบรวมเพิ่มขึ้นก็ตาม

9.5 การถ่ายโอนผลการวิจัย (Transferability) โดยการนำผลการวิจัยที่ได้ไปอ้างอิง ในปรากฏการณ์หรือกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะเหมือนกับผู้ให้ข้อมูลหลัก และอยู่ในลักษณะสถานการณ์ หรือมีประสบการณ์ และบริบทเหมือนกันกับผู้ให้ข้อมูลหลักเท่านั้น คือ ผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว และมีประสบการณ์ในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และจะไม่สามารถนำไปอ้างอิงในประชากรกลุ่มอื่น ๆ ได้

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำการเก็บข้อมูลแบบเจาะจง โดยผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นกลุ่มญาติผู้ดูแล ที่เป็นบุคคลในครอบครัวและมีความเกี่ยวข้องในฐานะญาติกับผู้สูงอายุ เคยผ่านประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในอดีต หรือมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในปัจจุบัน ที่สำคัญสามารถจัดการ หรือให้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้ดี สามารถปรับตัว ดำรงชีวิตอยู่ในบทบาทของการเป็นผู้ดูแลได้ดีในระดับหนึ่ง และมีวิธีการที่ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแสดงพฤติกรรมออกมาในทางที่เหมาะสม ทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) โดยมีแนวทางในการสัมภาษณ์ (Interview guideline) ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมด จำนวน 11 ราย พบว่าในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลที่สามารถดำรงบทบาทของการเป็นผู้ดูแล และสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ โดยสามารถผ่านประสบการณ์ในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ประกอบไปด้วย 4 ประเด็นหลักดังนี้ คือ 1) ความเข้าใจและการยอมรับ 2) การเรียนรู้การดูแล 3) การค้นหาวิธีการดูแลที่เหมาะสม 4) การจัดการกับความเครียด

ผลการวิจัย: ประสบการณ์การจัดการของญาติผู้ดูแลกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าในการที่ผู้ดูแลจะสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลและสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แสดงพฤติกรรมออกมาในทางที่เหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น ประกอบไปด้วย 4 ประเด็นหลักดังนี้

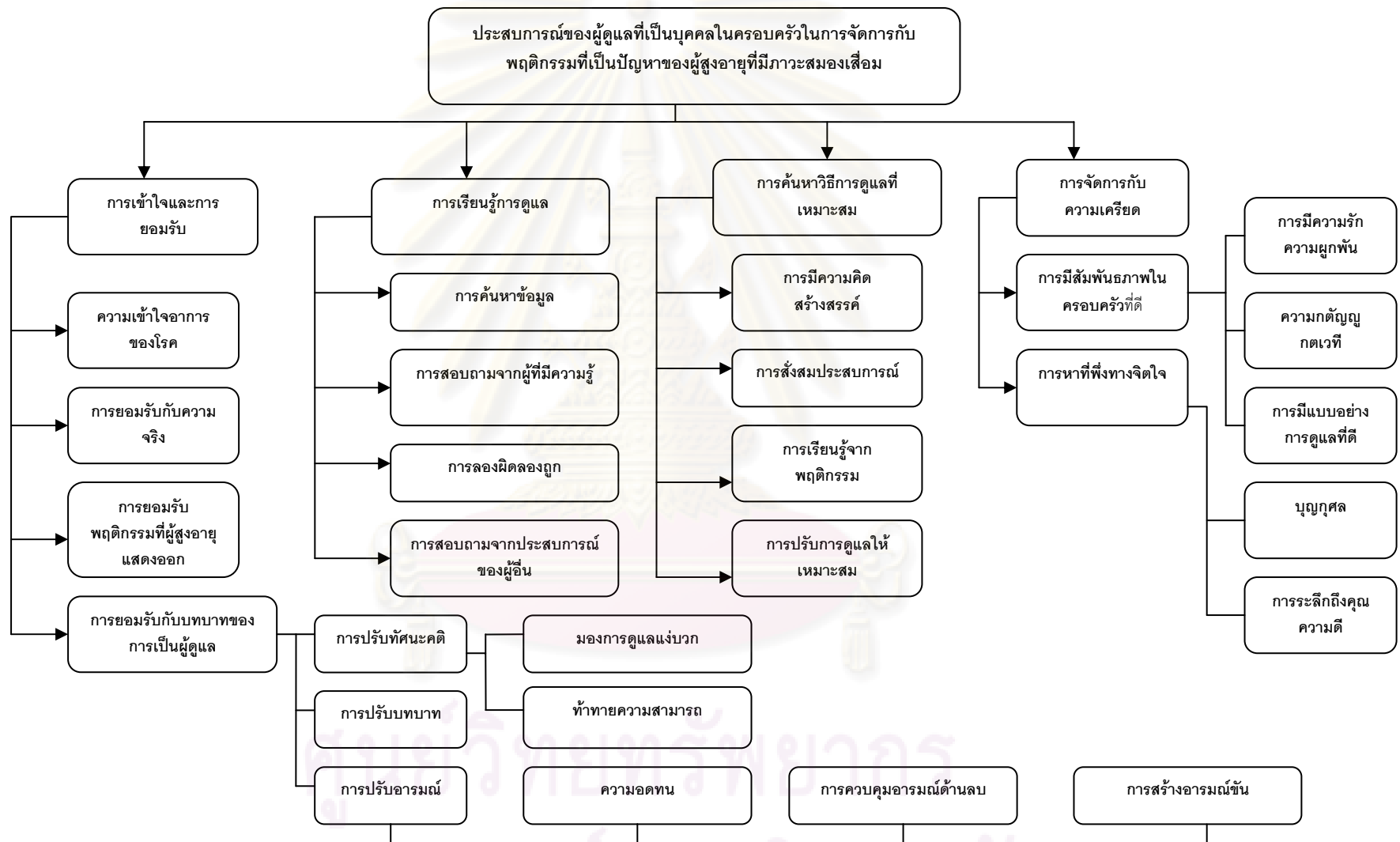
1) **ความเข้าใจและการยอมรับ** คือ ความเข้าใจอาการและอาการแสดงของโรค รับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าว เป็นภาวะที่ต้องการความรักความเอาใจใส่ จากครอบครัวและผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งต้องอาศัยความอดทน และความตั้งใจมุ่งมั่นเป็นพื้นฐานอย่างหนึ่งในการดูแล ร่วมกับการยอมรับบทบาทของการเป็นผู้ดูแล ทำให้ต้องมีการปรับบทบาทปรับทัศนคติความคิดเรื่องของการดูแลให้อยู่ในแง่บวก การให้รู้จักมองโลกในแง่ดี โดยมองว่าการได้ทำหน้าที่ดังกล่าวเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถ และหากเกิดภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแล การรู้จักปรับอารมณ์โดยการควบคุมอารมณ์ด้านลบ สร้างอารมณ์ขันในการดูแล ถือเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) **การเรียนรู้การดูแล** กล่าวคือ การที่ผู้ดูแลจะสามารถจัดการ กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม จำเป็นต้องอาศัยวิธีการหลาย ๆ อย่างเข้ามาช่วยในการดูแลและการแก้ไขปัญหา เช่น การสอบถามจากผู้ที่มีความรู้ หรือ การค้นหาข้อมูลด้วยตนเอง แล้วเลือกวิธีการเหล่านั้นมาทดลองใช้โดยการลองผิดลองถูก ซึ่งถ้าหากไม่สามารถจัดการปัญหาเหล่านั้นได้ด้วยตนเอง การสอบถามหรือการเรียนรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์เหมือน ๆ กัน เป็นวิธีการอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถแก้ไขปัญหาได้เร็วยิ่งขึ้น

3) **การค้นหาวิธีการดูแลที่เหมาะสม** เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแต่ละราย มีพฤติกรรมและพบปัญหาการที่เกิดจากการดูแลแตกต่างกัน ดังนั้นการค้นหาวิธีการดูแลให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละรายนั้น ถือได้ว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง และถือว่าเป็นบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลในการคัดสรร และปรับการดูแลให้มีความเหมาะสม ควบคู่ไปกับการเรียนรู้จากพฤติกรรมของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ทั้งนี้ต้องอาศัยประสบการณ์ที่ได้สะสมมา และการมีความคิดสร้างสรรค์ของผู้ดูแล ในการประดิษฐ์คิดค้นหรือพัฒนาอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการนำมาช่วยลดภาระของผู้ญาติดูแลทั้งในปัจจุบันและอนาคต

4) **การจัดการกับความเครียด** ในที่นี้หมายถึง การที่ผู้ดูแลสามารถจัดการกับความเครียด และสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ โดยพบว่า ส่วนหนึ่งเกิดจากการมีทัศนคติเชิงบวก และมีมุมมองในการดูแลที่ดี เนื่องจากรับรู้ว่าการได้ทำหน้าที่ดังกล่าว ถือว่าเป็นสิ่งที่ดีงาม เป็นบุญกุศล และเป็นการแสดงความกตัญญูกตเวทิตาต่อผู้ที่มีพระคุณ ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวจะสามารถเกิดขึ้นได้ ต้องอาศัยอยู่บนพื้นฐานของการมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี มีความรักความผูกพัน มีแบบอย่างของการดูแลที่ดี ที่ได้รับการปลูกฝังจากครอบครัวและปฏิบัติสืบทอดกันมา นอกจากนี้การมีที่พึ่งทางจิตใจ โดยการยึดหลักคำสอนของศาสนา หรือการระลึกถึงคุณความดีของผู้ที่กำลังให้การดูแลอยู่นั้น ถือได้ว่าเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่สนับสนุนให้ผู้ดูแล สามารถจัดการกับความเครียดและเกิดการคิดแก้ไข ปัญหาที่ดีตามมา

ซึ่งผลจากการศึกษาถึง ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถสรุปเป็นแผนภาพได้ดังนี้คือ



แผนภาพที่ 1 แสดงประสบการณ์ของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะสมองเสื่อม

จากแผนภาพ สามารถนำมาอธิบายรายละเอียดผลการวิจัยได้เป็น 4 ประเด็นใหญ่ดังนี้

1. **การเข้าใจและการยอมรับ** คือ การที่ผู้ดูแลมีความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงของโรค ซึ่งนับว่าเป็นพื้นฐานสำคัญ ที่ทำให้เกิดกระบวนการ การดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะภาวะการเจ็บป่วยดังกล่าว จำเป็นต้องอาศัยความรัก ความเอาใจใส่จากครอบครัว หรือผู้ดูแลเป็นหลัก ซึ่งใช้ความอดทน และมีความตั้งใจมุ่งมั่นที่จะ เข้ามาให้การดูแลอย่างแท้จริง อย่างไรก็ตามการที่ผู้ดูแล จะสามารถเข้าใจและยอมรับกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น หากต้องเข้ามารับภาระหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ไม่ว่าจะด้วย เหตุผลใดก็ตาม การพยายามเรียนรู้ในเรื่องของการดูแล และการเข้าใจว่าพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุ แสดงออก มิใช่การแกล้งทำหรือเสแสร้งแต่อย่างใด หากเกิดจากความผิดปกติของสมอง ที่ส่งผล ทำให้การรับรู้ในปัจจุบัน มีความแตกต่างจากการดำเนินชีวิตในอดีตที่ผ่านมา

ดังนั้น การเข้าใจและยอมรับกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เป็นปัจจัยสำคัญที่ ช่วยให้ญาติผู้ดูแล กล้าเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ รวมถึงการยอมรับกับบทบาทของการเป็นผู้ดูแล ซึ่งจะต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทในครอบครัว สถานภาพและบทบาททางสังคมอาจ ลดน้อยลง การใช้ชีวิตประจำวัน มีหน้าที่และบทบาทของการเป็นผู้ดูแลเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งการที่ ผู้ดูแล จะสามารถดำเนินชีวิตในภาวะปกติ ควบคู่ไปกับการดำรงบทบาทของการเป็นผู้ดูแลที่ดี นั้น ผู้ดูแลควรมีการปรับอารมณ์และจัดการกับความรู้สึกด้านลบ หัดสร้างอารมณ์ขันให้กับตนเอง รู้จักการปรับทัศนคติต่อการดูแล โดยการรู้จักมองโลกในแง่ดี มองเรื่องของการดูแลว่าเป็นสิ่งที่ ทำทนายความสามารถ รวมถึงการมองชีวิตของการเป็นผู้ดูแลในแง่บวกเสมอ

ดังบทสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง ที่ให้การดูแลบิดา ที่ป่วยด้วยโรค สมองเสื่อม มาเป็นระยะเวลา 7 ปี ซึ่งในช่วงแรกของการดูแล ค่อนข้างเต็มไปด้วยความ ยากลำบาก เนื่องจากยังขาดการยอมรับ และขาดความเข้าใจในพฤติกรรม และอารมณ์ที่บิดา แสดงออกมา แต่มาในระยะหลัง เมื่อได้ทราบจากแพทย์ผู้ให้การรักษาว่า บิดาป่วยเป็นโรคสมอง เสื่อม จึงได้พยายามปรับเปลี่ยนแนวคิด ทัศนคติในการดูแล โดยมุ่งปรับความคิดและอารมณ์ของ ตนเองมากกว่า การมุ่งไปควบคุมหรือจัดการกับอารมณ์ของบิดา

“ที่ผ่านตรงนี้มาได้ ส่วนหนึ่งก็คิดว่าพี่ทำได้ คือเราต้องเชื่อว่าเราทำได้ บางสิ่งบางอย่างมันไม่ยากเกินความสามารถของเรา การแก้ปัญหาบางครั้งต้องใช้เวลา ก็ค่อย ๆ แก่กันไป อีกรายอย่างคือต้องควบคุมอารมณ์ของตนเองให้ได้ พยายามปรับตนเองให้ได้ และคิดเสมอ ว่า “เค้าป่วย “เราไม่สามารถไปเปลี่ยนเค้าได้ เค้าไม่รู้รู้อะไรหรอก สำคัญที่ตัวของเรา ต้อง

พยายามเรียนรู้สิ่งที่เค้าเป็น แล้วค่อยๆแก้ปัญหากันไป และพี่ก็เชื่อว่าปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้ คิดว่าไม่มีอะไรเกินความสามารถของเราเอง” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 386-391)

หรือการให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลอีกราย ซึ่งปัจจุบันยังคงให้การดูแลพี่สาว ที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมาเป็นระยะเวลา 10 กว่าปี โดยไม่รู้สึกเหน็ดเหนื่อย ถึงแม้ว่าร่างกายและอายุจะอยู่ในวัยที่ไล่เลี่ยกัน แต่สิ่งเหล่านี้กลับไม่ได้เป็นอุปสรรคที่ทำให้ การทำหน้าที่ในการดูแลสิ้นสุดลง โดยตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแล ได้พยายามทำความเข้าใจและพยายามเรียนรู้การดูแล จากแหล่งความรู้ต่าง ๆ มีการนำเทคนิคและวิธีการเหล่านั้น มาปรับใช้ได้อย่างเหมาะสม จนระยะเวลาล่วงเลยมา 10 กว่าปี ผู้ให้ข้อมูลรายนี้ก็ยังสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข

“ คิดว่าน่าจะมีนะ ที่สำคัญความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแล อย่างผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป คนดูแลก็น่าจะรู้ว่าต้องดูแล ต้องปรับตัวอย่างไรให้เข้ากับเขาได้ จะใช้วิธีจูงใจ หรือกระตุ้น หรือด้วยวิธีการต่าง ๆ ก็แล้วแต่ เพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกันได้ แล้วก็ยังมีหนังสือเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมที่คุณหมอ ก็อ่านแล้วทำให้เข้าใจผู้ป่วยสมองเสื่อมอีกในระดับหนึ่ง ทำให้เข้าใจเกี่ยวกับวิธีการดูแลในบางส่วน ที่สำคัญช่วยให้ผู้ดูแลได้ทำใจและยอมรับกับอาการพฤติกรรมของผู้ป่วย ” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 328-333)

หรือในกรณีของผู้ให้ข้อมูลอีกราย ที่อดีตเคยมีพื้นความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคสมองเสื่อม เนื่องจากเป็นผู้ที่ขอปรึกษาหาความรู้อยู่เสมอ ซึ่งครั้งหนึ่งเคยเข้าอบรมเกี่ยวกับการให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อนที่จะเข้ามาให้การดูแลมารดาที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมอย่างจริงจัง โดยการได้รับข้อมูลล่วงหน้าถือว่าเป็นผลดี เนื่องจากเป็นการช่วยให้ผู้ดูแลได้เข้าใจ และเตรียมใจยอมรับกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคตได้

“คือคนป่วยบางที่เราจะใช้เทคนิคตายตัวเลยไม่ได้ อาการเค้าจะเปลี่ยนไปเรื่อย ๆ แต่ละวันมันก็ไม่เหมือนกัน ก็ต้องคอยดูไปเรื่อย ๆ อย่างน้อยเราก็ต้องใจเย็น พยายามเข้าใจเค้า คือพยายามอย่าให้ตัวเองเครียดมาก ถ้าเราเข้าใจเค้า เราก็จะเครียดน้อยลง อีกอย่างเราจะต้องเตรียมตัว และเตรียมใจได้ เราก็น่าจะดูแลต่อไปได้” (ID10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 254-257)

การเข้าใจและการยอมรับ สามารถแบ่งได้ออกเป็น 4 ประเด็นย่อยดังนี้

1.1 ความเข้าใจอาการของโรค ในที่นี้หมายถึง รับรู้และเข้าใจถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมออกมาในทางที่ไม่เหมาะสมและเป็นพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล ครอบครัว และของผู้สูงอายุเอง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เกิดขึ้นเนื่องจากการมีพยาธิสภาพที่สมอง โดยเฉพาะสมองส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับความคิดและความทรงจำเกิดความเสียหาย ส่งผลทำให้การใช้ทักษะด้านการรับรู้และการทำความเข้าใจต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลงอย่างเห็นได้ชัด เช่น การมีบุคลิกภาพและอารมณ์เปลี่ยนแปลง มีภาวะหลงลืม มีอาการหลงผิด ขาดการตัดสินใจที่ดี ฯลฯ

อย่างไรก็ตามหากผู้ดูแลได้เข้าใจว่า การที่ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมที่ผิดปกติ และแตกต่างจากผู้สูงอายุทั่วไปนั้น เป็นอาการแสดงอย่างหนึ่งของภาวะความเจ็บป่วย ไม่ได้เกิดจากความตั้งใจ หรือการแกล้งทำ แต่เป็นภาวะของโรคที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติตามมา การพยายามทำความเข้าใจ และปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้รวดเร็วเพียงใด ย่อมส่งผลให้ผู้ดูแลแสวงหาวิธีการรับมือและจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้อย่างเหมาะสม

ดังในกรณีของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง ที่ดูแลสามี ที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 นับถึงปัจจุบันก็รวมเป็นระยะเวลา 12 ปี โดยตลอดระยะเวลาของการดูแล ผู้ให้ข้อมูลรายนี้ ได้ทำหน้าที่ในการดูแลโดยอาศัยความอดทนเป็นพื้นฐานที่สำคัญ ควบคู่ไปกับการทำหน้าที่ของภรรยาได้เป็นอย่างดี ถึงแม้ว่าภาวะของโรค จะเป็นสาเหตุที่ทำให้สามีแสดงพฤติกรรมที่สร้างความรำคาญให้กับครอบครัว แต่ความพยายามในการอธิบายให้สมาชิกในครอบครัว ได้เข้าใจถึงสาเหตุ ของการมีพฤติกรรมดังกล่าว เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ช่วยสร้างความเข้าใจ ให้เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน

“ ป้าว่า..คนดูแลจะต้องมีความอดทนมากที่สุด ต้องมีความเข้าใจเรื่องโรคด้วย อย่างเช่น อาการของพาร์กินสันที่จะมีอาการสั่นเกือบตลอดเวลา ต้องรู้ว่าอาการมันเป็นอย่างไร มีอาการยังไงก็ไม่ต่างจากอัลไซเมอร์ที่เราจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเช่นกัน คือต้องรู้ ถ้าไม่รู้เราก็จะดูแลไม่เป็น อย่างคนไข้อัลไซเมอร์ถามบ่อยมากนาทีเดียวเค้าก็ลืม” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 307-310) “ก็จะมีช่วงทำการบ้าน หลานก็จะบ่น “ย่าปู่เคาะอีกละ หนูไม่มีสมาธิทำการบ้าน” เราก็ต้องอธิบายให้หลานฟังว่า “น้องแจนรู้มั๊ยว่า คุณปู่ไม่สบาย เมื่อก่อนคุณปู่สบาย คุณปู่จะไม่เป็นแบบนี้ เพราะความที่ย่าปู่ทำอะไรไม่ได้ ปู่จึงไป

เคาะประตูเรียกหนู หนูหวังดี หนูจำว่าหนูยังไม่กินข้าว หนูต้องเข้าไปดูหนูนะ” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 402-405)

1.2 การยอมรับกับความจริง คือ จุดเริ่มในการแสวงหาหนทาง ในการแก้ไขปัญหา การยอมรับความจริงที่ว่านี้ หมายถึง การที่ผู้ดูแลยอมรับกับภาวะความเจ็บป่วย และความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว ยอมรับถึงปัญหาต่าง ๆ ซึ่งบางครั้งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ โดยอาศัยอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง กล่าวเผชิญกับปัญหาพฤติกรรม ที่ส่งผลกระทบต่อความสุขในชีวิต และเมื่อได้ทำหน้าที่ของการเป็นผู้ดูแลไปสักระยะหนึ่ง ผู้ดูแลจะสามารถปรับตัว และยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มองภาวะความเจ็บป่วยเป็นเรื่องของโรคที่ต้องให้การดูแลรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ ที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง เกิดการค้นหาวិธีการที่จะนำมาใช้ในการดูแลให้เหมาะในแต่ละสถานการณ์

ตั้งคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล 3 ราย ที่มีความพยายามในการปรับตัว ต่อบทบาทของการเป็นผู้ดูแล โดยการยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะการยอมรับความจริงที่ว่า มีบุคคลอื่นเป็นที่รัก และอยู่ในวัยที่ควรได้รับการยกย่อง จากบุตรหลานเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม การทำใจยอมรับกับความจริงดังกล่าว จึงเป็นหนทางที่ช่วยให้ผู้สูงอายุ ได้เข้าสู่กระบวนการดูแลรักษา จากแพทย์ได้รวดเร็วยิ่งขึ้น โดยเฉพาะผู้ให้ข้อมูลที่เป็นหลานดูแลคุณย่า ที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมาประมาณ 5 ปี ที่ครั้งหนึ่งเคยให้สัมภาษณ์ เกี่ยวกับเรื่องราวชีวิตการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ในรายการทีวีรายการหนึ่ง เมื่อเดือน เมษายน พ. ศ. 2552 ที่ผ่านมา พอสรุปได้ว่า การที่สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคุณย่าได้ โดยเกิดความรู้สึกที่เป็นทุกข์น้อยที่สุดนั้น ส่วนหนึ่งมาจากการทำใจ เตรียมใจ และยอมรับกับภาวะความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจริงในชีวิต

“ ใหม่ ๆ ก็ไม่เข้าใจ เราจะเครียด จะกังวล เครียดจนกระทั่งว่าเบื่อ ๆ อาหาร ไม่อยาก บางทีก็ไม่อยากมาบ้านเพราะบางทีกลับมาเจอย่า อากาศแบบนี้เพราะเราไม่เข้าใจ พอรู้ว่าคุณย่าผมป่วย ผมก็ต้องเตรียมตัวก่อน เราก็อย่างที่คุณบอก คือเราต้องทำใจ และต้องเข้าใจว่า นี่คือธรรมชาติของคนสูงอายุ และสมองเค้าเสื่อม ต้องดูแลเค้า คือ ถึงเวลาที่เราต้องดูแลคนแก่ละ เหมือนตอนที่เราเด็ก ๆ เค้าก็มาดูแลเรา ทีนี้เราดูแลตัวเองได้ เราก็ต้องกลับมาดูแลเค้าได้” (ID6 บทสัมภาษณ์ในรายการเพชรฆาตเงียบ ออกอากาศเมื่อ เดือนเมษายน พ.ศ. 2552 1 L: 13-18)

“สำหรับผม ยิ่งไงมันก็หนักหรือหนักไม่ได้อยู่แล้ว ก็ต้องทำใจยอมรับ และอยู่กับสิ่งเหล่านี้ให้ได้ เพราะเราแก้ไขอะไรไม่ได้ เราก็ต้องปรับตัวเข้าหาเค้า” (ID8 สัมภาษณ์ ครั้งที่ 1 L: 132-133)

“คิดว่าคงดูแลเค้าให้ดีที่สุดแหละ รู้ว่าโรคนี้ยังไงก็รักษาไม่หาย เพียงแต่ว่าเราจะทำอย่างไร จะดูแลอย่างไรให้โรคไปช้าที่สุด ให้เค้ายังพอสามารถช่วยเหลือตนเองได้อยู่ แต่ก็พอรู้ว่าอนาคตจะเป็นอย่างไร เค้าจะจำเราไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ แต่อย่างน้อยก็ทำให้เราได้ทำใจ เตรียมใจสำหรับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น ถ้ามองว่าทุกวันนี้สำหรับอาม่าก็โอเคนะ พอดูแลได้ อย่างน้อย คิดว่า ถ้าเค้าช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ก็คิดว่าน่าจะดูแลได้ ทำได้ เพราะอย่างน้อยในช่วงระยะเวลาหนึ่งเราก็เคยดูแลเดี่ยวมา คิดว่าน่าจะทำได้” (ID10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 302-307)

1.3 การยอมรับกับพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงออก คือ การที่ผู้ดูแลเข้าใจถึง พฤติกรรมการแสดงออกของผู้สูงอายุ ที่ส่งผลต่อภาวะอารมณ์และความรู้สึกของผู้ดูแล บางพฤติกรรมส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในสังคม ความมีชื่อเสียงของคน ในครอบครัว การทำใจยอมรับกับพฤติกรรมโดยการมองความผิดปกติที่ผู้สูงอายุแสดงออก เป็นอาการอย่างหนึ่งของโรค ซึ่งบางครั้งไม่สามารถควบคุมให้แสดงพฤติกรรมออกมาในทางที่เหมาะสมได้ ผู้ดูแลบางรายจะปล่อยวาง ลดความสำคัญ และลดความสนใจ หากพฤติกรรมดังกล่าวไม่ก่อให้เกิดอันตราย และส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ และจะพยายามหาปัจจัยสาเหตุที่มากระตุ้นหรือพยายามย้อนถึงภูมิหลังการดำเนินชีวิต ของผู้สูงอายุในอดีต โดยพฤติกรรมที่แสดงออก ในปัจจุบันมีความสอดคล้องกับรูปแบบการใช้ชีวิตในช่วงหลายสิบปีที่ผ่านมา จะช่วยให้ผู้ดูแลได้เข้าใจและยอมรับกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุมากขึ้น

ดังนั้นของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง ที่ดูแลบิดาซึ่งป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม และมีพฤติกรรมที่แสดงออกมาในทางที่ก้าวร้าว วุ่นวาย มีปัญหาเรื่องการนอนหลับทำให้ตื่นมา รื้อข้าวของในเวลาากลางคืน และไม่สามารถจัดการหรือแก้ปัญหาได้ในช่วงแรก ส่งผลให้การดูแล เป็นไปด้วยความยากลำบาก การทำใจยอมรับเมื่อรู้ว่าไม่สามารถหลีกเลี่ยงปัญหาได้ และการปล่อยวาง ละความสนใจในพฤติกรรมที่ผู้ให้ข้อมูลเห็นสมควรว่าไม่เป็นอันตรายหรือกระทบต่อการดูแลเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ผู้ให้ข้อมูลรายนี้ได้นำมาปรับใช้ในส่วนของการปรับทัศนคติ ต่อพฤติกรรมบางพฤติกรรมที่ไม่สามารถจัดการให้ผู้สูงอายุแสดงออกมาในทางที่เหมาะสมได้

“กลางคืนป่าก็จะไม่ค่อยยอมนอน บางคืนร้องเรียกคนโน้นคนนี้อธิบายยังไม่ฟังนะปกติป่าจะเป็นคนเงิบที่เรียบบ่อยมาก ผ่าหม่ม มุ้งหมอน ป่าจะเก็บเรียบบ่อยมาก พอช่วงนี้ป่าไม่สนใจเลยนะ แล้วป่าก็จะชอบเอาของไปซ่อน ที่ที่ซ่อนมากที่สุดในที่สุดก็จะเป็นใต้เตียงนอนของบ้านี้แหละ บางทีเอาขนมเค้กมาซ่อน มาเจอหมดก็ขึ้นหมดแล้ว บางทีมีรองเท้านะ เวลานอนกลางคืน พอนอนสักพักป่าก็จะร้องกระดานเตียงนอน ร้องหมอนหรือผ้าหม่อม มุ้งยัดไว้ที่ใต้เตียงหมด พอเราพูดเราอธิบายว่าเป็นแบบนี้แบบนี้นะ แค่ว่าไม่ฟังนะ บางคืนเป็นแบบนี้ หลายรอบหรือเข้าหรือออกแบบนี้ บางวันก็ไม่ต้องได้นอนกัน บางทีก็ทะเลาะกัน จนถึงเช้าก็มี บางคืนก็ร้องไม่ก็รอบนะ สักพักเสียงเงิบไป เราก็คิดว่าป่าคงนอนที่เตียงแล้วละ เปล่า..... รื้อแผ่นกระดานเอาของทุกอย่างยัดลงใต้เตียงปิดฝาเรียบบ่อย พอตื่นมาดู อ้าว.....ป่าลงไปนอนอยู่ใต้เตียง บนเตียงนี้ไม่มีอะไรหาย ว่างเปล่า บางคืนพยายามเอาพัดลมยัดไปนะ แต่มันยัดไม่ได้ ป่าก็พยายามอยู่นั้น อธิบายก็ไม่เข้าใจ ทะเลาะกันอีก สุดท้ายก็ต้องตามใจ แต่เราก็คอยดูไม่ให้เป็นอันตรายก็พอ” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 201-211)

ในกรณีของผู้ให้ข้อมูลอีกรายที่ประสบกับปัญหาการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว พุดจาหยาบคาย การละละความสนใจหรือไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบต่อพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงออก เมื่อระยะเวลาผ่านไปสักพัก ผู้สูงอายุจะหยุดหรือลดการแสดงพฤติกรรมเหล่านั้นลงไปเองซึ่งเป็นอีกเทคนิคการดูแลอย่างหนึ่งที่ผู้ให้ข้อมูลรายนี้ นำมาใช้แก้ปัญหาพฤติกรรมดังกล่าวอย่างได้ผล

“บางครั้งเค้าเจอคน เค้าก็จะพุดจาหยาบคาย พุดจาบางที่มีก้าวร้าวซึ่งปกติเค้าไม่เคยพุด บางทีเค้าเจอเค้าก็จะสนุกปากมีพุดจาบางสิ่งบางอย่างออกมา ซึ่งบางทีเราคิดว่ามันไม่เหมาะสม บางครั้งก็สุภาพมากก็แล้วแต่อารมณ์เค้า สำหรับตัวเราก็ไม่ได้ไปสนใจเค้าอยู่เฉยๆ คิดว่าเป็นเพราะเค้าไม่รู้เรื่องที่ทำให้เค้าเป็นแบบนี้ คือถ้าเค้าพุดเรายังไปสนุกสนานกับเค้า เฮฮากับเค้า เค้าก็จะไม่รู้ว่ามันดีหรือไม่ดี พอเค้าพุดก็เฉยๆ” (ID7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 266-270)

หรือในกรณีของผู้ให้ข้อมูลอีกรายที่ประสบกับปัญหาพฤติกรรมซ้ำ ๆ โดยเฉพาะการถามคำถามซ้ำ ๆ ในคำถามเดิม ๆ การแก้ปัญหาโดยการเบี่ยงเบนความสนใจ อาจไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความรำคาญทุกรายเสมอไป การทำใจยอมรับ และหาวิธีการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ โดยเกิดปัญหาข้อขัดแย้งให้น้อย ที่สุด เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ผู้ให้ข้อมูลรายนี้ได้นำมาปรับใช้และสามารถจัดการกับปัญหาพฤติกรรมที่กล่าวมาข้างต้นได้ค่อนข้างดี

“เค้ามีความต้องการที่จะอยู่ในโลกเค้าตลอดเวลา แล้วแต่ว่าเค้าจะคิดอะไรได้ แต่เราก็ต้องใช้วิธีที่ว่า “ ทำอย่างไรคำตอบที่เค้าฟังจะเป็นคำตอบที่เค้าพอใจ โดยไม่ได้คาดหวังว่าคำตอบนั้นจะมีข้อเท็จจริงหรือเปล่า แต่ตอบแล้วทำให้เค้ารู้สึกพอใจ” เช่น คำถามที่ถามบ่อยมาก คือถามหาแม่เค้า ซึ่งจริง ๆ แล้วแม่เค้าตายไปแล้ว ตอนใหม่ๆนี้เค้าก็จะร้องไห้ แล้วพูดว่า “ ทำไมไม่บอกแม่” เราก็บอกว่า “ ทำไมไม่บอกละแม่ นี่ไง ” แล้วเราก็เอารูปงานศพมาให้ดู “ นี่แม่อยู่ในรูปงานศพไง ” เค้าเชื่อนะ พอตอนหลังไม่เอาละ เราอธิบายจนเหนื่อย พอถามอีกเราก็เบี่ยงเบนความสนใจไปเรื่องอื่นแทน บางทีก็ไม่หายนะ กลับมาถามอีกว่า “ แม่ไปไหน ” พอถามอีกเราก็บอกว่า “ ยายอยู่หน้าบ้าน” เค้าก็บอกว่า “ เหรอ ” พอเฮอร์เค้าก็จบ เค้าก็ดีใจ เราก็เลยบอกกับพี่เราว่า “ต่อไปนี่เวลาที่แม่เค้าถามอะไรที่ไม่ได้อยู่ในโลกของปัจจุบันก็ให้ตอบคำตอบที่คาดหวังว่าเป็นคำตอบที่เค้าพอใจ” (ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 204-213)

1.4 การยอมรับกับบทบาทของการเป็นผู้ดูแล ในที่นี้หมายถึง การที่ผู้ดูแลยอมรับในหน้าที่ความรับผิดชอบ ในฐานะที่เข้ามารับบทบาทของการดูแล และการจัดการต่าง ๆ ในลักษณะที่มีความสัมพันธ์กันทางเครือญาติเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยมีการปรับเปลี่ยนหน้าที่และลดบทบาททางสังคม เช่น การเปลี่ยนจากการทำหน้าที่ของ สามี ภรรยา บุตร หลาน ลูกสะใภ้ มาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก โดยการยอมรับกับบทบาทดังกล่าว มีแนวคิดเกี่ยวกับค่านิยมของบุคคล และสังคมเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น มองการดูแลเป็นเรื่องของความกตัญญูกตเวทิตะ เป็นการทำความดี หรือเรื่องของบุญกุศล นอกจากนี้ก็อาจเกิดจากความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ความรู้สึกสงสาร อยากเข้าไปดูแลช่วยเหลือ โดยสิ่งเหล่านี้เปรียบเสมือนแรงเสริม หรือเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ดูแลได้ยอมรับบทบาทของการเป็นผู้ดูแลได้เร็วยิ่งขึ้น

ดังในกรณีของลูกสาวรายหนึ่งที่ได้รับอาสาเข้ามาดูแลมารดาที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมาเป็นระยะเวลาเกินกว่า 12 ปี นับตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน การดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค ความสามารถในการดูแลตนเองและความสามารถในการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมรอบๆตัว รวมถึงความรู้สึกรักและผูกพันที่มีมาในอดีตบางส่วนได้ถูกลบเลือนหายไปจากความทรงจำของผู้สูงอายุ ด้วยภาระหน้าที่ที่เพิ่มขึ้นตามเป็นลำดับ และความเข้าใจถึงความต้องการในการดูแล เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ตัดสินใจลาออกจากงาน เพื่อต้องการทุ่มเทเวลาให้กับการดูแลมารดาอย่างเต็มที่และเต็มความสามารถ

“ทำไมถึงทนได้ ใหม่ ๆ ก็ทนไม่ได้หรอก เครียด แต่ก็ต้องทำเพราะเราเป็นลูก เค้าเป็นแม่ มันมีความรู้สึกสำนึกในตรงนั้นอยู่ และสำนึกว่าเราจะดูแลเค้าอย่างไร เพื่อให้มีความรู้สึกที่ดีต่อกัน และไม่เป็นบาปกรรม ก่อนหน้านี้แม่ของแม่เค้าก็ป่วยเป็นสมองเสื่อม แต่ตอนนั้นที่ยายเป็นก็ยังไม่ค่อยเข้าใจ พอมาแม่ของเรา เอ๊ะ.....แม่ก็เป็นแบบนี้อีก ก็เลยเสียใจว่า พอถึง

เวลาที่เค้าจะมีความสุข เค้ากลับไม่รู้เรื่อง ก็เลยพยายามดูแลเค้า และพยายามให้เค้ารับรู้ว่ามี
ความสุขนะ” (ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 487-482)

ในกรณีของภรรยาที่ดูแลสามีที่มีอาการป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมาตั้งแต่
ช่วงที่เกษียณอายุราชการ เนื่องจากไม่มีภาวะที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้านเนื่องจากเกษียณอายุ
ราชการในช่วงวัยที่ไล่เลี่ยกัน การใช้ชีวิตคู่ที่ผูกพันกันมาอย่างยาวนานตลอดระยะเวลาหลายสิบปี
จนมีบุตรด้วยกัน 2 คน การระลึกถึงคุณความดีความดีของสามีในอดีตในช่วงชีวิตของการทำงาน
ได้ดูแลเอาใจใส่และทำหน้าที่ของสามีได้เป็นอย่างดี ถึงแม้ว่าภาวะของโรคจะเป็นสาเหตุที่ทำให้
ความทรงจำและความรู้สึกดี ๆ ถูกกลบเลือนหายไปจากความทรงจำของสามี แต่สิ่งเหล่านี้กลับ
ไม่ได้บั่นทอนความรู้สึกหรือทำให้หมดกำลังใจแต่อย่างใด กลับสร้างกำลังใจและเปลี่ยนมุมมอง
การดูแลโดยการมองย้อนคิดถึงแต่สิ่งดี ๆ เพื่อให้ตนเอง และครอบครัวมีพลังที่จะให้การดูแลบุคคล
ซึ่งในอดีตเคยทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ดี

“ ก็ตาแป่ว ๆ แบบนี้ ที่ทำให้เรารู้สึกว่าเราต้องดูแล ก็เหมือนกับเด็กคน
หนึ่ง ที่ไม่ค่อยรู้เรื่องอะไร ไม่ดูแลก็ได้ สงสาร คนอื่นดูแลก็ไม่เหมือนเราดูแล กลัวเค้าดูแลไม่ดี
อย่างกินข้าวถ้าแกไม่กิน ถ้าเป็นคนอื่นก็คงตามใจแก ไม่อยากกินก็ไม่ต้องกิน แต่เราไม่ได้ต้องให้
กิน ขูให้กินนั่นแต่ละมือก็แยสิ ไม่กินข้าว เดี่ยวไม่มีแรง บางที่ต้องปลอบต้องป้อนเหมือนกัน”
(ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 329-323)

นอกจากนี้การยอมรับกับบทบาทของการเป็นผู้ดูแล ยังสามารถแบ่งได้ออกเป็น
3 ประเด็นย่อยดังนี้

1.4.1 การปรับทัศนคติ การปรับทัศนคติแนวคิดเรื่องการดูแล ของผู้ดูแลที่
เป็นบุคคลในครอบครัว แต่ละคนจะมีความแตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ ความคิด ความเชื่อ
พื้นฐานการเลี้ยงดูของครอบครัว ประสบการณ์ที่ได้รับ การปรับตัว และแรงจูงใจในการเข้าไปทำ
หน้าที่ การมีทัศนคติความคิดเชิงบวกต่อการดูแล ถือว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการ
พัฒนาบทบาท การมีความคิดสร้างสรรค์ ในการหาวิธีการใหม่ๆ เข้ามาช่วยในการดูแล และ
นำไปสู่กระบวนการตัดสินใจในการสรรหาวิธีการดูแลที่เหมาะสมสำหรับแต่ละบุคคล โดยผู้ดูแล
ที่ให้ความหมายต่อการดูแลที่ดี จะมีความรู้สึกพึงพอใจและเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง หาก
ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล รวมถึงการรับรู้ว่าเป็นประสบการณ์ที่ได้รับเป็นสิ่งที่ทำให้
ตนเองมีคุณค่า เป็นงานที่ต้องใช้ความเพียรพยายามอย่าง โดยมองการดูแลเป็นเรื่องที่ทำทลาย
ความสามารถ หากสามารถปรับเปลี่ยนสถานการณ์ที่เลวร้ายให้ผ่านไปได้อย่างดี หรือสามารถ
เข้าไปจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้อย่างเหมาะสม

ตั้งคำถามของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง ที่ในช่วงแรกของการรับบทบาทในการดูแล จะเต็มไปด้วยปัญหาและอุปสรรคต่างๆมากมาย เนื่องจากการขาดความรู้ความเข้าใจ ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญในระยะแรกๆ ต่อมาเมื่อได้เข้าใจถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ประกอบกับพื้นฐานเป็นคนที่ชอบทำบุญ จึงได้พยายามปรับเปลี่ยนมุมมองชีวิตของการเป็นผู้ดูแล และการได้ทำหน้าที่ดูแลเป็นโอกาสที่ได้ทำความดี โดยเฉพาะการทำความดีกับเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน

“เราควรเปลี่ยนความคิดของตนเอง ตอนหลังคิดแบบนี้คือ ตอนหลังเห็นสัตว์ที่เจ็บป่วย เราต้องช่วยค่ะ นี่เรามีชีวิตอีกหนึ่งชีวิต ซึ่งเค้ามาร่วมกับเรา โอกาสที่จะช่วยเหลือคนให้มีชีวิตต่อไป มันไม่ใช่สิ่งที่ทุกคนจะมีโอกาสทำ บ้างเปรียบเหมือนการทำบุญ ทำบุญยากนะคะ บางคนมีศรัทธาแต่ไม่มีปัจจัย บางคนรวยแต่ไม่มีศรัทธา การดูแลคนไข้ก็เหมือนกับที่เราได้มีโอกาสช่วยเหลือ ซึ่งไม่ใช่ใคร ญาติของเราเอง ยิ่งเป็นคุณพ่อคุณแม่ โอกาสที่คุณจะมีความกตัญญูต่อท่านนั้นไม่ได้ง่าย ๆ ท่านเจ็บไข้ได้ป่วย เรายังมีโอกาสได้ดูแล และใจเรายังมีศรัทธาที่จะทำ แม้อย่างบุญ คุณมีเงินเยอะ ๆ คุณมีโอกาสทำ แต่คุณไม่ทำ เพราะคุณไม่มีศรัทธา เพราะฉะนั้นในการดูแลหากเป็นคุณพ่อคุณแม่ ถือว่าคุณเป็นคนที่มีโอกาสได้ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน เป็นเพื่อนมนุษย์ที่มีบุญคุณกับเรา เป็นญาติเราไม่ใช่คนอื่นไกล แต่ที่สำคัญในการช่วยเหลือเค้าเราต้องเข้มแข็งด้วยนะ ต้องดูแลตัวเราให้ช่วยเหลือเค้าได้ด้วย เราต้องบริหารเวลาเก่งๆ มันทำให้เราต้องใช้สมอง และ Active ตลอดเวลา เพื่อตัวคุณเองและเพื่อคนไข้คุณ” (ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 616-627)

นอกจากนี้การปรับทัศนคติของการเป็นผู้ดูแล ยังสามารถแบ่งได้ออกเป็น 2 ประเด็น ย่อยดังนี้

1.4.1.1 ท้าทายความสามารถ คือการที่ผู้ดูแลให้ความหมายของการดูแลว่า เป็นเรื่องที่ต้องใช้ความมุ่งมั่น ความมานะ ความเพียรพยายามอย่างยิ่ง ในการรับมือกับปัญหาแต่ละปัญหาที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะการเผชิญกับปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ของผู้สูงอายุ ที่แสดงออกมาในทางที่ไม่เหมาะสม และไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม การพยายามหาหนทางในการส่งเสริม โดยการปรับเทคนิคการดูแลบางอย่าง ซึ่งต้องใช้ทักษะการดูแลที่ผ่านกระบวนการคิดแก้ปัญหา และการลองผิดลองถูก จนสามารถนำวิธีการเหล่านี้มาปรับใช้ได้เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความภาคภูมิใจ และมีมุมมองในการดูแลที่ดียิ่งขึ้น และถ้าหากผู้ดูแลได้ปรับเปลี่ยนมุมมอง เปลี่ยนทัศนคติ ว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นเรื่องท้าทายความสามารถ เป็นโอกาสที่ทำให้ได้เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง ซึ่งเปรียบเสมือนแรงขับ แรงกระตุ้นให้ผู้ดูแล ได้เรียนรู้และดูแลผู้สูงอายุอย่างตั้งใจ

ตั้งกรณีของผู้ให้ข้อมูล 2 รายที่มีมุมมองการดูแล และการจัดการ กับปัญหาพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ว่าเป็นเรื่องที่ทำทลายความสามารถ และต้องใช้ความพยายาม ในการหาวิธีการที่ช่วยจัดการกับพฤติกรรม และอารมณ์ของผู้สูงอายุ ได้อย่างเหมาะสมกับ สถานการณ์ ในที่นี้ผู้ให้ข้อมูลได้นำกิจกรรมเข้าจังหวะ โดยมีเสียงเพลงประกอบ และการหา กิจกรรมที่สร้างความเพลิดเพลิน ผลปรากฏว่ากิจกรรมดังกล่าว สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุแสดง พฤติกรรมและแสดงอารมณ์ออกมาในทางที่เหมาะสม และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม อื่น ๆ ตามมา

“ก็พยายามจะเปลี่ยนความสนใจเค้า ก็คือเพลงนี้จะช่วยได้นะ พอ เพลงขึ้นปั๊บ เวลาเค้าหน้านี่คือขมวดเค้าก็จะขมูบขมิบปากตาม เพลงลีลาศนี่เพิ่งไปซื้อมาสอง อาทิตย์ เอ๊ะเข้าทำดินะ เค้าชอบเต้นแทงโก้ เค้าก็ยิ้มเขิน ๆ ก็เลยพาเค้าเต้น จับเค้าลุกยืน แล้ว ขยับไปขยับมา แต่เค้าก็ยิ้มเขิน ๆ เพราะก่อนหน้านี้เค้าจะชอบเต้นรำ และพิสูจน์จริง ๆ ได้เลยว่า เพลงบรรเลงจะช่วยให้เค้าดีขึ้นกว่าเพลงคลาสสิกนะ ป้าเคยซื้อเพลงของเยื่อไม้มาเปิดเป็นเพลง บรรเลงเช่น เพลงคางคากินกล้วย ก็ไม่ค่อยชอบเท่าไร แต่พอเอาเพลงลีลาศของสุนทราภรณ์ 2 ม้วนนี้เข้าทำ ป้าเต้นไม่เป็นหรอกแต่ชอบดูลีลาศ เข้าเวลารูมบ้า ก็พาเค้าเดินหน้า 3 ก้าว ถอย หลัง 3 ก้าว อืม...รู้สึกดีค่ะ” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 454-460) “จะมีเรื่องเต้นรำที่เราารู้สึกดีใจ เพิ่งเกิดขึ้นเอง เราลุกขึ้นมาขยับ แล้วเค้าก็ยิ้ม พอใกล้จะนอน ก็ถามเค้าว่าจะฟังอีกมั๊ย เค้าจะ พยักหน้าและบอกว่า เออ...เออ...เออ” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 565-566)

1.4.1.2 มองการดูแลแงบวก เป็นพื้นฐานสำคัญที่นำไปสู่กระบวนการรับรู้และกระบวนการคิดแก้ปัญหา โดยผู้ดูแลที่ยอมรับกับปัญหา และยอมรับความ จริงถึงที่เกิดขึ้นในครอบครัว โดยเฉพาะการยอมรับในตัวผู้สูงอายุ ยอมรับกับโรคที่ผู้สูงเป็นอยู่ ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการดูแล ที่นำไปสู่การแก้ปัญหาอย่างแท้จริง การมีมุมมองในแงบวก จึงเปรียบเหมือนการให้กำลังใจตัวเอง ในการที่จะทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้ประสบผลสำเร็จ ซึ่งเปรียบได้ กับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลอาจต้องประสบกับเหตุการณ์ ที่สร้างทั้งความ รู้สึกด้านบวกและด้านลบคละเคล้ากันไป แต่ถ้าหากผู้ดูแลต้องเจอกับเหตุการณ์และพฤติกรรม ด้านลบของผู้สูงอายุ ซึ่งรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ความผาสุกในชีวิตลดลง หาก เหตุการณ์เหล่านี้ไม่สามารถหลีกเลี่ยง และจำเป็นต้องเกิดกระบวนการดูแลเกิดขึ้น ผู้ดูแลอาจ ต้องปรับเปลี่ยนแนวคิดและมุมมองในการดูแลเสียใหม่ โดยการเรียนรู้จักหัดมองโลกในแง่ดี มีแนวคิด การดูแลแงบวก เช่น มองว่าการดูแลผู้สูงอายุที่สมองเสื่อม เป็นเรื่องที่ทำทลายความสามารถ เป็น การตอบแทนผู้มีบุญคุณ ทำให้ได้ประสบการณ์ใหม่ ๆ ซึ่งไม่สามารถเรียนรู้ได้จากการมี

ชีวิตประจำวันทั่วไป มากกว่าการมองเรื่องดังกล่าว เป็นเรื่องของเวรกรรม หรือทำไปเพียงเพราะหน้าที่บังคับเท่านั้น

อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลที่สามารถผ่านพ้นเหตุการณ์ และสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนใหญ่จะให้ความหมายต่อประสบการณ์ และมีมุมมองต่อการดูแลที่เป็นไปในทางสร้างสรรค์ ซึ่งเป็นมุมมองการดูแลแบบวกดังตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลที่ทำหน้าที่ในการดูแลพี่สาวที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม และเป็นผู้ที่เริ่มเห็นการเปลี่ยนแปลงลักษณะอาการและการดำเนินของโรคตั้งแต่ในระยะแรก ๆ ถึงแม้ว่าจุดเริ่มต้นของการดูแล จะเต็มไปด้วยคำถามต่าง ๆ มากมาย แต่ด้วยความที่ไม่ย่อท้อต่อปัญหา และคิดว่าการดูแลคืองานอย่างหนึ่งที่ต้องทำให้ประสบผลสำเร็จ และต้องใช้ความอดทนอย่างสูง ถึงจะสามารถผ่านเหตุการณ์ต่าง ๆ เหล่านั้นไปได้ การเปลี่ยนมุมมองของการดูแล เป็นสิ่งที่ช่วยฝึกความอดทน อดกลั้น เป็นอีกหนึ่งแนวคิดที่ทำให้ ผู้ให้ข้อมูลรายนี้ สามารถใช้ชีวิตอยู่กับพี่สาวที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมาจนถึงปัจจุบัน

“พอเรามาดูแลคนไข้อัลไซเมอร์ เค้าทำให้เราเข้มแข็ง เราไม่กลัวอะไรเลย อะไรเกิดขึ้นเรารับได้หมด อดทนมากกว่าแต่ก่อนเยอะ” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 523-524)

ในกรณีของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นลูกสาว ที่มีแนวคิดและมองเรื่องการดูแล เป็นโอกาสที่ทำให้ตนเองได้ใกล้ชิด ได้ตอบแทนคุณของบิดา และเป็นโอกาสที่ได้ประจักษ์คุณงามความดี ถึงแม้ว่าเส้นทางในการดูแลในช่วงแรก ๆ จะเต็มไปด้วยปัญหาและอุปสรรค เนื่องจากยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแล การรู้จักหาทางออกให้กับปัญหา ร่วมกับการปรับแนวคิดเรื่องการดูแล โดยมีแนวคิดเรื่องความกตัญญูเข้ามาเกี่ยวข้อง ถือว่าเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้การดูแลบิดาที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ได้รับการเอาใจใส่จากผู้ให้ข้อมูล และจากครอบครัวที่ดีตามมา

“พี่ก็จะคิดว่า การที่ป้าป่วย ป้าไม่สบาย ป้าไม่อยู่เพื่อตัวเอง แต่ป้าอยู่เพื่อให้ลูกได้ทำหน้าที่ของลูก ให้ลูกได้ทำความดี พอพี่คิดแบบนี้พี่ก็สบายใจ” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 281-282) “ตั้งแต่ลูกจำความได้ลูกไม่เคยได้ใกล้ชิดป้าเลย ไม่เคยกอดป้า ไม่เคยหอมแก้มป้าเลย จนป้าป่วยลูกจึงได้แสดงความรักแบบนี้กับป้า ถ้าป้าไม่ป่วยลูกก็ไม่รู้จะได้ทำแบบนี้หรือเปล่า ลูกโชคดีเหลือเกิน” (ID3 บันทึกเรื่องราวและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม L: 370-372)

1.4.2 การปรับบทบาท ในที่นี้หมายถึง การที่ผู้ดูแลเปลี่ยนจากบทบาทหน้าที่หนึ่งไปสู่อีกหน้าที่หนึ่ง เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการในการดูแล โดยลักษณะของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เป็นการปรับเปลี่ยนจากบทบาททางสังคม ตั้งแต่ในครอบครัวซึ่งเป็นสังคมหน่วยเล็กที่สุด ถึงสังคมชีวิตการทำงาน ผู้ดูแลอาจมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบและลักษณะของการทำงาน หรือต้องลาออกจากงาน หากผู้สูงอายุมีความต้องการในการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น นั้นหมายถึงการมีรายได้ของครอบครัวที่ลดลง ในขณะที่ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลนั้นวันจะมีแต่เพิ่มมากขึ้น ตามระดับของการพึ่งพาและความสารถในการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งผลกระทบดังกล่าวหากครอบครัวขาดการเตรียมความพร้อม หรือการวางแผนทางการเงินที่ดี ย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวอย่างแน่นอน อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลที่สามารถปรับบทบาทของการทำหน้าที่ได้ดี จะพยายามแสวงหาวิธีการต่าง ๆ เข้ามาช่วยแบ่งเบาหรือลดภาระ และพยายามเรียนรู้วิธีการใหม่ ๆ เข้ามาช่วยในการดูแลอยู่เสมอ ๆ นอกจากนี้การมีพื้นฐานฐานะทางครอบครัวที่ดี มีเงินสะสม มีรายได้ที่มั่นคง สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยเหลือ และรับผิดชอบค่าใช้จ่าย ทั้งที่เป็นค่าใช้จ่ายในการดูแล ค่ารักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว ล้วนมีส่วนที่ช่วยสนับสนุน และส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักคลายความวิตกกังวล จากภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่ผู้ดูแลบางราย ต้องปรับเปลี่ยนบทบาท จากชีวิตที่อยู่ในวัยทำงาน ซึ่งเป็นผู้ที่มีรายได้ กลายเป็นผู้ที่มีรายได้น้อย หรือไม่มีรายได้

ดังในกรณีของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นลูกสาว 2 รายที่ยอมเสียสละและยอมลดบทบาททางสังคม เข้าสู่บทบาทของการเป็นผู้ดูแล การรับรู้ถึงความต้องการในการดูแล ซึ่งมีเรื่องของเวลาเข้ามาเกี่ยวข้อง การไม่มีภาระในครอบครัว การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือเรื่องค่ารักษาและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เป็นสิ่งที่ทำให้ตัดสินใจหยุดบทบาทชีวิตการทำงาน เพื่อให้สามารถมีเวลาดูแลมารดาซึ่งป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมได้อย่างเต็มที่

“ ตัดสินใจลาออก เพราะว่าเรามีความรู้สึกว่า เราทำงานเราก็ได้เงิน แต่แม่เราเค้าไม่ได้ต้องการเราแค่กลางคืน หรือเสาร์-อาทิตย์ แต่ถ้าเรามาอยู่อย่างนี้เรามีรายได้ และเราก็ได้อยู่กับเค้าด้วย แล้วเป็นอาชีพที่ต่อจากเราก็ไม่มีใครทำละ ก็เลยตัดสินใจออกมาตรงนี้ ซึ่งแต่ก่อนแม่เค้าอยู่คนเดียว ชายของ พี่สาวเราก็รับราชการเหมือนกัน เราก็เหมือนทั้งเค้าถึงเวลาเราก็อยากชดเชยเวลาให้เค้า” (ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 391-395)

“ คือตอนที่ออกจากงานมาได้คิดจะออก จะมาดูแลพ่อหรือภรรยา ตอนแรกทีออกมาจะออกมาหางานใหม่ทำ พอเริ่มต้นหางานไม่เท่าไร เขียนไป 2 ครั้ง ยังไม่ทัน

ส่ง แม้ก็เป็นแบบนี้ทุกที มีโน่น มีนี่ตลอด สรุปลงก็เลยเป็นว่าไม่ต้องหางานทำหละ ออกมาดูนี่แหละ เพราะการดูแลมันต้องใช้เวลาส่วนตัวเยอะมาก ถ้าเราไปเราก็ต้องห่วงนั่นห่วงนี่ ก็เลยไม่ทำหละตอนนี้” (ID9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 60-63)

1.4.3 การปรับอารมณ์ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อารมณ์ความรู้สึกของผู้ดูแลถือว่า มีผลกระทบโดยตรงต่อพฤติกรรมการแสดงออกของผู้สูงอายุ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล รวมถึงวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุที่ดำเนินไปแต่ละวัน ผู้ดูแลที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่มั่นคง จะสามารถอดทนต่อสิ่งแวดลอมรอบ ๆ ตัว ที่มากระทบต่อความรู้สึก และสามารถจัดการกับความวิตกกังวลด้านลบ ที่อาจส่งผลให้ผู้ดูแลแสดงพฤติกรรม ออกมาในทางที่ไม่เหมาะสม เช่น การมีพฤติกรรมก้าวร้าวในลักษณะของการกระทำ และคำพูด การรู้จักและทำความเข้าใจพื้นฐานทางอารมณ์ของตนเอง และยอมรับกับภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้น มีการใช้เหตุผลมากกว่าการใช้อารมณ์ จะช่วยให้ผู้ดูแลได้หาทางหรือหาวิธีการจัดการกับอารมณ์ของตนเอง ให้มีอารมณ์และความรู้สึกที่แสดงออกมาในทางบวก เช่น พึงพอใจ สุขใจ หรือปลอบปล้ำใจ ฯลฯ

อย่างไรก็ตาม การปรับอารมณ์เป็นความสามารถเฉพาะบุคคล ผู้ดูแลที่เรียนรู้และมีการฝึกพัฒนาอารมณ์ โดยการ หมั่นคิดทบทวนเรื่องราวต่าง ๆ ในแต่ละวันว่า มีสิ่งไหนหรือเหตุการณ์ไหนบ้างที่ส่งผลกระทบต่อภาวะอารมณ์ของตนเอง ซึ่งถ้าหากเป็นความรู้สึกด้านลบ ได้มีการแสดงพฤติกรรมที่อยู่เหนือการควบคุมหรือไม่ และส่งผลกระทบต่ออย่างไร และหากเจอเหตุการณ์ที่มีลักษณะคล้ายกันอีกจะให้การดูแลและแก้ไขปัญหานั้นอย่างไร

ดังนั้นการรู้จักเตรียมใจยอมรับกับเหตุการณ์ที่ไม่อาจคาดหมายไว้ล่วงหน้า โดยเฉพาะเหตุการณ์หรือพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไปแต่ละวัน การฝึกจิตใจให้มีอารมณ์ที่มั่นคง ให้หวั่นไหวต่อสิ่งที่มากระทบน้อยที่สุด แต่หากไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ควรลดการเผชิญหน้า เพื่อกลับมาจัดการกับอารมณ์ของตนเอง หรือ ฝึกจิตใจให้สามารถอดทนต่อสถานการณ์ต่าง ๆ จะช่วยให้ผู้ดูแลผ่านพ้นวิกฤตเหล่านี้ไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้วิธีการปรับอารมณ์ของผู้ดูแล ยังสามารถแบ่งได้ออกเป็น 3 ประเด็น ย่อยดังนี้

1.4.3.1 ความอดทน คือ การที่ผู้ดูแลรับรู้ถึงปัญหา และพยายามหาทางออกให้กับความไม่แน่นอนของพฤติกรรม และการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ ซึ่งบางครั้งแสดงออกมาในทางที่ก้าวร้าวและรุนแรง ส่งผลให้ผู้ดูแลบางรายขาดความเคารพและ

เลื่อมใสศรัทธาในตัวผู้สูงอายุ นำไปสู่ความขัดแย้ง และกลายเป็นปัญหา ที่ส่งผลกระทบต่อความ ผาสุกในชีวิตของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ที่ได้ผลกระทบโดยตรง ผู้ดูแลจะพยายาม ค้นหาคำตอบที่ว่า จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุอย่างไร ให้ดำเนินควบคู่กันไป และเกิดปัญหา ความขัดแย้งน้อยที่สุด หากผู้สูงอายุได้เข้าสู่กระบวนการรักษาและกระบวนการดูแลเกิดขึ้น ผู้ดูแล ส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญ ต่อการฝึกจิตใจและอารมณ์ให้สามารถอดทน อดกลั้น ต่อสิ่งที่มากระทบกับความรู้สึก โดยเฉพาะการอดทนต่อพยาธิสภาพของโรค ที่ส่งผลให้เกิด ความผิดปกติทางด้านความคิด พฤติกรรม และอารมณ์ เช่น อาการหลงลืม หงุดหงิดง่าย พฤติกรรมก้าวร้าว อาการซึมเศร้า ฯลฯ ซึ่งอาการเหล่านี้ล้วนเป็นปัญหาที่สำคัญ เพราะถ้าหาก ผู้ดูแลไม่มีความ อดทนในระดับที่ควบคุมตนเองได้ จะทำให้ไม่สามารถจัดการและรับมือกับ ปัญหาแต่ละปัญหา ที่เกิดขึ้นได้และอาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเกิดความเครียด ความเหนื่อย ล้า เกิดความสิ้นหวัง ส่งผลกระทบต่อในภาพรวม ต่อการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวได้

ดังในกรณีของผู้ให้ข้อมูล 3 ราย ที่ได้แสดงให้เห็นว่า การที่ จะประสบผลสำเร็จและสามารถดูแลผู้สูงอายุซึ่งป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม มาจนถึงทุกวันนี้ได้นั้น ส่วนหนึ่งมาจากการพัฒนาอารมณ์ และการฝึกความอดทนของตนเอง ให้สามารถอดทนต่อ พฤติกรรม และอารมณ์ของผู้สูงอายุที่แสดงออกในทุก ๆ สถานการณ์ นอกเหนือจากการที่มี ความรู้ความเข้าใจเป็นพื้นฐานที่สำคัญ เพียงอย่างเดียว

“ สิ่งสำคัญที่สุดของคนที่มาดูแล คำที่ต้องมอง ให้คน สูงอายุเป็นศูนย์กลาง คือ อยู่ดี ๆ เวลาเค้าทำอะไรออกมา ที่ไม่เหมาะสม คุณจะไปดูเค้าไม่ได้ ไปว่าเค้าไม่ได้ คุณต้องอดทน แต่คุณบอกเค้าได้ว่าอย่าทำ คุณจะไปด้วยเค้า ว่าเค้าไม่ได้” (ID7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 222-224)

“ ผมว่าคนดูแลที่อยู่กับโรคนี้ต้องใจเย็นสุดๆนะ เพราะว่า บางที่เราต้องอยู่ ต้องเจอกับพฤติกรรมเค้าหลายอย่าง อย่างผมอยู่กับเค้านาน ผมจะรู้ว่าเค้า ต้องการอะไร แต่คนที่เพิ่งมาเจอเค้า มาดูแลเค้าโดยไม่เข้าใจว่า เค้าเป็นอะไร ก็หงุดหงิด เพราะ เค้าไม่ค่อยทำตามก็มีเหมือนกัน เพราะสมองเค้าไม่สั่งงาน” (ID8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 123-126)

“คิดว่าต้องมีในระดับหนึ่งนะ ความอดทน คือเราต้อง อดทนกับพฤติกรรมต่าง ๆ ของเค้า การดูแลก็ต้องละเอียดมากขึ้น เวลา 24 ชั่วโมง ใน 1 วัน เรา ต้องอยู่กับเค้าตลอด เวลาของเราต้องให้เค้าหมด” (ID9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 323-325)

1.4.3.2 การควบคุมอารมณ์ด้านลบ ผู้ดูแลที่ต้องรับภาระในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หลายครั้งอาจต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความรำคาญใจ บางครั้งสามารถหลีกเลี่ยงได้ แต่ถ้าหากมีความจำเป็นต้องเผชิญหน้า การรู้จักข่มใจและพยายามจัดการกับความรู้สึกของตนเอง โดยพยายามควบคุมอารมณ์ด้านลบ ซึ่งได้แก่อารมณ์หงุดหงิด โกรธ ไม่พอใจ หรือรู้สึกผิด สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลแทบทั้งสิ้น โดยเฉพาะอารมณ์โกรธ หากอีกฝ่ายมีอารมณ์ร่วมด้วย อาจส่งผลให้เกิดการกระทบกระทั่งและการทำร้ายร่างกายเกิดขึ้นได้

ดังนั้นผู้ดูแลควรวางวิธีจัดการควบคุมอารมณ์ด้านลบของตนเอง พยายามเรียนรู้และหาสาเหตุที่มาจากอารมณ์เหล่านั้น โดยการรู้จักปล่อยวาง และเลือกหาวิธีการจัดการกับอารมณ์ให้มีความเหมาะสมกับตนเอง เช่น การหลีกเลี่ยงเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดอารมณ์ หรือเดินหนีออกจากสถานการณ์นั้นไปชั่วคราว หากยังไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองให้กลับมาอยู่ในภาวะปกติได้

อย่างไรก็ตามผู้ดูแลควรให้ความสำคัญกับอารมณ์ความรู้สึกของตนเองมากกว่าที่จะไปเน้นจัดการควบคุมอารมณ์ของผู้สูงอายุ เนื่องจากการมีพยาธิสภาพที่สมอง ส่งผลให้การรับรู้ การมีสติและบวนการคิดแก้ปัญหาไม่ได้ปกติเหมือนกับคนทั่ว ๆ ไป

ดังบทสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 4 รายที่มีความเห็นสอดคล้องกันว่า ภาวะอารมณ์ของผู้ที่เข้าไปดูแลนั้น สามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลทั้งทางตรงทางอ้อม และอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมออกมา การให้ความสำคัญต่อการควบคุมอารมณ์ด้านลบ โดยเรียนรู้การปรับอารมณ์จากประสบการณ์การดูแล ร่วมกับการจัดการกับอารมณ์ของตนเอง มากกว่าการเข้าไปจัดการควบคุมอารมณ์ของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจใช้วิธีการจัดการเผชิญหน้า การสับเปลี่ยนกันเข้าไปดูแล การลดความสนใจพฤติกรรมบางอย่างลง หรือการหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งเหล่านี้ถือเป็นเทคนิค หรือกลไกการจัดการความเครียดของผู้ให้ข้อมูลที่สามารถนำมาปรับใช้ในการดูแลได้อย่างเหมาะสม

“ เป็นเรื่องยากสำหรับคนที่เคยเอาแต่ใจตนเองอย่างลูก จะควบคุมอารมณ์ได้ถึงจะพยายามปฏิบัติธรรมก็ตาม บางครั้งอารมณ์ก็วิ่งเร็วกว่าที่สติจะควบคุมได้ เป็นเรื่องน่าเสียใจมาก ถ้าลูกแสดงอารมณ์ไม่ดีกับป้า ป้าจะมีอาการ 2 แบบคือ รุนแรงตอบ หรือไม่ก็แสดงอาการกลัว ซึม นั่งก้มหน้า น่าสงสารที่สุด ลูกต้องพยายามควบคุมตนเองให้ได้ ป้าไม่ได้อยากเป็นเช่นนี้ แต่เพราะป้าป่วยสมองเสื่อม สิ่งการไม่ได้ ลูกควรสงสาร

ป่าให้มาก ๆ และเมื่อลูกควบคุมอารมณ์ของตัวเองได้ป่าก็กลับดีขึ้น ให้ความร่วมมือในกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้ชีวิตวุ่นวายน้อยลง ทำให้มีเวลาว่างมากขึ้น” (ID3 บันทึกเรื่องราวและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม L: 399-405)

“อย่างเวลาเราทำงานมาเครียดพอลืมกลับบ้าน เราก็ต้องลืมงานล่ะ ถ้าเอากลับเอางานมาทำที่บ้านอีกเราก็จะเครียดเพิ่มไปอีก แต่บางทีถ้าหกลึกไม่ได้ ทำงานมาเหนื่อย ๆ เหนื่อยกับงาน ลูกน้องก็ต้องดูแล ต้องคุมงานเวลางานมามีปัญหา กลับบ้านมาเจออย่างผมก็จะไม่คุยล่ะ ผมก็ให้แม่มาดูแลแทน ก็จะบอกว่า “แม่มาดูยาที่ ผมเหนื่อยไม่ไหวล่ะ” ก็คือปล่อยให้แม่เค้าดูแลไป เพราะถ้าผมกลับไปดูแลยาช่วงนั้น มันยังทำให้เราเครียดขึ้นไปอีก ยาก็เครียดเหมือนกัน คือเค้าจะรู้ว่าเครียดล่ะ แม่ก็จะมาช่วยดู เพราะถ้าเราเข้าไป เราก็จะไประบายกับเค้า บางทีถึงขั้นลงไม้ลงมือ คนบางทีมันเกิดบันดาลโทสะ ก็จะทำอะไรที่ไม่ดี” (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 107-103)

“เวลาโกรธหรือหงุดหงิด ถ้าเป็นแบบนี้ให้เดินออกไปเลย คือ เราจัดการอารมณ์ของเราไม่ได้หะ หรือไม่ก็บอกว่าแม่รอเดี๋ยวนะ ก็เดินออกไปเลย คือเราไม่รู้จะจัดการกับอารมณ์เหล่านั้นอย่างไรแล้ว ออกมาก่อน รออารมณ์เย็นลง แล้วเข้าไปใหม่” (ID9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 256-258)

“อารมณ์เป็นสิ่งสำคัญนะ เพราะถ้าอารมณ์เราไม่ดี ทุกอย่าง คนรอบข้างแย่มาก เราต้องหัดฝึกควบคุมอารมณ์ของเรา อย่าเครียดดีที่สุด แต่ถ้าเครียดจริง ๆ ก็ต้องกลับมาคิดทบทวนว่ามันคืออะไร อย่าพยายามแก้ปัญหาในขณะที่เรายังสับสน อาจทิ้งปัญหาไปสักพักแล้วค่อยกลับมาคิดทบทวนดูอีกที ถ้าเกิดวันไหนคุณลุงเค้าหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี อาจารย์ต้องเจียบ พยายามทำตัวเป็นน้ำ ถ้าไม่ควบคุมอารมณ์ตรงนั้นให้ดี เดียวมีปัญหาที่เราต้องแก้ก็อีกมาก แล้วอีกอย่างเวลาที่โกรธกัน ทะเลาะกัน ก็จะพยายามคิดถึงตอนที่สมัยเรารักกันนะ เราไม่ทะเลาะกัน ชื่นกเป็นนก ซี้ไม่เป็นไม้ ก็จะพยายามคิดถึงแต่เรื่องดี ๆ สิ่งดี ๆ” (ID11 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 161-167)

1.4.3.3 การสร้างอารมณ์ขัน เป็นการสร้างความสุขให้เกิดขึ้นในระหว่างที่ให้การดูแล เพื่อช่วยลดความตึงเครียดและความกดดันต่าง ๆ ผู้ดูแลที่สามารถจัดการและควบคุมอารมณ์ความรู้สึกด้านลบได้ เมื่อผ่านไปสักระยะหนึ่ง จะเริ่มหาวิธีระบายอารมณ์ และลดความรู้สึกบีบคั้นทางอารมณ์ โดยการหาความสุขจากสิ่งที่อยู่รอบ ๆ ตัว อารมณ์ขันเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยเพิ่มความสุข และช่วยให้มีกำลังใจในการดูแลผู้สูงอายุต่อไป อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลที่ต้องใช้เวลาอยู่กับผู้สูงอายุเกือบ 24 ชั่วโมง อาจไม่มีเวลาหาความสุขจากรายการ

บันเทิงต่าง ๆ การเปลี่ยนมุมมองแนวคิด โดยการหาความสุขจากการได้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล หรือมีอารมณ์ขันกับพฤติกรรมบางอย่างของผู้สูงอายุที่แสดงออก ซึ่งบางครั้งกลับไปมีพฤติกรรมเหมือนเด็ก ๆ หรือแสดงพฤติกรรมบางอย่างเกินความคาดหมาย และแสดงออกมาในทางที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลปลาบปลื้มใจ ภูมิใจ และเห็นคุณค่าของการได้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล

ยกตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล 3 ราย ที่ถึงแม้ว่า ช่วงเวลาของการดูแลส่วนใหญ่จะเต็มเปี่ยมไปด้วยความทุกข์ มากกว่าความสุข ซึ่งบางครั้งเป็นสิ่งที่หาได้ยาก การหาความสุขจากการดูแล โดยใช้อารมณ์ขัน จึงเป็นอีกหนึ่งเทคนิคการดูแล ที่ผู้ให้ข้อมูล สามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดขึ้นในระหว่างที่ให้การดูแล และในทุกกระยะการดำเนินของโรค

“อย่างเราบอกว่า “ถั่ง-หรอย” หน้อย “ถั่ง-หรอย” หน้อย คำก็จะทำตาม มากกว่าที่เราจะพูดว่า “ถอยหลัง” แล้วคำก็ชอบสนุก พอคำพูดได้ เราก็จะสนุก เราก็จะสนุกด้วย ความสุขของเขากับความสุขของเราอันเดียวกันเลยคะ พอคำตอบได้เราก็ยิ้ม สิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างคำกับเรานั้นเป็นเหมือนหนึ่งวิญญาณ คำทุกข์ เราก็ทุกข์ แค่คำตอบ เราสนุก ๆ เราก็ยิ้ม ดังนั้นความสุขของเราจึงเป็นความสุขที่หาได้จากการดูแล เราไม่มีเวลา ไปหาความสุขจากที่อื่น เราจึงหาความสุขบนความทุกข์ของเรา ภาระของเรา มาเปลี่ยนให้เป็นความสุข ก็แค่นี้เอง” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 576-582)

“อย่างดูทีวี เวลานั้นดูทีวีกับป่า คำดูนะแต่คำไม่รู้หรือกว่าเนื้อหาในทีวีพูดถึงอะไร พอเราถามบางทีก็จะตอบไปอีกเรื่อง หรือก็จะโต้ตอบกับทีวีบ้าง บางทีก็ทำป่าเหมือนกัน” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 330-332) “ป่าเหมือนเด็กเวลาที่คำอารมณ์ดี ๆ แล้วพี่ทำอะไรให้ ป่าก็ขอบคุณครับ แล้วก็ยกมือไหว้ บางทีก็เรียกพี่ว่าคุณ เรียกแทนตัวเองว่าผม ซึ่งดูแล้วบางทีก็ตลกดี” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 248-250)

“อย่างของลุง อากาวยังเป็นไม่มาก เราก็ไม่ต้องไปสนใจทำเป็นตลกหัวเราะมั้งจะได้ไม่เครียด เกิดไปใส่ใจกับแก่มากเดี๋ยวเราจะเป็นบ้าไปด้วย” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 362-363)

2. การเรียนรู้การดูแล กล่าวคือเมื่อผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และเข้าใจถึงสาเหตุที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการแสดงพฤติกรรมออกมาในทางที่ไม่เหมาะสม และสามารถทำใจยอมรับกับบทบาทของการเป็นผู้ดูแลได้ การหาหนทางในการลดความเครียดและแบ่งเบาภาระในการดูแล โดยการค้นหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เช่นการสอบถามจากผู้ที่มีความรู้โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ หรือจากประสบการณ์ที่เรียนรู้การแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง รวมถึงประสบการณ์

การดูแลของผู้ดูแลรายอื่นๆที่ประสบปัญหาและอยู่ในเหตุการณ์คล้ายๆกัน และสามารถสรรหาวิธีการในแก้ไขปัญหา โดยผ่านการลองผิดลองถูกหลาย ๆ ครั้ง แล้วคัดเลือกวิธีการที่คิดว่ามีความเหมาะสม มาช่วยส่งเสริมการดูแลและนำมาประยุกต์ใช้ในแก้ปัญหาได้จริง การเรียนรู้การดูแล ยังสามารถแบ่งได้ออกเป็น 4 ประเด็นย่อยดังนี้

2.1 การค้นหาข้อมูล การเรียนรู้การดูแลโดยการค้นหาข้อมูล เป็นวิธีการที่ผู้ดูแลสามารถ สืบค้นเพื่อหาข้อมูลด้านการดูแลต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี จึงทำให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูล ในการที่จะช่วยลดภาระเหล่านั้นได้โดยง่าย ซึ่งในปัจจุบันมีแหล่งข้อมูลมากมายที่คอยให้บริการ และเอื้อประโยชน์ให้ผู้ดูแล ได้นำวิธีการที่มีผู้เขียนแนะนำได้มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับการดูแลของแต่ละบุคคล

อย่างไรก็ตาม การค้นหาข้อมูล บางครั้งอาจไม่สามารถช่วยให้ผู้ดูแลแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้ทั้งหมด การรู้จักแสวงหาวิธีการดูแล และการจัดการจัดการกับปัญหาจากแหล่งข้อมูลอื่น ๆ เข้ามาผสมผสานกัน จนสามารถนำไปสู่วิธีการแก้ปัญหาในแต่ละสถานการณ์ได้ จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และมีประสบการณ์ในการดูแลมากยิ่งขึ้น

ดังในกรณีของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งกล่าวว่า การเรียนรู้การดูแลโดยการค้นหาข้อมูล เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยให้เข้าใจ และเข้าถึงวิธีการ ที่นำมาซึ่งการแก้ปัญหา ในการช่วยลดภาระการดูแลของผู้ให้ข้อมูลได้ในระดับหนึ่ง

“ป้าเอาเอกสารกลับมาอ่านที่บ้านเยอะเยอะ เพราะบางสิ่งบางอย่างเราไม่ได้เรียนมา ถึงเป็นพยาบาลก็ตามเถอะก็ต้องศึกษาหาความรู้และเรียนรู้ไปพร้อม ๆ กับอาการของคนป่วย เราเป็นพยาบาลไม่ใช่เราจะรู้ทุกอย่างนะ” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 336-338)

“ คิดว่า ส่วนหนึ่งได้จากการอ่านหนังสือ การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้แจกมา แล้วเราก็พยายามมาปรับให้เหมาะสมกับการดูแลกับคนที่เราดูแลอยู่ พยายามเลือกกิจกรรมอะไรก็ได้ที่เค้าชอบ เค้าทำแล้วมีความสุข เราก็ส่งเสริมให้เค้าทำตรงนั้น” (ID11 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 281-283) “ พยายามหาหนังสือมาอ่าน อย่างที่มีอยู่ ก็จะเป็นของกระทรวงสาธารณสุขได้แจกมา เป็นคู่มือการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม สำหรับประชาชน อ่านแล้วเข้าใจง่าย” (ID11 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 91-92)

2.2 การสอบถามจากผู้ที่มีความรู้ คือ การสอบถามจากผู้ที่มีความรู้ ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแล สามารถเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว ทั้งในเรื่องของโรค การดูแล

และการรักษา รวมถึง คอยให้คำแนะนำ ชี้แนะ คอยตอบข้อสงสัยและปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแล ที่สำคัญถือว่าเป็นตัวกลางที่คอยเชื่อมระหว่างครอบครัวผู้ดูแลให้มีความรู้ ความเข้าใจ และให้การยอมรับผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังทำหน้าที่คอยให้กำลังใจและแรงเสริมใน ทางบวก หากครอบครัวหรือผู้ดูแล เกิดความรู้สึกท้อแท้และหมดหวัง เนื่องจากไม่สามารถ จัดการและแก้ไขปัญหา อันเนื่องมาจากการดูแลได้ อย่างไรก็ตามการสอบถามจากผู้ที่มีความรู้ อาจมิได้จำกัดเฉพาะบุคคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์ และพยาบาลเท่านั้น ผู้ดูแลสามารถเรียนรู้ การดูแล จากบุคคลากรในสาขาวิชาชีพอื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องได้เช่นกัน เนื่องจากในปัจจุบัน ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้มีการขยายวงกว้างออกไป และเริ่มมีงานวิจัยของวิชาชีพ หลายสาขา ที่เข้ามาช่วยส่งเสริมและแก้ไขปัญหาเรื่องการดูแล เช่น นักโภชนาการ นักกิจกรรม และสถาปนิก ฯลฯ ดังในกรณีของผู้ให้ข้อมูล 3 ราย ที่พยายามสะท้อน ให้เห็นว่า การเรียนรู้จาก ผู้ที่มีความรู้ ถือเป็นอีกหนทางหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ และเกิดกระบวนการคิดแก้ปัญหาในแต่ ละสถานการณ์ได้รวดเร็วมากยิ่งขึ้น

“ตอนที่ยังไม่รู้ว่าป้าเป็นสมองเสื่อม พี่ก็จะพยายามอธิบายอยู่นั้น คำ ก็ไม่เข้าใจ พอไปพบคุณหมอม คุณหมอก็อธิบายให้ฟัง ให้ปรับพยายามพูดให้ช้าลง แล้วพี่ จะเสียงแหลมนะ หมอก็บอกว่า เวลาคุยกันคนแก่ให้พยายามใช้เสียงต่ำ ๆ หน่อย ถ้าเสียงแหลม คำจะไม่ได้ยิน พี่ก็พยายามปรับตัวเองนะ สักพักก็พูดคุยกันได้มากขึ้น” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 157-161)

“ถ้าเราไม่รู้อะไรเราก็ถามเค้าได้ “คุณหมอม คุณย่าเป็นแบบนี้ผมจะทำไม ดี” หรือบางที่หมอก็บอกว่าเค้าจะถามเองว่ามีปัญหาอะไรมั๊ย บางที่มันตรงกับปัญหาของเรา เราก็จะถาม เราก็จะได้คำตอบ แล้วก็หาคู่มือที่มีแจก อันไหนที่เกี่ยวกับยา ก็จะหยิบเอามาอ่าน” (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 325-328)

“อย่างการดูแล เราก็ต้องพยายามหาความรู้เพิ่มเติม และเรียนรู้เรื่อง การดูแลไปพร้อม ๆ กับเค้า เวลาเค้ามีสัมมนาอะไร หรือมีคนมาพูดเกี่ยวกับเรื่องนี้ ถ้ามีโอกาส ก็จะไป” (ID10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 187-188)

2.3 การลองผิดลองถูก เป็นประสบการณ์ตรงที่ผู้ดูแล สามารถค้นพบได้ ด้วยตนเอง นั้นหมายถึง เป็นการเรียนรู้วิธีการใหม่ ๆ ซึ่งไม่อาจคาดเดาได้ว่า เมื่อนำมาทดลองใช้ จะสามารถแก้ปัญหาได้จริงและประสบผลสำเร็จหรือไม่ การได้มาซึ่งวิธีการดูแลดังกล่าว อาจ ต้องผ่านการเรียนรู้ โดยการลองผิดลองถูกหลาย ๆ ครั้งจากผู้ดูแล จนเกิดการค้นพบเทคนิค และวิธีการดูแลใหม่ ๆ และสามารถคัดเลือกวิธีการที่มีความเหมาะสม และสามารถนำมา

แก้ไขปัญหานั้นในแต่ละสถานการณ์ได้จริง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้ของผู้ดูแลและสถานการณ์ที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ ณ ขณะนั้น

อย่างไรก็ตาม การเรียนรู้การดูแลโดยการลองผิดลองถูก เป็นทักษะที่เกิดขึ้นเฉพาะบุคคล วิธีการที่ค้นพบอาจไม่สามารถนำไปแก้ปัญหาพฤติกรรมของผู้สูงอายุเสื่อมได้ทุกราย แต่ผู้ดูแลสามารถเลือกวิธีการดูแลแต่ละวิธีไปทดลองใช้ หากผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในทำนองเดียวกันหรือมีลักษณะคล้ายกัน ซึ่งเป็นวิธีการที่สามารถเรียนรู้ที่ได้จากประสบการณ์ของผู้อื่น

ดังในกรณีของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นลูกสาวของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมรายหนึ่ง ที่สามารถค้นหาวิธีการ ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุกลับมามีกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงกับปกติ โดยวิธีการที่ว่าเป็นเกิดจากการที่ผู้ให้ข้อมูล รู้จักการสังเกตลักษณะของปัญหา และใส่ใจรายละเอียดในเรื่องของการดูแล จนสามารถค้นพบวิธีการ ที่คิดว่าสามารถนำมาปรับใช้ได้อย่างได้ผล

“แม่มีปัญหาไม่ค่อยชอบอาบน้ำ เราก็บอกว่า แม่ไม่เป็นไร ค่อย ๆ อาบ เราก็เคยคิดว่าน้ำเข้าหู เข้าตาเคঁหรือเปลา่ เหมือนกับว่ากลัว ก็เลยพยายามเปิดเบา น้ำก็เปิดเบา ๆ ค่อยเปิดเป็นสายเล็ก ๆ เคঁก็อาบนะ ตอนหลังดีขึ้น คือเปิดแรงๆก็จะกลัว พี่ก็สังเกตเอาคือเวลาที่แม่เคঁอาบน้ำ เคঁจะค่อยเปิดน้ำทีละน้อย ๆ ก็เลยลองทำดู ก็พอใช้ได้แต่ต้องใช้เวลานานพอสมควร” (ID9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 298-302)

ในกรณีของผู้ให้ข้อมูลอีกราย ที่ถึงแม้ว่าภาวะของโรคจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุประสบกับปัญหาเรื่องของการกลืน แต่สิ่งเหล่านี้ไม่ได้เป็นอุปสรรคที่ทำให้ความพยายามในการดูแลของผู้ให้ข้อมูลสิ้นสุดลง กลับพยายามหาวิธีการในการที่ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค ได้รับสารอาหารตามความจำเป็นของร่างกาย โดยการทดลองหาวิธีการหลาย ๆ วิธี มาประยุกต์และปรับใช้ได้อย่างได้ผล

“ ย้อนกลับมาเรื่องอาหารนิดหนึ่งนะ คือทุกวันนี้เวลาให้อาหารพี่ก็จะมึวิธีการให้อาหาร หลายวิธีนะ ชั้นแรกเอาช้อนป้อนก่อนนะ ถ้าป้อนได้เราก็ยังรู้อยู่ว่าเคঁยังสามารถกลืนได้ เคঁยังไม่สำลัก แสดงว่าพัฒนาการเคঁยังดีอยู่นะ แต่ถ้าป้อนไม่ได้ พี่ก็จะใช้ Syringe ฉีดเข้าไปในปากเคঁ แล้วเคঁก็กลืน แต่ก่อนอื่นเราต้องป้อนด้วยช้อนก่อนนะ ถ้าได้ก็ได้อ้อ ถ้าไม่ได้ ก็ไม่ได้ เปลี่ยนไปเป็นวิธีอื่นแทน” (ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 317-32 “ถ้าเราลองให้เคঁ กินน้ำประมาณ 3-4 ครั้ง แล้วเคঁไม่กินก็จะเปลี่ยนเป็นวิธีอื่นแทน ตอนแรกก็ใช้หลอด

เหมือนกัน ระยะเวลาหลัง หลอดชักไม่ดูด เลิกดูด ตอนใหม่ ๆ ในช่วงที่ผ่านมา เค้าจะไม่ค่อยกิน แม้แต่น้ำ เค้าก็ไม่กิน พี่ก็เลยเอาน้ำแดง ใส่ น้ำแข็งน้อย ให้เค้าดูด ปรากฏว่า เค้ากิน ก็เลย เป็นว่าเวลาจ ให้เค้าทานน้ำต้องผสมน้ำแดงนิดหน่อยแล้วเค้าถึงจะกิน คนใช้ส่วนใหญ่เมื่อ อายุมาก ๆ จะไม่ค่อยกินน้ำ เพราะฉะนั้นแนะนำได้เลยว่า ให้หาน้ำอะไรก็ได้ เปลี่ยนไปจน กว่าเค้าจะถูกใจ แล้วให้เค้ากิน แทนน้ำ แต่ตอนนี้ไม่ต้องใช้น้ำแดง น้ำเปล่าก็ทานได้” (ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 332-337)

2.4 การสอบถามจากประสบการณ์ของผู้อื่น เป็นการเรียน

รู้ประสบการณ์ทางอ้อม โดยการนำเทคนิคการดูแลและวิธีการที่สามารถใช้แก้ไขปัญหาได้ จาก ผู้ดูแลรายอื่น ๆ ที่ประสบปัญหาในทำนองเดียวกัน หรือมีลักษณะปัญหาคล้ายกัน แล้วนำมา ปรับใช้ให้เหมาะสมกับการดูแลของตนเอง เพื่อเป็นทางเลือก หรือช่วยลดระยะเวลาในการแก้ ไขปัญหา หรืออาจกล่าวได้ว่า การเรียนรู้โดยการอาศัยประสบการณ์การดูแลของคนอื่น ซึ่งเป็น แนวทางหรือหนทางอย่างหนึ่งที่น่าไปสู่การเรียนรู้ การแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง เพื่อพัฒนา ต่อยอดให้เกิดเทคนิคการดูแล และการแก้ไขปัญหาใหม่ ๆ นำมาซึ่งการแก้ไขปัญหาพฤติกรรม ที่มีความสลับซับซ้อนต่อไป

ดังในกรณีของผู้ที่มีประสบการณ์รายหนึ่งเล่าให้ฟังว่า การได้เรียน รู้ประสบการณ์ การดูแลจากชีวิตจริงของผู้ดูแลรายอื่น ๆ ที่เคยผ่านเหตุการณ์ หรือกำลังประสบ กับปัญหาและตกอยู่ในภาวะเดียวกัน เปรียบเสมือนการสะท้อนมุมมองและแนวคิดเรื่องการ ดูแล กับผู้ที่ยังไม่สามารถปรับตัว ให้เหมาะสมกับบทบาทของการเป็นผู้ดูแล ซึ่งประสบการณ์ ดังกล่าว สามารถนำมาเป็นแบบอย่าง ในการปรับเปลี่ยนทัศนคติและปรับเทคนิคการดูแลให้ เหมาะสมกับปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละราย

“เวลาที่ เค้าเข้ามาช่วยดู พี่เค้าจะเครียดมาก เค้าไม่ถนัด บางครั้ง สอนอะไรพูดอะไร ก็จะไม่ฟัง พี่ก็คิดว่า เอ...เอาไงดี ก็เลยส่งเค้าเข้าอบรมที่สมาคมสมองเสื่อม ส่งเข้ากลุ่ม พอกลับมาได้ผลมาก ๆ พี่ก็เลยอยากจะบอกว่า เวลาที่มีญาติหรือคนรู้จักกำลัง ดูด คนใช้เหล่านี้อยู่ ลองให้เค้าไปเข้ากลุ่มดู แล้วเราไม่ต้องสอนเค้าอีกเลย ไม่ต้องพูดอะไร อีกเลย เวลาเค้าไปเข้ากลุ่มกลับมา เค้าก็จะเล่าให้ฟัง ว่าแต่ละคนมีปัญหาแบบนี้แก้ยังไง พอหลังจากที่ไปเข้ากลุ่มกลับมา พี่ ๆ เค้าช่วยดูแลเข้าใจมากขึ้น” (ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 358-363)

ในกรณีของผู้ให้ข้อมูลอีกรายที่อดีต เคยประสบกับปัญหาเรื่อง การ ดูแล โดยเฉพาะปัญหาพฤติกรรม ที่สร้างความยุ่งยากในการดูแล การหาข้อมูลหรือขอความ

ช่วยเหลือ จากผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลมาก่อน เป็นอีกทางเลือกหนึ่งให้ผู้ให้ข้อมูลนำมาปรับใช้เป็นแนวทางในแก้ไขปัญหา

“คือตอนที่ดูแลไปเรื่อย ๆ ก็ไม่รู้ว่าเป็นมาก ก็ยังไม่รู้สึกอะไร แต่ตอนที่ เป็นมาก ๆ ที่บอกว่า อี ฉี่ บอกไม่ได้ ตอนนั้นแยเลย เครียดมาก ๆ กลางวันไม่มีใครเปลี่ยนเลย คือพี่ยังไม่ได้จ้างคนมาช่วยดู ก็ดูของพี่เอง คือทำไม่ทัน เหมือนกับว่า เราไม่ไหวแล้ว ก็โทรปรึกษาคนตลอด บอกเป็นอย่างนี้ทำยังไง แก้ปัญหายังไง ประมาณว่าเราเองก็รู้สึกสับสน สับสนว่าควรจะทำอย่างไร คือเราไม่รู้ เราก็เลยอยากได้คำแนะนำ ทำอะไรไม่ถูก พอได้ คำตอบที่พอช่วยได้เราก็ตายใจขึ้นมาทีเดียว” (ID9สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 133-137)

3. การค้นหาวิธีการดูแลที่เหมาะสม คือ การที่ผู้ดูแล พยายามคิดหาวิธีการต่าง ๆ เข้ามาช่วยส่งเสริมการดูแล โดยหวังเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ อันมีสาเหตุมาจากการรับรู้ที่ผิดปกติ และการบกพร่องทางความคิด สามารถแสดงออกถึงพฤติกรรม และความต้องการออกมาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการค้นหาวิธีการดูแลของผู้ดูแลแต่ละคน จะมีความแตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมและความรุนแรงของโรค ซึ่งแต่ละวิธีการที่นำมาใช้ อาจไม่สามารถ นำมาปรับใช้ได้ ทุกครั้งที่มีปัญหาผู้ดูแลอาจต้องคิดค้นเทคนิคต่าง ๆ พร้อม ๆ กับการเรียนรู้ ควบคู่ไปกับการสังเกตอาการและอาการแสดงที่ผู้สูงอายุแสดงออก ซึ่งต้องใช้ทักษะและความชำนาญ จากการสะสมประสบการณ์ การเป็นผู้ดูแลมาได้สักระยะหนึ่ง

การค้นหาวิธีการดูแลที่เหมาะสม ยังสามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเด็นย่อยดังนี้

3.1 การมีความคิดสร้างสรรค์ เป็นทักษะความสามารถของผู้ดูแล ในการประดิษฐ์คิดค้น หรือสร้างสรรค์ผลงานที่เกิดจากความคิด ที่สำคัญความคิดสร้างสรรค์ ถือว่า เป็นจุดเริ่มต้นของนวัตกรรมใหม่ ๆ ที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ สำหรับในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล ความคิดสร้างสรรค์ถือว่ามีส่วนสำคัญ ที่นำไปสู่การคิดค้นเทคนิคการดูแลใหม่ ๆ เพื่อนำมารับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม ผู้ดูแลที่มีความคิดสร้างสรรค์มักเป็นผู้ที่มีความคิดไม่หยุดนิ่ง และมีพยายามในการพัฒนาขีดความสามารถของตนเองอยู่เสมอ รวมทั้งพยายามคิดหาหนทางในการแก้ปัญหา หากไม่สามารถแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งได้

อย่างไรก็ตาม ความคิดสร้างสรรค์ ถือว่าเป็นประสบการณ์เชิงบวก ของผู้ดูแลที่สามารถปรับตัวได้ เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาจะคิดหาทางแก้ไขอยู่เสมอ มองปัญหา

เป็นเรื่องที่ทำทลายความสามารถทางความคิด และมีพยายามคิดหาทางออกให้กับปัญหา อยู่ตลอดเวลา ดังนั้นการนำความคิดเชิงสร้างสรรค์ มาปรับใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม นับว่าเป็นการบูรณาการทางความคิด ของญาติผู้ดูแลที่สามารถค้นหาเทคนิคการดูแลต่าง ๆ มาใช้ในการแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวัน

สำหรับผลงานทางความคิดในเชิงสร้างสรรค์ของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นลูกสาวรายหนึ่ง ที่ในช่วงแรกของการดูแลจะประสบกับปัญหาพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่สร้างควมรำคาญและความยุ่งยากในการดูแล บางครั้งเป็นผลเสียและเป็นอันตรายสำหรับผู้สูงอายุเอง ยกตัวอย่างเช่น พฤติกรรมการลื้อคลูกบิดประตูและไม่สามารถหาทางออกได้ เป็นพฤติกรรมที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุนี้อย่างนี้ และเป็นสาเหตุให้ครอบครัวต้องตามแก้ปัญหาบ่อยครั้ง การคิดค้นโดยการใส่ฝาขวดต่าง ๆ ปิดครอบตรงบริเวณที่กดลื้อค เพื่อป้องกันผู้สูงอายุกลื้อคประตู เป็นอีกวิธีการหนึ่งช่วยลดภาระและลดปัญหาพฤติกรรมเหล่านี้ได้ ดังตัวอย่างแสดงในภาพที่ 4.1

“เค้าจะเป็นคนที่เรียบร้อยมาก เวลาเค้าห้องน้ำเค้าจะลื้อคเลย มีอยู่ครั้งหนึ่ง เค้าลื้อคลงในห้องน้ำ เดินไม่ได้ เราก็ไม่เคยใช้กุญแจ ที่นี้ประตูเปิดไม่ได้ มันลื้อคไปแล้ว เค้าก็ลื้อคไม่ได้ แล้วเค้าจะชอบลื้อคลูกบิดประจำ ตอนหลังเราก็เลยใช้ฝาขวดหรือฝาอะไรก็ได้ ติดไปที่ตัวกลื้อค แล้วเราก็เอาสก็อตเทปแปะไว้ เพราะฉะนั้นเค้าจะไม่มีปุ่มสัมผัส เราเรียนรู้ได้จากเค้า แต่เค้าจะไม่มาเรียนรู้กับเราว่าเค้าต้องแกะออกยังไง แต่เค้าจะจำว่าเค้าจะปิดประตูไปมาเท่านั้น พอเราเอามาแปะ เค้าจะคิดไม่ได้หรอกค่ะว่าเค้าจะต้องแกะออก ” (ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 81-86)



ภาพที่ 4.1 แสดงตัวอย่างวิธีการแก้ปัญหาในกรณีกับผู้ป่วยสมองเสื่อมมีพฤติกรรมชอบลื้อคประตู

ในกรณีของผู้ให้ข้อมูลรายเดียวกันที่คิดค้นวิธีการแก้ไข ปัญหาพฤติกรรม การเดินทางในกรณีที่ผู้สูงอายุพลัดหลง จำทางกลับมาที่เดิมไม่ได้ การมีประสบการณ์ในการ ตามหาผู้สูงอายุพลัดหลงถึง 3 ครั้ง กลายเป็นเหตุผลที่ทำให้ต้องมีการคิดค้นวิธีการแก้ไขและ ป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้อีก การจัดทำป้ายชื่อ ที่บอกรายละเอียดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ สำหรับให้ ผู้สูงอายุพกติดตัวตลอดเวลา เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่สามารถช่วย แก้ไขปัญหาหากเกิดในกรณีที่ ผู้สูงอายุหายตัวออกจากบ้าน

“ที่นี้เวลาออกไปไหน เราก็จะทำป้ายชื่อแขวนที่คอเค้าไว้ ติดรูปถ่าย และจะมีข้อความเขียนว่า ชื่ออะไร นาสกุลอะไร เป็นโรคอะไร พี่ก็จะเขียนว่า “เป็นโรคความ จำเสื่อม “อยู่บ้านเลขที่เท่าไร เบอร์โทรศัพท์อะไร เผื่อว่าเกิดหลงไปอีก ใครเจอ เค้า จะได้ติดต่อกลับมา และพี่ก็จะเขียนว่า “หากผู้ใดพบเห็นกรุณาติดต่อที่เบอร์นี้นะ” แขนง ไม้ที่คอ และ ถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนติดที่หลังป้ายไว้ด้วย” (ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 185-189)

ในกรณีของผู้ให้ข้อมูลอีกรายที่ประสบกับปัญหาผู้สูงอายุขบถ่าย อุจจาระและปัสสาวะเลอะเทอะ โดยเฉพาะการนำอุจจาระไปป้ายฝาผนังห้องที่ผู้สูงอายุ อาศัยอยู่เป็นประจำ หลังจากที่มีการขบถ่ายทุกครั้ง ซึ่งมีราคาแพงและยากต่อการทำความสะอาด การนำแผ่นพลาสติกที่สามารถรื้อออกได้ไปคลุมไว้ตามฝาผนังห้อง ถือว่าเป็น วิธีการที่ช่วยลดปัญหาเรื่องความสกปรก และสามารถทำความสะอาดได้ง่าย โดยการ รื้อออกแล้วเปลี่ยนใหม่ หากผู้สูงอายุนำอุจจาระไปป้ายซ้ำอีก ดังตัวอย่างแสดงในภาพที่ 4.2



ภาพที่ 4.2 แสดงตัวอย่างการป้องกันฝาผนังห้องเลอะเทอะจากสิ่งสกปรกโดยการ ใช้พลาสติกคลุมฝาผนังห้อง

“อย่างเรื่องขับถ่ายอุจจาระนี่ เวลาอื่นะ บางทีพ่อเค้าก็เค้าจะไม่บอกนะ มันก็เลอะนะสิ คือเค้าไม่รู้เรื่องเค้าก็ชอบเอาอึไปป้ายตามฝาผนัง ผมก็เลยเอาพลาสติกมาคลุมไว้ พอเลอะเราก็ลื้อออกแล้วเอามาคลุมใหม่จะช่วยให้สะอาด ไม่งั้นทำความสะอาดกันยกใหญ่” (ID7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 299-302)

ในกรณีของผู้ให้ข้อมูลอีกรายที่ดูแลมารดา ซึ่งป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในระยะแรก และมีอาการเส้นเลือดในสมองตีบ ส่งผลทำให้มีปัญหาเรื่องการพูดและการสื่อสาร ซึ่งบางครั้งไม่สามารถสื่อสาร หรือบอกความต้องการของตนเอง ให้ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวเข้าใจได้ และเนื่องจากผู้สูงอายุยังมีความสามารถในการอ่านหนังสือ ประกอบกับอาการของโรคยังคงอยู่ในช่วงแรก ๆ จึงทำให้ความสามารถในการอ่านหนังสือยังใช้ได้อยู่

ดังนั้นเพื่อช่วยแก้ปัญหาเรื่องการสื่อสารผู้ดูแลจึงได้คิดค้นอัลบั้มบัตรคำขึ้นมา โดยเลือกใช้คำสั้น ๆ ที่สามารถสื่อความหมายได้ชัดเจน ซึ่งคำที่เลือกนำมาใช้ ส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต และการมีกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้การสื่อสารระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ได้เข้าใจตรงกันมากขึ้น ดังตัวอย่างที่แสดงในภาพที่ 4.3

“พี่ก็จะทำบัตรคำใส่อัลบั้มรูปไว้ แล้วไปให้คุณหมอดู คุณหมอก็จะบอกว่าจะทำเป็นรูปภาพมากกว่า แต่ยังไม่ได้ทำ เดียวที่เอามาให้ดู (ลูกไปหยิบมาให้ดู) นี่เป็น อัลบั้มคือ ข้างหน้าจะเป็นการสื่อสาร คือเราเอาไว้ถามเค้า ส่วนใหญ่ก็จะถามว่า ปวดแขน ปวดขา ปวดหน้ามัย เมื่อย เหนื่อยมัย ก็คือจะใช้แบบนี้ใช้ค่าง่าย ๆ อย่างไปกายภาพเวลาพาเค้าไป ก็จะใช้ค่าง่าย ส่วนข้างหลังจะเป็นการสื่อสารให้แม่ที่เปิด เพื่อบอกความต้องการของเค้า สมมุติว่า “แม่เอาอะไร” แม่เค้าก็จะชี้ไปที่คำ ๆ นั้น คือ เค้าอ่านได้” (ID9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 171-176)



ภาพที่ 4.3 แสดงตัวอย่างการจัดทำอัลบั้มบัตรคำเพื่อใช้ในการสื่อสารกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร

3.2 การสังสมประสบการณ์ ในที่นี้หมายถึง ผู้ดูแลที่ผ่านการเรียนรู้ผ่านการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาได้สักช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งถ้าหากผู้ดูแลสามารถให้การดูแล และจัดการกับปัญหาใดปัญหาหนึ่งได้ ย่อมถือว่าเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ต่อเรื่องนั้นๆ การสังสมประสบการณ์เปรียบเสมือนการสะสมองค์ความรู้ และทักษะการดูแลต่าง ๆ เกิดเป็นองค์ความรู้ใหม่ ๆ ที่ทรงคุณค่า ซึ่งบางครั้งไม่สามารถเรียนรู้ได้จากตำรา หากเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ชีวิต จากการดำรงบทบาทของการเป็นผู้ดูแลผ่านกระบวนการเรียนรู้ การเลือกสรร การฝึกฝนหรือฝึกปฏิบัติจนเกิดความรู้ความชำนาญ แล้วนำประสบการณ์เหล่านั้นมาปรับใช้ในการดูแล เพื่อให้การดำเนินวิถีชีวิตของคนในครอบครัว และ การทำหน้าที่ของการเป็นผู้ดูแล เป็นไปอย่างราบรื่น

อย่างไรก็ตามการสังสมประสบการณ์ ถือว่าเป็นประสบการณ์ตรงที่เกิดขึ้นและรับรู้ได้เฉพาะบุคคล เกิดจากกระบวนการเรียนรู้ การคิดแก้ปัญหาด้วยตนเอง หรือนำประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ได้รับจากบทเรียนในอดีต ร่วมกับความรู้เฉพาะตัวที่เกิดจากการสะสมประสบการณ์ชีวิต หรือที่เรียกว่า ความรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge) มาประยุกต์และปรับใช้ให้เข้ากับการดูแลในปัจจุบัน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลตอนหนึ่งว่า

“ความที่เค้าไม่ค่อยส่องกระจกนาน เค้าจะจำตัวเองไม่ได้เวลาที่เค้าส่องกระจก เราสังเกตว่าเค้าจะง และจำตัวเองไม่ได้ พอมาตอนหลัง ๆ หน้าบ้านร้านขายของจะเป็นกระจก เค้าจะพยายามเข้าไปในกระจก คือตอนนั้นเค้ายังเดินได้ เราก็ให้เค้าเดินไป เค้า จะคุยกับคนในกระจกตลอด ที่นี้เรารู้ว่าแม่ชอบฉี่ นิสัยเค้าเป็นอย่างนี้ ฉี่บ่อยมาก เราก็จะบอกว่า “แม่ ๆ ไปห้องน้ำกัน ไปห้องน้ำ” พอพาเค้าเดินออกมา เค้าก็จะลืมนเราก็ให้เค้าไปทำอย่างอื่นแทน” (ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 140-144)

“พี่ก็จะมีวิธีของตัวเอง อย่างแรกนี่พี่รู้ว่า ป้าชอบวันสงกรานต์มาก ป้าชอบให้ลูก ๆ หลาน ๆ มาเจอกัน อย่างช่วงที่ดูแลป้า ที่บ้านก็จะจัดให้ทุกคนมาเจอกันเดือนละครั้ง มาทานข้าว มานั่งคุยกัน แล้วก็พาป้ามาด้วย เวลาป้าไม่อาบน้ำ สระผม พี่ก็จะชอบหลอกป้าว่า “ป้า วันนี้องกรานต์นะป้า เดี่ยวหนูอาบน้ำให้นะ” พอพูดแบบนี้ปุ๊บนะ ป้าจะรีบลุกเลยนะ แล้วเสื้อผ้าที่เลือกให้ป้าส่วนใหญ่ จะเลือกชุดที่มีสีและลักษณะเหมือน ๆ กัน อย่างบางที ป้าก็ จะไม่ยอมเข้าห้องน้ำ ก็ต้องหลอกเหมือนกันนะว่า “แม่บอกให้ไปอาบน้ำ” สักพักป้าก็จะลุก บางทีเวลาบอกอะไรไปไม่ทำ เราก็จะบอกว่าแม่บอกให้ทำ แล้วป้าก็จะทำตามสงสัยสมัยก่อน ป้าคงกลัวแม่มาก” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 187-193)

3.3 การเรียนรู้จากพฤติกรรม คือ การค้นหาวิธีการดูแลโดยการเรียนรู้จากพฤติกรรม เป็นการเรียนรู้ในลักษณะที่ผู้ดูแล เคยประสบกับเหตุการณ์ หรือพบเจอกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในอดีต แล้วสามารถนำมาปรับแก้ไข จนสามารถหาแนวทางและหาวิธีการป้องกัน โดยสามารถปรับพฤติกรรมให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น หรือช่วยลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาบางอย่างลง ซึ่งต้องใช้ในการสังเกต การจดจำ และอาจใช้การบันทึก เพื่อให้ทราบรูปแบบการแสดงพฤติกรรม ของผู้สูงอายุในแต่ละวัน อย่างน้อยการประเมินให้ได้ว่า หากพบพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ผู้ดูแลควรให้การดูแลและจัดการอย่างไร หรือในทางตรงกันข้าม หากพบว่าพฤติกรรมที่แสดงออกมานั้นมีความเหมาะสม ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมเหล่านั้นออกมาได้อย่างไร ที่สำคัญผู้ดูแลควรทำความเข้าใจ และหาปัจจัยสาเหตุที่มากกระตุ้นให้ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมออกมาในทางที่ไม่เหมาะสมด้วยเสมอ อย่างไรก็ตาม การเรียนรู้ดังกล่าว เป็นการเรียนรู้ที่ควบคู่ไปกับการดูแล ดังนั้นต้องอาศัยเทคนิคและทักษะการดูแลหลาย ๆ อย่าง เข้ามาประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหายุ่งยาก ๆ ดังในกรณีของผู้ให้ข้อมูล 2 ราย ที่ให้สัมภาษณ์ในตอนหนึ่งว่า

“ คือที่จะเป็นคนที่คุณดูแลและอยู่ใกล้เค้ามาตลอด จะพยายามพูดคุยกับเค้าตลอดเวลา นีมา 2-3 เดือนที่ผ่านมาที่เค้าไม่ค่อยพูด แต่ก่อนหน้านี้ยัง “ฮือ” “จา” เดียวนี้ไม่มีเลย แสดงว่าไม่พูดละ แต่เคยสังเกตเค้านะ เวลาที่พี่ไม่อยู่หน้าเค้าจะเริ่มเครียด เาก็สงสัยสารเค้านะ บางครั้งยุ่งก็ต้องไปช่วยหน้าร้าน พี่เห็นบางที่เค้าอยู่คนเดียว คิดว่าเค้าคงเหงา หน้าเค้าเครียดละ วิธีแก้ของพี่คือ พี่จะลงมาอนกอดเค้า แป๊บเดียวหน้าตาแจ่มใส แค่นี้แหละ มันก็เลยทำให้พี่เรียนรู้ว่า ทุกอย่างลืมหืม แต่ที่ไม่ลืมหืม คือความรักความผูกพัน ความอบอุ่น ให้คนอื่นมากอดเออะ ไม่เหมือนลูกกอดแม่หรือกอด สัมผัสไม่เหมือนกัน แล้วก็ใช้เป็นวิธีแก้ที่ดี มาก ๆ เวลาที่เค้าอารมณ์ไม่ดี” (ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 339-435)

“ที่พี่สังเกตบ้านะ บางอย่างต้องใช้วิธีการเหมือนการดูแลเด็กนะ ต้องนุ่มนวล ห้ามเสียงดัง และที่สำคัญ ดูไม่ได้เลยนะ ถ้าเราดูเค้าก็ไม่ไหวละ ตาขวางเลยนะ บางสิ่งบางอย่าง เค้าก็จะแสดงออกเหมือนเด็ก คือเค้าโตแต่ตัวแต่จิตใจเค้ากลับไปเป็นเด็ก ๆ” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 197-199)

3.4 การปรับการดูแลให้เหมาะสม ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลแต่ละคน ย่อมมีเทคนิคและวิธีการในการดูแลเอาใจใส่ที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาที่ประสบพบเจอจะมีความหลากหลายแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับระยะอาการและความรุนแรงของโรค การปรับการดูแลโดยเลือกใช้วิธีการ ที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคน จึงถือว่ามีผลสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งนี้อาจหมายถึงรวมถึง การปรับสิ่งแวดล้อม

รอบ ๆ ตัวผู้สูงอายุ ผู้ดูแลอาจต้องศึกษาและคัดเลือกวิธีการที่คิดว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุด ควบคู่ไปกับการเรียนรู้พฤติกรรมของผู้สูงอายุที่แสดงออก ซึ่งต้องอาศัยการสังเกต ว่าวิธีการที่นำมาใช้มีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร สามารถนำมาใช้แก้ปัญหาได้จริงหรือไม่ และ หากแก้ปัญหาไม่ได้ อาจต้องปรับเปลี่ยนไปใช้วิธีการอื่น ๆ ที่ต้องใช้ทักษะการดูแลที่มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น เนื่องจากในสถานการณ์จริง ผู้สูงอายุที่มีปัญหาพฤติกรรมเหมือน ๆ กัน บางครั้งไม่อาจสามารถใช้วิธีการแก้ปัญหาเดียวกันได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของการดูแล และความรุนแรงของโรคที่ผู้สูงอายุกำลังเผชิญอยู่ ณ ขณะนั้น

อย่างไรก็ตาม การปรับการดูแลให้เหมาะสม ถือเป็นความสามารถของผู้ดูแล ผู้ดูแลเกิดจะความรู้สึกพึงพอใจ ต่อวิธีการที่นำมาเลือกใช้ หากส่งเสริมให้ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น โดยเฉพาะการมีกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นกิจกิจกรรมพื้นฐานในการดำรงชีวิต

โดยผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแล 2 รายให้ข้อมูลว่า การปรับวิธีการดูแลให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแต่ละรายถือว่ามีผลสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการปรับกิจกรรมบางอย่างให้มีความสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังในกรณีของผู้ให้ข้อมูล 2 ราย ที่มีการปรับชนิดและมือของอาหารให้มีความเหมาะสมกับรูปแบบพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งนี้เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารตามความจำเป็นของร่างกาย

“พอมาสักพักอาการของป่าจะเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ ละ ที่นี้ป่าจะหลับมากเป็นพิเศษ บางทีถึงมืออาหารก็จะไม่ยอมตื่น บางทีต้องปลุกต้องบังคับกัน ที่นี้ก็เลยคุยกันกับพวก ๆ พี่ก็เลยตกลงกันว่า ถ้าป่าตื่นตอนไหนก็ให้ถือว่า อาหารและยามื่อนั้น เป็นมือแรกในแต่ละวัน และให้นับไปต่ออีกประมาณ 5-6 ชั่วโมง ก็จะเป็นอาหารมือถัดไป ส่วนอาหารที่ให้ ก็จะเป็นอาหารที่ป่าชอบนะ ช่วงแรกพออ้าปากเคี้ยวพอเคี้ยวได้ ช่วงหลังต้องบั่นอาหารให้ แล้วป่าก็เป็นพารกินสันด้วย ปากก็จะเคี้ยวเกือบตลอดเวลาที่ต้องสังเกตเอาว่า อาหารที่อยู่ในปากของป่าหมดหรือยัง แล้วก็ต้องระวังเรื่องการสำลักอาหารด้วย” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 170-176)

“คืออาหารของอามา เนื่องจากว่าเค้าจะสำลักง่าย ทุกอย่างก็จะ ละเอียดมาก ผักก็จะสับละเอียด แล้วก็ต้มไปกับข้าวด้วยกันเลย ต้มผสมกันเลยเป็นข้าวต้ม คือแต่ก่อนจะมีข้าวต้มกับกับข้าวให้แกดัก แกก็จะไม่ค่อยทานกับข้าวแกก็จะทาน แต่ข้าว พอตอนหลังก็ผสมรวมไปหมด ทำเป็นข้าวต้มเครื่อง แต่ทุกอย่างสับละเอียดอยู่ในนั้น” (ID10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 231-234)

หรือในกรณีของผู้ให้ข้อมูลอีก 2 ราย ที่มีการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้สอดคล้องกับพฤติกรรมและความสามารถของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป โดยมีสาเหตุมาจากความสามารถในการรับรู้เชิงเหตุผลที่ลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัวลดลงไปด้วย ดังนั้นการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้มีความปลอดภัยสูงสุด จึงมีความสำคัญและมีความจำเป็นต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทั้งนี้เพื่อเป็นการป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา

“เฟอร์นิเจอร์อะไรที่ไม่จำเป็น บ้าเอาออกหมดเลยนะ ทำทางเดินให้โล่ง อะไรที่กั้นให้เอาออกหมดต้องระวังอุบัติเหตุ อย่างรองเท้าปาก็ไปหาที่พื้นรองเท้าเป็นตุ่มใหญ่ ๆ เบบ่า ๆ ให้ใส่อยู่ที่บ้าน จะได้ไม่ลื่น” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 245-247)

“อันไหนที่คิดว่าเป็นอันตรายกับแกเราจะเก็บ อย่างเช่น แก้วน้ำเราวางไว้บนโต๊ะ เราก็กลัวว่าแกลุกขึ้นมาปิดแตก ถ้าเก็บไม่ทันแกก็เหยียบบาดเจ็บอีก หรือ ถ้าบางอย่าง เช่น ชั้นวางของที่อยู่ในเส้นทางที่แกจะเดินชนแล้วล้ม หรือวัสดุที่มีเหลี่ยม เยอะ ะเราก็ต้องย้ายออก คือต้องจัดสิ่งแวดล้อมใหม่เพื่อให้ปลอดภัย เพราะไม่มันันอันตราย แล้วก็ต้องทำทางเดินตั้งแต่ห้องนอนไปจนถึงห้องน้ำ เพื่อให้แกเดินและเป็นการ ช่วยพยุงตัวแกด้วยให้แกเกาะไปเรื่อย ๆ” (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 225-262)

ในอีกกรณีของผู้ดูแลอีกรายหนึ่งที่พยายามปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ให้มีความสะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุที่ภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากการดำเนินของโรค กำลังเข้าสู่ระยะสุดท้าย ทำให้การเคลื่อนไหวและการช่วยเหลือเป็นไปด้วยความยากลำบาก ดังนั้นการเคลื่อนไหวนั้นจึงต้องอาศัยรถเข็นช่วยในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ แต่เนื่องจากโครงสร้างและแบบบ้าน เป็นบ้านทรงไทยในอดีต ที่มีการยกกรณีประตูค่อนข้างสูง และทำทางต่างระดับภายในบริเวณบ้าน จึงทำให้ประสบกับปัญหาการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุในระยะแรก ๆ การจัดทำทางลาดภายในบริเวณบ้านที่มีทางต่างระดับ เพื่อช่วยในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ ในกรณีที่ต้องใช้รถเข็น เป็นอีกตัวอย่างหนึ่งของความพยายาม ในการปรับสิ่งแวดล้อมให้มีความสอดคล้อง และเหมาะสมกับการดูแล ที่สำคัญยังช่วยผ่อนแรงของผู้ดูแลในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุได้อีกทางหนึ่ง ดังตัวอย่างแสดงในภาพที่ 4.4

“พอมาช่วงหลัง ๆ บ้าเริ่มช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ละ คือป่าจะเริ่มเดินไม่ได้ละตอนนั้นเวลาจะพาไปห้องน้ำก็ค่อนข้างลำบาก เคยให้ลองใช้ Walker แล้ว บ้าใช้ไม่เป็น คือเค้าไม่รู้จะใช้ยังไง พอช่วงหลังก็เลยใช้รถเข็น ก็ค่อยยังชั่ว แต่ก็ติดเรื่อง พื้นบ้านที่เป็นแบบบ้านทรงไทย แล้วกรณีประตุนั้นค่อนข้างสูง ก็เลยให้ช่างเค้ามาเลื่อยกรณีประตูออก ที่นี้ก็สามาร

ยกรถเข็นเข้ามาได้งายขึ้น แล้วอย่างพื้นบ้านที่มันมีพื้นต่างระดับ ก็จะทำให้ช่าง เค่าทำทางลาดไว้ เพื่อที่จะได้เห็นรถขึ้นลงได้งายขึ้น ทุกวันนี้ก็ยังไม่ได้อยู่ นะ พี่ยังไม่ได้รื้อออกไปไหน” (ID3 สัมภาษณ์ ครั้งที่ 1 L: 316-321)



ภาพที่ 4.4 แสดงการจัดทำทางลาดภายในบริเวณบ้านที่มีทางต่างระดับเพื่อใช้ในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุที่ต้องใช้รถเข็น

4. การจัดการกับความเครียด คือ การที่ผู้ดูแล รับรู้ถึงสาเหตุและที่มาของปัญหา ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล รวมทั้งเป็นสาเหตุสำคัญ ที่ทำให้ความสุขและความสมดุลในชีวิตลดลง เกิดความรู้สึกหมดแรง หมดกำลังใจ อาจส่งผลทำให้การทำหน้าที่ของผู้ดูแลบกพร่อง เบื่อหน่าย และหนีปัญหาตามมา การรับรู้ถึงผลเสียของความเครียด จึงเป็นตัวกระตุ้นและแรงขับให้เกิดกระบวนการแก้ปัญหาเกิดขึ้น การจัดการความเครียดจึงเป็นกลไกอย่างหนึ่ง ที่ช่วยควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ดูแลให้แสดงออกมาในทางที่สร้างสรรค์มากกว่าการแสดงพฤติกรรมออกมาในทางลบ และเนื่องจากปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบโดยรวมต่อสมาชิกที่อาศัยอยู่ในครอบครัว ผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียวอาจไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ทั้งหมด การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวที่มีสายสัมพันธ์อันดีต่อกัน มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีการปลุกฝังค่านิยมการเลี้ยงดูที่ดี การหาที่พึ่งทางใจ การรู้จักพัฒนาตนเองให้มองโลกในแง่ดี คิดว่าทุกปัญหามีทางออกเสมอ มีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจกลับมาดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อไป

หนทางที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแล ได้จัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม สามารถแบ่งออกได้เป็นอีก 2 ประเด็นย่อย ดังนี้

4.1 การมีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่ดี ในครอบครัวที่มีสัมพันธ์ภาพแน่นแฟ้น สมาชิกในครอบครัวมีการเกื้อหนุน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน มีส่วนสำคัญที่ช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้รับการดูแลรักษา รวมถึงการ

เอาใจใส่จากครอบครัวที่ดีตามมา โดยเฉพาะการดูแลจากคนใกล้ชิดหรือบุคคลที่ผู้สูงอายุมีความคุ้นเคย

อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักมีปัจจัยหลาย ๆ อย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลหลัก จำเป็นต้องมีการปรับบทบาททางสังคมและบทบาทในครอบครัว มีการสลับสับเปลี่ยนหน้าที่ทางสังคม ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องลาออกจากราน นั้นหมายถึง รายได้ของครอบครัวลดลง ซึ่งถ้าหากครอบครัวไม่มีการบริหารจัดการที่ดี ผลักภาระให้กับผู้ดูแลหลักทั้งหมด ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลอย่างแน่นอน หากครอบครัวได้มีการสนับสนุนช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา มีการสลับสับเปลี่ยนให้ผู้ดูแลหลักมีโอกาสได้หยุดพัก และมีชีวิตเป็นส่วนตัว หรือมีเวลาในการดูแลตัวเองบ้าง จะช่วยให้ผู้ดูแลเหล่านี้มีแรงและมีกำลังใจที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุต่อไป

ดังกรณีของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งที่ประสบกับปัญหาเรื่องการดูแลในระยะแรก ๆ และเกิดภาวะเครียด จนส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทำให้โรค SLE ที่กำลังเผชิญอยู่ขณะนั้น มีอาการของโรคกำเริบขึ้นมา การรู้จักรักษารักษาสุขภาพของตนเอง โดยการไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ และการได้รับกำลังใจจากคนรอบข้าง และจากญาติพี่น้องในครอบครัว ที่มีความเข้าใจกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ไม่ปล่อยให้การดูแลผู้สูงอายุตกอยู่กับผู้ให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว ถือว่ามีส่วนสำคัญที่ช่วยส่งเสริม และสนับสนุนให้การดูแล บิดาที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมผ่านไปได้อย่างดี

“ก็ตอนนั้นเครียดมาก คนนั้นคนนั้นก็จะมาคุยให้กำลังใจที่ตลอด อย่างเพื่อนพี่นะ ถึงพี่ไม่ได้ทำงานแล้ว ก็ไม่ได้ตัดพี่ออกจากสังคมเลยนะ จะโทรมาคุยตลอด อย่างบางคนช่วงที่ดูแลป่า จะโทรมาทุกวันเลยนะ พอตอนนี้ไม่มีป่าอยู่ ก็โทรห่าง ๆ ไปละ แต่ก็ดีนะ มันทำให้พี่ รู้สึกว่าเรามีปัญหาเราก็ไม่ได้อยู่คนเดียว” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 118-121)

“ส่วนใหญ่รับรู้ถึงปัญหานั้น ทุกคนเข้าใจ แต่อาจจะไม่เท่าพี่ที่ต้องดูแลเกือบ 24 ชั่วโมง ส่วนใหญ่จะเข้ามาช่วยดูช่วงเสาร์-อาทิตย์ หรือว่าช่วงที่พี่อยากพักบ้าง แต่ก็ช่วยกันดูแลดี คือเราจะคุย กันตลอด ว่าเราจะดูแลป่ายังไง ถ้ามว่าแตกต่างกันม๊าย พี่คิดว่าไม่ค่อยต่างนะ คือทุกคนรับรู้ ถึงปัญหา และพยายามหาวิธีการดูแล มาดูแลป่าให้ดีที่สุด อย่างเวลาพี่ไม่อยู่บ้าน ก็ให้พี่สาว กับพี่เขยมาช่วยดูแล พอกลับบ้านมาก็ไม่มีอะไรเกิด

การมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี ยังสามารถแบ่งออกได้อีก 2 ประเด็นย่อยดังนี้

4.1.1 การมีความรักความผูกพัน เป็นลักษณะความสัมพันธ์ ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาค่อนข้างยาวนานในการสร้างปฏิสัมพันธ์อันดีต่อกัน ก่อให้เกิดความรักความผูกพันที่มีการเกื้อกูล ห่วงหาอาทร และเข้าใจกัน ในครอบครัวที่ต้องรับบทบาทในการดูแล โดยที่สมาชิกในครอบครัวถ้อยทีถ้อยอาศัยกัน ความรักความผูกพันจึงเปรียบเหมือนแรงจูงใจหรือแรงเสริม ให้ผู้ดูแลหรือครอบครัว ได้พยายามแสวงหาวิธีการต่าง ๆ ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความสุขตามอัตภาพ และคงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันให้มากที่สุด เพื่อให้เกิดความรู้สึกที่มีคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเอง โดยมีสมาชิกในครอบครัวคอยให้กำลังใจและให้การดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด

อย่างไรก็ตามในครอบครัวที่มีความเข้าใจกัน มีความสัมพันธ์อันที่เครือญาติ และผูกพันกันมาตั้งแต่ในอดีต หากคนในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย โดยเฉพาะบุคคลที่เป็นบุพชนียบุคคลของครอบครัว ความรู้สึกเคารพรักและผูกพันจะเป็นกลไกอย่างหนึ่งที่คอยเชื่อมโยงให้บุคคลเหล่านี้ได้รับการเอาใจใส่จากครอบครัวที่ดีตามมา

ดังกรณีของผู้ให้ข้อมูล 3 ราย ที่ได้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญ ของการมีความรักความผูกพันที่แน่นแฟ้นกันในครอบครัว ล้วนมีส่วนที่ช่วยส่งเสริมและสนับสนุน ให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวหรือลูกหลาน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นบุคคลที่ควรได้รับการยกย่อง เนื่องจากเคยเป็น ผู้ที่ประกอบคุณงามความดี และมีประสบการณ์ในการใช้ชีวิตมาก่อน

“คือ ความรัก ความผูกพันนี้แหละ คือคนเราถ้ามีความรัก ความผูกพันมันก็ดูแลกันต่อไปได้แหละผมว่า ถึงแม้เราจะโกรธ เราจะเกลียด เราจะโมโห พอเราได้สติเราก็จะกลับมาดูด้วยความรัก เพราะว่าความรัก ก็เค้าเคยให้เราและเราให้เค้า มันจะทำให้เรากลับมา พอผมทำผิดบ่อยครั้งที่ผมกลับมาผมก็จะกราบย่า แล้วบอกว่า “ย่าเมื่อกี้ผมขอโทษนะ พอดีเหนื่อยจากงานจริง แกก็รู้มั้งไม่รู้มั้งตามประสาแก แต่บาง ที่เราก็กไม่ได้ตั้งใจจริง ๆ” (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 352-356)

“อย่างมาดูแลคุณพ่อตรงนี้ส่วนใหญ่ทุกคนมาด้วยใจ มาแล้วเค้ามีความสุขเค้าก็จะมา แต่ก่อนคนจะอยากมาเฝ้าเพราะทรัพย์สินมีเยอะเป็นร้อยล้าน แต่ตอนนี้ไม่ใช่เพราะจัดแจงแบ่งกันหมดละ ถึงตอนนี้นั้นไม่ใช่ ทุกคนยังมาดูแลอยู่ มาด้วยใจ

ถึงเวลาก็มา อย่างการอยู่เวรนี้ผมทำมา 10 ปีแล้วละ ผมคิดว่าทำแบบนี้เค้ามีความสุข” (ID7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 230-234)

“คือผมเป็นห่วงเค้ามากกว่า ก่อนหน้านี้ผมก็จะเป็นคนที่ดูแล เค้าอยู่แล้ว ก็คิดว่าต้องดูแลกันต่อไป คือผมคิดว่าอายุขนาดนี้ พอถึงตอนนี้นั้นไม่ใช่ความรักนะ แต่เป็นความผูกพันกันมากกว่า ที่ทำให้เราอยู่กับเค้าได้ ก็อยู่ด้วยกันมาหลายปี ถึงตอนนี้ก็คงทิ้งเค้าไม่ได้” (ID8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 172-174)

4.1.2 การมีความกตัญญูทเวท ในบริบทของครอบครัวสังคัมไทย ที่มีพื้นฐานการเลื่อมใส อันเกิดจากความรักความอบอุ่น บิดามารดาดำรงตนปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับลูก มักแฝงคติ ความเชื่อ และค่านิยมเรื่องความกตัญญูทเวทไว้เสมอ โดยคติความเชื่อที่ว่านี้ เป็นสิ่งที่ทำให้สังคัมไทยมีความแตกต่างจากสังคัมอื่น ๆ อย่างเห็นได้ชัด และเปรียบได้กับเครื่องมือที่ช่วยให้เกิดการกื้อหนุนและการค้าจุลทางสังคัมกันเกิดขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากคนส่วนใหญ่ยังให้การยอมรับ และให้การยกย่องหากบุคคลได้แสดงความกตัญญูทเวท ต่อผู้ที่เคยชุบเลี้ยงตนมา นอกจากนี้การมีคติความเชื่อในเรื่องของศาสนา ที่สอนให้บุตรรู้จักกตัญญูทเวทต่อบิดามารดา ในยามที่สังขารร่วงโรย ถือเป็น สิ่งที่ควรกระทำและนำไปให้การยกย่อง

ดังนั้นความเชื่อเรื่องความกตัญญูทเวท จึงเปรียบเสมือนเครื่องโอบอุ้มให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่ และได้รับการอุปการะคุณจากบุตรหลาน แม้ในยามที่เกิดการเจ็บป่วย และอยู่ในภาวะพึ่งพิง ดังปรากฏอยู่ในบันทึกเรื่องราวและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง ซึ่งในบางช่วงบางตอนได้เขียนเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของความกตัญญูทเวท สิ่งเหล่านี้ได้กลายเป็นแรงบันดาลใจ ที่ทำให้สามารถดูแลบิดาในเวลาต่อมา ถึงแม้ว่าการดูแลที่เกิดขึ้น จะทำให้รู้สึกเหน็ดเหนื่อย และเครียดอยู่ตลอดเวลา ซึ่งผลจากการเป็นคนที่มีความกตัญญูทเวท ทำให้เรื่องราวการดูแลบางส่วนได้ถูกถ่ายทอดออกมาเป็นงานเขียน และให้สัมภาษณ์ในรายการทางโทรทัศน์หลายรายการ

“เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับชีวิตของลูกในเดือนกันยายน ลูกไม่ได้ต้องการให้ผู้คนมาเห็นใจ หรือสงสารในชีวิตของลูก แต่ลูกอยากแสดงให้สังคัมรู้ว่าการที่ คนเราจะกตัญญูต่อผู้มีพระคุณนั้น ถึงจะยากลำบากอย่างไร ก็สามารถทำได้ ถ้าเรามี ความพยายาม หากยึดมั่นในความกตัญญู” (ID3 บันทึกเรื่องราวและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม L: 591-593)

ในกรณีของผู้ให้ข้อมูลอีกราย ที่ให้การดูแลคุณยาย ซึ่งเคยชুবเลี้ยง และคอยให้การอบรมสั่งสอนตนเองมาตั้งแต่สมัยเด็ก ๆ ด้วยความรักความผูกพัน และการสำนึกในบุญคุณ เป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรายนี้ เข้ามาดูแลคุณยาย ซึ่งกำลังป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจนถึงในปัจจุบัน

“ทุกคนมีบุคคลที่เรารัก คือ คุณพ่อ คุณแม่ ที่อุปการะเลี้ยงดูเรามา วันที่ท่านแข็งแรงท่านก็ดูแลเราได้ ให้โอกาส ดูแลเรา ป้อนข้าว ป้อนน้ำ อาบน้ำ เช็ดปัสสาวะ อุจจาระให้เรา ถึงเวลาที่ท่านดูแลตัวเองไม่ได้ มันก็ถึงหน้าที่ของเรา เราก็ต้องดูแลเพื่อทดแทนบุญคุณท่าน” (ID6 บทสัมภาษณ์ในรายการเพชรฆาตเงียบ ออกอากาศเมื่อ เดือนเมษายน พ.ศ. 2552 1 L: 7-9)

4.1.3 มีแบบอย่างการดูแลที่ดี เป็นผลสืบเนื่องมาจากการถ่ายทอดวัฒนธรรมทางความคิด ที่ได้รับการปลูกฝัง และจากการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวที่บิดามารดาได้สอน ด้วยการปฏิบัติเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับลูก ๆ โดยสอดแทรกความคิด ความเชื่อและค่านิยมเกี่ยวกับความกตัญญูทวดเวที่ เข้าไปในระหว่างที่ให้การเลี้ยงดู ซึ่งเป็นวิธีการที่ช่วยให้เด็กเกิดการซึมซับและรับรู้ถึงการทำความดี กลายเป็นวัฒนธรรมที่สืบทอดและปฏิบัติกันมาอย่างต่อเนื่อง โดยจุดเริ่มต้นของการมีแบบอย่างการดูแลที่ดี ถือกำเนิดจากบุคคลที่อยู่ในวัยสูงอายุที่เป็นต้นแบบทางความคิด และเป็นแบบอย่างของการปฏิบัติให้ลูกหลาน ได้ยึดถือเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต และมีการปฏิบัติเป็นรุ่น ๆ สืบทอดกันมา โดยเฉพาะค่านิยมเกี่ยวกับ การเลี้ยงดูบิดามารดาในยามชราภาพ หรือยามเจ็บป่วย การเน้นย้ำให้ตระหนักถึงคุณค่าและความสำคัญของผู้สูงอายุ โดยพยายามทำความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายหรือจิตใจ มองการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องของธรรมชาติ จะสามารถช่วยให้ครอบครัวสามารถปรับตัวให้เข้ากับผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม ทั้งในยามที่มีสุขภาพดี และในยามที่เจ็บป่วย เพื่อให้การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีความสุข

ดังในกรณีของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง ที่เรื่องราวชีวิตการเป็นผู้ดูแล เกิดจากการได้รับอิทธิพลทางความคิด และการรับรู้ถึงการมีแบบอย่างการดูแลที่ดี จนนำมาซึ่ง การปฏิบัติและการดูแลบิดาในเวลาต่อมา

“พี่เคยได้ยินญาติ ๆ คำพูดให้ฟังว่า ป้าดูแลพ่อกับแม่ป้า ดีมาก และตอนที่ป้าป่วย ลูก ๆ ก็พยายามดูแลป้าเช่นกัน แล้วอีกอย่างนะ การที่ป้าป่วย

นี้ ทำให้พี่รักป้ามากขึ้น มันทำให้ช่องว่างระหว่างพี่กับป้าลดลง” (ID3 สัมภาษณ์ ครั้งที่ 1 L: 245-247)

ในกรณีของผู้ให้ข้อมูลอีกราย ที่ได้พยายามปฏิบัติตนให้เป็นแบบอย่างที่ดีให้กับลูก ๆ เนื่องจากมองเห็นคุณค่า และเชื่อว่าการกระทำดังกล่าวเป็นสิ่งที่ดีงาม สามารถถ่ายทอดได้ทางความคิด และเกิดการปฏิบัติจากรุ่นสู่รุ่น

“อย่างลูกผมเค้าจะเห็นผมดูแลพ่อแม่ผม อยู่อย่างดีแบบนี้ ตลอด เค้าก็จะเป็นห่วงผมอย่างนั้นอย่างนี้ คอยจะโทรมาถามตลอดว่าพ่อเป็นยังไงบ้าง แล้วติดกับภรรยาผมซึ่งเค้าไม่ได้อยู่กับแม่เค้า ลูกผมก็จะแซวตลอดว่า “แม่ไม่ได้ไปดูแลเลย” ทำนองว่า สู้พ่อไม่ได้ คือเด็กเค้าอาจจะเกิดความคิดว่า “เค้าก็อยากดูแลเรา เหมือนกัน ที่เรา ดูแลพ่อกับแม่” ผมคิดว่ามันเป็นธรรมชาติ สิ่งเหล่านี้ขึ้นมาเพื่อให้เกื้อหนุนกัน” (ID7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 249-253)

4.2 การหาที่พึ่งทางจิตใจ เมื่ออย่างก้าวเข้ามารับบทบาทในการดูแล ในช่วงระยะแรก ๆ ผู้ดูแลย่อมเกิดความรู้สึกกลัว และไม่แน่ใจว่าจะให้การดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้ได้หรือไม่ รวมทั้งจะสามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้หรือไม่ ก่อให้เกิดความรู้สึกกังวลใจและความเครียดตามมา ซึ่งถ้าหากไม่มีการจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้ให้ดี ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และคุณภาพการดูแลอย่างแน่นหนา การมีที่พึ่งทางจิตใจ หรือมีสิ่งที่ใช้ยึดเหนี่ยวจิตใจ โดยเฉพาะการนำเรื่องของศาสนา มาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต จะสามารถช่วยให้ญาติผู้ดูแลได้คิดหาหนทางแก้ปัญหา โดยยึดหลักธรรมคำสอนของแต่ละศาสนา มาเป็นกรอบของการปฏิบัติ หรือเป็นที่พึ่งทางใจ เพื่อต่อสู้กับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ไม่สามารถควบคุมหรือคาดหมายได้ล่วงหน้า

ดังนั้นศาสนาจึงเปรียบเสมือนที่พึ่งทางจิตใจของบุคคล ซึ่งไม่ว่าจะนับถือศาสนาใดก็ตาม ย่อมมีหลักคำสอนที่ใช้เป็นกลไกควบคุมมิให้บุคคลประพฤตินิสัยทั้งทางกาย วาจา และจิตใจ โดยให้ผู้ดูแลสามารถนำมาประพฤติปฏิบัติ เป็นบรรทัดฐานในการดำเนินชีวิต รวมถึงเป็นแนวทางให้ผู้ดูแลได้ตระหนักและเข้าใจว่า ควรปฏิบัติอย่างไร จึงจะเกิดความสุขทั้งต่อตนเอง ผู้สูงอายุ และครอบครัว ทั้งนี้เพื่อสร้างความสมดุลทางใจให้เกิดขึ้นแก่บุคคลและสังคม

ตั้งในกรณีของผู้ให้ข้อมูล 2 ราย ที่เห็นความสำคัญของการนำหลักธรรมคำสอนของศาสนา มาเป็นแนวทางปฏิบัติ ในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจนสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันได้จนถึงทุกวันนี้

“พี่คิดว่าใช่ นะ ส่วนหนึ่งธรรมะช่วยให้เราเข้าใจหลายอย่าง ๆ ไม่คาดหวังกับอนาคต แต่คิดว่าทำยังไงวันนี้ถึงจะดีที่สุด ทำยังไงพี่ถึงจะไม่โกรธป้า ไม่มีอารมณ์กับป้า ก็คือทุกอย่างตอนนี้มันอยู่ที่ตัวเราคะว่าจะคิดยังไง คิดว่าเป็นภาวะ มันก็เป็นภาวะ คิดว่าไม่ใช่ มันก็ไม่ใช่ อยู่ที่ตัวเราทั้งนั้น ก่อนหน้านี้พี่ก็คิดแบบนี้แหละ เลยทำให้ทุกข์ อยู่ช่วงหนึ่ง แต่พอไปปฏิบัติธรรมและศึกษาธรรม ทำให้เรามีมุมมองเปลี่ยนไป” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 277-281)

“หลังจากที่ออกจากงานทำให้พี่มีเวลา ส่วนหนึ่ง ได้มีโอกาสอ่านหนังสือธรรมะ ศึกษาธรรมะมากขึ้น ที่เคยไปปฏิบัติธรรมที่เสถียรธรรมสถานครั้งหนึ่ง หลังกลับมาทำให้พี่เข้าใจ มองโลกในแง่ดีมากขึ้น และคิดว่าป้าไม่ได้อยาก เป็นแบบนี้ แต่เพราะป้าป่วยเป็นสมองเสื่อมหรือถึงเป็นแบบนี้ พอดีได้แบบนี้ ก็จะสงสารป้ามาก ระยะเวลาหลังจากนั้นก็พยายามฝึกควบคุมอารมณ์ของตนเอง พี่ ๆ ค่าก็จะมาช่วยดูแลป้าแทน ส่วนใหญ่ถ้าไปก็จะประมาณ 3-4 วัน พอปฏิบัติธรรมกลับมา ก็ทำให้รู้สึกดีนะ ควบคุมตนเองได้มากขึ้น พอพี่ไม่โกรธ พี่ควบคุมอารมณ์ของตนเองได้พี่ก็จะไม่ไปลงกับป้า พี่รู้สึกว่าพอเราทำได้ ก็ทำให้การดูแลป้าดีขึ้นตามลำดับ” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 260-267)

“ก็ปรับตัวมากขึ้นกว่าเดิมแต่ไม่มาก ส่วนใหญ่ครอบครัวเราชอบ ทำบุญ เราก็ใช้ธรรมะ มาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต จะใส่บาตรเกือบทุกวัน คุณลุงเค้าชอบ ถ้าถึงเทศกาลที่สำคัญ ๆ ก็จะไปทำบุญกับที่วัด ชอบทำบุญ อย่างวันธรรมดา ก็ใส่บาตร ที่หน้าบ้าน อันนี้เราทำเป็นประจำ ถามว่าปรับเยอะมั๊ย ไม่เยอะ แต่ปรับในลักษณะที่มากขึ้น กว่าการใช้ชีวิตปกติมากกว่า” (ID11 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 170-173)
 “ก็จะพยายามหาธรรมะ หรือฟังธรรมที่เค้าให้แง่คิดการใช้ชีวิตว่าอยู่อย่างไรชีวิตถึงจะเป็นสุขหรือเวลามีปัญหา ก็พยายามอย่าเอามาทุกข์ มาทับถมทุกข์ เพราะเราจะทุกข์มากกว่าเดิม พยายามใช้สติในการแก้ไขปัญหา แล้วเราก็จะผ่านเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้” (ID11 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 315-317)

4.2.1 การระลึกถึงคุณความดี ในที่นี้หมายถึง การรับรู้ต่อการกระทำของผู้สูงอายุในอดีตที่ผ่านมา ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าว เคยทำหน้าที่ในการดูแลและอบรมเลี้ยงดูบุตรหลานเป็นอย่างดี การระลึกถึงคุณความดี จึงเปรียบเสมือนเครื่องเตือนใจสำหรับ

ผู้ดูแล หากสิ่งที่คุณสูงอายุแสดงออกในปัจจุบัน มีลักษณะตรงกันข้ามกับในอดีต และแสดงพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของคุณสูงอายุ เช่น กรณีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรายหนึ่ง ที่ในอดีตเคยทำหน้าที่สามีที่ดี และมีความรับผิดชอบต่อการดูแลครอบครัวเป็นอย่างดี แต่ในปัจจุบันกลับแสดงพฤติกรรมในทางตรงกันข้าม เช่น พุดจก้าวร้าย หยาบคายขาดการดูแล เอาใจใส่ตนเองและครอบครัว การที่คุณสูงอายุได้หยุดคิดทบทวน และระลึกถึงคุณความดีของคุณสูงอายุในอดีต ถึงการทำหน้าที่และเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการใช้ชีวิตมาก่อน ถือว่ามีส่วนสำคัญที่ช่วยลดปฏิกิริยาการตอบสนองทางด้านอารมณ์ของคุณสูงอายุ ที่อาจแสดงออกมาในรูปของการกระทำและคำพูด ซึ่งทำที่สุดอาจกระทบต่อความรู้สึกของคุณสูงอายุ อาจรู้สึกผิดและรู้สึกเสียใจต่อการกระทำที่ตนเองได้แสดงออกมาในขณะนั้น

ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง ที่เข้ามาดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เนื่องจากมองเห็นและรับรู้ถึงคุณความดีของท่าน ที่เคยทำมาในอดีต ประกอบกับโดยส่วนตัวรัก เคารพ และมีความศรัทธาในตัวของผู้สูงอายุอยู่แล้ว จึงทำให้สามารถดูแล และอยู่ร่วมกันได้

“ก็...นี่ก็ถึงว่าแกเป็นคนดีแล้วนี่ก็ถึงว่าทรัพย์สินสมบัติที่เราได้มานั้น ก็เพราะแกประกอบกับตัวเรามีความรักใคร่กับแกก็เลยดูแลแกได้เกิดจากความรักความผูกพันมากกว่า” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 247-248)

ในกรณีของผู้ให้ข้อมูลอีกราย ที่ปัจจุบันยังคงใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับสามีที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ถึงแม้ว่า อาการของโรคจะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ความรู้สึกดี ๆ ได้ถูกลบเลือนหายไปจากความทรงจำของสามี แต่สิ่งเหล่านี้ไม่ได้เป็นอุปสรรคที่ทำให้รู้สึกท้อ ต่อการทำหน้าที่ในการดูแลแต่อย่างใด กลับใช้ความรักความผูกพัน การนึกถึงคุณความดีของสามี ที่เคยดูแลตนเองเป็นอย่างดีในอดีต เป็นแรงผลักดันที่ทำให้ยังคงดูแลสามีต่อไปได้

“ ก็จะเป็นความรัก ความผูกพันที่เราให้กัน บ้าเคยผ่าตัดหลายครั้ง ลุงเป็นคนที่คุณดูแลป่าตลอด ช่วยเหลือเอาใจใส่ป่ามาตลอด ห่วงลูกห่วงเมีย ดูแลตลอด” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 322-323) “คิดถึงว่าตอนที่แกไม่เป็นแบบนี้แกเอาใจใส่ดูแลเราขนาดไหน เราก็คิดถึงสิ่งนั้นมันทำให้เราอดทน แกว่าอะไรพูดอะไรเราก็ก้ม” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 315-316)

4.2.2 บุญกุศล คือ การที่ผู้ดูแลมีความเชื่อที่ว่า บุญกุศลเกิดจากการ คิดดี ทำดี พูดดี หากผู้ใดสามารถปฏิบัติตามแนวทางที่วางนี้ได้ ก็เปรียบเหมือนกับการ ได้ทำบุญ ทำกุศลให้กับตนเอง หากมองในเรื่องของการดูแล ผู้ดูแลจะให้ความหมายและให้คุณค่า ต่อการได้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ว่าเป็นคุณความดี เป็นโอกาสที่ตนเองได้ทำบุญ โดยมีแนวคิดและมุมมอง ต่อการได้ปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง และการปฏิบัติต่อผู้อื่น ซึ่งในที่นี้หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นไปในทางสร้างสรรค์ กล่าวคือ ยิ่งให้การดูแลเอาใจใส่มากเท่าไร ก็จะได้รับอานิสงค์ ของการปฏิบัติดี หรือที่เรียกว่าบุญกุศลมากขึ้นเท่านั้น และหากปฏิบัติเป็นประจำและสม่ำเสมอ โดยเฉพาะการปฏิบัติต่อบิดามารดา และผู้ที่มีพระคุณ ก็เท่ากับเป็นการได้สะสมบุญบารมีให้กับตนเอง ให้ได้พบเจอแต่สิ่งที่ดี ๆ หรือช่วยให้คลายความทุกข์ใจ หากประสบเคราะห์กรรมที่ทำให้ความสุขในชีวิตลดลง

ดังนั้นบุญกุศลจึงเปรียบเสมือนแรงจูงใจ ให้ผู้ดูแลได้ทำหน้าที่ของตนเองอย่างเต็มความสามารถ เป็นที่พึงทางจิตใจ และโน้มน้ำหนักจิตใจให้ประกอบแต่ความดี โดยเฉพาะ การแสดงความกตัญญูต่อบุคคลที่มีพระคุณ ซึ่งเป็นค่านิยมที่ได้รับการยอมรับและเกิดขึ้นเฉพาะในบริบทของสังคมไทยเท่านั้น

ดังในกรณีของผู้ให้ข้อมูล 2 รายที่มีความคิดเห็น และความเชื่อที่สอดคล้องกันว่า การเป็นผู้ที่ประพฤติปฏิบัติดี จะช่วยให้ตนเองและครอบครัวได้รับอานิสงค์ของการทำความดี และช่วยให้สามารถผ่านเหตุการณ์ที่เลวร้ายไปได้ด้วยดี

“แต่นี้ ก็ได้สองอาทิตย์แล้ว ที่เค้าค่อนข้างดี หลังจากที่ได้ไปทำบุญมา หรือว่าเป็นเพราะเราไปทำบุญมาหรือเปล่า ที่ทำให้เค้าดีขึ้น แต่ขอฝากเรื่องบุญว่าไม่ใช่เรื่องเหลวไหล ” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 461-462)

“แล้วอย่างตาของพี่ก็มองไม่ค่อยเห็น พอหลัง ๆ เริ่มมองเห็นชัดขึ้น พี่เชื่อว่าการที่พี่ มีอาการดีขึ้น ส่วนหนึ่งมาจากการที่พี่มาดูแลป่า ถึงแม้ว่าช่วงแรก ๆ ที่ดูแลยังมีอาการของ SLE อยู่ แต่หลังจากที่เข้าใจและพยายามดูแลป่ามาตลอด อาการของ SLE ก็ค่อย ๆ ดีขึ้น จนทุกวันนี้พี่ไม่ต้องกินยารักษา SLE ละ อาจจะเป็นเพราะว่าเครียดลดลงด้วยหรือเปล่า และพี่โชคดีนะตาของพี่ค่อย ๆ มองเห็นชัดขึ้นนะ ส่วนหนึ่งคิดว่า อาจมาจากการที่เราดูแล และกตัญญูต่อป่านะ พี่เชื่อแบบนั้น” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 253-258)

สรุป: ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผลการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแล ที่เป็นบุคคลในครอบครัวในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 11 ราย สามารถสรุปออกได้ 4 ประเด็นใหญ่ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การเข้าใจและการยอมรับ โดยแบ่งออกเป็น 4 ประเด็นย่อยดังนี้

1) **การเข้าใจอาการของโรค** หมายถึง การที่ผู้ดูแล ได้เข้าใจถึงพยาธิสภาพอาการ และอาการแสดงของโรค ที่ก่อให้เกิดความผิดปกติทางด้านพฤติกรรม อารมณ์ และสังคม ตลอดจนส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ และการดำเนินชีวิตประจำวัน ของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลหลัก ดังนั้น การมีความเข้าใจถึงภาวะดังกล่าว จึงเปรียบเหมือนกับจุดเริ่มต้น ให้ผู้ดูแลเกิดความกระตือรือร้นในการหาทางออกให้กับปัญหา ซึ่งต้องใช้เวลาพยายาม และความตั้งใจมุ่งมั่นในการรับมือ และจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้อย่างเหมาะสม

2) **การยอมรับกับความจริง** ในที่นี้หมายถึง การที่ผู้ดูแล ทำใจยอมรับถึงภาวะความเจ็บป่วย ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งไม่สามารถให้การหลีกเลี่ยงได้ การกล้าเผชิญความจริงและยอมรับกับปัญหา ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ถือว่ามีส่วนสำคัญ ที่ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ ได้เข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาที่ถูกต้องตามมา

3) **การยอมรับกับพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงออก** คือ การที่ผู้ดูแลให้การยอมรับกับพฤติกรรมและอารมณ์ที่ผู้สูงอายุ เนื่องจากรับรู้และเข้าใจว่า สิ่งที่ผู้สูงอายุแสดงออกมานั้น มิได้เกิดจากความตั้งใจ แต่เป็นผลมาจากการที่มีความผิดปกติเกิดขึ้นที่สมอง และที่สำคัญ เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ การทำใจยอมรับกับความจริงที่เกิดขึ้น และเพื่อใจไว้กับเหตุการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า ร่วมกับ การแสวงหาวิธีการในการรับมือกับพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงออกได้อย่างเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ดูแลผ่านพ้นวิกฤตเหล่านี้ไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) **การยอมรับบทบาทของการเป็นผู้ดูแล** ในที่นี้ หมายถึง การยอมรับในบทบาทหน้าที่ ที่ได้รับมอบหมาย และมีความเพียรพยายามในการทำหน้าที่ในการดูแล อย่างเต็มกำลัง และสุดความสามารถที่ตนเองมี เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ที่อยู่ในความดูแล หรือบุคคลที่ตนเองรักที่กำลังประสบกับภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่ดี จากสมาชิกในครอบครัว การยอมรับในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล จึงถือได้ว่าเป็นเครื่องนำทาง ที่ช่วยให้ผู้ดูแลได้เข้าใจบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ในการที่จะดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีทั้งทาง

ร่างกาย และ จิตใจ ทั้งนี้ในการดูแล ผู้ดูแลอาจต้องประสบกับพฤติกรรมและอารมณ์ ที่อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ดูแลเอง การปรับเปลี่ยนแนวคิดให้รู้จักมองโลกแง่ดี โดยมองว่าการได้ทำหน้าที่ดังกล่าว เป็นเรื่องที่ทำทลายความสามารถ ร่วมกับการรู้จักควบคุมอารมณ์ของตนเอง ให้มีความสามารถในการอดทนต่อสิ่งต่าง ๆ ถือว่าเป็นหนทางที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้ทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างสมบูรณ์

ประเด็นที่ 2 การเรียนรู้การดูแลโดยแบ่งออกเป็น 4 ประเด็นย่อยดังนี้

1) **การค้นหาข้อมูล** คือ การที่ผู้ดูแลพยายามเรียนรู้วิธีการดูแล โดยการค้นหาข้อมูลด้านการดูแลด้วยตนเอง จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ อาทิเช่น จากเอกสาร วารสาร บทความ หนังสือ คู่มือต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรดูแล เพื่อนำความรู้ที่ได้มาปรับใช้ในการรับมือ และแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ตามสถานการณ์ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่แสดงออก ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

2) **การสอบถามจากผู้ที่มีความรู้** ในที่นี้หมายถึง การที่ผู้ดูแลสอบถามเรื่องการดูแลจากผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญ และมีประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งในที่นี้หมายถึง ผู้ที่ผ่านการศึกา หรือผ่านการอบรมจนมีความเชี่ยวชาญ สามารถให้คำปรึกษาและตอบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลได้ การเรียนรู้การดูแลโดยการสอบถามจากผู้ที่มีความรู้ จึงเปรียบเสมือนทางลัดให้ผู้ดูแล ได้ลองนำวิธีการเหล่านั้น มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับปัญหาแต่ละปัญหาที่เกิดขึ้นตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล

3) **การลองผิดลองถูก** คือ การที่ผู้ดูแลศึกษาวิธีการดูแล และเทคนิคการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งต้องใช้วิธีการดูแลหลายอย่างเข้ามาช่วยในการแก้ปัญหา และผ่านการทดลองใช้หลาย ๆ ครั้ง ถึงแม้ว่าจะเป็นปัญหาเรื่องการดูแลเรื่องเดียวกัน หรือปัญหาพฤติกรรมเดียวกัน หรือบางครั้งเป็นวิธีการที่สามารถค้นพบได้ ด้วยการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้า ซึ่งผู้ดูแลคิดว่า ได้วิธีการดูแลที่มีความเหมาะสม และสามารถนำมาใช้แก้ปัญหา ได้ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง การเรียนรู้โดยการลองผิดลองถูก จึงเป็นการเรียนรู้อีก วิธีการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลได้ค้นพบเทคนิคการดูแลใหม่ ๆ ซึ่งบางครั้งไม่สามารถเรียนรู้ หรือศึกษาได้จากตำราทั่วไป

4) **การสอบถามจากประสบการณ์ของผู้อื่น** ในที่นี้หมายถึง การที่ผู้ดูแลนำความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแล และการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา จากผู้ดูแลรายอื่น ๆ ที่ประสบกับปัญหาเรื่องการดูแล ที่มีลักษณะเหมือนกันหรือคล้ายกัน และสามารถหาวิธีการในการดูแลและจัดการกับปัญหาพฤติกรรมดังกล่าวได้สำเร็จ หรือส่งเสริมให้แสดงพฤติกรรมออกมาในทางที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น โดยเลือกนำวิธีการเหล่านั้นมาปรับใช้ให้เหมาะสม กับการดูแลของ

ตนเอง ดังนั้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ของคนอื่น จึงเป็นวิธีการอย่างหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

ประเด็นที่ 3 การปรับการดูแลให้เหมาะสมโดยแบ่งออกเป็น 4 ประเด็นย่อยดังนี้

1) **การมีความคิดสร้างสรรค์** คือ ทักษะความสามารถ ของผู้ดูแล ในการประดิษฐ์คิดค้นสิ่งต่าง ๆ ขึ้นมา โดยมีจุดประสงค์เพื่อ ช่วยแบ่งเบาภาระของผู้ดูแล และเพื่อเพิ่มความปลอดภัยของผู้สูงอายุ ความคิดสร้างสรรค์ จึงเป็นลักษณะของการผสมผสานภูมิปัญญา และทักษะความสามารถของผู้ดูแล ในการสรรค์สร้างผลงานที่เกิดจากความคิด นำไปสู่การคิดค้นเทคนิคการดูแลใหม่ ๆ หรือนวัตกรรมใหม่ ๆ ที่สามารถนำมารับมือและจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้

2) **การสังสมประสบการณ์** คือ การที่ญาติผู้ดูแล ได้ผ่านบทบาทการทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาระยะเวลาหนึ่ง และมีประสบการณ์ในการจัดการและการดูแล โดยอาศัยองค์ความรู้ ทักษะความสามารถ และภูมิปัญญามาพัฒนา และประยุกต์ใช้อย่างได้ผล ก่อให้เกิดเทคนิคการดูแลใหม่ ๆ ที่สามารถนำมาใช้แก้ปัญหา และแบ่งเบาภาระญาติผู้ดูแลได้ระดับหนึ่ง

3) **การเรียนรู้จากพฤติกรรม** ในที่นี้หมายถึง การที่ผู้ดูแลพยายามเรียนรู้ วิธีการดูแล โดยการศึกษาและสังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่แสดงออก ว่ามีปัจจัยสาเหตุ หรือปัจจัยกระตุ้นอะไรบ้าง ที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมเหล่านั้นออกมา การสังเกตจึงเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแล ได้รับทราบรายละเอียดและรูปแบบของพฤติกรรม ซึ่งถ้าหากมีความเหมาะสม ควรอนุญาตและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ คงความสามารถในการมีพฤติกรรมดังกล่าวได้ต่อไปอีก แต่ถ้าหากพฤติกรรมดังกล่าวรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน และสร้างความรำคาญผู้ดูแลควรหาวิธีการ ในการรับมือและจัดการกับพฤติกรรมดังกล่าวให้มีความเหมาะสมต่อไป

4) **การปรับการดูแลให้เหมาะสม** คือ การที่ผู้ดูแล พยายามเรียนรู้วิธีการต่าง ๆ ที่ได้จากการสอบถามผู้ที่มีความรู้ จากการอ่านหนังสือ หรือ สอบถามจากผู้ที่มีประสบการณ์ตรง มาปรับใช้ในการดูแล โดยเลือกวิธีการที่คาดว่า จะสามารถช่วยแก้ไขปัญหาพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล และสามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ในระดับหนึ่ง โดยคำนึงถึงความเหมาะสม ความร่วมมือ และความสามารถของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ

ประเด็นที่ 4 การจัดการกับความเครียดโดยแบ่งออกเป็น 4 ประเด็นย่อยดังนี้

1) **การมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี** มีส่วนสำคัญที่ช่วยส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้ดูแลหลัก ได้มีแรงและกำลังใจในการที่จะดูแลผู้สูงอายุต่อไป ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัว

ที่มีความเข้าอกเข้าใจกัน มีความรักความผูกพันให้แก่กัน มีการปลุกฝังเรื่องความกตัญญูทเวที และมีแบบอย่างการดูแลที่ดี มักเป็นกลไกที่สำคัญที่ช่วยให้ครอบครัวมีการเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน ทั้งนี้เนื่องจาก ในกรณีผู้ดูแลหลัก รู้สึกเครียด หรือเหนื่อยล้าจากการดูแลมากเกินไป การสลับสับเปลี่ยนกัน เข้ามาดูแล เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักได้มีเวลาพัก ได้มีเวลาดูแลตัวเองบ้าง ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแล ได้มีเวลาจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเองได้

2) การหาที่พึ่งทางจิตใจ ในที่นี้หมายถึงการที่ผู้ดูแลใช้หลักธรรมคำสอนของศาสนา เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ หรือ แรงจูงใจให้ประกอบแต่คุณความดี โดยเฉพาะการได้ทำหน้าที่ ในการดูแลบิดามารดา หรือผู้ที่มีพระคุณนั้น ถือว่าเป็นการกระทำที่ได้บุญได้กุศลการใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ ในยามที่กำลังประสบกับความทุกข์ ความเครียด หรือ ความกังวลใจ จึงเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ญาติผู้ดูแล ได้มีแนวทางในการจัดการกับปัญหา ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และมีกำลังใจที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุต่อไป ทั้งนี้เนื่องจากในหลักคำสอนของศาสนา จะมีหลักคำสอนที่เป็นปรัชญาในการดำเนินชีวิต และวิถีทางที่ช่วยให้คลายความทุกข์ได้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาประสบการณ์ การจัดการของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และแนวคำถามเชิงลึก (Interview Guideline) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยกำหนดข้อคำถามตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ที่ถูกสัมภาษณ์ ได้เล่าเรื่องราวประสบการณ์ในการดูแล ในขณะที่ใช้ชีวิตร่วมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทหลัก ในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ได้เข้าสู่กระบวนการดูแลรักษา จากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ ที่มีความรู้โดยตรง ทั้งนี้ในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูล ได้อธิบาย ดีความ และสะท้อนความรู้สึกต่อประสบการณ์การจัดการ และการดูแลกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้ลักษณะคำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูล สามารถแสดงอิสระทางความคิด ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ในช่วงชีวิตที่ได้ประสบพบเจอได้อย่างเต็มที่

สำหรับในการได้ของข้อมูล ผู้วิจัยได้ติดต่อขอสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ที่สามารถบอกเล่าประสบการณ์ ในขณะที่ดำรงบทบาทเป็นผู้ดูแล และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวนทั้งสิ้น 11 ราย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการ สัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับการบันทึกเทป การบันทึกภาคสนาม และการสังเกต แล้วนำข้อมูลที่ได้มาถอดเทปชนิดคำต่อคำ (Verbatim analysis) แล้วทำการวิเคราะห์ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษา สามารถนำมาเสนอประเด็นเกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการของญาติผู้ดูแล กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ 4 ประเด็นหลัก และ 14 ประเด็นย่อย ดังนี้

1. การเข้าใจและการยอมรับ
 - 1.1 ความเข้าใจอาการของโรค
 - 1.2 การยอมรับความจริง
 - 1.3 การยอมรับกับพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงออก
 - 1.4 การยอมรับกับบทบาทของการเป็นผู้ดูแล
2. การเรียนรู้การดูแล
 - 2.1 การค้นหาข้อมูล
 - 2.2 การสอบถามจากผู้ที่มีความรู้

- 2.3 การลองผิดลองถูก
- 2.4 การสอบถามจากประสบการณ์ของผู้อื่น
3. การค้นหาวิธีการดูแลที่เหมาะสม
 - 3.1 การมีความคิดสร้างสรรค์
 - 3.2 การสั่งสมประสบการณ์
 - 3.3 การเรียนรู้จากพฤติกรรม
 - 3.4 การปรับการดูแลให้เหมาะสม
4. การจัดการกับความเครียด
 - 4.1 การมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี
 - 4.2 การหาที่พึ่งทางจิตใจ

อภิปรายผล

จากการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยผ่านกระบวนการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเชิงปรากฏการณ์วิทยา ผู้วิจัยได้แสดงให้เห็นถึงลำดับเหตุการณ์ในการเข้ามารับบทบาทของผู้ดูแลตลอดจนการแสวงหาหนทางในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม โดยผู้ดูแลที่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์และคงบทบาทของการทำหน้าที่ในการดูแลได้นั้น เริ่มแรกเกิดจากการเข้าใจและยอมรับถึงภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว รวมถึงการยอมรับกับบทบาทต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะเมื่อได้ผ่านการทำหน้าที่ดังกล่าวไปสักช่วงระยะเวลาหนึ่ง ผู้ดูแลจะเริ่มตระหนัก และรับรู้ถึงปัญหาว่าเป็นสิ่งที่ควรได้รับการแก้ไข การเรียนรู้การดูแลโดยการศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ จึงเป็นสิ่งที่ช่วยตอบใจหทัยและข้อสงสัย รวมถึงปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างที่ให้การดูแลนำไปสู่การค้นหาวิธีการดูแล และการหาวิธีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งผลการวิจัย สามารถแบ่งเป็นประเด็นใหญ่ได้ดังนี้

ในส่วนของประสบการณ์ของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมผลการวิจัยสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ประเด็น ดังนี้

1. การเข้าใจและการยอมรับ

ในที่นี้หมายถึง เข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอาการและพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเดิม ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความผาสุกของสมาชิกในครอบครัว การทำใจยอมรับกับความเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันว่าเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และบางครั้งเกินความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการและการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น การเข้าใจและการยอมรับจึงเปรียบเสมือนจุดเริ่มต้น ที่ช่วยให้ผู้ที่เข้ามาดูแลได้ปรับตัวและยอมรับกับบทบาทของการเป็นผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษา รวมถึง การเอาใจใส่ จากแพทย์ พยาบาล และครอบครัวได้ดีกว่าญาติผู้ดูแลที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจและปฏิเสธความเจ็บป่วยว่าเป็นสิ่งที่ไม่น่าจะเกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งผลจากการศึกษาในส่วนของ การเข้าใจและการยอมรับยังสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ประเด็นย่อยดังนี้

1.1 ความเข้าใจอาการของโรค

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ในระยะแรกของการเจ็บป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่ เข้าใจว่าการที่ผู้สูงอายุมีอาการหลงลืม มีความจำลดลง บางครั้งมีอาการนอนไม่หลับ เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นไปตามกระบวนการสูงอายุ (Janevic and Connell, 2001) ดังนั้นการมองถึงภาวะความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ว่าเป็นเรื่องธรรมชาติของคนสูงอายุที่สามารถพบเห็นได้ทั่วไป จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรกๆไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากผู้ดูแล ตั้งแต่ในระยะเนิ่น ๆ

นอกจากนี้ในสังคมที่มีคติความเชื่อในเรื่องของศาสนา และมีความเชื่อในเรื่องของไสยศาสตร์เข้ามาเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในสังคมไทย ซึ่งคนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคอยู่ มักมีความเชื่อที่ว่า การที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากการดำเนินชีวิต ในอดีตที่ผ่านมา นั้น คิดว่าเป็นการกระทำของภูตผีหรือวิญญาณต่าง ๆ ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง หรือรักษาล่าช้าออกไป ซึ่งส่วนใหญ่มาพบแพทย์ เมื่อมีอาการมากแล้ว และพฤติกรรมเหล่านั้น ได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว และของผู้สูงอายุเองในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งในการศึกษาค้นคว้า ได้แสดงให้เห็นชัดเจนว่า ความเข้าใจในอาการของโรคที่ว่า พฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงออกมาในแต่ละพฤติกรรมนั้น มิได้เกิดจากการแกล้งทำ หรือเสแสร้งแต่อย่างใด แต่เกิดจากการมีพยาธิสภาพที่สมอง ที่ส่งผลทำให้การรับรู้เชิงเหตุผล และการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวลดลง ถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้เข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาที่ถูกต้อง โดยเฉพาะถ้าหากผู้สูงอายุ ยังอยู่ในระยะแรกๆ

ของโรค การได้รับการรักษาจากเจ้าหน้าที่หรือบุคคลากรทางการแพทย์ ร่วมกับการได้รับการดูแลด้วยความรักความเอาใจใส่จากจากญาติผู้ดูแล หรือสมาชิกในครอบครัว ถือว่ามีส่วนช่วยชะลอระยะการดำเนินของโรค และอาการของโรคได้ในระดับหนึ่ง

อย่างไรก็ตามในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม นอกจากการมีความเข้าใจเรื่องโรค ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวแล้ว ผลการวิจัยยังได้ชี้ให้เห็นว่า การที่ผู้ดูแลจะสามารถผ่านพ้นวิกฤติเหล่านี้ไปได้ จำเป็นต้องอาศัยความตั้งใจมุ่งมั่น หรือความเพียรพยายามในการดูแลและรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยความรู้สึกดังกล่าว เปรียบเสมือนแรงบันดาลใจ หรือแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแล ได้แสวงหาวิธีการดูแลที่ถูกต้อง และมีความเหมาะสมตามมา นอกจากนี้ยังต้องอาศัยความอดทน อดกลั้น เป็นองค์ประกอบสำคัญอีกอย่างหนึ่ง ในการควบคุมอารมณ์และความรู้สึกด้านลบ เนื่องจากในแต่ละวันผู้ดูแลอาจต้องเจอกับพฤติกรรม ที่สร้างความยากลำบากในการดูแล หรือพฤติกรรมบางอย่างที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์และความรู้สึกของผู้ดูแลเอง (Hooker et al., 2002) ซึ่งถ้าหากผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง ก่อนการเข้าไปให้การดูแลผู้สูงอายุ ย่อมเกิดการดูแลเชิงลบ ก่อให้เกิดปัญหาความขัดแย้ง ผู้ดูแลอาจเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า เกิดความท้อแท้สิ้นหวัง และอาจส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ต่อการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวได้

1.2 การยอมรับความจริง

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า การที่ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาที่ดีนั้น ส่วนหนึ่งมาจากการที่ผู้ดูแลยอมรับกับความจริงที่เกิดขึ้น ซึ่งความจริงที่ว่านี้ หมายถึง การยอมรับถึงภาวะของโรคสมองเสื่อมที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และยอมรับว่ามีบุคคลที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเกิดขึ้นในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการยอมรับความจริงของผู้ดูแลหลัก ซึ่งต้องรับภาระในการดูแลเกือบตลอดระยะเวลา 24 ชั่วโมง และหากผู้ดูแลเหล่านี้ไม่มีการปรับตัวต่อการดูแล หรือไม่สามารถทำใจยอมรับกับความจริงที่เกิดขึ้นได้ ผลกระทบที่ตามมาคือ การพยายามหนีปัญหา รวมถึงการปฏิเสธการรักษา การปฏิเสธความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุถูกปล่อยปละละเลยถูกทอดทิ้งให้ใช้ชีวิตอยู่เพียงลำพัง หรือการถูกลูกหลานหลอกหรือบังคับให้เข้าไปอยู่ในสถานบริการที่รับดูแลผู้สูงอายุแทนที่จะได้รับการโอบอุ้มช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เหมือนในอดีตที่ผ่านมา โดยแนวคิดที่ว่านี้ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Sharon และคณะ (2002) ที่พบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุประมาณ

ร้อยละ 75 อยู่ใน การดูแลของสถานบริการรับดูแลผู้สูงอายุ คือ การมีสาเหตุมาจาก ความผิดปกติ และความบกพร่องด้านการรับรู้ นั้นหมายถึงการมีภาวะสมองเสื่อมรวมอยู่ด้วย

ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้ตระหนักถึงปัญหา กล้ายอมรับ และ กล้าเผชิญกับความจริง เปรียบเสมือนกลไกอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว และเป็นจุดเริ่มต้นให้ผู้ดูแลได้เปิดใจยอมรับกับปัญหาว่า เป็นสิ่งที่ควรได้รับการแก้ไข ก่อให้เกิดแนวความคิดการดูแลที่มุ่งแก้ปัญหา มากกว่าการหนีปัญหา เกิดการปรับตัวของผู้ดูแล ซึ่งนำไปสู่การยอมรับกับบทบาทผู้ดูแล รวมถึงการยอมรับกับพฤติกรรมและอาการของผู้สูงอายุ ที่ระดับความต้องการในการดูแล มีแนวโน้มสูงขึ้นตามระยะและความรุนแรงของโรค

1.3 การยอมรับกับพฤติกรรม

ในงานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลาย ๆ งานวิจัยพบว่าพฤติกรรมเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้ และหมดหวัง ผู้ดูแลบางรายเกิดความซับซ้อนใจ ส่งผลให้เกิดภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า (Mahoney et al., 2005) เนื่องจากความไม่แน่นอนของอารมณ์และพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมเหล่านั้นออกมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Joelle และคณะ(2007) ที่แสดงให้เห็นว่าการแสดงออกพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการมีภาวะพึ่งพา การมีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันที่ลดลง และการมีพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในสังคม หากสิ่งที่กล่าวมาข้างต้น มีความต้องการในการดูแลที่มากเกินไปเกินความต้องการของผู้สูงอายุทั่วไป หรือเกินความสามารถของผู้ดูแลในการเข้าไปจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดก็ตาม ผลที่ตามมาส่วนหนึ่งคือผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจว่าจะให้การดูแลและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ในแต่ละวันอย่างไร (Paula et al., 2004) โดยเฉพาะปัญหาพฤติกรรมที่ไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือปัญหาทางด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุ ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยมีสาเหตุมาจาก การรับรู้เชิงเหตุผล กระบวนการตัดสินใจ และการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ของตนเอง เสียไป (Buhr and White, 2006)

จากการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการของ ผู้ดูแลกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่า ผู้ดูแลจะให้ความหมายและมีวิธีการในการยอมรับกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่แสดงออกแตกต่างกันไป ขึ้นกับประสบการณ์ ระยะเวลา และการดำเนินของโรค ผู้ดูแลที่สามารถทำใจยอมรับกับพฤติกรรมได้ค่อนข้างรวดเร็ว จะสามารถ

ปรับตัวต่อบทบาทการดูแลได้ดีกว่าผู้ดูแลที่ขาดการยอมรับหรือปฏิเสธความจริง ถึงแม้ว่าการศึกษาของ Leroi และคณะ (2003) จะชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากกว่าร้อยละ 90 จะรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของญาติผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว แต่ถ้าหากมีการจัดการ ส่งเสริมสนับสนุน ให้ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมออกมาในทางที่เหมาะสม หรือการรู้จักปล่อยวางลดความสนใจพฤติกรรมบางพฤติกรรมที่ผู้ดูแลคิดว่าไม่เป็นอันตรายลงบ้าง หรือพยายามประเมินหาปัจจัยสาเหตุ โดยการวิเคราะห์ลักษณะการแสดงออกของพฤติกรรมจะช่วยให้สามารถเข้าไปจัดการได้ตรงกับลักษณะของปัญหา แต่ละพฤติกรรมที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันและเป็นอุปสรรคต่อการดูแลได้ (Desai and Grossherg, 2001)

1.4 การยอมรับกับบทบาทของการเป็นผู้ดูแล

การดูแลถือว่าเป็นหัวใจสำคัญในการช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและการที่ผู้ดูแลสามารถทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างสมบูรณ์แบบส่วนหนึ่งนั้น เป็นผลจากการที่ผู้ดูแลยอมรับกับบทบาทของตนเองที่ได้รับมอบหมายหรือการเต็มใจอาสาเข้ามาดูแล ซึ่งมีลักษณะความสัมพันธ์ทางเครือญาติเข้ามาเกี่ยวข้อง การยอมรับกับบทบาทดังกล่าวจึงมีส่วนที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนบทบาทอีกหลาย ๆ บทบาทตามมา เช่น บทบาท ทางสังคม และบทบาทในครอบครัว โดยมุ่งหวังว่า ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลช่วยเหลือ และการเอาใจใส่อย่างเต็มที่

อย่างไรก็ตามถ้าหากผู้ดูแลขาดการจัดการและการวางแผนที่ดีย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวอย่างแน่นอน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่พบว่า เมื่อผู้ดูแลเข้าใจและยอมรับความจริงที่ว่า บุคคลอันเป็นที่รักซึ่งอยู่ในวัยที่ควรได้รับการดูแลยกย่องจากสมาชิกในครอบครัว เกิดภาวะความเจ็บป่วยด้วยอาการของโรคสมองเสื่อมและอาการโรคทำให้ความต้องการในการดูแลที่มีลักษณะแปรผันตามกับระยะการดำเนินของโรค กล่าวคือ ในระยะแรกผู้สูงอายุอาจมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์เพียงเล็กน้อย ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ยังคงใกล้เคียงกับผู้สูงอายุทั่วไป แต่เมื่อการดำเนินของโรคเริ่มเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้สูงอายุจะไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันพื้นฐานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่ซับซ้อนได้ กลายเป็นบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ผู้ดูแลอาจต้องคอยให้การช่วยเหลือและปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ให้ทั้งหมด นั้นหมายถึง การมีภาระงาน ความรับผิดชอบที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก ซึ่งอาจส่งผลทำให้ชีวิตความเป็นส่วนตัว และความสุขในชีวิตลดลง

สำหรับบทบาทและการทำหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว เมื่อรับรู้ถึงความเปลี่ยนแปลง และเข้าใจถึงความต้องในการดูแลของผู้สูงอายุ ว่าควรได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนใกล้ชิด โดยเฉพาะลูกหลานในครอบครัว ซึ่งบางครั้งอาจต้องใช้เวลาในการดูแลเกือบตลอด 24 ชั่วโมง การรับรู้และตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ครอบครัวมีการปรับเปลี่ยนและสลับหน้าที่ทางสังคมกันเกิดขึ้น บางรายอาจต้องลาออกจากงาน หรือปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานให้มีความสอดคล้องกับการดูแลในปัจจุบัน และที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งจากการศึกษาของ Schulz และ Sherwood (2008) ได้สนับสนุนข้อค้นพบในส่วนของผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ในภาวะพึ่งพาหรือเจ็บป่วย มักจะประสบกับปัญหาทางการเงินเนื่องจากการมีรายได้ของครอบครัวที่ลดลง อันมีสาเหตุมาจากการปรับเปลี่ยนบทบาท หน้าที่การงานทางสังคมเกิดขึ้น และการศึกษาของ Esther (2008) ยังพบว่า ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัวมีส่วนส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ดูแลได้ทำหน้าที่ และบทบาทของการดูแลได้อย่างเต็มความสามารถ โดยเฉพาะครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี เนื่องจากอาจไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชฎา รักขนาม (2542) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับสภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม พบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่ที่มีเงินบำนาญ มีเงินสะสม ผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว จะนำเงินเหล่านี้มาใช้ในการรักษาพยาบาล การจ้างผู้ดูแล และการดำรงชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องเป็นภาระด้านการเงินแก่ครอบครัว

นอกจากนี้ในการศึกษาวิจัยยังพบว่า การมีพื้นฐานฐานะทางครอบครัวที่ดี สมาชิกในครอบครัวมีการศึกษาที่ดี มีรายได้แน่นอน และมีการช่วยเหลือแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายทั้งในส่วนของการรักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายในครอบครัว สิ่งเหล่านี้ถือว่ามีส่วนสำคัญที่ช่วยลดภาระทางการเงินของผู้ดูแลหลักได้ หากผู้ดูแลนั้นมีการปรับเปลี่ยนบทบาท จากชีวิตที่อยู่เน่ยทำงาน มีรายได้ที่สามารถเก็บสะสมไว้สำหรับอนาคตของตนเอง กลายเป็นผู้มีรายได้น้อย หรือ ไม่มีรายได้ในครอบครัว และที่สำคัญอาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียด ความวิตกกังวล และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ในที่สุด

ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้ยอมรับกับบทบาทของการเป็นผู้ดูแล โดยการให้กำลังใจ และให้แรงสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นในส่วนของการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาในยามที่ประสบกับปัญหา จะสามารถช่วยให้ผู้ดูแลได้ใช้ชีวิตและดำรงบทบาทของการเป็นผู้ดูแลได้อย่างมีความสุข

2. เรียนรู้การดูแล

เปรียบเหมือนหนทางที่นำมาซึ่งวิธีการแก้ปัญหา ในการช่วยบรรเทาความเครียด และช่วยแบ่งเบาภาระของญาติผู้ดูแล โดยวิธีการที่นำมาเลือกใช้ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ผู้ดูแลควรคำนึงถึงทักษะความสามารถในการเข้าไปจัดการกับปัญหา และสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ ณ ขณะนั้น ซึ่งผลจากการศึกษาพบว่า หนทาง หรือ แหล่งประโยชน์ที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่เลือกนำมาใช้เป็นแนวทางในการจัดการและแก้ไขปัญหานั้น จะประกอบไปด้วย 4 ประเด็นย่อย ดังนี้คือ

2.1 การค้นหาข้อมูล

เมื่อผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมบางอย่างบางอย่างออกมาในทางที่ไม่เหมาะสมและเกิดการยอมรับต่อความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ในระยะแรกผู้ดูแลจะพยายามค้นหาคำตอบและคิดหาทางแก้ไขปัญหานั้นในการที่จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุโดยเกิดปัญหาความขัดแย้งน้อยที่สุด

จากการศึกษาพบว่าการค้นหาข้อมูลโดยการศึกษาจากคู่มือ เอกสาร และหนังสือคู่มือต่าง ๆ เป็นวิธีการแรก ๆ ที่ผู้ดูแลสามารถเข้าหาข้อมูลได้ง่ายที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลที่มีความรู้เรื่องเทคโนโลยีโดยเฉพาะความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์ซึ่งปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีดังกล่าวมาใช้ประโยชน์มากมาย การค้นหาข้อมูลจากคอมพิวเตอร์จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง ที่ช่วยให้ญาติผู้ดูแลได้สืบค้นข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับเรื่องโรคและการดูแลโดยการนำเทคนิคและวิธีการเหล่านั้น มาเป็นแนวทางและประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

อย่างไรก็ตามในการค้นหาข้อมูลด้วยตนเองของผู้ดูแลอาจต้องเลือกบริบทข้อมูลให้มีความเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากการแสดงออกทางด้านอารมณ์ และรูปแบบของการแสดงออกทางด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุแต่ละรายจะมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ๆ อย่างเข้ามาเกี่ยวข้องกัน เช่น ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่มากกระตุ้น และ ระยะเวลาการดำเนินของโรค เป็นต้น ดังนั้นการเรียนรู้การดูแลโดยการค้นหาข้อมูล เพียงอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอต่อภาวะหน้าที่ที่กำลังจะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต การรู้จักแสวงหาวิธีการดูแล การจัดการกับพฤติกรรมและอารมณ์ที่เป็นปัญหาจากแหล่งความรู้อื่น ๆ แล้วนำมาประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มพูนประสบการณ์การดูแลของตนเอง ถือเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ดูแลได้มี

วิธีการรับมือ และจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเหล่านั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำมาซึ่งความสุขในชีวิตของสมาชิกที่อาศัยอยู่ภายในครอบครัวเดียวกัน

2.2 การสอบถามจากผู้ที่มีความรู้

การเรียนรู้การดูแลโดยการสอบถามจากผู้ที่มีความรู้โดยเฉพาะการสอบถามจากบุคคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ญาติผู้ดูแลใช้เป็นแหล่งความรู้ในการช่วยตอบข้อสงสัยต่าง ๆ รวมถึงเป็นแหล่งที่คอยให้คำปรึกษา คอยให้กำลังใจ ที่สำคัญ เป็นตัวกลางที่คอยสร้างความเข้าใจให้เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลหลัก กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

จากการศึกษาวิจัย พบว่า การที่ผู้ดูแลจะสามารถปรับตัวให้เข้ากับบทบาทของตนเองได้นั้น ส่วนหนึ่งเกิดจากการได้รับแรงเสริมและแรงสนับสนุนจากบุคคลากรที่มีความรู้ และมีประสบการณ์ในการดูแลโดยตรง ซึ่งปัจจุบันมีการรวมกลุ่มจัดตั้งเป็นสมาคมที่เปิดโอกาสให้สมาชิกหรือผู้ที่กำลังเริ่มดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้และสอบถามปัญหาต่าง ๆ ซึ่งบางครั้งอาจไม่สามารถแก้ไขปัญหา หรือเรียนรู้การดูแลได้ด้วยตนเอง ดังนั้นผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงเลือกใช้วิธีการสอบถามจากผู้ที่มีความรู้ เป็นเครื่องนำทางในการหาทางออกให้กับปัญหา หากสิ่งที่ผู้ดูแลกำลังเผชิญอยู่นั้นเกินกำลังและเกินขีดความสามารถที่จะเข้าไปจัดการและแก้ปัญหาดังกล่าว

2.3 การลองผิดลองถูก

การเรียนรู้การดูแลโดยการลองผิดลองถูก เป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ดูแลได้ค้นพบเทคนิคการดูแลใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ตรงของญาติผู้ดูแลเอง และเกิดจากความสามารถในการปรับตัวและการปรับบทบาท ที่เกิดจากการมีมุมมอง และแนวคิดการดูแลที่ว่า การได้ทำหน้าที่ในการดูแลดังกล่าว เป็นเรื่องที่ทำทลายความสามารถ ซึ่งต้องอาศัยทักษะต่าง ๆ เข้ามาช่วยในการคิดแก้ไขปัญหายู่อเสมอ (Batcher et al., 2001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัย ที่พบว่า ผู้ดูแลที่สามารถคิดหาวิธีการแก้ปัญหา หรือส่งเสริมให้ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมออกมาในทางที่เหมาะสมนั้น ส่วนหนึ่งมาจากการใช้วิธีการดูแลแบบลองผิดลองถูก ทั้งนี้ ในการได้มาซึ่งวิธีการดังกล่าว ผู้ดูแลอาจต้องใช้ทักษะในการสังเกต ซึ่งเป็นทักษะความสามารถที่มีเฉพาะในตัวบุคคล แต่สามารถเรียนรู้และพัฒนาได้ หากผู้ดูแลมีความตั้งใจ และมุ่งหวังที่จะพัฒนาขีดความสามารถ การดูแลของตนเองให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งบางครั้ง

อาจต้องผ่านการทดลอง หรือปรับเปลี่ยนวิธีการแก้ปัญหาไปเรื่อย ๆ จนได้วิธีการที่ผู้ดูแลคิดว่าสามารถนำไปใช้แก้ไขปัญหได้ในสถานการณ์จริง

อย่างไรก็ตามการเรียนรู้การดูแลโดยการลองผิดลองถูก มักเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลที่มีแนวคิดในการพัฒนาเทคนิคการดูแล และพยายามเรียนรู้การแก้ปัญหาไปพร้อมกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละวัน บางครั้งวิธีการแก้ปัญหาดังกล่าว อาจไม่สามารถเรียนรู้ได้จากตำรา หรือ จากแหล่งความรู้อื่น ๆ ที่มีผู้เขียนแนะนำไว้ (Gubrium, 1991) หากแต่เป็นประสบการณ์ที่ผู้ดูแล สามารถสัมผัสและรับรู้ถึงผลสำเร็จได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความภาคภูมิใจ ที่สามารถจัดการปัญหา โดยปัญหาหนึ่งได้สำเร็จ และถือว่าเป็นแรงจูงใจที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีพลังกายพลังใจที่จะให้การ ดูแลผู้สูงอายุในระยะต่อไป

2.4 การสอบถามจากประสบการณ์ของผู้อื่น

การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่นเป็นอีกรูปแบบการเรียนรู้ที่ผู้ดูแลสามารถนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับการดูแลของตนเอง จากผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลเลือกที่จะเรียนรู้จากประสบการณ์ของคนอื่นมาเป็นแบบอย่าง หากสิ่งที่กำลังประสบปัญหาอยู่นั้นเกินความสามารถที่จะแก้ไขปัญหด้วยตนเอง ซึ่งการได้มาของวิธีการที่เวลานี้ ส่วนใหญ่นั้นมาจากคำบอกเล่าของญาติผู้ดูแลรายอื่น ๆ ที่มีประสบการณ์ในเรื่องนั้น ๆ มาก่อนแล้วสามารถหาวิธีการจัดการกับปัญหาเหล่านั้นได้เป็นผลสำเร็จ ซึ่งการรวมกลุ่มช่วยเหลือญาติผู้ดูแลที่ประสบปัญหาลักษณะคล้าย ๆ กัน เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแล ได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน ก่อให้เกิดความหลากหลายทางความคิด หลากหลายประสบการณ์ซึ่งบางอย่างสามารถลงนำวิธีการเหล่านั้นมาใช้ปรับ ใช้ได้เลย ถือว่าเป็นการประหยัดเวลาและช่วยให้แก้ไขปัญหได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดความร่วมมือในการช่วยกันคิดแก้ปัญหา ระหว่างกัน โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ยังอ่อนประสบการณ์หรือความสามารถในการคิดแก้ปัญหา ยังน้อย โดยจากการศึกษาของ Parren และคณะ (2006) ได้แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลที่มีการรวมกลุ่ม จะมีการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน มีความพยายามในการช่วยกันคิดแก้ปัญหาอยู่เสมอ และเมื่อพบปัญหาที่ไม่สามารถคิดแก้ไขได้ด้วยตนเอง ผู้ดูแลสามารถขอคำปรึกษาจากผู้ที่มีความรู้ หรือจากผู้ที่มีประสบการณ์ที่อยู่ภายในกลุ่ม และมีความรู้ในเรื่องนั้น ๆ นำไปเป็นแบบอย่างการดูแลและการแก้ไขปัญหาในแต่ละสถานการณ์ได้ ที่สำคัญการรวมกลุ่มในลักษณะดังกล่าว ยังเป็นการช่วยส่งเสริมสนับสนุนในด้านจิตใจ

โดยเฉพาะการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ในการปรับตัว และการมีมุมมองในการดูแลที่เป็นไปในเชิงสร้างสรรค์ ซึ่งเป็นการสร้างกำลังใจให้เกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแลด้วยกันเอง

3. การค้นหาวิธีการดูแลที่เหมาะสม

คือการทำผู้ดูแล พยายามคิดหาหนทางในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การได้มาซึ่งวิธีการดูแล หรือเทคนิคการดูแลที่สามารถนำมาปรับใช้ได้อย่างเหมาะสมนั้น ผู้ดูแลแต่ละคนอาจจำเป็นต้องมีการพัฒนาทักษะความสามารถ และดึงความรู้ที่เกิดจากการสั่งสมประสบการณ์ของตนเอง มาประยุกต์ และปรับใช้ เพื่อให้สามารถรับมือกับพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

จากผลการศึกษา พบว่าหนทางหรือแนวทางในการได้มาซึ่ง การค้นหาวิธีการดูแลที่เหมาะสม และสามารถนำมาใช้แก้ปัญหาได้ในสถานการณ์จริง จะประกอบไปด้วย 4 ประเด็นย่อย ดังนี้คือ

3.1 การมีความคิดสร้างสรรค์

ความคิดสร้างสรรค์ ถือว่า เป็นจุดเริ่มต้นของการประดิษฐ์คิดค้น และสรรค์สร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ ซึ่งเป็นผลงานที่เกิดจากการใช้ความคิด ใช้ประสบการณ์ มาผสมผสานกัน จนก่อให้เกิดผลงานที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์หรือแบ่งเบาภาระการดูแลได้ในระดับหนึ่ง จากผลการศึกษาพบว่า การมีความคิดสร้างสรรค์เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวและลดความรู้สึกเครียดหรือความรู้สึกเหนื่อยล้า อันเกิดจากการที่ต้องเผชิญกับอารมณ์และพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งบางครั้งไม่อาจสามารถจัดการและรับมือกับพฤติกรรมเหล่านั้นได้

อย่างไรก็ตาม การที่ผู้ดูแลจะสามารถดึงความคิดที่เป็นประโยชน์ เหล่านี้ออกมาใช้งานได้ นั้น ส่วนหนึ่งเกิดจากการมีพื้นฐานทางความคิดแนว หรือมีทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแล โดยการศึกษาของ Fredickson (2001) ได้สนับสนุนข้อเท็จจริงที่ว่า ผลของการมีทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแล จะสามารถช่วยให้ผู้ดูแลผ่านพ้นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้เปิดใจยอมรับต่อการเรียนรู้ในสิ่งใหม่ ๆ หรือเทคนิคการดูแลใหม่ ๆ ที่สามารถนำมาช่วยบรรเทาหรือแบ่งเบาภาระในอนาคตได้ โดยผลจากการศึกษาวิจัยพบตัวอย่างของผู้ดูแลที่สามารถคิดค้นนวัตกรรมหรือสิ่งประดิษฐ์ที่สามารถช่วยลดอุปสรรคและทำให้การดูแลผู้สูงอายุ

ที่มีภาวะสมองเสื่อม สามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การนำผาขวดน้ำไปครอบที่ตัวลือคลูกบิดประตู เพื่อป้องกันผู้สูงอายุ ปิดลือคประตูแล้วไม่สามารถหาทางออก โดยการเปิดลือคไขประตูออกมาได้ เนื่องจากกลไกการรับรู้ การตัดสินใจและความสามารถในการแก้ไขปัญหาย่อยไป หรือการจัดทำป้ายชื่อให้ผู้สูงอายุพกแขวนติดตัวไว้ตลอดเวลา หากผู้สูงอายุเกิดพลัดหลง หลงทางและหาทางกลับบ้านไม่ถูก เป็นต้น

นอกจากนี้การรู้จักปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ จึงเป็นการดูแลอีกรูปแบบหนึ่งที่ญาติผู้ดูแลสามารถนำมาปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร การปรับเปลี่ยนวิธีการสนทนาด้วยการใช้ข้อความสั้นๆ หรือการสร้างคำเฉพาะ หรือภาษาเฉพาะขึ้นมาใช้ในการสนทนา ร่วมกับการใช้ท่าทางประกอบจะช่วยให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุสามารถสื่อสารกันได้ เข้าใจมากยิ่งขึ้น (Carmen, 2008)

3.2 การส่งเสริมประสบการณ์

เป็นกระบวนการที่เกิดจากการเรียนรู้ การคิดแก้ปัญหา จนสามารถสรรหาวิธีการหรือหาทางออกของปัญหาได้สำเร็จ ผู้ดูแลที่สามารถผ่านการใช้ชีวิต และผ่านพ้นประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งต้องใช้ความพยายาม ความอดทน ความตั้งใจมุ่งมั่น รวมถึงการใช้องค์ความรู้ต่าง ๆ ที่ได้จากการอ่านในตำราหรือจากประสบการณ์ตรง มาผสมผสานกันจนสามารถนำไปสู่วิธีการหรือเทคนิคที่สามารถนำมาใช้แก้ปัญหาได้จริง ถือว่าเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ ในเรื่องดังกล่าว ซึ่งถ้าหากได้มีการพัฒนา ผักผ่อนการใช้ความคิด หรือเทคนิคการดูแลอย่างต่อเนื่อง เปรียบเหมือนการส่งเสริมประสบการณ์และการสะสมองค์ความรู้ใหม่ ๆ ให้เกิดขึ้นกับตนเอง

จากผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า ผู้ดูแลที่สามารถผ่านการดูแล และผ่านบทบาทของการเป็นผู้ดูแลได้นั้น ส่วนหนึ่งมาจากการมีประสบการณ์ที่เกิดจากการสะสมองค์ความรู้แล้วนำมาปรับใช้ได้เหมาะสม ทั้งนี้ในการได้มาซึ่งประสบการณ์ที่มีคุณค่านั้น พบว่าผู้ดูแลจะพยายามทำความเข้าใจถึงอารมณ์และพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงออก (Hall and Buckwalter, 1987) รวมถึงหาสาเหตุและหาปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมเหล่านั้นออกมา เพื่อหาหนทางในการจัดการกับพฤติกรรมและอารมณ์ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และความผาสุกของสมาชิกในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม โดยเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของวิธีการแก้ปัญหาที่พยายามให้มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ทั้งการดำรงชีวิตในปัจจุบันและในอดีตที่ผ่านมา โดยมีความมุ่งหวังว่า

วิธีการที่นำมาปรับใช้ในการดูแลผู้สูงอายุจะสามารถช่วยลดความเครียด และลดภาวะอันเกิดจากการดูแลได้ส่วนหนึ่ง ที่สำคัญทำให้ผู้ดูแลได้มีเวลาพักและได้มีโอกาสในการดูแลตัวเองบ้าง (Ostwald et al., 1999)

ดังนั้น การสะสมประสบการณ์ จึงเป็นหนทางที่ช่วยให้ผู้ดูแลได้ค้นหาการดูแลที่มีความเหมาะสมโดยการดึงความรู้ต่าง ๆ ที่มีอยู่ในตัวเอง ซึ่งอาจเป็นความรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge) หรือความรู้ที่เกิดจากภูมิปัญญา มาทดลองปรับใช้ให้เหมาะสมกับปัญหาของแต่ละบุคคล ทั้งนี้เพื่อช่วยลดความรู้สึกล้นและเปลี่ยนแปลงมุมมองการดูแลให้อยู่ในแง่บวกมากยิ่งขึ้น

3.3 การเรียนรู้จากพฤติกรรม

การแสดงออกพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หลาย ๆ พฤติกรรมได้ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ดูแล โดยเฉพาะพฤติกรรมที่ส่งผลถึงความมีชื่อเสียงของครอบครัวและไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวหรือพฤติกรรมที่แสดงออกทางด้านเพศที่มากผิดปกติ ล้วนเป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความอับอาย หากผู้สูงอายุได้แสดงพฤติกรรมเหล่านั้นออกมา ดังนั้นการพยายามศึกษาและทำความเข้าใจกับรูปแบบพฤติกรรม ซึ่งต้องอาศัยการสังเกตและการจดจำ ช่วยในการประเมินหาสาเหตุลักษณะและความถี่ของพฤติกรรม เพื่อให้สามารถหาทางดูแลและแก้ไข ได้ตรงกับลักษณะของปัญหามากที่สุด

ทั้งนี้ในการศึกษาวิจัยพบว่า การค้นหาการดูแลโดยการเรียนรู้จากพฤติกรรม เป็นวิธีการอย่างหนึ่งที่ผู้ดูแล นำมาช่วยในกระบวนการคิดแก้ไขปัญหา และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความร่วมมือในการดูแล โดยเฉพาะความร่วมมือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Desai and Grossberg, 2001) โดยผู้ดูแลจะพยายามเรียนรู้การดูแล ควบคู่ไปกับการสังเกตพฤติกรรม และอารมณ์ของผู้สูงอายุที่แสดงออก ณ ขณะนั้น ซึ่งบางพฤติกรรมอาจต้องใช้การกอดสัมผัส การพูดจาด้วยถ้อยคำที่นุ่มนวล สุภาพอ่อนหวาน บางพฤติกรรมอาจต้องมีการประดิษฐ์อุปกรณ์บางอย่างเข้ามาช่วยในการดูแล เช่น การทำบัตรคำช่วยในการตอบคำถามในกรณีที่ผู้สูงอายุถามคำถามซ้ำ ๆ ในคำถามเดิม ๆ ซึ่งการเรียนรู้ดังกล่าว เกิดจากการที่ผู้ดูแลเรียนรู้พฤติกรรมที่มีรูปแบบค่อนข้างแน่นอน และเมื่อผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมหรือแสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในการดูแลเหล่านั้นออกมาอีก ผู้ดูแลเองก็สามารถนำวิธีการดังกล่าวมาใช้จัดการกับปัญหาได้เลย

นอกจากนี้ยังพบว่า ในการได้มาซึ่งวิธีการแก้ปัญหาโดยการเรียนรู้ จากพฤติกรรมผู้ดูแลอาจต้องใช้ความพยายาม ความอดทนอดกลั้น และใช้ระยะเวลา ในการศึกษาพฤติกรรมสักระยะหนึ่ง ร่วมกับการเปลี่ยนมุมมองการดูแล โดยมองพฤติกรรมที่ สร้างความยุ่งยากเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถ (Hepburn et al., 2001) และต้องใช้ทักษะ ความรู้ที่มีอยู่ในตัวเอง มาผสมผสานกัน และนำมาซึ่งการพัฒนาเทคนิคการดูแลใหม่ ๆ ที่มีความ เหมาะสมและสามารถนำมาปรับใช้กับปัญหาแต่ละพฤติกรรมได้

3.4 การปรับการดูแลให้เหมาะสม

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแต่ละรายจะมีความต้องการในการดูแล ที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นกับปัจจัยหลายอย่างที่มาเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะระยะการดำเนินของโรค ที่ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุลดลงเรื่อย ๆ ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของผู้ดูแล โดยตรงในการคิดค้นเทคนิคการดูแลให้มีความสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งที่ผ่านมามีในอดีต และกำลังดำเนินอยู่ในปัจจุบัน

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลได้ให้ความหมาย ของการค้นหาคำการ ดูแล โดยการปรับการดูแลให้เหมาะสม คือ ความพยายามในการเรียนรู้ และแสวงหาวิธีการดูแล ให้มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในอดีตที่ผ่านมา และกำลังดำเนินอยู่ ณ ปัจจุบัน โดยมุ่งหวังว่า จะสามารถช่วยกระตุ้น และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุคงความสามารถในการมีกิจวัตร ประจำวันให้มากที่สุด โดยมีสมาชิกในครอบครัวคอยให้การดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด

สำหรับแนวทางที่ผู้ดูแลนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิต ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ จะให้ความสำคัญเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตัว และที่อยู่อาศัย ภายในบ้าน เนื่องจากความบกพร่องในด้านการรับรู้ ที่ส่งผลทำให้ความสามารถในการ ช่วยเหลือตนเอง และการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวลดลง เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุ ประสบอุบัติเหตุได้ง่าย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรม สับสน วุ่นวาย ก้าวร้าว หรือพฤติกรรม การเดินหลงทาง เนื่องจากญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัย และอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา (Ballard et al., 2001)

ดังนั้นการดูแลจึงให้ความสำคัญกับการป้องกันอุบัติเหตุ โดยพยายาม ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่ อาจส่งผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้มีความปลอดภัย สูงสุด ยกตัวอย่าง เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน โดยเฉพาะบริเวณที่ผู้สูงอายุต้อง ใช้ทำกิจกรรมบ่อย ๆ ให้โล่ง และจัดเก็บสิ่งของที่คาดว่าจะเป็นอันตรายให้มิดชิด หรือ การจัด

ท่าทางลาด ในบริเวณที่มีทางต่างระดับ เพื่อให้การเคลื่อนไหว หรือ การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ มีความสะดวกและปลอดภัยมากที่สุด

นอกจากนี้ในการศึกษายังพบอีกว่า นอกจากการดูแลในเรื่องความปลอดภัยแล้ว ผู้ดูแลยังให้ความสำคัญกับการดูแลในส่วนที่มีความเกี่ยวข้อง กับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการปรับวิธีการดูแลให้สอดคล้อง กับความสามารถในการมีกิจวัตรประจำวัน และความสามารถทางร่างกายของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไปยกตัวอย่าง เช่น การปรับเปลี่ยนมื้ออาหาร และการให้อาหารเสริมระหว่างมื้อ ในช่วงที่ผู้สูงอายุหลับมากและปลุกตื่นยาก ทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตรงเวลา ผู้ดูแลอาจพิจารณาเลื่อนเวลาอาหารมื้อนั้นออกไปก่อน หรือปรับชนิดของอาหารให้มีลักษณะเหลว ในกรณีที่ผู้สูงอายุ มีปัญหาเรื่องการกลืน ซึ่งสามารถพบได้ในในระยะสุดท้ายของโรค อย่างไรก็ตาม ควรเน้นให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารและโภชนาการให้ครบ 3 มื้อ

อย่างไรก็ตามสำหรับแนวทางที่ผู้ดูแลได้นำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับการดูแลผู้สูงอายุนั้น จากการศึกษาพบว่า การมีทักษะความสามารถ และการมีประสบการณ์ในการดูแล ถือว่ามีส่วนที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ และพัฒนาความคิดของตนเอง ในการสร้างสรรค์สิ่งประดิษฐ์ หรือนวัตกรรมการดูแลใหม่ ๆ เพื่อนำมาช่วยแบ่งเบาภาระการดูแล และนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับการดูแลต่อไปในอนาคต

4. การจัดการกับความเครียด

คือการที่ผู้ดูแลพยายามหาวิธีการ ในการจัดการกับอารมณ์ และความรู้สึกด้านลบของตนเอง ซึ่งได้แก่ อารมณ์โกรธ หงุดหงิด หรือ ความรู้สึกไม่พอใจ ของตนเองให้แสดงออกมาในทางที่เหมาะสม และส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลให้น้อยที่สุด ซึ่งผลจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ช่วยในการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแล จะประกอบไปด้วย 2 ประเด็นย่อยดังนี้

4.1 การมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี

ครอบครัวถือว่าเป็นสถาบันที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การที่ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น ปัจจัยที่สำคัญ คือ การช่วยเหลือและสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน มีการเกื้อหนุน มีการช่วยเหลือพึ่งพาอาศัยกัน มีการสับเปลี่ยนกันเข้ามาดูแลหรือเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักได้มีเวลาพัก

และมีเวลาในการดูแลตัวเองบ้าง ล้วนเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่ดีตามมา

ผลจากการศึกษาวิจัยพบว่า การมีพื้นฐานทางครอบครัวที่อบอุ่น บุตรหลานในครอบครัวมีความรักใคร่ ประองดองกัน สมาชิกในครอบครัวมีการช่วยเหลือซึ่งกัน และกัน และเคารพนับถือกันในระบบเครือญาติ ถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว ด้วยความรักและความผูกพัน นอกจากนี้ยังพบว่าในครอบครัวที่มีพื้นฐานการอบรมเลี้ยงดูที่ดี มีแบบอย่างของการปฏิบัติที่เน้นให้เห็นถึงความสำคัญของความกตัญญูทวดเทวี การรู้จักตอบแทนบุญคุณของบิดามารดาหรือผู้ที่เคยอบรมเลี้ยงดูมา ซึ่งเป็นผลมาจากการถ่ายทอดวัฒนธรรมทางความคิด และมีการปฏิบัติสืบทอดต่อกันมาเรื่อย ๆ จากรุ่นสู่รุ่น รวมถึงการให้ความสำคัญ เกี่ยวกับค่านิยมเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบิดามารดาในยามเจ็บหรือยามชราภาพ สิ่งเหล่านี้เปรียบเสมือนแรงจูงใจหรือแรงเสริมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว และการช่วยเหลืออุปถัมภ์จากสังคม ซึ่งผลจากการศึกษาดังกล่าวได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Dolin และ Dominy (2008) ที่พบว่า ในครอบครัวที่มีเจตคติต่อการดูแลที่ดีและมีความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นกับผู้สูงอายุ จะสามารถปรับตัวและใช้ชีวิต ดำรงบทบาทของการเป็นผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสมกับระยะเวลา และการดำเนินของโรค

ดังนั้นการมีคติความเชื่อเรื่องความกตัญญูทวดเทวี หรือการมีแบบอย่างของการดูแลที่ดี ถือเป็นกลไกทางสังคมที่คอยอุปถัมภ์และเกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่ดีจากสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้การศึกษายังพบอีกว่า การไม่มีภาระในครอบครัวหรือการครองชีวิตโสดของผู้ดูแล เป็นอีกเหตุผลหนึ่ง ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างเต็มที่

ดังนั้นความต้องการในการดูแลที่มีเรื่องของเวลาเข้ามาเกี่ยวข้อง อาจส่งผลให้ผู้ดูแลที่ยังอยู่ในวัยทำงาน ต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเอง ทั้งที่เป็นบทบาทในครอบครัวและบทบาททางสังคม หรือในกรณีที่ครอบครัวมีการจ้างผู้ช่วยเข้ามาสับเปลี่ยนในการดูแล อาจประสบกับปัญหาฐานะทางการเงิน เนื่องจากมีรายจ่ายที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งถ้าหากไม่มีการจัดการและการวางแผนที่ดี ย่อมส่งผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวได้ ดังนั้นการได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุน จากครอบครัวที่มีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน ถ้อยทีถ้อยอาศัยกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน มีการสับเปลี่ยนหมุนเวียนกันเข้ามาดูแล โดยสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดและคุ้นเคยกับผู้สูงอายุมากที่สุด ถือว่าเป็นการช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายหาก

ต้องจ้างบุคคลอื่นเข้ามาในการดูแล ที่สำคัญการมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี ยังมีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลหลักได้มีเวลาหยุดพัก และมีเวลาในการดูแลตัวเอง

4.2 การหาที่พึ่งทางจิตใจ

ภาวะเครียดอันเกิดจากการดูแล เป็นผลกระทบที่ผู้ดูแลมีอาจหลีกเลี่ยงได้ การรับรู้ถึงปัญหาและหาทางแก้ไข รวมถึงการหาที่ปรึกษาหรือการหาที่พึ่งทางจิตใจ ถือว่ามีส่วนช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ โดยเฉพาะพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละวัน

ซึ่งผลจากการศึกษาพบว่า การหาที่พึ่งทางจิตใจ เป็นกลไกการขจัดความเครียดและความรู้สึกด้านลบ ซึ่งได้แก่ อารมณ์โกรธ หงุดหงิด รู้สึกผิด หรือ ความวิตกกังวลต่าง ๆ ของผู้ดูแล ที่น้อยครั้งจะไม่สามารถปฏิเสธและหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเหล่านี้ไปได้ การตัดสินใจเข้ามาทำหน้าที่หลักในการดูแล เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลพยายามหาวิธีการที่ทำให้สามารถปรับตัว และใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยเกิดความรู้สึกที่เป็นทุกข์น้อยที่สุด ซึ่งนอกจากการปรับตัวทางด้านกายภาพ เช่น การปรับสิ่งแวดล้อม การปรับวิธีการดูแล ฯลฯ

ดังที่กล่าวมาข้างต้น แล้วนั้น การปรับอารมณ์และการดูแลความรู้สึกของตนเอง โดยการหาที่พึ่ง และสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจจึงเป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถผ่านพ้นวิกฤติในช่วงชีวิตหนึ่งไปได้ ซึ่งนอกจากการใช้หลักของความกตัญญูกตเวที การระลึกถึงคุณความดี หรือการมีแบบอย่างของการปฏิบัติที่ดีแล้วนั้น การยึดหลักธรรมคำสอนของศาสนาจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ผู้ดูแลนำมาเป็นแนวทางหรือแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากบริบทของสังคมไทย ส่วนใหญ่ยังให้ความสำคัญกับการนับถือ พระพุทธศาสนาที่มุ่งสอนให้ทุกคนทำความดี โดยไม่เลือกปฏิบัติต่อบุคคล แต่ให้มุ่งยึดหลักธรรมคำสอนที่นำไปสู่ความสุขในชีวิตที่แท้จริงมากกว่า

ดังนั้นการดูแลที่เกิดขึ้นจึงเป็นลักษณะของการดูแลแบบวิถีพุทธที่มีการนำเรื่องของหลักคำสอนและแนวคิดต่าง ๆ ในพุทธศาสนา มาเป็นแนวทางหรือหลักยึดในการที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุต่อไป โดยยอมรับว่าการได้ทำหน้าที่ในการดูแลเป็นการประกอบคุณงามความดี เป็นโอกาสอันดีที่ทำให้ได้ทำบุญทำกุศล สิ่งเหล่านี้จึงเปรียบเสมือนแรงเสริมให้ผู้ดูแลได้มีกำลังในการฝ่าฟันกับอุปสรรคต่าง ๆ เพื่อนำมาซึ่งความผาสุกและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของครอบครัวผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยใช้วิธีการศึกษาตามแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยา ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในด้านการพยาบาล และ ด้านการวิจัยทางการพยาบาล ดังนี้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. ผลการศึกษาที่ได้ ทำให้เกิดองค์ความรู้ด้านการดูแล ในส่วนของวิธีการดูแล และการจัดการแก้ไขปัญหามีความเหมาะสมสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่มีสมองเสื่อม เพื่อให้พยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุนำความรู้ที่ได้ มาให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล ที่กำลังประสบปัญหาเรื่องการดูแล
2. ผลการศึกษาที่ได้ สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการส่งเสริมให้ผู้ดูแล และครอบครัว มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลระหว่างกัน เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากยิ่งขึ้น
3. ผลการศึกษานำไปเป็นพื้นฐานในการฝึกอบรมให้กับบุคลากรทางสุขภาพ ได้นำไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล กิจกรรมทางการพยาบาล รวมถึงโปรแกรมในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว เพื่อก่อให้เกิดความร่วมมือในการดูแล การแก้ไขปัญหา และส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาด้านการดูแล ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยและพัฒนา เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีสมองเสื่อมและครอบครัว ในมุมมองของวิชาชีพอื่น ๆ ในสาขาที่มีความเกี่ยวข้อง พร้อมนำการวิจัยมาปรับไปใช้ในด้านปฏิบัติการพยาบาล และปรับปรุงพัฒนารูปแบบการดูแลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยส่งเสริมให้ผู้ดูแล และครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเน้นให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับลักษณะพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงออก และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ ในอันที่จะนำมา ซึ่งการยอมรับกับบทบาทของการเป็นผู้ดูแล และการยอมรับในตัวของผู้ป่วย

3. ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ โดยเน้นการดูแล และการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ให้มีลักษณะเฉพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ๆมาเป็นแนวทางในการดูแล โดยมุ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาในแต่ละพฤติกรรม ได้แสดงพฤติกรรมออกมาในทางที่เหมาะสม มากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการว่าจ้างว่ามีส่วนส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ของบุคคลที่เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวอย่างไร
2. ควรมีการศึกษาถึงวิธีการและการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น
3. ควรมีการศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่แสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้มีลักษณะเฉพาะเจาะจงในแต่ละพฤติกรรม โดยเน้นการดูแล การจัดการ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แสดงพฤติกรรมออกมาในทางที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กัมมันต์ พันธุมจินดา และ ศรีจิตรา บุญนาค. (2543). กลุ่มอาการสมองเสื่อม. **สมองเสื่อมโรคหรือวัย**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.
- จักรกฤษณ์ สุขยั้ง. (2543). ปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุ. **วิจัยยุทธศาสตร์** 13(29): 29-31.
- ชาย โพธิ์ลีตา. (2549). การสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ. **ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อมรินทร์ปริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ชาติรี บานชื่น. (2551). เผยคนไทยเป็นโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น. [Online]. Available from: <http://www.dmc.tv/pages/hnews/2006-09-06-1.html> [2008, Sep 8].
- เดือนใจ ภักดีพรหม. (2548). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล และ ปัทมา ว่าพัฒนางศ์. (2542). โครงสร้างอายุและเพศของประชากรสูงอายุในประเทศไทย ผลจากการฉายภาพประชากร. **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการของประชากรศาสตร์แห่งชาติ**. เมื่อวันที่ 18-19 พฤศจิกายน 2542.
- พนัส ธีญะกิจไพศาล. (2544). โรคสมองเสื่อม Alzheimer's disease ในทัศนะของประสาทแพทย์. **คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: พี เค โปรมิเนนท์.
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์. (2548). โรคสมองเสื่อม. **จิตเวชศาสตร์รามธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- รัชฎา รักษานาม. (2543). สภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เดียงชัย ลิมล์อมวงศ์ และคณะ. (2542). การทำงานของสมองขั้นสูงบางอย่าง. **สรีรวิทยา**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์โจนัวร์นัล พับลิเคชั่น.
- วรรณิภา บุญระยอง. (2541). การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน. **กิจกรรมบำบัดเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม**. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และ คณะ. (2548). **การดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขา**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

- วันดี โภคะกุล และ สิรินทร ฉันทศิริกาญจ. (2548). ประชากรผู้สูงอายุไทย. **เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. วิทยาลัยประชากรศาสตร์. (2553). สธ. เผยผู้สูงอายุไทยมีปัญหาสมองเสื่อมเกือบ 9 แสนคน. ประชากรสูงอายุ. [Online]. Available from: http://www.cps.chula.ac.th/html_th/pop_base/ageing/ageing_085.htm [2010, March 18].
- วันเพ็ญ เซาว์เชิง และ กรเศศ พรหมดี. (2544). รายงานการศึกษาอัตราความชุกของภาวะ **สมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ภาวะสุขภาพทั่วไปและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา**. การสัมมนาวิชาการระดับชาติ แห่งชาติ ครั้งที่ 15. 22-24 พฤษภาคม 2545. หน้า: 52-53.
- สถาบันวิจัยประชากร. (2553). ประชากรไทยปีที่ 19 มกราคม พ.ศ. 2553. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล. [Online]. Available from: <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr-th/PublicationGazette.html> [2010, March 18].
- สมภพ เหลืองตระกูล. (2545). โรคสมองเสื่อม. **ตำราจิตเวชผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สิริธร ฉันทศิริกาญจน. (2548). โรคสมองเสื่อม. **ตำราเวชศาสตร์ผู้ปวยสูงอายุสำหรับแพทย์**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2551). **วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 16. กรุงเทพฯ: ด้านสุทธากการพิมพ์.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2551). สถานการณ์และแนวโน้มการพัฒนา. การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและผลกระทบต่อ การเกิดขึ้นต่อการพัฒนาประเทศ. [Online]. Available from: <http://www.Nesdb.go.th> [2008, Sep 8].
- สุภาณี กาญจนจारी. (2537). การดูแลผู้สูงอายุ. ใน สมจิต หนูเจริญกุล(บรรณาธิการ), **การพยาบาลทางอายุรศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ: พรินต์ติ้ง.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). **ผู้ดูแลผู้สูงอายุ: การสังเคราะห์องค์ความรู้**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อ้อมทิพย์ พันธุ์ศิริ. (2548). **ความรู้และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ปวยภาวะสมองเสื่อมระยะแรก**. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 4 เรื่องสุขภาพจิตกับภัยพิบัติ ณ โรงแรมปรีนซ์พาเลซ กรุงเทพมหานคร. 6-8 กรกฎาคม 2548 : หน้า 40-41.

อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2549). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1.
กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาษาอังกฤษ

- Adams, K.B., and Sanders, S. (2004). Alzheimer's caregiver difference in experience of loss, grief reaction and depressive symptoms across stage of disease: A mix method analysis. **Dementia** 3(2): 195-210.
- Alagiakrishnan, K., Lim, D., Brahim., Awong., A, Senthilselvan., Chimich, W.T., Kagan L. (2005). sexually inappropriate behaviors in demented elderly people. **Postgraduate Medical Journal** 81: 463-466.
- Ahmed, H.H., and Eethel, M.H. (1998). Dementia in elderly. **Drug Topics** 19: 81-90.
- Alzheimer's Australia. (2005). Hygiene. [Online]. Available from: <http://www.alzheimers.org> [2008, Sep 23]
- Alzheimer's and Dementia Care. (2007). How to handle these typical behavior [Online]. Available from: <http://www.lakesideparkalz.com> [2009, Jan 1]
- Alzheimer's Society. 2008. Dressing. [Online]. Available from: <http://www.alzheimers.org> [2008, Sep 27]
- Aud, M. (2004). Dangerous wandering: Elopements of older adults with dementia from long-term care facilities. **American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias** 19(6): 361-368.
- Ancoli-Israel, S., Cooke, S.R. (2005). Prevalence and Comorbidity of Insomnia and Effecton Functioning in Elderly Populations. **Journal of the American Geriatrics Society** 53(7): 264-271.
- Andrew, H., and Alan, W., (2006). Differanse types of dementia. **Pharmaceutical Journa** 11(277): 579-582.
- Ballard, C., et al. (2001). Quality of care in private sector and NHS facilities for people with dementia: cross sectional survey. **British Medical Journal** 323: 426-427.
- Berry, E.M., and Marcus, E.L. (2000). Disease of eating in elderly. **Journal of Adult Development** 7(2): 87-99.
- Bourgeois, M.S., et al. (1997). Modifying repetitive verbalizations of community-dwelling patients with AD. **The Gerontologist** 37(1): 30-39.
- Buhr, G.I., and White, H.K. (2006). Difficult behaviors in long term care patient with dementia. **Journal of the American Medical Director Association** 7: 180-192.

- Burgener, S. C., et al. (1998). Effective Care giving Approaches for Patients with Alzheimer's Disease. **Geriatric Nursing** 12(4): 271-278.
- Butcher, H.K., Holkup. P.A., and Buckwalter, K.C. (2001). The experience of caring for a family member with Alzheimer's disease. **Western Journal of Nursing Research** 23(1): 33-55.
- Carmen, D. (2008). The craft of care: family care of relatives with advance dementia. **Qualitative Health Research** 15(7): 881-896.
- Chicot, J., et al. (2001). When old age becomes a disease. **Alzheimer's disease: The Brain Killer** 116: 38-40.
- Christopher, P., et al. (2008). Diagnosis and treatment of dementia: 1. Risk assessment and primary prevention of Alzheimer disease. **Canadian Medical Association or its licensors** 178(5): 548-56.
- Chiu, M., et al. (2006). Behavioral and psychologic symptom in difference types of dementia. **Journal of the Formosan Medical Association** 105(7): 556-562.
- Chung-Yi, L., et al. (2001). Lifetime principal occupation and risk of cognitive among the elderly. **Industrial Health** 40: 7-13.
- Claudia, A., et al. (2008). Aggression in individuals newly diagnosis with dementia. **American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias** 23(3): 1-5.
- Cullen, B., et al. (2005). Repetitive behaviors in alzheimer's disease: description, correlation and function. **International Journal of Geriatric Psychiatry** 20: 686-693.
- Coen, R.F., et al. (2001). Behaviours symptoms in Alzheimer's disease :evaluation of frequency of occurrence and caregiver tolerability. **Journal of the American Geriatrics Society** 170(3): 98.
- Crowley, K., and Sullivan, E.V. (2005). Differentiating pathologic delta from healthy physiologic delta in patients with Alzheimer disease. **Sleep** 28: 865-870.
- Danielle, L., et al. (2001). Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly person. **Archives of Neurology** 58: 498-504.
- David, N. (1999). Sleep problems in elderly. **American Family Physician** 59(9): 25-59.

- Decker, S. (2005). Nursing Homes, 1977-1999: What has changed, what has not. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics. [Online]. Available from: <http://www.cdc.gov> [2008, Sep 27]
- Desai, A.K., and Grossberg, G.T. (2001). Recognition and management of behavioral disturbance in dementia. *Primary Care Companion The Journal of Clinical Psychiatry* 3(3): 93-109.
- Dulin, P.L., and Dominy, J.B. (2008). The influence of feeling positive about helping among dementia caregiver in New Zeland. *Dementia* 7(1): 55-79.
- Dorner, B. (2005). Nutrition for the dementia resident: how to handle common challenges from Nursing Homes. [Online]. Available from: <http://www.findarticles.com> [2008, Sep 10]
- Dowling, G.A., et al. (2005). Effect of morning bright light treatment for rest-activity disruption in institutionalized patients with severe Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 20(8): 738-743.
- Eeles, E. (2006). Sleep and its management in dementia. *Reviews in Clinical Gerontology* 6: 59-70.
- Elizabeth, I.M., Colin, E.W., and Jan, B. (2007). Hypertension and dementia: Does blood pressure control favorably affect cognition?. *Current Hypertension Reports* 6: 357-362.
- Esther, L. (2008). Caregiving burden community services and quality of lift of primary caregiver of frail elderly person. *Journal of Applied Gerontology* 27(3): 309-330.
- Eva, G., Steven, B., and Sirkka-Liisa, E. (2002). Caregiver singing and background music in dementia care. *Western Journal of Nursing Research* 24(2): 195-216.
- Evans, M. (1994). Dementia. *Psychiatry in General Practice* 5: 1-9.
- Fainstein, I., Boneetto, A.J., Brusco, L.I., Cardinal, D.P. (1997). Effect of melatonin in elderly patients with sleep disturbance: a pilot study. *Current Therapeutic Research* 58(2): 990-1000.
- Ferri, C.P., et al. (2005). Global prevalence of dementia: a delphi consensus study. *Lancet* 66: 2112-2117.

- Frank, J., et al. (2006). Thyroid hormones, dementia, and atrophy of the medial temporal lobe. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 91(7): 2569 - 2573.
- Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotion in positive : The burden and build theory of positive emotions. *American Psychologist* 56(3): 218-226.
- Flori, L. (2007). Don't throw in the towel: Tips for bathing a patient who has dementia. *Journal of Nursing* 7(7): 22-23.
- Gleason, O.C. (2003). Delirium. *American Academy of Family Physicians* 67(5): 1227-1034.
- Gillick, M ., et al. (2000). Rethinking the Role of Tube Feeding in Patients with Advanced Dementia. *New England Journal of Medicine* 342(3): 206-210.
- Ginsberg, T.B., ef al. (2005). Sexuality in older adults: behaviours and preferences . *Age and Ageing* 34(5): 475-480.
- Greenaway, M.C., et al. (2008). A Behavioral Rehabilitation Intervention for Amnestic Mild Cognitive Impairment. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 23(5): 451 - 461.
- Gubrium, J.F. (1991). *Mosaic of care: Frail elder and their families in the real world*. New York: Springer.
- Haan, M.N., et al. (2003). Prevalence of dementia in older Latinos: The influence of type 2 diabetes mellitus and genetic factors. *Journal of American Geriatric Society* 51: 169-177.
- Haddad, P. M., and Ben bow, S.M. (2004). Sexual problems associated with dementia: Part1. Problems and their consequences. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 8(7): 547 – 551.
- Haddock, S. A., et al. (2006). Practices of dual earner couples successfully balancing work and family. *Journal of Family and Economic Issues* 27(2): 207–234.
- Haesler, E.J., et al. (2004). Effectiveness of strategies to manage sleep in residents of aged care facilities: findings of a systematic review. *Journal of Clinical Nursing* 4(8): 1267 - 1275.

- Hall, G.R., and Buckwalter, K.C. (1987). Progressively lowered stress threshold: A conceptual model for care of adult with Alzheimer's disease. **Archives of Psychiatric Nursing** 1(6): 399-406.
- Helmer, C., et al. (2003). Association between antioxidant nutritional indicators and incidence of dementia: result from the PAQUID prospective cohort study. **European Journal of Clinical Nutrition** 57: 1555-1561.
- Helmes, E. (2006). Effects of Music in Reducing Disruptive Behavior in a General Hospital. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association** 12(1): 37-44.
- Hepbrum, K.W., and others. (2001). Dementia family caregiver training: affecting beliefs about caregiving and caregiver outcomes. **Journal of the American Geriatric Society** 49: 450-457.
- Hideki T., et al. (2002). Short nap and exercise improve sleep and mental health in the elderly. **Psychiatry and Clinical Neurosciences** 56(3): 233-234.
- Hiroyuki, U., et.al. (2008). Glucose control levels, ischemic brain lesions, and hyperinsulinaemia were associated with cognitive dysfunction in diabetic elderly. **Age and Ageing** 37: 58 - 461.
- Hooker, K., et al. (2002). Behavioral change in persons with dementia relationships with mental and physical health of caregivers. **The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences** 57: 453-460.
- Hope, R.A., Fairburn, C.G., and Goodwin, G.M. (1989). Increased eating in dementia. **Journal of Eating Disorders** 8(11): 111-115
- Howard, R., et al. (2001). Guideline for the management of agitation in dementia. **International Journal of Geriatric Psychiatry** 16(7): 714 – 717.
- Hwang, J., et al. (1998). Hoarding behavior in dementia. **American Journal of Geriatric Psychiatry** 6: 285-289.
- Hwang, J., et al. (2000). Repetitive phenomena in dementia. **The International Journal of Psychiatry in Medicine** 30: 165-171.
- Janet, M., Cassio, L., and Richard, M. (2007). Dementia. **The Journal of American Medical Association** 297: 2409-2411.
- Janevic, M.R., and Connell, C.M. (2001). Racial, Ethnic, and Cultural Differences in the dementia caregiving experience. **The Gerontologist** 41: 334-347.

- Jeffrey, L., Cummings, M., and Dilip V. (1999). Alzheimer's disease and Its management in the year 2010. **Mental Health & Aging** 50(2): 1173-1777.
- Jill, M., Steve, I., and Alison, E. (2002). Early recognition of dementia by nurse. **Journal of Advanced Nursing** 44(2): 183-191.
- Joseph, R. (2007). Alzheimer's disease: other forms of dementia. [online]. **Available from:** <http://www.webmd.com> [2008, July 19].
- Joe, v., et al. (2003). Leisure Activities and the Risk of Dementia in the Elderly. **The New England Journal of Medicine** 348: 2508 – 2516.
- Joelle, S., et al. (2007). The health of family caregivers of older impaired person in Lebanon : An interview. **International Journal of Nursing Studies** 44(2): 259.
- Jung – Hyun., K and Bob, G. K. (2008). Effects of Caregiver Status, Coping Styles, and Social Support on the Physical Health of Korean American Caregivers. **The Gerontologist** 48(3): 287-299.
- Kahn, D., et al. (2005). Treatment of dementia and agitation: A guide for families and caregiver. Postgraduate Medicine Special Report . [Online]. **Available from:** <http://www.psychguides.com> [2008, Dec 8].
- Kalmiji, S., et al. (1997). Dietaryfat intake and risk of incident dementia in the Rotterdam study. **Annals of Neurology** 42: 776-82.
- Kaput, M., Karger, A., and Janner, M. (2000). Improvement of agitation and anxiety in dementia patients after psycho educative group intervention with their caregiver. **International Journal of Geriatric Psychiatry** 15: 1125-1129.
- Keller, H.H., Edward, H.G., and Cook, C. (2007). Mealtime experiences of families with dementia. **American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias** 21(6): 431-438.
- Kirstin, A., et al. (2006). Dementia severity of the care receiver predicts pro coagulant response in Alzheimer's disease. **American Journal of Geriatric Psychiatry** 14(8): 694-703.
- Kobayashi, T. (2004). Effect of haloperidol on a patient with hyper sexuality following frontal lobe injury. **Psycho geriatric** 4(2): 49-52.
- Kukull, W.A., et al. (2002). Dementia and Alzheimer's disease Incidence : A prospective cohort study. **Archives of Neurology** 59: 1737-1746.

- Lasalle-Ricci, V.H., et al. (2006). The hoarding dimension of OCD: Psychological comorbidity and the five factor model. **Behaviors Research and Therapy** 44(10): 1503-1512.
- Leroi, I., et al. (2003). The epidemiology of psychosis in dementia. **American Journal of Geriatric Psychiatry** 11(1): 83-91.
- Letenneur, L., et al. (2000). Education and the risk for Alzheimer's disease: sex makes a difference eurodem pooled analyses Eurodem Incidence Research Group. **American Journal of Epidemiology** 151(1): 1064-1071.
- Levitsky, A.M., and Owens, N.J. (1999). Pharmacological treatment of hyper sexuality and paraphilias in nursing home resident. **Journal of the American Geriatrics Society** 47: 231-234.
- Li, N. (2002). Feeding Tubes in Patients with Severe Dementia . **American Family Physician** 65(8): 606-610.
- Lin, P.W., et al. (2007). Efficacy of aromatherapy (*Lavandula angustifolia*) as an intervention for agitated behaviors in chinese older person with dementia: A cross-over randomized trial. **International Journal of Geriatric Psychiatry** 22: 405-410.
- Lindau, M., et al. (2000). First Symptoms - Frontotemporal Dementia versus Alzheimer's disease. **Dementia** 11(5): 286-293.
- McCullagh, C.D., et al. (2001). Risk factors for dementia. **Advances in Psychiatric Treatment** 7: 24-31.
- Mamhidir, A.G., et al. (2007). Weight increase in patients dementia and alteration in meal routines and meal environment after integrity promoting care. **Journal of Clinical Nursing** 16: 987-996.
- Marks.D.F., and Sykes, M. (2000). **Dealing with dementia: recent European research**. London: Middlesex University Press.
- Mccann, E. (2000). The expression of sexuality in people with psychosis: breaking the taboos, **Journal of Advanced Nursing** 15(1): 87-96.
- Miller, C.A. (2008). Communication difficulties in hospitalized older adult with dementia. **American Journal of Nursing** 108(3): 58-66.

- Mills, P.J., et al. (2008). Effects of gender and dementia severity on Alzheimer's disease caregivers' sleep and biomarkers of coagulation and inflammation. **Brain, Behavior, and Immunity** 23 : 650-610.
- Melillo, F.M. (2002). Evidence-based protocol. wandering. **Journal of Gerontological nursing** 28(11): 14-22.
- Mitchell, S.L. (2007). A 93-Year-Old Man With Advanced Dementia and Eating Problems. **Journal of the American Medical Association** 298(21); 2527-2536.
- Miskelly, F. (2005). Electronic tracking of patients with dementia and wandering using mobile phone technology. **Age & Ageing** 34(5):497-499.
- Moe, K.E., et al. (1995). Symposium: cognitive processes and sleep disturbance: sleep/wake pattern in Alzheimer's disease; relationships with cognitive and function. **Journal of Sleep Research** 4(1): 15-20.
- Moffat, S.D., et al. (2004). Free testosterone and risk for Alzheimer disease in older men. **Neurology** 62: 188-193.
- Mohoney, R., et al. (2005). Anxiety and depression in family care giver of people with Alzheimer's disease: The laser-ad study. **American Journal of Geriatric Psychiatry** 13: 795-801.
- Moran, M., et al. (2005). Sleep disturbances in caregivers of persons with dementia: Contributing factors and treatment implications. **Sleep Medicine Reviews** 11(3): 143-153.
- Murphy, C. (1999). Loss of Olfactory function in dementing disease. **Physiology and Behavior** 66: 177-182.
- Naik, A.D., et al. (2004). Bathing disability in community-living older persons: common, consequential, and complex. **American Geriatrics Society** 52(11): 1805- 1810.
- Nation Alliance for Care giving and American Association of Retired of Person. (2004). **Family care giving in the U.S.: Finding from a national survey**. Washington, DC Author.
- Neary, S.R., and Mahoney, D.F. (2005). Dementia Care giving: the Experiences of Hispanic/Latino Caregiver. **Journal of Transcultural Nursing** 6(2): 163-170.

- Neena, E C., and Colin, R. (2002). Burden and well-being among caregiver. Examining the distinction. *Gerontologica Society of American* 42(6): 772-780.
- Nygaard, A. (2006). *The Importance of Food and Mealtimes in Dementia Care*. London: Jessica Kingsley.
- Ostwald, S.K., et al. (1999). Reducing caregiver burden: A randomized of psychoeducation intervention for caregiver of person with dementia. *Gerontologist* 39: 299-309.
- Patterson, C., et al. (2008). Diagnosis and treatment of dementia: 1. Risk assessment and primary prevention of Alzheimer disease. *Canadian Medical Association Journal* 178 (5): 548-178.
- Paula, R., et al. (2004). The influence of caregiver mastery on depression symptom. *Journal of Nursing Scholarship* 39(3): 249-255.
- Parnetti, L. (2000). Therapeutic options in dementia. *Journal of neurology* 247(3): 163-168.
- Parrot, M.D., and Greenwood, C.E. (2007). Dietary influences on cognitive function with aging from high-fat diets to healthful eating. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1114: 389-397.
- Perren, S., Schamid, R., and Wettstein, A. (2006). Caregiver' adaptation to change: The impact of increasing impairment of persons suffering from dementia on their caregiver' subjective well-being. *Aging & Mental Health* 10(5): 539-548.
- Rader, J., et al. (2006). The bath of older adult with dementia. *American Journal of Nursing* 106(4): 40-48.
- Rasin, J., and Barrick, A. L. (2004). Bathing patients with dementia. *American Journal of Nursing*: 104(3): 30-34.
- Ravaglia, G., et al. (2007). **Physical** activity and dementia risk in the elderly. Findings from a prospective Italian study. *Neurology* 70: 1786 - 1794.
- Ready, R.E., Ott, B.R., and Grace, J. (2003). Amnestic Behavior in Dementia: Symptoms to Assist in Early Detection and Diagnosis. *Journal of the American Geriatrics Society* 51(1): 32-37.

- Richeson, N.E. (2003). Effect of animal-assisted therapy on agitated behaviors and social intervention of older adult with dementia. **American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias** 8(6): 353-358.
- Ripich, D.N. (1994). Functional communication with AD patients: A caregiver training program. **Alzheimer Disease and Associated Disorders** 8(3): 95-109.
- Robinson, L., et al. (2006). A systemic literature review of the effectiveness of non pharmacological intervention to prevent wandering in dementia and evaluation of the implications and acceptability of their use. **Health Technology Assessment** 10(26): 1-4.
- Robinson, B.A., and Hicks-Moore, S.L. (2008). Favorite music and massage: Two intervention to decrees agitation in resident with dementia. **Dementia** 7(1): 95-108.
- Rogers, J., et al. (2000). Excess disability during morning care in nursing home. Residents with Dementia. **International Psycho Geriatrics** 2(2): 267-282.
- Rosa, S., et al. (2001). Agitation in demented patients in an acute care hospital : Prevalence, disruptiveness, and staff burden. **International psycho geriatrics** 13(2): 183-197.
- Ruth, R., et al. (2006). Managing problem behaviors associated with dementia. **Rehabilitation Nursing** 31(5): 186-192.
- Sabat, S.R. (1994). language function in Alzheimer's disease: A critical review of selected literature. **Language and Communication** 14(4): 331-351.
- Samuels, J., et . (2002). Hoarding in obsessive compulsive disorder: results from a case-control study. **Behaviors Research and Therapy** 110(5): 323-337.
- Sansoni, J., Vellone, E., and Piras, G. (2004). Anxiety and depression in community-dwelling, Italian Alzheimer's disease caregivers. **International Journal of Nursing Practice** 10(2): 93-100.
- Schulz, R., and Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effect of family care giving. **Journal of Social work education** 44(3): 105-133.
- Sharon, K., et al . (2002). Nurses' perception around providing palliative care for long – term care resident with dementia. **Journal of Palliative Care** 23(3): 173-180.

- Shinoda-Tagawa, T., et al. (2004). Resident-to-Resident Violent Incidents in Nursing Homes. **Journal of the American Medical Association** 291(5): 591-598.
- Sifton, C.B. (2000). Sexuality and person with dementia. **Alzheimer's Care Quarterly** 1(2): 87-90.
- Silverstein, N., Flaherty, G., and Tobin, T. (2002). **Dementia and wandering: concern for the lost elder**. New York: Springer
- Small, J.A., Geldart, K., and Gutman, G. (2000). Communication between individuals and their caregivers during activities of daily living. **American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementia** 15(5): 291-302.
- Snowden, J.S., et al. (2001). Distinct behavioral profiles in frontotemporal dementia and semantic dementia. **Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry** 70: 323-799.
- Sourial, R., et al. (2001). Agitation in dementia patient in an acute care hospital: Prevalence, Disruptiveness and staff burden. **International Journal of Geriatric Psychiatry** 13: 183-197.
- Spence, J. D. (2004). Preventing dementia by treating hypertension and preventing stroke. **Journal of the American Heart Association** 44(1): 20-21.
- Steele, C.M., et al. (1997). Mealtime difficulties in home for aged: Not just dysphagia. **Dyshagia** 12: 43-50.
- Sudha, s., et al. (2002). Plasma homocysteine as a risk factor for dementia and Alzheimer's disease. **The New England Journal of Medicine** 346(7): 476-483.
- Sung, H., Chang, A., and Abbey, J. (2006). The effect of preferred music on agitation of older people with dementia in Taiwan. **International Journal of Geriatric Psychiatry** 21: 999-1000.
- Susan, R.N., and Diane, F.M. (2005). Dementia Care giving: the Experiences of Hispanic/Latino Caregiver. **Journal of Transcultural Nursing** 6(2): 163-170.
- Tabak, N. (2006). Sexuality and Alzheimer's disease Can the Two Go Together. **Nursing Forum** 40(4): 158-166.
- Teri, L., Logsdon, R. G., and McCurry, S. M. (2002). Nonpharmacologic treatment of behavioral disturbance in dementia. **Medical Clinics of North America** 86(3): 641-656.

- Tyas, S.L., et al. (2003). Mid – life smoking and late – life dementia : the Honolulu- Asia Aging Study. **Neurobiology of Aging** 24(4): 589-96.
- Van, H.B., et al. (2006). Brain imaging in patient with diabetes: systematic review. **Diabetes Care** 29: 2539-2548
- Verdoux, H., Lagnaoui, R., and Begaud, B. (2005). Is benzodiazepine use a risk factor for cognitive decline and dementia? A literature review of epidemiological studies. **Psychological Medicine** 35(3): 307-15.
- Vitiello, M.V., and Borson, S. (2001). Sleep Disturbances in Patients with Alzheimer's Disease: Epidemiology, Pathophysiology and Treatment. **Therapy in Practice Sleep Disturbances in Patients** 15(10): 777-796.
- Volicer, L., Harper, D.G., and Manning, B.C. (2001). Sundowning and circadian rhythms in Alzheimer's disease. **American Journal of Psychiatry** 158: 704-711.
- Watson, R., and Manthorpe, J. (2003). Poorly serve? Eating and dementia. **Journal of Advance Nursing** 41(2): 162-169.
- Weissmann, M.M., et al. (1994). The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. **Journal of Clinical Psychiatry** 55(3): 5-10.
- World Health Organization. (1992). **International classification of disease**. 10th revision. Geneva: World Health Organization.
- Yaffe, T., et al. (2004). Diabetes impaired fasting glucose, and development of cognitive impairment in older woman. **Neurology** 63: 658-663.
- Zaldy, S., et al. (2008). Thyroid function and risk factor of Alzheimer's disease. **Archives of Internal Medicine** 168(14): 1514-1520.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

1. หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
2. เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
3. ใบรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ประสบการณ์การจัดการของญาติผู้ดูแลกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ชื่อผู้วิจัย

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบรายละเอียด
ของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน
ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามี
ปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วม
โครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะ
เก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุป
ผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะ
กรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ..... (ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

..... (พยาน)

..... (พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อ
เสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ..... (แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ : กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือ
ยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลาย
นิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย



เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ วิจัย	ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
ชื่อผู้วิจัย	นางสาว ธีรวรรณ คนชม
สถานที่วิจัย	1. ห้องประชุมใน หอผู้ป่วยจิตเวช ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งใช้เป็นสถานที่ในการจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธสำหรับญาติหรือผู้ดูแล ของสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม – ประเทศไทย 2. แผนกตรวจผู้ป่วยจิตเวช ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลที่รับการตรวจรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมแบบผู้ป่วยนอก
บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย	
ผู้ที่สามารถติดต่อได้ (ที่ทำงาน)	1. รศ.ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารวิทยกิติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬาลงกรณ์ 64 ถนนพญาไท แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
โทรศัพท์(ที่ทำงาน)	(02)218 9831 โทรสาร: 0 2218 9806
โทรศัพท์เคลื่อนที่	0816296785 E-mail: wattanaj@yahoo.com
(ที่ทำงาน)	2. ผศ.ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารวิทยกิติ์ชั้น 12 ซอยจุฬาลงกรณ์ 64 ถนนพญาไท แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
โทรศัพท์(ที่ทำงาน)	(02) 218 9831 โทรสาร: 0 2218 9806
โทรศัพท์เคลื่อนที่	0814226903 E-mail: suvinee@hotmail.com
ผู้สนับสนุนการวิจัย	ทุนอุดหนุนการวิจัย จากบัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ ทุนสนับสนุนโครงการวิจัยในงานประจำ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล รามาธิบดี

ความเป็นมาของโครงการ

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยที่มีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ของประชากรวัยสูงอายุ ทำให้แบบแผนการเกิดโรคเรื้อรัง และโรคเกี่ยวกับผู้สูงอายุในวันจะมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ผลจากการที่ประชากรวัยสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อาจส่งผลกระทบต่อการจัดการ และการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่ต้องการ การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุครั้งที่ 4 ปี พ.ศ.2551 ถึง ปี พ.ศ.2552 โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบผู้สูงอายุไทยกำลังประสบกับปัญหาโรคที่เกิดจากการเสื่อมของอวัยวะ 6 กลุ่มโรค โดยพบว่าภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นอีกประเด็นปัญหาสุขภาพ 1 ใน 6 กลุ่มโรค ที่กำลังส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในปัจจุบัน ซึ่งสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อกันว่ามีสาเหตุและปัจจัยที่ชักนำให้เซลล์สมองมีการเสื่อมและสลายตายไป โดยไม่มีเซลล์สมองใหม่ขึ้นมาทดแทน ทำให้สมองส่วนที่เหลืออยู่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เช่น การติดเชื้อมอง การขาดสารอาหารบางชนิด การได้รับการกระทบที่สมอง การมีปัญหาลดเลือดในสมอง เป็นต้น

จากสถิติความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประชากร พบว่าอยู่ในอัตราสูงถึง ร้อยละ 5-8 ของผู้ที่อายุเกิน 65 ปี และมีอัตราสูงถึงร้อยละ 20 เมื่ออายุเกิน 90 ปี โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รายงานว่าเป็นปัจจุบันพบประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 24.3 ล้านคน โดยในทุกๆปีจะมีจำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมรายใหม่เกิดขึ้นประมาณ 4.6 ล้านคน และทุก ๆ 7 นาที จะมีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นจำนวน 1 ราย ซึ่งอัตราความชุกและชนิดของการเกิดภาวะสมองเสื่อม จะมีความแตกต่างกันตามลักษณะ เชื้อชาติ โดยพบว่า คนอเมริกาผิวดำจะพบอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่าคนอเมริกาผิวขาวถึง 2 เท่า

สำหรับในประเทศไทยนั้น ปัจจุบันพบผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมประมาณ 900,000 คน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 1,000,000 คน ในปี พ.ศ.2561 ในจำนวนนี้เข้ารับการรักษาเพียงปีละ 1,500 - 2,000 คน เนื่องจากผู้ที่ให้การดูแลส่วนใหญ่เข้าใจว่าการที่ผู้สูงอายุมีอาการหลงๆ ลืมๆ มีความจำลดลง เป็นอาการที่สามารถพบได้ทั่วไป และเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระวิทยา ที่เป็นไปตามกระบวนการสูงอายุ ประกอบกับผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจในอาการ และอาการแสดงของโรค รวมถึงธรรมชาติของโรค ซึ่งเป็นปัญหาที่พบมากที่สุด ส่งผลทำให้เกิดการรักษาที่ล่าช้า และนำไปสู่การดูแลที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้น

ดังที่กล่าวมาแล้วว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ จะพบการสูญเสียความทรงจำ การรับรู้ในเรื่องของ วัน เวลา สถานที่ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านบุคลิกภาพ ที่ถดถอยและแยกตนเองออกจากสังคม ผู้สูงอายุบางรายมีพฤติกรรมการเดินทางจำเส้นทางในการเดินไม่ได้ เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุหายตัวไปจากบ้าน โดยอาการดังกล่าวจะพบประมาณร้อยละ 15 - 60 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม นอกจากนี้อาจมีปัญหาระยะของการสื่อสาร เช่น ไม่สามารถสื่อสารโดยการพูด และสูญเสียความเข้าใจในภาษา ไม่สามารถจดจำบุคคลหรือสิ่งของได้ ไม่สามารถสื่อโดยการชี้ท่าทางหรือสัญลักษณ์ รวมถึงการพูดซ้ำ ๆ การมีพฤติกรรมที่วุ่นวายก้าวร้าว การรื้อข้าวของ ซึ่งการดำเนินของโรคดังกล่าว เป็นสาเหตุหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจของครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวที่ไม่มีความรู้ในการดูแลและขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค โดยจะมีความทุกข์ทรมานจากการดูแลอย่างยิ่ง โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลที่ไม่ยอมรับ หรือไม่สามารปรับตัวได้

อย่างไรก็ตามในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่ามีบางครอบครัวสามารถปรับตัวและจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมองว่าการดูแลเป็นสิ่งที่ทำทลายความสามารถ และต้องการทักษะความเข้าใจในการดูแลอย่างยิ่ง โดยผู้ดูแลบางรายสามารถปรับตัว และหาวิธีการหรือกลวิธีต่างๆในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อม นอกเหนือจากเทคนิคที่ได้รับการอบรมแนะนำ หรือวิธีการที่อยู่นอกเหนือตำรา แต่เป็นวิธีการที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยตรง

ดังนั้นในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุสมองเสื่อม สามารถเรียนรู้ได้จากการบอกเล่าเรื่องราวผ่านประสบการณ์ตรง จากญาติหรือบุคคลที่เป็นผู้ดูแล ที่ปรับตัวดำรงชีวิตอยู่ในบทบาท ของการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ดีในระดับหนึ่ง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาองค์ความรู้ที่ได้ เกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของญาติผู้ดูแล ส่วนใหญ่มาจากการทบทวนวรรณกรรมจากต่างประเทศ และอาจมีความแตกต่างกันทางด้านวัฒนธรรม ทักษะคติความเชื่อ รวมถึงรูปแบบของการดูแลสุขภาพ

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมสังคมไทย ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาไว้บ้างแล้ว แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การดูแล เน้นการจัดการความเครียด การรับรู้ และผลจากการรับภาระหน้าที่ในการดูแล สำหรับการศึกษเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหา การปรับตัว และการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของ

ผู้ดูแล ซึ่งเป็นการศึกษาที่สามารถนำประสบการณ์ ในเชิงแลกเปลี่ยนความรู้จากประสบการณ์แห่ง ตน ยังไม่มีผู้ที่ศึกษาไว้

ดังนั้นในบทบาทของพยาบาล วิชาชีพ โดยเฉพาะพยาบาล ที่ให้บริการ และดูแล ผู้สูงอายุ การพัฒนาองค์ความรู้ในด้านการดูแล เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ ๆ โดยการศึกษาผ่าน ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว ที่สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการดูแล จนสามารถ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมออกมาในทางที่เหมาะสม ร่วมกับการศึกษาทบทวน วรรณกรรมจากต่างประเทศ แล้วลองนำมาปรับให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมและวัฒนธรรม ไทย ถือได้ว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ในการช่วยให้พยาบาลนำความรู้ และประสบการณ์ที่ได้จาก การศึกษา ไปถ่ายทอดความรู้ ให้คำแนะนำ เพื่อใช้ในการช่วยเหลือผู้ดูแลรายอื่น ๆ ให้สามารถ นำมาเป็นตัวอย่างและปรับใช้ในการดูแลได้อย่างเหมาะสม โดยเน้นส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามี ส่วนร่วมในการดูแล และมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ

วัตถุประสงค์ เพื่อบรรยายประสบการณ์การจัดการของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวกับ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

ในการเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยทำการคัดเลือกและค้นหากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยการขอ ร่วมมือจากสมาคม ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย ซึ่งตั้งอยู่ที่คณะแพทย ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล โดยคัดเลือกจากญาติผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ ที่กำหนด และได้ดำเนินการขออนุญาตในการเก็บข้อมูลโดยขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการ และทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงสมาคมสมองเสื่อมแห่ง ประเทศไทย

หลังจากที่ได้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยติดต่อขอพบ ญาติผู้ดูแล พร้อมทั้งให้รายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย การคุ้มครองสิทธิ ตลอดจนการขอความ ยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้ซักถามเกี่ยวกับข้อสงสัยต่าง ๆ และทำ การนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ในการสัมภาษณ์ โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยในการ เก็บข้อมูลผู้วิจัยมีแนวทางในการสัมภาษณ์ ที่สร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและจากการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์เป็นเวลา 90 - 120 นาที โดยวิธีการ ดังกล่าว เป็นวิธีการที่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้โดยตรง รวมถึงสามารถเก็บรายละเอียดและลงลึก ในประเด็นที่สนใจได้

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ใช้เป็นแนวทางและเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ไม่สามารถปรับตัวหรือไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการศึกษา เป็นข้อมูลพื้นฐานให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่สำคัญช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการยอมรับและสามารถปรับตัวต่อบทบาทของการเป็นผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม
3. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยและพัฒนา เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว ในมุมมองของวิชาชีพอื่น ๆ ในสาขาที่มีความเกี่ยวข้อง พร้อมนำการวิจัยมาปรับไปใช้ในการดำเนินการปฏิบัติพยาบาล และปรับปรุงพัฒนารูปแบบการดูแลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก และใช้เวลาในการสัมภาษณ์ค่อนข้างนาน โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์เป็นเวลา 90 - 120 นาที ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลอาจไม่มีเวลาเพียงพอที่จะให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยในประเด็นที่สนใจได้อย่างแท้จริง ทำให้ข้อมูลขาดความลุ่มลึก ดังนั้นผู้วิจัยจำเป็นต้องคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีความเต็มใจและยินยอมพร้อมที่จะให้ข้อมูลโดยผู้วิจัยจะติดต่อผ่านผู้ที่มีข้อมูล (Gate keeper) คือ แพทย์ พยาบาลผู้ให้การดูแลรวมถึงเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ ภายในสมาคมที่มีความคุ้นเคย และสามารถระบุญาติผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ผู้วิจัยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีและขั้นตอนในการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด กระบวนการในการสัมภาษณ์เชิงลึก ระยะเวลาและจำนวนครั้งในการสัมภาษณ์ รวมถึงการบันทึกเทป การจดบันทึกต่าง ๆ ในระหว่างที่มีการสัมภาษณ์ และประโยชน์ระหว่างที่มีการสัมภาษณ์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ รักษาความลับ และเปิดเผยข้อมูล ก่อนได้รับอนุญาต ไม่เปิดเผยนามจริง สถานที่จริงผู้ให้ข้อมูล ในระหว่างเก็บข้อมูลหากผู้ให้ข้อมูล มีคำถามใดไม่สะดวกใจที่จะตอบก็มีอิสระที่จะไม่ตอบ และสามารถซักถามข้อข้องใจเพิ่มเติมจนมีความกระจ่างได้ รวมทั้งสามารถยุติการให้ความร่วมมือได้ตลอดระยะเวลาในการทำ

วิจัย ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะไม่มีผลกระทบต่อบริการสุขภาพที่พึงได้รับจากเจ้าหน้าที่
สุขภาพและทางสมาคม

ถ้าท่านมีปัญหาข้อใจหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับ
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาจารย์วิจัยและสวัสดิการ
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
 ถนนพระราม 6 กทม. 10400
 โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233
 Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
 Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand
 Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

**Documentary Proof of Ethical Clearance Committee on Human Rights
 Related to Researches Involving Human Subjects
 Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University**

MURA2009/1417

Title of Project The Family Caregiver's Experiences in Management with Problematic Behaviors of Elderly with Dementia


Protocol Number ID 04-52-37

Principal Investigator Miss. Thirawan Konchome

Official Address Department of Nursing
 Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital
 Mahidol University

The aforementioned project has been reviewed and approved by Committee on Human Rights Related to Researches Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

Signature of Secretary
Committee on Human Rights Related to 
Researches Involving Human Subjects Assoc. Prof. Duangrurdee Wattanasirichaigoon, M.D.

Signature of Chairman
Committee on Human Rights Related to 
Researches Involving Human Subjects Prof. Boonsong Ongphiphadhanakul, M.D.

Date of Approval May 13, 2009

ใบรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ถนนพระราม 6 กทม. 10400
โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๒/๑๔๑๓

ชื่อโครงการ ประสิทธิภาพการจัดการของญาติผู้ดูแลกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะสมองเสื่อม

เลขที่โครงการ/รหัส ID ๐๔-๕๒-๓๗ บ

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวธีรวรรณ คนชม

ที่ทำงาน ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติฯ เหล่าซึ่ง
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

ลงนาม _____
กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน (รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม _____
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์กรพัฒน์กุล)

วันที่รับรอง ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๕๒



ภาคผนวก ข

1. แนวคำถามการสัมภาษณ์ระดับลึก
2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
3. แบบบันทึกภาคสนาม

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แนวคำถามการสัมภาษณ์ระดับลึก
ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา
ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ชื่อ.....นามสกุล.....หมายเลขรหัส.....
 จำนวนครั้งที่ให้สัมภาษณ์.....
 วันที่สัมภาษณ์..... เวลา.....น. ถึงเวลา.....น.
 สถานที่สัมภาษณ์.....

ทำความเข้าใจ และ ทำความคุ้นเคยกับผู้ให้สัมภาษณ์

ผู้สัมภาษณ์กล่าวขอบคุณผู้ให้สัมภาษณ์ที่สละเวลามาสนทนาด้วยและแนะนำตัวเองว่าเป็นนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งกำลังสนใจที่ศึกษาประสบการณ์การจัดการของญาติผู้ดูแลกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ในส่วนของการพูดคุยในวันนี้เป็นการแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกของแต่ละท่านในประเด็นความรู้ที่ยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจน ทุกท่านสามารถตอบได้อย่างอิสระตามความคิด ความรู้สึกของตนเอง ไม่มีคำตอบใดผิด คำตอบใดถูก ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ทางการศึกษารวมถึงทำให้มีการพัฒนาองค์ความรู้ต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สำหรับผู้ดูแลท่านอื่น ๆ จุดประสงค์คือต้องการทราบว่าท่านมีวิธีการหรือการรับมือกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอย่างไร เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างสร้างสรรค์ ถ้าท่านไม่สะดวกให้ข้อมูล กรุณาบอกเราด้วย และขอเรียนให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้จะไม่นำมาเปิดเผยที่ใด จะไม่มีการกล่าวอ้างว่ามาจากท่าน เราสนใจเฉพาะความคิดเห็นของท่านที่มีต่อคำถามนั้น

1. เริ่มจากการสัมภาษณ์เรื่องทั่วไป โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ และอาจมีการแสดงความคิดเห็นทั่ว ๆ ไปของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

- คุณชื่อ.....นามสกุล.....
- ปัจจุบันอายุเท่าไร
- แต่งงานมีครอบครัวหรือไม่
- ปัจจุบันมีลูก.....คน ลูกชาย.....คน ลูกสาว.....คน

(ถามในกรณีที่แต่งงานมีครอบครัว ถ้าไม่แต่งงานให้ข้ามไปข้อต่อไป)

- ปัจจุบันมีคนอาศัยอยู่ในครอบครัวกี่คน ก็ครอบครัว
- ใครทำหน้าที่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว
- คุณมีความเกี่ยวข้องและมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุอย่างไร
- คุณเป็นลูกคนที่..... (ถามในกรณีที่เป็นลูกของผู้สูงอายุโดยตรง)
- คุณมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุอย่างไร (ถามในกรณีที่ผู้ดูแลไม่ใช่ลูกของผู้สูงอายุ แต่มีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิตและเครือญาติ)
- คนในครอบครัวตัดสินใจอย่างไรว่าใครจะเป็นผู้ดูแล
- ในกรณีที่คุณ..... ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก แล้วสมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยในการดูแล แบ่งเบาภาระหน้าที่กันอย่างไร และรับผิดชอบในเรื่องใดบ้าง
- นอกจากคุณ..... เป็นผู้ดูแลหลักแล้วมีคนในครอบครัวคนอื่น ๆ ใหม่ที่เข้ามาสับเปลี่ยน หมุนเวียนช่วยคุณดูแล

2. ใช้คำถามแบบกว้างๆ เพื่อเปิดประเด็นเกี่ยวกับบทบาทของการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

- อยากให้เล่าถึงความเป็นมาและเหตุผลที่ทำให้คุณเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
- เริ่มดูแลตั้งแต่เมื่อไร
- คุณ.....เป็นผู้ที่เริ่มเห็นการเปลี่ยนแปลงและให้การดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่วัยแรกๆหรือไม่ อย่างไร
- ลองเล่าให้ฟังว่าอาการเริ่มแรกเป็นอย่างไร
- คุณรู้สึกและคิดอย่างไรกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นบุคคลที่คุณรัก
- คนในครอบครัวรู้สึกอย่างไร เมื่อทราบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมเกิดขึ้น
- ให้การดูแลเอาใจใส่ และยอมรับหรือไม่อย่างไร
- ลองเล่าให้ฟังว่าในแต่ละวันคุณต้องดูแลผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง
- คุณคิดว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความแตกต่างกับผู้สูงอายุทั่วไปอย่างไร
- คุณมีหลักในการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร
- คุณมีสิ่งยึดเหนี่ยวและมีแรงจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร

3. คำถามเข้าสู่ประเด็น เป็นการสนทนาเข้าสู่ประเด็นบทบาทของการเป็นผู้ดูแล และการรับรู้ถึงการแสดงพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เป็นปัญหา และกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

- คุณคิดว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม หรือไม่ อย่างไร

- ตลอดระยะเวลาที่คุณ..... ให้การดูแล เคยเจอปัญหาการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุบ้างหรือไม่อย่างไร (ขอให้ช่วยเล่าถึงเหตุการณ์ และยกตัวอย่างพฤติกรรม)

- นอกจากพฤติกรรม..... (ที่คุณกล่าวมา) มีพฤติกรรมใดอีกบ้างที่คุณคิดว่าเป็นปัญหา และสร้างความยุ่งยากในการในการดูแลให้กับคุณ และครอบครัว (ขอให้ช่วยเล่าถึงเหตุการณ์ และยกตัวอย่างพฤติกรรม)

- มีปัจจัยหรือสิ่งกระตุ้นให้ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรม..... (ที่คุณกล่าวมา) ออกมา หรือไม่ อย่างไร

- พฤติกรรม..... (ที่คุณกล่าวมา) ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของคุณอย่างไร

- คุณให้การดูแลและจัดการกับพฤติกรรมเหล่านั้นอย่างไร

- ปฏิกริยาของคนในครอบครัวเป็นอย่างไร ต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่แสดงออกมา

4. คำถามหลัก เป็นคำถามที่ต้องการศึกษาถึงวิธีการที่ผู้ดูแลใช้ในการดูแลและจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ตามการรับรู้ของผู้ดูแลแต่ละคน แต่ละครอบครัว

- ขอให้เล่าถึงพฤติกรรมที่คุณสามารถให้การดูแล และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมออกมาในทางที่เหมาะสม

- คุณเรียนรู้วิธีการในการดูแลและจัดการกับพฤติกรรม..... (ที่คุณกล่าวมา) อย่างไร

- มีพฤติกรรมใดบ้างที่สามารถให้การดูแลได้มากกว่า 1 วิธี

- ในแต่ละพฤติกรรมต้องปรับเปลี่ยนวิธีการในการดูแลหรือไม่ อย่างไร

- คุณใช้ระยะเวลาอย่างน้อยแค่ไหน ในการจัดการและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมออกมาในทางที่เหมาะสม

- คุณรู้สึกอย่างไร เมื่อสามารถให้การดูแล และสามารถหาวิธีการในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมออกมาในทางที่เหมาะสม

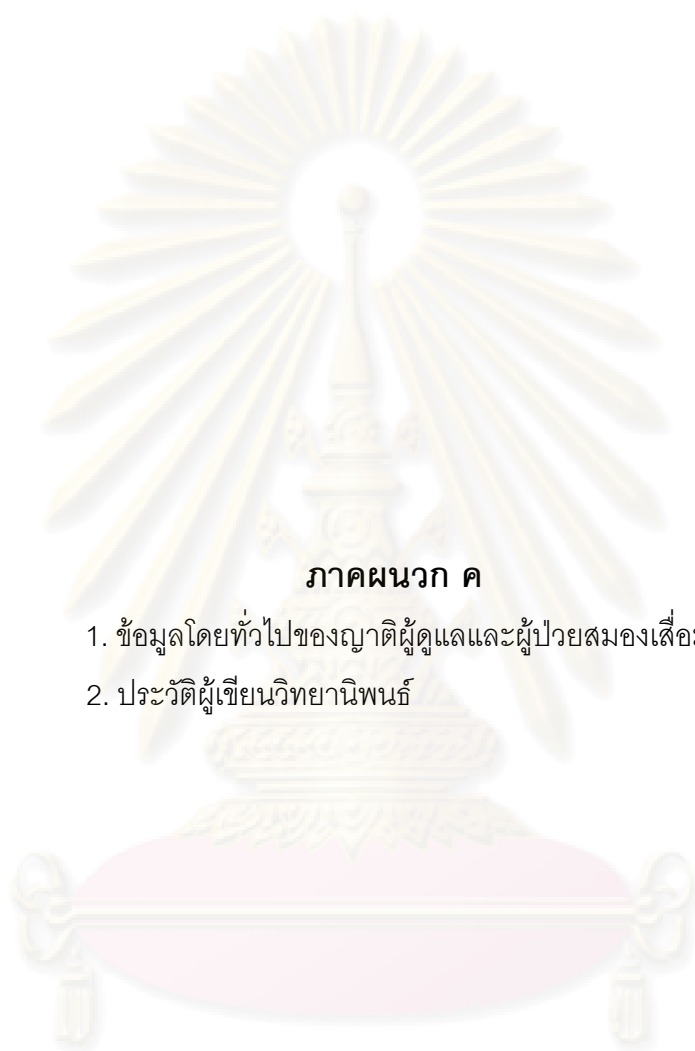
- ครอบครัวมีส่วนสนับสนุนอย่างไร

- ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะเห็นว่าผู้ดูแลจำเป็นจะต้องมีความอดทนอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงออก คุณยึดหลักอะไรในการดูแลผู้สูงอายุ โดยไม่ได้คิดว่าการดูแลดังกล่าวได้สร้างความลำบากจนเกินไป

5. คำถามสุดท้ายก่อนปิดการสัมภาษณ์

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณ คุณ.....เป็นอย่างมากที่สละเวลา และให้ความร่วมมือในการตอบข้อซักถามต่างๆ ตลอดจนได้เล่าถึงประสบการณ์ในการดูแลและจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเรื่องราวที่ได้รับการถ่ายทอดนั้นเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตของท่าน ซึ่งการสัมภาษณ์ครั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการศึกษาค้นคว้า และเป็นแนวทางในการดูแลให้กับครอบครัวอื่น ๆ หรือผู้ดูแลที่ประสบปัญหาเช่นเดียวกัน เพื่อให้การดูแลและสามารถเผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก่อนจบการสัมภาษณ์ครั้งนี้ท่านมีข้อคิดเห็นอื่นใดที่ต้องการเพิ่มเติมอีกหรือไม่ หรือมีเรื่องใดที่ท่านอยากถ่ายทอดเพิ่มเติม ในส่วนของประสบการณ์การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ซึ่งท่านสามารถให้การดูแลและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมออกมาในทางที่เหมาะสม ให้กับผู้ดูแลท่านอื่น ๆ อีก ซึ่งไม่มีในข้อคำถามที่ถามไป ท่านสามารถเล่าต่อได้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

1. ข้อมูลโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยสมองเสื่อม
2. ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

CASE ID 1

สัมภาษณ์ วันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2552

เวลา 09.30 – 12.30 น.

ข้อมูลโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1. ญาติผู้ดูแลหลัก CASE ID 1 เพศ หญิง อายุ 68 ปี จบการศึกษาปริญญาตรี เคยประกอบอาชีพเป็นสถาปนิก และรับราชการในสถานที่ราชการแห่งหนึ่ง ปัจจุบันเกษียณอายุราชการ และมีรายได้จากเงินบำนาญ ประมาณ 20,000 บาท/เดือน ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก และรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ภายในครอบครัว

2. ผู้ป่วยสมองเสื่อม เพศหญิง อายุ 70 ปี จบการศึกษาปริญญาโท เคยประกอบอาชีพรับราชการ เป็นนักวิทยาศาสตร์ในกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ปัจจุบันเกษียณอายุราชการ และมีรายได้จากเงินบำนาญ ประมาณ 20,000 บาท/เดือน ในส่วนของลักษณะนิสัยและบุคลิกภาพเดิม จากการบอกเล่าของ ญาติผู้ดูแลหลัก พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในอดีตเป็นคนที่ยื่นหนังสือเก่ง ทำอาหารเก่ง เย็บปักถักร้อยเก่ง มีจิตใจเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ชอบช่วยเหลือและเลี้ยงสัตว์ โดยในวันหยุดของทุกๆเดือนจะนำอาหารไปเลี้ยงสัตว์เช่น แมวและสุนัข จรจัดเป็นประจำ

นอกจากนี้ยังชอบช่วยเหลือเด็กและมอบทุนการศึกษาให้กับเด็ก ๆ เป็นประจำ โดยมีได้หวังสิ่งตอบแทนแต่อย่างใด ตลอดระยะเวลาประกอบอาชีพรับราชการ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นคนที่มีความรับผิดชอบ และเป็นที่รักของเพื่อนร่วมงาน จนกระทั่งในวัยที่ใกล้เกษียณอายุราชการ เริ่มมีอาการของสมองเสื่อม กล่าวคือเริ่มมีอาการหลงลืม เดินออกนอกบ้าน และจำทางเดินกลับบ้านไม่ได้ ความสนใจในการดูแลตนเองลดลง เริ่มมีการแสดงพฤติกรรมแปลก ๆ อารมณ์ก้าวร้าว จนในที่สุดครอบครัวจึงตัดสินใจพา ไปพบแพทย์ และได้รับการวินิจฉัยว่า มีภาวะสมองเสื่อมเกิดขึ้น ตั้งแต่ พ.ศ 2541 และรักษาที่โรงพยาบาลรามธิบดีจนกระทั่งถึงปัจจุบัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CASE ID 2

สัมภาษณ์ วันที่ 25 สิงหาคม พ.ศ. 2552

เวลา 13.00 – 15.00 น.

ข้อมูลโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1. ญาติผู้ดูแลหลัก CASE ID 2 เพศหญิง อายุ 54 ปี สถานภาพ โสด จบการศึกษา จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ เมื่อปี พ.ศ. 2524 เคยรับราชการอยู่ในสำนักงาน สาธารณสุข ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ และลาออกจากการรับราชการ เนื่องจากต้องรับภาระหน้าที่ ในการดูแลมารดา ซึ่งป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ถึงแม้ว่าในระยะแรก ๆ อาการของมารดา ยังไม่มีความต้องการในการดูแลอย่างใกล้ชิดเหมือนในปัจจุบัน แต่ผู้ทำหน้าที่หลัก กลับคิดว่า การได้ดูแลมารดาเป็นสิ่งที่ควรกระทำ และเป็นการตอบแทนพระคุณได้อีกทางหนึ่ง จึงตัดสินใจลาออกจากการรับราชการ มาดูแลมารดา จนกระทั่งถึงปัจจุบัน รวมเป็นระยะเวลา 16 ปี โดยในระหว่างที่ ให้การดูแล จะประกอบอาชีพค้าขายควบคู่ไปด้วย โดยทำหน้าที่ในการดูแลเป็นหลัก และช่วย พี่สาวชายของบ้าง หากมีเวลาว่างหลังจากการดูแล

2. ผู้ป่วยสมองเสื่อม เพศหญิง อายุ 80 ปี สถานภาพ หม้าย มีบุตรด้วยกัน 3 คน ในอดีตเคยประกอบอาชีพค้าขาย และสามารถสร้างตัวจนสามารถมีรายจ่ายทองรูปพรรณ และสามารถดำเนินกิจการมากระทั่งถึงปัจจุบัน จากการสอบถามของลูกๆพบว่าในอดีต ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นคนที่ขยันขันแข็งในการทำงานตลอดเวลา เวลางว่างจะชอบอ่านหนังสือเป็นชีวิตจิตใจ โดยเฉพาะหนังสือพิมพ์ โดยจะอ่านทุกหน้าและสามารถจำได้เกือบทุกคอลัมน์ แต่เมื่อเริ่มมีอาการของสมองเสื่อมในระยะแรกความสนใจต่อสิ่งต่างๆเหล่านี้ลดลง เริ่มมีอาการของคน เดินหลงทาง และทำให้สมาชิกในครอบครัวออกตามหาถึง 3 ครั้ง มีอาการหลงลืมอยู่บ่อย ๆ ชอบถามซ้ำ ๆ และมักถามถึงบุคคลในอดีตที่ผ่านมา

ปัจจุบันการดำเนินของโรค เข้าสู่ในระยะสุดท้าย ผู้สูงอายุรายนี้ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าความสามารถ และการรับรู้ต่อสิ่งต่อสิ่งต่าง ๆ นั้นได้ถูกลบเลือนหายไปจากความทรงจำ โดยนับตั้งแต่ออดีตจนถึงปัจจุบัน รวมเป็นระยะเวลา 16 ปี ที่ผู้สูงอายุ รายนี้มีอาการป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

CASE ID 3

สัมภาษณ์ ครั้งที่ 1 วันที่ 28 กันยายน พ.ศ. 2552

เวลา 13.00 – 15.30 น.

ข้อมูลโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1. ญาติผู้ดูแลหลัก CASE ID 3 เพศหญิง อายุ 46 ปี สถานภาพโสด จบการศึกษาปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง เคยประกอบอาชีพเปิดบริษัทรับจัดสวน แต่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ คือป่วยเป็นโรค SLE และต้องนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลอยู่เป็นเวลานานหลายเดือน ทำให้ธุรกิจการจัดสวนเริ่มประสบปัญหา และต้องปิดกิจการลง เนื่องจากสุขภาพไม่เอื้ออำนวย และจากการรักษาด้วยยารักษาโรค SLE ส่งผลทำให้จอประสาทตาข้างขวาเสื่อมจนถึงปัจจุบัน ประกอบกับในช่วงเวลาดังกล่าว บิดาเริ่มมีอาการเจ็บป่วย คือมีอาการของเส้นเลือดในสมองตีบ ช่วยเหลือตนเองได้ลดน้อยลงเรื่อย ๆ สมาชิกในครอบครัวจึงตัดสินใจให้ผู้ดูแลหลักรายนี้ ออกจากงาน เพื่อมาดูแลบิดา เนื่องจากเห็นว่าไม่มีภาระ และไม่ได้แต่งงาน โดยค่าใช้จ่ายในการดูแลส่วนใหญ่ มาจากการขายทรัพย์สินบางส่วน ซึ่งเป็นสมบัติของบิดาที่ทำงานสะสมมาตั้งแต่ในอดีต และมาจากการช่วยเหลือของลูก ๆ

โดยตลอดระยะเวลาของการดูแล ญาติผู้ดูแลหลักรายนี้ ได้ให้การดูแลบิดาด้วยความรัก ความใส่ใจ ถึงแม้ว่าการดูแลในระยะแรก จะเต็มไปด้วยความยากลำบาก เนื่องจากไม่เข้าใจในสิ่งที่บิดาแสดงออก แต่ระยะหลัง ได้ทราบจากแพทย์ที่ให้การรักษา ว่าบิดाप่วยเป็นโรคสมองเสื่อม จึงทำให้สิ่งที่ตกค้างอยู่ในใจของญาติผู้ดูแลรายนี้ได้เข้าใจกระจ่างมากขึ้น

ภายหลังได้ทราบถึงสาเหตุของการเจ็บป่วย ผู้ให้ข้อมูลรายนี้ เริ่มแสวงหาวิธีการดูแล โดยพยายามเรียนรู้จากหนังสือ การเข้ากลุ่มช่วยเหลือผู้ดูแล รวมทั้งขอคำปรึกษาจากแพทย์ที่ให้การรักษาอย่างต่อเนื่อง พยายามปรับเปลี่ยนมุมมองในการดูแล ใช้หลักความกตัญญู และความเข้าใจในการดูแลบิดามาตลอดระยะเวลา 7 ปีเต็ม และในระหว่างที่ให้การดูแลได้เขียนบันทึกเรื่องราวต่าง ๆ ทั้งที่เป็นเรื่องของการดูแลและความประทับใจต่าง ๆ จนกระทั่งแพทย์ที่ให้การรักษา ได้อ่านบันทึกดังกล่าวและขออนุญาตนำมาเผยแพร่ให้ประชาชนได้เข้าใจถึงโรคสมองเสื่อมมากขึ้น และทำให้คนส่วนใหญ่ได้รู้จักผู้ให้ข้อมูลรายนี้ในฐานะลูกกตัญญู

2. ผู้ป่วยสมองเสื่อม เพศชาย เกิดปี พ.ศ. 2460 (ปัจจุบันเสียชีวิตแล้ว) อดีตเคยรับราชการในกองทหารมหาดเล็กรักษาพระองค์ เคยสมรสและมีบุตรสาวทั้งหมด 5 คน เนื่องจากมีลูก

มาก จึงทำให้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรายนี้ ลาออกจากการรับราชการทหาร มาประกอบอาชีพทำนา ทำสวน เพื่อเลี้ยงดูลูก ๆ

สำหรับประวัติสุขภาพในอดีต ถือว่าเป็นคนที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงมาก ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคใด ลักษณะนิสัยเดิมเป็นคนเจ้าระเบียบ เสื้อผ้าที่ใส่ทุกตัว ทุกชุดต้องรีดให้เรียบร้อย และต้องดูดีเสมอ เป็นคนที่พูดน้อย เงียบขรึม ชยันทำงาน รักครอบครัว ที่สำคัญเป็นคนที่ชอบทำบุญเป็นชีวิตจิตใจ และจนกระทั่งอายุได้ 70 ปี ผู้สูงอายุเริ่มมีอาการป่วยด้วยโรคเส้นเลือดในสมองตีบ รักษาด้วยการรับประทานยาละลายลิ่มเลือด และต้องเข้าออกโรงพยาบาลอยู่เป็นประจำ ซึ่งตลอดช่วงระยะเวลาของการรักษาที่ผ่านมา ไม่ได้ช่วยให้อาการของผู้สูงอายุนี้นดีขึ้นแต่อย่างใด กลับทำให้อาการต่าง ๆ แย่ลงอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะปัญหาทางด้านความจำ เริ่มถดถอย ๆ กลับไปกลับมา ความสนใจในตนเองลดลง โดยเฉพาะการอาบน้ำ ซอบวางของผิดที่ บางครั้งจำนำไปซ่อน และหาไม่เจอ มีปัญหาเรื่องการนอนหลับในเวลากลางคืน และเดินไปเดินมา มีพฤติกรรมม่วนวาย ก้าวร้าว จนอาการเหล่านี้แสดงออกมามากขึ้นจนครอบครัวเริ่มรู้สึกเครียด กับพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ลูกๆ ตัดสินใจพาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมเกิดขึ้น

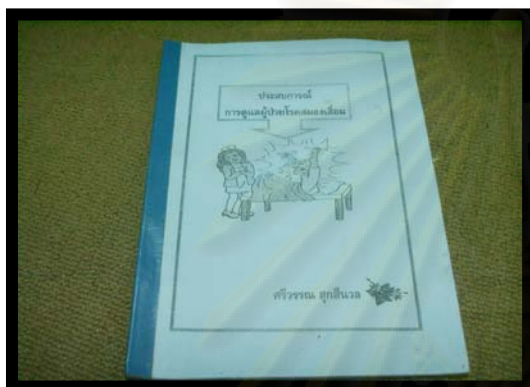
แต่ด้วยภาวะของโรค และสุขภาพร่างกายที่เริ่มอ่อนแอ ทำให้ผู้สูงอายุเริ่มมีปัญหาเรื่องปอดติดเชื้อ เนื่องจากความสามารถในการกลืนลดลง ทำให้สำลักอาหารอยู่บ่อยครั้ง และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เสียชีวิตในเวลาต่อมา

ผลงานสร้างชื่อเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1. การให้สัมภาษณ์ทางรายการ sixty minutes in Thailand เมื่อเดือน กันยายน พ.ศ 2543
2. สัมภาษณ์ทางรายการ ปัญหาสุขภาพทางช่อง 9 เมื่อวันที่ 2 เดือน กันยายน พ.ศ 2544
3. สัมภาษณ์ทางรายการเจาะใจ ตอน อัลไซเมอร์ เมื่อวันที่ 18 เดือน กันยายน พ.ศ 2545
4. บทสัมภาษณ์ คอลัมน์ จุดประกาย หัวข้อพิชิต โรคด้วยรัก ทางหนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ เมื่อวันที่ 26 กันยายน พ.ศ 2545
5. สัมภาษณ์ทางรายการ your lift เรื่องประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทาง UBC 7 เมื่อวันที่ 14 เดือนกันยายน พ.ศ 2545
6. รายการเพื่อนหญิงพลังหญิง เรื่อง การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทางช่อง 3 เมื่อวันที่ 22 ตุลาคม พ.ศ 2545
7. บทสัมภาษณ์ คอลัมน์ หมอแนะนำวิธีสังเกตโรคอัลไซเมอร์ ในหนังสือพิมพ์ ไทยรัฐ เมื่อ 21 เดือน กันยายน พ.ศ 2545

8. เป็นวิทยากร เรื่องประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในงานแพทย์เพื่อประชาชน เรื่อง โรคสมองเสื่อม ณ โรงแรมอินมา เมื่อวันที่ 7 เดือน กันยายน พ.ศ 2545
9. เรื่องราวการดำเนินชีวิตบางส่วนนำไปเขียนเป็นเป็นนวนิยายเรื่อง “ บานไม่รู้โรย “ เขียนลงในบทบรรณาธิการนิตยสารสกุลไทย ฉบับที่ 2574 วันอังคารที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ 2547

ภาพแสดงผลงานส่วนหนึ่งของผู้ให้ข้อมูล CASE ID 3



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CASE ID 4

สัมภาษณ์ วันที่ 7 ตุลาคม พ.ศ. 2552

เวลา 09.00 – 13.00 น.

ข้อมูลโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1. ญาติผู้ดูแลหลัก CASE ID 4 เพศหญิง อายุ 69 ปี สมรสกับบุตรชายคนที่ 1 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เดิมประกอบอาชีพรับราชการครู สอนในระดับประถมศึกษา ในจังหวัดปทุมธานี ปัจจุบันเกษียณออกจากราชการ และมาประกอบอาชีพชาวสวน

สำหรับบทบาทในช่วงแรกของการดูแล ภายหลังที่แม่เริ่มช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง และกลับมาอยู่ที่บ้านสวน ได้ทำหน้าที่ของลูกสะใภ้ โดยให้การดูแลแม่เป็นอย่างดี เนื่องจากสวนตัวรัก และเคารพในตัวแม่ ประกอบกับ มีความศรัทธาในตัวของแม่ จึงทำให้สามารถดูแล และอยู่ร่วมกับแม่ได้ ซึ่งบางครั้งในการดูแล จะทำให้รู้สึกท้อและเหนื่อยบ้าง อย่างไรก็ตามการได้รับกำลังใจจากคนในครอบครัว ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ญาติผู้ดูแลหลักรายนี้ สามารถฝ่าฟันปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ได้ด้วยดีเสมอมา

2. ผู้ป่วยสมองเสื่อม เพศหญิง อายุ 86 ปี (ปัจจุบันเสียชีวิตแล้ว) ภูมิลำเนาเดิมเป็นคนจังหวัดปทุมธานี แต่งงาน และมีบุตรด้วยกันทั้งหมด 6 คน เสียชีวิตไปแล้ว 2 คน ในอดีตเคยประกอบอาชีพค้าขาย โดยเริ่มจากการค้าขายผักในตลาด และความเป็นคนขยัน จึงทำให้สามารถขยับขยายกิจการการค้า จากการค้าขายเล็ก ๆ น้อย ๆ มาเป็นการค้าขายที่ต้องลงทุนมาก โดยเริ่มจากการต่อเรือ การดูตุ๋น และอาชีพสุดท้ายก่อนที่แม่จะหันหน้าเข้าหาพระพุทธศาสนา คือการทำแฉับบุก เนื่องจากไม่มีความรู้ในการทำแฉับบุก ประกอบกับเริ่มเบื่อกับการทำงาน และนิสัยส่วนตัวเดิมเป็นคนที่ชอบทำบุญ จึงทำให้แม่ตัดสินใจบวช และศึกษาธรรมะกับหลวงปู่ที่เคารพนับถือ ที่วัดหินหมากเป้ง จังหวัดหนองคาย เป็นระยะเวลา 15 ปี

สำหรับลักษณะนิสัยส่วนตัวเดิมของแม่นั้น เป็นคนที่มีความขยันขันแข็ง ทำงานตลอดเวลา โรคประจำตัวมีเพียงโรคไขมันในเส้นเลือดสูง และความดันโลหิตสูง สำหรับลักษณะนิสัยส่วนตัวเดิม เป็นคนที่มีจิตใจโอบอ้อมอารี ชอบการทำบุญ และชอบช่วยเหลือผู้อื่นอยู่เสมอๆ และที่สำคัญเป็นคนที่มีจิตศรัทธาธรรมะ เป็นพุทธศาสนิกชนที่ดี บริจาคเงินทำบุญ และทำนุบำรุงพระพุทธศาสนาทุกครั้งที่มีโอกาส ไม่ว่าจะเป็นการทำบุญหรือทำบุญทรัพย์ ต่อเมื่ออายุได้ 65 ปี แม่เริ่มรู้สึกเบื่อกับการทำงาน และนิสัยส่วนตัวชอบศึกษาธรรมะอยู่แล้วจึงตัดสินใจบวชตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา จนกระทั่งอายุได้ 80 ปี แม่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย มีอาการเหนื่อยง่าย แน่นหน้าอก ลูก ๆ เกรงว่าหากแม่มีอาการมากขึ้น จะไม่มีใครดูแลช่วยเหลือ จึงลงความเห็นว่าจะมารับแม่

กลับมาอยู่ที่บ้าน แต่การที่จะให้แม่ชี่กลับมาอยู่ที่บ้านนั้นไม่ใช่เรื่องง่าย เนื่องจากเคยชินกับสถานที่เดิม ๆ และยังคงต้องการศึกษาธรรมะกับพระที่ท่านเคารพนับถืออยู่ จึงทำให้แม่ชี่ยังคงปฏิบัติธรรมอยู่ที่วัดหินหมากเป้ง โดยการดูแลส่วนหนึ่งได้รับความช่วยเหลือจากแม่ชี่ที่อาศัยอยู่ด้วยกัน

แต่พอหลังจากพระที่เคารพนับถือท่านมรณภาพ ทำให้แม่ชี่ไม่มีแรงยึดเหนี่ยวจิตใจ และไม่มีใครคอยสอนเกี่ยวกับธรรมะ จึงทำให้แม่ชี่ตัดสินใจยอมกลับมาอยู่ที่บ้านสวนที่จังหวัดปทุมธานี แต่พอกลับมาได้สักพัก แม่ชี่เริ่มมีอาการหลง ๆ ลืม ๆ และอยากกลับบ้านตลอดเวลา ชอบถามซ้ำ และวางของผิดที่อยู่บ่อย ๆ กลับเป็นคนที่มีความผิดปกติก้าวร้าว เช่น พุดจาหยาบคาย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกน้อยใจอยู่บ่อยครั้ง ประกอบกับในขณะนั้น เริ่มมีอาการเหนื่อยง่าย ลูก ๆ จึงตัดสินใจพาไปพบแพทย์ที่ให้การรักษาเกี่ยวกับโรคผู้สูงอายุ เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย แต่ในช่วงนั้นได้แสดงอาการของโรคสมองเสื่อมปรากฏให้เห็นเด่นชัด จนแพทย์ที่ให้การรักษาสามารถสังเกตเห็นได้ จึงได้รับการตรวจความผิดปกติที่เกิดขึ้นควบคู่กันไปด้วย ผลการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ พบว่ามีภาวะสมองเสื่อมเกิดขึ้น จึงได้รับการรักษาอาการดังกล่าวควบคู่กับอาการทางร่างกาย ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา

โดยภายหลังจากรักษาอาการเจ็บป่วยได้สักพัก แม่ชี่เริ่มมีอาการทรุดหนักลงเหนื่อยง่าย ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ ประกอบกับอาการทางสมองที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้แม่ชี่เสียชีวิตในเวลาต่อมา ด้วยวัย 86 ปี

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CASE ID 5

สัมภาษณ์ วันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2552

เวลา 13.00 – 15.00 น.

ข้อมูลโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1. ญาติผู้ดูแลหลัก CASE ID 5 เพศหญิง อายุ 70 ปี จบการศึกษาในสาขาพยาบาล ศาสตร์บัณฑิต จากวิทยาลัยการสาธารณสุข (วชิรพยาบาล) เคยทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ที่วชิรพยาบาล และย้ายมารับราชการที่โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร หลังจากนั้นศึกษาต่อที่ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และทำงานในตำแหน่งบริหารที่โรงพยาบาลการไฟฟ้าเป็นตำแหน่งสุดท้าย จนเกษียณออกจากราชการเมื่อปี พ.ศ. 2542

ปัจจุบันทำหน้าที่ในการดูแลสามีที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม และมีอาการของ โรคพาร์กินสัน ในแต่ละวันจะทำหน้าที่ให้การดูแล และคอยช่วยเหลือ สามีในการทำกิจวัตร ประจำวันต่างๆ ตั้งแต่เช้าจนถึงเข้านอน ส่วนในเรื่องของการดูแลทำความสะอาดบ้าน และงาน บ้านทั่วไป จะมีแม่บ้านเข้ามาช่วยดูแล จึงทำให้ญาติผู้ดูแลหลักรายนี้ ได้มีเวลาในการดูแลอย่าง เต็มที่ โดยตลอดระยะเวลา 12 ปีที่ผ่านมากับการดูแลสามี ที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมญาติผู้ดูแล หลัก เล่าถึงประสบการณ์การดูแลที่ผ่านมา ว่าในการดูแลจำเป็นต้องใช้ความรัก ความเข้าใจ และ ใช้ความอดทนต่อพฤติกรรมต่างๆที่สามีแสดงออก ถึงแม้ว่าพฤติกรรมบางอย่างจะกระทบต่อ ความรู้สึก และรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันบ้าง แต่การพยายามอธิบายให้สมาชิกใน ครอบครัวได้ทราบ และเข้าใจในสภาวะของโรค และการใช้ความรักความผูกพันเป็นพื้นฐานในการ ดูแล ทำให้ครอบครัวยอมรับถึงภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และถือได้ว่าเป็นกำลังใจที่สำคัญยิ่งที่ ทำให้ฝ่าฟันอุปสรรคต่าง ๆ ในการดูแลสามีได้เป็นอย่างดี และที่สำคัญญาติผู้ดูแลรายนี้ ยังได้ ชี้ให้เห็นว่าการมีพื้นฐานทางครอบครัวที่อบอุ่น มีความเอื้ออาทรต่อกัน การให้กำลังใจกันละกัน โดยเฉพาะการระลึกถึงคุณความดีของสามีในอดีต ที่เคยดูแลครอบครัวได้เป็นอย่างดี ถือได้ว่าเป็น แรงเสริมและแรงจูงใจที่ทำให้ญาติผู้ดูแลรายนี้ ยังคงดูแลสามีต่อไปได้ โดยเรื่องราวการดูแลส่วน หนึ่งได้ถูกนำไปเผยแพร่ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ในหนังสือ “จะได้ไม่ลืมกัน” ของ บริษัทยา Novartis Neuroscience เดือนกันยายน พ.ศ. 2552

2. ผู้ป่วยสมองเสื่อม เพศชาย อายุ 74 ปี จบการศึกษาจากคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ในอดีตเคยรับราชการอยู่ในกรมสรรพสามิต และเกษียณออกจาก ราชการเมื่อปี พ.ศ. 2538 ในส่วนของลักษณะบุคลิกภาพเดิมเป็นคนที่มีใจเย็น ไม่ค่อยพูด รัก ครอบครัว เรียนหนังสือเก่ง สุขภาพโดยทั่วไปแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัวแต่อย่างใด สำหรับอาการ

ของโรคสมองเสื่อม จากประวัติการเจ็บป่วยที่ได้จากญาติผู้ดูแลเล่าให้ฟังว่า เริ่มมีอาการตั้งแต่ก่อนเกษียณประมาณ 2 ปี โดยจะมีอาการหวาดระแวงกลัวว่า ภรรยา (ญาติผู้ดูแลหลัก) จะไปมีคนอื่น จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้มีพฤติกรรมคอยติดตาม และถามคนอื่นอยู่เรื่อยๆว่า ในแต่ละวันภรรยาของตนไปที่ไหนกับใครบ้าง นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมชอบเก็บสะสมสิ่งของที่ไม่มีค่า ชอบเอาของไปซ่อน บางครั้งมีพฤติกรรมซ้ำๆ เช่น ชอบเช็ดทำความสะอาด สตาร์ทรถวันละหลายสิบครั้ง และเริ่มมีอาการหลงลืมมากขึ้น ซึ่งในระยะต่อมาอาการหวาดระแวงเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงทำให้ครอบครัวตัดสินใจเข้ารับการรักษา และได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะของสมองเสื่อมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540

ปัจจุบันผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรายนี้ เริ่มช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงเรื่อยๆ ประกอบกับมีอาการของโรคพาร์กินสันที่ทำให้มีอาการสั่นอยู่ตลอดเวลา ส่งผลทำให้มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประสบอุบัติเหตุตกเตียง และมีกระดูกสันหลังหักตามมา โดยภายหลังเกิดอุบัติเหตุได้เข้ารับการรักษา และแพทย์ได้ผ่าตัดใส่เหล็กที่กระดูกสันหลังที่โรงพยาบาลรามารักษาดี รวมระยะเวลาประมาณ 1 อาทิตย์ที่นอนพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CASE ID 6

การสัมภาษณ์ วันที่ 10 พฤศจิกายน พ.ศ. 2552

เวลา 16.00 – 18.00 น.

ข้อมูลโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1. ญาติผู้ดูแลหลัก เพศชาย อายุ 33 ปี จบการศึกษาปริญญาตรี จากสถาบันเทคโนโลยีราชมงคล สถานภาพ โสด ประกอบอาชีพ รับเหมาจัดสวนทั้งในกรุงเทพและต่างจังหวัด ปัจจุบันอาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกทั้งหมดคน 7 มีมารดาที่ยังสามารถทำงานได้และประกอบอาชีพค้าขาย โดยเปิดร้านขายกับข้าวอยู่ที่ตลาดในหมู่บ้าน นอกจากนี้ยังมีพี่ชาย มีพี่สะใภ้ 2 คน หลานอีก 1 คน ที่อาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกัน

สำหรับเหตุผลของการเข้ามาทำหน้าที่ในการดูแลหลัก ส่วนหนึ่งเกิดจากความรู้สึกผูกพันกับผู้ที่เคยเลี้ยงดูตนเองมาตั้งแต่เด็ก ๆ และนึกถึงบุญคุณที่เคยเลี้ยงดูมาด้วยความที่รู้สึกที่ท่านรักเหมือนลูก เป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรายนี้ มีกำลังใจในการดูแลคุณย่าที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 จนอาการของโรคล่วงเลยมาจนถึงปัจจุบันก็นับว่าอย่างเข้าสู่ปีที่ 3 ที่ญาติผู้ดูแลหลักได้ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งหมายถึงคุณย่าที่เคยชุบเลี้ยงตนเองมาตั้งแต่เด็ก ๆ

ปัจจุบันญาติผู้ดูแลหลักรายนี้ ยังคงให้การดูแลคุณย่า ซึ่งมีการป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมอย่างเช่นที่เคยปฏิบัติมา แต่ด้วยภาวะของโรคประกอบกับเริ่มมีอาการของพาร์กินสัน จึงทำให้ผู้สูงอายุเริ่มมีอาการสั่นและเคลื่อนไหวลำบาก ทำให้การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันเป็นไปด้วยความยากลำบากมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ญาติผู้ดูแลหลักรายนี้ ก็ไม่เคยย่อท้อต่อการดูแล กลับใช้ความรัก ความผูกพัน มาเป็นแรงจูงใจและยึดเหนี่ยวจิตใจในการดูแล โดยเรื่องราวของการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนหนึ่ง ได้ถูกนำไปถ่ายทอดและเผยแพร่ ให้กับประชาชนทั่วไปทั่วไปได้เข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาของภัยเงียบที่เกิดขึ้น ในรายการ “เพชรฆาตเงียบ” ออกอากาศเมื่อเดือน เมษายน พ.ศ. 2552 ที่ผ่านมา

สำหรับเรื่องราวและเหตุผลของการเป็นผู้ดูแลนั้น ส่วนหนึ่งมีพื้นฐานมาจากความรักความผูกพันที่มีมาตั้งแต่เด็ก ๆ จึงเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้เข้ามารับผิดชอบเรื่องการดูแล โดยได้รับการช่วยเหลือและได้รับกำลังใจส่วนหนึ่งจากครอบครัว โดยไม่ได้คิดว่าการดูแลดังกล่าวเป็นภาระแต่กลับคิดว่าเป็นหน้าที่และเป็นสิ่งที่ตนเองควรจะทำปฏิบัติ คือการได้ตอบแทนบุญคุณผู้ที่เคยเลี้ยงดู อบรมสั่งสอนให้ตนเองเป็นคนดี มีความรู้ และมีงานทำในปัจจุบัน

2. ผู้ป่วยสมองเสื่อม เพศ หญิง อายุ 83 ปี สถานภาพ หม้าย เคยสมรส และมีบุตรชายด้วยกันทั้งหมด 5 คน เสียชีวิต 1 คน เดิมเคยประกอบอาชีพโภชนาการอยู่ที่โรงพยาบาลรามาริบัติ และเกษียณออกมาเมื่ออายุได้ 60 ปีพอดี ในส่วนของประวัติการเจ็บป่วย พบว่าเป็นโรคเบาหวาน ไขมันในเส้นเลือดสูง และความดันโลหิตสูง รักษาและรับยาที่โรงพยาบาลรามาริบัติอย่างต่อเนื่อง

สำหรับลักษณะนิสัยเดิมนั้นเป็นคนที่รักครอบครัว ชยันทำงาน พุดเก่ง บางครั้งมีพุดจาโง่งฉาง และเป็นคนที่ระดับกระแงอยู่ตลอดเวลา ภายหลังเกษียณและอายุได้ประมาณ 80 ปี เริ่มมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป มีหลงลืม จำเหตุการณ์ไม่ค่อยได้ มักวางของผิดที่มีปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับ ตื่นมาจัดของ และรื้อข้าวของตลอดเวลา เรียกจำนวนเงินไม่ถูก เรียกเงิน 1000 บาท เป็น 10 บาท เรื่องเงิน 500 บาท เป็น 5 บาท มีเอน้ำจากบ่อปลาที่บ้านมาล้างหน้าแปรงฟัน กินน้ำยายาล้างจาน และเริ่มมีอาการหงุดหงิดมากขึ้น ครอบครัวจึงตัดสินใจพาเข้ารับตรวจรักษา และได้รับการตรวจ MRI ที่สมองผลพบว่า มีสมองฝ่อ จึงได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา

ภายหลังการรักษาและติดตามอาการอย่างต่อเนื่องได้ประมาณ 3 ปี ผู้สูงอายุรายนี้เริ่มมีอาการของโรคพาร์กินสัน และมีอาการสั่น ทำให้มีปัญหาเรื่องการทรงตัว ประกอบกับเริ่มมีอาการนอนไม่หลับ เดินไปเดินมา จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ประสบบุบตีเหตุล้มกระดูกสะโพกหัก และเข้ารับการรักษาผ่าตัดใส่เหล็กที่กระดูกสะโพกซ้าย ที่โรงพยาบาลรามาริบัติ เมื่อวันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ.2552 ที่ผ่านมา

ภาพแสดงผลงานส่วนหนึ่งของผู้ให้ข้อมูล CASE ID 4



CASE ID 7

สัมภาษณ์ วันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2552

เวลา 14.00 – 15.20 น.

ข้อมูลโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1. ญาติผู้ดูแลหลัก เพศชาย อายุ 53 ปี จบการศึกษาปริญญาตรี คณะนิติศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต เป็นบุตรคนที่ 4 และเป็นบุตรชายเพียงคนเดียวของครอบครัว ประกอบอาชีพ ธุรกิจส่วนตัวประเภทก่อสร้างหิรัญทรัพย์ ปัจจุบันอาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกับ บิดาและมารดาที่มีภาวะสมองเสื่อมเช่นเดียวกัน แต่ระยะการดำเนินของโรคและระดับของการ พึ่งพานั้นแตกต่างกัน กล่าวคือ มารดาจะอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย เมื่อ เทียบกับบิดาที่ยังพอสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ปัจจุบันทำหน้าที่หลักในการดูแลและ รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในครอบครัว และเนื่องจากประกอบธุรกิจส่วนตัวจึงมีรายได้จำนวนมาก พอที่จะสามารถดูแลบิดา-มารดาโดยไม่ลำบาก และรับผิดชอบจ่ายเงินเดือนให้กับคนที่เข้ามาช่วย ดูแลในแต่ละเดือนไม่ต่ำกว่าเดือนละ 20,000 บาท

สำหรับในเรื่องของการดูแลนอกจากมีบุตรชาย ที่มีหน้าที่ในการดูแลเป็นส่วน ใหญ่แล้ว ยังมีลูก ๆ อีก 4 คนที่แวะเวียนเข้ามาช่วยกันดูแล โดยแต่ละคนจะเข้ามาอนเป็นเพื่อน และช่วยดูแลในช่วงเวลากลางวันละ 1 คนสลับกันไปเรื่อย ๆ หรือที่เรียกว่า “การเข้าเวร” เนื่องจากบางครั้งบิดาจะมีอาการนอนไม่หลับ เดินไปเดินมา ซึ่งอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุและเป็นสิ่งที่ ครอบครัวไม่ปรารถนาที่จะให้เกิดขึ้น ในส่วนของการมีกิจกรรมและการเข้าสังคม ครอบครัวยังคง สนับสนุนและพยายามให้มีกิจกรรมทางสังคมอยู่ เช่น การไปงานบวช งานแต่งงาน เพื่อให้บิดาได้ มีโอกาสพบปะผู้คนบ้าง ถึงแม้ว่าในการสื่อสารและการสนทนาในบางเรื่อง มักพูดถึงเรื่องราวใน อดีตเมื่อครั้งตอนที่หนุ่ม ๆ ซึ่งบางครั้งก็สร้างความแปลกใจให้กับผู้ที่สนทนาด้วย อย่างไรก็ตาม บางคนที่รับรู้เรื่องราวของครอบครัว ก็จะเข้าใจถึงอาการและสิ่งที่ผู้สูงอายุแสดงออก และจะ ให้ความเคารพท่านเหมือนกับญาติผู้ใหญ่คนหนึ่งเช่นกัน

สำหรับเหตุผลที่เข้ามารับผิดชอบและทำหน้าที่ในการดูแลหลัก ๆ นั้น ญาติ ผู้ดูแลหลักกล่าวว่า เนื่องจากตนเองเป็นเพียงลูกชายคนเดียว และมีความใกล้ชิดกับบิดามากที่สุด เมื่อเทียบกับลูก ๆ คนอื่น ๆ ประกอบกับมีค่านิยม และยังยึดถือความเชื่อในเรื่องของความกตัญญู จึงเป็นเหตุผลที่รับอาสาเข้ามาดูแลช่วยเหลือ ควบคู่กับการทำธุรกิจที่บิดาได้สร้างมาตลอดชีวิต จน ล่วงเลยเข้าสู่วัยที่ไม่สามารถทำงานได้ จึงได้เข้ามาบริหารงานต่าง ๆ แทนจนถึงปัจจุบัน

ปัจจุบันถึงแม้ว่า อาการของโรคสมองเสื่อมยังคงดำเนินไปเรื่อย ๆ และทาง ครอบครัวเองทราบดีว่าเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค บิดาจะอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถช่วยเหลือ

ตนเองได้เลยและคงตกอยู่ในสภาพที่ไม่แตกต่างจากมารดาของตนเองมากนัก ถึงอย่างไรก็ตามก็ไม่ได้ทำให้ครอบครัวลดบทบาทของการดูแล แต่กลับคิดว่าการได้ทำหน้าที่ดังกล่าว เป็นโอกาสที่ทำให้ ลูก ๆ มีโอกาสได้ดูแลบิดามารดาอย่างใกล้ชิด และถือว่าการปฏิบัติดังกล่าวจะได้เป็นแบบอย่างที่ดีให้กับลูก ๆ หลานเหมือนที่ตนเอง เคยได้เห็นแบบอย่างของการปฏิบัติมาตั้งแต่ในอดีตที่ผ่านมา

2. ผู้ป่วยสมองเสื่อม เพศชาย อายุ 90 ปี จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา สมรส และมีบุตรจำนวน 5 คน เป็นชาย 1 คน และเป็นหญิง 4 คน เคยประกอบอาชีพทำนา และเนื่องจากเป็นคนที่ยึดมั่น จึงทำให้สามารถขยายพื้นที่ของการทำนาในสมัยที่ยังทำนา ได้จำนวนมาก ซึ่งปัจจุบันพื้นที่ดังกล่าว บุตรชายซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักได้สร้างหอพัก เปิดโรงเรียนอนุบาล และแบ่งพื้นที่ส่วนหนึ่งให้บริษัทเอกชนเข้ามาเช่าพื้นที่ในการทำธุรกิจ

สำหรับลักษณะนิสัยส่วนตัวเดิมนั้นเป็นบุคคลที่มีความขยันขันแข็งในการทำงาน สุขภาพเรียบร้อย รักครอบครัว แต่เนื่องจากเป็นคนที่ชอบเข้าสังคม จึงทำให้ต้องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ และดื่มมาตั้งแต่สมัยที่ยังสามารถทำงานได้จนกระทั่งอายุได้ 70 ปี เมื่ออย่างเข้าสู่วัยชราเริ่มมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป เริ่มจำเส้นทางกลับบ้านไม่ได้ มีพฤติกรรมซ้ำ ๆ และเริ่มมีการแสดงออกทางเพศที่มากผิดปกติ ขาดความยับยั้งชั่งใจ ลักษณะของการพูดมักสือออกมาในลักษณะด้านเพศมากขึ้น จนในที่สุดลูก ๆ เริ่มเห็นความผิดปกติและพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป จึงตัดสินใจพาเข้ารักษาจากการตรวจพบว่า สมองส่วนหน้าฝ่อลงอย่างเห็นได้ชัด จึงได้เริ่มรักษาอาการดังกล่าวอย่างจริงจังตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา จนกระทั่งถึงปัจจุบัน

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CASE ID 8

สัมภาษณ์ วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2552

เวลา 11.00 – 12.00 น.

ข้อมูลโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1. ญาติผู้ดูแลหลัก เพศชาย อายุ 76 ปี สถานภาพ สมรส มีบุตร 1 คน จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ในอดีตเคยรับข้าราชการตำรวจ และลาออกมาประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว ปัจจุบันได้ขายกิจการเนื่องจากไม่มีผู้มาสืบทอดกิจการ และต้องรับภาระในการดูแลภรรยา ซึ่งมีอาการป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมากขึ้น โดยตลอดระยะเวลาของการใช้ชีวิตคู่ ได้ทำหน้าที่เป็นคนดูแลภรรยาทุกอย่างไม่ว่าในเวลาเจ็บป่วยหรือไม่ก็ตาม โดยเหตุผลของการดูแลส่วนหนึ่งนั้น ญาติผู้ดูแลรายนี้เล่าให้ฟังว่า “เป็นความรู้สึกสงสารบวกกับความรู้สึกที่เป็นห่วง เนื่องจากภรรยาทำอะไรไม่เป็นเกี่ยวกับงานบ้านในครอบครัว จึงต้องดูแลรับผิดชอบเองทั้งหมด พอมาป่วยจึงต้องดูแลและเอาใจใส่เยอะมากขึ้น พอมาถึงตอนนี้มันไม่ใช่ความรัก แต่เป็นความผูกพันกันมากกว่า ที่ทำให้อยู่ด้วยกันได้” โดยตลอดระยะเวลากว่า 3 ปีที่ภรรยาพักอาศัยอยู่ในโรงพยาบาล ญาติผู้ดูแลรายนี้ยังคงเดินทางไปกลับระหว่างบ้าน และโรงพยาบาลอยู่เป็นประจำเพื่อต้องการดูแลภรรยาด้วยตนเอง และคิดว่าจะให้การดูแลแบบนี้ไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งตนเองหรือฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งแยกจากกันไป

ถึงอย่างไรก็ตาม ด้วยความที่เคยดูแลกันมาตั้งแต่ในอดีต จึงทำให้ญาติผู้ดูแลหลักรายนี้ยังคงเดินทางจากบ้านที่โชคชัย 4 มาดูแล ภรรยาที่โรงพยาบาลทุกวัน โดยจะมาดูแลในเรื่องของอาหารและกิจวัตรประจำวันทั่ว ๆ ไปโดยปฏิบัติเช่นนี้มาตลอดระยะเวลา 3 ปีเต็ม ปัจจุบันถึงแม้ว่าภรรยาจะไม่สามารถจำเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมาในชีวิต รวมถึงลูกชายเพียงคนเดียวได้ และสุดท้ายครอบครัวทราบดีว่า ภาวะของโรคจะทำให้อาการทางร่างกาย และอาการทางสมองทรุดหนักลงเรื่อย ๆ จนอาจจะทำให้ภาระใจการดูแล รวมถึงค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น แต่ถึงกระนั้นก็ได้เป็นอุปสรรคหรือเหตุผลที่ทำให้ครอบครัว หยุดการดูแลแต่อย่างใด เนื่องจากส่วนหนึ่งได้เตรียมใจและยอมรับกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตมาบ้างแล้ว

2. ผู้ป่วยสมองเสื่อม เพศ หญิง อายุ 80 ปี จบการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 8 สถานภาพ สมรส มีบุตร 1 คน ในอดีตเคยทำงานในตำแหน่งบริหารในบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง และหยุดชีวิตการทำงานด้วยวัยอายุ 65 ปี โดยตลอดระยะเวลาของการทำงานที่ผ่านมา เป็นบุคคลที่ทำงานเก่ง มีความคล่องตัวสูง เป็นที่รักของเพื่อนร่วมงานและผู้ที่อยู่ได้บังคับบัญชา เป็นคนที่ทันสมัย ชอบแต่งตัวตามแฟชั่น รักสวยรักงาม แต่เนื่องจากเป็นคนที่มีความสามารถ และความถนัดในงานบ้าน

น้อย ภาวะต่าง ๆ ในครอบครัวจึงเป็นหน้าที่ของสามี (ญาติผู้ดูแลหลัก) เนื่องจากมีเวลารับผิดชอบได้อย่างเต็มที่ ในส่วนของประวัติความเจ็บป่วย มีโรคประจำตัวคือ โรคหัวใจ (AF) รักษาโดยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับมีภาวะเครียดเกือบตลอดเวลา มีอาการหวาดระแวงคิดว่าตนเองมีภาวะเจ็บป่วยอยู่ตลอดเวลา และคอยรบเร้าให้สามีพาไปพบแพทย์อยู่เป็นประจำ ภายหลังออกจากงานเริ่มมีอาการหวาดระแวงมากขึ้น คิดว่าตนเองป่วยด้วยโรคร้ายแรง คิดว่าสามีจะไปมีคนอื่น มีพฤติกรรมตามซ้ำ ๆ ขาดการเอาใจใส่ตนเอง จนอาการและพฤติกรรมที่กล่าวมาข้างต้นแสดงออกมามากขึ้นเรื่อย ๆ ญาติผู้ดูแลจึงตัดสินใจพาเข้ารับการรักษายาอย่างจริงจังที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง และได้รับการตรวจสมรรถภาพทางสมอง พบว่าได้ 0 คะแนน จึงได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 โดยระหว่างนี้ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แต่ด้วยภาวะของโรคทำให้อาการและพฤติกรรมต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เริ่มมีพฤติกรรมเรียกร้อง โมโหร้าย หงุดหงิดง่าย ต้องการพบแพทย์ตลอดเวลา ประกอบกับญาติผู้ดูแลอายุมากขึ้น ครอบครัวจึงตัดสินใจ พาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในหอผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับสถานที่รับดูแลผู้สูงอายุ จนถึงปัจจุบัน โดยภายหลังที่รักษาได้ประมาณ 2-3 ปี ผู้สูงอายุรายนี้ เริ่มมีอาการของโรคพาร์กินสัน มีอาการเกร็ง ตัวแข็ง เคลื่อนไหวลำบาก ที่สำคัญเริ่มมีปัญหาเรื่องการกลืน อ้าปากได้น้อย ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องเข้ามาให้การดูแลอย่างใกล้ชิดมากยิ่งขึ้น

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CASE ID 9

สัมภาษณ์ วันที่ 3 ธันวาคม พ.ศ. 2552

เวลา 11.00 – 12.00 น.

ข้อมูลโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1. ญาติผู้ดูแลหลัก เพศ หญิง อายุ 51 ปี สถานภาพโสด จบการศึกษาปริญญาตรี เป็นบุตรคนที่ 3 ของผู้ป่วยสมองเสื่อม ในอดีตเคยทำงานในบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง เกี่ยวกับสินค้าส่งออก และลาออกจากงานเพื่อมาดูแลบิดาที่ป่วยเป็นอัมพาตได้ประมาณ 3 ปี บิดาก็เสียชีวิต และในขณะนั้นเอง ครอบครัวเริ่มเห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับมารดา มีพฤติกรรมและการกระทำต่าง ๆ เปลี่ยนไปจากเดิมที่เคยปฏิบัติมา เริ่มมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน ควบคุมปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้ จนกระทั่งอาการเหล่านั้นเป็นมากขึ้น ครอบครัวจึงตัดสินใจพามารดาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ

ภายหลังการตรวจรักษาจึงทราบว่ามารดาป่วยเป็นสมองเสื่อม จากความคิดที่กำลังเริ่มมองงานใหม่ทำในขณะนั้น ก็ต้องถูกล้มเลิกออกไปเนื่องจากความเจ็บป่วยของมารดา ทำให้ต้องรับภาระในการดูแลมากขึ้น เนื่องจากเหตุผลที่ว่าไม่มีภาวะเรื่องครอบครัว ในขณะที่ยังไม่เริ่มดูแล ญาติผู้ดูแลหลักรายนี้ มีสภาพจิตใจที่ไม่แตกต่างจากผู้ดูแลรายอื่นๆ เนื่องจากยังไม่สามารถเข้าใจยอมรับกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในครอบครัว ในช่วงระยะแรกๆของการเจ็บป่วย แต่ในระยะต่อมา ภายหลังที่ได้รับการรักษาจากแพทย์เพียงไม่กี่สัปดาห์ อาการหรือพฤติกรรมต่างๆ ที่เป็นภาระในการดูแลมีแนวโน้มดีขึ้น นั่นหมายถึงสภาพจิตใจของผู้ดูแลดีขึ้นไปด้วย และเนื่องจากเป็นคนที่ดีแก้ไขปัญหายั่งยืน จึงมีความพยายามในการแสวงหาวิธีการดูแลในการที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถคงความมีกิจกรรมให้มากที่สุด และมีความสุขในบั้นปลายของชีวิต

2. ผู้ป่วยสมองเสื่อม เพศ หญิง อายุ 80 ปี สถานภาพ หม้าย จบการศึกษา ชั้นประถมศึกษา เคยสมรสและปัจจุบันมีบุตร 5 คน ในอดีตไม่เคยประกอบอาชีพใด ทำหน้าที่เป็นแม่บ้านดูแลงานบ้านและลูกๆ ลักษณะนิสัยส่วนตัวเดิม เป็นคนที่มีความเป็นระเบียบเรียบร้อย มีความขยันขันแข็งในการทำงานไม่ชอบพึ่งพาคนอื่น มีความละเอียดละออ ชอบทำอาหาร ชอบการเย็บปักถักร้อย และงานเย็บผ้า

ในส่วนประวัติการเจ็บป่วย มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไทรอยด์ รักษาโดยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งประมาณเดือน ตุลาคม พ.ศ.2552 เริ่มมีอาการแขนขาชีกขาอ่อนแรง ผลการตรวจของแพทย์ พบว่ามีเส้นเลือดในสมองแตก แต่เป็นเพียงบริเวณ

เล็กน้อยจึงไม่ได้รับการผ่าตัดแต่อย่างใด มีเพียงอาการแขนขา ชีงขวาอ่อนแรง มีอาการพูดลำบาก ซึ่งปัจจุบันอาการเหล่านี้ยังคงอยู่

สำหรับประวัติการเจ็บป่วยของภาวะสมองเสื่อม เริ่มจากการมีภาวะซึมเศร้า หลังจากที่มีเสียชีวิต หลังจากนั้นเริ่มมีอาการหวาดระแวง ตาขวาง ชอบพูดคุยกับมดกับต้นไม้ จนลูกสังเกตเห็นความผิดปกติ จึงพาไปพบแพทย์ ผลการตรวจทางสมองพบว่ามีภาวะสมองเสื่อมเกิดขึ้นและได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่นั้นปี พ.ศ. 2549 นอกจากนี้ยังมีอาการเสื่อมของเส้นประสาทหู 2 ข้าง ที่ทำให้การได้ยินลดลง และเส้นประสาทบริเวณใบหน้า ที่ทำให้มีอาการปวดทุกครั้งเวลาที่เคี้ยวอาหาร ซึ่งปัจจุบันได้รับยาที่พอช่วยบรรเทาอาการปวดเหล่านี้ให้ทุเลาลง แต่เนื่องจากผลของยาทำให้มีอาการง่วงซึม ดังนั้นจึงต้องมีการปรับยาเป็นระยะ ๆ เพื่อให้ร่างกายทนต่อสภาวะเหล่านี้ได้

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่ายาจะช่วยลดอาการต่าง ๆ ได้ แต่การดำเนินของโรค ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งล่าสุดผู้สูงอายุรายนี้ เริ่มพูดน้อยลง มีความยากลำบากในการเคลื่อนไหวการรับรู้ต่าง ๆ ลดลงอย่างเห็นได้ชัด ครอบครัวจึงตัดสินใจหาคนเข้ามาช่วยแบ่งเบาภาระดังกล่าวจนกระทั่งถึงทุกวันนี้

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CASE ID 10

สัมภาษณ์ วันที่ 7 ธันวาคม พ.ศ. 2552

เวลา 11.00 – 11.50 น.

ข้อมูลโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1. ญาติผู้ดูแลหลัก เพศ หญิงอายุ 55 ปี สถานภาพ โสด จบการศึกษาปริญญาตรี จาก คณะทันตแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปัจจุบันประกอบอาชีพทันตแพทย์อิสระ ประจำคลินิก ต่าง ๆ และทำหน้าที่ในการดูแลมารดาที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 โดยในแต่ละวันจะสลับกันดูแลระหว่างแม่บ้าน และน้องสาวเนื่องจากยังต้องรับผิดชอบงานที่คลินิกอยู่ แต่จะเป็นลักษณะของงานแบบฟรีแลนซ์ โดยลักษณะงานสามารถบริหารจัดการเรื่องของเวลาได้เอง จึงสะดวกที่จะเข้ามาดูแล หากอยู่ในกรณีที่รีบด่วน และคนที่ดูแลอยู่ในขณะนั้นประสบปัญหาเรื่องการดูแล

การมีพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรค รวมถึงการมีประสบการณ์ในการดูแลคนพ่อกที่ป่วยด้วยโรคเส้นเลือดในสมองตีบที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นสิ่งที่ทำให้ญาติผู้ดูแลรายนี้ได้เข้าใจ และยอมรับบทบาทของการเป็นผู้ดูแลได้ง่าย ซึ่งการเข้ามารับภาระในการดูแลคนพ่อก ทำให้ต้องแสวงหาความรู้ในการดูแลในหลายเรื่อง ๆ โดยคิดว่าเรื่องไหนที่เป็นประโยชน์ และสามารถนำมาดูแลคนพ่อกได้ ก็จะขอเข้ารับการอบรมด้วยทุกครั้ง เพียงเพื่อต้องการนำความรู้ที่ได้มาดูแลคนพ่อกที่เจ็บป่วยอยู่ในขณะนั้น ซึ่งหนึ่งในหัวข้อเรื่องที่ขอเข้ารับการอบรม คือ การให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่จัดอบรมโดยสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย และนำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการดูแลคนพ่อกจนกระทั่งเสียชีวิต ซึ่งในระหว่างที่ให้การดูแลคนพ่อกอยู่นั้น ก็เริ่มสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่างของมารดาที่ผิดแปลกไปจากเดิม แต่เนื่องจากการดูแลที่ผ่านมาเวลาส่วนใหญ่ต้องทุ่มเทให้กับคนพ่อก จึงทำให้ขาดความสนใจต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และเป็นสิ่งที่ทำให้ รู้สึกผิดอยู่จนถึงทุกวันนี้

ส่วนเหตุผลที่เข้ามารับภาระหน้าที่ในการดูแลนั้น เนื่องจากเคยมีประสบการณ์ในการดูแลคนพ่อกที่ป่วย ประกอบกับการไม่มีภาวะครอบครัวเหมือนน้อง ๆ ที่สำคัญพอจะมีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้จากการอบรมในอดีตที่ผ่านมา จึงเป็นเหตุผลที่ทำให้ตัดสินใจและอาสาเข้ามาดูแล โดยคิดว่าในขณะนั้นตนเองน่าจะเข้าใจและมีเวลาในการดูแลมากกว่าลูก ๆ คนอื่น

2. ผู้ป่วยสมองเสื่อม เพศ หญิง อายุ 85 ปี สถานภาพ หม้าย จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา พอสามารถอ่านและเขียนหนังสือได้บ้าง ในอดีตเคยสมรส และมีบุตรด้วยกัน 4 คน เป็น ชาย 2 คน หญิง 2 คน ก่อนหน้านี้มีหน้าที่เป็นแม่บ้านคอยดูแลลูก ๆ และงานบ้านทั้งหมด ส่วนลักษณะนิสัยเดิม เป็นคนที่มีความเรียนร้อย ละเอียดยรอบคอบ ชอบงานเย็บปักถักร้อย งานเย็บผ้า และเป็นคนที่พุดน้อย

สำหรับประวัติการเจ็บป่วย เคยมีปัญหาเรื่องปวดตื้อ และรักษาหายขาดแล้วในปัจจุบัน แต่ยังมีปัญหาเรื่องเสมหะมาก ทำให้ต้องรับประทานยาจนถึงปัจจุบัน ส่วนอาการของโรคสมองเสื่อม จากประวัติที่ได้จากญาติผู้ดูแลหลักนั้น คิดว่าน่าจะมีอาการตั้งแต่ก่อนที่บิดาจะเสียชีวิต ซึ่งในขณะนั้นเริ่มมีภาวะหลงลืมบ้างแล้ว แต่เนื่องจากการดูแลที่ผ่านมานั้นได้ให้เวลาและทุ่มเทการดูแลบิดามากกว่า จึงขาดความสนใจการเปลี่ยนที่เกิดขึ้นกับมารดาในขณะนั้น จนกระทั่งบิดาได้เสียชีวิตจากไป ครอบครัวจึงสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงของมารดามากยิ่งขึ้น และผิดไปจากการดำเนินชีวิตปกติในอดีตที่ผ่านมา ความสนใจในการดำเนินชีวิตประจำวัน ลดลง ขาดการเอาใจใส่ในการดูแลตนเอง ซึ่งในอดีตที่ผ่านมาเป็นคนที่รักความสะอาด เริ่มมีกลิ่นฉ่ำๆ มีอาการหลงลืม และวางของผิดที่ มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร ไม่สามารถเรียกชื่อสิ่งของที่คุ้นเคย หรือบอกความต้องการของตนเองได้ จนอาการเหล่านี้เป็นมากขึ้น ครอบครัวจึงตัดสินใจพาเข้ารับการตรวจที่โรงพยาบาลรามาริบัติ ผลปรากฏว่ามีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรก และรักษาต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน รวมระยะที่รักษาทั้งหมด 5 ปี

สำหรับเรื่องการดูแลในปัจจุบัน ซึ่งการดำเนินของโรคยังอยู่ในระยะแรกของโรค ผู้สูงอายุยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ เข้าห้องน้ำ รับประทานอาหารได้เอง แต่บางกิจกรรมก็ยังคงต้องดูแลและระวังอุบัติเหตุ เช่น การอาบน้ำ ดังนั้นการดูแลส่วนใหญ่ จึงมุ่งเน้นส่งเสริมในเรื่องของการมีกิจกรรม โดยพยายามกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมต่างๆในแต่ละวัน และเลือกกิจกรรมที่ชอบเป็นส่วนใหญ่ เช่น การออกกำลังกาย การให้นั่งดูปลาในตู้ปลาที่มีสีสดต่าง ๆ ในระหว่างที่รับประทานอาหารเช้า การนั่งดูรูปดอกไม้หรือรูปเด็ก ที่จำทำขึ้นเป็นอัลบั้มภาพ หรือให้ช่วยทำกับข้าว เช่นการให้เด็ดผักต่าง ๆ เพื่อนำมาประกอบอาหาร ซึ่งผลปรากฏว่า ผู้สูงอายุได้ให้ความสนใจ ต่อกิจกรรมที่จัดให้ โดยเฉพาะการดูปลาจะเป็นกิจกรรมที่ชอบมากที่สุด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CASE ID 11

สัมภาษณ์ วันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2552

เวลา 10.00 – 11.20 น.

ข้อมูลโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1. ญาติผู้ดูแลหลัก เพศหญิง อายุ 70 ปี จบการศึกษาในระดับการศึกษาปริญญาตรี สถานภาพ สมรส มีบุตรด้วยกัน 2 คน ในอดีต เคยประกอบ อาชีพครู สอนในระดับอาชีวศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปัจจุบันเกษียณอายุราชการมาแล้วประมาณ 10 ปี และกำลังให้การดูแลสามีที่มีอาการป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งกำลังอยู่ในระยะแรกของการดำเนินของโรค โดยตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา 13 ปี ของการดูแลสามีที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ครอบครัวได้ยึดหลักการดูแล และให้ความสำคัญถึงวิธีการที่ว่า “จะทำอย่างไรให้การดำเนินของโรคเป็นไปช้าที่สุด” การดูแลที่ผ่านมาจึงเน้นวิธีการดูแลที่ช่วยให้ผู้สูงอายุ ได้มีกิจกรรมต่าง ๆ เหมือนคนทั่วไปมากที่สุด ทั้งนี้จะให้ความสำคัญในเรื่องของ อาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลเรื่องการขับถ่าย โดยในแต่ละวันการทำกิจกรรมต่าง ๆ ญาติผู้ดูแลหลักรายนี้ จะทำหน้าที่คอยเตือนและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ตั้งแต่เช้าจนกระทั่งถึงเข้านอน มีการส่งเสริมให้ฝึกทบทวนความจำโดยให้เขียนบันทึกประจำวันในแ่งบวกรเป็นประจำวัน ๆ วัน การส่งเสริมให้ฝึกคิดคำนวณ อัตราการเขียนแบบสร้างเรือ และการสร้างเรือจำลอง โดยจัดมุมเล็ก ๆ ของบริเวณบ้านให้เป็นที่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับต่อเรือจำลองได้ ซึ่งเป็นงานที่ผู้สูงอายุรักและใช้ชีวิตคลุกคลีมาตั้งแต่ในอดีต

2. ป่วยสมองเสื่อม เพศชาย อายุ 74 ปี สถานภาพสมรส ในอดีตเป็นอาจารย์สอนวิชา ออกแบบ เขียนแบบ และการต่อเรือจนกระทั่งเกษียณ ในอดีตเป็นบุคคลที่มีอัธยาศัยดีมาก สุขภาพเรียบร้อย สำหรับประวัติการเจ็บป่วยนั้น เดิมเป็นบุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัวใด มีเพียงอาการหลงลืม ซึ่งอาการเหล่านี้ยังไม่ได้ส่งผลกระทบต่อกรดำเนินชีวิตประจำวันมากนัก แต่ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวได้ให้ความสำคัญและใส่ใจในเรื่องสุขภาพ จึงได้พาผู้สูงอายุเข้ารับการตรวจรักษา ผลการประวัติ การตรวจร่างกาย และตรวจสแกนสมอง พบว่า ปลายประสาทเริ่มมีอาการเสื่อม หลังจากนั้นจึงเริ่มทำการรักษา โดยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการดูแลเอาใจใส่ของครอบครัว จึงทำให้อาการของโรคสมองเสื่อมดำเนินไปค่อนข้างช้า โดยพบว่าผู้สูงอายุยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ใกล้เคียงเหมือนคนปกติทั่วไป ซึ่งถ้าหากมองเพียงผิวเผิน หรือไม่ได้สัมผัสโดยการพูดคุย รวมถึงการสัมภาษณ์จากญาติผู้ดูแล ก็จะไม่ทราบว่ามีอาการของโรคสมองเสื่อม

อย่างไรก็ตามอาการของโรคนั้นถือว่า ไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อลักษณะของงานที่เคยผูกพันมาตั้งแต่สมัยอดีต ผู้สูงอายุรายนี้ยังคงสามารถอธิบายลักษณะและสามารถประกอบเรื่องได้เป็นอย่างดี เนื่องจากเคยใช้ชีวิตผูกพันกับเรื่องมาตั้งแต่สมัยเด็ก ๆ แม้กระทั่งในชีวิตของการทำงานตลอด 39 ปีเต็ม ยังได้ทำหน้าที่เป็นอาจารย์สอนวิชาออกแบบ เขียนแบบ และการต่อเรือ จนกระทั่งเกษียณ จากการบอกเล่าของญาติผู้ดูแล และรางวัลต่าง ๆ ที่วางอยู่ภายในบ้านอย่างเป็นระเบียบ พอทำให้ทราบว่า ตลอดระยะเวลาของการทำหน้าที่เป็นผู้ที่ถ่ายทอดความรู้ นั้น ถือได้ว่าเป็นผู้ที่รักในวิชาชีพครูและมีจิตวิญญาณของการเป็นครูอย่างแท้จริง เคยได้รับรางวัลผู้สอนดีเด่นในระดับอุดมศึกษา ซึ่งเป็นรางวัลที่ครอบครัวและผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจที่สุด

นอกจากนี้ผลงานหลายอย่าง ยังเป็นที่ยอมรับและเป็นที่ยอมรับของคนในวงการอาชีวศึกษาเคยนำผลงานการสร้างและออกแบบเรือไปแสดงในหลาย ๆ ประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศเกาหลี ซึ่งภายหลังจากที่เกษียณอายุราชการ และต้องการอนุรักษ์เรือเพื่อให้ชนรุ่นหลังได้ศึกษาหาความรู้ ประกอบกับความชอบส่วนตัวจึงได้แบ่งเงินส่วนหนึ่งที่สะสมมาตลอดชีวิตของการทำงาน และพื้นที่บริเวณบ้านส่วนหนึ่งเปิดเป็นพิพิธภัณฑ์เปิดให้ผู้สนใจเข้าชมจนกระทั่งถึงทุกวันนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว ธีรวรรณ คนชม เกิดวันที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2523 ภูมิลำเนาเดิม อยู่บ้านเลขที่ 72 หมู่ 7 ตำบลเหมืองหม้อ อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ รหัสไปรษณีย์ 54000 โทรศัพท์ (054) 624372 สำเร็จการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปีการศึกษา 2545 และเข้าศึกษาต่อใน หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2550 ปัจจุบันปฏิบัติงาน อยู่ในตำแหน่งพยาบาลประจำการ ประจำหอผู้ป่วยออโรโธปิดิกส์สามัญ งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และออโรโธปิดิกส์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งตั้งอยู่ เลขที่ 270 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ (02) 2011658 และ (02) 2011570



ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย