



## บทความวิจัย

# การมีชีวิตร่วมอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นของผู้สูงอายุ: การศึกษารายกรณีเชิงคุณภาพ

## Living with Early-stage Dementia of Older Persons: A Qualitative Case Study

นิตติยา น้อยสีภูมิ, พย.ม. (Nittiya Noysipoom, M.N.S.)\*

ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์, Ph.D. (Siriphan Sasat, Ph.D.)\*\*

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาการมีชีวิตร่วมอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นของผู้สูงอายุ

**รูปแบบการวิจัย:** การวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษาหลายกรณี (Multiple case studies)

**วิธีดำเนินการวิจัย:** กรณีศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น มีประสบการณ์ในการใช้ชีวิตหลังจากที่ทราบว่าตนเองได้รับการวินิจฉัยโรค จำนวนทั้งหมด 7 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมศัลยกรรม คลินิกผู้สูงอายุ และคลินิกความทรงจำของโรงพยาบาล 3 แห่ง โดยเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเชิงลึกรายกรณี ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ร่วมกับการวิเคราะห์แบบข้ามกรณี

**ผลการวิจัย:** ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นบอกเล่าประสบการณ์ของตนเองที่มีชีวิตร่วมอยู่กับภาวะสมองเสื่อมใน 5 ประเด็น คือ 1) การรับรู้ความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากอาการที่เปลี่ยนแปลงไป 2) ผลกระทบที่ได้รับจากการมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น 3) การทำใจยอมรับกับเหตุการณ์โดยใช้ศาสนา 4) การจัดการกับอาการสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น และ 5) ความคาดหวังการได้รับการดูแล

**สรุป:** ผลการศึกษาครั้งนี้ บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้นและผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในการดูแลสุขภาพ เพื่อช่วยให้สามารถเผชิญและจัดการกับอาการและผลกระทบที่เกิดขึ้นตอบสนองความต้องการและให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจนกระทั่งเสียชีวิต

**คำสำคัญ:** การมีชีวิตร่วมอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น/ผู้สูงอายุ/ประสบการณ์ชีวิต

\* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม นครพนม

\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## Abstract

**Purpose:** To explore the experiences of older persons living with early stage dementia.

**Design:** Multiple case studies qualitative research.

**Methods:** Case studies were 7 older persons who had been diagnosed and had experienced in living with early stage dementia. Case studies were recruited using a purposive sampling technique from memory and geriatric clinic and outpatient medical-surgical services of three hospitals in Bangkok. In-depth interview and participatory observation were used to gather information from case studies. Content analysis and cross-cases analysis were used to synthesize the information.

**Findings:** The experiences of older persons living with early stage dementia can be classified into five themes: 1) perception of changing in signs and symptoms, 2) the impact of having early stage of dementia, 3) using religion to cope with the conditions, 4) management of symptoms of early stage dementia, and 5) expectation in receiving care.

**Conclusion:** The result of this study can be used for designing nursing care plan to meet needs of older persons living with early stage of dementia and their care givers. The purpose of the nursing care plan is to help them cope with and manage symptoms and other consequences of dementia as well as to care for older persons with dementia in long term and end of life care.

**Keywords:** Early stage dementia/Older persons/Experiences

## ความสำคัญและความเป็นมา

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการเสื่อมความสามารถของสมองไปเรื่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการความจำบกพร่องในช่วงแรก ส่งผลให้ไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ เมื่ออาการมากขึ้นจะลืมสิ่งเก่าที่เคยรู้มาแล้วร่วมกับมีอาการอื่นๆ ที่เกิดจากเปลือกสมองสูญเสียหน้าที่ไป ทำให้มีปัญหาในเรื่องการคิดคำนวณ (Robert, 2009) การรับรู้ตนเองกับสิ่งแวดล้อม การใช้ภาษา ความคิดริเริ่มร่วมกับมีอาการ พฤติกรรม และบุคลิกภาพเปลี่ยน

แปลง (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2548) ในปี พ.ศ. 2548 มีผู้ป่วยสมองเสื่อมในภูมิภาคเอเชียมากถึง 13.7 ล้านคน สำหรับประเทศไทยพบประมาณ 229,000 คน และในอีก 20 ปีข้างหน้า คาดว่าจะเพิ่มเป็น 450,000 คน และจะเพิ่มสูงมากกว่า 1 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 (อรพิชญา ไกรฤทธิ และสิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2550)

ภาวะสมองเสื่อมทำให้เนื้อเยื่อของสมองฝ่อและเล็กลง จัดเป็นกลุ่มอาการของความเจ็บป่วยเรื้อรังชนิดหนึ่งที่พบมากในวัยสูงอายุ (Ham et al.,



2007) อาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงจนอาจเป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตในสังคม (Alzheimer's Association, 2010) การสูญเสียความทรงจำส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย โดยทำให้สูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ แปรงฟัน การทำความสะอาดหลังขับถ่าย (Kuzu. et al., 2005) ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น มีแผลในช่องปาก ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ หากเป็นขั้นรุนแรงอาจมีภาวะทุพพลภาพได้ ด้านจิตใจ ผู้ป่วยอาจหวาดระแวง เครียด และซึมเศร้า ด้านสังคม ผู้ป่วยอาจเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง ด้านเศรษฐกิจต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา เช่น ค่ายา หรือค่าเดินทางมารับการรักษา นอกจากนี้ บางรายอาจสูญเสียความสามารถด้านการจัดการทางการเงิน และเรื่องกฎหมายโดยจะค่อยๆ ลดลง (Alzheimer's Australia, 2005) ส่วนผลกระทบต่อกฎหมายหรือผู้ดูแล อาจมีอาการอ่อนเพลีย ผิดหวังว่าภาวะสมองเสื่อมเกิดกับสมาชิกในครอบครัว เครียด ท้อแท้ โกรธ และอาจเกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพ โดยเกิดความรำคาญและเศร้าโศกในญาติหรือผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยเริ่มมีความจำเสื่อม พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากคนที่ผู้ดูแลเคยรู้จัก จึงเปรียบเสมือนว่าผู้ป่วยได้เสียชีวิตไปจากครอบครัวแล้วทั้งที่ยังมีชีวิตอยู่ (ศิริพันธุ์สาส์ตย์, 2551) อย่างไรก็ตาม ความเสื่อมของสมองสามารถป้องกันไม่ให้เสื่อมลงอย่างรวดเร็ว หรือชะลอความรุนแรงของความเสื่อมได้ (Carey, 2006)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นจะเกิดความรู้สึกกลับสนเมื่อรู้ว่าตนเองเริ่มเสียความทรงจำสมรรถภาพการทำงานเสื่อมลง แต่ไม่แน่ใจว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร เกิดความเครียดเพราะมีความพยายามที่จะทำอะไรให้เหมือนเดิมแต่ทำไม่ได้ กลัวการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง เกิดภาวะซึมเศร้า และหมดหวังในอนาคต (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542) ซึ่งในระยะเริ่มต้นผู้ป่วยยังสูญเสียความจำไม่มาก ยังสามารถตัดสินใจ คิด และพูดบอกเล่าความ

รู้สึกของตนเองได้ดีอยู่ แต่ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีโอกาสน้อยมากที่จะให้ข้อมูลหรือแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับความตายของตนเองเมื่ออาการรุนแรงมากขึ้น (ศิริพันธุ์สาส์ตย์, 2554)

ในปัจจุบัน แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมของบุคลากรด้านสุขภาพส่วนใหญ่มักเป็นการดูแลโดยรวมทุกระยะ และเน้นการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่สูญเสียความจำและความสามารถในการดูแลตนเองไปแล้ว รวมทั้งเป็นการให้การพยาบาลตามทฤษฎี ทำให้ขาดการทำความเข้าใจผู้ป่วยและการให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ดังนั้น การทำความเข้าใจถึงการมีชีวิตอยู่เมื่อเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นจึงมีความจำเป็น เพราะจะช่วยให้ผู้ดูแลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องเข้าใจและรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้ที่ได้รับบริการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นประโยชน์ในการให้การพยาบาลที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างแท้จริง และใช้เป็นแนวทางให้การดูแลเพื่อชะลอความรุนแรงของอาการและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่เริ่มต้นตลอดจนช่วยในการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยผู้ป่วยมีส่วนสำคัญที่จะกำหนดวิธีการได้รับการดูแลตามความต้องการของตนเองในช่วงชีวิตที่ยังเหลืออยู่ ให้ความสำคัญในการเตรียมความพร้อมและดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง มีการวางแผนการดำเนินชีวิต เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยชะลอความก้าวหน้าของภาวะสมองเสื่อมให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและจากไปอย่างมีความสุข

ด้วยข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยสมองเสื่อมยังมีน้อยรวมทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่า ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา (Case



study) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึก โดยการอธิบาย ข้อมูลที่ได้ศึกษาตามการรับรู้ความรู้สึกของผู้สูงอายุ ที่อยู่ในเหตุการณ์นั้นๆ ในรูปของกรณีตัวอย่าง ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์สูงสุดแก่ทั้งผู้ป่วยสมองเสื่อม และญาติที่จะใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตนและการดูแล รวมทั้งเป็นแนวทางให้บุคลากรทางด้านสุขภาพ ใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น โรคสมองเสื่อมอย่างเป็นองค์รวม

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการมีชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อม ระยะเริ่มต้นของผู้สูงอายุ โดยศึกษาการรับรู้อาการ ความรู้สึกหลังจากได้รับการวินิจฉัย การเผชิญกับความ รู้สึกและผลกระทบที่ได้รับ การจัดการกับอาการ และศึกษาวัฒนธรรมความเชื่อความคาดหวังในการดูแลและการวางแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น

### คำถามการวิจัย

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นใช้ชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมอย่างไร

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) แบบกรณีศึกษา (Case study) ที่มีแนวคิดหลักสำคัญ คือ การค้นหาความเป็นจริงของ เหตุการณ์ ซึ่งจะรับรู้และบอกเล่าประสบการณ์ได้ เฉพาะผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ (สุภางค์ จันทวานิช, 2545)

**กรณีศึกษา** คือ ผู้มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจาก แพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น คัดเลือก แบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวนทั้งหมด 7 ราย โดยคัดเลือกจากผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมศัลยกรรม โรงพยาบาล

นพรัตนราชธานี คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า และคลินิกความทรงจำ สถาบัน ประสาทวิทยา โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1) ผลการทดสอบด้วยแบบทดสอบสภาพ สมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) มีคะแนนเท่ากับหรือต่ำกว่าคะแนนจุดตัดไม่เกิน 5 คะแนน ตามระดับการศึกษา

2) มีการได้ยินปกติ ยังสามารถสื่อสารทำความเข้าใจด้วยภาษาไทยได้

3) ยินดีให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์

4) ได้รับการอนุญาตจากแพทย์ประจำตัวและ ญาติผู้ใกล้ชิด

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ (Interview guideline) ผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก แนวคิดภาวะสมอง เสื่อม ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และศึกษาค้นคว้างานวิจัย และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีลักษณะเป็นคำถาม ปลายเปิด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่นำไปสู่ประเด็นที่เป็น ความสนใจของผู้สัมภาษณ์ ผ่านการตรวจสอบ คุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านผู้สูงอายุ และการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องครอบคลุมและความเหมาะสมของ แนวคำถาม หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตาม ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. อุปกรณ์ช่วยในการเก็บข้อมูล ได้แก่ เครื่อง บันทึกลเสียงและแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบ บันทึกภาคสนาม แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม และ แบบบันทึกการถอดความการสัมภาษณ์

### การพิทักษ์สิทธิของกรณีศึกษา

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังได้รับอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากสถานบริการทั้ง



3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี รหัสโครงการ 15/2553 วันที่ 5 เมษายน 2553 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า รหัสโครงการ Q011q/53\_Exp วันที่ 21 เมษายน 2553 และสถาบันประสาทวิทยา รหัสโครงการ 53041 วันที่ 3 มิถุนายน 2553 โดยก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย การนำข้อมูลไปใช้และประโยชน์ที่ได้รับของผู้สูงอายุที่มีอิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยและยุติการวิจัยได้ตลอดเวลาการวิจัย และจะหยุดการสัมภาษณ์หากผู้สูงอายุแสดงอาการหลงลืมมากขึ้นหรือมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และพฤติกรรม และรายงานอาการให้ญาติและแพทย์ประจำตัวทราบ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ทั้ง 3 แห่ง ผู้วิจัยขอพบหัวหน้าพยาบาลแต่ละแห่งเพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ประสานงานและขอเข้าพบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้นตามที่ได้คัดเลือกไว้พร้อมด้วยญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อแนะนำตัวผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย

3. หากผู้สูงอายุยินดีเข้าร่วมวิจัยและได้รับอนุญาตจากแพทย์ประจำตัวและญาติผู้ใกล้ชิด จึงทำการนัดพบกับผู้สูงอายุโดยขออนุญาตไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์

4. ที่บ้านของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยแนะนำตัวเองอธิบายรายละเอียดงานวิจัย เพื่อสร้างสัมพันธภาพความไว้วางใจและให้ผู้สูงอายุแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยลงนามในใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ขออนุญาตบันทึกเทปใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการสังเกตอย่างมี

ส่วนร่วม ระยะเวลาที่ใช้สัมภาษณ์คนละประมาณ 40-60 นาทีในแต่ละครั้ง เริ่มสัมภาษณ์โดยใช้คำถามแบบปลายเปิด ร่วมกับสังเกตท่าทางของผู้สูงอายุและปิดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการเยี่ยมบ้านคนละประมาณ 3 ครั้ง และไปพบที่โรงพยาบาลคนละประมาณ 2 ครั้ง

5. หลังการสัมภาษณ์แต่ละครั้งผู้วิจัยทำการถอดความเป็นคำต่อคำ (Verbatim) เป็นบทสนทนาแบบตัวอักษร (Transcript) และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยเปรียบเทียบจากการฟังเทปบันทึกเสียงซ้ำและสอบถามผู้สูงอายุเพื่อยืนยันข้อมูลที่ให้ รวมทั้งกลับไปสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนในขณะที่เยี่ยมบ้าน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกมากขึ้น

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูลและใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) ร่วมกับการสรุปวิเคราะห์แบบข้ามกรณี (Cross-case analysis) เพื่อเปรียบเทียบความคล้ายคลึงและความแตกต่างจากข้อมูลที่ได้จากผู้สูงอายุทั้ง 7 ราย เพื่อนำมาเขียนอธิบายเกี่ยวกับประสบการณ์การมีชีวิตร่วมอยู่กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุแต่ละราย และวิเคราะห์ประสบการณ์แต่ละด้านของผู้สูงอายุทุกราย ตามแนวคิดพื้นฐานของภาวะสมองเสื่อม

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุจำนวน 7 ราย มีลักษณะทั่วไปจำแนกตาม อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ การอยู่อาศัย ระยะเวลาที่รับรู้ว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นจนถึงปัจจุบัน ดังแสดงในตาราง



**ตารางแสดง ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น**

ลำดับ	อายุ	เพศ	ระดับการศึกษา	สถานภาพสมรส	อาชีพเดิม	ผู้ร่วมอาศัย	ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการหลงลืม
1	77 ปี	หญิง	ประกาศนียบัตรครู	คู่	ครู	สามีและลูกสาว 1 คน	ประมาณ 1 ปี
2	75 ปี	ชาย	ปริญญาตรี	แยกกันอยู่	วิศวกร	ลูกสาว 2 คน	ประมาณ 1 ปี
3	72 ปี	ชาย	ปริญญาตรี	คู่	ครู	ภรรยา	ประมาณ 1 ปี
4	79 ปี	ชาย	ปริญญาตรี	คู่	พนักงานที่ดิน	ภรรยา ลูกชาย และลูกสาว	ประมาณ 3 ปี
5	72 ปี	หญิง	ปริญญาตรี	หม้าย	ครู	ลูกสาวและลูกชาย	ประมาณ 2 ปี
6	76 ปี	ชาย	นายสิบทหารช่าง	คู่	ทหาร	ภรรยา ลูกชาย ลูกสาว ลูกสะใภ้และหลาน 2 คน	ประมาณ 1 ปี
7	73 ปี	หญิง	ประกาศนียบัตรครู	หม้าย	ครู	ลูกชาย 2 คน และลูกสะใภ้	ประมาณ 8 ปี

**ลักษณะของกรณีศึกษา** พบว่า ผู้สูงอายุทั้งหมด 7 ราย มีอายุอยู่ในช่วง 72-79 ปี มีอายุเฉลี่ย 75 ปี เป็นเพศชาย 4 ราย เพศหญิง 3 ราย ระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี 3 ราย รองลงมา คือ ประกาศนียบัตร 3 ราย ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ 4 ราย หม้าย 2 ราย และมีเพียง 1 รายแยกกันอยู่ อาชีพเดิมเป็นข้าราชการครูมากที่สุด 4 ราย อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร 2 ราย และอาศัยอยู่กับบุตร 2 ราย ผู้สูงอายุ 4 ราย ทราบผลการวินิจฉัยว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อม ประมาณ 1 ปี และมี 1 ราย ป่วยมาแล้ว 8 ปี

**การมีชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นของผู้สูงอายุ** สามารถจัดหมวดหมู่ได้ 5 ประเด็น ดังนี้

1. การรับรู้ความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากอาการที่เปลี่ยนแปลงไป แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

1.1 การรับรู้เกี่ยวกับอาการของภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น โดยผู้สูงอายรรู้ว่าตนเองมีปัญหา ด้านความจำ ความคิด การตัดสินใจช้าลง มีอาการผิดปกติด้านร่างกาย เช่น กล่าวว่

“... คล้ายๆว่าจะไปหยิบของก็นึกไม่ออกแล้ว ก็กลับไปเติมก็นึกได้สมมติว่าเราจะมาเอาผักในตู้เย็น

พอเป็นแทบทุกวัน แปปๆ เนี่ยเป็นทุกวัน วันละหลายเที่ยวด้วยซ้ำไป” (ผู้สูงอายุรายที่ 1)

1.2 การรับรู้ความรู้สึกหลังจากได้รับการวินิจฉัย ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกกลัวว่าอาการจะรุนแรงขึ้นเสียใจที่เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นกับตนเอง สงสัยและไม่แน่ใจว่าตนเองมีภาวะสมองเสื่อม เช่น กล่าวว่

“ก็ทีแรกก็คิดว่า ทำสิ่งต่างๆ ไม่ได้แล้ว ก็ไม่คิดเลย...เราก็อุดแสบเป็นหมื่น หมื่นเป็นล้าน รู้สึกว่าที่หมอบอกว่าเป็นโรคสมองเสื่อมสมองตายอะไรนี้เราก็อไม่เชื่อ” (ผู้สูงอายุรายที่ 3)

2. ผลกระทบที่ได้รับจากการมีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

2.1 ด้านร่างกาย ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เกิดความเชื่องช้าในการทำกิจกรรม และความสามารถในการสื่อสารลดลง เช่น กล่าวว่

“คือแต่ก่อนเรามีฐานะเราก็ไปโน่นนี่ทุกอาทิตย์ ฐานะเรื่องทำผลงานเรื่องอะไร เพื่อนๆ ที่รู้จักกันยังอยู่ ยังไม่ได้ออก ก็ไม่ได้ไป เพราะว่าความเจ็บป่วย การงานที่ทำก็เหลืออยู่สุดท้ายเนี่ยเหลือไม่ถึง 10 อย่าง ก็แต่ก่อนทำได้ เดียวนี้ทำไม่ได้” (ผู้สูงอายุรายที่ 3)



2.2 ด้านจิตใจ ผู้สูงอายุรู้สึกกลัว โกรธตัวเอง เครียด เมื่อมีอาการหลงลืม น้อยใจ หรือผิดหวังที่ต้องประสบเหตุการณ์นี้ น้อยใจ ไม่ต้องการเป็นภาระให้สมาชิกในครอบครัว และรู้สึกเครียด เช่น กล่าวว้า

“ไม่กังวล แต่ก็จะมีคิดว่าเอ๊ะทำไมต้องเกิดกับเราด้วยโรคนี้ ช่วงแรกๆ คือหลังจากที่เรารู้ เราก็น้อยใจเหมือนกัน เอ๊ะทำไมต้องเป็นเรา” (ผู้สูงอายุรายที่ 1)

2.3 ด้านสังคม ผู้สูงอายุบางรายเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลงเนื่องจากความสามารถในการสื่อสาร การคิดตัดสินใจและการเคลื่อนไหวลดลง เช่น กล่าวว้า

“ก็แย่น้อยตอนนี้ ใครจะชวนไปไหนก็ไปไม่ได้ อยากไปอยู่ อย่างประชุมเนี่ยนะต่างจังหวัด นั่นก็ไม่ได้ไปนี่ก็ไม่ได้ไป ไม่ได้ไป เข้าสังคมน้อยลง เป็นนายกสมาคมด้วย ก็ไม่ได้ไป” (ผู้สูงอายุรายที่ 2)

3. การทำใจยอมรับกับเหตุการณ์ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ กล่าวว้า มีการทำใจยอมรับว่าเป็นธรรมชาติของการสูงอายุและยึดหลักศาสนาว่ามนุษย์เรามีเกิด แก่ เจ็บ ตาย เช่น กล่าวว้า

“บางที่เราลืม เราก็มโหตัวเองเหมือนกันว่า เอ๊ะทำไมเราถึงเป็นขนาดนี้ แต่คิดไปคิดมาก็ร่างกายเสื่อม ต้องยอมรับอย่างนั้นนะ ใช้หลักศาสนาเข้ามาช่วย ทุกหลักศาสนาดีหมด เสื่อม เกิดขึ้น ตั้งอยู่ แล้วดับไป ทุกเรื่อง คิดพวกนี้มาปลอบใจ” (ผู้สูงอายุรายที่ 7)

4. การจัดการกับอาการสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ผู้สูงอายุมีวิธีจัดการกับอาการที่แตกต่างกันไปในแต่ละราย เช่น การจดบันทึกลงในปฏิทิน สมุดบันทึก การชะลอความเสื่อมของสมอง เช่น การรับประทานอาหารเสริม วิตามิน การออกกำลังกาย เข้าร่วมกิจกรรมบำบัดและการผ่อนคลายความเครียด เช่น กล่าวว้า

“บำมีปฏิทินและกระดานไว้ที่บอร์ดเขียนบันทึก เพื่อเตือนว่ามีนัดกับลูกค้า เพื่อนหรือหมอ แล้วก็บำชอบฟังเพลงบรรเลงเพราะเคยได้ยินมาว่าเป็นยาสำหรับผู้ป่วยที่เริ่มมีปัญหาของทางจิต เช่น เสียงนก เสียงน้ำ เป็นเสียงที่ดี” (ผู้สูงอายุรายที่ 1)

5. ความคาดหวังการได้รับการดูแล แบ่งเป็น 3 ด้านดังนี้

5.1 การดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุมีทั้งที่วางแผนไว้ว่าแต่ละวันจะทำอะไร และที่ไม่ได้วางแผนไว้ เพราะคิดว่ายังสามารถช่วยเหลือตนเองได้

5.2 ความต้องการได้รับการดูแล ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ความเข้าใจและไม่ซ้ำเติมเกี่ยวกับอาการที่ตนเองแสดงออกมา แต่มีเพียง 1 ราย ที่ไม่คาดหวังให้ครอบครัวดูแลเนื่องจากคิดว่าลูกคงไม่มีเวลา เช่น กล่าวว้า

“ในความรู้สึกของเดี๋ยวนะ เดี๋ยวนาอาจจะจ้างคนดูแล คิดว่าอย่างนั้นนะ เท่าที่สังเกตดู ลูกไม่มีเวลาให้เราเลย...” (ผู้สูงอายุรายที่ 7)

5.3 การจัดการทรัพย์สิน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการวางแผนการจัดการด้านทรัพย์สิน โดยทำการจัดแบ่งมรดกเป็นส่วนเรียบร้อยแล้ว

#### ประเด็นอื่นๆ ที่เป็นข้อสังเกต มีดังนี้

1. สิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมารับการตรวจวินิจฉัย แบ่งเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) การสงสัยในความผิดปกติ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยเริ่มจากมีปัญหาด้านความจำ การคำนวณ บางรายมีอาการซึมเศร้า และบุคคลใกล้ชิดสังเกตเห็นความผิดปกตินี้เช่นกัน จึงพาไปพบแพทย์เพื่อขอคำปรึกษาและรับการตรวจวินิจฉัย 2) มีอาการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เช่น ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง กล้ามเนื้ออ่อนแรง รวมทั้งอาการความจำไม่ดีขึ้นด้วย ส่งผลต่อการปฏิบัติ



กิจวัตรประจำวันและการทำงานเปลี่ยนแปลงไป เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัย

2. ลักษณะการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุกับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ผู้สูงอายุยังคงมีการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตตามแบบที่ตนเองต้องการหลังจากที่ทราบอาการเจ็บป่วย ดังนี้ 1) การทำกิจกรรมที่เป็นบทบาทและหน้าที่ของตนเอง เช่น กิจกรรมสังสรรค์เพื่อความผูกพันในครอบครัว การทำหน้าที่เป็นผู้อบรมสั่งสอนลูกหลานในครอบครัว 2) การทำกิจกรรมด้วยตนเอง ผู้สูงอายุทุกรายยังทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง เริ่มตั้งแต่การทำกิจกรรมที่ตนเองชอบในยามว่าง ที่ทำเป็นงานอดิเรก ได้แก่ การทำสวน เล่นกีฬา อ่านหนังสือ ไปจนถึงเล่นดนตรี เป็นต้น 3) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น ทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน เพื่อนบ้าน ชมรมที่ตนเองเป็นสมาชิก หรือแม้กระทั่งการเล่นไพ่กับกลุ่มเพื่อน

3. การรักษาภาวะสมองเสื่อม การรักษาที่ผู้สูงอายุแต่ละท่านได้รับนั้น มีความแตกต่างกันดังนี้ 1) การรับประทานยาที่ช่วยบำรุงสมองและยาที่เกี่ยวข้องกับการรักษาภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุได้รับประทานยาเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตและยาบำรุงปลายประสาท ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาการของภาวะสมองเสื่อม 2) การเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้มีภาวะสมองเสื่อม เช่น กิจกรรมกลุ่มบำบัดที่ช่วยชะลอความเสื่อมของสมอง และกิจกรรมสำหรับผู้ดูแลเพื่อลดความเครียดและทำให้เข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมดีขึ้น และ 3) การรับประทานยาร่วมกับการเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

4. ความเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินอาการ สิ่งที่ผู้สูงอายุคาดว่ามีส่วนสนับสนุนให้อาการทรุดลงหรือดีขึ้นของผู้สูงอายุแต่ละราย มีดังนี้ 1) ปัจจัยที่ทำให้อาการทรุดลง เช่น การที่สมาชิกในครอบครัว

ต่อว่าเรื่องอาการหลงลืมและทำงานช้า ทำให้ผู้สูงอายุน้อยใจและรู้สึกเป็นภาระของคนในครอบครัว 2) ปัจจัยที่ทำให้อาการดีขึ้น น่าจะเกิดจากการที่ผู้สูงอายุทำกิจกรรมอยู่เสมอไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังกายซึ่งส่งผลต่อการไหลเวียนของโลหิตทั่วร่างกายโดยรวมถึงสมองด้วย การไปพบปะผู้คน การอ่านหนังสือทำให้รู้สึกว่าได้ใช้ความคิด นอกจากนี้ การเข้ารับการรักษาจากแพทย์โดยการได้รับยา ผู้สูงอายุรู้สึกว่ายังมีส่วนช่วยให้ชะลอความก้าวหน้าของอาการด้วย

## การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาเกี่ยวกับการมีชีวิตร่วมอยู่กับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น โดยผ่านกระบวนการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ แบบกรณีศึกษา ทำให้ได้ข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น โดยผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงสิ่งที่ผู้สูงอายุเผชิญในช่วงระยะที่เริ่มรับรู้ว่าตนเองมีอาการผิดปกติ การรับรู้เหตุการณ์ เรื่องราวความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ การปรับตัว การกระทำตามความเข้าใจ การจัดการกับอาการและการวางแผนการดำเนินชีวิต ทั้งที่ผ่านมาและที่กระทำอยู่ โดยการถ่ายทอดออกมาเป็นคำพูดร่วมกับพฤติกรรมการแสดงออกต่างๆ ที่สื่อความหมายให้ผู้วิจัยได้รับรู้ ทั้งนี้ สามารถอภิปรายผลตามประเด็นดังต่อไปนี้

1. การเข้ารับการวินิจฉัยโรค สิ่งที่น่าไปสู่การเข้ารับการวินิจฉัยโรค คือ การสงสัยอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุและมีอาการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Steeman et al. (2006) ที่พบว่า ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้นจะรับรู้เกี่ยวกับอาการของตัวเองว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้น ซึ่งจะมีอาการบางอย่างที่ทำให้เข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาล และได้รับการตรวจจนได้ข้อวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น จากการสัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกตผู้วิจัย พบว่า





ผู้สูงอายุทุกรายมักพูดเรื่องเดิมซ้ำๆ มีการใช้คำถามเดิมซ้ำๆ

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังพบว่า ผู้สูงอายุบางรายมีอาการของภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นไม่สัมพันธ์กับระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Grobe et al. (2008) ที่พบว่า การที่ได้รับการวินิจฉัยและเข้ารับการรักษาแต่เนิ่นๆ อาจมีส่วนทำให้ความก้าวหน้าของอาการช้าลง เช่น ในรายที่เป็นมา 8 ปี อาจเป็นผลมาจากการได้รับและไม่ได้รับยาในการรักษา ซึ่งครอบครัวมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมกระตุ้นความทรงจำ ทั้งนี้ ความหลากหลายด้านฐานะทางเศรษฐกิจและระดับการศึกษาอาจมีส่วนเกี่ยวข้อง เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษา มีฐานะค่อนข้างดีและบางรายมีลูกทำงานในโรงพยาบาล อาจส่งผลให้มีความตระหนักถึงการดูแลสุขภาพและเข้าถึงบริการได้ดี นอกจากนี้ยังแสดงให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ เป็นสิ่งที่ท้าทายและอาจต้องศึกษาต่อในประเด็นผู้สูงอายุอื่นที่มีการศึกษาน้อยหรือมีเศรษฐฐานะทางสังคมต่ำจะมีการดำเนินชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมอย่างไร

## 2. การกลัวความรุนแรงของโรคที่จะเกิดขึ้น

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้สึกคล้ายกันมากที่สุด คือ กลัวความรุนแรงของอาการสมองเสื่อม เนื่องจากมีความรู้เรื่องสมองเสื่อมไม่เพียงพอไม่ทราบว่าการจะเปลี่ยนแปลงและรุนแรงขึ้นเมื่อใด ต้องสูญเสียความสามารถที่ตนเองเคยมี เคยทำได้ นอกจากนี้ยังรู้สึกเสียใจ ท้อแท้ เกิดความสงสัย ไม่คิดว่าเหตุการณ์นี้จะเกิดขึ้นกับตนเอง ต้องการพักผ่อนเนื่องจากความสามารถในการทำงานลดลง อาจทำให้เกิดความผิดพลาดได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Steeman et al. (2006) เกี่ยวกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อมีการสูญเสียด้านเชาวน์ปัญญาจะส่งผลต่อด้านร่างกาย ความสัมพันธ์ทางสังคม

และความรู้สึกกลัวสูญเสียความสามารถ ความทรงจำที่เคยมี ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ มีอาการหวาดระแวง มีนิสัยเปลี่ยนไป หงุดหงิด ลับสน (สมภพ เรื่องตระกูล และคณะ, 2548) แต่ผู้สูงอายุบางรายอาจยังไม่พร้อมหรือไม่ต้องการบอกความรู้สึกทั้งหมดของตนเองให้ผู้อื่นทราบ เนื่องจากกำลังเผชิญกับการรับรู้ว่าการสูญเสียกำลังจะเกิดขึ้น หรือรู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพไม่แข็งแรงพอที่จะปฏิบัติภารกิจต่างๆในชีวิตประจำวันได้ ขาดการติดต่อพบปะกับสังคม ก่อให้เกิดความเครียดทางจิตใจได้

**3. ศาสนากับการเผชิญปัญหา** การเผชิญปัญหาหรือความรู้สึกด้านลบที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยของแต่ละคนมีความแตกต่างกันออกไป ผู้สูงอายุที่ทำใจยอมรับเหตุการณ์ได้ค่อนข้างเร็วจะสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ยอมรับจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ส่วนที่แตกต่างจากงานวิจัยอื่นที่เคยศึกษา คือ การใช้ศาสนาเข้ามามีส่วนร่วมช่วยในการเผชิญปัญหา โดยผู้สูงอายุมีมุมมองเรื่องการเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นสิ่งที่หนีไม่พ้น ทำให้ยอมรับความเจ็บป่วยและพร้อมเผชิญกับความตายด้วยจิตใจที่สงบ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปาริชาติ ญาตินิยม (2547) ที่ศึกษาลักษณะภาวะพุดมพลังในกรณีศึกษาผู้สูงอายุไทยที่มีชื่อเสียง พบว่า ผู้สูงอายุที่สุขภาพใจดีจะมีการปรับใจกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ โดยยึดหลักคำสอนทางพุทธศาสนา คือ หลีกปล่อยวาง ทำใจยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุทุกรายยึดหลักคำสอนนี้ในการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อยอมรับการเปลี่ยนแปลงและดำเนินชีวิตได้ต่อไป

**4. การจัดการกับอาการสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น** จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีวิธีจัดการกับอาการของภาวะสมองเสื่อมเพื่อช่วยให้มีการดำเนินชีวิตต่อไปได้ตามความต้องการของตนเอง โดยการจด



บันทึกช่วยเตือนความจำลงในปฏิทิน สมุดบันทึก หรือกระดาษที่ตนสามารถนำมาอ่านซ้ำได้ หรือ กระดานไวท์บอร์ดที่ง่ายต่อการมองเห็น ซึ่งช่วยลด อาการหลงลืมได้บ้าง สอดคล้องกับการศึกษาของ Clare et al. (2006) ที่ศึกษาวิธีการช่วยในการดูแล ตนเองในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ผู้สูง อายุส่วนใหญ่มีวิธีการจัดการกับอาการหลงลืมมาก กว่าอาการชะลอความเสื่อมของสมอง แต่มีบางราย เห็นความสำคัญของการชะลอความเสื่อมของสมอง โดยการรับประทานอาหารเสริมวิตามินที่มีส่วนช่วย ในการบำรุงสมอง บางรายมีกิจกรรมกระตุ้นความ จำหรือลดความรู้สึกเบื่อหน่าย เช่น การเล่นไฟ การเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด ซึ่งสอดคล้องกับผลการ วิจัยของ Graff et al. (2006) ที่พบว่า การทำ กิจกรรมบำบัดช่วยพัฒนาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วยได้เพราะผู้สูงอายุจะมีกิจกรรมที่กระตุ้น การทำงานของสมองอยู่อย่างต่อเนื่อง

**5. วัฒนธรรม ความเชื่อ ความคาดหวังในการดูแลและการวางแผนการดำเนินชีวิต** จากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ต้องการได้รับการดูแลจาก สมาชิกในครอบครัวและลูกๆ ให้ดูแลเป็นอย่างดี ซึ่ง วัฒนธรรมไทยผู้สูงอายุต้องการความเอาใจใส่จาก สมาชิกในครอบครัวเพื่อความอบอุ่นและเป็นกำลังใจที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sasat (1998) ที่ศึกษาการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในสังคมไทย พบว่า ถึงแม้ผู้ดูแลจะประสบปัญหาการดูแลหลายด้านแต่ เนื่องจากสำนึกในพระคุณที่ผู้สูงอายุเลี้ยงดูมา หรือ สำนึกในหน้าที่การเป็นคู่ชีวิตที่ต้องดูแลกันยามเจ็บป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังมีความต้องการที่จะให้การดูแลต่อไป

นอกจากนั้น ยังพบว่า ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการวางแผนเรื่องการจัดแบ่งทรัพย์สินมรดก โดย ส่วนใหญ่มีการจัดการไว้เรียบร้อยแล้วเพราะคิดว่า จะช่วยให้ไม่เกิดปัญหาตามมา และบางรายยังไม่ได้ วางแผนจัดการเพราะคิดว่ายังสามารถช่วยเหลือตัว

เองได้ แต่หากต่อไปอาการเริ่มมีความรุนแรงมากขึ้น โดยที่บุคคลนั้นก็ไม่สามารถบอกหรือทราบได้ว่าเมื่อไร ที่อาการจะรุนแรงจนกระทั่งทำอะไรไม่ได้ (Alzheimer's Australia, 2005) ก็จะทำให้เกิดปัญหาในการจัดการ ทรัพย์สินได้ ซึ่งสำหรับผู้ที่มิภาวะสมองเสื่อมใน ระยะเริ่มต้น เมื่อได้รับการวินิจฉัยแล้วศาลจะให้ แต่งตั้งผู้อนุบาลเพื่อช่วยดูแลเรื่องผลประโยชน์ของ ผู้ป่วย ทั้งนี้ หากมีการวางแผนการดำเนินชีวิตทั้งใน ระยะสั้น ระยะยาว และไม่ว่าจะเป็นการวางแผนเรื่อง ใดของชีวิตถือเป็นสิ่งที่ดี เนื่องจากผู้ที่มีภาวะสมอง เสื่อมในระยะเริ่มต้นยังสามารถบอกความรู้สึกและ ความต้องการของตนเองได้ การวางแผนการดูแล ระยะยาว การดูแลแบบประคับประคอง จนถึงวาระ สิ้นสุดท้ายของชีวิตเพื่อตอบสนองความต้องการของ ผู้ป่วยได้ตรงตามผู้ป่วยต้องการเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดี

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำข้อมูล ที่ได้มาเป็นแนวทางในการประเมินปัญหาและความ ต้องการ เพื่อวางแผนการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่ มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล รวมทั้งวางแผนการ พยาบาลระยะยาวและการดูแลในระยะสุดท้ายตาม ความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
2. ข้อมูลที่ได้สามารถนำมาเป็นแนวทางในการ แนะนำผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและญาติผู้ดูแลที่นับถือ ศาสนาพุทธ ให้ใช้หลักพระพุทธานุศาสนาน่าเป็นที่พึ่งทาง ใจเพื่อช่วยในการเผชิญกับผลกระทบทางด้านจิตใจ

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ที่ให้ทุนอุดหนุนการวิจัย ประจำปีการศึกษา 2553 ขอขอบคุณกรณีศึกษาที่เห็นความ สำคัญในการวิจัยและให้ความร่วมมือในการวิจัย อย่างดียิ่ง



## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- ชาย โปธิลิตา. (2550). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2548). *คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- เบญจฯ ยอดดำเนิน-แอดดิกซ์ และกาญจนา ตั้งชลทิพย์. (2552). *การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ: การจัดการข้อมูล การตีความ และการทำความเข้าใจ*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปาริชาติ ญาตินิยม. (2547). *ลักษณะภาวะพุดมพลัง: กรณีศึกษาผู้สูงอายุไทยที่มีชื่อเสียง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัชณี นามจันทร์. (2553). *การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม*. วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติวิชาการ, 14(27), 137-150.
- ศิริพันธุ์ สาลัตย์. (2554). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางการดูแล*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภพ เรื่องตระกูล และคณะ. (2548). *สมองเสื่อม (Dementia)*. ใน สถาบันเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ. *คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ*. หน้า 209. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- อรพิชญา ไกรฤทธิ และสิรินทร ฉันทศิริกาญจน. (2550). *ภาวะสมองเสื่อม มหันตภัยใกล้ตัว*. ใน *ขึ้นฤทัย กาญจนจิตรา และคณะ, สุขภาพคนไทย 2550*. นครปฐม: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- อรวรรณ แพนคง และสุนทรีย์ คำเพ็ง. (2551). *ผล*

ของการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพระพุทธรบาท สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.

### ภาษาอังกฤษ

- Alzheimer's Australia. (2005). Early planning about dementia. *Alzheimer's Australia living with dementia sheet*. Retrieved January, 2009 from <http://www.alzheimers.org.au/content.cfm?infoPagelD=198>
- Carey, J. (2006). *Brain facts a primer on the brain and nervous system*, (6<sup>th</sup> ed.). Baltimore: Lydia V. Kibiuk.
- Clare, L., Goater, T., & Wood, B. (2006). Illness representations in early-stage dementia: A preliminary investigation. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 761-767.
- 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.
- Graff, M. J. L. et al. (2006). Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: Randomised controlled trial. *Journal of BMJ*. Retrieved on January, 2009, from: <http://bmj.com/cgi/content/full/bmj.39001.688843.BE/DC1>
- Grober, E., Hall, C., Lipton, R., & Teresi, J. (2008). Primary care screen for early dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(2), 206-213. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01553.x



- Ham, R.J., Sloane, P.D., Warshaw, G.A., Bernard, M.A., & Flaherty, E. (2007). *Primary care geriatrics a case-based approach*, (5<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Mosby.
- Harman, G. & Clare, L. (2006). Illness representations and lived experience in early-stage dementia. *Qualitative Health Research*, 16(4), 484-502.
- Kuzu N., Beşer N., Zencir M. et al. (2005). Effects of a comprehensive educational program on quality of life and emotional issues of dementia patient caregivers. *Geriatric Nursing*, 26, 378-386.
- Mok, E., Lai, C.K.Y., Wong, F.L.F., & Wan, P. (2007). Living with early-stage dementia: The perspective of older Chinese people. *Journal of Advanced Nursing*, 59(6), 591-600.
- Preston, L., Marshall, A., & Bucks, R.S. (2007). Investigating the ways that older people cope with dementia: A qualitative study. *Aging & Mental Health*, 11(2), 131-143.
- Robert, H. (2009). Now that I live with dementia. *Global Perspective*, 19(1), 3.
- Steeman, E. et al. (2006). Living with early-stage dementia: A review of qualitative studies. *Journal of Advanced Nursing*, 54(6), 722-738.