

การมีชีวิตร่วมอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นของผู้สูงอายุ: การศึกษารายกรณีเชิงคุณภาพ



นางสาวนิตติยา น้อยสีภูมิ

ศูนย์วิทยพัทยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

LIVING WITH EARLY - STAGE DEMENTIA OF OLDER PERSONS:
A QUALITATIVE CASE STUDY

Miss Nittiya Noysipoom



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2010
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

การมีชีวิตร่วมกับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นของผู้สูงอายุ:

การศึกษารายกรณีเชิงคุณภาพ

โดย

นางสาวนิตติยา น้อยสีภูมิ

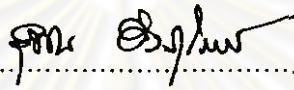
สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

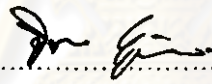
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์

บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต



..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)



..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์)



ช.ท. ๕๑๖ กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(พันโทหญิง ดร. วาสนา นัยพัฒน์)

นิตติยา น้อยสีภูมิ : การมีชีวิตร่วมอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นของผู้สูงอายุ: การศึกษารายกรณีเชิงคุณภาพ. (LIVING WITH EARLY - STAGE DEMENTIA OF OLDER PERSONS: A QUALITATIVE CASE STUDY) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
หลัก: ผศ.ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์, 213 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษาหลายกรณี (multiple case study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีชีวิตร่วมอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นของผู้สูงอายุกรณีศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น มีประสบการณ์ในการใช้ชีวิตหลังจากที่ทราบว่าตนเองได้รับการวินิจฉัย จำนวนทั้งหมด 7 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมศัลยกรรม คลินิกผู้สูงอายุและคลินิกความทรงจำของโรงพยาบาล 3 แห่ง โดยได้รับการอนุญาตจากแพทย์ประจำตัวและญาติผู้ใกล้ชิด โดยเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเชิงลึกรายกรณี ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ร่วมกับการวิเคราะห์แบบข้ามกรณี

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นบอกเล่าประสบการณ์ของตนเองที่มีชีวิตร่วมอยู่กับภาวะสมองเสื่อมใน 5 ประเด็น คือ 1) การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ทั้งอาการและความรู้สึกหลังจากทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อม 2) ผลกระทบที่ได้รับจากการมีภาวะสมองเสื่อม 3) การเผชิญกับความารู้สึกหลังจากทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อม 4) การจัดการกับอาการสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นและ 5) การวางแผนการดำเนินชีวิต

ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้นักวิชาการทางสุขภาพทราบปัญหาและความต้องการและสามารถนำความรู้ที่ได้ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในการดูแลสุขภาพเพื่อช่วยให้สามารถเผชิญและจัดการกับอาการ และผลกระทบที่เกิดขึ้น ตอบสนองความต้องการและให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแบบประคับประคองหลังจากทราบว่าตนเองหรือสมาชิกในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อม

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต..... นิตติยา น้อยสีภูมิ.....
ปีการศึกษา..... 2553.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....ร.อ.หญิง.....

5177572936 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : LIVING WITH EARLY STAGE DEMENTIA / OLDER PERSONS WITH EARLY STAGE DEMENTIA

NITTIYA NOYSIPOOM: LIVING WITH EARLY - STAGE DEMENTIA OF OLDER PERSONS: A QUALITATIVE CASE STUDY. ADVISOR: ASST. PROF. SIRIPHAN SASAT, Ph.D, 213 pp.

This qualitative research with multiple cases studies aimed to explore the experiences of older persons living with early stage dementia. The samples were older persons who were diagnosed and had experienced living with early stage dementia. The seven cases were selected from three different hospitals in Memory and Geriatric Clinic and Outpatient Medical-Surgical Service, Bangkok with the physicians and caregivers' approval. The purposive sampling method was used in this study. The data were collected by in-depth interview with interview guideline combined with observation and analyzed with content analysis and cross-cases analyses.

The results showed that the experiences of older persons living with early stage dementia can be grouped into five themes as follows; 1) perception of signs and symptoms 2) perception of emotion after having been diagnosed 3) coping with the emotion after having been diagnosed 4) management of signs and symptoms and 5) planning for everyday life.

The result of this study could help health care professionals for better understanding on problems and needs of people with dementia and their caregivers. These informations can be used for planning nursing care provide in order to help them to be able to cope with and manage symptoms and consequence. These could also response to need of patient for palliative care after having been diagnosed of dementia.

Field of Study : Nursing Science.....

Student's Signature

Nittiya Noysipoom

Academic Year : 2010.....

Advisor's Signature

Capt. Siriphan Sasat

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความช่วยเหลือและความเมตตากรุณาอย่างยิ่งของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความห่วงใยและเอาใจใส่เป็นอย่างดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ พันโทหญิง ดร.วาสนา นัยพัฒน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์และคำแนะนำเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหา วิทยาลัย ทุกท่านที่ช่วยประสิทธิ์ ประสาทวิชาความรู้ ให้คำแนะนำแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาการศึกษา ด้วยความเมตตาอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุกรณีศึกษาทั้ง 7 ท่านที่เห็นความสำคัญในการวิจัยและกรุณาให้ความร่วมมือในการวิจัยอย่างดียิ่ง อีกทั้งยังให้ข้อเสนอแนะ ชี้ อมูลอันเป็นประโยชน์ในการวิจัยและคำแนะนำ ความรู้อื่น ๆ อันเป็นประโยชน์ยิ่งต่อผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณคณาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระที่ให้การช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาพร้อมทั้งเป็นกำลังใจและให้โอกาสในการได้มีเวลาทำวิทยานิพนธ์

สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา พี่ ๆ น้อง ๆ ที่ให้การช่วยเหลือ สนับสนุนและเป็นกำลังใจในการศึกษา รวมทั้งเพื่อน ๆ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหา วิทยาลัย ที่คอยเป็นกำลังใจตลอดเวลาที่ศึกษาจนวิทยานิพนธ์นี้สำเร็จได้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหา วิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
แนวคิดก่อนการวิจัย.....	5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม.....	7
ผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อม.....	17
แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ภาวะสูญเสียและเศร้าโศก.....	21
แนวคิดการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม.....	25
แนวคิดการศึกษาแบบกรณีศึกษา.....	33
สรุปวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	47
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	54
การเลือกกรณีศึกษา.....	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	55
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	57
ขั้นเตรียมการวิจัย.....	57
ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล.....	60
จริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์.....	63
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	64

บทที่	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	67
ผู้สูงอายุกรณีศึกษาที่ 1.....	68
ผู้สูงอายุกรณีศึกษาที่ 2.....	80
ผู้สูงอายุกรณีศึกษาที่ 3.....	92
ผู้สูงอายุกรณีศึกษาที่ 4.....	103
ผู้สูงอายุกรณีศึกษาที่ 5.....	116
ผู้สูงอายุกรณีศึกษาที่ 6.....	127
ผู้สูงอายุกรณีศึกษาที่ 7.....	137
บทที่ 5 การวิเคราะห์ข้ามกรณี.....	152
ข้อมูลส่วนบุคคลของกรณีศึกษา.....	153
การเปรียบเทียบการมีชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นของผู้สูงอายุ.....	159
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	171
สรุปผลการวิจัย.....	171
อภิปรายผล.....	173
ข้อเสนอแนะ.....	179
รายการอ้างอิง.....	181
ภาคผนวก.....	188
ภาคผนวก ก.....	189
ภาคผนวก ข.....	201
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	213

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ข้อมูลส่วนบุคคลของกรณีศึกษา.....	158
2	การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น.....	202
3	ผลกระทบที่ได้รับจากการมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น.....	204
4	การเผชิญกับความรู้สึกหลังจากได้รับการวินิจฉัย.....	207
5	การจัดการกับอาการสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น.....	209
6	การวางแผนการดำเนินชีวิต.....	211



ศูนย์วิทยพัชการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสมองเสื่อม (dementia) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการเสื่อมความสามารถของสมองไปเรื่อย ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการความจำบกพร่อง ในช่วงแรกจะ ทำให้ไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ ได้ เมื่ออาการมากขึ้นจะลืมสิ่งเก่าที่เคยรู้มาแล้ว ไปเรื่อย ๆ ร่วมกับมีอาการอื่น ที่เกิดจากเปลือกสมองสูญเสียหน้าที่ไป ทำให้มีปัญหาในเรื่องการคิดคำนวณ (Robert, 2009) การรับรู้ตนเองกับสิ่งแวดล้อม การใช้ภาษา ความคิดริเริ่ม ร่วมกับมีอาการมึนงง พฤติกรรมแล ะบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2548) ในปี พ.ศ. 2548 มีผู้ป่วยสมองเสื่อมในภูมิภาคเอเชีย 13.7 ล้านคน ประเทศไทยพบประมาณ 229,000 คนและคาดว่าในอีก 20 ปีข้างหน้าจะเพิ่มเป็น 450,000 คนและจะเพิ่มสูงมากกว่า 1 ล้านคน ในปี พ .ศ. 2593 (อรพิชญา ไกรฤทธิ์ และสิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2550) การเสื่อมหน้าที่ของสมอง ด้านเซาว์ปัญญาอย่างรุนแรง จะมีผลกระทบต่อสังคมและอาชีพ มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการทางจิตได้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

สมองเป็นอวัยวะหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านชีวเคมีและเมตาบอลิซึมเมื่อคนมีอายุ มากขึ้น จากการศึกษาพบว่าเมื่ออายุ 70 ปี น้ำหนักสมองจะลดจลงร้อยละ 5 เมื่ออายุ 80 ปี ลดลง ร้อยละ 10 และเมื่ออายุ 90 ปี จะลดลง ร้อยละ 20 เซลล์ประสาทของสมองจะตายและสูญเสียหน้าที่ไป จำนวนสารสื่อประสาทจะลดลงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของสติปัญญาและความจำ (บรรลุ ศิริพานิช, 2548) ภาวะสมองเสื่อมมักจะมีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งจำแนกความรุนแรงที่เพิ่มมากขึ้นออกไป 3 ระดับ คือ ระยะเริ่มต้น หรือระดับไม่รุนแรง (mild) มีความบกพร่องในหน้าที่การงานและสังคมอย่างเด่นชัด แต่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวัน ดูแลรักษาสุขภาพอนามัยของตนเองได้และตัดสินใจเองได้ ระดับปานกลาง (moderate) เริ่มไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ถ้าหากปล่อยให้อยู่ตามลำพังอาจทำให้เกิดอันตรายต่อการดำรงชีวิตและจำเป็นต้องมีผู้ดูแลและระดับรุนแรง (severe) ผู้ป่วยจะไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย แม้แต่กิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองได้ ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ นอนซืม ไม่เคลื่อนไหว พูดจาสับสนหรือไม่พูดเลย ต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา (American psychiatric association, 1994)

เมื่อมีการเสียความสามารถในการสั่งงานของสารสื่อประสาทแ ละการรับกระแสประสาท จะทำให้ความสามารถในการคิด การรับรู้ การทำสิ่งต่าง ๆ ลดลง (Carey, 2006) การสูญเสียความทรงจำ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้ง ด้านร่างกายทำให้สูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวัน เช่น การอาบน้ำ แปรงฟัน การทำความสะอาดหลังขั้วถ่าย (กัมมันต์ พันธุมจินดา , 2543) มีภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น มีแผลในช่องปาก ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ หรือหากเป็นขั้นรุนแรงอาจมีภาวะทุพพลภาพได้ ด้านจิตใจผู้ป่วยจะมีนิสัยเปลี่ยนไป หวาดระแวง เกิดความเครียด และอาจมีภาวะซึมเศร้าตามมา ด้านสังคมผู้ป่วยอาจขาดการร่วมกิจกรรมทางสังคม และสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นแยกลงเนื่องจาก พูดซ้ำซาก หรือแสดงอารมณ์รุนแรง ด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาจะมีจำนวนสูงขึ้นตามมา เช่น ค่ายา หรือค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษา นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายอาจสูญเสียความสามารถด้านการจัดการเรื่องการเงินและเรื่องทางกฎหมายโดยจะค่อย ๆ ลดลงเรื่อย ๆ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จนไม่สามารถตัดสินใจได้ (Alzheimer's Australia, 2005) ปัญหาด้านกฎหมายที่สำคัญหลังได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อม กรณีที่มีการต่อสู้ทางคดีเพื่อผลประโยชน์ทางทรัพย์สิน คือ การถูกศาลพิพากษาว่าเป็นบุคคล วิกลจริตหรือไร้ความสามารถและต้องมีผู้อภิบาล หากมีการขัดแย้งเรื่องผลประโยชน์ภายในครอบครัว อาจก่อให้เกิดปัญหาสำหรับผู้ป่วยหรือญาติที่ควรได้รับความเป็นธรรม เช่น คดีให้พินัยกรรมเป็นโมฆะ หรือการรับผิดชอบทางด้านคดีแพ่งหรือคดีอาญา (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2548)

ภาวะสมองเสื่อมนอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อญาติหรือผู้ดูแลด้วยเช่นกัน ด้านร่างกาย ผู้ดูแล จะอ่อนเพลีย เจ็บป่วยและติดเชื้อมากขึ้น ด้านจิตใจ ผู้ดูแลรู้สึกผิดหวังว่าโรคสมองเสื่อมเกิดกับสมาชิกในครอบครัวของตน เครียด ท้อแท้ โกรธและอาจเกิดปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย จากอาการพูดซ้ำซาก การพูดจากร้าวร้าว ทำให้เกิดความรำคาญได้และก่อให้เกิดความเศร้าโศกในญาติหรือผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยเริ่มมีภาวะความจำเสื่อม มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากคนที่ผู้ดูแลเคยรู้จัก จึงเปรียบเสมือนผู้ป่วยได้เสียชีวิตไปจากครอบครัวแล้วทั้ง ๆ ที่ยังมีชีวิตอยู่ (ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2551) อย่างไรก็ตามความเสื่อมของสมองนั้นก็เช่นเดียวกับอวัยวะอื่น ๆ คือสามารถป้องกันไม่ให้เสื่อมลงอย่างรวดเร็ว หรือชะลอความรุนแรงของความเสื่อมนั้นได้ (Carey, 2006)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่ม ต้นจะเกิดความรู้สึกสับสนเมื่อรู้ว่าตนเองเสียความทรงจำมากขึ้น สมรรถภาพการทำงานเสื่อมลง แต่ไม่แน่ใจว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร มีความกดดัน ความเครียดสูงเพราะมีความพยายามที่จะทำอะไรให้เหมือนเดิมแต่ทำไม่ได้ เกิดความโกรธที่ตนเองสูญเสียความทรงจำและความสามารถอื่น ๆ กลัวการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและไม่สามารถยับยั้งการเปลี่ยนแปลงของตนเองได้ ไม่แน่ใจในอนาคตเพราะอาการ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจนระยะสุดท้ายไม่แน่นอน เกิดภาวะซึมเศร้าและหมดหวังในอนาคต (สถาบันเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ , 2542) ซึ่งในระยะเริ่มต้น ผู้ป่วยยังสูญเสียความจำไม่มาก จะยังสามารถตัดสินใจ คิดและพูดบอกเล่าความรู้สึกของตนเองได้ดีอยู่ โดยทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ จะมีโอกาสได้พูดจาตั้งเสียกับครอบครัวหรือญาติพี่น้องหรือมีเวลาในการวางแผนต่าง ๆ ในชีวิต จัดการกับสิ่งที่ค้างคาใจที่ยัง

ไม่ได้ทำ มีโอกาสได้แสดงความรู้สึกและบอกความต้องการของตนเองได้ (Blauer, 1966 อ้างถึงใน ศิริพันธ์ุ์ ศาสตร์ย์ , 2551) แต่ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีโอกาสน้อยมากที่จะให้ข้อมูลหรือแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับความตายของตนเองเมื่ออาการของโรครุนแรงมากขึ้น (ศิริพันธ์ุ์ ศาสตร์ย์, 2551)

ซึ่งในปัจจุบันนี้แพทย์ พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่แต่ส่วนใหญ่มักเป็นการดูแลในรูปแบบโดยรวมในทุกระยะและเน้นในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่อยู่ในระยะที่เริ่มไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สูญเสียความจำและความสามารถในการดูแลตนเอง ส่วนใหญ่เป็นการให้การพยาบาลตามทฤษฎี ยังขาดการทำความเข้าใจผู้ป่วยและยังขาดการให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ดังนั้น การทำความเข้าใจถึงการมีชีวิตอยู่เมื่อเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นจึงมีความจำเป็น เพราะจะช่วยให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยและบุคลากรที่เกี่ยวข้องเข้าใจและรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้ที่ได้รับบริการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม การเผชิญปัญหา ความต้องการและการวางแผนการดำเนินชีวิตภายหลังที่มีภาวะนี้ได้ อาจเป็นการดีหากเราสามารถประเมินสภาพอาการที่เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ระยะเริ่มต้นได้ตั้งแต่แรก ๆ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการนำไปเป็นแนวทางให้การดูแล เพื่อชะลอความรุนแรงของอาการและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นตลอดจนช่วยในการ ดูแลแบบประคับประคอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนและ กำหนดวิธีการได้รับการดูแลตามความต้องการของตนเองในช่วงชีวิตที่ยังเหลืออยู่ ให้ความสำคัญในการเตรียมความพร้อมและการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง มีการวางแผนการดำเนินชีวิตทั้งด้านการจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยชะลอความก้าวหน้าของภาวะสมองเสื่อมให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ การวางแผนเรื่องการเงินและเรื่องเกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น การมีชีวิตอยู่ร่วมกับภาวะสมองเสื่อมจึงไม่เพียงแต่มีเป้าหมายที่การชะลอภาวะทุพพลภาพเท่านั้น แต่ยังคงคำนึงถึงคุณภาพชีวิตที่ดีและการจากไปอย่างมีความสุขด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่ปรากฏว่ามีการศึกษา การมีชีวิตอยู่ร่วมกับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงศึกษาโดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) แบบกรณีศึกษา (case study) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึก โดยการ แปลข้อมูลที่ได้ตามการรับรู้ความรู้สึกของผู้สูงอายุที่อยู่ในเหตุการณ์นั้น ๆ แล้วอธิบายเป็นกรณีตัวอย่าง เพื่อให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมคนอื่นและญาติที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเข้าใจและ ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น และผลที่ได้จากการศึกษา นี้จะช่วยให้นักวิชาการทางด้านสุขภาพมีความเข้าใจถึงความรู้สึกและประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ สามารถนำข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลและให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม สนับสนุนสมาชิกในครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างครอบคลุม มีคุณภาพและ

สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม เพื่อหาวิธีการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ให้เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตได้อย่างมีความสุขตามที่ยุสูงอายุปรารถนา มีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการมีชีวิตร่วมอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาการรับรู้อาการของภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นของผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาการรับรู้ความรู้สึกหลังจากที่ได้รับการวินิจฉัย
4. เพื่อศึกษาวิธีการเผชิญกับความรู้สึกและผลกระทบที่ได้รับจากภาวะสมองเสื่อม
5. เพื่อศึกษาการจัดการอาการของภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นของผู้สูงอายุ
6. เพื่อศึกษาวัฒนธรรม ความเชื่อ ความคาดหวังในการดูแลและการวางแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

คำถามการวิจัย

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นใช้ชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมอย่างไร

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยศึกษาในลักษณะกรณีศึกษา ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ซึ่งเป็นกลุ่มที่ยังพบค่อนข้างน้อย เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์เมื่อเข้าสู่ระยะที่มีอาการมากกว่าระยะเริ่มต้นไปแล้วและ คัดเลือกผู้สูงอายุ แบบเฉพาะเจาะจงโดยมีคุณสมบัติตามที่ กำหนด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธีการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เป็นกรณีศึกษาญาติผู้ดูแลใกล้ชิดซึ่งจะสามารถให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับผู้วิจัยและช่วยยืนยันข้อมูลบางอย่างที่ได้จากผู้สูงอายุ การสังเกต แบบมีส่วนร่วม ศึกษาข้อมูลจากเอกสารเกี่ยวกับประวัติการเข้ารับการรักษาด้วยอาการสมองเสื่อมและเก็บข้อมูลภาคสนาม ประเด็นที่สนใจศึกษา คือ การใช้ชีวิตร่วมกับภาวะสมองเสื่อม ระยะเริ่มต้น ของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ทั้งการรับรู้อาการของภาวะสมองเสื่อมและการรับรู้ความรู้สึก ภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น การเผชิญกับความรู้สึก ภายหลังได้รับการวินิจฉัย การจัดการกับอาการของภาวะสมองเสื่อม และการวางแผนการดำเนินชีวิต

แนวคิดเบื้องต้น (preconceived notion)

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา (case study) โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เนื่องจากเป็นวิธีการที่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้โดยตรง

ระหว่างผู้สัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลและการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เป็นการศึกษา จากประสบการณ์จริงของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น จากทัศนคติหรือมุมมองของผู้ป่วย ผ่านการรับรู้ การถ่ายทอดประสบการณ์และการแสดงพฤติกรรม ต่าง ๆ ของบุคคล ตามความเหมาะสมของ บริบทที่ศึกษาอยู่ในขณะนั้น ๆ เนื่องจากผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นผู้ที่เผชิญกับอาการและอาการแสดง ด้วยตนเองนั้นย่อมเกิดการเรียนรู้และสร้างวิธีการจัดการต่อการเจ็บป่วยตามประสบการณ์ที่มีอยู่ อาจได้อิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม ลักษณะอาการ เจ็บป่วย การบำบัดรักษาและข้อมูลต่าง ๆ ที่ผู้ป่วย ได้รับ

สำหรับการศึกษานี้ มีการทบทวนแนวคิดเบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเด็น ของลักษณะอาการของผู้ป่วย ผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อม ความเจ็บป่วยเรื้อรัง การดูแลผู้ป่วย สมองเสื่อมแบบประคับประคองและการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการมีชีวิต ของผู้ที่มีภาวะ สมองเสื่อมและงานวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง เป็นแนวทางในศึกษาและสร้างแนวคำถาม (interview guideline) เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งจากการทบทวนแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีประเด็นเกี่ยวกับการรับรู้อาการ ความรู้สึกภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ผลกระทบที่เกิดจากการมีภาวะสมองเสื่อม การเผชิญปัญหาและการจัดการอาการ รวมถึงการวางแผนการดำเนินชีวิต ซึ่ง อาจเกิดข้อค้นพบจากผลการวิจัยที่สะท้อนมุมมองหรือแนวคิดจากทัศนะ ของกรณีศึกษาและอาจเข้าถึงข้อค้นพบเกี่ยวกับการจัดการกับอาการ การวางแผนการดำเนินชีวิต ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นได้มากยิ่งขึ้น

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น หมายถึง ผู้มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้ง เพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญว่ามีภาวะสมองในระยะเริ่มต้น ที่มีการ เสื่อมความสามารถของสมองและมีความบกพร่องในการทำหน้าที่และสังคมอย่างชัดเจน

ภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น หมายถึง กลุ่มอาการที่ มีการเสื่อมความสามารถของ สมองไป เรื่อย ๆ จนมีความบกพร่องในหน้าที่การงานและสังคมอย่างเด่นชัด จะลืมสิ่งที่เรียนรู้ใหม่ เริ่มสงสัยว่าอาการลืมของตนเองเป็นแบบปกติหรือผิดปกติ แต่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองใน กิจวัตรประจำวัน ดูแลรักษาสุขภาพอนามัยของตนเองและตัดสินใจเองได้ โดยแพทย์เป็นผู้วินิจฉัย จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การประเมินโดยการทำ แบบทดสอบสภาพสมองที่ได้คะแนน มากกว่าหรือน้อยกว่าจุดตัดไม่เกิน 5 คะแนน ร่วมกับการใช้แบบบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่าง ประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 (ICD-10)

การมีชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น หมายถึง สิ่งที่ผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมอง เสื่อมระยะเริ่มต้นเผชิญในช่วงระยะที่เริ่มรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติ การรับรู้เหตุการณ์ เรื่องราว

ความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ การปรับตัว การกระทำตามความเข้าใจ การจัดการกับอาการและการวางแผนการดำเนินชีวิต ทั้งที่ผ่านมาและที่กระทำอยู่ และได้ถ่ายทอด ออกมาเป็นคำพูดร่วมกับพฤติกรรมการแสดงออกต่าง ๆ ที่สื่อความหมายให้ผู้วิจัยได้รับรู้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เกิดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการมีชีวิตร่วมอยู่กับ ภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นของผู้สูงอายุอย่างลึกซึ้ง

2. เป็นแนวทางแก่พยาบาล หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในการให้ความช่วยเหลือดูแลการจัดบริการสาธารณสุขหรือการจัดบริการด้านต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม โดย

2.1 เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในการประเมินปัญหาทางด้านสุขภาพ วางแผนการพยาบาลและให้คำแนะนำสำหรับ บผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ได้อย่างถูกต้องครอบคลุม

2.2 ข้อมูลที่ได้อาจรวมถึงความต้องการในการได้รับการดูแลของผู้ป่วยในขณะนี้ยังบอกเล่าได้ จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลระยะยาวและการดูแลในระยะสุดท้าย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) แบบกรณีศึกษา (case study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่มีชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้า เอกสาร ตำรา บทความ แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางเบื้องต้นในการทำวิจัย ซึ่งรวบรวมสรุปเป็นสาระสำคัญดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม
2. ผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อม
3. แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ภาวะสูญเสียและเศร้าโศก
3. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
4. แนวคิดการศึกษาแบบกรณีศึกษา
5. สรุปวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

1.1 ความหมายของภาวะสมองเสื่อม

สมองเสื่อม (dementia) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการเสื่อมความสามารถของสมองไปเรื่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการความจำบกพร่อง ในช่วงแรกจะทำให้ไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ เมื่ออาการมากขึ้นจะลืมสิ่งเก่าที่เคยรู้มาแล้วไปเรื่อยๆ ร่วมกับมีอาการอื่น ๆ ที่เกิดจากเปลือกสมองสูญเสียหน้าที่ไป ทำให้มีปัญหาในเรื่องการคิดคำนวณ การรับรู้ตนเองกับสิ่งแวดล้อม การใช้ภาษา ความคิดริเริ่ม ร่วมกับมีอาการ พฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2548) ทำให้ผู้ป่วยมีการเสื่อมหน้าที่ของเซลล์อย่างรุนแรงจนก่อให้เกิดผลเสียต่อหน้าที่การทำงาน ชีวิตทางสังคม และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และบางครั้งอาจมีอาการของโรคทางจิตได้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

1.2 สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม

สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม สามารถจำแนกเป็น 2 ชนิด (พนัส รัตนฤกษ์ไพศาล, 2544; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544; ศิริพันธ์ุ์ สาส์ตย์, 2551) คือ

- 1) สาเหตุปฐมภูมิ (primary dementia) ที่มาจากความผิดปกติภายในเนื้อสมองทำให้มีการเสื่อมสลายของเซลล์สมอง (degenerative) ภาวะสมองเสื่อมประเภทนี้ จะพบว่าไม่มีพยาธิสภาพ

รุนแรงเพิ่มขึ้นตามอายุของผู้ป่วยที่สูงขึ้น เป็นภาวะสมองเสื่อมที่รักษาไม่ได้ เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน โรคสมองขาดเลือด การติดเชื้อต่าง ๆ เนื้องอกในสมอง เลือดคั่งในสมอง การบาดเจ็บที่ศีรษะ

2) สาเหตุทุติยภูมิ (secondary dementia) ที่มาจากภายนอกเนื้อสมองที่พบบ่อย คือ จากการผิดปกติของหลอดเลือด เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ เป็นต้น

1.3 ชนิดของภาวะสมองเสื่อม (types of dementia)

ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในวัยสูงอายุ จากการที่ทั่วโลกมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้อัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งปัจจัยและสาเหตุการเกิดภาวะสมองเสื่อมนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าอาจมีปัจจัยหลาย ๆ อย่างเข้ามาเกี่ยวข้องหรือเป็นตัวกระตุ้นให้มีอาการเกิดขึ้น เพื่อให้ง่ายต่อการวินิจฉัยและการรักษา จึงได้แบ่งชนิดของภาวะสมองเสื่อมได้ดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

1.3.1 Alzheimer's disease (AD) สาเหตุของสมองเสื่อมที่ พบบ่อยและมีความสำคัญมากที่สุดคือ โรคอัลไซเมอร์ เนื่องจากพบได้ถึงร้อยละ 50 ของประชากรสูงอายุและเป็นโรคที่มีการดำเนินโรคซ้ำทำให้มีผลต่อการดูแลรักษาในระยะยาว (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล) สาเหตุเกิดจากการที่สมองมีการลดขนาดลงมากผิดปกติและมีการเพิ่มปริมาณของสาร Amyloid Plaque ไปเกาะติดตามเนื้อสมองโดยเฉพาะสมองในส่วนของ Cerebral Cortex จะพบประมาณร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด โดยลักษณะอาการของโรคนั้นจะดำเนินอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยแสดงอาการเหล่านี้เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

1.3.1.1 มีความจำบกพร่อง

1.3.1.2 ไม่สามารถทำงานที่คุ้นเคยได้

1.3.1.3 มีปัญหาเรื่องภาษา และมีความยากลำบากในการสื่อสาร

1.3.1.4 ไม่สามารถจดจำวัน เวลา สถานที่ได้เหมือนคนปกติทั่วไป

1.3.1.5 ความสามารถในการตัดสินใจที่จะกระทำการต่างๆลดลง

1.3.1.6 หางของไม่พบ หรือวางของผิดที่

1.3.1.7 มีปัญหาทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป

1.3.1.8 มีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง

1.3.1.9 ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในสิ่งใหม่ๆ

โดยทั่วไปอาการและอาการแสดง ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมชนิด AD มักพบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอารมณ์ ดังที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งสาเหตุการเกิดนั้นเชื่อว่า สมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการตัดสินใจ ความรู้สึกนึกคิด และความฉลาด เกิดความเสียหาย ดังนั้นในการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมชนิด AD ควรแยกพิจารณาออกจากสมองเสื่อมชนิดที่มีสาเหตุมาจากการขาดวิตามิน B12 โรคสมองเสื่อมที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง โรคสมองเสื่อมที่แสดงอาการทางระบบประสาทเฉพาะที่ หรือโรคสมองเสื่อมที่มีลักษณะการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติร่วมด้วย

1.3.2 Vascular Dementia (VD) เป็นภาวะสมองเสื่อมที่มีสาเหตุมาจากเส้นเลือดในสมองแตกหรือตีบ ทำให้สมองบางส่วนขาดเลือดไปเลี้ยง ผู้ป่วยบางรายจะมีอาการแขนขาอ่อนแรง อาการพูดลำบากร่วมด้วย หากตรวจด้วยเครื่อง CT หรือ MRI brain มักพบว่าเนื้อเยื่อสมองบางส่วนมีการฝ่อ (atrophy) และการตายเกิดขึ้น (infarction) นอกจากนี้หากตรวจร่างกายมักพบว่าผู้ป่วยจะมีปัญหาเรื่องความดันโลหิตสูง (hypertension) เบาหวาน (diabetes mellitus) และภาวะไขมันในเลือดสูง (hypercholesterolemia) (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

สมองเสื่อมชนิด Vascular Dementia เป็นสาเหตุสมองเสื่อมที่พบได้บ่อยรองลงมาจากสมองเสื่อมชนิด Alzheimer's disease พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยอัตราการเกิดมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้นโดยตรง สำหรับสาเหตุของการเกิด VD นั้น ผู้สูงอายุมักมีประวัติบ่งชี้ว่าเคยมีโรคหลอดเลือดสมอง (cerebro vascular disease) เช่น มีอาการแขนขาอ่อนแรง อัมพาตครึ่งซีก โดยอาการและอาการแสดงของโรคมักเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนหลังมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ป่วยเหล่านี้มักมีความผิดปกติของการเดินเกิดขึ้นก่อน การทรงตัวไม่ดี มีประวัติล้มบ่อย ๆ การกลืนปัสสาวะลำบาก ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

1.3.3 Dementia with Lewy Bodies (DLB) เป็นอาการสมองเสื่อมที่มักพบในผู้ป่วยที่เป็นโรคพาร์กินสัน จากการตรวจร่างกายมักพบความผิดปกติทางการเคลื่อนไหว ได้แก่ อาการสั่น (tremor) เกร็งแข็ง (rigidity) ทำอะไรช้า (bradykinesia) และการทรงตัวผิดปกติ (postural instability) ส่วนสาเหตุการเกิดขึ้นพบว่า มีพยาธิสภาพที่สมอง Basal Ganglia บริเวณ Substantia Nigra ทำให้มีการผลิตสารสื่อประสาทชื่อ สารโดปามีน (dopamine) น้อยลง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) โดยทั่วไปพบประมาณร้อยละ 15-20 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการมองเห็นภาพหลอน (visual hallucination) หูแว่ว (auditory hallucination) ความจำและทักษะความสามารถในเรื่องภาษาลดลง ซึ่งอาการสมองเสื่อมชนิดนี้มักพบในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีอาการทรุดลงอย่างลงและไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา

1.3.4 Frontotemporal Dementia (FTD) รวมถึง Pick's disease ซึ่งเป็นโรคที่ทำให้เกิดอาการของสมองเสื่อมได้เช่นกันและมีลักษณะอาการคล้าย ๆ กับผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิด AD บางครั้งอาจแยกจากกันทางคลินิกไม่ได้ อาจต้องอาศัยลักษณะทางพยาธิวิทยา (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543) พบประมาณร้อยละ 5-20 ของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่เกิดในช่วงอายุ 45-65 ปี ผู้สูงอายุจะมีปัญหาเรื่องการใช้ภาษาและการเข้าใจความหมายของคำ ขาดการดูแลเอาใจใส่ตนเองมีการแสดงออกทางเพศที่ผิดปกติ รวมถึงมีพฤติกรรมในการรับประทานอาหารแบบซ้ำ ๆ ซึ่งภาวะสมองเสื่อมชนิด TID นี้เชื่อว่า น่าจะเกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมเนื่องจากความผิดปกติของ Chromosome คู่ที่ 17 ที่มีการสังเคราะห์ Tau protein ที่ผิดปกติ

1.3.5 Huntington Disease (HD) เกิดจากความผิดปกติของยีนเด่นที่อยู่บนโครโมโซมร่างกาย (Autosomal dominant disorder) พบประมาณ 4-7 คน ต่อประชากร 100,000 คน ส่วนใหญ่เกิดในคนอายุช่วง 30-50 ปี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะแสดงอาการวุ่นวาย สับสน ความสนใจต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง ร่วมกับมีอาการหลง ๆ ลืม ๆ และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาและสามารถพัฒนาไปสู่การเจ็บป่วยทางจิตชนิด Bipolar disorder และ Schizophrenia

1.3.6 HIV Dementia (HIVD) พบในผู้สูงอายุที่มีการติดเชื้อเอดส์ (HIV) พบประมาณร้อยละ 30 ของผู้ที่มีการติดเชื้อ ส่วนสาเหตุที่พบพบว่า ผลของเชื้อไวรัสและโรคแทรกซ้อนจากเชื้อโรคชนิดอื่น ๆ ผ่านเข้าสู่สมอง (สมภพ เรื่องตระกูล , 2545) ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร มีอารมณ์และความรู้สึกที่เฉื่อยชา ขาดความสนใจต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม

1.4 พยาธิสภาพของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของสมองในส่วนของเปลือกสมองส่วนหน้า (cerebral cortex) หรือวิถีประสาทที่เกี่ยวข้อง (กัมมันต์ พันธุมจินดา และศรีจิตรา บุญนาค, 2543) ในภาวะปกติสมองส่วน Cerebral cortex ทำหน้าที่เกี่ยวกับความคิด ความฉลาด ไหวพริบ ความทรงจำและความรู้สึกที่ซับซ้อนต่าง ๆ โดยทั่วไปพบการทำงานของระบบประสาทรับความรู้สึกและระบบการควบคุมการเคลื่อนไหวจากสมองส่วนที่เรียกว่า Association cortex ซึ่งเป็นบริเวณที่มีขนาดใหญ่ ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการตัดสินใจ ความรู้สึกนึกคิด และความฉลาด

สมองส่วน Hippocampus จะทำหน้าที่ในการเก็บความจำระยะสั้นและบางส่วนในระบบ Limbic system ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับสัญชาตญาณ ความจำและการตอบสนองทางอารมณ์ ด้วย ส่วนความจำระยะยาวเชื่อว่ามีการเก็บไว้ในสมองหลายส่วนและในส่วนของความสามารถในการใช้ภาษา การเขียนและการคิดคำนวณ พบว่าถูกควบคุมโดยสมองส่วนที่เรียกว่า

Dominantheisphere ซึ่งถ้าหากบริเวณนี้เกิดความเสียหาย มักส่งผลทำให้ความสามารถในการคิดคำนวณ ความเข้าใจภาษาลดลงตามไปด้วย

สมองส่วน Broca's area เป็นศูนย์กลางควบคุมการพูด (speech area) ที่อยู่ใน Frontal Lobe หากบริเวณนี้เกิดความเสียหายมักพบว่าผู้ป่วยจะมีความผิดปกติเกี่ยวกับคำพูด (dysphasia) เช่น พูดตะกุกตะกัก หรือพูดเป็นประโยคไม่สมบูรณ์ สมองส่วน Wernicke's area เป็นศูนย์กลางควบคุมการพูด การรับรู้และการเรียนรู้เรื่องภาษา ซึ่งอยู่ในสมองส่วน Temporal Lobe หากถูกทำลายผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถในการเข้าใจภาษาพูดและความสามารถในการอ่าน ดังนั้นผู้ป่วยมักพูดเรื่องราวหรือแปลความหมายต่างจากสิ่งที่อ่านในขณะนั้นและหากเกิดความผิดปกติในบริเวณดังกล่าวร่วมกับความผิดปกติบริเวณ Premotor cortex มักพบว่าผู้ป่วยจะไม่สามารถเขียนหนังสือได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้หากพบว่าสมองส่วน Parietal และ Temporal area เกิดความเสียหายหรือถูกทำลาย ผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถในการวาดรูปสามมิติและที่สำคัญมักพบว่าผู้ป่วยหลงทางได้ง่ายแม้จะอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เคยชิน ดังนั้นในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมักพบความผิดปกติของสมองส่วน Cerebral cortex มากกว่าสมองในส่วนอื่น ๆ ซึ่งอาการและอาการแสดงของภาวะนี้จะมีความแตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริเวณและตำแหน่งที่เกิดความเสียหาย (เลียงชัย ลิ้มล้อมวงศ์ และคณะ, 2542)

สมองส่วน Hippocampus, Cerebral cortex และรวมถึง Frontal cortex เป็นส่วนที่ช่วยทำหน้าที่ในเรื่องของความจำ การรับรู้ ซึ่งหากมีการเสื่อมลงเช่นนี้ก็จะส่งผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมและความจำด้วย (Carey, 2006) สำหรับการเปลี่ยนแปลงด้านกายวิภาคในผู้ป่วยสมองเสื่อม หากตรวจด้วยเครื่อง CT และ MRI brain scan พบว่า เนื้อสมองมีลักษณะเหี่ยว (cerebral atrophy) อย่างเห็นได้ชัด ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อสมองดังกล่าวพบว่า เกิดจากการทำลายเซลล์ประสาททั้งที่อยู่ภายในเซลล์และภายนอกเซลล์ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ , 2548) การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาจะพบ Amyloid plaques ซึ่งเกิดจากการสะสมของโปรตีนที่ชื่อว่า Beta Amyloid Neurofibrillary Tangle (NFT) กระจายอยู่ทั่วเนื้อสมองทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อต้านจากระบบภูมิคุ้มกันของสมองเกิดการอักเสบ และทำลายเซลล์สมอง (neurone) บริเวณ Frontal Lobe ใกล้เคียง ๆ กับประสาทสั่งงาน Motor ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ของเซาว์ปัญญา และพฤติกรรมและยังพบว่า Acetylcholine ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในสมองที่ทำหน้าที่เป็นตัวกระตุ้นมีปริมาณลดลงและมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมของผู้ป่วย (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ , 2551) การสูญเสียเซลล์ประสาทที่เกิดขึ้นภายในเซลล์ ส่งผลทำให้สารสื่อประสาทหลายชนิดมีปริมาณการหลั่งสารลดลง โดยเฉพาะ Acetylcholine และเอนไซม์ที่ใช้ในการสังเคราะห์ Acetylcholine ที่เรียกว่า Choline Acetyl Transferrance ซึ่งถ้าหากพบว่าสารเหล่านี้มี

ปริมาณลดลง อาจมีผลให้ระบบการเรียนรู้และความจำเสื่อมสมรรถภาพลงได้ในเวลาต่อมา (พนัส ัญญะกิจไพศาล , 2544) นอกจากนี้ยังพบว่าบางรายอาจมีพยาธิสภาพที่ Basal Ganglia บริเวณ Substantia Nigra ทำให้มีการผลิตสารสื่อประสาทที่ชื่อ สารโดปามีน (dopamine) น้อยลง (สมภพ เรืองตระกูล, 2545)

1.5 การเสื่อมของสมองในวัยสูงอายุ

ในกระบวนการสูงอายุก่เกิดขึ้นกับเซลล์ทั่วร่างกาย สมองเป็นอวัยวะหนึ่งที่ได้รับผลกระทบโดยเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านชีวเคมีและเมทาบอลิซึม รวมทั้งโครงสร้างและหน้าที่ของเซลล์ประสาทหลังลดลง ดังนั้นกระบวนการเก็บข้อมูลที่ได้รับเพื่อเปลี่ยนแปลงเป็นความจำในสมองก็ลดลงตามไปด้วย ปฏิกริยาตอบสนองช้าลง การตัดสินใจลดลงไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่ยาก ๆ ได้ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านความจำ อาจเป็นการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชราเอง หรืออาจเป็นระยะเริ่มแรกของโรค (preclinical stage) ในกลุ่มโรคที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาท (neurodegenerative) ได้ การที่ไม่มีอาการแสดงอย่างเด่นชัด จึงไม่ได้เป็นสิ่งที่บ่งชี้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชรา อย่างไรก็ตามจะคิดถึงภาวะนี้ในผู้สูงอายุที่ยังทราบตนเองว่ามีความจำลดลง แต่ไม่เป็นปัญหาที่สำคัญมากนัก ไม่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันและอาการคงที่ตลอด ถือว่าน่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชรา (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548)

ระบบประสาทและสมองมีการเปลี่ยนแปลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น เมื่ออายุมากขึ้นน้ำหนักสมองจะลดลง ซึ่งการสูญเสียนี้ไม่แน่นอนบางแห่งสูญเสียเร็วมาก เซลล์ที่เปลือกสมองใหญ่จะสูญเสียเร็วกว่าที่ก้านสมอง นั่นคือ การติดต่อของใยประสาทรับความรู้สึก (dendrite) ลดลง มี Senile plaque และ Neurofibril plaque และมี Lipofuscin ซึ่งเป็นสารเคมีที่น้ำตาลแถมเหลือทิ้งที่สะสมอย่างช้า ๆ ในเซลล์กล้ามเนื้อ เซลล์ประสาทและเซลล์อื่น ๆ ด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราการไหลเวียนของเลือดในสมองก็ลดลงด้วยเช่นกัน เนื่องจากหลอดเลือดตีบแคบลง สรีระการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป ไฮโปทาลามัส ที่ควบคุมการทำงานลดลง การนำเข้าสู่สัญญาณประสาทและคำสั่งจากสมองก็ลดความเร็วลงเช่นกัน อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทนั้นมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล (Price & Wilson, 2003)

สมองเสื่อมไม่ใช่ภาวะปกติของผู้สูงอายุ ในบางครั้งผู้สูงอายุอาจมีอาการหลงลืมได้บ้าง แต่อาการหลงลืมในภาวะสมองเสื่อมนั้น จะมีลักษณะที่แตกต่างออกไป กล่าวคือ ภาวะสมองเสื่อม อาการหลงลืมจะเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมากขึ้นเรื่อย ๆ จะจำเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่ได้ รวมทั้งสิ่งที่ตัวเองกระทำเองลงไปด้วย และถ้าเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ อาจจำไม่ได้ว่าใส่เสื้ออย่างไร อาบน้ำ

อย่างไร หรือแม้กระทั่งไม่สามารถพูดได้เป็นประโยค ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจะมีการทำงานของสมองลดลงเรื่อย ๆ โดยที่ไม่ได้เกิดจากผู้ป่วยมีความเจ็บป่วย ได้รับอุบัติเหตุ หรือมีความทุกข์ ขณะนั้น ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมระยะแรกจะลืมสิ่งที่เกิดขึ้นใหม่ในช่วง 2-3 สัปดาห์ก่อน แต่เรื่องราวในอดีตสมัยหนุ่มสาวหรือวัยเด็กยังจำได้ดีและจะมีอาการมากขึ้น จะค่อย ๆ ลืมเรื่องราวที่เพิ่งเกิดขึ้น ลืมย้อนหลังไปจนถึงสมัยหนุ่มสาวจนถึงวัยเด็ก (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548)

อย่างไรก็ตามความเสื่อมของสมองก็เช่นเดียวกับอวัยวะอื่น ๆ ที่เรากล่าวมาแล้วคือเราสามารถป้องกันไม่ให้เสื่อมลงอย่างรวดเร็วได้ เราสามารถให้สารอาหารที่เหมาะสมแก่เซลล์ประสาทเพื่อคงสภาพเยื่อหุ้มและเราสามารถเพิ่มความสามารถของสมองในการจดจำและวิเคราะห์ข้อมูล โดยการป้องกันความเสื่อมที่เกิดขึ้นในขณะที่ยังอายุเพิ่มมากขึ้น (Carey, 2006)

1.6 อาการแสดงและระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม

เนื่องจากอาการสมองเสื่อมมักมีอาการเปลี่ยนแปลง ไปในทางเสื่อมมากขึ้นเรื่อยๆ จึงจำแนกลักษณะการดำเนินโรคแบ่งเป็น 3 ระยะ ตามความรุนแรงที่เพิ่มมากขึ้น (สิรินทรฉันทศิริกาญจน, 2548: 177-178) คือ

ระยะแรก (1 -3 ปี) ระยะเริ่มต้นหรือระดับไม่รุนแรง (early stages) ผู้ป่วยมีความจำบกพร่อง ซึ่งจะเห็นชัดคือ มีการสูญเสียความทรงจำระยะสั้น (short term memory) โดยเฉพาะสิ่งที่พูดไปแล้ว ทำให้ผู้ป่วยถามซ้ำแล้วซ้ำอีกกับคำถามเดิมซึ่งเคยถามไปแล้วและได้คำตอบมาแล้ว ทำให้ญาติสามารถสังเกตได้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะจำเหตุการณ์เก่า ๆ ได้ดีกว่าเหตุการณ์ที่เพิ่งจะเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะมีปัญหาในการใช้ภาษาตั้งแต่ช่วงแรก ๆ ของโรค มักจะเลือกคำมาใช้ไม่ถูก เรียกชื่อสิ่งของที่ไม่ได้ใช้บ่อย ๆ ไม่ถูกต้อง บางครั้งอาจใช้วิธีอธิบายแทนการเรียกชื่อ เช่น เรียกทีวี ว่าตู้ฉายหนัง เป็นต้น ผู้ป่วยจะสับสนทิศทาง ซ้ายขวา โดยเฉพาะในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย และมีลักษณะโครงสร้างภายนอกดูคล้าย ๆ กัน เช่น ไปเที่ยวและเข้าพักในโรงแรมแล้วหลงทางในโรงแรม กลับห้องไม่ถูก ทางด้านความสามารถด้าน Construction เช่น การวาดรูป หรือการถ่ายทอดสิ่งที่เห็นออกไปอาจเริ่มทำไม่ค่อยได้ ในช่วงนี้ผู้ป่วยจะยังดูแลตนเองและทำกิจวัตรประจำวันง่าย ๆ ได้ตามปกติ เช่น การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น แต่กิจวัตรประจำวันที่ต้องเฝ้าระวัง (instrumental activities of daily living – IADL) เช่น การคิดบัญชีรายรับ/รายจ่าย การดูแลบ้าน การซ่อมแซมอุปกรณ์และของใช้ในบ้าน อาจจะเริ่มบกพร่อง ผู้ป่วยบางคนอาจมีบุคลิกภาพจะเปลี่ยนไป เป็นแบบ Irritability อาจพบว่ามีเศร้า (sadness), ขาดความกระตือรือร้น (apathy) และไม่มีความยืดหยุ่น (rigidity) ได้ ในช่วงต้น ๆ ผู้ป่วยจะยังมี

การรับรู้ถึงความผิดปกติของตนเองอาจจะมีอารมณ์ซึมเศร้า (depression) และ การแยกตัว (separation) ได้ด้วย ในช่วงแรกนี้ motor system, EEG และ CT scan จะยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ระยะกลาง (2 – 10 ปี) เป็นระยะรุนแรงปานกลาง (middle stages) ช่วงนี้ความจำจะเริ่มเสื่อมมากขึ้น เริ่มจำสิ่งที่เพิ่งทำไปแล้วไม่ได้ เช่น จำไม่ได้ว่ารับประทานอาหารเช้า หรือยัง หรือวันนี้ขับถ่ายแล้วหรือยัง วางของผิดที่ บ่นของหายเสมอ ๆ เพราะเอาไปไว้ในที่ที่ไม่ควรเก็บ เช่น เอากระดาษตางค์ไปไว้ในตู้เย็น เป็นต้น เริ่มจำญาติห่าง ๆ ไม่ค่อยได้ ความจำเรื่องเก่าจะค่อย ๆ เสื่อมลงหลังลงไป การพูดจะลำบากขึ้น พูดซ้ำในเรื่องเดิม ๆ ถัด ๆ สั้น ๆ ยาว ๆ ที่ใกล้ตัวก็อาจจะไม่เข้าใจ หรือพูดคนละเรื่องเดียวกัน ช่วงนี้การดูแลตนเองจะบกพร่องไม่ค่อยสนใจ สุขอนามัยของตนเอง เช่น ลืมแปรงฟัน หวีผม ล้างหน้า การตัดเล็บ การชำระร่างกายภายหลังการขับถ่าย สระผม เสื้อผ้า (เอาเสื้อผ้าที่สกปรกแล้วเก็บไว้อย่างดี แล้วเอามาใส่อีก) แล้วสุดท้ายจะมีปัญหาเรื่อง (ไม่ยอม) อาบน้ำและลืมทำความสะอาดหลังถ่ายเสร็จกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน (IADL) จะมีปัญหามากขึ้น ใช้โทรศัพท์ไม่เป็น ทำอาหารไม่ได้ ใส่เครื่องปรุงไม่ถูก ขึ้นรถไม่ถูกทิศทาง หลงทาง ระยะนี้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพา ต่อ การได้รับการดูแลจากผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจะพบความผิดปกติทางจิตและอาการแสดงทางด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหามากขึ้น (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543) เช่น อากักรุนวาย (agitation) เดินออกจากบ้านและหลงทาง (wandering) อากักรหลงผิด (delusion) เป็นต้น

ระยะสุดท้าย (3 – 12 ปี) เป็นระดับรุนแรง (late stages) คือระยะสุดท้าย ความจำจะเลวลงมาก จำคนใกล้ตัวไม่ได้ จนในที่สุดแม้แต่ตัวเองก็ไม่ทราบชื่ออะไร เป็นหรือเคยเป็นใคร ไม่สามารถดูแลตนเองได้ กลืนอาหารโดยที่ไม่ได้เคี้ยว ไม่สามารถกำหนดหรือควบคุมการขับถ่าย ผู้ป่วยจะนอนติดเตียง แขนขาเกร็ง งอ ต้องให้การดูแลทุกอย่าง พูดซ้ำ ๆ ตามที่ได้ยินคนอื่นพูดเป็นคำ ๆ ในที่สุดจะพูดไม่ได้ ผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากปอดบวม (เพราะสำลัก) หรือเป็นแผลกดทับ ระยะเวลาในการดำเนินโรคจะประมาณ 2 – 20 ปี โดยเฉลี่ยผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้ 8 – 10 ปี

1.7 หลักการของแนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อม (สมภพ เรื่องตระกูล และคณะ, 2548)

1.7.1 การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological treatment)

Diet and life style การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมต้องประกอบด้วย การปรับสิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย การดูแลจากครอบครัว และการป้องกันโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมา เช่น การหกล้มจากอุบัติเหตุต่างๆ การติดเชื้อ เป็นต้น สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะเป็นผลต่อการเร่งการดำเนินโรคต่อไปในทางที่เลว นอกจากนี้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้าน ยังเป็นหัวใจสำคัญในการ

รักษาผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เพราะการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมจะทำให้ผู้ป่วยวุ่นวายและไม่สงบ ดังนั้นเรื่องเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยควรจะมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก และต้องได้รับการดูแลอย่างดีและถูกต้อง การออกกำลังกาย เคลื่อนไหว อาหารกับการขับถ่าย และการป้องกันการขาดสารอาหารและน้ำ เป็นสิ่งที่ต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ รวมทั้งการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวอย่างดีและพอเพียงมีความสำคัญยิ่ง เพราะผู้ป่วยมีความโน้มเอียงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในช่วงแรก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม บทบาทของสมาชิกในครอบครัวทุกคนต่อผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจำเป็นต้องได้รับการอธิบาย ส่งเสริมและร่วมมืออย่างดี เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

1.7.2 การรักษาโดยการให้ยา (Pharmacological treatment)

กลุ่ม Cholinesterase inhibitor เป็นยาที่ได้รับการรับรองว่ามีประสิทธิภาพในการช่วยทำให้ Cognitive function อាកาด้านอารมณ์และพฤติกรรม และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมดีขึ้น แต่มีราคาแพงจึงต้องระมัดระวังในการให้ยาเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการทำลาย acetylcholine ในสมองที่ช่วยการติดต่อประสานงานของเซลล์สมองที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับด้านความจำ

1.7.2.1 Antioxidants ได้แก่ Selegiline 10 มก.ต่อวัน และ Natural vitamin E ขนาด 2000 IU.ต่อวัน ให้อย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้ง 2 อย่าง มีอัตราการดำเนินของโรคช้ากว่า สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง และมีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะรุนแรงน้อยกว่า มีอัตราการตายน้อยกว่า ส่วนการศึกษาประสิทธิภาพเพื่อช่วยป้องกันการเกิดโรคอัลไซเมอร์ ยังไม่สรุปว่ามีผลช่วยป้องกัน

1.7.2.2 Anti-inflammatory agents จากการศึกษา randomized controlled study พบว่า ยา NSAIDS ไม่มีประสิทธิภาพในการรักษาหรือเพื่อช่วยชะลอการดำเนินของโรค

1.7.2.3 Ginkgo-biloba extracts สารสกัดจากใบแปะก๊วยในรูปแบบที่เป็นยามีสาระสำคัญอยู่ในรูปแบบของสารสกัดที่ชื่อว่า EGb 761 เป็น standardized compound ที่ประกอบด้วยสาระสำคัญ คือ flavonoids 24 %, proantocyanidins 7%, terpenoids 60% และมีปริมาณของ ginkgolic acid ซึ่งเป็นสารมีฤทธิ์ก่อมะเร็งต้องให้ไม่เกิน 5 ppm โดยใช้ EGb 761 ขนาด 120 มก.ต่อวัน (40 มก.วันละ 3 ครั้ง) ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเป็นเวลานาน 6 เดือน สามารถช่วยชะลอการดำเนินของโรคไม่ให้เลวลงได้ สำหรับการศึกษาใช้สารสกัดจากใบแปะก๊วยในผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็น dementia เพื่อศึกษาว่ามีผลช่วยป้องกันการเกิดโรคได้หรือไม่ ยังไม่สามารถสรุปได้

1.7.2.4 Estrogen หลักฐานทางวิชาการการใช้ estrogen + progesterone replacement therapy ไม่มีผลช่วยให้ Cognitive function ของผู้ป่วย dementia ดีขึ้น และยังไม่มีคำแนะนำให้ใช้ ERT/HRT ในการป้องกันโรค dementia โดยตรง เนื่องจากยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงอื่นๆ เช่น มะเร็งเต้านม โรคหลอดเลือด

1.7.3 การรักษาอาการทางพฤติกรรมและจิตใจ (Behavior and Psychological Symptoms Of Dementia - BPSD)

การรักษาอาการทางพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยควรเป็นไปในการป้องกัน ไม่ควรเปลี่ยนแปลงสภาวะแวดล้อม เพราะอาจเป็นตัวกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการ แต่ถ้าอาการเป็นมากขึ้นจนส่งผลให้เกิดปัญหาแก่ผู้ดูแล การรักษาด้วยยาที่ใช้ยาก็จะไม่สามารถช่วยควบคุมอาการเหล่านี้ได้บ้าง ซึ่งจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลดีขึ้น

1.7.3.1 การรักษาโรคโดยวิธีที่ไม่ใช้ยา (non-pharmacological intervention) การรักษาวิธีนี้จัดเป็นการรักษาอันดับแรกก่อนที่จะเริ่มให้การรักษาด้วยยาในการรักษาอาการทางพฤติกรรมและจิตใจที่มีอาการไม่มากและไม่ได้ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลมากนัก มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมรอบๆ ผู้ป่วยให้เหมาะสมและเรียบง่าย และพยายามให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคย ตัวอย่างเช่น จัดบ้าน ห้องนอน ห้องน้ำให้อยู่ในสภาพที่คุ้นเคย เพื่อป้องกันมิให้เกิดอาการหลงผิดคิด ว่าเป็นบ้านคนอื่น หลีกเลี่ยงการโต้เถียงกับผู้ป่วยเพื่อช่วยลดอาการก้าวร้าว หงุดหงิด พยายามเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย หันไปคุยเรื่องอื่นเพื่อช่วยลดอาการถามซ้ำๆ ใส่กุญแจรั้วบ้านข้างใน จัดแยกเสื้อผ้าให้เพื่อป้องกันอาการหลงผิดว่าเป็นเสื้อผ้าคนอื่น จัดเวลาเข้าห้องน้ำเพื่อป้องกัน Urinary incontinence นอกจากนี้ผู้ดูแลจะต้องทำการประเมินผู้ป่วยซ้ำบ่อยๆ เพราะถ้ามีอะไรผิดปกติไปจากเดิมจะได้ทราบ และปรึกษาแพทย์เพื่อหาทางป้องกันหรือรักษาต่อไป

1.7.3.2 การรักษาโดยการใช้ยา จะมีการใช้ยาเมื่ออาการทางพฤติกรรมรุนแรงมากจนส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและเป็นอันตราย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งปัจจุบันยานี้ได้รับการรับรองว่าสามารถช่วยลดอาการทางพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยมีอยู่ 2 กลุ่ม คือ Cholinesterase inhibitors (CHETs) และยาโรคจิตและโรคซึมเศร้า (Psychotropic drugs) โดยยากลุ่ม CHETs ทุกตัวช่วยลดอาการทางพฤติกรรมบางอย่างในผู้ป่วยลงได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับยาหลอก แต่ถ้าผู้ป่วย CHETs หรือยังมีปัญหาพฤติกรรมอยู่ ควรพิจารณาใช้ยาในกลุ่ม Psychotropic drugs การรักษาอาการทางจิตและโรคซึมเศร้าของผู้ป่วย Dementia ส่วนใหญ่มักจะใช้ยาระงับอาการ

2. ผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อม

สมองเสื่อม (dementia) ถือเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง ที่อาการค่อย ๆ ทวีตลง จะช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับความสามารถในการชะลอความเสื่อมของสมองของแต่ละบุคคล (Steeman et al., 2006) และมนุษย์ประกอบด้วยกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ รวมกันเป็นองค์รวมของชีวิต เมื่อมีการเจ็บป่วยเรื้อรังเกิดขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทุกด้านอย่างต่อเนื่องยาวนานไปตลอดชีวิต และแตกต่างกันแต่ละราย และไม่เพียงแต่ผู้ป่วยเท่านั้นที่จะได้รับผลกระทบ แต่ญาติหรือผู้ดูแลย่อมได้รับผลกระทบไปด้วย (พนัส ัญญะกิจไพศาล, 2544) ซึ่งมีหลายด้านดังนี้

2.1 ด้านร่างกาย ความสามารถในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายผู้สูงอายุมีการถดถอยอยู่แล้ว และการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมซึ่งถือเป็นโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยโดยตรงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างหรือหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายจากพยาธิสภาพของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างถาวร (Lubkin, 1995) รวมทั้งอาจเกิดจากการตอบสนองของร่างกายต่อภาวะกดดันทางจิตใจและสังคม (Hwu, Coates & Boore, 2001) ซึ่งผลกระทบด้านร่างกายที่พบบ่อย ได้แก่

2.1.1 ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ รวมทั้งต้องพึ่งพาบุคคลอื่น (Phipps, 1999) ผลจากภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบอันเนื่องมาจากการสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เช่น การอาบน้ำ แปรงฟัน สระผม การทำความสะอาดหลังการขับถ่าย เป็นต้น ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นอาจมีความสามารถในการจัดการเพื่อดูแลตนเองได้บ้าง แต่จะเริ่มลดลงต่างจากคนปกติทั่วไปที่สามารถทำได้ แต่เมื่อเข้าสู่ระยะกลางอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา เช่น ภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากความสามารถในการทำ ความสะอาดหลังการขับถ่ายไม่ดี มีแผลในช่องปากเนื่องจากการหมักหมมของเชื้อโรคในช่องปากจากการไม่แปรงฟัน จากการศึกษาถึงการปรับตัวในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การสูญเสียความสามารถและความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะพึ่งพาไม่พึ่งพาโดย Gignac, Cott & Badley (2000) พบว่า ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การดูแลส่วนบุคคล (personal care) การเคลื่อนไหวในบ้าน (in-home mobility) การเคลื่อนไหวในชุมชน (community mobility) การทำกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัว (household activity) และการทำกิจกรรมด้านคุณค่าและความเชื่อ (valued activity)

2.1.2 มีความผิดปกติของภาวะโภชนาการและการเผาผลาญอาหาร จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีการเคี้ยวอาหารเป็นไปด้วยความยากลำบาก การย่อยและดูดซึมผิดปกติ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร ร่างกายไม่สามารถนำอาหารไปใช้ได้ตามปกติ ส่งผลให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอจากภาวะเจ็บป่วย (จารุวรรณ มานะสุรการ , 2544) และผู้ป่วยสมองเสื่อมยังอาจมีภาวะขาดสารอาหารเนื่องจากไม่รับประทานอาหาร ซึ่งบางครั้งอาจเกิดจากการคิดว่าตนเองรับประทานอาหารแล้ว หรือเกิดจากการลืมวิธีการใช้ช้อนส้อม ลืมวิธีการดื่อกอาหาร รับประทาน เป็นต้น ซึ่งถ้าการเจ็บป่วยมีระยะเวลาการเป็นโรครที่ยาวนานและรุนแรงจะเป็นปัจจัยสำคัญที่สะท้อนถึงการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอและเป็นพลังงานให้ร่างกาย

2.1.3 ทำให้ความสามารถในการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพลดลง โดยในผู้ป่วยเรื้อรังที่ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไปตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงหมดสติ ทำให้การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพลดลงหรือไม่สามารถรับรู้ ส่งผลให้การดูแลสุขภาพตนเองลดลง (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544)

สำหรับผู้ดูแลนั้น ผลจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมซึ่งเป็นงานที่ต้องใช้เวลาต่อวัน เพื่อให้การดูแลค่อนข้างมาก จึงทำให้ผู้ดูแลได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ ร่างกายทรุดโทรม ทำให้ร่างกายอ่อนแอ เจ็บป่วยและติดเชื้อได้ง่ายตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้ดูแลนั้นมีโรคประจำตัวร่วมด้วยจะเป็น การส่งเสริมให้ระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีภาวะสุขภาพไม่ดีและมีการใช้ยาช่วยบรรเทาอาการอย่างมาก ซึ่งอีกสาเหตุหนึ่งอาจมาจากความเครียดเรื้อรังที่เกิดจากการดูแลส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายตามมาได้เช่นกัน (Toseland, 2001 อ้างถึงใน อรวรรณ แพนคง และสุนทรีย์ คำเพ็ง , 2551)

2.2 **ด้านจิตใจ** ผลจากการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ จะส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดชีวิต ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า และรู้สึกความมีคุณค่าในตนเองลดลง จากการศึกษาของ Hwu และคณะ (1995) เรื่องผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่าภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านจิตใจมากที่สุด ในระยะเริ่มแรกหลังจากที่ผู้ป่วยทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น จะเกิดความเครียดและอาจมีภาวะซึมเศร้าตามมา เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของความสามารถของตนเองในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้ลดลง กลัวสูญเสียความสามารถ ความทรงจำที่เคยมี ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ มีอาการประสาทหลอนหวาดระแวง วิตกกังวล ซึมเศร้า จำคนไม่ได้ มีนิสัยเปลี่ยนไป รู้สึกไม่ปลอดภัย หงุดหงิด สับสน (สมภาพ เรื่องตระกูล และคณะ , 2548) ซึ่งอาจทำให้ไม่ยอมพบปะผู้คน ระยะหลังอาจจำหน้า

ผู้ดูแล ญาติไม่ได้ มีนิสัยและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป และเนื่องจากความสามารถในการทำสิ่งต่าง ๆ ลดลง บกพร่องใน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้เกิดอาการหงุดหงิดง่าย หุนเหว่ พุดซ้ำซาก จู้จี้มากขึ้น หวาดระแวง เกิดภาพหลอน คิดว่าผู้อื่นจะมาทำร้ายตน หรือขโมยของของตนเองไป สับสน หลงลืม หรือแสดงอารมณ์รุนแรง ทำให้ผู้อื่นเข้าใจผิดคิดว่าผู้ป่วยกลัวหาตนเอง ผู้ป่วยแกล้งทำ

ในผู้ป่วยบางรายมีความรู้สึกหรือมีความเชื่อว่า ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ตนเป็นอยู่เป็นการถูกลงโทษจากพระเจ้า (Phipps, 1999) และเป็นตรบาบาทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากตรบาบาที่เกิดขึ้น (Joachim & Acorn, 2000) บางรายคิดว่าเป็นการใช้อำนาจทางไสยศาสตร์ของคนที่คิดร้ายต่อตนทำให้ต้องล้มป่วยลงบางรายอาจเสียมความนับถือในสิ่งที่เคยยึดเหนี่ยวและเชื่อถือ เนื่องจากคิดว่าสิ่งที่นับถือไม่ได้ช่วยเหลือตนให้พ้นจากความเจ็บป่วยเลยทั้ง ๆ ที่ตนทำดีมาตลอดหรือบางรายที่ไม่เคยเชื่อถือในเรื่องสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ไม่เคยเชื่อในเรื่องโชคกลาง ก็อาจเปลี่ยนมานับถือเพื่อหาสิ่งที่ยึดเหนี่ยวหรือหาที่พึ่ง เนื่องจากหมดหวังในภาวะเจ็บป่วยที่รักษาไม่หายขาดและนับวันยิ่งสร้างความทุกข์ทรมานให้แก่ตนมากขึ้น (Fryback & Reinert, 1999)

ส่วนผู้ดูแลอาจเกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจากอาการพุดซ้ำซาก จู้จี้มากขึ้น กว่าเดิมของผู้ป่วยทำให้เกิดความรำคาญ รวมทั้งการก้าวร้าวทางคำพูดและการพุดจา สับสนววนของผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลฟังแปลความหมายไปในทางที่ผิดและเกิดความเข้าใจผิดขึ้นได้ นอกจากนี้ผู้ดูแลยังเกิดความรู้สึกสูญเสียผู้ที่ตนรักเพราะผู้ป่วยระยะหลังอาจจำหน้าผู้ดูแลและญาติ พี่น้องไม่ได้ มีนิสัยและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป การที่ต้องรับผิดชอบผู้ป่วยตลอดเวลาและต้องรับภาระหนักอยู่อย่างโดดเดี่ยว ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกถูกทอดทิ้ง จากความรู้สึกดังกล่าวส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกโกรธ ผิดหวังว่าทำไมภาวะสมองเสื่อมจึงต้องเกิดกับสมาชิก ในครอบครัวของตนเกิดความเบื่อหน่าย เครียด ท้อแท้ หงุดหงิด โกรธ วิตกกังวลครุ่นคิดถึงแต่ปัญหา (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) สาเหตุของปัญหาอาจมาจากการที่ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในภาวะสมองเสื่อมและวิธีการดูแลประกอบกับการขาดการสนับสนุนทางจิตสังคม ทำให้ผู้ดูแลมีความยากลำบากในการเผชิญกับปัญหาในการดูแล โดยเฉพาะทางด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่งผลให้ผู้ดูแลวิตกกังวลกับอาการของผู้ป่วย รู้สึกขัดแย้งภายในจิตใจและรู้สึกคับข้องใจในพฤติกรรมของผู้ป่วย รู้สึกอาย รู้สึกไม่พึงพอใจและโกรธ (คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (ฉบับภาษาไทย), 2543) แต่ส่วนหนึ่งพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้สึกที่ดีต่อการดูแล คือเป็นการแสดงออกถึงความกตัญญูตเวทิตะและเกิดความรัก ความผูกพันซึ่งกันและกัน แต่อย่างไรก็ตามยังส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจของผู้ดูแลอย่างมากพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่เป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วย ยอมรับว่าตนเองเบื่อหน่ายและไม่อยากให้การดูแลต่อไป เพราะไม่สามารถ

ยอมรับกับพฤติกรรมกรรมการแสดงอารมณ์ของผู้ป่วยได้ แต่เนื่องจากเกรงคำครหาหนีทาจากชาวบ้าน จึงต้องให้การดูแลต่อไป (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2543) ผลกระทบดังกล่าวที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลจะทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมเมื่อเกิดอาการขึ้นกับผู้สูงอายุแล้วผู้สูงอายุจะมีชีวิตอยู่เป็นระยะเวลาประมาณ 8-10 ปี จนกระทั่งเสียชีวิต ดังนั้นจึงควรที่จะหาแนวทางการช่วยเหลือสนับสนุนและให้ความสนใจทางด้านจิตใจของผู้ดูแลอย่างมาก

2.3 ด้านสังคม ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรกๆที่เริ่มรับรู้อาการของตนเองว่ามีความบกพร่องจะพบว่ามีความตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลงและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลงด้วย (Fisher, et al, 2006) ผู้ป่วยเรื้อรังมีปัจจัยเสี่ยงสูงที่จะแยกตัวออกจากสังคมและเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม (Hodges, Keeley & Grier, 2001) ทั้งนี้เนื่องจากมีปัจจัยต่างๆ มากมายที่เป็นอุปสรรคขัดขวางการสร้างและดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ ได้แก่ วิธีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ฐานะทางเศรษฐกิจแย่ง การเปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคม ความรู้สึกแตกต่างหรือด้อยกว่าคนอื่น (จารุวรรณ มานะสุกร , 2544) ซึ่งในผู้ป่วยสมองเสื่อมการที่มีความสามารถในการทำสิ่งต่างๆ ลดลง การเริ่มสูญเสียความทรงจำ ความรู้สึกไม่มั่นใจในตนเอง อาจส่งผลให้ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยลดลงด้วย ส่วนผู้ดูแล มีความรู้สึกขาดการพบปะกับเพื่อนฝูงและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง แยกตัวออกจากสังคม ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว จึงเป็นเหตุให้เกิดความเครียด และความพึงพอใจในชีวิตลดลงตามมา และอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (Toseland, 2001 อ้างถึงใน อรรวรรณ แผนคง และสุนทรีย์ คำเพ็ง, 2551)

2.4 ด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากปัญหาเศรษฐกิจทำให้ทุกคนต้องประกอบอาชีพหาเลี้ยงครอบครัวให้อยู่รอด แต่ถ้าครอบครัวใดมีผู้ป่วยภายในบ้านเกิดขึ้นจนทำให้ผู้ดูแลต้องปรับลักษณะการทำงานหรือต้องลาออกจากงานเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแล้วย่อมมีการสูญเสียรายได้เกิดขึ้นและบางรายอาจเป็นหนี้สินเพิ่มขึ้นอีกด้วย (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) ในกรณีเดียวกันนี้เมื่อครอบครัวใดมีผู้สูงอายุซึ่งเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม จึงจำเป็นอย่างมากที่จะต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา 24 ชั่วโมง เพราะถ้าทิ้งผู้สูงอายุอยู่เพียงลำพังอาจมีผลให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ ซึ่งการที่ต้องขาดบุคคลในการช่วยหาเลี้ยงครอบครัวทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง ค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวไม่เพียงพอ เนื่องจากส่วนหนึ่งต้องนำไปใช้ในการรักษาผู้สูงอายุ ผลที่ตามมานอกจากปัญหาเศรษฐกิจแล้ว ถ้าการดูแลผู้ป่วยที่บ้านขาดการบริหารจัดการที่ดีแล้วมักจะนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว อาจมีการผลัดภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2543)

3. แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ภาวะสูญเสียและเศร้าโศก

ในระยะแรกที่ผู้ป่วยทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมมักมีความรู้สึกนึกคิดที่แสดงถึงการได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจที่เกิดจากการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยของตนเอง ดังนี้

3.1 ความวิตกกังวล (anxiety)

เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนเผชิญอยู่ตลอดเวลา ไม่มีใครปฏิเสธได้ว่าตัวเองไม่มีความวิตกกังวล เป็นภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกเหมือนถูกคุกคาม เสี่ยงภัย ตกอยู่ในภาวะไม่มั่นคงปลอดภัย ความไม่แน่นอน ไม่ทราบว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับตนเอง ความรู้สึกนี้ทำให้เกิดอาการหวาดหวั่น ตึงเครียด กระวนกระวายใจ รู้สึกไม่สบายใจ โดยมีการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

Lazarus & Averill (cited in Spielberger, 1972) กล่าวว่า ความวิตกกังวล หมายถึง “อารมณ์ที่มีพื้นฐานอยู่บนการประเมินภัยคุกคาม การประเมินที่นำมาซึ่งสัญลักษณ์ การคาดการณ์ล่วงหน้า และองค์ประกอบที่ไม่แน่นอนอื่น ๆ โดยปกติจะเกิดความวิตกกังวลเมื่อระบบความเข้าใจของคนนั้นไม่สามารถเชื่อมโยงกับโลกที่อยู่ตรงหน้าได้อีกต่อไป ” ความวิตกกังวลเป็นอาการทางอารมณ์ที่ซับซ้อน ประกอบด้วยความไม่สบายใจและภาวะถูกกระทบและการปลุกเร้าทางสรีระเป็นส่วนประกอบพื้นฐาน

จะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวล คือ การที่บุคคลรับรู้ต่อสถานการณ์ที่เป็นอันตรายทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดกลัว เนื่องจากคาดว่า จะคุกคามต่อสวัสดิภาพความเป็นอยู่ซึ่งมักเกิดร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้นนั้น มักพบว่าผู้ป่วยทราบว่าความสามารถของตนเองลดลง กลัวถูกทอดทิ้งจึงมักจะ เรียกหาลูกหลานเวลาอยู่ตามลำพังคนเดียว อาการวิตกกังวลอาจจะมีเมื่อผู้ป่วยต้องอยู่ในคนหมู่มาก หรือเดินทางไปแปลกถิ่นหรืออยู่ในความมืด มักพบว่ามีวิตกกังวล จากการที่ต้องเผชิญกับอาการของภาวะสมองเสื่อมที่ผู้ป่วยเองไม่สามารถรู้ล่วงหน้าว่าจะเกิดอะไรขึ้นและเมื่ออาการรุนแรงขึ้นผู้ป่วยเองก็ไม่สามารถบอกได้ว่าตนเองมีความรู้สึกอย่างไร ต้องการอะไรและบางครั้งเมื่อมีความวิตกกังวลมาก อาจส่งผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปในทางลดลง ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่มีความสุข (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2543)

3.2 ภาวะซึมเศร้า (depression)

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบบ่อยและสำคัญในผู้สูงอายุ เพราะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลงอย่างมาก และสูญเสียสมรรถภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ กลายเป็นภาวะที่พึงพิงสูงต่อคนในครอบครัว นอกจากนี้ยังทำให้โรคทางกายที่มีอยู่แล้วเป็นรุนแรงมากขึ้น หรือควบคุมไม่ได้

Keltner, Schwecke & Bostrom (1995) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ว่าเป็นภาวะอารมณ์ที่เศร้าหมอง โศกเศร้า หรือเป็นความผิดปกติแปรปรวนทางอารมณ์ ซึ่งเข้าได้กับ mood disorder ใน DSM – IV ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นอารมณ์โศกเศร้าที่ผิดปกติ รู้สึกผิดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต อารมณ์โศกเศร้านี้จะส่งผลให้จำกัดตัวเองเนื่องจากขาดทักษะในการแก้ปัญหา

มาโนช หล่อตระกูล (2545) กล่าวว่า ความซึมเศร้า (depression) เป็นความเศร้าที่เกิดจากการสูญเสีย มีความรู้สึกสิ้นหวัง เกิดขึ้นเป็นเวลานาน ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้และพฤติกรรมที่แสดงออกไม่เหมาะสมกับความสูญเสีย พฤติกรรมซึมเศร้า (depression behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดจากภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้าสร้อย ท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย ความรุนแรงมีตั้งแต่ไม่สดชื่นแจ่มใส เหนื่อยหน่าย ไปจนกระทั่งมีการเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

รัชนีบูล เศรษฐภูมิวิรินทร์ (2543) กล่าวว่า ความซึมเศร้าเป็นความผิดปกติของทั้งอารมณ์และพฤติกรรม เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยทั้งผู้มีความผิดปกติทางฝ่ายกายและทางจิตใจ ความซึมเศร้าอาจอธิบายได้อีกว่าเป็นความแปรปรวนของพลังอำนาจ ซึ่งมีสาเหตุสัมพันธ์กับภาวะสูญเสีย ทั้งความเป็นจริงและจินตนาการ เช่น สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียหน้าที่การงานความสามารถ ความเชื่อถือ ค่านิยมต่าง ๆ รวมทั้งการสูญเสียพลังอำนาจของบุคคล

จากที่กล่าวมาข้างต้นอาจกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับความรู้สึก ท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด รู้สึกตนเองด้อยคุณค่า ต่ำหนีดตัวเอง ซึ่งผู้ป่วยสมองเสียมระยะเริ่มต้นมักมีอาการซึมเศร้าเมื่อรู้ว่าตนเองสูญเสียความสามารถ ด้านสติปัญญาต่าง ๆ ไป โดยระยะเริ่มแรกของอาการซึมเศร้าจะสังเกตได้จากการที่ผู้ป่วยบ่นว่ามีอารมณ์เศร้า หมดความสนใจในกิจกรรมที่เคยชอบ มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันชัดเจนหรือปฏิบัติไม่ได้ นอนไม่หลับ หรือนอนมากกว่าปกติ เบื่ออาหารอ่อนเพลีย เจ็บซึม ความสนใจกิจกรรมรอบตัวหรือสิ่งแวดล้อมน้อย หรือไม่มีเลย แยกตัวเอง ไม่อยากพบปะใคร ๆ อาจมีการเปลี่ยนแปลงด้านการคิด หรือการรับรู้ เช่น คิดซ้ำ ๆ มีความคิดทำร้ายตนเอง หรือ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน เป็นต้น

3.3 ภาวะสูญเสียและเศร้าโศก (loss and grief)

ผู้ป่วยสมองเสียจะสูญเสียความทรงจำที่ตนเองเคยมี ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำได้ อาจทำให้เกิดความรู้สึกที่เกิดจากการสูญเสียได้

3.3.1 ความหมายของภาวะสูญเสียและเศร้าโศก

มีผู้ให้ความสนใจศึกษาและให้ความหมายเกี่ยวกับภาวะสูญเสียไว้ดังนี้

Robinson (1971) กล่าวว่า การสูญเสีย หมายถึง การสูญเสีย หรือการขาดบางสิ่งบางอย่างที่มีคุณค่าของบุคคล อาจเกิดขึ้นอย่างกะทันหันหรือค่อยเป็นค่อยไป จากสิ่งที่คาดการณ์ไว้หรือไม่ได้คาดการณ์ไว้ก็ตาม

Taylor, Lillis & Mone (1989) ได้กล่าวไว้ว่า การสูญเสีย หมายถึง การต้องสูญเสีย ถูกแยกจาก ถูกพรากไปจากบุคคลที่ตนรัก หรือสิ่งของที่มีค่าสูญหายไป

Kozier, Erb & Bufalino (1989) กล่าวถึงแหล่งของการสูญเสียไว้ 4 ชนิด คือ

3.3.1.1 การสูญเสียลักษณะของบุคคล เป็นการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของบุคคลเป็นการสูญเสียที่มองเห็นและสังเกตได้ เช่น การประสบอุบัติเหตุทำให้เกิดแผลเป็น สูญเสียอวัยวะเกิดความพิการ การสูญเสียที่สังเกตไม่ได้ เช่น การสูญเสียอวัยวะภายในและการสูญเสียทางอารมณ์

3.3.1.2 การสูญเสียวัตถุภายนอก เช่น การสูญเสียทรัพย์สิน ไฟไหม้บ้าน หรือสูญเสียสัตว์เลี้ยง

3.3.1.3 การแยกจากสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ทำให้บุคคลรู้สึกสูญเสียความปลอดภัย เช่น การย้ายที่อยู่ หรือเด็กที่เริ่มเข้าโรงเรียนครั้งแรก ต้องแยกจากครอบครัวและบ้านจะเกิดความรู้สึกละเลย

3.3.1.4 การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเอง จากการเจ็บป่วย การแยกจากกัน หรือการตาย ซึ่งเป็นการสูญเสียอย่างสมบูรณ์และถาวร

Kozier, Erb & Bufalino (1989) กล่าวว่า ความเศร้าโศก หมายถึง อารมณ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติเพื่อตอบสนองต่อการสูญเสียและเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับบุคคลที่มีสุขภาพกายและจิตดีซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับการสูญเสียและสามารถยอมรับความจริงที่เกิดขึ้นได้

จากความหมายดังกล่าวมาแล้วสามารถสรุปได้ว่า ภาวะสูญเสียและเศร้าโศกเป็นกระบวนการตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นต่อเนื่องกัน จากการรับรู้ว่าจะต้องสูญเสียลักษณะของบุคคล บุคคลที่ตนรัก ผูกพัน ใกล้ชิด หรือสิ่งที่มีคุณค่าต่อตนเอง ทำให้บุคคลเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นจึงแสดงความเศร้าโศกออกมา

3.3.2 ปฏิกิริยาของผู้ป่วยและญาติต่อการสูญเสียและเศร้าโศก

Kubler-Ross (1969) ได้กล่าวว่า ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นทั้งของผู้ป่วยที่กำลังจะจากไป กับปฏิกิริยาของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ไม่แตกต่างกันแบ่งออกเป็น 5 ระยะคือ

3.3.2.1 ระยะปฏิเสธและแยกตัว (stage of denial & isolation) เป็นการเผชิญต่อการรับรู้ว่าการสูญเสียและความตายที่กำลังจะเกิดขึ้น ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นคือ ซัดและไม่เชื่อ ต่อมาเมื่อยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วจะปฏิเสธและแยกตัวจากสังคม

3.3.2.2 ระยะเวลาโกรธ (stage of anger) ไม่สามารถปฏิเสธต่อไปได้แล้ว จะมีความรู้สึกโกรธที่ตนเองจะต้องเป็นผู้สูญเสีย

3.3.2.3 ระยะเวลาต่อรอง (stage of bargaining) เป็นระยะที่บุคคลเริ่มยอมรับการสูญเสียที่จะมาถึงได้มากขึ้น แต่ยังคงต่อรองด้วยการแสดงความหวัง เพื่อยืดระยะเวลาการสูญเสียออกไปอีก

3.3.2.4 ระยะเวลาซึมเศร้า (stage of depression) เป็นช่วงเวลาที่บุคคลเกิดความรู้สึกเสียใจอย่างรุนแรง ซบออยู่เฉย ๆ ไม่พูดคุย ร้องไห้เศร้าโศกอยู่คนเดียว

3.3.2.5 ระยะเวลายอมรับ (stage of acceptance) เป็นระยะที่บุคคลยอมรับการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นได้ เข้าใจความจริงว่าความตายและการแยกจากเป็นสัจธรรมของชีวิต

จากการศึกษาที่ผ่านมาดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า เมื่ออยู่ในภาวะสูญเสียและเศร้าโศก ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวจะแสดงปฏิกิริยาที่คล้ายคลึงกันคือ ซัดและไม่เชื่อในสิ่งที่เกิดขึ้น ต่อมาอาจแสดงความโกรธที่จะต้องเป็นผู้สูญเสีย แล้วอาจมีความหวังว่าผู้ป่วยจะดีขึ้น เพื่อเป็นการต่อรองและยืดระยะเวลาการสูญเสียออกไปและจะมีอาการซึมเศร้า ซบออยู่คนเดียวเฉย ๆ ต่อมาเมื่อเริ่มรับรู้ที่ไม่สามารถปฏิเสธภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยได้แล้ว จะปรับตัวและยอมรับการสูญเสียที่จะมาถึงได้ บุคคลที่จะต้องเผชิญกับความสูญเสียและเศร้าโศกถือเป็นบุคคลที่ถูกคุกคาม ขาดความสมดุลในชีวิต พยายามเป็นผู้มีบทบาทในการให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นการให้การช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวในภาวะนี้ จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว การประเมินความต้องการจึงเป็นขั้นตอนแรกที่จะทำให้พยาบาลทราบถึงความต้องการที่แท้จริง เพื่อที่จะสามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (Orlando, 1982)

ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยเฉพาะในระยะเรื้อรัง มักพบว่ามีควมวิตกกังวล ความซึมเศร้า ที่เกิดจากรู้สึกสูญเสียความทรงจำ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน que เริ่มเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ป่วยแสดงอาการเหล่านี้ออกมาได้ค่อนข้างชัดเจน รู้สึกอับอาย โศกเศร้า เมื่อทราบว่าตนเองมีเจ็บป่วยด้วยภาวะนี้ (Holst & Hallberg, 2003) ในระยะนี้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว อาจมีปฏิกิริยาที่แสดงออกถึงความรู้สึกสูญเสียตามระยะที่ได้กล่าวไว้ แล้วแต่ว่าบุคคลใดจะสามารถยอมรับและปรับตัวกับเรื่องที่เกิดขึ้นได้เร็วกว่ากัน ซึ่งหากไม่มีการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ในประเด็นของอาการและความรุนแรง ทศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมและการปฏิบัติตัวเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับภาวะนี้อย่างเหมาะสม อาจจะทำให้ส่งกระทบทางด้านจิตใจมากยิ่งขึ้น อาการก็จะกำเริบและทรุดลงเร็วขึ้นได้

4. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ด้วยผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น เริ่มมีความจำบกพร่อง ความสามารถด้านการใช้ภาษาลดลง (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน , 2548) แต่ยังคงมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเอง การคิดและตัดสินใจได้ค่อนข้างปกติ ไม่ได้เจ็บป่วยหนัก เมื่อการดำเนินของโรคทรุดลงไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระยะที่รุนแรงขึ้น ผู้ป่วยก็จะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงและไม่สามารถรู้ล่วงหน้าได้ว่าอาการจะรุนแรงขึ้นเมื่อใด จะมีชีวิตอยู่ได้นานเท่าไร ไม่สามารถแสดงความคิดเห็นหรือตัดสินใจอะไรได้ จำคนที่ตนเองเคยรู้จักไม่ได้เมื่อใดและเมื่อถึงเวลานั้นอาจไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ ไม่ได้กระทำในสิ่งที่คิดไว้ ต่างจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรคอื่นที่จะทราบว่าเหลือเวลาอีกไม่นานที่จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ต่อไป สามารถสั่งเสีย บอกความต้องการของตนเองเพื่อให้ลูกหลานหรือคนในครอบครัวรับรู้ และสานต่อความต้องการนั้น ๆ ได้ เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความก้าวหน้าของโรคและความรุนแรงของอาการได้แตกต่างกัน เมื่อเกิดอาการของการสูญเสียความทรงจำ สูญเสียความสามารถของสมองจะทำให้ผู้ป่วยเปรียบเสมือนบุคคลไร้ความสามารถ ไม่สามารถคิดหรือตัดสินใจเองได้ ไม่รับรู้หรือตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ไม่ต่างจากบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้ว (ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ , 2551) ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงมีลักษณะคล้ายคลึงกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนกระทั่งระยะสุดท้ายของโรค เพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว

4.1 เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

ด้วยภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นอาการที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ Eliopoulos (2005) กล่าวว่า ผู้ป่วยจะไม่หายจากโรค ดังนั้นการดูแลจะมุ่งไปที่การช่วยเหลือผู้ป่วยให้อยู่กับโรคอย่างมีประสิทธิภาพและปกติสุขมากกว่าการรักษาอาการ หากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพยังแสวงหาความสำเร็จจากการดูแล โดยวัดจากการหายจากโรคมักจะประสบกับความไม่พึงพอใจ และรู้สึกขัดอกขัดใจได้ ดังนั้นเจ้าหน้าที่สุขภาพจะต้องตระหนักและทบทวนตนเองในเรื่องการตั้งเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังตามประเภทความเจ็บป่วย (Roach, 2001; Eliopoulos, 2005 อ้างถึงในศิริพันธุ์ สาส์ตย์ , 2551: 117-120) ภาวะสมองเสื่อมเป็นหนึ่งในโรคเรื้อรังที่ควรมีการตั้งเป้าหมายในการดูแลที่เหมาะสมโดยอาจใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมาปรับใช้ โดยตั้งเป้าหมายในการดูแลในประเด็นต่อไปนี้

4.1.1 การดำรงหรือปรับปรุงระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (maintain or improve self-care capacity) ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอาจมีความต้องการรับประทานอาหารที่แตกต่างไปจากคนทั่วไป การปรับกิจกรรมให้เข้ากับอาการความเจ็บป่วย การรับประทานยา การรักษาและเรียนรู้การใช้กายอุปกรณ์ต่าง ๆ ดังนั้นจึงควรมีเกณฑ์การประเมินความต้องการนั้นว่าได้รับการตอบสนองหรือไม่ พยาบาลมีหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความสามารถผ่านการประเมินเหล่านี้ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการ ดำรงอาการหรือปรับปรุงสุขภาพ ส่งเสริมระดับการช่วยเหลือตนเอง การใช้เครื่องช่วยเหลือ หรือให้ดูแลการช่วยเหลือเป็นระยะ ๆ ซึ่งในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นนี้จำเป็นต้องมีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด เพื่อดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากความเสื่อมของสมองที่ลดลงเรื่อย ๆ จะส่งผลให้ความสามารถในการช่วยเหลือดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลงด้วย

4.1.2 การจัดการกับโรคอย่างมีประสิทธิภาพ (manage the disease effectively) แต่ละครบุคคลควรได้รับความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองและได้รับการดูแลรักษาที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม แรงจูงใจมีส่วนสำคัญในการรวบรวมความรู้และทักษะการช่วยเหลือตนเองให้ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการประเมินปัจจัยทางด้านแรงจูงใจ การวางแผนและการนำ ยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติเพื่อส่งเสริมแรงจูงใจจึงเป็นประเด็นที่มีความสำคัญยิ่ง

4.1.3 กระตุ้นความสามารถการหายของร่างกาย (boot the body's healing abilities) เป็นที่ทราบกันดีแล้วว่า ร่างกายมีแนวโน้มที่จะต่อสู้กับโรคและมีการฟื้นฟูตามธรรมชาติ อย่างไรก็ตาม หน้าที่ที่สำคัญของพยาบาลก็คือการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรวบรวมแหล่งสำรองตามธรรมชาติที่มีอยู่ ดังนั้น การจัดการกับความเครียด (stress management) การจินตนาการโดยการชี้นำ (guided imagery) การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่กระตุ้นระบบภูมิคุ้มกัน และ biofeedback จึงเป็นยุทธศาสตร์ส่งเสริมการหายด้วยตนเอง (self-healing) ที่ควรนำมาใช้

4.1.4 ป้องกันภาวะแทรกซ้อน (prevent complication) โรคเรื้อรังและการรักษาที่สามารถทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การได้รับบาดเจ็บและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ และภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้มีผลทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยลดลงและมีความพิการเพิ่มขึ้น เช่นจากผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเอง ได้และมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขไปเป็นผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อที่ทางเดินปัสสาวะ หรือมีแผลกดทับเนื่องจากช่วยเหลือตนเองไม่ได้ต้องนอนบนเตียงนาน ๆ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยการระบุ แนวโน้มของภาวะเสี่ยง ป้องกันภาวะเสี่ยงที่จะเกิดจากปัญหาด้าน ต่าง ๆ อย่างจริงจังและรับรู้ว่ ภาวะเสี่ยงสามารถเปลี่ยนไปตามระยะเวลา

4.1.5 ชะลอความเสื่อมถอยของอาการ (delay deterioration and decline) โดยธรรมชาติของโรคเรื้อรัง อาการของโรคจะเลวลงไปเรื่อย ๆ ดังนั้นควรให้ความสำคัญกับการประเมินการดูแลและการระบุปัญหาโดยเร็ว เพื่อที่จะวางแผนการพยาบาล การรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยมีความสามารถดูแลตนเองลดลง และเสี่ยงต่อการมีภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้น

4.1.6 ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตสูงสุดเท่าที่จะทำได้ (achieve/promote the highest possible quality of life) ช่วยเหลือผู้ป่วยเรื้อรังมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมที่เสริมสร้างความรื่นเริงหรือการได้รับรางวัล ประเมินการได้รับการตอบสนองของความต้องการทางด้านสังคม จิตวิญญาณ อารมณ์ เพศสัมพันธ์และครอบครัว ช่วยเหลือผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการเหล่านั้นโดยการแนะนำงานอดิเรก ให้คำปรึกษา การเดินทางโดยยานพาหนะที่มีอุปกรณ์ติดตั้งพิเศษ การประสานการเยี่ยมบ้าน ส่งเสริมอัตมโนทัศน์ในเชิงบวก (promote positive self-concept) และประเมินปัญหาที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในวิถีการดำเนินชีวิต (life-style)

4.1.7 ดูแลให้เสียชีวิตโดยปราศจากความทุกข์ทรมานและมีศักดิ์ศรี (die with comfort and dignity) เมื่อสุขภาพทรุดลง ผู้สูงอายุจะต้องเผชิญกับวันสุดท้ายของชีวิต ต้องการการสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพิ่มมากขึ้น สิ่งสำคัญก็คือ การลดภาวะปวด ลดการใช้พลังงานต่าง ๆ พยาบาลควรมีความไวในการฟังหรือพูดคุยกับผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตและให้ความมั่นใจว่าจะอยู่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาในช่วงเวลานี้

การจัดการกับภาวะเสื่อมหลังจากที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วนั้น พยาบาลหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเสื่อม สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น พร้อมทั้งคำแนะนำในการดูแลตนเอง เพื่อชะลอความรุนแรงของโรคอันเกิดจากความเสื่อมของสมองที่ดำเนินไปเรื่อย ๆ หากไม่ได้รับการดูแลที่ดีและเหมาะสมก็จะทำให้ความรุนแรงของโรคเกิดได้เร็วขึ้น นอกจากนี้แล้วยังต้องอาศัยแรงจูงใจในการส่งเสริมการรวบรวมความรู้ในการช่วยเหลือดูแลตนเอง แต่ ภาวะเสื่อมนั้นเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ มีเพียงแต่การชะลอความรุนแรงของโรคให้คงไว้ซึ่งความสามารถในการช่วยเหลือตนเองเท่านั้น ดังนั้น การจัดการกับความเครียด การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเพื่อชะลอความเสื่อมของสมองจึงถือว่าการกระตุ้นความสามารถของร่างกายให้ต่อสู้กับภาวะเสื่อมได้ส่วนหนึ่ง จึงจำเป็นต้องมีบุคลากรวิชาชีพทางด้านสุขภาพเข้าช่วยเหลือในการดูแลโดยใช้หลักในการจัดการโรคเรื้อรัง เพื่อดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัวและการจากไปอย่างสงบของผู้ป่วย

4.2 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ไม่สามารถรักษาได้ถือเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคเรื้อรัง ซึ่งควรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด เนื่องจากอาการมีความก้าวหน้าและไม่สามารถบอกได้ว่าจะรุนแรงมากขึ้นเมื่อใด เมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น สูญเสียความทรงจำ ความสามารถในการดูแลตนเอง ไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ การให้การดูแลแบบประคับประคองภายหลังการได้รับการวินิจฉัยน่าจะเป็นการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

4.2.1 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care)

ตามการนิยามขององค์การอนามัยโลก การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลเชิงรุกแบบเป็นองค์รวมในผู้ป่วยที่เป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต การให้การดูแลจิต การด้านความปวดและอาการไม่สบายทางกาย พร้อมไปกับการดูแลปัญหาด้านจิตใจและจิตวิญญาณ โดยมีเป้าประสงค์เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว โดยตระหนักถึงกระบวนการตายของผู้ป่วยในลักษณะที่เป็นปกติโดยไม่เร่งหรือยืดชีวิต รวมไปถึงการจัดการกับครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยในการเผชิญกับเหตุการณ์ระหว่างการรักษาและภายหลังการเสียชีวิต การส่งเสริมให้การดูแลที่ดีที่สุดเท่าที่สามารถจะทำได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยลดความทุกข์จากอาการต่าง ๆ ส่งเสริมสมรรถภาพชีวิตภายใต้การยอมรับต่อความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ศาสนาและการปฏิบัติในความเป็นบุคคล (ลักษมี ชาญเวชช์, 2549)

International Association for Hospice and Palliative (2002) (อ้างถึงใน จอนณะจิง เพ็งจาด, 2547) ได้นิยามการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยในระยะที่มีอาการของโรค มีการดำเนินโรคที่รุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ และมีการลุกลามสู่ระยะรุนแรงที่ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน (short life expectancy; มีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 1 ปี ปกติประมาณ 6 เดือน) โดยการดูแลมุ่งเน้นการป้องกันและลดความทุกข์ทรมานและมีคุณภาพชีวิต

4.2.2 หลักการดูแลแบบประคับประคอง

วิรัช วุฒิภูมิ เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี และสิรินทร์ ศาสตราวุธรักษ์ (2542) กล่าวว่า หลักการดำเนิน Palliative care มีหลักสำคัญ คือ มุ่งประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยเป็นหลัก ไม่ใช่ตัวโรค มุ่งช่วยลดอาการเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ รับความสะดวกสบายทั้งร่างกายและ

จิตใจในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นการดูแลที่ครอบคลุมถึงการตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นจนวาระสุดท้าย เพื่อเตรียมตัวเผชิญกับความตายอย่างสงบและพึงพอใจ รวมทั้งครอบคลุมถึงผู้ใกล้ชิดในครอบครัวของผู้ป่วยทั้งในระยะเวลาที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่และหลังเสียชีวิตแล้ว โดยถือว่าความตายเป็นสัจธรรม เป็นกระบวนการปกติ เป็นธรรมชาติของชีวิต ซึ่งอาจจะเกี่ยว ข้องกับความเจ็บป่วยหรือไม่ก็ได้ และไม่ควรรพยายามเร่งรัดหรือเหนี่ยวรั้งความตายเกินกว่าเหตุ (neither prolong nor hasten death)

จนฉะฉาง เพ็งจาด (2547) ได้กล่าวถึง การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่ให้กับผู้ป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วยจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยการดูแลครอบครัวการรักษายาบาลเพื่อควบคุมอาการทางกาย ให้การดูแลและสนับสนุนด้านจิตใจ สังคมวัฒนธรรมและจิตวิญญาณ หลักการดูแลประกอบด้วยส่วนสำคัญ 2 ส่วน คือ 1)ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแล (attitude) ผู้ให้การดูแลแบบประคับประคองต้องรับรู้และไวต่อความรู้สึกผู้อื่น สนใจและพยายามที่จะทำความเข้าใจในความทุกข์ทรมานของบุคคลในทุกด้าน เสียสละและอุทิศตนในการแก้ปัญหาที่ซับซ้อน ให้การยอมรับและนับถือการเป็นบุคคล ให้การดูแลบุคคล ไม่ใช่การดูแลโรค ยอมรับในสังคมวัฒนธรรม ศาสนาและปัจจัยทางวัฒนธรรมอื่น ๆ ของบุคคล 2)การให้การดูแล (the care) ควรประกอบด้วยการสื่อสารที่ดีเพื่อสร้างแนวร่วมในการดูแล และทำให้เกิดความเข้าใจอันดีระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ให้การรักษาที่เหมาะสมกับโรค และการดำเนินของโรค หลีกเลี่ยงการตรวจวินิจฉัยที่ไม่ได้รับรองความปลอดภัย หรือกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ให้การดูแลที่มีคุณภาพและดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายคำนึงถึงการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการดูแลที่ครอบคลุมโดยบุคลากรหลายสาขา ที่มีความชำนาญการเฉพาะสาขา ร่วมกันในการวางแผนการดูแลที่สามารถตอบสนองความต้องการของบุคคลและครอบครัว มีแผนการรักษาที่แน่นอน โดยบอกให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบ มีการติดต่อประสานงานในทีมการดูแล ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการวางแผนในการป้องกันภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้น ให้การดูแลครอบครัว โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านจิตใจ และด้านสังคมมีการประเมินผลการรักษาและการดำเนินโรคอย่างต่อเนื่อง

4.2.3 การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยสมองเสื่อม

ผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นผู้ที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองเนื่องจาก เป็นการดูแลที่ให้กับผู้ป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่มีอาการของโรคทรุดลงเรื่อย ๆ ไม่สามารถบอกได้ว่าอาการจะรุนแรงขึ้นเมื่อใด ผู้ป่วยสมองเสื่อมและครอบครัวจะต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ สร้างความวิตกกังวล ความเครียด และความรู้สึกสูญเสีย ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นซึ่งไม่ว่าจะเป็นเรื่องของ ผลกระทบ

ทางด้านร่างกายของผู้ป่วยอันเนื่องมาจากการสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ แปรงฟัน การทำ ความสะอาดหลังขับถ่าย (กัมมันต์ พันธุมจินดา , 2543) เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น มีแผลในช่องปาก ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ หรือหากเป็นขั้นรุนแรงอาจมีภาวะทุพพลภาพได้ ด้านจิตใจผู้ป่วยจะมีนิสัยเปลี่ยนไป หวาดระแวง เกิดความเครียดและอาจมีภาวะซึมเศร้าตามมา ด้านสังคมผู้ป่วยอาจขาดการร่วมกิจกรรมทางสังคม เนื่องจากมีปัญหาการสื่อสารและพฤติกรรม เช่น พูดซ้ำซาก หรือแสดงอารมณ์รุนแรง ด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาจะมีจำนวนมากตามมา เช่น ค่ายา หรือแม้กระทั่งค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษา ก็ตาม ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ การดูแลรักษาตลอดจนภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ต้องการให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวหลังจากการสูญเสียผู้ป่วยไป จึงควรมีการส่งเสริมให้มีการดูแลที่ดีที่สุดเพื่อเตรียมตัวเผชิญกับความเจ็บป่วย โดย หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการหลงลืมผิดปกติและมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปควรเข้าพบแพทย์เพื่อขอรับการวินิจฉัยโดยเร็ว ทั้งนี้หากพบว่ามีการสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น แพทย์สามารถให้การรักษาโดยการให้ยาและไม่ให้ยาดัดด้วยการทำกิจกรรมกระตุ้นความจำเพื่อชะลอให้ความจำเสื่อมช้าลงได้หากได้ รับการดูแลรักษาแต่เนิ่น ๆ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกิจกรรมในครอบครัวและชุมชน ร่วมวางแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่เหลืออยู่ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยคงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (ศิริพันธุ์ สาส์ตย์, 2551)

4.3 บทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นกิจกรรมการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการ การดูแลที่จำเป็นของผู้สูงอายุ ซึ่งจะต้องอาศัยผู้ดูแลเป็นบุคคลหลักในการดูแลผู้ป่วย (รุ่งอรุณ ไตศักดิ์ภราเลิศ และลูกจันทร์ วิทยถาวรวงศ์, 2544) สำหรับการบริการทางการพยาบาลที่พยาบาล จัดให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวโดยบทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงในการช่วยเหลือ ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม มีดังนี้

4.3.1 การชี้แนะ พยาบาลมีภาระชี้แนะผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถเลือกและใช้วิธีการที่จะตอบสนองความต้องการ การดูแล หรือสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยการให้ข้อมูลที่ เป็นข้อเท็จจริงต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการ ดูแลผู้ป่วย แนะนำการรักษาและวิธีการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ การปรับสภาพแวดล้อมภายใน บ้าน รวมทั้งสิ่งแวดล้อม แบบแผนการดูแลหรือวิถีปฏิบัติต่าง ๆ และให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเลือกและ ตัดสินใจการดูแลตามความเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ รวมทั้งชี้แนะให้ผู้ดูแลสามารถสังเกต อาการแสดงของความผิดปกติของผู้ป่วยและวิธีการขอความช่วยเหลือจากบุคลากรที่เชื่อถือได้

ตั้งแต่ระยะแรก แนะนำญาติให้รู้จักบริการของกลุ่มหรือหน่วยงานที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยสมองเสื่อม และผู้ดูแล การปฏิบัติที่เหมาะสมและมีจริยธรรม เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะระยะประคับประคองและระยะสุดท้าย ซึ่งเรื่องหนึ่งที่สำคัญ คือ การแนะนำผู้ป่วยทำพินัยกรรมหรือแต่งตั้งตัวแทน ผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้นยังสามารถจัดการทรัพย์สินด้วยตนเองได้ ควรจะได้ทำพินัยกรรม และแต่งตั้งตัวแทนที่จะมาดูแลผู้ป่วยและทรัพย์สินหลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการมากจนช่วยตัวเองไม่ได้ไว้ล่วงหน้า เพื่อป้องกันการแย่งชิงทรัพย์สินมรดก หรือการเกี่ยงกันในการเฝ้าอภิบาลหรือออกค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยขณะที่เป็นบุคคลไร้สมรรถภาพ (พนัส ธิญญะกิจไพศาล, 2544)

4.3.2 การสนับสนุน ทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม เนื่องจากพยาบาลถือว่าเป็นบุคคลที่คอยให้การช่วยเหลือและมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและผู้ดูแลอีกสาขาหนึ่งในทีมสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นผู้ที่สามารถประเมินสภาพจิตใจและสภาวะทางอารมณ์ รวมถึงความ ต้องการการช่วยเหลือทางด้านจิตใจของผู้ดูแลและครอบครัวในอันดับแรก ๆ โดยพยาบาลเข้าไปมีส่วนร่วม เช่น แนะนำวิธีการปรับสภาพด้านจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล พุดคุยและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้แสดงความรู้สึกนึกคิด ของตนเอง และซักถามปัญหา การให้กำลังใจในยามที่ท้อแท้หมดหวังเป็นอีกวิธีการหนึ่งซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลมีกำลังใจในการให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป พยาบาลต้องแสดงให้เห็นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรู้ว่า เข้าใจ เห็นอกเห็นใจ คอยให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลไม่สามารถกระทำกิจกรรมการดูแลได้ รับฟังปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลด้วยความเต็มใจ รวมทั้งพุดคุยให้กำลังใจและสนับสนุน ที่สำคัญยังสามารถช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับมือและหาวิธีการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังมีการช่วยให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ด้วย นอกจากนี้ยังสนับสนุน ระบบการดูแลที่คำนึงถึงค่านิยม ความเชื่อ ทั้งของวิชาชีพ บุคคลและครอบครัวในการตัดสินใจ

4.3.3 การสอน เป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถพัฒนาความรู้ หรือทักษะในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้มีการดูแลที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพประกอบด้วย

4.3.3.1 ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม เช่น อธิบายให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจ การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการคุกคามต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล สนับสนุนให้เกิดระบบการดูแลที่ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดี และแนะนำญาติให้มีการผลัดเปลี่ยนกันดูแลผู้ป่วย หรือประสานงานกับกลุ่มในสังคมจิตอาสาสมัครมาช่วยเพื่อผู้ดูแลประจำ จะได้มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพ หรือไปทำกิจกรรมอื่นบ้าง แนวทางการดูแล กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน ทักษะการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งการให้ความรู้อาจใช้สื่อการสอนร่วมด้วย หรือใช้คู่มือ

การสำหรับผู้ดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ ตลอดจนสามารถทบทวนเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลได้

4.3.3.2 การให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งคอยให้คำแนะนำ กำลังใจและการแก้ไขในกิจกรรมที่ผู้ดูแลทำไม่ถูกต้อง

4.3.3.3 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

4.3.4 การประสานงาน พยาบาลทำหน้าที่ ในการประสานความร่วมมือในที่มการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการบริการการดูแลจากทีมผู้ให้บริการซึ่งมีการประสานกันอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อลดช่องว่างระหว่างกระบวนการต่าง ๆ และเกิดกระบวนการดูแลที่มีคุณภาพสูงสุด โดยอาจ จัดโครงการบริการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุ สมองเสื่อมที่บ้าน เพื่อรับรู้ปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและประเมินสภาพผู้ดูแล เพราะผู้ดูแล มักจะโดดเดี่ยว ขาดการเกื้อหนุน และมีอารมณ์ซึมเศร้าควรประเมินเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความสามารถในการทำงาน การใช้ยา ภาวะโภชนาการและให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม ช่วยแนะนำการดูแลที่ถูกต้อง ทั้งนี้ควรทำการบันทึกและรายงานถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ค้นหาอุปสรรคที่ขัดขวางการดูแลผู้ป่วยด้วย เพื่อตอบสนองความต้องการในสิ่งที่เหมาะสม และให้การดูแลแบบองค์รวมได้อย่างมีคุณภาพ โดยสนับสนุนให้มี Professional guideline protocols และ Standard เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

4.3.5 การให้คำปรึกษา การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน ผู้ดูแลต้องรับ บทบาทในการดูแลอย่างเต็มตัวซึ่งอาจเกิดปัญหาต่าง ๆ มากมาย ส่งผลให้ผู้ดูแลบางรายเกิด ความเครียดต้องการ ระบายความรู้สึกและต้องการแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เพื่อช่วยลดปัญหาที่ เกิดขึ้น การให้คำปรึกษาของบุคลากรทางสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ดูแลเรียนรู้วิธีการ เผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นแหล่งประโยชน์ที่จะสามารถให้คำปรึกษาปัญหาต่าง ๆ ควร เป็นสถานพยาบาลที่รับผิดชอบในการให้คำปรึกษาโดยเฉพาะ รวมทั้งควรมีระบบการสื่อสารติดต่อ สอบถามได้ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อแนะนำการดูแล ให้แรงสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตวิญญาณแก่ ผู้ดูแล พร้อมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งบริการ ซึ่งเป็นประโยชน์แก่ผู้ดูแลให้สามารถแก้ปัญหาและ ข้อคับข้องใจต่าง ๆ ช่วยให้มีโอกาสพัฒนาความสามารถในการดูแลได้อย่างเต็มที่

จะเห็นได้ว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการชี้แนะการ สนับสนุนด้านร่างกาย จิตสังคม ความรู้ ตลอดจนการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับ ปัญหาเกิดขึ้นที่เกิดขึ้นจากการดูแล นอกจากนี้ควรแสดงบทบาทที่สำคัญให้เด่นชัด คือ บทบาทใน การปกป้องสิทธิของผู้ป่วย (patient advocacy) ประกอบด้วย การประสานงานกับแพทย์ และทีม

สุขภาพ การสนับสนุนให้ได้รับการดูแลรักษาเพื่อการควบคุม อาการที่เหมาะสม การค้นหาแหล่งสนับสนุนในสังคม การเข้าไปใช้ประโยชน์จากแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่ และประสานงานในการใช้บริการและประโยชน์จากแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่

5. แนวคิดการศึกษาแบบกรณีศึกษา (case study method)

การศึกษาแบบกรณีศึกษาเป็นหนึ่งในวิธีการวิจัยที่ นักวิจัยแทบทุกสาขาวิชา ไม่ว่าจะ เป็นวิชาการทางสังคมศาสตร์ วิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข พฤติกรรมศาสตร์ ได้นำมาใช้ในการแสวงหาความรู้ความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา (กรรณิการ์ สุขเกษม, 2544) มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้คำจำกัดความการศึกษาแบบกรณีศึกษา ดังต่อไปนี้

Bromley (1986) อธิบายลักษณะสำคัญของกรณีศึกษาว่า เป็นคำที่ถูกใช้โดยทั่วไปอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ เกี่ยวข้องกับการอธิบายและวิเคราะห์สิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างพิเศษ ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ มีขอบเขต ดำรงอยู่และทำหน้าที่ภายในขอบเขตของสภาพโดยรอบ เกิดขึ้นภายในระยะสั้น ๆ มีความสัมพันธ์กับบริบทนั้น ๆ

Polit & Hungler (1999) ให้คำจำกัดความว่า การศึกษารายกรณีเป็นการสืบสวนแก่นแท้ของบุคคล กลุ่ม สถาบัน หรือหน่วยงานสังคม

Yin (2003) ให้คำจำกัดความการศึกษารายกรณีว่า เป็นการสืบสวน ค้นคว้า ที่ขึ้นอยู่กับ การสังเกต ทดลองหรือเอาประสบการณ์เป็นหลักมากกว่าทฤษฎี ซึ่งการสืบสวนปรากฏการณ์นั้นเกิดขึ้นภายในขอบเขตบริบทที่เป็นจริง ขอบเขตระหว่างปรากฏการณ์และบริบทยังไม่มี ความกระจ่าง โดยใช้การสืบสวนจากหลายแหล่งข้อมูล

ชาย โปธิสิตตา (2550) เห็นว่า เป็นการยากที่จะนิยามการศึกษาเฉพาะกรณีให้ชัดเจน เนื่องจาก ไม่สามารถกำหนดได้ว่าอะไรเป็นกรณี (case) สำหรับการศึกษานี้ และจุดมุ่งหมาย และระดับของการวิเคราะห์ในการศึกษาแบบนี้ค่อนข้างจะหลากหลาย ดังนั้น นิยามของการศึกษาเฉพาะกรณี จึงมีตั้งแต่ง่ายที่สุด คือ การศึกษาเดี่ยวหนึ่งของชีวิต หรือคือการศึกษาปรากฏการณ์อันใดอันหนึ่งอย่างเจาะลึก ไปจนถึงนิยามที่เข้าใจค่อนข้างยาก

กรณีศึกษามีลักษณะเป็นทั้งการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ขึ้นอยู่กับนักวิจัยเลือกอะไรมาเป็นกรณีศึกษาและเลือกวิธีอะไรมาเป็นแนวทางในการศึกษา ถ้าเลือกวิธีการเชิงปริมาณ กรณีศึกษานั้นก็เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ถ้าเลือกใช้วิธีการเชิงคุณภาพกรณีศึกษานั้นก็เป็นเชิงคุณภาพ ไม่ว่าจะใช้วิธีใดก็ตาม หัวใจสำคัญของการศึกษาเฉพาะกรณีอยู่ที่การศึกษาให้ได้ทั้งแนว กว้างและแนวลึกของกรณีที่เลือกมาศึกษานั้น ๆ วิธีที่จะให้ได้ทั้งแนว กว้างและแนวลึกของกรณี

เฉพาะเจาะจงเช่นนี้ ในทางปฏิบัติก็คือการใช้ข้อมูลหลายชนิดจากหลายแหล่ง ด้วยวิธีการหลายแบบในงานวิจัยเรื่องเดียวกัน (Stake, 1994)

ปัญหาและข้อจำกัดของวิธีการวิจัยแบบกรณีศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับ 1) การตัดสินใจเลือกกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งต้องขึ้นกับขอบเขตที่แท้จริง ทั้งเนื้อหา เวลา สถานที่ของสิ่งนั้น ๆ 2) จำนวนกรณีที่จะศึกษา หากเป็นกรณีเดียวก็จะมีปัญหา แต่ถ้าจำเป็นต้องมีหลายกรณี จำนวน Cases เท่าไรจึงจะพอ นักวิจัยต้องพิจารณาจุดมุ่งหมายของการศึกษา ความเป็นไปได้ในเรื่องเวลา ทรัพยากร และปัจจัยอำนวยความสะดวกอื่น ๆ เพื่อเป็นกรณีสนับสนุนแนวความคิดในการศึกษาเรื่องนั้น ๆ 3) ข้อจำกัดในการนำผลไปใช้ในวงกว้าง เพราะกรณีศึกษาใช้ตัวอย่างจำนวนน้อย แต่กรณีศึกษาเพื่อการอธิบาย การออกแบบตัวอย่างและการดำเนินการศึกษา อาจคำนึงถึงความเป็นไปได้ว่าผลการศึกษจะสามารถนำไปใช้ที่อื่นได้มากน้อยเพียงใด (Stake, 1994)

5.1 กระบวนการของวิจัยเชิงกรณีศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลในวิจัยแบบกรณีศึกษาเหมือนกับเทคนิคที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพอื่น ๆ ซึ่งกระบวนการของวิจัยแบบกรณีศึกษาประกอบด้วย (Mariano, 2001)

5.1.1 ระบุวัตถุประสงค์และคำถามในการวิจัย (identifying the purpose and question of the study) รายละเอียด รูปแบบการจัดการ ระยะเวลา การเก็บรวบรวมข้อมูลและชนิดของกรณีศึกษาขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ดังนั้นวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการศึกษาต้องมีความชัดเจน คำถามในการวิจัยที่สามารถตอบได้โดยวิธีการวิจัยแบบกรณีศึกษา คือ คำถามที่ถามว่าอะไร (what) อย่างไร (how) และทำไม (why) เช่น ทำไมกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจึงคิดและแสดงออกเช่นนั้น หรือมีการกระทำอย่างไร เป็นต้น คำถามการวิจัยที่ถามว่าอะไร (what) จะนำไปสู่การมุ่งค้นหา (exploratory) พรรณนา อธิบาย (descriptive) กรณีศึกษานั้น ๆ ส่วนคำถามการวิจัยว่า อย่างไร (how) และทำไม (why) จะเป็นการอธิบาย บอกเหตุผลของกรณีศึกษานั้น ๆ เนื่องด้วยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผู้ให้ข้อมูลและข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลนั้นมีอยู่มากมาย การกำหนดคำถามการวิจัยให้ชัดเจนจึงเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกที่ต้องทำในวิจัยเชิงกรณีศึกษา

5.1.2 ระบุทฤษฎีที่สอดคล้องหรือเหมาะสมกับชนิดของกรณีศึกษาที่ทำ ทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาเชิงกรณีศึกษานั้นขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการวิจัย กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีเป็นเสมือนแนวทางในการศึกษาค้นคว้า ผู้วิจัยคิดเสมอว่าอะไรคือสิ่งที่ต้องการค้นหาในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ในการหาคำอธิบาย (explanation) หรือทดสอบทฤษฎีนั้น กรอบแนวคิดทฤษฎีจะช่วยให้

สามารถวิเคราะห์ข้อมูลและตรวจสอบการตีความได้ แต่ถ้าเป็นการมุ่งค้นหา (exploratory) พรรณนา (descriptive) กรอบแนวคิดจะช่วยให้พัฒนาข้อมูลด้วยตัวของข้อมูลเอง

5.1.3 กำหนดหน่วยการวิเคราะห์ข้อมูล (determining the unit of analysis) การวิเคราะห์ข้อมูล ขึ้นอยู่กับบุคคล ครอบครัว องค์กร หรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง รูปแบบการวิจัยแบบกรณีศึกษาเป็นการวิจัยแบบองค์รวมและลึก

5.1.4 พัฒนาขั้นตอนของการทำกรณีศึกษา (developing a case protocol) ขั้นตอนจะช่วยแนะแนวทางในการปฏิบัติการวิจัยให้นักวิจัย บอกให้ทราบถึงความก้าวหน้าของการวิจัย อะไรคือแหล่งข้อมูลที่จำเป็นในขณะอยู่ในสนาม กำหนดการเบื้องต้นในการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิ่งไม่คาดคิดที่อาจเกิดขึ้น จะช่วยทำให้รู้ว่าข้อมูลอะไรมีความจำเป็นที่ต้องรวบรวมและทำไม แหล่งของข้อมูลและเหตุการณ์ เช่น บุคคลใดที่จำเป็นต้องสัมภาษณ์ เอกสารใดที่ต้องตรวจสอบ

5.1.5 ตัดสินใจเลือกรูปแบบการวิจัยที่เหมาะสม (deciding on the most appropriate design) รูปแบบการวิจัยที่ถูกใช้ในการวิจัยเชิงกรณีศึกษา มี 2 แบบ คือ

5.1.5.1 กรณีศึกษาแบบกรณีเดียว (the single-case design) มักใช้เมื่อกรณีศึกษา เป็นตัวแทนแบบที่มีลักษณะเฉพาะไม่เหมือนใคร (typical case) แบบมีลักษณะเฉพาะสามารถนำไปวิพากษ์ได้ (critical case) แบบที่มีลักษณะเบี่ยงเบนจากคนทั่วไป (extreme or unique case)

5.1.5.2 กรณีศึกษาแบบหลายกรณี (the multiple case design) มักใช้เมื่อต้องการศึกษาปรากฏการณ์เดียวกันในสถานการณ์ที่แตกต่างกันหรือในกลุ่มที่แตกต่างกัน

5.1.6 การปฏิบัติการวิจัย (conducting the case study) ประกอบด้วย การเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และแปลความข้อมูล

5.1.7 การเขียนรายงานข้อค้นพบที่ได้จากกรณีศึกษา

5.2 การเลือกกรณีตัวอย่าง

การกำหนดว่าสิ่งไหนเป็นกรณีศึกษาได้หรือไม่ได้ ควรพิจารณาคุณสมบัติของสิ่งที่สนใจศึกษาเป็นสำคัญ โดยสิ่งที่จะเลือกมา เป็นกรณีศึกษาต้องเป็นสิ่งที่สามารถกำหนดขอบเขตชัดเจนได้ นั่นคือ มีความสมบูรณ์ในตัวเอง มีเวลา สถานที่ที่แน่นอน แต่คุณสมบัติที่กล่าวอาจไม่ชัดเจนพอ เพราะแทบทุกสิ่งจะมีขอบเขตที่ชัดเจนอยู่ไม่มากก็น้อย ดังนั้น สิ่งที่อาจเป็นกรณีศึกษาสามารถมีได้หลากหลาย ดังนั้น Stake (1994) ได้จำแนกกรณีที่นักวิจัยเลือกมาศึกษาออกเป็น 3 ประเด็น คือ

5.2.1 Intrinsic cases เป็นกรณีที่เลือกมาศึกษาเพื่อสนองความอยากรู้ ในสิ่งนั้นเป็นหลัก เป็นกรณีที่นำรู้และสมบูรณ์ในตัวเอง นักวิจัยเลือกศึกษากรณีนั้น เพราะความสนใจอยากรู้ อยากทำความเข้าใจ อยากเปิดเผยรายละเอียดของกรณีนั้น ไม่มีจุดประสงค์อย่างอื่น

5.2.2 Instrumental cases เป็นกรณีที่ใช้เพื่อแสดงหรือสนับสนุนข้อสรุปอย่างใดอย่างหนึ่งของนักวิจัย นักวิจัยเลือกกรณีนี้เพราะเห็นว่าเป็นตัวอย่างหรือเป็นตัวแทนของกรณีอื่น ๆ และนักวิจัยต้องการใช้กรณีนั้นเพื่อ แสดงเป็นตัวอย่างของเรื่องที่กำลังนำเสนอ หรือเป็นตัวอย่างเพื่อสนับสนุนข้อสรุปหรือข้อโต้แย้งอย่างใดอย่างหนึ่งของตน

5.2.3 Collective cases นักวิจัยเลือกศึกษาหลาย ๆ กรณีเพื่อใช้สนับสนุนเรื่องเดียวกัน กรณีที่ศึกษา สามารถทำได้ 2 แบบ คือ แบบที่หนึ่ง การทำกรณีศึกษาในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่องอื่น ทำเพื่อเสริมหรือแสดงเป็นตัวอย่างของสิ่งที่นักวิจัยนำเสนอในงานวิจัยนั้น แบบที่สอง การทำกรณีศึกษาในฐานะเป็นการวิจัยเอกเทศเรื่องหนึ่งโดยตัวของมันเอง ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่องอื่น กรณีศึกษาในลักษณะนี้มีลักษณะเหมือนการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณาทุกประการ โดยการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณา (phenomenology) เป็นการศึกษาเฉพาะกรณีที่มีขนาดใหญ่

การเลือกกรณีศึกษา จำเป็นต้องดูจุดมุ่งหมายของการศึกษา ซึ่งขึ้นอยู่กับแนวทางที่นักวิจัยเลือกว่าจะเป็นเชิงปริมาณ หรือเชิงคุณภาพ คือ แนวเชิงปริมาณ นักวิจัยต้องมีความรู้เกี่ยวกับกรณีที่จะศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับประชากรที่จะเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนที่จะทำการสุ่มตัวอย่างจากประชากร โดยการศึกษาความรู้เบื้องต้นถึงสิ่งที่จะศึกษาให้เพียงพอก่อนทำการเลือกกลุ่มตัวอย่าง จะทำให้การตัดสินใจเลือก หรือไม่เลือกเป็นกรณีศึกษาง่ายขึ้น ส่วนแนวเชิงคุณภาพเป็นการเลือกแบบเจาะจง เพื่อให้ได้กรณีที่เหมาะสมกับความต้องการและจุดมุ่งหมายของการศึกษาเป็นวิธีที่ใช้ได้ทั่วไป ในทางปฏิบัติการเลือกแบบเจาะจงหากรณีที่มีความเหมาะสมเปรียบเสมือนการ “ร่อนหา” กรณีที่เหมาะสมที่สุด เหมาะสมทั้งในแง่ที่เป็นกรณีที่สามารถให้ได้ ข้อมูลอย่างหลากหลายและครอบคลุม หรือเหมาะสมทั้งแง่แนวคิดในการวิจัยและในแง่ของระเบียบวิธีวิจัย

5.3 รูปแบบของการวิจัยแบบกรณีศึกษา

การวิจัยแบบกรณีศึกษา อาจทำได้ 3 รูปแบบและในแต่ละรูปแบบนักวิจัยสามารถเลือกกรณีมาศึกษาเพียงกรณีเดียวหรือหลายกรณีก็ได้ วิธีการศึกษา 3 รูปแบบ คือ (Mariano, 2001)

5.3.1 การศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive) มุ่งแสดงรายละเอียดพร้อมทั้งบริบทอย่างสมบูรณ์ของปรากฏการณ์ที่เลือกมาศึกษา นักวิจัยนำเสนอเนื้อหาด้วยเทคนิคการบรรยาย สิ่งสำคัญของแบบนี้อยู่ที่การให้รายละเอียด พร้อมด้วยบริบทของกรณีศึกษา ไม่เน้นการวิเคราะห์

5.3.2 ศึกษาแบบมุ่งการค้นหา (exploratory) เป็นกรณีศึกษาที่รู้จักและใช้กันอย่างแพร่หลาย มีลักษณะเป็นการวิจัยนำร่อง เพื่อหานิยามสำหรับมีโนทัศน์ที่ยังไม่ชัดเจน เพื่อสร้างสมมติฐานสำหรับการวิจัยแบบสำรวจ ที่จะตามมาภายหลัง นอกจากนี้ นักวิจัยอาจทำกรณีศึกษาเพื่อค้นหาประเด็นปัญหาที่แท้จริงของปรากฏการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือค้นหาประเด็นอะไรที่ควรได้รับการศึกษาให้ลึกลงไป จากนั้นจึงออกแบบการวิจัยที่มุ่งทำความเข้าใจหรือหาแนวทางแก้ไขปัญหานั้น ๆ

5.3.3 ศึกษาแบบมุ่งหาคำอธิบาย (explanatory) กรณีศึกษาแบบนี้ ปรากฏการณ์หรือสิ่งที่เลือกมาศึกษาอาจเป็นที่รู้จักคุ้นเคยบ้างแล้ว มุ่งศึกษาเพื่อหาคำอธิบายที่ยังไม่เคยมีมาก่อน หรือมีคำอธิบายอยู่บ้างแล้ว แต่ยังไม่เป็นที่พอใจ กรณีศึกษาเชิงคุณภาพแบบนี้มีประโยชน์มากสำหรับการค้นหาคำอธิบายแก่การศึกษาเชิงปริมาณ ที่ข้อมูลเชิงปริมาณไม่สามารถให้คำอธิบายที่น่าพอใจได้

รูปแบบการทำกรณีศึกษาทั้งสามนี้ ไม่จำเป็นต้องเป็นอิสระจากกันเสมอไป กรณีศึกษาเรื่องหนึ่งอาจใช้ทั้งรูปแบบเชิงพรรณนาและเชิงวิเคราะห์เพื่อหาคำอธิบาย

5.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

5.4.1 การเตรียมตัวทำงานภาคสนาม แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้ (สุภาวงศ์ จันทวานิช, 2545)

5.4.1.1 ขั้นเลือกสนาม ความเหมาะสมและพิจารณาว่าสามารถตอบปัญหาที่ต้องการได้

5.4.1.2 ขั้นแนะนำตัว สิ่งสำคัญที่สุดของการเข้าสนามคือ การกำหนดสถานภาพและบทบาทของนักวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ แบบไม่บอกว่าเป็นใคร (covert role) และแบบบอกว่าเป็นใคร (overt role)

5.4.1.3 ขั้นสร้างความสัมพันธ์ (rapport) เมื่อเข้าไปในสนามแล้วนักวิจัยต้องแนะนำตนเองและควรรักษาสถานะและบทบาทดังกล่าวไว้ตลอดระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสนาม

5.4.1.4 การเริ่มทำงาน ประกอบด้วย 2 ส่วนใหญ่ ๆ คือ

1) การทำแผนที่ ได้แก่ แผนที่ทางกายภาพ แผนที่ทางประชากร แผนที่ทางสังคม แผนที่เวลา การทำแผนที่แบบต่าง ๆ จะช่วยให้ผู้วิจัยมองเห็นความสัมพันธ์กับหน่วยต่าง ๆ ได้ชัดเจนขึ้น

2) การเลือกตัวอย่าง คือ การเริ่มต้นสนใจว่าจะเก็บข้อมูลอะไรที่ไหน เมื่อไร การที่เราจะเข้าไปศึกษาสนามใดสนามหนึ่ง ควรจะมีการเตรียมตัวทั้งในแง่ของการหาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับชุมชนหรือสังคมนั้น ๆ และการเตรียมตัวของนักวิจัยในเรื่องการแต่งกาย อุปกรณ์หรือเครื่องมือต่าง ๆ ที่นักวิจัยจะใช้ในการเก็บข้อมูล รวมทั้งที่พัก ก่ออาศัยของนักวิจัยซึ่งควรคำนึงถึงความปลอดภัยด้วย เมื่อนักวิจัยได้เข้าไปในสนามที่จะศึกษาแล้ว สิ่งสำคัญที่นักวิจัยจำเป็นต้องทำคือ การแนะนำตัวเอง ในการแนะนำตัวเองนักวิจัยควรมีสถานภาพบทบาทที่เหมาะสมและมีความหมายที่จะใช้อ้างเป็นเหตุผลในการใช้ชีวิตในสนามได้ จากนั้น จึงเริ่มสร้างความสัมพันธ์กับสมาชิกในสนามที่เราจะศึกษา

5.4.2 การสังเกต

การสังเกต คือ การเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเอาใจใส่และกำหนดไว้อย่างมีระเบียบวิธีเพื่อวิเคราะห์หรือหาความสัมพันธ์ของสิ่งที่เกิดขึ้นกับสิ่งอื่น (สุภาวศ์ จันทวานิช, 2545)

ประเภทของการสังเกต แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะสำคัญ ได้แก่

5.4.2.1 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม คือ การสังเกตชนิดที่ผู้สังเกตเข้าไปใช้ชีวิตร่วมกับกลุ่มคนที่ถูกศึกษา มีการร่วมกระทำกิจกรรมด้วยกัน จนกระทั่งเข้าใจโลกทัศน์ ความรู้สึกนึกคิด และความหมายที่คนเหล่านั้นให้ต่อปรากฏการณ์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา ในแง่ของระเบียบวิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมต้องประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน คือ การสังเกต การซักถาม และการจดบันทึก ข้อดีของการสังเกตแบบนี้เป็น จะได้ข้อมูลที่แท้จริง พฤติกรรมที่แสดงออกเป็นไปตามธรรมชาติเพราะผู้ถูกศึกษาไม่ทราบว่าจะถูกสังเกต แต่ก็มิใช่ ข้อเสีย คือ ก่อให้เกิดความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ถูกวิจัยอาจเป็นเหตุให้มีอคติ

5.4.2.2 การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม คือ การสังเกตที่ผู้วิจัยจะเฝ้าอยู่ภายนอกเป็นบุคคลภายนอกไม่เข้าไปร่วมกิจกรรมที่ทำอยู่มักใช้ในกรณีที่ไม่ต้องการให้ผู้ถูกสังเกตรู้สึกว่าการถูกมองจากตัวผู้สังเกต ข้อดี คือ สามารถเก็บข้อมูลในระยะเวลาที่สั้นกว่าและเปลืองทุนทรัพย์น้อยกว่าการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ข้อเสียคือ อาจเก็บข้อมูลไม่สมบูรณ์เท่าการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

5.4.3 กรอบของการสังเกต

ผู้สังเกตควรมีจุดมุ่งหมายว่าจะศึกษาอะไร ศึกษาคนกลุ่มใดและเลือกวิธีการสังเกตให้เหมาะสม ขอบเขตของการสังเกตมีกว้างขวาง เพื่อให้การสังเกตมีระบบ Lofland (1971) ได้สร้างกรอบของการสังเกตไว้ ดังนี้

5.4.3.1 การกระทำ (acts) คือ กิจกรรมปกติธรรมดาทั่ว ๆ ไป และวิถีชีวิต

5.4.3.2 แบบแผนการกระทำ (activities) คือ การกระทำ หรือพฤติกรรมที่เป็นกระบวนการมีขั้นตอนและมีลักษณะต่อเนื่องจนเป็นแบบแผนการสังเกตแบบแผนพฤติกรรมจะชี้ให้เห็นถึงสถานภาพ บทบาทและหน้าที่ของสมาชิกในชุมชน

5.4.3.3 ความหมาย (meanings) คือ การให้ความหมายแก่การกระทำหรือแบบแผนพฤติกรรม

5.4.3.4 ความสัมพันธ์ (relationship) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในชุมชนเป็นเรื่องสำคัญมากเพราะนักวิจัยจะเข้าใจโครงสร้างของสังคมได้ก็จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคมนั้น

5.4.3.5 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมในชุมชน (participation) คือการที่บุคคลยอมให้ความร่วมมือและยอมเป็นส่วนประกอบของโครงสร้างสังคมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมนั้น ๆ

5.4.3.6 สภาพสังคม (setting) คือ สภาพงานสนามที่นักวิจัยใช้เป็นพื้นที่ศึกษาหลักการในการเก็บข้อมูล เพื่อที่จะช่วยให้การศึกษานั้นมีคุณภาพ (quality) และมีความน่าเชื่อถือ (trustworthiness) เพิ่มขึ้น ประกอบด้วยหลักสำคัญ 3 ข้อ ดังนี้ 1) ใช้ข้อมูลจากหลายแหล่ง (multiple sources of evidence) 2) ใช้หลักฐานที่เป็นทางการในการเขียนรายงานผล (a case study database) 3) เชื่อมโยงระหว่างคำถามการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการเขียนสรุปผล (maintaining a chain of evidence) (Lincoln & Guba, 1985; Yin, 2003)

5.5 การสัมภาษณ์ (interview)

การสัมภาษณ์เพื่อการวิจัยแบ่งออกเป็นประเภทต่าง ๆ ดังนี้ (สุภางค์ จันทวานิช , 2545)

5.5.1 การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง หรือการสัมภาษณ์แบบเป็นทางการ (structured interview or formal interview) การสัมภาษณ์แบบนี้มีลักษณะคล้ายกับการใช้แบบสอบถาม เพราะคำถามได้ถูกกำหนดขึ้นใช้ประกอบกับการสัมภาษณ์ไว้ล่วงหน้าแล้ว การตั้งคำถามแบบนี้เป็นไปในทำนองเดียวกันกับการตั้งคำถามในแบบสอบถาม คือมีทั้งคำถามที่ต้องการคำตอบเฉพาะเจาะจงและคำถามที่ให้ตอบได้ตามความต้องการ เพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยปกตินักวิจัยเชิงคุณภาพมักไม่ใช้วิธีการสัมภาษณ์ชนิดนี้เป็นวิธีการหลัก เพราะไม่ช่วยให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งและครอบคลุมเพียงพอ โดยเฉพาะในแง่วัฒนธรรม ความหมายและความรู้สึกนึกคิด

5.5.2 การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (non structure interview) การสัมภาษณ์แบบนี้เป็นวิธีการที่มักใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ในการสัมภาษณ์แบบนี้ตัวผู้วิจัย หรือผู้เคราะห์ข้อมูลมักจะเป็นผู้สัมภาษณ์เอง จึงรู้ว่าต้องการข้อมูลแบบใด เพื่อวัตถุประสงค์ใด ฉะนั้นจึงตั้งคำถามในขณะที่สัมภาษณ์ได้ โดยอาจจะเตรียมแนวคำถามกว้าง ๆ มาล่วงหน้า การสัมภาษณ์แบบนี้อาจแบ่งออกเป็น 3 แบบย่อย ๆ ได้ดังนี้

5.5.2.1 การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (informal interview) เป็นการสัมภาษณ์แบบเปิดกว้างไม่จำกัดคำตอบ การสัมภาษณ์แบบนี้มีความยืดหยุ่นมาก เพราะมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ มีอิสระที่จะอธิบายแนวความคิดของตนเองไปเรื่อย ๆ ในบางครั้งผู้สัมภาษณ์เพียงแต่กล่าวนำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทราบแนวความต้องการ แล้วให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เล่าเรื่องโดยอิสระการสัมภาษณ์แบบนี้จึงเหมาะที่จะใช้กับเรื่องที่ผู้วิจัยไม่ต้องการกำหนดกรอบแนวคิดเฉพาะเจาะจงสำหรับข้อมูลที่ได้รับ หากแต่มีแนวความคิดทางด้านทฤษฎีในเรื่องนั้น ๆ อยู่บ้างแล้ว ในการสัมภาษณ์แบบนี้ผู้วิจัยต้องวางแนวข้อคำถามไว้คร่าว ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ได้ออกคำถามเหล่านั้น

5.5.2.2 การสัมภาษณ์แบบมีจุดสนใจเฉพาะ (focus interview) หรือการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) หมายถึง การสัมภาษณ์ที่ผู้สัมภาษณ์มีจุดสนใจอยู่แล้ว จึงพยายามห็นความสนใจของผู้ถูกสัมภาษณ์ให้เข้าสู่จุดที่สนใจ ลักษณะที่สำคัญของการสัมภาษณ์แบบนี้อยู่ที่ ผู้วิจัยรู้ก่อนแล้วว่าต้องการข้อมูลอะไร ชนิดใด เมื่อผู้ถูกสัมภาษณ์พูดนอกเหนือจากจุดที่สนใจ ก็พยายามโยงเข้าหาประเด็นที่ต้องการสัมภาษณ์ การทะลอมกล่อมเกล่า (probe) หมายถึง การซักถามที่ล้วงเอาส่วนลึกของความคิดออกมา คือ การสัมภาษณ์อย่างชนิดที่จะต้องล้วงเอาความจริงจากผู้ถูกสัมภาษณ์ให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ ผู้วิจัยจะต้องใช้วาทศิลป์ เพื่อให้ผู้ตอบเล่าเรื่องออกมาทั้งหมด ผู้วิจัยต้องใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกนี้ ในกรณีที่ผู้ตอบจงใจหรือไม่จงใจที่จะไม่ให้ข้อมูล แต่ผู้วิจัยจำเป็นต้องได้ข้อมูลนั้น ผู้วิจัยต้องพยายามใช้เทคนิคต่าง ๆ ล้วงเอาข้อมูลออกมาให้ได้ เช่น ตั้งคำถามจากเหตุการณ์สมมติ (hypothesis question) ให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็น หรือตั้งคำถามตีคลุม สรุปความว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอย่างไรเพื่อให้ผู้ตอบแสดงปฏิกิริยาโดยไม่ทันระวังตัว

5.5.3.3 การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informant interview) หมายถึง การสัมภาษณ์โดยกำหนดตัวผู้ตอบบางคนเป็นการเฉพาะเจาะจง เพราะผู้ตอบนั้นมีข้อมูลที่ดีลึกซึ้งกว้างขวางเป็นพิเศษเหมาะสมกับความต้องการของผู้วิจัย เราเรียกบุคคลประเภทนี้ว่า “ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ” ผู้วิจัยจะต้องหาให้พบว่าในสนามที่ตนทำการวิจัยอยู่นั้นใครบ้างเป็นผู้ให้ข้อมูล

สำคัญที่ตนควรไปสัมภาษณ์ เมื่อกำหนดตัวได้ถูกต้องแล้วก็ดำเนินการสัมภาษณ์โดยใช้วิธีสัมภาษณ์แบบใดก็ได้ที่ได้กล่าวมาแล้ว

ขั้นตอนของการสัมภาษณ์ในการวิจัยเชิงคุณภาพ

การสัมภาษณ์ทุกครั้งต้องมีจุดมุ่งหมาย และที่สำคัญคือ ผู้วิจัยและผู้สัมภาษณ์จะต้องมีสัมพันธภาพที่ดีจึงจะคาดหวังได้ว่าจะได้คำตอบที่เป็นข้อเท็จจริงมากที่สุด ดังนั้น ขั้นตอนการสัมภาษณ์ จึงประกอบด้วย (สุภาวงศ์ จันทวานิช, 2545)

1) การเตรียมตัว ในกรณีที่เป็นสัมภาษณ์เชิงลึก นอกจากการเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์บันทึกเสียงแล้ว นักวิจัยต้องเตรียมแนวทางการสัมภาษณ์ (interview guideline) ซึ่งเน้นประเด็นสำคัญ ๆ และเป็นคำถามปลายเปิดที่มุ่งให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบาย ให้ความเห็น หรือเล่าประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนั้น ๆ

2) เริ่มการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยต้องแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ สร้างบรรยากาศของความเป็นกันเอง ถ้าจำเป็นต้องจดบันทึกหรือใช้เครื่องบันทึกเสียง ต้องแจ้งให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทราบ

3) ดำเนินการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยควรใช้คำถามที่เตรียมไว้ล่วงหน้าเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ ควรเป็นนักฟังที่ตั้งใจฟังและติดตาม ฟังอย่างเอาใจใส่ ตั้งใจ (active listening) รู้จักป้อนคำถามให้เหมาะสมกับจังหวะของผู้ตอบ ผู้วิจัยต้องทำตัวตามสบายและเป็นธรรมชาติ เพื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่รู้สึกเกร็งหรือหวาดระแวง ใช้ภาษาที่เป็นที่เข้าใจตรงกันทั้ง 2 ฝ่าย

4) สิ้นสุดการสัมภาษณ์ ในการวิจัยเชิงคุณภาพมักไม่สัมภาษณ์ครั้งเดียว ผู้วิจัยอาจต้องสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักและรองมากกว่า 1 ครั้ง ดังนั้นในการสิ้นสุดการสัมภาษณ์แต่ละครั้งนอกจากการแสดงความขอบคุณแล้ว ผู้วิจัยจะต้องเกริ่นนำทางไว้สำหรับการพบปะครั้งต่อไปด้วย

5.6 การวิเคราะห์และแปลความข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของวิจัยเชิงกรณีศึกษามีขั้นตอนที่ยาก ไม่มีรูปแบบที่ตายตัว ขึ้นอยู่กับลักษณะหรือความเข้มงวดของผู้วิจัย วิธีที่ใช้ในการบรรยายหรือพรรณนากรณีศึกษา ซึ่งข้อมูลส่วนใหญ่เป็นข้อมูลในเชิงคุณภาพนั้นใช้เทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลเหล่านี้คือ การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) การสร้างข้อสรุปอุปนัย (analytic induction) การเปรียบเทียบ (constant comparison) และการวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenological analysis) (Mariano, 2001)

การวิเคราะห์ข้อมูลนั้นเริ่มจากนำข้อมูลที่ได้มาพิจารณาเพื่อลดทอนข้อมูล แล้วจึงทำการสรุปข้อมูลโดยอ้างอิงจากข้อมูลที่ได้มารวบรวมกับการตรวจสอบสามเส้าเพื่อให้แน่ใจว่าผลการวิจัยมีความเที่ยงตรงน่าเชื่อถือ

5.6.1 การลดทอนข้อมูล (data reduction)

ในการศึกษาภาคสนามในแต่ละวันผู้วิจัยจะจดบันทึกข้อมูลภาคสนามแบบละเอียด (full field note) แล้วผู้วิจัยจะมาอ่านทบทวนแล้ว มาวิเคราะห์โดยเลือกดึงจุดที่น่าสนใจและเกี่ยวข้องกับประเด็นที่ศึกษาเป็นหัวเรื่อง นอกจากนี้ยังแยกข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่เพื่อให้ง่ายต่อการสืบค้น (สุภางศ์ จันทวานิช , 2545) เช่น การจัดการกับปัญหา อุปสรรค ผลกระทบ ความต้องการ เป็นต้น

5.6.2 การตรวจสอบข้อมูล

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลโดยพิจารณาถึงความถูกต้อง ความพอเพียง และความน่าเชื่อถือได้ (valid and reliable) โดยใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) คือการได้ข้อมูลจากหลาย ๆ ฝ่าย หรือหลาย ๆ วิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูลในเรื่องเดียวกัน โดยการสอบถามข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล (สุภางศ์ จันทวานิช, 2545) แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

5.6.2.1 การตรวจสอบสามเส้า ด้านข้อมูล (data triangulation) คือ การพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ได้มานั้นถูกต้องหรือไม่ วิธีตรวจสอบ คือ การสอบแหล่งของข้อมูล แหล่งที่มาจะพิจารณาในการตรวจสอบ ได้แก่ แหล่งเวลา แหล่งสถานที่ แหล่งบุคคลจากผู้ให้ข้อมูลโดยการซักถามและสังเกตพฤติกรรมตลอดจนปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูล

5.6.2.2 การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (investigator triangulation) คือ การตรวจสอบว่าผู้วิจัยแต่ละคนได้ข้อมูลต่างกันอย่างไร โดยเปลี่ยนตัวผู้สังเกตแทนที่การผู้วิจัยคนเดียวกันสังเกตโดยตลอด ในกรณีที่ไม่น่าแน่ใจในคุณภาพของผู้รวบรวมข้อมูลสนามควรเปลี่ยนตัวผู้วิจัยให้มีหลายคน

5.6.2.3 การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี (theory triangulation) คือ การตรวจสอบว่า ถ้าผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีที่ต่างไปจากเดิมจะทำให้การตีความข้อมูลแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด อาจทำได้ง่ายกว่าในระดับสมมติฐานชั่วคราว (working hypothesis) และแนวคิดขณะที่ตีความสร้างข้อสรุปเหตุการณ์แต่ละเหตุการณ์ ปกติการตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎีทำได้ยากกว่าการตรวจสอบด้านอื่น

5.6.3 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์จะเริ่มทำไปพร้อม ๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละวันโดยผู้วิจัยนำข้อมูลจากเอกสาร การสังเกต และการสัมภาษณ์ในแต่ละวันมาอ่านหลาย ๆ ครั้งแล้วแยกเพื่อลงรหัส (code) และสร้างเกณฑ์หัวเรื่อง

การวิเคราะห์ (content analysis) โดยเน้นที่องค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ คือ ความเป็นระบบ มีสภาพเป็นปรนัย และอิงกรอบแนวคิดทฤษฎี (สุภางค์ จันทวานิช, 2545)

การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสร้างข้อสรุป แบ่งออกเป็น 3 วิธี คือ

1) การวิเคราะห์แบบอุปนัย (analytic induction) โดยการตีความสร้างข้อสรุปจากข้อมูลต่าง ๆ ที่รวบรวมมาได้ และวิเคราะห์ความคล้ายคลึงกัน ความแตกต่างจากสมมติฐานชั่วคราวหลายสมมติฐาน

2) การวิเคราะห์โดยการจำแนกชนิดของข้อมูล (typological analysis) คือการจำแนกข้อมูลเป็นชนิด ๆ ทั้งโดยวิธีที่ใช้แนวคิดทฤษฎีและแบบไม่ใช้แนวคิดทฤษฎี

2.1) แบบใช้แนวคิดทฤษฎี คือการจำแนกข้อมูลเป็นชนิดต่าง ๆ ในเหตุการณ์หนึ่ง ๆ แยกออกเป็น การกระทำ กิจกรรม ความหมาย ความสัมพันธ์ การมีส่วนร่วมในกิจกรรม และสภาพสังคมหรือสถานการณ์เป็นแนวทางในการจำแนกสำหรับการวิเคราะห์

2.2) แบบไม่ใช้ทฤษฎี คือ การจำแนกข้อมูลที่จะวิเคราะห์ตามความเหมาะสมกับข้อมูล อาจใช้สามัญสำนึกหรือประสบการณ์ของผู้วิจัยได้

3) การวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบข้อมูล คือ การที่ผู้วิจัยนำเหตุการณ์หลาย ๆ เหตุการณ์ที่ได้จำแนกชนิดข้อมูลนั้นแล้วมาเปรียบเทียบกัน การใช้วิธีการเปรียบเทียบหรือวิเคราะห์เช่นนี้ จะนำไปสู่การสร้างข้อสรุปเชิงนามธรรมและการสร้างทฤษฎี

5.6.4 การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

การบรรยายนี้เน้นที่เนื้อหาตามที่ปรากฏในข้อความ พิจารณาจากเนื้อหา โดยผู้วิจัยไม่มีอคติหรือความรู้สึกของตัวเองเข้าไปพัวพัน ไม่เน้นการตีความหรือหาความหมายที่ซ่อนอยู่เบื้องหลัง หรือความหมายระหว่างบรรทัด สรุปได้ว่า การวิเคราะห์เนื้อหาจะต้องมีลักษณะสำคัญ 3 ประการคือ 1) ความเป็นระบบ 2) ความเป็นสภาพวัตถุวิสัย 3) อิงกรอบแนวคิดทฤษฎี เอกสารหรือตัวบทที่จะวิเคราะห์นั้น มีองค์ประกอบหลัก 6 ประการได้แก่ (สุภางค์ จันทวานิช, 2545) 1) แหล่งที่มาของข้อความหรือสาระ ได้แก่ ผู้สื่อ (source / sender) 2) กระบวนการให้ความหมายของสาระ (encoding process) 3) ตัวสาระหรือ ข้อความ (message) เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด การวิเคราะห์เนื้อหาเป็นวิธีการวิจัยที่สามารถช่วยวิเคราะห์ตัวสาระ หรือข้อความที่ถูกสื่อได้เป็นอย่างดี 4) วิธีถ่ายทอดสารไปยังผู้อื่น (channel of transmission) 5) ผู้รับสาร (detector) 6) กระบวนการถอดความหมายของสาร (decoding process)

ข้อพึงระวังในการวิเคราะห์เนื้อหา 2 ประการ คือ ประการแรก เนื้อหาที่จะได้จาก การวิเคราะห์เป็นเนื้อหาตามที่มีอยู่ในเอกสารไม่ใช่เนื้อหาที่ผู้วิจัยเป็นผู้กำหนด นอกจาก เอกสารนั้นจะเป็นเอกสารที่ผู้วิจัยขอให้ผู้อื่นเขียนขึ้นตามความประสงค์ของตน ประการที่สอง คุณลักษณะเฉพาะที่ผู้วิจัยจะบรรยายหรือวิเคราะห์ ควรเป็นคุณลักษณะที่ดึงขึ้นมาได้จากเอกสาร มากกว่าเป็นการบรรยายหรือวิเคราะห์โดยมีกรอบแนวคิดทฤษฎีกำหนดล่วงหน้า กรอบแนวคิด เป็นเพียงสิ่งที่นำมาช่วยในการสร้างข้อสรุปหรือโยงข้อมูลที่ได้ดึงออกมาได้แล้วเท่านั้น มิเช่นนั้นแล้ว การวิเคราะห์เนื้อหาก็คงจะไม่มีความเป็นทวิสัยและความเป็นระบบ โดยมีขั้นตอนในการวิเคราะห์ ดังนี้ (สุภางศ์ จันทวานิช, 2545)

1) ตั้งกฎเกณฑ์ ผู้วิจัยต้องตั้งกฎเกณฑ์ขึ้นสำหรับการคัดเลือกเอกสาร และ หัวข้อที่จะทำการวิเคราะห์

2) วางเค้าโครงของข้อมูล ผู้วิจัยต้องวางเค้าโครงของข้อมูล โดยการทำรายชื่อ คำหรือข้อความในเอกสารที่จะถูกนำมาวิเคราะห์ แล้วแบ่งไว้เป็นประเภท (categories) การทำ เช่นนี้จะช่วยให้การวิเคราะห์มีความสม่ำเสมอ ผู้วิเคราะห์จะสามารถตัดสินใจได้ว่าคำหรือ ข้อความใดออกมาจากเอกสารหรือตัวบท (text) และจะทิ้งคำหรือข้อความใดออกไป

3) คำนึ่งถึงบริบท ผู้วิจัยจะต้องคำนึงถึงบริบท (context) หรือสภาพแวดล้อม ประกอบของข้อมูลเอกสารที่นำมาวิเคราะห์ด้วย ผู้วิจัยควรตั้งคำถามเกี่ยวกับเอกสารที่นำมา วิเคราะห์ เช่น ใครเป็นผู้เขียน เขียนให้ใครอ่าน ช่วงเวลาที่เขียนเป็นอย่างไร ฯลฯ ทั้งนี้เพื่อให้การ วิเคราะห์เป็นไปอย่างลึกซึ้งขึ้น การบรรยายคุณลักษณะเฉพาะของเนื้อหาโดยไม่โยงไปสู่ลักษณะ ของเอกสารของผู้ส่งสาร และผู้รับสาร จะทำให้ผลการวิเคราะห์มีคุณค่าน้อย แต่ถ้าได้มีการ เปรียบเทียบคุณลักษณะของเนื้อหาเข้ากับบริบทของเอกสารและมีการโยงคุณลักษณะดังกล่าวเข้ากับ กรอบแนวคิดทฤษฎีที่เหมาะสมที่ผู้วิจัยเลือกมาเปรียบเทียบจะทำให้การวิเคราะห์ข้อมูลมีความ กว้างขึ้นและนำไปสู่การอ้างอิงกับข้อมูล

4) การวิเคราะห์เนื้อหาจะกระทำกับเนื้อหาตามที่ปรากฏ (manifest content) ในเอกสารมากกว่ากระทำกับเนื้อหาที่ซ่อนอยู่ (latent content) การวัดความถี่ของคำหรือข้อความ ในเอกสารหมายถึง คำหรือข้อความที่มีอยู่ ไม่ใช่คำหรือข้อความที่ผู้วิจัยตีความได้ การตีความ ข้อความจะกระทำในอีกขั้นตอนหนึ่งภายหลัง เมื่อผู้วิจัยจะสรุปข้อมูล

5) การตีความข้อมูล นักวิจัยเชิงคุณภาพเห็นว่า ความถี่ของคำหรือข้อความที่ ปรากฏอาจมิได้แสดงถึงความสำคัญของคำหรือข้อความนั้นก็ได้ การตีความสำคัญของสาระจาก ตัวบทอาจใช้วิธีสรุปใจความได้ดีกว่าการวัดความถี่ของคำ

5.6.5 การวิเคราะห์แบบข้ามกรณี (cross case analysis)

มีผู้ให้ความหมาย และลักษณะของการวิเคราะห์แบบข้ามกรณีไว้ดังนี้

Glaser & Strauss (1970) กล่าวว่า เหตุผลหลักของการวิเคราะห์แบบข้ามกรณีเพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถอธิบายได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น เมื่อพิจารณาเห็นว่ากรณีศึกษาที่มีจำนวนค่อนข้างน้อยก็ควรมีการเพิ่มกรณีศึกษาให้มีมากกว่า 1 แห่ง เมื่อนำเสนอผลการวิจัยโดยมีการเปรียบเทียบหลายกลุ่ม มจะมีข้อมูลและเหตุผลที่เหมาะสมมากเพียงพอที่จะอธิบายได้ โดยผู้วิจัยสามารถวิเคราะห์ได้ว่าเรื่องราวที่ศึกษาจากหลายกรณีนั้น แต่ละกรณีถ้านำมาจัดลำดับกันแล้วจะอยู่ในระดับใด สามารถคาดการณ์หรือพยากรณ์ได้ว่าข้อสรุปที่เป็นไปได้และเหมาะสมที่สุดคืออะไร จะมีอะไรเกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้น นอกจากนี้การศึกษาจากหลายกรณียังทำให้ผู้วิจัยได้เห็นกรณีที่แตกต่างกันกรณีอื่นและสามารถอธิบายสิ่งนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพราะเป็นการสร้างทฤษฎีการตรวจสอบโดยใช้ความเหมือนและความแตกต่างกันในการอธิบายแบบข้ามกรณี กระบวนการในการวิเคราะห์แบบนี้เป็นวิธีที่แนะนำให้ทำเพราะง่ายและรวดเร็วมากในการวิเคราะห์กรณีศึกษาหลาย ๆ กรณีมากกว่าการศึกษารณีเดียว เพราะการวิเคราะห์หลายกรณีไม่เพียงทำให้กระจ่างชัดเท่านั้น แต่ยังช่วยลดเงื่อนไขเฉพาะของการศึกษาเชิงคุณภาพในเรื่องของการอ้างอิงได้น้อยอีกด้วย โดยจะช่วยให้ผู้วิจัยสามารถเชื่อมโยงกรณีที่คล้ายคลึงกันและอ้างอิงได้ว่าอาจจะทำให้ได้ข้อค้นพบเช่นเดียวกันได้ จากความหมายนี้คล้ายคลึงกรณีศึกษาแบบเปรียบเทียบ (สุชาติ ประสิทธิ์วิสุทธิ และกระกรณิกั สุขเกษม , 2547) ซึ่งเป็นการประมวลความรู้ที่ได้จากกรณีศึกษาหลาย ๆ กรณี มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบข้ามหน่วย (cross-unit comparison) ซึ่งต่างจากการสังเคราะห์การศึกษาความแตกต่างภายในหน่วยเดียวกัน การเปรียบเทียบนี้ชี้ให้เห็นถึงความคล้ายคลึงกันหรือความแตกต่างกันของกระบวนการทางนโยบาย แผนการหรือการตัดสินใจ การเปรียบเทียบเปิดกว้างทางด้านมุมมองที่รวมเอาหน่วยที่ต่างกันมาศึกษาทำให้มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในแต่ละกรณีเมื่อเปรียบเทียบกับกรณีอื่น การศึกษาเปรียบเทียบเปิดโอกาสให้ผู้ศึกษาได้ข้อค้นพบทางวิชาการเชิงศาสตร์ (scientific discoveries)

Denzin (1983) กล่าวว่า การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ ให้ผลที่เฉพาะเจาะจงตามกรณี ดังนั้นจึงต้องหาวิธีทำให้ข้อค้นพบสามารถอ้างอิงได้มากยิ่งขึ้น จึงเป็นที่มาของการวิเคราะห์แบบข้ามกรณี เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของข้อค้นพบที่ได้จากกรณีศึกษาที่มีความคล้ายคลึงกัน นอกจากนี้ Firestone & Herriott (1983) ได้แนะนำไว้ว่าเป็นการศึกษาแบบให้ความสนใจมากเป็นพิเศษ หรือการศึกษาแบบเจาะจงนั้นเพื่อให้ข้อค้นพบที่อธิบายได้มากกว่าแค่กรณีศึกษาเดียวก็ควรจะมีการเพิ่มกรณีในการศึกษาให้มีความเป็นตัวอย่ง ความหลากหลายและใช้การวิเคราะห์อย่างระมัดระวังก็จะช่วยให้คำตอบมีเหตุผลกับคำถามวิจัย ทำให้เกิดความรู้ลึกซึ้งกว่าข้อค้นพบที่ได้มีมากกว่าแค่อธิบายกรณีศึกษานั้นโดยเฉพาะ

จากความหมายข้างต้นสรุปได้ว่าการศึกษาแบบข้ามกรณีนั้นเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาแบบรายกรณีหลาย ๆ กรณีแล้วนำข้อค้นพบที่ได้นั้นมาเปรียบเทียบในส่วนที่เหมือนกันและแตกต่างกันเพื่อให้เกิดความชัดเจนและอ้างอิงได้สู่กรณีอื่น ๆ ที่มีลักษณะที่คล้ายกัน จะทำให้ข้อค้นพบที่ได้นั้นมีความชัดเจนและละเอียดลึกซึ้งมากยิ่งขึ้นสามารถอธิบายปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและยังสรุปอ้างอิงได้มากกว่าการศึกษาเพียงกรณีเดียว

5.7 เขียนรายงานวิจัย

การรายงานกรณีศึกษาอาจนำเสนอได้ทั้งโดยการเขียน โดยการพูดผ่านนวัตกรรมทางเทคโนโลยี เช่น รูปภาพ วิดีโอเทป ตามความเหมาะสม ส่วนใหญ่มักนำเสนอผ่านการเขียนรายงาน การเขียนรายงานกรณีศึกษาไม่ใช่เรื่องง่ายเพราะไม่มีกฎหรือมาตรฐานในการปฏิบัติที่แน่นอน Lincoln & Guba (1985) แนะนำส่วนประกอบในการเขียนรายงานกรณีศึกษาดังนี้

- 1) อธิบายปัญหาหรือประเด็นการวิจัย
- 2) พรรณนาบริบทและสิ่งแวดล้อมภายในปรากฏการณ์อย่างละเอียด
- 3) บรรยายถึงกระบวนการและการดำเนินการภายในบริบท / สิ่งแวดล้อมอย่าง

กว้าง ๆ แต่ถูกต้องครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ในการศึกษา

- 4) อภิปรายผลการศึกษาให้เข้าใจถึงปรากฏการณ์ที่น่าสนใจ

นอกจากนี้ Yin (2003) ยังได้อธิบายถึงวิธีการเขียนรายงานกรณีศึกษาที่หลากหลาย ดังนี้

1) หากเป็นการศึกษาแบบกรณีเดียว (single-case study) จะใช้การพรรณนาหรือพรรณนาวิเคราะห์

2) หากเป็นการศึกษาหลายกรณี (multiple-case study) ใช้การพรรณนากรณีแต่ละกรณีหรืออาจสรุปวิเคราะห์แบบ Cross-case analysis

5.8 ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (trustworthiness)

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการตรวจสอบความถูกต้องแม่นยำตรงของข้อมูลกับความเป็นจริงตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น โดยสามารถพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูลการวิจัยคุณภาพได้ดังนี้

5.8.1 ดำเนินการวิจัยตามระเบียบวิธีที่กำหนดไว้ และทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนด เพื่อให้การศึกษาปรากฏการณ์ที่สนใจมีความถูกต้องชัดเจนจากผู้ที่มีประสบการณ์จริงโดยตรง (Streubert & Carpenter, 2003)

5.8.2 ใช้เทคนิคการตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) คือการใช้หลากหลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนำมาตรวจสอบว่าตรงกันหรือไม่ซึ่งกระทำได้หลายทาง ได้แก่ การใช้ผู้วิจัยหลายท่านที่มีความเชี่ยวชาญแตกต่างกันมาเก็บข้อมูลเดียวกัน เพื่อตรวจสอบข้อค้นพบที่ได้ซึ่งกันและกัน (investigator triangulation) การใช้แนวคิดหลายแนวคิดมาใช้ในการมองหาความสัมพันธ์ของข้อมูลเหตุการณ์นั้น ๆ (theory triangulation) การใช้วิธีวิจัยหลายวิธีร่วมกันในการเก็บข้อมูล (methodological triangulation) และการเก็บข้อมูลในปรากฏการณ์เดียวกันจากบุคคลหลายแห่ง (data triangulation) (นิศา ชูโต, 2545; Low et al, 1998; Morse et al, 2002) รวมทั้งทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลบางอย่างจากผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย

5.8.3 การนำเสนอผลการวิจัยตามความเป็นจริง ของข้อมูลที่ได้ ซึ่งไม่ใช่เกิดจากความคิดเห็นของผู้วิจัย แต่แสดงถึงข้อมูลที่ได้จากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล โดยแท้จริง และสามารถให้สมาชิกตรวจสอบ (member check) ซึ่งเป็นการนำข้อมูลที่ผู้วิจัยทำการสรุปและแปลความหมายกลับไปหาผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง เพื่อตรวจสอบและยืนยันความถูกต้องเป็นจริงของข้อมูล ทั้งในระยะการเก็บรวบรวมข้อมูล และเมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล (Guba & Lincoln, 1989)

5.8.4 ความสามารถในการถ่ายโอน (transferability) โดยการให้บุคคลอื่นตรวจสอบ (audit trail) โดยนำข้อมูลที่ได้ เช่น ข้อมูลจาก การบันทึกภาคสนาม ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ รายละเอียดการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล รายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลบันทึกต่าง ๆ รวมถึงรายงานที่ได้จากการศึกษารับการตรวจสอบจากบุคคลภายนอก เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของประสบการณ์ที่เกิดขึ้น (Guba & Lincoln, 1989)

5.8.5 ความสามารถในการพึ่งพา (dependability) โดยการใช้หลากหลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล (multiple methods of data collection) ซึ่งมีการเชื่อมโยงข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และการสังเกตเข้าไว้ด้วยกันรวมถึงข้อมูลที่ได้จากเอกสารต่าง ๆ เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง

5.8.6 ความสามารถในการยืนยัน (confirmability) ซึ่งความสามารถในการยืนยันจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อการวิจัยนั้นผ่านเกณฑ์ทั้ง 3 ด้านแล้ว และทำการตรวจสอบความสามารถในการยืนยัน โดยมีการตรวจสอบจากข้อมูลดิบ ได้แก่ เทปบันทึกการสัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม

และการบันทึกประจำวันว่ามีความสอดคล้องกัน ตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล การตรวจสอบการพัฒนาข้อสรุป การตรวจสอบกระบวนการวิจัย การตรวจสอบการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

6. สรุปวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

วิไลวรรณ ทองเจริญและคณะ (2546) ศึกษาปัญหาของญาติผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและรูปแบบการดูแลของญาติผู้ดูแล ด้วยการสัมภาษณ์แบบเชิงลึกจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 10 ราย และติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อสังเกตวิธีการดูแลผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วม นาน 10 เดือน ผลการศึกษาพบว่าปัญหาของญาติผู้ดูแลมีทั้งด้านร่างกาย เช่น ปวดหลัง ปวดต้นคอ อ่อนเพลีย นอนไม่เพียงพอและภาวะความดันโลหิตสูง ด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ พบญาติผู้ดูแลมีภาวะเครียดจากการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเผชิญกับพฤติกรรมผิดปกติของผู้ป่วยซึ่งเกิดจากปัญหาของภาวะสมองเสื่อม และการปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเอง ขาดอิสระในการดำเนินชีวิต และต้องพึ่งพาผู้อื่นทางด้านเศรษฐกิจ ส่วนในด้านปัญหาและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมพบว่า การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของญาติแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับลักษณะอาการของผู้ป่วย รวมทั้งความผูกพันของผู้ป่วยและญาติ โดยผู้ดูแลจะพยายามปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลตามประสบการณ์และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอยู่

สกาวรัตน์ เทพประสงศ์ (2548) ศึกษาอุปสรรคของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุง พบว่า ด้านการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยนั้นเป็นอุปสรรคต่อผู้ดูแลในระดับเล็กน้อย แต่พบว่าผู้ดูแลบางส่วนรู้สึกว่าเป็นอุปสรรคมากโดยพฤติกรรมที่เป็นปัญหามากที่สุดคือ การหลงทาง การนอนหลับและตื่นไม่เป็นเวลาของผู้ป่วย จึงได้เสนอว่าควรมีการจัดการอบรมให้ความรู้ ที่ถูกต้องในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาโดยให้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ เช่น แพทย์เฉพาะทางด้านประสาทวิทยา โรงพยาบาลที่ได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นผู้ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลและจัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่าง ๆ ระหว่างผู้ดูแลด้วยกันเอง

Siriphan Sasat (1998) ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมในสังคมพุทธศาสนาในประเทศไทยจากผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแลจำนวน 30 คู่ โดยวิธีการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อค้นหาสภาพปัญหาการดูแลและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ พบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 3 ประการ คือ ความไม่เท่าเทียมกันในด้านการเข้าถึงการรักษาพยาบาลเนื่องจากฐานะที่ยากจน ค่าดูแลรักษาที่ค่อนข้างสูง เช่น ค่าจ้างคนดูแล ค่าเดินทาง

มารับการรักษาและค่าอุปกรณ์สิ่งของในการดูแล การขาดข้อมูลในเรื่องโรคและการรักษา เนื่องจากผู้ดูแลไม่กล้าสอบถามแพทย์ หรือสอบถามแล้วไม่ได้รับคำตอบหรือคำอธิบาย ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคน้อย บางรายหันไปรักษาด้วยยาสมุนไพร แพทย์แผนโบราณหรือทางไสยศาสตร์และขาดการช่วยเหลือและสนับสนุนในการดูแลในชุมชน เนื่องจากความเชื่อที่ว่าสมาชิกในครอบครัวต้องดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยตนเองจึงทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลน้อยมาก อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าผู้ดูแลจะประสบปัญหาในการดูแลหลายด้าน แต่เนื่องจากสำนึกในพระคุณที่ผู้สูงอายุเคยเลี้ยงดูมา หรือความสำนึก ในหน้าที่การเป็นคู่ชีวิตที่จะต้องดูแลกัน ยามเจ็บป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังมีความต้องการที่จะให้การดูแลต่อไป

Holst & Hallberg (2003) ศึกษาเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมมีจุดประสงค์เพื่อหาความหมายของชีวิตในทุก ๆ วันของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม 11 คน การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ผลจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมว่า หมายถึง การต่อสู้ดิ้นรนเพื่อที่จะสงวนรักษาความเป็นตัวตนหรือเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งคุณค่าของตนในสถานการณ์ใหม่ ๆ และเพื่อหาเส้นทางใหม่ให้กับชีวิต ผู้ป่วยหลายคนรู้สึกอับอาย โศกเศร้า เสียใจเมื่อทราบว่าตนมีภาวะสมองเสื่อม แต่ผลการวิจัยได้บ่งชี้ให้เห็นโอกาสของชีวิตที่จะถูกจัดการให้ดีขึ้นได้ แต่การสนองตอบและการปรับตัวของผู้ป่วยที่มีต่อภาวะสมองเสื่อมนั้น แตกต่างกันไปแต่ละบุคคลผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องใช้วิธีเฉพาะเจาะจงในการเตรียมการดูแลแต่ละกรณี

Katsuno (2003) ศึกษาว่าในช่วงเวลาของความเครียด และ ความไม่แน่นอน มีการวิจัยยืนยันว่า ผู้คนมักจะเข้าหาศาสนา และเรื่องราวของ จิตใจหรือ จิตวิญญาณ ในการจัดการกับปัญหาและสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นที่มีความสามารถในการจดจำที่ลดลง หันหน้าเข้าหาศาสนาและที่พึ่งทางจิตวิญญาณหรือไม่ และสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีความสัมพันธ์ ต่อคุณภาพของชีวิตโดยรวมหรือไม่ จุดประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้เพื่ออธิบายถึงประสบการณ์ทางจิตวิญญาณหรือศาสนาของคนที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น และเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างจิตวิญญาณของแต่ละคน และคุณภาพของชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วย มีผู้ป่วยเข้าร่วมวิจัย 23 คน ศึกษาโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างโดยมีแนวทางเกี่ยวกับระบบของความเชื่อและดัชนีวัดคุณภาพชีวิต การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า มีความเกี่ยวข้องใน 6 เรื่อง คือ 1) ความเชื่อ 2) ความช่วยเหลือคำจุนที่มาจากพระเจ้า 3) ความเข้าใจของจุดหมายและความหมายของชีวิต 4) วิธีการปฏิบัติด้วยตนเอง 5) วิธีการปฏิบัติแบบสาธารณทั่วไปและ 6) การเปลี่ยนแปลงเนื่องมาจากภาวะสมองเสื่อม นอกจากนี้ยังพบคว ามเชื่อและดัชนีวัดคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กันอย่างน้อยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น มักจะพบจิต

วิญญาณของตน และความหมายภายในที่สำคัญของจิตวิญญาณ ในการจัดการกับสถานการณ์ที่ตนเองพบเจอในชีวิต นั่นก็คือ จิตวิญญาณนี้ เกี่ยวข้องกับความเข้าใจในด้านของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคน

Harman & Clare (2006) ทำการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการกำกับตนเองของผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นการเตรียมการจัดหาข้อข่ายเค้าโครง เพื่อความเข้าใจและมีวิธีการจัดการเกี่ยวกับการคุกคามของโรครวมทั้งยังเสนอถึงบทบาทที่สำคัญของภาพสะท้อนแนวคิดต่อการเจ็บป่วยซึ่งเค้าโครงนี้สามารถช่วยเหลือในด้านการชี้แจงถึงประสบการณ์ของการพัฒนาของภาวะสมองเสื่อมให้กระจ่างยิ่งขึ้น ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์แบบผสมกับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น เพื่อที่จะหาภาพสะท้อนแนวคิดต่อการเจ็บป่วย และ ดูว่ามีความสัมพันธ์อย่างไรกับประสบการณ์ในชีวิตประจำวัน โดยการใช้วิธีการวิเคราะห์ปรากฏการณ์ ประเด็นที่พบ คือ ความเข้าใจในด้านของภาวะสมองเสื่อมที่ลดลงและความต้องการที่จะเป็นตัวเอง สะท้อนให้เห็นถึงความปรารถนาที่ต้องการจะยังคงไว้ซึ่งอัตลักษณ์ของตนเอง ผู้ป่วยได้เผชิญหรือประสบกับสภาพที่ลำบากทั้งจากตนเองและสังคมรอบตัว

Clare et al. (2006) ศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและชนบท ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความแตกต่างกันตามอารมณ อายุ เพศ ความรุนแรง หรือยาที่ใช้ กลุ่มตัวอย่าง ึ่งส่วนใหญ่ให้ความสนใจกับความลำบากที่จะเกิดขึ้นจากการสูงอายุ และ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมองว่า เป็นภาวะที่สามารถทำให้คงที่ได้หรืออาจมีการก้าวหน้าของอาการได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้อธิบายถึงวิธีการรับมือในการจัดการกับภาวะสมองเสื่อมในด้านบวก

Steeman et al. (2006) ศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นพบว่า การมีชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมสามารถอธิบายได้จากระยะของการค้นพบ ซึ่งมีเรื่องของการสูญเสียความทรงจำ เมื่อมีการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม บุคคลจึงพยายามที่จะมีการปรับตัว พยายามที่จะใช้ชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมให้เข้ากับชีวิตประจำวันนั้น ภาวะสมองเสื่อมเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการคุกคาม ความไม่ปลอดภัย มีความหมายต่อการมีส่วนร่วมในสังคม การสูญเสียความทรงจำในระยะแรกแต่ละคนจะมีการกลไกการป้องกันตนเอง มีกลไกการปรับตัวเมื่อ รับรู้ว่ามีเปลี่ยนแปลงหรือมีสิ่งที่คุกคาม แต่อย่างไรก็ตามนั้นเป็นสิ่งที่ยุ่งยาก การสูญเสียความทรงจำ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความยุ่งยากใจ ความไม่แน่นอนและความกลัว ผลการวิเคราะห์ช่วยสนับสนุนการให้การดูแลเชิงรุกในกระบวนการวินิจฉัย เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นอาจเป็นสิ่งที่ทำลายต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งควรให้การดูแลแบบมีส่วนร่วมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งการคิดเชิงบวกในการอยู่ร่วมกับภาวะสมองเสื่อมด้วย

Preston et al. (2007) ศึกษาวิธีการรับมือของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งถือเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการส่งเสริมสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มตัวอย่าง 12 ราย พบ 3 ประเด็นคือ 1) การจัดการกับภาวะสมองเสื่อม ซึ่งแต่ละคนก็จะมีวิธีการจัดการของตนเอง ทั้งที่เป็นการกระทำอย่างต่อเนื่องในอดีตและที่ไม่เคยกระทำมาก่อน จากนั้นก็นำมาบูรณาการเพื่อช่วยในการจัดการกับภาวะสมองเสื่อม 2) การทำความเข้าใจกับภาวะสมองเสื่อมพบว่า มีทั้งที่เข้าใจว่าเป็นโรคชนิดหนึ่ง และไม่เข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และ 3) ยุทธศาสตร์และกลไกการรับมือกับภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีทั้งที่เป็นการคิดขึ้นเองส่วนบุคคลที่คิดขึ้นเองอย่างไม่เป็นทางการ บางครั้งก็เกิดขึ้นอย่างกะทันหันโดยไม่เคยกระทำมาก่อน มีการใช้ยา การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวมทั้งการเข้ากลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือผู้มีภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น

Mok et al. (2007) ศึกษาประสบการณ์การใช้ชีวิตและการเผชิญกับความเจ็บป่วยของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นในประเทศจีนพบว่า เมื่อผู้ป่วยทราบว่าตนเองมีอาการหลงลืม สูญเสียความทรงจำ จะเกิดความรู้สึกเสียใจ ไม่มีความสุข ยากที่จะยอมรับและบอกคนอื่นว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อม กลัวสูญเสียความสัมพันธ์ในครอบครัว กลัวว่าเมื่อคนในครอบครัวทราบจะเป็นกังวล ซึ่งการใช้ชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมต่อไปนั้นต้องเปิดใจยอมรับและพร้อมเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่จะเข้ามา ครอบครัวต้องช่วยเหลือ พยายามให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อคงความสามารถของผู้ป่วยให้มากที่สุด สอดคล้องกับคำบอกเล่าของผู้ป่วยสมองเสื่อมรายหนึ่ง ได้ให้ข้อมูลว่า “เมื่อทราบว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับสมองเสื่อม ดิฉันต้องทำใจยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการไม่ให้รุนแรงมากขึ้น แม้ว่าเคยเป็นเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาด้านการเงิน แต่ปัจจุบันไม่สามารถทำได้และทำให้รู้สึกเครียดมากขึ้น พบว่าตนเองมีพฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนไป จึงเริ่มวางแผนสำหรับช่วงสุดท้ายของชีวิต เพื่อพิจารณาตัดสินใจบางเรื่องในขณะที่ยังทำได้อยู่ (Roberts, 2009)

7. สรุปการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ทำให้ทราบว่า สมองเสื่อม (dementia) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการเสื่อมความสามารถของสมองไปเรื่อย ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการความจำบกพร่อง ในช่วงแรกจะทำให้ไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้ เมื่ออาการมากขึ้นจะลืมสิ่งเก่าที่เคยรู้มาแล้วไปเรื่อย ๆ ร่วมกับมีอาการอื่น ๆ ที่เกิดจากเปลือกสมองสูญเสียหน้าที่ไป ทำให้มีปัญหาในเรื่องการคิดคำนวณ การรับรู้ตนเองกับสิ่งแวดล้อม การใช้ภาษา ความคิดริเริ่ม ร่วมกับมีอาการ พฤติกรรม และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2548) ทำให้ผู้ป่วยมีการเสื่อมหน้าที่ของ

เซาวิปัญญาอย่างรุนแรงจนก่อให้เกิดผลเสียต่อหน้าที่การงาน ชีวิตทางสังคม และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และบางครั้งอาจมีอาการของโรคทางจิตได้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ซึ่งสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมจำแนกได้ 2 ชนิด (พนัส ัญญะกิจไพศาล, 2544; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544; ศิริพันธ์ สาสัตย์, 2551) คือ 1) สาเหตุปฐมภูมิ (primary dementia) ที่มาจากความผิดปกติภายในเนื้อสมองทำให้มีการเสื่อมสลายของเซลล์สมอง (degenerative) ภาวะสมองเสื่อมประเภทนี้ จะพบว่ามีพยาธิสภาพรุนแรงเพิ่มขึ้นตามอายุของผู้ป่วยที่สูงขึ้น เป็นภาวะสมองเสื่อมที่รักษาไม่ได้ เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน 2) สาเหตุทุติยภูมิ (secondary dementia) ที่มาจากภายนอกเนื้อสมองที่พบบ่อย คือ อ จากการผิดปกติของหลอดเลือด เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน ไชมันในเลือดสูง โรคหัวใจ เป็นต้น ซึ่งภาวะสมองเสื่อมชนิดที่รักษาไม่ได้ถือว่าเป็นโรคเรื้อรังอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยนี้ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ หากสามารถชะลอความรุนแรงของอาการไว้ได้ตั้งแต่ระยะแรกของอาการจะช่วยให้ชะลอผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ด้วย

ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยเฉพาะ อย่างยิ่งในระยะเริ่มต้นนั้น มักพบว่า มีความวิตกกังวล และภาวะ ซึมเศร้าที่เกิดจากความรู้สึกสูญเสียความทรงจำ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเริ่มเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ป่วยแสดงอาการเหล่านี้ออกมาได้ค่อนข้างชัดเจน นอกจากนี้ยังรู้สึกอับอาย โศกเศร้า เมื่อทราบว่าตนเองมี เจ็บป่วยด้วยภาวะนี้ (Holst & Hallberg, 2003) ในระยะนี้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว อาจมีปฏิกิริยาที่แสดงออกถึงความรู้สึกสูญเสีย ซึ่งขึ้นอยู่กับความสามารถในการ ยอมรับและปรับตัวกับเรื่อ งที่เกิดขึ้นได้เร็วกว่ากัน หากไม่ได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม อากา รและความ รุนแรง ทศนคติต่อภาวะสมองเสื่อม และการปฏิบัติตัวเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับภาวะนี้อย่างเหมาะสม อาจจะทำให้ส่งกระทบทางด้านจิตใจมากยิ่งขึ้น อาการก็จะกำเริบและทรุดลงเร็วขึ้นได้

แนวความคิดดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ด้วยผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น เร็ มมีความจำบกพร่อง ความสามารถด้านการใช้ภาษาลดลง (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2548) แต่ยังคงมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเอง การคิดและตัดสินใจได้ค่อนข้างปกติ เมื่อการดำเนินของโรคทรุดลงไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งภาวะเสื่อม ของสมองอยู่ในระยะที่รุนแรงขึ้น ผู้ป่วยก็จะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงและไม่สามารถรู้ล่วงหน้าได้ว่า อาการจะรุนแรงขึ้นเมื่อใด จะมีชีวิตอยู่ได้นานเท่าไร ไม่สามารถแสดงความคิดเห็นหรือตัดสินใจอะไรได้ จำคนที่ตนเองเคยรู้จักไม่ได้เมื่อใดและเมื่อถึงเวลานั้นอาจไม่สามารถบอกความต้องการ ของตนเองได้ ไม่มีโอกาสกระทำในสิ่งที่ตนเองตั้งใจไว้ ต่างจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรคอื่นที่จะทราบว่าเหลือเวลาอีกไม่นานที่จะสามารถดำ รงชีวิตอยู่ต่อไป สามารถสั่งเสีย บอกความต้องการของ

ตนเอง เพื่อให้ลูกหลานหรือคนในครอบครัวรับรู้และสานต่อความต้องการนั้น ๆ ได้ เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความก้าวหน้าของโรคและความรุนแรงของอาการได้แตกต่างกัน เมื่อเกิดอาการของการสูญเสียความทรงจำ สูญเสียความสามารถของสมองจะทำให้ผู้ป่วยเปรียบเสมือนบุคคลไร้ความสามารถ ไม่สามารถคิดหรือตัดสินใจเองได้ ไม่รับรู้หรือตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ไม่ต่างจากบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้ว (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ , 2551) ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงมีลักษณะคล้ายคลึงกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนกระทั่งระยะสุดท้ายของโรค เพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว

แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาแบบกรณีศึกษา (case study) เป็นการศึกษาที่มีลักษณะเกี่ยวกับการอธิบายและวิเคราะห์สิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างพิเศษ ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ มีขอบเขต ดำรงอยู่และทำหน้าที่ภายในขอบเขตของสภาพโดยรอบ เกิดขึ้นภายในระยะสั้น ๆ มีความสัมพันธ์กับบริบทนั้น ๆ (Bromley, 1986) เป็นการศึกษารายกรณีเป็นการสืบสวนแก่นแท้ของบุคคล กลุ่มสถาบัน หรือหน่วยงานสังคม (Polit & Hungler, 1999) เป็นการสืบสวน ค้นคว้า ที่ขึ้นอยู่กับการสังเกต ทดลองหรือเอาประสบการณ์เป็นหลักมากกว่าทฤษฎี ซึ่งการสืบสวนปรากฏการณ์นั้นเกิดขึ้นภายในขอบเขตบริบทที่เป็นจริง ขอบเขตระหว่างปรากฏการณ์และบริบทยังไม่มีภาวะว่าง โดยใช้การสืบสวนจากหลายแหล่งข้อมูล (Yin, 2003) ซึ่งมีทั้งที่เป็นการศึกษาแบบกรณีเดียวที่มักใช้เมื่อกรณีศึกษาเป็นตัวแทนแบบที่มีลักษณะเฉพาะไม่เหมือนใคร (typical case) แบบมีลักษณะเฉพาะสามารถนำไปวิพากษ์ได้ (critical case) แบบที่มีลักษณะเบี่ยงเบนจากคนทั่วไป (extreme or unique case) และแบบหลายกรณีที่ มักใช้เมื่อต้องการศึกษา เหตุการณ์เดียวกันในสถานการณ์ที่แตกต่างกันหรือในกลุ่มที่แตกต่างกัน ซึ่งผู้วิจัยเลือกศึกษาในรูปแบบหลายกรณี เพื่อให้เกิดความหลากหลายของข้อมูลที่ได้จากกรณีศึกษาที่ประสบเหตุการณ์เดียวกันแต่อยู่ในกลุ่มที่แตกต่างกัน ทำการวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ (content analysis) โดยก่อนการดำเนินการวิจัยจำเป็นต้องศึกษาและเข้าใจในความเชื่อของเหตุการณ์นั้น ๆ ที่ได้จากกรณีศึกษา ซึ่งทำร่วมกับการวิเคราะห์ข้ามกรณี (cross-case analysis) โดยการวิเคราะห์เปรียบเทียบให้เห็นถึงความคล้ายคลึงและแตกต่างกันของแต่ละกรณีศึกษา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนว่าแต่ละกรณีศึกษามีชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นของผู้สูงอายุอย่างลึกซึ้ง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) แบบกรณีศึกษา (case study) ที่มีแนวคิดหลักสำคัญ คือ การค้นหาความเป็นจริงของเหตุการณ์ ซึ่งจะรับรู้และบอกเล่าประสบการณ์ได้เฉพาะผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา การมีชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นของผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in – depth interview) ใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้น (interview guideline) เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ กรณีศึกษาเป็นรายบุคคล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกและรอบด้านจากสิ่งที่กรณีศึกษาได้เผชิญผ่านมาทั้งปัญหา การแก้ปัญหา ความต้องการและการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง ตลอดจนความเลื่อมใสของสมองและลดความรุนแรงของผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นตามมา

การเลือกกรณีศึกษา

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือก กรณีศึกษา เป็นผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัย จากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ทั้งนี้การศึกษาค้นคว้าเชิงคุณภาพจะเน้นในเรื่องของการศึกษาข้อมูลจากผู้ที่มีคุณสมบัติตรง มีประสบการณ์ในเรื่องที่ผู้วิจัยสนใจและสามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน ตรงตามสิ่งที่อยู่ในความสนใจ ดังนั้นการเก็บรวบรวมข้อมูลจึงจำเป็นที่จะต้องใช้วิธีการเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เพื่อได้กรณีศึกษาที่มีคุณสมบัติตรงตามประเด็นที่ศึกษา (informative case) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ดังนี้

- 1) มีการได้ยินปกติ ยังสามารถสื่อสารทำความเข้าใจด้วยภาษาไทยได้
- 2) ยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์
- 3) ได้รับการอนุญาตจากแพทย์ประจำตัวและญาติผู้ใกล้ชิด

ปัญหาและอุปสรรคในการเลือกกรณีศึกษา

1. ไม่ทราบขนาดกลุ่มผู้สูงอายุที่จะเป็นกรณีศึกษาที่แท้จริง เนื่องจาก สภาพสังคมไทยมักไม่ค่อยเปิดเผยเรื่องเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองและคนในครอบครัว ส่งผลให้ผู้วิจัยไม่สามารถทราบถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่แท้จริง ทำให้เกิดข้อจำกัดในเรื่องจำนวนผู้ให้ข้อมูล
2. ผู้สูงอายุและญาติส่วนใหญ่มีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับเรื่องภาวะสมองเสื่อม บางรายเข้าใจว่าความจำเสื่อมเป็นอาการหลงลืมตามวัย ทำให้ไม่สังเกตเห็นอาการผิดปกติในระยะเริ่มต้น

ของภาวะสมองเสื่อม จึงไม่ตระหนักถึงการมาตรวจวินิจฉัย ส่วนใหญ่พบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการ
รักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะสมองเสื่อมนั้นอยู่ในระยะที่รุนแรงมากแล้ว

3. ผู้สูงอายุบางรายอาจอยู่ในระยะที่ไม่ยอมรับว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อม จึงไม่ให้ความ
ร่วมมือที่จะเปิดเผยข้อมูลของตนเองเกี่ยวกับการมีชีวิตร่วมอยู่กับภาวะสมองเสื่อมและอาการของ
ตนเอง

4. ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นผู้วิจัยต้องคัดเลือกผู้ที่สามารถให้ข้อมูลที่
เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยด้วย ซึ่งผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการวิจัยบางรายอาจให้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอ
สำหรับการที่ผู้วิจัยจะนำข้อมูลนั้นมาวิเคราะห์และเป็นกรณีตัวอย่างได้

ผู้วิจัยได้พิจารณาเลือกกรณีศึกษาตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ จำนวนทั้งหมด 7 ราย (multiple case
study) ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม ศัลยกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
จำนวน 3 ราย คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 2 ราย และคลินิกความทรงจำ
สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 2 ราย เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบประเด็นที่ต้องการศึกษาในบุคคลที่
แตกต่างกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ (interview
guideline) เป็นลักษณะการสัมภาษณ์แบบปลายเปิด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่นำไปสู่ประเด็นที่เป็นความ
สนใจของผู้สัมภาษณ์ ร่วมกับการใช้อุปกรณ์ช่วยในการเก็บข้อมูลได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง และแบบ
บันทึกต่าง ๆ ดังนี้

- 1) เครื่องบันทึกเสียง เป็นอุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลขณะทำการสัมภาษณ์ทุกครั้ง
และมีความพร้อมในการใช้งาน
- 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สำหรับบันทึก ชื่อ- นามสกุล เพศ อายุ หมายเลข
กรณีศึกษา รวมทั้งที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ ประวัติการเจ็บป่วย และบรรยายลักษณะของกรณีศึกษา
- 3) แบบบันทึกภาคสนาม เพื่อบันทึกหมายเลขกรณีศึกษา บันทึกรายละเอียดเบื้องต้นของ
การสัมภาษณ์ คือ ครั้งที่ วันที่ เวลาการสัมภาษณ์ การบรรยายฉากและบรรยายากากระหว่างการ
สัมภาษณ์ (ภาคผนวก ก)
- 4) แบบบันทึกการถอดความการสัมภาษณ์ เพื่อบันทึกการถอดความแบบคำต่อคำ
- 5) แนวทางการสัมภาษณ์ (interview guideline) แบ่งแนวทางการสัมภาษณ์ออกเป็น 2
ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของกรณีศึกษา ซึ่งประกอบด้วย ชื่อ อายุ การศึกษา ประสบการณ์การทำงาน สถานภาพสมรส

ส่วนที่ 2 แนวการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อม ระยะเริ่มต้น สร้างขึ้นจาก แนวคิดภาวะสมองเสื่อม แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการศึกษาค้นคว้างานวิจัยเรื่องอื่น ๆ เพื่อรวบรวมแนวความคิดของกรณีศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ การรับรู้ภาวะสมองเสื่อม กำหนดวัตถุประสงค์ตามปัญหาการวิจัยและ สร้างแนวคำถามเป็นลักษณะคำถามปลายเปิดในประเด็นต่าง ๆ ที่มีความยืดหยุ่นตามการสนทนา ไม่กำหนดจำนวนคำถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและครอบคลุม ตรงประเด็นที่จะศึกษา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแนว การสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น พร้อมทั้งแนวคิดพื้นฐานไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านผู้สูงอายุและการวิจัยเชิงคุณภาพ 5 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุม ความเหมาะสมของแนวคำถาม หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงได้รวบรวมข้อเสนอแนะและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ โดยให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกรอบก่อนนำไปใช้สัมภาษณ์จริง ซึ่งผู้ ทรงคุณวุฒิได้แนะนำให้เพิ่มเติม ดังตัวอย่างต่อไปนี้

1) คำถามในขั้นเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษา ผู้วิจัยใช้แนวคำถามแบบกว้าง ๆ โดยมีแนวคำถามดังนี้

1.1) ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับความจำไม่ดี หรือการหลงลืม บ่อยหรือไม่ ช่วยยกตัวอย่างเหตุการณ์นั้น

1.2) ท่านคิดว่าท่านมีพฤติกรรมใดที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมบ้างหรือไม่ ช่วยเล่าพฤติกรรมนั้น ๆ ให้ฟังด้วยค่ะ

จากคำถามส่วนนี้ผู้ทรงคุณวุฒิได้แนะนำให้เพิ่มเติม การสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ได้อย่างไรว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อม ให้กรณีศึกษายกตัวอย่างอาการของภาวะสมองเสื่อม ที่เกิดขึ้น ดังนี้

ขั้นเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษา ผู้วิจัยใช้แนวคำถามแบบกว้าง ๆ โดยมีแนวคำถามดังนี้

1.1) ท่านทราบได้อย่างไรว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อม

1.2) ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับความจำไม่ดี หรือการหลงลืม บ่อยหรือไม่ ช่วยยกตัวอย่างเหตุการณ์นั้น

1.3) ท่านคิดว่าท่านมีพฤติกรรมใดที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมบ้างหรือไม่ ช่วยเล่าพฤติกรรมนั้น ๆ ให้ฟังด้วยคะ

1.3.1) อะไรที่ทำให้ท่านคิดว่าพฤติกรรมนั้น ๆ เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อม

2) คำถามแนวเจาะลึกในประเด็นที่สนใจศึกษามีแนวคำถาม ดังนี้

2.1) มีการเปลี่ยนแปลงอะไรเกิดขึ้นบ้างหลังจากทราบว่าเป็นสมองเสื่อม จากคำถามส่วนนี้ผู้ทรงคุณวุฒิได้แนะนำให้มีเติมคำถามให้เจาะลึกมากขึ้นเกี่ยวกับดังนี้

2.1) มีการเปลี่ยนแปลงอะไรเกิดขึ้นบ้างหลังจากทราบว่าเป็นสมองเสื่อม

2.2.1) ด้านดี

2.2.2) ด้านไม่ดี

ซึ่งหลังจากที่ปรับปรุงแนวคำถามการสัมภาษณ์แล้วได้นำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้งและนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 2 ราย ผู้สูงอายุเข้าใจและสามารถตอบคำถามได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยไปเยี่ยมบ้านกรณีศึกษา ทั้ง 7 ราย ใช้วิธีการสัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกต การสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากญาติผู้ดูแลในบางประเด็นที่ ยังไม่ชัดเจนและเพื่อยืนยัน ความถูกต้องของข้อมูล ศึกษาจากเอกสารประวัติการเข้ารับการรักษาด้วยภาวะสมองเสื่อมของกรณีศึกษา มีอุปกรณ์ที่ใช้ในการเก็บข้อมูลดังนี้ สมุดบันทึก เครื่องบันทึกเสียง แบบบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ แบบบันทึกข้อมูลการสังเกต

ขั้นเตรียมการวิจัย

1. ผู้วิจัยได้ทำการเตรียมตัวในการเก็บข้อมูล ดังนี้คือ

1.1 ตัวผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยลงทะเบียนเรียนในรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล 3 หน่วยกิต ที่มีการฝึกปฏิบัติการวิจัยนำร่อง ฝึกทักษะการสัมภาษณ์ การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้วิจัยมีความไวเชิงทฤษฎีในเนื้อหาสาระและประเด็นที่ศึกษา เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถามและให้มีความพร้อมในการตรวจสอบตนเองเกี่ยวกับความรู้ ไม่เกิดการหลงประเด็นเมื่อเข้าสู่สนามการวิจัย ผู้วิจัยทำการวางแผนการวิจัยโดย

ขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาตลอดกระบวนการวิจัยและผู้วิจัยตรวจสอบตนเองร่วมกับ อาจารย์ที่ปรึกษาโดยเฉพาะการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

1.2 การเตรียมตัวก่อนสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยปฏิบัติดังนี้คือ

1.2.1 อ่านบททวนแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างไว้ ทำความเข้าใจกับประเด็น คำถามและจุดมุ่งหมายของคำถามทุกข้อ เพื่อช่วยให้การสัมภาษณ์อยู่ในเรื่องที่ต้องการ เตรียม ความรู้ด้านเนื้อหาและแนวคิดต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถามและให้มีความพร้อม ในการตรวจสอบตนเองเกี่ยวกับความรู้ ความรู้สึกนึกคิดที่ต้องจัดกรอบแยกไว้ก่อนการรับฟังข้อมูล และให้มีความไวต่อการเก็บรวบรวมและเจาะลึกข้อมูล (probe)

1.2.2 ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดต่าง ๆ ดังนี้ แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม สื่อมโนทัศน์ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง แนวคิดเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า การสูญเสีย และความเศร้าโศก ทั้งนี้การเตรียมศึกษาแนวคิดดังกล่าวเป็นการเตรียมด้านเนื้อหาสาระที่เป็น แนวคิดเบื้องต้น (preconceive notion) เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้อย่างครอบคลุมเพื่อ ตอบปัญหาของการวิจัยได้ แต่ไม่ได้ใช้เป็นกรอบแนวคิดทฤษฎีการวิจัย

1.2.3 เตรียมบทพูด (script) ในการแนะนำตนเอง อธิบายจุดมุ่งหมายของ การวิจัย เพื่ออธิบายเหตุผลที่ผู้สูงอายุได้รับเลือกให้เป็นกรณีศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ อธิบาย รายละเอียดการวิจัย ประเด็นคำถามที่จะขอสัมภาษณ์ การขออนุญาตบันทึกเทปและระยะเวลาที่ ใช้ในการสัมภาษณ์และการรักษาความลับของกรณีศึกษา เพื่อให้กรณีศึกษาเกิดความเข้าใจอย่าง ชัดเจนเกี่ยวกับรายละเอียดการวิจัย

1.2.4 ฝึกทักษะการสัมภาษณ์ ได้แก่ วิธีการตั้งคำถามที่เหมาะสม ฝึก เทคนิคการทะลอมกล่อมเกล่า (probe) ด้วยการซักถามเจาะลึกว่ากรณีศึกษามีวิธีการแก้ไขปัญหา อย่างไรหรือถามขอความกระจ่างในบางเรื่อง ฝึกเทคนิคการดึงกรณีศึกษาเข้าสู่การพูดคุยใน ประเด็นวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาเนื้อหาและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยแล้วจะทำให้มีความไวต่อ ข้อมูลที่ได้รับ ฟัง หากข้อมูลจากการสัมภาษณ์ส่วนใดตึงความสนใจออกนอกประเด็นที่ต้องการ ศึกษาปล่อยให้กรณีศึกษาเล่า ๆ จนจบประเด็น ไม่ขัดจังหวะกลางคัน เมื่อกรณีศึกษาเล่าจนจบ แล้วจึงดึงเข้าสู่ประเด็นที่ผู้วิจัยสนใจ โดยผู้วิจัยฝึกสัมภาษณ์กับผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น จำนวน 2 ราย ก่อนการสัมภาษณ์จริง

1.3 จัดเตรียมอุปกรณ์ที่จะใช้ในการสัมภาษณ์ ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง สมุด บันทึกขนาดเล็ก ใช้บันทึกข้อสงสัยที่เกิดขึ้นในขณะรับฟังข้อมูลแบบบันทึกข้อมูลภาคสนามเพื่อใช้ บันทึกรายละเอียดต่าง ๆ ทันทันเพื่อกันลืมหลังจากสัมภาษณ์เสร็จ

1.4 ผู้วิจัยทำ หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจาก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าคลินิกความทรงจำและหัวหน้าแผนกหอผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มารับบริการ

1.5 ผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตัวกับหัวหน้าค ลินิกความทรงจำ คลินิกผู้สูงอายุ และหัวหน้าแผนกหอผู้ป่วยนอก เพื่อสร้างสัมพันธภาพและประสานงานในการให้ช่วยแนะนำผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นและมีคุณสมบัติตรงตามที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา ซึ่งผู้วิจัยได้ทำ การคัดเลือกจากการตรวจสอบข้อมูลของผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นจากประวัติการเข้ารับการรักษาซึ่งเป็นเอกสารทางการแพทย์

1.6 ผู้วิจัยติดต่อและขอเข้าพบกรณีศึกษาตามที่ได้คัดเลือกไว้พร้อมด้วยญาติ ผู้ดูแลกรณีศึกษาเพื่อแนะนำตัวผู้วิจัย ให้รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยและการติดต่อกับผู้วิจัยอย่างละเอียด โดยคำนึงถึงสิทธิของกรณีศึกษาขณะทำการติดต่อสอบถามความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัยและการรักษาข้อมูลความลับของ กรณีศึกษา ที่ได้ให้แก่ ผู้วิจัย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามในขณะทำการติดต่อได้อย่างอิสระ โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลที่เปิดเผย เป็นความจริง ตรงกันและเปิดโอกาสให้กรณีศึกษาตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยอย่างอิสระ ซึ่งการติดต่อและขอเข้าพบกรณีศึกษาที่ 1, 2 และ 3 ผู้วิจัยติดต่อผ่านทางแพทย์ประจำ ตัว โดยแพทย์แนะนำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้รู้จักกับผู้วิจัย กรณีศึกษาที่ 4, 5, 6 และ 7 ผู้วิจัยติดต่อผ่านทางหัวหน้าพยาบาลที่ดูแลแผนกและคุ่นเคยกับ ผู้สูงอายุ จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตนเอง งานวิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของงานวิจัยและแสดงความประสงค์ที่จะขอเรียนเชิญผู้สูงอายุเข้าร่วมการวิจัย โดยเล่าถึงขั้นตอนในการเก็บข้อมูล เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้ทราบขั้นตอนของการดำเนินงานวิจัยเพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

1.7 เมื่อกรณีศึกษาสนใจและยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยทำการขออนัดพบกับกรณีศึกษาในวัน เวลา และสถานที่ที่กรณีศึกษาสะดวกเพื่อให้รายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย การคุ้มครองสิทธิและขอความยินยอมการเข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยจะขออนุญาตไปเยี่ยมบ้านของกรณีศึกษาด้วยโดยชี้แจงเหตุผลว่าต้องการศึกษาการใช้ชีวิตและความเป็นอยู่ของกรณีศึกษา ซึ่งงานวิจัยนี้มีทั้งการสัมภาษณ์ที่บ้านของกรณีศึกษาและที่โรงพยาบาลด้วยตามโอกาสที่กรณีศึกษาสะดวก โดยคำนึงถึงความสงบ เป็นส่วนตัว ความพอใจของกรณีศึกษาและความปลอดภัยของผู้วิจัย ซึ่งกรณีศึกษาบางรายขออนัดพบกับผู้วิจัยที่โรงพยาบาล

ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยไปเยี่ยมบ้านกรณีศึกษาใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก สังเกตแบบมีส่วนร่วม มีอุปกรณ์ที่ใช้ในการเก็บข้อมูลดังนี้ สมุดบันทึก เครื่องบันทึกเสียง แบบบันทึกข้อมูลการสังเกต แนวนคำถามการสัมภาษณ์

1. การเก็บข้อมูลภาคสนาม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการ ดังนี้คือ

1.1 ผู้วิจัยพบกรณีศึกษาตามวัน เวลา สถานที่ที่นัดหมาย เพื่อสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ โดยการแนะนำตัวเอง แนะนำงานวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกรณีศึกษาตามใบพิทักษ์สิทธิ ซ้ำอีกครั้ง และให้กรณีศึกษาแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยลงนามยินยอมพร้อมทั้งขออนุญาตบันทึกเทป

1.2 เมื่อผู้วิจัยประเมินได้ว่ากรณีศึกษามีความไว้วางใจและพร้อมที่จะให้ข้อมูลเชิงลึก ผู้วิจัยจึงจะเริ่มสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เลือกสถานที่ ที่เหมาะสมเป็นส่วนตัว เพื่อให้บรรยากาศในการสัมภาษณ์ไม่ถูกรบกวนหรือเป็ ดเผยจนเกินไปโดยขอคำแนะนำหรือให้ผู้สูงอายุเป็นผู้เลือก ซึ่งโดยส่วนใหญ่จะนั่งสนทนา ในบ้านและบริเวณสวนหน้าบ้าน นอกจากนี้ยังมีมีการสนทนา ขณะรับประทานอาหารร่วมกันที่บ้านของกรณีศึกษา หรือสถานที่ของโรงพยาบาลใน ขณะที่กรณีศึกษาบางรายขอเข้าพบแพทย์ โดยไม่ได้บันทึกเทปใ นแต่ผู้วิจัยได้จดบันทึกภายหลังจากการสนทนาเสร็จสิ้นทันที

1.3 การดำเนินการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยปฏิบัติดังนี้คือ

1.3.1 ก่อนการสัมภาษณ์เจาะลึก ผู้วิจัยสร้างบรรยากาศขณะสัมภาษณ์ไม่ให้เคร่งเครียดจนเกินไป สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย โดยการเริ่มสนทนาในเรื่องทั่ว ๆ ไป เช่น สภาพการเดินทางมาพบผู้สูงอายุ ลักษณะภูมิอากาศปัจจุบัน หรือสุขภาพโดยทั่วไปของผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ท่านกำลังทำอยู่ก่อนหน้า เป็นต้น

1.3.2 อธิบายเหตุผลที่ผู้สูงอายุได้รับเลือกให้เข้าร่วมเป็นกรณีศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ อธิบายรายละเอียดการวิจัยประเด็นคำถามที่จะขอสัมภาษณ์ ขออนุญาตบันทึกเทป และระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ต่อกรณีศึกษาตามบทพูด (script) ที่ได้เตรียมไว้และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถามในส่วนที่มีข้อสงสัย ซึ่งจะใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 40 - 60 นาทีต่อกรณีศึกษา 1 ราย

1.3.3 ขั้นสัมภาษณ์ มีวิธีการดังนี้

1.3.3.1 เริ่มต้นสัมภาษณ์โดยใช้คำถามที่เตรียมไว้ล่วงหน้า ผู้วิจัยสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (informal interview) ใช้คำถามแบบปลายเปิด (open

question) มีแนวคำถามเกี่ยวกับประวัติชีวิตของกรณีศึกษาและประเด็นที่เกี่ยวกับอาการ ของกรณีศึกษา

1.3.3.2 ในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยพยายามสร้างบรรยากาศของความเป็นกันเอง ทำตัวตามสบาย เป็นธรรมชาติ เพื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่รู้สึกเกร็งหรือหวาดระแวง ไม่เร่งรัด ไม่วิพากษ์วิจารณ์ ไม่แสดงความคิดเห็นใด ๆ หรือแสดงอารมณ์ต่อข้อมูลที่ได้รับ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องแม่นยำ ให้กรณีศึกษาได้แสดงความรู้สึกของตนเองได้อย่างเต็มที่

1.3.3.3 ปฏิบัติตัวเป็นนักฟังที่ตั้งใจฟังและติดตามฟังอย่างเอาใจใส่ ในสิ่งที่กรณีศึกษาพูด (active listening) สบตาหรือพยักหน้าเพื่อแสดงอาการตอบสนอง สนใจ ติดตามข้อมูลที่ได้ฟังและจดประเด็นที่สงสัยเพื่อที่จะกลับมาถามให้เกิดความกระจ่างอีกครั้ง ป้อนคำถามให้เหมาะสมกับจังหวะของผู้ตอบ หากกรณีศึกษายังเล่าไม่จบ ผู้วิจัยจะปล่อยให้เล่าจนจบไม่ขัดจังหวะและผู้วิจัยกลับไปซักถามในประเด็นที่ไม่กระจ่าง ให้กรณีศึกษาตอบคำถามโดยไม่ชี้นำ โดยใช้คำถามปลายเปิด ใช้ทักษะการทวนความหรือกล่าวซ้ำคำพูด เพื่อให้กรณีศึกษาสำรวจความคิดของตนเองและผู้วิจัยสามารถติดตามความคิดของกรณีศึกษาได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการสัมภาษณ์กรณีศึกษาที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้น บางรายจำเป็นที่ผู้วิจัยจะต้องใช้คำถามกระตุ้นให้กรณีศึกษาพูดต่อ เนื่องจากใช้ เวลาในการคิดนานและบางครั้งหลงประเด็นที่กำลังสนทนากันอยู่ เช่น กรณีศึกษาที่ 2 และ 3 ที่มีปัญหาเกี่ยวกับเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอจากการที่มีหลอดเลือดตีบ ส่วนกรณีศึกษาที่ 4 และ 7 จะหลงประเด็น ตามอย่างหนึ่งตอบอีกอย่างหนึ่งและเล่าเรื่องเดิมซ้ำ ๆ ผู้วิจัยจึงต้องพยายามใช้คำถามที่จะดึงกรณีศึกษากลับมาในประเด็นที่สนทนากันอยู่

ใช้วิธี การสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดย ผู้วิจัย ไปเยี่ยมบ้านกรณีศึกษาและร่วมทำกิจกรรม เช่น เข้าไปคลุกคลี สร้างความสนิทสนมกับกรณีศึกษา และผู้ดูแล ให้การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันบางอย่าง ในช่วงที่ไปเยี่ยมกรณีศึกษาที่บ้าน สังเกตการใช้ชีวิตของผู้ป่วย เพื่อเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของกรณีศึกษา ได้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับพฤติกรรมที่แสดงออกมา โดยสังเกตท่าทางของกรณีศึกษา ถ้าแสดงอารมณ์ร่วมขณะตอบคำถาม เช่น ร้องไห้ เศร้าโศก เสียใจ ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์ชั่วคราวและเปิดโอกาสให้กรณีศึกษาได้ระบายหรือแสดงออกถึงความรู้สึกอย่างเต็มที่ โดยรับฟังอย่างตั้งใจแสดงความเห็นใจและนั่งเป็นเพื่อนกรณีศึกษา หลังจากกรณีศึกษาได้ระบายความรู้สึกแล้ว ผู้วิจัยจะถามความพร้อมของกรณีศึกษาว่าจะสนทนากับผู้วิจัยต่อหรือไม่ ซึ่งในขณะที่ทำ การสัมภาษณ์นั้นผู้วิจัยสังเกตได้ว่าในช่วงที่กรณีศึกษาเล่าถึงความรู้สึกที่มีต่อคู่สมรสหรือลูก ๆ ที่ดูแลตนเอง กรณีศึกษาค่อนข้างมีสีหน้าที่กังวลว่าตนเองจะเป็นภาระให้เขาทั้งหลาย ในการ เยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง ผู้วิจัย ใช้เวลาในการมี

กิจกรรมร่วมกับกรณีศึกษาประมาณ 4 ชั่วโมง สำหรับกรณีศึกษาแต่ละราย ผู้วิจัยทำการเยี่ยมบ้าน ประมาณ 3 ครั้งและไปพบที่โรงพยาบาลประมาณ 2 ครั้ง

1.3.3.4 การบันทึกภาคสนาม (field note) ผู้วิจัยบันทึกเกี่ยวกับความคิดเห็นความรู้สึก ปัญหา การแก้ไขและผลการแก้ไข ที่เกิดขึ้นเก็บรวบรวมข้อมูล บันทึกเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในขณะสัมภาษณ์ ได้แก่ ใคร ทำอะไรที่ไหน เมื่อไหร่ อย่างไร ตลอดจนพฤติกรรมและการแสดงออกของกรณีศึกษา ผู้วิจัยใช้ทั้งวิธีการจดบันทึกและการบันทึกเทปเพื่อได้ข้อมูลที่ถูกต้อง

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ในระหว่างที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลมีผู้สูงอายุที่ได้รับบริการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 3 ราย เกิดเจ็บป่วยและไม่สามารถให้ข้อมูลต่อไปได้ โดยผู้สูงอายุรายที่ 1 มีภาวะลำไส้ทะลุ หลังจากการผ่าตัดมีภาวะช็อคจากการเสียเลือด ผู้สูงอายุรายที่ 2 มีภาวะซึมเศร้า เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ไม่พูด ผู้สูงอายุรายที่ 3 หกล้ม กระดูกหัก หลังการผ่าตัดมีอาการหลงลืมมากกว่าเดิม จึงต้องสิ้นสุดการเก็บข้อมูล ลงและคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยรายใหม่ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ รวมกรณีศึกษาทั้งหมด 7 ราย

1.3.4 ขั้นสิ้นสุดการสัมภาษณ์ มีวิธีการดังนี้

1.3.4.1 ยุติการสัมภาษณ์ เมื่อครบกำหนดเวลาที่ได้ชี้แจงแก่กรณีศึกษา สำหรับการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง หรือเมื่อสังเกตเห็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความไม่พร้อมให้สัมภาษณ์ต่อไปของกรณีศึกษา เช่น มีท่าทางกระสับกระส่ายหรือไม่สบาย หรือมีธุระต้องทำ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ไปทำกิจกรรมหรือยุติการสนทนาก่อนเวลาที่ได้ตกลงกันได้

1.3.4.2 กล่าวขอบคุณกรณีศึกษา ที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัยและอธิบายถึงการบันทึกเทป ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและจะทำการลบข้อมูลในส่วนที่เป็นเทปเมื่อการศึกษาวินิจฉัยสิ้นสุดลง ภายใน 1 เดือนและกล่าวเปิดทางไว้สำหรับการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป จะขออนุญาตกลับมาสัมภาษณ์อีกครั้งหากข้อมูลยังไม่ชัดเจน โดยจะทำการโทรศัพท์นัดหมายกรณีศึกษาก่อนเข้าไปสัมภาษณ์

1.3.4.3 ภายหลังจากการสัมภาษณ์กรณีศึกษา ผู้วิจัยทำการถอดความเป็นคำต่อคำ (verbatim) ออกเป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษร (transcript) ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล โดยเปรียบเทียบกับบทสนทนาที่บันทึกเสียงซ้ำ ภายหลังจากสัมภาษณ์ หากพบว่ามีข้อความบางข้อที่ยังไม่ชัดเจน ผู้วิจัยได้ทำการปรับข้อความให้เหมาะสมและเพิ่มข้อความที่ยังไม่ครบถ้วน รวมทั้งการเพิ่มเติมข้อความเจาะลึก เพื่อต้องการข้อมูลจากเรื่องนั้นมากขึ้นหรือให้แน่ใจคำพูดของกรณีศึกษา จดข้อความหรือประเด็นที่ไม่เข้าใจบางประการไว้ แล้วกลับไปถามกรณีศึกษาเพื่อให้เกิดความกระจ่าง (clarifying)

1.3.4.4 กลับไปสัมภาษณ์กรณีศึกษาเพิ่มเติม ในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน และเยี่ยมกรณีศึกษาเพื่อให้กรณีศึกษาและญาติเกิดความสนิทสนม ไว้วางใจ อีกทั้งเป็นการสังเกตการใช้ชีวิตของกรณีศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความเข้าใจในการมีชีวิตร่วมกับภาวะสมองเสื่อมของกรณีศึกษาอย่างลึกซึ้งมากขึ้น โดยไปเยี่ยมกรณีศึกษาที่บ้าน นแต่ละรายประมาณ 3 ครั้ง และพบกรณีศึกษาที่โรงพยาบาลประมาณ 2 ครั้ง

จริยธรรมในการพิทักษ์สิทธิ

ผู้วิจัยมีความตระหนัก (awareness) ว่าตนเองเป็นผู้วิจัย เข้าสนามเพื่อรับรู้ข้อมูลที่เป็นจริงจากกรณีศึกษา โดยคำนึงถึงการป้องกันและลดอคติจากการคาดเดาหรือมีแนวคิดล่วงหน้า โดยไม่ทำตัวว่าเป็นผู้รู้แล้ว เข้าใจแล้ว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดและเป็นจริงตามที่กรณีศึกษาให้ข้อมูล โดยปราศจากการตีความของผู้วิจัย ค้นหาความจริงที่ปรากฏอยู่ โดยไม่มีการคิดล่วงหน้า หรือถ้ามีผู้วิจัยต้องเก็บความคิด ความเชื่อที่ไว้วางใจและให้กรณีศึกษาระลึกถึงเหตุการณ์ในขณะนั้น โดยให้กรณีศึกษาเป็นผู้เล่าเรื่องราวด้วยตนเอง ผู้วิจัยฝึกฝนตนเองเกี่ยวกับเทคนิคการสัมภาษณ์ โดยทั่วไป เทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ตลอดระยะเวลาของการทำวิจัยคำนึงถึงสิทธิของกรณีศึกษาและจริยธรรมการวิจัยโดยผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

3.1) เก็บข้อมูลภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาหัวข้อวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากแหล่งพื้นที่ที่ขอเก็บข้อมูล ได้แก่ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและสถาบันประสาทวิทยา

3.2) คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามความยินยอมอย่าง งามสมัครใจของกรณีศึกษา หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดการวิจัยและเหตุผลที่ผู้สูงอายุได้รับการคัดเลือกเป็นกรณีศึกษาในครั้งนี้ การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ประเด็น ที่จะสัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์ ระยะเวลาที่สัมภาษณ์แต่ละครั้ง การขออนุญาตบันทึกเสียง การสัมภาษณ์ การขอตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล การรักษาความลับด้วยการทำลายเทปเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ทำการปกปิดชื่อและสถานที่ของผู้ให้ข้อมูล การนำข้อมูลเอกสารการสัมภาษณ์ไปอภิปรายเผยแพร่ในลักษณะข้อมูลจากกรณีศึกษาโดยรวมและเฉพาะการนำเสนอทางวิชาการเท่านั้น

3.3) กรณีศึกษา รับทราบสิทธิในการให้ข้อมูล ตลอดระยะเวลาของการวิจัยผู้สูงอายุสามารถขอถอนตัวได้ตลอดเวลาของการวิจัย หากมีคำถามในประเด็นใดที่ลำบากใจในการตอบ สามารถปฏิเสธได้ หรือบอกยุติการให้ความร่วมมือในการวิจัยได้ตลอดเวลา สามารถติดต่อผู้วิจัยและสอบถามข้อสงสัยได้ตลอดกระบวนการวิจัยตามที่อยู่ที่ให้ไว้แล้ว

3.4) ผู้วิจัยให้อิสระผู้สูงอายุในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ เมื่อผู้สูงอายุตอบรับเข้าร่วมการวิจัยให้ผู้สูงอายุลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยเก็บใบยินยอมและข้อมูลต่าง ๆ ไว้อย่างปลอดภัย หรือยี่ นยันการเข้าร่วมวิจัยด้วยวาจา ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตแพทย์ประจำตัวและญาติผู้ใกล้ชิดของผู้สูงอายุด้วยเนื่องจากกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยสมองเสื่อม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ แบบการศึกษกรณีศึกษาหลายกรณี (multiple case study) ซึ่งมีกรณีศึกษาทั้งสิ้น 7 ราย ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ร่วมกับการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การวิเคราะห์ข้อมูลจะกระทำไปพร้อม ๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูลและใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) ร่วมกับการสรุปวิเคราะห์แบบข้ามกรณี (cross-case analysis) เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถอธิบายได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น โดยผู้วิจัยสามารถวิเคราะห์ได้ว่าเรื่องราวที่ศึกษาจากหลายกรณีนั้น แต่ละกรณีถ้านำมาจัดลำดับกันแล้วจะอยู่ในระดับใด สามารถคาดการณ์หรือพยากรณ์ได้ว่าข้อสรุปที่เป็นไปได้และเหมาะสมที่สุดคืออะไร จะมีอะไรเกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้น เห็นกรณีที่แตกต่างจากกรณีอื่นและสามารถอธิบายสิ่งนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพราะเป็นการตรวจสอบโดยใช้ความเหมือนและความแตกต่างกันในการอธิบายแบบข้ามกรณีเพราะการวิเคราะห์หลายกรณีไม่เพียงทำให้กระจ่างชัดเท่านั้น แต่ยังช่วยลดเงื่อนไขเฉพาะของการศึกษาเชิงคุณภาพในเรื่องของการอ้างอิงได้น้อยอีกด้วย

โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

1) หลังจากทำการสัมภาษณ์เสร็จแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้นำเทปบันทึกการสัมภาษณ์ มาถอดความเป็นคำต่อคำ (verbatim) ออกมาเป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษร (transcript) และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้งโดยการฟังเทปบันทึกการสนทนาซ้ำ ร่วมกับการอ่านบทสนทนาหรือข้อมูลทั้งหมดของกรณีศึกษา เพื่อให้เข้าใจ ในเนื้อหา หรือปรากฏการณ์ที่แสดง ออกมาเป็นตัวอักษรและนำข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative data) ที่ได้มาวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไป

2) อ่านบทสนทนาบรรทัดต่อบรรทัดซ้ำ ๆ ไม่ต่ำกว่า 4-5 รอบ เพื่อให้เกิดความคิด ความเข้าใจรอบยอเกี่ยวกับเรื่องที่ต้องการตามวัตถุประสงค์การวิจัย พยายามจับประเด็นคำสนทนาให้เป็นหมวดหมู่และตั้งประโยคหรือข้อความสำคัญ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น มากำหนดความหมายในแต่ละข้อความประโยค โดยการขีดเส้นใต้และเขียนแยกข้อความสำคัญนั้นไว้

3) นำข้อความหรือประโยคที่กำหนดความหมาย แล้ว นำมาจัดกลุ่มตามประเภทหรือลักษณะความหมายที่เป็นทำนองเดียวกันโดยทำการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการถอดรหัสข้อความ (coding) ไว้ข้างบนบทสนทนาที่อ่าน และพิจารณาคำต่าง ๆ ที่ถอดรหัสออกมาและนำมาจัดหมวดหมู่ (category) หรือจัดเป็นประเด็นย่อย (sub-theme) สรุปประเด็นย่อยที่มีเนื้อหาอยู่ในกลุ่มเดียวกันไว้ด้วยกันเป็นประเด็นหลัก (theme)

4) คัดเลือกบทสนทนาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกที่คิดว่าให้รายละเอียด ตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดีที่สุด โดยการตัดบทสนทนาที่เป็นประเด็นย่อยรวมไว้ด้วยกันเป็นประเด็นหลัก ใช้เทคนิคตัดแปะโดยใช้คอมพิวเตอร์ช่วย

5) นำบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วมมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและนำมาจัดกลุ่มตามประเภทหรือลักษณะความหมายที่เป็นทำนองเดียวกัน

6) วิเคราะห์ข้อมูล ดังข้อ 1-5 หลังจากเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง และได้ทำการวิเคราะห์หรือขบยอดทั้งหมดอีกครั้งตามลำดับที่กล่าวมาข้างต้น หลังจากนั้นจึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่มีความเชี่ยวชาญในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ

7) นำผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และจากเอกสารทางการแพทย์มาวิเคราะห์แบบสามเส้า (triangulation) เพื่ออธิบายประสบการณ์ที่ได้จากกรณีศึกษาอย่างละเอียดครบถ้วน โดยนำข้อมูลที่ได้จากทั้งการสัมภาษณ์และการสังเกตบรรยาย ศ สี่หน้า ท่าทางของกรณีศึกษาขณะสัมภาษณ์มาเชื่อมโยงกัน ข้อมูลที่ได้มีความสอดคล้องกันหรือขัดแย้งกัน มีอะไรเกิดขึ้นบ้างที่สามารถนำมาเป็นประเด็นในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ โดยให้เป็นไปในรูปแบบของการบรรยาย เขียนให้มีความต่อเนื่องกันและกลมกลืนกันระหว่างข้อความหรือประโยคและหัวข้อต่าง ๆ ซึ่งในขั้นตอนนี้พยายามลดทอนข้อมูลหรือหัวข้อที่ไม่จำเป็นออกไป โดยสรุปรวมหรือจัดหัวข้อย่อยไปอยู่รวมกันกับหัวข้อที่มีลักษณะ ประเภทเดียวกันหรือเป็นเรื่องที่อยู่ในหมวดเดียวกัน

8) ผู้วิจัยให้อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุและด้านการวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 2 ท่าน ช่วยอ่านบทสัมภาษณ์ เกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อม ของกรณีศึกษา และประเด็นที่ผู้วิจัยสรุปได้จากการสัมภาษณ์ ขอข้อเสนอแนะจากผู้ร่วมวิเคราะห์เกี่ยวกับประเด็นที่ผู้วิจัยสรุปได้ ว่ามีความเห็นตรงกันหรือไม่อย่างไร พร้อมทั้งให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูล (peer debriefing)

9) ตรวจสอบข้อสรุปที่ได้จากการบอกเล่าของกรณีศึกษาและการสังเกตของผู้วิจัย โดยนำประเด็นข้อสรุปของแต่ละประสบการณ์ไปให้กรณีศึกษา ทั้ง 7 ราย ตรวจสอบ ข้อมูลของตนเอง (member checking) ว่าข้อสรุปมีความเป็นจริงตามที่อธิบายไว้หรือไม่ เพื่อให้ได้ข้อสรุป

สุดท้ายที่สมบูรณ์และเป็นข้อความที่ได้จาก สิ่งที่กรณีศึกษาบอกเล่าเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งสอบถามกรณีศึกษาเพิ่มเติม ในกรณีที่ข้อมูลไม่ชัดเจนและเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่เก็บไม่ครบ ซึ่งหลังจากที่กรณีศึกษาตรวจสอบข้อมูลที่ผู้วิจัยบรรยายและสรุปเกี่ยวกับกรณีศึกษาแล้วกรณีศึกษาไม่ได้แก้ไขข้อมูลใด แต่มีการเพิ่มเติมรายละเอียดเกี่ยวกับการจัดการกับอาการสมองเสื่อมของกรณีศึกษาบางราย เช่น วิธีการจัดบ้านที่วันนัดลงในกระดาษแผ่นเล็กที่จะเก็บไว้ในกระเป๋าเงิน การเล่นเกมดนตรีเพื่อช่วยผ่อนคลายความเครียด

10) นำข้อมูลที่ได้จากการสรุปประเด็น การมีชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ของกรณีศึกษาทั้งหมดมาวิเคราะห์ความเชื่อมโยงด้วยการวิเคราะห์แบบข้ามกรณี โดยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากกรณีศึกษาทั้ง 7 ราย นำมาเขียนอธิบายเพื่อแสดงให้เห็นถึงความคล้ายคลึงและความแตกต่างกันในแต่ละด้านของ การมีชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อม ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับผลกระทบของอาการสมองเสื่อม การเผชิญความรู้สึก การจัดการกับอาการ การวางแผน การดำเนินชีวิตและยังรวมถึงความต้องการในการได้รับการดูแลในระยะยาวด้วยเพื่อให้เกิดความชัดเจนและละเอียดลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะทำให้ข้อค้นพบที่ได้สามารถ บรรยายลักษณะการมีชีวิตของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่ออธิบายและสรุปภาพรวมทั้งหมดของ การมีชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นของผู้สูงอายุ เป็นข้อมูลให้กับผู้สูงอายุอื่นและบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้นำไปปรับใช้ในการให้คำแนะนำและดูแลผู้ปวยสมองเสื่อมแบบประคับประคองในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative study) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกรณีศึกษา (case studies) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่มีชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น โดยศึกษาจากผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น มีประสบการณ์ในการใช้ชีวิตหลังจากที่ทราบว่าตนเองได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น มีการได้ยินปกติ ยังสามารถสื่อสารทำความเข้าใจด้วยภาษาไทยได้ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยได้รับการอนุญาตจากแพทย์ประจำตัวและญาติผู้ใกล้ชิด โดยเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวนทั้งหมด 7 ราย (multiple case study) ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมศัลยกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี 3 ราย คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 2 ราย และคลินิกความทรงจำ สถาบันประสาทวิทยา 2 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (in-depth interview) โดยใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้น (interview guideline) เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์กรณีศึกษาเป็นรายบุคคล ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ร่วมกับการสรุปวิเคราะห์แบบข้ามกรณี (cross-case analysis) ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลและเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกรณีศึกษาและประสบการณ์ของกรณีศึกษาที่มีชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

กรณีศึกษาที่ 1 นางสาวสมใจ

กรณีศึกษาที่ 2 นายเฉลิม

กรณีศึกษาที่ 3 นายสาทร

กรณีศึกษาที่ 4 นายประทวน

กรณีศึกษาที่ 5 นางรัชณี

กรณีศึกษาที่ 6 นายพุง

กรณีศึกษาที่ 7 นางข้าวสวย

ในกรณีศึกษาทั้ง 7 รายนี้ผู้วิจัยได้ใช้นามสมมติเนื่องจากเป็นการรักษาสิทธิของกรณีศึกษา โดยผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษาทั้ง 7 ราย แบ่งตามหัวข้อดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1

บริบท

ประวัติส่วนตัว คุณป้าสมใจ (นามสมมติ) อายุปัจจุบัน 72 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ สำเร็จการศึกษา ประกาศนียบัตรประโยคครูมัธยม ภูมิลำเนาเดิมเป็นชาว จังหวัดนครศรีธรรมราชและเข้ามาศึกษาในกรุงเทพมหานครตั้งแต่มัธยมศึกษาตอนต้น คุณป้าจึงมีชีวิตส่วนใหญ่อยู่นอกบ้านกับเพื่อน ๆ เมื่อจบการศึกษาแล้วได้ประกอบอาชีพข้าราชการครูในโรงเรียนแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร ปัจจุบันเกษียณแล้ว ไม่ได้ประกอบอาชีพเสริมใด ๆ เนื่องจากต้องการพักผ่อน

ชีวิตครอบครัว คุณป้าสมใจสมรสตั้งแต่ปี พ.ศ. 2500 มีบุตร 5 คน สำหรับชีวิตการแต่งงานของคุณป้ามีความขัดแย้งกันบ้าง ไม่ได้ราบรื่นอย่างที่ตนเองเคยคิดไว้ แม้ว่าผู้ใหญ่จะเตือนและไม่ค่อยเห็นด้วย ทำให้บางครั้งคุณป้าต้องคิดมากกับเรื่องของสามีกับผู้หญิงอื่นซึ่งทำให้ลูก ๆ ไม่พอใจบิดา บางครั้งตนเองก็ได้รับความเดือดร้อนจากเรื่องเหล่านี้ด้วยเช่นกัน จึงมาคิดทบทวนถึงคำเตือนที่ผู้ใหญ่เคยเตือนไว้ แต่ปัจจุบันนี้ก็คิดน้อยลงเนื่องจากพยายามทำใจยอมรับและมีลูก ๆ ที่ให้กำลังใจและอยู่เคียงข้าง สามีเองก็ดูแลตนเองเป็นอย่างดีไม่ทำให้เสียใจเหมือนเมื่อก่อน ปัจจุบันคุณป้าสมใจอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครกับสามีและลูกสาวคนเล็กที่ยังไม่แต่งงาน ส่วนลูกคนอื่น ๆ แต่งงานและแยกครอบครัวออกไป แต่ยังไปมาหาสู่กันสม่ำเสมอ โดยลูกชาย 1 คนปลูกบ้านอยู่ใกล้ ๆ พบกันเกือบทุกวัน ส่วนลูกคนอื่น ๆ มาเยี่ยมสัปดาห์ละ 1- 2 ครั้ง เนื่องจากมีภาระและไม่ได้อยู่เขตเดียวกันแต่ทั้งหมดก็อยู่ในกรุงเทพมหานคร แต่จะนัดมาพบปะกันในวันอาทิตย์เพื่อทำอาหารรับประทานร่วมกัน

สภาพความเป็นอยู่ ลักษณะบ้านเป็นบ้านปูนสองชั้นอยู่ในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง มีรั้วรอบมิดชิด มีสวนหย่อมขนาดเล็กหน้าบ้าน บรรยากาศร่มรื่นเย็นสบาย สามารถเดินทางจากบ้านไปยังสถานที่ต่าง ๆ ด้วยรถแท็กซี่รับจ้างที่เข้ามารับหน้าบ้าน หรือเดินไปขึ้นรถที่หน้าปากซอยได้ ซึ่งส่วนใหญ่นุคุณป้าจะเรียกแท็กซี่มารับที่หน้าบ้าน หรือบางครั้งลูก ๆ จะเป็นผู้พาออกไปข้างนอก

คุณป้าสมใจไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ หลังจากเกษียณแล้ว แต่จะมีกิจกรรมให้ทำอยู่ตลอด เช่น อ่านหนังสือ ซึ่งส่วนมากจะเป็นหนังสือวิชาการ ฟังเพลง โดยคุณป้าจะชอบฟังเพลงทุกประเภทที่เหมาะสมกับยุคของตนเองเมื่อสมัยสาว ๆ คุณป้ายังคงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ รดน้ำต้นไม้ เป็นต้น ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ออกกำลังกายโดยเดินรอบ ๆ บ้านทุกวัน มีการประกอบอาหารเองบ้าง

ภาวะสุขภาพ คุณป้าสมใจไม่เป็นโรคความดันโลหิต เบาหวาน หัวใจ หรือโรคที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม แต่มีอาการของโรคกรดไหลย้อนและกระดูกสันหลังเคลื่อน ในระยะหลัง

คุณป้ามีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องเบื่ออาหาร ร่างกายอ่อนเพลีย นอกจากนี้ยังมีอาการปวดหลังอันเนื่องมาจากเคยหกล้มแล้วกระดูกสันหลังส่วนบนเคลื่อนเมื่อประมาณ 10 ปีที่ผ่านมา ซึ่งตอนนี้รักษาอยู่กับคลินิกที่รับจัดกระดูกใกล้บ้านและยังมีอุปกรณ์ที่เป็นเตียงนอนสำหรับกายภาพบำบัดในการจัดกระดูกไว้ที่บ้านด้วย ปกติแล้วคุณป้าจะมาตรวจร่างกายที่โรงพยาบาลของรัฐบาลใกล้บ้านอยู่เสมอ ๆ ซึ่งอาการเหล่านี้ทำให้คุณป้าไม่ค่อยได้ออกไปพบปะสังสรรค์กับเพื่อน ๆ เหมือนเมื่อก่อน คุณป้าได้รับประทานยาเกี่ยวกับยาลดกรดในกระเพาะอาหารและยาเพิ่มการไหลเวียนของโลหิต คุณป้าชอบรับประทานอาหารจำพวกผักและผลไม้ ไม่ชอบรับประทานอาหารหวาน อาหารมันและอาหารรสจัด

การรับรู้อาการของภาวะสมองเสื่อม

คุณป้าสนใจทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมครั้งแรกเมื่อประมาณ 1 ปีที่ผ่านมา โดยแบ่งการรับรู้เป็นระยะได้ดังนี้

ระยะแรก รู้สึกว่าตนเองแปลกไป ในช่วงแรกก่อนที่จะทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อม รู้สึกว่าตนเองแปลกไป สังเกตพบว่า เริ่มมีอาการแสดงที่ผิดปกติไปจากเดิม เช่น มีอาการลืมบ่อยขึ้น จำไม่ค่อยได้ว่าวางของไว้ที่ไหน วางแล้วลืมและเริ่มเป็นบ่อยขึ้น โดยกล่าวว่า

“... บางทีวันนี้วันที่เท่าไร (สายหน้า) ก็จำไม่ได้ แต่บ่อยนะวันที่ คือก็ยังต้องคิดว่าวันนี้วันที่เท่าไร ... กระเป๋าตั้งนี้บ่อย (หัวเราะ) ส่วนมากกระเป๋าตั้งเล็ก ๆ ที่วางทิ้งไว้ สำหรับจะซื้ออะไรอย่างนี้”

ระยะต่อมา เป็นระยะค้นหาความผิดปกติ เมื่อปรึกษากับบุตรสาวคนที่เป็นทันตแพทย์ จึงพาไปพบแพทย์เพื่อสอบถามถึงความผิดปกติ แพทย์ได้ทำการตรวจเพื่อวินิจฉัยด้วยการเอกซเรย์สมองเพื่อดูความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง จากผลการตรวจพบว่า เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอเนื่องจากการมีเส้นเลือดที่สมองอุดตัน จำนวน 2 เส้น ลูกสาวได้ปรึกษากับแพทย์ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งเรื่องการรักษาว่าจำเป็นต้องทำการผ่าตัดหรือไม่ ซึ่งมีหลายโรงพยาบาลที่ไปปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องการตีบของหลอดเลือดที่สมอง แต่แพทย์ให้ความเห็นว่าด้วยวัยของคุณป้าที่สูงอายุนั้น การผ่าตัดอาจไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพ จึงรักษาโดยการให้รับประทานยาเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตแทนการผ่าตัด แต่เมื่อเริ่มมีอาการความจำไม่ดี หลงลืมบ่อยมากขึ้น จำวันที่ไม่ได้ จำวันนัดไม่ได้ จึงกลับไปปรึกษาแพทย์อีกครั้งและบอกเล่าอาการที่ตนเองสงสัยว่าเปลี่ยนแปลงไปให้แพทย์ฟัง จึงทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อม โดยกล่าวว่า

“... ตอนแรกก็ สงสัยว่าทำไมมันลืมนี่ ซึ่งเราก็เป็นคนไม่ค่อยขี้ลืมนี่ ซึ่งเราก็ศึกษามา หมอก็ให้ทำท่ายกขาแยกแขนก็บอกว่าถามไม่ค่อยดี ก็ส่งสแกน (เอกซเรย์สมอง) ผลมันออกมา ...”

ระยะหลังได้รับการวินิจฉัย คุณป้าสนใจรับรู้อาการผิดปกติของตนเองว่าเกิดจากภาวะสมองเสื่อม ยอมรับว่าตนเองมีความผิดปกติและพยายามสังเกตอาการของตนเองว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงไปมากน้อยอย่างไรเพื่อจะได้ขอคำปรึกษาจากแพทย์ ซึ่งอาการของภาวะสมองเสื่อมที่คุณป้าสังเกตได้ส่วนใหญ่เป็นเรื่องการหลงลืม ลืมของ บางครั้งลืมเรื่องราวที่เกิดขึ้นใหม่ ๆ รู้สึกมึนงง เป็นต้น

การรับรู้ความรู้สึกหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังจากคุณป้ารับทราบว่าคุณป้ามีภาวะสมองเสื่อมแล้วมีดังนี้

1. ระยะแรกหลังได้รับการวินิจฉัย

รู้สึกสงสัยไม่แน่ใจ โดยสงสัยว่าอาการของตนเองเป็นอาการปกติของคนสูงอายุหรือเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งเริ่มตั้งแต่คุณป้ารับรู้อาการที่ผิดปกติของตนเองเกี่ยวกับความจำไม่ดี หลง ๆ ลืม ๆ บ่อยมากขึ้นและเมื่อทราบผลการวินิจฉัยในระยะแรกยังไม่แน่ใจว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อม คิดว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่สมองมีการฝ่อไป แต่ไม่ได้คิดถึงความรุนแรงของอาการที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยกล่าวว่า

“... ตอนแรกเราก็ไม่รู้ ลืมนี่เพราะว่าเราแก่ ... เริ่มกินยาตอนแรกก็ไม่ค่อยจริงจิงเท่าไรนะยังสนุกอยู่ ยังเชื่อครึ่งไม่เชื่อครึ่ง ว่าเราจะเป็นอย่างนี้ ไม่เชื่อหมอบ้าคิดว่าหมอบอกจริง ๆ นะ เนี่ย”

2. ระยะต่อมา

รู้สึกน้อยใจในสิ่งที่ตนเองประสบ เป็นความรู้สึกในช่วงแรกที่ได้รับทราบผลการวินิจฉัย ตนเองรู้สึกว่าคุณป้ามีภาวะสมองเสื่อมนั้นคือคิดว่าเป็นเรื่องไม่น่าเกิดขึ้นกับตนเอง ญาติพี่น้องก็ไม่ใครเจ็บป่วยอาการแบบนี้ โดยกล่าวว่า

“ไม่กังวล ก็แต่ก็จะมีคิดว่าเอ๊ะทำไมต้องเกิดกับเราด้วยโรคนี้ ช่วงแรก ๆ คือหลังจากที่เรารู้ เราก็น้อยใจเหมือนกัน เอ๊ะทำไมต้องเป็นเรา”

ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

ผลของภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นที่มีต่อคุณป้า หลังจากที่คุณป้าทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น มีดังนี้

ผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน เนื่องจากคุณป้าสนใจตัวเองหาของที่ตนเองต้องการใช้วันละหลาย ๆ ครั้ง โดยส่วนใหญ่ของที่วางแล้วมักลืม แต่ก็ทราบว่าของไม่ได้หายไปไหน เป็นเพียงเพราะตนเองจำไม่ได้ว่านำของไปวางไว้ที่ไหน คุณป้าสนใจได้เล่าถึงอาการที่เกิดขึ้นกับตัวเองว่ามักจะลืมว่าวางของไว้ที่ไหน เมื่อต้องการใช้ก็จะหาไม่พบ ส่วนใหญ่เป็นกระเป๋าสตางค์เล็ก ๆ และกุญแจ บางครั้งลืมวันนัด ลืมเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นแต่เหตุการณ์เก่า ๆ ในอดีตยังจำได้แม่น โดยกล่าวว่า

“... วันหนึ่งหาของ 2-3 ครั้ง สมมุติว่า เอากระเป๋าสตางค์นี้แหละ ไปไหน มา ก็ ล้วงกระเป๋าสตางค์มา มีใครมาก็เอาตั้งให้สักหน่อย แล้วก็วางกระเป๋าตั้งไว้ แล้วก็เดินหายไป 1-2 ชั่วโมง ก็เกิดปัญหาไม่รู้อยู่ที่ไหน”

เกิดความเครียด เมื่อคุณป้าหาของไม่พบ จำไม่ได้ว่าตนเองได้นำของไปวางไว้ที่ไหน เมื่อต้องการจะใช้ก็จะต้องใช้เวลานึกว่าตนเองนำไปวางไว้ที่ไหน พอนึกไม่ออกก็จะเกิดความเครียด และทำให้ตนเองยิ่งไม่มีสติ โดยกล่าวว่า

“วางกระเป๋าสตางค์ไว้ที่ไหนหาไม่เจอไม่รู้ว่าจะอยู่ไหนเดิน ๆ ไปเอาไว้ใน ลิ่นชักบ้างเราลืม เราชื่อนี้บารีเปล่า...มันไม่หายไปไหนไม่ใช่ว่าหายไป รู้ว่ามันลืมนึกไม่ออก ว่าลืมไว้ตรงไหน เป็นตอนหลังเหมือนพอ พอลืมอย่างนี้เครียดบังเกิด พอเครียดมาเกิดยิ่งลืมไปใหญ่ เราไม่มีสติ พระท่านก็บอกต้องทำสติให้เยอะ ๆ เตี่ยว่ามันคิดได้เอง อย่าเครียด พอเรายังหา ยิ่งปวด ตีบ ๆ ๆ ๆ ตรงนี้เลยนะ (ยกมือมากุมที่ขมับทั้งสองข้าง)”

รู้สึกกลัว ต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตหากอาการรุนแรงมากขึ้น ในขณะที่ทำการสนทนา คุณป้าแสดงสีหน้าวิตกกังวลเล็กน้อย ในช่วงแรกคุณป้ายังไม่คิดถึงเรื่องความรุนแรงของอาการแต่เมื่ออาการผิดปกติเกี่ยวกับอาการหลงลืมมีมากขึ้นและได้พูดคุยกับเพื่อนที่มีสามีป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมก็ทำให้ทราบเกี่ยวกับอาการของภาวะสมองเสื่อมว่าต่อไปจะไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จำคนไม่ได้ จึงเริ่มคิดว่าต่อไปหากอาการรุนแรงมากขึ้นตนเองจะเป็นอย่างไร จะจำใครได้

เหมือนเดิมหรือไม่ แล้วใครจะมาดูแลตนเอง จึงทำให้เกิดความกลัวว่าตนเองจะเป็นเช่นนั้น โดยกล่าวว่

“... ตอนแรกทีู้ว่เป็น ไม่กระทบกระเทือนเลย คุณสนุกสนานยังดลกกัน อยู่เลย เฮ้ย ปรสทเสี่ยแล้วเว้ย ... คือตอนรู้ก็ยังไม่เครียด พอพฤติกรรมของเรา อันนี้หายอันนั้นลืม มันเริ่มมากขึ้น คือกลัวนะเรื่องนี้กลัว คือเราบ้ำไปแล้ว เราจะ อยู่กับใครเนี่ย คิดไปนุ่น ... ”

คิดวิตกกังวล เมื่อคุณบ้ำพบเห็นเพื่อนบางคนที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือสามีของเพื่อนที่มีอาการอยู่ในขั้นรุนแรงนั้น จึงทำให้คิดกังวลไปไกลว่เมื่อถึงคราวตนเองจะมีสภาพแบบนั้นหรือไม่ ซึ่งความรู้สึกวิตกกังวลนั้นก็จะมีอยู่เพียงช่วงแรกเท่านั้น แต่ก็ยังไม่แนใจว่หากอาการรุนแรงมากขึ้นจะรู้สึกอย่างไร

เข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของภาวะสมองเสื่อม หลังจากได้คุยกับเพื่อน ๆ แล้วพบว่าเพื่อนก็ป่วยลักษณะนี้เหมือนกัน จึงคิดว่เป็นเรื่องของการเปลี่ยนแปลงตามวัยที่สูงอายุมากขึ้นและปัจจุบันเมื่อได้พูดคุยปรึกษากับหลาย ๆ คน จึงเริ่มเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญ และผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นจากภาวะสมองเสื่อม โดยกล่าวว่

“เพื่อนก็บอกว่เป็นเหมือนกันนะ บางทีก็ลืมนุ่นลืมนี่ มีคนนึ่งไปตลาด แล้วลืมว่ตัวเองเอารถไปด้วย นึ่งรถเมล์เมล์กลับเฉยเลย บ้ำว่พอกแ่แล้วก็คง เป็นเหมือน ๆ กันนะนะ ...”

สิ่งที่ยังไม่ได้รับผลกระทบ

ในขณะที่คุณยายได้รับผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นนั้น ยังมีหลายอย่างในชีวิตของคุณยายที่ยังคงดำเนินไปเช่นเดิมอยู่ ยังไม่ได้มีผลกระทบแต่อย่างใด ซึ่งพบในด้านต่อไปนี้

ความสามารถในการดูแลสุขภาพชีวิตส่วนบุคคล ยังคงดำเนินไปตามปกติ คุณบ้ำสามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน แต่งตัวเองได้ ด้านสุขภาพยังไม่มีการเปลี่ยนแปลง โดยกล่าวว่

“รู้สึกความเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพไม่เท่าไรนะ ไม่ค่อยเปลี่ยนแปลง
เมื่อก่อนเคยแพ้อากาศแต่เดี๋ยวนี้ไม่เป็นสบาย”

การเข้าสังคม ไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เพื่อนสนิทกันในกลุ่มทราบเรื่องราวความเจ็บป่วยของคุณป้าสนใจจากตัวคุณป้าเอง หลังจากที่รับทราบอาการและการวินิจฉัยของคุณป้าแล้วนั้นก็ไม่มีความรู้สึกหรือห่างเหินต่อกัน ซึ่งทุกคนยอมรับได้ เข้าใจว่าอาการเหล่านี้เกิดขึ้นได้กับผู้สูงอายุและยังปฏิบัติต่อกันเหมือนที่เคย การนัดพบปะเพื่อน ๆ ยังคงมีการนัดเช่นเคย แต่อาจจะลดความถี่ในการพบปะลงเนื่องจากสุขภาพของเพื่อน ๆ แต่ละคน รวมทั้งตนเองด้วย ซึ่งมีอาการป่วยของโรคกรดไหลย้อน และกระดูกสันหลังเคลื่อนจึงไม่ค่อยได้ออกไปพบปะสังสรรค์กับเพื่อน ๆ เหมือนเมื่อก่อน แต่ก็ยังมีกิจกรรมรับประทานอาหารร่วมกัน เดินห้างสรรพสินค้า ฟังเพลงหรือไปเที่ยวต่างจังหวัดเหมือนเคยและยังรู้สึกว่าเพื่อน ๆ ไม่ได้รังเกียจตนเอง ทำให้คุณป้าไม่รู้สึกว่าตนเองมีความผิดปกติต่างจากเพื่อนคนอื่น ๆ

นอกจากนี้การเข้าสังคมทั่วไปนั้นสังเกตพบว่าการพบปะกับผู้อื่นในสังคมที่คุณป้าสนใจคุ้นเคยยังคงเป็นไปเช่นเดิม เช่น การมาพบแพทย์ซึ่งจะพบกับเจ้าหน้าที่อยู่หน้าห้องตรวจที่รู้จักกันมาก่อนอยู่แล้ว ซึ่งมีทั้งคนที่ทราบและไม่ทราบเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของคุณป้า ส่วนการพบปะเพื่อนบ้านยังคงเป็นไปในลักษณะเดิม คุณป้ายังมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อเพื่อนบ้าน ซึ่งเพื่อนบ้านของคุณป้าไม่มีผู้ใดทราบว่าคุณป้ามีภาวะสมองเสื่อม เพราะเห็นว่าไม่ใช่ความจำเป็นที่ตนเองต้องเล่าเรื่องราวนี้ให้เพื่อนบ้านฟัง เพราะอาการของตนเองไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับเพื่อนบ้านแต่อย่างใด โดยกล่าวว่า

“ในความคิดของเราก็ว่าไม่จำเป็นที่เราจะต้องไปบอกเค้า บอกเค้า เค้าก็ต้องมาคอยกังวลใจกับเรา แล้วบางคนก็แนะนำให้กินไอ้โน้นกินไอ้โน้น อะไรอย่างเนี้ยไซ้ใหม่ ก็มากเรื่องนะ ก็เลยเฉย ๆ”

สถานะทางเศรษฐกิจ ไม่ได้รับผลกระทบเนื่องจากคุณป้าสนใจเป็นข้าราชการบำนาญจึงสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ส่วนค่าเดินทางก็ไม่มีผลกระทบ เนื่องจากบ้านอยู่ไม่ไกลจากโรงพยาบาล และมีเงินเก็บสะสมอยู่แล้ว รวมทั้งมีรายได้ที่ได้จากเงินบำนาญทุกเดือนเป็นรายได้หลักและมีรายได้เสริมจากการให้เช่าสวนยางพารา และจากการขายยางพารา เงินที่ได้มาแต่ละเดือนสามารถแบ่งเป็นค่าใช้จ่ายได้ค่อนข้างพอดี ไม่เดือดร้อน นอกจากนี้ยังมีเงินจากลูก ๆ ที่คอยช่วยเหลือด้วย หากต้องซื้ออาหารเสริมหรือวิตามินบำรุงร่างกายที่นอกเหนือจากการเบิกยาใน

โรงพยาบาลนั้นส่วนใหญ่จะเป็นหน้าที่ของลูกสาวที่เป็นทันตแพทย์ที่ค่อนข้างมีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพของมารดามากกว่าคนอื่น ๆ ในครอบครัว

สิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย

หลังจากที่คนในครอบครัวทราบว่าคุณป้ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นแล้ว คุณป้าพบว่านอกจากผลกระทบที่ได้รับทางด้านร่างกายและจิตใจนั้น ยังมีสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นกับคุณป้าและครอบครัวดังนี้

สัมพันธ์ภาพในครอบครัว เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น คือ มีความสัมพันธ์ที่ดีกับสามีและลูก ๆ สมาชิกในครอบครัวมีความรักและเอาใจใส่ดูแลเป็นอย่างดี เข้าใจตนเองมากขึ้น เมื่อทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นก็มีความเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สามีที่เคยมีปัญหาเรื่องการมีผู้หญิงอื่นพยายามไม่ทำให้เกิดความไม่สบายใจ ไม่เกิดความรู้สึกรังเกียจหรือไม่อยากดูแล ตรงกันข้ามสมาชิกในครอบครัวพยายามหาอาหารเสริมให้รับประทานพร้อมทั้งช่วยหาวิธีการแก้ไขให้ดีขึ้น

เพื่อนให้ความเข้าใจมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อนสนิท แสดงความเป็นห่วงเป็นใยไม่ห่างเหินเมื่อทราบว่าคุณป้ามีภาวะสมองเสื่อม แต่ยิ่งแสดงความเอาใจใส่กันมากขึ้น โดยกล่าวว่า

“ไฉ้ย ยิ่งเอาอกเอาใจเราใหญ่เลย เฮ้ยเอาใจมันหน่อยเว้ย มันสมองเสื่อม (หัวเราะ)...บางทีนะมันไปไหนก็ซื้อของมาฝาก บำรุงสมองดีก็หอบมาให้เนี่ยเพื่อนไปเที่ยวเกาหลีมา ก็หอบมา ยาอะไร (หัวเราะ) ยาบำรุงสมอง (หัวเราะ) บอกกินแล้วไม่ตายหรอก”

วิธีการที่ช่วยให้เกิดการยอมรับกับอาการ

เมื่อรับรู้ว่าคุณป้ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นนั้นคุณป้ามีวิธีการที่ทำให้ตนเองยอมรับกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นดังนี้

การพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือขอคำปรึกษาจากผู้อื่น หลังจากที่คุณป้าทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมแล้วเริ่มมีความไม่สบายใจ จึงพยายามพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้มีประสบการณ์หลาย ๆ คน ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ผู้รักษาแพทย์ที่รู้จักกันดี อาจารย์ที่สอนจิตเวช เพื่อนที่มีสามีที่มีภาวะสมองเสื่อม จนกระทั่งพระสงฆ์ที่

ตนเองนับถือ ซึ่งเมื่อได้พูดคุย เกี่ยวกับอาการของตนเอง จึงได้นำเอาคำแนะนำที่ได้มาปฏิบัติในเรื่องของการจัดบ้านให้เป็นระเบียบและการครองตนให้มีสติ โดยกล่าวว่า

“ที่คุยนะก็คุยกับอาจารย์ อาจารย์นี่เมื่อก่อนเคยสอนจิตวิทยา อาจารย์สอนสมัยก่อน แก่มากแล้วเจอกันที่วัด ไปทำบุญวัดบวรก็ไปเจออาจารย์ ก็ขอเบอร์อาจารย์เอาไว้ติดต่อกับอาจารย์ ... เค้าเป็นอาจารย์ก็เออ แบบแก่มาก ตอนนี่ก็ 87-88 แต่ว่าความจำแถมกับที่เป็นจิตวิทยา ต้องทำอย่างนั้นอย่างนี้ นะ ต้องตรวจสอบ คือแบบเราลืมอะไรอย่างนี้ต้องหัดให้ว่าเราต้องเป็นคนมีระเบียบ ...”

“การที่ว่าเราได้คุยกับใคร การที่เรามีเพื่อนคุยสามารถที่จะเปิดอกกันได้ มันทำให้อาการดีขึ้นจริงมั้ย สุขภาพจิตมันจะดีขึ้น เมื่อสุขภาพจิตเราดีขึ้นสติมันก็มา”

ทำใจยอมรับกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ยอมรับกับความเป็นจริงของโลกมนุษย์ว่าคนเรามีเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นของธรรมดา ซึ่งต้องพยายามทำใจ เมื่อทำใจและยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ก็ดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของตนเองตามปกติ ปัจจุบันนี้มีความสุขดี และสามารถช่วยเหลือตัวเองได้อยู่ ปรับตัวกับภวะนั้นโดยกล่าวว่า

“... แรกหมอกก็ตรวจให้แต่ป้าก็ยังไม่คิดว่าถึงกับตัวเองสมองฟ่อ ก็คุยกับหมอก ... แต่เดี๋ยวนีเราต้องทำใจ ... ก็ยอมรับว่าเรารับไม่ได้แล้ว คือความจำเราไม่บรรเจิดเหมือนเมื่อก่อน (หัวเราะ) เพราะนั้นเราก็อย่าไปเปลี่ยนแปลงอะไรมันมาก ... ก็สักอาทิตย์ 2 อาทิตย์อะไรประมาณเนี่ย แล้วเราก็มานั่งคิด เออ เราก็อ่านหนังสือ ฟังธรรมะของหลวงพ่ोजรัญ อะไรประมาณเนี่ย อะไรก็อ่าน ๆ ๆ โห กังวลทำอะไรเดี๋ยวมันก็ตายทุกคน”

ให้กำลังใจตนเอง หลังจากที่ได้ทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ก็พยายามให้กำลังใจตนเอง และมองว่าสิ่งที่เกิดขึ้นก็มีทั้งสิ่งที่ไม่ดีที่เป็นการบั่นทอนจิตใจทำให้เกิดความเครียดแต่ก็เป็นสิ่งที่คอยเตือนให้ตนเองระมัดระวังตัวและมีสติมากขึ้น โดยกล่าวว่า

“ป่าผิดปกติล้มบ้างอะไรไม่รู้เอาของวางตรงนี้แปบเดียว ก็ล้มแล้ว หมอบอกว่าใจเย็น ๆ พอผลออกมาก็เป็นเหมือนดาบสองคมเหมือนกัน ให้เราระวังตัวและสองเราก็เครียดนิดหน่อย ... เราก็คิดว่าไม่เป็นไร เราก็คิดรักษา ... อืม ... พอเรามาคิดคืดดูแล้ว เออใช้เราต้องรีบตั้งสติกลับมาละ เอาสติไว้กับตัวเราก็น่าจะดีขึ้น”

วิธีการที่ใช้เพื่อช่วยในการดำเนินชีวิต

คุณป่ามีวิธีการจัดการกับอาการของภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นเพื่อช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวันดังนี้

การจดบันทึก คุณป่าสนใจมีสมุดบันทึกเล่มหนึ่งสำหรับจดบันทึกเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นและจดสิ่งสำคัญที่ต้องทำเพื่อป้องกันการล้มและหากมีนัดจะทำการจดบันทึกไว้ ลงวันที่ไว้ในกระดาษโน้ตแล้วพับใส่กระเป๋าตางค์ จากการสังเกตและสอบถามคุณป่าจะมีการจดบันทึกเกี่ยวกับวันนัดไว้หลายที่ทั้งในสมุดบันทึกที่อยู่ในห้องนอน ซึ่งต้องอ่านก่อนนอน ในกระดาษโน้ตที่จดแล้วใส่ไว้ในกระเป๋าตางค์ จดไว้ที่ปฏิทินติดฝาผนังบ้านและยังมีกระดานไว้ทาบอร์ดด้วยเพื่อจะได้สังเกตเห็นได้ชัด นอกจากนั้นยังทำการจดลงในสมุดบันทึกเกี่ยวกับเรื่องค่าใช้จ่าย การเงิน (ขณะสนทนาก็ได้พบปฏิทินที่มีลายมือของคุณป่าจดบันทึกวันที่ไว้ว่ามีนัดไปไหนอย่างไรนัดกับใคร ลงบนวันที่แต่ละวัน) โดยกล่าวว่า

“มีปฏิทินแล้วก็มีไว้ทาบอร์ด นัดอะไรสำคัญ สำคัญ ลูกเค้าก็จัดไว้ แล้วก็มืออะไรเราก็บันทึกในปฏิทินไว้ละ กระดาษอีกชิ้นหนึ่ง มันเหมือนกับเอาคลิบ ๆ เอาไว้ วันนี้นัดหมอกคนนั้น เวลาเท่านั้นเท่านี้ อันนี้นัดเพื่อนนะก็จะมีเนี่ยต้องทำแบบนี้พอก่อนนอนเรามีอะไรต้องตรวจ ... เดียวนี้ไม่โน้ตแล้ว ในสมุดเล่มใหญ่เนี่ยก็เขียน อะไรอะไรไว้เงินเข้าเท่าไรเงินออกเท่าไร ... เราก็จดไปว่าใครยืมเงินเราไปใครยืมเงินเราไป (หัวเราะ) คือเดี๋ยวนี้ต้องใช้การจด”

การยึดหลักธรรมคำสอนของพระพุทธเจ้า เมื่อเกิดความไม่สบายใจคุณป่าสนใจจะไปวัดกับเพื่อน ๆ หรือลูกและได้สนทนาธรรมกับพระสงฆ์ เพื่อให้ได้ข้อคิดในการดำเนินชีวิตและเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจด้วย พระสงฆ์ได้แนะนำเกี่ยวกับเรื่องของการมีสติและสมาธิให้กับคุณป่า จึงยึดถือและพยายามปฏิบัติตาม นอกจากนั้นยังมีการพึ่งธรรมะจากเทพบ้าง โดยกล่าวว่า

“พระท่านว่า การที่เรามีสติปัญญาหายไปเราต้องเรียกสติปัญญา
กลับคืนมา สติมาปัญญาตาม”

การฟังเพลง คุณป้าสนใจชอบฟังเพลงเป็นกิจวัตรอยู่แล้ว เนื่องจากรู้สึกผ่อนคลาย
ความคิดวิตกกังวลลดลง หรือในยามที่รู้สึกว่ามีสมาธิก็จะฟังเพลง ฟังดนตรี เพื่อให้จิตใจ
ผ่อนคลายและสงบมากขึ้น โดยกล่าวว่า

“เนี่ยคือหาทางออก เราก็ชอบอยู่แล้ว เราก็ทำในสิ่งนั้น...โดยเฉพาะฟัง
แนวทุกอย่าง อันนี้ดีมากเป็นเพลงบรรเลง ที่เค้ารักษาคนป่วย มีเสียงนกร้อง
เสียงอะไรอย่างนี้...ดีมากเลย เค้ารักษาคนที่เริ่มเป็นโรคจิตเริ่มเป็นคนสติไม่
ค่อยอยู่”

พยายามไม่เครียดและค่อย ๆ ทบทวนความคิด ว่าตนเองทำอะไรเวลาไหน
นำสิ่งของไปวางไว้ที่ไหน ก็จะนึกได้เองหรือบางที่อาจจะนึกไม่ออกแต่ก็จะพบของในภายหลัง
แต่เป็นวิธีที่ช่วยลดความเครียด ซึ่งวิธีนี้คุณป้าใช้ร่วมกับการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลายความเครียด
เมื่อหาสิ่งของไม่พบด้วย

การวางแผนการดำเนินชีวิต

โดยปกติแล้วคุณป้าจะวางแผนการดำเนินชีวิตในเรื่องหลัก ๆ ไว้แล้วตั้งแต่ก่อนที่ตนเอง
จะมีอาการเจ็บป่วย ส่วนเรื่องของการดำเนินชีวิตประจำวันก็จะเป็นไปตามปกติทุกวัน หากมี
กิจกรรมใดที่เพิ่มขึ้นมาก็จะวางแผนไว้ล่วงหน้า ซึ่งการวางแผนการดำเนินชีวิตของคุณยายจะแบ่ง
ออกได้ดังนี้

การวางแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ในแต่ละวันว่าจะทำอะไร ตามปฏิทินที่ได้ลง
ข้อมูลเกี่ยวกับการนัดตรวจหรือนัดพบใคร แต่ไม่ได้มีการวางแผนระยะยาวว่าจะต้องทำอะไรเป็น
แบบแผน ส่วนใหญ่จะเป็นการวางแผนว่าวันนี้จะทำอะไร มีนัดที่ไหน ส่วนการวางแผนเกี่ยวกับการ
ดูแลสุขภาพของตนเองในแต่ละวันจะมีลูกสาวที่เป็นทันตแพทย์คอยเป็นผู้ดูแลร่วมด้วย

การจัดการด้านทรัพย์สินและผลประโยชน์ คุณป้าสนใจได้วางแผนไว้ว่าคนที่จะมา
ดูแลผลประโยชน์ของตนเองต่อจะเป็นลูก โดยมีการแบ่งไว้ว่าใครจะได้ดูแลส่วนไหน ซึ่งก็มีสวน
ยางพาราที่ทางภาคใต้ที่จะให้ลูกเป็นผู้ดูแลต่อ แต่ตอนนี้ตนเองก็ยังเป็นผู้รับประโยชน์จากสวนนั้น
อยู่ โดยเป็นเงินค่าเช่าสวนและส่วนหนึ่งได้จากการขายยางพารา โดยกล่าวว่า

“ผลประโยชน์ ในสมุดเงินฝากใช้ใหม่ แล้วที่นี้ก็ ผู้ที่แบบรับผลประโยชน์ ใช้ใหม่ ตรงนี้ก็ไม่รู้ว่าจะให้ใครรับว่าจะเอาเงินไปฝากอยู่ก่อนหนึ่ง ก็ให้ลูกให้ หลานนั้นแหละ ก็เดี๋ยวนี้ในแบงค์ก็ระบุชื่อผู้รับผลประโยชน์แล้ว”

“คือวางแผนก็คือ คิดมาตลอดเออ ... คือคิดไว้ตลอดว่าเราจะต้องทำ อย่างนั้น ๆ เราก็มีโครงการอยู่แล้ว ว่าเราจะต้องทำอย่างนั้น ทำอย่างนี้ ถ้า ปล่อยให้พ่อเค้าไม่ได้ ลูกเค้าก็รู้ละ ... เรื่องที่ดินนี้ก็บ้านก็โอนแล้ว โอนให้ลูก คนสุดท้ายที่อยู่ แล้วก็บอกให้ใส่ชื่อหลานไปด้วย ลูกของลูกสาว ก็เค้าเข้า มหาวิทยาลัยปีนี้ ... ลูกชายคนโตนี้ก็ไปเยอะ ของลูกสาวคนที่ 2 ที่เป็นหมอมให้ เครื่องเพชรเครื่องทองอะไรเค้าก็ไม่ค่อยชอบเค้าคงเด็ก เหมือนป่า ป่าก็ไม่ค่อย ชอบ แล้วก็บ้านและที่ดินย่านสุขุมวิท”

คุณป้าสนใจมีการจัดสรรแบ่งส่วนของมรดกที่ต้องการให้เป็นส่วนของลูกแต่ละคน เรียบร้อยแล้ว โดยไม่ได้จัดทำเป็นพินัยกรรม แต่ให้ระบุโอนชื่อผู้เป็นเจ้าของไว้แล้วตั้งแต่ก่อนที่จะมี การเจ็บป่วยและเมื่อมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้นก็ได้จัดแบ่งไว้มากขึ้น โดยแบ่งบ้านส่วนที่อยู่ปัจจุบัน ให้กับลูกสาวคนสุดท้ายที่ยังไม่ได้แต่งงานและใส่เป็นชื่อของหลานสาวซึ่งเป็นลูกสาวของลูกคนที่ สองไว้ด้วย ส่วนที่ดินส่วนที่อยู่อื่นก็ให้ลูกสาวกับลูกชายที่เหลือในส่วนที่เท่า ๆ กัน

อย่างไรก็ตามคุณป้าสนใจยังไม่มีการวางแผนว่าจะให้ใครเป็นคนดูแลตนเอง เพราะ เชื่อว่าลูกๆ จะเป็นผู้ดูแลตนเองด้วยความรักและเอาใจใส่ ซึ่งยังไม่ได้คิดไปในระยะยาวว่าหาก อาการรุนแรงขึ้น จะเป็นอย่างไร เพราะเชื่อว่าตนเองคงไม่มีอาการรุนแรงเช่นนั้น โดยกล่าวว่า

“อันนี้ไม่ได้คิด เพราะว่ามีคนลูกก็อยู่บ้านใกล้ตรงนี้ ... อยากให้ลูกมา ดูแล ...”

ความรู้สึกที่ต้องการบอกให้คนอื่นทราบ

คุณป้าเชื่อว่ากำลังใจจากคนในครอบครัวเป็นเรื่องสำคัญ ไม่ควรซ้ำเติม ต้องเข้าใจผู้ที่มี ภาวะสมองเสื่อม เพราะคนที่เป็นสมองเสื่อมก็จะมีอาการเครียดและต้องอดทนมากอยู่แล้วเวลาที่ หาของไม่พบ หรือเวลาที่ตนเองรู้ว่ามีอาการก็จะไม่สบายใจและถ้าหากไม่มีกำลังใจก็จะเครียดมาก ต้องใจเย็น โดยกล่าวว่า

“มีบางทีนะอันนี้ละสิ่งสำคัญอย่างหนึ่ง ป้าจะบอกไว้ว่าคนที่อยู่ใกล้ตัวเราโดยเฉพาะสามี หรือภรรยาอะไรพวกเนี่ยจะต้องเข้าใจเรา เราก็ต้องใจเย็นที่จะแก้ไข ช่วยแก้ไข ป้ามองเห็นบางทีเค้ามาซ้ำเติมเรา เนี่ยไมโทนะหาของได้ทั้งปีทั้งชาติอะไร อ้าว ... ก็ไม่พอใจ ก็เครียดนิดหน่อย ตอนหลังก็ไปพูดกับเค้า (สามี) เนี่ยพ่อ พ่อก็สวนพ่อ แม่ก็สวนแม่ ก็ว่าเค้า ถ้าเค้าเป็น เค้าบอกถ้าเป็นพ่อนะ ... ส่วนมากผู้ชายเค้าต้องเป็นแบบนั้นแหละเค้าแบบไอ้พวกของคนอื่นเนี่ยเค้าไม่เห็นเป็นเรื่องของตัวเองแต่ถ้าเค้าคิดเดียวเนี่ยก็แค่ปวดหัวหน่อยนึงนะ โอ๊ย โกลาหลยุ่งจริงๆนะไอ้เรานี่อดทนนะเราอดทนมาก ๆ เลยนะ”

สรุป คุณป้าทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นเมื่อประมาณ 1 ปีที่ผ่านมา ซึ่งมีความรู้สึกหงุดหงิดและรู้สึกว่าตนเองแปลก ๆ ไป รับรู้ว่าคุณเองหลงลืมมากขึ้น จึงปรึกษากับลูกและไปตรวจเพื่อค้นหาความผิดปกติพบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับหลอดเลือดที่สมองตีบ เมื่อทำแบบทดสอบสภาพสมองร่วมกับการซักประวัติและทำการเอกซเรย์สมองด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์แพทย์จึงวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ซึ่งหลังจากที่เริ่มมีอาการของภาวะสมองเสื่อมขึ้นนั้น คุณป้าเริ่มรู้สึกว่าตนเองหลงลืมมากขึ้น จำวันนัดไม่ได้ เมื่อทราบผลการวินิจฉัยคุณป้าเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจ ไม่คิดว่าตนเองจะมีภาวะสมองเสื่อม น้อยใจที่เหตุการณ์แบบนี้เกิดขึ้นกับตนเอง แต่ก็พยายามทำใจยอมรับด้วยความคิดว่าตนเองอายุมากขึ้น เป็นธรรมชาติของมนุษย์ที่ต้องเสื่อมไปตามเวลาและกลัวว่าตนเองจะมีอาการรุนแรงเกิดขึ้นซึ่งไม่ทราบว่าอาการจะอย่างไร ขณะนี้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่วนผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อมนั้นมักจะทำให้เกิดความล่าช้าในการใช้ชีวิตประจำวันที่ต้องใช้เวลาในการหาสิ่งของที่ตนเองต้องการนาน ผลกระทบด้านจิตใจที่เกิดความรู้สึกเครียดเมื่อหาของไม่พบ ส่วนด้านสังคมนั้นคุณป้ายังคงมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่นเดิม ซึ่งมีสามีและลูก ๆ ช่วยกันดูแล แต่คุณป้าเองก็ยังคงดูแลตัวเองได้และหาวิธีการที่จะช่วยในการชะลอความเสื่อมของสมองให้กับตนเองด้วยการยึดหลักศาสนา ปล่อยวางและหากิจกรรมทำเพื่อไม่ให้ตนเองอยู่เฉย

สิ่งที่ได้จากการสังเกต

กรณีศึกษาเป็นหญิงวัยสูงอายुरูปร่างผอม ผิวดำแดง ผมหงอก การแต่งกายเหมาะสมกับกาลเทศะ ลักษณะการเดินมั่นคง เดินตรงแต่หลังโค้งเล็กน้อย ลักษณะการพูดคุยเป็นกันเอง บรรยายกาศบริเวณบ้านร่มรื่นดี มีต้นไม้และสนามหญ้าเล็ก ๆ หน้าบ้านสงบ ไม่มีเสียงดังจากสิ่งแวดล้อมนอกบ้าน ภายในบ้านมีการจัดข้าวของเป็นระเบียบเรียบร้อย ส่วนใหญ่สัมผัสภาชนะที่ห้องรับแขก เมื่อเริ่มสนทนาคณิศศึกษาสามารถตอบคำถามได้ชัดเจน เล่าเรื่องและประสบการณ์

ต่าง ๆ ได้อย่างมีลำดับขั้นตอน บรรยากาศในการสัมภาษณ์เป็นกันเอง กรณีศึกษาเชื่อว่าเมื่อตนเองเครียด หรือวิตกกังวลกับบางเรื่องจะทำให้ตนเองขาดสติและหลงลืมบ่อย ซึ่งในขณะที่เล่าความรู้สึกนี้สีหน้าของกรณีศึกษาแสดงถึงความวิตกกังวลและตั้งใจระบายความรู้สึกนี้

ขณะที่ทำการสนทนากกรณีศึกษามีความสนใจในการสนทนามาก แสดงออกถึงอารมณ์ร่วมในเนื้อหาการสนทนาอย่างสมเหตุสมผล เช่น เมื่อพูดถึงเรื่องราวในอดีตที่เป็นเรื่องตลก ก็หัวเราะอย่างจริงใจ เมื่อพูดถึงเรื่องอาการของตนเองก็เล่าด้วยอารมณ์และท่าทางที่ต้องการถ่ายทอดออกมาให้ผู้วิจัยเข้าใจตนเอง ซึ่งสิ่งที่สังเกตพบได้เกี่ยวกับอาการของภาวะสมองเสื่อม คือ กรณีศึกษามักพูดเรื่องเดิมซ้ำและมีอาการลืมในสิ่งที่เคยพูดเมื่อครั้งที่ผ่านมา

กรณีศึกษารายที่ 2

บริบท

ประวัติส่วนตัว คุณลุงเฉลิม (นามสมมติ) ปัจจุบันอายุ 75 ปี นับถือศาสนาพุทธ เคยแต่งงานแล้วแต่ปัจจุบันแยกกันอยู่ เป็นชาวกรุงเทพมหานครโดยกำเนิด สำเร็จการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรีสาขาวิศวกรรมศาสตร์ จากต่างประเทศ โดยก่อนนั้นเคยศึกษาที่สถาบันพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบังมาก่อน แล้วได้ทุนไปศึกษาต่อที่ต่างประเทศ เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วได้สอบวุฒิวิศวกรซึ่งเป็นวุฒิที่สูงที่สุดของการเป็นวิศวกร ปัจจุบันเป็นที่ปรึกษาด้านวิศวกรให้กับบริษัทรับก่อสร้างบางแห่งที่มาขอความช่วยเหลือ แต่ไม่ได้รับทุกงาน เนื่องจากต้องการพักผ่อนและกลัวว่าจะเกิดความผิดพลาดกับงาน

ชีวิตครอบครัว เป็นลูกคนเดียวที่เกิดจากบิดามารดาเดียวกัน แต่มีพี่น้องร่วมบิดาเดียวกันทั้งหมด 6 คน โดยตนเองเป็นคนรองสุดท้าย พี่น้องทั้งหมดไม่มีใครมีภาวะสมองเสื่อม คนอื่น ๆ ยังมีความจำดีอยู่ อาจมีหลงลืมบ้างเล็กน้อย แต่ไม่มากเท่าที่คุณลุงประสบอยู่ แต่จากการพูดคุยกับลูกสาวของคุณลุงทราบว่าคุณปู่ของคุณลุงมีลักษณะอาการคล้ายกัน คุณลุงเฉลิมแยกกันอยู่กับการรามาประมาณ 10 กว่าปี เนื่องจากมีทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ชีวิตไม่ค่อยตรงกัน ภรรยาของคุณลุงอาศัยอยู่กับพี่สาวและไม่ได้พบกันนานแล้ว แต่ลูก ๆ ก็ยังติดต่อและไปเยี่ยมแม่อยู่เสมอ ๆ และก่อนแยกจากกันก็มีการจัดการเรื่องทรัพย์สินและที่อยู่ไว้เรียบร้อยแล้ว คุณลุงและภรรยามีนุตรด้วยกัน 3 คน ขณะนี้คุณลุงอาศัยอยู่กับลูกสาวคนโตและลูกสาวคนสุดท้อง ส่วนลูกชายแต่งงานแล้วและแยกครอบครัวออกไปแล้วแต่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำอย่างน้อยอาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง

สภาพความเป็นอยู่ ลักษณะบ้านเป็นปูนสองชั้น มีสวนหย่อมเล็ก ๆ หน้าบ้าน มีรั้วปิดมิดชิดดี เดินทางไปข้างนอกได้โดยรถส่วนตัวหรือเรียกรถรับจ้างมารับ แต่โดยส่วนใหญ่ลูกจะเป็น

คนพาไป ปัจจุบันคุณลุงเฉลิมไม่ได้ออกไปทำงานนอกบ้านจะอยู่บ้านตลอดและอยู่คนเดียวในช่วงกลางวัน เมื่อถึงตอนเย็นลูก ๆ เลิกงานจึงได้อยู่พร้อมหน้า มีกิจกรรมที่ทำขณะอยู่บ้าน เช่น รดน้ำต้นไม้ ดูทีวี ฟังธรรมะ ทำงานบ้าน ออกกำลังกายโดยการเดินรอบ ๆ บ้านและตรวจงานที่มีคนนำมาปรึกษา คุณลุงสามารถช่วยเหลือตนเองได้พอสมควร เช่น ยังคงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด แต่อาจจะไม่คล่องแคล่วเหมือนเดิม

เดิมคุณลุงประกอบอาชีพวิศวกรโยธา เป็นผู้ตรวจสอบโครงสร้างของตึกและควบคุมการสร้างตึก ห้างสรรพสินค้าและหมู่บ้านหลายแห่ง นอกจากนั้นการเป็นวุฒิวิศวกรทำให้มีบริษัทหลายแห่งต้องการให้เข้าร่วมงานด้วยและมีหลายบริษัทที่นำแบบโครงสร้างของตึกมาให้ตรวจสอบรวมทั้งเชิญให้เข้าเป็นกรรมการบริษัทด้วย คุณลุงเคยทำงานเป็นผู้คอยตรวจสอบและลงนามรับรองโครงสร้างตึกมาตั้งแต่สำเร็จการศึกษาจนกระทั่งปัจจุบัน แต่ลดปริมาณงานลง เนื่องจากเห็นว่าตนเองมีความสามารถในการตรวจสอบลดลงต่างจากอดีตและหากเกิดการผิดพลาดก็จะเกิดอันตรายเป็นอย่างมาก จึงไม่ได้ทำงานหนักอย่างที่เคยเหมือนในอดีต

ภาวะสุขภาพ คุณลุงเฉลิมไม่มีโรคประจำตัวอื่น เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน แต่จะมีความผิดปกติเกี่ยวกับความเสื่อมของร่างกาย เช่น ความจำไม่ดี และข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น ปัจจุบันรับประทานยาเกี่ยวกับวิตามินบำรุงร่างกาย ยาบำรุงเลือด ยาแก้ปวด (เพื่อลดอาการปวดเข่า) และยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด

คุณลุงเฉลิมรับทราบว่าเป็นปัจจุบันนี้มีสุขภาพร่างกายไม่ดีเท่าที่ควร ทั้งการเคลื่อนไหวของร่างกายและความจำที่ไม่ดีเหมือนก่อน (พร้อมกับทำท่าทางให้ดูว่าการลุกเดินนั้นลำบากต่อตัวคุณลุงมากอย่างไร ซึ่งต้องใช้มือยันที่พนักเก้าอี้ก่อนที่จะลุกขึ้นยืนและต้องให้ข้อเข่ามีเสียงดังกรอกก่อนจึงจะเดินได้) โดยคุณลุงมีปัญหาเรื่องการเดิน ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การเดินไม่กระฉับกระเฉง เดินช้า ลากเท้าและโน้มตัวไปข้างหน้า และไม่เพียงแต่กล้ามเนื้อที่ขาอ่อนแรงเท่านั้น แต่กล้ามเนื้อที่มือก็อ่อนแรง ไม่สามารถหมุนเปิด - ปิดฝาภาชนะที่ต้องใช้กำลังมือได้ อาการลั้นแฉ้ง พูดไม่ชัด เกิดขึ้นพร้อม ๆ กับอาการเดินลำบาก อาการเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งขณะนี้ได้เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่วนอาการของความจำเสื่อมนั้นมีกระทบต่อการทำงานที่ทำอยู่บ้างเนื่องจากก่อนหน้านี้คุณลุงเคยทำงานเป็นวิศวกรคุมงานก่อสร้างและเป็นที่ปรึกษาในการตรวจสอบความถูกต้องของการก่อสร้างหลายโครงการ ซึ่งปัจจุบันนี้ไม่ค่อยได้รับงานมากเท่าเมื่อก่อนเนื่องจากกลัวว่าจะเกิดการผิดพลาดขึ้นได้

การรับรู้อาการของภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

คุณลุงเฉลิมทราบว่าตนเองเริ่มมีภาวะสมองเสื่อมครั้งแรกประมาณ 1 ปีที่ผ่านมา โดยไม่เคยสงสัยมาก่อนว่าตัวเองจะมีภาวะสมองเสื่อม โดยแบ่งการรับรู้ได้ดังนี้

ระยะแรก มีอาการที่ทำให้ต้องไปพบแพทย์ คือ อาการลึนแข็ง พูดไม่ค่อยชัด เดินช้าและเดินลำบาก ส่วนอาการหลงลืมนั้นคุณลุงคิดเพียงว่าเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นตามวัย แต่น้องชายของคุณลุงและลูกสาวคนโตซึ่งเป็นพยาบาลเกิดความสงสัยเกี่ยวกับอาการจึงทดสอบโดยให้คุณลุงนับเลข 1-100 และพบว่าไม่สามารถนับเลขเรียงจำนวนมาก ๆ ได้เหมือนเดิม ทดลองให้คิดเลขในใจ โดยให้ลบเลขจาก 100 ลบออกเรื่อย ๆ แรก ๆ คิดได้แต่ประมาณ 3 ครั้งเริ่มคิดไม่ถูกต้อง โดยกล่าวว่า

“ก็พูดไม่รู้เรื่องพูดไม่ค่อยชัด แล้วเค้าก็ให้นับเลข นับไปเรื่อย ๆ นะ พอ นับไป 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 พอถึง 70, 80 ก็จำไม่ได้แล้วลืมแล้ว กระโดดข้ามไป บางทีเวลาอ่านหนังสือก็อ่านไม่ค่อยดัง ... ซี่ก็เขี่ยอ่าน อ่านไปแป็บเดียว”

ระยะต่อมา เป็นระยะค้นหาความผิดปกติของอาการ เมื่อคุณลุงเฉลิมเห็นว่าตนเองไม่สามารถทำงานได้เหมือนเมื่อก่อน รวมทั้งลูกสาวก็มีความคิดเห็นว่าคุณลุงเปลี่ยนไปจึงพาไปตรวจเพื่อค้นหาสาเหตุ และจากผลการตรวจเอกซเรย์สมองด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์เพื่อตรวจดูความผิดปกติของสมองและหลอดเลือดที่เลี้ยงสมองพบว่าเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอร่วมกับการทำแบบทดสอบสภาพสมองและการซักประวัติพบว่าคุณลุงมีภาวะสมองเสื่อม

ระยะหลังได้รับการวินิจฉัย พฤติกรรมที่คุณลุงคิดว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมคือ มีอาการหลงลืมเกิดขึ้นค่อนข้างบ่อยโดยเฉพาะเมื่อบางของไว้แล้วกลับมาหาอีกไม่พบ เพราะจำไม่ได้ว่าตนเองนำไปวางไว้ที่ไหน ส่วนมากมักลืมนำวางโทรศัพท์ไว้ที่ไหน ซึ่งจะพบเมื่อมีคนโทรศัพท์เข้ามาแล้วเสียงโทรศัพท์ดังก็หาตามเสียง ความรู้ที่ตนเองเคยจำได้เมื่อสมัยทำงานอยู่เริ่มหายไป ต้องเปิดตำราดู เริ่มจำชื่อคนไม่ได้แม้กระทั่งหลานตนเอง แต่จำได้ว่าคนนี่คือหลาน ลูกน้องที่เคยทำงานด้วยแต่ไม่ค่อยได้ติดต่อกันเมื่อมาพบกันอีกครั้งก็นึกชื่อไม่ออก จำเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่ได้หรือลืมนับประทานยา เป็นต้น ส่วนอาการลึนแข็ง พูดไม่ชัดและเดินลำบาก คุณลุงคิดว่าอาจจะเกิดจากการที่เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอจึงทำให้สมองไม่สั่งการให้ร่างกายทำงานได้อย่างเป็นปกติ ปัจจุบันยังรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

“ทำงานมาเยอะ ใช้ประสาทไปเยอะ ใช้เกี่ยวกับความจำด้วย ... ความจำแย่ วางบิ๊บก็จำไม่ได้แล้ว วางโทรศัพท์ไว้พอใครโทรมาก็ไม่รู้ว่าจะอยู่ไหน” (ขณะที่สนทนาก็ต้องคอยใช้คำถาม

กระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลตอบ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลจะพูดไม่ค่อยชัด และพูดซ้ำ ต้องใช้ความคิดก่อนที่จะพูดออกมาแต่ละคำ)

การรับรู้ความรู้สึกหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

ความรู้สึกของคุณลุงที่เกิดขึ้นหลังจากการรับทราบว่าคุณเองมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นแล้วมีดังนี้

1. ระยะแรกหลังได้รับการวินิจฉัย

รู้สึกแย่ คุณลุงคิดว่าที่ตนเองไม่สามารถจำสิ่งที่เคยทำได้ จำเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่ได้ทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ความสามารถในการทำงานลดลงและบางครั้งรู้สึกเหมือนมีอาการประสาทไม่สั่งการ โดยกล่าวว่า

“... แย่มากเลย จำไม่ค่อยได้ ต้องเปิดตำรา หลานเองยังจำไม่ได้ คือ จำไม่ได้ ๆ ลืมชื่อเล่นมั่งอะไรมั่ง เดินบางที่ก็ก้าวขาไม่ออก ประสาทไม่สั่งงาน”

รู้สึกกลัว คุณลุงกลัวว่าในอนาคตอาการของตนเองจะรุนแรงขึ้น เช่น การหกล้ม จำคนไม่ได้ การจำบ้านไม่ได้เพราะก่อนหน้านั้นเคยนั่งรถตุ๊ก ๆ แล้วจำทางกลับบ้านไม่ได้ แต่บังเอิญคนขับรถตุ๊ก ๆ เป็นคนแถวนั้นและรู้จักบ้านคุณลุงจึงกลับบ้านได้ ทำให้คุณลุงเกิดความรู้สึกกลัวว่าจะเกิดขึ้นกับตนเองในอนาคต โดยกล่าวว่า

“แย่มากขึ้นไปไหนมาไหนลำบาก ไปไหนกลัวจะลืมหักกลับบ้านไม่ถูก ก็เคยมี ก็เราก็นั่งตุ๊ก ๆ อะไรอย่างนี้คนแถวนี้เค้าก็รู้จักบ้านอาจารย์...เค้ารู้จักลุงหมดเลย”

ปิดบังอาการ ในช่วงแรกที่พบและได้พูดคุยกับคุณลุงนั้นคุณลุงไม่ต้องการให้ใครทราบเรื่องนี้ และมีเพียงแพทย์ ลูก ๆ และพี่น้องของตนเองเท่านั้นที่ทราบเรื่องนี้ คุณลุงไม่ได้บอกให้เพื่อนร่วมงานคนอื่นทราบเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนเอง เนื่องจากกลัวว่าหากคนอื่นรู้ว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมก็จะไม่มีใครไว้วางใจในงานที่ตนเองมีส่วนร่วมในการตรวจสอบ

2. ระยะต่อมา

ทำใจยอมรับ คุณลุงเกรงว่าหากตนเองยังทำงานต่อไปอาจเกิดความผิดพลาดกับงานขึ้นได้ จึงพยายามทำใจยอมรับอาการว่าเป็นผลมาจากภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นกับตนเอง

รู้สึกต้องการพักผ่อน ต้องการพักจากงานที่ทำอยู่บ้าง ไม่ต้องการทำงานหนัก หากบอกให้เพื่อนร่วมงานทราบอาการเจ็บป่วยของตนเองแล้วงานก็คงจะลดลง (ซึ่งในระยะแรกที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์นั้นคุณลุงยังคงต้องการทำงานอยู่และยังไม่ต้องการให้ใครรู้เรื่องอาการเจ็บป่วยของตนเองเพราะเกรงว่าจะเสียงาน

3. **ระยะหลัง** จากนั้นประมาณ 2 อาทิตย์ได้คุยเรื่องนี้อีกครั้ง คุณลุงมีความคิดเปลี่ยนไป จากที่ยังคงต้องการทำงานเป็นต้องการพักผ่อน) เนื่องจากตนเองรับรู้ได้ถึงอาการที่ชัดเจนมากขึ้น

ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

หลังจากที่คุณลุงทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมและได้ดำเนินชีวิตร่วมกับความเจ็บป่วยมาทำให้คุณลุงบอกเล่าเกี่ยวกับผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นได้ดังนี้

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง เนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายได้ช้าลง กล้ามเนื้อมีอาการลดลง พูดไม่ชัด เดินช้า เดินลำบาก คิดช้า เวลาจะทำกิจกรรมใดก็ไม่สามารถออกแรงได้เต็มที่ ซึ่ง ก่อนหน้านี้สามารถทำได้ปกติ โดยกล่าวว่า

“... แล้วก็ทำอะไรไม่ค่อยได้ไง ... ลืม ทานข้าวแล้วก็ลืม ลืมกินยา ซึ่งคนก็จำไม่ได้”

“... ก็มีทำอะไรช้า ช้าลงแล้วก็ลืมเก่ง ลืมนู่นลืมนี่ บางทีก็ ลืม ... หมุน ๆ เปิดอะไรไม่ได้ เค้าเรียกว่าสมองไม่สั่งงานนะ เปิดอะไรไม่ได้ เปิดขวด (ผู้สัมภาษณ์ ยกตัวอย่างการเปิดขวดเป๊ปซี่ฝาหมุน ผู้ให้สัมภาษณ์เปิดไม่ได้) เปิดไม่ได้เลย เพราะว่าที่เปิดหมุน ๆ นี้ไม่ได้เลย ไม่มีแรงหมุน กำมือก็ไม่ค่อยได้”

ความสามารถในการสื่อสารลดลง เนื่องจากพูดไม่ชัด พูดช้าและต้องใช้เวลาในการคิด การตัดสินใจนาน ในการคิดก่อนที่จะพูดออกมาแต่ละคำ โดยขณะที่สนทนากับคุณลุงผู้วิจัย ต้องใช้คำถามกระตุ้นให้คุณลุงตอบ

เกิดอาการน้อยใจ คิดว่าลูกไม่พอใจตนเองที่ตนเองทำอะไรช้า เพราะเมื่อตนเองทำอะไรช้าหรือมีอาการลืม ลูกก็จะบ่นและต่อว่าตนเองในบางครั้ง แต่เมื่อคิดได้ว่าลูกก็คือลูก ยังไงเขาก็ดูแลเรา จึงให้อภัยและไม่เก็บมาคิดมาก โดยกล่าวว่า

“กระทบจิตใจนะเวลาใครทำอะไรเรา เราไม่อยากพูด ... อย่างอาบน้ำแล้ว ลืมปิดไฟเค้าก็ว่าเรา ก็ถูกสาวคนเล็ก เหมือนแม่เค้า ก็เข้าใจ ... เอ๊ะเราไปก้าว กายอะไรมากริปาว แต่เราก็ลืม ลูกบอกว่า พ่อลืม ๗”

เกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายและรำคาญ การที่ตนเองทำกิจกรรมไม่ได้เหมือนเดิม พูดไม่ชัด ความจำไม่ดี จำชื่อเพื่อนที่เคยเรียนมาด้วยกันไม่ได้ จึงเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย รำคาญตัวเอง และไม่ต้องการออกไปไหน โดยกล่าวว่า

“รำคาญตัวเอง อย่างวันนั้น สวัสดิ์พี ... ก็จำไม่ได้ว่าใครที่ปีนั้นปีนี้ เพราะเพื่อนเรา 70 - 80 ปีแล้ว ก็เยอะมี 40 กว่าคน จำชื่อไม่ได้พอบอกชื่อมา ลืมอีกแล้ว ... น้าเบื่อหน่าย ไม่อยากออกไปไหน ไม่ไปก็ไม่ได้ อย่างเค้าแต่งงาน เราก็ต้องไป”

รู้สึกเป็นภาระ ในการดูแลของลูก ๆ ที่ต้องมาคอยดูแลตนเองอย่างใกล้ชิด หลังจากที่ทราบว่าคุณเองมีภาวะสมองเสื่อม รู้สึกว่าทำอะไรช้าลง ไม่เหมือนเมื่อก่อน ลืมบ่อย ทำให้ลูกต้องดูแลตนเองมากขึ้น บางครั้งลืมบ่อย หรือทำบ้านรก ลูก ๆ ก็จะต้องทำอะไรช้า ไม่ทันใจและจะทำให้เค้าหงุดหงิด จึงคิดว่าตนเองเป็นภาระให้กับลูกที่ต้องมาคอยดูแล ซึ่งเมื่อก่อนไม่เคยต้องให้ใครดูแล เพราะเราสามารถช่วยเหลือตัวเองและทำงานได้อย่างคล่องแคล่ว แต่ปัจจุบันนี้อาการเจ็บป่วยเป็นมากขึ้น จึงต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นให้ดูแลมากขึ้น โดยกล่าวว่า

“ไอ้เราไม่น่าเลยกวณคนอื่นเค้า คือเราไม่น่ากวณคนอื่นเค้าเลย เป็นภาระเค้า คือเค้าต้องคอยดูแลเรา คนเล็กก็ตีมานอนข้างเตียงนะ”

เกิดความล่าช้าในการทำงาน เนื่องจากคุณลุงเฉลิมมีปัญหาเรื่องของความจำ แต่งานในอาชีพที่ต้องใช้การคิดที่ซับซ้อน การคำนวณและการตรวจสอบความถูกต้องของงาน ทำให้งานที่คุณลุงทำอยู่ได้รับผลกระทบได้ด้วย เพราะกลัวว่างานจะเกิดความผิดพลาด เนื่องจากบางครั้งยังคงมีผู้มาให้ตรวจสอบและลงนามรับรอง จึงต้องเปิดตำราและใช้เวลาในการตรวจสอบนานกว่าที่เคย และลายมือที่เปลี่ยนแปลงไปมีผลต่อลายมือชื่อที่ต้องลงนามรับรอง

ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง เนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายที่ค่อนข้างลำบาก การพูดไม่ชัดและความจำไม่ดีเหมือนก่อน ทำให้ความสามารถในการ

ช่วยเหลือตนเองลดลง การเข้าสังคมพบปะกับเพื่อนฝูงลดลง แต่ไม่ได้แยกตัวออกจากสังคม ยังคงมีการติดต่อกับเพื่อนร่วมงาน ลูกศิษย์และเพื่อนบ้านอยู่ แต่อาจไม่บ่อยเหมือนเดิม โดยให้เหตุผลว่าการเดินทางไปไหนมาไหนนั้นลำบากกว่าเมื่อก่อน เนื่องจากเขาไม่ค่อยดี เดินช้า ซึ่งจะทำให้ลำบากต่อคนอื่นที่ต้องคอยดูแลด้วยและยังมีเรื่องของการพูดไม่ชัดอีกด้วย พูดไปบางที่ก็กลัวคนอื่นเขาจะฟังไม่รู้เรื่อง จริง ๆ แล้วยังต้องการพบเพื่อน ๆ และก็ยังอยากไปประชุมในเรื่องที่เกี่ยวกับงานของตนเอง การไปประชุมเกี่ยวกับงานที่ทำอยู่ เช่น การไปเข้าร่วมประชุมของสมาคมที่ตนเองเป็นสมาชิกอยู่ แต่สภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวยจึงไม่อยากไป แต่บางครั้งก็ไปได้และตนเองมีความต้องการไปร่วมงานก็มี เช่น เป็นแขกในงานแต่งงานของลูกสาวเพื่อน โดยกล่าวว่า

“ก็แย่น้อยตอนนี้ใครจะชวนไปไหนก็ไปไม่ได้ ... อยากไปอยู่ อย่าง
ประชุมเนี่ยนะ ต่างจังหวัด นั่นก็ไม่ได้ไปนี่ก็ไม่ได้ไป ไม่ได้ไป เข้าสังคมน้อยลง
เป็นนายกสมาคมด้วย ก็ไม่ได้ไป ไม่อยากไป”

สิ่งที่ยังไม่ได้รับผลกระทบ

หลังจากที่คุณลุงมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการของภาวะสมองเสื่อมนั้น นอกจากจะพบว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นแล้วยังมีสิ่งที่ยังไม่ได้รับผลกระทบด้วยดังนี้

ความสามารถในการดูแลสุขภาพชีวิตส่วนบุคคล คุณลุงยังคงสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองเช่นเดิม ไม่มีปัญหาเรื่องนี้ คุณลุงจะพยายามทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง เพราะยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้และไม่ต้องการเป็นภาระให้ลูก ๆ

ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน คุณลุงยังคงมีความสนิทสนมกันเช่นเคย เพียงแต่ไม่ค่อยได้พบปะกันเหมือนที่ผ่านมาและมีเพียงบางคนเท่านั้นที่ทราบเรื่องความเจ็บป่วยของคุณลุง เนื่องจากคุณลุงเห็นว่าไม่จำเป็นต้องนำเรื่องอาการของตนเองไปบอกให้คนอื่นทราบ บางครั้งคนที่ต้องการให้รู้คือคนที่ทำงานด้วยกันเพราะจะมีผลกระทบต่องานที่ทำอยู่

ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน คุณลุงเฉลิมไม่ได้บอกใครเนื่องจากไม่เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องบอกให้ผู้อื่นทราบเรื่องอาการเจ็บป่วยของตนเอง เพราะปกติก็ไม่ได้สนิทกันมากเพียงแค่ทักทายกันบ้าง ในบางครั้งก็ถามถึงความเป็นอยู่ ความสุขสบาย ซึ่งก็มีสัมพันธ์ภาพเป็นปกติเช่นเดิม การออกไปรับประทานอาหารที่ร้านอาหารก็ยังคงมีการพูดคุยกันอย่างสนิทสนมกับเจ้าของร้านและผู้คนละแวกนั้นส่วนรู้จักตนเองเป็นอย่างดีว่าเป็นวิศวกรและอาศัยอยู่แถวนั้นมาหลายสิบปี แต่ก็ไม่มีใครที่ทราบเกี่ยวกับอาการสมองเสื่อมของตนเอง จึงยังกังวลว่าหากออกไปนอกบ้านแล้วจะหลงทางแต่ปัจจุบันนี้ไม่มีปัญหานั้น

สถานะทางเศรษฐกิจ ถือว่าไม่มีปัญหาเรื่องการเงินเนื่องจากลูกสาวของคุณลุงรับข้าราชการสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้และไม่มียาตัวใดที่ต้องจ่ายเอง ส่วนเรื่องรายได้ที่ยังได้รับก็คือเงินเดือนจากการเป็นที่ปรึกษาให้บริษัทก่อสร้างบางแห่ง

สิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย

นอกจากผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อมที่คุณลุงได้รับนั้น คุณลุงยังพบว่าสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นมีดังนี้

ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว ลูก ๆ ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด รู้สึกถึงความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นมากขึ้น จะเห็นได้ชัดเจนลูกสาวคนโตที่ก่อนหน้านี้ก็ดูแลพาไปพบแพทย์ แต่อาจจะไม่ค่อยได้กลับบ้านเพราะเป็นพยาบาลและต้องขึ้นเวรบ่อย ๆ จึงนอนที่หอพักพยาบาล ซึ่งโดยปกติจะมีลูกสาวคนสุดท้องดูแลอยู่แล้ว แต่หลังจากที่ทราบอาการของคุณลุงนั้นจึงกลับบ้านทุกวันและเอาใจใส่ดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้คุณลุงได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่ดีขึ้นจากลูกคนอื่น ๆ

มีเวลาพักผ่อนมากขึ้น เนื่องจากรู้สึกว่าคุณลุงมีร่างกายอ่อนเพลีย ไม่ค่อยมีแรง ความคิดช้าลงและไม่สามารถไปไหนมาไหนได้สะดวกเหมือนเมื่อก่อน ร่วมกับที่มีอายุมากแล้วจึงถือว่าเป็นโอกาสดีที่ตนเองจะได้พักผ่อนบ้าง เพราะที่ผ่านมาก็ทำงานมากแล้ว

วิธีการที่ช่วยให้เกิดการยอมรับกับอาการ

หลังจากที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบหลาย ๆ อย่าง โดยคุณลุงมีวิธีการที่ทำให้ตนเองยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น ดังนี้

เป็นเรื่องธรรมชาติของมนุษย์ คุณลุงเฉลิมคิดว่าเป็นเรื่องธรรมชาติของคนที่เกิดการเจ็บป่วยได้เมื่ออายุมากขึ้นและเห็นว่า ตนเองก็ยังมีความสามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้ ยังไม่ถึงขั้นที่ต้องให้ใครมาดูแลทุกอย่างและลูกสาวก็เป็นพยาบาลซึ่งคอยดูแลอยู่แล้ว หากเกิดปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองลูกสาวก็น่าจะช่วยเหลือได้

หากิจกรรมทำ ซึ่งเป็นวิธีการที่ใช้เพื่อลดความรู้สึกเบื่อหน่ายหรือรำคาญตัวเองให้คลี่คลายลง เช่น การปลูกต้นไม้เพื่อช่วยให้เบี่ยงเบนความรู้สึกเบื่อหน่าย การฟังธรรมะเพื่อให้ซึมซาบถึงพระธรรมคำสอนและเกิดความรู้สึกเข้าใจชีวิตมากขึ้น โดยกล่าวว่า

“ก็เราก็ไปฟังธรรมะ ทำอะไร รดน้ำต้นไม้ ลูกก็ซื้อต้นไม้มาให้ปลูกแต่บางทีเราก็ไม่ได้ปลูก”

การขอคำปรึกษา คุณลุงปรึกษาเรื่องความเจ็บป่วยกับแพทย์และลูกสาวที่เป็นพยาบาลก็จะปรึกษาเกี่ยวกับอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงและอาการหลังลิ้มที่พบได้ชัดเจนว่าตนเองเริ่มจำชื่อคนไม่ได้ ซึ่งการที่ได้คุยกับแพทย์เจ้าของไข้และลูกสาวทำให้รู้สึกได้ถึงแม้จะเจ็บป่วยแต่ก็มีผู้ที่คอยช่วยเหลืออยู่ น่าจะสามารถดูแลตนเองต่อไปได้และตนเองยังมีความสามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้ ยังไม่ถึงขั้นที่ต้องให้ใครมาดูแลทุกอย่าง โดยกล่าวว่า

“ยังไม่ปรึกษาใคร ... ก็มีหมอ ลูกก็เพิ่งจะรู้ เรายังนั่นได้ ยังจำได้อยู่ ...
เราไม่ต้องไปถามใคร ลูกก็เป็นพยาบาล ”

วิธีการที่ใช้เพื่อช่วยในการดำเนินชีวิต

การจัดการกับอาการของภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นที่คุณลุงใช้สำหรับช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีดังนี้

การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เป็นระเบียบ เช่น ลูก ๆ จะจัดที่แขวนกุญแจไว้ที่ผนังตรงประตูภายในบ้าน ซึ่งจะมีที่แขวนกุญแจหลายประเภทไว้ที่เดียวกัน สามารถเลือกได้ว่าต้องการกุญแจอะไร ซึ่งวิธีการนี้สามารถช่วยให้การหากุญแจง่ายขึ้น ส่วนปัญหาการลืมโทรศัพท์เคลื่อนที่ ได้มีการจัดวางเก้าอี้และตะกร้าเล็ก ๆ ไว้สำหรับวางโทรศัพท์เคลื่อนที่ ซึ่งอยู่ใกล้กับเก้าอี้ที่นั่งเป็นประจำ แต่ก็ยังคงวางตามที่จัดให้บ้าง หรือบางทีลืมก็ไม่ได้วาง ทำให้หาไม่พบ

การจัดอาหารและยาไว้เป็นมือ ๆ โดยลูกสาวจะทำอาหารไว้ให้ แต่คุณลุงเฉลิมจะเป็นผู้จัดการตักมารับประทานเองและจะจัดยาใส่กล่องไว้เป็นมือ ๆ วางไว้ให้ในตะกร้าที่คุณลุงสามารถหยิบได้สะดวก แต่ก็ยังมีบางวันที่ลืมรับประทาน เนื่องจากออกไปข้างนอกบ้านแล้วลืมนำยาไปด้วย

จดบันทึกเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น คุณลุงเฉลิมจะมีสมุดบันทึกหนึ่งเล่มไว้จดบันทึกเพื่อลดปัญหาการลืม เช่น มีคนมาจ่ายเงินเท่าไร วันไหน วันไหนมีนัดจะมีคนมาติดต่อเรื่องงานที่บ้าน ไปหาหมอหรือไปร่วมงานสังคม เป็นต้น โดยกล่าวว่า

“... จด ๆ ไว้ จดไว้ ทุกวันแหละ การเงิน อะไรมั่ง เราก็จดหมด ก็ไม่ลืมเราต้องเปิดทุกวันนัดหมายอะไรเราก็จดไว้ อันนี้มีประมุมนะ วันนี้วันเกิดคนนี้นะ คือทำอย่างนี้มาตั้งนานแล้ว ปี ๆ แล้วการเงินการอะไรจ่ายเงินจ่ายอะไร เราก็หักบัญชีไว้ ... คือมันลืมเก่ง พอได้รับอะไรมาก็รีบไปขีดไปจด”

“... จดไว้มี จดเบอร์โทรศัพท์จดอะไรมี บางทีก็จำไม่ได้ ลืมเราจดไว้ที่ไหน
หว่า ให้นำมาบัตรมาอยู่ไหน เป็นบ่อย”

บอกเล่าความเจ็บป่วยของตนเองให้เพื่อนร่วมงานที่สนิททราบ หลังจากที่ตนเองทราบว่ามีภาวะสมองเสื่อม แต่ยังมีผู้ร่วมงานมาให้ตรวจสอบมากขึ้นโดยไม่ทราบว่าคุณลุงเฉลิมมีภาวะสมองเสื่อมและคุณลุงทราบว่าตนเองสามารถทำได้มากน้อยแค่ไหน จึงบอกเล่าอาการและความเจ็บป่วยของตนเองให้กับผู้ร่วมงานที่สนิท ๆ รับทราบว่าตนเองมีปัญหาอย่างไรและขอปฏิเสธการให้ความช่วยเหลือ แต่บางคนก็มาขอให้ลงนามเพื่อรับรองการก่อสร้างอาคารให้ ซึ่งงานบางอย่างที่สามารถตรวจสอบให้ได้ไม่เกินความสามารถที่มีอยู่ ณ ตอนนั้นก็จะช่วยเหลือได้ แต่หากไม่สามารถทำได้ก็จำเป็นต้องปฏิเสธไป

การวางแผนการดำเนินชีวิต

การวางแผนการดำเนินชีวิตของคุณลุงเฉลิมโดยส่วนใหญ่จะเป็นการวางแผนในเรื่องหลัก ๆ ส่วนสิ่งที่ทำเป็นประจำทุกวัน มักจะไม่ได้วางแผนใด ลักษณะการวางแผนการดำเนินชีวิตของคุณลุงจะเป็นดังนี้

การดำเนินชีวิตประจำวัน คุณลุงเฉลิมได้วางแผนไว้ว่าแต่ละวันจะทำอะไรบ้าง โดยจะดูจากสมุดบันทึกที่ตนเองจดไว้ ซึ่งส่วนใหญ่มักปฏิบัติเหมือนเดิมทุกวัน คือตื่นมาก็จะดำเนินชีวิตตามปกติที่ได้เคยปฏิบัติมา ดูแลบ้าน (แต่ลูก ๆ จากการสอบถามจากลูก พบว่า คุณลุงไม่สามารถจัดการหรือดูแลให้เป็นระเบียบได้ แต่คุณลุงมักจะชอบจัดบ้านอยู่เสมอ) หากตรงกับวันพระจะนำแจกันดอกไม้ไปไหว้พระและสวดมนต์ที่ห้องพระ หากมีงานเลี้ยงหรือธุระที่จะมีใครมาพบที่บ้านหรือต้องออกไปข้างนอกก็จะเตรียมตัวไว้

เรื่องงาน คุณลุงเฉลิมมีการวางแผนเกี่ยวกับเรื่องงานโดยจะมีสมุดบันทึกหนึ่งเล่มเพื่อเขียนว่าวันไหนมีกิจกรรมอะไรบ้างที่ต้องทำและจะเปิดดูอยู่เสมอ ๆ ซึ่งถึงแม้จะมีการเจ็บป่วยและรับงานลดลงแต่ยังคงมีคนโทรมาปรึกษาเรื่องงานและมาติดต่ออยู่เป็นประจำ

ความต้องการได้รับการดูแล คุณลุงเฉลิมต้องการได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวเนื่องจากคุณลุงเฉลิมอาศัยอยู่กับลูกสาวสองคน ส่วนลูกชายคนโตแต่งงานและย้ายครอบครัวออกไปแล้ว แต่ยังไม่มาหาอยู่เสมอ จึงค่อนข้างสนิทกับลูก ๆ เนื่องจากเมื่อก่อนอาศัยอยู่ด้วยกัน ดูแลเอาใจใส่กันมาตลอด เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นย่อมต้องการให้ลูกมาดูแลเพราะเป็นคนที่มีไหวและน่าจะเข้าใจตนเองมากกว่าคนอื่น เพราะความรู้สึกด้านจิตใจนั้นมีค่ามาก การได้อยู่กับลูกและลูกมาดูแลตนเองทำให้มีความสุขมากกว่าการที่ได้รับความดูแลจากผู้อื่นและ

ปัจจุบันนี้ลูก ๆ ก็มาดูแลตนเองอยู่แล้ว ช่วงเย็นของแต่ละวันเมื่อลูกสาวทั้งสองคนเลิกงานมาก็ซื้ออาหารมาให้รับประทาน มาพูดคุยซักถามอาการ ทำให้รู้สึกชื่นใจ โดยลูกสาวคนที่เป็นพยาบาลจะมีการพูดคุยและหยอกเล่นอย่างสนิทสนมกันมากกว่าลูกสาวคนเล็ก (และจากการสังเกต พบว่าเวลาที่คุณลุงได้พูดคุยกับลูกนั้นคุณลุงมีความเป็นกันเอง มีความสุขที่ได้หยอกเล่นกันกับลูก ๆ) แต่ไม่ต้องการได้รับการดูแลจากคนที่จ้างมา เนื่องจากก่อนหน้านี้เคยมีเด็กที่จ้างมาดูแลแต่ไม่เหมือนลูกตัวเองดูแล ตนเองไม่ชอบที่จะให้คนอื่นมาดูแล เพราะความเอาใจใส่ ความรู้สึกด้านจิตใจนั้นต่างกัน โดยกล่าวว่า

“... ก็ลูก ๆ แหะละ ทุกคนแหะละทั้ง 3 คน ให้มาดูแล มาหาพ่อ คำก็ถาม พ่อกินอะไรไหม ลูกดูแลตัวเองดีกว่า ให้คนอื่นดูไม่เอา ไม่ชอบ ก็เคยมีแต่นานแล้ว ...”

การจัดการทรัพย์สินผลประโยชน์และมรดก ปัจจุบันนี้คุณลุงยังมีผลประโยชน์ที่ได้รับเป็นเงินค่าตอบแทนจากการเป็นที่ปรึกษาของสมาคมแห่งหนึ่งและบริษัทก่อสร้างบางแห่ง ซึ่งส่วนใหญ่มาจากการเป็นที่ปรึกษาของบริษัทก่อสร้างเมื่อได้รับในแต่ละครั้งก็จะนำมาแบ่งเป็นสัดส่วนให้ลูก ๆ แต่ละคน เพราะตนเองไม่มีค่าใช้จ่ายมากนักจะเก็บไว้สำหรับตนเองส่วนหนึ่ง ส่วนลูกมีค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ เช่น ค่าน้ำค่าไฟ ค่าอาหาร ค่าสาธารณูปโภคในบ้านและลูกบางคนมีรายได้ไม่เพียงพอก็ได้ช่วยเหลือเขาด้วยและส่วนหนึ่งให้ลูกนำไปฝากธนาคารให้ เพื่อเก็บไว้ใช้ส่วนตัว โดยกล่าวว่า

“ได้มาห้าหมื่นก็แบ่งไป คนละหนึ่งหมื่น ดูแลเอง ก็กระจาย ๆ ให้ลูกไปหมด คำมาพอดีก็ให้เค้าไปไม่มาก็เอาเข้าธนาคาร”

ส่วนเรื่องของมรดก ทรัพย์สินที่มีอยู่คุณลุงเฉลิมได้ทำการแบ่งให้แก่ลูก ๆ ตามสัดส่วนที่คิดไว้ ตั้งแต่ก่อนที่จะทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อม โดยจัดการแบ่งให้ดูแลและให้เอกสิทธิ์เป็นชื่อของแต่ละคนเรียบร้อยแล้ว โดยกล่าวว่า

“แบ่งกันหมดแล้วนิ อย่างบ้านที่อยู่นี้ ก็เจ้าของชื่อมรดกก็ลูกชาย ก็แบ่งไว้หมดแล้ว ... ก็มีให้คนโตไป ... ลูกเค้าก็ดูแล”

ความรู้สึกที่ต้องการบอกให้คนอื่นทราบ

คุณลุงมีความรู้สึกว่าคุณการที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการสูงอายุและการใช้สมองมากในช่วยวัยทำงาน ซึ่งอาการที่ตนเองประสบนั้นเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วทำให้ตนเองไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ จากที่เมื่อก่อนเคยทำอะไรได้ด้วยตนเอง ไปไหนมาไหนได้สะดวก แต่ปัจจุบันไม่สามารถทำได้

นอกจากนี้แล้วยังรู้สึกว่าขณะนี้ตนเองยังสามารถดูแลตัวเองได้ จึงไม่ต้องการที่จะเป็นภาระให้กับลูก ๆ หรือคนอื่น โดยกล่าวว่า

“บางทีก็ใจน้อยนะ ไม่อยากพูดกับเค้า (คุณลุงหันหน้าและมองไปทางลูกสาวซึ่งนั่งอยู่นอกห้อง) เค้าดูอยู่เรื่อยไป ว่าทำอะไรซ้ำจ้ง อย่างเมื่อเช้าจะมาแต่เช้าด้วย ลูกก็อย่างนี้ ๆ ... น้อยใจ แล้วก็ค่อย ๆ หายไป ลูกก็ต้องให้อภัย”

สรุป คุณลุงทราบว่าตนเองเริ่มมีภาวะสมองเสื่อมเมื่อประมาณ 1 ปีที่ผ่านมา เมื่อมีอาการลึ้นแข็ง พูดไม่ค่อยชัด เดินช้าและเดินลำบาก และไม่สามารถนับเลขเรียงจำนวนมาก ๆ ได้เหมือนเดิม เริ่มคิดไม่ถูกต้อง ซึ่งมีความรู้สึกสงสัยและรู้สึกว่าตนเองแปลก ๆ ไป เมื่อไปตรวจเพื่อค้นหาความผิดปกติโดยทำแบบทดสอบสภาพสมองร่วมกับการซักประวัติและทำการเอกซเรย์สมองด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ พบว่า มีปัญหาเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ แพทย์จึงวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ซึ่งหลังจากที่เริ่มมีอาการของภาวะสมองเสื่อมขึ้นนั้น คุณลุงเริ่มรู้สึกว่าตนเองหลงลืมมากขึ้น การคิดคำนวณช้าลงมาก ไม่สามารถทำงานบางอย่างได้เช่นเดิม เมื่อทราบผลการวินิจฉัยกรณีศึกษาเกิดความรู้สึกแยะที่ตนเองไม่สามารถจำสิ่งที่เคยจำได้และกลัวว่าตนเองจะมีอาการรุนแรงเกิดขึ้น ขณะนี้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จากภาวะสมองเสื่อมกรณีศึกษาได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจและเกิดความรู้สึกน้อยใจ รู้สึกเป็นภาระ เบื่อหน่ายกับอาการของตนเองที่ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เหมือนเดิม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลงเนื่องจากความสามารถการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ความสามารถในการสื่อสารลดลง พูดไม่ชัดแต่กรณีศึกษา มีลูก ๆ ช่วยกันดูแลและยึดหลักศาสนา ปลอ่ยวาง เพื่อให้จิตใจสบาย หาวิธีการที่จะช่วยในการชะลอความเสื่อม

สิ่งที่ได้จากการสังเกต

กรณีศึกษาเป็นชายวัยสูงอายุรูปร่างสมส่วน สูง ผิวดำแดง ผมสั้นทรงทรง การแต่งกายเหมาะสมกับกาลเทศะ ลักษณะการเดินไม่ค่อยมั่นคง เดินลำบาก พูดไม่ชัดเนื่องจากลิ้น

แข็ง ลักษณะการพูดคุยเป็นกันเอง กรณีศึกษามีความสนใจในการสนทนาดี ทำทางมีความสุขดี และชอบที่มีคนมาเยี่ยมมาคุยที่บ้าน สักพักกรณีศึกษาได้ไปนำเอกสารเกี่ยวกับประวัติส่วนตัวและเอกสารเกี่ยวกับงานที่ตนเองเคยทำมาให้ผู้วิจัยดูและมีทำทางแสดงถึงความภูมิใจกับผลงานของตนเอง ขณะที่ทำการสัมภาษณ์กรณีศึกษานั้นอุปสรรคคือเสียงของกรณีศึกษาที่ไม่ชัดเจน แต่ได้บอกมาให้กรณีศึกษาพยายามพูดซ้ำ ๆ ไม่ต้องพูดเร็ว ซึ่งก็สามารถช่วยให้ฟังได้ชัดมากขึ้น

ขณะที่ทำการสนทนากรณีศึกษามีความสนใจในการสนทนามาก แสดงออกถึงอารมณ์ร่วมในเนื้อหาการสนทนาอย่างสมเหตุสมผล เช่น เมื่อพูดถึงเรื่องราวในอดีตที่เกี่ยวกับการทำงานก็จะนำเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการทำงานมาให้ดู ซึ่งอาการที่แสดงออกเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของกรณีศึกษา คือ การที่กรณีศึกษานำบัตรแสดงตำแหน่งวิศวกรสูงสุดมาให้ผู้วิจัยดูหลาย และเมื่อพูดคุยถึงเรื่องของอาการของตนเองก็เล่าด้วยอารมณ์และมีการแสดงทำทางที่ต้องการถ่ายทอดออกมาให้ผู้วิจัยเข้าใจด้วย และมักจะเล่าเรื่องเดิมซ้ำในแต่ครั้งที่ผู้วิจัยไปเยี่ยม การที่จะตอบคำถามของผู้วิจัย หรือการที่จะเล่าเรื่องราวบางอย่างให้ผู้วิจัยฟังกรณีศึกษามักใช้เวลาในการนึกคิดคำที่จะพูดค่อนข้างนานและมักจะแสดงออกถึงความน้อยใจที่ตนเองประสบกับเหตุการณ์เช่นนี้ด้วยหน้าทำทางที่เสียและไม่สบตาขณะทีพูด

กรณีศึกษารายที่ 3

บริบท

ประวัติส่วนตัว คุณลุงสาทร (นามสมมติ) ปัจจุบันอายุ 72 ปี นับถือศาสนาพุทธ เป็นชาวราชบุรีโดยกำเนิด เดิมประกอบอาชีพข้าราชการครู ตลอดชีวิตการทำงานย้ายไปโรงเรียนที่ต่างจังหวัดหลายแห่ง และสุดท้ายได้ย้ายมาทำงานสร้างฐานะที่กรุงเทพมหานครพร้อมกับแต่งงานมีครอบครัวและอาศัยที่กรุงเทพมหานครเป็นเวลาประมาณกว่า 40 ปี หลังจากเกษียณแล้วได้เป็นผู้ตรวจคุณภาพการศึกษาของสถาบันการศึกษาหลายแห่งโดยทำมาเป็นเวลาประมาณ 9 ปี จนกระทั่งเริ่มมีอาการเจ็บป่วยจึงหยุดทำงาน

ชีวิตครอบครัว คุณลุงสาทรมีพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกันทั้งหมด 5 คน ตนเองเป็นคนที 5 ปัจจุบันยังมีชีวิตอยู่ทุกคน พี่น้องและญาติไม่มีใครมีภาวะสมองเสื่อม คุณลุงมีสถานภาพสมรสคู่ มีบุตรชาย 1 คนเป็น ปัจจุบันอาศัยอยู่กับภรรยาเพียง 2 คน ลูกชายแต่งงานและแยกครอบครัวไปแล้ว แต่ยังไปมาหาสู่กันอยู่เป็นประจำ อย่างน้อยอาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง ผู้ที่ดูแลคุณลุงสาทรคือภรรยาซึ่งคุณปู่เกษียณอายุราชการก่อน 1 ปี เพื่อทำหน้าที่ดูแลคุณลุง

สภาพความเป็นอยู่ ลักษณะบ้านเป็นบ้านเดี่ยว 2 ชั้น มีสวนหย่อมหน้าบ้านและยังมีบ้านหลังเล็กที่ทำไว้สำหรับลูกชายอีกหลังแต่ปัจจุบันไม่มีใครอยู่เนื่องจากลูกแยกครอบครัวออกไป

จึงอาศัยอยู่เพียง 2 คนกับภรรยา ปัจจุบันคุณลุงสาทรไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ มีเพียงกิจกรรมเล็กน้อยที่ทำอยู่ที่บ้าน เช่น รดน้ำต้นไม้ กวาดใบไม้ ออกกำลังกาย ดูโทรทัศน์ นอกจากนี้มีภรรยาเป็นผู้คอยดูแลและกระตุ้นให้ทำกิจกรรมเพื่อคงความสามารถของคุณลุงไม่ลดลง ทั้งด้านการออกกำลังกาย การทำงานบ้าน ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้มีกิจกรรมและไม่หยุดนิ่งมากเกินไป ส่วนกิจกรรมนอกบ้านส่วนใหญ่คุณลุงไม่ได้ออกไปไหนบ่อยหลังจากที่มีอาการเจ็บป่วย นอกจากไปพบแพทย์เพื่อตรวจตามนัด หรือออกมาปั่นจักรยานในหมู่บ้าน ซึ่งต่างจากเมื่อก่อนที่ต้องเดินทางไปต่างจังหวัดบ่อยครั้ง ไปไหนมาไหนคล่องแคล่ว

ภาวะสุขภาพ คุณลุงสาทรไม่มีโรคประจำตัว แต่ปัจจุบันนี้สุขภาพไม่ค่อยแข็งแรงหลังจากที่คุณลุงสาทรและภรรยาสังเกตได้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นซึ่งต่างจากเดิมอย่างเห็นได้ชัด เช่น พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง เดินช้าลง คิดช้าลง เขียนหนังสือได้ไม่เหมือนเดิม การสะกดคำไม่ถูกต้อง การเขียนใช้เวลานานขึ้น ลายมือเปลี่ยนไป มีอาการหลงลืม ไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม จึงไปพบแพทย์และทำการตรวจวินิจฉัยจึงพบว่า มีภาวะสมองฝ่อที่เกิดจากความผิดปกติเกี่ยวกับการที่เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอเนื่องจากการตีบของหลอดเลือดที่สมองบางส่วน ทำให้มีอาการแสดงออกทางด้านร่างกาย ปัจจุบันเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

การรับรู้อาการของภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

คุณลุงสาทรทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมเมื่อประมาณ 1 ปีที่ผ่านมา โดยบอกเล่าการรับรู้อาการเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ดังนี้

ระยะแรก รับรู้ว่ามีอาการผิดปกติ หลังจากทีกลับมาจากต่างจังหวัดสังเกตพบว่าตนเองเริ่มมีอาการลิ้นแข็ง พูดไม่ค่อยชัด ขาปลายมือปลายเท้าชิวชา ซึ่งก่อนหน้านี้อาจมีอาการหลงลืมบ้างแต่คิดว่าเป็นอาการปกติของคนสูงอายุ แต่เริ่มสงสัยเกี่ยวกับอาการด้านร่างกายที่ทรุดลง

ระยะต่อมา ค้นหาความผิดปกติของอาการ โดยการไปพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยและพบว่าเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ เกิดสมองฝ่อ ซึ่งรับรู้ได้ถึงอาการที่ไม่สามารถทำงานได้เหมือนเมื่อก่อน ความจำไม่ดี ความสามารถในการเดิน การคิด การพูดและการเขียนช้าลง คุณลุงสาทรได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการหลงลืมว่าส่วนมากจะเป็นอาการที่เกี่ยวกับความจำ มักลืมในสิ่งที่เคยจำได้ เช่น รหัสบัตรเอทีเอ็ม หมายเลขโทรศัพท์ และแม้กระทั่งวันเดือนปีเกิดของตนเอง (จากการสอบถามในครั้งแรกไม่สามารถตอบได้ชัดเจนว่าตนเองอายุเท่าไร ประกอบกับข้อมูลของแพทย์ที่เคยทดสอบการถามถึงวัน เดือน ปี เกิด ของคุณลุงสาทร แต่ในการสัมภาษณ์ครั้งหลัง ๆ คุณลุงสามารถตอบได้และตรงกับที่ภรรยาให้ข้อมูล) ซึ่งส่วนใหญ่คุณลุงสาทรมักจำไม่ได้เกี่ยวกับตัวเลข เช่น อ่านตัวเลขตามจำนวนหลักไม่ได้ แต่ปัจจุบันนี้ดีขึ้นสังเกตได้จากที่สามารถจำวันเกิดของ

ตนเองได้ ส่วนรหัสบัตรเอทีเอ็มและหมายเลขโทรศัพท์นั้นยังจำไม่ได้ต้องจดใส่กระดาษและไว้ในกระเป๋าเงิน โดยกล่าวว่า

"ช่วงแรกที่มีอาการจำไม่ได้นั้นตนเองรู้สึกไม่อยากจะทำอะไร ไม่อยากคิดอะไร ไม่อยากจำ ไม่อยากพูด มีความรู้สึกขี้เกียจและต้องการนอนอย่างเดียว"

ระยะหลังได้รับการวินิจฉัย สิ่งที่ทำให้คุณลุงสาทรคิดว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมก็คืออาการที่ตนเองเริ่มจำอะไรไม่ได้ ไม่อยากจำ ไม่อยากคิด ไม่อยากพูด ไม่อยากทำอะไรและรู้สึกว่าตนเองมีความผิดปกติ ไม่เหมือนเดิม พูดไม่ชัดเจน จากเดิมที่เป็นคนกระฉับกระเฉง กลายเป็นมีการลืม ลืมสิ่งที่เคยเรียนรู้มา ลืมวันเดือนปีเกิดของตนเอง ลืมภาษาบาลี สันสกฤต ซึ่งตนเองเคยท่องได้ในครั้งที่เคยบวชเป็นพระมาก่อน เนื่องจากคุณลุงสาทรไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมมาก่อน จึงไม่คิดว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมและไม่คิดว่าเหตุการณ์เช่นนี้จะเกิดขึ้นกับตนคิดว่าอายุมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดอาการเช่นนี้ โดยกล่าวว่า

"คือเราไม่ชอบอ่านเฉย ๆ ไม่ชอบรู้เฉย ๆ ... คิดว่ามันถึงจุด 70 (อายุ 70 ปี) พอดีก่อน 70 หน่อยหนึ่ง เกิดเดือนกรกฎาคม เอ้ย เดือนสิงหาคมเกิด 23 สิงหาคม ไร เราก็เป็นเดือนเมษายน ... ก็หมอบอก มาตอนสมองเสื่อมเยอะ ๆ ถามนานแล้ว เป็นช่วง เมษา พฤษภาคม หอม ... ก็ให้เรียงเลข เรียงไม่ถูก หน่วย สิบ ร้อย พัน หมื่น แสน ล้าน อย่างนี้ ตอนนั้นเรียงไม่ถูก เดียวนี้เรียงถูก"

การรับรู้ความรู้สึกหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

ความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังจากทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นแล้วมีดังนี้

1. ระยะแรกหลังได้รับการวินิจฉัย

เกิดความเครียด หลังจากที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ไม่เชื่อว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อม เพราะก่อนหน้านี้ตนเองสามารถทำงานได้ตามปกติ ช่วยเหลือตัวเองได้ ไปไหนมาไหนได้เอง ซึ่งเริ่มรู้สึกเครียดเนื่องจากตนเองจำอะไรไม่ค่อยได้ เช่น รหัสบัตรเอทีเอ็ม เบอร์โทรศัพท์ บ้าน อ่านตัวเลขเรียงหลักหมื่น หลักล้านไม่ได้ เป็นต้น โดยกล่าวว่า

“... ก็ทีแรกก็คิดว่าทำไม่ได้แล้ว ทำสิ่งต่าง ๆ ไม่ได้แล้ว ก็ไม่คิดเลย ... เราก็พูดเล่น เป็นหมิ่น หมิ่นเป็นล้าน ... รู้สึกว่าที่หมอบอกว่าเป็นโรคเสื่อมสมองตายอะไรนี้ เราก็ไม่เชื่อ”

2. ระยะเวลาต่อมา

กลัวสูญเสียความสามารถและความทรงจำ เนื่องจากเริ่มมีอาการลืมสิ่งที่เคยเรียนรู้มา ซึ่งในช่วงแรกที่เป็นกะทันหันนั้นคุณลุงสาทรลืมน่าจะต้องเรียงลำดับเลขอย่างไร อ่านค่าตัวเลขไม่ถูกต้อง ไม่สามารถอ่านเลขหลักแสน หลักล้านได้ ลืมรหัสบัตรเครดิตเงินสดจากตู้เอทีเอ็ม จึงเกิดความรู้สึกกลัวว่าตนเองจะไม่สามารถจำได้ และลืมสิ่งต่าง ๆ มากกว่านี้

ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

คุณลุงสาทรกล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านดีและไม่ดี โดยในด้านดีนั้นหลังจากที่ทราบว่าตนเองมีภาวะสมอง คือ การที่ตนเองได้หยุดพักจากการทำงาน แต่ความคิดส่วนหนึ่งก็ยังอยากทำงาน อยากใช้ความคิดอยู่ เนื่องจากงานที่ตนเองทำเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพ การศึกษานั้นเป็นงานที่ใช้ความสามารถมาก เมื่อตนเองมีความสามารถก็ยังอยากใช้ความสามารถในส่วนนั้น สำหรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังจากที่ทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นนั้นส่งผลกระทบต่อคุณลุงสาทรดังนี้

ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยลง การเดินช้าลง กล้ามเนื้อแขน ขา อ่อนแรงมากขึ้น โดยจะเป็นชีกขวา ซึ่งคุณลุงสาทรได้ปรึกษาและพูดคุยกับแพทย์เจ้าของไข้แล้ว ผลการตรวจสแกนคอมพิวเตอร์เพื่อตรวจดูความผิดปกติของสมองนั้นพบว่าสมองซีกซ้ายมีการฝ่อเล็กน้อย ตนเองจึงคิดว่าน่าจะมีสาเหตุทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายผิดปกติไปด้วย เช่น การออกกำลังกาย การประกอบอาหารรับประทานที่เมื่อก่อนสามารถทำได้ส่วนปัจจุบันทำได้น้อยลง แต่ยังไม่ถึงขั้นที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ โดยก่อนการเจ็บป่วยมีการออกกำลังกาย ปั่นจักรยาน แต่เมื่อเกิดการเจ็บป่วยก็ไม่ต้องทำอะไร ซึ่งภรรยาของคุณลุงสาทรจะเป็นผู้คอยช่วยเหลือดูแลและกระตุ้นให้คุณลุงสาทรมีกิจกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองด้วยตนเอง โดยกล่าวว่า

“เรื่องการเดิน เรื่องการคิด การเดินก็ เดี่ยวนี้ค่อยแต่จะนั่งจะนอน ไม่ค่อยได้วิ่ง แต่ก่อนอยากวิ่งอยากอะไรวิ่งตามบ้านตามอะไร เดี่ยวนี้วิ่งไม่ได้”

ความสามารถในการทำงานลดลง เนื่องจากความสามารถในการใช้ความคิด การพิจารณาและความสามารถในการจดจำสิ่งใหม่ ๆ ที่เพิ่งเกิดขึ้นลดลง รวมถึงความสามารถในการ

จดจำตัวเลขที่เกี่ยวข้องกับตนเองลดลง ซึ่งอาการเหล่านี้ทำให้กระทบต่อกิจวัตรประจำวันที่เคยกระทำอยู่ให้เปลี่ยนแปลงไป โดยหลังจากที่ทราบว่าตนเองมีความเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม และรับรู้อาการที่แสดงออกมามีผลกระทบต่อการทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงมีความจำเป็นต้องบอกข้อมูลการเจ็บป่วยของตนเองให้กับเพื่อนร่วมงานทราบ จากเดิมที่เคยทำงานการประเมินคุณภาพการศึกษาต้องออกไปทำงานทุกวัน แต่ปัจจุบันก็ไม่ได้ทำ ไม่ได้ออกสังคม เคยสวดมนต์ อารานาศึลได้ ปัจจุบันก็จำไม่ค่อยได้ เป็นต้น โดยกล่าวว่า

“สมองเสื่อมก็คือ ไม่ต้องทำงาน ... ก็อยากทำเหมือนกันแต่ว่า พอเกิดเรื่องเกิดสมองเสื่อมก็ไม่อยากทำ ... ก็คือเราเป็นคนเราก็อยากใช้ความคิด อย่างงานเราของกรมประเมินอย่างนี้ งานเป็นปึกไม่ใช่อีกเล็ก ๆ โรงเรียนปึกใหญ่ไม่ได้ทำก็เลิกมาปึกว่าแล้ว แต่ก็จะทำก็ได้แต่ไม่อยากทำ”

“อย่างอารานาศึลหรืออะไรนี้แหละ พอเป็นขึ้นมาก็อารานาไม่ได้ ... แต่ก่อนนี้เรื่องขอศีลเรื่องรับศีลเราทำหมด ตอนหลังมันลืม”

ความสามารถในการสื่อสารลดลง เนื่องจากการที่ตนเองตัดสินใจช้าลงไม่เหมือนเมื่อก่อน และอาการที่ไม่อยากพูดเนื่องจากบางครั้งนึกไม่ออกว่าสิ่งที่ต้องการพูดนั้นจะอธิบายออกมาให้ผู้อื่นเข้าใจได้อย่างไร เช่น ต้องการพูดเรื่องหนึ่ง คิดไว้ว่าจะทำอย่างนั้นอย่างนี้ จะพูดเรื่องนั้นเรื่องนี้ แต่ก็ไปทำหรือพูดไปอีกเรื่องหนึ่งต่างจากสิ่งที่ตนเองคิดไว้และการพูด การกระทำอะไรไม่เป็นไปอย่างที่ตนเองต้องการ

ความรู้สึกรำคาญตัวเอง ความรู้สึกนี้เกิดขึ้นเมื่อเวลาที่ต้องการทำอะไรแล้วทำไม่ได้ตั้งใจ บางครั้งไม่สามารถสื่อสารสิ่งที่ตนเองต้องการบอกผู้อื่นออกมาเป็นคำพูดได้ ความคิดช้าลง พูดช้าลง ความคิดที่ต้องการจะพูดและทำสิ่งหนึ่งแต่ไปพูดหรือทำอีกอย่างหนึ่งซึ่งไม่ใช่สิ่งที่ตนเองคิดไว้ โดยกล่าวว่า

“ด้านการพูดก็ตกไปเยอะ ตกไป 30% มั้ง ... มันยังงั้นละ แต่ก่อนนี้คำว่าติดขัดนี้ไม่มี พูดดีแล้วก็ชัดเจน ... เดียวนี้มันพูดแล้วมันไม่ได้ตั้งใจ แต่ไม่อยากพูด”

มินิสัยเปลี่ยนไป ก่อนป่วยคุณลุงสาทรเป็นคนขยัน แต่หลังจากที่มีอาการป่วยนั้นรู้สึกไม่อยากทำอะไร ซึ่งไม่สามารถอธิบายได้ว่าความรู้สึกนั้นเป็นเช่นไร ทราบแต่เพียงว่าไม่อยากจะทำอะไรเพราะตนเองไม่มีความสามารถที่จะทำได้เหมือนเมื่อก่อน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการเดินทาง การเขียนหนังสือ ความรู้สึกที่ว่าไม่อยากจะทำอะไร รู้สึกขี้เกียจ ไม่อยากจะทำ พูด ไม่อยากเขียน ไม่อยากคิด ไม่อยากเดิน ความรู้สึกดังกล่าวนั้นเกิดขึ้นตั้งแต่ที่คุณลุงสาทรทราบว่าตนเองมีความผิดปกติและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

ขาดอกขัดใจตนเองในบางครั้ง โดยการที่ปล่อยให้ภรรยาเป็นผู้ตัดสินใจก็จะมีบางอย่างที่ทำให้ตนเองไม่พอใจ แต่ก็ไม่ได้คัดค้านหรือออกความคิดเห็นเพียงเพราะว่าไม่อยากพูด ไม่อยากเถียง ซึ่งต่างจากเมื่อก่อนที่เวลามีความคิดเห็นไม่ตรงกันก็จะแสดงความคิดเห็นได้ตลอดเวลาและสามารถตัดสินใจได้ โดยกล่าวว่า

“คือไม่อยากไปขัดคอเหมือนแต่ก่อน แต่ก่อนนี้ไม่ได้ ออกความเห็น ตอนนั้นก็ให้เค้าคิดคนเดียว (ผู้วิจัยถามคุณลุงสาทรว่ายังก็มีความรู้สึกขัดแย้งหรือไม่ ผู้ให้สัมภาษณ์ตอบว่ามี) มี แต่ไม่อยากเถียง ขี้เกียจพูด ต้องตามเค้า แต่ก็รู้สึกมันไม่ค่อยถูกใจเรา รำคาญ เรื่องพูด เรื่องคิดเรื่องนั้น หลาย ๆ เรื่อง ก็พูดไม่ค่อยเหมือนแต่ก่อน ซ้ำมันพูดไม่ดีที่จะพูดเรื่องนี้เรื่องอื่นอะไรก็มีแล้วก็เรื่องพูดเรื่องอื่น เช่น พูดเรื่องรูปภาพเราก็ไปพูดเรื่องที่ไม่ใช่รูปภาพอย่างนี้ก็มี ...”

การเปลี่ยนแปลงของฐานะทางสังคมอย่างเห็นได้ชัด เนื่องจากก่อนหน้านี้จะเกิดอาการเจ็บป่วยนั้นคุณลุงสาทรเป็นอาจารย์และหลังจากเกษียณเป็นผู้ตรวจคุณภาพการศึกษาของสถาบันการศึกษาหลายแห่ง แต่เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ความทรงจำเปลี่ยนแปลงไป ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองเปลี่ยนแปลงไป จึงทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ปัจจุบันนี้คุณลุงสาทรไม่ได้ทำงานประเมินคุณภาพการศึกษาแล้ว จึงพักผ่อนอยู่ที่บ้านมีกิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ เพื่อให้ร่างกายได้มีการเคลื่อนไหว ออกกำลังกาย เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายที่เกิดจากสมองได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ

การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมลดลง เนื่องจากสภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวยและไม่ต้องการให้หลาย ๆ คนรู้ว่าตนเองมีอาการเช่นนี้ รู้สึกว่าเมื่อพูดก็กลัวว่าคนจะฟังไม่รู้เรื่อง การเดินก็ช้าลง คิดช้าลง จึงไม่ค่อยได้เข้าสังคม หรือพบปะกับเพื่อน ๆ เหมือนเมื่อก่อน มีการเข้าร่วมกิจกรรมลดลง โดยกล่าวว่า

“คือแต่ก่อนเรามีฐานะเราก็ไปโน่นทุกอาทิตย์ ฐานะเรื่องทำผลงานเรื่องอะไรต่ออะไร เพื่อน ๆ ที่รู้จักกันยังอยู่ ยังไม่ได้ออก ก็ไม่ได้ไป ไม่ได้ไปเพราะว่าความเจ็บป่วยการงานที่ทำก็เหลืออยู่สุดท้ายเนี่ยเหลือไม่ถึง 10 อย่าง ก็แต่ก่อนทำได้เดี๋ยวนี้ทำไม่ได้”

ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน คุณลุงสาทรเป็นคนที่ไม่ค่อยสูงส่งกับเพื่อนบ้านจึงไม่ได้มีใครรู้ถึงอาการเจ็บป่วยของตนเองจึงไม่สามารถบอกได้ถึงความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านว่าเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร แต่จะมีอยู่ 1 คนที่เป็นเพื่อนกันมาก่อนและบ้านอยู่ใกล้กัน ซึ่งก่อนหน้านั้นก็ไปมาหาสู่กันดี แต่หลังจากที่คุณลุงเริ่มเจ็บป่วยก็ไม่ค่อยได้พบปะพูดคุยกันเหมือนเดิม

สิ่งที่ยังไม่ได้รับผลกระทบ

หลังจากที่คุณลุงมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการของภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นนั้น นอกจากจะพบว่ามีความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นแล้วยังมีสิ่งที่ยังไม่ได้รับผลกระทบด้วยดังนี้

ความสัมพันธ์ในครอบครัว คุณลุงยังคงมีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวปกติ เช่น เดิมและเข้าใจว่าภรรยาต้องเหนื่อยมากขึ้น บางอย่างที่สามารถช่วยบางเบาได้ก็อยากจะช่วย แต่บางครั้งภรรยาก็จะทำเองมากกว่าที่จะให้ตนเองเป็นผู้ทำงานนั้น ส่วนลูกชายเมื่อทราบว่าพ่อป่วยก็ไม่ได้มีความสัมพันธ์เปลี่ยนแปลงไป ยังคงทำตัวตามปกติ ไปมาหาสู่เช่นเคย ไม่ได้เอาใจใส่มากขึ้นกว่าเดิม

สถานะทางเศรษฐกิจ สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้จากการเป็นข้าราชการบำนาญ แต่หากเป็นคลินิกพิเศษก็จะไม่สามารถเบิกค่าแพทย์ได้และบางครั้งก็จะมาพบแพทย์ช่วงนอกเวลา เนื่องจากไม่ต้องรอคิวนาน แต่ค่ายาสามารถเบิกได้ เพราะไม่มียานอกบัญชียาหลักและส่วนที่เบิกไม่ได้ก็ไม่ได้มีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของคุณลุงสาทร ส่วนค่าเดินทางก็ไม่มีผลกระทบมาเนื่องจากบ้านอยู่ใกล้โรงพยาบาล

สิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย

หลังจากที่ทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น คุณลุงได้รับผลกระทบหลายอย่างและต้องการการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งทำให้พบว่าในขณะที่ตนเองมีปัญหาด้านสุขภาพนั้นตนเองก็ได้พบกับสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นเช่นกัน ซึ่งพบดังนี้

ได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่มากขึ้นจากภรรยา ซึ่งภรรยาของคุณลุงเกษียณออกจากข้าราชการก่อนเวลา 1 ปี เนื่องจากต้องมาดูแลสามี เพราะฉะนั้นการที่มีเวลาในการดูแลกันอย่าง

ใกล้ชิดนั้นทำให้ได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่มากขึ้นเนื่องจากอยู่ด้วยกัน 2 คน ต้องคอยดูแลอย่างใกล้ชิด เห็นอกเห็นใจกันมากขึ้น

ได้โอกาสในการศึกษาหาความรู้ ทั้งคุณลุงและคุณป้าได้หาวิธีที่จะช่วยกระตุ้นความจำและความสามารถในการทำงานของสมองให้คงอยู่ได้มากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ เนื่องจากทั้งคุณลุงและภรรยาต้องไปพบแพทย์พร้อมกัน ดูแลซึ่งกันและกัน เมื่อได้ความรู้ใหม่ ๆ ที่เกี่ยวกับการฟื้นฟูความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายหรือการชะลอความเสื่อมของสมองก็นำมาปรับใช้

ได้รับการดูแลและการรักษาที่ดี รู้สึกว่าอาการเกี่ยวกับการหลงลืมดีขึ้นมาบ้าง หลังจากที่รับประทานยาจากแพทย์ที่โรงพยาบาล อาการก็ไม่ทรุดลงยังพอฟื้นฟูได้บ้าง เช่นความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง ความสามารถในการอ่านจำนวนเลข ถึงแม้ว่าจะไม่กลับมาดีเหมือนเดิมแต่ก็ยอมรับว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นเมื่อเกิดขึ้นแล้วก็ต้องใช้ชีวิตต่อไปอย่างที่สามารถทำได้

วิธีการที่ช่วยให้เกิดการยอมรับกับอาการ

การปล่อยวาง คุณลุงสาทรใช้วิธีการคิดว่าการที่ตนเองมีอาการคิดไม่ออกว่าจะต้องทำอะไร อย่างไร ไม่อยากคิดอะไรเลย เกิดจากตนเองมีภาวะสมองเสื่อม เมื่อคุณลุงนึกถึงอาการเจ็บป่วยของตนเองและอายุที่มากขึ้น จึงยอมรับและปล่อยวาง รู้สึกว่าการที่ตนเองไม่ได้ทำงานต่อนั้นถือว่าเป็นการได้พักผ่อนในเวลาที่ย่างมากขึ้น โดยกล่าวว่า

“สมองเสื่อมก็คือ ไม่ต้องทำงาน ก็อยากทำเหมือนกันแต่ว่า พอเกิดเรื่องเกิดสมองเสื่อมก็ไม่อยากทำ ก็คือเราเป็นคนเราก็อยากใช้ความคิด ... แต่ต้องปล่อยวาง อย่างงานเราของกรมประมงอย่างนี้งานเป็นปึกไม่ใช่อปึกเล็ก ๆ โรงเรียนปึกใหญ่ ไม่ได้ทำก็เลิกมาปึกมาแล้ว แต่ก็จะทำก็ได้แต่ไม่อยากทำ ก็คือว่าได้พักผ่อน”

วิธีการที่ใช้เพื่อช่วยในการดำเนินชีวิต

คุณลุงมีวิธีการจัดการกับอาการของภาวะสมองเสื่อมที่ตนเองประสบอยู่เพื่อช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนี้

การจดบันทึก วิธีการช่วยจำโดยการจดหมายเลขใส่ในกระดาษและเก็บไว้ที่กระเป๋าสตางค์เพื่อป้องกันลืม ซึ่งก่อนหน้าจะมีบัตรจดเงินสด 5 ใบ เมื่อเริ่มจำไม่ได้ก็ได้ลดจำนวนบัตรลงให้เหลือแต่ธนาคารที่ใช้บ่อย ๆ

กำลังใจจากภรรยา คุณป้าจะอยู่เป็นเพื่อนและคอยช่วยเหลือให้กำลังใจ โดยคุณลุงสาทรจะอยู่กับภรรยาตลอดเนื่องจากเกษียณและอยู่บ้านกันทั้งสองคน ฉะนั้นเมื่อมีกิจกรรมอะไรหรือจะออกไปไหนก็จะไปกับภรรยาตลอด หรือบางครั้งหากไม่มีธุระก็อยู่บ้านคนเดียวแต่ไม่นานภรรยาก็จะกลับมา ซึ่งเป็นการช่วยให้คุณลุงมีความมั่นใจว่าตนเองไม่ได้อยู่คนเดียว จะมีภรรยาคอยดูแล ให้กำลังใจและช่วยเหลืออยู่ตลอด

กิจกรรมชะลอความเสื่อม คือการให้คิดเลข เล่นอักษรไขว้และการเขียนบันทึกเรื่องราว แต่คุณลุงสาทรจะไม่ค่อยชอบกิจกรรมนี้เท่าไร เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้ความคิดมาก แต่ยังพยายามถึงแม้ว่าจะไม่ได้ทำทุกวันก็ตาม โดยภรรยาจะเป็นผู้กระตุ้นและคอยดูแลอยู่อย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมบำบัดเพื่อให้กล้ามเนื้อได้มีการเคลื่อนไหวมีการออกกำลังกายของกล้ามเนื้อ ภรรยาของคุณลุงสาทรจะเป็นผู้คอยกระตุ้นโดยจะพาไปทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลและหางานเล็ก ๆ น้อย ๆ ให้ได้มีกิจกรรมทำ เช่น กวาดเศษใบไม้ รดน้ำต้นไม้ เป็นต้น ซึ่งในช่วงปีแรกที่มีอาการคุณลุงสาทรไม่ค่อยมีความอยากในการออกกำลังกาย แต่ภายหลังเมื่อได้ออกกำลังกาย ได้ทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ก็เริ่มรู้สึกว่าได้จึงทำกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น ออกกำลังกายมากขึ้น

การขอคำปรึกษา คุณลุงสาทรปรึกษาและขอคำแนะนำจากแพทย์ผู้ดูแลตนเองและภรรยา ที่จะเป็นผู้คอยให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาและคอยแนะนำให้กระทำในสิ่งที่จะเป็นประโยชน์ต่อคุณลุงสาทรเองและหลังจากที่ปรึกษากับแพทย์แล้วก็มีความรู้สึกที่ดีขึ้น รู้สึกสบายใจขึ้น โดยกล่าวว่า

“ก็ไปหาหมอ คุยกับหมอ มีอะไรเราก็ถาม ก็ดีขึ้น ก็คือสบายใจขึ้น”

การวางแผนการดำเนินชีวิต

เมื่อทราบปัญหาที่เกิดจากภาวะสมองเสื่อมซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณลุงหลายด้าน คุณลุงจึงได้วางแผนการดำเนินชีวิตไว้ดังนี้

การดำเนินชีวิตประจำวัน โดยส่วนใหญ่ภรรยาจะเป็นผู้วางแผนและจัดกิจกรรมให้ว่าจะมีกิจกรรมใดบ้าง เช่น การออกกำลังกาย การหัดเขียนหนังสือลงในสมุดบันทึก การมีกิจกรรมที่กระตุ้นการใช้กล้ามเนื้อ เป็นต้น ซึ่งความรู้สึกของคุณลุงสาทรที่ไม่อยากจะทำอะไร ไม่อยากคิด ไม่

อยากพูด ไม่อยากเขียน ก็จะทำให้บางกิจกรรมไม่เป็นไปตามที่วางแผนไว้บ้าง การเขียนบันทึกก็ยังไม่ได้เขียนเนื่องจากลายมือเปลี่ยนไปและบางครั้งคิดไม่ออกว่าจะเขียนอะไร แต่เมื่อสามารถทำกิจกรรมได้มากขึ้น ก็เริ่มมีความรู้สึกอยากทำกิจกรรม ภรรยาของคุณลุงสาทรได้จัดกิจกรรมในแต่ละวันไว้ให้ โดยในช่วงเช้าหลังจากตื่นนอนก็จะดำเนินชีวิตตามปกติ

การจัดการด้านทรัพย์สินและผลประโยชน์ มีการวางแผนและยกผลประโยชน์ที่ตนเองได้รับเกี่ยวกับบำนาญให้ลูกชายเป็นผู้รับผลประโยชน์ แต่ปัจจุบันนี้คุณลุงสาทรยังเป็นคนรับเงินบำนาญส่วนนี้อยู่ สำหรับการวางแผนเกี่ยวกับการจัดการมรดก ทรัพย์สิน คุณลุงสาทรได้วางแผนไว้เรียบร้อยแล้วตั้งแต่ก่อนเจ็บป่วย โดยวางแผนที่จะแบ่งไว้ให้กับภรรยาและลูกชาย ซึ่งคุณลุงสาทรสามารถเปลี่ยนแปลงส่วนแบ่งได้ในขณะที่ยังตัดสินใจเองได้ หากตนเองและภรรยาไม่พอใจกับส่วนแบ่งบางส่วนที่ได้วางแผนไว้ และเนื่องจากมีลูกชายคนเดียวก็จะยกให้เป็นส่วนที่ต้องได้ตามกฎหมายจึงไม่ได้ทำพินัยกรรมไว้เป็นลายลักษณ์อักษร โดยกล่าวว่า

“แบ่งไว้แล้วก่อนป่วย ก็ไม่อยากเตรียม เพราะว่ายังไงเราก็ต้องตายก่อน ตายก่อน ก็ให้เค้าจัดการ ก็มีลูกคนเดียว ก็ยกให้เค้าหมด”

ความต้องการได้รับการดูแล คุณลุงสาทรไม่ได้มีการวางแผนว่าจะให้ใครมาดูแลหรือดูแลอย่างไร เนื่องจากปัจจุบันนี้ผู้ที่คอยดูแลอยู่คือภรรยาของตนเองและมีเชื่อว่าภรรยาจะเป็นผู้ดูแลตนเองต่อไปและหากไม่มีใครดูแลก็คิดว่าน่าจะดูแลตนเองได้เพราะตนเองคงไม่มีอาการที่รุนแรงมาก รู้สึกว่าอาการดีขึ้น โดยกล่าวว่า

“ไม่อยาก ก็มีแล้วนะ (ชี้ไปที่ภรรยา) ดูแลตลอดเลย คงยังไงละ ถ้าไม่มี ก็ต้องดูแลตัวเอง แต่คงไม่แย่หรือก ดูจากอาการดูจากอะไรก็ยังคงดูแลตัวเองได้”

ความรู้สึกที่ต้องการบอกให้คนอื่นทราบ

คุณลุงมีความคาดหวังไว้ว่าอาการคงจะดีขึ้น เนื่องจากได้รับประทานยาตามที่แพทย์จัดให้และมีกิจกรรมชะลอความเสื่อมของสมองที่ภรรยาช่วยกระตุ้นให้ทำ หากอาการดีขึ้นก็คงจะดี และสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองได้มากขึ้น แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับสภาพจิตใจและอายุที่มากขึ้น หากอาการดีขึ้นก็มีความต้องการในการทำงานประเมินคุณภาพการศึกษาต่อ แต่ด้วย

อาการปัจจุบันนี้ทำให้ยอมรับว่าทำไม่ได้เหมือนเดิมและคิดว่าให้คนรุ่นใหม่ ๆ มาทำงานต่อไป โดยกล่าวว่

“มัน ... ถ้าเรากลับมาเหมือนเดิมได้ 80% ก็จะได้ ... คงกลับไม่ได้หรอก มันคือหนึ่งเราใจไม่ไป สองเราอายุมากนะ ... อายุด้วยแล้วก็สิ่งที่อยากจะทำก็ไม่ได้ทำ ... ประเมินโรงเรียนอยากประเมิน (เมื่อผู้วิจัยถามว่า: ตอนนี้อยากจะทำอยู่ คุณลุงสาทรตอบว่า: ไม่อยากทำ ซึ่งขัดแย้งกับคำตอบในตอนแรก) ไปจริง ๆ ก็ไหวแต่ว่าไม่อยากทำ ... ให้คนใหม่ ๆ เค้ทำบ้าง เรื่องอื่นก็ไม่มี”

นอกจากนี้คุณลุงมีความรู้สึกว่าคุณเองมีเรื่องที่ต้องการบอกเล่าให้ผู้วิจัยฟังมากมาย แต่ด้วยอาการที่เป็นอยู่ คือ การนึกไม่ออก จึงทำให้ไม่อยากที่จะเล่าหรือพูดอะไร ทางด้านภรรยาของคุณลุงได้นำสมุดบันทึกมาไว้สำหรับให้คุณลุงบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหรือความรู้สึกของตนเองในแต่ละวัน แต่คุณลุงก็ไม่ได้บันทึกเนื่องจากลายมือไม่เหมือนเดิม จึงทำให้ไม่อยากเขียนหนังสือและยังกล่าวว่าความจำเสื่อมไปหมดแล้ว เหมือนไม่สมบูรณ์จึงไม่อยากจะพูดหรือเขียนอะไร โดยกล่าวว่า

“ความรู้สึก ก็อยากจะเล่าเยอะแยะแต่ว่านึกไม่ออกอยากจะเล่าเรื่องอะไรต่ออะไร เรื่องไปประเมินหรือการเจ็บป่วยอะไร คือตอนนี้ก็ใครก็เอาเอาสมุดมาให้เขียนบันทึกวันนี้ทำอะไรก็ได้บันทึกไม่อยากเขียน(หัวเราะ) แล้วก็ความจำความอะไรมันก็เสื่อมไปหมด ก็มันคล้าย ๆ ว่ามันไม่สมบูรณ์ดีก็เลยไม่อยากเขียน”

สรุป คุณลุงทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นเมื่อประมาณ 1 ปีที่ผ่านมา คุณลุงและภรรยาสังเกตได้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นซึ่งต่างจากเดิมอย่างเห็นได้ชัด คือ พูดไม่ชัด ลื่นแข็ง เดินช้าลง คิดช้าลง เขียนหนังสือได้ไม่เหมือนเดิม การสะกดคำไม่ถูกต้อง การเขียนใช้เวลานานขึ้น ลายมือเปลี่ยนไป มีอาการหลงลืม ไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม เมื่อไปพบแพทย์และทำการตรวจวินิจฉัยจึงพบว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับการที่เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอเนื่องจากการตีบของหลอดเลือดที่สมองบางส่วน ทำให้มีอาการแสดงออกทางด้านร่างกาย ปัจจุบันเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความรู้สึกเครียด ไม่เชื่อว่าตนเองจะเป็นอย่างนั้นและกลัวสูญเสียความสามารถ ความทรงจำที่ตนเองเคยมี ซึ่งผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อมที่กรณีศึกษาได้รับมีทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม โดยความสามารถในการทำ

กิจกรรมลดลงจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง มักจะทำให้เกิดความล่าช้าในการใช้ชีวิตประจำวัน เกิดความรู้สึกไร้ค่าคุณตนเองที่ไม่สามารถทำในสิ่งที่เคยทำได้ รู้สึกเป็นภาระให้ลูก เปื่อหน่ายกับอาการของตนเองที่ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เหมือนเดิม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง เนื่องจากความสามารถการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ความสามารถในการสื่อสารลดลง ซึ่งมีภรรยาช่วยกันดูแลเป็นหลัก และหาวิธีการที่จะช่วยในการชะลอความเสื่อมของสมองให้กับสามี แต่คุณลุงเองก็ยังดูแลตัวเองได้ และยึดหลักศาสนา ปล่อยวาง ยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นเพื่อให้จิตใจสบาย ส่วนลูกชายจะมาเยี่ยมอาทิตย์ละครั้งหรือสองครั้ง

สิ่งที่ได้จากการสังเกต

กรณีศึกษาเป็นชายวัยสูงอายุรูปร่างสมส่วน สูง ผิวดำแดง ผมบางสั้นรองทรง การแต่งกายเหมาะสมกับกาลเทศะ ลักษณะการเดินไม่ค่อยมั่นคง เดินลำบาก พูดไม่ค่อยชัดเนื่องจากลิ้นแข็ง ลักษณะการพูดคุยเป็นกันเอง มีความสนใจในการสนทนาดี ระหว่างสนทนากรณีศึกษามีสมาธิและให้ความสนใจในการสนทนาเป็นอย่างดี ส่วนภรรยาของกรณีศึกษาทำอาหารอยู่ในครัว และบางครั้งก็จะมานั่งฟังด้วย ซึ่งการที่ภรรยามานั่งฟังด้วยในบางครั้งอาจทำให้กรณีศึกษาไม่สามารถบอกเล่าความรู้สึกได้ทั้งหมดจึงพยายามบอกให้ภรรยาของกรณีศึกษาเข้าใจและได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี

เมื่อสัมภาษณ์ได้สักระยะหนึ่งซึ่งอยู่ในช่วงที่กรณีศึกษาเล่าถึงความรู้สึกเกี่ยวกับการที่ตนเองมีภาวะสมองเสื่อม กรณีศึกษาได้บอกเล่าความรู้สึกเกี่ยวกับความเครียดและแสดงสีหน้าออกมาสอดคล้องกับความรู้สึกที่บอก แต่เมื่อกล่าวถึงการเผชิญกับอาการที่เกิดขึ้นก็ยังมีลักษณะสีหน้ายิ้มแย้มเล็กน้อยและดูคล้ายกับยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น และจากการสังเกตเมื่อกรณีศึกษาสนทนาอยู่และภรรยาเดินมาใกล้ ๆ กรณีศึกษาจะไม่ค่อยพูด โดยขณะที่กรณีศึกษากล่าวถึงภรณานั้นกรณีศึกษาไม่ได้มีท่าทางไม่พอใจหรือเกรงกลัวแต่อย่างใด แต่เมื่อถามความรู้สึกก็ไม่ได้รู้สึกไม่ดีต่อภรรยา ด้วยมีความเข้าใจว่าเขาต้องดูแลตนเองทุกอย่างและต้องทำงานมากขึ้นจึงเข้าใจและเห็นใจ

กรณีศึกษารายที่ 4

บริบท

ประวัติส่วนตัว คุณลุงประทวน (นามสมมติ) ปัจจุบันอายุ 79 ปี นับถือศาสนาคริสต์ สถานภาพสมรสคู่ สำเร็จการศึกษาปริญญาตรี ภูมิลำเนาเดิมเป็นชาวจังหวัดนครศรีธรรมราชและรับการศึกษาในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยอาศัยอยู่หอพักกับ

เพื่อนในโรงเรียน เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้ว ได้รับราชการในหน่วยงานของรัฐบาล ทำหน้าที่สำรวจพื้นที่ ปัจจุบันเกษียณอายุราชการแล้ว และไม่ได้ประกอบอาชีพเสริมใด ๆ เนื่องจากต้องการพักผ่อน

ชีวิตครอบครัว คุณลุงประทวนมีพี่น้อง 5 คน เสียชีวิต 2 คน แต่ไม่มีใครมีประวัติเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม อาจจะมีหลงลืมบ้างแต่มีอาการเล็กน้อยตามอายุที่มากขึ้น ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคทางพันธุกรรม คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง คุณลุงประทวนสมรสกับภรรยาซึ่งนับถือศาสนาพุทธ แต่ชีวิตการแต่งงานค่อนข้างราบรื่นไม่มีปัญหาครอบครัว มีบุตร 4 คน ปัจจุบันบุตรแต่งงานไปแล้ว 2 คน สร้างบ้านอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกัน แต่ลูกชายคนโตย้ายไปอยู่เขตอื่นในกรุงเทพมหานคร ส่วนลูกอีกสองคนที่ยังไม่ได้แต่งงานเป็นผู้ชายและผู้หญิงอยู่บ้านเดียวกับคุณลุงประทวน ซึ่งลูกสาวเป็นพยาบาลยังไป ๆ มา ๆ ไม่ได้อยู่บ้านตลอดเนื่องจากเป็นพยาบาลซึ่งทำงานไม่ค่อยเป็นเวลา หากวันใดที่มีวันหยุดเยอะจึงกลับบ้าน

สภาพความเป็นอยู่ ลักษณะบ้านอยู่ในพื้นที่ชุมชนมีคนพลุกพล่าน แต่บ้านของคุณลุงเป็นบ้านไม้ 2 ชั้นหลังค่อนข้างใหญ่ บริเวณบ้านกว้างและติดต่อกันกับบ้านของญาติ ๆ และลูกมีพื้นที่สำหรับปลูกต้นไม้ จอดรถ เลี้ยงสัตว์ มีรั้วปิดมิดชิด หน้าบ้านมีคลองระบายน้ำจึงต้องทำสะพานไม้ขนาดใหญ่และแข็งแรงไว้สำหรับขับรถเข้าจอดในบ้านได้ บรรยากาศบ้านสงบ ร่มเย็น มีต้นมะม่วง มะเฟือง กัลยไม้ และมีสุนัข 1 ตัวที่เลี้ยงไว้เป็นเพื่อนเล่น

ก่อนเกษียณคุณลุงประทวนรับข้าราชการในตำแหน่งเจ้าพนักงานที่ดินขององค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งก่อนหน้านั้นได้ทำงานเกี่ยวกับการสำรวจ ตรวจสอบและประเมินที่ดินมาโดยตลอดและย้ายไปหลายจังหวัด ปัจจุบันหลังจากเกษียณคุณลุงประทวนไม่ได้ประกอบอาชีพเสริมใด ๆ แต่จะมีกิจกรรมให้ทำอยู่เสมอ ๆ บางครั้งก็ยังมีคนทำงานมาปรึกษาเกี่ยวกับการสำรวจที่ดิน การจัดสรรที่ดิน เป็นต้น นอกจากนั้นยังมีกิจการสวนยางพารา ที่เป็นรายได้รองจากเงินบำนาญอีกด้วย ซึ่งการทำสวนยางพารานั้น จะมีผู้ช่วยดูแลจัดการเกี่ยวกับ การกรีดยาง การใช้ปุ๋ยอยู่ที่จังหวัดนครศรีธรรมราช คอยรายงานความเป็นไปเกี่ยวกับสวนยางพาราเป็นระยะ คุณลุงประทวนต้องปรึกษากับผู้จัดการสวนอยู่เสมอ ส่วนกิจวัตรที่ทำอยู่เป็นประจำก็ยังสามารถทำได้ตามปกติ เช่น กวาดใบไม้ รดน้ำต้นไม้ ไปจ่ายตลาด ออกกำลังกาย เป็นต้น แต่จะมีกิจการที่อยู่ในความดูแลของตนเองคือสวนยางพารา

ภาวะสุขภาพ คุณลุงประทวนมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ซึ่งยังคงรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาล ปัจจุบันลูกสาวที่มีอาชีพเป็นพยาบาลเป็นผู้คอยดูแลเรื่องการควบคุมอาหาร ซึ่งคุณลุงอาจมีอาการของระดับน้ำตาลในเลือดสูงบ้าง เนื่องจากบางวันลูกไม่ได้อยู่บ้านจึงรับประทานอาหารที่ตนเองชอบ คุณลุงประทวนเคยมี

ประวัติหลอดเลือดฝอยที่สมองอุดตัน เมื่อปี พ.ศ. 2548 จึงรู้สึกว่าสุขภาพไม่ค่อยแข็งแรง คือมีกำลังของกล้ามเนื้อลดลง แต่ก็ยังสามารถช่วยเหลือตนเอง ทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ได้ สุขภาพโดยรวมของคุณลุงประทวนในระยะนี้จะมีปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โรคความดันโลหิตสูง วัดความดันทุกอาทิตย์ยังสามารถควบคุมได้และยังมีภาวะไขมันในหลอดเลือดอุดตันอีกด้วย แต่อาการไม่รุนแรงเท่าตอนที่เกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบ

การเจ็บป่วยก่อนที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น พบว่า คุณลุงมีปัญหาด้านการอุดตันของหลอดเลือดฝอยที่สมองจึงทำให้มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อด้านซ้าย ซึ่งได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ต่อมาประมาณปี พ.ศ. 2551 เริ่มมีอาการความจำไม่ดี วางของแล้วลืม เมื่อทำงานอย่างหนึ่งอยู่แล้วเปลี่ยนไปทำสิ่งหนึ่งจะลืมว่าทำงานสิ่งแรกค้างอยู่ แต่ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการช่วยเหลือตัวเองนั้นยังสามารถทำได้ดี จำเรื่องราวในอดีตได้และอาการดังกล่าวได้รับการยืนยันจากภรรยาและลูกของคุณลุงประทวนว่ามีอาการเช่นนั้นจริง โดยลูกสาวที่เป็นพยาบาลให้ข้อมูลว่าเมื่อคุยเรื่องหนึ่งอยู่พอมักจะเปลี่ยนเรื่องไปคุยเรื่องที่ตนเองสนใจและมักจะพูดเรื่องเดิม ๆ

การรับรู้อาการของภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

คุณลุงประทวนทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมเมื่อประมาณ 3 ปีที่ผ่านมา โดยบอกเล่าการรับรู้อาการเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ดังนี้

ระยะแรก เริ่มมีอาการเจ็บป่วยโดยปี พ.ศ. 2548 เริ่มมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงและหมดสติไป ในขณะที่กำลังรดน้ำต้นไม้อยู่ที่บริเวณสนามหญ้าหน้าบ้าน ภรรยาพาพบจิ้งโศภิตท์ บอกลูกสาวที่เป็นพยาบาล จากนั้นลูกได้พาไปโรงพยาบาลและแพทย์ทำการตรวจวินิจฉัยพบว่า มีหลอดเลือดสมองตีบตันและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ต่อมาประมาณ 2 ปีเริ่มมีอาการหลงลืมบ่อยขึ้น ซึ่งในระยะนี้ได้รับการรักษามาโดยตลอดเกี่ยวกับภาวะหลอดเลือดสมองตีบตันอยู่

ระยะต่อมา เมื่อเริ่มสงสัยในอาการผิดปกติจึงเข้าพบแพทย์เพื่อค้นหาความผิดปกติ คุณลุงประทวนเข้าใจว่าอาการที่เป็นอยู่นั้นเริ่มเกิดขึ้นเมื่อครั้งที่ตนเองป่วยด้วยอาการของภาวะหลอดเลือดฝอยที่สมองตีบตันและแพทย์ให้รับประทานยาลดการจับตัวของลิ่มเลือดพร้อมทั้งทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพ เมื่ออาการดีขึ้นก็พยายามดูแลตนเองโดยการไปพบแพทย์และรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ออกกำลังกาย ทำกิจกรรมที่ไม่ต้องให้ตนเองอยู่นิ่งเฉยเพื่อช่วยให้เลือดมีการไหลเวียนดีขึ้นเพราะตนเองคิดว่าอาการที่หลอดเลือดฝอยในสมองตีบตันนั้นน่าจะเกิดจากการที่มีไขมันในเลือดและความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อและต่อมาเกิดอาการหลงลืมขึ้นจึงพบแพทย์ ทีมแพทย์และพยาบาลจึงทำการซักประวัติและให้ทำแบบทดสอบ

สภาพสมอง จึงให้การวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นก็รับรู้ว่าการที่ตนเองประสบอยู่นั้นคืออาการหลงลืม ซึ่งคิดว่าน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับอาการที่เกิดขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2548 ด้วย

ระยะหลังได้รับการวินิจฉัย คุณลุงประทวนเริ่มมีอาการความจำไม่ดี เช่น ตนเองเปิดก๊อกน้ำไว้ แล้วเดินไปทำงานอื่นจนลืมน้ำที่ตนเองเปิดน้ำทิ้งไว้ เมื่อเห็นงานอื่นอยู่ตรงหน้าจะลืมน้ำที่ก่อนหน้านี้ตนเองได้ทำอะไรค้างไว้ ความคิดช้าลง การตัดสินใจช้าลงไม่เหมือนเมื่อก่อน ต้องคิดหลาย ๆ ครั้ง คิดซ้ำ ๆ ซึ่งพฤติกรรมที่ทำให้สนับสนุนการวินิจฉัยของแพทย์ว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นนั้น คือ การลืมน้ำที่วางของไว้ตรงไหน ลืมว่าทำอะไรค้างไว้แต่เมื่อพูดคุยกับเพื่อนรุ่นเดียวกันก็พบว่าเพื่อน ๆ ก็มีลักษณะอาการหลงลืมเช่นกันจึงคิดว่าส่วนหนึ่งมาจากสาเหตุของการสูงอายุและความเสื่อมของร่างกาย โดยกล่าวว่า

“ตอนนี้ ก็ไม่มีอะไร ชักขี้ลืมนเหมือนกัน ชักลืมน บางทีของวางอยู่ข้างล่างก็หาไม่เจอ บางทีอยู่บ้าน นึกว่าเอ้ ... เดี่ยวเราจะลงไปข้างล่าง จะทำอะไร พอเห็นอีกอย่างหนึ่ง อันนี้ก็วางไว้ จะไปทำอย่างนั้นอีกแล้ว มันไม่มีสติ คือ เช่นว่าของเราวางผิดที่แน่นอนเลย แต่บางทีลืมน เปิดก๊อกน้ำลืมน ก็ลืมนบ่อย ลืมว่าเปิดก๊อกน้ำไว้ นี่ป่าเค้าเดือนบ่อย”

การรับรู้ความรู้สึกหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

1. ระยะแรกหลังจากได้รับการวินิจฉัย

ความรู้สึกกลัว เกิดขึ้นหลังจากที่ทราบว่าคุณลุงประทวนมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น คุณลุงประทวนเคยได้ยินเรื่องราวของคนที่มีอาการหลงทาง ออกไปนอกบ้านแล้วกลับบ้านไม่ถูก จึงกลัวว่าตนเองจะเป็นเช่นนั้น แต่ในขณะที่เป็นอยู่นี้ตนเองยังสามารถช่วยตัวเองได้ จึงไม่อยากอยู่เฉย ๆ การที่คุณลุงประทวนกลัวว่าจะออกไปแล้วหลงทาง หรือออกไปข้างนอกแล้วจะหมดสติ แขนขาอ่อนแรงเหมือนที่เคยเป็นนั้นไม่ได้ทำให้คุณลุงคิดว่าจะไม่ออกไปไหนมาไหน แต่กลับคิดว่าหากอยู่เฉย ๆ ไม่กล้าทำอะไรก็จะทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง หรือความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับโลกภายนอกลดลง โดยกล่าวว่า

“อย่างป็นครั้งแรกอย่างที่เราไม่รู้ตัวเลย ที่ฟุบหน้านะ ไม่รู้เลย กลัวด้วย เห็นคนอื่นเป็น กลัว แต่กลับมาเป็นกับตัวเอง ... ที่คนอื่นนะ ที่เค้าเล่า ว่าขึ้นรถเมล์บางครั้งก็กลับบ้านไม่ถูก (คนอื่นนะ) แต่ลุงอาจจะเป็นก็ได้ ไม่รู้ละ ลุงก็

กลัวอยู่เหมือนกันนะ แต่ว่าไม่ไปก็ไม่ได้ ไม่ไปก็โง่สิ ไปไหนไม่ได้ ไปธุระไปซื้อ
อะไรต้องใช้เด็กหมด เพราะเรายังไปได้อยู่”

2. ระยะเวลาต่อมา เมื่อได้รับรู้เกี่ยวกับการดำเนินอาการมากขึ้น นอกจากความรู้สึกกลัวว่า
อาการจะรุนแรงจนทำอะไรไม่ได้แล้ว ยังกลัวว่าตนเองจะทรमान ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ยาม
เจ็บป่วยหนัก คุณลุงคิดว่าหากมีเงินที่จะรักษาตนเอง ก็จะได้ไม่ทรमानมาก อยู่ในความดูแลของ
แพทย์และพยาบาล เมื่อถึงเวลานั้นแล้วหากจะเสียชีวิตก็ไม่ต้องการทรमान โดยกล่าวว่า

“... อันนี้ก็อีกเรื่องหนึ่งด้านจิตใจนะ ก็เลยตายก็ไม่กลัว กลัวอย่างเดียว
ทรमान ช่วยตัวเองไม่ได้ กลัวนะ ... แต่ขอให้ตายผ่าปูที่นอนขาวๆ หมอล้อมรอบ
ก็ตายเถอะ อย่าให้ทรमान ก็อายุมาแค่นี้จะเอาอะไรหนักหนา 80 ปี (หัวเราะ ไม่รู้
จะอยู่ถึง แต่ว่าขณะที่เป็นอยู่ก็ดี ...”

ผลกระทบหลังจากทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

หลังจากที่คุณลุงทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมแล้ว คุณลุงดำเนินชีวิตร่วมกับภาวะ
สมองเสื่อมโดยได้รับผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อม ดังนี้

ความทนในการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากอ่อนกำลังลง รู้สึกเหนื่อยง่ายขึ้น กำลัง
ถดถอยลงไปจากเดิม คุณลุงประทวนจะมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ทำงานไม่ได้เต็มที่
เหมือนเดิม จากที่เคยทำงานได้คล่องแคล่วก็กลายเป็นเหนื่อยขึ้นต้องหยุดพักบ่อยขึ้น โดย
กล่าวว่า

“ก็มันบวกันทั้งอายุมาก มันก็ลึ้มอยู่แล้ว มาผสมกับหลอดเลือดตีบตัน
ที่คราวนั้น ก็ช้าลง รำคาญตัวเอง บางทีสิ่งที่เราเคยทำได้ กำลังก็ถอยด้วย เช่น
ว่าชุดหลุมปลูกกล้วย จากที่เคยทำได้คล่องแคล่ว บางทีมันเหนื่อยก็ต้องหยุดพัก
บ้าง รุงเข้าค่อยชุดบ้าง อะไรอย่างนี้”

ความคิดช้าลง การตัดสินใจช้าลง จะตัดสินใจเรื่องใดจะคิดแล้วคิดอีก ต่างจากเมื่อ
ก่อนที่เป็นคนตัดสินใจอะไรได้คล่องแคล่ว แต่ตอนนี้รู้สึกเหมือนสมองเกิดการสับสน ต้องคิดซ้ำ ๆ
หลายครั้งและใช้เวลาในการคิดการตัดสินใจแต่ละเรื่องนานขึ้น โดยคุณลุงประทวนได้ยกตัวอย่าง
การจัดการสวนยางพาราของตนเองที่เมื่อก่อนสามารถตัดสินใจจัดการบริหารงานได้ด้วยตนเอง
แต่ปัจจุบันต้องอาศัยผู้ช่วยที่ตนเองไว้ใจได้ ซึ่งเป็นลูกของคณงานที่เคยทำงานที่สวนของคุณลุงมา
ตั้งแต่สมัยก่อนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการปรึกษาและจัดการเกี่ยวกับการจัดการสวน โดยกล่าวว่า

“ก็อย่างที่ว่าเปิดก๊อกน้ำ บางทีนี่ก็จะลงมาหยิบอะไรข้างล่าง พอเดินมา พอเห็นงานอีกอย่างสมองเขว จะเอาไปเอางานนั้น งานนี้ทิ้งอีก มันตัดสินใจจะช้าลง ช้ากว่าหนุ่ม ๆ ... ช้าตรงที่ว่าจะตัดสินใจ คิดแล้วคิดอีก คิดหลายตลบแล้ว แต่ละเรื่อง คิดนู่นคิดนี่คิดวางแผนคิดอยู่ในสมองนะ จะทำอะไรก็แล้วแต่ เพราะลุงมีส่วนยางพารา ให้ผู้จัดการมันจัดที่จังหวัดนครศรี มรดกเลยนะ ให้ผู้จัดการ บางทีเค้าแจ้งมาว่า ใสบุยบ้าง อะไรบ้าง เอาตั้งค้ก่อนนั้น ไปซื้อปุ๋ย แล้วก็ไปขาย แล้วก็แจ้งมา เอาเงินส่งมา ก็ติดต่อย่างนี้ ก็ต้องทำบ้าง ดีกว่าเรากินบ้านาญ อย่างเดียว ... คิดช้าลง ตัดสินใจช้าลง ทำยังไง แล้วแต่ผู้จัดการ เค้าก็ดีซื้อสัตย์ เลี้ยงมาตั้งแต่พ่อเลยนะ”

โมโห โกรธและรำคาญตัวเอง บางสิ่งที่ตนเองเคยทำได้กลับทำไม่ได้เหมือนเดิม ความรู้สึกโกรธตัวเองมักจะเกิดขึ้นได้ว่าตนเองลืมน หรือเมื่อมีคนมาบอกว่าตัวเองทำอะไร ค้างไว้หรือลืมนอะไรแต่ไม่ได้รู้สึกโกรธตัวเองบ่อย ๆ ส่วนใหญ่จะรู้สึกรำคาญตัวเองมากกว่าที่ลืมน บ่อย แต่คิดว่าตนเองอายุมากแล้ว อาการหลงลืม ก็เกิดขึ้นได้ โดยกล่าวว่า

“โกรธตัวเองเหมือนกันนะ โกรธทำไมเราถึงเป็นได้ ไม่เคยเป็นอย่างนี้ รำคาญตัวเอง คิดว่ามีอายุแล้ว อายุมากขึ้นก็หลงลืมเหมือนกัน บางทีอะไร จะมาเอาอยู่ในครัว ก็กลับมาในบ้าน ก็เข้ามาแล้ว ลืม”

“โกรธตัวเองไม่น่าลืมเลย ก็มีบ้าง บ้างครั้งมีเหมือนกัน แต่ไม่ใช่บ่อยนะ เราก็โมโหนะ ทำไมเราถึงลืม อย่างเช่น ป้าเค้าบอกว่าลืมปิดน้ำ ลืมอะไรต่ออะไร ก็รำคาญตัวเองเหมือนกัน”

สิ่งที่ยังไม่ได้รับผลกระทบ

หลังจากที่คุณลุงมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการของภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นนั้น นอกจากจะพบว่า มีผลกระทบที่เกิดขึ้นแล้วยังมีสิ่งที่ยังไม่ได้รับผลกระทบด้วยดังนี้

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณลุงยังคงช่วยเหลือตนเองได้ สามารถไปไหนมาไหนได้เองในสถานที่ที่ตนเองคุ้นเคย ซึ่งปัจจุบันคุณลุงประทวนยังไปตลาดซื้อของให้ภรรยาเพื่อมาตักบาตรหรือทำอาหารได้เหมือนเดิม ทำกิจกรรมในการดูแลบ้านได้ เช่น กวาดใบไม้ที่บริเวณสนามหญ้าหน้าบ้าน ตัดกิ่งไม้ เป็นต้น

สัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว หลังจากที่ทุกคนในครอบครัวทราบเรื่องอาการเจ็บป่วยของคุณลุงประทวนตั้งแต่ครั้งปี พ.ศ. 2548 จนกระทั่งทราบว่าคุณลุงประทวนมีอาการของภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ความสัมพันธ์ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลง พุดคุยกันดูแลกันเหมือนเดิม เคยปฏิบัติต่อกันอย่างไรก็ยังคงปฏิบัติเช่นเดิม ญาติ ๆ ที่อยู่บ้านใกล้กันก็รับทราบอาการของคุณลุงประทวนยังคงติดต่อกันเช่นเคย เมื่อมีปัญหาก็สามารถคุยปรึกษากันได้ ปัจจุบันคุณลุงประทวนยังสามารถไปตลาดซื้อของให้ภรรยามาตักบาตรหรือทำอาหารได้เหมือนเดิม ลุง ๆ ไปทำงานตามปกติแต่หากเกิดปัญหา ก็จะโทรศัพท์ปรึกษากัน ส่วนความสัมพันธ์กับญาติพี่น้องที่อยู่บ้านใกล้กันเมื่อทราบอาการเจ็บป่วยของคุณลุงประทวนความสัมพันธ์ก็ยังคงเหมือนเดิม โดยกล่าวว่า

“ลูกรู้ ๆ ว่าเส้นโลหิตตีบ ก็คุยกันเหมือนเดิม ไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลงเหมือนเดิม ต้องการอะไรก็ได้ ก็ตั้งแต่หนุ่มจนสาวก็เป็นอย่างนั้นตลอด เป็นปกติสม่าเสมอ แต่ว่าเราก็แก่งทั้งคู่ แล้วป่าเค่าก็ใส่บาตรบ้าง ไปตลาดบ้าง บางที่สั่งอย่างที่ว่า อย่างที่ลุงก็ไปได้ซื้อมา ก็ซื้อมาทำ”

การเข้าสังคม คุณลุงประทวนยังสามารถไปไหนมาไหนเองได้ การพบปะเพื่อน ๆ หากมีการนัดกันก็สามารถไปได้ แต่ในระยะหลังนี้เพื่อน ๆ จะไม่ค่อยได้พบกัน เนื่องจาก ต่างคนต่างเกษียณอายุ บางคนก็เสียชีวิตไป แต่เมื่อมีงานเลี้ยงรุ่นหรืองานเกษียณ ก็ไปพบปะกันและเพื่อนที่สนิทกันนั้นพอทราบอาการบ้างและยังคุยกันได้เหมือนเดิม บางคนมีอาการหลงลืมมากกว่าตนเอง จึงไม่ค่อยได้พบปะกันเหมือนเมื่อก่อน แต่ความสัมพันธ์ที่มีต่อกันก็ยังคงเดิมไม่เปลี่ยนแปลงยังสามารถคุยกันได้เหมือนเดิม บางครั้งมีเพื่อนจากต่างจังหวัดมาเยี่ยมที่กรุงเทพฯ ก็มี โดยกล่าวว่า

“สังคมลุงก็เกษียณอายุ เลี้ยงรุ่น ถ้าเค่าบอกมาก็ไปเป็นครั้งคราว รุ่นเดียวกับลุงแล้วนะก็มีลูกหลานตายไปก็มีเยอะแยะแล้ว แต่ของกรรมผู้เกษียณอายุเค่าก็บอกมา ก็เป็นสมาชิก แล้วก็แจ่งมา เราไปร่วมไปคุยเฮฮากันยังเข้าสังคมอยู่ ถ้าแจ่งมา ก็ไป ไปทุกครั้งทีทราบ ขอให้บอก สังคมเกษียณของราชการก็มี 3 เดือนครั้ง รุ่นที่เรียนมัธยม ... ก็แจ่งมา ไม่ใช่สามเดือน ถ้าเค่าแจ่งมาเราก็ไปพบกัน แก่กันไปแล้วตายไปก็เยอะแยะ”

“เพื่อน ๆ ก็คล้าย ๆ กับลุง บางคนเป็นมากกว่าลุงอีกบางคน ก็บางคนอายุ 79 จะ 80 บางคนลูกมาส่ง ดีใจ เฮฮา แต่ความสัมพันธ์ก็ไม่ได้เปลี่ยนแปลง

ก็ยังคุยกันอยู่เหมือนเดิม เพื่อนตั้งแต่สมัยลุงยังหนุ่มอยู่ กระจับปี่ ยังอยู่เลย เมื่อสองวันก็พาลูกมากินข้าวมาอะไร เนื้อภรรยาตายแล้วอยู่กระจับปี่ ลูกก็ทำงานเป็นตำแหน่งตำแหน่งใหญ่โต ก็มาเยี่ยม ยังเหมือนเดิม เฮฮา เนื้อเหมือนตะกั่ว สมัยอยู่สุราษฎร์ บ้านอยู่ติดกัน (ขณะที่ทำการสัมภาษณ์มีเพื่อนของคุณลุงและคุณป้ามาเยี่ยมที่บ้าน)”

สถานะทางเศรษฐกิจ คุณลุงประทวนสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ส่วนค่าเดินทางมาโรงพยาบาลหรือค่ายาที่ไม่สามารถเบิกได้นั้น ลูก ๆ จะช่วยกันดูแลในส่วนนี้ด้วย เช่น แบ่งหน้าที่กันไปรับไปส่งเมื่อต้องไปโรงพยาบาลตามวันเวลาที่ตนเองสะดวก ส่วนค่าใช้จ่ายภายในบ้านนั้นจะเป็นเงินที่ได้มาจากทุกคนแบ่งมาเป็นกองกลาง

สิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย

หลังจากที่ตนเองและสมาชิกในครอบครัวรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้คุณลุงพบว่า นอกจากผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นยังมีสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยนี้โดยพบว่า

เกิดความใกล้ชิดสนิทสนมกันภายในครอบครัวมากขึ้น ซึ่งสังเกตได้ว่าภรรยาและลูก ๆ คอยดูแลเอาใจใส่ตนเองมากขึ้น ลูก ๆ จะสลับกันมาดูแลพาไปตรวจที่โรงพยาบาล หากจะไปไหนมาไหนที่ต้องเดินทางไกลก็จะพาไป ซึ่งตนเองก็สามารถไปได้แต่ลูก ๆ จะเป็นห่วงเกรงว่าจะเกิดอันตรายขึ้น

รู้สึกดีที่ได้ออกกำลังกายแบบรำมวยจีนและได้พบเพื่อนใหม่ โดยหลังจากได้ทำกิจกรรมรำมวยจีน คุณลุงถือว่าเป็นกิจกรรมที่เพิ่มขึ้นมาหลังจากที่ตนเองเจ็บป่วย ทำให้ได้เคลื่อนไหวร่างกายและเลือดมีการไหลเวียนดี สบายตัว เพราะก่อนเจ็บป่วยไม่คิดว่าจะไปรำมวยจีน โดยตื่นตอนเช้าเวลาประมาณ 4.00-5.00 น. เดินไปออกกำลังกายแถว ๆ บ้านคนเดียว โดยกล่าวว่า

“ไม่มีอะไร มีแต่ไปรำมวยจีน ดีห้าครั้งถึงหกโมงครึ่ง ออกจากบ้านไปได้สะพาน เพิ่งจะเริ่ม แต่ดี ๆ ๆ มาก ออกกำลังกายดี ตื่นตั้งแต่ตีสี่ อาบน้ำอาบท่า แต่งตัว เสร็จแล้วก็ไปตีห้าครึ่งเค้าก็ลงมือ เราก็ตาม ภาษาจีนเราก็ฟังไม่เป็นก็ตามเค้า แต่ดี ได้เหงื่อชุ่ม เพิ่งทำได้เดือนเศษ เป็นน้องใหม่ เค้ารู้ คนจีนแถวนั้นส่วนมากเป็นคนจีน”

วิธีที่การที่ช่วยให้เกิดการยอมรับกับอาการ

หลังจากที่ได้รับการวินิจฉัยว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นแล้ว คุณลุงประทวนไม่ได้คิดมากเกี่ยวกับอาการของตนเอง เนื่องจาก

การใช้หลักศาสนาเข้ามาช่วย เมื่อโมโหตัวเอง ในบางครั้งที่มีอาการลืมหรือทำอะไรไม่ได้ตั้งใจ คุณลุงประทวนจะยึดหลักศาสนาพุทธตามกฎไตรลักษณ์ ที่มีการเกิดขึ้น ตั้งอยู่และดับไป เพื่อปลอบใจตนเองเกี่ยวกับการที่ยังมีชีวิตอยู่ในขณะนี้ แต่หากอาการรุนแรงขึ้น ไม่สามารถทำอะไรได้ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เมื่อถึงเวลานั้นก็ไม่ความทรงจำ เหมือนกับคนที่ตายแล้ว จึงพยายามไม่ยึดติดกับสิ่งใด โดยกล่าวว่า

“ก็เกิดจากเรา บางที่เราลืม เราก็โมโหตัวเองเหมือนกัน ว่าเอ๊ะทำไมเราถึงเป็นถึงขนาดนี้ แต่คิดไปคิดมาก็ร่างกายเสื่อม ต้องยอมรับอย่างนี้นะ ใช้หลักศาสนาเข้ามาช่วย ทุกหลักศาสนาดีหมด คิดหลักศาสนา เสื่อม เกิดขึ้น ตั้งอยู่ แล้วก็ดับไป ทุกๆ เรื่อง คิดพวกนี้มาปลอบใจ แล้วก็เคยได้ยินมัยเนี่ย เคยเรียกว่า ตายก่อนตาย หลักศาสนาเคยได้ยินมัย เด็ก ๆ อาจจะไม่เคยได้ยิน”

การทำใจยอมรับ คุณลุงคิดว่าอายุที่มากขึ้นร่วมกับการที่ตนเองมีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบตันนั้นส่งผลต่อความเสื่อมของร่างกายทำให้อาการหลงลืมเกิดขึ้น ซึ่งเริ่มขึ้นตั้งแต่ปีพ.ศ. 2548 ในครั้งที่ตนเองเจ็บป่วยจากการมีหลอดเลือดในสมองตีบส่งผลต่ออาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง คุณลุงกล่าวถึงความรู้สึกด้านจิตใจว่าเป็นเรื่องยากที่จะให้อธิบายว่าความรู้สึกหลังจากที่ทราบว่ามีภาวะสมองเสื่อมนั้นเป็นอย่างไร จะว่าทุกข์ก็ไม่ทุกข์ เพราะยึดถือหลักศาสนา จึงยอมรับและเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวเอง

ปลอบใจตนเอง โดยการคิดว่าคนตายไปแล้วก็สามารถนำอะไรไปด้วยได้ ทุกอย่างไม่ใช่ของเรา ไม่ควรยึดติดแม้กระทั่งร่างกายเราเองก็ไม่ใช่ของเรา จึงหัดตายก่อนตายจริง ถึงแม้ว่าจะเป็นเรื่องที่พูดง่าย แต่จริง ๆ แล้วก็ปฏิบัติตามได้ยากอยู่ จึงต้องพยายามคิดและนำไปปฏิบัติตามให้ได้ โดยกล่าวว่า

“คิดปลอบใจเรา เราหัดเป็นคนที่ยาย คนตายคือไม่เหลืออะไร น้ำหยดเดียวเราก็เอาไปไม่ได้ แต่เรายังไม่ตาย เราหัดวาง หัดปล่อยวาง ไม่ใช่ของเรา ไม่ใช่ของเรา เพียงแต่หลักศาสนามาปลอบใจได้ ไม่ใช่ของเรา อย่ายึดติดทุกเรื่อง แม้แต่ร่างกายเราเอง หลักศาสนาทุกศาสนาสอนเหมือนกัน เรื่องพวกนี้เอา

มา คำเรียกตายก่อนตาย หัดตาย คนตายที่อ้อ ๆ ไม่มีอะไร เป็น ๆ ก็พยายามตาย พยายามไม่ยึดติดทุกเรื่องแต่พุดง่าย ทำยาก ทุกคนแหละ ยิ่งหนุ่ม ๆ อย่างเข้าต้องทำมาหากิน ต้องสร้างเรื่องใหญ่โต ต้องพยายามหัด อย่ายึดติด เน้นหลักศาสนาช่วยมาก ทุก ๆ ศาสนา ทุกคติ ตอนที่ได้ฟังที่วีเค้าสอน แล้วก็อยากจะให้ไปคิด”

ความคิดปล่อยวาง ไม่มีความทุกข์ ไปโบสถ์ทุกวันอาทิตย์ หากิจกรรมทำ โดยร่วมกิจกรรมที่โบสถ์เพื่อสร้างความสุขทางใจ ซึ่งปฏิบัติมาตั้งแต่วัยเด็ก โดยกล่าวว่า

“จิตใจก็ดูยาก ลุงไม่มีอะไรทุกข์ เข้าหลักศาสนา แต่ทุกวันอาทิตย์ลุงไปโบสถ์ นับถือคริสต์ แล้วก็กินอาหารทางใจไปนะ ไปร้องเพลงบ้าง ฟังเทศน์บ้าง ตั้งแต่เด็ก ๆ มาแล้ว”

วิธีการที่ใช้เพื่อช่วยในการดำเนินชีวิต

คุณลุงมีวิธีการช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันหลังจากที่รับรู้ว่าคุณเองมีภาวะสมองเสื่อม ดังนี้

ต้องมีสติในการใช้ชีวิต มีสมาธิในการทำอะไรร้อยอย่าง เมื่อคิดจะทำอะไรให้ทำเลยจะได้ไม่ลืม พยายามมีสติและคิดถึงสิ่งที่ต้องทำอยู่เสมอ มีความแน่นอน อาจทำให้ทำอะไรซ้ำ แต่ต้องพยายามมีสติ มีจิตใจจดจ่อกับสิ่งที่จะทำ พยายามไม่คิดมาก เช่น เวลาวางของไว้ที่ไหน ต้องจำให้ได้ก่อนว่าอยู่ที่นี้ ๆ แต่บางทีก็คิดไม่ได้ โดยกล่าวว่า

“เราก็ทำเลย บางทีลืม บางทีไม่ลืม อยู่อย่างนี้ เป็นงานประจำเรื่อย ไปจ่ายตลาด สิ่ง ๆ ๆ จำไม่ครบ เช่นบ้ำเค้าสั่งซื้อ 1 2 3 4 พอไปตลาดก็ซื้อมาขาดไปเอามาเพิ่ม บางทีสั่ง 5 ได้มา 4”

ยึดหลักศาสนา ใช้หลักศาสนาในการดำเนินชีวิต คุณลุงประพนธ์นับถือศาสนาคริสต์ และมีความศรัทธาในศาสนาмаกยึดหลักศาสนาในการดำเนินชีวิตมาโดยตลอด แต่ไม่ว่าจะศาสนาคริสต์หรือศาสนาใด คุณลุงเชื่อว่าสามารถนำหลักคำสอนมาใช้ในการดำเนินชีวิตได้ทั้งนั้น ส่วนภรรยา นับถือศาสนาพุทธ แต่คุณลุงได้ใช้หลักของทั้งสองศาสนาการดำเนินชีวิตหลังจากรับทราบว่ามีภาวะสมองเสื่อมด้วย ร่างกายที่เสื่อมไปนั้นย่อมเกิดขึ้น ตั้งอยู่และดับไป ทุกเรื่องจะ

พยายามคิดตามหลักศาสนา คิดเพื่อให้มาปลอบใจตัวเองว่าของทุกอย่างมีเสื่อมไปเป็นธรรมดา ให้ปล่อยวาง ไม่ใช่ของเรา อย่ายึดติด มันใช้ได้กับทุกเรื่อง โดยกล่าวว่า

“คือลุงว่า ต้องมีสมาธิ แน่วแน่ วุบวาบ ๆ ซ้ำหน้อย ต้องมีสติ จำให้แม่น มีสติก็หมายถึงว่า ต้องมีสมาธิ ทำอะไรต้องมีสมาธิ มีจิตจดจ่อ เช่นว่าลุงขี้ลืม แต่ในเวลาเราตั้งไว้ตรงนั้น เราก็จำให้แม่น ทีนี้พอเราได้ เราก็จำได้เพราะเรามีสมาธิ คิดอยู่แล้วในสมอง ว่าเดี่ยวเราต้องไปตรงนั้น คิดให้แม่น จำอยู่เรื่อย ๆ ก็มิจำไม่ได้บ้าง มีบ้างครั้งอย่างที่เราให้ฟังนะนะ”

การขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ แพทย์ที่รักษาตนเองเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยว่าจะต้องรับประทานยาอะไรหรือจะมีวิธีการใดที่จะทำให้อาการดีขึ้น ซึ่งต้องคอยสังเกตอาการของตนเองเพื่อจะได้เล่าอาการให้แพทย์ฟังได้ถูกต้อง นอกจากนี้ยังมีลูกสาวที่เป็นพยาบาลเป็นผู้ให้การดูแลเรื่องสุขภาพโดยตลอดและได้แนะนำแนวทางในการดูแลสุขภาพคือ การไปออกกำลังกายด้วยการรำมวยจีน เนื่องจากช่วยเพิ่มการไหลเวียนโลหิต ทำให้รู้สึกกระชุ่มกระชวยดีขึ้น ซึ่งเมื่อได้ลองปฏิบัติตามคำแนะนำก็ทำให้รู้สึกว่าร่างกายเคลื่อนไหวได้สะดวกขึ้น ได้พบปะผู้คนมากขึ้น

การวางแผนการดำเนินชีวิต

คุณลุงมีการวางแผนการดำเนินชีวิตไว้บางเรื่องตั้งแต่ก่อนเจ็บป่วยและหลังจากที่ทราบว่าคุณเองมีภาวะสมองเสื่อมก็ได้มีการวางแผนเรื่องอื่น ๆ ตามมา ดังนี้

ชีวิตประจำวัน ดำเนินไปตามปกติ ตนเองเคยปฏิบัติอย่างไรก็ปฏิบัติตามเดิม แต่หากวันที่มีนัดหรือมีกิจกรรมที่แตกต่างจากเดิมก็จะเตรียมตัวล่วงหน้าเพื่อไม่ให้ตนเองลืมว่าจะต้องทำอะไร

ความต้องการได้รับการดูแลในอนาคต ได้วางแผนเกี่ยวกับความต้องการในการได้รับการดูแลไว้โดยจัดเตรียมเรื่องค่าใช้จ่ายไว้สำหรับยามแก่ชรา เจ็บป่วยและหากอาการแย่งจะไม่ได้ไม่เป็นภาระของลูก ๆ ซึ่งในขณะนี้ลูก ๆ ช่วยกันดูแลตนเองเป็นอย่างดี แต่ตนเองก็จะพยายามช่วยเหลือตัวเองก่อนในเรื่องที่สามารถทำได้เองก็จะจัดการเอง แต่ลูก ๆ ก็จะเข้ามาคอยช่วยเหลืออยู่ จึงทำให้คุณลุงประทวนมีความคิดเห็นว่ามันน่าจะมีปัญหาเรื่องคนที่จะมาดูแลตนเอง คุณลุงคิดว่าหากมีเงินที่จะรักษาตนเอง ก็จะได้ไม่ทรมานมาก อยู่ในความดูแลของแพทย์และพยาบาล เมื่อถึงเวลานั้นแล้วหากจะเสียชีวิตก็ไม่ต้องการทรมาน โดยกล่าวว่า

“ลุงคิดอย่างหนึ่งว่าตราบไตที่ลุงยังมีกำลังวังชาช่วยตัวเองได้จะจัด จะช่วยตัวเอง ไม่อยากรบกวน ให้ลูกเค้าไปทำงาน ถ้าไม่ได้ เราก็พยายามช่วยตัวเองก่อนทุก ๆ เรื่อง บางทีเค้าติดธุระ ไปเถอะไปทำงานจะได้ก้าวหน้า เราก็ไปเอง แหกซี่เอง พยายามจะช่วยตัวเองทุก ๆ เรื่อง แต่ลูกเค้าก็ช่วยหาตามเรื่อง ตั้งแต่เด็ก ๆ ก็เลี้ยงมาเรื่อย อันนี้จะไม่มีปัญหา ... แต่ก็เตรียมไว้หมดแล้ว เรื่องทรัพย์สินเงินทองที่จะรักษา ...”

การจัดการด้านทรัพย์สิน ได้จัดทำเป็นพินัยกรรมไว้ ซึ่งเป็นเพียงการวางแผนไว้ คุณลุงประทวนได้วางแผนจัดแบ่งทรัพย์สินที่ตนเองมีให้ลูกแต่ละคนไปแล้วบางส่วน โดยที่ดินในกรุงเทพมหานครนั้นได้โอนให้เป็นกรรมสิทธิ์ของลูกแต่ละคนเรียบร้อยแล้ว ส่วนที่ดินที่ต่างจังหวัดยังไม่ได้ทำเรื่องโอนแต่อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ เมื่อเวลาที่ตนเองเสียชีวิตไปจะได้ไม่เกิดปัญหา ซึ่งคุณลุงประทวนก็ยังไม่ต้องการให้ระบุชื่อในตอนนี้เพราะหากเมื่อถึงเวลาที่ตนเองเจ็บป่วยและต้องการผู้ดูแลแล้วลูกไม่ดูแลตนเองจะได้มีเงินสำรองไว้เลี้ยงดูตนเอง โดยกล่าวว่า

“ก็เราตายก็ต้องทำไว้ แต่ตอนนี้ยังไม่โอนให้แต่วางแผนไว้แล้ว ให้แล้วเรียบร้อยหมดแล้ว เพราะลุงทำที่ดินอยู่แล้ว ลูกทุกคนให้หมดแล้ว แบ่งเป็นแปลง ๆ ก็เสียค่าโอน คิดไว้ว่าอย่างน้อยเค้าจะได้ไม่ต้องแย่งกัน อย่างน้อยเค้าก็ต้องมีสะไม้ เขย ต่อไป แบ่งให้เสร็จเลย ก็เห็นมีหลายครอบครัวที่ทะเลาะ ๆ กันนะ ต้องทำเสียให้เสร็จขณะที่เรายังเป็น ในกรุงเทพฯหมด แต่ต่างจังหวัดก็ยังไม่ได้อโอนให้ แต่ว่าทำเป็นพินัยกรรมไว้ เมื่อตาย แล้วก็คิดอีกทีเมื่อลูกไม่เลี้ยง จะหาตั้งค้ที่ไหนจ่าย ให้เราอยู่ให้สบาย นอนตายให้อยู่เตียงขาว ๆ มีหมอล้อมรอบ (หัวเราะ) ถ้าเราไม่มีตั้งค้ใครจะได้นอนเตียงขาว ๆ ได้ หมอที่ไหนจะมาล้อมรอบเรา แต่ถ้าเราวางแผนไว้ ก็ไม่มีปัญหา ...”

ผลประโยชน์ ปัจจุบันมีเงินบำนาญ รายได้จากการทำสวนยาง และดอกเบี้ยยจากเงินฝากในธนาคาร โดยตนเองเป็นคนรับผลประโยชน์เหล่านั้นอยู่ ยังไม่ได้แบ่งหรือโอนให้เป็นกรรมสิทธิ์ของใคร เพียงแต่หากมีรายได้เข้ามาก็จะทำการแบ่งเป็นส่วนให้ลูก ๆ บ้าง เช่น ออกเงินส่วนหนึ่งสำหรับซื้อรถยนต์ให้ลูกเพื่อให้ขับไปทำงานแต่ให้ผ่อนชำระต่อเอง เป็นต้น โดยกล่าวว่า

“ยัง ๆๆ ก็คือแต่ว่าบางทีก็ซื้อรถยนต์ให้ลูก ไฉนก็สบายไปแล้ว เนี่ยก็จะไปดูอีกคัน พ่อแม่ให้แค่นี้เหลือก็ผ่อนเอาเอง ก็ให้บ้างหนะนะ เอาไปทำไม ตั้งคั่นนะ สมมุติว่ามีมากอย่างที่ว่า เค้าให้เศษกระดาษมาเล่มเดียว เขียนก็หมีน ก็ล้านก็เขียนก็ซื้อซะ เราก็จ่ายอยู่แล้ว สบายแล้วให้คิดอย่างนี้ ก็ให้สมุดเล่มหนึ่ง ก็เอาไปซิ เราก็จ่ายปกติ เราก็มีพร้อมเราไม่กินอะไร เราไม่ยุ่งอะไร แต่นี่ก็เอาแล้ว ตายแล้วก็เอาไป ไม่มีก็ ช่างมัน ต้องการจะใช้อะไรก็ไปเบิกมาใช้”

ความรู้สึกที่ต้องการบอกให้คนอื่นทราบ

คุณลุงมีความต้องการหายจากอาการที่เป็นอยู่ แต่ก็เข้าใจดีว่าภาวะสมองเสื่อมนั้นมีอายุเป็นส่วนเกี่ยวข้องจะให้หายขาดคงเป็นไปได้ แต่ไม่ต้องการให้อาการกำเริบหรือทรุดลงเร็ว ซึ่งนี่เป็นความคาดหวังที่คิดว่ามีวิธีใดที่แพทย์หรือใครจะสามารถช่วยตนเองได้นั้น ถือเป็นสิ่งที่หวังไว้ว่า ถ้าเป็นไปได้จะดีมาก โดยกล่าวว่า

“ไม่มีอะไร ปัญหาย่างเดียว อยากจะหาย กินยาอะไร แต่หมอทุกคน บอกให้ออกกำลังกาย เลยกัดสินใจไปรามวยจีน ได้เหงื่อชุ่มดี”

สรุป คุณลุงทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นเมื่อประมาณ 3 ปีที่ผ่านมา โดยเริ่มจากมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงและหมดสติไป ในขณะที่กำลังรดน้ำต้นไม้อยู่ที่บริเวณสนามหน้าหน้าบ้าน จากนั้นลูกได้พาไปโรงพยาบาลและแพทย์ทำการตรวจวินิจฉัยพบว่า มีหลอดเลือดสมองตีบตันและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ต่อมาประมาณ 2 ปี ลูกสังเกตว่าเริ่มมีความผิดปกติคือ เริ่มมีอาการหลงลืม พูดเรื่องเดิมซ้ำ ๆ ซึ่งในขณะนี้ได้รับการรักษามาโดยตลอดเกี่ยวกับภาวะหลอดเลือดสมองตีบตัน ทีมแพทย์และพยาบาลทำการซักประวัติและให้ทำแบบทดสอบสภาพสมอง จึงให้การวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น หลังจากได้รับการวินิจฉัยคุณลุงเกิดความรู้สึกกลัวว่าจะมีอาการรุนแรงขึ้น กลัวจะทรมาณ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ กลัวสูญเสียความสามารถ ซึ่งผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อมที่กรณีศึกษาได้รับด้านร่างกายทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง มักจะทำให้เกิดความล่าช้าในการใช้ชีวิตประจำวัน ด้านจิตใจเกิดความรู้สึกโมโห รำคาญตนเองที่ไม่สามารถทำในสิ่งที่เคยทำได้ แต่ยังสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้เช่นเดิมซึ่งคิดว่าจะต้องมีกิจกรรมทำ พยายามไม่อยู่เฉย ๆ เพราะอาจทำให้อาการไม่ดีและไม่ได้พบเห็นสิ่งใหม่ ๆ ผู้ที่ดูแลคุณลุงคือภรรยาและลูก ๆ ช่วยกัน แต่คุณลุงก็ยังดูแลตัวเองได้และยึดหลักศาสนา ปล່อยวาง ยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นเพื่อให้จิตใจสบาย

สิ่งที่ได้จากการสังเกต

กรณีศึกษาเป็นชายวัยสูงอายุปรูปร่างสมส่วน ผิวดำแดง ผมบางสั้นรองทรง การแต่งกายเหมาะสมกับกาลเทศะ ลักษณะการเดินมั่นคง พูดคุยเป็นกันเอง ส่วนใหญ่กรณีศึกษาได้เลือกสถานที่ในการสนทนา คือ ม้านั่งที่สวนหย่อมหน้าบ้าน ซึ่งเป็นมุมที่ร่มรื่นดี ไม่มีเสียงรบกวนที่มาจากสิ่งแวดล้อมรอบข้าง ระหว่างสนทนาคณบดีศึกษามีสมาธิและให้ความสนใจในการสนทนาเป็นอย่างดี ส่วนภรรยาของกรณีศึกษาจะมานั่งคุยด้วยเป็นระยะและบางครั้งเตรียมอาหารอยู่ในครัว แต่การที่ภรรยามานั่งฟังด้วยกรณีศึกษาสามารถบอกเล่าความรู้สึกได้โดยไม่มี การแสดงถึงความอึดอัด

เมื่อสัมภาษณ์ได้สักระยะหนึ่งซึ่งอยู่ในช่วงที่กรณีศึกษาเล่าถึงความรู้สึกเกี่ยวกับการที่ตนเองมีภาวะสมองเสื่อม กรณีศึกษาแสดงสีหน้าถึงความวิตกกังวลและพยายามถ่ายทอดให้ผู้วิจัยรับรู้เกี่ยวกับอาการและผลกระทบที่ตนเองได้รับ แต่การพูดคุยทุกครั้งเป็นไปอย่างราบรื่น กรณีศึกษายอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น กรณีศึกษามักถามเรื่องเดิมซ้ำ เมื่อได้คำตอบแล้วแต่ก็ถามซ้ำอีก ซึ่งสอดคล้องกับอาการที่ลูกสาวของกรณีศึกษาเล่าให้ผู้วิจัยฟัง

กรณีศึกษารายที่ 5

บริบท

ประวัติส่วนตัว คุณป้ารัชณี (นามสมมติ) ปัจจุบันอายุ 72 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสหม้าย ภูมิลำเนาเดิมเป็นชาวจังหวัดราชบุรีและเข้ารับการศึกษามหาวิทยาลัยในกรุงเทพมหานครตั้งแต่ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโดยอาศัยอยู่หอพักในโรงเรียนจึงมีชีวิตส่วนใหญ่นั่งอยู่กับเพื่อน ๆ คุณป้ารัชณีสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี โดยเริ่มต้นที่การศึกษาอาชีวศึกษาและเข้ารับราชการครู จากนั้นได้ทุนศึกษาต่อในหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพประโยคครูประถม แล้วศึกษาต่อหลักสูตรประกาศนียบัตรประโยคครูมัธยม จนกระทั่งได้ศึกษาต่อระดับปริญญาตรีในหลักสูตรการศึกษาคณะศึกษาศาสตร์และปฏิบัติงานสอนเรื่อยมาจนกระทั่งเกษียณ หลังจากเกษียณแล้วได้สอนพิเศษเป็นงานเสริมซึ่งจะสอนช่วงเย็นหลังเลิกเรียน แต่ต่อมาเกิดการเจ็บป่วยจึงเลิกสอนพิเศษและไม่ได้ทำงานพิเศษใดเนื่องจากต้องการพักผ่อน

ชีวิตครอบครัว คุณป้ารัชณีมีพี่น้อง 5 คน ไม่มีใครมีภาวะสมองเสื่อม ญาติผู้ใหญ่ที่อายุมาก ๆ ก็ไม่มีใครมีภาวะสมองเสื่อม คุณป้าสมรสและมีบุตรทั้งหมด 3 คน เป็นผู้ชาย 2 คน ผู้หญิง 1 คน ปัจจุบันสามีเสียชีวิตไปแล้ว ลูกคนโตเป็นผู้ชายแต่งงานแยกครอบครัวไปแล้วจะมาเยี่ยมอาทิตย์ละครั้ง คุณป้าอาศัยอยู่กับลูกสองคนคือลูกสาวคนกลางซึ่งยังไม่แต่งงานและลูกชายคนเล็กซึ่งแต่งงานแล้วแต่ยังอาศัยอยู่บ้านนี้ ส่วนวันเสาร์อาทิตย์จะไปอยู่ที่บ้านภรรยา

สภาพความเป็นอยู่ ลักษณะบ้านเป็นทาวน์โฮมสองชั้น มีรั้วปิดมิดชิด มีน้ำตกหน้าบ้าน ที่ลูกสาวเป็นผู้จัดสวนไว้และคุณป้าช่วยดูแล ซึ่งคุณป้ามีหน้าที่ในการดูแลบ้าน ทำงานบ้าน เนื่องจากเกษียณแล้วและไม่ได้ทำงานใด ซึ่งโดยปกติคุณป้าจะมีกิจกรรมทำอยู่ตลอด เช่น ทำความสะอาดบ้าน ซักผ้า การออกไปพบปะเพื่อน ๆ เล่นไพ่ ออกไปซื้อของที่ตลาด ในตอนกลางวัน คุณป้าอยู่บ้านคนเดียว ส่วนช่วงเย็นลูกสาวและลูกชายคนเล็กกลับจากทำงานมาที่บ้านก็จะรับประทานอาหารเย็นร่วมกัน

ภาวะสุขภาพ เมื่อปี พ.ศ. 2550 คุณป้ามีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับกระดูกข้อเข่าเสื่อม เดินไม่ได้ ไม่สามารถทำงานได้และต้องหยุดอยู่บ้าน ลูก ๆ จึงช่วยกันดูแล โดยลูกสาวคนกลางต้องหยุดงานเพื่อดูแลแม่ในช่วงอาทิตย์แรกและหลังจากนั้นคุณป้าจึงอยู่บ้านคนเดียว ช่วงกลางวันลูกชายนำอาหารมาให้ คุณป้ารับเข้ารับการรักษาที่สถาบันเวชศาสตร์เขตร้อนอยู่เป็นระยะ ๆ แต่มีการรักษาด้วยวิธีการนวดแผนโบราณร่วมด้วย ซึ่งวิธีนี้ทำให้คุณป้ารู้สึกว่าการปวดเข่านั้นทุเลาลง นอกจากนี้ยังรับประทานน้ำกระชายผสมน้ำผึ้งที่ต้มเอง ช่วยทำให้รู้สึกว่าการปวดเข่านั้นทุเลาลงมากขึ้น

ปัจจุบันนี้สุขภาพร่างกายทั่วไปแข็งแรงดี อาจมีอาการของโรคหอบหืดซึ่งเป็นโรคประจำตัวที่อาจมีอาการขึ้นเมื่ออากาศเปลี่ยนแปลง นอกจากนั้นคุณป้ายังมีภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นมานานและใช้วิธีการควบคุมอาหารแทนการรับประทานยา อาจมีทั้งช่วงที่ควบคุมได้และไม่ได้ แต่ก็จะมีวิธีการดูแลตนเองโดยการสรรหาสมุนไพรที่มีสรรพคุณในการช่วยลดระดับไขมันในหลอดเลือด ซึ่งเป็นแนวทางในการจัดการกับความเจ็บป่วยอย่างหนึ่ง โดยคุณป้ามักศึกษาหาข้อมูลจากหนังสือและนอกจากนั้นก็ได้มีการปรึกษากับแพทย์ผู้ดูแลเมื่อเวลาที่ตนเองต้องไปตรวจสุขภาพตามนัดด้วย ส่วนยาที่รับประทานอยู่เป็นประจำคือยาที่เกี่ยวข้องกับกระดูกพรุนและภูมิแพ้ซึ่งยาเกี่ยวกับภูมิแพ้จะไม่ค่อยได้รับประทานแล้วตอนนี้หากไม่มีอาการก็จะไม่รับประทาน นอกจากนั้นยังมีวิตามินที่ลูก ๆ จัดหามาให้รับประทาน เช่น วิตามินซี น้ำมันปลาและยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล

การรับรู้อาการของภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

คุณป้ารับทราบว่าคุณป้ามีอาการหลงลืมและผิดปกติไป เมื่อประมาณ 2 ปีที่ผ่านมา ดังนี้

ระยะแรก ปิดบังอาการไม่ให้ใครรู้ คุณป้าเริ่มรับรู้ว่าคุณป้ามีอาการหลงลืม ลืมกระเป๋าเงิน ลืมว่าเปิดแก๊สต้มน้ำไว้ ซึ่งยังไม่ได้บอกให้ใครรู้ โดยกล่าวว่า

“ก็เมื่อสองสามปีนี่เอง แล้วก็ภายหลังเราย้ายมาอยู่ที่นี้ เรื่องนี้ไม่ได้บอกกับใครที่บ้านเลย ก็ปรากฏว่าอู่กับข้าว แล้วลิ้ม ก็ชักชวนโง่ครั้งกลับมา แห่งหมดเลย ควันคลั่งบ้านหมดเลย ก็รีบเปิดพัดลงพัดลม เอาหม้อไปซัด ก็กลัวจะจับได้ เรื่องนี้เค้าก็ยังไม่รู้ หลายหน แล้วก็ต้มน้ำคราวนี้ต้มใหม่ ต้มเต็มหม้อเหลือครึ่งหม้อ ถ้าต้มกา ก็คงทะเลาะ เนี่ยอย่างงี้หม้อเค้าก็เลยให้มาเข้าพบ แล้วก็มิ้ม กระเบาตั้งคั้นเนี่ย ลิ้มไว้ที่ตู้กับข้าว นั่นสิลิ้มไว้ได้ยังไง นึกไม่ออก จนกระทั่งเดือนครึ่งจะไปแจ้งความ เพราะว่าอะไรๆ ก็อยู่ในนั้น ไม่ใช้กระเบาใบนั้นนะคะ อีกใบหนึ่งเสร็จแล้วลูกชายคนโตเค้าก็มาดูตู้กับเค้า แล้วเค้าก็บอกว่า แม่ใครเอากระเบาตั้งค้มาไว้ในนี้ เอ้อสงสัยของแม่ นี่จะไปแจ้งความแล้วนะ บัตรประชาชนหาย หาไม่เจอ อะไรอย่างงี้ก็ประมาณเดือนครึ่ง บางทีถูกแจเนี่ยเอาไปไว้ในตู้เย็น เนี่ย บางทีกระเบาใบนี้ก็ไม่เจอ ”

สงสัยอาการของตนเองว่าตนเองมีปัญหาเกี่ยวกับสมอง คือ เริ่มลืมว่าวางของไว้ที่ไหน ลืมว่างานอะไรค้างอยู่ อาการเหล่านี้ทำให้คุณป้ารำลึกนึกว่าเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อม ซึ่งคุณป้าเคยได้ดูโทรทัศน์และได้เข้าฟังบรรยายที่โรงพยาบาลเคยจัดกิจกรรมจึงพอมีความรู้เกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์อยู่บ้าง ทำให้เกิดความสงสัยว่าตนเองเป็นหรือไม่ โดยกล่าวว่า

“คิดว่าเราคงเป็นอัลไซเมอร์ แต่เคยไปฟังที่โรงพยาบาลประสาทเค้าพูดว่าเอ๊ะไฉนนี่เราก็เป็น อันนี้เราก็เป็น อะไรอย่างเงี้ย อย่างข้อนี้เราเป็น อย่างถูกทุกข้อ เป็นซักสองข้ออะไรอย่างเงี้ยอะนะ แล้วอย่างอ่านเรื่องโรคต่างๆ ก็อึ้งๆ โรคนี้เราก็เป็น โรคนี้เราก็เป็น อะไรอย่างงี้จะคะ ก็เลยคิดว่า เอ๊ะเราเป็นรีเปล่า”

“... คล้ายๆว่าจะไปหยิบของก็นึกไม่ออก แล้วก็กลับไปทีเดิมก็นึกได้ สมมุติว่าเราจะมาเอาผักในตู้เย็น พอ เป็นแทบทุกวัน แป็บ ๆ เนี่ยเป็นทุกวันวันละหลายทีด้วยซ้ำไป”

ระยะต่อมา เป็นระยะค้นหาความผิดปกติ เหตุการณ์ที่คุณป้ามักประสบอยู่บ่อย ๆ คือ อาการหลงลืม โดยส่วนใหญ่ลืมสิ่งของที่ตนเองเก็บไว้เองและเมื่อต้องการใช้หรือคิดขึ้นได้อีกครั้งเกี่ยวกับของนั้นก็มักลืมว่าอยู่ที่ไหน ยกตัวอย่าง เช่น หากกระเบาเงินไม่พบ แต่ลูกชายไปพบกระเบาเงินของแม่อยู่ในตู้กับข้าวและอีกเหตุการณ์ที่พบบ่อยมาก คือต้มน้ำไว้โดยใช้กาต้มน้ำ แต่ตนเอง

ลืมน้ำดื่มไว้ เมื่อรู้ตัวอีกทีก็ดื่มน้ำใหม่ไปแล้ว หรือต้องการจะทำงานบางอย่างแต่เมื่อเดินไปถึง กลับนึกไม่ออกว่าจะมาทำอะไร เป็นต้น

โดยปกติแล้วคุณป้าไม่ค่อยได้ปรึกษาใครเกี่ยวกับเรื่องอาการหลงลืมที่เกิดขึ้น จะมีการปรึกษาในช่วงแรก ๆ เท่านั้นที่สงสัยว่าตนเองเป็นอะไร หลังจากที่สงสัยอาการของตนเองและลูก ๆ เริ่มพบความผิดปกติคุณป้า ลูก ๆ ก็รีบทราบอาการดังกล่าวที่เกิดขึ้น จึงแนะนำให้แม่ไปพบแพทย์ ซึ่งคุณป้าจะไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพอยู่เป็นประจำจึงได้เล่าอาการเกี่ยวกับการหลงลืมของตนเองให้แพทย์ฟัง แพทย์จึงส่งไปตรวจที่แผนกที่เกี่ยวข้องด้านสมองและมีการซักประวัติการทดสอบสภาพสมองจึงวินิจฉัยว่ามีอาการของภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้น

“ก็เคยหาหมออยู่แล้ว ไปหาหมอดอนเข้าอยู่แล้วหมออะไรที่เค้าไปนอก แล้วที่นี่เค้าก็ส่งมาให้หมออีกแผนก เสร็จแล้วพอมอหัง ๆ แล้ว อย่างนี้ หมอก็เลยจัดให้ คือเค้าให้หมอหังอย่างที่ว่าให้หนูหังนี้แหละ ก็มันลืมนานหนัก อะไรอย่างนี้ แล้วหมอก็บอกว่าไม่ไหว ลืมแม้กระทั่งปิดแก๊สเนี่ย ไม่ไหวแล้วนะ อะไรอย่างนี้ ... เค้าก็ว่าเป็นเกี่ยวกับพวกสมองเสื่อม”

ระยะหลังจากได้รับการวินิจฉัย เมื่อได้ทราบการวินิจฉัยและรับการรักษาแล้วก็ไม่ได้ปรึกษาแพทย์อีก ระยะหลังมาไม่ค่อยได้ปรึกษาใคร เมื่อถึงกำหนดที่ต้องไปพบแพทย์ตามนัดเพื่อประเมินการดำเนินของภาวะสมองเสื่อม ก็ไม่มีปัญหาใดที่ต้องการขอคำปรึกษา นอกจากการขอคำแนะนำจากแพทย์ผู้รักษาในช่วงแรกของการได้รับการวินิจฉัยแล้วนั้นคุณป้ายังได้พูดคุยกับรุ่นพี่ที่มีสามีเป็นภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นและได้พูดคุยซักถามเกี่ยวกับอาการว่าเป็นอย่างไร ซึ่งก็คิดว่าตนเองไม่น่าจะเป็นถึงขั้นที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่รับรู้อะไร เนื่องจากตอนนี้ตนเองยังสามารถทำทุกอย่างได้ ยังสามารถคิดและตัดสินใจได้

การรับรู้ความรู้สึกหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

เมื่อคุณป้าทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นนั้นคุณป้ามีความรู้สึกดังนี้

1. ระยะแรกหลังได้รับการวินิจฉัย

ความรู้สึกตกใจและกลัว เมื่อทราบว่าอาการที่ตนเองประสบอยู่ตอนนี้คืออาการของภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ทำให้คิดว่าตนเองมีปัญหาเกี่ยวกับสมอง คุณป้ากลัวว่าจะมีอาการที่รุนแรงมากขึ้น เนื่องจากเคยทราบข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมมาจากโทรทัศน์ หนังสือ จึงทำให้กลัวว่าอาการของตนเองจะรุนแรงขึ้น

2. ระยะต่อมา

สงสัยและไม่แน่ใจ รู้สึกว่าตนเองไม่น่าจะมีภาวะสมองเสื่อม เมื่อเข้าฟังบรรยายเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและได้ดูสื่อทางโทรทัศน์ได้ทราบว่าเป็นอย่างไร ทำให้มาเปรียบเทียบกับตัวเองแล้วว่าตนเองยังไม่เป็นถึงขั้นนั้นและคิดว่าไม่น่าจะเป็นหนักขนาดนั้น เพราะตนเองยังสามารถคิดและตัดสินใจได้ ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยกล่าวว่า

“ก็กลัวเหมือนกันนะ ตกใจกลัว แต่พอเราไปนั่งฟังวันนั้นคือขั้นไม่เป็นแน่ ฟังครั้งแรก ฟังบรรยายคือไม่เป็นถึงขนาดนั้น มันก็บอกไม่ถูกกะหนู เรามีความคิดของเราว่าเราคงไม่เป็นหนักขนาดนั้น คือถ้าขนาดนั้นก็คงจะเป็นหนักนะ ไข่ม้อย คิดว่าเราคงไม่เป็นถึงขนาดนั้น ... แต่ฟังครั้งแรกนี่กลัวแน่เลย”

ความรู้สึกท้อแท้ ในระยะแรกที่คุณป้าได้รับทราบผลการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นนั้น ตนเองมีความรู้สึกท้อแท้ คิดว่าทำไมตนเองจึงเป็นเช่นนั้น โดยกล่าวว่า

“มันเกิดอาการท้อมากกว่า ... นี่ถ้าหากว่านะ คือถ้าป้าได้ยินหมอบอก เริ่มต้น ถ้าหากเราท้อ เราอาจจะแย่ ถ้าเราคิดว่าไม่เป็น ก็ไม่เป็น เราก็ยังไปไหนมาไหนได้ ไปเที่ยวอะไรอย่างนี้ ไปสู่วรรณภูมิก็ไปมาแล้ว (หัวเราะ)”

ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

หลังจากที่คุณป้ารับรู้อาการของตนเองที่เกิดจากภาวะสมองเสื่อมแล้ว ในขณะที่ใช้ชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นนี้ คุณป้าประสบกับผลกระทบที่เกิดขึ้น ดังนี้

ใช้เวลาในการหาสิ่งของนาน เมื่อคุณป้าต้องการใช้ของบางอย่างแต่จำไม่ได้ว่าตนเองเก็บไว้ที่ใด ทำให้ต้องใช้เวลาในการหาของนาน ซึ่งบางครั้งก็ไม่สามารถหาได้ในวันที่ต้องการใช้ แต่ต้องใช้เวลาในการคิดทบทวนว่าตนเองนำไปไว้ที่ใด บางครั้งนึกไม่ออก แต่พบบเองภายหลังว่าของอยู่ที่ใด

รู้สึกหงุดหงิด คุณป้ารู้สึกว่ามีความรู้สึกหงุดหงิดบางครั้งเมื่อเวลาที่ตนเองหาของไม่พบหรือคิดไม่ออกว่าตนเองกำลังจะทำอะไร ทั้ง ๆ ที่กำลังจะเดินทางไปทำงานอย่างหนึ่งแต่กลับคิดไม่ออกว่าต้องการจะทำอะไร แต่เมื่อหาของเจอและรู้ตัวว่าตนเองลืมก็นึกขำตัวเองบางครั้งพยายามคิดว่าเป็นไปตามอายุที่มากขึ้นและเพื่อนบางคนก็มีอาการเช่นเดียวกัน หากคิดมากและเครียดอาจจะทำให้ยิ่งมีอาการที่เป็นเร็วมากขึ้นกว่าเดิม โดยกล่าวว่า

“มันก็นวดหนักเหมือนกัน ฮือ ทำไมเราลืมนะ นึกไม่ออกว่าอยู่ที่ไหน ะไรอย่างงี้ ลืมหนักๆ เข้าคิดแล้ว ถ้าหากว่าอีกเดือนนึงถ้าหาไม่เจอจะไปแจ้ง ความ ก็เท่านั้น อย่งๆ ใส้สมุดธนาคารนี้ขำ ก็อุตสำหรับเก็บเอาไว้แล้วนะ รู้ว่า ตัวเองขี้ลืมนะ วางไว้ตรงนี้เห็นมากที่สุดแล้ว ก็ยังลืมนะ”

สิ่งที่ยังไม่ได้รับผลกระทบ

ถึงแม้จะมีผลกระทบทางด้านความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะที่มีอาการ แต่ก็ยังพบว่าคุณป้า ดำเนินชีวิตร่วมกับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นอย่างปกติ ดังนี้

ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน หลังจากทราบว่าตนเองมีภาวะสมอง เสื่อมคุณป้ายังคงความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเช่นเดิม เป็นปกติในแต่ละวัน ปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน ทำงานบ้าน ดูแลความเรียบร้อยของบ้านได้ ช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติทุกวัน สามารถเดินทางไปไหนมาไหนได้เองโดยไม่หลงทาง ไม่พบว่ามีกรเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย หลังจากทีทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น แต่ก็คิดว่าสนุกดีเมื่อไปตรวจตามนัดแล้ว ได้เจอเพื่อน ๆ คนไข้ที่ไปพบแพทย์ตามนัดเพื่อตรวจดูอาการของภาวะสมองเสื่อมเหมือนกัน โดย กล่าวว่

“เฉยๆ ก็ไม่ได้มีผลอะไรมากมาย ก็ฆ่าตัวเองที่ถือช้อนเข้าห้องน้ำอะไร อย่งนี้ ไม่เปลี่ยนมันก็จะซ้ำๆ กันอย่างเนี้ย คือ ตื่นเช้าขึ้นก็จะหุงข้าว กับ ทำกับข้าวให้ลูกๆทาน ล้างถ้วยล้างชามเสร็จ ชักเสื้อผ้า ถ้าวันไหนมีเสื้อผ้าที่จะ ริดได้ ก็เก็บมารีด เท่านั้นเอง ก็ทำอย่างนี้ทุกวัน บางทีเอ้อ นึกอยากจะไปเที่ยว ตลาดก็ไป ก็ถ้าหากว่าแดดร้อนจัดๆ ตอนเที่ยงมีสามล้อ ก็จะมีนั่งสามล้อไปปาก ทาง แล้วขึ้นรถเมลิไป”

ความสัมพันธ์กับเพื่อน เพื่อน ๆ ของคุณป้าทราบว่าคุณป้ามีภาวะสมองเสื่อมและยัง แสดงความเข้าใจพร้อมทั้งบอกว่ามีอาการคล้ายกัน นอกจากนั้นยังมีการนัดพบปะกันเป็นระยะ ๆ ด้วย ดังนั้นเรื่องความสัมพันธ์กับเพื่อนและการเข้าสังคมยังคงเหมือนเดิม

สถานะทางเศรษฐกิจ คุณป้ารัชนีไม่มีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องค่าใช้จ่าย เนื่องจากเป็น ข้าราชการบำนาญ สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ อาจมีตัวยาบางตัวที่ไม่สามารถเบิกได้ แต่ก็ ไม่มีปัญหาในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ลูก ๆ จะให้เงินเดือนไว้เป็นค่าใช้จ่ายในบ้านด้วย

สิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย

หลังจากที่คุณป้าทราบว่าคุณเองมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ก็ดำเนินชีวิตไปตามปกติ คุณป้ารู้สึกว่าคุณอย่างก็ยังคงดำเนินไปเช่นเดิมเรื่อย ๆ ไม่มีอะไรที่แสดงถึงความรู้สึกแปลกใหม่ แต่พบว่าสิ่งดี ๆ เกิดขึ้นอาจเกิดได้จากการที่ตนเองได้ไปพบผู้ป่วยที่ไปพบแพทย์ด้วยกัน ทำให้ได้พบปะพูดคุยกับคนอื่น ๆ ที่มีอาการเจ็บป่วยเหมือนกันและผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วย ซึ่งทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่ได้เจ็บป่วยแบบนี้คนเดียวและยังพบว่าคนอื่น ๆ มีอาการหนักกว่าตนเอง ตนเองยังสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ ยังทำอะไรได้ด้วยตัวเองหลายอย่าง โดยกล่าวว่า

“ด้านดีไม่มี ด้านธรรมดาดีไม่มี ก็ธรรมดาเรื่อย ๆ เบื่อ ๆ ไปวัน ๆ แต่บางทีไปโรงพยาบาล ไปตรวจโรคกระดูก อู๋ย ... ตาย เจอกันนั่งหน้าห้องอยู่ห้าหกคน (หัวเราะ) เป็นโรคเดียวกันทั้งนั้น อะไรอย่างนี้ มันก็เอ้อ สนุกดี ไปก็ได้คุย ... ตามอาการเป็นเหมือนกันมัย เราก็ยังดีกว่าคนอื่นนะ คนอื่นเป็นมากกว่าเรา เราช่วยเหลือตัวเองได้อยู่”

วิธีการที่ช่วยให้เกิดการยอมรับกับอาการ

คุณป้ารับนี้พยายามไม่คิดมากและคิดว่าเป็นเรื่องตลกที่ตนเองซีลิม เมื่อนึกถึงอายุที่มากขึ้นก็จะต้องพยายามเข้าใจว่าเป็นเรื่องธรรมชาติของคนวัยสูงอายุที่จะต้องมีความเสื่อมของร่างกายเกิดขึ้น กลุ่มเพื่อนของคุณป้าเองก็มีอาการหลงลืมเหมือนกัน แต่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอาจแตกต่างกันไป โดยกล่าวว่า

“เฉย ๆ เอ้อ ก็เราดูว่าเป็นของตลก ของข้า ก็เท่านั้นเอง อย่าไปคิดอะไรมากใช้มัยคนเรา คือคนเราอายุขนาดนี้ ก็เป็นไปตามวัยเพื่อน ๆ เราก็เป็นเป็นเหมือนกัน บางคนตลกด้วยซ้ำไป”

วิธีการที่ใช้เพื่อช่วยในดำเนินชีวิต

วิธีการที่คุณป้าใช้ช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับภาวะสมองเสื่อมต่อไปได้ มีทั้งที่เคยปฏิบัติอยู่เดิมบ้างและได้ลองปฏิบัติหลังจากที่ทราบว่ามีภาวะสมองเสื่อม โดยได้จากคำแนะนำของผู้อื่น จากที่ตนเองได้ดูจากสื่อ หรือจากที่คิดขึ้นเอง ซึ่งมีดังนี้

การจดบันทึก คุณป้าร์ชนี่มีการจดบันทึกเกี่ยวกับวันนัดพบแพทย์ หรือวันนัดที่ต้องไปทำธุระสำคัญ ๆ ไว้ที่ปฏิทิน ซึ่งจะเขียนลงไปบนปฏิทินและจะคอยเปิดดูว่าวันไหนมีนัดที่ไหน โดยกล่าวว่า

“อันนี้ไม่ลืม ปฏิทินป้า เป็นแถวเลย ไปหาหมอวันไหน ไปไหน จดไว้ที่ปฏิทินเลย สมมุติว่าไปงวดนี้นะ แล้วหมอนัดนะ รีบเปิดปฏิทินเลย แล้วก็เขียนไว้ว่าหมอใครนัดอะไรอย่างนี้ จะเขียนไว้”

ตั้งใจอยู่กับสิ่งที่ทำขณะนั้น โดยการยื่นรอกให้น้ำเดือดก่อนแล้วจึงปิดแก๊สเพื่อป้องกันการลืมน้ำต้มน้ำ จะได้ไม่ทำงานอย่างอื่นในขณะที่ต้มน้ำ คือ ต้องพยายามทำงานให้เสร็จเป็นอย่าง ๆ โดยกล่าวว่า

“ต้มน้ำนะคะ คือจะใช้วิธีนี้ รอกให้มันเดือดให้เรียบร้อยซักพักก่อน แล้วค่อยไปทำอย่างอื่น ที่ลืมเพราะเราจะไปทำอย่างอื่นซัก 5 นาที แวบเดียวอะไรอย่างงี้ ก็ลืม”

การเล่นไพ่ นอกจากวิธีอื่น ๆ ที่ได้กล่าวมาแล้วนั้นยังมีวิธีการที่ช่วยในการชะลอความเสื่อมของสมองโดยการเล่นไพ่ด้วย เพราะคุณป้าร์ชนี่เคยทราบมาว่าการเล่นไพ่จะช่วยให้สมองได้คิดเลขและทำงาน บางทีก็เล่นเกมอักษรไขว้ซึ่งลูกสาวจะชอบซื้อมาให้ฝึกสมอง แต่การเล่นไพ่นี้คุณป้าได้เล่นกับเพื่อน ๆ และลูกมาก่อนหน้าที่จะทราบว่ามีการชะลอสมองเสื่อมแล้วและหลังจากที่มีอาการก็ยังเล่นต่อไปเพื่อจะได้ชะลอความเสื่อมของสมอง ซึ่งคุณป้าชอบกิจกรรมเล่นไพ่มากกว่าการเล่นเกมอักษรไขว้ โดยกล่าวว่า

“เพราะสมัยก่อนนี่ตอนที่ลูกชายเค้ายังไม่แต่งงานก็จะเล่นกันทุกวันศุกร์ ... บางทีก็มีเกมส์อะไรก็ไม่รู้ที่เค้าเอามาให้ เป็นหนังสือ แต่ก็ไม่ค่อยชอบภาษาไทยชอบหน่อย แต่ตัวเลขไม่ค่อยชอบ ... อันนี้คือลูก ๆ ให้มาก็แล้วแต่ ใครไปเจอมาดี เค้าก็ให้ อะไรอย่างนี้”

การศึกษาจากสื่อต่าง ๆ คุณป้าและลูกสาวได้หาความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม โดยพยายามศึกษาข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ เช่น การอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์และการไปฟังบรรยาย เนื่องจากได้พบเห็นผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งจากสามีของรุ่นพี่ที่ตนเองรู้จัก ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ที่มารับการรักษาที่คลินิกสมองเสื่อม คุณป้าจึงพยายามหาข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินอาการและวิธีการใดที่จะช่วยทำให้ชะลอความรุนแรงของอาการเหล่านั้นได้ โดยกล่าวว่า

“ป้าก็ดูทีวีมั่ง อ่านหนังสือมั่ง แล้วก็เคยไปฟังที่เค้าบรรยายนะ แต่เดี๋ยวนี
ไม่ได้ไปแล้ว ก็พูดเหมือนเดิม ป้าก็อ่านหนังสือพวกนิตยสาร หาความรู้ไปเรื่อย
ว่ามันเป็นยังไง บางทีก็รู้สึกที่เราไม่เป็นถึงขั้นนั้นนะ แต่ก็ต้องรู้ไว้”

การรับประทานวิตามินและอาหารเสริม หลังจากที่คุณป้ารับรู้ถึงอาการของ
ภาวะสมองเสื่อมและทราบผลการวินิจฉัยแล้วนั้น จึงได้ทราบว่ารับประทานอาหารเสริม
วิตามิน สามารถช่วยบำรุงและชะลอความเสื่อมของสมองได้ โดยกล่าวว่า

“ก็จะทานพวกแบล็คมอร์ วิตามินเสริม วิตามินซี แล้วก็น้ำมันปลา ...
ลูก เค้าแนะนำให้ทานด้วย คือซื้อมาแม่ทานสิ ก็ทาน ๆ ด้วยกัน คือตอนนี้ก็เพิ่ม
น้ำมันรำข้าวอีก น้ำมันรำข้าวที่มีจมูกข้าว จะซื้อเอง นอกนั้นก็ทานของโรงพยาบาล
พวกยา พวกอะไร โอเมก้าทรี อันนี้เพิ่งเริ่มทาน ยังไม่ถึงอาทิตย์เลย ก็เลยลองดู
เค้าว่าดี (ลูกสาวแนะนำให้รับประทาน)”

การวางแผนการดำเนินชีวิต

โดยปกติแล้วคุณป้ารัชณีมักจะชอบแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า เพราะคิดว่าการคิดเรื่องอื่น ๆ
ไปล่วงหน้าจะทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกเครียดและกลัวใจ ถึงอย่างไรปัญหาหรือเรื่องราวที่ต้อง
เผชิญก็ต้องผ่านพ้นไป แต่คุณป้าได้มีการคิดวางแผนการดำเนินชีวิตดังนี้

ด้านทรัพย์สินมรดก หากมีปัญหาการหลงลืมที่เป็นมากขึ้น จะเริ่มทำการเขียนระบุชื่อ
ไว้ว่าส่วนไหนต้องการให้ใครเป็นผู้มีสิทธิ์ในการได้รับไปดูแลต่อไป แต่ปัจจุบันตนเองยังสามารถทำ
อะไรได้เอง ยังคิดและตัดสินใจได้เองจึงยังไม่ได้วางแผนเรื่องนั้น โดยกล่าวว่า

“ตอนนี้ไม่ได้วางแผนที่จะให้ใครมาดูแลประโยชน์ของเรา บำนาญเราที่
ได้มาก็ยังรับอยู่ แต่ก็คิดว่าถ้าหากเกิดหลงลืมจริง ๆ เราก็จะเขียนไว้ให้อ่านาจ
ลูก ๆ ไปเลย แต่ตอนนี้ยังไม่ได้เขียน ยังไม่ได้ทำอะไรทั้งนั้น เพราะเราคิดว่าเรา
ยังไปได้อยู่”

“ผลประโยชน์ ...จะมีนิดหน่อย หุ่นหะ หุ่นกับลูกอะไรอย่างเงี้ย เค้าให้มาก็เอา ไม่ได้ให้มาก็ไม่เอา ไม่ได้คิดอะไรมาก เพราะเราคิดว่าอย่างเงี้ย เค้าหากว่าเซ็นตืชื่อเค้า ตายก็ตกเป็นของเค้าแค่นั้นเอง”

การดำเนินชีวิตประจำวัน คุณป้ารัชณีไม่ได้วางแผนในการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้วยเหตุที่คุณป้าไม่ชอบวางแผน หากมีปัญหอะไรเกิดขึ้นจึงไม่มาคิดไว้ล่วงหน้า เพราะคิดไปแล้วก็ยังไม่เกิดขึ้น ทำให้คิดมากและรู้สึกว่าจะไม่เกิดประโยชน์ โดยกล่าวว่า

“ไม่มีการวางแผน จะแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ไม่ชอบวางแผน ไม่วางแผนอะไรเลย ก็คือกลุ่ม ไม่ชอบเครียดไป เดี่ยวเสร็จเป็นเรื่อง ๆ ไปเลย ถ้ามีปัญหาเราก็แก้ไปเลย ไม่เครียด แล้วก็ไม่ต้องคิดด้วย คิดไปทำไม คิดแล้วไม่ได้อะไรขึ้นมา คิดไปแล้วรอกสมอง”

ความต้องการได้รับการดูแล คุณป้ารัชณีไม่ได้วางแผนว่าเมื่อสูงอายุมากขึ้นและสุขภาพแยลงต้องการให้ใครมาดูแลตนเอง เพราะไม่ต้องการให้ลูก ๆ ลำบากที่จะต้องมาดูแลแม่ ซึ่งคุณป้ารัชณีคิดว่าอาการเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมรวมถึงปัญหาสุขภาพของตนเองยังไม่ถึงระดับที่ต้องให้ใครมาดูแล เพราะยังสามารถดูแลตนเองได้และคิดว่าอาการของตนเองต้องไม่แยลง ต้องไม่เป็นขั้นรุนแรงและพยายามดูแลตัวเองไม่ให้อาการรุนแรงขึ้น ไม่เป็นอะไรมากไปกว่าเดิม โดยกล่าวว่า

“ตอนนี้ยังไม่คิดคะ ไม่คิดว่าจะเป็นอย่างนั้นไง เราไม่คิดเลย คือว่าไม่ต้องการให้ลูกลำบาก เราก็พยายามจะไม่เป็น คือคิดว่าเราจะไม่เป็น ๆ ๆ ยังดูแลตัวเองได้นี้ ก็ดูแลตัวเองในตอนนีให้ดี”

ผลประโยชน์ ทรัพย์สินและมรดก คุณป้ารัชณีไม่ได้วางแผนเกี่ยวกับเรื่องการจัดการว่าจะให้ใครเป็นผู้ดูแลผลประโยชน์ของตนเอง เพราะคิดว่าตนเองยังสามารถดูแลและจัดการเกี่ยวกับผลประโยชน์เหล่านี้ได้อยู่ ซึ่งจะมีบำนาญและเงินหุ้นที่ได้ลงทุนไว้ โดยคุณป้ามีความคิดเห็นว่าตนเองไม่ได้มีมรดกมากถึงขั้นที่จะทำให้เกิดปัญหาหาระหว่างลูก ๆ หากตนเองไม่สามารถดูแลได้หรือเสียชีวิตไปลูก ๆ ก็คงแบ่งกันอย่างยุติธรรม

ความรู้สึกที่ต้องการบอกให้คนอื่นทราบ

คุณป้ามีความเชื่อว่าการที่ตนเองไม่อยู่เฉย มีกิจกรรมทำอยู่เสมอจะช่วยให้ตนเองมีความสามารถในการดำเนินชีวิตได้และการที่ได้ไปไหนมาไหนด้วยตนเองหรือไปกับลูก ๆ ก็เป็นการได้เปิดโลกทัศน์ใหม่ ๆ ให้สมองได้ใช้งาน ได้รับรู้สิ่งใหม่ ๆ

สรุป คุณป้าทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นเมื่อประมาณ 2 ปีที่ผ่านมา โดยเริ่มมีอาการหลงลืม ลืมกระเป๋าเงิน ลืมว่าเปิดแก๊สต้มน้ำไว้ แล้วลูก ๆ รับทราบอาการดังกล่าวที่เกิดขึ้น จึงแนะนำให้แม่ไปพบแพทย์ซึ่งโดยปกติแล้วคุณป้าไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพอยู่เป็นประจำจึงได้เล่าอาการเกี่ยวกับการหลงลืมของตนเองให้แพทย์ฟัง แพทย์จึงส่งไปตรวจที่แผนกที่เกี่ยวข้องด้านสมองและมีการซักประวัติการทดสอบสภาพสมองจึงวินิจฉัยว่ามีอาการของภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้น หลังจากได้รับการวินิจฉัยคุณป้าเกิดความรู้สึกตกใจ กลัวว่าจะมีอาการรุนแรงขึ้น รู้สึกท้อแท้ว่าทำไมเหตุการณ์นี้จึงเกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อมที่กรณีศึกษาได้รับทำให้ต้องใช้เวลาในการหาสิ่งของนานเนื่องจากจำไม่ได้ว่าตนเองนำไปเก็บไว้ที่ใด ด้านจิตใจรู้สึกหงุดหงิดที่อาการหลงลืมเกิดขึ้นบ่อยครั้ง แต่ยังสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ เช่นเดิมซึ่งคิดว่าจะต้องมีกิจกรรมทำ พยายามไม่อยู่เฉย ๆ เพราะอาจทำให้อาการไม่ดี และไม่ได้พบเห็นสิ่งใหม่ ๆ คุณป้ายังดูแลช่วยเหลือตัวเองได้และมีลูก ๆ ช่วยดูแลเอาใจใส่ หาดอาหารเสริมหรือกิจกรรมที่จะช่วยชะลอความเสื่อมของสมองมาให้คุณป้าได้ทำอยู่เรื่อย ๆ

สิ่งที่ได้จากการสังเกต

กรณีศึกษาเป็นหญิงวัยสูงอายุรูปร่างสมส่วน ผิวเป็นต่างขาว ผมสีดำมีสีขาวแซม ผมยาวมัดรวบไว้ การแต่งกายเหมาะสมกับกาลเทศะ ลักษณะการเดินมั่นคง พูดคุยเป็นกันเอง ส่วนใหญ่จะนั่งสนทนากันที่ห้องรับแขก กรณีศึกษามีความสนใจในการสนทนาดี ไม่มีเสียงรบกวนที่มาจากสิ่งแวดล้อมรอบข้าง ระหว่างสนทนากรณีศึกษามีสมาธิและให้ความสนใจในการสนทนาเป็นอย่างดี ตอบคำถามและเล่าเรื่องราวได้เป็นลำดับดี อาการของภาวะสมองเสื่อมในระหว่างการเยี่ยมบ้านและการสัมภาษณ์ไม่ค่อยปรากฏ อาจมีเพียงการหลงลืมเล็กน้อย เช่น ลืมวันที่

เมื่อกรณีศึกษาเล่าถึงความรู้สึกเกี่ยวกับการที่ตนเองมีภาวะสมองเสื่อม กรณีศึกษาแสดงสีหน้าถึงความวิตกกังวลเล็กน้อยเมื่อกล่าวถึงผลกระทบที่จะได้รับในอนาคต การพูดคุยทุกครั้งเป็นไปอย่างราบรื่นกรณีศึกษายอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น การแสดงออกของกรณีศึกษาเหมาะสมกับสิ่งที่บอกเล่าและอาการที่กรณีศึกษาเล่าให้ผู้วิจัยฟังตรงกับอาการที่ลูกสาวของกรณีศึกษาเล่า

ให้ผู้วิจัยฟังและตรงกับประวัติการเข้ารับการรักษาที่ได้ปรากฏในระเบียบประวัติผู้ป่วยของทางโรงพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 6

บริบท

ประวัติส่วนตัว คุณลุงพุง (นามสมมติ) อายุ 76 ปี นับถือศาสนาพุทธ เป็นชาวลพบุรี โดยกำเนิด สถานภาพสมรสคู่ สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 และศึกษาต่อในหลักสูตรวิชาทหาร หลังจากนั้นรับราชการทหารมาตลอด แต่ย้ายไปทำงานหลายจังหวัด และสุดท้ายได้มาสร้างบ้านและตั้งหลักแหล่งอยู่ที่กรุงเทพมหานคร ปัจจุบันเป็นข้าราชการบำนาญ หลังจากเกษียณแล้วไม่ได้ประกอบอาชีพใด เนื่องจากต้องการพักผ่อนและใช้ชีวิตที่เรียบง่ายอย่างมีความสุขกับครอบครัว

ชีวิตครอบครัว คุณลุงพุงมีพี่น้อง 9 คน เสียชีวิตไปแล้ว 3 คน ญาติพี่น้องไม่มีใครมีภาวะสมองเสื่อม คุณลุงสมรสและมีบุตรทั้งหมด 4 คน เสียชีวิตไป 1 คน และหายสาบสูญ 1 คน ปัจจุบันอาศัยอยู่กับภรรยา ลูกชาย ลูกสาว ลูกสะใภ้ หลานอีก 2 คนและแม่บ้านที่คอยดูแลบ้านอีก 1 คน ครอบครัวมีความสุขดี

สภาพความเป็นอยู่ หลังจากเกษียณแล้ว ก็ไม่ได้มีงานอื่นและไม่ได้เข้าไปข้องเกี่ยวกับงานเดิม แต่จะมีกิจกรรมที่ทำอยู่ทุกวันในช่วงหลังจากเกษียณในระยะแรก ๆ คือไปรับส่งหลานไปโรงเรียน โดยปฏิบัติเป็นประจำและไปเดินเล่นที่ห้างสรรพสินค้าบ้างแต่ไม่บ่อยนัก ปัจจุบันอยู่บ้านมีกิจกรรมทำตลอด เช่น ซ่อมรถ รดน้ำต้นไม้ ไปโรงพยาบาลตามแพทย์นัด เมื่อถึงตอนเย็นลูก ๆ เลิกงานก็รับประทานอาหารเช้าด้วยกัน โดยจะมีแม่บ้านคอยดูแลบ้านหนึ่งคน คุณลุงพุงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ออกกำลังกายโดยการเดินรอบ ๆ บ้าน

ภาวะสุขภาพ คุณลุงพุงมีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง แต่ปัจจุบันไม่มีอาการรุนแรง อาจมีความดันโลหิตสูงบ้างต่ำบ้างขึ้นอยู่กับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น บางครั้งพักผ่อนไม่เพียงพอ หรือรับประทานอาหารที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต ขณะนี้รับประทานยาอยู่อย่างต่อเนื่องและพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ แต่อาการที่ทำให้ต้องไปพบแพทย์ คือ กล้ามเนื้ออ่อนแรงกะทันหันขณะออกกำลังกาย ส่วนอาการหลงลืมนั้นผู้ให้ข้อมูลคิดเพียงว่าเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นตามวัย ซึ่งเริ่มสังเกตตัวเองว่ามีความเปลี่ยนแปลงไป ความจำไม่ดีเหมือนก่อนหลงลืมง่ายขึ้น วางของแล้วลืมว่าวางที่ไหน จำชื่อคนไม่ได้ เป็นต้น และเมื่อพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยจึงพบว่าเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอเนื่องจากหลอดเลือดที่สมองตีบและมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ปัจจุบันรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง คุณลุงพุงรู้สึกว่าคุณลุงพุงยังมีสุขภาพแข็งแรง

ดี สามารถไปเองได้ ช่วยเหลือตัวเองได้ ใคร ๆ ก็บอกว่ายังแข็งแรงดี อาจจะเป็นเพราะว่าตนเอง ออกกำลังกายเป็นประจำ ไม่ดื่มเหล้า แต่อาจดื่มเล็กน้อยเมื่อเข้าสังคม

การรับรู้อาการของภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

คุณลุงพยุทราพบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นครั้งแรกประมาณ 1 ปีที่ผ่านมา โดยมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการของภาวะสมองเสื่อมดังนี้

ระยะแรก เริ่มรับรู้อาการผิดปกติในตอนที่ไม่ออกกำลังกาย แล้วเกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขณะออกกำลังกายอยู่แล้วแขนก็ไม่มีแรง ในขณะนั้นรู้สึกว่าคุณอาการไม่ดีแล้วจึงรีบโทรศัพท์หาน้องสาวที่เป็นพยาบาล น้องจึงบอกให้รีบมาพบแพทย์ เมื่อไปพบแพทย์จึงทราบว่าตนเองมีปัญหาเกี่ยวกับหลอดเลือดฝอยในสมองตีบ

“อาการครั้งแรกก็คือ ผมนอนอยู่เฉย ๆ ผมก็จะออกกำลังกาย ยืนมือขึ้น ทุกวันครับ วันละชั่วโมงกว่า ยึดตรงสะพานพระราม 7 สะพักมันร่วงไปเฉย ๆ เลย ช่างขวา มือร่วงไปเฉย ๆ เลยก็บอกว่า รู้สึกไม่ดีแล้วรีบโทรกับไปหาน้องเค้า อยู่ ... (ใช้เวลาในการนี้ที่โรงพยาบาลประมาณ 1 นาที) รพ. ... เค้าเป็นนางพยาบาล อยู่ที่นั่น พี่ทำงานอยู่ที่นี่ ผมก็ไปแต่เช้า ให้หมอเค้าตรวจเลยหมอเค้าก็ให้ยาแบบนี้มา ยาละลายลิ่มเลือดแล้วพอกกลับมาประมาณ 3 เดือนก็ไปหาที่ รพ.พระมงกุฎเกล้า ฯ”

จากนั้นจึงได้รักษาตัวอยู่ระยะหนึ่งประมาณ 3 เดือน จนกระทั่งสามารถฟื้นฟูร่างกายของตนเองให้ดีขึ้นกว่าเดิมได้และจากนั้นเริ่มสังเกตพบว่าตนเองมักมีปัญหาเกี่ยวกับปัญหาการหลงลืม เช่น การลืมชื่อคน ลืมชื่อ โดยกล่าวว่า

“จำชื่อ จำชื่อ จำชื่อ จำตั้งนาน ตั้งแต่ยังไม่ 60 (อายุ 60 ปี) ยังจำชื่อได้ รุ่น ๆ แต่ใจเดี๋ยวนี้พอหมดแล้วเกษียณแล้วมันนึกไม่ออกเลย จำหน้าได้ แต่นึกชื่อไม่ออก อันที่ 2 ก็เป็นเรื่องของลืมนาย”

ระยะต่อมา เป็นการค้นหาความผิดปกติที่เกิดขึ้น คุณลุงได้ปรึกษากับแพทย์เกี่ยวกับความผิดปกติของตนเองที่เกิดขึ้น แพทย์จึงส่งไปตรวจเอกซเรย์สมองด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์เพื่อตรวจวินิจฉัยหาความผิดปกติ จึงได้ทราบว่าตนเองมีปัญหาเกี่ยวกับความเสื่อมของสมอง

ระยะหลังจากได้รับการวินิจฉัย คุณลุงเข้ารับการรักษาโดยตลอดและมีความคิดว่า พฤติกรรมเหล่านั้นเป็นการแสดงว่าตนเองมีปัญหาเกี่ยวกับสมองและสังเกตอาการของตนเองอยู่เสมอโดยพบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการลืมสิ่งของว่าวางของไว้ตรงไหน การใช้ความคิดที่นานกว่าเดิม เป็นต้น

“อาการคล้ายว่า มึน คือจำชื่อคนไม่ได้นาน นี้นั่นนอนเลย วันนี้นึก ออก พรุ่งนี้นึกไม่ออก ก็ต้องใช้เวลา สะ 4-5 นาที ... ลืมของ ... บางที่วางของ ปุ๊ปก็ลืม ลืมของที่เราวางเอาไว้ที่ไหน ส่วนใหญ่จะเป็นของที่มันอยู่ใกล้มือ เช่น ปากกา แว่นตามั่ง”

การรับรู้ความรู้สึกหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

หลังจากที่ทราบว่าคุณลุงมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นนั้นคุณลุงมีความรู้สึกดังนี้

1. ระยะแรกหลังจากได้รับการวินิจฉัย

รู้สึกกลัว ถึงแม้ว่าปัจจุบันยังสามารถพอช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ต่อไปหากอายุมากขึ้นกลัวว่าจะมีอาการรุนแรงเมื่อตนเองอายุมากขึ้น ลูกหลานจะไม่ดูแลเพราะต่างก็มีภาระกันและตนเองจึงไม่ต้องการจะเป็นภาระของใคร โดยกล่าวว่า

“คล้ายว่าเราอายุขนาดนี้ยังพอไปไหว แต่ถ้าอายุเราไปไม่ค่อยไหว กลัวเค้าไม่ดูแล ถ้าเราเป็นหนักกว่านี้ เพราะฉะนั้นเราก็ต้องออกกำลังกาย”

2. ระยะต่อมา

ยอมรับและเข้าใจ คุณลุงคิดว่าอาการที่ตนเองมีภาวะสมองเสื่อมนี้ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากตนเองที่อายุมากขึ้น จึงพยายามไม่คิดมากเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นและยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพราะเมื่อเปรียบเทียบกับเพื่อนรุ่นเดียวกันบางคนเสียชีวิตไปแล้วแต่ตนเองยังมีชีวิตย่อมมีการเจ็บป่วยได้และตนเองไม่มีกิจกรรมที่ทำให้สมองได้คำนวณโดยกล่าวว่า

“ก็คิดว่าในใจ สภาพเราอายุมากแล้วยอมเป็นแบบนี้บ้าง ยอมรับ คิดว่าอายุเราก็มากแล้ว อีกอย่างคนอื่นเค้าเล่นไพ่กัน เราไม่ค่อยยุ่งด้วย เราก็ 70 (อายุ 70 ปี) กว่าแล้ว ยังไม่เป็นอะไร ไม่ตาย เพื่อน ๆ 60 (อายุ 60 ปี) กว่าก็ตายไปแล้วบ้างก็มี”

นอกจากนั้นคุณลุงยังเชื่อว่าสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เป็นสมองเสื่อมเพราะไม่ค่อยได้อ่านหนังสือ ไม่สนใจเรื่องหนังสือ ไม่ค่อยได้ดูโทรทัศน์ ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ที่เกี่ยวกับเทคโนโลยีใหม่ ๆ เพราะคิดว่าไม่จำเป็นสำหรับตนเองและไม่ต้องการจะคลุกคลีกับสิ่งเหล่านั้น จึงไม่ค่อยสนใจเรื่องนี้ ทำให้คิดว่าส่วนหนึ่งที่ตนเองมีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากไม่ได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ซึ่งยอมรับและเข้าใจว่าตนเองมีนิสัยเช่นนี้ โดยกล่าวว่า

“แล้วอีกอย่างผมไม่ค่อยชอบนิสัย ลูกสาวจะเอาโทรศัพท์มือถือให้ผมยังไม่เอาเลย แล้วอีกอย่างผมไม่เอาทุกอย่างเลย พ่อเอาไปเถอะเวลามีปัญหาอะไรจะได้เรียกได้ คือไม่ยอมอ่านหนังสือมาก เป็นมาตั้งแต่ต้นแล้ว ไม่ค่อยอยากอ่านหนังสือ คุยกันได้แต่หนังสือมันยาก”

ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

คุณลุงพุงเล่าถึงผลกระทบที่ได้รับจากการมีภาวะสมองเสื่อมดังนี้
ความทนในการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากมีกำลังของกล้ามเนื้อลดลงต่างจากก่อนเจ็บป่วย แต่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดิม แต่เพียงไม่สามารถที่จะทำงานหนักได้เหมือนเมื่อก่อน โดยกล่าวว่า

“คือ ไม่เปลี่ยนอะไรมาก ด้านกำลังคงอ่อน ก็ทำงานหนักแล้วจะเหนื่อยเร็ว กำลังเราไม่เหมือนเมื่อก่อน มันจะอ่อนกำลังเร็วกว่า”

รู้สึกกลัว ซึ่งกลัวว่าหากอาการรุนแรงขึ้นมากกว่านี้ จะไม่มีใครดูแล โดยคุณลุงได้พบเห็นผู้ที่ไปเข้ารับการทำกลุ่มบำบัดผู้มีภาวะสมองเสื่อมด้วยกัน และพบว่ามีบางคนที่มีอาการมากกว่าตนเอง เช่น ไม่สามารถเดินได้ต้องนั่งรถเข็น จำใครไม่ได้ บางครั้งพูดไม่เข้าใจกัน จึงเกิดความรู้สึกว่าหากวันใดที่ตนเองอายุมากขึ้น และมีอาการรุนแรงขึ้น กลัวว่าลูกหลานจะไม่ดูแล เพราะต่างก็มีภาระกัน โดยกล่าวว่า

“อาการถ้ามันเกี่ยวกับความจำ ถ้าเราจำไขว่เขว นั้นก็ใช้แล้วเคยเห็นคนที่มีความจำนี้เหมือนกันอะ คล้ายกับเรา เจอที่ รพ. แกก็เดินไป พุด ๆ ก็พูดไม่ออก เราเห็นแบบนั้น เราก็กังคักว่านะเราก็สบายใจ ... เราก็คิดอยู่เหมือนกัน ว่าวันหนึ่ง

เราจะเป็นแบบนี้มั้ย เพราะถ้าเราไม่รักษาตัวเอง เราไม่ทำอะไรต่อต้านอย่าง เดียว คือการออกกำลังกายที่ดีที่สุด ก็คิดว่ากลัวเราจะเป็นแบบนี้”

สิ่งที่ยังไม่ได้รับผลกระทบ

คุณลุงมีความคิดว่าตนเองยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้อยู่เพราะฉะนั้นการที่ตนเองมี ภาวะสมองเสื่อมนั้นก็ไม่ได้ทำให้ตัวเองเกิดความรู้สึกไม่ดีต่อภาวะนี้เท่าไรนัก และผลกระทบที่ เกิดขึ้นนั้นตนเองก็ยังสามารถจัดการกับสิ่งเหล่านั้นได้อยู่ ส่วนเรื่องอื่นก็ยังคงดำเนินไปอย่างปกติ ดังนี้

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณลุงยังสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เคยปฏิบัติอย่างไรก็มีแนวทางการปฏิบัติเช่นเคย ซึ่งคุณลุงคิดว่าตนเองยังสามารถช่วยเหลือตัวเอง และทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ และจะพยายามช่วยเหลือตัวเองต่อไป ไม่ปล่อยให้ตัวเองอยู่เฉย ๆ ในขณะที่ยังทำได้ก็ยังคงการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่นเคย โดยกล่าวว่า

“กิจวัตรประจำวันทุกอย่างก็ยังทำได้เหมือนเดิมไม่เปลี่ยนแปลง ที่จะ เปลี่ยนก็คือเรื่องความจำล่ะครับ มีแต่เรื่องความจำเท่านั้นล่ะที่เปลี่ยนแปลงไป”

ความสามารถในการเข้าสังคม ความสามารถในการติดต่อสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์ กับคนรอบข้าง ตนเองยังสามารถที่จะสื่อสารกับผู้อื่นเข้าใจและทำความรู้จักได้ ตัวอย่างที่พบได้ อย่างเด่นชัด คือการที่ตนเองได้ไปเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ตนเอง สามารถเข้าร่วมกลุ่มได้โดยไม่มีปัญหา สามารถไปไหนมาไหนได้เอง โดยการนั่งรถประจำทาง การ นัดพบปะเพื่อนยังสามารถทำได้แต่อาจจะไม่บ่อยนัก สำหรับความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านมีความ สนิทสนมกันแต่ไม่ได้เล่าเรื่องราวอาการเจ็บป่วยของตนเองให้กับผู้อื่นฟังเพราะคิดว่าเป็นเรื่อง ส่วนตัว

สถานะทางด้านเศรษฐกิจ คุณลุงสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ เนื่องจากเป็น ข้าราชการบำนาญ จึงไม่ได้รับผลกระทบทางด้านนี้ และหากมีตัวยาหรือการรักษาใดที่ไม่สามารถ เบิกได้ คุณลุงก็ไม่ได้มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย เนื่องจากยังมีรายได้จากเงินบำนาญและรายได้จาก การให้เช่าที่นาอยู่

สิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย

คุณลุงพบว่าจากการที่ตนเองเจ็บป่วยนี้มีสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองดังนี้

ได้พบปะผู้คนเพิ่มขึ้น ได้มีกิจกรรมจากการที่เข้าร่วมโครงการที่เกี่ยวกับการชะลอความเสื่อมของสมองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทำให้คุณลุงได้มีกิจกรรมทำเพิ่มขึ้นและพบปะผู้คนที่มาเข้าร่วมโครงการนี้ คุณลุงจึงรู้ว่าการที่ได้เข้าร่วมโครงการนี้ทำให้ตนเองได้พบปะผู้คนมากขึ้น มีกิจกรรมให้ทำหลากหลาย

ได้รับการรักษาที่ดี การที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและรับประทานยาที่แพทย์จัดให้ทำให้คุณลุงรู้สึกว่าการดีขึ้น ความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อลดน้อยลง สามารถยกแขน เดินไปเดินมาได้สะดวกกว่าตอนแรกที่เป็น และเริ่มมีความจำที่ดีขึ้น สามารถจำชื่อคนได้ดีขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมกลุ่มอบรมสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมนี้ ซึ่งคุณลุงมีความรู้สึกว่าการดีขึ้นหลังจากที่ได้เข้าร่วม ได้ฝึกความจำ โดยกล่าวว่า

“ช่วงนี้เป็นนิดหน่อยแต่ก็ดีขึ้นกว่าเดิม ก็เพราะเราจะไปไหนเรารู้สึกจะนึกชื่อออกมากกว่าแต่ก่อนก็คิดว่ามันคล้าย ... อบรมอะไรนั่น มันมีหลายอย่างพับโน้นพับนี้ แล้วให้เรารู้จักการออกกำลังกาย ให้จำชื่อมีอยู่ 6 คน จำชื่อให้ได้ไปถึงเค้าก็ให้ทดลองเลยว่าชื่ออะไร คือมันเหมือนเป็นการฝึกกิจกรรมบำบัด ไปมา 6 อาทิตย์แล้ว”

วิธีการที่ช่วยให้เกิดการยอมรับกับอาการ

คุณลุงมีวิธีการที่ช่วยให้ตนเองยอมรับกับอาการของภาวะสมองเสื่อม เพื่อช่วยลดผลกระทบทางด้านจิตใจและสามารถใช้ชีวิตกับภาวะสมองเสื่อมได้ ดังนี้

พยายามทำจิตใจให้สบายไม่คิดมาก ซึ่งปัจจุบันนี้อาการที่ตนเองประสบอยู่ก็ไม่ได้รุนแรงมาก และพบแพทย์อยู่อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเข้าร่วมกลุ่มบำบัดผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงทำให้รู้สึกสบายใจ และพบผู้อื่นที่มีอาการมากกว่าตนเอง ซึ่งจะพยายามสังเกตอาการของตนเองด้วย โดยกล่าวว่า

“ก็มัน ที่แรกมีอาการมาก (ก่อนเข้าร่วมโครงการอบรมผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม) เมื่อก่อนอายุยังน้อยอยู่ไม่เป็นไร เกี่ยวกับอายุด้วย เพราะอายุมาก”

ยึดหลักการปล่อยวาง ไม่คิดมาก ไม่ค่อยสนใจกับคำพูดของคนอื่นหรือความรู้สึกของตัวเอง เพราะจะทำให้นอนหลับสบาย ไม่รู้สึกคิดมากกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยกล่าวว่า

“เวลาผมหลับ ๆ สบายไม่ยาก ง่าย คือเราไม่ได้คิดอะไรมากมาย สบาย ๆ ความรู้สึกแบบนี้ก็คือแสดงว่าเราไม่ค่อยสนใจกับคำพูดของคนโน้นคน นี้ ประมาณว่าความรู้ทั่ว ความรอบรู้ ปล่อยว่าง ใครจะยังงี้ก็ช่าง”

วิธีการที่ใช้เพื่อช่วยในดำเนินชีวิต

คุณลุงมีวิธีการที่ใช้ในการช่วยเหลือให้ตนเองดำเนินชีวิตร่วมกับภาวะสมองเสื่อมต่อไป ได้หลายวิธีทั้งที่คิดขึ้นเองและได้จากคำแนะนำในการรักษา ดังนี้

การออกกำลังกาย คุณลุงพุงออกกำลังกายทุกวัน เพื่อให้ร่างกายได้มีการเคลื่อนไหว และเพิ่มการไหลเวียนของโลหิต ให้ร่างกายสดชื่นแข็งแรงมากขึ้น โดยคุณลุงมักจะออกวิ่งตามถนน แถวบ้าน ในช่วงเช้าตรู่ อดิพนธ์ สก๊อตจัม ซึ่งคุณลุงคิดว่าการที่ตนเองปฏิบัติเช่นนี้ถือเป็นการบริหาร ร่างกายและยังเป็นการแบ่งเบาภาระของคนในครอบครัวด้วย โดยกล่าวว่า

“ตอนนี้วิ่งอยู่ อดิพนธ์ สก๊อตจัม ตรงพระราม 6 มันมีทางให้วิ่ง ผมไปตอน ใสบาตรแล้วก็ 6 โมงกว่า ๆ หุงข้าวใสบาตรผมก็หุงเอง ตื่นประมาณตี 3 – ตี 4 ทำให้คนในบ้านหมดไม่ต้องเป็นภาระให้ใคร หุงข้าวใสบาตรจะดีกว่า”

พยายามมีสติ อยู่กับสิ่งที่ตนเองกำลังจะทำ เพราะบางทีเมื่อกำลังจะทำสิ่งหนึ่งแต่พอมีใครมาเรียกหรือเจอเหตุการณ์อื่นมาเข้ามาแทรกก็จะไปทำสิ่งใหม่แล้วลืมเรื่องที่จะทำในตอนแรก บางทีลืมชื่อคนก็จะพยายามจำชื่อ นามสกุลและนึกหน้าว่ามีตัวอักษรอะไรที่คล้ายกันหรือเปล่า หากลืมของว่าวางไว้ที่ไหนก็จะพยายามมีสติและคิดย้อนกลับไปว่าตนเองเดินไปตรงไหนบ้างเพื่อ พยายามนึกย้อนเหตุการณ์

การเข้าร่วมกลุ่มบำบัด คุณลุงเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดของทางโรงพยาบาล เป็น เวลา 6 อาทิตย์ ซึ่งเป็นการเข้ากลุ่มสำหรับผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม มีกิจกรรมให้ทำ หลายอย่าง เช่น ออกกำลังกาย ให้จำชื่อคนในกลุ่ม แล้วทดลองทวนชื่อ เป็นต้น ทำให้รู้สึกว่าเป็น กิจกรรมที่ช่วยให้ตนเองมีความสามารถใจการจำได้มากขึ้น

การขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ คุณลุงพุงปรึกษาเรื่องความเจ็บป่วยกับแพทย์ ผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่ พยาบาลที่ทำงานอยู่ที่คลินิกผู้สูงอายุซึ่งจะคอยช่วยเหลือและให้คำปรึกษาอยู่ เสมอ เมื่อคุณลุงมีปัญหาหรือข้อสงสัยอะไร ก็จะขอคำปรึกษาและแนวทางในการแก้ไขด้วยตนเอง ตลอด และนอกจากนั้นก็ยังมีน้องสาวที่เป็นพยาบาล ที่ตนเองคอยปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องการ รับประทานยาและอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยกล่าวว่า

“ไม่ปรึกษา คุณแต่หมอย่างเดียว ผมเป็นแบบนี้หมอให้ยาอะไร มีอะไร
ก็เล่าให้คุณหมอฟัง ... ก็ดีขึ้น”

การวางแผนการดำเนินชีวิต

การวางแผนเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของคุณลุงมีทั้งที่วางแผนไว้ตั้งแต่ก่อนและหลังการ
รับรู้ว่าคุณเองมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ดังนี้

การทำบทบาทหน้าที่ทางสังคม การดูแลลูกและหลานให้ได้รับการแนะนำและการสั่ง
สอนที่ดี เพราะให้ความสำคัญกับการดูแลบุตรหลานต้องการให้เป็นคนดีและมีอนาคตที่ดี โดย
กล่าวว่า

“พอมาถึงขั้นนี้แล้วเราก็ไม่ได้คิดวางแผน แต่วางแผนอยู่อย่างเดียวดูลูก
ดูหลานเท่านั้นเอง จ่ายเงินให้หลานใช้พ่อแม่จ่ายไม่เกี่ยวกับปู่ นะ ปู่จ่ายเท่านั้น
ผมก็นึกดูสั่งสอนหลาน หลานเอ๋ยปู่เป็นคนขยัน...แต่ก่อนหลานขยันกว่านี้
เมื่อก่อนได้ ที่ 1 ที่ 2 เข้า รร. ... ได้ทั้งคู่เลย”

ความต้องการได้การดูแล ตนเองไม่ต้องการจะเป็นภาระของใคร ซึ่งขณะนี้ก็พยายาม
ดูแลตนเองเท่าที่ทำได้โดยการออกกำลังกาย แต่ได้สังเสียวไว้ว่าหากตนเองเสียชีวิตไปให้ไปสร้าง
เจดีย์ใส่กระดูกให้ด้วย เนื่องจากกระดูกของพ่อและแม่ของคุณลุงพุงก็อยู่ในเจดีย์ที่สร้างไว้ที่
จังหวัดสิงห์บุรี โดยกล่าวว่า

“คือภรรยาอยู่ ก็ให้ภรรยาดูแล ก็สั่งเอาไว้หนักหนานะ ถ้าเกิดตายไป
จริง ๆ ก็ไปสร้างเจดีย์ใส่กระดูก ผมเอาคุณพ่อคุณแม่ใส่เอาไว้ในเจดีย์ที่
สิงห์บุรี เค้าก็สั่งเสียเวลาพ่อตาย ให้เอากระดูกเอาไว้ที่นั่น”

ผลประโยชน์ ผลประโยชน์ที่คุณลุงพุงได้รับอยู่ในขณะนี้คือเงินบำนาญและค่าเช่า
ที่ดินที่ต่างจังหวัด ซึ่งคุณลุงพุงยังดูแลเรื่องผลประโยชน์ของตนเองอยู่ แต่เมื่อได้รายได้มาก็
จัดแบ่งให้กับภรรยานำมาเป็นค่าใช้จ่ายภายในบ้านและลูก ๆ หลาน ๆ อีกส่วนหนึ่งสำหรับตนเอง
เก็บออมไว้และไม่ต้องทำเป็นพินัยกรรมเนื่องจากที่ดินเหล่านี้ตนเองได้แบ่งและโอนให้เป็นชื่อของ
ลูกแต่ละคนเรียบร้อยแล้ว หากภรรยามีชีวิตอยู่ก็จะแบ่งมรดกเป็นสามส่วน แต่หากภรรยา
เสียชีวิตไปก็ต้องแบ่งเป็นสองส่วนของลูกสองคน โดยกล่าวว่า

“ผลประโยชน์ก็ ผมไปรับเองคนเดียวเลย ที่ธนาคารทหารไทย จ่ายให้ คนนี้ ๆ ก็แม่บ้าน แล้วก็ค่าเช่าที่นา แต่ให้ลูกหลาน ลูกสองคน หลานสองคนก็ให้ ให้ลูกสองคน ๆ ละหมื่นကျိယံน ค่าเช่าครั้งละ 70,000 บาท ผมโอนหมดแล้ว ผม ก็บอกแล้วคนชาวไร่ชาวนา ค่าโอนให้ลูกหมด แต่ผลประโยชน์ก็ยังเก็บอยู่ แต่ เราให้ลูกหมดเลย โอนเป็นชื่ออะไรเรียบร้อย”

ด้านการจัดการด้านทรัพย์สินมรดก คุณลุงพุงได้วางแผนในการแบ่งทรัพย์สินให้กับ ภรรยาและลูก ๆ แต่ละคน โดยการโอนเป็นชื่อของแต่ละคนเรียบร้อยแล้ว ตั้งแต่ก่อนที่ตนเองจะมี ปัญหาเรื่องของภาวะสมองเสื่อม จึงไม่ได้จัดทำพินัยกรรม โดยกล่าวว่า

“ก็มีในทางราชการก็ทำไว้แล้ว พินัยกรรมผมไม่ต้องทำครับผมโอนไป เป็นชื่อลูกหมดแล้ว วางแผนไว้ตั้งแต่แรก ... พินัยกรรมไม่มีปัญหา แล้วก็ของนั้น ก็หารสองไป ถ้าภรรยายังอยู่ก็แบ่งเป็น สามส่วน”

ชีวิตประจำวัน คุณลุงไม่ได้วางแผนไว้ว่าแต่ละวันจะต้องทำอะไรอย่างไร จะดำเนินชีวิต ทุกวันไปอย่างปกติคืออยู่บ้าน ล้างรถ ดูแลต้นไม้และหากวันไหนมีนัดไปพบแพทย์ก็จะออกไปตาม นัดนั้น ๆ เพราะคิดว่าการที่มีกิจกรรมทำในแต่ละวันนั้นดีกว่าปล่อยให้ตัวเองอยู่เฉยไม่ได้ทำงาน อะไร โดยกล่าวว่า

“แต่ละวันก็มีดูบ้าน ดูรถ ถ้ายังไม่ล้างก็จะล้าง ดีกว่าว่างเปล่าส่วนเรื่อง หนังสือพิมพ์เค้า (ภรรยาและลูก ๆ) อ่าน แต่ผมไม่อ่านผมเห็นเป็นของธรรมดา ไม่ได้เอาความจริงมาพูด”

ความรู้สึกที่ต้องการบอกให้คนอื่นทราบ

การที่คุณลุงเป็นคนไม่ชอบอ่านหนังสือ ไม่ชอบดูโทรทัศน์ เพราะรู้สึกว่าเรื่องที่แสดง ออกมาให้คนได้ดูได้อ่านนั้นเป็นเรื่องที่แต่งขึ้น ไม่ใช่ความจริงจึงไม่สนใจและไม่ชอบใช้อุปกรณ์ เทคโนโลยี จึงมีส่วนทำให้ ตนเองมีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งหากย้อนกลับไปได้ก็ต้องการให้อ่านหนังสือ หาความรู้รอบตัว เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ โดยกล่าวว่า

“ก็มัน ที่แรกมีมากเมื่อครั้งก่อนอายุยังน้อยอยู่ไม่เป็นไร เกี่ยวกับอายุ ด้วย เพราะอายุมาก แล้วอีกอย่างผมไม่ค่อยชอบนิสัย ลูกสาวจะเอาโทรศัพท์มือถือให้ผมยังไม่เอาเลย แล้วอีกอย่างผมไม่เอาทุกอย่างเลย พ่อเอาไปเถอะ เวลามีปัญหาอะไรจะได้เรียกได้ คือไม่อยากอ่านหนังสือมาก เป็นมาตั้งแต่ต้น แล้ว ไม่ค่อยอยากอ่านหนังสือ คุยกันได้แต่หนังสือมันยาก”

สรุป คุณลุงทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นครั้งแรกประมาณ 1 ปีที่ผ่านมา โดยคุณลุงเริ่มมีอาการผิดปกติในตอนออกไปออกกำลังกาย แล้วเกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขณะออกกำลังกายอยู่แล้วแขนก็ไม่มีแรง ในขณะนั้นรู้สึกว่าคุณลุงอาการไม่ดีแล้วจึงรีบโทรศัพท์หา น้องสาวที่เป็นพยาบาล เมื่อไปพบแพทย์จึงทราบว่าตนเองมีปัญหาเกี่ยวกับหลอดเลือดฝอยในสมองตีบ จากนั้นจึงได้รักษาตัวอยู่ระยะหนึ่งประมาณ 3 เดือน จนกระทั่งสามารถฟื้นฟูร่างกายของตนเองให้ดีขึ้นกว่าเดิมได้ และจากนั้นเริ่มสังเกตพบว่าตนเองมีอาการหลงลืมบ่อยขึ้น เช่น นึกไม่ออก ใช้เวลาในการคิดนาน นึกชื่อคนไม่ค่อยออก เป็นต้น จึงได้ปรึกษากับแพทย์เกี่ยวกับความผิดปกติของตนเองที่เกิดขึ้น แพทย์จึงส่งไปตรวจเอกซเรย์สมองด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์เพื่อตรวจวินิจฉัยหาความผิดปกติ จึงได้ทราบว่าตนเองมีปัญหาเกี่ยวกับความเสื่อมของสมองในระยะเริ่มต้น และจากนั้นก็เข้ารับการรักษาโดยตลอด หลังจากได้รับการวินิจฉัยคุณลุงเกิดความรู้สึกกลัวว่า จะมีอาการรุนแรงขึ้น แต่ก็ยอมรับว่าเป็นเช่นนี้เพราะตนเองอายุมากแล้วและจะพยายามดูแลตนเองไม่ให้ตนเองต้องเป็นภาระของลูกหลาน ซึ่งผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อมที่กรณีศึกษา ได้รับด้านร่างกายทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง ด้านจิตใจรู้สึกกลัวว่าถ้าอาการรุนแรงมากกว่าใครจะดูแลตนเอง จึงพยายามหากิจกรรมทำ เช่น ออกกำลังกายและเข้าร่วมกลุ่มบำบัดผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อชะลอความเสื่อมของสมอง ทำให้ยังสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้เช่นเดิมซึ่งคิดว่าจะต้องมีกิจกรรมทำ พยายามไม่อยู่เฉย ๆ คุณลุงยังดูแลช่วยเหลือตัวเองได้ โดยมีภรรยาและลูก ๆ ช่วยดูแลเอาใจใส่ด้วย

สิ่งที่ได้จากการสังเกต

กรณีศึกษาเป็นชายวัยสูงอายุรูปร่างผอม ผิวสองสี ผมสั้นสีขาวมีสีดำแซม แต่งกายเหมาะสมกับกาลเทศะ ลักษณะการเดินมั่นคง พูดคุยเป็นกันเอง ลักษณะบ้านเป็นบ้านเดี่ยว 2 ชั้น ในบริเวณบ้านมีสวนขนาดเล็กที่กรณีศึกษาปลูกต้นไม้และเป็นที่ยืนสำหรับออกกำลังกายได้ ส่วนใหญ่นั่งสนทนากันที่ห้องรับแขก กรณีศึกษามีความสนใจในการสนทนาดี ไม่มีเสียงรบกวนจากสิ่งแวดล้อมรอบข้าง ระหว่างสนทนากรณีศึกษามีสมาธิและให้ความสนใจในการสนทนาดี

เมื่อกรณีศึกษาเล่าถึงความรู้สึกเกี่ยวกับการที่ตนเองมีภาวะสมองเสื่อม กรณีศึกษาแสดงสีหน้าถึงความวิตกกังวลเล็กน้อยเมื่อกล่าวถึงผลกระทบที่จะได้รับในอนาคต การพูดคุยทุกครั้งเป็นไปอย่างราบรื่นกรณีศึกษายอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น อาการที่กรณีศึกษาเล่าให้ผู้วิจัยฟังตรงกับข้อมูลในระเบียบประวัติของทางโรงพยาบาลที่กรณีศึกษาเข้ารับการรักษา กรณีศึกษามีอาการหลงลืมเล็กน้อย แต่มักพูดเรื่องเดิมซ้ำ ส่วนอาการทางร่างกายเกี่ยวกับกล้ามเนื้ออ่อนแรงไม่ปรากฏชัดเจนเนื่องจากกรณีศึกษาออกกำลังกายทุกวันจึงทำให้รู้สึกดีขึ้นบ้าง

กรณีศึกษารายที่ 7 (ID 7)

บริบท

ประวัติส่วนตัว คุณยายซำรววย (นามสมมติ) ปัจจุบันอายุ 73 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสหม้าย สำเร็จการศึกษา ประกาศนียบัตรประโยคครูมัธยม ภูมิลำเนาเดิมเป็นชาวกรุงเทพมหานคร แต่เคยใช้ชีวิตอยู่ที่จังหวัดปัตตานีตั้งแต่เกิดจนกระทั่งจบการศึกษาระดับประถมศึกษา จากนั้นเข้ารับการศึกษาในกรุงเทพมหานครตั้งแต่ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นจนกระทั่งระดับปริญญาตรี คุณยายซำรววยมีนิสัยไม่ค่อยสูงส่งกับใครเป็นคนมุ่งมั่น ตั้งใจเรียนและทำงานมาก เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วเข้ารับราชการครูในโรงเรียนแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร ปัจจุบันเกษียณอายุแล้วและไม่ได้ประกอบอาชีพเสริมใด ๆ

ชีวิตครอบครัว คุณยายซำรววยมีพี่น้อง 11 คน ตนเองเป็นคนที่ 5 ปัจจุบันเสียชีวิตไปแล้ว 4 คน ญาติพี่น้องของคุณยายไม่มีใครมีภาวะสมองเสื่อม คุณยายสมรสและมีบุตรชาย 3 คน สามีของคุณยายเสียชีวิตด้วยอาการแพ้ยาและติดเชื้อในกระแสเลือดมาแล้วประมาณ 9 ปี ตั้งแต่นั้นมาเริ่มทำให้คุณยายมีอาการซึมเศร้าแต่ก็สามารถกลับมาใช้ชีวิตตามปกติได้ด้วยการดูแลเอาใจใส่ของลูก ๆ และการทำใจยอมรับกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยตัวคุณยายเอง ปัจจุบันอาศัยอยู่กับลูกชาย 3 คน ลูกชายคนโตสมรสแล้วและพาภรรยาเข้ามาอยู่บ้านเดียวกัน ลูกชายคนกลางไป ๆ มา ๆ ส่วนลูกชายคนสุดท้องยังไม่แต่งงานอาศัยอยู่บ้านเดียวกับคุณยาย และจะโทรศัพท์มาหาแม่ทุกวันในตอนกลางวันที่ตนเองไปทำงานว่ารับประทานอาหารเช้าหรือยัง มีใครมาหาหรือไม่ เป็นต้น ลูก ๆ ทุกคนดูแลแม่มาโดยตลอดตั้งแต่ทราบว่าแม่ไม่สบาย พาไปโรงพยาบาล เตรียมอาหารไว้ให้รับประทาน พาไปเที่ยวพักผ่อนต่างจังหวัดบ้าง

สภาพความเป็นอยู่ ลักษณะบ้านเป็นบ้านปูนสองชั้นติดกันกับบ้านหลังอื่นอยู่ในหมู่บ้านแห่งนี้ มีรั้วปิดมิดชิด มีกระถางต้นไม้วางเรียงกันที่หน้าบ้าน บรรยากาศร่มรื่นเย็น การเดินทางจากบ้านไปยังสถานที่ต่าง ๆ ด้วยรถยนต์ส่วนตัวโดยลูก ๆ เป็นคนพาไป แต่มีบางครั้งที่เดิน

ออกไปซื้ออาหารที่หน้าปากซอยหมู่บ้านมารับประทานเอง ภายในบ้านมีสิ่งของวางอยู่มาก ไม่ค่อยเป็นระเบียบ

คุณยายชำระรายได้ประกอบอาชีพใด ๆ หลังจากเกษียณแล้ว แต่จะมีกิจกรรมให้ทำอยู่ตลอด เช่น ทำงานบ้าน อ่านหนังสือทั้งหนังสือวิชาการและนวนิยายหรือเล่นเมโลเดียน คุณยายยังคงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ ซักผ้า กวาดบ้าน เป็นต้น ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ออกกำลังกายโดยเดินรอบ ๆ บ้านทุกวัน

ภาวะสุขภาพ คุณยายชำระวัยมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวานและไขมันในหลอดเลือดสูง รับประทานอย่างต่อเนื่องโดยลูกคนสุดท้องจะเป็นผู้คอยจัดยาใส่กล่องยาไว้ให้เป็นมือ ๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นยาที่รับประทานในมือเช้าและมือเย็น โดยลูกจะเป็นผู้ดูแลการรับประทานยาของแม่ด้วย หากไม่สามารถกลับมารับประทานอาหารด้วยได้ตามเวลาก็จะโทรศัพท์มาบอกก่อนว่าให้รับประทานอาหารและเตือนไม่ให้ลืมรับประทานยา สุขภาพโดยรวมของคุณยายชำระวัยในขณะนี้มีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องความจำไม่ดี หลงลืม ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ผลกระทบจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับคุณยายชำระวัยอันเนื่องมาจากภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งมีลูก ๆ ช่วยกันดูแล ที่พบได้ชัดเจนคือเรื่องอาการหลงลืม เนื่องจากคุณยายยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีอยู่ เช่น ลืมว่าวางของไว้ที่ไหน ลืมวันที่ ลืมเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น เมื่อก่อนเป็นคนที่มีความจำดี แต่ปัจจุบันมักจะลืมง่าย ลืมสิ่งที่เพิ่งเกิดขึ้น คิดซ้ำ ตัดสินใจช้า

การรับรู้อาการของภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

การรับรู้อาการสมองเสื่อมของคุณยายชำระวัยเกิดขึ้นโดยเริ่มมีอาการหลงลืมในช่วงหลังจากปลดเกษียณแล้วประมาณ 2 ปี หากนับรวมปัจจุบันก็เป็นเวลาประมาณ 8 ปีแล้วที่คุณยายได้ใช้ชีวิตกับภาวะสมองเสื่อม โดยกล่าวถึงการรับรู้อาการ ดังนี้

ระยะแรก เริ่มรับรู้อาการผิดปกติ คุณยายก็ไม่ทราบว่าจะอาการผิดปกติเกิดขึ้นได้อย่างไร อาการที่เริ่มแรก คือ เริ่มลืม แต่ยังไม่ไปพบแพทย์เนื่องจากคิดว่าไม่ได้มีอาการผิดปกติ พอลืมก็เป็นเรื่องทีพูดคุยหยอกล้อกันสนุก ๆ ในครอบครัวและเริ่มมีอาการความจำไม่ดีที่คุณยายพบบ่อยขึ้น คือ เริ่มมีอาการลืมเรื่องราวที่เพิ่งเกิดขึ้นใหม่ ลืมว่าเก็บของไว้ที่ไหน ลืมว่าตนเองเคยทำงานได้ จำไม่ได้ว่างานที่เคยทำไว้ตนเองนำไปเก็บไว้ที่ไหน โดยยกตัวอย่างเรื่องงานสอนที่ตนเองเคยทำแผนการไว้แต่ตอนนี้ก็ไม่สามารถจำได้ว่าเก็บงานเหล่านั้นไว้ที่ไหนและไม่กล้าที่จะสอนหนังสือต่อ เพราะกลัวว่าจะให้ข้อมูลที่ผิดไปกับคนอื่น ลืมว่าเคยได้พูดคุยหรือสัญญาอะไรกับใครไว้ ลืม

นัด นึกไม่ออกว่าตนเองกำลังจะทำอะไร ซึ่งพยายามเตือนตัวเองว่าให้ใจเย็น ๆ ค่อย ๆ คิดเผื่อว่าจะคิดออก โดยกล่าวว่า

“ก็ยกตัวอย่างแบบเนี่ยคะ แต่ก่อนนี่เคยทำแผนการสอนเคยทำอะไรต่ออะไรนะคะ เสร็จแล้วเอ้ ... เราเอาไปไว้ที่ไหนนี่ มันจะเริ่มต้น มันซักจะเริ่มสตาร์ท แล้วปกติยายชอบนะ แล้วมีความสุขที่สุดในการสอนหนังสือนะคะ ก็ตอนหนังสือก็ไม่กล้าสอนเพราะว่ากลัวว่าเราอาจจะให้ข้อมูลอะไรที่ผิดไปนะคะ แต่ว่ายายมีความสุขที่สุดก็คือการสอนหนังสือนี่คือชีวิตของยายนะคะ”

“ความจำไม่ดี ก็อย่างสมมติว่า นัดกับลูกไว้เออเดี๋ยวไปด้วยกันนะถึงเวลาแล้วลืม นึกคิดไม่รู้นัดอะไรไว้จะอย่างไรอย่างนั้นคะ พอถึงเวลาลูกคอย เอ้า ... แม่เมื่อไหร่ไหนแม่จะไปนะ อ้าวไปไหนกลายเป็นแบบนี้ คือมันนึกไม่ออกจริง ๆ ว่าเราทำอะไรนะ”

ระยะต่อมา เริ่มค้นหาความผิดปกติ คุณยายบอกว่าปกติตนเองเป็นคนขยันและมีความมุ่งมั่นในการทำงาน สามารถทำงานได้ดี แต่ระยะหลังเริ่มมีความรู้สึกจะทำอะไรไม่ค่อยสำเร็จตามที่ตนเองวางแผนไว้ จึงทำให้ย้อนกลับไปคิดถึงเรื่องราวในอดีตที่ตนเองหมกมุ่นอยู่กับการอ่านหนังสือเพื่อต้องการให้ได้เกียรตินิยม จนทำให้เกิดผลเสียต่อสมองของตัวเอง ประกอบกับความรู้สึกสูญเสียสามีซึ่งทำให้ตนเองมีอาการซึมเศร้าและรู้สึกผิดหวังมาก ต่อจากนั้นลูก ๆ ได้พาไปตรวจและพบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับความเสื่อมของสมอง เมื่อทำแบบทดสอบสภาพสมองร่วมกับการซักประวัติแพทย์จึงวินิจฉัยว่าคุณยายมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

“เพราะว่ามันมีความรู้สึกว่ามัน ๆ ทำไมตัวเรามันเป็นแบบนี้ ให้ลูกพาไป เพราะว่าตอนหลังลูกก็รู้แล้วว่าตอนหลังลูกก็รู้หลายคนเค้ามองยายแปลก ๆ แล้วใช้ใหม่คะ ทำไมถึงเป็นก็ไม่ว่า อยู่ดี ๆ ยายอยู่ของยายอย่างแฮปปี้นะ เรียนหนังสือมา แล้วก็เรียนจนจบใช้ใหม่คะ แล้วก็ออกมาทำงานเนี่ยเสร็จแล้วอยู่ดี ๆ เนี่ย เข้าใจว่ามันเป็นความผิดพลาดของยายเองนะคะยายก็จะเอาคะแนนให้ได้ดีที่สุดจำได้หมดเลยทุกตัวอักษรเลย แต่สุดท้ายโชคดีเท่าไรแล้วที่เข้าห้องสอบเดียนไม่พลาด”

ระยะแรกหลังจากได้รับการวินิจฉัย ในช่วงแรกที่คุณยายทราบว่าคุณยายมีภาวะสมองเสื่อม คุณยายมีความรู้สึกว่าคุณยายมีภาวะสมองเสื่อมทำให้คนที่ เป็นมีอาการงง แต่ก็พยายามที่จะดูแล ช่วยเหลือตนเองให้ได้และคุณยายมีความคิดว่าแท้จริงแล้วสมองคนเราก็คืออยู่ แต่สาเหตุที่ทำให้ตนเองมีภาวะสมองเสื่อมน่าจะมาจากการที่ตนเองใช้สมองมากเกินไป นำสมองไปใช้ในทางที่ไม่ถูกต้องจึงทำให้เกิดความผิดพลาด กลายเป็นไม่รู้ว่าจะต้องทำอะไร โดยคิดว่าสมัยตอนเรียนหนังสือมันจริงจังมาก ตนเองมุ่งมั่นและพยายามเรียนให้ได้รับเกียรตินิยมมากเกินไปจนทำให้สมองเกิดการผิดพลาด จนไม่เคยคิดว่าจะเป็นสมองเสื่อม แต่ก็มีคนเตือนว่าจริงจังมากเกินไป อาจจะมีปัญหาเรื่องสมองเสื่อมได้ ซึ่งตนเองก็คิดว่าไม่น่าจะเป็นได้ จนตอนนี้ก็รู้สึกว่าคุณยายเสียชีวิตที่ ตอนนั้นเครียดมากเกินไป แต่ก็ยังโชคดีที่ยังพอจำอะไรได้บ้างและมีความคิดเห็นว่าคุณยายมากขึ้นก็อาจมีอาการหลงลืมได้ซึ่งก็ต้องพยายามคิดว่าอายุมากแล้วก็ดำเนินชีวิตต่อไปอย่างเรียบง่าย นอกจากเรื่องหลงลืมที่ต้องจัดการกับตัวเองแล้วต้องดูแลตัวเองอย่าให้เกิดอุบัติเหตุ เพราะจะทำให้ ลูก ๆ ต้องมาดูแลเรา โดยกล่าวว่า

“คือสมองเสื่อมเนี่ยมันเสียอย่างตรงที่เรางง ไขว่ไหมคะ มันเสียตรงนี้ นิดเดียวแล้วก็ ยายก็พยายามที่จะ ดูแลตัวเองให้ได้ ช่วยตัวเองให้ได้บ้างที่มัน สะสมอยู่เรื่อยเลย คือสมองเนี่ยจากสมองของเราที่ดี ๆ เนี่ย ดี ๆ แท้ ๆ เลย ที่เดียว เดียวนี้เอาสมองมาใช้ยาก ไขว่ไหมคะ มันชักจะไม่ค่อยเป็นไปตามทางของเรา ยายก็พยายามใจเย็น ๆ ที่นี้ก็ไม่รู้ยายจะทำอะไรยายจะบอกเราอายุมาก แล้วอยู่อีกไม่เท่าไรแล้วก็ พยายามอยู่ให้มันราบรื่นนะคะ มันชอบลืม ลืมที่นี้ไอ้ ลืมก็ยังไม่เท่าไรนะ พยายามก็บอกตัวเองว่า ดูแลตัวเองให้ดีอย่าให้สะดุด หก ล้ม อย่าให้เกิดอุบัติเหตุอะไร”

“อาจจะเป็นเพราะว่าเดี๋ยวใช้สมองผัดนะคะ เพราะในตอนปลายเนี่ยนะ คะอยากได้เกียรตินิยมมาก ไขว่ไหมคะ ก็พยายามเต็มที่เลยจำได้แม่นเลยทุก ตัวอักษรแต่พอเสร็จแล้วละเลย อะไรทำนองเนี่ยนะคะ”

ต่อมาในระยะหลัง ๆ มีความรู้สึกว่าต้องการที่จะลืมบางเรื่องในอดีตที่เป็นเรื่องราวที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ ในสมัยก่อนนั้นได้ติดต่อกันกับเพื่อน ๆ แต่หลังจากเกษียณมาก็ไม่ค่อยได้พบ เจอกัน อยู่ห่างกันและไม่ค่อยได้โทรหากัน ซึ่งคุณยายมีความคิดเห็นว่าอายุอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับ และความรู้สึกนั้นไม่ใช่เป็นความรู้สึกที่เป็นความเจ็บป่วย หรือทรมาณกาย แต่เป็นความรู้สึกไม่ได้

ตั้งใจจะทำอะไรก็เรื่องซ้ำ การตัดสินใจซ้ำ หลังจากที่เกษียณมาแล้วก็ไม่ได้ทำงานอื่นนอกจากอยู่บ้านดูแลบ้าน จึงพยายามคิดว่าจะไม่ทำให้ตัวเองว่าง จะพยายามมีกิจกรรมตลอดเวลาเพราะคิดว่าภาวะที่อันตรายอย่างยิ่งคือปัญหาเรื่องการหลงลืม โดยกล่าวว่า

“คือ ๆ เดียวนี้มันชักจะอะไรนะ ก็ ตัวเองนะบางที่เหมือนกับพยายามจะลืมเรื่องเก่า ๆ พยายามที่จะลืม คือ มันมีความรู้สึกว่ามันไม่ค่อยสบายใจนะเนอะแต่ก่อนนี้ปกติเราจะไปหากันโทรหากันอะไรต่าง ๆ เดียวนี้ก็ห่างกันหมดเลย ไม่รู้เพราะอะไรไม่ใช่เฉพาะยายนะ แต่หมายถึงคนอื่นด้วย มันอาจอยู่ในวัยที่เนี่ย คุณอย่าให้ถึงวัยนั้นะคะ พอมาถึงวัยนั้นะคะมันเป็นวัยที่ยากที่สุดของชีวิตนะ ไม่ได้หมายความว่าเราไม่ได้เจ็บปวดไม่ได้เป็นอะไรทำนองนั้นนะ แต่ว่ามันมีความแบบว่าไม่ทันใจนะ เวลาทำอะไรมันจะงอแงงะ การตัดสินใจจะซ้ำ อะไรต่าง ๆ เนี่ยนะคะ ยังดีนะที่คุณมาในจังหวัดที่ย้ายยังพอ กล่อมแกล้มนะคะ พอปลดเกษียณมาแล้วก็ไม่ได้ทำงาน ไม่ได้ทำงานที่นี้ย้ายก็มาแบบอะไรนะทำงานบ้านนะ คือ อยู่บ้านเฝ้าบ้านให้ลูกอะไรทำนองนี้คะ แล้วก็พยายามไม่ให้ตัวเองเนี่ยว่างแล้วก็มันก็คือมันไม่ยากนะคะแต่ว่ามันก็จะเกิดภาวะหลงลืม ที่อันตรายอย่างยิ่งก็คือ ลืม”

การรับรู้ความรู้สึกหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

ความรู้สึกหลังจากทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นแล้ว มีดังนี้

1. ระยะแรกหลังได้จากรับการวินิจฉัย

รู้สึกตกใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ในช่วงแรกก่อนที่จะทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมนั้นเริ่มมีอาการซึมเศร้าและต่อมาเริ่มมีอาการหลงลืมขึ้นเรื่อย ๆ ลืมเรื่องราวที่เกิดขึ้นปัจจุบัน เมื่อลูกชายพาไปพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยจึงได้ทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น หลังจากที่ได้รับการวินิจฉัยของตนเองจึงมีความรู้สึกตกใจกับสิ่งที่เกิดขึ้น เนื่องจากตนเองเป็นคนที่มีความคล่องแคล่ว มุ่งมั่นในการทำงาน ทำงานได้รวดเร็ว ตัดสินใจเร็ว แต่อยู่ ๆ ความสามารถของตนเองที่เคยมีก็เปลี่ยนแปลงไป โดยกล่าวว่า

“ตกใจคะอยู่ดี ๆ ยายมาเป็นได้ยังไงนะ สมองเสื่อมเนี่ยไม่เข้าใจเลย ยายออกเป็นคนที่ดี ๆ ไม่ใช่เนี่ยนะแต่ว่าเป็นคนที่ ๆ คล่องแคล่วนะยายว่าเนี่ย ยายเป็นคนที่ทำอะไรทำเร็วแล้วตัดสินใจเร็วแล้วก็อยู่ดี ๆ นะ อยู่ดี ๆ มาเกิดอะไรขึ้นกับยายก็ไม่รู้”

รู้สึกเสียใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น คิดว่าเรื่องแบบนี้ไม่น่าเกิดขึ้นกับตนเอง เนื่องจากตนเองเป็นคนที่มีความมุ่งมั่นในการทำงานและรักการนอนมาก น่าจะได้ทำประโยชน์ด้านนี้ต่อไปได้ แต่ด้วยอาการที่เป็นอยู่ทำให้ไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม ความรู้สึกเสียใจเกิดขึ้นได้สักระยะหนึ่งด้วยความคิดที่ว่าเหตุใดภาวะนี้จึงเกิดขึ้นกับตนเอง แต่เมื่อทราบผลการวินิจฉัยแล้วก็ยอมรับในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และปรึกษากับแพทย์ว่าจะมีแนวทางการรักษาหรือไม่ อย่างไรหรือเป็นเพราะว่าตนเองมีอายุที่มากขึ้น การทำงานของสมองย่อมเสื่อมหน้าที่ไปได้ จึงพยายามทำใจยอมรับว่าตนเองอายุมากแล้ว ก่อนที่จะทำใจให้ยอมรับได้นั้นมีความรู้สึกว่าร้อนระอุ วุ่นวาย พอทำใจยอมรับได้ก็กลับมาใช้ชีวิตต่อไปอย่างเรียบง่าย ไม่คิดมาก โดยกล่าวว่า

“อยู่ ๆ ะยะนึงเลยคะ คือ มันหมายถึงว่าความเสียใจนะนะว่า ทำไมเราถึงเป็นอย่างนี้ ทำนองนั้นนะคะ นะคะเสร็จแล้วก็เลยเอายอมรับนะคะ ... หรืออีกทีนึงอาจจะเป็นเพราะว่าตัวเองอายุมากแล้วเพราะฉะนั้นไอ้ความรู้สึกอะไรต่าง ๆ เนี่ยมันก็จะยังพอบังคับได้ว่าทำยังไงได้แหละเพราะว่าเราก็อายุมากแล้ว แล้วก็วัยขนาดเราเนี่ยสมมติว่าพูดง่าย ๆ ว่าคนแก่เนี่ยนะคะ แล้วยังสมองเสื่อมเนี่ยไปทำอะไรได้ ทำงานอะไร คือ พยายามทำใจให้ปลงนะ ว่าเราแก่ เราแก่แล้วคือถ้าเกิดยังไม่แก่เดี๋ยวนั้นอาจจะสู้ไปอีกไซ้ใหม่คะ ที่นี้พอเราแก่แล้วก็เลยรู้สึกว่าเอ้อ อย่างนั้นดีกว่าเพราะว่ากลับมาอยู่ของเราแบบเดิมสบาย ๆ ไซ้ใหม่คะ มีชีวิตอยู่ไปแบบเรียบ ๆ ง่าย ๆ ไซ้ใหม่คะ ถ้าเมื่อพอนั้นกลับมาได้นะคะไม่เป็นไรแล้ว แต่ว่าในขณะที่ยังหั่นกลับมาไม่ได้เน้อ้อร้อน ร้อนระอุเลยจะทำยังไงทำยังไงอะไร อย่างนั้นนะคะโอ้ยมันวุ่นวายแต่พอพอทำใจได้ว่าไม่เป็นไรเอาใหม่ ๆ ใจเย็น ๆ”

2. ระยะเวลาต่อมา

ฝืนความรู้สึกของตนเองในการยอมรับ เมื่อคุณยายทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมนั้นต้องฝืนความรู้สึกของตนเองในการยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอยู่ระยะหนึ่ง คิดว่าทำไมตนเองจึงเป็นเช่นนี้ จะทำอย่างไรดี รู้สึกว่าท้อถอยแต่ก็อยู่มาได้ ต้องทำใจให้ยอมรับและปล่อยวางซึ่งระยะแรก ๆ นั้นทำได้ยากมาก โดยกล่าวว่า

“อิม เดี๋ยนกล้าก๊ลินนะอยู่ระยะนึงแล้วก็ยอมรับ ยอมรับ เออ เสื่อมก็เสื่อม ๆ เพราะว่ามันผ่านมาแล้ว แต่ว่าก็ปรึกษาคุณหมอมว่ามันจะยากใหม่นะคะ คือถ้าเกิดรักษาได้ก็รักษา ถ้ารักษาไม่ได้ก็ไม่เป็นไรเพราะว่าอายุมากแล้วแล้วเดี๋ยนก็เสนอกุณหมอนี้ว่าเพราะว่าถ้าเผื่อว่าไม่ได้ ไม่ได้ก็คือไม่ได้ โทษนะ

หยาบ ๆ ก็ช่างมัน มันหมดละ มันท้อถอยหมดละ จริง ๆ นะอยู่ในภาวะที่
ท้อถอยจริง ๆ เออแต่ไป ๆ มา ๆ ทำไมอยู่มาได้ อยู่ดี ๆ กลับอยู่มาได้ อยู่มาได้
จนถึงอยู่ดี ๆ ไม่เป็นอะไรแล้วละ”

ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

คุณยายเข้าร่วมเล่าถึงผลกระทบที่ได้รับจากการมีภาวะสมองเสื่อมดังนี้

รู้สึกเครียด เพราะคิดว่าทำไมตนเองจึงมีอาการเช่นนี้ เริ่มรู้สึกว่าสิ่งที่ตนเองต้องการจะ
ทำนั้นไม่เป็นไปตามที่ตนคาดหวังไว้ เมื่อรู้ตัวว่ามีอาการหลงลืม หาของไม่เจอหรือจำคนไม่ได้ จะ
เริ่มรู้สึกว่าตนเองมีอาการเช่นนี้อีกแล้ว เช่น ตั้งใจไว้ว่าต้องการจะให้เป็นอย่างที่ตนเองตั้งเป้าหมาย
ไว้ แต่กลับไปทำอีกอย่างหนึ่ง ซึ่งเหตุการณ์ลักษณะนี้ทำให้คุณยายเกิดความรู้สึกเครียดว่าทำไม
ตนเองจึงเป็นเช่นนี้ โดยกล่าวว่า

“เดี๋ยวมันก็เป็นอยู่เรื่อย ๆ เพราะว่าแต่ขณะนั้นเนี่ยมันจะทำให้เรา
ทำไมนะ หงุดหงิดทำให้เราเครียดนะ เดี๋ยวนก็เลยบอกตัวเองว่าอย่าเครียด ๆ ไซ
ใหม่คะ พยายามที่จะไม่ให้ตัวเองเนี่ยเครียด แล้วก็แค่นั้นก็เอาแค่นั้น ...”

“คือไม่ว่าจะทำอะไรตอนนี้มันและหมดแล้วมันเสียหมด แต่ปกติกลายเป็น
คนคือชอบทำงานนะคะ ในวัยทำงานก็ยังทำงานได้ดีที่นี้ตอนหลังนะคะมันทำ
อะไรมันและหมด คือมันไม่สำเร็จนะคะ ตั้งใจจะทำอย่างหนึ่งมันกลับไปเป็นอีก
อย่างหนึ่ง แล้วก็มันจะทำให้เราเครียด ซึ่งปกติเราจะไม่เครียดไซใหม่คะ แต่มันจะ
กลายเป็นเครียด เอ๊ะทำไมเราทำอย่างนี้แหละรู้สึกว่ามันไม่ไซเราไซใหม่คะ เรา
ไม่ได้ทำอย่างนี้สักหน่อย”

โกรธตัวเอง เมื่อมีอาการลืม หรือนึกเหตุการณ์ไม่ออก คุณป้าจะรู้สึกโกรธตัวเองว่า
ทำไมจึงนึกไม่ออก ทำไมสิ่งที่ตัวเองเคยทำได้จึงกลับทำไม่ได้ โดยกล่าวว่า

“ตอนแรก ๆ นี้ไม่รู้ว่าทำไม คือมันเหมือนแบบโกรธตัวเองคะ เดี๋ยวนไม่รู้
ศัพท์ทางด้านของคุณนะ รู้สึกว่าโกรธตัวเองคะ ทำไมคะ เรื่องแค่นี้ทำไมเราทำ
ไม่ได้ไซใหม่คะทำไมเรานึกไม่ออกละนะคะ อะไรเนี่ยนะคะก็เลยโกรธ ๆ ตัวเอง
โกรธตัวเองมากกว่า”

รู้สึกผิดหวังในตัวเอง เพราะคิดว่าตนเองควรจะทำสิ่งหนึ่ง ๆ ที่เคยทำได้แต่กลับทำไม่ได้ สืบว่าจะต้องทำอะไร ต้องทำอย่างไร เมื่อก่อนนี้ชอบสอนหนังสือ ขยันทำงาน รักในการสอนและต้องการให้ความรู้กับคนอื่น แต่ด้วยอาการของตนเองที่จำอะไรไม่ได้ จึงไม่สามารถทำต่อไปได้ ทำให้เกิดความรู้สึกผิดหวังกับสิ่งที่ตนเองเคยทำผิดพลาดมา โดยกล่าวว่า

“เอาง่าย ๆ เอาของวางไว้บนโต๊ะตรงนี้แล้วเอาไปไว้ที่ไหน แม้กระทั่งเงินทองนะต้องให้ลูกจ่ายให้เพราะว่าเราไว้ที่เราแล้วก็นั่น และนะคะพูดง่าย ๆ ตอนนี้ยายนะถ้าจะพูดง่าย ๆ เลยก็ว่า แทบจะฆ่าตัวตายเลยก็ได้ คือเหมือนผิดหวังตัวเองมาก upset มาก คือ ไม่ ๆ รู้ข้างในสมองมันสั่งงานไม่ถูก”

มีส่วนร่วมในกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัวน้อยลง ถึงแม้ว่าเรื่องความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวนั้นลูก ๆ ทุกคนทราบว่ามันมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ความผูกพันของสมาชิกในครอบครัวไม่ได้ลดน้อยลง แต่ด้วยการที่ลูก ๆ ต้องทำงาน ประกอบกับความรู้สึกของตนเองที่ไม่อยากไปไหน ไม่อยากทำอะไร จึงไม่ค่อยได้ไปเที่ยวพักผ่อนกับลูก ๆ เหมือนเมื่อก่อน โดยกล่าวว่า

“แต่ก่อนนี้มันก็ยังไปเที่ยวกันไปสนุกสนานกันอะไรแต่ตอนหลังระยะนั้นมันไม่มีกะจิตกะใจที่จะทำอะไร ไม่อยากไปไม่อยากทำอะไร คือกำลังยังนึกไม่ออกว่าเราจะทำไงดี ทำนองนั้นนะคะคือหมายถึงว่ายังไงนะ ทำไมเราถึงเป็นอย่างนี้ทำนองนั้นคะ คือไม่ต้องถึงตายแต่ทำให้มัน ให้มันมาเห็นแสงสว่างขึ้นมาบ้างอะไรทำนองเนี่ยนะเป็นอยู่ระยะนึงนะคะ”

ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านลดน้อยลง รู้สึกว่ามีความเหินห่างจากเพื่อน ๆ ไปบ้าง เมื่อพบกันก็ยิ้มให้กันปกติ กับเพื่อน ๆ ก็ไม่ค่อยได้ออกไปไหน ต่างจากเมื่อก่อนที่ยังสามารถไปไหนมาไหนได้ และไม่ได้เล่าเรื่องอาการของตนเองให้กับใครฟัง หากเจอหน้ากันก็เพียงยิ้มทักทายกันธรรมดาไม่ได้สนิทมากนัก โดยกล่าวว่า

“ก็ยังคงคุยกันอยู่ แต่ก็น้อยลงนะรุ่น ๆ ผู้เฒ่าแล้ว ตอนนี้ผู้เฒ่าแล้ว แล้วก็เดี๋ยวก็ได้อะไรนะ...บางทีก็ไม่ค่อยกล้าเล่าให้ใครฟังบางทีก็คิด ๆ หน่อย ๆ อะไรอย่างนี้ เพราะว่าเดี๋ยวก็ยังไม่ค่อยเดี๋ยวนั้นมันก็ได้บทเรียนหลายอย่างนะการที่เราไปเล่าอะไรให้ใครฟังอะไรทำนองเนี่ย เพราะฉะนั้นก็ยิ้ม ๆ อยู่เฉย ๆ แล้วก็

สบาย ๆ แล้วก็เดี๋ยวนี้ใช้ชีวิตแบบเรียบง่ายที่สุดใครยิ้มก็ยิ้มด้วยอะไรทำนองนั้น
นะคะแต่ว่าไม่ค่อยไปซีเรียสอะไรกับใคร ก็อยู่แบบง่าย ๆ”

สิ่งที่ยังไม่ได้รับผลกระทบ

หลังจากที่คุณยายมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการของภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น จากการ
สังเกตของผู้วิจัยพบว่า ยังมีสิ่งที่ไม่ได้รับผลกระทบดังนี้

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน คุณยายพบว่าแม้ตนเองได้รับผลกระทบ
ทางด้านร่างกายยังสามารถดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลได้ ช่วยเหลือตัวเองได้ โดยกล่าวว่า

“ไม่เป็นไรแล้วค่ะ เพราะว่าเดียนเดือน ๆ ตัวเองแล้วก็ช่วยตัวเอง สะกิด
ตัวเองให้รู้ตัวเองตลอดว่าตัวเองเนียทำผิดพลาดไปแล้วนะคะเพราะฉะนั้นจะ
ไม่ให้เกิดอะไรขึ้นอีกก็เลยอยู่แบบทำไมนะ สบาย ๆ แล้วก็ขอโทษนะ จะพูด
หยาบ ๆ ช่างมันอะไรต่าง ๆ บางทีหาของอะไรไม่เจอแต่ก่อนนี้จะซีเรียสนะ จะ
เครียดอะไรต่าง ๆ ก็เลยเข้าไม่เป็นไรยังงิเราคงหาได้อะไรอย่างนี้ใหม่ ๆ ได้นะ
คะ ระยะแรก ๆ แล้วตอนหลัง ๆ ก็ค่อย ๆ ดีขึ้น”

สถานะทางเศรษฐกิจ เนื่องจากคุณยายเกษียณจากข้าราชการครูจึงสามารถเบิกค่า
รักษาพยาบาลได้และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับดูแลสุขภาพที่เกี่ยวกับการชะลอความเสื่อมของสมองจะ
เป็นหน้าที่ของลูก ๆ ส่วนการเดินทางไปโรงพยาบาลเพื่อตรวจร่างกายตามนัดเป็นหน้าที่ของลูกคน
โต การดูแลค่ารักษาพยาบาลอาการเจ็บป่วยในครั้งนี้อย่างไม่ส่งผลกระทบต่อสถานะทางด้าน
เศรษฐกิจของคุณยายแต่อย่างใด

สิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย

ปัจจุบันนี้คุณยายรู้สึกดีขึ้น สามารถใช้ชีวิตอยู่มาได้เรื่อย ๆ แต่บอกกับตัวเองว่าได้แค่
ไหนแค่นั้น ขอให้อยู่สบาย ๆ ซึ่งลูก ๆ ให้การดูแลเอาใจใส่ดี ตนเองก็เข้าใจดีว่าเมื่อถึงวัยนี้ก็คือ
เวลาที่ได้พักผ่อน ซึ่งจากการเจ็บป่วยนี้คุณยายพบว่าสิ่งดี ๆ เกิดขึ้นดังนี้

ลูก ๆ ให้การดูแลเอาใจใส่ดี แสดงออกถึงความเป็นห่วงมากขึ้น เช่น พาไปพบแพทย์
โทรศัพท์มาสอบถามอาการ จัดเตรียมอาหารไว้ให้ เป็นต้น

สามารถเล่นดนตรีที่ไม่เคยเล่นได้ โดยลูกชายคนเล็กเป็นคนช่วยสอนให้ ซึ่งตนเองก็ดี
ใจที่สามารถเล่นดนตรีได้ จากที่ไม่เคยเล่นก็สามารถเล่นได้ ถึงแม้ว่าตอนกลางวันจะอยู่บ้านคน

เดียวแต่ก็ยังดีที่มีดนตรีเป็นเพื่อน ซึ่งการเล่นดนตรีนั้นเป็นกิจกรรมที่คุณยายชอบมาก เพราะรู้สึกมีความสุขเมื่อได้เล่น จากที่เมื่อก่อนเล่นไม่เป็นแต่ลูกชายคนเล็กเป็นคนหัดให้จนกระทั่งสามารถจำโน้ตเพลงและเล่นเป็นเพลงได้ แต่อาจจะไม่จบเพลง โดยกล่าวว่า

“ก็พยายามบอกตัวเองนะคะ ว่าอย่าคิดมาก หออะไรไม่เจอก็ได้แค่นั้น
แค่นั้น เตียนก็ร้องเพลงนะคะ ลืมไปลืมได้ก็เชิญ ลูก ๆ เค้าก็เข้าใจนะคะ ก็ยาย
ยังไงละคะ อายุก็เยอะแล้ว แต่ดีนะคะ ลูกเค้าก็สอนยายเล่นเมโลเตียนนะคะ
อ้อย ... ถ้าไม่ได้นี้นะคะยายก็ไม่รู้จะทำอะไร นี่ยังดีที่มีเจ้านี้เป็นเพื่อนนะ
(นำเมโลเตียนมาเล่นให้ฟัง) กลางวันยายอยู่บ้านคนเดียวก็เล่นได้เล่นนะคะ
เมื่อก่อนเล่นไม่ได้ตอนนี้ก็พอได้นะคะ”

วิธีการที่ช่วยให้เกิดการยอมรับกับอาการ

คุณยายเกิดความรู้สึกเสียใจว่าทำไมตนเองจึงเป็นอย่างนั้น โดยในระยะนั้นตนเองตกอยู่ใน
ในระยะที่ห่อถอย แต่เมื่อคิดได้ว่าเหตุการณ์นี้ได้เกิดขึ้นแล้ว จึงพยายามยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น โดย

ขอคำปรึกษาจากแพทย์ เมื่อคุณยายมีปัญหาหรือเกิดความสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพหรือ
อาการที่ผิดปกติที่เกิดจากภาวะสมองเสื่อม ส่วนมากจะปรึกษาจากแพทย์ที่ตนเองรักษาอยู่ว่าจะมี
แนวทางในการรักษาอย่างไรและลูก ๆ ก็จะเป็นผู้คอยสังเกตความผิดปกติของตนเองและเล่า
อาการให้กับแพทย์ที่ตนเองเข้ารับการตรวจด้วยเช่นกัน โดยกล่าวว่า

“ก็ยอมรับแล้วก็ปรึกษาคุณหมอเหมือนกันว่าทำไมถึงดีนะคะ รักษาได้ไหม
หรือไม่รักษา ... อันนี้เนี่ยนะคะไม่มีปัญหาเรื่องคุณหมอเลย ถ้าเกิดว่ามีปัญหา
บ๊ีบถ้าเกิดสมมติว่าเตียนเป็นบ๊ีบเตียนก็จะปรึกษาคุณหมอนะคะ ”

พยายามใจเย็น เชื่อมั่นในตัวเอง คุณป้าเชื่อว่าตนเองจะต้องผ่านเหตุการณ์นี้
ความรู้สึกที่ไม่ดีไปให้ได้ ต้องอยู่ได้ เพราะหากกังวลไปก็จะทำให้อาการหนักขึ้นมาได้ ร่วมกับ
ความคิดว่าตนเองอายุมากขึ้นเพราะฉะนั้นความรู้สึกต่าง ๆ ก็ยอมต้องคำนึงถึงเรื่องวัยว่าอายุ
ขนาดนี้และมีภาวะสมองเสื่อม จะทำงานอะไรได้ จึงคิดว่าต้องค่อย ๆ ช่วยเหลือตัวเองไป

พยายามไม่เครียดเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น เวลาที่เกิดอาการลืม คิดอะไรไม่ออก หรือ
หาของไม่เจอ คุณยายซำรวายจะพยายามเตือนตัวเองอยู่ตลอดว่าจะพยายามไม่เครียด หากหาของ

ไม่พบก็จะคิดว่าไม่เป็นไร ค่อย ๆ หาไป สักพักคงหาได้และขณะนี้เริ่มทำใจยอมรับได้มากขึ้นกว่า
ช่วงแรก ๆ ที่มีอาการหลงลืมและคิดไม่ออกว่าตนเองเก็บของไว้ที่ไหน โดยกล่าวว่า

“คือเดี๋ยวพยายามที่จะไม่เครียดนะค่ะ อย่างที่บอกบางทีก็ร้องเพลงลืม
ไปลืมได้ก็เชิญคือไม่รู้จะทำยังไงก็มันลืมจริงๆ นึกเท่าไรก็นึกไม่ออกก็เลยร้อง
เพลงเนี่ยค่ะ ลืมไปลืมไปลืมได้ก็เชิญ”

พยายามทำให้ใจให้ปลง ว่าตนเองอายุมากแล้ว ถ้าหากว่าเป็นในตอนหนุ่มสาวก็ยังมี
ความคิดที่อยากสู้ต่อไป แต่สำหรับตอนนี้ก็อยู่ต่อไปอย่างเรียบง่าย ซึ่งเมื่อก่อนนี้รู้สึกที่จิตใจรุ่ม
ร้อน วุ่นวาย แต่พอทำให้ใจได้ก็เริ่มคิดว่าไม่เป็นไร ค่อย ๆ เป็นค่อย ๆ ไป โดยกล่าวว่า

“... เอาใหม่แล้วก็บอกตัวเองว่าได้แค่นั้นเอาแค่นั้นไม่ได้ก็คือไม่ได้ นาน
ค่ะกว่าจะทำได้ เดี่ยวว่ามันก็เป็นอยู่เรื่อย ๆ เพราะว่าขณะนั้นเนี่ยมันจะทำให้
เราทำไมนะ หงุดหงิดทำให้เราเครียดนะ เดี่ยวก็เลยบอกตัวเองว่าอย่าเครียด ๆ
ใช้ใหม่คะพยายามที่จะไม่ให้ตัวเองเนี่ยเครียด แล้วก็แค่นั้นก็เอาแค่นั้น ได้แค่นี้ก็
คือแค่นี้ถ้าสมมติว่าเราก็ไม่กล้าไปวิ่งค้นหาใครผู้ใหญ่หรือว่าพี่น้องอะไรอย่างนี้
นะคะ พยายามที่จะช่วยตัวเอง”

วิธีการที่ใช้เพื่อช่วยในการดำเนินชีวิต

วิธีการที่ใช้ช่วยเหลือเพื่อให้ดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับภาวะสมองเสื่อมต่อไปได้มีดังนี้
การจดบันทึก คุณยายซำรวัยมีวิธีการจัดการเกี่ยวกับอาการหลงลืมของภาวะสมอง
เสื่อม แต่ไม่ทราบแน่ชัดว่านั่นคือวิธีการจัดการกับอาการ เช่น บางครั้งหากเกรงว่าตนเองจะลืมหรือ
นึกไม่ออกเกี่ยวกับเรื่องที่ตนเองต้องการจะทำหรือคิดไว้ ก็จะไปป้องกันการลืมด้วยวิธีการเขียนบันทึก
ไว้ที่สมุด ซึ่งบางครั้งก็จดบันทึกสิ่งที่ตนเองลืม แต่ก็ไม่ได้นำไปจัดการแก้ไขต่อ และตอนนี้ก็ไม่ทราบ
ว่าสมุดที่ตนเองจดไว้นั้นอยู่ที่ไหน โดยกล่าวว่า

“แล้วก็อีกวิธีหนึ่งคือ มันนึกไม่ออกนะค่ะ ก็เลยเขียน ๆ เอาไว้ เขียนไว้ที่
สมุดอะไรของเรา อ่า ๆ ก็มีสมุดเขียนไว้ว่าเอ่อวันนี้ ๆ ลืมเรื่องนี้ อืม แล้วก็ ๆ ไม่
ได้มาหาทางที่จะแก้ไขแล้วก็ปล่อยมัน แต่ว่าบันทึกเอาไว้ว่าลืม สมุดไม่รู้อยู่ที่
ไหนเดี๋ยวยังหาของตัวเองไม่เจอเลย (หัวเราะ)”

เขียนข้อความเตือน โดยลูก ๆ จะพิมพ์ข้อความใส่กระดาษและติดไว้ฝาผนัง ซึ่งเป็นข้อความที่คอยเตือนไม่ให้ลืม หรือให้ทำในสิ่งที่ควร เช่น ป้ายเตือนว่าอย่าลืมปิดไป เตือนว่าห้ามทิ้งกระดาษทิชชูลงในโถส้วม ป้ายเตือนให้รับประทานยา กล่องยารับประทานที่จัดแบ่งเป็นมือ ๆ เป็นต้น แต่จากการที่ผู้วิจัยได้สังเกตรอบ ๆ บ้านนั้นจะพบว่ามีการติดโน้ตหรือกระดาษสำหรับคุณยายและลูก ๆ เขียนคุยกันและมีข้อความเตือนบางอย่างไว้ เช่น การเตือนไม่ให้ซื้อไอเลี้ยง การเตือนว่าวันนี้ลูกชายจะกลับบ้านดี เป็นต้น โดยกล่าวว่า

“จัดจดเอาไว้คะตอนแรก ๆ นะคะคะ ตอนแรก ๆ ที่เป็น เตียนยัง เสียตายมาจนถึงทุกวันนี้เลยไม่รู้อยู่ไหม ส่วนใหญ่ปกติเพราะเตียนเป็นคนชอบเขียนหายหมดเลยคะ ปกติเตียนจะเป็นคนชอบเขียน เรื่องอะไรต่าง ๆ”

การวางแผนการดำเนินชีวิต

คุณยายเข้าร่วมมีการวางแผนการดำเนินชีวิตในแต่ละวันว่าจะทำอะไร แต่โดยปกติแล้วจะมีกิจกรรมเล็กน้อย ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับลูก ๆ รวมถึงมีการวางแผนเกี่ยวกับความต้องการการดูแล แต่เรื่องของทรัพย์สิน มรดกนั้นยังไม่ได้มีการวางแผน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การดำเนินชีวิตประจำวัน โดยปกติคุณยายจะมีกิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ทำอยู่เรื่อย ๆ จะพยายามนึกว่าแต่ละวันต้องทำอะไรบ้าง อะไรที่สำคัญและต้องทำก่อนหลัง เช่น การทำงานบ้าน อ่านหนังสือ เล่นดนตรี เป็นต้น ซึ่งตอนนี้ต้องเตรียมใจว่าลูก ๆ อยู่ในช่วงวัยทำงาน เค้าจะไม่มีเวลามากนัก ต้องทำใจให้ได้ และต้องพยายามดูแลตัวเองไม่ให้ลูก ๆ เป็นห่วง โดยกล่าวว่า

“คะก็ยังอ่านอยู่ ถ้าเมื่อมีโอกาสนะ ถ้าเกิดมีโอกาสก็ยังอ่านอยู่แล้วก็พยายามนึกถึงว่าวันนี้เราทำอะไรวันนี้เรายังไม่ได้อะไร ๆ อย่างนี้คะ แล้วก็ที่เรายังไม่ได้อะไรนะสำคัญใหม่ ถ้าเมื่อสำคัญก็ไปทำ ถ้าเมื่อไม่สำคัญก็บอกเอาเหอะขอโอกาสอะไรอย่างนี้ แล้วก็พยายามอยู่แบบทำไมนะคะ ที่สบายนะคะ พยายามที่จะไม่เครียด”

ความต้องการได้รับการดูแล ในขณะที่คุณยายคิดยังสามารถดูแลช่วยเหลือตัวเองได้อยู่ ก็ยังต้องการความเป็นส่วนตัวและไม่ต้องการให้ลูก ๆ เป็นห่วงต้องคอยมาดูแลตนเอง ซึ่งตนเองทราบดีว่าลูกผู้ชายแตกต่างจากผู้หญิงที่จะไม่ค่อยเข้ามาหามาคลุกคลีกับแม่ แต่การแสดงออกจะแตกต่างกัน และหากอายุมากขึ้น ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงก็คิดว่าจะต้องจ้างคน

มาดูแล เพราะดูแลลูก ๆ ไม่มีเวลามาดูแล ลูก ๆ ต้องทำงานกันหมด แต่จะโทรสอบถามว่า
รับประทานอาหารเช้าหรือยัง เป็นยังไงบ้าง เป็นต้น โดยกล่าวว่า

“... คิดอย่างนั้นนะคะ ตอนนั้นยังพออยู่ได้ช่วยเหลือตัวเองได้ แล้วก็พยายามไม่ยุ่งกับลูกนะคะ เพราะว่าลูกก็อยู่ในวัยทำงานเพราะฉะนั้น แต่ก่อนนี่คอยทานข้าวกับลูกคอยอะไรต่าง ๆ เดียวนี้ก็เลยบอกลูกว่าวันนี้แม่ทานก่อนนะคือตัดไปเลยแล้วก็กินไป ก็พยายามที่จะช่วยตัวเองให้มากที่สุด แต่ว่าไอ้ย ทำไมนะมันว่าเหวเหมือนกันนะ แต่ก่อนนี่อยู่กับลูกอะไรอย่างนี้นะคะ แต่พยายามไม่ให้ลูกเห็น ไม่ให้ลูกรู้ว่ามันอะไร เพราะว่าผู้ชายเค้าจะเป็นอีกแบบหนึ่ง ถ้าลูกสาวนะเค้าก็ยังไม่กิ๊ก ๆ กันได้ อันนี้ยังงี้ก็ทำใจนะ แล้วก็ไม่ให้เค้ารู้อะไร บางทีเค้าก็บอกแม่ทานข้าวเองนะครับ เราก็บอก เออ สบายมากไปเถอะ อะไรแบบนี้ลูกชายไปอีกแบบหนึ่ง”

“ในความรู้สึกของเด็ยนั้นนะ เด็ยนั้นอาจจะจำคน คิดว่าอย่างนั้นนะ เท่าที่สังเกตดู ลูกไม่มีเวลาให้เราเลย ...”

การวางแผนเรื่องพินัยกรรม ไม่ได้วางแผนการทำพินัยกรรมไว้ เพราะคิดว่าตนเองไม่ได้มีทรัพย์สินสมบัติมากมาย จะบอกลูกไว้เพียงว่าหากแม่เป็นอะไรไปก็ให้แบ่งกัน ไม่ให้มีปัญหาเพราะไม่ได้โอนเป็นชื่อใคร หากถึงเวลาที่ตนเองเสียชีวิตลูก ๆ คงจัดการกันเอง คิดว่าไม่ต้องทำพินัยกรรม เพราะจะคอยพูดเตือนเสมอว่าเป็นพี่น้องกันต้องรักกัน ต้องไม่ทิ้งกัน โดยกล่าวว่า

“เออ คือไม่ถึงขั้นวางแผนนะคะ ยายก็มีตั้งค้อยู่ไม่เท่าไรหรอกแต่เพียงแต่ว่าก็จะบอกก็แต่เพียงว่า ถ้าเกิดแม่เป็นอะไรไปนะลูกก็แบ่งกันนะอย่าให้มีปัญหา ก็จะมีเค้าไว้อย่างนั้น ถ้าแม่ตายไปลูกก็แบ่งกัน มีอยู่สามคนพี่น้องใช่ไหมคะ คงไม่ใช่เป็นเรื่องใหญ่ ยายคิดอย่างนั้นนะคะ เค้าก็แบ่งกัน เพราะว่าไม่ให้สามคนนี้จะไปให้ใครล่ะ แล้วเงินก็ไม่ได้มีอะไรมากมาย ก็บอกอย่างนั้นแค่ว่า บอกไว้แต่ยังไม่ถึงขนาดว่าโอนอะไร แต่เค้าคงรู้นะ เพราะว่าถ้าถึงเวลาเขาก็จัดการกันเอง เพราะว่าพอแม่ตายเค้าก็จัดการกันเองได้ใช่ไหมคะ”

ความรู้สึกที่ต้องการบอกให้คนอื่นทราบ

ไม่ต้องการให้คนอื่นเชื่อในสิ่งที่ตนเองพูด โดยคุณยายพยายามบอกคนอื่น ๆ ที่มีการติดต่อกับตนเองว่าอย่าเชื่อตนเองมากนักบางครั้งไม่แน่ใจว่าตนเองให้ข้อมูลถูกต้องหรือไม่ ซึ่งต้องการให้ตรวจสอบข้อมูลจากลูกอีกครั้งเพื่อความถูกต้องแน่ใจและยอมรับว่าเหตุการณ์เช่นนี้เกิดขึ้นจริง ๆ โดยที่ตนเองก็ไม่ทราบสาเหตุใดสมองตนเองจึงเป็นเช่นนี้ ต้องให้ลูกคอยเตือนร่วมด้วยเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตบางอย่าง เช่น การลือคประตู่บ้าน การใช้จ่ายเงิน การปิดเปิดเครื่องใช้ไฟฟ้า เป็นต้น โดยกล่าวว่า

“เดี๋ยวก็บอกทุกคนไปว่าอย่าเชื่ออะไรเดี๋ยวถ้าอยากรู้อะไรให้ถามลูกเอา
คือมันต้องยอมรับนะนะคะ คือไม่ ๆ รู้ว่าสมองเป็นอะไร”

ความแตกต่างในการดูแลระหว่างลูกชายและลูกสาว คุณยายเชื่อว่ามีลักษณะที่ต่างกัน ตนเองมีลูกผู้ชายทั้งหมดจะไม่ค่อยเข้ามาคลุกคลีอาจต่างจากลูกผู้หญิง บางครั้งลูกผู้ชายมักจะทำอะไรโดยที่ไม่ได้ตั้งใจและลืมคำนึงถึงความรู้สึกของตนเอง อาจทำให้เสียความรู้สึกได้ แต่ต้องพยายามเข้าใจว่าเป็นธรรมชาติของลูกผู้ชาย เพราะฉะนั้นจึงต้องพยายามดูแลตนเองช่วยเหลือตนเอง โดยกล่าวว่า

“แต่ยายก็ต้องเตือนตัวเองอยู่ตลอดเพราะว่ามีลูกผู้ชายนะนะเขาก็จะไปแบบของลูกผู้ชายเขาก็ไม่ได้เจตนาที่จะไม่ดูแลเรานะคะ คุณมีลูกผู้ชาย ผู้ชายนี้จะยากกว่านะคะเขาไม่ได้เจตนา แต่เขาไม่เข้าใจในการที่ว่าต้องเข้ามาดูแลเราให้เข้ามาดูแลแม่ทำไม นั่นแหละก็พยายามที่จะช่วยตัวเองให้มากที่สุด ...ถ้ามีลูกสาวบรรยากาศจะไปอีกแบบหนึ่งใช่ไหมคะ เด็กผู้หญิงจะเข้ามาคลุกคลีคลอเคลียอะไรกับเรานั้นจะเป็นความชื่นอกชื่นใจอีกแบบหนึ่งนะคะ ซึ่งยายรีบตัดตั้งแต่ตอนแรกเลยว่าผู้หญิงกับผู้ชายไม่เหมือนกันนะคะ เพราะเราอย่าไปหวังว่าเอาเด็กผู้ชายเนี่ยจะมีอะไรให้เราใช่ไหมคะ หรือเขาอาจจะมัวแต่ทำอะไรแต่ที่ไม่รู้สิธรรมชาติยายสังเกตุธรรมชาติเนี่ย ทำใจเอาไว้เลย ยังไงเราก็ต้องช่วยตัวเองนะคือธรรมชาติของเขาโดยที่เขาไม่ตั้งใจ บางทีเขาก็ถามแม่เป็นไบบ้างครับ อะไรทำนองนี้ แต่มันไม่เหมือนผู้หญิงนะ ใช่ไหมคะแต่ว่าเขาที่ไม่ได้เจตนา ยายคิดอย่างนั้น”

สรุป คุณยายข่าวรยทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นเมื่อประมาณ 2 ปี หลังจากเกษียณราชการ โดยเริ่มมีอาการหลงลืม แต่เป็นเล็กน้อย ต่อมาประมาณ 1 ปี สามีเสียชีวิตคุณยายจึงเริ่มมีอาการซึมเศร้าอยู่ประมาณเดือนกว่า อาการหลงลืมเริ่มมีมากขึ้นจนลุก ๆ สังกัดได้ถึงความเปลี่ยนแปลง จึงได้พาไปตรวจและพบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับความเสื่อมของสมอง เมื่อทำแบบทดสอบสภาพสมองร่วมกับการซักประวัติ แพทย์จึงวินิจฉัยว่าคุณยายมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น หลังจากนั้นคุณยายก็เริ่มรู้สึกว่สิ่งที่ตนเองต้องการจะทำนั้นไม่เป็นไปตามที่ตนคาดหวังไว้ เช่น ตั้งใจไว้ว่าต้องการจะให้เป็นอย่างที่ตนเองตั้งใจเป้าหมายไว้ แต่กลับไปทำอีกอย่างหนึ่ง เมื่อทราบผลการวินิจฉัยคุณยายเกิดความรู้สึกตกใจ กลัว เสียใจ ที่เหตุการณ์แบบนี้เกิดขึ้นกับตนเองไม่คิดว่าตนเองจะมีภาวะสมองเสื่อม แต่ก็พยายามทำใจยอมรับด้วยความคิดว่าตนเองอายุมากขึ้น เป็นธรรมชาติของมนุษย์ที่ต้องเสื่อมไปตามเวลา กรณีศึกษามีโรคประจำตัวอื่นได้ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง ขณะนี้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้คุณยายได้รับผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมซึ่งมีลูก ๆ ช่วยกันดูแลและวิธีการที่จะช่วยในการชะลอความเสื่อมของสมองให้กับแม่ โดยการติดข้อความไว้ตามฝาผนังบ้าน และนอกจากนี้ยังมีกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายจิตใจด้วยการเล่นเมโลเดียน ซึ่งลูกชายคนเล็กสอนให้เล่นและคุณยายก็สามารถเล่นได้อย่างมีความสุข

สิ่งที่ได้จากการศึกษา

กรณีศึกษาเป็นหญิงวัยสูงอายุรูปร่างสมส่วน ผิวขาวเหลือง ผมสั้นสีขาวมีสีดำแซม การแต่งกายเหมาะสมกับกาลเทศะ ลักษณะการเดินมั่นคง พูดคุยเป็นกันเอง ลักษณะบ้านร่มรื่น ระเบียบสงบ เป็นส่วนตัว ลักษณะบ้านเป็นทาวนโฮม 2 ชั้นเมื่อไปเยี่ยมกรณีศึกษาที่บ้าน ส่วนใหญ่กรณีศึกษามักกำลังทำงานบ้าน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่กรณีศึกษาทำอยู่เป็นประจำทุกวัน

ส่วนใหญ่จะนั่งสนทนากันที่ห้องรับแขกหรือโต๊ะอาหาร กรณีศึกษาให้ความสนใจในการสนทนาดี ไม่มีเสียงรบกวนที่มาจากสิ่งแวดล้อมรอบข้าง ระหว่างสนทนากรณีศึกษาไม่สนใจและให้ความสนใจในการสนทนาเป็นอย่างดี เมื่อกรณีศึกษาเล่าถึงความรู้สึกเกี่ยวกับการที่ตนเองมีภาวะสมองเสื่อม กรณีศึกษาแสดงสีหน้าถึงความวิตกกังวลเมื่อกล่าวถึงอาการและผลกระทบที่จะได้รับในอนาคต การพูดคุยทุกครั้งเป็นไปอย่างราบรื่นกรณีศึกษายอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น และมักเล่าเรื่องราวเดิมซ้ำ ๆ บางครั้งถามในสิ่งที่ได้รับคำตอบไปแล้วหลายรอบและมีอาการเช่นนี้ทุกครั้งที่ไปเยี่ยมบ้าน ซึ่งตรงกับสิ่งที่ลูกชายของกรณีกรณศึกษาเล่าให้ผู้วิจัยฟังและกรณีศึกษารับรู้อาการเหล่านี้

บทที่ 5 การวิเคราะห์ข้ามกรณี

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) แบบหลายกรณีศึกษา (the multiple case design) เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่มีชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น กรณีศึกษา เป็นผู้มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น โดยได้รับการอนุญาตจากแพทย์ประจำตัวและญาติ ผู้ใกล้ชิด ทำการเก็บข้อมูลในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ได้แก่ แผนกคลินิกความทรงจำสถาบันประสาทวิทยา 2 ราย แผนกคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 2 ราย แผนกศัลยกรรมอายุรกรรมโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี 3 ราย รวมกรณีศึกษาทั้งหมด 7 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) ใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้น (interview guideline) เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์กรณีศึกษาเป็นรายบุคคล ร่วมกับการสังเกต อย่างมีส่วนร่วมและตรวจสอบข้อมูลประวัติการรักษาจากเอกสารทางการแพทย์ และทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) ร่วมกับการสรุปวิเคราะห์แบบข้ามกรณี (cross-case analysis) โดยนำข้อมูลที่ได้จากกรณีศึกษาทั้ง 7 รายมาเขียนอธิบายเพื่อแสดงให้เห็นถึงความคล้ายคลึงและความแตกต่าง กันในแต่ละด้านของประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่มีชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ผลการวิเคราะห์นำเสนอ 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกรณีศึกษา

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบประสบการณ์การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น มี 5 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

ประเด็นที่ 2 ผลกระทบที่ได้รับจากการมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

ประเด็นที่ 3 การเผชิญกับความรู้สึกหลังจากได้รับการวินิจฉัย

ประเด็นที่ 4 การจัดการกับอาการสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

ประเด็นที่ 5 การวางแผนการดำเนินชีวิต

และประเด็นอื่น ๆ (ข้อสังเกต)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกรณีศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนกรณีศึกษาทั้งสิ้น 7 ราย โดยมีลักษณะทั่วไปจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ การอยู่อาศัย ระยะเวลาที่รับรู้ว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นจนถึงปัจจุบัน

กรณีศึกษารายที่ 1

คุณป้าสมใจ (นามสมมติ) ปัจจุบันอายุ 72 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ มีลูก 5 คน สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรประโยคครูมัธยม เมื่อจบการศึกษาแล้วประกอบอาชีพข้าราชการครู ในโรงเรียนแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร ปัจจุบันเกษียณ อายุราชการ แล้ว ไม่ได้ประกอบอาชีพเสริมใด ๆ แต่จะมีกิจกรรมให้ทำอยู่ตลอด เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง คุณป้ายังคงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ รดน้ำต้นไม้ ออกกำลังกายโดยเดินรอบ ๆ บ้านทุกวัน มีการประกอบอาหารเองบ้าง

คุณป้าทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นเมื่อประมาณ 1 ปีที่ผ่านมา ซึ่งมีความรู้สึกหงุดหงิดและรู้สึกว่าตนเองแปลก ๆ ไป รับรู้ว่าคุณเองหลงลืมมากขึ้น จึงปรึกษากับลูกและไปตรวจเพื่อค้นหาความผิดปกติพบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับหลอดเลือดที่สมองตีบ เมื่อทำแบบทดสอบสภาพสมองร่วมกับการซักประวัติและทำการเอกซเรย์สมองด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์แพทย์จึงวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น หลังทราบผลการวินิจฉัยคุณป้ารู้สึกไม่แน่ใจ ไม่คิดว่าตนเองจะมีภาวะสมองเสื่อม น้อยใจที่เหตุการณ์แบบนี้เกิดขึ้นกับตนเองและกลัวว่า ตนเองจะมีอาการรุนแรงเกิดขึ้นซึ่งไม่ทราบว่าอาการ ต่อไปจะเป็นอย่างไร แต่ก็พยายามทำใจยอมรับด้วยความคิดว่าตนเองอายุมากขึ้น ขณะนี้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อมนั้นมักจะทำให้เกิดความ เชื่องช้าในการ ปฏิบัติชีวิตประจำวัน ที่ใช้เวลาในการหาสิ่ง ของที่ตนเองต้องการนาน รู้สึกเครียดเมื่อหาของไม่พบ ยังคงมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเช่นเดิม ดูแลตัวเองได้และหาวิธีการที่จะช่วยในการชะลอความเสื่อมของสมองให้กับตนเองด้วยการยืดเหยียด ศาสนา ปลั่ยวางและหากิจกรรมทำเพื่อไม่ให้ตนเองอยู่เฉย

กรณีศึกษารายที่ 2

คุณลุงเฉลิม (นามสมมติ) ปัจจุบันอายุ 75 ปี นับถือศาสนาพุทธ สมรส แล้วแต่ปัจจุบันแยกกันอยู่กับภรรยา จบการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิศวกรรมศาสตร์ ปัจจุบันเป็นที่ปรึกษาด้านวิศวกรรมให้กับบริษัทรับก่อสร้างบางแห่ง เนื่องจากต้องการพักผ่อนและกลัวว่าจะเกิดความผิดพลาดกับงาน ขณะนี้คุณลุงอาศัยอยู่กับลูกสาวคนโตและลูกสาวคนสุดท้อง ปกติคุณลุงจะอยู่บ้านตลอดและอยู่คนเดียวในช่วงกลางวัน เมื่อถึงตอนเย็นลูก ๆ เลิกงานจึงได้อยู่พร้อมหน้ากัน มีกิจกรรมที่ทำขณะอยู่บ้าน เช่น รดน้ำต้นไม้ ดูทีวี ฟังธรรมะ ทำงานบ้านและตรวจงานที่มีคนนำมาปรึกษา คุณลุงสามารถช่วยเหลือตนเองได้พอสมควร ออกกำลังกายโดยการเดินรอบ ๆ บ้าน

คุณลุงทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นเมื่อประมาณ 1 ปีที่ผ่านมา หลังจากมีอาการลิ้นแข็ง พูดไม่ค่อยชัดและเดินลำบาก จึงไปพบแพทย์ น้องชายและลูกสาวคนโต

ซึ่งเป็นพยาบาลเกิดความสงสัยเกี่ยวกับอาการของคุณลุงจึงทดสอบโดยให้นับเลขและคำนวณเลข พบว่า ไม่สามารถนับเลขเรียงจำนวนมาก ๆ ได้เหมือนเดิม เริ่มคำนวณเลขไม่ถูกต้อง ซึ่งคุณลุงมีความรู้สึกสงสัยและรู้สึกว่าตนเองแปลก ๆ ไป รับรู้ว่าคุณลุงหลงลืมมากขึ้น แต่คิดว่าเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นตามวัย เมื่อไปตรวจเพื่อค้นหาความผิดปกติโดยทำแบบทดสอบสภาพสมองร่วมกับการซักประวัติและทำการเอกซเรย์สมองคอมพิวเตอร์พบว่ามีปัญหาเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ แพทย์จึงวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น เมื่อทราบผลการวินิจฉัยกรณีศึกษาเกิดความรู้สึกแสบที่ตนเองไม่สามารถจำสิ่งที่เคยจำได้และกลัวว่าคุณลุงจะมีอาการรุนแรงเกิดขึ้น ขณะนี้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง คุณลุงได้รับผลกระทบ คือ ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงจากกล้ามเนื้ออ่อนแอ มักจะทำให้เกิดความ เชื่องช้าในการ ปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน เกิดความรู้สึกน้อยใจ รู้สึกเป็นภาระให้ลูก เบื่อหน้า ยกกับอาการของตนเองที่ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เหมือนเดิม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลงเนื่องจากความสามารถการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ความสามารถในการสื่อสารลดลง พูดไม่ชัด ซึ่งมีลูก ๆ ช่วยกันดูแลและหาวิธีการที่จะช่วยในการชะลอความเสื่อมของสมองให้กับพ่อ แต่กรณีศึกษา เองก็ยังคงดูแลตัวเองได้และยึดหลักศาสนา ปล່อยวาง เพื่อให้จิตใจสบาย

กรณีศึกษารายที่ 3

คุณลุงสาทร (นามสมมติ) ปัจจุบันอายุ 72 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ เดิมประกอบอาชีพข้าราชการครู หลังจากเกษียณ อายุราชการ แล้วได้เป็นผู้ตรวจคุณภาพ การศึกษาของสถาบันการศึกษาหลายแห่งโดยทำมาเป็นเวลาประมาณ 9 ปี จนกระทั่งเริ่มมีอาการ เจ็บป่วยจึงหยุดทำ แต่จะมีกิจกรรมที่ทำขณะอยู่ที่บ้าน เช่น กวาดใบไม้ รดน้ำต้นไม้ เป็นต้น ปัจจุบันคุณลุงอาศัยอยู่กับภรรยาเพียง 2 คน มีลูกชาย 1 คน แต่งงานและแยกครอบครัวไปแล้ว แต่ยังไปมาหาสู่กันอยู่เป็นประจำ

คุณลุงทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นเมื่อประมาณ 1 ปีที่ผ่านมา คุณลุงและภรรยาสังเกตได้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นซึ่งต่างจากเดิมอย่างเห็นได้ชัด คือ พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง เดินช้าลง คิดช้าลง การสะกดคำไม่ถูกต้อง การเขียนใช้เวลานานขึ้น ลายมือเปลี่ยนไป มีอาการหลงลืม ไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม เมื่อไปพบแพทย์และทำการตรวจวินิจฉัยจึงพบว่า มีภาวะสมองฝ่อเนื่องจากการตีบของหลอดเลือดที่สมองบางส่วน ทำให้มีอาการแสดงออก ทางด้านร่างกาย ที่ช้าลง ทำให้เกิดความรู้สึกเครียด ไม่เชื่อว่าตนเองจะเป็นอย่างนั้นและกลัว สูญเสียความสามารถ ความทรงจำที่ตนเองเคยมี ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงจาก กล้ามเนื้ออ่อนแอ มักจะทำให้เกิดความเชื่องช้าในการปฏิบัติชีวิตประจำวัน เกิดความรู้สึกรำคาญ

ตนเองที่ไม่สามารถทำในสิ่งที่เคยทำได้ รู้สึกเป็นภาระให้ลูก เบื่อหน่ายกับอาการของตนเองที่ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เหมือนเดิม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลงเนื่องจากความสามารถเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ความสามารถในการสื่อสารลดลง ซึ่งมีภรรยาช่วยกันดูแลเป็นหลัก และหาวิธีการที่จะช่วยในการชะลอความเสื่อมของสมองให้กับสามี แต่คุณลุงเองก็ยังคงดูแลตัวเองได้ ปัจจุบันเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องและยึดหลักศาสนา ปล່อยวาง ยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นเพื่อให้จิตใจสบาย ส่วนลูกชายจะมาเยี่ยมอาทิตย์ละครั้งหรือสองครั้ง

กรณีศึกษาตอนที่ 4

คุณลุงประทวน (นามสมมติ) ปัจจุบันอายุ 79 ปี นับถือศาสนาคริสต์ สถานภาพสมรสคู่ สำเร็จการศึกษาปริญญาตรี เมื่อ สำเร็จการศึกษาแล้ว เข้ารับราชการในตำแหน่งเจ้าพนักงานที่ดินของรัฐบาล ปัจจุบันเกษียณอายุราชการแล้วและไม่ได้ประกอบอาชีพเสริมใด ๆ เนื่องจากต้องการพักผ่อน มีบุตร 4 คน ปัจจุบันบุตรแต่งงานไปแล้ว 2 คน ปลูกบ้านอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกัน ส่วนลูกอีกสองคนที่ยังไม่ได้แต่งงานอยู่บ้านเดียวกับคุณลุง ซึ่งลูกสาวเป็นพยาบาล ไม่ได้อยู่บ้านตลอด หากช่วงใดที่มีวันหยุดหลายวันจึงกลับบ้าน

คุณลุงทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นเมื่อประมาณ 3 ปีที่ผ่านมา โดยเริ่มจากมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงและหมดสติไป ในขณะที่กำลังรดน้ำต้นไม้อยู่ ที่บริเวณสนามหน้าหน้าบ้าน จากนั้นลูกได้พาไปโรงพยาบาลและแพทย์ทำการตรวจวินิจฉัยพบว่ามีความผิดปกติ คือ เริ่มมีอาการหลงลืม พูดเรื่องเดิมซ้ำ ๆ ซึ่งในระยะนี้ได้รับการรักษามาโดยตลอดเกี่ยวกับภาวะหลอดเลือดสมองตีบตัน ทีมแพทย์และพยาบาลทำการซักประวัติและให้ทำแบบทดสอบสภาพสมอง จึงให้การวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น หลังจากได้รับการวินิจฉัยคุณลุงเกิดความรู้สึกกลัวว่าจะมีอาการรุนแรงขึ้น กลัวจะทรมาน ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ กลัวสูญเสียความสามารถ ซึ่งผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อมที่กรณีศึกษาได้รับทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง มักจะทำให้เกิดความล่าช้าในการใช้ชีวิตประจำวัน เกิดความรู้สึกโมโห รำคาญตนเองที่ไม่สามารถทำในสิ่งที่เคยทำได้ แต่ยังสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้เช่นเดิมซึ่งคิดว่าจะต้องมีกิจกรรมทำ พยายามไม่อยู่เฉย ๆ เพราะอาจทำให้อาการไม่ดีและไม่ได้พบเห็นสิ่งใหม่ ๆ ผู้ที่ดูแลคุณลุง คือ ภรรยาและลูก ๆ ช่วยกัน แต่คุณลุงก็ยังคงดูแลตัวเองได้และยึดหลักศาสนา ปล່อยวาง ยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นเพื่อให้จิตใจสบาย

กรณีศึกษารายที่ 5

คุณป้ารัชณี (นามสมมติ) ปัจจุบันอายุ 72 ปี นับถือศาสนาพุทธ คุณป้าสมรสและมีลูกทั้งหมด 3 คน ปัจจุบันสามีเสียชีวิตไปแล้ว ปัจจุบันอาศัยอยู่กับลูกสองคนคือลูกสาวคนกลางซึ่งยังไม่แต่งงานและลูกชายคนเล็กซึ่งแต่งงานแล้วแต่ยังอาศัยอยู่บ้านนี้ ส่วนลูกคนโตเป็น ผู้ชายแต่งงานแยกครอบครัวไปแล้วจะมาเยี่ยมอาทิตย์ละครั้ง คุณป้ารัชณีสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีและเข้ารับราชการครู หลังจากเกษียณแล้วได้สอนพิเศษเป็นงานเสริมซึ่งจะสอนช่วงเย็นหลังเลิกเรียน แต่ต่อมาเกิดการเจ็บป่วยจึงเลิกสอนพิเศษและไม่ได้ทำงานพิเศษใดเนื่องจากต้อง พักผ่อน

คุณป้าทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นเมื่อประมาณ 2 ปีที่ผ่านมา โดยเริ่มมีอาการหลงลืม เช่น ลืมกระเป๋าเงิน ลืมว่าเปิดแก๊สต้มน้ำไว้ แล้วลูก ๆ ทราบอาการดังกล่าวที่เกิดขึ้น จึงแนะนำให้ มารดาไปพบแพทย์ จากการซักประวัติ ทดสอบสมรรถภาพสมอง จึงวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้น หลังจากได้รับการวินิจฉัยคุณป้ารู้สึกตกใจ กลัวว่า จะมีอาการรุนแรงขึ้น ท้อแท้ว่าทำไมเหตุการณ์นี้จึงเกิดขึ้นกับตนเอง ผลกระทบที่พบ คือ ใช้เวลาในการหาสิ่งของนานเนื่องจากจำไม่ได้ว่าตนเองนำไปเก็บไว้ที่ใด รู้สึกหงุดหงิดที่อา การหลงลืมเกิดขึ้นบ่อยครั้ง แต่ยังสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้เช่นเดิมซึ่งคิดว่าจะต้องมีกิจกรรมทำ พยายามไม่อยู่เฉย ๆ เพราะอาจทำให้อาการไม่ดีและไม่ได้พบเห็นสิ่งใหม่ ๆ คุณป้ายังดูแลช่วยเหลือตัวเองได้และมีลูก ๆ ช่วยดูแลเอาใจใส่ หาอาหารเสริมหรือกิจกรรมที่จะ ช่วยชะลอความเสื่อมของสมอง มาให้คุณป้าได้ทำอยู่เรื่อย ๆ

กรณีศึกษารายที่ 6

คุณลุงพยุ่ง (นามสมมติ) อายุ 76 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรวิชาทหาร จากนั้นรับราชการทหารมาตลอด หลังจากเกษียณแล้วไม่ได้ประกอบอาชีพใด เนื่องจากต้องการพักผ่อนและใช้ชีวิตบั้นปลายอย่างมีความสุขกับครอบครัว คุณลุงมีลูกทั้งหมด 4 คน เสียชีวิตไป 1 คนและหายสาบสูญ 1 คนปัจจุบันอาศัยอยู่กับภรรยา ลูกชาย ลูกสาว ลูกสะใภ้ หลานอีก 2 คนและแม่บ้านที่คอยดูแลบ้านอีก 1 คน ครอบครัวมีความสุขดี

คุณลุงทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมระยะ เริ่มต้นครั้งแรกประมาณ 1 ปีที่ผ่านมา โดยมีอาการ กล้ามเนื้อ อ่อนแรง ขณะออกกำลังกาย แขน ไม่มีแรง ในขณะที่นี้รู้สึกว่าคุณลุงมีอาการไม่ดีแล้วจึงรีบโทรศัพท์หาน้องสาวที่เป็นพยาบาล เมื่อไปพบแพทย์จึงทราบว่าตนเองมี ปัญหาเกี่ยวกับหลอดเลือดฝอยในสมองตีบ จากนั้นจึงได้รักษาตัว อยู่ระยะหนึ่งประมาณ 3 เดือน จนกระทั่งสามารถฟื้นฟูร่างกายของตนเองให้ดีขึ้นกว่าเดิมได้และจากนั้นเริ่มสังเกตพบว่าตนเองมี

อาการหลงลืมบ่อยขึ้น เช่น นึกไม่ออก ใช้เวลาในการคิดนาน นึกชื่อคนไม่ออก เป็นต้น จึงไปพบแพทย์และได้รับการตรวจเอกซเรย์สมองด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ เพื่อหาความผิดปกติ แพทย์วินิจฉัยว่ามีปัญหาเกี่ยวกับความเสื่อมของสมองในระยะเริ่มต้น หลังจากได้รับการวินิจฉัยคุณลุงเกิดความรู้สึกกลัวว่าจะมีอาการรุนแรงขึ้น แต่ก็ยอมรับว่าเป็นเช่นนี้เพราะตนเองอายุมากแล้ว และพยายามดูแลตนเองไม่ให้เป็นภาระของลูกหลาน ผลกระทบที่ได้รับ คือ ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง รู้สึกกลัวว่าถ้าอาการรุนแรงมากกว่าใครจะดูแลตนเอง จึงพยายามหากิจกรรมทำ เช่น ออกกำลังกายและเข้าร่วมกลุ่มบำบัดผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อชะลอความเสื่อมของสมอง ทำให้ยังสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้เช่นเดิมซึ่งคิดว่าจะต้องมีกิจกรรมทำ พยายามไม่อยู่เฉย ๆ คุณลุงยังดูแลช่วยเหลือตัวเองได้ จากนั้นก็เข้ารับการรักษามาโดยตลอดโดยมีภรรยาและลูก ๆ ช่วยดูแลเอาใจใส่ด้วย

กรณีศึกษารายที่ 7

คุณยายซำรววย (นามสมมติ) ปัจจุบันอายุ 73 ปี นับถือศาสนาพุทธ คุณยายสมรสหม้ายเนื่องจากสามีเสียชีวิตและ ปัจจุบันอาศัยอยู่กับลูกชาย 3 คน ลูก ๆ ทุกคนดูแลแม่มาโดยตลอด พาไปโรงพยาบาล เตรียมอาหารไว้ให้รับประทาน พาไปเที่ยวพักผ่อนต่างจังหวัดบ้าง คุณยายมีโรคประจำตัวอื่น เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ขณะนี้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง คุณยายสำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรประโยคครูมัธยม เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วเข้ารับราชการครูในโรงเรียนแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร ปัจจุบันเกษียณอายุแล้วและไม่ได้ประกอบอาชีพเสริมใด ๆ แต่จะมีกิจกรรมให้ทำอยู่ตลอด เช่น ทำงานบ้าน อ่านหนังสือ เล่นเมโมเดียน คุณยายยังคงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ ออกกำลังกายโดยเดินรอบ ๆ บ้านทุกวัน เป็นต้น

คุณยายซำรววยทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นเมื่อประมาณ 2 ปี หลังจากเกษียณราชการ โดยเริ่มมีอาการหลงลืมเล็กน้อย ต่อมาประมาณ 1 ปี สามีเสียชีวิตคุณยายจึงเริ่มมีอาการซึมเศร้าอยู่ประมาณ 1 เดือน อาการหลงลืมเริ่มมีมากขึ้นจนลูก ๆ สังเกตได้ถึง ความเปลี่ยนแปลง จึงได้พาไปพบแพทย์และเมื่อซักประวัติ ตรวจร่างกายและทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมอง แพทย์จึงวินิจฉัยว่าคุณยายมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น เมื่อทราบผลการวินิจฉัยคุณยายเกิดความรู้สึกตกใจ กลัว เสียใจ ที่เหตุการณ์แบบนี้เกิดขึ้นกับตนเองไม่คิดว่าตนเองจะมีภาวะสมองเสื่อม แต่ก็พยายามทำใจยอมรับด้วยความคิดที่ว่าตนเองอายุมากขึ้น เป็นธรรมชาติของมนุษย์ที่ต้องเสื่อมไปตามเวลา หลังจากนั้นคุณยายเริ่มรู้สึกว่า ตนเองไม่ได้กระทำในสิ่งที่ตั้งใจไว้ ทั้งนี้คุณยายได้รับผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อมโดยความสามารถในการทำงาน

ลดลงเนื่องจากคิดและตัดสินใจช้า รู้สึกเครียด ผิดหวังว่าทำไมตนเองจึงเป็นเช่นนี้ เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง ซึ่งมีลูก ๆ ช่วยกันดูแลและหาวิธีการที่จะช่วยในการชะลอความเสื่อมของสมองให้กับแม่ โดยการติดต่อความไว้ตามฝาผนังบ้านและนอกจากนี้ยังมีกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายจิตใจด้วย คือ การเล่นเมโลเดียน ซึ่งลูกชายคนเล็กสอนให้เล่นและคุณยายก็สามารถเล่นได้ด้วยความสุข

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกรณีศึกษา

ลำดับ	อายุ	เพศ	ระดับการศึกษา	สถานภาพสมรส	อาชีพเดิม	ผู้ร่วมอาศัย	ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการหลงลืม
1	77 ปี	หญิง	ประกาศนียบัตรครู	คู่	ครู	อยู่กับสามีและลูกสาว 1 คน	ประมาณ 1 ปี
2	75 ปี	ชาย	ปริญญาตรี	แยกกันอยู่	วิศวกร	อยู่กับลูกสาว 2 คน	ประมาณ 1 ปี
3	72 ปี	ชาย	ปริญญาตรี	คู่	ครู	อยู่กับภรรยา	ประมาณ 1 ปี
4	79 ปี	ชาย	ปริญญาตรี	คู่	เจ้าพนักงานที่ดิน	อยู่กับภรรยา ลูกชายและลูกสาว	ประมาณ 3 ปี
5	72 ปี	หญิง	ปริญญาตรี	หม้าย	ครู	อยู่กับลูกสาวและลูกชาย	ประมาณ 2 ปี
6	76 ปี	ชาย	นายสิบทหารช่าง	คู่	ทหาร	อยู่กับภรรยา ลูกชาย ลูกสาว ลูกสะใภ้และหลาน 2 คน	ประมาณ 1 ปี
7	73 ปี	หญิง	ประกาศนียบัตรครู	หม้าย	ครู	อยู่กับลูกชาย 2 คน และลูกสะใภ้	ประมาณ 8 ปี

จากตารางที่ 1 กรณีศึกษาทั้งหมด 7 ราย มีอายุเฉลี่ย 75 ปี โดยมีอายุอยู่ในช่วง 72 – 79 ปี เป็นเพศชาย 4 ราย เพศหญิง 3 ราย ระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี 3 ราย รองลงมา คือ ประกาศนียบัตร 3 ราย ส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ 4 ราย หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต) 2 ราย และมีเพียง 1 รายแยกกันอยู่ อาชีพเดิมเป็นข้าราชการครูมากที่สุด 4 ราย ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส และบุตร 2 ราย และอาศัยอยู่กับบุตร 2 ราย กรณีศึกษา 4 ราย ทราบผลการวินิจฉัยว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมได้ประมาณ 1 ปี แต่มี 1 รายที่ป่วยมาแล้ว 8 ปี

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบการมีชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นของผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการศึกษา การมีชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นของผู้สูงอายุ โดยการเปรียบเทียบในภาพรวมจาก กรณีศึกษาทั้ง 7 ราย แบ่งเป็นประเด็นใหญ่ ๆ ได้ 5 ประเด็น ดังนี้ (ดูในภาคผนวก ข) คือ

ประเด็นที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

การรับรู้เกี่ยวกับ ภาวะสมองเสื่อมตามที่กรณีศึกษา บอกเล่า จะแบ่งได้เป็นการรับรู้ อาการของภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นที่ ตนเองเผชิญและการรับรู้ความรู้สึกหลังจากที่ทราบผลการวินิจฉัยว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น มีดังนี้

1. **การรับรู้เกี่ยวกับอาการของภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น** กรณีศึกษาได้บอกเล่าความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับอาการของภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นที่เกิดขึ้นตั้งแต่ ก่อนได้รับการวินิจฉัยจนกระทั่งได้รับการวินิจฉัยว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมว่า จากการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 7 รายนี้ รับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นว่าตนเองมีอาการที่เปลี่ยนแปลงไป สามารถแบ่งออกเป็น 2 ระยะได้ดังนี้

ระยะรับรู้อาการผิดปกติ เป็นระยะที่กรณีศึกษาส่วนใหญ่เริ่มรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติไป สังเกตได้ชัด คือ การมีปัญหาด้านความจำ การใช้ความคิด ความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ และบางรายมีอาการซึมเศร้า แต่ยังคงสงสัยว่าเป็นอาการหลงลืมของคนสูงอายุ ไม่ได้คิดว่าจะมีปัญหาเกี่ยวกับสมองเสื่อม บางรายจึงมีการปิดบังอาการ เพราะไม่ต้องการให้คนอื่นรู้ว่าตนเองมีอาการผิดปกติ

ระยะค้นหาความผิดปกติของอาการ เมื่อเริ่มมีอาการบ่อยขึ้น เริ่มเกิดความสงสัย และต้องการค้นหาความจริงเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ตนเองประสบอยู่ จึงได้ขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ เข้าพบแพทย์เพื่อขอรับการตรวจวินิจฉัย

การรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับกรณีศึกษา พบดังนี้

1.1 ปัญหาด้านความจำ กรณีศึกษาทั้ง 7 ราย ระบุว่าตนเองมีอาการหลงลืมบ่อยขึ้น ลืมง่ายขึ้นโดยเฉพาะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ แต่ยังจำเรื่องราวอดีตได้ เช่น นึกไม่ออกว่าตนเองวางของไว้ที่ใด ต้องใช้เวลาในการหาของนาน จำชื่อคนไม่ได้ ลืมเรื่องที่เคยสัญญาหรือพูดคุยตกลงกัน ลืมวันที่ ลืมนัด ลืมว่าตนเองทำงานสิ่งหนึ่งค้างไว้ เมื่อไปเจอสิ่งใหม่เข้ามาแทรกก็ไปทำงานใหม่ทันที ลืมว่ารับประทานอาหาร หรือลืมรับประทานยา

1.2 ความคิด และตัดสินใจช้าลง พบในกรณีศึกษา 3 ราย จาก 7 ราย มีความสามารถในการคิดและตัดสินใจช้าลง ซึ่งต่างจากก่อนเจ็บป่วย อย่างเห็นได้ชัด เช่น กรณีศึกษาที่ 4 ยอมรับว่าตนเองต้องมีผู้ช่วยคิดและการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการเรื่องธุรกิจสวนยางพารา เนื่องจากตนเองรู้สึกว่าคิดช้าลงและไม่สามารถตัดสินใจได้อย่างรวดเร็วเหมือนก่อนเจ็บป่วย เป็นต้น

1.3 ปัญหาด้านการคิดคำนวณ พบในกรณีศึกษา 2 ราย จาก 7 ราย นับเรียงลำดับตัวเลขและคำนวณเลขไม่ถูกต้อง เช่น กรณีศึกษาที่ 2 ไม่สามารถท่องเลขเรียงจำนวนได้มาก ๆ ได้ หรือก่อนเจ็บป่วยเคยทำงานใช้ความคิดในการตรวจสอบความถูกต้องของงานก่อสร้างได้รวดเร็วแต่หลังจากมีอาการของภาวะสมองเสื่อมต้องเปิดตำราช่วย ทำได้ช้าลงและใช้เวลานานขึ้น เป็นต้น

1.4 ขาดความกระตือรือร้น พบในกรณีศึกษา 3 ราย จาก 7 ราย ระบุว่าตนเองเปลี่ยนแปลงไป รู้สึกขี้เกียจ ไม่อยากจะทำอะไร ความสามารถในการทำสิ่งต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไป ไม่มีความกระตือรือร้นเหมือนก่อน

1.5 มีอาการแสดงทางด้านร่างกาย พบในกรณีศึกษา 3 ราย จาก 7 ราย มีอาการผิดปกติด้านร่างกายอย่างชัดเจน เช่น ลั่นแข็ง พูดไม่ชัด เดินช้า เดินลำบาก กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นต้น

2. การรับรู้ความรู้สึกของตนเองหลังจากได้รับการวินิจฉัย กรณีศึกษาได้บอกเล่าความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับอาการของภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นและภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมและมี การเปลี่ยนแปลงทาง ด้าน อารมณ์และความรู้สึก รวมทั้งมีการแสดงออกตามที่สังเกตได้ โดยแบ่งได้ 3 ระยะดังนี้

ระยะแรกหลังจากได้รับการวินิจฉัย ความรู้สึกที่เกิดขึ้นทันทีที่ทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อม กรณีศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้สึกตกใจซึ่งในระยะนี้กรณีศึกษาบางรายเกิดความรู้สึกปฏิเสธไม่เชื่อว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อม ยังคงคิดว่าเป็นอาการหลงลืมตามวัย รู้สึกกลัวซึ่งเป็นการกลัวสูญเสียความทรงจำและความสามารถที่ตนเองเคยมี เคยทำได้

ระยะต่อมา เป็นระยะเผชิญกับอาการ เมื่อรับรู้อาการของตนเอง ก็เริ่มเกิดความรู้สึก หงุดหงิดตัวเอง โมโหตัวเอง บางรายเกิดความไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองเนื่องจากกลัวว่า จะทำงานผิดพลาด รู้สึกน้อยใจ เสียใจ ที่เกิดเหตุการณ์เช่นนี้ขึ้นกับตนเองและไม่ต้องการเป็นภาระ ให้กับลูกหลาน

ระยะยอมรับอาการ กรณีศึกษา เริ่มรู้สึกว่าพฤติกรรมที่ตนเองสังเกตพบเป็นอาการ ของภาวะสมองเสื่อม เมื่อสังเกตพบว่าตนเองมีบ่อยขึ้นจึงพยายามยอมรับและเข้าใจว่าตนเองมี ความผิดปกติทางด้านสมอง

จากการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาสามารถบอกเล่าความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ได้ดังนี้

2.1 ความรู้สึกที่ได้จากการบอกเล่าของกรณีศึกษา

รู้สึกกลัว พบในกรณีศึกษา 5 ราย จาก 7 ราย มีความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดกลัว ซึ่งเป็นความรู้สึกรับรู้ต่อสถานการณ์ที่เป็นอันตราย เช่น กลัวสูญเสียความสามารถและ ความทรงจำที่เคยมี เกรงว่าจะต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เพราะอาการของภาวะ สมองเสื่อมไม่สามารถบอกได้ว่าจะรุนแรงขึ้นเมื่อใดและคาดว่าจะคุกคามต่อสวัสดิภาพความ เป็นอยู่ของตนเอง มักเกิดร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย โดยรับรู้ได้จากการเปลี่ยนแปลง ความสามารถของตนเองในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้ลดลง

น้อยใจ เสียใจ ท้อแท้ พบในกรณีศึกษา 3 ราย จาก 7 ราย แสดง ความรู้สึกว่าการเกิดเหตุการณ์เช่นนี้ไม่น่าเกิดขึ้นกับตนเองและเกิดคำถามขึ้นว่าทำไมตนเองต้องพบกับ เรื่องแบบนี้ ทำให้มีอาการที่แตกต่างจากผู้สูงอายุคนอื่น ๆ ซึ่งความรู้สึก ที่เหมือนกับกรกล่าวโทษ ตนเองที่ประสบกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เพราะว่าภาวะสมองเสื่อมนี้ไม่ได้เกิดกับผู้สูงอายุทุก คนแต่เหตุใดตนเองจึงต้องมีภาวะนี้

สงสัย ไม่แน่ใจ พบในกรณีศึกษา 2 ราย จาก 7 ราย มีความรู้สึกไม่แน่ใจ ว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น หลังจากที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมจึงเกิด ความรู้สึกสงสัยว่าเหตุใดตนเองจึงมีภาวะนี้ ไม่แน่ใจในคำวินิจฉัย เนื่องจากญาติพี่น้องของตนเอง ไม่มีใครเจ็บป่วยด้วยอาการเช่นนี้ มาก่อน แต่ คิดว่าอาการของตนเองยังไม่รุนแรง ยังสามารถ ช่วยเหลือตนเองได้ ไปไหนมาไหนเองได้

ต้องการพักผ่อน พบในกรณีศึกษา 2 ราย จาก 7 ราย ที่ยังคงทำงาน ภายหลังจากเกษียณจนกระทั่งเจ็บป่วย เมื่อรับรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนเองแล้ว ทำให้รู้สึกว่า ร่างกายไม่แข็งแรงเหมือนเมื่อก่อน ร่วมกับความสามารถในการคิด การตัดสินใจช้าลง หาก

ทำงานต่อไปอาจเกิดกา รผิดพลาดได้ เมื่อเจ็บป่วยตนเองไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ การพักจาก งานคงเป็นวิธีที่ดีเพราะตนเองก็ทำงานมามากแล้ว

ไม่ต้องการเป็นภาระ พบในกรณีศึกษาเพียง 1 ราย จาก 7 ราย รู้สึกว่า ตนเองเป็นภาระของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งหลังจากที่กรณีศึกษาทราบว่าตนเองมีภาวะสมอง เสื่อม รวมทั้งสุขภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรงเหมือนเมื่อก่อน เช่น กล้ามเนื้อแขน ขา อ่อนแรง ทำ กิจกรรมได้ช้าลง ทำให้ตนเองรู้สึกว่าเป็นภาระที่จะต้องให้คนอื่นมาดูแล

2.2 ความรู้สึกที่ได้จากการสังเกตของผู้วิจัย

ความรู้สึกเครียด จากการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสังเกต ร่วมกับการสัมภาษณ์กรณีศึกษาเนื่องจาก ลักษณะการแสดงออกถึงความเครียดที่เกิดขึ้นนั้น อาจ ไม่ได้ออกมาจากคำพูดของกรณีศึกษาเพียงอย่างเดียว แต่อาจจะแสดงออกทางสีหน้าและการ ปฏิบัติตัวของกรณีศึกษา ได้ ผู้วิจัยสังเกตพบว่า ขณะที่กรณีศึกษาเล่าถึงการรับรู้อาการและกา รวินิจฉัยกรณีศึกษามักจะมีการแสดงออกทางสีหน้าในขณะให้สัมภาษณ์ด้วยสีหน้านิ่งคิ้วขมวด เครื่องเครียบบางครั้งขณะเล่าอาการของตนเองมีอาการซึม แต่ยังไม่ต้องการบอกความรู้สึกนี้ให้ใคร ทราบ เมื่อเล่าว่าตนเองไม่สามารถทำสิ่งที่เคยทำได้ สูญเสียความสามารถที่เคยมี จำอะไรไม่ ค่อย ได้ ต้องอยู่กับอาการเช่นนี้และไม่รู้ว่าจะต่อไปจะเป็นอย่างไร

ประเด็นที่ 2 ผลกระทบที่ได้รับจากการมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

กรณีศึกษาได้ให้ อธิบายไว้ ว่าผลกระทบที่ได้รับจากการมีภาวะสมองเสื่อมอาจมีด้านดี หรือไม่ดี แต่เป็นสิ่งที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วทำให้กร ณิศึกษาเกิดความรู้สึกว่าชีวิต ตนเองไม่เหมือนเดิม มี การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น โดยแบ่งได้เป็น 3 ด้านดังนี้

1. **ด้านร่างกาย** ผลกระทบที่พบบ่อย คือ ความสามารถในการทำงานของสมองที่ลดลง ทำให้กรณีศึกษาทราบว่าร่างกายของตนเองมีการเปลี่ยนแปลงไป แต่อาจมีลักษณะที่แตกต่างกัน โดยกรณีศึกษา 4 ราย จาก 7 ราย มีกล้ามเนื้ออ่อนแรงลงเนื่องจากหลอดเลือดในสมองตีบ เลือด ไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจาก เคลื่อนไหวร่างกายได้ช้า กรณีศึกษา 4 ราย จาก 7 ราย ใช้เวลาในการคิด การตัดสินใจนาน ขึ้น ทำให้เกิดความ เชื่องช้าในการทำกิจกรรม กรณีศึกษา 3 ราย จาก 7 ราย มีความสามารถในการ สื่อสารลดลงเนื่องจากพูดไม่ชัด นึกคำพูดช้า สิ่งที่ต้องการพูดกับคำพูดที่สื่อ ออกมาแตกต่างกัน และผลกระทบด้านร่างกายนี้ได้ส่งผลกระทบต่อการใช้สังคมด้วย

2. **ด้านจิตใจ** เป็นผลที่เกิดจากภ ภาวะสมองเสื่อมที่ทำให้กระทบกระเทือนต่อจิตใจและ ความรู้สึกนึกคิดของ กรณีศึกษาในลักษณะที่แตกต่างกัน อาจ โดยกรณีศึกษา 3 ราย จาก 7 ราย

รู้สึกไร้ค่าของตัวเอง หงุดหงิด เมื่อหาของไม่พบ รู้สึกไม่ได้ตั้งใจเพราะตนเองไม่สามารถทำในสิ่งที่เคยทำได้ 2 ราย ใน 7 ราย กล่าวไว้ในอนาคต ตอการจะรุนแรงขึ้น และรู้สึกเบื่อหน่าย เครียด ทัศนศึกษา 1 ราย จาก 7 ราย รู้สึกผิดหวังที่ตนเองต้องประสบกับเหตุการณ์เช่นนี้ไม่ต้องการให้เกิดขึ้นและรู้สึกน้อยใจลูก น้อยใจตนเองที่ตนเองมีอาการเช่นนี้ ทำให้ลูกไม่พอใจที่ตนเองทำงานไม่สำเร็จ หลงลืม จนบางครั้งคิดว่า ตนเองเป็นภาระให้กับลูก รู้สึกน้อยใจที่ถูกรู้ว่ากล่าวว่าจะไร้อำนาจและไม่ได้ตั้งใจเนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายของตนเองไม่เหมือนเดิม แต่เข้าใจว่าการที่ถูกรู้ว่ากล่าวนั้นเขาไม่ได้คิดโกรธหรือโมโหตนเอง ต้องการให้สมาชิกในครอบครัวยอมรับอาการของตนเองและไม่ต้องการให้พูดซ้ำเติมหรือต่อว่า เนื่องจากตนเองก็พยายามปรับและแก้ไขไม่ให้อาการหลงลืมเกิดขึ้นบ่อย ๆ หากคนในครอบครัวไม่ยอมรับจะทำให้รู้สึกมีความเครียด ไม่มีกำลังใจและรู้สึกน้อยใจ ทำให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาลดน้อยลงได้

3. ด้านสังคม จากภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นส่งผลกระทบต่อการใช้เปลี่ยนแปลงการเข้าสังคมหรือการติดต่อกับผู้อื่น รวมถึงหน้าที่ การทำงานและความเคารพนับถือของทัศนศึกษา โดยทัศนศึกษา 3 ราย จาก 7 ราย เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง บทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เคยมีก่อนการเจ็บป่วยลดลง และ 2 ใน 3 รายนี้จะมีอาการที่แสดงออก ทางด้านร่างกายค่อนข้างชัดเจน เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรงทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง จากที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมก็ไม่ต้องการส่งผลมายังด้านสังคมทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและทำงานได้เหมือนก่อนการเจ็บป่วย อย่างไรก็ตามพบว่า ทัศนศึกษา 4 ราย ใน 7 ราย ยังคงพบปะเพื่อนและเข้าร่วมกิจกรรมตามปกติ ยังทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เช่น การไปรับประทานอาหารกับเพื่อน นัดพบปะเลี้ยงสังสรรค์ หรือมีกิจกรรมที่เพิ่งเริ่มทำ หลังจากเจ็บป่วย เช่น การออกกำลังกาย เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด เป็นต้น ซึ่งถือเป็นการปรับตัวต่อการอาการ เจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้สูงอายุด้วย

ประเด็นที่ 3 การเผชิญกับความรู้สึกหลังจากได้รับการวินิจฉัย

การเผชิญและการจัดการกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังจากที่ทราบผลการวินิจฉัยว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อม ของทัศนศึกษา แต่ละคนส่วนใหญ่จะนำหลักคิดเรื่อง การเปลี่ยนแปลงเมื่อมีอายุมากขึ้น การนำหลักคำสอนของศาสนาเข้ามาใช้จัดการกับความความรู้สึกที่เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดการยอมรับด้วย โดยแบ่งวิธีการเผชิญได้ดังนี้

1. **การใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ** ทัศนศึกษาทั้ง 7 รายมีความรู้และศรัทธาเรื่องเกี่ยวกับคำสอนของ พระพุทธศาสนาบ้าง ซึ่งทัศนศึกษา ส่วนใหญ่มีมุมมองในเรื่องการเกิด

แก่เจ็บตาย ว่าเป็นสิ่งที่หนีไม่พ้น ทำให้สามารถทำใจและเตรียมใจยอมรับกับความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของตนเองได้อย่างมีสติ ดังนี้

1.1 การทำใจยอมรับ กรณีศึกษา ส่วนใหญ่ ทำใจยอมรับกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าตนเองเป็นผู้สูง อายุ เมื่ออายุมากขึ้นย่อมส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมลงเป็นธรรมชาติของมนุษย์ที่ต้องมีเกิด แก่ เจ็บและตาย เมื่อสูงอายุขึ้นก็ทำให้ร่างกายเกิดความเสื่อมขึ้นได้ สมองเสื่อมก็ เกิดได้เช่นกัน ดังนั้นเมื่อตนเองมีภาวะสมองเสื่อมจึงทำใจยอมรับและเข้าใจถึงธรรมชาติของมนุษย์ว่าสามารถเกิดได้

1.2 ปล่อยวาง เป็นความคิดเกี่ยวกับการไม่ยึดติดในสิ่งที่ตนเองเคยมีความสามารถในการดำเนินการต่าง ๆ ได้ แต่ปัจจุบันเมื่อเริ่มมีอาการของภาวะสมองเสื่อมที่เป็นในระยะเริ่มต้นนั้น จึงพยายามปล่อยวาง ไม่คิดมากเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพราะเข้าใจธรรมชาติของมนุษย์ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

2. การขอคำปรึกษาจากผู้อื่น กรณีศึกษาทั้ง 7 ราย ใช้วิธีการไปปรึกษา ขอคำแนะนำจากผู้ที่เกี่ยวข้องไว้วางใจ โดยคิดว่าเป็นผู้ที่สามารถรับฟัง ให้คำแนะนำและช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งส่วนใหญ่แล้วกรณีศึกษาจะมีการปรึกษาจากบุคคลดังต่อไปนี้

2.1 แพทย์เจ้าของไข้ พบในกรณีศึกษาทุกราย ใช้วิธีการปรึกษากับแพทย์ที่รักษา ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญที่เข้าใจและสามารถช่วยเหลือกรณีศึกษาได้

2.2 คู่สมรสและลูก พบว่ากรณีศึกษาส่วนใหญ่ ถือว่าผู้ที่ดูแลใกล้ชิดกับกรณีศึกษา มากที่สุด คือ สมาชิกในครอบครัว จึงใช้วิธีปรึกษาเรื่องอาการเจ็บป่วยกับสมาชิกในครอบครัว

2.3 ผู้มีความรู้และผู้มีประสบการณ์ กรณีศึกษาบางราย ปรึกษาอาการความเจ็บป่วยกับอาจารย์ที่สอนทางด้านหรือจิตวิทยาผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีประสบการณ์ในการดูแล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์ ในการนำไปดูแลตนเองและช่วยให้ดำเนินชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมได้

2.4 พระสงฆ์ มีกรณีศึกษาบางรายไปสนทนาและขอคำปรึกษาจากพระสงฆ์ที่ตนเองนับถือเพราะเชื่อว่าพระสงฆ์สามารถเป็นที่พึ่งทางใจได้

2.5 การศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลด้วยตนเอง พบว่า กรณีศึกษาบางราย ค้นหาค้นหาข้อมูลด้วยตนเองจากสื่อต่าง ๆ อาทิเช่น นิตยสาร งานนิทรรศการ

3. ให้กำลังใจตนเอง กรณีศึกษาพยายามไม่คิดมาก ให้กำลังใจตนเอง เนื่องจากคิดว่าการทราบเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้นเป็นเสมือนดาบสองคม ที่ด้านหนึ่งทำให้เกิดความรู้สึกกลัว บันทอนจิตใจตนเอง แต่อีกด้านหนึ่งจะช่วยหาวิธีในการดูแลตนเองให้ดีขึ้น

4. หากิจกรรมทำเพื่อเบี่ยงเบนความรู้สึก โดยพยายามหากิจกรรมทำไม่ให้ตนเองอยู่เฉย ๆ ไม่ให้ตนเองอยู่หนึ่ง เพื่อจะได้ลดความรู้สึกเบื่อหน่าย เช่น การอ่านหนังสือ ฟังธรรมะ ดูทีวี จัดบ้าน ไปตลาด ปลูกต้นไม้ และกวาดลานหน้าบ้าน เป็นต้น

ประเด็นที่ 4 การจัดการกับอาการสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

การจัดการกับอาการสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นของกรณีศึกษาเกือบทุกราย มีการค้นหาวิธีการที่ใช้ในการช่วยเหลือให้ตนเองสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับภาวะสมองเสื่อมต่อไปได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังจากรับรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับ บอการแล้ว จะมีการจัดการกับอาการ โดยมีเป้าหมายเพื่อหลีกเลี่ยงหรือชะลอผลจากอาการที่เกิดขึ้น แบ่งได้ดังนี้

1. การเตือน ความจำ พยายามแก้ไขตัวเอง โดยการพยายามหาวิธีการ ลดอาการหลงลืม เช่น

การจัดบันทึก กรณีศึกษาส่วนใหญ่เมื่อเริ่มมีอาการหลงลืมบ่อยขึ้นจะมีวิธีการจัดการกับอาการหลงลืมโดยการจดบันทึกในสิ่งที่ต้องทำหรือเรื่องที่ต้องดำเนินการในแต่ละวันลงในปฏิทิน เช่น วันนัดพบแพทย์ วันที่ต้องไปทำธุระสำคัญ ๆ เพื่อช่วยเตือนความจำ เขียนไว้บนไว้ท์บอร์ดเพื่อง่ายต่อการสังเกตและเห็นบ่อย ๆ จะช่วยทำให้ไม่ลืมนัด จดลงในสมุดบันทึก หรือลูก ๆ พิมพ์ข้อความที่เตือนให้ระวังหรือไม่ให้ทำอะไรในกระต๊อแล้วนำไปติดไว้ตามฝาผนังบ้านหรือที่ที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน เช่น อย่าลืมปิดไฟห้องน้ำ ยาล้างอาหารอยู่ที่โต๊ะอาหาร เป็นต้น

2. การครองสติ กรณีศึกษา เห็นว่าการที่เกิดอาการหลงลืมนั้นอาจเนื่องมาจากการขาดสมาธิ ขาดสติในการทำงาน หรือการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งในชีวิตประจำวัน ทำให้ลืมที่จะจดจำสิ่งนั้นไปและเกิดการหลงลืมขึ้น จึงมีวิธีการจัดการกับอาการหลงลืมด้วยการพยายามสร้างสมาธิ ด้วยการมีสติ การฟังธรรมะ ฟังเพลง

3. การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน กรณีศึกษาจัดวางของภายในบ้านให้เป็นระเบียบและพยายามไม่เปลี่ยนที่ จัดที่สำหรับวางของไว้ให้เห็นง่าย ๆ เพราะจะทำให้ลืมที่วางของได้ และอาจทำให้สับสนมากขึ้น

4. การชะลอความเสื่อมของสมอง ผู้สูงอายุกรณีศึกษาและผู้ดูแลร่วมกันกำหนดกิจกรรมและวิธีที่คิดว่ามีส่วนช่วยในการชะลอความเสื่อมของสมอง เช่น

การออกกำลังกาย โดยออกกำลังกายในทุกเช้า เช่น การเดินและปั่นจักรยาน การรำมวยจีนทุกเช้าร่วมกับกลุ่มของผู้สูงอายุที่มาออกกำลังกายบริเวณสวนสาธารณะใกล้บ้าน การวิ่งและกระโดดสลัดขา สก็อตจัม โดยกรณีศึกษามีกิจกรรมการออกกำลังกายทุกวัน แม้ว่าการ

เจ็บป่วย ไม่ได้ ออกกำลัง ทุกวัน แต่หลังจากเจ็บป่วย แล้วคิดว่า การออกกำลังกาย เป็นการฟื้นฟูสภาพร่างกายจากอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบได้

รับประทานอาหารที่มีส่วนช่วยในการชะลอความเสื่อมของสมอง กรณีศึกษา 2 ราย จาก 7 ราย มีการดูแลตนเองโดยการรับประทานอาหารเสริมที่มีส่วนช่วยบำรุงสมอง เช่น วิตามินรวม น้ำมันปลา ผัก ผลไม้และ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อช่วยในการชะลอความเสื่อมของสมองและบำรุงร่างกาย

การเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด มีเพียง 1 ราย เท่านั้นเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้มีภาวะสมองเสื่อมที่มีกิจกรรมในการกระตุ้นความจำและชะลอความเสื่อมของสมอง โดยกรณีศึกษาเข้าร่วมกิจกรรมมาตั้งแต่เริ่มต้นที่รับรู้ว่าคุณเองมีภาวะสมองเสื่อมจากคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลที่ตนเองขอคำปรึกษาอยู่

5. การผ่อนคลายความเครียด วิธีการที่ใช้ช่วยในการผ่อนคลายความเครียดจากการรับรู้อาการและความรู้สึกจากภาวะสมองเสื่อม เช่น การเปิดเพลงบรรเลง เพลงช้า ๆ ดนตรีสบาย ๆ เบา ๆ ในบ้านและเปิดเกือบทั้งวันให้ได้ยินเสียงดนตรีเพื่อผ่อนคลาย ทำให้รู้สึกสดชื่นขึ้น บางรายใช้วิธีการเล่นดนตรี เมโลเดียน เนื่องจากกรณีศึกษา บางราย อยู่บ้านคนเดียวในตอนกลางวัน เพื่อคลายความเหงา ทำให้รู้สึกว่ามีเพื่อน สนุกและภูมิใจที่ตนเองสามารถเล่นดนตรีได้และ บางรายใช้วิธีการเล่นไพ่ เนื่องจากรู้สึก ว่าเป็นการผ่อนคลายและได้ใช้สมอง ในการคิดคำนวณ หรือ ออกไปพบปะเพื่อน ๆ ช่วยคลายเครียดได้

ประเด็นที่ 5 การวางแผนการดำเนินชีวิต

การวางแผนการดำเนินชีวิต เป็นการคิดและดำเนินการ บางสิ่งตามที่ตนเองเห็นสมควรว่าเหมาะสมเพื่อตอบสนองความต้องการสำหรับการดำเนินชีวิตในอนาคต เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมไว้สำหรับการดำเนินชีวิต ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

1. การดำเนินชีวิตประจำวัน กรณีศึกษาได้วางแผนในแต่ละวัน อาจเหมือนหรือต่างกันในแต่ละวันได้ ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมหรือบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยกรณีศึกษา 4 ราย จาก 7 ราย วางแผนเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวันและเรื่องงาน โดยการจดบันทึกสิ่งที่ต้องทำลงในกระดาษแผ่นเล็กที่พกติดตัวและสมุดบันทึก บางรายภรรยาหรือลูกจะเป็นผู้วางแผนให้และคอยช่วยเหลือเพื่อจดลงกระดานไว้ที่บอร์ดว่าแต่ละวันมีกิจกรรมอะไร ส่วนกรณีศึกษาอีก 3 ราย จาก 7 ราย ไม่ได้มีการวางแผนทุก ๆ วัน เนื่องจากอยู่ในวัยเกษียณไม่มีงานประจำ จึงไม่มีแบบแผนที่แน่นอน แต่อาจมีการวางแผนกิจกรรมต่างจากเดิม กรณีที่เป็นกิจกรรมสำคัญ ๆ เช่น ต้องไปโรงพยาบาล นัดพบเพื่อนหรือมีธุระที่แตกต่างจากเดิม

2. ความต้องการการดูแล ถึงแม้ว่า กรณีศึกษา ไม่ต้องการเป็นภาระ กับใครและยังช่วยเหลือตนเองได้ก็ตามแต่มีบางรายได้ระบุความต้องการการดูแลจากบุคคลต่าง ๆ สามารถแบ่งได้ดังนี้

ต้องการให้ลูก ๆ ดูแล กรณีศึกษา 4 ราย จาก 7 ราย ได้ให้ข้อมูลในลักษณะเดียวกันว่า เมื่อตนเองอายุมากขึ้นหรือมีอาการที่รุนแรงกว่านี้มีความต้องการได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งลูก เนื่องจาก จะมีความไว้วางใจและอบอุ่นใจมากกว่า ไม่คิดจะจ้างให้คนอื่นมาดูแลและเชื่อมั่นว่าลูกจะเป็นผู้ดูแลในเวลาที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ บางรายเล่าว่าตนเองเคยจ้างผู้ดูแลแต่มีความรู้สึกต่างกันเมื่อเทียบกับที่ลูก ๆ ดูแล บางรายพยายามทำตัวเองให้แข็งแรง ไม่ต้องการเป็นภาระของลูก ๆ แต่หากว่าอาการรุนแรงขึ้นจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ก็ต้องการให้ลูกเป็นคนดูแล

ต้องการให้คู่สมรสดูแล ในกรณีศึกษา 2 ราย จาก 7 ราย ที่เป็นเพศชายและอาศัยอยู่กับภรรยาที่มีความต้องการให้ภรรยาเป็นผู้ดูแลตนเองด้วยเหตุผลที่ได้ดูแลกันมาโดยตลอด ลูก ๆ ก็แยกครอบครัวออกไป แล้วต่างมีภาระ ด้วยกันทั้งนั้น ตนเองจึงคิดว่าผู้ที่จะดูแลส่วนใหญ่ คือ คู่สมรส ส่วนกรณีศึกษาที่เป็นเพศหญิงและยังโสดอาศัยอยู่กับสามีไม่ได้บอกว่าต้องการให้สามีเป็นผู้ดูแล แต่จากการที่ผู้วิจัยใช้วิธีการสังเกตนั้น ภรรยาที่มีสีหน้ายิ้มแย้มพูดชื่นชมสามีว่าให้การดูแลเป็นอย่างดี

จ้างผู้ดูแลที่เป็นบุคคลภายนอก มีเพียงกรณีศึกษา 1 รายเท่านั้นที่วางแผนไว้ว่าหากมีอาการรุนแรงขึ้นและไม่สามารช่วยเหลือตนเองได้ ตนเองและลูกได้พูดคุยตกลงกันแล้วว่าอาจต้องจ้างผู้ดูแลมาดูแลหรืออาจต้องไปอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุ

3. การจัดการแบ่งทรัพย์สิน มรดก การจัดการด้านมรดก เป็นการแบ่งสัดส่วนของทรัพย์สินสมบัติที่ตนเองมีอยู่ให้กับสมาชิกในครอบครัวตามความเหมาะสม ม กรณีศึกษาแต่ละรายมีการวางแผนเกี่ยวกับการจัดแบ่งทรัพย์สินมรดกที่แตกต่างกัน สามารถอธิบายได้ดังนี้

จัดแบ่งทรัพย์สินมรดก เรียบร้อยแล้ว กรณีศึกษา 3 ราย จาก 7 ราย ได้มีการวางแผนและจัดการแบ่งทรัพย์สินมรดกไว้เรียบร้อยแล้วในขณะที่ยังสามารถจัดการได้อยู่ เช่น บ้านหรือที่ดินจะแบ่งอย่างไร ให้ใครบ้าง เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาขึ้นภายหลัง

จัดแบ่งทรัพย์สินมรดกบางส่วน กรณีศึกษา 2 ราย จาก 7 ราย มีการวางแผนเกี่ยวกับการจัดแบ่งโอนกรรมสิทธิ์ทรัพย์สินบางส่วนแล้ว แต่ยังไม่เรียบร้อย โดย ยังสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามความต้องการของตน ส่วนเรื่องพินัยกรรมนั้นไม่ได้จัดทำ เนื่องจากได้ทำการโอนทรัพย์สินแล้วและคิดว่าคงไม่ต้องทำพินัยกรรม และคาดว่า ลูก ๆ คงไม่มีปัญหาในการแบ่งทรัพย์สิน

ยังไม่มี การแบ่งทรัพย์สินมรดก กรณีศึกษา 2 ราย จาก 7 ราย ไม่ได้มีการวางแผน เรื่องการจัดแบ่งทรัพย์สินมรดกเลย เนื่องจากคิดว่ายังสามารถดูแลช่วยเหลือตัวเองได้และหากเกิด อาการรุนแรงขึ้นจนไม่สามารถทำอะไรได้ คิดว่าลูก ๆ คงจัดการกันได้ ไม่มีปัญหาและมรดกที่มีอยู่ ก็ไม่ได้มีจำนวนมากจนทำให้เกิดการขัดแย้งกัน

ประเด็นอื่น ๆ (ข้อสังเกต)

1. **สิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมารับการตรวจวินิจฉัย** เนื่องจากอาการสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น มักมีการแสดงออกไม่ชัดเจน จากการศึกษาพบว่า สิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมารับการตรวจวินิจฉัยแต่เนิ่น ๆ มี 2 ประเด็น คือ

1.1 สงสัยในความผิดปกติของตนเอง กรณีศึกษา 4 ราย จาก 7 ราย เกิดความสงสัยในอาการของตนเองว่ามีความผิดปกติไป มี อาการค่อยเป็นค่อยไปโดยเริ่มจากอาการหลงลืมที่เป็นมากขึ้น ความจำไม่ดีเกิดขึ้นก่อน การคำนวณหรือนับเลขเรียงจำนวนไม่ได้ บางรายมีอาการ ซึมเศร้า ซึ่งบุคคลใกล้ชิดสังเกตเห็นความผิดปกตินี้เช่นกัน จึงพาไปพบแพทย์เพื่อขอคำปรึกษาและ รับการตรวจวินิจฉัย

1.2 มีอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย กรณีศึกษา 3 ราย จาก 7 ราย มาตรวจ เนื่องจากพบว่า มีอาการความผิดปกติทางด้านร่างกาย เกิดขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เช่น ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง กล้ามเนื้ออ่อนแรง ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด รวมทั้งอาการความจำไม่ดี ร่วมด้วย ส่งผลทำให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการทำงานเปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น

2. **ลักษณะการใช้ชีวิตของกรณีศึกษาที่ภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น** กรณีศึกษา ยังมีการดำเนินชีวิตภายหลังได้รับการวินิจฉัยตามปกติ โดยมีกิจกรรมดังนี้

2.1 ทำกิจกรรมที่ตนเองชอบในยามว่าง ที่ทำเป็นงานอดิเรก ได้แก่ การทำสวน ก าร เล่นกีฬา เป็นต้น

2.2 การทำกิจกรรมที่เป็นหน้าที่ของตนเอง ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัวขยายซึ่งมี ลูกหลานอาศัยอยู่ด้วย จะมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัวของตนเองสม่ำเสมอ เช่น กิจกรรมสังสรรค์ เพื่อความผูกพันในครอบครัว การไปท่องเที่ยว การรับประทานอาหาร ร่วมกัน การทำหน้าที่เป็นผู้อบรมสั่งสอนลูกหลานในครอบครัว

2.3 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม พบว่ากรณีศึกษา 4 ราย จาก 7 ราย ที่ยังมีการทำ กิจกรรมร่วมกับเพื่อน เพื่อนบ้าน ชมรมที่ตนเองเป็นสมาชิก

3. การรักษาภาวะสมองเสื่อม การรักษาที่ผู้สูงอายุแต่ละท่านได้รับนั้น ยังมีความแตกต่างกันตามแหล่งที่ได้รับการบริการด้านสุขภาพ ซึ่งกรณีศึกษาทุกรายรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเหมือนกันมีความแตกต่างกันดังนี้

3.1 แผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมประสาท กรณีศึกษา 3 ราย จาก 7 ราย มีความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง จึงเข้ารับการรักษาในหน่วยงานที่ให้บริการตรวจรักษาบุคคลที่มีความผิดปกติทางด้านระบบประสาท หลอดเลือดสมองทุกช่วงวัย ซึ่งยังไม่มีเฉพาะด้านการให้บริการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม จะได้รับประทานยาเกี่ยวกับการเพิ่มการไหลเวียนของโลหิต แต่ยังไม่ได้รับการดูแลที่มีความเฉพาะเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมหรือการดูแลที่ชะลอความก้าวหน้าของภาวะนี้

3.2 คลินิกผู้สูงอายุ กรณีศึกษา 2 ราย จาก 7 ราย เข้ารับการรักษาในหน่วยงานที่ให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไปที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ รวมทั้งภาวะสมองเสื่อมซึ่งถือเป็นกลุ่มอาการที่พบได้ในผู้สูงอายุ ทางคลินิก ผู้สูงอายุได้จัดโครงการเกี่ยวกับการชะลอความเสื่อมของสมองและกิจกรรมบำบัดในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมกับการให้รับประทานยาที่ช่วยบำรุงสมองและยาที่เกี่ยวข้องกับการรักษาภาวะสมองเสื่อมด้วย

3.3 คลินิกความทรงจำ กรณีศึกษา 2 ราย จาก 7 ราย เข้ารับการรักษาในหน่วยงานที่ให้บริการตรวจรักษาเฉพาะเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและความผิดปกติทางด้านสมอง กรณีศึกษา 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาก็ได้รับการรักษาเฉพาะทาง ซึ่งมีทั้งการให้รับประทานยาที่ช่วยบำรุงสมองและยาที่เกี่ยวข้องกับการรักษาภาวะสมองเสื่อม การจัดกิจกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมของสมองและกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม อีกทั้งยังมีกลุ่มบำบัดที่ช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลในการลดความเครียดและทำให้เข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมมากขึ้นด้วย

4. สิ่งที่คาดว่าจะมีผลต่อการดำเนิน ไปของ อาการ กรณีศึกษาคาด ได้มีการคาดเดาสาเหตุที่มีส่วนทำให้อาการทรุดลงหรือดีขึ้น มีดังนี้

4.1 สิ่งที่ทำให้อาการทรุดลง คือ กรณีศึกษา 3 ราย จาก 7 ราย การได้รับการต่อว่าจากสมาชิก เรื่องอาการหลงลืมและทำงานช้า มีส่วนทำให้ตนเองรู้สึกน้อยใจและเป็นภาระของสมาชิกในครอบครัว

4.2 สิ่งที่ทำให้อาการดีขึ้น กรณีศึกษา 4 ราย จาก 7 ราย คิดว่าน่าจะ มาจากการที่ตนเองมีกิจกรรมทำอยู่เสมอ เช่น การออกกำลังกายที่ทำให้ต้องมีการเคลื่อนไหวร่างกาย ส่งผลต่อการไหลเวียนของโลหิตทั่วร่างกายโดยรวมถึงสมองด้วย การออกไปไหนมาไหน การออกไป

พบปะผู้คน การอ่านหนังสือ ทำให้รู้สึกว่าได้ใช้คว ามคิด สมองไม่หยุดนิ่ง และพบว่า การเข้ารับการ รักษาจากแพทย์โดยการได้รับยา ยังมีส่วนช่วยให้ชะลอความก้าวหน้าของอาการด้วย



ศูนย์วิทยพัทพยาบาล
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) แบบหลายกรณีศึกษา (the multiple case design) เพื่อศึกษาการมีชีวิตร่วมอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาเป็นผู้มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น มีประสบการณ์ในการใช้ชีวิตหลังจากที่ทราบว่าตนเองได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น การได้ยินปกติ สามารถสื่อสารทำความเข้าใจด้วยภาษาไทยได้ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยได้รับการอนุญาตจากแพทย์ประจำตัวและญาติ ผู้ใกล้ชิด ทำการเก็บข้อมูลในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ได้แก่ แผนกคลินิกความทรงจำ สถาบันประสาทวิทยา แผนกคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า แผนกศัลยกรรม และอายุรกรรม โรงพยาบาลพระรัตนราชธานี ทั้งหมดจำนวน 7 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) ใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้น (interview guideline) เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์กรณีศึกษาเป็นรายบุคคล ร่วมกับการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมและทำการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) ร่วมกับการสรุปวิเคราะห์แบบข้ามกรณี (cross-case analysis) ซึ่งสามารถสรุปผลการศึกษา ประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่มีชีวิตร่วมอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น เป็น 5 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การรับรู้อาการของภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

ประเด็นที่ 2 การรับรู้ความรู้สึกของตนเองหลังจากได้รับการวินิจฉัย

ประเด็นที่ 3 การเผชิญความรู้สึกและผลกระทบที่เกิดจากภาวะสมองเสื่อม

ประเด็นที่ 4 การจัดการกับอาการสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

ประเด็นที่ 5 วัฒนธรรม ความเชื่อ ความคาดหวังในการดูแลและการวางแผนการดำเนิน

ชีวิต

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 7 รายได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น โดยระยะแรกก่อนได้รับการวินิจฉัยกรณีศึกษาส่วนใหญ่เริ่มสงสัยตนเองที่มีความผิดปกติเกิดขึ้น จากนั้นจึงไปพบแพทย์เพื่อค้นหาความผิดปกติของตนเอง เมื่อแพทย์ทำการซักประวัติตรวจร่างกายและทำการทดสอบสภาพสมองจึงวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น บางกรณีศึกษารับรู้ความผิดปกติทางร่างกายของตนเองที่แสดงออกมาอย่างชัดเจนจึงไปปรึกษาแพทย์

เพื่อเข้ารับการตรวจวินิจฉัย อาการผิดปกติที่พบบ่อย คือ มีปัญหาด้านความจำ มีอาการหลงลืม ลืมว่างวางของไว้ที่ไหน ลืมวันนัด ลืมชื่อคน เป็นต้น ปัญหาด้านการคิดและตัดสินใจต่างจาก ก่อนการเจ็บป่วย ปัญหาด้านการคิดคำนวณ การขาดความกระตือรือร้นและการมีอาการแสดง ด้านร่างกายที่ชัดเจน เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง การพูดไม่ชัด เป็นต้น ภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่ามี ภาวะสมองเสื่อม กรณีศึกษาส่วนใหญ่เกิดความรู้สึกตกใจกลัวสูญเสียความทรงจำ และ ความสามารถที่ตนเองเคยมีและบางรายไม่เชื่อว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมยังคิดว่าเป็นอาการ หลงลืมตามวัย ซึ่งในระยะของการเผชิญกับอาการนั้นกรณีศึกษาส่วนใหญ่รู้สึกหงุดหงิดและ รำคาญตัวเองที่ไม่สามารถทำตามที่ตนเองต้องการได้ รู้สึกน้อยใจ เสียใจ ที่เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นกับ ตนเองไม่ต้องการเป็นภาระให้ใคร

จากการสังเกตพบว่ากรณีศึกษาบางรายมีอาการของภาวะสมองเสื่อมอย่างชัดเจน เช่น การพูดเรื่องเดิมซ้ำ ๆ ถามคำถามที่ได้รับคำตอบไปแล้ว ลืมเรื่องราวที่เคยพูดไปแล้วในการสนทนา ครั้งก่อนและกรณีศึกษาทุกรายมีสีหน้าเคร่งเครียดหน้านิ่งวิตกกังวลในขณะสนทนา เมื่อกล่าวถึง ผลกระทบที่เกิดขึ้น กรณีศึกษาแต่ละรายได้รับผลกระทบที่แตกต่างกันไป กรณีศึกษาที่มีอาการ ของกล้ามเนื้ออ่อนแรงจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ส่วนกรณีศึกษา รายอื่นพบว่า เกิดความเชื่องช้าในการทำงานเนื่องจากต้องใช้เวลาในการหาของนาน การเข้าร่วม กิจกรรมทางสังคมลดลง ส่วนบางรายที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ก็ยังคงเข้าสังคมได้

อย่างไรก็ตามกรณีศึกษาทุกรายสามารถยอมรับกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ด้วยวิธีการยึดหลัก คำสอนของพระพุทธศาสนา คือ อ การปล่อยวางและมีการจัดการกับอาการของภาวะสมองเสื่อม โดยการเตือนความจำ เช่น การจดบันทึกในลงในสมุดบันทึก ปฏิทิน หรือกระดานไว้ที่บอร์ด เกี่ยวกับวันนัดหรือการทำกิจกรรมที่สำคัญ ๆ การพยายามมีสติ การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้ เป็นระเบียบเรียบร้อยเพื่อต่อการหาของ การชะลอความเสื่อมของสมอง โดยการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเสริมและวิตามิน การเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด สำหรับการวางแผนการ ดำเนินชีวิต กรณีศึกษาเกือบทุกรายมีการวางแผนเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวันโดยการ การวางแผนการได้รับการดูแล กรณีศึกษาส่วนใหญ่ต้องการได้รับการ การดูแลจากสมาชิกในครอบครัว มี เพียงรายเดียวที่ยอมรับว่า อาจจะมีผู้ดูแลในอนาคตเนื่องจากไม่ต้องการเป็นภาระให้กับลูก ส่วนเรื่องการจัดแบ่งทรัพย์สินมรดก กรณีศึกษาส่วนใหญ่มีการวางแผนจัดการเรียบร้อยแล้ว บางส่วนแบ่งไว้แต่ยังไม่ได้โอนกรรมสิทธิ์และบางส่วนไม่จัดการเพราะคิดว่าไม่เป็นปัญหา

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่มีชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น โดยผ่านกระบวนการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ แบบกรณีศึกษา ทำให้ ผู้วิจัยได้ เรียนรู้ ประสบการณ์ในการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นตลอดจนวิธีการจัดการกับภาวะสมองเสื่อมและการวางแผนการดำเนินชีวิตของกรณีศึกษาแต่ละราย สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. การรับรู้อาการของภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

จากที่กล่าวมากรณีศึกษา รับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นมักเริ่มด้วยการมีปัญหาด้านความจำ ที่มีลักษณะคล้ายกับการหลงลืมเมื่อเริ่มสูงอายุขึ้น เริ่มจำไม่ได้ ลืมชื่อคนที่คุ้นเคย ลืมชื่อเพื่อนที่เคยร่วมงานกัน ลืมว่าวางของไว้ที่ใด ลืมเรื่องราวที่เพิ่งเกิดขึ้น ลืมงานที่ตนเองทำค้างไว้เมื่อเจอเหตุการณ์ใหม่เข้ามาแทรก ความสามารถในการคิดและการตัดสินใจ ซ้ำลวง จำวันที่ไม่ได้ ความทนในการทำกิจกรรมลดลงและบางรายมีภาวะซึมเศร้า เป็นต้น ซึ่งจะต้องมีอาการบางอย่างที่ทำให้เข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลและได้รับการตรวจจนได้ข้อวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Steeman และคณะ (2006) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้นจะรับรู้เกี่ยวกับอาการของตัวเอง ในช่วงก่อนได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้น พบว่ามีปัญหาด้านความจำ การคิดตัดสินใจ ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง บางรายมีภาวะซึมเศร้าและมักคิดว่าอาการเหล่านี้เกิดจากการมีอายุมากขึ้น และเริ่มสงสัยว่าเป็นความผิดปกติหรือไม่จึงเข้ารับการตรวจจนกระทั่งได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น จึงทราบว่าอาการที่ตนเองประสบนั้นเป็นอาการของภาวะสมองเสื่อม จากการสัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกตผู้วิจัยพบว่ากรณีศึกษาทุกรายมักพูดเรื่องเดิมซ้ำ ๆ และกรณีศึกษา 5 ราย จากทั้งหมด 7 ราย มีการใช้คำถามเดิมซ้ำ ๆ โดยจำไม่ได้ว่าตนเองได้ถามไปแล้ว ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะการดำเนินของอาการภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นที่ว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมมักมีความจำบกพร่อง ที่เห็นได้ชัด คือ มีการสูญเสียความทรงจำระยะสั้น (short term memory) โดยเฉพาะสิ่งที่พูดไปแล้ว ทำให้ผู้ป่วยถามซ้ำแล้วซ้ำอีกกับคำถามเดิมที่เคยถามไปแล้วและได้คำตอบมาแล้ว ทำให้ญาติสามารถสังเกตได้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะจำเหตุการณ์เก่า ๆ ได้ดีกว่าเหตุการณ์ที่เพิ่งจะเกิดขึ้น (สิรินทร ชันศิริกาญจน, 2548)

อย่างไรก็ตามพบว่า กรณีศึกษาบางรายมีอาการของภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นซึ่งไม่สัมพันธ์กับระยะเวลาที่กรณีศึกษาได้รับการวินิจฉัย สามารถอธิบายได้ว่า การที่ได้รับการวินิจฉัยและเข้ารับการรักษาแต่เนิ่น ๆ อาจมีส่วนทำให้ความก้าวหน้าของอาการช้าลง ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการได้รับการรักษาจากการได้รับยาและไม่ได้รับยาซึ่งครอบครัวมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจ

กรมกระตุ้นความทรงจำ ดังนั้นอาจเป็นสิ่งดีหากผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยและรักษาอาการตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมถอยของสมอง (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) ซึ่งจากประวัติการเจ็บป่วยของกรณีศึกษารายนี้ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นมาเป็นเวลาประมาณ 8 ปี ลูก ๆ พาไปพบแพทย์อย่างต่อเนื่องและให้การดูแลเป็นอย่างดี อีกทั้งยังมีการหากิจกรรมและแนวทางการดูแลที่ช่วยชะลอความก้าวหน้าของอาการด้วย

2. การรับรู้ความรู้สึกของตนเองหลังจากได้รับการวินิจฉัย

เมื่อมีการเสียความสามารถในการทำงานของสารสื่อประสาทและการรับกระแสประสาทจะทำให้ความสามารถในการคิด การรับรู้ การทำสิ่งต่าง ๆ ลดลง (Carey, 2006) ซึ่งภาวะสมองเสื่อม (dementia) ถือเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่อาการค่อย ๆ ลดลง จะช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับความสามารถในการชะลอความเสื่อมของสมองของแต่ละบุคคล (Steeman et al., 2006)

การรับรู้ถึงความรู้สึกหลังจากทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น กรณีศึกษา ส่วนใหญ่รู้สึก กลัวเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการสมองเสื่อม ไม่รู้ว่าอาการจะเปลี่ยนแปลงและรุนแรงขึ้นอย่างไร เมื่อใด และเมื่อถึงเวลานั้นตนเองจะเป็นอย่างไร ต้องสูญเสียความสามารถที่ตนเองเคยมี เคยทำได้ นอกจากนี้ยังรู้สึกเสียใจ ท้อแท้ ไม่คิดว่าเหตุการณ์นี้จะเกิดขึ้นกับ สอดคล้องกับ Hwu (1995) ศึกษาเรื่องผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ในผู้ป่วยเรื้อรังพบว่า ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านจิตใจมากที่สุด ซึ่งผลจากการเจ็บป่วยเรื้อรังนี้เป็นเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ จะส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดชีวิต ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้าและรู้สึกความมีคุณค่าในตนเองลดลง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Steeman และคณะ (2006) เกี่ยวกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อมีการสูญเสียด้านเขavnปัญญา จะส่งผลต่อด้านร่างกาย ความรู้สึกและความสัมพันธ์ทางสังคม โดยจะมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง รู้สึกสูญเสีย ผิดหวัง กลัว รู้สึกเป็นภาระ จนอาจทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลลดลง ไม่ค่อยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ซึ่งในระยะเริ่มแรกหลังจากที่ผู้ป่วยทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น จะเกิดความเครียดและอาจมีภาวะซึมเศร้าตามมา ได้ เนื่องจากความสามารถของตนเองในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ลดลง กลัวสูญเสียความสามารถ ความทรงจำที่เคยมี ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นซึ่งเป็นเรื่องที่ไม่พึงประสงค์ มีอาการประสาทหลอน หวาดระแวง วิตกกังวล ซึมเศร้า จำคนไม่ได้ มีนิสัยเปลี่ยนไป รู้สึกไม่ปลอดภัย หงุดหงิด สับสน (สมภพ เรื่องตระกูล และคณะ, 2548) แต่ความไม่สอดคล้องของการรับรู้ความรู้สึกที่ได้จากการบอกเล่าและการสังเกตที่ผู้วิจัยพบ คือ กรณีศึกษาบางรายอาจยังไม่ต้องการบอกความรู้สึกของตนเองที่มีทั้งหมดให้ผู้อื่นทราบ หรืออาจอยู่ในระยะของการปฏิเสธซึ่ง

Kubler-Ross (1969) กล่าวว่าไว้ว่าการที่ผู้ป่วยไม่เชื่อเป็นปฏิภริ ยาแรกที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับการรับรู้ว่าการสูญเสียกำลังจะเกิดขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองทั้งในด้านสรีรวิทยาและจิตใจ ทำให้กลายเป็นบุคคลที่สุขภาพไม่แข็งแรงพอที่จะปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ ขาดการติดต่อกับปะกับผู้อื่น ลูกหลานก็เติบโตมีครอบครัวแยกย้ายกันไปทำให้รู้สึกเหงา ว้าเหว่ ก่อให้เกิดความเครียดทางจิตใจได้ การเปลี่ยนแปลงด้านสัมพันธภาพในสังคมญาติ เพื่อนฝูง การนึกถึงความตายที่ใกล้เข้ามา มักส่งผลกระทบต่อการศึกษาความรู้สึกสูญเสีย โดยเฉพาะเกี่ยวข้องกับความสามารถของตนเอง เช่น การเคยเป็นที่พึ่ง เป็นผู้นำให้กับคนอื่น การเป็นที่ยอมรับและยกย่องจากคนข้างเคียงเพื่อนฝูงหรือสังคม ซึ่งหลังจากที่ตนเองเจ็บป่วยภาระหน้าที่ทางสังคมที่เคยกระทำมาก็ขาดหายไปอาจเนื่องจากความสามารถในการทำงานลดลงจากผลของอาการภาวะสมองเสื่อม ทำให้รู้สึกน้อยใจว่าเหตุใดเหตุการณ์นี้จึงเกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งการขาดภาระหน้าที่ความรับผิดชอบในสังคมนี้อาจเป็นเหตุให้กระทบต่อความรู้สึกในคุณค่าของผู้สูงอายุเอง ทำให้เกิดความรู้สึกน้อยใจ เบื่อหน่ายและแยกตัวออกจากสังคมได้

3. การเผชิญความรู้สึกและผลกระทบที่เกิดจากภาวะสมองเสื่อม

จากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุใช้ศาสนาและการคงกิจกรรมมาช่วยในการเผชิญกับความรู้สึกดังนี้

ศาสนากับการเผชิญความรู้สึก กรณีศึกษาที่สามารถทำใจยอมรับกับเหตุการณ์ได้ค่อนข้างเร็วจะสามารถปรับตัวต่อบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ยอมรับหรือปฏิเสธความจริง การเผชิญความรู้สึกของกรณีศึกษามีหลากหลายวิธีแต่มีส่วนที่แตกต่างจากงานวิจัยต่างประเทศ ที่เคยศึกษา เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ เรื่องการใช้ศาสนาเข้ามามีส่วนร่วมช่วยในการเผชิญปัญหา การมีความเชื่อในหลักคำสอนของศาสนา โดยกรณีศึกษามีมุมมองในเรื่องการเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นสิ่งที่หนีไม่พ้น ทำให้สามารถทำใจและเตรียมใจยอมรับกับความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของตนเองได้ อย่างมีสติ ยอมรับความเป็นธรรมชาติของมนุษย์ มองว่ามนุษย์ทุกคนเกิดมาต้องมี เกิด แก่ เจ็บ ตาย ซึ่งทุกคนต้องเผชิญ เพราะฉะนั้นจึงทำใจยอมรับกับความเจ็บป่วยของตนเองและพร้อมเผชิญหน้ากับความตาย ด้วยการมีจิตใจสงบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปารีชาติ ญาตินิยม (2547) ที่ทำการศึกษาลักษณะภาวะพุดมพลังในกรณีศึกษาผู้สูงอายุไทยที่มีชื่อเสียงพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพใจดีจะมีการปรับใจกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ โดยยึดหลักคำสอนทางพุทธศาสนา คือ ใช้หลักปล่อยวาง ทำใจยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้น ไม่ยึดมั่นถือมั่นจนเกินไป พยายามวางเฉย ซึ่ง

กรณีศึกษาทุกรายได้ยึดหลักคำสอนนี้ในการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลงและดำเนินชีวิตได้ต่อไป

การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเพื่อคงไว้ซึ่งกิจกรรม จากการศึกษาพบว่า ผลกระทบทางด้านสังคมที่เกิดขึ้นกับกรณีศึกษาบางราย คือ การเกิดการเปลี่ยนแปลงของฐานะทางสังคม และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง การที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะแยกตัวออกจากสังคมเมื่อรับรู้อาการและการวินิจฉัยว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากความสามารถในการเข้าร่วมสังคมลดลงต่างจากก่อนเจ็บป่วย ประกอบกับอาการของภาวะสมองเสื่อม ที่เกิดขึ้นทำให้ร่างกายไม่แข็งแรงเหมือนเดิม ยังต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่บ้างในการไปไหนมาไหน จึงทำให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมและไม่ค่อยต้องการพบปะกับผู้อื่น แต่สำหรับกรณีศึกษาบางรายที่ยังมีร่างกายที่แข็งแรง สามารถช่วยเหลือตัวเองได้คืออยู่ พึ่งพาผู้อื่นน้อย ยังคงมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีการพบปะกับเพื่อนฝูงอยู่เช่นเดิม ซึ่งความสามารถในการปรับตัวต่ออาการที่เปลี่ยนแปลงไปของกรณีศึกษาแต่ละรายอาจมีเรื่องของความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ความคิด ลักษณะนิสัยส่วนบุคคลเข้ามาเกี่ยวข้อง เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีการร่วมกิจกรรมกับสังคมมากชอบพบปะเพื่อนฝูง เป็นคนสนุกสนาน ถึงแม้จะมีอาการเปลี่ยนแปลงไปแต่หากยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้และร่างกายแข็งแรงอยู่ก็ยังคงมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอยู่เช่นเดิม ต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยสูงส่งกับผู้อื่นจะพบปะเฉพาะโอกาสจำเป็น เท่านั้นเมื่อรับรู้ว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อมและอาการของตนเองเปลี่ยนแปลงไป ก็มักไม่ค่อยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ไม่ค่อยพบปะผู้คน แต่สำหรับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอยู่เรื่อย ๆ ยังมีความต้องการเข้าสังคมอยู่แต่ด้วยสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรงเหมือนเดิมจึง จำเป็นต้องลดการเข้าร่วมสังคม ซึ่งทำให้รู้สึกเหงาและน้อยใจตนเองด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ Hodges, Keeley & Grier (2001) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังพบว่า มีปัจจัยเสี่ยงสูงที่จะแยกตัวออกจากสังคมและเกิดความบกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม

ดังที่กล่าวมาแล้วพบว่า วิธีการที่กรณีศึกษาใช้ในการเผชิญความรู้สึกและผลกระทบที่ตนเองประสบนั้นจะยึดหลักการใช้คำสอนของพระพุทธศาสนาเพื่อให้เกิดความเข้าใจในธรรมชาติของมนุษย์และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเพื่อคงไว้ซึ่งกิจกรรมที่ตนเองเคยปฏิบัติ

4. การจัดการกับอาการสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

เมื่อบุคคลสูงอายุขึ้นร่างกายย่อมมีความเสื่อมเกิดขึ้น จนบางครั้งทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ ในผู้สูงอายุที่มีร่างกายแข็งแรง ไม่มีความเจ็บป่วยก็นับว่าเป็นสิ่งดี แต่หากมีความเจ็บป่วยอันเกิดจากความเสื่อมของร่างกายตามอายุที่ สูงขึ้น ควรดูแลสุขภาพให้แข็งแรงและรักษา

ความเจ็บป่วยนั้นไม่ให้เกิดความรุนแรงเพิ่มขึ้นเพื่อกคงความสามารถในการทำงานของร่างกายให้
ได้มากที่สุดและชะลอความรุนแรงจากการเกิดความเสื่อมให้น้อยที่สุด ซึ่งในแต่ละคนก็จะมีวิธีการ
จัดการกับอาการที่แตกต่างกันออกไป เมื่ออาการของภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นนั้นทำให้เกิดผล
กระทบต่อการดำเนินชีวิตและเกิดความรู้สึกไม่เป็นปกติของบุคคล บุคคลจึงต้องมีวิธีการจัดการกับ
อาการนั้น ๆ เพื่อให้ลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้น

จากการศึกษาพบว่ากรณีศึกษามีวิธีการจัดการกับอาการของภาวะสมองเสื่อมเพื่อช่วยให้
มีการดำเนินชีวิตต่อไปได้ตามความต้องการของตนเอง โดยมีการจัดบันทึกช่วยเตือนความจำลงใน
ปฏิทิน สมุดบันทึก กระดาษที่ตนเองจะนำมาอ่านได้ หรือ กระดานไวท์บอร์ดที่ง่ายต่อการมองเห็น
ซึ่งช่วยลดอาการหลงลืมได้บ้าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Clare และคณะ (2006) ที่ศึกษา
วิธีการที่ช่วยในการดูแลตนเองในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น กรณีศึกษาส่วนใหญ่มีวิธีการ
จัดการกับอาการหลงลืมมากกว่าการชะลอความเสื่อมของสมอง แต่ก็มีกรณีศึกษาบางรายที่เห็น
ความสำคัญของการชะลอความเสื่อมของสมอง โดยการรับประทานอาหารเสริมวิตามินที่มีส่วน
ช่วยในการบำรุงสมอง โดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะเป็นผู้หาวิธีการชะลอความเสื่อมของสมองให้แก่
กรณีศึกษามากกว่า กรณีศึกษาบางรายมีกิจกรรมกระตุ้นความจำหรือลดความรู้สึกเบื่อหน่าย เช่น
การเล่นไพ่ การเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด การทำกิจกรรมต่าง ๆ มีส่วนช่วยชะลอความเสื่อมของสมอง
งอได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Graff และคณะ (2006) ที่ว่า การทำกิจกรรมบำบัดช่วย
พัฒนาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยได้ บางรายที่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง การทำงานช้าลงได้
ใช้วิธีออกกำลังกายซึ่งจะช่วยเพิ่มความกระชับของร่างกายเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อได้ดีขึ้น
สอดคล้องกับการศึกษาของ Heyn และคณะ (2004) ที่ทำการศึกษาค้นคว้าผลของการออกกำลังกายของ
ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านเชาวน์ปัญญาและมีภาวะสมองเสื่อมพบว่า การออกกำลังกายมี
ส่วนช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกาย เชาวน์ปัญญาและพฤติกรรมด้านบวก

จากการศึกษาพบว่ากรณีศึกษามีวิธีการจัดการกับอาการของภาวะสมองเสื่อมสอดคล้อง
กับการศึกษาของ Dodd et al. (2001) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับอาการของบุคคล โดยพบว่า
มีจุดเริ่มต้นจากการที่มีการรับรู้ประสบการณ์จากอาการ (symptom experiences) และความรู้สึก
จากนั้นจึงมีการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เป็น
พลวัตรมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา มีเป้าหมายเพื่อหลีกเลี่ยงหรือชะลอผลจากอาการที่
เกิดขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการต่าง ๆ ตลอดเวลา จนกว่าตนเองจะพึงพอใจกับผลการจัดการนั้น
โดยจะมีการประเมินผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการ (outcome) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับ
ประสิทธิภาพและประสิทธิผลจากการจัดการกับอาการที่ใช้ในการจัดการด้วยตัวผู้ป่วยเอง การรับรู้
และการจัดการกับอาการนี้ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านบุคคล ด้าน

สุขภาพและการเจ็บป่วยและสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตามความเสื่อมของสมองก็เช่นเดียวกับอวัยวะอื่น ๆ ที่กล่าวมาแล้ว คือ สามารถป้องกันไม่ให้เสื่อมลงอย่างรวดเร็ว หรือชะลอความรุนแรงของความเสื่อมนั้นได้ (Carey, 2006)

5. วัฒนธรรม ความเชื่อ ความคาดหวังในการดูแลและการวางแผนการดำเนินชีวิต

จากการศึกษาพบว่า ความต้องการได้รับการดูแลของ กรณีศึกษาแต่ละคนแตกต่างกันออกไป ส่วนใหญ่ต้องการได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวเป็น ผู้ดูแล ครอบครัวที่มีลูกก็คาดหวังว่าลูกจะเป็นผู้ดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยและไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และหากคู่สมรสยังมีชีวิตอยู่ก็ต้องการให้คู่สมรสเป็นผู้ ดูแลด้วย ซึ่งเป็นความต้องการของบุคคลเกี่ยวกับการได้รับการดูแลเมื่อตนเองเจ็บป่วยในวัยสูงอายุที่น้อยมต้องการความเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวเพื่อความอบอุ่นและเป็นกำลังใจที่ดีด้วย ถึงแม้ว่าผู้ดูแลจะประสบปัญหาในการดูแลหลายด้านแต่เนื่องจากสำนึกในพระคุณที่ผู้สูงอายุเคยเลี้ยงดูมา หรือความสำนึกในหน้าที่การเป็นคู่ชีวิตที่จะต้องดูแลกันยามเจ็บป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังมีความต้องการที่จะให้การดูแลต่อไป (Sasat, 1998) ซึ่งสอดคล้องกับหลักคำสอนของพุทธศาสนา ที่ได้สอนในเรื่องของการอุปการะบิดามารดาและถือให้พ่อแม่เป็นเจดีย์หรือเทวดาประจำครอบครัวและในฐานะลูกจะต้องให้ความเคารพนับถือและเลี้ยงดูตอบแทนเมื่อท่านอยู่ในวัยชรา ดูแลปรนนิบัติทำให้สะดวกสบายและเอาใจใส่ช่วยเหลือเมื่อท่านเจ็บป่วย ซึ่งการอุปการะเลี้ยงดูบิดามารดาถือถือว่าเป็นมงคลชีวิต (พระมหาสมชาย ฐานวุฑฺโฒ , 2547) ครอบครัวจึงถือได้ว่าเป็นหลักประกันสำคัญด้านผู้ดูแลสำหรับผู้สูงอายุไทย การได้รับการดูแลของกรณีศึกษาแต่ละ รายนั้นแตกต่างกันส่วนหนึ่ง อาจขึ้นอยู่กับลักษณะอาการของ กรณีศึกษารวมทั้งความผูกพันของ กรณีศึกษา และญาติผู้ดูแล ซึ่งควรเป็นคนที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย มีสภาพร่างกายสมบูรณ์ มีความรัก ก ความผูกพัน เป็นผู้ที่ช่างสังเกต อดทน ใจเย็น เข้าใจผู้ป่วยจึงจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีและควรได้รับความรู้ที่ครอบคลุมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งหมดตั้งแต่ระยะแรกที่คุณดูแลร่วมกับมีคู่มือดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ดี เพื่อให้สามารถค้นหาความรู้ได้ตลอดเวลา รวมทั้งต้องมีแหล่งให้คำปรึกษาทันทีเมื่อเกิดปัญหา (วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ, 2546)

นอกจากนี้ยังพบว่า กรณีศึกษาให้ความสำคัญกับการวางแผนเรื่องการจัดแบ่งทรัพย์สินมรดก มีทั้งที่วางแผนและจัดการไว้เรียบร้อยแล้วเพราะคิดว่าจะช่วยให้การจัดการเรื่องนี้ง่ายขึ้นและ ไม่เกิดปัญหาตามมา มีการจัดแบ่งเป็นบางส่วนที่สามารถแบ่งได้แต่ยังสามารถเปลี่ยนแปลงและที่ยังไม่ได้วางแผนเรื่องนี้เลยเพราะคิดว่าตนเองยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้และ

ไม่ได้คิดถึงเรื่องอาการความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ซึ่งทรัพย์สินมรดกที่บุคคลแต่ละคนมีอยู่ เมื่อถึงเวลาที่จำเป็นต้องมอบหมายให้มีผู้มาดูแลต่อเมื่อตนเองไม่สามารถจะดูแลได้ จะสามารถทำได้เมื่อผู้นั้นมีสติสัมปชัญญะคืออยู่ สำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ในระยะเริ่มต้นของอาการผู้ป่วยจะยังสามารถดำเนินการได้ตามกฎหมายแต่หากต่อไปอาการเริ่มมีความรุนแรงมากขึ้นโดยที่บุคคลนั้นก็ไม่สามารถบอกหรือทราบได้ว่าเมื่อไรที่อาการจะรุนแรงจนกระทั่งทำอะไรไม่ได้ (Alzheimer's Australia, 2005) ก็จะทำให้เกิดปัญหาในการจัดการทรัพย์สินส่วนนั้น ๆ ซึ่งถือเป็นปัญหาที่สำคัญมากที่จะทำให้เกิดความขัดแย้งของคนในครอบครัวได้ หากบุคคลมีการวางแผนการดำเนินชีวิตทั้งในระยะสั้น ระยะยาวและไม่ว่าเป็นการวางแผนเรื่องใดของชีวิตถือเป็นสิ่งที่ดี เนื่องจากผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้นยังสามารถบอกความรู้สึกและต้องการของตนเองได้ การวางแผนการดูแลแบบประคับประคองเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ตรงตามผู้ป่วยต้องการอาจช่วยให้ผู้ป่วยมีความคุณภาพชีวิตที่ดีได้

ข้อเสนอแนะ

ตามที่ได้อภิปรายผลการศึกษาคั้งนี้จากประสบการณ์ของกรณีศึกษาทั้ง 7 ราย พบว่ามีประเด็นที่ผู้วิจัยค้นพบและข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. การปฏิบัติการพยาบาล

1.1 บุคลากรทางการพยาบาลนำ ข้อมูลที่ได้ จากการบอกเล่า ของกรณีศึกษา มาเป็นแนวทางในการ ประเมินปัญหาทางด้านสุขภาพ การให้คำแนะนำ และการวางแผนการพยาบาล สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นและผู้ดูแลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อชะลอความก้าวหน้าของอาการสมองเสื่อม

1.2 ข้อมูลที่ได้สามารถนำมาเป็นแนวทางในการแนะนำให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและญาติผู้ดูแล ที่นับถือศาสนาพุทธ ใช้หลักพระพุทธศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจเพื่อช่วยในการเผชิญกับผลกระทบทางด้านจิตใจ

1.3 ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำมาเป็น ข้อมูลพื้นฐานในการเป็นแนวทางแก่พยาบาลหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อการวางแผนการพยาบาล ระยะยาวและการดูแลในระยะสุดท้าย ตามความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

1.4 ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุและครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม มากขึ้น เพื่อ ชะลอความเสื่อมหรือชะลอความก้าวหน้าของอาการสมองเสื่อมและสามารถวางแผนการดูแลได้ดียิ่งขึ้น

1.5 ควรมีการจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาสำหรับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม และครอบครัวเพื่อช่วยวางแผนการดูแลและให้คำแนะนำเพื่อ ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถวางแผนและจัดการชีวิตของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตมากขึ้น

2. ด้านการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้น ในกลุ่มประชากรที่มีขนาดกลุ่มใหญ่ขึ้น เพื่อสามารถใช้ในการอ้างอิงในภาพรวมได้

2.2 ควรมีการศึกษาและพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นที่รับรู้ผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อมของตนเองให้มีลักษณะเฉพาะในแต่ละปัญหา โดยเน้นการดูแล การจัดการ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีแนวทางในการดูแลตนเอง เพื่อชะลอความก้าวหน้าของอาการในทางที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2.3 ควรมีการศึกษาในผู้ป่วย สมองเสื่อมในระยะเริ่มต้น ที่หลากหลายมากขึ้น เช่น ความหลากหลายด้านฐานะทางเศรษฐกิจ และระดับการศึกษา เนื่องจากกรณีศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีการศึกษา มีฐานะค่อนข้างดีและบางรายมีลูกทำงานในโรงพยาบาล อาจส่งผลให้มีความตระหนักถึงการดูแลสุขภาพและเข้าถึงบริการได้ ดี แสดงให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการบริการทำให้ไม่ทราบว่าผู้สูงอายุอื่นที่มีการศึกษาน้อยหรือมีเศรษฐกิจฐานะทางสังคมน้อยจะมีการดำเนินชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมอย่างไร

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กัมมันต์ พันธุมจินดา. (2543). *สมองเสื่อม: โรคหรือวัย*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: คปไฟ.
- คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (ฉบับภาษาไทย). (2543). *โครงการสำรวจภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุไทย 2543*. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์.
- คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก. (2541). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 1*. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการ สบช.
- จากรวรรณ มานะสุกร. (2544). *ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง*. ในพัชรียา ไชยลังกา, นวลจันทร์ รมานาร์ักษ์, จากรวรรณ มานะสุกร และอรัญญา เขาวลิต. (บรรณาธิการ). *ตำราการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ 1 (อายุรศาสตร์)*. (หน้า 22-23). สงขลา: เอช. ซี. วี. บิสิเนสส์.
- จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2544). *ภาวะสมองเสื่อม*. ใน มาโนช หล่อตระกูล. *คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์*. 2544. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต.
- จอนณะจง เหิงจาด. (2547). *การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง*. *วิทยาสารการพยาบาล*, 29(1): 82-90.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2550). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. (2542). *Palliative Care: การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ วิถีแห่งการคลายทุกข์*. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- นিকা ชูโต. (2545). *การวิจัยเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ทีเอ็นการพิมพ์.
- บรรลु ศิริพานิช. (2548). *การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ*. ในสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. *คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ*. 2548. หน้า 81. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- เบญจา ยอดดำเนิน-แอตติกจ์ และกาญจนา ตั้งชลทิพย์. (2552). *การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ: การจัดการข้อมูล การตีความ และการหาความหมาย*. นครปฐม: สถาบันวิจัย ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปาริชาติ ญาตินิยม. (2547). *ลักษณะภาวะพดุมพลัง: กรณีศึกษาผู้สูงอายุไทยที่มีชื่อเสียง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พนัส ัญญะกิจไพศาล. (2544). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์*. โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต: พี เค โปรมิเนนท์.
- พระมหาสมชาย ฐานวุฑโฒ. (2547). *มงคลชีวิต ฉบับ "ทางก้าวหน้า"*. กรุงเทพมหานคร: ชมรมพุทธศาสตร์สากล ในอุปถัมภ์สมเด็จพระมหารัชมังคลาจารย์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิสัย. (2545). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สวิชาญการพิมพ์.
- รัชนี้ นามจันทร์. (2553). การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติวิชาการ*. 14(27): 137-150.
- รัชนีบูล เศรษฐภูมิรินทร์. (2543). การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าให้ค้นพบพลังในตนเอง. *วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 14(1).
- รุ่งอรุณ ไตศักดิ์ภราเลิศ และลูกจันทร์ วิทยาอารวงค์. (2544). การดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ในมุมมองของพยาบาลวิชาชีพ. ในพนัส ัญญะกิจไพศาล. *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์*. หน้า 62-67. โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต: พี เค โปรมิเนนท์.
- ลักษมี ชาญเวชช์. (2549). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลแบบองค์รวมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิต*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เลี้ยงชัย ลิ้มล้อมวงศ์ และคนอื่น ๆ. (2542). *สรีรวิทยา*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสรีรวิทยา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันดี โภคะกุล. (2548). *ฐานข้อมูลผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วิรัช วุฒิกุมิ, เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี และสิรินทร์ ศาสตราภรณ์. (2542). Palliative care วิธีแห่งการคลายทุกข์. ใน เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี บรรณาธิการ. *Palliative care: การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ วิธีแห่งการคลายทุกข์*. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ, ลีวรรณ อุนนาภิรักษ์ และสมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี. (2546). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพญาภิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย*. 4(1): 10-19.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2545). *ครอบครัวและผู้สูงอายุ*. ใน สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล และคณะ. *ผู้สูงอายุในประเทศไทย: รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย*. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ศิริพร จิรวัดมนกุล. (2546). *การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล*. 1,000 เล่ม.
พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท.
- ศิริพันธ์ุ สาสัตย์. (2543). การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย: การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคมพุทธศาสนาในประเทศไทย. *วารสารพจนานุกรมและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย*. 1(4): 15-24.
- ศิริพันธ์ุ สาสัตย์. (2551). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางการดูแล*.
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สการรัตน์ เทพประสงศ์. (2548). *อุปสรรคในการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมโรงพยาบาลสวนปรุง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2544). *ฐานข้อมูลผู้สูงอายุไทย*. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมภพ เรืองตระกูล และคนอื่น ๆ. (2548). สมองเสื่อม (Dementia). ในสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. *คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ*. 2548. หน้า 209.
กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (บรรณารักษ์). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550 และ 2551. *มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)*. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : [www.thaitgri.org/images/stories/report/51/tha/awOldman 2551.pdf](http://www.thaitgri.org/images/stories/report/51/tha/awOldman%202551.pdf). [2554, มีนาคม 25]
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และกรรณิการ์ สุขเกษม. (2547). *วิธีวิทยาการวิจัยเชิงคุณภาพ*.
กรุงเทพมหานคร: เฟื่องฟ้า พรินติ้ง.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์ุกุล. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภางศ์ จันทวานิช. (2545). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพิชญา ไกรฤทธิ และสิรินทร ฉันทศิริกาญจน. (2550). ภาวะสมองเสื่อม มหันตภัยใกล้ตัว. ใน *ชีนฤทัย กาญจนจิตรา และคณะ. สุขภาพคนไทย 2550*. หน้า 10-11. นครปฐม: อมรพรินติ้งแอนลิชชิ่ง.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2549). *การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรรวรรณ แพนคง และสุนทรีย์ คำเพ็ง. (2551). ผลของการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ. รายงานการวิจัย. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.

ภาษาอังกฤษ

Alzheimer's Australia. (2005). Early planning about dementia. *Alzheimer's Australia Living with dementia sheet*. Retrieved on January, 2009, from

<http://www.alzheimers.org.au/content.cfm?infoPagelD=1988>

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association.

Bromley, D. B. (1986). *The Case-Study Method in Psychology and related Disciplines*. England: Wiley.

Carey, J. (2006). *Brain facts a primer on the brain and nervous system*. 6th ed. Baltimore: Lydia V. Kibiuk.

Clare, L., Goater, T. and Wood, B. (2006). Illness representations in early-stage dementia : a preliminary investigation. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 21: 761-767.

Denzin, N. K. (1983). *Strategies for social research*. Beverly Hills. CA: Sage.

Dodd, M., et al. (2001). Nursing theory and concept development or analysis advancing the science of symptom management . *Journal of Advance Nursing*. 33 (5) : 668-676.

Firestone, W.A., and Herriott, R.E. (1983). *The formalization of qualitative research: An adaptation of "soft" science to the policy world*. *Evaluation Review*, 7.

Fisher, J. E., et. al. (2006). Dementia. In J. E. Fisher & W. T. O'Donohue (Eds.), *Practitioner's guide to evidence-based psychotherapy*. New York: Springer.

Fryback, P. B. and Reinert, B. R. (1999). *Spirituality and people with potentially fetal diagnosis*. *Nursing Forum*. 34(1): 13-21.

- Gignac, M. A., Cott. C. and Badley, E. M. (2000). Adaptation to chronic illness and disability and its relationship to perception of independence and dependence. *The Journal of Gerontology*. Series B, Psychological sciences and social sciences. 55(5): 362-372.
- Glaser, B. G., and Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Graff, M. J. L., et al. (2006). *Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial*. Retrieved on January, 2009, from Journal of BMJ Web site:
<http://bmj.com/cgi/content/full/bmj.39001.688843.BE/DC1>
- Harman, G. and Clare, L. (2006). *Illness representations and lived experience in early-stage dementia*. *Qualitative health research*. 16(4): 484-502.
- Heyn, P., et al. (2004). The Effects of Exercise Training on Elderly Persons With Cognitive Impairment and Dementia : A MetaAnalysis. *The American Congress of Rehabilitation Medicine and the American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation* Vol.85, October, 1964-1704.
- Hodges, H. F., Keeley, A. C. and Grier, E. C. (2001). Masterworks of art and chronic illness experiences in elderly. *Journal of Advanced Nursing*. 36(3): 386-398.
- Holst, G. and Hallberg, I. R. (2003). Exploring the meaning of everyday life, for those suffering from dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. 18(6): 359-365.
- Hooker, K., et al. (2002). Behavioral Change in Person With Dementia: Relationships With Mental And Physical Health of Caregivers. *Journal of Gerontology: Psychological Science*. 57B (5): 453-460.
- Hwu, Y. J. (1995). The impact of chronic illness on patients. *Rehabilitation Nursing*. 20(4): 221-225.
- Hwu, Y. J., Coates, V. E. and Boore, J. R. (2001). The health behaviors of Chinese people with chronic illness. *International Journal of Nursing Studies*. 38(5): 629-641.
- Joachim, G. and Acorn, S. (2000). Living with chronic illness: The interface of stigma and normalization. *Cancer Journal of Nursing Research*. 32(3): 37-48.

- Katsuno, T. (2003). *Personal spirituality of persons with early-stage dementia*.
Dementia. 2(3): 315-335.
- Keltner, N., Schwecke, L. and Bostrom, C. (1995). *Psychiatric nursing*. St. Louis:
Mosby.
- Kozier, B., Erb, G., and Bufalino, P. M. (1989). *Introduction to nursing: Loss & grieving*.
California: Addison-Wesley.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: MacMillan.
- Laura, N., et al. (2001). A randomized, controlled trial of a home environmental
intervention: Effect on efficacy and upset in caregivers and on daily function of
persons with dementia. *The Gerontological Society of America*. 41(1): 4-14.
- Lincoln, Y. S. and Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, Sage:
California.
- Lofland, J. (1971). *Analyzing social setting: A guide to qualitative observation and
analysis*. California: Wadsworth.
- Lubkin, S. R. (1995). *Chronic illness: Impact and intervention*. (3rd ed.). Boston:
Jones and Bartlett.
- Mariano, C. (2001). Case study method. In P. L. Munhall (ed.), *Nursing research: A
qualitative perspective*, pp. 359-383. USA: Jones and Bartlett.
- Mok, E., Lai, C. K. Y., Wong, F. L. F. and Wan, P. (2007). Living with early – stage
dementia: The perspective of older Chinese people. *The Journal of Advanced
Nursing*, 59(6): 591 – 600.
- Orlando, I. J. (1982). *The dynamic nurse-patient relationship: Function, process and
principle*. New york: G.P. Putnam's Sons.
- Phipps, W. J. (1999). Chronic illness and rehabilitation. In W. J. Phipps, J. K. Sands &
J. F. Marck (Eds.), *Medical – surgical nursing: Concepts and clinical practice*.
(16th ed.,pp. 129-162). St. Louis: Mosby.
- Polit, D. F., and Hungler, B. P. (1999). *Nursing research principles and method*. USA:
Lippincott.
- Preston, L., Marshall, A. and Bucks, R. S. (2007). Investigating the ways that older
people cope with dementia: A qualitative study. *Aging & Mental Health*. 11(2):
131-143.

- Price, S. A. and Wilson, L. Mc. C. (2003). *Pathophysiology: Clinical concepts of disease process*. 6th ed. St. Louis: Mosby.
- Robert, H. (2009). Now that I live with dementia. *Global Perspective*. 19(1): 3.
- Robinson, A. M. (1971). Loss & grief. *The Journal of Practical Nursing*, 21: 18.
- Sasat, S. (1998). *Caring for demantia in Thailand : A study of family care for dementia elderly relatives in Thai Buddhist society*. Unpublished Ph.D. Thesis, University of Hull, UK.
- Socketen, K. L. and Carson, V. J. (1987). *Responding to the spiritual needs of the chronically ill*. *Nursing Clinics of North America*, 22(3): 603-611.
- Spielberger, C. D. (1972). *STAL manual*. Alto, CA: Consulting Psychologists.
- Steeman, E., et al. (2006). Living with early – stage dementia: A review of qualitative studies. *The Journal of Advanced Nursing*. 54(6): 722 – 738.
- Stake, R. (1994). Case studies. In Denzin, N. K. and Lincoln, Y. S. (Eds.). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Taylor, C., Lillis, C. and Mone, P. L. (1989). *Fundamental of nursing: The art and science of nursing care*. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Watson, J. (1988). *Human science & human care: A theory of nursing*. New York: National league of nursing.
- Yin, R. K. (2003). *Case study research design and method*. 5 Vols. (3 rd ed). California: Sage.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

1. ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยและหนังสือยินยอมของผู้เข้าร่วมวิจัย
2. แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก
3. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
4. แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น
5. แบบบันทึกภาคสนาม
6. แบบบันทึกเชิงปฏิบัติการ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ประสพการณ์ของผู้สูงอายุที่มีชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

ชื่อผู้วิจัย นางสาวนิตติยา น้อยสีภูมิ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ

สถานที่ติดต่อ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ เลขที่ 681 ถ.รามอินทรา กม.12
แขวงคันนายาว เขตคันนายาว กรุงเทพมหานคร 10230

โทรศัพท์มือถือ 086-7853310 E-mail : nittiya.n@gmail.com

ข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำยินยอมที่ให้แก่ประชากรและกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วยคำอธิบาย ดังต่อไปนี้

1. โครงการวิจัยนี้เป็นการศึกษาถึงประสพการณ์ของผู้สูงอายุที่มีชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาประสพการณ์ของผู้สูงอายุที่มีชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น
3. ท่านได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นจากการศึกษาแนวคิดต่าง ๆ ที่ได้กล่าวถึงการเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น มีการได้ยินปกติ ยังสามารถสื่อสารทำความเข้าใจด้วยภาษาไทยได้ ยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการตอบการสัมภาษณ์ตามแบบการขอความร่วมมือเป็นผู้ให้ข้อมูลการวิจัย และคำให้การคุ้มครองสิทธิและได้รับการอนุญาตจากแพทย์ประจำตัวและญาติที่ใกล้ชิด
4. ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์ครั้งละประมาณ 40 – 60 นาที เกี่ยวกับประสพการณ์การมีชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ในขณะที่สัมภาษณ์ขออนุญาตบันทึกเทป และผู้วิจัยจะมีการเยี่ยมบ้านผู้ให้ข้อมูลเพื่อสัมผัสและเข้าใจการดำเนินชีวิตของผู้ให้ข้อมูล อันจะนำมาซึ่งความสมบูรณ์ถูกต้องของเนื้อหา หลังจากนั้นทำการสรุปเนื้อหาและให้ท่านได้ตรวจสอบยืนยันความถูกต้องและให้ข้อเสนอแนะ
5. ในระหว่างการสัมภาษณ์ หากคำถามใดก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจหรือทำให้ท่านลำบากใจในการตอบ ท่านสามารถหยุดหรือปฏิเสธที่จะตอบหรือพูดคุยในเรื่องนั้น ๆ ที่ก่อให้เกิดความไม่สบายใจแก่ท่านได้
6. ท่านสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดกระบวนการวิจัย ซึ่งจะไม่มีผลใดๆ ต่อการมารับบริการ

7. ข้อมูลใด ๆ ที่ได้รับจากท่าน ผู้วิจัยจะถือเป็นความลับ และจะไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ ข้อมูลจะถูกนำเสนอในภาพรวมเพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาวิจัยเท่านั้น เทปบันทึกการสัมภาษณ์จะถูกทำลายทันทีเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

8. ในระหว่างเข้าร่วมการวิจัยท่านสามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ที่หมายเลขโทรศัพท์ 086-7853310



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบหนังสือยินยอมของประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย ประสพการณ์ของผู้สูงอายุที่มีชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น
เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนและเป็นที่น่าพอใจจากผู้วิจัย ชื่อ นางสาวนิตติยา น้อยสีภูมิ นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่อยู่ 681 ถ.รามอินทรา กม.12 แขวงคันนายาว เขตคันนายาว กรุงเทพฯ ๙ 10230 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 086-7853310 ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะและแนวทางการศึกษาวิจัยรวมทั้งทราบถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยทั้งต่อตัวข้าพเจ้าเอง และต่อสาธารณชน

ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ด้วยความสมัครใจและมีสิทธิถอนตัวจากการเข้าร่วมการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะเก็บรักษาเป็นความลับ

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแล้ว

.....
สถานที่/วันที่

.....
ลงนามประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการ

.....
สถานที่/วันที่

.....
(นางสาวนิตติยา น้อยสีภูมิ)

.....
ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....
สถานที่/วันที่

.....
(.....)

.....
ลงนามพยาน

แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก
โครงการวิจัยเรื่อง การมีชีวิตรอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นของผู้สูงอายุ:
การศึกษารายกรณีเชิงคุณภาพ

คำนิยาม

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น หมายถึง ผู้มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญว่ามีภาวะสมองในระยะเริ่มต้นที่มีการเสื่อมความสามารถของสมองและมีความบกพร่องในการทำหน้าที่และสังคมอย่างชัดเจน

ภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น หมายถึง กลุ่มอาการที่มีการเสื่อมความสามารถของสมองไป เรื่อย ๆ จนมีความบกพร่องในหน้าที่การงานและสังคมอย่างเด่นชัด จะลืมสิ่งที่เรียนรู้ใหม่ เริ่มสงสัยว่าอาการลืมของตนเองเป็นแบบปกติหรือผิดปกติ แต่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวัน ดูแลรักษาสุขภาพอนามัยของตนเองและตัดสินใจเองได้ โดยแพทย์เป็นผู้วินิจฉัยจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การประเมินโดยการทำแบบทดสอบสภาพสมองที่ได้คะแนนมากกว่าหรือน้อยกว่าจุดตัดไม่เกิน 5 คะแนน ร่วมกับการใช้แบบบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 (ICD-10)

การมีชีวิตรอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น หมายถึง สิ่งที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นเผชิญในช่วงระยะที่เริ่มรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติ การรับรู้เหตุการณ์ เรื่องราว ความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ การปรับตัว การกระทำตามความเข้าใจ การจัดการกับอาการและการวางแผนการดำเนินชีวิต ทั้งที่ผ่านมาและที่กระทำอยู่ และได้ถ่ายทอดออกมาเป็นคำพูดร่วมกับพฤติกรรมการแสดงออกต่าง ๆ ที่สื่อความหมายให้ผู้วิจัยได้รับรู้

ทำความรู้จักและทำความคุ้นเคยกับผู้ให้สัมภาษณ์

“สวัสดีค่ะ ดิฉันนางสาวนิตติยา น้อยสีภูมิ นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ก่อนอื่นต้องขอขอบคุณท่านเป็นอย่างสูงที่สละเวลามาสนทนาด้วย ดิฉันกำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การมีชีวิตรอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นของผู้สูงอายุ: การศึกษารายกรณีเชิงคุณภาพ จุดประสงค์เพื่อศึกษาถึงเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการมีชีวิตรเมื่อเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ความรู้สึก การเผชิญปัญหา การจัดการอาการ ความต้องการตลอดจนการวางแผนการดำเนินชีวิต การเผชิญปัญหาภายหลังจากการได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุอื่นใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตรอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น และผลที่ได้จากการศึกษานี้จะช่วยให้บุคลากรทางด้านสุขภาพมีความเข้าใจถึงความรู้สึกและประสบการณ์ชีวิตรของผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถนำข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลและให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม สนับสนุนสมาชิกในครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย

และจิตใจอย่างครอบคลุม มีคุณภาพ และดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม เพื่อหาวิธีการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ให้เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตได้อย่างมีความสุข ตามที่ผู้สูงอายุปราศณา หากท่านยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย ดิฉันจะขอสัมภาษณ์ท่าน โดยการสัมภาษณ์จะกระทำในสถานที่ตามที่ท่านสะดวก / ท่านตัดสินใจเลือก ในระหว่างการสัมภาษณ์ ดิฉันจะขออนุญาตบันทึกเทปเพื่อความสมบูรณ์ถูกต้องของข้อมูลตรงตามที่ท่านเล่าและคาดว่าจะใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง แต่ในระหว่างที่สัมภาษณ์ หากมีคำถามที่ทำให้ท่านลำบากใจในการตอบ ท่านไม่จำเป็นต้องตอบ หรืออาจขอยุติการสัมภาษณ์เมื่อใดก็ได้และขอเรียนว่าข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยหรือนำไปอ้างว่าได้มาจากท่าน ดิฉันจะสนใจเฉพาะความคิดเห็นของท่านที่มีต่อข้อคำถามเท่านั้น”

แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

แนวคำถามในการเก็บข้อมูลสร้างจากวัตถุประสงค์และแนวคิดในการวิจัย เป็นแนวคำถามที่กว้าง สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์และข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลโดยมีแนวคำถามดังนี้

1. **ขั้นเริ่มการสนทนา** ผู้วิจัยเริ่มจากการสัมภาษณ์เรื่องทั่ว ๆ ไป โดยมีแนวคำถามดังนี้
 - 1.1 ปัจจุบันท่านอายุเท่าไร
 - 1.2 ท่านมีพี่น้องกี่คน เป็นคนที่เท่าไร มีใครเป็นสมองเสื่อมบ้าง
 - 1.3 สถานภาพสมรสเป็นอย่างไร หากแต่งงานท่านมีบุตรกี่คน
 - 1.4 ท่านจบการศึกษาระดับใด
 - 1.5 ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพอะไร และก่อนเกษียณประกอบอาชีพอะไร
 - 1.6 สุขภาพโดยรวมของท่านเป็นอย่างไร
 - 1.7 ท่านมีโรคประจำตัวอะไรบ้าง
 - 1.8 ท่านต้องรับประทานยาประจำหรือไม่ อะไรบ้าง

2. **ขั้นเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษา** ผู้วิจัยใช้แนวคำถามแบบกว้าง ๆ โดยมีแนวคำถามดังนี้

- 2.1 ท่านทราบได้อย่างไรว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อม
- 2.2 ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับความจำไม่ดี หรือการหลงลืม บ่อยหรือไม่ ช่วยยกตัวอย่างเหตุการณ์นั้น
- 2.3 ท่านคิดว่าท่านมีพฤติกรรมใดที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมบ้างหรือไม่ ช่วยเล่าพฤติกรรมนั้น ๆ ให้ฟังด้วยค่ะ

- 2.3.1 อะไรที่ทำให้ท่านคิดว่าพฤติกรรมนั้น ๆ เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อม

ผู้วิจัยใช้คำถามแนวเจาะลึกในประเด็นที่สนใจศึกษามีแนวคำถามดังนี้

- 1) มีการเปลี่ยนแปลงอะไรเกิดขึ้นบ้างหลังจากทราบว่าเป็นสมองเสื่อม
 - 1.1) ด้านดี
 - 1.2) ด้านไม่ดี
- 2) ท่านได้รับผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตหรือไม่ อย่างไร (โดยเจาะลึกในประเด็นต่อไปนี้)
 - 2.1) ด้านร่างกาย
 - 2.1.1) ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม หรือไม่ อย่างไร
 - 2.1.2) กิจกรรมประจำวันที่ท่านทำอยู่มีการเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ อย่างไร
 - 2.2) ด้านจิตใจ
 - 2.2.1) ท่านมีความรู้สึกอย่างไรเมื่อทราบว่าตนเองเป็นสมองเสื่อม
 - 2.2.1.1) ทำไมจึงรู้สึกอย่างนั้น
 - 2.2.1.2) ความรู้สึกดังกล่าวอยู่กับท่านนานเท่าใด
 - 2.2.1.3) มีวิธีการใดบ้างที่จะช่วยให้ความรู้สึกดังกล่าวหายไปและทำให้ท่านใช้ชีวิตเป็นปกติได้ดังเดิม
 - 2.3) ด้านสังคม
 - 2.3.1) ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรหลังจากทราบว่าท่านมีภาวะสมองเสื่อม
 - 2.3.2) ความสัมพันธ์กับเพื่อน/เพื่อนบ้านที่มีต่อท่านเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร มีการพูดคุยกันบ้างหรือไม่ อย่างไร หลังจากทราบว่าท่านมีภาวะสมองเสื่อม
 - 2.3.3) ท่านยังคงพบปะเพื่อนบ้าน/เข้าร่วมกิจกรรมเหมือนเดิมหรือไม่ อะไรบ้าง หลังจากทราบว่าท่านมีภาวะสมองเสื่อม ช่วยยกตัวอย่าง (ถ้าไม่ เพราะอะไร)
 - 2.4) ด้านเศรษฐกิจ
 - 2.4.1) ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายในเรื่องใดบ้างหลังจากทราบว่าท่านมีภาวะสมองเสื่อม
 - 2.4.2) ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายจากใครบ้าง อย่างไร
- 3) ให้ท่านลองเล่าประสบการณ์ว่าท่านมีการจัดการกับอาการสมองเสื่อมอย่างไรบ้าง ภายหลังจากทราบว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อม
 - 3.1) มีวิธีการใดบ้าง
 - 3.1.1) วิธีการจัดการในแต่ละประสบการณ์เป็นอย่างไร
 - 3.2) นอกจากการพบแพทย์ท่านปรึกษาหรือขอคำแนะนำจากผู้อื่นหรือไม่
 - 3.2.1) ถ้าเคย ปรึกษาใคร เรื่องอะไร หลังจากปรึกษาแล้วท่านรู้สึกอย่างไร

- 3.2.2) ถ้าไม่เคยปรึกษาใคร ท่านมีความคิดเห็นเรื่องนี้อย่างไร
- 3.2.3) คิดจะปรึกษาผู้อื่นหรือไม่
- 3.3) ท่านได้มีการวางแผนเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของท่านไว้หรือไม่ อย่างไร
- 3.3.1) ท่านมีการวางแผนเกี่ยวกับชีวิตประจำวันของท่านไว้อย่างไร
- 3.3.2) ท่านมีการวางแผนเกี่ยวกับความต้องการได้รับการดูแลอย่างไรบ้าง (ให้ใครมาดูแล ดูแลอะไร อย่างไร เพื่ออะไร แล้วจะดีอย่างไร)
- 3.3.3) ท่านมีการวางแผนเกี่ยวกับการมอบหมายให้ใครเป็นผู้ดูแลผลประโยชน์ของท่านหรือไม่ อย่างไร
- 3.3.4) ท่านมีการวางแผนเกี่ยวกับทรัพย์สินที่มีอยู่ทั้งหมดไว้อย่างไรบ้าง เป็นต้นว่า การทำพินัยกรรม การจัดการมรดก

3. ขั้นปิดการสนทนา ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามหรือกล่าวในสิ่งที่ต้องการเล่าเพิ่มเติม

3.1 มีอะไรที่ท่านยังไม่ได้เล่าและต้องการเล่ารายละเอียดในเรื่องใดเพิ่มเติมอีกหรือไม่

“ขอขอบคุณท่านเป็นอย่างมากที่ให้ความร่วมมือในการตอบข้อซักถาม แสดงความคิดเห็น ตลอดจนเล่าประสบการณ์ของตัวเอง ซึ่งเรื่องราวต่างๆ ที่ได้จากการพูดคุยในวันนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการศึกษา เพราะจะทำให้เข้าใจชีวิตและความรู้สึกของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ตลอดจนข้อคิดเห็นต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ในการดูแลตนเอง วันนี้ดิฉันขอจบการสัมภาษณ์เพียงเท่านี้และขออนุญาตนัดหมายการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป วันที่.....”

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ/นามสกุล.....เพศ.....อายุ.....หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

สถานภาพสมรส.....ศาสนา.....

ระดับการศึกษา.....อาชีพก่อนเกษียณอายุ.....

จำนวนบุตร.....จำนวนบุคคลในครอบครัว.....

สถานภาพในครอบครัว.....ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

เบอร์โทรศัพท์.....

ประวัติการเจ็บป่วย.....

ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น.....

อาการปัจจุบัน.....

การรักษา.....

การบรรยายข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูล เพื่อประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น

ผู้ให้ข้อมูลที่.....

ชื่อ.....นามสกุล.....

เพศ.....อายุ.....ปี ศาสนา.....

ถอดเทปการสัมภาษณ์ครั้งที่.....

วันที่สัมภาษณ์.....เริ่มสัมภาษณ์เวลา.....ถึง.....น.

สถานที่สัมภาษณ์.....

บรรทัด

บทสนทนา

ถอดรหัส

ถาม:

.....

.....

ตอบ:

.....

.....

.....

.....

ถาม:

.....

.....

ตอบ:

.....

.....

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

.....

.....

แบบบันทึกเชิงปฏิบัติการ

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

การสัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่...../...../.....เวลา.....-.....น.

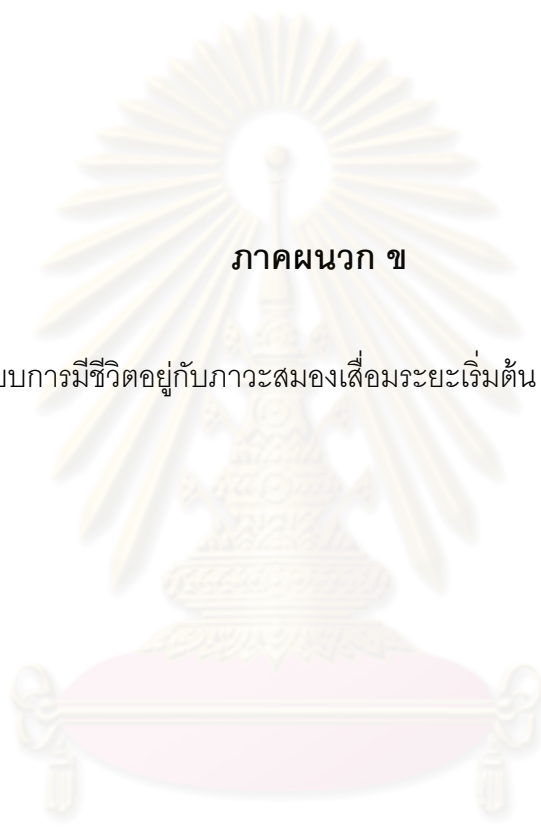
การเก็บข้อมูลครั้งต่อไป

การสัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่...../...../.....เวลา.....-.....น.

สถานที่สัมภาษณ์.....

1. สิ่งที่ต้องการเพิ่มเติม.....
2. สิ่งที่ต้องการเพิ่มเติม.....
3. สิ่งที่ต้องการเพิ่มเติม.....
4. สิ่งที่ต้องการเพิ่มเติม.....
5. สิ่งที่ต้องการเพิ่มเติม.....
6. อื่น ๆ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

ตารางเปรียบเทียบการมีชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ของกรณีศึกษาทั้ง 7 ราย

ศูนย์วิทยพัชร์พยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางการเปรียบเทียบการมีชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นของกรณีศึกษา 7 ราย

ตารางที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

การรับรู้	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กรณีศึกษาที่ 3	กรณีศึกษาที่ 4	กรณีศึกษาที่ 5	กรณีศึกษาที่ 6	กรณีศึกษาที่ 7
อาการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. รู้สึกตนเองแปลกไป 2. เริ่มลืมบ่อยขึ้น 3. จำไม่ค่อยได้ว่าวางของไว้ที่ไหน 4. จำวันนัดไม่ได้ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ลื่นแข็ง พูดไม่ชัด 2. เดินช้า เดินลำบาก 3. นับเลขเรียงจำนวนมาก ๆ ไม่ได้ 4. ลืมบ่อยขึ้น 5. จำไม่ค่อยได้ว่าวางของไว้ที่ไหน 6. ลืมรับประทานยา 7. จำชื่อคนไม่ค่อยได้ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ความจำไม่ดี 2. ลืมสิ่งที่เคยจำได้ 3. ลืมข้อมูลเกี่ยวกับตัวเลข 4. ไม่ค่อยอยากทำอะไร ไม่อยากคิด ไม่อยากพูด 5. การคิด การตัดสินใจช้าลง 	<ol style="list-style-type: none"> 1. สิ่งงานที่ทำค้างไว้ 2. การคิด ตัดสินใจช้าลง 3. จำไม่ค่อยได้ว่าวางของไว้ที่ไหน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. สิ่งงานที่ทำค้างไว้ 2. จำไม่ค่อยได้ว่าวางของไว้ที่ไหน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. จำไม่ค่อยได้ว่าวางของไว้ที่ไหน 2. จำชื่อคนไม่ค่อยได้ 3. คิดช้า 	<ol style="list-style-type: none"> 1. เริ่มลืมบ่อยขึ้น 2. นึกไม่ออกว่าตนเองกำลังจะทำอะไร 3. จำวันนัดไม่ได้ 4. ลืมว่าเคยสัญญาอะไรกับใครไว้ 5. จำไม่ค่อยได้ว่าวางของไว้ที่ไหน 6. ลืมคน

การรับรู้	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กรณีศึกษาที่ 3	กรณีศึกษาที่ 4	กรณีศึกษาที่ 5	กรณีศึกษาที่ 6	กรณีศึกษาที่ 7
ความรู้สึก	1. สงสัย ไม่แน่ใจ ว่าเกิดจาก ความผิดปกติ หรือตามการ สูงอายุ 2. น้อยใจ ว่า ทำไมอาการ เหล่านี้เกิดกับ ตนเอง	1. รู้สึกแย่ ที่ไม่ สามารถจำสิ่งที่ เคยจำได้ 2. กลัว ว่าอาการ จะรุนแรงใน อนาคต 3. ต้องการพักผ่อน	1. เครียด ไม่เชื่อ ว่าตนเองจะ เป็นสมองเสื่อม 2. กลัวสูญเสีย ความทรงจำที่ เคยมี	1. กลัว ว่าตนเอง จะมีอาการ รุนแรง	1. ตกใจ กลัวว่า อาการจะ รุนแรงมากขึ้น 2. ท้อแท้ ทำไม ตนเองจึงเป็น เช่นนี้ 3. สงสัย ไม่แน่ใจ ว่าตนเองจะ เป็น	1. กลัวเป็นภาวะ ของลูก ๆ	1. เสียใจ เรื่องนี้ไม่ น่าเกิดขึ้นกับ ตนเอง 2. กล้ากลืน ทำไม ตนเองเป็น เช่นนี้ 3. ตกใจ กลัวว่า ตนเองจะ สูญเสีย ความสามารถ

จากตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการรับรู้อาการของภาวะสมองเสื่อม พบว่า กรณีศึกษาทุกรายมีปัญหาด้านความจำ เช่น การลืมว่าวางของไว้ที่ไหน ลืมวันนัด
รองลงมา คือ มีปัญหาด้านความคิด การตัดสินใจ ขาดความกระตือรือร้นและมีอาการทางด้านร่างกายที่แสดงออกมา เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ส่วนเรื่องการรับรู้
ความรู้สึกหลังจากที่ทราบว่ามีภาวะสมองเสื่อม กรณีศึกษาส่วนใหญ่รู้สึกกลัวสูญเสียความทรงจำ ความสามารถที่ตนเองเคยมี รองลงมา คือ รู้สึกน้อยใจ เสียใจ ที่
เหตุการณ์เช่นนี้เกิดขึ้นกับตนเอง กรณีศึกษาบางรายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการวินิจฉัยโดยไม่เชื่อว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อม นอกจากนั้นยังสังเกตพบว่า
กรณีศึกษาทุกรายมีสีหน้าเคร่งเครียด หน้ามือตัวขมวดในขณะที่ทำการสัมภาษณ์ด้วย

ตารางที่ 3 ผลกระทบที่ได้รับจากการมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

ผลกระทบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กรณีศึกษาที่ 3	กรณีศึกษาที่ 4	กรณีศึกษาที่ 5	กรณีศึกษาที่ 6	กรณีศึกษาที่ 7	
ด้านร่างกาย	1. จำไม่ค่อยได้ ว่าวางของไว้ ที่ไหน ทำให้ ต้องหาของวัน ละหลายรอบ ใช้เวลาในการ หาของนาน	1. ความสามารถในการ ทำกิจวัตร ประจำวันลดลง เนื่องจาก เคลื่อนไหว ร่างกายได้ช้า ร่างกายอ่อนแรง ลง 2. ความสามารถในการ สื่อสารลดลง เนื่องจากลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด 3. เกิดความล่าช้าใน การทำงาน การ คิดที่ซับซ้อน 4. สัมบ่อยขึ้น	1. ความสามารถในการ ทำกิจวัตร ประจำวันลดลง เนื่องจาก เคลื่อนไหวร่างกาย ได้ช้า ร่างกายอ่อน แรงลง 2. ความสามารถในการ สื่อสารลดลง เนื่องจากคิดช้า บางครั้งพูดสื่อ ความหมายคนละ อย่างกับที่คิดไว้ 3. ความสามารถในการ ทำงานลดลง เนื่องจากการคิด	1. ความสามารถ ในการทำงาน ลดลงเนื่องจาก ร่างกายอ่อน แรงลงและ ความคิดการ ตัดสินใจช้าลง	1. ความสามารถ ในการทำงาน ลดลงเนื่องจาก ร่างกายอ่อน แรงลงและ ความคิดการ ตัดสินใจช้าลง	1. สิ่งงานที่ทำ ค้างไว้ 2. จำไม่ค่อยได้ ว่าวางของไว้ ที่ไหน	1. ความทนใน การทำงาน ลดลง เนื่องจาก ร่างกายอ่อน กำลัง	1. ความสามารถ ในการทำงาน ลดลง เนื่องจาก ความคิดการ ตัดสินใจช้าลง

ผลกระทบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กรณีศึกษาที่ 3	กรณีศึกษาที่ 4	กรณีศึกษาที่ 5	กรณีศึกษาที่ 6	กรณีศึกษาที่ 7
		5. จำไม่ค่อยได้ว่า วางของไว้ที่ไหน ทำให้ต้องหาของ วันละหลายรอบ ใช้เวลาในการหา ของนาน	ตัดสินใจช้าลง ไม่ ค่อยอยากทำอะไร				
ด้านจิตใจ	1. เครียดเมื่อหา ของไม่พบ 2. กลัว อนาคต อาการจะ รุนแรง 3. เข้าใจและ เห็น ความสำคัญ ของ ผลกระทบ	1. น้อยใจ คิดว่าลูก ไม่พอใจตนเองที่ ทำอะไรช้า 2. เบื่อหน่ายและ รำคาญตัวเองที่มี อาการเช่นนี้ 3. เป็นภาระในการ ดูแลของลูก ๗	1. รำคาญตนเองที่ ทำอะไรไม่ได้ตั้งใจ 2. นิสัยเปลี่ยนไป 3. ซัดใจตนเอง บางครั้ง	1. โกรธและ รำคาญตัวเอง	1. หงุดหงิด เมื่อ หาสิ่งของไม่ พบ	1. กลัวอาการจะ รุนแรง	1. เครียด ทำไม เป็นเช่นนี้ 2. ผิดหวังใน ตนเอง

ผลกระทบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กรณีศึกษาที่ 3	กรณีศึกษาที่ 4	กรณีศึกษาที่ 5	กรณีศึกษาที่ 6	กรณีศึกษาที่ 7
ด้านสังคม	-	1. การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง	1. การเปลี่ยนแปลงของฐานะทางสังคม 2. การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง 3. ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านห่างเหิน	-	-	-	1. ร่วมกิจกรรมกับครอบครัวน้อยลง 2. ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านห่างเหิน

จากตารางที่ 3 พบว่า กรณีศึกษาได้รับผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อมมีทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมโดยด้านร่างกายที่พบมากที่สุด คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง เคลื่อนไหวร่างกายช้า มีความเชื่องช้าในการทำกิจกรรมเนื่องจากความสามารถในการคิดและตัดสินใจลดลง รองลงมา คือ ความสามารถในการสื่อสารลดลง เนื่องจากการพูดไม่ชัด คิดช้า พูดช้า ด้านจิตใจที่พบมากที่สุด คือ ความรู้สึกไร้ค่าท้อแท้ หงุดหงิด เมื่อหาของไม่พบหรือทำอะไรไม่ได้ตั้งใจ และด้านสังคม พบว่า เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง เนื่องจากบทบาทหน้าที่ทางสังคมเปลี่ยนไปหลังจากเจ็บป่วย ส่วนกรณีศึกษาที่ยังคงมีการเข้าสังคมได้เหมือนก่อนเจ็บป่วย เนื่องจากเป็นคนที่มีลูกหลานและยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้อยู่จึงพยายามไม่อยู่เฉย

ตารางที่ 4 การเผชิญกับความรูสึกหลังจากได้รับการวินิจฉัย

การเผชิญกับ ความรู้สึก	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กรณีศึกษาที่ 3	กรณีศึกษาที่ 4	กรณีศึกษาที่ 5	กรณีศึกษาที่ 6	กรณีศึกษาที่ 7
ทำอย่างไรให้ ยอมรับ	1. ทำใจยอมรับ ความจริงกับ เหตุการณ์ที่ เกิดขึ้น 2. ให้กำลังใจ ตนเองว่าภาวะ สมองเสื่อม เหมือนเป็นดาบ สองคมที่มีทั้งดี และไม่ดี	1. คิดว่าเป็นเรื่อง ธรรมชาติของ มนุษย์ 2. หากิจกรรมทำ เพื่อลด ความรู้สึกเบื่อ หน่าย	1. ยอมรับถือว่าได้ พักผ่อน 2. ปล่อยวาง	1. คิดปล่อยวาง ตามหลักศาสนา 2. ร่วมกิจกรรมทาง ศาสนา เพื่อหา ความสุขทางใจ	1. พยายามไม่คิด มาก คิดว่าเป็น เรื่องตลกที่ ตนเองขี้ลืม 2. พยายามเข้าใจ ธรรมชาติของผู้ สูงวัย	1. ทำใจให้สบาย 2. ยึดหลักปล่อย วาง	1. ยอมรับในสิ่งที่ เกิดขึ้น 2. อายุมากขึ้น ต้องปลง
การขอ คำปรึกษา	1. แพทย์ 2. ลูกสาวที่เป็น ทันตแพทย์	1. แพทย์ 2. ลูกสาวที่เป็น พยาบาล	1. แพทย์ 2. ภรรยา	1. แพทย์ 2. ลูกสาวที่เป็น พยาบาล	1. แพทย์ 2. ผู้ดูแลผู้ป่วย สมองเสื่อม 3. สื่อต่าง ๆ	1. แพทย์ 2. น้องสาวที่เป็น พยาบาล	1. แพทย์ 2. ลูก ๆ

จากตารางที่ 4 พบว่า กรณีศึกษาทุกรายยึดหลักพุทธศาสนาในการยึดเหนี่ยวจิตใจ ยอมรับและปล่อยวางเพื่อเผชิญความรู้สึกหลังจากได้รับวินิจฉัยและใช้วิธีการขอคำปรึกษาจากแพทย์ผู้รักษามากที่สุด รองลงมา คือ ปรึกษากับสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่เป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพ เช่น ทันตแพทย์ พยาบาลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง การพูดคุยกับผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น นักจิตวิทยา นอกจากนี้ยังพบว่า กรณีศึกษาพยายามหากิจกรรมทำเพื่อเบี่ยงเบนความรู้สึกเป้าหมายด้วย เช่น การพบปะเพื่อน ปลูกต้นไม้ อ่านหนังสือ เป็นต้น



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 การจัดการกับอาการสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

การจัดการกับอาการ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กรณีศึกษาที่ 3	กรณีศึกษาที่ 4	กรณีศึกษาที่ 5	กรณีศึกษาที่ 6	กรณีศึกษาที่ 7
	<ol style="list-style-type: none"> 1. การจดบันทึก 2. ยึดหลักคำสอนของพระพุทธเจ้า เรื่องการมีสติ 3. อ่านหนังสือ ฟังเพลงให้รู้สึกผ่อนคลาย 4. จัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้ยุ่งยาก 5. รับประทานอาหารเสริม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดสิ่งแวดล้อมให้ง่ายต่อการหยิบของ 2. จัดอาหารและยาไว้เป็นมือ ๆ 3. จดบันทึก 4. บอกเรื่องอาการเจ็บป่วยของตนเองให้เพื่อนสนิททราบ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. จดหมายเลขสำคัญใส่กระดาษแล้วไว้ในกระเป๋า 2. ภรรยาอยู่เป็นเพื่อนให้กำลังใจ 3. กิจกรรมชะลอความเสื่อมของสมอง 4. กิจกรรมบำบัดกล้ามเนื้อ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การมีสติในการใช้ชีวิต คิดถึงสิ่งที่ทำเสมอ 2. ยึดหลักศาสนาในการดำเนินชีวิต 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การจดบันทึก 2. ทำงานให้เสร็จเป็นอย่าง ๆ 3. เล่นไพ่บริหารสมอง 4. รับประทานวิตามิน อาหารเสริม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ออกกำลังกาย 2. พยายามมีสติ 3. เข้าร่วมกลุ่มบำบัด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่เครียดกับสิ่งที่เกิดขึ้น 2. การจดบันทึก 3. เขียนข้อความคิดตามฝ่าผนัง และกระดานไวท์บอร์ด 4. เล่นเมโมเดียน

จากตารางที่ 5 พบว่า กรณีศึกษามีการจัดการกับอาการสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น โดยพบว่า กรณีศึกษาทุกรายใช้วิธีการเตือนความจำของตนเองโดยการจดบันทึกลงในสมุด ปฏิทิน รองลงมา คือ การพยายามมีสติ การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เป็นระเบียบเรียบร้อยและการชะลอความเสื่อมของสมองโดย เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและวิตามินที่มีส่วนช่วยบำรุงสมอง การเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด และการเล่นดนตรี เป็นต้น



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 การวางแผนการดำเนินชีวิต

การวางแผน	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กรณีศึกษาที่ 3	กรณีศึกษาที่ 4	กรณีศึกษาที่ 5	กรณีศึกษาที่ 6	กรณีศึกษาที่ 7
ชีวิตประจำวัน	1. วางแผนกิจกรรมในแต่ละวันโดยจัดใส่ปฏิทินไว้	1. จัดบันทึกเรื่องงาน	1. ส่วนใหญ่ภรรยาจะเป็นผู้วางแผน	1. เหมือนเดิม	1. ไม่ชอบวางแผน ชอบแก้ปัญหาเฉพาะหน้า	1. ไม่ได้วางแผน ถ้ามีกิจกรรมก็ทำตามกิจกรรม เช่น พบแพทย์	1. พยายามนึกว่าแต่ละวันจะทำอะไรบ้าง 2. เล่นดนตรี
ความต้องการการดูแล	1. ไม่ได้วางแผน เพราะเชื่อว่าลูกจะต้องดูแลตนเองอยู่แล้ว	1. ต้องการได้รับการดูแลจากครอบครัว ไม่ต้องการจ้างคนมาดูแล	2. ไม่ได้วางแผน เพราะเชื่อว่าภรรยาจะเป็นผู้ดูแล	1. พยายามช่วยเหลือตัวเองก่อน	1. ไม่ได้วางแผน เพราะตอนนี้ยังดูแลตัวเองได้ และคิดว่าในอนาคตยังไม่จำเป็นต้องจ้างนั้น	1. ไม่ได้วางแผน เพราะเชื่อว่าภรรยาจะเป็นผู้ดูแล	1. ตอนนี้ดูแลตัวเองได้ ต้องการความเป็นส่วนตัว 2. เมื่ออายุมากขึ้น อาการรุนแรงขึ้น อาจจะต้องจ้างผู้ดูแล
ทรัพย์สินมรดก	1. จัดการแบ่งแล้ว	1. จัดการแบ่งแล้ว	1. จัดการแบ่งแล้ว	1. จัดการแบ่งแล้ว	2. ไม่ได้วางแผน	1. จัดการแบ่งแล้ว	1. ไม่ได้วางแผน

จากตารางที่ 6 พบว่า กรณีศึกษาส่วนใหญ่มีการวางแผนการดำเนินชีวิตประจำวันโดยการจดบันทึกใส่สมุดหรือปฏิทินไว้ แต่บางรายไม่ได้วางแผนไว้เลย เรื่องความต้องการการดูแลกรณีศึกษาส่วนใหญ่ต้องการได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว มีเพียงรายเดียวที่อาจจะจ้างคนมาดูแล ส่วนเรื่องการจัดการทรัพย์สินมรดก กรณีศึกษาส่วนใหญ่มีการจัดการวางแผนแบ่งทรัพย์สินเรียบร้อยแล้ว และบางรายยังไม่มีจัดการวางแผนเรื่องนี้เลย



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวนิตติยา น้อยสีภุมิ เกิดวันที่ 7 มกราคม พ.ศ. 2526 ที่จังหวัดนครราชสีมา สำเร็จการศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ ปีการศึกษา 2547 และ
เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2551 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ



ศูนย์วิทยพัทยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย