

การลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม

REDUCING STRESS IN CAREGIVERS OF PERSON WITH DEMENTIA

ชาลินี สุวรรณยศ, พย.ด. (Chalinee Suwanayos, Ph.D.)*

ดราวรรณ ตะปันทา, ป.ร.ด. (Darawan Thapinta, Ph.D.)**

Abstract

Dementia is an important problem for the elderly population because when any person has this disease, it will directly affect the quality of life for those with dementia themselves and their families. Currently, the number of people with dementia is increasing all over the world including Thailand. Dementia is a disease of degenerative condition of various functions with many levels of severity and is also the major cause of incompetence in the final stages of life characterized by the inability of communication through speech and movement, even after being helped. The daily activities of people with dementia must completely dependent on their caregivers causing many impacts, including physical, psychological, social, and economic, on people with dementia themselves and their families who are their caregivers. Caregivers will experience stress from having to care for people with dementia all the time and for a long time. Therefore, nurses should have care methods to reduce caregivers' stress in order to

help caregivers have the potential to continue to care for people with dementia.

Keywords: Stress, Caregiver, Dementia

บทคัดย่อ

โรคสมองเสื่อม เป็นปัญหาที่สำคัญของประชากรผู้สูงอายุ เพราะเมื่อบุคคลใดเป็นโรคนี้แล้วจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมเองและครอบครัว ปัจจุบันมีจำนวนผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย โรคสมองเสื่อมเป็นโรคที่มีการเสื่อมของการทำหน้าที่ต่าง ๆ มีความรุนแรงหลายระดับและยังเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดความรู้ความสามารถในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยจะมีลักษณะของการรู้ความสามารถทางการสื่อสารทางคำพูด และการเคลื่อนที่ถึงแม้ว่าจะได้รับการช่วยเหลือแล้วก็ตาม โดยกิจวัตรประจำวันของผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมจะต้องพึ่งพาผู้ดูแลอย่างสมบูรณ์ ทำให้เกิดผลกระทบมากมายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ที่มีผลต่อตัวผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมเองและครอบครัว ซึ่ง

*Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, E-mail: chalinee.s@cmu.ac.th)

**ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University)

วันที่รับ (received) 28 พฤษภาคม 2563 วันที่แก้ไข (revised) 23 กรกฎาคม 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 6 สิงหาคม 2563

เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย ผู้ดูแลจะเกิดความเครียดจากการที่ต้องดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมตลอดเวลาเป็นระยะเวลานาน ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีวิธีการดูแลเพื่อลดความเครียดของผู้ดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถมีศักยภาพในการดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมได้ต่อไป

คำสำคัญ: ความเครียด ผู้ดูแล โรคสมองเสื่อม

บทนำ

ลักษณะประชากรและโครงสร้างครอบครัวของไทย มีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่ประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้น เมื่อพ.ศ. 2557 อายุคาดเฉลี่ยของเพศชายเท่ากับ 72 ปี เช่นเดียวกันกับผู้หญิงที่มีอายุคาดเฉลี่ยเท่ากับ 79 ปี และในอนาคตอีก 10 ปี อายุคาดเฉลี่ยของทั้งผู้ชายและหญิงเพิ่มเป็นผู้ชายมีอายุประมาณ 76 ปีและผู้หญิงมีอายุประมาณ 83 ปี (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2557) จึงทำให้ปัจจุบันนี้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและพบว่ามีโรคเกิดโรคสมองเสื่อมมากขึ้น จากการสำรวจความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุพบว่า มีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมคิดเป็นร้อยละ 12.3 ซึ่งพบในผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2552) และมีความสอดคล้องกับการศึกษาขององค์การอนามัยโลกที่คาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มจำนวนขึ้นเป็น 2 เท่าจากร้อยละ 11 ในปี ค.ศ. 2006 เป็นร้อยละ 22 ในปี ค.ศ. 2050 นอกจากนี้พบว่าอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นเป็นสามเท่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป (World Health Organization [WHO], 2011) ทั้งนี้การเกิดภาวะ

สมองเสื่อมในผู้สูงอายุสาเหตุหนึ่งพบว่า มาจากผลของการเปลี่ยนแปลงตามวัย ที่ส่งผลให้เกิดเซลล์สมองฝ่อลง ซึ่งมีผลต่อความบกพร่องในด้านสติปัญญาโดยเฉพาะด้านความจำทั้งในระยะสั้นและระยะยาว การตัดสินใจบกพร่อง และความสามารถในการคิดเชิงซ้อนลดลง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านบุคลิกภาพและการควบคุมอารมณ์ ในขณะที่ระดับความรู้สึกตัวนั้นปกติ อาการที่เกิดขึ้นจะมีความรุนแรงจนเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตในสังคม (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2558)

ด้วยเหตุนี้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมจึงมีความจำเป็นที่ต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากสมาชิกภายในครอบครัวผู้ที่ต้องเข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแล (family caregiver) หรือผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal caregiver) ซึ่งหมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมโดยมีความสัมพันธ์กันในลักษณะของเครือญาติ เช่น สามี ภรรยา บุตร ลูกเขย และลูกสะใภ้ โดยที่บุคคลดังกล่าวส่วนใหญ่ไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลมาก่อน ผลจากการที่ต้องให้การดูแลจึงก่อให้เกิดผลกระทบรอบด้านต่อผู้ดูแล ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (Schoenmakers, Buntinx, & Delepeleire, 2010) ผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจนำมาสู่คุณภาพในการดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมลดลงและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมและผู้ดูแลลดลงได้เช่นกัน

การดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม สามารถส่งผลกระทบต่อมุมมองของผู้ดูแลทั้งทางด้านลบและด้านบวก ซึ่งมุมมองทางด้านลบมีหลายด้าน เช่น

ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ เกิดความรู้สึกเครียด ความรู้สึกโกรธ จนกระทั่งส่งผลมากสุดถึงด้านสังคมและหน้าที่การงาน (กานดา วรคุณพิเศษ และศิริพันธ์ สาสัตย์, 2558; Hunt, 2003) จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมจะเกิดความเครียดมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ แต่ทั้งนี้ความเครียดไม่ได้เกิดกับผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมทุกคน การเกิดความเครียดนั้นจะมีปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ดูแลเข้ามาเกี่ยวข้องที่จะทำให้เกิดความเครียด และความเครียดของผู้ดูแลแต่ละคนมีความแตกต่างกัน เช่น อายุ รายได้ การเป็นคู่สมรส ระดับการศึกษา แหล่งสนับสนุนทางสังคม (พาวลีน เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556) ในทางกลับกันผู้ดูแลสามารถมองสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมให้เป็นไปในทางบวกได้ โดยการมองว่าการดูแลเป็นการได้มีโอกาสกลับมาตอบแทน (an opportunity to give back) ทำให้มีความเติบโตภายในจากการได้ร่วมดูแล (personal growth along the journey) ทำให้ค้นพบความเข้มแข็งภายในจากการสัมพันธ์กับผู้อื่น (discovery of inner strengths by connecting with others) ทำให้มีโอกาสที่ได้มีความสนิทสนมกันมากขึ้นในการดูแล (opportunity for closed relationship) และมองว่าเป็นรางวัลของการดูแล (rewards of caregiving) (Hunt, 2003; Peacock et al., 2010) ผลจากการที่ผู้ดูแลมีมุมมองด้านบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม สามารถสนับสนุนให้เกิดความรู้สึกผาสุกในชีวิตได้ (Carbonneau, Caron, & Desrosiers, 2010) ซึ่งในสถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมนั้นมีโอกาสก่อให้เกิดความยุ่งยากในการดูแล ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาการดูแลที่แตกต่างกันในแต่ละวันประกอบกับ

มีการใช้เวลาในการดูแลต่อวันค่อนข้างมากและอาจยาวนานหลายปี จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องเข้าใจสถานการณ์ปัญหาที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมนั้นประสบอยู่ รวมถึงค้นหาวิธีการช่วยเหลือเพื่อลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมอย่างถูกต้องและเหมาะสม

ซึ่งในบทความครั้งนี้ จะได้กล่าวถึงโรคสมองเสื่อม ผลกระทบในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม ความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม บทบาทพยาบาลในการลดความเครียด และข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ดูแลโรคสมองเสื่อม ดังนี้

โรคสมองเสื่อม

โรคสมองเสื่อม (dementia) เป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาทอันเป็นผลจากเซลล์สมองถูกทำลายอย่างช้า ๆ และต่อเนื่อง (Alzheimer's Association, 2019) ซึ่งโรคสมองเสื่อม หมายถึงกลุ่มอาการที่เกิดจากความเสื่อมของสมองซึ่งส่งผลต่อพุทธิปัญญา (cognition) หรือความสามารถของสมอง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความจำและการเรียนรู้ (memory and learning) ภาษา (language) การคงความใส่ใจเชิงซ้อน (complex attention) การจัดการขั้นสูง (executive function) การรับรู้รูปทรงและการกะระยะ (visuospatial) และปัญญาทางสังคม (social cognition) จนทำให้มีปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวันและอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง จนเป็นอุปสรรคในการทำงานและการใช้ชีวิตในสังคม ทั้งนี้โรคสมองเสื่อมสามารถเรียกอีกชื่อหนึ่งได้ว่าเป็นกลุ่มโรค major neurocognitive disorder ตามระบบการวินิจฉัย

ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition: DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013)

อาการของโรคสมองเสื่อม เป็นผลมาจากความผิดปกติของสมองในส่วนของการรับรู้ และการควบคุมอารมณ์ ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพ ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการทางจิตร่วมด้วย (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD) ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการหลงผิด (delusion) อาการประสาทหลอน (hallucination) ซึ่งอาการ BPSD จะมีความแตกต่างกันไปตามระยะความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม โดยเมื่อความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น จะพบชนิดและความรุนแรงของอาการ BPSD เพิ่มขึ้นด้วย ทั้งนี้สามารถแบ่งอาการทางจิตและพฤติกรรมที่ผิดปกติของโรคสมองเสื่อมได้เป็น 2 กลุ่ม ดังต่อไปนี้ (Alzheimer's Association, 2019; Down & Bowers, 2008; Finkel, 2001)

1) อาการทางด้านจิตใจ (psychotic symptoms) ซึ่งได้แก่

1.1 อาการหลงผิด (delusion) ซึ่งอาการหลงผิดที่พบบ่อยคือ อาการหลงผิดแบบหวาดระแวง (paranoid delusion) เช่นการรู้สึกรู้ว่า มีคนมาขโมยของจะพบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยบางรายหลงผิดคิดว่ามีคนแปลกหน้าอยู่ในบ้าน บางรายคิดว่าคู่ครองหรือผู้ดูแลเป็นคนอื่นที่ปลอมตัวมาคิดว่าคู่ครองไม่ซื่อสัตย์กับตน

1.2 อาการประสาทหลอน (hallucination) ซึ่งอาการประสาทหลอนที่พบบ่อยที่สุด คืออาการประสาทหลอนทางตา โดยผู้ป่วยมักจะเห็นว่าบุคคลอื่นอยู่ในบ้านของตนเอง

1.3 อารมณ์เศร้า (depression) ในระยะเริ่มแรกผู้ป่วยอาจมีอาการซึมเศร้าเมื่อรู้ว่าตนเองสูญเสียความสามารถด้านสติปัญญาต่าง ๆ ไป ซึ่งสังเกตได้จากการที่ผู้ป่วยหมดความสนใจในกิจกรรมที่เคยชอบและมักชอบพูดถึงเรื่องความตาย

1.4 อาการเฉยเมย (apathy) ในผู้ป่วยระยะต้นและระยะกลาง ผู้ป่วยอาจมีอาการไม่สนใจในการทำกิจวัตรประจำวันและมีอาการแยกตัว การตอบสนองทางอารมณ์ลดลง สีหน้าไม่แสดงอารมณ์ใด ๆ ขาดความริเริ่มในด้านต่าง ๆ

1.5 ความวิตกกังวล (anxiety) มักจะพบในระยะแรกๆ ของภาวะสมองเสื่อมซึ่งผู้ป่วยรู้ความสามารถของตนเองลดลง กลัวการถูกทอดทิ้ง อาการวิตกกังวลจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยต้องอยู่ในคนหมู่มาก การอยู่ในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย

1.6 ปัญหาจากการนอน (sleep problem) ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะการนอนหลับ เนื่องจากการสับสนเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่และบุคคล ผู้ป่วยจึงไม่ยอมนอนในเวลากลางคืนและจะลุกขึ้นออกมาเดิน

2) อาการที่แสดงออกทางพฤติกรรม (behavioral symptoms) ได้แก่

2.1 การเดินไปมาอย่างไม่มีจุดหมาย (wandering) เช่น ผู้ป่วยจะพยายามออกจากบ้าน เดินไปเดินมาอย่างไม่มีจุดหมาย

2.2 อาการกระวนกระวาย (agitation) ผู้ป่วยมักแสดงออกมาในลักษณะการกรีดร้อง แสดงพฤติกรรมและการพูดที่ไม่เหมาะสม

2.3 การมีปฏิกิริยาเกรี้ยวกราด (catastrophic reaction) โดยผู้ป่วยจะแสดงความก้าวร้าวรุนแรงต่อสิ่งเร้า เช่นมีอาการโกรธรุนแรง ตะโกนด่าว่า ข่มขู่ทำร้าย หรือมีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น

2.4 อาการบ่น (complain) ผู้ป่วยจะบ่นว่าผู้ดูแลอย่างไม่มีเหตุผลหรือเกิดขึ้นจากอาการหลงผิด ซึ่งถ้าผู้ดูแลที่ไม่เข้าใจจะรู้สึกว่าเขาเองกำลังถูกกล่าวหาอาจมีปฏิกิริยาที่รุนแรงตอบกลับไปได้

2.5 การขาดการยับยั้งชั่งใจ (disinheriting) ผู้ป่วยจะสูญเสียการควบคุมตนเอง และตอบสนองต่อสิ่งเร้า โดยการขาดความยับยั้งชั่งใจและไม่ทราบว่าการกระทำนั้นไม่เหมาะสม เช่น มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ก็จะมีลักษณะการพูดที่ไม่สุภาพหรือมีการถูกเนื้อต้องตัวผู้หญิง วุ่นวายกับคนอื่น ทำลายข้าวของ

2.6 การรับประทานอาหารที่ผิดปกติ (eating disorder) อาจพบพฤติกรรมที่ผิดปกติเช่น รับประทานอาหารตลอดเวลาเพราะคิดว่ายังไม่ได้รับประทาน ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ป่วยมีอาการหลงลืม

2.7 การเอาแต่ใจ (intransitive) ผู้ป่วยจะมีลักษณะการเอาแต่ใจตนเอง ไม่มีความอดทนต่อการรอ รวมทั้งเรียกร้องและบังคับให้ผู้ดูแลทำในสิ่งที่ตนเองต้องการ วุ่นวายกับผู้อื่นโดยไม่รู้กาลเทศะ

2.8 การต่อต้าน (negativism) ผู้ป่วยจะมีลักษณะคือ ปฏิเสธที่จะทำตามคำแนะนำซึ่งเป็นอุปสรรคในการดูแลที่เกิดขึ้นบ่อย

ผลกระทบในผู้ดูแลที่เป็นโรคสมองเสื่อม

โรคสมองเสื่อม (dementia) เป็นโรคที่มีการเสื่อมถอยของความสามารถของสมองทำให้ความจำบกพร่อง ไม่สามารถเรียนรู้ถึงสิ่งใหม่ ๆ ได้ มีปัญหาในการรับรู้ตนเอง สมาธิ การใช้ภาษา อารมณ์พฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนไป

การตัดสินใจไม่เหมาะสม ไม่สามารถคิดแก้ไขปัญหาหรือพึ่งตนเองได้ (สิรินทร ฉันทสิริกาญจน์, 2558) การทำสิ่งต่าง ๆ โดยไม่มีจุดหมาย ส่วนใหญ่พบว่ามีความบกพร่องในการดูแลตนเอง จึงต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง ซึ่งอาจจะตลอด 24 ชั่วโมงต่อวัน (Cohen-Mansfield, Werner, & Reisberg, 1995) จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบต่อทางลบต่อครอบครัวหรือผู้ดูแลอย่างมาก ซึ่งผลกระทบทางลบต่อผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม (negative aspect) นั้นซาริต (Zarit, et al., 1980) ได้แบ่งผลกระทบจากการดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่ผู้ดูแลต้องเผชิญออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) ผลกระทบด้านร่างกาย 2) ผลกระทบด้านจิตใจ 3) ผลกระทบด้านสังคม 4) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและด้านการทำหน้าที่ (การสูญเสียการทำงาน) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) ผลกระทบด้านร่างกาย (physical impact) โรคสมองเสื่อมจะมีการเสื่อมถอยด้านการทำหน้าที่ของสมองเป็นอันดับแรก ผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมจะไม่สามารถบอกความต้องการหรือสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยเฉพาะผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลต้องให้การดูแลช่วยเหลือเกือบทั้งหมดอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานและต้องการเวลาต่อวันค่อนข้างมาก จึงทำให้ผู้ดูแลรับหน้าที่หนัก ทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้สุขภาพของผู้ดูแลจึงมีความเสื่อมมากขึ้น (พัฒนศรี ศรีสุวรรณ, 2561) ผู้ดูแลบางคนที่มีความเครียดทางอารมณ์สูง ยังส่งผลให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง ทำให้ร่างกายอ่อนแอ เจ็บป่วยและติดเชื้อได้ง่าย รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ เช่น ปวดเมื่อยร่างกาย ใจสั่น หน้ามืด คลื่นไส้ อาเจียน

มีอาการเจ็บป่วยทางกาย เช่น โรคหัวใจ และปวดศีรษะเรื้อรัง สุขภาพด้านร่างกายของผู้ดูแลทรุดโทรมลง อีกทั้งผู้ดูแลที่มีภาวะสุขภาพไม่ดีจะมีการใช้ยาช่วยบรรเทาอาการต่าง ๆ เป็นจำนวนมาก (Sorensen, & Conwell, 2011) นอกจากนี้ยังพบว่า การให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีส่วนทำให้ความดันในหลอดเลือดสูงเพิ่มขึ้น เนื่องจากผลของการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) (Verma, Sayal, Vijayan, Rizvi, & Talwar, 2016) จึงพบว่าอาจมีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยตามร่างกายอันเนื่องมาจากการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยวิธีที่ไม่ถูกต้อง และเกินกำลังตนเองหรืออ่อนเพลียไม่มีแรง (weakness) อีกทั้งผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมมักมีปัญหาในการนอนหลับ ทำให้ผู้ดูแลได้รับการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ หรืออดนอน ร่างกายอ่อนเพลีย จึงทำให้ผู้ดูแลมีร่างกายทรุดโทรม เกิดการเจ็บป่วยตามมาได้

2) ผลกระทบด้านจิตใจ (psychological impact) ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมจะมีความเสี่ยงสูงในการเกิดปัญหาด้านจิตใจ เพราะต้องดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้ป่วยทุพพลภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ อีกทั้งยังมีปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่แปรปรวน ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดสูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยอื่น ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นได้แก่ ความเครียดทางร่างกาย ความเครียดทางอารมณ์ และความเครียดทางการเงิน (Sorensen, & Conwell, 2011) นอกจากนี้ ผู้ดูแลอาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Verma, Sayal, Vijayan, Rizvi, & Talwar, 2016) อีกด้วย ส่วนผลกระทบด้านจิตใจอื่น ๆ มีดังนี้

2.1 ภาระเหนื่อยล้าของผู้ดูแล (caregiver burden) เป็นผลที่ตามมาของการดูแลและเป็นสาเหตุทำให้เกิดความไม่สุขสบายสำหรับผู้ดูแลได้ (Zarit et al., 1980) เป็นประสบการณ์การรับรู้ทางด้านลบของผู้ดูแล (Hunt, 2003) ซึ่งภาวะพึ่งพาผู้อื่นของผู้ป่วยเกิดจากการสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน การขาดการเข้าถึงสังคม และการติดต่อสื่อสาร ทำให้พบว่าผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้าจากการดูแลคิดเป็นร้อยละ 68.02 (Papastavrou, Kalokerinou, Papacostas, Tsangari, & Sourtzi, 2007)

2.2 เกิดความตึงเครียดของผู้ดูแล (caregiver strain) ผู้ดูแลต้องประสบกับความตึงเครียดที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย (tension) ซึ่งเป็นความรู้สึกเสมือนถูกกักขังจากการที่ต้องให้การดูแลตลอดเวลาและรู้สึกว่าหนักเกินไป ทำให้ผู้ดูแลมีความเหน็ดเหนื่อยต่อเหตุที่ไม่สามารถที่จะเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้ ดังนั้นการให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคสมองเสื่อมให้มีความเป็นส่วนตัว และส่งเสริมให้มีสัมพันธภาพกับบุคคลภายนอกมากขึ้น ก็จะทำให้ความตึงเครียดของผู้ดูแลลดลงได้

2.3 เกิดความเครียดของผู้ดูแล (caregiver stress) ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมจะเกิดความเครียดได้ เช่น จากการที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยมากเกินไปจนทำให้ความเป็นส่วนตัวลดลง ผู้ดูแลต้องรับมือกับบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ มากเกินไปจนเกิดความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่ เกิดความเครียดจากสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่รุนแรงและซับซ้อนหรือมีสภาวะทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งเครียดการขาดความช่วยเหลือ

จากผู้อื่น ทั้งจากสมาชิกในครอบครัว ชุมชน และ บุคลากรทีมสุขภาพ (Hunt, 2003)

2.4 เกิดความยุ่งยากในการให้การดูแล (hassles of caregiving) ซึ่งเป็นการที่ผู้ดูแลประเมินว่าการดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมนั้นเกิดความ รู้สึกว่ายุ่งยากและคุกคามต่อภาวะผาสุกของผู้ดูแล เอง (Hunt, 2003)

2.5 เกิดภาวะที่หนักมาก (overload) ผู้ดูแลจะรู้สึกว่าการดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม เป็นภาระที่หนักมากเกินไปสำหรับตนเอง ซึ่งถ้า ผู้ดูแลมีแหล่งสนับสนุนที่คอยช่วยเหลือทั้งที่เป็น ทางการและไม่เป็นทางการ จะทำให้ผู้ดูแล รู้สึกว่าภาระที่หนักนี้ลดลงและสามารถจัดการกับ ความต้องการต่าง ๆ ได้ (Chou, 2000)

3) ผลกระทบด้านสังคม (social impact) พบว่าผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมจะมีการแยกตัว ออกจากสังคม (social isolation) เนื่องจากการ ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่บ้าน ผู้ดูแลต้องดูแล ผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมโดยใช้เวลาเกือบตลอด 24 ชั่วโมงต่อวันและจากการที่ผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม มักจะมีการแสดงออกทางด้านพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น มีการขาดการยับยั้งชั่งใจ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแล เกิดความอับอายต่อเพื่อนๆ หรือผู้ที่มาเยี่ยมที่บ้าน จึงทำให้ผู้ดูแลมีแนวโน้มที่จะขาดการติดต่อกับ ผู้อื่น ไม่ยอมไปสังสรรค์หรือไปพบเพื่อน ไม่มีเวลา ให้สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ซึ่งอาจทำให้เกิด ความขัดแย้งภายในครอบครัว (family conflict) หรือเกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพในครอบครัวได้ โดยปัญหาสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นสามารถเกิดได้ทั้ง กับผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมและสมาชิกในครอบครัว ในส่วนปัญหาสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ที่เป็น โรคสมองเสื่อมนั้นคือการที่ผู้ดูแลต้องดูแลเป็น

เวลานาน อาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึก เบื่อหน่ายและเกิดความเครียด ซึ่งอาจแสดงออกมา ในรูปของการทุปถุสงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม ได้ และปัญหาสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นกับสมาชิกใน ครอบครัวนั้นคือเกิดความไม่เข้าใจระหว่างพี่น้อง ของผู้ดูแล จนถึงขั้นทะเลาะวิวาทสร้างความ รำคาญให้แก่เพื่อนบ้าน (วรรณนิภา บุญระยอง, 2543)

4) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ (financial impact) การที่ต้องดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม นั้น ผู้ดูแลต้องให้การดูแลเกือบทั้งวัน จึงส่งผลให้ ผู้ดูแลไม่สามารถไปทำงานหารายได้ ทำให้ผู้ดูแล ต้องสูญเสียรายได้หรือมีรายรับน้อยลง นอกจากนี้ เมื่อผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมมีอาการรุนแรงมากขึ้น ค่าใช้จ่ายที่จะต้องใช้ในการดูแลก็จะมากขึ้นด้วย (Ory, Hoffman, Yee, Tennstedt, & Schulz, 1999) โดยมีค่าใช้จ่ายประมาณ 50 ล้านดอลลาร์ต่อปี (Leow & Chan, 2011) บางรายที่ผู้ดูแลต้องออกจาก งานประจำเพื่อออกมามาดูแลผู้ป่วยที่บ้านทำให้เกิด ความเครียดเหนื่อยล้า มีการแสดงออกทางอารมณ์ ที่มีความรุนแรงตามมาอีกด้วยและเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอื่นพบว่าผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรค สมองเสื่อมทำงานน้อยลง สูญเสียประโยชน์ ที่ได้จากงานและต้องลาออกจากงานเร็วกว่าผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคอื่น (Ory et al., 1999)

นอกจากผลกระทบทางลบแล้ว จากการ ที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังหรือโรค สมองเสื่อมนั้นยังเกิดผลกระทบต่อผู้ดูแล ทางบวก (positive consequences or positive aspect caregiving) คือ เป็นผลดีหรือมีคุณค่าที่ ผู้ดูแลได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ ความรู้สึกพึงพอใจของผู้ดูแล (caregiver

satisfaction) ความรู้สึกมีคุณค่าของผู้ดูแล (caregiver esteem) ความชำนาญในการดูแล (caregiving mastery) ความรู้สึกยินดีในการดูแล (uplifts of caregiving) เป็นต้น (Hunt, 2003; Morris & Edward, 2006)

การดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมนั้น ต้องใช้เวลาในการดูแลเป็นระยะเวลานาน จึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด (stressful) เป็นอย่างมาก ดังนั้นผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมจึงจำเป็นต้องมีคนดูแลเพื่อช่วยเหลือในเรื่องความบกพร่องต่าง ๆ ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้ง 4 ด้านตามที่กล่าวมาแล้ว

ความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม

ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมส่วนใหญ่มักจะเกิดความเครียดที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคนี้ที่มีปัญหาด้านต่าง ๆ เช่น ด้านสติปัญญา (cognitive problems) ด้านพฤติกรรม ด้านจิตใจ ด้านการติดต่อสื่อสาร (communication problems) ด้านการช่วยเหลือตนเองที่น้อยลง (increase dependence) ด้านความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อม (environment safety issue) (สมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย, 2554) และจากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมมีความเครียดร้อยละ 79.9 ซึ่งเป็นผลกระทบหลักของผู้ดูแลและส่วนใหญ่มักจะใช้จ่ายเพื่อคลายเครียด (Bruce, Paley, Nichols, Roberts, Underwood, & Schaper, 2005) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 86.2 ยอมรับว่ารู้สึกหนักใจ ลำบากใจ หรือเกิดความเครียดอันเนื่องมาจากต้องรับหน้าที่ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม

โดยทฤษฎีที่กล่าวถึงความเครียดในผู้ดูแลคือ รูปแบบกระบวนการความเครียด (The Stress Process model) ของเพอร์ลิน (Pearlin, Mullan, Semple & Akaff, 1990) ซึ่งพื้นฐานของทฤษฎีนี้พัฒนามาจากแนวคิดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่าความเครียดเป็นผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลจะประเมินโดยสติปัญญาของตนเองว่าสิ่งที่เกิดขึ้นมันเกินกำลังของเขาและก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของเขานั้นเอง ทั้งนี้มีรายงานการศึกษาถึงแนวคิดจากรูปแบบความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมนและทฤษฎีการเผชิญความเครียด (coping model) ว่ารูปแบบนี้ไม่ใช่ความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นปกติแต่เป็นประสบการณ์ที่ได้รับความเครียดหลังจากที่บุคคลได้ผ่านการประเมินแล้ว ซึ่งการประเมินขั้นปฐมภูมิจะได้รับอิทธิพลจากภูมิหลังประสบการณ์ในอดีตวัฒนธรรมและบุคลิกภาพ ส่วนการประเมินขั้นทุติยภูมิจะเกี่ยวข้องกับบุคคลที่สามารถจะจัดการกับความเครียดและการเลือกวิธีที่จะจัดการกับความเครียดนั้น โดยขั้นนี้จะขึ้นอยู่กับสถานการณ์ต่าง ๆ มากกว่าขั้นแรก เป้าหมายคือต้องการหาแนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่จะต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดและถ้าผู้ดูแลมีวิธีการเผชิญความเครียดได้ดีและเหมาะสม ผู้ดูแลก็จะมีความเครียดน้อยลง (Tremont, 2011)

รูปแบบกระบวนการความเครียด (The Stress Process Model) ของเพอร์ลิน (Pearlin et al., 1990) นั้น รูปแบบนี้เป็นรูปแบบหนึ่งในการศึกษาวิจัยในเรื่องผู้ดูแล (Carretero, Garces, Rodenas, & Sanjose, 2009) ในปัจจุบันรูปแบบนี้ได้กล่าว

ถึงความเครียดของการให้การดูแลผู้ป่วยว่า จะส่งผลกระทบต่อทางร่างกายและจิตใจต่อผู้ดูแลได้อย่างไร โดยรูปแบบของเพอร์ลินนี้สามารถอธิบายความเครียดได้ด้วยองค์ประกอบ 4 อย่างคือ

1. สิ่งเร้าหรือตัวกระตุ้นความเครียด (stressors) เป็นประสบการณ์ของการให้การดูแล ซึ่งเป็นปัญหาและสามารถที่จะป้องกันความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลได้ โดยตัวกระตุ้นความเครียดอาจเป็นทั้งขั้นปฐมภูมิและทุติยภูมิ

1.1 สิ่งเร้าหรือตัวกระตุ้นความเครียดขั้นปฐมภูมิ (primary stressors) เป็นตัวกระตุ้นความเครียดซึ่งจะมีผลโดยตรงจากการให้การดูแล โดยเป็นกิจกรรมที่เน้นการทำงาน (task-oriented activities) เช่นการช่วยกิจวัตรประจำวัน การดูแลส่วนบุคคล ซึ่งเป็นการทำงานที่มากเกินไปของผู้ดูแล (caregiver workload) อันจะก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจต่อสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลได้

1.2 สิ่งเร้าหรือตัวกระตุ้นความเครียดขั้นทุติยภูมิ (secondary stressors) จะเกี่ยวข้องกับบทบาทและกิจกรรมภายนอกสถานการณ์การให้การดูแล เช่น บทบาทการเป็นภรรยา พ่อแม่ หรือการที่ต้องรับผิดชอบต่องานที่ต้องใช้พลังงานมากเป็นพิเศษ เพื่อที่จะเพิ่มการดูแลตามที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งตัวกระตุ้นความเครียดขั้นทุติยภูมินี้จะไม่มี mốiเกี่ยวข้องโดยตรงกับการให้การดูแลผู้ที่เจ็บป่วย

2. ตัวแปรกลาง (mediators) เป็นตัวแปรที่เป็นปัจจัยที่เป็นแหล่งทางด้านจิตสังคม ที่จะทำให้เกิดผลของการดูแลต่อสิ่งเร้าหรือตัวกระตุ้นความเครียด (stressor) ซึ่งทำให้บุคคลเกิดสุขภาวะที่ดี (well-being) ได้ ซึ่งตัวจัดการนี้เป็นตัวแปร

ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งต่อผลกระทบของสิ่งเร้าที่เข้ามา เช่น วิธีการเผชิญความเครียด (coping) และแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะสามารถอธิบายได้ว่าทำไมแต่ละคนจึงมีปฏิกิริยาโต้ตอบที่แตกต่างกันในสถานการณ์เดียวกัน

3. ผลลัพธ์ (outcomes) เป็นการเปลี่ยนแปลงในด้านสุขภาพและภาวะผาสุกของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลของผลกระทบของตัวกระตุ้นความเครียด ผลลัพธ์นั้นรวมถึงความเครียด (stress) ภาวะซึมเศร้า (depression) และสุขภาพทางกาย (physical health)

4. บริบท (contextual or background information) คือข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลและผู้รับการดูแล เช่นเพศ ลักษณะบุคลิกภาพ วิธีการแก้ปัญหาและความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับการดูแลและผู้ดูแล

การดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมนั้นพบว่า มีการนำรูปแบบกระบวนการความเครียด การเผชิญความเครียด (stress - coping model) ของเพอร์ลิน (Pearlin et al., 1990) ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดทฤษฎีสำหรับการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมและเป็นรูปแบบของความเข้าใจในเรื่องประสบการณ์การให้การดูแลมาใช้ในผู้ที่เป็โรคสมองเสื่อม นอกจากนี้ยังมีผู้นำรูปแบบนี้มาใช้ในงานวิจัยโดยการนำมาเป็นกรอบแนวคิดในเรื่องของผู้ดูแล (caregiver) ซึ่งปัจจุบันได้ถูกนำมาใช้ในการศึกษาอย่างแพร่หลายมาก (Scott, 2010)

รูปแบบกระบวนการความเครียด (The Stress Process Model) ของเพอร์ลิน (Pearlin et al., 1990) จึงสามารถอธิบายความเครียดที่เกิดขึ้นได้โดยมีสมมติฐานที่ว่า ความเครียดเป็นปฏิกิริยา

ที่เกิดขึ้นต่อการดูแลซึ่งขึ้นกับความต้องการ การดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม เมื่อความต้องการ การดูแลมีมากขึ้นการตอบสนองของผู้ดูแลจะทำให้ โดยมีกลยุทธ์หาวิธีให้เหมาะสมกับความต้องการนั้น ซึ่งก็เป็นผลให้ความเครียดของการให้การดูแลและ ลดลง แต่ถ้าผู้ดูแลที่ไม่สามารถปรับตัว (adapt) หรือปรับเปลี่ยน (modify) กลยุทธ์วิธีให้เหมาะสม กับความต้องการการดูแลนั้นได้ ก็จะทำให้ผู้ดูแล เกิดเป็นประสบการณ์ความเครียดได้ เพอร์ลิน และคณะ (Pearlin et al., 1990) จึงได้ศึกษาและ สร้างรูปแบบของการดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม ชนิดอัลไซเมอร์ขึ้นมา ซึ่งเป็นรูปแบบที่เฉพาะ เจาะจงต่อผู้ดูแลกลุ่มนี้ โดยได้กล่าวว่าความเครียด ของการให้การดูแล เป็นปรากฏการณ์ที่มีหลาย มิติหรือหลายด้าน ซึ่งปรากฏการณ์นั้นมีทั้งหมด 4 ด้านด้วยกันคือ 1) ลักษณะของผู้ดูแล ชนิดของ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ที่เป็นโรคสมอง เสื่อม และแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่ 2) สถานการณ์ ความเครียดของการให้การดูแล ซึ่งอาจจะเป็นชนิด ปฐมภูมิ (primary) เช่นปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย หรือชนิดทุติยภูมิ (secondary) เช่น ข้อตกลงของผู้ดูแล 3) ปัจจัยต่างๆ เช่น กลยุทธ์วิธีในการเผชิญ ความเครียด การจัดการการดูแลผู้ที่เป็นโรค สมองเสื่อม ซึ่งเป็นการรับรู้ความเครียดระดับ ปานกลาง และ 4) ผลที่ตามมาของการให้การดูแล เพื่อภาวะผาสุก (wellbeing) ของผู้ดูแล (Papastavrou et al., 2007) ทั้งนี้ผู้ดูแลจะตอบสนองต่อสถานการณ์ การดูแลภายใต้กรอบแนวคิดของกระบวนการ การเกิดความเครียด (stress process model) ใน รูปแบบนี้ ดังนั้นความเครียดของผู้ดูแลที่มีมาก อาจ มาจากภูมิหลังและสิ่งที่เกี่ยวข้องที่เป็นลักษณะ ของผู้ดูแลกับผู้รับการดูแล หรืออาจมาจากการ

ได้รับสิ่งเร้าหรือตัวกระตุ้นความเครียดทั้งชนิด ปฐมภูมิ (primary stressor) ซึ่งจะขึ้นตรงกับ สถานการณ์การดูแล เช่น ปัญหาพฤติกรรม การสูญเสียความสามารถทั้งทางร่างกายและ การรู้คิดของผู้รับการดูแล ซึ่งจะเกี่ยวข้องอย่าง มากกับระดับของความรู้สึกเป็นภาระและภาวะ ซึมเศร้า หรืออาจจะได้มาจากการได้รับสิ่งเร้าหรือ ตัวกระตุ้นความเครียดชนิดทุติยภูมิ (secondary stressor) ก็ได้ เช่น มีความเครียดมาจากความยาก ลำบากในสถานการณ์การดูแลเกิดความขัดแย้งใน ครอบครัวหรือถูกจำกัดการใช้ชีวิตในสังคม ดังนั้น ภูมิหลังและสิ่งที่เกี่ยวข้องที่ผ่านมามีอิทธิพลต่อ สิ่งเร้าหรือตัวกระตุ้น (stressor) และเกิดผลที่ตาม มาคือความรู้สึกเครียดได้

โดยสรุปการที่พยาบาลมีความรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรค สมองเสื่อม รวมทั้งทฤษฎีความเครียดของผู้ดูแล จะทำให้พยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือผู้ดูแล ในการจัดการลดความเครียดได้อย่างเหมาะสม เพื่อ ส่งเสริมให้พยาบาลมีความพร้อมสำหรับการดูแล ผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพและต่อเนื่องต่อไป

บทบาทพยาบาลในการลดความเครียดในการดูแล ผู้ที่ดูแลโรคสมองเสื่อม

ตามรูปแบบกระบวนการความเครียด (The Stress Process Model) ของเพอร์ลิน (Pearlin et al., 1990) ที่กล่าวมานั้นพยาบาลสามารถที่จะ ช่วยลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม ได้ดังนี้

1. พยาบาลต้องช่วยให้ผู้ดูแลลดสิ่งเร้าหรือ ตัวกระตุ้นความเครียด (stressors) ทั้งที่เป็นตัว กระตุ้นความเครียดขั้นปฐมภูมิ (primary stressors)

และตัวกระตุ้นความเครียดขั้นทุติยภูมิ (secondary stressors) ซึ่งมีรายละเอียดคือ

1.1 ช่วยลดตัวกระตุ้นความเครียดขั้นปฐมภูมิ (primary stressors) โดยพยาบาลควรช่วยอธิบายให้ผู้ดูแลได้มีการรับรู้และมีการประเมินเกี่ยวกับผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมเช่นปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD) ของผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม ให้ผู้ดูแลทราบว่าปัญหานี้ประกอบด้วยอาการต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วยมีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง กระวนกระวาย ก้าวร้าว กรีดร้อง เดินออกนอกบ้านอย่างไร้จุดหมาย ขาดความยับยั้งชั่งใจเรื่องการแสดงออกทางเพศ มีบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไป มีภาวะซึมเศร้า มีหูแว่ว เห็นภาพหลอนเป็นต้น ตัวอย่าง เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยกล่าวว่า “พ่อผมชอบคิดว่ามีคนมาขโมยของไป ทั้งที่ไม่มีคนอื่นเข้ามาในบ้านเลย พวกเราบอกพ่อไป แต่พ่อก็ไม่เชื่อ หว่าพวกเรากโกหก” “บางครั้งก็บอกว่ามีคนจะมาทำร้าย และบอกว่าแม่มีชู้ นอกใจพ่อ พ่อพ่อเห็นหน้าแม่ก็จะด่าว่าตลอด” ซึ่งปัญหานี้จะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด อันจะไม่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการให้การดูแลผู้ป่วย แต่จะมีอิทธิพลต่อความเครียดของผู้ดูแล ซึ่งถ้าผู้ดูแลมีความรู้และความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงตามพยาธิสภาพของผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม รวมทั้งอธิบายถึงการรักษาและวิธีการที่จะจัดการปัญหาต่าง ๆ ที่ได้รับอย่างถูกต้องแล้ว จะสามารถช่วยผู้ดูแลให้สามารถบรรเทาความเครียดต่าง ๆ ได้ (Aloysi & Callahan, 2020)

1.2 ช่วยลดตัวกระตุ้นความเครียดขั้นทุติยภูมิ (secondary stressors) ปัจจัยตัวหนึ่งที่

ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดก็คือ ความขัดแย้งในครอบครัว (family conflict) และในหมู่ญาติพี่น้อง เนื่องจากการที่ต้องดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมตลอดเวลาและยังต้องรับผิดชอบต่องานตนเองด้วย จึงทำให้ผู้ดูแลต้องใช้พลังงานมากเป็นพิเศษเพื่อที่จะเพิ่มการดูแลตามที่ผู้ป่วยต้องการ ถ้าผู้ดูแลทำเองเพียงลำพัง ไม่มีคนในครอบครัวมาช่วยดูแลก็จะทำให้เกิดความขัดแย้งขึ้น (Semple, 1992) ตัวอย่างเช่น “ส่วนใหญ่ทุกคนในครอบครัวก็รับรู้ถึงปัญหานะ แต่ไม่มีใครเท่าที่ ที่ต้องดูแลแม่ตลอดเกือบ 24 ชั่วโมง ที่อยากให้ญาติพี่น้องคนอื่นมาช่วยที่บ้าง พี่รู้สึกเครียดมากที่เหมือนไม่มีใครสนใจที่จะมาดูแลแม่กันเลย ถ้าเป็นแม่ของทุกคนนะ” ซึ่งการปล่อยความขัดแย้งให้เกิดขึ้นโดยไม่ได้รับการแก้ไขจะกลายเป็นการทะเลาะวิวาท ทำร้ายจิตใจและร่างกายกันได้ ดังนั้นการจัดการความขัดแย้งเหล่านั้นควรให้สมาชิกในครอบครัวได้มีโอกาสให้ได้เกิดการพูดคุยกันหรือมีการสื่อสารที่ดีต่อกัน รวมทั้งควรมีการพูดจาสื่อสารกันอย่างเปิดเผยและประนีประนอมเพื่อหาทางออกที่เหมาะสมร่วมกัน ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น ช่วยให้มีการยอมรับความแตกต่างในความต้องการของแต่ละคนและจะทำให้เกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกันมากขึ้น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545) นอกจากนี้การที่ผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมมีภาวะที่ต้องได้รับการพึ่งพิงมากขึ้น อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ไร้ค่าหรือเกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง (low self-esteem) ซึ่งก็คือผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกไม่ค่อยดีกับตนเอง ไม่ค่อยชอบตนเอง ไม่ค่อยภูมิใจในตนเอง ขาดความเชื่อมั่นศรัทธาในตนเอง ไม่ค่อยเห็นคุณค่าในตนเองอย่างที่เป็น ไม่ค่อย

เคารพนับถือตนเอง หรือไม่ค่อยเห็นความสามารถที่แท้จริงของตนเอง ดังนั้นพยาบาลควรช่วยให้ผู้ดูแลได้เกิดความเข้าใจและยอมรับตัวเอง ให้เห็นคุณค่าในตัวเอง โดยการให้ผู้ดูแลมีการปรับเปลี่ยนความคิดให้เป็นบวก (positive reappraisal) โดยวิธีให้ค้นหาว่าการดูแลนั้นก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองอย่างไร (gain in the caregiving experience) ตัวอย่างเช่น “ถามว่าทำไมถึงทนได้ ตอนแรกก็ทนไม่ได้หรอกนะ เครียด แต่ก็ต้องทำเพราะเค้าเป็นแม่ เราเป็นลูก มันมีความรู้สึกสำนึกในตรงนั้นอยู่ ถ้าไม่ดูแลก็รู้สึกว่าจะเป็นบาปเป็นกรรมนะ” อีกทั้งควรให้ผู้ดูแลรับรู้และทำความเข้าใจว่าการดูแลนั้นเป็นสิ่งที่สังคมให้การยกย่อง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกได้ว่าเป็นการได้รับรางวัล (rewards of caregiving) จากการที่ต้องดูแลสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะช่วยให้ผู้ดูแลลดความเครียดจากบทบาทของการเป็นผู้ดูแลได้ นอกจากนี้การให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมีความหมายในชีวิต (meaning of life) โดยใช้ความเชื่อทางจิตวิญญาณ (spiritual beliefs) และการยึดถือหลักคำสอนทางศาสนา เป็นกลวิธีสนับสนุนให้ผู้ดูแลสามารถนำมาใช้ในการจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการดูแลได้ตัวอย่างเช่น “พี่ว่าธรรมนะ ช่วยให้เราเข้าใจหลายๆ อย่าง ไม่ต้องคาดหวังอะไร ทำวันนี้ให้ดีที่สุด คิดอย่างนี้ความเครียดก็ลดลง” อีกทั้งพยาบาลควรมีการเพิ่มค่านิยมในเรื่องความกตัญญูทดแทนที่ให้แก่ผู้ดูแล สิ่งเหล่านี้ควรให้สมาชิกในครอบครัวได้มีโอกาสให้ได้เกิดการพูดคุยอย่างเปิดเผยและประนีประนอมเพื่อหาทางออกที่เหมาะสมร่วมกัน

2. พยาบาลต้องช่วยให้ผู้ดูแลมีวิธีการจัดการหรือการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม (coping) เมื่อผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมประม

ว่าเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้นเป็นความเครียดก็จะพยายามใช้พลังงานและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เพื่อจัดการกับความเครียด โดยใช้การเผชิญความเครียดในรูปแบบและวิธีการที่แตกต่างกัน (Keir, Farland, Lipp, & Friedman, 2009; Sherwood et al., 2006) ขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์และข้อจำกัดที่มีในสถานการณ์นั้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) ซึ่งได้แก่ การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์และการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเครียดที่บุคคลนั้นเผชิญ ดังนั้นพยาบาลจึงมีความจำเป็นที่ต้องช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวและเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม เช่น พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความคับข้องใจ และอธิบายให้ผู้ดูแลเข้าใจว่าการแสดงอารมณ์ออกมาบ้าง ไม่ใช่เรื่องที่ผิด เช่น ผู้ดูแลอาจจะโกรธ โมโห ขุ่นเคือง เศร้าโศก หมดหวัง รู้สึกผิด ละอายใจ เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ เป็นต้น

3. พยาบาลต้องช่วยให้ผู้ดูแลมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม (social support) ซึ่งเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมว่า ตนได้รับความรักความห่วงใยเอาใจใส่ ได้รับความช่วยเหลือ ได้รับการยอมรับ และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ ครอบครัว ทีมสุขภาพ และชุมชน (Brandt & Wienert, 1981) ซึ่งภายใต้กรอบแนวคิดรูปแบบกระบวนการความเครียดของเพอร์ลิน (Pearlin et al., 1990) ถือว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรคั่นกลางระหว่างสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและผลลัพธ์ของความเครียด โดยการที่ผู้ดูแลสามารถรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนทาง

สังคม ก็จะทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดจากการดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมได้และความรู้สึกเครียดก็จะลดลง ตัวอย่างเช่น “แม่ของผมไม่รู้เรื่องเลย ให้กินข้าวก็ไม่อ้าปาก แม่ต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ต้องอาบน้ำหรือถ่ายให้แม่บนเตียงตลอด ผมทำคนเดียว ‘ไม่รู้จะไปพึ่งพาใครได้บ้าง’” ดังนั้น พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ดูแลได้จัดหาคนมาช่วยดูแลเรื่องการดูแลกิจวัตรแทนบ้าง หรือพาผู้ป่วยได้ไปพักยังสถานพักพิงที่มีการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเป็นบางครั้ง และพยาบาลควรบอกผู้ดูแลแล้วควรจะมีเวลาสักพักที่จะบอกความต้องการของตนเอง เช่น บอกว่าต้องการจะหยุดพัก ต้องการมีเวลาเป็นของตนเองหรือมีเวลาส่วนตัวบ้าง เพื่อลดการทำงานที่มากเกินไปของผู้ดูแลและจะช่วยไม่ให้ผู้ดูแลเกิดความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจได้ ทั้งนี้บุคคลที่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีก็จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกว่า ไม่ว่าจะมีความเครียดใด ๆ เกิดขึ้นก็ตามก็จะมีผู้คอยช่วยเหลือและทำให้เกิดความรู้สึกดีถึงเครียดหรือแรงกดดันต่าง ๆ จะลดลง ทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดี ดังนั้น พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ดูแลได้รู้จักกับแหล่งการใช้บริการของหน่วยที่ให้การช่วยเหลือหรือบริการให้การปรึกษาต่าง ๆ ที่มีไว้บริการช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมและผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจากการได้รับรู้แหล่งการช่วยเหลือต่าง ๆ นั้น เมื่อผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือแล้วก็จะทำให้ความเครียดของผู้ดูแลลดลง ดังนั้น พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความคับข้องใจ และยอมรับการแสดงอารมณ์ออกมาบ้าง โดยเข้าใจว่าการมีอารมณ์แฉลบเกิดขึ้นนั้นไม่ใช่เรื่องที่ผิด เพียงแต่ผู้ดูแลต้องรับรู้

เท่าทัน และมีวิธีการจัดการกับอารมณ์เหล่านั้นอย่างเหมาะสม

จากที่กล่าวมาพยาบาลควรให้ความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมและช่วยสนับสนุนให้กำลังใจผู้ดูแล พยายามสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม ช่วยให้ผู้ดูแลเผชิญกับความเครียดที่เหมาะสม รวมทั้งช่วยหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม จะทำให้ความเครียดของผู้ดูแลลดลงได้

ข้อเสนอแนะ

นอกจากบทบาทพยาบาลในการลดความเครียดในการดูแลผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่พยาบาลได้ให้การดูแลช่วยเหลือตามแนวคิดของเพอร์ลินตามที่กล่าวมาแล้ว และจากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า

1. พยาบาลควรมีการเพิ่มทักษะการดูแลให้แก่ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม รวมถึงมีการช่วยเหลือและจัดระบบการบริหารจัดการภายในชุมชน (นันทพร ศรีนัมและธารินี นนทพทช, 2560) โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยผู้ดูแลและช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม โดยพยาบาลควรตระหนักถึงด้านศักยภาพของชุมชนเป็นสำคัญ และควรให้การสนับสนุนบทบาทของหน่วยงานของชุมชนต่าง ๆ ได้แก่ องค์กรบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุและจิตอาสาให้สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม รวมถึงการสนับสนุนให้มีอาสาสมัครผู้สูงอายุซึ่งเป็นอาสาสมัครในชุมชนที่ได้รับการฝึกอบรมทางด้านการดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม โดยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลจะเป็น

ผู้ฝึกอบรมอาสาสมัครและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลควรเป็นผู้จัดหาทรัพยากรที่เอื้ออำนวยในการดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมในชุมชน

2. พยาบาลควรมีการพัฒนากระบวนการจัดการดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมในชุมชน (นันทพร ศรีนัม และธารินี นนทพุทธ, 2560) เริ่มจากการฝึกอบรมทีมบุคลากรทางการพยาบาล เพื่อค้นหาแนวทางในการปฏิบัติที่จะสามารถนำมาจัดทำเป็นแนวทางการปฏิบัติมาตรฐานกลางของประเทศ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2557) เช่นเดียวกับการจัดทำมาตรฐานของการดูแลภาวะซึมเศร้าอีกทั้งควรมีการจัดทำแนวทางในการปฏิบัติ ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและควรคำนึงถึงความรู้สึทางด้านบวกที่มีต่อการดูแลที่จะทำให้สามารถนำมาสนับสนุนให้เกิดการดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมให้คงอยู่ได้อย่างต่อเนื่องและยาวนาน นอกจากนี้รัฐควรกำหนดนโยบายและทิศทางการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมให้มีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมและความเป็นอยู่ของคนไทย รวมถึงการที่รัฐควรให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดูแลสำหรับผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมเพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมทุกคนสามารถเข้าถึงการรักษาได้ง่ายและเท่าเทียมกัน

3. พยาบาลควรมีการศึกษาค้นคว้าหาความรู้ ในเรื่องการดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมในประเทศต่าง ๆ เพื่อที่จะสามารถนำมาประยุกต์เป็นแนวทางการดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมในประเทศไทยได้ ยกตัวอย่างเช่น ประเทศญี่ปุ่น (ซังวาล วงศ์สาธิต และศุภลักษณ์ พันทอง, 2561)

ได้มีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมได้เข้ามาเป็นจิตอาสาในสถานบริการผู้สูงอายุ (nursing home) หรือในชุมชนที่อาศัยอยู่ เพื่อที่จะได้เรียนรู้และเข้าใจบริบทของการดูแลและทำให้ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่อยู่ที่บ้านมีความมั่นใจในการดูแลอย่างถูกต้องต่อไป

สรุป

จากการที่ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ต่าง ๆ ไร้ความสามารถทางการสื่อสาร ทางคำพูด รวมทั้งจะต้องได้รับการพึ่งพาในการช่วยเหลือในเรื่องการกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ จากผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวเกิดความเครียด นำไปสู่การเพิกเฉย ทอดทิ้ง กักขังหน่วงเหนี่ยว ทำทารุณกรรมทางร่างกาย วาจาและจิตใจต่อผู้ป่วย ดังนั้น พยาบาลจึงควรมีวิธีการปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ดูแลที่มีความเครียดเพื่อลดความเครียดลง ซึ่งหากผู้ดูแลได้รับช่วยเหลือที่เหมาะสมจากบุคลากรทางการพยาบาลแล้ว จะทำให้ผู้ดูแลมีแนวทางกำลังใจและสามารถดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมไปในทิศทางที่ดีขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2557). *ประชากรสูงอายุไทย: ปัจจุบันและอนาคต*. เอกสารประมวลสถิติ ด้านสังคม 1/2558 (พฤศจิกายน). กรุงเทพฯ: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

- กานดา วรคุณพิเศษ และศิริพันธ์ สาสัคย์. (2558). ผลของโปรแกรมการจัดสิ่งแวดลอมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารเกื้อการุณย์*, 22(1), 82-97.
- ซัชวาล วงศ์สาลี และศุภลักษณ์ พันทอง. (2561). ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ: การพยาบาลและการดูแลญาติผู้ดูแล. *วารสาร มหค. วิชาการ*, 22(43-44), 166-179.
- นันทพร ศรีนัม และธารินี นนทพุท. (2560). ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านอย่างมืออาชีพ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย*, 11(2), 83-89.
- พัฒนศรี ศรีสุวรรณ. (2561). แผนการดูแลแบบองค์รวมสำหรับภาวะสมองเสื่อม. *วารสารอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 4(3), 28-35.
- พาวุฒิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง. (2556). ผลกระทบการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(1), 101-110.
- วรรณิภา บุญระยอง. (2543). ภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 1(1), 11-17.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2558). *ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. ใน: ประเสริฐ อัสสันตชัย. (บรรณาธิการ) ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอช.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม*. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). *ความเครียดกับการดูแลตนเอง*. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บก.), การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วีเจพริ้นติ้ง.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2553). *รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย*. สืบค้นเมื่อ 27 ตุลาคม 2555, จาก http://www.m-society.go.th/document/statistic/statistic_7722.pdf
- สมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย. (2554). *สรุปการประชุมระดมสมองเพื่อพัฒนานโยบายการป้องกัน รักษาและดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย*. นนทบุรี: เดอะ กราฟฟิโก ชิสเต็มส์.
- สิรินทร จันทศิริกาญจน. (2558). *สมองเสื่อม*. เอกสารโรเนียวประกอบการประชุม ณ โรงแรมมารวยการ์เด็นท์ วันที่ 2-6 พฤศจิกายน 2558.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2554). *จิตวิทยาชีวิตคู่และการบำบัดคู่สมรส*. กรุงเทพฯ: ชันดำการพิมพ์.
- Aloysi, A. S., & Callahan, E. H. (2020). Behavioral and Psychiatric Symptoms in Dementia (BPSD). In *Geriatric Practice* (pp. 223-236). Springer, Cham.
- Alzheimer's Association. (2019). Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's &*

- dementia : The Journal of the Alzheimer's Association*, 15(3), 321-387.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Publisher.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1981). The PRQ- a social support measure. *Nursing research*, 30(5), 277-280.
- Bruce, D. G., Paley, G. A., Nichols, P., Roberts, D., Underwood, P. J., & Schaper, F. (2005). Physical disability contributes to caregiver stress in dementia caregivers. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 60A(3), 345-9
- Carbonneau, H., Caron, C., & Desrosiers, J. (2010). Development of a conceptual framework of positive aspects of caregiving in dementia. *Dementia*, 9(3), 327-353.
- Carretero, S., Garcés, J., Rodenas, F., & Sanjose, V. (2009). The informal caregiver's burden of dependent people: Theory and empirical review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, 74-79.
- Chou, K. R. (2000). Caregiver burden: A concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 15(6), 398-407.
- Cohen-Mansfield, J., Werner, P., & Reisberg, B. (1995). Temporal order of cognitive and functional loss in a nursing home population. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43(9), 974-978.
- Downs, M., & Bowers, B. J. (2008). *Excellence in dementia care: Research into practice*. United Kingdom: Open University Press.
- Finkel, S. I. (2001). Behavioral and psychological symptoms of dementia: a current focus for clinicians, researchers, and caregivers. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (Suppl 21), 3-6.
- Hunt, C. K. (2003). Concept in caregiver research. *Journal of Nursing Scholarship*, 35, 27-32.
- Keir, S. T., Farland, M. M., Lipp, E. S., & Friedman, H. S. (2009). Family appraisal of caregiving in a brain cancer model. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 11(1), 60-66.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leow, M. Q. H., & Chan, W. S. (2011). Factors affecting caregiver burden of terminally ill adults in the home setting-A systematic review. *JBILibrary of Systematic Reviews*, 9(45), 1883-1916.
- Morris, T., & Edward, L. D. (2006). *Family caregivers*. In I. M. Lubkin & P. D. Larson (Eds.), *Chronic illness: Impact and intervention* (5th ed., pp. 253-284). Boston: Jones and Barlett.
- Ory, M. G., Hoffman, R. R., Yee, J. L., Tennstedt, S., & Schulz, R. (1999). Prevalence and impact of care giving: A detailed comparison between dementia and non Dementia caregivers. *The Gerontologist*, 39(2),

- 177-185.
- Papastavrou, E., Kalokerinou, A., Papacostas, S. S., Tsangari, H., & Sourtzi, P. (2007). Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. *Journal Compilation*, 446-457.
- Peacock, S., Forbes, D., Markle-Reid, M., Hawranik, P., Morgan, D., Jansen, L., Leipart, B., & Henderson, S. (2010). The positive aspects of the caregiving journey with dementia: Using a Strengths-Based Perspective to Reveal Opportunities. *Journal of Applied Gerontology*, 29, 640 – 659.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Akaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594.
- Schoenmakers, B., Buntinx, F., & Delepeleire, J. (2010). Supporting the dementia family caregiver: The effect of home care intervention on general well-being. *Aging & Mental Health*, 14(1), 44-56.
- Scott, C. B. (2010). *Alzheimer's disease caregiver burden: Does resilience matter?* Tennessee: University of Tennessee.
- Semple, S. J. (1992). Conflict in Alzheimer's caregiving families: Its dimensions and consequences. *The Gerontologist*, 32(5), 648-655.
- Sherwood, P. R., Given, B. A., Given, C. W., Schiffman, R. F., Murman, D. L., Lovely, M., Von Eye, A., Rogers, L. R., & Remer, S. (2006). Predictors of distress in caregivers of persons with a primary malignant brain tumor. *Research in Nursing and Health*, 29(2), 105-120.
- Sorensen, S., & Conwell, Y. (2011). Issues in dementia caregiving: effects on mental and physical health, intervention strategies, and research needs. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 19(6), 491-496.
- Tremont, G. (2011). Family caregiving in dementia. *Medicine and health, Rhode Island*, 94(2), 36-38.
- Verma, S., Sayal, A., Vijayan, V. K., Rizvi, S. M., & Talwar, A. (2016). Caregiver's burden in pulmonary arterial hypertension: a clinical review. *Journal of Exercise Rehabilitation*, 12(5), 386-392.
- World Health Organization (WHO). (2011). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco*. Retrive 15 June, 2013, from http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/index.html, accessed).
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.