

การรับรู้ของชุมชนเกี่ยวกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

Community's perception of the older persons with dementia

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 41 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) 2561

Volume 41 No.3 (July-September) 2018

สุทธินันท์ สุบินดี พย.ม* ปาณัญจิตร แสงชาติ พย.ด**

Suttinan Subindee, MNS* Bumpenchit Sangchart, DNS**

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของชุมชน เก็บข้อมูลจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน จำนวน 42 คน ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ชุมชนมีการรับรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกันสามารถแบ่งได้เป็น 2 มิติ คือ การรับรู้ตามมิติทางการแพทย์ ได้แก่ 1) โรคพันธุกรรมที่เป็นแล้วไม่หาย 2) ผลจากการดื่มเหล้า 3) คนมีความหลัง และ 4) อัลไซเมอร์หรือสมองเสื่อม และมิติทางสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ 1) โรคคนเฒ่าคนแก่ 2) ผีทำ 3) เป็นบ้า เป็นประสาท 4) วุฒิภาวะเหมือนเด็ก 5) ลืมวิธีกินวิธีอยู่ และ 6) ภาระและทุกข์ของครอบครัว ซึ่งผลการวิจัยทำให้เห็นว่าการรับรู้ที่แตกต่างกัน นำไปสู่การดูแลรักษาที่แตกต่างกัน ดังนั้นการให้ความรู้สร้างความเข้าใจและความตระหนักเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในชุมชนจึงมีความสำคัญในการช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวได้รับการดูแลที่เหมาะสม เข้าถึงการดูแลสุขภาพและสังคม และทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

คำสำคัญ: การรับรู้ ชุมชน ผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม

Abstract

This qualitative research explores the community's perception of older persons with dementia. Data was obtained from who involved for caring the older persons with dementia in the community of 42 people. The qualitative data collection techniques using the in-depth interview, participant observation, field note and analyze data using content analysis. The research found the community's perception of older persons with dementia that can be divided into 2 dimensions, there are medical dimensions include 1) genetic diseases cannot be cured 2) the effect of alcohol drinking 3) people have a bad past and 4) Alzheimer's or dementia. And sociocultural dimensions include 1) diseases is usually found in the elderly 2) ghosts do 3) being nervous 4) as a child 5) forget how to eat how to live and 6) families burden. The findings show community's perceptions are different that lead to difference care and cure. Therefore, educating understanding and awareness about dementia in older persons are importance for community to support them and their families to access health and social care and have quality of life.

keywords: perception, community, older person, dementia

*Doctor of Philosophy (Nursing) Student, Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

**Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding Author.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสมองเสื่อม (dementia) หรือการหลงลืม เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความสามารถของสมองเสื่อมถอยลง ทั้งการทำหน้าที่ด้านการงานหรืออาชีพ และการทำกิจวัตรประจำวัน ความผิดปกติจากภาวะสมองเสื่อมจะเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป ทำให้คนส่วนใหญ่มักเข้าใจว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้เมื่อสูงอายุ¹ การประมาณการความชุกของภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกพบร้อยละ 7.68 ในภูมิภาคเอเชียพบความชุกร้อยละ 3.56 อุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเท่าตัวทุก ๆ 5.9 ปี และอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น² สำหรับประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง³ พบภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยร้อยละ 8.1 โดยมีความชุกมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น⁴ ดังนั้นจึงมีแนวโน้มของการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน ภาวะสมองเสื่อมนอกจากส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสังคมโดยรวม เนื่องจากผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีภาวะพึ่งพา ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น⁵ และผู้ป่วยสมองเสื่อม 1 คนต้องใช้ผู้ดูแลอย่างน้อย 2 คน⁶ นำมาสู่ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยในปริมาณมาก สาเหตุส่วนใหญ่ของภาวะสมองเสื่อมไม่สามารถรักษาได้ ดังนั้นจึงมุ่งเน้นที่การดูแลเป็นหลัก⁷ เพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อมไม่ให้มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ซึ่งการค้นพบผู้สูงอายุสมองเสื่อมตั้งแต่ระยะเริ่มแรกเป็นหนทางหนึ่งที่สามารถช่วยชะลอความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม และสามารถวางแผนการดูแลรักษาที่เหมาะสมได้ แต่พบว่าปัญหาและอุปสรรคสำคัญประการหนึ่งที่ไม่สามารถค้นพบผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรกได้ คือ การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมที่ยังคลาดเคลื่อน การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของคนส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ โดยเข้าใจผิดคิดว่าภาวะสมองเสื่อมเป็น

ความปกติในผู้สูงอายุ ทำให้ละเลย ไม่สนใจนำผู้สูงอายุมารับการตรวจคัดกรอง ยิ่งกว่านั้นพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนไปทำให้คิดว่าเกิดจากผีเข้า หรือเป็นการกระทำของวิญญาณชั่วร้าย นำไปสู่การแสวงหาการรักษาทางไสยศาสตร์ เมื่ออาการไม่ดีขึ้น หลงลืมมากขึ้น หรือมีพฤติกรรมที่รบกวนผู้ดูแล จึงจะนำเข้าสู่ระบบการบริการสุขภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยและการดูแลรักษาภาวะสมองเสื่อมที่ล่าช้า^{8, 9-10}

การรับรู้และการให้ความหมายในเรื่องใด ๆ หรือความหมายของความเจ็บป่วยนั้นเป็นผลมาจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม ความเชื่อ ศาสนา¹¹⁻¹² จากการสำรวจของ WHO พบว่ากลุ่มประเทศที่มีรายได้สูงมีความเข้าใจภาวะสมองเสื่อมว่า “เป็นแล้วไม่หายและเป็นโรคทางสมองที่จะมีอาการมากขึ้นเรื่อย ๆ” สำหรับประเทศที่มีรายได้ต่ำ พบว่า ไม่มีความรู้หรือมีข้อจำกัดของการตระหนักรู้เกี่ยวกับภาวะนี้ และคนในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมที่แตกต่างกัน⁹ นำมาซึ่งการปฏิบัติหรือตอบสนองต่อการรับรู้ เช่นเดียวกันกับการให้ความหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุสมองเสื่อมก็นำไปสู่วิธีการแสวงหาการรักษาและการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้หรือให้ความหมาย ดังนั้นจะเห็นว่าการรับรู้หรือการให้ความหมายผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีความสำคัญที่ส่งผลต่อโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุสมองเสื่อม จึงมีความจำเป็นที่ต้องทำความเข้าใจการให้ความหมายของผู้สูงอายุสมองเสื่อมของชุมชน โดยเป็นการศึกษาจากมุมมองของคนในชุมชนในพื้นที่แห่งหนึ่งของจังหวัดขอนแก่น ซึ่งวิธีการศึกษาที่เหมาะสมคือ การศึกษาเชิงคุณภาพ เป็นการวิจัยที่จะได้มาของข้อมูลทางสังคมและวัฒนธรรม เช่น ความรู้สึกนึกคิดต่าง ๆ ค่านิยม ประเพณี และประวัติชีวิต เป็นต้น เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างความตระหนัก สร้างความรู้ความเข้าใจและลดการตีตราผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

คำถามการวิจัย

การรับรู้ของชุมชนเกี่ยวกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้ของชุมชนเกี่ยวกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวของชุมชน เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ พื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นชุมชนชนบท มีประชากรที่อายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 17.56 พบมีผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 0.9 มีระบบการดูแลระยะยาวมาตั้งแต่ปี 2556 ต่อมาเทศบาลตำบลสมัครเข้าร่วมการพัฒนาการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามนโยบายรัฐบาลโดยรวมถึงการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมด้วยนอกจากนี้ยังเป็นพื้นที่ที่มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมครบวงจรระหว่าง ปี 2557 - 2559 ประชาชนในพื้นที่เป็นคนไทยอีสานจึงมีวัฒนธรรมความเชื่อและบุญประเพณีตามวิถีของอีสาน

ผู้ให้ข้อมูล เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน ผู้วิจัยเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลผ่านผู้ช่วยเหลือและนำที่อยู่ในชุมชน (gatekeeper) ได้แก่ พยาบาล รพ.สต. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (care giver: CG) ผู้ดูแลในครอบครัว เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบล โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ 1) สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ จำนวน 12 คน 2) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านและ CG จำนวน 12 คน 3) ผู้นำชุมชน จำนวน 6 คน 4) เพื่อนบ้าน จำนวน 4 คน

5) เจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 7 คน และ 6) พยาบาลประจำ รพ.สต. จำนวน 1 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคม 2560 - เมษายน 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

นักวิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการวิจัย โดยนักวิจัยมีการเรียนรู้แนวคิด ทฤษฎีและฝึกทักษะการวิจัยเชิงคุณภาพในหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยมีเครื่องมือที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ตัวอย่างแนวคำถาม เช่น ท่านทราบหรือไม่ว่าผู้สูงอายุเจ็บป่วยเป็นอะไร ผู้สูงอายุมีลักษณะอาการอย่างไร จากอาการที่ผู้สูงอายุเป็นท่านคิดว่าผู้สูงอายุเป็นอะไร มีสาเหตุจากอะไร ท่านดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุอย่างไร และ 2) อุปกรณ์ในการบันทึกข้อมูล ได้แก่ สมุดบันทึกภาคสนามและเทปบันทึกเสียง

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 602207 ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการวิจัย คือ 1) ความเคารพในบุคคล โดยผู้วิจัยขอความยินยอมหลังจากให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัย และการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมการวิจัย และให้อาสาสมัครตัดสินใจอย่างอิสระ 2) หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย เช่น ชี้แจงประโยชน์ที่ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับจากการวิจัย ใช้คำถามที่ไม่กระทบต่อจิตใจผู้ดูแล เป็นต้น และ 3) หลักความยุติธรรม ไม่มีอคติในการเลือกผู้ให้ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เพื่อขออนุญาตเข้าทำการวิจัยในพื้นที่ จากนั้นชี้แจงรายละเอียดของการศึกษา วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับจากการวิจัย และขอความยินยอมในการทำการศึกษาค้นคว้าตลอดจนอธิบายถึงสิทธิที่มีความเป็นส่วนตัวในการยินยอมให้ข้อมูล การไม่เปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล และรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยสัมภาษณ์ที่บ้านของผู้ให้ข้อมูล หรือสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวกให้ข้อมูล ใช้เวลาในการสัมภาษณ์เชิงลึกประมาณ 60 นาที การสังเกตแบบมีส่วนร่วม เป็นการสังเกตกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุสมองเสื่อมทั้งกิจกรรมของครอบครัวและของชุมชน ใช้เวลาในการสังเกตแบบมีส่วนร่วมครั้งละประมาณ 60 นาที และศึกษาเอกสารของพื้นที่ เช่น โครงการและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาจัดระเบียบเนื้อหาข้อมูลวิเคราะห์เชิงเนื้อหา¹³⁻¹⁴ เพื่อแยกแยะให้เห็นองค์ประกอบของข้อมูลทั้งหมด วิเคราะห์ความเหมือน ความต่างของข้อมูล จำแนกประเภทของปรากฏการณ์ วิเคราะห์ธีมเพื่อจำแนกประเด็นการรับรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ผลการศึกษา

ชุมชนมีการรับรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกัน ตามลักษณะพฤติกรรม อาการแสดงต่างๆของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับ อารมณ์ ความรู้สึกที่ได้รับผลกระทบ รวมทั้งประสบการณ์เดิมของคนในชุมชน พบว่าชุมชนมีการรับรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมใน 2 มิติ คือการรับรู้มิติทางการแพทย์ และมิติทางสังคมวัฒนธรรม ดังนี้

1. การรับรู้มิติทางการแพทย์ เป็นการรับรู้ที่สอดคล้องกับองค์ความรู้ทางการแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ได้แก่ เป็นโรคพันธุกรรม เกิดจากการดื่มเหล้า เกิดจากอดีตที่เศร้าหรือการสูญเสีย และเป็นอัลไซเมอร์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 โรคพันธุกรรมที่เป็นแล้วไม่หาย ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นโรคทางพันธุกรรมจึงรักษาไม่ได้ อาการจะเสื่อมลงเรื่อยๆจนเสียชีวิตในที่สุดการรับรู้ดังกล่าวทำให้ญาติพี่น้องยอมรับสภาพ ไม่พาไปรับการตรวจรักษา เพราะเชื่อว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ทำให้ละเลยการดูแลรักษาที่เหมาะสม ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

เกิดจากหยิ่งแหละ...ว่าเป็นนำเจ้าแม่...ข้าว่าเป็นนำเจ้าแม่เพิ่นจนว่าตายแล้ว แม่ใหญ่หลินว่าเป็นหยิ่งแท้...เดาตายชื่อ?...คิดว่ารักษาไม่หาย...ก็พ่อแกลบบอกว่ามีใครเป็นก็ไม่หายนะ...ญาติทางยายทวดอะ...แนวเพิ่นมีก็เลยทำใจ...แสดงว่าแม่ต้องเป็นแบบนี้ไปตลอด...(ผู้ดูแลหลัก FB 6)

คุยกับพ่ออยู่ว่าแจะจะมีเชื้อสายพันธุ์กันนั้นแหละ...พ่อบอกว่าญาติพี่น้องแจะตระกูลแกห่างๆไปนั่นแหละ...แจะจะมีเชื้อแบบนี้...เชื่อบ้า...มันจะเป็นลูกพี่ลูกน้องหรืออะไรกันอย่างเงี้ยเป็นพวงเป็นพันธุ์กันมา...มีแต่ว่าเป็นนำหน้าแนวแจะนั้นแล้ว...ก็เลยไม่พาไปหาหมอ ไม่พาไปกินยา (ผู้ดูแลรอง FB 6)

แจะเป็นกรรมพันธุ์...เพิ่นพูดให้ฟังนะ...พ่อก็พูดให้ฟัง...พอแม่เริ่มจะลืม...พ่อก็พูดให้ฟังว่า...เพราะว่าแนวแม่นะ...มันลืมทั้งพ่อทั้งแม่ไป...เพราะว่าญาติทางพ่อไม่ค่อยลืม...ญาติทางแม่เนี่ยจะลืมเกือบหมดเลย...ก็พี่ชายแจะยังลืมเนาะคนนั้น...แก็ลืม...เป็นนำแนว...ผู้เฒ่าเพิ่นบอกเป็นนำแนว (ผู้ดูแลหลัก FT6)

1.2 ผลจากการดื่มเหล้า ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม มีสาเหตุมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ และเป็นระยะเวลานาน เป็นการรับรู้จากประสบการณ์ที่เคยเห็นคนใน

ชุมชนดื่มเหล้าตลอดและต่อมามีอาการหลงลืม ผู้ดูแลจะพาผู้สูงอายุไปรับการตรวจรักษาและให้งดเหล้าหรือหลีกเลี่ยงการดื่มเหล้า ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

เกิดจากเหล้ามากกว่ายายว่ะ... กินเยอะ แกก็กินอยู่คนเดียว...สมัยนั้นมันมีเสี่ยงชุนกับเหล้าขาวใช้ไหม...เสี่ยงชุน มันจะเป็นน้ำเหมือนน้ำชาอะ สิ้นมันจะออกชาๆ กินทุกวัน วันละครึ่งขวด ทุกวันเลย แกเลิกงานแกจะถือมาทุกวัน (ผู้ดูแลหลัก MT 1)

เห็นว่าแม่มนติดเหล้าซื้อดีที่เราก่อน...หมอนะ กินเหล้ามันจะเสียจิ้งจี้หละ ให้เขากินเหล้าก่อน...กินเหล้ากะกินหางๆนั้นหละ...บัดนี้กะเลยว้า เจ้ากเขาให้เขาชะ เพิ่นกะเลยห่างออก ทางเฮากะให้หลบลิ้งงานการอหยังบให้ลาวเห็น หละบให้ลาวฮู้จัก ไปช้อยงาน(งานบุญ)กะบ่เอ็น พ้าวไปช้อยพ้าวมา บให้ลาวไปคลุกคลีในงาน... เทื่อหนึ่งกะลิม หลายมือกะลิม ลิมกินลิมคิด บทันคิดฮอดมัน (ผู้ดูแลหลัก MK 6)

1.3 คนมีความหลัง เป็นการรับรู้ภาวะสมองเสื่อมเกิดจากผู้สูงอายุมีปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจค่อนข้างรุนแรง เช่น สูญเสียคู่สมรส เสรีเสียใจจนทำให้เกิดอาการหลงลืม หรือมีประวัติชีวิตในวัยเด็กที่เลวร้าย เคยถูกทำร้ายด้านร่างกายหรือจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุแยกตัวออกจากสังคม ชอบอยู่ตามลำพัง และมีอาการหลงลืมตามมา ประกอบกับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีบุคลิกพูดน้อย ไม่ค่อยแสดงออกทางอารมณ์ ผู้ดูแลหรือคนใกล้ชิดสังเกตไม่เห็นถึงความผิดปกติ จนกระทั่งผู้สูงอายุมีอาการหลงลืมเด่นชัดขึ้นหรือมีพฤติกรรมที่ผิดปกติชัดเจน จึงพาไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาล เป็นการรับรู้ภายหลังการได้รับข้อมูลจากบุคลากรด้านสุขภาพ ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

แกก็จะเริ่มบ่นเริ่มร้องไห้ที่นี้แกก็มาคลายความหลังให้เรารู้ใจจากที่แกหลงมาก วนั้นบ่น....แกลำบากมาแต่เล็กแกอดอยากใจ แกไม่มีข้าวกิน ตอนนั้นอยู่กับแม่เลี้ยงๆไม่มีข้าวให้กิน พ่อแกตายตั้งแต่เล็กแกร้องไห้คิดถึงพ่อกับแม่เวลาแสบ่น พ่อไปไหน ๆ...มีพูดบ่นคนเดียวเวลาเรามาอย่างงี้ เเสบบ ไม่พูด

ยายพูดกับใคร บอกไม่ได้พูดอะไร ถ้าเราไม่อยู่แกก็ร้องไห้ใจ ที่นี้อาการมันเริ่มเยอะแล้ว... (ผู้ดูแลหลัก FB 8)

แต่ก่อนรู้ไหม ก็รู้แต่ว่าแกไม่ปกติ คล้ายๆเป็นโรคซึมเศร้าเป็นคนไม่ค่อยพูดค่อยจา ไม่เข้าสังคมไปทำงานรับจ้างตัดอ้อยรับจ้างปั้นคันทนาเขาจ้างทุกอย่างทั้งที่ตัวแกสังขารอโรยแล้วละแกก็ไปเขาก็ว่าแกเป็นโรคสมองเสื่อม มารู้อีกก่อนที่แกจะเสียชีวิต (ผู้นำชุมชน M4)

ตา... แกอยู่กับลูก ตอนนั้นเขาก็ทำงานนะ ไปทำงาน ลูกเขยไปทำงาน ลูกสาวไปทำงาน แกจะอยู่คนเดียว ...เริ่มแรกอหิลีคือ คือเมียเพิ่นตายตะก็ลาวกะปกติอยู่ หัวแต่เมียเสียชีวิตมาแล้วหลังจากนั้นมา 2-3 เดือนมาจากทรงเลื่อม ทรงคืดหนัก สมองลาวลิดคืดหนักอยู่...เสียใจแล้วอหยัง เป็นทรงหลงสติมาแต่พุ่นหละ บาดนี้คืดอยาก่าง (เดิน) ลาวกะย่าง ไปอ้อมบ้านอ้อมเมืองไป (ผู้นำชมรมผู้สูงอายุ)

1.4 อัลไซเมอร์หรือภาวะสมองเสื่อม ผู้ให้ข้อมูลบางคนรับรู้ว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมจากแพทย์ที่วินิจฉัยว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม และส่วนใหญ่เป็นสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ หลังจากชุมชนได้รับการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โดยมีการให้ความรู้สร้างความตระหนักเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมทำให้คนในชุมชนส่วนใหญ่มักพูดถึงผู้สูงอายุที่มีอาการหลงลืมว่าเป็นสมองเสื่อมหรืออัลไซเมอร์ กันมากขึ้น บุคลากรด้านสุขภาพจะเรียกว่าเป็นสมองเสื่อม แต่บางคนในชุมชนซึ่งรวมถึงผู้ดูแล เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชนมักเรียกผู้สูงอายุสมองเสื่อมว่าเป็นอัลไซเมอร์ แม้ว่าผู้สูงอายุจะไม่ได้เป็นสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ก็ตาม เป็นการรับรู้ว่าสมองเสื่อมเป็นอันเดียวกันกับอัลไซเมอร์นั่นเอง และผู้ดูแลจะพาไปรับการตรวจคัดกรองและรับการรักษาที่เหมาะสม ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

เป็นโรคอัลไซเมอร์ คือเคยตกเขา เคยคุยเขาก็ไม่ค่อย ที่ผ่านเราทำอะไรกันก็ ตั้งแต่เกิดแต่

เราเลิกจนโตเดี๋ยวนี้ แกจะพูดไปคนเดียวจนเพื่อนเขาว่า... โอ้ยเชื่อแกเถอะสมองแกไม่ตีว้างขึ้นอะ ปล่อยให้แกคุยกับเพื่อน แกพูดไม่รู้เรื่องแกเป็นสมองไม่ดีแล้วอย่าไปถือแกเลย (ผู้ดูแลหลัก MT1)

ภาวะสมองเสื่อมนั้นก็มึนลักษณะเนาะ จะว่าเป็นคนบ้าก็ได้เพราะว่ามันจะต้องได้รับการตรวจ เพราะว่าเซลล์สมองมันเสื่อมลงทุกวัน อย่างผมเดินเข้าไปในบ้าน 2-3 ครั้งไม่รู้ว่าจะเอาอะไรนั่นแหละ ต้องกลับไปตีเตียงก่อนแล้วค่อยคิด จะเกิดจากอายุ เกิดจากหลายหลายอย่างด้วย (ประธานศูนย์ผู้สูงอายุ)

2. มิติทางสังคมวัฒนธรรม เป็นการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความเชื่อ วัฒนธรรมหรือวิถีชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม และผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมต่อครอบครัวและสังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 โรคคนเฒ่าคนแก่ เป็นการรับรู้ตามความเชื่อที่มีมาแต่ดั้งเดิมและของคนโดยทั่วไปที่มีมุมมองว่าเป็นสิ่งปกติของทุกคนที่เมื่อสูงวัยจะมีอาการหลงลืม จำอะไรไม่ได้ อาการเกิดขึ้นอย่างช้าๆ โดยแต่ละคนอาจมีอาการมากน้อยแตกต่างกันไป จึงทำให้ผู้ดูแลไม่พาผู้สูงอายุไปรับการตรวจรักษา เพราะเป็นสิ่งปกติในผู้สูงอายุ ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

พี่ไม่รู้ว้าผิดปกติแบบไหน เราหมายถึงแต่ว่าแม่เราแก่แล้วไง...คิดแต่ว่าแก่แก่แล้วแกจะเริ่มอายุมาก แกเป็นแกหลงๆลืมๆใจ (ผู้ดูแลหลัก FB 8)

กะซิคิดว่ามันเกิดจากลาวเฒ่าเฒ่ามาแล้ว คนเฒ่าคนแก่มาแล้ว พี่น้องปล้องปลายกะเบ็ดอยู่บ้านนิกะตั้งหลายคนแหมะกะซิคิดเป็นคือเพิ่นหนีตัว เฒ่าความจำเสื่อมไป...แก่แล้วเฒ่าแล้ว ความจำเลยเสื่อม (ผู้ดูแลหลัก MK8)

แรกๆ เริ่มมีอาการ จำอะไรไม่ค่อยได้ เช่น แกจะวางของแล้วแกจะลืม แต่ก็ไม่ค่อยบ่อย ตอนเริ่มแรก แกก็อันนั้นอยู่ กลับมาหาแกก็จะเห็นอยู่ แต่แกจะลืม...แกนึกได้แกก็จะกลับมา ตอนนั้นมันเริ่มแรกใช้ไหม แกก็จำได้มั้งไม่ได้มั้ง แต่แกไม่เป็นเร็วไว

แกค่อยๆเป็น ปีนึงแกค่อยๆเป็น ปีนึงค่อยๆเป็นทีละอย่าง กระตืบๆมาไม่เป็นเร็ว...ก็คือแกจะพูดซ้ำคำเดิมถามหลายรอบ มาถามซ้ำมากก็ปี 57 แกจะถามทั้งวัน (ผู้ดูแลหลัก FT6)

ชาวบ้านมองว่าสมองเสื่อมก็เป็นหลงลืม เป็นปกติของคนแก่ (เจ้าหน้าที่ อปท.)

2.2 ผีทำ เป็นความเชื่อที่เกิดจากผีทำให้เกิดอาการที่ผิดปกติจากเดิม โดยจากลักษณะอาการของผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ การเห็นภาพหลอนพูดคนเดียว หรือการพูดกันไม่รู้เรื่อง ไม่ทำตามทีบอกเดินหลงทาง ทำให้เกิดการดูแลที่ไม่เหมาะสม เช่น การผูก หรือล่ามโซ่ และนำไปสู่การแสวงหาการรักษาของครอบครัวตามความเชื่อของวิถีชาวบ้านหรือทางไสยศาสตร์ เช่น ไปหาพระสงฆ์ให้รดน้ำมนต์ หรือไปหาหมอเทพ (หมอตุ) เพื่อดูว่าเกิดจากผีตนไหน เชื่อว่าผู้สูงอายุอาจไปทำในสิ่งที่ผีหรือวิญญาณเกิดความไม่พอใจ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีอาการเหมือนคนเสียสติ และการไปหาหมอเพื่อต้องการทราบถึงวิธีการแก้ไขที่เป็นการขอโทษผีหรือวิญญาณ เพื่อให้หายจากอาการดังกล่าว ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

ตี 1 พี่หลับนะเฮ้าเสียงเหมือนหมาเห่าเหมือนหมา พี่เลยมาดูประตูหน้าต่างบานนี้แหละ มันเปิดพีนึกว่าคนเข้าบ้าน พ่อไม่เห็น แต่เสียงหมามันหอน โผล่อยู่นั้นนะพี่เลยเปิดประตู แกเป๊ยกมาเลยเหมือนคนตกน้ำอะมาใส่ผ้าถุงผ้าใส่ร่งผืนนี้ เสื้อไม่มีรองเท้าไม่มี มาแบบเฮ้าสั้นเลยเต้...แกบอกว่าเค้าจะอันเค้าจะตามมาเอาแกแกบอก เค้าซังพ่อไว้ที่วัดพระนะว...มีเด็กน้อย 2 คนเล่นอยู่ตรงประตูเค้าเลยบอกว่าให้ออกตรงนี้ คนอยู่วัดนะเยอะ แกบอกว่าคนดำๆเสื้อขาดๆเต็มอยู่... เหมือนแกจะเห็นจริงหรือว่าแกจะพูดเองหรือว่าเหมือนเห็นผีเห็นอะไรอย่างนั้น...ตื่นเข้ามาพี่พาไปวัดก่อนเต้วันนั้น ไปวัด ไปวัดกลับมาหลวงปู่ก็อาบน้ำให้อะไรให้ (ผู้ดูแลหลัก MP)

ผีเฮ็ดลาวบู๊ ว่าจั่งชั้นแล้ว เชื่อว่าแม่นผีบ้า...หลังบวชเป็นแวงเลย นั้นละ แม่เลยว้าผีเฮ็ด

เนี่ย ก่อสิเอาไปนั้น...ผียอยู่แถวโคกผีป่าหลอกไปจั้งชั้น
แหลม หวันจูดคน (ที่เผาศพ) นั้นละ คือว่าบรูเรื่อง เป็น
มะโรงมะเส็ง... แม่เลยผูกไว้ ผูกไว้เกิน (ก่อน) นำ ไป
หาปรึกษาหมูลีไปด้อมแม่เทพะชั้นไปดูเบ้งนั้นแหล
ว่าผีโตได้เฮ็ดแห่น ถ้ามีเฮาผิตพลาตอหยังชั้นเพิ่นบ
อกเฮาต้องเวาเพิ่นจั้งเซีย (ผู้ดูแลหลัก MT4)

2.3 เป็นบ้า เป็นประสาท ผู้ให้ข้อมูล
รับรู้ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ คือ อาการของคน
บ้า หรือคนที่ เป็นโรคจิต โรคประสาท เนื่องจากมี
พฤติกรรมและอารมณ์ที่ผิดปกติจากคนทั่วไป เช่น การ
เดินหลงทาง พูดไม่รู้เรื่อง เดินแก้ผ้า เป็นต้น เป็นอาการ
ที่แสดงออกทางพฤติกรรมและอารมณ์ที่ผิดปกติอย่าง
ชัดเจนเหมือนกับผู้ป่วยโรคจิต ผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงพา
ผู้สูงอายุไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช
ทำให้ทราบความจริงแล้วผู้สูงอายุเป็นสมองเสื่อม
ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

แกลจะเดินอ้อมบ้านเลยแหละ...พอ
พ่อเผลอแกลก็ไป ไปแล้วแกลกลับไม่ได้ที่นี้หนะมีคนมา
ส่ง... เผลอไม่ได้หรอก...ก็คิดว่าเหมือนเป็นบ้าอันแหล
ว...ก็ไม่รู้จักไม่รู้เรื่องอะไรก็พวกชาวบ้านก็คิดว่าเป็นบ้า
กันชั้นแหลว คนเขาก็พูดว่าแม่ใหญ่เป็นบ้า...แต่เราก็
ยอมรับนะเพราะเราก็คิดเหมือนกัน (ผู้ดูแลรอง FB 6)
สมัยนั้นคิดว่าเป็นจิตเวชอย่างเช่นเคสแม่นะ ก็จิตเวช
คนไข้ที่เขาบอกต่อกันมาอย่าง อสม.บอก คนไข้ที่
ประสาทไม่ดี แบบเพี้ยน ๆ หลง ๆ ลืม ๆ ก็คือจิตเวช พูด
ไม่เหมือนเดิม (เจ้าหน้าที่ รพ.สต.)

เลอาบน้ำในห้องน้ำนี้ละ ลาวเป็น
คนสมัยเก่าเนาะ ลาวกะเป็นคนถอดเสื้อผ้าอาบน้ำ
แหละ..เพิ่นนุ่งกระโจมอก ผ่าถุง แล้วก็อาบน้ำในห้องน้ำ
บัดนี้ลาวมาแก้ผ้า...ถอดเสื้อผ้าเจ้าของออกเบ็ดแล้วกะ
ลาวชิมอาบน้ำข้างนอก แก้วผ้าอาบน้ำข้างนอกแล้ว
ผู้ใดกะเห็นเบ็ด แล้วกะมีแต่อยากไป อยากไปข้างนอก
จั้งซี่แหละจะ วุ่นวายจั้งซี่...เอือนเพิ่นอยู่ใกล้ ๆ กะมี
เอือนยายสุข...เพิ่นกะพาลาวมานั่งแล้วกะใส่เสื้อผ้าให้
ลาวนั้นแล้ว แก้วผ้าหลายเทื่ออยู่ได้ จังตัดสินใจลาออก

คิดแล้วว่า โอ้ย! ซิพายายไปหาหมอไสทหนอแต่ว่าพี่ไป
เฮ็ดงาน นี้ละมาช่วงหลัง ๆ ลาวเป็นแสงกะเลยตัดสินใจ
ลาออกมาดูแล (ผู้ดูแลหลัก FS 2)

2.4 ภาวะเหมือนเด็ก เป็นการรับรู้
ภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุว่ามีลักษณะเหมือนเด็ก
เช่น การเล่นขยของ การเก็บสะสมของ เป็นต้น เป็น
ลักษณะอาการและพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนไป
จากเดิมอย่างชัดเจน ทำให้ผู้ดูแลพาผู้สูงอายุไปรับการ
ตรวจรักษาและดูแลเหมือนเด็ก ดังตัวอย่างข้อมูลต่อ
ไปนี้

สังเกตดูนะทำไมแกลเริ่มเล่นเหมือน
นเด็ก ๆ หน้อ แกลจะเล่นขยของนะ ขยของคือเด็ก ของ
เด็กเล่นเป็นฝาเบียร์บ้าง อำเป็นฝากระตังแดงบ้าง ขวด
กระตังแดงบ้าง ที่นี้สังเกตดูมันจะไม่มีสีเหลี่ยมเท่านี้
แหละ แกลจะเอาตะปุดอกเป็นแกลอยู่อยู่หน้าบ้านนะ...
มะนาวอยู่ก็กิดกะนี้ แกลไปเก็บมาหมดมาเรียงไว้
ที่นอนเต็มเลย... เวลาเราจะให้อาบน้ำเนี่ย เราต้องเรียก
เหมือนกับเรอบอกลูกเล็กเราเด็กคือจริง ๆ ถ้าเราไปท้วง
นี้จะเถียงเรา....ต้องพูดเพราะ ๆ....ก็บอก ตา ตาจำมา
อาบน้ำเร็ว คือเราต้องพูดอย่างนี้ (ผู้ดูแลหลัก MT)

ยาย...นี้ แกลก็ไปแบบเดียวกัน เป็น
แบบบ่กลับคือกัน ...จำ ๆ บ้อได้ บาดนี้ อันกินคันหัว
เหลี่ยมว่ากินกล้วยดีกะซือกกล้วยไปให้กิน บาดนี้ ปอก
เล่น บ่อรู้โต ถ่มไปคือเด็กน้อยเนี่ย เป็นจั้งชั้น (ผู้นำ
ชมรมผู้สูงอายุ)

2.5 สัมวิธิกันวิธิอยู่เป็นการรับรู้ภาวะ
สมองเสื่อม คือ ผู้ที่มีพฤติกรรมแต่ละวันไม่เหมือนเดิม
หลงลืม จำสิ่งที่เคยทำในชีวิตประจำวันไม่ได้ เช่น รับ
ประทานอาหารเองไม่เป็น อาบน้ำไม่เป็น ทำความ
สะอาดหลังการขับถ่ายไม่สะอาด เป็นต้น โดยเฉพาะ
การงานอาชีพหรือการทำงานที่ซับซ้อน เช่น ทำนา ทำไร่
จักสาน ตักถางยาว เป็นต้น ผู้ดูแลหลักและสมาชิกใน
ครอบครัวจึงต้องช่วยกันดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำ
วันของผู้สูงอายุ เช่น ต้องปั้นข้าวเหนียวใส่มีจิ้งจะกิน
ดูแลรดน้ำหลังการขับถ่าย ไม่ให้ทำงานที่ไม่สามารถ

ทำได้ เป็นต้น ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

เริ่มไอนั้นนะปี 57..58 แกก็ไปก่อไฟ แกก่อไฟแล้วแกก็เสร็จแล้วแกก็ไปตักน้ำไปใส่หม้อหนึ่งอีกรอบอีกชั้นหนึ่ง แล้วแกก็ไปตั้ง แล้วแกก็ไปหาข้าวใส่หวด แล้วแกก็ไปตักน้ำมาใส่หม้อหนึ่งอีก เต็มพอล้อยเลย ที่นี้แกก็เอาสวดไปตั้ง มันก็เปียกหมดเลย (ผู้ดูแลหลัก FT 6)

ปีกลายนี้จักตอกมัดข้าวได้อยู่...แต่ว่าปีนี้จักตอกมัดข้าวแหมะ สานหยังกะขึ้นบ่ได้แล้ว สานกล่องข้าวกะขึ้นบ่ได้ แต่กับทันได้ซื้อจักแวน กล่องข้าวกะบ่ได้ซื้อ ไซกะบ่ได้ซื้อ กล่องหวดมวบได้ซื้อ มีแต่เพิ่นसानเอา บัดนี้เฮ็ดบ่เป็นเลยหนิ บ่เป็นจักแวนเลย... (ผู้ดูแลหลัก MK 6)

บัดซุมือนี้ลาวกะมีโรคหยังแทรกแซงนำ ประกอบกับโรคชรานำแน แมนบ้อละ คนกะเกิดสมองเสื่อมไปเรื่อย กะจำหยังบ่ค่อยได้ แต่ก็ลาวติกลง เฮ็ดเฮียน ลาวกะเฮ็ดได้ ซุมือนี้ลาวเฮ็ดหยังบ่ได้แล้ว (ผู้นำชมรมผู้สูงอายุ)

2.6 ภาระและทุกข์ของครอบครัว
เป็นการรับรู้ของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ทำให้เป็นภาระของครอบครัว ชุมชนรับรู้ว่าการเป็นสมองเสื่อมนั้นเป็นภาระและเป็นความทุกข์โดยเป็นความทุกข์ทั้งทางกาย ทางใจ ทางเศรษฐกิจ และสังคม ทำให้เกิดการเข้ามาช่วยเหลือดูแลจากญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชนองค์กรและหน่วยงานในชุมชน ดังนี้

1) ทุกข์กาย สมาชิกครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมักมีความทุกข์ทางกายจากการที่ต้องดูแลตลอดเวลา มีความเหนื่อยล้า นอนไม่พอ ปวดหลัง จากการยกพยุงผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวหรือติดเตียง ซึ่งนอกจากผู้ดูแลต้องดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมแล้วยังมีบทบาทหน้าที่อื่นในครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบอีกด้วย ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

ปีที่แล้วเนี้ยหนักมากเลยพี่ พี่อยากจะร้องไห้...เดินตามใจกลัวแกได้รับอันตราย พี่จะ

เดินตามตลอดเลยปล่อยไม่ได้เพราะหัวแกเนี้ยจะเริ่มดำเดินชนนั้นชนนี้แต่ไม่ล้มนะ ...เราก็บอกว่ามันมืดแล้วอย่าเดินเนี้ยมันไม่มีทางไป ฟังแล้วเราเหมือนแกไม่เชื่อ แกก็เดินอีกใจ โอ้ยเราก็โมโหพี่ยอมรับเลยพี่โมโห...เราก็ง่วงเอ้ายายอย่าเดินเลยก็บอกไม่ฟัง โอ้ยเดินไปเจอผ้าที่แขวนอยู่ถึงลงมาให้หมด ไปเจออะไรก็ข้างถึงลงมาให้หมดเลย โอ้ยที่นี้ลูกชายบอกว่าแม่เอาผ้ามามัดยายไว้เลย มัดผูกติดกับเสาเดียวแกก็กลับใช้ใหม่...แกก็บอกอย่าทำปล่อยๆ ปล่อยๆ โมโหอยู่ นอนตี 5 เลยเอ้าจนสว่างเลย...ไม่ไหวและเหนื่อยมาก ยอมรับเลยงานบ้านเราก็ต้องทำใช้ใหม่ ซักผ้า ลูกลู แพนไปทำงานเราก็ต้องซักให้เขาทำกับข้าวให้ยายทั้งต้องไปดูแลยายเหนื่อยมากยอมเลย (ผู้ดูแลหลัก FB 8)

น้องบ่นอยู่ บ่นว่า “โอ้ยยายช่วยใจฮ่าย ช่วยใจฮ่าย ช่วยอยากไปผูกคอตายป่านนั้น” เลยว่าตายบ่ได้ เอื้อยกะเลยบอก...แม่กะไปเบ็งยามน้องบ่อยู่กะไปเปลี่ยน ป้อนเข้า เช็ดโต เปลี่ยนแพมเพิสให้ เช็ดตงเช็ดโตตัดเล็บตัดหยังให้ไปจั่งสิ (ผู้ดูแลรอง FB 8)

2) ทุกข์ใจผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อม คือ ความทุกข์ใจหรือปัญหาทางด้านจิตใจของครอบครัว ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวมีความเครียด ความรู้สึกอาย จากพฤติกรรมพูดซ้ำถามซ้ำของผู้สูงอายุ ความรู้สึกหนักใจ จากการพูดไม่ฟัง สื่อสารไม่รู้เรื่อง ในขณะที่เดียวกันยังมีความรู้สึกบาปหรือรู้สึกผิด เวลาใช้อารมณ์หรือคำพูดต่อว่าผู้สูงอายุ ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

ยาย เรานะยาย สองคนเขาก็มาเล่าใช้ใหม่ แม่เจ้านะไปถามเพิ่นจนว่าเพิ่นรำคาญเพิ่นกะด่าแม่เจ้า เรารู้สึกแย เราายด้วย ว่าทำไมแม่ฉันต้องเป็นอะไรแบบนี้ (ผู้ดูแลหลัก FB 6)

คือเราชนะบาป พอเราดูแกเราชนะบาป เรารู้สึกผิด เพราะว่าแกเป็นโรคนี้อยู่ เราต้องควบคุมอารมณ์ให้ได้ นี่ไม่ได้เลยมีอยู่ครั้งหนึ่งดูให้แก...แกต่อต้านอะไรไม่ทราบจำไม่ได้แต่ทำให้เรา

ไม่หมาก เราก็เลยบ่นดัง ๆ บ่นให้พ่อ (ผู้ดูแลหลัก MT 1)

3) ทุกข์ทางเศรษฐกิจ เป็นความทุกข์จากการไม่มีเงิน เนื่องจากการมาเป็นผู้ดูแลหลัก ทำให้ต้องลาออกจากงาน เพื่อมาดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ต้องดูแลตลอดเวลา ทำให้ขาดรายได้ ในขณะที่รายจ่ายเพิ่มขึ้น มีหนี้สินจากการกู้ยืมมาใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

ตอนแรกก็นึกน้อยใจอยู่...น้อยใจว่าทำไมแม่ต้องเป็นแบบนี้...ก็พอคิดว่าแม่แก่ก็เป็นแบบนี้ แล้วพ่อแก่ก็ปวดขา พ่อแก่เมื่ออาการเริ่มปวดขา แต่แจะไม่เป็นประจำ เดียวก็ปวดขาปวดอะไร หลังก็เลยเวลาทำงานเราจะล้ายากถ้าเราไปทำงานใช้ใหม่คะ หมิงเลยคิดว่าลาออกจะดีกว่า... (ผู้ดูแลหลัก FB 6)

บางวันพี่ไม่มีเงินเลยนะ พี่บอกความจริงเลยบางวันพี่ไม่มีเงินสักบาทเดียว มีพี่ทั้งหลายเขาช่วยนะ...บางวันพี่ไม่มีเงินเลยนะ... ของยายมันจะมีค่าใช้จ่ายของยายมันก็จะมีส่วนหนึ่งแต่ไม่ถึงกับมากโขแต่เราไม่ได้ทำงานไง เราไม่มีรายได้ รายจ่ายของยายเพิ่มมาในขณะที่เราหยุดมันก็เลยเป็นหนัก (ผู้ดูแลหลัก FB 8)

4) ทุกข์ทางสังคม เป็นความทุกข์จากการไปไหนมาไหนไม่ได้ เนื่องจากผู้ดูแลต้องดูแลตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลเข้าร่วมงานสังคมหรือกิจกรรมในชุมชนลดลง การอาศัยอยู่ในบ้านที่ทรุดโทรมสิ่งแวดล้อมไม่ปลอดภัย ทำให้เกิดการดูแลช่วยเหลือกันของคนในชุมชน ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

เปลอกก็ได้ มันไม่เหมือนคนใช้ อยู่กับบ้านเต๊ะ คนใช้อยู่กับบ้านดูง่ายเต๊ะแบบคนใช้อย่างเงี้ยไม่รู้ว่าจะหลอยไปตอนไหนแน่บ (ผู้ดูแลหลัก MP 6)

ต้องมีคนดูแล ...ต้องดูแลตลอดเวลาเนะลักษณะโรคสมองเสื่อมคล้ายกับคนบ้าคนเบลอนะโรคสมองเสื่อม...ถ้าอยู่คนเดียวผมว่าไปไม่กลับเลยนะ แก่ออยู่สองตายายในช่วงนั้นต่างคนต่างอาศัยกันไม่

ได้แล้วและพึ่งพึ่งไม่ได้แล้วต่างคนต่างแก้ไขใหม่ละ และพ่อ...ก็เป็นคนหลง ๆ ลืม ๆ ยาย...ก็เป็นอย่างน้อย พุดมากน้อยอย่างนี้เราชาวบ้านก็เห็นก็สงสาร ก็แจ้งไป รพ.สต.ก็มาดูแล ดูแลให้การช่วยเหลือยังงั้น...คือปรับปรุงซ่อมแซมในบางส่วนหมายถึงว่าแก็เดินไปยากลำบากแล้วห้องน้ำมันอยู่ที่สูงและบ้านหลังใหญ่ของลูกเขาเขาไม่ให้อยู่...แก็ไปต่อบ้านกระต๊อบอยู่ห้องน้ำก็เข้ายากไม่สะดวก เราเห็นสภาพแล้วน่าสงสาร...ใครจะมาดูแลแก็เบื้องต้นก็คือตัวผมนี่แหละพาชาวบ้านเข้าไปบริจาค... (ผู้นำชุมชน M 4)

การอภิปรายผล

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชนได้รับรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม ได้แก่ โรคคนเฒ่าคนแก่โรคพันธุกรรมที่เป็นแล้วไม่หาย ฝีมือคนมีความหลัง เป็นบ้า เป็นประสาท ภูมิกว้างเหมือนเด็ก สัมผัสวิถีชีวิตอยู่ ผลจากการดื่มเหล้า อัลไซเมอร์หรือสมองเสื่อม และภาวะและทุกข์ของครอบครัว เป็นการรับรู้ถึงประสบการณ์ของการเป็นผู้ดูแล และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน ซึ่งการรับรู้ว่าเป็นโรคคนเฒ่าคนแก่ นั้นเนื่องจากภาวะสมองเสื่อมระยะแรกนั้นมีลักษณะคล้ายกับการหลงลืมปกติในผู้สูงอายุ และผู้ป่วยจำนวนมากมีความผิดปกติที่เกิดขึ้นอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป ทำให้คนส่วนใหญ่มักเข้าใจว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้เมื่อสูงอายุ¹ และมักพบว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ (Behavioral and Psychological Symptoms: BPSD) เมื่อเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมระยะกลางและระยะท้าย ร่วมกับการมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่อยู่ในระดับต่ำ¹⁵ ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเหมือนเด็ก เมื่อมีอาการรุนแรงขึ้น ลักษณะของ BPSD ที่พบเช่น รุนว้าย วิดกกังวล ซึมเศร้า หลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมการนอนและการกินเปลี่ยนแปลง¹⁶ โดยอาการประสาทหลอนมักพบในภาวะสมองเสื่อม

ระยะกลางมากกว่าระยะแรก¹⁷ ทำให้การรับรู้และการให้ความหมายในระยะนี้คือ เป็นบ้า หรือเป็นโรคประสาทที่เป็นลักษณะโรคทางจิตเวช เป็นการตีตราผู้สูงอายุผู้สูงอายุถูกมองในแง่ลบทำให้ครอบครัวเกิดความอับอาย และจากการเป็นบ้าหรือเป็นประสาทนี้เชื่อว่ามีสาเหตุจากผีทำให้เกิด นำไปสู่การแสวงหาทางศาสนาและไสยศาสตร์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพันธ์สาส์น¹⁸ ที่พบว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมเคยได้รับการรักษาแบบทางเลือก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเข้าทรงและพิธีกรรมทางไสยศาสตร์ เนื่องจากต้องการทราบสาเหตุของอาการป่วยว่ามีสาเหตุมาจากผีทำร้ายหรือไม่ และเมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงพาไปรักษากับแพทย์ทางจิตเวช เมื่อมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร¹⁹ ได้มีการให้ความรู้และสร้างความตระหนักให้กับประชาชนและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและมีทีมสหสาขาวิชาชีพวินิจัยภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นสมองเสื่อม ครอบครัวและคนในชุมชนส่วนใหญ่มักเรียกผู้สูงอายุกลุ่มนี้ว่าเป็นอัลไซเมอร์ แม้ว่าผู้สูงอายุท่านนั้นจะไม่ได้เป็นสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ก็ตาม

การรับรู้หรือการให้ความหมายของผู้สูงอายุสมองเสื่อมนั้นเปลี่ยนแปลงไปตามบริบท และสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และแตกต่างกันตามประสบการณ์ความเชื่อ วัฒนธรรมของชุมชน จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการให้ความหมายที่แตกต่างกันนั้นเกิดจากความรับรู้ความเข้าใจของคนในชุมชนที่แตกต่างกัน นำสู่การแสวงหาการรักษาและดูแลที่แตกต่างกันไปด้วยการขาดความรู้ความเข้าใจในภาวะสมองเสื่อมทำให้เกิดความกลัวและเกิดการตีตราทั้งผู้สูงอายุสมองเสื่อมและครอบครัว²⁰ เช่น ผู้สูงอายุสมองเสื่อมเดินหลง แก้วผ้าเดิน แล้วบางคนในชุมชนมองว่าเป็นคนบ้าหรือผู้ป่วยโรคจิตเป็นการลดคุณค่าในตัวผู้สูงอายุ ครอบครัวรู้สึกอับอาย และความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องอาจนำไปสู่การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ไม่เหมาะสมทำให้ครอบครัวสูญเสียความรู้สึกดี ๆ ที่เคยมีให้กับผู้สูง

อายุ และนำมาสู่ระบบบริการได้ล่าช้า ดังนั้นการให้ความรู้ สร้างความเข้าใจและความตระหนักเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในชุมชนจึงมีความสำคัญในการช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมและครอบครัวได้รับการดูแลที่เหมาะสม เข้าถึงการดูแลทางสุขภาพและสังคม และทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

References

1. Chansirikanjan S. The dementia situation: The brainstorming conference to develop a policy on the prevention and treatment of Alzheimer's disease in Thailand. Bangkok: The Graphic System; 2012. (in Thai)
2. World Health Organization. The epidemiology and impact of dementia: Current state and future trends; 2015. Available from: http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/en/
3. National Statistical Office Thailand. The elderly population survey in Thailand. Bangkok: Text and Journal Publication; 2000. (in Thai)
4. Aekplakorn W. Thai health survey by physical examination, No. 5, 2014. Nonthaburi: Institute of Public Health Systems; 2014. (in Thai)
5. Siritipakorn P, Muangpaisan W. Associated factors of caregiver burden among family caregivers of dementia patients in a geriatric clinic, Siriraj hospital. Journal of Nursing Science & Health 2015; 38 (2): 54-64. (in Thai)
6. Kririt O, Chansirikan S. Dementia: The close danger. In Kanchanachitra C, editor. Bangkok: Amarin Printing and Publishing; 2007. (in Thai)
7. Alzheimer's society. What is dementia? Factsheet 2017; January. Available from: https://www.alzheimers.org.uk/sites/default/files/pdf/what_is_dementia.

8. Tan WJ, Hong S, Luo N, Lo TJ, Yap P. The lay public's understanding and perception of dementia in a developed Asian nation. *Dement Geriatr Cogn Disord Extra* 2012; 2: 433-44.
9. World Health Organization. Dementia a public health priority. Geneva; 2012.
10. Cahill S, Pierce M, Werner P, Darley A, Bobersky A. A systematic review of public's knowledge and understanding of Alzheimer's disease and dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2015; 29(3): 255-75.
11. Chan SW. Family caregiving in dementia: The Asian perspective of a global problem. *Dement Geriatr Cogn disord* 2010; 30: 469-78.
12. Cipriani G, Borin G. Understanding dementia in the sociocultural context: A review. *Int J Soc Psychiatry* 2015, 61(2): 198-204.
13. Podhisita C. The art and science of qualitative research. 6th edition. Bangkok: Amarin Printing and Publishing; 2013. (in Thai)
14. Chantawanich S. Qualitative research methodology. 23rd edition. Bangkok: Chulalongkorn University; 2016. (in Thai)
15. Miyamoto Y, Tachimori H, Ito H. Formal caregiver burden in dementia: impact of behavioral and psychological symptoms of dementia and activities of daily living. *Geriatr Nurs* 2010; 31: 246-53.
16. Mukaetova-Ladinska EB, Lagarto L, Cerejeira, J. Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Front Neurol* 2012; 3(73): 1-21.
17. Tanaka H, Hashimoto M, Fukuhara R, Ishikawa T, Yatabe Y, Kaneda K, et al. Relationship between dementia severity and behavioural and psychological symptoms in early-onset Alzheimer's disease. *Psychogeriatrics* 2015; 15: 242-7.
18. Sasat S. Care for Alzheimer's disease in Thailand: A study of elderly care for Alzheimer's disease by families in Buddhist society in Thailand; 2000. (in Thai)
19. Sritanyarat W, Aroonsang P, Leethong-in M, Piyawattanapong S, Subindee S, Kumniyom N, et al. Development of comprehensive care system for older persons with dementia a case study of Ban Fang district, Khon Kaen province . Khon Kean: Klungnana; 2017. (in Thai)
20. Batsch NL, Mittelman MS. World Alzheimer report 2012: Overcoming the stigma of dementia. *Alzheimer's Disease International*; 2012.