

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อ การรับรู้พลังอำนาจ และการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า ตำรา เอกสารทางวิชาการ บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีเนื้อหา ดังนี้

1. ภาวะสมองเสื่อม

- 1.1 ความหมายของภาวะสมองเสื่อม
- 1.2 ระบาดวิทยาของภาวะสมองเสื่อม
- 1.3 สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม
- 1.4 พยาธิสภาพของภาวะสมองเสื่อม
- 1.5 การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม
- 1.6 อาการและการดำเนินโรคของภาวะสมองเสื่อม
- 1.7 การรักษาภาวะสมองเสื่อม

2. ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

- 2.1 ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัว
- 2.2 การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยผู้ดูแลในครอบครัว
- 2.3 ผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมต่อผู้ดูแลในครอบครัว
- 2.4 การดูแลตนเองของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

3. แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

- 3.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 3.2 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 3.4 ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

4. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน

ภาวะสมองเสื่อม

ความหมายของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและทักษะการใช้ชีวิตในสังคมลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งอยู่ในภาวะ

พึงพาผู้ดูแลมากขึ้น ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของภาวะสมองเสื่อมที่สำคัญไว้หลายท่าน ดังต่อไปนี้

American Psychiatric Association (2000) ให้ความหมายของภาวะสมองเสื่อมว่า เป็นลักษณะของกลุ่มอาการที่มีความบกพร่องของเชาวน์ปัญญาหลายด้านรวมทั้งความจำ และมีความผิดปกติด้านการใช้ภาษา การกระทำกิจกรรมที่มีเป้าหมาย การรับรู้ของการใช้ประสาทสัมผัส และการทำหน้าที่บริหารจัดการ อย่างน้อยหนึ่งด้าน อาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงจนเป็นอุปสรรคในการทำงานและการใช้ชีวิตในสังคม

กัมมันต์ พันธุมจินดา (2543) ให้ความหมายของกลุ่มอาการสมองเสื่อม ว่าเป็นอาการที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของสมองในส่วนเปลือกสมอง (Cerebral Cortex) หรือวิถีประสาทที่เกี่ยวข้อง ลักษณะของกลุ่มอาการสมองเสื่อมที่สำคัญคือ มีความผิดปกติของการทำงานของเปลือกสมองหลาย ๆ ส่วน เช่น ความจำไม่ดี อารมณ์เปลี่ยนแปลง การใช้ภาษาผิดปกติไป เนื่องจากการทำงานของเปลือกสมองเสียไปอย่างกระจัดกระจาย นอกจากนี้โดยทั่วไปแล้วกลุ่มอาการสมองเสื่อมมักจะเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ กลุ่มอาการสมองเสื่อมมักเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ ซึ่งบางครั้งจะต้องแยกจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยที่มีได้เกิดจากโรค กลุ่มอาการสมองเสื่อมอาจเกิดในผู้ป่วยอายุน้อยได้

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2551) กล่าวว่า ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากการทำงานของสมองที่เสื่อมถอยลง ทำให้เกิดความผิดปกติของเชาวน์ปัญญา (Cognitive Function) ที่มีหลายรูปแบบ เช่น การรับรู้ (Perceiving) ความจำ (Memory) จินตนาการ (Imagine) การคิด (Thinking) การใช้เหตุผล (Reasoning) และการตัดสินใจ (Judgment) มีการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพ พฤติกรรม และส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือการดำรงชีวิตประจำวัน อาการผิดปกติเหล่านี้จะดำเนินไปเรื่อย ๆ และไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ ยกเว้นภาวะสมองเสื่อมบางชนิดที่สามารถรักษาให้หายได้

Alzheimer's Association (2010) ให้ความหมายของภาวะสมองเสื่อมว่า เป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาทอันเป็นผลจากเซลล์สมองถูกทำลายอย่างช้า ๆ และต่อเนื่อง ส่งผลให้บุคคลมีการสูญเสียความจำและความผิดปกติด้านเชาวน์ปัญญาอย่างน้อย 1 ด้าน เช่น การใช้ภาษา การระบุสิ่งของ การคิด การตัดสินใจ การเคลื่อนไหว โดยที่ระดับความรู้สึกรับผิดชอบ และอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงจนเป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตในสังคม

สรุป ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง กลุ่มอาการทางระบบประสาทที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของสมองในหลาย ๆ ด้าน การดำเนินโรคมักเป็นอย่างช้า ๆ และต่อเนื่อง มีการสูญเสียความจำทั้งระยะสั้น และระยะยาว มีการตัดสินใจ บุคลิกภาพ การใช้ภาษา ทักษะในการเคลื่อนไหว การแปลความรู้สึกรับผิดชอบ โดยที่ระดับความรู้สึกรับผิดชอบ และอาการที่เกิดขึ้น จะต้อง

รุนแรงจนเป็นอุปสรรคในการใช้ชีวิตในสังคม ทั้งนี้ต้องไม่เป็นผลจากโรคทางกายและมีได้เกิดจากความผิดปกติทางจิตเวช

ระบาดวิทยาของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมพบได้น้อยมากในกลุ่มอายุน้อยกว่า 45 ปี ส่วนใหญ่พบในวัยสูงอายุ อัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นแบบทวีคูณ คือ ประมาณร้อยละ 5 – 8 ของคนที่มีอายุ 65 ปี ร้อยละ 15 – 20 ของคนที่มีอายุ 75 ปี และร้อยละ 25 – 50 ของคนที่มีอายุ 85 ปี ขึ้นไป (Rabins, Glacker, Rovner, Rummans, Schneider, Tariot, & Blass, 2007) ในประเทศไทยมีการศึกษาทางระบาดวิทยาโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสมาคมประสาทแห่งประเทศไทย และสถาบันวิชาการทางการแพทย์ในกรุงเทพมหานคร ในปี 2543 ซึ่งทำการศึกษาทั่วประเทศทั้ง 4 ภาค 23 จังหวัด พบความชุกของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 11.40 เพศหญิงเป็นมากกว่าเพศชาย คือ ร้อยละ 13.90 ส่วนชายเป็นร้อยละ 8.00 ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างคนไทยที่อ่านออกเขียนได้กับคนไทยที่อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ค่าเฉลี่ยอายุของภาวะสมองเสื่อมในคนไทยที่ 68.81 ปี สำหรับชายและ 68.67 ปี สำหรับหญิง (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2551)

การศึกษาภาวะสมองเสื่อมในต่างประเทศทั้งในยุโรป และอเมริกาพบอัตราการเกิด ซึ่งมักจะได้อัตราที่สูงกว่านี้มาก เนื่องจากประชากรของประเทศเหล่านั้นมีอายุยืนยาวกว่าประชากรเอเชีย และประเทศไทย ทำให้โอกาสเกิดกลุ่มอาการสมองเสื่อม และโรคอัลไซเมอร์สูงกว่า

สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม

การจำแนกสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม มีดังนี้

1. การจำแนกตามสาเหตุพยาธิสภาพ วิธีการรักษา และการป้องกัน แบ่งออกเป็นสองกลุ่มใหญ่ ๆ ดังต่อไปนี้ (วันดี โภคะกุล และจิตินภา วาณิชโรตม์, ม.ป.ป, หน้า 13-14)

1.1 Primary Dementia พยาธิสภาพที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม เกิดขึ้นจากการเสื่อมสลายของเซลล์ประสาท ในอดีตที่ผ่านมาโรคในกลุ่มนี้มักไม่ทราบสาเหตุ จึงไม่สามารถที่จะทำการรักษาให้หายขาด หรือป้องกันได้ จึงเรียกกลุ่มอาการสมองเสื่อมกลุ่มนี้ว่า ภาวะสมองเสื่อมชนิดที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (Non – Treatable Dementia) พบมากประมาณร้อยละ 60 – 70 ของกลุ่มอาการสมองเสื่อมทั้งหมด และมักพบมากในผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ โรคที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการสมองเสื่อม ได้แก่ Dementia of Alzheimers Type (Alzheimer’s disease) ทั้งชนิด Presenile Dementia และ Senile Dementia, Pick’s disease, Huntington’s chorea, Dementia in Parkinson’s disease, Dementia in Wilson’s disease, Dementia in Spinocerebellar Degeneration, Dementia in Down’s syndrome และ Dementia in Supranuclear Palsy

1.2 Secondary Dementia หมายถึง กลุ่มอาการสมองเสื่อมที่มีต้นเหตุมาจากความบกพร่องในส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย ที่มีผลกระทบต่อสมอง เช่น การติดเชื้อ การได้รับสารพิษ ภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มโรคนี้ มักจะมีอาการดีขึ้น หรือสามารถรักษาและป้องกันได้ จึงเรียกผู้ป่วยสมองเสื่อมกลุ่มนี้ว่า เป็นกลุ่มอาการสมองเสื่อมที่สามารถบำบัดรักษาได้ (Treatable Dementia) โรคที่ทำให้เกิดอาการสมองเสื่อมกลุ่มนี้ ได้แก่ Multi – Infarct Dementia, Alcoholic Dementia, Hydrocephalic Dementia, Infections Dementia, Creutzfeldt – Jakob Disease เป็น Slow Virus, AIDS มีสาเหตุมาจาก Virus, Cysticercosis (ตัวอ่อนของพยาธิตัวตืดหมูที่ฝังตัวอยู่ในสมอง), Syphilis (ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัจจุบันพบน้อยมาก), Fungal Meningitis (Cryptococcal Meningitis), Bacterial Meningitis (Tuberculosis Meningitis), Traumatic Dementia, Intracranial Mass Lesion, Toxic Dementia, Nutritional Dementia (การขาดอาหาร โดยเฉพาะกลุ่มวิตามินบี ได้แก่ วิตามิน B1, B12, Niacin และ Folate), Endocrine Dementia และ Metabolic Dementia and Systemic Disease

2. จำแนกตามลักษณะทางคลินิก แบ่งเป็นสองกลุ่ม ดังต่อไปนี้ (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543, หน้า 25-26; วันดี โกะกุล และจิตินา วาณิชโรตม์, ม.ป.ป, หน้า 14-15)

2.1 Cortical Dementia กลุ่มนี้จะมีอาการคล้ายกับรอยโรคในเปลือกสมอง (Cerebral Cortex) ที่เป็นเฉพาะที่ โดยเฉพาะในระยะแรก ๆ ของโรคมักมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับการใช้ภาษา (Aphasia) ความผิดปกติในการเรียกชื่อสิ่งของ (Anomia) ความผิดปกติของการรับรู้ของการใช้ประสาทสัมผัส (Agnosia) ความผิดปกติของการกระทำกิจกรรมที่มีเป้าหมาย (Apraxia) ความจำเสื่อมทั้งการเรียนรู้ใหม่ ๆ และความจำในอดีต มีความผิดปกติเกี่ยวกับการจำทิศทางและความสามารถในการทำงาน ไม่สามารถวาดภาพสามมิติจากตัวอย่าง ไม่สามารถต่อภาพตามแบบที่กำหนดให้ การแต่งตัวเสียไป ไม่สามารถจดจำสิ่งแวดล้อมหรือปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม บางครั้งอาจจะรับอารมณ์ไม่ได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้แม้จะมีอาการดังกล่าวเด่นชัด แต่การตรวจร่างกายทั่วไปมักไม่พบสิ่งผิดปกติ ในระยะสุดท้ายของโรคอาจพบความผิดปกติของความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหว เดินลำบาก พูดไม่ชัดหรือพูดไม่ได้ และความผิดปกติอื่น ๆ ทางระบบประสาท โรคในกลุ่มนี้ ได้แก่ Alzheimer's Disease และ Pick's Disease

2.2 Subcortical Dementia กลุ่มนี้จะมีลักษณะการสูญเสียการทำงานของเปลือกสมองที่ค่อนข้างกระจัดกระจาย และไม่รุนแรงเท่าในสมองเสื่อมชนิด Cortical ส่วนใหญ่มักจะมีการกระทำที่เชื่องช้าลง มีการเสื่อมของความเฉลียวฉลาด ความตั้งใจลดลง หลงลืม อารมณ์เปลี่ยนแปลง ซึ่งลักษณะที่พบบ่อย คือ อาการซึมเศร้า (Depression) ขาดแรงกระตุ้นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลักษณะเด่นของสมองเสื่อมชนิดนี้ คือ ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบการเคลื่อนไหว ซึ่งมักจะตรวจ

พบในระยะแรก ๆ ของโรค เช่น การเคลื่อนไหวช้าลง (Bradykinesia) พูดช้าลง (Slowing of Speech) พูดไม่ชัด (Dysarthria) และมีการเคลื่อนไหวผิดปกติ เช่น การเคลื่อนไหวบิดไปมาโดยควบคุมไม่ได้ (Choreoathetosis) หรืออาจมีความผิดปกติอื่น ๆ ทางระบบประสาท โรคในกลุ่มนี้ ได้แก่ Parkinson's Disease, Wilson's Disease, Huntington's Disease และ Hydrocephalus เป็นต้น

พยาธิสภาพของภาวะสมองเสื่อม

นักวิทยาศาสตร์ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของกลุ่มอาการสมองเสื่อม แต่มีการศึกษาถึงสิ่งที่เกี่ยวข้องเพื่อที่จะเข้าใจถึงกระบวนการเกิดโรค นำไปสู่การคิดหาแนวทางการป้องกัน การวินิจฉัย รวมทั้งการรักษาในอนาคต ซึ่งสิ่งที่เกี่ยวข้อง มีดังต่อไปนี้ (Alzheimer's Disease Education and Referral Center, 2000, pp. 11-12 อ้างถึงใน เมตตาโพธิ์กลิ่น, 2546, หน้า 54-56)

1. การตรวจวิเคราะห์พบโครงสร้างที่ผิดปกติในสมองของผู้ป่วย คือ กลุ่มก้อนโปรตีนที่เรียกว่า แอมมิลอยด์ เพลค (Amyloid Plaques) และเส้นใยของเซลล์ประสาทที่พันกัน (Neurofibrillary Tangles) กลุ่มก้อน โปรตีน แอมมิลอยด์ เพลค นี้จะก่อตัวครั้งแรกในสมองส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับความจำและความคิด การตัดสินใจ การใช้เหตุผล กลุ่มก้อนโปรตีนแอมมิลอยด์เพลคนี้ประกอบขึ้นจากการตกตะกอนของโปรตีนเบต้า แอมมิลอยด์ (Beta Amyloid) ที่ถูกสร้างจากแอมมิลอยด์ ปรีเคอร์เซอร์ โปรตีน (Amyloid Precursor Protein) หรือ เอพพี (APP) ซึ่งเป็นโปรตีนที่แทรกตัวอยู่ในเซลล์ประสาท และถูกตัดให้เล็กลงโดยเอนไซม์อย่างน้อย 3 ชนิด ได้แก่ อัลฟา ซีกรีเทส (Alpha Secretase) เบต้า ซีกรีเทส (Beta Secretase) และแกมมา ซีกรีเทส (Gamma Secretase) โดยอัลฟา ซีกรีเทส จะตัดส่วนโมเลกุลของโปรตีนที่ไม่เป็นอันตรายออกก่อน ส่วนเบต้า ซีกรีเทส และแกมมา ซีกรีเทสจะทำงานร่วมกันในการตัด แอมมิลอยด์ ปรีเคอร์เซอร์ โปรตีนสร้างเป็นโปรตีนสั้น ๆ ที่เรียกว่า เบต้าแอมมิลอยด์ ออกสู่นอกเซลล์แล้วจะรวมเข้ากับส่วนของเซลล์ประสาท และส่วนที่เป็นเซลล์ที่เลี้ยงเซลล์ประสาท (Neuroglia) เช่น ไมโครเกลีย (Microglia) ซึ่งโดยปกติทำหน้าที่จับสิ่งแปลกปลอมที่เข้าทำลายเซลล์ประสาท รวมทั้งแอสโตรไซต์ (Astrocyte) เซลล์ที่เลี้ยงอีกชนิดหนึ่งที่คอยพุงและให้อาหารแก่เซลล์ประสาทรวมกันเป็นแอมมิลอยด์ เพลคมีลักษณะไม่ละลายน้ำ พบแทรกตัวอยู่ระหว่างเซลล์ประสาท และร่างกายจะกระตุ้นการตอบสนองต่อเพลคพวกนี้โดยการทำลายเซลล์ประสาท

2. เส้นใยของเซลล์ประสาทที่พันกัน (Neurofibrillary Tangles) เป็นส่วนของโปรตีนที่เราเรียกว่า ทอ (Tau) ซึ่งมีหน้าที่ยึดไมโครทิวบูล (Microtubule) เข้าด้วยกัน ในเซลล์ประสาทที่สมบูรณ์ไมโครทิวบูลจะทำหน้าที่ลำเลียงโครงสร้างของเซลล์ประสาททำให้คงรูปร่าง ช่วยในการขนส่งอาหารและสารสื่อประสาท ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีการเปลี่ยนแปลงทางเคมีในโปรตีนทอเนื่องจากการทำงานที่ผิดปกติของเอนไซม์ไซคลิน ดีเพนเดนท์ ไคเนส 5 (Cyclin-dependent Kinase

5) ทำให้โปรตีนทอคล้ายตัว บิดเป็นเกลียวพันรอบซึ่งกันและกันระหว่างโปรตีนทอ 2 เส้นและมัดตัวเองเป็นก้อนเรียกว่า แทงเกิล (Tangle) มีผลทำให้ไมโครทูบูลสลายตัวลง เซลล์ประสาทจะหดตัวและตายในที่สุด

3. การตรวจยีน (Gene) ผิดปกติในบุคคลที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นสาเหตุการเพิ่มเบต้า แอมมิลอยด์ คือ Amyloid Precursor Gene อยู่บนโครโมโซม (Chromosome) คู่ที่ 21 Presenilin 1 อยู่บนโครโมโซมคู่ที่ 14 และ Presenilin 2 อยู่บนโครโมโซมคู่ที่ 1 โดยยีนผิดปกติทั้ง 3 ชนิดดังกล่าวจะพบในผู้ที่เริ่มมีภาวะสมองเสื่อมที่อายุน้อยกว่า 65 ปี (Early Onset) ส่วน Apolipoprotein E (APOE) อยู่บนโครโมโซมคู่ที่ 19 จะพบในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อายุมากกว่า 65 ปี (Late Onset)

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมนิยมใช้หลักเกณฑ์ของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th Edition (DSM-IV) ดังนี้ (วิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552, หน้า 126; ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2551, หน้า 142)

1. การทำงานของสมองด้านเชาวน์ปัญญาบกพร่อง (Cognitive Deficits) แสดงออกทั้ง 2 ข้อ

1.1 ความจำเสื่อมลง (Memory Impairment) เป็นการเสื่อมในความสามารถที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่หรือการระลึกถึงเรื่องที่ผ่านมา

1.2 มีความผิดปกติด้านเชาวน์ปัญญา (Cognitive Disturbance) อย่างน้อย 1 ด้าน ดังนี้

1.2.1 ความผิดปกติด้านการใช้ภาษา (Aphasia) ตัวอย่างเช่น การไม่สามารถบอกชื่อสิ่งของได้

1.2.2 การสูญเสียทักษะในการทำกิจกรรม (Apraxia) โดยที่ไม่ได้เกิดจากความผิดปกติของ Motor System และ Extrapyrimal System

1.2.3 การไม่รับรู้ในสิ่งที่เคยรู้มาก่อน (Agnosia) เช่น เห็นสิ่งของแล้วไม่รู้ว่าคืออะไร เห็นหน้าคนคุ้นเคยแต่นึกหน้าไม่ออก เป็นต้น

1.2.4 ความผิดปกติในการบริหารจัดการ (Disturbance of Eexecutive Function) ได้แก่ ความผิดปกติในการวางแผนงาน (Planning) การจัดระบบงาน (Organizing) เรียงลำดับงาน (Sequencing) การคิดอย่างเป็นนามธรรม (Abstract Thinking)

2. ความบกพร่องด้านเชาวน์ปัญญาที่เกิดขึ้นในข้อ 1.1 และ 1.2 มีมากถึงกับส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางสังคมหรือการประกอบอาชีพ และมีระดับความสามารถที่ลดลงจากเดิม

3. ความผิดปกติเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป และจะทรุดลงเรื่อย ๆ
4. ความผิดปกติด้านเซาว์ปัญญา โดยไม่มีสาเหตุมาจากอาการทางระบบประสาทส่วนกลางอื่น ๆ ระบบอื่น ๆ ที่ก่อให้เกิดภาวะสมองเสื่อม หรือสารเคมีหรือยาอื่น ๆ ที่กระตุ้นให้เกิดอาการ

5. ความผิดปกติที่เกิดขึ้นไม่ได้อยู่ในขณะที่มีภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (Delirium)

6. ความผิดปกติไม่ได้มาจาก Axis I Disorder เช่น Depression หรือ Schizophrenia

นอกจากนี้ยังมีการแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบประเมิน

Clinical Dementia Rating (CDR) ซึ่งเป็นแบบประเมินอาการสมองเสื่อม ประกอบด้วย 6 หัวข้อ

ดังนี้ 1) ความจำ 2) การรับรู้เวลา และสถานที่ 3) การตัดสินใจ และการแก้ปัญหา 4) เรื่องของสังคม

5) บ้าน และงานอดิเรก 6) การดูแลตนเอง การทดสอบใช้การสัมภาษณ์พูดคุย โดยผู้ทดสอบเป็น

ผู้กำหนดคะแนนเองจากคำบอกเล่าทั้งหมด ในแต่ละหัวข้อจะแบ่งคะแนนเป็น 5 สเตล และ

ในแต่ละหัวข้อเป็นอิสระต่อกัน รายละเอียดดังแสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม (The Clinical Dementia Rating) (Morris, 1993, pp. 2412-2414)

Doman	No Dementia CDR 0	Uncertain of Deferred Idagnosis CDR 0.5	Mild Dementia CDR 1	Mild Dementia CDR 2	Severe Dementia CDR 3
Memory	ไม่มีปัญหาความจำเลยหรือ หลงลืมเล็กน้อยเป็นบางครั้ง	หลงลืมเล็กน้อยและบ่อยครั้งจดจำ เหตุการณ์ต่าง ๆ ได้บางส่วน	หลงลืมมากขึ้น, สัมเหตุการณ์ที่เพิ่ง ผ่านไปอย่างมาก, มีผลต่อกิจกรรม ในชีวิตประจำวัน	หลงลืมอย่างมาก, ความจำที่ เรียนรู้ใหม่หายไปอย่างรวดเร็ว, เหลือแต่ HIGHLY LEARNED MATERIAL	หลงลืมอย่างมาก, จำได้เป็น ส่วน ๆ ไม่ปะติดปะต่อเป็น เรื่องราว
Orientation	ปกติทุกอย่าง	เริ่มเสีย Time Relationship บ้าง, แต่ อื่น ๆ ปกติ	เสีย Time Relationship มากขึ้น, ขณะสัมภาษณ์รับรู้สถานที่ถูกต้อง แต่อาจมี Geographic disorientation ในสถานที่อื่น	เสีย Time Relationship อย่าง มาก Disoriented in Time/ To Place บ่อยครั้ง	Oriented to Person เท่านั้น
Judgement & Problem Solving	แก้ปัญหาได้ในชีวิตประจำวันได้ ทุกอย่าง จัดการธุรกิจการเงินได้, การตัดสินใจดีเท่าเดิม	การแก้ปัญหา, Similarities/ Differences เริ่มเสียเพียงเล็กน้อย	การแก้ปัญหา, Similarities/ Differences เสียปานกลางแต่ Social Judgment ยังดีอยู่	การแก้ปัญหา Similarities/ Differences เสียอย่างมาก และ Social Judgment เสียบ่อยครั้ง	ไม่สามารถตัดสินใจหรือ แก้ปัญหาอะไรได้เลย
Community Affairs	ระดับการทำหน้าที่เท่าเดิมในเรื่อง อาชีพ, ชื่อของ, ธุรกิจการเงิน, อาสาสมัครและงานสังคม	การทำหน้าที่ในเรื่องต่าง ๆ เริ่มเสีย เล็กน้อย	ทำหน้าที่ในเรื่องต่าง ๆ เองได้เลย แต่ยังเข้าร่วมบ้างโดยผู้อื่นอาจมอง ว่ายังปกติอยู่	ไม่มี Independent Function นอก บ้านเลย แต่ยังดูดีพอที่จะพา ออกไปทำกิจกรรมต่าง ๆ นอก บ้านได้	ไม่มี Independent Function นอก บ้านเลย และมีอาการแย่เกินกว่า จะพาออกไปทำกิจกรรมต่าง ๆ นอกบ้าน
Home & Hobbies	ชีวิตในบ้าน, งานอดิเรก, Intellectual Interests ยังปกติดี	ชีวิตในบ้าน, งานอดิเรก, Intellectual Interests เสียเล็กน้อย	เสียเพียงเล็กน้อย แต่เลิกทำกิจกรรม ที่สนใจและงานอดิเรกที่ยุ่งยาก และ เลิกทำงานบ้านที่ซับซ้อน	ทำได้แต่งานบ้านที่ง่าย ๆ, สนใจ สิ่งต่าง ๆ น้อยลงมาก	ไม่สามารถทำอะไรได้เลย

อาการและการดำเนินโรคของภาวะสมองเสื่อม

อาการและอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อมมักมีลักษณะของบุคลิกภาพและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลงอย่างต่อเนื่อง การดำเนินของโรคแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้ (นิตยา ภาสุนันท์, 2548, หน้า 186-187; วันดี โภคะกุล และจิตนภา วาณิชวโรดม, ม.ป.ป., หน้า 4-5; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551, หน้า 149-150; Sorrentino & Gorek, 2007, 625)

1. ระยะแรก (1-3 ปี) ผู้ป่วยมีอาการสูญเสียความจำระยะสั้น (Short Term Memory) จำเหตุการณ์เก่า ๆ ได้ดี มักจะกล่าวคำถามซ้ำซากจนผิดสังเกต เริ่มมีปัญหาในการใช้ภาษา คือ มักจะเลือกคำมาใช้พูดไม่ถูก เรียกชื่อสิ่งของไม่ถูกต้อง สับสนทิศทางโดยเฉพาะในที่ที่ไม่คุ้นเคย ความสามารถในการถ่ายทอดสิ่งที่เห็นออกมาเป็นรูปเริ่มทำไม่ค่อยได้ ยังสามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวันง่าย ๆ ได้ตามปกติ แต่กิจวัตรประจำวันที่สลับซับซ้อน (Instrumental Activities of Daily Living) เช่น การคิดบัญชีรายรับ/รายจ่าย การดูแลบ้าน การซ่อมแซมอุปกรณ์ของใช้ในบ้านอาจจะเริ่มบกพร่อง มักกล่าวโทษผู้อื่น มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย ในระยะนี้ผู้ป่วยยังมีการรับรู้ถึงความผิดปกติของตนเองอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและแยกตัวออกจากสังคมได้
2. ระยะปานกลาง (2-10 ปี) ความจำเสื่อมมากขึ้น เริ่มจำสิ่งที่ทำไปแล้วไม่ได้ เช่น การรับประทานอาหาร การขับถ่าย อาจจะจำญาติห่าง ๆ ไม่ได้ ความจำเรื่องเก่า ๆ จะค่อย ๆ เสื่อมลงหลังลงไป มักวางของผิดที่ผิดทาง การพูดจะลำบากขึ้น พูดซ้ำ ๆ ในเรื่องเดิม ๆ เริ่มมีปัญหาด้านการสื่อสาร ระยะนี้ผู้ป่วยจะช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เคยปฏิบัติได้ เช่น อาบน้ำ แต่งตัว การจัดการด้านการเงิน การใช้โทรศัพท์ ประกอบอาหารไม่ได้ หลงทิศทาง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่รับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล บุคลิกภาพและสติปัญญาเปลี่ยนแปลง อารมณ์แปรปรวนมากขึ้น ผู้ป่วยอาจเห็นภาพหลอน และหูแว่วได้
3. ระยะรุนแรง (3 – 12 ปี) เป็นระยะสุดท้ายของโรค มีการสูญเสียความจำทั้งอดีตและปัจจุบัน จำคนใกล้ชิดไม่ได้จนในที่สุดอาจไม่รู้จักรักตนเอง พูดไม่ได้ กลืนอาหารลำบาก เริ่มมีปัญหาการกลืนปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ ไม่สามารถดูแลตนเองได้ การเคลื่อนไหวผิดปกติ ผู้ป่วยอาจนอนติดเตียงแขนขาเกร็งงอ ต้องให้การดูแลทุกอย่างจนกระทั่งเสียชีวิต โดยเฉลี่ยผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 3 – 15 ปี (Landefeld et al., 2004, p. 72)

การรักษาภาวะสมองเสื่อม

แนวทางในการดูแลรักษาภาวะสมองเสื่อมแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ ดังนี้

1. การรักษาโดยการให้ยา (Pharmacological Treatment)

ปัจจุบันยาหลักที่ใช้ในการรักษาภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ยาในกลุ่ม Cholinesterase Inhibitors, NMDA Receptor Antagonist และยาอื่น ๆ มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้ (ชนศักดิ์ เทียกทอง, 2550, หน้า 37-51; Caltagirone, Bianchetti, Luca, Mecocci, Padovani, Pirfo, scapicchio, Senin, trabucchi, & Musicco, 2005, pp. 5-14; Duthie et al., 2007, pp. 329-330)

1.1 Donepezil เป็นยาในกลุ่ม Cholinesterase Inhibitors ออกฤทธิ์ยับยั้ง Enzyme Cholinesterase

ขนาดยาที่ให้ผลในการรักษา คือ 5 – 10 mg/ วัน ผลของยาทำให้การเรียนรู้ ความจำดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน และเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ในทางที่ดีขึ้น

อาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ Donepezil เป็นผลจากการที่ยาไปเพิ่ม Cholinergic Activity ที่ทางเดินอาหาร ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ตะคริว (Muscle Cramps) หัวใจเต้นช้า หมดสติชั่วคราว (Syncope) และเหนื่อยล้า (Fatigue)

1.2 Rivastigmine เป็นยาในกลุ่ม Cholinesterase Inhibitors ออกฤทธิ์ยับยั้งได้ทั้ง Acetylcholinesterase (AChE) และ Butyrylcholinesterase (BuChE)

ขนาดยาที่ให้ผลการรักษา คือ 6 – 12 mg/ วัน แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง และ Transdermal Patch 5, 10, 15 และ 20 ตารางเซนติเมตร ตามลำดับ ยามีผลทำให้การเรียนรู้ ความจำ อาการทางจิตของผู้ป่วย และการแสดงออกทางด้านพฤติกรรมดีขึ้น

อาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ Rivastigmine จะเป็นอาการทางระบบทางเดินอาหาร และเกิดขึ้นเมื่อใช้ในขนาดมากกว่า 6 mg

1.3 Galantamine เป็นยาในกลุ่ม Cholinesterase Inhibitors ออกฤทธิ์ยับยั้งอย่างจำเพาะต่อ AChE

ขนาดยาที่ให้ผลการรักษา คือ 16 – 24 mg/ วัน แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นเป็นอาการเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร

1.4 Memantine เป็นยาในกลุ่ม N-methyl-D-aspartate (NMDA) Receptor Antagonist ออกฤทธิ์ยับยั้งที่ NMDA Receptor ดังนั้น Memantine จึงสามารถป้องกันเซลล์ประสาทไม่ให้ถูกทำลาย และส่งผลให้การเรียนรู้ และความจำของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมดีขึ้น

การใช้ Memantine ร่วมกับยาในกลุ่ม Cholinesterase Inhibitors ทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาดีกว่าการใช้ยาตัวใดตัวหนึ่งเดี่ยว ๆ ขนาดยาเริ่มต้น คือ 5 mg/ วัน ถึงขนาด 10 mg วันละ 2 ครั้ง

อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ได้แก่ คลื่นไส้ เวียนศีรษะ (Dizziness) กระสับกระส่าย (Restlessness) ความคิดสับสน (Confusion) และประสาทหลอน (Hallucination)

1.5 Vitamin E เนื่องจากสาเหตุหนึ่งของการที่เซลล์ประสาทถูกทำลาย คือ การสร้างอนุมูลอิสระ และ Vitamin E มีคุณสมบัติเป็นสารต้านอนุมูลอิสระจึงน่าจะป้องกัน หรือชะลอการดำเนินไปของโรคได้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ที่ได้รับ Vitamin E จะชะลอการเสียชีวิต การสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และการเกิดอาการของโรคในขั้นรุนแรง โดยจะเห็นผลภายใน 2 ปี หลังจากเริ่มให้ Vitamin E

1.6 ยาที่ใช้รักษาปัญหาด้านพฤติกรรม และอาการทางจิตที่ผิดปกติ ได้แก่ ยาต้านอารมณ์ซึมเศร้า (Antidepressants) ยาต้านอาการทางจิต (Antipsychotics) และยาระงับชัก (Antiepileptic Drugs)

2. การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological Treatments)

การรักษาโดยไม่ใช้ยามีอยู่หลายรูปแบบ การเลือกให้เหมาะสมกับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม บิดความสามารถในการเรียนรู้ ประสบการณ์ในอดีต และความสนใจ ความชอบส่วนบุคคล มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้ (พูนศรี รังสีจิ, 2552, หน้า 8-13; Caltagirone et al., 2005, pp. 5-14; Landefeld et al., 2004, p. 70; Scott, & Barrett, 2007)

2.1 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic Exercise) ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวโดยใช้กล้ามเนื้อใหญ่ อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน ร่วมกับการออกกำลังกายเพื่อสร้างกล้ามเนื้อให้แข็งแรง (Strength Training) สามารถทำให้การแสดงออกด้านพฤติกรรม และการเรียนรู้ของผู้ป่วยดีขึ้น นอกจากนี้ยังลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัลไซเมอร์ได้อีกด้วย

2.2 การรักษาที่เน้นเกี่ยวกับการรับรู้ ได้แก่ Cognitive Training, Reality Orientation Therapy เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล รวมทั้งพฤติกรรมแสดงออกของตนเอง หรือการฝึกความจำ (Memory Training) ใช้ได้ผลในผู้ป่วยที่มีอาการสมองเสื่อมไม่มาก การได้ยิน และสายตาดี

2.3 การรักษาที่เน้นด้านอารมณ์ ได้แก่ การหวนระลึกถึงความหลัง (Reminiscence Therapy) ซึ่งเป็นการกระตุ้นความจำ และอารมณ์โดยใช้ประสบการณ์ในอดีตของผู้ป่วยด้วยการใช้อุปกรณ์ เช่น รูปภาพ ดนตรี บุคคลที่เกี่ยวข้องกับอดีตของผู้ป่วย หรือ Validation Therapy ที่พบว่าสามารถลดอาการซึมเศร้าเมื่อให้การบำบัดเป็นระยะเวลา 12 เดือน (Toseland et al., 1997 cited in Caltagirone et al., 2005)

2.4 การรักษาที่เน้นพฤติกรรม ได้แก่ การใช้ดนตรีบำบัด (Music Therapy) สามารถช่วยให้อาการก้าวร้าวขณะอาบน้ำ (Clark, Lipe, & Bilbrey, 1998 cited in Caltagirone et al., 2005) อาการงุนงง (Gerdner, 2000 cited in Caltagirone et al., 2005) และอาการเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย (Groene, 1993 cited in Caltagirone et al., 2005) ลดลงได้ หรือการใช้สมุนไพรบำบัด (Aromatherapy)

ช่วยลดอาการก้าวร้าว อาการงุนวาย และทำให้สมรรถภาพด้านร่างกายของผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวผิดปกติขึ้น (Ballard, O'Brien, Reichelt, & Perry, 2002; Holmes et al., 2002; Smallwood, Brown, Coulter, Irvine, & Coplard, 2001)

2.5 การรักษาที่เน้นผู้ดูแลและครอบครัว ได้แก่ การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง การทำกลุ่มศึกษา (Group Psychoeducation) การให้คำปรึกษา และสนับสนุนผู้ดูแลเป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่ม หรือการให้บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ สามารถลดภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลของผู้ดูแลได้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และผู้ป่วยดีขึ้น

ปัจจุบันการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุภาวะสมองเสื่อมประกอบด้วยการใช้ยาในการรักษาร่วมกับการให้การบำบัดทางการพยาบาลในรูปแบบต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นถือว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด อย่างไรก็ตามการรักษาเป็นเพียงการชะลอการดำเนินไปของโรคเท่านั้น ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการรักษาจะมีการดำเนินของโรคจนถึงระยะสุดท้ายในที่สุด

ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัว

คำว่า “ผู้ดูแล” มาจากคำภาษาอังกฤษที่พบได้บ่อย เช่น “Carer” นิยมใช้ในสหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ หรือ “Caregiver” นิยมใช้ในสหรัฐอเมริกา ส่วนในอินเดีย และประเทศอื่น ๆ ใช้คำว่า “Caretaker” ซึ่งแต่ละคำอาจมีความหมายที่เกี่ยวข้องกับลักษณะต่าง ๆ เช่น สัมพันธภาพ (คู่สมรส บุตรหลาน หรือผู้ประกอบวิชาชีพ) ระดับขอบเขตการดูแล (ผู้ดูแลหลัก หรือผู้ดูแลรอง) การใช้ชีวิต (อาศัยอยู่กับผู้ป่วย หรือแยกกันอยู่) รูปแบบการดูแล (งานประจำวัน หรือบางครั้งบางคราว) ลักษณะงาน (เป็นทางการหรือการว่าจ้าง และไม่เป็นทางการหรือไม่ได้รับค่าจ้าง) (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551, หน้า 284; O'Brien et al., 2000, p. 193) สำหรับผู้ดูแลในครอบครัว (Family Caregiver) ในประเทศไทยมีผู้ให้ความหมายที่สำคัญไว้ ดังนี้

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ว่า ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคล ที่ให้ความช่วยเหลือดูแลที่บ้าน โดยมีลักษณะสำคัญ คือ

1. ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นญาติ หรือบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตของผู้รับการดูแล ซึ่งอาจเป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง หรือเพื่อน เป็นต้น
2. ผู้รับการดูแล ต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะการเปลี่ยนแปลง หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งอารมณ์และสติปัญญา การคิดและตัดสินใจต่าง ๆ ที่มีผลทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการการดูแลและการบำบัดรักษา

ที่เฉพาะ โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นนั้นต้องได้รับการตอบสนองและการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

3. มุ่งเน้นการดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

4. สถานการณ์การให้ความช่วยเหลือดูแลที่เกิดขึ้นที่บ้าน หรือชุมชนแหล่งอาศัย

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2551) ให้ความหมายของการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวตามมุมมองของเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ ว่าเป็นการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง หรืออยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพที่แพทย์อนุญาตกลับบ้านแล้ว แต่ผู้สูงอายุยังช่วยเหลือตนเองได้น้อย จึงมีความจำเป็นที่สมาชิกในครอบครัวต้องให้การช่วยเหลือดูแลมากกว่าปกติ โดยใช้ศักยภาพของครอบครัวที่มีอยู่และความสัมพันธ์อันดีของครอบครัว รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล

สำหรับการให้ความหมายของผู้ดูแลที่จำแนกตามระดับขอบเขต ความรับผิดชอบ ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล และการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ ผู้ดูแลหลัก และผู้ดูแลรอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547, หน้า 19)

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ช่วยแต่งตัว ป้อนอาหาร หรือให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดแผล ช่วยในการขับถ่าย จัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชน หรืองานสังคม จัดการเกี่ยวกับการเดินทางไปรับการตรวจรักษา เป็นต้น หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถกระทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

สรุป ผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึง บุคคลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวโดยมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้รับการดูแล เช่น สามี ภรรยา บุตร บุตรเขย บุตรสะใภ้ หลาน หรือญาติพี่น้อง ที่ปฏิบัติหน้าที่ในการให้ความช่วยเหลือดูแลบุคคลในครอบครัวที่จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลขั้นพื้นฐานที่จำเป็นของมนุษย์ที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง อาจดำรงบทบาทผู้ดูแลหลัก หรือผู้ดูแลรองที่มีได้มุ่งเน้นการได้รับค่าตอบแทนการดูแลในรูปแบบของค่าจ้าง

การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยผู้ดูแลในครอบครัว

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยใช้ชีวิตประจำวันอยู่กับบุคคล

ภายในครอบครัว เพราะฉะนั้นผู้ดูแลหลักจึงเป็นคนในครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมควรเป็นคนที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย มีสภาพร่างกายที่สมบูรณ์ มีความรัก ความผูกพัน เป็นคนช่างสังเกต ละเอียดย้อน อดีตคน ใจเย็น เข้าใจภูมิหลังของผู้ป่วย มีความรู้ที่ครอบคลุมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมครบทุกมิติด้านสุขภาพ จึงจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดี (วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ, 2546, หน้า 10) การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ดีต้องอาศัยความร่วมมือของครอบครัวกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อรักษาหน้าที่ของสมองให้คงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไว้ได้นานที่สุด และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแล โดยการส่งเสริมสมรรถภาพด้านความจำ การรับรู้ เวลา สถานที่ บุคคลและความรู้สึกต่าง ๆ (นิตยา ภาสุนันท์, 2548, หน้า 187; ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2547, หน้า 11-12) จากการที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีปัญหาในด้านความจำที่เสื่อมลง และมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปอาจจะไม่สามารถกระทำกิจวัตรที่เคยทำได้ จึงมีคำแนะนำสำหรับผู้ดูแลถึงแนวทางในการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลางที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และกิจกรรมอื่น ๆ ดังต่อไปนี้

1. การปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมด้านร่างกาย ส่วนใหญ่จะเน้นการทำกิจกรรมการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อดำรงความมีคุณค่าในตนเอง โดยผู้ดูแลควรเป็นคนเดิม และปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละวันเหมือน ๆ เดิม การพูดกับผู้ป่วยควรใช้ถ้อยคำง่าย ๆ พูดช้า และให้เวลาผู้ป่วยในการปฏิบัติตาม ผู้ดูแลควรมีท่าที่สงบ นุ่มนวล ให้การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยหงุดหงิด หรือเหนื่อยล้า และชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำสำเร็จกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ที่มักจะมีปัญหา (นิตยา ภาสุนันท์, 2548, หน้า 190; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551, หน้า 180-186) ดังต่อไปนี้

1.1 การแต่งตัว (Dressing) ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมักจะจำไม่ได้ว่าควรเลือกสวมใส่เสื้อผ้าชุดไหนจึงจะเหมาะสมกับโอกาส จำไม่ได้ว่าควรสวมอะไรก่อนหลัง บางครั้งอาจใส่เสื้อพร้อมกันหลาย ๆ ตัวแต่ลืมใส่ชุดชั้นใน หรือใส่เสื้อกลับหน้ากลับหลัง มีปัญหาในการกลัดกระดุมเสื้อ หรืออาจสวมใส่เสื้อผ้าซ้ำ ๆ กันหลายวัน แนวทางการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมด้านการแต่งตัว สรุปได้ดังนี้

1.1.1 ให้จัดวางเสื้อผ้าตามลำดับการสวมใส่ ควรหลีกเลี่ยงเสื้อผ้าที่สวมใส่ลำบาก และยุ่งยากในการถอด ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการกลัดกระดุมเสื้ออาจเปลี่ยนจากกระดุมเป็นซิป หรือใช้วิธีการผูกด้วยผ้าแทน หลีกเลี่ยงการใช้เข็มขัดให้ใช้ยางยืดแทน สำหรับกางเกงผู้ชายให้ทำเป็นรูปตัววาย ด้านหน้าคล้ายกับกางเกงนักมวย สำหรับผู้หญิงควรเลือกใช้ชั้นในที่ติดตะขอด้านหน้า

1.1.2 อาจใช้วิธีการคะยั้นคะยอผู้ป่วยในการทำกิจกรรม ให้หลีกเลี่ยงการโต้แย้งที่สำคัญก็คือ ผู้ดูแลต้องมีความอดทน อดกลั้นมากขึ้น ต้องทำใจ เช่น กรณีเห็นผู้ป่วยใส่กางเกงซ้อนกัน 4 ตัว หรือเห็นผู้ป่วยสวมชุดนอนเข้าไปในเมือง เป็นต้น

1.2 การทำความสะอาด และการอาบน้ำ ผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจจำไม่ได้ว่าตนเองต้องชำระสิ่งสกปรก และมักจำไม่ได้ว่าควรล้างอย่างไร หรืออาจจะล้างไม่ตรงกับอวัยวะที่ต้องการ บางรายอาจเปิด - ปิด น้ำเองไม่ได้ หรือรู้สึกอายไม่ต้องการให้ผู้ดูแลมองเห็นสัดส่วนของตน อาจปฏิเสธการให้ความร่วมมือ สิ่งเหล่านี้จะก่อให้เกิดปัญหามากขึ้นหากผู้ป่วยมีปัญหาการกลืน ปัสสาวะ - อุจจาระ ไม่ได้ แนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมด้านการทำความสะอาด และการอาบน้ำ สรุปได้ดังนี้

1.2.1 ควรฝึกให้ผู้ป่วยชำระล้างสิ่งสกปรกเป็นกิจวัตร

1.2.2 ให้ใจเย็น ๆ ใช้กลวิธีการพูดเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกพึงพอใจ ผู้ป่วยบางรายอาจต่อต้านคำว่า “อาบน้ำ” แนะนำให้ใช้วิธีการชักชวนด้วยคำพูดอื่น ๆ

1.2.3 อาจใช้น้ำอุ่น หรือสบู่ที่มีกลิ่นหอมขณะทำความสะอาด

1.2.4 แนะนำให้ผู้ดูแลบอกผู้ป่วยทีละขั้นตอน หรือทำความสะอาดไปพร้อม ๆ กับผู้ป่วย หรืออาจต้องแปร่งฟันให้ดูเป็นตัวอย่าง

1.2.5 ปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ในห้องน้ำให้สะดวกในการใช้งาน เช่น ใช้ก้อนน้ำที่เปิดง่าย วางสบู่ไว้ที่มองเห็น และหยิบง่าย

1.2.6 ให้ช่วยผู้ป่วยทำกิจกรรมตามความจำเป็นและควรตรวจตราเพื่อป้องกันอุบัติเหตุและการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้น

1.2.7 การบ่นหรือว่ากล่าวผู้ป่วยในรายที่กลืนปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอับอาย และอาจปิดบังไม่ยอมทำความสะอาดต่อไป

1.2.8 ปัญหาอาจเพิ่มมากขึ้นในรายที่ผู้ป่วยตัวใหญ่ มีน้ำหนักมาก จำเป็นต้องมีการยกตัว ดังนั้นจึงควรมีราวจับเพื่อช่วยในการพยุงตัว และควรมีคนอยู่ด้วยตลอดเวลา

1.3 การเข้าห้องน้ำ ผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจลืมว่าต้องเข้าไปขับถ่ายในห้องน้ำ อาจลืมนำไปห้องน้ำอย่างไร ไปทางไหน หรืออยู่ตรงไหน อาจสับสนหาทางไปห้องน้ำไม่เจอในเวลากลางคืน แม้จะอยู่ในบ้านของตนเอง อาจมีปัญหาในการถอดกางเกงหรือกระโปรงไม่ทัน เข้าใจผิดคิดว่าอ่างล้างมือเป็นโถส้วม ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาการกลืนปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้ ทำให้เกิดปัสสาวะ อุจจาระราด หรือท้องผูกได้ แนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมด้านการเข้าห้องน้ำสรุปได้ดังนี้

1.3.1 ควรเตือนผู้ป่วยให้ไปห้องน้ำ หรือพาไปห้องน้ำเป็นระยะ ๆ อย่างสม่ำเสมอ

1.3.2 ติดป้ายห้องน้ำ หรือทาสีประตูห้องน้ำให้สดใส

1.3.3 ให้ผู้ป่วยสวมใส่เสื้อผ้าที่ถอดง่าย

1.3.4 ควรพาผู้ป่วยไปเข้าห้องน้ำก่อนผู้ป่วยเข้านอน

1.3.5 เปิดไฟดวงเล็ก ๆ ทิ้งไว้ หรือติดเทปสีสะท้อนแสงตามทางเดินไปห้องน้ำ

1.3.6 อาจจัดให้มีกระโถน หรือโถปัสสาวะข้างเตียง (กรณีไม่มีห้องน้ำในห้องนอน)

1.4 การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยสมองเสื่อมมักจะลืมว่าตนเองรับประทานอาหารไปแล้วหรือยัง บางรายอาจบอกว่าไม่รับประทานอาหารเพราะเพิ่งรับประทานอาหารอิ่ม แต่บางรายอาจขอรับประทานอาหารอีกทั้ง ๆ ที่เพิ่งรับประทานอาหารเสร็จ ผู้ป่วยอาจเริ่มบ่นไม่ชอบอาหาร หรือชอบอาหารบางชนิด อาจลืมวิธีตัดอาหารรับประทานเอง ทำให้อาหารตกเรี่ยราด ตกอาหารเล่น ๆ อาจสับสนหากมีอาหารหลาย ๆ ชนิดอยู่ในจาน บางรายอาจมีปัญหาทางด้านร่างกาย ไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ละเอียด มีปัญหาการกลืนจึงทำให้สำลักได้ง่าย บางรายอาจลืมน้ำจึงทำให้เกิดภาวะขาดน้ำได้ แนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมด้านการรับประทานอาหาร สรุปได้ดังนี้

1.4.1 ให้รับประทานอาหารเป็นเวลา แนะนำให้ผู้ดูแลร่วมรับประทานอาหารด้วย

1.4.2 หากผู้ป่วยต้องการอาหารเพิ่ม และบอกว่ายังไม่ได้รับประทาน ให้เก็บจานที่รับประทานอาหารหมดแล้วไว้ให้ดู หรืออาจตัดอาหารให้อีกเพียงเล็กน้อย

1.4.3 หากผู้ป่วยชอบรับประทานอาหารบางอย่างซ้ำ ๆ ควรปรึกษาแพทย์เพื่อขออาหารเสริม หรือวิตามินเพื่อทดแทนสารอาหารที่ขาดไป

1.4.4 ไม่ควรเข้มงวดมารยาทบนโต๊ะอาหารกับผู้ป่วย อาจปล่อยให้รับประทานอาหารด้วยมือหากผู้ป่วยต้องการ

1.4.5 ใช้ผ้าปูโต๊ะที่เป็นพลาสติก เพื่อง่ายต่อการทำความสะอาด

1.4.6 แนะนำผู้ป่วยที่ละขั้นตอนขณะที่รับประทานอาหาร หรือบางครั้งอาจต้องป้อน

1.4.7 อาหารควรเป็นประเภทที่รับประทานง่าย หากเป็นเนื้อสัตว์ให้ตัดเป็นคำ ๆ ส่วนอาหารประเภทแกงที่มีเนื้อเป็นก้อน ๆ หรือแกงจืดที่มีหมูสับปั้นเป็นก้อนอาจทำให้ผู้ป่วยสำลักได้เนื่องจากลืมนึกถึงเนื้อที่ปนอยู่ในน้ำซุปนั้น ๆ

1.4.8 ตรวจสอบสภาพฟันปลอมว่าหลวม หรือสะอาด หรือไม่

1.4.9 กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยดื่มน้ำให้เพียงพอในแต่ละวัน น้ำไม่ควรร้อนเกินไปเพราะผู้ป่วยอาจสูญเสียการรับรู้ทางอุณหภูมิ

1.5 การนอน ปัญหาที่มักจะพบคือ ไม่ยอมนอนตอนกลางคืน เดินไปมา หรือหลับมากในตอนกลางวัน แนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมด้านการนอน สรุปได้ดังนี้ (Sorrentino & Gorek, 2007, p. 629)

1.5.1 พยายามจัดเวลานอนให้เป็นประจำคงที่สม่ำเสมอคอยเตือนผู้ป่วยเมื่อใกล้ถึงเวลานอน

1.5.2 ปฏิบัติตามพิธีกรรม หรือความเชื่อทางศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือเวลาเข้านอน เช่น การสวดมนต์ไหว้พระก่อนนอน

1.5.3 พยายามหลีกเลี่ยงการนอนระหว่างวัน แต่อาจให้งีบหลับได้ในช่วงหลังอาหารกลางวันแต่ไม่ควรเกินบ่าย 3 โมงเย็น กระตุ้นให้มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวอย่างสม่ำเสมอ เช่น พาเดินเป็นประจำในช่วงเช้า และช่วงเย็น

1.5.4 มีแสงสว่างพอเพียงในห้องนอน อาจหรีไฟสลัวๆ ได้ถ้าผู้ป่วยไม่กลัว สร้างบรรยากาศในห้องนอนให้เงียบสงบ ลดเสียงดังรบกวนต่าง ๆ อาจให้ผู้ป่วยฟังดนตรีบรรเลงเบา ๆ ก่อนนอนถ้าผู้ป่วยชอบ

1.5.5 หลีกเลี่ยงคาเฟอีน (ชา กาแฟ)

1.5.6 การใช้ยานอนหลับอาจทำให้มีอาการสับสนมากขึ้นจึงควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้

2. การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาทางจิต และพฤติกรรม ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมักแสดงอาการทางจิต และพฤติกรรมที่ผิดปกติ ประมาณร้อยละ 80 ซึ่งส่งผลต่อการพยากรณ์โรคเลวลง การย้ายผู้ป่วยไปอยู่ในสถานบริการ ค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้น และผู้ดูแลมีทุกข์ภาระมากขึ้น (Landefeld et al., 2004, p. 68) โดยทั่วไปการใช้ยาเพื่อรักษาอาการเหล่านี้มักไม่ค่อยได้ผลดีเท่าที่ควร ผลข้างเคียงของยาอาจทำให้เกิดปัญหาใหม่ตามมาได้ แนวทางการดูแลปัญหาเหล่านี้โดยเทคนิควิธีต่าง ๆ ที่ไม่ใช่ยาจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยลดผลข้างเคียงดังกล่าวได้ ปัญหาทางจิต และพฤติกรรมผิดปกติที่พบบ่อย มีดังต่อไปนี้

2.1 การถามคำถามเดิมซ้ำ ๆ หรือทำกิจกรรมบางอย่างซ้ำ ๆ มักทำให้ผู้ดูแลเกิดความรำคาญ การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมอย่างนี้อาจเป็นการแสดงถึงภาวะวิตกกังวล และความรู้สึกไม่ปลอดภัยโดยที่ตัวผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองทำอะไรอยู่ แนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมด้านการทำกิจกรรมซ้ำ ๆ สรุปได้ดังนี้

2.1.1 ไม่ควรแสดงอาการโกรธกับพฤติกรรมนั้น ๆ

2.1.2 ชักชวน หรือหันเหความสนใจไปเรื่องอื่น หรือให้ทำกิจกรรมอื่น ๆ แทน

2.1.3 แสดงให้เห็นว่าเราสนใจในสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญอยู่เพื่อเพิ่มความรู้สึกปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

2.1.4 อาจทำเป็นไม่ได้ยินคำถามเหล่านั้นบ้าง

2.2 อาการก้าวร้าว (Aggressive) ผู้ป่วยสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 25-30 อาจแสดงอาการก้าวร้าวช่วงใดช่วงหนึ่งของระยะการดำเนินโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะปานกลางถึงรุนแรง อาจทำร้าย ตะคอกผู้ดูแล หรือคนอื่น ๆ ในครอบครัวโดยเฉพาะเด็ก ๆ แนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเมื่อมีอาการก้าวร้าว สรุปได้ดังนี้ (ศิริพันธุ์ สาสัคย์, 2551, หน้า 185-186; Egan, Munroe, Hubert, Rossiter, Gauthier, Eisner, Fulford, Neilson, Daros, & Rodrigue, 2007)

2.2.1 ไม่ควรตอบโต้ หรือโต้แย้งผู้ป่วยที่มีอาการเหล่านี้

2.2.2 ควรพยายามหาสาเหตุว่าอะไรที่ทำให้ผู้ป่วยแสดงอาการก้าวร้าวออกมา เช่น อาจมาจากอาการหงุดหงิดที่ต้องเผชิญกับกิจกรรมที่ค่อนข้างยาก หรือจากบุคคลใดบุคคลหนึ่งมาหา การถูกรังเรอให้ทำอะไรบางอย่างให้เสร็จภายในเวลา ดังนั้นควรพยายามหลีกเลี่ยงสาเหตุเหล่านี้

2.2.3 ผู้ดูแลควรศึกษาเกี่ยวกับประวัติชีวิตบุคคล (Life History) ที่ให้การดูแลเพื่อการเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย ส่งผลให้พฤติกรรมก้าวร้าวลดลง

2.2.4 หากอาการก้าวร้าวเกิดบ่อยมากขึ้น ผู้ดูแลควรพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ เนื่องจากอาจจำเป็นต้องใช้ยาช่วยบรรเทาอาการ

2.3 หลงผิด ชอบทึกทักในสิ่งที่ไม่เป็นจริง เกิดเนื่องจากการสูญเสียความสามารถในการจำ ทำให้ลืมเรื่องที่เคยเกิดขึ้น โดยการลืมนั้นจะมีลักษณะพิเศษที่แตกต่างจากการลืมโดยทั่วไปคือ จะลืมทั้งเหตุการณ์ไม่ใช่เฉพาะรายละเอียดเล็กน้อย จะจำไม่ได้ว่ามีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นและอาจจะมีอารมณ์ใหม่เกิดขึ้นแทนเหตุการณ์นั้น ๆ แนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเมื่อมีอาการหลงผิด สรุปได้ดังนี้ (Sorrentino & Gorek, 2007, p. 629)

2.3.1 หลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วยถึงสิ่ง หรือเรื่องที่ผู้ป่วยเชื่อ

2.3.2 ตรวจสอบและพึงระวังถึงเนื้อหาที่ผู้ป่วยพูดว่าเป็นจริงหรือไม่ อย่าด่วนสรุปว่าสิ่งที่ผู้ป่วยพูดนั้นจะมีแต่เรื่องไม่จริง

2.3.3 เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยไปเรื่องอื่น

2.3.4 หลีกเลี่ยงที่จะปรับความเข้าใจกับผู้ป่วยถึงข้อมูลที่แท้จริง

2.4 หูแว่ว ประสาทหลอน อาการเหล่านี้เป็นผลโดยตรงเกิดจากการทำงานผิดปกติของสมอง อาจเนื่องจากภาวะสมองเสื่อมเอง ยาบางชนิด หรือภาวะแทรกซ้อนบางอย่าง ในระยะแรก ๆ อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นไม่บ่อยและไม่รุนแรง ผู้ป่วยอาจจะยังมีความสามารถที่จะแยกแยะได้ว่าสิ่งเหล่านี้เป็นอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตน แนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเมื่อมีอาการหูแว่ว ประสาท หลอน สรุปได้ดังนี้ (Sorrentino & Gorek, 2007, p. 629)

2.4.1 ให้แพทย์ช่วยประเมินถึงสาเหตุ อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสิ่งที่เกิดขึ้นว่าถึงแม้จะเป็นเรื่องผิดปกติ แต่ไม่ใช่เรื่องที่อันตราย

2.4.2 ถ้าอาการหรือเนื้อหานั้น ๆ ไม่เป็นอันตรายต่อชีวิต และความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมทั้งคนใกล้ชิด ควรปลอบผู้ป่วยว่าไม่ต้องตกใจกับสิ่งที่เกิดขึ้น

2.4.3 เบี่ยงเบนความสนใจ ชวนคุยเรื่องอื่น ๆ

2.4.4 เมื่ออาการเป็นมากขึ้นและรบกวนผู้ป่วยหรือบุคคลใกล้ชิด ผู้ดูแลควรพาผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อประเมินถึงสาเหตุ และทำการรักษา

2.5 ผู้ป่วยติดผู้ดูแล ผู้ป่วยบางรายอาจไม่ยอมให้ผู้ดูแลคลาดสายตา บางครั้งอาจเดินตามตลอดเวลาแม้กระทั่งการเข้าห้องน้ำจึงอาจทำให้ผู้ดูแลเครียดได้ เนื่องจากไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว สาเหตุที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแบบนี้ อาจเนื่องมาจากความรู้สึกไม่ปลอดภัย กลัวว่าผู้ดูแลจะหายไป และลืมไปว่าอีกไม่นานผู้ดูแลจะกลับมา ทำให้มีความรู้สึกตื่นตระหนก และหวาดกลัวได้ แนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ติดผู้ดูแล สรุปได้ดังนี้

2.5.1 ถ้าผู้ดูแลต้องการออกจากห้อง ควรให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมบางอย่าง หรือชี้ไปที่เข็มนาฬิกา และบอกว่าจะกลับมาเมื่อไร

2.5.2 อาจสัญญาว่าจะกลับมาเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมที่มอบหมายให้สำเร็จเรียบร้อย หรือเมื่อถึงเวลาที่นัดหมายจะกลับมา

2.5.3 ผู้ดูแลต้องกลับมาตามเวลาที่บอกไว้ ไม่ควรหลอกผู้ป่วย

2.5.4 ผู้ดูแลอาจต้องหาตัวแทนซึ่งอาจเป็นบุคคลในครอบครัวมาอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยในบางเวลา เพื่อหาเวลาพักผ่อน และมีเวลาเป็นส่วนตัว

2.6 เดินหลง อาจเป็นเพราะความสามารถในการจำทิศทางของผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นลดลง ซึ่งอาจเป็นอาการทางสมองของผู้ป่วยเอง ผลข้างเคียงจากยาบางตัว หรือเป็นภาวะแทรกซ้อนบางอย่างได้ แนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่เดินหลงทาง สรุปได้ดังนี้

(Sorrentino & Gorek, 2007, p. 628)

2.6.1 ควรเตรียมการเพื่อป้องกันเหตุการณ์นี้ไว้ล่วงหน้า เนื่องจากเหตุการณ์นี้อาจเกิดขึ้นได้เสมอ

2.6.2 ดัดข้อมูลของผู้ป่วยที่มีข้อความว่าบุคคลนี้มีภาวะสมองเสื่อม ถ้าผู้ใดพบเห็นให้ติดต่อได้ที่ไหน โดยอาจติดไว้กับเสื้อ กางเกง สร้อยคอ หรือข้อมือ

2.6.3 ถ่ายรูปผู้ป่วยเก็บไว้ทุก ๆ 6 เดือน เพื่อให้ได้รูปถ่ายที่ใกล้เคียงตัวจริงมากที่สุด

2.6.4 แจ้งเพื่อนบ้านให้ทราบเพื่อช่วยเป็นหูเป็นตาในบางโอกาส

2.6.5 ไม่ควรห้ามผู้ป่วยไม่ให้เดินไปไหน แต่ควรมั่นใจว่าในบริเวณที่ผู้ป่วยเดินไป – มา นั้นเป็นบริเวณที่ปลอดภัย เช่น ภายในรั้วบ้านที่ใส่กุญแจไว้ บริเวณที่ปราศจากของมีคม วัตถุอันตราย และสารเคมี เป็นต้น

2.7 อาการวุ่นวาย (Agitation) หมายถึง การแสดงออกด้านการใช้ภาษาพูด การใช้เสียง หรือการเคลื่อนไหวที่ไม่เหมาะสมโดยไร้เหตุผล (Cohen-Mansfield & Billig, 1986 cited in Park & Specht, 2009, p. 48) พฤติกรรมวุ่นวายที่พบบ่อย ๆ ได้แก่ อาการกระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง หรือไม่มีสมาธิกับสิ่งหนึ่งสิ่งใด ชอบบ่นพึมพำ อาการตื่นระแค้นตึง และคำถามคำถามเดิมซ้ำ ๆ ซึ่งมากกว่าร้อยละ 50.00 พบในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (Cohen-Mansfield, Werner, Watson, & Pasis, 1995; Gruber-Baldini, Boustani, Sloane, & Zimmerman, 2004) สำหรับปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดการวุ่นวาย ได้แก่ ความเหนื่อยล้า อาจมีสาเหตุจาก การเปลี่ยนกิจกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน, ผู้ดูแล, สภาพแวดล้อม หรือผู้ป่วยที่มีความต้องการเกินกว่าความสามารถของตนเองที่จะตอบสนองได้ การได้รับการกระตุ้นที่ไม่เหมาะสม ร่างกายได้รับความตึงเครียด เช่น ความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย การติดเชื้อ การเจ็บป่วยฉุกเฉิน และภาวะซึมเศร้า หรือความรู้สึกสูญเสีย จากการทบทวนวรรณกรรม พบวิธีการบำบัดทางการพยาบาลที่ช่วยลดอาการวุ่นวายที่ได้ผล ได้แก่ การปรับสภาพแวดล้อม, พฤติกรรมบำบัด, ดนตรีบำบัด (Park & Specht, 2009) เป็นต้น

3. การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมด้านสังคม แม้ว่าผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจะมีความผิดปกติทางความจำและสติปัญญา แต่จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมทักษะทางสังคม เพื่อการอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมด้านสังคม มีดังต่อไปนี้

3.1 การมีส่วนร่วมในกิจกรรม ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมควรได้รับกำลังใจที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว หรือกลุ่มต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยคุ้นเคยเพื่อคงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรม สรุปได้ดังนี้

3.1.1 อย่าคาดหวังในตัวผู้ป่วยมากเกินไป การให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมง่าย ๆ โดยใช้ทักษะความสามารถที่มีอยู่ปัจจุบันเป็นสิ่งที่ดีที่สุด

3.1.2 ควรช่วยเหลือผู้ป่วยในการเริ่มทำกิจกรรมต่าง ๆ อาจต้องบอกขั้นตอนอย่างละเอียด และควรชมเชย ให้กำลังใจ เมื่อปฏิบัติขั้นตอนนั้น ๆ สำเร็จ

3.1.3 สังเกตอาการกระวนกระวาย หรือความคับข้องใจขณะทำกิจกรรมต่าง ๆ และควรช่วยเหลือโดยเบี่ยงเบนความสนใจไปยังสิ่งอื่น ๆ

3.1.4 กิจกรรมที่ผู้ป่วยทำด้วยความสนุกสนาน เพลิดเพลิน ควรจัดทำให้เป็นกิจวัตรประจำวัน และเวลาเดียวกันอย่างสม่ำเสมอ

3.1.5 ควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ขณะรับประทานอาหาร ควรให้ช่วยเตรียมอาหาร ตั้งโต๊ะ จัดเก้าอี้ เก็บจาน ชาม เข้าที่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยคงทักษะความสามารถของผู้ป่วยไว้ ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่า และการใช้เวลาให้เกิดประโยชน์

3.1.6 พยายามให้ญาติพี่น้อง หรือบุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อพลัดเปลี่ยนให้ผู้ดูแลได้พักบ้าง หรืออาจขอความช่วยเหลือจากโรงพยาบาลใกล้บ้าน

3.1.7 ควรให้ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย และปานกลางได้ร่วมดูโทรทัศน์กับสมาชิกภายในครอบครัวบ้าง และคอยดูแลให้ผู้ป่วยคิดตามรายการ หรือดูว่าเข้าใจหรือไม่ แต่ควรเลือกรายการที่เหมาะสม ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรง จะไม่สามารถติดตามดูภาพในโทรทัศน์ได้เนื่องจากการเคลื่อนไหวของภาพจะเร็วเกินไป

3.1.8 ผู้ป่วยที่มีสุขภาพแข็งแรง ควรได้ออกไปนอกบ้านร่วมกับครอบครัว หรือเพื่อน ๆ บ้าง เพื่อผ่อนคลายความรู้สึกคับข้องใจที่จะต้องอยู่แต่ในบ้านตลอดเวลา

3.2 การพักผ่อนในวันหยุด ผู้ดูแลควรหาโอกาสพาผู้ป่วยไปพักผ่อนนอกบ้านในวันหยุดกับครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้ถูกจำกัดบริเวณให้อยู่แต่ในบ้านของตนเอง และเป็นการผ่อนคลายความเครียดหรือความวิตกกังวลต่าง ๆ แนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมด้านการพักผ่อนในวันหยุด สรุปได้ดังนี้

3.2.1 ควรชักชวนเพื่อน หรือบุคคลในครอบครัวที่สนิทสนมกับผู้ป่วยไปด้วย แต่ควรจำกัดจำนวนไม่มากเกินไปในการไปเที่ยวแต่ละครั้ง และควรไปในวันที่ผู้ป่วยอารมณ์ดี

3.2.2 ควรหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีคนพลุกพล่าน และสภาพแวดล้อมที่แปลกตา ไม่คุ้นเคย ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสน หรือวุ่นวายได้

3.2.3 ถ้าจำเป็นต้องไปร่วมงานสังคม เช่น งานแต่ง งานพบปะสังสรรค์ ของสมาชิกในครอบครัว ควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในบริเวณที่มีผู้คนบางตา หรือกลุ่มเล็ก ๆ

3.2.4 ควรหาผู้ดูแลสำรองไว้แทนเมื่อผู้ดูแลหลักหยุดพักผ่อน หรือไปทำกิจกรรมที่ชอบมากที่สุดในช่วงโอกาส

3.3 การไปพบแพทย์ การไปพบแพทย์หรือตรวจตามแพทย์นัดอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญยิ่งสำหรับผู้ป่วย แนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมด้านการพาไปพบแพทย์ สรุปได้ดังนี้

3.3.1 ควรมีการนัดหมายเวลาก่อนล่วงหน้า เพื่อหลีกเลี่ยงการรอตรวจที่ยาวนาน และลดโอกาสที่ผู้ป่วยจะพบปะผู้คนพลุกพล่านให้น้อยที่สุด

3.3.2 ควรนำสิ่งที่ผู้ป่วยชอบทาน หรือดื่มติดตัวไปทุกครั้ง และอาจให้ทำกิจกรรมที่ชอบเพื่อความเพลิดเพลินใจ ระหว่างที่รอตรวจ

3.3.3 ควรมีเพื่อน หรือบุคคลในครอบครัวไปด้วยเพื่ออยู่กับผู้ป่วยขณะที่อีกคนพุดคุยกับแพทย์

3.3.4 ควรบอกกับผู้ป่วยเมื่อใกล้เวลานัดหมายกับแพทย์เท่านั้น เพื่อหลีกเลี่ยงความวิตกกังวลของผู้ป่วย

4. การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมด้านจิตวิญญาณ เนื่องจากความสามารถในการทำหน้าที่ของสมองเสื่อมถอยลงจากพยาธิสภาพของภาวะสมองเสื่อม การดูแลด้านนี้จึงเน้นไปที่สิ่งที่ผู้ป่วยมักทำเป็นประจำเมื่อยังมีการรับรู้ทางด้านสติปัญญาเป็นปกติอยู่ เช่น การให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การไปวัดทำบุญเนื่องในวันสำคัญต่าง ๆ การดื่มน้ำ หรือการได้บูชาสิ่งศักดิ์ที่ผู้ป่วยเคารพนับถือ

5. การส่งเสริมการรับรู้ ผู้ป่วยที่มีความจำเสื่อมจะมีความวิตกกังวลและเกิดอาการสับสนได้ง่าย ดังนั้นจึงควรกระตุ้นเตือนความจำ และส่งเสริมการรับรู้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รู้จักตนเอง และสิ่งรอบตัวตามความเป็นจริง (Reality Orientation) เช่น การให้ผู้ป่วยได้รู้จักว่าตนเองเป็นใคร ขณะนี้อยู่ที่ไหน รู้วัน เวลา เดือน ปี รู้สภาพหรือเหตุการณ์ในวันนั้น ดังนี้

5.1 เรียกชื่อผู้ป่วย และบอกชื่อตนเองพร้อมทั้งบอกเหตุผลที่ต้องอยู่กับผู้ป่วยขณะนี้

5.2 ขยายรูปภาพครอบครัวให้ใหญ่ขึ้น และพุดคุยเกี่ยวกับบุคคลต่าง ๆ ในภาพให้ผู้ป่วยฟัง

5.3 ให้ดูภาพครอบครัวที่ถ่ายเก็บไว้แต่ละช่วงวัย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเปรียบเทียบได้ว่าตนเองมีอายุมากขึ้น

5.4 จัดให้มีกิจกรรมตามความเหมาะสม ไม่น้อยเกินไป เพื่อคงสภาพการทำหน้าที่ของสมองและไม่มากเกินไป เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยล้า อาจเกิดอาการสับสนได้ง่าย กิจกรรมที่ควรจะมีจุดมุ่งหมายและเป็นประโยชน์ เช่น เกมสัจการจำแนกสี ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการจำแนกทางเดินไปห้องนอน ห้องน้ำ หรือห้องอาหารที่ใช้สีต่างกันได้ถูกต้อง

5.5 การเข้าพบผู้ป่วย ควรเข้าพบด้านหน้าให้เห็นชัดเจน ทำทางสงบ สีหน้ายิ้มแย้ม ประสานสายตาก่อนสัมผัสผู้ป่วย การยื่นมือให้ผู้ป่วยจับก่อนที่จะงมมือผู้ป่วยเดินไปด้วยกันช่วยป้องกันอาการตื่นเต้น ตกใจ และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจดีขึ้น

5.6 การให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมใด ๆ ควรใช้คำพูดชี้แนะการปฏิบัติโดยตรง เช่น ถึงเวลารับประทานอาหาร อาบน้ำ ใช้เสื้อผ้าชุดนี้จะสะดวกกว่า หลีกเลี่ยงการใช้คำถามให้ผู้ป่วยตัดสินใจ เพราะผู้ป่วยไม่อาจตัดสินใจได้ ซึ่งจะเป็นการเพิ่มความเครียดให้ผู้ป่วย

6. การจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยและมั่นคงเหมาะสมกับผู้ป่วย (Safe and Therapeutic Environment) โดยดำเนินการดังนี้ (Sorrentino & Gorek, 2007, p. 628)

6.1 ห้องผู้ป่วยไม่ควรกว้างใหญ่เกินไป และมีเครื่องใช้ในห้องพักที่จำเป็น

6.2 ขจัดสิ่งของที่เป็นอันตรายออก อาจใส่กุญแจไม่ให้เปิดหรือหยิบได้

6.3 บริเวณทางเดิน ควรมีราวเกาะ พื้นเรียบ ไม่มันวาว มีแสงสว่างเพียงพอ มีป้ายหรือเครื่องหมายแสดงชัดเจน เช่น ใช้สีต่างกันเพื่อแสดงว่าเป็นทางเดินไปห้องน้ำ ห้องนอน หรือห้องอาหาร รวมทั้งมีสัญลักษณ์รูปภาพที่สื่อให้สังเกตได้ง่ายที่หน้าห้องต่าง ๆ

6.4 ปิดประตูทางเข้า – ออก ที่จะเปิดสู่ภายนอกที่เป็นอันตราย หรือติดสัญญาณเมื่อผู้ป่วยจะเปิดประตุนั้น ๆ

6.5 ให้ผู้ป่วยนอนเตียงเดี่ยว ๆ เพื่อลุกขึ้นได้สะดวก และผู้ป่วยบางรายที่อ่อนเพลียมาก ความจำเสื่อมมาก อาจติดสัญญาณ เมื่อผู้ป่วยจะลุกจากเตียง เป็นต้น

ผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมต่อผู้ดูแลในครอบครัว

ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการของภาวะสมองเสื่อมจะมีความตึงเครียดมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่มีความผิดปกติ หรือความพิการด้านร่างกายเพียงอย่างเดียว ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มภาวะสมองเสื่อมต่อผู้ดูแลนั้นมีความซับซ้อนมากมายหลายด้าน เนื่องจากมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการดูแล และความรู้สึกที่เกิดจากการให้การดูแลของผู้ดูแลทั้งในทางที่ดีขึ้น หรือแย่ลง แตกต่างกันไป มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2546, หน้า 40-41; O'Brien et al., 2000, pp. 195-196)

1. ความรู้สึกเป็นภาระ (Objective Burden) ความรู้สึกเป็นภาระ แสดงให้เห็นจากการที่ อยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นของผู้ป่วยจากการสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้น พื้นฐาน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง การรับรู้ ทักษะความชำนาญด้านต่าง ๆ การเข้าสังคม และการติดต่อสื่อสาร ดังเช่น พบผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 68.02 (Papastavrou, Kalokerinou, Papacostas, Tsangari, & Sourtzi, 2007, p. 466)

2. ความตึงเครียด (Subjective Strain) ผู้ดูแลจะประเมินความตึงเครียดได้ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นความรู้สึกเหมือนถูกกักขังจากการที่ต้องให้การดูแลตลอดเวลา บางครั้งอาจถึง 24 ชั่วโมง ความขุ่นเคือง ความเครียด ภาระงานที่หนักเกินไป การไม่สามารถที่จะเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ และความเหน็ดเหนื่อยท้อแท้ใจ การให้การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่งผลให้ความเป็นส่วนตัว และสัมพันธภาพกับบุคคลภายนอกลดน้อยลง

3. การเจ็บป่วยด้านจิตใจ (Psychological Morbidity) ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกเป็นภาระ (Patterson & Grant, 2003, p. 269)

เช่นเดียวกับการศึกษา Papastavrou et al. (2007) พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 65.00 มีความทุกข์ทรมานจากการให้การดูแล

4. การเจ็บป่วยด้านร่างกาย (Physical Morbidity) ปัจจัยที่มีเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพด้านร่างกายของผู้ดูแลในครอบครัว คือ ปัญหาด้านพฤติกรรม ความพร้อมด้านการรับรู้ และสมรรถภาพการทำงานของร่างกายของผู้รับการดูแลเสื่อมถอยลง ระยะเวลาและภาระงานของการดูแล การต้องระมัดระวังตนเองจากการถูกผู้รับการดูแลทำร้ายร่างกาย การอาศัยอยู่บ้านเดียวกันของผู้รับการดูแลและผู้ดูแล (Schulz & Sherwood, 2008) ซึ่งสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม และยังพบว่า การให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีส่วนทำให้ระดับความดันโลหิตเลือดเพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากผลของการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic Nervous System) (Patterson & Grant, 2003, p. 269) นอกจากนี้อาจมีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยตามร่างกายอันเนื่องมาจากการยก การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยวิธีที่ไม่ถูกต้อง และเกินกำลังตัวเอง หรืออ่อนเพลียไม่มีแรง (Weakness) เนื่องจากผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มักมีปัญหาในการนอนหลับทำให้ผู้ดูแลได้รับการพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ

5. การแยกตัวออกจากสังคม (Social Isolation) การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน ผู้ดูแลต้องการขอความช่วยเหลือสนับสนุนจากแหล่งต่าง ๆ อย่างมาก การแสดงออกด้านพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยที่ขาดความยับยั้งชั่งใจ บางครั้งทำให้ผู้ดูแลเกิดความอับอายต่อผู้มาเยี่ยมหรือเพื่อน ๆ รู้สึกไม่สบายใจเกี่ยวกับความซึมเศร้าของผู้ดูแลจึงมีแนวโน้มที่ขาดการติดต่อกัน ในขณะที่เดียวกันผู้ดูแลที่มีภาระงานหนัก บางครั้งทอดทิ้งอาชีพการงาน เวลาว่าง และงานอดิเรก ไม่พบปะเพื่อนฝูง และใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับการทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยเท่านั้น

6. ภาระด้านการเงิน (Financial Burden) การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมนั้นครอบครัวจำเป็นต้องมีภาระค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ประกอบด้วยต้นทุนทางตรง ได้แก่ การรับค่าปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ การตรวจวินิจฉัย ยารักษาโรค การนอนรักษาในโรงพยาบาล การรับการดูแลระยะสุดท้ายตามสถานบริการต่าง ๆ และต้นทุนทางอ้อม ได้แก่ การสูญเสียโอกาสจากการประกอบอาชีพทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล การหยุดงานชั่วคราวเพื่อให้การดูแล เป็นต้น

การดูแลตนเองของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

การดูแลตนเองของผู้ดูแลในครอบครัวนับเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเนื่องจากในฐานะผู้ดูแลเขาต้องเป็นที่พึ่งของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ การอยู่ในสังคม และเศรษฐกิจ การให้การดูแลจึงส่งผลต่อการเกิดปฏิกิริยาทางอารมณ์ ผลกระทบต่อพฤติกรรม วิถีชีวิต ความสัมพันธ์ และบทบาทของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ยังพบว่าความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวส่งผลลัพท์ต่อทั้งผู้ป่วยและตัวผู้ดูแลเอง โดยพบว่ามีความเสี่ยง

สูงต่อการย้ายผู้ป่วยไปอยู่ในสถานบริการ การละเลย ทอดทิ้ง ไม่เอาใจใส่ดูแล หรือการทารุณกรรม ในที่สุด และผู้ดูแลมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าโดยพบประมาณร้อยละ 30 – 50

(Landefeld et al., 2004, p. 68) ดังมีคำกล่าวว่า ความผาสุกของผู้ดูแลสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (O'Brien et al., 2000, p. 199) ดังนั้นสิ่งที่ผู้ดูแลในครอบครัวควรดูแลตนเองเมื่อให้การดูแล ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีดังนี้ (Mace & Rabins, 2006, pp. 226-237)

1. การมีเวลาหยุดพักจากการดูแล (Take Time Out) ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีเวลาพักผ่อนและ ทำกิจกรรมที่ตนเองสนใจแม้ว่าจะเป็นระยะเวลาช่วงสั้น ๆ แต่ควรปฏิบัติเป็นประจำ ดังต่อไปนี้

1.1 การให้รางวัลกับชีวิต เป็นการให้สิ่งต่าง ๆ ที่ตนเองพึงพอใจ เช่น การดูหนัง ฟังเพลงไปรด การท่องเที่ยวนอกสถานที่ หรือการรับประทานอาหารมื้อพิเศษ

1.2 การคบเพื่อน เพื่อนมักจะเป็นคนที่คอยปลอบโยน ให้กำลังใจ สนับสนุน ให้ความช่วยเหลือ ให้ผู้ดูแลได้ผ่านพ้นระยะวิกฤติของชีวิตจากการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ได้อย่างราบรื่น ดังนั้นเมื่อเกิดความคับข้องใจ ความเครียด ความทุกข์จากการดูแล ควรติดต่อ พูดคุยระบายความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นให้เพื่อนได้รับรู้ด้วยความจริงใจ

1.3 การหลีกเลี่ยงความรู้สึกโดดเดี่ยว โดยจัดการหาหน่วยงานหรือองค์กรที่สามารถ ให้ความช่วยเหลือตนเองเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือ ตนเองซึ่งเป็นการรวมกลุ่มผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพที่เหมือนกัน การเป็นสมาชิกชมรมผู้ดูแล ผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย การเป็นสมาชิกชมรมออกกำลังกาย

2. การขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อจำเป็น (Find Additional Help if You Need It) ความรู้สึกหรืออาการที่มักเกิดขึ้นกับผู้ดูแลเมื่อให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่มีภาวะเจ็บป่วย เรื้อรัง ได้แก่ ความเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า ความท้อแท้ ความโกรธ ความเศร้าโศก ความรู้สึกสิ้นหวัง ความรู้สึกผิด และความรู้สึกขัดแย้งในใจ แต่ถ้าอารมณ์หรือความรู้สึกดังกล่าวเกิดขึ้นกับผู้ดูแล อย่างรุนแรงและต่อเนื่องเกินกว่าที่ผู้ดูแลจะควบคุมได้ ผู้ดูแลจำเป็นต้องแสวงหาความช่วยเหลือ จากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้เฉพาะด้านการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

2.1 สัญญาณเตือนที่บ่งบอกว่าผู้ดูแลควรได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน

2.1.1 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในปริมาณมากจนส่งผลเสียต่อการปฏิบัติหน้าที่การดูแล การประกอบอาชีพ หรือก่อให้เกิดผลร้ายแรงต่อสุขภาพผู้ดูแล

2.1.2 การใช้ยาแก้ปวดประสาทหรือยาช่วยให้นอนหลับ และยากระตุ้นประสาท จำพวกแอมเฟตามีนจนเกิดอาการเสพติด

2.1.3 การกรีดร้อง ตะโกน แผลเสียงเกินกว่าที่จะควบคุมอารมณ์ได้ซึ่งอาจส่งผลให้พฤติกรรมของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมแย่ลง

2.1.4 ความคิดทำร้ายตนเองซึ่งมักเกิดขึ้นกับผู้ดูแลที่มีความรู้สึกเต็มไปด้วยอารมณ์หมกหมุ่น ไร้ที่พึ่ง และรู้สึกโดดเดี่ยว มองเห็นชีวิตในอนาคตข้างหน้ามืดมน ว่างเปล่า ไร้ความหมาย

2.1.5 ความรู้สึกหมดพลังอำนาจที่จะควบคุมสถานการณ์การดูแล รู้สึกเครียดมาก รู้สึกสิ้นหวัง ตกใจ กระวนกระวายหรือกระสับกระส่ายบ่อย ๆ

2.2 การให้การปรึกษา (Counseling) เมื่อผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณเองไม่สามารถเผชิญกับปัญหาในสถานการณ์การดูแลที่บ้านอีกต่อไป การขอรับคำปรึกษาจากผู้ให้คำปรึกษาที่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและได้รับการฝึกฝนมาอย่างดี เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อผู้ดูแลให้สามารถต่อสู้กับภาวะสมองเสื่อมได้เนื่องจากเกิดความเข้าใจและมองเห็นทางเลือกกับปัญหาที่ตนเองประสบอยู่

3. การเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลหรือหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม เพื่อผ่อนคลายภาวะวิกฤติทางอารมณ์ และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการจัดการกับปัญหาด้านพฤติกรรมและอาการทางจิตที่ผิดปกติของผู้ป่วย

4. การเป็นผู้ให้การสนับสนุน (Advocacy) กิจกรรมเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม เช่น การเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง การเป็นผู้นำกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลในชุมชน การเป็นผู้นำในการริเริ่มบริการดูแลกลางวัน (Day Care) หรือบริการดูแลที่บ้าน (Home Care) การร่วมงานกับนักการเมืองท้องถิ่นที่ให้การสนับสนุนบริการการดูแลระยะยาว (Long – term Care Services) หรือการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่โดดเดี่ยว หรือชนบทห่างไกล

แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Gibson, 1991, p. 354 กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งทำให้บุคคลตระหนักในความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง และสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ทั้งในส่วนของสถาบันองค์กร

Rodwell, 1996, p. 305 ให้นิยามการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า เป็นกระบวนการของการให้ความช่วยเหลือ การมีส่วนร่วมในการประเมินความมีคุณค่าของตนเองและผู้อื่น การตัดสินใจร่วมกัน และความอิสระในการเลือกและยอมรับความรับผิดชอบ

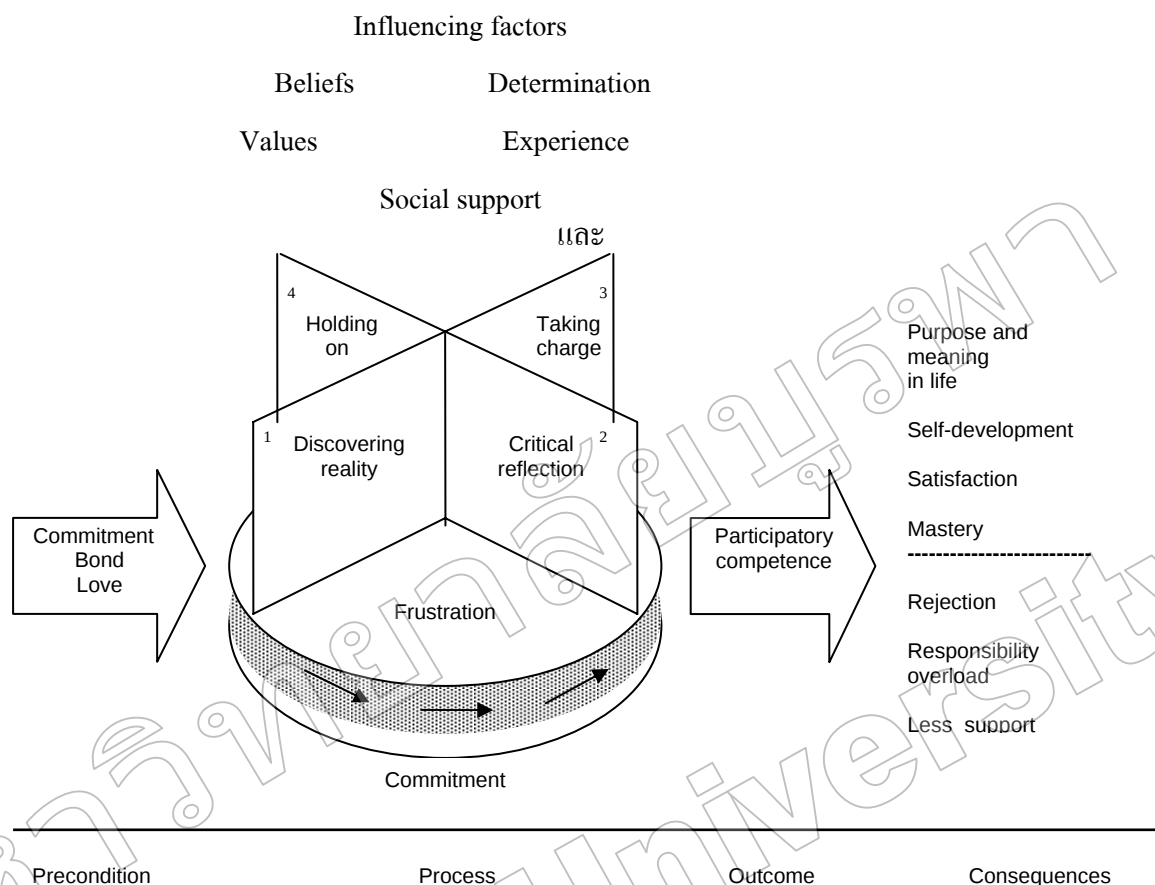
Conger and Kanungo, 1988 ให้คำนิยามการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า เป็นกระบวนการของการเพิ่มความรู้สึกถึงประสิทธิภาพของตนในฐานะสมาชิกขององค์กรด้วยการพิจารณาสถานการณ์ที่ทำให้สูญเสียพลังอำนาจ และจำกัดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ด้วยการสนับสนุนข้อมูลที่มีประสิทธิภาพขององค์กรทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

คารณี จามจุรี (2546, หน้า 32) ให้คำจำกัดความของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพว่า เป็นการเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้บุคคลมีโอกาสนในการกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพของตนเองในฐานะหุ้นส่วนของระบบบริการสุขภาพ ด้วยการช่วยให้บุคคลตระหนักถึงจุดแข็ง ความสามารถและอำนาจในตน การได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมแบบเท่าเทียมกันในการค้นหาปัญหา พัฒนาการดูแลสุขภาพของตน รวมถึงการดำเนินการ การประเมินผลลัพธ์และการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนภายใต้การสนับสนุนข้อมูลและทักษะอย่างเพียงพอจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ การสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือบุคคล รวมถึงการให้ข้อมูลและ/หรือส่งเสริมการใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชนให้กับบุคคลซึ่งจะเอื้ออำนวยและสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตและดูแลรักษาการเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ เพื่อให้บุคคลสามารถสร้างทางเลือกสำหรับดูแลสุขภาพของตนเองและมีความมุ่งมั่นทุ่มเทที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการรักษาพยาบาล และดูแลสุขภาพของตนเองตามแนวทางที่ได้กำหนดขึ้น

สรุป การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการทางสังคมที่มีลักษณะเฉพาะบุคคลเน้นที่พฤติกรรมโดยการส่งเสริม สนับสนุนให้บุคคลมีพลังอำนาจสามารถเข้าใจ และตระหนักถึงปัญหาต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของตนเอง ดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยใช้ความรู้ ทักษะ ความสามารถส่วนตน รวมถึงความสามารถในการเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ พร้อมลงมือปฏิบัติให้ปัญหาสำเร็จลุล่วงไปด้วยตนเอง ส่งผลให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัย หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต เกิดการพัฒนาตนเองในการดูแลสุขภาพเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดำรงอยู่อย่างมีคุณค่า ตนเองพึงพอใจ

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ Gibson, 1993 สำหรับผู้ดูแลที่ให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง สามารถสรุปเป็นแผนภาพ ดังนี้



ภาพที่ 2 รูปแบบของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิด Gibson, 1993, p. 113

จากภาพนี้ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพื้นฐานมาจาก ความคับข้องใจ (Frustration) ความขัดแย้ง การมีปัญหาอุปสรรค (Commitment) ความผูกพัน (Bond) ความรัก (Love) เป็นปัจจัยนำที่ผลักดันให้บุคคลเกิดพลัง มีกำลังใจ สามารถกระทำทุกวิถีทางในการแก้ไข ปัญหา อุปสรรค เพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ดีที่สุด ส่งผลให้บุคคลพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น (Gibson, 1993, pp. 267-268) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering Reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection) 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (Taking Charge) และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) การที่บุคคลจะสามารถเข้าสู่กระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจได้มากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้อง หรือมีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลนั้น ประกอบด้วย ปัจจัยภายในบุคคล (Intrapersonal Factor) และปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal Factor) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือ ความสามารถในการมีส่วนร่วม

ส่งผลให้ผลที่ตามมาของการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือการรับรู้ถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง ความพึงพอใจในตนเอง การพัฒนาตนเอง และการมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต อย่างไรก็ตามผลที่ตามมาจากการเสริมสร้างพลังอำนาจอาจทำให้เกิดผลในทางลบได้ คือการไม่ได้รับการยอมรับ มีการรังเกียจชอนมากเกินไป หรือได้รับการสนับสนุนน้อย

ขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ กระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจอยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการทำงานร่วมกันและการมีส่วนร่วม โดยเน้นให้บุคคลมีความตระหนักในการปกป้อง ส่งเสริมสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (คารณี จามจุรี, 2546, หน้า 56-69; Gibson, 1993, pp. 268-289) ดังนี้

1. ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering Reality) การค้นพบสภาพการณ์จริง เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการพยายามทำให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ในขั้นนี้จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (Emotion) ด้านสติปัญญาการรับรู้ (Cognition) และด้านพฤติกรรม (Behavior)

1.1 การตอบสนองด้านอารมณ์ (Emotional Responses) เมื่อบุคคลรับรู้และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ก็จะเกิดความรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ ต่อต้าน วิดกกังวล กระวนกระวาย กลัว โกรธ ซึ่งอาการทั้งหมดเกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพของความเป็นจริง ความรู้สึกเจ็บปวดที่จะต้องเผชิญ ประกอบกับความไม่เข้าใจในสภาพ และความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหา ความไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ รวมทั้งการขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองที่จะเกิดขึ้นต่อไป ในระยะนี้บุคคลจะรู้สึกคับข้องใจที่จะคิดว่าตนเองไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะสุขภาพที่ดีได้ แต่บุคคลจะรู้สึกดีขึ้นหากเปลี่ยนวิธีคิด และมีความหวังว่าตนเองมีโอกาสที่จะดีขึ้นได้ แต่อาจจะต้องอาศัยระยะเวลาเป็นตัวช่วยซึ่งการคิดในลักษณะนี้จะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจดีขึ้น พยายามค้นหาสาเหตุที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง เพื่อสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

1.2 การตอบสนองทางสติปัญญาการรับรู้ (Cognitive Responses) เมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถ หรือไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง ระยะนี้บุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้าง โดยการหาข้อมูลความรู้ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ไม่ว่าจะเป็นการอ่านหนังสือ วารสารทางวิชาการ การถามจากแพทย์ พยาบาล บุคคลคนอื่น ๆ ซึ่งประสบกับเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกันเพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจเหตุการณ์ และสถานการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น ในระยะนี้บุคคลจะใช้ข้อมูลความรู้ทั้งหมด ที่ได้จากการแสวงหาจากแหล่งต่าง ๆ มาใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ

1.3 การตอบสนองทางพฤติกรรม (Behavioral Responses) โดยบุคคลจะรับรู้และตระหนักว่าการดูแลตนเองเป็นหน้าที่ และความรับผิดชอบของตน การที่บุคคลคิดว่าสิ่งที่ได้ทำเป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่สามารถทำได้ในขณะนี้ มองสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ดี และพยายามทำความเข้าใจกับปัญหา และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจนสามารถรู้ชัดเจนว่าสิ่งที่ตนเองต้องการอย่างแท้จริงคืออะไร เกิดความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง ใช้ประสบการณ์การแก้ปัญหาที่ผ่านมาประยุกต์กับสถานการณ์ใหม่ ในขั้นนี้การกระทำของบุคคลจะได้รับข้อมูลย้อนกลับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องว่าการวิตกกังวลจนเกินไป จะทำให้รู้สึกสับสน คับข้องใจ และไม่มีแรงจูงใจในที่สุดบุคคลจะตระหนักได้เอง ถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจากการกระทำของตน และจะเริ่มเปลี่ยนความคิดว่า ถ้าเปลี่ยนมาคิดในแง่ดี ปัญหาทุกอย่างก็จะสามารถแก้ไขได้ดีกว่า ดังนั้นบุคคลจะพยายามปรับตัวโดยคิดในแง่ดี และพร้อมกระทำทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อให้การดูแลตนเองเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการพยายามทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบเพื่อตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมเป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์การแสวงหาทางเลือก การพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ เมื่อบุคคลสามารถค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริงและเกิดความรู้สึกสับสนข้องใจในการดูแลตนเองจะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้อำนาจกลับมาประเมินปัญหา และคิดพิจารณาวิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่าง ๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจน เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา และการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนารู้สึกมีอำนาจในการควบคุมตนเอง (A Sense of Personal Control) จะทำให้คิดได้ว่าจากเดิม ที่คิดว่าตนเองไม่สามารถดูแลตนเองได้ จะเกิดความคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่างสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ตนไม่ได้ไร้ความสามารถ สิ่งที่ได้กระทำเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ที่จะช่วยให้บุคคลมีศักยภาพ บุคคลจะได้มาซึ่งทางเลือกต่าง ๆ ในการปฏิบัติ หลังจากการคิดวิเคราะห์อย่างละเอียดแล้วจะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาขึ้น ตระหนักถึงความเข้มแข็งของตนเอง ความสามารถ การตัดสินใจ ทักษะของตนเองในการดูแลตนเองมากขึ้น จึงกล่าวได้ว่า ขั้นตอนนี้มีความสำคัญที่จะนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง เมื่อผ่านขั้นตอนนี้บุคคลจะมีความรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถ และมีพลังมากขึ้น

3. ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (Taking Charge) หลังจากผ่านสองขั้นตอนดังกล่าวข้างต้น ในขั้นนี้บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและดีที่สุด เพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีการเผชิญหน้าเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-determination) ซึ่งบุคคลจะมีทาง

เลือกหลายวิธีการขึ้นอยู่กับกระแสหาแนวทางแก้ไขปัญหของแต่ละบุคคล โดยใช้เหตุผลของแต่ละบุคคลซึ่งอาจมีความแตกต่างกัน โดยที่การตัดสินใจจะอยู่ภายใต้เงื่อนไข คือ 1) เป็นวิธีที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเองได้ 2) สอดคล้องกับการดูแลของทีมสุขภาพ 3) บุคคลได้รับความเอาใจใส่ และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง 4) ผ่านการร่วมปรึกษา และได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ และ 5) เป็นวิธีที่สร้างความยอมรับ และความสามารถเปิดกว้างในการที่บุคคลอื่น ๆ จะนำไปใช้ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ โดยในขั้นตอนนี้นักศึกษามีพันธะสัญญากับตนเอง ดังนี้

3.1 การปกป้องสิทธิ (Advocating for) โดยคิดว่าการให้ตนเองได้รับการดูแลเป็นสิ่งที่จะต้อง เป็นภาระหน้าที่ และความรับผิดชอบของตน สิ่งที่ดีกว่าปฏิบัติแล้วเป็นผลดีกับตนเองก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามสิ่งนั้น ๆ

3.2 การเรียนรู้ในการแก้ปัญหา (Learning the Ropes) เป็นการเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาจากการใช้ประสบการณ์เดิม และการเรียนรู้ร่วมกับบุคคลอื่น

3.3 การเรียนรู้ในการคงพฤติกรรม (Learning to Persist) โดยจะไม่ย่อท้อต่อความตั้งใจในการดูแลตนเอง พยายามกระทำสิ่งที่ดีที่สุดในตนเอง

การเจรจาต่อรองเกี่ยวกับการรักษาในสถานบริการ (Driving Negotiation in the Hospital Setting) โดยคิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งในการดูแล การได้นำสิทธิความเข้าใจมาผสมผสานกับความรู้ที่มีอยู่มาใช้ในการดูแล การได้นำปัญหาของบุคคลอื่น ๆ มาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับทีมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ หากการกระทำดังกล่าวเป็นที่ยอมรับ และส่งผลให้ตนเองดีขึ้น จะทำให้นักศึกษารู้สึกมีพลังอำนาจ (Sense of Power)

การสร้างความรู้สึกร่วม (Establishing Partnership) การต้องการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการดูแลตนเอง จะทำให้นักศึกษาพยายามแสวงหาข้อมูลที่ทันสมัย เป็นประโยชน์จากบุคคลอื่น ๆ จากการแสวงหาข้อมูลความรู้ด้วยตนเอง การสร้างสัมพันธภาพ และการมีส่วนร่วมอภิปรายปัญหากับบุคคลอื่น การได้รับความช่วยเหลือ สนับสนุนจากบุคคลต่าง ๆ จะช่วยให้การตัดสินใจแก้ปัญหาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้นักศึกษารู้สึกเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

4. ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ถือว่าเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติในระบายนี้นี้ เมื่อพบปัญหาในการปฏิบัติตามทางเลือกแล้ว พยาบาลและบุคคลจะร่วมมือแก้ไขปัญหาคือเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพ หรือประสบความสำเร็จ บุคคลจะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถ และจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมแก้ปัญหานั้นสำหรับใช้ในเหตุการณ์ครั้งต่อไป

การเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน ตามแนวคิด (Gibson, 1993) เป็นกระบวนการระหว่างบุคคลซึ่งในแต่ละขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีความต่อเนื่องกันและสามารถเกิดสลับไปมาได้ในแต่ละบุคคล และการที่บุคคลจะสามารถผ่านขั้นตอนแต่ละขั้นตอนได้ ต้องใช้พลังใจ พลังความคิด รวมทั้งความสามารถในระดับสูง ทั้งนี้ขั้นตอนต่าง ๆ จะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับปัจจัยนำและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังจะได้กล่าวถึงต่อไป

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ แบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ ดังต่อไปนี้ (ดารณี จามจุรี, 2546, หน้า 51-52; Gibson, 1993, pp. 294-298)

1. ปัจจัยภายในบุคคล (Intrapersonal Factor)

1.1 ความเชื่อ (Beliefs) ความเชื่อเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหา อุปสรรค และความยากลำบากในการดูแลสุขภาพที่เกิดขึ้นการที่บุคคลมีความเชื่อที่ดีต่อการดูแลสุขภาพจะส่งผลให้บุคคลเกิดความหวัง มีความคิดที่จะส่งเสริมให้ตนเองเกิดความเชื่อในความสามารถของตนเองว่าสามารถดูแลตนเองได้ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจะทำให้บุคคลมีความรู้สึกเกิดพลังในการที่จะพยายามแสวงหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้

1.2 ค่านิยม (Values) ค่านิยมของตนเอง การมีความรักในตนเองนับว่าเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เป็นพื้นฐานของความรับผิดชอบในการที่จะดูแลตนเอง

1.3 ประสบการณ์ (Experience) ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นสิ่งสำคัญต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งรวมถึงประสบการณ์ในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมาและประสบการณ์ที่ได้รับจากการศึกษา อ่านจากตำรา วารสารวิชาการ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีแนวทางสำหรับการจัดการควบคุมสถานการณ์

1.4 เป้าหมายในชีวิต (Determination) เป้าหมายในชีวิตของตนเองเกิดจากการที่บุคคลมีพลังความเข้มแข็ง และแรงจูงใจ (Strong and Motivation) ที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อไปสู่เป้าหมาย โดยจะพยายามทำทุกอย่างเพื่อให้ตนเองได้รับสิ่งที่ดีที่สุดแม้จะมีอุปสรรค

2. ปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal Factor) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม

(Social Support) จากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นคู่สมรส บุตร หลาน ญาติ หรือบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีส่วนสนับสนุนให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ให้การประคับประคอง และให้ความมั่นใจในการที่จะดูแลตนเอง นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนจากผู้รับบริการด้วยตนเอง เช่น การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน การได้เรียนรู้จากบุคคลอื่น ๆ แหล่งสนับสนุนต่าง ๆ เหล่านี้เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลมีการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ผลดียิ่งขึ้น

ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตามแนวคิด (Gibson, 1993) ความสามารถในการมีส่วนร่วม (Participatory Competence) เป็นผลลัพธ์ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1993, pp. 290-292) ซึ่งเป็นกระบวนการภายในบุคคล (Intrapersonal Process) ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ตามมาภายหลังประกอบด้วย คุณลักษณะ 7 ประการ (Gibson, 1993, pp. 292-294) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การพัฒนาตนเอง (Self Development) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ถึงการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงลักษณะส่วนบุคคลในด้านต่าง ๆ ไปสู่สิ่งที่ดี เหมาะสม และถูกต้องมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีความสามารถเพิ่มขึ้น
2. ความสามารถในการควบคุมหรือจัดการสถานการณ์ได้ (Sense of Mastery) หมายถึง การที่บุคคลมีการรับรู้ในศักยภาพและความสามารถของตนเองในการเผชิญสถานการณ์ปัญหา ตลอดจนสามารถดำเนินการได้สำเร็จบรรลุตามเป้าหมายท่ามกลางอุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยอาศัยสถานการณ์ปัญหาซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ประกอบกับการนำความรู้และประสบการณ์ที่มีอยู่เดิมมาผสมผสานเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น
3. ความรู้สึกพึงพอใจ (Sense of Satisfaction) หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกที่ดี มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และมีกำลังใจ ส่งผลให้การปฏิบัติงานบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้
4. การมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต (Purpose and Meaning in Life) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นในตนเองเกี่ยวกับการยอมรับนับถือตนเอง เห็นคุณค่าภายในตน มีเป้าหมายในชีวิต มีความภาคภูมิใจในตนเอง และมองเห็นความสำคัญของตนเองต่องานในความรับผิดชอบ และต่อผู้อื่น
5. การไม่ได้รับการยอมรับ (Reject) หมายถึง การที่ทีมสุขภาพไม่ยอมรับฟังเหตุผลหรือข้อมูลต่าง ๆ จากบุคคล และไม่มีการถ่ายโอนพลังอำนาจ
6. การมีความรับผิดชอบเกินจำเป็น (Responsibility Overload) หมายถึง การที่ทีมสุขภาพมองเห็นถึงศักยภาพของบุคคล จึงปล่อยให้บุคคลมีอำนาจในการตัดสินใจ และรับบทบาทการดูแลสุขภาพชีวิตของตนเองแต่เพียงผู้เดียว ซึ่งอาจทำให้เกิดความเครียดแก่บุคคลได้เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคย
7. การขาดการสนับสนุนที่เพียงพอ (Less Support) หมายถึง การที่บุคคลไม่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลหรือหน่วยงานต่าง ๆ หรือไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ได้มีผู้วิจัยนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ โดยจัดสร้างเป็นโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วย หรือผู้ดูแลในครอบครัว เกิดการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการจัดการ และควบคุมสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ดังเช่น การวิจัยของ ศรีรัตน์ คุ่มสิน (2546) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลมีการรับรู้พลังอำนาจ หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลองในทุกช่วงเวลาเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม และมีความเครียดหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลองในทุกช่วงเวลาเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม การวิจัยของ ศศิมา วัฒนา (2548) ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยวัยสูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลมีการรับรู้พลังอำนาจ และพฤติกรรมการดูแลดีกว่ากลุ่มควบคุม การวิจัยในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ดูแลมีการรับรู้พลังอำนาจในการควบคุมสถานการณ์จัดการกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเบาหวาน และครอบครัว สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าของผู้ป่วยเบาหวานลดลง (สิริอร ช้อยุ่น, 2550) ผู้ดูแลมีระดับความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจลดลง สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยดีขึ้น มีส่วนร่วมและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มองเห็นคุณค่าแห่งตน ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับผลเลือดฮีโมโกลบินเอวันซี และจำนวนการกลับมารักษาซ้ำลดลง (ภัศราพร เจริญศักดิ์จักร, 2550) หรือการวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยลดลง (สุพร มหาวรรการ, 2551) และการวิจัยของ สุพรรณิ คมคาย (2552) ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยในด้านการใช้ยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และที่สำคัญ คือ สามารถจัดการให้ผู้ป่วยไปตรวจตรงตามแพทย์นัดได้เช่นเดียวกัน

จะเห็นได้ว่า การนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจไปประยุกต์ใช้ในการจัดสร้างโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลสามารถเพิ่มการรับรู้พลังอำนาจของกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ทำให้มีความสามารถในการมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพที่จะควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ ซึ่งนำไปสู่การปรับเปลี่ยนความรู้ ทัศนคติ ทักษะ และพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการดำเนินการอย่างมีแบบแผนตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1993) เพื่อช่วยพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวให้เกิดความเชื่อมั่นและสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ได้อย่างเหมาะสมที่สุดโดยการประยุกต์ใช้ทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชนและสังคมให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีระบบเป็นขั้นตอนตามแผนที่กำหนดไว้ ที่บ้านผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเป็นรายบุคคล

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมประกอบด้วย กิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 2 ชั่วโมง ใช้ระยะเวลาตามโปรแกรมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

การเสริมสร้างพลังอำนาจ ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมติดต่อกัน 2 วัน มีรายละเอียดของกิจกรรมดังต่อไปนี้

วันที่ 1

ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความไว้วางใจ และเริ่มกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นรายบุคคล ครั้งที่ 1 เริ่มดำเนินการขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง และขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยให้ผู้ดูแลแสดงการรับรู้ ทำความเข้าใจ ยอมรับเหตุการณ์ และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริง ผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันประเมินปัญหาของผู้ดูแลในการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม และปัญหาที่เกิดจากผลกระทบของการดูแลต่อผู้ดูแล รวมทั้งให้ผู้ดูแลทบทวนสิ่งที่ปฏิบัติ แสดงความรู้สึกต่อสิ่งที่ปฏิบัติในกิจกรรมนั้น ๆ ให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ร่วมกัน ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ร่วมกันคิดวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา จัดหมวดหมู่ของปัญหา การพินิจพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ จะทำให้เกิดมุมมองใหม่ส่งผลให้ผู้ดูแลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้เกิดมุมมองปัญหา ประเมิน และคิดวิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่าง ๆ ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจมากขึ้น นำไปสู่การแก้ปัญหา หรือการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (Sense of Personal Control) ถ้าผู้ดูแลผ่านขั้นตอนนี้ไปได้ จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถ และมีพลังเพิ่มขึ้นโดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุน

ให้คำปรึกษา และกระตุ้นผู้ดูแลให้เกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์ในการหาแนวทางการแก้ปัญหา หลังจากนั้นผู้วิจัยฉบับนี้ก็ข้อมูลดังกล่าวพร้อมทั้งมอบคู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้านให้ผู้ดูแลเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ไขปัญห และเข้าใจสถานการณ์ต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น

วันที่ 2

ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้านร่วมกันดำเนินการสรุปปัญหาจากการพูดคุยในครั้งแรก เรียงลำดับความสำคัญของปัญหา พิจารณาความรุนแรง และความยากง่ายของการแก้ปัญหา กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญห โดยการกำหนดหัวข้อและรายละเอียด ซึ่งประกอบด้วย ปัญหา สาเหตุ วิธีการแก้ไขปัญห การประเมินผล และบทบาทของบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ การที่ผู้ดูแลจะมีทางเลือกได้หลายวิธีก็ขึ้นกับการแสวงหาแนวทางการแก้ไขปัญหของตนเองถ้าผู้ดูแลมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้วิจัย และศึกษาจากคู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้านซึ่งเป็นสื่อที่ใช้ประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-determination) ในขั้นนี้บุคคลจะตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและดีที่สุด เพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุดจะอยู่ภายใต้เงื่อนไข ดังนี้

1) เป็นวิธีที่แก้ปัญหาให้แกตนเอง 2) สอดคล้องกับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ 3) ได้รับการเอาใจใส่และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง 4) ผ่านการปรึกษาและได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ และ 5) เป็นวิธีที่ยอมรับได้และเปิดกว้างให้บุคคลอื่นนำไปใช้ได้ ดังนั้นในขั้นตอนนี้ทั้งผู้วิจัยและผู้ดูแลต้องร่วมมือกันหาข้อมูลมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และร่วมกันตัดสินใจปัญหอย่างมีประสิทธิภาพทำให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

การเสริมสร้างพลังอำนาจ ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน ดำเนินการกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นรายบุคคล ครั้งที่ 2 โดยดำเนินการขั้นตอนการประเมินผลการแก้ไขปัญหในการดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจครั้งแรก และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม และการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม และต่อเนื่อง ด้วยการติดตามจากบันทึกของผู้ดูแลตามแผนการแก้ปัญหที่วางไว้ พร้อมทั้งค้นหาปัญหาและพัฒนาแนวทางการแก้ปัญหใหม่ กรณีผู้ดูแลนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ ผู้ดูแลก็รู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและถือว่าเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมแก้ปัญหานั้น สำหรับใช้ในครั้งต่อไป กรณีผู้ดูแลปฏิบัติการดูแลได้ดีผู้วิจัยให้แรงเสริมทางบวกด้วยการกล่าวชมเชยทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถ ผู้วิจัยทำหน้าที่ให้คำปรึกษา และเป็นผู้สนับสนุน

การเสริมสร้างพลังอำนาจ ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4) ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน โดยดำเนินการติดตามประเมินผลและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ด้วยการให้ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลด้วยตนเอง ผู้วิจัยติดตามประเมินผลจากการสอบถาม และการบันทึกผลการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแลตามแผนที่วางไว้ รวมทั้งมีการให้แรงเสริมบวก ด้วยการกล่าวชมเชย ให้กำลังใจเมื่อผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมได้ดีและถูกต้องในขั้นนี้เมื่อผู้ดูแลนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพ หรือประสบความสำเร็จ ผู้ดูแลจะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถ และจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหาที่ใช้นั้นสำหรับใช้ในการเหตุการณ์ครั้งต่อไป

เมื่อสิ้นสุดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตาม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่น รับรู้ถึงพลังอำนาจที่ตนเองมีอยู่ และสามารถควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ได้อย่างเหมาะสมที่สุดส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและตนเองได้ครอบคลุมทุกมิติด้านสุขภาพได้ดีมากยิ่งขึ้น