

การสำรวจภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้าน

นางสาว พรรณนิภา สมนาวรรณ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย


พ.ศ. 2537

ISBN 974-631-083-6

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

116330456

A SURVEY OF FAMILY BURDEN TO CARING FOR
THE DEMENTED ELDERLY AT HOME



Miss Wannipa Sommanawan

A Thesis Submitted in Partial Fullfillment of the Requirements

For the Degree of Master of Science

Department of Psychiatry

Graduate School

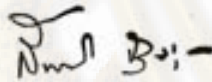
Chulalongkorn University

1994

ISBN 974-631-083-6

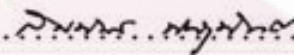
วิทยานิพนธ์ การสำรวจภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้าน
โดย นางสาววรรณนิภา สมनावรรณ
ภาควิชา จิตเวชศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรวิวรรณ นิเวตพันธุ์
อาจารย์ที่ปรึกษา (ร่วม) อาจารย์สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์

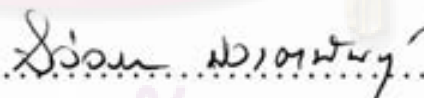
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการ
ศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต



..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.สันติ จงสุวรรณ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ ภัทรกันต์ พันธุ์จินดา)

.....  กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรวิวรรณ นิเวตพันธุ์)

.....  กรรมการ
(อาจารย์สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์)

.....  กรรมการ
(อาจารย์ นายแพทย์สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล)

วรรณิกา สมนาวรรณ : การสำรวจภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม
ที่บ้าน (A Survey of Family Burden to Caring for the
Demented Elderly at Home) อ.ที่ปรึกษา : ผศ. พญ. รวีวรรณ นิเวตพันธุ์
อ.ที่ปรึกษา (ร่วม) : อ.สุธีรา ภัทรายุตวรรตน์, 133 หน้า. ISBN 974-631-083-6

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจภาระของครอบครัวในการดูแลอันเกิดจากอาการ
ของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ปัญหาทางด้านสังคมและเศรษฐกิจของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม
ที่บ้าน และภาวะความเครียดของผู้ดูแล โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว
เดียวกันกับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 3
บางซื่อ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 29 ราย

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมก่อให้เกิดภาระแก่ผู้ดูแลในหลายด้านตามอาการดังนี้
คือ ความจำบกพร่อง ความผิดปกติของความคิด การสนทนาและสื่อสาร การทำความสะอาด
ร่างกายและแต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การเคลื่อนไหว การนอนและพฤติกรรมที่
เปลี่ยนแปลงไป โดยด้านการสนทนาสื่อสารและปัญหาในการขับถ่ายเป็นด้านที่มีจำนวนผู้ดูแลเห็นว่า
เป็นภาระมากที่สุด ส่วนปัญหาทางด้านสังคมและเศรษฐกิจพบว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมไม่ได้ก่อให้เกิด
ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจแก่ผู้ดูแล แต่เกิดปัญหาทางด้านสังคมโดยส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของ
ผู้ดูแล ทั้งนี้ผู้ดูแลได้ใช้วิธีการแก้ไขแตกต่างกันไป แต่ยังมีผู้ดูแลหลายรายที่ไม่สามารถจัดการกับ
ปัญหานี้ได้ นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังยอมรับว่าเป็นภาวะความเครียด เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ
และมีความไม่สบายกายเกิดขึ้น

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์
สาขาวิชา สุขภาพจิต
ปีการศึกษา 2537

ลายมือชื่อนิสิต อรุณทิพย์ กัมภวานน
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา รวีวรรณ นิเวตพันธุ์
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม สุธีรา ภัทรายุตวรรตน์

** C545141 MAJOR MENTAL HEALTH

KEY WORD:

FAMILY BURDEN/CARING/DEMENTED ELDERLY

WANNIPA SOMMANAWAN : A SURVEY OF FAMILY BURDEN TO CARING FOR THE DEMENTED ELDERLY AT HOME. THESIS ADVISOR : Ass.Prof RAVIWAN NIVATAPHAND M.D. CO-ADVISOR : SUCHEERA PHATTHARAYUTTAWAT. 133 PP. ISBN 974-631-083-6

The purpose of this study was to survey the burden of family in caring for the demented elderly at home, the socioeconomic problems and the stress of caregivers in the same family who live in communities area of the Public Health Center 3 Bang Sue, Bangkok. A case study of 29 caregivers were indepth interviewed.

Family burden to caring for the demented elderly have been variously described as forgetfulness, unusual thinking, speech and communication, Personal hygiene in bathing and dressing, mealtimes, incontinence, sleep disturbance, immobility and behavioural disturbance. Communication and incontinence were pointed as causing major burden more commonly than other points. The economic problem in caring for the demented elderly at home was not mentioned while the social effects on the caregivers daily life were. Varies methods were used to cope these problems. However, many caregivers were unable to cope. Almost caregivers reported emotional distress and physical illness.



ศูนย์วิทยทรัพยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์

สาขาวิชา สุขภาพจิต

ปีการศึกษา 2537

ลายมือชื่อนิสิต ฉันทิมา สัมมาวงษ์

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา วิวัฒน์ นวตพันธ์

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม วิวัฒน์ นวตพันธ์

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งของผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรวิวรรณ นิวัตพันธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์สุชีรา ภัทรายุตวรรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ (ร่วม) ที่ได้อำนวยคำแนะนำ ศึกษาริชาตตรวจแก้ไข ให้กำลังใจ และควบคุมการวิจัยด้วยดีมาตลอด ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์นายแพทย์กัมมันต์ พันธุมจินดา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์นายแพทย์สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล กรรมการสอบ และคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ตามหลักสูตรสาขาวิชาสุขภาพจิตแก่ผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ท่านผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 3 บางซื่อ ทีมงานพยาบาลสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการทุกท่านที่ได้อนุญาตและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

ขอขอบคุณกรรมการชุมชนและครอบครัวผู้สูงอายุเสมอมาที่ได้อนุญาตและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ทุนสนับสนุนในการศึกษาวิจัย

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่ได้อำนวยกำลังใจและมีส่วนสนับสนุนให้การวิจัยสำเร็จด้วยดี ผู้วิจัยจะระลึกถึงพระคุณของทุกท่านที่กล่าวมาข้างต้นและที่ไม่อาจกล่าวนามได้หมดคนที่นี่ตลอดไป

ศูนย์วิทยทรัพยากร
วรรณิกา สมนาวรรณ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ญ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	6
ข้อตกลงเบื้องต้น	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
ผลหรือประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย	8

ศูนย์วิจัยทรัพยากรชีวภาพ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
	ภาวะสมองเสื่อม	9
	อาการของภาวะสมองเสื่อม	10
	สาเหตุของโรคสมองเสื่อม	11
	การรักษาภาวะสมองเสื่อม	12
	การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม	14
	ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	23
3	วิธีดำเนินการวิจัย	28
	รูปแบบการวิจัย	28
	กรณีศึกษา	28
	วิธีการคัดเลือกกรณีศึกษา	29
	เครื่องมือทำชิ้นการวิจัย	30
	การรวบรวมข้อมูล	31
	การวิเคราะห์ข้อมูล	32
4	ผลการวิจัย	33
	ลักษณะทั่วไปของชุมชนพื้นที่ทำการวิจัย	33
	ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุสมองเสื่อม	35
	ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล	40
	ภาระในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม	45
	ภาระตามอาการของผู้สูงอายุสมองเสื่อม	45

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
4	อาการหรือพฤติกรรมของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ที่ผู้ดูแลคิดว่าเป็นภาวะมากที่สุดและวิธีการ ควบคุมดูแล	56
	ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในการดูแล ผู้สูงอายุสมองเสื่อม	70
	ภาวะความเครียดของผู้ดูแล	76
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	83
	สรุปผลการวิจัย	84
	อภิปรายผล	90
	ข้อเสนอแนะ	98
	เอกสารอ้างอิง	101
	ภาคผนวก ก	108
	ภาคผนวก ข	110
	รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	122
	ประวัติผู้เขียน	123

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุสมองเสื่อม	36
2	ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลงานแก่ตามคุณสมบัติ	41
3	โรคประจำตัวและอาการผิดปกติของผู้ดูแล	44
4	จำนวนผู้ดูแลงานแก่ตามอาการที่เห็นว่าเป็นภาวะมากที่สุด	57
5	เหตุผลของผู้ดูแลที่คิดว่าการสนทนาและการสื่อสารของผู้สูงอายุ สมองเสื่อมเป็นภาวะมากที่สุด และวิธีการควบคุมดูแล	58
6	เหตุผลของผู้ดูแลที่คิดว่าปัญหาการจับจ่ายของผู้สูงอายุสมองเสื่อม เป็นภาวะมากที่สุด และวิธีการควบคุมดูแล	60
7	เหตุผลของผู้ดูแลที่คิดว่าการทำงานสะอาดร่างกายและการแต่งตัว ของผู้สูงอายุสมองเสื่อมเป็นภาวะมากที่สุด และวิธีการควบคุมดูแล	62
8	เหตุผลของผู้ดูแลที่คิดว่าการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุสมองเสื่อม เป็นภาวะมากที่สุด และวิธีการควบคุมดูแล	63
9	เหตุผลของผู้ดูแลที่คิดว่าความจำเป็นพร้อมของผู้สูงอายุสมองเสื่อม เป็นภาวะมากที่สุด และวิธีการควบคุมดูแล	64

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
10	เหตุผลของผู้ดูแลที่คิดว่าปัญหาในการนอนหลับของผู้สูงอายุสมองเสื่อม เป็นภาระมากที่สุด และวิธีการควบคุมดูแล	65
11	เหตุผลของผู้ดูแลที่คิดว่าการชอบออกนอกบ้านและหลงทางเป็นภาระ มากที่สุด และวิธีการควบคุมดูแล	66
12	เหตุผลของผู้ดูแลที่คิดว่าพฤติกรรมชอบสะสมของใช้ของผู้สูงอายุสมองเสื่อม เป็นภาระมากที่สุด และวิธีการควบคุมดูแล	67
13	เหตุผลของผู้ดูแลที่คิดว่าการเคลื่อนไหวที่ เชื่องช้าไม่แจ่มชัดของผู้สูงอายุ สมองเสื่อมเป็นภาระมากที่สุด และวิธีการควบคุมดูแล	68
14	เหตุผลของผู้ดูแลที่คิดว่าอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุสมองเสื่อมเป็นภาระ มากที่สุด และวิธีการควบคุมดูแล	69
15	ปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากผู้สูงอายุสมองเสื่อม และวิธีแก้ไขของผู้ดูแล	72
16	เหตุผลของผู้ดูแลต่อความต้องการและไม่ต้องการได้รับการช่วยเหลือ เพื่อการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม	74

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
17	จำนวนผู้ดูแลจำแนกตามระดับความหนักใจของตนเอง	76
18	จำนวนผู้ดูแลที่ได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ จำแนกตามความรุนแรง และความรู้สึก	78
19	จำนวนผู้ดูแลที่เกิดความไม่สบายกาย จำแนกตามความรุนแรง และความไม่สบายกาย	80
20	จำนวนผู้ดูแลจำแนกตามวิธีการรักษาตนเอง	81

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ความเปลี่ยนแปลงและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันแนวโน้มโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุของโลก และของประเทศไทยกำลังสูงขึ้นเป็นลำดับ คาดว่าในปี พ.ศ.2543 (ค.ศ. 2000) ทั่วโลกจะมีประชากรสูงอายุถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งในกลุ่มของประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ตั้งข้อสังเกตว่า ในอนาคตอันใกล้ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (สุจินต์ ผลการกุล, 2532)

สำหรับในประเทศไทยการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรประเทศอันเป็นผลสืบเนื่องมาจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ และนโยบายลดอัตราการเกิดที่ได้ผลทำให้จำนวนประชากรของประเทศมีอัตราการเพิ่มที่ลดลง ในขณะที่วัยที่อายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจะเห็นได้ว่าในปี พ.ศ. 2523 มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 5 ของประชากรทั้งประเทศ ในปี พ.ศ.2533 มีจำนวนร้อยละ 6.1 และจากการคาดประมาณจำนวนประชากรโดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กล่าวว่าในปี พ.ศ.2543 จะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุถึงร้อยละ 7.6 หรือประมาณ 4.8 ล้านคน จากการเปลี่ยนแปลงในด้านบทบาทสังคม จิตใจ และการเสื่อมสภาพของร่างกายตามวัยทำให้ผู้สูงอายุเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับความสนใจดูแลจากญาติและสังคม ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากมีความเสื่อมของการทำงานในระบบต่าง ๆ ทั้งร่างกาย โดยเฉพาะระบบประสาท หัวใจ หลอดเลือด ต่อมไร้ท่อต่าง ๆ รวมทั้งกระดูกและกล้ามเนื้อนั้น จะนำมาซึ่งการเกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย เช่น โรคข้อเสื่อม โรคระบบทางเดินอาหาร โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคเบาหวาน และโรคจิตประสาท

ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เกิดขึ้นเนื่องจากหน้าที่การทำงานของสมองโดยทั่ว ๆ ไปเสื่อมลง อาจเนื่องมาจากการเสื่อมไปเองของสมองตามวัย หรือโรคของเนื้อสมองที่ทึบมีความผิดปกติในเรื่องของความคิด ความจำ ซึ่งจะเกิดผลตามมาที่สำคัญคือ การเปลี่ยนแปลงในเรื่องของความรู้สึกและพฤติกรรม ลักษณะอาการที่เกิดขึ้นนั้นเปลี่ยนแปลงไปตามอารมณ์หรือความประหลาดของผู้ป่วยก่อนการเกิดโรค รอยโรค อัตราความเลวลงของอาการตลอดจนธรรมชาติของสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม ซึ่งส่วนใหญ่มักการดำเนินโรคมักจะค่อยเป็นค่อยไปโดยที่มีระดับความรู้สึกตัวปกติ อาการที่เกิดขึ้นจะต้องมีความรุนแรงจนเป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตในสังคม (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2533) และภาวะนี้ทำให้เกิดความเสื่อมโดยทางสติปัญญาอย่างมาก จนทำให้ในระยะท้ายของโรคผู้ป่วยมักจะไม่สามารถดูแลตนเองได้ และเป็นภาระหนักต่อญาติผู้ดูแล (อนันต์ ศรีเกียรติขจร, 2535)

จากโครงการวิจัยขององค์การอนามัยโลกในเรื่องผู้สูงอายุ การประชุมของกลุ่มผู้สนใจ ณ เมืองเจนีวา เมื่อวันที่ 21-22 มีนาคม 2532 ได้อ้างถึงการประชุมขององค์การสหประชาชาติ ณ กรุงเวียนนา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2525 ที่เน้นความสำคัญของการเพิ่มประชากรของโลกในกลุ่มผู้สูงอายุนั้น ทำให้เกิดการจัดตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาด้านการวิจัยทางสาธารณสุขของปัญหาผู้สูงอายุขึ้น นอกจากนี้สมัชชาองค์การอนามัยโลกยังได้กำหนดแนวทางการวิจัยโดยเสริมสร้างความสามารถในการวิจัยระดับชาติเกี่ยวกับสภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไว้ด้วย (สุจินต์ พลากรกุล, 2532)

ปัจจุบันในสหรัฐอเมริกาภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุของการตายเป็นอันดับ 4 รองลงมาจากรอคหัวใจ โรคมะเร็ง และโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ขณะเดียวกันพบผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรง (Severe dementia) ประมาณ 1.3 ล้านคน ความชุกของโรคสมองเสื่อมระดับรุนแรงพบสูงมากเมื่ออายุมากขึ้น Mayers และคณะ (1989) พบว่าร้อยละ 5-6 ของผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมีภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรง ส่วนในประชากรที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป พบสูงถึงร้อยละ 20 ซึ่งในปี 1982 สหรัฐอเมริกาต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในสถานพยาบาลมากกว่าหมื่นล้านเหรียญสหรัฐ และจำนวนครึ่งหนึ่งของ

การครองเตียงในสถานพยาบาลเหล่านี้เป็นผู้ป่วยโรค Alzheimer's โดยคาดว่าจะในปี ค.ศ. 2030 จะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ถึงสามหมื่นล้านเหรียญสหรัฐ (Jenike, 1989)

เช่นเดียวกับในสหราชอาณาจักร จากความเจริญทางด้านทางการแพทย์และสาธารณสุขทำให้ประชากรมีอายุขัยยืนยาว อุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมในปี ค.ศ.1991 มีสูงถึง 598,550 คน จากจำนวนประชากรทั้งหมด 52 ล้านคน ซึ่งยังมีการคาดประมาณว่าในปี ค.ศ.2021 จะมีเพิ่มขึ้นถึง 7 แสนกว่าคน (The Alzheimer's Disease Society, 1992)

สำหรับในประเทศไทย เกษม ตันติผลาชีวะ (2527) ได้รายงานปัญหาจิตเวชที่พบในผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ในปี พ.ศ.2522-2524 ว่าโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุคือ โรคประสาทและโรคสมองเสื่อมในวัยชรา ต่อมาพัชรินทร์ วนิชานนท์, อัมพร โอตระกูล และสุพัฒนา เตชาดิวงศ์ ณ อยุรยา (2530) ได้ศึกษาย้อนหลังจาก รายงานผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยาเช่นกัน ระหว่างเดือนมิถุนายน 2528 ถึงพฤษภาคม 2529 พบว่ามีผู้ป่วยสมองเสื่อมถึงร้อยละ 11.6

ส่วนการศึกษาระบาดวิทยาของภาวะสมองเสื่อมในชุมชนนั้น Kammant Phanthumm chinda และคณะ (2534) ได้ทำการศึกษาในแหล่งชุมชนแออัดคลองเตย กรุงเทพมหานคร จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 500 คน โดยใช้แบบทดสอบ Mini Mental States Examination ฉบับแปลเป็นภาษาไทย และวินิจฉัยยืนยันโดยประสาทแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-III-R พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 9 คน หรือเป็นอัตราความชุกร้อยละ 1.8 ต่อมาในปี 2535 อภิญญา กังสนารักษ์ และคณะ ได้ศึกษาหาอัตราความชุก ปัจจัยเสี่ยงและสัมพันธ์ของอาการสมองเสื่อมโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ความจำ ความสนใจตั้งใจของ Blessed ฉบับแปลเป็นภาษาไทย ผลการศึกษาพบอัตราความชุกของอาการสมองเสื่อมร้อยละ 4.82 ซึ่งสูงกว่าความชุกในชุมชนแออัดคลองเตย จากการศึกษาด้านระบาดวิทยาที่แสดงให้เห็นแนวโน้มของการเพิ่มขึ้นของอัตราความชุกของอาการสมองเสื่อม ดังนั้นในอนาคตสังคมจะต้องแบกรับภาระผู้ป่วยเหล่านี้ ซึ่งคาดว่าจะพบ

มากขึ้นเรื่อย ๆ

จากอาการของภาวะสมองเสื่อมที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ความจำ และพฤติกรรม ดังที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น ย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุสมองเสื่อมซึ่งส่วนใหญ่แล้วจะเกิดจากสาเหตุที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และยังมีอาการเสื่อมถอยลงเรื่อย ๆ นั้น ทำให้ครอบครัวต้องรับมือกับผลกระทบต่อกันตลอดชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งย่อมต้องเป็นภาระแก่ญาติและผู้ดูแลเป็นอันมาก ในสหราชอาณาจักร Blendin และคณะ (1990) ศึกษาพบว่าปัญหาและความเหนื่อยหน่ายเครียดของผู้ดูแลจะเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมที่เพิ่มขึ้น ในสหรัฐอเมริกา Clipp และ George (1990) ได้รายงานว่าผู้ดูแลหรือญาติในครอบครัวของผู้สูงอายุสมองเสื่อมเหล่านี้ใช้ยาทางจิตเวชถึงร้อยละ 30 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าคนเหล่านี้มีความเสี่ยงต่อการมีอาการของความวิตกกังวล อารมณ์เศร้า และนอนไม่หลับ สูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

การดูแลผู้สูงอายุ เป็นการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน การดูแลเกี่ยวกับสภาพที่ช่วยตัวเองไม่ได้ (disability) ดูแลเกี่ยวกับการทำกิจกรรมทั้งทางร่างกายและจิตใจช่วยให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงด้านอารมณ์ เริ่มจากความต้องการทางพื้นฐานรวมถึงความอบอุ่น อาหารที่เพียงพอ เสื้อผ้าที่สะอาด และอนามัยส่วนบุคคลที่ดี ดังนั้นผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ ความช่วยเหลือในด้านการทำกิจวัตรประจำวัน การพยาบาล การระวังความปลอดภัย และการฟื้นฟูสภาพจึงมีความสำคัญยิ่ง (Phillip and Adrian, 1986 อ้างถึงในสุเกตุร ชัยยุทธ, 2535)

จากการวิจัยของศรีเรือน แก้วกังวาล (2533) เรื่องตัวแปรทางสังคมจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในผู้สูงอายุ พบว่าการอยู่บ้านของตนเองมีความสัมพันธ์กับความพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทยส่วนรวม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรัตน์ เจริญชัย และคณะ (2530) ที่พบว่า สิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการคือ การเอาใจใส่ดูแลจากลูกหลาน รู้สึกอบอุ่นเมื่อลูกหลานเข้าใกล้

ครอบครัวจึงเป็นสถาบันสำคัญที่ควรจะได้รับคิชอบในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งตรงกับหลักการของจิตเวชชุมชนที่ต้องการดึงเอาทรัพยากรในชุมชน หมายถึงบุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วย อันได้แก่ บุตรหลาน สมาชิกครอบครัวมาเป็นผู้ช่วยในการดูแลระดับประคองผู้ป่วย แต่เนื่องจากสังคมไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะกลายเป็นสังคมอุตสาหกรรม สังคมเมืองและสังคมสมัยใหม่ ครอบครัวขยายเริ่มมีแนวโน้มที่จะกลายเป็นครอบครัวที่มีขนาดเล็กลง ซึ่งภาพพร ชรยวรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์ (2530) กล่าวว่า แต่เดิมโครงสร้างของครัวเรือนไทยส่วนใหญ่เป็นครัวเรือนขยายซึ่งมีคนมากกว่า 2 รุ่นอาศัยอยู่ด้วยกัน ซึ่งลักษณะโครงสร้างครัวเรือนเช่นนี้ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุจะอยู่ร่วมกับบุตรหลานโดยได้รับการดูแลจากบุตรหลาน แต่เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม ประกอบกับภาวะปัญหาทางด้านการทำงานนอกบ้าน การจราจรที่ติดขัด ทำให้โอกาส และเวลาในการปฏิบัติสังสรในครอบครัวมีลดน้อยลง บางครอบครัวขาดผู้ดูแลบ้านในช่วงกลางวัน อันทำให้กลายเป็นภาวะที่เพิ่มมากขึ้น

การรักษาภาวะสมองเสื่อมนอกจากค้นหาสาเหตุและรักษาตามอาการที่เกิดขึ้นแล้ว การดูแลสิ่งแวดล้อมและให้คำแนะนำแก่ครอบครัวเพื่อช่วยประคับประคองผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

ดังนั้น การทำความเข้าใจกับครอบครัว เพื่อทราบถึงความรู้สึกอันเป็นภาวะและปัญหา ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ตามการรับรู้ของญาติจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ให้การรักษาทิงตระหนักถึง เพื่อวางแผนการรักษาอันจะช่วยลดความทุกข์ยากลำบาก และเหนื่อย เครียดของผู้ดูแลและญาติลงไปได้บ้าง ซึ่งจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ประกอบกับที่ในประเทศไทยการทาวิจัยเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเน้นเฉพาะการค้นหาสาเหตุในตัวผู้ป่วยและการหาอุบัติการณ์ของโรค โดยยังไม่มีส่วนได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์กับครอบครัวหรือชุมชน ที่ต้องดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมเหล่านี้ ผู้วิจัยในฐานะของนักสุขภาพจิตที่มีหน้าที่ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพทางด้านจิตใจโดยเน้นหนักและให้ความสำคัญแก่ครอบครัวและชุมชน จึงสนใจที่จะศึกษาเพื่อทำความเข้าใจถึงภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้านซึ่งยังไม่เคยมีผู้ศึกษามาก่อน อันจะทำให้เกิดประโยชน์ในการวางแผนการรักษา และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทาวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสำรวจภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม
2. เพื่อสำรวจปัญหาทางด้านสังคมและเศรษฐกิจของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้าน
3. เพื่อศึกษาภาวะความเครียดของผู้ดูแล

ขอบเขตของการวิจัย

1. กรณศึกษา

กรณีศึกษาที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 3 บางซื่อ สังก่อนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 29 ราย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 แบบคัดกรองผู้สูงอายุสมองเสื่อมซึ่งพัฒนาขึ้นโดย ชาตทอง ไล่เลิศ (2535)

2.2 แบบสัมภาษณ์กรณีศึกษา ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางขึ้น และปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ
เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

ข้อตกลงเบื้องต้น

การวิจัยแบบทดสอบเพื่อคัดกรองผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ ชาตทอง ไล่เลิศ (2535) ที่พัฒนาขึ้นสำหรับการค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยคัดเลือกข้อความจากแบบทดสอบที่นิยมใช้กันทั่วไปมาดัดแปลงให้เหมาะสม แล้วนำไปทดสอบความเที่ยงตรง และความเชื่อถือได้ในกลุ่มผู้สูงอายุปกติ กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยยืนยันจากแพทย์ ผลการวิจัยพบว่าแบบทดสอบที่พัฒนาขึ้นนี้มีความเชื่อถือได้ที่ระดับ 0.65 และมีความเที่ยงตรง โดยพบว่าจุดตัดที่เหมาะสม คือจุดคะแนน 14 จากคะแนนเต็ม 19 คะแนนนั้น มีค่าความไวร้อยละ 100 ค่าความจำเพาะร้อยละ 89.4 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแบบทดสอบนี้มีคุณลักษณะเที่ยงตรง และมีความเชื่อถือได้เหมาะสมกับวัฒนธรรมและความแตกต่างของระดับการศึกษาในผู้สูงอายุไทยได้

ดังนั้นการใช้แบบทดสอบ เพื่อคัดกรองผู้มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งพัฒนาโดย ชาตทอง ไล่เลิศ (2535) ที่จุดตัดคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 นั้น สามารถที่จะคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ตรงตามความเป็นจริง

นิยามศัพท์เฉพาะ

ภาระของครอบครัว (Family burden)

หมายถึง งานหนักที่ต้องรับเอา หรือความเดือดร้อน สบายกายของผู้ดูแลอันเป็นสมาชิกในครอบครัว ที่เกิดขึ้นเนื่องจากอาการของผู้สูงอายุสมองเสื่อม รวมทั้งปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

การดูแล (Caring)

หมายถึง การปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน อันได้แก่ การจัดหาอาหารที่อยู่อาศัย การดูแลความสะอาด การดูแลความปลอดภัย ตลอดจนการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุสมองเสื่อม (Demented elderly)

หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง ได้รับการคัดกรองด้วยแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น โดย ชาณทอง ไล่เลิศ (2535) ซึ่งถือได้ว่ามีคุณลักษณะเที่ยงตรง มีความเชื่อถือได้เหมาะสมกับวัฒนธรรมและความแตกต่างของระดับการศึกษาของผู้สูงอายุไทยในชุมชน โดยใช้เกณฑ์จุดตัดที่คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คัดกรองได้ว่าเป็นผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจนกระทั่งรบกวนความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ความคิด ความจำ ทักษะทางสังคม และมีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ พร้อมทั้งได้รับการวินิจฉัยยืนยันจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ที่มีอาการของภาวะสมองเสื่อมจริงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-III-R)

ผลหรือประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ทราบและเข้าใจถึงสภาพความเป็นอยู่ ความรู้สึกอันเป็นภาระในการดูแลที่ผู้ดูแลมีต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อม ตลอดจนทั้งผลกระทบต่อครอบครัว
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ พึงตระหนักถึงความสำคัญของครอบครัวและผลกระทบที่เกิดขึ้นเนื่องจากภาระในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม อันจะเป็นแนวทางการให้ความช่วยเหลือและวางแผนการรักษา เพื่อช่วยลดหรือป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแล
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อการทำวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้องต่อไป

ศูนย์วิจัยสหวิทยาการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยเรื่องการสำรวจภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้านนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมรายละเอียดเกี่ยวกับเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับหัวข้อที่ศึกษา คือความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม อันได้แก่ความหมาย เกณฑ์การวินิจฉัย อาการที่สำคัญ สาเหตุ วิธีการรักษา และการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวและการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม (dementia) เป็นกลุ่มอาการอันเป็นผลมาจากความผิดปกติในการทำงานของสมองใหญ่ (cerebrum) ที่เกิดขึ้นอยู่ทั่วไป (Global dysfunction) การดำเนินโรคมักเป็นไปอย่างช้า ๆ และต่อเนื่อง จะพบว่าการสูญเสียความทรงจำระยะสั้นและระยะยาว (recent and remote memory) มีการตัดสินใจบกพร่อง มีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติของความคิดนามธรรม (abstract thinking) หรือมีอาการแสดงความผิดปกติในการทำงานของสมองใหญ่ส่วนอื่น ๆ เช่น การไม่สามารถพูดหรือเข้าใจภาษา (aphasia) ทักษะการเคลื่อนไหวผิดปกติ (apraxia) การแปลความรู้สึกผิดพลาด (agnosia) เป็นต้น โดยที่มีระดับความรู้สึกดั้งเดิม และอาการที่เกิดขึ้นจะต้องมีความรุนแรงจนเป็นอุปสรรคในการใช้ชีวิตในสังคม

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-III-R) ได้กำหนดดังนี้

- A. สูญเสียความจำทั้งระยะสั้นและระยะยาว
- B. มีอย่างน้อยหนึ่งอย่างในประการต่อไปนี้
 - (1) สูญเสียความคิดนามธรรม
 - (2) สูญเสียการตัดสินใจ
 - (3) สูญเสียความสามารถของสมองขั้นสูง เช่น Aphasia Apraxia Agnosia หรือ Constructional ability
 - (4) บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง
- C. การเปลี่ยนแปลงในข้อ A และ B ต้องทำให้ทำงาน การติดต่อคนอื่นและกิจกรรมทางสังคมเสียไป
- D. ภาวะของความรู้สึกรู้สึกตัวไม่เลือนลาง
- E. มีหลักฐานว่าน่าจะมีสาเหตุจากทาง Organic

อาการของภาวะสมองเสื่อม (Symptomatology of dementia syndrome)

การสูญเสียความทรงจำจะเป็นอาการอันแรก และเป็นอาการที่เด่นที่สุด โดยเฉพาะความจำใหม่ ๆ ผู้ป่วยจะพูดซ้ำ ๆ ในการสนทนา หลงง่าย ในบ้านถ้ามีการเปลี่ยนแปลงข้าวของในบ้าน และสิ่งแวดล้อม อาจลืมการนัดหมาย และถ้าเป็นมากขึ้นจะมีอาการเสียความจำเก่า ๆ และในที่สุดจะจำสมาชิกในครอบครัวไม่ได้ รวมทั้งจำชื่อตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยในระยะแรกจะไม่ยอมรับ และจะปกปิดอาการความจำเสื่อมของตนเอง และจะแก้ตัวถ้าตอบคำถามไม่ได้ว่าไม่ได้สนใจในเรื่องนั้น

จะมีการสูญเสียความคิดที่เป็นแบบนามธรรม โดยมีการสูญเสียความคิดแบบ generalization, differentiation, logical reasoning และ concept formation จะมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปได้ ออกนอกรูปารมณ์เฉยเมย ไม่สนใจผู้อื่น และกลับจะต้องเป็นภาระของผู้อื่นในการดูแล จะมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีกวิตกกังวล มีบุคลิกภาพเข้าคิดย้ำๆ ซอหมกมุ่นและบ่นเรื่องสุขภาพของตนเอง หงุดหงิดง่ายมากขึ้น รวมทั้งอาจมีบุคลิกภาพแบบอันธพาลได้ อาจจะไม่ร่าเริง และทำร้ายคนในบ้านถ้าถูกขัดใจ ผู้ป่วยจะสูญเสียความอยากอาหาร หรือลืมว่าหิว ทำให้ไม่ได้รับประทานอาหาร หรืออดอาหาร ใช้ส้อมไม่เป็น ทำให้หูจางระ บัสสาวะเลอะเทอะไม่เป็นที่ เป็นทาง นอนไม่หลับคนเดียวนาน ๆ หรือออกจากบ้านโดยไม่มีจุดหมาย

อาการที่พบร่วมได้แก่อารมณ์เศร้าซึ่งอาการนี้จะพบน้อยลงเมื่อสมองเสื่อมเลเวลสูงมากขึ้น (Fischer, Simanyi and Danielczyk, 1990) อาการทางโรคจิตได้แก่ ประสาทหลอน และความหลงผิดชนิดหวาดระแวง รวมทั้งหลงผิดว่ามีคนขโมยของ (delusion of theft) หลงผิดคิดว่าถูกทอดทิ้ง หลงผิดว่าบ้านที่อยู่ไม่ใช่บ้านตน มีความสงสัย (suspiciousness) อาการหลงผิดนี้จะ เป็นไปตามความจำที่เสียไป เช่น หากของไม่พบ หรือลืมว่ารับประทานอาหารไปแล้ว จะโทษว่ามีคนขโมยไป ทำให้ทะเลาะกับผู้อยู่แลทั้งในบ้านหรือในสถานพยาบาล และปัญหาเรื่องสับสนเวลา บางครั้งอาจจะนอนกลางวัน ตื่นกลางคืน เดินเรื่อยเปื่อยออกนอกสถานที่ทำห้ผู้อยู่ดูแลลำบาก

สาเหตุของโรคสมองเสื่อม

เนื่องจากโรคนี้เกิดขึ้นได้จากสาเหตุหลายประการซึ่งมีลักษณะทางคลินิกและการดำเนินโรคที่แตกต่างกัน ดังนี้

1. Primary degenerative dementia of Alzheimer type (PDAT)

โรคนี้เป็นสาเหตุของอาการสมองเสื่อมที่พบบ่อยที่สุด คือพบประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยสมองเสื่อม (Cumming J.L.: อ้างอิงงาน อนันต์ ศรีเกียรติขจร, 2535) ลักษณะทางพยาธิวิทยา คือ มีอาการฝ่อเหี่ยวของสมองใหญ่ โพรงสมองกว้างขึ้น ยังพบมีการสูญเสียของเซลล์ประสาท และการลดลงของสื่อประสาท ในระยะแรกผู้ป่วยจะมีอาการหลงลืม โดยเฉพาะความจำระยะสั้น อาการจะค่อยรุนแรงขึ้นจนเริ่มมีความผิดปกติทางภาษา บุคลิกภาพ และการเคลื่อนไหว ซึ่งการดำเนินโรคเป็นไปอย่างช้า ๆ ตามอายุที่เพิ่มขึ้น จนถึงระยะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ขนาดต้องพักอยู่คนเดียว เนื่องจากไม่สามารถรักษาให้หายได้

2. Multi-infarct dementia (MID)

เป็นภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากการตายของเนื้อสมองเป็นหย่อม ๆ เนื่องจากขาดเลือด ลักษณะการเกิดโรคค่อนข้างเร็วและยังมีประวัติของ focal neurological sign เช่น การแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ (rigidity) การกลืนลำบาก (dysphagia) ร่วมกับประวัติความดันโลหิตสูง เบาหวาน ส่วนความผิดปกติของบุคลิกภาพจะพบในระยะท้ายของโรค

3. สาเหตุอื่น ๆ นอกเหนือจากข้อ 1 และ 2 เช่น การติดเชื้อในระบบประสาท น้ำคั่งในโพรงสมอง (Normal Pressure Hydrocephalus) เนื้องอกในโพรงกระโหลกศีรษะ (Intracranial Tumor), สัมเลือดใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subdural Hematoma) ซึ่งส่วนใหญ่สามารถรักษาได้ตามสาเหตุ

การรักษาภาวะสมองเสื่อม

เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมนี้สามารถเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุต่าง ๆ เป็นจำนวนมาก ทั้งที่รักษาได้และรักษาไม่ได้ ก่อนอื่นจะต้องค้นหาสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมโดยเฉพาะที่รักษาได้เสียก่อน และรักษาตามสาเหตุนั้น ๆ ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้วินิจฉัยและให้การรักษาตามกรณี

การรักษาสาเหตุในรายที่รักษาได้ เช่น การให้โทรยด์ฮอร์โมนในรายที่ขาดโทรยด์ฮอร์โมน หรือการผ่าตัดเอาก้อนเนื้องอกในสมองออก การรักษาโรคทางกายอื่น ๆ ที่เกิดร่วมด้วย และการรักษาที่ช่วยให้อาการทางสมองดีขึ้น

การรักษาตามอาการในรายที่ไม่ทราบสาเหตุ อาการที่ควบคุมได้โดยการรักษา ส่วนมากจะเป็นอาการทางจิต นอกจากอาการหลงผิดและประสาทหลอนที่พบในผู้ป่วยสมองเสื่อมแล้ว ยังมีอาการที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องยุ่งยากลำบาก ทานให้ผู้ป่วยทุกขุทรมานและเป็นภัย ได้แก่ อาการของความวุ่นวายในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การเคลื่อนไหวโดยไม่มีจุดมุ่งหมาย วิดกกังวล หงุดหงิด ก้าวร้าว บางรายอาจมีอาการซึมเศร้า ซึ่งยาที่ใช้ได้แก่ ยาต้านโรคจิตต่าง ๆ ยาคลายกังวล ยานอนหลับ และยาต้านอารมณ์เศร้า อย่างไรก็ตามต้องระมัดระวังฤทธิ์ข้างเคียง ซึ่งอาจพบได้ในผู้สูงอายุมากกว่าในวัยหนุ่มสาว

การรักษาด้านจิตสังคม (Psychosocial intervention) ควรแนะนำญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเหล่านี้ให้ระมัดระวังดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในสายตา คอยดูแลให้รับประทานยาตามเวลาเพื่อกันหลงลืม การดูแลความสะอาดทั่วไปและการทำความเข้าใจในตัวผู้ป่วย ส่วนการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เกิดจากสาเหตุที่ไม่สามารถรักษาได้นั้น การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่สำคัญได้แก่ การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบจากการสำลัก แผลกดทับ หรืออุบัติเหตุต่าง ๆ

การรักษาที่เหมาะสมที่ถูกต้องแก่ครอบครัวในการช่วยประคับประคองผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ และจำเป็นในการรักษาผู้สูงอายุสมองเสื่อมทุกราย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

การดูแลผู้ป่วยนั้น ไม่ว่าจะเป็นโรคเรื้อรังหรือไม่เพียงใด ญาติสนิทมีความหมายแก่ ผู้เจ็บป่วยมากที่สุดโดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว ในกรณีของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระยะแรกที่เขา ยังมีความสามารถจดจำบุคคลรอบกายได้ เขาย่อมต้องการญาติสนิทมิตรสหายช่วยดูแล ต้องการ ความอบอุ่นใจมาก ต่อมาในระยะหลังเมื่อผู้สูงอายุมีอาการสมองเสื่อมมากจนไม่สามารถช่วยเหลือ ตนเองได้แล้วการดูแลเพื่อประคับประคองจึงเป็นสิ่งสำคัญ

การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีอยู่หลายวิธีด้วยกันตามอาการดังนี้

1. ให้ผู้สูงอายุได้รู้จักตนเองและสิ่งรอบตัวตามความจริงให้มากที่สุด (Reality Orientation)

การฝึกให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้รับรู้ว่าตนเองเป็นใคร อยู่ที่ไหน รู้วันเวลา เดือน ปี รู้ว่าตนเองกินอาหารแล้วหรือยัง รู้สภาพดินฟ้าอากาศรอบตัว ใช้วิธีฝึกโดยตั้งคำถาม ค้าตอบ หรือกลวิธีอื่น ๆ ให้เขาได้สัมผัสความจริงรอบตัว เช่น ถามเรื่องการกินอาหาร การดำเนินชีวิตประจำวัน การใช้จ่าย ค่าของเงินและธนบัตร เหรียญต่าง ๆ อาจพูดคุยถึง สภาพดินฟ้าอากาศกับผู้สูงอายุช่วงเวลากลางวัน กลางคืน ซึ่งการตั้งคำถามเหล่านี้ ผู้ดูแลต้องใช้ ความอดทนในการรอคำตอบเนื่องจากผู้สูงอายุอาจต้องใช้เวลาในการนึกคิดและตอบคำถาม

2. การกระตุ้นเตือนความทรงจำ

ผู้สูงอายุจะหลงลืมสิ่งต่าง ๆ ได้ง่าย สืบว่าได้พูดอะไรไป สืบเวลา และบางครั้ง ก็จะลืมว่าตัวเองอยู่ที่ไหน ผู้สูงอายุที่เสียความทรงจำนั้นจะลืมเหตุการณ์ปัจจุบันก่อน ส่วนเหตุการณ์ ในอดีตจะลืมหลังสุด ฉะนั้นผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะยังสามารถมีความทรงจำในเรื่องราวสมัยที่เขา ยังเด็กอยู่ หรือสมัยแรกแต่งงาน บางคนจะยังจำเหตุการณ์สำคัญที่ประทับใจในชีวิตได้ เช่น

สมัยสงคราม ผู้ดูแลควราให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุเหล่านี้ได้ เล่าเรื่องประสบการณ์ในอดีต หรือหา เรื่องที่ผู้สูงอายุสนใจอยากจะพูดคุยด้วยมาคุยกัน การนำรูปภาพเก่า ๆ ซึ่งถ่ายไว้ในอดีตมาพูดคุย กันใหม่หรือการนำของที่ระลึกจากเหตุการณ์ต่าง ๆ มาทบทวนดูกัน จะทำให้บรรยากาศในการพูดคุย ดียิ่งขึ้น สำหรับเหตุการณ์ในปัจจุบัน วิธีการช่วยจะเป็นประโยชน์ เช่น การที่ผู้สูงอายุเตือน ตนเองอยู่เสมอ หรือการจกบันทึกเอาไว้ นาฬิกาและปฏิทินจะช่วยเตือนให้รับรู้วันและเวลาได้ดีขึ้น จัดชีวิตประจำวันให้ง่ายและตรงต่อเวลาจะทำให้สับสนน้อยลง

จัดสิ่งของในบ้านให้เป็นที่เดิมเสมอ เพื่อความเป็นระเบียบและง่ายต่อการค้นหา สิ่งของบางอย่างที่ผู้สูงอายุต้องการใช้บ่อย ๆ ให้ติดป้ายชื่อ รูป หรือสัญลักษณ์ของสิ่งของนั้น เพื่อ จะได้เก็บไว้ได้อย่างถูกต้อง

ผู้สูงอายุมักจะสับสนมากขึ้นเวลากลางคืน ควรจะให้ไฟในบ้านมีความสว่างพอโดย เฉพาะทางไปห้องน้ำควรจะมีมองเห็นได้ชัดเจน

การตีรูปภาพของคนในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนเก่า ๆ ไว้ในบ้านก็จะเป็น เครื่องช่วยเตือนความจำได้

3. การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม

ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมักจะมีอารมณ์รุนแรงและเปลี่ยนแปลงได้ง่าย สถานการณ์ที่ แปรปรวน ความสับสน ผู้คน เสียงรบกวน การถูกถามหลาย ๆ คำถามติดต่อกัน หรือถูกให้ทำงาน บางอย่างที่ยากสำหรับคนเหล่านี้ อาจทำให้เกิดการตอบสนองที่ผิดปกติ เช่น ร้องไห้ ดิ้นเดิน กลัว หรือโกรธ เขาจะกลบเกลื่อนปัญหาของตนโดยปฏิเสธการกระทำของตน หรือกล่าวหาผู้อื่น แม้ว่า การสนองตอบที่ไม่สมเหตุผลเหล่านี้ อาจพบได้บ้างในคนปกติ เวลาที่มีปัญหาหรือเครียดมาก ๆ แต่ สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสมองเสื่อมอยู่บ่อย ๆ และอาจเกิดขึ้นทุกวัน

สิ่งที่คนในครอบครัวควรจะทำปฏิบัติเพื่อลดหรือแก้ไขปัญหานี้ คือประการแรกต้องเข้าใจอย่างถูกต้องว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นการตอบสนองของผู้ป่วยซึ่งมีอาการสมองเสื่อม ประการที่สองพยายามลดพฤติกรรมดังกล่าวลง โดยพูดหรือปฏิบัติกับผู้ป่วยอย่างใจเย็นเป็นขั้นเป็นตอน เช่น บอกให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามทีละอย่างพร้อมกับอธิบายไปด้วย ต้องให้เวลากับผู้ป่วยในการตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นคำถาม คำสั่ง หรือการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม ถ้าดูเหมือนว่าผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมดังกล่าว ให้พยายามลดสิ่งที่อาจก่อความสับสนแก่ผู้ป่วย เช่น อย่าให้คนพลุกพล่าน เสียงต่าง ๆ ให้เบาลง และปิดโทรทัศน์ หรือพาไปในที่ซึ่งสงบและคุ้นเคย ให้เวลากับผู้ป่วย และต้องอดทนที่จะทำกับผู้ป่วยสงบลง

4. ปัญหาของการสนทนาและสื่อสาร

ผู้ป่วยบางคนมีปัญหาในการใช้คำและชื่อของสิ่งของหรือบุคคลโดยอาจจะใช้คำที่มีเสียงคล้าย ๆ กันแทน เช่น "ข้าว" แทน "ข้าว" บางครั้งอาจใช้คำที่มีความหมายคล้ายกันแทนคำที่นึกไม่ออก เช่น "ผ้า" แทน "กางเกง" หรือบางทีอาจใช้วิธีบอกเล่าลักษณะของสิ่งของหรือความหมายของคำนั้น เช่น "ที่ใส่เขียน" แทน "ปากกา" เป็นต้น ปัญหาที่ลำบากมากขึ้นคือการเข้าใจอาการผิด พูดไม่จบประโยค หรือพูดไปเรื่อย ๆ เหมือนกับพูดได้มากมาย แต่ที่จริงแล้วพูดไม่จบประโยค ใช้คำหรือวลีซ้ำ ๆ มาหรือพูดวกวนอยู่ที่เดิมทำให้ผู้ฟังไม่เข้าใจว่าผู้ป่วยต้องการอะไร ในผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่เป็นมากแล้ว อาจพูดได้เพียงบางคำ หรือพูดสั้น ๆ กันอยู่ตลอดเวลา หรือพูดไม่รู้เรื่องเลยก็ได้ ปัญหาเหล่านี้ทำให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ฟังคับข้องใจ สุดท้ายก็อาจนำมาสู่ปัญหาการต่อต้านและโวยวาย หรือระเบิดอารมณ์กรรเมื่อไม่มีใครเข้าใจเขา

ผู้ดูแลอาจเป็นผู้ช่วยพูดคำต่าง ๆ ที่คิดว่าเป็นคำที่ผู้ป่วยต้องการจะพูดเพื่อให้ผู้ป่วยเลือกคำที่ผู้ป่วยนึกไม่ออก หากไม่เข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดก็ลองให้เขาอธิบายหรือชี้สิ่งที่เขาต้องการบอกออกมาถ้าไม่สำเร็จผู้ดูแลควรลองเดาดูโดยบอกผู้ป่วยว่าคุณคิดว่าผู้ป่วยกำลังจะบอกอะไรกับคุณ โดยใช้คำหรือประโยคง่าย ๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยแก้ไขปัญหาคำสื่อสารให้ดีขึ้น และลดปัญหาความคับข้องใจทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ปัญหาที่มักเกิดขึ้นในด้านการสื่อสารคือผู้ป่วยไม่เข้าใจสิ่งที่บุคคลอื่นพูดและคนรอบข้างก็มักจะสรุปว่าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ บางครั้งอาจมีปัญหารื่องการได้ยินร่วมด้วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ๆ ดังนั้นผู้ดูแลต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยได้ยินสิ่งที่พูด โดยพยายามพูดให้ชัดเจน ชัดค้ำ เสียงดังพอประมาณ และพูดช้า ๆ เพื่อให้โอกาสผู้ป่วยคิดและตอบสนอง พยายามลดเสียงรบกวนจากรอบข้างให้มากที่สุด ใช้คำหรือประโยคสั้น ๆ ง่าย ๆ อย่าใช้ประโยคที่ซับซ้อน พูดหรือถามทีละประโยค ทีละคำถาม และควรพูดหรือถามซ้ำหากผู้ป่วยไม่เข้าใจ

ผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะยังเข้าใจการสื่อสารทางด้านท่าทาง การแสดงออกทางสีหน้าได้ บางครั้งการรำพึงท่าทาง การชี้บอกอาจช่วยให้การสื่อสารดีขึ้น ในขณะที่เด็วกันที่ผู้ป่วยอาจรับรู้ถึงความรู้สึกที่ไม่ดี เช่น การแสดงความเบื่อหน่าย ไม่พอใจ การแสดงออกทางสีหน้าของผู้รอบข้างได้ ดังนั้นผู้ดูแลควรต้องใจเย็น ยิ้ม มองประสานสายตากับผู้ป่วยและสัมผัสหรือจับมือกับผู้ป่วย เพื่อแสดงความเป็นกันเอง

ผู้สูงอายุสมองเสื่อมบางรายอาจถามคำถามเดียวกันซ้ำแล้วซ้ำอีกซึ่งอาจสร้างความรำคาญให้กับผู้ดูแล จริงแล้วเป็นอาการของความรู้สึกกลัวหรือไม่ปลอดภัยจากสิ่งรอบ ๆ ตัว หรือเกิดจากปัญหาความจำของผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำคำตอบได้ บางครั้งผู้ป่วยต้องการถามคำถามที่มากกว่าที่พูดไป ซึ่งเป็นปัญหาของผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องใจเย็น พยายามเดาหรือช่วยให้ผู้ป่วยบอกสิ่งที่ต้องการ เพื่อที่คุณจะตอบและทำให้ผู้ป่วยสงบลงได้ ถ้าหากแก้ไขปัญหานี้ไม่ได้อาจใช้วิธีเบี่ยงเบนพฤติกรรมและความสนใจ เช่น ให้ทำกิจกรรม ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ ดูรูปภาพเก่า ๆ และหลีกเลี่ยงการโต้เถียงกับผู้ป่วย

5. ปัญหาด้านการเคลื่อนไหว

เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมมีผลต่อส่วนต่าง ๆ ของสมองมากมาย รวมทั้งส่วนที่ควบคุมการเคลื่อนไหว ปัญหาที่พบบ่อยคือการไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือใช้ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามที่ต้องการ ซึ่งอาจพบควบคู่ไปกับปัญหาของความจำและ

ความเข้าใจ ความผิดปกตินี้จะเกิดขึ้นช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป เช่น ระยะแรกอาจเดินดูไม้ครั้นคง ต่อมาก็เดินช้าลง และสุดท้ายก็เดินลากเท้า หรือถึงกับเดินไม่ได้เลย ซึ่งในระยะหลังนี้ผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถในการควบคุมกล้ามเนื้อทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เป็นปกติ

ผู้ดูแลจะมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหวและปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ อาทิเช่น การจัดการราวติดกำแพงให้ผู้ป่วยยึดจับเพื่อช่วยเดิน ทาราวในห้องน้ำเพื่อให้ความสะดวกในการลุกจากโถส้วม พื้นควรจะเรียบไม่มีสิ่งกีดขวางและอยู่ในระดับเดียวกัน ไม้ซุงรองเท้าหุ้มส้นซึ่งกระชับพอดีเพื่อให้เดินได้สะดวก เสื้อผ้าจัดหาชนิดที่ง่ายต่อการสวมใส่ เช่น ไม้ใส่เสื้อคอกระเช้าแทนเสื้อติดกระดุม ไม้ซ้อนสั้นกับขามสั้นแทนการไม้ซ้อนลึกลับกับขาม เพื่อลดขั้นตอนในการปฏิบัติ หากจำเป็นอาจใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น ไม้เท้าช่วยเดิน แต่อาจจะพบว่าไม้ได้ประโยชน์ผู้ป่วยบางราย เนื่องจากสูญเสียความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ

6. ปัญหากระแวง อาการหลงผิด และประสาทหลอน

อาการกระแวงที่พบในผู้สูงอายุสมองเสื่อมมักจะกระแวงไม่สมเหตุสมผลเนื่องจากความผิดปกติของความจำ อาการหลงผิด (delusion) หรือประสาทหลอน (hallucination) หรือจากความสับสนเนื่องจากความผิดปกติของสมอง ผู้ป่วยอาจจะกระแวงว่าสามีหรือภรรยาอกใจ กระแวงว่ามีคนในบ้านแอบร้าย หรือกระแวงว่ามีใครบางคนคอยขโมยของมีค่าของตนไป

อาการเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินโรค ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมนี้ได้ด้วยดีเพียงหรือประจักษ์หน้ากับผู้ป่วย แต่ให้พยายามพูดกับผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล อธิบายหรือช่วยผู้ป่วยหาของที่เขาคิดว่าถูกขโมยไป ผู้ดูแลต้องใช้ความอดทนกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก

ในรายที่มีอาการหลงผิด (delusion) เช่น เข้าใจว่าตนเองเป็นคนอื่นหรือหลงผิดว่าสามีของตนเป็นบุคคลอื่นปลอมตัวมา เป็นต้น หรือมีอาการประสาทหลอน (hallucination) ซึ่งมักจะเป็นชนิดการมองเห็นและการได้ยิน เช่น เห็นสามีที่ตายไปแล้วมาเยี่ยม หรือได้ยินเสียง

คนร้องไห้อยู่ตลอดเวลา เป็นต้น อาการเหล่านี้ควรจะได้รับ การปรึกษาจากจิตแพทย์

7. อาการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

ปัญหาเรื่องการกลั้นปัสสาวะ และหรืออุจจาระไม่ได้นี้อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ซึ่งควรจะปรึกษาแพทย์เป็นรายกรณีไป บางสาเหตุสามารถแก้ไขหักกลับมาเป็นปกติได้ แต่บางราย อาจเกิดจากสาเหตุสิ่งแวดล้อมที่มักจะถูกมองข้าม เช่น ผู้ป่วยหาทางไปห้องน้ำไม่พบโดยเจตนา เวลากลางคืน วิธีการช่วยผ่อนแรงผู้ดูแล ได้แก่ หาสถานที่พักที่สะดวกแก่การดูแลผู้ป่วย เช่น ห้องนอน และห้องน้ำไม่ควรอยู่ไกลกันมากนัก ทางเดินไม่วกวน เปิดไฟให้สว่างตลอดเวลา เพื่อสะดวกแก่ผู้ป่วยจะลุกมาเข้าห้องน้ำได้ด้วยตนเอง

จดบันทึกเวลาขับถ่ายของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ประมาณเวลาที่จะพาผู้ป่วยไปห้องน้ำได้ทันก่อนที่จะปัสสาวะราดได้ หรือพาไปเข้าห้องน้ำทุก ๆ 2 ชั่วโมง ซึ่งควรทำอย่างสม่ำเสมอ หากมักจะปัสสาวะราดในตอนกลางคืน ควรจะลดปริมาณน้ำดื่มและพาเข้าห้องน้ำให้เรียบร้อยก่อนนอน

กรณีที่มีเสียงไม่ดำห้าห้าพลาสติกปูรองที่นอน กรณีที่มีอาการหนักต้องอยู่บนเตียง ควรห้าห้าอ้อมสำเร็จหรือห้าห้ากันเบื่อนช่วยขับ

8. การดูแลประจำวันทั่วไป

ในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะพบปัญหาต่าง ๆ ใ้คืออยู่เรื่อย ๆ ซ้ำแล้วซ้ำเล่า ซึ่งปัญหาจะแตกต่างกันในแต่ละรายกลายเป็นภาระที่ผู้ดูแลจะต้องรับ หากผู้ดูแลเข้าใจและปฏิบัติต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างถูกต้อง หรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมก็จะช่วยลดภาระในการดูแลลงไปได้ดังเช่น



เรื่องความปลอดภัยทั่วไป เก็บไว้มีขีด 1 แพคเกจวันที่มีขีด หากผู้สูงอายุยังสุขภาพดี
ต้องคอยระวังไม่ให้วางทิ้งไว้โดยไม่ได้หยิบหรือทิ้งลงบนพื้น ระวังเรื่องเตาหุงต้ม หากผู้ป่วยมีปัญหา
เรื่องความจำ ทักษะในการเคลื่อนย้ายหรือหุงต้มอาหารเอง ที่บ้านควรสะอาด
ไม่ลื่นหรือมีสิ่งกีดขวาง ถ้าต้องขึ้นลงบันไดควรหาราวจับและคอยดูแลขณะขึ้นลงทุกครั้ง จัดวางสิ่ง
ของทั่วไปให้เป็นระเบียบอยู่ตำแหน่งเดิมเสมอเพื่อสะดวกในการหยิบใช้และจดจำ

ติดป้ายเครื่องหมายตำแหน่งประตูห้องน้ำ ห้องนอนให้ชัดเจน หาราวไว้จับเดิน
ในชั้นนาคา โทรศัพท์ ที่แสดงตัวเลขขนาดใหญ่

เตรียมอาหารหรือช่วยจัดซื้อสิ่งที่จำเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ในรายที่ปฏิเสธอาหาร
ควรให้ได้รับวิตามินหรืออาหารเสริมทดแทนดูแลปริมาณน้ำดื่มให้เพียงพอและเหมาะสม ไม่ควรให้อาหาร
ที่ร้อนจัดจนเกินไป ไม่ควรตักหมักหรือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอายกับความผิดพลาดระหว่างการรับ
ประทานอาหาร เช่น ทำเลอะเทอะ หรือหก ตก อาจใช้จานพลาสติกแทนจานกระเบื้องและใช้
ผ้ารองกันลื่นช่วย และเนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาในเรื่องทักษะในการเคลื่อนย้ายควรใช้เวลาแก่ผู้ป่วย
อย่างเพียงพอ

ดูแลสุขภาพปากและฟัน ถ้าผู้สูงอายุใช้ฟันปลอมผู้ดูแลอาจช่วยทำความสะอาดให้ได้
หากยังมีฟันจริงอยู่ควรดูแลให้ผู้สูงอายุแปรงฟันเองอย่างใกล้ชิดและผู้ดูแลเป็นผู้ช่วยเหลือ เช่น บีบ
ยาสีฟันให้

9. การพาผู้สูงอายุส่องเสริมออกนอกสถานที่พัก

เพื่อเดินเล่น ออกกำลังกาย จะช่วยให้สภาพร่างกายและจิตใจสดชื่นได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ
ส่องเสริมระยะแรกที่ยังมีอาการไม่มากและยังมีร่างกายสมบูรณ์ ผู้ป่วยไม่ชอบอยู่
ในสถานที่จำกัดควรมีโอกาสได้ออกไปนอกบ้าน ง่ายของ เกี่ยวสวนสาธารณะ การพาผู้สูงอายุ
ส่องเสริมออกนอกสถานที่อาจมีปัญหสำหรับผู้ดูแลอยู่บ้างควรมีแนวปฏิบัติดังนี้

การหาผู้ป่วยออกนอกบ้านต้องระวังปัญหาเรื่องการพลัดหลง เพราะผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะมีปัญหาเรื่องความจำ การสื่อสาร ผู้ที่มีอาการมากจะไม่สามารถจำตนเองและทางกลับบ้านได้ บางรายอาจหายสาบสูญไป ควรมีบัตรประจำตัว ที่อยู่ ชื่อนุศุลกากรลัทธิที่ติดตัวไว้ให้ผู้ป่วยพกไว้ติดตัวตลอดเวลา

ขณะที่อยู่ในรถส่วนตัวควรระวังว่าในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดอารมณ์เสีย อาละวาดอาจจับพวงมาลัยรถ ท้าให้เกิดอุบัติเหตุได้ หรือหากพาขึ้นรถประจำทางและรถแน่นหาที่นั่งไม่ได้ผู้ป่วยอาจจะอะละเวายานรถได้

10. การจัดกิจกรรมในบ้าน หรือที่ศูนย์ดูแลกลางวัน

ควรมีหลักการหาผู้ป่วยมีกิจกรรมที่เพลิดเพลินทำให้ไม่รู้สึกเหงา แต่กิจกรรมนั้นควรผ่านขั้นตอนการวิเคราะห์และคัดเลือกให้เหมาะสมมีข้อส่วยให้ทำตามใจเองทั้งหมด ผู้ดูแลต้องรู้จักกระตุ้นความสนใจให้ผู้ป่วยอยากทำกิจกรรมนั้น ๆ ด้วยตนเอง

การจัดกิจกรรมอาจทำเป็นรายบุคคล หรือเป็นกลุ่มก็ได้ กิจกรรมเหล่านี้ได้แก่

งานฝีมือ เช่น ถัก เย็บ ปั่น หรืองานไม้ อาจเป็นที่สนใจของผู้สูงอายุบางคน และเขายังสามารถทำงานฝีมือเหล่านี้ได้ การแยกรูปภาพจากโบสการ์ดเก่า ๆ เช่น แยกเป็นรูปริมทะเล รูปห้องทุ่งชนบท ก็อาจเป็นงานที่ให้ความเพลิดเพลินได้ ผู้ดูแลควรรักษาหย่อมขมเขยแม้ผลงานของผู้ป่วยจะไม่ดีมากนัก เพราะเขาย่อมต้องการกำลังใจและความมั่นใจ

การดูโทรทัศน์ ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีอาการมากจะดูไม่รู้เรื่อง เพราะภาพในโทรทัศน์เคลื่อนไหวเร็วเกินกว่าจะรับได้ อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะแรกซึ่งมีอาการน้อยยังดูโทรทัศน์รู้เรื่องก็ควรรักษาเพราะจะเป็นสิ่งบันเทิงใจให้ได้พูดคุยเรื่องที่เขาสนใจภายหลัง

(๑๐) ความสามารถทางวิชาการและความ
พัฒนาของผู้ปฏิบัติงานของหน่วยงานของรัฐ
ที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งที่ปฏิบัติงานในตำแหน่ง
ที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งที่ปฏิบัติงานในตำแหน่ง
ที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งที่ปฏิบัติงานในตำแหน่ง
ที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งที่ปฏิบัติงานในตำแหน่ง
ที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งที่ปฏิบัติงานในตำแหน่ง

๒๕๖๓

๒๕๖๓

๒๕๖๓

๒๕๖๓

๒๕๖๓

๒๕๖๓

๒๕๖๓

๒๕๖๓

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทำความเข้าใจและช่วยเหลือระดับครอบครัว เป็นสิ่งสำคัญนอกเหนือจากการมุ่งความสนใจเฉพาะตัวผู้ป่วย ซึ่งงานต่างประเทศได้มีผู้สนใจทำการศึกษาไว้อย่างกว้างขวางดังนี้

Rabins, Mace และ Lucas (1982) ได้ทำการศึกษาถึงผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมต่อครอบครัว โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลัก (primary Caregivers) ของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มารับบริการตรวจรักษายังแผนกจิตเวชของ The Johns Hopkins University, Baltimore สหรัฐอเมริกา จำนวน 55 ราย พบว่าพฤติกรรมของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ผู้ดูแลคิดว่าจะมีความลำบากและเป็นภาระในการดูแลเรียงตามลำดับความรุนแรงได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าว หงุดหงิด เสียกฏเกณฑ์ (catastrophic reaction) การเดินวนเวียนตอนกลางคืน ภาวะสับสน หลงลืม (suspiciousness) และปัญหาในการสื่อความหมาย นอกจากนี้ยังพบว่าผลกระทบทางด้านจิตใจต่อผู้ดูแลยังทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกโกรธ (anger) มีภาวะซึมเศร้า (depression) และความเหนื่อยล้า (fatigue) สูงถึงร้อยละ 87 ซึ่งสมควรที่จะได้รับการบำบัดรักษาด้วยเช่นกัน

ต่อมา O'Conner และคณะ (1990) ได้ทำการศึกษาเพื่อสำรวจจำนวนความถี่และระดับความรุนแรงของปัญหาที่ญาติพบ ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนของเมืองแคมบริดจ์ จำนวน 120 ราย โดยให้ตอบแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่าระดับความรุนแรงตามอาการของโรค ซึ่งเปรียบเทียบ 3 ด้านคือ ภาวะพึ่งพาทางกาย (physical dependency) พฤติกรรมที่รบกวน (disturbed behaviour) และการหลงลืมหรือเฉื่อยชา (forgetfulness -inertia) ผลการวิจัยพบว่า ภาวะพึ่งพาทางกายทำให้ญาติรู้สึกว่าเป็นปัญหาสำคัญที่สุดมากกว่าด้านอื่น (ที่ระดับความเชื่อมั่น 99%) และยิ่งเพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของโรค เมื่อเปรียบเทียบระหว่างความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุพบว่าผู้ดูแลที่เป็นภรรยาจะประสบปัญหาและเกิดความเครียดได้มากกว่าผู้ดูแลที่เป็นสามี เช่นเดียวกับบุตรที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยจะประสบความเครียด

มากกว่าบุตรที่แยกครอบครัวไปแล้ว

เช่นเดียวกับที่ Garaduno (1991) พบว่า ในระหว่างผู้ดูแลหลักด้วยกันแล้ว การตอบสนองต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุสมองเสื่อมนั้น ยังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างผู้ดูแล 4 กลุ่มที่เป็นสามี ภรรยา บุตรชาย และบุตรสาว จากการวิจัยแบบทดสอบ The behaviour and Mood and Relative's response scale กับผู้ดูแลหลักกลุ่มละ 104 คนเปรียบเทียบกัน

งานวิจัยที่สอดคล้องกันไว้แต่ของ Gilleard และคณะในปี 1984 ซึ่งได้ทำการศึกษาถึงภาวะความรู้สึกล้นเป็นทุกข์และการถูกรบกวนทางอารมณ์ของผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางจิต ครอบคลุมวัดสภาพจิต GHQ (30) และแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลพบว่าผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีความรู้สึกรบกวนทางอารมณ์สูง สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะสุขภาพที่ผู้ดูแลมองตนเอง ความถี่ของการเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ

ต่อมาในปี 1986 Gillard ได้ศึกษาเพิ่มเติมถึงทัศนคติของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้านจำนวน 129 ราย ซึ่งมารับการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวันในสกอตแลนด์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงทัศนคติของผู้ดูแลและหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเต็มใจในการดูแล ผลการศึกษาพบว่า ญาติส่วนใหญ่ ร้อยละ 79 มีความเห็นว่าพวกเขายังสามารถให้การดูแลเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้านได้ ในขณะที่เดียวกันก็ยังคงมีความคิดว่าน่าจะใช้เวลาดูแลน้อยลงกว่าที่ทนาย แต่การส่งผู้สูงอายุสมองเสื่อมเหล่านี้กลับบ้านอยู่ในสถานพยาบาลหรือสถานดูแลก็จะทำให้พวกเขารู้สึกสบายใจ ร่องใจ ได้มากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยที่มีผลต่อทัศนคติในการดูแลพบว่า ในบรรดาผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส 47 รายจากใน 48 ราย หรือร้อยละ 98 มีความคิดว่าเขาจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้ ในขณะที่ผู้ดูแลซึ่งเป็นบุตรมีเพียง 47 รายจาก 56 รายหรือคิดเป็นร้อยละ 84 เท่านั้นที่คิดว่าเขาสามารถดูแลได้ตามราคาสูงอายุสมองเสื่อมของเขาได้ต่อไป ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยได้แก่ อายุของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ระหว่าง

ผู้ดูแลกับผู้ป่วย และจำนวนปัญหาที่พบ กล่าวคือผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีความเต็มใจดูแลผู้ป่วยมากกว่าด้วยความรู้สึกว่ามีปัญหาน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย และผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสจะมีความเต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นบุตร

เช่นเดียวกับ Cooper (1991) ได้ทำการวิจัยเพื่อศึกษาถึงการเผชิญปัญหาของบุตรที่ต้องรับภาระดูแลบิดามารดาที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ พบว่า บุตรจะมีความเครียดเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงระยะที่ผู้สูงอายุอยู่ภาวะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองทางด้านกิจวัตรประจำวันส่วนตัว และภาวะเครียดนี้จะลดลงได้เมื่อเขาส่งบิดามารดาไปอยู่ในสถานพยาบาล

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะตึงเครียดในบุตร ที่ต้องรับภาระดูแลบิดามารดาสูงอายุนั้น ตามที่ Dulski (1991) วิจัยพบว่า ได้แก่ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ของบุตร ผู้ดูแล และระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองด้านกิจวัตรประจำวันกับสภาวะทางอารมณ์ของผู้สูงอายุที่เป็นภาระ ส่วนสิ่งที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล คือ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมและการรับบริการเพื่อการช่วยเหลือจากแหล่งอื่น ๆ ซึ่งได้จากการตอบแบบสอบถามของผู้ดูแลอายุระหว่าง 23-78 ปีทั้งหมดจำนวน 159 ครอบครัวใน South Carolina นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อยจะมีความรู้สึกเครียดมาก ในขณะที่ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะเผชิญกับปัญหาได้ดีกว่า แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้กลับพบว่าส่วนใหญ่ของบุตรจะมีความรู้สึกทางด้านบวกต่อการที่ได้ดูแลบิดามารดาสูงอายุแม้ว่าจะมีภาวะเครียดก็ตาม

Blendin, MacCarthy และ Kuipers (1990) ได้ทำการศึกษาโดยสัมภาษณ์บุตรสาวผู้มีหน้าที่ดูแลบิดามารดาสูงอายุสมองเสื่อม จำนวน 24 คน อายุระหว่าง 35-62 ปี ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่อยู่ในสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 16 คน ด้วยแบบวัด Behaviour and Mood Disturbance (BMD) Scale ของ Green et.al, 1982 และ Behaviour Rating Scale (BRS) of the Clifton Assessment Procedures for the Elderly (APE) ของ Pattic และ Gilleard, 1979 พร้อมทั้งได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเอง

โดยแบบทดสอบ Relative's Stress Scale (RSS) ของ Greene et. al, 1982 ร่วมกับ GHQ-30 ของ Goldberg 1978 และ BMD-Stress โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงสภาพคุณสมบัติของผู้ดูแลด้านการแสดงออกทางอารมณ์ ระดับของความตึงเครียด แนวโน้มของสภาวะทางจิตที่ผิดปกติ และวิธีการเผชิญปัญหา ผลการวิจัยพบว่า ในจำนวนบุตรสาวผู้ดูแลทั้งหมด 24 คนนั้นมี 14 คนที่ได้ค่าด้านการแสดงออกทางอารมณ์สูง มีภาวะความตึงเครียดมากเมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างกลุ่มที่ได้ค่าการแสดงผลออกทางอารมณ์สูงกับกลุ่มที่ได้ค่าการแสดงผลออกทางอารมณ์ต่ำยังพบว่า ในกลุ่มที่ได้คะแนนสูงนั้นมีค่าภาวะความตึงเครียดสูงเช่นกันและมีการเผชิญปัญหาแบบคิดวิธีมากกว่ากลุ่มที่มีค่าการแสดงผลออกทางอารมณ์ต่ำอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังพบว่าสิ่งที่บุตรสาวผู้ดูแลคิดว่า เป็นปัญหาวิกฤตที่เขาต้องรับการระในการดูแลบิดามารดาสูงอายุเสมอได้แก่ เรื่องการพูดซ้ำซาก ปัญหาในการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมก้าวร้าวของบิดามารดา

จากงานวิจัยที่กล่าวถึงมาจะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่ของผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าการที่เขาต้องดูแลผู้สูงอายุเสมอ นั้นยุ่งยากเป็นทุกข์ถือเป็นภาระอย่างหนักและก่อให้เกิดความตึงเครียดทางอารมณ์ซึ่งอาจจะแสดงผลออกทางพฤติกรรมต่อผู้สูงอายุในทางร้ายได้ เช่นเดียวกับที่ Rabins (1988) จิตแพทย์แห่ง Johns Hopkins University School of Medicine สหรัฐอเมริกาได้พูดถึงปัจจัยทางจิตสังคมของผู้มีภาวะสมองเสื่อมไว้ว่า ความรู้สึกของญาติต่อการของผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติ นั่นคือ เมื่อญาติคิดว่าอาการโรคของผู้ป่วยเป็นการรบกวนต่อเขาแล้ว เมื่อผู้ป่วยแสดงอาการเหล่านั้นออกมาก็ย่อมจะทำให้ญาติมีปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ได้เช่นกัน ซึ่งอาจจะรุนแรงถึงขั้นเป็นการกระทำทารุณต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมนั้นได้

Homer และ Gilleard (1990) ได้สนับสนุนคำกล่าวนี้ โดยทำการวิจัยเพื่อหาความชุกของการที่ผู้สูงอายุถูกกระทำทารุณโดยผู้ดูแล โดยการสอบถามทั้งผู้ดูแลจำนวน 51 คน และการสอบถามร่วมกับการสังเกตสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ การกระทำทารุณที่ศึกษาครั้งนี้มีขอบเขตเฉพาะการทารุณทางกาย เช่น ตี ตบ ผลัก การกระทำทารุณทางคำพูด เช่น คำพูดได้เสียง ก้าวร้าวทางวาจา และการละเลยไม่หาสิ่งอำนวยความสะดวกให้ แต่ไม่รวมถึงการกระทำ

ทารุณทางเพศ และการทอดทิ้ง ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 45 ของผู้ดูแล ยอมรับว่าได้
 เคยกระทำทารุณอย่างใดอย่างหนึ่งกับผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่แล้วจะเป็นการกระทำทารุณทางเพศ
 เช่นเดียวกับที่ผู้สูงอายุรายงานว่าส่วนใหญ่แล้วจะถูกกระทำทารุณทางเพศด้วยเช่นกัน บัจจุบัน
 เสี่ยงที่ผู้สูงอายุจะถูกกระทำทารุณ ได้แก่ คุณลักษณะของผู้ดูแลที่ชอบดื่มสุรา และความสัมพันธ์ที่ไม่
 ค่อยดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุตั้งแต่ก่อนป่วยเรื้อรามา

จากผลงานวิจัยในประเทศที่ผ่านมามองเห็นได้ว่า การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมนั้นผู้
 ดูแลถือว่าเป็นภาระ หนักให้เกิดความตึงเครียดตามการรับรู้ที่แตกต่างกันไป และส่งผลกระทบต่อ
 ครอบครัว สำหรับในประเทศไทยเท่าที่ผ่านมามีผู้ใดได้ศึกษาถึงครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุ
 สมองเสื่อมไว้เลย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การสำรวจภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกรณี (Case study) โดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ตามระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

กรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ของผู้สูงอายุสองเเลื่อมที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 3 บางซื่อ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 29 ราย

การเลือกพื้นที่สำรวจพิจารณาจากหลักการดังนี้

1. เป็นพื้นที่ที่สอดคล้องกับประเด็น ข้อปัญหาและวัตถุประสงค์ กล่าวคือมีประชากรผู้สูงอายุอาศัยอยู่กระจายทั่วไป จากการศึกษาเบื้องต้นโดยการสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 209 คน เพื่อค้นหาผู้สูงอายุสองเเลื่อมนั้น พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีอาการภาวะสองเเลื่อมจำนวน 4 คน หรือคิดเป็นอัตราความชุกร้อยละ 1.92 และญาติที่ความร่วมมือในการตอบข้อซักถามทั่วไปได้ดี

2. เป็นพื้นที่ซึ่งอยู่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข ที่มีการก่อตั้งมานาน มีการดำเนินการอย่างทั่วถึงซึ่งประชาชนรู้จักและมีความไว้วางใจงานเจ้าหน้าที่ผู้รับรอง มีข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้นพอเพียง สามารถติดต่อประสานงานสะดวก และเจ้าหน้าที่ยินดีให้ความร่วมมือ

3. มีผู้แนะนำรับรอง ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์บริการสาธารณสุข ซึ่งประชาชนในเขตวิภาจ และ เชื้อฉือ เพื่อมาให้เกิดความระแวงในตัวผู้วิจัย รวมทั้งมีผลต่อความถูกต้องเชื่อถือได้ของข้อมูล

4. มีการคมนาคมเข้าถึงสะดวกสามารถติดต่อได้ตลอดเวลา และบ้านเรือนอยู่รวมกันเป็นชุมชนไม่กระจัดกระจาย ซึ่งผู้วิจัยที่ดำเนินการเพียงคนเดียว จะสามารถรวบรวมข้อมูลได้

5. มีความปลอดภัยต่อชีวิตและทรัพย์สิน

ซึ่งพื้นที่คัดเลือกงานการทาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เขตพื้นที่ในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 3 บางซื่อ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

วิธีการคัดเลือกกรณีศึกษา แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 การค้นหาผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน ผู้วิจัยดำเนินการด้วยตนเอง โดยใช้แบบคัดกรองผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่พัฒนาขึ้น โดย ชาตทอง ไล่เลิศ (2535) ที่จุดตัดคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 ขณะออกเยี่ยมบ้านพร้อมเจ้าหน้าที่ประจำ

ขั้นที่ 2 คัดเลือกกรณีศึกษา ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวและมีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมตามข้อกำหนด (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยอาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม

2. ไม่จำกัดอายุ เพศ เศรษฐฐานะ และสถานภาพสมรส

3. ไม่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิต
4. สามารถเข้าใจและตอบคำถามด้วยภาษาไทยได้ดี
5. ยินดีและให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพัฒนาโดย ชาอุทอง ไล่เลิศ (2535)
2. แบบสัมภาษณ์กรณีศึกษา ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล - ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ รายจ่าย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุสมองเสื่อม ระยะ เวลาที่ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม (ใช้คำถามปลายปิด)

2.2 ภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม - ใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Indepth interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดลึกซึ้งเกี่ยวกับภาวะอันเกิดเนื่องจากอาการของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ตามการรับรู้ของผู้ดูแล ร่วมกับปัญหาทางด้านสังคมและเศรษฐกิจของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยมีแนวคำถามจากทฤษฎีเกี่ยวกับอาการของผู้สูงอายุสมองเสื่อม และการศึกษาเบื้องต้น (preliminary study) โดยการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการจากผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ที่อาศัยอยู่ในชุมชนตัวอย่าง จำนวน 5 ราย จากนั้นส่งปรึกษาทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความตรงตามเนื้อหาและนำใบทดลองใช้สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม หลังจากนั้นทำการปรับข้อความตามความเหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

การรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย เป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการดังนี้

1. นำหนังสือแนะนำตนเองจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 3 บางซื่อ เพื่อขอความร่วมมือในการอนุเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น และแจ้งเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์บริการ
2. ศึกษาข้อมูลชุมชนจากเอกสาร สอบถามแนวทางการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์บริการ และลงสำรวจชุมชนเบื้องต้นด้วยตนเอง
3. ออกเยี่ยมบ้านพร้อมกับเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เพื่อทำการค้นหาผู้สูงอายุสมองเสื่อมและคัดเลือกกรณีศึกษาตามข้อกำหนด
4. แนะนำตนเองและทักความคุ้นเคยกับครอบครัวของผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยการเยี่ยมบ้านทั้งงานและนอกเวลาราชการ พร้อมทั้งเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนตามโอกาสอันควร เช่น การออกหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ การเยี่ยมเยียนผู้ประสพภัยจากไฟไหม้
5. ทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมกรณีศึกษา และบันทึกข้อมูลด้วยแถบบันทึกเสียง หรือจดบันทึกทุกครั้งที่เสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ จนกระทั่งได้ข้อมูลครบถ้วน

ใช้ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2536 ถึงเดือนพฤษภาคม 2537 รวมเป็นเวลา 8 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากการบันทึก การสังเกต และสัมภาษณ์ กรณีศึกษา จำนวน 29 ราย ซึ่งเป็นข้อความบรรยาย (descriptive) มาเรียงงานจำแนกประเภทเปรียบเทียบข้อมูล แจกแจงความถี่ และสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (Analytic Induction)



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของชุมชนพื้นที่ทำการวิจัย

พื้นที่คัดเลือกเพื่อทำการวิจัยครั้งนี้ได้แก่พื้นที่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 3 บางซื่อ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร รวมเนื้อที่โดยประมาณ 6.57 ตารางกิโลเมตร ซึ่งมีอาณาเขตทิศเหนือจรดซอยวัดบางโพ ถนนประชาชนอุทิศ ซอยสวัสดิ์รักษา จนถึงทางรถไฟสาย ๑๓ ทิศใต้ตามแนวถนนประดิพัทธ์และถนนทหาร ทิศตะวันออกตามแนวรถไฟซึ่งผ่านสถานีรถไฟบางซื่อ และทิศตะวันตกติดกับแม่น้ำเจ้าพระยาตลอดแนว ดังปรากฏตามแผนที่แสดงขอบเขตรับผิดชอบในภาคผนวก ก.

จากการสำรวจของศูนย์บริการสาธารณสุข 3 บางซื่อ ในปี พ.ศ.2535 พบว่ามีจำนวนประชากรทั้งสิ้นประมาณ 88,307 คน โดยแยกเป็นชาย 43,699 คน และหญิง 44,608 คน จาก 20,365 ครัวเรือน และจากการสำรวจเบื้องต้นของผู้วิจัยพบว่ามีผู้สูงอายุอาศัยกระจายอยู่ทั่วไปในเขตพื้นที่ประมาณกว่า 2 พันคน (มีสถานที่สำคัญคือ

- | | |
|-----------------------|---------|
| - โรงพยาบาลเอกชน | 1 แห่ง |
| - คลินิกเอกชน | 15 แห่ง |
| - โรงเรียนราษฎร์ | 12 แห่ง |
| - โรงเรียนอาชีวะ | 4 แห่ง |
| - โรงเรียนสังกัด กทม. | 3 แห่ง |
| - โรงภาพยนตร์ | 2 แห่ง |
| - ตลาด | 4 แห่ง |

- สถานีตำรวจ 1 แห่ง
- วัด 4 แห่ง
- หมู่บ้านจัดสรรซึ่งอยู่ในรูปทาวน์เฮ้าส์ 10 แห่ง
- ห้องอาหารที่มีการประกอบอาชีพพิเศษแฝงอยู่ 6 แห่ง

และชุมชนรับผิดชอบ 15 ชุมชนได้แก่

1. ชุมชนห้วยจรดจกรตึกแดง เขต 1
2. ชุมชนห้วยจรดจกรตึกแดง เขต 2
3. ชุมชนห้วยจรดจกรตึกแดง เขต 3
4. ชุมชนบ้านพักรอไฟฟ้าก่อสร้าง
5. ชุมชนโรตีสหาย
6. ชุมชนหลังตลาดบางซื่อ
7. ชุมชนจันทร์เกษม
8. ชุมชนชอยบุญเหลือ 1
9. ชุมชนชอยบุญเหลือ 2
10. ชุมชนชอยสนิท
11. ชุมชนชอยพัฒนา
12. ชุมชนโรคภูมู่แก่น
13. ชุมชนวัดประตู่
14. ชุมชนตรอกตีแม่ม่วง
15. ชุมชนเชิงสะพานพิบูลย์มั่งช้าย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เข้าทำการสำรวจเพื่อค้นหาผู้สูงอายุสมองเสื่อม และสัมภาษณ์ผู้ดูแลรายหนึ่งเฉพาะในบ้านในชุมชนดังกล่าว ทั้งนี้เนื่องจากเพื่อความสะดวกในการติดต่อขอความร่วมมือจากกรรมการชุมชนและการติดตามเยี่ยมบ้าน

ที่ตั้งของชุมชนส่วนใหญ่จะอยู่ในซอย โดยด้านหน้าเป็นอาคารพาณิชย์อยู่ติดกับถนนสายหลัก และมีช่องว่างระหว่างอาคารหรือซอยแคบเป็นทางเข้าชุมชน การเดินทางเข้าชุมชนส่วนใหญ่ใช้การเดินเท้าหรือรถจักรยานยนต์เนื่องจากเป็นทางแคบรถยนต์ไม่สามารถเข้าได้ บางชุมชนได้รับการจัดตั้งและพัฒนาจากการเคหะแห่งชาติแล้วจะเป็นทางเดินคอนกรีต ขนาดกว้างประมาณ 1.25 เมตร มีป้ายชื่อชุมชนตั้งอยู่ด้านหน้าทางเข้า มีคณะกรรมการชุมชนซึ่งได้รับการเลือกตั้งจากประชาชนเป็นตัวแทนดูแลความเรียบร้อยทั่วไปในชุมชน โดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของรัฐและสมาชิกสภาเขต งบประมาณชุมชนบางส่วนมาจากพรรคการเมืองใหญ่พรรคหนึ่ง

สภาพบ้านเรือนทั่วไปส่วนใหญ่เป็นบ้านไม้หลังคามุงสังกะสี บล็อกชิดติดกันโดยไม่มีรั้วกั้นระหว่างบ้าน ตัวบ้านกันแบ่งเป็นห้องเล็ก ๆ 1 ให้เช่า ราคาเช่าแล้วแต่สภาพ ส่วนใหญ่จะอยู่ในราคาประมาณ 600-1000 บาทต่อเดือน ที่ดินมีทั้งที่อยู่ในเขตราชพัสดุ ที่ดินเขตรถไฟ และที่ธรณีสงฆ์ โดยผู้เช่าสัญญาต้องจ่ายค่าเช่าเป็นรายปีให้กับทางราชการ มีการลักลอบให้เช่าต่ออีกทอด โดยเก็บค่าเช่าเป็นรายเดือนคิดเป็นตารางวา ซึ่งอนุญาตให้ผู้เช่าปลูกบ้านอยู่อาศัยได้เอง นอกนั้นจะเป็นที่ส่วนบุคคลที่ได้รับเงินอุดหนุนตามกฎหมายปลูกบ้านพักอาศัยส่วนตัวมีแนวรั้วกั้นเป็นสัดส่วน

ประชากรในชุมชนประกอบอาชีพหลากหลายมีทั้งข้าราชการ พนักงานบริษัท รัฐวิสาหกิจค้าขายส่วนตัว และรับจ้างทั่วไป ส่วนใหญ่ผู้ที่ออกไปทำงานนอกบ้านจะเป็นสามี ส่วนภรรยาจะรับหน้าที่เป็นแม่บ้าน โดยอาจจะมีงานทำตอนกลางวันเพื่อหารายได้ช่วยจุนเจือครอบครัว เช่น รับจ้างซักรีด รับจ้างทำดอกไม้จันทน์ ทำขนมส่งตลาด ขายอาหาร หรือรับจ้างดูแลเด็กเล็ก

ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุเสมอ

จากจำนวนประชากรสูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน เขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 3 บางซื่อ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ทำการค้นหาและทดสอบด้วยตนเองโดยใช้แบบทดสอบเพื่อคัดกรองผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของชาวพุทธ 155 เลิศ (2535) ซึ่งสามารถพบและทดสอบได้เพียง 850 ราย ทั้งนี้เนื่องจากประชากรในชุมชนมักจะมีการเคลื่อนย้ายอยู่บ่อย ๆ

บางรายเสียชีวิตไปแล้ว บางรายอาศัยในบ้านไม่มีเลขที่ ซึ่งยากแก่การติดตาม บางรายอาศัยใน
เขตพื้นที่อันอาจเป็นอันตรายแก่ผู้วิจัยที่เข้าไปเพียงคนเดียวจะทำการติดตามได้ ได้แก่ เขตพื้นที่มี
บ่อนการพนัน หรือมีการลักลอบขายและเสพยาเสพติด

จากจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการทดสอบ 850 ราย คัดกรองได้ว่าเป็นผู้ที่มีภาวะสมอง
เสื่อมตามเกณฑ์ โดยพิจารณาจุดตัดที่คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 ของแบบทดสอบ และได้รับ
การวินิจฉัยยืนยันจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-III-R แล้วว่า มีอาการของภาวะสมองเสื่อม
จริง โดยคัดเลือกไว้เพื่อเป็นกรณีศึกษาในการสัมภาษณ์ผู้ดูแลได้จำนวน 29 ราย ดังรายละเอียด
ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

คุณสมบัติของผู้สูงอายุสมองเสื่อม	จำนวน (N = 29)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	6	20.7
หญิง	23	73.3
อายุ (ปี)		
60-69	1	3.5
70-79	9	31.0
80-89	14	48.3
> 90	5	17.2
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	1	3.5
ครอบครัวขยาย	28	96.5

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุสมองเสื่อม (ต่อ)

คุณสมบัติของผู้สูงอายุสมองเสื่อม	จำนวน (N = 29)	ร้อยละ
ระยะเวลาโดยประมาณที่ผู้ดูแลสังเกตเห็น การเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมของ ความจำ ความคิด หรือพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ถึงวันที่เริ่มสัมภาษณ์		
6 ค - 1 ปี	6	20.7
1 ปี 1 ค - 2 ปี	8	27.6
2 ปี 1 ค - 3 ปี	4	13.8
3 ปี 1 ค - 4 ปี	2	6.9
4 ปี 1 ค - 5 ปี	3	10.3
5 ปี 1 ค - 6 ปี	1	3.5
6 ปี 1 ค -10 ปี	0	0
มากกว่า 10 ปี	5	17.2

จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษาพบว่าเป็นเพศชาย 6 ราย หญิง 23 ราย ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 80-89 ปี โดยมีอายุต่ำสุด 69 ปี สูงสุด 97 ปี คิดเป็นอายุเฉลี่ย 81.96 ปี ผู้สูงอายุสมองเสื่อมกรณีศึกษาส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ญาติ ที่น้องเป็นลักษณะของครอบครัวขยาย (extended family) โดยในจำนวนนี้มีสมาชิกในครัวเรือนตั้งแต่ 3 คน จนถึง 30 คน โดยมีเพียง 1 รายที่เป็นครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิกในครัวเรือนเพียง 2 คน ได้แก่ ผู้สูงอายุสมองเสื่อมกับผู้ดูแลที่เป็นภรรยา แต่ทั้งนี้บุตรซึ่งแต่งงานแยกครอบครัวไปอยู่ต่างจังหวัด จะกลับมาเยี่ยมและพักอาศัยด้วยเป็นประจำวันเสาร์-อาทิตย์

ส่วนระยะเวลาโดยประมาณที่ผู้ดูแลสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมของความจำ ความคิด หรือพฤติกรรม ส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงเวลาประมาณ 1 ปี 1 เดือน ถึง 2 ปี

ลักษณะอาการความจำบกพร่องที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุเป็นประจำ จนทำให้ญาติสามารถสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงได้อย่างชัดเจน เช่น การลืมสิ่งของที่นำใช้เป็นประจำ การนึกชื่อลูกหลานไม่ออก การหลงทางกลับบ้านไม่ถูกหรือไม่สามารถบอกบ้านเลขที่ของตนเองได้ ซึ่งอาจจะร่วมกับการมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป เช่น การซึมเศร้า การพูดบ่นรำจี้มากขึ้นในเรื่องที่ลูกหลานเห็นว่าไม่มีสาระ การหวาดระแวงต่าง ๆ รวมไปถึงทักษะในการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป เช่น ไม่สามารถใช้จ่ายเงิน นับเงินทอนผิดพลาดบ่อย ๆ หรือต้องใช้เวลาคิดตัดสินใจนานนั้น ชาวบ้านโดยทั่วไปจะเรียกอาการเหล่านี้ว่า "หลง" และเป็นอาการที่อาจเกิดขึ้นได้ชั่วคราวเป็นบางขณะเฉพาะตอนที่แสดงพฤติกรรมนั้น โดยมักจะบอกว่า บางครั้งก็หลง บางครั้งก็ไม่หลง หากมีอาการมากขึ้นถึงขนาดพูดจาสับสนเรื่อยเปื่อย ถามตอบไม่รู้เรื่อง จนกระทั่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลยนั้น ชาวบ้านจะเรียกว่า "เลอะ" หรือ "หลงจนเลอะ" ส่วนใหญ่แล้วจะเข้าใจว่าเป็นธรรมดาของคนสูงอายุที่อาจเกิดอาการหลงได้เองตามวัยที่ร่วงโรย เมื่ออายุมากขึ้นก็อาจหลงได้บ้าง มีผู้ดูแลรายหนึ่งให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับอาการหลง โดยจะเกิดจากการถูกกระทำทางไสยศาสตร์ไว้ว่า "... แก่คนของ * ผู้ชายมันทำ ที่นี้พอแก่ตัวมันก็เป็นจีน เพราะของมันแก่จีน..."

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

* หมายถึง การถูกทำร้ายด้วยพิธีทางไสยศาสตร์โดยเสกให้ของหรือสิ่งชั่วร้ายมาอยู่กับผู้ถูกกระทำ ซึ่งจะเกิดความผิดปกติเจ็บป่วยตามมา



สภาพชีวิตทั่วไปของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนส่วนใหญ่จะเป็นผู้ว่างงานอยู่แต่ในบ้าน โดยมีลูกหลานเป็นผู้คอยดูแลรับผิดชอบเรื่องอาหาร ซึ่งจะเป็นกับข้าวชนิดเดียวกับที่ผู้ดูแลทาเตรียมไว้ให้สมาชิกในครอบครัวรับประทาน โดยตักแบ่งเตรียมมาเสิร์ฟให้ผู้สูงอายุรับประทานต่างหาก โดยหาเหตุผลว่า เนื่องจากผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะใช้เวลาในการรับประทานอาหารแต่ละครั้งและเวลาไม่ตรงกัน จึงไม่อยากกรอเพราะคนอื่น ๆ มีภาระหน้าที่อื่นต้องทำ

นอกจากนี้บางรายยังหาเงินไว้ใช้ส่วนตัว เพื่อซื้ออาหารพิเศษที่นึกอยากทานเอง เช่น นมไวตามิลค์ โรเลียง ขนมที่มีผู้เดินร้องขายหน้าบ้าน เฉลี่ยแล้ววันละ 5-10 บาท ผู้สูงอายุสมองเสื่อมบางรายยังสามารถหารายได้พิเศษของตน ได้แก่ การจักไม้เป็นชิ้นเล็ก ๆ สำหรับจุดก่อเตาถ่านแล้วแบ่งใส่เป็นถุงเล็ก ๆ วางขายหน้าบ้านถุงละ 3 บาท ซึ่งผู้ดูแลซึ่งเป็นบุตรสาวจะเป็นผู้ไปหาเศษไม้จากโรงงานและเฟอร์นิเจอร์มาไว้ให้ หากหารายได้วันละประมาณ 10 บาท ทุกวัน ผู้สูงอายुरายนี้จะเป็นกิจวัตรประจำวันของตนโดยเริ่มทำตั้งแต่เวลาประมาณ 9-10 โมงเช้าจนถึงบ่ายสองโมงและนำวางขายตอนเป็นช่วงเวลาที่คุณเริ่มกลับจากทำงานเดินผ่านหน้าบ้านและหยุดแวะซื้อได้ บางรายจะหัดถุงกระดาษโดยบุตรสาวผู้ดูแลจะหากกระดาษหนังสือพิมพ์หรือนิตยสารเก่ามาตัดทำหัตถ์ขนาดพร้อมกับเคียวกวาดเบี่ยงเปียกเตรียมไว้ให้ผู้สูงอายุนั้นได้หัดเป็นถุงและนำไปขายให้กับร้านค้าในชุมชนซึ่งจะช่วยรับซื้อไว้ในราคา 10 บาทต่อ 300 ใบ ถึงแม้ว่าถุงบางใบจะรื้อขาดจากการติดกวาดไม่ทั่วหรือหัดไม่ได้ขนาดก็ตาม อีกหนึ่งรายจะรับพันก้านดอกไม้จันทน์ที่มีผู้อื่นประกอบเข้าช่อดอกไม้แล้ว โดยนั่งทำเป็นงานประจำทุกวันตั้งแต่เช้าถึงเย็นอยู่บ้านมีรายได้เฉลี่ยสัปดาห์ละ 50-60 บาท พอเป็นค่ายาหอม ยาลมที่ต้องใช้เป็นประจำ

ผู้สูงอายุสมองเสื่อมส่วนใหญ่ที่ศึกษาจะไม่มีงานทำเพื่อเป็นรายได้ โดยจะใช้เวลาว่างวันนอนหลับ หรือนั่งเฉย ๆ ดูคนเดินผ่านไปมาหน้าบ้าน บางรายยังสามารถช่วยทำงานบ้าน เช่น กวาดเบลาหัดลาน มีหนึ่งรายซึ่งที่บ้านเป็นร้านขายอาหาร ผู้สูงอายุสมองเสื่อมยังสามารถช่วยเก็บจานมาล้างได้ แม้ว่าบ่อยครั้งที่จะล้างชามที่ตนเองเพิ่งล้างเสร็จไปแล้วบ้างก็ตาม แต่ผู้ดูแลยังยินยอมให้ผู้สูงอายุได้ช่วยงานโดยหาเหตุผลว่า ต้องการให้ผู้สูงอายุนั้นมีกิจกรรมทำบ้างดีกว่า นั่งซึมเฉยหรือเดินไปมาในร้าน

จากสภาพบ้านในชุมชนที่อยู่สีกานชอยแคบ และบ้านจะปลูกชิดติดกัน บางบ้านยังกันแบ่งห้องให้เช่าซึ่งมีหน้าต่างเพียง 1 บาน หลังคามุงด้วยสังกะสี อากาศจึงร้อนอบอ้าวและถ่ายเทไม่ค่อยสะดวก พื้นที่ทุกตารางเมตรของบ้านจึงถูกใช้งานอย่างเต็มที่ มีของวางเกะกะทั่วไป ผู้สูงอายุสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะถูกจำกัดที่อยู่บริเวณห้องเพื่อเป็นทั้งที่นอนและบริเวณเก็บของส่วนตัว โดยมากจะอยู่หน้าห้องน้ำ หากเป็นบ้าน 2 ชั้นจะอยู่บริเวณห้องโถงชั้นล่าง

สภาพร่างกายโรคทั่วไปจะพอม ผิวหนังแห้ง มีอยู่หนึ่งรายที่ผู้วิจัยสังเกตเห็นรอยพุงข้าวบริเวณขาแขนเป็นประจำ สีหน้าค่อนข้างเฉย ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่เป็นหญิงมักจะสวมเสื้อคอกระเช้าและผ้าถุง ทั้งนี้เพื่อความสะดวกในการสวมใส่ หากเป็นชายจะนุ่งเฉพาะกางเกงขาสั้นโดยไม่สวมเสื้อขณะอยู่ในบ้าน

ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล

จากเกณฑ์ในการคัดเลือกเพื่อเป็นกรณีศึกษา ผู้วิจัยได้คัดเลือกครอบครัวซึ่งมีผู้ทักหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมไว้ 29 รายเพื่อสัมภาษณ์ ตามแนวคำถาม ในส่วนที่ 1 ดังมีรายละเอียดตามตารางที่ 2

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลจําแนกตามคุณสมบัติ

คุณสมบัติของผู้ดูแล	จำนวน (N = 29)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	0	0
หญิง	29	100
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 30	1	3.5
31 - 40	3	10.3
41 - 50	8	27.6
51 - 60	10	34.5
มากกว่า 60	7	24.1
ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุสมองเสื่อม		
บุตรสาว	21	72.5
ภรรยา	3	10.3
สะใภ้	3	10.3
น้องสาว	2	6.9
สถานภาพสมรส		
โสด	3	10.3
คู่ อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน	21	72.4
หม้าย หย่า แยก	5	17.2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลจำนวนตามคุณสมบัติ (ต่อ)

คุณสมบัติของผู้ดูแล	จำนวน (N = 29)	ร้อยละ
อาชีพ		
แม่บ้าน	16	55.2
ค้าขายส่วนตัว	8	27.6
รับราชการ	1	3.5
รับจ้าง	2	6.9
พนักงานบริษัท	2	6.9
วุฒิการศึกษา		
ไม่ได้อ่าน	4	13.8
ประถมศึกษา	20	69.0
มัธยมศึกษา	4	13.8
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	1	3.5
โรคประจำตัว		
ไม่ทราบ	2	6.9
ไม่มี	16	55.2
มี	11	37.9

จากตารางที่ 2 แสดงว่าผู้ดูแลทั้งหมด 29 คน เป็นเพศหญิง โดยส่วนใหญ่มักจะมีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 34.5) ในขณะที่มีผู้ดูแลอายุเกิน 60 ปี ซึ่งถือได้ว่าเป็นผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน 7 คนหรือร้อยละ 24.1 โดยในจำนวนนี้ผู้ดูแลที่อายุมากที่สุดมีอายุถึง 73 ปี

ในด้านความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุสมองเสื่อม จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่มักแล้วบุตรจะทำหน้าที่ดูแลบิดามารดาสูงอายุสมองเสื่อมโดยมี 21 คนจากจำนวนผู้ดูแลทั้งหมด 29 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 72.5 ซึ่งมากกว่าความสัมพันธ์อื่น โดยในจำนวนนี้เป็นบุตรบุญธรรมเพียง 1 ราย ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุสมองเสื่อมนั้นไม่มีบุตรของตนเองจึงได้รับเลี้ยงผู้ดูแลเพียงคนเดียวเป็นบุตรบุญธรรมตั้งแต่เล็ก นอกจากนี้ยังมีผู้ดูแลที่เป็นน้องสาว 2 ราย (ร้อยละ 6.4) ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุหนึ่งรายที่เป็นโรค และอีกหนึ่งรายไม่มีบุตรโดยสามีได้เสียชีวิตมากกว่าสิบปีแล้ว นอกจากนี้ยังมีสะวักที่ต้องรับหน้าที่เป็นผู้ดูแล 3 ราย (ร้อยละ 10.3) เช่นเดียวกับภรรยาที่ยังต้องรับภาระในการดูแลสามี ซึ่งเป็นผู้สูงอายุสมองเสื่อมอีก 3 ราย (ร้อยละ 10.3)

จากลักษณะของครอบครัวซึ่งได้รายงานไปแล้วว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมส่วนใหญ่มักจะอยู่ร่วมเป็นลักษณะของครอบครัวขยาย ผู้ดูแลส่วนใหญ่ 21 ราย (ร้อยละ 72.4) จึงมีสถานภาพคู่และมีผู้ที่เป็นหม้าย หย่า หรือแยก รวม 5 ราย (ร้อยละ 17.2) ในขณะที่มีผู้ดูแลที่เป็นโรคเพียง 3 ราย (ร้อยละ 10.3) เท่านั้น

ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นแม่บ้านมีหน้าที่ดูแลความสะอาด จัดการเรื่องอาหารการกิน เลี้ยงดูบุตรหรือหลาน โดยมีสามีเป็นผู้ออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้ถึง 16 ราย (ร้อยละ 55.2) นอกจากนี้ยังมีบางคนซึ่งมีอาชีพเป็นรายได้เพื่อช่วยเหลือจนเจ็ดครอบครัว ได้แก่ มีร้านขายอาหารประเภทข้าวแกง ก๋วยเตี๋ยว เป็นร้านเล็ก ๆ อยู่ในชุมชน ซึ่งผู้ดูแลจะเป็นผู้ประกอบอาหารเองไม่มีผู้ช่วย มีหนึ่งรายที่ขายกล้วยทอด โดยจะเงินรดออกขายที่สี่แยกหน้าชุมชน อีกหนึ่งรายขายผักซึ่งรับมาจากตลาดและนำมาจัดแบ่งเป็นก๋วยวางขายหน้าบ้าน รวมแล้วเป็นการค้าขายส่วนตัวซึ่งกระทำในชุมชนไม่ไกลจากบ้านทั้งหมด 8 ราย (ร้อยละ 27.6) นอกจากนี้ยังมีอาชีพรับจ้าง โดยหนึ่งรายเป็นผู้ช่วยแม่ครัวซึ่งต้องไปทำงานที่ร้านอาหารในช่วงตั้งแต่ 13.00 น. ถึงประมาณ 23.00 น. ทุก ๆ วัน ส่วนอีกหนึ่งรายรับจ้างซักรีดเสื้อผ้าซึ่งทำที่บ้านพัก มีเพียง 2 รายที่เป็นพนักงานบริษัทโดยในจำนวนนี้มี 1 รายที่ต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลมารดาสูงอายุสมองเสื่อมที่อยู่ภาวะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองทางด้านกิจวัตรประจำวันได้

ด้านวุฒิการศึกษาเป็นที่น่าสังเกตว่าในจำนวนผู้ดูแลทั้งหมด 29 รายมี 4 ราย (ร้อยละ 13.8) ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ไม่สามารถอ่านหรือเขียนได้ และส่วนใหญ่แล้วจะได้รับการศึกษาสูงสุดเพียงชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีจำนวน 20 ราย (ร้อยละ 69) ในขณะที่มีวุฒิการศึกษาสูงสุดคือประกาศนียบัตรวิชาชีพเพียง 1 ราย (ร้อยละ 3.5) เท่านั้น

จากการสอบถามถึงโรคประจำตัว ผู้ดูแลได้รายงานว่ามีเคยได้รับการตรวจเช็คร่างกายจึงไม่ทราบว่าตนเองมีโรคประจำตัวหรือไม่ 2 ราย (ร้อยละ 6.9) อีก 16 ราย (ร้อยละ 55.2) ยืนยันว่าตนเองไม่มีโรคประจำตัวใด ๆ แม้ว่าบางรายอาจจะยังไม่เคยได้รับการตรวจจากแพทย์เลยก็ตาม ส่วนอีก 11 ราย (ร้อยละ 37.4) นั้น ได้รายงานว่าตนเองมีอาการผิดปกติและได้รับการตรวจจากแพทย์แล้วทราบว่ามีการประจำตัว ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงโรคประจำตัวและอาการผิดปกติของผู้ดูแล

โรคประจำตัว/อาการผิดปกติ	จำนวน	ร้อยละ
โรคหัวใจ	3	10.3
ไขมันในเลือดสูง	1	3.4
โรคกระเพาะ	1	3.4
หน้ามืด เวียนศีรษะบ่อย ๆ โดยไม่ทราบสาเหตุ	5	17.2

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลทราบว่ามีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง 5 ราย (ร้อยละ 17.2) รองมาคือโรคหัวใจ 3 ราย (ร้อยละ 10.3) และเป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ดูแลมีอาการผิดปกติคือ หน้ามืด เวียนศีรษะบ่อย ๆ โดยไม่ทราบสาเหตุถึง 5 ราย (ร้อยละ 17.2)



ภาระในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

1. ภาระตามอาการของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

เนื่องด้วยภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการอันเป็นผลมาจากความผิดปกติในการทำงานของสมองใหญ่ที่เกิดขึ้นอยู่ทั่วไปซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ที่สำคัญคือ ความจำที่บกพร่อง และอาจตามมาด้วยอาการหลายอย่าง ทั้งนี้ย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแล จากผลการวิจัยโดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลัก พบว่าอาการของผู้สูงอายุสมองเสื่อมแต่ละอาการนั้นผู้ดูแลรับรู้ว่าการก่อให้เกิดความยุ่งยาก ลำบาก หรือเป็นภาระในการดูแลพร้อมทั้งแสดงความคิดเห็นต่อการดูแลในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1.1 ความจำบกพร่อง แม้ว่าการสูญเสียความจำจะเป็นอาการอันแรกและเป็นอาการที่เด่นที่สุดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ซึ่งผู้ดูแลก็มักจะสังเกตเห็นและรับรู้ได้ แต่จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่แล้ว 17 ราย (ร้อยละ 58.6) จะให้ความเห็นว่ามาชเป็นสิ่งที่ยุ่งยาก ลำบากใจ หรือเป็นภาระอะไรในการดูแล ทั้งนี้ได้ให้เหตุผลสำคัญคือ คิดว่าคงเป็นเรื่องธรรมดาของคนสูงอายุก็ต้องหลง ๆ สิม บ้างไม่ได้สนใจและผู้ดูแลเองก็มีหน้าที่ภาระในการทำงานบ้านอื่น ๆ ไม่ได้คิดที่จะกระตุ้นเตือนความจำหรือช่วยผู้สูงอายุในการหาของเมื่อเขาต้องการความช่วยเหลือ ซึ่งส่วนมากแล้วผู้สูงอายุก็จะช่วยเหลือตนเองโดยการหาเองอาจจะร่วมกับการบ่นพึมพำ เดินหาว่านวย สักครู่หากผู้ดูแลไม่สนใจก็จะหยุดเอง บางรายถือว่าเป็นความเคยชินที่อยู่ด้วยกันมานาน โดยเฉพาะในรายที่มีอาการหลงลืมมาเป็นเวลานานร่วม 10 ปี

ในบรรดาผู้ดูแลที่คิดว่าอาการความจำบกพร่องนี้ ทำให้เขารู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแลได้แสดงเหตุผลแตกต่างกันตามระดับของการรับรู้ กล่าวคือมี 3 ราย (ร้อยละ 10.4) ที่ถือว่าเป็นภาระเพียงเล็กน้อยเท่านั้นโดยเฉพาะหากอาการหลงลืมนั้นเกิดขึ้นร่วมกับการพูดบ่นพึมพำหรือแสดงอาการหงุดหงิดเมื่อนึกหาอะไรไม่พบ ซึ่งผู้ดูแลจะรู้สึกว่าเหตุผลว่าทำให้ตนเองรู้สึกรำคาญและบางครั้งพลอยหงุดหงิดไปด้วย ในบรรดาผู้ดูแล 29 รายนี้คิดว่าอาการความจำบกพร่องทำให้เขารู้สึกว่าเป็นภาระพอสมควรมีถึง 7 ราย (ร้อยละ 24.1) ทั้งนี้ผู้ดูแลจะรู้สึก

ราคาญเนื่องจากอาการความจำบกพร่องของผู้สูงอายุสมองเสื่อมนั้นส่งผลกระทบต่อการค้า นินชีวิตประจำวันร่วมกันกับผู้ดูแล ได้แก่ รู้สึกราคาญเมื่อผู้สูงอายุนั้นหาของอะไรไม่เจอ ต้องเรียกคนที่ช่วยหาอยู่บ่อย ๆ บางครั้งรวยวายส่งเสียงดังและแสดงท่าทีก้าวร้าว มีอยู่หนึ่งรายที่ลืมแม้กระทั่งบ้านที่อยู่และยังชอบเดินออกนอกบ้านซึ่งมักจะหลงทางทักห้ก่อนความเดือดร้อนแก่เพื่อนบ้านต้องพาส่งนอกจากนี้การที่ผู้ดูแลต้องคอยตอบคำถามและอธิบายซ้ำอยู่บ่อย ๆ ยังสร้างความรู้สึกที่นำเบื่อให้กับผู้ดูแลอีกด้วย ส่วนผู้ดูแลที่คิดว่าอาการนี้ก่อให้เกิดความยุ่งยาก ล้าพาใจและถือเป็นภาระมากมีเพียง 2 ราย (ร้อยละ 6.9) เท่านั้น อดเฉพาะในรายที่เป็นคู่สามีภรรยา ซึ่งสามีได้มีอาการสมองเสื่อมโดยมีความจำบกพร่องและแสดงอาการหลงลืมบ่อย ๆ มาเป็นระยะเวลาประมาณ 1 ปีเศษ บุตรได้แต่งงานแยกครอบครัวไปแล้ว ภรรยาจึงต้องรับหน้าที่ทั้งการทำความสะดวกในบ้าน จัดหาอาหาร อดหวังว่าสามีน่าจะมีส่วนช่วยบ้าง แต่กลับเพิ่มภาระให้ภรรยาให้กล่าวว่ "...ราคาญจริง ๆ เลยนะ เรื่องหาของไม่เจอนะ คราวที่มีอยู่แค่นั้น บ้านก็แคบ ขนาดเรื่องที่ต้องหาบ่อย ๆ อย่างเวลาจะกินข้าวจะ ซ้อนก็หาไม่เจอ จานก็หาไม่เจอ มันก็อยู่เหิน ๆ วันนึ่งก็ต้องใช้กินตั้ง 3 มื้อไม่รู้จักจำ น่าจะช่วยกันได้บ้าง..." ความบกพร่องของความจำจึงทักให้ผู้ดูแลรายนี้รู้สึกว่าเป็นการเพิ่มภาระให้กับตน ส่วนอีกหนึ่งรายคิดว่าเป็นภาระมากเนื่องจากผู้สูงอายุเริ่มแสดงอาการหลงลืมถี่ขึ้นในช่วงระยะเวลาประมาณ 7 เดือนที่ผ่านมาและผู้ดูแลยังมรู้จะทำอย่างไร

1.2 ความผิดปกติของความคิดหรือการตัดสินใจที่บกพร่อง เป็นอาการที่ผู้ดูแล

สังเกตเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงได้ยาก ส่วนใหญ่แล้วคนในชุมชนจะไม่ได้ตระหนักถึงเรื่องนี้มากนักจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลพบว่ 25 ราย (ร้อยละ 86.2) จะปฏิเสธถึงความรู้สึกอันเป็นภาระทางด้านนี้โดยบอกว่า ไม่ดำสำจหรือไม่ได้สนใจานความคิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่เขารับผิดชอบอยู่จึงไม่รู้ว่ามี การเปลี่ยนแปลงหรือบกพร่องอย่างไรบ้างมีบางรายที่รับรู้ได้ถึงการเปลี่ยนแปลงนี้ให้เหตุผลที่เขาคิดว่าไม่ช่ เรื่องที่เป็นภาระในการดูแลคือ ไม่ดำสำจงานความนึกคิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ไม่เคยถูกปัญหาหรือปรึกษาขอคำแนะนำอะไรจากผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่อยู่ในการดูแล ทั้งนี้เนื่องจากมีอาการหลง ๆ ลืม ๆ อยู่แล้วจะคิดอะไรได้ถูกต้องอย่างไร นอกจากนี้ยังแสดงความเห็นว่าความคิดที่ผิดปกติโดยเฉพาะความคิดนามธรรมหรือการตัดสินใจที่บกพร่องของผู้สูงอายุ

สมองเสื่อมนั้นเป็นเรื่องเฉพาะตัวของผู้สูงอายุเอง ไม่อยากร่วมแสดงความคิดเห็นหรือช่วยเหลือ ทั้งนี้ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อครอบครัวหรือผู้ดูแลเลย ส่วนผู้ดูแลที่ให้ความเห็นว่ารู้สึกยุ่งยากลำบากใจ และถือว่าเป็นอาการที่เป็นภาระเพราะไม่ค่อยเข้าใจงานความคิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม บางครั้งนึกอะไรได้ก็พูดขึ้นมา ฟังไม่ได้ใจความ มีความคิดเห็นที่แปลกไม่เหมือนกับคนอื่น ไม่ตรงกับผู้ดูแลซึ่งจะปรึกษาอะไรไม่ได้เลย และจากความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันนี้เองอาจจะนำไปสู่การทะเลาะกันได้ในบางครั้ง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ดื้อรั้นและมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย บางรายยังบอกว่าหากความคิดของผู้สูงอายุนั้นไม่ถูกต้องตรงความจริงประกอบกับยึดถือและพูดซ้ำบ่อย ๆ ก็อาจเกิดความเข้าใจผิดเป็นผลกระทบในทางลบกับผู้ดูแลได้ ดังเช่น มีหนึ่งรายที่ผู้สูงอายุคิดว่าผู้ดูแลซึ่งเป็นบุตรสาวของตนมีคู่ และมักจะพูดย้ำเองอยู่บ่อย ๆ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลลำบากใจ และเกรงว่าสามีของตน หรือเพื่อนบ้านจะเข้าใจผิดได้

1.3 การสนทนาและสื่อสาร อันหมายถึงความถึงทั้งการพูดและการแสดงความรู้สึกนึกคิดที่ดำเนินของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลทุกรายสามารถสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตัวผู้สูงอายุที่เขารับผิดชอบดูแลอยู่ได้ โดยส่วนใหญ่ 16 ราย (ร้อยละ 55.2) ยอมรับว่าด้านการสื่อความหมายเป็นด้านที่ผู้ดูแลรู้สึกว่ายากลำบาก โดยเฉพาะอาการพูดบ่น ผู้ใจสั้นกว่าเดิม บางครั้งพูดผิดไวยากรณ์หรือมีการเรียกชื่อสิ่งของผิด นึกชื่อของไม่ออก ผู้ดูแลจะรู้สึกอึดอัดไปด้วย บางครั้งเมื่อบ่นพึมพำ ผู้ดูแลถามว่าบ่นอะไร กลับตอบว่า "...เปล่า..." ทั้ง ๆ ที่ผู้ดูแลได้ยินเสียงและสังเกตเห็นซึ่งผู้ดูแลรายงานว่า นำโรบท กวนประสาท หรือนำรำคาญ การตอบไม่ตรงคำถามและพูดวกวนของผู้สูงอายุสมองเสื่อมเวลาเล่าถึงเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้น ผู้ดูแลจะต้องใช้ความตั้งใจและเรียบเรียงเองใหม่จึงจะสื่อสารกันไปได้ เข้าใจ บางครั้งหากผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยและหงุดหงิดก็จะโรบทากากให้ เกิดการโต้เถียงทะเลาะกันขึ้น บางครั้งผู้ดูแลรู้สึกเบื่อหน่ายแต่ก็ต้องเป็นฝ่ายยอมเพื่อให้อาการสงบลงในขณะที่ยังรู้สึกว่าเป็นการไม่ยุติธรรมเลยสำหรับตน ผู้สูงอายุสมองเสื่อมหลายรายที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นก้าวร้าวทางคำพูดมากขึ้น มีการบ่นคำ ใช้คำพูดที่รุนแรง หากไม่พอใจและจะด่าซ้ำซากทักให้ เกิดความไม่สงบในครอบครัว บางครั้งพูดจาสับสนทักให้คนฟังแปลความหมายไปนทางที่ผิด เกิดความเข้าใจผิดกันได้ ผู้ดูแลจะรู้สึกอายนเพื่อนบ้าน เกรงใจเพื่อนบ้านที่ต้องได้ยินเสียงด่าเป็นประจำ โดยเฉพาะสภาพแวดล้อม

ในชุมชนที่เป็นบ้านแคบปลูกชิดติดกัน

สำหรับผู้ดูแลที่ไม่คิดว่าด้านการสื่อความหมายที่เปลี่ยนแปลงหรือบกพร่อง
 ไปของผู้สูงอายุสมองเสื่อมก่อให้เกิดความยุ่งยาก ล้ายากหรือเป็นภาระในการดูแลนั้นได้ให้เหตุ
 ผลว่า ไม่ได้ใส่ใจงานตัวผู้สูงอายุมากนัก ไม่ค่อยคุยปรึกษาอะไรกัน โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีงานทำนอก
 บ้านและปล่อยทิ้งให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ตนรับผิดชอบดูแลอยู่บ้านเพียงลำพังในตอนกลางวันและ
 แทบจะไม่เคยถามถึงความต้องการของผู้สูงอายุนั้นเลย ในขณะที่มีผู้ดูแลจำนวนเพียง 2 ราย
 (ร้อยละ 6.9) ที่ไม่คิดว่าเป็นภาระโดยให้เหตุผลว่าถึงแม้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะบ่น จู้จี้มากขึ้น
 แต่ตนเองชินแล้ว เคยดูแลปรนนิบัติและอยู่ในภาวะเช่นนี้มานานหลายปี หากถามแล้วได้รับคำตอบที่
 ไม่ตรงกับคำถามกลับมองเป็นเรื่องตลก และรู้สึกเห็นใจในความเสื่อมสภาพของผู้สูงอายุซึ่งเป็น
 มารดาของตนโดยคิดว่าสักวันหนึ่งหากตนมีอายุมากขึ้นก็อาจจะเป็นเช่นนี้เหมือนกัน อีกหนึ่งรายให้
 เหตุผลตนเองเดียวกันว่าเป็นเพราะตนเป็นผู้ดูแลมาตลอดหลายปีจึงสามารถเดาและรู้ถึงความต้อง
 การของผู้สูงอายุได้ สามารถเข้าใจงานสิ่งที่คุณสูงอายุพยายามอธิบายและคิดว่าเป็นธรรมชาติของคน
 สูงอายุที่ต้องจู้จี้มากขึ้น หากผู้ดูแลไม่ต้องใส่ใจถือเอาเป็นอารมณ์แล้วก็จะไม่ทำให้เดือดร้อน
 ล้ายากใจอะไร แม้ว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมรายนี้จะเพียงพี่สาวของผู้ดูแลซึ่งยังคงกล่าวเพิ่มเติมว่า
 ... เขามิมีใครอีกแล้วฉันก็รับดูแลเขาตั้งแต่พี่เขาตาย นี้ก็ร่วมสิบปีแล้วมั้งที่มาอยู่ด้วยกัน เรื่องพูดบ่น
 นะ เหนอ รื้อย แต่เดิมเขาเป็นคนเงิบ ๆ นะ ปีสองปีมานี้ก็รู้สึกว่าชักบ่นมากขึ้น พึมพำ พึมพำคน
 เดียว ถามก็ไม่รู้เรื่องเสียงจะเบาลงมีสั้น ๆ ด้วยนะ แรก ๆ ก็รู้สึกรำคาญ เวลาถามอะไรต้อง
 รอนานก็จะพูดจบ แต่ตอนนี้ก็ชินแล้วละ...

คุณยวทนายทรัพยากร

1.4 การทำความเข้าใจร่างกาย และการแต่งตัว ในบรรดากรณีศึกษาทั้งหมด

29 ราย ผู้ดูแลรายงานว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้โดยที่ผู้ดูแลไม่เคยมิให้
 การช่วยเหลือหรือให้ความสนใจเป็นพิเศษในด้านนี้เลย 21 ราย (ร้อยละ 72.4) จึงไม่คิดว่าจะ
 เป็นภาระหรือยุ่งยากล้ายากใจอะไร จากการสังเกตของผู้วิจัยในขณะที่เยี่ยมบ้านพบว่าผู้สูงอายุบาง
 รายมีรอยคราบโคล คราบแป้งอยู่ เสื้อผ้าที่สวมใส่มักจะมีคราบสกปรก ผมไม่ได้หวีหรือเกล้าให้

เรียบร้อยยังคงรวมไว้แบบยุ่งเหยิง เล็บมักจะยาวแข็งมีขี้เล็บดำ และฝ่าเท้าจะเป็นผื่นดำอยู่เสมอจากการเดินไปมา บางรายยังมีกลิ่นตัวแรงอีกด้วย ส่วนตัวผู้ดูแลเองก็ไม่ได้แตกต่างกันมากนักในด้านความสะอาดทั่วไป วันแต่จะมีความเรียบร้อยมากกว่า

ส่วนอีก 8 ราย (ร้อยละ 27.6) ผู้ดูแลให้สัมภาษณ์ว่ารู้สึกเป็นภาระในด้านนี้โดยเฉพาะอย่างยิ่งมี 3 รายที่ผู้สูงอายุสมองเสื่อมนั้นไม่สามารถช่วยเหลือตนเองด้านกิจวัตรประจำวันพื้นฐานส่วนตัวได้เลย ผู้ดูแลจึงต้องช่วยเหลือทั้งหมดและคิดว่า เป็นภาระมากกว่าทำให้เกิดความยุ่งยากลำบากมากที่สุด โดยเฉพาะการอาบน้ำ จากสภาพห้องน้ำที่คับแคบ มีคิบบ ซึ่งผู้ดูแลไม่สามารถพุงพาผู้สูงอายุเข้าไปพร้อมกันได้ จึงจำเป็นต้องใช้การเตรียมน้ำที่ถังตั้งอ่างข้างนอก ทำให้เกิดความเลอะเทอะต้องเช็ดถูเป็นภาระเพิ่มขึ้นอีก บางรายจะถือไม่ยอมอาบน้ำโดยไม่มีเหตุผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่ายที่ต้องขอร้องแถมบังคับน้ำให้อาบ บางครั้งก็จะปล่อยตามใจแม้ว่าผู้สูงอายุจะไม่ยอมอาบน้ำนานถึง 3 วันก็ตามและรอนอยากอาบเอง ผู้สูงอายุหญิงหนึ่งรายที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลยนั้นรวมทั้งการสวมใส่เสื้อผ้า แต่ยังมีความคิดฟุ้งว่าผ้าถุงเป็นของดำไม่ยอมให้สวมลงทางศีรษะ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลยุ่งยากมากหลังจากอาบน้ำให้เรียบร้อยจะต้องเกณฑ์ลูกหลานคนอื่นอย่างน้อย 2-3 คนมาช่วยกันพุงยีน้ำให้ผู้สูงอายุยกขาที่ละข้างเพื่อนุ่งผ้าถุงเป็นที่รอกลาหลทุกครึ่ง บางครั้งเสียหลักล้มล้ม ซึ่งในรายนี้ผู้ดูแลรู้สึกหนักใจมากและพลอยส่งผลกระทบต่อผู้อยู่อาศัยคนอื่น ๆ เบื่อหน่ายไปด้วย การที่ผู้สูงอายุสมองเสื่อมช่วยเหลือตนเองด้านกิจวัตรประจำวันไม่ได้นี้ ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลรายหนึ่งถึงขั้นต้องออกจากงานเดิมที่เป็นพนักงานบริษัทเพื่อใช้เวลามาดูแลคอยให้การช่วยเหลือตลอดเวลา ทำให้เสียรายได้ ก่อให้เกิดความลำบากใจและรู้สึกเป็นภาระอย่างมากถึงขนาดบ่นครวญด้วยน้ำเสียงสิ้นเชิงว่า ... จะหลง ๆ ลืม ๆ อย่างไรไม่ว่านะ นี่เป็นหนัก ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย พักสู้มาจมาก นี่ต้องออกจากงานได้ 2 เดือนแล้วมากอยดูแลแกนี้แหละ ไม่รู้จะทำไงดี คิดมากจนนอนไม่หลับนะ ประสาทเครียดไปหมด ถ้าเขาพอช่วยตัวเองได้บ้างก็จะดีกว่านี้เยอะ เบาทรงคนดูแล... ซึ่งผู้วิจัยยังสังเกตเห็นน้ำตาเอ่อนองในเบ้าตา และมือที่กำขยับไปมาตลอดเวลาที่ให้การสัมภาษณ์

1.5 การรับประทานอาหารเช้า ได้แก่ ความสามารถในการรับประทานอาหารเช้า

การเลือกชนิดของอาหาร เวลาในการรับประทานและปริมาณของอาหาร ส่วนใหญ่ 26 ราย (ร้อยละ 89.7) ให้ความเห็นว่าไม่ได้เป็นความลำบากหรือยุ่งยากอะไรทั้งนี้อาหารที่ผู้สูงอายุสมองเสื่อมรับประทานในแต่ละมื้อจะเป็นชนิดเดียวกับที่ผู้ดูแลหรือคนอื่น ๆ ในบ้านรับประทานไม่ได้ เตรียมชนิดพิเศษให้ โดยจะดัดแปลงแยกไว้ให้ผู้สูงอายุต่างหากโดยให้เหตุผลว่า เนื่องจากเวลาในการรับประทานไม่พร้อมกัน ผู้สูงอายุนึกหิวเมื่อไหร่ก็จะหารับประทานเองได้ไม่เคยได้รับประทานร่วมกันและผู้ดูแลก็ไม่ได้ใส่ใจมากนักเรื่องนี้ บางรายที่ถือว่ายุ่งยากจะเล็กน้อยทั้งนี้ด้วยเหตุผลที่ว่าผู้สูงอายุไม่ยอมทานเป็นเวลา เมื่อเรียกให้มาทานจะผลัดผ่อนบอกว่ายังไม่หิวอยู่เรื่อย ๆ ทว่าผู้ดูแลรู้สึกเป็นห่วงกังวลว่าอาจส่งผลถึงสุขภาพร่างกายได้ ตามที่ผู้วิจัยได้สังเกตพบว่า โดยปกติแล้วคนในชุมชนจะรับประทานอาหารเช้าในเวลาประมาณ 10 นาฬิกา ทั้งนี้เพราะหลายครั้งที่ผู้วิจัยเข้าไปเยี่ยมบ้านจะพบว่ากำลังประกอบอาหาร อาหารมื้อกลางวันจึงสว่างเลยไปถึงประมาณบ่ายสองโมงและอาหารมื้อเย็นจะอยู่ในราว 2 ทุ่ม คือหลังจากที่ทุกคนกลับจากทำงานถึงบ้าน อาหารหลักส่วนใหญ่ยังคงเป็นน้ำพริกและแกง ซึ่งจะมีกับข้าว 2-3 ชนิด บางครอบครัวยังบอกว่าผู้สูงอายุชอบทานอาหารไม่เหมือนคนอื่นในบ้านคือจะชอบทานแต่น้ำพริกกับปลาเค็ม ซึ่งผู้ดูแลก็ตามใจจัดหาให้เฉพาะที่ต้องการเท่านั้น ไม่ค่อยได้คำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการหรืออาหารเสริมอื่น ๆ จึงเป็นที่น่าสังเกตว่าโดยส่วนรวมแล้วผู้สูงอายุสมองเสื่อมแทบทุกรายจะมีรูปร่างผอม มีอยู่หนึ่งรายที่ไม่ยอมรับประทานอาหารเช้าที่ผู้ดูแลเตรียมไว้ให้เป็นมื้อ โดยเฉพาะอาหารเช้าซึ่งมักจะเก็บไว้จนบูด โดยไม่ทราบเหตุผล หากเก็บล้างก็จะโกรธหรือพาลกล่าวหาว่ามีคนมาขโมยแย่งของ แกบริับประทานและรับประทานอาหารกลางวันเตรียมใหม่หรือหาซื้อถ้วยเดียว ข้าวผัด ขนมที่มีขายในชุมชนรับประทานเอง ซึ่งผู้ดูแลเองยอมรับว่า รู้สึกลำบากใจพอควร นอกจากนี้ยังมีอีกหนึ่งรายซึ่งมักจะโยนอาหารที่ผู้ดูแลเตรียมไว้ เช่น ปลาทอด หมูทอด ไข่สุนัขบริเวณบ้านกินแทน ส่วนตัวเองรับประทานแต่ข้าวเปล่า บางครั้งพาลกล่าวหาว่าหลานได้ขโมยอาหารของตนไปรับประทาน แทน ซึ่งผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวต้องคอยกั๊กห้ามไม่ให้ทำเช่นนั้น

มานานและไม่สามารถลุกเดินไปเข้าห้องน้ำเองได้นั้นต้องอาศัยกระโถนที่ผู้ดูแลจะเตรียมวางไว้ข้างตัว บางครั้งทาบกเลอะเทอะหรือไม่ยอมใช้กระโถนกลับถ่ายเลอะผ้าถุงและรอจนกว่าผู้ดูแลจะลุกมาทำความสะอาดให้ มีกรณีศึกษาหนึ่งรายที่อยู่ในภาวะสมองเสื่อมรุนแรงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หลังจากถ่ายอุจจาระแล้วจะละเลงเล่นและปัสสาวะข้างฝาที่ผู้ดูแลคือครีโอลาซากาใจเป็นอันมาก

1.7 การนอน เป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มักจะนอนไม่เป็นเวลา และอาจตื่นมาตอนกลางดึกสร้างความรำคาญให้แก่ผู้อยู่ใกล้ชิดเช่นเดียวกับนักเรียนบางรายครั้งนี้ ผู้ดูแล 5 ราย (ร้อยละ 17.2) ให้สัมภาษณ์ว่า ในบางคืนผู้สูงอายุที่ดูแลไม่ยอมเข้านอนโดยเดินไปมาในบ้าน รื้อของ จัดของใหม่ หากหาอะไรไม่พบก็จะทุบฝาเรียกให้คนในบ้านตื่นมาช่วยหาเป็นประจําซึ่งคนดูแลรวมทั้งคนอื่น ๆ ในบ้านจะรู้สึกว่าเป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนมาก แม้กระทั่งบางคืนที่เข้านอนแล้วตื่นกลางดึกก็จะไปปลุกคนอื่น ๆ ให้ตื่นด้วยโดยบอกว่าเข้าแล้ว ผู้ดูแลต้องพยายามชี้แจงบอกว่ายังมีคอกอยู่ ชาวบ้านก็ยังไม่ตื่นกันมาชั่วเวลานานจนกว่าผู้สูงอายุนั้นจะยอมเชื่อ บางรายแม้ว่าจะตื่นกลางดึกลุกขึ้นมา นั่งเฉย ๆ ด้วยผมที่อยู่เพียงพลอยทาก็คนอื่นในบ้านตกใจตื่นและนอนต่อไม่หลับ บางรายยังมีการพูดบ่นพึมพำซึ่งสร้างความรำคาญให้กับคนอยู่ใกล้ชิดมากแม้ว่าจะพยายามไม่สนใจแต่ก็ยังได้ยินเสียง บางรายถึงกับต้องแยกกันนอนหากสถานที่จะพอทำได้ และปล่อยให้ผู้สูงอายุนอนอยู่เพียงลำพัง เช่นเดียวกับงานวิจัยที่คิดว่า เรื่องการนอนไม่หลับในตอนกลางคืนของผู้สูงอายุสมองเสื่อมไม่ได้เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่ผู้ดูแลเลยนั้น เนื่องจากได้แยกกันนอนอยู่แล้ว ส่วนใหญ่จัดให้ผู้สูงอายุนอนอยู่ชั้นล่างเพียงลำพังคนเดียว แม้จะตื่นตอนดึกและทำเสียงดังก็มีได้ให้ความสนใจเพียงอาจจะรู้สึกรำคาญบ้างเล็กน้อย สำหรับบางเวลากลางวันซึ่งมีผู้สูงอายุที่ศึกษาบางรายจะใช้เวลาส่วนใหญ่นอน การนอน ผู้ดูแลให้ความเห็นว่ายังเป็น การดีเพราะจะได้ไม่ต้องเดินกวาดหรือป้อนซึ่งจะรบกวนผู้อื่น

1.8 การเคลื่อนไหว การเดิน การลุกนั่ง จากจำนวนกรณีศึกษา 29 รายมีเพียง 2 ราย (ร้อยละ 6.9) ที่ไม่สามารถยืนและเดินได้ ทั้งนี้ผู้ดูแลให้สัมภาษณ์ว่าเนื่องจากในระยะเวลาประมาณ 2 ปีที่ผ่านมาผู้สูงอายุเจ็บป่วยบ่อยไม่มีแรงแม้กระทั่งจะเกาะลุกเดิน

ประกอบด้วยมีอาการ "หลง" มากขึ้น จากทิศทาง สถานที่ที่ไม่ได้ จึงไม่ได้ออกนอกบ้านไปไหน จากการสังเกตของผู้วิจัยพบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองรายมีการติดยึดของข้อเข่าอยู่ในท่างอ (flexion) และมีการดึงแข็งของเอ็นร้อยหวาย อาศัยการเคลื่อนย้ายตนเองอยู่บ้านด้วยการใช้มือยันดัดตัวไปมา เกาะขอบหน้าต่างลุกขึ้นานทำทุกเข้าได้ ผู้ดูแลเห็นว่าในสภาวะปกติแล้วไม่ได้เป็นภาระอะไร และยังเป็นการดีที่ผู้สูงอายุนั้นจะได้ไม่ต้องออกไปหลงทางนอกบ้าน แต่ในขณะที่ยังมีความกังวลว่าหากมีเหตุการณ์ฉุกเฉิน เช่น ฟ้าผ่า ซึ่งเคยเกิดขึ้นแล้วในชุมชนใกล้เคียง ผู้สูงอายุจะไม่สามารถหนีได้ทันและอาจเป็นภาระแก่ผู้ดูแลอีกด้วย สำหรับกรณีศึกษารายอื่นถึงแม้ว่าจะมีการเคลื่อนไหวที่เชื่องช้า งุ่มง่ามบ้าง แต่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ก็ไม่ได้คิดว่าเป็นภาระต่างมีความเห็นพ้องกันว่า เป็นเรื่องธรรมดาของคนสูงอายุซึ่งมีได้เกี่ยวข้องกับตน

1.9 พฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งผู้ดูแลรายงานว่าได้สังเกตเห็น และสร้างความเดือดร้อน ลาภากาใจที่มีดังต่อไปนี้

1.9.1 อาการงุ่นงาย ชอบบ่นกับเรื่องของคนอื่นรอบข้างโดยชักถาม ย้ำบ่อย บางครั้งขณะที่คนอื่นคุยปรึกษากัน ผู้สูงอายุมักจะมานั่งร่วมด้วยและสอดแทรกเสนอความคิดเห็น บางครั้งถึงกับทะเลาะกันเมื่อความคิดเห็นไม่ตรงกัน ซึ่งมีผู้ดูแล 9 ราย (ร้อยละ 31.0) ที่คิดว่าเป็นการสร้างควมลาภากาใจมาก

1.9.2 พฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ดูแล 8 ราย (ร้อยละ 27.6) ว่าเป็นเรื่องที่สร้างความเดือดร้อนลาภากาใจให้ ส่วนใหญ่จะเป็นการก้าวร้าวทางวาจา ได้แก่ การด่าด้วยถ้อยคำที่รุนแรง และการย้ำตำหนิ หรือรื้อฟื้นเรื่องเก่ามาพูด ซึ่งสร้างความรำคาญใจให้แก่ผู้ดูแลอีกด้วย อันเป็นสาเหตุให้เกิดการทะเลาะวิวาทกันระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุเสมอ

1.9.3 อาการดื้อรั้นเอาแต่ใจตนเองของผู้สูงอายุเสมอ มีผู้ดูแลเพียง 2 ราย (ร้อยละ 6.9) ที่ให้ความเห็นว่าเป็นพฤติกรรมที่สร้างความลาภากาใจให้ ทั้งนี้

เนื่องจากผู้ดูแลมีความปรารถนาที่ต้องการเสนอสิ่งที่ดีให้แล้วผู้สูงอายุนั้นก็กลับไม่ยอมรับ เช่น การให้ย้ายไปอยู่ห้องใหม่ซึ่งกว้างขวางกว่า แต่ผู้สูงอายุกลับไม่ยอมไปจะอยู่ที่เดิมซึ่งเป็นที่คับแคบ ผู้ดูแลได้ดูบ้าน บางครั้งกลับเตียงตอบ ท้าให้ผู้ดูแลเกิดความรำคาญ

1.9.4 อาการซึมเฉย ของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ซึ่งเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว ผู้ดูแล 6 ราย (ร้อยละ 20.7) มีความเห็นว่าเป็นภาวะที่หนักพอควร ทั้งนี้เนื่องจากก่อให้เกิดความกังวลห่วงใยในตัวผู้สูงอายุเกรงว่าจะมีอาการหนักขึ้นไปอีกต้องคอยเช็ดรอยตามดูอยู่เสมอว่า "...แม่ วันนี้เป็นไงบ้าง..." ส่วนใหญ่จะได้รับคำตอบจากผู้สูงอายุว่า "...ก็ไม่มีอะไร..." ซึ่งผู้ดูแลจะรู้สึกสบายใจขึ้นได้ชั่วขณะ ในขณะที่มีผู้ดูแล 2 ราย (ร้อยละ 6.9) ให้สัมภาษณ์ว่าถึงแม้บางวันจะสังเกตเห็นผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีอาการซึมเฉย บางครั้งถึงกับบ่นอยากตาย แต่ตนเองก็มีกำลังใจ คิดว่าคงเป็นเพราะอาการ "หลง" และเห็นว่าเป็นเรื่องธรรมดาของคนสูงอายุ

1.9.5 อาการหงุดหงิดอารมณ์เสียได้ง่าย โดยเฉพาะเวลาหาของที่ต้องการไม่พบ ซึ่งมักจะเกิดขึ้นบ่อยท้าให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มาก 16 ราย (ร้อยละ 55.2) รู้สึกรำคาญและหงุดหงิดตามไปด้วย

1.10 อาการ หรือพฤติกรรมอื่น ๆ ที่เป็นภาระ จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลทั้งหมด 29 รายตามหัวข้อสนทนายังมีอาการนอกเหนือที่ผู้ดูแลเห็นว่าเป็นการสร้างความสะดวกรื้อถอนลำบาก 1 รายให้แก่ผู้ดูแลได้เช่นกัน ดังนี้

1.10.1 พฤติกรรมชอบสะสมของ โดยส่วนใหญ่จะเป็นของเก่าที่ใช้แล้วจากพวกขวด กระจกพลาสติก ถุงกระดาษ ถุงพลาสติกหิ้ว รวมไปถึงอาหารที่บุตรหลานซื้อมาให้ผู้สูงอายุรับประทานแต่ยังไม่รับประทานโดยจะเก็บสะสมไว้จนเต็มชั้นหรือราชั้น บุค่น่าและห้ามคนอื่นมาเคลื่อนย้าย บางครั้งจะรื้อมาแฉงนับเองบ่อย ๆ เป็นพฤติกรรมที่ผู้ดูแลถึง 6 ราย (ร้อยละ 20.7) เห็นว่าเป็นภาระ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลคิดว่าเป็นสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ เกะกะ ไม่น่าดู บางครั้งผู้ดูแลทนไม่ไหวจะแอบเก็บไปทิ้งขณะที่ความสะอาดบ้าน ผู้สูงอายุจะโกรธและบ่นด่า

ถามหาข้ออยู่ตลอด ยิ่งทำให้ผู้ดูแลราคาสูงมากขึ้นจนต้องพยายามหาเงินไม่สนใจ บางรายจะยอมยกพื้นที่บนชั้นหรือห้องไว้ให้ผู้สูงอายุนั้นเป็นที่เฉพาะเก็บสะสมของส่วนตัวโดยไม่มีผู้ใดยุ่งเกี่ยวอีก แต่ยังคงสร้างความราคาสูงทางตาให้แก่ผู้ดูแลบ้าง

1.10.2 อาการประสาทหลอนทางตา ซึ่งเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ศึกษา 2 ราย (ร้อยละ 6.9) โดยรายแรกจะมีอาการร่วมกับอาการหวาดระแวงว่าจะมีคนมาทราวยุคเฉพาะตอนกลางคืนมักจะบอกว่าเห็นคนเดินเข้ามาจะมาทราวยุคตน จึงตอบสนองโดยคว้าสิ่งที่อยู่ใกล้ตัวขว้างปาออกไป ส่วนอีกหนึ่งรายมักจะนั่งมองไปทางหน้าบ้านและบอกผู้ดูแลว่ามีคนมาหา ซึ่งทำให้ผู้ดูแลทั้ง 2 ราย (ร้อยละ 6.9) ละเลิกใจในการต้องชี้แจงให้ผู้สูงอายุทุกครั้งพร้อมกับกังวลว่าผู้สูงอายุจะสามารถแยกแยะได้หากเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นจริง และอาจเป็นอันตรายแก่ผู้อื่น

1.10.3 พฤติกรรมการทำงานซ้ำซาก เป็นพฤติกรรมที่ผู้ดูแล 3 ราย (ร้อยละ 10.3) ให้ความเห็นว่า เป็นพฤติกรรมอันเป็นภาระ ทั้งนี้รายแรกเป็นการยึดติดย้ำทำร่วมกับอาการหวาดระแวงว่าจะมีคนมาขโมยเงินของตนไปโดยจะนำเอาเงินที่สะสมไว้ส่วนตัวออกมานับวันละหลายรอบ รายที่สองเป็นการทำงานบ้านที่ไม่รู้จักเสร็จ ผู้สูงอายุจะรับอาสาช่วยกวาดบ้านแต่กลับท้าวแล้วซ้ำอีกอยู่ที่เดิมและใช้เวลานานกว่าจะเสร็จทั้งบ้าน ผู้ดูแลซึ่งเป็นภรรยารายงานว่า ตนรู้สึกราคาสูงและไม่พอใจในผลงานที่มักจะไม่เรียบร้อยบางครั้งหากมีเวลารีบเร่งตนจึงต้องทำเองซึ่งเป็นการสร้างภาระให้แทนการช่วยแบ่งเบาภาระ ส่วนรายสุดท้ายให้ความเห็นว่า เป็นภาระบ้างเล็กน้อย เนื่องจากผู้สูงอายุต้องการออกนอกบ้านเพื่อไปซื้อของจากร้านค้าในชุมชนเป็นประจำทุกวันมิเคยขาด ส่วนใหญ่จะซื้อพวกอาหารแห้งหรือขนมโดยผู้ดูแลต้องจ่ายเงินให้วันละ 20 บาท หากไม่ทำจะถูกถามซ้ำซากจนต้องยอมจ่ายให้และของที่ซื้อมานั้นก็จะถูกวางทิ้งไว้โดยผู้สูงอายุมิได้ใส่ใจหรือลืมทิ้งไปเลย

1.10.4 อาการระแวง อันเป็นอาการที่อาจเกิดขึ้นได้จากภาวะสมองเสื่อม สำหรับในกรณีศึกษาเกิดขึ้น 6 ราย (ร้อยละ 20.7) และผู้ดูแลคิดว่า เป็นภาวะทั้งสี่นี้ มีอาการต่างกันดังนี้

1.10.4.1 อาการระแวงคิดว่ามีคนมาขโมยของ โดยเฉพาะเงินหรือสมบัติที่มีค่า เช่น สร้อยทอง แหวน ของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้แอบซุกซ่อนไว้จนลืมที่และกลับกล่าวหาว่ามีคนมาขโมยของตนไป บางครั้งถึงกลับสร้างความไม่พอใจกับผู้ถูกกล่าวหา ผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดต้องชี้แจงและทบทวนที่ใกล้เกลี่ยให้กับทั้งสองฝ่ายจึงรู้สึกอึดอัดและหนักใจมาก ซึ่งเกิดขึ้น 5 ราย (ร้อยละ 17.2)

1.10.4.2 อาการระแวงคิดว่ามีคนคอยจ้องทำร้ายตน โดยเฉพาะหากได้ยินเสียงกุกกักในตอนกลางคืน ซึ่งสร้างความเดือดร้อนให้แก่ผู้ดูแลที่ต้องตื่นขึ้นมาชี้แจงและยืนยันว่ามีสิ่งผิดปกติใด ๆ จนกว่าผู้สูงอายุนั้นจะยอมเข้านอนต่อ จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 3.5)

2. อาการหรือพฤติกรรมของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ผู้ดูแลคิดว่า เป็นภาวะมากที่สุดและวิธีการควบคุมดูแล

จากอาการหรือพฤติกรรมของผู้สูงอายุสมองเสื่อมแต่ละอาการนั้น ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกยุ่งยากลำบาก หรือเป็นภาระได้ด้วยเหตุผลและความคิดเห็นที่ได้เสนอไปแล้ว เมื่อที่ผู้ดูแลได้พิจารณาเองว่าอาการหรือพฤติกรรมใดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม เป็นภาวะมากที่สุดในการดูแลพร้อมทั้งให้เหตุผล และวิธีการที่เข้าในการควบคุมดูแลนั้น แต่ละรายก็ได้แสดงความคิดเห็นแตกต่างกัน ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมและนำเสนอในตารางที่ 4 ถึง ตารางที่ 14 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4 จำนวนผู้ดูแลจำแนกตามอาการที่เห็นว่าเป็นภาระมากที่สุด

อาการอันเป็นภาระมากที่สุด	จำนวนผู้ดูแล (ราย)	ร้อยละ
การสนทนาและสื่อสาร	5	17.2
ปัญหาในการขับถ่าย	5	17.2
การทำความสะอาดร่างกายและแต่งตัว	4	13.8
การรับประทานอาหาร	3	10.3
ความจำบกพร่อง	3	10.3
ปัญหาในการนอนหลับ	3	10.3
การขออนอกนอกร้านและหลงทาง	2	6.9
การสะสมของ	2	6.9
การเคลื่อนไหวที่เชื่องช้างุ่มง่าม	1	3.5
อาการซึมเฉย	1	3.5
รวม	29	100

จากตารางที่ 4 พบว่าอาการของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีผู้ดูแลถือว่าเป็นอาการที่เป็นภาระมากที่สุดเรียงตามลำดับ ได้แก่ การสนทนาและสื่อสาร ปัญหาในการขับถ่าย การทำความสะอาดร่างกายและแต่งตัว การรับประทานอาหาร ความจำบกพร่อง ปัญหาในการนอนหลับ การขออนอกนอกร้านและหลงทาง การสะสมของ การเคลื่อนไหวที่เชื่องช้างุ่มง่าม และอาการซึมเฉย โดยมีจำนวนผู้ดูแลที่ถือว่าด้านการสนทนาและสื่อสารของผู้สูงอายุสมองเสื่อมเป็นภาระมากที่สุด 5 ราย (ร้อยละ 17.2) เท่ากับด้านปัญหาในการขับถ่าย รองลงมาได้แก่ด้านการทำความสะอาดร่างกายและแต่งตัวจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 13.8) ยังมีรายละเอียดของอาการในแต่ละด้านพร้อมทั้งเหตุผลและวิธีการควบคุมดูแลดังแสดงในตารางที่ 5 ถึง ตารางที่ 14

ตารางที่ 5 เหตุผลของผู้ดูแลที่เห็นว่าการสนทนาและสื่อสารของผู้สูงอายุสมควรเป็นภาระมากที่สุด และวิธีการควบคุมดูแล

การสนทนาและสื่อสาร	เหตุผลของผู้ดูแล	วิธีการควบคุมดูแล
การพูดบ่น ผู้ใจมากขึ้นในเรื่อง ทั่ว ๆ ไป	<ul style="list-style-type: none"> - รู้สึกไร้ค่าถู รบกวน - นำเบื่อ - เป็นพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป จากเดิมซึ่งผิดปกติไป - รู้สึกว่าตนเองต้องเป็นฝ่าย ทนยอมตลอดซึ่งไม่ยุติธรรม 	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้อารมณ์เฉย ไม่สนใจ รับฟัง เพราะจากการ สังเกตหากรับฟังผู้สูงอายุ จะยิ่งพูดบ่นมากขึ้น - หลีกเลี่ยงรายการเดินหนี หนีฟังสักครู่ หากทนไม่ไหว จะบอกแก่ผู้สูงอายุว่านำ ราคาถูอย่าท้าวท้าวให้เป็น ภาระแก่ลูกหลาน ซึ่ง ผู้สูงอายุมักจะไม่ยอมรับ บางครั้งถึงกับทะเลาะกัน และผู้ดูแลต้อง เป็นฝ่ายยอม - เดินหนีออกจากบ้านไป สงบจิตใจ - ชี้แจงอธิบายเหตุผลหรือ ความจริง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 เหตุผลของผู้ดูแลที่เห็นว่าการสนทนาและการสื่อสารของผู้สูงอายุสมควรเชื่อมโยงเป็น
ภาระมากที่สุด และวิธีการควบคุมดูแล (ต่อ)

การสนทนาและสื่อสาร	เหตุผลของผู้ดูแล	วิธีการควบคุมดูแล
การก้าวร้าวทางคำพูด คำ ผู้อื่นบ่อย พูดเสียงดัง	<ul style="list-style-type: none"> - รู้สึกรำคาญ อึดอัด - โกรธ โกรธ - เกรงใจเพื่อบ้านใกล้เสียง ที่ต้องได้ยินเสียงรบกวน - น้อยใจ เพราะคิดว่าตนเอง ดูแลบริบูรณ์ดีทุกอย่าง ถือว่าทาสีที่สุดแล้วแต่ยัง ถูกดูคำคิดว่า "ทาสีไม่ได้ดี" 	<ul style="list-style-type: none"> - เดินหนี ไปหาที่สงบจิตใจ นอกร้าน - เงียบตอบ ำเสียงดังเข้า หูเพื่อทำให้ผู้สูงอายุสงบลง และถือว่าเป็นการระบาย ความรู้สึกโกรธ - เงียบตอบหากไม่ได้ผลจะ ต้องเป็นฝ่ายเดินหนี - พูดเล่าระบายความอึดอัด ำให้เพื่อนบ้านฟัง - บลง คิดว่าเป็นเวรกรรม

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 เหตุผลของผู้ดูแลที่เห็นว่าปัญหาการขับถ่ายของผู้สูงอายุสมองเสื่อม เป็นภาระมากที่สุด และวิธีการควบคุมดูแล

ปัญหาในการขับถ่าย	เหตุผลของผู้ดูแล	วิธีการควบคุมดูแล
การบัสสาวะรดผ้าดูง	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นการเพิ่มภาระให้ผู้ดูแล จากงานประจำที่ทำอยู่ในการซักผ้าดูงบ่อย ๆ ซึ่งคิดว่า เป็นงานที่ไม่มีใครจะสนใจจะทำ 	<ul style="list-style-type: none"> - ยังไม่รู้จะทำอย่างไรจะหาใครมาช่วยก็ไม่มีแล้ว ต้องทนทำไปเรื่อย ๆ
การบัสสาวะรดซุกที่นอน เฉพาะตอนกลางคืน	<ul style="list-style-type: none"> - เหม็น อับชื้น ไม่มีที่ตาก - เปลืองค่าผ้าซักจ่ายที่ต้องเปลี่ยนซุก, มุ้ง 1 ห้าหมื่น 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 ชั่วโมงนั้นปูรองนอนแทนซุก
การบัสสาวะและอุจจาระรดบนที่นอนโดยไม่รู้ตัว	<ul style="list-style-type: none"> - เหม็น เลอะเทอะน่ารังเกียจ - รู้สึกกลิ่นไม่สบายใจ - ทำหน้าที่เสียบรยากาศในบ้าน - อายแขก อายเพื่อนบ้าน เกรงว่าเขาจะรังเกียจไปด้วย 	<ul style="list-style-type: none"> - วางกระโถนไว้ใกล้ตัวกับผู้ป่วยสูงอายุให้ใช้ - พยายามทำความสะอาดบ่อยเท่าที่จะทำได้ แต่ยังคงกลิ่นเหม็นตลบ เพราะแกลบ เพดานดำ ต้องใช้พัดลมช่วยเป่าระบาย - พยายามข่มใจตนเองให้ทน บางครั้งเครียดมากหาทางออกโดยการดื่มสุราเพื่อให้นอนหลับได้ในตอนกลางคืน

ตารางที่ 6 เหตุผลของผู้ดูแลที่เห็นว่าปัญหาการขับถ่ายของผู้สูงอายุสมองเสื่อมเป็นภาระมากที่สุด
และวิธีการควบคุมดูแล (ต่อ)

ปัญหาในการขับถ่าย	เหตุผลของผู้ดูแล	วิธีการควบคุมดูแล
เดินไปห้องน้ำไม่ทัน	- ห้องน้ำอยู่ห่าง แยกจากตัวบ้าน และต้องลงบันไดหลายชั้น	- เจาะพื้นกระดานเป็นร่อง ให้ผู้สูงอายุนั่งขับถ่าย พร้อมกับเตรียมถังใส่ผ้า และฉีดน้ำไว้ใกล้
ไม่สามารถลุกเดินไปเข้า ห้องน้ำได้ ต้องใช้กระโถน ซึ่งมักจะเสาะออกนอกกระโถน	- เหม็นมาก น่ารังเกียจ อายุแขกที่มาเยี่ยม	- ไม้ทำถุงผ้าถุงเพราะ ถอดง่าย ใช้ผ้าวางคลุม เฉย ๆ เพื่อจะได้สอด กระโถนให้สะดวก - ไม้ใช้ถุงปุรง นอนบน เตียงไม้ - ซื่อก้อนดับกลิ่นวางไว้ ข้าง ๆ เตียง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 เหตุผลของผู้ดูแลที่คิดว่าการทำความสะอาดร่างกาย และแต่งตัวของผู้สูงอายุสมองเสื่อมเป็นภาระมากที่สุด และวิธีควบคุมดูแล

การทำความสะอาดร่างกายและแต่งตัว	เหตุผลของผู้ดูแล	วิธีการควบคุมดูแล
เดินไปอาบน้ำที่ห้องน้ำเองไม่ได้	- ผู้ดูแลเพียงคนเดียวไม่สามารถอุ้มหรือประคองไปห้องน้ำได้ ห้องน้ำแคบ เข้าไปช่วยอาบน้ำไม่ได้ต้องอาบข้างนอก ซึ่งเลอะเทอะบ้านและต้องเช็ดถูซ้ำ เกรงว่าผู้สูงอายุจะลื่นล้ม	- เตรียมขันน้ำให้ ใช้ผ้าขนหนูเช็ดตัว แทนอาบน้ำ
เดินไปห้องน้ำได้แต่อาบช้ามาก	- เสียเวลาคนอื่นรอห้องน้ำมีเพียงห้องเดียว - กลัวว่าจะลื่นหรือเป็นลมใน ห้องน้ำ	- เตรียมถังใส่ น้ำให้ อาบนอกห้องน้ำ - เคาะประตูเร่ง
ไม่ยอมอาบน้ำ 3-4 วัน ติดกัน จนผู้ดูแลทนไม่ไหวต้องจับบังคับ อาบน้ำ	- อากาศร้อน บ้านก็คับแคบ ซึ่งผู้สูงอายุมีเหงื่อมาก ตัวเหม็น สกปรกแล้ว ควรจะได้อาบน้ำทุกวัน	- จับบังคับอาบน้ำ บนที่นอน โดยเตรียม ถังน้ำ สบู่ ผ้าเช็ดตัว ไว้พร้อมแล้วเรียก คนอื่นช่วย
สวมเสื้อกลับด้าน ผิด ๆ ถูก ๆ	- ราคาผ้าที่ต้องบอกทุกครั้ง	- ให้นำเสื้อคอกระเช้า แทนเสื้อติดกระดุม

ตารางที่ 8 เหตุผลของผู้ดูแลที่คิดว่าการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุสมองเสื่อมเป็นภาระมากที่สุด และวิธีการควบคุมดูแล

การรับประทานอาหาร	เหตุผลของผู้ดูแล	วิธีการควบคุมดูแล
ไม่ยอมกินข้าวตามเวลา มลัด อยู่เรื่อย ๆ บอกว่า ยังไม่หิว	<ul style="list-style-type: none"> - ราคาญ อยากให้หมดภาระ ของตนเพื่อจะได้เก็บล้าง จานชาม - กังวลว่าจะได้สารอาหาร ไม่ครบเพราะผู้สูงอายุแก่ แล้วและหอมไม่มีเรี่ยวแรง 	<ul style="list-style-type: none"> - พยายามบังคับให้กิน หากยังไม่ยอมจะเก็บ สำหรับเลยและทำโทษ ปล่อยให้หากินเอง - เก็บอาหารใส่ตู้หรือ ฝาครอบเตรียมวางให้ ตลอดจนกว่าจะหิวและ หาทานเองได้ - บังคับให้ดื่มนมสด (กล่อง 250 ซีซี) แทน ทุกเช้า 1 กล่อง
ทานแล้วบอกไม่ได้ทาน พาล กล่าวโทษลูกหลาน	<ul style="list-style-type: none"> - เบื่อ ที่ต้องคอยชี้แจง 	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่สนใจ ทานไม่ได้ยิน

ตารางที่ 9 เหตุผลของผู้ดูแลที่คิดว่าความจำเป็นற்றองของผู้สูงอายุสมควรเป็นภาระในการดูแลมากที่สุด และวิธีการควบคุมดูแล

ความจำเป็นற்றอง	เหตุผลของผู้ดูแล	วิธีการควบคุมดูแล
หาของใช้ไม่พบ	<ul style="list-style-type: none"> - ราคาแพง - ครอบคลุมเวลาของคนอยู่รอบข้างที่ต้องถูกเรียกใช้ให้ช่วยหา 	<ul style="list-style-type: none"> - ยังไม่รู้จะหาอย่างไร นอกจากต้องสังเกตดูว่าของอะไรอยู่ตรงไหน โดยเฉพาะของผู้สูงอายุ จะใช้อยู่เป็นประจำ - วางของไว้ที่เดิม ไม่เคลื่อนย้าย - ย้ำเตือนผู้สูงอายุให้วางของไว้ให้เป็นตำแหน่งเดิมด้วย
ลืมคำตอบและถามซ้ำอยู่บ่อย ๆ	<ul style="list-style-type: none"> - ราคาแพง - เบื่อกับคำถามที่ซ้ำซาก 	<ul style="list-style-type: none"> - ย้ำเตือนบ่อยโดยพูดเสียงดัง ชัดเจนให้ผู้สูงอายุแสดงอาการรับทราบ หากถามบ่อย ๆ จนผู้ดูแลรำคาญก็จะเดินหนีไม่สนใจ

ตารางที่ 10 เหตุผลของผู้ดูแลที่คิดว่าปัญหาในการนอนหลับของผู้สูงอายุสมองเสื่อมเป็นภาระในการดูแลมากที่สุด และวิธีการควบคุมดูแล

ปัญหาในการนอนหลับ	เหตุผลของผู้ดูแล	วิธีการควบคุมดูแล
นอนตึก หรือไม่ยอมเข้านอน โรคจะเดินวุ่นวายในบ้าน	- ทำให้ผู้ดูแลกังวลต้องคอย ตามดูทั้ง ๆ ที่เหนื่อยและ อยากพักผ่อนแล้ว	- ยังไม่รู้จะทำอย่างไร - บริกรหาแพทย์ที่คลินิก ส่งยานอนหลับให้ผู้สูง อายุรับประทานเฉพาะ วันที่มีอาการ
ตื่นนอนกลางดึกปลุกเรียก คนอื่น ๆ ให้อื่นตาม	- นำโรมโห - ระบายเวลาพักผ่อน	- แยกห้องนอน ไม่สนใจ บางคืนหากรู้สึกเพลีย มากและโรมโหจะตวาด ชี้แจง ซึ่งผู้สูงอายุก็หยุด พฤติกรรมนี้ได้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 เหตุผลของผู้ดูแลที่คิดว่าการชอออกนอกบ้านและหลงทางเป็นภาระในการดูแลมากที่สุด และวิธีการควบคุมดูแล

การชอออกนอกบ้าน	เหตุผลของผู้ดูแล	วิธีการควบคุมดูแล
การชอออกนอกบ้าน และหาทางกลับบ้านไม่ถูก	- เกรงใจเพื่อนบ้านต้องพามาส่งทุกครั้งเกือบทุกวัน	- ใช้วิธีการชู่ บอกว่าอย่าไปไกล เพราะมีคนคอยจับคนแก่โยนน้ำ ๖ หัจร เข้กินซึ่งผู้สูงอายุเชื่อและกลัว ไม่กล้าไปห่างจากบ้านเกิน 10-20 เมตร
เดินออกนอกบ้านโดยไม่มีจุดหมาย	- กังวล เกรงว่าจะไปไกลจนหลงหาย	- ปิดประตูบ้านตลอดเวลาเพื่อกันไม่ให้ผู้สูงอายุเดินออกไปข้างนอก - ผากเพื่อนบ้านช่วยดูแลให้เมื่อว่าผู้ดูแลเผลอสิมเปิดประตูทิ้งไว้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 12 เหตุผลของผู้ดูแลที่คิดว่าพฤติกรรมชอบสะสมของไอ้ของผู้สูงอายุเสื่อมเป็น
ภาระในการดูแลมากที่สุด และวิธีการควบคุมดูแล

การชอบสะสมของ	เหตุผลของผู้ดูแล	วิธีการควบคุมดูแล
สะสมของเก่าที่ไร้ใช้แล้ว เช่น กระป๋องนม ขวด พลาสติก ถุงกระดาษ	<ul style="list-style-type: none"> - รกบ้านไม่สวยงาม และบ้านก็คับแคบอยู่แล้ว - ราคาคงตา 	<ul style="list-style-type: none"> - ต้องทำใจ ชมใจ ไม่ยุ่งเกี่ยว บางครั้งทนไม่ไหวก็จะรี้อเก็บทิ้งแต่ต้องเตรียมใจยอมรับฟังคำบ่นคำจากผู้สูงอายุ - ทำเฉย ไม่สนใจ ไม่มองบริเวณนั้น - ยกทำหุ้มหนึ่งเป็นที่สะสมของไอ้ โดยไม่ยุ่งเกี่ยวกับผู้อื่น

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 13 เหตุผลของผู้ดูแลที่คิดว่าการเคลื่อนไหวที่ เชื่องช้า รุ่ม ร่าม ของผู้สูงอายุ สมอง เสมอ เป็นภาระในการดูแลมากที่สุด และวิธีการควบคุมดูแล

การเคลื่อนไหว	เหตุผลของผู้ดูแล	วิธีการควบคุมดูแล
เดินช้า เกิดอุบัติเหตุ หกล้มบ่อย	<ul style="list-style-type: none"> - สภาพแวดล้อมบริเวณบ้านไม่ปลอดภัยทั่วทั้งบ้านเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย - หากเกิดอุบัติเหตุขึ้นแล้ว จะเป็นการเพิ่มภาระและสาขาในการดูแลมากขึ้น - เป็นห่วงเกรงว่าผู้สูงอายุจะได้รับอุบัติเหตุเจ็บตัว - ผู้สูงอายุที่ตนดูแลเคยหกล้มกระดูกต้นขาหักทั่วทั้งเดินลำบากจนถึงปัจจุบันซึ่งผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นความผิดของตน 	<ul style="list-style-type: none"> - เก็บของในบ้านไว้ให้วางเกะกะที่พื้น - ห้ามผู้สูงอายุไม่ให้ ออกนอกบ้าน - พยายามดูแลใกล้ชิดกับคนอื่นในบ้านให้ช่วยเหลือ ดูแลผู้สูงอายุด้วย - ดูแลไม่ให้ห่างสายตา บางครั้งขณะทำงานอื่นอยู่จะส่งเสียงเรียกเพื่อเช็คดูว่าผู้สูงอายุปลอดภัย - ห้ามผู้สูงอายุทำกิจกรรม อันอาจเป็นอันตราย เช่น การปีนหลังคา เก็บมะพร้าว

ตารางที่ 14 เหตุผลของผู้ดูแลที่คิดว่าอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุสมองเสื่อมเป็นภาระในการดูแลมากที่สุด และวิธีการควบคุมดูแล

อาการซึมเศร้า	เหตุผลของผู้ดูแล	วิธีการดูแล
ชอบอยู่คนเดียว ไม่สนใจ ผู้อื่น ทำทางซึมเศร้า พูดเสียงเบา	<ul style="list-style-type: none"> - กังวลกลัวว่าหากเจ็บป่วยแล้วไม่มีผู้ดูแลทราบ - เป็นเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน - กลัวว่าผู้สูงอายุจะไม่มีความสุขอันมั่นคงในชีวิต 	<ul style="list-style-type: none"> - ต้องหมั่นมาดูแลบ่อยขึ้น - คอยถามอาการ ชวนคุยตลอดเพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ตอบสนอง - เตรียมสถานที่นอน อุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็น วางไว้ให้ใกล้ตัว เมื่อผู้สูงอายุต้องการจะได้หยิบใช้เอง

ศูนย์วิทยพัชร์พยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

จากอาการของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ก่อให้เกิดภาวะแก่ผู้ดูแลซึ่งได้กล่าวไปแล้วนั้นย่อมส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ดูแลและผู้ถูกดูแล จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่เป็นกรณีศึกษาจำนวน 29 ราย พบว่าการต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้านนั้นพบว่ามีผลกระทบ ดังนี้คือ

มีผู้ดูแลเพียง 2 ราย (ร้อยละ 6.9) ที่รายงานว่า การที่ต้องดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม นั้นส่งผลกระทบต่อรายได้ นั่นคือทำให้ต้องออกจากงานเพื่อมารับหน้าที่ดูแลที่บ้าน จึงขาดรายได้ประจำไป ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายที่ใช้เพื่อการดูแลผู้สูงอายุนั้นจะได้มาจากรายได้ของบุคคลอื่นในครอบครัว หรือจากพี่น้องที่แบ่งมาให้เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระ ในขณะที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ 27 ราย (ร้อยละ 93.1) บอกว่าไม่ได้ส่งผลกระทบต่อรายได้ของผู้ดูแลเลย ส่วนด้านรายจ่ายผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังเห็นว่าไม่ได้เดือดร้อนทั้งนี้เนื่องจากไม่ได้มีการใช้จ่ายพิเศษเพื่อการดูแลแต่อย่างใด ไม่ว่าจะเป็น ค่ายา ค่ารักษา เนื่องจากไม่เคยพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์หรือรักษาอาการแต่อย่างใด และไม่ต้องจ้างคนดูแลพิเศษ รวมกระทั่งถึงภาระหนี้สินซึ่งแม้ว่าส่วนใหญ่แล้วจะมีภาระหนี้สินอยู่ก็ตามแต่ก็ไม่ได้เกิดขึ้นเนื่องจากการที่ต้องใช้เงินเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมเหล่านี้เลย

ด้านชีวิตความเป็นอยู่ประจำวันผู้ดูแลเห็นว่าการที่ต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม นั้นเป็นการรบกวนความเป็นอยู่ประจำวันของเขาโดยเฉพาะด้านหน้าที่ประจำวันในครอบครัว ทั้งนี้เพราะเห็นว่าเป็นการเพิ่มหน้าที่ให้จากเดิมซึ่งปกติมีทำอยู่มากแล้ว 15 ราย (ร้อยละ 51.7) เช่นเดียวที่คิดเห็นว่าเป็นการรบกวนเวลาในตอนกลางคืนอันอาจเกิดจากความรำคาญของผู้สูงอายุ การถูกลุกตื่นกลางดึก หรือการเคียด จนนอนไม่หลับเองของผู้ดูแลเกี่ยวกับปัญหาของผู้สูงอายุถึง 15 ราย (ร้อยละ 51.7) เช่นกัน ในขณะที่มีผู้ดูแลเพียง 5 ราย (ร้อยละ 17.2) ที่เห็นว่ารบกวนกับการทำงานอดิเรกของเขาทั้งนี้เนื่องจากทำให้หมดโอกาสในการออกไปนอกบ้าน และเกิดความตึงเครียดไม่อยากจะทำกิจกรรมอดิเรกใด ๆ อีก ส่วนในด้านการเงินแล้ว มีผู้ดูแลเพียง 2 ราย (ร้อยละ 6.9) ที่เห็นว่าถูกรบกวนจากการที่มีผู้สูงอายุสมองเสื่อมอยู่บ้านซึ่งจะรู้สึกรำคาญที่ต้องรับประทานอาหารร่วมกับผู้สูงอายุที่มักจะ เชื่องช้าและมีปัญหาในการเตรียมหาช้อน

งานชามไม่พบ หรือต้องเรียกแกมบังคับพาให้ทานอาหารในแต่ละมื้อ นอกจากนี้เมื่อได้กลิ่นเหม็นอับจากบัสสาวะ อุจจาระที่เลอะเทอะแล้วยังบังเกิดความรู้สึกกลิ่นในสื่อฯ เจียนทาก็รับประทานอาหารไม่ลง ในขณะที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังเห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้านนั้นมิได้รบกวนความเป็นอยู่ประจำวันในด้านงานอดิเรกหรือการกินของเขาเลย

การทำเวลากับบุคคลอื่นในครอบครัว มีผู้ดูแลเพียง 1 ราย (ร้อยละ 3.5) ที่ยอมรับว่าตนเองได้ใช้เวลากับสามีน้อยลงในการที่ต้องมาดูแลมารดาสมองเสื่อม แต่ไม่มีผู้ใดเห็นว่าใช้เวลาดูแลบุตรน้อยลงเลย ส่วนเวลาของการร่วมงานในสังคมโดยเฉพาะในชุมชน เช่น งานเผยแพร่งานแต่งงาน กฐิน หรืองานอื่นใดแล้ว ผู้ดูแลจะไม่สามารถไปร่วมได้บ่อยครั้งดังเช่นเคยเพียงแต่อาศัยฝากปัจจัยหรือของขวัญไปร่วมงาน ทั้งนี้ผู้ดูแล 10 ราย (ร้อยละ 34.5) ที่ต่างให้ความเห็นว่า เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการรับภาระดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมนั่นเอง ในขณะที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ 19 ราย (ร้อยละ 65.5) ยังเห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมิได้ส่งผลกระทบต่อทำหมีเวลาแก่คู่สมรส บุตร หรือเพื่อนฝูงน้อยลงกว่าเดิมเลย เขายังคงมีญาติและใช้เวลาแก่บุคคลอื่นได้เหมือนดังเคยโดยมิได้คำนึงถึงภาระในการดูแลนั้น

นอกจากนี้การมีผู้สูงอายุสมองเสื่อมอยู่ในครอบครัวยังก่อให้เกิดปัญหา และความไม่เข้าใจกับบุคคลอื่นในครอบครัว กล่าวคือในบรรดาครอบครัวที่เกิดปัญหานี้ขึ้น 12 ครอบครัวนั้นส่วนใหญ่แล้วจะรายงานว่าจะ เป็นความไม่เข้าใจของบุตรผู้ดูแลอันถือว่าเป็นหลานของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ซึ่งล้วนแต่อยู่ในช่วงอายุวัยรุ่นมักจะมีบ่นราคาของผู้สูงอายุอยู่เสมอ บางครั้งถึงกับทะเลาะโต้เถียงกัน บางครอบครัวที่อยู่ร่วมกัน เมื่อสามีแสดงท่าทีราคาหรือไม่พอใจผู้สูงอายุซึ่งเป็นมารดาของผู้ดูแลแล้วยังเป็นชนวนให้เกิดการทะเลาะกันระหว่างผู้ดูแลกับสามี หรือผู้สูงอายุสมองเสื่อมกับบุตรเขย แม้กระทั่งในบรรดาพี่น้องของผู้ดูแลยังเกิดการเกี่ยงบิดมารดารับผิดชอบหรือการแสดงความคิดเห็นต่อวิธีการดูแลที่ไม่ตรงกัน การกล่าวตำหนิผู้ดูแล ซึ่งล้วนแต่สร้างความไม่พอใจให้กันและกันอันสืบเนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้านนั่นเอง จากการสอบถามถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ผู้ดูแลส่วนใหญ่รายงานว่าจะมีเพียงบุตรของผู้ดูแลที่ยังคอยให้ความช่วยเหลือได้บ้าง ในขณะที่พี่น้องของผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่ก็เป็นบุตรของผู้สูงอายุสมองเสื่อมเช่นกัน แต่มิได้อยู่ร่วมบ้าน

จะช่วยเหลือบ้างบางรายเฉพาะด้านการเงินแต่ยังมีบางรายซึ่งมีเคยเหลือवलเลย

นอกจากความไม่เข้าใจในครอบครัวแล้วยังก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่เพื่อนบ้านบ้าง 10 ราย (ร้อยละ 34.5) ทั้งนี้ส่วนใหญ่มักแล้วจะเกิดจากอาการพูดมาก บ่นซ้ำซาก หรือก้าวร้าวทางคำพูดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ทำให้เกิดการทะเลาะวิวาทระหว่างผู้สูงอายุกับเพื่อนบ้านและกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับเพื่อนบ้านนั้นด้วย บางรายอาจแสดงปฏิกิริยาเพียงแค่อุทิสกราคาญและเดินหนีไม่ยอมอยู่ใกล้พูดคุยกับผู้สูงอายุมารวมทั้งการมาเยี่ยมเยียนที่บ้านลดน้อยลง และบางรายยังเป็นภาระแก่เพื่อนบ้านที่ต้องพาผู้สูงอายุซึ่งหลงทางส่งกลับบ้าน

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้านนั้น จากกรณีศึกษาซึ่งเป็นประชากรอาศัยในเขตพื้นที่บริการของ ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 บางซื่อ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ส่งผลกระทบท่อทั้งปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งในบรรดาผู้ดูแลที่คิดเห็นว่ ำได้เกิดผลกระทบท่อนเป็นปัญหาขึ้นนั้นได้ใช้วิธีการแก้ไข ดังนี้

ตารางที่ 15 ปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากผู้สูงอายุสมองเสื่อมและวิธีแก้ไขของผู้ดูแล

ปัญหา	วิธีแก้ไข
-------	-----------

รบทวนชีวิตประจำวัน เวลาส่วนตัว

- ยังไม่รู้จะท้ออย่างไรดี

- ยังหาทางแก้ไขไม่ได้ ต้องทนรับกรรมไป

รบทวนการนอนกลางคืน

- แยกห้องนอนหากเป็นไปได้

- ไม่สนใจแม้จะถูกลุกตื่น

- พยายามข่มใจให้หลับ

จากตารางที่ 15 จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลมีวิธีการแก้ไขปัญหาที่แตกต่างกันไปและยังมีอีกหลายปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขหรือผู้ดูแลยังมึนทึบว่าจะแก้ไขได้อย่างไร ได้แก่ ปัญหาความไม่เข้าใจระหว่างสามีของผู้ดูแลกับมารดาสูงอายุสมองเสื่อม การไม่ได้รับความช่วยเหลือเท่าที่ควรจากพี่น้องคนอื่น การถูกกล่าวหาว่าผิดใจ แม้ว่าจะขณะที่สัมภาษณ์ผู้ดูแลทุกรายต่างให้ความเห็นว่าตนเองได้พยายามดูแลอย่างดีที่สุดแล้ว

เมื่อสอบถามถึงความต้องการรับการช่วยเหลือ กลับพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ 18 ราย (ร้อยละ 62.1) ที่แสดงความเห็นว่าไม่ต้องการความช่วยเหลือใดๆ เพิ่มเติมอีก ในขณะที่มีเพียง 11 ราย (ร้อยละ 37.9) ที่ต้องการรับการช่วยเหลือ ดังเหตุผลรายละเอียดในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 เหตุผลของผู้ดูแลต่อความต้องการและไม่ต้องการได้รับการช่วยเหลือเพื่อการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ความคิดเห็นของผู้ดูแล	เหตุผล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่ต้องการ	- เพราะคิดว่าตนเองเป็นลูกมีหน้าที่ต้องดูแลพ่อแม่	8	27.6
	- เพราะตนเองยังพอทำได้	3	10.3
	- เพราะทุกวันนี้ช่วยกันคืออยู่แล้ว	3	10.3
	- ไม่อยากรบกวนคนอื่น	2	6.9
	- ไม่อยากนึกถึงสถานสงเคราะห์คนชราและไม่ยอมให้แม่ไปอยู่เช่นนั้นกลัวบาป กลัวชาวบ้านจะตำว่าเนรคุณ	1	3.5
	- บ่อยตามเวรกรรม	1	3.5
	รวม	18	62.1

ตารางที่ 16 เหตุผลของผู้ดูแลต่อความต้องการและไม่ต้องการรับการช่วยเหลือเพื่อ
การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม (ต่อ)

ความคิดเห็นของผู้ดูแล	เหตุผล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ต้องการ	- จากพี่น้องคนอื่น ๆ ควรจะช่วยกันแบ่ง เบาภาระ เพราะ เป็นหน้าที่ของลูกทุกคน	5	17.2
	- ต้องการแต่ยังไม่ทราบจะขอจากใคร ที่ไหน	3	10.3
	- จากสถานสงเคราะห์หรือหน่วยงาน ของรัฐ เพราะ เป็นสิ่งที่รัฐทำแก่ ประชาชน และสภาพความเป็นอยู่ น่าจะดีกว่าบ้านในชุมชน	2	6.9
	- จากใครก็ได้ที่คิดว่าช่วยแบ่งเบาภาระ ตนได้บ้าง	1	3.5
	รวม	11	37.9

จากตารางที่ 16 จะเห็นได้ว่าในจำนวนผู้ดูแลที่ไม่ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด 18 ราย (ร้อยละ 62.1) นั้นส่วนใหญ่มองเหตุผลว่าเพราะตนเองเป็นลูกมีหน้าที่ต้องดูแลพ่อแม่อยู่ถึง 8 ราย (ร้อยละ 27.6) และในจำนวนผู้ดูแลที่ต้องการได้รับการช่วยเหลือส่วนใหญ่มองจะต้องการจากพี่น้องของตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากเห็นว่าควรจะช่วยกันแบ่งเบาภาระเพราะถือเป็นหน้าที่ของลูก ๆ ทุกคน เช่นเดียวกัน

ภาวะความเครียดของผู้ดูแล

การประเมินความหนักใจอันหมายถึงความรู้สึกเครียดของผู้ดูแลที่ต้องรับภาระ ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ในครั้งนี้ให้ผู้ดูแลเป็นผู้ตัดสินใจ และจัดระดับความหนักใจโดยใช้เกณฑ์ ของตนเอง พบว่าผู้ดูแลมีระดับความรู้สึกหนักใจแตกต่างกันดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 จำนวนผู้ดูแลจำแนกตามระดับความหนักใจของตนเอง

ระดับความหนักใจ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่หนักใจ	4	13.8
หนักใจเพียงเล็กน้อย	8	27.6
หนักใจพอควร	10	34.5
หนักใจมาก	7	24.1

จากตารางที่ 17 แสดงให้เห็นว่าการที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมนั้น มีผู้ดูแลจำนวนเพียง 4 รายจาก 29 ราย (ร้อยละ 13.8) ที่แสดงความคิดเห็นว่าไม่ได้เป็นเรื่องที่น่าหนักใจเลยทั้งนี้เนื่องจาก 3 ใน 4 รายเป็นบุตรสาวของผู้สูงอายุสมองเสื่อมนั่นเองและถือว่าเป็นหน้าที่ของลูกที่ต้องดูแลบิดามารดายามแก่ชราโดยเฉพาะหากเกิดความผิดปกติใด ๆ ขึ้นแล้ว ย่อมต้องดูแลอย่างใกล้ชิด ส่วนอีกหนึ่งรายเป็นบุตรสะใภ้ซึ่งให้เหตุผลว่าเพราะอยู่ด้วยกันมานานกว่า 20 ปี และผู้สูงอายุที่ตนดูแลอยู่ถึงแม้ว่าจะมีอาการหลงลืม แต่ก็มีได้ทำหน้าที่ให้ความ เตือนรื้อนุ่นววยกับคนอื่นในบ้าน ส่วนตนเองถือว่าการดูแลมารดาของสามีเป็นการทดแทนบุญคุณที่แม่ มารดาของตนที่ได้เสียชีวิตไปแล้วโดยที่ตนเองเป็นลูกแท้ ๆ แต่ไม่มีโอกาสได้ดูแลแม่ของตนเอง เลยเนื่องจากอยู่ต่างจังหวัด

เช่นเดียวกับอีก 8 ราย (ร้อยละ 27.6) ให้ความสำคัญเห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมนั้น ถือว่าเป็นเรื่องที่น่าหนักใจเพียงเล็กน้อย โดยผู้ดูแลทั้งหมดเป็นบุตรของผู้สูงอายุสมองเสื่อมนั้นเช่นกันต่างทำให้เหตุผลว่าบิดามารดาเป็นผู้ให้กำเนิดและดูแลตนเองมาจนเติบโตใหญ่ เมื่อถึงคราวชราภาพบุตรต้องตอบแทนบุญคุณโดยให้การดูแล นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุจะอยู่ร่วมบ้านเดียวกับผู้ดูแลมานานหลายปีจนผู้ดูแลสามารถสังเกตเห็นอาการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้สูงอายุได้ และเชื่อว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นธรรมชาติของผู้สูงอายุอันอาจเกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุ

แต่อย่างไรก็ตามผู้ดูแลส่วนใหญ่ 10 ราย (ร้อยละ 34.5) ยอมรับว่าการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมเป็นภาระที่น่าหนักใจพอควรทั้งนี้ผู้ดูแลเกือบทุกรายในกลุ่มนี้จะมีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไปซึ่งจะทำให้เหตุผลว่าตนเองก็ชราแล้วต้องการพักผ่อนบ้าง ซึ่งการต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมเช่นนี้เป็นการเพิ่มงานหนักให้ ครอบคลุมเวลาส่วนตัว บางครั้งก็ทำคนเดียวไม่ไหวต้องเรียกลูกหลานมาช่วยแต่กลับได้รับการปฏิเสธ และส่วนใหญ่แล้วจะมีภาระต้องดูแลหลานอายุไม่เกิน 4 ขวบที่ยังไม่ได้ไปโรงเรียนด้วย ทุกรายต่างมีความเห็นตรงกันว่า การดูแลผู้สูงอายุยาก และเป็นภาระหนักยิ่งกว่าการดูแลเด็กเล็ก เนื่องจากผู้สูงอายุมักจะดื้อรั้นและทำควมวุ่นวายให้กับคนรอบข้างได้มากกว่าเด็กเล็กซึ่งยังไม่รู้เพียงสา หากจะดูว่าหรือทำโทษก็เกรงจะเป็นบาปเพราะอายุมากกว่าผู้ดูแล จึงทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอึดอัดรำคาญใจมาก แต่อย่างไรก็ตามเมื่อถามถึงความสมัครใจในการดูแลนั้นผู้ดูแลทุกรายกลับเห็นว่ายังเต็มใจที่จะรับหน้าที่นี้แม้ว่าจะ เป็นภาระที่หนักก็ตามทั้งนี้ด้วยเหตุผลที่ว่าเมื่อผู้ดูแลอายุมากขึ้นก็อาจจะหลง ๆ ลืม เช่นนี้หรืออาจเป็นมากกว่านี้ก็ได้และเมื่อถึงเวลานั้นเกรงว่าจะไม่มีใครดูแลตนเอง

ในทำนองเดียวกันกับผู้ดูแลถึงจำนวน 7 ราย (ร้อยละ 24.1) ที่เห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมนั้น เป็นงานที่หนักใจมากทั้งนี้จากการสัมภาษณ์และสังเกตผู้ดูแลต่างให้ความสำคัญเห็นว่าผู้สูงอายุนั้นไม่สามารถช่วยเหลือตนเองทางด้านกิจวัตรประจำวันส่วนตัวได้ อันเป็นการเพิ่มภาระให้แก่ผู้ดูแลนอกเหนือจากความบกพร่องทางด้านความจำ การเคลื่อนไหวที่เชื่องช้า ปัญหาในการจับถ่ายและพฤติกรรมที่ผิดปกติไป ซึ่งผู้ดูแลต้องรับภาระเพียงคนเดียวในขณะที่ต้องทำงานบ้านและดูแลหลานเด็กเล็กไปพร้อมกันด้วย บางรายถึงกับต้องออกจากงานเดิมที่ทำประจำเพื่อมาอยู่

บ้านคอยดูแลผู้สูงอายุ และถือว่าเป็นงานหนักที่รบกวนชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัวมาก นอกจากนี้ผลกระทบจากอาการและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้สูงอายุยังทำให้เกิดความไม่เข้าใจถึงขั้นตอนและวิวาทกันระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลอื่น หรือระหว่างผู้ดูแลกับพี่น้องอันสืบเนื่องมาจากความหวาดระแวง กล่าวหาในทางร้ายของผู้สูงอายุ ทำให้ครอบครัวขาดความสงบสุข บางรายหากมีพี่น้องหลายคนจะเกิดการเกียดกันมารับผิดชอบนี้ แต่ในที่สุดผู้ดูแลที่สัมผัสภาวะจำต้องเป็นฝ่ายยอม ซึ่งเป็นความขัดแย้งอยู่เป็นประจำว่าเป็นการไม่ยุติธรรมสำหรับตนเอง ที่ต้องจากมารับภาระนี้โดยที่คนอื่น ๆ ไม่ได้สนใจเลย อย่างไรก็ตามผู้ดูแลยังยอมรับว่าตนเองตกอยู่ในภาวะจำยอมจึงต้องใช้ความอดทนอย่างมากในการดูแล เพียงแต่นึกถึงบุญคุณของผู้สูงอายุซึ่งเป็นบุพการีเท่านั้น

จากความคิดเห็นต่อการระงับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมตั้งที่ได้กล่าวมาแล้ว ยังพบว่าก่อให้เกิดผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ดูแลดังรายละเอียดในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 จำนวนผู้ดูแลที่ได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจจำแนกตามความรุนแรงและความรู้สึก

ความรู้สึก	จำนวนผู้ดูแลตามความรุนแรง/ความถี่ของอาการ		รวม(ราย) N = 25	ร้อยละ
	มาก/เป็นประจำ	น้อย/บางครั้ง		
เบื่อหน่ายท้อแท้	8	10	18	72
หงุดหงิดจนเฉื่อยง่าย	8	8	16	64
โกรธ	2	14	16	64
วิตกกังวล	9	4	13	52
คิดถึงแต่ปัญหา	5	4	9	36
เกิดความอับอาย	6	2	8	32
น้อยใจในสภาพชีวิตของตนเอง	1	2	3	12
มีความรู้สึกผิด	0	1	1	4

จากตารางที่ 18 จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ดูแล 25 รายที่รู้สึกหนักใจนั้น ยอมรับว่า การที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อทางด้านจิตใจของผู้ดูแล โดยมี 18 ราย (ร้อยละ 72) ที่เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ เกิดความรู้สึกหงุดหงิด จุนเจียวง่าย 16 ราย (ร้อยละ 64) และเกิดความรู้สึกวิตกกังวลทั้งความรู้สึกโกรธต่อผู้สูงอายุที่ ตนดูแลหรือโรครุนแรงที่น้องอันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการดูแล 16 รายเช่นกัน นอกจากนี้ยังเกิด ความวิตกกังวล 13 ราย (ร้อยละ 52) ซึ่งในจำนวนนี้เป็นที่น่าสังเกตว่ามีความวิตกกังวลมากถึง 9 ราย ส่วนความรู้สึกอื่นได้แก่ รู้สึกอับอาย มีความน้อยใจในสภาพชีวิตของตนเอง มีความรู้สึกผิด ทั้งนี้ผู้ดูแลอาจจะเกิดความรู้สึกได้หลายอย่างพร้อมกันใบ แต่ไม่มีผู้ดูแลรายใดที่เกิดการหันร้ายอัน เนื่องมาจากการรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมเลย

นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ดูแลโดยเกิดความผิดปกติ ดัง รายละเอียดในตารางที่ 19

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 19 จำนวนผู้ดูแลที่เกิดความไม่สบายกายจำแนกตามความรุนแรงและความไม่สบายกาย

ความไม่สบายกาย	จำนวนผู้ดูแลตามความรุนแรง/ความถี่ของอาการ		รวม (ราย)	ร้อยละ
	มาก/เป็นประจำ	น้อย/บางครั้ง		
			N = 25	
นอนไม่หลับ	2	10	12	48
ปวดเมื่อยร่างกาย	5	5	10	40
ใจสั่น	4	5	9	36
ไม่ย่อย อาหาร กลืนไม่ลง	3	5	8	32
หมดเรี่ยวแรง	3	5	8	32
หน้ามืด	2	4	6	24
น้ำหนักลด	2	3	5	20
เวียนศีรษะ	1	4	5	20
ปวดศีรษะ	0	2	2	8
คลื่นไส้ อาเจียน	0	3	3	12
จุกแน่นท้อง	1	0	1	4
แน่นหน้าอก	1	0	1	4
ชาตามมือเท้า	1	0	1	4

จากตารางที่ 19 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลเกิดความผิดปกติทางด้านร่างกายหลายด้านมากที่สุดได้แก่ การนอนไม่หลับถึง 12 ราย (ร้อยละ 48) รองลงมาได้แก่ บวคเมื่อยร่างกาย 10 ราย (ร้อยละ 40) ใจสั่น 9 ราย (ร้อยละ 36) ไม่อยากอาหารกลืนไม่ลงและหมดเรี่ยวแรง 8 ราย (ร้อยละ 32) นอกจากนี้ยังมีอาการอื่นที่พบร่วมด้วยคือ น้หนักลด หน้ามืด เวียนศีรษะ บวคศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน จุกแน่นท้อง แน่นหน้าอก และชาตามมือเท้า

เมื่อสัมภาษณ์ถึงวิธีการที่ผู้รักษาตนเองเมื่อเกิดความผิดปกติขึ้นพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยดูแลรักษาตนเอง ทั้งนี้ต่างให้เหตุผลว่าไม่มีเวลาไป ไม่สามารถจะปลีกตัวไปได้จากภาระนี้ และคิดว่าความไม่สบายที่เกิดขึ้นคงจะหายได้เองโดยไม่จำเป็นต้องรับการรักษาใด ๆ ส่วนผู้ที่เคยรับการรักษาหรือกำลังรักษาอยู่ได้มีวิธีการแตกต่างกัน ดังตารางที่ 20

ตารางที่ 20 จำนวนผู้ดูแลจำแนกตามการรักษาตนเอง

การรักษา	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
N = 25		
ไม่เคยรับการรักษาใด ๆ	17	68
ทานยาหอม คมยาคม	5	20
ปรึกษาแพทย์แผนปัจจุบันและได้รับยาตามอาการ	4	16
หางานอื่นทำให้เปลือยเปลือย ได้แก่ ปลุกต้นไม้		
เสียงสุนัข ท้าดอกไม้จันทร์	3	12
ดื่มน้ำดื่มยาสมุนไพร	2	8
นอนพักตอนกลางวัน	2	8
ดื่มสุรา	1	4
ซื้อยาชุดจากร้านขายยาโดยบอกอาการว่า		
เวียนศีรษะและใจสั่น	1	4
ระบายน้ำให้เพื่อนบ้านฟัง	1	4
ปลง ใช้หลักศาสนาเรื่องเวรกรรม	1	4

จากตารางที่ 20 สังเกตเห็นว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ 17 ราย (ร้อยละ 68) มีได้รับการรักษาใดทั้ง ๆ ที่เกิดความไม่สบายขึ้นกับตนเอง ส่วนผู้ที่มีการรักษานั้นส่วนใหญ่จะดูแลตนเอง โดยรับประทานยาหอม ได้แก่ ยาอินทรีโอสถ ยาหอมห้าเจดีย์ หรือคัมภีร์ ซึ่งหาซื้อได้จากร้านค้าในชุมชน รวมทั้งการดื่มน้ำชาต้มสมุนไพร ทั้งนี้โดยมีผู้ที่ไปขอรับการตรวจรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันเพียง 4 รายโดยไม่มีผู้ใดได้พบกับจิตแพทย์หรือบุคลากรทางด้านสุขภาพจิตเลย นอกจากนี้ยังหาวิธีการผ่อนคลายความเครียดอื่น ๆ ได้แก่ การหางานอดิเรกอื่นทำ นอนพัก ระบายใจให้เพื่อนบ้านฟัง ใช้หลักศาสนาเพื่อปลง และเป็นที่น่าสนใจว่ามีผู้ดูแลที่ใช้วิธีการรักษาตนเองโดยการซื้อยาชุดจากร้านขายยาและอีกหนึ่งรายที่ใช้การดื่มสุราในตอนหัวค่ำ โดยรายนี้ให้เหตุผลว่าเพื่อจะได้ขี้วงและหลับสนิทได้ในตอนกลางคืนโดยไม่ต้องได้ยินเสียงรบกวนจากผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลหลายรายที่ใช้วิธีการรักษาตนเองหลายอย่างควบคู่กันไป



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการสำรวจถึงภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจภาวะของครอบครัวในการดูแลอันเกิดจากอาการของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ปัญหาทางด้านสังคมและเศรษฐกิจของครอบครัวในการดูแลตลอดจนทั้งภาวะความเครียดของผู้ดูแล อันจะเป็นแนวทางการให้ความช่วยเหลือและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลตลอดจนเป็นประโยชน์แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ และการศึกษาวิจัยอื่นต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะกรณี (Case study) ตามวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ที่คัดเลือกได้แก่ชุมชนในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 3 บางซื่อ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้เข้าทำการค้นหาเพื่อคัดกรองผู้สูงอายุสมองเสื่อมด้วยตนเองโดยใช้แบบคัดกรองของชาวทอง โล้เลิศ (2535) และส่งปรึกษาจิตแพทย์เพื่อวินิจฉัยยืนยันตามเกณฑ์ DSM-III-R ว่าเป็นผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจริง จากนั้นคัดเลือกกรณีศึกษา ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวและมีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลานานกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยอาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม ทั้งนี้ไม่จำกัดอายุ เพศ เศรษฐฐานะ สถานภาพสมรส ไม่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิต สามารถเข้าใจและตอบคำถามด้วยภาษาไทยได้ดีและยินดีให้ความร่วมมือในการเยี่ยมบ้านเพื่อสัมภาษณ์ ซึ่งคัดเลือกได้ 29 ราย

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการเยี่ยมบ้านเพื่อสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ตามแนวคำถามที่ผู้วิจัยได้จัดทำและตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมและสภาพทั่วไปของทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลพร้อมทั้งจดบันทึกอย่างละเอียด ซึ่งใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2536 ถึงพฤษภาคม 2537 รวม 8 เดือน

วิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึก การสังเกตและสัมภาษณ์กรณีศึกษา 29 ราย ซึ่งเป็นข้อความบรรยายมารายงานจำแนกประเภท เปรียบเทียบข้อมูลแจกแจงความถี่และสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

จากจำนวนผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่คัดเลือกได้ 29 ราย พบว่าส่วนใหญ่มักเป็นเพศหญิง 23 ราย เป็นชายเพียง 6 ราย มีอายุต่ำสุด 69 ปี สูงสุด 97 ปี คิดเป็นอายุเฉลี่ย 81.96 ปี เกือบทุกรายอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ญาติ พี่น้อง เป็นลักษณะของครอบครัวขยาย และระยะเวลาโดยประมาณที่ผู้ดูแลสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงของความจำ ความคิดหรือพฤติกรรมของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะอยู่ในช่วงเวลาประมาณ 1 ปี 1 เดือนถึง 2 ปี ซึ่งลักษณะของความจำบกพร่องนี้ ชาวบ้านจะเรียกว่า "หลง" สภาพชีวิตทั่วไปของผู้สูงอายุในชุมชนจะเป็นผู้ว่างงานอยู่แต่บ้าน ไม่มีงานทำ เพื่อเป็นรายได้มีลูกหลานเป็นผู้ดูแล ส่วนใหญ่มักจะใช้เวลากลางวันนอนหลับหรือนั่งเฉย ๆ ดูลงเดินผ่านไปมาหน้าบ้าน สภาพร่างกายโดยทั่วไปจะผอม ผิวหนังแห้ง สีหน้าค่อนข้างเฉย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

จากการคัดเลือกผู้ดูแลเพื่อเป็นกรณีศึกษาตามเกณฑ์ที่กำหนดได้ 29 ราย พบว่าทุกราย เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มักจะมีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี ในด้านความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุสมองเสื่อม พบว่ามีผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาว 21 ราย เป็นน้องสาว 2 ราย เป็นสะใภ้ 3 ราย เท่ากับภรรยา ผู้ดูแลมีสถานภาพคู่สมรสมีสามีอาศัยอยู่ด้วยกันถึง 21 ราย ในขณะที่เป็นหม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ 5 ราย นอกจากนี้ยังมีผู้ที่เป็นโสดเพียง 3 รายเท่านั้น ด้านอาชีพพบว่าส่วนใหญ่มักแล้ว 16 ราย จะเป็นแม่บ้านโดยมีสามีเป็นผู้ออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว มีผู้ดูแลเพียงบางราย มีผู้ดูแลเพียงบางรายที่ช่วยหารายได้ในตอนกลางวัน ได้แก่ การทำอาหาร ขายของ

เล็ก ๆ น้อย ๆ ซึ่งกระทำในชุมชน และด้านวุฒิการศึกษา จากจำนวนผู้ดูแลที่สัมภาษณ์ 29 ราย นั้นมีผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา 4 ราย ส่วนใหญ่จะสำเร็จการศึกษาสูงสุดเพียงชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ซึ่งมี 20 ราย มัธยมศึกษา 4 ราย และมีผู้ที่มีวุฒิการศึกษามาสูงสุดเป็นระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพเพียง 1 รายเท่านั้น จากการสอบถามถึงโรคประจำตัว ผู้ดูแลได้รายงานว่ามีเคยได้รับการตรวจ เช็คร่างกายจึงไม่ทราบว่าตนเองมีโรคประจำตัวหรือไม่ 2 ราย อีก 16 รายยืนยันว่าตนเองไม่มีโรคประจำตัวใด ๆ แม้ว่าบางรายอาจจะยังไม่เคยได้รับการเช็คร่างกายเลยก็ตาม ส่วนอีก 11 รายนั้น ได้รายงานว่ามีเคยรับการตรวจจากแพทย์แล้วทราบว่า มีโรคประจำตัว ซึ่งจำนวนนี้เป็นความดันโลหิตสูง 5 ราย โรคหัวใจ 3 ราย ไขมันในเลือดสูงและโรคกระเพาะ อย่างละ 1 ราย หน้ามืดและเวียนศีรษะบ่อย ๆ โดยไม่ทราบสาเหตุ 5 ราย โดยมีเพียงบางราย เท่านั้นที่รักษาและทานยาอย่างสม่ำเสมอ

ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

1. ภาวะตามอาการของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลถึงความรู้สึกอันเป็นภาระต่ออาการต่างๆ ของผู้สูงอายุ สมองเสื่อมในแต่ละด้านนั้น ผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็นดังนี้

1.1 ความจำบกพร่อง ผู้ดูแล 17 ราย (ร้อยละ 58.6) จะแสดงความคิดเห็นว่า ไม่ใช่เป็นเรื่องที่ยุ่งยาก ลำบากใจ หรือเป็นภาระในการดูแล ทั้งนี้เนื่องจากเห็นว่า เป็นเรื่องธรรมดาของคนสูงอายุที่ต้องหลงลืมจึงมีคำสาใจ แต่ในรายที่รู้สึกว่าเป็นภาระนั้นมีความคิดเห็นว่าจะ เป็นเรื่องของผู้สูงอายุหาของไม่พบและวุ่นวายกับคนรอบข้างให้ช่วยหา อันเป็นการเพิ่มงานให้ กับคนดูแล

1.2 ความผิดปกติของความคิดหรือการตัดสินใจที่บกพร่อง เป็นอาการที่ผู้ดูแล 25 ราย (ร้อยละ 86.2) มิได้สังเกตเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงและจะปฏิเสธถึงความรู้สึกอันเป็น ภาระโดยบอกว่าไม่ได้อาสาหรือสนใจเลย แต่ทั้งนี้ความคิดที่ผิดปกติบหรือไม่ตรงกับคนอื่นอาจ

ทำให้เกิดความไม่เข้าใจหรือทะเลาะกันได้

1.3 การสนทนาและสื่อสาร ในบรรดาผู้ดูแล 16 ราย (ร้อยละ 55.2) ที่ยอมรับว่าด้านการสนทนาและสื่อสารนี้เป็นด้านที่ผู้ดูแลรู้สึกว่ายากลำบาก จะเป็นอาการพูดปนซ้ำซาก รู้สึกมากขึ้นกว่าเดิมอันทำให้เกิดความรำคาญ รวมทั้งการก้าวร้าวทางคำพูดซึ่งทำให้เกิดความไม่สงบในครอบครัว นอกจากนี้การพูดจาสับสนวุ่นวายทำให้คนฟังแปลความหมายไปในทางที่ผิด และเกิดความเข้าใจผิดขึ้นได้ ส่วนผู้ที่คิดว่าไม่เป็นภาระนั้นเนื่องจากไม่ได้สนใจงานตัวผู้สูงอายุมากนัก โดยเฉพาะผู้ที่มีงานทำนอกบ้านและปล่อยให้ผู้สูงอายุเฝ้าบ้านเพียงลำพังในตอนกลางวัน

1.4 การทำความสะอาดร่างกายและการแต่งตัว ในบรรดากรณีศึกษา 29 ราย นั้นมี 8 ราย (ร้อยละ 27.6) ที่ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการเตรียมอุปกรณ์เสื้อผ้าให้และในจำนวนนี้มี 3 รายที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย อันทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นภาระอย่างมาก โดยเฉพาะการอาบน้ำที่ทำให้เกิดความเลอะเทอะต้องเช็ดถูเป็นภาระเพิ่มขึ้น ส่วนในด้านการแต่งตัวที่เป็นภาระคือการนุ่งผ้าถุงและการใส่เสื้อติดกระดุม ซึ่งผู้สูงอายุนั้นทำด้วยความยุ่งยากลำบาก จึงต้องให้คนอื่นช่วยเหลือ

1.5 การรับประทานอาหาร ส่วนใหญ่ 26 ราย (ร้อยละ 89.7) จะให้ความเห็นว่าไม่ได้เป็นความลำบากหรือยุ่งยากในเรื่องชนิดของอาหาร เพราะจะแบ่งอาหารชนิดเดียวกันกับผู้ดูแล ให้ผู้สูงอายุรับประทานเองได้ ส่วนที่เป็นภาระจะเป็นเรื่องของการไม่ยอมทานตามเวลา การปลัดผอน การชอบซุกซอนเก็บอาหารไว้โดยไม่ยอมรับประทานจนบูดเน่า หรือการรับประทานแต่ข้าวเปล่าโดยไม่ทานกับข้าว

1.6 การขับถ่าย ในด้านการถ่ายปัสสาวะจะเป็นภาระพอควรเรื่องการปัสสาวะรดผ้าถุง ชุกนอน ซึ่งทำให้ผู้ดูแล 5 ราย (ร้อยละ 17.2) ต้องเตือนรอนในการชักผ้าถุงบ่อย ๆ และซื้อเบสิ้นผูกบ่อยซึ่งระยะหลังผู้ดูแลจะซื้อเพียงเสื่อน้ำมันปูรองให้นอนแทน ส่วนที่เป็นภาระมาก

ได้แก่ เรื่อง การถ่ายอุจจาระ เนื่องจากการถ่ายที่เลอะเทอะราดน้ำทาความสะอาดไม่ถี่หรือ
 ลืมทา รวมทั้งการถ่ายนอกห้องน้ำ การละเลงปัสสาวะ อันทาให้ผู้ดูแลรวมทั้งผู้ใกล้ชิดเกิดความ
 รังเกียจและส่งกลิ่นเหม็นรบกวน

1.7 การนอน ผู้ดูแล 5 ราย (ร้อยละ 17.2) เห็นว่าเป็นภาระในเรื่องที่ผู้
 สูงอายุสมองเสื่อมที่กลางดึก และปลุกเรียกผู้อื่นให้ตื่นตามส่วนที่เหลืออีก 24 ราย (ร้อยละ
 82.8) มิได้เห็นว่าเป็นภาระ ทั้งนี้เนื่องจากแยกบริเวณนอนแม้ผู้สูงอายุจะตื่นตอนดึก แต่ก็มีผู้
 ปลุกเรียกจึงมิได้สนใจ

1.8 การเคลื่อนไหว การเดิน การลุกนั่ง มีเพียง 2 รายที่ไม่สามารถยืนและ
 เดินได้ เนื่องจากการติดยึดของข้อเข่าในทางอาชีพวิธีเคลื่อนไหวในบ้านโดยการถัดตัวไป ซึ่งผู้
 ดูแลเองเห็นว่ามิได้เป็นภาระอะไรยกเว้นอาจจะมีความกังวลบ้างหากเกิดเหตุฉุกเฉิน เช่น ไฟไหม้
 อาจย้ายหนีไม่ทันทำให้เป็นภาระแก่ผู้สูงอายุใกล้ชิดได้ส่วนรายอื่นแม้ว่าจะมีการเคลื่อนไหวที่เชื่องช้า
 ชุ่มง่ามบ้าง แต่ส่วนใหญ่มิได้คิดว่าเป็นภาระต่างมีความเห็นพ้องกันว่า เป็นเรื่องธรรมชาติ
 ของคนสูงอายุซึ่งมิได้เกี่ยวข้องกับตน

1.9 พฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอันเป็นภาระได้แก่ อาการร่วนววย
 ขอบุ้งเรื่องของคนอื่นรอบข้าง 9 ราย (ร้อยละ 31.1) พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา 8 ราย
 (ร้อยละ 27.6) อาการตื่นตื่นเอาแต่ใจตนเอง 2 ราย (ร้อยละ 6.9) หงุดหงิดอารมณ์เสีย
 ได้ง่าย 16 ราย (ร้อยละ 55.2) และอาการซึมเฉย 6 ราย (ร้อยละ 20.7)

1.10 นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมอื่นที่ผู้ดูแลเห็นว่าเป็นภาระได้แก่ การชอบสะสม
 ของ ส่วนใหญ่จะเป็นของที่ใช้แล้ว 6 ราย (ร้อยละ 20.7) พฤติกรรมการทำงานซ้ำซาก 3 ราย
 (ร้อยละ 10.4) อาการประสาทหลอนทางตา 2 ราย (ร้อยละ 6.9) และอาการระแวงอันได้
 แก่ระแวงคิดว่ามีคนมาขโมยของ 5 ราย (ร้อยละ 17.2) และระแวงคิดว่ามีคนคอยจ้องทำร้าย
 1 ราย (ร้อยละ 3.5)

2. อาการหรือพฤติกรรมของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ที่มีผู้ดูแลคิดว่าเป็นภาวะมากที่สุด เรียงลำดับตามจำนวนผู้ดูแลที่ยอมรับได้แก่ การสนทนาและสื่อสารมีจำนวน 5 รายเท่ากับภาวะใน ปัญหาด้านการขับถ่าย รองลงมาได้แก่ด้านการทำความสะอาดร่างกายและแต่งตัว การรับประทานอาหาร ความจำบกพร่อง ปัญหาในการนอนหลับ การชอบออกนอกบ้านและหลงทาง การสะสม ของการเคลื่อนไหวที่เชื่องช้างุ่มง่าม และอาการซึมเศร้า ซึ่งผู้ดูแลต่างให้เหตุผลและมีวิธีการ ควบคุมดูแลอาการหรือพฤติกรรมที่ตนคิดว่าเป็นภาวะมากที่สุดนี้แตกต่างกันไป แต่ในขณะเดียวกัน ยังมีผู้ดูแลอีกบางรายที่ยังไม่ทราบว่า จะจัดการกับภาวะนี้ได้อย่างไร

ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

จากกรณีศึกษา 29 รายนี้พบว่าในการรับภาระดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้านนั้นส่วนใหญ่ แล้วถึง 27 ราย (ร้อยละ 93.1) ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัวเลย โดยมีเพียง 2 รายเท่านั้นที่ต้องออกจากงานประจำ เพื่อมาดูแลแต่ยังได้รับเงินช่วยค่าใช้ จ่ายจากพี่น้อง

ผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ประจำวันนั้นผู้ดูแล ส่วนใหญ่เห็นว่า เป็นการเพิ่มหน้าที่ให้จากเดิม และรบกวนเวลาในตอนกลางคืน ในขณะที่มีเพียงบางรายเห็นว่ารบกวนต้องงานอดิเรกทำให้ หมครอกาसानการออกไปนอกรบ้าน เกิดความตึงเครียดจนไม่อยากจะทำกิจกรรมอดิเรกใด ๆ อีก และรบกวนด้านการกินโดยรู้สึกราคาญรวมทั้งรับประทานอาหารไม่ลง

ในด้านการให้เวลากับบุคคลอื่นนั้นผู้ดูแลเพียงบางรายที่ยอมรับว่า ตนเองได้ให้เวลา กับสามีหรือเพื่อนบ้านน้อยลง แต่ส่วนใหญ่แล้วคือ 19 ราย (ร้อยละ 65.5) ยังเห็นว่า การดูแล ผู้สูงอายุสมองเสื่อมไม่ได้ส่งผลกระทบต่อที่มีเวลาแก่คู่สมรส บุตร หรือเพื่อนฝูงน้อยลงกว่าเดิมเลย

นอกจากนี้การมีผู้สูงอายุสมองเสื่อมอยู่ในครอบครัวยังทำให้เกิดความไม่เข้าใจจนถึงขั้น ทะเลาะวิวาทระหว่างผู้สูงอายุกับคนอื่นในครอบครัว เกิดความไม่เข้าใจระหว่างพี่น้องผู้ดูแลและ

ยังสร้างความรำคาญให้แก่เพื่อนบ้าน

ทั้งนี้ผู้ดูแลแต่ละรายใช้ชีวิตการแก้ปัญหาแตกต่างกันไป และยังมีอีกหลายปัญหาที่ยังมิได้รับการแก้ไขหรือผู้ดูแลยังมีทราบดีว่าจะแก้ไขได้อย่างไร แต่ถึงกระนั้นผู้ดูแลทุกรายต่างให้ความสำคัญว่าตนเองได้พยายามดูแลอย่างดีที่สุดแล้ว

เมื่อสอบถามถึงความต้องการรับความช่วยเหลือกลับพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ถึง 18 ราย (ร้อยละ 62.1) ที่แสดงความเห็นว่าไม่ต้องการความช่วยเหลือใด ๆ เพิ่มเติมอีก ทั้งนี้ส่วนใหญ่ที่เหตุผลว่าเพราะตนเองเป็นลูกมีหน้าที่ต้องดูแลพ่อแม่เอง ในขณะที่เดียวกับอีก 5 ราย (ร้อยละ 17.2) ที่ต้องการรับการช่วยเหลือนั้นต้องการจากพี่น้องของตน โดยคิดว่าควรจะช่วยกันแบ่งเบาภาระเพราะเป็นหน้าที่ของลูกทุกคน ในขณะที่มีเพียง 2 ราย (ร้อยละ 6.9) ที่ต้องการความช่วยเหลือจากสถานสงเคราะห์หรือหน่วยงานของรัฐและยังมีผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือแต่ยังไม่ทราบจะขอจากใครที่ไหนถึง 3 ราย (ร้อยละ 10.3)

ภาวะความเครียดของผู้ดูแล

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่เป็นกรณีศึกษาครั้งนี้พบว่ามีผู้ดูแลเพียง 4 รายจากทั้งหมด 29 ราย (ร้อยละ 13.8) ที่แสดงความเห็นว่าตนไม่ได้รู้สึกหนักใจ ลำบากใจ หรือเครียดเนื่องจากการต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมนี้เลย ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีผู้ดูแลอีกถึง 25 ราย (ร้อยละ 86.2) ที่ยอมรับว่าตนเองรู้สึกหนักใจ ลำบากใจหรือเกิดความเครียดอันเนื่องมาจากการต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ซึ่งมีระดับของความรู้สึกแตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่จะยอมรับว่าเป็นภาระที่น่าหนักใจพอควร ก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ โดยมีความรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้ หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย โกรธ วิตกกังวล คิดถึงแต่ปัญหา เกิดความอับอาย น้อยใจในสภาพชีวิตของตนเอง และมีความรู้สึกผิด นอกจากนี้ยังมีความไม่สบายกาย ได้แก่ นอนไม่หลับ บวดย่อยร่างกาย ใจสั่น ไม่อยากอาหาร กลืนไม่ลง หมดเรื้อยแรง หน้ามืด เวียนศีรษะ บวดย่อยศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน จุกแน่นท้อง แน่นหน้าอก และชาตามมือเท้า

เมื่อสัมภาษณ์ถึงวิธีการรักษาส่วนใหญ่ 17 ราย (ร้อยละ 68) จาก 25 รายจะไม่เคยรับการรักษาใด ๆ ส่วนผู้ที่มีการรักษานั้นส่วนใหญ่จะดูแลตนเองโดยรับประทานยาหอม คมยาคม รวมทั้งดื่มน้ำชาต้มสมุนไพร ในขณะที่มีผู้ไปปรึกษาแพทย์แผนปัจจุบันเพียง 4 ราย (ร้อยละ 16)

จากกรณีศึกษาทั้งหมด 29 รายนี้จะเห็นได้ว่าอาการหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้สูงอายุสองเดือนก่อนทำให้เกิดภาวะแก่ผู้ดูแลเกิดผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม และจากการสำรวจยังพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่รู้สึกหนักใจเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจรวมทั้งมีความไม่สบายทางกายเกิดขึ้นด้วย

อภิปรายผลการวิจัย

จากการสำรวจครั้งนี้ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นบุตรของผู้สูงอายุสองเดือนนั่นเอง ถึง 21 ราย (ร้อยละ 72.5) และอยู่รวมกันกับบุตรหลาน อาจมีบุตรสะใภ้หรือบุตรชายอยู่ร่วมครอบครัวด้วย ซึ่งเป็นไปตามโครงสร้างของครอบครัวไทยที่ส่วนมากจะเป็นครอบครัวขยาย (Extended family) ถึงแม้ว่าจะเป็นชุมชนในเขตเมืองหลวงก็ตาม และผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีอายุค่อนข้างมาก คือระหว่าง 51-60 ปี ซึ่งเป็นวัยที่เกือบจะเข้าสู่วัยสูงอายุเช่นกันและเป็นเพศหญิงทั้งหมด

ทั้งนี้เป็นไปตามค่านิยมในเรื่องบทบาทของสตรีไทย ซึ่งต้องทำหน้าที่ดูแลบ้านเรือน รวมทั้งสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะบุตรสาวต้องมีหน้าที่ดูแลปรนนิบัติบิดามารดา และจากผู้สูงอายุสองเดือนที่ศึกษาครั้งนี้ โดยมากจะมีอายุอยู่ในช่วง 80-89 ปี ดังนั้นจึงพบว่าผู้ดูแลซึ่งเป็นบุตรส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี

ผลการวิจัยพบว่า อาการหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้สูงอายุสองเดือนกรณีศึกษานั้นทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมากขึ้นแตกต่างกันไปในแต่ละด้านขึ้นอยู่กับความรู้ของผู้ดูแลแต่ละคน ทั้งนี้จากการสังเกตพบว่าผู้ดูแลที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมอยู่บ้าง หรือดูแล

ได้อย่างถูกต้องโดยอาศัยความรู้หรือประสบการณ์ที่ได้ดูแลเป็นเวลานาน ประกอบกับความเคยชินกับภาวะนี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายที่ไวต่อ และผู้ดูแลจึงรู้สึกว่าเป็นภาระน้อย โดยเฉพาะบางรายที่มีโรคสาได้ระบายความรู้สึกแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนบ้าน หรือมีสมาชิกอื่นในครอบครัวที่เข้าใจ และช่วยเหลือดูแลนั้น ย่อมจะเป็นการช่วยลดภาวะความตึงเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลลงไปได้ อาการหรือพฤติกรรมที่ผู้ดูแลเห็นว่าเป็นภาระมากที่สุด นับตามลำดับจำนวนของผู้ดูแลที่ยอมรับสูงสุดได้แก่ ด้านการสนทนาสื่อสารและปัญหาในการขับถ่าย รองลงมาได้แก่ ด้านการทำควมสะอาดร่างกายและแต่งตัว ถึงแม้ว่าด้านความจำพร่องจะเป็นอาการที่เด่นชัดที่สุด และเป็นอาการอันแรกตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-III-R ก็ตาม แต่กลับพบว่าผู้ดูแลที่เห็นว่าเป็นด้านที่ก่อให้เกิดภาระมากที่สุดเพียง 3 รายเท่านั้น และส่วนใหญ่แล้ว 17 รายจะให้ความเห็นว่ามาช้เป็นสิ่งที่ยุ่งยาก ล้าชากใจ หรือเป็นภาระอะไรในการดูแล ทั้งนี้ด้วยเหตุผลที่ว่าความหลงลืมเป็นเรื่องธรรมดาของคนสูงอายุ ไม่ได้สำนึกมากนักและผู้ดูแลเองก็มีหน้าที่ภาระในการทำงานบ้านอื่น ๆ ไม่ได้คิดที่จะกระตุ้นเตือนความจำ หรือช่วยผู้สูงอายุเมื่อเขาต้องการความช่วยเหลือ ดังนั้นจึงไม่ได้ถูกประเมินว่าเป็นภาระมาก และเมื่อพิจารณาด้านที่ผู้ดูแลเห็นว่าเป็นภาระแล้วจะเห็นได้ว่ามักเป็นด้านที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living) อันได้แก่ การขับถ่าย การทำความสะอาดร่างกายและแต่งตัว การรับประทานอาหาร การนอนหลับ การออกนอกบ้าน การเคลื่อนไหว ดังนั้น ผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงตามหน้าที่ของการดูแล และโดยเฉพาะในการวิจัยครั้งนี้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ผู้ดูแลรายงานว่าต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันถึง 8 ราย และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลยถึง 3 รายและทั้งนี้ยังเป็นภาระด้านที่มองเห็นชัดเจนมากกว่าด้านความจำหรือความคิด สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศของ O'Conner และคณะ (1990) ซึ่งได้ทำการวิจัย เพื่อสำรวจจำนวนความถี่ และระดับความรุนแรงของปัญหาที่ญาติพบในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนเมืองแคมบริดจ์ พบว่าภาวะพึ่งพาทางกาย(physical dependency) ทำให้ญาติรู้สึกว่าเป็นปัญหาสำคัญที่สุดมากกว่า พฤติกรรมที่รบกวน (disturbed behavior) และการหลงลืมหรือเฉื่อยชา (forgetfulness inertia) เช่นเดียวกับ Cooper (1991) ที่พบว่าผู้ดูแลจะมีความเครียดเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงระยะที่ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองทางด้านกิจวัตรประจำวันส่วนตัว ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของ Rabins, Mace

และ Lucus (1982) ที่พบว่า พฤติกรรมของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ผู้ดูแลคิดว่ามีความลำบาก และเป็นภาระในการดูแลเรียงตามลำดับความรุนแรง ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าว หงุดหงิด เสียกฏเกณฑ์ (catastrophic reaction) การเดินวนวายในตอนกลางคืน ภาวะสับสน หลงลืม (Suspiciousness) และการสื่อสาร นอกจากนี้ Blendin, Mac Carthy และ Kuipers (1990) ยังพบว่าสิ่งที่บุตรผู้ดูแลคิดว่าเป็นปัญหาวิกฤตที่เขาต้องรับภาระในการดูแลบิดา มารดา สูงอายุสมองเสื่อม ได้แก่ เรื่องการพูดซ้ำซาก ปัญหาในการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมก้าวร้าวของบิดามารดา

เมื่อศึกษาถึงวิธีการที่ใช้ควบคุมดูแลมีบางรายที่สามารถเข้าใจและมีปฏิกิริยาตอบสนองได้อย่างถูกต้องในบางเรื่อง และสามารถหาทางออกเพื่อแก้ปัญหาได้ เช่น การขอร้องให้ญาติคนอื่นมาช่วยแบ่งเบาภาระ โดยผลัดเวรกันดูแล การเล่าระบายความอัดอั้นที่เพื่อนบ้านฟัง การเก็บของในบ้านไม่ให้วางเกะกะและให้อยู่ตามตำแหน่งเดิมเสมอ หรือ การทำให้ผู้สูงอายุนั่งเสื่อคอกกระเช้าแทนเสื่อที่ติดกระดุม ถึงแม้ว่าผู้ดูแลเหล่านี้จะไม่เคยได้รับการแนะนำจากผู้รู้หรืออ่านตำราวิธีการดูแล ผู้สูงอายุสมองเสื่อมเลยก็ตาม แต่เขาเรียนรู้ได้จากประสบการณ์จริง ซึ่งอาจจะต้องใช้เวลาหลายปี เท่าที่สำรวจพบว่าส่วนใหญ่อันแล้วจะรับหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมนี้ ตั้งแต่เริ่มสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงของความจำ ความคิด หรือพฤติกรรมจนถึงปัจจุบันเป็นเวลา 4 - 5 ปีขึ้นไปจนเขากล่าวว่าเป็นความเคยชินแล้ว จนค่อนข้างแน่ใจว่าเป็นอาการหรือพฤติกรรมที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และเป็นธรรมดาของคนสูงอายุ บางรายอาจมีประสบการณ์จาก ปู่ ย่า ตา ยาย หรือเห็นตัวอย่างจากเพื่อนบ้านที่มีอาการคล้ายกัน นอกจากนี้บางรายยังคิดว่าเป็นกรรมของคนที่ต้องรับภาระอันนี้ จึงสามารถยอมรับและแสวงหาวิธีดูแลเพื่อช่วยผ่อนภาระของตน ตามความเชื่อเรื่อง เวรกรรม หรือ บาป บุญ คุณ โทษ ของคนไทยส่วนใหญ่ บางรายโดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในวัยชรา เช่นกันยังมีความคิดว่า เมื่อตนเองแก่ตัวขึ้นอาจจะมียาอาการ เช่นนี้หากวันนี้ได้ดูแลบิดามารดาของตนดีแล้ว ภายหน้าบุตรของตนก็จะได้บรรณานิบัติต่อตนด้วยดีเช่นกัน ในขณะที่เดียวกันที่มีบางรายยังไม่สามารถแก้ไข หรือหาวิธีการควบคุมดูแลได้ อดยกกล่าวว่ายังไม่รู้จะทำอย่างไรนั้นอาจเป็นผู้ดูแลที่ไม่เคยมีประสบการณ์ ไม่ได้รับการแนะนำหรือระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมยังไม่ยาวนานนัก

การวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นบุตรสาวของผู้สูงอายุสมองเสื่อมตนเอง 21 ราย (ร้อยละ 72.5) ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของ Gillard (1986) ในสหรัฐอเมริกาที่พบว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสจะมีความเต็มใจที่จะดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นบุตร และในบรรดาผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสนี้ 47 รายจาก 48 ราย หรือร้อยละ 98 มีความคิดว่าเขาจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้ ในขณะที่ผู้ดูแลซึ่งเป็นบุตร มีเพียง 47 รายจาก 56 ราย หรือร้อยละ 84 เท่านั้นที่คิดว่าจะสามารถดูแลบิดามารดาของเขาต่อไปได้ และในสหราชอาณาจักรอังกฤษ จากการรายงานของ The Alzheimer's Disease Report, London (1992) ได้รายงานว่ามีผู้ดูแลที่เป็นบุตรเพียงประมาณร้อยละ 50 นอกจากนี้รายงานการวิจัยของ Peters และคณะ (1987) เรื่อง Primary Group Support Systems Of The Aged พบว่า คู่สมรสของผู้สูงอายุเป็นผู้ให้การดูแลเลี้ยงดูผู้สูงอายุมากที่สุด รองลงมา คือ บุตร เพื่อน พี่น้องร่วมบิดามารดา และญาติอื่น ๆ ตามลำดับ (อ้างถึงใน ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2536) ใกล้เคียงกับในออสเตรเลีย Schofield ได้รายงานในการประชุมของ Alzheimer's Association Australia ครั้งที่ 4 ณ กรุงซิดนีย์ เมื่อเดือนเมษายน พ.ศ.2537 โดยงานวิจัยของเขาพบว่าผู้ดูแลเป็นบุตรเพียงร้อยละ 53 เป็นคู่สมรสร้อยละ 26 ที่เหลือเป็นหลาน ญาติพี่น้อง และมีแม้กระทั่งเพื่อนของผู้สูงอายุสมองเสื่อมตนเอง ซึ่งแตกต่างจากผลการวิจัยครั้งนี้ อาจเป็นเพราะการปลูกฝังค่านิยมและการอบรมให้สมาชิกของสังคมรู้ระเบียบสังคม (Socialization) ในสังคมไทยทั้งอดีตและปัจจุบันยังคงมีความเกี่ยวเนื่องและสอดคล้องต้องกันมาตลอด โดยค่านิยมและระเบียบสังคมที่คนไทยทั้งในอดีตและปัจจุบันยอมรับ และยกย่องว่าเหมาะสมที่คนไทยจะยึดถือเป็นหลักหรือแนวทางปฏิบัติในการดำเนินชีวิตทางสังคมร่วมกันคือ การยึดถือระบบอาวุโส (Seniority) เป็นหลักเกณฑ์ในการดำเนินชีวิต คนไทยจะถูกอบรมสั่งสอนมาตั้งแต่เยาว์วัยให้มีความเคารพนับถือและเชื่อฟังผู้ที่มีอายุสูงกว่า ผู้สูงอายุได้ถูกจัดให้อยู่ในประเภทของบุชชียบุคคลที่จะต้องได้รับความเกียรติและความนับถือจากสมาชิกของสังคมที่อ่อนอาวุโสกว่า โดยเฉพาะบิดามารดานั้นจะถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มบุคคลที่จะต้องได้รับความเคารพนับถืออย่างยิ่งจากบุตรธิดา เนื่องจากสังคมไทยเป็นสังคมที่มีพุทธศาสนาเป็นศาสนาประจำชาติ อิทธิพลของหลักธรรมทางพุทธศาสนาที่ทำให้ความสำคัญต่อความเคารพนับถือบิดามารดาได้ช่วยหล่อหลอมจิตใจคนไทยให้มีความผูกพัน และยกย่องนับถือบิดามารดาในระดับที่ค่อนข้างสูง โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบค่านิยมในเรื่องเดียวกันนี้กับ ประเทศในซีกโลกตะวันตก

นทางพุทธศาสนานั้นถือว่าบิดามารดาเป็นพรหมของบุตร เพราะเป็นผู้ให้ชีวิต เลี้ยงดู และอบรมสั่งสอน ตามหลักธรรมพุทธศาสนานั้นได้ระบุไว้อย่างชัดเจนว่าหน้าที่ของกุลบุตร กุลธิดา คือการดูแลเลี้ยงดูบิดามารดาเมื่อท่านอยู่ในวัยชรา ทั้งนี้เพราะบิดามารดาได้เลี้ยงเรามาเราจึงต้องทดแทนพระคุณ ศิริวรรณ ศิริบุญ (2536) ได้วิจัยข้อเท็จจริงและทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการดูแลผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทยพบว่า คนหนุ่มสาวในกลุ่มอายุสูง ๆ (อายุ 35 - 44 ปี) เป็นกลุ่มที่รายงานว่าจะเลี้ยงดูบิดามารดา จนกว่าบิดามารดาหรือตนเองจะเสียชีวิตในสัดส่วนที่สูงที่สุด

การศึกษาครั้งนี้พบว่า 28 ครอบครัวจาก 29 ครอบครัวอยู่ร่วมกันเป็นลักษณะของครอบครัวขยาย ซึ่งตรงกับลักษณะโครงสร้างของครอบครัวโดยส่วนใหญ่ และสามี่จะเป็นผู้ออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้ ถึงแม้ว่าพื้นที่ทำการวิจัยจะอยู่ในเขตชุมชนเมืองก็ตามแต่ผู้คนที่อาศัยอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่มักจะเป็นผู้ที่อพยพเข้ามาจากต่างจังหวัดเข้ามาเมืองหลวงเพื่อหางานทำ และมักหลักทำงานต่อไป จึงยังยึดถือขนบธรรมเนียมเดิมของไทยอยู่ แม้ว่าจะไม่เคร่งครัดนักก็ตาม อันเป็นความผูกพันกันทางสายโลหิตดังเห็นได้จากข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลด้านความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ สองเล่มที่ผู้วิจัยรายงานว่า มีผู้ดูแลที่เป็นสามีถึง 3 รายและน้องสาว 2 ราย

ในการวิจัยครั้งนี้ไม่พบว่าการต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุสองเล่ม ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจแก่ผู้ดูแล ทั้งนี้เนื่องจากไม่ได้มีการใช้จ่ายพิเศษเพื่อการดูแลแต่อย่างใด ไม่ว่าจะ เป็น ค่ายา ค่ารักษา เพราะไม่เคยพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ และไม่ต้องจ้างคนดูแลพิเศษ ไม่ได้มีการจัดเตรียมอาหารเสริม หรือปรับปรุงสภาพแวดล้อมใด ๆ แม้ว่าจะมี 2 รายที่ต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลเฉพาะ แต่ยังมีคนช่วยเหลือเรื่องรายจ่ายในครอบครัว และมีเงินใช้ส่วนตัวจากญาติ พี่น้อง ซึ่งเป็นระบบเกื้อกูลกันในสังคม แต่อย่างไรก็ตามมิได้หมายความว่าครอบครัวของผู้สูงอายุสองเล่มจะเป็นครอบครัวที่ไม่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจแม้ว่าส่วนใหญ่มักจะมีภาระหนี้สินอยู่ก็ตามแต่ก็ไม่พบได้เกิดขึ้น เนื่องจากการที่ต้องใช้เงินเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุสองเล่มนี้เลย

สิ่งที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อทั้งผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว ได้แก่ การรบกวนชีวิตประจำวันและเวลาส่วนตัว รบกวนการนอนกลางคืน ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาให้สังคมน้อยลง รบกวนการทำงานศิลปะ เกิดความไม่เข้าใจระหว่างพี่น้อง นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่นนอกครอบครัวโดยสร้างความรำคาญให้แก่เพื่อนบ้าน ทั้งนี้เป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-III-R) ที่ได้กำหนดว่า นอกจากการรบกวนทางความจำและความคิด หรือการตัดสินใจแล้ว ความผิดปกตินี้ต้องรุนแรงพอที่จะรบกวนการทำงาน ทักษะทางสังคม และสัมพันธภาพกับผู้อื่น และจากการอยู่ร่วมกันหลายคนในบ้านรวมทั้งสภาพแวดล้อมชุมชนที่แออัด อยู่ชิดติดกันจึงมีโอกาสมากที่จะเกิดการรบกวนต่อผู้อื่นได้มาก และเช่นกันที่ยังมีผู้ดูแลหลายรายไม่ทราบว่าหาวิธีแก้ไขอย่างไรด้วยเหตุผลคล้ายคลึงกับที่ได้กล่าวไปแล้ว

เมื่อสอบถามถึงความต้องการหรือไม่ต้องการรับการช่วยเหลือพบว่า ส่วนใหญ่แล้ว 18 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 62 ของผู้ดูแลกลับไม่ต้องการช่วยเหลือ และเมื่อพิจารณาสาเหตุผลที่มาก็เป็นไปตามค่านิยมเรื่องการดูแลบิดามารดา ความเชื่อเรื่อง เวรกรรม และบาปบุญของคนไทย เช่นเดียวกับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือนั้นยังต้องการจากพี่น้องมากที่สุด ต่างจากงานวิจัยของ Cooper (1991) ที่พบว่าผู้ดูแลที่เป็นบุตรจะมีภาวะความเครียดลดลงเมื่อได้ส่งบิดามารดาไปอยู่ในสถานพยาบาล นอกจากเหตุผลเรื่องค่านิยมแล้ว ผู้วิจัยยังมีความเห็นว่าอาจเป็นเพราะในประเทศไทยยังไม่มีสมาคม หรือการให้ความช่วยเหลือบริการอย่างแพร่หลายแก่ผู้สูงอายุเพื่อป้องกันหรือชลอภาวะสมองเสื่อมนี้ นอกจากนี้การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมรวมทั้งการแนะนำวิธีดูแลให้แก่ผู้ใกล้ชิดยังไม่ทั่วถึงโดยเฉพาะในเขตพื้นที่ศึกษา

ในด้านภาวะความเครียดของผู้ดูแลซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้มีผู้ดูแลถึง 25 รายจาก 29 ราย (ร้อยละ 86.2) ที่ยอมรับว่าตนเองรู้สึกหนักใจกับภาระในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม แต่ในขณะเดียวกันส่วนใหญ่ยังมีค่านิยมเรื่องการตอบแทนบุญคุณผู้พิทักษ์ ด้วยการเลี้ยงดูยามชรา และการเคารพผู้อาวุโส แม้ว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะทำความยุ่งยาก ลำบาก หรือมีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความไม่สบายใจในครอบครัวก็ตาม จึงเกิดความขัดแย้งในใจ (Conflict) นอกจากนี้บางรายอาจพบกับความคับข้องใจ (Frustration) ที่ไม่สามารถทำในสิ่งที่ตนต้องการ

ถูกรบกวนเวลาส่วนตัว ชีวิตประจำวัน งานอดิเรก และมีเวลาให้สังคมน้อยลง บางรายต้องออกจากงานทำให้สูญเสียรายได้ส่วนตัว ภาวะที่เรื้อรังนี้เอง ทำให้เกิดผลกระทบต่อ สภาวะจิตใจของผู้ดูแลออกเป็นลักษณะของเบื่อหน่ายท้อแท้ หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย โกรธ วิตกกังวล คิดถึงแต่ปัญหา เกิดความอับอาย น้อยใจสภาพชีวิตของตนเอง และมีความรู้สึกผิด โดยเฉพาะในกลุ่มที่ศึกษาจะมีผู้ที่ยอมรับว่าตนเองมีความวิตกกังวลสูงมากกว่าความรู้สึกอื่น ๆ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่เขาไม่แน่ใจว่าสิ่งที่เขาได้ปฏิบัติดูแลต่อผู้สูงอายุสมควรแล้วหรือยัง หรือไม่ทราบว่าจะแก้ปัญหายังไง ดังเช่นคำตอบของผู้ดูแลหลายคนที่ได้ให้สัมภาษณ์ไว้ รวมทั้งความวิตกกังวลถึงเหตุการณ์ในภายหน้า เรื่องของการไม่แน่ใจว่าผู้สูงอายุนั้นจะล้ม เจ็บหรือมีการเปลี่ยนแปลงเลวร้ายลงกว่านี้หรือไม่เพียงใด ซึ่งนั่นย่อมหมายถึงว่าเขาต้องรับภาระหนักขึ้นกว่าเดิมทุกวันนี้ นอกจากนี้ร่างกายยังมีการตอบสนองต่อความเครียดโดยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ เช่น ปวดเมื่อยร่างกาย ใจสั่น หน้ามืด เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งล้วนแต่เป็นความไม่สบายกาย และความเครียดที่เรื้อรังนี้อาจส่งผลกระทบต่อในระยะยาวทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางกาย เช่น ความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจ หรือปวดศีรษะเรื้อรัง รวมทั้งความคิดปกติทางอารมณ์ บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง หรือเกิดความเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ Rabin, Mace และ Lucas (1982) ที่พบว่าผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจโดยมีความรู้สึกโกรธ (Anger) มีภาวะซึมเศร้า (Depression) และความเหนื่อยล้า (Fatigue) สูง ถึงร้อยละ 87 Gillard และคณะ (1984) พบว่าผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีความรู้สึกว่าการรบกวนทางอารมณ์สูง และมีแนวโน้มสู่สภาวะผิดปกติทางจิต Blendin, Maclarthy และ Kuipers (1990) พบว่าในงานบรรณานุกรมผู้ดูแลทั้งหมด 24 คนนั้นกว่าครึ่งคือ 14 คนมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง มีภาวะตึงเครียดมากและมีการเผชิญปัญหาแบบผิดวิธี นอกจากนี้ Dulski (1991) ยังพบว่าผู้ดูแลจะมีความรู้สึกเครียดโดยผู้ดูแลที่มีอายุน้อยจะมีความรู้สึกเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมาก ในขณะที่ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะเผชิญกับปัญหาได้ดีกว่า แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้กลับพบว่าส่วนใหญ่ของบุตร จะมีความรู้สึกทางด้านบวกต่อการที่ได้ดูแลบิดามารดาสูงอายุ แม้ว่าจะมีภาวะเครียดก็ตาม

จะเห็นได้ว่าถึงแม้สภาพสังคมและวัฒนธรรมจะแตกต่างกัน แต่งานวิจัยทั้งหมดก็ยังยืนยันว่า ผู้ดูแลย่อมเกิดภาวะเครียดจากการที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้เช่นเดียวกัน โดยอาจจะมีการตอบสนองทางอารมณ์หรือผลกระทบที่แตกต่างกันไป

อย่างไรก็ตามภาวะความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล ที่เป็นกรณีศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ อาจมีปัจจัยอื่นที่เป็นปัจจัยกระตุ้นร่วมด้วย ได้แก่ ความลำบากในการดำรงชีวิต สภาพแวดล้อมในชุมชนที่แออัด ความยากจน เสียงดังในชุมชนเมือง ความกดดันจากบุคคลรอบข้างอันเป็นปัจจัยเสริมทำให้เกิดความไม่สบายกาย ไม่สบายใจ นอกเหนือจากภาระในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลจำนวน 17 รายหรือคิดเป็นร้อยละ 58.62 ที่ให้สัมภาษณ์ว่าไม่เคยรับการรักษาดูแล ใดๆ หรือหาวิธีผ่อนคลายความเครียดเลยนั้น ส่วนแต่เป็นบุคคลที่นำเป็นห่วง ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าควรจะต้องติดตามเพื่อให้การช่วยเหลือป้องกัน หรือแก้ไขปัญหาดูแลสุขภาพจิตต่อไป

ปัญหาและอุปสรรค

จากการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พบกับปัญหาและอุปสรรค ดังนี้

1. การเข้าชุมชนเพื่อค้นหาและคัดกรองผู้สูงอายุสมองเสื่อม ซึ่งผู้วิจัยกระทำเพียงคนเดียววันนั้น ทว่าที่ต้องใช้เวลานานกว่าจะครอบคลุมทั่วเขตพื้นที่อันเป็นการทำที่ต้องใช้ระยะเวลาในการวิจัย ควรจะมีผู้ช่วยที่ได้รับการฝึกหัดเป็นอย่างดีแล้ว มาให้ช่วยแบบคัดกรองเพื่อช่วยค้นหาผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้ทันเบื้องต้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ถูกทดสอบจำเป็นต้องมีสมาธิ และความตั้งใจในการตอบแต่ละข้อคำถามพอควร จึงจะสามารถได้ค่าคะแนนที่ตรงกับความจริงได้ ดังนั้นบางครั้งเมื่อสภาพแวดล้อมไม่อำนวย เช่น มีเสียงดังรบกวน หรือบางครั้งผู้ดูแลหรือเพื่อนบ้านที่สนใจมาชวนสนทนาด้วย และอาจช่วยไปคำตอบบ้าง ซึ่งทำให้ผลคลาดเคลื่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องหาโอกาสทดสอบซ้ำในวันหลัง เพื่อให้ได้คำตอบที่ถูกต้องตรงกับความสามารถของผู้สูงอายุได้มากที่สุด

2. เช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านเพื่อสัมภาษณ์ผู้ดูแลจำเป็นต้องอยู่ตามลำพังระหว่างผู้ดูแลกับผู้วิจัย โดยสถานการณ์นี้จะเป็นโอกาสให้ผู้ดูแลได้เล่าเรื่อง หรือแสดงความรู้สึกที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมาได้อย่างเต็มที่ โดยเฉพาะหากเป็นความรู้สึกทางด้านลบ แต่ผ่านทางปฏิบัติแล้วโอกาสเช่นนี้หาได้ยาก จากสภาพบ้านที่คับแคบ แออัด และผู้สูงอายุมักจะชอบมีส่วนร่วมสนทนาด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องทำการเยี่ยมบ้านบ่อยครั้ง เพื่อหาโอกาสที่เหมาะสม โดยเฉพาะขณะที่ผู้สูงอายุนอนหลับหรือออกนอกบ้าน หรือพยายามเบี่ยงเบนความสนใจของผู้สูงอายุให้สนใจสิ่งอื่นแทนการฟังการสนทนา

3. จากการคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้วิจัยที่มีอาจเข้าไปสำรวจ และติดตามเยี่ยมบ้านในบางเขตพื้นที่ เช่น เขตอ่อนการพนัน เขตที่มีจำนวนผู้ติดยาเสพติดชุกชุม ซึ่งเขตเหล่านี้ อาจจะมีผู้สูงอายุสมองเสื่อม แต่ไม่สามารถติดตามเยี่ยมบ้านผู้ดูแลเป็นกรณีศึกษาได้

4. อุปสรรคในการเยี่ยมบ้านจากสภาพดินฟ้า อากาศ โดยเฉพาะในวันที่ฝนตก พื้นที่มีน้ำขัง เจาะและ ลื่น การเยี่ยมบ้านอาจจะได้เพียง 1-2 รายต่อวันไม่เป็นไปตามกำหนด ซึ่งผู้วิจัยจะต้องมีการปรับเปลี่ยนแผน หรือมีความยืดหยุ่นตลอดเวลา

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

1.1 จากผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นแนวทางให้เห็นว่า ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกเป็นภาระในหลายด้าน และประสบกับภาวะความเครียด ดังนั้นหน่วยงานที่มีหน้าที่ให้การรักษาหรือดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมควรรักษาความสำคัญแก่ญาติผู้ดูแล โดยการรับฟังความคิดเห็นให้โอกาสได้ระบายความรู้สึก พร้อมทั้งแนะนำวิธีการดูแล ตอบสนองอย่างถูกต้อง นอกจากนี้ควรมีการ

แนะนำให้สมาชิกอื่นในครอบครัวได้รับรู้และเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้ดูแลด้วย อันจะเป็นการช่วยแบ่งเบาภาระและป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบหรือคาดหวังจากผู้ดูแลมากเกินไปจนเกินไป

1.2 จากผลการวิจัยครั้งนี้ ยังพบว่าผู้ดูแลและบางรายที่ยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ไม่ทราบว่าจะปฏิบัติดูแลอย่างไร ดังนั้นจึงควรจัดโปรแกรมสำหรับผู้ดูแล เช่น การอบรมให้ความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อมและวิธีการดูแล การจัดกลุ่มสนทนาสำหรับผู้ดูแลที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน การให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาในรายที่ต้องการ รวมทั้งการบำบัดรักษาทางจิตในรายที่มีแนวโน้มเกิดความคิดปกติทางจิต

1.3 ท้าคู่มือ ตำราสำหรับประชาชนทั่วไป ให้มีความเข้าใจในภาวะสมองเสื่อม วิธีการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ตลอดจนทั้งการเตรียมตัวเพื่อชลอภาวะนี้ หรือ การเตรียมพร้อมสำหรับการดูแล

1.4 กระจายความรู้ ขยายการบริการด้านสุขภาพจิตสู่ชุมชน ดังเช่นผลการวิจัยนี้ สนับสนุนให้เห็นว่าผู้ดูแลที่มีตัวมารองพยาบาลหรือพาผู้สูงอายุสมองเสื่อมมารับการรักษาอาจมีความไม่สบายกายไม่สบายใจได้ ซึ่งจะเป็นการช่วยลดหรือป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

1.5 สนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรม หรือศูนย์บริการเพื่อรับคำปรึกษา ให้คำแนะนำ หรือเป็นผู้ประสานงานให้การช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุสมองเสื่อมและครอบครัว

2. ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัย

2.1 ควรจะมีการวิจัยเพิ่มเติมโดยการขยายเขตพื้นที่ เพิ่มจำนวนกรณีศึกษา เพื่อสามารถชี้เป็นตัวแทนของประชากรผู้ดูแลได้มากขึ้น

2.2 ท้าการวิจัยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ดูแลที่อยู่ในเขตสภาพสังคม วัฒนธรรม
แตกต่างกัน เช่น เขตเมือง-เขตชนบท หรือ ระหว่างภาค

2.3 ท้าการวิจัยเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติในการดูแล หรือวิธีการ
ดูแล เช่น อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษาของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ
สมองเสื่อม หรือ ระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม

2.4 ท้าการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อเจาะลึก และเพิ่มรายละเอียดในเรื่อง ภาวะความ
เครียดในผู้ดูแล พฤติกรรมการเผชิญปัญหา หรือความต้องการของผู้ดูแล

2.5 ศึกษาวิธีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ตลอดทั้งสภาพความเป็นอยู่
และการได้รับความช่วยเหลือดูแล เพื่อให้เข้าใจสภาพการณ์จริงในสังคมไทย อันจะเป็นแนวทาง
ในการให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมกับลักษณะของชนบเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมสังคมไทย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

- กัมมันต์ พันธุมจินดา. สมองเสื่อมโรคหรือวัย. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์คบไฟ, 2536.
- เกษม ดันติผลาชีวะ. ปัญหาจิตเวชผู้สูงอายุในไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 29 (2527) : 13-19.
- ชาอุทอง ไล่เลิศ. การพัฒนาแบบทดสอบเพื่อค้นหาผู้มีภาวะสมองเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535
- นภาพร ชรอยวรรณ และ มาลีณี วงษ์สิทธิ์. ปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทย : ผลการวิจัยเบื้องต้น. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.
- เบญจา ยอดดาเนิน - แอ๊ดติงค์. การศึกษาเชิงคุณภาพ : เทคนิคการวิจัยภาคสนาม. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- พัชรินทร์ วนิชานนท์ และวิจารณ์ วิชัยยะ. สมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. วารสารกรมการแพทย์ 17 (กรกฎาคม 2535) : 518-528.
- พัชรินทร์ วนิชานนท์, อัมพร รอดตระกูล และสุพัฒนา เตชาติวงศ์ ณ อุบลยา. โรคทางจิตเวชในผู้ป่วยนอกสูงอายุของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. วารสารกรมการแพทย์ 12 (มิถุนายน 2530) : 341-348.



- ไพรัตน์ พลฤษชาติคุณากร. จิตเวชศาสตร์ เล่มที่ 1 โครงการตำราคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่. เชียงใหม่ : ธนบรรณการพิมพ์, 2533.
- วรกษ นิธิกุล. การศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
- ศรีเรื่อน แก้วกังวาล. ตัวแปรทางสังคมจิตวิทยาที่สัมพันธ์กับความพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทย. วารสารจิตวิทยาคลินิก. 21 (มกราคม-มิถุนายน 2533) : 1-13.
- ศิริวรรณ ศิริบุญ. ข้อเท็จจริงและทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการดูแลผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย. โครงการเผยแพร่ผลงานวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
- สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกองวางแผนประชากรและกำลังคน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. เอกสารประกอบการสัมมนาผู้สูงอายุในประเทศไทย. 3-4 พฤษภาคม 2528.
- สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. สังคมวิทยาชุมชน : หลักการศึกษาวิเคราะห์และปฏิบัติงานชุมชน. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2534.
- สุเกียร ชัยยุทธ. การดูแลผู้สูงอายุ. วารสารจิตวิทยาคลินิก 23 (มกราคม-มิถุนายน 2535) : 71-77.
- สุจรีต สุวรรณชีพ. ความเครียด. วารสารจิตวิทยาคลินิก 19 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2531) : 95-99.

สุจินต์ พลากรกุล. โครงการวิจัยขององค์การอนามัยโลกในเรื่องผู้สูงอายุ การประชุมของกลุ่ม
ผู้สนใจ ณ เมืองเจนีวา วันที่ 21-22 มีนาคม 2532. วารสารกรมการแพทย์ 14
(มิถุนายน 2532) : 385-394.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม. ศูนย์ศึกษาวิจัยและบริการทางการแพทย์
ผู้สูงอายุ แผนกอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, 2533.

สุภาวงศ์ จันทวานิช. การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. โครงการตำราคณะรัฐศา
สตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.

_____. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
2535.

อนันต์ ศรีเกียรติขจร. โรคสมองเสื่อม. วารสารจิตวิทยาคลินิก. 23 (มกราคม-มิถุนายน
2535) : 25-43.

อวิฉญา กิ่งสนารักษ์, อนันต์ ศรีเกียรติขจร และนัยพินิจ คชภักดี. การประเมินคุณภาพของ
แบบทดสอบข้อมูลทั่วไป-ความจำ-ความสนใจตั้งใจ (IMC) และแบบทดสอบอาการ
สมองเสื่อม (DS) ของ Blessed สำหรับผู้สูงอายุไทย. วารสารจิตวิทยาคลินิก 23
(มกราคม-มิถุนายน 2535) : 1-11.

_____. ระบาดวิทยาของอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ : การศึกษาในชุมชน. แพทย์สาร
ทหารอากาศ 39 (มกราคม 2536) : 19-20.

อมรรัตน์ เจริญชัย และคณะ. ความต้องการของผู้สูงอายุ. วารสารคหเศรษฐศาสตร์ 30
(พฤษภาคม 2530) : 95-98.

ภาษาอังกฤษ

Alzheimer's Disease Society. Information Sheets. London Handel Communication Ltd., 1992.

Blendin, K.D., Mac Carthy, B., Kuipers, L. and Woods, R.T. Daughter of People with Demetia. Br J Psychiatry. 157 (1990) : 221-227.

Brown, J., Potter, J.F. and Foster, B.G. Caregiver Burden Should be Evaluated During Geriatric Assessment. J Am Geriatr Soc 38 (April 1990) : 455-460.

Clipp, E.C. and George, L.K. Psychotropic drug use among care-givers of patients with dementia. J Am Geriatr Soc 38 (April 1990) : 277-235.

Cooper. An Ethnographic Study of Adult Children Responsible for Elderly Parents. Doctoral dissertation, University of Nebraska, 1992. Dissertation Abstracts International 53 (1992) : 1772.

Dulski, T.P. Perceived Stress and Coping Among Adults Caring for Aging Family Members. Doctoral dissertation, University of South Carolina, 1991. Dissertation Abstracts International 52 (1992) : 4228.

- Fisher, P., Simanyi, M. and Danielczyk, W. Depression in Dementia of the Alzheimer Type and in Multi-infarct dementia. Am J Psychiatry. 147 (1990) : 1484-7.
- Garotanno, M.A. Caregiver Responses to Problem Behaviors of Demented Elderly. Doctoral dissertation, California School of Professional Psychology-Berkeley, 1991. Dissertation Abstracts International 53 (1991) : 3291.
- Gillard, C.J. Family attitude to caring for the elderly mentally infirm at home. Fam Pract. 3 (1986) : 31-36.
- _____, Belford, H., Gillard, E., Whittick, J.E. and Gledhill, k. Emotional Distress amongst the Supporters of the Elderly Mentally Infirm. Br J Psychiatry. 145 (1984) : 172-177.
- Gruetzner, H. Alzheimer's : A Caregiver's Guide and Sourcebook. New York : John Willey & Sons, 1992.
- Homer, C.A. and Gillear, C. Abuse of Elderly People by their Carers. Br Med J 301 (December 1990) : 1359-1362.
- Harvis, A.K. Dementia Helping Family Caregivers Cope J Psychosocial Nurs. 27 (5) 1989 : 7-12.

- Jenike, M.A. Geriatric Psychiatry and Psychopharmacology : A clinical Approach. Year Book Medical Publisher, 1989.
- Kammant Phanthumchinda, et al. Prevalence of dementia in an Urban Slum Population in Thailand. Int J Ger Psychiatry. 6 (1991) : 139-146.
- Mace, N.L and Rabin, P.V. The 36-Hour Day . Maryland. The Johns Hopkins University Press, 1991.
- Mayers, B.S. and Young, R.C. Dementia of the Alzheimer type, in Karasu, T.B. (ed)., Treatment of Psychiatric disorders, Washington DC : American Psychiatric Association, 1989.
- Morris, R.G., Morris, L.W. and Britton, P.G. Factor Affecting the Emotional Wellbeing of the Caregivers of Dementia Sufferers : Review Article. Br J Psychiatry 153 (1988) : 147-156.
- O' Conner, D.W., Pollitt, P.A., Roth, M., Brook, C.P. and Reiss, B.B. Problems reported by relatives in a community study of dementia. Br J Psychiatry. 156 (1990) : 835-841.
- Rabin, P.V. Psychosocial Aspects of dementia. J Clin Psychiatry. 49 (May 1988) : 29-31.

Rabin, P.V., Mace, N.L. and Lucas, M.L. The impact of dementia on the family. J Am Med Assoc. 248 (July 1982) : 333-335.

Schofield H. Family Carers of People with Dementia : A Statewide Survey. Alzheimer's Association Australia 4th National Conference. April. 10-13, 185-188. Sydney, 1994.

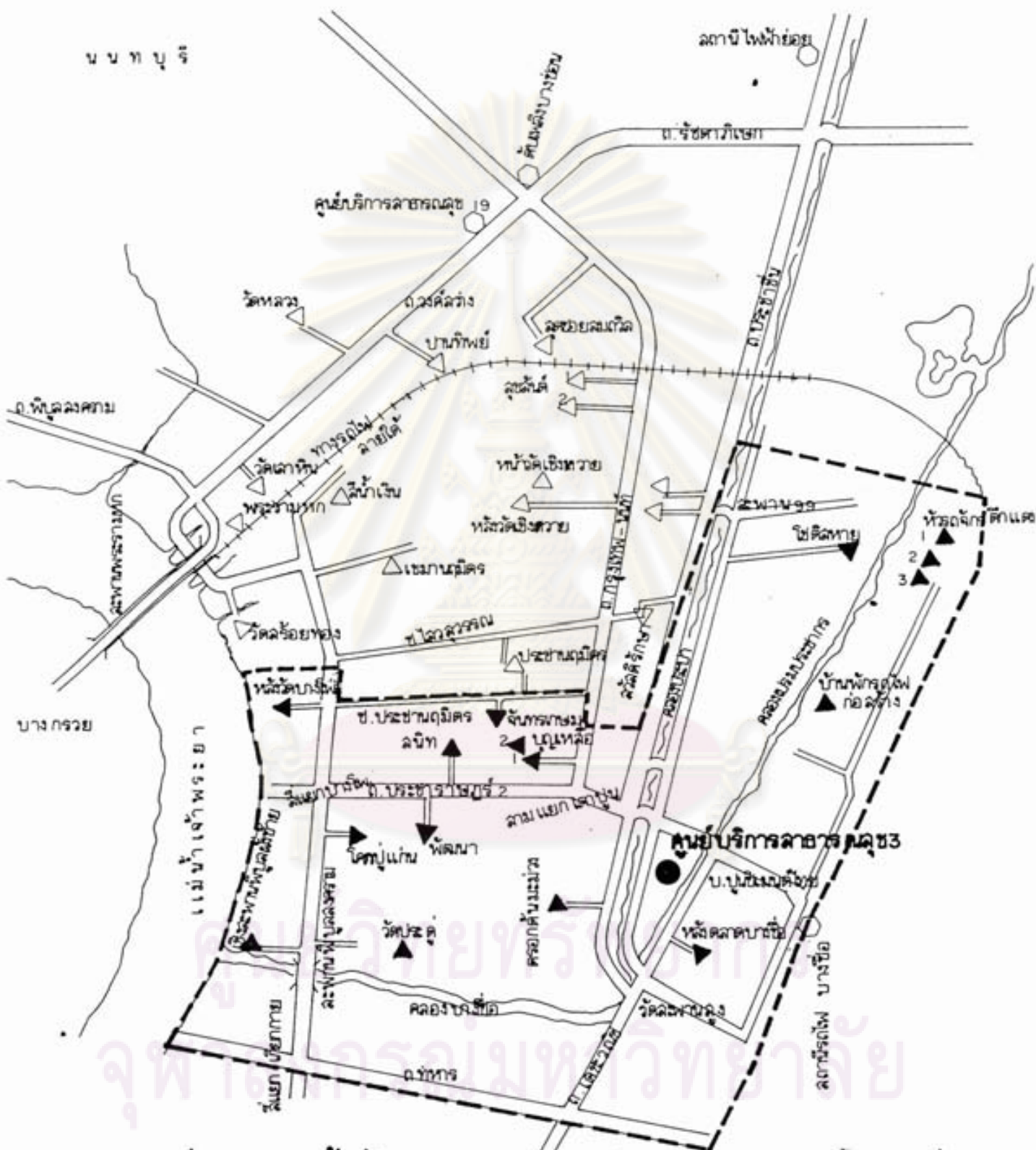


ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

▲ แสดงชุมชนที่รับผิดชอบ



แผนที่แสดงเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 3 (บางซื่อ)

สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร



ภาคผนวก ข.

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข. 1

แบบทดสอบเพื่อคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (ชาตทอง ไล่เลิศ, 2535)

คำถาม	คำตอบ	คะแนน
1. ปีนี้คุณอายุเท่าไร ?		1/0
2. ขณะนี้กี่โมง ? (อาจตอบคลาดเคลื่อนได้ 1 ชั่วโมง)		1/0
3. พูดคำว่า "ร่ม, กระทะ, ประตูนู"		
ว่าให้ฟังซ้ำ ๆ ซัก ๆ 2 ครั้ง แล้วบอกให้ผู้ถูก	"ร่ม"	1/0
ทดสอบทวนชื่อทั้งสามดังกล่าวทันที (ชื่อที่ถูก	"กระทะ"	1/0
1 ชื่อ=1 คะแนน)	"ประตูนู"	1/0
4. เดือนนี้เดือนอะไร ? (อาจตอบเป็นเดือนไทย/เดือนสากลก็ได้)		1/0
5. คนนั้นเป็นใคร ?	บุคคลที่ 1	1/0
(ให้ถามถึงบุคคล 2 คน เช่น แพทย์,	บุคคลที่ 2	1/0
พยาบาล, หรือบุคคลใกล้เคียง)		
6. ข้าว 1 ถังมีกี่ลิตร/กิโลกรัม	20 ลิตร/	1/0

คำถาม	คำตอบ	คะแนน
<p>7. ให้นักผู้ถูกทดสอบทําตามคำสั่ง ที่จะบอกต่อไป นี้ "ให้ตบมือสามทีแล้วกอดอก" (ให้ 1 คะแนน ถ้าทําได้ถูกต้องครบทุก ขั้นตอน)</p>	15 กก.	1/0
<p>8. จงบอกความหมายของสุภาษิตต่อไปนี้ "หนีเสือปะจระเข้" <u>ตัวอย่างคำตอบที่ถูกต้อง</u> 1. หนีจากสิ่งที่ไม่ดีไปพบสิ่งที่ไม่ดีอีก 2. หนีจากสถานการณ์หรือบุคคลที่เป็น อันตรายไปพบสถานการณ์หรือบุคคล ที่เป็นอันตรายอีก 3. หนีจากสิ่งเลวร้ายไปพบสิ่งเลวร้าย กว่าเดิม</p>		1/0
<p>9. บอกผู้ถูกทดสอบว่าจงฟังประโยคต่อไปนี้ ให้ดี เมื่อฟังจบแล้วให้พูดตามทันที "ฉันชอบดอกไม้ เสียงเพลง แต่ไม่ชอบหมา" (ให้ 1 คะแนน ถ้าพูดได้ถูกต้อง ตามลำดับ ทั้งประโยค)</p>		1/0

คำถาม	คำตอบ	คะแนน
<p>10. ถามผู้ถูกทดสอบว่า "<u>ถ้าสิมกุญแจบ้านจะหายอย่างไร</u>" (ให้ 1 คะแนน ถ้าคำตอบมีเหตุผลเหมาะสม โดยที่คำตอบนั้น แสดงถึงความพยายามที่จะแก้ไขปัญหาด้วยความเป็นใจและไม่ก่อให้เกิดความเสียหายมาก)</p>		1/0
<p><u>ตัวอย่างคำตอบที่ได้คะแนน</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทดลองนำกุญแจอันอื่นหรือวัสดุทำซ้ำแทนได้ที่มีอยู่ในบริเวณใกล้ เคียง มาลองไขกุญแจ 2. ตามช่างทำกุญแจ (ถ้าอยู่ไม่ไกลนัก) 3. ไปขอกุญแจที่ผู้อื่นมีเก็บไว้ (เช่น ญาติ) ในกรณีที่อยู่ไม่ไกลจากบ้าน 4. หาทางเข้าบ้าน (ถ้าสามารถทำได้) หรือขอความช่วยเหลือจากผู้อยู่ใกล้ เคียง เช่น ปิ่นหน้าต่าง, จัดช่องลม 	
<p><u>ตัวอย่างคำตอบที่ไม่ได้คะแนน</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่รู้จะหายอย่างไร นั่งรอนกว่าจะมีคนอื่นกลับมา 2. พังประตูเข้าไป 3. เป็นหลังคา 4. ไปเอากุญแจที่บุคคลอื่นในบ้านเก็บไว้ แต่อยู่ไกลมาก เช่นอยู่ต่างจังหวัด หรือใช้เวลาเดินทางนานมาก 	

คำถาม	คำตอบ	คะแนน
11. บอกให้ผู้ถูกทดสอบนับเลขจาก 10-20 (ให้ 1 คะแนน ถ้าสามารถนับได้ ถูกต้องตามลำดับทั้งหมด)		1/0
12. ชีบที่ <u>นาฬิกา</u> แล้วถามว่าคืออะไร ?\ เรียกว่าอะไร ?		1/0
ชีบที่ <u>ปากกา</u> แล้วถามว่าคืออะไร ?\ เรียกว่าอะไร ?		1/0
13. บอกให้ผู้ถูกทดสอบลบเลขที่ละ 3 จาก 20 ทั้งหมด 3 ครั้ง		
$20-3 = a$	$a = 17$	1/0
$a-3 = b$	$b = 14$	1/0
$b-3 = c$	$c = 11$	1/0
(ให้คะแนนตามจำนวนเลขที่ลบได้ ถูกต้องครั้งละ 1 คะแนน)		

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รวมคะแนนที่ได้

ภาคผนวก ข. 2

แบบคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ดูแล เพื่อสำรวจภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

1. ชื่อ.....

2. อายุ.....ปี

3. ที่อยู่.....

ลักษณะที่อยู่อาศัย.....

.....

.....

.....

แผนที่การเดินทาง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4. เพศ ชาย หญิง
5. สถานภาพสมรส โสด คู่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน
 หย่า หย่า แยก
6. อาชีพ รับราชการ ห้างขาย
 รับจ้าง อื่น ๆ ระบุ.....
7. การศึกษา ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย
 ประกาศนียบัตรวิชาชีพ หรืออนุปริญญา ปริญญาตรี
 สูงกว่าปริญญาตรี อื่น ๆ
8. รายได้ต่อเดือนโดยประมาณ.....บาท
 จาก...
9. รายจ่ายที่ต้องใช้กับผู้สูงอายุต่อเดือนโดยประมาณ.....บาท
 ได้แก่...
10. จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ.....คน
 ได้แก่...

11. ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุสมองเสื่อม

บุตร

คู่สมรส

หลาน

อื่น ๆ ระบุ.....

12. ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมตั้งแต่เริ่มสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลง.....

13. โรคประจำตัว นมทราบ

นมมี

มี ระบุ.....

การรักษา.....

.....

.....

.....



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 : แนวคำถามที่ำขึ้นการสัมภาษณ์

ก. ภาระตามอาการของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ก.1 ท่านคิดว่าอาการต่อไปนี้ของผู้สูงอายุสมองเสื่อมก่อให้เกิดความยุ่งยาก

ลำบาก หรือเป็นภาระในการดูแลอย่างไร.....

เพราะเหตุใด.....

- ความจำบกพร่อง
- ความผิดปกติของความคิดหรือการตัดสินใจที่บกพร่อง
- การสนทนาและสื่อสาร
- การทำความสะอาดร่างกายและแต่งตัว
- การรับประทานอาหาร
- การจับจ่าย
- การเคลื่อนไหว การเดิน การลุกนั่ง
- การนอน
- พฤติกรรมในแต่ละวันที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ก้าวร้าว ุ้นวาย หงุดหงิด หรือซึมเฉย
- อาการอื่นนอกเหนือจากที่กล่าวมา

.....

ศูนย์วิจัยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ก.2 อาการใดที่ท่านคิดว่าก่อให้เกิดความยุ่งยากลำบาก หรือเป็นภาระในการดูแลมากที่สุด.....

เหตุผลที่คิด เช่นนี้.....

.....ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

.....ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ หรือปีงบประมาณ ๒๕๖๒ หรือปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๓.๔ การปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงานหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

.....ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

๓.๓ ความสำเร็จของโครงการ หรือ กิจกรรม หรือ ผลงาน

- ความสำเร็จของโครงการ

- ความสำเร็จ

- การสอน

- การนิเทศ

๓.๒ การปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงานหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- การนิเทศ

- ความสำเร็จของโครงการ เช่น ค่าใช้จ่าย ค่าวัสดุ ค่าวัสดุ

- ความสำเร็จ

.....ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

๓.๑ การปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงานหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๓. ความสำเร็จของโครงการ

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

๓.๓ ความสำเร็จของโครงการ

- ข.5 สมาชิกอื่นในครอบครัวมีส่วนร่วมหรือช่วยเหลือท่านเพียงใด.....
 ใดคนหนึ่งเป็นผู้ช่วยเหลือบ้าง.....
- ข.6 ผู้สูงอายุสมองเสื่อมก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่เพื่อนบ้านหรือไม่.....
 เพื่อนบ้านเคยร่วมแสดงความคิดเห็นหรือมีปฏิกิริยาอย่างไร.....
- ข.7 ปัญหาอื่น ๆ.....
- ข.8 ท่านใช้ชีวิตแก้ปัญหาอย่างไร.....
 คิดว่าทำได้ดีเพียงใด.....
- ข.9 ท่านต้องการความช่วยเหลือเพียงใด.....
 จากแหล่งใด.....

ค. ภาวะความเครียดในผู้ดูแล

- ค.1 การที่ท่านต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมทำให้ท่านรู้สึกหนักใจ
 มาก น้อยเพียงใด.....
 เหตุใดจึงคิดเช่นนั้น.....

ค.2 ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสภาพจิตใจอย่างไร... เพียงใด...

- วิตกกังวล
- หงุดหงิด อุนเฉียวง่าย
- คิดถึงแต่ปัญหา
- โกรธ
- เบื่อหน่าย ท้อแท้

- น้อยใจ
- มีความรู้สึกผิด
- ความอับอาย
- ความรู้สึกอื่น ๆ
-
-
-

ค.3 เกิดความผิดปกติหรือไม่สบายทางกายอย่างไร... เพียงใด...

- ใจสั่น
- ไม่อยากอาหาร กลืนไม่ลง
- หมดเร็วแรง
- บวคเมื่อยร่างกาย
- น้ำหนักลด
- นอนไม่หลับ
- ความไม่สบายทางกาย อื่น ๆ.....
-
-
-

ค.4 วิธีการที่ใช้รักษา.....

ศูนย์วิทยุโทรพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

.....

.....

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ศาสตราจารย์นายแพทย์กัมมัตต์ พันธุมจินดา
หัวหน้าหน่วยประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. แพทย์หญิงพัชรินทร์ วนิชานท์
นายแพทย์ 8
หัวหน้าฝ่ายจิตเวชสูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา
3. นางสุภาพรรณ อุบโยคิน
นักสังคมสงเคราะห์ 6
คลินิกสุขภาพจิต ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 (บางซื่อ)
สำนักงานมัยกรุงเทพมหานคร

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียน

นางสาววรรณนิภา สมनावรรณ เกิดวันที่ 22 กรกฎาคม พ.ศ. 2507 สำเร็จ การศึกษาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชากิจกรรมบำบัด จากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในปีการ ศึกษา 2528 เริ่มรับราชการตำแหน่งนักกิจกรรมบำบัด (อาชีวบำบัด) ภาควิชาออร์โธปิดิกส์และ เวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2529 จนถึงปี พ.ศ. 2532 โอนย้ายไปรับราชการในตำแหน่งอาจารย์ ประจำภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะ เทคโนโลยีการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เคยเข้ารับการอบรมหลักสูตร Rehabilitation for the Physically Handicapped Person จากโครงการความร่วมมือระหว่างประเทศ กาลังพัฒนา ด้วยทุนองค์การสหประชาชาติ ณ ประเทศอินโดนีเซีย ระหว่างเดือน สิงหาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2531 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ. 2535 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งอาจารย์ 5 ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะ เทคโนโลยีการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย