

ประสบการณ์ของพยาบาลที่ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม



นายรัชชัย เชื้อนสมบัติ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2560

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EXPERIENCES OF NURSES AS A FAMILY CAREGIVER OF ELDERLY RELATIVES WITH  
DEMENTIA

Mr. Thawatchai Khueansombat



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์ของพยาบาลที่ดูแลญาติผู้สูงอายุใน ครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม
โดย	นายธวัชชัย เชื้อนสมบัติ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

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

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจง เพ็งจาด)

ธวัชชัย เชื้อนสมบัติ : ประสบการณ์ของพยาบาลที่ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม (EXPERIENCES OF NURSES AS A FAMILY CAREGIVER OF ELDERLY RELATIVES WITH DEMENTIA) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์, อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: ผศ. ดร.อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 234 หน้า.

การศึกษาคั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ของพยาบาลที่ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 14 คน โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การบันทึกภาคสนาม และนำข้อมูลทั้งหมดมาประมวลและวิเคราะห์เนื้อหาตามวิธีการของ van Manen (1990)

ผลการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลที่ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมมีดังต่อไปนี้

1. สังเกตเห็นอาการผิดปกติของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1.1) พฤติกรรมการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป 1.2) โวยวาย ตะโกนคำ พุดจาหยาบคาย และ 1.3) หลงลืมหลายเรื่อง ถ้ามต่อเนื่องเข้าไปเข้ามา
2. พยาบาลถูกเสนอเป็นผู้ดูแลหลัก ไม่ยึดยึดรับได้จากหลายเหตุผล ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ 2.1) หน้าที่ของลูกต้องดูแลบุพการี 2.2) ตอบแทนบุญคุณที่ท่านเลี้ยงดูเมื่อเยาว์วัย และ 2.3) เป็นแบบอย่างให้ลูกของตนได้ปฏิบัติตาม
3. เริ่มต้นจากดูแลเหมือนคนทั่วไป ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ 3.1) มั่นใจว่าทำได้ แคดูแลการใช้ชีวิตประจำวัน 3.2) หากไปทำงานวานผู้อื่นดูแลให้ และ 3.3) หงุดหงิดใจหากท่านทำในสิ่งที่ไม่พึงประสงค์
4. หาความรู้สร้างความเข้าใจ พร้อมรับปรับการดูแลใหม่ ประกอบด้วย 6 ประเด็นย่อย ได้แก่ 4.1) ใส่ใจกิจวัตรประจำวัน 4.2) จัดการและป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ 4.3) ดูแลเพื่อคงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ 4.4) พาไปตรวจตามแพทย์นัด 4.5) จัดสรรเวลาพาเที่ยวนอกบ้าน และ 4.6) ขวนขวายทำบุญทำทาน ไหว้พระสวดมนต์
5. ปัญหามากมาย เหนื่อยกายและใจ ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 5.1) รับผิดชอบงานหลากหลาย ร่างกายพักผ่อนไม่พอ และ 5.2) รู้สึกท้อ เครียดง่าย และเหนื่อยใจ
6. หาวิธีการจัดการ เพื่อให้ชีวิตเกิดสมดุล ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ 6.1) ให้ญาติผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนดูแลร่วมด้วย 6.2) หาพี่เลี้ยงช่วย แต่อยู่ไม่ทน ต้องมีกลยุทธ์ข้อใจหลายอย่างและ 6.3) บางปัญหาไม่ได้หมดไป ต้องเรียนรู้แก้ไขและทำใจไปพร้อมๆกัน

ผลการวิจัยนี้ทำให้เข้าใจพยาบาลที่ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น พยาบาลผู้สูงอายุสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการให้คำแนะนำการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพให้มีความเข้าใจอาการของโรคตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและเหมาะสม

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาหลัก .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาร่วม .....

# # 5877175036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: EXPERIENCES / NURSES AS A FAMILY CAREGIVER / ELDERLY RELATIVES WITH DEMENTIA

THAWATCHAI KHUEANSOMBAT: EXPERIENCES OF NURSES AS A FAMILY CAREGIVER OF ELDERLY RELATIVES WITH DEMENTIA. ADVISOR: ASSOC. PROF. CAPT.SIRIPHAN SASAT, Ph.D., CO-ADVISOR: ASST. PROF. AREEWAN OUMTANEE, Ph.D., 234 pp.

The purpose of this qualitative study was to describe experiences of professional nurses caring for an elderly family member with dementia. Heidegger's hermeneutic phenomenology was applied as a research methodology. Purposive sampling was used to select 14 professional nurses as a principle caregiver of an elderly family member with dementia at least 1 year and working as a full-time nurse. Data were ethically collected by using in-depth interview, observation and artifacts. Contents were analyzed by using content analysis of van Manen's method.

The findings regarding to this study were consisted of 6 major themes and 20 sub-themes as follows:

1. Noticing symptoms of dementia, with consisted of 3 sub-themes as follows; 1.1) Changing daily life behaviors, 1.2) Being aggressive, and 1.3) Being forgetfulness.

2. Reasons of being a principle caregiver, with consisted of 3 sub-themes as follows; 2.1) The duty of the child to care for the parent, 2.2) Being gratitude, and 2.3) Being a good model for the next generation.

3. Caring an elderly with dementia as a healthy member in the family, with consisted of 3 sub-themes as follows; 3.1) Taking care of daily life confidently, 3.2) Asking other family members to look after elderly when working out, and 3.3) Feeling irritated with undesirable behaviors of an elderly.

4. Learning to understand and then adjust to care for an elderly with dementia, with consisted of 6 sub-themes as follows; 4.1) Paying attention of daily activities, 4.2) Preventing some risks may happen, and 4.3) Maintaining the ability to help themselves, 4.4) Taking an elderly for a physician's appointment, 4.5) Finding a free time to travel and 4.6) Taking an elderly to make merit and pray.

5. Resulting negative caregiving impacts, with consisted of 2 sub-themes as follows; 5.1) Having physical burden, and 5.2) Getting psychological drain.

6. Solving problems for getting work-life balance, with consisted of 3 sub-themes as follows; 6.1) Asking relatives shuffle care for elderly, 6.2) Hiring a caregiver and then finding strategies to keep a good caregiver to work as long as possible, and 6.3) Learning to deal with problems and finding activities to relax yourself.

These findings were clear understanding of caring for a family member with dementia at home by a professional nurse as a principle caregiver. In addition, elderly nurses can use this findings as a guideline to suggest appropriate and quality care for elderly with dementia.

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2017

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

Co-Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์เล่มหนึ่งให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีนั้น ต้องประกอบด้วยปัจจัยที่สำคัญ นานาประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ชี้แนะแนวทางในการคิดหัวข้อวิทยานิพนธ์ที่น่าสนใจ ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์โดยยึดหลักจริยธรรมและจรรยาบรรณในการทำวิจัยอย่างเคร่งครัด แก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ จนเป็นรูปเล่มวิทยานิพนธ์ที่สมบูรณ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ทำให้ผู้วิจัยทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสุข และสนุกกับการค้นหาค้นหาประสบการณ์ของพยาบาลที่ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. จอนฉะจง เพ็งจาด กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ภายนอกมหาวิทยาลัย ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ คำแนะนำในการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง จนทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความละเอียด ชัดเจน สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และมีผลการสอบวิทยานิพนธ์อยู่ในระดับดีมาก

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้ และประสบการณ์ที่มีค่าแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษาอยู่ ณ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยมหาวิทยาลัย และขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการวิจัย และอำนวยความสะดวก ช่วยเหลือทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณพยาบาลวิชาชีพทั้ง 14 ท่านที่เห็นความสำคัญในการวิจัย และกรุณาสละเวลาอันมีค่าให้ข้อมูลที่เป็ประโยชน์ มีคุณค่าในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ หากปราศจากท่านเหล่านี้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้คงไม่อาจสำเร็จลุล่วงได้

ขอขอบคุณพี่ๆ และน้องๆ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยผู้เป็นกัลยาณมิตรที่คอยเอาใจใส่ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รวมถึงให้ความรักและความปรารถนาดีตลอดระยะเวลาที่ศึกษาร่วมกัน ณ สถาบันนี้ โดยเฉพาะคุณณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย ที่ช่วยแนะนำผู้ให้ข้อมูลจนผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้ครบถ้วน เรือโทหญิง กรัยรัชช์ นาคขำ และคุณกฤติญาดา เกื้อวงศ์ ที่ช่วยปรับแก้คำผิดเพื่อให้เนื้อหา มีความถูกต้องสมบูรณ์

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณมารดาด้วยความเคารพเป็นที่สุดที่ได้ให้โอกาส ตลอดจนพี่ชายฝาแฝด และน้องชายที่คอยเป็นห่วง และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอดจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแต่บิดา มารดา คณาจารย์ ผู้มีพระคุณ และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลทุกท่านให้มีสุขภาพกายและใจที่สมบูรณ์แข็งแรงตลอดไป

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ .....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	5
คำถามการวิจัย .....	6
แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการวิจัย .....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
1. ผู้สูงอายุกับภาวะสมองเสื่อม.....	9
2. การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม.....	26
3. ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม .....	51
4. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	57
5. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	64
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย .....	69
1. ผู้ให้ข้อมูล (Informants).....	69

2. การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล .....	69
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	70
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	71
5. การวิเคราะห์ข้อมูล.....	73
6. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness).....	75
บทที่ 4 ผลการวิจัย .....	77
1. สังเกตเห็นอาการผิดปกติของผู้สูงอายุที่บ้าน.....	80
2. พยาบาลถูกเสนอเป็นผู้ดูแลหลัก ไม่ยึดگیرได้จากหลายเหตุผล.....	88
3. เริ่มต้นจากดูแลเหมือนคนทั่วไป.....	93
4. หาความรู้ สร้างความเข้าใจ พร้อมรับปรับการดูแลใหม่.....	101
5. ปัญหามากมาย เหนื่อยกายและใจ.....	141
6. ทหาวิธีจัดการ เพื่อให้ชีวิตเกิดสมดุล .....	151
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	163
สรุปผลการวิจัย.....	163
อภิปรายผลการวิจัย.....	169
ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ .....	179
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	180
รายการอ้างอิง .....	181
ภาคผนวก ก.....	195
ภาคผนวก ข.....	202
ภาคผนวก ค.....	208
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	234



## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่แนะนำให้ทำเพื่อหาสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมที่รักษา ได้.....	22
ตารางที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล .....	209
ตารางที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม .....	211
ตารางที่ 4 การรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์.....	212
ตารางที่ 5 การให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์.....	213
ตารางที่ 6 ประเด็นหลัก และประเด็นย่อยที่ได้จากการสัมภาษณ์.....	226



## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 แสดง Amyloid plaques และ Neurofibrillary tangles.....	12
ภาพที่ 2 แสดงการสร้าง Beta amyloid plaque.....	13
ภาพที่ 3 แสดง Tau protein ที่เกาะบริเวณ Microtubule.....	14
ภาพที่ 4 ผลการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลที่ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม.....	79



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในลักษณะที่เสื่อมถอย การทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายลดลง นำมาซึ่งปัญหาด้านสุขภาพโดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และภาวะทุพพลภาพ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธ์ สาสัตย์, ขวัญใจ อำนวย สัตย์เชื้อ, และ อาทิตยา เทียมไพรวลัย, 2549; สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2547) รวมทั้งภาวะสมองเสื่อมซึ่งเป็นกลุ่มอาการของความเจ็บป่วยเรื้อรังชนิดหนึ่งที่พบมากในวัยสูงอายุ (LoGiudice and Watson, 2014; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) ให้ความหมายของ “ภาวะสมองเสื่อม” ว่าหมายถึง ภาวะที่สมรรถภาพการทำงานของสมองถดถอยบกพร่องในด้านความรู้ปัญญ (cognition) ได้แก่ ความจำ การตัดสินใจ การวางแผน การใช้ภาษา ความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว โดยมีผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและการเข้าสังคม การดำเนินของโรคสมองเสื่อมจะเป็นลักษณะค่อยเป็นค่อยไป (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546) และไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ ยกเว้นภาวะสมองเสื่อมบางชนิดที่สามารถรักษาให้หายได้ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (vascular dementia) การขาดวิตามิน (Nutritional disorder) สารพิษ (intoxication) เป็นต้น (Nilamadhab, 2009) โรคในกลุ่มภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer’s disease: AD) โดยพบเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 60-70 ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมทั้งหมด (Alzheimer’s Disease International and World Health Organization, 2012) อุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมจะพบในผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2557) โดยพบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลก จำนวน 47.5 ล้านคน ส่วนใหญ่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา (Alzheimer’s Disease International, 2015a) ในประเทศไทยจากการสำรวจผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในปี พ.ศ. 2557 พบว่าจะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 229,100 คน และคาดการณ์ว่าจะสูงเพิ่มขึ้นเป็น 450,200 คน และ 1,233,200 คน ภายในปี พ.ศ. 2563 และปี พ.ศ. 2593 ตามลำดับ (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2553)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในชุมชน (ประภา ชิวโรจน์, 2553) เนื่องจากนโยบายการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขไทยในปัจจุบันส่งเสริมให้มีการดูแลในชุมชน (care in the community) เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ลดการย้ายเข้าไปอยู่ในสถานบริการพยาบาล และลดต้นทุนในการบริการ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; ศิริพันธ์ สาสัตย์,

2554) ประกอบกับพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรมไทยที่ยึดถือความกตัญญูทวดที่สอนให้บุตร ทดแทนบุญคุณบุพการีโดยการเลี้ยงดูเพื่อเป็นการตอบแทนเมื่อท่านมีอายุสูงขึ้น ทำให้บุตรหลานหรือ ญาติที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันเข้ารับบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549; ศิริพันธ์ สาสัตย์, 2554) และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวล คับข้องใจในความ ผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง ไม่อาจสื่อกับบุคคลอื่นได้เข้าใจ ผู้สูงอายุจึงต้องการความเอาใจใส่จาก สมาชิกในครอบครัวโดยคาดหวังว่าครอบครัวจะเป็นแหล่งให้ความรักความอบอุ่นและที่พึ่งพิงสุดท้าย ในชีวิต (เตือนใจ ภักดีพรหม, 2548; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ครอบครัวจึงเป็นเครือข่ายสำคัญใน การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน

แต่อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าครอบครัวจะปฏิบัติต่อผู้สูงอายุด้วยความรัก ความหวังดีและเต็มใจ แต่การทำใจยอมรับและการรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นเรื่องที่ยากมากกว่า การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ (สิริพร มีนะนนท์, 2552) เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้ยังสามารถสื่อสารกับ ผู้ดูแลได้ แต่ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะขาดความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และมี พฤติกรรมอารมณ์ที่แปรปรวน อาการที่เกิดขึ้นจะมีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ จนเป็นอุปสรรคต่อการ ดำเนินชีวิตในสังคม ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลตนเองได้ การดูแลจึงต้องใช้เวลานานอย่างใกล้ชิด ต่อเนื่องซึ่งอาจถึง 24 ชั่วโมง/วัน (ศิริพันธ์ สาสัตย์, Bryar, and Newwens, 2543) และเป็นภาระต่อ ครอบครัวตลอดชีวิต (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) ดังนั้นผู้ดูแลต้องอดทนต่อสภาพอารมณ์และ พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างต่อเนื่องและยาวนาน (Sheehan and Nuttal, 1998) ส่งผลให้ ผู้ดูแลได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมเป็นอย่างมาก (วนรัตน์ สิงใส, 2555; ศิ ริพันธ์ สาสัตย์ และคณะ, 2543) เช่น อ่อนเพลีย พักผ่อนไม่เพียงพอ ถ้าหากผู้ดูแลขาดความรู้และ ทักษะในการดูแลอาจทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกกดดัน เครียด (Bruce et al., 2005) ผู้ดูแลบางรายต้อง ปรับลักษณะการทำงานของตนให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้สูญเสียรายได้ หากปราศจาก การบริหารจัดการที่ดีแล้ว อาจนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว (ศิริพันธ์ สาสัตย์, 2554) และส่งผลถึงคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ ความรู้ในการดูแลและการจัดการกับ ความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นสิ่งสำคัญ (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543) ที่จะทำ ให้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแล สามารถจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม และลดผลกระทบจากการ ดูแล (เตือนใจ ภักดีพรหม, 2548; ศิริวรรณ คณะนอก, 2551)

การศึกษาทั้งในต่างประเทศและประเทศไทยพบว่า ตัวแปรที่สำคัญที่กำหนดบทบาทการเป็น ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยในครอบครัวคือ 1) เพศหญิง เนื่องจากเป็นเพศที่แสดงถึงความ อ่อนโยนเอาใจใส่ต่อบุคคลอื่น (รศรินทร์ เกรย์, สาสนี เทพสุวรรณ, ญัฐจิรา ทองเจริญพงศ์, และ ภูว ไนย พุ่มไทรทอง, 2556) ประกอบกับพื้นฐานความเชื่อทางสังคม และการปลูกฝังค่านิยมทาง วัฒนธรรมที่มักคาดหวังให้สมาชิกในครอบครัวต้องทำหน้าที่ในการดูแล ส่วนเพศชายมักทำหน้าที่

ช่วยเหลือจัดการด้านค่าใช้จ่ายการเดินทางหรือเรื่องอื่นๆ มากกว่าการให้การดูแล (Blieszner and Macini, 1987; จอม สุวรรณโณ, 2541) 2) สัมพันธภาพ บุคคลที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับความช่วยเหลือ จะมีความเห็นอกเห็นใจ สงสาร และห่วงใย ซึ่งมักเป็นผู้ให้การดูแล 3) ศักยภาพของผู้ดูแลหรือความสามารถของผู้ดูแล ผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจในตัวผู้รับการช่วยเหลือ หรือเข้าใจในโรคและการดูแลอย่างดี รวมทั้งมีประสบการณ์และทักษะในการดูแลผู้ป่วย เช่น แพทย์ พยาบาล บุคคลนั้นก็มีความโน้มที่จะเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลมากกว่าบุคคลอื่นๆ 4) การยอมรับของผู้รับความช่วยเหลือ มีผู้รับการดูแลบางรายที่เลือกที่จะรับการดูแลจากสมาชิกหรือบุคคลหนึ่งที่ตนเป็นผู้เลือกเท่านั้น 5) เวลาและความสะดวกของผู้ดูแลที่จะสามารถให้การดูแลได้อย่างใกล้ชิด อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในของแต่ละบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส งานที่ทำประจำอยู่ เป็นต้น และ 6) ความจำเป็นทางเศรษฐกิจ บุคคลที่ไม่มีรายได้จากงานประจำมักเป็นผู้ที่ต้องรับบทบาทในการดูแล เพื่อให้เกิดผลกระทบท่อรายได้ในครอบครัวน้อยที่สุด (ซูซัน ชิวพูนผล, 2541) ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุในครอบครัวมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังต่างๆ รวมทั้งภาวะสมองเสื่อม สมาชิกในครอบครัวที่ประกอบอาชีพพยาบาลย่อมได้รับคาดหวังและมอบหมายให้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลญาติผู้สูงอายุเป็นตัวเลือกอันดับต้นๆ อยู่เสมอ (Ward-Griffin, St-Amant, and Brown, 2011) เพราะจากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยพบว่า มีพยาบาลจำนวน 1 ใน 10 คนนอกจากปฏิบัติงานประจำเป็นพยาบาลในสถานบริการสุขภาพแล้ว ยังต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมไปพร้อมกันอีกด้วย

การที่พยาบาลก้าวเข้าสู่บทบาทผู้ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้ต้องรับบทบาทหลายด้านพร้อมกัน ทำให้อยู่ในสถานะที่เรียกว่า “บทบาทเชิงซ้อน” (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) ก่อให้เกิดความกดดัน ความเหน็ดเหนื่อยและทำให้เกิดความเครียดแก่พยาบาลเป็นอย่างมาก เพราะลักษณะงานเป็นอาชีพที่มีความเครียดจากการทำงานในระดับสูงเดิมอยู่แล้ว (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ต้องอยู่ภายใต้ความคาดหวังจากสังคม (พรชัย ดีไพศาลสกุล, 2556) สภาพแวดล้อมที่เต็มไปด้วยผู้ที่มีความทุกข์กาย ทุกข์ใจ (International Council of Nurses, 2009; Toft and Anderson, 1981; ศรีรัตนา ศุภพิทยากุล, 2534) และปัจจัยเสี่ยงมากมายที่อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ (ดวงรัตน์ วัฒนไกรเลิศ และคณะ, 2553) ต้องทำงานเป็นเวรต่อเนื่องมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน หมุนเวียนเวรเช้า บ่าย ดึก ทั้งในเวลาวิกาลและวันหยุดไม่เหมือนกับอาชีพอื่น ทำให้รูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไป (กัลยารัตน์ อ่องคณา, 2549) แม้จะเจ็บป่วยก็ไม่สามารถขาดงานได้ เนื่องจากไม่มีผู้ปฏิบัติงานแทนอันเป็นผลมาจากปัญหาขาดแคลนพยาบาล (วิไลศรีศิริหงส์ทอง, 2543) และในปัจจุบันโรงพยาบาลมีการแข่งขันกันเพื่อทำให้องค์กรประสบความสำเร็จเป็นที่ยอมรับประชาชนที่มาใช้บริการ ทำให้พยาบาลปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ มากขึ้น ในขณะที่จำนวนพยาบาลมีจำนวนไม่สอดคล้องกับปริมาณงาน (ลออ อริยกุลนิมิต, 2546) ถ้าไม่สามารถทำให้เกิดความสมดุลระหว่างการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม และการปฏิบัติงานใน

วิชาชีพพยาบาลได้ อาจส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของพยาบาลทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพลดลง เกิดความไม่พึงพอใจในชีวิตและงาน สุตท้ายพยาบาลอาจลาออกจากวิชาชีพ (ขนิญร์นัสท์ อินทุลักษณ์ และ อารียวรรณ อ่วมตานี, 2557) ส่งผลกระทบต่ออัตรากำลังที่มีอยู่น้อย (ปิยะวดี สุมาลัย, 2544) และที่สำคัญส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ ดังนั้นการทำหน้าที่ของพยาบาลในการดูแลญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในครอบครัวจึงมีความยากลำบากมากกว่าผู้ดูแลทั่วไป ต้องใช้ความอดทนสูง เนื่องจากมีข้อจำกัดทั้งทางด้านเวลา การมีสุขภาพร่างกาย และจิตใจที่เหนื่อยล้าเดิมจากการทำงานดังกล่าวข้างต้น (Ward-Griffin et al., 2011)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยเชิงคุณภาพที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลที่ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่าในต่างประเทศ งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของพยาบาลในสถานบริบาล เนื่องจากมีระบบการดูแลระยะยาวที่เป็นรูปธรรม (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธ์ สาสัตย์, 2551) ดังเช่น ประสบการณ์ของพยาบาลและผู้ช่วยผู้ดูแลในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในสถานบริบาลผู้สูงอายุ (Odbehr, Kvisne, Hauge, and Danbolt, 2015) ความเครียดในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม: ประสบการณ์ของพยาบาลในประเทศออสเตรเลีย สวีเดน และสหราชอาณาจักร (Edberg et al., 2016) ในขณะที่ในประเทศไทยพบการวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในครอบครัวของกลุ่มผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกของครอบครัวที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ เช่น คู่สมรส ลูก หรือหลาน ดังเช่น สภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม (รัชฎา รักขนาม, 2543) การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคมพระพุทธศาสนาในประเทศไทย (ศิริพันธ์ สาสัตย์ และคณะ., 2543) บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม (นิชภา โมราถบ, ชไมพร กาญจนกิจสกุล, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, วิพรรณ ประจวบเหมาะ, และ พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์, 2555) แต่ยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาการดูแลที่มาจากประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวที่เป็นพยาบาลโดยตรง ซึ่งบุคคลทั่วไปมักจะเข้าใจว่า หากญาติผู้สูงอายุในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อมและในครอบครัวนั้นมีสมาชิกเป็นพยาบาล ทุกคนในครอบครัวจะคิดว่าพยาบาลจะสามารถดูแลญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ดีที่สุด เนื่องจากมีความรู้ทางการพยาบาลมาจากการเรียนในระดับปริญญาบัณฑิตและจากประสบการณ์การทำงาน แต่ในความเป็นจริงพยาบาลอาจจะไม่ได้ให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยตรง เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะมารับบริการที่โรงพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก ไม่ได้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล นอกจากจะมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคอื่นร่วม พยาบาลจึงมีโอกาสน้อยที่จะมีประสบการณ์ได้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จึงอาจทำให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำกัด

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลที่ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม และได้ทำการศึกษานำร่องพยาบาล จำนวน 3 ราย ในระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ.2558 – เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 จากการการสัมภาษณ์นำร่องพบว่า พยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมบางรายยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม โดยมองว่าญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยทางร่างกายทั่วไป สามารถดูแลตัวเองได้ อาการของโรคไม่รุนแรงและไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน ทำให้ผู้ดูแลขาดความตระหนักและดูแลผู้สูงอายุโดยขาดความเอาใจใส่ ผู้สูงอายุบางรายต้องอยู่บ้านตามลำพัง บางรายไม่ได้รับประทานยาและพบแพทย์ตามนัดอย่างต่อเนื่องจนทำให้อาการของภาวะสมองเสื่อมทรุดลง และผู้สูงอายุบางรายเมื่อมีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ เช่น ถ้ามึนๆ ไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ มีพฤติกรรมก้าวร้าว ปัสสาวะอุจจาระราด เป็นต้น ผู้ดูแลก็จะมีการตำหนิผู้สูงอายุอยู่บ่อยครั้ง เนื่องจากไม่ทราบว่าพฤติกรรมเหล่านี้เป็นอาการของภาวะสมองเสื่อม และจากทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า ปัจจุบันประเทศไทยยังมีจุดอ่อนในระบบการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ยังมีข้อจำกัดทั้งในด้านการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง ด้านความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล (สนธยา มณีรัตน์ และ สุมณฑา บุญชัย, 2558) เพราะถึงแม้จะมีบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมทางด้านผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น แต่บุคลากรทางการพยาบาลยังมีข้อจำกัดด้านความรู้ และมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้สูงอายุ (Iwasaki and Jones, 2008; ศิริพันธ์ สาสัตย์, 2554) ทำให้ปัญหาและความต้องการที่ประสบบ่อยไม่ได้รับความสนใจหรือเอาใจใส่ และไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม (Mulligan, 1985)

ดังนั้นการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลที่ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมท่ามกลางความซับซ้อนดังกล่าวข้างต้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งในการถ่ายทอดประสบการณ์ต่างๆ ให้แก่พยาบาลได้นำไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเชิงปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2559) ตามแนวคิดของ Heidegger (1962) เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในเชิงลึกที่อธิบายถึงความหมาย การรับรู้ และประสบการณ์ที่มาจากความคิด ความเชื่อ และประสบการณ์จริงของพยาบาลที่ให้การดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจใน และสามารถถ่ายทอดความรู้ด้านการดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแลที่ประกอบอาชีพเป็นพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อบรรยายประสบการณ์ของพยาบาลที่ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม

## คำถามการวิจัย

ประสบการณ์ของพยาบาลที่ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นอย่างไร

## แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic phenomenology) ของ Martin Heidegger (1962) เพื่อบรรยายประสบการณ์ของพยาบาลที่ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม ในเบื้องต้นผู้วิจัยได้มีการทบทวนแนวคิดเบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในประเด็นต่างๆ ซึ่งประกอบด้วย แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม ผลกระทบจากการดูแล การดูแลตนเองของผู้ดูแล และการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ผู้วิจัยจะไม่ยึดแนวคิดดังกล่าวเป็นกรอบในการดำเนินการวิจัย เพียงแต่นำมาเป็นแนวทางในการศึกษาและสร้างแนวคำถาม (Interview guideline) เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และมีการปรับเปลี่ยนข้อคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ให้สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย เพื่อให้สามารถรับรู้และเข้าใจถึงข้อเท็จจริงในปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษาอยู่อย่างลึกซึ้ง และเกิดความเข้าใจในประสบการณ์ของพยาบาลที่ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic phenomenology) ของ Martin Heidegger (1962) เพื่อบรรยายประสบการณ์ของพยาบาลที่ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด คือ 1) เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาในสถานบริการสุขภาพ และดูแลญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปีจนถึงปัจจุบัน 2) มีความเกี่ยวข้องในฐานะบุตร หรือเป็นญาติสายตรงกับผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder Forth [DSM-IV]) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 1995) 3) มีความยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล



## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ประสบการณ์การดูแลญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง การถ่ายทอดเรื่องราวและเหตุการณ์ต่างๆ ผ่านการบอกเล่าความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของพยาบาล เกี่ยวกับการดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งในด้านกิจวัตรประจำวัน การส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับผู้สูงอายุ และการเผชิญกับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุและแก้ปัญหาต่างๆ

พยาบาล หมายถึง ผู้ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง จากสภาการพยาบาลที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาในสถานบริการสุขภาพ และดูแลญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในครอบครัวเดียวกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปีจนถึงปัจจุบัน และมีความเกี่ยวข้องกับญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในฐานะบุตรหรือญาติสายตรง

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง บุคคลทั้งเพศหญิงหรือเพศชายที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป และเป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้พยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้เกิดการยอมรับ และสามารถปรับตัวกับบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม
2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบการสนับสนุนผู้ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแลที่ประกอบอาชีพเป็นพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
3. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ได้ใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้ ข้อเสนอแนะในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมแก่พยาบาลอื่นๆและบุคคลทั่วไปที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมให้สามารถดูแลได้อย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพ

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้างนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ทำการศึกษาโดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาการตีความ มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ของพยาบาลที่ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนและศึกษาทฤษฎี แนวคิด จากเอกสาร หนังสือ ตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีหัวข้อในการทบทวนวรรณกรรมดังต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุกับภาวะสมองเสื่อม
  - 1.1 ความหมายของภาวะสมองเสื่อม
  - 1.2 พยาธิสภาพของภาวะสมองเสื่อม
  - 1.3 ประเภทของภาวะสมองเสื่อม
  - 1.4 สาเหตุของการเกิดภาวะสมองเสื่อม
  - 1.5 อาการและอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อม
  - 1.6 การจำแนกระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม
  - 1.7 การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม
  - 1.8 การรักษาภาวะสมองเสื่อม
2. การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม
  - 2.1 ความหมายของผู้ดูแล
  - 2.2 ประเภทของผู้ดูแล
  - 2.3 การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว
  - 2.4 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยสมาชิกในครอบครัว
  - 2.5 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยสมาชิกในครอบครัวที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ
3. ความเครียด และการเผชิญความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
  - 3.1 ความหมายของความเครียด
  - 3.2 สาเหตุของความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
  - 3.3 ระดับความเครียด
  - 3.4 ผลกระทบจากความเครียด
  - 3.5 การเผชิญความเครียด

4. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 1. ผู้สูงอายุกับภาวะสมองเสื่อม

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเกณฑ์การเป็นผู้สูงอายุไว้ คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปี ซึ่งประเทศไทยตั้งแต่ปี 2548 มีสัดส่วนประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) สูงถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่ “สังคมสูงวัย” (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2557) จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งหมด จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 10,014,705 คน เป็นชาย 4,514,815 คิดเป็นร้อยละ 45.1 และหญิง 5,499,890 คน คิดเป็นร้อยละ 54.9 ของผู้สูงอายุทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2557) ปัญหาด้านสุขภาพเป็นปัญหาสำคัญลำดับต้นๆ ของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นวัยที่ร่างกายเริ่มเสื่อมถอย และเกิดโรคต่างๆ ได้ง่าย โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง นำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้ภาวะทุพพลภาพจะพบมากขึ้นและมีความรุนแรงมากขึ้น เมื่ออายุเพิ่มสูงขึ้น (สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2557) ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการของความเจ็บป่วยเรื้อรังชนิดหนึ่งที่พบมากในผู้สูงอายุเนื่องจากแนวโน้มอายุขัยเฉลี่ยของมนุษย์ยืนยาวขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีความเสื่อมถอยลงเกี่ยวกับความรู้ พฤติกรรมและบุคลิกภาพ ซึ่งไม่ได้เป็นมาแต่กำเนิดและรุนแรงจนกระทบกับการใช้ชีวิตประจำวัน (สิรินทร ฉันทสิริกาญจน, 2543) Alzheimer’s Disease International (2015b) ได้ประมาณการว่าในปี 2015 มีประชากรทั่วโลกจำนวน 46.8 ล้านคนป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม และคาดการณ์ว่าจำนวนของผู้ป่วยสมองเสื่อมจะเพิ่มเป็น 2 เท่าในทุก 20 ปี โดยในปี 2030 จำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 74.7 ล้านคน และจะเพิ่มจำนวนเป็น 131.5 ล้านคนในปี 2050 จะมีการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยสมองเสื่อมรายใหม่มากกว่า 9.9 ล้านคนต่อปี การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะพบในประเทศที่มีรายได้ปานกลาง พบมากถึงร้อยละ 58 ของผู้ป่วยสมองเสื่อมทั่วโลกในปี 2015 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 63 ในปี 2030 และร้อยละ 68 ในปี 2050 เมื่อแบ่งตามภูมิภาคต่างๆ ทั่วโลก พบจำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมในทวีปเอเชียมากที่สุดถึง 4.9 ล้านคน (ร้อยละ 49 ของผู้ป่วยทั้งหมด) อันดับที่สองคือ ทวีปยุโรป 2.5 ล้านคน (ร้อยละ 25) อันดับที่สามคือ ทวีปอเมริกา 1.7 ล้านคน (ร้อยละ 18) และพบน้อยที่สุดคือทวีปแอฟริกา 0.8 ล้านคน (ร้อยละ 8) ความชุกของภาวะสมองเสื่อมจะพบมากขึ้นเมื่อมีอายุที่เพิ่มสูงขึ้น คือ ประมาณร้อยละ 5-8 ของประชากรที่มีอายุ 65 ปี ร้อยละ 15-20 ของประชากรที่มีอายุ 75 ปี และร้อยละ 25-50 ของประชากรที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป (Rabin et al., 2010) นอกจากนี้ในภูมิภาคต่างๆทั่วโลก มีความชุกของภาวะสมองเสื่อมในช่วงอายุที่แตกต่างกัน โดยในแถบยุโรปและอเมริกามีความชุกพบสูงสุดใน

ประชากรอายุระหว่าง 80-89 ปี ทวีปเอเชียพบมากที่สุดประชากรอายุระหว่าง 75-84 ปี และทวีปแอฟริกาพบมากที่สุดประชากรอายุระหว่าง 65-74 ปี

ในประเทศไทยจากการสำรวจผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในปี พ.ศ. 2557 พบว่าจะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 229,100 คน และคาดการณ์ว่าจะสูงเพิ่มขึ้นเป็น 450,200 คน และ 1,233,200 คน ภายในปี พ.ศ. 2563 และปี พ.ศ. 2593 ตามลำดับ (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2553) ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยคิดเป็นร้อยละ 2-10 พบได้เฉลี่ยประมาณร้อยละ 1 เมื่ออายุ 60 ปี ร้อยละ 2 เมื่ออายุ 65 ปี และร้อยละ 4 เมื่ออายุ 70 ปี โรคในกลุ่มภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ โรคสมองเสื่อม (Alzheimer's disease: AD) โดยพบเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 60-70 ของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด รองลงมา คือ โรคหลอดเลือดสมอง (Alzheimer's Disease International and World Health Organization, 2012) อุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมจากโรคสมองเสื่อม และโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุโดยเฉพาะภายหลังอายุ 75 ปี โดยพบว่ามีมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 85 ปี (เกรียงไกร แก้วฉวีกรังษี, 2555)

กล่าวโดยสรุปว่า อุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมจะพบมากในผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ตามช่วงอายุที่เพิ่มขึ้น และมีจำนวนของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี Alzheimer's Disease เป็นสาเหตุสำคัญและพบมากที่สุดของการเกิดภาวะสมองเสื่อม จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถของพยาบาลทั้งในฐานะบุคลากรทางด้านสุขภาพ และในฐานะผู้ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมในการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นอย่างมาก เพื่อให้สามารถเผชิญกับปัญหาของผู้ป่วย และผลกระทบจากการดูแลได้อย่างเหมาะสม เนื้อหาลำดับต่อไปผู้วิจัยขอนำเสนอเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมดังนี้ ความหมายของภาวะสมองเสื่อม พยาธิสภาพของภาวะสมองเสื่อม ประเภทของภาวะสมองเสื่อม สาเหตุของการเกิดภาวะสมองเสื่อม อาการและอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อม การจำแนกระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม และ การรักษาภาวะสมองเสื่อม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### 1.1 ความหมายของภาวะสมองเสื่อม

จากการทบทวนวรรณกรรม มีผู้ให้ความหมายของภาวะสมองเสื่อมไว้ดังนี้

ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ (2554) ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากการทำงานของสมองที่เสื่อมถอยลง ทำให้เกิดความผิดปกติของเชาวน์ปัญญาที่มีหลายรูปแบบ เช่น การรับรู้ ความจำ จินตนาการ การคิด การใช้เหตุผล และการตัดสินใจ มีการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพ พฤติกรรม และส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือการดำรงชีวิตประจำวัน อาการผิดปกติเหล่านี้จะดำเนินไปเรื่อยๆ และไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ ยกเว้นภาวะสมองเสื่อมบางชนิดที่สามารถรักษาให้หายได้

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ (2557) ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ภาวะที่สมรรถภาพการทำงานของสมองถดถอยบกพร่อง ในด้านเชาว์ปัญญา (cognition) ได้แก่ ความจำ การตัดสินใจ การวางแผน visuospatial function การใช้ภาษา สมาธิหรือความใส่ใจ ความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังครอบตัว โดยมีผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และการเข้าสังคม แต่ต้องไม่มีภาวะเพ้อ (delirium) โรคซึมเศร้า โรคทางจิตเวชเรื้อรัง หรือวิตกกังวลรุนแรงขณะวินิจฉัย

Alzheimer's Association (2010) ให้ความหมายของภาวะสมองเสื่อมว่า เป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาทอันเป็นผลจากเซลล์สมองถูกทำลายอย่างช้าๆ และต่อเนื่อง ส่งผลให้บุคคลมีการสูญเสียความจำและความผิดปกติด้านเชาว์ปัญญาอย่างน้อย 1 ด้าน เช่น การใช้ภาษา การระบุสิ่งของ การคิด การตัดสินใจ การเคลื่อนไหว โดยที่ระดับความรู้สึกตัวปกติ และอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงจนเป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตในสังคม

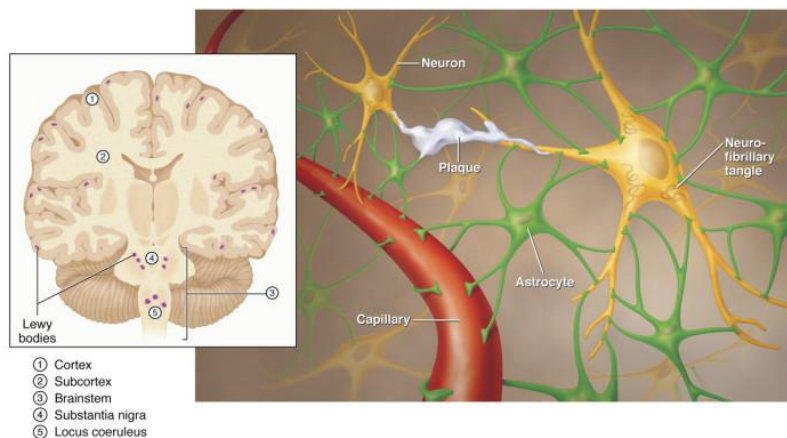
Eliopoulos (2010) กล่าวว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นความบกพร่องของความสามารถในการรู้คิด ที่มีผลต่อความจำ การรับรู้วัน เวลา สถานที่ การตัดสินใจ การใช้เหตุผล ความใส่ใจ การใช้ภาษา และการแก้ปัญหา โดยจะบกพร่องอย่างถาวร ซึ่งเป็นมาจากสมองถูกทำลาย

กล่าวโดยสรุปว่า ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง สภาวะที่สมรรถภาพทางสมองบกพร่องในด้านเชาว์ปัญญา ทำให้สูญเสียความทรงจำ การรับรู้วัน เวลา สถานที่ การตัดสินใจ การใช้เหตุผล ความใส่ใจ การใช้ภาษา การแก้ปัญหา และส่งผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และการเข้าสังคม โดยการผิดปกติเหล่านี้จะไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ ยกเว้นภาวะสมองเสื่อมบางชนิดที่สามารถรักษาให้หายได้ อย่างไรก็ตามการจะวินิจฉัยว่าผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่ และจะดูแลผู้สูงอายุดังกล่าวอย่างไร บุคลากรทางการแพทย์จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของภาวะสมองเสื่อมก่อน เพื่อเป็นข้อมูลในการทำความเข้าใจพฤติกรรมกรรมกรแสดงออกของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

## 1.2 พยาธิสภาพของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติ 3 ประการที่สำคัญ คือ สูญเสียความสามารถในการประสานงานกับเซลล์อื่น (Nerve cell communication) การเผาผลาญของเซลล์ผิดปกติ (Nerve cell metabolism) และกระบวนการซ่อมแซมเสียไป (Nerve cell repair) จึงทำให้เซลล์สมองของผู้ป่วยสมองเสื่อมหยุดทำงานหรือสูญเสียความสามารถในการประสานงานกับเซลล์อื่น และเซลล์เหล่านี้ก็จะตายในที่สุด ในระยะแรกของโรคผู้ป่วยจะเกิดพยาธิสภาพขึ้นที่บริเวณสมองส่วน Hippocampus ก่อน ซึ่งส่วนที่ควบคุมเรื่องความจำจึงมีผลทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความจำระยะสั้น (short term memory) และต่อมาความสามารถของผู้ป่วยในด้านการทำงานที่ทำอยู่เป็นประจำสูญเสียไป หรือประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (Geula, 2000) ในระยะต่อมาจะมีการตาย

ของเซลล์สมองเกิดขึ้นที่บริเวณผิวสมองในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมด้านภาษาและการใช้เหตุผล (dominant hemisphere) ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจึงสูญเสียความสามารถในการใช้ภาษาและการตัดสินใจ ทำให้บุคลิกภาพของผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากเดิม นอกจากนี้อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างมาก เช่น มีอาการก้าวร้าว (agitation) และเดินรุ่มรวยไปมาตลอดเวลา (wondering) ซึ่งมักจะเกิดมากขึ้นเรื่อยๆ ตามลำดับ ท้ายที่สุดเซลล์สมองที่ผิวสมองจะมีการเสื่อมสลายเพิ่มขึ้นตามลำดับ ทำให้สมองทั้งหมดฝ่อหรือเหี่ยวอย่างชัดเจน ซึ่งในขณะนั้นผู้ป่วยมักจะนอนนิ่งอยู่แต่ในเตียงและช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย มีการขับถ่ายเรี่ยราด ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมหรือตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม สำหรับพยาธิสภาพของเนื้อสมองที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสมองเสื่อมพบว่ามีลักษณะเด่น 2 ประการ ที่เกิดจากโปรตีน 2 ชนิด คือ Amyloid plaques และ Neurofibrillary tangles (Geula, 2000) โดย Amyloid plaques เป็นโปรตีนเชิงซ้อนซึ่งประกอบด้วยโปรตีนที่ไม่ละลายน้ำ (beta-amyloid) และรวมกลุ่มกันแน่นพร้อมกับมีส่วนประกอบของเซลล์สมองที่แตกสลายหรือตายปนกับ microglia และ astrocyte เป็นกระจุก โดยที่โปรตีนเชิงซ้อนนี้จะอยู่นอกเซลล์สมอง ส่วน Neurofibrillary tangles เป็นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นภายในเซลล์สมองโดยมีลักษณะผิดปกติเป็นเส้นใยยาวๆ ที่บิดตัวกันเป็นเกลียวพันกัน ส่วนประกอบส่วนใหญ่ของ Neurofibrillary tangles นี้ คือ โปรตีนชนิดที่เรียกว่า Tau protein

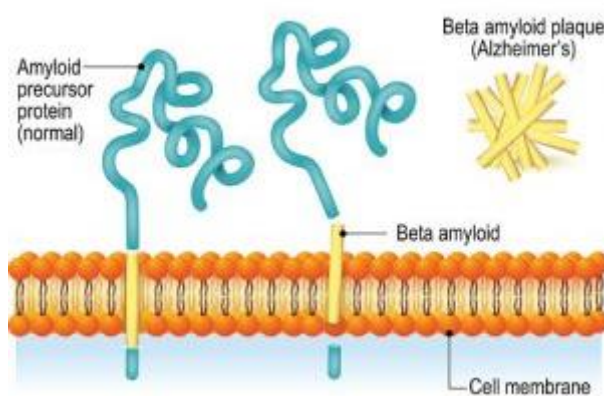


ภาพที่ 1 แสดง Amyloid plaques และ Neurofibrillary tangles

ที่มา : ThemeBeans (2014)

ปัจจุบันได้มีการศึกษาค้นคว้ามากมายเกี่ยวกับโปรตีนทั้ง 2 ชนิดนี้พบว่า beta-amyloid protein นั้นเกิดการย่อยสลายของโปรตีน Amyloid Precursor Protein (APP) ที่เป็นโปรตีนที่มีความสัมพันธ์กับเยื่อหุ้มเซลล์สมองในด้านการดำรงอยู่ของเซลล์และการซ่อมแซมและการออกขยายของส่วนต่างๆ ของเซลล์สมองภายหลังที่เกิดมีพยาธิสภาพต่อเซลล์จะถูกย่อยสลายด้วยเอนไซม์ Protease ให้กลายเป็น beta-amyloid protein ในที่สุด และถูกขับออกมาโดยมีลักษณะเหนียวหนืด

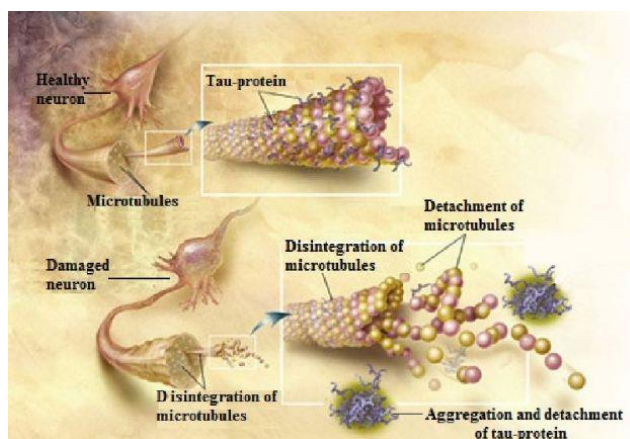
และรวมกลุ่มกันอยู่นอกเซลล์สมอง โดยเกาะติดกันแน่นและรวมกับส่วนของเซลล์สมองที่ตายแล้ว และยังมีเซลล์ชนิด Microglia กับ Astrocyte มารวมกลุ่มด้วยกลายเป็น Amyloid plaque เกิดขึ้นในที่สุด (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543) ในกรณีที่มีการสลายของเซลล์โปรตีน (APP) จะทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมตามมาได้ และการศึกษามากมายเกี่ยวกับการเกิด beta-amyloid protein และพบว่าสารนี้เกิดขึ้นในเซลล์สมองบริเวณ Golgi network และในผู้ป่วยสมองเสื่อมจะพบว่า endosome ซึ่งเป็น organelles เล็กๆ ในเซลล์สมองโดยทำให้เกิดการอักเสบเกิดขึ้นในสมองโดยตรง หรือมีการหลั่งของอนุภาคลิสรระออกมาเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ beta-amyloid ยังทำให้เซลล์สมองถูกทำลายได้ง่ายขึ้นในขณะเกิดภาวะสมองขาดเลือดทำให้เซลล์สมองตายในที่สุด



ภาพที่ 2 แสดงการสร้าง Beta amyloid plaque

ที่มา : Designua (2017)

สำหรับ Tau protein ที่เป็นสาเหตุของพยาธิสภาพในเซลล์สมองของผู้ป่วยสมองเสื่อม นั้นพบว่ามีความสัมพันธ์กับ microtubule ซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญของโครงสร้างภายใน ในคนปกติ microtubule จะทำหน้าที่คล้ายรางรถไฟที่เป็นทางนำอาหาร หรือลำเลียงสารเคมีสื่อประสาท จากตัวเซลล์สมองไปยังปลายสุดของเซลล์ประสาท เพื่อเชื่อมโยงกับเซลล์ประสาทตัวอื่นๆ แต่ในผู้ป่วยสมองเสื่อมทางรถไฟหรือ microtubule นี้จะมีความผิดปกติเกิดขึ้นกล่าวคือ จะมีการบิดตัวกันเป็นเกลียว เนื่องจาก Tau protein มีความผิดปกติของคุณสมบัติทางเคมี จึงทำให้ไม่สามารถนำอาหารหรือลำเลียงสารเคมีสื่อประสาทไปตามเซลล์นำเข้า เพื่อไปเชื่อมโยงกับเซลล์สมองตัวอื่นได้ และต่อมาเซลล์สมองก็ตายไปในที่สุด อย่างไรก็ตามพยาธิสภาพของภาวะสมองเสื่อมยังใช้เป็นเกณฑ์การแบ่งประเภทของภาวะสมองเสื่อมอีกด้วย



ภาพที่ 3 แสดง Tau protein ที่เกาะบริเวณ Microtubule

ที่มา : Biofoundations (2017)

### 1.3 ประเภทของภาวะสมองเสื่อม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า American Psychiatric Association (1995) ได้แบ่งภาวะสมองเสื่อมเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) Non-reversible dementia เกิดจากความเสื่อมของเนื้อเยื่อสมอง (neuro degenerative disorder) ภาวะสมองเสื่อมประเภทนี้จะพบว่ามีพยาธิสภาพรุนแรงขึ้นตามอายุของผู้ป่วยโดยมีสาเหตุที่สำคัญ คือ โรคสมองเสื่อม (Alzheimer disease) พบประมาณร้อยละ 40-70 ของภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด และโรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) (Strachan and Glenner, 1996)

2) Reversible dementia พบประมาณร้อยละ 15.1 ของภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด เกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่

(1) Intoxication จากการใช้ยาหรือสารเคมี ยาที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อย คือ ยากลุ่ม anticholinergic, cardiovascular, antihypertensives, sedative-hypnotic สารเคมีและสารเสพติดที่ทำให้เกิด cognitive impairment เช่น Heroin, glue, carbon monoxide, carbon disulfide, lead, mercury, manganese, บางกรณีจาก intoxication อาจทำให้ถึงแก่ชีวิตหรือ irreversible ได้

(2) Central nervous infection เช่น leptomeningitis จาก bacteria, fungus, protozoa, virus ภาวะ post infection encephalomyelitis ที่เกิดตามหลัง cranial examthem อารุนแรงทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้ สำหรับประเทศไทยสาเหตุของการติดเชื้อที่ทำให้เกิด reversible dementias ที่พบบ่อย ได้แก่ tuberculous meningitis, cerebral cysticercosis, neurosyphilis



(3) Metabolic disorder เช่น การทำงานผิดปกติของต่อม thyroid, parathyroid, adrenal, pituitary โรคเรื้อรังของปอดที่ทำให้เกิด hypoxemia หรือ hypercapnia ภาวะไตวายหรือตับวายที่ทำให้เกิด encephalopathy ภาวะ dehydration, electrolyte disturbances โรคเบาหวาน สาเหตุที่พบบได้น้อยกว่า เช่น โรค Wilson's diseases, metabolic leukodystrophy หรือ neuronal storage disease

(4) Nutritional disorder การขาดสาร Thiamine ทำให้เกิดภาวะ Wernicke-Korsakoff's encephalopathy การขาดสาร folate วิตามิน B12 (Chang et al., 2013) หรือ B6

(5) Vascular dementia ความผิดปกติในระบบไหลเวียนเลือด มีผลทำให้เกิด ischemia หรือ cardioembolic stroke ซึ่งเป็นสาเหตุของ vascular dementia ภาวะสมองเสื่อมในกรณีอาจเป็น reversible หรือ partially reversible ก็ได้ การรักษาโรคหลอดเลือดสมองให้ถูกต้องมีผลทั้งในด้านการรักษาและในด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง

(6) Space occupying lesion เนื้องอกในสมอง โดยเฉพาะที่ frontal lobe หรือ temporal lobe เนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงอาจมาด้วยอาการค่อยเป็นค่อยไป metastatic หรือ malignant tumours อาจด้วยอาการหลงลืมที่มีการดำเนินโรครวดเร็ว มีลักษณะแขนขาอ่อนแรง บางคนมีอาการแสดงของความดันในกะโหลกศีรษะสูง

(7) Normal pressure hydrocephalus มีลักษณะทางคลินิกที่สำคัญคือ gait disturbance กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หลงลืม สับสน ผู้ป่วยบางรายตอบสนองต่อการผ่าตัดใส่ ventriculoperitoneal shunt ได้ดี

(8) Affective disorder ภาวะ depression in late life โดยที่ผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้ามาก่อน 2-3 ปีก่อนเกิดอาการของโรคสมองเสื่อม ภาวะนี้มีความสัมพันธ์กับ cognitive impairment สมองฝ่อ และ deep white matter มีการเปลี่ยนแปลงได้สูง ผู้ที่มีประวัติในอดีตของภาวะซึมเศร้าจะมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคสมองเสื่อมเมื่ออายุมากขึ้นได้

จากที่กล่าวมาข้างต้น ประเภทของภาวะสมองเสื่อมแบ่งตามสาเหตุและการรักษาได้ 2 ประเภท ได้แก่ 1) ภาวะสมองเสื่อมที่สามารถรักษาได้ เช่น ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ ความผิดปกติในระบบไหลเวียนเลือด เนื้องอกในสมอง เป็นต้น และ 2) ภาวะสมองเสื่อมที่รักษาไม่ได้ โรคสมองเสื่อมเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดของภาวะสมองเสื่อมประเภทนี้ โดยอาการจะรุนแรงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาสูง ซึ่งจากการศึกษานำร่องของผู้วิจัยพบว่า ญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่พยาบาลเป็นผู้ดูแล ส่วนใหญ่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมอันมีสาเหตุมาจากโรคสมองเสื่อมเช่นเดียวกัน

#### 1.4 สาเหตุของการเกิดภาวะสมองเสื่อม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภาวะสมองเสื่อมเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ โดยเป็น

ผลมาจากการที่เนื้อหรือเซลล์สมองที่เกี่ยวข้องกับความจำ พฤติกรรม และบุคลิกภาพมีจำนวนลดลง ทำให้เซลล์ประสาทที่เหลือไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ (LoGiudice and Watson, 2014; สิริินทร์ ฉันทสิริกาญจน, 2543) สามารถจำแนกสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมได้ดังนี้

1.4.1 เกิดจากการเสื่อมของเซลล์ประสาททำให้การหลั่งสารสื่อประสาท Acetylcholine ลดลง มีการสะสมของสารโปรตีน  $\beta$ -amyloid proteins และสาร Aluminum เพิ่มขึ้นในสมอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างสมอง ส่งผลให้การทำหน้าที่ต่างๆของสมองลดลง (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543) ภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากสาเหตุนี้คือ โรคสมองเสื่อม (alzheimer's disease : AD) พบประมาณร้อยละ 55-60 โรคสมองเสื่อมชนิดลูย์ซบอดีส์ (dementia) พบประมาณร้อยละ 20 และโรคสมองกลีบหน้าและกลีบข้างเสื่อม (fronto-temporal dementia : FTD) พบได้ประมาณร้อยละ 20 (Brein, Ames, and Burns, 2000)

1.4.2 เกิดจากโรคของหลอดเลือดสมอง ความผิดปกติของหลอดเลือดที่หน้าตัวขึ้นมีการตีบหรืออุดตันทำให้สมองได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ เซลล์สมองขาดเลือดและเนื้อสมองในบริเวณนั้นตายลง อาจพบภาวะสมองเสื่อมในผู้ที่มีการตายของเนื้อสมองเป็นหย่อมกระจายทั่วไป ผู้ที่เคยมีอาการสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว รวมทั้งผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคของหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันคอเลสเตอรอลในเส้นเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ การสูบบุหรี่ เป็นต้น (สิริินทร์ ฉันทสิริกาญจน, 2543)

1.4.3 เกิดจากการติดเชื้อของระบบประสาทส่วนกลางทำให้เกิดเนื้อสมองอักเสบเฉียบพลัน (Acute Encephalitis) ได้แก่ การติดเชื้อไวรัส HIV เชื้อไวรัส Herpes Simplex เชื้อไวรัสสมองอักเสบ เชื้อซิฟิลิส เชื้อวัณโรคและเชื้อรา เป็นต้น (สิริินทร์ ฉันทสิริกาญจน, 2543)

1.4.4 เกิดจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ สมองได้รับการกระทบกระเทือนถ้าไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างทันทีทันใด แต่อาจส่งผลในระยะยาวแบบค่อยเป็นค่อยไปจนเกิดภาวะสมองเสื่อมพบได้ในผู้ที่มีประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ที่มีเลือดออกในชั้นเยื่อหุ้มสมองอย่างเรื้อรัง (จำลอง ดิษยวณิช และ มานิตย์ ศรีสุรภานนท์, 2542)

1.4.5 เกิดจากการมีก้อนในสมอง ได้แก่ เนื้องอกหรือมะเร็งของสมองใหญ่ซีกซ้าย หรือซีกขวาที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรู้คิด โดยเฉพาะสมองใหญ่ส่วนหน้า (frontal lobe) ที่มีหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย และมีเนื้องอกของเยื่อหุ้มสมอง มีสมองโตเนื่องจากน้ำไขสันหลังคั่ง เหล่านี้ล้วนเป็นเหตุขัดขวางการรับส่งกระแสประสาทในสมอง ทำให้การทำหน้าที่ของสมองเสื่อมลง (จักรกฤษณ์ สุขยั้ง, 2544)

1.4.6 เกิดจากยาหรือสารพิษที่ใช้หรือได้รับในปริมาณมากเกินไปจะออกฤทธิ์ทำลายเซลล์สมองรบกวนการทำงานของสมอง เช่น แอลกอฮอล์ เหล็ก ตะกั่ว แมงกานีส สารปรอท เป็นต้น

1.4.7 เกิดจากพันธุกรรม (genetic) ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยสมองเสื่อม (Alzheimer's disease) มีญาติสายตรง (first degree relative) ประวัติครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน และญาติของผู้ป่วยสมองเสื่อม (Alzheimer's disease) จัดว่ามีความเสี่ยงต่อการป่วยของประชากรทั่วไป 3-4 เท่า แต่การศึกษาในบางครอบครัวพบว่าการสืบทอดทางพันธุกรรมในลักษณะ autosomal dominant ของ Chromosome คู่ที่ 21 (จำลอง ดิษยวณิช และ มานิตย์ ศรีสุรภานนท์, 2542)

1.4.8 เกิดจากขาดสารอาหารบางชนิดโดยเฉพาะวิตามินบี 1 มักพบในผู้ป่วยที่ดื่มเหล้า และเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง เมื่อได้รับวิตามินไม่เพียงพอ เซลล์สมองจะไม่สามารถจะไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ จนถึงขั้นเซลล์สมองตาย และวิตามินบี 12 ผู้ที่ขาดวิตามินนี้มักพบในผู้ที่กินมังสวิรัตอย่างเคร่งครัด หรืออาจพบได้ในผู้ที่ผ่าตัดกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นซึ่งเป็นส่วนที่ดูดซึมวิตามินบี 12 เข้าสู่ร่างกาย

จากที่กล่าวมาข้างต้น สาเหตุของการเกิดภาวะสมองเสื่อมเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ทั้งเกิดจากการเสื่อมของเซลล์ประสาทภายในสมองเอง หรืออาจเป็นผลมาจากโรคทางกายอื่นๆ พันธุกรรม และการขาดสารอาหารบางชนิด โรคสมองเสื่อมเป็นสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมที่พบมากที่สุดและมีแนวโน้มว่าจะมีผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยสาเหตุนี้มากขึ้น

## 1.5 อาการและอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า Finkel (2001) แบ่งอาการทางจิตและพฤติกรรมที่ผิดปกติของสมองเสื่อมโดยสามารถสรุปได้ 2 กลุ่มใหญ่ๆ ดังต่อไปนี้

1.5.1 อาการด้านจิตใจ (Psychotic symptoms) ซึ่งได้แก่อาการต่างๆ ดังนี้

1) อาการหลงผิด (delusion) ที่พบบ่อยคือ แบบ paranoid delusion โดยเฉพาะการรู้สึกว่ามีความหมายของมากที่สุด บางรายหลงผิดคิดว่ามีคนแปลกหน้าอยู่ในบ้าน

2) อาการประสาทหลอน (hallucination) พบบ่อยที่สุด คือ ประสาทหลอนทางตา มักพบในระยะกลางของการเจ็บป่วย โดยผู้ป่วยมักจะเห็นว่ามีคนอื่นอยู่ในบ้านตนเอง

3) อารมณ์เศร้า (Depression) ในระยะแรกผู้ป่วยอาจมีอาการซึมเศร้าเมื่อรู้ว่าตนเองสูญเสียความสามารถด้านสติปัญญาต่างๆ ไป

4) อาการเฉยเมย (Apathy) ในผู้ป่วยระยะต้นและระยะกลางผู้ป่วยอาจมีอาการไม่สนใจในการทำกิจวัตรประจำวัน แยกตัว การตอบสนองทางอารมณ์ลดลง ขาดความริเริ่มในด้านต่างๆ

5) ความวิตกกังวล (Anxiety) มักจะพบในระยะแรกๆ ของภาวะสมองเสื่อม ซึ่งผู้ป่วยรู้ความสามารถของตนเองลดลง กลัวการถูกทอดทิ้ง อาการวิตกกังวลจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยต้องอยู่ในคนหมู่มาก การอยู่ในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย

1.5.2 อาการที่แสดงออกทางพฤติกรรม (Behavioral symptom) ได้แก่อาการต่อไปนี้

1) การเดินไปมาอย่างไม่มีจุดหมาย (Wandering) เป็นอาการที่สร้างปัญหาอย่างมากในการดูแล และเป็นสาเหตุที่ญาตินำผู้ป่วยมารับการรักษา

2) อาการกระวนกระวาย (Agitation) ผู้ป่วยมักแสดงออกมาในลักษณะการกรีดร้อง แสดงพฤติกรรมและการพูดที่ไม่เหมาะสม แบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่มอาการ ดังนี้

(1) ไม่มีอาการก้าวร้าวทางกาย เช่น การมีกิริยาท่าทางแปลกๆ การสะสมสิ่งของที่ไม่มีเหตุผล นำสิ่งของไปซ่อนตามที่ต่างๆ การแต่งกายไม่ถูกกาลเทศะ

(2) มีอาการก้าวร้าวทางกาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุชายที่มีอาการมาก จะพบการกัด หยิก ทูตตีคนรอบข้างได้

(3) ไม่มีอาการก้าวร้าวทางวาจา มักพบในผู้ป่วยหญิงที่มีอาการไม่รุนแรง เช่น การพูดซ้ำๆ การพูดตะกุกตะกัก

(4) มีอาการก้าวร้าวทางวาจา มักพบการทำเสียงดัง ด่าทอ ทำเสียงแปลกๆ

3) การมีปฏิกิริยาเกรี้ยวกราด (Catastrophic reaction) โดยผู้ป่วยจะแสดงความก้าวร้าวรุนแรงต่อสิ่งเร้า เช่น มีอารมณ์โกรธรุนแรง ตะโกนด่าว่า ชมชู้ หรือมีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น

4) อาการบ่น บางครั้งผู้ป่วยบ่นว่าผู้ดูแลอย่างไม่มีเหตุผล หรือเกิดขึ้นจากอาการหลงผิด ผู้ดูแลที่ไม่เข้าใจจะรู้สึกว่าตนเองกำลังถูกกล่าวหา อาจมีปฏิกิริยาที่รุนแรงตอบกลับไปได้

5) การขาดความยับยั้งชั่งใจ (Disinheriting) ผู้ป่วยจะสูญเสียการควบคุมตนเอง และตอบสนองต่อสิ่งเร้าโดยการขาดความยับยั้งชั่งใจ และไม่ทราบว่าการกระทำนั้นไม่เหมาะสม

6) การรับประทานอาหารที่ผิดปกติ อาจพบพฤติกรรมที่รับประทานอาหารผิดปกติ เช่น รับประทานอาหารตลอดเวลา เพราะคิดว่ายังไม่รับประทานอาหาร ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ป่วยหลงลืม

7) การเอาแต่ใจ (Intransitive) ผู้ป่วยจะมีลักษณะการเอาแต่ใจตนเอง ไม่มีความอดทนต่อการรอ เรียกร้องและบังคับให้ผู้ดูแลทำในสิ่งที่ตนเองต้องการ

8) การต่อต้าน (Negativism) ผู้ป่วยจะมีลักษณะคือ ปฏิเสธที่จะทำตามคำแนะนำซึ่งเป็นอุปสรรคในการดูแลที่เกิดขึ้นบ่อย

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า อาการและอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อมจะมีการสูญเสียความสามารถในความคิดและความจำ สติปัญญา การรับรู้ การตัดสินใจ การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ และมีความแปรปรวนของอารมณ์ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีผิดปกติทั้งทางด้านจิตใจ และพฤติกรรมไปในทางที่เสื่อมลง ระยะเวลาการเปลี่ยนแปลงอาการขึ้นอยู่กับ การดูแลเอาใจใส่ของผู้ดูแล ซึ่งในทาง การแพทย์ได้มีการแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมตามอาการและอาการแสดงที่แตกต่าง กัน

### 1.6 การจำแนกระดับความรุนแรงของอาการสมองเสื่อม

การจำแนกระดับความรุนแรงของอาการสมองเสื่อม สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ ด้วยกัน (American Psychiatric Association, 1995; กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543) ซึ่งจะต้อง พิจารณาจากจำนวนอาการ และความรุนแรงของอาการที่เป็นและผลกระทบที่ตามมา โดยแบ่งระดับ ระดับดังนี้

#### 1.6.1 ระดับที่ 1 ระดับไม่รุนแรงหรือระยะเริ่มแรกของอาการ (Mild)

อาการในระยะนี้ใช้เวลา 1-3 ปี จะมีการสูญเสียความทรงจำ ที่เห็นได้ชัดคือ การ สูญเสียความทรงจำระยะสั้น มักมีคำถามซ้ำๆ จนผิดสังเกต ผู้ป่วยจะจดจำเหตุการณ์อดีตได้ดีกว่าการใช้ คำถามต่างๆ ในการพูด การเรียกชื่อคน สิ่งของ เริ่มไม่ถูกต้อง (anomia) บางครั้งอาจต้องใช้ คำอธิบายแทนหรือเรียกชื่อใหม่เอง (paraphasia) แต่จะพบว่าผู้ป่วยยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ดูแลสุขอนามัยของตนเองได้ และยังสามารถตัดสินใจเรื่องต่างๆ ไปได้ด้วยตนเอง แต่เริ่มมีความ บกพร่องในเรื่องของการคิดเชิงซ้อน การปฏิบัติหน้าที่การงานและด้านสังคมอย่างเด่นชัด มีอาการ หลงลืมไม่มาก มีข้อบกพร่องในการแก้ไขปัญหาชีวิตประจำวันบ้าง

#### 1.6.2 ระดับที่ 2 ระดับปานกลางหรือระยะกลางของโรค (Moderate)

อาการในระยะนี้ใช้เวลา 2-10 ปี จะพบว่าผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ น้อยลง สับสนเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บกพร่องเรื่องความจำ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ ถ้า ปลดปล่อยทิ้งไว้อาจเกิดอันตรายต่อการดำรงชีวิต ถ้าไม่มีผู้คอยดูแลใกล้ชิด ซึ่งพบว่า ความจำระยะนี้มีการ เสื่อมเพิ่มมากขึ้น จำในสิ่งที่ทำเสร็จผ่านไปไม่ได้ เช่น การรับประทานอาหาร การวางของ การพูดจา ซ้ำๆ และสั้นๆ การพูดเป็นประโยคยาวๆ จะไม่รู้เรื่อง ในระยะนี้การดูแลตนเองเริ่มบกพร่อง ไม่ค่อย สนใจในเรื่องสุขลักษณะ เช่น การแปรงฟัน การหวีผม หรือการล้างหน้า การชำระการขับถ่าย การใช้ อุปกรณ์ในชีวิตประจำวันลำบากขึ้น เช่น การใช้โทรศัพท์ ระยะนี้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาต้องการ ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจะพบความผิดปกติทางจิตและอาการ แสดงทางด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหามากขึ้น ซึ่งสรุปได้ ดังต่อไปนี้

1) อาการตื่นเต้นวุ่นวาย (agitation) เป็นอาการที่พบได้มากถึงร้อยละ 85 ของ ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม มีเหตุเสริมจากการอ่อนเพลีย ได้รับการกระตุ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

มากเกินไป ไม่สามารถทำสิ่งที่ต้องการได้หรือแปลการกระทำหรือคำพูดผิดเกินไป แสดงออกมาในรูปของความก้าวร้าว กระสับกระส่าย บ่นจู้จี้ทำซ้ำซากเดินไปมาตลอด แสดงอาการอึดอัดไม่สบายใจ เช่น การถอนหายใจ ร้องคราง และร้องไห้ เป็นต้น

2) ปัญหาพฤติกรรมที่เกิดในช่วงเย็น (sundown) เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับการที่ผู้ป่วยเหนื่อยมาทั้งวัน และความสามารถในการปรับตัวต่อความเครียดลดลงในช่วงเย็น อันเนื่องมาจากแสงสว่างในช่วงเย็นลดลง การมองเห็นเริ่มไม่ชัดเจนประกอบกับการที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องในเรื่องของการได้ยินและการมองเห็นเดิมอยู่แล้ว ทำให้ผู้ป่วยมีอาการสับสนมากขึ้น ผู้ป่วยจะแสดงอาการวิตกกังวล การสับกระส่าย สับสนมากขึ้น วุ่นวาย อาจเดินหลงออกจากนอกบ้าน ซึ่งสามารถแก้ไขด้วยการเปิดไฟ และให้มีคนคอยอยู่ใกล้

3) เดินออกจากบ้านและหลงทาง (wandering) เชื่อว่าอาจเป็นผลจากความรู้สึกไม่สุขสบาย เช่น รู้สึกเร่าร้อน ไม่ทราบว่าจะทำอะไรอยู่ที่ไม่ต้องการหาใครบางคน การถูกเร้ามากเกินไป วิตกกังวล เบื่อหน่าย อาจเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้

4) หวาดระแวง/ ซ่อนของขโมยของ/ พฤติกรรมก่อความรำคาญ เมื่อผู้ป่วยสูญเสียความจำอย่างมากขึ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าไม่มั่นใจในตนเอง ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมของความเป็นเจ้าของและการควบคุม เช่น ซ่อนของตนเองหรือหีบของคนอื่นมาซ่อน สะพายกระเป๋าซึ่งบรรจุของที่ชอบไว้มาก เช่น นำของไปซ่อนอีกที่หนึ่งกล่าวหาว่ามีคนในบ้านนำเงินที่ซ่อนไป รู้สึกโกรธ และบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยลืมนี่ซ่อน ทำให้เกิดความคับข้องใจ กลัว วิตกกังวล นอกจากนั้นผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมทางเพศพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง เช่น การมีพฤติกรรมทางเพศในที่สาธารณะ ใช้คำพูดลวนลามทางเพศ

5) พฤติกรรมการติดผู้ดูแล (shadowing) เมื่อผู้ดูแลไม่อยู่ ผู้ป่วยจะมีอาการกลัวและวิตกกังวลมาก จะถามคำถามซ้ำๆ หรือทำกิจกรรม/การเคลื่อนไหวตลอดเวลา เนื่องจากเมื่อโรครุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยจะไม่สามารถคิด หรือตัดสินใจในเรื่องง่ายๆ ได้เลย

6) อาการจิตประสาทหลอน (Hallucination) ทางการมองเห็นและการได้ยิน ส่วนใหญ่จะเป็นชนิดการมองเห็น เห็นลักษณะไม่ซับซ้อน เช่น การมองเห็นสิ่งกีดขวางและพยายามก้าวข้าม อาการนี้อาจเป็นผลมาจากยา ไข้ และการติดเชื้อ

7) อาการหลงผิด (Delusion) เป็นอาการหลงบุคคลหรือสถานที่ อาการหลงผิดไม่เป็นเรื่องราวเหมือนที่พบในโรคจิตเภท

8) พฤติกรรมต่อต้าน ส่วนใหญ่จะต่อต้านกิจกรรมด้านสุขอนามัย เช่น การอาบน้ำ การแปรงฟัน หรือต่อต้านในกิจทั่วไป เช่น ไม่ยอมขึ้นรถ ไม่ยอมออกจากห้องนอน

9) พฤติกรรมการนอนผิดปกติ มีทั้งนอนมากและนอนน้อย สิ่งที่เป็นปัญหาของผู้ดูแลคือ การที่ผู้ป่วยจะตื่นในเวลากลางคืนและเดินวุ่นวายหรือทำสิ่งต่างๆ ซ้ำๆ

10) พฤติกรรมการกินผิดปกติ มักพบในระยะรุนแรงในลักษณะการรับประทานไม่หยุด ผู้ป่วยจะร้องขออาหารบ่อยมาก และสามารถรับประทานอาหารได้มากกว่าปกติ

### 1.6.3 ระยะที่ 3 ระดับรุนแรง (severe) หรือระยะสุดท้ายของโรค

อาการในระยะนี้ใช้เวลา 3-12 ปี ผู้ป่วยจะสูญเสียความจำจนไม่สามารถจำคนข้างเคียงได้ จนถึงจำชื่อตนเองไม่ได้ มีอาการมากจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ บกพร่องในการดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเองเป็นอย่างมาก สับสน ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ สูญเสียความทรงจำอย่างมาก พูดไม่รู้เรื่อง ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ กลืนอาหารโดยไม่เคี้ยว ไม่สามารถพูดได้เป็นคำๆ นอนซึมหรืออาจมีความผิดปกติจากความพิการของระบบประสาทส่วนอื่นๆ อาจเป็นอัมพาตเคลื่อนไหวไม่ได้ จนต้องกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลตลอดเวลาจนกระทั่งเสียชีวิต การเสียชีวิตมักมาจากสาเหตุ โรคปอดบวมจากการสำลักอาหารหรือเสมหะ หรือการติดเชื้อจากแผลกดทับ

สรุปได้ว่า การแบ่งระดับอาการของภาวะสมองเสื่อมนั้นจะสัมพันธ์กับความรุนแรงและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย ยังมีอาการมาก ผู้สูงอายุจะช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ทำให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลมากขึ้น

## 1.7 การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมประกอบด้วย การซักประวัติ ตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจร่างกายทางระบบประสาท การตรวจ Cognitive screening และ/หรือ specific cognitive domain และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จุดมุ่งหมายเพื่อประเมินภาวะสมองเสื่อม ประเมินความรุนแรง ติดตามโรคหรือผลการรักษา และหาสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554; สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2557) โดยมีรายละเอียดดังนี้

### 1.7.1 การซักประวัติ

การซักประวัติเป็นเรื่องสำคัญที่สุด และถือเป็นหลักใหญ่ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมเทียบเท่ากับการตรวจร่างกาย การพูดคุยกับผู้ป่วยโดยตรงมีความสำคัญที่ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยรายนี้มีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่ และอยู่ในระยะใด และการพูดคุยกับญาติ ผู้ดูแล หรือผู้ใกล้ชิดมีความสำคัญมาก (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2557) ผู้ที่สงสัยว่าผู้ป่วยอาจมีภาวะสมองเสื่อม (Bolla, Filley, and Palmer, 2000) มีอาการต่อไปนี้ 1) ความจำระยะสั้นไม่ดี เช่น ลืมสิ่งของบ่อยๆ พูดซ้ำ ถ้ามซ้ำ เป็นต้น 2) มีปัญหาในการใช้ภาษา เช่น เรียกชื่อสิ่งของ และชื่อคนคุ้นเคยไม่ถูก เป็นต้น 3) มีปัญหาเรื่องทิศทางและสิ่งแวดล้อม เช่น ขับรถแล้วหลงทางในที่ที่เคยขับได้ หรือเวลาไปไหนมาไหนคนเดียว เป็นต้น 4) มีความผิดปกติในการทำงานที่ซับซ้อน เช่น การวางแผนการทำงาน การท่องเที่ยว การใช้อุปกรณ์ต่างๆ ขายของ หรือไปธนาคาร เป็นต้น และ 5) มีความผิดปกติของอารมณ์และบุคลิกภาพ เช่น ซึมเศร้า หงุดหงิดก้าวร้าว การมีพฤติกรรมแปลกๆ ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ เห็นภาพหลอน เป็นต้น

**1.7.2 การตรวจร่างกาย** มีเป้าหมายที่สำคัญ (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556) ได้แก่ การตรวจเกี่ยวกับ 1) การตรวจเพื่อแยกระหว่างภาวะสมองเสื่อมกลุ่ม primary degenerative และ secondary dementia ออกจากกัน 2) ตรวจหาโรคร่วม (Co-morbidity) ของผู้ป่วยที่อาจส่งผลต่อการเกิดความบกพร่องของการรู้คิดได้ (cognitive impairment) 3) ตรวจสอบสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย เนื่องจากมีผลต่อการพิจารณาการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยต่อไป และ 4) ตรวจสอบการมองเห็นและการได้ยิน เนื่องจากอาจมีผลต่อการทดสอบทางจิตประสาทการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน

### 1.7.3 การตรวจทางประสาทจิตวิทยา

การตรวจทางประสาทจิตวิทยาควรครอบคลุมการทำงานของสมองในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านความใส่ใจ (attention) ความสามารถในการบริหารจัดการ (executive function) การเรียนรู้และความจำ (learning and memory) การใช้ภาษา (language) ความสามารถเกี่ยวกับมิติสัมพันธ์ (visuospatial function) และความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว (social cognition) โดยการทดสอบทางประสาทจิตวิทยานั้นมีหลายชนิด ได้แก่ การประเมินการรู้คิด (cognition) ในภาพรวม เช่น TMSE, MMSE, MMSE-Thai 2002, Seven minutes test, MOCA, IQCODE หรือ RUDAS เป็นต้น หรือเป็นการตรวจเฉพาะด้าน (specific cognitive domain) เช่น การตรวจ verbal fluency test, clock drawing test เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการประเมินโดยละเอียด ซึ่งต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญในการตรวจ เช่น comprehensive neuropsychological tests เป็นต้น (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2557)

### 1.7.4 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ (2557) ได้กำหนดเกณฑ์ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม โดยการเจาะเลือดเพื่อตรวจ CBC Glucose Electrolyte BUN/Cr Liver function test และอื่นๆ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่แนะนำให้ทำเพื่อหาสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมที่รักษาได้ และวางแผนการรักษา



ชนิดของการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ	วัตถุประสงค์
CBC พร้อมดู peripheral blood smear	เพื่อหา hypersegmented neutrophils และ megaloblasts ซึ่งพบในภาวะขาดวิตามินบี 12 (vitamin B12 deficiency) และ ความผิดปกติอื่นของเลือดๆ เช่น anemia เป็นต้น
Fasting plasma glucose	เพื่อตรวจหาภาวะน้ำตาลผิดปกติ
Electrolyte	เพื่อตรวจหาระดับเกลือแร่ผิดปกติในเลือด
BUN / creatinine	เพื่อตรวจหาความผิดปกติในการทำงานของไต
Liver function test	เพื่อตรวจหาความผิดปกติในการทำงานของตับ, ภาวะพิษสุราเรื้อรัง, alcoholic liver disease
freeT4, TSH	เพื่อตรวจหาภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (hypothyroidism)
Serum VDRL หรือ RPR	เพื่อตรวจหาโรคซิฟิลิส
CT scan หรือ MRI brain	เพื่อตรวจหาสาเหตุ reversible dementia

ที่มา: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ (2557)

### 1.7.5 เกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมนิยมใช้หลักเกณฑ์ของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4<sup>th</sup> Edition (DSM-IV) (1995) ดังนี้

1) การทำงานของสมองด้านเชาว์ปัญญาบกพร่อง (Cognitive deficits) แสดงออกทั้ง 2 ข้อ ได้แก่ (1) ความจำเสื่อมลง (Memory impairment) เป็นการเสื่อมในความสามารถที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ หรือการระลึกถึงเรื่องที่ผ่านมา และ (2) มีความผิดปกติด้านเชาว์ปัญญา (Cognitive disturbance) อย่างน้อย 1 ด้าน ดังนี้ ความผิดปกติด้านการใช้ภาษา (Aphasia) เช่น ไม่สามารถบอกชื่อสิ่งของได้ การสูญเสียทักษะในการทำกิจกรรม (Apraxia) โดยที่ไม่ได้เกิดจากความผิดปกติของ Motor system และ Extrapyrmidal system การไม่รับรู้ในสิ่งที่เคยรู้มาก่อน (Agnosia) เช่น เห็นสิ่งของแล้วไม่รู้ว่าเป็นอะไร เห็นหน้าคนคุ้นเคยแต่นึกว่าหน้าไม่ออก เป็นต้น และ/หรือ ความผิดปกติในการบริหารจัดการ (Disturbance of executive function) ได้แก่ ความผิดปกติในการวางแผนงาน (planning) การจัดระบบงาน (organizing) เรียงลำดับงาน (sequencing) การคิดอย่างเป็นนามธรรม (abstract thinking)

2) ความบกพร่องด้านเชาว์ปัญญาปัญญาที่เกิดขึ้นในข้อ 1) และ 2) มีมากถึงกับส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ทางสังคมหรือการประกอบอาชีพ และมีระดับความสามารถที่ลดลงจากเดิม

3) ความผิดปกติเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป และทรุดลงเรื่อยๆ

4) ความผิดปกติด้านเซวาร์ปัญญา โดยไม่มีสาเหตุมาจากอาการทางระบบประสาทส่วนกลางอื่นๆ ระบบอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดภาวะสมองเสื่อม หรือสารเคมี หรือยาอื่นๆ ที่กระตุ้นให้เกิดอาการ

5) ความผิดปกติที่เกิดขึ้นไม่ได้อยู่ในขณะที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium)

6) ความผิดปกติไม่ได้มาจาก Axis I Disorder เช่น Depression หรือ Schizophrenia

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การชักประวัติเป็นเรื่องสำคัญที่ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่ และอยู่ในระยะใด ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจึงเป็นบุคคลสำคัญในการช่วยให้ผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว และถูกต้อง โดยการให้ข้อมูลกับแพทย์เกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ดูแลเป็นผู้ที่จะสังเกตเห็นถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุมากที่สุด ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาอย่างทันที่

### 1.8 การรักษาภาวะสมองเสื่อม

ถึงแม้ว่าการแพทย์จะมีความเจริญก้าวหน้าในปัจจุบัน อย่างไรก็ตามสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมยังไม่ทราบแน่ชัด ทำให้การป้องกันและการรักษายังไม่ประสบความสำเร็จ ยาที่มีอยู่ในปัจจุบันใช้เพื่อชะลอการดำเนินของโรคเท่านั้น ดังนั้นแนวทางในการดูแลรักษาภาวะสมองเสื่อมในปัจจุบันแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้ (รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2543; สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2551)

#### 1.8.1 การรักษาโดยใช้ยา (Pharmacological treatment) ได้แก่

1) การใช้ยาเพื่อรักษาตามอาการ เนื่องจากปัญหาสมองเสื่อมเกิดจากการขาดสารเคมี acetylcholine จึงมีการใช้ยาเพื่อเพิ่ม acetylcholine ได้แก่

(1) Donepezil เป็นยา acetylcholinesterase inhibitor ออกฤทธิ์ต่อ acetylcholinesterase ในสมองมากขึ้น มีผลข้างเคียงต่อดับและอวัยวะอื่นน้อย

(2) Rivastigmine เป็นยา acetylcholinesterase inhibitor ออกฤทธิ์คล้าย Donepezil ยานี้มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วย

2) การใช้ยาเพื่อป้องกันหรือชะลอความเสื่อมของสมอง เช่น

(1) ยาด้านอนุมูลอิสระ เนื่องจากอนุมูลอิสระมีส่วนการทำลายเซลล์สมองเป็นอย่างมาก ดังนั้นการใช้ในกลุ่มนี้เพื่อชะลอความเสื่อมทางสมองในผู้ป่วยสมองเสื่อมซึ่งได้แก่ Vitamin E และ selegiline

(2) ฮอโมนเอสโตรเจน เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนที่ได้รับ Estrogen ทดแทน มีอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ

(3) ยาด้านการอักเสบ จากข้อมูลทางระบาดวิทยาสันับสนุนว่ายาด้านการอักเสบช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้

(4) สมุนไพรจากใบแปะก๊วย (Ginkgo biloba) ยังไม่พบกลไกการออกฤทธิ์ที่แน่ชัด จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยานี้มานาน 1 ปี มีอาการของภาวะสมองเสื่อมดีขึ้นเล็กน้อย

(5) Vaccine ปัจจุบันพบว่าการฉีดวัคซีนป้องกันการสร้าง amyloid protein ในสัตว์ทดลองสามารถยับยั้งการเกิดพยาธิสภาพการเกิดภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นความหวังในการผลิตวัคซีนของมนุษย์ในอนาคต

1.8.2 การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological treatment) การรักษาและบำบัดโดยไม่ใช้ยา เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นมากที่จะต้องนำมาใช้ควบคู่กับการใช้ยาเพื่อให้ได้ผลดีที่สุดในการรักษาโรคสมองเสื่อม โดยมีอยู่หลายรูปแบบ วิธีการรักษาโดยไม่ใช้ยา (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548) มีดังนี้

1) การออกกำลังกาย มีหลายประเภท เช่น การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) หรือการออกกำลังกายแบบไท่ จี้ ชีงก ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวโดยใช้กล้ามเนื้อขนาดใหญ่ อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน ร่วมกับการออกกำลังกายเพื่อสร้างกล้ามเนื้อให้แข็งแรง (Strength training) ทำให้การแสดงออกด้านพฤติกรรม และการเรียนรู้ของผู้ป่วยดีขึ้น และยังสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสมองเสื่อมอีกด้วย

2) การรักษาที่เน้นเกี่ยวกับการรับรู้ ได้แก่ Cognitive training, Reality, Orientation therapy เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล รวมทั้งพฤติกรรมแสดงออกของตนเอง หรือการฝึกความจำ (Memory training) ใช้ได้ผลในผู้ป่วยที่มีอาการสมองเสื่อมไม่มาก การได้ยิน และสายตาดี

3) การรักษาที่เน้นด้านอารมณ์ ได้แก่ หวนระลึกถึงความหลัง (Reminiscence therapy) ซึ่งเป็นการกระตุ้นความจำ และอารมณ์โดยใช้ประสบการณ์ในอดีตของผู้ป่วยด้วยการใช้อุปกรณ์ เช่น รูปภาพ ดนตรี และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับอดีตของผู้ป่วย เป็นต้น

4) การรักษาที่เน้นพฤติกรรม ได้แก่ การใช้ดนตรีบำบัด (Music therapy) สามารถช่วยให้อาการก้าวร้าว อาการวุ่นวาย และอาการเดินไปมาอย่างไร้จุดหมายลดลงได้ หรือการใช้สุนทรบำบัด (Aromatherapy) ช่วยลดอาการก้าวร้าว อาการวุ่นวาย และทำให้สมรรถภาพด้านร่างกายของผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวผิดปกติดีขึ้น

5) การรักษาที่เน้นผู้ดูแลและครอบครัว ได้แก่ การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง การทำกลุ่มศึกษา (Group psychoeducation) การให้คำปรึกษา และการสนับสนุน

ผู้ดูแลเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม หรือการให้บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ สามารถลดภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลของผู้ดูแลได้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และผู้ป่วยดีขึ้น

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า สาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยคือโรคสมองเสื่อม ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายเป็นปกติได้ การรักษาจึงมีเป้าหมายเพื่อชะลอการดำเนินโรคให้ช้าลงเท่านั้น ดังนั้นในการรักษา ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญคือ การดูแลให้ญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการรักษาโดยไม่ใช้ยาซึ่งต้องทำควบคู่กันเพื่อกระตุ้นการรู้คิดของญาติผู้สูงอายุ เพื่อชะลอให้การดำเนินโรคเป็นไปอย่างช้าที่สุด

## 2. การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม

เมื่อผู้สูงอายุในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อมและอยู่ในภาวะพึ่งพาจึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลให้การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา รวมถึงการฟื้นฟูความจำและการการออกกำลังกาย เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อยึดติดและดูแลให้ผู้สูงวัยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สำหรับเนื้อหาส่วนนี้ ผู้วิจัยขอเสนอ ความหมายของผู้ดูแล ประเภทของผู้ดูแล แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยสมาชิกครอบครัว ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### 2.1. ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแล มาจากภาษาอังกฤษที่พบได้บ่อย เช่น “Carer” นิยมใช้ในสหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ หรือ “Caregiver” นิยมใช้ในสหรัฐอเมริกา (ศิริพันธ์ุ สาสัตย์, 2555) จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ได้อธิบายความหมายของผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลที่บ้าน ซึ่งได้แก่ ญาติ หรือบุคคลในที่นี้อาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแม้แต่บุคคลสำคัญในชีวิต

จอม สุวรรณโณ (2541) ได้อธิบายความหมายของผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าจ้าง

ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ และคณะ (2543) ได้อธิบายความหมายของผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นญาติหรือเพื่อนที่ไม่สามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้ เป็นผู้ที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมในด้านการแลมาก่อน ไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน และให้การดูแลด้วยใจรักและเอื้ออาทร ดังนั้นผู้ดูแลอาจเป็นคู่สมรส ลูก หลาน ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนบ้าน

กล่าวโดยสรุปว่า ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตของผู้รับการดูแลซึ่งอาจเป็นคู่สมรส บิดามารดา บุตร พี่น้อง ที่ให้การดูแลผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล ซึ่งผู้ดูแลในงานวิจัยนี้หมายถึง

พยาบาลวิชาชีพที่มีความเกี่ยวข้องในฐานะบุตรหรือเป็นญาติสายตรงกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยทำหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือรางวัล

## 2.2 ประเภทของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้ดูแลแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ ตามความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแล (รุจา ภูไพบูลย์, 2540; ศิริพันธุ์ สาส์ตย์, 2554) ดังนี้

2.2.1 ผู้ดูแลแบบเป็นทางการ (formal carers/ caregiver) หมายถึง กลุ่มผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ และไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น พยาบาล ทีมสุขภาพ ผู้ช่วยการดูแล จากศูนย์ที่ให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน (care assistant) กลุ่มองค์กรต่างๆ ที่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน โดยอาจไม่รับหรือรับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลก็ได้ตามข้อตกลง

2.2.2 ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (informal carers/ caregiver) หมายถึง กลุ่มผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว คู่สมรส ลูกหลาน ญาติ เพื่อน เป็นต้น โดยให้การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันต่างๆ แก่ผู้ป่วยโดยไม่ผ่านการอบรมมาก่อน และไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล แต่เป็นการดูแลจากความรัก ความสำนึกในบุญคุณ หรือหน้าที่ ในผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ ยังสามารถ จำแนกได้ 2 ประเภทตามระดับของเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล และการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย (Parker, 1992; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) คือ

1) ผู้ดูแลหลัก (Main carers/ caregiver หรือ Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น

2) ผู้ดูแลรอง (Secondary carers/ Caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่นซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถกระทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ประเภทของผู้ดูแลถูกแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ตามความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแล คือ ผู้ดูแลแบบเป็นทางการและแบบไม่เป็นทางการ ผู้ดูแลในงานวิจัยนี้ถูกจัดอยู่ในประเภทผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ เนื่องจากพยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความเกี่ยวข้องในฐานะบุตรหรือญาติสายตรงกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และถูกจัดอยู่ในประเภทผู้ดูแลหลัก เนื่องจากเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าสมาชิกในครอบครัวรายอื่น

## 2.3 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยสมาชิกครอบครัว

ครอบครัวเป็นหน่วยย่อยที่เล็กที่สุดในสังคม ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มคนที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือโดยการแต่งงาน มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจ เป็นหน่วยย่อยทางของสังคมที่มีความคงทนที่สุด เป็นสถาบันที่สำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ และเป็นสถาบันที่จะสร้างสมาชิกใหม่ให้กับสังคมในรูปของเด็กเกิดใหม่และอบรมให้เด็กเหล่านั้นเข้ากับสังคมได้ ครอบครัวจึงมีความสำคัญในฐานะเป็นแหล่งกำเนิดและบ่มเพาะให้มนุษย์ดำเนินชีวิตต่อไปได้ผ่านการขัดเกลาในหลายๆ ลักษณะเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวได้เจริญเติบโตทั้งทางร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม รวมไปถึงอบรมสั่งสอนศีลธรรมจรรยาเพื่อให้มนุษย์ดำรงอยู่ในสังคมได้ ขณะเดียวกัน ครอบครัวให้ความรัก ความอบอุ่น ตอบสนองความต้องการทางจิตใจ และผลิตสมาชิกใหม่ให้แก่สังคม (จิตตินันท์ เดชะคุปต์ และ ญัฐชญา พวงทอง, 2554) ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นหน่วยของสังคมที่มีความสำคัญ ดังนี้

### 2.3.1 ความสำคัญของครอบครัว

สุพัตรา สุภาพ (2534) ได้กล่าวถึงความสำคัญของครอบครัวไว้ดังนี้

1) สร้างสรรค์สมาชิกใหม่ (reproduction) เพื่อให้สังคมสามารถดำรงอยู่ได้ การมีสมาชิกใหม่ต้องมีให้สมดุลกับทรัพยากรภายในประเทศ

2) บำบัดความต้องการทางเพศ (sexual gratification) ซึ่งออกมาในรูปแบบของการสมรส จึงเป็นการลดปัญหาทางเพศบางอย่าง เช่น การข่มขืน การสมรสจึงเป็นสิ่งจำเป็นในสังคมที่มีการจัดระเบียบ เพราะ การสมรสคือวิธีการหนึ่งที่สังคมเข้ามาควบคุมความสัมพันธ์ให้อยู่ในขอบเขต

3) เลี้ยงดูผู้เยาว์ให้เจริญเติบโตขึ้นในสังคม (maintenance of immature children) ครอบครัวมีหน้าที่เลี้ยงดูบุตรตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งเติบโตใหญ่ การเลี้ยงดูจากที่อื่นแม่ทำได้ก็ไม่ดีเท่ากับครอบครัว ครอบครัวจึงเป็นสถาบันที่สำคัญมากต่อระบบการพัฒนาทางร่างกายและจิตใจของเด็ก เป็นสถานที่ที่เลี้ยงดูเด็กทำให้เป็นคนที่เจริญเติบโตสมบูรณ์ไม่ให้เกิดปัญหาสังคม

4) ให้การอบรมสั่งสอนแก่เด็ก ให้รู้จักระเบียบของสังคม (socialization) ครอบครัวเป็นแหล่งการอบรมเบื้องต้นที่มีอิทธิพลต่อเด็กมากที่สุด เป็นสถาบันเดียวที่เตรียมตัวเด็กให้ออกไปเผชิญกับสิ่งแวดล้อม ช่วยอบรมเด็กให้รู้จักกฎหมาย คุณค่า แบบแผนของความประพฤติ เป็นต้น และยังสอนให้เด็กปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมในสังคม

5) กำหนดสถานภาพ (social placement) ทั้งสถานภาพที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิด เช่น เป็นคนรวย เป็นลูกพ่อค้า เป็นลูกชานา สถานภาพอาจเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นอยู่กับสังคมที่บุคคลนั้นเป็นสมาชิกอยู่

6) ให้ความรักความอบอุ่น (affection) ครอบครัวเป็นแหล่งที่ให้สมาชิกได้รับความรัก ความอบอุ่นอย่างบริสุทธิ์ใจ เป็นแหล่งที่ให้หลักประกันว่าจะมีคนที่เราจริงและรักเรา

เสมอ ครอบครัวจึงเป็นแหล่งให้ความรัก ความคุ้มครองทางจิตใจให้แก่สมาชิก ทำให้สมาชิกมีพลังใจ ในการฝ่าฟันอุปสรรคต่างๆ ได้

### 2.3.2 ความสำคัญของครอบครัว

คณะอนุกรรมการด้านครอบครัว (2537) ได้กล่าวถึงว่ามีความสำคัญ เหมือนกันต่อสมาชิกหลายประการ ได้แก่

- 1) ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานแรกที่สุดของมนุษย์ และเป็นสถาบันที่ เก่าแก่ที่สุดในโลกที่ทำหน้าที่ในการหล่อหลอมความเป็นมนุษย์ของสมาชิกใหม่ในครอบครัว
- 2) การอบรมเลี้ยงดูจากครอบครัว และให้การศึกษาในครอบครัว มีอิทธิพล ต่อระดับคุณภาพของคน และบุคลิกภาพ ซึ่งรวมทั้งค่านิยม เจตคติ และพฤติกรรมของเด็กและ เยาวชน วิถีชีวิตของสมาชิกในครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อกัน โดยเฉพาะในเด็กและเยาวชน ครอบครัว เป็นบ่อหลอมความคิด ค่านิยมต่างๆที่สำคัญ
- 3) เป็นหน่วยของสังคมพื้นฐาน ที่ประกอบด้วยวิถีชีวิตของสมาชิกทุกคน วิถี ชีวิตนี้รวมทั้งด้านเศรษฐกิจ การเมือง การศึกษา ศิลปวัฒนธรรม และจริยธรรม ซึ่งมีผลต่อคุณภาพ ของสังคม
- 4) ครอบครัวเป็นหน่วยเศรษฐกิจพื้นฐานของสังคม ที่สามารถจุนเจือเด็ก และเยาวชน ที่ยังต้องการพึ่งพาผู้อื่นในวัยเยาว์
- 5) ปัญหาสังคมบางประการจะป้องกันได้โดยสถาบันครอบครัว สถาบัน ครอบครัวยุคใหม่รวมตัวกันได้ จะเป็นกลุ่มพลังชุมชนที่สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาของตนเองได้

### 2.3.3 ความสำคัญของครอบครัวในการจัดการด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย

มัลลิกา มัติโก (2530) ได้กล่าวว่า ครอบครัวเป็นระบบที่มีความสมบูรณ์ใน ตัวเอง และมีความสามารถในการจัดการด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ ครอบครัวจึงมี หน้าที่ด้านสุขภาพ ดังนี้คือ

- 1) ครอบครัวมีหน้าที่ที่จะต้องดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ไปจนถึงการวินิจฉัยโรคที่ซับซ้อน รวมไปถึงการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ตลอดจน การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และบุคลากรสาธารณสุข
- 2) ครอบครัวต้องให้การส่งเสริมสุขภาพแก่สมาชิกในครอบครัวทุกคน และ ช่วยแบ่งเบาภาระของสมาชิกที่ป่วย
- 3) ครอบครัวสามารถใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ง่าย ๆ เช่น ยา ปรอท เครื่องวัดความดันโลหิต แก้วไอ้เข็น ในการวินิจฉัยโรคและทำการรักษาเบื้องต้น

4) ครอบครัวต้องให้ความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพแก่สมาชิกซึ่งครอบครัวสามารถหาความรู้ความชำนาญได้จากแหล่งข่าวสารด้านสุขภาพต่างๆ ทั้งทางหนังสือ วิทยุ และโทรทัศน์

5) ครอบครัวมีอำนาจในการเลือก และตัดสินใจว่าควรจะให้การดูแลในรูปแบบใดที่จะไม่เป็นอันตรายแก่สมาชิกในครอบครัว ตลอดเป็นผู้กำหนดวิธีการและการปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสมถูกต้องแก่สมาชิกเมื่อเจ็บป่วย

กล่าวโดยสรุปว่า ความสำคัญของครอบครัว คือ เป็นสถาบันทางสังคมที่ทำหน้าที่สร้างสมาชิกใหม่ให้แก่สังคม ให้การอบรม เลี้ยงดู ส่งเสริมและดูแลสุขภาพ รวมทั้งให้ความรักความอบอุ่นแก่สมาชิกในครอบครัว อย่างไรก็ตาม สมาชิกแต่ละคนในครอบครัวยังมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกันในการเกื้อกูลสมาชิกอื่นในครอบครัวด้วย

### 2.3.3 บทบาทและหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว

สำนักคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ (2537) ได้ให้ความหมายของบทบาท หมายถึง การแสดงออกถึงฐานะและตำแหน่งของบุคคล โดยบุคคลหนึ่งอาจมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว สมาชิกครอบครัว พ่อ แม่ ลูก เป็นต้น ไม่ว่าจะอยู่ในบทบาทใด แต่ละบทบาทต้องปฏิบัติตามสิทธิและหน้าที่ของสถานภาพที่ตนดำรงอยู่ในบทบาทนั้น ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

#### 1) บทบาทหน้าที่ของพ่อแม่

ศักดิ์พิสุทธิ์ อัครสิริธีรกุล (2544) ได้กล่าวว่า บทบาทของพ่อแม่คือ แบบแผนพฤติกรรมการแสดงออก หรือหน้าที่ของพ่อแม่ที่ควรกระทำต่อครอบครัวและลูก ซึ่งบทบาทของพ่อแม่ที่พึงกระทำต่อลูกนั้น มีหลายบทบาทด้วยกัน ซึ่งอาจสรุปได้ว่า บทบาทของพ่อแม่ต่อลูก (กาญจนา ลุศนันท์, 2557; พรทิพย์ เกยุรานนท์ และ พรทิพย์ เชิดชูพงศ์ล้ำ, 2551) ดังนี้

(1) การให้ความเจริญเติบโตทางด้านร่างกายและจิตใจ พ่อแม่มีหน้าที่ต้องให้ความเอาใจใส่ลูกทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ในด้านร่างกายเป็นความจำเป็นในอันดับแรกของชีวิต ในขณะที่ลูกยังช่วยตัวเองไม่ได้ พ่อแม่มีหน้าที่ต้องดูแลหาอาหาร เครื่องนุ่งห่ม และดูแลยามเจ็บไข้ได้ป่วย ในด้านจิตใจก็ได้แก่การให้ความรู้สึกรับรู้สึกลูก สอนให้ลูกรู้สึกถึงการเจริญเติบโตด้วยความเป็นมิตร มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดความสัมพันธ์ที่เหนียวแน่น เกิดความภูมิใจกับสถานภาพของตนเองในครอบครัว

(2) การอบรมสั่งสอน พ่อแม่มีหน้าที่ต้องปลูกฝังให้ลูกสามารถควบคุมตัวเองและปรับตัวให้เข้ากับสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านการเข้าสังคม มารยาทสังคม การอยู่ร่วมกับผู้อื่นเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ เป็นผู้อบรมสั่งสอนลูกให้ตั้งอยู่ในความดี มีคุณธรรม ตักเตือนไม่ให้ลูกทำผิดหรือทำในสิ่งที่ไม่ดี และสอนให้เห็นคุณค่าของเวลา เพื่อสร้างและพัฒนาบุคลิกภาพของลูกให้ดี



(3) การสนับสนุนการศึกษาและความรู้แก่ลูกในอันที่จะให้มีพัฒนาการที่ดี และมีความก้าวหน้าในอนาคต และเป็นผู้ปกป้องคุ้มครองและดูแลลูกให้มีความปลอดภัยจากภัยอันตรายต่างๆ ไม่ทำร้ายร่างกายและจิตใจลูก และคอยช่วยเหลือแก้ไขปัญหาลูก

(4) การเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ลูกในด้านต่างๆ เพื่อให้ลูกเป็นคนดี มีจริยธรรม สามารถดำรงชีวิตในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้ และแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมตามบทบาทของตนในสังคม

(5) การสร้างบรรยากาศที่ดีให้แก่ครอบครัว ด้วยการจัดการเวลาให้กับลูก ในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันอย่างสนุกสนานเพลิดเพลิน เพื่อให้ลูกเกิดความสุขและสนุกสนาน

กล่าวโดยสรุปว่า บทบาทของบิดามารดา คือ เป็นผู้อบรมเลี้ยงดู ให้ความรักและความเอาใจใส่ เพื่อให้บุตรมีความเจริญเติบโตทางด้านร่างกายและจิตใจ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ รวมถึงการเป็นแบบอย่างที่ดีให้ลูกได้ปฏิบัติตามเพื่อให้เป็นคนดีของสังคมต่อไป

## 2) บทบาทหน้าที่ของบุตร

ในช่วงแรกของชีวิตบิดามารดามีหน้าที่ต้องดูแลบุตร แต่ในช่วงท้ายของชีวิตแล้วบุตรก็มีหน้าที่ต้องดูแลบิดามารดาเป็นการตอบแทน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมไทยให้ความสำคัญกับเรื่องนี้มาก ดังนั้น บุตรจึงมีหน้าที่ที่ควรปฏิบัติต่อบิดามารดา คือ บุตรพึงบำรุงมารดา-บิดา ด้วยสถาน 5 ดังปรากฏ ใน สังคาลกสูตร พระไตรปิฎกฉบับหลวง เล่ม ๑๑ ข้อที่ ๑๙๙ หน้า ๑๔๔ (กรมการศาสนา, 2525) ดังนี้ 1) ท่านเลี้ยงเรามา เราจักเลี้ยงท่านตอบ 2) จักรับทำกิจของท่าน 3) จักดำรงวงศ์สกุล 4) จักปฏิบัติตนให้สมควรเป็นผู้รับทรัพย์มรดก และ 5) เมื่อท่านละไปแล้ว จักตามเพิ่มให้ทักษิณา ส่วนหนังสือวิธีใช้หนี้พ่อแม่และหน้าที่ของเด็ก โดยพระธรรมสิงหบุราจารย์ (2555) ได้กล่าวถึงพระคุณของพ่อแม่ มีใจความหนึ่งว่า “หากจะเอาท้องฟ้ามาเป็นกระดาด เอาเขาพระสุเมรุมาคมาเป็นปากกา เอาน้ำในมหาสมุทรมาเป็นน้ำหมึก จดจารึกพรณาคณพ่อแม่ไปจนกว่าจักสิ้นกระดาดและน้ำหมึก ก็ไม่สามารถจะพรณาคณพ่อแม่ไว้ครบถ้วน” อาศัยเหตุผลดังกล่าวนี้ ลูกทุกคนจึงมีหน้าที่ปฏิบัติต่อพ่อแม่ ดังนี้ 1) พ่อแม่ได้เลี้ยงเรามาแล้ว ก็เลี้ยงท่านตอบ 2) ช่วยทำกิจการงานของพ่อแม่ 3) ดำรงวงศ์ตระกูลของพ่อแม่ 4) ประพฤติตนให้เป็นคนสมควรรับทรัพย์มรดกของพ่อแม่ 5) เมื่อพ่อแม่ล่วงลับไปแล้วก็ทำบุญอุทิศให้ท่าน 6) มั่นอยู่ในความกตัญญูตเวทีต่อพ่อแม่ และ 7) เชื่อฟังและปฏิบัติตามคำสั่งของพ่อแม่ในทางที่ถูกต้องเคร่งครัด

กาญจนา ลุศนันท์ (2560) ได้กล่าวถึงหน้าที่ของบุตรไว้ ดังนี้ 1) ให้ความเคารพเชื่อฟัง และปฏิบัติตามความคำสั่งสอนด้วยความจริงใจ 2) เมื่ออยู่ในวัยเรียนก็ตั้งใจศึกษาเล่าเรียน หากความรู้ยังเต็มความสามารถ เพื่อจะได้นำความรู้ที่ได้รับมาปรับปรุง พัฒนาการดำรงชีวิต และประกอบอาชีพสำหรับเลี้ยงชีวิตในอนาคต 3) ช่วยเหลืองานด้วยความเต็มใจ โดยไม่หลบเลี่ยง เกียจคร้านให้ผู้อื่นทำ 4) ปฏิบัติตนเป็นคนมีระเบียบวินัย มีกิริยามารยาทงดงาม ช่วยรักษาเกียรติยศของวงศ์ตระกูล 5) ดูแลบิดามารดาและผู้มีพระคุณ เมื่อถึงยามท่านแก่ชราหรือเมื่อเวลาอันสมควร

พรทิพย์ เกษุรานนท์ and พรทิพย์ เชิดชูพงศ์ล้ำ (2551) ได้กล่าวถึงบทบาทของลูกต่อพ่อแม่ ไว้ดังนี้ 1) เป็นผู้คอยช่วยเหลือพ่อแม่ในการทำกิจกรรมต่างๆ ในบ้าน 2) เป็นผู้ให้ความรัก ความเอื้ออาทร ความกตัญญู และความเอาใจใส่ดูแลพ่อแม่เป็นอย่างดี โดยเฉพาะพ่อแม่อยู่ในวัยสูงอายุจะต้องคอยเลี้ยงดูเป็นอย่างดี 3) เป็นผู้ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่พ่อแม่ได้มอบหมายให้ทำอย่างเต็มความสามารถ และให้พ่อแม่ชื่นใจ เช่น ถ้าอยู่ในวัยเรียนก็ตั้งใจเรียน หรือการทำกิจของพ่อแม่ไม่ให้เกิดพร่อง เป็นต้น 4) เป็นผู้ปฏิบัติตนเป็นคนดีของครอบครัวและสังคม ที่สมควรแก่การดำรงวงศ์ตระกูล หรือรักษาวงศ์ตระกูลไม่ให้เกิดเสียหาย 5) เป็นผู้หาเลี้ยงพ่อแม่ยามที่สูงอายุหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ 6) เป็นผู้คอยรับฟังปัญหาและให้คำแนะนำแก่พ่อแม่ยามที่พ่อแม่ต้องการ และ 7) เป็นเพื่อนพ่อแม่ในยามที่พ่อแม่ต้องการ โดยเฉพาะในช่วงที่พ่อแม่อยู่ในวัยสูงอายุ

กล่าวโดยสรุปว่า บทบาทหน้าที่ของบุตรต่อบิดามารดา คือ การเชื่อฟังและปฏิบัติตามคำสั่งสอนของท่าน ให้ความรักดูแลเอาใจใส่โดยยึดมั่นความกตัญญูกตเวที ดำรงวงศ์ตระกูล และทำบุญอุทิศส่วนกุศลเมื่อท่านได้ล่วงลับไปแล้ว

### 2.3.4 การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว

ผู้สูงอายุในประเทศไทยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.9) อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีลักษณะครอบครัวขยายประกอบไปด้วยบุคคล 2 คนขึ้นไป (มาลินี วงษ์สิทธิ์ และ ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2541) เช่น คู่สมรส ลูก หลาน และญาติๆ ทั้งนี้อาจได้รับอิทธิพลมาจากค่านิยมของสังคมไทยที่มีการยกย่องผู้ใหญ่ เพราะถือว่าผู้ใหญ่เป็นผู้มีอายุมาก ทำงานมานาน ได้รู้ได้เห็นประสบการณ์ในชีวิตมามาก โดยทั่วไปบิดามารดา ผู้ปกครองจะสอนลูกหลานเสมอว่า ต้องมีสัมมาคารวะ คือรู้จักที่ต่ำที่สูง รู้จักรุ่นพี่รุ่นน้อง รุ่นน้องต้องเชื่อฟังรุ่นพี่ หรือแม้แต่ผู้อื่นที่เราไม่ได้มีความสัมพันธ์กันเลย คนไทยมักจะเรียกผู้ที่มีอาวุโสกว่าว่า พี่ ป้า น้า อา เป็นต้น ซึ่งแสดงว่าคนไทยยกย่องนับถือความเป็นผู้ใหญ่และความอาวุโส และเป็นการแสดงความมีสัมพันธภาพต่อกัน (สุมาลา ดาวงาม, 2553) และศาสนาพุทธที่สอนให้คนทดแทนบุญคุณบุพการี หรือแสดงความกตัญญูกตเวทีตา โดยการเลี้ยงดูท่านเป็นการตอบแทนเมื่อท่านมีอายุสูงขึ้น (Klausner, 1987; Knodel, Saengtienchai, and Sittitrai, 1995) นอกจากนี้ ศาสนายังสอนเรื่องบาปบุญคุณโทษและกฎแห่งกรรม ทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว ที่มีอิทธิพลต่อระบบความคิดและการดำเนินชีวิตของคนไทย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) จนกลายเป็นวัฒนธรรมและประเพณีไทยในการดูแลผู้สูงอายุ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554) ประกอบกับในปัจจุบันรัฐบาลมีนโยบายการบริการทางการแพทย์โดยส่งเสริมให้มีการดูแลในชุมชน (care in the community) จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในประเทศไทยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชน (ประภา ชีวีโรจน์, 2553) ขณะเดียวกันผู้สูงอายุส่วนใหญ่ก็ประสงค์จะอาศัยอยู่และได้รับการดูแลจากลูกหลานมากกว่าไปอาศัยในสถานบริบาล (วรรณลักษณ์ เมียนเกิด, 2549) และต้องการความเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว โดยคาดหวังว่าครอบครัวจะเป็นแหล่งให้ความรักความอบอุ่นและที่พักพิงสุดท้ายในชีวิต (เตือนใจ

ภักดีพรหม, 2548; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ครอบครัวจึงเป็นเครือข่ายสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน

Bower (2004) ได้แบ่งการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว ออกเป็น 5 ประเภท คือ

1) การดูแลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น (Anticipatory caregiving) ได้แก่ การตัดสินใจ การปฏิบัติที่ขึ้นกับความต้องการในอนาคตของผู้สูงอายุที่ผู้ดูแลคิดเผื่อไว้ว่าอาจจะเกิดขึ้น การดูแลเช่นนี้มีผลกระทบต่อผู้ดูแล เช่น การปรับกิจกรรมของตนเองเพื่อให้พร้อมที่จะจัดการหากเกิดเหตุการณ์

2) การดูแลแบบป้องกัน (Preventive caregiving) เป็นการดูแลที่มีจุดประสงค์เพื่อป้องกันความเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บและความเสื่อมทางด้านร่างกายและจิตใจ การดูแลในขั้นตอนนี้จะมีการติดตามอย่างใกล้ชิด เช่น การดูแลให้ได้รับประทานยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน การตรวจสอบว่าได้รับอาหารอย่างเพียงพอ

3) การดูแลแบบบริหารจัดการ (Supervisory caregiving) เป็นการดูแลที่มุ่งไปที่การตรวจสอบ การบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความมั่นใจ โดยผู้ดูแลจะกระทำอยู่เงียบๆ เพื่อปกป้องความรู้สึกภาคภูมิใจและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ เช่น การติดต่อโรงพยาบาล การพาไปพบแพทย์

4) การดูแลแบบช่วยเหลือกิจกรรมที่ซับซ้อน (Instrumental caregiving) เป็นการดูแลที่ขึ้นกับภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ เช่น การช่วยทำงานบ้านต่างๆ การไปซื้อของให้

5) การดูแลแบบปกป้อง (Protective caregiving) เป็นการดูแลเพื่อปกป้องผู้สูงอายุจากสาเหตุที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (สมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า) เช่น การดูแลสุขอนามัย การแต่งตัว การรับประทานอาหารเช้า

สุพัตรา ศรีวินชชากร และคณะ (2556) ได้อธิบายว่า ครอบครัวและคนในชุมชนเป็นกลุ่มคนที่มีความสนิทสนมกับผู้สูงอายุมากที่สุด มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือ ค่านิยมความกตัญญูกตเวที ดูแลเอาใจใส่บุพการี หรือผู้สูงอายุด้วยความเคารพ รัก เยี่ยมเยียน พุดคุย และให้กำลังใจ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุคลายเหงา และมีความสุขได้ระดับหนึ่ง ดังนั้น ครอบครัวจึงเป็นกลุ่มที่ให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม 5 มิติ ประกอบด้วย

1) บทบาทในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเน้นการดูแลสุขภาพทั่วไป และกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน/ ติดเตียง ซึ่งจะต้องให้ความช่วยเหลือ และดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน ครอบคลุมทุกอย่าง ตั้งแต่เรื่องอาหารการกิน แต่งตัว ทำความสะอาดร่างกาย การใช้ห้องน้ำห้องส้วม การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน ซึ่งจะต้องสลับเวลาในการร่วมกันดูแล เนื่องจากมีภาระต้องทำมาหากิน หรือมีธุระต้องทำ รวมไปถึงการนอนเฝ้าเวลากลางคืน

2) บทบาทในการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวันสำหรับผู้สูงอายุ อาทิ ให้เงินใช้ รับผิดชอบดูแลค่าใช้จ่ายในบ้าน เช่น ค่ากับข้าว ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่ารักษาพยาบาล หรือจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่างๆ สำหรับการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง เช่น กระดาษชำระ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป เป็นต้น

3) บทบาทในการดูแลอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ คือ จัดเตรียมและทำอาหารให้ผู้สูงอายุทั่วไป และผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว

4) บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุตามบรรทัดฐานและค่านิยมที่ดีของวัฒนธรรมไทย คือ ประณินบัติ ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุทั้งยามปกติยามเจ็บป่วย รวมถึงไปเยี่ยมเยียน พุดคุย และให้กำลังใจ

5) บทบาทในการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ โดยการจัดบ้าน สภาพแวดล้อม บรรยากาศทั้งในบ้านและรอบๆ บ้าน จัดหาเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ อาทิ ความสะอาด ฝุ่นละออง

Browning and Hogstel (1994 อ้างถึงใน ลิขิตธรณ อุณนาภิรักษ์, 2552) ได้กล่าวถึงงานและความรับผิดชอบของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

- 1) พาผู้สูงอายุไปรับการตรวจรักษา ซื่อของใช้ และร่วมกิจกรรมสังคม
- 2) ช่วยเหลือค่าใช้จ่ายต่างๆ
- 3) ช่วยดูแลงานบ้าน
- 4) ช่วยซื้อหาอาหารสดและแห้งให้ และ/หรือจัดเตรียมอาหารให้
- 5) ดูแลประคับประคองด้านจิตใจ เช่น ให้ความเวลาพุดคุย รับฟัง ให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า

6) ให้การดูแลตามความบรื่องด้านร่างกายโดยช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ ช่วยแต่งตัว ช่วยในการขับถ่าย พาเดิน และให้การดูแลรักษาเฉพาะแต่โรค เช่น จัดยา กายภาพบำบัด

7) ช่วยเหลือให้ได้รับบริการจากระบบสุขภาพ ประสานงานกับบริการทางสุขภาพ และพาผู้สูงอายุไปรับบริการตามนัด

8) จัดให้ได้รับบริการรักษาพยาบาล เช่น ฉีดยา ทำแผล สวมปัสสาวะ

9) ช่วยเหลือทดแทนความบกพร่องในการรับรู้และความสามารถของผู้สูงอายุ เช่น ช่วยอ่านหนังสือให้ฟังสำหรับผู้บกพร่องทางสายตา ช่วยเขียนหนังสือให้สำหรับผู้สูงอายุที่มีมือสั่น

10) ป้องกันผู้สูงอายุจากการถูกรังแก หรือทำให้เกิดความเสียหาย

11) ให้การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ เช่น เป็นเพื่อนไปทำบุญที่วัด ช่วย  
ให้ประกอบพิธีกรรมต่างๆ อ่านหนังสือธรรมะให้ฟัง

กล่าวโดยสรุปว่า การที่ประเทศไทยมีค่านิยมเคารพยกย่องผู้อาวุโสกว่า และความ  
ยึดมั่นในพระพุทธศาสนาที่สอนให้บุตรทดแทนบุญคุณบุพการี จึงทำให้บุตรมีการแสดงความกตัญญู  
กตเวทิตาโดยการเลี้ยงดูท่านเป็นการตอบแทนเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ประกอบกับนโยบายการบริการทาง  
การแพทย์ที่ส่งเสริมให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน สมาชิกในครอบครัวจึงเป็น  
บุคคลสำคัญที่มีหน้าที่เลี้ยงดูผู้สูงอายุ โดยความรับผิดชอบนั้นประกอบด้วย การช่วยเหลือในการทำ  
กิจวัตรประจำวัน การจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิต การดูแลสุขภาพของ  
ผู้สูงอายุทั้งในสภาวะปกติ และเจ็บป่วยเพื่อให้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และการสนับสนุนด้านจิต  
วิญญาณ

#### 2.4 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยสมาชิกในครอบครัว

ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ทำให้การทำงานของสมองถดถอย  
บกพร่อง ส่งผลให้มีปัญหาในด้านการรู้คิด ความจำ การตัดสินใจ การวางแผน ความสามารถในการ  
ประกอบกิจวัตรประจำวันและการเข้าสังคม จึงก่อให้เกิดภาวะพึ่งพา การดูแลจึงต้องใช้เวลาอย่างมาก  
ใกล้ชิดต่อเนื่อง และเป็นภาระต่อครอบครัวตลอดชีวิต (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) ผู้ดูแลต้องอดทน  
ต่อสภาพอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างต่อเนื่องและยาวนาน (Sheehan and Nuttal,  
1998) ส่งผลให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม (วนรัตน์ สิงใส, 2555;  
ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์ และคณะ, 2543) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมอง  
เสื่อมโดยสมาชิกในครอบครัวต้องครอบคลุมในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

##### 2.4.1 การดูแลเรื่องการรู้คิด

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมี  
ปัญหาในด้านการรู้คิด ซึ่งเป็นปัญหาที่มักพบเป็นอันดับแรกและเด่นชัดที่สุด (กนกพร หมูพัยค์,  
2544) ผู้ดูแลอาจมีวิธีการต่างๆ ที่จะช่วยกระตุ้นความจำของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ดังนี้ (วีร  
ศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556)

- 1) จัดสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยไม่เปลี่ยนที่วางสิ่งของบ่อยๆ เช่น ตำแหน่งเตียง  
โต๊ะกินอาหาร ตู้เสื้อผ้า
- 2) จัดตารางปฏิบัติกิจวัตรที่แน่นอนโดยเรียงลำดับกิจกรรมที่ต้องทำในแต่ละ  
วัน
- 3) จัดให้มีปฏิทิน นาฬิกา และป้ายบอกเวลากลางวันกลางคืนขนาดใหญ่ไว้ใน  
ที่ที่ผู้สูงอายุมองเห็นเด่นชัด (เฉลิมชาติ วรรณพุกษ์, 2543)

4) ให้เข้ากลุ่มฟื้นฟูความจำ (Remotivation group) เพื่อรับรู้สิ่งที่เป็นจริง ทั้งบุคคล เวลา สถานที่ และรู้จักตนเอง ทาวิธีแก้ไขปัญหาต่างๆ รวมทั้งในกิจกรรมประจำวันของตนเอง

5) ควรมีการพูดคุยสื่อสารกับผู้สูงอายุอย่างกระชับให้ได้ใจความอย่างชัดเจน และแนะนำให้ญาติหรือผู้ดูแลพูดคุยกับผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัยและสบายใจ

6) ควรเน้นย้ำเป็นระยะให้ผู้สูงอายุรับทราบวัน เวลา สถานที่ และบุคคลที่สำคัญๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น ญาติ ผู้ดูแล และทีมแพทย์พยาบาลที่ให้การรักษา

7) กระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงประวัติเรื่องราวของบุคคลในครอบครัว เช่น มีอัลบั้มรูปถ่ายของครอบครัวให้ผู้สูงอายุดูเพื่อความเพลิดเพลิน

8) ควรเปิดวิทยุหรือโทรทัศน์เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุรับรู้การเปลี่ยนแปลงของโลกภายนอกและคลายความวิตกกังวล

9) ใช้ป้ายบอกชื่อ เขียนชื่อของที่จำเป็นต้องใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อให้ผู้สูงอายุไม่ลืมของตนเอง

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ปัญหาด้านการรู้คิดเป็นปัญหาที่ลำบากในการแก้ไข เนื่องจากเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของโรคผู้สูงอายุจะจำอะไรไม่ได้แม้แต่ผู้ดูแลเอง สูญเสียการรับรู้เรื่องเวลา สถานที่ และบุคคล ดังนั้นผู้ดูแลนอกจากจะมีบทบาทสำคัญในการดูแลเรื่องการรับประทานยาเพื่อชะลอการดำเนินโรคของภาวะสมองเสื่อมแล้ว การกระตุ้นการรู้คิดก็เป็นการดูแลที่สำคัญที่ต้องปฏิบัติควบคู่กันเพื่อช่วยชะลอการดำเนินของโรคให้ช้าที่สุด

#### 2.4.2 การดูแลปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์

ผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมในบางครั้งจะมีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าว รับประทานอาหารเลอะเทอะ ใช้มือหยิบจับอาหารแทนช้อน ชอบถามคำถามเดิมซ้ำๆ กลางคืนไม่ยอมนอน เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรม การจัดการกับปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์กับผู้สูงอายุแต่ละคนอาจใช้ไม่ได้ผลเหมือนกัน โดยดูตามสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละรายไป ตัวอย่างการดูแลปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556) มีดังนี้

1) ปัญหาการสื่อสาร ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะค่อยๆ สูญเสียทักษะทั้งการพูด การใช้คำ การเรียบเรียงประโยค และจะลืมชื่อคน สถานที่ อาจจะพูดคำเดิมซ้ำไปซ้ำมา เมื่อมีอาการมากขึ้นจะไม่สามารถเข้าใจคำพูดได้ (เฉลิมชาติ วรรณพฤษ, 2543) การลดปัญหาการสื่อสารสามารถทำได้ดังนี้

(1) เวลาพูดคุยกับผู้สูงอายุควรสบตา มองหน้าใกล้ชิดพอสมควร จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่นมากขึ้นและคิดว่าเราสนใจอยู่

(2) ต้องอดทนในการสื่อสาร เวลาพูดควรพูดช้าๆ ชัดๆ ใช้คำพูดที่เข้าใจง่าย และอาจต้องพูดหลายๆ ครั้ง เพราะผู้สูงอายุอาจมีปัญหาเรื่องการได้ยิน จะได้มองปากและฟังตามทัน

(3) พยายามเรียกชื่อผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิด ความรู้สึกที่ดีให้เกียรติ รวมทั้งเตือนความจำของผู้สูงอายุด้วย

(4) อย่าวิจารณ์หรือล้อเลียนผู้สูงอายุต่อหน้าคนอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลาที่ผู้สูงอายุทำอะไรไม่ได้ อย่าทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอาย

(5) พยายามพูดคุยเรื่องราวในอดีต ลำดับขั้นตอนที่ผู้สูงอายุคุ้นเคยมาสู่ปัจจุบัน

(6) หลีกเลี่ยงการถามคำถามที่รู้ว่าผู้สูงอายุตอบไม่ได้ เนื่องจากจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความบกพร่องในเรื่องความจำและเกิดความวิตกกังวลมากขึ้น

(7) ควรทำสัญลักษณ์เพื่อช่วยเตือนความจำของผู้สูงอายุ

(8) ไม่ควรทำโทษผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุอาจเกิดความรู้สึกผิดหรือรู้สึกไม่เต็มใจนำไปสู่การเกิดอาการทางจิตได้

2) ปัญหาการไม่ยอมนอนในเวลากลางคืน ปัญหานี้จะพบได้ในผู้ที่เริ่มสับสนด้านการรับรู้วัน เวลา และสถานที่ และจะเป็นปัญหามากขึ้นในผู้ที่มีปัญหาด้านความจำ (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543) อาการดังกล่าวจะรุนแรงมากขึ้นเมื่อสมองเสื่อมยิ่งเสื่อมลง การลดปัญหาการไม่ยอมนอนในเวลากลางคืนสามารถทำได้ดังนี้ (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556)

(1) ถ้าผู้ป่วยนอนกลางวันมาก พยายามให้ทำกิจกรรม หลีกเลี้ยงยาที่อาจทำให้ห้ง่วงตอนกลางวัน ผู้ดูแลอาจต้องปรับการนอนให้สอดคล้องกับผู้ป่วย

(2) ถ้าผู้ป่วยไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย ให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายบ้าง เช่น เดินในช่วงบ่ายแก่ๆ

(3) ให้ผู้ป่วยเข้าห้องน้ำให้เรียบร้อยก่อนเข้านอน

(4) ให้มีแสงไฟเพียงพอในห้องนอนและห้องน้ำ

(5) วางอุปกรณ์สำหรับช่วยขับถ่ายไว้ข้างเตียง

(6) ถ้าผู้ป่วยตื่นมาแล้วสับสนไม่รู้ว่าจะอยู่ที่ไหนเวลาใด ให้บอกผู้ป่วยอย่าง

สงบ

(7) จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการนอนหลับ

(8) ดูแลความปลอดภัยในส่วนต่างๆ ของบ้าน เช่น ประตู่ บันได เตาแก๊ส

(9) หลีกเลี้ยงคาเฟอีน (ชา กาแฟ)

(10) การใช้นอนหลับอาจทำให้มีอาการสับสนมากขึ้นจึงควรปรึกษาแพทย์

3) การมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าว สาเหตุอาจเกิดจากความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ หรือพฤติกรรมก้าวร้าวเดิมของผู้สูงอายุก่อนเกิดอาการสมองเสื่อม อาจเกิดจากผู้สูงอายุมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน การรับรู้สิ่งต่างๆ ผิดไปจากความเป็นจริง หรือควบคุมอารมณ์ไม่ได้ (เฉลิมชาติ วรรณพฤษ, 2543) การแสดงอารมณ์โกรธของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มักจะมากเกินปกติเมื่อมีเหตุการณ์มากระตุ้น เช่น หาของบางอย่างไม่เจอ จำไม่ได้ว่าวางของไว้ที่ไหน หรือระแวงว่ามีคนขโมยไป การลดปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวสามารถทำได้ดังนี้ (พนัส ธัญญะกิจไพศาล, 2544; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556)

(1) เมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ดูแลต้องยอมรับว่าเป็นอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ไม่ควรแสดงความไม่พอใจหรือโต้แย้ง และถอยออกจากปัญหา มองว่ากำลังเกิดอะไรขึ้น

(2) พยายามจัดสิ่งของเครื่องใช้ในบ้านให้อยู่ในที่ที่เคยอยู่ตลอดเวลา หลีกเลี่ยงการย้ายตำแหน่งให้มากที่สุด

(3) เมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอาการ และกำลังค้นหาสิ่งของที่ต้องการไม่เจอด้วยอารมณ์ที่โมโห ผู้ดูแลอาจจะเข้าไปค่อยๆ ช่วยหาและอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้น หากมีโอกาสอาจจะเบนความสนใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไปสู่เรื่องอื่นๆ

(4) อธิบายให้คนที่ผู้ป่วยเจอบ่อยๆ ว่าผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อม แต่ไม่อันตรายและไม่ได้เป็นบ้า

4) การกลั้นอุจจาระปัสสาวะไม่อยู่ (Incontinence) ปัญหาการกลั้นอุจจาระ ปัสสาวะไม่อยู่ มีสาเหตุเนื่องมาจากกล้ามเนื้อหูรูดของท่ออุจจาระหย่อนยานลง ทำให้การกลั้นอุจจาระทำได้ไม่ดี เมื่อร่วมกับอาการของภาวะสมองเสื่อมที่มีความบกพร่องในการรับรู้ ทำให้หาห้องน้ำไม่พบ ผู้สูงอายุจึงขับถ่ายเรี่ยราด การลดปัญหาการกลั้นอุจจาระปัสสาวะไม่อยู่ทำได้ดังนี้

(1) ควรจัดให้ห้องนอนของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ใกล้กับห้องน้ำ เปิดไฟให้สว่างตลอดเวลาเพื่อความสะดวกในการลุกเข้าห้องน้ำได้และมีความปลอดภัย

(2) ทำเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์บอกทิศทางในการไปห้องน้ำให้ชัดเจน อย่าให้มีสิ่งกีดขวาง ไม่ควรขัดหรือทาน้ำมันจนลื่น

(3) จัดบันทึกเวลาในการขับถ่ายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เป็นประจำ เพื่อจะได้ประมาณเวลาที่พวกเขาเข้าห้องน้ำได้ทันก่อนการอุจจาระเรี่ยราด

(4) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเข้าห้องน้ำห้องส้วมให้เป็นเวลา เช่น หลังตื่นนอนตอนเช้า หลังอาหารทุกครั้ง และก่อนนอน เป็นต้น



(5) ดูแลการดื่มน้ำในปริมาณที่พอเหมาะ เช่น วันละ 6-8 แก้ว ถ้าดื่มน้ำมากเกินไป ร่างกายจะขับออกมาทางปัสสาวะ รบกวนการประกอบกิจกรรมอื่นของผู้สูงอายุได้

5) พฤติกรรมชอบเที่ยวออกนอกบ้านและหลงทาง (wandering) การเดินออกนอกบ้านทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหายออกจากบ้าน เสี่ยงต่ออันตรายได้มาก สาเหตุอาจมาจากภาวะ distractibility, กระสับกระส่าย (restlessness) หรืออาการด้านรับรู้ทิศทางผิดปกติ (visuospatial ability) (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556) การลดปัญหาพฤติกรรมเที่ยวออกนอกบ้านและหลงทำได้นี้ (Sorrentino and Gorek, 2007)

(1) เตรียมการป้องกันเหตุการณ์ไว้ล่วงหน้า เนื่องจากเหตุการณ์นี้อาจจะเกิดขึ้นได้เสมอ

(2) ดัดข้อมูลของผู้ป่วยที่มีข้อความว่าบุคคลนี้มีภาวะสมองเสื่อม ถ้าผู้ใดพบเห็นให้ติดต่อได้ที่ไหน โดยอาจติดไว้กับเสื้อ กางเกง สร้อยคอ หรือข้อมือ

(3) ถ่ายรูปผู้สูงอายุเก็บไว้ทุก 6 เดือน เพื่อให้ได้รูปถ่ายที่ใกล้เคียงตัวจริงมากที่สุด

(4) แจ้งเพื่อนบ้านให้ทราบเพื่อช่วยเป็นหูเป็นตาในบางโอกาส

(5) ไม่ควรห้ามผู้สูงอายุไม่ให้เดินไปไหน แต่ควรมั่นใจว่าในบริเวณที่ผู้สูงอายุเดินไป มา เป็นบริเวณที่ปลอดภัย

6) การเปลี่ยนผ้าในที่สาธารณะ สาเหตุที่เกิดขึ้นอาจเกิดขึ้นจากความอ่อนล้า ง่วงนอน ต้องการเข้าห้องน้ำ แต่เนื่องจากมีปัญหาด้านความจำ หรือความสับสนในเรื่องวัน เวลา สถานที่ เช่น คิดว่าสถานที่ในขณะนั้นเป็นบ้านของตนเองหรือเป็นห้องน้ำ หรือบางรายที่สวมเสื้อผ้าที่ไม่คุ้นเคยจะมีความคิดว่าไม่ใช่ของตนเองจึงไม่ยอมใส่และจะถอดทิ้ง การลดปัญหาเปลี่ยนผ้าในที่สาธารณะทำได้นี้

(1) ค้นหาสาเหตุ ไม่ตกใจ หรือตอบสนองต่อปัญหาเกินเหตุ ค่อยๆ เบนความสนใจจากอาการนั้น พร้อมกับช่วยสวมเสื้อผ้าอีกครั้ง

(2) ค่อยๆ ถามถึงสิ่งที่คุณสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องการจะทำ พร้อมกับช่วยเหลือและอธิบายสิ่งที่เข้าใจผิดด้วยความสุภาพ ไม่ควรตำหนิหรือทำให้ผู้สูงอายุอับอาย

(3) เปลี่ยนรูปแบบของเสื้อผ้าที่สวมใส่ ให้ถอดได้ยากขึ้น

(4) ปรีกษาแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ

7) อาการหูแว่ว ประสาทหลอน อาการเหล่านี้เกิดจากการทำงานผิดปกติจากภาวะสมองเอง ยาบางชนิด หรือภาวะแทรกซ้อนบางอย่าง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเมื่อมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอนทำได้นี้ (Sorrentino and Gorek, 2007; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556)

(1) ให้แพทย์ช่วยประเมินถึงสาเหตุ อธิบายให้ผู้สูงอายุเข้าใจถึงสิ่งที่เกิดขึ้นว่าถึงแม้จะเป็นเรื่องผิดปกติ แต่ไม่ใช่เรื่องอันตราย

(2) ถ้าอาการไม่เป็นอันตรายต่อชีวิต และความปลอดภัยของของผู้สูงอายรรวมทั้งคนใกล้ชิด ควรลอบผู้สูงอายุว่าไม่ต้องตกใจกับสิ่งที่เกิดขึ้น

(3) สื่อสารกับผู้ป่วยโดยตรง ไม่พูดลับหลังหรือพูดต่อหน้าเหมือนผู้ป่วยไม่มี

(4) เบี่ยงเบนความสนใจ ชวนคุยเรื่องอื่นๆ

(5) หลีกเลี่ยงการพูดว่าสิ่งที่ผู้ป่วยเห็นหรือได้ยินไม่เป็นจริง เช่น ผู้ป่วยบอกว่าเห็นตนแปลกหน้าในห้องนอน อาจพูดว่า “สิ่งที่เห็นคือม่านหน้าต่าง”

(6) เมื่ออาการเป็นมากขึ้น และรบกวนผู้ป่วยหรือบุคคลใกล้ชิด ผู้ดูแลควรพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์เพื่อประเมินถึงสาเหตุ และทำการรักษา

8) การรับประทานอาหารที่ผิดปกติ ภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ผิดปกติ เกิดภาวะขาดสารอาหาร เนื่องจากความสามารถในการรับประทานอาหารลดลง เนื่องจากไม่สามารถจำชนิดของอาหาร ความชอบและความอยากอาหารลดลง เมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้สูงอายุจะไม่สามารถหยิบจับอาหารเข้าปากตัวเองได้ และมีปัญหาการเคี้ยวและการกลืนตามมาในที่สุด การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเมื่อมีการรับประทานที่ผิดปกติทำได้ดังนี้ (ศูนย์สมเด็จพะสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ , 2554)

(1) ควรพาผู้สูงอายุไปพบทันตแพทย์ เพื่อตรวจและแก้ไขปัญหาสุขภาพในช่องปากแต่เนิ่นๆ

(2) ปรีกษาแพทย์ว่ามีสาเหตุของการไม่รับประทานที่ตรวจพบได้หรือไม่ เช่น ปัญหาการเคี้ยวการกลืน ความผิดปกติของอารมณ์หรือโรคแทรกซ้อนอื่นๆ

(3) พยายามจัดบรรยากาศของการรับประทานให้คงเดิมสม่ำเสมอ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องช่วงเวลา สถานที่ (รวมถึงตำแหน่งเก้าอี้) ชนิดของอาหาร

(4) ยืดหยุ่นอารมณ์ของผู้สูงอายุบ้างไม่จำเป็นต้องตรงเวลาทุกครั้ง

(5) ลดความใส่ใจกับวิธีการรับประทานอาหารบ้าง อาจมีการหกเลอะเทอะในบางครั้ง

(6) อาจปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับโภชนาการของอาหาร ว่าควรเสริมอาหารประเภทใด เพื่อให้ผู้สูงอายุได้คุณค่าทางอาหารครบ

9) การแสดงพฤติกรรมซ้ำๆ การมีพฤติกรรมซ้ำๆ เป็นพฤติกรรมที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยมีการแสดงออกของพฤติกรรมซ้ำๆ ทั้งทางร่างกาย

(Repetitive action) เช่น การล้างมือ การนับสิ่งของ และการแสดงออกทางคำพูด (Repetitive question) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเมื่อมีการแสดงพฤติกรรมซ้ำๆ ทำได้ดังนี้

(1) ควรมีการประเมินลักษณะรูปแบบการแสดงออกของพฤติกรรม รวมทั้งปัจจัยต่างๆ ที่มากระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการแสดงพฤติกรรมออกมา

(2) ถ้าผู้สูงอายุต้องการจัดการกับสิ่งของอย่างใดอย่างหนึ่งด้วยมือของตนเองพยายามหากิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการดังกล่าวโดยมีลักษณะที่คล้ายๆ กัน เช่น อาจเปลี่ยนให้ไปล้างจาน ซักผ้า หรือพับกระดาษ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีการแสดงออกพฤติกรรมที่เหมาะสม (Burgener, 1998)

(3) ในระหว่างที่มีการสนทนา หากผู้สูงอายุพูดในลักษณะซ้ำไปซ้ำมา ผู้ดูแลไม่ควรแสดงกิริยาอาการที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกกังวล ควรปรับเปลี่ยนความสนใจไปเรื่องอื่นแทน (Parnetti, 2000)

(4) พยายามใช้คำหรือวลีสั้นๆ แต่ได้ใจความในการตอบคำถามของผู้สูงอายุและในกรณีที่มีการถามซ้ำบ่อยๆ การเขียนข้อความลงในบัตรคำ จะสามารถช่วยลดภาระในการตอบคำถามของผู้สูงอายุในระดับหนึ่ง (Bourgeois, 1997)

(5) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ฟังเพลงที่ผู้สูงอายุชื่นชอบ จะสามารถช่วยลดความถี่ของการแสดงพฤติกรรมทั้งที่อยู่ในลักษณะของการกระทำและคำพูด (Helmes, 2006)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมเกิดจากอาการและอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อม เช่น การสูญเสียความทรงจำ การรับรู้เกี่ยวกับวันเวลา สถานที่บกพร่อง เป็นต้น ส่งผลให้การดูแลไม่ราบรื่นและส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องมีความเข้าใจ และความอดทนเป็นอย่างมากจึงจะสามารถดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีความสุข

#### 2.4.3 การดูแลด้านกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

จากการการทบทวนวรรณกรรม ผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงไปเรื่อยๆ ตามความรุนแรงของโรค ดังนั้นผู้ดูแลจึงควรให้ความช่วยเหลือตามความจำเป็นเท่าที่ผู้สูงอายุต้องการโดยมีหลักปฏิบัติในการจัดการด้านกิจวัตรประจำวัน มีดังนี้ (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556; สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2557)

1) ในแต่ละวันผู้ดูแลต้องวางแผนในการช่วยผู้ป่วยว่ากิจกรรมใดบ้างที่เหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วยแต่ละคน โดยจัดรูปแบบการดูแลที่สม่ำเสมอไม่เปลี่ยนแปลงไปเปลี่ยนมา

- 2) อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าต้องทำอะไรด้วยภาษาที่ง่าย ไม่ซับซ้อน
  - 3) ควรให้ความเคารพนับถือผู้ป่วยเหมือนเป็นผู้ใหญ่คนหนึ่ง
  - 4) พยายามให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสช่วยเหลือตนเองหรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน
  - 5) ควรอธิบายเหตุผลของการทำกิจกรรมนั้นๆ ถ้าผู้ป่วยยังสามารถเข้าใจ
  - 6) คำถามควรเป็นแบบให้เป็นผู้เลือก ประมาณ 2-3 ตัวเลือก และหลีกเลี่ยงการถามคำถามปลายเปิด
  - 7) ใช้ภาษากายช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าใจง่ายขึ้น และเริ่มทำกิจกรรม
  - 8) ควรให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้นๆเสร็จ โดยการขอบคุณหรือชมเชย หลีกเลี่ยงการวิจารณ์ทางลบ
  - 9) ผู้ดูแลควรใจเย็น ให้เวลาผู้ป่วยในการทำกิจกรรม และคอยช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อจำเป็นเท่านั้น
  - 10) ผู้ดูแลควรสร้างบรรยากาศที่สนุกสนาน ระหว่างการทำกิจกรรม อย่าปล่อยให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียด หรือเหนื่อยเพลีย
  - 11) คอยสังเกตว่าวิธีการดูแลอย่างไรที่ผู้ป่วยชอบและไม่ชอบ
- จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การดูแลกิจวัตรประจำวันของญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ในบางเรื่อง ผู้ดูแลควรสนับสนุนให้ญาติผู้สูงอายุได้ปฏิบัติด้วยตนเอง ส่วนในรายที่ไม่สามารถปฏิบัติได้เลยผู้ดูแลควรให้การส่งเสริมให้ญาติผู้สูงอายุได้ทำกิจวัตรประจำวันให้นานที่สุดเพื่อรักษาความมีคุณค่าในตนเอง ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องมีความเข้าใจญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อที่จะได้ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง

#### 2.4.4 การดูแลความปลอดภัยให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและสิ่งแวดล้อม

จากการทบทวนวรรณกรรม การดูแลความปลอดภัยของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและสิ่งแวดล้อม มีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมสิ่งกระตุ้นรอบๆ ตัวของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม ช่วยส่งเสริมให้เป็นไปตามเป้าหมายในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ รวมถึงการอยู่อาศัยในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย โดยมีหลักการในภาพรวม (Maria and Mary, 2006; สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2557) ดังต่อไปนี้

- 1) ลดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อาการเลวลง เช่น เสียงรบกวน
- 2) ติดสัญลักษณ์ หรือตัวหนังสือบอกตำแหน่งห้องน้ำ เลือกใช้นาฬิกาตัวเลขขนาดใหญ่

3) แสงสว่างเพียงพอ ติดตั้งหลอดไฟที่สว่างขึ้นเองโดยอัตโนมัติในบริเวณ มุมมืดที่เดินผ่านบ่อยๆ เช่น บันได และทางเดิน

4) เตียงนอน เก้าอี้ โถส้วมมีความสูงพอเหมาะ ไม่เตี้ยเกินไป

5) พยายามให้ผู้ป่วยพักอาศัยที่ชั้นล่างของบ้าน ในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้อง ขึ้นลงแต่ละชั้นของบ้าน ทางเดิน และบันได ควรมียารวจับตลอด ชั้นบันไดสม่ำเสมอ และติดตั้งแถบกัน ลื่นบริเวณชั้นบันได และใช้สีที่แตกต่างกับสีพื้นในชั้นแรก และชั้นสุดท้ายเพื่อช่วยในการรับรู้ความลึก ของบันได

6) พื้นห้องสม่ำเสมอและไม่ลื่น จุดเชื่อมต่อระหว่างห้องควรอยู่ระดับ เดียวกัน หลีกเลี่ยงธรณีประตู ไม่ควรมีสื่อของเกะกะ เช่น พรมเช็ดเท้า สายไฟฟ้า

7) ควรระวังอุบัติเหตุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการหกล้มจากการทำกิจกรรม ต่างๆ ภายในบ้านและนอกบ้าน เช่น การทำครัว การดูแลเด็กเล็ก การดูแลสัตว์เลี้ยง การสะดุดสิ่งกีด ขวาง

8) ห้องนอนมีขนาดพอเหมาะ ไม่ใหญ่เกินไป ให้พักคนเดียวหรือพักร่วมกับ ผู้ดูแล

9) ห้องน้ำกว้าง พอสำหรับการมีผู้ดูแลช่วยเหลือ ควรแยกส่วนแห้ง ส่วน เปียก พื้นควรใช้วัสดุที่ป้องกันการลื่น อุปกรณ์อาบน้ำควรอยู่ในระดับสายตาเพื่อให้สะดวกในการใช้ มี ราวสำหรับจับยึดเกาะ ไม่มีขั้นหรือธรณีประตู ห้องน้ำควรเป็นทางลาด มีประตูใหญ่พอที่รถเข็นเข้าได้ ประตูห้องน้ำสามารถเปิดจากด้านนอกได้ เข้าถึงได้ง่าย แต่ยังคงมีความเป็นส่วนตัว ห้องน้ำควรอยู่ ใกล้ห้องนอน

10) ควรใช้วัสดุกันห้อง โดยหลีกเลี่ยงกระจก หรือกระจกเงา

11) ใช้เฟอร์นิเจอร์มีความเป็นระเบียบต่อการใช้งาน และมั่นคง มีเท้าที่ จำเป็น สูงจากพื้น มองเห็นง่าย ไม่ลื่น เลี้ยงสิ่งของมีล้อ

12) ป้องกันไฟไหม้ น้ำร้อนลวกจากอุปกรณ์ต่างๆ เช่น ปลั๊กไฟ อุปกรณ์ไฟฟ้า เต้าแก๊ส เครื่องทำน้ำร้อน

13) ยาและสารเคมีควรจัดเก็บไว้ในที่มิดชิด

14) เก็บสิ่งของขึ้นเล็กๆ ที่อาจเอาเข้าปากและจมน้ำ ซึ่งอาจทำให้เกิด อันตรายได้

15) ให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ไม่ควรย้ายเฟอร์นิเจอร์หลักหรือย้ายที่อยู่ อาศัย เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยสับสนมากขึ้น แนะนำให้ใช้ของใช้ที่บ่งบอกตัวผู้ป่วยหรือความหลังหาก เป็นไปได้ เช่น รูปที่ผู้ป่วยคุ้นเคย ภาพบุคคลที่เป็นที่รัก คนในครอบครัว ภาพกิจกรรมที่มีความสุข

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การดูแลความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลต้องตระหนัก เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ และลดสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของญาติผู้สูงอายุ นำมาซึ่งการมีสุขอนามัยที่ดีและมีความปลอดภัย ตลอดจนลดภาวะพึ่งพาทำให้ญาติผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

#### 2.4.5 ผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นเรื่องที่ยากมากกว่าการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ (สิริพร มินะนันท์, 2552) เนื่องจากผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะขาดความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และมีพฤติกรรมอารมณ์ที่แปรปรวน จนเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตในสังคม ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลตนเองได้ ทำให้เป็นภาระต่อครอบครัวตลอดชีวิต (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) โดยมีรายละเอียดดังนี้ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554)

**1) ผลกระทบด้านบวก** ผู้ดูแลส่วนใหญ่เกิดความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากต้องการให้การดูแล การได้รับความเพลิดเพลินได้เรียนรู้เพิ่มขึ้น (Kramer, 1997) นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีเหตุผลหลายประการในการให้การดูแลผู้ป่วย (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554) ดังนี้

(1) การได้ทดแทนบุญคุณ การดูแลผู้ป่วยในบริบทสังคมไทยได้รับอิทธิพลจากศาสนาพุทธ ทำให้ผู้ดูแลมีเหตุผลในการดูแลเพื่อทดแทนพระคุณที่เคยได้รับและมีความเต็มใจที่จะให้การดูแลต่อไป

(2) การได้ทำหน้าที่ที่พึงกระทำในฐานะเป็นสามี/ภรรยาหรือเป็นลูกหลาน

(3) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลดีขึ้น เนื่องจากผู้ดูแลมีเวลาใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยให้ความรักแก่ผู้ดูแลมากขึ้น

**2) ผลกระทบทางลบด้านจิตใจ** เป็นภาวะเครียดและความรู้สึกลทางอารมณ์ของผู้ดูแล (Psychological problem) (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554) ได้แก่

(1) อารมณ์เศร้า (Sad) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อมีการสูญเสียของที่ตนรักไป ผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกสูญเสียญาติของตนไปต่างๆ ที่ยังมีชีวิตอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยจำผู้ดูแลไม่ได้ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ รู้สึกไม่มีแรง

(2) ความรู้สึกผิด (Guilt) บางครั้งผู้ดูแลอาจโกรธทะเลาะกับผู้ป่วย เนื่องจากไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล หรือทำกิจกรรมต่างๆ แล้วมักจะรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเองภายหลัง

(3) ความโกรธ (Anger) ผู้ดูแลอาจโกรธผู้ป่วย โกรธตนเอง หรือโกรธเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาล หรือโกรธสถานพยาบาลที่ไม่สามารถให้การรักษาหรือดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้

(4) ความรู้สึกอับอาย (Embarrassment) ผู้ป่วยสมองเสื่อมนอกจากมีปัญหาด้านความจำแล้วยังมีปัญหาทางด้านพฤติกรรม บางครั้งผู้ป่วยมีการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะทำให้อับอายได้

(5) ความรู้สึกโดดเดี่ยว (Lonely) คือ ภาวะที่ต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมงทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสไปพบปะเพื่อนฝูง ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกโดดเดี่ยวอยู่เสมอ

(6) ความเครียด (Stress) จากการศึกษาของ วรณิภา บุญระยอง (2543) พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นญาติร้อยละ 86.2 มีความเครียด เนื่องจากต้องรับภาระในการดูแลสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศซึ่งพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความเครียดร้อยละ 76.9 (Bruce et al., 2005)

**3) ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Physiological problem)** ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักจะทำหน้าที่เพียงคนเดียว ไม่ได้มีการสับเปลี่ยน ทำให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกาย การศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของ Bruce et al. (2005) พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมประสบกับปัญหาสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 72.4 โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป พบว่าเกิดผลกระทบทางด้านร่างกายร้อยละ 90 ส่วนผู้ดูแลวัยรุ่นพบผลกระทบทางด้านร่างกายร้อยละ 58 ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ดูแลจำแนกได้ ดังนี้

(1) ปวดหลัง (Back pain) ปวดต้นคอ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักบ่นว่ามีอาการปวดหลัง ปวดต้นคอ ปวดเมื่อยตามร่างกาย อันเนื่องมาจากการยกหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยวิธีที่ไม่ถูกต้องและเกินกำลัง

(2) อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เนื่องจากผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีปัญหาในการนอนไม่หลับ ทำให้ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลกระทบต่อการให้การดูแลผู้ป่วยได้

(3) มีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น ด้วยภาวะที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา โรคประจำตัวที่เป็นอยู่มีอาการกำเริบ และอาจมีปัญหาสุขภาพอื่นๆ เพิ่มมากขึ้น

**4) ผลกระทบทางด้านสังคมเศรษฐกิจ (Socioeconomic problem)**  
ได้แก่

(1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน เช่น อาจเปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลาไปเป็นทำงานบางเวลา หรือบางรายต้องเสียสละลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเต็มเวลา

(2) รายได้ลดลง ถ้าผู้ดูแลมีการปรับลักษณะการทำงานหรือต้องลาออกจากงานเพื่อให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมย่อมมีการสูญเสียรายได้เกิดขึ้น และบางรายเป็นหนี้สินเพิ่มขึ้นด้วย

(3) ความขัดแย้งภายในครอบครัว การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หากขาดการบริหารจัดการที่ดีแล้วจะนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว หรือในรายที่ผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเองแล้วอาจเกิดปัญหาที่ไม่มีเวลาให้ครอบครัวได้

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจและจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ดูแลมีความยากลำบากในการดูแลเป็นอย่างมากและเพิ่มงานที่มีอยู่เดิม เนื่องจากผู้ดูแลต้องปฏิบัติงานทั้งเป็นพยาบาล และต้องดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งต้องอดทนต่ออารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป

#### 2.4.6 การดูแลตนเองของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้ดูแลเป็นกุญแจสำคัญสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม สุขภาพกายและสุขภาพอารมณ์ของผู้ดูแลจึงมีต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมาก ถ้าผู้ดูแลมีอาการเครียด หงุดหงิด ผู้สูงอายุจะรับรู้ความรู้สึกนั้นๆ ได้ ทำให้มีการต่อต้านไม่ให้ความร่วมมือกับผู้ดูแลได้ ดังนั้นสิ่งที่ผู้ดูแลควรดูแลตนเองมีดังนี้ (Mace and Rabins, 2006; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556; สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2557)

1) ยอมรับบทบาทของการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ตนเองเป็นผู้รับผิดชอบ คล้ายกับการประกอบอาชีพรูปแบบหนึ่ง ทำให้แนวโน้มที่ผู้ดูแลจะเครียดกับตนเองลดน้อยลง

2) จัดแบ่งเวลาให้เหมาะสม เพื่อดูแลตนเองด้วยเนื่องจากการพักเป็นการทำให้ผู้ดูแลได้มีเวลาส่วนตัวในการพักผ่อนและทำธุระส่วนตัว ในขณะที่เดียวกันทุกคนในครอบครัวต้องมีส่วนร่วม ไม่ทิ้งภาระทั้งหมดให้กับผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว

3) ดูแลสุขภาพของตนเอง ได้แก่ การคัดกรองโรคเรื้อรัง การป้องกันการบาดเจ็บจากการช่วยเหลือผู้สูงอายุ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการพักผ่อนที่เพียงพอ

4) พูดคุยกับเพื่อน เพราะเพื่อนสนิทอาจช่วยให้คำปลอบประโลม หรือให้คำแนะนำดีๆ ให้กับผู้ดูแลได้

5) สำรวจความรู้สึกและสภาพจิตใจของตนเองอย่างสม่ำเสมอ เช่น โกรธ เศร้า หมดหวัง รู้สึกผิด ละอายใจ เป็นต้น ถ้าพบควรหาวิธีแก้ไขที่เหมาะสม เช่น พูดระบายความรู้สึกปรึกษาแพทย์ เป็นต้น



6) เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เช่น กิจกรรมการอบรมผู้ดูแลผู้ป่วย สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เนื่องจากจะได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ปัญหาที่อาจประสบได้ในอนาคตและแนวทางแก้ไข

7) กล้าที่จะบอกและแสดงความต้องการของตนเอง รวมถึงร้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างอย่างเหมาะสม

8) ถ้ามีปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ ควรปล่อยวางไว้ก่อนและแก้ไขในภายหลัง จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงต่อการสูญเสียสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้มากกว่าบุคคลอื่น จึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลต้องมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับสิ่งที่ดีที่สุดและเกิดความสุขในชีวิต

## 2.5 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยสมาชิกในครอบครัวที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ

### 2.5.1 ความหมายของพยาบาล

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ได้ให้ความหมาย พยาบาล หมายถึง บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์จากสภาการพยาบาล

คณะอนุกรรมการจริยธรรม (2540) ได้ให้ความหมาย พยาบาล หมายถึง ผู้สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ เพื่อสามารถประกอบอาชีพในด้านการบริการสุขภาพอนามัยทั้งในส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือภาคเอกชน

สรุปได้ว่า พยาบาล หมายถึง บุคคลที่สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ และได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์จากสภาการพยาบาล

### 2.5.2 บทบาทและหน้าที่ของพยาบาล

พยาบาล เป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ซึ่ง กองการพยาบาล (2544) ได้กำหนดบทบาทและหน้าที่ของพยาบาล ดังนี้

#### 2.5.2.1 การประเมินผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ (Assessment)

(1) ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการอย่างถูกต้องครบถ้วนทันทีที่ได้รับไว้ในความดูแล การติดตามเฝ้าระวังและการประเมินปัญหา/ความต้องการอย่างต่อเนื่องตลอดการดูแล จนกระทั่งจำหน่ายจากการดูแล

(2) การรวบรวมข้อมูลอย่างครบถ้วนตามมาตรฐานการดูแล/การพยาบาลที่กำหนด และข้อมูลนั้นมีคุณภาพเพียงพอแก่การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการดูแลรวมทั้งเพียงพอต่อการประเมินผลการพยาบาล

2.5.2.2 การจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ (Symptom Distress Management) หมายถึง การช่วยเหลือจัดหรือบรรเทาอาการรบกวนต่างๆ ทั้งอาการรบกวนด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ อาการที่คุกคามชีวิตและอาการคลื่นไส้อาเจียน นอนไม่หลับ วิดกกังวล กลัว เป็นต้น

2.5.2.3 การดูแลความปลอดภัย (Provision for Patient Safety)

(1) การจัดการให้ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยทั้งด้านกายภาพ ชีวภาพ เคมี รังสี แสงและเสียง โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บต่างๆ เช่น การพลัดตกหกล้ม การบาดเจ็บจากการผูกมัด การบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมทั้งการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

(2) การจัดการดูแลอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ และอุปกรณ์จำเป็นที่ใช้เพื่อการรักษาพยาบาลให้มีเพียงพอ พร้อมใช้ในภาวะฉุกเฉิน มีความปลอดภัยในการใช้งานกับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากอุปกรณ์ไม่พร้อมหรือไม่ปลอดภัย

(3) การจัดการ การส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานหรือแนวทางที่กำหนดเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการทำงาน

2.5.2.4 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรักษาพยาบาล (Prevention of complication) หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลใดๆ ที่เป็นไปเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย แต่ละราย หรือแต่ละกลุ่มโรค/ อาการ รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของการรักษาด้วย เช่น การป้องกันอันตรายจากการให้ยาบางชนิด การให้เลือด การให้ออกซิเจน การห้ามเลือด การจำกัดการเคลื่อนไหวผู้ป่วย/อวัยวะด้วยวิธีต่างๆ เป็นต้น

2.5.2.5 การให้การดูแลต่อเนื่อง หมายถึง การจัดการให้เกิดการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ การเฝ้าระวังสังเกตอาการอย่างต่อเนื่อง การส่งต่อแผนการรักษาพยาบาล การประสานงานกับหน่วยงานหรือทีมงานที่เกี่ยวข้อง การสื่อสารเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยทั้งการส่งต่อภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล ระหว่างโรงพยาบาลหรือหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาล รวมทั้งการช่วยเหลือกรณีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วย

2.5.2.6 การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการและครอบครัว หมายถึง กิจกรรมการช่วยเหลือ การสื่อสารเพื่อให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ และการฝึก

ทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติ การแก้ไขอาการเบื้องต้น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การใช้ยา การปฏิบัติตนตามการรักษา การขอความช่วยเหลือด้านสุขภาพ การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และการมาตรวจตามนัดทั้งนี้ รวมถึงการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพอื่นๆ ด้วย เช่น การอธิบายก่อนลงนามยินยอมรักษาพยาบาล หรือก่อนการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลแห่งอื่น และการแจ้งข่าวร้ายกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต

2.5.2.7 การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ (Enhancement of patient satisfaction) กิจกรรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสัมพันธภาพ และการสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการด้วยบุคลิกภาพที่เหมาะสมโดยเฉพาะเกี่ยวกับการช่วยเหลือเอาใจใส่ การให้ข้อมูลและการตอบสนองความต้องการ/ความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการอย่างเหมาะสม สมรรถนะหลักที่จำเป็นของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (คณะอนุกรรมการจริยธรรม, 2540)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า พยาบาลมีบทบาทและหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบมากมาย จึงมีความจำเป็นต้องมีความอดทน ความรักและศรัทธาในบทบาทของตนเอง และใช้ทักษะในการปฏิบัติงานตามจรรยาบรรณวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมให้เกิดคุณภาพในการปฏิบัติงาน

### 2.5.3 ผลกระทบจากการปฏิบัติงานของพยาบาล

พยาบาล เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับชีวิต และความปลอดภัยของผู้ที่มารับบริการ ต้องปฏิบัติงานท่ามกลางความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน และความตาย การปฏิบัติงานที่มีปริมาณงานมากเกินไปโดยมีการผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนเป็นผลัด คือ เเวรเช้า บ่าย ดึก ตลอด 24 ชั่วโมงต้องทำงานแข่งกับเวลา ทำให้ไม่มีเวลาพักผ่อน และทำให้มีโอกาสเกิดข้อผิดพลาดได้ง่าย ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต อีกทั้งต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทั้งผู้ป่วย ญาติ และผู้ร่วมงาน ซึ่งมีฐานะและพัฒนาการทางอารมณ์ที่แตกต่างกันออกไป ตลอดจนภาวะที่เกิดจากสภาพแวดล้อมการทำงาน (วชิราภรณ์ ยมรัตน์, 2553) รวมทั้งการมีระบบประกันคุณภาพของโรงพยาบาลทำให้มีการตรวจสอบมาตรฐานของงานอยู่เสมอ มีการประเมินผลเป็นระยะๆ จึงต้องมุ่งงานทางด้านเอกสารเพิ่มขึ้น (ดวงรัตน์ วัฒนไกรเลิศ และคณะ, 2553) ถ้าไม่สามารถทำให้เกิดความสมดุลระหว่างการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม และการปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลได้ อาจส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของพยาบาลทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพลดลง เกิดความไม่พึงพอใจในชีวิตและงาน สูดท้ายพยาบาลอาจลาออกจากวิชาชีพ (ขนิญรัตน์ อินทุลักษณ์ และ อาเรียวัชรณ อ่วมธานี, 2557) ในการปฏิบัติงานดังกล่าวได้ส่งผลกระทบมากมายต่อพยาบาล ได้แก่

2.5.3.1 ด้านร่างกาย การปฏิบัติงานในปริมาณงานที่มากเกินไปของพยาบาล จะทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอเกิดควายเหนื่อยล้าสูง ซึ่งเป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงทางด้าน

ร่างกาย ความอ่อนแอ ทำให้มีภาวะเจ็บป่วยได้ง่าย และการตอบสนองช้าและความสามารถในการแก้ปัญหาลดลง นำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุต่างๆ ในระหว่างการทำงานได้ เช่น ถูกเข็มหรือของมีคมทิ่มตำ (Lipscomb, Trinkoff, Geiger-Brown, and Brady, 2002)

2.5.3.2 ด้านจิตใจ การปฏิบัติงานของพยาบาลท่ามกลางสภาพแวดล้อมที่ตึงเครียด และปริมาณงานที่มากเกินไป ทำให้พยาบาลเกิดความเครียดเรื้อรังจนกลายเป็นภาวะเบื่อหน่ายในงานได้ (Muldary, 1983) และส่งผลต่อความพึงพอใจในงาน นำไปสู่การลาออกได้

2.5.3.3 ด้านสังคม การที่พยาบาลปฏิบัติงานเกินเวลาหรือมากเกินไป มักจะประสบปัญหาความยุ่งยากในครอบครัว โดยไม่สามารถสร้างสมดุลระหว่างงานกับครอบครัวได้ (Pérodeau et al., 2010) ไม่สามารถแสดงบทบาทของการเป็นบิดา มารดาได้อย่างสมบูรณ์ ทำให้เกิดความรู้สึกผิดที่ไม่สามารถให้การดูแลเอาใจใส่บุตรได้ (Eikhof, Chris, and Haunschild, 2007) นำไปสู่การเกิดความขัดแย้งภายในครอบครัวในที่สุด (Yildirim and Aycan, 2008)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ลักษณะงานของพยาบาลมีความเสี่ยงสูงที่จะก่อให้เกิดผลกระทบมากมายต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นการที่พยาบาลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ จึงต้องมีการรักษาสมดุลระหว่างการทำงาน และครอบครัว ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พยาบาลก็ต้องมีการรักษาสมดุลชีวิตระหว่างการทำงาน บทบาทการเป็นผู้ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม และบทบาทการในการดูแลสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ด้วยเช่นกัน

### 2.5.3 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พยาบาลมีบทบาทสำคัญ โดยให้การดูแลร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2555) ดังนี้

2.5.3.1 การประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทั้งในด้านกายภาพ จิตใจ สังคม การเงิน เครือข่ายเหลือ และสิ่งแวดล้อม เพื่อการวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องเหมาะสมกับการดำเนินไปของโรค และต้องรู้จักยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลไปตามสถานการณ์ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยเมื่อมีอาการเพิ่มขึ้น

2.5.3.2 ให้การช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม เช่น การเยี่ยมบ้าน การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล บริการดูแลกลางวัน ให้บริการดูแลระยะสั้นเป็นครั้งคราว ช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ใช้แหล่งประโยชน์อย่างเหมาะสม ให้ข้อมูลหรือแนะนำระบบบริการสุขภาพและสังคม

2.5.3.3 ให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความรู้ในการประเมินตนเอง และช่วยเหลือตนเองได้เบื้องต้นเมื่อมีอาการของโรคเกิดขึ้น (education)

2.5.3.4 จัดทำกลุ่มสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันได้มาพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และร่วมกันวางแผนในการจัดการกับปัญหา

ที่เกิดขึ้น และเพื่อเป็นการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ผู้สูงอายุจะไม่คิดว่าตนมีปัญหาอยู่เพียงคนเดียว ยังมีผู้อื่นที่มีปัญหาเช่นเดียวกัน (support group)

2.5.3.5 ให้การดูแลโดยตรง โดยการให้การดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นรายบุคคล แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันกับผู้ป่วยและผู้ดูแล (direct care)

2.5.3.6 ให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและญาติ ทั้งในเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการของโรคที่ดำเนินเพิ่มขึ้น และบอกแหล่งสนับสนุนเพื่อให้ความสะดวกในการใช้บริการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2.5.3.7 พัฒนาคำปรึกษาให้แก่วิชาชีพ เพื่อเป็นผู้ให้ความรู้แก่วิชาชีพพยาบาล ผู้ดูแล และครอบครัว

2.5.3.8 เป็นเสียงให้กับผู้สูงอายุ (advocacy) เพื่อร่วมออกกฎหมายหรือนโยบายเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้สูงอายุในโอกาสที่ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

2.5.3.9 เป็นที่ปรึกษาในการช่วยแก้ไขปัญหามหาสุขภาพ โดยคำปรึกษาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม เป็นแหล่งประโยชน์ที่ดี เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพที่ดีขึ้น

2.5.3.10 นำผลการวิจัยมาช่วยแก้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ และคงความสามารถทางด้านภาวะทางเชาวน์ปัญญา และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล ภายใต้หลักการกระบวนการพยาบาล (nursing process) คือ การประเมิน การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล ซึ่งบทบาทดังกล่าวเป็นการดูแลในบริบทระหว่างพยาบาลต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังไม่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในฐานะสมาชิกในครอบครัว

### 3. ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมถือเป็นภาระที่หนักมากสำหรับผู้ดูแลจนอาจทำให้ผู้ดูแลกลายเป็นผู้ป่วยโดยที่คนอื่นมองไม่เห็น โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะต้องเป็นผู้ที่มีความเข้มแข็งทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ ทั้งนี้เพราะการดูแลจะก่อให้เกิดความเครียดกับผู้ดูแลมากกว่าการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ โดยในต่างประเทศพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความเครียดถึงร้อยละ 76.9 (Bruce et al., 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ (วรรณิภา บุญระยอง, 2543) ซึ่งสำรวจภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านพบว่า ผู้ดูแลที่เป็นญาติ ร้อยละ 86.2 มีความรู้สึกหนักใจ เครียดกับการดูแล ทั้งนี้เนื่องจากว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักมีความผิดปกติเรื่องการใช้ภาษา การใช้เหตุผล ความจำ พฤติกรรมทาง

สังคม จนถึงระยะสุดท้ายที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะจำอะไรไม่ได้แม้แต่ตัวเอง จึงทำให้ผู้ดูแลมีความยากลำบากที่จะปรับสภาพยอมรับได้ (Lueckenott, 2000)

### 3.1 ความหมายของความเครียด

จากการทบทวนวรรณกรรม นักวิชาการหลายท่านได้ให้นิยามความหมายของความเครียดดังนี้

Seley (1956) ให้ความหมายของ ความเครียด หมายถึง ภาวะทางชีวภาพที่แสดงให้รู้ได้โดยปรากฏการณ์ของกลุ่มอาการเฉพาะ ซึ่งเกิดจากปฏิกิริยาตอบสนองทั่วไปของร่างกายต่อสิ่งรบกวน ความเครียดมีทั้งคุณและโทษขึ้นอยู่กับวิธีการที่บุคคลตอบสนองหรือจัดการปัจจัยความเครียดนั้นๆ ถ้าเป็นการตอบสนองเชิงร่างกายเนื่องจากเงื่อนไขที่พึง

Lazarus and Folkman (1984) ให้ความหมายของความเครียด สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) ความหมายทางด้านการตอบสนองและการกระตุ้น (stimulus and response definition) ซึ่งความหมายด้านการกระตุ้นเป็นการให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นเหตุการณ์หรือเป็นตัวก่อความเครียด และความหมายทางด้านการตอบสนองเป็นการให้ความหมายของความเครียดว่า เป็นการโต้ต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาทำอันตรายหรือคุกคาม หรือเป็นตัวรบกวนสมดุลหรือกล่าวได้ว่า ความเครียดชนิดนี้จะเกิดขึ้นได้เมื่อมีตัวกระตุ้นหรือก่อความเครียด ได้แก่ ความต้องการ อันตราย ภาวะคุกคามหรือการเกิดขึ้นมาก่อน ถ้าพบว่ามีภาวะไม่สมดุลเกิดขึ้น แสดงถึงการมีการตอบสนองความเครียดเกิดขึ้น ซึ่งจะพบความเครียดชนิดนี้ได้มากในทางการแพทย์และชีววิทยา แต่หากบุคคลเกิดการตอบสนองหรือตอบโต้ขึ้นโดยไม่มีตัวก่อความเครียดขึ้นมาก่อน แสดงถึงภาวะเครียดทางจิตวิทยา (Psychological stress)

2) ความหมายด้านความสัมพันธ์ (relation definition) ซึ่งเป็นการให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีการรับรู้ถึงสถานการณ์นั้นทำให้เกิดความต้องการมากกว่าแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่หรือรับรู้ว่าตนเองมีศักยภาพน้อยกว่า และคาดว่าอันตรายหรือความสูญเสียจะเกิดขึ้นต่อตนเอง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2543) ให้ความหมายความเครียดว่า เป็นเรื่องของร่างกายและจิตใจที่เกิดจากการตื่นตัว เตรียมรับกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งซึ่งเราคิดว่าไม่น่าพอใจ เป็นเรื่องหนักหนาสาหัสเกินกำลังทรัพยากรที่เรามีอยู่ หรือเกินความสามารถของเราที่จะแก้ไขได้ ทำให้รู้สึกหนักใจ เป็นทุกข์ และพลอยทำให้เกิดอาการผิดปกติทางร่างกาย และพฤติกรรมตามไปด้วย

สรุปได้ว่า ความเครียดหมายถึง ภาวะการตอบสนองต่อสิ่งสิ่งกระตุ้นที่เข้ามาทำอันตรายหรือคุกคามถ้าพบว่ามีความไม่สมดุลที่เกิดขึ้น จะทำให้เกิดความรู้สึกหงุดหงิด เป็นทุกข์ และก่อให้เกิดอาการผิดปกติทางด้านร่างกาย และพฤติกรรมตามมาได้

### 3.2 สาเหตุของความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

สาเหตุหรือปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบ่งออกเป็น 2 สาเหตุใหญ่ๆ คือ

3.2.1 สาเหตุจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การเพิ่มระดับปัญหาทางพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น พฤติกรรมการเดินร่วนวายเป็นมาตลอดเวลา (agitation) มีอาการก้าวร้าว (aggressive) เป็นต้น (Hooker, Bowman S.R., and Cochlo, 2002) และอาการทางจิต เช่น สับสน ซึมเศร้า หงุดหงิด การหลงผิด อารมณ์แปรปรวน (ศิริพันธ์ุ สาสัติย์ et al., 2543) เป็นต้น เป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญของภาวะสุขภาพด้านจิตใจและร่างกายของผู้ดูแล นอกจากนี้ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และระยะเวลาในการเจ็บป่วย ยังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเครียดของผู้ดูแลด้วย

3.2.2 สาเหตุจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพ ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแล มีความรู้สึกผิดที่ต้องขัดแย้งกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ไม่มีการแบ่งเบาภาระความรับผิดชอบในการดูแล และผู้ดูแลมีหลายบทบาท (Bruce et al., 2005; อัจฉรา เอ็นซ์ และ ปรียา รุ่งโสภาสกุล, 2541) ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และ วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2547) ผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับอาการป่วยและการรักษา รวมทั้งขาดแหล่งสนับสนุน (ศิริพันธ์ุ สาสัติย์ และคณะ, 2543) นอกจากนี้อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล โดยผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีระดับความเครียดในบทบาทต่ำ เนื่องจากเมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มขึ้นจะมีการปรับตัว มีความรอบคอบในการแก้ไขปัญหาต่างๆ มีประสบการณ์ในการจัดการความเครียด (คมสันต์ แก้วระยะ, 2540) รวมทั้งรายได้ของครอบครัวมีผลต่อความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องมีค่าใช้จ่ายสูง ทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแลทั่วไป และค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยารักษาโรค (Gitlin, Hodgson, Jutkowitz, and Pizzi, 2010; Kim, Hong, and Lee, 2009)

### 3.3 ระดับความเครียด

Janis (1952) ได้แบ่งระดับความเครียดไว้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

1) ความเครียดระดับต่ำ (mild stress) ได้อธิบายว่า เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีสิ่งคุกคาม พบนานๆ ครั้ง ความเครียดระดับนี้ช่วยให้บุคคลกระตือรือร้นตื่นตัวเป็นช่วงระยะเวลาไม่นาน ปฏิกริยาที่แสดงออกมาเป็นลักษณะความวิตกกังวล ความกล้าหรือความอาย

เป็นภาวะที่มีความเครียดที่พบได้ในชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตามความเครียดชนิดนี้จะสิ้นสุดลงในเวลาอันสั้น

2) ความเครียดระดับกลาง (moderate stress) เป็นความเครียดที่บุคคลได้รับเป็นเวลานาน ความเครียดในระดับนี้อาจคงอยู่เป็นเวลาชั่วโมง จนกระทั่งเป็นวัน ความเครียดในระดับนี้เป็นระดับที่ร่างกายและจิตใจตอบสนองโดยการต่อสู้กับความเครียดที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม อารมณ์ และความนึกคิดเพื่อขจัดสาเหตุที่ทำให้เครียด หรือผ่อนคลายความเครียดลง จนกระทั่งการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ กลับเข้าสู่ภาวะปกติ

3) ความเครียดระดับรุนแรง (severe stress) ความเครียดระดับนี้เกิดจากบุคคลประสบกับความล้มเหลวในการปรับตัวต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่เข้ามาคุกคาม ซึ่งเป็นผลให้ร่างกายและจิตใจพ่ายแพ้ต่อความเครียด มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างเห็นได้ชัด ความเครียดชนิดนี้จะแสดงอาการอยู่ยาวนานเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรือเป็นปี ทำให้เกิดความเสียหายต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2543) แบ่งระดับความเครียดเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1) ระดับความเครียดต่ำกว่าปกติอย่างมาก เป็นระดับที่บุคคลอาจรู้สึกถึงความพึงพอใจกับการดำเนินชีวิตที่เป็นอยู่ โดยมีแรงกดดันหรือแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตน้อยกว่าบุคคลอื่น

2) ระดับความเครียดเกณฑ์ปกติ เป็นระดับที่บุคคลสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน และสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

3) ระดับความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย เป็นระดับที่บุคคลมีความไม่สบายใจ อันเกิดจากปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือปัญหาอุปสรรคหรือข้อขัดแย้งที่ยังไม่ได้รับการคลี่คลายหรือแก้ไข ซึ่งถือว่าเป็นความเครียดที่พบได้ในชีวิตประจำวัน

4) ระดับความเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง เป็นระดับที่บุคคลเริ่มมีความรู้สึกตึงเครียดในระดับค่อนข้างสูง และได้รับความเดือดร้อนเป็นอย่างมากจากปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดจากปัญหาความขัดแย้งและวิกฤติการณ์ในชีวิต โดยอาจสังเกตได้จากอาการแสดงออกถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ ความคิด พฤติกรรมการดำเนินชีวิตและสิ่งที่แสดงออกอาจจะเป็นสัญญาณเตือนขั้นต้นว่าบุคคลนั้นกำลังเผชิญกับภาวะวิกฤติและความขัดแย้ง ซึ่งบุคคลพยายามจัดการหรือแก้ไขด้วยความยากลำบาก トラบใดที่ความขัดแย้งต่างๆ ยังคงมีอยู่ ลักษณะอาการต่างๆ จะเพิ่มมากขึ้น ความเครียดระดับนี้มีผลกระทบต่อการทำงานและการดำเนินชีวิต



5) ระดับความเครียดสูงกว่าเกณฑ์ปกติมาก เป็นระดับที่บุคคลกำลังตกอยู่ในภาวะเครียดหรือกำลังเผชิญกับภาวะวิกฤติการณ์ในชีวิตอย่างรุนแรง หากปล่อยให้คามเครียดในระดับนี้ยังคงมีต่อไปโดยไม่ได้นำมาดำเนินการแก้ไขอย่างเหมาะสมและถูกวิธี อาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยที่รุนแรง ซึ่งส่งผลเสียต่อตนเองและบุคคลใกล้ชิด

### 3.4 ผลกระทบจากความเครียด

ความเครียดส่งผลต่อบุคคลโดยลักษณะของความเครียดจะปรากฏในด้านต่างๆ ตามมิติ 5 ด้าน คือ ร่างกาย อารมณ์ กระบวนการคิด พฤติกรรมทางสังคมและจิตวิญญาณ (Rawlins et al., 1993 อ้างถึงใน สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ, 2542) เพื่อเป็นการควบคุมหรือลดความต้องการจากสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกเครียด เพื่อให้ตนเองกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคมอีกครั้งหนึ่ง ผลของความเครียดมีดังต่อไปนี้

3.4.1 ด้านร่างกายหรือด้านสรีรวิทยา ได้แก่ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะต้นคอ หัวใจเต้นเร็วและแรง ท้องไส้ปั่นป่วน ท้องเสีย ท้องผูกหรือท้องอืด อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ถ่ายปัสสาวะบ่อย ปวดตามร่างกาย หายใจเร็ว และถ้าบุคคลมีความเครียดเรื้อรังจะทำให้เกิดโรคทางกายที่มีสาเหตุจากจิตใจ (psychosomatic disorder) เช่น ไมเกรน โรคหัวใจ หลอดเลือดอุดตัน โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

3.4.2 ด้านอารมณ์ ได้แก่ วิตกกังวลอยู่ตลอดเวลา กระวนกระวาย กระสับกระส่าย คับข้องใจ หงุดหงิด โกรธง่าย โมโห ก้าวร้าว ซึมเศร้า รู้สึกถูกคุกคาม สูญเสียและกลัว เป็นต้น

3.4.3 ด้านกระบวนการคิด ได้แก่ การรับรู้ ความจำ ความรู้ความเข้าใจ การมีความคิดสับสน ความคิดวนเวียนในเรื่องเดิม ความจำและการตัดสินใจเสื่อมลง แปลความหมายของสถานการณ์ผิดพลาด ย้ำคิดย้ำทำ และคาดการณ์ผลของเหตุการณ์ในทางลบ เป็นต้น

3.4.4 ด้านพฤติกรรมทางสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล บทบาททางสังคม ซึ่งแสดงออกด้วยการไม่อดทน ก้าวร้าว ทะเลาะกับผู้อื่น ไม่พูดกับใคร ปลีกตัวจากสังคม หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลงเกิดความผิดพลาดมาก ขาดสมาธิ หลงลืมง่าย มีพฤติกรรมก้าวร้าว

3.4.5 ด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ความเชื่อความรู้สึกต่อสิ่งเหนือธรรมชาติ แนวคิดกับศาสนาที่ยึดถือ ซึ่งแสดงออกโดยรู้สึกท้อแท้ หมดหวังในชีวิต ขาดความเชื่อมั่น มองตนเองในแง่ลบ ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกผิด อับอาย เป็นต้น

### 3.5 การเผชิญความเครียด

การเผชิญความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) แบ่งเป็น 2 ประเภท และโดยปกติบุคคลจะมีการใช้การเผชิญความเครียดทั้ง 2 ประเภท เปลี่ยนไปตามสถานการณ์และการประเมินของบุคคล โดยการเผชิญความเครียดทั้ง 2 ประเภท ได้แก่

3.5.1 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused forms of Coping) เป็นวิธีการที่บุคคลใช้ทั้งความคิดและการกระทำ เพื่อจัดการกับปัญหาโดยมุ่งแก้ที่ตนเองหรือปรับสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลมักจะใช้การเผชิญความเครียดแบบนี้เมื่อมีการประเมินปัญหาว่าสามารถปรับหรือเปลี่ยนแปลงได้ โดยการมุ่งแก้ที่ตนเองซึ่งจะเป็นการเปลี่ยนแปลงวิธีการประเมินทางปัญญาเพื่อพัฒนาและเรียนรู้วิธีการใหม่ ส่วนการปรับสิ่งแวดล้อมจะเป็นการแก้ไขที่แหล่งประโยชน์หรือวิธีการ โดยการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา แบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่

(1) การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping) เป็นความคิดหรือการแสดงออกทางพฤติกรรมอย่างตรงไปตรงมา ด้วยการเผชิญหน้ากับสถานการณ์โดยไม่หลีกเลี่ยงเพื่อปรับแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งบุคคลต้องมีความมั่นคงทางจิตใจ เพื่อก่อให้เกิดความพึงพอใจและได้ในสิ่งที่ต้องการในที่สุด

(2) การวางแผนแก้ปัญหา (Planful problem solving) เป็นการมุ่งจัดการกับปัญหาโดยพยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ต่างๆให้ดีขึ้น มีการวิเคราะห์ปัญหาและมีการกระทำอย่างมีขั้นตอน ซึ่งต้องใช้ความพยายามสูงหรือใช้ประสบการณ์เดิมช่วยในการแก้ปัญหาด้วย

3.5.2 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ (Emotion-focused forms of Coping) เป็นกระบวนการทางความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลเลือกใช้ในการลดหรือบรรเทาความไม่สบายใจ โดยการปรับอารมณ์ของตนเอง เมื่อประเมินแล้วว่าไม่สามารถแก้ไขในสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นได้ ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ชนิด ได้แก่

(1) การประเมินค่าใหม่ทางบวก (Positive reappraisal) เป็นความคิดและพฤติกรรมในการที่จะพยายามให้ความหมายต่อสถานการณ์ใหม่ในทางที่ดีขึ้น เพื่อเอื้อประโยชน์ต่อตนเองในการลดความตึงเครียดของอารมณ์ ให้มีวิธีการเผชิญความเครียดในทางที่พัฒนาดีกว่าเดิม ซึ่งรวมถึงมุมมองและความเชื่อทางศาสนาด้วย

(2) การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา (Accepting responsibility) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่ยอมรับสถานการณ์ที่แท้จริง แม้ว่าจะไม่ใช่สิ่งที่ตนเองต้องการที่สุด รวมทั้งมีการตระหนักว่าตนเองเป็นผู้สร้างปัญหา และบางครั้งปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

(3) การควบคุมตนเอง (Self-control) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่พยายามควบคุมความสม่ำเสมอของอารมณ์หรือเป็นการพึ่งตนเองเพื่อคิดแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น

พยายามเก็บความรู้สึกไว้กับตนเองโดยไม่ให้คนอื่นทราบว่าสถานการณ์นั้นเลวร้ายเพียงใดเพื่อไม่ให้กระทบกระเทือนคนอื่น

(4) การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม (Seeking social support) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลพยายามจะเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาและหนทางที่จะจัดการกับปัญหานั้น โดยการแสวงหาแหล่งเกื้อหนุนทางสังคมทั้งด้านข้อมูล วัตถุหรือด้านจิตใจ

(5) การถอยห่างหรือเพิกเฉย (Distancing) เป็นความพยายามทางความคิดที่ให้ความสำคัญกับสถานการณ์นั้นน้อยลง โดยการถอยห่างจากสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ เช่น พยายามลืมสิ่งที่เกิดขึ้น

(6) การเลี่ยงหนีปัญหา (Escape-avoidance) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลพยายามหลีกเลี่ยงปัญหาชั่วคราว เช่น การเพื่อฝัน การดื่มสุรา การนอนหลับมากกว่าปกติ เพื่อให้ตนเองพ้นจากความเครียดในระยะเวลาหนึ่ง

กล่าวโดยสรุปว่า การเผชิญความเครียดเป็นความพยายามของผู้ดูแลญาติผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมในด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) และพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เพื่อจัดการกับความเครียดหรือความต้องการหรือข้อเรียกร้องภายในและภายนอกที่มีมากกว่าแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ซึ่งในแต่ละบุคคลอาจมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสุขภาพ ความเชื่อทักษะในการแก้ปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และทรัพยากรวัตถุของผู้ดูแลในแต่ละราย

#### 4. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำรา บทความที่เกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

##### 4.1 ความหมายของปรากฏการณ์วิทยา

จากการทบทวนเกี่ยวกับปรากฏการณ์วิทยา พบว่ามีผู้ให้ความหมายปรากฏการณ์วิทยาไว้ดังนี้

van Manen (1990) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยาเป็นการมุ่งศึกษาค้นหาแก่นสาระ (essences) ที่มีลักษณะร่วมกัน (commonality) ของประสบการณ์ของมนุษย์ต่อปรากฏการณ์หนึ่ง

Husserl (2001) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาเพื่ออธิบายประสบการณ์ชีวิตโดยปราศจากการคิดไตร่ตรองไว้ก่อน เกี่ยวกับความจริงของสิ่งที่อยู่รอบตัวของประสบการณ์นั้น

Creswell (1998) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยาคือการที่นักวิจัยค้นหาความสำคัญของโครงสร้างที่ไม่เปลี่ยนแปลง (หรือที่เรียกว่า แก่นแท้) หรือ ศูนย์กลางภายใต้ความหมายของ

ประสบการณ์และเน้นความหมายของจิตสำนึกซึ่งเป็นสถานที่ที่ประสบการณ์สะสมอยู่ทั้งปรากฏการณ์ภายนอกและภายในจิตสำนึกภายในพื้นฐานของความทรงจำภายในใจและการให้ความหมาย

ชาย โพลีลีตา (2559) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การศึกษาประสบการณ์หรือโลกในชีวิตประจำวัน (Life-world) ของปัจเจกบุคคลที่ทำการศึกษา โดยมุ่งไปที่การทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์หรือการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง ในมุมมองของผู้ที่ได้ประสบด้วยตนเอง สิ่งเหล่านั้นมีความหมายต่อเขาอย่างไร บุคคลมีวิธีการจัดการกับชีวิตของเขาอย่างไร

อารีย์วรรณ อ่วมตานี (2559) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การศึกษาที่มีพื้นฐานมาจากสาขาปรัชญา ในการทำความเข้าใจความเชื่อมโยงของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมในโลก โดยศึกษาปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่งที่สนใจ จากคำบอกเล่าของผู้ที่มีประสบการณ์ตรง เพื่อค้นหาแก่นแท้ของปรากฏการณ์นั้น ให้มีความชัดเจน โดยมีภาษาเป็นสื่อขั้นต้นในการถ่ายทอดความหมายของประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์

สรุปได้ว่า การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง ศาสตร์ที่มุ่งอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ชีวิตของบุคคล เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของประสบการณ์ในมุมมองของผู้ที่ได้ประสบด้วยตนเอง ซึ่งมีภาษาเป็นสื่อขั้นต้นในการถ่ายทอดความหมายของประสบการณ์

#### 4.2 ประวัติความเป็นมาของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นการศึกษาที่มีพื้นฐานมาจากศาสตร์สาขาปรัชญาสังคมวิทยาและจิตวิทยา (Streubert and Carpenter, 2007) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพรูปแบบหนึ่งเพื่อศึกษาปรากฏการณ์หรือสภาพของปัญหาในบริบทหรือสภาพแวดล้อมที่ปรากฏการณ์หรือปัญหานั้นเกี่ยวข้องกับอยู่ ให้ความสำคัญกับแหล่งข้อมูลจากทัศนคติของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งการมองจากทัศนคติของผู้ที่อยู่ในปรากฏการณ์นั้นจะช่วยให้เข้าใจความหมายและเหตุผลว่าเกิดอะไรขึ้นเพราะอะไร ตามตรรกะของผู้ให้ข้อมูล (Cohen, 1987 อ้างถึงใน วิณา เทียงธรรม, 2547) ปรากฏการณ์วิทยาเริ่มขึ้นในต้นศตวรรษที่ 20 และมีการพัฒนาขึ้นมาเรื่อยๆ การเปลี่ยนแปลงในการศึกษาของปรากฏการณ์วิทยา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (Holloway and Wheeler, 1996; Streubert and Carpenter, 2007) คือ 1) ระยะเตรียมการ 2) ระยะของชาวเยอรมัน และ 3) ระยะของชาวฝรั่งเศส ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ (Preparatory phase) อยู่ในระยะช่วงกลางถึงปลายศตวรรษที่ 19 นักปรัชญาที่สำคัญในระยะนี้ คือ Franz Brentano แนวคิดของ Brentano เริ่มต้นมาจากการที่เขามีความคิดขัดแย้งกับกลุ่มประสบการณ์นิยม (empiricism) ที่เชื่อว่าความรู้ทุกอย่างมีที่มาจากประสบการณ์โดยการรับรู้ผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า การรับรู้ของมนุษย์แบ่งออกเป็น 2

ระดับ คือ ภาพประทับใจ (impression) และมโนคติ (ideas) ภาพประทับใจเป็นประสาทสัมผัส หรือสัมผัสโดยตรงที่เรากำลังรับรู้อยู่ในเวลาใดเวลาหนึ่ง ส่วนมโนคติที่เกิดขึ้นเมื่อกระบวนการทำงานของจิตมีการสะท้อนคิด (Reflection) จิตมนุษย์เป็นมโนคติเชิงซ้อน (complex ideas) แต่ Brentano แย้งว่าในขณะที่มนุษย์เกิดมโนคติขึ้นจะต้องใช้จิตสำนึก (consciousness) ซึ่งประกอบด้วยประสาทสัมผัส (sensation) ความรู้สึก (feeling) และจินตนาการ (imagination) มุ่งไปสู่สิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือที่เรียกว่า คิโดอย่างมีจุดหมาย (intentionality) และจะต้องมีจิตที่สำนึกคิดถึงหรือมุ่งไปสู่วัตถุนั้นซึ่งเรียกว่า วัตถุที่ถูกคิดถึง (intentional object) ด้วย ไม่ใช่หยุดแค่การมีมโนทัศน์ต่อประสบการณ์นั้นๆ เท่านั้น สิ่งที่ Brentano ปูพื้นฐานไว้ให้กับปรากฏการณ์วิทยา ก็คือ การแยกสิ่งที่เรียกว่า “จิตวิทยากำเนิด” (Genetic psychology) ออกจาก “จิตวิทยาพรรณนา” (Descriptive psychology) โดยจิตวิทยากำเนิด เน้นการศึกษาที่มาของลักษณะทางจิตต่างๆ

ระยะที่ 2 ระยะของชาวเยอรมัน (German phase) ในระยะนี้มีนักปรัชญาที่สำคัญที่ให้กำเนิดปรากฏการณ์วิทยา คือ Edmund Husserl (ค.ศ.1857-1938) และ Martin Heidegger (ค.ศ.1889-1976) โดย Husserl นั้นได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาแห่งการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา และเป็นผู้ให้เชื่อมโยงคำถามที่นำไปสู่ความรู้ของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา โดยให้ความสำคัญกับแก่นแท้ของความเป็นจริง (essence of truth) Husserl เชื่อว่าจิตไม่ใช่สิ่งที่มีบทบาทเป็นผู้รับข้อมูลจากประสาทสัมผัสและจิตไม่ได้มีลักษณะเหมือนภาชนะที่รองรับสิ่งต่างๆ เช่น ความคิด ความรู้สึกอยู่ข้างใน แต่จิตเป็นตัวกำหนดความหมายของการ “หันไปสู่” (turning toward) สิ่งปรากฏต่อจิต ดังนั้น สิ่งปรากฏต่อจิตจึงมีฐานะเป็น “สิ่งที่มีอยู่ในตนเอง” (things-in-themselves) หรืออีกนัยหนึ่งคือความเป็นจริง เนื่องจากจิตไม่ได้ทำอะไรต่อสิ่งที่ปรากฏต่อจิต นอกจากให้ความสนใจต่อสิ่งที่ปรากฏต่อหน้ามันเท่านั้น Husserl เห็นว่าหน้าที่ของปรัชญาคือการบรรยายปรากฏการณ์เหล่านี้อย่าง ที่มันเป็น การบรรยายปรากฏการณ์เหล่านี้จะต้อง “ใสวงเล็บ” ให้ความคิด ความเชื่อ หรือทัศนคติที่บุคคลมีต่อสิ่งนั้น Husserl เรียกการใสวงเล็บนี้ว่า เป็นการลดทอนปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological reduction) เพื่อไตร่ตรองเกี่ยวกับสิ่งที่ปรากฏอย่างที่มีเป็นอยู่ โดยไม่เอาความรู้สึกนึกคิดที่มีก่อนมาตัดสินปรากฏการณ์นั้น นักปรัชญาที่มีชื่อเสียงอีกคนหนึ่งในระยะของเยอรมัน คือ Martin Heidegger ซึ่งเป็นศิษย์เอกของ Husserl Heidegger เป็นผู้พัฒนาการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (Cohen, 1987) Heidegger ได้เขียนหนังสือชื่อเรื่อง “ภาวะการมีอยู่กับเวลา” (Being and Time) เป็นผลงานตามแนวคิดอัตถภาวะนิยม (Existentialism) ซึ่งเน้นถึงการดำรงอยู่ (Existence) ของมนุษย์ในฐานะปัจเจกบุคคล (Individual) อย่างเป็นอิสระ (Free) ที่มีคุณค่าและความหมายแตกต่างจากวัตถุสิ่งของ โดย Heidegger ชี้ให้เห็นว่ามนุษย์ต่างจากสิ่งของคือมนุษย์เท่านั้นที่สามารถตั้งคำถามเกี่ยวกับการมีอยู่ของเขาเอง และสนใจเกี่ยวกับภาวะการมีอยู่ในตัวของเขาเองได้ การที่จะคิดเรื่องมนุษย์ต้องอาศัยหลักสำคัญ 2 ประการคือ ประการแรกมนุษย์อยู่ใน

ฐานะ “ผู้รู้” ที่เผชิญโลก และอีกประการหนึ่งมนุษย์อยู่ในฐานะ “วัตถุที่รู้ได้” Heidegger จึงได้นำคำว่า “ดาซีน” (Dasein) ในภาษาเยอรมันที่แปลว่า “อยู่ที่นั่น” (Man as Dasein) ซึ่งหมายถึงการมีอยู่เป็นอยู่ ดำรงอยู่แห่งตน ด้วยการคิดรู้ในตนเองได้ กล่าวคือ ภาวะพื้นฐานของมนุษย์ที่รู้อยู่ รู้เป็นของตนเอง

ระยะที่ 3 ระยะของชาวฝรั่งเศส (French phase) เป็นระยะที่มีความเคลื่อนไหวในการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาที่เคลื่อนย้ายจากประเทศเยอรมันมาสู่ประเทศฝรั่งเศส นักปรัชญาคนสำคัญ คือ Merleau-Ponty และ Sartre ในระยะนี้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาได้รับอิทธิพลอย่างมากจากผลงานของ Heidegger ในยุคนี้นักปรัชญาที่มีส่วนสำคัญในการพัฒนาแนวคิด “ปรากฏการณ์วิทยาการรับรู้” (The Phenomenology of perception) คือ Gabriel Merleau-Ponty (ค.ศ. 1908-1961) Merleau-Ponty เชื่อว่า เมื่อมนุษย์เป็นดาซีนที่อยู่ในโลก สิ่งที่ทำให้ประสบการณ์ของบุคคลเป็นไปได้และเป็นฐานให้กับให้ความคิดคือ “ร่างกายเปี่ยมชีวิต” (Lived body) ในความหมายที่ร่างกายไม่แยกออกจากจิต หมายความว่า บุคคลไม่ได้มีร่างกายแต่เราเป็นร่างกาย ดังนั้นร่างกายจึงเป็นพื้นที่ในการรับรู้ความหมายของโลก และในที่สุดร่างกายจึงเป็นพื้นที่ในการอยู่ในโลก ร่างกายเป็นพื้นที่ในการรับรู้ความหมายของโลก และในที่สุดร่างกายจึงเป็นพื้นที่ของการเข้าใจปรากฏการณ์ในความหมายของ Merleau-Ponty คือ ประสบการณ์ของมนุษย์ที่มาพร้อมกับร่างกาย ดังนั้น “ภาพลักษณ์แห่งกาย” (Body image) จึงมีความสำคัญมาก

จะเห็นได้ว่าจุดเริ่มต้นของปรากฏการณ์วิทยา คือ ความพยายามในการมุ่งอธิบายโลกของมนุษย์ในฐานะที่เป็นเจ้าของประสบการณ์ Husserl กล่าวว่า ความพยายามนี้ทำให้มนุษย์ต้องพยายามหาคำตอบของคำถามที่เกี่ยวกับธรรมชาติเชิงจิตสำนึก เพราะคำว่า “ประสบการณ์” ในที่นี้หมายรวมถึงอารมณ์ ความรู้สึก จินตนาการ ความฝัน ความหวัง และความเชื่อซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นสิ่งที่มีอยู่ในโลกทางกายภาพเท่านั้น หากแต่สามารถเป็นสิ่งที่อยู่ในจินตนาการและความทรงจำด้วยการคิดถึงในรูปแบบนี้ทำให้สิ่งที่มนุษย์คิดถึงมีความหมายต่อเขา และด้วยเหตุผลนี้เอง ปรากฏการณ์วิทยา จึงเน้นเรื่องความหมายเป็นแกนกลางในการอธิบายจิตสำนึก (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553)

#### 4.3 แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิด Heidegger

Heidegger พัฒนาการศึกษาแบบปรากฏวิทยาการแปลความ (Hermeneutic phenomenology) โดยเป็นผู้ริเริ่มและมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงจากการศึกษาวิธีการได้มาซึ่งสิ่งที่เรารู้ (How we know what we know) หรือที่เรียกว่า Epistemology มาเป็น Ontology ซึ่งหมายถึงการศึกษาวิธีการของสิ่งที่เป็นอย่างบนโลก และศึกษาความหมายของการเป็นบุคคล โดยเขามีความเชื่อว่าเป็นสิ่งที่เป็นอย่างตลอดเวลา (Being and time) มีความหมายในตัวเองสามารถแปลความได้ และภาษาเป็นสื่อสำคัญในการแปลความเพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อความหมายนั้น (Hollaway and Wheeler, 1996) ปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Heidegger เน้นการทำความเข้าใจความหมาย

ของประสบการณ์ในทัศนะของคุณคนที่ได้รับประสบการณ์นั้นโดยผ่านจากสิ่งที่ปรากฏไปยังเบื้องหลัง ความหมายที่อยู่เบื้องหลังของสิ่งนั้น และได้ให้ความหมายปรัชญาแนวคิดของเขาว่าเป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเพื่อนำไปสู่ความจริงที่ถูกค้นพบตามธรรมชาติของสิ่งที่เป็นอยู่จริง และอยู่บนรากฐานของการแปลความที่เกี่ยวกับความเป็นอยู่ของมนุษย์ โดย Heidegger เชื่อว่า การที่บุคคลแสดงออกต่อสิ่งใดนั้น มีแนวคิดที่เป็นองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ คือ

4.3.1 บุคคล (Person) เป็นผู้ให้ความหมายของประสบการณ์ที่ประสบมาตามแนวคิดความรู้สึกของบุคคลนั้น ซึ่งอาจแตกต่างจากความหมายของบุคคลอื่นหรือความเป็นจริงตามทฤษฎี ซึ่งถือเป็นประสบการณ์ที่เฉพาะและเกิดขึ้นจริงของบุคคลนั้น

4.3.2 สิ่งแวดล้อม (World) เป็นกลุ่มของความสัมพันธ์ที่บุคคลมีประสบการณ์ในปัจจุบันรวมถึงภูมิหลัง อายุ การศึกษา ภาษา วัฒนธรรม และค่านิยมทางสังคม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้จะซึมซับอยู่ในตัวบุคคลโดยการเรียนรู้ตั้งแต่เกิด และเชื่อว่าบุคคลไม่สามารถแยกจากสิ่งแวดล้อมได้ ดังนั้นการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาจึงเป็นการค้นหาความหมาย ความรู้สึก การรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งเหล่านั้น ซึ่งมีอิทธิพลมาจากสังคมวัฒนธรรมและภูมิหลังของบุคคลนั้น

4.3.3 การเชื่อมโยงกับประสบการณ์ในชีวิต (Hermeneutic circle) เป็นการเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตที่บุคคลเคยได้รับ หรือเข้าใจมาก่อน (past experience) เข้ากับประสบการณ์ครั้งใหม่ นั่นคือบุคคลเข้าใจบางสิ่งบางอย่างได้โดยการเปรียบเทียบกับสิ่งหนึ่งที่บุคคลนั้นรู้จักหรือเคยมีประสบการณ์มา

จุดเน้นปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Heidegger คือ ปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutics phenomenology) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของปรัชญาแนวคิดในการเข้าไปให้ถึงความหมายของความเป็นมนุษย์ โดยมองว่าบุคคลเป็นส่วนสำคัญ เพราะเชื่อว่าคนเป็นส่วนร่วมของวัฒนธรรม สังคมเชิงบริบทเชิงประวัติศาสตร์ของการเป็นมนุษย์ในโลกสังคม คือ การดำรงอยู่ในโลก (Munhall, 1994 อ้างถึงใน วิณา เทียงธรรม, 2547)

สรุปได้ว่า แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger เป็นแนวคิดการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาตีความข้อมูล ทำให้เห็นภาพชัดเจนของปรากฏการณ์ที่เฉพาะของการดำรงชีวิตอยู่ของมนุษย์ โดยมีความเชื่อว่าสิ่งที่เป็นอยู่และเวลามีความหมายในตัวเองและสามารถตีความได้ โดยอาศัยการจัดการความคิด ความเชื่อ และความรู้ที่มีอยู่ก่อน เกี่ยวกับประสบการณ์การศึกษาเป็นสื่อสำคัญในการตีความ เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อความหมายนั้น การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic phenomenology) ตามแนวคิดของ Heidegger มาเป็นแนวคิดเบื้องต้นในการวิจัย เพื่อให้ได้ประสบการณ์ของพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม

#### 4.4 ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาการตีความ

van Manen (1990 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2559) ได้กล่าวถึงระเบียบวิธีวิจัยปรากฏการณ์วิทยาการศึกษาตีความในประเด็นเกี่ยวกับคำถามการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

4.4.1 คำถามการวิจัย คำถามของการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาที่แท้จริง คือความเป็นไปได้ที่เข้าใจในปรากฏการณ์นั้นๆ และทำให้ปรากฏการณ์นั้นมีความชัดเจนมากขึ้น โดยการทำคำตอบว่า ปรากฏการณ์นั้นมันคล้ายกับอะไร (what is it like?) และลักษณะธรรมชาติของประสบการณ์นั้นคืออะไร (what is a nature of experience?) เมื่อนักวิจัยเกิดความสงสัยแล้วยังไม่สามารถหาคำตอบได้จากปรากฏการณ์นั้น ทำให้มองเห็นถึงคำถามการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาที่จะนำมาศึกษาต่อไป ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าสนใจ

4.4.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สำคัญคือ การสัมภาษณ์ที่มีลักษณะเป็นการพูดคุยแบบเผชิญหน้า (face to face interview) เนื่องจากข้อมูลของปรากฏการณ์วิทยาการศึกษาตีความที่ต้องการเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้เก่าของนักวิจัยกับความรู้ใหม่ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล เน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างนักวิจัยและผู้ให้ข้อมูล เพื่อการสนทนาที่ลื่นไหล หากผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจในตัวนักวิจัยแล้วจะทำให้เกิดการบอกเล่าเรื่องราวที่ละเอียดและมีความลุ่มลึกของข้อมูล ซึ่งการสัมภาษณ์แบบการพูดคุยเผชิญหน้านี้ ทำให้เข้าใจถึงการใช้อย่างภาษาท่าทางและสัญลักษณ์อื่นๆ และในการสัมภาษณ์นี้ต้องดำเนินการควบคุมไปกับการสังเกตด้วย

4.4.3 การวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการเน้นการแปลผลการศึกษาด้วยวิธีการตีความหมาย ดังนั้นการตีความหมายจากการสัมภาษณ์จึงขึ้นอยู่กับฐานความรู้เดิมของนักวิจัยอย่างมาก ทั้งด้านความรู้ทางด้านภาษา ความรู้ในปรากฏการณ์ที่ศึกษา รวมถึงประสบการณ์ของตนเองที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ดังกล่าว สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลนี้จะดำเนินไปพร้อมๆ กับการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล เนื่องจากเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งที่นักวิจัยและผู้ให้ข้อมูลร่วมกันวิเคราะห์ ซึ่งเรียกว่าวงเวียนการศึกษาตีความ (Hermeneutic circle) การเก็บข้อมูลกับการวิเคราะห์ข้อมูลจะถูกดำเนินไปพร้อมๆ กัน จนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

(1) จุดสนใจเริ่มแรกบอกทิศทางการสืบสวน (Early focus and lines of inquire) หลังจากนักวิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลไปแล้ว 1-2 คน นำข้อความที่ได้จากการถอดเทปแบบคำต่อคำและการจดบันทึกภาคสนามมาอ่านเพื่อทำความเข้าใจในประเด็นที่สำคัญ หาประเด็นที่น่าสนใจ ข้อมูลที่ขาดหายไป หรือข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจน เพื่อนำกลับไปหาข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ให้ข้อมูลคนเดิม และเป็นการบอกทิศทางการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนต่อไป

(2) ค้นหาใจความสำคัญ และข้อความตัวอย่าง (Central concerns, exemplars and paradigm cases) เป็นการหาใจความสำคัญหรือความหมายซึ่งกำลังถูกเปิดเผยจากผู้ให้ข้อมูล ฉากชีวิตต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูลและเหตุการณ์สำคัญ และทำให้เป็นรูปร่าง



ประสบการณ์ปัจจุบัน ถูกนำเสนอต่อทีมวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลคนก่อนกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่ถูกค้นพบ ตลอดจนกระบวนการแปลความ การเขียน และการเขียนใหม่เป็นการพัฒนาการแปลผล เริ่มต้นการเขียนสรุป 3-5 หน้ากระดาษ เกี่ยวกับสิ่งที่สนใจความสำคัญ ตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ที่โดดเด่น คัดแยกข้อความสำคัญและข้อมูลที่โดดเด่นจากผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ เป็นการเขียนแปลความและสรุปใจความสำคัญจะทำให้เห็นข้อค้นพบที่ได้มาจากการเขียนซ้ำแล้วซ้ำอีกของผู้วิจัย การสรุปนี้จะให้ทิศทางในการสร้างแบบแผนหรือแบบจำลองของข้อค้นพบ

(3) ความหมายร่วมกัน (Shared meaning) เมื่อเริ่มมีความชัดเจนของใจความสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์มากขึ้น นักวิจัยเริ่มพิจารณาถึงประเด็นที่ให้ความหมายร่วมกันมาเชื่อมโยงกัน จากเรื่องหนึ่งไปสู่อีกเรื่องหนึ่งหรือจากแบบแผนหนึ่งไปสู่อีกแบบแผนหนึ่ง เป็นการกำหนดชื่อที่เหมาะสมให้กับประเด็นต่างๆ ที่มีความเชื่อมโยงกัน

(4) การแปลผลขั้นสุดท้าย (Final interpretation) ในขณะที่นักวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมๆ กัน โดยการวิเคราะห์ข้อมูลนั้น ประกอบด้วย การหาประเด็นที่น่าสนใจจากการอ่านบทสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลในระยะต้นๆ เพื่อหาทิศทางในการตามรอยสืบสวนและเสาะหาข้อมูลที่มีความลึกและมีรายละเอียดเพิ่มมากขึ้น เมื่อได้ข้อมูลดังกล่าวมาแล้ว อ่านอีกเพื่อค้นหาใจความสำคัญของทุกๆ บทสัมภาษณ์ เมื่อกำหนดชื่อประเด็นและเลือกคำให้สัมภาษณ์ไว้เป็นข้อมูลสนับสนุนชื่อประเด็นที่นักวิจัยกำหนดให้ หลังจากนั้นนักวิจัยนำประเด็นที่กำหนดชื่อเหล่านั้นมารวมกันเพื่อผูกให้เป็นเรื่องราวเดียวกัน นักวิจัยจะดำเนินการตามขั้นตอนเหล่านี้จนกระทั่งไม่พบประเด็นสำคัญใหม่ๆ เกิดขึ้น นั่นแสดงว่าการแปลผลมาถึงขั้นตอนสุดท้ายแล้วที่นักวิจัยจะสรุปข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษา

(5) การเผยแพร่ข้อค้นพบ (Dissemination of the interpretation) เป็นขั้นตอนที่นักวิจัยนำข้อค้นพบมาเขียนเป็นรายงานนิพนธ์ต้นฉบับ โดยนำข้อค้นพบมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อเขียนรายงาน ข้อความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะและนำเสนอผลการศึกษาวิจัย

4.4.4 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล นอกจากการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพที่มีขั้นตอนการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบแล้ว ยังต้องมีเกณฑ์ในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล ผู้วิจัยจึงศึกษาหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลของ Guba and Lincoln (1989 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2559) ได้กล่าวถึงหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพไว้ 4 ประการ ดังนี้

(1) ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Credibility) เป็นการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล หมายถึงความถูกต้อง และเชื่อถือได้ของข้อมูล การตีความของผู้วิจัยเกี่ยวกับ

ความจริงที่ได้จากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

(2) ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) หมายถึงการที่ผู้อ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาแล้วสามารถเข้าใจเรื่องราวและมองเห็นประสบการณ์ดังกล่าวเหมือนเกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งเรียกว่า ร่องรอยการตรวจสอบได้หรือ “Audit trail”

(3) ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) โดยการให้ผู้อ่านและนักวิพากษ์ได้ใช้เกณฑ์การตรวจสอบต่อกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ ถ้าผู้อ่านและนักวิพากษ์สามารถติดตามเรื่องราวได้อย่างเข้าใจ แสดงว่าการศึกษานี้ผ่านเกณฑ์ดังกล่าว

(4) ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) Guba and Lincoln (1989 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2559) กล่าวว่า ความสามารถในการยืนยันจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อ การวิจัยนั้นผ่านเกณฑ์ทั้ง 3 ด้านแล้ว เกณฑ์ดังกล่าวคือ ความน่าเชื่อถือ (credibility) ความสามารถในการถ่ายโอน (transferability) และความสามารถในการพึ่งพา (dependability)

สรุปได้ว่า การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาการตีความ เป็นการศึกษที่เน้นสิ่งที่เป็นอยู่จริง สิ่งปรากฏอยู่ หรือการดำรงอยู่ตามวิถีชีวิตหรือสภาพความเป็นจริงตามสถานการณ์ เพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่เป็นวิถีชีวิตในแต่ละวัน เพื่อสรุปประเด็นให้เห็นชัดเจนเกี่ยวกับความเหมือนและความต่างของความหมาย ซึ่งใช้วงจรการเชื่อมโยงประสบการณ์ในชีวิต (Hermeneutic circle)

## 5. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

รัชฎา รักขนาม (2543) ได้ศึกษาเกี่ยวกับสภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม โดยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวคำถามแบบเจาะลึกประกอบการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า เหตุที่ต้องมาดูแลเพราะมีเวลาว่าง ไม่มีภาระส่วนตัว เป็นการทำหน้าที่เพื่อตอบแทนบุญคุณ และด้วยความรักความผูกพัน ผู้ดูแลทุกรายมีความเห็นตรงกันว่า การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นภาระที่หนักและสร้างความเครียดให้กับผู้ดูแล แต่ละครอบครัวได้พยายามสนับสนุนด้านอารมณ์ และจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยพยายามทำความเข้าใจในอาการป่วยเพื่อยอมรับและปรับตัวเข้าหาผู้ป่วย ระวังถึงการตอบแทนบุญคุณเพื่อเป็นที่ยึดเหนี่ยวใจ และลดปัญหา ด้านความเครียด รวมถึงการสังเกตดูความต้องการของผู้ป่วยเพื่อช่วยฟื้นฟูจิตใจของผู้ป่วย ในส่วนของผู้ดูแลพบว่าครอบครัวเกื้อหนุนด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมในการดูแล การช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล และการดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งเป็นภาระแก่ผู้ดูแลที่ต้องเฝ้าระวังผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีความรู้ด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเพื่อเรียนรู้และทำความเข้าใจในตัวผู้ป่วย ด้วยเชื่อว่าการเข้าใจในสภาพของผู้ป่วยจะช่วยลดภาวะความตึงเครียดในครอบครัวลง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีเงินบำนาญ เงินสะสม ที่นำมาใช้

ในการรักษาพยาบาล การจ้างผู้ดูแล และการดำรงชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องเป็นภาระด้านการเงินแก่ผู้ดูแล

ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ และคณะ (2543) ได้ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคมพุทธศาสนาในประเทศไทย โดยวิธีการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบว่า ปัญหาในการดูแลที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากต่อการดูแลมากที่สุดเรียงตามลำดับ คือ ปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้ป่วย รองลงมา คือ ภาวะเครียด และภาวะสุขภาพร่างกายที่ทรุดโทรมลงของผู้ดูแลที่มาจากกรดูแล ปัญหาทางด้านความจำของผู้ป่วย ปัญหาด้านการเข้ารับบริการทางสุขภาพ เนื่องจากมีปัญหาด้านการเงินและปัญหาอื่นๆ เช่น ปัญหาการเสาะหาผู้ช่วยเหลือในการดูแล และปัญหาด้านการเงิน ปัญหาทางทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุก็พบได้ เช่น การทรงตัว การกลืนลำบาก การกลั้นอุจจาระปัสสาวะไม่อยู่ หรือปัญหาท้องผูก ส่วนการจัดการเรื่องการดูแลในครอบครัว มีการแบ่งหน้าที่ในการดูแลระหว่างสมาชิกในครอบครัว สมาชิกที่ไม่ได้อยู่บ้านเดียวกันมักอาสาดูแลในช่วงกลางวัน และญาติที่เป็นผู้ชายมักอาสาดูแลในช่วงกลางคืน สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวมีหน้าที่ในการพาผู้ป่วยไปตรวจรักษาในโรงพยาบาล สำหรับการจัดการปัญหาทางด้านพฤติกรรม ผู้ดูแลใช้วิธีควบคุมอารมณ์ของตนเองไม่ให้โกรธ โดยใช้วิธีเดินหนี บางรายอาจใช้วิธีลอบโยนเวลาผู้ป่วยกลัว หรือนวดผ่อนคลายในเวลาผู้ป่วยนอนไม่หลับ หรือบางรายอาจจ้างผู้ช่วยการดูแลจากศูนย์มาช่วยในการทำความสะอาดบ้าน และช่วยเหลือผู้ป่วยด้านต่างๆ

นิชภา โมราถบ และคณะ (2555) ได้ศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวที่มีหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุสมองเสื่อม คือ บุตร รองลงมาคือ คู่สมรส หลาน และญาติพี่น้อง ตามลำดับ โดยเหตุผลในการดูแลเนื่องจากไม่มีบุคคลอื่น ไม่มีภาระส่วนตัว เป็นการแสดงถึงความกตัญญูกตเวทิตที่มีต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อม รวมทั้งอาสาดูแลด้วยความเต็มใจ ส่วนใหญ่ได้รับการเกื้อหนุนจากสมาชิกในครอบครัวคนอื่นในด้านการเงินและบริการ ส่วนบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมครอบคลุมใน 4 ด้านสำคัญ ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการรักษา ด้วยการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน ฟิ้นฟูสภาพจิตใจ ชวนพูดคุย คอยอยู่เป็นเพื่อน ส่งเสริมการพักผ่อนหย่อนใจ การช่วยเหลือตามความต้องการของผู้สูงอายุสมองเสื่อม รวมไปถึงการให้ยาและพบแพทย์ตามนัด

ธีรวรรณ คนชม (2552) ได้ศึกษาประสบการณ์การจัดการของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์การจัดการของญาติผู้ดูแลกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมประกอบไปด้วย 4 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1)

การเข้าใจและการยอมรับ โดยผู้ดูแลต้องเข้าใจอาการของโรค ยอมรับกับความจริง และยอมรับกับพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงออก รวมทั้งยอมรับบทบาทของการเป็นผู้ดูแล 2) การเรียนรู้การดูแล โดยเริ่มจากการค้นหาข้อมูล ทั้งจากผู้ที่มีความรู้ การลองผิดลองถูก และประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การค้นหาวิธีการดูแลที่เหมาะสม โดยการมีความคิดสร้างสรรค์ การสั่งสมประสบการณ์ การเรียนรู้จากพฤติกรรมและปรับการดูแลให้เหมาะสม 4) การจัดการความเครียด โดยการสร้างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และการใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งทางจิตใจ

Humphrey (2009) ได้ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) โดยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากพยาบาลจำนวน 4 รายจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเมืองออนตาริโอ (Ontario) ประเทศแคนาดา ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์ของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม ประกอบไปด้วย 2 ประเด็นหลัก ดังนี้คือ 1) กำลังทางกายในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็นการยอมรับความต้องการในการกระทำหรือการแสดงออกทางพฤติกรรมของผู้ป่วย และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับพยาบาล และ 2) กำลังทางอารมณ์ เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบด้านความสัมพันธ์ของพยาบาลกับผู้ป่วย พยาบาลกับครอบครัวพยาบาลกับผู้ร่วมงานและกับตัวของพยาบาลเอง

Odbehr et al. (2015) ได้ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาล และผู้ช่วยผู้ดูแลในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในสถานบริบาลผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่ม (focus group) ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลและผู้ช่วยผู้ดูแลยังไม่มี ความมั่นใจเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยสามารถสรุปการดูแลด้านจิตวิญญาณได้ 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การรวมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณเข้ากับการพยาบาลทั่วไป ได้แก่ การสัมผัสร่างกาย การตอบสนอง และความหวังไว้ในผู้สูงอายุ 2) ความเข้าใจในความเป็นปัจจุบัน และการมีความรู้สึกไวในการสื่อสารกับผู้สูงอายุ และ 3) การทำกิจกรรมที่มีความหมายในทุกๆวัน ได้แก่ การอำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรมให้แก่ผู้สูงอายุ และ การพบปะพูดคุยกับผู้สูงอายุ และการตอบสนองความต้องการให้แก่ผู้สูงอายุ

Edberg et al. (2016) ได้ศึกษาความเครียดในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม: ประสบการณ์ของพยาบาลในประเทศออสเตรเลีย สวีเดน และสหราชอาณาจักร โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่ม (focus group) ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์ความเครียดของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมประกอบด้วย 2 ประเด็นหลัก คือ 1) ประสบการณ์ความเครียดของพยาบาลที่เกิดจากปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ ระบบการบริหารงานขององค์กรทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล ผู้ช่วยผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว และ 2) ประสบการณ์ความเครียดของพยาบาลที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ผู้ที่มี

ภาวะสมองเสื่อมไม่สามารถที่จะตอบสนองความต้องการของตนเองได้ พยาบาลมีความพยายามที่จะปกป้องผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมากเกินไป การที่ต้องแข่งขันกับความต้องการของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อให้เกิดความสมดุล

### สรุปการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของบุคคลในครอบครัวที่เป็นพยาบาลทั้งในและต่างประเทศที่ผ่านมา พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในสถานบริบาล และการดูแลจากกลุ่มผู้ดูแลทั่วไปเท่านั้น อย่างไรก็ตามยังไม่พบว่ามีการศึกษาบทบาทของพยาบาลในฐานะที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในครอบครัว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของบุคคลในครอบครัวที่เป็นพยาบาล เพื่อเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแล และเกิดองค์ความรู้ใหม่ๆ โดยการศึกษาผ่านประสบการณ์ของพยาบาลที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการดูแล และเกิดความสมดุลระหว่างการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ และการปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาล ทั้งนี้เพื่อเป็นการช่วยเหลือ และยกระดับคุณภาพชีวิตของพยาบาลในฐานะผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งในระยะสั้นและระยะยาวต่อไปได้ในอนาคต

### บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Heumanetic phenomenology) ตามวิธีการของ Martin Heidegger เพื่อศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลที่ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ร่วมกับการบันทึกเทป การสังเกต การบันทึกภาคสนาม (Field note) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดเทปแล้ววิเคราะห์เนื้อหาด้วยวิธีการของ van Manen (1990) พร้อมๆกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยยุติการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัว จากผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 14 คน การดำเนินการวิจัยมีดังนี้

#### 1. ผู้ให้ข้อมูล (Informants)

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล คือ 1) เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาในสถานบริการสุขภาพ และดูแลญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งพักอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันอย่างน้อย 1 ปีจนถึงปัจจุบัน 2) มีความเกี่ยวข้องในฐานะบุตร หรือเป็นญาติสายตรงกับผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder Forth [DSM-IV] ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 1994) 3) มีความยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล และใช้วิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด และใช้วิธีบอกต่อ (snowball sampling) ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนแรกซึ่งเป็นพยาบาลที่ผู้วิจัยรู้จักและมีคุณลักษณะตรงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา หลังจากสัมภาษณ์เก็บข้อมูลเสร็จ ผู้วิจัยได้ให้ผู้ให้ข้อมูลคนแรกแนะนำผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป (ประไพพิมพ์ สุธีวสินนท์ และ ประสพชัย พสุนนท์, 2559) โดยให้ติดต่อขออนุญาตเบื้องต้นเพื่อให้ผู้วิจัยสามารถโทรศัพท์ไปหาโดยตรงได้ก่อน ผู้วิจัยจึงติดต่อไปหาผู้ให้ข้อมูลรายต่อไปโดยตรง ทำเช่นนี้เรื่อยไปจนกระทั่งไม่มีข้อมูลใหม่ๆเกิดขึ้น หรือที่เรียกว่าข้อมูลอิ่มตัว (Saturated information) (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2559) ซึ่งในการวิจัยนี้ข้อมูลอิ่มตัวที่ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 14 ดังนั้นจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด เท่ากับ 14 คน

จากการศึกษา ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจำนวน 14 ราย เป็นเพศหญิง 14 ราย มีอายุระหว่าง 36-62 ปี อายุเฉลี่ย 50.4 ปี สถานภาพโสด 5 ราย คู่ 6 ราย หม้าย/หย่าร้าง 3 ราย สำเร็จการศึกษาระดับ

ชั้นปริญญาตรี 9 ราย ระดับปริญญาโท 5 ราย ประสบการณ์การปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลเฉลี่ย 27.93 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมเฉลี่ย 7.53 ปี ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นบุตร 12 ราย หลาน 2 ราย ผู้สูงอายุ มีอายุระหว่าง 62-92 ปี อายุเฉลี่ย 79.53 ปี ชนิดของภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ เป็นโรคอัลไซเมอร์ทั้ง 14 ราย (รายละเอียดผู้วิจัยได้แสดงไว้ในภาคผนวก ค)

## 2. การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล คือ พยาบาลที่ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับการอนุมัติโครงการวิจัยที่ 116/60 เมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2560 ผู้วิจัยได้ยึดมั่นในจรรยาบรรณของนักวิจัยอย่างเคร่งครัดและคำนึงถึงสิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยได้สอบถามความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูล และมีอิสระในการตัดสินใจให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ หรือไม่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการรักษาสิทธิของผู้ให้ข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

2.1 ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือเพื่อสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลที่ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม พร้อมทั้งอธิบายสิทธิในการตอบหรือไม่ตอบคำถามใดๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไม่สะดวกใจ หรือสิทธิในการขอยุติการให้ความร่วมมือในทุกขั้นตอนของการวิจัยและขอข้อมูลกลับได้ตลอดเวลา ทั้งนี้การตัดสินใจในการให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ หรือไม่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์จะไม่เกิดผลกระทบ หรือความเสียหายใดๆ แก่ผู้ให้ข้อมูล มีการลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยเก็บหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยและข้อมูลต่างๆ ไว้อย่างปลอดภัย

2.2 ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด แจ้งให้ทราบถึงหัวข้อที่จะทำการสัมภาษณ์ จำนวนครั้ง และระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ การขออนุญาตบันทึกเสียงในการสนทนา และการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล การรักษาความลับ โดยการไม่เปิดเผยข้อมูลก่อนได้รับการอนุญาต สถานที่ในการให้สัมภาษณ์ ใช้สถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว เงียบสงบ ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลสามารถเลือกสถานที่ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลและมีความเหมาะสมสำหรับการให้สัมภาษณ์ เมื่อการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นลง เทปบันทึกเสียง แบบสัมภาษณ์ข้อมูลภูมิหลังส่วนบุคคล และเอกสารอื่นๆ ที่มีข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลปรากฏอยู่บนเอกสารภายหลังจากสิ้นสุดการวิจัยในครั้งนี้จะถูกทำลายเพื่อป้องกันความเสียหายที่จะเกิดขึ้นต่อผู้ให้ข้อมูล

2.3 การเสนอรายงานการวิจัย หากมีการกล่าวอ้างถึงถ้อยคำหรือคำบอกเล่าจากการให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะใช้นามสมมติทั้งสถานที่และชื่อของผู้ให้ข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์เท่านั้น โดยไม่มีการเปิดเผยสถานที่และชื่อจริงของผู้ให้ข้อมูล

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือสำคัญที่ใช้ในการศึกษาคือ ตัวผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยเป็นอาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ มีหน้าที่ในการดูแลการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม และการทำงานเป็นพยาบาล Part time ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ทั้งโรงพยาบาลของรัฐบาลและเอกชน ทำให้ผู้วิจัยมีประสบการณ์เป็นผู้ดูแลที่เป็นทางการ (formal caregiver) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคอื่น ๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวาย เป็นต้น ผู้วิจัยได้มีการเตรียมความพร้อมในการดำเนินการวิจัย และเตรียมเครื่องมือช่วยผู้วิจัยในการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

**3.1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย** การเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัย ผู้วิจัยได้ศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล โดยผ่านการเรียนรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 3 หน่วยกิต รวมทั้งได้ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมจากตำรา เอกสารทางวิชาการ และผลงานวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อเรียนรู้และทำความเข้าใจถึงหลักการเชิงทฤษฎีของการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งในระหว่างการศึกษาก็ได้ฝึกฝนประสบการณ์ในการสร้างแนวคำถาม ฝึกการสัมภาษณ์พยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 3 คน พร้อมทั้งบันทึกเสียง ถอดเทปและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง

**3.2 การเตรียมแนวคำถามสำหรับใช้ในการสนทนา** ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้และแนวคิดทฤษฎีต่างๆ เกี่ยวกับแนวคิดเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม ผลกระทบจากการดูแล การดูแลตนเองของผู้ดูแล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถามการสัมภาษณ์ โดยในการศึกษานี้มีคำถามหลักทั้งหมด 5 คำถาม หลังจากนั้นแต่ละคำถามจะสลับไปตามบริบทที่ผู้ให้ข้อมูลให้สัมภาษณ์ เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด มีความยืดหยุ่นในการสนทนาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของบุคคลในครอบครัวของพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกและครอบคลุมในประเด็นที่ต้องการศึกษา โดยแนวคำถามได้รับการแนะนำและการตรวจสอบจากอาจารย์ผู้สอนรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพก่อนนำไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล รวมถึงได้ศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความของ Martin Heidegger (1962) และการวิเคราะห์ข้อมูลของ van Manen (1990) เพื่อใช้เป็นแนวคิดเบื้องต้นในการสร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์ ซึ่งทำให้ได้คำตอบในเชิงลึกและครอบคลุมเนื้อหาของการศึกษามากที่สุด รวมทั้งเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูลแบบตีความ



**3.3 การเตรียมเครื่องมือสำหรับช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ได้แก่ 1) เครื่องบันทึกเสียงสำหรับบันทึกการสัมภาษณ์จำนวน 2 เครื่อง เพื่อป้องกันการสูญเสียข้อมูลหากเครื่องบันทึกเสียงเครื่องใดเครื่องหนึ่งขัดข้องขณะสัมภาษณ์ 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการดูแลและความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม 3) แบบบันทึกภาคสนาม ประกอบด้วย หมายเลขผู้ให้ข้อมูล การสัมภาษณ์ครั้งที่ วันที่ เวลา สถานที่สัมภาษณ์ บันทึกสภาพแวดล้อมและบรรยากาศในการสัมภาษณ์ ความคิด ความรู้สึก เหตุการณ์ ปัญหา และการแก้ไขปัญหาขณะสัมภาษณ์ เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น และ 4) บันทึกถอดความเพื่อบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยมีการถอดความแบบคำต่อคำ และการใส่รหัสเบื้องต้น

#### 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้น (Interview guideline) เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการสังเกต การบันทึกภาคสนาม (Field note) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

4.1 ผู้วิจัยนัดหมาย เวลา และสถานที่ตามให้ผู้ให้ข้อมูลสะดวกไว้ล่วงหน้า ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทั้ง 14 รายสะดวกให้ผู้วิจัยมาสัมภาษณ์ที่สถานที่ทำงาน เมื่อถึงวัน เวลาตามที่นัดหมายไว้ผู้วิจัยกล่าวทักทายและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลก่อนเริ่มดำเนินการสัมภาษณ์ และอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้ ขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้จากผู้ให้ข้อมูล และขออนุญาตทำการบันทึกเสียงในขณะที่เก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขออนุญาตในการจดบันทึกรายละเอียดต่างๆ ขณะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย และดำเนินการแจ้งผู้ให้ข้อมูลทราบว่าหากมีข้อมูลที่ขาดตกบกพร่องผู้วิจัยขออนุญาตทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติมอีกครั้งเพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูล ซึ่งภายหลังจากที่ได้อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการทำวิจัยในครั้งนี้ และขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยจากผู้ให้ข้อมูล ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกผ่อนคลาย ไว้วางใจ และมีความเชื่อถือในตัวผู้วิจัยมากยิ่งขึ้น อันเป็นผลต่อการได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นจริง และเกิดความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลมากยิ่งขึ้น

4.2 ผู้วิจัยได้แสดงเอกสารการได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยให้แก่ผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งอธิบายถึงสิทธิของผู้ให้ข้อมูลร่วมด้วย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดต่างๆ ดังที่กล่าวข้างต้นไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Information sheet) และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent form) ไว้เป็นที่เรียบร้อย

4.3 ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ โดยเริ่มต้นด้วยการเกริ่นนำด้วยคำถามกว้างๆ ที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของบุคคลในครอบครัวที่เป็นพยาบาล เมื่อผู้ให้ข้อมูลเข้าสู่บรรยากาศของการสนทนามากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยได้ใช้คำถามที่แคบลงมากยิ่งขึ้น เพื่อนำเข้าสู่ประเด็นที่ตรงที่ต้องการศึกษาอย่างค่อยเป็นค่อยไป อาทิ “คุณดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมมาแล้วกี่ปี” “คุณทราบหรือไม่ว่าผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นภาวะสมองเสื่อมชนิดใด ระยะไหน และทราบได้อย่างไร” “คนในครอบครัวตัดสินใจอย่างไรว่าใครจะเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม” ซึ่งผู้ให้ข้อมูลจะกล่าวถึงการเข้ามาสู่บทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จึงถามต่อด้วยคำถามที่ว่า “คุณรู้สึกอย่างไร เมื่อทราบว่าผู้สูงอายุในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อม” ทั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างบรรยากาศการสนทนาให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายสบาย และเป็นกันเอง เมื่อผู้ให้ข้อมูลได้เข้าสู่บรรยากาศของการสนทนามากยิ่งขึ้น มีการให้ข้อมูลอย่างเปิดเผยมากยิ่งขึ้น จึงถามต่อด้วยคำถาม “คุณดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างไร” “คุณรู้สึกอย่างไรกับการเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมในขณะที่ต้องทำงานเต็มเวลา” (เกิดอะไรขึ้น พอจะเล่าให้ฟังได้ไหม แล้วคุณจัดการกับความรูสึกนั้นอย่างไร” “สุขภาพของคุณเป็นอย่างไร หลังจากดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม” และ “สมาชิกในครอบครัวของคุณมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างไร” ซึ่งในขณะทำการสัมภาษณ์นั้น ผู้วิจัยได้สังเกตท่าทางและลักษณะของคำพูดของผู้ให้ข้อมูล จดบันทึกในแบบบันทึกภาคสนาม เพื่อทำการเก็บรวบรวมรายละเอียดเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล และในขณะทำการสนทนา ผู้วิจัยได้ตั้งใจฟังในสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลได้ถ่ายทอดออกมาอย่างตั้งใจ เมื่อมีข้อมูลที่มีความคลุมเครือ ผู้วิจัยได้ใช้คำถามที่เจาะลึก เพื่อให้เกิดการได้มีซึ่งความกระจ่างของข้อมูล ไม่ทำการวิพากษ์วิจารณ์ ไม่กระทำการเร่งรัดหรือขัดจังหวะ รวมทั้งไม่กระทำการพูดสอดแทรก ชักชวนให้เปลี่ยนเรื่องที่สนทนา หรือรีบด่วนสรุปแต่อย่างใด แต่กลับเปิดโอกาสแก่ผู้ให้ข้อมูลได้ทำการถ่ายทอดข้อมูลต่างๆ ออกมาจนจบ และกระตุ้นผู้ให้ข้อมูลให้มีอิสระในการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของตนออกมาขณะสนทนา

4.4 ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 14 ราย รายละ 2 ครั้ง ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งประมาณ 45-60 นาที เพื่อไม่ให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเหนื่อยเกินไปในการให้สัมภาษณ์แต่ละครั้ง เมื่อครบกำหนดเวลา ผู้วิจัยหยุดการสัมภาษณ์ ก่อนยุติการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้กล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่สละเวลาและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย พร้อมทั้งขออนุญาตทำการนัดหมายเพื่อการสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป เมื่อผู้ให้ข้อมูลมีความสะดวก รวมทั้งมีการนัดหมาย เพื่อให้ผู้วิจัยนำบทสนทนาที่ได้จากการถอดเทปสัมภาษณ์แบบคำต่อคำกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลได้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาจากการสัมภาษณ์

4.5 ภายหลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์ หรือกลับจากสนามศึกษาแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้ดำเนินการ

กับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ถอดเทปแบบคำต่อคำโดยทันทีเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงสิ่งที่ได้ยิน และเป็นโอกาสให้ผู้วิจัยได้ค้นหาถึงประเด็นต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยการถอดเทปคำสัมภาษณ์นั้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการถอดเทปด้วยตนเองทันที ซึ่งสามารถช่วยทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ถูกต้องและเข้าถึงสาระของข้อมูลได้ดียิ่งขึ้น ในกรณีที่คำสัมภาษณ์มีการกล่าวถึงชื่อของบุคคลอื่น หรือมีการอ้างอิงถึงผู้วิจัยได้ดำเนินการถอดเทปคำสัมภาษณ์นั้นโดยใช้นามสมมติแทนชื่อของบุคคลนั้น

4.6 อุปสรรคในการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำในสถานบริการสุขภาพ การนัดหมายเวลาเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจึงสะดวกให้ผู้วิจัยมาสัมภาษณ์ในช่วงเวลาปฏิบัติงานที่สถานี่ทำงานของผู้ให้ข้อมูล จึงทำให้มีสิ่งรบกวนในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ผู้ให้ข้อมูลถูกตามให้ไปปฏิบัติงานในขณะที่ให้สัมภาษณ์ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่มีสมาธิ และการสัมภาษณ์ไม่มีความต่อเนื่อง

## 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลของ van Manen (1990) ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลจะถูกดำเนินไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยหลังจากการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะทำการถอดเทปสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim transcription) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยการฟังเทปบันทึกเสียง และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การให้ความสำคัญแก่ธรรมชาติและประสบการณ์ชีวิต ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

1) ทำความรู้จักในปรากฏการณ์ เริ่มต้นจากการทำความรู้จักกับปรากฏการณ์ของพยาบาลที่ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม พยาบาลกลุ่มนี้มีประสบการณ์อย่างไรในการเป็นผู้ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม มีความรู้สึกอย่างไร มีการเรียนรู้ปรับตัวและยอมรับต่อการก้าวเข้าสู่บทบาทการเป็นผู้ดูแลได้อย่างไร ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร และวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในเรื่องของการดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลที่ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมตามคำบอกเล่าของผู้ที่มีประสบการณ์โดยตรง ว่ามีความเหมือนหรือคล้ายคลึงกันอย่างไร

2) การกำหนดข้อคำถามของปรากฏการณ์ โดยผู้วิจัยมีการกำหนดคำถามเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ โดยอาศัยการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม ผลกระทบจากการดูแล การดูแลตนเองของ

ผู้ดูแล เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างข้อคำถามร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และมีการปรับปรุงข้อคำถามหลังจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1-3 เพื่อให้ได้รับประสบการณ์ใหม่

3) การอธิบายถึงข้อตกลงเบื้องต้นและสมมติฐานอย่างละเอียด ผู้วิจัยมีความตระหนักถึงประสบการณ์ในการดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมของตนอยู่เสมอว่า ผู้วิจัยไม่เคยมีประสบการณ์นั้นมาก่อน จึงทำให้ผู้วิจัยเปิดรับความรู้หรือประสบการณ์จากผู้ให้ข้อมูลโดยปราศจากอคติของการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้าเพิ่มเติมจากหนังสือ ตำรา และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมาก เพื่อนำมาใช้ในขั้นตอนของการตีความร่วมกับข้อมูลประสบการณ์ที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูล ในขั้นตอนนี้ถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญอย่างมาก ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนที่จะเริ่มดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยต้องพิจารณารากศัพท์ที่จะใช้เชื่อมโยงไปยังปรากฏการณ์นั้นๆ ซึ่งผู้วิจัยได้ระบุไว้ในบทที่ 2 ตามรายละเอียดที่ผู้วิจัยได้ระบุไว้ข้างต้น โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกในการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากเชื่อว่าสามารถทำให้ได้คำตอบเชิงลึกจากพยาบาลผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยผู้วิจัยได้ใช้ข้อคำถามปลายเปิดในการสัมภาษณ์ และได้ติดตามสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลเปิดประเด็น ได้ซักถามคำถามต่อไปในสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลเปิดประเด็น หรือใช้คำถามที่ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบายต่อ อาทิ “รบกวนคุณ...ยกตัวอย่างถึงสิ่งที่เล่าเมื่อสักครู่นี้ได้ไหมครับ” หรือ “ที่คุณ...พูดว่า...หมายความว่าอย่างไรครับ รบกวนอธิบายเพิ่มเติมได้ไหมครับ” ทั้งนี้จุดประสงค์ของการถามคำถามดังกล่าวนี้ คือ เพื่อช่วยให้บทสนทนาย้อนกลับไปถามผู้ให้ข้อมูล ทำให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถยืนยันถึงประสบการณ์ตรงของผู้ให้ข้อมูล ได้คำตอบที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น สามารถแสดงความคิดเห็นหรือความรู้สึกได้ง่ายมากยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การสะท้อนถึงประเด็นที่สำคัญ มีรายละเอียดของขั้นตอนย่อย 3 ขั้นตอน คือ

1) การมองภาพรวม ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยการถอดเทปบันทึกแบบคำต่อคำ และทำการตรวจสอบข้อมูลรวมกับการฟังเทปบันทึกซ้ำอย่างน้อย 2 ครั้ง หลังจากนั้นได้อ่านข้อมูลที่ได้อ่านทั้งหมดเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและนำกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลทุกรายได้อ่านข้อมูลที่ตนเองได้ให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยไว้เพื่อก่อให้เกิดความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลที่ศึกษา ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลทุกรายไม่มีการปรับแก้ไขคำสัมภาษณ์หรือข้อมูลที่เคยได้ให้ไว้กับผู้วิจัยแต่อย่างใด

2) การค้นหาและเน้นส่วนที่สำคัญ ผู้วิจัยได้อ่านบทพรรณานข้อมูลทั้งหมดกลับไปกลับมาหลายครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเป็นการตรวจสอบผู้ให้ข้อมูลร่วมด้วย เมื่อพบข้อมูลที่น่าสนใจ ผู้วิจัยได้เน้นข้อความโดยใช้ปากกาสีเน้นข้อความในประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่อธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษา

3) การลงรายละเอียดการลงรายละเอียดข้อความแต่ละย่อหน้า (Paragraph) ผู้วิจัยได้จัดกระทำในผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นกระบวนการแยกย่อยของข้อมูลเปรียบเทียบและตรวจสอบข้อมูลในลักษณะของการวิเคราะห์ข้อมูลแบบย่อหน้าต่อย่อหน้าตามประเด็นที่ถามคำถามผู้ให้ข้อมูล และดำเนินการจัดข้อมูลที่ได้ให้รหัสแล้วเป็นหมวดหมู่ โดยนำส่วนที่คล้ายคลึงกันมารวมกัน เพื่อลดทอนจำนวนข้อมูลลงไป

ขั้นตอนที่ 4 การบรรยายปรากฏการณ์ผ่านศิลปะของการทบทวนและการเขียน ผู้วิจัยได้ใช้ขั้นตอนนี้ในการนำเสนอผลการศึกษาวิจัย โดยการใช้ภาษาไทยในการนำเสนอมุมมองของประสบการณ์นั้นๆ ตามที่เป็นดังการนำเสนอผลการวิจัย การเขียนบรรยาย ตามประเด็นหลักและประเด็นย่อย ผู้วิจัยได้เขียนบรรยายด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย สะท้อนปรากฏการณ์ของพยาบาลที่ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม และผู้วิจัยได้สอดแทรกประสบการณ์ส่วนตัวที่ได้พบเจอหรือศึกษาค้นคว้าลงไปในช่วงค้นพบพร้อมทั้งได้นำเสนอตัวอย่างที่สำคัญจากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาใช้ในการอ้างอิงบรรยายปรากฏการณ์ร่วมด้วย

## 6. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) ตามวิธีการของ Guba and Lincoln (1989 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2559) โดยมีรายละเอียดดังนี้คือ

6.1 ความน่าเชื่อถือ (Credibility) เป็นเกณฑ์การสนับสนุนการอธิบายข้อสรุปและการแปลผลข้อมูลจากประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล โดยนักวิจัยจะแสดงให้เห็นว่าการได้มาซึ่งข้อมูลและข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล มีการระบุและอธิบายได้อย่างถูกต้อง

1) การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ผู้วิจัยจะตรวจสอบคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลและเอกสารต่างๆ เช่น แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล การบันทึกภาคสนาม เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ให้ข้อมูลมีคุณสมบัติตรงตามที่ผู้วิจัยกำหนด ได้แก่ หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการดูแล และความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม

2) การใช้นักวิจัยหลายคน (Multiple researchers) การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยอาจารย์ที่ปรึกษา และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ถือเป็นนักวิจัย 3 คน วิเคราะห์ข้อมูลแล้วนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบกัน สำหรับประเด็นที่มีความคิดเห็นแตกต่างกัน นักวิจัยทุกคนร่วมกันอภิปรายจนได้ข้อสรุปเดียวกัน แล้วนำผลการวิจัยซึ่งเป็นข้อสรุปของนักวิจัยทั้งสามคนมาบรรยายข้อค้นพบ ซึ่งในการวิจัยนี้ ได้ข้อค้นพบ 6 ประเด็นใหญ่ 20 ประเด็นย่อย

3) การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checking) ผู้วิจัยจะนำประเด็นที่ได้จากการ

ถอดเทปคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนของแต่ละประเด็นและเขียนเขาโครง คำอธิบายประเด็นกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลทุกรายตรวจสอบ ผู้ให้ข้อมูลทุกคนไม่มีการแก้ไขข้อมูลใดๆ

6.2 ความสามารถในการถ่ายโอนข้อมูล (Transferability) เป็นความสามารถในการอ้าง ผลการวิจัยที่ได้ไปสู่ประชากรกลุ่มอื่น ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง ผู้ให้ข้อมูลจึงไม่ใช่ตัวแทนประชากรและไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรกลุ่มอื่นได้ งานวิจัยนี้ใช้ในการ อ้างอิงปรากฏการณ์ที่มีบริบทที่มีความคล้ายคลึงกันกัน อีกทั้งผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลที่มีความลุ่ม ลึก ละเอียดครบถ้วนละครอบคลุมมากที่สุด ซึ่งจะทำให้ผู้อ่านเข้าใจเรื่องราว และมองเห็นภาพของ ประสบการณ์ดังกล่าวได้ โดยผู้อ่านจะเป็นผู้พิจารณาและตัดสินใจนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้กับ บริบทที่คล้ายคลึงกันมากที่สุดด้วยตนเอง

6.3 ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) เป็นการตรวจสอบข้อมูลผ่านการวิเคราะห์ เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล โดยผู้วิจัยมีการเชื่อมโยงข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสังเกต เข้าด้วยกัน เพื่อการเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง ผู้วิจัยได้ร่วมวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อเป็นการลดความลำเอียงที่อาจเกิดขึ้นจากการที่ผู้วิจัยเป็นผู้ วิเคราะห์และตีความเพียงผู้เดียว

6.4 ความสามารถในการยืนยันผลการวิจัย (Conformability) การเก็บรวบรวมข้อมูลและมีการ จัดบันทึกไว้อย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้ (Audit trail) เพื่อยืนยันผลการวิจัยที่เกิดจากข้อมูล และการตรวจซ้ำด้วยความเป็นกลาง รวมถึงมีการตรวจสอบกับการบันทึกภาคสนามว่ามีข้อมูลตรงกัน หรือสอดคล้องกันหรือไม่ โดยสามารถตรวจสอบจากข้อมูลดิบ โดยการตรวจสอบจากบทสัมภาษณ์ ร่วมกับการฟังเทปกลับไปกลับมาหลายๆครั้ง และได้มีการตรวจสอบกับการบันทึกภาคสนาม ว่ามี ข้อมูลตรงกันหรือสอดคล้องกันหรือไม่ นอกจากนี้ผู้วิจัยมีการบันทึกขั้นตอนการพัฒนาข้อค้นพบ โดย สามารถตรวจสอบได้จากการสาระสำคัญที่ได้จากการวิเคราะห์ การให้รหัสข้อมูลจำนวน 404 รายการ และการลดทอนข้อมูล เป็น 20 ประเด็นย่อย และ 6 ประเด็นหลัก

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ของพยาบาลที่ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล (Informant) ประกอบด้วย 1) เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาในสถานบริการสุขภาพ และดูแลญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปีจนถึงปัจจุบัน 2) มีความเกี่ยวข้องในฐานะบุตร หรือเป็นญาติสายตรงกับผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder Forth [DSM-IV]) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 1995) 3) มีความยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept interview) ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งแรก ไม่เกิน 60 นาที และการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปไม่เกิน 30 นาที ร่วมกับการบันทึกเทป การจดบันทึกภาคสนามและการสังเกต แล้วนำข้อมูลที่ได้มาถอดเทปแบบคำต่อคำ และทำการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมๆ กับการรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการของ van Manen (1990) โดยกำหนดว่าสิ้นสุดการสัมภาษณ์เมื่อข้อมูลที่ได้เกิดการอิ่มตัว (Saturated data) ไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2559) จากผู้ให้ข้อมูลทั้ง 14 คน

ผลการศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ของบุคคลในครอบครัวที่เป็นพยาบาล สามารถแบ่งเป็น 6 ประเด็นหลัก คือ

1. สังเกตเห็นอาการผิดปกติของผู้สูงอายุที่บ้าน
  - 1.1 พฤติกรรมการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป
  - 1.2 โวยวาย ตะโกนคำ พุดจาหยาบคาย
  - 1.3 หลงลืมหลายเรื่อง ถ้ามตอเนื่องเข้าไปเข้ามา
2. พยาบาลถูกเสนอเป็นผู้ดูแลหลัก ไม่ยึดยกรับได้จากหลายเหตุผล
  - 2.1 หน้าที่ของลูกต้องดูแลบุพการี
  - 2.2 ตอบแทนบุญคุณที่ท่านเลี้ยงดูเมื่อเยาว์วัย
  - 2.3 เป็นแบบอย่างให้ลูกของตนได้ปฏิบัติตาม
3. เริ่มต้นจากดูแลเหมือนคนทั่วไป
  - 3.1 มั่นใจว่าทำได้ แค่ดูแลการใช้ชีวิตประจำวัน
  - 3.2 หากไปทำงานวานผู้อื่นดูแลให้

3.3 หงุดหงิดใจหากท่านทำในสิ่งไม่พึงประสงค์

#### 4. หาความรู้สร้างความเข้าใจ พร้อมรับปรับการดูแลใหม่

- 4.1 ใส่ใจกิจวัตรประจำวัน
- 4.2 จัดการและป้องกันอาการไม่พึงประสงค์
- 4.3 ดูแลเพื่อคงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้
- 4.4 พาไปตรวจตามแพทย์นัด
- 4.5 จัดสรรเวลาพาเที่ยวนอกบ้าน
- 4.6 ชวนท่านทำบุญทำทาน ไหว้พระสวดมนต์

#### 5. ปัญหามากมาย เหนื่อยกายและใจ

- 5.1 รับผิดชอบงานหลากหลาย ร่างกายพักผ่อนไม่พอ
- 5.2 รู้สึกท้อ เครียดง่ายและเหนื่อยใจ

#### 6. ทาวิธีจัดการ เพื่อให้ชีวิตเกิดสมดุล

- 6.1 ให้ญาติพลัดเปลี่ยน หมุนเวียนดูแลร่วมด้วย
- 6.2 หาพี่เลี้ยงช่วย แต่อยู่ไม่ทน ต้องมีกลยุทธ์ข้อใจหลายอย่าง
- 6.3 บางปัญหาไม่ได้หมดไป ต้องเรียนรู้แก้ไขและทำใจไปพร้อมๆกัน

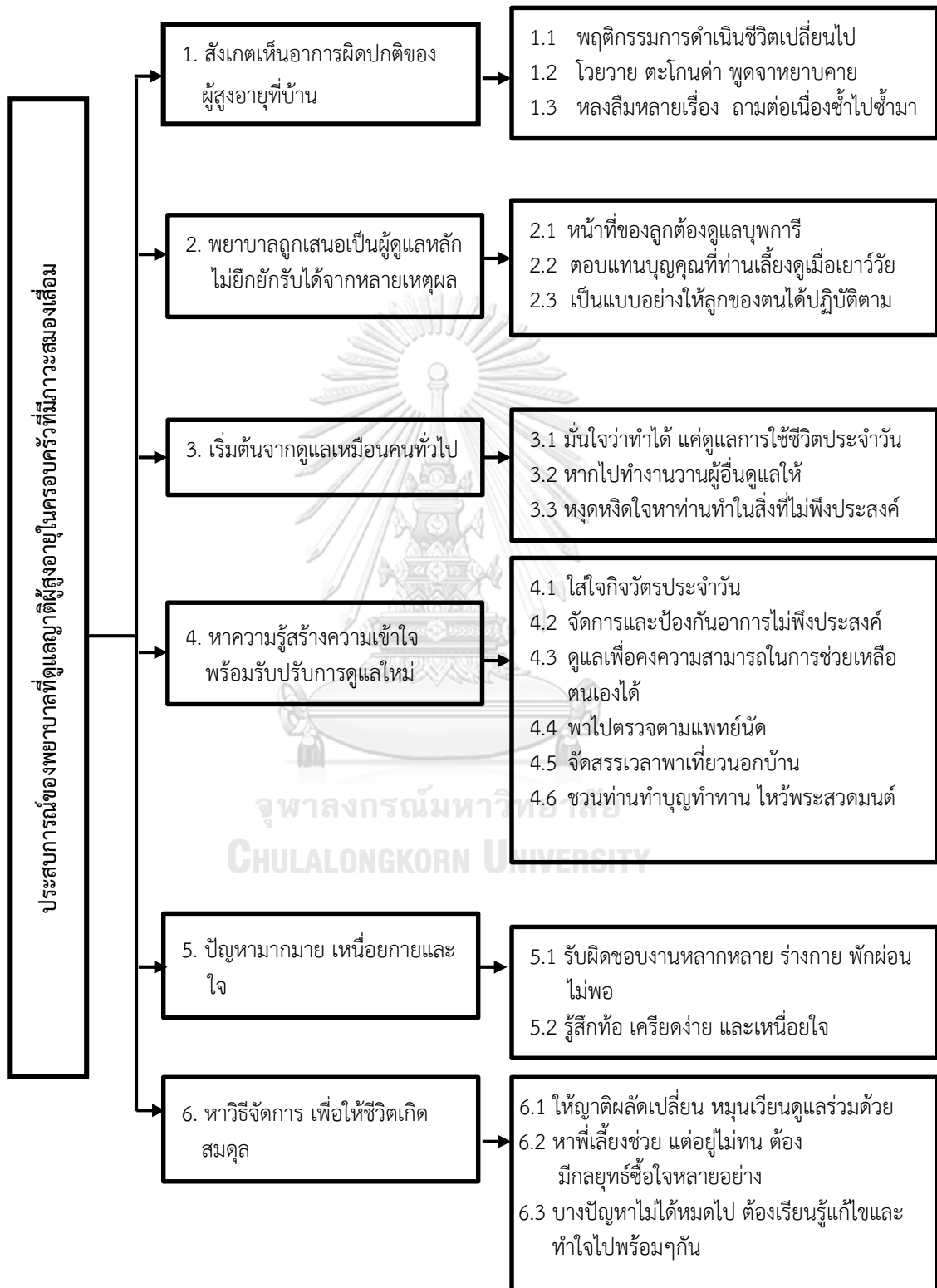
สำหรับเนื้อหาผลการศึกษาที่บรรยายไว้ในบทนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยมีการใช้สัญลักษณ์ในตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

[ข้อความ]	หมายถึง	คำอธิบายเพิ่มเติมของผู้วิจัย
...	หมายถึง	การนำข้อความเนื้อหาประเด็นเดียวกันจากหน้าอื่นมาต่อกัน
[ID1T1]	หมายถึง	คำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 [ID1] สัมภาษณ์ครั้งที่ 1

[T1]



ภาพที่ 4 ผลการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลที่ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม



## 1. สังเกตเห็นอาการผิดปกติของผู้สูงอายุที่บ้าน

เมื่อผู้สูงอายุในครอบครัวมีอาการป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม ซึ่งอาการเริ่มต้นของโรคดังกล่าวในผู้สูงอายุจะมีความแตกต่างกัน เช่นเดียวกับครอบครัวของพยาบาลที่มีญาติผู้สูงอายุเป็นสมองเสื่อมได้เล่าให้ฟังว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทำในสิ่งที่บุคคลปกติไม่ทำ บางรายมีอาการหลงลืม และบางรายเริ่มต้นด้วยอาการเอะอะโวยวาย ต่ำทอผู้อื่น เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ ทำให้พยาบาลมองเห็นความผิดปกติของผู้สูงอายุ จึงพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์และแพทย์ได้วินิจฉัยว่าเป็นสมองเสื่อม ซึ่งจากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสังเกตเห็นอาการผิดปกติของญาติผู้สูงอายุในครอบครัวมีอาการของภาวะสมองเสื่อม ดังนี้ 1.1) พฤติกรรมการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป 1.2) โวยวาย ตะโกนต่ำ พุดจาหายาบคาย และ 1.3) หลงลืมหลายเรื่อง ถ้ามตอเนื่องเข้าไปเข้ามา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### 1.1 พฤติกรรมการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป

ผู้ให้ข้อมูลเริ่มสังเกตเห็นว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันเปลี่ยนไปจากเดิม กล่าวคือ จำไม่ได้ว่าทำอะไร หลงลืมไม่รู้ว่าจะทำอะไร หรือทำสิ่งที่ผิดปกติไปจากเดิม ได้แก่ บางรายทำกิจกรรมเดิมๆแต่มีความผิดปกติซ่อนอยู่ภายใต้การทำกิจกรรมนั้นๆ ดังเช่น ผู้สูงอายุรายหนึ่งเป็นผู้ทำอาหารให้ครอบครัว จากระสชาติอาหารที่ดี กลายเป็นรสชาติอาหารที่เค็ม บางครั้งผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมแปลกๆที่แตกต่างไปจากพฤติกรรมที่เคยทำ เช่น หยิบขันน้ำล้างก้นมาใส่ฝักเพื่อรับประทานกับแหมมเนือง นำช้อนไปชูดเศษอาหารที่ติดอยู่ในไมโครเวฟแทนการเช็ดทำความสะอาด เป็นต้น บางรายมีการแสดงออกของการถาม-ตอบผิดปกติไปจากเดิม เช่น เวลาถามคำถามจะให้การตอบด้วยการพยักหน้า หรือ ทำเสียงอืออือ บางครั้งไม่ยอมคุยด้วย คิดอะไรได้ก็ออกไปทำโดยที่ไม่บอกใคร ซึ่งบางพฤติกรรมอาจเกิดอันตรายถึงชีวิตได้ เช่น การขับรถออกไปจากบ้านด้วยความเร็วสูง เวลาไปเที่ยวก็เดินหายไปจากกลุ่ม หรืออาการนอนไม่หลับช่วงกลางคืน แล้วลุกขึ้นมานั่งในที่มืดโดยไม่เปิดไฟ ผู้ให้ข้อมูลจึงพาผู้สูงอายุไปตรวจที่โรงพยาบาลจึงพบว่า ผู้สูงอายุเป็นโรคสมองเสื่อม (โรคที่เกิดจากความผิดปกติของสมองชนิดหนึ่งที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม)

“แม่เขาเป็นคนทำอาหารเองใช้ไหมคะ มันทึเริ่มแบบ เอ้อ ผัดผักเนี่ยก็จะเค็มปี่มาก ไหมก็ไหม้แบบผัดจนไหม้ดำไปเลย นี ถ้า เอ๊ะ มันทึเริ่มสงสัยจากทำกับข้าวเลยเจ๊ยะ อิมันทึจะไหม้บ่อยแล้วก็แบบเค็มและบางทีเนี่ย เอ้อ เขาเป็นคนแบบหยิบของอันนี้มาวางหรืออะไรอย่างเจ๊ยะ เขาก็จะบอกว่าเขาไม่ได้ทำเราก็ยังแบบ เอ๊ย ทำไม ทำไมมงงๆ เราก็ดูด้วยความที่ว่าไม่ได้สนใจไม่คิดว่าแม่จะเป็นอะคะ แต่ไอที่ตัดสินใจได้เลยเน่ๆ มีอยู่วันหนึ่งคือพี่ซื้อแหมมเนืองมากินอย่างเจ๊ยะ แล้วทุกทีก็คือจะเอา

ผักอะคะมาใส่ในถ้วย เออแบบกลางโต๊ะอะไรอย่างเงี้ย แต่ที่เนี่ยแม่ไปเอา  
 ชันน้ำ ซึ่ง ซึ่งล้างกันในลั้วอะมาใส่ผักอันเนี่ยมาไว้บนโต๊ะอาหาร เราก็  
 แบบ ฮี้ย มันไม่ใช่แล้วละ (หัวเราะ) ก็เลยแบบ ฮี้ย แม่ แม่แปลกเนอะ ก็  
 เลยถามไป อ้าว ทำไมแม่เอาขันน้ำล้างกันมาใส่ผักไว้บนโต๊ะนี่ละ อะไร  
 อย่างเงี้ย เขาก็บอกว่าเขาไม่ได้ทำ อ่า ที่นี้เราเริ่มซัวร์ละ ฮี้ยแม่ แม่เป็น  
 สมองเสื้อมริบาว พี่ก็เลยพาไปตรวจที่โรงพยาบาลพี่เนี่ยแหละคะ [ID1T1]

“ตอนแรกก็คือเหมือนกับ เขาอยู่ที่บ้านนะคะ มีพฤติกรรม  
 แปลกๆ ทำอะไรซาลง แล้วก็พฤติกรรมเปลี่ยนไป อะไรที่เคยเห็นทำได้  
 ปกติก็กิจกรรมประจำวันอะไรอย่างเงี้ยคะ ก็คือเหมือนทำไม่ได้ หรือว่าทำ  
 ได้ เหมือนที่ปกติจากคนปกติเนี่ยคะ ก็เริ่มรู้สึกว้า เอ๊ะ เขาดูแปลกๆนะ  
 อย่างเช่น เวลาที่เขาทานข้าวเงี้ย เขาไม่ใช่ช้อนตัก เขาเอามือหยิบ หรือ  
 บางมือบางครั้ง ก็เอาข้าวไปทิ้งถึงขยะอะไรอย่างเงี้ยคะ แล้วก็บางทีข้าวก็  
 ไม่ใส่จาน ก็วาง แล้วก็ทานเลย แล้วก็เริ่มมีแบบงงๆ ยืนค้างอยู่กับที่นาน  
 เหมือนกับตัดสินใจไม่ได้ เข้าไปในห้องน้ำก็ยืนอยู่เฉยๆ แล้วก็ออกมาทั้งๆ  
 ที่ยังไม่ได้อะไรเลย หรือว่าเข้าห้องน้ำอี เขาอีไอแพมเพิร์ส อีเสร็จไม่ได้  
 ล้างก็เปลี่ยนแพมเพิร์สตัวใหม่เลย ทั้งๆ ที่ยังไม่ได้อ้างเปลี่ยนไปได้สัก  
 อาทิตย์สองอาทิตย์ ก็เลยพาไปหาหมอนะคะ ให้หมอช่วยประเมินคะ”  
 [ID7T2]

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Center for Autism and Neurodevelopment

“เริ่มแรกที่เป็นอะนะคือ ที่แรกไม่พูด...ไม่พูดเลยเงี้ยบๆ เลย  
 ถามอะไรก็จะไม่ตอบก็จะอื้อๆ เอ้อๆ พะยั๊กหน้าอย่างเดียวเสร็จแล้วก็มามี  
 อาการ หยิบ เหมือนหยิบกุญแจรถเราก็ถาม...ถามว่า จะไปไหน เออ แล้ว  
 เดินออกไปเลยนะ หยิบกุญแจรถ รถยนต์เงี้ย เราถามว่าจะไปไหน ไม่รู้ ไม่  
 รู้ไม่ได้ ไม่รู้ก็กลับมาคุยกันก่อน กุญแจรถตอนนี้คือขับรถไม่ได้นะ เพราะ  
 ขาไม่มีแรง อะไรประมาณเนี่ย เริ่มแบบไม่...ไม่สนใจ ไม่สนใจ ลิงแวดล้อม  
 ที่อยู่รอบตัว คือไฟก็อยู่ที่ ไฟก็อยู่กับตัวเอง เออไฟก็อยู่กะตัวเอง คิด  
 และก็เหมือนไม่ได้บอกใครจะทำอะไรก็คือเราเนี่ยต้องคอยสังเกตเอาเอง  
 ว่าจะทำอะไรบางทีนั่งอยู่แล้วลุกปั๊บ เราก็จะถามว่าทำอะไรอะ ไป...ไป  
 ไหนอะไรเงี้ย อ่า ป้าข้างบ้านก็โทรไปบอกน้องกว่า พ่อแก่ไปไหนไม่รู้ขับรถ  
 เร็วมาก แล้วกลับมาถามว่าไปไหนน้องสาวก็ถามว่าไปไหน ทำไมขับรถ

เนี่ยจะไปไหน ไม่รู้คือไม่รู้ว่าจะไปไหน ก็ขับออกไปแล้วก็ขับรถออกตาม ทากันก็ประมาณชั่วโมงหนึ่ง ก็ไปเจอว่าไปอยู่บ้านญาติ มันเป็นหมู่บ้านอะ เราอยู่กลุ่มนี้กลุ่มนั้นห่างๆกัน ห่างกันสักสามกิโลอะ พี่โทรไปอะ คุยกับ ใครอยู่ เราก็บอกว่าเรา เออๆ ไม่คุยและ ไม่อยากคุยด้วย เอออะไร ประมาณเนี่ย จากประสบการณ์ที่เห็นแล้ว คิดละว่า เขาน่าจะมีอาการ ทางสมองเลยพาพ่อมาหาหมอ” [ID8T1]

“มีอยู่ครั้งหนึ่งพี่พาเขาไปเที่ยวตลาดน้ำที่ลำพญา เออ คนมัน ก็เยอะไง เราก็เดินกันนี้แหละ มีแม่พี่ พ่อพี่ มีพี่ แล้วก็ลูกชายพี่ เดินกัน 4 คน แล้วคนมันก็เยอะอะนะ ก็เดินกันไปมา เสร็จแล้วมันก็พลัดหลงกัน เพราะว่าคนมันเยอะไง... เสร็จแล้วพี่ก็เดินจน หาจน ก็คือเดินดูอะไรจน เสร็จเรียบร้อยแล้ว ทัวเรียบร้อยแล้ว ก็กลับมา เอ๊ะ ไปไหนเนี่ย ไปเดินอยู่ ไหน ทำไมไม่เห็นกลับมาซึ่งปกติเขาไม่ดูอะไรเยอะหรอก ปรากฏว่าไม่มา ก็ เอ๊ะ หายไปไหน พี่ก็ให้ลูกชายพี่ไปตาม พี่ก็แยกตาม ปรากฏมัน ไปนั่ง อยู่นั่น ไปนั่งอยู่ คือบริเวณที่จอดรถ มันก็มีที่จอดรถหลายๆ คันใช้ใหม่ ไปนั่งที่ ไกลอะ ต้องเดินไปตาม ถึงจะเห็น ก็บอกว่าอ้าวทำไมไม่มานั่งรอ ตรงท้ายรถเราเนี่ย เขาก็จะอีกอีกๆ อีกอีกๆ ไม่พูดอะไร แล้วคิดว่า หรือคง ว่า คงอยากไปนั่งดูวิวตรงนั้นมั้ง เออ ก็เลยไม่ได้คิดอะไร จนหลังๆ พี่รู้สึก ว่าเอ๊ะ เขาผิดปกติอะ รู้สึกไม่ใช่อะ เช่น พฤติกรรมเปลี่ยน กลางคืนไม่ นอน ลูกขึ้นมา นั่ง ถามว่านั่งทำไม บอกนอนไม่หลับ เออ แล้วก็นั่งอยู่ แล้ว ไม่เปิดไฟด้วยนะ นั่งมีดๆ ทำไมอะนั่ง ไม่นอนอะ เป็นอะไรเนี่ย แปลกๆ แล้วก็...เขาจะทำอะไรแปลกๆ อย่างเช่นว่า เออมันมีอะไรห้อยใน ไมโครเวฟเนี่ย ซึ่งมันก็มีหก มีกระเด็นอะไรได้ใช้ใหม่ เขาก็ไม่เช็ด ไม่ทำ ความสะอาด คือแล้วแบบ เออๆ เอาซ้อนอะ ซ้อนสแตนเลสอะ ไปซูด ไป ซูดที่ไมโครเวฟ ซูดเศษอาหารที่มันหกเลอะเทอะ มีกระเด็นไรเงี้ย ซูดๆๆ มันก็พัง ถลอกหมดเลยอะ แล้วก็รู้สึกทำไมแปลกๆ เอ๊ะ ผิดปกติ มาก จนตอนนั้นอะ พี่ก็พามาหาอาจารย์ Neuro” [ID10T1]

## 1.2 โวยวาย ตะโกนคำ พุดจาหยาบคาย

ผู้ให้ข้อมูลบางรายเล่าว่าญาติผู้สูงอายุในครอบครัวของตนมีอาการผิดปกติในเรื่องของ การสื่อสารทั้งการพูดและการใช้ท่าทาง จากญาติผู้ใหญ่ที่ใจดี กลายเป็นคนเอะอะโวยวาย อาละวาด

จากผู้ใหญ่ที่เรียบบร้อย พุดจาไพละ กลายเป็นคนที่ชอบตะโกนด่าด้วยถ้อยคำที่หยาบคาย ครั้งแรกที่ เกิดพฤติกรรมเหล่านี้ พยาบาลคิดว่าอาจเป็นเพราะผู้สูงอายุเครียดที่ต้องนอนพักรักษาตัวที่ โรงพยาบาล เมื่ออาการดังกล่าวเกิดขึ้นหลายครั้งทำให้พยาบาลเริ่มรู้สึกว่าจะต้องมีความผิดปกติเกิดขึ้น จึงพาไปพบแพทย์และได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม บางรายเล่าว่าผู้สูงอายุเริ่มใช้คำพูด หยาบคายด่าสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนบ้าน โดยไม่มีสาเหตุอันสมควร ร่วมกับการคิดจินตนาการ เรื่องราวขึ้นมาเองไปเล่าให้เพื่อนบ้านฟัง ทำให้เกิดความเสื่อมเสียแก่สมาชิกในครอบครัว เช่น กล่าวหาว่าไปเที่ยวกับชายอื่นที่ไม่ใช่สามี เป็นต้น บางรายคิดว่าคนอื่นจะทำร้ายตนก็จะด่าว่าด้วย ถ้อยคำหยาบคายร่วมกับมีอาการมึนงงและโกรธง่าย ผู้ให้ข้อมูลจึงพาไปพบแพทย์จิตเวชก่อน ภายหลังทราบว่าเป็นอาการหนึ่งของภาวะสมองเสื่อม

“เขาก้าวร้าวขึ้น ทุกคนก็งงเพราะว่าทุกทีเข้ามาถึงก็จะ ขวนร้องเพลง เขาก็ร้องเพลง จะคุยรู้เรื่อง อะไรอย่างเนี้ย แล้วก็เขาก็ โทษคนที่เฝ้าอยู่ ว่าขโมยของเขา เอากำไลทองเขาไป เอาแหวนเขาไป อะไรอย่างเนี้ยคะ ทั้งๆ ที่เขาไม่ได้เอามาจากบ้านเลย เราอะ รู้กันแหละ ว่า แม่หลง แม่เข้าใจผิดละ ไม่ใช่แล้วละ เพราะว่าเราไม่ได้เอามา แล้ว เขาก็โทษ แล้วไล่ออกจากห้องเลยนะ ไม่ให้เข้าเลย พอเข้ามาปุ๊บ เขาจะ อลละวาดอะไรอย่างนี้คะ เหมือนเขา เขาผิดปกติไปจากเดิม จากเดิมที่ เขาจะเป็นคนใจดี เป็นคนพูดเพราะ แล้วก็ อยู่ๆ ลูกขึ้นมาก้าวร้าว ไม่ ถูกใจอะไรแบบด่า ด่าแบบคำหยาบคาย อะไรอย่างนี้ ทุกคนก็งงกันว่า เอ๊ะ ทำไมเขา เขาเป็นอะไรไป เพราะปกติเขาจะเป็นคนพูดเพราะ อืม ด่า แล้วก็ไม่มีเหตุผล เหมือนอย่างที่เราแบบ แรงที่สุด วันที่ไปมอบตัวลูก สาวเนี้ย ก็คุยกันอย่างดีบิตนี้แหละว่า เออ ไปมอบตัวแป๊ปหนึ่งนะ เดียว กลับมา อะไรอย่างนี้ ปรากฏว่า โห เขาอลละวาดหมดเลย พยาบาลเข้า หน้าไม่ติดเลย ก็เลยสงสัยกันว่าเอ๊ะ เขาผิดปกติไป ตอนแรก เราก็บอก เอ๊ะ สงสัยเพราะว่าเขาเครียด เพราะว่าเขามาอนอยู่โรงพยาบาล เออ มันเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเปลี่ยน อะไรทั้งหมดไป แล้วก็ พอเราไม่ได้เฝ้า เองอะ เราให้คนที่รู้จักกันเนี้ย มาเฝ้าเขาเนี้ย เขาอาจจะมีความรู้สึก ว่า เออ ทำไมลูกทั้งๆ อะไรแบบนี้ หลังจากนั้นมากก็มีอาการแบบนี้มาเรื่อยๆ ก็เลยให้หมอทาง Neuro Med มาดู หมอก็บอกว่าเป็นสมองเสื่อม ชัดเจน” [ID3T1]

“ตอนเริ่มแรก ก่อนที่หมอจะวินิจฉัยว่าแม่มีภาวะสมองเสื่อม คุณแม่มีอาการผิดปกติ อยู่ดีๆ เขาก็ดำ งงอะ ด่าหยาบคายมาก... ดอกทอง ต่าลูก ..ไปด่าพวกพี่ข้างบ้านจนเขามาถาม ยายเป็นอะไร แต่เผอิญคนที่เขาไปคุยด้วยเป็นคนที เด็กช่างทำผมเนี่ยเขาก็เป็นแบบ คนประจำที่ทำผมที่บ้านอยู่เนี่ย ร้านหน้าบ้าน ร้านขายของที่อยู่หน้าบ้านเนี่ย ก็เป็นร้านที่อยู่มานาน เขาบอกหัย แม่เป็นอะไร คือพี่ออกจากบ้านหกโมงเช้า กลับบ้านหกโมงเย็น ประมาณเนี่ย ทุกวัน บอกพี่พาลูกกับพี่สาวไปเที่ยว ทิ้งเขาอยู่บ้านคนเดียว พี่ไปกับผู้ชาย ไอ้ผู้ชายคือไอ้ตัวนี้ ไอ้ยแบบว่า ไม่ไหวแล้ว คือแบบ เออ คือ ตอนนั้น [แม่ดำ] อีหัย ไอ้ลล เออ อะไรนะ ยักษ์วัดแจ้ง อะไรวะ กอล์ฟ (ลูกชาย) เออ อะไรนะ ยักษ์วัดแจ้ง แร้งกระพือปีก ลูก หัย ต่าใครวะ ตอนแรกนั่งคุยอยู่ เขี่ย เดินผ่านมาเอามือลูบหัว ที่นี้มองหน้าว่าต่าใครกันแน่ นั่งกันอยู่แค่นี้ อยู่ดีๆ เขาก็ดำขึ้นมาอย่างเงี้ย...ที่เป็นเยอะ คือ ตอนผ่าตัด prolapse rectum ตอนปี 58 ที่เริ่มรู้ว่า มี delirium dementia เข้ามา เออ ผ่าตัดเสร็จกลับมา หุย เอาไม่อยู่เลยนะขนาดแม่พี่ตัวเล็กอยู่นะ ตัวเล็กกว่าตัวเองอีก หนักแค่ 40 กิโล พี่เอาไม่อยู่อะ แรงแเยอะมาก ได้ทั้ง Hadol Valium Dormicum ยังเอาไม่อยู่ ทีสามเดินรอบตึกเลยอะ แทบตาย นั่นแหละเริ่มมีอาการ หลังจากนั้น ก็เริ่ม drop down ลง เริ่ม change...อาจารย์ก็ให้ทำ test neuro med น้อ หมอก็ให้ทำ test เรื่องความจำ เรื่องของสมองเสื่อมก็เห็นชัดละ” [ID2T1]

“ก็ตอนแรกที่บ้านไม่คิดว่าจะสมองเสื่อมนะ เพราะปกติแกเป็นคนเรียบร้อย แล้วมีอยู่ๆมาเนี่ยะ อาการเปลี่ยนไป คือลักษณะการพูดหรือว่าการแสดงออกเนี่ยะ จะเป็นคนที่ มีการพูดหยาบพูดให้ร้ายคนอื่น ซึ่งปกติไม่เคยเลย มองโลกในแง่ดีหมด พูดเพราะทุกคำ แล้วเรียบร้อยมาก ก็ เริ่มมีเหมือนกับ เหมือนกับพูดว่าคนอื่น ว่าคนนั้นว่าเขา คนนี้ว่าเขา แล้วก็เริ่มใช้คำพูดหยาบคาย บ้าง แล้วก็มีการมฉุนเฉียว โกรธ แล้วก็ อย่างเวลานอนจะมีน้องสาวเขา ที่เป็นน้ำอีกคนหนึ่ง นอนอยู่กับเขา ช่วยดูแลอะไรอย่างเนี่ย แต่ว่า เขาบอกว่า เนี่ยะจะมา จะมาทำร้ายเขา จะฆ่าเขา จะมาเหยียบแขนเขา เขาลุกไม่ได้เลย

ปวดแขนไปหมดเลย อะไรประมาณนี้ เราก็เอ๊ะ ทำไมเขาเป็นอย่างนี้ได้  
ตอนแรกๆก็พามาหาหมอทางด้านจิตเวช” [ID13T1]

### 1.3 หลงลืมหลายเรื่อง ถ้ามตอเนื่องซ้ำไปซ้ำมา

อาการสำคัญอีกประการหนึ่งของภาวะสมองเสื่อม คือ การหลงลืม จำอะไรไม่ได้ โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานอาหารแต่ละมื้อ ผู้สูงอายุจะจำไม่ได้ว่ารับประทานอาหารแล้ว ในขณะที่ผู้สูงอายุบางรายยังไม่ได้รับประทานยา แต่กลับบอกว่ารับประทานยาแล้ว บางรายหลงลืมว่าตนเองได้นำเงินไปใช้จ่ายแล้ว จึงค้นหาว่าเงินหายไปไหน บางรายนำแว่นตาไปเก็บในตู้เย็นแล้วจำไม่ได้ว่าเก็บไว้ที่ไหน บางรายเข้าไปอาบน้ำแล้วยืนยันว่าตนเองจะเข้ามาทำอะไร บางรายยังทำกิจวัตรประจำวันได้ โดยเฉพาะการทำอาหารรับประทานเอง แต่เมื่อทำอาหารเสร็จแล้วกลับลืมปิดแก๊ส จนเพื่อนบ้านได้กลิ่นไหม้ นอกจากนี้บางรายชอบถามคำถามซ้ำๆ เนื่องจากจำไม่ได้ว่าถามและได้คำตอบไปแล้ว สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวคิดว่าเป็นอาการปกติของผู้สูงอายุ ในขณะที่สมาชิกที่เป็นพยาบาลที่รู้สึกว่าการต่างๆนี้เป็นความผิดปกติ จึงพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ ผู้สูงอายุบางรายได้ตรวจ MRI แล้วพบว่ามึนเนื้อสมองฝ่อไปบางส่วนซึ่งมีผลกระทบต่ออาการทางระบบประสาทและความจำ ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า ผู้สูงอายุครอบครัวตนมีารับประทานประจำ แต่ผู้สูงอายุจะเลือกทานเฉพาะยาเม็ดสีที่ตนเองชอบเท่านั้น และหากรับประทานอาหารที่โต๊ะอาหารจะรับประทานได้ทั้งวัน จนมีโรคอ้วนและเบาหวานตามมา

“คุณแม่เริ่มจากซีหลงซีลืม เริ่มจำใครไม่ได้ บางทีก็จะลืมแบบว่า กินข้าวหรือยัง บางทีก็จะบอกว่า หิวข้าวอะไรอย่างนี้ ยังไม่ได้กินเลย จะเริ่มจากเรื่องการกินก่อน แล้วก็เรื่องที่สองก็คือ เรื่องของเงินเงินเนี่ย ก็จะเป็นประมาณว่า ไม่รู้ว่าเงินหายไปไหน ทั้งที่เขาจ่ายเงินไปเอง อาจจะมีชื้อนู่นชื้อนี่ แต่ก็ค้นหาเงินทั้งวันอะไรอย่างเงี้ย จนคุณแม่หกล้ม แล้วก็เลยต้องเข้าโรงพยาบาล ตอนนั้น Rib ทัก ก็เลย admit ก็เลยมีการปรึกษา คุณหมอก็เลยบอกว่า คุณแม่น่าจะมีอาการของสมองเสื่อมร่วมด้วยแล้ว” [ID4T1]

“ออยู่ๆ แม่เขาก็ เอาแว่นตาไปแช่ในตู้เย็น แล้วเขาก็ถามหาแว่นตาว่าอยู่ที่ไหน เราก็เลยรู้สึกว่าเอาเขาผิดปกติและแล้วพอที่นี้พอหลังจากเรื่องแว่นตาก็มาเป็นเรื่อง คือถามเวลา ตอบไม่ได้ อย่างเนี่ย ดูนาฬิกา เขาก็จะบอกไม่ตรงอะว่าตอนนี้กี่โมง อันที่สามก็คืออาบน้ำไป

อาบน้ำปกติเขาอาบเองใช่ไป เดินเข้าไปปู้ป ไม่ถึงสองนาทีก็บอกว่าเขาอาบเสร็จแล้ว แต่ว่าตัวเขาที่มันมีเหงื่อออกมามันก็เหมือนเดิมไง แล้วที่นี้พอเข้าไปเราก็เลยให้ทำให้ดูว่า ทำยังไงอาบน้ำ เขาก็เอาน้ำขึ้นมามาก ล้างหน้า พอล้างเสร็จเขาก็บอกอาบเสร็จแล้ว แล้วก็เดินออกมา เขาก็แค่ว่า ล้างหน้าไป เขาเข้าใจว่าการล้างหน้าคืออาบน้ำ ก็มี ปกติแม่เขาทำกับข้าว แล้ววันนั้นเขาทำแกงหรืออะไรไม่รู้แล้วเขาก็ แล้วพอเขาทำเสร็จเขาก็ไม่บอกใครเขาก็เดินเข้ามาในบ้าน เขาก็ลืมไปเลยว่าเขาดมแกงไว้บนเตาแก๊ส แล้วเราก็เข้าไปเห็น หม้อกำลังแดงอยู่เลย ดีไฟไม่ไหม้ เออก็มีอันนี้แหละ ที่พี่ว่าแม่ผิดปกติ ก็เลยพาไปหาหมอ” [ID5T1]

“ถ้าเป็นหลงลืมนี้ประมาณไม่เกิน 6 เดือน ที่พี่รู้สึกว่าเขา ลืม ที่สังเกตได้นะ ก่อนหน้าที่เขาจะไปเที่ยว เขาก็หลงลืมแบบชนิดที่ รู้สึกว่ามันผิดปกติเยอะแล้ว ส่วนใหญ่ตอนนั้นที่หลงลืมก็คือ จะถามซ้ำ เนาะ ถามซ้ำๆ บอกไปแล้วก็ถามอีกเกี่ยวกับเรื่อง...เรื่องอาหาร แล้วก็ อย่างเช่น ถามว่าคนนี้มาหรือยังลูก อะไรอย่างนี้ค่ะ เขาจะถามซ้ำ ทั้งๆที่อยู่กันทั้งบ้าน เขาจะงงๆ ว่าใครไปใครมา ส่วนมากจะเป็นเรื่องนั้นมากกว่า จนช่วงนั้นไปเที่ยวต่างประเทศกับคุณพ่อพี่ และมีเพื่อนๆ เขาไป กลับมาเพื่อนเขาก็เล่าว่า ตอนที่อยู่ต่างประเทศที่โรงแรม เขาก็จะลุกขึ้นมาพับผ้าเก็บชุดลูกผุดนั่ง แล้วก็ดูสับสนอะ ตอนนั้นกลับมา ก็เริ่มจริงจัง ก็พามาตรวจก็โอเคว่าสมองเสื่อม” [ID6T1]

“คุณแม่ก็จะมีอาการหลงลืมบ้างในช่วงแรกๆ ส่วนใหญ่จำ ล้นๆ เหมือนว่าทานแล้วแต่ยังไม่ได้ทาน ประมาณนี้ค่ะ ทานข้าว ถามว่าทานข้าวหรือยัง ยัง ประมาณนี้ของวางตรงนี้จำไม่ได้แล้วก็ซุกพวกตั้งค์ หรืออะไรอย่างนี้ ส่วนใหญ่เนี่ย คือที่บ้านเขาก็คิดว่าเหมือนของ ผู้สูงอายุ แต่สำหรับเรา เราอยู่ในเรื่องของพยาบาล ก็จะคิดไป เอ๊ะ อาการของเขาก็คือเหมือนอาการทางสมอง แล้ว ก็จะมี เหมือนละเมอ ผันร้าย พอเริ่มเป็นมากขึ้น ก็เลยมาหาอาจารย์” [ID9T1]

“หลังจากที่คุณพ่อเสียชีวิต คุณแม่ก็เลยอยู่บ้านไม่ได้ ออกไปค้าขาย พออยู่บ้านแกก็ทำอาหารเอง พอทำอาหารเองเนี่ยแกก็



ไปติดเตาแก๊ส พอติดเตาแก๊สเสร็จแล้วคนข้างบ้านเนี่ยก็ชอบมาบอกว่า คุณยายๆ คุณยายเปิดเตาแก๊สทิ้งไว้ เพราะว่ามันมีกลิ่นไหม้ ก็คือจาก เหตุการณ์อันนี้อันหนึ่ง แล้วก็เป็นอย่างนี้หลายครั้งมาก แล้วก็อีกอันหนึ่งก็คือ เรื่องที่แกเก็บเงิน แล้วแกก็จะบอกว่ามีคนเอาเงินแกไป หาเงินไม่เจอ แล้วก็ที่สังเกตอีกอันหนึ่งก็คือ บางทีแกเอาของอย่างอื่นไป แล้วก็มาบ่น ว่าของหาย หาไม่เจอ แต่พอพี่มารื้ออีกทีเนี่ย แกชอบเอาของพวกนี้มา ห่อกระดาษแล้วเอาไปซ่อน อย่างมีดนี้หายประจำ ก็จะเจอประมาณ 20 เล่ม แกจำไม่ได้ ก็เลยบ่นว่าของหายหลังจากนี้เนี่ยก็เริ่มแปลกใจก็เลย พาไปหาหมออายุรกรรมประสาท พอหลังจากนั้นก็ทำ MRI ก็เห็นแล้วว่า สมอมันเริ่มฝ่อ แล้วหมอก็เริ่มตรวจเกี่ยวกับระบบประสาทและความจำ แล้วหมอก็บอกว่าความจำแก่ๆคุณแม่จะพอจำได้ แต่ ณ ปัจจุบันเนี่ย จะจำอะไรไม่ค่อยได้ นั่นก็เลยเป็นจุดเริ่มต้นที่พามาหาหมอ” [ID11T1]

“ตอนแรกที่อาการ แกเริ่มจะหลงจะลืม ข้าวของที่แกวาง แกจะหาไม่เจอ พอหาไม่เจอแกจะโวยวายหาว่ามีคนไปขโมยของแก คน ในบ้านเนี่ยก็ต้องช่วยกันหา บางทีก็ไปไว้ในตู้เย็นบ้าง หิ้งน้ำบ้าง ใต้ เติงบ้าง หรือตรงไหน ตำแหน่งตรงไหนที่แกอยากจะซุกแกก็ซุก ต้องไป หาทั้งบ้านเลย แล้วก็อีกอย่างคือ ปัญหาที่เจอเนี่ยคือเรื่องยา ซึ่งแก จะต้องกินยาพวกพาร์กินสันประจำ แล้วก็ มีโรคหัวใจด้วย ปรากฏว่ายา เนี่ย ปกติก็จะจัดให้เช้า กลางวัน เย็น ปรากฏว่าแกเลือกยามากินก็เท รรวมกันหมดเลย แกบอกในเมื่อฉันต้องกินทั้งวันแบบนี้ ก็กินทีเดียวเลย แล้วบางทีแกก็มาเลือกเม็ดยาสี ถ้าสีเดียวกันสามขวด เช้ากลางวันเย็น สี ขาวเนี่ยแกก็จะมากินทีเดียว แล้วก็เลือกสีเขียว เลือกสีอื่นที่ใกล้เคียง กันเนี่ย กินมื่อกลางวันแล้วก็มีมือเย็น หรือบางทียาเนี่ย เราจะเขียน เช้า กลางวันเย็น แกก็เอา เอาเย็นมากินตอนเช้า หรือเข้าไปกินตอนเย็น ถ้ามว่าทำไม่อย่างนี้ แกบอกว่า ก็มันต้องกิน ยาของวันนี้กินตอนไหนก็ได้ ไม่มีปัญหา แล้วปัญหาเรื่องอาหารการกินเนี่ย แกจะกินทั้งวัน จะกินทั้ง ซามไม่ได้ล้างเลย แกบอกว่า แกยังไม่ได้กิน เราก็บอกว่าซามเนี่ย ซาม เนี่ยยังไม่ได้ล้างเลย แล้วอีกปัญหาหนึ่ง ถ้าอยู่ที่โต๊ะกินข้าว แกจะนั่งกิน ตลอดเลย เลยทำให้มีปัญหาเรื่องน้ำหนักขึ้น พอน้ำหนักขึ้น เขาก็แ่ แล้วก็จะมีเรื่องเบาหวาน น้ำตาลก็ขึ้น...ด้วยความที่พี่เป็นพยาบาล พี่

สังเกตเห็น แก่เริ่มหลงแล้ว คิดแหละว่าแกน่าจะเป็นสมองเลื่อมก็เลยมา  
หาหมอ” [ID12T1]

## 2. พยาบาลถูกเสนอเป็นผู้ดูแลหลัก ไม่ยึดยึดรับได้จากหลายเหตุผล

ในครอบครัวที่มีญาติผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม ซึ่งภาวะดังกล่าวรักษาไม่หาย แต่จะมีความเสื่อมถอยตามระยะเวลาของการเจ็บป่วย ส่งผลให้พฤติกรรมของผู้สูงอายุถดถอย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัว และหากสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวเป็นพยาบาล สมาชิกคนนั้นมักจะถูกคัดเลือกให้เป็นผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ซึ่งพยาบาลไม่สามารถปฏิเสธความรับผิดชอบนี้ได้ เนื่องจากมีเหตุผลหลายประการ คือ 2.1) หน้าที่ของลูกต้องดูแลบุพการี 2.2) ตอบแทนบุญคุณที่ท่านเลี้ยงดูเมื่อเยาว์วัย และ 2.3) เป็นแบบอย่างให้ลูกของตนได้ปฏิบัติตาม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### 2.1 หน้าที่ของลูกต้องดูแลบุพการี

เมื่อญาติผู้สูงอายุในครอบครัวมีการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมจึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแล อย่างเป็นใกล้ชิด ลูกหลานแต่ละรายจะมีข้ออ้างเกี่ยวกับภาระหน้าที่ที่ตนต้องรับผิดชอบจึงไม่สามารถดูแล บุพการีได้ ในขณะที่บางรายอ้างว่าตนเองไม่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวที่เป็นพยาบาลน่าจะมีความเหมาะสมที่สุด พยาบาลจึงถูกเลือกให้เป็นผู้ทำหน้าที่ดูแล พยาบาลบางราย ยอมรับอย่างเต็มใจเนื่องจากมองว่าการเลี้ยงดูพ่อแม่เป็นหน้าที่ของลูก ในขณะที่พยาบาลบางรายอาจ อยู่ในภาวะจำยอมที่ต้องรับหน้าที่ดังกล่าวทั้งๆที่ตนเองก็มีภาระหน้าที่ในการดูแลครอบครัวของตนเอง เหมือนครอบครัวของพี่น้องคนอื่น แต่เมื่อนึกย้อนไปถึงในอดีตที่ตนเองเป็นเด็ก พ่อแม่มีหน้าที่เลี้ยงดู ลูกให้เติบโต เมื่อลูกสามารถดูแลตนเองได้ก็เป็นเวลาที่ลูกต้องให้การดูแลพ่อแม่ที่แก่เฒ่า ลูกจึงควร ทำหน้าที่ของตนในการเลี้ยงดูพ่อแม่ ผู้ให้ข้อมูลบางรายเล่าว่า ตนเองเป็นผู้ดูแลพ่อแม่คนเดียว โดยไม่มีพี่น้องคนอื่นให้ความสนใจหรือใส่ใจที่จะดูแลพ่อแม่ ไม่เคยแม้แต่โทรศัพท์มาสอบถามอาการ ช่วงแรกพยาบาลรู้สึกเสียใจที่พี่น้องคนอื่นๆไม่ช่วยดูแล แต่เมื่อคิดได้ว่าตนเองเป็นลูกซึ่งมีหน้าที่ดูแล พ่อแม่ และการดูแลพ่อแม่ ก็คือการทำบุญ เมื่อคิดได้ดังนี้ทำให้ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพยาบาลรู้สึกเต็มใจที่จะดูแลญาติผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงต่อไป

“คือ พี่ๆของพี่อะ เขาสามคนเนี่ย คือ เขาแต่งงานมี  
ครอบครัวกันไปหมดแล้ว คนหนึ่งก็อยู่ภาคเหนือ..ผู้ชายเนี่ยตัดไปได้เลย  
คือพี่ชายคนโตเนี่ย คือไม่สนใจอะไรเลย แค่แบบหนึ่งปีเนี่ย ยังไม่เคย  
กลับมาเยี่ยมแม่เลยอะไรอย่างเงี้ย... และอีกคนเนี่ย คือ แต่งงานกับฝรั่ง  
ก็ไปอยู่ต่างประเทศเลย ส่วนอีกคนหนึ่งก็คือ แต่งงาน ไปอยู่บ้านสามี

ในบ้านนี้ก็เลยเหลือพี่กับแม่อยู่สองคน ทุกคนลงความเห็นว่าเป็นพี่ เป็นพยาบาล สอง พี่ๆ เขาเห็นว่าพี่เป็นน้องคนสุดท้อง และพี่เป็นคนเดียวที่ไม่ได้แต่งงาน เพราะฉะนั้น เธอนั้นแหละเหมาะสมที่สุดแล้ว ที่จะต้องดู... คือ แม่เราเองเราก็รู้ว่า อ่า! ไม่งั้นใครจะดูแลละ ก็ต้องเป็นเรา อืม! กอดันใหม่ กอดันแล้วเราก็นั่งนึกว่า อะไรเนี่ย ทำไมต้องเป็นเรา แต่พอนึกอีกที... พี่รู้สึกว่แบบ เออ ก็ดี เราารู้สึกว่าเราได้ทำหน้าที่ลูก... มันเป็นการฝึกเราด้วยนะคะ มันเป็นบุญกุศลของเราด้วย ที่ได้ดูแลอย่างงี้คะ [ร้องไห้ น้ำเสียงสั่นคลอ] พี่รู้สึกว่ ก็ดีนะ ฉันก็ได้นะ อะไรอย่างงี้ เออ เราก็ได้” [ID1T1]

“เรารู้สึกว่ พอเรามาดูเขา ตอนเนี่ยเรารู้สึกว่ กว่าเขาจะเลี้ยงเราโตมาอะ มัน ลำบากกว่านี้เยอะ เราเลยรู้สึกว่แค่เรารู้แค่นี้ มันยังน้อยไปเลยอะ ถ้าเป็นไปได้เราอยากจะทำให้เขาสุขภาพแข็งแรงไปนานๆ เพราะว่าตอนเขาเลี้ยงเราตอนเล็กๆอะ กว่าจะโตเขาก็เลี้ยงเรามาได้ตั้งหลายปีเนาะ อันนี้เราแค่เลี้ยงเขาแปบเดียวเอง ทำให้รู้สึกว่ ที่เขาทำให้เรามันเยอะกว่าเราเยอะอะ ที่เราทำได้เนี่ยแค่นิดเดียวเอง... แล้วก็คนอื่นไม่ดูใจ ไม่มีใครสนใจ คือ พี่ว่าคนเป็นลูกเขาก็น่าจะมาเหมือนจะมาช่วยดูอะ แต่ก็ไม่มีใครมาช่วยดู แล้วก็ไม่มีใครโทรมาถามแม่เป็นใจสบายดีไหม อะไรอย่างเนี่ย เหมือนเขาแยกครอบครัวไปแล้วเขาก็ตัดขาดไปเลยอืม ดูดี ขนาดเป็นลูก แล้วอยู่ในกรุงเทพ โทรศัพท์มาหาทีปีละครั้งสองครั้ง ประมาณเนี่ย คือ ไม่มีใครมาสนใจถามว่แม่เป็นใจพ่อเป็นใจอะไรอย่างเนี่ย เราก็เลยรู้สึกว่ เออไม่เป็นไรดูเองก็ได้ คือลูกอีกสองคนไม่มีใครดู ถ้าเราก็อ้อเราอะ ถ้าเรามัวแต่ไปคิดว่า ไม่เห็นมีใครมาช่วยดูเลย ทำไมเราต้องดูคนเดียว คือมันก็รู้สึกว่ ก็นี่แม่อะ คือคนอื่นไม่ดูก็ซ้งเขาเถอะ แต่เราคิดว่าเราดูอะ” [ID5T1]

“พี่น้องคนอื่น เขาคงคิดว่าเราเป็นพยาบาลด้วยมั้ง แล้วก็ดูแลอาม่ามาตั้งแต่ต้น แล้วตอนที่อาม่าผ่าตัด นอนโรงพยาบาลเกือบยี่สิบกว่าวัน ก็เราเฝ้า ลงเวรไปก็เรา เขาก็จะเห็นหน้าเราทำอะไรให้ตลอดทุกอย่าง คือ เขาไม่บอกตรงๆ หรือ .เหมือนกับเวลาจะให้พี่น้องคนอื่นมาเฝ้า หรืออะไรกลางคืน เวลาไม่สบาย เขาก็จะบอกว่ เขาไม่

ว่าง เขากลับผี โอ๊ย อะไรอย่างนี้ ก็เลยต้อง ยังไงเราก็ต้องดูแล ก็ต้องเป็น เรา มันก็เป็นภาระหนักหน่วงอยู่ แต่เราก็ เขาเป็นแม่เนาะ ก็ต้องทำ แล้วเราหนึ่งละ เราเป็นพยาบาล สองนะคะที่เป็นลูก ก็ต้องดูแล จะทำ ยังไงให้เขาอยู่กับเราได้นานที่สุด คิดว่าอย่างนี้ ก็เหมือนแบบว่า เราทำ ให้เขาเราทำด้วยใจ ยังไม่เคยท้อ” [ID9T2]

## 2.2 ตอบแทนบุญคุณที่ท่านเลี้ยงดูเมื่อเยาว์วัย

พยาบาลซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลรับหน้าที่ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อตอบแทนบุญคุณที่ดูแลตนเองเมื่อครั้งเยาว์วัย โดยให้การดูแลมาเป็นอย่างดี ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า เมื่อก่อนพ่อแม่ทำงานหนัก ทำงานด้วยความเหนื่อยยากเพื่อให้ลูกอยู่สุขสบาย เมื่อถึงวัยที่พ่อแม่อยู่ใน ภาวะพึ่งพา ลูกก็ควรตอบแทนบุญคุณของพ่อแม่ โดยการดูแลท่านให้ดีที่สุด พยาบาลรายหนึ่งเล่าว่า ในขณะที่ตนเองเป็นเด็ก มีอาการป่วยมากถึงขั้นอาจเสียชีวิตได้ พ่อแม่พยายามรักษาทุกวิถีทาง เพื่อให้ตนรอดชีวิต แม้ว่าจะต้องหาเงินเพื่อซื้ออาหารพิเศษมาให้ตนทาน พ่อแม่ก็ยอมเหนื่อยและยอม ลำบากเพื่อตน ดังนั้นเมื่อพ่อมีอาการของภาวะสมองเสื่อม จึงเป็นสิ่งที่ตนเองต้องดูแลพ่อเพื่อทดแทน บุญคุณ พยาบาลบางรายรู้สึกสำนึกบุญคุณที่พ่อแม่ดูแลตนเองจนเติบโต เมื่อตนเองแต่งงานมีลูก พ่อ แม่ยังช่วยดูแลลูกของตนอีกด้วย พยาบาลกล่าวว่า การดูแลพ่อแม่หรือญาติผู้ใหญ่เป็นการทำบุญ บุญ กุศลนี้จะส่งผลให้ลูกของตนได้ดูแลตนในยามแก่เฒ่าเช่นกัน

“มันเป็นการตอบแทนบุญคุณ เป็นความกตัญญู เป็น ยังไง เป็นสิ่งที่เราควรทำ ไม่ควรทอดทิ้ง เป็นสิ่งที่ควรจะต้องทำ เป็นการ ตอบแทน ก็อาจจะเพราะเขาเป็นแม่ไง เขาเป็นแม่เราไง พอเราเป็นแม่ แล้วก็เออ ก่อนหน้านี้เขาก็ทุ่มเทให้พี่น้อง เยอะ ก็รู้แหละ ทั้งพ่อทั้งแม่ คือคือพี่อาจจะเกิดมาในช่วงที่ พี่ๆโตกันหมดและ พี่ก็จะเป็นคนที่ได้ทุกอย่าง อย่างคือเขาพี่น้องละลำบาก พ่อกับแม่พี่เขาค่อนข้างลำบากตั้งแต่เขายัง หนุ่มๆสาวๆ เออ เรียกว่าปากกัดตีนถีบด้วยซ้ำ จนมีวันนี้ได้ก็ลำบาก พอสมควรแหละ ก็ต้องเรียกว่าอะไรดีละ พี่อยู่ในสภาวะที่สุขสบายที่สุดในบรรดาพี่น้อง มีกินมีใช้สุขสบายมากกว่าพี่น้อง เรียกว่าแบบ ในเรื่อง การก่อสร้างสร้างตัว มีความเหนื่อยมาความยากลำบากมาก่อนเราอะ เขา ก็ทำให้เราได้อยู่สุขสบายเนอะ ก็คิดว่า ก็คงเป็นสิ่งที่เราต้องทำให้เขา จริงๆ” [ID2T1]

“พีคิดว่า น่าจะเป็นเรื่องลูกนี่แหละสำคัญสุดเนาะ แล้วก็อีกอย่างหนึ่งมันอาจจะจะเป็นความรู้สึกว่าต้องรับผิดชอบมั้งคะ เพราะมีเขามีลูกแค่สองคน อีกคนหนึ่งเป็นผู้ชาย เขาก็มีลูกเล็กเนาะ แล้วเราก็เป็นพยาบาลเนาะ มันก็ต้องเป็นเราแต่ก็ไม่ได้รู้สึกว่าเป็นความลำบากนะ มันก็รู้สึกว่าเราจะได้ตอบแทนบุญคุณเขาไรงี้ค่ะ” [ID6T1]

“ตอนเด็กๆพี่ป่วย จะตายตั้งแต่เด็กแล้ว พ่อแม่ก็ดูแลอย่างดีและลำบากมาาก เพราะตอนนั้นพ่อแม่จน เราอยากตอบแทนบุญคุณ ณ วันนั้นพี่ถึงขั้นไล่น้ำ Dehydrated จนกระหม่อมบวม แพ้ทุกอย่างบนโลกใบนี้ แพ้กระทั่งนมแม่ พ่อแม่ต้องพาไปหาหมอทุกโรงพยาบาล ต้องกินนมกระป๋องโปรโซบี ครอบครัวยังจน ต้องทำงานหนัก เพื่อหาเงินมาซื้อนมกระป๋อง พี่ก็อ้วนด้วยแหละ กินเก่งด้วย พ่อแม่ก็ไม่มีเวลาเลี้ยงด้วยเพราะต้องทำงาน ต้องจ้างพี่เลี้ยง คือ พ่อแม่ทำอะไรทุกอย่างให้พี่อยู่รอด พี่เลยคิดว่าแค่นี้เองหรือที่เราทำให้เขา มันง่ายมาก ไม่ยุ่งยากเท่ากับเราในตอนนั้น เลยอยากตอบแทนบุญคุณ อยากทำให้ดีที่สุดเหมือนกับที่เขาดูแลเราตอนนั้น อย่างดีที่สุดเหมือนกัน ขนาดคนไข้ซึ่งเป็นคนอื่น เรายังดูแลได้เลย ล้างเท้า ตัดเล็บ ตัดผม ทำให้หมด แต่พ่อเราบางที่เราไม่ได้ดูแล เราก็รู้สึกผิด” [ID7T1]

“พ่อเขาก็อยู่กับพี่แต่ไหนแต่ไร เขาเป็นคนเลี้ยงลูกพี่อะ คือ พ่อกับแม่พี่กับพี่อยู่กับพี่มาตลอดไม่เคยแยกกัน จนพี่แต่งงานมีลูก เขาก็อยู่กับพี่ตลอด เขาก็เลี้ยงลูกพี่ให้ เลี้ยงลูกพี่นะคนนี้ จนลูกพี่โตเป็นหนุ่มอะ...จนลูกพี่เรียนมหาลัยอะ ยังไม่จบอะ 48 49 คืออยู่กันมาแต่ไหนแต่ไรอะ แล้วเขาก็รักลูกพี่มาก เขาเป็นคนจีนแล้วลูกพี่เป็นผู้ชายใจ เขาก็จะรักหลานมาก คือ เขาทั้งเลี้ยงเรา ทั้งเลี้ยงลูกให้เรา มันเยอะมาก ที่เขาทำให้เรา พีคิดว่ามันเป็นหน้าที่ที่พี่ต้องทำอะคะ เป็นลูกต้องดูแลพ่อแม่มันเป็นกฎตายตัวอยู่แล้ว” [ID10T1]

“พีจะต้องบอกว่า การที่เราได้ดูแลน้ำ แล้วมันได้บุญยิ่งกว่าเราไปทำบุญ แล้วคือส่วนหนึ่งในการตอบแทนบุญคุณของญาติผู้ใหญ่คนหนึ่งของครอบครัว คือต้องบอกว่าเราได้ให้ขวัญและกำลังใจ

เขา เขาก็ดีขึ้นนะ คือส่วนหนึ่ง ส่วนน้องพีเขาก็มีลูกด้วยแหละ เขาคิดว่า เขาทำความดีตรงนี้ ผลของการทำตรงนี้นั้นมันก็จะสะท้อนไปถึงลูกถึงครอบครัวเขา พีคิดว่าพีได้บุญ เพราะพีไม่คิดเรื่องอื่น” [ID12T1]

### 2.3 เป็นแบบอย่างให้ลูกของตนได้ปฏิบัติตาม

นอกจากเหตุผลของความกตัญญูและหน้าที่ของลูกที่ดีในการดูแลบุพการีแล้ว เหตุผลอีกประการหนึ่ง คือ ต้องการปลูกฝังให้ลูกของตนได้รู้จักดูแลญาติผู้ใหญ่ในครอบครัว และบอกกับลูกว่าการดูแลพ่อแม่ เป็นการแสดงความกตัญญูที่ลูกควรทำต่อพ่อแม่ยามแก่เฒ่า เมื่อลูกเห็นการดูแลคุณตาคุณยายของผู้ให้ข้อมูลอย่างไร ลูกก็จะปฏิบัติตามสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลกระทำ ซึ่งลูกจะให้ความสนใจและสังเกตการทำกิจกรรมต่างๆให้คุณตาคุณยาย เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การเปลี่ยนแพมเพิส ผู้ให้ข้อมูลบางรายให้ลูกมีส่วนร่วมในการดูแลในครั้งนี้อย่างน้อยเพื่อให้ซึมซับการดูแลที่ดีของตน ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่าลูกของตน บอกกับตนว่า “ถ้าแม่แก่แล้ว หนูจะดูแลพ่อกับแม่เอง”

“คุณยาย [แม่] เนี่ยเป็นคนที ตอนที่เขาอยู่เนี่ย เขาจะดูแลใส่ใจเด็ก ลูกๆหลานๆอะไรแบบนี้ไง ปกติเขาเป็นคนใจดี ลูกๆ ก็รักเขาหมด แล้วก็พอยังรู้ว่าเขา เขา slow ลงไปอย่างเนี่ย รู้สึกว่าเราต้องใกล้ชิด ยิ่งต้องไปดูแล ยิ่งตอนนี้เรามีความรู้สึกว่า เวลาเขาเนี่ย ที่เขาจะจำได้ เขาจะเดินได้ มันจะน้อยลงไปเรื่อยๆ อีกหน่อยก็คงจะ 모르จักจะ bed ridden รีเปล่า เขายังจำเราได้อยู่เนี่ย ต้องไปหา เพราะเดี๋ยวเขาจะจำเราไม่ได้ แล้วเราจะมานั่งเสียใจว่าเออ แม่เราจำเราไม่ได้ แล้วพอกลับไปหาที่จำเราไม่ได้ ถ้าเราไปเนี่ย เด็กๆเขาเห็นเขาก็ทำตาม คือเขาก็จะเห็นว่าเราดูแลแม่เราแบบนี้ ที่บ้านเนี่ย พี่จะ ทุกวันเกิดเนี่ย พี่จะไม่ไปกินเลี้ยงที่ไหน พี่จะไปหาแม่ก่อน ก็ทำให้เด็กเขาเห็นว่าแม่เนี่ย เขาเกิดเรามาเนาะ วันเกิดเราเนี่ยสำคัญที่สุดก็คือต้องไปกราบแม่ เพราะว่าเนี่ย คือสิ่งที่สำคัญที่สุด หลังจากนั้นก็ค่อยว่ากัน พาเขาไปกินข้าว ไปกินข้าวกับเขา อะไรแบบนี้” [ID3T1]

“เวลาที่ดูแลพ่อ ลูกจะเห็นทุกครั้ง พอมมีโอกาสพูดคุยก็จะอธิบายสาเหตุที่ต้องทำให้ลูกฟัง ตั้งแต่เรื่องกตัญญู ว่าสมัยเด็กๆ พ่อก็จะทำให้เรา ตอนนี้อยู่ไม่รู้เรื่องเหมือนเดิมแล้ว เราเป็นลูกเราต้องทำให้พยายามทำมากกว่าพูด ทำจนวันหนึ่งลูกขอช่วยเหลือจากเรื่องง่ายๆ คือ

ของจุงตาเข้าห้องน้ำ เพราะแม่เรียกหลายครั้งแล้วจุงตาไม่ลุกมา หลังขัดเท้า ก็ช่วยทาโลชั่นและนวดเท้าให้จุงตา จนวันหนึ่งขณะอยู่บ้านลูกก็บอกว่า วันนี้หนูจะแช่เท้าให้แม่นะ ลูกก็เดินไปเอากะละมังใส่น้ำมา เอาแปรงขัดเท้ากับสบู่มาแช่และขัดให้ ก็ทำให้รู้ว่าทุกอย่างค่อยๆ ซึมซับในสิ่งที่เราพยายามเป็นแบบอย่างให้เขาแล้วลูกก็เริ่มวางแผนและบอกว่า ถ้าแม่แก่แล้ว หนูจะดูแลพ่อกับแม่เอง” [ID7T1]

“พอดีพี่มีลูกด้วย เหมือนกับพ่อลูกเราเห็นว่าแม่ดูแลอาม่า เราก็จะบอกเขาว่าเดี๋ยวถ้าอาม่ามีเป็นสมองเสื่อมลูกก็ต้องมาดูแลอาม่า เหมือนที่อาม่ามีดูแลอาม่าด้วยนะลูก คือเหมือนให้เขาเห็นว่าเราดูแลผู้ใหญ่ในบ้านเรา เขาก็โอเค พอเขาเห็นเราทำอะไรให้แม่ เขาก็ช่วยเราดูแลอาม่าได้โดยที่เราไม่ได้สอนอะไรเขาเลย เหมือนเขาจะดูแลอยู่ว่าเราทำอะไร อย่างบางทีก็บอกให้เปลี่ยนแอมเฟลให้อาม่า เขาก็ทำได้” [ID11T1]

“แล้วเราจะสอนลูกหลานพวกเราอะไรอย่างนี้ ให้มาช่วยดูแลคุณยาย แล้วก็จะได้เรื่องความล้มพินิจในครอบครัวด้วย เรื่องความกตัญญูอะไรประมาณนี้ แล้วก็จะได้ความรู้ว่า อ่า ถ้าเรา ถ้าคนในครอบครัวเป็นแบบนี้ก็ เราจะต้องทำยังไง อะไรอย่างนี้ การสังเกตตั้งแต่ระยะเริ่มต้น” [ID13T2]

### 3. เริ่มต้นจากดูแลเหมือนคนทั่วไป

หลังจากที่พยาบาลได้รับมอบหมายให้ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม จากประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลจึงคิดว่าภาวะสมองเสื่อมไม่ได้มีอาการรุนแรงเหมือนผู้ป่วยอื่น ดังนั้นในระยะเริ่มแรกที่ผู้สูงอายุมาอยู่ที่บ้านด้วยจึงดูแลเหมือนบุคคลทั่วไปที่มีอาการป่วยเล็กน้อย ดังนี้ 3.1) มั่นใจว่าทำได้ แคดูแลการใช้ชีวิตประจำวัน 3.2) หากไปทำงานวานให้ผู้อื่นดูแลให้ และ 3.3) หงุดหงิดใจหากท่านทำในสิ่งไม่พึงประสงค์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### 3.1 มั่นใจว่าทำได้ แคดูแลการใช้ชีวิตประจำวัน

ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าเมื่อญาติผู้สูงอายุในครอบครัวถูกวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้รู้สึกว่าเป็นโรคร้ายแรงเพราะมีความเชื่อว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นอาการที่เกิดขึ้นตามวัย ผู้ให้ข้อมูลเคยมีประสบการณ์ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวมาก่อน เช่น ย่า หรือ ยาย ที่มีอาการ

หลงลืม ชอบเล่าเรื่องเก่าๆ ให้ลูกหลานฟังบ่อยๆ หรือควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ดังนั้นเมื่อ พ่อ/ แม่ หรือทั้งพ่อและแม่ ของตนป่วยเป็นสมองเสื่อมและอยู่ในความดูแลของตนนั้น ตนเองมองว่าไม่ใช่เรื่องยาก เนื่องจากเคยดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตหรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองมาก่อน ในขณะที่ผู้สูงอายุในครอบครัวยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จึงดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันเหมือนผู้ป่วยทั่วไปที่ช่วยเหลือตัวเองได้ โดยการจัดเตรียม อาหาร นมกล่องและขนมไว้ให้ หากผู้สูงอายุหิว ก็สามารถหยิบรับประทานเองได้ แต่ผู้ให้ข้อมูลไม่รู้มาก่อนว่าผู้สูงอายุรับประทานบ้าง ไม่รับประทานบ้าง จนเพื่อนบ้านมาบอกว่าเห็นผู้สูงอายุออกไปซื้ออาหารมารับประทาน ไม่ได้รับประทานอาหารที่ผู้ให้ข้อมูลจัดไว้ให้

ผู้ให้ข้อมูลอีกรายคิดว่าอาการของภาวะสมองเสื่อมมาจากอาการชักที่เคยเกิดขึ้นกับพ่อมาก่อน การดูแล ณ ขณะนี้ไม่ได้ยุ่งยาก เนื่องจากพ่อยังช่วยเหลือตัวเองได้ แต่จะเครียดกับอนาคตมากกว่าหากพ่อมีอาการมากขึ้นแล้วหายออกไปจากบ้าน ซึ่งพยาบาลรายนี้เรียกภาวะสมองเสื่อมว่า “เป็นโรคที่ถูกลืม” เนื่องจากตนเองไม่ได้มีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม แม้ว่าจะทำงานในหอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม แต่โรคดังกล่าวไม่ได้ถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล จึงทำให้พยาบาลไม่ได้ให้ความสำคัญกับการดูแลที่ควรจะเป็น และในระยะแรกที่พ่อมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป ทุกคนในครอบครัวคิดว่าพ่อแกล้งทำมากกว่าจะคิดว่าเป็นอาการของโรคที่รุนแรงขึ้น พยาบาลบางรายกล่าวว่าผู้สูงอายุยังปกติทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ชอบนั่งหรือไม่กินนอน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลก็ปล่อยให้ผู้สูงอายุนอนตามที่ผู้สูงอายุต้องการ เมื่อพยาบาลได้เรียนหรืออบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จึงรู้ว่าอาการของภาวะสมองเสื่อมรุนแรงกว่าที่คิด

“ตอนที่พี่ทราบว่าพ่อเป็นสมองเสื่อม ก็ไม่รู้รู้สึกอะไรนะ เพราะพี่อยู่กับคนแก่ อยู่กับคนแก่อย่างกับยาย พี่มีอาการเหมือนกัน แต่ยายก็จะเหมือนกับอย่างเจ๊ๆ เรื่อยๆ [หัวเราะ] แต่ยายอารมณ์ดี ก็ชอบคุยเรื่องเก่าๆ ซ้ำเรื่องเก่าๆ ให้ฟังบ่อยๆ อย่างเจ๊ๆ ก็เลยรู้สึกที่เราชินอะ พอแก่แล้วก็จะเป็นอย่างนี้ เพราะยายกับย่าก็เสียตอนอายุเก้าสิบทั้งคู่เลย เราก็อยู่ด้วยกัน ก็เลยไม่ได้รู้สึกว่าเป็นอะไรที่ Toxic กับตัวเอง...พี่คิดว่าเป็นเรื่องปกติสำหรับพี่นะ เพราะว่าเราอยู่กับคนไข้ เราก็เห็นว่ามันเป็นเรื่องปกติ สำหรับคนไข้ที่อายุเยอะๆ ที่จะสามารถควบคุมการขับถ่ายได้ พี่ก็เฉยๆ กับพ่อนะ พี่ไม่มีปัญหา” [ID2T1]

“ตอนเช้าพี่ก็จะทำอาหารมาให้ กลางวันพี่ก็ปล่อยให้เขา freestyle เลย พี่ก็เตรียมของไว้ให้เขากิน เขาหิวก็กินเอง ถ้าไม่พอเขาก็



ไปเปิดตู้เย็นหากินของเขาเองอะไรอย่างเงี้ย คือเขายังรู้เรื่องอยู่ว่านี่คือของกิน ตู้เย็นคือที่เก็บของกิน ตู้เก็บของเก็บอาหาร ตู้เก็บขนมอะไรอย่างเงี้ย มีตู้เก็บขนมอีกตู้ มีตู้เย็น ของแห้งอะไรพวกเงี้ย เขาก็สามารถที่จะเดินไปหยิบเองของเขาได้นะ พ่อเนะ แม่ก็เป็นอย่างเงี้ย...แต่พ่อพ่อกินข้าวไม่กี่มื้อมานานละนะ เพราะว่าล้งเกิดตั้งแต่ก่อนที่เขาจะมาอยู่กับพี่ เขาก็...ถามคนแถวบ้านว่ากลางวันพ่อออกไปหาไรกินใหม่ ก็โอ๊ะ ไม่อะ เห็นออกมาก็สามสี่โมงเย็นอะไรอย่างเงี้ย ค่อยหาข้าวกิน ก็เลยมารู้ว่าเขาไม่ได้กินข้าวกลางวันมานานพอสมควร แล้วอยู่กับพี่ บางที พี่เตรียมให้เขากิน เขาก็ไม่กิน ก็เลยแบบว่าพ่อจะหนักมือเข้า มือเย็น แล้วก็กลางวันพี่ก็แบบบางทีก็วางเป็นนม เป็น cracker เป็น butter cake ขนมที่กินง่ายๆ ให้เขาอะ” [ID2T2]

“พ่อพี่รู้ว่าพ่อแแกเป็นสมองเสื่อม ก็...รู้สึกเฉยๆ นะเพราะคิดว่ามันน่าจะเป็นความเสื่อมจากอาการชัก แต่ก็เกิดเร็วเกินไปทั้งที่พ่ออายุยังไม่มาก การเกิดมันก็มีเหตุมีผลของมัน แต่พี่ก็รู้สึกเครียดนะในอนาคตมากกว่า ถ้าพ่อเป็นมากกว่านี้จะทำอะไร เขาจะเดินออกจากบ้านแล้วกลับมาไม่ถูกเหมือนคนป่วยโรคสมองเสื่อมคนอื่นใหม่ แต่ก็ยังดีที่พ่อเขาไม่ค่อยเดิน เลยไม่ได้เดินหลงไปไกล...พี่ว่าเราจะเป็นพยาบาลก็จริง แต่เราก็ไม่ได้ชำนาญเรื่องสมองเสื่อม พี่คิดว่าโรคสมองเสื่อมเป็นโรคที่ถูกลืม เพราะพี่ก็อยู่ med มาตลอด และโรคสมองเสื่อมก็ไม่ได้ถูก admit ที่ ward ทำให้พยาบาลไม่ได้นึกถึงโรคนี้อะไรเท่าไหร่ แต่พยาบาลก็จะคิดว่าไม่น่าจะเป็นอะไรมาก เพราะหนักกว่านี้ก็เคยเจอมาแล้ว ไม่น่ากลัว...ที่พ่อเป็นอยู่คนในครอบครัวครอบครัวไม่ว่าจะเป็น แม่ น้องชาย อา เขาก็คิดว่าพ่อแกล้งทำ ไม่เข้าใจ ทุกคนบอกว่าพ่อซี้เกียจ ที่เอามือกินข้าวเพราะซี้เกียจไปหยิบช้อน ที่เอาข้าวไปทิ้งเพราะไม่ชอบอาหารมือนั้น ที่อีราดอีราดเพราะซี้เกียจจุกไรเงี้ย” [ID7T1]

“พี่ก็รู้แหละว่าพ่อเขาเป็นสมองเสื่อม แต่ไม่คิดว่าเขาจะเป็น drop เร็วลงขนาดนี้ drop ลงเร็วมากๆ แล้วก็ป็นเยอะอะ คือไม่คิดว่าเขาจะเป็นเยอะขนาดนี้อะ แต่ว่ามันไม่มีคนดูใจ เราก็ไม่มีเวลาดูอะ...ก็คิดว่า อืม ไม่เป็นไรนะ คงไม่เป็นไรมากหรอก ตอนนั้นก็ยังไม่ดีไป พฤติกรรม

ยังไม่มีโมโห ไม่มีก้าวร้าว ไม่มีอะไร เขาอยู่กับพี่เขาจะอารมณ์ดี...กินข้าวเอง อาหาร ตักกินเอง ทิวเขาก็เข้าไปในครัว ตักข้าว ราวข้าวราวแกงเขาก็กินของเขาเอง ทำเองหมด ไม่มีอะไรผิดปกติเลย อาบน้ำเอง อะไรเองไร้งี้...จะนั่งเฉยๆ หรือไม่ก็นอน นอนเยอะอะ กลางวันก็นอนไร้งี้ เราก็เออคนแก่่อะ ไม่เป็นไรหรอก คงกินข้าวแล้วเพลียๆ ไร้งี้ ก็คงนอน จะนอนก็นอนไปสิ ไม่ได้ว่าอะไรก็นอนไป บ้านก็ไม่มีอะไรทำหรอก” [ID10T1]

“ตอนที่เรารู้ว่าพ่อเป็นสมองเสื่อมอะนะ คือไม่คิดว่ามันจะเป็นโรคที่มันร้ายกาจอะไรขนาดที่จะทำให้เราต้องแยกขนาดนี้ เหมือนแบบความรู้สึกหรือไร ก็คิดว่า อืม เวลาคนแก่มันก็เป็นได้แต่ถ้า ถ้าเกิดว่าหมอเขารู้เร็วมันก็จะทำให้เขาชะลอไร้งี้ ถามว่าพี่กังวลขนาดนั้นไหมมันก็ ณ ตอนนั้นยังนะ ไม่ได้กังวลว่ามันจะดูแลยาก...เพราะว่า ณ ตอนนั้นเราไม่ได้อยู่กับเขาใจ แล้วเราก็ เราก็ไม่ค่อยได้ศึกษาหาความรู้ทางด้านนี้ก็ออกใช้ปะ ด้วยความที่เป็นพยาบาลแต่สู [สูตินรีเวช] มันก็จะเห็นแต่เรื่องของสูตินรีเวช จนไม่รู้ว่า สมองเสื่อมมันคือความลำบากอะไรกับการดูแล แล้วก็ตอนนั้นยังไม่ได้มีใครมาบอก ไม่มี ยังไม่ได้มาเรียนผู้สูงอายุ ไม่รู้จัก แทบไม่รู้จักเลย พูดง่ายๆ พูดแบบไม่อายเลยนะ ไม่รู้จักโรคอะไรวะ แต่คนแก่สมองเสื่อมมันก็เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้อะ เข้าใจใช้ปะ ไม่ได้ซีเรียส เสื่อมก็เสื่อม แต่แอบเป็นห่วงว่า แม่จะอยู่ยังไง เป็นห่วง ตอนเป็นห่วงตอนนั้นเป็นห่วงแม่มากกว่าอีก เพราะพ่อเขาก็ไม่ได้ไป ไม่ได้ไปสมบุกสมบันที่ไหน ก็เลยคิดว่า อืม...คงไม่เป็นอะไรมั้ง จนกระทั่งเขามาอยู่กับเราเองเนี่ยแหละถึงได้รู้ว่า ก็ไม่ธรรมดาเหมือนกัน” [ID14T1]

### 3.2 หากไปทำงานวานผู้อื่นดูแลให้

แม้ว่าผู้ให้ข้อมูลจะเชื่อว่าตนเองสามารถดูแลญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ แต่เวลาไปทำงาน ผู้ให้ข้อมูลก็อดเป็นห่วงผู้สูงอายุไม่ได้ เนื่องจากผู้สูงอายุเริ่มที่จะรับประทานอาหารบ้างไม่รับประทานบ้าง จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลฝากให้เพื่อนบ้านช่วยดูแลเรื่องของการรับประทานอาหารกลางวันให้ ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งฝากอาหารไว้กับเพื่อนบ้าน เนื่องจากมีสัมพันธ์ที่ดีต่อกันมาอย่างยาวนานและบ้านอยู่ติดกัน ซึ่งผู้สูงอายุจะชอบเดินมาคุยกับเพื่อนบ้าน ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลอีกรายฝากให้เพื่อนบ้านจัดอาหารกลางวันมาให้ แต่เมื่อพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป กล่าวคือ ไม่เอาอาหารออกจากถาด แต่ใช้มือตักอาหารจากถาดมารับประทาน หรือ เอาอาหารไว้บนโต๊ะ

แล้วหยิบรับประทาน ในระยะต่อมาเพื่อนบ้านนำอาหารมาให้และเทใส่จานให้ผู้สูงอายุ ส่วนอีกรายฝากให้น้องสาวและน้องเขยช่วยดูแลผู้สูงอายุในช่วงกลางวัน ซึ่งน้องสาวจะไม่ค่อยสนใจ เนื่องจากคิดว่าผู้สูงอายุยังช่วยเหลือตัวเองได้ บางครั้งน้องสาวมีธุระก็จะทิ้งให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวและบอกให้ผู้สูงอายุดูแลตนเอง

“ก็ยั้งดีที่ข้างบ้าน คืออยู่กันมานานอยู่บ้านตั้งแต่พี่เล็ก ๆ เนาะ ตั้งแต่ ห้า หก ขวบ เขาก็ช่วยเดินแหวะเวียนเข้ามาดูให้ กลางวันพ่อ พี่กลางวันคือหลับอย่างเดียวนะ คือถ้ายังไม่หลับเขาก็จะนอนพลิกไปพลิกมาไม่ทำอะไร ไม่ลุกไปไหน ลุกนั่ง หยิบกินเสร็จก็นอน กลิ้ง เกลือกอยู่บนที่นอนนั่นแหละ เขาไม่ทำอะไร ไม่ไปไหน ไม่ไวยวาย แต่แม่พี่เขาก็จะเดินหาของกินอยู่ในบ้าน พี่ก็จะเตรียมของกินให้ไว้ เหมือนกัน แต่แม่จะเตรียมไว้เยอะหน่อย กินเก่ง เออ หมดนะ พุทธรา อ่องุ่น ขนมอะไรวางไว้ เขาก็กินหมด แต่ถ้าไม่ชอบกิน ก็ไม่กิน เขาก็จะเดินไปเดินมาอยู่ในบ้าน เขาก็สำรวจบ้าน แล้วก็จะมีคนอยู่บ้านติดกัน เขามาช่วยดู บางครั้งเขาก็จะบอกว่า คุณยายออกมาอะไรอย่างเงี้ย เขาก็อยู่ คือเก็บของกินไว้ให้ แต่อย่างอื่นไม่ได้ทำอะไรไว้ให้ เขาก็เปิดทีวีเอง ได้ แม่ นะ เขาก็ออกมาคุยหน้าบ้าน ชอบคุย เขาจะมาคุยกับคนหน้าบ้าน ...ก็มาบางครั้งที่พี่ฝากของกินไว้ที่บ้านเขา เพราะเป็นร้านขายของ ก็ฝากของกินไว้เพื่อแม่จะไปซื้อ เอาของไปให้กิน เต้าหู้ พี่จะฝากไว้ให้ เขาก็เก็บในส่วนของแม่” [ID2T1]

“เราก็มีความรู้สึกเหมือนกับว่าเขาปกติ เราก็มี ช่วงแรก บ้านเราก็จะให้เขาอยู่คนเดียว แม่ก็จะออกไปทำงาน น้องก็ไปเรียน ประมาณนั้นค่ะ ก็เลยให้คนข้างบ้านนะค่ะ ให้เขามาส่งข้าว ให้เขามาช่วยดูด้วย คือเหมือนกับว่าให้เขาช่วยดูด้วย จัดอาหารมื้อกลางวันมาให้ แต่เขาก็ไม่ได้อยู่เฝ้า แล้วก็อยู่ให้ทานจดหมดแล้วก็กินยา อย่างนี้นะค่ะ แต่เหมือนให้เขาช่วยจัดแจงเรื่องอาหารเฉยๆ...คือ เอามาให้ ยืนให้ แรกๆ คือยืนให้ก่อน ก็เหมือนกับว่าทานเองได้ทำอะไรได้เอง แต่กว่าจะทานนานมาก ใช้เวลาในการกินนานมาก แบบบางที่เขาเอามาให้แต่เที่ยง แม่กลับมาสี่โมง ยังอยู่ในจานอยู่เลยคะ ยังทานไม่หมด อะไรยังงี้คะ แรกๆพ่อก็กินปกติคะ หลังๆมาเริ่มไม่แกะถุง เริ่มนั่งมอง เริ่มเอาไป

ทั้งอะไรอย่างเงี้ยค่ะ จนตอนหลังก็มีแกะบ้าง แต่เอามือทานบ้าง เทไว้บนโต๊ะบ้าง คือจะมีพฤติกรรมที่แปลกๆเริ่มเยอะขึ้นเรื่อยๆ ตอนหลังมาก็เลยให้คนข้างบ้านเขามาเทให้เลยค่ะ” [ID7T2]

“คือตอนแรก ช่วงกลางวัน พี่ต้องออกมาทำงานแต่เช้า พ่อก็จะอยู่กับน้องสาว กับน้องเขย เออ..คือเขาก็ไม่มีลูกด้วย พี่ก็เลยให้เขาช่วยดูช่วงกลางวัน ตอนเย็นกลับมาพี่ค่อยจะมาเปลี่ยน ตอนที่พ่ออยู่กับเขา ก็เหมือนจะไม่ค่อยสนใจเท่าไรหรอก ช่วงแรก น้องเขาจบ ป.4 ด้วย เขาก็อาจจะไม่รู้เกี่ยวกับเรื่องของสมองเสื่อมด้วยแหละมั้ง คือ... บางทีเขาต้องออกไปธุระอะไรเงี้ยค่ะ เขาก็จะบอกพ่อว่า ดูแลตัวเอง ดูแลตัวเองด้วย ให้เขาดูแลทั้งหมดนี้เขาดูแลไม่ไหวนะ ถ้ายังสามารถทำอะไรได้ด้วยตัวเองอยู่ก็ทำ” [ID8T1]

### 3.3 หงุดหงิดใจหากท่านทำในสิ่งที่ไม่พึงประสงค์

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเป็นพยาบาลที่ทำงานเต็มเวลาและดูแลผู้สูงอายุหลังจากกลับจากที่ทำงาน ซึ่งบางครั้งอาจนำงานมาทำที่บ้านแต่ไม่สามารถทำได้สะดวก เนื่องจากเมื่อกลับมาถึงที่บ้านผู้ให้ข้อมูลจะทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุก่อน ซึ่งผู้สูงอายุแต่ละคนมีพฤติกรรมที่แปลกแตกต่างกันไป เช่น ผู้สูงอายุถามคำถามซ้ำไปซ้ำมา ผู้ให้ข้อมูลตอบคำถามหลายๆครั้งด้วยข้อความเดิมๆ และหากขัดใจผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะกล่าวหาว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นลูกอกตัญญู เมื่อเหตุการณ์เกิดซ้ำบ่อยๆ ผู้ให้ข้อมูลจะเริ่มรู้สึกหงุดหงิดและนำมาซึ่งการควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงอาการโกรธ โมโห รำคาญ และตวาดผู้สูงอายุที่ถามคำถามตลอดเวลา ผู้ให้ข้อมูลบางรายเกิดอาการ “ปรี๊ดแตก” ในขณะที่เช็ดตัวให้ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุคว่ำงานข้าว คว่ำกะละมังใส่น้ำ อาหารและน้ำกระจ่ายเต็มพื้น ผู้ให้ข้อมูลต้องทำการเก็บกวาดทำความสะอาดพื้นด้วยลักษณะของการทำไปบ่นไป แม้ว่าผู้ให้ข้อมูลจะบอกกับตนเองว่า “ผู้สูงอายุป่วย” ต้องใช้จิตวิทยาในการดูแลผู้ป่วย แต่ด้วยความเหนื่อยล้าจากงานและยังต้องมาจัดการงานบ้านอีก จึงทำให้เกิดความเครียด อารมณ์เสีย และคิดว่าผู้สูงอายุ บางรายรู้สึกอารมณ์เสียที่ผู้สูงอายุดื้อ ไม่ยอมทำตามที่ผู้ให้ข้อมูลบอกให้ทำ ผู้สูงอายุบางรายต่อต้านไม่ยอมให้ความร่วมมือในการทำความสะอาดร่างกาย บางรายเรียกใช้ผู้ให้ข้อมูลตลอดเวลา ผู้ให้ข้อมูลทุกคนกล่าวว่า หลังจากที่ตนแสดงอาการหงุดหงิด โกรธ หรือใช้คำพูดไม่ติดต่อกับผู้สูงอายุ เมื่อคิดได้รู้สึกเสียใจที่ตนไม่น่าก้าวร้าวต่อบุพการี บางรายคิดถึงบาปกรรมที่ต่อว่าพ่อแม่ แต่ด้วยความเหนื่อยล้าและต้องเร่งรีบทำงานให้เสร็จเพื่อจะได้พักผ่อนให้ร่างกายพร้อมที่จะทำงานในวันรุ่งขึ้น พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตนจึงถูกแสดงออกไป ซึ่งในระยะต่อมาผู้ให้ข้อมูลพยายามหาวิธีการต่างๆรับมือกับผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ต่างๆ

“แรกๆ เนี่ยคือ คีอมันรับไม่ได้ แม่เขาจะเข้ามาถามทีทุกห้า นาที จนพี่ไม่ได้นอนเลยอะ คือ [แม่จะถามว่า] ทำไมไม่พาแม่ไปหาหมอ แล้วก็คีอมันไม่แค่นั้นก็จะแบบ พาไปแล้วแม่เมื่อเช้าไรเงี้ย สักพักหนึ่งไม่ ถึงห้านาทีก็จะเข้ามาถามคำถามเดิมละ แล้วก็แบบมันจะมี เนี่ยทำไม ออกตัณญ์จิงเลย แม่เลี้ยงเรามาเนี่ยะ แค่ว่าพาไปหาหมอยังไม่พาไปเลยอะไร อย่างเงี้ย...ยอมรับเลยว่าเราจะควบคุมอารมณ์ไม่ได้ เราจะโกรธ เราจะ โมโห เราจะรำคาญ ตอนแรกก็จะมีขึ้นเสียง เสียงดังไรเงี้ยคะ ขึ้นเสียงแบบ เสียงดังไรเงี้ยคะ แม่ทำไมเอาอีกละ ฟังตอไป เราก็จะหงุดหงิด แม่ก็จะ เหมือนแบบ แม่ไม่ได้ถามบ่อยแบบนั้น นีก็ฟังถามครั้งแรกอะไรอย่างเงี้ย ยิ่งฟังยิ่งโมโห อะไรเนี่ยแม่ เดี่ยวอึดทนให้ฟังเลย ซึ่งก็จะทะเลาะกันอยู่ อย่างนี้คะ แต่ถ้าหนักคือเดินหนี ไม่ไหวแล้ว ก็จะเป็นในด้านของอันนี้ มากกว่า ที่เราแบบจะรำคาญมาก...บางทีก็ทวาดเขาแรงๆ แบบโมโห แล้วก็กระแทกของใส่อะไรอย่างเงี้ย แต่ว่าสุดท้ายก็รู้สึกเสียใจคะ รู้สึก แบบ โอ้ย ตายแล้ว ก็คีอมันได้แปบเดียว ก็จะกลับมาแบบอ้าว เอาใหม่ อะไรอย่างเงี้ยคะ คือ ทุกครั้งที่คุยเนี่ย จะเหมือนกันหมดเลย คือ จะ เสียใจ เสียใจที่เวลาเราทำแยๆ อะคะ หลังๆ มาเราก็พยายามเดินหนีอะ แล้วก็แบบ เอ๊ย ทำไมแม่ถามซ้ำ พูดซ้ำอะไรขนาดนี้ อะไรอย่างเงี้ย”

[ID1T2]

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Chulalongkorn University

“ใช่ คือพี่ก็เข้าใจเขาณะว่าเป็นโรค แต่บางทีมันก็ปรี๊ดแตก เหมือนกันนะ เวลาที่เจออะไรแบบ เอ๊ย เป็นอะไรที่รับไม่ได้ อย่างเวลา เช็ดตัว เมื่อบาน คิวงานข้าวคว่ำกระจายหมดเลย พอหันไปเก็บงานข้าว คว่ำกะละมังน้ำคว่ำกระจายเลย โอ้ย! อารมณ์เสีย ปรี๊ดแตกเลย แบบ กรีด อะไรวะเนี่ย แล้วก็บ่น เลยต้องกลายเป็นคนขี้บ่นเลย ก็มีพูดเสียงดัง ว่าทำไมทำแบบนี้ พูดแค่นั้น ก็รู้สึกผิดเหมือนกันนะ ก็รู้ว่าเขาป่วยแหละ แต่ โอ้ย ภูหน้อย...ต้องใช้จิตวิทยาเยอะมาก แต่ก็ต้องยอมรับว่าบางวันพี่ ก็ไม่มีอารมณ์ที่จะจิตวิทยาเหมือนกัน แล้วเวลาเจออะไรที่แบบ มีเรื่อง Stress อะไรอย่างเนี่ย มีเรื่องงานมีเรื่อง จะเรียกว่าอะไร ก็เข้าใจตัวเอง อะนะ เข้าใจว่า ความจริงอะเราต้องเข้าใจเขา แต่บางทีมองว่า ตัวเราเองอะ มีเรื่องที่มากระทบที่ไม่ใช่เรื่องของเขาเนี่ย มันก็ เหมือนเป็นเรื่อง

การจัดการตัวเองอะ ตอนนั้นทุเรศมาก อารมณ์เสีย รู้ เข้าใจตัวเอง เหมือนกัน รู้สึกผิดเหมือนกัน” [ID2T1]

“เรื่องสมองเสื่อมเนี่ย แคร้...แต่ไม่เข้าใจ แคร้ รู้ว่า คนเป็น สมองเสื่อมความจำเขาไม่ดี มันเป็นความเสื่อมจากวัย จากอายุของเขา แต่พอเราได้มาอยู่ดูแลแล้ว มันลึกซึ้งมากกว่านั้น เปลี่ยนเป็นที่เราไม่สามารถเปลี่ยนเขาได้ เราต้องเปลี่ยนตัวเราเองให้มันยอมรับเขา พี่ก็โอเค นะ พยายามที่จะเข้าใจเขา ยินดีดูแล อาจจะแม้บางครั้ง อาจจะโมโหไป บ้าง ทะเลาะกันบ้างอะไรเงี้ย...โมโหก็คือ เขาไม่ยอมทำตามที่เรา ต้องการนั่นแหละ เขาก็ยังดื้อ อยากทำในสิ่งที่เขาอยากทำ ห้ามอะไรก็ยัง ทำอยู่ และด้วยความซ้าของเขาด้วยมั้ง ก็เลยทำให้เราโมโห ต้องพูดหลาย รอบ ก็เลยเกิดอารมณ์ ตอนที่อารมณ์ไม่อะไรหรอก แต่หลังจากหลุด แล้ว พอหลุดปุ๊บเราจะ...อ๊ย ไม่ได้ละ เราบาปกรรม ไม่น่าว่าเขา คือหลุด ไปก็คือบางทีบ่นไป ว่าไป บ่นก็มี ว่าก็มี แล้วมันก็จะรู้สึก พอคำพูดมัน หลุดไปจากปากเราปุ๊บ หูเราได้ยินปั๊บ เราก็รู้สึกว่บาป เราก็ต้องหยุด” [ID4T1]

“เคยมีเวลาถอดแอมป์เปลือยออก จะล้างกันให้ เขาจะดึงไว้ไม่ ยอมให้เอาออก เขาอาจจะอายหรืออะไรไม่รู้ แล้วก็พอเราดึงออกปั๊บ เขาก็จะบ่นละ เออเหมือนกับว่ามาเอาของเขาออกเงี้ย เราก็บอกว่า เตี้ยมัน เป็นแผลนะ เตี้ยมันเน่านะ ต้องล้างออกอะไรอย่างเนี่ย คือก็เถียงอะ พูด ง่าย ๆ เถียงตาม พอพูดไรมาก็เถียงอะ เพราะว่าเราอยากจะทำ ความ สะอาดให้เขาอะ จริงๆมันก็ไม่ดีหรอก แต่เขาไม่รู้เหตุผลจริงๆคือ อะไร รู้แค่ว่าเราไปเถียง เขาก็จะตอบโต้แรงกว่าเดิม ก็คือ หยุดเตี้ยนั่นนะ พูด เลยพูด ถ้าเราไปเถียงอะไรเขา เขาก็จะ หยุดไม่ต้องมาพูด แล้วเขาก็จะนั่ง ไปเลย แต่ก็ไม่มีอาการขว้างของอะไรนะ แคเขาเสียงดังกับเรา ว่าให้เราหยุด ...แต่เราก็รู้สึกผิดนะ รู้สึกว่าไม่น่าเลย ปรี๊ด ไปละ เพราะว่าจริงๆ เขาเป็น แบบนี้เพราะว่าเป็นโรค มันเป็นอาการโรคของเขา แต่บางทีที่เราปรี๊ดไป เพราะว่าคือ อย่างเรื่องแคะพั้นอย่างเงี้ย เราบอกเขาหลายทีแล้วไง อ้า ปากหน้อย อ้าปากหน้อย ไรเงี้ย แล้วเขาจำไม่ได้ไง แล้วเราก็มีงานอย่าง อื่นที่ต้องทำ อย่างพี่ก็ ถ้าแคะพั้นเสร็จ พี่ต้องไปล้างจาน ถูบ้าน ทิ้งขยะ

อะไรยังเงี้ย บางทีเราก็กลัวว่ามันจะมีดีไปละ เพราะว่าสองทุ่มพ่อเขาต้อง  
ขึ้นไปข้างบน ถ้าเราทำงานยังไม่เสร็จ แล้วเขาขึ้นไปข้างบนก่อน แล้วแม่  
เขาอยู่คนเดียวไง เพราะฉะนั้นถ้าเราทำงานยังไม่เสร็จ เราต้องรอให้แม่  
หลับ เราค่อยจะได้ไปล้างจาน ภูบ้านอย่างงี้ ทำให้งานที่เราเตรียมเอาไว้  
ต้องยัดออกไป ตี๊กไป อะไรอย่างเงี้ย เอ้อ นั่นแหละ ที่เราปรี๊ด เพราะว่า  
เราอยากทำให้มันได้เวลาที่เรากะไว้ แต่จริงๆ มันก็ผิด เราอ๊ะ ผิด เพราะ  
เราต้องรอเขา” (ID5T1)

#### 4. หาคความรู้ สร้างความเข้าใจ พร้อมรับบริการดูแลใหม่

การหาคความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความเข้าใจถึง  
ภาวะสมองเสื่อม และสามารถค้นคว้าหาวิธีการในการจัดการความเครียดของตนเองด้วยวิธีการที่  
หลากหลายมากยิ่งขึ้น ซึ่งผู้ให้ข้อมูลยอมรับว่าในระยะเริ่มแรกผู้ให้ข้อมูลไม่มีความรู้เกี่ยวกับอาการ  
และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จึงละเลยไม่ได้ดูแลอย่างมีคุณภาพ ไม่เข้าใจในพฤติกรรม  
และอารมณ์ของผู้สูงอายุที่แสดงออกอย่างไม่เหมาะสม ผู้ให้ข้อมูลบางรายคิดว่าเป็นการเปลี่ยนแปลง  
ตามวัยปกติของผู้สูงอายุ หรือผู้สูงอายุก่อนแก่งลังบ้าง เมื่อผู้สูงอายุมีอาการและพฤติกรรมที่  
เปลี่ยนแปลงมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลแสวงหาคำรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมโดยอาศัยวิธีการที่  
หลากหลาย ได้แก่ การปรึกษาผู้ที่มีความรู้ซึ่งเป็นวิธีการที่สะดวกและรวดเร็ว โดยเฉพาะการปรึกษา  
แพทย์ แพทย์ให้คำแนะนำในการดูแลและพามาพบแพทย์หากมีอาการมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลบางราย  
เลือกใช้วิธีการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยใช้ Internet ผ่านโทรศัพท์มือถือ  
เป็นหลัก เนื่องจากเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้การสอบถามจากผู้ที่มีประสบการณ์  
เดียวกัน เป็นอีกวิธีการหนึ่งให้ผู้ให้ข้อมูลใช้ในการค้นหาความรู้ โดยผู้ให้ข้อมูลได้สอบถามเทคนิคหรือ  
วิธีการดูแลจากพยาบาลที่ดูแลพ่อแม่ที่มีภาวะสมองเสื่อมเหมือนกัน หรือมีปัญหาคล้ายกัน แล้วนำมา  
ปรับให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง เป็นทางเลือกที่ย่นระยะเวลาในค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหาทางด้าน  
พฤติกรรมและอารมณ์ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม และนำไปสู่การพัฒนาต่อยอดสร้างเทคนิค  
การดูแลใหม่ๆ และทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกมีขวัญและกำลังใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว เพราะได้พูดคุยกับคนที่มี  
ปัญหาที่คล้ายกันอีกด้วย

“เออ...ถ้าพี่สงสัยพี่ก็จะปรึกษาอาจารย์เลย อย่างเช่น เออ  
เวลาแม่ก้าวร้าว เออะอะโวยวาย อะไรอย่างเงี้ย เราไม่สบายใจเนาะ ต้อง  
ทำยังไงไรเงี้ยคะ พี่ก็จะมาปรึกษาอาจารย์หมอมว่า แม่เป็นแบบนี้  
อาการนั้น นี นั่น ก็เล่าให้อาจารย์เขาฟัง อาจารย์ก็จะบอกว่า เนี่ย เรา  
ต้องเข้าใจเขาให้มากขึ้นนะ อาการที่เขาเป็นอยู่ ไม่ได้เกิดนิสัยของเขาแต่

อย่างไร้โรค แต่เกิดจากความผิดปกติของสมอง เลยทำให้เขามีอาการแบบนั้น อาการก้าวร้าวเกิดขึ้นได้ ถ้าเกินขีดความสามารถของเราในการดูแลแล้ว ก็สามารถพาเขามาพบหมอเพื่อช่วยในการปรับอารมณ์และพฤติกรรมร่วมด้วยได้ เราก็ ออ เข้าใจตัวโรค และแนวทางการรักษาของโรคสมองเสื่อมมากขึ้นค่ะ” [ID6T2]

“ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม นะหรือ อ้อ พี่ก็จะดูตามเน็ต [internet] อ่ะ บางทีในเฟส [facebook] มีอาจารย์ที่เขาเรียกว่าไรอะ อาจารย์ที่เขาเป็นเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมอะ ไม่รู้ชื่ออะไร หมอคุยอะไรเนี่ย ไม่รู้ชื่อจริงชื่ออะไร ในเฟสเขา ดร.ตุ๋นอะ เขาเชี่ยวชาญเกี่ยวกับเรื่องโรคสมอง แต่เขาอยู่ศิริราชนะ แล้วเวลามีอบรมอะไรที่ศิริราชเขาก็มาโพสต์ในเฟส [facebook] อย่างเนี่ย เออ...เป็นหมอผู้ชาย ก็อ่านตามอย่างเนี่ยแล้วก็ดู ดูตามทีวี ต่อจากนั้นเราก็จะดูว่าแม่มีปัญหาอะไรบ้าง อะไรที่น่าจะเกิดขึ้นเราก็จะหาทางป้องกันไม่ให้มันเกิดอะ บางทีใน youtube ก็มีนะ...พอเราไปดูว่า โรคนี้ มันมีพัฒนาการยังไง มีลำดับขั้น มีกี่ขั้นอย่างเนี่ยพอเราดูรู้แล้วว่า เดี่ยวเขาจะเป็นอย่างงั้นนะ แล้วเขาจะเป็นอย่างนั้นอย่างนี้ เราก็มาเทียบกับอาการแม่ว่าเขาอยู่ขั้นนี้และ เดี่ยวอีกหน่อยเขาจะเป็นอย่างนี้นะ เหมือนกับเราเตรียมใจไว้ก่อนแล้วอ่ะ ว่าอ้อ เขาเป็นอย่างนี้ก็เพราะว่าอาการของโรคเขาอ่ะแหละ” [ID5T2]

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Chulalongkorn University

“อยู่ที่ทำงานก็มีพี่ๆ น้องๆ พยาบาลที่เขาดูแลแม่ที่เป็นโรคสมองเสื่อมอยู่ เวลามาหาหมอดูด้วยกันอย่างนี้ ก็คุยกันว่าเขาดูแลกันยังไง เขาให้กินอาหารเสริมอะไรยังไง อย่างงี้ใหม่ เพราะแม่ผม พวกที่เป็นสมองเสื่อมพวกนี้เนี่ย กินยังไงก็จะผม มีสารที่ทำให้เขาหอม อย่างอื่นมีอะไรที่เขาบำรุง โปรตีนเขากิน มีอะไรก็คุยกัน อ่า ก็มีเหมือนกัน มีบางคนกินยาพวกโรคสมองเสื่อม แล้วแม่เนี่ย ซึมลงอะไรอย่างนี้ บางคนก็ตัดสินใจที่จะไม่ให้ มีคุยกัน” [ID2T2]

“ตอนนั้นก็คุยกะน้องที่สนิทกัน คุยกับน้องที่ทำงานแหละ ประสบการณ์เดียวกัน เขาก็จะบอกว่าเยอะกว่าพี่ เขาก็จะบอกว่าปัญหาเยอะกว่าพี่เยอะ โอเค มีคนที่ปัญหาเหมือนๆ กันนะ เข้าใจกัน



อะไรเงี้ย มีอะไรเราก็จะคุยกัน อย่างน้อยเราก็จะรู้สึกว่าไม่ได้มีแค่เราที่  
ต้องเจออะไรแบบนี้ อย่างเช่น เวลาที่แม่มีพฤติกรรมแปลกๆ ไรเงี้ย เรา  
ก็จะมาแชร์กันว่าทำยังไง คือพอได้คุย เราก็ได้ technique มาใช้กับแม่  
ของเราอะคะ” [ID6T1]

“คือตอนแรก คือไม่รู้เลย รู้แต่ทฤษฎี ว่ามันก็จะหลงลืมไป  
ก็ถามซ้ำ พอไปเจอจริงๆ แล้วมันไม่ใช่ มันต้องเจอกับตัวจริงๆ นะคะ  
หึหึ คือมันบ่อยมากนะคะ โห แทบจะเป็นวินาทีเลยอะ ไม่ข้ามนาทีเลย  
ตาย! แม่กินข้าวหรือยัง ทานแล้วไงคะแม่ ไม่ถึงนาที ไม่ถึงห้าวินาทีก็  
คำถามเนี่ย ไม่ไหวแล้ว ทำไมถึงขนาดนี้...ทำงานก็แค่แบบว่า เราไม่ได้  
ดูแลอะ เราก็เหมือนกับ OPD เคสที่ว่า ส่งเข้าตรวจห้องไหนแล้วก็จบไร  
เงี้ย ดูแลหรือ พี่ว่ามันต้องเป็นประสบการณ์ตรงของเราเอง คือดูแลแล้วก็  
ค่อยๆ สังเกตไปว่าอันนี้เขาชอบ อันนี้ไม่ชอบไรเงี้ย...แนวทางการปฏิบัติ  
ต้องไปเรียนรู้เองอะ ซึ่งใช้เวลามากอะ ซึ่งแต่ละคนบอกได้เลย อย่าง  
เพื่อนอะซึ่งเก่งมาก พ่อแม่เขาก็ไม่ได้เป็น แต่พอเขามาดูแลแม่ได้ แบบ  
ทำไมเขาดูแลได้ดี และเขาเป็นตัวอย่งให้เลยอะ คือบางทีเนี่ย ทฤษฎี  
ไม่ได้ช่วยให้เราแก้ปัญหาได้ในตอนหน้างาน” [ID1T1]

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลบางรายมองว่านอกจากการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ  
ที่มีภาวะสมองเสื่อมจากแหล่งต่างๆ แล้ว การอาศัยประสบการณ์ตรงจากการค้นพบด้วยตนเองของ  
ผู้ให้ข้อมูลก็เป็นสิ่งจำเป็นเช่นกัน แม้ว่าตนจะเป็นพยาบาลซึ่งมีองค์ความรู้ด้านทฤษฎีแล้วก็ตาม แต่  
เมื่อต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในสถานการณ์จริงกลับมีความแตกต่างจากทฤษฎีเป็นอย่างมาก  
มีความยากลำบากมากกว่า เช่น แม่ของผู้ให้ข้อมูลจะถามซ้ำๆ เกือบทุก ห้า วินาที จนทำให้ผู้ให้  
ข้อมูลเกิดอารมณ์หงุดหงิด ดังนั้นการดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมจึง  
จำเป็นต้องมีการบูรณาการหรือประยุกต์องค์ความรู้เพื่อให้สอดคล้องกับรูปแบบการดำเนินชีวิตของ  
ญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่เป็นโรคสมองเสื่อมแต่ละราย ซึ่งมีปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน ผนวกกับ  
การใช้ประสบการณ์ตรงของผู้ให้ข้อมูลเองโดยผ่านการลองผิด ลองถูก หลายๆ ครั้ง นอกจากนี้ผู้ให้  
ข้อมูลจะมีการปรับตัวเองเพื่อให้เกิดความเข้าใจและยอมรับในผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมอง  
เสื่อมแล้ว ผู้ให้ข้อมูลบางรายยังมีความพยายามที่จะอธิบาย และพูดคุย ให้กับสมาชิกในครอบครัวราย  
อื่นที่ไม่ใช่พยาบาลได้เข้าใจและยอมรับการป่วยของผู้สูงอายุด้วย ทำให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่น  
สามารถอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเข้าใจมากขึ้น

“การดูแลมันต้องมาจากประสบการณ์ตรง เพราะว่าไม่เหมือนกัน แนวทางการดูแลเนี่ย มันก็มีเป็นมาแหละว่า หนึ่งต้องทำไอนี้ สองต้องทำไอนี้ สามต้องทำไอนี้ แต่ว่ามันต้อง apply นะ เพราะว่าอย่างพ่อกับแม่พี่ก็ยังไม่เหมือนกันเลยอะ เออ มันก็ต้อง apply เอาว่าวันนี้ฉันจะทำยังไงกับเขา ชั้นต้องดูแลเขาแบบไหน คือทุกอย่างมันก็ต้อง apply กันหมดแหละ มันอาจจะ scope มาว่า หนึ่งสองสามคุณต้องทำไอนั้นคุณต้องทำไอนี้ แต่ถามว่ามันทำได้หมดหรือเปล่า มันก็เหมือนกับคุณต้อง apply ให้เข้ากับตัวเขาอะ เออพี่ก็ apply ให้เข้ากับตัวพี่ได้แค่นี้จริงๆ” [ID2T1]

“กว่าจะเข้าที่มาแบบนี้แบบ โห ต้องเรียนรู้จากประสบการณ์เยอะ learning by doing เลยแหละ พี่สาวกับพี่เนี่ยคือทำยังไงจะให้แม่ไม่เป็น bed sore ทำให้แม่ไม่ล้มไม่อะไรอย่างเงี้ยคะ หาทุกวิธี เตียงเนี่ย จะเอาแบบไหนที่ ตอนแรกเตียงเป็นสามฟุต เอี้ยไม่ได้ เพราะว่าพลิกตัวที่ลำบาก อย่างนี้คะ อยู่ที่ประสบการณ์ล้วนๆ ดูจากตำราอย่างเดียวไม่ได้แน่นอน แม้กระทั่งการให้ยา ป้อนยา จะกินตอนไหน ให้กินตอนไหนหลับเร็วไป อ่า ให้กินตอนนี้แล้วหลับลึกไป กว่าจะตื่นอะไรอย่างนี้ ต้องเรียนรู้หมดเลย อย่างหมอบอกว่าหกโมงเนี่ยพี่ต้องให้กินยาแล้วนะ เขาจะได้นอน ปรากฏเราให้หก โมงเนี่ย ไปตื่น ตีสาม รู้เลยว่าไม่ใช่ละ แม่เรา ไม่ใช่แบบนี้ ก็ต้องให้ดึกขึ้น ให้สองสามทุ่ม เออ นอนพอตี ตื่นเช้า ให้ดึกกว่านี้ก็พอดี เสรีเลยเข้ามาไม่ยอมตื่น ต้องเรียนรู้หมดเลยคะ ยาก็ต้องเรียนรู้หมด อู๊ นาน ค่ะ เรียนไปเรื่อยๆ เพราะว่าอาการมันเปลี่ยนแปลงไปเรื่อยๆนะ เมื่อก่อนเนี่ยไม่เคยจะต้องมาเรื่องของการพลิกตัว การดึงผ้าขวางอะไรอย่างนี้ ก็ต้องมาปรับตัวเรื่อยๆ เอาหมอนมา support เมื่อก่อนมันก็ไม่ต้องใส่ใจ เมื่อก่อนเขาลุกขึ้นเดินได้ ตอนนี่ก็ต้องสอนเรื่องของการใช้ walker ค่ะเรียนรู้มันเรื่อยๆ อาการเขาก็จะ slow ไปเรื่อยๆ ตามที่อาการเขาเปลี่ยนแปลงไป” [ID3T1]

“นอกจากอ่านแต่ทฤษฎีแล้วคือ ซึ่งในวิชาชีพเราได้พำ  
สอน หรือร่ำเรียนมา แต่พี่ว่าบางทีทฤษฎีมันก็ไม่ได้จำเป็นเสมอไป บาง  
ทีพี่ว่าประสบการณ์มันก็...มันก็จะช่วยสอนเรา เฮ้ย...มันไม่จำเป็นต้อง  
เป็นไปตามทฤษฎีก็ได้ มันอาจจะ...อันนี้อยู่ เราอาจจะอ่านไม่เจอใน  
ทฤษฎีของคนนี้ อืม..ว่า...คนนี้ก็ไปในทฤษฎีของคนนี้รีเปล่า อะไรอย่าง  
เงี้ย” [ID8T1]

“พี่ว่าแต่ละคนเนี่ย พ่อแม่ของแต่ละคนพื้นฐานก็ไม่  
เหมือนกัน ครอบครัวก็ไม่เหมือน แต่ละคนความใกล้ชิดครอบครัวหรือ  
อะไรก็ไม่เหมือนกัน ก็ต้องแบบเหมือนเราต้องเห็นบางคนอาจจะแสดง  
ออกแบบนี้ บางคนอาจจะแสดงออกแบบนี้ ครอบครัวนี้เลี้ยงดูมาแบบนี้  
ถูกอบรมสั่งสอนมาแบบนี้ บางคนบางครอบครัวก็ก็จะไม่คุยกันเลย พ่อ  
แม่ลูกเต้าต่างคนต่างอันนี้ พี่ว่าต้องประสบการณ์ตรงเท่านั้นที่เห็น ได้ดู  
จากตัวเองเท่านั้นที่จะรู้ว่ามันเป็นอย่างไร” [ID9T1]

“พี่คิดว่าประสบการณ์ตรงในการดูแลเนี่ย มันจะช่วยได้  
เยอะ คนที่มีประสบการณ์นะเขาก็จะรู้ คือ บางคนเขาก็เห็นแล้วละว่า  
เฮ้ย คนไข้เป็นแบบนี้ละ เดี่ยวจะต้องทำแบบนี้ให้ แบบนี้ให้ แต่เราอะ  
เราจะได้จากตำราใช่ป่าว ซึ่งตำราบางครั้งนะ มันเอาไปปฏิบัติไม่ได้  
มันจะเป็น individual สำหรับแต่ละคน แต่ละเคส อย่างนั้นนะค่ะ บาง  
ทีเราเห็นปัญหา มีปัญหาเหมือนกันตรงนี้ แต่การแก้ไขมันจะไม่  
เหมือนกัน เพราะมันขึ้นอยู่กับลักษณะของคนไข้ คือพื้นฐานนิสัยของ  
คนไข้แต่ละคนด้วย” [ID13T1]

“ในฐานะที่เราอยู่ในวิชาชีพ เวลาที่บ้านเขาเสียงดังกัน  
ทะเลาะกัน พี่อยู่ข้างบนใช่ไหม เขาอยู่ข้างล่าง พี่ก็จะลงไปถามว่าเสียงดัง  
อะไรกัน ทำไมต้องทะเลาะกัน เราก็จะเป็นคนอธิบายให้เขาฟังว่าคนไข้  
อาการแบบนี้ เขาก็อาจจะคิดอะไรไปเองก็ได้ คืออย่าเอามาเป็นอารมณ์  
ตัวเอง เหมือนกับพูดให้เขาฟังอะว่า ลักษณะอาการคนไข้เป็นไง เขาก็  
เข้าใจมากขึ้น...เพราะพี่คิดว่าความเข้าใจในคนไข้ แล้วก็อาการของเขา  
เราจะอยู่กับเขาได้ เราจะ เอ่อ สามารถที่จะปรับตัวเอง ปรับใจตัวเอง

ให้ยอมรับกับพฤติกรรมของเขาได้ กับภาระกระทำ กับอะไร สภาพร่างกายด้วย ตัวเขาเองก็จะสงบลง ก็มีบ้าง มีอยู่นะ เพราะว่าบางทีไม่เข้าใจว่าโรคสมองเสื่อมมันอาจจะมีอาการแบบนี้ คือมันก็เหมือนกับเราคุยกันนะเนาะ เราคุยกันอย่างนี้ แล้วพอคนไข้มีอาการคือแบบ เหมือนไม่ฟัง เหมือนเถียง เหมือนอะไรเราก็จะมีอารมณ์ใช้ปะ ซึ่งถ้าไม่รู้ว่าจะโรคสมองเสื่อมหรือลืมนึกไปว่าคนไข้โรคสมองเสื่อมเนี่ย เราก็จะไปทะเลาะกับเขาอะก็จะมีที่ทะเลาะทะเลาะกันบ้าง ก็คนที่อยู่ ที่ได้ยินอะไรก็จะคอยช่วย คอยบอก คอยเตือนกันนะ คนในครอบครัวนะ เราก็ช่วยกัน support จิตใจกันเอง ที่คิดว่าค่อนข้างจะโอเคอะ ในครอบครัวนะ คือทุกคนก็ยอมรับว่ามันเกิดแบบนี้จริงๆ อย่างนี้อะค่ะ” [ID13T1]

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลจะมีการแสวงหาความรู้ ทำความเข้าใจ และการปรับตัวเองเพื่อยอมรับในการแสดงออกทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมแล้ว ยังมีการบูรณาการองค์ความรู้ทางด้านทฤษฎี การแสวงหาองค์ความรู้ใหม่ ผสมกับการใช้ประสบการณ์ตรงที่ตนเองได้ลองผิดลองถูก เพื่อนำไปสู่การสร้าง และปรับวิธีการดูแลใหม่ๆ เพื่อให้สอดคล้องกับผู้สูงอายุที่เป็นสมองเสื่อม ซึ่งมีปัญหาทั้งทางด้านความรู้คิด ปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ และมีการดำเนินของโรคเป็นไปในทางที่เสื่อมถอยลง และในขณะเดียวกันผู้สูงอายุแต่ละคนยังมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกัน เพื่อการคงความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ให้ได้นานที่สุด และลดการเป็นภาระต่อผู้ดูแลและครอบครัว ซึ่งจากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีการปรับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมใหม่ ดังนี้ 4.1) ใส่ใจกิจวัตรประจำวัน 4.2) จัดการและป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ 4.3) ดูแลเพื่อคงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ 4.4) พาไปตรวจตามแพทย์นัด 4.5) จัดสรรเวลาพาเที่ยวนอกบ้าน และ 4.6) ชวนทำนทำบุญทำทานไหว้พระสวดมนต์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### 4.1 ใส่ใจกิจวัตรประจำวัน

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการรู้คิด มีความบกพร่องในด้านความจำ การตัดสินใจ จึงทำให้มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง และไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างสมบูรณ์ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันเท่าที่จะทำได้ ให้การช่วยเหลือตามความจำเป็นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีภาวะพึ่งพิง และชะลอการดำเนินของโรคให้ช้าที่สุด ซึ่งจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีการดูแลการทำกิจวัตรประจำวันให้แก่ผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนี้ 1) ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย 2) ดูแล

ให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหาร และ 3) จัดการเรื่องยาให้ทานอย่างต่อเนื่อง ดังรายละเอียดต่อไป

### 1) ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย

การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย เป็นกิจวัตรประจำวันเบื้องต้นที่มีความสำคัญ กล่าวคือ ช่วยชะล้างสิ่งสกปรกออกจากร่างกาย และทำให้ผู้สูงอายุมีภาพลักษณ์ที่ดี แต่เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงไปเรื่อยๆ ตามความรุนแรงของโรค ความสามารถในการใช้มือ แขน ขา นั่ง ยืน เดิน และการทรงตัว ขณะกำลังยืน เดิน จะลดลง ถ้าผู้ดูแลขาดความเอาใจใส่อาจนำมาซึ่งปัญหาการหกล้ม การติดเชื้อ หากไม่รักษาความสะอาดตามร่างกาย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จึงให้ความสำคัญในการดูแลความสะอาดร่างกายให้แก่ผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ให้ข้อมูลจะเตรียมอุปกรณ์การอาบน้ำไว้ให้ เช่น สบู่ ยาสระผม น้ำอุ่น เป็นต้น และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมด้วยตนเอง แต่เนื่องจากผู้สูงอายุจะจำไม่ได้ว่าต้องทำอะไรบ้าง ผู้ให้ข้อมูลจึงบอกขั้นตอนการอาบน้ำให้แก่ผู้สูงอายุทำตามที่ละขั้นตอน ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายเลือกที่จะเป็นคนดูแลทำความสะอาดให้แก่ผู้สูงอายุทั้งหมด โดยให้เหตุผลว่ามีความสะดวก รวดเร็วกว่าที่จะให้ผู้สูงอายุทำเอง เพราะพ่อแม่อาบน้ำเช้า และผู้ให้ข้อมูลเองก็ต้องรีบออกไปทำงาน หากต้องดูแลทั้งพ่อแม่ ผู้ให้ข้อมูลจะมีการจัดคิวทำความสะอาดร่างกายโดยประเมินจากความสกปรกของร่างกายเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจ กล่าวคือ ถ้าใครสกปรกมากกว่า ก็จะทำให้คนนั้นก่อน บางรายให้เหตุผลว่า ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย คือ ยืนไม่ไหว ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความจำเป็นต้องดูแลทำความสะอาดให้ทั้งหมด

“ถ้าหกโมงพี่ก็จะปลุกแม่อาบน้ำ หรือถ้าตีห้าครึ่งแม่เขาคืนมาอีแล้ว ก็อาบน้ำเลย ก็ลุกขึ้นมาแล้วก็พาเขาอาบน้ำ แปรงฟัน ถ้าเราให้ทำเองตั้งแต่แรก บิบบยาสีฟันเองอะไรอย่างเนี่ย ทำไม่ได้ แต่ถ้าเราบิบบยาสีฟันใส่มือให้เขา ให้เขาถืออะ แล้วให้เขาแปรงอะ เขาทำได้ หมายถึงเราต้องใส่ยาสีฟันให้เรียบร้อยเอาใส่ปากให้เขาอะ แล้วพอเขาจับปั๊บเขาจะแปรงเองได้ อืม ก็ค่อนข้างสะอาดนะ เพราะว่าเวลาแปรงเสร็จเราจะใช้ไหมขัดฟันอีกทีหนึ่งอะ มันจะไม่ค่อยมีเศษอาหารเท่าไร แต่ถ้าให้เขาทำแต่แรกหมายถึงว่าหิบบยาสีฟันมาใส่แปรงแบบเนี่ย เขาจะบิบบไม่ออก เออทำไม่ได้ครับ อาบน้ำพี่จะอาบให้ เพราะว่าเวลาถ้าให้อาบเองเขาก็จะนั่ง คือให้เอาเก้าอี้ไปนั่งในห้องน้ำเงี้ย เขาก็นั่งเอาน้ำราดเฉยๆ แต่ว่าไม่มีฟอกสบู่อะไรอย่างนี้ไง เขาทำเองไม่ได้ เราก็เลยอาบให้ เพราะว่าเราต้องไปทำงานไง ถ้ารอเขาอาบเองมันนาน” [ID5T1]

“ถ้าพี่กลับถึงบ้านเร็ว พี่ก็จะไปเตรียมน้ำให้เขาอาบ ก็ประมาณ 5 โมงครึ่งเขาจะอาบ จะเป็นเวลา ก็จะเตรียมน้ำ เขาก็จะเตรียมถอดเสื้อผ้าอะไรเอง แต่พี่จะเปิดน้ำอุ่นไว้ให้เขา บิบบยาลีฟนไว้ให้ เขาก็จะไปอาบน้ำเอง อันนี้เขาดูแลตัวเองได้อยู่ แล้วก็อาบน้ำเสร็จก็ลงมาทานข้าวค่ะ” [ID6T1]

“เรื่องอาบน้ำ แต่งตัว แม่เขาทำได้เองหมดค่ะ เพียงแต่ว่าไม่สะอาด ตอนแรกพี่ก็จะบอกเขาก่อนว่าให้ถูสบู่ คือเหมือนเราอยากให้เราใช้ส่มองค่ะ บอกว่าให้ถูตรงนั้นนะ ตรงนั้นะ แต่ว่าบางทีเขาก็ฉุนิดๆ ถูไม่เยอะ เราก็เลยช่วยเขาละคราวนี้... พี่ก็จะเป็นคนอาบเข้าอาบเย็นให้น้องชายเขาจะดูตอนกลางวันให้เฉยๆ อย่างเข้ามาพี่จะพาเขาอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้าก่อน พอเย็นไปเขาก็รอพี่ ก็พี่ๆ น้องเราก็คิดว่าเราเป็นพยาบาล ให้เราดูแลเรื่องนี้เลย เราก็โอเค” [ID11T1]

“การทำกิจวัตรประจำวัน เรื่องอาบน้ำอะไรพวกนี้ พี่จะเป็นคนไปคอยช่วยดูค่ะ อาบน้ำอาบน้ำพี่ก็จะพยายามให้เขาทำเอง แต่เราต้องช่วยพาเขาไปห้องน้ำ อาบน้ำอะไรก็คือเราจะให้เขาทำ ถ้าสมมติว่าเราหยุดอย่างนี้ เราก็อยากจะทำให้พี่เลี้ยงเขาพักบ้าง เราก็จะเป็นคนไปช่วยดูแลเอง อ่า บางทีเราก็จะทำแล้วบอกพี่เลี้ยงเขา ให้เขาดู ทำแบบนี้ นะ แล้วก็ให้เขาลองทำ แล้วก็ เออ...เราก็จะเป็นคนช่วยกระตุ้นน้ำเขาด้วย อ่า ก็คอยกระตุ้น บางทีเขาก็จะลืมนิสัยแบบสบู่อันไหน ยาสระผมอันไหน ก็จะหยิบผิดใจ ก็จะต้องบอกเขา คือ เราอยากให้เขาทำเอง มีส่วนร่วมด้วยไร้อะไร ให้เขาได้ฝึกสมองไปด้วย” [ID13T2]

“เราก็จะมีหน้าที่ที่จะเป็นคนกระตุ้นเรื่องกิจวัตรประจำวัน ให้พี่เลี้ยงทำให้อ่ามานี้แหละ แต่เราก็ไม่ได้ให้พี่เลี้ยงทำให้ทั้งหมดนะ เพราะอยากให้อามาเขาทำเอง เขาก็ยังสามารถทำได้ ต้องอาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน เพราะบางทีตื่นขึ้นมาเขายังไม่ยอมอาบน้ำอย่างนี้ ก็ต้องบอกพี่เลี้ยงว่าเข้ามาต้องอาบน้ำนะ เปลี่ยนเสื้อผ้านะ ถึงเวลาต้องสระผมแล้วนะ ก็ต้องกระตุ้น ไซ้ เสื้อผ้าเปลี่ยน เสื้อผ้าวันนี้นะ อาบน้ำนะ

ก่อนนอน บางทีเขาก็บ่นว่าหนาวหรืออะไรอย่างนี้ ต้องบอกแม่เขาว่า น้ำมันก็เป็นน้ำอุ่นอยู่แล้ว ก็ให้พี่เลี้ยงพาไปอาบ” [ID9T1]

“เวลาที่พี่ดูแลพ่อแม่ ก็จะจัดคิวค่ะ กลับเข้าไปถึงบ้านต้อง เช็คก่อนว่าใครสกปรกที่สุด อย่างเมื่อก่อนแม่ใส่ pampers แล้วซี้ แล้ว ลั่นออกมา แล้วประอะพื้น พอเข้าไปดูพ่อ พ่อนอนฉี่ลั่น pampers เต็ม เตียงอะ ก็ต้องไปจัดพ่อก่อน ก็คือ manage เอาตามสถานการณ์เป็น วันๆ...พอพี่ทำพ่อเสร็จ ก็กลับมาทำแม่ต่อ ก็ใช้วิธีการ manage ประมาณนี้ อย่างเมื่อก่อนพี่สาวพี่มีงาน เขากลับช้า ก็ใช้หลัก manage ตื่นเข้าขึ้นมา ก็ต้องดูวันนี้ใครเป็นยังไง พ่อตื่นพ่อพร้อมกิน ก็ทำให้พ่อ กินก่อน กินเสร็จก็ค่อยเช็ดตัวพ่อ วันนี้แม่ยังไม่พร้อม คือใช้ตามหลัก manage เป็นวันๆ ว่าวันนี้ดูก่อนว่าคนนี้ต้องทำอะไรให้ก่อน ถ้าเขา ตื่นก็ให้เขากินก่อน แล้วค่อยทำความสะอาดถ้าคนนี้ยังไม่ตื่น แล้วค่อย ปลุกอย่างเงี้ย คือทำเสร็จเป็นคนๆ ไป คือถ้าแม่ยังไม่ตื่น ก็ผ่านไปก่อน พอทำพ่อเสร็จ ค่อยมาทำแม่...คือ เราอาบให้เลย รวดเร็ว สะดวกดี รอ ให้เขาทำเอง มันช้า พี่ก็ต้องรีบไปทำงานด้วย ถ้ามันไปทำงานไม่ทันจริงๆ ต้องรีบออกแต่เช้าค่ะ” [ID2T2]

“เรื่องอาบน้ำ พี่จะเป็นคนดูแล ถ้าพี่จะให้สามีเขาทำก็ เกรงใจเขา กลัวแม่อายุด้วย [หัวเราะ] เพราะเขาเป็นผู้ชาย อาบน้ำตอน เข้าพี่ต้องตื่นแต่เช้ามีด ให้สามีมาช่วยพยุงจับแม่ขึ้นรถเข็น เพราะใน ส่วนนี้เราก็ไม่ไหว เพราะเราก็ปวดเข่า ปวดเอว แล้วก็พาแม่เข้าห้องน้ำ อะค่ะ แล้วเราก็จะเป็นคนอาบน้ำให้ คือ อาบให้เลย เพราะเขายืนไม่ไหว ตอนเย็นก็จะเป็นแบบนี้” [ID4T2]

## 2) ดูแลให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหาร

อาหารเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่หลักที่สำคัญของมนุษย์ โดยเฉพาะในช่วงวัยผู้สูงอายุ ที่มีความจำเป็นต้องได้รับสารอาหารที่เพียงพอเพื่อนำไปใช้ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย แต่ด้วย ข้อจำกัดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุบางรายอาจมีอาการหลงลืมคิดว่าตนเอง รับประทานอาหารไปแล้วจึงรับประทานซ้ำอีก ทำให้ได้รับอาหารที่มีพลังงานมากเกินไป หรือบาง รายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ จากความอยากอาหารลดลง หรือ ความสามารถในการรับประทาน

อาหารด้วยตนเองลดลง ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีการดูแลผู้สูงอายุในขณะที่รับประทานอาหารอย่างใกล้ชิด ผู้ให้ข้อมูลบางรายจะเป็นผู้จัดซื้ออาหารมาให้สมาชิกครอบครัวรายอื่น ช่วยทำอาหาร บางรายประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุรับประทานด้วยตัวเองโดยเน้นรายการอาหารที่ผู้สูงอายุชื่นชอบ บางรายรับประทานเป็นเพื่อนกับผู้สูงอายุและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารด้วยตนเอง หากผู้สูงอายุไม่ยอมรับประทานอาหารเอง ผู้ให้ข้อมูลจะป้อนอาหารให้ผู้สูงอายุ

“กลับไปก็ถ้าวันไหนไม่ได้ขึ้น OT พี่ก็จะไปกินข้าวเย็นกับแม่ค่ะ ก็นั่งป้อนข้าวเนี่ยแหละ คือไม่ได้ป้อนหรอก ก็คือ ตักใส่ช้อนวางไว้ แล้วก็ให้เขาเนี่ยตักกินเอง พยายามฝึกให้เขาทำเอง...ตอนกินข้าวเนี่ย พี่ก็จะแบบชวนคุยเรื่องอื่น คือแม่เขาชอบคุยถึงเรื่องเก่า อย่างเช่น บ้านเก่าเขาอยู่ที่ชุมพรอย่างเงี้ย ยายถึงตายไปแล้ว แต่เขาก็ยังพูดถึงยายบ่อย เราก็จะชวนเขาคุย เฮ้ย แล้วก็แบบ พอแม่บอกอิมอะไรอย่างเงี้ย ก็จะมีบอกว่า อิมแล้วหรือแม่ ออไม่ป็นไร เออแม่ ที่ที่ชุมพรบ้านแม่ยังมีอยู่ใช้ไหมคะ ยายขึ้นเป็นยังไงเขากับข้าวขายนี เป็นแม่ค้า แล้วก็ป้อนไปที่ละครค่ะ อะแม่ก็เคี้ยวกลืน เออๆ ใช้ ขายข้าวแกงอะไรอย่างเงี้ย คือ แม่เขาต้องเบี่ยงเบนความสนใจ ไปเลยคะ อย่าไปแบบเออ ไม่กินก็ไม่กินอะไรอย่างเงี้ยคะ ก็ทำเป็นนั่งเฉยๆ ลักพักหนึ่ง เขาหยุดก็ปล่อยเขาก่อน ลักพักหนึ่ง เราก็เริ่มไปคุยเรื่องอื่นให้เขาเพลินๆ นะคะ แล้วก็ป้อนไปเรื่อยๆ อะไรอย่างเงี้ยคะ จริงๆ ของแม่เขาจะต้องให้ใจเย็น ห้ามไปแบบปรี๊ดใส่ เขาจะแบบว่าถ้าเราแรงไปเขาก็จะแรงมา” [ID1T2]

“เวลาที่แม่กินข้าว มือเย็นเงี้ย พี่จะต้องกินข้าวเป็นเพื่อนแม่ เพราะถ้าเราหยุดกินเมื่อไหร่ แม่ก็จะหยุดกินเมื่อนั้น แล้วแม่กินข้าวนานเป็นครึ่งชั่วโมง แล้วเราก็กินข้าวเร็ว แล้วเราก็ต้องกินกับไปเรื่อยๆ ก็คือกินเรื่อยๆ ต้องแคะให้เรียบบร้อย เอาของใส่จานให้เสร็จ แล้วก็ค่อยๆ กิน กินไป เคี้ยวก็ช้า เขาก็ตักเอง กินเองได้ แล้วเราก็เลิฟให้ท่านด้วย” [ID4T1]

“พอตอนเย็นพี่กลับไป พี่ก็จะพาเขาทานข้าว พี่ต้องรีบกลับนิดหนึ่งก็จะไปถึงบ้านประมาณ 6 โมง ออกจากที่ทำงานก็ประมาณบ่ายสี่โมง เวลาเลิกงานอะเนาะ พี่ก็จะทานข้าวกับเขา ก็จะคอยตักให้



เพราะเขาจะตักแค่ข้างหน้ากับข้าวที่อยู่ข้างหน้า พี่ก็จะคอยตักให้ ใส่ให้ หมอลั้งให้กินผักนะ ลั้งให้กินอะไรอย่างนี้ แต่เขาทานเองได้” [ID6T2]

“คนหลักๆ ที่ทำกับข้าว ก็คืออากง เพราะพี่ต้องมาทำงาน แต่เช้า คืออากงจะเป็นคนทำกับข้าว ทำกับข้าว เตรียมกับข้าวให้อามาเขาทาน อยู่ที่บ้านเขาจะเป็นคนจีน ก็จะทานอาหารตรงเวลา เข้ามาก็ไม่กินแปดโมง เที่ยงเป๊ะ ห้าโมงเย็น แล้วก็จะมีช่วงประมาณสามสี่ทุ่มเนี่ยเป็นอาหารเสริมเขาก็จะกินเป็นบะหมี่เป็นนม เป็นอะไร เหมือนห่ามือนะ กินได้ตลอด คือเรื่องอาหารเนี่ย เขาจะ Enjoy มาก กินได้ตลอด อามาเขายังทานได้เอง ไม่มีปัญหาอะไร หน้าที่ของพี่หลักๆ ก็จะเป็นหน่วยซื้อ ผลไม้หรืออะไรอย่างนี้ไว้ หรืออาหารให้อากงทำ เพราะคนจีนเขาก็จะทานง่ายๆ ขอให้มันจับฉ่ายหม้อหนึ่ง มีผัดผัก มีไข่พะโล้ อะไรพวกนี้ ก็อยู่ได้” [ID9T1]

“น้องพี่เขาจะเป็นคนดูแลเรื่องอาหาร คุณน้ำพี่เขาจะกินข้าวเองได้ แคเรานั่งกินเป็นเพื่อนเขาก็พอ แล้วก็เขาจะเป็นคนแกที่เรื่องเยอะ แกจะไม่กินอาหารซ้ำ แต่ไม่ใช่พี่จะเป็นนะ แกเป็นตั้งสมัยสาวๆ เพราะว่ากว่าจะเป็นร้านขายเครื่องมือก่อสร้างละ อยู่ติดกับตลาดอย่างนี้นะคะ เดี่ยวก็เดินเข้าตลาดซื้อๆ คือจะไม่กินอาหารซ้ำทั้งสามมื้อ มื้อต้องเปลี่ยน เขากินโจ๊ก กลางวันกินข้าวผัดกับต้มยำ ตอนเย็นกินก๋วยเตี๋ยว แล้วถามว่าพรุ่งนี้กินอะไรต้องเปลี่ยนเมนู แต่ถ้ากับข้าวมื้อกลางวันกินเหลือ แล้วให้มาทานมื้อเย็นจะไม่กิน... กินได้เองแต่บางทีเราก็ต้องช่วยบอกว่าอันนี้คืออะไร อันนี้คืออะไร แล้วก็ต้องคอยถามว่ารสชาติเป็นอย่างไร” [ID12T1]

“กับข้าว ก็จะเป็นอา พี่สาว แล้วบางทีก็จะเป็นพี่ทำ ถ้าพี่หยุดนะ พี่ก็ทำ ก็จะไปถามน้ำเขาว่าอยากทานอะไร บางทีเขาก็ เขาก็บอกนะ ว่าอยากกินข้าวคลุกปลาทุอย่างนี้ เราก็ไปทำให้ พิสูจน์ดูว่ามันจริงหรือเปล่า เขานึกได้จริงไหม ไปป้อนเขาปรากฏเขาก็บอกอร่อยๆ เขาก็ทานได้เยอะ แล้วตอนหลังก็จะมีพี่เลี้ยงเนี่ยช่วยทำด้วย กับข้าวส่วนใหญ่ก็เป็นของที่เขาสอบ แรกๆนะคะ แต่ตอนหลังก็จะเป็นอาหาร

อ่อนละเพราะฟันก็เริ่มไม่ดี เมื่อก่อนเขาจะชอบพวก อ้อ พวกแกง เขาจะชอบอาหารเผ็ด เพราะเขาชอบอะไรเผ็ดๆ กินได้ไหม กินแล้วมันจะสดชื่น มีแรง ช่วงแรกเขาก็สามารถที่จะตักกินเองได้อยู่ แต่มาช่วงหลังๆ ต้องกระตุ้นว่าอ้าปาก อ้าปากทำยังไงอะไรอย่างนี้ ต้องมีบอก อ้าปากเคี้ยว เขาจะมีลิ้มเป็นพักๆ อะ บางทีแบบไปจ่อตรงปากแล้วเขาก็ไม่รู้ คือเขาจะกินนะนะ ทิว ทิว แต่ว่าเขาไม่รู้ว่าจะอ้าปากทำยังไง เราก็ต้องทำให้ดู อ้าปากแบบนี้ละ เคี้ยวแบบนี้ พอกกระตุ้นเขาอยู่ซักอาทิตย์หนึ่งอย่างนี้ เขาก็จะจำได้แล้วว่าพออาหารมาจ่อที่ปากเขาจะต้องอ้าปากแล้วเขาจะต้องเคี้ยว” (ID13T1)

“เรื่องการกินของพ่ออะนะ เขาจะกินได้เอง แต่จะกินช้า แล้วก็กินช้าๆ อยู่นั่นแหละ เปลี่ยนก็ไม่ชอบนะ ต้องกินอันเดิมๆ ของเขาอะ แต่เราก็ตามใจเขาอะ เขาอยากกินไข่พะโล้ ก็ให้เขากินอยู่อย่างนั้นอะ เพราะถ้าขัดใจเขา เขาจะไม่กิน แล้วก็โมโห จนแบบบางทีแม่เขาเปลี่ยนเป็นโจ๊ก ถ้าเขาถูกปาก ก็กินแต่โจ๊ก อาทิตย์นี้ก็กินแต่โจ๊ก แต่แม่บอกกินดีๆ เลยก็จะมีวนอยู่อย่างเนี่ย มีไข่พะโล้ โจ๊ก ก๋วยจั๊บ ก๋วยเตี๋ยว สี่ห้าอย่างของเขาอะ ก็ตามใจเขาแหละ ดึกว่าเขาไม่กินอะไรเลย [ID14T1]

“คือตอนเช้าเราก็ตื่นเช้าหน่อย ตื่นตีสี่มาหุงข้าว แล้วก็ทำกับข้าวตอนเช้าไว้ แล้วก็ไปตลาด ซื้อกับข้าวเตรียมไว้ให้ตอนกลางวัน เพราะว่าตอนเย็นเราก็รีบกลับบ้านมาทำกับข้าว ส่วนใหญ่ก็แค่ เตรียมกับข้าว ถ้าสมมติว่าหกโมง ฟ้าต้องออกจากบ้าน หกโมงครึ่ง คือเราเป็นคนเตรียมไว้ให้ พ่อจะเป็นคนป้อน เมื่อก่อนนี่แม่ก็กินเองได้อยู่ แต่ว่าตอนหลังมาพอเริ่มตักออกนอกจานวางที่โต๊ะอะก็ ให้พ่อป้อน... ตักคือตัก สมมติว่าลิบคำในงานเนี่ยเขาจะกินเองได้ประมาณสี่คำอะ ไอ้ที่เหลือเนี่ยระหว่างทางเขาก็จะตักออกจากถ้วยไปไว้ที่โต๊ะ พื้นโต๊ะอะ แล้วพอนึกได้ก็ตักใส่ปาก คือถ้วยหนึ่งกินไม่หมดอะ เขากินได้ประมาณ 4 คำที่เขาตักเองได้อะ เพราะว่าแม่เขาทำแบบเนี่ยแหละเลยต้องป้อน” [ID5T1]

“กินข้าวก็ให้พอนั่งกินในวงข้าวร่วมกัน แม่ก็หาคำกับข้าวที่พ่อบอกมาให้ บางทีอากก็มาทำให้ บางครั้งก็พาไปทานข้าวนอกบ้านตามร้านบ้าง เวลากินพี่ก็ให้พ่อกินเอง จะมีคนป้อนในบางวัน เพราะบางทีอยู่ดีๆพ่อก็จะนั่งมองจานข้าวไม่ยอมกินสักที พี่ก็เลยตัดลีนใจป้อน ให้มันเสร็จๆ เพราะทิ้งไว้นาน ข้าวก็แข็ง...คือจะดูก่อนค่ะ จะดูว่าเขาทำไหม ถ้าเกิด 1 ชั่วโมงผ่านไปแล้วยังไม่ทำ ก็จะทำให้ แต่ก็พยายามกระตุ้นให้เขาทำเอง เพราะเหมือนกับว่าอยากกระตุ้นให้เขาได้คิด ได้ทำอะไรเองด้วย” [ID7T2]

### 3) จัดการเรื่องยาให้ทานอย่างต่อเนื่อง

ถึงแม้ว่าในปัจจุบัน ยังไม่มียาชนิดใดที่จะสามารถรักษาภาวะสมองเสื่อมให้หายขาดหรือรักษาอาการทั้งหมดกลับมาเป็นปกติเหมือนเดิม แต่ยาก็มีความจำเป็น เนื่องจากช่วยชะลอความเสื่อมของสมอง และอาการของโรคให้ช้าลง เพื่อผู้ป่วยจะอยู่ในระยะที่ช่วยตนเองได้นานที่สุด และช่วยลดปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้สูงอายุ อาการหวาดระแวง การถามคำถามซ้ำๆ เป็นต้น การดูแลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์จึงเป็นบทบาทที่สำคัญอย่างหนึ่งของผู้ดูแลที่ต้องตระหนักประกอบกับผู้ดูแลประกอบอาชีพพยาบาล ทำให้ถูกความคาดหวังจากสมาชิกอื่นๆ ให้รับผิดชอบดูแลเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเรื่องยา ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะมีหน้าที่ในการจัดยาให้ผู้สูงอายุซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความเคร่งครัดในการทานยา ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายไม่สามารถดูแลในช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุรับประทานยา จึงอธิบายวิธีการใช้ยาให้กับสมาชิกครอบครัวคนอื่นได้ให้แทน

“เรื่องยาพี่จะเป็นคนจัด จัดเช้า กลางวัน เย็น แต่ว่าเวลากินเนี่ย น้องพี่จะเป็นคนหยิบให้แกกินแล้วดูแกกิน คือน้องพี่ไม่ต้องแนะนำไรเขามาก เพราะว่าน้องพี่เขารู้ จบปริญญาตรี เพราะว่าในชองยามันก็จะมียาบอกอยู่ หากว่าสงสัยเขาก็อ่านได้ หรือไม่ก็นั่งเปิดใน google ได้ พวก Action ยา เพราะไม่อย่างนั้นแกลิม ที่จริงสมัยตอนที่แกช่วยเหลือตัวเองได้ แกเป็นคนที่มีวินัยในการกินยามาก ตรงเวลา แต่พอมาตอนหลังแกมาป่วยสมองเสื่อม แกก็จะมีปัญหาเรื่องยาอยู่ จัดยาไม่ถูก ยาปนกัน อย่างยามือเย็นก็มาเป็นมือเช้า เป็นความคิดของแกว่า มันกินได้ เพราะว่าเขายาภายในวันนี้อะไรอย่างนี้คือ ยาเนี่ย แกใส่ขวด

ผาเกลียวแล้วที่นี้แกกินไม่หมดเทไปครึ่งหนึ่งบางที่อาจจะเหลือสักสองเม็ด ที่นี้น้องพีต้องเทใส่มือแล้วกินให้เราเห็น...น้ำแกกินยาไม่เคยขาด เป็นวินัยของแก” [ID12T2]

“เรื่องยา ก็เป็นพีกับพีเลี้ยงเป็นคนดูแล เวลาที่ไม่อยู่พีก็จะบอกพีเลี้ยงเขาเอาไว้ว่า ให้กินยาอย่างไร แต่ก็บอกคนอื่นๆ เอาไว้ด้วย เพื่อเกิดวันไหนที่พีเลี้ยงเขาหยุด หรือว่าลาไปไหนหรืออะไรอย่างนี้ จะต้องให้แบบพี่น้องรู้ด้วย พีก็จะเขียนเอาไว้ที่กล่องหมดเลย ที่กล่องยาหมดเลย ว่าตัวไหนเป็นอย่างไร แล้วก็จัดใส่เป็นกล่องๆ เป็นม็อย อ่ะเนาะ แล้วเอาไปให้กินเลย กินยาเราก็พยายามให้เขากินต่อเนื่องนะคะ ถึงไม่หาย อย่างน้อยก็คิดว่าน่าจะช่วยชะลออาการของเขาไว้จ้ะ เวลากินยาเราก็ต้องได้ป้อนคะ แรกๆ ก็ให้เขาหยิบ คือเราใส่ถ้วยเล็กๆ ไปแล้วให้เขาหยิบกินเองได้ แต่ตอนหลังอาการเขาเริ่ม worse ลงเรื่อยๆ เราต้องป้อนใส่ปากให้เขาเลย แล้วก็เอาน้ำใส่ ใช้หลอดนะ ให้เขาดูดน้ำ” [ID13T1]

“เรื่องของยานี้ พีจะเป็นคนดูแล พีก็จะจัดใส่ตลับให้น้องสาวเรียบริ้อย แต่พวกเขาก็จะรู้แหละว่ายอะไร เราจัดยาเสร็จแล้วก็จะบอกว่ายานี้กินอย่างไร บอกรายละเอียดเขา คือเขาจะรู้อยู่แล้วว่ายานี้แต่ละม็อยมีตัวอะไรบ้าง แล้วแต่ละตัวต้องกินอย่างไร ถ้าหน้าตาเขาแปลกไป เขาจะรู้แล้ว อันนี้ไม่ใช่ม็อยนี้ เขาจะรู้อยู่แล้ว เวลากินยาน้องเขาจะจับใส่มือให้แกกินเอง ก็กินตลอดนะ ต่อเนื่องดี” [ID14T1]

“การกินยานี้ พีให้แม่กินต่อเนื่องคะ ต่อเนื่องตลอด คนที่ดูแลเรื่องยากี้เป็นพี คือพีจะเบิกยาไปให้แล้วก็จะบอกเขา บอกว่า ยาตัวนี้มันกินอย่างไรๆ อ่ะคะ แล้วก็จะมีกล่องยา อ่า เขาก็จะจัดยาทุกวันยังงี้ให้ ถ้ามีเปลี่ยนยาที่เราจะบอกเขาว่าเออ หมอเขาเปลี่ยนยาอย่างจ้ะ เวลาหาหมอพีจะเป็นคนจัดการ มาหาหมอ เอายาไป อะไรอย่างนี้” [ID3T1]

“การทานยา พี่จะเป็นคนดูแล คือเขาจะมียาเข้า กับยาเย็น พี่จะจัดให้เขาไว้เป็นวันๆ ใส่กล่องแบ่งเป็นมือๆ ค่ะ มือเช้าเราก็จะเป็นคนเอาให้เขากิน ต้องดูว่าเขาทานยาหรือยัง คือต้องนั่งดู เพื่อให้เขากินยาไม่ครบอะไรยังงี้ ส่วนมือเย็น ก็จะเป็นสามมีดบ้าง พี่ดูเองบ้าง บางทีเออ รถติดงี้ กว่าจะกลับถึงบ้าน สามมีก็จะเป็นคนดูแล เราก็จะแนะนำสามมีแหละว่า ยาแต่ละตัว กินยังไง เขาก็โอเคนะ เข้าใจ แม่ก็กินยาต่อเนืองดี” [ID4T2]

“หลังจากที่คุณหมอวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม เขาก็ให้ยามา เจ็ด แปด ตัว มียาที่ให้กินประจำ...ได้ยามาพี่จะเป็นคนจัด จัดใส่ซองไว้ครบ วางไว้เป็นวันๆ พี่ก็จะเอาให้พ่อ สิบซอง หรือว่าบางทีก็เจ็ดซองภายในหนึ่งอาทิตย์ เออ แล้วเราก็แนะนำพ่อ ก็ให้เขาเป็นคนเอาให้ เพราะเราต้องไปทำงานไง...ยาก็ต้องจับป้อนนะ เพราะถ้าให้กินเองเขา อ้ออย่างนี้ ถ้าสมมติว่าเราแกะยาใส่กล่องไว้ใช่ปะ แล้ววางไว้เนี่ยถ้าเขาเห็นปุ้บระหว่างกินข้าวเนี่ย ถ้าเขาเห็นกล่องยาวาง จะเปิดยาแกะกินเคี้ยวเลย เออแล้วยาบางอันอะ มันเป็นแคปซูลใช่ปะ มันเคี้ยวไม่ได้ เคี้ยวแล้วมันจะขมไง ถ้าเคี้ยวไปแล้วขมเขาก็จะแหงะออกมา ก็จะไม่ได้อาเนาะ เพราะฉะนั้นจะต้องจับป้อนทีละเม็ด ป้อนใส่ปากแล้วป้อนให้กินน้ำอะ แล้วก็ห้ามให้เห็นกระป๋องยา เพราะว่าถ้าให้คนใช้กินเองไม่ได้ครับ คือยาบางอย่างมันต้องกินไป หานาที่แล้วค่อยเริ่มเม็ดใหม่งี้ เพราะมันมี effect กันอะ ถ้าคนใช้กินเองเขาจะจับกินไปเรื่อยๆ เขาไม่ทิ้งช่วงเวลา เออ เลยต้องป้อนครับ...ก็ต่อเนืองคืออยู่นะ” [ID5T2]

“เรื่องยาพี่จะเป็นคนดูแลเองค่ะ ยาพี่จะจัดไว้ใส่กล่องไว้ พี่จะซื้อกล่องมาเป็นจัดไว้หนึ่งอาทิตย์ ก็กล่องละวัน ก็จะแปะ sticker สี sticker น้ำเกลือ ก็แปะอาทิตย์ จันทร์ อังคาร สีอะไรอย่างเนี่ย ก็วันหนึ่งก็จะออกมาทีละกล่อง เพราะว่าคนดูแลเขาจะหยิบให้ตามวัน ตามเวลา ที่ให้ยาอะเนาะ ส่วนใหญ่เขาก็จะกินเองได้ แต่เราต้องเตรียมยาให้พี่เลี้ยงให้เขากิน และดูเขาเวลาที่กินยา” [ID6T1]

“กินยาเนี่ย พี่จะจัดในแผงเป็นล๊อค พี่ทำเป็นเดือนเลยคะ คือ อาม่าเขาจะมีอย่างหนึ่ง คือเขาไม่ยอมกินยา ไม่ยอมกินยาเอง ยาเนี่ยทำเป็นแผงล๊อค คือ อากงก็จะมียาของอากง แต่อากงจะจำแม่นมาก ยามีอะไรเนี่ยเราจะรู้หมด แต่ละเดือนที่มาหาหมอ แล้วอาม่าเนี่ยต้องทำเป็นเดือน เป็นแผงเลย ตัดเช้า กลางวัน เย็น ทำเป็นล๊อค คนที่ช่วยหยิบให้กินก็คืออากง บางทีเราไม่ได้อยู่ด้วยตลอดอะไรอย่างนี้ กลางคืน ก่อนนอนเรามาทำงานอะไรอย่างนี้ ก็จะเป็นอากงช่วยดู แล้วก็ห้องที่แหวะเข้าไปก็ช่วยกันดู... ต้องให้กินต่อหน้า...ต้องกินเดี๋ยวนี้อเลย และแกะออกจากฟรอยกิน เหน้ให้ ก็กินยา เขาก็ไม่คายไม้อะไรนะ ยอมกินเพราะไม่จั้นแอบยา เคยมี แบบเคยไปเจอยาแบบว่าที่ตัดเป็นเม็ดๆ ถ้าไม่ให้กิน เหน้ตอนนั้น ยาจะต้องไปซ่อนที่ใดที่หนึ่ง” [ID9T1]

“เนี่ย...ถ้าอย่างพี่มาทำงานเนี่ย พี่ก็จะบอกแม่ ว่ายาแต่ละตัวกินยังไง แม่ก็จะรู้ เพราะแม่พี่ก็จะกินยาความดันไข่มะ เขาก็จะกินของเขา เสร็จแล้วเขาก็จะบอกพ่อพี่ เขาก็จะรู้ ฤงยาอะไรอย่างนี้ เขาจะรู้ แม่พี่เขาก็จะดูแหละว่ากินไหม กินข้าวหรือยัง พ่อเขาก็จะกินของเขา เขากินเอง ไม่ต้องกระตุ้น ไม่ต้องป้อน ไม่ต้องจัดให้... คือเขารู้ของเขาเอง รู้ๆ เขาจะรู้ว่ายาฤงนี้ของเขา เขาจะกินของเขาเอง กินข้าวเสร็จเขาจะกิน เขาจะรู้ ต่อเนื่องดี” [ID10T1]

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ให้ข้อมูลบางรายมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม ให้ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องได้ ได้แก่ ปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ขาดคนช่วยดูแล ในช่วงกลางวัน ไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงของยาได้ เช่น ตัวแข็ง ง่วงซึมตลอดเวลา จนในที่สุดผู้ให้ข้อมูลบางรายต้องหยุดยาชะลออาการสมองเสื่อมของผู้สูงอายุเอง เป็นต้น ดังเช่น ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง ต้องดูแลผู้สูงอายุในช่วงระยะที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำให้ผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ให้ข้อมูลจึงต้องใช้การบังคับหลอกล่อด้วยวิธีการต่างๆ เช่น ผสมไว้ในอาหาร หรือ ผู้ให้ข้อมูลบางรายจับยากรอกปาก จนทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมต่อต้านไม่รับประทานยา จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

“พอตรวจเจอ ก็เริ่มให้กินยา...มียาอะไรอีกบ้างก็ไม่รู้อะ...  
เช้า เย็น มีเช้าเนี่ยถ้าพี่ไม่รีบ ถ้าพี่ไม่ได้ขึ้นเวรเช้า ก็จะไม่เอาเข้าไปให้ ถ้า

พี่ทำงานพี่สาวก็จะเอาเข้าไปให้ เพราะพี่สาวเขาไปสายกว่าพี่ได้ เพราะ พี่จะออกสายไม่ได้ มือเย็นก็จะจัด คือจัดยาไว้ให้อะ พอถึงเวลาพี่เอาเข้าไปให้กิน...แต่ที่นี้ไม่ยอมกิน ให้อย่างไรก็ไม่กิน พอรู้ว่าเป็นยาคายทิ้งไม่เอา แทบจะไม่ได้กินเลยอะ จะผสมไว้ในอาหารก็ไม่กิน พี่ก็ยึดไส้ยาให้กิน พอรู้ว่ามียาก็ไม่กินเลย เอาจ่ายๆ ไอยาน้ำเอาใส่หลอดเนียนะ ต้องขนาดเรียกว่าที่จะจับกรอกปากกัน...คือเรียกว่าไรดิอะ เอาไปให้ พ่อกิน ยา ตอนไหนอารมณ์ดีก็กิน วันไหนไม่อยากกินก็คือไม่กิน เหมือนแม่พี่ ตอนนี่ก็เป็นอย่างงั้นอะ...หมอบให้ต่อเนื่องนะ แต่แม่พี่วันไหนกินก็กิน วันไหนไม่กิน พี่จับป้อน อ้วกให้เห็นเลยอะ...เพราะบางวันเขา aggressive ไม่กินอะไรเลยนะ แม่พี่วันไหนอารมณ์ดีหลอกล่อกันกิน...ก็แบบ เออ อันนี้ร่อยนะ ลองชิมดู ลองชิมดูอะไรอย่างเงี้ย...แต่วันไหนอารมณ์ไม่ดี หลอกล่อให้ตายยังไงเขาก็ไม่กิน กลุ้มใจอะ ยิ่งบังคับยิ่งต้าน” [ID2T1]

“ตอนนั้นก็ให้ยาเยอะเหมือนกันคะ ก็จะมีทั้งทานก่อน อาหาร หลังอาหาร เข้ากลางวัน เย็น ก่อนนอน แล้วเราก็มีความรู้สึก เหมือนกับเขาว่าปกติ เราก็มีย ช่วงแรกบ้านเราก็จะให้เขาอยู่คนเดียว แม่ ก็จะออกไปทำงาน น้องก็ไปเรียนประมานนั้นคะ สมัยนั้นก็เลยเหมือน จัดยาไว้ให้เขาเป็นซอง แล้วก็แบ่งซองเอาไว้เป็นก่อนอาหาร หลังอาหาร มือเช้า มือกลางวัน มือเย็น ถ้าช่องไหนไม่หายไปที่แสดงว่าไม่ได้ทาน อะไรประมานนี้คะ แล้วก็พอเริ่มหลายวันเขาก็เริ่มไม่ค่อยทานนะคะ ซึ่ง กลางวันไม่มีคนดูแลอย่างเนี่ยนะคะ ยา พี่จะจัดยาไว้ให้พ่อกินเอง แต่ พ่อไม่ค่อยกิน ยาก็เยอะ ยาเม็ดใหญ่ด้วย แล้วก็กินลำบาก พี่ก็ไม่อยาก กดดันพ่อด้วย คือไม่อยากบังคับให้เสียสุขภาพจิตทั้งพ่อและคนใน ครอบครัว พอตอนหลังมาก็เลยพยายามให้เขาทานเท่าที่ได้นะคะ คือมีมือ กลางวันแทบไม่ได้ทานเลย” [ID7T2]

“แรกๆ ยาพี่จะเป็นคนดูแล เบิกจากโรงพยาบาลไปให้น้อง ใ้อ ส่วนของยาเนี่ยมันมีทั้งภาษาไทย-ภาษาอังกฤษกำกับไข่มุข ชื่อมันเป็น ภาษาอังกฤษ แต่ว่าวิธีการใช้เนี่ยมันเป็นภาษาไทย แล้วมันจะกำกับว่า ยาอะไร คือน้องสาวพี่อะ...ป.4 เวลาได้ยามาอย่างเงี้ย พี่ก็จะต้องบอก เขา อย่างเวลาหมอบปรับยาเนี่ย พี่ก็ต้องอธิบายให้น้องเขาฟังแค่นั้น

เพราะคิดว่าพ่อเขาจะกิน แต่ช่วงแรก การกินยายังไม่สม่ำเสมอ เพราะน้องเขาให้พ่อกินยาเอง พ่อเขาจะบอกว่า กูไม่ได้เป็นอะไร จะกินทำไม กูไม่มีอาการ...เออ มาช่วงหลังที่ยอมกิน คือพี่มารู้ทีหลังก็คือ พ่อครบ นัดเบิกยา ยามันเหลือเยอะ พี่ก็เลยเป็นคนจัดให้กินเอง” [ID8T1]

“ตอนนั้นที่เรารู้ว่าแม่เป็นสมองเสื่อม พี่ก็คิดนะว่าเรามียาที่จะรักษาได้ไหม เพราะตอนนั้นมันจะมียาที่รักษาสมองเสื่อมเข้ามา มันมีทั้งยาทานและแผ่นแปะ ก็เลยพาไปหาหมอต่อนั้น แต่อาจารย์หมอก็บอกว่ามันก็อาจจะไม่ได้ช่วยอะไรสักเท่าไร แต่ก็ให้ยามาทานเหมือนกัน แต่ความที่ว่าทานยาพวกนี้บางทีมันง่วง พฤติกรรมแก่มันก็เริ่มเปลี่ยนแปลง แทนที่แกจะเดินไปไหนมาไหนได้ แกต้องมาเป็นเหมือนภาระเราอีก คือพี่ไม่ได้อยู่บ้านไง แต่น้องชายอยู่บ้าน เราก็ไม่รู้ว่าน้องชายอยู่กับแม่ตลอดหรือเปล่า บางทีไม่ลุก ไม่กินข้าว พี่ก็เลยมีความรู้สึกว่ถ้าแกเป็นสมองเสื่อมแล้วแกยังลุกยังเดินเนี่ยมันยังดีกว่าแกจะทำอะไรไม่ได้เลย พี่ก็เลยตัดสินใจให้หยุดยา” [ID11T2]

#### 4.2 จัดการและป้องกันอาการไม่พึงประสงค์

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีการรับรู้ต่อความเป็นจริงเปลี่ยนแปลงไป มีความอดทนต่อสิ่งกระตุ้นจากสภาพแวดล้อมลดลง แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป ทักษะในการจัดการปัญหาหรือการเผชิญความเครียดเสียไป รวมทั้งผลข้างเคียงจากยา สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความเสี่ยงสูงที่จะก่อความรุนแรง หรือมีพฤติกรรมและอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ แสดงออกมาได้ อาจก่อให้เกิดอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้ดูแล จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลพบว่าปัญหาดังกล่าวเป็นสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลต้องมีการปรับตัว และเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงของตนเองในการจัดการแก้ไขปัญหาและป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายจะมีวิธีการที่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาที่แตกต่างกัน จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมและตนเอง ซึ่งแยกตามปัญหาดังนี้ 1) การรื้อ ซ่อน หรือสะสมของ 2) การหวาดระแวง 3) ก้าวร้าว 4) การหลงลืม 5) การเห็นภาพหลอน 6) การหนีออกจากบ้าน และ 7) การเกิดอุบัติเหตุ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

##### 1) การรื้อ ซ่อน หรือสะสมของ

ผู้สูงอายุบางรายจะมีการรื้อ ซ่อน หรือการสะสมของ สำหรับกรณีซ่อนของ เกิดจากการที่ผู้สูงอายุลืมไปว่าเอาสิ่งของไปไว้ที่ใด และมีความหวาดระแวงว่าจะมีคนมาขโมยของ ทำให้



ผู้สูงอายุพยายามซ่อนของ และจำไม่ได้ว่าซ่อนที่ใด ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า ผู้สูงอายุในครอบครัวจะมีพฤติกรรมชอบซ่อนเงินไว้ในที่นอนของตนเอง เมื่อผู้ให้ข้อมูลค้นพบเงินดังกล่าว ต้องพยายามอธิบายให้ผู้สูงอายุนำเงินไปฝากธนาคารซึ่งเป็นที่ปลอดภัย เพื่อเงินจะไม่หายไปไหน แต่ที่สำคัญการอธิบายนี้ ผู้ให้ข้อมูลต้องใจเย็นกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุ และต้องอธิบายซ้ำหลายๆ ครั้งจนผู้สูงอายุยอมรับ ส่วนกรณีหรือของหรือสะสมของผู้ให้ข้อมูลบางรายเคยห้าม แต่ผู้สูงอายุจะ อารมณ์เสียและอาละวาด ผู้ให้ข้อมูลจึงไม่ห้าม แต่จะจัดการกับของที่หรือหรือสะสมไว้ในภายหลัง

“อาม่าเนี่ย ซ่อนของนี้เป็นมานานแล้วนะพี่ว่า ตั้งค์เนี่ย ซ่อนไว้เป็นสามสี่หมื่นไปคั่นเจอ เงินเนี่ยเหมือนกับว่าเขาจะเคยมีคนเอามาให้เขาจะจำได้ เหมือนคนนี้เอามาให้เขาก็จะเก็บๆ แล้วก็ไปซ่อน ก็ซ่อนในที่นอนของเขานั้นแหละ ซ่อนแล้วก็หาไม่เจอ แล้วอากงก็ไปเจอ แล้วก็ พอเขาหาไม่เจอ เขาก็หาว่ามีคนเอาของเขาไป อากงเอาของเขาไป ก็ต้องบอกเขาว่า ตั้งค์ของแม่ฉันไม่ไปไหนหรอก เขามีตั้งเป็นจำนวนเยอะ ก็บอกเขาว่าเดี๋ยวจะเอาไปฝากให้นะ กว่าจะเคลียร์กันได้ ตอนเงินเยอะๆ เนี่ยเราเอาออกมาแล้วไปฝากได้เนี่ย ใช้เวลาานานเหมือนกัน คุณกลุ่มอะไรอย่างนี้ แล้วสุดท้ายเขาก็ยอม เขาก็ลืมไปเองนะว่าเงินตรงนั้นที่เขาเคยซ่อนเอาไว้ไหนแล้ว บอกเดี๋ยวเอาไปฝาก เงินตรงนี้ๆ กระเป๋าเขานี้ ต้องบอกเขาว่ามันไม่หายไปไหนหรอก เขาก็ถาม กระเป๋าฉันไปไหนๆ ก็บอกว่าไม่หายไปไหนหรอก เก็บไว้ให้ แม่จะใช้อะไร” [ID9T1]

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

“เวลาที่เขารื้อของโรงซักยี่ป๊ะ พี่ก็จะปล่อยให้รื้อไปอะ พอเสร็จ พอเขาเลิกจากตรงนี้เราก็เก็บ บางทีเนี่ยรื้อกองเต็มเลยแบบเนี่ย เดี่ยวพอกินข้าวเสร็จเขาก็มารื้อละ เขาก็นั่งนี่โน่น ก็ปล่อยให้ทำเต็มที่ เคยห้ามแต่ว่าเขายังทำก็เลยปล่อยให้เลยไปเลย ก็คือ คือ อย่าไปขัดใจอะ เพราะเราเคยห้ามแล้วรู้สึกเขาอารมณ์เสีย อารมณ์เสีย แบบว่าบึงบึงๆ คือเหมือนว่าอะ พูดว่าเราอะ พูดเสียงดัง ว่าแล้วก็ไม่ทำก็ได้อะไรอย่างเนี่ย แต่มือเขาจะไม่วางจากของนะ มือเขาจะจับของตลอดนั่นแหละ แต่เขาจะอารมณ์เสีย ที่ไปขัดเขาอะ แต่เราก็ปล่อยให้เขาอารมณ์เสียไป” [ID5T1]



“เวลาที่แม่เริ่มมีอาการแปลกๆ...บางที เหมือน เนี่ย แม่ เขาจะบอกว่า มีใครมาเปิดประตู เอาของแม่ อะไรยังเงี้ย จะเป็นยังเงี้ย พี่ก็จะพยายามคุยกับเขาว่า ไม่มีคุณยาย ไม่มี เนี่ยลือกแล้ว ลือกแล้วประตู อะ เออ ลือกละนะคุณยายไม่ต้องตกใจ คือเราก็คงปลอบใจเขา อยู่เป็นเพื่อนเขา อะไร ยังเงี้ย เหมือนเราเป็นที่ปรึกษาให้กับบ้าน” [ID3T2]

“ตอนแรกเราก็คิดนะว่า น้ำเขาอะ แค่เข้าใจผิด หรือว่า อะไรทำให้เขาคิดไม่ดีกับอีกคนหนึ่งอะไรอย่างนี้ มีเหตุการณ์นี้เกิดขึ้นจริงๆหรือเปล่า ทุกคนก็เลยลองดูว่ามีเหตุการณ์นี้เกิดขึ้นจริงๆไหม มีใครว่าเขาไหม มีใครไปทำร้ายเขาไหมในช่วงที่เราไม่เห็น หรือเราไม่อยู่ อะไรอย่างนี้ ก็ลองหา พิสูจน์ดูแล้วว่ามันไม่มี ไม่เคยมีเหตุการณ์แบบนี้เกิดขึ้นเลย วันนั้นหลานชายมาเยี่ยมที่บ้าน เขาก็บอกว่า เนี่ยนะ จะมาฆ่าเขา ชังเขาเอาไว้ในห้อง ซึ่ง เราไปดูกันแล้วเนี่ย ไม่มีเลย คือหลานมาเยี่ยมจริง แล้วก็ เอ้อ หลานเขาก็มาช่วยดูแลอะ เขาก็บอกว่าจะชังเขาไว้ในห้อง ไม่ให้ออกไปไหน จะทำร้ายเขาอะไรอย่างนี้ แล้วจะมีว่ามีคนมาตีหัวเขา ซึ่งจริงๆแล้ว เขาอะ เขาล้ม พอมมีอาการแบบนั้นเราพยายามดูแลอย่างใกล้ชิด อยู่เป็นเพื่อน แล้วก็พูดคุยกับเขา ปลอบใจเขาอะ จนเขาหายกลัว” [ID13T]

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### 3) การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว

ในกรณีของผู้ให้ข้อมูลที่ประสบปัญหาญาติผู้สูงอายุในครอบครัวมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าว เช่น การตำว่า การพูดจาหยาบคาย ผู้ให้ข้อมูลจะใช้ทำที่ที่อ่อนโยนกับผู้สูงอายุ เช่น การกอด การสัมผัสมือ การนวด และพูดคุยเพื่อสร้างอารมณ์ขัน จะทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง และให้ความร่วมมือในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้น ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายเมื่อญาติผู้สูงอายุในครอบครัวมีพฤติกรรมก้าวร้าวจะใช้วิธีการหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับผู้สูงอายุ แต่จะให้คนที่ผู้สูงอายุไว้ใจ หรือจำได้เข้าไปพูดคุย ปลอบใจ จนผู้สูงอายุมีอาการสงบลงก่อนที่จะเข้าไปทำกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้สูงอายุ

“คือจริงๆ บ้านพี่ไม่กอดกัน โต่กันมาเนี่ย อย่างเพื่อนเนี่ย มันก็จะเข้าไปกอดก่อนเลยคะ คุณแม่ขา หนูชื่อดา [นามสมมติ] นะคะ อะไรงี้เงี้ย หนูเป็นเพื่อนกับพี่เขาอะไอย่างเงี้ย วันนีมากินข้าวกัน คือเขาชอบแบบ คือเขาแบบอ่อนโยน และ contact ในลักษณะนี้คะ คือแบบเข้าไปกอด แม่ก็จะยิ้ม ขำ อะไอย่างเงี้ย ตอนนั้นก็พยายามปรับปรุงคะ คือ แบบก็เป็นจับมืออะไอย่างเงี้ย เข้าไปนวด คือที่บ้านไม่ได้โตมาด้วยการกอด ก็โอเค ก็แบบมีหยอกๆ แม่อะไอย่างเงี้ยคะ นวดแขน นวดขาให้แล้วก็แบบว่าให้เขาขำก่อนอะไอย่างเงี้ย แล้วค่อยเริ่มที่จะให้กินข้าว หรือว่าให้ทำอะไอย่างเงี้ยคะ แม่เขาก็ทำตามคะ...เหมือนถ้าเราตั้งใจทำ มันเหมือนกับ เออ แม่เขาก็ดีขึ้นอะคะ คือมันเห็นได้ชัดเลยจริงๆ อย่างเขาจะอ่อนโยนลง พี่ว่ามันมีผลกับการรักษานะคะ อารมณ์เขาจากก้าวร้าวมันก็จะสงบลงโดยที่ยามันก็ไม่ต้องเพิ่มขึ้น แล้วมันก็มีเหมือนการรักษามันดีขึ้นอะคะ แล้วเราก็มีความสุขขึ้น แม่เขาก็ดีนะ ไม่ได้แบบมีอาการเหวี่ยงเลย อะไอย่างเงี้ย” [ID1T2]

“ช่วงที่แม่ก้าวร้าว ตอนนั้นก็ต้องหลบคะ แต่เขาจะสนิทกับคนเลี้ยงไง ช่วงนั้นเขาก็จะเป็นคนปลอบ พี่จะเข้าหน้าไม่ติด พอเป็นเยอะๆ ก็ให้ยา Resperidol หยดน้ำ หยดใส่น้ำก็ไม่กินอีกเพราะว่ารู้ดีกว่า จะเอายามาให้กิน ก็ต้องให้คนดูแลเขาเป็นคนคอยหลอกล่อ แต่ตอนนั้นพออยู่ไ้เลยจะปลอบกันได้ ก็โอเค หลังจากนั้นก็ค่อยๆ สงบลง ก็คุยกันรู้เรื่อง ตอนนั้นก็เครียด ก็จะมาหัวเราะตอนนี้ได้ ก็ผ่านความเครียดมาพอสมควร” [ID6T1]

#### 4) การหลงลืม

อาการหลงลืมเป็นอาการหนึ่งที่ได้บ่อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากความผิดปกติของสมองที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับความจำ โดยผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า เมื่อญาติผู้สูงอายุในครอบครัวมีอาการหลงลืม เช่น หลงลืมว่าเงินหายไปไหน ผู้ให้ข้อมูลก็จะใช้วิธีการพูดคุยปลอบใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุคลายความวิตกกังวลลงก่อน จากนั้นจะค่อยๆ พูดความเป็นจริงว่าผู้สูงอายุนำเงินไปใช้จ่ายอะไรบ้าง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ติดตาม ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายเล่าว่า ญาติผู้สูงอายุในครอบครัวจะมีอาการหลงลืมว่าวางของที่ไหน เมื่อผู้สูงอายุต้องการสิ่งของนั้นแต่ไม่สามารถสื่อสารได้ว่าสิ่งของที่ลืมคืออะไร ผู้ให้ข้อมูลจึงไม่สามารถตอบสนองความต้องการของ

ผู้สูงอายุได้ เช่น เรียก “หนังยาง” เป็น “กาฝาก” ผู้ให้ข้อมูลก็จะใช้วิธีการเรียนรู้โดยการสังเกตสิ่งที่ผู้สูงอายุกำลังทำอยู่ ก็จะเดาได้ว่าผู้สูงอายุต้องการอะไร

“อย่างเรื่องของเงินเนี่ย ก็จะเป็นประมาณว่าแม่เขาจะไม่รู้ว่าเงินหายไปไหน ทั้งที่เขาจ่ายเงินไปเอง อาจจะมีซื้อนู่นซื้อนี่ แต่ก็หาค้นหาเงินทั้งวันอะไรอย่างเงี้ย เพราะเขาจำไม่ได้ว่าเขาใช้จ่ายอะไรไปอย่างเงี้ยอะ อืม ถ้าเราไปเจอเหตุการณ์ ส่วนใหญ่ เราก็จะบอกเขาว่า ไม่เป็นไรนะ คือเราจะพยายามปลอบใจเขา ปลอบใจเขาว่าไม่ต้องกังวล แล้วเราก็จะพยายามที่จะบอกเขาตามความเป็นจริงก่อน ว่าเขาจ่ายเงินไปซื้ออะไร ที่ไหน ตอนไหนไรเงี้ย ค่อยๆ พูด ต้องใจเย็นกับเขา คือเหมือนกับพื้นความจำเหมือนกับว่าเขาลืม ลืมอะไรไป เราก็ใช้หลักความจริงไป” [ID4T2]

“อาจจะมีบ้าง หาของไม่เจอ แล้วก็โอดอิด แต่ก็ไม่ได้ไม่ไว้วางใจมาก ก็ถามเขาว่าเขาหาอะไร เขามักจะบอกไม่ได้ว่าเขาอยากได้อะไร ณ ตอนนี้ ซึ่งเราต้องใช้การจับให้ได้ว่า เขาอยากได้อันนี้ เขาอยากได้อะไร โดยดูกิจกรรมที่เขาทำอยู่ด้วย เขาอยากได้หนังยาง เขาก็จะบอกว่าอยากได้กาฝากอะไรอย่างเงี้ย ไปเอากาฝากมาให้ เออ งงเลย มันคืออะไร ที่แท้ก็อยากได้หนังยาง อยากได้คลิปหนีบผ้า อยากได้นุ่นได้นี้ ต้องเรียนรู้ เรียนรู้จากพฤติกรรมของเขาแหละ ว่า ณ ตอนนี้ เราหยิบอันนี้ให้ ถ้าไม่ใช่ เราก็ไปเอาอีกอย่างมาให้ จนกระทั่งตรงกับใจเขา แล้วเราก็จะจำว่า ที่เขาใช้ว่าคำนี้ เขาต้องการอันนี้ ต้องจูนกัน” [ID4T1]

## 5) การเห็นภาพหลอน

ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลประสบปัญหาญาติผู้สูงอายุในครอบครัวเห็นภาพหลอน ดังเช่นผู้สูงอายุรายหนึ่งเห็นใบไม้ไหวที่อยู่นอกหน้าต่าง แล้วเข้าใจผิดว่ามีคนเดินไปเดินมา ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการหวาดกลัว ผู้ให้ข้อมูลแก้ไขปัญหาโดยการลดสิ่งกระตุ้น เช่น ปิดผ้าม่าน ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถมองเห็นใบไม้นอกหน้าต่างได้ ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลอีกราย เล่าว่า ผู้สูงอายุในครอบครัวมีความผิดปกติด้านการรู้คิด มองเห็นภาพหลอน เหมือนมีคนมาด่าว่าร้าย ผู้ให้ข้อมูลก็ลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุลงก่อน โดยการอยู่เป็นเพื่อนพูดคุยกับผู้สูงอายุอย่างอ่อนโยน ให้ผู้สูงอายุ

บุตรระบายความรู้สึก จากนั้นผู้ให้ข้อมูลก็จะพูดสะท้อนความจริงว่าไม่มีภาพหลอนดังกล่าวเกิดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการสงบลง

“จริงเนี่ยพี่ก็ต้องปิดผ้าม่าน เพราะว่าถ้าเปิดผ้าม่านนะ เขาจะเห็นใบไม้ไหวๆ อะ แล้วแม่เขาจะมีอาการ มันเป็นอาการ เขาเรียกว่าอะไรอะ อ้อ เห็นภาพหลอนอะ ใบไม้ไหวเขาจะเห็นว่ามิใครเดินอยู่ตรงนั้น พี่ก็เลยต้องปิดม่าน พอปิดม่านเขาก็จะไม่เห็นละ พอเขาไม่เห็นใบไม้เขาก็จะเลิกไป อืม ก็เลยปิดม่าน ลดสิ่งกระตุ้นเขา” [ID5T1]

“บางทีเรื่องที่แกพูดมันก็เหมือนเป็นเรื่องไร้สาระ เหมือนคนที่ประสาทหลอนอะ ก็จะคิดว่าเหมือนมีคนมาต่อว่า มาด่าเขา ดุซึเนี่ยเหมือนเด็กเมื่อวานซืน พี่ก็จะบอกว่า อาม่าใจเย็นๆ ไหนๆ มิใครอยู่ตรงไหน ไม่มีใครหรอก ก็จะบอกเขาแบบนี้...ส่วนมากเขาจะฟังพี่ เพราะว่าคนอื่นๆ เนี่ยพอเห็นแล้วก็จะมาเรียกพี่ว่าลองไปดูอาม่าหน่อย เพราะว่าอาม่าแอบไปนั่งร้องไห้อยู่ตรงรถอย่างนี้อะคะ พี่ก็ต้องค่อยๆ เข้าไปก่อน แล้วก็ไปบอกเขา เพราะเขายังจำเราได้อยู่ตอนช่วงเวลานั้น พอจำได้เขาก็จะค่อยๆ สงบ เพราะว่าถ้าเกิดยิงไปรุนแรง ยิ่งไปเสียดังกับเขา เขาก็จะยิ่งโวยวายใหญ่ ก็เลยต้องแบบค่อยๆ พูด” [ID11T1]

## 6) การหนีออกจากบ้าน

ปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่สำคัญอีกประการหนึ่งของญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง คือ การหนีออกจากบ้าน โดยเล่าว่า ผู้สูงอายุจะมีอาการสับสนเกี่ยวกับวัน เวลา และสถานที่ เช่น คิดว่ากลางคืนเป็นเวลาเช้าตรู่ที่ต้องไปทำงาน ผู้สูงอายุพยายามจะออกไปข้างนอกให้ได้ เมื่อห้ามหรือขัดขวาง ผู้สูงอายุจะแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ที่ก้าวร้าว ต่อต้าน ผู้ให้ข้อมูลจึงแก้ไขปัญหาโดยการปรับสภาพแวดล้อมของบ้านให้เข้า-ออกยากขึ้น เช่น การทำที่ล็อกกุญแจประตูไว้ด้านนอก เพื่อป้องกันผู้สูงอายุเปิดประตูแล้วหนีออกจากบ้าน การให้ผู้สูงอายุใส่เสื้อที่มีกระเป๋าด้านหน้า พร้อมเขียนกระดาษระบุบ้านเลขที่ เบอร์โทรศัพท์ของผู้ให้ข้อมูลใส่ในกระเป๋าสีเสื้อ และกระเป๋าสีเงินของผู้สูงอายุ ในขณะที่เดียวกัน ผู้ให้ข้อมูลบางราย แก้ไขปัญหาโดยการ ทำ wrist band ซึ่งทำจากสแตนเลสให้แก่ผู้สูงอายุใส่ พร้อมสลักเบอร์โทรศัพท์ และที่อยู่ของผู้ให้ข้อมูล

“พ่อเขาจะมีพฤติกรรมแบบคือ ห้ามไม่ให้ออกจากบ้านเนี่ย ไม่ได้ จะไปอย่างเดียว...หลังๆยังดื้อ ดื้อมาก โหมโหมแบบหงุดหงิดมากค่ะ บอกว่าแม่ขัง ไม่ให้เขาออกจากบ้าน เออ เขาจะไปไหนเนี่ย ทำไมต้องขังเขา อะไรอย่างเนี่ย เออ แล้วก็มีแบบ ด่าทอคำพูดแรงๆ รุนแรง แบบด่าแม่เนี่ย ซึ่งปกติเขาจะไม่ด่า...กลางคืนก็จะออกจากบ้านอย่างนี้ บอกว่า จะไปทำงาน ไปทำงานอะไรดีสองตีสาม พี่ก็เลยต้องให้ช่างเขาเอาที่ล็อคไว้ด้านนอก เขาก็จะหาที่ล็อคไม่เจอ เขาก็จะออกไม่ได้ แต่เขาจะเขย่าอย่างเดียวนะ แต่ว่ากุญแจคือล็อคด้านนอก แล้วก็ใส่ ใส่กุญแจข้างนอก...แล้วก็หลังจากนั้นพี่ก็ให้พ่อใส่เสื้อที่มีกระเป๋ แล้วพี่ก็จะเขียนบ้านเลขที่ เบอร์โทร. ทุกอย่างใส่กระเป๋เอาไว้ให้ เอาใส่ไว้ในกระเป๋เสื้อด้วย กระเป๋าดังค์เนี่ย ใส่ไว้เลย แล้วก็บอกพ่อว่า ห้ามเอาออก...บอกแล้วนะ ห้ามเอาออก แล้วก็ที่สำคัญคือห้ามไปไหน อยู่บ้านนี้แหละโอเค วันหลังถ้าจะไปอีกนะ ห้ามเด็ดขาด ถามว่าจะไปอีกไหม เขาบอกว่าไม่แน่ แล้วเขาก็หัวเราะ พูดเหมือนคนที่เล่นที่จริงอะ...พี่คิดว่าปกติคนเป็นโรคสมองเสื่อมจะต้องมีอะไรพวกนี้ติดตัวไว้ พี่เลยคิดว่าคงถึงเวลาที่เราจะต้องใส่ให้เขาแล้วละ มันจะจำอะไรไม่ได้ขนาดนั้นเลยหรือ พี่ก็เลย เออ ทำไว้ก็ดีนะ อีกหน่อยหายไปได้ไม่ต้องเสียเวลาตาม คนโทรมาหน่อยจะได้ไป...จะได้ประหยัดเวลา ไม่ต้องอะไรมาก แล้วไม่ต้องกังวลอะ”

[ID10T2] จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

“มีอยู่วันหนึ่งพี่พาแม่มาหาหมอ พอมาหาหมอเสร็จเรียบร้อยแล้ว เดินพลัดกันนิดหนึ่งแกก็หายไป ก็เดินตามหากันในโรงพยาบาล แกจำพี่ไม่ได้ คือรู้แต่ชื่อเล่น แต่ไม่รู้ชื่อจริงพี่ พี่รู้ว่าแกเริ่มมีอาการแบบนี้ก็เลยใส่ชื่อและเบอร์โทรศัพท์ของพี่ไว้ที่ wrist band ให้แก ...ที่เราทำ wrist band เพราะเรากลัวเขาหาย เพราะถ้าเกิดว่าเขาหายไปเรารู้สึกว่ามันเป็นภาระคนอื่น แล้วเขาเองก็จะลำบากกลับบ้านไม่ได้ พี่ดูหนังเกาหลี ในหนังก็มีเหมือนเขาจะต้องไปลงทะเบียนในเขตนี้ว่าเรามีคนไข้สมองเสื่อม แล้วมันก็จะมีการคัดติด พี่ก็เลยคิดว่าทำไมบ้านเราไม่ทำแบบนี้บ้าง...คือตอนที่แม่หาย คนที่เจอแกก็บอกว่าแกร้องไห้ แกไปไม่ถูกแล้ว เขาก็เลยเอาเบอร์โทรศัพท์ที่ wrist band เนี่ย

โทรหา ก็เลยเจอกัน ถึงได้รู้ว่าแกเป็นเยอะมากแล้ว คือตอนแรกเนี่ยก็ไม่คิดว่าแกจะเป็นเยอะขนาดนี้...คือ ตอนนั้นเคยได้ยินว่าเขาให้อาข้ามาติดที่เสื้อ แต่เวลาเราเอาไปซักเนี่ยมันอาจจะเลื่อนไป พี่ก็เลยมีความรู้สึก ว่า เอ๊ะ ลองดูก่อนว่าอันนี้เป็นสแตนเลส ก็ไปหาที่ทำมา แล้วมันแข็ง แกคงไม่เอาออก ถ้าเป็นสร้อยห้อยคอเนี่ยแกมีโอกาสดึงออก แต่เป็นที่ข้อมือเนี่ย มันแข็ง แกคงดึงออกไม่ได้ ก็เลยให้เขาไปสแลกสแตนเลส เหมือนที่ทำแหวนรุ่น” [ID11T2]

## 7) การเกิดอุบัติเหตุ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนอกจากจะมีความผิดปกติด้านการรู้คิดแล้ว ยังมีการสูญเสียการประสานงานของการเคลื่อนไหวของร่างกาย ไม่สามารถรับรู้ถึงสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันลดลง และไม่สามารถรับรู้ถึงอันตรายของสิ่งแวดล้อมได้ ประกอบกับความเสื่อมของร่างกายตามวัย จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอุบัติเหตุ โดยเฉพาะการหกล้ม ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุกระดูกซี่โครงหักได้ ผู้ให้ข้อมูลจึงตัดสินใจปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่ภายในบ้านใหม่ เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุ เช่น ย้ายผู้สูงอายุเคยอยู่ชั้นสองก็ย้ายให้ผู้สูงอายุลงมาอยู่ชั้นล่าง เพื่อหลีกเลี่ยงการขึ้นลงบันได การทำราวจับและหาYangกันลื่นมาติดไว้ในห้องน้ำเพื่อป้องกันการลื่นหกล้ม เป็นต้น

“บ้านที่เป็นบ้านสองชั้นคะ พ่อแม่เป็นโรคสมองเสื่อม เราก็กลัวว่าแกจะพลัดตกหกล้ม กลัวว่ากลางคืนเขาจะเดินออกมาเดินคนเดียว เพราะหลังๆ มาแกเดินหกล้มบ่อย เป็นอะไรแล้วไม่มีใครเห็น พี่ก็เลยย้ายคุณแม่จากข้างบนย้ายลงมาอยู่ข้างล่าง อืม! ย้ายคุณแม่ลงมานอนข้างล่างดีกว่า บังเอิญคุณแม่พอเสียพอดี ก็เลยให้มานอนแทนคุณแม่พอมีทำราวจับ เออ...หาที่รองพื้นในห้องน้ำกันลื่นลงในห้องน้ำ เพราะวันที่หกล้ม rib [ซี่โครง] หักนี่คือวันที่ลื่นในห้องน้ำนั่นแหละคะ คงลื่นน้ำเองก็เลยไปหาพื้นที่นุ่มๆ ที่เขาใช้กับเด็กเล็ก ผืนเล็กๆ อะ ที่มันนุ่มๆ แล้วมันเอาออกกันได้ มาให้เขาเดินในห้องน้ำ ก็กันว่าถ้าลื่นอีกก็จะได้เบาหน่อยอะไรเงี้ย ซึ่งเราก็เอามาจากความรู้ที่เราทำงาน ก็ส่วนหนึ่งก็เป็นคณะกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มกับเขาด้วยก็เลยเอาไปประยุกต์ใช้” (ID4T1)



### 4.3 ดูแลเพื่อคงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้

ภาวะสมองเสื่อมเป็นความผิดปกติของสมอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาในเรื่องการรู้คิด ไม่สามารถรับข้อมูลใหม่ๆ ได้ รวมทั้งความจำเกี่ยวกับทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน บกพร่อง ดังนั้นเพื่อคงไว้ซึ่งความจำ และคงความสามารถของผู้สูงอายุในการช่วยเหลือตนเองให้นานที่สุด และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ นำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพของร่างกาย และความต้องการภาวะพึ่งพาเพิ่มมากขึ้นของผู้สูงอายุ ซึ่งจากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในด้านความจำ และความสามารถในการยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อแขนขา ดังนี้ 1) การฟื้นฟูทรงความจำ และ 2) การออกกำลังกาย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### 1) การฟื้นฟูทรงความจำ

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูความจำให้กับผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมหลากหลายวิธี บางรายฟื้นฟูความจำผู้สูงอายุโดยการสอบถามเกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่ เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ตามความเป็นจริง เช่น ถามว่าวันนี้วันอะไร บ้านหลังนี้เป็นบ้านของใคร เป็นต้น บางรายจะกระตุ้นให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง โดยผู้ให้ข้อมูลจะอยู่ดูแลตลอดกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ได้แก่ การอาบน้ำและการสวมใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง การทำงานบ้าน เช่น ซักผ้า ล้างจาน รดน้ำต้นไม้ กวาดบ้าน เป็นต้น บางรายจะพาทำกิจกรรมที่ผู้สูงอายุชื่นชอบ เช่น ร้องเพลง ฟังเพลง ดูทีวี บางรายจะให้ผู้สูงอายุดูรูปเก่าๆ เช่น รูปของสมาชิกในครอบครัว รูปเหตุการณ์สำคัญในชีวิต พร้อมกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเล่าเรื่องจากรูป และบางรายจะกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน หลีกเลี่ยงการให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายมีข้อจำกัดด้านเวลาในการดูแลฟื้นฟูความจำให้แก่ผู้สูงอายุในครอบครัว เนื่องจากต้องปฏิบัติงาน และไม่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในเวลากลางวัน จึงพาผู้สูงอายุเข้ารับบริการ Day care โรงพยาบาลที่ตนทำงานประมาณสองครั้งต่อสัปดาห์ โดยผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า การรับเข้าบริการที่ Day care จะทำให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมที่หลากหลายในการฟื้นฟูความจำ เช่น ร้องเพลง เย็บปักถักร้อย ต่อ Jigsaw เป็นต้น นอกจากนี้ยังเป็นการเสริมสร้างทักษะทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุในทางอ้อมอีกด้วย

“แม่เขาจะจำอะไรได้เป็นบางอย่าง เราก็จะพยายามชวน  
เขาคูย อยากกระตุ้นความทรงจำเขา ไม่อยากให้เขาเหม่อลอย คิดไร  
เรื่อยเปื่อย อย่างเราถามว่า บ้านอยู่ไหนเนี่ย บางที เขาจะตอบ  
เหตุการณ์เมื่อประมาณสี่สิบปีอยู่ ราชดำเนินคอนโด อ่า แต่พอถามว่า  
คุณยายวัดอยู่ใกล้บ้านเราวัดอะไร ยังเงี้ย เขาก็จะบอกได้อยู่ เออ หลวง  
ตาจื้อดอะไรอย่างเงี้ย จะเป็นบางเรื่องที่เขาจะจำได้ในปัจจุบัน  
ไอเรื่องอะไรที่เขาชอบๆ เขาฝังใจอะไรยังเงี้ย ตอนในหลวงสิ้น แล้วมัน

มีข่าวออกมาเงี้ย เขาก็รับรู้ เขาก็บอก อ้าว ท่านสิ้นแล้วหรอ อะไร  
ยังเงี้ย เป็นบางเรื่อง อย่างดารายุคเก่าๆ เราจะเปิดทีวีให้เขาฟัง ร้อง  
เพลง พยายามให้เขาบอก เออคุณยายร้องเพลงซี เพลงนี้ ร้องได้ไหม  
อะไรอย่างนี้ ก็จะเป็นบางเพลง ที่จะร้องได้อยู่เงี้ยจะจำได้ แต่บาง  
เรื่อง อย่างถามคุณยายมีหลานกี่คน จำไม่ได้ ซื่ออะไร บางทีไปอยู่  
ใกล้ๆอยู่ข้างๆ จำไม่ได้ จำคนนี้ได้คนเดียวคนนี้เขาเลี้ยงมา” [ID3T1]

“คือพี่เห็นอาการที่แม่เปลี่ยนแปลงไปภายในสามปีเนี่ยแบบ  
เร็วมาก แล้วมาแต่ละครั้งเนี่ย ทั้งหมดทั้งพยาบาลก็จะอธิบายให้เขาฟัง  
ว่าคุณยายมันเร็วไปนะ ช่วงนี้ต้องช่วยเขากระตุ้นอะไรอย่างนี้...เราก็  
เลยพยายามกระตุ้นความทรงจำเขา เวลาดูแลเขา จะพยายามให้เขา  
ทำเอง ให้เขาได้คิด อย่างเวลาเช็ดตัวเขาก็พยายามช่วยเหลือตัวเอง  
แบบนี้ ก็ยังทำอยู่ อะคุณยาย ใส่เสื้อนะ ยืนเสื้อให้ ก็จับไว้หนึ่งๆ อะคุณ  
ยายยกแขนขึ้น เนี่ย จะโอเค คือพยายามที่จะให้เขาได้ ช่วยเหลือ  
ตัวเองบ้าง ไซ้ๆ คุณยายเอาเนี่ยนะ เอามือใส่แขน ข้างนี้ๆ อะไรเงี้ย ทำ  
ได้” [ID3T2]

“พี่จะพยายามให้แม่เขามีกิจกรรมทำ กระตุ้นให้เขาทำด้วย  
ตัวเอง ไม่อยากให้เขาซึม ถ้าเขาปล่อยให้อยู่เฉยๆ เขาจะคิดนุ่น คิดนี่  
เราก็จะให้แม่กวาด กวาดใบไม้เอง ให้แม่รดน้ำต้นไม้เองอะไรเงี้ย ให้  
เขาได้มีกิจวัตรประจำวันตามปกติของเขา แล้วก็คอยถามเขาเกี่ยวกับ  
เรื่องวันนี้นะอะไร เดือนอะไร พ.ศ.อะไร เหมือนกับว่าให้ทวนความจำ  
แล้วก็ให้ดูรูป รูปครอบครัว รูปในอดีตของเขาอะไรเงี้ย ก็...ความรู้ที่  
เรียน [หัวเราะ] ก็ยากให้เขาจำคนได้ จำวัน เวลา สถานที่ได้ ให้เขาได้  
ช่วยเหลือตัวเอง” [ID4T1]

“จากเราที่เรียนมา แล้วก็น่าจะมาจากคำแนะนำของคุณ  
หมอดด้วย คุณหมอเขาบอกว่าให้แม่เขาพยายามที่จะฝึกใช้ความจำ  
ทวนความจำอะไรให้แม่เขา พี่ก็เลยพยายามให้แม่เขาดูรูป  
เก่าๆ เรื่องดูรูปนี้ให้ดูบ่อยนะ วันละหลายๆ รอบ พี่เอาให้ดูบ้าง ลามี่  
เอาให้ดูบ้าง แต่เรื่องปฏิทินนี้ ให้เขาดูปฏิทิน แล้วบอกวันที่พี่ก็ให้เขา  
ทำแค่วันละครึ่ง วันละครึ่งเดียว แต่ตอนหลังก็ไม่ค่อยให้เขาดูรูปแล้ว

นะ เพราะเขาเหมือน down ลง ปฏิทินก็พอเขาตอบไม่ได้ ตอนหลังก็ไม่ฟื้นแล้วเหมือนกันข้อนี้ ตอนนั้นก็บอกวัน เดือน ปีไม่ได้แล้ว คง down ลงตาม patho-physio ของโรคนั้นแหละ” [ID4T2]

“เราก็พยายามที่จะ... จะกระตุ้นความคิดพอเหมือนกันนะ เพราะหมอก็บอกว่าจริงๆ แล้วต้องบอกคนไข้ว่าให้เขาทำ ต้องกระตุ้นความจำเขา ให้เขาได้ฝึกคิด...ทุกวันตอนเช้ามาเนี่ย พี่ก็จะบอก... อืม คือที่บ้านมีปฏิทินอยู่ข้างฝา ปฏิทินอันใหญ่แปะอยู่กลางเสาบ้าน พี่ก็จะถามเขาดูว่า...วันนี้วันอะไร พี่ก็จะให้เขาไปกากบาท อย่างวันนี้วันที่ยี่สิบห้า เมื่อวานวันที่ยี่สิบสี่ พ่อต้องไปกากบาทวันที่ยี่สิบสี่เพื่อให้เขารู้ว่าวันนี้เนี่ยวันที่ยี่สิบห้าไร้งี้คะ เขาก็ทำได้บ้าง ไม่ได้บ้าง แต่มาช่วงหลังๆ ดูเขา worse ลงก็เลยไม่ได้ทำต่อเนื่อง” [ID8T1]

“พี่จะพยายามกระตุ้นให้อาangkกับอาม่าเขาคุย ให้เขาคุยกันจริงๆ ไม่อยากให้เขาอยู่กับทีวีมากเกินไป เมื่อก่อนเขาถักนิตติ้ง ถักโครเชต์ เขาถักได้นะ ผ้าพันคอ เขาก็ถักได้เป็นผืนๆ ตอนที่ยังไม่ได้เป็นเยอะ ที่ให้เขาทำเพราะไม่อยากให้เขาอยู่เหมือนแบบว่าอยู่กับทีวี แล้วก็ไม่คุยกัน เราก็เลยพยายามกระตุ้นให้อาangkเขาคุยกับอาม่า คุยเรื่องอะไรก็ได้ จะได้กระตุ้นอาม่าเขาด้วย แล้วก็อยากให้เขาอยู่เนิ่งๆ อยู่กับตัวเองเฉยๆ เขาก็จะนั่งจุ่มปักอยู่ แล้วก็ทำอะไร แล้วก็ถ้าอาม่าอยากทำอะไรพี่ก็ให้เขาทำ เขาอยากซักผ้า อยากอะไร ก็ไม่ได้เคยห้าม ถ้าเขาเดินได้ เพราะกะละมังเขาก็จะเตี้ยๆ อยู่หน้าบ้าน เขาอยากซัก เขาก็ซัก ได้ออกก่าลังกาย...แล้วก็กระตุ้นความจำอย่างอื่นเราก็จะถามเขาว่า วันนี้วันที่เท่าไร วันอะไร วันที่เท่าไรก็จะถาม แต่เวลาที่เขารอหนังสือ เขาก็บอกนะว่าเขาอ่านได้ อ่านนิทาน อ่านอะไร พวกนี้เขายังอ่านได้ ดูทีวีรู้ว่าใคร ในหลวงอย่างนี้เขาก็รู้ วันนี้วันพระจีน อะไรอย่างนี้ ยังพอจำได้” [ID9T1]

“ปกติพ่อเขาจะชอบนอน นิ่งอยู่แต่ในบ้าน นิ่งๆ นอนๆ ดูทีวี ดูบ้างไม่ดูบ้าง จะนอนเยอะเป็นส่วนใหญ่ พี่จะบอกแม่ว่า อย่าให้พ่อนอนเยอะ ให้พ่อเรียกมาด้วย ให้เรียกมาคุยไร้งี้ ให้นานั่ง เข้ามาตื่น

มาถ้ามีคนแก่แถวบ้านก็ให้ลงมา นั่งคุยกัน ไม่ให้นอนอยู่ในห้อง...คือเราก็ดูไม่ได้ พี่ฟูอะไรมาก เพราะไม่ได้คิดว่าเขาจะจำอะไรไม่ได้เลย บางทีก็ให้เขาเปิดรูปไปเที่ยวอะไรกันมานะ เออ รูปอะไรอย่างนี้ อะไรเนี่ย รูปเขาก็จะดู ไม่ได้ดูเลื่อมเยอะอะ ตอนนั้นก็ยังจำได้อยู่ รู้เรื่องอะไรหมด” [ID10T2]

“พี่ก็จะพยายามให้แม่แกดูข่าวในโทรทัศน์อยู่นะ แต่ความที่เขาไม่ค่อยดูโทรทัศน์มาในช่วงชีวิตของเขาสักเท่าไรร์ คือปกติแกค้าขายมาก่อน ไม่ค่อยได้ดูโทรทัศน์มาก่อน เราก็ไม่รู้ว่าเขาได้มากน้อยเท่าไรร์ เพราะเวลาดูโทรทัศน์เราก็นั่งดูอยู่กับเขาด้วย ก็คือกระตุ้นค่านนั้นของแกไป พาออกไปข้างนอกตอนช่วงก่อนหน้านั้นก็ยังไม่ออกไปข้างอยู่ ให้แกได้พบเจอผู้คนบ้าง ออกไปเปิดหูเปิดตาบ้าง แต่บางทีเขาไม่สนใจใจอะไร บางทีเขานั่งจับผ้าเฉยๆ จับเสื้อเฉยๆ ก็มี เพียงแต่ว่าอยู่ใกล้ๆเรา เราก็ อืม ได้แค่นั้น เอาแค่นั้น” [ID11T1]

“พี่ก็จะแนะนำน้องสาว ที่เขาดูแลเป็นประจำว่า เราจะต้องดูแลเขาอย่างใกล้ชิดนะ พยายามเหมือนแบบ ช่วยฟื้นความจำเขา พยายามทำในสิ่งที่เขาชอบ แล้วก็ไปกระตุ้น พูดคุย แล้วก็มีการให้เขาจับมือเขาก็จะกำอยู่แบบนี้ไง เราก็จะหาพวกลูกยางมาให้เขาบีบเอารูปเก่าๆ เอาเหตุการณ์เก่าๆ อะไรที่เขาแบบฝังใจอะไรอย่างนี้นะมาพูดคุยกับเขา...อย่างเช่น รูปภาพ รูปหลาน รูปเหตุการณ์สำคัญ แล้วก็เล่าเรื่องเหตุการณ์ แล้วก็พูดถึงสามีของคุณน้ำที่เสียชีวิตไปแล้วอะไรอย่างนี้ ก็จะพูดว่าจำได้ไหม อะไรอย่างนี้ คือเราเล่าเหตุการณ์ในอดีตให้แกฟัง ดูซิว่าแกพอจะนึกออกไหม จำได้ไหมอะไรอย่างนี้อะคะ ซึ่งเราทำเป็นประจำ...แล้วก็แรกๆ ก็จะมีให้หลานตัวเล็กๆ ที่ยังเรียนหนังสืออยู่เนี่ย ให้ตั้งโจทย์เลขให้เขาคิด อะไรประมาณนี้แหละ แต่คือเขาก็ทำบ้าง ไม่ทำบ้าง” [ID13T1]

“เวลาที่พี่เลี้ยงเขาไม่อยู่ อย่างเขากลับบ้านไรร์ พี่ก็จะพาแม่มา Day Care เขาก็จะเลี้ยงดูให้ทั้งวัน ตอนเย็นก็รับกลับ ไปเข้าเย็นกลับ เขาก็จะมีกิจกรรมให้ในแต่ละวัน พอเข้าไปเขาจะพาออกกำลังกายแล้วแต่วัน บางวันก็มีกิจกรรม Group ร้องเพลง เขาก็จะรับ

คนไข้ Dementia ทั้งหลายอะคะ ใครชอบร้องเพลง เย็บปักถักร้อย ต่อจิ๊กซอว์ ถึงวันที่หมอตตรวจเขาก็จะมา หมอเขาจะมาตรวจร่างกายให้ ผีกทำกับข้าวบ้าง ผีกสมองเขาอะ วันละสามบาท เขาก็จะมีอาหาร กลางวัน และอาหารเบรกให้ อย่างน้อยอาทิตย์ละครั้ง หรือมากกว่า นั้น แต่ส่วนใหญ่ก็จะประมาณอาทิตย์ละครั้งถึงสองครั้ง เพราะว่ามาไม่ ไหว เพราะตอนกลับบ้านมันต้องนั่งรถประมาณสองชั่วโมงครึ่งถึง สาม ชั่วโมง แล้วเขาก็เพลีย แต่พี่ก็อยากให้อย่างน้อยได้มาลิ้นวันหนึ่ง ให้มา เจอสังคมแล้วก็มีคนไข้ลึกลับลึบห้าคน คนไข้แบบเดียวกันก็จะให้ มานั่งคุย มาปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นบ้าง เขาสามารถคุยกับคนอื่นได้ มี สังคม เพราะว่าก่อนเขาจะอยู่บ้าน เขาก็จะนั่งอยู่แต่ในห้องคนเดียว เขาก็จะนั่งเปิดหนังสืออ่าน ถ้าไม่มีใครอยู่ ใครเจียบๆไป เขาก็จะลือค ประตุห้อง เขาก็จะอยู่ของเขาคนเดียว แต่ถ้ามานี้ ตอนแรกเขาจะนั่ง เจียบ ต่อมาเขาก็จะนั่งคุย คุยกับคนนู่นคนนี่ เล่าไป ถามว่าคุยอะไรก็ จำไม่ได้หรอกแต่ว่าเขาเล่าคุยมากขึ้น” (ID6T2)

## 2) การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีสุขภาพ ร่างกายที่แข็งแรง ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆ เช่น ภาวะดุกพอรุน metabolic syndrome เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น แบบแผนการนอนหลับมีคุณภาพ คงความสามารถการทากิจวัตร ประจำวัน และยังเป็น การส่งเสริมการมีกิจกรรมร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว โดยผู้ให้ข้อมูลแต่ละ รายจะมีวิธีการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายที่แตกต่างกัน ด้วยปัจจัยพื้นฐานทางบุคคลที่ แตกต่างกัน เช่น อายุ เพศ ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุแต่ละราย และเวลาของผู้ให้ ข้อมูลเองด้วย ดังเช่นผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า จะกระตุ้นให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายในตอนเช้าและตอน เย็นทุกวัน โดยจะให้ผู้สูงอายุเดินโดยใช้ walker ด้วยตนเอง ขณะนั่งอยู่ที่เตียงก็จะให้ผู้สูงอายุเตะขาไป มา ยกขา ยกแขน หรือบางวันก็จะให้ผู้สูงอายุปั่นจักรยาน โดยผู้ให้ข้อมูลอยู่ดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้ให้ ข้อมูลบางราย ไม่สามารถดูแลการออกกำลังกายของผู้สูงอายุด้วยตนเอง จะสอนวิธีการออกกำลังกาย ให้แก่สมาชิกครอบครัวคนอื่น ทำหน้าที่แทน เช่น ให้พาผู้สูงอายุเดิน กระตุ้นให้สวมใส่เสื้อผ้าด้วย ตนเอง แต่ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดด้านสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ คือ เหนื่อยเร็ว จึงทำให้ผู้สูงอายุออก กำลังกายไม่ต่อเนื่อง

“ตอนเข้าตื่นมาใช้ปะ เราก็พาเขาเดิน ก็ใช้ walker อะ ก็ให้เขาเดิน เออ ลืมบอก เขาตื่นขึ้นมาเขาจะชอบเตะขาอย่างเนี่ย นั่งเตะขาอยู่ที่เตียงอะ ก็ปล่อยให้เขาเตะขาไปก่อนจะไปอาบน้ำ แล้วก็ให้เดิน walker ก่อนอาบน้ำ แล้วแต่บางทีก็รอบสองรอบ แล้วพอทานข้าวเสร็จเนี่ยเขาจะเดินเองโดยไม่ใช้ walker ทานข้าวเสร็จตอนเช้าอะ เขาจะเดินมารื้อของตรงเนี่ย จัดตรงนั้นหยิบตรงนั้นมาใส่ นี่ไงเต็มเลย เห็นปะ แล้วเขาจะเดินจัดของอะไรของเขาเยอะมาก แล้วบางที บางวันไอเนี่ย ก็พาขึ้นนะ บางวันอยากปั่นจักรยาน เขาจะปั่นได้สักห้านาที พอละ...แต่พี่ก็อยากเพิ่มเรื่องพาเขาออกกำลังกาย เพราะจริงๆ บางทีอะ ก็ให้เขาขกขายกแขนอะไรอย่างเงี้ย เขาจะทำแบบเดียวอะ ไม่ทันเหงื่อออกเลย พอและ ไม่เอาและ อย่างเงี้ย [หัวเราะ] แล้วพอเราไป force มากๆ เดี่ยวอารมณ์ไม่ดีอีก” [ID5T1]

“เวลาอยู่ที่บ้านเงี้ย น้องพี่เขาจะกระตุ้นพื่อให้ออกกำลังกาย อย่างตื่นเข้ามา เขาจะเดินของเขาเองแต่น้องเขาก็จะถามว่า เอ้า เดินยัง ออกกำลังกายรึยัง บางทีเขาก็กรอกน้ำใส่ขวด ยกขึ้น ยกลง พี่ก็...พี่จะไม่ซีเรียส บอกท่าไหนก็ได้ นั่งดูทีวีก็ยกได้ นอนก็ยกได้ เอ้า อย่านอนอยู่เฉยๆ ขวดน้ำใส่...ห้าร้อยซีซีอะ ก็ยกให้หมั่นออกกำลังกาย” [ID8T1]

“ออกกำลังกาย เราจะสอนแกให้ยกขาบ้าง แกว่งแขนบ้าง แขนแกก็จะแกว่งได้แค่ข้างขวา เพราะข้างซ้ายแกจะติด ออกทุกวัน แยกแขนได้ เราต้องบอกแก แกก็จะทำ แต่ถ้าจะนั่งแล้วให้แกทำแกจะไม่ทำ ออกกำลังหน่อยอะไรอย่างนี้ แล้วเราก็ทำบ้าง แกเห็นเราทำ แกก็ทำ คือ พี่ก็อยากให้น้ำแกทำ อย่างน้อยก็เป็นการ maintain ร่างกายของเขา กลัวว่าถ้าแกลืมนานกว่านี้จะมีข้อติด หรือมีภาวะแทรกซ้อนตามที่เรารเรียนมานั้นแหละ” [ID12T2]

“Rehab พี่ให้แม่พี่ได้ rehab ตลอด คือแต่ที่ว่าเวลาที่เร ไม่ได้อยู่ แล้วเด็ก เราก็ไม่รู้ว่าได้มากน้อยขนาดไหน คือเรื่อง rehab พี่ก็จะสอนค่ะ สอนหลาน คือ ให้พาเดินนะลูก เข้ามาให้พาเดินรอบ

หนึ่ง แต่มีแกก็ไมไหวละ เด็กมันก็ ไมไหวแล้วคุณยาย เด็กมันก็แค่นี้ เออเหนื่อย ไมเออะ เจ็บ อะไรอย่างนี้ ก็เลยหยุดทำ แต่ข้อยังไม่ติดนะ ส่วนใหญ่จะเป็นหลานๆ ทำก็พยายามเอาลุกยีน เวลาเราใส่กางเกง ก็จะเป็นข้ออ้าง อะคุณยายยืนขึ้น ใส่กางเกง อะไรอย่างนี้ แล้วก็พาเดิน ไปหน้าห้อง ในห้องอะไรอย่างนี้คะ [ID3T1]

ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายมีภาระงานที่จะต้องรีบออกไปทำงานแต่เช้า และกลับถึงบ้านดึก ทำให้ไม่มีเวลากระตุ้นผู้สูงอายุออกกำลังกาย บางรายไม่มีคนช่วยดูแลผู้สูงอายุในช่วงกลางวัน และบางรายสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลแทนในช่วงกลางวันขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้ออกกำลังกาย จนทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะข้อติดตามมาในที่สุด

“เรื่อง rehab แทบจะไม่ได้ทำเลยนะ เพราะว่าไม่ว่าง ออก จากบ้านหกโมงครึ่งเช้า เต็มที่เลยนะ เย็นถึงบ้านเกือบทุ่มทุกวัน สอง ชั่วโมงที่พ็อยู่ข้างล่างกับเขาเนี่ย ก็หมดแล้วอะ แล้วพ็ก็ต้องทำงานบ้าน เอง เพราะว่าพ็ไม่มีคนดูแล จนมาเริ่มปีที่แล้ว เมษาปีที่แล้ว ก็พอดีที่ ผ่าเข้า ไม่ได้อยู่บ้านห้าวัน พี่สาวพี่เหมือนกับเขาไม่ถนัดที่จะพาพ่อลง เดิน ลงไปเข้าห้องน้ำ หรือทำอะไรต่ออะไรอย่างเนี่ย...ปกติพ็ชอบบังคับ ให้พ่อเดิน บังคับเขาลงเดิน พี่บังคับพาเขาไปห้องน้ำ ไปล้างเนื้อล้างตัว ไม่ได้ทำที่เตียง ไม่ได้ทำกายภาพนี่ พี่สาวพี่เขาไม่ได้บังคับพ็ เพราะ ดูพ่อคุณแม่ด้วยไมไหว...ห้าวันเองพ็อพ็ข้อติด พ็ก็ยังคงงัว เหี้ย ฉันทนอน โรงบาล ห้าวันทำไมพ็อฉันทเดินไม่ได้แล้ว งงมากเลยอะ แล้วพ็จับเขา เขี่ยขาเขาเจ็บมากเลยนะ...หลังจากนั้นเขาก็ต้องอยู่บนเตียง แต่ว่า ลูกนั่งได้เพียงแต่ว่าเขาไม่สามารถเขี่ยตรงรื้อปรับแปดสิบองศาได้ กิน ข้าวที่เตียง เช็ดตัวทำอะไรที่เตียงหมด นั่นแหละก็ตั้งแต่เมษาปีที่แล้ว... พ็อพ็อข้อเข้าติด ข้อเขาเขี่ยไม่ตรง พี่สาวก็เลยไม่กล้าเอาลงเดิน ตอนแรกที่ซื้อที่นอนไฟฟ้าไปแล้วนะ กลับที่นอนลม แต่ประเมินแล้ว ดู แล้วว่าเขายังนั่งได้ แล้วถ้านั่งที่นอนเตียงไฟฟ้าเนี่ยมันสูงมาก ขาเขา หยั่งไม่ถึงกล้วเขตกเตียง ก็เลยให้เขานอนเตียงธรรมดาไปก่อน ที่นอนไฟฟ้าก็ยังไม่ได้ใช้ ที่นอนลมก็ยังไม่ได้ใช้” [ID2T1]

“ออกกำลังกายเนี่ย คือ พี่ยอมรับเลยว่าน้อยมาก ส่วนหนึ่งคือพี่ต้องออกมาทำงาน เขาจะอยู่กับพี่เลี้ยงกับอาก ซึ่งคนที่อยู่บ้านเขาจะไม่ค่อยที่จะ...เออ บังคับอามา เพราะอามาไม่ค่อยออกจากบ้าน ไม่ค่อยชอบออกไปไหน เขาชอบอยู่แต่ในบ้าน ถ้าไปกับคนอื่นเนี่ย เขาจะยังไม่ไป ขนาดพี่เลี้ยงเขายังไม่ไป พี่ก็จะพยายามว่า ตอนนี้เขาเริ่มใช้รถเข็น เพราะว่ากลัวลื่นล้มนี้แหละ ซื้อรถเข็นให้ ให้ออกไปข้างหน้าบ้าน เขาก็จะไม่ค่อย ส่วนใหญ่จะอยู่ในบ้าน เดินไปเดินมา นั่งโซฟาแถวๆนั้น เขาไม่ค่อยออก ไม่ชอบเหมือนก็ไม่ค่อยคุยกับใครถ้าไม่ใช่ลูกหลาน เหมือนคนข้างนอก ก็จะคุยแต่กับพวกเราลูกหลาน ใครมาเยี่ยมก็ทักทาย ไม่ได้ออกไปแบบเจ๊าะแจ๊ะข้างนอกบ้าน” [ID9T1]

#### 4.4 พาไปตรวจตามแพทย์นัด

ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า การพาญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมมาพบแพทย์ตามนัด สมาชิกในครอบครัวรายอื่นมักตั้งคาดหวังกับวิชาชีพพยาบาลมาก ส่วนใหญ่จึงมอบหมายให้เป็นหน้าที่ของผู้ให้ข้อมูลเป็นคนรับผิดชอบหลักในการพาผู้สูงอายุมาพบแพทย์ตามนัด ซึ่งตนก็ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ เพราะการมาพบแพทย์ตามนัดอย่างต่อเนื่องจะทำให้ทราบว่าการของภาวะสมองเสื่อมของญาติผู้สูงอายุมีการดำเนินไปถึงขั้นใดแล้ว ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปเป็นอย่างไร ต้องมีการปรับยาหรือจัดการในเรื่องอื่นอีกหรือไม่ และยังสามารถซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับแนวทางการดูแลกับแพทย์โดยตรงอีกด้วย ซึ่งการเดินทางมาแต่ละครั้งจะได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดีจากญาติพี่น้อง ส่วนอีกรายเล่าว่า ไม่สามารถพาญาติผู้สูงอายุในครอบครัวไปพบแพทย์ได้โดยตรง เนื่องจากผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาสูง ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ก็จะใช้โทรศัพท์ถ่ายคลิปวิดีโออาการของญาติผู้สูงอายุในครอบครัวให้แพทย์ได้ประเมินแทน

“เรื่องมาพบหมอ พี่จะเป็นคนดูแล คือจะพามาที่นี้ตลอด [โรงพยาบาล]...คือมาหาอาจารย์หมดตลอด อย่างน้อยเราก็จะได้มาคุยกับหมอ แล้วก็เล่าให้ฟังหมด จะบอกว่าพี่ดูแลยังไง อะไรอย่างนี้ อาจารย์เขาก็จะแนะนำ ว่าตอนนี้เขาอยู่ขั้นไหนแล้ว ต้องดูแลต่ออย่างไร ต้องปรับยาอะไรไหมอะไรเงี้ย เราก็สบายใจด้วย” [ID3T1]

“เรื่องไปพบหมอเนี่ย ไม่เคยพลาดนัดเลย เพราะพี่คิดว่าคือหนึ่งละการได้พบคุณหมอนี้อย่างน้อย คุณหมอก็ได้คุย แต่ยังไม่ถึง



ขนาดถ่ายคลิบให้ดูนะ ยังไม่ถึงอาการแบบว่า บางทีหมอเขาบอกว่าถ้า มีอาการอะไรก็ถ่ายคลิบให้ดู แต่อามาก็ยังไม่ถึงขนาดแบบโวยวายอะไร มาก ก็คิดว่าถ้ามาหาคุณหมอหนึ่งละคุยกับคุณหมอ คุณหมอก็จะเขาก็ จะทดสอบทุกครั้ง Recent Recall อะไรอย่างนี้ คุณหมอก็จะถาม แต่ ก็ไม่เคย ไม่คิดว่าการไม่มานั้นจะดี มาหาหมอ ได้ดูแล ถ้ามีอะไร อาจารย์อาจจะเพิ่มยาหรือลดยาใหม่ ปรับยาใหม่ อาการเป็นมากเป็น น้อย อาจารย์จะได้ช่วยดู ก็คือไม่เคยไม่มาตรงนัด คือมาตลอด” [ID9T2]

“เรื่องมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล เราก็ช่วยกันค่ะ พี่น้องนี้ แหละช่วยกัน จับใส่รถมา ก็ค่อนข้างลำบากหน่อย เพราะอาการเขาก็ เหมือน down ลงเรื่อยๆ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงเรื่อยๆ ไร้งี้ค่ะ จน มาช่วงหลังๆ เนี่ยหมอเขาจะเข้าใจว่ามาลำบาก อิม ก็พี่จะมาปรับยา แทน หมอแกก็จะบอกว่าให้ถ่ายเป็นวิดีโอมาให้ดูก็ได้ว่าพฤติกรรมเป็น ยังไงบ้าง บางทีก็จะให้พี่เป็นคนถ่าย บางทีลูกสาวเขานะถ่าย ตอนช่วง ที่พี่ไม่อยู่ หรือพี่มาทำงานเนี่ย ก็จะให้ถ่ายเก็บเอาไว้ค่ะ เราก็พยายาม มาให้ต่อเนื่องนะ เพราะว่าเวลามาพบหมอ เราก็ได้พูดคุยซักถาม เกี่ยวกับเรื่องของอาการ การดูแลไปด้วยค่ะ” [ID13T2]

ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายเล่าว่า พาผู้สูงอายุมาพบแพทย์ตามนัดสองสามครั้งเท่านั้น หลังจากนั้นไม่ได้มาพบแพทย์อีก เพราะมองว่าญาติผู้สูงอายุในครอบครัวยังมีสภาพร่างกายที่แข็งแรง ช่วยเหลือตนเองได้ และผู้สูงอายุมีอายุมากจึงไม่ได้คาดหวังกับการรักษา ส่วนอีกรายเล่าว่าจาก ประสบการณ์การทำงานเป็นพยาบาล มองว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นการเปลี่ยนแปลงของตามวัยของผู้สูงอายุ ไม่มีความรุนแรงน่ากลัว และไม่จำเป็นต้องพาผู้สูงอายุมาพบแพทย์โดยตรง เพียงมารับยา ก็เพียงพอแล้ว จึงไม่ได้พาผู้สูงอายุมาพบแพทย์ตามนัดอย่างต่อเนื่อง

“หลังจากที่พ่อที่ตรวจพบว่าเป็นโรคสมองเสื่อมแล้ว พี่ก็ มาหาหมอมตามนัดอีกสองสามครั้ง พอดีพี่เจอหมอไม่ค่อยโอเค ก็คุยกัน ว่าถ้า เออถ้า คือตอนนั้นก็แปลลิบกว่า หู ถ้าแปลลิบกว่าแค่นี้มัน เป็น ของผู้สูงอายุ ก็โอเคอะ คือตอนนั้น ยังพอแข็งแรงอะ ยังพอดูได้ ตอน นั้นแม้ยังไม่เป็น โอเคแค่นั้นก็แค่นั้น เราก็เอาเท่าที่ทำได้ ก็เลยมา

*follow up* อยู่สองสามหน แล้วก็ไม่มีมาอีกเลย...ก็คือ *loss* ไปเลย พี่ก็ไม่ได้พามาเลย เพราะเขาไม่ยอมออกนอกบ้านด้วย” [ID2T1]

“เรื่อง *follow up* [ติดตามอาการ] หรือ พี่ก็พาพ่อไปที่โรงพยาบาลบ้าง แต่พี่ก็ไม่ได้พาพ่อไปโรงพยาบาลบ่อยสักเท่าไร ด้วยความเป็นพยาบาลของเราด้วย เพราะอาการพ่อก็ค่อนข้างคงที่ พี่ก็เลยชะล่าใจ คิดว่าคงไม่เป็นอะไร และพี่ก็สนิทกับหมอด้วย คือเราสามารถขอยาได้เลย เราสามารถอธิบายอาการได้ หมอเขาก็ให้ยาเดิม ปรับยาบ้างนิดหน่อย หรือถ้ามีอาการเพิ่มเติมหมอก็ปรับยาให้ แล้วก็สังเกตอาการต่อ...จริงๆ *follow up* นี้จะน้อย ด้วยความว่าส่วนใหญ่ พี่จะอยู่ที่โรงพยาบาลอยู่แล้ว ก็เลยเหมือนกับปรับยามาให้ ได้กลับไปจริงจังอยู่ครั้งสองครั้งเอง ก็เล่าอาการให้หมอฟัง ส่วนใหญ่จะบอกว่า อาการเหมือนเดิม เพราะว่าเหมือนเดิมจริงๆ เพราะเขาจะยังดูซ้ำๆ ดูแบบอะไรอย่างนี้ ไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลง หมอเขาก็จะให้ยาเดิม ยาเดิมมา” [ID7T1]

#### 4.5 จัดสรรเวลาพาเที่ยวนอกบ้าน

การที่ญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมได้มีโอกาสออกไปเที่ยวนอกบ้านร่วมกับสมาชิกในครอบครัว นอกจากจะเป็นการดูแลด้านจิตใจของผู้สูงอายุ คลายความเครียดและความวิตกกังวลของผู้สูงอายุแล้ว ยังเป็นการส่งเสริมด้านจิตสังคมให้แก่ผู้สูงอายุอีกด้วย กล่าวคือ ทำให้ผู้สูงอายุได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น รวมทั้งเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวอีกด้วย จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการจัดสรรเวลาพาญาติผู้สูงอายุในครอบครัวออกไปเที่ยวนอกบ้าน แม้ว่าผู้ให้ข้อมูลจะมีข้อจำกัดเรื่องเวลาเนื่องจากในวันหยุดต้องพาลูกออกมาเรียนพิเศษ จึงจัดสรรเวลาพาผู้สูงอายุออกมาเที่ยวห้างสรรพสินค้าด้วย โดยมองว่านอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุได้ออกมาเปิดหูเปิดตาและเสริมสร้างทักษะทางสังคมแล้ว ยังทำให้ตนและผู้ดูแลคนอื่นได้ผ่อนคลายอีกด้วย ส่วนอีกรายเล่าว่า ถ้าตนมีเวลาก็จะพาผู้สูงอายุในครอบครัวออกมารับประทานอาหารนอกบ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เปลี่ยนบรรยากาศ ถึงแม้การเปลี่ยนสถานที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่ถดถอยไปจากเดิม เช่น จากดกข้าวกินเองก็จะไม่ยอมกินเอง ก็ยอมรับปัญหาดังกล่าวได้ เพราะต้องการให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสออกมาเที่ยวนอกบ้านบ้าง

“วันที่ relax ของพีคือวันที่มาเรียนพิเศษ วันที่ไอ [ลูก] ไปเรียนพิเศษ ออกไปเรียนข้างนอกก็เดินเล่น แต่บางทีก็จะเอาแม่เขา ออกมาด้วย เอาเขามาเปิดหูเปิดตาเขาจะชอบ เดินเล่นในห้างไรเงี้ย แต่ ก็คือก็จะเป็นอย่างอื่นหนึ่ง ซึ่งเวลาเขาออกนอกบ้านเขาจะเป็นอีกคน หนึ่งเลยแม่ เออ ก็เอาเขาออกมา relax พี่สาว เพราะว่าพีไม่เคยได้อยู่ บ้านเสาร์อาทิตย์เต็มๆเลย วันเสาร์นี้เขา [ลูก] เรียนหนังสือ โรงเรียน เขา [ลูก] สอนวันเสาร์ด้วย ออกมาให้พี่สาวอยู่บ้านคนเดียวเขาจะได้ relax ของเขา ก็ช่วยกันตรงนี้แหละ” [ID2T1]

“บางวันถ้าพีมีเวลาก็จะพาแม่ออกไปกินข้าวนอกบ้าน คือ พี่อยากให้เราได้เปลี่ยนบรรยากาศบ้าง ไม่อยากให้เราอยู่แต่ในบ้าน กลัวเขาจะเครียดอะไรเงี้ยค่ะ แต่ว่า พอออกมาข้างนอกแม่เขา จะไม่ยอมกินเอง จะไม่ยอมตักข้าวอะ พีก็จะต้องได้ป้อนเขา แต่ก่อน หน้านี้แกก็ตักกินเองได้นะ อาจจะเป็นเพราะตาอาจจะไม่ค่อยดีด้วยแหละ มั้ง แต่ในจุดนี้เราก็ไม่อะไร แค่ออกมาให้เขามาเปิดหูเปิดตาบ้าง” [ID3T2]

“ว่างๆ เราก็จะพาพ่อไปเที่ยวต่างจังหวัด ให้พ่อ happy คือ เวลาออกมาข้างนอกเขาจะยิ้ม กินข้าวได้เยอะ เล่นกับหลาน คือไม่ อยากรีบบังคับ...เวลาจะไปไหนจะไปเที่ยวพีก็เลยต้องมีการวางแผน เรื่องที่พักอย่างดี เช่น เช็คว่าระยะทางจากที่จอดรถไปที่พักไกลไหม จากที่พักไปห้องอาหารไกลไหม ห้องนอนเป็นพรมหรือเปล้าเพราะกลัว พ่ออีรูด เพราะเคยมีครั้งหนึ่งพ่อเคยอีลัน ฉี่ล้น เพราะว่า pampers ไม่ตรง” [ID7T1]

“เวลาที่เราพาอาม่าออกไปข้างนอก ไปเที่ยวหรืออะไร อย่างนี้เขาจะโอเค อารมณ์ดี คุยปร้อ อย่างเป็นหัวหิน เขาจะพูดตั้งแต่ ออกจากบ้านจนถึงหัวหินเลย อย่างถ้าวันไหนบอกว่าวันนี้จะพาไป เที่ยวอะ อาม่าจะแต่งตัว อาบน้ำรอเลย ส่วนใหญ่ก็สวนสาธารณะ กับ ร้านอาหารที่ไปทาน เพราะว่าเขาทานได้หมด ชอบทานข้าว พาไปวัน เกิด วันแม่ วันพ่อ วันปีใหม่ วันสงกรานต์ก็จะพาไปทานข้าว” [ID9T1]

“เวลาไปไหนพี่ก็จะพาเขาไปตลอดนะ พาไปกินไปเที่ยว ไร้ จะชอบมาก ไปเดินเที่ยวห้าง ไปเดินตลาดน้ำ ไปไหนแล้วแต่ คือเราไปไหนทุกคนต้องไปกับพี่หมด พ่อแม่ไปกันหมด ไปกินไปเที่ยว ไปเดินอะไรตรงไหน ซื้บปั้งไปห้างเห้่งต้องไปด้วยกันหมด 4 คนต้องไปด้วยกันหมด ไปตลอด เขาจะอารมณ์ดี ชอบ ไปข้างนอก ชอบกิน ชอบเที่ยว เรื่องพฤติกรรมแปลกๆ ไม่มีฯ ถ้ามีเวลาคือเต็มที พาเขาไปหมด ไปต่างจังหวัดก็ไปไร้ ไปไหว้พระ ไปอยุธยาไง เขาชอบมาก เขาชอบไปอยุธยาเพราะเขาโตที่อยุธยาไง เขามาจากเมืองจีนพร้อองอาจ อาม่าเขา แล้วก็มาอยู่ที่อยุธยา” [ID10T1]

“วันหยุดพี่ก็จะพาคุณแม่ออกไปกินข้าวข้างนอกบ้าง แต่ว่าเราต้องดูแลใกล้ชิด คือเขาก็ชอบนะคะ คือเขาจะยิ้มแ้มแจ่มใส เวลานั่งรถไป เราก็จะบอกว่า เนี่ยฯ อาม่า เราไปเที่ยวกันนะ เขาก็จะมองออกไปนอกหน้าต่าง เขาก็จะดูแบบ โอเค เขาจะอยากออกไปกับเรา แต่ว่าเราต้องคอยดูแลใกล้ชิดกว่าเดิม บางทีพี่พาไปห้างก็ต้องงูมมือกัน เพราะเราก็กลัวเขาหาย กลัวเขาหลง เพราะว่าเขาจะไม่ค่อยไปที่ไหนมาก่อน” [ID11T1]

ผู้ให้ข้อมูลบางรายเล่าว่า อยากพาผู้สูงอายุออกไปเที่ยวนอกบ้าน แต่เนื่องจากมีข้อจำกัดบางประการจึงไม่สามารถพาผู้สูงอายุไปได้ เช่น บางรายสมาชิกในบ้านมีแต่ผู้หญิง ไม่มีรถส่วนตัว และไม่มีใครขับรถเป็น บางรายมีข้อจำกัดเรื่องเวลา ความไม่สะดวกในการเดินทาง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในครอบครัว จึงทำให้มีโอกาสพาผู้สูงอายุออกไปข้างนอกได้เพียงบางครั้ง

“ถ้ามีเวลาพี่ก็จะให้น้องสาวพี่พาน้าแกออกไปเที่ยวนอกบ้าน ก็พาแกไปกิน ถามว่าชอบไหม ชอบ แล้วก็ยังคุยกับน้องว่า เออสักอาทิตย์หนึ่งสองอาทิตย์ เราก็พาไปบ๊ีกซีบ้าง เมืองทอง ไปกินบรรยากาศ แต่ว่าตอนนี้คือการวางแผนแต่ยังไม่ได้ปฏิบัติจริง เพราะว่าบางทีไปก็ลำบากแล้วพวกพี่ขับรถไม่เป็น น้องชายอีกบ้านหนึ่งเขาก็ไม่ค่อยว่าง ก็เลยจะมีแต่ผู้หญิงทั้งนั้น ไปไหนก็ต้องแท็กซี่ ไปที่มันค่อนข้างลำบาก มันไม่ใช่รถเรา...อย่างที่เราให้ฟัง อย่งไปไหน ก็ไปไหนเนี่ยก็ไป

ทั้งน้ำพีไปทั้งคนดูแลไปทั้งพีด้วย...ไปห้าง ไปไหนต่อไหน บางทีเซ็นรถเซ็นไป ไปหน้าหมู่บ้านพี มีตลาดนัด หรือซื้อของซื้ออะไรอย่างนี้ มันก็ให้เห็นอะไรข้างนอก... คือได้พาคุณน้ำไปเปิดหูเปิดตาด้วย” [ID12T1]

“เวลาว่างพีก็พาแม่ออกไปข้างนอกบ้านบ้าง ไปกินข้าวเจ็ย แต่ก็ไม่บ่อย แต่ก็อยากพาเขาไปเที่ยวมากกว่านี้ โดยที่เรารเองเราก็ผ่อนคลายไปด้วย พาไปด้วยกันสามคน มันหลายปีแล้วที่ไม่ได้เที่ยวด้วยกัน วางแผนว่าจะไปเที่ยวสักปลายเดือนนี้ แต่ก็...จองห้องไม่ได้ว่าจะไปสักเดือนหน้า ก็กลัวจะได้ผลัดไปเรื่อยๆ คิดว่าพาเขาไปเที่ยวแล้วเราก็ได้เที่ยว แล้วเขาสามารถอยู่กับเราได้ มันก็เป็นความสุขอีกแบบดีกว่าให้เขาอยู่บ้าน อยู่ในหมู่บ้าน เพราะว่าสองอาทิตย์ก่อนพาเขาไปตลาดน้ำดอนหวาย เขาก็สดชื่นดีอะ ตอนออกข้างนอก สงสัยต้องพาไปเที่ยวบ่อยๆ” [หัวเราะ] [ID4T1]

“เคยพาไป ไปห้าง แต่ว่าบังเอิญว่าร้านนั้นมัน MK อะ ไปโรมันรอนานอะเขารอไม่ไหวหรอก ไปครั้งสุดท้ายก็ MK นั้นแหละ เมื่อนานมาละพอตอนหลังมาที่ว่าเขาทานเองไม่ได้อะ ก็เลยไม่ได้ไป พ่อเขาไม่ชอบด้วย ชอบกินอยู่ที่บ้าน จะพาไปแต่ว่ามันก็คิดตรงที่ว่า เวลาตื่นของแม่ แล้วก็ไม่มีที่จอดรถที่นั่น ถ้าเราไปสาย มันจะไม่มีที่จอดรถเลยอะ ไปแต่เช้า แต่เช้าเพราะว่าพีเคยไปวิ่งอยู่ ตอนนั้นเคยไปเพื่อนนัดไปไปตอนตีห้าครึ่งหกโมงอะไรเจ็ย มันก็มีที่จอดสบายนะ แต่ถ้าไปสักสิบโมง มันเป็นเวลาที่แม่เราเรียบบร้อยแล้วอะ หมายถึงตื่นขึ้นมาอาบน้ำอะไรแล้ว ที่นั่นมันจะไม่มีที่จอดรถเลย แล้วมันก็ร้อน เคยคิดจะพาไปก็เลยไม่ได้ไป” [ID5T1]

#### 4.6 ขวนทำนทำบุญ ทำทาน ไหว้พระ สวดมนต์

การดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นมิติหนึ่งของการดูแลสุขภาพที่มีความสำคัญไม่น้อยกว่ามิติทางกายหรือทางจิตใจ ถึงแม้จะมีลักษณะเป็นนามธรรม แต่จิตวิญญาณเปรียบเสมือนเสาหลักของชีวิตให้มีที่ยึดเหนี่ยว และเป็นบ่อเกิดแห่งความหวัง และกำลังใจให้กับผู้สูงอายุอีกด้วย จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลายคนให้ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมในมิติทางด้านจิตวิญญาณ ด้วยพื้นฐานทางสังคมของผู้สูงอายุในครอบครัวที่ผู้ให้ข้อมูลดูแลนับถือ

พระพุทธศาสนา ลักษณะกิจกรรมของผู้สูงอายุในแต่ละรายจึงมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน คือ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการทำกิจกรรมทางพระพุทธศาสนา เช่น การทำบุญตักบาตร ไหว้พระ สวดมนต์ เป็นต้น โดยความต้องการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมดังกล่าวขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้สูงอายุในแต่ละราย เช่น ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า ผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นคนชอบทำบุญก่อนที่จะมีเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม แต่ตนก็ยังกระตุ้นผู้สูงอายุเพื่อให้คงความสามารถในการทำกิจกรรมดังกล่าว ผู้ให้ข้อมูลจะเป็นผู้ช่วยเตรียมของใส่บาตรให้ผู้สูงอายุทุกวัน พาผู้สูงอายุไปปล่อยนกปล่อยปลา เข้าวัดฟังธรรม เป็นต้น ส่วนอีกรายเล่าว่า ถึงแม้ผู้สูงอายุในครอบครัวจะมีภาวะสมองเสื่อมแต่ก็ยังสามารถสวดมนต์ได้ ซึ่งทุกครั้งที่ผู้สูงอายุได้สวดมนต์พบว่าจะมีอารมณ์ที่สงบลง จึงมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมดังกล่าวต่อไป

“แม่เขาจะมีเพื่อนที่เป็นพระที่บวชอยู่เนี่ยค่ะ ก็จะมาบิณฑบาต บางทีเราก็นิมนต์ขึ้นไปบิณฑบาตที่ห้องเขาเลยอะ ให้เขาได้ตักบาตรอะไรยังงี้ค่ะ เพราะก่อนที่เขาจะป่วย เขาจะชอบทำบุญค่ะ ทำบุญตลอด เขาเองเขาจะตักบาตรทุกวัน ตอนหลังๆ แก่ก็ยังไม่ตักบาตรอยู่ คือนั้นเหมือนเป็นกิจวัตรประจำวันของเขา ที่เขาเคยทำ พระก็จะรู้ว่า เข้ามานะเนี่ย ต้องมาบิณฑบาตบ้านนี้ อะไอย่างนี้ เราก็เตรียมของให้เขา มันก็จะมีของขายอยู่ แถวๆบ้านเขาก็จะตักบาตร แล้วก็ตอนนี้ก็ยังไม่วัดอยู่ ทุกครั้งที่พาลงมาได้เนี่ย จะพาไปปล่อยนกปล่อยปลา อะไอย่างนี้ค่ะ แถวๆบ้าน ก็ยังพาไปอยู่ เอาใส่รถเข็นไปอย่างเนี่ย ยังงี้ แกชอบ” [ID3T2]

“เออเนี่ย เขาเป็นโรคสมองเสื่อมนะ แต่เขาท่องอิติปิโสได้จ้ะ เขาท่องได้บทเดียวนั้นแหละ แล้วก็ชอบทำบุญ เสาร์อาทิตย์ก็พาเขาไปทำบุญที่วัด พี่รู้สึกถ้าเขาไปทำบุญเขาจะสงบ เขาสงบดี เพราะว่าเมื่อก่อนเขาก็ทำบุญบ่อยๆ ถ้าบอกให้นึกถึงพระถึงเจ้า เขาก็จะอารมณ์ก็จะเย็นลง แล้วก็ถ้าเขาเห็นพระในหนังสือเขาก็ไหว้นะ แล้วก็ท่องอิติปิโสได้อยู่ รู้สึกอารมณ์เขาจะสงบลง” [ID5T1]

“ตอนเช้า หน้าบ้านพี่ก็จะมีพระมาบิณฑบาต พี่จะเป็นคนเตรียมอาหาร ข้าว ขนม นม เนย ไร้งี้ ให้แกก่อนพี่ไปทำงาน แต่ไม่ทุกวันค่ะ เพราะบางวันเราก็ตื่นไม่ทัน ต้องรีบไปทำงาน หรือวันไหนที่

แกอยากทำแกก็จะมาทำของตัวเอง พี่ก็จะช่วยเขาเตรียม แบบออกไปซื้ออาหารที่ปากซอยให้แกโรงสี่คะ แล้วแม่แกก็มารอใส่บาตร เพราะก่อนเป็นลมองเลื่อม แกเคยทำ พี่ก็เลยอยากให้เขาทำต่อไป เพราะทำแล้วเห็นแกดูนิ่ง สงบ ไม่วุ่นวาย” [ID11T2]

“ช่วงที่ป่วยพี่ก็ยังให้น้ำเขาทำบุญอยู่คะ เพราะมีพระมาบิณฑบาตหน้าบ้านไง วันไหนตื่นแต่เช้า ยังมีคนลุกขึ้นมาทำกับข้าวไหวก็จะบอกว่า เดี่ยวพรุ่งนี้ใส่บาตรกันนะ อะโรยแบบนี้ เขาก็คะ เข้าก็ไปปลุก ไปอุ้มเขาออกจากที่นอน นั่งรถเข็นมาใส่บาตรหน้าบ้าน ใส่ได้เราก็ช่วยจับมือ ประคองของใส่บาตรพระ อืม เราดูไม่ออกหรอกว่าเขารู้สึกยังไง โดยสภาพโรคของเขา เพราะว่าเขาจะ เขาก็ทรงๆของเขาอยู่อย่างนี้ จะเรื่อยๆ อะ มันก็ไม่มีอะไรเปลี่ยนไป แต่ช่วงที่ใส่บาตร พี่ว่าเขาสงบนะ ไม่มีพฤติกรรมแปลกๆ ให้เห็นเลย” [ID13T2]

## 5. ปัญหามากมาย เหนื่อยกายและใจ

จากภาระหน้าที่เดิมที่ต้องดูแลสมาชิกอื่นในครอบครัวร่วมกับการทำงานเป็นพยาบาลเต็มเวลา เมื่อมีหน้าที่ความรับผิดชอบเพิ่มในการดูแลญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดเพิ่มมากขึ้นทุกวัน ทำให้รู้สึกว่าตนเองต้องเผชิญกับปัญหามากมายประการ การเป็นผู้ดูแลหลักที่รับผิดชอบอยู่คนเดียวทำให้รู้สึกเหนื่อยล้าทั้งกายและใจ จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงปัญหาต่างๆ ดังนี้ 5.1) รับผิดชอบงานหลากหลาย ร่างกายพักผ่อนไม่พอ และ 5.2) รู้สึกท้อ เหนื่อยใจ เครียดง่าย กัดดันไปทุกเรื่อง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### 5.1 รับผิดชอบงานหลากหลาย ร่างกายพักผ่อนไม่พอ

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงความรู้สึกเหนื่อยล้า กับภาระงานที่มีจำนวนมาก เนื่องจากตนเองเป็นผู้ดูแลหลัก นอกจากจะดูแลผู้สูงอายุแล้ว ยังต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวของตนเอง และภารกิจจากหน้าที่การงาน การมีวันหยุดที่เหมือนไม่ได้หยุดเนื่องจากต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวรวมถึงการจัดการหลายๆเรื่องเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่น การซักผ้า โกงนวด ตัดผม การพาไปเที่ยวนอกบ้าน เป็นต้น ทำให้ไม่มีเวลาพักผ่อนที่ตนเองปรารถนา ในระยะแรกของการดูแลผู้สูงอายุซึ่งยังช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ให้ข้อมูลสามารถจัดการกับภาระต่างๆได้ง่ายและมีเวลาพักผ่อนที่เพียงพอ แต่ระยะต่อมาเมื่ออาการป่วยของผู้สูงอายุมีการถดถอยมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลต้องดูแลผู้สูงอายุทั้งกลางวันและกลางคืน แม้ว่าบางรายจะมีสมาชิกครอบครัวช่วยดูแล แต่หน้าที่หลักๆ ก็ยังเป็นความรับผิดชอบของพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าถึงน้ำตาว่า ตนเองรู้สึกเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอ บางวันเหนื่อยมากหลับทั้งชุด

พยาบาล อยากมีวันหยุดจริงๆแต่ไม่เคยมี บางวันอยากจะนอนหลับแบบไม่ต้องลุกมาทำกิจกรรมต่างๆ แต่ทำไม่ได้เนื่องจากผู้สูงอายุต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดมากขึ้น เช่น ผู้สูงอายุอาจตื่นตอนกลางคืน แล้วเดินไป-มาซึ่งอาจหกล้ม หรือตกบันไดได้ บางรายเป็นพยาบาลระดับผู้บริหารจำเป็นต้องนำงานมาทำต่อที่บ้าน หากเป็นงานที่เร่งด่วน ต้องทำงานทั้งคืนโดยไม่ได้หลับนอนเพื่อให้งานเสร็จตามเวลาที่กำหนด บางรายต้องปรับเปลี่ยนการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุให้เข้มข้นกว่าเดิม เพื่อให้ตนเองถูกตำหนิจากผู้บังคับบัญชาและหัวหน้างานว่าไปทำงานสาย ผู้ให้ข้อมูลบางรายที่เคยปฏิบัติงานหมุนเวียน เข้า-ป่วย-ดึก ประสบกับความยากลำบากในการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัว จึงขอย้ายไปแผนกที่ทำงานเฉพาะเวลาราชการ เวลาที่เหลือจะได้ดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวได้อย่างเต็มที่

“ตอนแรกพี่ยอมรับเลยว่า เราก็คือไม่ไหวอะ มัน มันคือเราเหนื่อยมาจากงานมากแล้วอะ อยากนอนแล้ว แต่ว่าพอกลับมาบ้านเนี่ย คำถาม ไม่ต่ำกว่าสามสิบครั้งอะที่ถาม ถามๆ ไรเงี้ย พี่ก็จะแบบ ตอนแรกพี่ก็โมโหอะ คือ โอ้โห แม่ เพิ่งบอกไป...ต้องดูแลอะไรอย่างเงี้ย อืม เพราะว่าผลอไม่ได้ คือ ผลอเนี่ย เขาก็จะหยิบ [ของกิน] บางทีเขาก็ไม่รู้ละคะ เขาก็จะหยิบอันนั้นอันนี้เข้ามากินหรืออะไรอย่างเงี้ย อะไรใกล้ตัวหรืออะไรอย่างเงี้ย คือ ต้องดูเรื่องจะเดินแล้วล้ม ก็เราก็ต้องระวังอุบัติเหตุ” [ID1T1]

“มันก็มีบ้างที่เหนื่อย ก็คือเราเริ่มเหนื่อย เกี่ยวกับเรื่องของบางที เราก็มีภารกิจ พี่ที่เป็น single mom ใอันนี้ [ลูกชาย] ยังเล็กอยู่ อนุบาล...เมื่อก่อนเธอก็ยังทำอะไรไม่ค่อยจะได้เนาะ ก็คือแบบว่าเหมือนต้องดูแลทุกอย่าง แล้วตอนนั้นยังเข้าเวรอยู่ ก็ต้องจัดการตารางชีวิตของตัวเองอะ ว่าจะผลัดกันอยู่ยังไง ผลัดกันดูยังไง จะ switch เวลายังไง ก็คือรู้สึกเหนื่อย รู้สึกเครียด แต่ว่าไม่ได้คุยกันว่าอะไรยังไง เพียงแต่ว่าเรามารู้ว่า เออ มันเป็นหน้าที่อะเน้อ เราต้องทำแล้วก็จะเอาไปไว้ที่อื่นไหมมันก็กระไรอยู่ แล้วเราก็มีพี่น้องกันแค่นี้ พ่อพี่มีลูกคนเดียว แม่เขาก็มีพี่สาวอีกคนอยู่ต่างจังหวัด ซึ่งก็แค่นี้เพราะฉะนั้นก็ต้องดูกันเอง ก็คุยกันว่า เออต้องดูกันเอง...แต่พี่สาวพี่เขาไม่เข้าเลยนะเรื่องพ่อพี่ พ่อเหี้ยว เมื่อก่อนเนี่ย คือเขาไม่ชอบอะ กางเกงพ่อพี่เปื้อนเหี้ยวพี่ซึกได้ แต่พี่สาวพี่เขาทิ้งเลย เขาไม่ชอบสกปรกอะไร



อย่างเจ็ย” [ID2T1]

“พี่ต้องได้ขอย้ายที่ทำงาน เพราะว่าพี่ขึ้นเวรเช้าบ่ายดึก แล้วพี่สาวพี่ลำบาก พี่ก็เลยดิ้นรน พอดีตอนนั้นพี่จบโท ก็เลยดิ้นรนขึ้นไปอยู่งานคุณภาพ ไปอยู่งานวิชาการ ก็ไปเข้าเย็นกลับ ก็จะมีเวลาตอนเย็น แล้ววันวันเสาร์อาทิตย์ไรเจ็ย...แต่ก็รู้สึกเหนื่อยมาก เพราะว่าอยู่งานวิชาการ ต้องเอางานกลับมาทำบ้านด้วย เหนื่อยมาก” [ID2T2]

“บางทีเบื่อ อยากไปเที่ยว อยากไปพักผ่อน แต่ไปไหนไม่ได้ เคยอยากจะทำเขาไป ไปเช้า เย็น กลับ โท ก็ธรรมดา เหนื่อยอะ บอกได้คำเดียวว่าเหนื่อย...รู้สึกที่ไม่มีเวลาส่วนตัว ไม่ได้พัก บางทีวันหยุดเนี่ยนะ วันหยุดที่เป็นวัน off เลยอะ ก็แต่เข้ายันเย็นเลยอะ งานบ้าน ทำไอ้เนี้ย ทำกับข้าวให้เขาเสร็จ ก็ต้องมาจัดการพ่อ ทำ complete เขาวันหยุด วันหยุดจะเป็นวันที่ complete เขา ชักผ้า โกงหนวด ตัดผมเสร็จจะ หมดเวลาไปแล้ว ตกเย็นก็กินข้าวมือเย็น อย่างเจ็ย แบบเป็น cycle ของวันหนึ่ง ไม่ได้พักอะ ถามว่าไม่ได้พัก ไม่มีเวลาส่วนตัวไปไหนค่อนข้างยาก” [ID2T1]

“พอต้องดูแลทั้งพ่อและแม่ที่เป็นโรคสมองเสื่อม พี่ว่าพี่เข้าทำงานได้ไม่เต็มทีนะ แบบว่า คือตอนนี้ตำแหน่งที่ปรึกษา head ไข้ปะ Sub head เนี่ย บริหาร สามสิบ nursing เจ็ดสิบ อยู่ที่นี่ nursing โอเค แต่บริหารเนี่ยบางทีพี่ก็ต้องหอบกลับไปทำ บางทีพี่ก็ทำไม่ได้ เพราะเรากลับไปเรามีภาระ ง่วงนอน ก็ได้เป็นบางวัน วันไหนที่พ่อสงบ แม่สงบ พี่ถึงจะทำงานได้ ก็ทำให้งานล่าช้าเหมือนกัน งานที่จะต้องเร่งด่วน ถ้าเร่งด่วนพี่ก็ต้องอดหลับอดนอนอะ ก็หมายความว่าก็ต้องทำให้เสร็จก็ต้องยอมนอนเที่ยงคืนหนึ่ง อิม เป็นบางวัน” [ID2T2]

“ทั้งทำงานทั้งดูแลแม่ รู้สึกเหนื่อยมาก เวลาอยู่กับเขา เราต้องดูเขาตลอดอะ บางสิ่งที่ยังกลัวอยู่ก็คือเขาเดินออกมาเองแล้ว ตกบันได เพราะฉะนั้นเวลาเขาขยับตัว ทุกคนก็จะต้องตื่นมาดูเขาอะ เขาเดินเข้าห้องน้ำก็กลัวเขาล้ม อะไรอย่างนี้...แล้วก็เหนื่อยเดินทาง

อะไรอย่างนี้ คือเหมือนเราต้องออกจากที่ทำงานปั๊บเนี่ย ต้องไปดูเขา ตอนกลางวัน เขาก็ต้องตื่นมาทำงาน ก็เหนื่อยเฉพาะกับเรื่องของการเดินทางคะ จากโรงพยาบาลไปบ้านแม่เนี่ย ถ้ากลางวันก็ flow หน่อย ก็ถ้าเย็นๆ นะติด ไข่เวลาเป็นชั่วโมง...เพราะข้อจำกัดของพยาบาลเรา คือ จะไม่มีเวลา ถ้ายังมีครอบครัวด้วยเนี่ย มันถูก Fix ด้วยเรื่องของเวลา พี่ถึงให้พี่สาวเขาอยู่ดูแลประจำ เพราะเราเป็นห่วงแม่ แต่พี่ก็จะไปช่วยเขาดูแลได้ก็ตอนหลังเลิกงาน ไปช่วยผลัดเปลี่ยนแค่นั้น หรือเวลาพี่สาวไม่อยู่อะไร พี่ก็จะต้องไปอยู่ดูเขาทุกวัน ซึ่งมันก็เหนื่อย จะเหนื่อยมากเลย มันเป็นเรื่องของเวลามากกว่า” [ID3T2]

“เราก็พยายามปรับตัวกับการดูแลมาเป็นปีเหมือนกัน นะ เพราะว่าตอนแรกเป็นช่วงที่เขาเปลี่ยนปั๊บ เราก็ทำใจ ลำบากอะนะ เราต้องทำงาน เออ ที่มีปัญหาอีกเรื่องก็คือ เรื่องนอน โทนอนไม่เป็นเวล่ำเวลา เขานอนดึก เราก็ต้องมาทำงานตอนเช้า บางทีเราก็จะรู้สึกเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอ นี่คืออีกเรื่องในช่วงหลังๆ จนแบบมีทะเลาะกันบ้าง แต่ตอนนี้ไม่บังคับ นอนเมื่อไหร่ก็นอน เราก็นอนของเราไป” [ID4T2]

“เหนื่อยกับการเดินทางไปทำงาน เพราะว่าจากบ้านไป โรงพยาบาลกลางเนี่ยมันประมาณ ถ้าขนาดไปทางด่วนนะชั่วโมงกว่าๆ แหะนะ แล้วถ้าเราออกสายอะมันจะยิ่งกลายเป็นสองชั่วโมง คือถ้าเราออกเช้าถ้าเราออกหกโมงเช้าแม่ก็ไม่ได้อาบน้ำไง เราจะไปถึงที่ทำงาน ประมาณ เจ็ดโมงสี่สิบห้า เจ็ดโมงห้าสิบ แล้วมันเริ่มผ่าตัด แปะดโม่ง อันนี้เราทำงานทันอยู่ แต่ถ้าเราออกจากบ้าน หกโมงครึ่ง แม่ได้อาบน้ำแต่เราจะไปถึงนู่นประมาณ แปดโมง แปดโมงสิบนาที มันเลยเวลาผ่าตัด เขาลงมีดแปดโมงเราก็จะกลายเป็นคนไปทำงานสาย ทุกวันๆ แต่พอตอนหลังมาเราก็ปลุกแม่เร็วขึ้น แต่เราก็รู้สึกผิดว่าเขาต้องตื่นเข้ามาอาบน้ำ ได้อย่างเสียอย่าง แล้วถามอะไรอีก ถามว่าไร้มั้ง แล้วก็ไ้เวลาเราไปสายอะ เขาก็เฟ่งเล็งเนาะ เราก็เลยบอกกับหัวหน้าว่า เดี่ยวเราจะอยู่อีกไม่นานหรอกเดี๋ยวครบบำนาญเราจะออกและ จริงๆหัวหน้าก็บอกว่าไม่ต้องออกหรอกไปสายก็ได้ แหมแต่เราเป็นหัวหน้าห้องไง มัน

ต้องไปเตรียมของอะ ถ้าเราไปสายทุกวันไอ้คนอยู่ด้วย น้องอะ มันก็ดูแบบว่าไม่ดีเนาะ น้องมันจะเป็นเตรียมจริงๆเราเป็นหัวหน้าเราก็ต้องไปเตรียม แต่ถ้าเราปล่อยให้น้องเตรียมเราว่ามันก็ไม่ดีอ่า เพราะว่าป็นหัวหน้าไง มันต้องทำตัวอย่างเขาอะ ตอนหลังก็เลยปลุกแม่เข้าขึ้นนั่นแหละ แล้วก็อาบน้ำแล้วก็ไปให้ทันก่อนแปดโมง จะได้เตรียมของอะไรให้เสร็จ จะได้ไม่สายด้วย” [ID5T2]

“ก็มีเหน้อยบ้างเนอะ เพราะพี่ชายพี่จริงๆ แล้วเรื่องดูแลอะไรพวกนี้ไม่ค่อยนะ เพราะว่าเขาก็มีลูกเล็กเนาะ แต่เขาก็จะมาเหมือนมาเป็นเพื่อนคุยมากกว่าเนาะ เสาร์อาทิตย์ ว่ามาแล้วนะ มาคุยกับแม่ เอาหลานมาเล่นด้วย อะไร้ แต่ถ้าเรื่องดูแลหลักก็จะเป็นพี่อย่างเช่น ถ้าพาแม่ไปหาหมอ ก็จะเป็นพี่ไปทั้งหมด พี่ทั้งหมด เขาก็จะมาแคเล่น พาไปกินข้าวด้วยกันอะไรอย่างนี้ เขาก็จะอยู่ในส่วนนั้นมากกว่า” [ID6T1]

“เหน้อยใหม่ เหน้อย ก็เหน้อยนะ เหน้อยเวลาเขาไม่สบายอย่างนี้มานอน โรงพยาบาล เร็วๆ นี้เขาก็ฟังปอดบวม วันนั้นก็อาละวาด เหมือนกลางคืน หมอต้องโทรมากลางดึกเลย บางที่เราอยู่เวรก็ต้องวิ่งไปดูว่า เออเป็นยังไง เหมือนเราเป็น First call อันดับแรกเลยอะ มีอะไรเขาก็จะเรียกเราเป็นคนแรก ก็จะเหน้อยๆ” [ID9T1]

“รู้สึกเหน้อยอะ มันเหมือนกับว่าน้องเขาก็ช่วยเราดูแลแม่แหละ เหมือนกับแบ่งหน้าที่ไว้ให้แล้ว แต่บางทีเขาก็ไม่ช่วย อย่างที่เวลาพาแม่ไปอาบน้ำ เขาก็จะมาช่วยยกอาม่านั่งเก้าอี้ในห้องน้ำแล้วก็ช่วยกันอาบน้ำ แต่พี่ก็ต้องเป็นตัวหลัก เพราะน้องเป็นผู้ชาย และเราเป็นพยาบาลด้วยเหมือนเขาค่อนข้างจะคาดหวังว่าเป็นหน้าที่ของเรา เราก็เลยจะเหน้อยกว่าเขา ยอมรับว่าบางทีแม่ก็นอนกับเรา เวลากลับบ้านเสร็จพี่ก็หลับเลย เพราะทำงานมาเหน้อยอะเนอะ ก็ไม่มีใครพลิกตะแคงตัวแม่ให้ ก็เลยซื้อที่นอนลมไปให้ แต่โชคดีที่ว่าแม่ไม่มีแผลกดทับ เพราะตื่นมาอีกทีหนึ่งก็มาเป็นช่วงตอนตีห้าเลย” [ID11T2]

“เอาจริงๆเลยนะ พี่รู้สึกเหนื่อยมาก มันเหนื่อยจน  
 อยากร้องไห้อ่ะ ไม่อยากจะทำอะไร บางทีหลับไปทั้งชุดพยาบาลนะ หลับไป  
 ทั้งแบบทำเสร็จกับแบบว่า ขอกุ๊กพักสายตาแปะหนึ่ง ยังตื่นอีกทีดีสองดี  
 สามเลยอ่ะ...นอนจนแบบว่า...มันนอนตรงไหนก็ได้นอนตรงไหนก็หลับ  
 นอนตรงไหนก็หลับจริงๆ เพราะว่าไหนจะงานที่ต้องดูแล มีลูก แล้วก็  
 เกรงใจสามี แต่ก็ต้องทำ เคลียร์กับคนในบ้านก่อน เคลียร์กับแฟนก่อน  
 ว่า พ่อต้องมาอยู่ด้วยนะ แล้วก็จัดบ้าน ต้องทำบ้านใหม่ ซื้เฟอร์นิเจอร์  
 ซื้อะไรที่แบบ จัดเป็นที่ของเขา แล้วก็ต้องบริหารเวลาตัวเองแบบสุดๆ  
 อ่ะ เพราะพ่อก้าวมาอยู่ด้วยกันปุ๊บ แม่เขาก็จะคิดก่อนเลยว่า มาอยู่  
 กับเราอ่ะ เขาจะสบายกว่าที่เขาอยู่คนเดียวตอนกลางวันแล้วมีพี่สาวมา  
 ตอนเย็น ซึ่งงานที่นั่นมันก็ไม่ค่อยต่างกันหรอก เพราะเราก็ทำงานบางที่  
 ลงเวรมาหรือไรมาก็ค่อนข้างชิวๆ แต่ว่าแม่เขาก็จะเรียกอ่ะ เขาก็จะ  
 ตามแบบ เนี้จี้ มาเนี่ยน้อย เขาไม่รู้หรอกว่าเราทำงานมา เขาก็ เขารู้  
 แหละแต่เขาก็เรียกเพราะเขาอยู่คนเดียวเนาะ พ่อก้าวมาอยู่ด้วยกันเขาก็  
 ตาม เนี้ย ทำไ้เนี่ยให้หน่อย ทำไ้เนี่ยให้หน่อย พี่ก็เลย นอนน้อยอะ  
 นอนไม่พอ บางทีแบบ เคยลงดึกมาแล้วได้หลับสบายๆ ไซ้ใหม่ หลับ  
 ยาวๆ อย่างสี่ห้าชั่วโมงต่อเนื่องกันอย่างเนี่ย หลังจากลงดึกมาอย่างเนี่ย  
 ตอนนั้นคือไม่ได้อะ พ่อมาอยู่ด้วยแม่อยู่ด้วยอ่ะ พอลงมากก็ต้องหาข้าว  
 และ เพราะว่าพ่อก้าวมาอยู่ที่นี่เขาก็จะไม่รู้และว่าอะไรคือที่ไหน คนแก่  
 ย้ายจากที่หนึ่งมาอยู่อีกที่หนึ่งอ่ะเนาะ แม่เขาก็จะกลัวการออกไปนู่นนี่  
 นั่น กลายเป็นทุกอย่างคือเราหมด ซื้กับข้าว วัตถุดิบ ถ้าเขาอยากทำ  
 อะไรเขาจะบอกอยากกินนี่ๆ แล้วเขาทำเอง แต่เราต้องเป็นคนซื้ของ  
 แล้วลงมากก็ต้องมาดูแลพ่อต่อ” [ID14T1]

## 5.2 รู้สึกท้อ เครียดง่าย และเหนื่อยใจ

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงความรู้สึกทางลบ โดยเฉพาะความกดดันที่ถูกสมาชิกในครอบครัว  
 มอบหมายให้ตนเองเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยที่พี่น้องคนอื่นไม่มาหมั่นเวียนผลัดเปลี่ยนกันดูแล แม้ว่า  
 บางครอบครัวจะมีสมาชิกอื่นในครอบครัวช่วยดูแลแต่ก็ไม่ได้ช่วยทำกิจวัตรประจำวันให้ผู้สูงอายุ  
 ดังนั้นภาระหน้าที่หลักจึงตกแก่สมาชิกครอบครัวที่เป็นพยาบาล และถูกคาดหวังว่าพยาบาลจะดูแล  
 ผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี แต่ภายใต้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะผู้สูงอายุแต่  
 ละคนมีความแตกต่างกัน ไม่มีตำราเล่มใดที่สามารถนำมาใช้ได้ทุกอย่าง ผู้ให้ข้อมูลต้องเรียนรู้จาก

พฤติกรรมของผู้สูงอายุ บางวันที่เหนื่อยมาจากการทำงานประจำ เมื่อถึงบ้านอยากพักผ่อน แต่ก็ทำไม่ได้ เนื่องจากต้องจัดการทำความสะอาดทั้งตัวผู้สูงอายุและบริเวณบ้านที่ผู้สูงอายุทำเลอะเทอะไว้ เวลาไปทำงานก็เกิดความกังวลใจว่าปล่อยให้ผู้สูงอายุดูแลผู้สูงอายุกันเอง เช่น พ่อดูแลแม่ที่มีภาวะสมองเสื่อม อาจเกิดอันตรายได้ เนื่องจากความไม่รู้และการตัดสินใจซ้ำของผู้สูงอายุที่เป็นผู้ดูแล กว่าผู้ให้ข้อมูลจะกลับมาช่วยเหลือ เวลาที่ล่วงเลยไปมากแล้ว ผู้สูงอายุบางรายต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด แต่เมื่อผู้ให้ข้อมูลมาทำงาน แม้จะมีคนอื่นอยู่บ้าน แต่ก็ไม่ได้ใส่ใจตามประกบผู้สูงอายุตลอดเวลา ผู้สูงอายุอาจหนีหายไปจากบ้านได้ นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังเกิดความเครียดกับการเผชิญกับผู้สูงอายุที่มีภาวะหลงลืมแล้วจำไม่ได้ว่าผู้ดูแลเป็นใคร ผู้สูงอายุบางรายคิดว่าเป็นศัตรู คว้ามืดออกมาจะทำร้ายผู้ให้ข้อมูล ภาพเหล่านี้ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเครียด เป็นทุกข์และทำใจไม่ได้ที่พ่อ/แม่จำตนเองไม่ได้ เครียดทุกครั้งที่ยพยายามหาคำตอบว่าทำไมพี่น้องคนอื่นไม่มาช่วยดูแลบ้าง ทั้งๆที่ทุกคนก็เป็นลูกเช่นเดียวกับผู้ให้ข้อมูล บางครั้งผู้ให้ข้อมูลก็รู้สึกท้อที่ตนเองไม่เข้าใจว่าผู้สูงอายุต้องการอะไร หยิบจับอะไรมาให้ก็ไม่ถูกใจ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกหงุดหงิด ส่วนผู้ให้ข้อมูลเองก็หงุดหงิดเช่นกัน

“คือพี่ๆของพี่อะ เขาสามคนเนี่ย คือเขาแต่งงานมีครอบครัวกันไปหมดละ พี่ชายคนหนึ่งก็อยู่ภาคเหนืออยู่เชียงใหม่ก็ตัดไปได้เลย เพราะตัวเขาเองเนี่ยเขายังไม่สนใจอะไรเลยอะ อืม เหมือนกับแบบว่าเขาเอาแต่เรื่องของเขานะ และอีกคนหนึ่งเนี่ยคือแต่งงานกับฝรั่งก็ไปอยู่ต่างประเทศเลย ส่วนอีกคนหนึ่งก็คือแต่งงาน ผู้หญิงเนี่ยแหละ เขาก็มีครอบครัวเขาก็ไปอยู่บ้านสามเวิ้งเขาอะ ในบ้านเนี่ยก็จะเหลือพี่กับแม่อยู่สองคน พ่อแม่เป็นโรคสมองเสื่อม...ทุกคนลงความเห็นว่าเป็นพี่เป็นพยาบาล สองพี่เป็นน้องคนสุดท้าย และพี่ที่เป็นคนเดียวที่ไม่ได้แต่งงาน เพราะฉะนั้นคุณอยู่กับแม่ที่บ้านอยู่แล้ว เพราะฉะนั้นแล้วเธอนั้นแหละเหมาะสมที่สุดแล้ว ที่จะต้องดูแล พี่ก็แบบ อึ้งอะ ฮึ้ยทำไมคนอื่นไม่เจอ ทำไมพี่น้องคนอื่นไม่เจอ ทำไมต้องเป็นเราคนเดียว... รู้สึกเครียดมากและรู้สึก โห แบบทำไมเราต้องเจออย่างนี้ แล้วก็เล่าให้พี่น้องฟังด้วยนะคะ เพราะว่าจะมีพี่สาวในกรุงเทพฯ คนหนึ่ง เขาก็จะมาทุกวันเสาร์ เราก็เล่า เราก็บอกว่า โห เนี่ย ละก็ คืออยากให้เราเข้าใจ แต่แบบที่ตอนเขามาสองสามชั่วโมงเนี่ย ไม่เห็นสภาพนั้นนะคะ เขาก็ไม่เชื่อ เขาก็บอกว่าธรรมดา หลงลืมก็ต้องเป็นแบบนี้แหละ เราเป็นพยาบาล ทำไม ถึงทำใจไม่ได้อะไรเงี้ยคะ...พี่ก็แบบตอนแรกทำใจไม่ได้เลย...พี่ก็จะแบบคือ เครียดมากแล้วก็รู้สึกแบบ

มันทุกซั่มนะ มันรู้สึกแบบ ทำไมต้องเป็นเรา เฮ้ยทำไมคนอื่นเขาก็ลูก เหมือนกัน แบบมันกดตัน แต่ว่าคือไม่ดูก็ได้อะ คือแม่เราเอง ก็รู้สึก แบบ ฮี๊ย ทำไม ทำไมเรา เอ้อ คำว่าทำไมต้องเป็นเราเนี่ยอยู่กับพี่มานานเลยนะเฮ้ย ทำไมไม่มีใครรับฟังเราเลยอะไรอย่างเงี้ย ก็คือจะเก็บกดเอง” [ID1T1]

“บางที่เราก็มีท้ออยู่บ่อยๆ เหมือนกันนะ คือ เราอยากเข้าใจเขามากกว่านี้ แต่เราไม่รู้ ตรงนี้ที่เราไม่เข้าใจเขา ช่วงตรงจังหวะนั้น อย่างที่บอกว่า พยายามเรียนรู้ว่าเขาอยากได้อันนี้ แล้วเราก็เอามาให้ แต่ว่ามันก็มีบางครั้งที่มันไม่ตรงใจเขาดีเลย แล้วสุดท้ายก็ต้องปล่อยให้เขาหงุดหงิดไป เราก็หงุดหงิดไป” [ID4T1]

“เวลาที่มาทำงาน พี่กังวลนะ เพราะต้องปล่อยให้พ่อ กับแม่อยู่ด้วยกัน พ่อที่อายุใกล้กันกับแม่ มันจะมีอุบัติเหตุอย่างนี้เกิดขึ้นได้ เพราะว่าผู้ดูแลเขาไม่ได้รับการอบรมอะ แล้วเขาก็ไม่รู้หรือกว่า คนไข้แบบนี้ มันเกิดอุบัติเหตุแบบนี้ได้ เขาก็จะคิดว่าเป็นคนธรรมดา เดินไปไหนก็เดินไปดี เขาไม่ได้ประกบตามใจ แต่ถ้าเราอยู่บ้านเราจะประกบตามเขาอะ หมายถึงถ้าเขาเดินไปไหนเราก็จะไปด้วย เพราะเขาเริ่มเป็น Parkinson ละ เขาจะเดินถี่ๆ หน้อยอะ แล้วก็ นอกจากเรื่องอุบัติเหตุล้ม แล้วก็ก็มีเวลาฉี่แล้วอะเขาไม่ได้สนใจหรือกว่าได้ฉี่แล้ว นอกจากคนไข้จะบอก เขาจะไม่มีมารมาตรวจดูว่า ฉี่หรือเปล่า เพราะว่าฉี่เนี่ยไอ้แพมพิลทีใส่ไว้มันจะตุงไง เพราะว่าทางนี้เขาก็บอก ว่านอนหลับ เขาไม่รู้หรือกว่าฉี่เพราะเขาไม่ได้ถาม แล้วเขาก็ไม่ได้ดู เขาก็คิดว่าเป็นคนปกติ ถ้าฉี่จะบอกของเขาเอง เขาเข้าใจแบบนั้น ทำให้คนไข้เสี่ยงติดเชื้อ แล้วก็ Bedsores กลัวจะติดเชื้อทางปัสสาวะ แล้วก็กลัว กลัวล้มกลัวกระดูกหัก กลัวหลายอย่าง...อย่างตอนนั้นขึ้นนอร์ดอยู่ ถ้าพ่อโทรไปเราจะได้รับกลับบ้านไง เขาล้มตั้งแต่ป่วยสองอะแล้ว เรากลับมาถึงบ้านก็สองทุ่ม ก็ชั่วโมงวะ หก ไข้ไหม คือถ้าเรารู้ตอนป่วยสองคนไข้อาจจะได้ไปโรงพยาบาล ลักป่วยสามป่วยสี่อะ เราขออาจารย์ออกมาได้ แต่ทั้งนี้เขาคิดว่าไม่เป็นไรเพราะเขาถามคนไข้ว่า เป็นไรเปล่า แม่ก็บอกไม่เป็นไร คือถามว่าปวดไหม เปล่า เงี้ย เขาก็เชื่อถามที่

คนไข้บอกแหละ เป็นไปได้หรือ ก็คนไข้เขาพูดบอกไม่ได้ไง เราเลยรู้สึก ตอนเราเห็นพี่ก็ตกใจ แล้วก็รู้สึกโมโหว่าทำไมไม่โทรไปบอก เพราะเราก็คงกลัวคนไข้เขาจะเป็นอะไรเยอะไยเพราะว่าตอนนั้นมันปูดออกมาเยอะมาก” [ID5T1]

“ช่วงที่แม่ก้าวร้าวจะเป็นช่วงที่พี่เครียดมาก ก็คือแกลงก็คือเพิ่งได้ยาด้วยเนาะยามันยังไม่ ยามันยังไม่ปรับตัวไม่ได้ แม่เขาจะอาละวาด เขาจะเห็นพี่เป็นศัตรู เขาจะรู้สึกว่าพี่เอาเงินเขาไป เขาก็มีสมุดบัญชีอะไรของเขาถืออย่างเนี่ยนะ แล้วมันเป็นชื่อพี่ ของแม่เนี่ยนะ เป็นสภกรณ์และก็จะเพื่อนางอันนี้ เขาจะเห็นว่าชื่อบัญชีเป็นชื่อพี่เขาจะโกรธว่า เอาเงินเขาไป ช่วงนั้นเครียดมาก กลับบ้านก็ต้องคอยดูเพราะเขาถือมีดมาเขาบอกว่าจะทำร้าย หาวาพี่โกงเขา แล้วก็ เออ..บางทีเรารู้สึกเศร้าเหมือนกันตรงที่ กลับบ้านไปแล้วแม่มองหน้าแล้วถามว่าคุณเป็นใคร แบบเราก็อึ้งๆ ที่รู้ว่าจะเป็นอาการ เราก็ทำใจลำบาก เหมือนกันที่อยู่ๆ เห็นหน้ากันทุกวัน และหันมา ตาไม่มีแวว แล้วถามว่าคุณเป็นใคร ชื่ออะไร แต่พอรักษาได้ยากก็เรียบริยตั้มไม่ เป็นไร เป็นอยู่สักหนึ่งเดือนได้มั้ง ช่วงปีแรกของการป่วยเนี่ยนะ”

[ID6T1]

“ครั้งแรกที่คุณหมอบอกว่าอำมาเป็นสมองเสื่อมครับ ก็กลัวเนาะ คือเหมือนกับว่าพอเป็นเนี่ย แต่เราไม่ได้ไปอบรมด้านนี้หรอกนะ พอจะรู้บ้างว่าเอาต่อไปถ้ามัน Progress ไป หรือว่าจำลูกหลานไม่ได้ หรือ เขาช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ กินเองไม่ได้ หนีออกไปจากบ้าน หรือจำอะไรไม่ได้เนี่ย มันจะน่าเศร้าเนาะ เออถ้าเขาเป็นอย่างนั้น จำลูกหลานไม่ได้จะทำยังไง เหมือนกับว่าฉันเป็นใคร อะไรอย่างนี้ มันก็ยิ่งจะน่ากลัว” [ID9T1]

“รู้สึกเครียดมากเลยนะ แม่ก็จะชอบมาฟ้องเราเกี่ยวกับเรื่องพ่อ คือมันหลายๆอย่างอะ ฟ้องนู่นฟ้องนี้ ใฮ่นู่น ใฮ่นี่ ทำไม่เนี่ยทะเลาะกันอีกละ อะไรเนี่ย ทำไมบ้านไม่สงบสุขเหมือนแต่ก่อน รู้สึกผิดปกติ เดี่ยวไอนุ่นฟัง ใฮ่นี่เสีย เป็นอะไรเนี่ย ทำไมทำไมใครเวพ

ฟังอีกแล้ว อะไรเนี่ย แบบ เราก็จะเครียดไง...เรารู้สึก เอ้อ เป็นอีกละ หงุดหงิดอะ หงุดหงิด ฟังอีกแล้ว ของเสียอีกแล้ว หงุดหงิดอะ อิม... เวลาพ่อเข้าห้องน้ำ ล้างกัน รู้สึก เอ๊ะ เป็นไร ทำไมมันเป็นเยอะ ตอนแรกคิดว่าเป็นนั่น ท้องเสีย electrolyte imbalance ก็ไม่ ก็เอ๊ะ รู้สึก ซักเป็นบ่อย เพราะว่าแม่บ่นบ่อยมากกว่าทำห้องน้ำเลอะบ่อยมาก เออ เราก็เอ๊ะ ปกติเขาไม่เป็นแบบนี้ไง เขาจะแบบ คือเลอะเทอะ แต่ก็ไม่ได้ แบบสกปรกเรียวดอนอย่างนั้นไง นี่สกปรกเรียวดอน เพราะว่าเขาจะตื้อ ตื้อเยอะ เออ ตื้อเยอะมาก” [ID10T2]

“พูดถึงเราก็เป็นพยาบาล แต่เราก็ไม่ได้มีความรู้ด้าน ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม หรือว่าสมองเสื่อมอะไรพวกนั้น ยิ่งที่อยู่ ทางด้านสูติฯ [สูตินรีเวช] เด็กรู้ ความรู้ด้านนี้ยังแทบไม่มีเลย เพราะ ไม่ได้เรียนด้านผู้สูงอายุอะไรพวกนี้ ในช่วงที่เราต้องมาดูแลน้ำที่เป็น โรคสมองเสื่อม พี่ก็จะรู้สึกทั้งกังวล ทั้งเครียด...เพราะว่า ชีวิตประจำวัน จะเปลี่ยนไปไง จากที่เขาเคยทำอะไรได้ เคยทำอะไรได้ด้วยตัวเองหรือ อะไรอย่างนี้ ก็กลายเป็นว่าจะต้องมีคนดูแลประกบเขา ใกล้เคียงขึ้น ... เพราะเขาเคยเดินออกจากบ้านไปด้วยนะ หายออกจากบ้านไปด้วยนะ ไปถึงนู่นแหละ ไปถึงแปดริ้วนะ แกจำได้ว่าแกเคยอยู่โลตัส หลังจากนั้นก็เครียดกันไง เลยต้องแบบ อยู่กับเขาตลอดเวลา ไม่สามารถปล่อย ได้ อะไรอย่างนี้...ทั้งเป็นหวังว่า เอ้อ เราจะช่วยได้แค่นั้น อะไร ประมาณนี้ เพราะน้ำพฤติกรรมเปลี่ยนไปเยอะมาก ซึ่งเขาจะมีอารมณ์ ฉุนเฉียว แล้วก็พูดในเรื่องร้ายๆทุกวัน” [ID13T1]

“รู้สึกกดดัน และเครียดนะ ก็อยู่แล้ว เพราะเราเป็น พยาบาล ที่บ้านเขาคาดหวังกับเราทุกอย่างที่เป็นเกี่ยวกับเรื่องการ เจ็บป่วย คาดหวังร้อยเปอร์เซ็นต์ เขาจะคอยถาม คอยถ้ามีอาการ ผิดปกติ พี่จะเป็นคนตัดสินใจในเรื่อง ดูอาการก่อนมาโรงพยาบาล ไป นู่น ไปตรงนี้ๆ ทุกอย่างเป็นเราที่เป็น center เลย เวลาเขาบอก หทัย พ่อมีไข้เนะ ถ้าพูดคำว่าไข้บ๊อบ ไปเอาปรอทมา วัดไข้ ถ่ายรูปมา หรือตอนที่อยู่ด้วยกัน พ่อวัดไข้บ๊อบ พี่ตามรถเลย ตามรถไปเลย ตัดสินใจเลย ใครก็ไม่ตัดสินใจเท่าเราอะ คือเราเป็นคนตัดสินใจทุกอย่าง



ทุกเรื่อง แล้วมันเป็นอย่างนั้นจริงๆ เขาทำอะไรกันไม่ได้เลยถ้าเป็นเรื่อง  
เจ็บป่วย เราคคนเดียว” [ID14T1]

## 6. ทาวิธีจัดการ เพื่อให้ชีวิตเกิดสมดุล

เมื่อผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าการรับผิดชอบที่ตนทำอยู่นั้นเกินกำลังความสามารถของตน เนื่องจากมีทั้งงานประจำ การดูแลครอบครัว และการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมซึ่งต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและเผชิญกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์จากผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงแสวงหาวิธีการจัดการให้ชีวิตเกิดสมดุล ดังนี้ 6.1) ให้ญาติผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนดูแลร่วมด้วย 6.2) หาพี่เลี้ยงช่วย แต่อยู่ไม่ทน ต้องมีกลยุทธ์ข้อใจหลายอย่าง และ 6.3) บางปัญหาไม่ได้หมดไป ต้องเรียนรู้แก้ไขและทำใจไปพร้อมๆ กัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### 6.1 ให้ญาติผลัดเปลี่ยน หมุนเวียนดูแลร่วมด้วย

เมื่อผู้ให้ข้อมูลได้พูดคุยถึงอาการป่วยของผู้สูงอายุที่มีอาการถดถอยลง ผู้สูงอายุจึงต้องการการดูแลที่มากขึ้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถดูแลคนเดียวได้อย่างเต็มที่ จำเป็นต้องมีสมาชิกอื่นมาผลัดเปลี่ยนช่วย หรือแบ่งหน้าที่กันดูแล ผู้ให้ข้อมูลบางรายสะท้อนให้ฟังว่า เมื่อถึงเวลาหนึ่งที่แม่มีอาการมากขึ้น จึงต้องการผู้ช่วยเหลือ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจสมาชิกครอบครัวอื่นที่เป็นผู้ดูแลญาติผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลระลึกถึงญาติผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่เคยมารักษาในหน่วยงานที่ผู้ให้ข้อมูลทำงานอยู่ ต้องล้าแม่ซึ่งป่วยด้วยโรคดังกล่าวไว้ที่บ้าน เนื่องจากไม่มีเงินเพียงพอที่จะจ้างผู้ดูแล แต่ถ้าให้แม่อยู่บ้านคนเดียวอาจเดินออกจากบ้านแล้วเกิดอุบัติเหตุได้ ดังนั้นการหาผู้ช่วยเหลือโดยเฉพาะญาติพี่น้อง เป็นทางเลือกหนึ่งของผู้ให้ข้อมูลนำมาใช้ในการลดความเครียดของตนเอง แม้ว่าสมาชิกคนอื่นในครอบครัวไม่สามารถให้การพยาบาลได้เหมือนผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพยาบาล เช่น การอาบน้ำเช็ดตัว ทำความสะอาดร่างกาย แต่การแบ่งเบาภาระอื่นๆ เช่น การมาอยู่เป็นเพื่อนผู้สูงอายุ การจัดหาอาหารให้ผู้สูงอายุและนั่งรับประทานอาหารเป็นเพื่อนผู้สูงอายุ แบ่งเวรกันนอนเฝ้าผู้สูงอายุ กิจกรรมเหล่านี้สามารถช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลได้มีเวลาผ่อนคลายความเครียด และลดพฤติกรรมหงุดหงิด หรืออารมณ์ก้าวร้าวฉุนเฉียว (aggressive) ของผู้ให้ข้อมูลลงได้

“มันต้องมีคนช่วย ที่สำคัญเลย เราไม่สามารถที่จะ  
เอ๋อ ยืนหยัดและก็แบบ stable ดูได้ดีตลอดอะไรอย่างเงี้ย ช่วงไหนไม่  
ไหวขอตัวช่วย คือพี่ก็จะเป็นเนี่ย เพื่อนไม่ก็พี่สาว...การที่มีคนช่วย  
support สำคัญอย่างมีบางคนเอ [นามสมมุติ] เอ [นามสมมุติ] เข้าใจ  
เลยคะ เขามาแล้ว อย่างญาติคนใจอย่างเงี้ย เขาต้องล้าแม่เขาที่เป็น  
สมองเสื่อมไว้อะคะ เพราะว่าเราไม่สามารถที่จะจ้างคนมาได้ เพราะ

เขาไม่มีเงินพอ แล้วก็ถ้าปล่อย ไม่ล่าม แล้วแม่ออกนอกบ้าน แล้วเกิดอุบัติเหตุคะ มันเคยมีแล้วที่แบบหลาย Case มาก อันนี้เป็นพ่อของหมอที่โรงพยาบาลพี่เองเลย เขาไม่คิดว่าจะหนีออกไปไกลขนาดนั้น ก็คือโดนรถชนตาย คือมันโหดมากอะไรอย่างเงี้ย ก็เข้าใจคะว่าเรื่องเงินเนี่ย พี่โชคดีมากที่ของพี่มีคน support ตรงนี้ เพราะฉะนั้นตัว support สำคัญจริงๆ ค่ะ” [ID1T2]

“พี่สาวกับพี่ เราก็ดูกันไปช่วยกัน ก็มีอะไรก็คุยกันกับพี่สาว ก็จะคุยกันว่า วันนี้ คือพี่สาวพี่ก็ยังทำงาน เราก็คุยกันว่า เราทำงานวันนี้เราทำ เรากลับช้า เรากลับเร็วอะไรอย่างเงี้ย จะคุยกันอย่างไร คือช่วยกัน manage กันภายในบ้าน ก็ช่วยกันดูแล...พี่ก็จะดูแลเรื่องสุขภาพ ถ้าเกิดพ่อแม่เจ็บป่วยพี่ก็จะเอามาโรงพยาบาล พี่ก็จะเป็นคนดูแลด้วย พี่สาวพี่ก็ช่วย support เรื่องเงิน ช่วยดูแลบ้าง เรื่องสุขภาพบ้างแต่ว่าเขาไม่ค่อยได้ลงทำ...พี่สาวเขาจะดูแลเรื่องล้างจาน ซักผ้าอะไรอย่างเงี้ย แบ่งงานกันทำ... พี่จะเป็นคนลงมือทำ nursing care ทั้งหมดอะ...คือพี่จะลงในเรื่องของ ดูแลความสะอาด ความเรียบร้อย...อย่างพ่อเข้าห้องน้ำ อาบน้ำ สระผม โกนหนวด พี่จะเป็นคนทำ” [ID1T1]

“การดูแลพ่อแม่ที่เป็นโรคสมองเสื่อมนะ พี่แนะนำเลยให้หาคนมาช่วยผลัดเปลี่ยนเลย เพราะว่าถ้าคนเดียวมันจะหนัก ดูจากตัวเองเป็นหลักคือเราจะเครียดเนาะ คนดูแลมันต้องมีเวลา ต้องได้พัก การอยู่กับเขาทั้งวันทั้งคืนยี่สิบสี่ชั่วโมง เป็นเวลายาวๆ มันทำให้สุขภาพเราล้า มันจะทำให้เราอะ จะ aggressive ขึ้นมา เห็นจากพี่สาว เออ พี่สาวพี่เริ่ม aggressive คือหงุดหงิดง่าย แล้วเขาก็ฉุดเฉี่ยวบางทีแม่ด่าเขาก็ จี จีอะ อะไรนักหนาขั้นก็ไม่กลับบ้านสะเลยนี้ ก็ส่งผล ต่อภาวะทางอารมณ์ ก็พยายาม clam down กัน” [ID2T2]

“เวลาที่พี่ออกมาทำงานที่โรงพยาบาล พี่ก็จะเปลี่ยนให้สามมีดู เพราะว่าสามมีพี่ ก็ ทำงาน เออ ชุรกิจส่วนตัว ชายของทางอินเทอร์เนต ชายอะไหล่จักรยาน เขาก็มีเวลาอยู่ ดูได้ เวลาที่เขาอยู่กับ

แม่ เขาก็จะดูแลเรื่องเสิร์ฟอาหารให้ทาน ก็เป็นอาหารที่พี่เตรียมไว้ให้ ก่อนมาทำงาน เขาจะนั่งกินข้าวเป็นเพื่อนแม่ เพราะแม่พี่เขาก็ทานอาหารเองได้อยู่ แล้วก็เปิดทีวีให้ดู เปิดข่าว เปิดรายการทั่วไปไปเรื่อยค่ะ แล้วก็ชวนคุยเล่นทั่วไป ไม่ให้เขาเหงา” [ID4T2]

“คือพี่จะมีปัญหาในเรื่องของเวลา การงาน แล้วก็ที่ บ้านคนน้อยอะ มีกันแค่นี้ ถ้ามีใครอีกซักคนที่อยู่บ้านพี่ โดยที่แบบว่า พี่หรือน้องหรือญาติใครซักคน มาช่วยผลัดเปลี่ยน เราคงได้ดูเขา มากกว่านี้ อย่างน้อยช่วงที่เรามาทำงานก็ให้คนนี้ดูไว้ก่อน กลับไปเราก็คงยังได้มีเวลาดูเขาได้แบบ ทบทวนอะไรซึ่ง ซึ่งเราได้ความรู้มาอย่างเช่น อย่าง เนี่ย เรื่องของการดูแลสุขภาพ การใช้อะไรที่ช่วยกระตุ้นความจำ อะไรเนี่ย จะได้มีเวลารื้อฟื้นให้เขาช้ากว่านี้อีกนิดหนึ่งอะ ให้ชีวิตมันดี กว่านี้หน่อยอะ” [ID10T2]

“มันก็เครียดเนาะ เพราะเราต้องดูแลแม่ทั้งวันทั้งคืน แต่พอพี่สาวมาช่วยผลัดเปลี่ยนบ้าง เราก็คงดีขึ้น แต่พอต้องนอนเฝ้าทั้งวัน ทั้งคืน เฝ้าทุกคืนเนี่ย เขาก็เริ่มไม่ไหว แต่พอหลังๆ เนี่ย ...เราจะ แบ่งเป็นเวรนะ ก่อนหน้านั้นนะ น้องจะเฝ้ากลางคืน พี่สาวเฝ้ากลางวัน เราก็คงไปดูเสาร์อาทิตย์ วันหยุด คือวันธรรมดา ตอนเย็นเราก็คงไปดู แค่ว่า ส้มผัส เฝ้า แบบหนึ่ง แล้วเราก็คง เขาก็มาทำงานปกติ คือ อยู่เฝ้า คือนอนเฝ้าตั้งแต่กลางคืน เข้าขึ้นมา อาบน้ำแต่งตัว มีอะไรเรียกนะ อาบน้ำนี่ก็ดูหมดเลย เฝ้านอนตอนกลางคืน ก็เป็นเพื่อนเนาะ เข้าขึ้นมา ก็จับอาบน้ำสระผม เรียบบร้อย บ้อนข้าว ประมาณนี้ ก็ดูแลจนกระทั่ง แกนอน แล้วก็เข้านมาก็ดูอย่างนี้” [ID14T2]

## 6.2 หาพี่เลี้ยงช่วยแต่อยู่ไม่ทน ต้องมีกลยุทธ์ข้อใจหลายอย่าง

ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถหาสมาชิกคนอื่นในครอบครัวช่วยดูแลผู้สูงอายุได้ สมาชิกอื่นจึงเสนอให้จ้างผู้ดูแล หรือที่เรียกว่า “พี่เลี้ยง” ดูแลผู้สูงอายุแทน ซึ่งการหาพี่เลี้ยงดีๆ นั้นหายาก เพราะส่วนมากผู้ดูแลจะไม่สามารถทำงานกับผู้สูงอายุได้นาน เนื่องจากพฤติกรรมของผู้สูงอายุ เช่น การถามคำถามเดิมๆ ซ้ำไปซ้ำมา ความเหงาและความเจ็บที่ต้องอยู่ในบ้านกับผู้สูงอายุสองคน บางครั้งพี่เลี้ยงออกไปเที่ยวนอกบ้านแล้วทิ้งให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านคนเดียว ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“พี่เลี้ยงจะออกบ่อยอะคะ เขาบอกว่ามันเหงา มันเจี๊ยบ เพราะว่าอยู่กับแม่แค่สองคน บางคนเขาเบื่อกับที่ต้องตอบคำถาม บางคนเราลองคือ จริงๆ วันนี้เราต้องกลับบ้าน เราทำโอที กลับบ้านสองทุ่มอย่างเจี๊ยบอะ บางวันคือ ก็แบบแลกเวรกับน้องอะไรอย่างเจี๊ยบอะ พอกลับไปก่อน หรือเวลาที่เรายังไม่ได้กลับปกติอะ เราารู้เลยว่าเขาก็จะปิดบ้านทิ้งแม่ไว้ และเขาก็ไปข้างนอกอะไรอย่างเจี๊ยบ แล้วบางทีโทรศัพท์ไปก็คือได้ยินเสียงรถเมล์อะไรอย่างเจี๊ยบอะ ก็คือเขาอยู่ข้างนอก เราก็เริ่มแบบไม่ไหวอะ อิม ค่ะ ก็จะเปลี่ยนอยู่ประมาณสี่คนนะคะ แล้วแบบเวลาหาใหม่อาจจะยาก อาจจะเครียดตรงที่ว่าเราต้องทิ้งบ้านด้วย ทิ้งบ้านให้เขาดูแล ทิ้งแม่ด้วย คือเราก็กลัวเขาจะทำร้าย หรือทำแรงๆ กับแม่มากกว่านะคะ ก็ต้องหาคนที่ไว้ใจได้ ใจเย็นๆ อะไรอย่างเจี๊ยบอะ” ดังนั้นเมื่อมีพี่เลี้ยงที่ดีเข้ามาทำงานด้วย ผู้ให้ข้อมูลจะต้องพยายามรักษาพี่เลี้ยงให้อยู่ให้นานที่สุดโดยการหากลยุทธ์ที่จะทำให้พี่เลี้ยงรู้สึกว่าเขาเป็นเสมือนสมาชิกหนึ่งในครอบครัว ดังนี้ 6.2.1) ยอมให้และยอมรับในบางเรื่อง 6.2.2) ไปไหนมาไหนของขวัณของฝากให้ และ 6.2.3) ให้ความพี่เลี้ยงไปผ่อนคลายจากการดูแล ดังนี้

### 6.2.1 ยอมให้และยอมรับในบางเรื่อง

เมื่อผู้ให้ข้อมูลได้พี่เลี้ยงที่ใส่ใจดูแลผู้สูงอายุและสามารถอยู่ดูแลผู้สูงอายุได้ในบางเรื่องผู้ให้ข้อมูลในฐานะนายจ้างก็ต้องยอมรับให้ได้เช่นกัน ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายเล่าว่าใช้คำว่า “ต้องมองข้ามไปบ้าง” โดยเฉพาะเรื่องความสะอาด และความเรียบร้อยของงาน ผู้ให้ข้อมูลให้เหตุผลว่า คิดเสมอว่าพี่เลี้ยงไม่ใช่แค่พี่เลี้ยง แต่เป็นคนที่มาช่วยตนดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นเรื่องบางเรื่องจะมองข้ามและยอมรับให้ได้ ดีกว่าไม่มีพี่เลี้ยงคอยช่วยเหลือ ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า เพื่อนผู้ให้ข้อมูลแนะนำให้ผู้ให้ข้อมูลติดกล้อง เพื่อดูการทำงานของพี่เลี้ยง แต่ผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการเพิ่มความเครียดให้กับตนเองที่จะดูพฤติกรรมของพี่เลี้ยง แคกลับบ้านไปแล้วผู้สูงอายุยังปกติดี แค่นี้น่าจะเพียงพอสำหรับตนแล้ว บางรายเล่าว่า ไม่ได้คาดหวังอะไรรักกับพี่เลี้ยงมาก ขอเพียงให้ผู้สูงอายุได้รับประทานอาหารครบ 3 มื้อและได้อาบน้ำชำระร่างกายเท่านั้น และหากมีอะไรที่ทำไม่ถูก ผู้ให้ข้อมูลก็จะมีการพูดคุยให้พี่เลี้ยงปรับเปลี่ยนการทำงานให้ดีขึ้น เช่น การล้างแก้วยา แก้วน้ำทุกวัน เป็นต้น

*“พี่ว่าคือ เราต้องยอมอะว่า ถึงแม้ว่าเขาจะเสียด้านแบบไม่เรียบร้อย ไม่ค่อยสะอาดอะไรอย่างเจี๊ยบ แต่ว่าด้านแม่อะ เขาดี คือสามารถแบบเอาแม่ลงอาบน้ำประคอง พากินข้าวหรืออะไรอย่างเจี๊ยบ... เขาก็บอกว่า เขาชอบที่นี่ เพราะว่าหนึ่งเขาได้อิสระ อย่างตอนเช้าเนี่ย พี่มา ออกมาทำงานเนี่ย เขาก็จะอยู่บ้านกับแม่สองคนเอง คืออิสระจะทำอะไรก็ได้ทุกอย่างอะไรอย่างเจี๊ยบ” [ID1T2]*

“จริงๆแล้วพี่อยากจะติดกล้องวงจรปิดมากเลย [หัวเราะ] แต่ด้วยความที่คือ มันไม่ได้มีมาติดตั้งแต่แรกอะ พอเขามาอยู่ ถ้าเราไปติดตอนนี้อะ ก็เกรงใจเขา กลัวเขาหาว่าเราไม่ไว้ใจอะไรอย่างเงี้ย ก็จะมีเอ่อ ช่างบ้านที่ติดกัน คือ เป็นรั้วเปิดถึงกันได้ เป็นญาติกัน อืม ก็คือเราก็จะฝากฝั่งเขาช่วยดูเหมือนกันว่าเป็นยังไง...เราต้องยอมในบางอย่าง ชมไว้อะอะไรอย่างเงี้ย มีหลายคนบอกให้ติด แต่พี่กลัวเส้นเลือดในสมองแตก เพราะว่ามีพี่คนหนึ่ง เขาติดกล้องวงจรปิด แล้วเขาบอกว่า เขาเปิดมือถือ แล้วเขาเครียด ความดันเขาสูงเลย คือ เขาจะเห็นทุกอย่างที่แบบเขาไม่พอใจในคนเลี้ยง เอ [นามสมมุติ] อย่าติด พี่บอกเลย อะไรนั่นได้ กลับไปแล้วไม่ใช่แม่แบบเขี้ยว เหลือง หรืออุบัติเหตุอะไรก็ช่างเถอะ ถ้าเขาแบบโอเคในจุดนั้น อย่าติด เพราะเครียดเราจริงๆ นั่นก็ไม่ติด” [ID1T1]

“ในส่วนหนึ่งพี่ก็ไม่ได้คาดหวังว่า เขาจะต้องดูแลแม่ใน เรา ก็รู้สึก ว่า เราไม่ได้คาดหวังแล้วละว่า เขาต้องมาทำอะไรให้ แต่ว่าอย่างน้อยๆ ขอแค่อาหารสามเวลาอย่าได้ขาดและการเตรียมตัวอาบน้ำให้เขาดูแล แต่ถ้าดูแลเสร็จแล้วเขาจะไม่อยู่ตรงนั้นก็ไม่เป็นไร ก็เปิดเพลงให้แม่พี่ฟัง แม่พี่เขาจะไม่วุ่นวายเขาจะอยู่ในห้อง ก็เปิดเพลงสุนทราภรณ์ที่เขาชอบ เปิด VCD อะเนาะ หรือบางทีก็เปิดเทพธิดาธรณี อย่างเนี่ยค่ะ เขาก็จะอยู่ในห้องนั้นจะสวดมนต์ของเขาอะ” [ID6T2]

“คือบางอย่างของพี่เลี้ยง เราต้องมองข้ามไปค่ะ อย่างเรื่องความสะอาดอาจจะไม่ได้มากนัก คือ เราอะ ชัดตาก็เรื่องความสะอาดนี้แหละ แรกๆ เสื้อผ้าคนไข้อะไรเขาก็รีดนะ หลังๆ เขาคงเห็นว่าไม่ได้ออกไปไหนเนาะ เขาก็ไม่ได้รีดไม่ได้อะไร แต่เรื่องความสะอาดเราก็ต้องคอยกระตุ้นนะ ว่า ให้อั้วยยานะให้ล้าง ให้ล้างทุกวัน แก้วน้ำที่ให้กินก็ต้องล้างทุกวัน พี่บอกว่า อย่างเวลาพี่ไปอาบน้ำให้อะ ไอแก้วน้ำที่ให้เขาบ้วนปากอะ พี่บอกว่าเห็นไหมว่ามันเป็นคราบ พี่ล้างทุกครั้ง ถ้าพี่พาเขาไปอาบน้ำพี่ล้างทุกครั้ง ต [นามสมมุติ] ก็ต้องล้างทุกครั้งนะ เพราะว่ามัน เป็นเรา เราก็ไม่อย่างใช้ แก้วสกปรกอะไรอย่างนี้ ก็ต้อง

สอนเขาไป แล้วก็ให้เขาดูฝุ่นในห้องบ่อยๆ กวาดถูบ่อยๆ อย่างอื่น  
เขา ถ้าเรื่องดูแลที่ถือว่าเขาโอเค เราจะได้ไม่เครียด” [ID13T2]

### 6.2.2 มิของขวัญของฝากให้

การดูแลพี่เลี้ยงเสมือนสมาชิกในครอบครัวเป็นอีกกลยุทธ์หนึ่งที่ผู้ให้ข้อมูลใช้ในการผูกใจพี่เลี้ยงให้อยู่ดูแลผู้สูงอายุให้นานที่สุด การผูกใจนี้ ผู้ให้ข้อมูลเรียกว่า “เลี้ยงกันด้วยจิตใจ” บางราย เรียกว่า “สินน้ำใจ” โดยการซื้อของที่พี่เลี้ยงชอบมาให้ทั้งของรับประทานและของใช้ ผู้ให้ข้อมูลบางรายสอบถามความต้องการของพี่เลี้ยงว่าต้องการอะไร หลังจากนั้นก็จะไปซื้อมาให้ บางรายเวลาไปเที่ยว กลับมาก็จะมีของฝากให้กับพี่เลี้ยงด้วย นอกจากนี้ยังมีการให้ของขวัญพิเศษในวันเกิดของพี่เลี้ยงรวมทั้งจัดงานวันเกิดให้ด้วย เพื่อเป็นการขอบคุณที่ช่วยดูแลผู้สูงอายุแทนผู้ให้ข้อมูล

“เหมือนเราก็ต้องซื้อใจ แบบเราก็ต้องพูดคุยกับเขา จะไปว่าอะไรเงี้ย เราก็หาคนยาก เขาชอบอะไร ชอบกินอะไร หรือว่าอะไรอย่างเงี้ย เราก็ดูๆ พอไอนั้นเราก็ซื้อมาให้ เช่น เขาชอบปลาร้า ปลาสามอะไรอย่างเงี้ยคะ เราก็ซื้อมาคะ ขนม อย่างเช่น เขาชอบขนมไทยๆ อะไรอย่างเงี้ยคะ เราก็ซื้อ เวลาออกไปซื้อของเสาร์อาทิตย์ หรือไปตลาดสดอะไรเงี้ย เราก็ซื้อมาให้...แล้วก็ทุกอย่างนี่คือกินข้าวกันไรเงี้ย เราก็ให้เขามากินกับเราเลยคะ เป็นเหมือนญาติเลยคะ” [ID1T2]

“เวลาที่เราไปเที่ยวที่ไหน เราก็ต้องคิดถึงเขาเป็นอันดับต้นๆ ไปไหนมาก็ต้องนึกถึงเขา ไม่ว่าจะเป็น ขนม เสื้อผ้า ของฝาก เพราะมันก็เลี้ยงกันด้วยจิตใจ ของพวกนี้หายากมาก” [ID9T1]

“เราก็พยายามที่จะ support พี่เลี้ยงนะ เพราะรู้ว่า การหาพี่เลี้ยงคนหนึ่งมันหายาก เราก็เลยพยายามที่จะ...คือมีสินน้ำใจให้เขาด้วยอย่างเนี่ย ไปไหน พี่ไปเที่ยวไหนพี่ก็จะซื้อของมาฝากเขาตลอด รู้ว่าเขาชอบกินอะไรเราก็จะซื้อมาฝาก หรือว่าอยู่ในบ้าน คือข้าวปลาอาหารเราก็จะบอกเขากินได้เลยนะ ของในตู้เย็นอันนี้ๆ น้อยๆ ที่เขาเข้ามาเขาก็จะซื้อขนมเข้ามาให้แม่เขาแล้วก็จะฝากพี่เลี้ยงด้วย”

[ID13T1]

“คนจ้างคนดูแลนี่ ก็เรา ก็จะส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องอาหาร การกิน ก็ดูแลอาหารการกินให้เขา อุปกรณ์เครื่องใช้หาจัดให้ อยากได้อะไรก็ไปหาจัดให้ เวลานอนเฝ้าแม่ก็ให้นอนกลางคืน กลางวันส่วนใหญ่ เราจะเข้าไปช่วยเบรกให้เขาไปนอนพัก แล้วกลางคืนค่อยออกมาดูแล แม่ใหม่ มีอะไรก็คุยกัน ไหวไหม ไม่ไหว คุณอยากได้อะไร หรือคุณจะไปไหนก็บอกได้” [ID14T1]

“วันเกิด วันปีใหม่อะไรอย่างเงี้ย คือเรามีให้เขาหมดเลย... เรามีวันเกิด มีให้เขาเป่าเค้กอะไรอย่างเงี้ย คือแบบว่าเหมือน เหมือน เป็นญาติเราเองเลยอะ เพราะเราก็รู้สึกขอบคุณเขาอะ เพราะว่าถ้าไม่มี ไม่มีเขาเราก็แย่...อย่างเขาจะดีใจนะถ้าเกิดวันไหนที่พี่กลับไปแล้วเรามา รวมตัวกันกินข้าวเย็นหรือว่า เสาร์-อาทิตย์” [ID1T2]

### 6.2.3 ใช้เวลาพี่เลี้ยงไปผ่อนคลายจากการดูแล

ก่อนที่จะมีพี่เลี้ยงช่วยดูแลผู้สูงอายุ ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์ความเครียด ในการดูแลญาติผู้สูงอายุโดยไม่มีใครผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนมาดูแลแทน เพื่อที่ตนเองจะได้ผ่อนคลาย ความเครียด ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงเข้าใจว่า พี่เลี้ยงก็ต้องการพักผ่อนเพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่นกัน ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจะสอบถามพี่เลี้ยงเกี่ยวกับวันที่ต้องการลา หรือหยุด เพื่อไปเยี่ยมครอบครัว หรือไปใช้ชีวิตอิสระของเขาบ้าง และหากพี่เลี้ยงลาหยุดหลายวัน ผู้ให้ข้อมูลอาจต้องพาญาติผู้สูงอายุ ไปฝากไว้กับศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวันบางวัน ขอลาหยุดมาดูแลบ้างเป็นบางวัน ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง บอกกับพี่เลี้ยงว่า หากต้องการหยุดหลายวัน ขอให้มียันเสาร์-อาทิตย์ด้วย เพื่อตนเองได้ดูแลผู้สูงอายุ ได้โดยไม่ต้องลา เนื่องจากเป็นวันหยุดประจำสัปดาห์อยู่แล้ว

“เราจะบอกเขาเสมอว่า ไม่ว่าจะไปไหน ไปเที่ยว เออ ต่างจังหวัดหรืออะไรอย่างเงี้ย เราจะพาเขาไปตลอด...แล้วก็พี่จะคอย ถามเขาเลยว่า พี่กลับบ้านไหม เทศกาลนี้พี่จะหยุดไหม อืม พี่จะไปกับลูก ใหม อะไรอย่างเงี้ย จนเขาบอก โอ้ย ใต้ ไม่ต้องนั่นแล้ว ของพี่อะ เดียวพี่ ไปเมื่อไรพี่บอกก่อนล่วงหน้า อืม และเขาก็กลายเป็นแบบ ไม่ค่อยไปนะ อย่างปีใหม่ สงกรานต์ ไรเงี้ย คนอื่นขอตลอด แต่เนี่ยพี่คนล่าสุดเนี่ยคือ คือไม่ไป อืม แล้วเขาก็ เออ พี่ก็แบบ พี่ อย่าง เสาร์-อาทิตย์เนี่ย เราอยู่ เต็มวันเราช่วยเขา พี่ๆ พี่ไปเหอะ พี่จะไปห้างไหม พี่ไปเดินดูอะไรมั่ง

แล้วก็...เหมือนกับว่า ถ้าเราไปไหนก็คือให้เขาไปกับเราด้วย...คือพอเรา  
เข้าใจตัวโรค ตัวโรเจ็ย คือความเครียดของผู้ดูแลเนี่ย เราก็จะดูแลเขา พี่  
ไปซื้อของห่อหะ พี่เอาเสื้อนี้ใหม่ พี่ชอบกินไรอะ มันอย่างเงี้ย คือ  
เพราะว่ามันเครียดจริงๆ ตัวเราดูเรายังเครียดเลย แล้วเขาอะ ซึ่งเป็นคน  
แบบ มารับจ้างใช้ใหม่ แม่ก็ไม่ใช่แม่เขา อืม เราเชื่ออยู่แล้วละเขาจะต้อง  
เครียดแน่ๆ ก็ให้เขา Relax เข้าใจเขา ก็ให้เขาออกไปบ้าง อืม...เราจะ  
บอกว่าเขาก็เหมือนกับญาติเรา อืม ไม่ใช่แบบ เอ้อ คนที่เราจ้างอะไร  
อย่างเงี้ย” [ID1T1]

“พี่เลี้ยงเหมือนกับว่า ถ้าเขาอยากหยุดก็ต้องให้เขาหยุด  
เคร่งคัดกับเขามากก็ไม่ได้ เหมือนกับว่าพวกนี้จะไปเป๊าะๆ กฎระเบียบ  
อะไรก็ไม่ได้ เขาคือต้องให้เวลาเขา เหมือนกับให้มีเวลาเป็นส่วนตัวกับ  
เขาบ้าง คือเขาหยุดก็ต้องให้เขาหยุด ไป relax อะไรอย่างนี้ ไปของเขา  
ก็ไม่ได้ว่า ก็ไปได้อยู่แล้ว อีกอย่างหนึ่ง เราก็คิดอยู่เสมอว่าพี่เลี้ยงไม่ใช่แค่  
พี่เลี้ยง ถึงเราจะจ้างเขามากก็จริง จะว่าอะไรเขา เราก็จะระลึกอยู่เสมอว่า  
เขามาช่วยเรานะ” [ID9T1]

“เวลาคนดูแลจะกลับบ้านพี่ก็ต้องลา เพราะว่าพี่จะขึ้นเวร  
เข้าตลอดใช้ใหม่ ถ้าเขาจะกลับบ้านนี่ก็ต้องวางแผนแล้วว่าพี่ต้องลา ซึ่ง  
บางทีบางช่วงก็มีงานเนาะ มันก็จะพะวักพะวงเหมือนกันว่าจะยังได้ แต่  
คือว่าแม่อีกคนเดียวไม่ได้อยู่แล้ว ใช้ใหม่ ยังไงพี่ก็ต้องลา อย่างเช่นเขา  
กลับไปที เขากลับต่างจังหวัดสี่วัน ก็จะพยายามบอกเขาว่ากลับคอม  
เสาร์ อาทิตย์นะ เพื่อพี่จะได้ไม่ต้องลาเยอะมาก แค่อันทรังคาร เป็นสี่  
วันอะไรอย่างนี้ แล้วก็พอดีช่วงหลังช่วงปีนี่พี่ก็เริ่มเอาคุณแม่มาที่ day  
care ก็จะมาได้เป็นบางวันพี่ไม่ได้มาทุกวัน เพราะว่ามันไกลแล้วก็เหนื่อย  
อย่างที่พี่บอก พี่ก็จะเอามาอาทิตย์ละวันหรือสองวันอย่างเนี่ยอะคะ มากี่  
ให้คนดูแลพักไปด้วย ให้เขาได้พักผ่อนไปสังสรรค์กับเพื่อนเขาบ้าง ก็โอเค  
นะ ก็รู้สึกผ่อนคลายลง คนดูแลทางนู่นก็ผ่อนคลาย เราก็โอเค พออยู่ได้...  
เพราะเขาคงเครียดแหละเนาะดู แลอยู่กันทุกวันเขาก็อาจจะเครียด...ที่รู้  
ว่าเขาเครียดเพราะว่า คือบางทีก็เห็นเขาหงุดหงิดก็จะมีบ้าง อย่างบาง  
เวลาที่เรายู่ที่บ้านแล้วเขาไม่รู้ที่เราได้ยินเนาะ เขาก็จะ คุณป้าอย่า



อย่างนั้น อย่างนี้อะไรอย่างงี้ ก็ได้ยินเสียงคุณแม่เราบ้าง อะไรเงี้ย ก็รู้สึก  
ได้ว่า เออ.. ขนาดเราก็ยังรู้สึกเนาะว่า เราดูแลคนใช้นานๆ แต่ด้วยความ  
ที่เป็นแม่เราก็ตัดเรื่องที่หงุดหงิดออกไปได้ ดูแลกันได้ แต่เขาบางทีก็  
หงุดหงิดบางทีก็เย็นๆ พอพี่ไปถึงเขาก็จะไปคุยกับคนทำงานบ้านข้างบ้าน  
อะไรอย่างเนี่ย หรือหน้าบ้านมีหอพักคนรู้จักเขาก็จะไปคุยบ้าง อะไร  
อย่างเนี่ยค่ะ” (ID6T1)

### 6.3 บางปัญหาไม่ได้หมดไป ต้องเรียนรู้แก้ไขและทำใจไปพร้อมกัน

ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายมีวิธีการจัดการกับปัญหาต่างๆที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะความเครียด  
ที่ผู้ให้ข้อมูลต้องเผชิญอยู่เป็นระยะๆ ซึ่งปัญหาแต่ละปัญหาไม่ใช่แก้ไขแล้ว ปัญหาจะหมดไป ดังนั้นผู้ให้  
ข้อมูลต้องแก้ปัญหาไปที่ละขั้นทีละตอน ทีละปัญหา หากไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ ณ ขณะนั้น อาจ  
ต้องหาวิธีการคลายเครียดไปก่อน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลจะใช้วิธีหาเวลาทำกิจกรรมเพื่อตนเอง เช่น หาอาหาร  
อร่อยรับประทาน ไปออกกำลังกาย นอนพักผ่อนเหนื่อยเกินไป บางรายดูทีวีในช่วงที่ดูแลผู้สูงอายุหลับ  
ไปแล้ว ส่วนบางรายใช้หลักธรรมะในการเยียวยาจิตใจ ทำให้ยอมรับความจริงได้มากขึ้น แต่วิธีที่ใช้  
มากที่สุด คือ การระบายความเครียดให้เพื่อนฟัง ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าตนเองโชคดีที่มีเพื่อนให้กำลังใจ  
บางครั้งเพื่อนสามารถแก้ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุได้ดีกว่าผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งเตือนสติผู้ให้ข้อมูลว่า  
ผู้สูงอายุป่วย และไม่ได้มีผู้ให้ข้อมูลเท่านั้นที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากอีกหลายครอบครัว  
ก็เผชิญกับปัญหานี้เหมือนกัน ผู้ป่วยอื่นๆผู้ให้ข้อมูลยังสามารถดูแลได้ แต่ผู้สูงอายุที่บ้านเป็นพ่อ/ แม่  
ของผู้ให้ข้อมูลน่าจะดูแลได้เช่นกัน ผู้สูงอายุมีเวลาเหลือน้อย ในฐานะลูกควรดูแลเขาเป็นอย่างดี ด้วย  
ความใจเย็นและคิดเสมอว่า ผู้สูงอายุเป็นคนป่วย นอกจากนี้เพื่อนยังมาช่วยดูแลและสามารถเข้ากับ  
ผู้สูงอายุได้ดี ทำให้ผู้ให้ข้อมูลได้เรียนรู้วิธีการดีๆจากเพื่อนอีกด้วย

“เวลาที่เครียด พี่ก็จะกิน ฮ่าๆๆ [หัวเราะ] ส่วนใหญ่ วิธี  
แก้ปัญหา คือหาของอร่อยๆกิน พี่มีของกินค่อนข้างเยอะเงี้ย เนี่ยกินแกง พี่  
ก็กินแกง เป็นคนกินแกง พี่ก็จะมีช็อกโกแลต มีขนมมมเนยของพี่มีแต่ของ  
ที่ชอบอะ อืม พี่ก็นั่งกิน ไม่ก็บางทีพักเบรกดาวน วันนี้อะยาก Relax  
ออกไปหาของกินนอกบ้าน” [ID2T1]

“มันเหนื่อยนะ พี่ก็จะพยายามหาเวลานอน บางทีหลับทั้ง  
ชุดนั้นเลย shut down จีบสักทีห่มห่าห่มก็มาอาบน้ำใหม่ ตื่นมาอาบน้ำ  
เหนื่อยอะ ทำเสร็จขึ้นไป เอนหลังก่อนเลย ไอเนี่ย [ลูกชาย] แม่อาบน้ำ

ปลูกแม่อบน้ำ บางทีนอนแล้วก็เล่นโทรศัพท์ เล่นเกมบ้างอะไรอย่างเนี่ย แต่ส่วนใหญ่จะนอน หลับคาโทรศัพท์หลับคาชุดไปเลย เจ๊ย ต้องใช้คำว่า มันล้ามากกว่า ร่างกายมันล้าแล้วถามว่าแก้ปัญหาด้วยวิธีไหน นอน” [ID2T2]

“ถึงตอนนี้พี่ว่าต่อไปแม่พี่ก็ต้องแย่งง ก็คือทำใจไว้ส่วนหนึ่ง แต่ด้วยความที่เป็นลูก พี่ว่าไม่ว่าใครก็ตามมันคงทำใจไม่ได้ นิ่ง แต่ก็อย่างน้อยเราก็ได้เตรียมรับสภาพว่า step ต่อไปคืออะไร ส่วนใหญ่พี่ก็ธรรมชาติแหละ ก็หาหนังสือธรรมะ...จริงๆ แล้วมันทำให้เรายอมรับความจริงมากกว่าค่ะ ว่าก็คือทุกอย่างก็ต้องเป็นไปอะ ไซ้ใหม่ เราก็รู้ว่าทุกสิ่งเกิดขึ้น ดับไป ไซ้ใหม่คะ มีอยู่แค่นี้ก็ต้องยอมรับความจริง หรืออาจจะเป็นตัวที่พี่มีพ่อที่ป่วยอยู่แล้ว มันก็ยังทำให้รู้สึกว้า เออ ไม่มีอะไรแน่นอนหรอก สิ่งที่เราที่อะไร สักวันมันก็ต้องจากไป ก็ทำให้รู้สึกเหมือน ปลง มันก็ทำให้เหมือนปลงได้ ว่าเออวันหนึ่งมันก็ต้องไปอะ” [ID6T1]

“หลังจากที่แม่นอน พี่ก็จะดูทีวี จริงๆ ดูไอทีวี ดูซีรีส์เกาหลี ถ้าแม่หลับนะ บางทีก็ดูข่าว ส่วนใหญ่ก็จะ relax อยู่ในบ้านนี้แหละ ไปไหนไม่ได้หรอก กลัว เดี่ยวเขาล้ม เป็นไรหรือเปลววะ จริงๆ วันนั้นที่ว่า นัดน้องไว้อะ ยังดีอ่ะเลย ไปก็ต้องรีบกลับ เพราะว้ากลัวง กลัวว่าเขาจะเป็นไรไป อย่างล้มเจ๊ย กลัวมาก” [ID5T2]

“เวลาหยุดหงิด พี่ก็จะดูโทรทัศน์ ดูไปเรื่อยๆ ไม่มีอะไรเป็นหลักแหล่ง เปลี่ยนช่องไปเรื่อยๆ เวลาที่เราดูทีวีใจเราจะอยู่กับทีวี เราจะไม่คิดเรื่องที่หงุดหงิด ใจเราก็จะหายหงุดหงิด ก็จะปล่อยมันไปเรื่อยๆ” [ID14T1]

“ก็ส่วนมากพี่ก็จะออกกำลังกายตอนเย็นค่ะ ตอนเลิกงานอะ ก่อนเข้าบ้าน เพราะจะมีน้องชายเฝ้าประจำอยู่ ส่วนมากพี่ก็จะเดินออกกำลังกาย แล้วค่อยกลับบ้าน ช่วยได้เยอะเลยคะ บางทีพี่เดินไปรอบๆ ไตรภูมิฯ บางทีก็เดินไปรอบๆสวนสาธารณะ บางทีเสาร์อาทิตย์ก็

รีบออกไปสวนสาธารณะใกล้บ้านตั้งแต่ตีห้า แล้วก็กลับมาให้อาหาร  
 อาม่าอีกทีมือเช้า” [ID11T1]

“เวลาที่พี่เค้าร้า พี่โกธ พี่รู้สึกกว่าพี่เครียด พี่จะระบายกับ  
 เพื่อนอย่างเดียวเลย เพราะพี่ไม่เหลือใคร อิม เพราะพูดให้พี่น้องฟังเนี่ย  
 คือเขาก็ไม่ฟัง เขาก็แบบอะไรไม่เห็นเป็นไรเลย ทำไมก็แค่ดูแลแม่อะไรอย่าง  
 เจี้ย อิม เพื่อนอย่างเดียวเลย คือถ้าไม่มีเนี่ย ตายแน่ๆ [หัวเราะ] คือมันก็จะ  
 ปล่อยให้ทำอะไรอย่างเจี้ยแล้วก็เข้ามาช่วย เพราะเวลาพี่แบบเสียใจ พี่ก็  
 เซ็งละ จะทำอะไรคือ พี่ก็ไม่มีความสุข พี่ก็จะแบบ อย่างตกข้าวให้แม่  
 อย่างเจี้ย พี่ก็จะแบบเฉย แม่ถามอะไรพี่ก็จะเฉยอะไรอย่างเจี้ย อิม แบบ  
 ว่าพอเพื่อนเข้ามาเนี่ย เราก็มานะ อี้ย มันก็จะให้มูมมองว่า อี้ย มันไม่ใช่มี  
 แต่เรานะ คนอื่นเขาก็มีตั้งเยอะแยะ มันเริ่มเจอคนที่ ที่แม่ก็เป็น พ่อก็เป็น  
 แม่ก็เป็นโรคมองเลื่อมไรเจี้ย แล้วเขาลำบากกว่าพี่ อย่างเช่น เขาหาคน  
 มาดูไม่ได้ เออ เรายังมีคนช่วย แต่บางคนเนี่ยเหมือนกับเขาต้องขังแม่ไว้  
 เลยนะ อะไรอย่างเจี้ย เคยฟังเรื่องราวของคนอื่น ซึ่งเราก็ เฮ้ย จริงหรือ  
 อี้ย ทำไมมันหนัก หนักกว่าเรานะ อี้ย ทำไมของเรายังโชคดีนะ เรามีแบบ  
 เออ เจอคนที่แบบมาช่วยดูแลก็เพื่อนก็ช่วยดูแลอะไรอย่างจ้ออะคะ อิม เรา  
 ยังมีคนคอยให้กำลังใจตั้งเยอะ คนอื่นเนี่ยเขา อย่างเพื่อนของพี่สาวพี่  
 อะไรอย่างเจี้ย เออ เขาก็บอกเลยนะว่าแม่เขาจะหลงลืมและก็คือเขาหา  
 คนมาอยู่ไม่ได้ เข้าเนี่ยเขาก็ต้องวางข้าวไว้ อิม วางของแล้ววางข้าววาง  
 อะไร น้ำวางไรไว้ ก็คือเหมือนขังแม่ไว้อะ เพราะไม่เงินแม่จะเดินออกนอก  
 บ้านไรเจี้ย พี่ก็แบบ โห อี้ย ของเราเนี่ยยังดีมากเลย...บางครั้งมันก็ให้  
 กำลังใจนะว่า อี้ย เอ [นามสมมุติ] แกก็ต้องทำได้นะ แบบ เออ คนอื่นอะ  
 เราแบบออกไปดูแลคนอื่นอะ ก็ยังดูแลได้ดีเลย แต่เนี่ยแม่เราเองนะ อิม ก็  
 จะคิดได้เองอะคะ ว่า ชีวิตแม่เขาจะเหลืออีกกี่ปีไรเจี้ย พี่ก็จะคิดว่า เออ ก็  
 จริง ก็แม่เราเอง เราก็มไม่ควรไปดูไปบ่นอะไรอย่างเจี้ย แม่เป็นสมองเลื่อม  
 นะอะไรอย่างเจี้ยมันเป็นเรื่องปกติอะไรอย่างเจี้ย เพื่อนก็จะแบบ เข้ามา  
 คือ อิม เขาก็จะไม่ว่าอะไรพี่เลยนะ แต่เขาก็จะช่วยแบบออบน้ำ แล้วเขา  
 ก็แบบ เออ พอเห็นพี่แบบ เออ กอดกัน แล้วก็บอก เออๆ ไปหอะ ไป  
 พัก ไปเปิดแอร์นอนไปอะไรอย่างเจี้ย ก็คือจะให้พี่ออกมาจากตรงนั้นเลย  
 แล้วเขาก็จะช่วยดูแล ลักพักหนึ่งเราก็จะคิดได้อะ เราก็จะ เออ วะ อี้ย นี้

แค่เพื่อนเองนะ เราเป็นลูกสิ อะไรอย่างเงี้ย...เพราะเพื่อนทำ เหมือนทำให้เราได้คิดว่า ฮี๊ย ขนาดคนไข้อย่างเรายังดูแลได้เลย นี่แม่เราเองนะอะไรอย่างเงี้ย อืม...พออารมณ์เย็นละ ทีนี้เราก็ก็น่าจะ มันก็จะเป็นอย่างเงี้ย พอเรื่อยๆ เรื่อยๆไป เออ แล้วก็แบบพอปรับยาแม่เขาก็เริ่มดีอะคะ เขาก็เริ่มแบบ อืม เราก็กลับมา เออ แม่ก็น่าสงสารนะอะไรอย่างเงี้ย อืม เขาคงไม่ได้อยากเป็น... เออ เราจะดูไปทำไม เราก็ก็น่าเสียแม่เพียงคนเดียวแล้วนะ มันเหมือนกับว่าค่อยๆคิดไปเออ พออยู่ไปนานๆมันจะไม่คิดละที่ไม่มีใครคิดละว่า ฮี๊ย ทำไมต้องเป็นเรา ทำไมพี่น้องเขาไม่มาดูอะไรอย่างเงี้ย เพราะสุดท้ายแล้วมันก็จะเป็นการตอบว่า คือถ้าแม่เสียหรือเป็นโรเนี่ย คือเรา เราไม่คิดค้างละ...เดี๋ยวนี้ไม่รู้สิทำอะไรเลยคะ เหมือนกับว่าแม่ ก็คือไม่ได้เป็นโรอะไร ไม่ได้แตกต่างจากการดูแลคนแก่อะไรทั่วไปอะคะ” [ID1T1]

“เวลาที่เครียดหรือ ก็มีคุยกับเพื่อนนี้แหละ ระบาย คุยกับไอนิด [นามสมมติ] เยอะมากเหมือนประสบการณ์เดียวกันอะ นั่งคุยกับมันอะแล้วมันทำให้รู้สึกใจชื้นขึ้นขึ้นว่าก็ไม่ได้เป็นคนเดียวเว้ย มีคนอื่นด้วยอะไรอย่างนี้ คุย หาเพื่อนคุย ถ่ายทอดไปที่ไปที่อีกคนหนึ่ง แล้วเรารับฟังเรื่องของเขาละ มันจะประจวบเหมาะๆกับช่วงที่พี่เป็นกับไอนิด [นามสมมติ] เป็นช่วงนั้น พ่อเขาไปไวไปหน่อย ก็จะเข้าใจ เหมือนๆ ไม่ต้องพูดเยอะเลย พูดไปนิดหนึ่งมันเข้าใจ get ละเราก็ก็น่า แล้วเขาก็จะพูดแนวทางแนวอะไรอะ บางทีรู้สึกว่ายิ่งดีกว่ามันอีกนะ ก็ยังมีพี่น้อง ก็ยังมีแบบมีพี่ที่ช่วยดูแลเนี่ย มันไม่มีใครเลยอะ นิดมันไม่มีใครเลยนะ มันน่าจะสงสารกว่าพี่ แล้วมาเจอเรื่องอามันอีกเนี่ย ก็เหมือนพอได้ถ่ายทอดได้รับรู้เรื่องราวของเขาแล้วมันทำให้เรารู้สึกโอเคขึ้น ผ่อนคลายขึ้นเยอะเลย” [ID14T1]

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ของพยาบาลที่ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger เพื่อค้นหาความจริงที่เกิดขึ้นจากปรากฏการณ์ที่พยาบาลเป็นผู้ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม ตามมุมมองการรับรู้ของผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์และประสบการณ์ตรง เครื่องมือในการวิจัย คือ ตัวผู้วิจัย โดยเลือกผู้ให้ข้อมูล (Informant) จำนวน 14 คน ซึ่งใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลใช้เวลาระหว่าง 45-60 นาที ร่วมกับการบันทึกเทป การสังเกต และการจดบันทึกในระหว่างการสัมภาษณ์ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาถอดเทปแบบคำต่อคำเพื่อที่จะนำมาวิเคราะห์เนื้อหา

#### สรุปผลการวิจัย

การศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของบุคคลในครอบครัวที่เป็นพยาบาล พบว่ามีประเด็นหลัก ดังนี้ 1) สังเกตเห็นอาการผิดปกติของผู้สูงอายุที่บ้าน 2) พยาบาลถูกเสนอเป็นผู้ดูแลหลัก ไม่ยึดหยุ่นได้จากหลายเหตุผล 3) เริ่มต้นจากการดูแลเหมือนคนทั่วไป 4) หาความรู้สร้างความเข้าใจ พร้อมรับปรับการดูแลใหม่ 5) เกิดปัญหามากมาย เหนื่อยกายและใจ 6) หาวิธีการ เพื่อให้ชีวิตเกิดสมดุล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### 1. สังเกตเห็นอาการผิดปกติของผู้สูงอายุที่บ้าน ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่

##### 1.1 พฤติกรรมการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป

การที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น ทำอาหารจากรสชาติที่ติดกลายเป็นอาหารรสเค็ม หยิบขันน้ำล้างก้นมาใส่ฝักเพื่อรับประทานกับแหนมเนื่องบางพฤติกรรมอาจก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิตกับผู้สูงอายุได้ เช่น ขับรถออกจากบ้านไปด้วยความเร็วมาก เป็นต้น เมื่อพยาบาลในฐานะสมาชิกในครอบครัวเริ่มสังเกตเห็นพฤติกรรมเหล่านี้จึงพาญาติผู้สูงอายุมาตรวจที่โรงพยาบาล ทำให้พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม

##### 1.4 โวยวาย ตะโกนด่า พุดจาหยาบคาย

การที่ผู้สูงอายุในครอบครัวมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าว จากเดิมเป็นคนใจดี พุดจาไพเราะ กลายเป็นคนเอะอะโวยวาย อาละวาด ตะโกนด่าด้วยถ้อยคำหยาบคาย ร่วมกับมีอาการฉุนเฉียวโกรธง่าย เมื่อพยาบาลในฐานะสมาชิกในครอบครัวสังเกตเห็นพฤติกรรมดังกล่าวบางรายคิดว่าเกิดจากผู้สูงอายุมีภาวะเครียด แต่เมื่อพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นหลายครั้ง จึงพาไปพบแพทย์ และผู้สูงอายุได้รับ

การวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม

### 1.5 หลงลืมหลายเรื่อง ถ้ามองย้อนเข้าไปข้างหน้า

การที่ผู้สูงอายุมีอาการหลงลืม เช่น จำไม่ได้ว่ารับประทานอาหารเช้าหรือยาแล้ว เข้าไปอาบน้ำแล้วยืนงงว่าตนเองเข้ามาทำอะไร ถ้ามองย้อนกลับไปข้างหน้า หรือแม้กระทั่งบางรายทำอาหารเสร็จแล้วลืมปิดแก๊ส เป็นต้น เมื่อสมาชิกในครอบครัวพบเห็นพฤติกรรมดังกล่าว ส่วนใหญ่มักคิดว่า เป็นอาการหลงลืมตามวัย ในขณะที่สมาชิกในครอบครัวที่เป็นพยาบาลทราบว่าเป็นพฤติกรรมดังกล่าวเป็น ความผิดปกติ จึงพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ จึงทราบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม

2. พยาบาลถูกเสนอเป็นผู้ดูแลหลัก ไม่ยึดรั้งรับได้จากหลายเหตุผล ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่

#### 2.2 หน้าที่ของลูกต้องดูแลบุพการี

เมื่อผู้สูงอายุในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อม พยาบาลในฐานะสมาชิกในครอบครัว มักจะถูกเลือกให้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลเสมอ ถึงแม้พยาบาลบางรายจะอยู่ในภาวะจำยอม มีภาระหน้าที่ที่จะต้องทำหลายอย่างในเวลาพร้อมกันไม่แตกต่างจากสมาชิกในครอบครัวรายอื่นก็ตาม แต่เมื่อนึกถึงพระคุณของผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ พ่อ แม่ หรือญาติผู้ใหญ่ในอดีต และคิดว่าเป็นทำหน้าที่ของลูกที่จะต้องดูแลพ่อแม่ จึงทำให้รู้สึกเต็มใจที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อไป

#### 2.3 ตอบแทนบุญคุณที่ท่านเลี้ยงดูเมื่อเยาว์วัย

พยาบาลหลายราย มีความเต็มใจที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม เพราะมองว่าเพื่อเป็นการตอบแทนบุญคุณที่ท่านได้ดูแลตนเองมาตั้งแต่เยาว์วัย ด้วยความเหนื่อยยากลำบาก บางรายตอนเป็นเด็กมีอาการป่วยรุนแรงจนถึงขั้นเกือบเสียชีวิตมาแล้ว แต่พ่อแม่ก็พยายามทุกวิถีทางเพื่อให้ตนได้รอดชีวิตมาได้ และบางรายยังมองว่าการดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นการสร้างบุญกุศลที่จะส่งผลให้ลูกของตนได้ดูแลตนเมื่อเข้าสู่ช่วงวัยสูงอายุเช่นกัน

#### 2.3 เป็นแบบอย่างให้ลูกของตนได้ปฏิบัติตาม

ในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม พยาบาลบางรายจะมีการอบรมสั่งสอนเรื่องความกตัญญูทวดเทวีต่อญาติผู้ใหญ่แก่ลูกของตนเอง และมักจะทำให้ลูกเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลอยู่เสมอเพื่อให้ซึมซับในสิ่งที่ดี และปลูกฝังให้ลูกของตนรู้จักการดูแลญาติผู้ใหญ่ในครอบครัวอีกด้วย

3. เริ่มต้นจากการดูแลเหมือนคนทั่วไป ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่

### 3.1 มั่นใจว่าทำได้ แคดูแลการใช้ชีวิตประจำวัน

พยาบาลในฐานะผู้ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมมักจะมองว่าเป็นโรคที่ไม่ร้ายแรง เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามวัย เนื่องจากตนเคยมีประสบการณ์ในดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติและร้ายแรงมากกว่านี้มาก่อน ประกอบกับด้วยลักษณะของโรคที่ไม่ได้ถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล จึงทำให้พยาบาลไม่ได้ให้ความสำคัญกับการดูแลเท่าที่ควร ดังนั้นในการดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงไม่ใช่เรื่องที่ยุ่งยาก ซับซ้อน เพราะผู้สูงอายุยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงทำให้ไม่ได้รับความเอาใจใส่ในการดูแลเท่าที่ควร

### 3.2 หากไปทำงานวานผู้อื่นดูแลให้

แม้พยาบาลจะเชื่อว่าตนเองจะสามารถดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ แต่พยาบาลยังมีข้อจำกัด คือ ยังต้องเดินทางไปปฏิบัติงานประจำอยู่ ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ตลอดเวลา ดังนั้นในช่วงเวลาที่จะต้องไปปฏิบัติงานจึงมีการฝากให้ญาติรายอื่นหรือเพื่อนบ้านทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุแทน แต่เนื่องจากบุคคลเหล่านี้ไม่มีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจึงทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับความเอาใจใส่ เพราะบุคคลเหล่านี้คิดว่าผู้สูงอายุยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้

### 3.3 หงุดหงิดใจหากท่านทำในสิ่งไม่พึงประสงค์

พยาบาลทั้งหมดยังคงปฏิบัติงานแบบเต็มเวลา และจะใช้เวลาหลังจากเลิกงานมาดูแลผู้สูงอายุต่อ แม้ว่าพยาบาลจะทราบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม แต่ด้วยความเหนื่อยล้าจากงาน เมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงตามพยาธิสภาพของโรค เช่น ถามคำถามซ้ำไปซ้ำมา ไม่ให้ความร่วมมือในการในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว ใช้ถ้อยคำหยาบคาย ทำให้พยาบาลมีภาวะเครียด อารมณ์เสีย เกิดอารมณ์หงุดหงิด โมโห และหวาดใส่ผู้สูงอายุ แต่หลังจากมีพฤติกรรมดังกล่าว เมื่อคิดได้ก็จะรู้สึกเสียใจในที่สุด

4. หากความรู้สร้างความเข้าใจ พร้อมรับปรับการดูแลใหม่ ประกอบด้วย 6 ประเด็นย่อยได้แก่

#### 4.1 ใส่ใจกิจวัตรประจำวัน

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในด้านการรู้คิด ความจำ การตัดสินใจ ถ้าผู้ดูแลมีความดูแลเอาใจใส่ที่ดี ช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขวิหยาส่วนบุคคลที่ดี มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีภาวะพึ่งพิง เช่น การพลัดตกหกล้ม ข้อติด แผลกดทับ เป็นต้น และยังชะลอการดำเนินของโรคให้ช้าลงได้ พยาบาลส่วนใหญ่จึงให้ความสำคัญในการดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย การรับประทานอาหาร และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยใน

กรณีที่ผู้สูงอายุยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ พยาบาลจะทำหน้าที่ในการจัดเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ในขณะที่พยาบาลบางรายเลือกที่จะทำกิจวัตรประจำวันให้ผู้สูงอายุทั้งหมด โดยให้เหตุผลว่ามีความสะดวกรวดเร็วกว่าให้ผู้สูงอายุทำเอง และบางรายมีข้อจำกัดในบริบทของงานก็จะมีวิธีการดูแลผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน ได้แก่ มอบหมายให้ญาติรายอื่นดูแลแทน และบางรายขาดคนช่วยดูแลในช่วงกลางวันทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลในการทำกิจกรรมบางอย่าง เช่น การรับประทานยา เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

#### 4.2 จัดการและป้องกันอาการไม่พึงประสงค์

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความเสี่ยงสูงที่จะก่อความรุนแรง และมีพฤติกรรมและอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การร้องขอ ซ่อนหรือสะสมของ อาการหวาดระแวง การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว อาการหลงลืม เห็นภาพหลอน ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้ดูแลได้ เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาที่แตกต่างกัน จึงทำให้พยาบาลในฐานะผู้ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมมีวิธีการจัดการปัญหาดังกล่าวที่แตกต่างกัน บางรายจะใช้วิธีการนั่งอยู่เป็นเพื่อน พูดปลอบใจ และพูดให้ผู้สูงอายุรับรู้ตามความเป็นจริงอย่างใจเย็น บางรายจะหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า และปล่อยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดังกล่าวจนอารมณ์สงบลงเอง เพราะถ้าไปขัดขวางจะทำให้ผู้สูงอายุมีอาการที่รุนแรงมากขึ้น ส่วนปัญหาการหนีออกจากบ้าน และการเกิดอุบัติเหตุ พยาบาลจะมีการเตรียมสภาพแวดล้อมของบ้านให้เข้าออกยากขึ้น และมีความปลอดภัย ในขณะที่บางรายจะทำ wrist band หรือ ป้ายกระดาษระบุเบอร์โทรศัพท์ และที่อยู่ของผู้ดูแลติดตัวผู้สูงอายุเพื่อป้องกันผู้สูงอายุสูญหาย

#### 4.3 ดูแลเพื่อคงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้

พยาบาลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูความทรงจำ และการออกกำลังแขนขาให้กับญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยให้เหตุผลว่า เพื่อต้องการคงไว้ซึ่งความสามารถของผู้สูงอายุให้มีการช่วยเหลือตนเองให้นานที่สุด และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะนำมาซึ่งการเกิดทุพพลภาพ และภาวะพึ่งพิง โดยพยาบาลแต่ละรายจะมีวิธีการส่งเสริมการทำกิจกรรมที่แตกต่างกัน ได้แก่ การฟื้นฟูความจำ บางรายจะใช้วิธีการสอบถามวัน เวลา สถานที่ บางรายจะกระตุ้นให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมด้วยตนเอง บางรายใช้วิธีการดูรูปเก่าๆ เช่น รูปเหตุการณ์สำคัญในชีวิต เป็นต้น ในขณะที่บางรายจะพาผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่ชื่นชอบ ในการออกกำลังกายส่วนใหญ่จะยังไม่มีแบบแผนที่ชัดเจน เป็นการออกกำลังกายในท่าต่างๆ เช่น การเดินรอบๆ บ้าน การยกแขนยกขาข้างเดียว แต่ยังคงขาดความต่อเนื่อง เพราะพยาบาลส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือ และข้อจำกัดเรื่องเวลา

#### 4.4 พาไปตรวจตามแพทย์นัด



การพาญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมไปตรวจตามแพทย์นัด สมาชิกในครอบครัวมักจะหมอบหมายให้พยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบหลัก และได้รับการสนับสนุนจากญาติพี่น้องในการเดินทางมาโรงพยาบาลเป็นอย่างดี เนื่องจากเห็นความสำคัญของการมาพบแพทย์ ทำให้ผู้สูงอายุได้มาพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ บางรายถ้าไม่สามารถพาผู้สูงอายุมาพบแพทย์ได้โดยตรงก็จะใช้วิธีการถ่ายคลิปวิดีโอให้แพทย์ประเมินแทน ในขณะที่บางรายไม่ได้พาผู้สูงอายุมาพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมองว่าภาวะสมองเสื่อมไม่มีความรุนแรง เป็นการเปลี่ยนแปลงตามวัย และผู้สูงอายุยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้

#### 4.5 จัดสรรเวลาพาเที่ยวกลับบ้าน

พยาบาลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการพาญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ออกไปเที่ยวกลับบ้าน เช่น เดินห้างสรรพสินค้า รับประทานอาหารนอกบ้าน โดยมองว่า ทำให้ผู้สูงอายุได้ออกมาเปิดหูเปิดตาและเสริมสร้างทักษะทางสังคม และพร้อมกันนั้นยังทำให้ตนและสมาชิกในครอบครัวรายอื่นได้ผ่อนคลายด้วย แต่บางรายยังมีข้อจำกัด ไม่สะดวกในการเดินทาง จึงทำให้มีโอกาสพาผู้สูงอายุออกไปข้างนอกได้เพียงครั้งคราวเท่านั้น

#### 4.7 ขวนทอนทำบุญทำทาน ไหว้พระสวดมนต์

ด้วยพื้นฐานทางสังคมของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ยึดมั่นในพระพุทธศาสนา จึงทำให้พยาบาลในฐานะผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีการส่งเสริมให้ญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมมีการทำกิจกรรมทางพระพุทธศาสนา เช่น ทำบุญ ตักบาตร ไหว้พระ สวดมนต์ ปล่อยนกปล่อยปลา เป็นต้น ซึ่งทุกครั้งที่ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมดังกล่าว จะพบว่า มีอารมณ์ที่สงบลง โดยพยาบาลจะทำหน้าที่ในการจัดเตรียมสิ่งของ และดูแลในขณะที่ทำกิจกรรมอย่างใกล้ชิด

### 5. ปัญหามากมาย เหนื่อยกายและใจ ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่

#### 5.1 รับผิดชอบงานหลากหลาย ร่างกายพักผ่อนไม่พอ

นอกจากการดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลยังต้องปฏิบัติงานประจำเป็นพยาบาล และดูแลสมาชิกในครอบครัวของตนเอง รวมถึงการจัดการหลายๆ เรื่องที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุด้วยในเวลาพร้อมกัน ทำให้พยาบาลไม่มีเวลาพักผ่อน บางรายต้องดูแลผู้สูงอายุทั้งกลางวันและกลางคืน แม้จะมีสมาชิกรายอื่นช่วยดูแล แต่หน้าที่หลักก็ยังคงเป็นความรับผิดชอบของตน ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า พักผ่อนไม่เพียงพอ จนบางรายที่เคยปฏิบัติงานชั้นเวรเช้า-บ่าย-ดึกมีการขอย้ายไปแผนกที่ทำงานเฉพาะเวลาราชการ เพื่อจะได้มีเวลาดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างเต็มที่

#### 5.2 รู้สึกท้อ เครียดง่ายและเหนื่อยใจ

การที่พยาบาลถูกคาดหวังจากสมาชิกในครอบครัวรายอื่น และได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยที่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวรายอื่นมาผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนในการดูแล หรือบางรายมีคนช่วยดูแลแต่ก็ช่วยเหลือในเพียงบางส่วนเท่านั้น ทำให้พยาบาลเกิดความกดดัน ความเครียดทั้งกับการเผชิญกับผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และท้อใจกับการพยายามหาคำตอบว่าทำไมไม่มีพี่น้องคนอื่นมาช่วยดูแลบ้าง ในขณะที่บางรายยังเกิดความวิตกกังวลด้วยว่าผู้สูงอายุจะเกิดอันตราย เช่น การเกิดอุบัติเหตุ หนีออกจากบ้าน เป็นต้น เพราะต้องปล่อยให้ผู้สูงอายุดูแลผู้สูงอายุกันเอง หรือสมาชิกครอบครัวรายอื่นที่ไม่ได้เอาใจใส่ในการดูแลตลอดเวลาในเวลาที่ตนออกไปทำงานซึ่งกว่าจะกลับมาดูแล เวลาที่ล่วงเลยไปมากแล้ว

## 6. ทักษะการจัดการ เพื่อให้ชีวิตเกิดสมดุล ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่

### 6.1 ให้อาการผลัดเปลี่ยน หมุนเวียนดูแลร่วมด้วย

การดำเนินของภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้สูงอายุมีอาการที่ถดถอยลง และมีภาวะพึ่งพิงที่สูงขึ้น ทำให้พยาบาลไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุคนเดียวได้อย่างเต็มที่ จึงให้อาการพี่น้องรายอื่นเข้ามาช่วยเหลือ ผลัดเปลี่ยนดูแล แม้ว่าจะคุณภาพการดูแลจะไม่เท่ากับตนก็ตาม แต่ก็สามารถทำให้พยาบาลมีเวลาได้พักผ่อนมากขึ้น และผ่อนคลายความเครียดลงได้อีกด้วย

### 6.2 หาพี่เลี้ยงช่วย แต่อยู่ไม่ทน ต้องมีกลยุทธ์ข้อใจหลายอย่าง

ในกรณีที่พยาบาลไม่สามารถหาสมาชิกในครอบครัวรายอื่นมาช่วยดูแลผู้สูงอายุได้ ก็จะมีการว่าจ้างผู้ช่วยผู้ดูแล หรือ “พี่เลี้ยง” มาช่วยในการดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม แต่ก็จะมีประสพปัญหา คือ พี่เลี้ยงไม่สามารถทำงานกับผู้สูงอายุได้นาน ต้องเปลี่ยนพี่เลี้ยงบ่อยๆ เนื่องจากไม่สามารถทนกับปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้สูงอายุได้ ต้องอยู่กับผู้สูงอายุเพียงลำพัง พยาบาลจึงมีการหาวิธีการให้พี่เลี้ยงอยู่ไม่นานๆ ได้แก่ ต้องมองข้ามในบางเรื่อง เช่น ความสะอาด ความเรียบร้อยของงาน และยอมรับพี่เลี้ยงให้ได้ การซื้ออาหารหรือสิ่งของที่พี่เลี้ยงชื่นชอบ หรือการให้ของขวัญพิเศษในวันเกิดของพี่เลี้ยง เพื่อเป็นการขอบคุณที่ช่วยดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมแทนตนเอง และให้เวลาพี่เลี้ยงได้ผ่อนคลายหรือใช้ชีวิตอย่างอิสระบ้าง

### 6.3 บางปัญหาไม่ได้หมดไป ต้องเรียนรู้แก้ไขและทำใจไปพร้อมๆกัน

การดำเนินอาการของภาวะสมองเสื่อมทำให้ญาติผู้สูงอายุมีพฤติกรรมและอาการที่สามารถเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และก่อให้เกิดปัญหาและผลกระทบต่อพยาบาลในฐานะผู้ดูแลมากมาย ซึ่งปัญหาดังกล่าวไม่สามารถแก้ไขให้หายหมดไปได้ทั้งหมด จึงส่งผลให้พยาบาลเกิดความเครียด จึงมีการเรียนรู้ และปรับตัว และแสวงหาแหล่งประโยชน์เพื่อทำให้ตนเองมีการเผชิญความเครียดที่ดี ซึ่งมีวิธีการที่หลากหลาย ซึ่งการระบายความรู้สึกให้เพื่อนฟัง เป็นวิธีที่พยาบาลใช้มากที่สุด

## อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลที่ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยขออภิปรายตามประเด็นการศึกษา ดังต่อไปนี้ 1) สังเกตเห็นอาการผิดปกติของผู้สูงอายุที่บ้าน 2) พยาบาลถูกเสนอเป็นผู้ดูแลหลัก ไม่ยึดหยุ่นรับได้จากหลายเหตุผล 3) เริ่มต้นจากดูแลเหมือนคนทั่วไป 4) หาความรู้สร้างความเข้าใจ พร้อมรับบริการดูแลใหม่ 5) ปัญหามากมาย เหนื่อยกายและใจ 6) หาวิธีจัดการ เพื่อให้ชีวิตเกิดสมดุล

### 1. สังเกตเห็นอาการผิดปกติของผู้สูงอายุที่บ้าน

ภาวะสมองเสื่อมเกิดจากความผิดปกติของสมองส่วนที่ควบคุมการรู้คิด ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการแสดงที่แตกต่างกันออกไป จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุบางรายมีพฤติกรรมกระตือรือร้นที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น หยิบขันน้ำล้างก้นมาใส่ฝักเพื่อรับประทานกับแหม่มเนือง บางรายมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าว อารมณ์รุนแรง เอะอะโวยวาย ในขณะที่บางรายมีอาการหลงลืม ถ้ามคำถามเดิมซ้ำไปซ้ำมา ทั้งนี้พฤติกรรมและอารมณ์ที่แสดงออกไม่ได้มีแค่อาการแสดงเดียว แต่จะมีหลายๆ อาการแสดงซึ่งขึ้นอยู่กับช่วงเวลา และการดำเนินของโรค สอดคล้องกับเกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4<sup>th</sup> Edition (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1995) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยจะมีการทำงานของสมองด้านเซาว์ปัญญาบกพร่อง (Cognitive deficit) แสดงออกทั้ง 2 ข้อคือ 1) ความจำเสื่อมลง (Memory impairment) และ 2) มีความผิดปกติด้านเซาว์ปัญญา (Cognitive disturbance) อย่างน้อย 1 ด้าน ดังนี้ มีความผิดปกติด้านการใช้ภาษา (Aphasia) สูญเสียทักษะในการทำกิจกรรม (Apraxia) การไม่รับรู้ในสิ่งที่เคยรู้มาก่อน (Agnosia) หรือมีความผิดปกติในการบริหารจัดการ (Disturbance of executive function) พยาบาลโดยส่วนใหญ่ในฐานะสมาชิกในครอบครัวเมื่อพบเห็นพฤติกรรมดังกล่าว ส่วนใหญ่มักจะมีความคิดเห็นว่า ผู้สูงอายุน่าจะมีความผิดปกติเกี่ยวกับสมอง ด้วยความรู้และประสบการณ์ในการทำงานด้านสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุได้เข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็ว แตกต่างจากผู้ดูแลทั่วไปที่มักจะมองว่าพฤติกรรมดังกล่าวเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุ จึงละเลยการพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ (ธีรบรรณ คนชม, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jenevic and Connell (2001) ที่พบว่า ในระยะแรกของการเจ็บป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่เข้าใจว่าการที่ผู้สูงอายุมีอาการหลงลืม มีความจำลดลงเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามกระบวนการสูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรก ไม่ได้ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากผู้ดูแลในฐานะผู้ป่วย

2. พยาบาลถูกเสนอเป็นผู้ดูแลหลัก ไม่ยึดหยุ่นรับได้จากหลายเหตุผล หน้าที่ของลูกต้องดูแลบุพการี

ภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคที่รักษาไม่หาย การดำเนินของโรคจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่แปรปรวน และมีภาวะพึ่งพิงสูง จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า สมาชิกครอบครัวที่เป็นพยาบาลมักจะถูกมอบหมายให้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักมากกว่าสมาชิกที่ประกอบอาชีพอื่น ทั้งนี้เนื่องจากอาชีพพยาบาลจะได้รับความคาดหวังจากสมาชิกในครอบครัวรายอื่นว่าเป็นบุคคลที่มีองค์ความรู้ด้านสุขภาพ และการดูแลผู้สูงอายุ ถึงแม้ว่าบางรายจะมีภาระที่ต้องรับผิดชอบที่มากมายไม่แตกต่างจากสมาชิกในครอบครัวรายอื่นก็ตาม ก็ไม่สามารถที่จะปฏิเสธความรับผิดชอบนี้ได้ จึงต้องยอมรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลด้วยความจำยอม โดยไม่สามารถปฏิเสธความรับผิดชอบนี้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ward-Griffin et al. (2011) ที่พบว่าเมื่อผู้สูงอายุในครอบครัวมีภาวะเจ็บป่วย สมาชิกครอบครัวที่เป็นพยาบาลและมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในฐานะบุตรสาวมักจะถูกมอบหมายให้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักมากกว่าสมาชิกครอบครัวประกอบอาชีพอื่น

พยาบาลจึงมีการปรับเปลี่ยนความคิดในเชิงบวก ปรับตัวยอมรับ และหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจในการดูแลแทนอารมณ์น้อยเนื้อต่ำใจ ซึ่งสอดคล้องกับ Fredrickson (2001) ที่พบว่า การมีทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแล จะสามารถช่วยให้ผู้ดูแลผ่านพ้นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามในขณะที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยพยาบาลบางรายจะระลึกรู้ถึงพ่อแม่ หรือญาติผู้ใหญ่ที่ได้เลี้ยงตนมาจนเติบโตใหญ่มาด้วยความยากลำบาก เมื่อท่านเจ็บป่วย จึงต้องเป็นบทบาทหน้าที่ของลูกหลานที่ต้องเลี้ยงดู ซึ่งมีเหตุผลคล้ายคลึงกับผู้ดูแลที่ไม่ใช่พยาบาลที่มองว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นหน้าที่ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นหน้าที่ของบุตรที่ต้องดูแลทดแทนบุญคุณบิดามารดา ซึ่งถือว่าเป็นการแสดงความกตัญญูทเวที (ลักษณะภรณ์ เสนอชัย, 2559) ทั้งนี้อาจมีเหตุผลมาจากค่านิยมของสังคมไทยที่ปลูกฝังในเรื่องของการเคารพต่อผู้อาวุโส และการตอบแทนบุญคุณบิดามารดาตามหลักของศาสนาพุทธ (Kespichayawattana, 1999; รุจา ภูไพบูลย์, 2541) เนื่องจากพยาบาลที่เป็นผู้ให้ข้อมูลทุกคนนับถือพระพุทธศาสนา ทำให้ได้รับการหล่อหลอมและการปลูกฝังจากครอบครัวในเรื่องความกตัญญูทเวที สอนให้ทดแทนบุญคุณผู้มีพระคุณ เช่น พ่อ แม่ หรือญาติผู้ใหญ่ โดยการเลี้ยงดูท่านเป็นการตอบแทนเมื่อท่านมีอายุสูงขึ้น (Klausner, 1987; Knodel et al., 1995) ซึ่งคล้ายคลึงกับการรับรู้ของผู้ดูแลทั่วไป โดยจากการศึกษาของ ศิริพันธุ์ สาสัจย์ และคณะ (2543) ที่พบว่า สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม จะมองว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นการทดแทนบุญคุณ ทั้งนี้เนื่องจากบริบทของสังคมไทยนั้นได้รับอิทธิพลจากศาสนาพุทธ ทำให้ผู้ดูแลมีความเต็มใจที่จะให้การดูแลต่อไป

ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายต้องการเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลบุพการีให้บุตรได้เห็นและปฏิบัติตาม ดังนั้นในการดูแลผู้สูงอายุจะให้บุตรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลอยู่เสมอ เพื่อปลูกฝังให้บุตรได้รู้จักการดูแลญาติผู้ใหญ่ และรู้จักความกตัญญูทเวทีต่อบุพการีอีกด้วย นำมาซึ่งการสร้าง

ปฏิสัมพันธ์และสายใยรักภายในครอบครัว และผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานอีกด้วย คล้ายคลึงกันกับผู้ดูแลทั่วไป โดยจากการศึกษาของ อีวรรณ คนชม (2552) ที่พบว่า ครอบครัวที่มีพื้นฐานการอบรมเลี้ยงดูที่ดี มีแบบ อย่างของการปฏิบัติของการปฏิบัติที่เน้นให้เห็นความสำคัญของความกตัญญูตเวที การรู้จักตอบแทนบุญคุณของบิดามารดาหรือผู้ที่เคยอบรมเลี้ยงดูมา ซึ่งเป็นผลมาจากการถ่ายทอดทางวัฒนธรรมทางความคิด และมีการปฏิบัติสืบทอดกันมาเรื่อยๆ จากรุ่นสู่รุ่น รวมถึงการให้ความสำคัญเกี่ยวกับค่านิยมเกี่ยวกับค่านิยมเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบิดามารดาในยามเจ็บหรือยามชราภาพ สิ่งเหล่านี้เปรียบเสมือนแรงจูงใจหรือแรงเสริมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว

### 3. เริ่มต้นจากดูแลเหมือนคนทั่วไป

จากประสบการณ์ทำงานของพยาบาล ทำให้ผู้ให้ข้อมูลได้ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่มีความหลากหลาย ทั้งภาวะฉุกเฉิน และไม่ฉุกเฉิน สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินมักจะเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มาตรวจตามนัด ซึ่งถ้าไม่มีปัญหาหรือป่วยมากก็จะได้ไม่ได้รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล เช่นเดียวกับผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาในแผนกผู้ป่วยนอกมากกว่าถูกรับไว้ในโรงพยาบาลดังเช่นโรคเรื้อรังอื่นๆ ทำให้พยาบาลไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ในระยะแรกของพยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม ไม่ได้ตระหนักถึงการดูแลที่เฉพาะเจาะจงเพื่อชะลออาการของภาวะสมองเสื่อมให้ช้าลง เพราะมีการรับรู้ที่ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะปกติที่เกิดจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ แตกต่างกับผู้ป่วยที่พยาบาลผู้ให้ข้อมูลดูแลในขณะที่ปฏิบัติหน้าที่ในหอผู้ป่วย จึงดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเหมือนผู้สูงอายุทั่วไปที่สามารถดูแลตนเองได้ ดังเช่น บางรายมีการจัดเตรียม อาหาร ยา นมกล่องและขนมไว้ให้ หากผู้สูงอายุหิว ก็สามารถหยิบรับประทานเอง โดยขาดการติดตามว่าผู้สูงอายุได้รับประทานบ้างหรือไม่ การดูแลดังกล่าวมีความคล้ายคลึงกับผู้ดูแลทั่วไป ที่ไม่ใช่พยาบาลโดยจากการศึกษาของ อีวรรณ อุณนาภิรักษ์ and วิไลวรรณ ทองเจริญ (2547) ที่พบว่า ผู้ดูแลมักจะคิดว่าอาการของโรคสมองเสื่อมเป็นอาการของผู้สูงอายุทั่วไปจึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับความเอาใจใส่หรือนำผู้ป่วยมารักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

พยาบาลบางรายเมื่อต้องออกไปปฏิบัติงานประจำ แต่ด้วยความห่วงใยก็จะมีการฝากเพื่อนบ้าน หรือสมาชิกในครอบครัวรายอื่นดูแลแทน แต่ก็ไม่ได้มีการเอาใจใส่เช่นเดียวกัน เมื่อบุคคลดังกล่าวได้พบเห็นพฤติกรรมและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ เช่น คือ ไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม เเทอาหารไว้บนโต๊ะแล้วรับประทาน ผู้สูงอายุมักจะถูกมองว่า เป็นการเสแสร้ง แกล้งทำมากกว่าเกิดจากพยาธิสภาพของโรค นำไปสู่ความรุนแรงในครอบครัว คือ การทะเลาะเบาะแว้งกันระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัวในที่สุด ข้อค้นพบนี้อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลยังมีความเข้าใจ

คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยมักจะเข้าใจว่าการกระทำสิ่งต่างๆ ของผู้สูงอายุสมองเสื่อมเกิดจากปัญหาด้านนิสัย และพฤติกรรมส่วนบุคคล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่าย จากการสัมภาษณ์พยาบาลผู้ให้ข้อมูล ยังพบว่า พยาบาลกลุ่มนี้ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมาก่อน อาจเป็นสาเหตุให้พยาบาลขาดความตระหนักถึงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์นี้เกิดจากอาการของโรคมากกว่าจะเป็นการแกล้งทำเพื่อเรียกร้องความสนใจ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับที่ นันทพร ศรีน้อม (2558) ที่พบว่า เมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีพฤติกรรมต่างๆ เช่น ไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลมักจะมองว่า ผู้สูงอายุชอบเรียกร้องความสนใจ เป็นต้น

นอกจากนี้การเผชิญกับพฤติกรรมและอารมณ์ที่ผู้สูงอายุแสดงออก เช่น การถามคำถามเดิมซ้ำๆ การพูดจาหยาบคายด่าทอ ต่อต้านไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือแม้กระทั่งการขว้างปา ทำลายข้าวของของผู้สูงอายุ ทำให้พยาบาลรู้สึกหงุดหงิดใจ หรือบางรายมีอาการโกรธ โมโห และตวาดผู้สูงอายุกลับ แต่หลังจากมีพฤติกรรมดังกล่าว ผลการวิจัยนี้สามารถอธิบายได้ว่า พยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เป็นผู้ทำงานนอกบ้านแบบเต็มเวลา ซึ่งในการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลนั้น เป็นงานที่หนักและเหนื่อย ต้องเผชิญกับความเครียดในหลายๆด้าน (International Council of Nurses, 2009; Toft and Anderson, 1981; ศรีรัตนา ศุภพิทยากุล, 2534) เมื่อเลิกจากการทำงานกลับมาที่บ้าน ความต้องการการพักผ่อนจากความเหนื่อยล้าจึงเป็นสิ่งที่พยาบาลต้องการมากที่สุด แต่ทว่าเมื่อพยาบาลมีภารกิจที่ต้องดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยในครอบครัว ทำให้พยาบาลรู้สึกเหนื่อยมากขึ้น และเมื่อต้องเผชิญกับพฤติกรรมทางลบของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ทำให้พยาบาลรู้สึกเครียดจึงเผชิญต่อความเครียดด้วยการใช้อารมณ์ ซึ่งเป็นวิธีเผชิญความเครียดที่ใช้เมื่อบุคคลไม่สามารถแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ในขณะที่เกิดเหตุ (Lazarus and Folkman, 1984) แต่เมื่อพยาบาลได้มีเวลาควบคุมสติอารมณ์ทำให้คิดได้ว่าการกระทำดังกล่าวเป็นการไม่เหมาะสม จึงรู้สึกเสียใจในที่สุด ซึ่งถ้าผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมอารมณ์เหล่านี้ได้ ผู้สูงอายุอาจจะได้รับการกระทบกระเทือนทางจิตใจ และผู้ดูแลเกิดความรู้สึกผิดเพราะไม่ได้ควบคุมอารมณ์ตนเองให้ดีพอ (ธนพรรณ สิริสุนทร, 2543)

จากผลการวิจัยในประเด็นนี้ แสดงว่าการเป็นพยาบาลที่มีความรู้ทางการพยาบาลและสามารถดูแลผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างผู้มีประสบการณ์ แต่ประสบการณ์นั้นไม่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากความเข้าใจผิดเกี่ยวกับอาการของโรคและลักษณะอาการแสดงของผู้สูงอายุที่ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ดังนั้นพยาบาลด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ควรให้ข้อมูลและแนะนำการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมตั้งแต่ผู้สูงอายุเริ่มวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม โดยควรให้ข้อมูลและคำแนะนำกับญาติของผู้ป่วยทุกคนและทุกรายไม่ยกเว้นแม้แต่ผู้ดูแลเป็นพยาบาล

#### 4. หาความรู้สร้างความเข้าใจ พร้อมรับปรับการดูแลใหม่

การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้พยาบาลในฐานะผู้ดูแลมีความเข้าใจ นำไปสู่การยอมรับและปรับตัวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ เพราะการที่ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาที่ดีนั้นส่วนหนึ่งมาจากการที่ผู้ดูแลยอมรับถึงภาวะของโรคสมองเสื่อมที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ยอมรับว่ามีผู้ป่วยสมองเสื่อมในครอบครัว และยอมรับบทบาทการเป็นผู้ดูแล (ธีรวรรณ คนชม, 2552) ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการเผชิญและอุปสรรคจากการดูแลได้อย่างเหมาะสม และส่งผลให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุดศิริ หิรัญขุนหะ, 2541) เนื่องจากพยาบาลมีองค์ความรู้พื้นฐานทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพเป็นต้นทุนเดิม ความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ จึงทำให้พยาบาลสามารถทราบแหล่งข้อมูล และเข้าถึงได้ง่าย ถึงแม้ว่าพยาบาลจะมีการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมด้วยวิธีการที่หลากหลาย อาทิ การสืบค้นข้อมูลผ่านอินเทอร์เน็ต การสอบถามจากผู้มีประสบการณ์เดียวกัน แต่จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า วิธีการที่พยาบาลใช้มากที่สุด คือ การปรึกษาผู้ที่มีความรู้ โดยเฉพาะการปรึกษาแพทย์ เนื่องจาก บริบทของการปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ ทำให้ได้มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับทีมสุขภาพอยู่เสมอ จึงสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลดังกล่าวได้สะดวกและรวดเร็ว แต่มีความแตกต่างจากผู้ดูแลทั่วไป ซึ่งในระยะแรกจะพยายามค้นหาคำตอบและคิดหาแนวทางแก้ไขปัญหาในการที่จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุด้วยวิธีการศึกษาจากคู่มือ เอกสารและหนังสือต่างๆ เป็นวิธีการแรกๆ เนื่องจากสามารถเข้าถึงข้อมูลประเภทนี้ได้ง่ายที่สุด (ธีรวรรณ คนชม, 2552)

ในขณะเดียวกัน บางครั้งวิธีการแก้ปัญหา อาจไม่สามารถเรียนรู้ได้จากตำรา หรือจากแหล่งความรู้อื่นๆ หากแต่เป็นประสบการณ์ที่ผู้ดูแลสามารถสัมผัสและรับรู้ถึงผลสำเร็จได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจที่สามารถจัดการปัญหาได้ปัญหาหนึ่งได้สำเร็จ (Gubrium, 1991) ดังนั้นพยาบาลบางรายจึงมองว่า ถึงแม้ว่าตนจะมีองค์ความรู้ด้านทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแล้วก็ตาม แต่เมื่อต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในสถานการณ์จริง กลับมีความแตกต่าง และมีความยากลำบากมากกว่าที่ตนได้ศึกษาจากทฤษฎีเป็นอย่างมาก อีกทั้งผู้สูงอายุในแต่ละรายมีบริบทพื้นฐานในการดำรงชีวิตที่แตกต่างกัน จึงจำเป็นต้องมีการบูรณาการหรือประยุกต์องค์ความรู้ที่มีอยู่มาผนวกกับการใช้ประสบการณ์ตรงจากการดูแล ด้วยวิธีการการลองผิดลองถูก จนเกิดเป็นเทคนิควิธีการใหม่ๆ ที่สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุที่ตนได้ดูแลอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Desai and Grossberg (2001) ที่พบว่า การค้นหาการดูแลโดยการเรียนรู้จากพฤติกรรมเป็นวิธีการอย่างหนึ่งที่ผู้ดูแลนำมาช่วยในกระบวนการคิดแก้ไขปัญหา และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความร่วมมือในการดูแล โดยเฉพาะความร่วมมือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยผู้ดูแลจะพยายามเรียนรู้การดูแล ควบคู่ไปกับการสังเกตพฤติกรรม และอารมณ์ของผู้สูงอายุที่แสดงออกในระหว่างการดูแล

นอกจากนี้พยาบาลยังใช้ประสบการณ์ตรงในการดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม จนเกิดเป็นเทคนิคและวิธีการดูแลใหม่ๆ นำไปสู่การปรับวิธีการดูแลเพื่อให้สอดคล้องกับญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีปัญหาทั้งทางด้านการรู้คิด พฤติกรรมและอารมณ์ โดยจากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า พยาบาลได้มีการปรับวิธีการดูแลผู้สูงอายุในหลายอย่าง ได้แก่ การดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันซึ่งพยาบาลส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญ ทั้งการจัดการรักษาความสะอาดของร่างกาย การรับประทานอาหาร และการรับประทานยาให้มีความต่อเนื่อง ทั้งนี้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมขึ้นอยู่กับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุแต่ละรายด้วย (นิชภา โมราถบ และคณะ, 2555) เช่น ในกรณีที่ผู้สูงอายุยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ พยาบาลจะทำหน้าที่ในการจัดเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ และกระตุ้นโดยบอกขั้นตอนการทำกิจวัตรประจำวันให้แก่ผู้สูงอายุทำตามทีละขั้นตอนด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ นิภารัตน์ จันทร์แสงรัตน์, อนงค์ ภีบาล, ลุติพี สมะมะแอ, และจุรีย์ ธีรัชกุล (2557) ที่พบว่า บทบาทหลักของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ บทบาทในการเป็นผู้ให้การดูแล และผู้ช่วยเหลือ โดยเป็นผู้สนับสนุนผู้ป่วยในการจัดหาสิ่งของ และบริการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมและจิตใจ

ในขณะที่พยาบาลบางรายเลือกที่จะทำกิจวัตรประจำวันให้ผู้สูงอายุทั้งหมด ด้วยข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ ภาระงานที่ต้องรับผิดชอบหลายอย่าง ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะผู้ช่วยดูแลในช่วงเวลาที่ตนต้องออกไปปฏิบัติงาน การดูแลจึงเน้นแต่เพียงความสะดวกรวดเร็ว ทำให้ผู้สูงอายุบางรายไม่ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม เช่น ไม่ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้บางรายมีปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์ที่รุนแรงตามมาในที่สุด (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556)

ส่วนการดูแลในเรื่องการรับประทานอาหาร พยาบาลบางรายเน้นอาหารที่เรียบง่าย และความชอบของผู้สูงอายุเป็นหลัก เพียงเพื่อให้ครบ 3 มื้อเท่านั้น เช่น ขนม นม อาหารตักถุง เป็นต้น โดยไม่ได้คำนึงถึงโรค สารอาหารและพลังงาน และความสามารถในการรับประทานอาหาร ทำให้ผู้สูงอายุบางรายไม่ได้รับประทานอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย การดูแลการรับประทานอาหารให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของพยาบาลบางรายจึงยังไม่ถูกต้องตามหลักการดูแลเรื่องการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ เพราะโดยพยาธิสภาพของโรคแล้วผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีอาการเบื่ออาหาร เนื่องจากเซลล์สมองส่วนที่ควบคุมการกินเสื่อมสภาพ ประกอบกับสูญเสียความจำทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง และจำไม่ได้ว่ารับประทานอาหารหรือยัง การจัดอาหารต้องจัดให้เป็นเวลา มีประโยชน์ มีเนื้อสัมผัส (Texture) สีสันและส่วนประกอบของเครื่องปรุงหลากหลาย และมีการจัดอาหารให้ทานง่าย และนำรับประทาน (ศุภย์สมเด็จพะสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีการรับรู้ต่อความเป็นจริงเปลี่ยนแปลงไป มีความอดทนต่อสิ่งกระตุ้นจากสภาพแวดล้อมลดลง แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป ทักษะใน



การจัดการปัญหาหรือการเผชิญความเครียดเสียไป รวมทั้งผลข้างเคียงจากยา สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงที่จะก่อให้เกิดความรุนแรง หรือมีพฤติกรรมและอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์แสดง ออกมาได้ อาจก่อให้เกิดอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้ดูแล จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า พยาบาลจะมี วิธีการที่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้สูงอายุแต่ละรายจะมีปัญหาที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะการจัดการปัญหา ด้านพฤติกรรมอารมณ์ซึ่งเป็นปัญหาที่มักพบเป็นอันดับแรกและเด่นชัดที่สุด (กนกพร หมู่พยัคฆ์, 2544) ได้แก่ การรื้อของ ซ่อน หรือสะสมของ อารมณ์หวาดระแวง พฤติกรรมก้าวร้าว หลงลืม เห็น ภาพหลอน และการหนีออกจากบ้าน เมื่อพยาบาลต้องเผชิญกับปัญหาดังกล่าวส่วนใหญ่มักจะใช้วิธีการ นั่งอยู่เป็นเพื่อน พูดปลอบใจ และพูดให้ผู้สูงอายุรับรู้ตามความเป็นจริงอย่างใจเย็น สอดคล้องกับผล การศึกษาของ นิชภา โมราถบ และคณะ (2555) ซึ่งพบว่า การที่ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีความบกพร่อง ทางอารมณ์ กล่าวคือ มีอารมณ์แปรปรวน ก้าวร้าว โมโหร้ายอาละวาด หรือบางรายอาจเกิดภาวะ ซึมเศร้า สมาชิกในครอบครัวควรมีการดูแลเอาใจใส่สภาพจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็น พิเศษ ด้วยการพูดคุยหรืออยู่ด้วยกันตลอดเวลา ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรู้สึกอบอุ่นใกล้ชิด การใช้อารมณ์ขันร่วมพูดคุยกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในขณะที่พยาบาลบางรายจะหลีกเลี่ยง การเผชิญหน้า โดยจะปล่อยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมและอารมณ์ที่สงบลงเอง

พยาบาลบางรายที่ประสบปัญหาผู้สูงอายุหนีออกจากบ้าน และผู้สูงอายุมีการพลัดตกหกล้มอยู่บ่อยๆ ก็จะมีการเตรียมสภาพแวดล้อมของบ้านให้มีความปลอดภัยปลอดภัยมากขึ้น ร่วมกับการทำ wrist band หรือ ป้ายกระดาษระบุเบอร์โทรศัพท์ และที่อยู่ของผู้ดูแลติดตัวผู้สูงอายุเพื่อ ป้องกันผู้สูงอายุสูญหายอีกด้วย ซึ่งคล้ายคลึงกับวิธีการของผู้ดูแลทั่วไป โดยจากการศึกษาของ Ballard and et al. (2001) ที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญเกี่ยวกับสิ่งแวดลอมที่อยู่รอบๆ ตัว และที่อยู่อาศัยภายในบ้าน เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีความบกพร่องในด้านการ รับรู้ของผู้ป่วยสมองเสื่อม ส่งผลทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และการรับรู้ต่อสิ่งแวด ล้อมรอบๆ ตัวลดลง เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุประสบอุบัติเหตุได้ง่าย ผู้ดูแลจึงมีความกังวลเกี่ยวกับ ความปลอดภัยและอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา และการศึกษาของ (Sorrentino and Gorek, 2007) ที่พบว่า การป้องกันพฤติกรรมชอบเที่ยวออกนอกบ้านและหลงทาง (wandering) ผู้ดูแลควรมี การติดข้อมูลของผู้ป่วยที่มีข้อความว่าบุคคลนี้มีภาวะสมองเสื่อม โดยอาจติดไว้กับเสื้อ กางเกง สร้อยคอ หรือข้อมือ เพราะถ้ามีผู้ใดพบเห็นก็จะสามารถติดต่อมายังผู้ดูแลได้

เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และ อารมณ์ที่ถดถอยลง การดูแลจึงควรให้ผู้สูงอายุได้รู้จักตนเองและสิ่งรอบตัวตามความเป็นจริง การ ดูแลให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกาย มีนันทนาการทางสังคม และมีการสื่อสารกับบุคคลอื่น (กัลยา ศารทูลทัต, 2549; พรรณงาม พรรณเชษฐ์, 2542; ลีวรรณ อุณาภิรักษ์ และ วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2547) ซึ่งจากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กิจกรรมที่พยาบาลมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในครอบครัวที่มี

ภาวะสมองเสื่อมทำ คือ การฟื้นฟูความทรงจำ และการออกกำลังกายแขนขา เพื่อช่วยคงความสามารถของผู้สูงอายุในการช่วยเหลือตนเอง และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะนำไปสู่การเกิดภาวะทุพพลภาพ และภาวะพึ่งพิง (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556) พยาบาลแต่ละรายจะมีวิธีการส่งเสริมการทำกิจกรรมที่แตกต่างกัน สำหรับการฟื้นฟูความจำ บางรายจะใช้วิธีการสอบถามวัน เวลา สถานที่ บางรายจะกระตุ้นให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมด้วยตนเอง บางรายใช้วิธีการดูรูปเก่าๆ เช่น รูปเหตุการณ์สำคัญในชีวิต เป็นต้น ในขณะที่บางรายจะพาผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่ชื่นชอบ ส่วนการออกกำลังกายส่วนใหญ่จะยังไม่มีแบบแผนที่ชัดเจน เป็นการออกกำลังกายในท่าต่างๆ เช่น การเดินรอบๆ บ้าน การยกแขนยกขาข้างเดียว แต่โดยส่วนใหญ่ยังขาดความต่อเนื่อง เพราะพยาบาลส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือและข้อจำกัดเรื่องเวลา

การพาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไปพบแพทย์ตามนัด เป็นอีกบทบาทสำคัญผู้ที่ดูแลต้องมีความเอาใจใส่ (นิชภา โมราถน และคณะ, 2555) โดยจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่จะเป็นผู้พาผู้สูงอายุไปตรวจตามนัดโดยได้รับการสนับสนุนจากญาติพี่น้องในการเดินทางมาโรงพยาบาลเป็นอย่างดี เนื่องจากพยาบาลเห็นความสำคัญของการมาพบแพทย์ ทำให้ผู้สูงอายุได้มาพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับ Dulin and Dominy (2008) ที่พบว่าครอบครัวที่มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลที่ดี และมีความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นกับผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว ด้วยความรักและความผูกพัน ในขณะที่บางรายไม่ได้พาผู้สูงอายุมาพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมองว่าภาวะสมองเสื่อมไม่มีความรุนแรง เป็นการเปลี่ยนแปลงตามวัย และผู้สูงอายุยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้

การดูแลด้านจิตสังคมและด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสำคัญไม่น้อยกว่าการดูแลในมิติอื่นๆ เนื่องจากการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวและทำให้ผู้สูงอายุมีที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ และยังเป็นการสร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้สูงอายุอีกด้วย (Browning and Hogstel, 1994) จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในการดูแลทั้งสองมิตินี้ โดยตัวอย่างกิจกรรมที่สำคัญที่พยาบาลทำเป็นประจำคือ การพาผู้สูงอายุออกไปรับประทานอาหารนอกบ้าน การออกไปทำบุญตักบาตร เข้าวัดฟังธรรม ปล่อยนกปล่อยปลา ซึ่งทุกครั้งให้ผู้สูงอายุได้สวดมนต์พบว่าจะมีอารมณ์ที่สงบลง จึงมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมดังกล่าวต่อไป มีเพียงพยาบาลส่วนน้อยเท่านั้นที่มีข้อจำกัด เช่น ไม่มีรถยนต์ส่วนตัว ไม่มีคนขับรถ ภาระงาน ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## 5. เกิดปัญหามากมาย ดูแลคนเดียวคงไม่ไหว

เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมเป็นความผิดปกติของสมอง ทำให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยสูญเสียความจำ การรับรู้ในเรื่องของวัน เวลา สถานที่ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านบุคลิกภาพที่ถดถอย มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร รวมถึงการพูดซ้ำๆ และการมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าว (Fimkel, 2001) การดำเนินของโรคเป็นสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อให้เกิดความทุกข์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Sansoni, Vellone, and Piras, 2004) ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีภาระมากมายนอกเหนือจากการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแล้ว ยังต้องทำหน้าที่ในบทบาทอื่นร่วมด้วย ได้แก่ ดูแลสมาชิกอื่นในครอบครัว และการปฏิบัติงานเต็มเวลา ทำให้พยาบาลไม่มีเวลาพักผ่อน เกิดความเหนื่อยล้า พักผ่อนไม่เพียงพอ จนบางรายที่เคยปฏิบัติงานชั้นเวร เช้า-บ่าย-ดึกมีการขอย้ายไปแผนกที่ทำงานเฉพาะเวลาราชการ เพื่อจะได้มีเวลาดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างเต็มที่ ซึ่งคล้ายคลึงกับผู้ดูแลทั่วไป จากการศึกษาของ นิภารัตน์ จันทร์แสงรัตน์ และคณะ (2557) ซึ่งพบว่า การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมส่งผลให้ผู้ใช้การดูแลได้รับผลกระทบต่อร่างกาย ได้แก่ ความเหน็ดเหนื่อยจากการดูแล ภาวะสุขภาพที่ทรุดโทรมลง

ในขณะที่เดียวกันการที่พยาบาลถูกคาดหวังจากสมาชิกคนอื่นในครอบครัว และได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยที่ไม่มีสมาชิกคนอื่นในครอบครัวมาผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนในการดูแล หรือบางรายมีคนช่วยดูแลแต่ก็ช่วยเหลือเพียงบางส่วนเท่านั้น ทำให้พยาบาลเกิดความกดดัน ความเครียดทั้งรวมทั้งการเผชิญกับผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และท้อใจกับการพยายามหาคำตอบว่าทำไมไม่มีพี่น้องคนอื่นมาช่วยดูแลบ้าง ในขณะที่บางรายยังเกิดความวิตกกังวลด้วยว่าผู้สูงอายุจะเกิดอันตราย ซึ่งคล้ายคลึงกับผู้ดูแลทั่วไป เช่นจากการศึกษา นันทพร ศรีนิม (2558) พบว่า ผู้ดูแลทุกรายจะมีปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ โดยพบว่ามี ความวิตกกังวล เหนื่อย เครียด ท้อแท้ อ้างว้าง สิ้นหวัง และซึมเศร้า จากการที่ต้องคอยดูแลช่วยเหลือในด้านกิจวัตรประจำวัน อีกทั้งการที่ต้องคอยดูแล หรือควบคุมพฤติกรรม การแสดงออกที่ไม่เหมาะสม และผู้ดูแลบางคนก็จะมีความรู้สึกยากลำบาก รู้สึกกดดัน และคับข้องใจในการทำบทบาทของตนเองด้วย (Archbold, Stewart, and Greenlick, 1990; สิริินทร์ ฉันทสิริกาญจน, 2555)

## 6. ทาวิธีจัดการ เพื่อให้ชีวิตเกิดสมดุล

ด้วยลักษณะของภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้อาการของผู้ป่วยเสื่อมถอยลงตามระยะเวลาที่มากขึ้น มีภาวะพึ่งพิงที่มากขึ้น และปัญหาทั้งทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา เพราะถึงแม้ว่าการแพทย์จะมีความเจริญก้าวหน้าในปัจจุบัน แต่การรักษายังไม่ประสบความสำเร็จ การรักษาที่มีอยู่ในปัจจุบันเพื่อชะลอการดำเนินของโรคเท่านั้น (รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2543; สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2551) จึงทำให้ผู้ดูแลยังคงต้องเผชิญ

กับปัญหานี้ขึ้นอยู่กับอย่างต่อเนืองและยาวนาน (Sheehan and Nuttal, 1998) การแสวงหาวิธีการจัดการเพื่อให้ชีวิตเกิดความสมดุลจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ดูแลเกิดการจัดการปัญหา และทำให้มีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม (Hall and Buckwalter, 1987)

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การจัดแบ่งเวลาให้เหมาะสม เพื่อดูแลตนเอง และได้มีเวลาส่วนตัวในการพักผ่อนและทำธุระส่วนตัว ในขณะที่เดียวกันยังมีการผลัดเปลี่ยนให้ทุกคนในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ไม่ทิ้งภาระทั้งหมดให้กับผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว (Mace and Rabins, 2006; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556; สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2557) เป็นวิธีการหนึ่งที่สำคัญ โดยพยาบาลจะ ให้ญาติเข้ามาช่วยเหลือผลัดเปลี่ยน แม้ว่าจะคุณภาพการดูแลจะไม่เท่ากับตนก็ตาม แต่ก็สามารถทำให้พยาบาลมีเวลาได้พักผ่อนมากขึ้น และผ่อนคลายความเครียดลงได้อีกด้วย

ในกรณีที่พยาบาลไม่สามารถหาสมาชิกในครอบครัวรายอื่นมาช่วยดูแลผู้สูงอายุได้ ก็จะมีการจ้างผู้ช่วยผู้ดูแล หรือ “พี่เลี้ยง” แต่ก็จะมีประสบปัญหาคือ พี่เลี้ยงไม่สามารถทำงานกับผู้สูงอายุได้นาน ต้องเปลี่ยนพี่เลี้ยงบ่อยๆ เนื่องจากไม่สามารถทนกับปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้สูงอายุได้ ต้องอยู่กับผู้สูงอายุเพียงลำพัง พยาบาลจึงมีการหาวิธีการให้พี่เลี้ยงอยู่นานๆ ได้แก่ ต้องมองข้ามในบางเรื่องเช่น ความสะอาด ความเรียบร้อยของงาน และยอมรับพี่เลี้ยงให้ได้ การซื้อของที่พี่เลี้ยงชอบมาให้ทั้งของรับประทานและของใช้ มีการให้ของขวัญพิเศษในวันเกิดของพี่เลี้ยงด้วย เพื่อเป็นการขอบคุณที่ช่วยดูแลผู้สูงอายุ และให้เวลาพี่เลี้ยงได้ผ่อนคลายหรือใช้ชีวิตอย่างอิสระบ้าง ซึ่งสอดคล้องกับ รัชฎา รักขนาม (2543) ที่พบว่า การจัดจ้างผู้ช่วยดูแลเป็นความจำเป็น เนื่องจากผู้ดูแลไม่สามารถรับภาระในการดูแลผู้ป่วยได้เพียงลำพัง การมีผู้ช่วยดูแลจะเป็นการช่วยแบ่งเบาภาระของผู้ดูแล และมีส่วนเกื้อหนุนให้ครอบครัวสามารถรับภาระดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในครอบครัวต่อไปได้ แต่การติดต่อว่าจ้างผู้ดูแลก็เป็นเรื่องที่สร้างความยากลำบากให้แก่ครอบครัว เพราะผู้ดูแลจากศูนย์บริการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งไม่ค่อยอดทนกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุเช่นกัน บางครอบครัวจึงพยายามและติดต่อผู้เคยช่วยเหลืองานบ้านคนกลับให้กลับมาดูแลผู้ป่วย เนื่องจากไว้วางใจได้ และมีประสบการณ์ในการทำงาน

นอกจากนี้พยาบาลยังมีการเรียนรู้ ปรับตัว และแสวงหาแหล่งประโยชน์เพื่อทำให้ตนเองมีการเผชิญความเครียดที่ดี โดยมีวิธีการที่หลากหลาย ได้แก่ ฟังธรรมะ ฟังเพลง ดูทีวี โดยเฉพาะการระบายความรู้สึกให้เพื่อนฟัง เป็นวิธีที่พยาบาลใช้มากที่สุด เพราะการพูดคุยกับเพื่อนสนิทจะช่วยให้คำปลอบประโลม หรือให้คำแนะนำดีๆ ให้ตนได้ (Mace and Rabins, 2006; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556; สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2557) ซึ่งจัดเป็นการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ (Emotion-focused forms of Coping) โดยผู้ดูแลจะมีการแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม (Seeking social support) และพยายามจะเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาและหนทางที่จะจัดการกับปัญหา

นั้น โดยการแสวงหาแหล่งเกื้อหนุนทางสังคมทั้งด้านข้อมูล วัตถุประสงค์หรือด้านจิตใจ (Lazarus and Folkman, 1984)

## ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยในการศึกษานี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

### 1. ด้านการพยาบาล

จากผลวิจัยครั้งนี้ทำให้เข้าใจพยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากขึ้นว่า การดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลมีความคล้ายคลึงกับการดูแลผู้สูงอายุโดยสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว โดยเริ่มต้นจากความไม่เข้าใจพยาธิสภาพของภาวะสมองเสื่อม แต่เมื่อมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคและพยาธิสภาพของโรค ทำให้พยาบาลมีความเข้าใจ ยอมรับอาการและอาการแสดงรวมถึงพฤติกรรมทางลบของผู้สูงอายุ และนำความรู้ที่ได้มาปรับการดูแลผู้สูงอายุให้เหมาะสมมากขึ้น จะเห็นได้ว่า พยาบาลเป็นอีกหนึ่งกลุ่มของผู้ดูแลสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่ต้องการเตรียมตัวในการเป็นผู้ดูแลที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะเรื่องของความรู้ ความเข้าใจ และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นพยาบาลด้านการพยาบาลผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญกับผู้ดูแลทุกอาชีพอย่างเท่าเทียมกัน โดยการให้คำปรึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการวินิจฉัย ได้แก่ การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน โดยเฉพาะเรื่องการจัดการอาหารที่มีคุณค่าสารอาหารครบ 5 หมู่ การป้องกันการหกล้มในการทำกิจกรรมต่างๆ รวมถึงการดูแลด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ และควรมีการพัฒนาในกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Caregiver support group) เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ไม่สามารถปฏิบัติตามทฤษฎีหรือตำราใดๆ ได้อย่างเฉพาะเจาะจง จึงต้องมีการเรียนรู้และปรับเปลี่ยน ลองผิดลองถูกให้เหมาะกับผู้สูงอายุแต่ละราย ส่วนข้อแตกต่างของพยาบาลที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เมื่อเปรียบเทียบกับสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การสังเกตความผิดปกติเกี่ยวกับอาการ อาการแสดง และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของผู้สูงอายุ การสืบค้นแหล่งข้อมูลที่ทำให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งข้อได้เปรียบนี้เมื่อนำมาใช้ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลทุกอาชีพมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น

### 2. ด้านการศึกษาพยาบาล

จากผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้เข้าใจว่าพยาบาลทั่วไปยังมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งในปัจจุบันแม้ว่าจะมีการบรรจุการพยาบาล

ผู้สูงอายุในหลักสูตรปริญญาบัณฑิตแต่เนื้อหาการเรียนการสอน เป็นการดูแลผู้สูงอายุทั่วไป ซึ่งไม่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ต้องการการดูแลที่มีความเฉพาะ เพื่อชะลอความเสื่อมถอย กระตุ้นการช่วยเหลือตนเอง การส่งเสริมคุณภาพชีวิต การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในผู้ป่วย และผู้ดูแล ดังนั้นจึงควรมีการจัดหลักสูตรเฉพาะทางเกี่ยวกับดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้แก่พยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัว รวมทั้งการส่งเสริมให้มีหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ เพื่อสร้างองค์ความรู้ในการดูแลผ่านการศึกษาวิจัยต่อไป

### 3. ด้านการบริหารการพยาบาล

เนื่องจากผู้ดูแลสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นพยาบาลเต็มเวลาดังนั้นพยาบาลมีปัญหาการหาผู้ดูแลอื่นมาดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระหว่างที่ขึ้นเวรปฏิบัติงาน ดังนั้นฝ่ายการพยาบาลควรเสนอการเปิดศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน (Day Care) สำหรับบุคลากร เพื่อเป็นการช่วยบุคลากรที่ต้องดูแลผู้สูงอายุมีสถานที่ฝากดูแลที่ใกล้สถานที่ทำงานด้วยราคาที่ย่อมเยารวมทั้งให้พยาบาลทุกคนได้เข้ารับการฝึกอบรมด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ รวมถึงการพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เพื่อรองรับผู้ป่วยสูงอายุที่เพิ่มขึ้นในปัจจุบัน

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้เป็นการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของบุคคลในครอบครัวที่เป็นพยาบาล ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

1. ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ไม่มีโรคร่วมอื่นๆ ดังนั้นควรมีการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีโรคร่วมอื่นๆด้วย หรือมีการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะสมองเสื่อม

2. ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเน้นเฉพาะเรื่องการดูแล ดังนั้นควรมีการศึกษาผลกระทบต่อกองของของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

3. จากผลการศึกษาพบว่า พยาบาลกลุ่มนี้มีความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นควรมีการพัฒนากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Caregiver support group) เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และสนับสนุนด้านจิตใจและสังคมซึ่งกันและกันต่อไป

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กนกพร หมู่พยัคฆ์. (2544). ปัญหาของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมและการช่วยเหลือ. **วารสารพยาบาล**, 50(4), 278-280.
- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, และ ศิริพันธ์ สาสัตย์. (2551). ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย. **รามาริบัติพยาบาลสาร**, 14(3), 385-399.
- กรมการศาสนา. (2525). **สิงคาลกสูตร พระไตรปิฎกฉบับหลวง**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2543). **คู่มือคลายเครียด**. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2546). **แนวปฏิบัติบริการสุขภาพด้านการดูแลผู้สูงอายุ: การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม**. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2557). **สุขภาพจิตของประชาชน พ.ศ.2545-2546**. กรุงเทพฯ: สำนักข่าวพาณิชย์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2547). **พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2528** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: [http://www.tmc.or.th/2-law\\_nurse.html](http://www.tmc.or.th/2-law_nurse.html) [เข้าถึงเมื่อ 21 ธันวาคม 2559].
- กองการพยาบาล. (2544). **การประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล: งานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน**. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- กัมมันต์ พันธุมจินดา. (2543). **สมองเสื่อมโรคเรื้อรัง**. กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.
- กัลยา ศารทูลทัต. (2549). **การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน**. การศึกษาด้วยตนเอง สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- กัลยารัตน์ อ่องคณา. (2549). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้คุณค่าในตน สภาพแวดล้อมในงาน กับความสุขในการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กาญจนา ลุศนันท์. (2557). **บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของบุคคลในครอบครัวและสังคม** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:CuNnF7rVCiMJ:https://pirun.ku.ac.th/~agrpt/lesson4/role2.html+&cd=12&hl=th&ct=clnk&gl=th> [เข้าถึงเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2560]

- กาญจนา ลุศนันท์. (2560). **หน้าที่ของครอบครัว** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา <https://pirun.ku.ac.th/~agrpt/lesson4/role2.html> [เข้าถึงเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2560]
- เกรียงไกร แก้วผืนกรังซี. (2555). **โรคทางจิตเวชและปัญหาพฤติกรรม** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: [http://www.psyclin.co.th/new\\_page\\_26.htm](http://www.psyclin.co.th/new_page_26.htm) [เข้าถึงเมื่อ 18 ธันวาคม 2559]
- ชนิษฐ์นันท์ อินทุลักษณะ, และ อารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2557). การสร้างสมดุลชีวิตกับงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง. **วารสารพยาบาลทหารบก**, 15(3), 382-389.
- คณะอนุกรรมการจริยธรรม. (2540). **พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.tnc.or.th:81/parliament-1-list.html> [เข้าถึงเมื่อ 21 ธันวาคม 2559].
- จอม สุวรรณโณ. (2541). ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. **วารสารพยาบาล**, 47(3), 147-155.
- จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2544). **คู่มือการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์**. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- จำลอง ดิษยวณิช, และ มานิตย์ ศรีสุรภานนท์. (2542). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิตตินันท์ เดชะคุปต์, และ ณิชูชญา พวงทอง. (2554). **แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับครอบครัวและชุมชน การศึกษาชีวิตครอบครัวและชุมชน**. นนทบุรี: สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- เฉลิมชาติ วรรณพฤกษ์. (2543). **วิธีดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุภาวะสมองเสื่อม**. กรุงเทพฯ: กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.
- ชาย โพธิสิตา. (2559). **ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ**. กรุงเทพฯ: แอนด์พับลิชซิ่ง.
- ชูชื่น ชิวพูนผล. (2541). **อิทธิพลของภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงรัตน์ วัฒนไกรเลิศ และคณะ. (2553). ความเครียด ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด และการจัดการกับความเครียดในพยาบาล. **วารสารพยาบาลศาสตร์**, 28(1), 67-75.
- เดือนใจ ภักดีพรหม. (2548). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



- ชนพรรณ สิริสุนทร. (2543). การดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์และปัญหาของผู้ดูแล. กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.
- ธีรวรรณ คนชม. (2552). **ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวในการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทพร ศรีนิ่ม. (2558). รายงานเบื้องต้น : ประสบการณ์ปัญหา และการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**, 23(1), 61-71.
- นิชภา โมราถบ, ชไมพร กาญจนกิจสกุล, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, วิพรรณ ประจวบเหมาะ, และ พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์. (2555). บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์. **วารสารการพยาบาลและสุขภาพ**, 6(2), 122-131.
- นิภารัตน์ จันทร์แสงรัตน์, อนงค์ ภิบาล, ลุดดี สะมะแอ, และ จุริย์ ธีรชกุล. (2557). การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมของนักศึกษาพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. **วารสารพยาบาล**, 63(4), 29-34.
- ประไพพิมพ์ สุธีวสินนท์, และ ประสพชัย พสุนนท์. (2559). กลยุทธ์การเลือกตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ. **วารสารปริชาต มหาวิทยาลัยทักษิณ**, 29(2), 31-48.
- ประภา ชีวีโรจน์. (2553). **ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจ และการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปิยะวดี สุมาลัย. (2544). **ความเครียดเชิงอาชีพและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลบาราศนราดूर.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- พนัส ัญญะกิจไพศาล. (2544). **คู่มือการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยา. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.**
- พรชัย ตีไพศาลสกุล. (2556). ความคาดหวัง และการรับรู้ของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการโรงพยาบาล. **วารสารวิชาการ**, 6(1), 573-592.
- พรทิพย์ เกตุรานนท์, และ พรทิพย์ เชิดชูพงศ์ล้ำ. (2551). **ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับครอบครัว อนามัยครอบครัวในงานสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.**
- พรรณงาม พรรณเชษฐ์. (2542). **คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน.** ขอนแก่น: ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พระธรรมสิงหบุราจารย์. (2555). **วิธีใช้หนังสือพ่อแม่และหน้าที่ของเด็ก.** กรุงเทพฯ: ธรรมะอินเทรนด์.

- มัลลิกา มัติโก. (2530). การดูแลสุขภาพตนเองที่คณะทางสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์  
แสงแดด.
- มาลินี วงษ์สิทธิ์, และ ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2541). รายงานการวิจัย **ครอบครัวและผู้สูงอายุ : ศึกษา  
กรณีกรุงเทพมหานครและจังหวัดพระนครศรีอยุธยา**. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2557). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557**. กรุงเทพฯ:  
อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. **รามาริบัติเวชสาร**,  
20(1), 41-46.
- รศรินทร์ เกรย์, สาสินี เทพสุวรรณ, ณัฐจิรา ทองเจริญชูพงศ์, และ ภูวนัย พุ่มไทรทอง. (2556). การ  
**ดูแลผู้สูงอายุ: ความสุขและความเครียด โครงการรายงานสถานการณ์สุขภาพจิตประจำปี  
ภายใต้แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง  
เสริมสุขภาพ**. นครปฐม: อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- รัชฎา รักขนาม. (2543). **สถานะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมอง  
เสื่อม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ. (2543). การรักษาผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์. **วารสารพญาวิทยาและเวช  
ศาสตร์ผู้สูงอายุ**, 1(4), 45-51.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2540). **การพยาบาลครอบครัว**. กรุงเทพฯ: อักษรพิทยา.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). **การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้**. กรุงเทพฯ: วี เจ  
พริ้นติ้ง.
- ลออ อริยกุลนิมิต. (2546). **การวิเคราะห์ตัวประกอบที่ทำให้เกิดการคงอยู่ในกลุ่มงานพยาบาล  
โรงพยาบาลศูนย์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.
- ลักขณาภรณ์ แสนชัย. (2559). **ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุสมอง  
เสื่อมในชนบท**. ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. (2552). **ญาติผู้ดูแลและครอบครัว: การพัฒนาบทบาท การพยาบาลผู้สูงอายุ  
ปัญหาระบบประสาทและอื่นๆ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, และ วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2547). ผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมอง  
เสื่อม: กรณีศึกษา. **วารสารพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**, 5(1), 43-48.

- วชิราภรณ์ ยมรัตน์. (2553). **ปัจจัยคัดสรรที่ส่งผลต่อความเครียดจากการปฏิบัติงานของพยาบาล  
โรงพยาบาลเอกชน จังหวัดนครราชสีมา**. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต คณะครุ  
ศาสตรมหาวิทาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
- วนรัตน์ สิงใส. (2555). **การจัดการความเครียดของผู้ดูแลโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลมหาราชนคร  
เชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณลักษณ์ เมียนเกิด. (2549). **โครงการค่านิยม ความคาดหวังของผู้สูงอายุและพหุวัย**.  
กรุงเทพฯ: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วรรณิภา บุญระยอง. (2543). **ภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม**. **วารสารพัฒนา  
วิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**, 1(1), 11-17.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). **ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: โครงการตำรา  
คณะ.
- วิไลศรี ศิริหังค์ทอง. (2543). **นางฟ้าสีขาว**. **วารสารพยาบาลศาสตร์**, 18(1), 5-6.
- วิณา เทียงธรรม. (2547). **การเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา**.  
**วารสารพยาบาลสาธารณสุข**, 18(2), 97-102.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2556). **การป้องกัน การประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม**. กรุงเทพฯ:  
ภาคพิมพ์.
- ศรีรัตนา ศุภพิทยากุล. (2534). **ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเอง สุขภาพจิต ความทนทาน  
พฤติกรรมเผชิญสถานการณ์ชีวิต กับระดับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพใน  
โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาล  
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). **ผู้ดูแลผู้สูงอายุ : การสังเคราะห์องค์ความรู้**. กรุงเทพฯ: คณะสังคม  
สงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). **รายงานฉบับสมบูรณ์เรื่องโครงการระบบการดูแลระยะยาวใน  
ครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศักดิ์พิสุทธิ์ อัครสิริธีรกุล. (2544). **ความคาดหวังของวัยรุ่นที่มีต่อการเป็นแบบอย่างที่ดีของพ่อแม่**.  
วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพันธุ์ สาสัถย์. (2554). **การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล**.  
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์. (2555). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์เรื่อง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถาน  
**ดูแลระยะยาว: คุณภาพการดูแล และความรู้ ทักษะและการปฏิบัติของบุคลากรทางการ**  
**พยาบาล. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, (เอกสารอัดสำเนา)**
- ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์, Bryar, R. M., & Newwens, A. J. (2543). การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย:  
 การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคม  
 พระพุทธศาสนาในประเทศไทย. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 1(4),  
 15-24.
- ศิริวรรณ คະเนนอก. (2551). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรค  
**สมองเสื่อมต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแล โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.**  
 วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.  
 (2554). **คู่มือความรู้และการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมสำหรับญาติผู้ดูแล.** กรุงเทพฯ: ปี  
 ยอน พับลิสซิ่ง จำกัด.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2551). **แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม.** นนทบุรี:  
 กรมการแพทย์.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2557). **แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม.** นนทบุรี:  
 กรมการแพทย์.
- สนธยา มณีรัตน์, และ สุมนทนา บุญชัย. (2558). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคม  
**ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลสราญรมย์. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์**  
**สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 2(1), 52-62.**
- สมศักดิ์ ชุมหรัศม์. (2553). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552.** กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและ  
 การพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์, ขวัญใจ อำนางส์ตย์ชื่อ, และ อาทิต  
 ยา เทียมไพรวลัย. (2549). **รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน.**  
 กรุงเทพฯ: สหพัฒนไฟศาล.
- สายพิณ ลิขิตเลิศล้ำ. (2542). **ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพิษสุรา**  
**เรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวง  
 การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2547). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2547.**  
 กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

- สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2557). สังคมผู้สูงอายุกับความท้าทายการจัดการด้านสุขภาพ. **โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ**, 2(17), 1-4.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2557). **การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557**. กรุงเทพฯ: เท็ก แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- สิรินทร ฉันทสิริกาญจน. (2543). สมอมเสื่อมรู้ได้อย่างไร. **หมอชาวบ้าน**, 21(250), 9-15.
- สิรินทร ฉันทสิริกาญจน. (2555). การสร้างเครือข่ายและบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุสมอมเสื่อมและการลดความรู้สึกละอายใจให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุสมอมเสื่อม. **เอกสารนำเสนอในการสัมมนาวิชาการผู้สูงอายุ เรื่อง ประเด็นและแนวโน้มการดูแลผู้สูงอายุในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้**. นราธิวาส: มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์.
- สิริพร มีนะนันท์. (2552). อัลไซเมอร์: ต้นทุนที่รัฐควรช่วยแบกรับ. **Health Intervention and Technology Assessment Program**, 2(6), 5-7.
- สุดศิริ หิรัญขุนหะ. (2541). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2543). การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ศูนย์ศึกษาวิจัยและบริการทางการแพทย์ แผนกอายุรศาสตร์. กรุงเทพฯ: สภาอากาศไทย.
- สุพัตรา ศรีวิซชากร, และ และคณะ. (2556). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยบูรณาการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม. นครปฐม: ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหิดล ปีงบประมาณ 2555
- สุพัตรา สุภาพ. (2534). **สังคมและวัฒนธรรมไทย: ค่านิยม ครอบครัว ศาสนา ประเพณี**. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- อัจฉรา เอ็นซ์, และ ปรียา รุ่งโสภาสกุล. (2541). การศึกษาบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2553). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2559). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

## ภาษาอังกฤษ

- Alzheimer's Association. (2010). **Alzheimer's Disease Facts and Figures 2010** [Online]. Available from: [http://www.alz.org/documents\\_custom/report\\_alzfactsfigures2010](http://www.alz.org/documents_custom/report_alzfactsfigures2010) [Cited 25 December 2016]
- Alzheimer's Disease International. (2015a). **Dementia a public health priority** [Online]. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/dementia\\_thematicbrief\\_executivesummary.pdf](http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_executivesummary.pdf) [Cited 19 october 2016]
- Alzheimer's Disease International. (2015b). **World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia**. London: Alzheimer's Disease International.
- Alzheimer's Disease International and World Health Organization. (2012). **Dementia A public health priority** [Online]. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/dementia\\_report\\_2012](http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012) [Cited 9 august 2016]
- American Psychiatric Association. (1995). **Diagnostic and statistical manual of mental disorder**. 4<sup>th</sup> ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Archbold, P. G., Stewart, B. J., and Greenlick, M. R. (1990). Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. **Research in Nursing & Health**, 13, 375-384.
- Ballard, C., et al. (2001). Quality of care in private sector and NHS facilities for people with dementia: cross sectional survey. **British Medical Journal**, 323, 426-427.
- Biofoundations. (2017). **Natural Compounds as Potential Therapeutic Agents for Inhibiting and Decreasing Tau Protein in Alzheimer's Disease** [Online]. Available from: <https://biofoundations.org/natural-compounds-as-potential-therapeutic-agents-for-inhibiting-and-decreasing-tau-protein-in-alzheimers-disease/> [Cited 12 December 2017]
- Blieszner, R., and Macini, J. A. (1987). Enduring ties: Older adults' parental role and responsibilities. **Family Relations**, 36(2), 176-180.
- Bolla, L. R., Filley, C. M., and Palmer, R. M. (2000). Dementia DDx. Office diagnosis of the four major types of dementia. **Geriatrics**, 2000(55), 33-46.

- Bourgeois, M. S., et al., . (1997). Modifying repetitive verbalizations of community dwelling patients with AD. **The Gerontologist**, 37(1), 30-39.
- Brein, J., Ames, D., and Burns, A. (2000). **Dementia**. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Oxford University.
- Browning, M. A., and Hogstel, M. O. (1994). Family Support. In M. O. Hogstel (Ed.), **Nursing Care of The Older Adult**. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Delmar.
- Bruce, D. G., Paley, G. A., Nichols, P., Roberts, D., Underwood, P. J., and Schaper, F. (2005). Physical Disability contributes to caregiver stress in dementia caregiver. **Journal of Gerontological Medical Sciences**, 60(3), 345-349.
- Burgener, S. C., et al.,. (1998). Effect caregiving approach for patient with Alzheimer's disease. **Geriatric Nursing**. 12, 4, 271-278.
- Chang, H., and et al. (2013). Anemia and risk of dementia in older Adults. **American Academy of Neurology**, 2013(81), 528-533.
- Cohen, M. (1987). A historical overview of the phenomenologic movement. **Journal of Nursing Scholarship**, 19(1), 31-34.
- Creswell, J. W. (1998). **Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions**. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Desai, A. K., and Grossberg, G. T. (2001). Recognition and management of behavioral disturbance in dementia. **The Journal of Clinical Psychiatry**, 3(3), 93-109.
- Designua. (2017). **Amyloid plaque formation** [Online]. Available from: <https://www.shutterstock.com/th/image-illustration/cell-membrane-amyloid-precursor-protein-app-625628420> [Cited 12 december 2017]
- Dulin, P. L., and Dominy, J. B. (2008). The influence of feeling positive about helping among dementia caregiver in New Zeland. **Dementia**, 7(1), 55-79.
- Edberg, A. K., Bird, M., Richards, D. A., Woods, R., Keeley, P., and Quarrell, V. D. (2016). Strain in nursing care of people with dementia: Nurses' experience in Australia Sweden and United Kingdom. **Aging & Mental Health**, 12(2), 236-243.
- Eikhof, D. R., Chris, W., and Haunschild, A. (2007). Introduction: What work? What life? What balance? Critical reflections on the work-life balance debate. **Employee Relations**, 29(4), 325-333.

- Eliopoulos, C. (2010). **Gerontological Nursing**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Fimkel, S. L. (2001). Behavioral and psychological symptom of dementia: A current focus for clinician, research and caregiver. **Journal of Clinical Psychiatry**, 62, 3-6.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotion in positive: The burden and build theory of positive emotions. **American Psychologist**, 56(3), 218-226.
- Geula, C. (2000). Early diagnosis of the Alzheimer's disease. In L. F. Scinto, Daffner, K. R., (Ed.), **Pathological diagnosis of Alzheimer's disease**. New Jersey: Humana Press.
- Gitlin, L. N., Hodgson, N., Jutkowitz, E., and Pizzi, L. (2010). The cost-effectiveness of a nonpharmacologic intervention for individuals with dementia and family caregiver: the tailored activity program. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, 18(6), 510-519.
- Guba, E. G., and Lincoln, Y. S. (1989). **Fourth generation evaluation**. Newbury Park, CA and London: Sage Publications.
- Gubrium, J. F. (1991). **Mosaic of care: Frail elder and their families in the real world**. New York: Springer.
- Hall, G. R., and Buckwalter, K. C. (1987). Progressively lowered stress threshold: A conceptual model for care of adult with Alzheimer's disease. **Archives of Psychiatric Nursing**, 1(6), 399-406.
- Heidegger, M. (1962). **Being and time** (J. Macquarrie, and E. Robinson, Trans.). New Haven, C: Yale University Press.
- Helmes, E. (2006). Effect of music in reducing disruptive behavior in a general hospital. **Journal of the America Psychiatric Nurses Association**, 12(1), 37-44.
- Holloway, I., and Wheeler, S. (1996). **Qualitative research for nurse**. London: Blackwell Science.
- Hooker, K., Bowman S.R., and Cochlo, D. P. (2002). Behavioral change in persons with dementia: relationships with mental and physical health of caregiver. **Journal**



of gerontology Series B-Psychological Sciences & Social Sciences, 57(5), 53-60.

Humphrey, J. M. (2009). **Nurse's experience on caring for dementia patients who exhibit challenging behaviors.** A thesis, the degree of Master of Science, Buffalo University.

Husserl, E. (2001). **Logical Investigation**, vol. 1 and 2 (J. N. Findlay, Trans. D. Moran Ed.). London and New York: Routledge.

International Council of Nurses. (2009). **ICN on Occupational stress and the threat to worker health** [Online]. Available from: <http://www.icn.ch> [Cited 19 October 2012]

Iwasaki, M., and Jones, J. A. (2008). Attitude toward older adult: A reexamination of two major scale. **Gerontology and Geriatric Education**, 29(2), 139-157.

Jenevic, M. R., and Connell, C. M. (2001). Racial, Ethic and Cultural Differences in the dementia caregiving experience. **The Gerontologist**, 41, 334-347.

Kespichayawattana, J. (1999). **Katanyu Katavedi and caregiver for frail elderly parents: The perspectives of the families in metropolitan Bangkok.** (Unpublished doctoral dissertation), Oregon Health Sciences University, Portland.

Kim, M. D., Hong, S. C., and Lee, C. I. (2009). Caregiver burden among caregiver of Koreans with dementia. **Journal of Gerontology**, 55, 106-113.

Klausner, W. J. (1987). **Reflections on Thai Culture.** Bangkok: Amarin Printing Group.

Knodel, J., Saengtienchai, C., and Sittitrai, W. (1995). Living Arrangement of the Elderly in Thailand: Views of the populace. **Journal of Cross-Culture Gerontology**, 10(1&2), 79-111.

Kramer, B. J. (1997). Gain in the caregiving experience: Where are we? What next?. **The Gerontologist**, 1997(37), 218-232.

Lazarus, R. S., and Folkman, S. (1984). **Stress, Appraisal and coping model.** New York: Springer.

Lipscomb, J. A., Trinkoff, A. M., Geiger-Brown, J., and Brady, B. (2002). Work-schedule characteristics and reported musculoskeletal disorders of registered

- nurses. **Scandinavian Journal of Work, Environment and Health**, 28(6), 391-401.
- LoGiudice, D., and Watson, R. (2014). Dementia in older people: an update. **Internal Medicine Journal**, 44(2014), 1066-1073.
- Lueckenott, A. G. (2000). **Gerontologic Nursing**. St. Louis: Mosby.
- Mace, N. L., and Rabins, P. V. (2006). **The 36-hour Day: A Family Guide to Caring for People With Alzheimer's Disease, Other Dementias, and Memory Loss in Later Life**. 4<sup>th</sup> ed. New York: John Hopkins.
- Maria, M. M., and Mary, S. (2006). **The Comfort of Home for Alzheimer's Disease**. Portland: Care Trust Publication.
- Muldary, T. W. (1983). **Burnout and health professionals: Manifestations and management**. Norwalk: Appleton-Century-crofts.
- Mulligan, M. A. (1985). **Overcoming the bias of ageism in long-term care** [Online]. Available from: <http://www.ciab.health.nsw.gov.au/hosolic/strincents/.../a06.html> [Cited 11 February 2017].
- Munhall, P. (1994). **Re-visioning phenomenology**. New York: National League for Nursing Press.
- Nilamadhab, K. (2009). Behavioral and psychological symptoms of dementia and their management. **Indian Journal of Psychiatry**, 51(5), 77-86.
- Odbehr, L. S., Kvigne, K., Hauge, S., and Danbolt, L. J. (2015). Spiritual care to persons with dementia in nursing homes; a qualitative study of nurses and care workers experiences. **BMC Nursing**, 14(70), 1-9.
- Parker, G. (1992). Counting Care: Numbers and Types of Informal Carers. In J. Twigg (Ed.), **Carers Research & Practise**. London: HMSO.
- Parnetti, L. (2000). Therapeutic options in demementia. **Journal of neurology**, 247(3), 163-168.
- Pérodeau, G., Paquette S., Brissette L., St-Pierre, C., Bernier, D., and Duquette, A. (2010). **Statistics and Data Analysis for Nursing research**. 2<sup>nd</sup> ed. New Jersey: Pearson Education Inc.

- Sansoni, J., Vellone, E., and Piras, G. (2004). Anxiety and depression in community-dwelling, Italian Alzheimer's disease caregivers. **International Journal of Nursing Practice**, 10(2), 93-100.
- Seley, H. (1956). **The stress of life**. New York: Columbia University Press.
- Sheehan, N. W., and Nuttal, P. (1998). Conflict, emotion, and personal strain among family caregiver. **Family Relation**, 37(1), 92-98.
- Sorrentino, S., and Gorek, B. (2007). **Mosby's textbook for long term care nursing assistants**. 5<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby.
- Strachan, G. I., and Glenner, G. G. (1996). **Delirium, dementia and amnestic and other cognitive disorders**. St Louis: CV Mosby.
- Streubert, H. J., and Carpenter, D. R. (2007). **Qualitative research for nurse: Advancing the humanistic imperative**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- ThemeBeans. (2014). **pathology of dementia** [Online]. Available from: <http://limacolati.com/portfolio/dementia/> [Cited 12 December 2017]
- Toft, G. P., and Anderson, G. J. (1981). The nursing stress scale: Development of an instrument. **Journal of Behavioral Assessment**, 3(1), 11-23.
- van Manen, M. (1990). **Researching lived experience**. Canada: The Althouse.
- Ward-Griffin, C., St-Amant, O., and Brown, J. (2011). Compassion Fatigue Within Double Duty Caregiving: Nurse-Daughters Caring for Elderly Parents. **The Online Journal of Issues in Nursing**, 16(1).
- Yildirim, D., and Aycan, Z. (2008). Nurses' Work Demands and Work-Family Conflict: A Questionnaire Survey. . **International Journal of Nursing Studies**, 45, 1366-1378.



ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองการอบรมจริยธรรมการวิจัยในคน

เอกสารพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คำชี้แจงและคຸ້ມครองสิทธิสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

และใบยินยอมสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



## Investigator Site Personnel ICH GCP Training Certificate

AstraZeneca certifies that MR. JHAWAJCHAD KHUEANBOMBAT  
 Sponsor Name

has completed Good Clinical Practice training meeting "Minimum Criteria for ICH E6 GCP Investigator Site Personnel Training," identified by TransCelerate BioPharma, Inc., entitled

ICH GCP Investigator training version # 1 on 27 January 2016  
 Title of Training (if applicable)

This certificate reflects that Sponsor, not TransCelerate BioPharma, certifies that an investigator and/or trainee has completed training meeting the Minimum Criteria to facilitate mutual recognition of site training and qualification. This is not a legal document, and does not certify compliance with any applicable laws or regulations. A list of GCP Training Solutions meeting the minimum criteria is maintained on TransCelerate's website <http://transceleratebiopharmainc.com>



### บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 โทร.0-2218-3202  
 ที่ จว ๗๕ /2560 วันที่ 31 สิงหาคม 2560  
 เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารแจ้งผ่านการรับรองผลการพิจารณา

ตามที่นิสิต/บุคลากรในสังกัดของท่านได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นั้น ในการนี้ กรรมการผู้ทบทวนหลักได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้ ดังนี้

โครงการวิจัยที่ 116.1/60 เรื่อง ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของบุคคลในครอบครัวที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ (EXPERIENCES IN CARING FOR OLDER PERSONS WITH DEMENTIA OF FAMILY CAREGIVER WHO ARE REGISTERED NURSES) ของ นายธวัชชัย เชื้อนสมบัติ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทิ์ ชัยชนวงศาโรจน์)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน  
 กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทรศัพท์/โทรสาร: 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 170/2560

## ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 116.1/60 : ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของบุคคลในครอบครัว  
ที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ

ผู้วิจัยหลัก : นายรัชชัย เชื้อนสมบัติ

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice  
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม ..... ลงนาม .....  
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทิศนประดิษฐ์) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทริ ชัยชนะวงศาโรจน์)  
ประธาน กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 28 สิงหาคม 2560 วันหมดอายุ : 27 สิงหาคม 2561

## เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
  - 2) ข้อมูลชื่อ หรือ ชื่อประจำ หรือ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
เลขที่โครงการวิจัย..... 116.1/60
  - 3) ผู้วิจัย วันที่รับรอง..... 28 ส.ค. 2560
- เงื่อนไข
1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการศึกษจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
  2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
  3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
  4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
  5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
  6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
  7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น



ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย: ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของบุคคลในครอบครัวที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ

ชื่อผู้วิจัย: นาสรวีจิต เรือนสมบัติ นิสิตแขนงวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยการพัฒนมหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย: (ที่ทำงาน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุคราณี เลขที่ 88 หมู่ที่ 1  
ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดสุคราณี 41330  
(ที่บ้าน) เลขที่ 237/3 อาคาร 72 แอมอิน ซอยเพชรเกษม72 ถนนเพชรเกษม  
แขวงบางแคเอก เขตบางแค กรุงเทพฯ 10160  
โทรศัพท์มือถือ 0-9105-35314 E-mail : newton\_mahoo@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของบุคคลในครอบครัวที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดถี่ถ้วน และตอบตามข้อมูลที่เพิ่มเติมหากไม่เข้าใจหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่ผู้ดูแลและเบอร์โทรศัพท์ข้างต้นได้ตลอดเวลา

2. งานวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ เรื่องประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของบุคคลในครอบครัวที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ

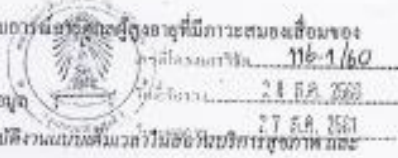
3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อรายงานประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของบุคคลในครอบครัวที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรและผู้ให้ข้อมูล

4.1 ผู้ให้ข้อมูล คือ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีภูมิลำเนาเดิมมาอยู่ในจังหวัดสุคราณีและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างน้อย 1 ปี จนถึงปัจจุบัน 2) มีความเกี่ยวข้องกับฐานะบุตร หรือเป็นญาติสายตรงกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 3) มีความยินดีและสนใจในการเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10-12 ราย

5. ผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ท่านเกี่ยวกับประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมของบุคคลในครอบครัวที่เป็นพยาบาลวิชาชีพตามประเด็นการวิจัยของท่าน และเป็นทั้งการสัมภาษณ์ สถานที่สัมภาษณ์ คือ สถานที่ทำงานของท่านหรือสถานที่ที่ท่านสะดวก กำหนดเวลาในการสัมภาษณ์อย่างน้อย 1 ครั้ง และอาจมีการขอสัมภาษณ์เพิ่มเติมอีก 1 ครั้ง หากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ครั้งแรกยังไม่สมบูรณ์ โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งแรก ไม่นเกิน 60 นาที และการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป ไม่นเกิน 30 นาที

6. หลังจากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะนำประเด็นที่ได้จากการถอดเทปคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบเพิ่มเติมเนื้อหา หรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อสรุปที่ได้จากการ



ให้ความรู้ข้อมูล โดยจัดส่งทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลที่มาจาก  
ระบบการบัญชีของผู้บัญชีจริง

7. การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ท่านอาจไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมงานวิจัย แต่ความรู้ที่  
ได้จากผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพ โดยนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้  
ความเข้าใจในภาระของผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้เกิดการยอมรับ และสามารถ  
ปรับตัวกับบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาและปรับปรุง  
คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

8. การเข้าร่วมการวิจัยนี้เป็นไปโดยสมัครใจ ท่านสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัว  
จากการวิจัย ได้ในทุกระยะของการวิจัย โดยไม่ต้องให้เหตุผล และจะไม่เกิดผลกระทบใดๆต่อการดำเนินชีวิต  
และการประกอบอาชีพของท่าน

9. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัย  
มีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้  
มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่าสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่

10. การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้มีความเกี่ยวข้องกับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมการวิจัย เนื่องจากมี  
การวัดความลับข้อมูลและไม่สามารถเชื่อมโยงไปถึงตัวของผู้ร่วมการวิจัย สถาบันที่ทำการสัมภาษณ์ และ  
แบบบันทึกข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายทันทีหลังเสร็จสิ้นการวิจัย ข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ท่านจะ  
เก็บเป็นความลับ และแจ้งสนับสนุนการวิจัยออกมาในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุล หรือข้อมูลที่จะ  
ระบุตัวตนของท่าน จะไม่ปรากฏในรายงานการวิจัย แต่อาจเกิดความไม่สะดวกจากการที่ท่านต้องงด  
เวลาส่วนตัวในการเข้าร่วมวิจัย

11. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีค่าตอบแทนหรือค่าตอบแทนอื่นใด แต่จะมีของพรีเมียมตอบแทน คือ ม้วน  
น้ำตราสัญลักษณ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งท่านจะได้รับในการสัมภาษณ์ครั้งแรก

12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณา  
จริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น ๑  
ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 1๐๖๓๑ โทรศัพท์/โทรสาร ๒๖๒-๒๒๑๕-๕๒๐๒ E-mail: oae@chula.ac.th

  
เลขที่ใบรับทราบ..... 116-1/60  
วันที่ทราบ..... ๒๖ ธ.ค. ๒๕๖๑  
วันเดือนปี..... ๒๗ ธ.ค. ๒๕๖๑

AF05-07

## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย ประสพการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของบุคคลในครอบครัวที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ

ชื่อผู้วิจัย นายธวัชชัย เชื้อนสมบัติ

ที่อยู่ติดต่อ เลขที่ 237/3 อาคาร 72 แมนชั่น ซอยเพชรเกษม72 ถนนเพชรเกษม แขวงบางแคเหนือ เขตบางแค กรุงเทพฯ 10160 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 0-4229-5405 โทรศัพท์มือถือ 0-910-535314

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยงอันตราย และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดย "ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของบุคคลในครอบครัวที่เป็นพยาบาลวิชาชีพของข้าพเจ้า" ทำการบันทึกการสัมภาษณ์โดยใช้เทปบันทึกเสียง และเทปบันทึกเสียงจะถูกทำลายเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้นตามกระบวนการ กำหนดเวลาในการสัมภาษณ์อย่างน้อย 1 ครั้ง และอาจมีการขอสัมภาษณ์เพิ่มเติมอีก 1 ครั้ง หากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ครั้งแรกยังไม่สมบูรณ์ โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งแรกไม่เกิน 60 นาที และการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปไม่เกิน 30 นาที

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดต่อการดำเนินชีวิตและการประกอบอาชีพของข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้อข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2218-3202

E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....  
(นายธวัชชัย เชื้อนสมบัติ)  
ผู้วิจัยหลักลงชื่อ.....  
ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเลขที่โครงการวิจัย..... 116-1160  
วันที่รับรอง..... 28 ต.ค. 2560  
วันลงนาม..... 27 ต.ค. 2560

พยาน

ภาคผนวก ข

แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

แบบบันทึกภาคสนาม

และแบบบันทึกการถอดความ และประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

### ข้อมูลภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล

(เอกสารลับ)

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล ID.....

วันที่สัมภาษณ์.....ครั้งที่สัมภาษณ์.....

เริ่มสัมภาษณ์เวลา.....สิ้นสุดการสัมภาษณ์เวลา.....

ระยะเวลาที่ใช้สัมภาษณ์.....สถานที่สัมภาษณ์.....

ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล

1. อายุ.....ปี (เศษเดือนให้ปัดทิ้ง)
2. เพศ .....หญิง .....ชาย
3. สถานภาพสมรส .....โสด .....คู่ .....หม้าย/หย่าร้าง
4. ระดับการศึกษา.....
5. รายได้.....บาท/ เดือน
6. มีพี่น้อง.....คน ประกอบด้วย.....
7. ประสบการณ์การปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล.....ปี
8. การเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม  เคย  ไม่เคย
8. หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน.....
9. อายุของผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม.....ปี
9. ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม.....ปี
10. ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม.....
11. ค่าใช้จ่ายในการดูแล.....บาท/ เดือน  เพียงพอ  ไม่เพียงพอ  
ได้มาจาก.....
12. บุคคลที่ช่วยดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม.....
13. ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ.....
14. อาชีพเดิมของผู้สูงอายุ.....

สถานที่ที่ติดต่อได้สะดวก.....

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

## แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์

### ประสบการณ์ของพยาบาลที่ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม

แนวคำถามสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้กำหนดจากวัตถุประสงค์และแนวคิดของการดำเนินการวิจัยเป็นแนวคำถามอย่างกว้างๆ ซึ่งสามารถปรับได้ตามสถานการณ์หรือข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ โดยประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์ได้กำหนดไว้ดังนี้

#### 1. ชั้นเริ่มต้นสนทนา

1.1 แนะนำตัวผู้วิจัย ชี้แจง บอกรวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ และประโยชน์ที่จะได้รับ

ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้ให้ข้อมูล ด้วยวาจาและขออนุญาตบันทึกเสียงในระหว่างการสัมภาษณ์ทั้งนี้จะรักษาข้อมูลเป็นความลับ โดยชื่อของผู้ให้ข้อมูลจะถูกกลบออก ไม่มีการเผยแพร่ และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะนำไปใช้เพื่อการศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของบุคคลในครอบครัวที่เป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

1.2 พุดคุยซักถามถึงเรื่องทั่วไป เพื่อการสร้างสัมพันธภาพ ก่อให้เกิดความคุ้นเคยระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับผู้วิจัย

1.3 สอบถามถึงข้อมูลภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล

1.3.1 คุณชื่อ.....นามสกุล.....

1.3.2 ปัจจุบันอายุเท่าไร

1.3.3 แต่งงานมีครอบครัวหรือไม่

1.3.4 ปัจจุบันในครอบครัวมีคนอาศัยอยู่ที่คน มีใครบ้าง

1.3.5 ใครทำหน้าที่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในครอบครัว

1.3.6 คุณมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุอย่างไร

#### 2. ชั้นเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษาโดยการสัมภาษณ์

ผู้วิจัยเข้าสู่ประเด็นคำถามที่เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของบุคคลในครอบครัวที่เป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งนี้ขอคำถามต่างๆ ใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ได้อยู่ขอบเขตการวิจัยในครั้งนี้ โดยยังมีข้อคำถามในรายละเอียดปลีกย่อยอื่นอีกมาก ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการถามคำถามให้สอดคล้องกับการให้ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล และเชื่อมโยง คำถามและคำตอบให้ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีการปรับเปลี่ยนข้อคำถามให้เหมาะสมในแต่ละบริบทและสถานการณ์ ประกอบด้วยคำถามเกริ่นนำ และคำถามหลัก ดังต่อไปนี้

## 2.1 คำถามเกริ่นนำ

- 2.1.1 คุณดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมมาแล้วกี่ปี
- 2.1.2 คุณทราบหรือไม่ว่าผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นภาวะสมองเสื่อมชนิดใด ระยะไหน และทราบได้อย่างไร
- 2.1.3 คุณรู้สึกอย่างไร เมื่อทราบว่าผู้สูงอายุในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อม
- 2.1.4 คนในครอบครัวคนอื่นๆ รู้สึกอย่างไรเมื่อทราบว่าผู้สูงอายุในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อม
- 2.1.5 คนในครอบครัวตัดสินใจอย่างไรว่าใครจะเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม
- 2.1.6 คุณได้นำความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างไร

## 2.2 คำถามหลัก

- 2.2.1 คุณดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างไร
- 2.2.2 คุณรู้สึกอย่างไรกับการเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมในขณะที่ต้องทำงานเต็มเวลา
- 2.2.3 อะไรคือสิ่งที่คุณรู้สึกหนักใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (เกิดอะไรขึ้นพอจะเล่าให้ฟังได้ไหม แล้วคุณจัดการกับปัญหานั้นอย่างไร)
- 2.2.4 สุขภาพของคุณเป็นอย่างไร หลังจากดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม
- 2.2.5 สมาชิกในครอบครัวของคุณมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างไร

## 3. ขั้นตอนการสัมภาษณ์

ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้แก่ผู้ให้ข้อมูลในการซักถาม หรือกล่าวถึงสิ่งที่ตนต้องการให้ข้อมูลเพิ่มเติม โดยผู้วิจัยมีแนวของข้อคำถาม ดังต่อไปนี้

3.1 คุณต้องการเล่าเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมอีกไหมครับ

3.2 คุณมีข้อซักถามที่ต้องการซักถามผม (ผู้วิจัย) เพิ่มเติมหรือไม่ครับ

เมื่อการเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลทำการซักถามผู้วิจัย หรือเล่าเพิ่มเติมถึงประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อมเสร็จสิ้นลง ผู้วิจัยทำการกล่าวสรุปถึงประเด็นต่างๆที่ได้จากการสัมภาษณ์ในครั้งนี้ พร้อมทั้งทำการนัดหมายการสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป






### แบบบันทึกการถอดความ และการให้รหัสเบื้องต้น

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล ID.....

การสัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่...../...../.....เริ่มเวลา.....น. ถึงเวลา.....น.

สถานที่สัมภาษณ์.....

บรรทัด	ข้อความ	การถอดรหัส
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		



ภาคผนวก ค

ตารางแสดงปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล  
ตารางที่แสดงข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม  
ตารางการรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์  
ตารางการให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์  
และตารางประเด็นหลัก และประเด็นย่อยที่ได้จากการสัมภาษณ์

ตารางที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ราย ที่	อายุ (ปี)	เพศ	สถาน ภาพ สมรส	ระดับ การศึกษา	รายได้ (บาท/ เดือน)	พี่น้อง (คน)	ประสบการณ์ ทำงาน พยาบาล (ปี)	ประสบการณ์ อบรมการดูแล ผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมอง เสื่อม	หน่วยงาน ที่ปฏิบัติงาน	ความสัมพันธ์ กับผู้สูงอายุ
1	47	หญิง	โสด	ปริญญาโท	40,000	3	17	เคย	สถาบัน ประสาทวิทยา	บุตรสาว
2	47	หญิง	หย่าร้าง	ปริญญาโท	38,000	2	24	เคย	โรงพยาบาล ตำรวจ	บุตรสาว
3	53	หญิง	คู่	ปริญญาโท	60,000	2	31	เคย	โรงพยาบาล สิรินธร	บุตรสาว
4	55	หญิง	คู่	ปริญญาตรี	70,000	3	33	ไม่เคย	โรงพยาบาล สิรินธร	บุตรสาว
5	49	หญิง	โสด	ปริญญาโท	23,000	3	26	ไม่เคย	โรงพยาบาล กลาง	บุตรสาว
6	50	หญิง	โสด	ปริญญาโท	50,000	2	28	เคย	สถาบัน ประสาทวิทยา	บุตรสาว
7	36	หญิง	หย่าร้าง	ปริญญาตรี	40,000	2	15	ไม่เคย	โรงพยาบาล กลาง	บุตรสาว
8	54	หญิง	คู่	ปริญญาตรี	45,000	6	33	ไม่เคย	โรงพยาบาล ราชวิถี	บุตรสาว
9	51	หญิง	คู่	ปริญญาตรี	40,000	3	31	ไม่เคย	โรงพยาบาล ราชวิถี	บุตรสาว
10	53	หญิง	หย่าร้าง	ปริญญาตรี	40,000	3	32	เคย	โรงพยาบาล ราชวิถี	บุตรสาว
11	58	หญิง	คู่	ปริญญาตรี	50,000	8	35	ไม่เคย	โรงพยาบาล ราชวิถี	บุตรสาว
12	62	หญิง	โสด	ปริญญาตรี	95,000	3	40	ไม่เคย	โรงพยาบาล กลาง	หลานสาว
13	53	หญิง	โสด	ปริญญาตรี	50,000	7	31	ไม่เคย	โรงพยาบาล สิรินธร	หลานสาว

ราย ที่	อายุ (ปี)	เพศ	สถาน ภาพ สมรส	ระดับ การศึกษา	รายได้ (บาท/ เดือน)	พี่น้อง (คน)	ประสบการ ณ์ทำงาน พยาบาล (ปี)	ประสบการณ ์อบรมการดูแล ผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมอง เสื่อม	หน่วยงาน ที่ปฏิบัติงาน	ความสัมพันธ์ กับผู้สูงอายุ
14	40	หญิง	คู่	ปริญญาตรี	40,000	2	18	ไม่เคย	โรงพยาบาล สมเด็จพระปิ่น เกล้า	บุตรสาว



ตารางที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม

ราย ที่	อายุ (ปี)	ระยะเวลา การดูแล (ปี)	รายละเอียดค่าใช้จ่ายในการดูแล			บุคคลที่ช่วย ดูแลผู้สูงอายุ	ระดับ การศึกษา ของผู้สูงอายุ	อาชีพเดิม ของผู้สูงอายุ
			จำนวน (บาท/ เดือน)	ความ เพียงพอ	ที่มาของค่าใช้จ่าย ในการดูแล			
1	89	17	30,000	เพียงพอ	เงินเก็บมารดา	พี่เลี้ยง	ปริญญาตรี	พยาบาล วิชาชีพ
2	92 (บิดา) 85 (มารดา)	6 (บิดา) 2 (มารดา)	3,000	เพียงพอ	รายได้ตนเอง, พี่สาว	พี่สาว	บิดา ไม่ทราบ มารดา ป. 4	ทหาร แม่บ้าน
3	71	5	30,000	เพียงพอ	รายได้ตนเอง, พี่สาว	พี่สาว, หลานสาว	ป. 4	แม่บ้าน
4	85	5	5,000	เพียงพอ	รายได้ตนเอง, สามี	สามี	ป.4	แม่บ้าน
5	76	2	5,000	เพียงพอ	รายได้ตนเอง	บิดา	ปริญญาตรี	ครู
6	79	11	30,000	เพียงพอ	รายได้ตนเอง, พี่ชาย	พี่เลี้ยง	ปริญญาตรี	อาจารย์ พยาบาล
7	62	9	22,000	เพียงพอ	รายได้ตนเอง, มารดา, น้องชาย	น้องชาย, มารดา, อา	ปวส.	ธุรกิจส่วนตัว
8	85	15	35,000	เพียงพอ	รายได้ตนเอง, น้อง	น้องชาย	ป. 4	เกษตรกร
9	86	10	20,000	เพียงพอ	รายได้ตนเอง, น้อง	พี่เลี้ยง, น้อง	ไม่ได้เรียน	ค้าขาย
10	72	4	5,000	เพียงพอ	รายได้ตนเอง	มารดา	ป. 4	รับจ้าง
11	80	13	10,000	เพียงพอ	รายได้ตนเอง, น้องชาย	น้องชาย	ไม่ทราบ	ค้าขาย
12	82	5	30,000	เพียงพอ	เงินเก็บครอบครัว	น้องสาว	ป. 4	ค้าขาย
13	77	5	25,000	เพียงพอ	รายได้ตนเอง, ญาติ	พี่เลี้ยง, พี่, น้อง	ปริญญาตรี	รับราชการ
14	72	5	20,000	เพียงพอ	รายได้เอง, เงินเก็บบิดา	พี่สาว, มารดา	ปริญญาตรี	ครู

#### ตารางที่ 4 การรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 14 ราย รายละ 2 ครั้ง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ID	ครั้งที่	วัน/เดือน/ปี	เวลาสัมภาษณ์	รวมเวลา	สถานที่
1	1	1 กันยายน 60	10.00 – 11.10	70 นาที	ที่ทำงาน
	2	19 กันยายน 60	13.00 – 14.19	45 นาที	ที่ทำงาน
2	1	29 กันยายน 60	12.45 - 14.38	60 นาที	ที่ทำงาน
	2	2 ตุลาคม 60	18.00 – 18.35	35 นาที	ทางโทรศัพท์
3	1	4 กันยายน 60	14.00 – 14.58	58 นาที	ที่ทำงาน
	2	9 กันยายน 60	18.00 – 18.30	30 นาที	ทางโทรศัพท์
4	1	1 ตุลาคม 60	13.00 – 13.57	57 นาที	ที่ทำงาน
	2	10 ตุลาคม 60	18.00 – 18.40	40 นาที	ทางโทรศัพท์
5	1	3 กันยายน 60	14.05 – 15.05	60 นาที	ที่ทำงาน
	2	8 กันยายน 60	17.00 – 17.42	42 นาที	ทางโทรศัพท์
6	1	16 กันยายน 60	13.00 – 13.56	56 นาที	ที่ทำงาน
	2	21 กันยายน 60	19.00 – 19.45	45 นาที	ทางโทรศัพท์
7	1	18 กันยายน 60	15.00 – 15.55	55 นาที	ที่ทำงาน
	2	25 กันยายน 60	19.00 – 19.43	43 นาที	ทางโทรศัพท์
8	1	2 ตุลาคม 60	15.00 – 16.00	60 นาที	ที่ทำงาน
	2	8 ตุลาคม 60	19.30 – 19.55	25 นาที	ทางโทรศัพท์
9	1	12 ตุลาคม 60	14.00 – 15.02	62 นาที	ที่ทำงาน
	2	18 ตุลาคม 60	16.00 – 16.31	31 นาที	ทางโทรศัพท์
10	1	17 ตุลาคม 60	14.00 – 14.56	56 นาที	ที่ทำงาน
	2	22 ตุลาคม 60	18.00 – 18.32	32 นาที	ทางโทรศัพท์
11	1	26 ตุลาคม 60	14.00 – 15.08	68 นาที	ที่ทำงาน
	2	30 ตุลาคม 60	16.00 – 16.20	20 นาที	ทางโทรศัพท์
12	1	1 พฤศจิกายน 60	13.00 – 13.56	56 นาที	ที่ทำงาน
	2	4 พฤศจิกายน 60	19.00 – 19.23	23 นาที	ทางโทรศัพท์
13	1	5 พฤศจิกายน 60	12.50 – 13.40	50 นาที	ที่ทำงาน
	2	10 พฤศจิกายน 60	17.00 – 17.35	35 นาที	ทางโทรศัพท์
14	1	12 พฤศจิกายน 60	15.00 - 15.59	59 นาที	ที่ทำงาน
	2	16 พฤศจิกายน 60	19.00 – 19.29	29 นาที	ทางโทรศัพท์

ตารางที่ 5 การให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์

ลำดับ	Themes
1	เจอคนป่วยสมองเสื่อมมาเยอะ แต่ว่าเป็นกับแม่ตัวเองไม่รู้
2	ถึงจะรู้ว่าพฤติกรรมของแม่เกิดจากโรค แต่ก็รับไม่ได้
3	รู้สึกหงุดหงิด เวลาแม่ถามซ้ำๆ
4	จะเป็นคนจัดการเรื่องยาทั้งหมด
5	อยากจ้างคนมาดูแลช่วย แต่พี่สาวไม่เข้าใจ
6	อยากให้พี่น้องเข้าใจ ต้องให้รับรู้ปัญหาจริง
7	อยากติดกล้องวงจรปิด แต่เกรงใจพี่เลี้ยง
8	แบ่งเบาภาระงานของพี่เลี้ยง เพื่อให้เขาดูแลอย่างเดียว
9	เหนื่อยล้าจากการทำงานแล้ว กลับมายังต้องดูแลแม่ต่อ
10	ทำแผ่นป้ายคำตอบที่แม่ชอบถามบ่อยๆ
11	พยายามฝึกให้แม่ดักข้าวกินเอง
12	พี่เลี้ยงชอบกินอะไร ก็จะซื้อมาให้
13	มีของขวัญให้ ในโอกาสพิเศษ
14	ให้เวลาพี่เลี้ยงได้ Relax
15	เมื่อพี่เลี้ยงทำไม่ถูกต้อง ต้องพูดคุยด้วยเหตุผล ไม่ใช่อารมณ์
16	รู้สึกเครียด ที่ต้องได้ดูแลแม่คนเดียว
17	แม่มีพฤติกรรมเปลี่ยนไปมาก จนต้องขอมลาออกจากงานเพื่อมาดูแลแม่
18	ระบายกับเพื่อน เวลาไม่สบายใจ
19	ตวาด หงุดหงิดใส่แม่ แต่สุดท้ายก็เสียใจ
20	เข้าใจและยอมรับสิ่งที่คนป่วยทำเกิดจากโรค
21	การดูแลเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เราได้ตอบแทนพระคุณ
22	โรคนี้ทำให้เราได้ใกล้ชิดแม่มากขึ้น
23	หาวิธีการใหม่ๆ เพื่อให้แม่อารมณ์ดี
24	วิธีการได้มาจากดูแลต้องมาจากประสบการณ์ตรง
25	คิดอยู่เสมอว่าไม่ใช่เราคนเดียวที่ต้องลำบากกับการดูแล
26	ถ้าอารมณ์ไม่พร้อม อย่าเข้าไปดูแล จะทำให้เราดูแลได้ไม่ดี
27	ถ้าไม่ไหว ต้องมีตัวช่วย
28	หาพี่เลี้ยงที่ไว้ใจได้ และใจเย็น

ตารางที่ 5 การให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ลำดับ	Themes
29	ตอนไม่มีพี่เลี้ยงจะเอาแม่ไปไว้ day care
30	มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย
31	เคยจะเอาแม่ไปไว้บ้านพักผู้สูงอายุ แต่พี่สาวบอกว่าสงสารแม่
32	เคยจะลองเอาแม่ไปอยู่กับพี่สาว แต่บ้านทางฝั่งสามีรับไม่ได้
33	เมื่อพี่เลี้ยงไม่อยู่ ต้องมีพี่เลี้ยงคนอื่นไว้สำรอง
34	ภาวะสมองเสื่อม ทำให้การใช้ชีวิตของผู้ดูแลลำบากมากขึ้น
35	เวลากินข้าว ต้องใจเย็น และชวนพูดคุย
36	สัมผัสทางกาย ทำให้แม่อ่อนโยนขึ้น
37	ช่วงมาทำงาน คุยกับใคร รู้สึกใช้ชีวิตแบบไม่มีความสุข
38	ไม่ทราบว่าพ่อเป็นสมองเสื่อม เพราะไม่มีเวลา จนกระทั่งพ่อเดินตกบ่อ
39	พ่อ แม่ไม่ยอมกินยา จนถึงต้องจับกรอกปาก แต่ก็ไม่ยอมกิน
40	พ่อขี้ติด เพราะไม่มีเวลา rehab
41	สนิทกับแม่มากกว่า จึงดูแลแม่มากกว่าที่จะดูแลพ่อ
42	Follow up สอง สาม หน ก็ได้มาอีกเลย
43	พอทราบว่าแม่เป็นสมองเสื่อม ไม่ได้รู้สึกว่าเป็นอะไรที่ toxic กับตัวเอง
44	ช่วยกันกับพี่สาว manage ภายในบ้าน ทำในเรื่องที่ตนถนัด
45	เป็น Single mom ต้องรับผิดชอบหลายอย่าง รู้สึกเหนื่อย แต่ก็ต้องทำ เพราะเป็นหน้าที่
46	ดูแลให้รับประทานอาหารแบบ free style
47	ต้องปรับเปลี่ยนงาน เพื่อให้สัมพันธ์กับการดูแล
48	ดูแลเรื่องความสะอาด
49	พ่อเคยเอาอุจจาระป้ายบ้าน
50	พ่อชอบแอบหยิบของ เก็บมาเป็นสมบัติตัวเอง
51	รู้สึกว่าไม่มีเวลาส่วนตัว ไม่ได้พัก
52	อาการเริ่มต้นของสมองเสื่อมของแม่ คือ ตาลูก
53	อยากจะจ้างพี่เลี้ยง แต่หาไม่ได้ และแม่ไม่ชอบคนแปลกหน้า
54	ตอนแม่ดำ เราก็พยายามคิดว่า เค้าให้พร
55	จัดคิวการดูแลพ่อแม่ ตามสถานการณ์



ตารางที่ 5 การให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ลำดับ	Themes
56	ให้เพื่อนบ้านช่วยแวะเวียนเข้ามาดูพ่อแม่ เวลาที่เราไปทำงาน
57	วิตกกังวลว่ากลับไปจะเจอพ่อแม่สภาพไหน
58	ต้องจัด setting ทุกอย่างให้เป๊ะ
59	บางทีก็มีปรี๊ดแตก เวลาที่เจอในสิ่งที่รับไม่ได้ แต่สุดท้ายก็รู้สึกผิด
60	เวลาที่เครียดจะหาของอร่อยๆ กิน
61	เหนื่อย ล้า ก็หาเวลานอน
62	คุยกัน ปลอดภัยกันกับพี่สาว เวลาเหนื่อย
63	เมื่อมีโอกาส ก็จะพาแม่ออกมาเปิดหูเปิดตา
64	การดูแลส่งผลกระทบต่อให้ทำงานได้ไม่เต็มที่ ทำให้งานล่าช้า
65	ถ้าถึงขีดสุด เคยคิดจะเอาแม่ไป nursing home แต่พ่อไม่เคยคิด เพราะพ่อดูแลง่ายกว่า
66	ถ้า Early ได้ อยาก Early แทนพี่สาว เพราะคิดว่าทำอะไรได้มากกว่าพี่สาว
67	การดูแล มองว่าเป็นหน้าที่ของลูก และเป็นการทำบุญ
68	ไม่สามารถพาพ่อแม่ไปเที่ยวได้ ในเวลาที่เราพร้อมทุกอย่าง
69	ตอนที่พ่อแม่เป็นสมองเสื่อม ก็ไม่ได้ค้นคว้าอะไร เพราะหมอเคลียร์ชัดแล้ว
70	รู้แนวทางการรักษา รู้แนวทางการดูแล แต่ทำได้ไม่หมด เพราะไม่มีเวลา
71	แม่ชอบช้อนของ
72	แนวทางการดูแลต้องมาจากประสบการณ์ตรง
73	เพราะเป็นพยาบาล จึงทำให้ไวต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการพ่อแม่
74	การดูแลพ่อแม่ที่เป็นสมองเสื่อม ต่างจากการดูแลผู้สูงอายุทั่วไปในแง่ความรู้สึก
75	รถติด ทำให้เวลาในการดูแลลดน้อยลง
76	การดูแลพ่อแม่ไม่ได้ส่งผลต่อสุขภาพของเรา แต่สุขภาพของเราส่งผลต่อการดูแล
77	ควรมี caregiver มาสลับสับเปลี่ยน
78	วิชาชีพพยาบาล ทำให้เราสามารถจัดหาอาหารทดแทนในราคาถูกลง และมีประโยชน์ได้
79	เค้าผิดปกติไปจากเดิม จากเดิมที่เค้าจะเป็นคนใจดี กลายเป็นคนก้าวร้าว
80	ก็จะผลัดเปลี่ยนกันดูแลแม่ระหว่างเรา กับพี่สาว กับหลานๆ
81	ไม่ได้เอะใจ คิดว่ามันเป็นหลงลืม เพราะเค้าอายุน้อยมาก
82	ให้แม่กินยาต่อเนื่อง พบหมอตลอด

ตารางที่ 5 การให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ลำดับ	Themes
83	เราจะเบิกยาไปให้แล้วก็จะอธิบายให้พี่สาวฟัง
84	สอนการดูแลให้พี่สาวแบบ Learning by doing
85	เหนื่อย เพราะต้องพลิกตัวแม่อยู่บ่อยๆ
86	รู้สึกเครียด เพราะอาการแม่ drop ลงเร็วมาก
87	เวลาแม่มีอาการแปลกๆ พี่สาวจะโทรมาบอกตลอด
88	เวลาที่แม่หิวหิว เราจะเป็นคนช่วยปลอบ
89	เมื่อมีโอกาสจะพาญาติมาหาแม่อยู่เสมอ
90	พูดคุยอะไรที่เป็นปัจจุบัน เพื่อกระตุ้นความทรงจำ
91	ดูแลเตรียมของให้แม่ได้ดีกับบุตร เพราะแต่ก่อนแม่ชอบทำบุญ
92	พาแม่ออกไปกินข้าวนอกบ้าน เพื่อให้เค้าได้เปลี่ยนบรรยากาศ
93	อาจารย์หมอให้ไปอบรมเกี่ยวกับสมองเสื่อม เพื่อจะได้เข้าใจแม่มากขึ้น
94	ให้แม่ได้กินในสิ่งที่เค้าชอบ
95	เมื่อพี่สาวเครียด เราจะเป็นคนปลอบว่านี่เป็นอาการป่วยของแม่ เราต้องยอมรับ
96	ข้อจำกัดของพยาบาลคือ ถูก Fix ด้วยเรื่องของเวลา
97	เหนื่อยเดินทาง เขาก็ตื่นมาทำงาน เลิกงานก็ต้องไปดูแม่
98	เวลาที่เราไปดูดูแลแม่ ลูกเราเห็น เค้าก็จะทำตาม
99	ตอนที่เค้ายังจำเราได้ ช่วยเหลือตนเองได้ มันจะนั่งลงไปเรื่อยๆ เราต้องไปหา ไปคุยกับเค้าว่าเรายังอยู่นะ ไม่ได้ทิ้งไปไหน
100	กว่าจะเข้าที่แบบนี้ ต้องเรียนรู้อะไรเยอะเลย
101	คุยกับหมอ ว่าเค้าดูแลกันอย่างไร
102	ให้เค้าทำในสิ่งที่เค้าชอบ เพราะอะไรที่เค้าชอบ เค้าจะจำได้
103	ไปวัด ศึกษารธรรมะ เป็นครั้งคราว เพื่อดูแลสุขภาพจิต
104	ส่งหลานชายเรียน เพื่อตั้งให้เค้ามาช่วยดูแลยาย
105	ต้องดูแลใกล้ชิด มีคนอยู่ด้วยตลอดเวลา เพราะอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอด
106	Rehab โดยกระตุ้นให้เค้าช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุด
107	เมื่อแม่หลงลืม พยายามปรับปรับตัวตามอาการของเค้า แล้วพยายามที่บอกตามความเป็นจริง
108	ตอนแรกไม่คิดว่าแม่หลงลืมตามวัย ไม่คิดว่าเป็นสมองเสื่อม

ตารางที่ 5 การให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ลำดับ	Themes
109	รู้ว่าแม่เป็นสมองเสื่อม ตอนที่แม่หกล้มแล้ว rib หัก
110	กระตุ้นให้แม่ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง
111	คอยถามวันเวลา และให้แม่ดูรูปเพื่อกระตุ้นความจำ
112	พอรู้ว่าแม่เป็นสมองเสื่อม ก็ไม่ได้ตกใจ เพราะแม่อายุเยอะแล้ว มีโอกาสเป็นไปได้
113	เวลามาทำงานจะให้สามีช่วยดูแลแทน
114	พี่น้องคนอื่นเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลน้อย เพราะเขาคาดหวังว่าเราดูแลได้
115	รู้สึกกดดันที่พี่น้องคาดหวังว่าเราจะดูแลแม่ได้
116	เวลาเครียด ก็จะหากิจกรรมที่ชอบทำ เช่น ร้องเพลง ดูหนัง เดินเล่น
117	เวลาที่หงุดหงิดมากๆ จะตะโกนในห้องน้ำ
118	ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้าน เพื่อไม่ให้แม่หกล้ม
119	โมโหบ้าง เวลาที่เค้าไม่ยอมทำตามที่เราต้องการ แต่หลังจากนั้นก็รู้สึกผิด คิดว่าเป็นบาปกรรม
120	ความรัก ความห่วง ความกตัญญู ทำให้เรายินดีที่จะดูแลเขา
121	ดูแลให้แม่ทานยาอย่างต่อเนื่อง
122	เวลาไปต่างจังหวัด จะเอาแม่ไปด้วย ไม่ทิ้งเขาไว้
123	สิ่งที่ใกล้เคียงกันระหว่างผู้ดูแลทั่วไปกับพยาบาลคือ ความรักที่ให้กับพ่อแม่
124	สิ่งที่พยาบาลได้เปรียบผู้ดูแลทั่วไป คือความเข้าใจและความรู้
125	เรารู้แล้วว่าสมองเสื่อมเป็นความเสื่อมตามวัย แต่พอได้มาอยู่ดูแลแล้วมันมากกว่านั้น
126	แม่นอนดึก แต่เราต้องมาทำงานเช้า ทำให้มีทะเลาะกันบ้าง
127	เวลาที่แม่หาของไม่เจอเขาจะบอกไม่ได้ เราต้องเรียนรู้พฤติกรรม จากการลองผิดลองถูกว่าเขาอยากได้อะไร
128	อยากเข้าใจเขามากกว่านี้ มันมีบางครั้งที่มันไม่ตรงกับใจเขา สุดท้ายก็ต้องปล่อยให้เขาหงุดหงิดไป
129	เคยคิดจะเวียนให้แม่ไปหาพี่น้องคนอื่นบ้าง เวลาที่เราเหนื่อย
130	อยากพาแม่ออกไปข้างนอกบ่อยๆ เพราะเคยพาเขาไปแล้วเขาสดชื่นดี
131	พยายามนั่งกินข้าวเป็นเพื่อนแม่ เพราะเมื่อไหร่ที่เราไม่กิน เขาก็จะไม่กิน
132	รู้สึกเครียด เหมือนเวลาส่วนตัวของเราลดน้อยลง
133	อยากกระตุ้นความจำแม่มากกว่านี้ แต่ไม่มีเวลา

ตารางที่ 5 การให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ลำดับ	Themes
134	อย่าไปโกรธ อย่าไปหงุดหงิดเขา เขาเปลี่ยนไม่ได้ เราต้องเปลี่ยนตัวเรา ให้เข้าใจเขา
135	พ่อไม่เข้าใจแม่ เขาจะรู้สึกที่แม่กลับไปเป็นเด็ก พ่อเขาเลยอารมณ์เสีย
136	ตอนที่เรามาทำงาน พ่อก็ไม่ได้ดูแลใกล้ชิด จนแม่ทกล้ม หัวแตก
137	ต้องดูแลแม่คนเดียว เพราะพี่น้องคนอื่นไม่สนใจ นานๆ ถึงจะมาเยี่ยม
138	ไม่ค่อยได้กระตุ้นให้แม่ทำกิจกรรมด้วยตนเอง เพราะต้องรีบออกไปทำงาน
139	เคยรู้สึกน้อยใจที่ต้องดูแลแม่คนเดียว แต่นึกถึงว่า นี่ก็คือแม่ ความรู้สึกนั้นก็หายไป
140	เราจะจัดยาเป็นวันๆ เพื่อให้พ่อเอาให้แม่กินได้สะดวก
141	เวลาทำงานจะกลัว กังวลตลอดเวลา ว่าแม่จะเกิดอุบัติเหตุ
142	จะป้อนยาทีละเม็ด ห้านาที่ แล้วค่อยเริ่มเม็ดใหม่เจ็ย เพราะมันมี effect กันอะ
143	พอครบบ้านาญก็ลาออกเลย เพราะถ้าไม่มีเงินบ้านาญ ก็จะไม่มาดูแลแม่
144	รู้สึกผิดที่ต้องปลุกแม่แต่เข้ามาอาบน้ำ เพราะกลัวไปทำงานสาย
145	กังวล กลัวแม่เป็น bedsore และติดเชื้อ เพราะพ่อไม่ค่อยสนใจ
146	เคยคิดจะจ้างพี่เลี้ยง แต่ไม่ไหวใจ กลัวเขาจะมาทำร้ายแม่
147	ไม่เคยคิดจะเอาแม่ไปไว้ Nursing Home เพราะเชื่อว่าไม่มีใครจะดูแลแม่ได้ดีเท่าลูก
148	ที่ตัดสินใจลาออก เพราะกลัวแม่จะติดเชื้อ
149	พยายามพาแม่ลุกเดิน เพราะกลัวข้อติด
150	ตักข้าวใส่ช้อนเป็นคำๆ ให้แม่ตักเข้าปากเอง เพราะถ้าให้ตักเองมันจะกระหว่างทาง
151	ตอนแม่อารมณ์ไม่ดี เราจะปล่อยเขาพูดไป เพราะสักพักเขาก็จะลืม
152	เวลาแม่ร้องของ ก็ปล่อยให้ร้องไป เราจะไม่ไปขัดใจ เพราะเขาจะอารมณ์เสีย
153	ถ้าแม่สะสมของ จะปล่อยให้เขาทำ ถึงเวลานอนเราค่อยหยิบออก แล้วบอกเขาว่า จะได้มีที่นอน
154	เวลาแม่เห็นภาพหลอน เราจะพยายามลดสิ่งกระตุ้น
155	ไม่ค่อยพาแม่ออกไปข้างนอก เพราะติดตรงเวลาตื่นของแม่ และไม่มีที่จอดรถ
156	เสาร์อาทิตย์จะพาแม่ไปทำบุญที่วัด เพราะทำให้เขาสงบ
157	ค้นเรื่องสมองเสื่อมจาก Facebook ทวี Youtube พอเรามีความรู้อะไรที่น่าจะเกิดขึ้น เราก็จะหาทางป้องกันได้
158	เป็นพยาบาลทำให้เราป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะตามมาได้

ตารางที่ 5 การให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ลำดับ	Themes
159	ด้วยความที่เราเป็นลูกเราจะป้องกันสูงกว่าคนไข้ มาตรฐานเดียวกัน แต่ความรู้สึก เรา รู้สึกว่าต้องดูแลให้ดีที่สุดอะ
160	เราต้องรู้ว่าเขาชอบอะไร ถ้าเราไม่เข้าใจเขา จะทำให้มีอารมณ์ที่ stable
161	การดูแลทำให้เราได้ทบทวนบุญคุณ
162	ถ้ายอมรับแม่ได้ มันจะไม่เครียด
163	ความรู้ ทำให้เรายอมรับอาการของแม่ได้
164	ออกไปไหนไม่ได้ ก็ Relax โดยการดู series ในบ้านช่วงแม่หลับ
165	แม่ลุกขึ้นมาพับผ้า เก็บชุดลูกผุดนั่ง แล้วก็ดูสับสนอะ ก็เลยพามาตรวจ เลยรู้ว่าสมองเสื่อม
166	ตอนแรกคิดว่าแม่เป็นหลงลืมตามวัย เพราะการใช้ชีวิตประจำวันยังปกติอยู่
167	ให้แม่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มใน day care ทุกๆ วันนัด
168	ตอนที่รู้ว่าแม่เป็นสมองเสื่อม ก็เหมือนทำใจไว้แล้ว คิดว่าไปถึงต่อไปภาคหน้าว่า เราต้องได้ดูแลเยอะขึ้น
169	แม่จะนอนกับคนดูแลวันอาทิตย์ถึงวันพฤหัสบดี ส่วนเราจะนอนกับแม่เนี่ยวันศุกร์เสาร์อาทิตย์
170	ยาจะจัดไว้ใส่กล่องไว้ แปะ sticker สี sticker น้ำเกลือ เพื่อให้คนดูแลเค้าจะหยิบได้ตามวันที่ให้ยา
171	พยายามอยู่คุยกับแม่ เปิดทีวี เปิดเพลง คุยกับเค้าไปด้วย
172	การดูแลจะเป็นเราทั้งหมด พี่น้องก็จะมาแค่เล่น พาไปกินข้าว
173	เงินค่าดูแลเป็นเงินส่วนกลางของบ้าน
174	ถ้าคนดูแลจะกลับบ้าน เราก็ต้องลา เพราะว่าเราจะขึ้นเวรเช้าตลอด
175	เวลาพาแม่ไป เราก็ให้คนดูแลไปด้วย เพราะรู้ว่าเขาเครียด
176	การดูแลแม่เป็นหน้าที่ของลูกที่ต้องทำ
177	เวลามาทำงานรู้สึกกังวล เป็นห่วงเค้า เพราะคนดูแลชอบแว๊บออกไปข้างนอก
178	พาแม่มา Day Care อาทิตย์ละครั้ง เพื่อให้แม่มาเจอสังคม และผู้ดูแลได้พักผ่อน
179	ยิ่งติดกล้องวงจรปิด ยิ่งเครียด เพราะเราเห็นพฤติกรรมของผู้ดูแล
180	ไม่ได้คาดหวังอะไรกับผู้ดูแลมาก ขอแค่ดูแลอาหาร 3 เวลาอย่าได้ขาดและอาบน้ำให้แม่ก็พอ

ตารางที่ 5 การให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ลำดับ	Themes
181	เปิดเพลง เปิดธรรมะทำให้อารมณ์แม่สงบลง
182	เครียด เพราะแม่อาละวาด มองเราเป็นศัตรู
183	เมื่อเครียด ก็จะระบายให้คนสนิทฟัง
184	ทำงานอยู่สายศิลป์ ไม่เคยเจอ Dementia
185	ความรู้เรื่องโรค ทำให้เราสามารถเตรียมรับสภาพต่อไปของผู้ป่วยได้
186	ธรรมะช่วยให้โยมรับความจริง
187	เวลาแม่ก้าวร้าว เราจะพยายามหนี เพื่อลดการปะทะ
188	การดูแลแม่ทำให้เราทำได้ทำหน้าที่ลูก
189	ความเป็นพยาบาลจะได้เปรียบกว่าคนที่ไม่มีความรู้เนาะ แต่ถ้าเราสอนเขา บางเวลาเค้าก็จะช่วยเหลือเราได้
190	ความรัก ความเข้าใจ ทำให้เราดูแลแม่อย่างมีความสุข
191	พ่อเขาไม่กินยา อาการก็เลยไปใหญ่ เพราะกลางวันไม่มีคนอยู่ด้วย
192	พอรู้ว่าพ่อเป็นสมองเสื่อมก็รู้สึกเฉยๆ เพราะคิดว่ามันน่าจะเป็นความเสื่อม
193	รู้สึกเครียดในอนาคตรวม ถ้าพ่อเป็นมากกว่านี้จะทำอย่างไร
194	ที่พ่อเป็นอยู่คนในครอบครัว เขาไม่เข้าใจ คิดว่าพ่อแกล้งทำ
195	คนที่ดูแลต้องรู้และเข้าใจเขา เพราะเขามีปัญหาเรื่องการตัดสินใจ
196	คนที่ไม่เป็นพยาบาลอาจจะดูแลได้ดีกว่า เพราะมีโอกาสได้ใกล้ชิดตลอด
197	โรคสมองเสื่อมเป็นโรคที่ถูกลืม เพราะไม่ได้ถูก admit ที่ ward
198	ความเป็นพยาบาลไม่ได้ช่วยให้เราช่วยพ่อได้ที่ป่วยเป็นโรคนี้ได้ดีกว่าประชาชนทั่วไป
199	อยากตอบแทนบุญคุณ อยากทำให้ดีที่สุดเหมือนกับที่เขาดูแลเราตอนนั้น
200	ช่วงกลางวันพ่อเค้าจะอยู่บ้านคนเดียว แม่ก็จะออกไปทำงาน น้องก็ไปเรียน
201	จะ big cleaning พ่อช่วงวันหยุดเสาร์อาทิตย์
202	ไม่ได้พาพ่อไปโรงพยาบาลบ่อย ด้วยความเป็นพยาบาล อาการพ่อก็ค่อนข้างคงที่ ก็เลยชะล่าใจ
202	ต้องดูแลพ่อ แทบไม่มีเวลาเป็นของตนเอง
203	เวลาพ่อตื้อ ก็จะดูอารมณ์เสียบ้าง ดุนิดหน่อย
204	จะพาพ่อไปเที่ยวไหน ต้องมีการวางแผนเรื่องที่พักอย่างดี
205	ธรรมะ ทำให้รู้สึกปลง ปล่อยให้ปัญหาให้ได้

ตารางที่ 5 การให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ลำดับ	Themes
206	มีพฤติกรรมแปลกๆ ทำอะไรซ้ำลง แล้วก็ยังมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป จึงรู้ว่าเป็นสมองเสื่อม
207	ให้เพื่อนบ้านช่วยจัดแจงเรื่องอาหารกลางวัน
208	พยายามกระตุ้นให้เค้าทำเอง เพราะเหมือนกับว่าอยากกระตุ้นให้เค้าได้คิด
209	เวลาแม่หงุดหงิด จะรีบเคลียร์พ้อให้เสร็จ เคลียร์สิ่งกระตุ้น
210	พยายามให้ข้อมูลเรื่องโรคกับทุกคน
211	ผลัดเปลี่ยนให้อาเอาพ้อไปดูแล
212	อยากหาคนมาดูแลพ้อให้มากกว่านี้ค่ะ ให้เค้าได้ทานยาสม่ำเสมอ
213	รู้สึกหนักใจตอนที่เค้าเบลอ กลัวเค้าเดินหายออกไปจากบ้าน
214	รู้สึกผิดที่เอาพ้อไปอยู่ศูนย์ฯ เพราะไม่มีคนอยู่ดูแล
215	เลิกงานมาเหนื่อยๆ ถ้าพ้อถามบ่อย รู้สึกหงุดหงิด
216	เพราะอยู่ในอาชีพพยาบาล ทำให้เราเป็นคนจับสังเกต จึงรู้ว่าพ้อเป็นสมองเสื่อม
217	เวลาได้ยามา เราจะเป็นคนอธิบายให้น้องฟัง
218	ไม่ค่อยได้พาพ้อออกไปข้างนอก เพราะเขาเดินไม่ค่อยสะดวก
219	กระตุ้นให้พ้อออกกำลังกาย และทำกิจกรรมด้วยตนเอง
220	น้องสาวชอบบ่นว่าเหนื่อย เพราะต้องดูแลทั้งพ้อและแม่ที่เป็นสมองเสื่อม
221	รู้สึกเครียดตรงที่ว่ามีเวลาไปดูแลพ้อแม่น้อย ด้วยภาระงาน
222	ให้พ้อจัดยากินยาเอง แต่พ้อไม่ยอมกิน เราเลยจัดให้
223	ปฏิบัติอยู่ข้างฝา ตื่นเช้ามาก็ให้เขาไปกากบาท
224	เวลาที่แม่ไม่ทำตาม น้องสาวก็บ่นว่าเหนื่อย อยากให้พี่น้องคนอื่นมาช่วยหน่อย
225	ให้น้องสาวเป็นคนอยู่ดูแลประจำ เพราะไม่มีภาระครอบครัว
226	เราจะเป็นคนดูแลเรื่องไปพบหมอ รับยา
227	รู้สึกเครียด งานก็ต้องทำ ถ้าพ้อแม่ไม่สบายก็ต้องกลางานไปดูแล
228	เวลาเครียด จะคุยกับพี่น้อง กับครอบครัว
229	ตั้งกลุ่มไลน์ ในกลุ่มพี่น้องเพื่อให้ข้อมูลเรื่องสมองเสื่อม
230	เป็น center ประสานพี่น้องคนอื่น ในการดูแลพ้อแม่
231	ถึงแม้พี่น้องคนอื่นไม่มีเวลา ก็จะช่วย support เรื่องเงิน
232	น้องสาวเครียดมากขึ้น เพราะพ้อแม่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง
233	โดยวิชาชีพ ทำให้เราเข้าใจอาการของพ้อแม่มากกว่าน้องสาว

ตารางที่ 5 การให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ลำดับ	Themes
234	เวลาเราไม่อยู่บ้าน จะอาศัยญาติที่อยู่ข้างบ้านสอดส่องให้ห่างๆ
235	ค้นหาความรู้สมองเสื่อมจากใน Internet
236	เป็นพยาบาลได้เปรียบคนทั่วไป เพราะมีองค์ความรู้ มีคนให้ปรึกษาได้
237	ประสบการณ์จะช่วยสอนเรา ไม่จำเป็นต้องเป็นไปตามทฤษฎี
238	ยุค Thailand 4.0 ทำให้เราเข้าถึงองค์ความรู้ได้ง่าย
239	ผู้ดูแลต้องทำใจยอมรับให้ได้
240	พาพ่อแม่ออกมาเที่ยว เพื่อให้น้องสาวมีเวลาส่วนตัว
241	การดูแลต้องมีคนช่วยผลัดเปลี่ยน
242	เราเป็นพยาบาล เมื่ออำมามีอารมณ์ฉุนเฉียวมากผิดปกติ จึงรีบพามาหาหมอ จึงรู้ว่า เป็นสมองเสื่อม
243	พ่อบอกว่าอำมาเป็นสมองเสื่อม รู้สึกกลัว เพราะรู้ว่า Progress เป็นอย่างไร
244	เราจะอธิบายอาการของอำมาให้ที่บ้านฟัง ต้องช่วยกันดูแล ให้อยู่คนเดียวไม่ได้
245	เราไม่มีเวลาอยู่กับเค้าตลอด อากงก็แก่แล้ว เลยต้องจ้างพี่เลี้ยงมาดูแลอำมา
246	กิจวัตรประจำวัน อำมาจะทำเองหมด เราก็จะดูแลห่างๆ
247	ไม่อยากแยกอำมากับอากง เลยไม่คิดจะเอาไปไว้ Nursing Home
248	ยากิน เราจะจัดเป็นล๊อค ทำไว้เป็นเดือน แล้วให้อากงเป็นคนป้อน
248	อำมาไม่ยอมกินยา เราเลยป้อน และต้องให้กินต่อหน้าเตี้ยวนั้น
249	ถ้าเราพาอำมาไปเที่ยว เค้าจะอารมณ์ดี
250	ดูแลให้อำมาทานข้าว ให้ตรงเวลา
251	เราจะเป็นคนกระตุ้นให้อากงคุยกับอำมา ไม่อยากให้เขาอยู่กับทีวีมากเกินไป
252	อำมาอยากทำอะไร ก็ให้เขาทำ อยากให้เขาได้ออกกำลังกาย
253	พี่น้องคนอื่นส่วนใหญ่จะดูแลเรื่องอาหาร ซื้อมา และพาอำมาไปเที่ยว
254	พี่น้องคนอื่นคิดว่าเราเป็นพยาบาล และดูแลอำมามาแต่ต้น เค้าเลยให้เราเป็นคนดูแล
255	ไม่เคยท้อกับการดูแล เพราะเราทำให้เค้าด้วยใจ
256	เราเป็น First call ของบ้าน
257	ไม่อยากผลัดอำมาไปอยู่กับพี่น้องคนอื่น เพราะคิดว่าเค้าอาจจะดูแลไม่ดีเท่าเรา
258	เงินค่าดูแล พี่น้องจะออกช่วยกัน



ตารางที่ 5 การให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ลำดับ	Themes
259	เราจะเป็นคนคุยกับอาม่าหลายๆ ครั้งเพื่อให้ยอมรับพี่เลี้ยง
260	เวลาอาม่าตำพี่เลี้ยง เราจะไม่ให้พี่เลี้ยงอยู่ใกล้ๆ และอธิบายให้เขาเข้าใจว่าอาม่าจำไม่ได้
261	ทุกวันอาทิตย์พี่เลี้ยงจะชอบไปร้องคาราโอเกะ
262	อาม่าออกกำลังกายน้อยมาก เพราะไม่ค่อยออกจากบ้าน
263	กระตุ้นความจำส่วนใหญ่ก็จะคุยกับเค้า ตามวันเวลา
264	กระตุ้นการทำกิจวัตรประจำวัน อยากให้อาม่าทำเอง
265	อาม่าชอบสอนของ แล้วโวยวายว่าของหาย เราจะไปปลอมว่าไม่ได้หายไปไหน
266	ตั้งแต่อาม่าป่วย เราไม่เคยพลาดนัดเลย
267	กระตุ้นให้พี่น้อง search internet เพื่อให้เข้าใจอาการเจ็บป่วยของอาม่า
268	การดูแลก็เอาแนวทางมาจากการดูแลคนไข้บนเตียง
269	ข้อได้เปรียบนะของพยาบาล คือ อย่างน้อยเราก็ได้เข้าใจ คือนอกจากจะเข้าใจในฐานะที่เค้าเป็นพ่อแม่แล้วก็เข้าใจในฐานะที่เค้าเป็นคนไข้
270	เวลามาทำงาน รู้สึกกลัว กังวล กลัวอาม่าจะเป็นอะไรไป
271	มีของฝากไปให้พี่เลี้ยง ในโอกาสพิเศษ
272	ให้เวลาพี่เลี้ยงได้ relax บ้าง
273	การดูแลเป็นส่วนหนึ่งของการตอบแทนบุญคุณ
274	แต่ละคนพื้นฐานทางสังคมแตกต่างกัน การดูแลย่อมต่างกัน ต้องใช้ประสบการณ์ตรง
275	นำจากคนเรียบร้อย กลายเป็นคนพูดหยาบ ให้รายคนอื่น จึงรู้ว่าเป็นสมองเสื่อม
276	เวลาน้ำหวาดระแวงเราจะให้หลานสาวดูแลอย่างใกล้ชิด และพูดคุยกับเค้า
277	เวลาที่เครียด จะปรึกษากับกับพวกญาติๆ
278	เมื่อรู้ว่าน้ำเป็นสมองเสื่อม รู้สึกกังวล ไม่รู้ว่าจะช่วยได้แค่ไหน
279	เราเป็นพยาบาลก็จริง แต่ไม่ได้มีความรู้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เพราะอยู่สูติฯ มาตลอด
280	หาความรู้จากการถามหมอ
281	ฟื้นความจำโดยเอารูปเก่าๆ ที่เขาฝังใจมาพูดคุยกับเขา
282	กระตุ้นความจำให้หลานตั้งโจทย์เลขให้เขาคิด
283	เครียด เพราะน้ำเคยหนีออกจากบ้าน

ตารางที่ 5 การให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ลำดับ	Themes
284	น้ำล้นจนกระดุกช่วงเอวร้าย เลยจ้างพี่เลี้ยง
285	เปิดเพลงที่น้าร้องได้ให้แกร้อง
286	เล่าเหตุการณ์อดีตให้น้าฟัง
287	ช่วยเตือนคนในบ้าน เวลาที่กับเขาทะเลาะกับน้ำ
288	ช่วยผลักดันเปลี่ยนหลานสาว เพราะเข้าใจว่าจะเครียด ให้เขาได้พักผ่อน
289	ข้อติด เพราะออกกำลังกายไม่ต่อเนื่อง
290	ยาเราเป็นคนดูแล จะเขียนเอาไว้ที่กล่องหมดเลยว่าตัวไหนเป็นยังไง และอธิบายให้ทุกคนฟังว่าให้กินยังไง
291	กระตุ้นให้น้าได้ทำกิจกรรมที่เขาชอบ
292	การดูแล เราจะทำให้พี่เลี้ยงดูก่อน แล้วให้เขาลองทำดู
293	ปรับตัว ปรับกิจกรรมตัวเอง เพื่อที่จะได้มาช่วยกันดูแลช่วยกัน
294	พาน้ำออกไปทานข้าวข้างนอก เมื่อมีโอกาส
295	ช่วยเตรียมของ และประคองมือน้ำเวลาใส่บาตร
296	นำความรู้เรื่องสมองเสื่อมไปเล่าให้ญาติๆ ฟัง
297	อยากให้น้าอยู่บ้าน มากกว่าจะไปไว้ Nursing Home เพื่อให้ลูกหลานมาตอบแทนบุญคุณ
298	ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่าย เพราะพี่น้องทุกคนออกช่วยกัน
299	การดูแลต้องมีคนมาผลักดัน คนเดียวไม่ไหวแน่ๆ
300	พฤติกรรมบางอย่างของพี่เลี้ยง เราต้องมองข้าม
301	การดูแลต้องใช้ความอดทนทั้งกับความเหนื่อย การไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง
302	เป็นพยาบาลได้เปรียบคนทั่วไป เพราะเราอยู่ในแวดวงที่เราสามารถที่จะหาความรู้ได้ หาค่าปรึกษาได้
303	ประสบการณ์ตรงของการดูแลช่วยได้เยอะ เพราะตำราบางครั้งมันเอาไปปฏิบัติไม่ได้
304	ต้องเข้าใจอารมณ์ของคนไข้ แล้วก็ต้องพยายามหาความรู้ ดูว่าเราจะปรับตัวยังไงกับอารมณ์คนไข้
305	แม่เปิดเตาแก๊สทิ้งไว้ คิดว่าหลงลืมธรรมดา พอหลายครั้ง เลยพาไปหาหมอ จึงรู้ว่าเป็นสมองเสื่อม
306	แม่จำเราพี่ได้คนเดียว กับเราเป็นพยาบาล พี่น้องเขาก็เลยให้เราดูแล

ตารางที่ 5 การให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ลำดับ	Themes
307	ตอนกลางวันในช่วงที่เราทำงาน จะมีน้องชายมาช่วยดูแล
308	ทำ wrist band ให้แม่ใส่ เวลาออกไปข้างนอก เพราะกลัวเขาหาย
309	ทานยาแล้วแ่อาการลง ก็เลยหยุดยา และไม่พาไปหาหมอ
310	ตอนแรกมีความรู้สึกว่ Alzheimer คงจะเหมือนกับหลงลืมธรรมดา
311	แม่กินยาเองแล้วไม่ครบ เราต้องเป็นคนจัดให้
312	ไม่ใช่ว่าสมองเสื่อมแล้วเราจะทำให้เขาทุกอย่าง เราก็อยากให้เขาทำด้วยตัวของเขาเองด้วย
313	ตอนอาบน้ำ จะพยายามให้เขาอาบน้ำเอง เหมือนอยากให้เขาใช้สมอง
314	การดูแลแม่ มันเป็นหน้าที่ของลูก
315	รู้สึกกดดันช่วงที่เขามีอาการว่าจะทำให้เขาสงบได้อย่างไร
316	เวลาแม่มีพฤติกรรมแปลกๆ เราจะค่อยๆ เข้าไปบอกเขา ไม่เสียงดังกับเขา เพราะเขาจะยิ่งไว้วาย
317	น้องชายไม่เข้าใจแม่ เพราะแม่เหมือนทำอะไรไม่ถูกใจเขา เขาก็จะทะเลาะกัน
318	ให้เงิน เป็นค่าตอบแทนแก่น้องในการดูแลแม่
319	เวลาออกไปข้างนอก แม่จะชอบ เขาจะยืมแ้ยมแ้ยมใส่
320	เวลาแม่รื้อของ เราต้องปล่อยให้รื้อ ไม่งั้นเขาจะร้องไห้

ตารางที่ 6 ประเด็นหลัก และประเด็นย่อยที่ได้จากการสัมภาษณ์

ครั้งที่ 1 วันที่ 5 พฤศจิกายน 2560

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
1. เหตุผลในการดูแล	1.1 เพื่อเป็นแบบอย่างให้กับลูก 1.2 เป็นหน้าที่ของลูกที่ต้องกระทำ 1.3 เพื่อเป็นการตอบแทนบุญคุณ 1.4 พี่น้องคาดหวังว่าเป็นพยาบาล 1.5 อยู่ด้วยกันอยู่แล้ว
2. การดูแลผู้ป่วยปรับเปลี่ยนไปตามอาการของโรค	2.1 การดูแลการใช้ชีวิตประจำวันที่ทำได้ (คิดว่า เป็นโรคธรรมดา ให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง) 2.2 ทำความเข้าใจ-ยอมรับ-ปรับตัวเพื่อดูแลผู้ป่วย 2.3 การดูแลสุขภาพทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> <li>- ความสะอาดของร่างกาย</li> <li>- อาหาร</li> <li>- ยา</li> <li>- F/U</li> <li>- การฟื้นฟูความจำ/ออกกำลังกาย</li> </ul> 2.4 การป้องกันและการจัดกับพฤติกรรมและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม <ul style="list-style-type: none"> <li>2.4.1 การป้องกัน การหลงทาง</li> <li>2.4.2 จัดการกับอารมณ์รุนแรง</li> <li>2.4.3 จัดการกับพฤติกรรมการณ์การช้อนของ</li> </ul> 2.5 การดูแลด้านจิตวิญญาณ
3. หาตัวช่วยในการดูแล	3.1 ญาติพี่น้อง <ul style="list-style-type: none"> <li>3.1.1 การพูดคุยเพื่อให้ญาติยอมรับ</li> <li>3.1.2 การหมุนเวียน ผลัดเปลี่ยนกันดูแล</li> <li>3.1.3 การให้กำลังใจ</li> <li>3.1.4 การให้ค่าตอบแทนเพื่อเป็นขวัญกำลังใจ</li> </ul>

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
	3.1.4 การตั้งกลุ่มไลน์เพื่อให้ข้อมูลภาวะ สมองเสื่อม 3.2 พี่เลี้ยง 3.2.1 ซื่อใจเพื่อให้อยู่ต่อ 3.2.2 ถ้อยทีถ้อยอาศัยกับพี่เลี้ยง พุดคุย ด้วยเหตุผล 3.2.3 พาผู้ป่วยไปข้างนอก เพื่อให้พี่เลี้ยงมี เวลาพักผ่อน
4. ผลกระทบจากการดูแล	4.1 ร่างกาย (เหนื่อย) 4.2 จิตใจ (เหนื่อย, เครียด, กัดดัน, วิตกกังวล, หงุดหงิด) 4.3 กระทบต่องานประจำ 4.4 เศรษฐกิจ (ค่าใช้จ่าย)
5. การดูแลตนเองของผู้ดูแล	5.1 ระบาย ปลอบใจซึ่งกันและกันกับบุคคลที่ ไว้วางใจ 5.2 ฟังธรรมะ 5.3 หากิจกรรมทำ 5.4 อารมณ์ไม่พร้อม อย่าเข้าไปดูแล 5.5 ตะโกนในห้องน้ำ 5.6 มองโลกในแง่ดี 5.7 การแสวงหาองค์ความรู้ (Internet, แพทย์, คนที่มีประสบการณ์ใกล้เคียงกัน) 5.8 การนอนหลับพักผ่อน

## ครั้งที่ 2 วันที่ 10 พฤศจิกายน 2560

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
1. ผู้สูงอายุที่บ้านมีอาการของภาวะสมองเสื่อม	
2. ครอบครัวเสนอพยาบาลควรให้การดูแล	2.1 หน้าที่ของลูกต้องดูแลบุพการี 2.2 ตอบแทนบุญคุณที่ท่านเลี้ยงดูเมื่อเยาว์วัย 2.3 เป็นแบบอย่างให้ลูกของตนได้ปฏิบัติตาม
3. เริ่มต้นดูแลเหมือนคนปกติทั่วไป	3.1 มั่นใจว่าทำได้ แค่ดูแลการใช้ชีวิตประจำวัน 3.2 หากไปทำงานวานผู้อื่นดูแลให้ 3.3 หงุดหงิดใจหากท่านทำในสิ่งไม่พึงประสงค์
4. อาการป่วยเปลี่ยนไป เริ่มทำความเข้าใจ-ยอมรับ-ปรับการดูแลใหม่	4.1 ใส่ใจกิจวัตรประจำวัน 4.2 จัดการและป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ 4.3 ไปตรวจตามแพทย์นัดด้วยกัน 4.4 จัดสรรเวลาพาไปเที่ยวนอกบ้าน 4.5 ชวนท่านทำบุญทำทาน ไหว้พระสวดมนต์
5. ดูแลคนเดียวไม่ไหว ปัญหามากมายชีวิตเริ่มไม่สมดุล	5.1 รับผิดชอบงานหลากหลาย ร่างกายไม่ได้พักผ่อน 5.2 เหนื่อยใจ เครียดง่าย กัดดันไปทุกเรื่อง 5.3 เงินทองฝืดเคือง มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย
6. หาวิธีการแก้ไข เพื่อให้ชีวิตเกิดสมดุล	6.1 ให้ญาติผลิตเปลี่ยน หมุนเวียนดูแล 6.2 หาพี่เลี้ยงแต่อยู่ไม่ทน จนต้องมีกลยุทธ์ข้อใจหลายอย่าง 6.3 บางปัญหาไม่ได้หมดไป ต้องเรียนรู้แก้ไขและทำใจไปพร้อมๆ กัน

## ครั้งที่ 3 วันที่ 15 พฤศจิกายน 2560

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
1. ผู้สูงอายุที่บ้านมีอาการของภาวะสมองเสื่อม	
2. ลูกที่เป็นพยาบาลถูกเสนอให้เป็นผู้ดูแลหลัก	2.3 หน้าที่ของลูกต้องดูแลบุพการี 2.4 ตอบแทนบุญคุณที่ท่านเลี้ยงดูเมื่อเยาว์วัย 2.3 เป็นแบบอย่างให้ลูกของตนได้ปฏิบัติตาม
3. เริ่มต้นดูแลเหมือนคนปกติทั่วไป	3.1 มั่นใจว่าทำได้ แค่ดูแลการใช้ชีวิตประจำวัน 3.2 หากไปทำงานวานผู้อื่นดูแลให้ 3.3 หงุดหงิดใจหากท่านทำในสิ่งไม่พึงประสงค์
4. ปรับการดูแลใหม่ เมื่อเข้าใจภาวะสมองเสื่อมเป็นอย่างไร	4.1 ใส่ใจกิจวัตรประจำวัน 4.2 จัดการและป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ 4.3 ฟันฟูไว้ความทรงจำและออกกำลังกายแขนขา 4.4 พาไปตรวจตามแพทย์นัด 4.5 จัดสรรเวลาพาเที่ยวนอกบ้าน 4.6 ชวนท่านทำบุญทำทาน ไหว้พระสวดมนต์
5. ดูแลคนเดียวไม่ไหว เกิดปัญหามากมาย	5.1 รับผิดชอบงานหลากหลาย ร่างกายพักผ่อนไม่พอ 5.2 รู้สึกท้อ เหนื่อยใจ เครียดง่าย กัดดันไปทุกเรื่อง 5.3 เงินทองฝืดเคือง มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย
6. หาวิธีการแก้ไข เพื่อให้ชีวิตเกิดสมดุล	6.1 ให้ญาติผลิตเปลี่ยน หมุนเวียนดูแล 6.2 หาพี่เลี้ยงแต่อยู่ไม่ทน จนต้องมีกลยุทธ์ซื้อใจหลายอย่าง 6.3 บางปัญหาไม่ได้หมดไป ต้องเรียนรู้แก้ไขและทำใจไปพร้อมๆ กัน

## ครั้งที่ 4 วันที่ 18 พฤศจิกายน 2560

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
1. ผู้สูงอายุที่บ้านมีอาการของภาวะสมองเสื่อม	1.1 พฤติกรรมการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป 1.2 โวยวาย ตะโกนคำ พุดจาหายาบคาย 1.3 หลงลืมหลายเรื่อง ถ้ามตอเนื่องเข้าไปซ้ำมา
2. ลูกที่เป็นพยาบาลถูกเสนอให้เป็นผู้ดูแลหลัก	2.1 หน้าที่ของลูกต้องดูแลบุพการี 2.2 ตอบแทนบุญคุณที่ท่านเลี้ยงดูเมื่อเยาว์วัย 2.3 เป็นแบบอย่างให้ลูกของตนได้ปฏิบัติตาม
3. เริ่มต้นดูแลเหมือนคนปกติทั่วไป	3.1 มั่นใจว่าทำได้ แค่ดูแลการใช้ชีวิตประจำวัน 3.2 หากไปทำงานวานผู้อื่นดูแลให้ 3.3 หงุดหงิดใจหากท่านทำในสิ่งไม่พึงประสงค์
4. หาความรู้สร้างความเข้าใจ เพื่อปรับการดูแลใหม่	4.1 ใส่ใจกิจวัตรประจำวัน 4.2 จัดการและป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ 4.3 ฟันฟูไว้ความทรงจำและออกกำลังกาย แขนขา 4.4 พาไปตรวจตามแพทย์นัด 4.5 จัดสรรเวลาพาเที่ยวนอกบ้าน 4.6 ชวนท่านทำบุญทำทาน ไหว้พระสวดมนต์
5. ดูแลคนเดียวไม่ไหว เกิดปัญหามากมาย	5.1 รับผิดชอบงานหลากหลาย ร่างกาย พักผ่อนไม่พอ 5.2 รู้สึกท้อ เหนื่อยใจ เครียดง่าย กัดดันไปทุก เรื่อง 5.3 เงินทองฝืดเคือง มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย
6. หาวิธีการแก้ไข เพื่อให้ชีวิตเกิดสมดุล	6.1 ให้ญาติผลิตเปลี่ยน หมุนเวียนดูแล 6.2 หาพี่เลี้ยงแต่อยู่ไม่ทน จนต้องมีกลยุทธ์ซื้อ ใจหลายอย่าง 6.3 บางปัญหาไม่ได้หมดไป ต้องเรียนรู้แก้ไข และทำใจไปพร้อมๆ กัน



ครั้งที่ 5 วันที่ 21 พฤศจิกายน 2560

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
1. ผู้สูงอายุที่บ้านมีอาการของภาวะสมองเสื่อม	1.1 พฤติกรรมการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป 1.2 โวยวาย ตะโกนคำ พุดจาหายาบคาย 1.3 หลงลืมหลายเรื่อง ถ้ามตอเนื่องเข้าไปซ้ำมา
2. พยาบาลถูกเสนอให้เป็นผู้ดูแลหลัก ไม่ยึดยึด รับได้จากหลายเหตุผล	2.1 หน้าที่ของลูกต้องดูแลบุพการี 2.2 ตอบแทนบุญคุณที่ท่านเลี้ยงดูเมื่อเยาว์วัย 2.3 เป็นแบบอย่างให้ลูกของตนได้ปฏิบัติตาม
3. เริ่มต้นจากดูแลเหมือนคนปกติทั่วไป	3.1 มั่นใจว่าทำได้ แค่ดูแลการใช้ชีวิตประจำวัน 3.2 หากไปทำงานวานผู้อื่นดูแลให้ 3.3 หงุดหงิดใจหากท่านทำในสิ่งไม่พึงประสงค์
4. หาความรู้สร้างความเข้าใจ พร้อมปรับเปลี่ยน การดูแลใหม่	4.1 ใส่ใจกิจวัตรประจำวัน 4.2 จัดการและป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ 4.3 ฟันฟูไว้ความทรงจำและออกกำลังกายแขน ขา 4.4 พาไปตรวจตามแพทย์นัด 4.5 จัดสรรเวลาพาเที่ยวนอกบ้าน 4.6 ชวนท่านทำบุญทำทาน ไหว้พระสวดมนต์
5. เกิดปัญหามากมาย ดูแลคนเดียวไม่ไหว	5.1 รับผิดชอบงานหลากหลาย ร่างกาย พักผ่อนไม่พอ 5.2 รู้สึกท้อ เหนื่อยใจ เครียดง่าย กัดฟันไปทุก เรื่อง 5.3 เงินทองฝืดเคือง มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย
6. หาวิธีการแก้ไข เพื่อให้ชีวิตเกิดสมดุล	6.1 ให้ญาติผลิตเปลี่ยน หมุนเวียนดูแลร่วมด้วย 6.2 หาพี่เลี้ยงแต่อยู่ไม่ทน ต้องมีกลยุทธ์ข้อ ใจหลายอย่าง 6.3 บางปัญหาไม่ได้หมดไป ต้องเรียนรู้แก้ไข และทำใจไปพร้อมๆ กัน

ครั้งที่ 6 วันที่ 25 พฤศจิกายน 2560

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
1. ผู้สูงอายุที่บ้านมีอาการของภาวะสมองเสื่อม	1.1 พฤติกรรมการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป 1.2 โวยวาย ตะโกนด่า พุดจาหยาบคาย 1.3 หลงลืมหลายเรื่อง ถ้ามตอเนื่องซ้ำไปซ้ำมา
2. พยาบาลถูกเสนอให้เป็นผู้ดูแลหลัก ไม่ยึดยึด รับได้จากหลายเหตุผล	2.2 หน้าที่ของลูกต้องดูแลบุพการี 2.2 ตอบแทนบุญคุณที่ท่านเลี้ยงดูเมื่อเยาว์วัย 2.3 เป็นแบบอย่างให้ลูกของตนได้ปฏิบัติตาม
3. เริ่มต้นจากดูแลเหมือนคนปกติทั่วไป	3.1 มั่นใจว่าทำได้ แค่ดูแลการใช้ชีวิตประจำวัน 3.2 หากไปทำงานวานผู้อื่นดูแลให้ 3.3 หงุดหงิดใจหากท่านทำในสิ่งไม่พึงประสงค์
4. หากความรู้สึกร่างความเข้าใจ พร้อมปรับเปลี่ยน การดูแลใหม่	4.1 ใส่ใจกิจวัตรประจำวัน 4.2 จัดการและป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ 4.3 ฟิ้นฟูไว้ความทรงจำและออกกำลังกาย แขนขา 4.4 พาไปตรวจตามแพทย์นัด 4.5 จัดสรรเวลาพาเที่ยวนอกบ้าน 4.6 ชวนท่านทำบุญทำทาน ไหว้พระสวดมนต์
5. เกิดปัญหามากมาย ดูแลคนเดียวไม่ไหว	5.1 รับผิดชอบงานหลากหลาย ร่างกาย พักผ่อนไม่พอ 5.2 รู้สึกท้อ เหนื่อยใจ เครียดง่าย กอดตันไปทุก เรื่อง
6. หาวิธีการแก้ไข เพื่อให้ชีวิตเกิดสมดุล	6.1 ให้ญาติผลิตเปลี่ยน หมุนเวียนดูแลร่วมด้วย 6.2 หาพี่เลี้ยงแต่อยู่ไม่ทน ต้องมีกลยุทธ์ชี้ ใจหลายอย่าง 6.3 บางปัญหาไม่ได้หมดไป ต้องเรียนรู้แก้ไข และทำใจไปพร้อมๆ กัน

ครั้งที่ 7 วันที่ 8 ธันวาคม 2560

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
1. สังเกตเห็นอาการผิดปกติของภาวะสมองเสื่อม	1.1 พฤติกรรมการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป 1.2 โวยวาย ตะโกนคำ พุดจาหายาบคาย 1.3 หลงลืมหลายเรื่อง ถ้ามตอเนื่องซ้ำไปซ้ำมา
2. พยาบาลถูกเสนอให้เป็นผู้ดูแลหลัก ไม่ยึดยึดรับได้จากหลายเหตุผล	2.1 หน้าที่ของลูกต้องดูแลบุพการี 2.2 ตอบแทนบุญคุณที่ท่านเลี้ยงดูเมื่อเยาว์วัย 2.3 เป็นแบบอย่างให้ลูกของตนได้ปฏิบัติตาม
3. เริ่มต้นจากดูแลเหมือนคนปกติทั่วไป	3.1 มั่นใจว่าทำได้ แค่ดูแลการใช้ชีวิตประจำวัน 3.2 หากไปทำงานวานผู้อื่นดูแลให้ 3.3 หงุดหงิดใจหากท่านทำในสิ่งไม่พึงประสงค์
4. หาความรู้สร้างความเข้าใจ พร้อมรับปรับการดูแลใหม่	4.1 ใส่ใจกิจวัตรประจำวัน 4.2 จัดการและป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ 4.3 ดูแลเพื่อคงความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง 4.4 พาไปตรวจตามแพทย์นัด 4.5 จัดสรรเวลาพาเที่ยวนอกบ้าน 4.6 ชวนท่านทำบุญทำทาน ไหว้พระสวดมนต์
5. ปัญหามากมาย เหนื่อยกายและใจ	5.1 รับผิดชอบงานหลากหลาย ร่างกายพักผ่อนไม่พอ 5.2 รู้สึกท้อ เหนื่อยใจ เครียดง่าย กอดตันไปทุกเรื่อง
6. หาวิธีการจัดการ เพื่อให้ชีวิตเกิดสมดุล	6.1 ใ้ญาติผลิตเปลี่ยน หมุนเวียนดูแลร่วมด้วย 6.2 หาพี่เลี้ยงแต่อยู่ไม่ทน ต้องมีกลยุทธ์ชี้แจงหลายอย่าง 6.3 บางปัญหาไม่ได้หมดไป ต้องเรียนรู้แก้ไขและทำใจไปพร้อมๆ กัน

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายธวัชชัย เชื้อนสมบัติ เกิดวันที่ 19 ตุลาคม 2532 ที่จังหวัดอุดรธานี สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต เกียรตินิยมอันดับ 1 จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี เมื่อปีการศึกษา 2555 ในระหว่างการศึกษาระดับปริญญาตรี ปีการศึกษา 2552 เป็นตัวแทนนักศึกษาในการเข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนวัฒนธรรมนักศึกษาพยาบาลระหว่างประเทศไทย ประเทศลาว และประเทศแคนาดา ณ กรุงเวียงจันทน์ ปีการศึกษา 2553 ดำรงตำแหน่งอุปนายกฝ่ายวิชาการ สโมสรนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี และได้รับคัดเลือกให้เป็นประธานชมรมวิชาการในปีเดียวกัน นอกจากนี้ยังได้รับคัดเลือกให้ดำรงตำแหน่งประธานชั้นปี ตั้งแต่ศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 2 จนถึงชั้นปีที่ 4 หลังจบการศึกษาได้เข้าปฏิบัติงานเป็นอาจารย์พยาบาลที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี ภาควิชาการพยาบาลพื้นฐานและพัฒนาวิชาชีพ ระหว่างปฏิบัติงานได้เข้ารับการอบรมในหลักสูตรสำคัญต่างๆ อาทิ ครูพยาบาลพี่เลี้ยง การวัดและประเมินผลการศึกษา QA เป็นต้น ปี พ.ศ.2557-ปัจจุบัน ปฏิบัติงานเป็นอาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ และเข้าศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ในปีการศึกษา 2558