

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องกระบวนการปรับตัวของครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้แนวทางในการศึกษาโดยครอบคลุมประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์
 - 2.1 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์
 - 2.2 พฤติกรรมและลักษณะอาการของผู้ป่วยอัลไซเมอร์
3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับกระบวนการปรับตัว
 - 3.1 ความหมายกระบวนการปรับตัว
 - 3.2 ทฤษฎีการปรับตัวของรอย Roy's Adaptation Model
 - 3.3 ลักษณะของการปรับตัวและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
4. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวและการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์
 - 4.1 ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์
 - 4.2 ลักษณะการตอบโต้กับปัญหาของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยอัลไซเมอร์
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวความคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า นักวิชาการทั้งในและต่างประเทศได้ให้คำนิยามผู้สูงอายุแตกต่างกันออกไป ซึ่งโดยส่วนใหญ่มักใช้เกณฑ์อายุเป็นเกณฑ์สำคัญในการกำหนดบุคคลเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ กล่าวคือ ในต่างประเทศให้บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปจัดเป็นผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทยใช้เกณฑ์อายุตามองค์การสหประชาชาติที่ผู้สูงอายุมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังเป็นบุคคล ที่มีความเสื่อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น แขน และขาไม่มีแรง หูตาไม่ดี และความจำเสื่อม เป็นต้น (Weger, et al., 2003, pp. 231-232; Beuscher and Grando, 2009, pp. 583-586; ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์, 2553, หน้า 15-26; บรรลุ ศิริพานิช, 2542, หน้า 24-25; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2545, หน้า 1)

ผู้สูงอายุมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญและมีความสลับซับซ้อน ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ โดยจำแนกการเปลี่ยนแปลงได้ 3 ด้าน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ และการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม (สุทัศน์ ดวงดีเด่น, 2548, หน้า 24-25; จินตนา สงค์ประเสริฐ, 2538, หน้า 5-22; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2545, หน้า 5-8)

ในด้านการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายนั้น เป็นไปตามความเสื่อมของระยะเวลาการใช้งานของอวัยวะแต่ละส่วน ส่งผลให้สภาพร่างกายของผู้สูงอายุอ่อนแอ ทрудโทรม และมีโรคภัยไข้เจ็บตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทและสมองของผู้สูงอายุ สาเหตุเกิดจากความผิดปกติของสมองส่วนเปลือกสมองหรือประสาท ทำให้ผู้สูงอายุมีความผิดปกติในความทรงจำ การเสื่อมลงของความเฉลียวฉลาด ความรู้สึกช้า การเคลื่อนไหวช้าและการทรงตัวไม่ดี และอาจมีอาการของโรคความจำเสื่อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคอัลไซเมอร์ (จินตนา สงค์ประเสริฐ, 2539, หน้า 9; กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543, หน้า 3-10)

จากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในช่วงต้น ยังผลให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ กล่าวคือ ความกดดันจากสภาพร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ เช่น การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล เครียด น้อยเนื้อต่ำใจ หดหู่ และเศร้าใจ (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543, หน้า 15) ส่งผลต่อปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ดังนั้น จึงจำเป็นที่ผู้สูงอายุต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด (บรรลุ ศิริพานิช, 2542, หน้า 85-86) นอกจากนี้ ผู้สูงอายวยังมีการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม กล่าวคือ บทบาทของการเป็นผู้นำหรือผู้หาเลี้ยงครอบครัว ได้ถูกลดบทบาทลงและจะลดลงมากขึ้นเมื่อมีอายุที่เพิ่มขึ้น กล่าวคือ ผู้สูงอายุเมื่อมีอายุมากขึ้นจะประกอบอาชีพน้อยลง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2545, หน้า 5-8)

โดยสรุปแล้ว ผู้สูงอายุ คือ บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งวัยผู้สูงอายุนี้นี้ถือว่าเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ส่งผลให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุลดลง ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงเป็นวัยที่ต้องได้รับการดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจจากครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ใช้ชีวิตในบ้านปลายชีวิตได้อย่างมีความสุข

องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์

1. ความหมายและแนวความคิดเกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์

โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease) ได้ถูกค้นพบโดยนายแพทย์ชาวเยอรมัน ชื่อ อลอย อัลไซเมอร์ ในปี พ.ศ. 2449 และถูกตั้งชื่อตามนายแพทย์ผู้ค้นพบ (Beuscher and T. Grand, 2009, p. 583) โรคอัลไซเมอร์ คือ โรคสมองเสื่อมชนิดหนึ่งที่ทำให้สมองของผู้ป่วย เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ ยังผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในกระบวนการทางความคิด ได้แก่ การสูญเสียความทรงจำ ความสามารถด้านสติปัญญา การรับรู้ และความสามารถทางสังคม กล่าวคือ ผู้ป่วยจะไม่สนใจสิ่งแวดล้อม มีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน ไม่สามารถสวมใส่เสื้อผ้า หรือรับประทานอาหารด้วยตนเองได้ มีความผิดปกติทางการสื่อสาร มีอารมณ์แปรปรวนง่าย จนถึงขั้นมีอาการของโรคจิตและประสาทหลอนตามมา

จากการศึกษาพบว่า โรคอัลไซเมอร์ เป็นโรคที่ยังรักษาไม่หายเพราะไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคอย่างแท้จริงและครบถ้วน (Beuscher and Grand, 2009, pp. 583-587; Douglass and J.Fox, 1999, pp. 99-100; เจนนิเฟอร์ เฮย์, 2544, หน้า 67-72; กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543, หน้า 7-10; พันธ์ ธัญญะกิจไพศาล, 2544, หน้า 2; นันทิกา ทิวชาชาติ, 2552; วิณา นุกุลการ, 2552) โรคนี้จะทำลายเซลล์ประสาทที่ควบคุมความคิด ความจำและการพูดของผู้ป่วย สมองส่วนที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด คือ สมองส่วนกลีบหน้าและสมองส่วนกลีบข้างเทมโพรล (Temporal) ซึ่งเป็นบริเวณผิวนอกของสมองที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่ผิดปกติและยังมีสมองส่วนในชื่อ ฮิปโปแคมปัส (Hippo campus) ที่ถูกทำลายเช่นกัน ซึ่งสมองส่วนนี้จะทำหน้าที่ควบคุมทางด้านอารมณ์ ยังผลให้ผู้ป่วยมีอาการแปรปรวน นอกจากนี้ โรคอัลไซเมอร์ยังทำให้สมองขาดสารสื่อประสาทอะซิติลโคลีน (Acetylcholine) ซึ่งสารนี้เป็นหนึ่งในกลุ่มเซลล์ประสาทที่ทำให้เกิดระบบประสาทโคลีน (Cholinergic) ที่มีผลกระทบต่อความทรงจำ การเรียนรู้ของผู้ป่วย อัลไซเมอร์ และการผลิตสารโดพามีน (Dopamine) ของสมองที่ลดลง ยังผลให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมและสิ่งรอบข้างตลอดจนการทำกิจกรรมต่าง ๆ (เจนนิเฟอร์ เฮย์, 2544, หน้า 67-72)

จากการทบทวนวรรณกรรมยังบ่งชี้อีกว่า โรคอัลไซเมอร์ มีปัจจัยเสี่ยง ด้วยกัน 5 ปัจจัย อันได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ ปัจจัยด้านพันธุกรรม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านเพศ และปัจจัยด้านสุขภาพ แต่อาจมีปัจจัยที่นอกเหนือจาก 5 ปัจจัยนี้ ซึ่งอาจพบได้ในภายหลัง เช่น บุคคลที่เป็นโรคพาร์คินสันและโรคเอดส์มีโอกาสที่จะเป็นโรคอัลไซเมอร์ ซึ่งอยู่ในระหว่างการวิจัยและทดลองเป็นต้น (วิณา นุกุลการ, 2552; พันธ์ ธัญญะกิจไพศาล, 2544; Douglass and Fox, 1999, pp. 99-101; เจนนิเฟอร์ เฮย์, 2544, หน้า 19-47; กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543, หน้า 7-10, หน้า 2; นันทิกา ทิวชาชาติ, 2553)

ปัจจัยด้านอายุ โรคอัลไซเมอร์ พบว่าบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จะมีความเสี่ยง และจะมีความเสี่ยงสูงขึ้นเมื่อมีอายุที่เพิ่มขึ้น กล่าวคือ ช่วงอายุระหว่าง 65 -74 ปี พบว่ามีความเสี่ยง ร้อยละ 3 และช่วงอายุระหว่าง 75 - 84 ปี มีความเสี่ยงสูงถึงร้อยละ 19 (Beuscher and Grando, 2009 p.583; Chaina Radio, 2006; Weger, et al., 2003, p. 231; กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543, หน้า 7-9; Duglass and Fox, 1999, p. 100; นันทิกา ทวิชาชาติ, 2541)

ปัจจัยด้านพันธุกรรม หากคนใกล้ชิดในครอบครัวเป็นโรคอัลไซเมอร์แล้ว โอกาสที่จะเป็นโรคอัลไซเมอร์มีมากกว่าคนที่ไม่มีประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคนี้ กล่าวคือ ความผิดปกติ ของยีน (Gene) ที่สร้างอะไมลอยด์ พรี้เคอร์เซอร์โปรตีน (Amyloid Precursor Protein) ซึ่งทำให้ได้ โปรตีนผิดปกติ ก่อให้เกิดตะกอนที่เรียกว่า อะไมลอยด์ พลาแก (Amyloid Plaques) ในเนื้อสมอง และผู้ที่มียีน (Gene) บนโครโมโซมที่ 19 ชนิดอะโพลิโปรตีน อี โฟร์ (Apolipoprotein E4) จะมีโอกาส เกิดโรคอัลไซเมอร์ได้มากกว่าคนปกติ ซึ่งพบมากในผู้ป่วยที่มีอายุ ตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป (เดชา ปิยวัฒน์กุล, 2545, หน้า 13) นอกจากนี้ ยังพบโปรตีนที่ผิดปกติอื่น ๆ เช่น โปรตีนเทา (Tau protein) ที่อาจเกี่ยวข้อง กับการเกิดกลุ่มใยประสาทที่พันกันเป็นนิวโรไฟบิลลารี แทงเกิล (Neurofibrillary tangles) ที่เป็น ลักษณะจำเพาะของพยาธิสภาพของโรคอัลไซเมอร์ (สมาคมโรคอัลไซเมอร์, 2553) โรคนี้สามารถ ถ่ายทอดลักษณะพันธุกรรมโดยตรงจากรุ่นสู่รุ่น และเป็นสาเหตุที่ทำให้ยีน เกิดกลายพันธุ์ ซึ่งอาจทำให้ เป็นโรคอัลไซเมอร์ตั้งแต่อายุไม่มาก นอกจากนี้ สำหรับคนที่เป็นดาวน์ซินโดรม ที่มีอายุประมาณ 40-50 ปี ก็มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคอัลไซเมอร์ได้เช่นกัน (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2553; เดชา ปิยวัฒน์กุล, 2545, หน้า 13)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม งานศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความเครียดเป็นตัวการสำคัญ ในการทำลายเซลล์สมอง เพราะความเครียดจะเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมองและการทำงานของ ต่อมไร้ท่อ ส่งผลให้สารอะดรีนาลินหลั่งมากเกินไป ทำให้ความสมดุลของร่างกายและจิตใจ ของบุคคลเปลี่ยนไป ยิ่งไปกว่านั้น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์หนักหรือเสพสารเสพติดก็มี ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคอัลไซเมอร์ได้เช่นกัน (สุทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ, 2551) รวมทั้งการไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารมัน หวาน เค็มมากเกินไป การบริโภคโซดา น้ำอัดลม อาหารและสารเคมีบางชนิด เช่น สารกันบูดและสารอลูมิเนียม เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบข้อมูลอีกว่า ผู้ที่มีการศึกษาชั้นน้อยหรือผู้ที่ใช้ ความคิดน้อยยังก่อให้เกิดความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคอัลไซเมอร์ (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543, หน้า 7) ได้อีกด้วย



ปัจจัยด้านเพศ ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย เนื่องจากผู้สูงอายุเพศหญิงเป็นวัยที่หมดประจำเดือน ทำให้ฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen Hormone) ที่ทำหน้าที่กระตุ้นการเจริญเติบโตของเซลล์ประสาทลดลง ยังผลให้การสร้างสารคอรีน (Choline) ลดลงตามไปด้วย ซึ่งสารนี้เป็นสารสื่อประสาทที่มีความสำคัญต่อระบบความคิด ความจำ และความเฉลียวฉลาด (เอี่ยมพร สกุลแก้ว, 2549, หน้า 91; Silmpkins, Singh and Bishop, 1994, pp.195-197)

ปัจจัยด้านสุขภาพ บุคคลที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคอัลไซเมอร์ กล่าวคือ โรคความดันโลหิตสูงทำให้สมองของบุคคลเกิดแผลชนิดหนึ่ง ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอัลไซเมอร์ (National Institute on Aging -NIH, 2010) รวมทั้งโรคทางร่างกายบางชนิดก็มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคอัลไซเมอร์ ได้แก่ โรคเบาหวาน ระดับไขมันในเส้นเลือดสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2552; เอี่ยมพร สกุลแก้ว, 2549, หน้า 39-45) นอกจากนี้ ผู้ที่เป็นโรคอ้วนก็มีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่มีน้ำหนักปกติถึง 6 เท่า (สมาคมโรคอัลไซเมอร์, 2553)

สรุปได้ว่า โรคอัลไซเมอร์ จัดเป็นโรคที่อยู่ในกลุ่มความจำเสื่อมที่ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในความคิด ความทรงจำ สถิติปัญญา การรับรู้ ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการดำเนินชีวิต จนกระทั่งผู้ป่วยจะเสียชีวิต ส่วนปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคอัลไซเมอร์มีอยู่ 5 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ ปัจจัยด้านพันธุกรรม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านเพศ และปัจจัยด้านสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตาม ยังไม่ทราบปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคอัลไซเมอร์ได้อย่างครบถ้วนและแน่ชัด ซึ่งอาจพบปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากปัจจัยหลักดังกล่าว ด้วยเหตุนี้ โรคอัลไซเมอร์จึงเป็นโรคที่ยังรักษาไม่หาย ทำได้ดีที่สุดคือเพียงชะลออาการของโรคเท่านั้น

2. พฤติกรรมและลักษณะอาการของผู้ป่วยอัลไซเมอร์

จากการทบทวนวรรณกรรม โรคอัลไซเมอร์ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดและพฤติกรรมผิดปกติ ส่งผลกระทบให้ผู้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ จึงต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ตลอดระยะเวลาของการป่วย โดยที่อาการจะดำเนินไปเรื่อย ๆ และค่อย ๆ มีความรุนแรงมากขึ้น สามารถแบ่งพฤติกรรมและอาการของผู้ป่วยได้ 3 ระยะ (เกสร นันทจิต, 2549, หน้า 7; เจนนิเฟอร์ เฮย์, 2544, หน้า 12 – 18; พันธ์ รัญญะกิจไพศาล, 2544, หน้า 13-14; นันทิกา ทวิชาชาติ, 2543) ดังนี้

2.1 ระยะที่ 1 (ช่วงระยะ 1 – 3 ปีแรก) ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติในความทรงจำ โดยในระยะเริ่มแรกผู้ป่วยจะมีอาการสูญเสียความทรงจำระยะสั้น (Short Term Memory) ทำให้ผู้ป่วยมักจะมีคำถามซ้ำ ๆ จนผิดสังเกต นอกจากนี้ ผู้ป่วยสามารถจำเหตุการณ์ในอดีตได้ดีกว่าเหตุการณ์ในปัจจุบัน ผู้ป่วยจะมีปัญหาในการใช้คำต่าง ๆ ในการสื่อสาร เช่น ผู้ป่วยเริ่มเรียกชื่อคนและสิ่งของไม่ถูกต้อง หลงทิศทาง ฯลฯ ในระยะนี้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและทำกิจวัตรประจำวัน

ได้ตามปกติ แต่ถ้าเป็นกิจวัตรที่ต้องใช้ความคิดและมีความสลับซับซ้อน เช่น การคิดบัญชี การคำนวณเลข การแก้ปัญหา ฯลฯ จะมีความบกพร่อง

2.2 ระยะที่ 2 (ช่วงระยะ 2 – 10 ปี) ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติในความทรงจำมากกว่าในระยะแรก คือ ผู้ป่วยจะมีความจำเสื่อมมากขึ้นถึงขั้นจำสิ่งที่เพิ่งกระทำไม่ได้ เช่น ผู้ป่วยรับประทานอาหารแล้วบอกว่ายังไม่ได้รับประทานอาหาร อาบน้ำแล้วแต่บอกว่ายังไม่ได้อาบน้ำ บ่นว่าของหายเพราะตัวผู้ป่วยวางผิดที่ และความทรงจำเก่าของผู้ป่วยจะเริ่มเลือนลางไปเรื่อย ๆ เป็นต้น ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติในการใช้ภาษา คือ ผู้ป่วยจะมีปัญหาในการสื่อสาร เช่น ผู้ป่วยจะพูดคำซ้ำและสั้น และไม่สามารถพูดประโยคที่มีความยาวได้ เป็นต้น จากอาการดังกล่าว ทำให้ผู้ฟังหรือผู้ดูแลหลักไม่เข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยกำลังสื่อสาร จึงทำให้การสื่อสารกันระหว่างผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วยมีปัญหา ในระยะนี้การดูแลตนเองของผู้ป่วยจะมีความผิดปกติ คือไม่สนใจสุขลักษณะ เช่น แปรงฟัน หวีผม ล้างหน้าอาบน้ำ และชำระร่างกายเมื่อขับถ่ายเสร็จ เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยจะมีปัญหาในการใช้อุปกรณ์ในชีวิตประจำวัน เช่น ใช้โทรศัพท์ ปรุงอาหาร ขึ้นรถประจำทาง ไม่ถูกต้อง เดินไปเรื่อย ๆ โดยไร้จุดหมายเพราะจำทางไม่ได้ ฯลฯ และอาจมีอาการทางจิต อันเนื่องมาจากการสูญเสียความสามารถด้านสติปัญญา ซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านบุคลิกภาพของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยจะไม่สนใจคนรอบข้างและสิ่งแวดล้อม ยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง ไม่มีเหตุผล มีอาการเฉื่อยชา เกิดภาพหลอนและหิวแหว่ เป็นต้น นอกจากนี้แล้ว ผู้ป่วยยังมียารมณ์แปรปรวน เช่น หวาดกลัวหวาดระแวงตลอดเวลา โมโหฉุนเฉียวหงุดหงิดง่าย หัวเราะร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล และซึมเศร้ามากกว่าคนปกติทั่วไป เป็นต้น

2.3 ระยะที่ 3 (ช่วงระยะ 3 – 12 ปี) ซึ่งเป็นระยะสุดท้ายของโรคอัลไซเมอร์ ผู้ป่วยจะสูญเสียความทรงจำขั้นรุนแรงที่สุด คือ ไม่สามารถจำคนรอบข้างและสมาชิกในครอบครัวได้ จนในที่สุดผู้ป่วยไม่สามารถจำตนเองและไม่สามารถดูแลตนเองได้เลย เช่น ผู้ป่วยจะกลืนอาหารโดยไม่มีการเคี้ยว ทำให้อาหารติดคอ ผู้ป่วยไม่สามารถกำหนดหรือควบคุมการขับถ่ายได้ จึงขับถ่ายไม่เป็นที่ เป็นทาง ทำให้บริเวณบ้านสกปรกส่งผลให้ผู้สูงอายุติดเชื้อโรคจากการขับถ่ายของผู้สูงอายุเอง เป็นต้น อีกทั้งผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางการเคลื่อนไหว โดยที่ผู้ป่วยจะนอนติดเตียงไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ดังนั้น ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลจนกระทั่งเสียชีวิต ซึ่งการเสียชีวิตของผู้ป่วยมักมีสาเหตุมาจากโรคแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม เนื่องจากสำลักอาหาร หรือเสมหะ ติดเชื้อในปอดหรือทางเดินปัสสาวะ ขาดสารอาหารเนื่องจากรับประทานได้น้อย และติดเชื้อจากแผลกดทับ เป็นต้น



กล่าวโดยสรุป พฤติกรรมและอาการของโรคอัลไซเมอร์ มี 3 ระยะ โดยในระยะที่ 1 ผู้ป่วย จะเริ่มมีอาการความจำเสื่อมระยะสั้น แต่ผู้ป่วยยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ในระยะที่ 2 ผู้ป่วยจะเริ่มมีความผิดปกติในความทรงจำมากกว่าในระยะแรก ซึ่งในระยะนี้มีเริ่มมี ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย อาจทำให้เกิดปัญหากับผู้ดูแลหลักและสมาชิก ในครอบครัวได้ เนื่องจากพฤติกรรมและอาการที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย และในระยะที่ 3 จัดว่าเป็น ระยะสุดท้ายของโรคอัลไซเมอร์ ซึ่งถือว่าเป็นระยะที่ผู้ป่วยจะสูญเสียความทรงจำขั้นรุนแรง อาจมี อาการทางจิตตามมาจนผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ป่วยจึงต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลหลักต้องรับภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จากการที่ผู้ดูแลหลักต้องดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ส่งผลให้ผู้ดูแลหลักเกิดความเครียดในการดูแล ผู้ป่วยอัลไซเมอร์

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับกระบวนการปรับตัว

1. ความหมายกระบวนการปรับตัว

กระบวนการปรับตัว หมายถึง กระบวนการปรับตัวของบุคคลเมื่อเผชิญกับ สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด โดยการนำกลไกทางจิต (Mental Defenses) มาจัดการกับความเครียด ซึ่งผลของความเครียดจะทำให้บุคคลเกิดการตอบสนองทางจิตสรีรวิทยาที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว ในส่วนการตอบสนองทางจิตสรีรวิทยาที่รู้ตัวนั้น เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทำให้บุคคลมีอาการเหงื่อออก ปวดศีรษะ และกล้ามเนื้อตึง ส่วนการตอบสนองทางจิตสรีรวิทยา ที่ไม่รู้ตัวเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ทำให้บุคคลมีความวิตกกังวล ความเครียด และ ซึมเศร้า (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545, หน้า 132) เมื่อบุคคลมีการตอบสนอง ทางจิตสรีรวิทยาทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัวแล้ว บุคคลจะมีวิธีการลดการตอบสนองทางจิตสรีรวิทยาต่อ ความเครียดทั้งในทางบวกและทางลบ ในทางบวกบุคคลจะแสดงพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง เช่น ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ออกกำลังกาย เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์เดิม ๆ เปลี่ยนแปลง งานที่เคยทำมาก่อน หยุดพักงาน ใช้อารมณ์ นวดแผนโบราณ แสงหาที่พึ่งทางใจ และนอนหลับ พักผ่อน เป็นต้น ยังผลทำให้บุคคลมีการปรับตัวที่สมบูรณ์ หากแต่บุคคลมีการลดการตอบสนอง ทางจิตสรีรวิทยาในทางลบ บุคคลจะมีการแสดงพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย เช่น ดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ใช้อารมณ์เสียด และรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ เป็นต้น จากพฤติกรรมดังกล่าวบ่งชี้ว่า บุคคลยังคงมีความเครียดอยู่ ดังนั้น บุคคลต้องมีการใช้กลไกทางจิต มาช่วยในการจัดการความเครียดใหม่อีกครั้ง เพื่อให้บุคคลมีการปรับตัวที่สมบูรณ์ หากแต่บุคคล มีการใช้กลไกทางจิตที่มากเกินไปหรือใช้กลไกทางจิตที่ไม่มีประสิทธิภาพแล้ว จะทำให้บุคคลนั้น



มีการปรับตัวแบบไม่สมบูรณ์ สิ่งที่มาคือบุคคลจะมีความผิดปกติด้านอวัยวะต่าง ๆ มีอาการเจ็บป่วยเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด ลำไส้ กล้ามเนื้อและโครงกระดูก ระบบภูมิคุ้มกัน และระบบประสาทที่ทำให้บุคคลเกิดอาการทางจิต เช่น เครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า เป็นต้น (มธุรส สว่างบำรุง, 2552, หน้า 313-320; วิไลวรรณ ศรีสงคราม และคณะ, 2549, หน้า 224-246; จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545, หน้า 83-155; เฮเลน โดรี, 2543, หน้า 123-152)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา การปรับตัว (Adaptation) ในความหมายทางชีววิทยา หมายถึง การที่มีสิ่งมีชีวิตสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบตัวซึ่งเต็มไปด้วยอันตรายและสิ่งมีชีวิตนั้น ๆ สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ต่อมานักจิตวิทยาได้นำแนวคิดการปรับตัวทางชีววิทยามาประยุกต์ใช้ในทางจิตวิทยา โดยให้ความหมายของการปรับตัว (Adjustment) ว่าหมายถึง กระบวนการที่บุคคลพยายามที่จะปรับตนเองให้ได้เมื่อต้องพบกับปัญหา ความคับข้องใจ ความเครียด และความกังวลต่าง ๆ จนทำให้บุคคลสามารถอยู่ในสภาพแวดล้อมหรือสภาพนั้น ๆ ได้ และอยู่อย่างมีความสุขส่งผลให้บุคคลนั้นมีสุขภาพจิตที่ดี หากแต่บุคคลได้มีการปรับตัวแล้ว ยังคงมีความทุกข์ใจ ว่าวุ่นใจอยู่ ความรู้สึกดังกล่าวย่อมทำให้บุคคลนั้นมีสุขภาพจิตที่ไม่ดี และหากปล่อยให้ความรู้สึกนั้นรุนแรงมากขึ้น อาจมีอาการเจ็บป่วยเป็นโรคประสาทหรือโรคจิตตามมาได้ (วรารณ ตระกูลสฤณี, 2549, หน้า 3; วิไลวรรณ ศรีสงคราม และคณะ, 2549, หน้า 224-246)

จากการศึกษาพบว่าบุคคลจะใช้กลไกทางจิตหลายชนิดมาช่วยในการปรับตัว ซึ่งแต่ละบุคคลจะใช้กลไกทางจิตในปริมาณและประสิทธิภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งปริมาณและประสิทธิภาพดังกล่าว จะส่งผลต่อการปรับตัวของบุคคล กล่าวคือ หากบุคคลใช้กลไกทางจิตในปริมาณที่น้อย เหมาะสมหรือใช้กลไกทางจิตที่มีประสิทธิภาพแล้ว จะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่สมบูรณ์ หากแต่บุคคลใช้กลไกทางจิตในปริมาณที่มากเกินไปหรือใช้กลไกที่ไม่มีประสิทธิภาพแล้ว จะทำให้บุคคลมีการปรับตัวที่ไม่สมบูรณ์ (จำลอง ดิษยวณิช และ พริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545, หน้า 83-155; วรารณ ตระกูลสฤณี, 2549, หน้า 5; วิไลวรรณ ศรีสงคราม และคณะ, 2549, หน้า 224-246)

1.1 การปรับตัวที่สมบูรณ์หรือการปรับตัวแบบบูรณาการ (Integrating Adjustment)

เป็นกระบวนการของบุคคลที่เมื่อพบปัญหาหรืออุปสรรคแล้วใช้กลไกทางจิตที่นำไปสู่การปรับตัวที่ดี ส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี โดยใช้กลไกทางจิตที่มีประสิทธิภาพที่เรียกว่ากลไกทางป้องกันที่บรรลุนิติภาวะ ได้แก่ การคาดการณ์ (Anticipation) คือ การที่บุคคลมีการคาดการณ์หรือการวางแผนล่วงหน้าอย่างมีเหตุผล สำหรับปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียดในอนาคต ยังผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีตามมา การเป็นสมาชิก (Affiliation) คือ การที่บุคคลหาบุคคลอื่นในการช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา การเห็นประโยชน์ผู้อื่น (Altruism) เช่น การบริจาคทานแก่ผู้ต้องการ อารมณ์ขัน (Humor) คือการที่

บุคคลใช้อารมณ์ตลกเพื่อแสดงความรู้สึกผ่อนคลายความตึงเครียด การยืนยันด้วยตนเอง (Self-assertion) คือการที่บุคคลแสดงสิทธิอันชอบธรรมไม่ละเมิดสิทธิผู้อื่น เช่น บุคคลแสดงความคิดเห็นความรู้สึกของตนเองเพื่อลดความตึงเครียด การสังเกตตัวเอง (Self-observation) คือ การที่บุคคลรู้จักสังเกตความต้องการ แรงขับ อารมณ์ ความรู้สึกและความคิดของตนเองขณะที่เกิดเหตุการณ์เพื่อทำให้บุคคลเกิดสติและนำไปสู่การแก้ปัญหาและลดความเครียดได้ การทดเทิด (Sublimation) คือ การที่บุคคลคิดหาทางระบายความเครียดไปสู่กิจกรรมที่สร้างสรรค์ เช่น ออกกำลังกาย เล่นดนตรี และปลูกต้นไม้ เป็นต้น การกดระงับ (Suppression) คือการที่บุคคลเลิกคิดวิตกกังวลใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้บุคคลสามารถทำกิจกรรมอื่นๆ ได้อย่างปกติ โดยไม่เกิดปัญหา การบำเพ็ญตบะ (Ascetism) คือการที่บุคคลใช้หลักคุณธรรมมาผ่อนคลายความตึงเครียด เพื่อให้บุคคลมีจิตใจที่สงบและเป็นสุข (จำลอง ดิษยวณิช และ พรหมเพรา ดิษยวณิช, 2545, หน้า 83-155; วราภรณ์ ตระกูลสฤษดิ์, 2549, หน้า 5; วิไลวรรณ ศรีสงคราม และคณะ, 2549, หน้า 224-246)

1.2 การปรับตัวแบบไม่สมบูรณ์ หรือการปรับตัวแบบไม่บูรณาการ (Non-integrative Adjustment) จะใช้กลไกการปรับตัวไม่ดีเท่ากับการปรับตัวแบบสมบูรณ์ หรือการปรับตัวแบบบูรณาการ (Integrating Adjustment) เพราะเมื่อบุคคลใช้กลไกเหล่านี้แล้ว ยังคงเกิดความไม่สบายใจ หรือ การปฏิเสธความจริง และหลงผิด สามารถแบ่งกลไกทางจิตได้ 3 ลักษณะ คือ กลไกป้องกันแบบโรคประสาท (Neurotic Defenses) กลไกป้องกันแบบไม่บรรลุนิติภาวะ (Immature Defenses) และกลไกการป้องกันแบบโรคจิต (Psychotic Defense) (จำลอง ดิษยวณิช และ พรหมเพรา ดิษยวณิช, 2545, หน้า 93-115; วราภรณ์ ตระกูลสฤษดิ์, 2549, หน้า 6-10; วิไลวรรณ ศรีสงคราม และคณะ, 2549, หน้า 224-246)

1.2.1 กลไกป้องกันแบบโรคประสาท (Neurotic Defenses) จะทำให้บุคคลเกิดความไม่สบายใจบางอย่าง ซึ่งประกอบไปด้วยกลไกทางจิต 14 ลักษณะ ได้แก่ การเคลื่อนย้าย (Displacement) คือ การที่บุคคลย้าย หรือเปลี่ยนที่ของอารมณ์ที่มีต่อสิ่งหนึ่งไปสู่อีกสิ่งหนึ่ง เช่น พ้อเกิดความเครียดจากการทำงานแต่มาลงกับครอบครัว พบบ่อยในบุคคลที่เป็นโรคประสาทชนิดกลัวไร้เหตุผล (Phobic Disorder) และโรคประสาทย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive-Compulsive Neurosis) การแยกตัวออก (Dissociation) คือ การที่บุคคลมีความคิดแตกกระจาย ทำให้บุคคลนั้นมีหลายบุคลิก การใช้เขาวนปัญญา (Intellectualization) คือ การที่บุคคลใช้เขาวนปัญญามากเกินไป ในการหนีจากปัญหา หรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด การแยกอารมณ์ (Isolation of Affect) คือ การที่บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ หรือสถานการณ์ที่เลวร้าย โดยปราศจากอารมณ์ความรู้สึก เช่น ในครอบครัวมีสมาชิกป่วยเป็นอัลไซเมอร์ระยะสุดท้ายแต่ไม่มีความรู้สึกใด ๆ แม้แต่น้อย การกระทำที่ตรงกันข้าม (Repression) คือ การที่บุคคลซ่อนความคิดของตนเองไม่ให้ผู้อื่นได้รับรู้ ทำให้

บุคคล เกิดความทุกข์ใจอย่างรุนแรง การปลดปล่อย (Undoing) คือ การกระทำทางสัญลักษณ์ของบุคคล เพื่อลบล้างการกระทำเดิม การควบคุม (Controlling) คือ การที่บุคคลพยายามจัดการควบคุมเหตุการณ์ สิ่งแวดล้อม เพื่อลดความตึงเครียดแต่ส่งผลให้บุคคลเกิดความวิตกกังวลอย่างรุนแรง การแปรเปลี่ยน (Conversion) คือ การที่บุคคลเปลี่ยนความขัดแย้งที่มีอยู่ในจิตใจเป็นอาการทางร่างกายเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและการรับรู้ความรู้สึก (Motor and Sensory Systems) การกำหนดรู้ภายนอก (Externalization) คือ การที่บุคคลไม่รับรู้โลกภายนอก ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม การให้ความสำคัญทางเพศ (Sexualization) คือ การที่บุคคลให้ความสำคัญกับทุกสิ่งที่ไม่เคยเห็นความสำคัญมาก่อน เพื่อลดความวิตกกังวล การเลียนแบบ (Identification) คือ การที่บุคคลเลียนแบบบุคลิภาพของผู้อื่นมาใช้กับตนเอง กลไกทางจิตชนิดนี้มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง กล่าวคือ หากบุคคลมีการเลียนแบบพฤติกรรมที่ผิดปกติ อาจทำให้บุคคลป่วยเป็นโรคจิตได้ เช่น บุคคลคิดว่าตนเองเป็นเศรษฐี ดารา และแพทย์ เป็นต้น การทำให้เป็นสัญลักษณ์ (Symbolization) คือ การที่บุคคลใช้วัตถุสิ่งของการกระทำบางอย่างเป็นสัญลักษณ์แทนสิ่งที่กลัว สิ่งที่ยังคงไม่ยอมรับ เช่น หญิงสาวกลัวการคุกคามทางเพศ จึงมีความฝันว่าตนเองกำลังถูกงูไล่ตาม งูจึงเป็นสัญลักษณ์ของความน่ากลัวหรือการคุกคามทางเพศ การยับยั้งจุดหมาย (Aim Inhibition) คือ การที่บุคคลกำจัดการต้องการของตนเอง โดยการยอมรับสิ่งที่ได้รับตอบกลับมาเพียงบางส่วน (จำลอง ดิษยวณิช และ พร็ิมเพรา ดิษยวณิช, 2545, หน้า 93-115; วราภรณ์ ตระกูลสฤษดิ์, 2549, หน้า 6-10; วิไลวรรณ ศรีสงคราม และคณะ, 2549, หน้า 224-246)

1.2.2 กลไกการป้องกันแบบไม่บรรลุนิติภาวะ (Immature Defenses)

เป็นกลไกทางจิตที่นำไปสู่ความไม่สบายใจบางอย่างที่รุนแรง และมักเกิดผลเสียต่อผู้อื่น ประกอบไปด้วยกลไกทางจิต 19 ลักษณะ ได้แก่ การทำให้คุณค่าลดลง (Devaluation) คือ การที่บุคคลพยายามขจัดความขัดแย้งทางอารมณ์ ความเครียด โดยอ้างข้อเสียของตนเองและข้อเสียของผู้อื่นมากเกินไป การทำให้อุดมคติเพิ่มขึ้น (Idealization) คือ การที่บุคคลพยายามลดความขัดแย้งทางอารมณ์ ความเครียด โดยใช้ข้อดีของตนเองและผู้อื่นมากเกินไป ความยิ่งใหญ่ (Omnipotence) คือ การที่บุคคลลดความขัดแย้งทางอารมณ์ ความเครียด โดยคิดไปเองว่าตนเองมีอำนาจ มีความสามารถเหนือผู้อื่น การปฏิเสธ (Denial) คือ การที่บุคคลไม่ยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น เพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บปวด ความเครียด เช่น ในครอบครัวไม่ยอมรับความจริงที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ การโทษผู้อื่น (Projection) คือ การที่บุคคลโยนความผิดให้คนอื่น เพื่อให้ตนเองเป็นผู้บริสุทธิ์ หรือพ้นผิด ซึ่งกลไกชนิดนี้ทำให้บุคคลมีบุคลิภาพที่แปรปรวน หลงผิด และเป็นโรคประสาทได้ การหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง (Rationalization) คือ การที่บุคคลพยายามหาเหตุผลหรือข้ออ้างที่ดีสำหรับบุคคลอื่น เพื่อให้ตนเองเป็นคนดี เป็นผู้ที่ไม่ทำถูก เพื่อลดความผิดหวังของตนเอง เช่น ผู้หญิงที่ไม่มีคนรัก บอกกับเพื่อนที่เพิ่งแต่งงานว่าอยู่คนเดียวสบายใจกว่าทั้ง ๆ ที่ตนเองต้องการที่จะมีคนรักและ



ต้องการแต่งงานเหมือนเพื่อน จินตนาการแบบเพ้อฝัน (Autistic Fantasy) คือ การที่บุคคลเพ้อฝัน ฝันกลางวัน ในสิ่งที่ไม่สามารถเกิดขึ้นจริงได้ เพื่อลดความตึงเครียดในชีวิตประจำวัน ซึ่งอาจนำไปสู่กิจกรรม ที่สร้างสรรค์ได้ แต่หากบุคคลมีความหมกมุ่นมากเกินไป จะทำให้เกิดผลเสียในการดำเนินชีวิตประจำวัน ของบุคคลได้ เช่น ชายคนหนึ่งอยากเป็นเศรษฐี แต่ไม่ขยันทำงานเก็บเงิน เพราะคิดว่าตนเองนั้น เป็นเศรษฐีแล้ว การเลียนแบบสิ่งที่โทษผู้อื่น (Projective-Identification) คือ การที่บุคคลพยายาม โยนสิ่งที่ไม่ดีไปให้ผู้อื่นและควบคุมสิ่งที่ไม่ดีที่โยนไปนั้นให้คงอยู่ในตัวผู้อื่นด้วย การแบ่งแยกของ จินตนาภาพแห่งตนและจินตนาภาพของผู้อื่น (Splitting of Self-image or Image of Other) คือ การที่บุคคลไม่สามารถเข้าใจและยอมรับสิ่งที่ไม่ดีบางอย่างได้ จึงทำให้บุคคลเกิดความเครียด ความวิตกกังวล เช่น สามีภรรยาแต่งงานกันใหม่ก็จะมีแต่ความสุข แต่เมื่อเวลาผ่านไปทั้งคู่เริ่มเห็นความไม่ดี ของกันและกัน ทำให้ทั้งคู่ทะเลาะกันต่างคนต่างพูดแต่เรื่องเลวร้ายของอีกฝ่าย การรวมเข้าด้วยกัน (Incorporation) การที่บุคคลพยายามให้ได้สิ่งของที่ตนต้องการ หรือสิ่งที่ตนเองรักอยู่กับตนเอง ตลอดเวลา การพุ่งเข้าหาตน (Introjection) คือ การที่บุคคลเก็บความรู้สึกที่ไม่ดีของบุคคลอื่นไว้กับตนเอง มักพบบ่อยในผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า การเกิดอาการทางร่างกาย (Somatization) คือ การที่บุคคลเกิด ความขัดแย้งในจิตใจ ทำให้เกิดอาการทางร่างกาย เช่น โรคความดันโลหิตสูง การถดถอย (Regression) คือ การที่บุคคลเรียกร้องความสนใจจากผู้อื่น เมื่อเกิดความขัดแย้งในจิตใจ เช่น เด็กชายคนหนึ่งอายุ 6 ปี ตามปกติสามารถควบคุมการขับถ่ายได้ดี แต่เมื่อแม่คลอดน้องคนใหม่ออกมา เป็นเด็กผู้หญิง เด็กชายเริ่มมีอาการปัสสาวะราดที่นอน การคิดว่าตนเองป่วย (Hypochondriasis) คือ การที่บุคคลมีการสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก และตำหนิตนเองและอาการทางร่างกาย ทำให้บุคคลเกิด ความหมกมุ่นคิดว่าตนเองป่วย เพื่อหลีกเลี่ยงจากความจริง การสกัดกั้น (Blocking) คือ การที่บุคคล ปิดกั้นความคิด และอารมณ์ เพียงชั่วคราว ทำให้บุคคลเกิดความเครียดตามมา การแสดงออกด้วย การกระทำ (Acting Out) คือ การที่บุคคลแสดงพฤติกรรมทางเพศ หรือพฤติกรรมก้าวร้าวแทนที่จะ ใช้คำพูด การถอนตัวแบบไร้อารมณ์ (Apathetic Withdrawal) คือ การที่บุคคลจัดการกับความขัดแย้ง ทางอารมณ์ ความเครียด โดยการถอยห่างจากสถานการณ์นั้น ๆ เพื่อที่บุคคลไม่ต้องรับผิดชอบหรือ ยุ่งเกี่ยวกับเหตุการณ์ดังกล่าว การบ่นว่าไม่มีใครช่วยเหลือ (Help-rejecting Complaining) คือ การที่บุคคลจัดการกับความเครียด ความขัดแย้ง โดยการบ่นเรื่องขอความช่วยเหลือ ซ้ำแล้วซ้ำอีก เพื่อปิดบังความรู้สึกที่ไม่ดีต่อผู้อื่น และไม่ยอมรับคำแนะนำ คำปรึกษา และการช่วยเหลือของผู้อื่น พบบ่อยในบุคคลที่มีบุคลิกภาพแปรปรวน (Personality Disorders) ความก้าวร้าวโดยอ้อม (Passive Aggression) คือ การที่บุคคลจัดการความขัดแย้งทางอารมณ์ ความเครียดโดยแสดงพฤติกรรม ก้าวร้าว เช่น โกรธ ไม่พอใจ อาฆาต แต่เมื่อดูจากภายนอก จะไม่รู้เลยว่าบุคคลนั้น รู้สึกอย่างไร

นั่นเป็นเพราะบุคคลนั้นเก็บความรู้สึกของตนเองเอาไว้ (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545, หน้า 93-115; วราภรณ์ ตระกูลสฤษดิ์, 2549, หน้า 6-10; วิไลวรรณ ศรีสงคราม และคณะ, 2549, หน้า 224-246)

1.2.3 กลไกการป้องกันแบบโรคจิต (Psychotic Defense) คือ กลไกทางจิตที่ต่ำที่สุด เมื่อบุคคลใช้กลไกนี้แล้ว บุคคลจะเกิดการปฏิเสธความจริง (Denial) บิดเบือนความจริง (Distortion) พบบ่อยในผู้ป่วยโรคจิต ได้แก่ การโทษผู้อื่นแบบหลงผิด (Delusion Projection) คือ การที่บุคคลโทษผู้อื่นจนเกินความจริงที่ควรจะเป็น เช่น ผู้ป่วยจิตเภท คิดไปเองว่าภายในห้องมีเครื่องรับวิทยุ จากหน่วย FBI ซึ่งกำลังตามล่าตัวเขาอยู่ การบิดเบือนแบบโรคจิต (Psychotic Distortion) คือ การที่บุคคลปฏิเสธความจริง จนไม่รู้ว่ามีสิ่งใดจริง สิ่งใดเป็นเรื่องโกหก เช่น สามภรรยาทะเลาะกันอย่างรุนแรง จนสามีหนีออกจากบ้าน ทำให้ภรรยาคิดไปเองว่าสามีไปทำงานสักพัก สามีก็จะกลับมา และการปฏิเสธแบบโรคจิต (Psychotic Denial) คือ การที่บุคคลสูญเสียการรับรู้ความเป็นจริงที่เกิดขึ้น เช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งเกิดเป็นแผลในกระเพาะอาหารชั้นรุนแรง จนถึงขั้นกระเพาะอาหารทะลุ แต่ผู้ป่วยไม่มีการแสดงอาการเจ็บป่วยให้เห็นแต่อย่างใด (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545, หน้า 93-115; วราภรณ์ ตระกูลสฤษดิ์, 2549, หน้า 6-10; วิไลวรรณ ศรีสงคราม และคณะ, 2549, หน้า 224-246)

โดยสรุป ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุอัลไซเมอร์จะมีการปรับตัวที่ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับกระบวนการปรับตัว กล่าวคือ หากผู้ดูแลหลักการนำกลไกทางจิตที่มีประสิทธิภาพมาจัดการความเครียด หรือใช้กลไกทางจิตในปริมาณที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ดูแลหลักมีการแสดงพฤติกรรมในทางบวก ย่อมทำให้ผู้ดูแลหลักสามารถปรับตัวได้อย่างสมบูรณ์ ยังผลให้ผู้ดูแลหลักสามารถเผชิญกับปัญหาและความเครียด และดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม หากแต่ผู้ดูแลหลักมีการใช้กลไกทางจิตที่ไม่มีประสิทธิภาพหรือในปริมาณที่มากเกินไป จะทำให้ผู้ดูแลหลักมีการปรับตัวที่ไม่สมบูรณ์ ย่อมส่งผลทำให้ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุอัลไซเมอร์มีพฤติกรรมและจิตใจที่ผิดปกติตามมา

2. ทฤษฎีการปรับตัวของรอย Roy's Adaptation Model

ความสุขของบุคคลขึ้นอยู่กับระดับการปรับตัว (Adaptation Level) ซึ่งการปรับตัวคือการที่บุคคลมีการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก การปรับตัวแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ ระดับการปรับตัวที่มีการผสมผสานกันได้ดี (Integrated Level of Adaptation) การปรับตัวที่อยู่ในระยะของการชดเชย (Compensatory Level of Adaptation) และระดับการปรับตัวที่อยู่ภาวะอันตราย/ไม่ดี (Compromised Level of Adaptation) (Roy Sister Callista, 1999, pp. 32-45)

2.1 ระดับการปรับตัวที่มีการผสมผสานกันได้ดี (Integrated Level of Adaptation)

คือ ระดับการปรับตัวของโครงสร้างหน้าที่ของร่างกายที่ทำงานประสานกันได้อย่างปกติ เช่น บุคคลสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติและเหมาะสม บุคคลสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ เช่น เมื่อบุคคลได้พบเจอมีสถานการณ์ต่าง ๆ และสามารถยอมรับกับสถานการณ์นั้น ๆ ได้ ทำให้บุคคลมีความมั่นคงในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่สำคัญบุคคลสามารถแสดงบทบาทของตนเองและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม (Roy Sister Callista, 1999, pp. 32-45)

2.2 ระดับการปรับตัวที่อยู่ในระยะของการชดเชย (Compensatory Level of Adaptation) คือ ระดับของกลไกการควบคุมและกลไกการรับรู้ที่ถูกระงับ เพื่อทำให้เกิดกระบวนการปรับตัวอย่างผสมผสาน (Integrated) (Roy Sister Callista, 1999, pp. 35-38)

2.3 ระดับการปรับตัวที่อยู่ภาวะอันตราย/ไม่ดี (Compromised Level of Adaptation) คือ ระดับการปรับตัวที่ยังไม่เพียงพอที่จะไปถึงระดับของการปรับตัวที่ผสมผสานกันได้ดีและระดับการปรับตัวในระยะของการชดเชย ทำให้บุคคลเกิดปัญหาในการปรับตัว กล่าวคือ เมื่อมีสิ่งเร้าเข้ามากระทบอยู่นอกขอบเขตความสามารถในการปรับตัวของบุคคล บุคคลก็จะไม่สามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ต้องมีการปรับตัวใหม่อีกครั้งเพื่อให้บุคคลอยู่ในภาวะสมดุลได้ต่อไป (Roy Sister Callista, 1999, pp.32-45)

การปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมนั้นต้องอาศัย 2 กลไก ได้แก่ กลไกการควบคุม (Regulator Mechanism) และกลไกการรับรู้ (The Cognator Mechanism) กลไกการควบคุม (Regulator Mechanism) เป็นกลไกการปรับตัวที่ตอบสนองโดยอัตโนมัติ เพื่อรักษาสมดุลการทำงานของร่างกายในระบบต่าง ๆ โดยอาศัยระบบประสาทของร่างกาย (Neural) สารเคมี (Chemical) และระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine) กลไกการรับรู้ (The Cognator Mechanism) เป็นกลไกการปรับตัวที่เกิดจากประสบการณ์และการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทางจิตสังคม ซึ่งบุคคลจะเรียนรู้จากการเข้าสังคม ประสบการณ์และการศึกษา การปรับตัวในส่วนนี้เป็นการทำงานทางสมองในระดับที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ การจดจำ การตัดสินใจในการแก้ปัญหาและการแสดงอารมณ์ เช่น บุคคลมีการเรียนรู้ว่าเมื่อไรควรโกรธ และควรแสดงพฤติกรรมอย่างไร จึงจะเป็นที่ยอมรับต่อสังคม เป็นต้น (Roy Sister Callista, 1999, p. 22)

กลไกการปรับตัวทั้ง 2 ส่วน จะเกิดควบคู่กันเสมอ โดยมีการรับรู้เป็นสื่อกลางทำให้บุคคลมีการแสดงออกในพฤติกรรม 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการปรับตัวตามความต้องการด้านสรีระ พฤติกรรมการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ พฤติกรรมการปรับตัวต่อบทบาทหน้าที่ และพฤติกรรมการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน (Roy Sister Callista, 1999, p. 22)

พฤติกรรมกรรมการปรับตัวตามความต้องการด้านสรีระ (Physiological Needs) มีพื้นฐานมาจากความต้องการความมั่นคงของร่างกาย (Physiological Integrity) ซึ่งครอบคลุมความต้องการพื้นฐานในเรื่องการออกกำลังกายและการพักผ่อน ภาวะโภชนาการ การขับถ่ายและการควบคุมภาวะสมดุลของร่างกาย (Roy Sister Callista, 1999, pp. 43-56)

พฤติกรรมกรรมการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self Concept) เป็นพฤติกรรมกรรมการปรับตัวเพื่อสนองตอบความต้องการความมั่นคงทางจิตใจ ซึ่งเกิดจากความรู้สึกนึกคิดของตนเอง ที่มีผลมาจากประสบการณ์และการเรียนรู้ ตลอดจนการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองนี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจ และความสำนึก หากบุคคลมีความมั่นคงทางจิตใจ มีความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองตามความเป็นจริง และมองเห็นคุณค่าในตนเอง จะทำให้บุคคลมีความสามารถในการปรับตัวได้ดีกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ (Roy Sister Callista, 1999, pp. 107-110)

พฤติกรรมกรรมการปรับตัวต่อบทบาทหน้าที่ (Role Function) เป็นพฤติกรรมกรรมการปรับตัวเพื่อสนองตอบตามความต้องการ และคงไว้ซึ่งความมั่นคงทางสังคมหรือการยอมรับของบุคคลอื่น ในสถานการณ์ใดก็ตาม ที่บุคคลไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเองได้ บุคคลต้องมีการปรับตัวเพื่อสามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ได้ตามปกติ จะสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว หากบุคคลมีปัญหาในการปรับตัวบุคคลจะมีการแสดงออกใน 3 ลักษณะ ดังนี้ บุคคลจะแสดงบทบาทที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง บุคคลจะเกิดความขัดแย้งในการแสดงบทบาท และบุคคลจะเกิดความล้มเหลวในการแสดงบทบาท (Roy Sister Callista, 1999, pp.111-114)

พฤติกรรมกรรมการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน (Interdependence) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลที่จะคงไว้ซึ่งความมั่นคงทางสังคม เนื่องจากเราต้องมีความสัมพันธ์และต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน (Roy Sister Callista, 1999, pp.111-118)

กล่าวโดยสรุป ความสุขของมนุษย์ขึ้นอยู่กับการระดับการปรับตัว (Adaptation Level) ใน 3 ระดับ คือ ระดับการปรับตัวที่ดีและสมบูรณ์ ระดับการปรับตัวที่อยู่ในระดับชดเชยที่ต้องใช้กลไกควบคุมและกลไกการคิดรู้เพื่อให้เกิดการปรับตัวที่เหมาะสม และระดับการปรับตัวที่อยู่ในภาวะอันตราย ซึ่งเป็นการปรับตัวของบุคคลที่ไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัวใหม่ที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ โดยทำงานผ่านกระบวนการการรับรู้ การเรียนรู้ การตัดสินใจและการแสดงอารมณ์ จากกระบวนการดังกล่าวทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การปรับตัวทางด้านร่างกาย การปรับตัวในด้านความคิดของบุคคล การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่และการปรับตัวที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น บุคคลจะมีการปรับตัวก็ต่อเมื่อบุคคลประสบกับสิ่งเร้าเพื่อให้

บุคคลสามารถอยู่กับสิ่งแวดล้อมนั้น ๆ ได้ ดังนั้น ผู้ดูแลหลักจำเป็นต้องมีการปรับตัวเพื่อให้มีความสุขในการดำเนินชีวิต ซึ่งการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุเป็นปัญหาของผู้ดูแลหลัก ถือว่าเป็นสิ่งเร้าตรงที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวมากที่สุด หากผู้ดูแลหลักสามารถปรับตัวได้สมบูรณ์ดีแล้วคงไม่เป็นปัญหา หากแต่ผู้ดูแลหลักมีการปรับตัวที่ไม่สมบูรณ์ จึงมีความจำเป็นที่บุคคลต้องมีการปรับตัวใหม่อีกครั้ง เพื่อให้การปรับตัวอยู่ในภาวะสมดุลและสมบูรณ์ต่อไป

3. ลักษณะของการปรับตัวและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับลักษณะของการปรับตัวและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ ซึ่งมีนักการศึกษาหลายท่านสรุปไว้ ดังนี้

3.1 **อายุของผู้ดูแลผู้ป่วย** เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว กล่าวคือ บุคคลที่มีอายุมากจะมีวุฒิภาวะ มีประสบการณ์ที่จะช่วยให้บุคคลมีความรอบคอบมากขึ้นและมีความพร้อมในการปรับตัวได้ดีกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย

3.2 **เพศของผู้ดูแลผู้ป่วย** เพศของผู้ดูแลก็มีความสำคัญไม่แพ้กัน คือ ความคาดหวังของสังคมไทย รวมถึงการอบรมเลี้ยงดูเพศหญิงและเพศชายมีความแตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ดูแลเพศหญิงได้ถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นงานบ้านและช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวมากกว่าเพศชาย ดังนั้น เพศหญิงจึงรับบทบาทในการดูแลและปรับตัวได้มากกว่าเพศชาย (เพียว์ ประเสริฐศรี, 2545, หน้า 32)

นอกจากนี้ เพศชายยังเป็นผู้นำครอบครัวและสังคมทั่วไป จึงต้องรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ของตนเองมาก หากต้องรับบทบาทในการดูแลเพิ่มขึ้นอีกจะปรับตัวได้ยากกว่าเพศหญิง (สุนนมาลย์ พิพัฒน์นวร, 2547, หน้า 28)

3.3 **อาชีพของผู้ดูแลผู้ป่วย** อาชีพหลักของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพนอกบ้านจะต้องมีความรับผิดชอบสูง และต้องทำหน้าที่เพิ่มเติมจากสิ่งที่เคยได้ทำมา หากผู้ดูแลหลักไม่สามารถบริหารจัดการเวลาในการทำหน้าที่หลาย ๆ อย่างได้ในเวลาเดียวกัน หรือหาแหล่งสนับสนุนอื่นมาช่วย อาจทำให้ผู้ดูแลหลักรู้สึกเหนื่อย อ่อนล้าทั้งกายและใจ ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามที่สังคมคาดหวังไว้ได้ และท้ายที่สุดจะทำให้ผู้ดูแลหลักเกิดปัญหาในการปรับตัว (เพียว์ ประเสริฐศรี, 2545, หน้า 32)

3.4 **ระดับการศึกษา** หากผู้ดูแลหลักมีการศึกษาดี จะมีการใช้เหตุผลและวิธีการแก้ปัญหาได้ดี รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้มากขึ้น (สุนนมาลย์ พิพัฒน์นวร, 2547, หน้า 29)

3.5 **ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย** เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัว หากใช้ระยะเวลานานในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ผู้ดูแลหลักปรับตัวได้ดีมากขึ้น จากความคุ้นเคยกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้ดูแลหลักจะปรับตัวได้ดีขึ้นตามระยะเวลาในการดูแลที่เพิ่มขึ้น กล่าวคือ ผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดูแล

ผู้ป่วยมานานกว่า 3 เดือนขึ้นไป จะสามารถปรับตัวกับบทบาทในการดูแลได้ดี (สุนนมาลย์ พิพัฒน์บวร, 2547, หน้า 30)

3.6 รายได้ของครอบครัว เป็นแหล่งสนับสนุนทางการเงิน โดยที่ความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว ผู้ดูแลหลักที่มีรายได้สูงย่อมมีโอกาสแสวงหาโอกาสในการแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วยลงได้บ้าง เป็นการลดความเครียด ความวิตกกังวลของผู้ดูแลหลัก ทำให้ผู้ดูแลหลักสามารถเผชิญกับปัญหาและปรับตัวได้มากกว่าผู้ดูแลหลักที่มีรายได้น้อย

3.7 จำนวนสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกมาก สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่า เพราะสมาชิกสามารถแบ่งเบาภาระและช่วยเหลือกันได้ แต่จำนวนสมาชิกที่น้อยจะต้องรับภาระหนักในการดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง (เพยาร์ ประเสริฐศรี, 2545, หน้า 36)

3.8 สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ซึ่งประกอบไปด้วยด้วย สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพัน มีการยอมรับซึ่งกันและกัน มีการช่วยเหลือเอาใจใส่ มีการติดต่อสื่อสารที่ดีต่อกัน และมีส่วนร่วมในสถานการณ์ของครอบครัว จะนำไปสู่การปรับตัวที่เหมาะสม (เพยาร์ ประเสริฐศรี, 2545, หน้า 37-38)

3.9 สุขภาพของผู้ดูแลหลัก คือ ภาวะสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจและความเป็นอยู่ที่ดีในสังคม หากผู้ดูแลหลักมีปัญหาด้านสุขภาพจะทำให้ผู้ดูแลหลักไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.10 ทักษะของผู้ดูแลหลัก เป็นแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความตระหนักซึ่งมีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลหลักในครอบครัว (สุนนมาลย์ พิพัฒน์บวร, 2547, หน้า 30)

สรุปได้ว่า การปรับตัวมีความสำคัญอย่างยิ่งกับผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ เนื่องด้วยโรคอัลไซเมอร์นี้เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ในทางการแพทย์ทำได้ดีที่สุดคือเพียงการบรรเทาอาการของโรคเท่านั้น บวกกับการที่ผู้ดูแลหลักต้องทนเห็นสภาพและการแสดงพฤติกรรมและอาการของผู้ป่วยที่ผิดปกติอยู่ทุกวัน และจากภาระหน้าที่การดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลหลักเกิดความเครียด ทุกข์ใจ และวิตกกังวล ดังนั้น ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุอัลไซเมอร์จำเป็นต้องมีการปรับตัวอย่างสมบูรณ์ เพื่อให้ผู้ดูแลหลักสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข หากแต่ผู้ดูแลหลักไม่สามารถปรับตัวได้อย่างสมบูรณ์ อาจนำมาซึ่งปัญหาอันใหญ่หลวงของสังคมไทยจนเกินเยียวยา แต่เหนือสิ่งอื่นใดการปรับตัวจะสมบูรณ์หรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ เช่น คือ อายุ เพศ อาชีพ การศึกษา ระยะเวลาในการดูแล รายได้ของครอบครัว จำนวนสมาชิก สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว สุขภาพของผู้ดูแล และทัศนคติของผู้ดูแลเป็นสำคัญ



แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวและการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์

1. ครอบครัวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยอัลไซเมอร์

ครอบครัว เป็นสถาบันทางสังคมที่เล็กที่สุด หากแต่มีความใกล้ชิดและผูกพันกับสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ครอบครัวจะมีบทบาทและหน้าที่หลักในการดูแลสมาชิกผู้ป่วย และเช่นเดียวกันเมื่อสมาชิกในครอบครัวคนใดป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์ ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง (Chronic Disease) ที่อาจนำสู่ภาวะการช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และต้องอาศัยผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยถึงขั้นทุพพลภาพ (สายใจ ชูปวา, 2545, หน้า 133-137; ลักษณะ สิริวัฒน์, 2545, หน้า 142) จะเห็นได้ว่าครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญยิ่งต่อการดูแลสมาชิกผู้ป่วยอัลไซเมอร์ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดแม้ว่าโรคดังกล่าวจะเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ก็ตาม

การดูแลรักษาผู้สูงอายุอัลไซเมอร์มักเน้นการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยกิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy) และการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแบบมอนเตสซอรี (Montessori) โดยครอบครัวซึ่งคำนึงถึงการดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ และความเอาใจใส่จากครอบครัวเป็นสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงกับปกติ และปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ มากเท่าที่ความสามารถของผู้ป่วยจะพึงกระทำได้ ทั้งนี้ การดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์จำเป็นต้องสอดคล้องกับช่วงการดำเนินของโรคซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเริ่มต้น ระยะกลาง และระยะสุดท้าย (รวิวรรณ นิเวตพันธ์, 2552, หน้า 2; เดวิด ชัทคลิฟเฟ, 2544, หน้า 69-76; เทียม ศรีคำจักร, 2544, หน้า 100-119; นันทิกา ทวิชชาติ, 2543, หน้า 55-57)

การดูแลผู้ป่วยระยะแรกนั้น แพทย์จะเป็นผู้ให้คำวินิจฉัยโรคด้วยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การทำแบบทดสอบ การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง ซึ่งแต่ละขั้นตอนของการรักษา แพทย์จะสรุปผลการรักษาและแจ้งให้ผู้ดูแลหลักและครอบครัวทราบ นอกจากนี้ แพทย์จะเป็นผู้ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์ โดยให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักและครอบครัวได้ใช้เวลาร่วมกันในขณะที่ผู้ป่วยยังมีความทรงจำ และมีความผิดปกติน้อยที่สุด ด้วยการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์คนอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ดูแลหลักและครอบครัวของผู้ป่วยเข้าใจในโรคและอาการที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมถึงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลทั้งตนเองและการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ นอกจากนั้นแล้ว ผู้ดูแลหลักและครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจใช้ยารักษาผู้ป่วยในแต่ละครั้ง (พนัส ธัญญะกิจไพศาล, 2544, หน้า 35) รวมทั้งผู้ดูแลหลักต้องจัดหาอาหารให้ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง โดยคำนึงถึงคุณค่าทางอาหารที่สูง สารอาหารครบ 5 หมู่ และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายผู้ป่วย เพราะสารอาหารจะเพิ่มกำลัง

ความแข็งแรงให้กับผู้ป่วย อีกทั้งยังด้านทานการติดเชื้อ รักษาแผลในผู้ป่วย และที่สำคัญอาหารควรเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย ควรหลีกเลี่ยงอาหารมันหรือทอด (ศัลยา คงสมบูรณ์เวช, 2544, หน้า 84-87)

การดูแลผู้ป่วยในระยะกลาง ผู้ดูแลหลักต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ตลอด 24 ชั่วโมง เพราะช่วงเวลานี้เป็นช่วงที่ผู้ป่วยเริ่มมีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน สิ่งที่คุณดูแลหลักควรจะทำเพื่อลดหรือแก้ไขปัญหาดังกล่าว คือ ผู้ดูแลหลักต้องเข้าใจว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้นเป็นการตอบสนองโรคอัลไซเมอร์ ดังนั้นผู้ดูแลหลักควรพยายามลดพฤติกรรมและอาการที่ผิดปกติของผู้ป่วย ด้วยการจัดวางสิ่งของในบ้านให้เรียบง่ายในที่เดิม พุดหรือปฏิบัติกับผู้ป่วยอย่างใจเย็น เป็นขั้นตอน เช่น บอกให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมทีละอย่าง พร้อมกับให้ความมั่นใจว่า ผู้ป่วยสามารถทำได้ดีและถูกต้อง หรือเวลาที่ผู้ดูแลหลักจะกระทำการสิ่งใดต่อผู้ป่วยควรกระทำทีละอย่าง พร้อมอธิบายไปด้วย ผู้ดูแลหลักควรให้เวลากับผู้ป่วยในการตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นคำถาม คำสั่ง หรือการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม หากผู้ป่วยมีอาการต่อต้านหรือไว้วางใจ ผู้ดูแลหลักควรลดสภาวะแวดล้อมที่จะทำให้ผู้ป่วยสับสน เช่น อย่าให้มีคนพลุกพล่าน ลดเสียงให้เบาลง หรือพาผู้ป่วยไปในที่สงบ สวยงาม และคุ้นเคย สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ ผู้ดูแลหลักไม่ควรแสดงอาการโกรธหรือกลัดกลุ้มต่อหน้าผู้ป่วย เพราะจะทำให้สถานการณ์เลวร้ายลงไปกว่าเดิม (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2552, หน้า 8-12; รวิวรรณ นิเวศพันธุ์, 2552, หน้า 2-6; วรพรรณ เสนาณรงค์, 2552 หน้า 9-12) นอกจากนี้ ผู้ดูแลต้องรายงานลักษณะพฤติกรรมและอาการของผู้ป่วยให้แพทย์ได้รับทราบเพื่อประโยชน์ในการรักษาต่อไป ทั้งนี้ แพทย์จะให้ผู้ดูแลหลักหาวิธีในการดูแลรักษา โดยให้ผู้ป่วยพยายามรักษาความคิด ความจำ รวมไปถึงความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันได้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ เช่น ผู้ดูแลหลักต้องให้ผู้ป่วยจดบันทึกประจำวัน เพื่อที่จะได้ทบทวนว่าวันนี้ผู้ป่วยได้กระทำการสิ่งใดมาแล้วบ้าง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมสันทนาการ เช่น คำนวณเลขง่าย ๆ เล่นเกมสudoku (Sudoku) และหรือออกกำลังกายแบบนิวโรบิก เอ็กเซอร์ไซด์ ที่เป็นการกระตุ้นระบบประสาทในหลายส่วน ไม่ว่าจะเป็น ตา หู จมูก ลิ้น กาย และใจ โดยการสัมผัส สิ่งต่าง ๆ ให้มากกว่าเดิม เช่น เมื่อผู้ป่วยตื่นนอนให้ผู้ป่วยสูดดมกลิ่นวัตถุ เพื่อกระตุ้นสมองผ่านทางจมูก (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2552, หน้า 4-7) รวมถึงผู้ดูแลหลักควรใช้การบำบัด โดยให้ผู้ป่วยระลึกถึงอดีต (Reminiscence Therapy) ซึ่งเป็นการให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสคุยเรื่องราวในอดีตกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยมีจิตใจคึกคัก มั่นใจในตัวเอง และมีชีวิตชีวา (เดวิด ชัทคลิฟเฟ, 2544, หน้า 70-71; พันธ์ ธีญญะกิจไพศาล, 2544, หน้า 39-40) ในระยะนี้ผู้ป่วยมักชอบหยิบจับอาหารเอง ดังนั้น ผู้ดูแลหลักควรหาอาหารที่ผู้ป่วยสามารถหยิบจับเองได้ เช่น ไข่ต้ม ขนมปัง และเนื้อปลา เป็นต้น (ศัลยา คงสมบูรณ์เวช, 2544, หน้า 89-90)

การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมและอาการทางจิต โดยจะมีอาการซึมเศร้า ห่อเหี่ยว เบื่อหน่ายกับชีวิต แยกตัวเองจากผู้อื่น อาจนำไปสู่การคิดฆ่าตัวตาย ดังนั้น ผู้ดูแลหลักต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ด้วยการให้กำลังใจผู้ป่วย คอยสังเกตอาการของผู้ป่วย และที่สำคัญต้องเก็บอาวุธหรือของมีคมไว้ให้พ้นมือผู้ป่วย นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จึงจำเป็นต้องมีคนดูแลตลอดเวลา เช่น ผู้ป่วยจะไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ ผู้ดูแลหลักจึงต้องให้อาหารทางสายยาง ให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายผู้ป่วยในแต่ละวัน ผู้ดูแลหลักต้องดูแลเรื่องความสะอาดของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เนื่องด้วยผู้ป่วยอาจมีปัญหาในการควบคุมการขับถ่าย ดังนั้น ผู้ดูแลหลักต้องทำความสะอาดร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ให้กับผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการอะละเวียวาย สับสน งุนงง ยังผลให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้าหมดกำลังกายและใจ สาเหตุเพราะผู้ป่วยขาดน้ำและขาดความสมดุลของร่างกาย อาการดังกล่าวอาจส่งผลให้เกิดอันตรายถึงชีวิตกับผู้ป่วยได้ ดังนั้นผู้ดูแลหลักต้องเตรียมพร้อมทั้งภาวะฉุกเฉินตลอดเวลา (ศัลยา คงสมบูรณ์เวช, 2544, หน้า 90-92)

การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ถือได้ว่าเป็นเรื่องสำคัญยิ่งที่ผู้ดูแลหลักต้องคำนึงถึง กล่าวคือ การเกิดภาวะแทรกซ้อนอาจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตได้ เนื่องด้วยผู้ป่วยในระยะสุดท้ายจะมีอาการนอนติดเตียง จึงทำให้เกิดแผลกดทับ ดังนั้น ผู้ดูแลหลักต้องพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก ๆ 2 ชั่วโมง จัดท่านอนหรือท่านั่งโดยใช้หมอนหรือผ้าห่มรองบริเวณแผลที่กดทับ ดูแลที่นอนให้สะอาด เรียบตึง ขณะที่เคลื่อนย้ายหรือพลิกตัวผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักต้องระวังไม่ให้ผิวหนังของผู้ป่วยเสียดสีกับที่นอนเพราะจะทำให้เกิดแผลถลอกกับผู้ป่วยได้ และผู้ดูแลหลักควรสังเกตการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังโดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกต่าง ๆ ของผู้ป่วย และดูแลผิวหนังของผู้ป่วยให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ (ขวัญเรือน สิงห์กวาง, 2554, หน้า 24-27)

นอกจากการดูแลรักษาผู้สูงอายุอัลไซเมอร์โดยผู้ดูแลหลักแล้ว ยังมีการดูแลรักษาด้วยยาที่ได้รับการรับรองทางการแพทย์ ได้แก่ โดเนเพซิล (Donepezil) กาแลนทามีน (Galantamine) ไรวาสติกมีน (Rivastigmine) และทาครีน (Tacrine) ใช้สำหรับบรรเทาอาการ ด้านการรับรู้และความคิด ช่วยควบคุมอาการทางจิตของผู้ป่วยเพื่อลดอาการงุนวายใจ ก้าวร้าว ซึมเศร้า วิดกกังวล และนอนไม่หลับเท่านั้น แต่ไม่มีประสิทธิผลในการชะลอการเกิดโรคอัลไซเมอร์ที่จะเกิดตามมาภายหลังได้ นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดผลข้างเคียงกับผู้ป่วย คือ คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะไม่ออก ถ่ายเหลวเป็นตะคริว หัวใจเต้นช้า เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เกิดกรดในกระเพาะอาหาร ง่วงนอน ซึม ปากและคอแห้ง ความดันโลหิตตกเมื่อผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย และบางรายตับอาจถูกทำลาย ทั้งนี้ การให้ยาแก่ผู้ป่วยนั้น ผู้ดูแลหลักจำเป็นต้องคำนึงถึงหลักการใช้ยาเป็นสำคัญ โดยที่ผู้ดูแลหลักต้องเริ่มต้นด้วย

การให้ยาขนาดต่ำ แล้วจึงค่อย ๆ เพิ่มขนาดจนได้ผล สิ่งที่สำคัญที่สุดคือผู้ดูแลหลักต้องให้ยากับผู้ป่วยเป็นเวลาดวนวนไม่ได้ ยาชนิดดังกล่าวข้างต้น ไม่สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยทุกคนมีเพียงร้อยละ 20 ของผู้ป่วยเท่านั้นที่ได้รับยาแล้วได้ผลตอบรับดี (เจนนิเฟอร์ เฮย์, 2544, หน้า 113 - 136)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ ในช่วงต้นจะเห็นได้ว่าผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ต้องเผชิญกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทั้งทางด้านพฤติกรรม การรับรู้ และความคิด จากการทำหน้าที่ของผู้ดูแลหลักดังกล่าว ส่งผลกระทบอย่างมากต่อผู้ดูแลใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจ ด้านร่างกาย ด้านสัมพันธภาพ และด้านสิ่งแวดล้อม

ผลกระทบทางด้านจิตใจ กล่าวคือ จากการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลหลักเกิดความรู้สึกสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักด้วยอาการของโรคที่ผู้ป่วยแสดงออกมา และการที่ผู้ดูแลหลักต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้เกิดความรู้สึกเหมือนตัวเองถูกทอดทิ้ง เครียด โกรธ ผิดหวัง เบื่อหน่าย ท้อแท้และวิตกกังวล นอกจากนี้ ผู้ดูแลหลักยังได้รับผลกระทบทางด้านร่างกาย เมื่อผู้ดูแลหลักมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ ทำให้ร่างกายของผู้ดูแลหลักอ่อนเพลียและเจ็บป่วยตามมา จากพฤติกรรมและอาการของผู้ป่วย จำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ดูแลหลักลาออกจากงาน เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างจริงจัง จึงทำให้ไม่มีเวลาเป็นของตนเอง ไม่มีเวลาให้ครอบครัว รวมทั้งพฤติกรรมและอาการของผู้ป่วยที่แสดงออกโดยไม่รู้ตัวเป็นผลให้ผู้ดูแลหลักเกิดอารมณ์โกรธ หงุดหงิด และไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เกิดการกระทบกระทั่งกันก่อให้เกิดช่องว่างระหว่างผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วย และผู้ดูแลหลักกับครอบครัว อีกทั้งผู้ดูแลหลักและครอบครัวต้องมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยอัลไซเมอร์ที่เพิ่มมากขึ้น นำไปสู่ปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัวตามมา (ขวัญเรือน สิงห์กวาง, 2551 หน้า 30-31; ธนพรรณ สิทธสุนทร, 2548, หน้า 78-81; พะเยาว์ ประเสริฐศรี, 2545, หน้า 17-20; เฮย์ เจนนิเฟอร์ , 2544, หน้า 241 – 245; ชัทคลิฟเฟ เดวิด, 2544, หน้า 69-76; นันทิกา ทวิชาชาติ, 2543, หน้า 57-66)

โดยสรุปในการดูแลรักษาผู้ป่วยอัลไซเมอร์ จะเป็นการรักษาตามอาการเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น โดยแบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ การรักษาด้วยยาและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโดยครอบครัวด้วยกิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy) ผู้ดูแลหลักมีบทบาทสำคัญยิ่งสำหรับการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ในทุก ๆ ด้าน จากการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทำให้ผู้ดูแลหลักได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพและสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้ผู้ดูแลหลักเกิดความเครียด วิตกกังวล และมีความทุกข์ใจ ดังนั้น ผู้ดูแลหลักจำเป็นต้องมีกระบวนการปรับตัวที่ดี เพื่อให้สามารถยอมรับกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ให้ได้ และสามารถผ่านพ้นวิกฤติและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

2. ลักษณะการตอบโต้กับปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุอัลไซเมอร์

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เมื่อผู้ดูแลหลักทราบว่ามีสมาชิกป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ ผู้ดูแลหลักจะเกิดความเครียดและความวิตกกังวลกับพฤติกรรมและอาการของผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านภาวะแทรกซ้อน รวมถึงอารมณ์ที่รุนแรงของผู้ป่วย นอกจากนี้ ผู้ดูแลหลักบางคนยังต้องเสียสละลาออกงาน เพื่อมาทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ในขณะที่ผู้ดูแลหลักบางคนอาจมีการว่าจ้างบุคคลอื่นเพื่อมาดูแลแทนตน (สายใจ ชูปวา, 2545, หน้า 133-137; ลักษณะ สิริวัฒน์, 2545, หน้า 142)

จากสภาวะดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้ดูแลหลักจำเป็นต้องหาที่พึ่งพิงทางใจจากกลุ่มผู้สนับสนุนผู้ดูแล (Support Group) อันได้แก่ ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการเผชิญปัญหาที่คล้ายคลึงกัน ทั้งในด้านความรู้สึกและความเครียดอันเกิดจากการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ รวมทั้งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่คอยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์และการดูแลผู้ป่วยที่ถูกวิธี ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มผู้สนับสนุนผู้ดูแลเหล่านี้เป็นเสมือนเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อันจะช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวในการเผชิญความทุกข์ของผู้ดูแลหลักลง ทำให้ผู้ดูแลหลักมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนทำให้ผู้ดูแลหลักมีความรู้ ความเข้าใจ รวมทั้งแนวทางในการดูแลและปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์อย่างถูกต้อง รวมทั้งสามารถปรับตัวในการเผชิญหน้ากับปัญหาต่าง ๆ ได้ดียิ่งขึ้น (สมทรง จุไรทัศน์, 2551, หน้า, 3)

กล่าวโดยสรุป การตอบโต้กับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุอัลไซเมอร์จะมีลักษณะในการปรับตัวด้วยวิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์กับกลุ่มผู้สนับสนุนผู้ดูแล (Support Group) ทั้งในด้านข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการดูแลและปฏิบัติตนต่อผู้ป่วย ความเข้าใจในพฤติกรรมและอาการความผิดปกติที่แสดงออกของผู้ป่วย รวมถึงวิธีการจัดการกับความเครียดในการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ยังไม่กว้างขวางมากนัก ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และโรคเรื้อรังอื่น ๆ ซึ่งมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

อรุณวรรณ มุขแก้ว (2550) ได้ทำการศึกษาเรื่องการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว โดยทำการศึกษากับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่มารับยาด้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาลจังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่า วัย สถานภาพ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ความเข้าใจที่ถูกต้องทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ มีผลต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัว นอกจากนั้นแล้วสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์มีกระบวนการปรับตัวใน 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 ขั้นการรับรู้ ซึ่งขั้นนี้เป็นขั้นที่สมาชิกในครอบครัวมีความวิตกกังวล เศร้าใจ และนำไปสู่ความเครียด ในระยะนี้สมาชิกในครอบครัวจะใช้วิธีการควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก และจะแสวงหาแหล่งความช่วยเหลือเพื่อเผชิญหน้ากับเหตุการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้น ขั้นที่ 2 ขั้นการเรียนรู้ เป็นเวลาที่ครอบครัวผู้ดูแลเริ่มมีการเรียนรู้ที่จะปรับตัวต่อสถานการณ์ ไม่ว่าจะเป็นวิธีการดูแลผู้ป่วย ดูแลตนเองและเรียนรู้วิธีการดำเนินชีวิตในฐานะผู้ดูแล เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ขั้นที่ 3 เป็นขั้นการยอมรับ ซึ่งสมาชิกผู้ดูแลได้ผ่านกระบวนการรับรู้ และกระบวนการเรียนรู้มาแล้ว ทำให้สมาชิกผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถปรับวิธีการดูแลผู้ป่วย ดูแลตนเอง และปรับวิธีการดำเนินชีวิตในฐานะการเป็นผู้ดูแลในระยะนี้ ผู้ดูแลจะมีวิธีการจัดการกับปัญหาแตกต่างจากระยะแรก เพราะสมาชิกผู้ดูแลมีการสั่งสมประสบการณ์จาก 2 ขั้นตอนดังกล่าวข้างต้น ทำให้สมาชิกผู้ดูแลสามารถทำใจยอมรับกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยความเต็มใจ ซึ่งถือว่าขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดในกระบวนการปรับตัว

สุพัตรา ทองคุณ (2545) ได้ทำการศึกษาเรื่องกระบวนการปรับตัวของภรรยาผู้ป่วยจิตเภท : กรณีศึกษา จังหวัดนครพนม ผลการศึกษาพบว่า เมื่อภรรยาของผู้ป่วยจิตเภทเผชิญกับความกดดัน ความเครียด จากการที่สามีป่วยเป็นโรคจิตเภท ก็จะไปสู่การปรับตัว เพื่อให้ชีวิตของภรรยาผู้ป่วยมีความสมดุล ซึ่งการปรับตัวนั้นเป็นระยะแห่งการทำความเข้าใจ โดยที่ภรรยาของผู้ป่วยมีการหาความหมายของความผิดปกติของผู้ป่วย โดยการพาไปพบแพทย์เพื่อทำการรักษา และมีการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต โดยมีการแสวงหาความช่วยเหลือจากญาติในชุมชน ระวางตนเองจากผู้ป่วย เอาใจใส่ดูแลผู้ป่วย มีการเปลี่ยนบทบาทโดยการเป็นหัวหน้าครอบครัว หาวิธีการดูแลตนเองเมื่อเกิดความเครียด และแสวงหากำลังใจที่ระบายความรู้สึก

วงเดือน เดชะรินทร์ (2546) ได้ศึกษาเรื่องการปรับตัวและความต้องการตามขั้นของ ปฏิริยาทางจิตของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยออทิสติก ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองมีกระบวนการปรับตัวใน 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ขั้นปฏิเสธ คือการที่ผู้ปกครองแสดงอาการ สับสน วิดกกังวล ตกใจ ร้องไห้ ไม่เชื่อ และมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การดูแลลูก และใช้ระยะเวลาในการปรับตัวตั้งแต่ 1 วันถึง 1 ปี ขั้นตอนที่ 2 ขั้นโกรธ ผู้ปกครองแสดงอารมณ์โกรธตนเอง ต้องการให้มีผู้รับฟังเพื่อระบายอารมณ์โกรธ ใช้เวลาในการปรับตัวตั้งแต่ 1 วันถึง 2 ปี ขั้นตอนที่ 3 ขั้นเศร้า ผู้ปกครองรู้สึกถูกทอดทิ้ง หดหู่ ท้อแท้ ว่าเหว อารมณ์ไม่แจ่มใส และนอนไม่หลับ ต้องการกำลังใจจากครอบครัวและเพื่อน ระยะเวลาในการปรับตัวตั้งแต่ 3 วันถึง 1 ปี ขั้นตอนที่ 4 ขั้นแยกตัว ผู้ปกครองไม่ต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ระยะเวลาที่ใช้ในการปรับตัวตั้งแต่ 3 วันถึง 6 เดือน ขั้นตอนที่ 5 ขั้นเริ่มยอมรับความจริง เป็นขั้นของการเริ่มแสวงหาข้อมูลวิธีการรักษา และสถานที่รักษา โดยผู้ปกครองต้องการวิธีการช่วยเหลือและดูแลเด็ก ซึ่งใช้ระยะเวลาในการปรับตัวตั้งแต่ 1 เดือนถึง 2 ปี ขั้นที่ 6 ขั้นยอมรับความจริง เป็นขั้นที่ผู้ปกครองพาลูกไปรับการบำบัด และพัฒนา โดยการฝึกพูด ปรับพฤติกรรม แสวงหาที่เรียนให้ลูกสามารถเรียนร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างมีความสุข เพื่อพัฒนาการที่ดีของลูกตามศักยภาพ ระยะเวลาที่ใช้ในการปรับตัวตั้งแต่ 1 เดือนถึง 2 ปี ปัจจัยที่ช่วยผู้ปกครองมีการปรับตัวได้มากที่สุดคือ การช่วยเหลือจากครอบครัวในการให้กำลังใจยอมรับ และสนับสนุนการดูแลเด็กออทิสติก

อรศิณี ชื่นกุล (2542) ได้ศึกษาเรื่องการปรับตัวและความสามารถของญาติในการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลนครพิงค์ โดยศึกษากับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ามานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถปรับตัวได้ใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย คือ ผู้ดูแลมีความสมบูรณ์ของร่างกายสามารถทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ด้านอัตมโนทัศน์ คือ ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ดีส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเข้าใจ ด้านบทบาทหน้าที่ คือ ผู้ดูแลมีการปรับเปลี่ยนบทบาทเดิมของตนมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด และด้านการพึ่งพาอาศัย ผู้ดูแลได้รับความเห็นอกเห็นใจ การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา การให้คำปรึกษา และช่วยเหลือซึ่งกันและกันในเรื่องต่าง ๆ จากสมาชิกในครอบครัวด้วยความเต็มใจ



กล่าวโดยสรุป กระบวนการปรับตัวเป็นกระบวนการที่บุคคลพยายามหาวิธีคลายความเครียด ความวิตกกังวล ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ ผ่านปัจจัยการรับรู้ การแก้ปัญหา ภูมิหลังและความแตกต่างระหว่างบุคคล ทำให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ ปรับตัว และแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง

กรอบแนวความคิด

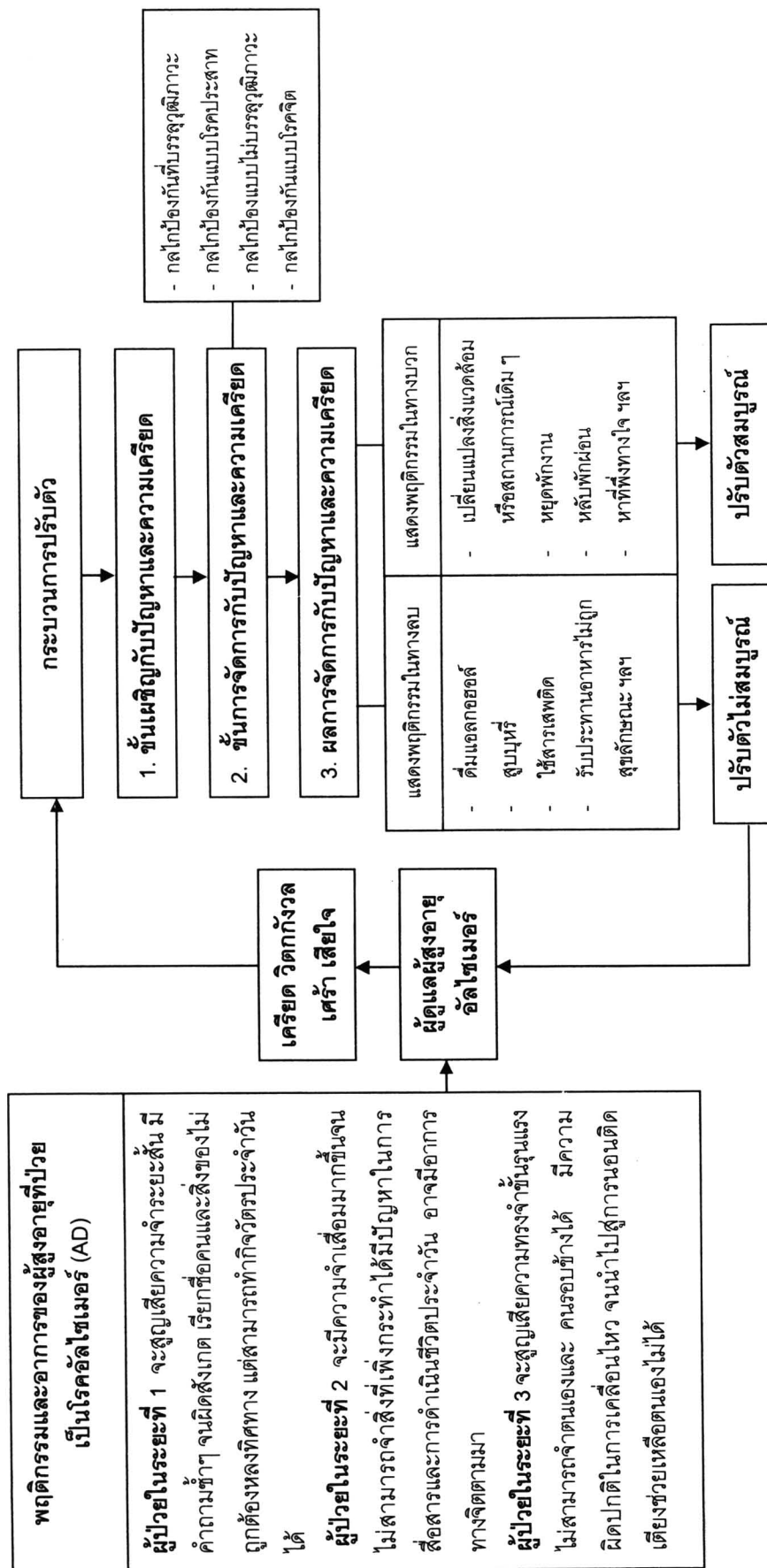
ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการปรับตัว เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษากระบวนการปรับตัวของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ โดยครอบคลุมองค์ประกอบเรื่องกระบวนการปรับตัวใน 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเผชิญกับปัญหาและความเครียด เมื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุอัลไซเมอร์เผชิญกับปัญหาและความเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ที่มีพฤติกรรมและอาการที่ผิดปกติจนกระทั่งไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 3

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการจัดการปัญหาและความเครียดโดยใช้กลไกทางจิต ผู้ดูแลผู้สูงอายุอัลไซเมอร์จะใช้กลไกทางจิตที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ ซึ่งมีอยู่ 4 กลไกคือ กลไกป้องกันที่บรรลุลักษณะ กลไกป้องกันแบบโรคประสาท กลไกป้องกันแบบไม่บรรลุลักษณะและกลไกป้องกันแบบโรคจิต เพื่อจัดการกับปัญหาและความเครียด

ขั้นตอนที่ 3 ผลของการจัดการปัญหาและความเครียด ผู้ดูแลผู้สูงอายุอัลไซเมอร์จะแสดงพฤติกรรมหลังจากการใช้กลไกทางจิต ในการจัดการกับปัญหาและความเครียด ซึ่งการแสดงพฤติกรรมนั้นจะมีอยู่ 2 ลักษณะคือ พฤติกรรมในทางบวก ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุอัลไซเมอร์จะแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ที่มีประโยชน์ต่อตัวผู้ดูแล เช่น ออกกำลังกาย เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมเดิม ๆ และแสวงหาที่พึ่งทางใจ เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่สมบรูณ์สามารถเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีความสุข ส่วนผู้ดูแลที่แสดงพฤติกรรมในทางลบต่อร่างกาย เช่น ดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ใช้สารเสพติด ฯลฯ แสดงให้เห็นว่าบุคคลเหล่านั้นยังมีความเครียด ต้องนำกลไกทางจิตมาใช้ในการจัดการความเครียดซ้ำอีกครั้งเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้อย่างสมบรูณ์ หากแต่ผู้ดูแลมีการใช้กลไกทางจิตที่ไม่มีประสิทธิภาพหรือมากเกินไป จะทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ไม่สมบรูณ์ ผลที่ตามมาคือ ผู้ดูแลไม่สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งผู้ดูแลจะมีความผิดปกติในอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ระบบหัวใจ หลอดเลือด ลำไส้ กล้ามเนื้อ และมีอาการทางจิตตามมา เป็นต้น

กรอบแนวคิดการปรับตัวผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุที่มีเมอร์



ภาพ 1 กระบวนการปรับตัวของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุอัลไซเมอร์