

ประสบการณ์ความจำบกพร่องในผู้สูงอายุ

วิวินทร์ ปรณะ ปร.ด.(พยาบาลศาสตร์)¹

บทคัดย่อขยาย

บทนำ ปัญหาความจำบกพร่องเป็นหนึ่งในปัญหาของผู้สูงอายุที่อาจเป็นได้ทั้งความเสื่อมตามวัยปกติและจากการมีภาวะสมองเสื่อมก่อนเวลาเนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้นร่างกายจะมีความเสื่อมถอยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงจากพยาธิสภาพที่มีการตายของเซลล์ประสาทในสมองหลายบริเวณส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการถดถอยของความจำ ขาดความมั่นใจในตนเองเกิดความเครียด ความกลัว ต้องพึ่งพาผู้อื่นและนำไปสู่การขาดแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตประจำวันและขาดสังคมของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาประสบการณ์ความจำบกพร่องในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

การออกแบบการวิจัย การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา

วิธีดำเนินการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่แห่งหนึ่งของจังหวัดทางภาคกลาง เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 15 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกตามเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวกเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน พฤษภาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาตามแนวคิดของ Sandelowski มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล การยืนยันความถูกต้องของข้อมูลและการนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิง

ผลการวิจัย ประสบการณ์ความจำบกพร่องในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุสรุปได้เป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) อาการหลงลืม ประกอบด้วย การรับรู้ว่ามีอาการหลงลืม กิจกรรมประจำวันที่หลงลืม อาการหลงลืมที่เกิดภายนอกบ้าน 2) อารมณ์เปลี่ยนแปลง ได้แก่ ผลของการหลงลืม ประกอบด้วย อารมณ์หงุดหงิด ความกังวลและกลัว และ 3) การจัดการเมื่อหลงลืม ประกอบด้วย การเริ่มต้นใหม่ การช่วยเหลือโดยญาติ การกำหนดจุดวางของให้ชัดเจน การทำกิจกรรม

ข้อเสนอแนะ ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า อาการหลงลืม อารมณ์เปลี่ยนแปลง และการจัดการเมื่อหลงลืมเป็นประสบการณ์สำคัญของผู้สูงอายุ ที่สุขภาพสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนร่วมกับครอบครัวของผู้สูงอายุเพื่อการคัดกรอง ติดตามและจัดกิจกรรมกระตุ้นความจำเพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ ประสบการณ์ ความจำบกพร่อง ผู้สูงอายุ การวิจัยเชิงคุณภาพ

วันที่ได้รับ 12 ต.ค. 66 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 5 ม.ค. 67 วันที่รับตีพิมพ์ 8 มี.ค. 67

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต E-mail: wiwin_pur@dusit.ac.th

The Lived Experiences of Cognitive Impairment in Older Adults

Wiwin Purana Ph.D. (Nursing)¹

Extended Abstract

Introduction Cognitive impairment is a common problem for older adults, arising from both common aging and premature dementia. The aging process often involves pathological changes, such as the death of nerve cells in various brain areas, leading to memory decline, reduced self-confidence, stress, fear of dependency, diminished motivation in daily life, and a decline in social interactions among older individuals.

Objective To explore the experiences of cognitive impairment in the daily lives of older adults

Design A descriptive qualitative design

Methods The informants comprised individuals aged 60 years and above, residing in a sub-district within a central province in Thailand. A purposive sampling was employed to select 15 individuals who met the inclusion criteria. In-depth interviews were conducted at a mutually convenient time for each participant between May and October 2023. Data were analyzed using content analysis based on Sandelowski's concept. The research's trustworthiness was assessed through credibility, confirmability, and transferability.

Findings The experience of cognitive impairment in the daily life of the older adults can be summarized into three main themes: 1) forgetfulness, consisting of the recognition of forgetfulness, forgotten daily routine, and forgetfulness occurring outside the home, 2) emotional changes as a results of forgetfulness including irritability, anxiety and fear, and 3) management of forgetfulness, consisting of starting over, help from relatives, specifying the placement point, and doing activities.

Recommendations This study reveals that forgetfulness, emotional changes, and management of forgetfulness are significant experiences among the older adults. The healthcare team can use this information for collaborative planning with the families of older adults to screen, monitor, and provide cognitive-stimulating activities to delay dementia in the older adults.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2024; 39(1) 95-104

Keywords experiences / cognitive impairment/ older adults/ qualitative research

Received 12 October 2023, Revised 5 January 2024, Accepted 8 March 2024

¹Corresponding Author, Lecturer, Faculty of Nursing, Suan Dusit University, Thailand E-mail: wiwin_pur@dusit.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมากกว่า 12 ล้านคน คิดเป็น 1 ใน 6 ของประชากรไทย ซึ่งกำลังเข้าสู่สังคมสูงอายุแบบสมบูรณ์ (aged society) และสังคมสูงอายุแบบสุดยอด (super aged society) โดยมีสัดส่วนประชากรที่อายุมากกว่า 65 ปีร้อยละ 20 หรือมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปีร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2584¹ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตตามอายุที่มากขึ้น²

ความจำบกพร่อง (cognitive impairment) เป็นหนึ่งในปัญหาของผู้สูงอายุที่อาจเป็นได้ทั้งความเสื่อมตามวัยปกติและจากการมีภาวะสมองเสื่อมก่อนเวลาเนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้นร่างกายมีความเสื่อมถอยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงจากพยาธิสภาพที่มีการตายของเซลล์ประสาทในสมองหลายบริเวณ เช่น กลีบสมองส่วนที่อยู่ด้านข้าง (temporal lobe) และกลีบสมองส่วนกลาง (parietal lobe) โดยเฉพาะบริเวณที่เกี่ยวข้องกับความจำ โดยพบว่าเมื่ออายุมากขึ้นสมองจะเหี่ยวลง น้ำหนักสมองจะลดลงถึง 1 ใน 3 ของน้ำหนักสมองปกติ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าวส่งผลโดยตรงต่อการรู้คิด (cognition) ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีการรับข้อมูลจากภายนอกผ่านการรับรู้การประเมินส่งต่อไปยังผิวสมองส่วนต่าง ๆ จัดเก็บอย่างเป็นระบบไว้ในความจำเพื่อรอการนำออกมาใช้ ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาจมีการสูญเสียความจำระยะสั้น ความสามารถในการแก้ปัญหา ความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่และปฏิกิริยาการตอบสนองต่อสิ่งเร้าลดลง³

การหลงลืม (memory loss, forgetfulness) ถูกมองว่าเป็นความจำเสื่อมและเป็นเงื่อนไขในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม^{4,5} การหลงลืมเป็นอาการที่สังเกตได้ง่ายถึงความผิดปกติของความจำในชีวิตประจำวันซึ่งอาจจะ

เป็นสิ่งที่ปรากฏให้เห็นโดยทั่วไป หรือกำลังเป็นโรคทางสมองชนิดที่มีผลกระทบต่อสมองในส่วนที่ควบคุมความจำเป็นอาการที่พบได้ทั่วไปในชีวิตประจำวันและพบถึงร้อยละ 55 ในผู้สูงอายุ (65 ปีขึ้นไป) โดยผู้สูงอายุจะบอกว่ามีอาการลืมง่ายหรือ “ขี้ลืม” การบอกลำเอียงอาการขี้ลืม หลงลืมแก่ผู้อื่น เรียกว่า memory complaint⁶

การหลงลืมในผู้สูงอายุเกิดขึ้นได้จากหลากหลายสาเหตุโดยสาเหตุหลักของอาการหลงลืมคือ เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นและเข้าสู่ช่วงวัยผู้สูงอายุ เซลล์สมองจะเริ่มตายทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพดังเดิมได้ จึงทำให้ผู้สูงอายุเริ่มมีความจำที่ถดถอยและมีอาการหลงลืมเกิดขึ้น หรือการที่เซลล์สมองเสื่อมหรือตายเป็นจำนวนมากทำให้ผู้สูงอายุมีอาการทางด้านความจำต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียความทรงจำ หลงลืม ถ้ามั่ว ๆ จำเหตุการณ์ไม่ได้ การสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรม ไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้ การสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีอารมณ์หรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป การมีปัญหาในการเข้าถึงและอาจรุนแรงถึงระดับที่ผู้สูงอายุจะเริ่มสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในที่สุด

ความแตกต่างระหว่างการหลงลืมในผู้สูงอายุในภาวะปกติและในภาวะที่มีผลกระทบต่อสุขภาพพบว่าการหลงลืมของผู้สูงอายุในภาวะปกติ การหลงลืมมีลักษณะการทำงานของสมองในเรื่องของการจดจำก่อน โดยทั่วไปในการจำสมองจะมีการบันทึกความจำจากนั้นข้อมูลที่ต้องการจำจะถูกจัดเก็บตามระบบ เมื่อถึงเวลาที่ต้องการใช้งานข้อมูลจะมีการเรียกออกมาใช้เป็นลำดับที่พบบ่อยในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับอาการหลงลืมได้แก่ การเดินไปหยิบสิ่งของ แต่เมื่อถึงที่แล้วก็กลับนึกไม่ออกว่าจะหยิบอะไร ซึ่งเรียกว่า อาการหลงลืม

ทั่ว ๆ ไปซึ่งเกิดจากไม่ได้มีการบันทึกความจำตั้งแต่แรก เมื่อถึงเวลาที่ต้องการเรียกข้อมูลออกมาใช้จึงทำไม่สำเร็จ เพราะจิตใจไม่ได้จดจ่ออยู่ตรงนั้น อาจเป็นเพราะทำหลายอย่างในเวลาเดียวกัน หรือสาเหตุอื่น ๆ มักเป็นช่วงเวลาสั้น ๆ เป็นการลืมที่เกิดจากการไม่มีสมาธิต่อสิ่งที่ทำอยู่ ซึ่งก็เป็นอาการหลงลืมทั่วไปของผู้สูงอายุที่พบได้ทั่วไปโดยสามารถดำเนินชีวิตและทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ส่วนการหลงลืมในภาวะที่มีผลกระทบต่อสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นที่ไม่เคยทำมาก่อน ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือ เมื่อลืมแล้วไม่สามารถนึกออก และไม่สามารถบอกสิ่งที่ลืมได้ครอบข้างจึงมีความกังวลเกี่ยวกับความจำทั้งในระยะสั้นและระยะยาวของผู้สูงอายุมากกว่าตัวผู้สูงอายุเองซึ่งปัญหาความจำดังกล่าวอาจเป็นสัญญาณเริ่มต้นของภาวะสมองเสื่อม⁷

ภาวะหลงลืมจึงเป็นความบกพร่องทางด้านความสามารถในการรู้คิด (cognitive capacity) ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านร่างกาย (physical functioning)⁸ ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการทางด้านความจำต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียความทรงจำ หงส ่ ลืม ่ ได้แก ่ ลืมในสิ่งที่เคยถาม ลืมของที่เคยวาง ไม่สามารถนึกย้อนกลับไปได้ว่าวางไว้ที่ไหน ไม่สามารถใช้เครื่องมือต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ เป็นต้น นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้า (depression) มักมีความสับสน ลืมเหตุการณ์สำคัญ ลืมวันสำคัญ ลืมแม่เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เพิ่งผ่านไปไม่นาน สูญเสียความสามารถในการตัดสินใจ ลืมชื่อคนใกล้ชิด ครอบครัว ครอบครัว ่ คนรักเพื่อน และคนสนิท ออกจากกิจกรรมที่เคยชอบ หรือแยกตัวออกจากสังคมเดิม ๆ ที่เคยอยู่ บุคลิกภาพและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป อารมณ์ไม่คงที่และมักจะสับสนและวิตกกังวลอยู่เสมอ ส่งผลให้เกิดความคิดว่าตนเอง

ไม่มีคุณค่า เนื่องจากคิดว่าตนเองไม่มีความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาด่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับ (sleep quality) และชีวิตมิติองค์รวม (lives holistic) ในผู้สูงอายุ⁹ ได้แก ่ การดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนไป ไม่สามารถวางแผนและแก้ไขปัญหาคที่พบเจอในชีวิตประจำวันได้ รวมทั้งการสูญเสียความสามารถในการตัดสินใจแยกตัวมีบุคลิกภาพและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้มีภาวะความจำบกพร่อง หากได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมรวมทั้งการปรับวิถีชีวิต จะสามารถชะลอการเกิดสมองเสื่อมได้¹⁰ การศึกษาครั้งนี้จะช่วยให้ทราบประสบการณ์เกี่ยวกับความจำบกพร่องของผู้สูงอายุเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผน การคัดกรอง และให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ความจำบกพร่องในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (descriptive qualitative research) เป็นการศึกษาข้อเท็จจริง เพื่อสร้างความเข้าใจในปรากฏการณ์หนึ่งผ่านการให้ข้อมูลจากผู้มีประสบการณ์นั้นโดยตรง หลีกเลี่ยงการสรุปความตามความรู้และประสบการณ์ของผู้วิจัย (bracketing) และค้นหาคำตอบโดยปราศจากกรอบแนวคิดทฤษฎีชี้นำ เป็นวิธีดำเนินการวิจัยที่ช่วยสนับสนุนแนวคิดของผู้วิจัยที่ต้องการค้นหาและเข้าใจปรากฏการณ์ กระบวนการ ประสบการณ์ หรือมุมมอง และโลกทัศน์ของผู้คนที่เกี่ยวข้อง¹¹ ในสภาพที่เป็น

จริงตามธรรมชาติ (naturalistic inquiry) เท่าที่จะเป็นไปได้ภายใต้บริบทและขอบเขตของการวิจัยไม่มีการคัดเลือกตัวแปรของการศึกษาไว้ล่วงหน้า ไม่มีการกระทำหรือบิดเบือนข้อมูลที่สนใจ และไม่มีการตั้งเป้าหมายในมุมมองทางทฤษฎีของปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาไว้ล่วงหน้า¹² ผู้วิจัยจึงนำกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนามาใช้ในการค้นหาประสบการณ์ ความจำบกร่องในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าสนใจสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และได้ข้อมูลที่สมบูรณ์

ผู้ให้ข้อมูลและสถานที่วิจัย การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในพื้นที่ตำบลบางเลน อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรีซึ่งเป็นพื้นที่ในเขตบริการของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง คัดเลือกแบบเจาะจงโดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) มีประสบการณ์อาการหลงลืม ความจำเปลี่ยนแปลง ปัญหาความจำในชีวิตประจำวัน 2) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย 3) มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ที่ศึกษา และ 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ การเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยมีผู้นำทางโดยการประสานองค์การบริหารส่วนตำบลบางเลนเป็นผู้ดำเนินการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูลตามต้องการและสร้างความคุ้นเคยจากคนในที่คุ้นเคยและสมัครใจเข้าร่วมเพื่อสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่สำคัญ ๆ ของชุมชนเพื่อทำความเข้าใจพื้นที่แหล่งทำกิจกรรม แหล่งเรียนรู้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าสนใจสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

เครื่องมือวิจัย การศึกษาครั้งนี้ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย ข้อคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้างเพื่อถามเกี่ยวกับประสบการณ์ อาการหลงลืม ความจำเปลี่ยนแปลง ปัญหาความจำ

ในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ และแสดงความคิดเห็นและเล่าประสบการณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง เป็นคำถามกว้าง ๆ ตัวอย่างคำถาม เช่น อยากให้ท่านเล่าให้ฟังว่าอาการหลงลืมที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นอย่างไร ในส่วนคำถามกระตุ้นเชิงลึก เช่น อาการความจำเปลี่ยนแปลงเริ่มมีอาการอย่างไรและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตท่านอย่างไร แบบบันทึกข้อมูลขณะสัมภาษณ์เชิงลึก (field note) ประกอบด้วย วันที่เวลาที่ให้ข้อมูล ช่องทางการสนทนาหรือให้ข้อมูล ความคิด ความรู้สึก เหตุการณ์บรรยากาศระหว่างสัมภาษณ์และสาระสำคัญการสัมภาษณ์ มีการบันทึกเสียงด้วยเครื่องบันทึกเสียงดิจิทัล MP3 โดยขอคำยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ สถาบันวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยสวนดุสิต เลขที่ SDU-RDI-HS 2023-013 ลงวันที่ 18 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง นวัตกรรม การดูแลและพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยยึดหลักความเคารพในสิทธิและเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นคน (respect for person) มีการเลือกผู้ที่ยินยอมเป็นอาสาสมัคร ก่อนที่จะเริ่มเก็บข้อมูล ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ขั้นตอนต่าง ๆ และขอคำยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร มีการให้อิสระสำหรับการตัดสินใจ จะเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากการศึกษาเป็นไปตามความสมัครใจตลอดระยะเวลาของการทำการศึกษา ผู้วิจัยดำเนินการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล และการเผยแพร่ข้อมูลนำเสนอในภาพรวม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย การสัมภาษณ์

เชิงลึก (in-depth interview) ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัย 1) ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลบางเลนเพื่อขออนุญาตทำการศึกษาวิจัย 2) เข้าพื้นที่เปิดสถานการณ์แนะนำตัวกับตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบลบางเลน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และผู้สูงอายุแจ้งวัตถุประสงค์วิธีการดำเนินการวิจัยและประโยชน์ของการวิจัยแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่และค้นหาผู้แนะนำ (gate keeper) ได้แก่ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเข้าถึงข้อมูลของชุมชนในระยะแรก 3) เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การให้ข้อมูลเชิงลึกโดยใช้สถานที่ ได้แก่ ห้องประชุมขององค์การบริหารส่วนตำบล ศาลากลางบ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือตามที่คุณให้ข้อมูลสะดวกใช้เวลาประมาณ 45-60 นาทีต่อครั้ง จนกว่าจะมีความอิ่มตัวของข้อมูล ระหว่างการสัมภาษณ์ให้คุณทุกครั้งผู้วิจัยได้จดบันทึกสิ่งที่สังเกตได้ เช่น ปฏิกริยาสีหน้าท่าทาง น้ำเสียง พฤติกรรมและปฏิสัมพันธ์ของคุณให้ข้อมูลกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในขณะลงพื้นที่เก็บข้อมูลตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นของผู้วิจัยขณะเก็บข้อมูลเพื่อนำข้อมูลมาสะท้อนคิดทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างละเอียด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กับการวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการตามกระบวนการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาของ Sandelowski¹³ ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ 1) ผู้วิจัยฟังเสียงสัมภาษณ์ของคุณให้ข้อมูลซ้ำหลายครั้ง 2) ถอดบทสัมภาษณ์เป็นแบบคำต่อคำ 3) อ่านและอ่านซ้ำบทสัมภาษณ์หลายครั้งเพื่อให้เข้าใจเนื้อหาในภาพทั้งหมด 4) จัดข้อมูลเป็นรหัส (coding) 5) จัดกลุ่มรหัสข้อมูล

เป็นหมวดหมู่ย่อย (sub-categories) 6) นำหมวดหมู่ย่อยที่คล้ายกันรวมเป็นหมวดหมู่ข้อมูล (categories) เดียวกัน และ 7) ตรวจสอบและปรับปรุงหมวดหมู่ย่อยและหมวดหมู่ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบข้อมูลทุกประเภทเพื่อให้สามารถบรรยายประสบการณ์ตามวัตถุประสงค์การวิจัยที่ต้องการศึกษา

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล

ความน่าเชื่อถือของกระบวนการและข้อมูลที่คุณพบซึ่งต้องแสดงให้เห็นตลอดกระบวนการดำเนินการครอบคลุมใน 4 หลักการดังนี้¹⁴ 1) การตรวจสอบคุณภาพและความน่าเชื่อถือ (credibility) เพื่อสร้างความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้ไม่ได้เกิดจากการแปลความของผู้วิจัย และเป็นไปตามสาระที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยมีการเลือกคุณให้ข้อมูลที่สอดคล้องกับที่กำหนดสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ มีการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูลโดยการนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกที่สรุปได้ภายหลังการถอดเทปไปให้คุณให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้องทุกราย (member checking) ว่าผลการวิจัยที่สรุปได้เป็นไปตามประสบการณ์ของคุณให้ข้อมูลจริง ผู้วิจัยหลีกเลี่ยงการสรุปความตามความรู้และประสบการณ์ของคุณให้วิจัย (bracketing) มีการวิเคราะห์เนื้อหาและนำผลการวิเคราะห์ให้คุณให้ช่วยทางด้านการศึกษาเชิงคุณภาพ จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงของข้อมูล (peer debriefing) ว่าผลการวิจัยที่วิเคราะห์ได้เป็นไปตามประสบการณ์ของคุณให้ข้อมูลจริงเพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น 2) ความสามารถในการพึ่งพา (dependability) เป็นการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการปฏิบัติตามแผนการวิจัย เช่น การออกแบบการวิจัย วิธีการเข้าถึงคุณให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หลากหลายวิธีในการเก็บเป็นการยืนยันให้เห็นว่าข้อมูลหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยสามารถให้ข้อมูล

หรือผลลัพธ์ที่เหมือนเดิม หากมีการเก็บข้อมูลใหม่ในกลุ่มเดิมหรือกลุ่มคนที่มีลักษณะเหมือนกัน ภายใต้บริบทเดียวกัน การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดคำถามการวิจัย กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้ให้ข้อมูลทั่วไปไว้ชัดเจน เพื่อแสดงให้เห็นถึงกระบวนการของการทำวิจัย (audit trail) ในครั้งนี้ 3) การนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิง (transferability) เป็นการนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงในบริบทหรือกลุ่มผู้ให้ข้อมูลอื่น ผู้วิจัยมีการแสดงข้อมูลที่มีความชัดเจนด้านบริบทผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้อธิบายถึงลักษณะทางประชากรและวิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลไว้อย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้สนใจสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่มีความคล้ายคลึงกันได้ 4) การยืนยันความถูกต้องของข้อมูล (confirmability) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยสามารถตรวจสอบและยืนยันความถูกต้องได้ ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกในลักษณะของการแลกเปลี่ยนที่เป็นธรรมชาติและประสบการณ์ที่เป็นอัตวิสัย (subjectivity) หรือมุมมองตามประสบการณ์และความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยหลีกเลี่ยงการแปลความเกี่ยวกับประสบการณ์ ความจำบกพร่องในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุของตนเอง เพื่อตรวจสอบผลกระทบจากความคิด ความรู้สึกของตัวผู้วิจัยต่อกระบวนการรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล โดยตระหนักและแยกการสะท้อนคิดและพิจารณาตน (reflexivity) และให้ข้อมูลที่ได้เป็นไปตามสาระที่ปรากฏจากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลอย่างแท้จริง และเขียนสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอข้อมูลด้วยการนำมาร้อยเรียง พรรณนาและนำบทสนทนา (quotations) ที่สอดคล้องมาประกอบ การบรรยายโดยที่ P หมายถึง ผู้สูงอายุ และตัวเลขเป็นรหัสกำกับผู้ให้ข้อมูลในแต่ละคน

ผลการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ผู้สูงอายุ จำนวน 15 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 9 คน เพศชาย จำนวน 6 คน มีอายุอยู่ระหว่าง 60-88 ปี อายุเฉลี่ย 71.67 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.18) มีสถานภาพสมรสคู่ และอาศัยอยู่ด้วยกันจำนวน 9 คน อาศัยอยู่กับลูกหลานจำนวน 5 คน อาศัยอยู่คนเดียวจำนวน 1 คน จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาชั้นประถม 4 จำนวน 12 คน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 2 คน และระดับปริญญาตรีจำนวน 1 คน ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมจำนวน 9 คน ค้าขายจำนวน 2 คน ไม่ได้ทำงานจำนวน 4 คน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยจากภาวะสุขภาพ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง จำนวน 10 คน ไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 5 คน ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการรับรู้ว่ามีอาการความจำบกพร่องเป็นระยะเวลา 5 ปี จำนวน 2 คน 4 ปี จำนวน 1 คน 2 ปี จำนวน 4 คน 1 ปี 6 เดือน จำนวน 3 คน 1 ปี จำนวน 4 คน และ 4 เดือน จำนวน 1 คน

ผลการศึกษาประสบการณ์ความจำบกพร่องในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่มาจากความคิดและความรู้สึกของผู้สูงอายุ จากการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา มีการกำหนดรหัสข้อความ (coding) ผลการวิเคราะห์ได้กำหนดรหัสทั้งสิ้น 42 รหัส สามารถทำการจัดหมวดหมู่ข้อมูล (categories) ของประสบการณ์ได้ทั้งหมด 3 หมวดหมู่ ดังนี้ 1) อาการหลงลืม 2) อารมณ์เปลี่ยนแปลง และ 3) การจัดการเมื่อหลงลืม ในการนำเสนอผลการศึกษาบรรยายในรูปแบบของการเขียนวรรณกรรม (novel-like report) นำคำพูดของผู้ให้ข้อมูลมาประกอบผลการวิเคราะห์ ใส่รหัสผู้ให้ข้อมูลดังนี้ P หมายถึง ผู้ให้ข้อมูล มีตัวเลขเป็นรหัสกำกับผู้ให้ข้อมูลในแต่ละคนตั้งแต่ลำดับที่ 1-15 ผลการศึกษามีรายละเอียดดัง Table 1

Table 1 Extracted categories and subcategories of cognitive impairment experiences

Categories	Subcategories
Forgetfulness	Recognition of forgetfulness Forgotten daily routine Forgetfulness occurring outside the home
Emotional changes	Effects of forgetfulness
Management of forgetfulness	Starting over Help from relatives Specifying the placement point Doing activities

1. อาการหลงลืม (Forgetfulness) ผู้ให้ข้อมูลทุกคนล้วนมีประสบการณ์อาการหลงลืมในชีวิตประจำวัน การลืมภาพทำให้ทราบถึงการรับรู้อาการหลงลืม และกิจกรรมหรือกิจกรรมที่มักหลงลืมที่พบทั้งในบ้านและเมื่อออกไปนอกบ้าน

การรับรู้ว่ามีอาการหลงลืม (Recognition of forgetfulness) ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ค้นพบปัญหาการหลงลืมด้วยตัวเอง เรื่องราวการหลงลืมส่วนใหญ่เริ่มจากการสังเกตตัวเอง

“เริ่มจากมีหลง ๆ ลืม ๆ เป็นอาการเริ่มแรก” (P4)

“มีอาการแรกเกิดขึ้นคือจะไปเอาสิ่งของแต่พอไปถึงนึกไม่ออกว่าจะเอาอะไร” (P5)

อาการลืมที่เกิดขึ้นบ่อยจนสังเกตตัวเองได้ “เคยมีอาการหลง ๆ ลืม ๆ จำไม่ค่อยได้ ประมาดซึก ปีกว่า ๆ ที่มันจะเริ่มรู้สึกตัวว่าเฮ้ยซึกจะลืมบ่อย” (P1)

การรับรู้ว่าการรุนแรงขึ้น เมื่อเริ่มลืมข่าวของที่ใช้เป็นประจำ “ต่อมาเริ่มหาของไม่เจอจะไปไหนที่ทางเงหาไม่เจอหาเป็นชั่วโมง แขนวไวในตู้ก็หาไม่เจอ” (P4)

อาการลืมที่ผู้สูงอายุหลายคนระบุถึงคือการลืมชื่อบุคคลที่เคยรู้จัก

“เคยจำคนไม่ได้ จำชื่อคนไม่ได้นานนะกว่าจะนึกได้ คนนี้ชื่ออะไรนี่ ไอ้เก่งหรือไอ้ก้อ กว่าจะนึกได้ (หัวเราะ)” (P5)

แต่เมื่อสูงวัยมาก ๆ ก็ลืมคนใกล้ชิด โดยเฉพาะการจำลูกหลานไม่ได้

“เคยมีอาการจำลูกไม่ได้ลูกคนนั้นคนนี้ก็จำไม่ได้ ลูก 4-5 คนจำไม่ได้ จำใครไม่ได้ซักคนนึง” (P4)

เกณฑ์วัดความรุนแรงของผู้สูงอายุจะเป็นในเรื่องของการกลับมานึกขึ้นได้ รวมไปถึงการที่ยังมีการจำคนได้ “แต่ยังจำคนได้อยู่แต่มีจำชื่อไม่ได้ยังมีบ้าง แต่ก็กลับไปนึกได้ เอ๊ะคนนี้ชื่ออะไรนี่” (P1)

ดูเหมือนว่าอายุยิ่งมาก อาการหลงลืมยิ่งมากขึ้น ผู้สูงอายุที่อายุ 88 ปี เล่าถึงอาการหลงลืมที่เกิดขึ้นหลายปี “เริ่มมีอาการเมื่อหลายปีแล้ว สี่ห้าปีแล้ว จะเดินเข้านอนแต่จำไม่ได้ว่าห้องอยู่ไหนเข้าห้องไม่ได้ (หัวเราะ) จำไม่ได้” (P4)

ผู้สูงอายุบางรายสังเกตความเปลี่ยนแปลงของตนเองอย่างต่อเนื่อง และรับรู้ถึงความรุนแรงของปัญหาความจำ “เริ่มเป็นมาหลายปีแล้วน่าจะใกล้ ๆ 5 ปีได้แล้ว จะเป็นหนักเมื่อช่วง 2 ปีหลังนี้เป็นหนักมาก” (P3)

มีผู้สูงอายุบางรายที่มีการรับรู้ว่ามีอาการหลงลืมจากการสังเกตและรับรู้โดยญาติหรือบุคคลใกล้ชิด “เพิ่งจะมาเป็นปีนี้นี่ต้น ๆ ปีเขาเริ่มมีอาการลืมเรื่อยเปื่อย เป็นเรื่อย ๆ หยิบจับอะไรก็ลืมเป็นคนซึ่ลืม” (P6)

“พ่อเป็นหนักเมื่อช่วง 3 ปีมานี้เริ่มมีอาการหลงลืมจำอะไรไม่ได้” (P7)

กิจวัตรประจำวันที่ถูกลืม (Forgotten daily routine) กิจวัตรประจำวันและกิจกรรมที่ถูกลืม มักเป็นการลืมเหตุการณ์ในระยะสั้น อาการหลงลืมเกิด ทั้งภายในบ้านและเมื่อออกไปนอกบ้าน

อาการหลงลืมในกิจกรรมภายในบ้าน จะเป็น ในเรื่องของการใช้ชีวิตในแต่ละวันที่บ่งบอกคือความตั้งใจ จะทำกิจกรรมแล้วก็ลืมว่าจะไปทำอะไร

“จะไปเอาอะไรยังงี้ พอไปถึงจะหยิบของลืม ไม่รู้เอาอะไร” (P1)

“ตั้งใจว่าจะไปเอาไอ้ไหนบางที่ลืมซะแล้ว จะไป เอาอะไรลืมเฉย ๆ ซะงั้น” (P2)

การลืมแว่นตาเป็นเรื่องที่ถูกลืมเป็นประจำ “เอาแว่น หรืออะไรที่ละเอาไว้ไหนจำไม่ได้เอาของวางไว้ ก็จำไม่ได้ ต้องหา” (P5)

บางที่การหลงลืม เกิดในกิจกรรมที่ต้องการทำ หลายอย่างในเวลาเดียวกัน

“ที่แรกว่าจะไปเอาสิ่งนี้พอหยิบนู้นหยิบนี้พอ จะไปเอาอะไรจะมาเอาอะไร” (P2)

“เราตั้งหม้อข้าว หม้อแกงไว้แล้วลืม (หัวเราะ) เคยลืมจนหม้อข้าวไหม้เลยวันนั้นต้มไว้แล้ว วางแผนว่าจะกลับมาปิดน่ะก็ออกไปรดน้ำต้นไม้ ต้นอะไรเรื่อยเรื่อยไปเลยก็ลืมเลยพอลกลับมา อีกทีไอ้หม้อมันไหม้หมดแล้ว จะเป็นทำนองนี้ แล้วหม้อก็จะไหม้ดินะมีหม้อหลายใบ (หัวเราะ)” (P1)

อาการหลงลืมที่กล่าวถึงในผู้สูงอายุหลายราย คือ การลืมกิจกรรมที่ทำค้างไว้ โดยเฉพาะการอุ่นอาหาร

“เคยทำหม้อใหม่นะคือลืมแล้วไม่ได้มาดูต่อ มาเกิดไฟไหม้ทั้งแจ้นเลย (หัวเราะ) ตั้งทิ้งไว้ แป๊บหนึ่งลืมเลย” (P2)

การลืมในบางเรื่องทำให้ต้องไปเสียทรัพย์เพิ่ม “มีการหลงลืมบ่อยมากบางทีหาของไม่เจอหาอันนั้น อันนี้ไม่เจอเคยหาถูกจนเจอไม่เจอต้องไปทำใหม่ ยุ่ง เลยต้องเสียเงินไป 2,500 บาท ต้องไปทำมาใหม่ไม่รู้ เอาไปไว้ที่ไหนอีกลูกนี้หาไม่เจอก็ต้องไปทำใหม่” (P3)

ข้าวของที่เคยเก็บหรือใช้เป็นประจำก็หลงลืม โดยเฉพาะของมีค่า “เคยทำทองหายจนต้อง ไปบนเลยเริ่มมีอาการประมาณซักปีกว่า ๆ” (P1)

อาการหลงลืมที่เกิดภายนอกบ้าน (Forgetfulness occurring outside the home) เป็นในเรื่องการออกไป ทำธุระตามที่ต่าง ๆ

ในรายที่ขับรถด้วยตนเอง ผู้สูงอายุเล่าว่า พวกเค้า “เพลินไปกับเส้นทาง” ไม่จดจ่อกับเป้าหมายที่จะไปให้ถึง

“เวลาขับรถส่วนมากมันจะเพลินแล้วก็ขับรถ ผ่านจุดที่หมายต้องได้ขับรถย้อนกลับมาใหม่” (P2)

“ขับรถไปวัดไฟ ผมจะเข้าวัดผมขับรถเลยไปโน่น แล้วก็ขับรถเลยไปสี่แยกบางสามอะไรไปอีก แล้วว่าจะเข้า อบต. แล้วมันเลยไป มันเหมือน มันเพลิน ๆ ก็ลืมวะ” (P3)

บางรายก็ออกไปเสียเที่ยว “บางทีนี่จะไปซื้อ ของไอ้โน้นไอ้โน่นพอไปถึงร้านก็นึกไม่ออกคิดไม่ได้เลย ไม่ได้ซื้อเลย (หัวเราะ)” (P5)

บางรายพบว่าออกไปแล้วต้องกลับมาเริ่มต้นใหม่อีกครั้งถึงจำได้ “เคยมีอาการหลง ๆ ลืม ๆ จำไม่ค่อยได้ จะไปซื้อของไปถึงร้านจำไม่ได้ว่าจะเอาอะไรต้องกลับบ้าน มาใหม่หรือไปที่เดิมใหม่แล้วค่อยไปซื้อของใหม่” (P1)

2. อารมณ์เปลี่ยนแปลง (Emotional changes) ผู้สูงอายุพบการเกิดอารมณ์เปลี่ยนแปลง มักเกิดขึ้น จากผลของการหลงลืม (Effects of forgetfulness)

ผลของการหลงลืม (Effects of forgetfulness)

อารมณ์หงุดหงิด (Irritability) เพียงแค่การนึกชื่อบุคคลที่รู้จักไม่ได้ ก็ทำให้รู้สึกหงุดหงิดตนเอง “นึกไม่ออกบางทีเจอหน้าก็ชื่อไม่ออกนานกว่าจะนึกได้ลืมไม่รู้ว่าจะอะไร (หัวเราะ) จำไม่ได้นึกไม่ออก จำใครไม่ได้ซักคนนึง บางทีเราก็มโหตัวเอง” (P4)

การเสียเวลาค้นหาสิ่งของที่ลืมที่เก็บวางเป็นอีกสาเหตุหนึ่งของอารมณ์โมโหและเครียด “แล้วก็โมโหตัวเองมากด้วยก็ของมันหาไม่เจอ มันทำให้เราหาไม่เจอลืมบ่อยมาก ๆ ทำให้เครียดมาก ๆ” (P3)

เมื่ออาการหลงลืมเกือบทำให้เสียที่อยู่อาศัย เกิดอันตราย อารมณ์หงุดหงิดก็เกิดขึ้น “ส่วนมากที่พบมันจะทำให้อารมณ์หงุดหงิด เช่น เราตั้งหม้อข้าวหม้อแกงไว้แล้วลืมไฟก็จะไหม้บ้าน” (P1)

เมื่อการหลงลืมเกิดขึ้นบ่อย อารมณ์หงุดหงิดมากขึ้น “ที่เป็นหนักก็คือจำไม่ได้ ลืมบ่อยครั้งมากกระทบกับความรู้สึกมาก เพราะว่าจากคนที่ไม่เคยสบลกลับกลายเป็นว่าต้องพูดว่าบ้าเอ๊ยอะไรยังงี้อะไรวะดำตัวเองบ่อยทำไมเป็นยังงี้เป็นบ่อยทำให้อารมณ์เราเสียจากการที่เราเป็นคนค่อนข้างจะอารมณ์ดีชอบเขียนหนังสือ ชอบเขียนกลอน” (P3)

ความกังวลและกลัว (Anxiety and fear) ผู้สูงอายุเล่าว่ามีความกังวลและกลัวได้แก่กลัวจำบุคคลใกล้ชิดได้แก่ ลูกหลานไม่ได้ กลัวไม่มีเพื่อนคบ กลัวการอยู่คนเดียว กลัวโดดเดี่ยว ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“แรก ๆ ก็กลัว กลัวจะจำคนไม่ได้ กลัวจำลูกไม่ได้จะอย่างไรงี้” (P15)

ความกลัวเริ่มเกิดขึ้น เมื่อพบว่ามีอาการหลายปีและเป็นมากขึ้น “มีอาการหลงลืมไม่ใช่หลงลืมปุ๊บปั๊บแต่เป็นมานานก็หลายปีแล้วและมันจะเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ มันจะลืมบ่อย ๆ ลืมแบบว่าจะบ่อยขึ้นถี่ขึ้นจนบางทีกลัวไม่มีใครคบไม่อยากจะอยู่คนเดียว” (P8)

บางคนเมื่อมีอาการเกิดบ่อย ๆ ซ้ำ ๆ จะกลัวตาย กลัวไม่มีคนดูแล “ฉันไม่มีลูกมีแต่ดูแลอยู่คนเดียวบางทีก็กลัวตาย” (P12)

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุบางคนกลัวการถูกตีตราว่าป่วยกลัวถูกลดบทบาทหน้าที่ “เขามีภาวะสมองเสื่อมไม่ได้เดี่ยวเขาก็ต่ำมาบางคนไม่เข้าใจยังกังวลและกลัวกับคำว่าสมองเสื่อม เขามีความกลัวเพราะเขายังไม่ยอมยอมรับสมองเสื่อม” (P14)

และพบว่าผู้สูงอายุบางคนเมื่อมีอาการหลงลืมแล้วจะมีความเหงาและซึมเศร้า “มีอาการเหงาอาจเกิดภาวะซึมเศร้าและเขาจะคิดว่าไม่ทำอะไรแล้วดีแล้วดีกว่าไม่ทำอะไรแล้วเกรงใจลูก” (P10)

3. การจัดการเมื่อหลงลืม (Managing of forgetfulness) ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีการจัดการเมื่อเกิดอาการหลงลืม ประกอบด้วย 1) การเริ่มต้นใหม่ 2) การช่วยเหลือโดยญาติ 3) การกำหนดจุดวางของให้ชัดเจน และ 4) การทำกิจกรรม

การเริ่มต้นใหม่ (Starting over) ผู้สูงอายุมีการจัดการเมื่อการหลงลืมเกิดขึ้น

สิ่งแรกที่มีกทำคือการนึกบททวน “ต้องไปนึกใหม่ซักพักเดี๋ยวนึกได้” (P2)

แต่เมื่อยังไม่ออก ก็ต้องย้อนกลับไปจุดเริ่มต้นโดยการกลับมาเริ่มต้นใหม่ทำกิจกรรมและหาของใหม่อีกครั้ง “ต้องกลับมาใหม่หรือไปที่เดิมใหม่แล้วค่อยไปเอามาใหม่” (P1)

บางคนพบว่าการทบทวนและกลับมาตั้งต้นใหม่จึงหาของเจอ “วางของไว้หาไม่เจอว่าเอาไปวางไว้ที่ไหนต้องกลับมาทวนใหม่หรือว่าเดินหาของแต่ก็เจอวางอยู่ที่เดิม” (P9)

การช่วยเหลือโดยญาติ (Help from relatives)

ผู้สูงอายุได้รับการดูแลโดยคนใกล้ชิดได้แก่ลูก คอยปลอบและให้กำลังใจ และดูแลเรื่องอาหารความเป็นอยู่ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ยังดีที่คนรอบข้างและลูกเข้าใจ ลูกจะคอย
ปลอบพ่อ เดี่ยวก็เจอพ่อใจเย็น ๆ ทำให้เรามี
กำลังใจ” (P3)

“ลูกจะหาวัตถุดิบมาให้ทำเองได้ เขาชอบเขา
ก็จะทำเองคือว่าของที่เรากำหนดให้เขาไม่ถูกใจ เราเน้น
หาวัตถุดิบให้เขาทำเองเพราะเขาทำประจำอยู่
แต่อายุเยอะและเราต้องดูแลเขาไม่ให้เขารู้สึก
เข้าไปพูดคุยกับเขาประจำ” (P14)

**การกำหนดจุดวางของให้ชัดเจน (Specifying
the placement point)** เมื่อเกิดการหลงลืมผู้สูงอายุมี
การแก้ไขโดยการกำหนดจุดในการวางของใช้จัดข้าว
ของให้เป็นที่เป็นที่ “เราวางของหรืออะไรไว้เนี่ยเราต้อง
กำหนดที่ไว้เลยเพราะว่าเราหลงลืมใช้ปะ จะกำหนดที่
ไว้ว่าตรงนี้ต้องอยู่ตรงนี้นะ แต่ถ้ามันเลื่อนไปเมื่อไหร่
ก็เรียบร้อย แต่เราพยายามกำหนดที่ไว้” (P10)

การทำกิจกรรม (Doing activities) บางคนมี
การเข้าร่วมกิจกรรมในยามว่าง “หากิจกรรมมาทำไม่ได้
สมองมันอยู่เฉย ๆ คือว่าเรามีกิจกรรมทำให้เราคิดนู่น
คิดนั่น ให้มันทำงานมันก็จะช่วยได้เขียนหนังสืออ่านหนังสือ
อะไรอย่างงี้ก็ยังช่วยได้ไม่ให้เป็นมากเกินไป” (P11)

นอกจากนี้ยังพบว่าการปรับตัวโดยหากิจกรรม
ทำโดยไม่ให้ง่วง “พาหมาเดินเลี้ยวหมาอยู่ 6 ตัวเหมือน
ได้ออกกำลังกาย บางทีก็ขี่จักรยานแล้วก็ทำสวนตอนนี้เป็น
ทำตัวไม่ให้ง่วงเพราะว่าคุณภาพชีวิตของคนที่สูงอายุ
ถ้าไปนั่ง ๆ นอน ๆ โอกาสที่จะทำอะไรไม่ได้สูง” (P3)

มีการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและกิจกรรม
คลายเครียดรวมทั้งการออกกำลังกาย

“สร้างอารมณ์ให้ดีขึ้น สร้างจิตใจ ให้เขามีงานทำ
มีกิจกรรม มีการทำงาน มีงานอะไรให้ทำบ้างเป็น
การหากิจกรรมมาให้ผู้สูงอายุได้มาร่วมทำกิจกรรม
ร่วมกัน เป็นการคลายเครียด” (P12)

นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางคนยังมีการดูแลตัวเอง
โดยการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับตัวเอง

“การมีคุณภาพชีวิต คืออยู่สภาพแวดล้อมที่ดี
มีการกินที่ดีการรับประทานอาหารที่ดี” (P13)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุมีอาการหลงลืม
มีการรับรู้อาการหลงลืม (recognition of forgetfulness)
เริ่มจากการสังเกตตัวเองโดยมีอาการหลงลืมเป็น
อาการนำและอาการจะเกิดบ่อยขึ้นและมีความรุนแรง
ขึ้นโดยพบมีการลืมบ่อย ๆ เป็นประจำ มีการลืมชื่อ
บุคคลที่เคยรู้จัก และอายุมากขึ้นยิ่งทำให้อาการ
หลงลืมมีอาการมากขึ้นและมีอาการมาหลายปี การรับรู้
บางครั้งอาจเป็นการสังเกตโดยบุคคลใกล้ชิด ในส่วน
กิจวัตรประจำวันที่หลงลืม (forgotten daily routine)
กิจวัตรประจำวันและกิจกรรมที่หลงลืม มักเป็นการลืม
เหตุการณ์ในระยะสั้น อาการหลงลืมเกิดทั้งภายในบ้าน
และเมื่อออกไปนอกบ้านเป็นเรื่องของการใช้ชีวิตใน
แต่ละวัน ส่วนใหญ่เป็นการลืมของใช้ การทำกิจกรรม
ค้างไว้ และพบการลืมจนต้องเสียทรัพย์สิน และอาการ
หลงลืมที่เกิดภายนอกบ้าน (forgetfulness occurring
outside the home) เป็นในเรื่องการออกไปทำธุระตาม
ที่ต่าง ๆ ได้แก่ การขับรถไม่ถึงจุดหมาย การไปซื้อของ
แล้วลืมซึ่งพบว่าบางอาการเป็นการหลงลืมของผู้สูงอายุ
ในภาวะปกติที่พบได้ทั่วไปในชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุ
จะสามารถดำเนินชีวิตและทำกิจวัตรประจำวันได้
ตามปกติและมีผลกระทบต่อสุขภาพ ในขณะที่การ
เปลี่ยนแปลงอาจมีความเสี่ยงแตกต่างกันต่อการเกิด
สมองเสื่อม¹⁵ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษา
ของ Johansson, Marcusson และ Wressle¹⁶ เกี่ยวกับ
ประสบการณ์ชีวิตของผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง
เล็กน้อย ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและความต้องการ

การสนับสนุน พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของความจำรูปแบบการทำการกิจกรรมเปลี่ยนแปลง การเผชิญปัญหา และผลกระทบต่อผู้ใกล้ชิด

การเกิดอารมณ์เปลี่ยนแปลง (emotional changes) ผลการศึกษาครั้งนี้พบการเกิดอารมณ์เปลี่ยนแปลง มักเกิดขึ้นจากผลของการหลงลืม (effects of forgetfulness) ได้แก่ อารมณ์หงุดหงิด (moody) จากการไม่ไหวตัวเอง การเสียเวลาค้นหาสิ่งของ การเกิดหลงลืมบ่อยครั้ง และเกิดความกังวลและกลัว (anxiety and fear) เกิดขึ้นหลังมีอาการหลงลืม มีความกังวลและกลัว ได้แก่ กลัวจำบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ ลูกหลานไม่ได้ กลัวไม่มีเพื่อนคบ กลัวการอยู่คนเดียว กลัวโดดเดี่ยว เหงาและซึมเศร้ารวมทั้งกลัวตายและกลัวการถูกตีตราว่าป่วย กลัวถูกลดบทบาทหน้าที่ในส่วนการมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นต้องรีบให้การดูแลแก้ไข

การจัดการเมื่อหลงลืม (management of forgetfulness) ผลการศึกษาพบว่า มีการจัดการเมื่อเกิดอาการหลงลืม ประกอบด้วย การเริ่มต้นใหม่ (starting over) โดยการทบทวน ย้อนกลับไปจุดเริ่มต้นโดยการเริ่มต้นใหม่ในการทำการกิจกรรมใหม่อีกครั้ง และมีการช่วยเหลือโดยญาติ (help from relatives) โดยคนใกล้ชิด ได้แก่ ลูก คอยปลอบและให้กำลังใจ และดูแลเรื่องอาหารความเป็นอยู่และการกำหนดจุดวางของให้ชัดเจน (specifying the placement point) โดยการกำหนดจุดในการวางของใช้ จัดข้าวของให้เป็นที่ และการทำการกิจกรรม (doing activities) โดยการเข้าร่วมกิจกรรมในยามว่างและหากิจกรรมทำโดยไม่ไหว่งและเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและกิจกรรมคลายเครียด รวมทั้งการออกกำลังกายและการดูแลตัวเองโดยการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับตัวเองสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาการจัดการกับการหลงลืมในชีวิต

ประจำวันของผู้สูงอายุ¹⁷ การบริหารสมองตามทฤษฎีนิวโรบิกส์ เอ็กเซอร์ไซส์¹⁸ และการส่งเสริมความสามารถในการเรียนรู้และความจำ¹⁹

สรุปผลการศึกษา

ภาวะความจำพร่องของผู้สูงอายุเป็นอาการที่อาจเกิดขึ้นได้กับผู้สูงอายุทุกคน ซึ่งเป็นความผิดปกติของสมองที่อาจมีผลกระทบหรือไม่มีผลกระทบถึงการปฏิบัติการในชีวิตประจำวัน อาการหลงลืมในผู้สูงอายุเป็นปัญหาเริ่มแรกที่เด่นชัดที่สุดของผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องจะมีการรับรู้โดยเริ่มจากการสูญเสียความจำที่เป็นเรื่องใหม่ ๆ โดยการหลงลืม เช่น การลืมสิ่งของ การลืมชื่อบุคคล มีการลืมบ่อย ๆ เป็นประจำในส่วนกิจวัตรประจำวัน อาการหลงลืมเกิดทั้งภายในบ้านและเมื่อออกไปนอกบ้านเป็นเรื่องของการใช้ชีวิตในแต่ละวัน นอกจากนี้ยังมีผลทำให้เกิดอารมณ์เปลี่ยนแปลง ได้แก่ อารมณ์หงุดหงิด (moody) เกิดความกังวลและกลัว (anxiety and fear) ส่วนการจัดการเมื่อเกิดอาการหลงลืม ประกอบด้วย การเริ่มต้นใหม่ (starting over) โดยการทบทวน การเริ่มต้นใหม่ในการทำการกิจกรรม การช่วยเหลือโดยญาติหรือคนใกล้ชิด (help from relatives) การกำหนดจุดวางของให้ชัดเจน (specifying the placement point) และการทำการกิจกรรม (doing activities) ซึ่งอาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นอย่างซ้ำ ๆ แบบค่อยเป็นค่อยไป และหากไม่ได้รับการแก้ไขที่ถูกต้องจะทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ จนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันในที่สุด ดังนั้นจึงต้องรีบให้การดูแลแก้ไขให้เข้าถึงการดูแลฟื้นฟูสภาพจิตใจหรือมีการช่วยเหลือทำให้ได้ฝึกเพื่อชะลอหรือป้องกันไม่ให้เกิดความเสื่อมที่เร็วเกินไป และป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อมต่อไปในอนาคต

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้เจาะลึกลงไปในเรื่องประเด็นของปัญหาความจำบกพร่องที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตัวเองของผู้สูงอายุซึ่งหากมีการศึกษาเพิ่มเติมจะทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและสามารถวางแผนให้การช่วยเหลือที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า อาการหลงลืม อารมณ์เปลี่ยนแปลง และการจัดการเมื่อหลงลืมเป็นประสบการณ์สำคัญของผู้สูงอายุ ทีมสุขภาพสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนร่วมกับครอบครัวของผู้สูงอายุเพื่อการคัดกรอง ติดตามและจัดกิจกรรมกระตุ้นความจำเพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนงบประมาณจาก กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) จากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) และ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ปีงบประมาณ 2566 ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่กรุณาสละเวลา เพื่อบอกเล่าประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นงลักษณ์ สุวิสิทธิ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกระบวนการงานวิจัยเชิงคุณภาพ จนกระทั่งบทความวิจัยครั้งนี้มีความสมบูรณ์และสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

References

1. Chewasopit W. Aging society: The changed marketing factor. Journal of Mahachulalongkornrajavidyalaya University Nakhondhat. 2019;6(1): 38–54. Available from: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JMND/article/view/168865/129227> (in Thai)
2. Bunnag N. Before moving to ‘healthy ageing’, one must understand 10 facts of ‘ageing and health’ 2021. Available from: <https://www.sdgmovement.com/2021/02/11/10-facts-of-health-and-aging/>
3. Langa KM, Levine DA. The diagnosis and management of mild cognitive impairment: a clinical review. JAMA. 2014;312(23):2551–61. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.13806> PMID: 25514304
4. Winblad B, Palmer K, Kivipelto M, Jelic V, Fratiglioni L, Wahlund LO, et al. Mild cognitive impairment – beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. J Intern Med. 2004;256(3):240–6. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2004.01380.x> PMID: 15324367
5. Petersen RC, Doody R, Kurz A, Mohs RC, Morris JC, Rabins PV, et al. Current concepts in mild cognitive impairment. Arch Neurol. 2001;58(12):1985–92. <https://doi.org/10.1001/archneur.58.12.1985> PMID: 11735772
6. Jonker C, Geerlings MI, Schmand B. Are memory complaints predictive for dementia? A review of clinical and population-based studies. Int J Geriatr Psychiatry. 2000;15(11):983–91. [https://doi.org/10.1002/1099-1166\(200011\)15:11%3C983::aid-gps238%3E3.0.co;2-5](https://doi.org/10.1002/1099-1166(200011)15:11%3C983::aid-gps238%3E3.0.co;2-5) PMID: 11113976
7. Owokuhaisa J, Rukundo GZ, Wakida E, Obua C, Buss SS. Community perceptions about dementia in southwestern Uganda. BMC Geriatr. 2020;20(1): 135. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01543-6> PMID: 32293301
8. Pavel A, Paun R, Matei V, Rosca A, Tudose C. Quality of life in people with subjective cognitive decline. Alpha Psychiatry. 2023;24(2):60–64. <https://doi.org/10.5152/alphapsychiatry.2023.221007> PMID: 37144046

9. Wei YC, Huang LY, Chen CK, Lin C, Shyu YC, Chen YL, et al. Subjective cognitive decline in the community is affected at multiple aspects of mental health and life quality: a cross-sectional study of the community medicine of Keelung Chang Gung Memorial Hospital. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*. 2019;9(1):152-62. <https://doi.org/10.1159/000497222> PMID: 31011329
10. Wattanawithukur, P. Memory impairment. The Alzheimer's Disease and Related Disorders Association [cite 2024 Jan 4]; Available from: <http://www.azthai.org/เกี่ยวกับสมองเสื่อม/2-ชนิดของสมองเสื่อม-1045-ภาวะความทรงจำบกพร่อง> (in Thai)
11. Doyle L, McCabe C, Keogh B, Brady A, McCann M. An overview of the qualitative descriptive design within nursing research. *J Res Nurs*. 2020;25(5): 443-55. <https://doi.org/10.1177/1744987119880234> PMID: 34394658
12. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: SAGE; 1985.
13. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health*. 2000;23(4): 334-40. [https://doi.org/10.1002/1098-240x\(200008\)23:4%3C334::aid-nur9%3E3.0.co;2-g](https://doi.org/10.1002/1098-240x(200008)23:4%3C334::aid-nur9%3E3.0.co;2-g) PMID: 10940958
14. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS, Eds. *Qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994. p. 105-17.
15. Yodphet, S, Pattanasri, P, Sakdaporn, T. The elderly school: Knowledge set for developing potential elderly. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. Bangkok: Mata Printing; 2017. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/?p=137198> (in Thai)
16. Johansson MM, Marcusson J, Wressle E. Cognitive impairment and its consequences in everyday life: experiences of people with mild cognitive impairment or mild dementia and their relatives. *Int Psychogeriatr*. 2015;27(6):949-58. <https://doi.org/10.1017/s1041610215000058> PMID: 25644289
17. Imhof L, Wallhagen MI, Mahrer-Imhof R, Monsch AU. Becoming forgetful: how elderly people deal with forgetfulness in everyday life. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2006;21(5):347-53. <https://doi.org/10.1177/1533317506292499> PMID: 17062554
18. Kansri, S, Yotthongdi, N, Booranarek, S. The effect of the brain exercise program applying neurobic exercise theory on depression among older adults with mild cognitive Impairment. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*. 2018;34(3):65-76. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcn-bangkok/article/view/168625/121333> (in Thai)
19. Yen YC, Rebok GW, Gallo JJ, Jones RN, Tennstedt SL. Depressive symptoms impair everyday problem-solving ability through cognitive abilities in late life. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011;19(2):142-50. <https://doi.org/10.1097/jgp.0b013e3181e89894> PMID: 20808123