

บทที่ 1

บทนำ



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันนี้เทคโนโลยีด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีความก้าวหน้าขึ้นมา ทำให้ความเป็นอยู่ของประชาชนดีขึ้นเป็นลำดับ และเป็นผลให้อายุเฉลี่ยมากขึ้นดังนั้นโครงสร้างของประชากรจึงเปลี่ยนแปลงไปจากเมื่อก่อน จำนวนผู้สูงอายุมีมากขึ้นเรื่อยๆจากปี พ.ศ 2523 มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 5 ของประชากรทั้งประเทศ ในปี พ.ศ 2533 มีจำนวนร้อยละ 6⁽¹⁾ และจากตัวเลขจำนวนผู้สูงอายุปี พ.ศ 2542 ที่สำรวจโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าจากจำนวนประชากรทั้งประเทศจำนวน 61,470,00 คน มีผู้สูงอายุอยู่ทั้งหมด 5,165,000 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 8.4⁽²⁾ ตัวเลขดังกล่าวจึงเป็นสิ่งที่แสดงถึงการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆของจำนวนผู้สูงอายุตลอดระยะเวลากว่า 20 ปี

โดยทั่วไปแล้วเมื่อร่างกายของมนุษย์เข้าสู่วัยชรา ความเสื่อมของร่างกายจึงเป็นเรื่องที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งความเสื่อมในระบบเหล่านี้ต่างทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ และปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุที่เราจะมองข้ามไปไม่ได้คือ ภาวะสมองเสื่อม อันเนื่องมาจากการทำงานของสมองเสื่อมลงซึ่งเกิดได้ตามวัยที่มากขึ้น และเกิดจากโรคเนื้อสมองทำให้เกิดความผิดปกติในเรื่องของความคิด ความจำ ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของบุคลิกภาพ พฤติกรรม และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน^(3,4,5,6) จากการศึกษาเชิงระบาดวิทยาของโรคสมองเสื่อมในประเทศไทยนั้นมีแนวโน้มว่าผู้ป่วยจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยการศึกษานี้ของ กัมมันต์ พันธุมจินดา และคณะ ศึกษาในแหล่งชุมชนแออัดคลองเตย กรุงเทพมหานคร จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 500 คน ใช้แบบทดสอบ Mini Mental States Examination ฉบับแปลเป็นภาษาไทย ร่วมกับการวินิจฉัยยืนยันโดยประสาทแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-III-R พบความชุกของอาการสมองเสื่อมร้อยละ 1.8 (95%confidence interval 0.6-3%) และพบผู้ป่วยที่สงสัย Alzheimer disease มากที่สุด⁽⁷⁾ ต่อมาปี พ.ศ 2535 อภิญญา กังสนารักษ์ และคณะ ทำการสำรวจอัตราความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตำบลศาลายา จังหวัดนครปฐม พบความชุกของอาการสมองเสื่อมร้อยละ 4.82 ซึ่งสูงกว่าที่สำรวจในคลองเตย⁽⁸⁾

โรคสมองเสื่อม สามารถแบ่งได้หลายประเภทซึ่ง “อัลไซเมอร์” จัดเป็นประเภทหนึ่งของสมองเสื่อมที่พบได้บ่อยที่สุดในประเทศฝั่งตะวันตกและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 4 ของประชากรในประเทศที่พัฒนาแล้ว⁽⁹⁾ สำหรับในประเทศไทยก็พบได้เช่นเดียวกันและนับวันก็เพิ่มจำนวนมากขึ้นเพราะโรคอัลไซเมอร์พบได้มากในผู้สูงอายุ⁽¹⁾ และอุบัติการณ์ของโรคนี้ยังสัมพันธ์กับ

อายุที่เพิ่มมากขึ้นด้วย ซึ่งผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์นั้นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะเมื่อการดำเนินโรคมากขึ้น ดังนั้นจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นจึงแสดงให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ดูแล ซึ่งกลุ่มผู้ดูแลนี้เป็นกลุ่มที่ไม่ควรมองข้าม เพราะผู้ดูแลมักถูกเปรียบเทียบว่าเหมือนผู้ป่วยแอบแฝง (hidden victims) เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยมักมีปัญหาทางจิตใจและปัญหาสุขภาพมากกว่าบุคคลที่ไม่ได้เป็นผู้ดูแล⁽¹⁰⁾ การเข้ามารับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเป็นการเพิ่มบทบาทจากเดิมที่มีอยู่ ทำให้ต้องมีการเรียนรู้บทบาทใหม่และปรับบทบาทเดิมให้เหมาะสม⁽¹¹⁾ อีกทั้งการดำเนินโรคของโรคอัลไซเมอร์จะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปผู้ป่วยอาจมีชีวิตอยู่ได้นาน 8 – 12 ปีหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค^(12,13,14,15) และในระยะต่อมาผู้ป่วยจะต้องการการดูแลที่มากขึ้นเรื่อยๆจนกระทั่งระยะสุดท้ายผู้ป่วยจะไม่สามารถดูแลตนเองได้เลย ความต้องการการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น จึงเพิ่มภาระและความเครียดและส่งผลกระทบในหลายๆด้านให้ผู้ดูแลซึ่งจากการศึกษาของชนิตา มณีวรรณ และคณะ⁽¹⁶⁾ ได้สำรวจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ดูแลที่บ้านพบว่า ผู้ดูแลที่บ้านมีปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจและต้องการความรู้ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างมากด้วย ในด้านเศรษฐกิจพบว่าประเทศสหรัฐอเมริกาต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ในปีค.ศ2000ประมาณ 31.9 พันล้านดอลลาร์สหรัฐและตัวเลขดังกล่าวอาจเพิ่มขึ้นอีกในสิบปีข้างหน้า ซึ่งประมาณการไว้ว่าจะเป็น 49.3 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ⁽¹⁷⁾ และมีการประมาณการค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและที่สถานพยาบาล คือ ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านประมาณ 18,000 ถึง 20,000 ดอลลาร์ต่อปีและค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่สถานพยาบาลประมาณ 42,000 ดอลลาร์ต่อปี⁽¹⁸⁾ และเนื่องจากอาการป่วย ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยสูญเสียรายได้บางส่วนเพราะผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ นอกจากนี้การทำหน้าดูแลผู้ป่วยยังกระทบต่อการประกอบอาชีพของผู้ดูแลอีกด้วย จากการศึกษาพบว่าโดยเฉลี่ยแล้วผู้ดูแลที่ทำงานประจำต้องขาดงานมากกว่า 3 สัปดาห์ใน 1 ปี และ 1 ใน 5 ของผู้ดูแลต้องลาออกจากการเพื่อมาดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์⁽¹⁹⁾ และเพราะหน้าที่ในการดูแลทำให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนน้อยลง ขาดการพบปะสังสรรค์กับสังคมเพื่อน ขาดเวลาส่วนตัว เป็นต้น⁽¹¹⁾ โดยพบว่าภาระที่เกิดจากการดูแลมีความสัมพันธ์กับการเกิดความเครียด⁽²⁰⁾ และเป็นสาเหตุของการเกิดโรคทางกายต่างๆตามมา เช่น ความดันโลหิตสูงหรือโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า เป็นต้น⁽²¹⁾

เดิมประเทศไทยนั้นมีระบบครอบครัวเป็นแบบขยายการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมนี้จึงเป็นหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวที่มักจะเป็นญาติกับผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ซึ่งคิดว่าเป็นหน้าที่ของตนเองที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่เป็นญาติผู้ใหญ่เมื่อเจ็บไข้ได้ป่วย แต่เนื่องจากอาการของโรคอัลไซเมอร์นั้น นอกจากมีความเสื่อมถอยในเรื่องความจำแล้ว ผู้ป่วยยังมีการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพและการเปลี่ยนแปลงทางจิตเวชในหลายด้านทำให้สัมพันธภาพของผู้ป่วยและญาติที่เคยใกล้ชิดสนิทสนมกันเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งทั้งหมดนั้นอาจทำให้เกิดความเครียดในผู้ดูแลที่เป็นญาติได้ เนื่องจากในปัจจุบันสภาพ

เศรษฐกิจและสังคมเปลี่ยนแปลงไปมาก ครอบครัวของผู้ป่วยต้องออกไปทำงานเพื่อระดับครองเศรษฐกิจของครอบครัว ดังนั้นจึงมีส่วนหนึ่งที่ต้องหาผู้ดูแลมาช่วยในการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติกับผู้ป่วย โดยจากการศึกษาของต่างประเทศพบว่ากลุ่มผู้ดูแลนี้ได้รับค่าจ้างต่ำไม่เพียงพอ, ขาดการอบรมฝึกฝน, สถานะทางสังคมต่ำมีโอกาสก้าวหน้าในงานน้อยรวมทั้งความต้องการการดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นจากงานที่ต้องรับผิดชอบ เหล่านี้ทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายขึ้น⁽²²⁾ อีกทั้งความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้ป่วยก็ย่อมมีน้อยกว่าบุคคลที่เป็นญาติ ผู้ดูแลเหล่านี้ต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยมากมายทั้งที่ไม่เคยมีความผูกพันกันมาก่อน แต่เพราะเป็นหน้าที่ที่ต้องกระทำ สิ่งเหล่านี้ก็อาจเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันกับผู้ดูแลที่เป็นญาติ ซึ่งภาวะและความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลนี้มีผลทางลบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย⁽²¹⁾ จากการศึกษามากมายพบว่าผู้ดูแลที่รับรู้ว่ามีภาวะหรือความเครียดจากการดูแลมากมีโอกาสจะนำผู้ป่วยไปไว้สถานดูแลตั้งแต่การดำเนินโรคช่วงแรก และระดับความเครียดที่มากของผู้ดูแลยังมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตที่เร็วขึ้นของผู้ป่วยด้วย⁽²³⁾ สำหรับการศึกษเกี่ยวกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในต่างประเทศนั้นมีการศึกษาอย่างกว้างขวางรวมทั้งมีการให้ความสนใจจัดโปรแกรมพัฒนาทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลมากมาย^(6,24,25,26,27,28,29,30) ซึ่งพบว่าการจัดกิจกรรมต่างๆแก่ผู้ดูแลสามารถลดภาวะและความเครียดลงได้⁽³¹⁾ แต่ในประเทศไทยการศึกษาด้านนี้ยังมีน้อยและโครงการการให้ความช่วยเหลือต่างๆที่มีก็ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการรวมทั้งวัฒนธรรมและความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุของสังคมไทยก็มีความแตกต่างกับต่างประเทศ ในการศึกษาครั้งนี้การที่ได้ทราบความแตกต่างด้านภาวะและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ที่เป็นญาติกับผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ จะช่วยในการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ต่างๆแก่ผู้ดูแลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นเพราะทั้งสองกลุ่มอาจต้องการความช่วยเหลือและให้คำแนะนำที่แตกต่างกัน ดังนั้นการเข้าใจความแตกต่างตรงนี้และจัดหาสิ่งที่จะมาช่วยเหลือผู้ดูแลอย่างเหมาะสมจึงเป็นสิ่งที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องไม่ควรมองข้าม เพราะนอกจากจะเป็นการส่งเสริมป้องกันผลเสียทางสุขภาพกายและใจของผู้ดูแลแล้ว ยังนำมาซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่ดีและมีประสิทธิภาพอีกด้วย

คำถามการวิจัย

คำถามหลัก ภาวะและความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ของผู้ดูแลที่เป็นญาติกับผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

คำถามรอง ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะและความเครียดของผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาภาวะและความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ของผู้ดูแลที่เป็นญาติและผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะและความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ของผู้ดูแลที่เป็นญาติและผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ

3. ศึกษาปัจจัยในตัวผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ปัญหาจากการดูแล สุขภาพผู้ดูแล การเข้ารับการอบรมเวลาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละวัน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ผู้สับเปลี่ยนระหว่างการดูแล วันหยุดจากการดูแล บุคลิกภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยในตัวผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ความรุนแรงของโรค สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เป็นโรค และสุขภาพ ที่มีผลต่อภาวะและความเครียด

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาระยะและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, โรงพยาบาลรามธิบดีและโรงพยาบาลสมเด็จพระยาเท่านั้น โดยใช้แบบสอบถาม มีตัวแปรที่ศึกษา คือ

ตัวแปรอิสระ คือ

1. ปัจจัยในตัวผู้ดูแล คือ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ปัญหาที่เกิดระหว่างการดูแลผู้ป่วย สุขภาพผู้ดูแล การเข้ารับการอบรมในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เวลาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละวัน ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยทั้งหมด การมีผู้อื่นมาสับเปลี่ยน วันหยุดของผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วย บุคลิกภาพของผู้ดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล

2. ปัจจัยในตัวผู้ป่วย คือ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เป็นโรค ความรุนแรงของโรค สุขภาพของป่วย

ตัวแปรตาม คือ

1. ภาวะของผู้ดูแล
2. ความเครียดของผู้ดูแล

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ทำในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, โรงพยาบาลรามธิบดี และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ดังนั้นผลที่ได้ อาจไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดได้
2. ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยมาจากความสมัครใจในการตอบแบบสอบถาม ไม่สามารถควบคุมอคติที่อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่าง (Volunteer bias) ได้

คำนิยามศัพท์เฉพาะ

ภาระของผู้ดูแล คือ การรับรู้ถึงเวลาที่ใช้และความยากลำบากในการทำกิจกรรมที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โดยประเมินจากคะแนนแบบวัดภาระและความเครียด SCB (The screen for care giver burden) ว่าเหตุการณ์ในแบบวัดแต่ละข้อเกิดขึ้นหรือไม่ วัดออกมาเป็นคะแนน

ความเครียดของผู้ดูแล คือ ผลจากการที่ผู้ดูแลประเมินตัดสินความเครียดจากความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความเครียดในระดับใด โดยประเมินจากแบบวัดภาระและความเครียดของ SCB (The screen for care giver burden) ว่าแต่ละกิจกรรมในแบบวัดเกิดขึ้นบ่อยเพียงใดและก่อให้เกิดความเครียดระดับใด วัดออกมาเป็นคะแนน

ผู้ดูแลที่เป็นญาติ คือ ผู้ดูแลที่มีหน้าที่หลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยด้านต่างๆซึ่งประเมินจากจำนวนชั่วโมงในการทำหน้าที่ที่มากที่สุด เช่น เรื่องการดูแลความสะดวก เรื่องอาหาร เรื่องดูแลความปลอดภัย เรื่องการช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นต้น ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยการเป็นญาติกับผู้ป่วย และสถานการณ์การดูแลเกิดที่บ้านซึ่งอยู่ในเขตจังหวัดกรุงเทพฯ

ผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ คือ ผู้ดูแลที่มีหน้าที่หลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยด้านต่างๆซึ่งประเมินจากจำนวนชั่วโมงในการทำหน้าที่ที่มากที่สุด เช่น เรื่องการดูแลความสะดวก เรื่องอาหาร เรื่องดูแลความปลอดภัย เรื่องการช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นต้น ซึ่งไม่มีความสัมพันธ์โดยการเป็นญาติกับผู้ป่วย และสถานการณ์การดูแลเกิดที่บ้านซึ่งอยู่ในเขตจังหวัดกรุงเทพฯ

ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ คือ บุคคลอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ตามหลักการวินิจฉัยใน DSM IV

ความรุนแรงของโรค พิจารณาความรุนแรงของโรคตามการวินิจฉัยของแพทย์

ความรุนแรงน้อย = ขั้นที่ 1 คือ พบความผิดปกติด้านต่างๆ เช่น ความจำไม่ดีโดยเฉพาะความจำระยะสั้น, มีความผิดปกติทางภาษา คือ anomia

ความรุนแรงของโรคปานกลาง = ขั้นที่ 2 คือ ความจำของผู้ป่วยทั้งระยะสั้นและยาวสูญเสียไปจนไม่สามารถจำเรื่องราวของตนเองได้, มีความผิดปกติทางภาษามากขึ้นการสื่อสารกับผู้

ป่วยทำได้ยากลำบาก, บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนและต้องการความช่วยเหลือในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

ความรุนแรงของโรคมาก = ขั้นที่ 3 คือ มีความผิดปกติของ cognitive function อย่างรุนแรง, ไร้ความสามารถในการสื่อสาร ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอด

พร้อมทั้งใช้การสัมภาษณ์แพทย์ผู้ดูแลว่า ผู้ป่วยป่วยอยู่ในขั้นใด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงความสำคัญและผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดโปรแกรมลดภาระและความเครียดในผู้ดูแลซึ่งทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพขึ้น
3. เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
4. เป็นข้อมูลเพื่อประกอบในการทำวิจัยต่อไป