



บทบาทพยาบาลในการลดภาระจากการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคสมองเสื่อม

Role of Nurse in Decrease Caregiving Burden with Dementia Patients

ชาลินี สุวรรณยศ ศศ.ม* Chalinee Suvanayos M.A.*
ดาราวรรณ ติ๊ะปินตา ปร.ด.** Darawan Thapinta Ph.D.**

บทคัดย่อ

โรคสมองเสื่อม เป็นโรคที่เป็นการเจ็บป่วยชนิดเรื้อรัง มีการเสื่อมของการทำหน้าที่ต่างๆ รวมทั้งมีความรุนแรงหลายระดับ อีกทั้งยังเป็นหนึ่งสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดความรู้ความสามารถในระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยจะสูญเสียความจำ การตัดสินใจและดูแลตนเองไม่ได้ ทำให้ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา จึงพบว่าเป็นภาระค่อนข้างหนักในการดูแล ผู้ดูแลจะมีประสบการณ์ความรู้สึกเป็นภาระอยู่ในระดับสูง เนื่องจากต้องใช้เวลานานในการดูแลและใช้พลังงานอย่างต่อเนื่องซึ่งทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเองทำให้เกิดการเจ็บป่วยนอกจากนี้ภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมยังส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตและจิตใจคือการสูญเสียรายได้ในครอบครัว เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ สูญเสียเวลาส่วนตัว เกิดความขัดแย้งในครอบครัวอันเนื่องมาจากความรู้สึกไม่ยุติธรรมรู้สึกว่าบุคคลอื่นในครอบครัวละเลยทอดทิ้งให้รับภาระหนักเพียงผู้เดียว ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ จึงควรมีความเข้าใจและมีความรู้เกี่ยวกับ ภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งจะทำให้สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลให้มีความรู้สึกเป็นภาระที่น้อยลงได้

คำสำคัญ: โรคสมองเสื่อม การลดภาระการดูแล บทบาทของพยาบาล

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, chalinee.s@cmu.ac.th

** ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



Abstract

Dementia is a disease that has to decline of functions. The severity level has many. It is also one of the main causes of disability in the end stage of life. As a result, caregivers are feeling the burden. The caregivers of dementia are mostly found to experience a sense of burden is high. Because Dementia is chronic illness. It is rather heavy burden of care. Since it takes a long time for care and energy continuously. This caregivers are no take care of themselves and it is cause illness. In addition, the caregiving burden with dementia patients are impact on lifestyle and mind is the loss of income in the family. Because the patient with dementia who cannot work normally. Wasting time and conflicts in family Due to the unjustified feeling that someone in the family to ignore the neglected burden alone. Thus, a nurse at medical personnel is to understanding and knowledge about the burden of caring for dementia patients. Nurse can help ensure that the burden is less.

Keywords: Dementia, Decreasing caregiving burden, Role of nurse

บทนำ

โรคสมองเสื่อม (Dementia) เป็นโรคเรื้อรัง และเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ รักษาไม่หาย ต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องยาวนาน มีลักษณะแบบพึ่งพา และไม่สามารถกลับคืนสู่สภาวะปกติได้ ต้องใช้เวลาในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ผู้สูงอายุที่ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแล ช่วยเหลือแบบสนับสนุนและการดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่และป้องกันความพิการที่จะเกิดขึ้นได้ ซึ่งความเจ็บป่วยหรือความบกพร่องที่เกิดขึ้นจะส่งผลทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ผู้ดูแลและชุมชนได้นอกจากนี้ยังเป็นการเจ็บป่วยที่รักษาไม่หายขาด ต้องการการฟื้นฟูสภาพและการดูแลเป็นระยะเวลายาวนาน ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม ทำให้ผู้ป่วยด้วยโรคนี้ส่วนใหญ่ จึงมีลักษณะของการเป็นผู้พึ่งพา ที่ต้องการได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น โดยเฉพาะผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่คือผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว (family caregiver or informal caregiver or unpaid caregiver) ที่จะต้องรับบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบหลักที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้น ในการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคนี้ ที่มีบุคลากรทางสุขภาพจะต้องตระหนักถึงการดูแลที่ครอบคลุมถึงการดูแลที่ให้แก่ผู้ดูแล

ด้วย ดังนั้นการที่ทีมบุคลากรสุขภาพมีความรู้เกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจึงมีความจำเป็น เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพการณ์ที่แท้จริงของผู้ดูแล ทำให้สามารถประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ดูแล และให้ความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม ซึ่งในบทความนี้จะได้กล่าวถึงโรคและระดับความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม ภาวะ ปัจจัยและผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม รวมทั้งบทบาทของพยาบาล และปัญหา รวมถึงข้อเสนอแนะในการช่วยลดภาระดูแลผู้ดูแลโรคสมองเสื่อม

โรคสมองเสื่อม

โรคสมองเสื่อม (Dementia) หมายถึง อาการผิดปกติทางด้านความจำร่วมกับความผิดปกติของสติสัมปชัญญะและพฤติกรรมทางปัญญา (cognitive function) อย่างน้อย 1 ชนิดต่อไปนี้ ภาษา (language) ภาวะเสียการรู้การปฏิบัติ (apraxia) ภาวะเสียการระลึก (agnosia) การตัดสินใจ การบริหารงานเสีย (executive function) โดยที่มีการสูญเสียกิจกรรมทางสังคมหรือการทำงานจากระดับเดิม ทั้งนี้ไม่ได้เกิดจากการเพ้อ (delirium) หรือสาเหตุอื่นทางการแพทย์ ซึ่งมีสาเหตุจาก



ภาวะผิดปกติทางร่างกายหรือจากสารเคมีบางอย่าง หรือจากหลายสาเหตุร่วมกัน (Laytrakul and Sukanniy, 2015). นอกจากนี้โรคสมองเสื่อม จัดว่าเป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาทอันเป็นผลจากเซลล์สมองถูกทำลายอย่างช้า ๆ และต่อเนื่อง (Alzheimer's Association, 2016) ทำให้มีความบกพร่องหลายด้าน อาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงจนเป็นอุปสรรคในการทำงานและการใช้ชีวิตในสังคม โดยผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรกของโรคนี้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรขั้นสูง (Instrumental activities of daily living : IADLs) จะเสียไปก่อน ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Basic activities of daily living :ADLs) จะเสียในระยะท้ายๆของโรค (American Psychiatric Association, 2005) ทั้งนี้โรคสมองเสื่อมจะพบได้มากในวัยสูงอายุและจำเป็นต้องได้รับการดูแล และช่วยเหลือเพื่อให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ป้องกันความพิการ และความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

โรคสมองเสื่อมจัดว่าเป็นปัญหาที่สำคัญของประชากรผู้สูงอายุ และเป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และการสาธารณสุขในปัจจุบัน พบว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมจะมีจำนวนมากขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นด้วย โดยมีการประมาณว่า ปี ค.ศ. 2000 มีผู้ป่วยสมองเสื่อมทั่วโลก 25 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นเป็น 63 และ 114 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2030 และ 2050 ตามลำดับ (Ferri, et al., 2005) ซึ่งโรคสมองเสื่อมนั้น ส่งผลกระทบต่อทั่วโลกต่อค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมเป็นจำนวน 315.4 ล้านดอลลาร์ ในปี ค.ศ. 2005 และเพิ่มเป็น 421.6 ล้านดอลลาร์ ในปี ค.ศ. 2009 (Wimo, Winblad & Jonnson, 2010)

โรคนี้นับมากในผู้สูงอายุทั่วโลก ซึ่งทั่วโลกก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ รวมทั้งประเทศไทยซึ่งคาดว่า จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเมื่อ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยมีผู้สูงอายุร้อยละ 10.2 และคาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยจะมีจำนวนสูงขึ้นเรื่อยๆ และเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเพิ่มจาก 1.5 ล้านคน เมื่อปี พ.ศ.2503

เป็นประมาณ 7.4 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2551และคาดว่า จะเพิ่มถึง 17.7 ล้านคน ในปี พ.ศ.2573 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2553) และความชุกของสภาวะสมองเสื่อมในปี พ.ศ. 2548 อยู่ที่ 229,100 คน และจะเพิ่มเป็น 450,200 คน ในอีก 20 ปีข้างหน้า ก่อนจะเป็นมากกว่าล้านคนในอีก 50 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุไทยจะมีโรคประจำตัวและโรคเรื้อรังมากขึ้น โดยพบโรคเรื้อรังร้อยละ 72-80 ของจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยพบได้ตั้งแต้อายุละ 2-10 ของประชากรผู้สูงอายุ และพบว่าอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมจะสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (Krairit and Chansirikanjana, 2009). โดยมีการวิจัยสำรวจปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ. 2551 พบว่า มีผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 10,683 ราย เป็นผู้สูงอายุชายร้อยละ 39.9 ผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 60.1 และร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุสมองเสื่อมต้องมารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาล (Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGR), 2010) และความชุกโรคสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้น เมื่อมีอายุมากขึ้นและพบมากในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Institute Of Geriatric Medicine, 2000) สรุปคือประชากรผู้สูงอายุมากขึ้น จะมีโอกาสเป็นโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นตามการศึกษาของไกรฤทธิ และ ฉันทศิริกาญจน์. (Krairit and Chansirikanjana, 2009)

ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะมีปัญหาทางด้านพฤติกรรมและจิตใจ และปัญหาที่พบมากที่สุดได้แก่ การทำสิ่งต่างๆ โดยไม่มีจุดหมาย ส่วนใหญ่พบว่ามีความบกพร่องในการดูแลตนเอง จึงควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้ดูแล (Caregiver) ต่อเนื่องซึ่งอาจถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่างๆ ทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลปฏิบัติกิจกรรมอย่างเดิมทุกวัน เป็นงานที่ต้องทำเต็มเวลาตลอดทั้งวัน จากภาวะความรับผิดชอบที่ต้องให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเข้าสังคม ถูกตัดขาดออกจากโลกภายนอกเกือบทั้งหมด (Sittaroen, 2000) ผู้ดูแลไม่สามารถที่จะมีสัมพันธ์หากับคนอื่นได้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณเองมีชีวิตที่ไม่ดี ขณะ



เดียวกันก็รู้สึกผิดที่ตนเองเกิดความรู้สึกเช่นนี้ ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้ความอดทนอย่างสูงในการควบคุมอารมณ์ของตนเอง (Bunnak, 2000) และเนื่องจากการที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรที่ให้การดูแลบิดามารดา ที่ในสังคมไทยมีค่านิยมในการตอบแทนบุญการทำให้ผู้ดูแลเกิดความขัดแย้งในใจ ความคับข้องใจที่ไม่สามารถทำในสิ่งที่ตนเองต้องการ น้อยใจกับสภาพชีวิตของตนเอง และมีความรู้สึกผิด เมื่อตนเองแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดในการดำเนินชีวิต ผู้ดูแลรู้สึกหนักใจ ลำบากใจ อันเนื่องมาจากต้องแบกรับภาระในการดูแล (Sommanawan, 1991) ซึ่งผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติหรือแม้กระทั่งเพื่อน ๆ นับว่ามีบทบาทสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้โดยเฉพาะขณะอยู่ที่บ้าน สุขภาพของผู้ดูแล (Caregiver's health) จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะหากผู้ดูแลเหล่านี้ไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ จนเกิดทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระต่อตนเอง (Eker and Ertan, 2000) หรือความรู้สึกเป็นภาระจากการดูแล (Caregiving burden)

จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมมีการดูแลอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 68.02 และในประเทศไทย มีการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.7 มีอายุเฉลี่ย 49.4 ปี มีการดูแลอยู่ในระดับระดับน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 68.9 (Rakkhamnuan and Lueboonthavatchai, 2012) และจากการศึกษาของพาวูฒิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง (2556) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80.3 มีอายุเฉลี่ย 50.8 ปี และพบว่าผู้ดูแลมีภาระการดูแลด้านเวลามากที่สุด รองลงมาคือด้านร่างกาย พัฒนาการ สังคมและอารมณ์ จากสภาพปัญหาดังกล่าว จะพบว่าโรคสมองเสื่อมจะส่งผลกระทบทำให้ผู้ดูแลเกิดความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจตามมา รวมทั้งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต แก่ทั้งตัวผู้ป่วยเอง ผู้ดูแลและสังคมเป็นอย่างมาก (Mekawichai and Saetang, 2013; Rakkhamnuan and Lueboonthavatchai, 2012).

ภาระจากการเป็นผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม

ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม จะเกิดความรู้สึกเป็นภาระมากกว่าโรคอื่น ๆ แต่ทั้งนี้ ภาระไม่ได้เกิดกับผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมทุกคน การเกิดภาระนั้นจะมีปัจจัยต่างๆของผู้ดูแลเข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้การเกิดภาระของผู้ดูแลแต่ละคนมีความแตกต่างกัน

ภาระ (burden) หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับอารมณ์ สุขภาพกาย ชีวิตในสังคมและเศรษฐกิจ ที่ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย (Zarit, 2008) ทั้งนี้ภาระจากการเป็นผู้ดูแล (Caregiving Burden) สามารถแบ่งเป็น 2 ด้านคือภาระเชิงปรนัย หรือ ภาระที่เป็นรูปธรรม (objective burden) และภาวะเชิงอัตนัย หรือ ภาระตามการรับรู้ (subjective burden) ดังนี้

1. ภาวะเชิงปรนัย หรือ ภาระที่เป็นรูปธรรม (objective burden) หมายถึงผลกระทบทางลบของการดูแลที่มีต่อครอบครัว ที่เกิดจากงานและกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรง เช่นความตึงเครียดทางการเงิน การเกิดปัญหาในชีวิตครอบครัว การถูกจำกัดการใช้ชีวิตในสังคมและการทำงาน รวมทั้งรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน การเข้าสังคม การพักผ่อนในยามว่างของครอบครัวและความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านด้วย (Pai and Kapur, 1981)

2. ภาวะเชิงอัตนัย หรือภาระตามการรับรู้ (subjective burden) หมายถึง ปฏิภาณทางอารมณ์ที่มีต่อการให้ประสบการณ์การดูแลภายในตัวผู้ดูแลเอง และส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจของผู้ดูแล เช่น ความรู้สึกสูญเสีย ความกลัว วิตกกังวลและความลำบากใจ (embarrassment) (Pai and Kapur, 1981)

ปัจจัยที่มีผลต่อภาระจากการเป็นผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม

การให้การช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมนั้น การทำความเข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม นั้นมีความสำคัญ เพราะจะทำให้เข้าใจถึงสาเหตุเกิดภาระและปัจจัยที่สามารถช่วยเหลือเพื่อลดภาระผู้ดูแลได้ ดังนั้นปัจจัยที่มีผลต่อภาระจากการเป็นผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมมีดังนี้



1. ปัจจัยที่ได้มาจากแนวคิดทฤษฎีที่ ซาริต (Zarit , 2008) ซึ่งซาริตได้อธิบายไว้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาระจากการเป็นผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม นั้นแบ่งเป็น 2 ด้านคือ

1.1 ด้านผู้ดูแล ได้แก่ ความแตกต่างระหว่างบุคคลในการรับรู้หรือเผชิญปัญหา ทักษะการดูแลผู้ป่วย ความรู้ที่ถูกต้องของผู้ดูแลในเรื่องโรคของผู้ป่วย การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ

1.2 ด้านผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ได้แก่ พฤติกรรมและอาการของผู้ป่วยรวมทั้ง ความยาวนานและความรุนแรงของผู้ป่วยสรุปได้ว่าปัจจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมของซาริต (Zarit , 2008) มี 2 ด้านคือด้านผู้ดูแลและด้านผู้ป่วย

2. ปัจจัยที่ได้มาจากแนวคิดรูปแบบของเพอร์ลิน (The Pearlin Stress Model) โดยรูปแบบนี้ได้กล่าวถึงความเครียดและภาระของการให้การดูแลส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลได้อย่างไร (Pearlin, Mullan, Sample & Akaff, 1990) โดยรูปแบบของเพอร์ลิน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแล (caregiving burden) ประกอบด้วย 4 อย่างคือ 1) ปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและทางสังคม (Socio-demographic factors) คือข้อมูลพื้นฐานทั่วไปเกี่ยวกับผู้ดูแล ซึ่งได้แก่อายุผู้ดูแล เพศ เชื้อชาติและการจัดการกับชีวิต นอกจากนี้ยังรวมถึงสภาพการทำงาน และระดับการศึกษาของผู้ดูแลด้วย โดยข้อมูลด้านนี้สามารถที่จะนำไปใช้เพราะว่า เป็นบริบทของภาระ ที่บ่อยมากที่พบว่าเป็นผลของเพศและเชื้อชาติด้วย 2) ตัวกระตุ้นความเครียด (Stressors) ซึ่งเป็นประสบการณ์ของการให้การดูแล ซึ่งเป็นปัญหาและสามารถที่จะป้องกันความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลได้ โดยตัวกระตุ้นความเครียดอาจมาจากเป็นทั้งขั้นปฐมภูมิ (primary stressors) และทุติยภูมิ (secondary stressors) โดยตัวกระตุ้นความเครียดขั้นปฐมภูมิ เป็นตัวชีวิตที่เป็นรูปธรรมเช่น ปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งตัวกระตุ้นความเครียดขั้นนี้ จะไม่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับการให้การดูแลผู้เจ็บป่วย แต่จะมีอิทธิพลต่อภาระการดูแล ส่วนตัวกระตุ้นความเครียดขั้นทุติยภูมิ จะเกี่ยวข้องกั

บบทบาทและกิจกรรมภายนอกสถานการณ์การให้การดูแล เช่นบทบาทการเป็นภรรยา พ่อแม่ หรือการที่ต้องรับผิดชอบงาน ที่ต้องใช้พลังงานมากเป็นพิเศษ เพื่อที่จะเพิ่มการดูแลตามผู้ป่วยต้องการ 3) ตัวจัดการ (Mediator) เป็นตัวแปรที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงถึงความแข็งแกร่งหรือ ส่งผลกระทบต่อตัวกระตุ้นความเครียด ซึ่งจะอธิบายได้ถึงว่าบุคคลที่เจอกับ สถานการณ์ที่เหมือนกัน จึงมีปฏิกิริยาตอบสนองที่ต่างกัน ซึ่งเป็นกลไกการเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคมทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการ และ 4) ผลลัพธ์ (Outcomes) เป็นการเปลี่ยนแปลงในด้านสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลของผลกระทบของตัวกระตุ้นความเครียด ผลลัพธ์นั้นรวมถึง ภาระ (burden) ภาวะซึมเศร้า (depression) และสุขภาพทางกาย (physical health) (Pearlin, et al, 1990).

โดยสรุป ปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมตามแนวคิดของซาริต (Zarit, 2008) มีอยู่ 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยด้านผู้ดูแลและปัจจัยด้านผู้ป่วย ส่วนแนวคิดของเพอร์ลินพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาระ คือปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและทางสังคม ตัวกระตุ้นความเครียด ตัวจัดการ และผลลัพธ์ที่ตามมา อย่างไรก็ตามทั้ง 2 แนวคิด ปัจจัยหลักที่ต้องพิจารณาคือผู้ดูแลและผู้ป่วย ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ทั้งนี้โรคสมองเสื่อมจัดว่าเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาอันยาวนาน จึงเกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่างๆทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจสังคม ส่งผลถึงการยากลำบาก และภาระการดูแล (caregiver burden) ดังนั้นการทำให้เข้าใจเกี่ยวกับคุณลักษณะและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระผู้ดูแลนั้น จะ นำไปสู่การช่วยเหลือผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสมต่อไป

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการลดภาระจากการดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม (Role of Nurse in Decrease Caregiving Burden with Dementia Patients)

การพยาบาลที่มีคุณภาพนับเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับการดูแลผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม เพื่อให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี บรรเทาความทุกข์ ลดความ



รู้สึกเป็นภาระ จากการทำต้องดูแลผู้ป่วย การให้การสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลเป็นการที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับปัญหาในการดูแลต่างๆได้ การพยาบาลเพื่อลดภาระจากการดูแล มีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งปัจจัยต่างๆที่สำคัญคือ ทักษะคติ (Attitude) เกี่ยวกับการดูแล (Caring) ซึ่งทัศนคติของพยาบาลที่จะให้การดูแลอย่างมีคุณภาพ ประกอบด้วยการรับรู้และการเข้าใจอย่างร่วมความรู้สึก (empathy) ให้การยอมรับนับถือการเป็นบุคคล (respect) และการยอมรับถึงปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรดูแล ส่วนการดูแลนั้นควรเน้นการดูแลแบบองค์รวม มีทักษะการสื่อสารที่ดีเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและสามารถดูแลผู้ที่เป็โรคสมองเสื่อมได้อย่างมีคุณภาพ พยาบาลควรต้องมีการวางแผนการพยาบาลที่ดี โดยอาศัยการร่วมมือกันระหว่างผู้ดูแลและบุคลากรสหวิชาชีพ มีการประเมินผลและ มีความต่อเนื่องของการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลด้วย

เป้าหมายในการให้การพยาบาล คือ เพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระจากการดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม โดยการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถปรับตัวในการดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมได้

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการลดภาระจากการดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม

พยาบาลมีบทบาทและหน้าที่หลายด้าน เพื่อให้การพยาบาลดูแลได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียด มีความรู้สึกเป็นภาระลดลง มีการปรับตัวดีและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ดังมีรายละเอียดดังนี้ (Boonrayong, 1998; Churaitatsanee, 2018; Siritpakron, 2017; Vacaloris, 2015)

1. บทบาทสนับสนุนการดูแลทางด้านร่างกาย

ในกรณีที่ผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม มีความบกพร่องทางร่างกาย ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ผู้ดูแลจะช่วยเหลือกิจกรรม หรือการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ของผู้ป่วยตามความเหมาะสม โดยมีบทบาทหน้าที่เป็นผู้สอนและให้คำแนะนำ (Teacher & Educator) แก่ผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยตามปัญหาและ

ความต้องการของผู้ดูแลต่างๆดังนี้

1) การให้ความรู้ในเรื่องการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน เมื่อผู้ป่วยมีอาการมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีปัญหาในการตัดสินใจ ละเลยในการดูแลความสะอาดส่วนตัว ใส่เสื้อผ้าไม่ถูก ใส่รองเท้ากลับข้าง มีความยากลำบากในการไปห้องน้ำ ถ้าไม่มีผู้ช่วยเหลือ บางรายจะมีปัสสาวะ อุจจาระราด และในระยะสุดท้ายของโรค ผู้ป่วยจะมีอาการมากจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงเป็นหน้าที่ผู้ดูแลที่ต้องพยายามกระตุ้นหรือให้โอกาสแก่ผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตัวเองตามความสามารถที่มีอยู่ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้และนานที่สุด หากไม่ได้รับการช่วยเหลือจะส่งผลให้เกิดปัญหาและเป็นการภาระของผู้ดูแล

2) การจัดการเกี่ยวกับปัญหาทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม โดยพยาบาลควรฝึกทักษะการจัดการปัญหาต่างๆ เช่น ผู้ป่วยก้าวร้าว กล่าวหาว่าผู้อื่นขโมยของ พฤติกรรมซ่อนของ พฤติกรรมเดินพลัดหลง ทั้งนี้เพื่อป้องกันหรือลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล

3) การจัดการเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการหลงลืม ดังนั้นพยาบาลควรสอนวิธีการกระตุ้นความจำของผู้ป่วย เช่นการจัดสิ่งของในบ้านให้อยู่ที่เดิมเสมอเพื่อความเป็ระเบียบและง่ายต่อการค้นหาสิ่งของที่ผู้ป่วยใช้บ่อยๆ ในตอนกลางคืนควรเปิดไฟให้สว่างเพียงพอเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ รวมทั้งการติดภาพบุคคลในครอบครัวเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนความจำของผู้ป่วย

2. บทบาทการดูแลด้านจิตใจ (Psychological care)

จากการที่ผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม มีภาวะการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ทำให้ผู้ดูแลต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง ตลอดเวลา เป็นระยะเวลายาวนาน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความกลัว เครียด ท้อแท้ วิตกกังวล สิ้นหวัง ไร้ค่า และรู้สึกเป็นภาระ ผู้ดูแลมีความต้องการการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์มากขึ้น เพื่อช่วยบรรเทาอารมณ์และความเครียดต่างๆ ที่เกิดขึ้น และส่งเสริมการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ พยาบาลมีบทบาทในการช่วยให้ผู้ดูแลได้มีเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของตนเอง สามารถจัดการกับ



ความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทการดูแลด้านจิตใจดังนี้

2.1 สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี ใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดเพื่อผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ โดยการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แสดงความรู้สึก พุดระบายสิ่งที่คับข้องใจ ความกลัวใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่เกิดขึ้น ในช่วงนี้การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การดำเนินของโรคและแผนการรักษา เป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญที่ผู้ดูแลต้องการ พยาบาลต้องใส่ใจกับความรู้สึกของผู้ดูแล และแสดงความเข้าใจอย่างร่วมความรู้สึก (empathy) ให้การยอมรับและนับถือการเป็นบุคคล (respect) ให้การสนับสนุน เป็นกำลังใจ ให้ผู้ดูแลสามารถยอมรับ และมีความเข้มแข็ง ที่จะเผชิญเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้

2.2 เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถามปัญหา พุดคุยถึงความต้องการ การเตรียมตัวเผชิญกับความตาย สนับสนุนให้ ผู้ป่วยพุดคุยแสดงความรู้สึกกับครอบครัวหรือบุคคล ที่ไว้วางใจ

2.3 ให้ข้อมูลในสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการ เช่นการดำเนินของโรค การรักษาและการดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม

2.4 สนับสนุนให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ ช่วยเหลือให้ปรับตัวกับความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งการที่พยาบาล จะให้การช่วยเหลือสนับสนุนด้านจิตใจได้นั้น พยาบาล ต้องมีเวลาให้กับผู้ดูแลในเวลาผู้ดูแลต้องการ รับฟังและให้การดูแลตอบสนองตามความต้องการของผู้ดูแลได้

2.5 ให้การปรึกษา (Counseling) ทั้งทางตรงและทางโทรศัพท์ เมื่อผู้ดูแลมีปัญหาความไม่สบายใจ เกิดความเครียด ความยุ่งยากใจหรือปัญหาต่างๆที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย

3. บทบาทการดูแลด้านสังคม (Social care)

การช่วยเหลือดูแลด้านสังคมในผู้ดูแล ต้องทำให้ผู้ดูแลเชื่อว่า มีบุคคลให้ความเข้าใจ เอาใจใส่ ให้กำลังใจ แสดงความรัก ความผูกพัน และการเห็นคุณค่า รวมทั้งการยอมรับนับถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยผู้ที่การช่วยเหลือทางสังคมแก่ผู้ดูแลได้แก่คนในครอบครัว ญาติ เพื่อน รวมทั้งบุคลากรทางสุขภาพต่างๆ ทั้งนี้พยาบาลจะ

ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน (Collaborator) การทำงานระหว่างสหวิชาชีพในการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมเพื่อคงไว้ซึ่งผลประโยชน์ของผู้ดูแลผู้ที่พักได้รับดังนี้

3.1 บทบาทหน้าที่คนกลาง ในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลในครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพหรือองค์กรทางสุขภาพอื่นๆ เพื่อช่วยประสานงานในเรื่องต่างๆ และตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมเช่น การ แสวงหาแหล่งของการรักษา เลือกวิธีการรักษา และ บุคคลที่จะขอความช่วยเหลือในการดูแลได้

3.2 บทบาทการสนับสนุนทางด้าน ทรัพยากร (Instrumental Support) เป็นการให้ ความช่วยเหลือทางด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน หรือการ บริการต่างๆ ในยามที่เจ็บป่วย เช่น ค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาล การแนะนำให้พาผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมมาตรวจตามนัด การหารายได้ เพื่อช่วยบรรเทาความวิตกกังวลและลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล

4. บทบาทการดูแลด้านจิตวิญญาณ (Spiritual care)

การดูแลด้านจิตวิญญาณนับเป็นการพยาบาลที่สำคัญในการให้ดูแลผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม ก่อนเสียชีวิต เพื่อเป็นการให้การดูแลที่ครอบคลุมความต้องการของมนุษย์ที่เป็นองค์รวม การดูแลด้าน จิตวิญญาณจะช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกมีความหวัง กำลังใจ มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความหมายในชีวิต และเกิดการสงบสุขในการดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะสุดท้ายได้ พยาบาลจึงไม่ควรมองข้ามความต้องการด้านนี้ของผู้ดูแลไป และในบางครั้งผู้ดูแลเองอาจไม่ตระหนักถึงความต้องการของตนเอง ซึ่งอาการหรือพฤติกรรมที่แสดงถึงความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ มีดังนี้

4.1 ผู้ดูแลมีความกลัวกับการเผชิญกับความตายของผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม รู้สึกชีวิตไม่มีคุณค่า รู้สึกโดดเดี่ยว ขาดความมั่นใจ และรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ได้ ดังนั้นพยาบาลควรให้ผู้ดูแลมีโอกาสได้คิดทบทวนเกี่ยวกับชีวิตที่ผ่านมา ทำภาระกิจที่ค้างค้ำกับผู้ป่วยให้เสร็จสิ้นไป



4.2 ให้ผู้ดูแลได้ปฏิบัติตามกิจกรรมตามความเชื่อ เพื่อให้มีจิตใจที่สงบ ซึ่งการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณจากพยาบาล จะทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ทั้งนี้สามารถอธิบายอาการของผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมและการพยาบาลตามระยะของการเกิดโรคได้ดังนี้ (APA, 2005; Churaitatsanee, 2018; Mekawichai and Saetang, 2013; Siritpakron, 2017; WHO, 1999)

| ระยะการเกิดโรค | อาการของผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม | การพยาบาล |
|----------------------------|---|---|
| ระยะเริ่มต้น (early stage) | เป็นระยะเริ่มแรกของอาการ มีการสูญเสียความจำเล็กน้อย ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันบ้างแต่ไม่รุนแรง ผู้ป่วยยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ดูแลสุขอนามัยของตนเองได้และยังสามารถตัดสินใจเรื่องต่างๆ ได้ได้ด้วยตัวเอง แต่อาจเริ่มมีความบกพร่องในด้านการปฏิบัติหน้าที่การทำงานและด้านสังคมอย่างเด่นชัด มีอาการหลงลืมไม่มาก และมีการพร่องในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่าย และไม่เหลือเวลาแก่ผู้ป่วย | <ol style="list-style-type: none"> 1.พยาบาลควรให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลให้พาผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อการรักษาที่ถูกต้อง 2. เตรียมผู้ดูแลหลักและรอง เนื่องจากเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน เพื่อให้ผู้ดูแลได้พักผ่อน 2. แนะนำให้ความรู้แก่ผู้ดูแล เพื่อชะลอความเสื่อมของสมองของผู้ป่วย เช่น การทำกิจกรรมเพื่อกระตุ้นหรือพัฒนาสมอง 3. จัดกิจกรรมการบำบัดแบบกลุ่มหรือการบำบัดแบบครอบครัว เพื่อให้ผู้ดูแลมีทักษะและความสามารถในการดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้งพยาบาลควรเพิ่มความสามารถในการปรับตัวให้กับผู้ดูแล เพิ่มให้ผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง |
| ระยะกลาง (moderate stage) | เป็นระยะกลางของโรค โดยจะพบว่าผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง สับสนเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บกพร่องเรื่องความจำ โดยจำคนรอบข้างไม่ได้มีผลกระทบต่อการทำงานประจำวันของผู้ป่วย แต่ยังไม่รุนแรงมาก ผู้ป่วยไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ และยังสามารถเกิดอันตรายถ้าไม่มีผู้คอยดูแลใกล้ชิด | <ol style="list-style-type: none"> 1. การฝึกทักษะให้ผู้ดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน 2. เป็นระยะที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์หรือ Behavioral Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) พยาบาลจะต้องสอนผู้ดูแลถึงปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วย เช่น ซึมเศร้า การเดินแบบไร้จุดหมาย อาบน้ำไม่ได้ การหลงผิดและประสาทหลอน เป็นต้น ในระยะนี้ผู้ดูแลอาจจะมีความรู้สึกเครียดกับอาการของผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลจะต้องสอน <ol style="list-style-type: none"> 1) วิธีการจัดการกับความเครียด เช่น การฟังเพลงไปนวดคลายเครียด ทำสมาธิ อ่านหนังสือธรรมะหรือหนังสือที่ชอบ 2) พยาบาลควรต้องหาแหล่งสนับสนุนเพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลด้วย เช่น อาจแนะนำให้สมาชิกในครอบครัวจะต้องมีการช่วยเหลือกัน โดยมีคนผลัดเปลี่ยนในการดูแลผู้ป่วยและอาจหยุดพักสัก 2-3 วันก่อนกลับมาดูแลผู้ป่วยต่อ |



| ระยะการเกิดโรค | อาการของผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม | การพยาบาล |
|--------------------------------|---|---|
| ระยะอาการรุนแรง (severe stage) | เป็นระยะสุดท้ายของโรค ผู้ป่วยมีอาการมากบกร่องในการดูแล กิจวัตรของตัวเองเป็นอย่างมาก จนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีการสูญเสียความจำมาก มีอาการสับสน พูดไม่รู้เรื่อง ไม่รู้เวลาสถานที่ ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ หรืออาจมีความผิดปกติจากความพิการของระบบประสาทส่วนอื่นๆ อาจเป็นอัมพาตเคลื่อนไหวไม่ได้ จนต้องกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลตลอดเวลา | <ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมาก ผู้ป่วยอาจจะนอนติดเตียงเนื่องจากสมองถูกทำลายมาก ดังนั้นผู้ดูแลจำเป็นต้องทำกิจกรรมแทนผู้ป่วย ในระยะนี้พยาบาลจำเป็นต้องสอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลที่ถูกต้อง รวมทั้งการป้องกันการบาดเจ็บ 2. ผู้ดูแลอาจมองว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นการอยู่ตลอดเวลาที่ก็จะรู้สึกเป็นทุกข์ ดังนั้นพยาบาลควรสอนวิธีปรับความคิดใหม่ว่าเวลาที่เหลืออยู่เป็นเวลาของผู้ป่วยและของผู้ดูแลที่จะได้อยู่ร่วมกัน และให้ใช้เวลาที่เหลืออยู่นี้ให้มีความสุข ซึ่งก็คือการมองโลกในแง่ดี ดังนั้นการปรับมุมมองใหม่ ก็จะเป็นสิ่งที่จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมีพลังใจที่เข้มแข็งและมีความสุขในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น 3. ควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงในการดูแลผู้ป่วยด้วย เพื่อให้ผู้ดูแลมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย ตลอดจนการส่งเสริมให้ชุมชนมีการสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น 4. พยาบาลควรช่วยผู้ดูแล จัดหาระบบการดูแลแบบทดแทนชั่วคราว (Respite Care Center) ที่ให้บริการแก่ครอบครัวที่ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้เป็นช่วงระยะเวลาสั้นๆ ที่สามารถนำผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมมาฝากดูแลชั่วคราวได้ ก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดภาระการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้ |

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า การดูแลผู้สูงอายุผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็นเรื่องที่ค่อนข้างละเอียดอ่อนซับซ้อนและอาศัยความรู้ ความเข้าใจ อดทนและความเมตตา ต่อผู้ป่วย เนื่องจากอาการของผู้ป่วยนั้น ผู้ดูแลจะ รู้สึกว่ามีความเหนื่อย ทั้งทางร่างกายที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอด ทั้งกลางวัน และกลางคืน ต้องอดนอนเพื่อดูแลผู้ป่วยที่ไม่ยอมนอน ความเหนื่อยใจกับอาการของผู้ป่วยอีกด้วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระอย่างมาก ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ

พยาบาลเป็นกลุ่มผู้ที่มีส่วนสำคัญในการช่วยผู้ดูแลเพื่อลดความรู้สึกการเป็นภาระนี้ได้

สรุป

ภาระของผู้ดูแล จัดว่าเป็นความยุ่งยากหรือเป็นปัญหาที่เกิดจากงานหรือกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรง และเป็นความรู้สึกของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีอยู่ 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยด้านผู้ดูแลและปัจจัยด้านผู้ป่วย โดย



เฉพาะปัจจัยด้านผู้ดูแลผู้ป่วยนั้น สามารถที่จะเข้าไปปรับเปลี่ยนให้เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้นโดยพยาบาล เช่นการปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ดูแล ซึ่งมีหลายวิธีดังที่กล่าวมาแล้ว

ดังนั้นหากผู้ดูแลได้รับช่วยเหลือที่เหมาะสมจากบุคลากรทีมสุขภาพแล้ว อาจทำให้ภาระการดูแลเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

- Alzheimer's Association. (2016). Alzheimer's Disease Facts and Figures. *Alzheimer's & Dementia* 2016;12(4).
- American Psychiatric Association. (2005). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (4th ed., text revision). Washington, DC: American Association.
- Bunnak, O. (2000). *Case study dementia*. In Phunthumjinda, K. Editor. *Dementia: disease or age* . 3rd edition. Bangkok: Kobfai publishing project. (In Thai)
- Boonrayong, W. (1998). *Occupational therapy for caring for the elderly dementia*. Chiang Mai: Occupational Therapy Department, Faculty of Associated Medical Sciences, Chiang Mai University. (In Thai)
- Churaitasane, S. (2018). *Caring of caregiver: Physical and mental health*. Academic articles, Continuing Education, Department of Nursing. Number 17. Nursing care for dementia patients. Siriyot Printing. (In Thai)
- Eker E, Ertan T. (2000). Behavioral and psychological symptoms of dementia in eastern and southeastern Europe and the middle east. *International Psychogeriatrics*,12:409-13.
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). (2010). *Situation of the Thai elderly 2010*. Bangkok. TQP company limited. (In Thai)
- Ferri, C. P. et al. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*, 366, 2112-2117.
- Institute Of Geriatric Medicine. (2000). *A survey of dementia in Thai elderly*. Ministry of Public Health. Nonthaburi. (In Thai)
- Krairit, O and Chansirikanjana, S. (2009). Thai health report 2009. Search from <http://www.hiso.or.th/hiso>
- Laytrakul, M and Sukanniy, P. (2015). *Psychiatry*. Ramathibodi. 4th edition. Bangkok: Department of Psychiatry , Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital , Mahidol University. (In Thai)
- Mekawichai, P and Saetang, S. (2013). Caregiver Burden among Thai Dementia Patients' Caregivers. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 58(1): 101-110. (In Thai)
- Rakkhamnuan, S and Lueboonthavatchai, P. (2012). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) and Caregiver Burden among Caregivers of Alzheimer's Dementia Patients at Department of Psychiatry, King Chulalongkorn Memorial Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 57(3): 335-346. (In Thai)



- Pai, S., & Kapur, R.L. (1981). The burden on the family of a psychiatric patient: Development of an interview schedule. *British Journal of Psychiatry*, 138, 332-335.
- Pearlin L.I., Mullan J.T., Semple & Akaff M.M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594.
- Thanaphan Sittaroen. (2000). *Alzheimer care and caregiver problem*. Bangkok: Kobfai publishing project. (In Thai)
- Siritpakron, P. (2017). *Nursing manual providing care and preparation for relatives and caregivers elderly with dementia*. Nursing Department, Siriraj Hospital Mahidol University. (In Thai)
- Sorensen S., Pinquart M., & Duberstein P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist*, 42, 356-72.
- Sommannawan, W. (1991). *A survey of family burden to caring for the demented elderly at home*. Master of Science thesis. Department of Psychiatry. Graduate School. Chulalongkorn University. (In Thai)
- Varcarolis, E.M. Halter, M.J, (2015). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach*. (7th Edition). St. Louis, Missouri: Elsevier
- Wimo A., Winblad B., & Jonnson L. (2010). The Worldwide societal costs of dementia: Estimates for 2009. *Alzheimer and Dementia*, 6, 98-103.
- World Health Organization. (2011). *Dementia: a public health priority*. United Kingdom. Retrieved from http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html
- Zarit, S.H. (2008). Diagnosis and management of caregiver burden in dementia. *Handbook of Clinical Neurology*, 89, 101-106.