



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผลจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งการบริการด้านสาธารณสุข ที่กระจายไปอย่างทั่วถึง และจากการวางแผนครอบครัวที่ส่งผลให้อัตราเจริญพันธุ์และอัตราการตาย ของประชากรลดลง ก่อให้เกิดผลที่สำคัญชัดเจนคือ ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และมี อายุยืนยาวขึ้นทั้งในระดับประเทศและระดับโลก สำหรับประเทศไทยสัดส่วนของประชากรสูงอายุ ( 60 ปี ขึ้นไป ) สูงขึ้นจากร้อยละ 5 เมื่อ 20 ปีก่อน มาเป็นร้อยละ 10 ในปัจจุบัน และจะสูงขึ้นไป ถึงร้อยละ 16 - 17 ในอีก 20 ปีข้างหน้า ซึ่งเมื่อนั้นประชากรสูงอายุจะเพิ่มอีกเท่าตัวเป็น 12 ล้านคน<sup>(1)</sup>

ปัญหาของผู้สูงอายุที่สำคัญคือปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากความเสื่อมโทรมและการ เปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ อันเป็นผลมาจากการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายลดลง นำไปสู่การเกิดโรคหรือกลุ่มอาการที่มากับความเสื่อม ภาวะสมองเสื่อมเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุข ของผู้สูงอายุที่กำลังทวีความสำคัญยิ่งขึ้นทุกขณะ<sup>(2)</sup> ในการสำรวจสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2538 พบว่า กลุ่มอาการสมองเสื่อมอยู่ในลำดับที่ 10 ของโรคและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ<sup>(3)</sup> มีผู้ประมาณการณ์ ว่าในปี 2546 ประเทศไทยจะมีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมประมาณ 2 แสนคน จะเพิ่มเป็น 3 แสนกว่าคนในปี 2556 และเพิ่มเป็น 5 แสนคนในปี 2566<sup>(4)</sup> ตามสัดส่วนของผู้สูงอายุ ที่มากขึ้น

ภาวะสมองเสื่อม หรือ โรคสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการเสื่อมของสมองที่พบได้ บ่อยมากในผู้สูงอายุ ประมาณร้อยละ 6 - 12 ของผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป<sup>(5)</sup> โดยมีโรคอัลไซเมอร์ เป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะสมองเสื่อมที่พบมากในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ถึงร้อยละ 40 - 70 ในกลุ่มประเทศตะวันตกหรือประเทศที่มีผู้สูงอายุอายุยืนยาวพบความชุกเพิ่มขึ้น 2 เท่า ทุก ๆ 5 ปี ที่อายุเพิ่มขึ้นเมื่อนับจากอายุ 60 ปี ขึ้นไป และมีอุบัติการณ์เกิดขึ้นร้อยละ 2.2 ต่อปีของ ประชากรที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป สำหรับประเทศไทยพบความชุกประมาณร้อยละ 1.8 - 2.6 ของ จำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป<sup>(6)</sup> จากการศึกษาาระบบาติวิทยาของอาการสมองเสื่อมในประเทศไทยโดยคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ศึกษาปัญหาสมองเสื่อมในชุมชนแออัด คลองเตย พบความชุกของอาการสมองเสื่อมตามเกณฑ์ DSM III R ร้อยละ 1.8 และชนิดที่พบ มากที่สุดลงสัยเป็นอัลไซเมอร์ร้อยละ 1<sup>(7)</sup> โรคอัลไซเมอร์ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางเนื่องจากมี ภาวะทุพพลภาพสูง มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตครอบครัว ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม นอกจากนี้

นี่ในอนาคตจำนวนผู้ป่วยยังมีแนวโน้มสูงขึ้นดังที่กล่าวมาข้างต้น องค์การอนามัยโลกได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว และได้กำหนดให้วันที่ 21 กันยายนของทุกปีเป็นวันอัลไซเมอร์โลก เพื่อรณรงค์ให้สังคมตระหนักถึงปัญหาทางภาวะสมองเสื่อม นอกจากนี้ในปี 2544 ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้เป็นปีแห่งสุขภาพจิต โรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ถือเป็นหนึ่งในหกของปัญหาหรือโรคทางจิตประสาทที่สำคัญ<sup>(8)</sup>

ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์จะมีการสูญเสียการทำงานของเซลล์สมองในหลายส่วน ทำให้มีการสูญเสียในด้านความจำ การใช้ภาษา การทำงาน การปฏิบัติในชีวิตประจำวัน การคิด และใช้เหตุผล สับสนในเรื่องของเวลา สถานที่และการนอนตื่นผิดเวลา โดยทั่วไปอาการมักเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ และมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และพฤติกรรมอย่างมาก ส่งผลกระทบอย่างมากต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยและภาวะในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว<sup>(9 10)</sup> การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์เป็นความยากลำบากทั้งกายและใจของผู้ดูแล ตั้งแต่ระยะแรกของการเจ็บป่วยจนวาระสุดท้าย โดยเฉพาะในช่วงปลายระยะแรกถึงช่วงปลายระยะกลางของโรค ผู้ป่วยต้องการการดูแลแทบจะ 24 ชั่วโมง เนื่องจากขาดความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันซึ่งเป็นภาระแก่ผู้ดูแลในแทบทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรม<sup>(11)</sup> ผู้ดูแลสามารถรู้สึกถึงความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระนั้น จากงานวิจัยหลายงานพบว่าผู้ดูแลใกล้ชิดมีปัญหาสุขภาพจิตและสุขภาพกายอันเป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ Michael และคณะรายงานว่ปัญหาที่พบในผู้ดูแลคือ ความรู้สึกโกรธ เศร้า เสียใจ และรู้สึกเหน็ดเหนื่อยเกือบตลอดเวลา ความขัดแย้งในครอบครัวต่อความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีเวลาสำหรับตนเอง ความยากลำบากเหล่านี้สัมพันธ์กับสุขภาพกายและสุขภาพจิต หลายคนเป็นผู้ป่วยแฝง (hidden patients)<sup>(12)</sup> ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Robin Mace และ Lucas อ่างใน วรณิภา สมณารรณ<sup>(11)</sup> Schultz และคณะ พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลใกล้ชิดมีความทุกข์ทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญ<sup>(13)</sup> ปัญหาสุขภาพจิตมีตั้งแต่ความเครียด ความรู้สึกเป็นภาระ ความเบื่อหน่ายท้อแท้ไปจนกระทั่งมีภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะความเครียด พบว่า กว่าร้อยละ 80 ของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์มีความเครียดอยู่ในระดับสูง และเกือบครึ่งหนึ่งมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย<sup>(14)</sup> นอกจากนี้ยังมีรายงานการให้ยาทางจิตเวชสูงกว่าระดับเฉลี่ยในผู้ดูแลผู้สูงอายุทั่วไป<sup>(15)</sup> ผู้ดูแลจำนวนมากไม่ได้นึกถึงความต้องการของตน คิดไม่ออกไม่รู้ว่าที่ไหนจะช่วยตนเองได้ นอกจากนี้ความเครียดที่มากเกินไปก็ทำให้การดูแลผู้ป่วยเกิดความเสียหายได้ การช่วยเหลือผู้ดูแลเพื่อลดความรู้สึกเครียดจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง หนึ่งในวิธีการลดความเครียดคือ ผู้ดูแลต้องเรียนรู้เกี่ยวกับโรค เทคนิคการดูแลผู้ป่วย การดูแลตนเอง รวมถึงการได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์<sup>(13 16 17)</sup> ควบคู่ไปกับการได้รับการสนับสนุนทางจิตใจ การได้รับความมั่นใจและความสบายใจว่าสิ่งที่ทำไปนั้นดีที่สุด และเหมาะสมสำหรับผู้ป่วย<sup>(18)</sup>

โดยเฉพาะการได้เรียนรู้และได้รับการสนับสนุนทางจิตใจจากผู้ที่ประสบปัญหาเช่นเดียวกัน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล กล่าวถึงการให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมว่าการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลและญาติเป็นหัวใจสำคัญของจัดการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม<sup>18)</sup>

ผู้วิจัยในฐานะนักสุขภาพจิตซึ่งมีหน้าที่ให้การส่งเสริม ป้องกัน บำบัดและฟื้นฟู ตลอดจนให้การช่วยเหลือทางด้านสังคมจิตใจแก่ผู้ป่วยและญาติ มีความสนใจวิธีการให้ศึกษาแบบกลุ่ม โดยให้ความรู้ในเรื่องโรค การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการสนับสนุนการดูแลแก่ผู้ดูแล ผ่านกระบวนการกลุ่ม ใช้ประโยชน์จากกระบวนการกลุ่มควบคู่ไปกับการให้การศึกษา กระบวนการกลุ่มจะเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้สึก สมาชิกจะได้ระบายความทุกข์ใจ เกิดความรู้สึกเข้าใจและเห็นใจกัน ได้รับการยอมรับ ได้รับกำลังใจจากเพื่อนสมาชิกด้วยกัน ซึ่งผู้วิจัยคิดว่ากลุ่มให้การศึกษาลักษณะนี้น่าจะช่วยเพิ่มความมั่นใจและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย และสามารถลดความเครียดของผู้ดูแลได้ ผลที่ได้จากการวิจัยคาดว่า จะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาวิธีการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ทั้งนี้เพื่อรองรับปัญหาการดูแลผู้ป่วยของญาติซึ่งจะมีมากขึ้นในอนาคต

### คำถามการวิจัย

การเข้ากลุ่มให้การศึกษาจะช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลหรือไม่

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการจัดกลุ่มให้การศึกษาต่อการลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์

### สมมติฐานการวิจัย

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์หลังเข้ากลุ่มให้การศึกษาจะมีความเครียดลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

## ขอบเขตการวิจัย

1. การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของกลุ่มให้การศึกษเกี่ยวกับโรค การดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง และข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการสนับสนุนการดูแล ต่อการลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่มารับการรักษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

### 2. ตัวแปรที่ศึกษา

2.1 ตัวแปรอิสระ คือ กลุ่มให้การศึกษา

2.2 ตัวแปรตาม คือ ระดับความเครียด

2.3 ตัวแปรอธิบาย คือ

2.3.1 ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วย คือ เพศ อายุ เชื้อชาติ การศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรักษา ปัญหาความจำและพฤติกรรม โรคทางกายอื่นๆ ที่ต้องรักษาประจำ เงินบำนาญหรือเงินสะสมของผู้ป่วย

2.3.2 ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ดูแล คือ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ การลาออกจากงาน ลดหรือไม่สามารถทำงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย ลักษณะการดูแลผู้ป่วย จำนวนเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละวัน วันหยุดจากการดูแลผู้ป่วย สุขภาพกายก่อนและหลังมารับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวก่อนและหลังจากผู้ป่วยล้มป่วย ปัญหารบกวนจิตใจอื่นๆ นอกเหนือจากปัญหาการดูแลผู้ป่วย การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจิตใจ ตลอดจนการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

## ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้ศึกษาผลของการจัดกลุ่มให้การศึกษต่อการลดความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่อยู่ในระยะแรกและระยะที่สองของโรค ซึ่งมารับการรักษาระหว่างปี 2545 - 2546 (ช่วงที่เก็บข้อมูล) ศึกษาเฉพาะผู้ดูแลที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในวันที่กำหนดได้ทุกวัน และทำการศึกษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาปี 2546

## คำนิยามศัพท์เฉพาะ

**กลุ่มให้การศึกษ** หมายถึง การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ที่ถูกต้อง และข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการสนับสนุนการดูแลแก่ผู้ดูแลเป็นกลุ่มขนาด 6 - 10 คน อาศัยกระบวนการกลุ่มที่มีลักษณะการสื่อสารแบบสองทาง ระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก และระหว่างสมาชิกด้วยกัน รวมถึงประโยชน์ของกระบวนการกลุ่มในการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความเครียดของผู้ดูแล

**ความเครียดของผู้ดูแล** หมายถึง ผลจากการที่ผู้ดูแลประเมินความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมว่าก่อให้เกิดความเครียดต่อตนเองในระดับใด โดยประเมินจากแบบวัดความเครียดของผู้ดูแลว่าอยู่ในระดับใด วัดออกมาเป็นคะแนน

**ผู้ดูแล** หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่เป็นญาติหรือไม่ใช่ญาติที่แท้จริง ผู้อุปการะ ที่มีหน้าที่หลักในการให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่บ้าน ประเมินจากจำนวนชั่วโมงในการทำหน้าที่มากที่สุด เช่น การดูแลในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน ความสะอาด ความปลอดภัย และช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นต้น โดยดูแลผู้ป่วยมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน ทั้งนี้ต้องไม่เป็นบุคคลภายนอกครอบครัวที่มารับจ้างดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะ

**ผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์** หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม และพิจารณาว่ามีลักษณะอาการเช่นเดียวกับโรคอัลไซเมอร์

**ผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ระยะแรก** หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการสูญเสียความจำระยะสั้น มีความผิดปกติทางภาษาและความสามารถด้าน construction เริ่มหลงทิศทาง แต่ยังสามารถดูแลตัวเองและทำกิจวัตรต่างๆ ได้เป็นปกติ

**ผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ระยะที่สอง** หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความจำเสื่อมมากถึงขั้นจำสิ่งที่เพิ่งทำไม่ได้ ความจำเก่าเริ่มเสี่ย่อนหลังไป มีความผิดปกติทางภาษามากขึ้น การดูแลตัวเองบกพร่องไม่สนใจสุขลักษณะ การใช้อุปกรณ์ในชีวิตประจำวันเริ่มลำบากมากขึ้น อาจออกไปนอกบ้านโดยไม่มีจุดหมาย และหลงทางกลับบ้านไม่ถูก อาจมีอาการหูแว่วหรือภาพหลอนโดยที่ไม่ทราบว่าเป็นจริงหรือไม่ และไม่สนใจเกี่ยวกับความจำที่เสื่อมอย่างมาก

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางและรูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องเพื่อช่วยเหลือผู้ดูแล และช่วยผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม
2. ผลที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นประโยชน์ในการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และการประยุกต์รูปแบบการช่วยเหลือผู้ดูแลในผู้ป่วยโรคอื่นๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน
3. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าต่อไป

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

