

ศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนเมือง

ดวงตา โสมาบุตร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2557

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนเมือง

ดวงตา โสมาบุตร

นางดวงตา โสมาบุตร

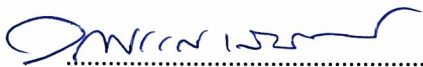
ผู้วิจัย

มดลิกา มดีโก


รองศาสตราจารย์มดลิกา มดีโก,

ปร.ค. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



รองศาสตราจารย์วรรณ เสนาณรงค์,
พ.บ., อ.ว. (อายุรศาสตร์), อ.ว.(ประสาทวิทยา)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



รองศาสตราจารย์วรรณวิภา ปัตันธนาทร,
ปร.ค. (บริหารสังคม)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

Amn MC

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว.ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์สุรีย์ กาญจนวงศ์,
Ph.D. (Health Psychology)
ประธานหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนเมือง

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)

วันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ.2557



รองศาสตราจารย์เล็ก สมบัติ,
สส.ม. (สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ดวงตา โสมาบุตร

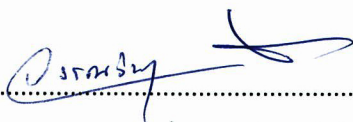
นางดวงตา โสมาบุตร
ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์วราพรพรรณ เสนาณรงค์,
พ.บ., อ.ว. (อายุรศาสตร์), อ.ว.(ประสาทวิทยา)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์,
ปร.ค. (ประชากรและการพัฒนา)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์วราภรณ์วิภา ปัตันธนาทร,
ปร.ค. (บริหารสังคม)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

มัลลิกา มดีโก

รองศาสตราจารย์มัลลิกา มดีโก,
ปร.ค. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์วริษา ชินวรรโณ, Ph.D.
คณบดี
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.มัลลิกา มัติโก อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวรพรรณ เสนาณรงค์ และ รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณวิภา ปสันชนาทร อาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้ให้คำปรึกษา และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ จนกระทั่ง วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์เล็ก สมบัติ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำในการปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ เพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมถึง คณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้อันมีค่าแก่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยจึงขอกราบ ขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ตลอดการศึกษาค้นคว้านี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และกองทุน พระราชทานพัฒนาศิริราช ที่ได้สนับสนุนทุนการศึกษาดลอดหลักสูตร

ขอขอบพระคุณ รองคณบดีฝ่ายวิจัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช หัวหน้าภาควิชา อายุรศาสตร์ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่านในคลินิกความจำแนก ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช ที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูล และที่ขาดไม่ได้ ขอขอบพระคุณ ผู้สูงอายุสมองเถื่อนและสมาชิกครอบครัวทุกท่าน ที่เต็มใจ เข้าร่วมโครงการวิจัยและสละเวลาอันมีค่าในการพูดคุยและให้สัมภาษณ์

ท้ายสุดนี้ ขอขอบคุณครอบครัว เพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ ทุกคนที่คอยกระตุ้นเตือน และให้ กำลังใจ เมื่อผู้วิจัยรู้สึกท้อแท้และหมดกำลังใจ ตลอดจนให้ความช่วยเหลือในทุกๆด้าน จนกระทั่ง วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ หากผลสัมฤทธิ์ที่ดีใดๆ อันเกิดจากการศึกษาค้นคว้านี้ ผู้วิจัยขอ มอบแด่บุพการี ผู้มีพระคุณ คณาจารย์ ผู้สูงอายุสมองเถื่อนและครอบครัว รวมถึงผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน

ดวงตา โสมาบุตร

ศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนเมือง

THE FAMILY POTENTIAL IN DEMENTIA AGEING'S CARE IN URBAN COMMUNITY

ดวงตา โสมานุตร 5437759 SHMS/M

ศศ.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : มัลลิกา มัติโก, Ph.D., วรพรรณ เสนาณรงค์, M.D.,

วรรณวิภา ปสันธนาทร, Ph.D.

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพ เรื่องศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนเมือง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้คุณค่าต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแล และการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนเมือง เก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสังเกต และการเล่าเรื่องราวจากผู้ดูแลจำนวน 8 ครอบครัว โดยผู้ดูแลมีสถานภาพเป็นภรรยา 4 ราย บุตรสาว 3 ราย และพี่สาว 1 ราย

ผลการศึกษาพบว่า การให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแลขึ้นกับความสัมพันธ์ 3 รูปแบบ ส่วนใหญ่ให้คุณค่าไปตามความคาดหวังและบรรทัดฐานของสังคม ต่อบทบาทที่ได้รับการอบรมขัดเกลา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบทบาทของผู้หญิง การให้คุณค่าในฐานะการเป็นภรรยา คือ การดูแลกันและกัน เป็นการแสดงถึงความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน การให้คุณค่าในฐานะการเป็นลูก คือ ลูกมีหน้าที่ในการดูแลพ่อแม่ เพื่อตอบแทนบุญคุณ เป็นความผูกพันทางสายโลหิต ที่แน่นแฟ้น เป็นสายใยรักที่ตัดไม่ขาด ที่เชื่อมจากรุ่นลูกไปสู่รุ่นหลาน การให้คุณค่าในฐานะการเป็นพี่ เป็นการแสดงออกถึงความใกล้ชิดผูกพัน ความห่วงใยที่มีต่อกัน และเป็นความเกื้อกูลกันบนพื้นฐานของความสงสาร

ศักยภาพครอบครัว คือ การทำหน้าที่ของครอบครัว 4 ประการ ได้แก่ 1) การปรับตัว 2) การบรรลุปเป้าหมายที่วางไว้ 3) การเชื่อมประสานความสัมพันธ์ 4) การธำรงรักษาแบบแผน จากผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัว มีความสำคัญต่อศักยภาพครอบครัวมากกว่ารูปแบบของครอบครัว

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา 1) จากแนวโน้มที่ครอบครัวต้องมีการพึ่งพาผู้ดูแลทั้งที่เป็นสมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแลในระบบจ้างงาน ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมากขึ้น การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญ เนื่องจากผู้ดูแลต้องเป็นผู้ที่มีความเข้าใจในภาวะของโรค มีทักษะ รวมถึงต้องมีความอดทน 2) การประชาสัมพันธ์ให้มีการนำแบบประเมิน IADL มาใช้อย่างแพร่หลาย ในการคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น รวมถึงมีการเชื่อมประสานและถ่ายทอดองค์ความรู้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมระหว่างโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยกับโรงพยาบาลท้องถิ่น

คำสำคัญ : ศักยภาพ / ครอบครัว / ผู้ดูแล / ผู้สูงอายุสมองเสื่อม

THE FAMILY POTENTIAL IN DEMENTIA AGEING'S CARE IN URBAN COMMUNITY

DUANGTA SOMABUTR 5437759 SHMS/M

M.A. (MEDICAL AND HEALTH SOCIAL SCIENCES)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : MULLIKA MUTTIKO, Ph.D.,
VORAPUN SENANARONG, M.D., VANAWIPHA PASANDHATORN, Ph.D.**ABSTRACT**

The qualitative research on Family Potential for Taking Care of the Elderly with Dementia in the urban community aimed to study valuing carers' roles and family roles in taking care of the elderly with dementia in the urban community. Data were collected by the interview, observation, and storytelling of carers of eight families consisting of four wives, three daughters, and an elder sister.

The research results showed that valuing carers' roles depended on three models of relationship. Most people valued socialized roles which were mostly female roles according to expectation and social norm. Valuing wife's role which was mutual care indicated mutual love, concern, and trust. As for valuing children's roles, children had to take care of their parents to express gratitude. This indicated tight bonds and love. Valuing roles of elder sisters expressed close relationships, bonds, concerns, and assistance based on sympathy.

As for family potential, a family had to 1) adjust themselves, 2) achieve the specified goals, 3) create mutual relationship, and 4) maintain patterns. The research results showed that family relationship was important for family potential rather than family models.

Research recommendations were as follows: 1) As family had to rely considerably more on carers who were both family members and employed carers and had to take care of the elderly with dementia, it was important to prepare carers' readiness because carers had to understand disease condition, have skills, and be patient. 2) Use of IADL Assessment Form should be widely disseminated for initial triage. University hospitals and local hospitals should cooperate and disseminate knowledge on taking care of patients with dementia.

**KEY WORDS: POTENTIAL / FAMILY / THE ELDERLY WITH DEMENTIA /
CARERS**

135 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	5
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	6
1.4 ขอบเขตการวิจัย	6
1.5 นิยามคำศัพท์	6
1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ	7
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	8
2.1 ภาวะสมองเสื่อม	9
2.2 ชุมชนเมือง: ความหมายและลักษณะ	16
2.3 ครอบครัว: ความหมาย และรูปแบบ	19
2.4 ศักยภาพครอบครัว: ความหมายและแนวคิดทางสังคมวิทยา	24
2.5 ครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม: งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	32
2.6 กรอบแนวคิดการวิจัย	40
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	43
3.1 พื้นที่ศึกษา	43
3.2 กลุ่มตัวอย่าง	43
3.3 การเก็บข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	44
3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	45
3.5 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	46
3.6 การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล	48

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.7 จริยธรรมในการวิจัย	49
3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล	50
บทที่ 4 ผลการวิจัย	51
4.1 ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ดูแลและผู้สูงอายุสมองเสื่อม	53
4.2 ผลการประเมินผู้สูงอายุ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	61
4.3 การให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม	64
4.4 ศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม	68
บทที่ 5 สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ	77
5.1 สรุปผลการวิจัย	77
5.2 การอภิปรายผล	80
5.3 ข้อเสนอแนะ	88
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	90
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	100
บรรณานุกรม	110
ภาคผนวก	117
ประวัติผู้วิจัย	135

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันเทคโนโลยีด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีความเจริญก้าวหน้า ส่งผลให้ประชากรมีความเป็นอยู่ที่ดีและอายุขัยเฉลี่ยมากขึ้น ทั้งนี้จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ในปี พ.ศ.2563 สัดส่วนของประชากรสูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 17.2 และประชากรสูงอายุตอนปลาย (อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป) จะมีมากถึงร้อยละ 19.5 ต่อประชากรทั้งหมดของประเทศ (เกื้อ วงศ์บุญสิน, 2551) จากที่ประชากรสูงอายุในประเทศไทยและประเทศต่างๆทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนี้ องค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ว่าปี พ.ศ.2544-2643 จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ หมายถึง การมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลก และมีแนวโน้มว่าประชากรผู้สูงอายุเหล่านี้เป็นผู้มีฐานะยากจน เป็นประเด็นท้าทายทิศทางการสังคมและเศรษฐกิจที่แต่ละประเทศจะต้องมีแผนรองรับ (สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี, 2556)

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่หมายรวมถึงกลุ่มประชากร ที่เป็นทั้งผู้สูงอายุที่สุขภาพแข็งแรงและผู้สูงอายุที่เผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งที่ผ่านมานโยบายและยุทธศาสตร์การวิจัยของชาติ ยังไม่สามารถบรรลุผลอย่างชัดเจน ในการเตรียมความพร้อมในด้านปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยมากกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของร่างกาย เป็นผลให้สมรรถภาพของอวัยวะต่างๆเสื่อมถอยลง เจ็บป่วยง่าย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่เรื้อรังยาวนาน หรือเจ็บป่วยในขั้นรุนแรงจนอาจมีภาวะทุพพลภาพ ช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันไม่ได้ ซึ่งการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วย คือระบบบริการทางการแพทย์ ที่เน้นการรักษาเพียงระบบเดียว แต่ในความเป็นจริงแล้วการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ยังต้องขึ้นกับศักยภาพของครอบครัวด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ซึ่งนับว่าเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุทั่วโลก สำหรับประเทศไทยพบอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 5.1 (วรพรรณ เสนาณรงค์, 2547)

ภาวะสมองเสื่อม นอกจากจะก่อให้เกิดการสูญเสียต่อตัวผู้ป่วยเองแล้ว ยังก่อให้เกิดภาระต่อญาติผู้ดูแล ต่อครอบครัว และต่อประเทศชาติเป็นอย่างมาก ดังเช่นในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการศึกษาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า มีมูลค่าสูงถึง

ห้าหมื่นล้านเหรียญสหรัฐต่อปี (Leon J, Cheng CK, Neumann PJ อ้างในวีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552) ซึ่งในปัจจุบันมีผู้ป่วยสมองเสื่อมมากกว่า 30 ล้านคนทั่วโลก และมีการคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าในทุกๆ 20 ปี จากการที่จำนวนผู้สูงอายุกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาส่งผลให้ภาวะสมองเสื่อมซึ่งเป็นภาวะเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ เพิ่มขึ้นตามไปด้วย ภาวะสมองเสื่อมนอกจากจะส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแล้ว ยังกระทบกับผู้ดูแล และการทำหน้าที่ของครอบครัว ตลอดจนสังคมและประเทศชาติ เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะเรื้อรังที่ซับซ้อน จึงต้องการการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพในการตั้งรับปัญหาทั้งในด้านการรู้คิด ด้านอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556) ทั้งนี้จากการคาดประมาณประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในประเทศไทยพบว่า มีผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญกับภาวะสมองเสื่อมเพิ่มสูงขึ้นจาก 229,000 คน ในปี พ.ศ.2548 เป็น 450,000 คน ในปี พ.ศ.2563 และ 1,200,000 คน ในปี พ.ศ. 2593 โดยเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 4.6 ต่อปี (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2552) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าสถานการณ์ผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญกับภาวะสมองเสื่อม จะกลายเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของสังคมไทยในอนาคตอันใกล้

อัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease) จัดเป็นโรคประเภทหนึ่งของภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มประชากรสูงอายุ เกิดจากการเสื่อมสภาพของเซลล์สมอง แสดงออกมาเป็นความบกพร่องทางความคิดและความจำ สูญเสียทักษะในการเรียนรู้ ความสามารถทางสังคมลดลง มีความลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ยังมีความผิดปกติทางด้านภาษาและการติดต่อสื่อสาร แสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม รวมทั้งบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งด้านพฤติกรรมและการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ รวมถึงอาการของทางจิตประสาทเช่น มีอาการซึมเศร้า ประสาทหลอน และหลงผิดได้ ซึ่งอาการเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิต กิจกรรมและความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วย (Khongsombat & Nakdook, 2009; Comming, 1994; เจนนิเฟอร์ เฮย์, 2544; กัมมันต์ พันธุมจินดา และศรีจิตรา บุญนาค, 2540)

ผู้สูงอายุสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลที่บ้าน เนื่องจากไม่ได้อยู่ในภาวะเฉียบพลันหรือภาวะวิกฤต (พารุณี เกตุกราย, 2550) สมาชิกในครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมโดยตรง เช่น คู่สมรส บุตร ญาติ พี่น้อง หรืออาจเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่นๆ ซึ่งการให้การดูแลนี้ เป็นบทบาทของสมาชิกในครอบครัวที่มีความแตกต่างจากการดูแลผู้สูงอายุในวิถีชีวิตตามปกติที่เกิดขึ้นในครอบครัว แต่การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมนั้นนอกจากเป็นการดูแลจัดการที่ต้องอาศัยความสมัครใจของผู้ดูแลแล้ว ครอบครัวต้องมีศักยภาพในการทำหน้าที่ 4 ประการคือ

- 1) การปรับให้เข้ากับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น นอกเหนือไปจากการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม

และปรับสภาพแวดล้อมให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแล 2) การจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสมกับความเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในครอบครัว 3) การบรรลุเป้าหมายในการกำหนดแนวทางการดูแลให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดี และ 4) การธำรงรักษาแบบแผนการดูแลในรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกให้ดำรงอยู่ และไม่ให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น จึงเป็นการแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของครอบครัวอย่างแท้จริง ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม หรือเศรษฐกิจ จึงต้องมีการสื่อสารพูดคุยกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวว่าใครจะเป็นผู้ดูแล และครอบครัวจะจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ให้ก่อประโยชน์กับผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้อย่างไร เนื่องจากการดูแลที่ใช้เวลามากและซับซ้อน จากสถิติพบว่าผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 15 ชั่วโมงต่อวัน หรือมากกว่านั้น และเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องยาวนานตลอดการมีชีวิตของผู้ป่วย คือประมาณ 8-10 ปี (สุรภิญ ชนะพิศ, 2552) ดังนั้นจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นจึงแสดงให้เห็นถึงการเพิ่มจำนวนของผู้ดูแลและศักยภาพของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุสมองเสื่อม ซึ่ง Tipton และคณะ (1994) เปรียบผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมว่าเป็นผู้ป่วยแอบแฝง (Hidden Victims) เพราะผู้ดูแลเหล่านี้มักมีปัญหาทางจิตใจและปัญหาสุขภาพมากกว่าบุคคลที่ไม่ได้เป็นผู้ดูแล เนื่องจากการเข้ามารับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย เป็นการเพิ่มบทบาทเดิมที่มีอยู่ ทำให้ต้องเรียนรู้บทบาทใหม่ และปรับบทบาทเดิมให้เหมาะสม

การรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีความบกพร่องในการรู้จัก การดูแลตนเอง รวมทั้งการเผชิญกับอารมณ์และพฤติกรรมที่ก้าวร้าว จำเป็นต้องดูแลใกล้ชิดอย่างต่อเนื่องเกือบตลอดเวลา ด้วยเหตุนี้จึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ส่วนด้านจิตใจ ได้แก่ ผู้ดูแลจะรู้สึกผิดหวังที่โรคสมองเสื่อมเกิดขึ้นกับครอบครัวของตน รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เครียด โกรธและอาจเกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพกับผู้ป่วยตามมาได้ นอกจากนั้นแล้วยังก่อให้เกิดความเศร้าโศกให้หมุ่ญาติ เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการความจำเสื่อม มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากบุคคลที่พวกเขาเคยรู้จัก จึงเปรียบเสมือนผู้ป่วยได้เสียชีวิตไปแล้วทั้งๆที่ยังมีชีวิตอยู่ (ศิริพันธุ์ สาสัดย์, 2551) ส่วนผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม จากการศึกษาของมาร์เซีย (Marcia และคณะ, 1999) เปรียบเทียบผลกระทบที่เกิดจากการดูแล ระหว่างกลุ่มผู้ดูแลซึ่งให้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอื่นที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า และได้รับผลกระทบทางสังคม และเศรษฐกิจมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม

ดังนั้นการเลือกสมาชิกคนใดคนหนึ่งให้เป็นผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมนั้น เป็นภาวะที่ครอบครัวไม่ได้เตรียมพร้อมมาก่อน สมาชิกในครอบครัวต้องตัดสินใจร่วมกันว่าใครจะ

เป็นผู้ดูแล เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวล้วนมีหน้าที่การงาน ความรับผิดชอบและการใช้ชีวิตส่วนตัว การเพิ่มบทบาทผู้ดูแล ร่วมกับบทบาทปกติในชีวิตประจำวัน เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับทางสองแพร่ง ระหว่างเป็นส่วนตัวกับความผูกพันใกล้ชิด สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลบางคนอาจมีความรู้สึกเป็นภาระ เป็นทุกข์เนื่องจากต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต บางคนต้องลาออกจากงาน (วรรณนิภา สมนาวรรณ, 2537) บางคนเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า ผิดหวัง เศร้า รู้สึกว่าเหว่เหมือนถูกทอดทิ้งให้รับผิดชอบผู้ป่วยแต่เพียงลำพัง ปัญหาที่เกิดกับผู้ดูแลนั้น ย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมโดยตรงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) นอกจากนี้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมผู้ดูแลจะต้องสูญเสียสัมพันธภาพทางสังคม สูญเสียการควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต สูญเสียสุขภาพ สุขภาวะ สูญเสียอาชีพของตน จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ส่งผลกระทบต่อการประกอบอาชีพของผู้ดูแล ซึ่งพบว่าโดยเฉลี่ยแล้ว ผู้ที่ทำงานประจำต้องขาดงานมากกว่า 3 สัปดาห์ใน 1 ปี และ 1 ใน 5 ของผู้ดูแลต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย (The AGS Foundation for Health in Aging, 1999)

การแบ่งหน้าที่กันระหว่างสมาชิกในครอบครัวเพื่อดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ที่ต้องใช้เวลาคูแ่ที่ยาวนาน ไม่เพียงแต่ถึงชีวิตส่วนตัวของผู้ดูแลแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพครอบครัวในการทำหน้าที่ต่างๆลดลง ซึ่งโคลแมน (Coleman, 1988) อธิบายว่าครอบครัวเป็นทุนทางสังคมที่ธำรงรักษาความผูกพันที่มีค้ำจุนจิตใจ ความรัก และการผลิตทรัพยากรให้ครอบครัวดำรงอย่างมั่นคง บทบาทครอบครัวมีความสำคัญยิ่งในการดูแลสมาชิกทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย ร่วมทุกข์ร่วมสุขตลอดช่วงวัฏจักรของชีวิต และเมื่อสมาชิกผู้สูงอายุอยู่ในภาวะสมองเสื่อม การอยู่อาศัยร่วมกับครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมต้องพึ่งพา และได้รับการเกื้อหนุนในทุกๆด้าน ไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือดูแลในด้านกิจวัตรประจำวันต่างๆ การเกื้อหนุนทางด้านเศรษฐกิจและสังคม นอกจากนี้สถาบันครอบครัวยังเป็นแหล่งสร้างความมั่นคงทางด้านจิตใจ ให้ความอบอุ่น และเป็นที่พักพิงที่ผู้สูงอายุสมองเสื่อมต้องการมากที่สุด เพราะผู้สูงอายุสมองเสื่อมไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจได้ พวกเขาจำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิด ที่คอยสังเกตพฤติกรรมหรือความต้องการที่ผู้สูงอายุสมองเสื่อม พยายามจะสื่อสารออกมา (รัชฎา รักษานาม, 2543) สมาชิกในครอบครัวจึงต้องเข้าใจร่วมกันถึงภาวะสมองเสื่อมที่พวกเขาต้องยอมรับ และเผชิญด้วยความอดทน

จากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัย ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่มีผู้สูงอายุสมองเสื่อม การปฏิบัติทางการแพทย์เป็นการใช้ความรู้ทางการแพทย์อธิบายถึงภาวะสมองเสื่อม ว่าเป็นโรคที่ต้องให้การดูแลใกล้ชิด เป็นโรคที่มีผลกระทบอย่างกว้างขวางทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง และสมาชิกในครอบครัว เพราะมันขโมยความทรงจำ ความสามารถ บุคลิกภาพ และความเป็นอิสระที่ไม่ต้อง

พึ่งพาใครของผู้ป่วยมาเป็นการอาศัยศักยภาพของครอบครัวในการดูแล อย่างไรก็ตามผู้วิจัยเข้าใจถึงความไม่พร้อมในการมีชีวิตอยู่กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งความไม่พร้อมที่จะรับผู้ป่วยไปดูแลที่บ้านเนื่องจากมีภาระหน้าที่การงาน ชีวิตความเป็นส่วนตัว ที่ไม่สามารถจัดสรรเวลาดูแลผู้ป่วยได้บางครั้งเกิดความขัดแย้งกันในหมู่เครือญาติ เนื่องจากต่างฝ่ายต่างผลัดภาระในการดูแลผู้ป่วย และมักมีคำถามเกิดขึ้นเสมอๆว่าทำไมต้องเป็นฉัน ทำไมคนอื่นไม่ช่วยแบ่งเบาภาระบ้าง มีครอบครัวจำนวนมากที่เลือกการจ้างผู้อื่นมาดูแลผู้ป่วยแทน ซึ่งก็ส่งผลให้เกิดปัญหาต่างๆตามมามากมาย เนื่องจากการจ้างผู้อื่นมาดูแลนั้นมักจะเป็นการดูแลที่ปราศจากความรัก ความผูกพันของบุคคลในครอบครัว อาจมีการทำร้ายร่างกายผู้ป่วย หรือทอดทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังจนเกิดอุบัติเหตุ หรือเกิดการพลัดหลงได้ และมีบ่อยครั้งที่ครอบครัวไม่เข้าใจว่าอาการที่ผู้ป่วยเป็นนั้นมาจากภาวะสมองเสื่อม บางคนโกรธเคืองที่ผู้ป่วยชวนทะเลาะ รวมทั้งมีอาการก้าวร้าวหรือด่าทอด้วยถ้อยคำที่หยาบคาย และในบางครั้งผู้ป่วยอาจทำร้ายร่างกายตนเอง รวมถึงบุคคลใกล้ชิด บางคนรู้สึกอับอายที่ผู้ป่วยแสดงกิริยาไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ บางคนน้อยใจที่ผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลที่พวกเขา รักจำพวกเขาไม่ได้ จึงเป็นเรื่องยากที่จะทำให้สมาชิกครอบครัวทำใจยอมรับกับภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่พวกเขา รักได้ รวมทั้งเป็นความทุกข์อย่างยิ่ง สำหรับสมาชิกครอบครัวที่ต้องเฝ้าดูอาการของคนที่คุณรักที่มีสภาพทรุดโทรมลงเรื่อยๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาหรือหยุดยั้งภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากโรคอัลไซเมอร์ได้

จากที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่า ภาวะสมองเสื่อมนั้นนอกจากจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อศักยภาพครอบครัวที่ต้องรับภาระหน้าที่ทั้งในด้านการปรับตัว การประสานสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว การชำระรักษาแบบแผน ความแตกต่างของรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกับภรรยา บุตรกับบิดามารดา หรือพี่กับน้อง มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการนำพาครอบครัวไปสู่เป้าหมายการมีคุณภาพชีวิตของสมาชิกทุกคน อย่างไรก็ตามการดำรงอยู่ของศักยภาพครอบครัวยังขึ้นอยู่กับสมาชิกคนใดคนหนึ่งหรือสองคนในครอบครัวที่จะทำหน้าที่บูรณาการและประคับประคองให้ครอบครัวดำรงอยู่ซึ่งความผูกพัน ความเอื้ออาทร และการสืบทอดผ่านความเป็นเครือญาติทางสายโลหิต เพื่อให้ครอบครัวสามารถรับมือกับทุกปัญหาได้

1.2 คำถามการวิจัย

ศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนเมืองเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.3.1 เพื่อศึกษาการให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

1.3.2 เพื่อศึกษาศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

1.4 ขอบเขตการวิจัย

ผู้ดูแลและการทำหน้าที่ 4 ประการของครอบครัว คือ การปรับตัว การวางแผนเป้าหมาย การบูรณาการ และการธำรงรักษาแบบแผน ครอบครัวที่ทำการศึกษามีจำนวน 8 ครอบครัว ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางเครือญาติกับผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนเมือง ได้แก่ คู่สมรส บุตร ญาติ พี่น้อง

1.5 นิยามคำศัพท์

1.5.1 ผู้สูงอายุสมองเสื่อม หมายถึง ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญว่ามีการสูญเสียหน้าที่ของสมองแบบถาวร ทำให้ความสามารถทางสติปัญญาลดลง สูญเสียความสามารถในการแก้ไขปัญหาหรือการควบคุมตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพและพฤติกรรม รวมถึงการดำรงชีวิตประจำวัน

1.5.2 บทบาทผู้ดูแล หมายถึง ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างสมาชิกในครอบครัว ในการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยให้การดูแลมากกว่า 8 ชั่วโมงติดต่อกันเป็นเวลา 1 เดือน

1.5.3 ศักยภาพครอบครัว หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ของครอบครัว 4 ประการ คือ การปรับตัว การกำหนดเป้าหมาย การบูรณาการทรัพยากรและกิจกรรม รวมทั้งการธำรงรักษาแบบแผนความสัมพันธ์ในครอบครัว

1.5.4 การให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแล หมายถึง ความรู้สึกหรือทัศนคติที่ดี ที่ผู้ดูแลแสดงออกถึงความกตัญญู ความรัก ความห่วงใย ในฐานะลูก ภรรยา และพี่สาว

1.5.5 ชุมชนเมือง หมายถึง ชุมชนที่มีความหนาแน่นของประชากร และอาคารบ้านเรือน สิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่มนุษย์สร้างขึ้นมากกว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ มีความเจริญทางด้านเศรษฐกิจและสังคม บ้านเรือนตั้งอยู่ในอาณาบริเวณที่มีการติดต่อสื่อสาร และการคมนาคมสะดวก ใกล้ตลาด และโรงพยาบาล

1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ

1.6.1 ทำให้ทราบถึงความสัมพันธ์ทางสังคม ระหว่างสมาชิกครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ที่เป็นสามี/ภรรยา บิดา/มารดา พี่/น้อง ที่ผูกพันกันด้วยความรัก ความห่วงใย และเต็มใจให้การดูแลสมาชิกในครอบครัว โดยไม่หวังผลประโยชน์แต่อย่างใด

1.6.2 ทำให้ทราบถึงการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ต้องมีการปรับตัว กำหนดเป้าหมาย มีการบูรณาการและการธำรงเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว รวมทั้งการจรจร โลงบบาทาาผู้ดูแล ซึ่งเป็นการทำหน้าที่เพื่อประคับประคอง ให้ครอบครัวดำรงอยู่อย่างสมดุล และสามารถรับมือกับปัญหาต่างๆ ได้

1.6.3 ผลการศึกษาที่สะท้อนถึงความรัก ความอดทน ความเสียสละ เพื่อบุคคลอันเป็นที่รัก ส่งผลต่อศักยภาพของครอบครัว ทั้งนี้บทบาทการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม จึงเป็นบทบาทของสมาชิกในครอบครัว เช่น บุตร ภรรยา ซึ่งเป็นการเยียวยาด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุสมองเสื่อม ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในบั้นปลายของชีวิต

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ
สมองเสื่อม ประกอบด้วย 6 หัวข้อ คือ

2.1 ภาวะสมองเสื่อม

2.1.1 แนวคิดทางการแพทย์

2.1.2 การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอย่างมีประสิทธิภาพ

2.1.3 แบบประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ

2.2 ชุมชนเมือง: ความหมายและลักษณะ

2.2.1 ความหมายของชุมชนเมือง

2.2.2 ลักษณะของชุมชนเมือง

2.3 ครอบครัว: ความหมายและรูปแบบ

2.3.1 ความหมายของครอบครัว

2.3.2 รูปแบบของครอบครัว

2.4 ศักยภาพครอบครัว: ความหมายและแนวคิดทางสังคมวิทยา

2.4.1 ศักยภาพครอบครัว: แนวคิดศักยภาพมนุษย์

2.4.2 รูปแบบความสัมพันธ์ในครอบครัว

2.4.3 ศักยภาพครอบครัว: แนวคิดระบบสังคม

2.5 ครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม: งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.5.1 แนวคิดทางการพยาบาล

2.5.2 แนวคิดทางสังคมศาสตร์

2.6 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 ภาวะสมองเสื่อม

2.1.1 แนวคิดทางการแพทย์

กลุ่มอาการของการสูญเสียความจำที่เกิดขึ้น แนวคิดทางการแพทย์ใช้ตรรกะวิทยาศาสตร์ว่าด้วยความเสื่อมของเซลล์สมอง การสูญเสียความจำอันเนื่องจากอายุที่มากขึ้น เป็นการสูญเสียความจำที่เกิดขึ้นอย่างช้าๆ โดยที่ไม่มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันหรือการทำงาน อาการลักษณะนี้เรียกว่า minimal cognitive impairment ซึ่งแตกต่างจากภาวะสมองเสื่อมที่มีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วกว่า และมีการสูญเสียสมองส่วนอื่นร่วมด้วยจนผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองและมีชีวิต (life span) สั้นลง โรคในกลุ่มอาการสมองเสื่อมที่พบบ่อยคือ โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) (พนัส รัชญะกิจไพศาล, 2544) แต่อย่างไรก็ดี ภาวะสมองเสื่อม อาจมีความหมายแตกต่างกันออกไปได้ มีนักวิชาการหลายท่านให้คำจำกัดความของภาวะสมองเสื่อมไว้ดังนี้

นิพนธ์ พวงวรินทร์ (2546) กล่าวว่า ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง กลุ่มอาการทางระบบประสาทและจิตเวชที่ผู้ป่วยมีอาการแสดงแบบเรื้อรัง โดยมีการสูญเสียหน้าที่และการทำงานของสมองที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับความจำ บุคลิกภาพ อารมณ์ และความนึกคิด แต่ไม่มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกรู้ตัว โดยอาการเหล่านี้จะเป็นมากขึ้นตามลำดับ

รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ (2547) ให้ความหมายว่า ภาวะสมองเสื่อมคือกลุ่มอาการซึ่งเกิดจากการสูญเสียหน้าที่ของสมองหลายๆอย่างพร้อมๆกัน ซึ่งเป็นไปอย่างช้าๆแต่ถาวร โดยทั่วไปหน้าที่ของสมองที่เริ่มเสียก่อนคือ ความจำ และการสูญเสียดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมสูญเสียความสามารถในการประกอบอาชีพ การเข้าสังคม รวมถึงการช่วยเหลือตนเอง (Activities of Daily Living) ในที่สุด

วิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล (2552) กล่าวว่า สมองเสื่อมเป็นภาวะที่ความสามารถทางสติปัญญาลดลง คิดและจำไม่ได้ เป็นโรคที่มักพบในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้เป็นมีอาการหลงลืม การใช้ภาษาผิดปกติ พฤติกรรมรวมถึงอารมณ์เปลี่ยนแปลงไป

วรพรรณ เสนาณรงค์ (2553) กล่าวว่า อาการหลงลืมถึงขั้นภาวะสมองเสื่อมนั้น เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมองใหญ่โดยรวม มีผลให้เกิดความบกพร่องในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เกิดการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพและพฤติกรรม อาการผิดปกตินี้ควรเกิดขึ้นอย่างน้อย 6 เดือน แพทย์จึงจะวินิจฉัยว่าเกิดภาวะสมองเสื่อม

สรุปได้ว่า ภาวะสมองเสื่อมคือ การสูญเสียหน้าที่การทำงานของเซลล์สมอง ทำให้ความสามารถทางเซาว์ปัญญาลดลงมีอาการหลงลืม และก่อให้เกิดความบกพร่องในการประกอบ

กิจวัตรประจำวัน การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรม โดยกลุ่มอาการเหล่านี้ มักจะเกิดขึ้นกับประชากรวัยสูงอายุมากกว่าวัยอื่นๆ

จากการเรียบเรียงงานของ พันธ์ ธัญญะกิจไพศาล (2544) สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2545) และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2551) ที่กล่าวถึงปัจจัยเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม มีดังนี้

สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม จำแนกได้ 2 ชนิด คือ

1. สาเหตุปฐมภูมิ (primary dementia) ที่เกิดจากความผิดปกติภายในเนื้อสมองส่งผลให้มีการเสื่อมสลายของเซลล์สมอง ภาวะสมองเสื่อมประเภทนี้จะมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ตามอายุของผู้ป่วยที่มากขึ้น และเป็นภาวะสมองเสื่อมที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน โรคสมองขาดเลือด การติดเชื้อต่างๆ โรคเนื้องอกในสมอง ภาวะเลือดคั่งในสมอง และการบาดเจ็บที่ศีรษะ

2. สาเหตุทุติยภูมิ (secondary dementia) ซึ่งมีสาเหตุมาจากภายนอกของเนื้อเยื่อสมองที่พบบ่อย คือ ความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ

ลักษณะอาการของโรคสมองเสื่อม แบ่งเป็น 2 กลุ่มอาการ คือ

1. กลุ่มอาการทางประสาทวิทยา เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการสูญเสียการทำงานของเซลล์สมองในหลายๆส่วน โดยส่วนที่สำคัญที่สุดคือ ส่วนของความจำ โดยความจำที่เสียไปในระยะแรกจะเป็นการสูญเสียความจำใหม่ (recent memory) เช่น รับประทานอาหารไปแล้วบอกว่ายังไม่ได้รับประทาน มีคนมาเยี่ยมและเพิ่งจากไปไม่นาน เมื่อถามถึงก็ตอบว่าไม่มีใครมาเป็นต้น การสูญเสียสมองส่วนอื่น ได้แก่ การใช้ภาษา (aphasia), การทำงาน, การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (apraxia) เช่น ไม่สามารถแต่งตัวเองได้ การสูญเสียลำดับต่อมาคือ สูญเสียการคิดและการใช้เหตุผล มีความสับสนในเรื่องของเวลา สถานที่ (disorientation) การนอน การตื่นผิดเวลาไปจากปกติ ซึ่งอาการที่กล่าวมาเป็นอาการทางระบบประสาทที่พบบ่อย

2. อาการทางจิตเวช ที่พบบ่อยคือ อาการซึมเศร้า เฉยเมย เดินเปะปะ มีอาการหวาดระแวง มีความผิดปกติในเรื่องเพศ โดยมากจะเป็น hypersexuality มีอาการประสาทหลอน ซึ่งมักเป็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของโรค

อาการและการดำเนินของโรค

โรคนี้พบได้ตั้งแต่วัยกลางคน แต่พบน้อยมากในกลุ่มอายุน้อยกว่า 45 ปี โดยมากพบในผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป ค่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยภายหลังวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ ประมาณ 8-10 ปี มีการดำเนินของโรค 3 ระยะคือ

-ระยะแรก จะมีการสูญเสียความจำที่เห็นได้ชัด คือความจำระยะสั้น มักมีคำถามซ้ำซากจนผิดสังเกต การใช้คำต่างๆในการพูด การเรียกชื่อคน หรือสิ่งของเริ่มไม่ถูกต้อง (anomia) ระยะนี้จะเริ่มหลงทิศและหลงทาง ผู้ป่วยระยะนี้สามารถดูแลตนเองและทำกิจวัตรประจำวันง่ายๆได้เป็นปกติ เช่น การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย แต่กิจวัตรประจำวันที่สลับซับซ้อน เช่น การคิดบัญชีรายรับรายจ่าย การดูแลบ้านจะเริ่มบกพร่อง ผู้ป่วยบางรายอาจมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง ในระยะนี้การตรวจร่างกายยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ

-ระยะที่ 2 มีความจำเสื่อมถึงขั้นที่จำสิ่งที่เพิ่งทำไม่ได้ เช่น กินอาหารแล้วบอกว่ายังไม่ได้กิน บ่นของหายเพราะวางผิดที่ จำญาติที่ห่างออกไปไม่ได้ การพูดจะช้าและสั้น ไม่สามารถพูดประโยคยาวๆได้ ไม่สนใจสุขลักษณะส่วนตัว เช่น การแปรงฟัน หวีผม หรือล้างหน้า การชำระร่างกายภายหลังขับถ่ายเสร็จ การใช้อุปกรณ์ในชีวิตประจำวันยากลำบาก เช่น ใช้โทรศัพท์ที่ไม่เป็น ประงอาหารไม่เป็น มีอาการทางจิต เช่น เห็นภาพหลอน หูแว่ว การตรวจร่างกายจะพบความผิดปกติของ motor system และพบความผิดปกติของสมองและคลื่นสมอง

-ระยะที่ 3 ซึ่งเป็นระยะสุดท้ายของโรค ผู้ป่วยจะสูญเสียความจำ จนไม่สามารถจดจำคนข้างเคียงได้ จำชื่อหรือจำตัวเองไม่ได้ ไม่สามารถดูแลตนเองได้ กลืนอาหาร โดยไม่รู้จักรับประทาน ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ ไม่สามารถพูดได้หรืออาจพูดเป็นคำๆตามคนอื่น ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะนอนติดเตียง แขนขาเกร็งงอ ต้องได้รับการดูแลทุกอย่างจนกระทั่งสิ้นชีวิต การเสียชีวิตมักมีสาเหตุจากโรคปอดบวม เนื่องจากการสำลักอาหาร หรือเสมหะ และการติดเชื้อจากแผลกดทับ

2.1.2 การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในภาวะเฉียบพลันหรือภาวะวิกฤต ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัว การดูแลที่ดีต้องอาศัยความร่วมมือของครอบครัวกับบุคลากรทางการแพทย์ในสหสาขาต่างๆ โดยเป้าหมายหลักเพื่อการรักษาหน้าที่ของสมองให้คงอยู่มากที่สุด รวมถึงการคงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ (ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, 2552)

การดูแลรักษาแบบทั่วไปในผู้ป่วยสมองเสื่อม (สุวิทย์ เจริญศักดิ์, 2556)

การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมจำเป็นต้องให้การดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านจิตสังคม (psycho-social) คือ สามารถประเมินอาการที่ผู้ป่วยเสียไป ความบกพร่องที่มีการเพิ่มขึ้นของอาการที่ไม่พึงประสงค์ สิ่งใดขาดควรให้การฟื้นฟู ดูแลทั้งอาการด้านการรู้คิดที่เปลี่ยนแปลงไป อาการด้านพฤติกรรมที่พบมากขึ้นจนมีผลเสีย การดูแลด้านความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่

ขาดไป แล้วให้การรักษาตามความจำเป็น โดยเน้นที่การรักษาแบบไม่ใช้ยา ก่อน ประเมินหาสาเหตุ กระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ แล้วแก้ไขที่ต้นเหตุ รวมถึงการดูแลญาติ ครอบครัว หรือ ผู้ดูแล เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับมือและดูแลผู้ป่วย

1. การดูแลผู้ป่วยด้านกิจวัตรประจำวัน การให้ผู้ป่วยยังคงมีความสามารถ ทำกิจวัตรประจำวันเป็นสิ่งจำเป็น โดยการกระตุ้นหรือประคับประคองให้ผู้ป่วยยังทำสิ่งที่ทำได้ โดยเฉพาะกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานให้นานที่สุด เช่น การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การขับถ่าย การเดิน การเคลื่อนไหว ผู้ดูแลควรจัดหาอุปกรณ์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวัน ได้เองให้มากที่สุด ให้ผู้ป่วยมีโอกาสเลือกให้มากที่สุด และคอยระวังอันตรายที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ป่วยทำกิจวัตรเหล่านั้น

2. การดูแลจัดการด้านสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะด้านความปลอดภัย คือ เลือกใช้เฟอร์นิเจอร์ที่มั่นคง ไม่ลื่น ความสูงพอเหมาะ ดูแลเรื่องสารเคมีอันตราย อุปกรณ์ที่มีอันตราย เช่น มิด เต้าไฟ ปลั๊กไฟ การดูแลสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพทั่วไป เช่น แสงสว่าง ราว ทางลาด หลีกเลี่ยงการใช้กระจกในบ้าน

3. การดูแลผู้ดูแล (caregiver) การจัดเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลให้ เข้าใจภาวะสมองเสื่อม เพื่อสามารถรับมือ และดูแลผู้ป่วยได้โดย

-ให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรค การดูแล ปัญหาที่พบบ่อย

-ให้คำแนะนำปรึกษาเวลามีปัญหา

-ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ดูแล เช่น การ

จัดการความเครียด การดูแลสุขภาพของผู้ดูแล การดูแลปัญหาจิตเวชในผู้ดูแล

4. การให้การฟื้นฟูผู้ป่วย โดยให้การฟื้นฟูทั้งด้านกายภาพ ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านการประกอบอาชีพ แม้ผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านการรู้คิด ปัญหาความจำ การคิด ตัดสินใจ ปัญหาด้านภาษา หรือมีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ แต่ผู้ป่วยยังต้องดำรงชีวิตด้วยตนเอง จึงจำเป็นต้องให้การฟื้นฟูทุกด้าน ทั้งด้านกายภาพ เช่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ด้านจิตใจ เช่น ให้ผู้ป่วยทบทวนชีวิตที่มีความสุขในอดีต โดยการดูรูปภาพสมัยเก่าๆ ดู วิดีโอ และการฝึกฟื้นฟูทางการรู้คิด โดยใช้เกมส์ฝึกสมอง

5. การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะสุดท้าย (palliative end of life care) ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีอาการมากขึ้นเรื่อยๆ จนสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิต แพทย์และผู้ดูแล รวมถึง สมาชิกครอบครัว จำเป็นต้องปรึกษาหารือเพื่อหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

6. การดูแลด้านกฎหมาย แพทย์สามารถประเมินและให้ความเห็นต่อศาล ในความสามารถของผู้ป่วย รวมถึงมีหน้าที่ในการให้คำปรึกษาผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวใน ประเด็นของทรัพย์สินและการทำนิติกรรมต่างๆ

คำแนะนำทั่วไปสำหรับผู้ดูแล (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2549)

1. ควรมีความรู้เกี่ยวกับลักษณะการดำเนินของโรคสมองเสื่อม เพื่อ สามารถวางแผนรับมือกับปัญหาต่างๆได้
2. พักผ่อนให้เพียงพอ เพราะการพักผ่อนไม่เพียงพอ นำไปสู่ความอดทน ที่ลดลงของผู้ดูแล ซึ่งส่งผลเสียทั้งต่อตัวผู้ดูแลและผู้ป่วย
3. การปรับตัวเป็นกุญแจสำคัญแห่งความสำเร็จ ถ้าไม่สามารถจัดการ ปัญหาด้วยวิธีหนึ่งได้ก็อาจเปลี่ยนไปใช้วิธีอื่น เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ช้อนได้ ก็ปรับเปลี่ยน รูปแบบอาหารให้ใช้มือหยิบได้สะดวกแทน
4. พยายามมองโลกในแง่ดีอยู่เสมอ อย่าลืมว่าผู้ป่วยก็ยังเป็นมนุษย์ ยัง ต้องการความสุขและเสียงหัวเราะ อาจลองแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับครอบครัวอื่นที่มีปัญหา เดียวกัน
5. เวลาพูดคุยกับผู้ป่วยต้องใจเย็น นุ่มนวล พยายามอธิบายเสมอว่าคุณ กำลังทำอะไร ให้โอกาสผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจ
6. ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความหมาย เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว มองหาสิ่ง ที่ผู้ป่วยยังสามารถทำได้ และให้โอกาสผู้ป่วยได้ทำสิ่งเหล่านั้น
7. อย่าแสดงความโกรธหรือถกเถียงต่อหน้าผู้ป่วย เพราะจะทำให้ สถานการณ์เลวร้ายลง พูดอย่างสงบและใจเย็น การปลอบโยนและโอบกอดอย่างนุ่มนวลจะช่วยให้ ผู้ป่วยดีขึ้น
8. อย่าถกเถียงหรือท้อถอย เมื่อเกิดปัญหาขึ้นพยายามมองหาสาเหตุและ ค้นหาวิธีแก้ไข

หลักการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม (อรวรรณ แผนคง, 2553)

1. จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยและมั่นคงเหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น เก้าอี้ของ ที่เป็นอันตรายใส่กุญแจหรือไว้บนที่สูงที่ผู้ป่วยหยิบไม่ได้ เครื่องแต่งบ้านต้องเรียบง่าย น้อยชิ้น และ ไม่ย่ำที่ ใช้สีสดใส ชัดเจน ในส่วนของพื้นต่างระดับ บันได ประตู ที่นั่งขับถ่าย ส่วนที่เป็นทางเดิน ติดแถบสีเรืองแสง ไม่มีของกีดขวาง มีราวเกาะตามทางเดิน พื้นไม่ลื่นและไม่มันวาว ประตูและ หน้าต่างไม่มีส่วนประกอบของกระจกเพราะอาจแตกและเกิดอันตราย ปรับแสงสว่างภายในบ้านให้ เหมาะกับกิจกรรม ไม่จ้าเกินไป แฉวนกระดิ่งไว้ที่ประตู เพื่อผู้ดูแลจะได้ทราบเมื่อผู้ป่วยเปิดประตู

ออกจากบ้าน ห้องผู้ป่วยไม่ควรกว้างใหญ่เกินไป ประตูหน้าบ้านต้องปิดสนิท จัดบริเวณบ้านให้ปลอดภัยสำหรับนั่งหรือเดิน

2. ให้ผู้ป่วยได้รู้จักตนเองและสิ่งรอบตัวตามความเป็นจริงให้มากที่สุด โดยฝึกให้รู้ว่าตนเองเป็นใคร อยู่ที่ไหน รู้วัน เดือน ปี เวลา รู้ว่าตนเองรับประทานหรือยัง รู้สภาพอากาศ ทำได้โดยคิดนาฬิกาที่มีตัวเลขขนาดใหญ่และชัดเจน คิดปฏิทินแสดงวัน เดือน ปี คิดกระดานแสดงลักษณะอากาศ แสดงกิจกรรมต่างๆ หน้าห้องผู้ป่วยให้เขียนชื่อผู้ป่วยด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่พร้อมติดรูป และประวัติของผู้ป่วย ติดรูปถ่ายหรือแขวนป้ายชื่อบุตร คนในครอบครัว ไว้ในห้องผู้ป่วย มีแฟ้มแสดงชื่อของญาติ เพื่อน หรือสถานที่ที่ผู้ป่วยสนใจ เพื่อกระตุ้นความจำ พูดคุยกับผู้ป่วยเรื่องประสบการณ์ในอดีตที่ผู้ป่วยสนใจ การดำเนินชีวิตประจำวัน การใช้เงิน สภาพดินฟ้าอากาศ นำเพลงในอดีตมาเปิดให้ฟังหรือชวนผู้ป่วยร้องเพลงเก่าๆ ที่ผู้ป่วยชอบ อ่านหนังสือที่ผู้ป่วยสนใจให้ฟัง มีบัตรประจำตัวผู้ป่วย ระบุโรค ชื่อ ที่อยู่ และโทรศัพท์ของผู้ป่วย เพื่อกรณีพลัดหลงเดินออกจากบ้านและหลงทาง ผู้ดูแลควรปรับสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย ฝ้าดูแลใกล้ชิด หลีกเลียงการผูกมัดผู้ป่วย ทำป้ายติดตัวผู้ป่วย ระบุชื่อ ที่อยู่ และ โรคของผู้ป่วย แจ้งให้เพื่อนบ้านหรือตำรวจทราบเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย

3. แก้ปัญหาความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม การศึกษาพบว่าพยาธิสภาพทางจิตจะเป็นสัดส่วนโดยตรงกับความบกพร่องด้านสติปัญญา ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม จะพบว่ามีอาการทางจิตประมาณร้อยละ 30 โดยอาการผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่จะพบได้ เช่น อาการตื่นเต้น วุ่นวาย หวาดระแวง ผู้ดูแลควรปรับสิ่งแวดล้อมให้เรียบง่าย ลดสิ่งกระตุ้น ผู้ดูแลควรมีท่าทีที่สงบ ใช้น้ำเสียงนุ่ม เบา สัมผัส ให้ความมั่นใจ ไม่แสดงท่าทีกระซิบหรือแสดงพฤติกรรมที่เป็นความลับต่อหน้าผู้ป่วย พฤติกรรมการนอนผิดปกติ ช่วยได้โดยลดสิ่งกระตุ้นก่อนนอน และลดแสงไฟขณะนอนหลับ

4. คงสภาพสมดุลของผู้ป่วยระหว่างการพักผ่อน การออกกำลังกาย นันทนาการ สังคมและการสื่อสาร ผู้ดูแลควรจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องตามความสามารถและความสนใจของผู้ป่วย มีกำหนดเวลาแน่นอน ให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายและมั่นคงปลอดภัย กิจกรรมต่างๆ เช่น การทำงานฝีมือ งานศิลปะ ดูโทรทัศน์ โดยต้องเลือกรายการที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การเดินเล่น การออกกำลังกาย การเล่นเกมส์ โดยเลือกเกมส์ที่ง่าย ไม่ต้องเปลี่ยนบ่อย ให้ความเพลิดเพลิน ซึ่งผู้ดูแลจะต้องมีความอดทน ไม่คาดหวังผลสำเร็จ ไม่ตำหนิ ให้กำลังใจ การเล่นหรือฟังดนตรี เดินรำ ร้องเพลง การพาออกนอกสถานที่ เช่น เดินเล่น จำของ เที้ยวสวนสาธารณะ โดยผู้ดูแลต้องเลือกสถานที่ที่ไม่วุ่นวาย บรรยากาศสบาย ควรเป็นที่ที่เคยไป และต้องมั่นใจว่าจะควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยได้ ที่สำคัญต้องระวังการพลัดหลงเป็นพิเศษจึงควรมีบัตรประจำตัวผู้ป่วยเสมอ

2.1.3 แบบประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ

การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในการศึกษาคั้งนี้ ใช้แบบประเมิน The Barthel Activity of Daily Living Index : ADL และ The Lowton Instrumental Activity of Daily Living Scale : IADL ซึ่งสามารถอธิบายรายละเอียดของแบบประเมินทั้ง 2 แบบคั้งนี้

ก) แบบประเมิน The Barthel Activity of Daily Living: ADL สร้างขึ้นโดย Mahoney และ Barthel เพื่อเป็นการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความก้าวหน้าในการดูแลตนเองและการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Wade and Collin, 1988) แต่ในปัจจุบันได้มีการนำแบบประเมินนี้มาประยุกต์ใช้ในการการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนะยะยาว ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ประยุกต์เกณฑ์การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การกลั่นอุจจาระ การกลั่นปัสสาวะ โดยในแต่ละข้อจะมีช่วงคะแนน 0 – 3 ตามระดับความสามารถในการทำกิจกรรมซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน และแปลผลคะแนนออกมาเป็นช่วงคะแนน คั้งนี้

ผู้สูงอายุกลุ่ม 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL คั้งแต่ 12 คะแนน ขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่ม 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่ม 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน (กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

ข) แบบประเมิน The Lowton Instrumental Activity of Daily Living Scale : IADL เป็นแบบประเมินการประกอบกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ในการทำกิจกรรม ซึ่งในงานวิจัยของ Carla Graf (2013) ได้นำเสนอว่าแบบประเมิน IADL นี้เป็นแบบประเมินที่ล่งตัวที่สุด ในการนำมาประเมินภาวะพึ่งพิงที่ต้องอาศัยทักษะในการดำเนินชีวิตร่วมด้วยซึ่งแบบประเมิน The Lowton Instrumental Activity of Daily Living Scale : IADL นี้จะมีความละเอียดและซับซ้อนของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่า แบบประเมินขั้นพื้นฐานของ The Barthel Activity of Daily Living: ADL คั้งนั้นจึงสามารถนำมาจำแนกประเภทของผู้ป่วยที่มีความ

บกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ ที่จำเป็นต้องอาศัยทักษะในการทำกิจกรรมนั้นๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาในด้านความจำ หรือผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบประเมิน IADL ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 8 อย่าง คือ การใช้โทรศัพท์ การซื้อของ การเตรียมอาหาร การทำงานบ้าน การซักผ้า การเดินทาง การรับประทานยา และการบริหารเงิน โดยในแต่ละข้อจะมีช่วงคะแนน 0 – 1 ตามระดับความสามารถในการทำกิจกรรม ซึ่งมีคะแนนเต็ม 8 คะแนน ในผู้หญิง แต่ในผู้ชายจะไม่ได้นำคะแนนในข้อ การเตรียมอาหาร การทำงานบ้าน และการซักผ้า มาประเมินด้วย เนื่องจากไม่ใช่กิจกรรมหลักที่ผู้ชายทำอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นคะแนนเต็มของผู้ชาย คือ 5 คะแนน ส่วนการแปลผลจะออกมาเป็นช่วงคะแนน ตั้งแต่ 0 คะแนน คือ ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้ทักษะหรืออุปกรณ์ได้ (มีภาวะพึ่งพิงมาก) จนถึง 8 คะแนน (ในผู้หญิง) หรือ 5 คะแนน (ในผู้ชาย) คือ สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้ทักษะหรืออุปกรณ์ได้ (ไม่มีภาวะพึ่งพิง)

2.2 ชุมชนเมือง: ความหมายและลักษณะ

2.2.1 ความหมายของชุมชนเมือง

สนธยา พลศรี (2545) ได้ให้ความหมายของชุมชนเมืองไว้ว่า ชุมชนเมืองเป็นชุมชนที่มีความหนาแน่นของประชากรมาก อาคาร บ้านเรือนหนาแน่น มีความเจริญทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่มนุษย์สร้างขึ้นมากกว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ อาชีพมีความหลากหลาย ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรม การค้าขาย และการบริการ สมาชิกมีความเป็นอิสระ เป็นปัจเจกบุคคลสูง ทำให้ความสัมพันธ์เป็นแบบทางการมากกว่าส่วนตัว สามารถอยู่ร่วมกันได้เพราะผลประโยชน์ที่แต่ละคนได้รับ ชุมชนเมืองจะอยู่ภายใต้การปกครองรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง เช่น เทศบาล มหานคร และมีชุมชนย่อยๆ รวมอยู่ในบริเวณเหล่านี้ เช่น ตรอก ซอย ถนน

ปาริชาติ วลัยเสถียร (2543) ได้อธิบายความหมายและวิวัฒนาการของชุมชนไว้ว่า การนำคำว่า ชุมชน มาใช้ในประเทศไทย เป็นอิทธิพลทางความคิดในการพัฒนาของประเทศตะวันตก ที่เผยแพร่แนวคิดการพัฒนาชุมชน อย่างไรก็ตามแนวคิดการพัฒนาดังกล่าว มิได้พิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างชุมชน รัฐ ระบบทุน และโครงสร้างอำนาจ ตลอดจนผลประโยชน์ในชุมชนนำไปสู่ปัญหาความอ่อนแอของชุมชนที่มีมากขึ้น จนกระทั่งเมื่อมีการดำเนินการพัฒนาชนบท โดยองค์กรพัฒนาเอกชนเมื่อ 20 ปีที่ผ่านมา ซึ่งมีแนวทางสำคัญในการปฏิบัติงานที่เน้นกระบวนการเรียนรู้ของทุกฝ่าย ทำให้ชุมชนได้รับการตีความหมายใหม่ มีนัยของพลังสร้างสรรค์

และทุนทางสังคมอยู่ด้วย ชุมชนเป็นคำใหม่ในสังคมไทย แต่สาระของความเป็นชุมชนดำรงอยู่กับสังคมไทยมานาน ในความหมายของคำว่า บ้าน ซึ่งหมายถึง หมู่บ้าน เป็นสิ่งที่มีมาโดยธรรมชาติ ในการตั้งบ้านเรือนรวมกันในหมู่เครือญาติและมิตรสหาย ซึ่งก่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่นำไปสู่การจัดการต่อปัญหาและความต้องการร่วมกัน

2.2.2 ลักษณะของชุมชนเมือง

นิลส์ แอนเดอร์สัน (1971) ได้อธิบายคำว่า คติแบบเมือง หรือวิถีเมือง (Urbanism) ว่ามีลักษณะดังนี้

1) มีการแบ่งแยกแรงงาน (Division of labor) ตามความชำนาญเฉพาะด้าน ซึ่งเป็นผลมาจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านเศรษฐกิจ และการประดิษฐ์ ทำให้มีการนำเอาเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ในการผลิต การประกอบอาชีพต่างๆ จึงใช้ผู้ที่มีความรู้ความชำนาญเป็นพิเศษ มีการแบ่งตำแหน่งและหน้าที่หลายระดับ ขึ้นอยู่กับงานแต่ละประเภท

2) วิถีชีวิต (Lifestyle) เป็นแบบคนเมืองและมีลักษณะเหมือนกับจักรกล เนื่องจากมีการใช้เทคโนโลยีและเครื่องจักร เพื่อเพิ่มความเร็วในการผลิต ทำให้ความสามารถของคน และคุณค่าของความเป็นมนุษย์ถูกทำลาย เพราะต้องรับคำสั่งและถูกควบคุมด้วยเครื่องจักร ต้องมีการปรับตัวและเรียนรู้ให้ทันกับการเปลี่ยนแปลง การเพิ่มความก้าวหน้าให้กับชีวิตและความเป็นอยู่ในเมือง จึงต้องสัมพันธ์กับระบบอุตสาหกรรม

3) การเคลื่อนที่ทางสังคม (Social mobility) ขึ้นอยู่กับความสามารถ ความสำเร็จและความพยายาม ต้องต่อสู้และแข่งขันกับผู้อื่นทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม มีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัยมาครั้งตามตำแหน่งและหน้าที่การงาน

4) สภาพแวดล้อมที่อาศัย (Environment) สร้างสรรค์โดยมนุษย์มากกว่าสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติ เช่น ถนน อาคาร และสิ่งก่อสร้างต่างๆ สิ่งแวดล้อมในเมืองรวมถึงเครื่องใช้ภายในบ้านที่เพิ่มขึ้นมีลักษณะเป็นเครื่องจักร

5) การดำเนินชีวิตประจำวันผูกพันกับเวลา (Implications of the clock) การทำงาน การเดินทาง และกิจกรรมต่างๆของคนเมือง ถูกกำหนดด้วยเวลา คนส่วนใหญ่ต้องทำงานตามตารางเวลาที่ถูกระบุไว้

6) ความเป็นอยู่แบบปัจเจกบุคคลและครอบครัวนิยม (The individual and familism) คนส่วนใหญ่ต้องพึ่งตนเอง ทำงานเพื่อตนเอง หรือเพื่อครอบครัวของตนเอง ความผูกพันภายในครอบครัวและเพื่อนบ้านมีน้อย สมาชิกของแต่ละครอบครัวมีอาชีพและสถานที่

ทำงานต่างกัน ใช้เวลาส่วนมากในการทำงานเพื่อร่วมกันรับผิดชอบด้านเศรษฐกิจของครอบครัว ทำให้มีเวลาในการพบปะสังสรรค์กันน้อย

7) มีความสัมพันธ์แบบทุติยภูมิ (Secondary relationships) ทำงานในองค์กรที่เป็นราชการ ทำให้การติดต่อของสมาชิกในสังคม ต้องมีแบบแผนและระเบียบตามที่องค์กรกำหนดไว้

8) มีความสามารถในการปรับตัว (Adaptation) ให้เข้ากับวิถีชีวิตแบบเมือง การอาศัยอยู่ในเมืองต้องไม่กลัวต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของความเจริญ และสามารถอยู่อย่างโดดเดี่ยวในกลุ่มของปัจเจกนิยมได้

9) มีความผูกพันและยอมเทคโนโลยี (Commitment to superlatives) เนื่องจากในเมืองจะเป็นดินแดนที่มีความเจริญในทุกๆด้าน สิ่งของที่ทันสมัยและล้ำหน้าที่สุดในวันนี้ อาจจะมีล้ำสมัยในวันรุ่งขึ้นก็เป็นได้ ดังนั้นการผลิตต่างๆ ผู้ผลิตต้องใช้ความสามารถทางด้านความคิดและศิลปะ เพื่อทำให้ผลิตภัณฑ์ต่างๆ ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา เพื่อกระตุ้นการอุปโภคและบริโภคของลูกค้า

10) เงินตราเป็นตัวกำหนดราคาและคุณค่า (Money as the definer of values) การได้มาซึ่งเครื่องอุปโภค บริโภค และสิ่งของต่างๆ จะต้องใช้เงินตราในการแลกเปลี่ยน และราคาของสิ่งของต่างๆ มีแนวโน้มสูงขึ้นตลอดเวลา

11) ให้ความสำคัญกับเอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษร และความเป็นระบบราชการ (Writing records and bureaucracy) เป็นเรื่องที่สำคัญในระบบบริหาร การวางแผน และการควบคุมการทำงานของคน ไม่ว่าจะเป็นสังคมเมือง สังคมชนเมือง และสังคมชนบท ต่างก็ต้องอาศัยซึ่งกันและกัน มนุษย์ทุกคนมีความสามารถอย่างหนึ่งก็คือ การปรับตัวเข้ากับทุกสภาพสังคม แม้ว่าสังคมจะมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรก็ตาม สมาชิกในสังคมก็จะสามารถดำรงชีพอยู่ได้เสมอ

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ความเป็นวิถีชีวิตแบบเมือง ประชาชนส่วนใหญ่ต้องดำเนินชีวิตด้วยความดิ้นรนและขวนขวาย ต้องใช้เวลาส่วนมากในการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว โดยมีเงินตราเป็นตัวกำหนดราคาและคุณค่าของสิ่งของ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ผู้ดูแลของสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุสมองเสื่อม รวมทั้งผู้ป่วยเรื้อรังต่างๆ แต่ในขณะเดียวกันความเป็นชุมชนเมืองนั้นก็ส่งผลดีในการที่ครอบครัวสามารถพาผู้ป่วยไปรับการรักษาได้โดยสะดวก เนื่องจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ มักจะตั้งอยู่ในตัวเมือง ทำให้ครอบครัวที่มีผู้ป่วยเรื้อรัง รวมทั้งผู้สูงอายุสมองเสื่อม สามารถ

เข้าถึงบริการทางสุขภาพ รวมทั้งได้รับการวินิจฉัยและการดูแลรักษาจากทีมสุขภาพ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ได้อย่างทันต่วงทีมากกว่าประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่ห่างไกล

2.3 ครอบครัว: ความหมาย และรูปแบบ

2.3.1 ความหมายของครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่สำคัญ เพราะเป็นสถาบันแรกของวิวัฒนาการของสังคมมนุษย์ เป็นหน่วยที่มีขนาดเล็กที่สุดของสังคม สมาชิกในครอบครัวจะมีความสัมพันธ์กันอย่างไรก็ดีจิตสนิทสนมกลมเกลียวเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันได้โดยการรวมกลุ่มกันแบบปฐมภูมิ (Primary group) ครอบครัวจะกำหนดสิทธิและหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติต่อกันและต่อสังคมอีกด้วย สมาชิกในครอบครัวจะได้รับสถานภาพและบทบาทต่าง ๆ กัน องค์กรประกอบและขนาดของครอบครัวในแต่ละสังคมจะแตกต่างกันไป (ทัศนีย์ ทองสว่าง, 2549)

คณะอนุกรรมการครอบครัวแห่งประเทศไทย ได้กำหนดความหมายของครอบครัวว่า ครอบครัวคือ กลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจในการดำเนินชีวิต รวมทั้งการพึ่งพิงทางสังคมและเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายหรือทางสายโลหิต (จิระเนาว์ ทัศนีย์, 2545)

นอกจากความหมายดังกล่าวแล้วยังมีผู้ให้ความหมายของคำว่าครอบครัวไว้่อื่นๆ อีกดังเช่น

รุจา ภูไพบูลย์ (2541) ได้กล่าวไว้ว่า ครอบครัว หมายถึง กลุ่มของบุคคลที่สมาชิกมีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือด หรือทางกฎหมาย ครอบครัวประกอบด้วยสมาชิกมากกว่า 1 คน โดยสมาชิกอยู่ร่วมในครัวเรือนเดียวกันหรือบริเวณเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันตามบทบาทหน้าที่ที่สังคมได้ให้ความหมายไว้ เช่น เป็นบิดา มารดา เป็นสามี ภรรยา และบุตร มีกรอบวัฒนธรรมความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณีของครอบครัวร่วมกัน ครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุด เป็นสถาบันที่มีความสำคัญยิ่ง สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันอย่างแนบแน่นและใกล้ชิด มีความรักซึ่งกันและกัน เป็นสถาบันทางสังคมที่บุคคลได้ใช้ชีวิตอยู่อย่างยาวนาน ตั้งแต่เกิดจนตาย ครอบครัวยังมีหน้าที่อบรมเลี้ยงดูบุตรหลาน เป็นแหล่งสร้างสรรค์สมาชิกใหม่ให้กับสังคม หากเมื่อเกิดปัญหา และอุปสรรค ครอบครัวยังเป็นแหล่งให้ความช่วยเหลือ ทำให้สามารถฝ่าฟันปัญหาและอุปสรรคให้ผ่านพ้นไปได้

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ (2552) ได้กล่าวถึงการศึกษาสถานการณ์ของครอบครัว โดยสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว ในปี พ.ศ.2548 มีบทสรุปว่า ครอบครัวเป็นพลวัต และมีวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่อง มีความสัมพันธ์รวมทั้งมีความรับผิดชอบร่วมกัน จนเกิดการขยายจำนวน แยกแขนงออกเป็นครอบครัวย่อยๆ ซึ่งหากอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวขยาย สมาชิกที่อยู่ร่วมกันต่างมีความสัมพันธ์ และมีความรับผิดชอบ ช่วยเหลือดูแล เกื้อกูลกันและกัน รูปแบบและวิธีการดำเนินชีวิตของครอบครัวต่างเปลี่ยนไปตามกาลเวลา และตามสภาพแวดล้อมของสังคม โดยที่ครอบครัวเป็นทั้งผู้ได้รับผลกระทบและเป็นเหตุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสังคม

เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ (2551) ได้นำเสนอความหมายของครอบครัวไว้ว่า ผู้ที่อยู่ร่วมกัน คนที่อยู่ร่วมครัวเรือน กลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์ จิตใจ มีการดำเนินชีวิตร่วมกัน มีการพึ่งพากันทางเศรษฐกิจและสังคม มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายและสายเลือด

นอกจากนั้น จิรเนาว์ ทศศรี (2545) ยังได้ให้ความหมายของครอบครัวในทางสังคมไว้ว่า ครอบครัวหมายถึง กลุ่มบุคคลที่รวมอยู่ในบ้านเดียวกัน อาจเกี่ยวข้องกันทางสายโลหิต หรือทางกฎหมายก็ได้ แต่ต้องมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ให้ความรักและเอาใจใส่ต่อกัน มีความปรารถนาดีต่อกัน และอยู่ร่วมกันในบ้านหลังเดียวกัน

ทัศนีย์ ทองสว่าง (2549) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ครอบครัวจะต้องมีลักษณะสำคัญ 4 ประการ คือ

1. ครอบครัวประกอบด้วยบุคคลที่มารวมกันโดยการสมรส ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างสามี ภรรยา หรือความผูกพันทางสายโลหิต ที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างพ่อ แม่ และลูก หรือการมีบุตรบุญธรรม ที่มีได้เกิดจากความสัมพันธ์ทางชีววิทยา หากแต่เกิดจากความสัมพันธ์ตามกฎหมายที่สังคมกำหนดขึ้นเป็นสำคัญ

2. สมาชิกครอบครัวเหล่านี้อยู่ร่วมกันภายในครัวเรือนเดียวกัน หรือบางครั้งก็แยกกันไปอยู่ต่างหาก ในสมัยโบราณครอบครัวจะมีขนาดใหญ่ คือ ครอบครัวหนึ่งจะมีสมาชิก 3-4-5 ชั่วอายุคน (ปู่ ย่า ตา ยาย ลูก หลาน เหลน ฯลฯ) แต่ปัจจุบันนี้ครอบครัวจะมีขนาดเล็กลงมาก คือ ประกอบด้วย สามี ภรรยา และบุตร 1-2 คนเท่านั้น และบางครอบครัวอาจไม่มีบุตรเลย

3. ครอบครัวเป็นหน่วยของการติดต่อโต้ตอบระหว่างบุคคล โดยสังคมได้กำหนดหน้าที่ และบทบาทของสมาชิกแต่ละครอบครัวไว้ ซึ่งขึ้นอยู่กับขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของสังคมนั้น

4. ครอบครัวถ่ายทอดการอนุรักษ์วัฒนธรรม มรดกตกทอดทางสังคมจะอยู่รอดได้ ก็ต้องอาศัยพลังจากพ่อแม่ช่วยอบรมสั่งสอนลูก โดยการถ่ายทอดวัฒนธรรมทั้งทางด้านจิตใจ และทางด้านวัตถุแก่สมาชิกในครอบครัวตลอดมา

จากการทบทวนความหมายและรูปแบบครอบครัว สรุปได้ว่าครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่สำคัญที่สุด ประกอบด้วยบุคคลมากกว่า 1 คนมาอยู่อาศัยร่วมกัน ใช้ชีวิตและดำเนินชีวิตร่วมกัน มีความผูกพันกันในด้านจิตใจและแง่มุมต่างๆ พึ่งพาอาศัยกันหลายๆด้าน โดยเฉพาะทางเศรษฐกิจและการอยู่ร่วมกันแบบเครือญาติ ทั้งที่เกี่ยวข้องกันทางกฎหมาย รวมทั้งทางสายโลหิตหรือไม่ก็ได้

อย่างไรก็ตาม ความหมายของครอบครัวในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปจากในอดีต ทั้งในเชิงโครงสร้างหน้าที่และรูปแบบความสัมพันธ์ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์แบบเกื้อกูลในสังคมเกษตรกรรม ไปสู่ความสัมพันธ์แบบแข่งขัน เร่งรีบในสังคมอุตสาหกรรม และได้รับเอาความเจริญด้านวัตถุเทคโนโลยีที่ทันสมัยจากโลกตะวันตก ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทุกๆด้าน ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา และวัฒนธรรมดั้งเดิมของไทย การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ยังได้ส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ รวมถึงระบบความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวด้วย จากสภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทั้งทางด้านความคิด การคมนาคม การติดต่อสื่อสาร ระบบการทำงานและการครองชีพที่ยากลำบากขึ้น ค่าใช้จ่ายต่างๆที่ใช้ในการดำเนินชีวิต และค่าใช้จ่ายเพื่อซื้อความสะดวกสบายในการใช้ชีวิตจึงเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวทั้งสามีและภรรยา ต้องช่วยกันทำงานเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว ขณะเดียวกันกระแสความคิดทันสมัยของหนุ่มสาวในปัจจุบัน ที่ต้องการใช้ชีวิตคู่ตามลำพัง เมื่อแต่งงานจะแยกครอบครัวไปอยู่ต่างหาก ไม่นิยมอยู่ร่วมกับพ่อแม่ ดังจะเห็นได้ว่าแนวโน้มของสังคมไทยปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยาย (Extended Family) ซึ่งเป็นสภาพครอบครัวที่มีคนหลายรุ่นอยู่ร่วมกัน มาเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family) ที่มีพ่อ แม่ ลูก อาศัยอยู่ร่วมกันเท่านั้น เมื่อเป็นเช่นนี้แล้วคนรุ่นพ่อแม่ที่สูงอายุจึงต้องอยู่กับตามลำพัง ดังนั้นเมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วย อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของครอบครัวได้

2.3.2 รูปแบบของครอบครัว

นักสังคมวิทยา และนักมานุษยวิทยาได้จัดรูปแบบของครอบครัว โดยอาศัยองค์ประกอบขนาด และลักษณะความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวเป็นเกณฑ์ ทักษิณี ทองสว่าง (2549) กล่าวว่าไว้ว่าครอบครัวแบ่งออกเป็น 3 ประเภทดังนี้

- 1.ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family) หมายถึง ครอบครัวที่มีสมาชิกสองชั่วอายุคน และมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดที่สุด คือ สามี ภรรยา และบุตร ส่วนคนอื่น เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย หลาน คนอาศัย ไม่จัดอยู่ในครอบครัวเดี่ยว

- 2.ครอบครัวขยาย (Extended Family) หมายถึง ครอบครัวที่มีครอบครัวเดี่ยวหลายๆ ครอบครัวอยู่รวมกัน หรือมีสมาชิกตั้งแต่สามช่วงอายุคนขึ้นไป คือ สามี ภรรยา บุตร ปู่

ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา ญาติพี่น้องอื่นๆ อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน หรือเขตบริเวณบ้านใกล้เคียงกัน สมาชิกผู้อาวุโสที่สุดจะเป็นหัวหน้าครอบครัวดูแลทุกข์สุข การเศรษฐกิจ การศึกษาของสมาชิกในครอบครัว

3.ครอบครัวรวม (Polygamous Family) หมายถึง ครอบครัวที่เกิดจากผู้ชาย 1 คน สมรสกับผู้หญิงหลายคนในเวลาเดียวกัน กล่าวคือเมื่อเขาสมรสกับภรรยาคนที่ 1 จะทำให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างสามี ภรรยา และบุตร เกิดเป็นครอบครัวเดี่ยว ต่อมาเมื่อเขาสมรสกับภรรยาคนที่ 2 ทำให้เกิดครอบครัวรวมขึ้น โดยผู้ชายเป็นหัวหน้าครอบครัว หรือเป็นศูนย์กลางของครอบครัว

นอกจากนั้นในสังคมไทยปัจจุบันจะพบว่า “ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว” ซึ่งหมายถึง ในครอบครัวที่มีพ่อ หรือแม่ เพียงคนเดียว มีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งนี้เป็นผลมาจากปัญหาการหย่าร้าง หรือการเสียชีวิตของกลุ่มสมรส จากข้อมูลในเชิงคุณภาพเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง ครอบครัวพ่อเลี้ยงเดี่ยวกับครอบครัวแม่เลี้ยงเดี่ยว จะมีความแตกต่างอย่างเห็นได้ชัด คือหากเป็นครอบครัวที่มีแม่เลี้ยงเดี่ยวพบว่าผู้หญิงมักมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการหารายได้ และมีปัญหาทางอารมณ์ได้ง่าย เพราะเป็นเพศที่อ่อนไหว ที่สำคัญพบว่าแม่ในครอบครัวแม่เลี้ยงเดี่ยวจากภาวะครอบครัวแตกแยก หย่าร้างจากการเสียชีวิตของสามี จะมีปัญหาซึมเศร้าในอัตราที่สูง ส่วนครอบครัวพ่อเลี้ยงเดี่ยวปัญหาที่พบคือ ลูกขาดความใกล้ชิดกับพ่อ เนื่องจากพ่อไม่มีเวลาให้กับลูก เพราะต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการทำงาน และพ่อบางคนอาจมีพฤติกรรมติดเหล้า บุหรี่ ทำให้เด็กซึมซับกลายเป็นพฤติกรรมเลียนแบบได้ นอกจากนี้อีกปัญหาที่น่าเป็นห่วงของครอบครัวพ่อเลี้ยงเดี่ยวคือ การเลี้ยงลูกผู้หญิง พ่อบางคนอาจนิ่งเฉย เพราะไม่รู้จะเลี้ยงลูกผู้หญิงอย่างไร ทำให้เด็กรู้สึกพ่อไม่สนใจ ไม่เข้าใจ ส่งผลทำให้ลูกยิ่งห่างเหินได้ง่ายขึ้น (อัมพร เบญจพลพิทักษ์, 2552)

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2544) ได้กล่าวถึง อำนาจหน้าที่ในครอบครัว (authority) หมายถึงใครมีอำนาจในการตัดสินใจเรื่องต่างๆในครอบครัว มี 3 แบบด้วยกัน คือ

1. พ่อมีอำนาจ (patriarchy) หรือพ่อเป็นใหญ่ ครอบครัวแบบนี้พ่อจะเป็นคนตัดสินใจเรื่องในครอบครัวทั้งหมด คนอื่นในครอบครัว รวมทั้งแม่ (ภรรยา) จะต้องปฏิบัติตามอำนาจในครัวเรือนแบบนี้มีมานานและแพร่หลายในสังคมต่างๆ ก่อนหน้านี้ทั้งในครอบครัวไทย ครอบครัวอเมริกัน ครอบครัวญี่ปุ่น

2. แม่เป็นใหญ่ (matriarchy) คือ แม่มีอำนาจตัดสินใจหรือควบคุมคนในครอบครัว พบได้ในครอบครัวคนดำในอเมริกา หรือครอบครัวคนชั้นล่างในอเมริกา

3. พ่อแม่เป็นใหญ่ (equalitarianism) คือ ครอบครัวแบบที่สามีภรรยามีอำนาจควบคุม หรือตัดสินใจเรื่องราวต่างๆในครอบครัวเท่าๆกัน หรือตกลงแบ่งอำนาจกันระหว่าง

พ่อแม่ว่าใครมีอำนาจเรื่องใด ส่วนใหญ่มักจะให้พ่อตัดสินใจเรื่องนอกบ้าน แม่ควบคุมเรื่องในบ้าน ในสังคมประชาธิปไตยสมัยใหม่นิยมแบบนี้ ไม่ว่าจะเป็่่นสังคมไทย สังคมอเมริกันที่สามีภรรยายอม มีสิทธิเสรีภาพเท่าเทียมกัน ซึ่งสามี ภรรยาและลูกมักจะปรึกษาหารือกันมากกว่าการใช้อำนาจ เด็ดขาดของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง

แนวโน้มของครอบครัวในสังคมสมัยใหม่ นักสังคมวิทยาต่างเห็นพ้องต้องกันว่า วิถีชีวิตในสังคมอุตสาหกรรมต้องพึ่งพิงเทคโนโลยี และเป็นวิถีชีวิตที่เสี่ยง ไม่แน่นอน ความผูกพันในครอบครัวลดลง รวมทั้งการกลายมาเป็นเมืองของชุมชนต่างๆ รวมทั้งสมาชิกมีความเป็นอิสระ (ทั้งในด้านความคิดและพฤติกรรม) จากการควบคุมของญาติพี่น้อง คือ มีความเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น จากสภาพดังกล่าวทำให้ครอบครัวขาดความมั่นคง นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจที่เน้นความสะดวกสบายมีผลกระทบต่อระบบครอบครัวในสังคมสมัยใหม่เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อครอบครัวในเขตเมืองที่เต็มไปด้วยการแข่งขันเพื่อการอยู่อาศัยในสังคม การที่สมาชิกครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้าน และการที่สามีภรรยาต้องมีการหาเลี้ยงครอบครัว ทำให้บทบาทของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ความสัมพันธ์และความผูกพันระหว่างพ่อแม่ลูกลดน้อยลง ดังนั้นครอบครัวจึงไม่สามารถตอบสนองความต้องการ หรือความผูกพันทางอารมณ์โดยใกล้ชิดกับสมาชิก เพราะมีกิจกรรมนอกบ้านต่างๆมากมาย แนวโน้มอีกประการหนึ่งของครอบครัวสมัยใหม่คือ มีการแยกกันอยู่ หรือการถูกทอดทิ้งเพิ่มมากขึ้น จากการที่ชีวิตครอบครัวในสังคมสมัยใหม่ ที่มีลักษณะของกลุ่มสมรสแยกตัวไปอยู่ต่างหาก ทำให้สถานภาพของพ่อแม่ในวัยชราคลุมเครือ รวมทั้งลูกหลานไม่รู้สึ่ก่ามีภาระผูกพันต่อคนชราอีกต่อไป จึงไม่เอาใจใส่ดูแล ให้ความเคารพนับถึ่่น้อยลง ด้วยเหตุดังกล่าวคนชราเป็นจำนวนไม่น้อยถูกทอดทิ้งมากขึ้น บางรายต้องไปอยู่ตามสถานสงเคราะห์คนชราเป็นต้น (จางง์ อติวัฒน์สิทธิ์, 2545)

จากที่ได้กล่าวไปแล้วว่ารูปแบบของครอบครัวไทย มีการเปลี่ยนแปลงไปมาจากอดีตจนถึงปัจจุบัน ชาย โภธิสิตา (2552) ได้อธิบายไว้ดังนี้ว่า โครงสร้างครอบครัวไทยปัจจุบันเปลี่ยนแปลงจากการเป็นครอบครัวขยายที่มีสมาชิกอยู่ร่วมกัน 3 รุ่นหรือมากกว่า กลายเป็นครอบครัวเดี่ยวที่ประกอบด้วย พ่อ แม่ และลูกที่ยังไม่แต่งงานเท่านั้น โดยเชื่อว่าการพัฒนาไปสู่สังคมอุตสาหกรรม เป็นพลังที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว การสำรวจในช่วงปลายทศวรรษที่ 1960 พบว่า มีสัดส่วนครอบครัวเดี่ยวในประเทศไทยประมาณร้อยละ 70 และครอบครัวขยายประมาณร้อยละ 30 สิ่งที่สำคัญไปกว่านี้ ไม่ใช่เรื่องครอบครัวเดี่ยวหรือขยาย แต่เป็นรูปแบบการอยู่อาศัย ที่มีความหลากหลายมากขึ้น ในปัจจุบันมีการอยู่อาศัยรูปแบบใหม่ๆเกิดขึ้นมาก เช่น ครอบครัวที่มีสมาชิกเพียงคนเดียว (one-person households) ครอบครัวที่อยู่กันหลายคน แต่ทั้งหมดไม่มีความสัมพันธ์ทางเครือญาติต่อกัน (primary individual households) หรือครอบครัวข้าม

รุ่น (skipped-generation households) ที่มีเฉพาะรุ่นปู่ย่า ตายาย กับรุ่นหลานในวัยเด็ก ส่วนรุ่นลูกหรือพ่อแม่ของหลาน ได้ย้ายถิ่นไปทำงานอยู่ที่อื่น แทบไม่ได้ใช้เวลาอยู่รวมในครัวเรือนเดียวกัน นอกจากนี้ ยังมีครอบครัวที่มีแต่หัวหน้าครอบครัวกับคู่สมรส ซึ่งโดยมากเป็นครอบครัวที่มีแต่ผู้สูงอายุอยู่กันตามลำพัง ภายใต้สถานการณ์นี้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ดังนั้นหากครอบครัวใดมี ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ รวมถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ย่อมส่งผลกระทบต่อศักยภาพครอบครัว และสมาชิกที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล

2.4 ศักยภาพครอบครัว: ความหมายและแนวคิดทางสังคมวิทยา

2.4.1 ศักยภาพครอบครัว: แนวคิดศักยภาพมนุษย์

Ritzer (2000) กล่าวถึง ศักยภาพของมนุษย์ (Human potential) ว่าเป็นแนวคิดพื้นฐานของคาร์ล มาร์กซ์ ซึ่งเขาเชื่อในศักยภาพของมนุษย์ ครอบคลุมที่โครงสร้างสังคมเศรษฐกิจไม่ขัดขวางการแสดงออกของมนุษย์ ซึ่งจะเห็นว่าธรรมชาติของศักยภาพของมนุษย์ ในเรื่องความสามารถ และการคิดสร้างสรรค์ จะค่อยๆ ลดลงตามพัฒนาการของวิธีการผลิต จากวิธีการผลิตแบบเกษตรกรรม มาสู่วิธีการผลิตแบบอุตสาหกรรม มนุษย์ตกอยู่ในภาวะความแปลกแยกมากขึ้น การที่มนุษย์อยู่ท่ามกลางวิธีการผลิตแบบทุนนิยม มนุษย์กลับต้องถูกกดขี่ ถูกเอาเปรียบ ต้องดิ้นรนเพื่อความอยู่รอด ทำให้ มนุษย์ไม่ได้ตระหนักถึงศักยภาพของพวกเขา เพราะพวกเขามุ่งมั่นอยู่กับการทำมาหากิน เพื่อหาเงินเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับอาหารและที่พักอาศัย จนไม่สามารถที่จะพัฒนาความสามารถและการคิดสิ่งใหม่ๆ ให้เพิ่มขึ้นได้ หากเป็นเช่นนี้ต่อไป มนุษย์จะไม่สามารถเป็นอิสระหลุดพ้นจากโซ่ตรวนของระบบทุนนิยม หรือติดอยู่กับภาพมายาที่เคลือบอยู่กับสินค้าฟุ่มเฟือย

แนวคิดพื้นฐานของมาร์กซ์ จากงานเขียนของ Ritzer (2000) กล่าวถึง ศักยภาพของมนุษย์ ในประเด็นของ อำนาจ และความจำเป็นของมนุษย์ (Powers and Needs) จิตสำนึก (Consciousness) การทำกิจกรรม (Activity) การอยู่รวมเป็นกลุ่ม (Sociability)

มุมมองในเรื่องอำนาจและความจำเป็นของมนุษย์ (Powers and Needs) อำนาจ คือสติปัญญาความสามารถในการเรียนรู้ และความสามารถในการคิดสร้างสรรค์อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพลังอำนาจของมนุษย์ไม่ใช่เกิดขึ้น โดยธรรมชาติ แต่มนุษย์เป็นผู้สร้างและสามารถเปลี่ยนแปลงตามสภาวะแวดล้อมของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ส่วนความจำเป็นคือความปรารถนาของมนุษย์ต่อสิ่งหนึ่งที่ไม่ได้เกิดขึ้นทันทีทันใด ความจำเป็นก็เหมือนกับพลังอำนาจที่ได้รับผลจากการกำหนดของสังคม ความแตกต่างระหว่างพลังอำนาจและความจำเป็นตามธรรมชาติ กับพลังอำนาจและ

ความจำเป็นในระบบทุนนิยม คือ พลังอำนาจและความจำเป็นตามธรรมชาติ เป็นผลรวมของความสามารถและความคิดสร้างสรรค์เพื่อการผลิต เพื่อตอบสนองความต้องการปัจจัยพื้นฐาน ตามการตระหนักรู้ที่มีจิตสำนึก ส่วนพลังอำนาจและความจำเป็นในระบบทุนนิยม คือ ภาพมายาและการอำพรางความจริงที่มนุษย์เป็นทาสต่อวัตถุตามจิตสำนึกที่ผิด

หัวใจสำคัญในเรื่องศักยภาพของมนุษย์ดังที่ มาร์กซ์ (Ritzer, 2000) กล่าวไว้คือ มนุษย์มีจิตสำนึก (Consciousness) ที่เชื่อมโยงความสามารถไปสู่การกระทำ มาร์กซ์ ได้ขยายความว่าจิตสำนึกของมนุษย์แตกต่างจากสัตว์ เพราะมนุษย์มีจิตใจและสติปัญญา ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. ในขณะที่สัตว์เพียงแค่ทำ แต่มนุษย์สามารถระลึกถึงในสิ่งที่ตนเองกำลังทำ และรู้ว่าเมื่อเกิดเหตุการณ์เช่นนี้แล้วจะต้องทำอย่างไร
2. ลักษณะเฉพาะของการตระหนักรู้ คือ มนุษย์สามารถเลือกที่จะทำหรือไม่ทำ และสามารถรับผิดชอบต่อการกระทำนั้นๆ
3. มนุษย์สามารถที่จะวางแผนก่อนจะลงมือทำ
4. การกระทำของมนุษย์เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นทั้งจากร่างกายและจิตใจ มนุษย์สามารถหาทางคลี่คลายและยืดหยุ่น
5. มนุษย์รู้ว่าทำไปเพื่ออะไร มีความตั้งใจ และสามารถจะละความสนใจหากสิ่งที่ทำนั้นมันนานเกินไป
6. มนุษย์มีจิตใจที่สามารถเปลี่ยนโครงสร้างของสังคมได้

จิตสำนึกเป็นลักษณะเฉพาะของมนุษย์ และมันเป็นรูปแบบที่นำพาให้มนุษย์กระทำและมีปฏิสัมพันธ์กัน จิตสำนึกเป็นจุดเริ่มต้นของผลิตผลทางสังคม และยังคงอยู่นานเท่านาน ตราบที่มีการคงอยู่ของมนุษย์ เพราะว่าการกระทำของมนุษย์ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และผลผลิตจากชีวิตเป็นส่วนขยายของจิตสำนึก

ในประเด็นของการทำกิจกรรม มาร์กซ์อธิบายว่า เป็นการเคลื่อนไหวของมนุษย์ ที่มีเป้าหมายบางอย่างเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อพัฒนาไปถึงความคิดสร้างสรรค์ ความแปลกใหม่ ความเป็นพิเศษเฉพาะ มากกว่าจะเป็นกิจกรรมที่เป็นไปตามวัฏจักรชีวิต เช่น กิน อยู่ นอน ตาย มนุษย์น่าจะมีเป้าหมายในชีวิตมากกว่านั้น นอกจากนี้ตามธรรมชาติของมนุษย์ชอบอยู่เป็นกลุ่ม มีมิตรไมตรี เพื่อสร้างสังคมที่ไม่เอาเปรียบ สังคมควรให้ออกาส ช่วยเหลือเกื้อกูล และมีทรัพยากรที่พอเพียง และมีการกระจายอย่างเป็นธรรม

การสร้างศักยภาพของครอบครัวตามแนวคิดความขัดแย้งของมาร์กซ์ รวมถึงประเด็นการเกิดผลที่ไม่เป็นไปตามที่คาดการณ์ (unanticipated consequences) หมายถึง การกระทำ หรือผลจากการกระทำที่ไม่มีการคาดการณ์ หรือทำนายล่วงหน้า ในกรณีนี้ คือ สมาชิกในครอบครัวไม่รู้มา

ก่อนว่าผู้สูงอายุในครอบครัวของคุณจะมีภาวะสมองเสื่อมเกิดขึ้น แต่ด้วยมนุษย์มีความสามารถ การคิดและจิตสำนึก ทำให้มนุษย์ในฐานะสมาชิกครอบครัว ย่อมมีศักยภาพในการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้เนื่องจากสมาชิกครอบครัวสามารถตระหนักรู้ว่าใครคือผู้ดูแล ด้วยการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งจะมีผลต่อเศรษฐกิจของครอบครัว ดังนั้นการเลือกว่าผู้ดูแลควรจะเป็นใครนั้น ครอบครัวมักเลือกบุคคลที่แข็งแรง ให้มารับหน้าที่ผู้ดูแล โดยมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจในครอบครัวน้อยที่สุด

2.4.2 รูปแบบความสัมพันธ์ในครอบครัว

จากงานของ James S. Coleman เรื่อง Social capital in the creation of Human capital (1988) มาจากทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ Coleman ได้อธิบายว่า รูปแบบความสัมพันธ์ในครอบครัว ได้แก่ สามีภรรยา พ่อแม่กับลูก และเครือญาติทางสายโลหิต เป็นทุนทางสังคมที่สำคัญ ในการสร้างสรรคทุนมนุษย์ ให้ทำหน้าที่รับผิดชอบ และทำตามความคาดหวังของสังคม เป็นพื้นที่ของการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างกัน และการสร้างคุณค่าให้กับบทบาทต่างๆ ในครอบครัว เช่น มีการแบ่งงานกันทำ ครอบครัวจึงเป็นโครงสร้างสังคมในการผลิตซ้ำบทบาทไปตามรูปแบบความสัมพันธ์ในครอบครัว โคลแมนเชื่อว่ารูปแบบความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งหมายถึงความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ ลูก รวมทั้งความสัมพันธ์ทางสังคมภายนอกครอบครัว ซึ่งหมายถึงความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน ผู้ปกครอง และนักเรียนด้วยตนเอง รวมถึงความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจ ทุนทางสังคมเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการสร้างทุนมนุษย์ (Human capital) ในครอบครัวผ่านการอบรมขัดเกลา ซึ่งวัดผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา ดังนั้นรูปแบบของความสัมพันธ์ที่ผูกพันและยึดเหนี่ยวให้มนุษย์กระทำกิจกรรมบางอย่างร่วมกัน ที่ฝังตัวอยู่ในความสัมพันธ์ระหว่างคนกับคน คนกับงาน องค์กรกับองค์กร โดยทุนทางสังคมจะดำรงอยู่ใน 3 รูปแบบคือ 1) ความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้น กล่าวคือ มีพันธะผูกพัน ความคาดหวัง ความไว้นับถือเชื่อใจ 2) ศักยภาพในการสื่อสารและการแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูล 3) บรรทัดฐานของสังคม ด้วยวิธีการให้คุณให้โทษอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้โครงสร้างทางสังคมทั้ง 3 ส่วน ต้องมีความใกล้ชิดและโยงใยเป็นเครือข่าย ด้วยเหตุผลที่ว่าหากโครงสร้างดังกล่าวมีความเหนียวแน่นมากเท่าใด ย่อมแสดงให้เห็นว่าลักษณะของสมาชิกที่มีศักยภาพในครอบครัว เช่น บุตร คู่สมรส และญาติ มีความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นต่อกัน มีความไว้นับถือเชื่อใจกัน ดูแลกันและกันอย่างมีเป้าหมาย มีการวางแผนการทำงานกิจกรรมร่วมกัน ย่อมแสดงถึงว่าครอบครัวนั้นมีทุนทางสังคมที่ดี ส่งผลให้ครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลที่ดีตามไปด้วย

2.4.3 ศักยภาพครอบครัว: แนวคิดระบบสังคม

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2544) ให้ความหมายว่า ครอบครัวเป็นหน่วยสำคัญของสังคม ในการอบรมขัดเกลาสมาชิก ให้กระทำบทบาทตามความคาดหวังของสังคม ขณะเดียวกัน ครอบครัวเป็นหน่วยของสังคม (social unit) โดยมีองค์ประกอบ 4 ประการ ส่วนความสัมพันธ์ ระหว่างครอบครัวกับเศรษฐกิจ คือ ครอบครัวให้กำลังแรงงานแก่ระบบเศรษฐกิจ และเศรษฐกิจให้ สินค้าเครื่องอุปโภคบริโภคแก่ครอบครัว โดยมีอิทธิพลระหว่างกัน

1. ตำแหน่งทางสังคม (social position) เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง ป้า น้า อา เป็นต้น ส่วนในด้านเศรษฐกิจครอบครัวจะเป็นผู้ให้แรงงาน หรือผู้ดำรงตำแหน่ง ทางสังคมแก่เศรษฐกิจ ขณะเดียวกันเศรษฐกิจก็ให้รายได้ ให้สินค้าและบริการ และให้ตำแหน่ง หน้าที่การงานแก่ครอบครัว

2. หน้าที่ (function) ครอบครัวมีหน้าที่ต่างๆ เช่น ให้กำเนิดสมาชิกใหม่ อบรมเลี้ยงดู ให้ความรักความอบอุ่น เป็นที่พึ่งทางใจ และให้สถานภาพ ย่อมเป็นประโยชน์เบื้องต้น แก่การปฏิบัติหน้าที่ของหน่วยเศรษฐกิจด้วย แต่การที่สมาชิกของครอบครัวจะปฏิบัติหน้าที่ เศรษฐกิจด้านต่างๆอย่างมีประสิทธิภาพ สมาชิกครอบครัวจะต้องผ่านหน่วยสังคมด้านการศึกษา ผ่านการฝึกอบรมเพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. แบบแผนพฤติกรรม (pattern of behavior) เช่น ความเชื่อ ความรู้ ค่านิยม อุดมการณ์ บรรทัดฐานทางสังคม ขนบธรรมเนียม ประเพณี พิธีกรรมเกี่ยวกับครอบครัว กฎหมายเกี่ยวกับครอบครัว ซึ่งเป็นแบบแผนการกระทำที่เขียนไว้เป็นลายลักษณ์อักษร มีองค์กร และเจ้าหน้าที่คอยกำกับให้เป็นไปตามระเบียบแบบแผน ทั้งครอบครัวและเศรษฐกิจต่างมีแบบแผน พฤติกรรมกำกับกับการกระทำของสมาชิกแต่ละฝ่าย คือเมื่อสมาชิกครอบครัวไปอยู่หน่วยเศรษฐกิจก็ ต้องรับกฎระเบียบของเศรษฐกิจ และเมื่อกลับสู่ครอบครัวก็ต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบของ ครอบครัวนั้นๆ

4. องค์กรวัตถุ หรือ วัฒนธรรมที่มีลักษณะเป็นวัตถุ (material component) เช่น ครัวเรือน เครื่องใช้ในครัวเรือน เครื่องประดับในบ้าน โดยจุดเน้นไม่ใช่ตัววัตถุ แต่เป็นตัวแบบทาง วัตถุ เช่น บ้านไทย บ้านญี่ปุ่น ในขณะที่ครอบครัวมีองค์กรวัตถุ เศรษฐกิจก็มีองค์กรวัตถุ คือ อาคาร หรือ โรงงาน เครื่องจักรกล ร้านค้า และสินค้า ในแง่ความสัมพันธ์ด้านนี้ของครอบครัวและเศรษฐกิจ คือ ครอบครัวต้องรับสินค้าจากเศรษฐกิจมาอุปโภคบริโภค ส่วนเศรษฐกิจก็ได้รับประโยชน์จาก ครอบครัวในด้านการป้อนองค์กรวัตถุ และเป็นผู้ซื้อสินค้าและบริการจากเศรษฐกิจ

จะเห็นว่าสองส่วนแรก (ตำแหน่งทางสังคมและหน้าที่) เป็นส่วนขององค์กรทางสังคม ซึ่งได้แก่คน และกลุ่มคน หรือองค์กร แล้วรวมกันเป็นครอบครัว สองส่วนหลังเป็นเรื่องของสถาบัน

ซึ่งเป็นแบบในการคิดการกระทำของครอบครัว ที่มีทั้งแบบทางวัตถุและที่ไม่ใช่วัตถุ คือ เป็นเรื่องของความคิดความเชื่อ ประเพณี ส่วนนี้เองที่เป็นวัฒนธรรมครอบครัว (family culture) ที่พูดถึงประเภทการสมรส ประเภทครอบครัว และอื่นๆ เป็นต้น

ทัลคอตต์ พาร์สันส์ (อ้างใน สุภางค์ จันทวานิช, 2554) กล่าวว่า หน้าที่ คือ กลุ่มของกิจกรรมที่ดำเนินไปเพื่อสนองความต้องการของระบบสังคม ในเบื้องต้น พาร์สันส์เห็นว่าสังคมเป็นระบบ ในระบบสังคมนี้มีหน้าที่ คือมีการกระทำกิจกรรม แต่กิจกรรมนี้ทำเป็นกลุ่มๆ และทำเพื่อมาสนองความต้องการของระบบ

หน่วยวิเคราะห์ของพาร์สันส์ คือ action (role performance) ซึ่งหมายถึงการมีปฏิริยาโต้ตอบระหว่างกัน (reciprocity) ประกอบด้วย

1. Actor หมายถึงผู้กระทำ หรือผู้มีประสบการณ์
2. Situation หมายถึง เหตุการณ์ที่มีความหมาย ในสายตาของผู้กระทำ ซึ่งอาจไม่ใช่ข้อเท็จจริงทั้งหมดของสถานการณ์ในสายตาผู้อื่นก็ได้ โดยสถานการณ์อาจมีทั้งเหตุผล และไม่มีเหตุผล เช่น การชวนผู้ป่วยไปดื่มน้ำโอวัลติน แต่ในความเป็นจริงคือ ชวนผู้ป่วยไปอาบน้ำ แต่หากบอกว่าไปอาบน้ำ ผู้ป่วยจะปฏิเสธ เป็นต้น

3. Actor's orientation คือการกระทำผ่านการประมวลเหตุการณ์ การแปลความหมาย การพิจารณาเหตุการณ์กับวัตถุประสงค์ของผู้กระทำ พิจารณาตามหลักศีลธรรมก่อนที่จะมีปฏิริยาโต้ตอบ

Actor's orientation แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ motivational orientation หมายถึงความเชื่อ อารมณ์ ศีลธรรม และ value orientation ถูกกำหนดจากมาตรฐานสังคม เช่น ลูก คู่สมรส ต้องดูแลพ่อแม่หรือสามีภรรยา

พาร์สันส์ (อ้างใน George Ritzer, 2000) เชื่อว่าการที่บุคคลจะกระทำ ต้องเริ่มจาก motivational orientation ซึ่งควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายไปตาม value orientation ซึ่งจะควบคุม motivational orientation ปัญหาที่เกิดจากการไม่ทำหน้าที่มักเกิดในระดับบุคคลเนื่องจากบุคคลเหล่านี้ไม่ปฏิบัติตามบรรทัดฐานทางสังคม อย่างไรก็ตาม พาร์สันส์จึงให้ความสำคัญกับการทำหน้าที่ของระบบ เพื่อควบคุมการกระทำของบุคคลมิให้ออกนอกกลุ่มนอกทาง เขาเชื่อว่าหน้าที่ของระบบมีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคล

จากการเรียบเรียงงานของพาร์สันส์ โดยสุภางค์ จันทวานิช (2554) ในเรื่องการทำหน้าที่พื้นฐานสี่ประการ ในชื่อย่อว่า AGIL ซึ่งประกอบด้วย การปรับตัว (Adaptation) การบรรลุเป้าหมาย (Goal Attainment) การบูรณาการ (Integration) และการรักษาแบบแผน (Latency) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การปรับตัว (Adaptation) คือ การทำหน้าที่ของทั้งระบบและผู้กระทำ ให้มีการปรับเปลี่ยนความคิดและการกระทำของสมาชิกให้เข้ากับทุกสถานการณ์ และสภาพแวดล้อม รวมถึงความต้องการของระบบ หากความคิดและการกระทำใดๆที่ดำรงอยู่ในสังคม ไม่ตรงกับความต้องการของระบบก็จะต้องมีการปรับตัวเพื่อเปลี่ยนแปลง ซึ่งการปรับตัวเป็นหน้าที่ พื้นฐานที่จะทำให้ระบบสังคมทำหน้าที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม สามารถดำเนินกิจกรรมต่อไป ได้ ดังเช่น การปรับตัวของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ ครอบครัววางไว้ เช่น การปรับเปลี่ยนเลือกสรรสมาชิกให้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล การสื่อสารพูดคุย สร้างความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ที่เพิ่มขึ้น และการเข้าใจความเจ็บป่วยที่ถาวร รวมถึงการสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงเป็นกุญแจสำคัญแห่งความสำเร็จ โดยหากไม่สามารถจัดการปัญหาด้วยวิธีหนึ่ง ก็อาจปรับเปลี่ยนไปใช้วิธีอื่น ที่ไม่ ก่อให้เกิดการเสียสมดุลของครอบครัว

2. การบรรลุเป้าหมาย (Goal Attainment) หน้าที่ครอบครัว คือ ต้องมีการ กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน เช่น เป้าหมายของครอบครัว คือ ทุกคนให้ความร่วมมือร่วมใจกันในการ ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม เพื่อประคับประคองไม่ให้โรคพัฒนาไปสู่ระยะที่รุนแรง

3. การบูรณาการ (Integration) คือ หน้าที่ในการทำให้กิจกรรมดำเนิน ต่อไป โดยให้เกิดปัญหาน้อยที่สุด ซึ่งจะต้องดำเนินไปร่วมกัน เนื่องจากระบบสังคมประกอบไปด้วยระบบย่อยที่มีความแตกต่างกัน เช่น การแบ่งหน้าที่ดูแลด้านการเงิน ได้แก่ ค่าตอบแทนผู้ดูแล และค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วย การประสานและการสร้างความเข้าใจให้ตรงกัน การสื่อสารปรึกษา พูดคุย ร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ความไว้วางใจ การหาข้อมูล การพาไปพบแพทย์ การ คำนวณค่าใช้จ่าย การเตรียมทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ในอนาคต การมีกลุ่มกิจกรรมเฉพาะของตน จำเป็นจะต้องมีการดูแลให้เกิดการประสานสอดคล้องระหว่างระบบย่อยต่างๆ จึงต้องบูรณาการเข้า หากันและกัน การมองปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบ คือ การไม่ประสานกันของระบบย่อย

4. การธำรงรักษาแบบแผน (Latency) เป็นหน้าที่ที่ทำให้ครอบครัว จรรโลงความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างสมาชิกครอบครัว ไม่ก่อให้เกิดความขัดแย้งที่จะนำไปสู่ การหย่าร้าง มีการวางแผน วิเคราะห์สถานการณ์ที่เกิดขึ้น และการเตรียมตัวเพื่อการปรับเปลี่ยน เช่น การลดทอนความตึงเครียดให้กับผู้ดูแลด้วยการให้พักผ่อน หรือเปลี่ยนให้สมาชิกคนอื่นๆช่วยดูแล แทน

ดังนั้นการเข้าสู่บทบาทการเป็นผู้ดูแล บุคคลจะต้องได้รับข้อมูลในการ กำหนด ทิศทางเพื่อทำความเข้าใจก่อนรับบทบาทจริงว่าต้องเผชิญกับผลอะไรบ้าง ได้แก่

1. พิจารณาการแสดงความรู้สึก ความผูกพัน ความรัก ควรจะเป็นใคร
2. พิจารณาความสัมพันธ์ที่มีลักษณะเฉพาะยาวนาน
3. การตัดสินใจประเมินความสัมพันธ์ว่าจะเป็นความสัมพันธ์กับใคร
4. พิจารณาความสัมพันธ์จากลักษณะส่วนบุคคล เช่น เป็นลูก คู่ครอง ญาติ เป็นต้น

5. การกระทำของผู้ดูแลตั้งเป้าหมายเพื่อตนเองหรือครอบครัว

หากระบบครอบครัวมีศักยภาพเพียงพอ หรือมีหน้าที่ตาม AGIL กล่าวคือ A G ทำหน้าที่เป็น Instrumental function ในการจัดสรรทรัพยากร เช่น ปัจจัย 4 ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และสภาพแวดล้อมที่กำหนด ขณะที่ I L ทำหน้าที่เป็น Expressive function ในการผนึกพลังกายและใจ เพื่อสร้างขวัญกำลังใจให้กับสมาชิกในครอบครัว ก็จะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีความคงที่ของอารมณ์และพฤติกรรมนานกว่าปกติ อย่างไรก็ตาม การกระทำของครอบครัวต้องคำนึงถึง

1. ขอมรับการปฏิบัติของสมาชิกตามจารีต
2. ต้องเกื้อกูลซึ่งกันและกัน
3. ควบคุมสมาชิกมิให้ออกนอกกลุ่มนอกทาง
4. ต้องอบรมให้บุคคลยอมรับในการทำหน้าที่ผู้ดูแล โดยไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นการบังคับ

5. เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติ มีการประเมินว่าเป็นหน้าที่ของตนตรงตามความต้องการ จนกลายเป็นภาวะสถาบัน (ลูกดูแลพ่อแม่ สามีดูแลภรรยา ภรรยาดูแลสามี ที่ไม่มีระบบจ้างวาน)

จากการที่โครงสร้าง และลักษณะครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลงไป เกิดมีครอบครัวหลากหลายรูปแบบมากขึ้น รูปแบบครอบครัวที่แตกต่างกันนี้ ล้วนเผชิญกับการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ป่วย และผู้สูงอายุที่ป่วยเช่นเดียวกัน ซึ่งหากสมาชิกในครอบครัวใด ต้องรับบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ที่มีสถานภาพของความเป็นพ่อแม่ด้วยแล้ว สมาชิกในครอบครัวก็ต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแล ซึ่งเป็นบทบาทที่ได้สืบทอดค่านิยมในการดำเนินชีวิต การให้ความเคารพ มีความกตัญญูต่อผู้ใหญ่ สิ่งเหล่านี้เป็นวัฒนธรรมดั้งเดิมที่มีผลต่อการให้คุณค่า และความหมายเชิงวัฒนธรรมของความเป็นครอบครัว แต่เมื่อกาลเวลาเปลี่ยนไป คนรุ่นใหม่อาจมีคำถามกับสังคมว่า เมื่อคุณค่าและความหมายเชิงวัฒนธรรมความเป็นครอบครัวในสังคมไทยจากรากเดิมปะทะกับลักษณะครอบครัวที่มีความหลากหลายมากขึ้นในสังคมปัจจุบันที่มีวัฏจักรชีวิตครอบครัว (family life cycle) แตกต่างไปจากวัฒนธรรมดั้งเดิม (อมรา สุนทรธาดา และสุพิศรา เลิศชัยเพชร, 2552) ซึ่ง

หมายความว่า บทบาทผู้ดูแลสมาชิกที่ป่วยในครอบครัว จะดำรงอยู่ในรูปแบบความสัมพันธ์แบบใด ระหว่างสามีภรรยา พ่อแม่ลูก หรือพี่น้อง ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่ยังปรากฏอยู่ ทั้งในรูปแบบครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวขยาย และครอบครัวรวมที่ไม่แตกต่างกัน

ปัจจุบันปัญหาเรื่องคนชราที่กำลังเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อสถาบันครอบครัวเป็นอย่างมาก ปัญหานี้ปรากฏในสังคมสมัยใหม่ที่มีความเจริญก้าวหน้าและสังคมที่กำลังพัฒนาอย่างสังคมไทย ในสังคมอเมริกัน คนชราอยู่ตามลำพังสามีภรรยา หรืออยู่ในบ้านพักคนชรารูปแบบต่างๆ เป็นชีวิตที่เงียบเหงาเศร้าซึม ส่วนในสังคมไทยการที่จำนวนคนชราเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับเศรษฐกิจที่รัดตัว ทำให้คนวัยหนุ่มสาวต้องทุ่มเทเวลาในการประกอบอาชีพ จึงมีเวลาให้กับครอบครัวในการดูแลบิดามารดา หรือคนชราในครอบครัวน้อยลง

การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดขึ้นในประเทศไทย เช่นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร คือ ประชากรวัยเด็กมีแนวโน้มลดลง แต่ประชากรสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การอยู่อาศัยแบบครอบครัวขยายที่มีคนมากกว่า 2 รุ่น คือ รุ่นปู่ย่า ตายาย รุ่นพ่อ แม่ และรุ่นลูก อาศัยในครอบครัวเดียวกัน เป็นครอบครัวที่มีความร่วมมือกัน ในกิจกรรมต่างๆ ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ การศึกษา การอบรมเลี้ยงดู การปลูกฝังวัฒนธรรม คุณธรรม ค่านิยม กลายเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีแต่ พ่อ แม่ และลูกมากขึ้น รวมทั้งการเกิดขึ้นของครอบครัวลักษณะอื่นๆ เช่น พ่อ หรือแม่เลี้ยงเดี่ยว ครอบครัวเพศเดียวกัน ครอบครัวบุญธรรม ครอบครัวผู้สูงอายุ ครอบครัวที่มีแต่ผู้สูงอายุและเด็ก ปรากฏการณ์เหล่านี้เกิดจากปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นตัวกำหนด เช่น การอพยพแรงงานเข้าสู่เมืองใหญ่ จากการพัฒนาประเทศ สังคมซึ่งแต่เดิมเป็นสังคมชนบท มีแนวโน้มเป็นสังคมเมืองมากขึ้น การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ครอบครัวพ่อหรือแม่เลี้ยงเดี่ยวจะยิ่งมีมากขึ้น ในขณะที่ครอบครัวสามช่วงวัยจะลดน้อยลง ซึ่งการลดลงนี้จะมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว ความมั่นคงและการคุ้มครองทางสังคมสำหรับเยาวชนและผู้สูงอายุ เช่น ครอบครัวมีแนวโน้มปล่อยให้เด็กอยู่ตามลำพังมากขึ้น เนื่องจากบิดามารดาต้องออกไปทำงานนอกบ้าน มีเวลาอยู่ด้วยกันน้อยลง ส่วนผลกระทบที่มีต่อผู้สูงอายุ เช่นบทบาทของผู้สูงอายุในการช่วยเหลือกิจกรรมของครอบครัวลดลง สังคมละเลยคุณค่าของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังมากขึ้น เพราะครอบครัวไม่สามารถเลี้ยงดูผู้สูงอายุได้ ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ในสภาวะที่ยากลำบาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย (อมรา สุนทรธาดา และสุพัตรา เลิศชัยเพชร, 2552)

จากการศึกษา เรื่อง รูปแบบครอบครัวกับการเกื้อหนุน และสวัสดิการผู้สูงอายุ ของ กุศล สุนทรธาดา (2552) พบว่าโดยทั่วไปครอบครัวมีบทบาทหน้าที่หลักหลายประการ คือ ทำหน้าที่เป็นแหล่งขัดเกลาทางสังคม ให้การอบรม ถ่ายทอดวัฒนธรรม ประเพณี ความเป็นอยู่

รวมทั้งสร้างบุคลิกภาพ ระบบวิธีคิด และการให้คุณค่าในเรื่องต่างๆ นอกจากนั้นยังทำหน้าที่เป็นแหล่งสวัสดิการเบื้องต้น ทั้งในด้านการดูแลเลี้ยงดู ให้ความช่วยเหลือเอื้ออาทรในสภาวะวิกฤติต่างๆ อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว และรูปแบบการอยู่อาศัย อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ความอ่อนแอของขนบธรรมเนียมประเพณี และความเชื่ออันเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพ่อ แม่ ลูก มีผลต่อสวัสดิการของผู้สูงอายุและเด็กอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงให้ข้อเสนอแนะว่ารัฐควรขยายโครงการเยี่ยมบ้าน และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุและครอบครัวอีกทางหนึ่ง เพราะในอนาคตครอบครัวจะยังมีบุตรน้อยลง การได้รับการดูแลจากบุตรของผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ก็จะมีคนน้อยลง

2.5 ครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม: งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทบทวนจากงานวิจัยทั้งในประเทศ และงานวิจัยจากต่างประเทศ โดยแบ่งเป็นแนวคิดทางการแพทย์ และแนวคิดทางสังคมศาสตร์

2.5.1 แนวคิดทางการแพทย์

จากงานวิจัยของ วรณนิภา บุญระยอง (2543) เรื่อง ภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง การดูแลที่เป็นภาระมากที่สุด คือการสื่อสาร การขับถ่าย การทำความสะอาด การรับประทานอาหาร ส่วนปัญหาทางเศรษฐกิจ และสังคมนั้น พบว่าการรับภาระเป็นผู้ดูแล มิได้ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว ส่วนปัญหาความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นกับผู้ดูแลนั้น ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการดูแลรักษา

จากงานวิจัยของ ศิริพันธุ์ สาสัดย์, Rosamund M Bryar BNur และ Andrew J. Newens (2543) เรื่องการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีอาการสมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคมพุทธศาสนาในประเทศไทย พบว่า ภาวะเครียดของผู้ดูแลที่สูงขึ้นแปรผกผันกับสภาพสมองของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ลดลง ในขณะที่เดียวกันจะแปรผันตรงกับระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น หรือระดับการช่วยเหลือตนเองที่ลดลง

จากงานวิจัยของ วิไลวรรณ ทองเจริญ, ภิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และสมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี (2546) เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีปัญหาด้านร่างกาย เช่น เครียด ปวดหลัง ปวดต้นคอ นอนไม่พอ อ่อนเพลีย ปัญหาด้านจิตใจ สังคม และ

เศรษฐกิจ พบว่าผู้ดูแลมีความเครียดจากการขาดความรู้ในการดูแล พฤติกรรมผิดปกติของผู้ป่วย การปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเอง ขาดอิสระ รวมถึงรูปแบบการดูแลในกิจวัตรประจำวันต่างๆ

จากงานวิจัยของ ภาศิญา อ่อนดี (2547) เรื่อง ภาวะการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ประเด็นสำคัญและการช่วยเหลือ พบว่าผู้ดูแลได้รับผลกระทบ ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพในครอบครัว และเศรษฐกิจ นอกจากนี้ควรต้องมีการประเมินความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และได้มีการเสนอแนะไว้ว่า ควรมีการเสนอรูปแบบการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เช่น การจัดกลุ่มให้ความรู้ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล มีโปรแกรมการจัดการความเครียด และมีบริการครอบครัวบำบัด

กรณีศึกษาของ ทิวรรณ อุณาภิรักษ์ (2547) เรื่อง ผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลเกิดปัญหาและได้รับผลกระทบในทุกด้าน โดยปัจจัยที่มีผลเสริม ให้เกิดความตึงเครียดกับผู้ดูแล ได้แก่ การที่ผู้ดูแลมีอายุมาก และมีปัญหาด้านสุขภาพ ไม่มีการแบ่งเบาภาระรับผิดชอบ ส่วนปัจจัยด้านลบ ได้แก่ ความจำเป็นต้องดูแล ไม่มีเวลาส่วนตัว ส่วนการสนับสนุนด้านบวก คือ ความเต็มใจในการดูแล ความรักความผูกพัน สัมพันธภาพเดิม การมีรายได้ที่เพียงพอ การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในครอบครัว ส่วนปัญหาและผลกระทบต่อผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ ถึงวัยผู้สูงอายุ จึงมีโรคประจำตัว และปัญหาด้านสุขภาพเดิมอยู่ ส่วนปัญหาทางด้านจิตใจและสังคม พบว่าเป็นผลมาจากความเหนื่อยล้า และความเครียด

จากงานวิจัยของ นภาพร ฤทธิวีรกุล (2549) เรื่อง ปัจจัยที่ทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม พบว่าในระหว่างการดูแล ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้น ได้แก่ มีความเครียด วิตกกังวล ปวดเมื่อยร่างกาย อารมณ์เสีย หงุดหงิด ปวดหรือเวียนศีรษะ นอนไม่หลับ เหนื่อย อ่อนเพลีย เป็นต้น ในสถานการณ์ของการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมปริมาณการดูแล เป็นปัจจัยด้านความรุนแรงของสถานการณ์ที่สะท้อนถึงกิจกรรมและภาระงานของผู้ดูแล ที่จะต้องทำเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุ ภาระในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลจะประเมินสถานการณ์ของการดูแลทั้งทางบวกและลบไปพร้อมๆกัน กล่าวคือเป็นความเครียด เนื่องจากความยากลำบากในการดูแล และมีปัญหาการสื่อสารกับผู้ป่วยทำให้ต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัว ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง ซึ่งหากผู้ดูแลไม่สามารถเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลหรือเกิดความเจ็บป่วยทางกายตามมา เช่น โรคกระเพาะอาหาร โรกระบบทางเดินหายใจ โรคความดันโลหิตสูง ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลในทางบวกกล่าวคือ เป็นผลดีหรือได้รับรางวัลจากการดูแล การประเมินเช่นนี้ จะสะท้อนถึงอารมณ์ที่พึงพอใจในการดูแล ลดความเครียด และส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เกิดความผาสุก มีขวัญและกำลังใจที่ดี

จากงานวิจัยของ วีรศักดิ์ เมืองไพศาล (2552) เรื่องภาระการดูแลผู้ป่วย และความ ต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย ที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อทราบถึงภาระของ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย และเพื่อตรวจสอบการให้บริการที่สามารถสนับสนุน พวกเขาได้ พบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเป็นภาระของผู้ดูแลเป็นอย่างมากโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ซึ่งความเจ็บป่วยทางกาย ส่งผลกระทบต่อทั้งทางสังคม และอารมณ์ วัฒนธรรม คุณภาพของความสัมพันธ์และทรัพยากรที่มี (การรับมือ, การวางแผนชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม) บางครั้งมีส่วนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเอง กับ ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมของ ปิณฑร สิริทิพากร (2555) พบว่าภาระของ ญาติผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม นั่นคือ ภาระของญาติผู้ดูแลมาก จะส่งผลให้ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลยิ่งแย่ลง และแหล่งทักษะภายใน ตนเอง (หมายถึง ทักษะที่เกิดจากการเรียนรู้ และสะสมมาจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม นั่นคือ ผู้ที่มีแหล่ง ทักษะภายในตนเองในระดับสูง จะมีความสามารถในการฟื้นฟู ปรับสภาพร่างกายและจิตใจ ได้ ดีกว่าผู้ที่มีแหล่งทักษะภายในตนเองในระดับต่ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ สมองเสื่อม ที่มีแนวคิดทางการแพทย์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการดูแล ศึกษาผลกระทบ และความรู้สึกรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแล รวมทั้งศึกษาปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ซึ่งผลการศึกษาใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพการบริการด้านการพยาบาล

2.5.2 แนวคิดทางสังคมศาสตร์

จากงานวิจัยของ นิชภา โมราถบ และคณะ (2555) เรื่อง บทบาทของสมาชิกใน ครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัว ในการดูแลผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวที่มีหน้าที่ให้การดูแลหลัก แก่ผู้สูงอายุ อัลไซเมอร์ คือ บุตร รองลงมาคือ คู่สมรส หลาน และญาติพี่น้อง ตามลำดับ เหตุผลใน การดูแล เนื่องจากไม่มีบุคคลอื่น ไม่มีภาระส่วนตัว เป็นการแสดงถึงความกตัญญูทศเวที่ต่อ ผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ รวมทั้งอาสาดูแลด้วยความเต็มใจ ส่วนใหญ่ได้รับการเกื้อหนุนจากสมาชิกใน ครอบครัวคนอื่นในด้านการเงินและบริการ ส่วนบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแล ผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ ครอบคลุมใน 4 ด้านสำคัญได้แก่ การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการ รักษา ด้วยการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ฟื้นฟูสภาพจิตใจ ชวนพูดคุย อยู่เป็นเพื่อน ส่งเสริมการ

พักผ่อนหย่อนใจ การช่วยเหลือตามความต้องการของผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ รวมไปถึงการให้ยา และพบแพทย์ตามนัด

จากงานวิจัยของ นายแพทย์พิชิต สุขสบาย (2543) เรื่อง การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในกลุ่มผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของครอบครัวเมื่อป่วยขึ้นอยู่กับ ความสัมพันธ์เดิมของครอบครัว โดยพบได้ 2 ลักษณะคือ กลุ่มที่ความสัมพันธ์เดิมไม่ดี เช่นลูกชังมักรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าลูกรัก ที่มักได้รับทรัพย์สินเงินทองไปก่อนหน้าแล้ว แต่กลับไม่มาดูแล ความสัมพันธ์เชิงขัดแย้งนี้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกคับแค้นใจ และเหนื่อยล้าอย่างมากกับการดูแลผู้ป่วย ส่วนอีกกรณีหนึ่งคือลูกจับกลุ่มกันเพื่อต่อต้านผู้ป่วย กรณีที่ผู้ป่วยเลี้ยงดูลูกๆอย่างไม่อบอุ่น ทำให้ลูกๆกลัว รู้สึกห่างเหิน และไม่ยอมเข้ามาดูแลยามเจ็บป่วย แต่จะโยนภาระให้กับลูกคนใดคนหนึ่ง ลูกๆจะจับกลุ่มกันต่อต้าน และไม่เชื่อว่าผู้ป่วยเจ็บป่วยจริง คิดว่าผู้ป่วยแกล้ง ส่วนกรณีสุดท้ายคือความสัมพันธ์ที่ห่างเหิน หากความสัมพันธ์เดิมระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลห่างเหิน เมื่ออาการทรุดหนักลง มีโอกาสที่ผู้ดูแลจะเหนื่อยล้ามาก จนทำร้ายผู้ป่วยได้ เพราะความไม่เข้าใจผู้ป่วย ความน้อยใจที่ผู้ป่วยห่างเหินตนมาก่อน และมักจะปักใจเชื่อว่าอาการของผู้ป่วยเกิดจากการกลั่นแกล้งตน ไม่ใช่โรค ส่วนในกลุ่มที่ครอบครัวมีความสัมพันธ์เดิมดี รักกันมาก่อน เมื่อมีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ครอบครัวจะรวมตัวและช่วยกันดูแลผู้ป่วย แม้อาการจะหนักขึ้นมาก แต่ผู้ดูแลมักทำใจยอมรับได้ และคอยดูแลซึ่งกันและกัน ในด้านลักษณะความทุกข์ของผู้ดูแล งานวิจัยสะท้อนสภาพความเหนื่อยล้าอย่างมากของผู้ดูแล (Caregiver burden) แทบทุกครัวเรือน บางรายอยู่ในสภาพที่ทนไม่ไหวอีกต่อไป (Caregiver burnout) ความทุกข์ของผู้ดูแลมีตั้งแต่ทางกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และมักก่อให้เกิดการทะเลาะกันภายในบ้าน (Family quarreling) รวมไปถึงการทำร้ายผู้ป่วย (Elder abuse) ด้วย พบว่า ผู้ดูแลมีวิธีจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น 4 รูปแบบ ได้แก่ สูดบุหรืคิมเหล้า ทำผัดแล้วขอโทษ หนีชั่วคราว และร้องไห้สวดมนต์ขอพรกับพระเจ้า

จากงานวิจัยของ รัชฎา รักขนาม (2543) เรื่อง สภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม มีวัตถุประสงค์ในการวิจัยเพื่อศึกษาถึงสภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม แหล่งเครือข่ายทางสังคมที่ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ครอบครัว และความต้องการการช่วยเหลือบริการทางสังคมของครอบครัว โดยเป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ประชากรกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม ที่เป็นบุคคลในครอบครัวของสมาชิกชมรมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย จำนวน 5 ราย ผลการศึกษาปรากฏว่า ผู้ให้การดูแลทุกรายเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยระหว่าง 3-10 ปี เหตุที่ดูแลเพราะมีเวลาว่าง ไม่มีภาระส่วนตัว เป็นการทำหน้าที่เพื่อ

ตอบแทนบุญคุณ และด้วยความรักความผูกพัน ผู้ดูแลทุกรายมีความเห็นตรงกันว่า การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นภาระที่หนัก และสร้างความเครียดแก่ผู้ดูแล แต่ละครอบครัวได้พยายามสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยพยายามทำความเข้าใจในอาการป่วย เพื่อยอมรับและปรับตัวเข้าหาผู้ป่วย ระวังถึงการตอบแทนบุญคุณเพื่อเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และลดปัญหาด้านความเครียด รวมถึงการสังเกตดู ความต้องการของผู้ป่วยเพื่อช่วยฟื้นฟูจิตใจของผู้ดูแล โดยการมีส่วนร่วมในการดูแล ส่งเสริมผู้ดูแลให้มีโอกาสได้พักผ่อน และการแวะเวียนมาให้กำลังใจอยู่เสมอ การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ แต่ละครอบครัวจะจัดจ้างผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย เพื่อแบ่งเบาภาระของผู้ดูแล การช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล และการดูแลในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งเป็นภาระที่ผู้ดูแลต้องเฝ้าระวังตลอด 24 ชั่วโมง ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีความรู้ด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค เพื่อเรียนรู้และทำความเข้าใจในตัวผู้ป่วย ด้วยเชื่อว่าการเข้าใจในสภาพของผู้ป่วยจะช่วยลดภาวะความตึงเครียดในครอบครัวลงได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีเงินบำนาญ เงินสะสมที่สามารถนำมาใช้ในการรักษาพยาบาล การจ้างผู้ดูแล และการดำรงชีวิตประจำวัน โดยไม่ต้องเป็นภาระด้านการเงินแก่ผู้ดูแล แต่อย่างไรก็ตามสมาชิกในครอบครัวก็ยังเป็นแหล่งเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญที่ทำให้การเกื้อหนุนทางสังคมทุกๆด้านแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วย รongลงมาได้แก่เครือข่ายเพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ และชมรมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย ซึ่งมีส่วนสำคัญในการเกื้อหนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ความรู้ในเรื่องอาการป่วย และวิธีการดูแลรักษา ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ต้องการความช่วยเหลือในด้านศูนย์บริการดูแลผู้ป่วยในช่วงกลางวัน หรือชั่วคราวจากรัฐ เพื่อช่วยผ่อนภาระในบางโอกาส เนื่องจากการบริการของเอกชนจะมีราคาสูง และสถานบริการบางแห่งไม่ยอมรับผู้ป่วยสมองเสื่อม บริการที่ต้องการรongลงมาคือ การส่งเสริมความรู้เรื่องอาการสมองเสื่อม ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วย มีความเข้าใจกับลักษณะอาการของผู้ป่วย เพื่อช่วยลดความตึงเครียดลง รวมทั้งต้องการการจัดสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล

การศึกษาสัมพันธภาพในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ในบริบทการเปลี่ยนแปลงทางสังคมวัฒนธรรมไทยในเขตเมืองของ ปิยาภรณ์ จันทรโพธิ์ (2547) พบว่าครอบครัวเป็นหน่วยแรก และได้รับผลกระทบเป็นอย่างมากจากการมีผู้ป่วยสมองเสื่อมในครอบครัว ขนาดและองค์ประกอบของครอบครัวไทยในสังคมปัจจุบัน ได้ถูกทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากจากระบบทุนนิยมที่เน้นการเจริญเติบโตทางด้านวัตถุ มีการแข่งขันกันทางด้านเศรษฐกิจ การเพิ่มจำนวนของครอบครัวเดี่ยวจึงกลายเป็นรูปแบบหลักของครอบครัวไทยในปัจจุบัน นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของสังคมและวัฒนธรรมอย่างรวดเร็ว ยังก่อให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เต็มไปด้วยความเครียด ซึ่งเป็นที่มาของโรคต่างๆมากมาย รวมถึงภาวะสมองเสื่อมด้วย ในปัจจุบันขอบเขตของ

การดูแลผู้ป่วยได้ขยายวงกว้างออกไป จากการดูแลของสมาชิกในครอบครัว ไปสู่การว่าจ้างผู้อื่นมาดูแล

จากการศึกษาของ เล็ก สมบัติ (2549) เรื่อง ภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว โดยศึกษาบทบาทและความสามารถของครอบครัว รวมทั้งศึกษาปัญหาและความต้องการของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มประชากรที่ใช้ศึกษา คือสมาชิกครอบครัวที่คัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งจากภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยผลการศึกษาวิจัยสรุปได้ดังนี้ คือ สมาชิกในครอบครัวส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 39 ปี นับถือศาสนาพุทธ สมรสแล้ว จบการศึกษา ระดับประถมศึกษาปีที่ 4 หรือ 6 มีอาชีพเป็นเกษตรกร ส่วนมากมีสถานะเป็นบุตรของผู้สูงอายุ การศึกษาถึงปัจจัยในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยภายในซึ่งหมายถึงสัมพันธภาพในครอบครัวระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้สูงอายุ มีสัมพันธภาพในระดับที่ดี โดยเฉพาะด้านการเคารพเชื่อฟัง มีเหตุผลและการเอาใจใส่ให้ความรัก ส่วนปัจจัยภายนอกในการดูแลผู้สูงอายุนั้น โดยภาพรวมอยู่ในระดับที่ไม่ดี มีระดับการได้รับการบริการและไม่ได้รับการบริการอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกัน บริการจากเครือข่ายความช่วยเหลือจากภายนอกที่ครอบครัวและผู้สูงอายุได้รับมากที่สุดคือ บริการด้านสุขภาพ ส่วนบริการที่ได้รับน้อยที่สุดคือ บริการด้านสังคม ได้แก่ การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ การเยี่ยมเยียน โดยอาสาสมัครและการสงเคราะห์ด้านต่างๆ และจากการสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งการเยี่ยมเยียนบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง สรุปได้ว่าครอบครัวส่วนมากมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัจจัยภายในครอบครัวเป็นพื้นฐานสำคัญ ลักษณะการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จะมีการกำหนดให้มีผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ด้านอาหาร การรับประทานยา การทำความสะอาดร่างกายและการดูแลด้านสุขภาวะโดยรวม ส่วนสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ จะให้การสนับสนุนช่วยเหลือในด้านเงินทอง เสื้อผ้า ของใช้ที่จำเป็น สิ่งที่ครอบครัวให้การดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัวในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านอาหาร และโภชนาการ ด้านการเงิน เครื่องนุ่งห่ม เครื่องอุปโภค บริโภคและด้านที่อยู่อาศัย การที่ครอบครัวให้การดูแลผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดีทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมั่นใจ และเชื่อมั่นว่าครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ แต่ในภาวะปัจจุบันครอบครัวและผู้สูงอายุประสบปัญหาหลายประการ ได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพ ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ปัญหาด้านการเงิน จึงมีความต้องการความช่วยเหลือ ทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเอง และสมาชิกครอบครัวด้วย เพื่อเสริมสร้างให้มีศักยภาพเข้มแข็งสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ต่อไป

จากงานวิจัย ของ Lori Kaplan (2001) ที่ได้ศึกษาถึงสัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีคู่สมรสป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์ โดยต้องการที่จะวัดระดับการรับรู้ของคู่สมรสต่อสถานภาพการแต่งงาน

โดยแบ่งการรับรู้ออกเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ความรู้สึกเข้มแข็งของกลุ่มสมาชิกรรยา ที่มีความรู้สึกว่ายังเป็น “เรา” ไปจนวันตาย ไปจนถึงผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้สึกถึงการเป็นคู่ชีวิตหลงเหลืออยู่เลย โดยเป้าหมายในการศึกษาได้ใช้ความสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ มาเป็นเครื่องมือในการทำความเข้าใจเข้าสู่สมรส รวมถึงการเข้าไปอยู่ในสถานพยาบาลของผู้ป่วย มีผลกระทบกับสถานภาพของกลุ่มสมรสอย่างไร ซึ่งจากงานวิจัยพบว่ากลุ่มสมรสจะรู้สึกเป็นอิสระ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลเป็นเวลานาน ยกเว้นกลุ่มสมรสที่อยู่ในกลุ่มแรกที่มีการรับรู้ถึงความเป็นเราไปจนวันตาย จะรู้สึกเป็นอิสระจากความสัมพันธ์ภาพฉันสามีภรรยา น้อยมากซึ่งความแตกต่างนี้เป็นผลมาจากความรู้สึกที่ว่า การเจ็บป่วยที่นำไปสู่ความตายนั้นเป็นเรื่องปกติ

จากงานวิจัย ของ Judith Globerman (1996) ที่ได้ศึกษาถึงแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ ในครอบครัวของลูกชายและลูกสาว ซึ่งแบ่งรูปแบบของแรงจูงใจในการดูแลออกเป็น 4 แบบ คือ 1. Reactive versus directive โดยลูกเขยจะทำหน้าที่เป็นผู้มีส่วนร่วมหรือผู้สนับสนุน คือออกไปให้ความช่วยเหลือเมื่อภรรยาของเขาต้องการ ดังจะเห็นได้ว่าไม่มีลูกเขยคนใดเลยในการวิจัยครั้งนี้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ส่วนลูกสะใภ้จะทำหน้าที่เป็นผู้ควบคุมหรือผู้ดูแลหลัก 2. Notions of obligation มีความเชื่อที่แตกต่างกันว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นภาระหน้าที่ คือลูกเขยจะไม่คิดว่ามันคือหน้าที่ แต่ลูกสะใภ้คิดว่า การดูแลบิดามารดาของสามีเป็นหน้าที่ที่ต้องกระทำ ซึ่งสามีก็คาดหวังให้เป็นอย่างนั้น 3. Manager functions หากบิดามารดาของสามีไม่ได้รับการดูแล พวกเขาจะรู้สึกเป็นทุกข์ ซึ่งส่งผลให้ลูกชายเป็นทุกข์ เพราะฉะนั้นลูกสะใภ้จึงจัดการกับความทุกข์ทรมานนี้โดยการรับมือกับความเจ็บป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์ของผู้ป่วย เพราะคิดว่าเป็นการช่วยเหลือสามี และบทบาทที่ลูกสะใภ้จะต้องทำ ซึ่งแตกต่างจากลูกเขย ที่จะเป็นเพียงแค่ผู้ช่วยที่คอยสนับสนุนภรรยาของเขาเท่านั้น 4. Impact of caregiving involvement ผลกระทบที่เกิดจากการต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมของลูกเขยและลูกสะใภ้นั้นแตกต่างกัน คือ ลูกเขยจะรู้สึกว่ามันทำให้เขามีความอดทนและรอบคอบมากขึ้น แต่ลูกสะใภ้กลับรู้สึกว่ามันทำให้พวกเขาเหมือนคนจมน้ำ ทำให้ชีวิตถูกตัดขาดจากสังคม ขาดความเป็นส่วนตัว ไม่สามารถควบคุมการใช้ชีวิตของตนเองได้

จากงานวิจัย ของ Catherine Chesla, Ida Martinson, Marilou Muwaswes (1994) ที่ได้ศึกษาถึงความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ของสมาชิกในครอบครัว โดยให้สมาชิกครอบครัวบรรยายถึงการดูแลในช่วง 1 ถึง 1 ปีครึ่ง การบรรยายมีความแตกต่างกันของประสบการณ์ ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยอัลไซเมอร์ มีทั้งแบบต่อเนื่องต่อเนื่องแต่มีการเปลี่ยนแปลง หรือไม่ต่อเนื่องอันเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ก่อนหน้าที่จะป่วย การวิจัยนี้ได้คัดแยกสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ ซึ่งเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพที่ไม่ดีทั้งทาง

ร่างกาย จิตใจ รวมถึงคุณภาพชีวิต แล้วนำมาเปรียบเทียบกับสมาชิกคนอื่นที่ไม่ได้เป็นผู้ดูแล ได้ศึกษาถึงการระงับของครอบครัว แหล่งสนับสนุน รวมถึงการสนับสนุนทางสังคม และลักษณะอาการของผู้ป่วยอัลไซเมอร์ ที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัว จากงานวิจัยพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัวต่อผู้ป่วยอัลไซเมอร์ แสดงให้เห็นใน 3 รูปแบบ (a)ความสัมพันธ์ที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งเวลาและความใกล้ชิด (b)การดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ทำให้สมาชิกครอบครัวรู้สึกทั้งเป็นทุกข์และเป็นสุข (c)ความสัมพันธ์แบบพึ่งพาอาศัยกันของสมาชิกครอบครัว ซึ่งเป็นแง่มุมสำคัญของการศึกษา นอกจากนั้นผลการวิจัยยังพบอีกว่า ความสัมพันธ์ของสมาชิกครอบครัวและผู้ดูแลอัลไซเมอร์จะลดลง ภายหลังจากการดูแล 18 เดือน ความจริงที่พบคือ เมื่อได้ทราบถึงการวินิจฉัยโรคพวกเขาจะรู้สึกไม่เข้าใจว่าเกิดอะไรขึ้น อาจรู้สึกโกรธ เศร้า เสียใจ จากนั้น 6 เดือนต่อมาสมาชิกครอบครัวจะให้ความสนใจที่การสูญเสียความสัมพันธ์ก่อนหน้าที่มีกับผู้ป่วย เมื่อผ่านไป 1 ปีครึ่ง ผู้ดูแลจะค้นพบถึงการรับมือกับการเปลี่ยนแปลง แต่ยังคงมีความสัมพันธ์ที่ต่อเนื่อง โดยเฉลี่ยแล้วมักพบว่าผู้ดูแลจะรู้สึกมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยอัลไซเมอร์ลดลง มีเพียงบางส่วนที่บอกว่าความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอัลไซเมอร์ดีขึ้นเมื่อการดำเนินของโรคมารุนแรงขึ้น

จากงานวิจัยของ Janet Zollinger Giele (1984) ได้ทำการศึกษาผู้พิการในทุกช่วงอายุ ซึ่งอาศัยอยู่ที่บ้าน เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัว ผู้พิการ และชุมชน รวมถึงการเผยให้เห็นถึงความสมดุลระหว่างแหล่งสนับสนุนจากภายนอก และภายในครอบครัว โดยการที่ประชากรสูงอายุเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่มีราคาสูงขึ้น ส่งผลให้ครอบครัวต้องเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งการวิจัยพบว่าระดับรายได้และการศึกษา มีความสอดคล้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยของสมาชิกครอบครัว จึงเป็นเรื่องปกติที่แหล่งสนับสนุนจากภายนอก จะมุ่งเน้นไปที่ครอบครัวที่มีรายได้น้อย ในการดูแลเมื่อเวลาผ่านไปผลที่ได้จากการสำรวจพบว่าจะมีการตัดสินใจในไม่ช้าก็เร็วเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยว่าจะดูแลโดยอาศัยอยู่ด้วยกัน อยู่แบบพึ่งพาความช่วยเหลือจากภาครัฐ หรือนำผู้ป่วยไปอยู่ในสถานสงเคราะห์

จากงานวิจัยของ Alison Earle และ Jody Heymann (2011) ที่ทำการศึกษาร่างงานที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย พบว่าสุขภาพของผู้ดูแล ขึ้นกับระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยที่เขาต้องดูแล ซึ่งงานวิจัยต้องการจะแสดงให้เห็นว่า แรงงานที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลนั้น มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยมีเพียงเล็กน้อยที่แสดงให้เห็นว่าสภาพแวดล้อมมีผลกับสุขภาพของผู้ดูแล งานวิจัยพบว่าถ้ามีการชดเชยให้แรงงานเมื่อมีการลาออก จะส่งผลให้สภาพจิตใจของแรงงานดีขึ้น และการจ่ายค่าชดเชยเมื่อเจ็บป่วยก็ส่งผลดีต่อสุขภาพของแรงงาน ยิ่งหากมีการสนับสนุนจากนายจ้างที่ดีแล้ว ยิ่งพบว่ามีความสัมพันธ์

กับการฟื้นฟูสุขภาพของแรงงานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพราะฉะนั้นแสดงให้เห็นว่า หากมีนโยบายสนับสนุนที่ดีจากสถานที่ทำงาน ย่อมสามารถลดปัญหาที่เกิดขึ้นกับแรงงานที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยได้

จากงานวิจัยของ Judith E. Nelson MD, Kiyoshi Kinjo MD, Diane E. Meier MD, Kathy Ahmad BA and R. Sean Morrison MD (2005) ซึ่งได้ทำการวิจัยในผู้รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยที่เฉียบพลันรุนแรง จนกลายมาเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องมีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมานภายหลังจากออกจากโรงพยาบาล จากผลการวิจัยพบว่าพวกเขาต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับ 1) โรคที่เป็น และการรักษา 2) การดำเนินของโรค 3) ผลกระทบจากการรักษา 4) ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น 5) การดูแลที่จำเป็นภายหลังจากออกจากโรงพยาบาล และสุดท้าย 6) คืออยากทราบเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษาต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ที่มีแนวคิดทางสังคมศาสตร์ เช่น จิตวิทยา จะศึกษาความรู้สึกของผู้ดูแล โดยเน้นการศึกษาทัศนคติในระดับบุคคล ส่วนแนวคิดทางด้านสังคมวิทยา เป็นการศึกษาบทบาทหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวที่ผู้ดูแล ภายใต้ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ เช่น การดูแลควรเป็นหน้าที่ของผู้หญิง และบุตรควรต้องดูแลบิดา มารดา เพราะเป็นหน้าที่ที่สังคมคาดหวังไว้ นอกจากนี้ยังเป็นการศึกษาประสบการณ์ในการเป็นผู้ดูแลโดยใช้มุมมองปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์

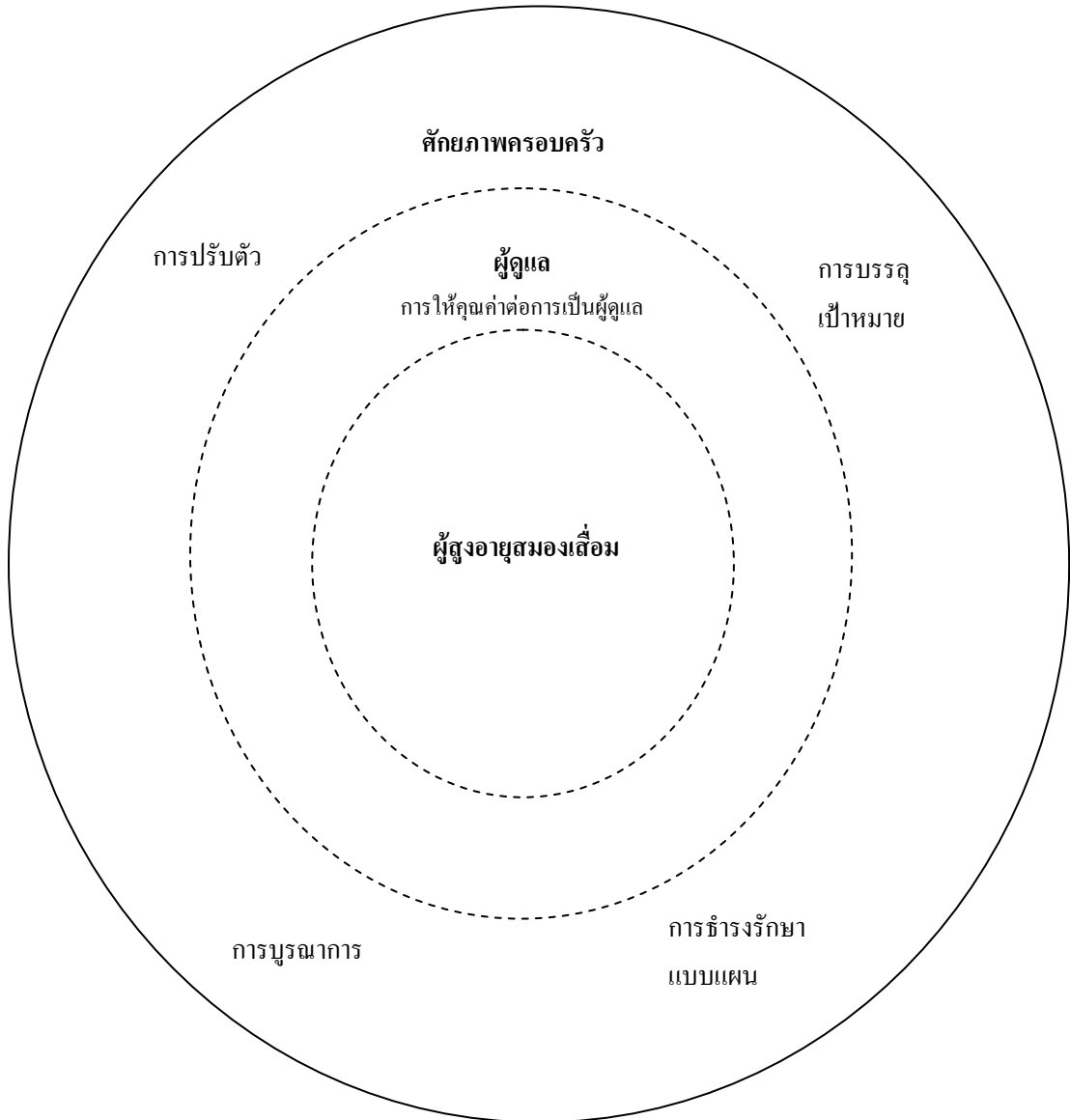
สำหรับการศึกษานี้มีความแตกต่างจากแนวคิดที่ได้ทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา โดยการศึกษาศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบสังคมของพาร์สันส์ ประกอบด้วยผู้กระทำในที่นี้คือผู้ดูแล การมีปฏิสัมพันธ์ที่หมายถึงการโต้ตอบกัน ระหว่างบทบาทสามีภรรยา พ่อแม่ลูก และพี่น้อง ในสถานการณ์ของความเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม ซึ่งผ่านการทำหน้าที่ 4 ประการ คือ การปรับตัว การวางแผน การบูรณาการ และการธำรงรักษาแบบแผนความสัมพันธ์ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำระบบสังคมของ พาร์สันส์ เชื่อมโยงกับแนวคิดทุนทางสังคมของ โคลแมน ที่ประกอบด้วยความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้น การสื่อสารพูดคุย และการให้คุณค่าต่อบทบาทตามความคาดหวังของสังคม เพื่อนำไปสู่การอธิบายศักยภาพของครอบครัวตลอดจนข้อจำกัดต่างๆ ในการทำหน้าที่ของครอบครัว

2.6 กรอบแนวคิดการวิจัย

ครอบครัวในมุมมองทฤษฎีระบบสังคมอธิบายว่า ครอบครัวเป็นระบบสังคมที่ประกอบด้วยบทบาทพ่อแม่ลูก และเครือญาติ ที่แบ่งหน้าที่กันทำระหว่างสมาชิกในครอบครัว

เพื่อให้ครอบครัวดำรงอยู่อย่างสมดุล และเมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งมีความเจ็บป่วย สมาชิกคนอื่นๆ ต้องร่วมมือกันเพื่อทำหน้าที่ในการดูแล มีการชักจูงให้สมาชิกเข้ามามีส่วนร่วม เช่น ในครอบครัวเดี่ยวหากสามีเจ็บป่วย ผู้ดูแลจะเป็นภรรยาหรือลูก หากภรรยาเจ็บป่วย ผู้ดูแลจะเป็นสามีหรือลูก หากเป็นครอบครัวขยาย บทบาทผู้ดูแลอาจเป็นญาติพี่น้อง ซึ่งการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลไม่ว่าจะเป็นสามี ภรรยา ลูก หรือญาติพี่น้อง ล้วนเป็นบทบาทที่สังคมคาดหวังไว้ล่วงหน้าแล้ว ขณะเดียวกันผู้ดูแลจะต้องทำหน้าที่เพื่อสร้างศักยภาพของครอบครัวให้แข็งแกร่ง ในการทำหน้าที่พื้นฐานสี่ประการ คือ A (Adaptation : การปรับตัวหรือปรับเปลี่ยน) G (Goal Attainment : การบรรลุเป้าหมาย) I (Integration : การบูรณาการ) และ L (Latency : การชำระรักษาแบบแผน) และเชื่อว่าหากระบบ ซึ่งในที่นี้หมายถึงครอบครัว มีศักยภาพเพียงพอ หรือมีการทำหน้าที่พื้นฐานสี่ประการของระบบ (AGIL) ในการทำหน้าที่จัดสรรทรัพยากร ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และสภาพแวดล้อมที่กำหนด มีการปรับเปลี่ยนเพื่อให้ระบบสามารถดำเนินต่อไปได้จนบรรลุเป้าหมายที่คาดหวังไว้ มีการทำหน้าที่ฝึกพลังกายและใจ เพื่อสร้างขวัญกำลังใจให้กับสมาชิกในครอบครัวก็จะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อม ได้รับการดูแลที่ดี มีความคงที่ของอารมณ์และพฤติกรรมนานกว่าปกติ เพื่อชะลอหรือประคับประคองไม่ให้โรคพัฒนาไปสู่ระยะที่รุนแรง ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดี ภายใต้อุปแบบความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา พ่อแม่ลูก และพี่น้อง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง ศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนเมือง เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และศึกษาศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

3.1 พื้นที่ศึกษา

คลินิกความจำ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช และบ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

3.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ สมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยหากเป็นผู้ดูแลที่ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัว หรือได้รับการว่าจ้างให้มาดูแล จะไม่นำเข้ามาเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลจากสมาชิกครอบครัวในกลุ่มตัวอย่างนี้ เลือกเฉพาะรายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการดำเนินของโรคในระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 2 คือ มีความจำเสื่อมถึงขั้นที่จำสิ่งที่เพิ่งทำไม่ได้ มีการบกพร่องของการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน มีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง การพูดจะช้าๆ และสั้น ไม่สนใจสุขลักษณะส่วนตัว มีอาการทางจิต เช่น สับสน เห็นภาพหลอน หูแว่ว โดยผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่เลือกมาจะได้รับการประเมินอาการจากนักจิตวิทยามาก่อน เหตุผลที่เลือกเฉพาะรายที่การดำเนินของโรคอยู่ในระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 2 เนื่องจากการดูแล ในระยะนี้สมาชิกครอบครัวต้องมีการปรับตัวในหลายๆด้าน เพราะปัญหาและอาการแสดงของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระยะดังกล่าวนี้มีหลากหลาย จึงสามารถสะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของครอบครัวได้ชัดเจนกว่าการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระยะที่ 3 ซึ่งผู้ป่วยในระยะนี้จะนอนติดเตียง และต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือในทุกๆด้าน โดยการศึกษานี้จะ

เริ่มทำตั้งแต่ผู้ป่วยและครอบครัวมาพบแพทย์และได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม จนกระทั่งได้เข้ารับการตรวจรักษาและร่วมกิจกรรมในคลินิกความจำ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลที่คลินิกความจำ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โดยมีเกณฑ์การเลือกผู้ให้ข้อมูลดังนี้

1. เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้าน
2. อาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม อย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งการกำหนดกลุ่มตัวอย่างตามช่วงเวลาดังกล่าวนี้ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นบุคคลในครอบครัวที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม และสามารถบอกถึงความเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ทั้งก่อนและหลังการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม
3. ให้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้านอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 8-10 ชั่วโมงต่อวัน และดูแลติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือน ซึ่งการกำหนดกลุ่มตัวอย่างตามช่วงเวลาดังกล่าวนี้ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแล ที่ผ่านการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมาแล้ว ช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งคาดว่าช่วงระยะเวลาดังกล่าว ทำให้ผู้ดูแลสามารถบอกถึงข้อมูลในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้อย่างแท้จริง
4. มีภูมิลำเนาที่สามารถติดตามไปเยี่ยมบ้านได้สะดวก และปลอดภัย
5. สนุกใจและเต็มใจเข้าร่วมในงานวิจัย

ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ดูแลจำนวน 11 ราย ไม่มีผู้ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย แต่มีการคัดออก 3 ราย เนื่องจากมีคุณสมบัติไม่ตรงกับเกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษา คือ 1) ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีการดำเนินของโรคอยู่ในระยะที่ 3 2) ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีความเจ็บป่วยทางจิตเวชร่วมด้วยและเคยได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลอื่นมาก่อน และ 3) ครอบครัวไม่สมัครใจให้ผู้วิจัยติดตามไปสัมภาษณ์ต่อที่บ้าน

3.3 การเก็บข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะเวลาของโครงการวิจัย 1 ปี 1 เดือน ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2556 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2557 ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลใช้เวลา 4 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ.2557 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2557

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และแบบประเมินภาวะสุขภาพ รวมทั้งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย

- ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ (ก่อนการเจ็บป่วย) รายได้ (ก่อนการเจ็บป่วย) และรายได้ครอบครัว
- ระยะเวลาที่เจ็บป่วย โดยเริ่มตั้งแต่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม จนถึงปัจจุบัน
- แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยใช้แบบประเมิน Barthel Activity of Daily Living: ADL และ The Lawton Instrumental Activity of Daily Living Scale: IADL เพื่อวัดภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ดังรายละเอียดที่แนบไว้ในภาคผนวก

2. แนวสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม มีลักษณะเป็นแนวคำถามหลักที่สะท้อนถึงศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ประกอบด้วย

- ข้อมูลส่วนบุคคลและคุณลักษณะของผู้ดูแล
- แนวคำถามเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว การสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรับผิดชอบ และการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว
- แนวคำถามเกี่ยวกับศักยภาพครอบครัว ในการทำหน้าที่ของครอบครัว 4 ประการ คือ การปรับตัว การกำหนดเป้าหมาย การบูรณาการ และการธำรงรักษาแบบแผน
- ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

3. เครื่องบันทึกเสียงการสัมภาษณ์

4. สมุดบันทึก เพื่อจดหัวข้อหลักในการสัมภาษณ์ การนัดหมาย และบันทึกสภาพแวดล้อมของครอบครัว

3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการทำงาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก เพื่อหาความเที่ยงตรงของเนื้อหาและเพื่อให้ได้คำตอบตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และนำแนวคำถามที่สร้างขึ้นนี้ไปทดลองใช้ โดยการศึกษาในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มผู้ให้

ข้อมูลในการวิจัย จำนวน 2 คน หลังจากนั้นนำมาปรับแก้ไขและส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพซ้ำ โดยผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสมองเสื่อม 1 ท่าน และ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน จากนั้นนำเครื่องมือที่ได้รับการตรวจสอบแก้ไข ยื่นต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลต่อไป

3.5 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) มีขั้นตอนดังนี้

3.5.1 การเตรียมตัวของผู้วิจัย

ผู้วิจัยมีการเตรียมความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล วิธีการในการดูแลผู้ป่วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดประเด็นคำถาม ตลอดจนเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล และเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีการวิจัย แนวคิด หลักการ เป้าหมาย จรรยาบรรณของนักวิจัย ตลอดจนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้มีความรู้และเข้าใจระเบียบวิธีการวิจัยซึ่งจะนำไปสู่การศึกษาที่ถูกต้องและครอบคลุมมากที่สุด นอกจากนั้นผู้วิจัยมีการเตรียมตัวด้านเทคนิคในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ศึกษาวิธีการและเทคนิคต่างๆ จากตำราวารสาร และปรึกษากับผู้มีประสบการณ์ในด้านเทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกต และการจดบันทึก เพื่อให้เกิดทักษะในการนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลให้ครอบคลุมและลึกซึ้ง

3.5.2 การขออนุญาตหน่วยงานในการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และหนังสืออนุมัติการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ไปยังหัวหน้ากลุ่มงานวิจัยของโรงพยาบาลศิริราช เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล ภายหลังจากได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยจึงเข้าแนะนำตัวกับหัวหน้างานพยาบาลผู้ป่วยนอก และหัวหน้าแผนกที่รับผิดชอบดูแลคลินิกความจำ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช ว่าเป็นนักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาสังคมศาสตร์

การแพทย์และสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ เพื่อบอกวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย พร้อมทั้งขออนุญาตเข้าถึงข้อมูล และแสดงหนังสืออนุญาตในการเก็บข้อมูล

3.5.3 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อได้รับอนุญาตจากหน่วยงานให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพกับบุคลากรในคลินิกความจำ โดยการแนะนำตัวเอง ทำความรู้จัก สร้างความสนิทสนมคุ้นเคย และสื่อสารให้บุคลากรในคลินิกความจำเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือ จากนั้นจึงทำการค้นหากลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ในการศึกษา รวมทั้งศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย จากแฟ้มทะเบียนประวัติ หรือจากคำแนะนำของพยาบาล

3.5.4 การสัมภาษณ์

เมื่อผู้วิจัยได้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้จำนวน 11 ครอบครัว ผู้วิจัยได้โทรศัพท์นัดหมายผู้ให้ข้อมูลล่วงหน้า ก่อนเข้าไปพบเพื่อสัมภาษณ์ที่คลินิกความจำ การเข้าพบครั้งแรกของทุกราย ผู้วิจัยเลือกวันที่ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีนัดพบแพทย์อยู่แล้ว เพื่อความสะดวกของผู้ร่วมวิจัย เมื่อถึงวันที่นัดหมาย ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้ให้ข้อมูล หรือสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล โดยผู้วิจัยแนะนำตัว พูดคุยเพื่อสร้างความสนิทสนมคุ้นเคย พร้อมทั้งอธิบายให้เข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการวิจัย ตลอดจนขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยจะสอบถามความสมัครใจ รวมถึงให้เวลาในการคิด และการตัดสินใจโดยไม่เร่งรัด เพื่อให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลทุกราย มีความพร้อมที่จะให้ข้อมูลตามความเป็นจริง ภายหลังจากผู้ให้ข้อมูลมีความไว้วางใจแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

- การสัมภาษณ์ในครั้งแรกที่พบกันเป็นการสัมภาษณ์ทั่วไป เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลทั้งของผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้ดูแล โดยผู้วิจัยเริ่มด้วยการพูดคุย ชักถามเรื่องทั่วไปที่ไม่สร้างความอึดอัด และพยายามสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้น แต่ผู้วิจัยพบปัญหาในการสัมภาษณ์ที่คลินิกความจำ คือ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุสมองเสื่อม มักไม่มีสมาธิในการพูดคุย เนื่องจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวมีเสียงดัง ร่วมกับผู้ดูแลมีความกังวลในการฟังคิวเรียกตรวจ ผู้วิจัยจึงแก้ไขปัญหาโดยการขออนุญาตนัดสัมภาษณ์ในครั้งต่อไปที่บ้าน

- เมื่อผู้วิจัยได้นัดหมายกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อขออนุญาตไปพูดคุยที่บ้าน การสัมภาษณ์ในครั้งต่อไปจะเป็นการสัมภาษณ์ที่ใช้ข้อคำถามเจาะลึก เข้าสู่ข้อมูลสำคัญตามแนวคำถาม และผู้วิจัยใช้การสังเกต ที่ไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแล ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม รวมทั้งสังเกตสภาพแวดล้อม สภาพที่พักอาศัย และห้องพักของผู้สูงอายุ

สมองเสื่อม การสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลาโดยเฉลี่ย 45 นาทีต่อรอบครัว โดยการสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลจะดำเนินต่อไปจนกระทั่งไม่พบข้อสงสัยหรือไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงยุติการสัมภาษณ์

3.5.5 การบันทึกข้อมูล

ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้จากเพิ่มประวัติอย่างคร่าวๆ เช่น อายุ เพศ อาการที่มาพบแพทย์ และระยะเวลาที่เริ่มมารับการรักษา ส่วนในขณะสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้จดบันทึกสรุปสั้นๆ เฉพาะประเด็นสำคัญที่เกิดขึ้น รวมทั้งบันทึกการสื่อสารที่ไม่เป็นคำพูด เช่น กิริยาท่าทาง สีหน้า น้ำเสียง เพื่อค้นหาและสร้างความเข้าใจพฤติกรรมของผู้ดูแลได้ดีขึ้น ส่วนการบันทึกเทป ผู้วิจัยได้ทำการบันทึกเทปการสนทนา กับผู้ให้ข้อมูลทุกราย เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความครบถ้วนสมบูรณ์ ทั้งนี้ก่อนการบันทึกเทป ผู้วิจัยได้ขออนุญาต เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลยินยอมก่อน จึงเริ่มทำการบันทึกเทปทุกครั้ง จากนั้นผู้วิจัยจึงทำการถอดเทปแบบคำต่อคำ และมีการแปลผลข้อมูลรายวัน โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาบันทึกให้เป็นระเบียบทุกวันหลังการสัมภาษณ์ รวมทั้งตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเหล่านั้น เมื่อพบว่าข้อมูลยังไม่ชัดเจนครบถ้วน ผู้วิจัยเตรียมตั้งคำถามเพิ่มเติม เพื่อนำไปสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป และสิ้นสุดการเก็บข้อมูลเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว โดยพิจารณาจากการที่ผู้วิจัยไม่สามารถค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมจากที่มีอยู่ได้อีก โดยเฉลี่ยผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูลกับครอบครัวผู้สูงอายุสมองเสื่อม ครอบครัวละ 3 ครั้ง

3.6 การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

3.6.1 การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

ผู้วิจัยใช้แนวคำถามที่ผ่านการทดสอบในด้านภาษา และเนื้อหา กับผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม 2 ราย จากนั้นผู้วิจัยได้นำมาสัมภาษณ์ผู้ดูแลทั้ง 8 ครอบครัว ซึ่งเป็นเนื้อหาหลักเหมือนกันทุกครอบครัว ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้วิจัยใช้การถอดข้อความบทสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ และฟังซ้ำในส่วนที่ไม่ชัดเจน รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการสังเกต ซึ่งบันทึกแยกไว้แต่ละครอบครัว การสังเกตสภาพแวดล้อมจากครอบครัวที่หนึ่ง ผู้วิจัยนำมาประกอบการสังเกตในครอบครัวที่สอง และครอบครัวต่อไป เช่น การสังเกตผู้ดูแลที่มีรูปแบบครอบครัวขยาย 2 ครอบครัว พบว่าการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีความแตกต่างกัน หรือสังเกตผู้ดูแลที่อาศัยที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว รวมไปถึงการสังเกตรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างภรรยาในการดูแลสามี ลูก

ดูแลแม่ และพี่ดูแลน้อง ซึ่งข้อมูลที่สอบถามจากครอบครัวหนึ่งๆ ผู้วิจัยได้นำมาสอบถามเพิ่มเติมในครอบครัวที่มีรูปแบบคล้ายๆกัน จนข้อมูลอิ่มตัว

3.6.2 การตรวจสอบความถูกต้องเชิงทฤษฎี

ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามที่มาจากฐานคิดเชิงทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีระบบสังคมของ พาร์สันส์ ในประเด็นการทำหน้าที่ของระบบ 4 ประการ และเชื่อมโยงกับแนวคิดทุนทางสังคมของ โคลแมน เพื่ออธิบายรูปแบบความสัมพันธ์ของสังคม ตลอดจนรูปแบบของครอบครัว

3.6.3 การตรวจสอบความถูกต้องของระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับการสังเกต ในบางกรณีผู้วิจัยได้ผสมผสานการใช้วิธีให้ผู้ดูแลเป็นผู้เล่าในประเด็นอื่นๆ นอกเหนือจากแนวคำถามในการสัมภาษณ์ ซึ่งช่วยขยายความข้อคำถามให้ละเอียดลึกซึ้งมากขึ้นเช่น การได้เห็นถึงความมุ่งมั่นในการดูแลน้องสาวของป้ายา ทั้งๆที่ตนเองมีความเจ็บป่วยจากโรคหอนอรวงกระดูกเสื่อม ซึ่งต้องเข้ารับการรักษา แต่ป้ายาก็ยังเห็นความสำคัญของการดูแลน้องสาวมากกว่าการดูแลตนเอง

3.7 จริยธรรมในการวิจัย

จรรยาบรรณของนักวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ เนื่องจากเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลที่สำคัญ ผู้วิจัยได้พูดคุยกับกลุ่มผู้ร่วมวิจัยอย่างใกล้ชิดตลอดกระบวนการวิจัยด้วยประเด็นคำถามที่เจาะลึกในเรื่องส่วนตัว ความคิด ความรู้สึกในแต่ละสถานการณ์ ซึ่งอาจรบกวนความเป็นส่วนตัว และส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ร่วมวิจัยหรือผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยได้คำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยอย่างเคร่งครัด และพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและผู้ร่วมวิจัย มีการแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยมีเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และมีเอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยเซ็นยินยอม ซึ่งแต่ละครอบครัวให้ความร่วมมือ และเต็มใจในการให้ข้อมูล โดยเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา และข้อสงสัยต่างๆ รวมทั้งการให้สิทธิแก่ผู้ร่วมวิจัยในการที่จะเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบหรือก่อให้เกิดความเสียหายใดๆ ทั้งต่อตัวผู้ร่วมวิจัย ผู้ป่วยหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ในขณะที่สัมภาษณ์ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยได้ระบายความรู้สึก รวมถึงความต้องการได้อย่างเต็มที่ โดยให้ความมั่นใจในด้านการรักษาความลับ และความเป็นส่วนตัว ตลอดจนรับฟังอย่างตั้งใจ แสดงความเห็นใจ ให้กำลังใจ และเข้าใจในความรู้สึก

ที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลได้ให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ที่สามารถทำได้ เช่น การให้ข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำต่างๆ หรือการติดต่อกับแหล่งช่วยเหลือในกรณีที่ผู้ร่วมวิจัยต้องการข้อมูลทั้งหมดของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยเก็บเป็นความลับ แยกเก็บในลิ้นชักที่มีคีย์ ผู้อื่นไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลด้วยชื่อสมมติทั้งหมด และผู้วิจัยคาดว่าการทำงานเอกสารที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลของผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด หลังจากงานวิจัยเสร็จสมบูรณ์แล้วภายใน 1 ปี

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยเชิงคุณภาพนั้นผู้วิจัยวิเคราะห์เนื้อหา โดยนำข้อมูลมาจัดหัวข้อให้ตรงตามวัตถุประสงค์ แบ่งออกเป็น 2 ประเด็น ประเด็นแรกวิเคราะห์การให้คุณค่าการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ในฐานะลูก ภรรยา และพี่สาว ประเด็นที่ 2 วิเคราะห์ศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยจำแนกออกเป็น 4 หน้าที่ คือ การปรับตัว การวางแผน การบูรณาการ และการชำระรักษาแบบแผน

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง ศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนเมือง เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา การให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม และศึกษาศักยภาพของครอบครัวในการดูแล ผู้สูงอายุสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ สมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่หลักใน การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม นำเสนอผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

- 4.1 ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ดูแลและผู้สูงอายุสมองเสื่อม
- 4.2 ผลการประเมินผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน
- 4.3 การให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม
 - 4.3.1 การให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในฐานะลูก
 - 4.3.2 การให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในฐานะภรรยา
 - 4.3.3 การให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในฐานะพี่สาว
- 4.4 ศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม
 - 4.4.1 การปรับตัว
 - 4.4.2 การวางแผนเป้าหมาย
 - 4.4.3 การบูรณาการ
 - 4.4.4 การธำรงรักษาแบบแผน

ลักษณะโดยรวมของครอบครัวผู้ดูแลและผู้สูงอายุเสมอต้น

ครอบครัว	ผู้ดูแล										ผู้สูงอายุเสมอต้น					
	เพศ	อายุ (ปี)	ระดับการศึกษา	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	ระยะเวลาในการดูแล	จำนวนสมาชิกในครอบครัว	สถานภาพสมรส	รายได้ (บาท/เดือน)	อาชีพ	โรคประจำตัว	เพศ	อายุ (ปี) รายได้	ระยะเวลาในการเจ็บป่วย (ปี)	สิทธิการรักษาพยาบาล	ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง	ลักษณะนิสัยเปลี่ยนไป
คุณเม	หญิง	75	ประถม 4	ภรรยา	2	6	คู่	ไม่แน่นอน	โรงพิมพ์	ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	ชาย	76 ไม่มี	2	เบิกไม่ได้	✓	✓
คุณแดง	หญิง	68	ประถม 4	ภรรยา	5	4	คู่	ไม่มี	ไม่มี	ข้ออักเสบรูมาตอยด์	ชาย	70 ไม่มี	5	เบิกได้	✓	✓
คุณรัช	หญิง	69	ประถม 6	ภรรยา	2	7	คู่	ไม่มี	ไม่มี	ความดันโลหิตสูง ปวดหลัง	ชาย	76 มี	2	เบิกได้	✓	✓
คุณพูน	หญิง	53	มัธยม 3	ภรรยา	2	2	คู่	10,000	ขายตุ๊กต	เส้นเลือดในสมองตีบ	ชาย	73 ไม่มี	2	เบิกไม่ได้	✓	✓
คุณนด	หญิง	60	ปริญญาตรี	บุตร	2	3	หย่า	20,000	ข้าราชการบำนาญ	ความดันโลหิตสูง	หญิง	85 ไม่มี	2	เบิกได้	✓	✓
คุณวี	หญิง	38	ปริญญาตรี	บุตร	3	3	โสด	18,000	ครู	ไม่มี	หญิง	68 มี	3	เบิกไม่ได้	✓	✓
คุณน้	หญิง	68	ประถม 6	บุตร	3	3	โสด	ไม่มี	ไม่มี	ข้อเข่าเสื่อม	หญิง	92 ไม่มี	3	เบิกไม่ได้	✓	✓
คุณฮา	หญิง	79	ปวศ.	พี่สาว	2	4	คู่	ไม่มี	ไม่มี	หมอนรองกระดูกเสื่อม	หญิง	76 มี	2	เบิกไม่ได้	✓	✓

4.1 ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ดูแลและผู้สูงอายุสมองเสื่อม

จากการศึกษาพบรูปแบบความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุสมองเสื่อม 3 รูปแบบ คือ ความสัมพันธ์แบบสามีและภรรยา ความสัมพันธ์แบบมารดาและบุตรสาว และความสัมพันธ์แบบพี่น้อง โดยผู้วิจัยขอนำเสนอข้อมูลเบื้องต้นของแต่ละครอบครัว โดยเรียงลำดับตามความสัมพันธ์ดังนี้

ความสัมพันธ์แบบสามีและภรรยา

ในการศึกษาครั้งนี้พบความสัมพันธ์แบบสามีภรรยาในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุสมองเสื่อมทั้งหมด 4 ครอบครัว รายละเอียดดังนี้

ครอบครัวคุณเม

คุณเมอายุ 75 ปี เป็นผู้หญิงผิวขาว รูปร่างท้วม ทำทางใจดี ครอบครัวคุณเมเป็นครอบครัวคนจีนอยู่กันแบบครอบครัวใหญ่ มีสมาชิกในบ้านทั้งหมด 6 คน ที่บ้านทำธุรกิจโรงพิมพ์อยู่ใจกลางกรุงเทพฯ บ้านพักมีลักษณะเป็นอาคารพาณิชย์ขนาดใหญ่หลายคูหา ครอบครัวมีฐานะดี คุณเมจบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีบุตรสาวทั้งหมด 2 คน คนโตทำงานบริษัทมีสามีเป็นหมอ ส่วนคนเล็กยังโสด ช่วยกิจการโรงพิมพ์ภายในครอบครัว ขณะไปเยี่ยมบ้านพบบุตรสาวคนเล็ก เป็นผู้หญิงรูปร่างเล็ก บุคลิกคล่องแคล่ว มั่นใจ เป็นตัวของตัวเอง แต่ขณะพูดคุยมักจะตัดพ้อบ่อยๆว่าตนเองไม่ใช่ลูกคนโปรด “พูดอะไรพ่อก็ก็นิ่งไม่ฟัง” คุณเมเล่าว่าคุณซัยสามีของเธอเคยเป็นหัวหน้าครอบครัว และเป็นใหญ่ในบ้าน ทำให้เป็นคนคือ ไม่เชื่อฟังใคร ยกเว้นลูกสาวคนโตเพียงคนเดียว เพราะเป็นลูกคนโปรด

คุณเมมีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง รักษาโดยการรับประทานยาเป็นประจำ แต่เมื่อถามว่าคุณซัยมีโรคประจำตัวอะไรบ้าง นอกจากภาวะสมองเสื่อม คุณเมกลับตอบว่า “จำไม่ได้ ต้องรอดถามจากลูกสาวคนโต” ที่คุณเมรับรู้ว่าคุณซัยป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากคุณซัยมีอาการหลงลืมมากขึ้น ร่วมกับมีอาการหลงผิดบ่อยๆ

คุณซัยสามีคุณเม

คุณซัยอายุ 76 ปี เป็นผู้ชายผิวขาวเหลือง รูปร่างค่อนข้างท้วม ผมสีดำ พูดคุยถามตอบได้ตรงคำถาม ลูกเดินเองได้ ไม่มีอาการเซ ช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวันต่างๆไปได้ แต่มีอาการหลงลืมมาก เป็นมาประมาณ 2 ปี เช่น รับประทานอาหารไปแล้ว แต่บอกว่าจะไม่ได้รับประทาน ร่วมกับมักมีอาการหลงผิด คิดว่ามีคนมาขโมยของ จึงมักจะต่อว่าคนคนนั้นด้วยถ้อยคำที่รุนแรง ลูกสาวคนโตและลูกเขยที่เป็นหมอมอง จึงพาคุณซัยไปตรวจที่โรงพยาบาล แพทย์แจ้งว่าคุณซัยป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมระยะแรก แต่ลักษณะนิสัยของคุณซัยไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปจาก

เดิม คือ คุณชัยเป็นคนไม่ค่อยชอบสูงสิงหรือพูดคุยกับใคร จะชอบอยู่คนเดียว และชอบดูโทรทัศน์ ขณะเยี่ยมบ้าน คุณชัยนั่งดูโทรทัศน์อยู่คนเดียวที่ห้องนั่งเล่น ซึ่งอยู่บนชั้นลอยของตัวบ้าน

ครอบครัวคุณแดง

คุณแดงอายุ 68 ปี เป็นผู้หญิงรูปร่างสันทัด ท่าทางใจดี ยิ้มแย้มแจ่มใส จบการศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ก่อนหน้านี้น้ำแดงมีอาชีพค้าขาย แต่เมื่อต้องมาดูแลสามีที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม ทำให้เธอไม่สามารถออกไปขายของได้อีก บ้านคุณแดง มีลักษณะเป็นตึกแถวแบบครอบครัวคนจีน อยู่ในตลาดแถวแม่กลอง จังหวัดสมุทรสงคราม ที่บ้านมีสมาชิกทั้งหมด 4 คน คือ คุณแดง คุณชีวิสามีที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม แม่ของสามี และลูกสาวซึ่งเป็นพยาบาลอยู่โรงพยาบาลพระพุทธเลิศหล้า คุณแดงเล่าว่ามีลูกทั้งหมด 4 คน เป็นผู้ชาย 2 คน ผู้หญิง 2 คน ลูกชายคนโตแต่งงานแยกครอบครัวไปแล้ว นานๆถึงจะกลับมาเยี่ยมบ้านซักที ส่วนลูกชายอีกคนและลูกสาวคนเล็กไปทำงานในกรุงเทพฯ จะกลับมาขายของที่ตลาดแถวบ้านช่วงวันหยุด คุณแดงมีโรคประจำตัว คือ ไชข้ออักเสบ จะมีอาการปวดตามข้อเป็นพักๆ รักษาโดยการรับประทานยา

คุณชีวิสามีคุณแดง

คุณชีวิชายไทยเชื้อสายจีน อายุ 70 ปี รูปร่างผอมสูง นั่งอยู่ที่เก้าอี้ม้าหินหน้าบ้าน คุณชีวิป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและมีเส้นเลือดในสมองตีบมาประมาณ 5 ปี ทำให้แขนขา ซีกซ้ายอ่อนแรง แต่สามารถเดินไปไหนมาไหนเองได้โดยใช้ไม้เท้า หลังจากมีอาการเส้นเลือดในสมองตีบ คุณชีวิก็เริ่มมีความจำแยลง คือ วางของไว้แล้วหาของไม่เจอ พูดคิดอ้าง หรือพูดสะดุด แล้วหยุดพูด เพราะนึกคำพูดไม่ออก จำชื่อลูกไม่ได้ และมักเรียกชื่อลูกผิด เรียกชื่อสิ่งของผิด รับประทานข้าวแล้วบอกว่ายังไม่ได้รับประทาน นอนหลับมากในตอนกลางวัน แต่กลางคืนมักจะนอนไม่หลับ และมีอาการกระวนกระวายผุดลุกผุดนั่ง ลูกสาวที่เป็นพยาบาลจึงพาคุณชีวิไปตรวจที่โรงพยาบาลพระพุทธเลิศหล้า แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม แต่เนื่องจากที่โรงพยาบาลพระพุทธเลิศหล้า ไม่มีแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านโรคสมอง ลูกสาวจึงพาคุณชีวิไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลศิริราช ลักษณะนิสัยเดิมของคุณชีวิจะเป็นคนใจหุนหิด และเอาแต่ใจตัวเองอยู่แล้ว ถึงตอนนี้ก็ยังเป็นอยู่ คุณแดงเล่าว่า “แกหุนหิดง่าย ใครขัดใจไม่ได้ พูดเสียงดังก็ไม่ได้ แกจะโมโหและไล่ให้ออกไป” ด้านกิจวัตรประจำวันต้องมีผู้ช่วยเหลือตลอด เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย เนื่องจากคุณชีวิเคลื่อนไหวร่างกายได้ไม่สะดวก ร่วมกับมีอาการปัสสาวะเล็ดราดเป็นประจำ

ครอบครัวคุณรัช

คุณรัชอายุ 69 ปี เป็นชาวสวนอยู่แถวแม่กลอง จังหวัดสมุทรสงคราม บ้านของคุณรัช เป็นบ้านไม้ ยกใต้ถุนสูง มีบ้านหลายหลังปลูกติดๆกัน คุณรัชเล่าว่าบ้านในละแวกใกล้เคียง

เป็นเครือญาติกันทั้งหมด คุณรัชเป็นคนอารมณ์ดี ช่างพูดช่างคุย บุคลิกคล่องแคล่วว่องไว ชอบปั่นจักรยาน แต่มีอาการปวดหลัง จึงต้องใส่เสื้อพยุงหลังไว้ตลอด นอกจากปวดหลังแล้ว คุณรัชยังมีโรคความดันโลหิตสูง รักษาโดยการรับประทานยา ในครอบครัวอยู่กัน 7 คน คือ คุณรัช คุณวรรณสามีที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม ลูกสาว 2 คน สามีลูกสาวคนโต และหลาน 2 คน คนโตเป็นผู้หญิง คนเล็กเป็นผู้ชาย

คุณวรรณสามีคุณรัช

คุณวรรณอายุ 76 ปี รูปร่างผอมสูง สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ในอดีตเคยเป็นทหารเรือ ขณะนี้คุณวรรณจะชอบเล่าเรื่องราวในอดีตสมัยเป็นทหารเรือให้ฟังเป็นระยะๆ คุณวรรณเริ่มมีปัญหาเรื่องความจำมาประมาณ 2 ปี คือ มักจำสิ่งที่เพิ่งเกิดใหม่ๆ ไม่ได้ เช่น รับประทานข้าวแล้วบอกยังไม่ได้รับประทาน คุณอะไรไปชักครูกี่จะลืม ชอบคุยเรื่องเดิมหรือถามคำถามเดิมซ้ำๆ วางของไว้แล้วหาไม่เจอ มีพฤติกรรมย้ำคิดย้ำทำ เช่น เมื่อจะวางสิ่งของอย่างหนึ่ง มักจะหยิบแล้ววางหลายๆ ครั้ง หรือเติมเครื่องปรุงในอาหาร ก็จะเดินไปเติมซ้ำๆ หลายรอบ คุณรัชและลูกๆ จึงปรึกษากัน และพาคุณวรรณไปตรวจที่โรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมระยะแรก ด้านกิจวัตรประจำวันง่ายๆ คุณวรรณยังพอทำได้เอง แต่ต้องมีคนคอยเตือน ยังสามารถปั่นจักรยานและเดินทางไปใกล้ๆ บ้านได้ เคยใช้โทรศัพท์ได้ แต่ปัจจุบันไม่สามารถใช้ได้แล้ว

ครอบครัวคุณพูน

คุณพูนเป็นผู้หญิงวัยกลางคน อายุ 53 ปี มีท่าทางกระฉับกระเฉง คล่องแคล่ว มั่นใจในตัวเอง พูดจาห้วนๆ แต่พูดไม่ค่อยซัด มีอาการปากเบี้ยวเล็กน้อยเวลาพูด เนื่องจากเคยมีประวัติเส้นเลือดในสมองตีบเมื่อ 1 ปีก่อน ที่หน้ามีรอยแผลถลอกเล็กน้อย จาการถมอเตอร์ไซด์ล้มเมื่อสัปดาห์ก่อน คุณพูนจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 ปัจจุบันทำงานอยู่บริษัทเอกชน โดยจะออกไปขายยาคุลย์ครึ่งวันในช่วงเช้า จากนั้นจึงกลับมาดูแลคุณเล็กสามีที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม คุณพูนและคุณเล็กมีลูกสาวด้วยกัน 2 คน ทั้งคู่แต่งงานและแยกครอบครัวออกไปแล้ว โดยจะเข้ามาเยี่ยมประมาณเดือนละครั้ง ปัจจุบันที่บ้านจึงอยู่กันเพียง 2 คน บ้านพักเป็นบ้านชั้นเดียว มีรั้วรอบขอบชิด ภายในบ้านมีราวสำหรับยึดเกาะ ติดตามผนังบ้านเป็นจุดๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้เกาะเดิน

คุณพูนมีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง และเส้นเลือดในสมองตีบ เธอเล่าว่าช่วงที่สามีอาการไม่ดี กลางคืนไม่ยอมนอน “ตี 2 ตี 3 แกชอบเดินออกไปข้างนอก เราก็เลยไม่ได้นอนไปด้วย แล้วตอนเช้าก็ต้องไปทำงานอีก เป็นอย่างนี้เดือนเดียวได้เรื่องเลย เราล้ม หมอบอกเส้นเลือดในสมองตีบ เพราะไม่ได้พักผ่อน ขาก็ไม่มีแรง แต่เรารักษานานก็ไม่ได้ ไม่มีใครดูแลเค้า

เลยตัดสินใจออกจากโรงพยาบาล ไปดูแลด้วย ดูแลตัวเองด้วย” คุณพูนเล่าว่าช่วงเวลานั้นเป็นช่วงเวลาที่ยากลำบากมาก

คุณเล็กสามีคุณพูน

คุณเล็กอายุ 73 ปี รูปร่างท้วม ผิวขาว โคนผมทั้งศีรษะ นอนอยู่บนเตียง ทำทางง่วงซึม คุณพูนเล่าว่าคุณเล็กความจำไม่ดีมา 2 ปี เธอจึงพาไปพบแพทย์ แพทย์แจ้งว่าน้ำในสมองเยอะ ต้องเจาะหลังและระบายน้ำลงท้อง ซึ่งเป็นสาเหตุให้คุณเล็กมีความจำไม่ดี และมีภาวะสมองเสื่อม คุณเล็กจบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ก่อนหน้านี้เคยทำงานเป็นพนักงานกั้นทางรถไฟ มีประวัติดื่มสุราเป็นประจำ คุณเล็กมีปัญหาทั้งด้านความจำและด้านอารมณ์ คือ ความคิดค่อนข้างช้า มีอารมณ์เบื่อง่าย ไม่อยากคุยกับใคร หงุดหงิดง่าย บางครั้งมีอาการก้าวร้าว ชอบด่าทอภรรยา ด้วยถ้อยคำที่รุนแรง แต่ไม่เคยทำร้ายร่างกาย บางครั้งจำภรรยาไม่ได้ ด้านกิจวัตรประจำวันยังพอช่วยเหลือตัวเองในกิจกรรมง่ายๆ ได้ แต่มักจะลืม เช่น รับประทานข้าวแล้วบอกยังไม่ได้รับประทาน และมักลืมปิดไฟปิดเตาแก๊สบ่อยๆ ปัจจุบันคุณเล็กต้องใช้ชีวิตอยู่คนเดียวในช่วงครึ่งวันตอนเช้า เนื่องจากภรรยาต้องออกไปทำงาน

ความสัมพันธ์แบบมารดาและบุตรสาว

ในการศึกษาครั้งนี้พบความสัมพันธ์แบบมารดาและบุตรสาวในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุสมองเสื่อมทั้งหมด 3 ครอบครัว รายละเอียดดังนี้

ครอบครัวคุณมล

คุณมลเป็นผู้หญิงรูปร่างสูงใหญ่ อายุ 60 ปี เป็นคนจริงจังกับชีวิต มีความมั่นใจในตัวเองสูง มีความรู้ เป็นคนกรุงเทพฯ โดยกำเนิด เคยทำงานเป็นเจ้าหน้าที่วิชาการในมหาวิทยาลัยชื่อดังของรัฐ แต่ตอนนี้เป็นข้าราชการบำนาญ เพราะลาออกมาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2553 เนื่องจากต้องมาดูแลพ่อแม่ที่ป่วย คุณมลมีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูงรักษาคุณหมอกันเดียวกับแม่ และมีปัญหาเรื่องต่อมไทรอยด์ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเยอะ จึงมีปัญหาเรื่องปวดหัวเข้าตามมา บ้านของคุณมลเป็นบ้านเดี่ยว 2 ชั้น ลักษณะแบบบ้านจัดสรร มีรั้วรอบขอบชิด ปัจจุบันที่บ้านอยู่กัน 3 คน คือ คุณมล แม่อายุ 85 ปี ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม และพ่ออายุ 90 ปี ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง โดยคุณมลต้องพาพ่อไปล้างไตที่โรงพยาบาล สัปดาห์ละ 3 วัน

คุณมลอยู่กับพ่อแม่ตลอดไม่เคยแยกบ้าน มีน้องชาย 1 คน แต่งงานแล้วได้แยกครอบครัวไปอยู่ที่จังหวัดสระบุรี นานๆถึงจะมาเยี่ยมหรือโทรศัพท์มาคุย แต่ไม่ได้มีส่วนร่วมในการช่วยดูแลพ่อแม่ คุณมลเคยแต่งงานมีครอบครัวและมีลูกชาย 1 คน แต่ได้หย่าขาดกับสามีตั้งแต่ลูกชายยังเล็กๆ ขณะนี้ลูกชายไปเป็นทหารอยู่ที่จังหวัดนครราชสีมา จะกลับมาเยี่ยมบ้านเดือนละครั้ง

เธอเล่าว่าลูกชายมีความผูกพันกับคุณยายมาก เนื่องจากคุณยายเลี้ยงดูมาตั้งแต่เด็กๆ แต่เวลาเธอมีปัญหา เช่น ทะเลาะกับพ่อเรื่องที่พักที่พ่อชอบใช้ให้แม่ออกไปซื้อของเองข้างนอก แต่คุณมลกลัวแม่หลงทาง กลับบ้านไม่ถูก เรื่องนี้จึงเป็นเรื่องที่เธอมักมีปากเสียงกับพ่อเป็นประจำ แต่คุณมลเลือกที่จะไม่เล่าปัญหาในบ้านให้ลูกชายฟัง เนื่องจากกลัวว่าลูกชายจะเป็นกังวล เธอจึงมักจะตัดสินใจและแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยตนเองทั้งหมด มีบ้างบางครั้งที่จะระบายปัญหาต่างๆ ให้พี่สาวที่เป็นลูกพี่ลูกน้องฟัง แต่คุณมลบอกว่า เธอไม่หวังฟังพี่สาว เนื่องจากคิดว่าพี่สาวเป็นคนมองโลกแคบ เพราะไม่ได้ทำงานอะไร

คุณแม่ของคุณมล

คุณแม่ของคุณมลอายุ 85 ปี ผมหัน สวมแว่นตา สีหน้ายิ้มแย้ม ลูกเดินเองได้ แต่มีอาการเซเล็กน้อย พูดคุยถามตอบตรงคำถาม มีอาการหลงลืมบ่อยๆ มาประมาณ 2 ปี เช่น ลืมปิดเตาแก๊สบ่อยๆ จนหม้อไหม้ วางของแล้วหาไม่เจอ จำไม่ได้ว่ารับประทานยาไปหรือยัง คุณมลจะเป็นคนจัดยาแล้ววางไว้ให้บนโต๊ะ ยังจำชื่อจำหน้าคนพอได้ ไม่มีอาการสับสน หรือซึมเศร้า ช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวันทั่วไปได้ คุณแม่จะต้องอยู่บ้านคนเดียวช่วงที่คุณมลพาคุณพ่อไปล้างไต ลักษณะนิสัยของคุณแม่ยังเหมือนเดิม เพียงแต่ช้าลง และขี้ลืมมากขึ้น คุณมลเป็นคนสังเกตเห็นอาการผิดปกติของคุณแม่ เมื่อประมาณ 2 ปีก่อน “คือมีอยู่วันหนึ่งแม่เอาถุงสด ไปใส่ไว้ในตู้กับข้าว แทนที่จะเป็นตู้เย็น พอเราถาม แม่ก็บอกว่าจำไม่ได้ นึกเท่าไร ก็นึกไม่ออก เราก็ชักใจไม่ดีจึงนึกคิด และพาแม่ไปหาหมอ หมอบอกว่าแม่สมองฝ่อ” ซึ่งคุณมลก็คิดว่าโรคสมองฝ่อหรือสมองเสื่อมเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ในผู้สูงอายุทั่วไป

ครอบครัวคุณวิ

คุณวิเป็นผู้หญิงโสดวัย 38 ปี มีบุคลิกกระฉับกระเฉง ว่องไว จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ปัจจุบันเป็นครูสอนอยู่ในโรงเรียนเอกชน มีรายได้ประมาณเดือนละ 18,000 บาท คุณวิสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัวอะไร บ้านของคุณวิเป็นบ้านเดี่ยว 2 ชั้น อยู่ในช่วงท้ายของหมู่บ้าน ครอบครัวอยู่กัน 3 คน คือ แม่ คุณวิ และน้องชาย ส่วนพ่อชอบดื่มไม่จึงแยกตัวไปอยู่ที่อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา คุณวิกับแม่ไปทำงานด้วยกันทุกวัน เพราะเธอจะได้ไม่ต้องเป็นห่วงทิ้งให้แม่อยู่บ้านคนเดียว เนื่องจากน้องชายไม่ได้ช่วยดูแลแม่ ถึงแม้ว่าน้องชายจะไม่ได้ทำงานอะไร คุณวิเล่าว่า “เค้าเป็นเด็กวัยรุ่น จะไม่มีความอดทน และอารมณ์ขึ้นเวลาที่ต้องดูแลแม่ เพราะแม่ชอบถามอะไรซ้ำๆ บางทีพี่ก็เคยเผลอเสียงดังใส่แม่ แม่ก็จะน้อยใจ เราก็จะรู้สึกผิด”

คุณแม่ของคุณวี

คุณแม่ อายุ 68 ปี รูปร่างผอม ผมหงอก สวมแว่นตา มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง พุดคุยถามตอบตรงคำถาม เคยเป็นรองผู้อำนวยการในโรงเรียนเอกชนแห่งเดียวกับที่คุณวีสอนหนังสืออยู่ แต่ปัจจุบันหลังจากป่วยด้วยอาการสมองเสื่อม ผู้อำนวยการได้เปลี่ยนให้คุณแม่มาทำหน้าที่ขายของในสหกรณ์ เพราะยังสามารถรับเงิน ทองเงินได้ และคุณวีเห็นว่าถ้าลาออกไปอยู่บ้านเฉยๆแม่ก็คงจะอาการแย่ลง เธอเล่าให้ฟังว่าคุณแม่เริ่มมีอาการตั้งแต่ช่วงน้ำท่วม เมื่อปลายปี พ.ศ. 2554 คือ มีอาการเครียด ซึมเศร้า คิดช้า ความจำแย่ลง ชอบถามคำถามเดิมซ้ำๆบ่อยๆ เช่น เพิ่งถามว่าอาหารบนโต๊ะคืออะไร ซักพักก็จะถามใหม่ และมักวางของไว้แล้วลืมหาไม่เจอ เมื่อนึกไม่ออกก็จะรู้สึกหงุดหงิด โมโห บางครั้งทุบตีตัวเอง เนื่องจากโกรธที่จำไม่ได้ คุณวีจึงปรึกษากับพ่อ และตัดสินใจพาแม่ไปตรวจเมื่อต้นปีพ.ศ. 2555 แพทย์วินิจฉัยว่าแม่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น คุณวีคิดว่าที่แม่ป่วย เนื่องจากรับประทานยาลดความดันโลหิตไม่สม่ำเสมอ ร่วมกับแม่มีอาการเครียดจากเหตุการณ์น้ำท่วม นอกจากเรื่องความจำแล้ว ในด้านลักษณะนิสัยของแม่ก็เปลี่ยนไปจากเดิม คือ ก่อนหน้านี้อจะเป็นคนอารมณ์เย็น แต่เมื่อป่วยกลับกลายเป็นคนใจหงุดหงิด ใจโมโห และใจน้อยใจ รวมทั้งมีอาการหลงผิด เช่น คิดว่าลูกมาเอาเงินไป แต่เมื่อคุณวีอธิบายให้ฟัง แม่ก็จะยอมเชื่อตามที่บอก และบ่อยครั้งมักจำสิ่งที่ตนเองเพิ่งพูดไปไม่ได้

ครอบครัวคุณนี

คุณนีเป็นผู้หญิง อายุ 68 ปี ทำทางใจดี สุภาพอ่อนโยน คุณนีเล่าว่าแม่มีลูกทั้งหมด 6 คน เธอเป็นคนที่ 2 จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ไม่เคยแต่งงานหรือมีครอบครัว ก่อนหน้านี้คุณนีประกอบอาชีพค้าขาย แต่เมื่อเธอส่งน้องทุกคนจนเรียนจบ ก็ไม่ได้ไปขายของอีก ขณะนี้คุณนีป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม แต่ไม่ได้รับการรักษา เพราะต้องดูแลแม่ บ้านของคุณนีเป็นบ้านเดี่ยว 2 ชั้น อยู่ใจกลางเมืองที่บ้านอยู่กัน 3 คน คือ คุณนี แม่ และน้องสาวที่ไม่มีครอบครัวเหมือนกัน ส่วนพี่น้องคนอื่นๆ มีครอบครัวจึงแยกย้ายกันออกไป แต่ทุกคนก็รับรู้ว่าแม่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม จึงหมั่นมาเยี่ยมเยียน และดูแลช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆ ภายในบ้าน เนื่องจากทุกคนเห็นว่าคุณนีช่วยดูแลแม่มาตลอด และปัจจุบันเธอก็ไม่ได้ทำงานอะไร ร่วมกับก่อนหน้านี้นี้คุณนีก็นำเงินไปฝากธนาคารเพื่อส่งเสียน้องๆทุกคนจนเรียนจบ

คุณแม่ของคุณนี

คุณแม่คุณนีอายุ 92 ปี รูปร่างผอม นั่งอยู่บนเตียงนอนภายในบ้านชั้นล่าง พุดคุยถามตอบได้แต่ค่อนข้างช้า และตอบไม่ตรงคำถามในบางครั้ง คุณแม่เริ่มมีความจำแย่ลง มาประมาณ 2-3 ปี คุณนีจึงได้ปรึกษากับน้องสาว และพาแม่ไปตรวจที่โรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมระยะกลาง ซึ่งคุณนีก็นึกว่าเรื่องสมองเสื่อม กับคนแก่เป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

อาการของแม่คือ ชอบถามคำถามซ้ำซาก จำลูกหลานได้ไม่หมด จำชื่อลูกได้บ้าง ไม่ได้บ้าง แม่เป็นคนในบ้านบางครั้งก็จำชื่อไม่ได้ และชอบเอาของไปซ่อน พอหาของไม่เจอ ก็จะฝังใจว่ามีคนมาขโมยของ แต่ไม่ไว้วางใจ บางครั้งนั่งพิมพ์คำคนเดียว แต่ไม่เคยเห็นภาพหลอน บางครั้งมีอาการหงุดหงิดและคำทอคนในบ้าน แต่ไม่บ่อยนัก บางครั้งก็นั่งร้องไห้บ่นว่าตนเองไม่มีพ่อแม่ หรือมักจะคิดถึงเรื่องในอดีตเก่าๆแล้วเอามาถาม บางครั้งนั่งซึมเหม่อลอย ก่อนหน้านี้คุณแม่ก็ชอบเดินไปเดินมาในบ้าน และชอบกวาดบ้านซ้ำๆ บางครั้งชอบรื้อค้นเสื้อผ้า แต่หลังจากที่หกล้มสะโพกหักทำให้เดินได้ไม่ค่อยสะดวก คุณนี่จึงจัดที่ให้คุณแม่มานอนด้านล่าง จะได้ไม่ต้องขึ้นลงบันไดบ่อยๆ ด้านกิจวัตรประจำวันของคุณแม่ คุณนี่ต้องช่วยเหลือเกือบทุกอย่าง เช่น เวลาอาบน้ำคุณแม่จะราดน้ำแต่ด้านหน้า บางครั้งเข้าห้องน้ำแล้วจะเดินออกมาเลยโดยไม่ล้างก้น เวลารับประทานอาหาร คุณนี่จะต้องคอยตักกับข้าวใส่ช้อนให้ “ถ้าไม่ตักกับข้าวให้ แกก็จะกินแต่ข้าวเปล่าๆ บางทีเพิ่งกินข้าวไป แกก็จะบ่นว่ายังไม่ได้อิ่ม เราก็จะเอาขนมหรือผลไม้ให้แกกินแทน” คุณแม่รับโทรศัพท์ที่ได้แต่คุยไม่ค่อยรู้เรื่อง และมักจะอยากออกไปนอกบ้าน แต่เมื่อคุณนี่ห้ามไว้ก็จะยอมโดยไม่ขัดใจ คุณนี่จะพาคุณแม่ออกไปเที่ยวข้างนอกในวันที่น้องสาวอีกคนหยุดงาน หรือถ้าหยุดหลายวัน ก็จะพากันไปเที่ยวต่างจังหวัด

ความสัมพันธ์แบบพี่น้อง

ในการศึกษาครั้งนี้พบความสัมพันธ์แบบพี่น้องในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุสมองเสื่อมเพียง 1 ครอบครัว รายละเอียดดังนี้

ครอบครัวคุณยา

คุณยาอายุ 79 ปี เป็นผู้หญิงตัวเล็ก รูปร่างผอม หลังค่อม คุณยาเล่าว่ามีพี่น้องทั้งหมด 7 คน ตอนนี้อยู่กับคุณจันน้องสาวที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมแล้ว 2 คน ส่วนอีก 5 คนต่างแยกย้ายไปมีครอบครัวของตนเอง คุณยาเป็นคนที่ 2 ส่วนน้องสาว คือ คุณจันเป็นคนที่ 3 คุณยาแต่งงานมีครอบครัวมีลูก 2 คน ที่บ้านตอนนี้มีอยู่กัน 4 คน คือ คุณจัน คุณยา สามิคุณยา และลูกชาย ซึ่งส่วนใหญ่จะทำงานตลอด ไม่ค่อยได้อยู่บ้าน ส่วนลูกสาวแต่งงานและแยกครอบครัวออกไป ลูกสาวคุณยาประกอบกิจการร้านอาหารอยู่แถวสุขุมวิท นานๆครั้งถึงจะมาเยี่ยมคุณยาที่บ้าน แต่จะโทรศัพท์มาคุยด้วยทุกวัน และส่งเงินมาเป็นค่าใช้จ่ายในบ้านให้ทุกเดือน ส่วนพี่น้องคนอื่นๆของคุณยา ไม่ได้มีส่วนช่วยเหลือในการดูแลน้องสาวที่ป่วยเลย คุณยาเล่าถึงพี่น้องคนอื่นๆว่า “พี่น้องคนอื่นๆ ตอนพ่อแม่ป่วย ก็ไม่เคยมาช่วยดูแลเลย จะมีก็พี่น้องคนที่อยู่อเมริกา ก็ส่งเงินมาให้บ้าง แต่เค้าก็มีภาระของเค้า แต่คนอื่นๆนี่มีแต่จะมาเอา น้องสาวคนนี้นี่ มีปัญหาตลอด มาเอาตลอด ค่า

เทอมลูกก็มาเอา จนวาระสุดท้ายของชีวิตแม่ แก่ก็บ่นว่า เคঁามาเอาจนหมด จนแม่ไม่มีเงินจะรักษาตัว พูดเรื่องนี้ทีไรแม่ก็จะร้องไห้ตลอด แก่ก็จะจืดๆเจียนๆข้างฝา ว่าไครมาเอาเงินของแกไปบ้าง”

คุณยาจบการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ เคยทำงานเป็นพนักงานธุรการในกระทรวงศึกษาธิการ ปัจจุบันคุณยาสุขภาพไม่แข็งแรง เนื่องจากเป็นโรคหมอนรองกระดูกเสื่อม ทำให้หลังค่อม และมีอาการปวดหลังเป็นพักๆ หมอแนะนำให้ผ่าตัด แต่เธอไม่ยอมไปรับการรักษา เนื่องจากเป็นห่วงน้องสาว “นี่ว่าจะไปตรวจ ก็ยังไม่ได้ไปเลย หมอให้ไปผ่า เราก็ไม่ยอมผ่า เพราะกว่าจะฟื้นตัวก็เป็นปี เราก็เป็นห่วงน้อง กลัวไม่มีใครดูแล เราก็เลยใช้สมุนไพรช่วย มีพวกยาหม้อยัด้ม เพราะพ่อเคยเป็นหมอแผนโบราณ เราก็จำๆมา”

คุณจันทองสาวคุณยา

คุณจัน อายุ 76 ปี เป็นสาวโสดไม่เคยมีครอบครัว จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ก่อนหน้าที่จะป่วย ได้ประกอบอาชีพทำสวนอยู่ที่จังหวัดกาญจนบุรี คุณจันมีรูปร่างสูงผอม ผมหื่น สีหน้ายิ้มแย้ม แต่แวตาคู่ก่อนข้างเศร้า พูดคุยถามตอบตรงคำถาม แต่ค่อนข้างช้า คุณจันเริ่มมีอาการหลงลืมมาประมาณ 2 ปี เช่น วางของแล้วลืมหาไม่เจอ ลืมปิดเตาแก๊ส ลืมว่าทานข้าวหรือยัง พูดถามเรื่องเดิมซ้ำๆ มีลักษณะนิสัยเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม คือ ก่อนหน้านี้จะเป็นคนอารมณ์เย็น แต่เมื่อป่วยกลับกลายเป็นคนหงุดหงิดง่าย จี้โมโห และจี้ใจน้อย

ก่อนหน้านี้คุณจันอยู่กับพ่อแม่ที่จังหวัดกาญจนบุรี และเป็นคนดูแลพ่อแม่ยามเจ็บป่วยด้วยตนเองมาตลอด ช่วงนั้นคุณยายยังไม่เกษียณ จึงไปช่วยดูแลได้บ้างในช่วงวันหยุด หลังจากที่แม่เสียชีวิต คุณจันก็ใช้ชีวิตอยู่คนเดียว จนกระทั่งคุณยายสังเกตเห็นว่าน้องสาวเริ่มมีอาการหลงๆลืมๆมากขึ้น จึงเป็นห่วงและรับมาอยู่ด้วยกันที่กรุงเทพฯ เมื่อพาไปตรวจที่โรงพยาบาลแพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะแรก คุณยายคิดว่าที่จันป่วย เนื่องจากเครียดเรื่องพี่น้องสาวมาเอาสมบัติที่แม่ทิ้งไว้ให้ก่อนตายไปจนหมด

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุสมองเสื่อม ในฐานะเป็นภรรยา 4 ราย บุตรสาว 3 ราย และพี่สาว 1 ราย อายุของผู้ดูแล 6 ใน 8 รายเป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีสุขภาพไม่แข็งแรง และมีโรคประจำตัวร่วมด้วย โดยโรคที่พบมาก คือ โรคความดันโลหิตสูง 4 ราย และโรคเกี่ยวกับกระดูกและข้อ อีก 4 ราย ซึ่งส่วนใหญ่มีความเจ็บป่วยอยู่ก่อนที่จะให้การดูแลผู้ป่วย มีเพียงรายเดียวที่ให้ประวัติว่ามีความดันโลหิตสูงและเส้นเลือดในสมองตีบจากการที่ต้องดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ทำให้ไม่มีเวลาพักผ่อน ส่งผลให้อาการของโรคกำเริบ

ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม อยู่ระหว่าง 2 ถึง 5 ปี ผู้ดูแลทั้งหมดไม่เคยมีประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมาก่อน

เมื่อพิจารณาสภาพทางเศรษฐกิจในครอบครัวของผู้ดูแลโดยรวมพบว่า ส่วนใหญ่จะได้รับการเกื้อหนุนเงินจือจากสมาชิกคนอื่นๆภายในครอบครัว คือ ถึงแม้ตัวผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้ดูแลจะไม่มีรายได้ แต่ก็ได้รับการดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆ ทั้งค่ารักษาพยาบาล หรือค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันจากบุตรหรือพี่น้องคนอื่นๆ จะมีเพียง 3 ครอบครัวเท่านั้น ที่มีแหล่งรายได้มาจากตัวผู้ดูแลเพียงอย่างเดียว

สำหรับลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในการศึกษารั้งนี้ เป็นเพศชาย 4 ราย เพศหญิง 4 ราย มีอายุตั้งแต่ 68 ถึง 92 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 2 ถึง 5 ปี ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 6 ใน 8 ราย ยังช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันทั่วไปได้ แต่ส่วนใหญ่มักจะหลงลืม ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นเตือนการทำกิจกรรมต่างๆอย่างใกล้ชิด ส่วนกิจวัตรประจำที่ต้องใช้อุปกรณ์หรือทักษะ พบว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมทุกรายต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจกรรม ในด้านลักษณะนิสัย พบว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อม 6 ใน 8 ราย มีลักษณะนิสัยเปลี่ยนไปจากเดิม ปัญหาที่สำคัญของผู้ดูแล คือ การต้องรองรับกับอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ซึ่งปัญหานี้มักสร้างความเครียดให้กับผู้ดูแล

4.2 ผลการประเมินผู้สูงอายุ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

แบบประเมิน The Barthel Activity of Daily Living: ADL เป็นการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวหม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การกลั้นอุจจาระ การกลั้นปัสสาวะ โดยในแต่ละข้อจะมีช่วงคะแนน 0 – 3 ตามระดับความสามารถในการทำกิจกรรม ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน และแปลผลคะแนนรวมออกมาเป็นช่วงคะแนน ในการประเมินผู้สูงอายุสมองเสื่อมทั้ง 8 ราย ได้ผลคะแนนดังนี้

ชื่อ ชื่อ	Feeding	Grooming	Transfer	Toilet use	Mobility	Dressing	Stairs	Bathing	Bowels	Bladder	รวม คะแนน
สามี คุณเม	2 ทำได้	1 ทำได้	3 ทำได้	2 ทำได้	3 ทำได้	2 ทำได้	2 ทำได้	1 ทำได้	2 ทำได้	2 ทำได้	20 ทำได้
สามี คุณแดง	1 ต้องช่วย	0 ต้องช่วย	2 ต้องช่วย	1 ต้องช่วย	2 ต้องช่วย	0 ต้องช่วย	1 ต้องช่วย	0 ต้องช่วย	1 ต้องช่วย	1 ต้องช่วย	9 ต้องช่วย
สามี คุณรัช	2 ทำได้	1 ทำได้	3 ทำได้	2 ทำได้	3 ทำได้	2 ทำได้	2 ทำได้	1 ทำได้	2 ทำได้	2 ทำได้	20 ทำได้
สามี คุณพูน	2 ทำได้	1 ทำได้	2 ต้องช่วย	1 ต้องช่วย	2 ต้องช่วย	0 ต้องช่วย	1 ต้องช่วย	1 ทำได้	1 ต้องช่วย	2 ทำได้	14 พอทำ ได้
แม่คุณ มล	2 ทำได้	1 ทำได้	3 ทำได้	2 ทำได้	3 ทำได้	2 ทำได้	2 ทำได้	1 ทำได้	2 ทำได้	2 ทำได้	20 ทำได้
แม่คุณ วี	2 ทำได้	1 ทำได้	3 ทำได้	2 ทำได้	3 ทำได้	2 ทำได้	2 ทำได้	1 ทำได้	2 ทำได้	2 ทำได้	20 ทำได้
แม่คุณ ณี	1 ต้องช่วย	0 ต้องช่วย	2 ต้องช่วย	1 ต้องช่วย	2 ต้องช่วย	0 ต้องช่วย	0 ต้องช่วย	0 ต้องช่วย	1 ต้องช่วย	1 ต้องช่วย	8 ต้องช่วย
น้อง คุณยา	2 ทำได้	1 ทำได้	3 ทำได้	2 ทำได้	3 ทำได้	2 ทำได้	2 ทำได้	1 ทำได้	2 ทำได้	2 ทำได้	20 ทำได้

แบบประเมิน The Lowton Instrumental Activity of Daily Living Scale : IADL เป็นแบบประเมินการประกอบกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ในการทำกิจกรรมที่ต้องอาศัยทักษะในการดำเนินชีวิตร่วมด้วย ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 8 อย่าง คือ การใช้โทรศัพท์ การซื้อของ การเตรียมอาหาร การทำงานบ้าน การซักผ้า การเดินทาง การรับประทานยา และการบริหารเงิน โดยในแต่ละข้อจะมีช่วงคะแนน 0 – 1 ตามระดับความสามารถในการทำกิจกรรม ซึ่งมีคะแนนเต็ม 8 คะแนน ในการประเมินผู้สูงอายุสมองเสื่อมทั้ง 8 ราย ประเมิน IADL ได้ผลดังนี้

ชื่อ / ข้อ	Use Telephone	Shopping	Food Preparation	Housekeeping	Laundry	Transportation	Medication	Finance	รวมคะแนน	ระยะเวลาที่ป่วย(ปี)
สามีคุณแม	1 พอทำได้	0 พอทำได้	0 ไม่ได้ทำ	0 ไม่ได้ทำ	0 ไม่ได้ทำ	0 ทำไม่ได้	0 ทำไม่ได้	0 ทำไม่ได้	1 ฟุ้งฟิง	2
สามีคุณแดง	0 ทำไม่ได้	0 พอทำได้	0 ไม่ได้ทำ	0 ไม่ได้ทำ	0 ไม่ได้ทำ	0 ทำไม่ได้	0 ทำไม่ได้	0 ทำไม่ได้	0 ฟุ้งฟิง	5
สามีคุณรัช	1 พอทำได้	0 ทำพอได้	0 ไม่ได้ทำ	0 ไม่ได้ทำ	0 ไม่ได้ทำ	0 ทำไม่ได้	0 ทำไม่ได้	0 ทำไม่ได้	1 ฟุ้งฟิง	2
สามีคุณพูน	1 พอทำได้	0 ทำไม่ได้	0 ไม่ได้ทำ	0 ไม่ได้ทำ	0 ไม่ได้ทำ	0 ทำไม่ได้	0 ทำไม่ได้	0 ทำไม่ได้	0 ฟุ้งฟิง	2
แม่คุณมล	1 พอทำได้	0 พอทำได้	0 พอทำได้	1 พอทำได้	1 พอทำได้	0 ทำไม่ได้	0 พอทำได้	1 พอทำได้	4 ฟุ้งฟิง	2
แม่คุณวี	1 ทำได้	0 พอทำได้	0 พอทำได้	1 พอทำได้	1 พอทำได้	0 พอทำได้	0 พอทำได้	1 พอทำได้	4 ฟุ้งฟิง	3
แม่คุณณี	0 ทำไม่ได้	0 พอทำได้	0 ไม่ได้ทำ	0 ไม่ได้ทำ	0 ไม่ได้ทำ	0 ทำไม่ได้	0 ทำไม่ได้	0 ทำไม่ได้	0 ฟุ้งฟิง	3
น้องคุณยา	1 ทำได้	0 พอทำได้	0 พอทำได้	1 พอทำได้	1 พอทำได้	0 พอทำได้	0 พอทำได้	1 พอทำได้	4 ฟุ้งฟิง	2

การแปลผลคะแนนของแบบประเมิน IADL ในผู้หญิง และผู้ชายจะแตกต่างกัน คือ ในผู้ชายจะไม่นำคะแนนในข้อ การเตรียมอาหาร การทำงานบ้าน และการซักผ้า มาประเมินด้วย เนื่องจากไม่ใช่กิจกรรมหลักที่ผู้ชายทำอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นคะแนนเต็มของเพศชาย คือ 5 คะแนน ส่วนคะแนนเต็มของเพศหญิง คือ 8 คะแนน โดยการแปลผลคะแนน จะออกมาเป็นช่วงคะแนน ตั้งแต่ 0 คะแนน คือ ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันที่ต้องใช้ทักษะหรืออุปกรณ์ได้ (มีภาวะฟุ้งฟิงมาก) จนถึง 8 คะแนน (หรือ 5 คะแนนในเพศชาย) คือ สามารถทำกิจกรรมประจำวันที่ต้องใช้ทักษะหรืออุปกรณ์ได้ (ไม่มีภาวะฟุ้งฟิง)

จากผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันทั่วไป (ADL) จะเห็นว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อม 5 ใน 8 ราย อยู่ในกลุ่มที่ยังสามารถพึ่งพาตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันทั่วไปได้ มี 1 รายที่ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อย และมี 2 รายที่ต้องการความช่วยเหลือในการประกอบกิจวัตรประจำวันทั่วไปค่อนข้างอย่างมาก

ส่วนผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์หรือทักษะ จะเห็นว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมทุกราย ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแล แม้ว่าเกือบทุกรายจะอยู่ในภาวะสมองเสื่อมระยะต้น ซึ่งจากผลการประเมินแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจะสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์หรือทักษะ (IADL) ก่อนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันทั่วไป (ADL) เสมอ

4.3 การให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

การให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแลถูกกำหนดขึ้นจากความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น ในสังคมไทยยังคงคาดหวังต่อบทบาทหน้าที่ของสถาบันครอบครัวที่ว่า การดูแลครอบครัวควรเป็นหน้าที่ของผู้หญิง บุตรควรต้องดูแลบิดามารดา ภรรยาควรต้องดูแลสามี เพราะเป็นหน้าที่ ที่สังคมคาดหวังไว้ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลทั้งหมดเป็นเพศหญิง และถึงแม้จะอยู่ในวัยชรา ที่ต้องรับบทบาทเป็นทั้งผู้ป่วย และบทบาทผู้ดูแลไปพร้อมๆกัน กล่าวคือ ผู้ดูแลมีอายุมากกว่า 60 ปี ถึง 6 ครอบครัว แต่ด้วยการเป็นสามีภรรยา แม่ลูก และพี่น้อง แม้ว่าผู้ดูแลบางคนจะมีความเจ็บป่วยทางกายร่วมด้วย ซึ่งในสถานภาพของการเป็นผู้กระทำ ผู้ดูแลประมวลเหตุการณ์และความหมายเกี่ยวกับ คุณค่าการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในครอบครัว ว่าเป็นการทำหน้าที่เพื่อตอบแทนบุญคุณ ด้วยความรักความผูกพัน และการระลึกถึงการตอบแทนบุญคุณ เพื่อเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลมีสถานภาพเป็นภรรยา 4 ราย ลูกสาว 3 ราย และพี่สาว 1 ราย ทุกรายแสดงออกถึงความรักและความผูกพันที่มีต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อม และแสดงให้เห็นว่าถึงแม้จะยากลำบาก แต่ก็ยินดีที่จะดูแลจนถึงที่สุด โดยไม่คาดหวังที่จะจ้างบุคคลภายนอกมาช่วยดูแล เนื่องจากไม่ไว้ใจว่าจะดูแลได้ดีเท่าคนในครอบครัว เพราะเห็นว่าการว่าจ้างคนอื่นมาดูแล เป็นการดูแลที่ปราศจากความรักและความผูกพัน โดยมี 1 ครอบครัวที่ถึงแม้จะมีการว่าจ้างให้เด็กรับใช้มาดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุสมองเสื่อมในการทำกิจวัตรประจำวันทั่วไป แต่ภรรยาของผู้สูงอายุสมองเสื่อมก็ยังคงกำกับดูแลเด็กรับใช้อย่างใกล้ชิด ส่วนระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมนั้น พบว่า 5 ราย ให้การดูแลเป็นระยะเวลา 2 ปี อีก 2 รายให้การดูแลเป็นระยะเวลา 3 ปี และมี 1 รายที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมานานกว่า 5 ปี โดย 7 ใน 8

ราย ให้ประวัติว่าอยู่บ้านเดียวกับผู้สูงอายุสมองเสื่อมมาตลอดตั้งแต่ก่อนจะได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม มีเพียงรายเดียวที่เพิ่งรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมมาอยู่ด้วย หลังจากที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม

ผู้ดูแลทั้งหมดไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาก่อน โดยผู้ดูแล 7 ใน 8 รายเล่าว่าดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมด้วยตนเอง โดยมีสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆบ้างตามความเหมาะสม มีเพียงครอบครัวเดียวที่มีเด็กรับใช้ภายในบ้านคอยดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันให้ ผู้ดูแลจะเพียงแค่ออกกำลังกายอยู่ใกล้ๆเท่านั้น มี 1 รายที่ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน โดยระหว่างนั้นผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะต้องอยู่บ้านเพียงลำพัง และมี 1 รายที่ผู้ดูแลพาผู้สูงอายุสมองเสื่อมไปทำงานด้วย โดยให้ทำงานในส่วนที่ยังสามารถทำได้

4.3.1 การให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในฐานะการเป็นลูก

จากการศึกษาพบรูปแบบความสัมพันธ์ที่บุตรสาวเป็นผู้ดูแลมารดาที่ป่วย 3 ครอบครัว โดยบุตรสาวทั้งหมด เป็นผู้ที่มีสถานะภาพสมรสโสด และพักอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้สูงอายุสมองเสื่อมมาโดยตลอด ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่าบุตรสาวโสดจะมีความพร้อมในการดูแลบิดามารดา ยามเจ็บป่วยหรือแก่ชรา มากกว่าบุตรที่แต่งงานมีครอบครัว เพราะบุตรที่มีครอบครัวจะมีภาระส่วนตัวในการดูแลครอบครัวของตน และมักแยกครอบครัวออกไป ในขณะที่เดียวกันก็พบว่าเจตคติที่บุตรสาวมีต่อภาระหน้าที่ของความเป็นลูก คือ ความเต็มใจที่จะดูแลพ่อแม่ การเป็นผู้รับผิดชอบดูแลพ่อแม่ยามแก่ชราหรือเจ็บป่วยนั้น เป็นความพึงพอใจสูงสุด เนื่องจากในสังคมไทยมีความเชื่อในเรื่องความกตัญญูทดแทนบิดามารดา ด้วยเหตุนี้จึงถือเป็นบรรทัดฐานที่สังคมยึดถือปฏิบัติกันเรื่อยมา รวมทั้งความคิดที่ว่า การดูแลบิดามารดา เป็นหน้าที่ที่บุตรพึงต้องปฏิบัติ ซึ่งความสัมพันธ์แบบแม่ลูกนี้เป็นความผูกพันทางสายโลหิต ที่แน่นแฟ้น เป็นสายใยรักที่ตัดไม่ขาด รวมทั้งยังเป็นสายใยที่เชื่อมจากรุ่นลูกไปสู่รุ่นหลาน ซึ่งการให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในฐานะของการเป็นลูกนั้น ส่วนใหญ่ให้คุณค่าไปตามความคาดหวังของสังคม ที่ผ่านการอบรมขัดเกลา ว่าลูกต้องมีหน้าที่ในการดูแลพ่อแม่ทั้งยามปกติและยามเจ็บป่วย รวมทั้งยังเป็นการทำหน้าที่เพื่อตอบแทนบุญคุณ แม้บางครั้งการดูแลอาจเป็นความพยายามที่จะแก้ไขข้อบกพร่องของการเป็นลูกที่ดี ซึ่งบางครั้งอาจละเลยไปบ้าง เมื่อเกิดความเจ็บป่วย ลูกจึงพยายามกลับมาชดเชย และทดแทนเพื่อให้การดูแลที่ดีที่สุดกับพ่อแม่

“ถ้าลูกไม่ดูแลพ่อแม่ แล้วใครจะดูแล มันเป็นหน้าที่ของลูกทุกคน และยังเป็นการตอบแทนบุญคุณอีกด้วย” (คุณมล)

“น้องชายพอแต่งงานเค้าก็แยกครอบครัวออกไป นานๆถึงมาเยี่ยมซักที เราอยู่กับพ่อแม่ตลอด ถึงเราแต่งงานก็ไม่ได้ย้ายไปไหน พอแยกทางกับสามี ก็ได้แม่นี่แหละที่ช่วยเลี้ยงลูกชายให้ เพราะตอนนั้นเราต้องทำงานด้วย เรียกได้ว่าลูกชายเค้าจะผูกพันกับคุณยายมาก พอพ่อแม่ไม่สบายเราก็ต้องดูแลอยู่แล้ว ถ้าถึงตอนที่เราไม่ไหว ลูกชายเค้าก็ต้องมาดูแลเราเหมือนกัน” (คุณมล)

“จะดูแลแก่ให้ดีที่สุด เท่าที่เราจะทำได้ เป็นหน้าที่ที่เราต้องดูแล เพราะต่างคนต่างก็มีภาระกัน เราไม่ได้ทำงานอะไร เคยจ้างคนอื่นมาดูแลเดือนนึง เค้าก็ดูแลไม่เหมือนเรา เราเลยคิดว่าดูแลเองดีกว่า อย่างแฉะๆนี่ก็มีที่ลูกหลานเค้าพาไปอยู่ศูนย์ เพราะเค้าไม่มีคนดูแล เค้าไม่มีเวลา แต่เราก็คิดว่าการดูแลแม่ที่บ้าน ได้ด้วยกันเป็นครอบครัวน่าจะดีกว่า” (คุณณี)

“การดูแลพ่อแม่ มันเป็นหน้าที่ของเราอยู่แล้ว ก่อนหน้านี้เราคิดว่าแม่แข็งแรง เราก็เลยไม่ค่อยได้ดูแลเค้า เพราะคิดว่าเค้าดูแลตัวเองได้ ต่างคนต่างก็ทำงาน จนเค้ามาป่วย เราก็รู้สึกผิดและโทษตัวเองมาตลอด ว่าเป็นเพราะเรารึเปล่า ที่เราให้เค้ากินยาเอง ตอนนี้อย่างไรเราก็จะทำทุกอย่างจะทำให้ดีที่สุด เท่าที่จะทำได้ จะดูแลเค้าอย่างดี ตอนนี้อยากให้ทำอะไร เราก็จะทำทั้งหมดกลัวตื่นขึ้นมาเค้าจะจำเราไม่ได้ ไม่อยากให้เป็นอย่างนั้น อยากจะแบ่งเบามาซักหน่อยก็ยังดี เห็นเค้าแย่งไปเรื่อยๆก็ใจหาย” (คุณวี)

4.3.2 การให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในฐานะภรรยา

จากการศึกษาพบรูปแบบความสัมพันธ์ที่ภรรยาเป็นผู้ดูแลสามีที่ป่วย 4 ครอบครัว โดย 3 ใน 4 ครอบครัวมีบุตรและสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวเป็นผู้ช่วยเหลือในการดูแล พบเพียง 1 ครอบครัวที่ภรรยาต้องดูแลสามีที่ป่วยเพียงลำพัง เมื่อมีการสร้างครอบครัวผ่านการแต่งงานในฐานะสามีภรรยา สถานภาพของผู้หญิงในครอบครัวตามบรรทัดฐานที่สังคมคาดหวังไว้ ว่าจะต้องช่วยเหลือเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน ในยามปกติภรรยาก็ต้องช่วยเหลือสามีในการทำงาน แต่เมื่อคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วย สามีหรือภราก็ต้องแบ่งเวลามาดูแลกันและกัน การให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในความสัมพันธ์แบบภรรยาดูแลสามี จึงเป็นการแสดงถึงความรัก ความห่วงใย ความผูกพันที่มีต่อกัน มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน โดยผู้ดูแลที่เป็นภรรยาทุกครอบครัว แสดงให้เห็นว่าการดูแลสามีในยามที่เจ็บป่วย เป็นความรับผิดชอบ เป็นภาระหน้าที่ที่พึงกระทำ ถึงแม้ตนเองจะสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง แต่ความเจ็บป่วยก็ไม่น่าเป็นอุปสรรค ภรรยายังคงทำหน้าที่และจรรยาบรรณบทบาทของตัวเองต่อไป

“เมื่อก่อนเคยออกไปขายของด้วยกัน แต่พอเค้าป่วยก็หยุดไป เค้าเป็นอย่างนี้มาห้าปีแล้ว พอเค้าป่วย เราก็ต้องหยุดออกไปขายของ เพราะเราต้องมาดูแลเค้า ลูกๆก็ต้องไปทำงาน เราก็ต้องดูแล ก็ต้องประคองกันไปอย่างนี้” (คุณแดง)

“ตอนเค้าป่วยใหม่ๆ เรายังไม่เข้าใจ เค้ามาค่าเรา มาว่าเราแบบนี้ไฉนบ้าง บางทีเราโมโหก็เคยคิดจะทิ้งเค้าแล้วหาใหม่ เราหาอีกก็คนก็ได้ เมียก็ยังสวยยังสวย ตัวเองก็แก่แล้ว แต่พอมาคิดอีกที ถ้าเราทิ้งเค้า เค้าจะอยู่ยังไง ตอนหลังพอเข้าใจว่าแกป่วย เรายังไม่โกรธ ตอนนั้นแกจ๋า เราไม่ได้ ตอนนี่แกชอบมาบอกว่า ถ้าเราทิ้งไป แกจะอยู่ยังไง แกต้องตายแน่ๆ เรายังต้องคอยบอกแกว่า ชั้นไม่ทิ้งแกหรอก ก็เรายังกันอยู่สองคน” (คุณพูน)

“ตี 2 ตี 3 แกชอบเดินออกไปข้างนอก เรายังเลยไม่ได้นอนไปด้วย แล้วตอนเช้าก็ต้องไปทำงานอีก เป็นอย่างนี้เดือนเดียวได้เรื่องเลย เราลืมน หอมบอกเส้นเลือดในสมองตีบ เพราะไม่ได้พักผ่อน ขาก็ไม่มีแรง แต่เรารักษานานก็ไม่ได้ ไม่มีใครดูแลเค้า เลยตัดสินใจออกจากโรงพยาบาล ไปดูแลเค้าด้วย ดูแลตัวเองด้วย ไม่ใช่เรื่องง่ายๆนะ ต้องอดทนๆ ก่อนหน้านี้เค้าไม่เคยค่าที่เลยนะ ก็มาค่า เหมือนเค้าจ๋าเราไม่ได้ เห็นเราไม่ใช่เมีย เห็นเราเป็นศัตรู ค่าหยาบๆคายๆ เรายังรู้ว่าเค้าไม่ใช่สบาย มันไม่ใช่เค้า เรายังอดทน พอผ่าตัดเอาน้ำที่คั่งในสมองออกก็ดีขึ้น กลับมาเป็นคนเดิมแล้ว” (คุณพูน)

“หอมบอกอย่าให้เค้าไปไหนคนเดียว บางทีเค้าชอบเถลไถลไปโน่นไปนี่ เรายังจะพยายามตามไปด้วยตลอด แต่บางทีเราตามไม่ไหว เรายังห่วงเค้า ก็จะเอาบัตรประชาชนใส่ไว้ไว้ในกระเป๋า กลัวเค้าหลง เป็นห่วงกลัวกลับบ้านไม่ถูก” (คุณรัช)

“มันผูกพันกันนะ ก่อนหน้านี้ก็ดูแลกันอยู่แล้ว แต่พอเค้าป่วยก็ดูแลใกล้ชิดมากขึ้น ลูกๆหลานๆจะมาช่วยดูแล แต่แกก็ไม่ค่อยไว้ใจ อย่างหลานจะมาช่วยหยอดตา แกก็จะไม่ยอม จะให้ฉันหยอดให้คนเดียว คือแกไว้ใจ เพราะฉันดูแลแกมาตลอด ก็ดูแลกันไป ก็มันไม่หาย แต่ถ้าเค้าเป็นมากขึ้น เรายังต้องดูแลให้ดี คือ จะทำห้องให้เค้า ให้เค้าอยู่ในห้อง ก็ต้องดูแลกันไปอย่างดีที่สุด” (คุณรัช)

“ก็อยู่เป็นเพื่อนกันไป ฉันก็คอยดูแลอยู่ตลอด ถึงจะให้เด็กมารับใช้คอยหาข้าวหาปลา ให้แกกิน แต่บางทีแกก็ไม่เอา ฉันก็ต้องไปคอยบอกคอยเตือนอีกที เพราะแกคือ แกคือมาแต่ไหนแต่ไร ก็ต้องดูแลประคับประคองกันไป ใจเราก็คือห่วง ขอยังให้แกเป็นมากกว่านี้เลย” (คุณแม่)

4.3.3 การให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในฐานะพีสาว

จากการศึกษาพบรูปแบบความสัมพันธ์แบบเครือญาติ 1 ครอบครัว คือ พี่สาวให้การดูแลน้องสาวที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากน้องสาวไม่มีครอบครัว ก่อนที่จะป่วย น้องสาวคนนี้ก็ทำหน้าที่ดูแลพ่อแม่ที่ป่วยด้วยตนเองมาตลอด โดยมีพี่สาวไปช่วยเหลือบ้างในวันที่หยุดจากงาน หลังจากที่พ่อแม่เสียชีวิตลง น้องสาวก็ใช้ชีวิตอยู่คนเดียว จนกระทั่งพี่สาวสังเกตเห็น

ว่าน้องป่วย ด้วยความเป็นห่วง และสงสารจึงรับมาอยู่ด้วยกัน การให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแล ผู้สูงอายุสมองเสื่อมในความสัมพันธ์แบบพี่ดูแลน้อง เป็นการแสดงออกถึงความผูกพันที่มีต่อกัน โดยความผูกพันนั้นคละคล้ำไปด้วยความสงสาร เมื่อคนใดคนหนึ่งป่วย อีกคนก็ต้องให้การดูแล ซึ่งนอกจากความสัมพันธ์แบบสามีภรรยา และความสัมพันธ์แบบบิดามารดาและบุตรแล้ว ความสัมพันธ์แบบเครือญาติก็มีส่วนจรรโลงความเป็นครอบครัวให้ดำรงอยู่

“ในพี่น้องนี้เราสองคนสนิทกันที่สุด เพราะดูแลพ่อแม่มาด้วยกัน แต่หลักๆเงินค่าก็ดูแลมากกว่านะ เพราะมันต้องทำงาน จะไปช่วยค่าก็ตอนวันหยุด แล้วนี่พอเค้ามาป่วย ค่าไม่มีใคร เราก็คงดูแล คนอื่นเค้าก็ไม่เอา มันก็เลยรับเค้ามาอยู่ด้วยกัน ก็เป็นห่วงเค้า ทั้งเค้าไว้คนเดียวก็ไม่ได้ สงสารด้วย ค่าไม่มีใคร ใจก็เป็นทุกข์อยู่ ถ้ามันเป็นอะไรไปก่อนจะทำยังไง เป็นห่วงเค้ากลัวเค้าจะลำบาก กลัวจะไม่มีใครดูแล ค่าไม่มีใคร มีแค่เราคนเดียว” (คุณยา)

4.4 ศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะมีความแข็งแกร่งได้ ขึ้นอยู่กับการทำหน้าที่ของครอบครัวทั้ง 4 ประการ ดังนี้

4.4.1 การปรับตัว

การปรับตัว (Adaptation) คือ การทำหน้าที่ของระบบให้มีการปรับเปลี่ยนความคิดและการกระทำของสมาชิกให้เข้ากับทุกสถานการณ์ และสภาพแวดล้อม รวมถึงความต้องการของระบบ หากความคิดและการกระทำใดๆที่ดำรงอยู่ในสังคมไม่ตรงกับความต้องการของระบบก็จะต้องมีการปรับตัวเพื่อเปลี่ยนแปลง ซึ่งการปรับตัวเป็นหน้าที่พื้นฐานที่จะทำให้ระบบสังคมทำหน้าที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม สามารถดำเนินกิจกรรมต่อไปได้ ดังเช่น การปรับตัวของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ครอบครัววางไว้ เช่น การปรับเปลี่ยนเลือกสรรสมาชิกให้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล การสื่อสารพูดคุย สร้างความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ที่เพิ่มขึ้น และการเข้าใจความเจ็บป่วยที่ถาวร รวมถึงการสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงเป็นกุญแจสำคัญแห่งความสำเร็จ โดยหากผู้ดูแลในฐานะผู้กระทำ ไม่สามารถปรับตัวได้ ผู้ดูแลอาจก่อให้เกิดการเสียสมดุลของครอบครัว คือ ผู้ป่วยเหล่านี้ อาจถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังได้

จากผลการศึกษาพบว่าทุกครอบครัวต้องมีการปรับตัวหรือปรับเปลี่ยน เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในครอบครัวสามารถดำเนินต่อไปได้ด้วยดี การปรับตัวแบ่งออกเป็น

ก) การปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมใหม่ของการเป็นผู้ดูแล

การปรับตัวเองของผู้ดูแล เช่น ครอบครัวคุณมล ผู้ดูแลเลือกที่จะปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเอง โดยการลาออกจากงาน เพื่อให้ตนเองสามารถบริหารจัดการเวลาในการดูแลพ่อและแม่ที่ป่วยได้

“ก่อนหน้าที่จะตัดสินใจลาออก เราต้องลางานบ่อยๆ เพื่อพาพ่อแม่ไปหาหมอ ตอนนั้นเครียดมาก เกรงใจที่ทำงานด้วย ก็เคยคิดจะจ้างคนมาดูแล แต่ก็คิดว่าเค้าคงทำได้ไม่ดีเท่าเราดูแลเอง เคยคิดคำนวณค่าใช้จ่ายที่จะต้องจ้างคนมาดูแลก็คงไม่ใช่น้อย เลยตัดสินใจลาออกดีกว่าจะได้มาดูแลเค้าเต็มที่ ดีที่เบิกค่ารักษาได้ด้วย เงินบำนาญที่ได้อยู่ ก็พอใช้จ่ายกันทั้งครอบครัว” (คุณมล)

ครอบครัวคุณแดง ผู้ดูแลปรับตนเอง จากเดิมเคยประกอบอาชีพค้าขาย เพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว แต่เมื่อสามีป่วยและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด คุณแดงจึงเลือกที่จะเลิกประกอบอาชีพ เพื่อให้ตนเองมีเวลาดูแลสามีที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม

“เมื่อก่อนเคยค้าขาย ก็ออกไปขายของด้วยกันที่ตลาดนี้แหละ ไปด้วยกันทั้งสองคน แต่พอแก่ป่วยไปขายของไม่ไหว เราก็เลยหยุดขายไปด้วย เพราะต้องมาดูแลแม่ ก็ดูแลไม่ไหว เพราะแก่อายุมากแล้ว เราเลยต้องหยุด แล้วมาดูแลเอง แต่ร้านที่ขายนี้ลูกๆ เค้าก็จะกลับมาช่วยกันขายในวันหยุด วันทำงานเค้าก็จะอยู่ที่กรุงเทพกัน” (คุณแดง)

ครอบครัวคุณพูน ผู้ดูแลเลือกที่จะปรับเปลี่ยนเวลาในการทำงาน คือ จากเดิมสามารถออกไปทำงานได้เต็มเวลา ก็ปรับเปลี่ยนเป็นทำงานแค่ครึ่งวันในช่วงเช้า เพื่อตนเองจะได้มีเวลากลับมาดูแลสามีที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม โดยระหว่างที่ออกไปทำงาน คุณพูนจะใช้วิธีการโทรศัพท์สอบถามอาการของสามีเป็นระยะๆ

“เมื่อก่อนต้องออกไปขายยาคุลย์ทั้งวันตั้งแต่เช้าถึงเย็น เราก็เป็นห่วงเค้า ทิ้งไปทั้งวัน เคยคิดจะลาออก แต่ก็ไม่รู้จะไปทำอะไร โชคดีที่หัวหน้าเค้าเข้าใจ เค้าก็เลยช่วยเรา เค้าบอกให้มาขายแค่ครึ่งวันก็ได้ เราจะได้ไม่ต้องให้แกอยู่บ้านคนเดียวมานานๆ ถึงรายได้จะน้อยลง แต่ก็พออยู่ได้ ดีกว่าเราไม่มีรายได้อะไรเลย เงินเก็บที่มีก็ร่อยหลอลงไปทุกที” (คุณพูน)

ข) ความพยายามที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมรู้จักปรับตัว

บางครอบครัวปรับที่ตัวผู้สูงอายุสมองเสื่อม เช่น ครอบครัวคุณวี จากเดิมที่ผู้สูงอายุสมองเสื่อมเคยเป็นรองผู้อำนวยการของโรงเรียน เมื่อป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม ส่งผลให้ไม่สามารถทำงานในตำแหน่งหน้าที่เดิมได้ แต่แทนที่จะต้องลาออกจากงานไปอยู่บ้านเฉยๆ ผู้ดูแลและสมาชิกครูในโรงเรียน สนับสนุนให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อม ได้ทำงานในสหกรณ์ เนื่องจากเป็นงานที่ยังสามารถทำได้ เพื่อเป็นการฝึกสมองและช่วยฟื้นความจำ

“ผู้อำนวยการช่วยไม่ให้แม่ออก ท่านก็แนะนำว่าถ้าแม่ลาออกไปอยู่บ้านเฉยๆ อาการจะยิ่งแย่ง เพราะวันๆจะไม่ได้คุยกับใครเลย ท่านก็เลยลองให้แม่มาช่วยขายของในสหกรณ์ ตอนแรกที่ก็เกรงใจเค้า กลัวแม่จะทำได้ไม่ดี กลัวจะเป็นภาระของคนอื่นด้วย แต่พอได้ลองทำแกก็ทำได้ พวกรับเงิน ทอนเงินอะไรอย่างนี้ และแกก็ช่วยเค้าฝึกร้านด้วย” (คุณวี)

ส่วนครอบครัวของคุณพูน เธอต้องสอนให้สามีที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมใช้ชีวิตตามลำพัง ในช่วงที่ตนเองไม่อยู่

“ก่อนที่จะออกไปทำงานตอนเช้า พี่จะทำกับข้าวตั้งไว้ให้ และก็บอกให้แกตักกินเอง ตอนที่อยู่ข้างนอก พี่จะใช้วิธีโทรศัพท์มาเช็ค ดิที่แกยังรับโทรศัพท์เองได้ ก็จะถามแกว่ากินข้าวกินปลาหรือยัง ตอนนี้อยู่ทำอะไรอยู่ บางทีโทรหาแล้วแกไม่รับหลายๆครั้ง ก็จะโทรไปหาข้างบ้าน ให้มาช่วยดู ว่าแกเป็นอะไรหรือเปล่า” (คุณพูน)

ครอบครัวคุณแดงอยู่ใกล้ตลาด จึงมีผู้คนพลุกพล่าน และมีเพื่อนบ้านที่คอยช่วยเวลาที่คุณชิวเดินออกกำลังกายตอนเย็นๆ ผู้ดูแลจึงปรับเปลี่ยนผู้สูงอายุสมองเสื่อม แทนที่จะให้พักผ่อนอยู่แต่ในบ้าน เป็นการกระตุ้นให้ออกไปมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลภายนอก

“เมื่อก่อนแกลืมน้อย แต่ตอนนี้ดีขึ้น ระวังมากขึ้น เพื่อนบ้านแถวนี้เค้าก็ช่วยดู เวลาแกเดินออกไปข้างนอก ฉันก็พยายามให้แกได้พูดได้คุยกับคนที่เดินผ่านไปผ่านมา เพื่อจะช่วยกระตุ้นความจำแกได้บ้าง บางทีแกก็จำได้ บางทีก็จำไม่ได้ แต่เพื่อนบ้านเค้าก็ไม่รังเกียจ เค้าช่วยดูแก” (คุณแดง)

ค) การปรับสภาพแวดล้อมภายในครอบครัว

บางครอบครัวใช้วิธีการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในครอบครัว เพื่อความปลอดภัย และเอื้อประโยชน์ทั้งกับตัวผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้ดูแล เช่น ครอบครัวของคุณนี้ เมื่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมหกล้มสะโพกหัก แพทย์แนะนำไม่ให้ขึ้นลงบันไดบ่อยๆ เธอจึงจัดให้แม่มานอนข้างล่าง โดยตัวเองก็ย้ายลงมาอนข้างๆด้วย

“ฉันกับแม่อยู่ด้วยกันตลอด 24 ชั่วโมง พอหมอบอกไม่อยากให้แม่ขึ้นบันไดบ่อยๆ ฉันก็เลยมาจัดห้องนอนให้แกใหม่ ย้ายลงมาข้างล่างหมด แล้วฉันก็เอาที่นอนมาปูนอนข้างๆแกนี้แหละ เพื่อแกลุกไปไหนมาไหนตอนกลางคืน จะได้ช่วยกัน” (คุณนี)

ครอบครัวคุณพูน ใช้วิธีการสร้างราวยึดเกาะภายในบ้าน เนื่องจากผู้สูงอายุสมองเสื่อมมักมีปัญหาเรื่องการทรงตัว และหกล้มบ่อยๆ

“แกไม่เดินเราก็ฝึกให้แกเดิน อย่างที่บ้านเป็นบ้านชั้นเดียว เราก้ทำที่เกาะให้ ก็คอยสอนแก ว่าลุกจากที่นอนก็ต้องนั่งก่อน ค่อยๆตั้งสติ ค่อยๆเกาะเดิน เขาได้แต่อย่าให้ล้ม ก็จะคอยบอกแกอย่างนี้” (คุณพูน)

ง) การปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ไม่คาดหวัง

การปรับตัวของสมาชิกครอบครัว หรือตัวผู้ดูแลเอง ต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่อาจเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้

“เวลานั้นไม่สบาย ก็จะขอให้พี่สาวที่เป็นญาติกัน ให้มาช่วยดูแลแทน ไม่ก็แม่เค้าก็พอช่วยได้ ถึงแม่เค้าจะอายุเยอะแล้ว แต่ความจำเค้ายังดีอยู่ เราก็พอจะฝากได้บ้าง” (คุณแดง)

“บางครั้งพี่ไม่ไหว ก็จะขอให้พี่สาวที่บ้านอยู่ติดกันมาช่วยดูแลแทนให้ พี่สาวที่ดูแลแกก็จะตาย แกยังด่าเลย แต่แกไม่เอาคนอื่นนะ น้องบุญธรรมก็ไม่เอา” (คุณพูน)

ผู้ดูแลบางครอบครัวปรับลดความเครียดของตัวเอง โดยใช้การระบาย หรือพูดคุยกับบุคคลอื่น เพื่อเป็นตัวช่วยในการคลายความตึงเครียดที่เกิดจากการดูแล เนื่องจากผู้ดูแลให้เหตุผลว่า การได้ระบายเรื่องราวต่างๆแล้วมีผู้รับฟัง ถึงแม้จะไม่ได้ให้คำแนะนำหรือให้การช่วยเหลือใดๆ ก็สามารถช่วยให้พวกเขาได้ผ่อนคลายและสบายใจขึ้น

“เวลาเครียด หรือมีเรื่องอะไร ก็จะโทรไปหาพี่สาวที่เป็นลูกพี่ลูกน้องกัน ก็เล่าให้เค้าฟัง มันก็พอช่วยได้ แต่เค้าเป็นคนมองโลกแคบ เพราะอยู่แต่บ้านไม่ได้ทำงานอะไร ถึงเค้าจะช่วยอะไรเราไม่ได้ แต่เค้าก็ฟัง แค่นี้เราก็สบายใจขึ้น” (คุณมล)

“ดีที่เพื่อนๆที่ทำงานเข้าใจ เวลาเป็นเรื่องไม่สบายใจ พี่ก็จะปรึกษาพวกเค้านี้แหละ เค้าก็จะคอยให้กำลังใจเรา และก็ช่วยดูแลให้ด้วย อย่างบางวันที่สอนเลิกช้า เค้าก็จะช่วยดูแลให้” (คุณวี)

“เวลาเหนื่อย ก็จะดูทีวี อ่านหนังสือ ไม่ก็โทรไปคุยกับน้องๆ พอได้บ่น ได้คุย มันก็ดีขึ้น นานๆเค้าถึงจะมาเยี่ยมกันทีนึง” (คุณนิ)

“กับแฟนนี่ไม่คุยกันเลยนะ ถ้ามีเรื่องไม่สบายใจ นันก็จะโทรไปหาลูกสาว คนที่เปิดร้านอาหาร หรือไม่ก็น้องสาวที่อยู่อเมริกา ไม่ก็ไปวัด จันเค้าชอบไปวัด ไปสวดมนต์ ไปเจอคนเยอะๆ เค้าก็จะพูดจะคุย” (คุณยา)

4.4.2 การวางเป้าหมาย

การวางเป้าหมาย หรือการบรรลุเป้าหมาย (Goal Attainment) หน้าที่ของครอบครัว คือ ต้องมีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน แล้วหาแนวทางไปสู่เป้าหมายนั้น จากการวิจัยพบว่าครอบครัวทุกรูปแบบความสัมพันธ์มีเป้าหมายในการดูแลที่ไม่แตกต่างกัน คือ ต้องการให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ยืนยาว เพื่อให้อยู่ด้วยกันต่อไปอีกนานๆ ขอให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมช่วยเหลือตัวเองได้ ยังจำกันได้ หรือขอแค่นี้ไม่ให้อาการทรุดลงไปกว่าเดิม โดยแต่ละครอบครัวมีวิธีดำเนินการเพื่อไปสู่เป้าหมายดังกล่าวแตกต่างกัน เช่น การให้ดูรูปเก่าๆเพื่อช่วยฟื้นความจำ การฝึกให้ทำกิจวัตรประจำวันด้วย

ตนเอง การฝึกให้เล่นเกม การพาไปพบแพทย์และดูแลให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเสื่อมสภาพชีวิตที่ดีเท่าที่พวกเขาจะทำได้

“อยากให้เค้าอยู่นานๆ อยากให้เค้าช่วยเหลือตัวเองได้ ให้ดีที่สุด เราก็มักกันแค่สองคน ไม่อยากให้เค้าเป็นอะไรไปก่อน” (คุณพูน)

“เราก็ไม่ได้หวังอะไรมาก ขอแค่เค้ายังพอช่วยเหลือตัวเองได้ ไปไหนมาไหนได้ ใช้ชีวิตได้ตามปกติ แค่นี้ก็โอเคแล้ว” (คุณเม)

“พยายามไม่อยากให้เงินเค้าเป็นอะไรไปมากกว่านี้ ให้เค้ามีสติช่วยเหลือตัวเองได้ก็พอ ถ้าเงินเป็นอะไรไปก่อน ก็เป็นห่วงเค้า อยากให้เค้าพอจะช่วยเหลือตัวเองได้ แค่นี้ก็พอ” (คุณยา)

“ตอนนี้หมอยากให้ทำอะไร เราก็จะทำให้หมด กลัวเค้าจะเป็นมากกว่านี้ กลัวว่าตื่นมาเค้าจะจำเราไม่ได้ เราไม่อยากให้เป็นอย่างนั้น อยากจะแบ่งเบามาซักหน่อยก็ยังดี เห็นเค้าแย่งเรื่อๆ เราก็ใจหาย” (คุณวี)

“ทำทุกอย่างให้ดีที่สุด ทำตามที่หมอบอก ไปหาหมอตตามนัดตลอด ต้องไม่ให้ขาดยา ถ้าเริ่มต้นดีก็จะมีโอกาสหาย ไม่อยากให้เค้าเป็นมากกว่านี้ เราต้องมีวินัย ต้องดูแลอย่างจริงจัง” (คุณมล)

“อยากให้เค้าหาย แต่ก็คงเป็นไปได้ยาก ก็จะทำให้ดีที่สุด พยายามฝึกเค้า ฝึกให้เค้าพูด ให้เค้าเดิน ก็ประคองกันไปอย่างนี้ ได้แค่นี้ก็ดีแล้ว ขออย่าให้เป็นอะไรมากไปกว่านี้เลย” (คุณแดง)

4.4.3 การบูรณาการ

การบูรณาการ (Integration) คือ หน้าที่ในการเชื่อมประสาน ทั้งด้านการปรับตัว และการวางแผนทางไปสู่เป้าหมาย ศักยภาพของครอบครัวจะแข็งแกร่งได้ ขึ้นอยู่กับการประสานและการสร้างความเข้าใจให้ตรงกัน มีการสื่อสารปรึกษาพูดคุยร่วมกัน การมีส่วนร่วมระหว่างสมาชิกในครอบครัว การมีกลุ่มกิจกรรมร่วมกัน ฐานะผู้ดูแล การเป็นตัวเชื่อมประสานความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุเสื่อมกับแพทย์ กับสมาชิกในครอบครัว และกับบุคคลรอบข้าง จะเห็นได้ว่าทุกๆ ครอบครัวในการศึกษาคั้งนี้ ผู้ดูแลจะทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมประสานความสัมพันธ์ในทุกมิติของผู้สูงอายุเสื่อม

ก) การเชื่อมประสานความสัมพันธ์ และความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัว

คุณแดงเป็นตัวเชื่อมประสานความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุเสื่อมกับคนในครอบครัวได้ดี โดยทุกๆ ถึงแม้จะต้องไปทำงานต่างที่ แต่ทุกสัปดาห์ทุกคนก็จะกลับมาบ้าน เพื่อช่วยค้าขาย และช่วยดูแลคุณพ่อที่ป่วย นอกจากนั้นคุณแดงยังเป็นตัวเชื่อมประสานความสัมพันธ์

ระหว่างผู้สูงอายุสมองเสื่อมกับคนในชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและดูแล เมื่อคุณชิวออกไปเดินในตลาด

“ลูกชายกับลูกสาวคนเล็กวันธรรมดา เค้าจะไปทำงานที่กรุงเทพ พอวันหยุดก็จะกลับมาบ้าน มาช่วยขายของที่ตลาด และก็มาช่วยดูแลพ่อด้วย ลูกสาวคนเล็กนี่เค้าจะสนิทกับพ่อมาก ก็จะมาช่วยดู ฉันก็ได้พักบ้าง” (คุณแดง)

ครอบครัวคุณรัชเป็นตัวอย่างของการเชื่อมประสานความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุสมองเสื่อมกับคนในครอบครัวได้เป็นอย่างดี เนื่องจากทุกคนในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นลูกๆ หรือหลานๆ ต่างร่วมแรงร่วมใจ ในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ครอบครัวคุณรัชเป็นครอบครัวที่อบอุ่น ขณะนี้คุณก็จะมีสามีที่ป่วย ลูกสาว และหลานชายมานั่งอยู่ใกล้ๆ คุณรัชบอกว่าคุณวรรณยังสามารถสอนการบ้านง่ายๆกับหลานชายได้

“หลานๆเค้าจะสนิทกับตา ชอบให้ตาสอนการบ้าน พวกการบ้านง่ายๆนี่แกก็ยังพอสอนได้นะ พวกเลขหรือภาษาอังกฤษนี่ แกก็ยังจำได้ แต่หลานสาวคนโตนี่แกจะหวงมาก ชอบถามฉันตลอดเลยว่า กลับมาบ้านหรือยัง” (คุณรัช)

ครอบครัวคุณแม่เป็นครอบครัวใหญ่ ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี ทุกคนในบ้านต่างก็มีหน้าที่การงานและภาระของตน ร่วมกับที่บ้านมีกำลังทรัพย์ในการจ้างเด็กรับใช้ มาคอยดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน และทำทุกอย่างให้ เรื่องการกินอยู่ของคุณชัชจึงไม่มีปัญหาอะไร แต่เด็กรับใช้ต้องเปลี่ยนคนบ่อยๆ เนื่องจากคุณชัชมักไม่เอาใคร และบางครั้งหลงผิดคิดว่าเด็กขโมยของ จึงตำว่าเด็กด้วยถ้อยคำรุนแรง คุณแม่ต้องคอยอธิบายให้เด็กเข้าใจว่าคุณชัชป่วย แต่บางครั้งเด็กทนไม่ได้ก็ขอลาออกไปบ่อยๆ ในกรณีนี้อาจกล่าวได้ว่า นอกจากคุณแม่เป็นตัวเชื่อมประสานความสัมพันธ์ระหว่างลุงชัชและครอบครัวแล้ว คุณแม่ยังเป็นตัวเชื่อมประสานความสัมพันธ์ระหว่างลุงชัชกับเด็กที่ต้องดูแลคุณชัชอีกด้วย

“ลูกสาวคนโตกับลูกเขยไม่ได้ช่วยงานที่บ้าน เพราะเค้าต้องออกไปทำงานข้างนอกกว่าจะกลับกันก็ค่ำๆ ส่วนคนเล็กนี่ก็ช่วยงานฉันที่โรงพิมพ์ตลอด วันๆฉันก็วนอยู่กับงานที่นี่ สามีนี่ก็ให้เด็กเค้าช่วยดูให้ คอยดูแลหาข้าวหาปลาให้แกกิน แต่บางครั้งแกก็ชอบไปตำไปว่าเค้า หาว่า เค้ามาขโมยของ บางทีตำแรงๆเลย ฉันก็ต้องไปคอยดูคอยบอก ว่าอย่าถือสาแก แกไม่สบาย แต่เด็กบางคนเค้าก็ทนไม่ได้ ขอลาออกไปบ่อยๆ” (คุณแม่)

ส่วนครอบครัวของคุณพูน แม้ในครอบครัวจะมีแค่เธอและสามีที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมเพียง 2 คน แต่การเจ็บป่วยของพ่อแม่ ก็ทำให้ลูกๆที่แยกครอบครัวออกไปแล้ว กลับมาเยี่ยมเยียนบ่อยขึ้น แม้ว่าจะไม่มีส่วนร่วมในการช่วยดูแลก็ตาม

“ลูกๆนี่พอเค้ารู้ว่าพ่อแม่ไม่สบาย เค้าก็มากันบ่อยขึ้น บางทีเย็นๆก็แวะมา เอานุ่นเอานี้มาให้ พาหลานมาเยี่ยมด้วย ตาแกชอบเล่นกับหลาน เป็นหลานผู้หญิงเจ็ดเดือนกว่าๆ คือเมื่อก่อนเค้าจะไม่ค่อยมาไง ไม่ค่อยมาอยู่กับเรา แต่พอเค้าเห็นว่าพ่อแม่ไม่ค่อยสบาย เค้าก็มากันบ่อยขึ้น” (คุณพูน)

คุณวีเป็นตัวเชื่อมประสานความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุสมองเสื่อมกับผู้ร่วมงานและสังคมภายนอก เนื่องจากในครอบครัวนี้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมยังสามารถประกอบอาชีพได้ ส่วนภายในครอบครัวคุณวี ก็มีหน้าที่ประสานให้น้องชาย ได้มีส่วนร่วมในการดูแลแม่ โดยการแบ่งหน้าที่ในการพาแม่ไปตรวจที่โรงพยาบาล ในวันที่ต้องพบแพทย์ที่คุณดูแลเรื่องความดันโลหิตสูง และติดต่อพูดคุยกับพ่อ ซึ่งแยกตัวไปอยู่ที่อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา ให้โทรศัพท์มาคุยกับแม่ทุกวัน

“น้องชายเค้าจะช่วยพาแม่มาหาหมอ เวลาที่ต้องมารับยาความดัน เพราะพี่ไม่ยอมทำงานบ่อยๆ เกรงใจที่โรงเรียน คือ ถ้าเป็นเรื่องความดันนี้น้องชายเค้าดูแลได้ แต่ถ้าเป็นเรื่องสมองนี้พี่ต้องพามาเอง กลัวน้องเค้าจะไม่รู้เรื่อง กลัวจะตอบหมอไม่ถูก ส่วนพ่อนี้ก็อยู่ที่วังน้ำเขียว นานๆถึงจะมาเยี่ยมซักที แต่แกก็จะโทรมาคุยด้วยทุกวัน แม่เค้าจะได้ไม่เหงา” (คุณวี)

ครอบครัวคุณวีมีพี่น้องหลายคน ถึงแม้ทุกคนจะแต่งงานและแยกครอบครัวออกไปแล้ว แต่ก็ยังมาเยี่ยมเยียน และเป็นทีปรึกษาให้เธอในการดูแลคุณแม่อย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับน้องสาวที่อยู่บ้านเดียวกันก็จะคอยช่วยเหลือเปลี่ยนแปลงในการดูแลและพาคุณแม่ออกไปเที่ยวในวันที่ว่างจากงาน จะเห็นได้ว่าครอบครัวนี้ผู้ดูแลเป็นตัวเชื่อมประสานความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุสมองเสื่อมกับครอบครัวได้อย่างสมบูรณ์

“ตอนเย็นๆพื่อน้องสาวกลับมาจากทำงาน เค้าก็จะมาช่วยดูแลแม่ ฉันก็จะได้พักบ้าง วันไหนเค้าหยุด ก็จะพากันไปเที่ยว แม่แกชอบให้พาไปเที่ยวข้างนอก จะรอน้องสาวหยุดงาน ถึงได้ออกไปข้างนอก ถ้าหยุดหลายวันก็ไปต่างจังหวัดกัน แม่แกชอบไปเที่ยว แกเบื่อ แกอยากไปข้างนอก ชอบไปที่คนเยอะๆ ไม่ชอบเงียบๆ” (คุณวี)

จ) การเชื่อมประสานสถานะทางการเงิน

ครอบครัวต้องมีการตรวจสอบความพร้อมต่างๆ รวมทั้งการวางแผนร่วมกันในด้านการเงิน และค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย เพื่อให้การดูแลที่ต่อเนื่องยาวนานนั้นสามารถดำเนินต่อไปได้อย่างราบรื่น

“ฉันไม่มีรายได้อะไร ส่วนฉันเค้าก็พอมีค่าเช่านา แต่ฉันก็ไม่อยากให้เค้าเอามาใช้ อยากให้เค้าเก็บเอาไว้ ลูกก็ช่วยเรื่องค่าใช้จ่ายในบ้าน ได้จากลูกสาวคนที่ทำร้านอาหาร เค้าจะให้

แม่ห้าพัน ให้พ่อห้าพัน ให้น้ำสองพัน เค้าจะให้ทุกเดือน ส่วนลูกชายก็ให้บ้าง แล้วแต่เค้าจะมีให้ เพราะเค้าก็มีภาระของเค้าหนักอยู่” (คุณยา)

“ถ้าต่อไปเค้าอาการหนักขึ้น เราก็จะเลิกออกไปทำงาน เราจะอยู่ดูแลเค้า หรือถ้าวันหนึ่งเราออกไปทำงานไม่ไหว เงินเก็บเราก็พอมีอยู่ ก็พออยู่กันได้สองคน มีเท่าไรก็ใช้เท่านั้น ต้องประหยัด ไม่ฟุ่มเฟือย” (คุณพูน)

ค) ทำหน้าที่เป็นกลไกในการเสริมพลังอำนาจ

การสนับสนุนให้ครอบครัวมีความพร้อม ที่จะสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบของข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน การสนับสนุนทางด้านจิตใจ การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รวมถึงคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์

“ลูกเขยคนโตเค้าเป็นหมอ เวลาเมื่อไรเค้าก็จะปรึกษากัน และก็มีมาเล่าให้เราฟัง ที่ตัดสินใจพาแกไปรักษา ก็เพราะเค้านี้แหละ” (คุณเม)

“ลูกสาวคนเล็ก คนที่เป็นพยาบาลอยู่พระพุทธเลิศหล้า ถึงเค้าจะทำงานหนัก ต้องอยู่เวรตลอด แต่เวลาเค้าว่าง เค้าก็ช่วยคอยดู คอยบอก ว่าให้ทำยังไง เค้าก็อุ่นใจ มีอะไรเราก็จะบอกเค้าก่อน แต่ที่นี้ไม่มีหมอเฉพาะ ก็เลยต้องพาแกไปรักษาที่ศิริราช” (คุณแดง)

4.4.4 การธำรงรักษาแบบแผน

การธำรงรักษาแบบแผน (Latency) เป็นหน้าที่ ที่ช่วยจรรโลงบทบาทผู้ดูแล ในรูปแบบความสัมพันธ์ ระหว่างสามีภรรยา แม่กับลูกสาว หรือพี่สาวกับน้องสาว การทำหน้าที่ของครอบครัวดังกล่าว สัมพันธ์กับแรงจูงใจ การให้กำลังใจ เพื่อสร้างคุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแล และธำรงรักษาแบบแผน ให้การดูแลนั้นเกิดขึ้นจากบุคคลในครอบครัว แทนการว่าจ้างบุคคลอื่นเข้ามาดูแล ในการธำรงรักษาแบบแผนนี้ การเป็นภรรยา ลูกสาว พี่สาว ซึ่งแต่ละครอบครัวก็ได้มีการปรับทั้งสภาพแวดล้อม การเตรียมการด้านการเงิน ขณะเดียวกันก็มีการวางแผนและการเชื่อมประสาน เพื่อให้ครอบครัวสามารถธำรงรักษาแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมต่อไป

ก) การเตรียมหาผู้มารับหน้าที่ดูแลแทน ที่เป็นสมาชิกในครอบครัว

“เราก็พยายามดูแลตัวเองทุกวิถีทาง แต่ถ้าวินหนึ่งเราไม่ไหวจริงๆ เราก็คงต้องการคนดูแล ลูกชายเค้าก็ต้องทำงานของเค้า เมื่อถึงเวลานั้น ก็คงต้องตัดสินใจเรื่องจ้างคนมาดูแลใหม่อีกที แต่ถ้าถึงเวลาที่ไม่มีเรา คนที่ไว้วางใจได้คือลูกชาย สมมติถ้ามีวิกฤตจริงๆ ก็คงต้องบอกลูกชาย ให้เค้ารู้ เพราะเค้าเข้มแข็งกว่าเรา ด้วยความที่เป็นทหาร การตัดสินใจอะไรคงดีกว่าเรา เรามั่นใจว่าถ้าเราเป็นอะไรไป ลูกชายต้องมาดูแลแทน เพราะเค้ารักคุณยายมาก” (คุณมล)

“ถ้าฉันเป็นอะไรไปก่อน หรือคุณแลแก่ไม่ไหว ลูกสาวคนที่ 2 เค้าจะคอยดูแลทุกอย่างแทนเราได้ แต่เค้าก็จะชอบแกล้งพูดบ๊อยๆว่าแม่อย่าเพิ่งตายนะ ต้องอยู่ดูแลพ่อไปก่อน” (คุณรัช)

“ถ้าแกอาการแยลง แบบที่พี่ทิ้งไปทำงานไม่ได้เลยนะ พี่ก็จะออกจากงานมาดูแลแกเงินมีเท่าไร ก็ใช้เท่านั้นไม่ฟุ่มเฟือย เราก็พอมีเงินเก็บไว้ใช้ 2 คน แต่ถ้าพี่ไม่ไหวจริงๆนะ ก็คงต้องฝากพี่สาวช่วยดูแลเค้า” (คุณพูน)

“ใจก็เป็นทุกข์อยู่ ถ้าฉันเป็นอะไรไปก่อน เป็นห่วงเค้า กลัวเค้าจะลำบาก คนที่พอจะพึ่งได้ก็น้องสาวที่อยู่อเมริกา แต่เค้าก็มาไม่ได้ ยังไม่รู้ว่าใครจะดูแลเค้าต่อ ก็คิดเป็นห่วงเค้าอยู่ตลอด พยายามคิดอย่าให้เค้าเป็นมากกว่านี้ ให้ช่วยตัวเองได้ขนาดนี้ก็พอ ให้คงอยู่ขนาดนี้ ต่อไปก็ไม่รู้จะทำยังไง” (คุณยา)

จ) การเตรียมหาผู้มารับหน้าที่ดูแลแทน ที่ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัว

“ไม่เคยคิดเลยนะ ก็คงต้องดูๆกันไป ตอนนี้อยู่ไหนอยู่ คุณแลกันไปจนกว่าเราจะไม่ไหว ลูกๆเค้าก็ต้องทำงานกัน ถ้าต้องจ้างใครมาเราก็ต้องช่วยดูด้วย” (คุณแดง)

“ถ้าคุณแลไหนก็จะดูแลต่อไป แต่ถ้าร่างกายคนคุณแลไม่ไหว ก็อาจต้องจ้างคนมาช่วย แต่เราก็ดูด้วยนะ ไม่ใช่ทิ้งให้แกอยู่กับคนอื่น ก็จะดูแลจนกว่าเราจะไม่ไหวจริงๆ” (คุณณี)

“ถ้าเค้าอาการหนักขึ้น ก็คงต้องจ้างคนมาดูแล” (ลูกสาวคุณแม)

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง สักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนเมือง เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม และศึกษาศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ สมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลที่คลินิกความจำ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช และที่บ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2557 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 8 ครอบครัว

ผลการศึกษา

5.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 8 ครอบครัว ญาติผู้ดูแลหลักทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุมากกว่า 60 ปี 6 ราย อายุ 53 ปี 1 ราย และอายุ 38 ปี 1 ราย การศึกษาระดับประถมศึกษา 4 ราย ระดับปริญญาตรี 2 ราย ระดับมัธยมศึกษาและระดับประกาศนียบัตรชั้นสูง อย่างละ 1 ราย ผู้ดูแลประกอบอาชีพ 4 ราย ไม่ได้ประกอบอาชีพ 4 ราย ค่าใช้จ่ายในการรักษา เบิกได้ 3 ราย เบิกไม่ได้ 5 ราย เมื่อพิจารณาสภาพทางเศรษฐกิจในครอบครัวของผู้ดูแลโดยรวมพบว่า ส่วนใหญ่จะมีการเกื้อหนุนเงินจากสมาชิกคนอื่นๆภายในครอบครัว คือ ถึงแม้ตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลจะไม่มีรายได้ ก็ จะได้รับการดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆทั้งค่ารักษาพยาบาล หรือค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันจากบุตร จะมีเพียง 3 ครอบครัวเท่านั้น ที่มีแหล่งรายได้มาจากตัวผู้ดูแลเพียงอย่างเดียว

สมาชิกในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุสมองเสื่อม มีตั้งแต่ 2 - 7 คน เป็นครอบครัวขยาย 3 ราย นอกจากนั้นมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว และในจำนวนดังกล่าวมี 1 รายที่ผู้ดูแลอยู่กับผู้สูงอายุสมองเสื่อมเพียงลำพัง ผู้ดูแลมีสถานภาพสมรส คู่ 5 ราย โสด 2 ราย และหย่า 1 ราย

ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ พบว่าเป็นภรรยา 4 ราย เป็นบุตรสาว 3 รายและเป็นพี่สาวของผู้สูงอายุสมองเสื่อม 1 ราย ผู้ดูแล 6 ใน 8 รายเป็นผู้สูงอายุ ที่มีโรคประจำตัว โดยโรคที่พบบาก

คือ โรคความดันโลหิตสูง 4 ราย และโรคเกี่ยวกับกระดูกและข้อ อีก 4 ราย ซึ่งส่วนใหญ่มีความเจ็บป่วยอยู่ก่อนที่จะให้การดูแล มีเพียงรายเดียวที่ให้ประวัติว่ามีความดันโลหิตสูงและเส้นเลือดในสมองตีบจากการที่ต้องดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม จึงทำให้ไม่มีเวลาพักผ่อน ส่งผลให้อาการของโรคกำเริบ

ระยะเวลาในการดูแล พบว่า 5 ราย ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม เป็นระยะเวลา 2 ปี อีก 2 รายดูแลเป็นระยะเวลา 3 ปี และมี 1 รายที่ดูแลมานานกว่า 5 ปี โดย 7 ใน 8 ราย ให้ประวัติว่าอยู่ในบ้านเดียวกับผู้สูงอายุสมองเสื่อมมาตลอดตั้งแต่ก่อนจะได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการสมองเสื่อม มีเพียงรายเดียวที่เพิ่งรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมมาอยู่ด้วย หลังจากที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วย

ผู้ดูแล 7 ใน 8 รายให้ประวัติว่าดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยตนเอง โดยมีสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆบ้างตามความเหมาะสม มีเพียงครอบครัวเดียวที่มีเด็กรับใช้ภายในบ้านคอยดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันให้ โดยผู้ดูแลจะคอยกำกับดูแลอยู่ใกล้ๆ มี 1 รายที่ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่บ้านเพียงลำพัง และมี 1 รายที่ผู้ดูแลพาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไปทำงานด้วย โดยให้ทำงานในส่วนที่ยังสามารถทำได้ ผู้ดูแลทั้งหมดไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

5.1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเพศชาย 4 ราย เพศหญิง 4 ราย มีอายุตั้งแต่ 68 ถึง 92 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 2 ถึง 5 ปี ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 6 ใน 8 ราย ยังช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่ส่วนใหญ่มีภรรยาหลงลืม ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นเตือนการทำกิจกรรมต่างๆอย่างใกล้ชิด และมี 6 ใน 8 รายที่มีลักษณะนิสัยเปลี่ยนไปจากเดิม

5.1.3 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

จากแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันทั่วไป (Basic Activity of Daily Living : ADL) พบว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อม 6 ใน 8 ราย อยู่ในกลุ่มที่ยังสามารถพึ่งพาตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันทั่วไปได้ เช่น การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การเคลื่อนไหวร่างกาย แต่จากแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้เครื่องมือหรือใช้ทักษะ(Instrumental Activity of Daily Living : IADL) เช่น การใช้โทรศัพท์ การเลือกซื้อสิ่งของ การเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การเดินทาง การรับประทานยา และการจัดการเรื่องการเงิน พบว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมส่วนใหญ่ ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ต้องใช้ทักษะดังกล่าวได้ จึงต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแล แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจะ

สูญเสียทักษะในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์หรือทักษะก่อน และหลังจากนั้นจึงจะสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันทั่วไปในภายหลัง

5.1.4 การให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

การให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแล แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ การให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในฐานะลูก ส่วนใหญ่ให้คุณค่าไปตามความคาดหวังของสังคม ที่ผ่านการอบรมขัดเกลา ว่าลูกต้องมีหน้าที่ในการดูแลพ่อแม่ทั้งยามปกติและยามเจ็บป่วย รวมทั้งยังเป็นการทำหน้าที่เพื่อตอบแทนบุญคุณ เนื่องจากในสังคมไทยมีความเชื่อในเรื่องความกตัญญู กตเวทิต่อบิดามารดา ซึ่งความสัมพันธ์แบบแม่ลูกนี้เป็นความผูกพันทางสายโลหิต ที่แน่นแฟ้น เป็นสายใยรักที่ตัดไม่ขาด รวมทั้งยังเป็นสายใยที่เชื่อมจากรุ่นลูกไปสู่รุ่นหลาน

การให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในฐานะภรรยา ในสถานภาพของผู้หญิงในครอบครัวที่สังคมคาดหวังว่า จะต้องช่วยเหลือเกื้อหนุนกัน เมื่อคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วย สามีหรือภรรยาที่ต้องดูแลกันและกัน ซึ่งเป็นบรรทัดฐานของสังคม โดยผู้ดูแลที่เป็นภรรยาทุกครอบครัว แสดงให้เห็นว่าการดูแลสามีในยามเจ็บป่วย เป็นความรับผิดชอบ เป็นหน้าที่ที่พึงกระทำ เป็นการแสดงออกถึงความรัก ความห่วงใย ความผูกพันที่มีต่อกัน มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ถึงแม้ตนเองจะสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง แต่ความเจ็บป่วยก็ไม่น่าเป็นอุปสรรค ภรรยายังคงทำหน้าที่และจรรโลงบทบาทของตนเองต่อไป

การให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในฐานะพี่สาว แสดงให้เห็นถึงความรักความผูกพันในครอบครัว ที่คล้อยล้าไปด้วยความสงสาร เมื่อคนใดคนหนึ่งป่วย อีกคนก็ต้องให้การช่วยเหลือดูแล ซึ่งนอกจากความสัมพันธ์แบบสามีภรรยา และความสัมพันธ์แบบบิดามารดาและบุตรแล้ว ความสัมพันธ์แบบเครือญาติก็มีส่วนจรรโลงความเป็นครอบครัวให้ดำรงอยู่

5.1.5 ศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม เป็นการทำหน้าที่ของครอบครัว 4 ประการ ดังนี้

การปรับตัว จากผลการศึกษาพบว่าทุกครอบครัวต้องมีการปรับตัวหรือปรับเปลี่ยน เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในครอบครัวสามารถดำเนินต่อไปได้ด้วยดี การปรับตัวแบ่งออกเป็น ก) การปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมใหม่ของการเป็นผู้ดูแล ข) ความพยายามที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมรู้จักปรับตัว ค) การปรับสภาพแวดล้อมภายในครอบครัว ง) การปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ไม่คาดหวัง

การวางเป้าหมาย หรือการบรรลุเป้าหมาย จากการวิจัยพบว่าทุกคนรอบครัวมีเป้าหมายในการดูแลที่ไม่แตกต่างกัน คือ ต้องการให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ยืนยาว เพื่อให้อยู่ด้วยกันต่อไปอีกนานๆ ขอให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ยังจำกันได้ หรือขอแค่นี้ก็ให้อาการทรุดลงไปกว่านี้ โดยแต่ละครอบครัวมีวิธีดำเนินการเพื่อไปสู่เป้าหมายดังกล่าวแตกต่างกัน เช่น การให้ผู้ดูแลไปทำงานเพื่อช่วยฟื้นความจำ การฝึกให้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง การฝึกให้เล่นเกมเพื่อกระตุ้นการทำงานของสมอง การพาไปพบแพทย์และดูแลให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่พวกเขาจะทำได้

การบูรณาการ คือ หน้าที่ในการเชื่อมประสาน ศักยภาพของครอบครัวจะแข็งแกร่งได้ขึ้นอยู่กับ การประสานและการสร้างความเข้าใจให้ตรงกัน มีการสื่อสารปรึกษาพูดคุยกัน การมีส่วนร่วมระหว่างสมาชิกในครอบครัว การมีกลุ่มกิจกรรมร่วมกัน ในฐานะผู้ดูแล การเป็นตัวเชื่อมประสานความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุสมองเสื่อมกับแพทย์ กับสมาชิกในครอบครัว และกับบุคลากรรอบข้าง จะเห็นได้ว่าทุกๆครอบครัวในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแลจะทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมประสานความสัมพันธ์ในทุกมิติของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ดังนี้ ก) การเชื่อมประสานความสัมพันธ์และความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัว ข) การเชื่อมประสานสถานะทางการเงิน ค) ทำหน้าที่เป็นกลไกในการเสริมพลังอำนาจ

การธำรงรักษาแบบแผน เป็นหน้าที่ ที่ช่วยจรรโลงบทบาทผู้ดูแล ซึ่งสัมพันธ์กับแรงจูงใจ การให้กำลังใจ เพื่อสร้างคุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแล ให้การดูแลนั้นเกิดขึ้นจากบุคคลในครอบครัว แทนการว่าจ้างบุคคลอื่นเข้ามาดูแล ในการธำรงรักษาแบบแผนนี้ การเป็นภรรยา ลูกสาว พี่สาว ซึ่งแต่ละครอบครัวก็ได้มีการปรับทั้งสภาพแวดล้อม การเตรียมการด้านการเงิน ขณะเดียวกันก็มีการวางเป้าหมายและการเชื่อมประสาน เพื่อให้ครอบครัวสามารถธำรงรักษาแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมต่อไป ในการศึกษาที่พบการธำรงรักษาแบบแผน 2 รูปแบบ คือ ก) การเตรียมหาผู้มารับหน้าที่ดูแลแทน ที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ข) การเตรียมหาผู้มารับหน้าที่ดูแลแทน ที่ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัว

5.2 การอภิปรายผล

5.2.1 บทบาทผู้ดูแล: บทบาทผู้หญิง

จากหน่วยวิเคราะห์ของ Parsons ที่ว่าหน้าที่ของระบบมีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคล ผู้ดูแลในฐานะ actor หรือ ผู้กระทำ ซึ่งอยู่ในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน จะกระทำการโดย

ผ่านการประมวลเหตุการณ์ และพิจารณาตามหลักศีลธรรม ไม่ว่าจะ เป็น motivational orientation ที่กระทำตามความเชื่อ อารมณ์ ศีลธรรม หรือ value orientation ซึ่งถูกกำหนดจากมาตรฐานสังคม เช่น ลูกต้องดูแลพ่อแม่ คู่สมรส หรือสามีภรรยาต้องดูแลกันและกัน Parsons ให้ความสำคัญกับหน้าที่ของระบบ เพื่อควบคุมการกระทำของบุคคลให้เป็นไปตามบรรทัดฐานของสังคม ดังจะเห็นได้ว่าถึงแม้สถานการณ์และบทบาทของผู้หญิงในสังคมปัจจุบันจะเปลี่ยนแปลงไป ผู้หญิงต้องออกไปทำงานนอกบ้าน เพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว แต่การรับผิดชอบดูแลสมาชิกในครอบครัวก็ยังคงเป็นบทบาทที่ผู้หญิงพึงกระทำ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีความสัมพันธ์ในฐานะเป็นบุตร ภรรยา และพี่สาวของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ทุกครอบครัวนับถือศาสนาพุทธ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วรรณิภา บุญระยอง (2543) เรื่อง ภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม จากงานวิจัยของ รัชฎา รักษานาม (2543) เรื่อง สภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเอง กับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมของ ปิติพร สิริทิพากร (2555) และการศึกษาของ เล็ก สมบัติ (2549) เรื่อง ภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน ซึ่งผลการศึกษาทั้งหมดพบว่า ผู้ให้การดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ที่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุสมองเสื่อม คือ เป็นบุตรและภรรยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิชภา โมราถบ และคณะ (2555) เรื่อง บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวที่มีหน้าที่ให้การดูแลหลักแก่ผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ คือ บุตร รองลงมาคือ คู่สมรส หลาน และญาติพี่น้อง และจากงานวิจัยของ นายแพทย์พิชิต สุขสบาย (2543) เรื่อง การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในกลุ่มผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วย ซึ่งการศึกษาทั้งหมดไม่พบบทบาทของสามี หรือบุตรชายในการเป็นผู้ดูแล เนื่องจากบุตรชายส่วนใหญ่จะแต่งงานแล้วแยกครอบครัวออกไป ในส่วนนี้สามารถอธิบายได้ว่า สังคมไทยยังคงคาดหวังต่อบทบาทหน้าที่ของสถาบันครอบครัวที่ว่า การดูแลครอบครัวควรเป็นหน้าที่ของผู้หญิง บุตรควรต้องดูแลบิดา มารดา ภรรยาควรต้องดูแลสามี เพราะเป็นหน้าที่ที่สังคมคาดหวังไว้ จากวัฒนธรรมของครอบครัวไทย และการนับถือศาสนาพุทธ ที่กล่าวว่าผู้เป็นบุตรต้องมีหน้าที่ดูแลบิดามารดา ถือเป็น การตอบแทนบุญคุณ และเป็นการแสดงออกถึงความกตัญญูต่อกตเวที

ค่านิยมที่ปลูกฝังในเรื่องหน้าที่ของผู้หญิงที่ต้องดูแลครอบครัวนี้ เป็นคุณค่าที่อยู่ในตัวตนของผู้หญิง ผู้หญิงจะรู้สึกดีที่ตนเองได้ปฏิบัติในสิ่งที่ เป็นบรรทัดฐานของสังคม หรือทำตามที่สังคมคาดหวังไว้ ในทางตรงกันข้าม หากผู้หญิงปฏิเสธ หรือไม่ปฏิบัติตามที่สังคมกำหนดไว้ ก็เกรงว่าตนจะถูกตำหนิ หรือถูกประณาม ว่าเป็นคนไม่ดี ไม่มีความรับผิดชอบ ไม่มี

ความกตัญญูรู้คุณ ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงในสังคมปัจจุบัน ผู้หญิงต้องมีภาระหน้าที่ และบทบาท ในการดูแลครอบครัวเพิ่มมากขึ้น ทั้งการออกไปทำงานนอกบ้าน เพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว แต่ในขณะเดียวกันผู้หญิงก็ยังคงถูกสังคมคาดหวังว่า หน้าที่ในการดูแลครอบครัวนั้น ก็ต้องไม่ขาด ตกบกพร่อง ต้องสมบูรณ์แบบ ด้วยการที่สังคมพยายามตีกรอบชีวิตของผู้หญิง ให้เป็นเหมือนกับ ในอุดมคติที่สังคมคาดหวังไว้ กล่าวคือ ผู้หญิงต้องมีความสมบูรณ์แบบในทุกๆด้าน จึงเป็นที่มา ของภาวะที่ผู้หญิงต้องยอมจำนนต่อบทบาทนี้โดยสิ้นเชิง

บทบาทการดูแลสมาชิกในครอบครัว แม้บรรทัดฐานของสังคมกำหนดว่าเป็นบทบาท ของผู้หญิง แต่จากงานวิจัยของสดสวย ทองมหา (2555) ในเรื่อง ประสบการณ์ของผู้ชายในฐานะ ผู้ดูแลในบริบทสังคมไทย เป็นอีกมุมมองหนึ่งที่แสดงให้เห็นว่า เมื่อเกิดภาวะวิกฤติขึ้นใน ครอบครัว เช่น มีการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว บทบาทเพศจะมีความคลื่อนไหลไปตาม สถานการณ์ โดยขึ้นอยู่กับเงื่อนไขและบริบทของครอบครัว ที่มักไม่มีความแน่นอนหรือตายตัว เสมอไป โดยผู้ชายที่รับบทบาทเป็นผู้ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยในครอบครัว ให้ความหมายในการดูแล ว่าเป็นการดูแลบุคคลที่รัก เป็นหน้าที่ที่ต้องดูแล เป็นการแสดงออกถึงความกตัญญูรู้คุณ แต่ อย่างไรก็ตาม ผู้ชายก็ยังคงคิดว่า บทบาทหน้าที่การดูแลสมาชิกในครอบครัวเป็นหน้าที่ของผู้หญิง แต่ในขณะเดียวกันผู้ชายก็สามารถทำได้ หากสถานการณ์นั้นส่งผลให้ผู้ชายจำเป็นต้องทำบทบาท ของผู้หญิง และผู้หญิงก็ย่อมสามารถทำบทบาทของผู้ชายได้เช่นเดียวกัน ดังนั้นทางออกที่ควรจะเป็น คือ สังคมควรช่วยกันผลักดัน และสร้างค่านิยมที่ไม่ผูกขาดบทบาทหน้าที่แบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งจะสามารถนำไปเชื่อมโยงบทบาทเพศกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทย การปลูกฝังให้ผู้ชาย เข้ามามีส่วนร่วมในงานหรือกิจกรรมของผู้หญิง รวมถึงบทบาทหน้าที่ในการดูแลครอบครัว ซึ่งจะ เป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทของทั้งผู้ชายและผู้หญิง ให้สามารถแสดงบทบาทได้อย่างเท่า เทียมกัน ไม่มีการแบ่งแยกชายหรือหญิงในสังคมอีกต่อไป

5.2.2 แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

จากการนำแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (The Barthel Activity of Daily Living Index : ADL) มาใช้ประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้ป่วยที่มีภาวะ สมองเสื่อมในระยะต้น พบว่าแบบประเมินนี้ไม่สามารถแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของภาวะ พึ่งพิงในผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะต้น กับผู้สูงอายุทั่วไปมากนัก เนื่องจากผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมใน ระยะนี้ จะยังคงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานทั่วไปได้ เพียงแต่อาจมีความหลงลืม ทำให้ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นเตือนในการทำกิจวัตรประจำวัน เพราะฉะนั้นหากต้องการประเมิน ภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะต้น ต้องการทราบถึงความยากลำบากในการดูแล รวมถึง

การที่ผู้ดูแลต้องเฝ้าระวังความปลอดภัย และความเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม ผู้วิจัยเห็นว่าแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้เครื่องมือหรือทักษะร่วมด้วย (The Lowton Instrumental Activity of Daily Living Scale : IADL) น่าจะเหมาะสม ในการประเมินภาวะพึ่งพิงและทำให้รับทราบปัญหาต่างๆในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะต้น ได้ชัดเจนกว่าแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันทั่วไป เช่น การใช้โทรศัพท์ การเลือกซื้อสิ่งของ การเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การเดินทาง การจัดการรับประทาน และการจัดการเรื่องการเงิน เนื่องจากแบบประเมิน IADL ถ้าผู้ถูกประเมินมีความบกพร่องด้านความจำแล้ว ทักษะในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ที่ยุ่งยากมากขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่สามารถทำได้ ถึงแม้การเจ็บป่วยจะดำเนินอยู่ในระยะต้นก็ตาม ซึ่งหากผู้ดูแลรับทราบถึงภาวะพึ่งพิงและความต้องการ การดูแลในกิจกรรมต่างๆของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ย่อมก่อเกิดความตระหนักในการดูแล เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น

นอกจากที่กล่าวมาแล้วนั้น แบบประเมิน IADL ยังสามารถแสดงให้เห็นถึงการทำหน้าที่ของสมองและระบบความจำที่แย่งลงในผู้สูงอายุสมองเสื่อม ส่งผลให้อาการไม่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีมากขึ้น เช่น อาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์ฉุนเฉียว และเอะอะโวยวายมากขึ้น ซึ่งอาการต่างๆเหล่านี้ มักเป็นปัญหาและก่อให้เกิดความทุกข์ต่อครอบครัวและผู้ดูแล รวมถึงความยากลำบากในการดูแลเป็นอย่างมาก หากผู้ดูแลเข้าใจการดำเนินของโรค และสามารถประเมินอาการได้อย่างทันทั่วถึง จะทำให้พวกเขาตระหนักและเห็นความสำคัญในการพาผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างทันทั่วถึง

ในอดีตที่ผ่านมาวงการแพทย์ได้เคยมีการนำแบบประเมิน IADL มาประยุกต์ใช้ ในชื่อ “The Thai ADL Scale” จากผลงานของ รศ.พญ.วรพรรณ เสนาณรงค์ และรศ.พญ.กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ โดยเผยแพร่ผ่านบทความเรื่อง “A New Measurement of Activities of Daily Living for Thai Elderly With Dementia” ในปี พ.ศ. 2546 ซึ่งแบบประเมินนี้ได้รับการสนับสนุนให้มีการนำมาใช้โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ สังกัดกรมการแพทย์ แต่เมื่อเวลาผ่านไป นโยบายด้านนี้ไม่ได้รับการสานต่อ แบบประเมิน “The Thai ADL Scale” จึงไม่ได้มีการนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างต่อเนื่องและแพร่หลาย

ข้อจำกัดอีกอย่างหนึ่งของการใช้แบบประเมิน IADL ในสังคมไทย คือ ยังไม่มีการแปลเป็นภาษาไทยอย่างเป็นทางการ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้อย่างแพร่หลาย เหมือนแบบประเมิน ADL ซึ่งมีการแปลเป็นภาษาไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีการเผยแพร่แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันทั่วไปวันนี้ ให้สามารถนำไปใช้ประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุได้อย่างกว้างขวาง เพราะฉะนั้นองค์ความรู้ของแบบประเมินความสามารถในการ

ประกอบกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้เครื่องมือหรือทักษะร่วมด้วยนี้ จึงถูกจำกัดและนำมาใช้งานเฉพาะในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าหากแบบประเมินนี้มีการนำมาแปลเป็นภาษาไทย และนำไปเผยแพร่ให้มีการใช้ประโยชน์ได้อย่างแพร่หลายและต่อเนื่อง รวมทั้งมีการกระจายความรู้สู่ชุมชน จะทำให้ประชาชนทั่วไปสามารถประเมินอาการและแยกความแตกต่างระหว่างอาการหลงลืมในผู้สูงอายุต่างๆไป กับความบกพร่องด้านความจำอันเนื่องมาจากภาวะสมองเสื่อมได้ตั้งแต่ระยะต้นๆ ย่อมก่อให้เกิดความเข้าใจ และความตระหนัก ในการนำผู้สูงอายุสมองเสื่อมมารับการรักษาได้อย่างทันท่วงทีมากขึ้น

5.2.3 ความสัมพันธ์ในครอบครัวกับศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

จากผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยการนำรูปแบบของครอบครัว จำนวนสมาชิก และความสัมพันธ์ในครอบครัว มาเชื่อมโยงกับการทำหน้าที่ของครอบครัวทั้ง 4 ประการ เพื่อหาข้อสรุปว่า อะไรคือปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมากที่สุด

ปัจจัยที่ส่งผลต่อศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

รูปแบบครอบครัว	สมาชิก / ความสัมพันธ์ในครอบครัว	A	G	I	L
ชาย	ภรรยาและลูกหลาน สัมพันธภาพครอบครัวใกล้ชิด	***	***	***	***
	ภรรยาและลูกหลาน สัมพันธภาพครอบครัวเป็นแบบต่างคนต่างอยู่	**	***	**	***
เดี่ยว	ภรรยา ไม่มีลูกหลาน	**	**	**	*
	บุตร มีพี่น้อง	***	***	***	**
	บุตร ไม่มีพี่น้อง	**	**	**	**
	พี่สาว	*	**	*	*

*** หมายถึง ศักยภาพครอบครัวในระดับมาก

** หมายถึง ศักยภาพครอบครัวในระดับปานกลาง

* หมายถึง ศักยภาพครอบครัวในระดับน้อย

ในรูปแบบครอบครัวที่เป็นครอบครัวชายเหมือนกัน พบความแตกต่างของสัมพันธภาพในครอบครัวใน 2 ลักษณะ คือ ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพใกล้ชิด เมื่อครอบครัวมีภาวะวิกฤติ หรือมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว สมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวจะ

ร่วมแรงร่วมใจกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลและดูแลซึ่งกันและกัน แสดงให้เห็นว่าการทำหน้าที่ในด้านการบูรณาการ ของครอบครัวอยู่ในระดับมาก ทุกคนในครอบครัวมีการปรับตัวและปรับเปลี่ยน เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุสามารถดำเนินไปได้ด้วยดี มีการวางแผนเป้าหมายและการเตรียมหาผู้มารับหน้าที่ดูแลแทน ส่งผลให้ครอบครัวขยายที่มีสัมพันธภาพใกล้ชิด มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุสมองเต็มในระดับมาก แต่ในครอบครัวขยายที่มีสัมพันธภาพแบบต่างคนต่างอยู่ ไม่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันของสมาชิกในครอบครัว เมื่อเกิดปัญหาหรือภาวะเจ็บป่วยขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว สมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวจึงไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแล แสดงให้เห็นว่าการทำหน้าที่ในด้านการปรับตัว และการบูรณาการของครอบครัวลักษณะนี้ อยู่ในระดับที่ไม่ดีนัก ประกอบกับการมีฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นตัวแปร ที่ทำให้ศักยภาพของครอบครัวมีความผกผัน เมื่อหน้าที่การทำงานของระบบครอบครัวมีความผันแปร ผู้กระทำมีทางเลือก ที่จะต่อรองกระทำ หรือไม่กระทำก็ได้ ดังจะเห็นได้ว่าบางครอบครัวสมาชิกเลือกที่จะไม่มาดูแลผู้สูงอายุสมองเต็มด้วยตนเอง เนื่องจากต่างคน ต่างก็มีภาระหน้าที่ของตน ครอบครัวจึงแก้ไขปัญหา โดยการจัดจ้างผู้ช่วยซึ่งเป็นบุคคลจากภายนอก มาผ่อนภาระในการดูแลผู้สูงอายุสมองเต็มแทน

ซึ่งเหตุการณ์เช่นนี้เห็นได้ชัดเจนขึ้นในสังคมปัจจุบัน โดยเฉพาะในชุมชนเมือง ที่มีการเจริญเติบโตของภาคเศรษฐกิจ โดยมีเงินตราเป็นตัวกำหนดราคาและคุณค่าของสิ่งต่างๆ ทำให้ผู้คนที่ดำเนินชีวิตในวิถีเมือง ต้องใช้ชีวิตด้วยการต่อสู้ แข่งขัน และดิ้นรนในการประกอบอาชีพ และใช้เวลาส่วนมากไปในการทำงาน เพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว ทำให้พวกเขาต้องเลือกระหว่างการที่ต้องลาออกจากงาน เพื่อมาดูแลผู้สูงอายุสมองเต็ม กับการที่พวกเขายังคงประกอบอาชีพต่อไป แล้วยังนำเงินที่ได้ มาลงทุนจ้างบุคคลอื่นมาดูแลผู้สูงอายุสมองเต็มในครอบครัวแทน แต่ถึงอย่างนั้นทุกๆ ครอบครัวก็ตระหนักดีว่า การที่ผู้สูงอายุสมองเต็มได้รับการดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจจากสมาชิกในครอบครัว และได้พักอาศัยอยู่กับครอบครัวของตนเองย่อมเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด

ส่วนในครอบครัวเดี่ยวพบว่าจำนวนสมาชิกในครอบครัว เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว ดังเช่น ในครอบครัวเดี่ยวที่มีพี่น้อง ผู้ดูแลจะได้รับความช่วยเหลือจากพี่น้องคนอื่นๆในครอบครัว มากอยช่วยเหลือดูแล หรือแบ่งเบาภาระในด้านต่างๆ รวมทั้งมาช่วยผลักดันเปลี่ยนหากผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้า แสดงให้เห็นว่าการทำหน้าที่ในด้านการบูรณาการ และการปรับตัวอยู่ในระดับที่ดี ส่งผลให้ครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุสมองเต็มในระดับมาก ส่วนครอบครัวเดี่ยวที่ไม่มีพี่น้องหรือบุคคลอื่นมาให้ความช่วยเหลือเลย ผู้ดูแลต้องรับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุสมองเต็มแต่เพียงลำพัง ซึ่งผู้ดูแลบางคนถึงแม้ตนเองจะเจ็บป่วย ก็ไม่ยอมไป

รักษา เนื่องจากเป็นห่วง และเกรงว่าหากตนเองไม่อยู่แล้ว จะไม่มีใครมาช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ สมองเลื่อม ซึ่งเหตุการณ์เช่นนี้ย่อมส่งผลให้ผู้รับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุสมองเลื่อมใน ครอบครัวเดี่ยวที่ตนเองต้องรับภาระแต่เพียงลำพัง มีความตึงเครียดมากกว่าครอบครัวอื่นๆ เช่น ในครอบครัวที่พี่สาวให้การดูแลน้องสาว โดยที่ไม่มีสมาชิกคนอื่นมาช่วยดูแลเลย แสดงให้เห็นว่า การทำหน้าที่ในด้านการปรับตัว การบูรณาการ และธำรงรักษาแบบแผนในการหาผู้มารับหน้าที่ ดูแลแทนอยู่ในระดับที่น้อย จากเหตุผลนี้แสดงให้เห็นว่าการทำหน้าที่ในด้านต่างๆของครอบครัว เดี่ยวที่ไม่มีสมาชิกคนอื่นมาผลัดเปลี่ยนหรือคอยให้ความช่วยเหลือ จะไม่สามารถดำเนินไปได้ อย่างราบรื่นส่งผลให้ครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุสมองเลื่อมในระดับที่น้อย

จากที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่าศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเลื่อม ไม่ได้ขึ้นอยู่กับรูปแบบของครอบครัว แต่ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อศักยภาพของครอบครัว คือ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และความสัมพันธ์ในครอบครัว เห็นได้ชัดเจนว่าหากครอบครัวมี สัมพันธภาพที่โยงโยกกันอย่างเหนียวแน่น ย่อมส่งผลให้ครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ สมองเลื่อมในระดับที่ดี บนพื้นฐานของความรัก ความเข้าใจ การร่วมแรงร่วมใจ การช่วยเหลือ เกื้อกูลซึ่งกันและกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุสมองเลื่อมได้รับการดูแลที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามไป ด้วย

5.2.4 ข้อจำกัดในการนำแนวคิดการทำหน้าที่พื้นฐาน 4 ประการ ของ Parsons มาใช้

การทำหน้าที่พื้นฐาน 4 ประการ (AGIL) ทั้งการปรับตัว (Adaptation) การบรรลุ เป้าหมาย (Goal Attainment) การเชื่อมประสาน (Integration) และการธำรงรักษาแบบแผน (Latency) เป็นหน้าที่สำคัญของครอบครัว ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเลื่อม นอกจากนั้นยังเป็น หน้าที่เชิงอนุรักษนิยม เพื่อการดำรงไว้ซึ่งสถานภาพการดูแลให้ได้ยาวนานที่สุด ผู้วิจัยเห็นว่า หน้าที่ ที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุสมองเลื่อมในครอบครัว คือ Integration หรือการเชื่อม ประสาน และ Latency หรือการบูรณาการ ที่เน้นอารมณ์ความรู้สึกของการเข้าสู่บทบาทผู้ดูแล ซึ่ง ไม่สามารถปฏิเสธได้ เป็นความพึงพอใจสูงสุด ไม่มีการบีบบังคับ ไม่คำนึงถึงสิ่งตอบแทนที่เป็น วัตถุ หรือตัวเงิน เป็นการดูแลด้วยใจ ที่เกิดจากความรัก ความผูกพัน ความอดทน ความเสียสละ

ขณะเดียวกันก็ส่งเสริมให้ความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นรากเหง้าของการก่อเกิดทุน ทางสังคม ที่ผูกพัน และนำไปสู่การสร้างบรรทัดฐานทางสังคม ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ ที่ผู้ดูแลควรเป็นผู้ใกล้ชิด โดยเฉพาะลูกหรือภรรยา มากกว่าจะให้คนอื่นมาเป็นผู้ดูแล นอกจากนี้ ยังเป็นการรื้อสร้างค่านิยม ในเรื่องสำนึกของความเป็นพ่อ แม่ ลูก การสร้างค่านิยมให้กับเด็กรุ่นใหม่ เพื่อให้พวกเขาได้เป็นผู้สร้างความสุขให้กับพ่อแม่ในบั้นปลายของชีวิต ซึ่งการเชื่อมประสาน

มีความสำคัญ เพราะเป็นกระบวนการสร้างเพื่อการยอมรับจากภายใน รวมทั้งมีการเรียนรู้ระเบียบสังคม มีการถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น จากรุ่นแม่ สู่นุกลูก และสืบทอดถึงรุ่นหลานต่อไป การให้คุณค่าต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแล ถูกสร้างจากบรรทัดฐานทางสังคม ที่แม่ดูแลลูก ลูกย่อมต้องดูแลพ่อแม่ ได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของความสำนึกของตัวผู้กระทำ ที่จะกระทำโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน หรือทำเพื่อแสวงหาผลประโยชน์ เพราะฉะนั้นบทบาทการดูแล จึงเป็นโครงสร้างพื้นฐานของครอบครัว ที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบ หรือตอบแทนผู้มีพระคุณ

Parsons เชื่อว่าสมาชิกครอบครัวที่รับบทบาทผู้ดูแล จะมีลักษณะเป็นผู้รับบทบาท (passive reciprocity) โดยไม่มีปฏิกิริยาอะไร (ยอมรับโดยคุณผู้) แสดงถึงการอนุรักษ์บทบาทให้คงอยู่ เช่น เมื่อพ่อแม่ดูแลลูก ลูกจะเรียนรู้และให้การดูแลพ่อแม่ต่อๆกันไป โดยไม่มองว่าการดูแลนั้นเป็นภาระ ไม่ใช่เรื่องน่าละอาย เนื่องจากตระหนักว่าสิ่งที่ตนเองกระทำนั้นมีคุณค่าอยู่ใน หรือการปลูกฝังเข้าไปในตัวของเด็ก ผู้ที่รับสืบทอดบทบาทจะไม่ต้องมีการเตรียมความพร้อม และเด็กจะสามารถเผชิญสถานการณ์ที่มีลักษณะเฉพาะเมื่อพวกเขาเติบโตเป็นผู้ใหญ่ได้ ดังนั้นการอบรมขัดเกลาให้กับสมาชิกในครอบครัว จึงต้องมีการทำอย่างสม่ำเสมอ และเพิ่มเติมอยู่ตลอดเวลา ในทุกช่วงวัฏจักรของชีวิต ให้เด็กได้ซึมซับค่านิยมที่พวกเขาเคยเรียนรู้ในวัยเยาว์ และค่อยๆเสริมเข้ามา เพื่อให้ค่านิยมนี้กลายเป็นพลังอยู่ในตัวพวกเขาไปตลอดชีวิต

ความรัก และความจงรักภักดี เป็นหัวใจสำคัญของการทำหน้าที่ของครอบครัว Parsons ได้แสดงให้เห็นว่า ทุกๆสถาบันในสังคม ล้วนต้องมีการทำหน้าที่พื้นฐานทั้ง 4 ประการ คือ การปรับตัว การวางเป้าหมาย การเชื่อมประสาน และการธำรงรักษาแบบแผน (AGIL) โดยการปรับตัว และการวางเป้าหมาย ทำหน้าที่เสมือนหน่วยสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ของ ในขณะที่ การเชื่อมประสาน และการธำรงรักษาแบบแผน เป็นส่วนของอารมณ์ ทำหน้าที่เป็นพลังให้ครอบครัวดำรงอยู่ได้อย่างมั่นคง ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่าศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในครอบครัวนี้ ขึ้นอยู่กับบทบาทของผู้หญิง เพราะผู้หญิงมีการทำหน้าที่ด้านการเชื่อมประสาน และด้านการบูรณาการ หรือด้านอารมณ์และความรู้สึกได้ดีกว่าผู้ชาย

แต่การนำแนวคิดของ Parsons เรื่อง การทำหน้าที่พื้นฐานทั้ง 4 ประการมาใช้ใน ประเมินศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม รวมถึงผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ อาจสะท้อนให้เห็นภาพของการแตกประเด็นหน้าที่ในด้านต่างๆ ได้ไม่ชัดเจนนัก เนื่องจากบางหน้าที่ก็มีความทับซ้อนกันอยู่ ทำให้ไม่สามารถแยกหน้าที่แต่ละตัวได้อย่างชัดเจน ในบางสถานการณ์การปรับตัว อาจทับซ้อนอยู่ในการเชื่อมประสาน เพราะสถานการณ์ในแต่ละครอบครัวมักมีการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากการดำเนินของโรคได้เสมอ จึงส่งผลให้การทำหน้าที่ทั้ง 4 ประการ มักมีความผันแปร และไม่อยู่นิ่ง ในทางกลับกันหากนำแนวคิดหน้าที่ของระบบทั้ง 4 ประการของ Parsons นี้ไปใช้

ในกลุ่มผู้ดูแล หรือครอบครัว ที่ต้องการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน อาจตอบ โจทย์และเห็นประเด็นต่างๆ ได้ชัดเจนมากกว่าผู้ป่วยเรื้อรัง เพราะการวางเป้าหมายของการดูแล ผู้ป่วย ที่มีความเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันจะชัดเจน การดำเนินเพื่อไปให้ถึงเป้าหมายที่วางไว้จะ แน่นนอน และมั่นคงกว่าผู้ป่วยเรื้อรัง ที่ความเจ็บป่วยมักจะยาวนาน และการดำเนินของโรคมักจะ แยกแยะ

แต่อย่างไรก็ตามเมื่อนำ แนวคิดของ Parsons เรื่อง การทำหน้าที่พื้นฐานทั้ง 4 ประการ มาประยุกต์ใช้กับความเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้วิจัยมองว่า หน้าที่ด้านการปรับตัว และการบูรณาการ หรือการเชื่อมประสาน มีความสำคัญต่อศักยภาพครอบครัวมากที่สุด เนื่องจากเป็นตัวแปร สำคัญที่นำพาให้การทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถดำเนินต่อไปได้อย่างสมบูรณ์

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีโครงการสำหรับการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล เนื่องด้วยในปัจจุบันสัดส่วนของประชากรสูงอายุมีจำนวนมากขึ้น และมีแนวโน้มที่ความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะภาวะสมองเสื่อมจะมีเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลทั้งที่เป็นสมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแลใน ระบบจ้างงาน ทั้งนี้การเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยมักมีการเปลี่ยนแปลงในด้านอารมณ์ และพฤติกรรม รวมถึงมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง การดูแลจึงเป็นไปด้วยความยากลำบาก การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญ เพราะผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจใน อาการและการดำเนินของโรค เพื่อเพิ่มทักษะในการดูแล รวมถึงต้องมีความอดทน

5.3.2 กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานภาครัฐ ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์และ รมรงค์ ในการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้สังคมมีความรู้ความเข้าใจในเรื่อง ภาวะสมองเสื่อมกับความชรามากขึ้น รวมถึงมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้เข้าถึงและเข้าใจ แบบประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นได้ เนื่องจากในปัจจุบันพบว่า ประชาชนทั่วไปยังมีความ สับสนเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมกับความแก่ชรา โดยส่วนมากเห็นว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นเรื่อง ธรรมดาทั่วไปของคนชรา ส่งผลให้ไม่เกิดความตระหนัก และไม่พาผู้ป่วยมารับการรักษา ทำให้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ล่าช้า การดำเนินของโรคจึงรุนแรงและรวดเร็วกว่าที่ควรจะเป็น นอกจากนี้หน่วยงานภาครัฐ ควรมีการกระจายความรู้สู่ชุมชน เพื่อให้ชุมชนเกิดความตระหนัก ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

5.3.3 ควรมีการสนับสนุนที่ต่อเนื่องจากองค์กรภาครัฐ ในการนำแบบประเมินที่เหมาะสม มาใช้ในการประเมินและวินิจฉัยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น การนำแบบประเมิน The Thai ADL Scale มาใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น นอกจากนี้ควรมีการเชื่อมประสานและถ่ายทอดองค์ความรู้ เกี่ยวกับระบบการดูแลรักษา ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีประสิทธิภาพ จากโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย หรือโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ไปสู่โรงพยาบาลท้องถิ่นที่อยู่ห่างไกล เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และสามารถนำไปพัฒนาได้ตามขีดความสามารถ

5.3.4 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

5.3.4.1 ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในประเด็นความทุกข์ การเป็นภาระทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งเหตุการณ์เช่นนี้เป็นปรากฏการณ์ของครอบครัวในสังคมในยุคโลกาภิวัตน์

5.3.4.2 ศึกษาการรับรู้ต่อภาวะสมองเสื่อมของประชาชนที่กำลังก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ

ศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนเมือง

THE FAMILY POTENTIAL IN DEMENTIA AGEING'S CARE IN URBAN COMMUNITY

ดวงตา โสมานุตร 5437759 SHMS/M

ศศ.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : มัลลิกา มัติโก, Ph.D., วรพรรณ เสนาณรงค์, M.D.,
วรรณวิภา ปสันธนาทร, Ph.D.

บทสรุปแบบสมบูรณ

1. บทนำ

ปัจจุบันเทคโนโลยีด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีความเจริญก้าวหน้า ส่งผลให้ประชากรมีความเป็นอยู่ที่ดีและอายุขัยเฉลี่ยมากขึ้น องค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ว่า ปีพ.ศ.2544-2643 จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ หมายถึงการมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลก การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ที่หมายรวมกลุ่มประชากร ที่เป็นทั้งผู้สูงอายุที่สุขภาพแข็งแรง และผู้สูงอายุที่เผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ซึ่งนับว่าเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุทั่วโลก ซึ่งในปัจจุบันมีผู้ป่วยสมองเสื่อมมากกว่า 30 ล้านคนทั่วโลก และมีการคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าในทุกๆ 20 ปี ภาวะสมองเสื่อมนอกจากจะส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแล้ว ยังกระทบกับผู้ดูแล และการทำหน้าที่ของครอบครัว ตลอดจนสังคมและประเทศชาติ เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะเรื้อรังที่ซับซ้อน จึงต้องการการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพในการตั้งรับปัญหาทั้งในด้านการรู้คิด ด้านอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา

ผู้สูงอายุสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลที่บ้าน เนื่องจากไม่ได้อยู่ในภาวะเฉียบพลันหรือภาวะวิกฤต สมาชิกในครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแล ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม หรือเศรษฐกิจ เป็น

การดูแลที่ใช้เวลามาก มีความซับซ้อน เพราะผู้ป่วยมักมีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรม และเป็น การดูแลที่ต่อเนื่อง ยาวนานตลอดการมีชีวิตของผู้ป่วย คือประมาณ 8-10 ปี ครอบครัวจำเป็นต้องมี ศักยภาพในการดูแล คือ มีการทำหน้าที่ 4 ประการ คือ 1) การปรับให้เข้ากับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น นอกเหนือไปจากการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม และปรับสภาพแวดล้อมให้สอดคล้องกับ ความต้องการของผู้ดูแล 2) การจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสมกับความเจ็บป่วยและการ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในครอบครัว 3) การบรรลุเป้าหมายในการกำหนดแนวทางการดูแลให้ ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดี และ 4) การธำรงรักษาแบบแผนการดูแลในรูปแบบ ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกให้ดำรงอยู่และไม่ให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น

ภาวะสมองเสื่อมนั้นนอกจากจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อ โดยตรงต่อศักยภาพครอบครัว ที่ต้องรับภาระหน้าที่ทั้งในด้านการปรับตัว การประสานสัมพันธ์ ระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว การธำรงรักษาแบบแผน ความแตกต่างของรูปแบบ ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกับภรรยา บุตรกับบิดามารดา หรือพี่กับน้อง มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อ การนำพาครอบครัวไปสู่เป้าหมายการมีคุณภาพชีวิตของสมาชิกทุกคน อย่างไรก็ตามการดำรงอยู่ ของศักยภาพครอบครัว ยังขึ้นอยู่กับสมาชิกคนใดคนหนึ่งหรือสองคนในครอบครัว ที่จะทำหน้าที่บูรณาการ และประคับประคองให้ครอบครัวดำรงอยู่ซึ่งความผูกพัน ความเอื้ออาทร และการสืบทอดผ่าน ความเป็นเครือญาติทางสายโลหิต เพื่อให้ครอบครัวสามารถรับมือกับทุกปัญหาได้ จึงเป็นการ แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของครอบครัวอย่างแท้จริง

2. บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพ เรื่องศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมใน ชุมชนเมือง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้คุณค่าต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแล และการทำหน้าที่ของ ครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนเมือง เก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ การ สังเกต และการเล่าเรื่องราวจากผู้ดูแลจำนวน 8 ครอบครัว โดยผู้ดูแลมีสถานภาพเป็นภรรยา 4 ราย บุตรสาว 3 ราย และพี่สาว 1 ราย

ผลการศึกษาพบว่า การให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแลขึ้นกับความสัมพันธ์ 3 รูปแบบ ส่วน ใหญ่ให้คุณค่าไปตามความคาดหวังและบรรทัดฐานของสังคม ต่อบทบาทที่ได้รับการอบรมขัด เกลา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบทบาทของผู้หญิง การให้คุณค่าในฐานะการเป็นภรรยา คือ การดูแลกัน และกัน เป็นการแสดงถึงความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน การให้คุณค่าใน ในฐานะการเป็นลูก คือ ลูกมีหน้าที่ในการดูแลพ่อแม่ เพื่อตอบแทนบุญคุณ เป็นความผูกพันทาง

สายโลหิต ที่แน่นแฟ้น เป็นสายใยรักที่ตัดไม่ขาด ที่เชื่อมจากรุ่นลูกไปสู่รุ่นหลาน การให้คุณค่า ในฐานะการเป็นที่ เป็นการแสดงออกถึงความใกล้ชิดผูกพัน ความห่วงใยที่มีต่อกัน และเป็นความ เกี่ยวข้องกันบนพื้นฐานของความสงสาร

ศักยภาพครอบครัว คือ การทำหน้าที่ของครอบครัว 4 ประการ ได้แก่ 1) การปรับตัว 2) การบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ 3) การเชื่อมประสานความสัมพันธ์ 4) การธำรงรักษาแบบแผน จาก ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัว มีความสำคัญต่อศักยภาพครอบครัวมากกว่ารูปแบบ ของครอบครัว

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา 1) จากแนวโน้มที่ครอบครัวต้องมีการพึ่งพาผู้ดูแลทั้งที่เป็น สมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแลในระบบจ้างงาน ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมากขึ้น การเตรียม ความพร้อมของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญ เนื่องจากผู้ดูแลต้องเป็นผู้มีความเข้าใจในภาวะของโรค มี ทักษะ รวมถึงต้องมีความอดทน 2) การประชาสัมพันธ์ให้มีการนำแบบประเมิน IADL มาใช้อย่าง แพร่หลาย ในการคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น รวมถึงมีการเชื่อมประสานและถ่ายทอดองค์ความรู้ใน การดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมระหว่างโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยกับโรงพยาบาลท้องถิ่น

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 3.1 เพื่อศึกษาการให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม
- 3.2 เพื่อศึกษาศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

4. ขอบเขตของการวิจัย

ผู้ดูแลและการทำหน้าที่ 4 ประการของครอบครัว คือ การปรับตัว การวางแผนเป้าหมาย การบูรณาการ และการธำรงรักษาแบบแผน ครอบครัวที่ทำการศึกษารวม 8 ครอบครัว ผู้ดูแลมี ความสัมพันธ์ทางเครือญาติกับผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนเมือง ได้แก่ คู่สมรส บุตร ญาติ พี่น้อง

5. ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง ศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนเมือง ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้แนวคิดศักยภาพ มนุษย์ แนวคิดทุนทางสังคม และแนวคิดระบบสังคม เพื่อตอบคำถามว่า ศักยภาพครอบครัวใน

การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนเมืองเป็นอย่างไร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ สมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลที่คลินิก ความจำ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช และที่บ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ตั้งแต่เดือน มกราคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2557 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 8 ครอบครัว กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้แก่ เป็นสามี ภรรยา บุตร หรือญาติ เป็นต้น ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
2. อาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม อย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งการกำหนดกลุ่มตัวอย่างตามช่วงเวลาดังกล่าวนี้ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นบุคคลในครอบครัวที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม และสามารถบอกถึงความเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ทั้งก่อนและหลังจะได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมได้
3. ให้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้านอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 8-10 ชั่วโมงต่อวัน และดูแลติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือน ซึ่งการกำหนดกลุ่มตัวอย่างตามช่วงเวลาดังกล่าวนี้ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแล ที่ผ่านการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมาแล้ว ช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งคาดว่าช่วงระยะเวลาดังกล่าว ทำให้ผู้ดูแลสามารถบอกถึงข้อมูลในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้อย่างแท้จริง
4. มีภูมิลำเนาที่สามารถติดตามไปเยี่ยมบ้านได้สะดวก และปลอดภัย
5. สม่ครใจและเต็มใจเข้าร่วมในงานวิจัย

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมงานวิจัย (Exclusion criteria)

1. ผู้ดูแลและ/หรือผู้สูงอายุสมองเสื่อม แจ้งความประสงค์ ไม่ต้องการเข้าร่วมงานวิจัย
2. ผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม หรือดูแลโดยการว่าจ้างหรือรับค่าตอบแทน
3. ผู้ดูแลไม่ได้อาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม หรือพักอาศัยในบ้านเดียวกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม แต่น้อยกว่า 6 เดือน
4. ถิ่นพำนักของครอบครัวไม่ได้อยู่ในชุมชนเมือง
5. สุขภาพจิตของผู้ดูแลไม่อยู่ในภาวะปกติ เช่น มีภาวะซึมเศร้า

6. ผู้สูงอายุสมองเสื่อม ได้รับการดูแลรักษาด้านสมองเสื่อมมาจากโรงพยาบาลอื่นก่อนหน้าที่จะมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช

เกณฑ์ยุติการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างขอลถอนตัว หรือขอยุติการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ขออนุญาตการทำวิจัยครั้งนี้จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และได้ขออนุญาตการเข้าถึงข้อมูล จากหัวหน้ากลุ่มงานวิจัยของโรงพยาบาลศิริราช ภายหลังได้รับอนุญาตให้เข้าถึงข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยจึงเข้าแนะนำตัวกับหัวหน้างานพยาบาลผู้ป่วยนอก และหัวหน้าแผนกที่รับผิดชอบดูแลคลินิกความจำ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช รวมทั้งได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ตามแนวคำถามที่เตรียมไว้ รวมถึงใช้วิธีการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม มีการนัดหมายล่วงหน้าก่อนเริ่มสัมภาษณ์ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง 45-60 นาที โดยการสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลจะดำเนินต่อไปจนกระทั่งไม่พบข้อสงสัยหรือไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงยุติการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยเชิงคุณภาพนั้นผู้วิจัยวิเคราะห์เนื้อหา โดยนำข้อมูลมาจัดหัวข้อให้ตรงตามวัตถุประสงค์ แบ่งออกเป็น 2 ประเด็น ประเด็นแรกวิเคราะห์การให้คุณค่าการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ในฐานะลูก ภรรยา และพี่สาว ประเด็นที่ 2 วิเคราะห์ศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยจำแนกออกเป็น 4 หน้าที คือ การปรับตัว การวางแผน การบูรณาการ และการธำรงรักษาแบบแผน

6. ผลการวิจัย

6.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 8 ครอบครัว ญาติผู้ดูแลหลักทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุมากกว่า 60 ปี 6 ราย อายุ 53 ปี 1 ราย และอายุ 38 ปี 1 ราย การศึกษาระดับประถมศึกษา 4 ราย ระดับปริญญาตรี 2 ราย ระดับมัธยมศึกษาและระดับประกาศนียบัตรชั้นสูง อย่างละ 1 ราย ผู้ดูแลประกอบอาชีพ 4 ราย ไม่ได้ประกอบอาชีพ 4 ราย ค่าใช้จ่ายในการรักษา เบิกได้ 3 ราย เบิกไม่ได้ 5 ราย เมื่อพิจารณาสภาพทางเศรษฐกิจในครอบครัวของผู้ดูแลโดยรวมพบว่า ส่วนใหญ่จะมีการเกื้อหนุนเงินจากสมาชิกคนอื่นๆภายในครอบครัว คือ ถึงแม้ตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลจะไม่มีรายได้ ก็ จะได้รับการดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆทั้งค่ารักษาพยาบาล หรือค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันจากบุตร จะมีเพียง 3 ครอบครัวเท่านั้น ที่มีแหล่งรายได้มาจากตัวผู้ดูแลเพียงอย่างเดียว

สมาชิกในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุสมองเสื่อม มีตั้งแต่ 2 - 7 คน เป็นครอบครัวขยาย 3 ราย นอกจากนั้นมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว และในจำนวนดังกล่าวมี 1 รายที่ผู้ดูแลอยู่กับผู้สูงอายุ สมองเสื่อมเพียงลำพัง ผู้ดูแลมีสถานภาพสมรส คู่ 5 ราย โสด 2 ราย และหย่า 1 ราย

ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ พบว่าเป็นภรรยา 4 ราย เป็นบุตรสาว 3 รายและเป็นพี่สาว ของผู้สูงอายุสมองเสื่อม 1 ราย ผู้ดูแล 6 ใน 8 รายเป็นผู้สูงอายุ ที่มีโรคประจำตัว โดยโรคที่พบบาก คือ โรคความดันโลหิตสูง 4 ราย และโรคเกี่ยวกับกระดูกและข้อ อีก 4 ราย ซึ่งส่วนใหญ่มีความเจ็บป่วยอยู่ก่อนที่จะให้การดูแล มีเพียงรายเดียวที่ให้ประวัติว่ามีความดันโลหิตสูงและเส้นเลือดในสมองตีบจากการที่ต้องดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม จึงทำให้ไม่มีเวลาพักผ่อน ส่งผลให้อาการของโรค กำเริบ

ระยะเวลาในการดูแล พบว่า 5 ราย ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม เป็นระยะเวลา 2 ปี อีก 2 รายดูแลเป็นระยะเวลา 3 ปี และมี 1 รายที่ดูแลมานานกว่า 5 ปี โดย 7 ใน 8 ราย ให้ประวัติว่าอยู่ใน บ้านเดียวกับผู้สูงอายุสมองเสื่อมมาตลอดตั้งแต่ก่อนจะได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการสมองเสื่อม มีเพียงรายเดียวที่เพิ่งรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมมาอยู่ด้วย หลังจากที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วย

ผู้ดูแล 7 ใน 8 ราย ให้ประวัติว่าดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยตนเอง โดยมี สมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆบ้างตามความเหมาะสม มีเพียงครอบครัวเดียว ที่มีเด็กรับใช้ภายในบ้านคอยดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันให้ โดยผู้ดูแลจะคอยกำกับดูแลอยู่ใกล้ๆ มี 1 รายที่ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่บ้านเพียงลำพัง และ มี 1 รายที่ผู้ดูแลพาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไปทำงานด้วย โดยให้ทำงานในส่วนที่ยังสามารถทำได้ ผู้ดูแลทั้งหมดไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

6.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในการศึกษารุ่นนี้ เป็นเพศชาย 4 ราย เพศหญิง 4 ราย มีอายุตั้งแต่ 68 ถึง 92 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 2 ถึง 5 ปี ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 6 ใน 8 ราย ยังช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่ส่วนใหญ่มีภาวะหลงลืม ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นเตือนการทำกิจกรรมต่างๆอย่างใกล้ชิด และมี 6 ใน 8 รายที่มีลักษณะนิสัยเปลี่ยนไปจากเดิม

6.3 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

จากแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันทั่วไป (Basic Activity of Daily Living : ADL) พบว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อม 6 ใน 8 ราย อยู่ในกลุ่มที่ยังสามารถพึ่งพาตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันทั่วไปได้ เช่น การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การเคลื่อนไหวร่างกาย แต่จากแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้เครื่องมือหรือใช้ทักษะ (Instrumental Activity of Daily Living : IADL) เช่น การใช้โทรศัพท์ การเลือกซื้อสิ่งของ การเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การเดินทาง การรับประทานยา และการจัดการเรื่องการเงิน พบว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมส่วนใหญ่ ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ต้องใช้ทักษะดังกล่าวได้ จึงต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแล แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจะสูญเสียทักษะในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์หรือทักษะก่อน และหลังจากนั้นจึงจะสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันทั่วไปในภายหลัง

6.4 การให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

การให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแล แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ การให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในฐานะลูก ส่วนใหญ่ให้คุณค่าไปตามความคาดหวังของสังคม ที่ผ่านการอบรมขัดเกลา ว่าลูกต้องมีหน้าที่ในการดูแลพ่อแม่ทั้งยามปกติและยามเจ็บป่วย รวมทั้งยังเป็นการทำหน้าที่เพื่อตอบแทนบุญคุณ เนื่องจากในสังคมไทยมีความเชื่อในเรื่องความกตัญญู กตเวทิต่อบิดามารดา ซึ่งความสัมพันธ์แบบแม่ลูกนี้เป็นความผูกพันทางสายโลหิต ที่แน่นแฟ้น เป็นสายใยรักที่ตัดไม่ขาด รวมทั้งยังเป็นสายใยที่เชื่อมจากรุ่นลูกไปสู่รุ่นหลาน

การให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในฐานะภรรยา ในสถานภาพของผู้หญิงในครอบครัวที่สังคมคาดหวังว่า จะต้องช่วยเหลือเกื้อหนุนกัน เมื่อคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วยสามีหรือภรรยาที่ต้องดูแลกันและกัน ซึ่งเป็นบรรทัดฐานของสังคม โดยผู้ดูแลที่เป็นภรรยาทุกคนรอบครัว แสดงให้เห็นว่าการดูแลสามีในยามเจ็บป่วย เป็นความรับผิดชอบ เป็นหน้าที่ที่พึงกระทำ เป็นการแสดงออกถึงความรัก ความห่วงใย ความผูกพันที่มีต่อกัน มีความไว้วางใจซึ่งกัน

และกัน ถึงแม้ตนเองจะสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง แต่ความเจ็บป่วยก็ไม่น่าเป็นอุปสรรค ภรรยายังคงทำหน้าที่และจรรโลงบทบาทของตัวเองต่อไป

การให้คุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในฐานะพี่สาว แสดงให้เห็นถึงความรักความผูกพันในครอบครัว ที่คละคล้าไปด้วยความสงสาร เมื่อคนใดคนหนึ่งป่วย อีกคนก็ต้องให้การช่วยเหลือดูแล ซึ่งนอกจากความสัมพันธ์แบบสามีภรรยา และความสัมพันธ์แบบบิดามารดาและบุตรแล้ว ความสัมพันธ์แบบเครือญาติก็มีส่วนจรรโลงความเป็นครอบครัวให้ดำรงอยู่

6.5 ศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม เป็นการทำหน้าที่ของครอบครัว 4 ประการ ดังนี้

การปรับตัว จากผลการศึกษาพบว่าทุกครอบครัวต้องมีการปรับตัวหรือปรับเปลี่ยน เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในครอบครัวสามารถดำเนินต่อไปได้ด้วยดี การปรับตัวแบ่งออกเป็น ก) การปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมใหม่ของการเป็นผู้ดูแล ข) ความพยายามที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมรู้จักปรับตัว ค) การปรับสภาพแวดล้อมภายในครอบครัว ง) การปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ไม่คาดหวัง

การวางแผนเป้าหมาย หรือการบรรลุเป้าหมาย จากการวิจัยพบว่าทุกครอบครัวมีเป้าหมายในการดูแลที่ไม่แตกต่างกัน คือ ต้องการให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ยืนยาว เพื่อให้อยู่ด้วยกันต่อไปอีกนานๆ ขอให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมช่วยเหลือตัวเองได้ ยังจำกันได้ หรือขอแค่นี้ให้อาการทุเลาลงไปกว่านี้ โดยแต่ละครอบครัวมีวิธีดำเนินการเพื่อไปสู่เป้าหมายดังกล่าวแตกต่างกัน เช่น การให้ดูรูปเก่าๆ เพื่อช่วยฟื้นความจำ การฝึกให้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง การฝึกให้เล่นเกมเพื่อกระตุ้นการทำงานของสมอง การพาไปพบแพทย์และดูแลให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่พวกเขาจะทำได้

การบูรณาการ คือ หน้าที่ในการเชื่อมประสาน ศักยภาพของครอบครัวจะแข็งแกร่งได้ ขึ้นอยู่กับการประสานและการสร้างความเข้าใจให้ตรงกัน มีการสื่อสารปรึกษาพูดคุยกัน การมีส่วนร่วมระหว่างสมาชิกในครอบครัว การมีกลุ่มกิจกรรมร่วมกัน ในฐานะผู้ดูแล การเป็นตัวเชื่อมประสานความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุสมองเสื่อมกับแพทย์ กับสมาชิกในครอบครัว และกับบุคคลรอบข้าง จะเห็นได้ว่าทุกๆ ครอบครัวในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแลจะทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมประสานความสัมพันธ์ในทุกมิติของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ดังนี้ ก) การเชื่อมประสานความสัมพันธ์และความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัว ข) การเชื่อมประสานสถานะทางการเงิน ค) ทำหน้าที่เป็นกลไกในการเสริมพลังอำนาจ

การชำระรักษาแบบแผน เป็นหน้าที่ ที่ช่วยจรรโลงบทบาทผู้ดูแล ซึ่งสัมพันธ์กับแรงจูงใจ การให้กำลังใจ เพื่อสร้างคุณค่าต่อการเป็นผู้ดูแล ให้การดูแลนั้นเกิดขึ้นจากบุคคลในครอบครัว แทนการว่าจ้างบุคคลอื่นเข้ามาดูแล ในการชำระรักษาแบบแผนนี้ การเป็นภรรยา ลูกสาว พี่สาว ซึ่งแต่ละครอบครัวก็ได้มีการปรับทั้งสภาพแวดล้อม การเตรียมการด้านการเงิน ขณะเดียวกันก็มีการวางแผนเป้าหมายและการเชื่อมประสาน เพื่อให้ครอบครัวสามารถชำระรักษาแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมต่อไป ในการศึกษาที่พบการชำระรักษาแบบแผน 2 รูปแบบ คือ ก) การเตรียมหาผู้มารับหน้าที่ดูแลแทน ที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ข) การเตรียมหาผู้มารับหน้าที่ดูแลแทน ที่ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัว

จากผลการศึกษาพบว่าศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมไม่ได้ขึ้นอยู่กับรูปแบบของครอบครัว แต่ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อศักยภาพของครอบครัวคือ จำนวนสมาชิกในครอบครัวและความสัมพันธ์ในครอบครัว เห็นได้ชัดเจนว่าหากครอบครัวมีสัมพันธภาพที่โยงโยกนออย่างเหนียวแน่น ย่อมส่งผลให้ครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระดับที่ดี บนพื้นฐานของความรัก ความเข้าใจ การร่วมแรงร่วมใจ การช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้รับการดูแลที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามไปด้วย

7. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

7.1 ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีโครงการสำหรับการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล เนื่องด้วยในปัจจุบันสัดส่วนของประชากรสูงอายุมีจำนวนมากขึ้น และมีแนวโน้มที่ความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะภาวะสมองเสื่อมจะมีเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลทั้งที่เป็นสมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแลในระบบจ้างงาน ทั้งนี้การเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยมักมีการเปลี่ยนแปลงในด้านอารมณ์ และพฤติกรรม รวมถึงมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง การดูแลจึงเป็นไปด้วยความยากลำบาก การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญ เพราะผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในอาการ และการดำเนินของโรค เพื่อเพิ่มทักษะในการดูแล รวมถึงต้องมีความอดทน

7.2 กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานภาครัฐ ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์และรณรงค์ ในการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้สังคมมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องภาวะสมองเสื่อมกับความชรามากขึ้น รวมถึงมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้เข้าถึงและเข้าใจแบบประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นได้ เนื่องจากในปัจจุบันพบว่า ประชาชนทั่วไปยังมีความสับสนเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมกับความแก่ชรา โดยส่วนมากเห็นว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นเรื่อง

ธรรมดาทั่วไปของคนชรา ส่งผลให้ไม่เกิดความตระหนัก และไม่พาผู้ป่วยมารับการรักษา ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ล่าช้า การดำเนินของโรคจึงรุนแรงและรวดเร็วกว่าที่ควรจะเป็น นอกจากนี้หน่วยงานภาครัฐ ควรมีการกระจายความรู้สู่ชุมชน เพื่อให้ชุมชนเกิดความตระหนักในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

7.3 ควรมีการสนับสนุนที่ต่อเนื่องจากองค์กรภาครัฐ ในการนำแบบประเมินที่เหมาะสม มาใช้ในการประเมินและวินิจฉัยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น การนำแบบประเมิน The Thai ADL Scale มาใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น นอกจากนี้ควรมีการเชื่อมประสานและถ่ายทอดองค์ความรู้เกี่ยวกับระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีประสิทธิภาพ จากโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย หรือโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ไปสู่โรงพยาบาลท้องถิ่นที่อยู่ห่างไกล เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และสามารถนำไปพัฒนาได้ตามขีดความสามารถ

THE FAMILY POTENTIAL IN DEMENTIA AGEING'S CARE IN URBAN
COMMUNITY

DUANGTA SOMABUTR 5437759 SHMS/M

M.A. (MEDICAL AND HEALTH SOCIAL SCIENCES)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: MULLIKA MUTTIKO, Ph.D.,
VORAPUN SENANARONG, M.D., VANAWIPHA PASANDHATORN, Ph.D.

EXTENDED SUMMARY

1. Introduction

The current progress of medical and public health technologies increasingly brought about people's good living conditions and life expectancy. According to The United Nations, the year of 2001 – 2100 would be the Century of the Elderly. This indicated that more than 10% people around the world would be over 60 years old. The entry to the society of the elderly meant compilation of population group consisting of the elderly who were healthy and the elderly who suffered from chronic disease, especially the elderly with dementia which was a chronic disease and was an important problem of the elderly around the world. At present, there are more than 30 million patients with dementia around the world. And it was expected that there would be double increase in number of patients in every twenty years. Apart from directly affecting patients' quality of life, dementia affects carers, family's duty performance, society, and the country. As dementia is complicated chronic condition, it is necessary to provide multidisciplinary care for dealing with the problems on patients' thinking, emotion, and behavior which change all the time.

Most of the elderly with dementia received care at home because they were not under crisis so family members played important roles in taking care of these elderly people. Taking care of the elderly with dementia who could not take care of their physical, mental, emotional, social, or economic aspects took long time and was complicated because patients had emotional and behavioral problems. It took about 8 – 10 years to take care of these patients. Family members had to have potential for taking care of these patients as follows: 1) Apart from adjusting to the environment and adjusting the environment to carers' needs, they had to adjust to the situation. 2) They had to provide resources to be suitable for illness and change in family. 3) They had to achieve goals of determining guidelines of taking care of the elderly with dementia to have good quality of life. 4) They had to maintain care pattern in the form of relationship among members without causing severer symptom of disease.

Apart from impacting on patients, dementia directly impacted on potential of family who had to adjust, create relationship between patients and family members, and maintain pattern. Difference in models of relationship between husband and wife, children and parents, or elder sisters/brothers and younger sisters/brothers was very important by making all family members have good quality of life. However, existence of family potential also depended on any family members who integrated and supported family bond and mutual help to enable family to deal with every problem. This really indicated family potential.

2. Abstract

The qualitative research on Family Potential for Taking Care of the Elderly with Dementia in the Urban Community aimed to study valuing carers' roles and family roles in taking care of the elderly with dementia in the urban community. Data were collected by the interview, observation, and storytelling of carers of eight families consisting of four wives, three daughters, and an elder sister.

The research results showed that valuing carers' roles depended on three models of relationship. Most people valued socialized roles which were mostly female roles according to expectation and social norm. Valuing wife's role which was mutual care indicated mutual love, concern, and trust. As for valuing children's

roles, children had to take care of their parents to express gratitude. This indicated tight bond and love. Valuing roles of elder sisters expressed close relationship, bond, concern, and assistance based on sympathy.

As for family potential, family had to 1) adjust, 2) achieve the specified goals, 3) cement relationship, and 4) maintain pattern. The research results showed that family relationship was important for family potential rather than family models.

Research recommendations were as follows: 1) As family had to more considerably rely on carers who were both family members and employed carers to take care of the elderly with dementia, it was important to prepare carers' readiness because carers had to understand disease condition, have skills, and be patient. 2) Use of IADL Assessment Form should be widely disseminated for initial triage. University hospitals and local hospitals should cooperate and disseminate knowledge on taking care of patients with dementia.

3. Research objectives

3.1 To study valuing roles of people taking care of the elderly with dementia.

3.2 To study family potential for taking care of the elderly with dementia.

4. Scope of research

As for carers and family's duty performance in four aspects consisting of adjustment, determination of goals, integration, and pattern maintenance, the researcher studied eight families. Carers were relatives of the elderly with dementia in the urban community, consisting of married couple, children, relatives, siblings.

5. Research methodology

The researcher did a qualitative research on Family Potential for Taking Care of the Elderly with Dementia in the Urban Community by in-depth interview.

The researcher used the concept of human potential, the concept of social capital, and the concept of social system to answer the question about family potential for taking care of the elderly with dementia in the urban community. The sample group for this research were family members who took care of the elderly with dementia. The researcher collected data at Memory Clinic, Out-Patient Department, Siriraj Hospital and houses of people taking care of the elderly with dementia from January to May, 2014. The sample group consisted of eight families. Qualifications of the sample group were determined as follows:

Inclusion criteria

1. The sample group had to have close relationship with patients by being husband, wife, children, or relatives who had to take care of patients at home.
2. The sample group had to live with the elderly with dementia in the same house at least six months. The researcher determined the sample group in the mentioned period to ensure that the informants were family members who were close to the elderly with dementia and were able to report change of the elderly with dementia before and after diagnosis of dementia.
3. The sample group had to continuously take care of the elderly with dementia at home at least 8 -10 hours a day in a month. The researcher determined the sample group in the mentioned period to ensure that the informants were people who had taken care the elderly with dementia for a period of time. During the mentioned period, carers would be able to give real information on taking care the elderly with dementia.
4. The sample group lived in the domicile where the researcher could safely and easily visit.
5. The sample group were voluntary and willing to participate in the research.

Exclusion criteria

1. Carers and/or the elderly with dementia informed the researcher that they did not want to participate in the research.

2. Carers did not have close relationship with the elderly with dementia or took care of these elderly people with remunerations.
3. Carers did not live with the elderly with dementia in the same house or lived with the elderly with dementia in the same house less than six months.
4. Family dwellings were not situated in the urban community.
5. Carers' mental health was abnormal such as depression.
6. The elderly with dementia received treatment on dementia from other hospital before receiving treatment at Siriraj Hospital.

End of research criteria

1. The sample group asked for end of the research.

Data collection

Before data collection, the researcher sought permission from Human Research Protection Committee of Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University to do the research. And the researcher sought permission from Research Group Chief of Siriraj Hospital to collect data. After receiving permission to collect data, the researcher introduced himself to Out-Patient Department Nursing Service Chief and Department Chief responsible for Memory Clinic, Out-Patient Department, Siriraj Hospital and received consent from the sample group to participate in the research.

This was the qualitative research. The researcher collected data by the in-depth interview according to the question guide, including non-participatory observation. The researcher made an appointment in advance before beginning the interview. The researcher interviewed about 45 – 60 minutes each time. The researcher continuously interviewed and collected data until the researcher did not find any doubt or any new information. After that, the researcher ended the research.

Data analysis

According to the qualitative research, the researcher analyzed contents by arranging the information topics to be consistent with the objectives. There were two issues as follows: As for the first issue, the researcher analyzed valuing roles of people taking care of the elderly with dementia and being children, wives, and an elder sister. As for the second issue, the researcher analyzed family potential for taking care of the elderly with dementia, consisting of four duties as follows: adjustment, determination of goals, integration, and pattern maintenance.

6. Research results

6.1 Personal information of relatives taking care the elderly with dementia

The sample group consisted of eight families. Relatives taking care of the elderly with dementia were female. Six carers were over 60 years old. A carer was 53 years old. And a carer was 38 years old. Four carers completed primary education. Two carers graduated with bachelor degree. A carer completed secondary education. And a carer completed high vocational education. Four carers were employed and four carers were unemployed. Three carers could reimburse expenses on treatment while five carers could not reimburse expenses on treatment. After considering carers' family economic status, the researcher found that most carers were supported by other family members. Although patients and carers did not have any incomes, their children would be responsible for expenses on treatment or expenses on daily life. Incomes of three families came from carers only.

There were 2-7 members in the family with the elderly with dementia. There were three extended families. The remaining families were single families. A carer in the single family stayed alone with an elderly person with dementia. Five carers were married. Two carers were single. And a carer was divorced.

As for relationship with the elderly, the researcher found that four carers were the elderly's wives. Three carers were the elderly's daughters. And a carer was an elderly person's elder sister. Six of eight carers were the elderly with congenital

disease. Four carers had hypertension. Four carers had bone and joint diseases. Most carers were ill before taking care of the elderly with dementia. A carer said that she had hypertension and stroke after taking care of an elderly person with dementia. As she had no time to relax, her disease symptom was severer.

As for care period, the researcher found that five carers took care of the elderly with dementia for two years. Two carers took care of the elderly with dementia for three years. And a carer took care of the elderly with dementia for more than five years. Seven of eight carers said that they lived with the elderly with dementia in the same house before diagnosis of dementia in the elderly. A carer had just taken an elderly person with dementia to stay with her after diagnosis of dementia in the elderly person.

Seven of eight carers said that they took care of the elderly with dementia by themselves while other family members helped do some activities. A family had a servant be responsible for daily routine under carer's close supervision. A carer had to work outside while an elderly person with dementia stayed at home alone. A carer took an elderly person with dementia to her office by allowing the elderly person with dementia to do work which he could do. All carers did not use to take care of the elderly with dementia.

6.2 Personal information of the elderly with dementia

As for this research, four elderly people with dementia were male and four elderly people with dementia were female. They were 68 – 92 years old. Their illness period was 2-5 years. Six of eight elderly people with dementia could rely on themselves to do basic activity of daily living. However, most of them were forgetful so carers had to closely warn implementation of various activities. Habits of six of eight elderly people with dementia changed.

6.3 Ability to do basic activity of daily routine

According to Basic Activity of Daily Living (ADL), the researcher found that six of eight elderly people with dementia could rely on themselves to do basic activity of daily living such as eating, excretion, physical movement. According to Instrumental Activity of Daily Living: IADL such as using telephone, buying things,

preparing food, cleaning, traveling, taking medicine, and managing money, the researcher found that most elderly people with dementia could not do the mentioned activities so they wanted carers' help. This indicated that patients with dementia first lost skills of doing instrumental activity of daily living. After that, they lost ability to do basic activity of daily living.

6.4 Valuing roles of people taking care of the elderly with dementia

Valuing carers' roles consisted of three characteristics. As for valuing people taking care of the elderly with dementia and being children, most people valued this role according to social expectation because they thought that children had to take care their parents to express gratitude and the Thai society believed in expression of gratitude to parents. This relationship was tight bond and love.

As for valuing people taking care of the elderly with dementia and being wives, if husbands or wives were ill, they had to take care of each other. This was social norm. This indicated that carers who were wives in every family had to take care of their husbands when their husbands were ill. This expressed her responsibility, love, concern, and trust. Although they were not healthy, they still expressed their roles.

Valuing a person taking care of an elderly person with dementia and being an elder sister indicated love and bond in family. If one family member was ill, the other family member had to take care of him. Apart from husband-wife relationship and parents-children relationship, relative relationship brought about existence of family.

6.5 Family potential for taking care of the elderly with dementia was duty performance of family in four aspects as follows:

As for adjustment, the research results showed that every family had to adjust themselves to smoothly take care of the elderly with dementia in the family. Adjustment was divided into 1) carers' adjustment to new environment, 2) effort to help the elderly with dementia know to adjust themselves, 3) adjustment of environment in family, 4) adjustment to unexpected situation.

As for determination of goals or achievement of goals, the research showed that every family had the same goals of care. Every family wanted the elderly to live for a long time. Every family wanted the elderly with dementia to be able to rely on themselves without severer symptom. Each family had different implementation methods to lead to the mentioned goals. For examples, they allowed the elderly to see old pictures to help remember something. They trained the elderly with dementia to do daily routine by themselves. They taught the elderly with dementia to play games to stimulate brain function. They took the elderly with dementia to hospital and control these elderly people taking medicine so that these elderly people could have good quality of life.

Integration was duty of cementing. Family potential would be strong if family members cemented and created the same understanding, consulted with each other, participated in activities, and had activity groups. Carers had to cement relationship between the elderly with dementia and doctors, family members, and nearby people. As for every family in this research, carers cemented relationship in every dimension of the elderly with dementia as follows: 1) cementing relationship and cooperation between family members, 2) cementing financial status, 3) being mechanism of empowerment.

Pattern maintenance was a duty which helped maintain carers' roles, which correlated with motivation and encouragement for creating value of being carers and bringing about care of family members instead of employing other people to take care of the elderly with dementia. As for pattern maintenance and roles of wife, daughter, and elder sister, each family adjusted the environment and prepared financial matter. In the meantime, each family determined goals and integrated to enable family to maintain pattern of taking care of the elderly with dementia. There were two models of pattern maintenance as follows: 1) preparing to find family members to take care of the elderly with dementia instead and 2) preparing to find people who were not family members to take care of the elderly with dementia.

The research results showed that family potential for taking care of the elderly with dementia did not depend on family models. Important factors which affected family potential were number of family members and family relationship. If family members had close relationship, they had good potential for taking care of the

elderly with dementia on basis of love, understanding, cooperation, and mutual help. This made the elderly with dementia receive good care and have good quality of life.

7. Research recommendations

7.1 Health service providers and related agencies should organize the project of preparing carers' readiness because number of the elderly currently increases and dementia in the elderly will increase. Family members and employed carers have to take care of these patients. Emotional and behavioral change and self-care defect of patients with dementia caused difficult care. It is necessary to prepare carers' readiness because carers have to have knowledge and understanding of symptom of disease for increase in skill of care and have to be patient.

7.2 Ministry of Public Health and state agencies should increasingly disseminate knowledge of dementia to enable people in the society to have more knowledge and understanding of dementia and old age. Moreover, they should disseminate the information to enable people to access and understand Dementia Assessment Form. At present, people are confused about dementia and old age. Most people thought that dementia was general symptom of old people so they were not aware and did not take patients to receive treatment. This made patients receive late care and disease symptom was severer. Moreover, state agencies should disseminate knowledge to enable the community to be aware of participation in taking care of the elderly with dementia.

7.3 State agencies should continuously support use of suitable assessment form to assess and diagnose the elderly with dementia such as using The Thai ADL Scale for initial triage. Moreover, university hospitals or tertiary hospitals should integrate and disseminate knowledge on treatment system to local hospitals to bring about learning and be able to develop according to capability.

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2552). ภาวะฟุ้งฟิงของประชากรสูงอายุ. ใน ชื่นตา วิชชาวุธ และ สติต พงศ์ชนวิริยะกุล (บรรณาธิการ). ระบบการดูแลระยะยาว และกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย. แผนงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ.
- กัมมันต์ พันธุมจินดา และศรีจิตรา บุนนาค. (2540). สมองเลื่อม โรคหรือวัย: รวบรวมข้อมูลที่น่าสนใจเกี่ยวกับโรคสมองเลื่อมอัลไซเมอร์และการดูแลรักษา. กรุงเทพฯ: คบไฟ.
- กุศล สุนทรธาดา. (2552). รูปแบบครอบครัวกับการเกื้อหนุน และสวัสดิการผู้สูงอายุ: ครอบครัวไทยในสถานการณ์เปลี่ยนผ่านทางสังคมและประชากร. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกื้อ วงศ์บุญสิน. (2551). สังคม สว. (ผู้สูงวัย) (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จ่านงค์ อธิวัฒน์สิทธิ์. (2545). สังคมวิทยา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- จิรเนาว์ ทัศนศรี. (2545). ครอบครัวสัมพันธ์. ภาควิชาการพยาบาลสูตินรีเวชและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เจนนิเฟอร์ เฮย์. (2544). โรคอัลไซเมอร์และ ภาวะสมองเลื่อม. จันทรชัย เจริญประเสริฐ, ผู้แปล. กรุงเทพฯ: หน้าต่างผู้โลกกว้าง.
- ชาย โพธิ์สีดา. (2552). เกิดอะไรขึ้นกับสังคมไทย: ครอบครัวไทยในสถานการณ์เปลี่ยนผ่านทางสังคมและประชากร. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนีย์ ทองสว่าง. (2549). สังคมวิทยา. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- นภาพร ฤทธิวีรกุล. (2549). ปัจจัยที่ทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเลื่อม. วารสารพุดดาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ; 7(2):47-57.
- นิชกา โมราถบ และคณะ. (2555). บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุอัลไซเมอร์.

- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2546). โรคอัลไซเมอร์. ใน ศศิพร แดงทองดี และ ภาริณี สิงห์ประสาทพร (บรรณาธิการ). *ยากับโรคในผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ:นิเวศไทยมิตรการพิมพ์.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2546). **Dementia: An update**. สารศิริราช 55: 31-33.
- นิลส์ แนเดอร์สัน. (1971). **วัฒนธรรมและชีวิตในเมือง**. สืบค้นเมื่อ 3 มกราคม 58, จาก <http://www.dpt.go.th/ITCitdb/txt/pop/urban5.htm>.
- ประเสริฐ อัสตันตชัย.(2556). **การป้องกัน การประเมินและ การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม**. ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- ปาริชาติ วลัยเสถียร.(2543). **ชุมชนและลักษณะความเป็นชุมชน**. In the 1st Annual Meetings on Community, Thai community amidst changes (pp. 1-14). Bangkok: Thailand Research Fund.
- ปิดิพร สิริทิพากร. (2555). **ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะของญาติผู้ดูแล แหล่งทักษะภายในตนเอง กับ ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยาภรณ์ จันทร์โพธิ์. (2547). **สัมพันธภาพในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในบริบทการเปลี่ยนแปลงทางสังคมวัฒนธรรมไทยในเขตเมือง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมวิทยา มหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พนัส ัญญะกิจไพศาล.(2544).**คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์**. โรงพยาบาลสมเด็จพระยา กรมสุภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.บริษัท พี เค โพรมิเนนท์.กรุงเทพฯ.
- พารุณี เกตุกราย. (2550).**ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเองและความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิชิต สุขสบาย และ สายพิน หัตถิรัตน์. (2543). **การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ครอบครัว ในกลุ่มผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย**. ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ.
- เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. (2551). **การพยาบาลผู้สูงอายุ: การบูรณาการครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ภาศิญา อ่อนดี. (2547). **ภาวะการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ประเด็นสำคัญและการช่วยเหลือ**. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 18 ฉบับที่ 2.

- รัชฎา รัชชานาม. (2543). **สถานะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม.** สารนิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม) คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์วรรณ. (2547). **สมองเสื่อมในผู้สูงอายุ: ป้องกันได้ ?.** เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติเรื่อง ผู้สูงอายุ: ชุมทรัพย์ทางปัญญา: 71-78.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). **การพยาบาลครอบครัว แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้.** กรุงเทพฯ: วิเจพรินต์ติ้ง.
- ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์. (2552). **การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาระบบประสาทและอื่นๆ.** ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์. (2547). **ผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม: กรณีศึกษา.** วารสารพุดตาวินยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. ปีที่ 5 (1): น. 43-48.
- เล็ก สมบัติ. (2549). **โครงการภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน.** กรุงเทพฯ: มิสเตอร์ก๊อปปี้.
- วรพรรณ เสนาณรงค์ และคณะ. (2547). **ความชุกของภาวะสมองเสื่อม.** การสัมมนาเรื่อง “โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ: จากความรู้สู่การปฏิบัติ” (ครั้งที่ 4) วันที่ 26 สิงหาคม 2547 ณ ห้องคอนเวนชันฮอลล์ โรงแรมรามาร์คเดนมาร์ก กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานอุดหนุนการวิจัย กองส่งเสริมการวิจัย สำนักคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- วรพรรณ เสนาณรงค์. (2553). **ภาวะสมองเสื่อม.** สืบค้นเมื่อ 3 มกราคม 56, จาก <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articleDetail.asp>.
- วรรณนิภา บุญระยอง. (2543). **ภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม.** วารสารพุดตาวินยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. ปีที่ 1 (1): น. 11-18.
- วรรณนิภา สมनावรรณ. (2537). **การสำรวจภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้าน.** วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ, ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และสมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี. (2546). **รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (The Caring Model for the Demented Elder).** วารสารพุดตาวินยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. ปีที่ 4 (1): น. 10-20.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2552). **ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ.** กรุงเทพฯ: บริษัทซีเอ็ดดูเคชั่น จำกัด (มหาชน).

- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2552). ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุและการป้องกัน. ใน ประเสริฐ อัสสันตชัย. (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2552). ภาวะการดูแลผู้ป่วย และความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคมคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์, Rosamund M Bryar Bnurs และ Andrew J. Newens. (2543). การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย: การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อม โดยครอบครัวในสังคมพุทธศาสนา ในประเทศไทย. วารสารพดุมวิททยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. ปีที่ 1 (4): น.15-24.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สดสวย ทองมหา. (2555). ประสบการณ์ของผู้ชายในฐานะผู้ดูแลในบริบทสังคมไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข) คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. (2556). สืบค้นจากเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2556 จาก <http://www.ird.sut.ac.th>.
- สนธยา พลศรี. (2545). ทฤษฎีและหลักการพัฒนาชุมชน. กรุงเทพฯ: โอเดียน สโตร์.
- สัญญา สัญญาวิวัฒน์. (2544). สังคมวิทยาครอบครัว. กรุงเทพฯ: แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2552). คนไทยเสี่ยงภัยสมองเสื่อม. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 เมษายน 2556, จาก http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/enew12_3.pdf
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, นภาพร ชโยวรรณ, และ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2545). ผู้สูงอายุในประเทศไทย: รายงานการทบทวน องค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย. กรุงเทพฯ: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพดุมวิททยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2549). หลักการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์. วารสารพดุมวิททยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ; 7(4):92-94.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2554). ทฤษฎีสังคมวิทยา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุรภิญ ชนะพิศ. (2552). การพัฒนาโปรแกรมปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะการดูแลผู้สูงอายุ
สมองเสื่อม. สารนิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวช
ปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวิทย์ เจริญศักดิ์. (2556). การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์. ใน
วีรศักดิ์ เมืองไพศาล (บรรณาธิการ). การป้องกัน การประเมินและ การดูแลผู้ป่วย
สมองเสื่อม. ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- อมรา สุนทรธาดา และสุพัตรา เลิศชัยเพชร. (2552). การลดลงของครอบครัวสามช่วงวัยใน
สังคมไทย นัยเชิงนโยบาย: ครอบครัวไทยในสถานการณ์เปลี่ยนผ่านทางสังคมและ
ประชากร. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรรวรรณ แผนคง. (2553). การพยาบาลผู้สูงอายุ. โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรม
ราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. บริษัท ชนาเพรส จำกัด. กรุงเทพฯ.
- อัมพร เบญจพลพิทักษ์. (2552). ประชากรกับการพัฒนาครอบครัว. วิทยาลัยประชากรศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สืบค้นเมื่อวันที่ 13 เมษายน 2556, จาก
http://www.cps.chula.ac.th/pop_info/tha/Newsletter-2552/news_th_72-187.pdf.

ภาษาอังกฤษ

- Alison Earle and Jody Heymann. (2011). **Protecting the health of employees caring for family members with special health care needs.** Research in social science and medicine, Vol, 73 (2011), pp. 68-78.
- Carla Graf. (2013). **The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale. Try this Best Practices in Nursing Care to Older Adults,(23).** สืบค้นเมื่อ 10 เมษายน 2557 Available from: http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_23.pdf.
- Catherine Chesla, Ida Martinson, and Marilou Muwaswes. (1994). **Continuities and discontinuities in family members' relationships with Alzheimer's patients.** National Council on Family Relation, Vol.43, No.1 (Jan., 1994), pp. 3-9.
- Comming, J.L. (1994). **Dementia: A clinical approach** (2nd ed.). California: Boston Butterworth-Heinemann.
- George Ritzer (2000). **Sociological Theory.** University of Maryland. USA

- James S. Coleman. (1988). **Social capital in the creation of Human capital**. The American Journal of Sociology, Vol.94: The University of Chicago Press.
- Janet Zollinger Giele. (1984). **A Delicate Balance: The Family's Role in Care of the Handicapped**. National Council on Family Relation, Vol.33, No.1 (Jan., 1984), pp. 85-94.
- Judith E. Nelson MD, Kiyoshi Kinjo MD, Diane E. Meier MD, Kathy Ahmad BA and R. Sean Morrison MD. (2005). **When critical illness becomes chronic: informational needs of patients and families**. Journal of Critical Care, Vol,20 (2005), pp. 79-89.
- Judith Globerman. (1996). **Motivations to Care: Daughters-and Sons-in-Law Caring for Relatives with Alzheimer's disease**. National Council on Family Relation, Vol.45, No.1 (Jan., 1996), pp. 37-45.
- Khongsombat, O.,& Nakdook,W. (2009). **Neuronal Cell Death and Memory Impairment in Alzheimer's disease**. Naresuan University Journal, 17 (1), 101-108.
- Lawton MP and Brody EM. (1969). **Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living**. The Gerontologist, 9(3), 179-186.
- Leon J, Cheng CK, Neumann PJ. **Alzheimer's disease care: costs and potential savings**. Health Aff (Millwood) 1998; 17 (6) : 206-16.
- Lin.N, Cook.K and Burt.R. (2001). **Social Capital theory and Research**. New York: Aldine de Gruyter.
- Lori Kaplan. (2001). **A Couple hood Typology for Spouses of Institutionalized Persons with Alzheimer's disease: Perceptions of "We"-“I”**. National Council on Family Relation, Vol.50, No.1 (Jan., 2001), pp. 87-98.
- Marcia, G. O., Hoffman, R. R., Yee, L. J., Tennstedt, S. and Schulz, R. (1999). **Prevalence and Impact of caregiving: A detailed comparison between dementia and nondementia caregivers**. The Gerontologist 39: 177-185.
- The AGS Foundation for Health in Aging. (1999).**The Patient Education Forum: The Alzheimer's disease Caregiver**. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2556 Available from: <http://www.americangeriatrics.org/education/forum/alzcare.shtml>

- Tipton, Z.C., Slone, P., Hamdy, R.C., & Turnbull, J.M. (1994). **Caregiver education and support**. Alzheimer's disease: A handbook for caregivers (2nd ed.). (pp.310-318). St.Louis: Mosby.
- Vorapun Senanarong, Kamolthip Harnphadungkit, Naraporn Prayoonwiwat, Niphon Pongvarin, Nopwan Sivasariyanonds, Tipawan Printarakul, Suthipol Udompunthurak, and Jeffrey L. Cummings. (2003). **A New Measurement of Activities of Daily Living for Thai Elderly With Dementia**. International Psychogeriatric, Vol.15, No. 2, pp. 135-148.
- Wade DT and Collin C. (1988). **The Barthel ADL index: a standard measure of physical disability**. International Disability Studies 10, pp. 64-67.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แนวคำถามในการสัมภาษณ์

ส่วนที่หนึ่ง คุณลักษณะของผู้ดูแลและผู้สูงอายุสมองเสื่อม

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนพี่น้อง สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้ ต่อเดือน อาชีพ โรคประจำตัว

2. ข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

เพศ อายุ โรคประจำตัวอื่น ๆ นอกเหนือจากภาวะสมองเสื่อม และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) การเปลี่ยนแปลงลักษณะนิสัยของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แตกต่างจากก่อนหน้าที่จะเจ็บป่วยหรือไม่ อย่างไร

ส่วนที่สอง การเข้าสู่บทบาทเป็นผู้ดูแล

1. ท่านเคยดูแลผู้สูงอายุมาก่อนที่จะมีภาวะสมองเสื่อม หรือท่านถูกเลือกจากสมาชิกในครอบครัวให้เป็นผู้ดูแล

2. ท่านมีการเตรียมตัวเพื่อรับบทบาทเป็นผู้ดูแลอย่างไรบ้าง เช่น การเสาะหางานประจำที่เคยทำ ทำตัวให้อิสระหรือลดภาระความรับผิดชอบงานบางเรื่องลง หากคนมาช่วยทำงานแทน

3. ท่านมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นบิดามารดา /สามี/ภรรยา)

4. ท่านมีผู้ช่วยเหลือที่ช่วยท่านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่ ผู้ช่วยเหลือแบ่งเบาภาระงานด้านใดบ้าง

5. บทบาทที่ท่านดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในปัจจุบันมีอะไรบ้าง

6. ในช่วงเวลาของการดูแล ท่านมีการสังเกตหรือบันทึกการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม การสื่อสาร การช่วยเหลือตัวเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อย่างไรบ้าง

7. ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่ท่านต้องเผชิญมีอะไรบ้าง ท่านต้องตัดสินใจและแก้ปัญหา ด้วยตนเองหรือปรึกษากับญาติพี่น้อง

8. ท่านให้ความหมายบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างไรบ้าง
9. ท่านเคยรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง หมดกำลังใจ จากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่ หากมีท่านมีวิธีการจัดการกับความรู้สึกเหล่านี้ได้อย่างไรและสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีความคิดหรือช่วยเหลืออะไรบ้าง

ส่วนที่สาม ความสัมพันธ์ทางสังคม

1. ความผูกพัน

- ท่านอาศัยอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
- ก่อนที่ผู้สูงอายุจะมีภาวะสมองเสื่อม ท่านเป็นคนแรกที่สังเกตเห็นว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไป
- ในจำนวนสมาชิกทั้งหมดในครอบครัว ท่านมีความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากหรือน้อยกว่าสมาชิกคนอื่น ๆ
- ท่านเป็นที่พึ่งหลักของครอบครัวทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย

2. ความรับผิดชอบ

- สมาชิกในครอบครัวมีความไว้วางใจให้ท่านเป็นผู้ดูแลหรือท่านคิดว่าท่านเหมาะสมเป็นผู้ดูแล
- ท่านเป็นผู้ตัดสินใจที่พาผู้ป่วยไปคลินิกรักษาภาวะสมองเสื่อม
- ท่านเป็นผู้มีความรู้และเข้าใจเรื่องภาวะสมองเสื่อมมากกว่าคนอื่น ๆ

3. การสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูล

- สมาชิกในครอบครัวมีการพูดคุย ปรึกษาหารือกันเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเรื่องใดบ้าง (การรักษาต่อเนื่อง การร่วมรับภาระค่าใช้จ่าย การวางแผนการดูแล การจัดหาอาหาร การพาไปพบแพทย์ การจัดสถานที่ในบ้านเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม)
- มีการพูดคุยกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเรื่องอะไรบ้าง เพื่อฟื้นฟูความทรงจำ
- มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลกับเพื่อนบ้านเรื่องภาวะสมองเสื่อมในประเด็นใดบ้าง รวมทั้งการสังเกตท่าทีของเพื่อนบ้าน
- มีการพูดคุยกับบุคลากรทางการแพทย์เรื่องภาวะสมองเสื่อม ในประเด็นใดบ้าง

4.การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว

-ท่านและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างไรบ้าง

-มีการแบ่งภาระงานกันอย่างไรบ้าง

-ท่านและสมาชิกในครอบครัวมีการวางแผนการดูแลจัดการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม เพื่อไม่ให้อาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้นอย่างไรบ้าง

ส่วนที่สี่ ศักยภาพของครอบครัว

A: การปรับตัวของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว

- เมื่อรู้ว่าผู้สูงอายุในครอบครัวของท่านมีภาวะสมองเสื่อม ท่านและสมาชิกในครอบครัวของท่านมีการปรับตัว ปรับความคิดที่มีต่อภาวะสมองเสื่อม หรือปรับเปลี่ยนอะไรบ้าง เช่น สภาพแวดล้อมภายในบ้าน ค่าใช้จ่าย การจ้างผู้ช่วยเหลือผู้ดูแล หน้าที่การงาน และครอบครัวของผู้ดูแล การเลือกสมาชิกคนใดในครอบครัวมาเป็นผู้ดูแล หรือไม่มีการปรับเปลี่ยนสิ่งใด

G: เป้าหมายของครอบครัวเพื่อให้ผู้ดูแลมีความสุขและป้องกันไม่ให้อาการสมองเสื่อมรุนแรงมากขึ้น

-เมื่อมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในครอบครัว ท่านและสมาชิกในครอบครัวของท่านมีเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างไร (การป้องกันไม่ให้อาการสมองเสื่อมรุนแรงมากขึ้น) เป้าหมายของการต้องเป็นผู้ดูแลอีกยาวนาน เพราะผู้ดูแลจะมีอายุที่มากขึ้น อาจเป็นอุปสรรคต่อการดูแลในระยะยาว

I: การบูรณาการของครอบครัวเพื่อให้เข้าใจความทุกข์ของผู้ดูแล

-เนื่องจากผู้ดูแล บางครอบครัวอาจไม่ใช่ผู้จัดการในด้านต่าง ๆ ทั้งหมด อาจมีสมาชิกคนใดคนหนึ่งหรือสองคนในครอบครัวเป็นผู้บริหารจัดการแต่ไม่ใช่ผู้ดูแล สมาชิกคนนี้จะเป็นผู้บอกความเห็นผู้รับผิดชอบหลัก ซึ่งคนๆนี้ จะทำหน้าที่บูรณาการ ด้านการเงิน การเฝ้าระวัง การสังเกตการณ์ การดูแลสุขภาวะร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลไม่ให้เกิดความเครียดหรือรู้สึกว่าเขาต้องมาเป็นผู้ดูแล การสร้างขวัญกำลังใจ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสุขกับบทบาทการเป็นผู้ดูแล

L: การธำรงรักษาครอบครัวให้ผ่านวิกฤตไปได้

-เมื่อมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในครอบครัว ท่านและสมาชิกในครอบครัวของท่าน มีความเชื่ออาทร การเกื้อกูลกัน เพื่อให้บทบาทการเป็นผู้ดูแลไปนาน ๆ เช่น มีการดูแลกันและกัน การเข้าใจถึงการเป็นผู้ดูแลที่เหนื่อย การต้องมีความอดทนของผู้ดูแล การ

จัดการเรื่องค่าใช้จ่าย ทดแทนเมื่อผู้ดูแลไม่มีรายได้ การให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อน เปลี่ยนบรรยากาศ การป้องกันไม่ให้เกิดความขัดแย้ง

-หากเกิดปัญหาขัดแย้งขึ้นในครอบครัว ท่านและสมาชิกในครอบครัวของท่าน มีการจัดการกับปัญหานั้นร่วมกันอย่างไรบ้าง

-ท่านและสมาชิกในครอบครัวมีการรับรู้ร่วมกันหรือไม่ว่า ภาวะสมองเสื่อมนับวันจะรุนแรงมากขึ้น ท่านและสมาชิกในครอบครัวมีการเตรียมตัวอย่างไรบ้าง เพื่อมิให้การดูแลที่อาจยุ่งยากมากขึ้นนั้น ไปตกอยู่กับผู้ดูแลเพียงคนเดียว

ภาคผนวก ข
แบบประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ
ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน
(Barthel Activities of Daily Living: ADL)

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)

- 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
- 1. ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า

2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)

0. ต้องการความช่วยเหลือ

1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)

0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น

1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้

2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย

3. ทำได้เอง

4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)

0. ช่วยตัวเองไม่ได้

1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้ หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือ ในบางสิ่ง

2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อย หลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

- 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
- 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้อง หรือประตูได้
- 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
- 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

- 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย
- 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

- 0. ไม่สามารถทำได้
- 1. ต้องการคนช่วย
- 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

- 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- 1. อาบน้ำเองได้

9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- 2. กลั่นได้เป็นปกติ

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- 2. กลั่นได้เป็นปกติ

คำจำกัดความ

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ประยุกต์เกณฑ์การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เซลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่ม 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนน ขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่ม 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่ม 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัดหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

ภาคผนวก ค

แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์
(The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale: IADL)

A. Ability to Use Telephone

- 1. Operates telephone on own initiative; looks up and dials numbers..... 1
- 2. Dials a few well-known numbers..... 1
- 3. Answers telephone, but does not dial..... 1
- 4. Does not use telephone at all..... 0

B. Shopping

- 1. Takes care of all shopping needs independently..... 1
- 2. Shops independently for small purchases..... 0
- 3. Needs to be accompanied on any shopping trip..... 0
- 4. Completely unable to shop..... 0

C. Food Preparation

- 1. Plans, prepares, and serves adequate meals independently..... 1
- 2. Prepares adequate meals if supplied with ingredients..... 0
- 3. Heats and serves prepared meals or prepares meals
but does not maintain adequate diet..... 0
- 4. Needs to have meals prepared and served..... 0

D. Housekeeping

- 1. Maintains house alone with occasion assistance (heavy work)..... 1
- 2. Performs light daily tasks such as dishwashing, bed making..... 1
- 3. Performs light daily tasks, but cannot maintain acceptable
level of cleanliness..... 1
- 4. Needs help with all home maintenance tasks..... 1
- 5. Does not participate in any housekeeping tasks..... 0

E. Laundry

1. Does personal laundry completely..... 1
2. Launders small items, rinses socks, stockings, etc..... 1
3. All laundry must be done by others..... 0

F. Mode of Transportation

1. Travels independently on public transportation or drives own car..... 1
2. Arranges own travel via taxi, but does not otherwise
use public transportation..... 1
3. Travels on public transportation when assisted or accompanied by another..... 1
4. Travel limited to taxi or automobile with assistance of another..... 0
5. Does not travel at all..... 0

G. Responsibility for Own Medications

1. Is responsible for taking medication in correct dosages at correct time..... 1
2. Takes responsibility if medication is prepared in advance
in separate dosages..... 0
3. Is not capable of dispensing own medication..... 0

H. Ability to Handle Finances

1. Manages financial matters independently (budgets, writes checks, pays rent
and bills, goes to bank); collects and keeps track of income..... 1
2. Manages day-to-day purchases, but needs help with banking,
major purchases, etc..... 1
3. Incapable of handling money..... 0

Scoring: For each category, circle the item description that most closely resembles the client's highest functional level (either 0 or 1)

Lawton, M.P., & Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily

เอกสารหมายเลข 3 ก

ภาคผนวก ง

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัคร

(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้าน เพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย

ศึกษาผลกระทบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในสังคมเมือง

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย

นางดวงตา โสมาบุตร

สถานที่วิจัย

คลินิกความจำ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช

สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ของหัวหน้าโครงการวิจัยที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ

หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 16 งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลศิริราช โทรศัพท์(ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ) 02-419-4553-5, 080-995-7544

E-mail address: aomtouch@yahoo.com

ผู้สนับสนุนทุนวิจัย

ทุนพระราชทานพัฒนาศิริราช

ระยะเวลาในการวิจัย

1 ปี

ที่มาของโครงการวิจัย

ปัจจุบันเทคโนโลยีด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีความเจริญก้าวหน้า ส่งผลให้ประชากรมีความเป็นอยู่ที่ดีและอายุขัยเฉลี่ยมากขึ้น แต่การเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของร่างกายย่อมส่งผลให้สมรรถภาพของอวัยวะต่างๆเสื่อมถอยลง ประชากรสูงอายุย่อมมีโอกาสเสี่ยงต่อความ

เจ็บป่วยมากกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่เรื้อรังยาวนาน ภาวะสมองเสื่อม นับว่าเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุทั่วโลก ที่นอกจากจะส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแล้ว ยังกระทบกับผู้ดูแล และการทำหน้าที่ของครอบครัว ตลอดจนสังคมและประเทศชาติ เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะเรื้อรังที่ซับซ้อน จึงต้องการความร่วมมือจากทุกฝ่าย ในการดูแล และตั้งรับปัญหา ทั้งในด้านการรู้จัก ด้านอารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา ผู้สูงอายุสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลที่บ้าน เนื่องจากไม่ได้อยู่ในภาวะเฉียบพลันหรือภาวะวิกฤต สมาชิกในครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมโดยตรง ซึ่งการดูแลนี้เป็นบทบาทของสมาชิกในครอบครัว ที่มีความแตกต่างจากการดูแลผู้สูงอายุในวิถีชีวิตตามปกติ เพราะการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมนั้นนอกจากเป็นการดูแลจัดการที่ต้องอาศัยความสนใจของผู้ดูแลแล้ว การทำหน้าที่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว ทั้งในด้านการปรับตัวที่สัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม และการจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสมกับความเจ็บป่วย รวมถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในครอบครัว เพื่อบรรลุเป้าหมายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม และการประคับประคองไม่ให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น จึงเป็นการแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของครอบครัวอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ทำให้ทราบถึงความคิดและการกระทำของสมาชิกในครอบครัว ที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม เช่น การตัดสินใจเลือกสมาชิกในครอบครัวมาเป็นผู้ดูแล วิธีการจัดการด้านทรัพยากรต่างๆ และศึกษาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูล และความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ที่ร่วมกันทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยผลการวิจัยที่ได้ สามารถนำมาเป็นแนวทางในการให้ความรู้กับผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม รวมถึงครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้ เนื่องจาก ท่านเป็นสมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยให้การดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 10 ชั่วโมงต่อวัน และดูแลติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือน เป็นผู้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น สามี ภรรยา บุตร หลาน และพักอาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกับผู้ป่วยอย่างน้อย 6 เดือน รวมถึงมีถิ่นพำนักอยู่ในชุมชนเมือง

จะมีผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครนี้ทั้งสิ้นประมาณ 8-10 ครอบครัว

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ ผู้วิจัยจะขอสัมภาษณ์ท่านขณะรอตรวจจากแพทย์ หรือขณะรอรับยาหลังจากได้รับการตรวจจากแพทย์แล้ว ทั้งนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ประจำห้องตรวจ เพื่อให้ท่านได้รับการตรวจตามคิวที่

ได้รับ และหากท่านไม่ขัดข้องผู้วิจัยอาจขออนุญาตติดตามสัมภาษณ์ต่อบ้านในคราวต่อไป โดยการสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 45 – 60 นาที

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย คือ ระหว่างการสนทนา คำถามบางคำถามอาจทำให้ท่านรู้สึกอึดอัด หรือไม่สบายใจ ที่จะต้องพูดคุยถึงความรู้สึกส่วนตัว และอาจจะต้องเสียเวลาในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งประมาณ 45 -60 นาที

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน และจะไม่สูญเสียสิทธิประโยชน์ใดๆ

หากมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวกับการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ นางดวงตา โสมานบุตร โทรศัพท์ 080-995-7544

ประโยชน์ที่คิดว่าจะได้รับจากการวิจัย อาจ ไม่มีผลประโยชน์โดยตรงที่ท่านจะได้รับ แต่ท่านมีโอกาสที่จะได้พูดคุยแสดงความคิดเห็น หรือระบายความรู้สึก ซึ่งผู้วิจัยเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่จะช่วยให้แนะนำในด้านต่างๆ ที่อาจเป็นประโยชน์แก่ท่านและสมาชิกในครอบครัวได้

ค่าตอบแทนที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะได้รับ ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการวิจัยนี้

ค่าใช้จ่ายที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะต้องรับผิดชอบเอง ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ จากการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและจะไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมโดยไม่สามารถระบุข้อมูลรายบุคคลได้ ข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย ผู้กำกับดูแลการวิจัย สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายอนุญาตไว้

ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับตามมาตรฐานแต่ประการใด

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถร้องเรียนไปยังประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการ

จริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 ชั้น 2 โทร. 0-2419-2667-72 โทรสาร 0-2411-0162

ลงชื่อ..... ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร
(.....)
วันที่.....

เอกสารหมายเลข 3 ข

ภาคผนวก จ

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
(Consent Form)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี
อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง ศักยภาพครอบครัวในการดูแล
ผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนเมือง

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย
รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่ต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการ
วิจัย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหาก
เกิดอันตรายขึ้น โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด
 อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึง
ประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นางดวงตา โสมานบุตร หอผู้ป่วย
เฉลิมพระเกียรติ ชั้น 16 งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช แขวง
ศิริราช เขต บางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร โทรศัพท์ 080-995-7544 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงาน
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 ชั้น 2
โทร.0-2419-2667-72 โทรสาร 0-2411-0162

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าหรือระบุเหตุผล โดยจะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือผู้แทนโดยชอบธรรม/วันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่.....

ในกรณีผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร อ่านหนังสือไม่ออก มีพยานซึ่งไม่มีส่วนได้เสียอยู่ด้วยตลอดระยะเวลาที่มีการให้ข้อมูลและผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือผู้แทน โดยชอบธรรมให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พยานขอยืนยันว่าข้อมูลในหนังสือแสดงเจตนายินยอมหรือข้อมูลที่ได้รับและเอกสารอื่นได้รับการอธิบายอย่างถูกต้อง และผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือผู้แทน โดยชอบธรรม แสดงว่าเข้าใจรายละเอียดต่างๆ พร้อมทั้งให้ความยินยอมโดยสมัครใจ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/วันที่.....

ภาคผนวก จ
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

2 ถนนพหลโยธิน บางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700



โทร +66 2419 2667-72
โทรสาร +66 2411 0162

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข SI 623/2013

ชื่อโครงการภาษาไทย : ศึกษาภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในสังคมเมือง
รหัสโครงการ : 523/2556(EC2)
หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางดวงดา โสมาบุตร / คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
เอกสารที่รับรอง :
1. แบบขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย / อาสาสมัคร
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. แนวคำถามในการสัมภาษณ์
6. แบบประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศึกษา ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน
7. ประวัติผู้วิจัย
วันที่รับรอง : 18 ตุลาคม 2556
วันหมดอายุ : 17 ตุลาคม 2557

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม 24 ต.ค. 2556
(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจรัสพิมพ์ สูงสว่าง)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม 25 ต.ค. 2556
(ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อุดม คชินทร)
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

2 PRANNOK Rd. BANGKOKNOI
BANGKOK 10700



Tel. +66 2419 2667-72
Fax. +66 2411 0162

Siriraj Institutional Review Board
Certificate of Approval

COA no. **Si 623/2013**

Protocol Title : The Potential Role of Family in Caring Aging's The Elderly having Dementia in Urban Community

Protocol number : 523/2556(EC2)

Principal Investigator/Affiliation : Mrs.Duangta Somabutr / Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University

Research site : Faculty of Medicine Siriraj Hospital

Approval includes :

1. SIRB submission form
2. Proposal
3. Participant Information Sheet
4. Informed Consent Form
5. Interviewer Questionnaire
6. Barthel Activities of Daily Living: ADL
7. Principle Investigator's curriculum vitae

Approval date : October 18, 2013

Expired date : October 17, 2014

This is to certify that Siriraj Institutional Review Board is in full Compliance with international guidelines for human research protection such as the Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).



(Prof. Jarupim Soongswang, M.D.)

Chairperson

24 OCT 2013

date



(Clin. Prof. Udom Kachintorn, M.D.)

Dean of Faculty of Medicine Siriraj Hospital

25 OCT 2013

date

Page 1 of 2

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล	นางดวงตา โสมาบุตร
วัน เดือน ปีเกิด	14 กันยายน พ.ศ. 2517
สถานที่เกิด	จังหวัดนครศรีธรรมราช ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2536 - 2540 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2554 - 2557 ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)
ทุนการศึกษา	ทุนพระราชทานพัฒนาศิริราช
ที่อยู่ปัจจุบัน	104/161 หมู่บ้านบูรพาวิลล่า ซ. 6 ทุ่งมังกร 22 แขวงจิมพลี เขตตลิ่งชัน กรุงเทพมหานคร 10170 E-mail: aom140917@gmail.com
ตำแหน่งปัจจุบันและสถานที่ทำงาน	พ.ศ. 2540 - 2556 พยาบาลวิชาชีพ (พนักงานมหาวิทยาลัย) พ.ศ. 2557 - ปัจจุบัน หัวหน้าหอผู้ป่วย 84 ปี ชั้น 5 ตะวันออก งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช โทรศัพท์ 02-419-8415, 02-419-8590