

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษา รวบรวมเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุ
3. แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุ
4. แนวคิดเกี่ยวกับการระลึกถึงความหลังของผู้สูงอายุ
5. แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล
6. โปรแกรมการระลึกถึงความหลังร่วมกับการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และ

บุคคลในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

ความหมายของภาวะสมองเสื่อม (Dementia)

ภาวะสมองเสื่อม หรือที่เรียกเป็นภาษาอังกฤษว่า Dementia มาจากคำว่า “Demens” ซึ่งเป็นภาษาละตินแปลว่าภาวะหลุดจากโลกแห่งความเป็นจริง (Being Out of Mind) มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมไว้หลายท่าน ดังนี้

สถาบันประสาทวิทยา (2551) ได้ให้คำนิยามว่า ภาวะสมองเสื่อม คือ ภาวะที่สมรรถภาพการทำงานของสมองลดลงอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะ ๆ จากระดับที่เป็นอยู่ ณ ปัจจุบัน กลับไปสู่ภาวะที่สมองเคยเป็นในอดีตเมื่ออยู่ในวัยเด็ก 3-4 ขวบ หรือวัยทารก ถ้าความเสื่อมถอยของสมองรุนแรงมากถึงขั้นสูงสุด ในระยะเริ่มต้นความเสื่อมถอยของสมองจะแสดงออกให้เห็นเป็นความผิดปกติ ด้านความจำ ด้านพฤติกรรม กิจกรรมหรือการปฏิบัติงาน หรือด้านอารมณ์ อาจเป็นเพียงด้านใดด้านหนึ่งก่อน หรือพร้อม ๆ กันหลายด้านก็ได้ อัตราการเสื่อมถอยของสมองจากขั้นต้นถึงขั้นสุดท้าย จะช้า เร็ว รุนแรงมากน้อย ขึ้นกับปัจจัยต้นเหตุของสมองเสื่อม

Sadock and Sadock (2007) ได้ให้คำนิยามภาวะสมองเสื่อมว่าหมายถึง การมีความเสื่อมของการรู้คิดที่พบในขณะที่มีสติสัมปชัญญะปกติ ประกอบด้วย กลุ่มอาการที่แสดงถึงภาวะการฉีกขาดที่อย่างกว้างขวางและเรื้อรัง มีลักษณะสำคัญคือ มีการเสื่อมของสติปัญญาโดยรวม แสดงออกมาทางด้านความจำ สมาธิ การคิด การเข้าใจ นอกจากนี้ยังพบลักษณะทางจิตที่ผิดปกติ เช่น อารมณ์ บุคลิกภาพ การตัดสินใจ และบุคลิกภาพทางสังคม

Eliopoulos (2010) ให้คำจำกัดความของภาวะสมองเสื่อมว่า เป็นความบกพร่องของความสามารถในการรู้คิด ที่มีผลต่อความจำ การรับรู้วัน เวลา สถานที่ การตัดสินใจ การใช้เหตุผล ความใส่ใจ การใช้ภาษา และการแก้ปัญหา โดยจะบกพร่องอย่างถาวร ซึ่งเป็นผลมาจากสมองถูกทำลาย

สิรินทร ถันศิริกาญจน (2551) ได้ให้คำจำกัดความของภาวะสมองเสื่อมว่าหมายถึง ความบกพร่องด้านความจำ ความคิด และความสามารถของสมอง ซึ่งจะรุนแรงจนรบกวนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

ดังนั้นสามารถสรุปความหมายของภาวะสมองเสื่อมได้ว่า เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง ทำให้เกิดความเสื่อมถอยของความสามารถด้านการรู้คิดอย่างต่อเนื่องจากระดับปกติที่เคยเป็นอยู่ การเปลี่ยนแปลงนี้มีค่อนข้างมากเกินกว่าที่พบในคนสูงอายุ ปกติ ส่งผลต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ความสามารถในการรู้คิดลดลงทำให้การตัดสินใจผิดพลาดบ่อย ๆ โดยที่ผู้สูงอายุไม่รู้ แต่ญาติและคนข้างเคียงสังเกตเห็นได้ ภาวะสมองเสื่อมเกิดได้จากหลายสาเหตุ ดังจะกล่าวในหัวข้อต่อไป

สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม

สาเหตุของกลุ่มอาการสมองเสื่อมมีมากมายและยังมีวิธีจำแนกแตกต่างกันออกไปในหลาย ๆ ลักษณะ แต่ในที่นี้เป็นการจำแนกตามที่มาของสาเหตุ ดังนี้

1. สาเหตุปฐมภูมิ เป็นความผิดปกติที่เกิดจากการเสื่อมสลายของเซลล์สมอง ซึ่งไม่ทราบสาเหตุที่ทำให้เกิดการเสื่อมสลายของเซลล์ประสาทได้ชัดเจน ดังนั้นจึงไม่สามารถรักษาให้หายขาดหรือป้องกันการเกิดได้ กลุ่มที่พบนี้มีประมาณ 60-70% ของโรคสมองเสื่อมทั้งหมด ที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) และโรคอื่น ๆ เช่น โรคพิก (Pick's disease) โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) โรคฮันติงตัน (Huntington's disease) เป็นต้น (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ, 2542)

2. สาเหตุทุติยภูมิ เป็นภาวะสมองเสื่อมที่มีสาเหตุจากความบกพร่องในส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย ที่ส่งผลกระทบต่อสมองทำให้เกิดความผิดปกติของการทำงานในเซลล์ประสาท ก่อให้เกิดอาการสมองเสื่อม ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถทำการรักษาบำบัดให้หายได้ ที่พบบ่อยคือ โรคสมองเสื่อมที่เกิดจากการขาดเลือด (Vascular Dementia) เช่น เส้นเลือดตีบ หรือการได้รับความกระทบกระเทือนจากเนื้อสมอง หรือจากความผิดปกติของต่อมธัยรอยด์และกระบวนการเผาผลาญสารอาหารในร่างกาย ภาวะทุพโภชนาการ เช่น การขาดวิตามินบี 12 การติดเชื้อในสมอง เกิดจากสารพิษและยา เช่น สุรา ยารักษาโรคซึมเศร้า และโรคทางจิตเวชอื่น ๆ (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ, 2542)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดอาการสมองเสื่อมนั้น ถ้าเป็นโรคที่ทราบสาเหตุแน่นอน ปัจจัยเสี่ยงขึ้นกับสาเหตุนั้น โดยตรงและอาจมีปัจจัยเสริมอื่น ๆ ร่วมด้วย ดังนี้ (กัมมันต์ พันธุมจินดา และศรีจิตรา บุญนาค, 2543)

1. อายุ พบว่ายิ่งมีอายุสูงมากขึ้น โอกาสเกิดอาการสมองเสื่อมจะมากขึ้น โดยเฉพาะในช่วงอายุระหว่าง 65-85 ปี ส่วนในช่วงอายุเกิน 85 ปี แล้ว หรืออายุต่ำกว่า 65 ปี ยังสรุปไม่ได้แน่นอน
 2. เพศ พบว่าเพศหญิงเกิดอาการสมองเสื่อมมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าเพศหญิงมีอายุยืนกว่าเพศชาย หรืออาจมีปัจจัยเสี่ยงด้านความผิดปกติของฮอร์โมน หรือในบางประเทศระบุว่าเพศหญิงอาจมีการศึกษาน้อยกว่าเพศชาย
 3. การศึกษาและอาชีพ พบอาการสมองเสื่อมในผู้ที่มีการศึกษาน้อยมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาดี และพบในอาชีพที่ไม่ต้องใช้ความเฉลียวฉลาดมากนัก บ่อยกว่าผู้ที่ใช้ความคิดมาก
 4. เศรษฐฐานะ โดยทั่วไปพบว่าความชุกของอาการสมองเสื่อมมักพบได้ในผู้ที่อยู่ในเศรษฐฐานะต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเหตุหลายอย่าง โดยเฉพาะการศึกษาที่ต่ำทำให้การตอบแบบสอบถามต่าง ๆ ตลอดจนการตรวจการทำงานขั้นสูงของสมอง (Higher Cortical Function) ทำได้ไม่ดี ทำให้อุบัติการณ์เพิ่มขึ้น
 5. ที่อยู่อาศัย การศึกษาความชุกของอาการสมองเสื่อมส่วนมากทำในเมืองใหญ่ จึงเป็นการยากที่จะเปรียบเทียบว่าผู้อยู่ในเมืองหรืออยู่ในชนบทจะเกิดอาการสมองเสื่อมมากกว่ากัน
 6. เชื้อชาติ อาการสมองเสื่อมพบได้ในทุกเชื้อชาติ ความแตกต่างในอุบัติการณ์ของอาการสมองเสื่อมและโรคที่ทำให้เกิดอาการสมองเสื่อมขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง
 7. ปัจจัยเสี่ยงทางกรรมพันธุ์ ได้แก่ ประวัติของโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ในครอบครัว ประวัติควีนซีนโดรม (Down's syndrome) และความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 21 ในครอบครัว ความผิดปกติทางพันธุกรรมของ อะโปไลโปโปรตีน อี (Apolipoprotein E: APOE)
 8. ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวกับโรคหรือสภาวะอื่น ๆ พบว่าอาการสมองเสื่อมพบมากขึ้นในผู้ป่วยที่มีภยันตรายของสมอง หรือผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือด (Myocardial Infarction) ส่วนผู้ป่วยหญิงที่ได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) พบว่าการเกิดอาการสมองเสื่อมลดน้อยลง
- ภาวะสมองเสื่อมมีทั้งสาเหตุที่สามารถบำบัดให้หายขาดได้ และหายขาดไม่ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงของบุคคลนั้น ๆ ด้วย โดยจะมีลักษณะอาการแตกต่างกัน ดังนี้

อาการและการดำเนินโรคของภาวะสมองเสื่อม

1. อาการ

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมนอกจากจะมีอาการหลงลืมแล้ว ยังมีความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมและทางด้านจิตใจ อาการทางคลินิกที่พบ มีดังนี้

1.1 ความจำเสีย ผู้สูงอายุจะมีอาการดังนี้

1.1.1 ไม่สามารถจำเรื่องราวใหม่ ๆ ได้ (Immediate Recall) ซึ่งทดสอบโดยให้พูดเลข 5 ตัวตามทันที

1.1.2 ลืมเรื่องราวที่เพิ่งเกิดขึ้น (Recent Memory) ทดสอบโดยให้จำของ 3 สิ่งในเวลา 5 นาที

1.1.3 ลืมเรื่องราวในอดีต (Remote Memory) ทดสอบโดยถามวัน เดือน ปีเกิด ชื่อโรงเรียนและเหตุการณ์สำคัญในอดีตของผู้สูงอายุ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547)

1.2 อาการซึ่งบ่งว่ามีพยาธิสภาพของสมอง ผู้สูงอายุจะมีอาการดังนี้

1.2.1 ความสามารถในการใช้ภาษาพูดเสีย (Aphasia) เช่น ไม่สามารถบอกชื่อคนและสิ่งของ คำพูดของผู้สูงอายุจะมีลักษณะคลุมเครือและวกวน หรือพูดไม่ได้เลยเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ส่วน โดมินันท์ เฮมิสเฟียร์ (Dominant Hemisphere)

1.2.2 ผู้สูงอายุไม่สามารถเคลื่อนไหวส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายได้ (Apraxia) แม้ว่ากล้ามเนื้อและประสาทการรับรู้เป็นปกติ ชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ ผู้สูงอายุไม่สามารถทำตามคำสั่งได้ (Ideation Apraxia) ตัวอย่างเช่น บอกให้หิวผมหรือเขียนหนังสือจะทำไม่ได้ ผู้สูงอายุมีการเดินผิดปกติ (Gait Apraxia) โดยเดินลักษณะไม่มั่นคงและหกล้มง่าย ส่วนใหญ่พบผู้สูงอายุมีพยาธิสภาพที่ คอร์ปัส คอลโลซัม (Corpus Callosum)

1.3 ผู้สูงอายุไม่รู้ว่าสิ่งที่มองเห็น ได้ยินหรือสัมผัสเป็นอะไร (Agnosia) ชนิดที่สำคัญ ได้แก่ ผู้สูงอายุไม่รู้ว่าสิ่งที่เห็นเป็นอะไร (Visual Agnosia) เช่น ให้ดูลูกกุญแจผู้สูงอายุจะบอกไม่ได้เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมองส่วนหลัง (Occipital Lobe) ผู้สูงอายุไม่รู้ว่าเสียงที่ได้ยินเป็นเสียงอะไร (Auditory Agnosia) เช่น ได้ฟังเสียงกริ่งผู้สูงอายุจะไม่ทราบเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมองส่วนขม่อม (Temporal Lobe) ผู้สูงอายุไม่รู้ว่าสิ่งที่ตนสัมผัสเป็นอะไร (Tactile Agnosia) เช่น ให้กำเหรียญ ผู้สูงอายุจะไม่ทราบเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมองส่วนข้างขม่อม (Parietal Lobe)

1.4 หน้าที่ในเชิงบริหารเสีย (Executive Function) หมายถึง ผู้สูงอายุไม่สามารถใช้ความคิดเชิงนามธรรม ไม่สามารถวางแผนการทำงาน ขาดการริเริ่มและการติดตามงานให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ รวมทั้งขาดการควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมองส่วนหน้า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547)

2. การดำเนินของกลุ่มอาการสมองเสื่อม

การดำเนินของกลุ่มอาการสมองเสื่อม แบ่งเป็น 3 ระยะ (รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเลิศ และ ลูกจันทร์ วิทยาดาวรวงศ์, 2544) โดยช่วงเวลาในแต่ละระยะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ดังนี้

2.1 ระยะแรก (1-3 ปี)

ผู้สูงอายุจะมีความจำบกพร่องซึ่งจะเห็นชัดที่ ความจำระยะสั้น โดยเฉพาะสิ่งที่พูดไปแล้ว ทำให้ผู้สูงอายุถามซ้ำแล้วซ้ำอีกคำถามเดิมซึ่งเคยถามและได้คำตอบแล้ว ทำให้ญาติสามารถสังเกตได้ถึงความคิดที่กำกวม ผู้สูงอายุจะจำเหตุการณ์เก่า ๆ ได้ดีกว่าเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น ผู้สูงอายุสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และชนิดที่เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนของเลือด จะมีปัญหาในการใช้ภาษาตั้งแต่ช่วงแรก ๆ ของโรค มักจะเลือกคำมาใช้พูดไม่ถูก เรียกชื่อสิ่งของที่ ไม่ได้ใช้บ่อย ๆ ไม่ถูกต้อง อาจจะใช้วิธีอธิบายแทนที่จะเรียกชื่อออกไป เช่น เรียกทีวี ว่า “ตู้ฉายหนัง” เป็นต้น ผู้ป่วยจะสับสนทิศทาง ชายขวา โดยเฉพาะในที่ที่ไม่คุ้นเคย และมีลักษณะโครงสร้างภายนอกคล้าย ๆ กัน ทางด้านความสามารถด้านโครงสร้าง (Construction) คือการวาดรูป หรือการถ่ายทอดสิ่งที่เห็นออกเป็นรูปก็อาจจะเริ่มทำไม่ค่อยได้ ในช่วงนี้ ผู้สูงอายุจะยังดูแลตนเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สลับซับซ้อนได้ ส่วนมากยังคงพักอาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัวเพราะอาการแสดงไม่รุนแรง ปัญหาสำคัญที่พบได้แก่ บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงเป็นแบบอารมณ์หงุดหงิด (Irritability) อาจพบอารมณ์เศร้า (Sadness) ไม่แสดงความรู้สึก (Apathy) การเกร็ง (Rigidity) ภาวะซึมเศร้า (Depression) และ การแยกตัว (Separation) บางครั้งอาจแสดงพฤติกรรมหงุดหงิด กระสับกระส่ายเนื่องจากไม่สามารถสื่อสาร หรือบอกความต้องการของตนเองชัดเจนได้ (รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเลิศ และลูกจันทร์ วิทยาดาวรวงศ์, 2544; สิริทร นันศิริกาญจน, 2551)

2.2 ระยะที่ 2 (2-10 ปี)

การดำเนินของโรคในระยะนี้ใช้เวลานานขึ้น อาการที่แสดงในระยะแรกจะรุนแรงมากขึ้น การสูญเสียความสามารถต่าง ๆ จะเพิ่มมากขึ้น และการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมจะเห็นได้ชัด มีปัญหาด้านอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์หงุดหงิด กระสับกระส่าย ระวัง สงสัย ตื่นตัว หวาดกลัว หรือไม่แสดงอารมณ์ใด ๆ บางครั้งเดินเรื่อยเปื่อยไปในสถานที่ต่าง ๆ นอกจากนี้ยังพบอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอนร่วมด้วย (รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเลิศ และลูกจันทร์ วิทยาดาวรวงศ์, 2544; สิริทร นันศิริกาญจน, 2551)

2.3 ระยะที่ 3 (3-12 ปี)

เป็นระยะสุดท้ายของโรค สภาพร่างกายและสติปัญญาจะเสื่อมลงอย่างมาก (รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเลิศ และลูกจันทร์ วิทยาดาวรวงศ์, 2544) ผู้ดูแลอาจไม่สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้

จำเป็นต้องนำผู้ป่วยเข้าพักในสถานพักพิงสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม ปัญหาที่พบได้แก่ มีอาการ
 สับสนมาก กระวนกระวาย โดยเฉพาะเวลากลางคืน ชอบตื่นกลางคืน เงิบหรือแยกตัว (ลิวรรณ
 อุณนาภิรักษ์, 2547)

จากลักษณะอาการและการดำเนินของโรคจะเห็นว่าผู้สูงอายุมีความบกพร่องในหลาย
 ด้านทั้งความจำ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม
 ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุได้ โดยเฉพาะความพึงพอใจ และความผาสุกในชีวิต

ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมต่อผู้สูงอายุ

ภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (รัชฎา รักษานาม,
 2543)

1. ปัญหาทางด้านการจำ ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมักจะมีอาการหลง ๆ ลืม ๆ สิ่ง
 ต่าง ๆ มีความจำในระยะสั้นไม่ดี แต่สามารถที่จะจำเรื่องราวเก่า ๆ ได้ บางครั้งจะลืมว่าตนเองอยู่
 ไหน จำไม่ได้ว่าพูดหรือทำอะไรลงไป ผู้สูงอายุมักประสบปัญหาสิ่งของสูญหายเนื่องจากมักจะลืม
 ว่าได้วางสิ่งของไว้ที่ไหน ขณะเดียวกันก็จะเกิดอาการหวาดระแวงว่าคนอื่นจะมาขโมยสิ่งของ ของ
 ตนเอาไปซ่อน ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวของผู้สูงอายุ สร้างความรำคาญแก่ผู้ใกล้ชิดได้
2. ปัญหาด้านอารมณ์ ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมักมีอาการรุนแรงและแปรปรวนได้
 ง่าย นอกจากนี้ยังมีการสับสนและมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงเมื่อสิ่งแวดล้อมรอบตัวเปลี่ยนไป
 เช่นในสถานที่ที่มีคนน้อย ๆ ไม่พลุกพล่าน บางรายอาจมีอาการซึมเศร้า ซึ่งจะมีผลทำให้ความจำเลว
 ลง
3. ปัญหาทางด้านการเคลื่อนไหว ระบบสมองมีผลต่อการควบคุมการเคลื่อนไหว
 เมื่อสมองเสื่อมก็จะมีผลให้การเคลื่อนไหวผิดปกติ และเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นอย่างช้า ๆ เช่น
 ในระยะแรกผู้สูงอายุอาจเดินไม่ค่อยมั่นคง ระยะต่อมาเดินช้า ในที่สุดก็อาจจะเดินไม่ได้
4. ปัญหาทางด้านการสนทนาและการสื่อสาร ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมักจะมีปัญหาใน
 การแสดงออกทางความคิด หรือความต้องการให้บุคคลอื่นเข้าใจ ซึ่งจะมาจากผู้สูงอายุบางรายมี
 ปัญหาในการใช้คำและการออกเสียง อาจทำให้สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลเกิดความไม่เข้าใจ
 และในขณะเดียวกันผู้สูงอายุก็อาจจะไม่เข้าใจในสิ่งที่ผู้อื่นพูดแม้จะได้มีการอธิบายสิ่งที่ต้องการสื่อ
 ความหมายอย่างดีแล้วก็ตาม แต่ผู้สูงอายุก็ยังไม้อาจเข้าใจ
5. ปัญหาการระแวง หลงผิด และประสาทหลอน ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจะระแวง
 ไม่สมเหตุสมผล เนื่องจากความผิดปกติของความจำ ซึ่งตัวผู้สูงอายุเองไม่อาจจะควบคุมอาการ
 เหล่านี้ได้

6. ปัญหาการนอนไม่หลับในเวลากลางคืน อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุนอนมากในตอนกลางวัน ทำให้เกิดการรบกวนการพักผ่อนของสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถนอนหลับจนเกิดอาการรำคาญ

จากผลกระทบดังกล่าว จะพบว่าเมื่อผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมตัวผู้สูงอายุเองจะมีการสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง เกิดพฤติกรรมที่ผิดปกติ และมีอาการทางจิตที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลหรือครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม ดังนั้นผู้สูงอายุควรได้รับการวินิจฉัยและรักษาได้อย่างทันทั่วทั้งที่หรือรับการบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะแรกเริ่มซึ่งมีความรุนแรงของโรคน้อย จะสามารถชะลอความรุนแรงของโรคได้

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมต้องอาศัยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549)

การซักประวัติ เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมเกิดได้จากหลายสาเหตุจึงต้องมีการซักประวัติ ความเจ็บป่วย การได้รับอุบัติเหตุหรือกระทบกระเทือนทางสมอง การใช้ยา การรับประทานอาหาร เป็นต้น เพื่อช่วยในการวินิจฉัยแยกโรค โดยแยกจากโรคต่างๆ คือ ประเมินแยกโรคในกลุ่มโรคสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ภาวะสับสน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบอาการทางคลินิกระหว่าง ภาวะสับสน ภาวะสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้า

Feature	ภาวะสับสน	ภาวะสมองเสื่อม	ภาวะซึมเศร้า
Onset	Acute หรือ subacute ขึ้นอยู่กัสาเหตุ	Chronic มักค่อยเป็นค่อยไป	สัมพันธ์กับเหตุการณ์ในชีวิตที่เปลี่ยนไป มักเกิดขึ้นเร็ว
Course	เป็นไม่นาน อาการจะเป็นมากขึ้นหรือน้อยลงในช่วงเวลาของวัน (diurnal fluctuation) มักเป็นมากช่วงกลางวัน	เป็นนาน ไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นหรือน้อยลงในช่วงเวลาของวัน อาการเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ	อาการจะเป็นมากขึ้นและน้อยลงในช่วงเวลาของวัน โดยมากจะเป็นมากเวลาเช้า
Progression	เร็ว	ช้า	ไม่แน่นอน บางครั้งเร็ว บางครั้งช้า

ตารางที่ 1 (ต่อ)

Feature	ภาวะสับสน	ภาวะสมองเสื่อม	ภาวะซึมเศร้า
Duration	เป็นชั่วโมงและมักไม่เกิน 1 เดือน	เป็นเดือนถึงเป็นปี	เป็นอย่างน้อย 2 สัปดาห์
Awareness	ลดลง	ดี	ดี
Alertness	เปลี่ยนแปลงมากขึ้นหรือน้อยลงในแต่ละวัน บางครั้งง่วงซึม บางครั้งตื่น	โดยทั่วไปปกติ	ปกติ
attention	เสีย	โดยทั่วไปปกติ	เสียเพียงเล็กน้อย
Orientation	โดยทั่วไปเสีย	อาจจะเสีย	เสียบางส่วน
Memory	เสียทั้ง Immediate และ Recent	ระยะแรกเสียเฉพาะ Recent	เสียความจำบางส่วน (Selective or Patchy Impairment)
Thinking	Disorganised, Distorted, Fragmented, Slow หรือ Accelerated	คิด Abstract ได้ยาก ตัดสินใจเลวลง คิดหาคำพูดลำบาก	ปกติดี แต่จะมีความคิดท้อแท้ สิ้นหวัง หมดหนทาง
Perception	Illusions, Delusions และ Hallucinations	ระยะแรกมักจะปกติดี ยกเว้น Dementia with Lewy Bodies	ปกติ แต่ถ้าเป็นรุนแรง มักมี Delusion, Hallucination ได้

2. การตรวจร่างกาย เพื่อวินิจฉัยแยกโรค ซึ่งอาจทำได้โดยการตรวจทางระบบประสาท เช่น การตรวจการทำงานเส้นประสาทคู่ต่าง ๆ รวมทั้งการใช้แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE) การประเมินทางระบบจิตประสาท และการตรวจร่างกายระบบอื่น ๆ

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเลือดหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count: CBC) อิเล็กโทรไลต์ (Electrolytes) การทำงานของตับ (Liver Function Test) ปัสสาวะ (Urinalysis: UA) การทำงานของไต วิตามินบี 12 ธาตุเหล็ก (Folate) การทำงานของต่อมไทรอยด์ (Thyroid Function Tests) การตรวจไวคอลล เทสต์ (Vidal Test) การตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) การตรวจเอ็มอาร์ไอ (Magnetic Resonance Imaging: MRI) การเอ็กซเรย์

ปอด (Chest X-Ray) และ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram: ECG) เป็นต้น และความผิดปกติที่ตรวจพบทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผลจากการตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ พบว่าสมองมีขนาดเล็กลง มีห้องสมองเพิ่มขึ้น พบ อะมัยลอยด์ เพตีก (Amyloid plaques) และ นิวโรไฟบริลลารี แท่งเจิล (Neurofibrillary Tangles)

เกณฑ์ในการวินิจฉัย

เกณฑ์ในการวินิจฉัยอาจแตกต่างกันไปแล้วแต่สถาบันที่จัดทำขึ้น เช่น ขององค์การอนามัยโลก สมาคมประสาทแพทย์อเมริกัน และสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ดังนี้

1. สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) จัดทำเกณฑ์มาตรฐานที่ชื่อว่า The Diagnostic and Statistic Manual Disorders, 4th edition (DSM 4) โดยใช้เกณฑ์มาตรฐานนี้ร่วมกับอาการทางคลินิกตามที่กล่าวมาข้างต้นในการวินิจฉัย (Cummings and Khachaturian, 1999 อ้างถึงใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549)

2. องค์การอนามัยโลก (WHO) จัดทำเกณฑ์มาตรฐานที่มีชื่อว่า The International Statistic Classification of Disease and Related Health Problems (ICD) ปัจจุบันใช้ฉบับปรับปรุงครั้งล่าสุดเมื่อปี 1992 คือครั้งที่ 10 หรือเรียกว่า ICD-10 ประกอบไปด้วยระบบใส่รหัส อาการเกี่ยวข้องกับทางคลินิก ทางการศึกษาวิจัย และเครื่องมือ อย่างไรก็ตาม สมาคมจิตแพทย์อเมริกันชี้ว่าเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 ให้คำนิยามของภาวะสมองเสื่อมที่ค่อนข้างแคบมากเกินไป

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมทำได้โดยการซักประวัติและใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, DSM-IV-TR) แล้วยังมีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะสมองเสื่อมอีก ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองโรค

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะสมองเสื่อม มีดังนี้

1. แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น (Mini-mental State Examination: MMSE) พัฒนาโดย (Folstein, Fosltein, & McHugh, 1975) ประกอบไปด้วยการประเมิน 6 ด้านคือ การรับรู้สถานที่ (Orientation) การจดจำ (Registration) ความตั้งใจ (Attention) การคำนวณ (Calculation) การใช้ภาษา (Language) การระลึกได้ (Recall) แบบประเมินนี้ได้รับความนิยมใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมมากที่สุดและได้แปลไปหลายภาษารวมทั้งภาษาไทย เช่น แบบประเมินสมรรถภาพสมองของไทย ที่แปลโดย กลุ่มฟื้นฟูสภาพสมอง (2537) และแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 (MMSE-Thai 2002) แปลโดย คณะกรรมการการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นและสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) ที่คงแก่นและความหมายของแบบทดสอบต้นฉบับภาษาไทยไว้ โดยการเจาะลึกถึงแก่นแท้ของแต่ละคำถามทั้ง 11 ข้อ คงความหมายดั้งเดิม

ของภาษาและวัฒนธรรมทางภาษาของคำถามไว้โดยไม่มีการตัดหรือการเติมการปรับเปลี่ยนของแต่ละคำถาม (วันดี โภคะกุล และคณะ, 2542)

2. Geriatric Mental State by the Computer System (AGECAT) พัฒนาขึ้นโดย โคลเปลแลนด์ (Copeland et al., 1986) เป็นแบบประเมินที่สามารถให้การวินิจฉัยแยกชนิดของภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะซึมเศร้า แต่เนื่องจากต้องใช้ร่วมกับโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ค่อนข้างมีราคาแพง และได้รับการวิจารณ์ว่าการวินิจฉัยไม่ไปด้วยกันกับมาตรฐานเกณฑ์การวินิจฉัยโรค จึงไม่ได้รับความนิยมในการนำไปใช้ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549)

3. แบบประเมินอื่น ๆ เช่น Information Memory Concentration (IMC) พัฒนาขึ้นโดย (Pfeiffer, 1975 อ้างถึงใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549)

การวินิจฉัยโรคโดยใช้แบบประเมินนั้น แบบประเมินแบบทั่วไปที่นิยมใช้คือแบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น (Mini-mental State Examination: MMSE) เนื่องจากใช้เวลาในการประเมินน้อย โดยใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2545) เมื่อผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยแล้วควรได้รับการรักษาที่เหมาะสม โดยในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมระยะแรกจะยังมีอารมณ์เหมือนคนทั่วไป ยังรู้สึกดีใจ เสียใจ เศร้าใจ อับอาย ดังนั้นควรให้ความสนใจกับอารมณ์ของผู้สูงอายุและให้การบำบัดรักษาอย่างเหมาะสม

การรักษา

ภาวะสมองเสื่อมนั้นเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุทั้งที่รักษาได้และรักษาไม่ได้ ดังนั้นการรักษาจึงต้องรักษาตามอาการหรือเพื่อป้องกันการเกิดโรค โดยควบคู่ทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา ดังนี้ (ก้องเกียรติ ภูณัทคันทรากกร, 2547)

1. การรักษาโดยการให้ยา (Pharmacological)

1.1 การให้ยาเพื่อรักษาตามอาการ เนื่องจากปัญหาสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ เกิดจากการขาดสารเคมีอะซิทิลโคลีน (Acetylcholine) จึงมีการให้ยาเพื่อเพิ่ม อะซิทิลโคลีน เช่น โดเนปีซิล (Donepezil) ริวาสติกมีน (Rivastigmine) กาแลนทามีน (Galantamine)

1.2 การให้ยาเพื่อป้องกันหรือชะลอความเสื่อมของสมอง เช่น ยาต้านอนุมูลอิสระ (Antioxidant) ฮอร์โมนเอสโตรเจน ยาต้านการอักเสบ (Anti-inflammatory Agents) การให้ยาสมุนไพรสกัดจากใบแป๊ะก๊วย (Ginkgobiloba) และการใช้วิตามิน (รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2543)

2. การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological)

การรักษาโดยไม่ใช้ยาเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นมากที่จะต้องนำมาใช้ควบคู่กับการให้ยา เพื่อให้ได้ผลดีที่สุดในการรักษาโรคสมองเสื่อมซึ่งมีอยู่หลายรูปแบบจำเป็นต้องเลือกให้เหมาะสม

กับภาวะความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม และขีดความสามารถในการเรียนรู้ ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาการดำเนินของโรค เป็นการบำบัดช่วยเหลือด้านพฤติกรรม และด้านการรู้คิด เหมาะที่จะใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะแรกถึงระยะกลาง โดยแบ่งเป็นการฝึกฝนการรู้คิด และการฟื้นฟูความสามารถในการรู้คิด (สถาบันประสาทวิทยา, 2551) ดังนี้

2.1 การฝึกฝนการรู้คิด เป็นการฝึกผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมระยะแรก เพื่อลดความเสื่อมและพัฒนาความรู้ความสามารถเกี่ยวกับความสามารถของการรู้คิด โดยมีรูปแบบของกิจกรรมที่เน้นการฝึกความสามารถในการรู้คิด เช่น การฝึกความจำ การมีใจจดจ่อ (Attention) หรือการแก้ไขปัญห (Problem Solving Abilities) และการรับรู้ข้อมูลใหม่ ลักษณะของกิจกรรมกำหนดตามวัตถุประสงค์ และสภาพแวดล้อม อาจเป็นการเขียน หรือการใช้คอมพิวเตอร์ หรือกิจกรรมอื่น ๆ โดยมีการแบ่งระดับความยากง่ายในการฝึกให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

2.2 การฟื้นฟูความสามารถของการรู้คิด เป็นการใช่วิธีการต่าง ๆ ในการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุและญาติดำเนินชีวิตประจำวันได้ ซึ่งกิจกรรมการพัฒนาศาสนาความสามารถในบริบทของชีวิตประจำวันมีดังนี้

2.2.1 การบำบัดเพื่อรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ประกอบด้วย

2.2.1.1 การให้ข้อมูลตลอด 24 ชั่วโมง (24-hour Informal Process) เพื่อเตือนผู้สูงอายุเกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่ และบุคคล รวมทั้งเหตุการณ์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเจ้าหน้าที่จะทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลผู้สูงอายุในทุกปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น สิ่งแวดล้อมจะถูกจัดวางให้มีเครื่องหมายหรือสัญญาณเพื่อช่วยเตือนผู้สูงอายุให้ทราบถึงสถานที่ วัน เวลา ฯลฯ

2.2.1.2 การจัดกลุ่มคล้ายการเรียนรู้ (Intensive Sessions) จะนำมาใช้สำหรับผู้สูงอายุ 3-6 คน วันละครั้งถึงหนึ่งชั่วโมง โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน (Basic) เน้นที่ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป เช่น วัน เวลา สถานที่ บุคคล ระดับมาตรฐาน (Standard) จะใช้การกระตุ้นประสาทสัมผัส เช่น การอ่านหรือฟัง และพูดคุยถึงเรื่องราวในอดีตและปัจจุบัน เพื่อพัฒนาทักษะด้านการอ่าน การฟัง และการพูดคุย และระดับที่ 3 คือ ระดับก้าวหน้า (Advanced) เป็นการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย (สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

2.2.2 การระลึกถึงความหลัง เป็นการใช่วิธีการที่เกิดขึ้นในอดีตและปัจจุบัน ประกอบด้วย (สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

2.2.2.1 การทบทวนชีวิต (Life Review) เป็นลักษณะของการทบทวนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา เพื่อให้ผู้สูงอายุยอมรับกับชีวิตที่ผ่านมา

2.2.2.2 การระลึกถึงความหลังอย่างง่าย (Simple Reminiscence) วิธีนี้อาจดำเนินการเป็นกลุ่มหรือเดี่ยว อาจมีโครงสร้างชัดเจนหรือไม่ก็ได้ บางครั้งอาจมีการพูดถึงเรื่องที่

ไม่สบายใจ ซึ่งผู้บำบัดจะทำหน้าที่ในการสนับสนุน การบำบัดรูปแบบนี้เป็นวิธีที่เหมาะสมกับ ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมากกว่าการทบทวนชีวิต

2.2.2.3 การเรียบเรียงรายละเอียดประวัติชีวิตที่ผ่านมา (Life History Work)

เป็นการบำบัดโดยเน้นที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดและผู้สูงอายุ

2.2.2.4 การเรียบเรียงรายละเอียดประวัติชีวิตที่ผ่านมาในปัจจุบัน (Life Story)

วิธีการนี้จะตรงกันข้ามกับการเรียบเรียงรายละเอียดประวัติชีวิตที่ผ่านมา คือเน้นในช่วงปัจจุบันของ ผู้สูงอายุ ประกอบด้วยเอกสารที่เกี่ยวข้อง รูปภาพ โปสเตอร์ วีดีโอ ข่าวที่ตัดจากหนังสือพิมพ์ และ ภาพอื่น ๆ ที่สำคัญ เป็นการฟื้นฟูและพัฒนาผู้สูงอายุให้มีความรู้และมีสติอยู่กับเหตุการณ์ปัจจุบัน ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจผู้สูงอายุและเห็นความต่อเนื่องของอดีตและปัจจุบัน

2.2.3 การใช้วิธีการบำบัดแบบหลายวิธีร่วมกัน เป็นการแสดงการยอมรับ รับฟัง

และเข้าใจความรู้สึกของผู้สูงอายุ ทั้งทางภาษาและไม่ใช้ภาษา เช่น การสัมผัส การสบตา หรือน้ำเสียงในการพูดคุย ในกรณีของกลุ่มอาจใช้กิจกรรมอื่น ๆ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุได้แสดงออกถึงความต้องการของตน (สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

ในการบำบัดช่วยเหลือผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมนั้น ไม่ว่าจะเป็นการบำบัดรักษาด้วยยา หรือรักษาแบบไม่ใช้ยา มีผลช่วยชะลอความเสื่อมของสมองให้ดีขึ้น ลดการเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ แต่อย่างไรก็ตามพบว่าผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมระดับน้อยถึงปานกลางยังคงมีความสามารถเรียนรู้ทักษะการเคลื่อนไหวได้ดี (Motor Skill) และความสามารถในการจดจำขั้นตอนบางอย่าง รวมถึงการทำงานของสมองในส่วน Articulatory Loop ของความทรงจำระยะสั้นที่ยังคงอยู่ (Morris & Baddeley, 1988 อ้างถึงใน อรรถพรณ แอบไรสง, 2553) ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยฟื้นฟูความสามารถในการรู้คิด เนื่องจากเป็นความบกพร่องที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมระยะแรกหากผู้สูงอายุได้รับการพยาบาลที่เหมาะสมย่อมจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและลดระยะเวลาที่จะเกิดความก้าวหน้าของโรคให้ช้าลงได้

แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุ

ความสามารถในการรู้คิด มีคำใช้เรียกแตกต่างกัน เช่น การรู้การเข้าใจ พุทธิปัญญา สติปัญญา เป็นต้น แต่ละคำมีความหมายเดียวกัน ผู้วิจัยจึงเลือกใช้คำว่า การรู้คิด ตามการให้คำนิยามของ ศรีเรือน แก้วกังวาล (2545)

ความหมายของความสามารถในการรู้คิด

คำว่า รู้คิด ในวงการจิตวิทยามีความหมายโดยรวม คือ กระบวนการทางจิตด้านความรู้ ความจำ การประมวลข้อมูลข่าวสาร การศึกษาหาความรู้ การแก้ไขปัญหา และการวางแผนการในอนาคต (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545)

การรู้คิด แบ่งออกเป็นหลายส่วน ได้แก่ สมาธิ การใช้ภาษาพูด การมองภาพ 3 มิติ การเรียนรู้และความจำ และหน้าที่ในเชิงบริหาร (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547)

ความสามารถในการรู้คิด คือกระบวนการทำงานของสมองขั้นสูงในการจัดการข้อมูลซึ่งได้รับมาจากประสาทสัมผัส แสดงออกมาในรูปของความคิด การแก้ปัญหา การวางแผน การเคลื่อนไหว การแสดงพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย ความใส่ใจ สมาธิ ความจำ การรับรู้ทางภาพ หน้าที่ในเชิงบริหาร (Kandel et al., 2000 cited in Puriansil, 2006)

การเปลี่ยนแปลงความสามารถในการรู้คิดในผู้สูงอายุ

การรู้คิดแบ่งออกเป็นหลายส่วน ดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547)

1. สมาธิ โดยทั่วไปสมาธิของผู้สูงอายุไม่ได้เสื่อมลงตามอายุ รวมทั้งความรู้สึกลึกซึ้งตัวก็ยังคงอยู่เช่นกัน ยกเว้นงานที่ต้องการสมาธิอย่างสูง เช่น ต้องตั้งสมาธิอยู่กับงานที่ซับซ้อนจะเสื่อมลงตามอายุ
2. การใช้ภาษาพูด ความสามารถในการใช้ภาษาพูดจะเป็นปกติแม้จะมีอายุมาก ยิ่งไปกว่านั้นการใช้คำศัพท์และคำพูดที่มีความหมายอาจดีขึ้นด้วย
3. การมองภาพ 3 มิติ และการใช้สายตาในระยะจะค่อยประสิทธิภาพลงบ้าง ดังนั้นงานที่ผู้สูงอายุต้องใช้ความสามารถในการมองเห็นภาพ 3 มิติ เช่น การประกอบเครื่องจักรกลของใช้ภายในบ้าน ต้องทำด้วยความระมัดระวังและใช้เวลานานขึ้นกว่าเดิม
4. การเรียนรู้และความจำ ความสามารถที่จะจำเรื่องราวใหม่ๆ และความจำในอดีตส่วนใหญ่ยังคงดีอยู่ ส่วนความจำปัจจุบันมักเสื่อมลงตามอายุที่มากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามความเสื่อมนั้นมีเพียงเล็กน้อยเท่านั้น
5. หน้าที่ในเชิงบริหาร หน้าที่ในเชิงบริหารหมายถึง ความสามารถใช้ความคิดแบบนามธรรม มีการริเริ่มวางแผนการทำงานและติดตามผลงานให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์รวมทั้งสามารถควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ด้วย โดยทั่วไปหน้าที่เช่นนี้จะไม่มีการเสื่อมลงไปตามอายุ ยกเว้นแต่ในสมองมีพยาธิสภาพขนาดเล็กซึ่งไม่สามารถตรวจพบได้ อาจมีผลให้หน้าที่ในเชิงบริหารนี้ค่อยประสิทธิภาพลงและจะเสียอย่างมากในผู้สูงอายุซึ่งเป็นโรคสมองเสื่อม

การเปลี่ยนแปลงตามวัยที่มีผลต่อความสามารถในการรู้คิด

ปัจจุบันมีทฤษฎีที่เกี่ยวกับการรู้คิดของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน โดยเริ่มมีการศึกษาเมื่อ

ปี ค.ศ. 1960 ซึ่งได้ข้อสรุปว่าความสามารถในการรู้คิดที่ลดลงเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสูงอายุ โดยในกลางปี ค.ศ. 1980 มีการศึกษาระยะยาว พบว่าการทำงานด้านสติปัญญาของบุคคลจะยังคงอยู่หรือเพิ่มขึ้นเมื่ออายุ 50 ปี หรือ 60 ปี (Carstensen et al., 2006 cited in Miller, 2009) หลังจากที่มีการรู้คิดค่อย ๆ เสื่อมลง ซึ่งในปัจจุบันนักวิจัยได้มีการพัฒนาทฤษฎีที่อธิบายถึงตัวแปรที่มีผลต่อความสามารถในการรู้คิด เช่น ภาวะสุขภาพ อารมณ์ การรู้คิด บุคลิกภาพและลักษณะอื่น ๆ ทางจิตวิทยา

นักวิจัยได้พยายามคิดหาความแตกต่างระหว่างอายุและการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยา มีความสนใจการเปลี่ยนแปลงการรู้คิดที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีกับผู้สูงอายุที่มีพยาธิสภาพ มีการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานของการรู้คิด (Miller, 2009) ดังนี้

การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทส่วนกลาง

การเปลี่ยนแปลงตามวัยของระบบประสาทที่เป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงการรู้คิดในผู้สูงอายุมีดังนี้

1. น้ำหนักสมองลดลงทีละน้อย 2-3 กรัมต่อปี (จาก 1,400 กรัม ในเพศชาย และ 1,250 กรัมในเพศหญิง) โดยเริ่มเมื่ออายุ 60 ปี ซึ่งช่วงแรกจะสูญเสียสมองส่วนสีขาว (White matter) โดยเฉพาะบริเวณสมองส่วนหน้า (Simensky & Abeles, 2002 cited in Miller, 2004, 2009) มีการศึกษาพบว่าบริเวณของสมองซึ่งเล็กลงมากที่สุด คือสมองส่วนหน้าและพบน้อยในบริเวณสมองส่วนหลัง ส่วนของเปลือกสมอง (Cortex) จะสูญเสียไปเร็วกว่าสมองส่วนสีขาว ระหว่างอายุ 20 ถึง 50 ปี และในระหว่างอายุ 70 ถึง 90 ปี สมองส่วนสีขาวจะสูญเสียเร็วกว่า อย่างไรก็ตามจากการศึกษาในปัจจุบันพบว่า การสูญเสียของสมองส่วนสีขาวจะมากกว่าส่วนเปลือกสมองในวัยสูงอายุ (สมภพ เวียงกระกูด, 2547)
2. ปริมาตรของกะโหลกศีรษะลดลง จาก 95% ในช่วงอายุ 60 ปี และ 57% ถึง 80% ในผู้ที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป (Simensky & Abeles, 2002 cited in Miller, 2009)
3. มีการขยายใหญ่ของโพรงสมอง (Ventricle) โดยปริมาตรเฉลี่ยขึ้นโพรงสมองเพิ่มขึ้นจาก 15 มิลลิกรัม ในวัยรุ่นถึง 55 มิลลิกรัมในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี (Simensky & Abeles, 2002 cited in Miller, 2009)
4. ร่องหรือรอยแยก (Sulci) ของสมองมีขนาดกว้างขึ้น (Miller, 2009)
5. เส้นใยประสาทหดตัวและมีการสูญเสียใยประสาทบริเวณสมองส่วนหน้า และสมองด้านข้าง (Miller, 2009) อย่างไรก็ตามมีการศึกษาของมหาวิทยาลัยฮาวายรายงานว่า ในผู้เข้ารับการศึกษา 10 คน ซึ่งมีความบกพร่องของการรู้คติน้อยมากไม่ได้มีการสูญเสียเซลล์

ประสาท (Neuronal Loss) ในบริเวณสมองกลีบขมับ (Temporal Lobe) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับความจำระหว่างอายุ 60 กับ 90 ปี (สมภพ เรืองตระกูล, 2547)

6. มีการสูญเสียสารสื่อประสาท บริเวณจุดเชื่อมต่อ (Miller, 2009) ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

6.1 โมโนเอมีน (Monoamines) ประสิทธิภาพของเอ็นไซม์ไทโรซีน ไฮดรอกซิเลส (Tyrosine Hydroxylase) ซึ่งเปลี่ยนไทโรซีน เป็นโดปา (Dopa) ลดลง ส่วนเอ็นไซม์ที่จะเปลี่ยนโดปา เป็นโดปามีน (Dopamine) ในส่วนต่าง ๆ ของสมองมีการเปลี่ยนแปลงไม่เท่ากัน (สมภพ เรืองตระกูล, 2547)

6.2 อะซิติลโคลีน ในวัยสูงอายุ การดูดซึมสาร โคลีน จะรวมกับเอ็นไซม์ อะซิติลโคเอ (Acetyl CoA) เปลี่ยนเป็นอะซิติลโคลีนลดลง แต่ไม่มากเท่ากับในโรคอัลไซเมอร์

6.3 การทำหน้าที่ของสารโดปามีนลดลง 6% ถึง 10 % ในรอบ 10 ปี จากช่วงต้นและช่วงท้ายของวัย (Miller, 2009)

6.4 การไหลเวียนของเลือดลดลงโดยเฉพาะในเปลือกสมองส่วนหน้า (Prefrontal Cortex) (Miller, 2009) และมีการศึกษาด้วยการตรวจวัดกระบวนการทางชีวภาพของเซลล์ (Positron Emission Tomography: PET Scanning) พบว่าการไหลเวียนของเลือดบริเวณสมองลดลงในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในบริเวณ ชินกิวเรท ไจรัส (Cingulate Gyri) พาราฮิปโปแคมปัส (Parahippocampal) สมองกลีบขมับด้านหลัง (Superior Temporal) และสมองกึ่งกลางส่วนหน้า (Medial frontal) ด้วยเหตุนี้ในบางส่วนของสมอง ได้แก่ ระบบลิมบิก (Limbic System) และเพอร์เวนทริคิวลา ไวท์ แมทเทอร์ (Periventricular White Matter) จึงมีปริมาณของเลือดไปเลี้ยงลดน้อยลง นอกจากนี้งานวิจัยในปัจจุบันยังบ่งชี้ว่าการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดเช่นนี้มีส่วนทำให้เกิดการเสื่อมของเส้นใยประสาทซึ่งเป็นสาเหตุของโรคอัลไซเมอร์ และจากการศึกษาด้วยการตรวจวัดกระบวนการทางชีวภาพของเซลล์ และการตรวจเอ็มอาร์ไอ พบว่ามีการลดลงของการไหลเวียนของเลือดในสมอง ซึ่งมีผลต่อความบกพร่องของการรับรู้และความจำในวัยสูงอายุ (สมภพ เรืองตระกูล, 2547)

6.5 สารไลโปฟัสซิน (Lipofuscin) ในเซลล์ประสาทมีการสะสมเพิ่มมากขึ้น (Miller, 2009)

นอกจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยของระบบประสาทในผู้สูงอายุจะมีผลต่อความสามารถในการรู้คิดแล้วยังมีปัจจัยอื่นที่มีผลร่วมด้วย

ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถการรู้คิด

1. ลักษณะของบุคคลและอิทธิพลจากสังคม

ลักษณะของบุคคลมีผลต่อความสามารถในการรู้คิดในทุกกลุ่มอายุ ซึ่งนักวิจัยพยายามที่จะแยกแยะประเด็นลักษณะสำคัญของผู้สูงอายุ และพบว่าจำนวนปีของการศึกษามีความสัมพันธ์กับการรู้คิดของผู้สูงอายุมากที่สุด โดยไม่ขึ้นกับ เพศ เชื้อชาติ วัฒนธรรม นอกจากนี้ลักษณะส่วนบุคคลอื่น ๆ ที่มีผลต่อความสามารถในการรับรู้ คือสถานะทางเศรษฐกิจสังคมในอดีตและปัจจุบัน (Turrell et al., 2002 cited in Miller, 2009) โดยพบว่าการรับรู้ในตนเองและความคาดหวังต่อตนเองเป็นลักษณะสำคัญของทักษะการรู้คิด เช่นความเชื่อในความสามารถของแต่ละบุคคลทำให้ระดับความสามารถในการรู้คิดแตกต่างกัน และมีความสัมพันธ์กับความเครียดและความสามารถในการรู้คิด (Ball & Birge, 2002 cited in Miller, 2009)

สำหรับอิทธิพลทางสังคมนั้น พบว่าความคาดหวังที่ลดลงและการแบ่งแยกผู้สูงอายุกับวัยอื่น ๆ ในสังคมสมัยใหม่จะเป็นผลทางลบกับความสามารถในการรับรู้ มีการศึกษาระบุว่าสังคมที่พัฒนาขึ้นกับความพร้อมของความจำ เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และถือเป็นกระบวนการปกติ และจากการที่ผู้สูงอายุมีความเชื่อด้านลบ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับตนเอง (Dark-Freudeman et al., 2006 cited in Miller, 2009) การรับรู้เช่นนี้ทำให้เกิดความพร้อมในความสามารถของการรู้คิด อย่างไรก็ตามการฝึกความจำสามารถช่วยเปลี่ยนความเชื่อผิด ๆ และเพิ่มสมรรถนะด้านการรู้คิดได้ (Hess, 2006 cited in Miller, 2009)

2. การรับรู้ความรู้สึกและปัจจัยด้านสุขภาพ

การรับรู้ของผู้ป่วยจะขึ้นโดยตรงกับการนำเข้าสู่ความรู้สึก (Sensory Input) ซึ่งขบวนการรับรู้นี้จะเปลี่ยนแปลงตามปริมาณข้อมูลที่ได้รับจากการได้ยินและการมองเห็น โดยการได้ยินหรือการมองเห็นที่เสื่อมลงจะมีผลต่อความสามารถในการฟัง ซึ่งการรับรู้ในแต่ละคนจะเสื่อมมากขึ้นเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น (Fozard & Gordon-Salant, 2001 cited in Miller, 2009) และโรคเรื้อรังหรือปัญหาทางด้านสุขภาพมีผลต่อความสามารถของการรู้คิดของผู้สูงอายุ ตัวอย่างโรคเรื้อรัง (Backman et al., 2001 cited in Miller, 2009) ได้แก่ ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ โรคเบาหวานหรือมีความเสื่อมของการทนต่อกลูโคส ภาวะสมองเสื่อม และโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังส่งผลต่อความสามารถในการรู้คิด เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้ความสามารถในการรู้คิดลดลง และการรู้คิดที่บกพร่องก็ยังมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าด้วย (Backman et al., 2001 cited in Miller, 2009) ซึ่งภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดความคิดในแง่ลบกับตนเอง มีผลต่อความใส่ใจและสมาธิลดลง ส่งผลต่อความจำรวมด้วย (Miller, 2009)

3. ปัจจัยด้านการได้รับสารอาหารและสารเคมี

การได้รับสารอาหารเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรู้คิด คล้ายกับการทำงานด้านความจำ โดยไม่เกี่ยวข้องกับอายุ เช่น เบต้าแคโรทีน (Beta-carotene) วิตามินบี และวิตามินซี (Vitamins B and

vitamin C) สารอาหารเหล่านี้จะมีผลต่อความสามารถในการรู้คิด (Calvaresi & Bryan, 2001 cited in Miller, 2009) การศึกษาในปัจจุบันพบว่าการเติมวิตามินอี ใส่ลงไปในอาหารหรือจัดทำในรูปอาหารเสริมมากขึ้นเพื่อช่วยเพิ่มความสามารถในการรู้คิดในผู้สูงอายุ (Ortega, 2002 cited in Miller, 2009) และมีการศึกษาผลของโคลีน และ เลซิติน (Lecitin) พบว่าการบริโภคอาหารที่มีปริมาณโคลีน และ เลซิติน จะสามารถช่วยเพิ่มระดับโคลีนในพลาสมาได้ (Miller, 2009)

สำหรับปัจจัยด้านสารเคมี มีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคแอลกอฮอล์ กับความสามารถในการรู้คิดแต่ไม่เฉพาะเจาะจงตามอายุ พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ระดับปานกลางจะรบกวนความจำระยะสั้นและความจำระยะยาว และการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากจะไปรบกวนสมรรถนะของความจำ (Miller, 2009)

4. ผลจากการใช้ยา

การใช้ยาตามใบสั่งแพทย์หรือการใช้ยาโดยการซื้อมารับประทานเองมีผลกระทบต่อความจำและความสามารถในการรู้คิด เช่น การใช้ยาแอนติโคลิเนอร์จิก (Anticholinergic) ซึ่งหาซื้อได้ง่าย ยานี้จะมีผลต่อความจำและความสามารถในการรู้คิดอื่น ๆ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะเกิดอารมณ์หวั่นไหวได้ง่าย ตัวอย่างยา เช่น อะโทรปีน (Atropine) เบนซโทรปีน (Benztropine) ไดไซโคลมีน (Dicyclomine) เฟลวอกเซต (Flavoxate) และไตรเอกซิเฟนิดิล (Triexyphenidyl) (Tune, 2001 cited in Miller, 2009)

จะเห็นว่ามีปัจจัยหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีทั้งปัจจัยที่สามารถควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ส่งผลต่อผู้สูงอายุมากน้อยแตกต่างกัน ความสามารถในการรู้คิดสามารถประเมินได้โดยใช้เครื่องมือ ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ประเมินการรู้คิด

1. Mini Mental State Examination (MMSE)

MMSE- Mini mental state examination เป็นแบบทดสอบการทำหน้าที่ของสมองซึ่งนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยมีหัวข้อการประเมิน ได้แก่ การรับรู้วัน เวลา และสถานที่ (Orientation) การคำนวณ (Calculation) การใช้ภาษา (Language) การระลึกได้ (Recall) และความตั้งใจ (Attention) โดยในประเทศไทยได้มีการนำมาปรับปรุงเปลี่ยนแปลงมาเป็นแบบประเมินที่มีชื่อว่า Thai Mental State Examination (TMSE) เพื่อให้เหมาะสมกับคนไทยมากยิ่งขึ้น สำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีคะแนน 23 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน (วันดี โภคะกุล และคณะ, 2542)

2. Cognitive Assessment of Minnesota (CAM)

Cognitive Assessment of Minnesota เป็นแบบประเมินที่ใช้สำรวจหาความบกพร่องของการรู้คิดโดยใช้เวลาเพียงสั้น ๆ ประกอบด้วย 17 แบบทดสอบย่อย ได้แก่ ช่วงความสนใจ (Attention

Span) ความจำด้านวัน เวลา สถานที่ (Memory Orientation) การละเลยทางการมองเห็น (Visual Neglect) การตระหนักรู้ด้านเวลา (Temporal Awareness) การระลึกได้ การจดจำได้ (Recall/ Recognition) ความจำจากการได้ยินและการจัดลำดับ (Auditory Memory and Sequencing) ทักษะคณิตศาสตร์อย่างง่าย (Simple Math Skill) และการตัดสินใจและความปลอดภัย (Safety and Judgement) (Burns, Mortimer, & Merckel, 1994 อ้างถึงใน พิรยา มั่นเขตวิทย์, 2553)

3. Allen Cognitive Level Scale (ACLS)

แบบประเมิน ACLS เป็นแบบประเมินที่ประเมินเกี่ยวกับการรับรู้วัน เวลา สถานที่ (Attention) การแก้ปัญหา (Problem Solving) และการเรียนรู้ (Learning) ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับสมองที่ส่งผลต่อความสามารถในการรู้คิดโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบประเมิน ACLS จะสามารถแบ่งระดับความบกพร่องได้อย่างชัดเจนจากรูปแบบของพฤติกรรมที่แสดงออกมาของผู้ป่วย (Burn et al., 1994 อ้างถึงใน พิรยา มั่นเขตวิทย์, 2553)

4. Rivermead Perceptual Battery Assessment

Rivermead Perceptual Battery Assessment เป็นแบบประเมินที่ใช้สำหรับการประเมินระดับของความสามารถในการรับรู้ทางการมองเห็นก่อนที่จะให้การบำบัดรักษา ประกอบไปด้วยชุดการทดสอบย่อย 16 ชุดด้วยกัน ดังนี้ การจับคู่รูปภาพ (Picture Matching) การจับคู่วัตถุสิ่งของ (Object Matching) การจดจำขนาด (Size Recognition) การจำเป็นเรื่องราว (Series) ข้อความที่หายไป (Missing Article) การจัดลำดับรูปภาพ (Sequencing Pictures) การก๊อปปี้คำแบบซ้าย - ขวา (Right/ Left Copying Words) การจับคู่สี (Color Matching) การก๊อปปี้แบบสามมิติ (Three-dimensional Copying) การแยกแยะภาพและพื้น (Figure-ground Discrimination) Cancellation, Animal Halves, Body-image Self- identification และ Body Image (Burn et al., 1994 อ้างถึงใน พิรยา มั่นเขตวิทย์, 2553)

5. Dementia Rating Scale (DRS)

เป็นแบบประเมินที่ออกแบบมาสำหรับการวัดระดับความรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะความบกพร่องด้านความรู้คิด ใช้ในผู้ที่มีอายุ 56 ปีขึ้นไป โดยประเมินในเรื่อง ความตั้งใจ (Attention) ความคิดริเริ่ม (Initiation-perseveration) การประกอบชิ้นงานหรือทำเป็นโครงสร้าง (Construction) ความคิดรวบยอด (Conceptualisation) ความจำ (Memory) ใช้เวลาในการประเมิน 15 - 30 นาที (Burn et al., 1994 อ้างถึงใน พิรยา มั่นเขตวิทย์, 2553)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE- Thai 2002) ในการประเมินความสามารถในการรู้คิด เนื่องจากสามารถวัดการทำงานของสมองได้ทั้ง 2 ซีก แบบครอบคลุมและทั่วถึง มีการนำมาแปลให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมทางสังคม

และภาษาของประเทศไทย มีการดำเนินการทดสอบมาตรฐานหาความไว ความจำเพาะ นอกจากนี้ยังสามารถใช้ได้กับคนไทยสูงอายุที่ไม่ได้เรียน ในผู้สูงอายุที่มีระดับความสามารถในการรู้คิดลดลงนั้นจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด ความวิตกกังวล และทำให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลง

แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

ความหมายของความพึงพอใจในชีวิต

มีผู้ให้คำจำกัดความของคำว่า ความพึงพอใจไว้มากมาย บางคนถือว่าความพึงพอใจมีความหมายเช่นเดียวกับ คุณภาพชีวิต หรือความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ ความสุข การปรับตัว ชีวิตที่มีคุณค่ามีความหมาย และความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยจะใช้คำว่า ความพึงพอใจในชีวิต

Campbell (1967) กล่าวถึงความพึงพอใจในชีวิตว่า หมายถึง ประสบการณ์การเรียนรู้ การรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงเปรียบเทียบกับเหตุการณ์ที่บุคคลต้องการหรือปรารถนาให้เป็น ซึ่งความขัดแย้งกันระหว่างการรับรู้ต่อเหตุการณ์ของสิ่งมีชีวิตกับสิ่งที่ปรารถนาให้เป็น อาจมองในแง่ของความพึงพอใจและไม่พึงพอใจก็ได้ หากบุคคลเกิดความพึงพอใจมากก็อาจเป็นเครื่องบ่งชี้ได้ว่ามีความพึงพอใจมากตามมาด้วย

Dupuy (1977 cited in McDowell & Newell, 1987) เชื่อว่าความพึงพอใจในชีวิตเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อบุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียดได้ ประกอบด้วยความรู้สึกทั้งทางบวกและลบ ถ้าบุคคลมีความรู้สึกทางบวกมากก็จะบ่งบอกถึงความพึงพอใจในชีวิตมากตามมาด้วย

Dirksen (1989) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจในชีวิตว่า เป็นการรับรู้คุณค่าของชีวิตในปัจจุบันและเป็นสิ่งที่แต่ละบุคคลรับรู้ความหมายของชีวิต และสามารถดำรงไว้ในประสบการณ์ของตน

Cantrill (1965 cited in McKeehan, Cowling III, & Wykle, 1986) ได้กล่าวถึงความพึงพอใจในชีวิตว่า เป็นการรับรู้ในภาพรวมทั้งหมดเกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลจะมีความพึงพอใจแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับรับรู้เป้าหมาย และการให้คุณค่าของบุคคลนั้น

Orem (1991) ให้ความหมายของความพึงพอใจในชีวิตไว้ว่า เป็นภาวะที่แต่ละบุคคลรับรู้ต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่ แสดงออกโดยความยินดี ความพึงพอใจและความสุขที่เกิดขึ้นภายในจิตใจและการบรรลุถึงอุดมคติแห่งตน และเกิดเป็นลักษณะประจำตัวของบุคคลนั้น ความพึงพอใจเกี่ยวข้องกับสุขภาพ เป็นความสำเร็จอันเกิดจากผลของความพยายาม และมีแหล่งประโยชน์อย่างเพียงพอ บุคคลสามารถมีความพึงพอใจได้ แม้จะตกอยู่ในภาวะความยากลำบากต่าง ๆ หรือเมื่อมีการสูญเสีย

โครงสร้างและหน้าที่ตามปกติของร่างกาย ดังนั้นคนที่เจ็บป่วยเรื้อรังอาจรับรู้ความผาสุกได้ เนื่องจากความผาสุกเป็นการรับรู้ถึงสภาวะแห่งตน

Lawton (1983) ได้กล่าวถึงความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุว่าเป็นการแสดงออกถึงความสามารถในการแสดงพฤติกรรม (Behavioral Competence) การรับรู้ถึงคุณภาพชีวิต (Perceived Quality of Life) ความผาสุกทางด้านจิตใจ (Psychological Well-being) และลักษณะของสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม (Environmental Quality) ความผาสุกทางใจตามแนวคิดของลอร์ตัน มีดังต่อไปนี้

1. ความรู้สึกทางลบ เช่น ความวิตกกังวล การเก็บกด ความรุ่มร้อน ไม่สบายใจ เป็นต้น
2. ความรู้สึกทางบวก เป็นความรู้สึกยินดี สบายใจ ซึ่งมักจะเกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้น ๆ
3. ความสมดุลระหว่างความปรารถนากับการได้รับการตอบสนองตามความปรารถนา ซึ่งเป็นขั้นเบื้องต้นของความพึงพอใจในชีวิต
4. ความสุข เป็นอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของ ความเบิกบานและความยินดี ซึ่งสะท้อนให้เห็นความรู้สึกที่คนเรารู้สึกต่อสภาพของเรื่องต่าง ๆ

จากความหมายของความผาสุกในชีวิตดังกล่าว สรุปได้ว่า ความผาสุกในชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลหรือความรู้สึกเกี่ยวกับเหตุการณ์ ในแง่ของความพึงพอใจในชีวิต ความชื่นชมยินดี ความสุขทางด้านจิตใจ ซึ่งบุคคลสามารถมีความผาสุกได้ถึงแม้จะมีสุขภาพดีหรือมีภาวะเปราะบางทางสุขภาพ

ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกในชีวิต

เนื่องจากความผาสุกเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา และมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำรงชีวิตของมนุษย์ จึงมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุก สรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยภายในบุคคล

ปัจจัยภายในบุคคลที่มีผลต่อความผาสุกนี้ รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งได้แก่ เชื้อชาติ อายุ เพศ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ ภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว ฯลฯ และปัจจัยภายในที่เกี่ยวข้องกับความคิด จิตใจ ความเชื่อ ทศนคติ เจตคติ รวมทั้งพฤติกรรมหรือการกระทำต่าง ๆ ของบุคคล (รุ่งทิพย์ แปะใจ, 2542) นอกจากนี้ยังพบว่าความผาสุกขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายด้านด้วยกัน ได้แก่ โรคประจำตัว ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ เป็นต้น (Zhan, 1992) ปัจจัยภายในบุคคลที่สำคัญประการหนึ่งที่เชื่อว่าจะมีความสัมพันธ์กับความผาสุก และได้มีการศึกษากันอย่างกว้างขวางได้แก่ พฤติกรรมหรือความสามารถในการดูแลตนเอง เช่นการศึกษาของ บุญศรี นุกะตุ (2541) เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองและความผาสุกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองโดยทั่วไปอยู่ในระดับดีและพฤติกรรมดูแลตนเองมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในระดับปานกลาง ($r = .42$, $p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ธิดา ทองวิเชียร (2550) เรื่องความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงกล่าวได้ว่าพฤติกรรมดูแลตนเองเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็น หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี จะทำให้สามารถควบคุมโรคหรือความรุนแรงของโรคได้ ผลตามมาก็คือ ผู้สูงอายุไม่มีความวิตกกังวลหรือทุกข์ทรมานจากภาวะโรคและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ สามารถที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามต้องการ ผลดีที่จะเกิดกับผู้สูงอายุคือ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม มีความพึงพอใจ และความผาสุกในชีวิตจึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะแรกมีความสามารถในการดูแลตนเองให้มากที่สุด

2. ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อความผาสุก หมายถึง ปัจจัยต่าง ๆ ที่อยู่ภายนอกตัวบุคคลทั้งที่เป็นสิ่งมีชีวิต เช่น ครอบครัว ชุมชน สังคม และสิ่งไม่มีชีวิต เช่น ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม ตลอดจนสิ่งของเครื่องใช้และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ รวมทั้งศาสนา ค่านิยม วัฒนธรรมและประเพณีของแต่ละสังคม (รุ่งทิพย์ แปงใจ, 2542)

สำหรับผู้สูงอายุในขณะที่มีอายุมากขึ้น เครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุจะลดลงตามลำดับ จากการหมดหน้าที่ในการทำงาน รายได้ทีลดน้อยลง การย้ายถิ่นที่อยู่ และการเสียชีวิตของเพื่อน ญาติพี่น้อง หรือผู้ที่คุ้นเคย การแต่งงานแยกครอบครัวของบุตรหลาน รวมทั้งข้อจำกัดทางภาวะสุขภาพที่เสื่อมตามธรรมชาติหรือโรคประจำตัวบางอย่าง ทำให้ผู้สูงอายุมีการติดต่อกับบุคคลอื่นในสังคมลดลง และจากการที่ผู้สูงอายุมีบทบาททางสังคมลดน้อยลงนี้ ครอบครัวจึงกลายเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีบทบาทมากที่สุดในช่วงวัยสูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคู่สมรสจะเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ (Roth, 1989; Sutherland & Murphy, 1995) ดังการศึกษาของ รุ่งทิพย์ แปงใจ (2542) เกี่ยวกับการสนับสนุนจากคู่สมรสกับความผาสุกของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสอยู่ในระดับสูง และการศึกษาของ ธิดา ทองวิเชียร (2550) ที่พบว่า พัฒนกิจของครอบครัวระยะวัยชราดี จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางใจมาก

ปัจจัยภายนอกด้านสังคมและวัฒนธรรมของครอบครัวไทยจึงมีความสำคัญต่อการส่งเสริมความผาสุกในผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกในครอบครัว คือ บุตรมักจะให้ความเคารพ รักใคร่ สนใจ และอุปการะเมื่อบิดามารดาชราภาพ และยึดมั่นในค่านิยม หรือจริยธรรมเกี่ยวกับความกตัญญูต่อบิดามารดาผู้สูงอายุซึ่งถือว่าเป็นผู้มีพระคุณ แสดงความเคารพนับถือ

ยกย่องเชิดชู ชักนำคนอื่นให้ยึดปฏิบัติต่อบิดามารดาผู้สูงอายุด้วยความเชื่อตรง ไม่ละทิ้งในคราวที่ลำบาก ดูแลเกื้อหนุนปัจจัยต่าง ๆ เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย การดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วยตลอดจนเงินทองอุปกรณ์ต่าง ๆ ตามความสามารถและกำลังทรัพย์ของบุตร เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ (ธิดาทองวิเชียร, 2550)

การประเมินความผาสุก

การประเมินความผาสุก พบได้ 2 ลักษณะใหญ่ ๆ ขึ้นอยู่กับแนวคิดเกี่ยวกับความผาสุก และวัตถุประสงค์ในการศึกษา ดังนี้

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัย (Objective Well-being) เป็นการประเมินความผาสุกโดยใช้ข้อมูลทางด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ หรือเป็นการวัดสถานะทางกายภาพตามลักษณะเหตุการณ์หรือพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งตัดสินโดยบุคคลอื่นหรือด้วยตนเอง จากข้อมูลที่เป็นจริง เช่น รายได้ อาชีพ การศึกษา การทำหน้าที่ของร่างกาย เป็นต้น เครื่องมือที่ใช้วัดความผาสุกทางด้านวัตถุวิสัย เช่น ดัชนีวัดความผาสุก (The Index of Well-being) ใช้วัดความผาสุกตามลักษณะของบุคคลที่เป็นอยู่ในการเคลื่อนไหวร่างกาย ความสามารถทางกายในการทำกิจกรรมของตนเองและกิจกรรมทางสังคม เป็นเครื่องมือที่ใช้กับบุคคลหรือผู้ป่วยที่มีความพิการทางด้านร่างกายและต้องการการช่วยเหลือ (ชุดินธร เรียนแพง, 2548)

2. การประเมินทางจิตวิสัย (Subjective Well-being) เป็นการวัดความผาสุกของแต่ละบุคคลโดยขึ้นอยู่กับการรับรู้หรือความรู้สึกทางด้านจิตใจของบุคคลต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่หรือประสบการณ์ในอดีตของบุคคล เป็นการประเมินโดยตนเองตามความหมายหรือประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล ตัวอย่างเครื่องมือที่ประเมินทางด้านจิตวิสัยได้แก่ แบบวัดความผาสุกด้วยตนเองตามวิธีการของแคนทริล (Cantril Self-anchoring Ladder Scales) (Cantril, 1965 cited in McKeehan et al., 1986) เป็นแบบวัดความผาสุกในภาพรวมทั้งหมด เปรียบเทียบการรับรู้สถานการณ์ปัจจุบัน กับสถานการณ์ที่คาดหวังให้เกิดขึ้นหรืออยากให้เป็น และให้บุคคลเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเองตามระดับความผาสุก แบบวัดเป็นบันไดที่มีความต่อเนื่อง 10 ขั้น ตามการรับรู้เป้าหมายและการให้คุณค่าต่อสิ่งเร้านั้น ส่วนแบบวัดความผาสุกของ (Dupuy, 1977 cited in McDowell & Newell, 1987) เป็นแบบวัดความรู้สึกด้านบวกและลบ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความสุข การควบคุมตนเอง ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และความรู้สึกมีชีวิตชีวา (ชุดินธร เรียนแพง, 2548)

นอกจากที่กล่าวมาแล้วยังมีเครื่องมือที่ใช้วัดความผาสุกในชีวิต ที่ได้รับความนิยมคือแบบวัดหลัก 4 ชุด ดังนี้

1. แบบวัดดัชนีความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction Index A) โดย (Neugarten et al., 1961 อ้างถึงใน เกลิมวรรณ เกตุสวาสดี, 2546) ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ ให้ผู้ตอบเลือกตอบว่า เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย ซึ่งเนื้อหาถามนั้นครอบคลุมกว้างขวาง และวัดในหลายมิติ คือ อารมณ์ความรู้สึก สติปัญญา และพฤติกรรม เช่น ถามเกี่ยวกับความสุข ความพึงพอใจในชีวิต และบางข้อก็เป็นการวัดระดับการกระทำ

2. แบบวัดระดับความสมดุลทางอารมณ์ (The Affect Balance Scale) โดย (Bradburn, 1969 อ้างถึงใน เกลิมวรรณ เกตุสวาสดี, 2546) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เกี่ยวกับความรู้สึกทางบวกและความรู้สึกทางลบ ประเภทละ 5 ข้อ เท่า ๆ กัน เป็นคำถามที่มีความสัมพันธ์กับเรื่องความสุข และทั้ง 2 ส่วนนี้มีความเป็นอิสระต่อกัน ประเภทคำถาม เช่น “ในช่วง 2-3 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกใหม่ว่า....” และมีคำตอบด้านความรู้สึกทางลบ เช่น “เบื่อ เศร้าใจเพราะถูกวิจารณ์” เป็นต้น แบบวัดนี้ถูกวิจารณ์ว่ามีโครงสร้างมิติที่ไม่ถูกต้อง เพราะการวัดความรู้สึกทางบวก เป็นการวัดระดับของการกระทำที่แสดงถึงความพึงพอใจหรือความสุข ในขณะที่การวัดความรู้สึกทางลบนั้นคล้ายคลึงกันมากกับความยินดีหรือไม่ยินดี ในแง่ของอารมณ์ความรู้สึก

3. แบบวัดระดับของขวัญ (The Philadelphia Geriatric Center Moral Scale) โดย (Lawton, 1983 อ้างถึงใน เซอร์ ทองเพ็ญ, 2537) ซึ่งใช้คำว่า “ขวัญ” ในความหมายของความผาสุก (Well-being) แบบวัดนี้เป็นแบบวัดรวมในหลายมิติ เดิมประกอบด้วยคำถาม 22 ข้อ แต่ปรับปรุงลดจำนวนข้อเหลือ 17 ข้อ

4. แบบวัดความสุขและความพึงพอใจในชีวิต (The Global Measure of Happiness and Life Satisfaction) เป็นแบบวัดที่ใช้กันแพร่หลายในการศึกษาเกี่ยวกับความสุขและความพึงพอใจ ซึ่งผู้ตอบจะต้องให้น้ำหนักของความรู้สึกของตนต่อคำว่า “ความสุข” และ “ความพึงพอใจต่อชีวิต” ว่ามีปริมาณมากน้อยเพียงใด (เกลิมวรรณ เกตุสวาสดี, 2546)

สำหรับประเทศไทยยังมีแบบวัดความผาสุกในชีวิตที่สร้างขึ้นโดย เซอร์ ทองเพ็ญ (2537) ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์เพื่อวัดความผาสุกในชีวิตสำหรับผู้สูงอายุโดยอาศัยแนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกในชีวิตของ (Lawton, 1983) และ (Ryff, 1989) สำคัญของแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย การยอมรับตนเองทั้งในสิ่งดีและไม่ดี การกล้าคิด กล้าตัดสินใจในสิ่งที่ตนเห็นว่าดี การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น การเปิดใจกว้าง ยอมรับประสบการณ์ใหม่ ๆ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ให้ผู้ตอบประเมินความรู้สึกดังกล่าวด้วยตนเอง มีทั้งหมด 20 ข้อ เป็นข้อที่มีความหมายทางบวกและข้อที่มีความหมายทางลบ ในแต่ละข้อเป็นประโยคบอกเล่ามีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับ คือ “เห็นด้วยมากที่สุด” จนถึง “ไม่เห็นด้วย”

การประเมินความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแนวคิดและแบบวัดความผาสุกในชีวิตของ เกลิมวอร์ธ เกตุสวาสต์ (2546) ซึ่งได้ดัดแปลงมาจาก เซอร์รี่ทองเพ็ญ (2537) ที่สร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดของ (Lowton, 1983) และ (Ryff, 1989) มาใช้เนื่องจากแบบประเมินนี้มีข้อคำถามที่สอดคล้องกับโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เนื้อหาของแบบประเมินกล่าวถึงการยอมรับตนเองทั้งในสิ่งที่ดีและไม่ดี ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกเรงร่าเบิกบานใจ หรือมีความสุขในการดำเนินชีวิต โดยผู้สูงอายุเป็นผู้ประเมินความรู้สึกดังกล่าวด้วยตนเอง

ความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม เป็นภาวะที่มีการสูญเสียความสามารถในการรู้คิด ความจำระยะสั้น ความสามารถในการเข้าใจ การจัดการข้อมูล และความสามารถในการตัดสินใจ โดยความสามารถทั้งหมดจะเสื่อมลงมากขึ้นเมื่อการดำเนินของโรคเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่อื่น ๆ เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และอารมณ์เปลี่ยนแปลง กล่าวคือ อุนิฮัยเฉพาะบุคคลเปลี่ยนแปลง สูญเสียความสามารถในการแยกแยะ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ คือ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกกลัว มีความสับสน อารมณ์หงุดหงิด วิตกกังวล และรู้สึกสูญเสีย นำไปสู่การพึ่งพาบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Schermer, 2003) จากปัญหาดังกล่าวจะเห็นว่าสิ่งที่เป็ปัจจัยสำคัญทำให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีความผาสุกในชีวิตลดลง ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองที่ลดลง ความวิตกกังวล และจากภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลงทำให้มีการติดต่อกับบุคคลอื่นในสังคมลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา เช่นการศึกษาของ รักชนก ชูพิชัย (2550) ที่พบว่าพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุก สอดคล้องกับการศึกษาของ ธิดา ทองวิเชียร (2550) ที่พบว่าพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ (Chalise, Saito, Takahashi, & Kai, 2007) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งสนับสนุนและการสนับสนุนทางสังคมกับความโดดเดี่ยวและความผาสุกทางจิตวิสัยของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีความผาสุกทางด้านจิตพิสัยต่ำ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุมีความผาสุกลดลง เช่นการศึกษาของ (Banerji & Smith, 2006) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ (Innes & Surr, 2001) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินความผาสุกของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม 76 ราย พบว่าผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีความผาสุกในระดับต่ำ ดังนั้นจึงควรดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมให้มีความผาสุกในชีวิตเพิ่มขึ้น เพื่อชะลอความก้าวหน้าของโรคให้ช้าลง และผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองให้ได้นานที่สุด

แนวคิดเกี่ยวกับการระลึกถึงความหลังของผู้สูงอายุ

ความหมายของการระลึกถึงความหลัง

พจนานุกรมเว็บสเตอร์ (Webster's Ninth New Collegiate Dictionary, 1985 cited in Burnside & Haight, 1992) ได้ให้ความหมายของการระลึกความหลังไว้ดังนี้

1. การเรียกความรู้สึกเกี่ยวกับประสบการณ์หรือความเป็นจริงที่ลืมนานกลับมาเป็นกระบวนการในการคิดหรือบอกเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผ่านมา
2. การระลึกถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาที่ไม่เคยลืม
3. บางสิ่งบางอย่างที่อยู่ภายใต้จิตสำนึกที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ

Butler (1963 cited in Haight & Burnside, 2005) ได้ให้นิยามการระลึกถึงความหลังว่า “เป็นการกระทำหรือกระบวนการระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีต”

Rebecca (1999) ให้ความหมายของการระลึกถึงความหลังว่า เป็นกระบวนการระลึกถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมาทั้งที่เป็นคำพูดและไม่เป็นคำพูด ทำให้ตนเองมีความสุข รู้สึกมีคุณค่า และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

Haight & Burnside (2005 cited in Haight & Gibson, 2005) ให้ความหมายของการระลึกถึงความหลังว่า เป็นกระบวนการของการคิด โดยเป็นการนำความทรงจำเดิมมาคิดใหม่อีกครั้ง และมาประเมินถึงความหมายและความสำคัญของความจำนั้น สิ่งนี้อาจเกิดขึ้นเฉพาะบุคคลเพียงคนเดียว หรือแบ่งปันกับผู้อื่น หรือเกิดขึ้นทั้งสองแบบก็ได้

Spector, Orrell, Davies, and Woods (2000) ได้ให้นิยามการระลึกถึงความหลังว่า “เป็นการระลึกถึงเหตุการณ์ของบุคคลในอดีตโดยการใช้คำพูดหรือไม่ใช้คำพูดก็ได้ เป็นการระลึกเพียงคนเดียว สองคน หรือเป็นกลุ่มก็ได้”

จากความหมายทั้งหมดที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การระลึกถึงความหลังเป็นกระบวนการคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนในหลาย ๆ ด้านและทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสุข

องค์ประกอบของการระลึกถึงความหลัง

แฮมมิตัน (Hamilton, 1985 cited in Sellers & Stork, 1997) ได้เสนอองค์ประกอบของการระลึกถึงความหลังไว้ 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ความจำ เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดการรวบรวมเหตุการณ์ในอดีต ความคิด ความรู้สึกที่พึงพอใจ เพื่อช่วยให้เกิดความรู้สึกเชื่อมโยงจากอดีตสู่ปัจจุบัน
2. ประสบการณ์ (Experiencing) เป็นการมุ่งประเด็นของประสบการณ์เพื่อหาความหมายของความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง

3. ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interaction) เป็นการแลกเปลี่ยนความทรงจำกับบุคคลอื่น ช่วยให้เกิดความรู้สึกของการติดต่อกันของบุคคล และเป็นโอกาสที่จะได้แสดงออกถึงความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงความหลัง

แนวคิดเกี่ยวกับการระลึกถึงความหลังมีรากฐานมาจากทฤษฎีการทบทวนชีวิตของ (Butler, 1963 cited in Rebecca et al., 1999) และยังมีการนำเอาแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ มาใช้ประยุกต์ในการระลึกความหลัง ดังนี้

1. ทฤษฎีขั้นตอนพัฒนาการทางจิตสังคม (Psychosocial Stage of Development) ของ (Erikson, 1968) เป็นการนำเสนอระยะพัฒนาการเป็น 8 ระยะตลอดช่วงอายุซึ่งเป็นช่วงวัยพัฒนาการต่อเนื่องกับวัยกลางคน โดยอธิบายว่า เมื่อคนสูงวัยขึ้นมักชอบมองย้อนอดีตเพื่อตรวจสอบและตัดสินใจว่าชีวิตที่ผ่านมาแล้วทั้งหมดประสบความสำเร็จหรือไม่ ได้ทำชีวิตให้มีคุณค่าหรือไม่ ถ้าผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าได้ใช้ชีวิตคุ้มค่า ได้ทำทุกอย่างที่ตนควรกระทำจะรู้สึกพึงพอใจในตนเอง จะยอมรับชีวิตของตนอย่างที่เป็นอยู่แต่ในทางกลับกัน ถ้ามองเห็นตนเองในด้านลบ รู้สึกว่าตนเองไม่ประสบความสำเร็จ ก็จะเป็นผู้สูงอายุที่ขมขื่นกับตนเอง เพราะชีวิตในอนาคดเหลือสั้นยากที่จะตั้งต้นเพื่อเปลี่ยนแปลงชีวิต หรือตั้งต้นทำอะไรใหม่ได้แล้ว (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545)

2. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์ กล่าวว่า คนที่มีสุขภาพจิตดี คือคนที่สามารถผสมผสานเหตุการณ์ในอดีต ปัจจุบัน และอนาคด กล่าวคือ เหตุการณ์ในอดีตของใครย่อมกำหนดชีวิตปัจจุบันของผู้นั้น สภาพปัจจุบันที่ขมขื่นและทุกข์ยากคือภาพสะท้อนที่เป็นไปในอดีต ตามแนวคิดของทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ผู้สูงอายุที่มองอดีต คือผู้สูงอายุที่มีจิตใจในระดับปกติ ความผิดปกติเกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุขมขื่นกับอดีตจนไม่สามารถแยกปัจจุบันจากอดีต หรือ ไม่สามารถแยกอดีตจากปัจจุบันและอนาคด (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540)

3. แนวคิดการทบทวนชีวิต (Life Review) ของ Butler (1963) ที่กล่าวว่า ธรรมชาติของจิตใจคนจะพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไปได้ ก็โดยการย้อนกลับไปสู่ความรู้สึกในจิตสำนึกที่เป็นประสบการณ์ในอดีต โดยเฉพาะอย่างยิ่งความคับข้องใจที่ไม่สามารถแก้ไขได้และในขณะเดียวกันก็จะสำรวจใหม่อีกครั้งเพื่อแก้ไขความคับข้องใจนั้น และทำให้สมบรูณ์ขึ้นจะช่วยรักษาไว้ซึ่งความรู้สึกความเป็นเอกลักษณ์ของตนเองโดยปกติผู้สูงอายุมีธรรมชาติชอบคิดและพูดถึงอดีต พฤติกรรมเช่นนี้อาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเศร้า จนถึงฆ่าตัวตายก็ได้ หรือรู้สึกปลื้มใจ พอใจในตนเองก็ได้ หรือช่วยให้สามารถปรับตัวในช่วงชีวิตสูงวัยก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเรื่องราวที่เขานึกถึงนอกจากนี้ยังนำธรรมชาติของการคิดถึงอดีตของผู้สูงอายุมาสร้างกระบวนการรักษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่

เรียกว่า “Planned Reminiscence” พบว่าวิธีการทำจิตบำบัดแบบนี้ช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจตนเองดีขึ้น ปรับตัวได้ดีขึ้น ยอมรับ และกล้าเผชิญความตายมากขึ้น รู้สึกสงบสุขทางกายและใจมากขึ้น (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545)

แนวคิดการระลึกถึงความหลังมีความคล้ายคลึงกับแนวคิดการทบทวนชีวิต เพื่อความสะดวกและชัดเจนในการนำไปใช้ ซึ่ง (Burnside, 1988) ได้อธิบายคุณลักษณะของการทบทวนชีวิต และการระลึกถึงความหลัง (Burnside, 1988 อ้างถึงใน เรณู อินทร์ตา, 2548) โดยสรุปดังนี้

1. การทบทวนชีวิต กระทำโดยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางผู้สูงอายุและสาขาที่เกี่ยวข้อง เช่น ทางด้านจิตวิทยา ส่วนการระลึกถึงความหลังเป็นบทบาทอิสระ ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ
2. การทบทวนชีวิตเป็นการบำบัดแบบจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytically Based Intervention) ส่วนการระลึกถึงความหลังเป็นการส่งเสริมทางจิตสังคม (Psychosocial intervention)
3. การระลึกถึงความหลัง เป็นส่วนหนึ่งของการทบทวนชีวิต
4. การทบทวนชีวิตเป็นการย้อนคิดในเรื่องที่ก่อให้เกิดความรู้สึกผิด หรือขัดแย้งเพื่อช่วยแก้ความรู้สึกเหล่านั้น และเพื่อช่วยให้มีความพร้อมในการตาย ส่วนการระลึกถึงความหลัง เป็นการคิดย้อนหลังเพียงบางส่วนของชีวิต และเน้นความทรงจำที่มีความสุข
5. การทบทวนชีวิต และการระลึกถึงความหลัง จะเริ่มจากการย้อนคิดถึงอดีตเหมือนกัน แต่ขณะย้อนคิดถึงอดีต การทบทวนชีวิตจะมีการวิเคราะห์และประเมินผล ส่วนการระลึกถึงความหลังเป็นเพียงสรุปสั้น ๆ
6. การทบทวนชีวิตจะกระทำเป็นรายบุคคล ส่วนการระลึกถึงความหลังกระทำทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม
7. การทบทวนชีวิตมักจะกระทำในผู้ที่มีความจำดี ส่วนการระลึกถึงความหลังกระทำได้ทั้งผู้ที่มีความจำดีผู้ที่มีความจำเสื่อม
8. การทบทวนชีวิตสามารถใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือในการทำได้เหมือนกับการระลึกถึงความหลัง

กระบวนการระลึกถึงความหลัง

การเข้าใจในกระบวนการระลึกถึงความหลังมีการดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอน แบ่งกระบวนการของการระลึกถึงความหลังได้ดังนี้

1. กระบวนการระลึกถึงความหลังตามแนวคิดของ (Hamilton, 1992 อ้างถึงใน ภคนิช ต่วนพะยอม, 2545) ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

1.1 ระยะของการเลือกเหตุการณ์ในอดีต (Memory) คือการเลือกเหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึกที่พึงพอใจในอดีตและความรู้สึกนั้นยังคงอยู่ในความทรงจำสืบเนื่องตลอดมา

1.2 ระยะของการค้นหาความหมายของเหตุการณ์นั้น (Experiencing) คือระยะของการค้นหาความหมายของเหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึกของตนเองที่มีต่อเหตุการณ์นั้นและบอกความรู้สึกให้ได้ว่าเหตุการณ์นั้นมีความหมายหรือมีคุณค่าอย่างไรต่อบุคคลจึงทำให้บุคคลเก็บจำความทรงจำนั้นตลอดเวลาและเลือกที่จะนำมาแบ่งปัน

1.3 ระยะการแบ่งปันประสบการณ์ให้ผู้อื่นฟัง (Social Interaction) เป็นระยะของการแบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่บุคคลมีต่อความทรงจำนั้นให้กับผู้อื่น ฟัง และยังถือว่าการช่วยเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมและสนับสนุนให้มีการเปิดเผยตนเอง (Self Expression)

1.4 ระยะสิ้นสุดการบำบัด (Closure) เป็นระยะยุติสัมพันธภาพซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญเมื่อถึงกำหนดระยะเวลาที่ตกลงกันมาถึงสัมพันธภาพควรต้องยุติตามข้อตกลง เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุสรุปสิ่งที่เกิดขึ้นในกระบวนการสร้างสัมพันธภาพ

2. กระบวนการระลึกถึงความหลังตามแนวคิดของ (Gibson, 2004 cited in Haight & Burnside, 2005) ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

2.1 ความทรงจำ (Remembering) เป็นการนึกถึงสิ่งที่น่าพอใจ หรือความทรงจำที่สนุกสนาน ซึ่งความจำนั้นเป็นสิ่งที่ถูกเก็บไว้ในรูปแบบของความนึกคิด คำพูด การแปลความหมาย การจัดรูปแบบ การผสมผสานทั้งสิ่งที่แสดงออกโดยคำพูดและไม่ใช้คำพูด

2.2 การระลึกถึง (Recall) เป็นการแลกเปลี่ยนความทรงจำกับบุคคลอื่น สามารถระลึกถึงโดยใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด

2.3 การทบทวน (Review) เป็นกระบวนการของการคิด โดยมีการนำความทรงจำที่มีอยู่มาคิดใหม่อีกครั้ง และประเมินถึงความหมายและความสำคัญ ซึ่งอาจเกิดขึ้นเฉพาะบุคคล หรือแลกเปลี่ยนกับบุคคลอื่น หรือทั้งสองอย่าง

2.4 การสร้างขึ้นใหม่ (Reconstruction) เป็นการแก้ไขความทรงจำบางส่วน ซึ่งจะเกิดขึ้นในช่วงเวลาที่พวกเขาสนุกสนาน โดยเฉพาะช่วงที่ได้แลกเปลี่ยนกับบุคคลอื่น ทำให้ได้มุมมองของความทรงจำในด้านใหม่ ก่อนที่จะส่งความจำนั้นเข้าสู่ความจำระยะยาว

องค์ประกอบของการระลึกถึงความหลัง

Soltys and Coats (1995) ได้กำหนดรูปแบบการระลึกความหลังของ ซอลโคส (Solcos Reminiscence Model) โดยประกอบด้วยประเด็นหลัก 3 ประเด็น ที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ในการระลึกถึงความหลัง

1. กระบวนการ (Process) เป็นสิ่งที่จะทำให้การดำเนินการเป็นไปได้ดี นำไปสู่การระลึกถึงความหลัง ประกอบด้วย 3 ประการ ดังนี้

1.1 ทักษะเบื้องต้น (Primary Skill) คือ ลักษณะการสัมผัสที่เฉพาะเจาะจง ได้แก่ การฟัง การพูดคุยและการสัมผัส มีทัศนคติที่ดี ให้ความเคารพ เข้าใจและอดทน

1.2 ปัจจัยเบื้องต้นที่มีอิทธิพล (Primary Influence Factors) ประกอบไปด้วยประวัติ ภาวะทางจิตวิญญาณ เอกสิทธิ์ของผู้รับบริการ ระดับการศึกษา เชื้อชาติ สัญชาติวัฒนธรรม ภาวะสุขภาพ

1.3 จุดเน้น (Focus) คือ สภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงความหลัง อาจจะไม่ได้หมายถึงตัวผู้รับบริการอย่างเดียว แต่อาจหมายถึง ครอบครัว บ้าน ชุมชน และบทบาทสุขภาพชีวิต

2. หัวข้อในการสนทนา (Item) เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการกระตุ้นและตอบสนองความรู้สึก ต่อเรื่องราว เหตุการณ์ในอดีต ประกอบด้วยตัวกระตุ้นและการตอบสนอง ดังต่อไปนี้

2.1 ตัวกระตุ้น (Stimuli) คือ สิ่งของของผู้รับบริการ หรืออาจเป็นสิ่งแวดล้อมที่จะช่วยให้ผู้ให้บริการมุ่งไปสู่ประเด็นของการระลึกถึงความหลัง เช่น รูปภาพ ของเล่นในวัยเด็ก เป็นต้น

2.2 การตอบสนอง (Response) คือ เครื่องมือที่ใช้ในการบันทึก เช่น วีดิโอเทป และแฟ้มของผู้รับบริการ ที่จะช่วยในการมุ่งประเด็นไปสู่ครอบครัว บ้าน ชุมชน บทบาทของผู้รับบริการ

3. ผลลัพธ์ (Outcome) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการได้ระลึกถึงความหลังที่มีผลต่อทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ดังนี้

3.1 ผลลัพธ์ของผู้รับบริการ คือ ประโยชน์ที่ผู้รับบริการได้รับจากกระบวนการระลึกถึงความหลัง ซึ่งอาจจะจำแนกเป็นกลุ่มของมุมมอง ทัศนะ การยุติ ความสำเร็จ การแก้ปัญหาที่มุ่งประเด็นไปยังความรู้สึกการเป็นบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการติดต่อสื่อสาร และพลังงานในการดำเนินกิจกรรม

3.2 ผลลัพธ์ของผู้ให้บริการ คือ ประโยชน์ที่ผู้ให้บริการได้รับ ได้แก่ บุคลากร สมาชิกครอบครัว เพื่อน ผู้ที่เอื้ออำนวยให้เกิดกระบวนการระลึกถึงความหลัง ตัวอย่างเช่น ทักษะที่เพิ่มขึ้นของบุคลากร เป็นต้น

ประเภทของการระลึกถึงความหลัง

Wong and Watt (1991 cited in Seller & Stork, 1997) ได้เสนอถึงการแบ่งประเภทของการระลึกถึงความหลัง เพื่อช่วยพยาบาลในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. การระลึกถึงความหลังแบบผสมผสาน (Integrative Reminiscence) มุ่งประเด็นไปยังการผสานระหว่างอดีตและปัจจุบัน บ่งบอกถึงความหมายในความรู้สึก คุณค่าในตนเอง ยอมรับในตนเองและอื่น ๆ รวมถึงความขัดแย้งในตนเอง

2. การระลึกถึงความหลังโดยการใช้สื่อ (Instrumental Reminiscence) เป็นการระลึกถึงความหลังโดยการวาดภาพประสบการณ์ในอดีตที่ส่งผลต่อการแก้ไขปัญหในปัจจุบัน เป็นการระลึกถึงความหลังที่เป็นการคงไว้ซึ่งอำนาจ นำไปสู่การระลึกถึงความทรงจำของประสบการณ์ที่ยู่งยากว่าบุคคลนั้นได้ผ่านความยุ่งยากนั้นมาได้อย่างไรและสามารถวาดประสบการณ์ในอดีตนั้นได้

3. การระลึกถึงความหลังแบบส่งต่อ (Transmissive Reminiscence) เป็นการเล่าเรื่องและระลึกถึงประสบการณ์โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในอดีตหรือเป็นการทำให้ผู้ฟังเกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน

4. การระลึกถึงความหลังแบบหลีกหนี (Escapist Reminiscence) เป็นกลไกที่มีขบวนการในการป้องกันตนเอง โดยมีจุดเน้นที่การสรรเสริญอดีตและติเตียนปัจจุบัน

5. การระลึกถึงความหลังแบบย้ำคิด (Obsessive Reminiscence) เป็นรูปแบบของการระลึกความหลังมีลักษณะเป็นการกำหนดว่าจะระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตที่ครุ่นคิดอยู่หรือยังคงค้าง ใจว่าบุคคลนั้นเกิดความล้มเหลวในการผสมผสานความรู้สึกด้านลบและประสบการณ์ปัญหาในอดีตกับความรู้สึกเชิงบวกในปัจจุบัน เพื่อคาดหวังว่าจะเพิ่มความรู้สึกเชิงบวกมากขึ้นในชีวิตปัจจุบัน

6. การระลึกถึงความหลังแบบเล่าเรื่อง/ บรรยาย (Narrative Reminiscence) เป็นการระลึกถึงความหลังโดยใช้ลักษณะของการบรรยายมากกว่าที่จะตีความ หรือประเมินความหมาย ยังคงรูปแบบหรือข้อความที่เป็นอัตชีวประวัติโดยไม่มีการต่อเติม

การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุย้อนคิดถึงเหตุการณ์ในอดีตเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถกำหนดหัวข้อ จัดกิจกรรม จัดสิ่งแวดล้อม ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุเพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงความหลัง การกระตุ้นให้ผู้สูงอายुरะลึกถึงความหลัง พยาบาลสามารถกระทำกับผู้สูงอายุที่ภาวะสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วย กระทำได้ทั้งในแผนกผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และชุมชน กระทำได้ทั้งรายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม (Hamilton, 1992; Synder, 1998)

การระลึกถึงความหลังเฉพาะรายบุคคล (One-to-one Reminiscence)

(Hamilton, 1992; Burnside, 1983) ได้กล่าวถึง การระลึกถึงความหลังเฉพาะรายบุคคล โดยแบ่งออกเป็น 2 แบบ ดังต่อไปนี้

1. การกำหนดหัวข้อหรือการระลึกถึงความหลังอย่างมีรูปแบบ (Planned Reminiscence) เป็นการกำหนดหัวข้อ โดยมักจะเป็นไปตามพัฒนาการของชีวิต เริ่มจากวัยเด็ก วัยรุ่น ชีวิตการ

ทำงาน ชีวิตรัก ้วยผู้ใหญ่วัยซึ่งหัวข้อที่สามารถกระตุ้นให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นสุข พึงพอใจในชีวิตของตน ที่ผ่านมา หรือถ้าเป็นอดีตที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเจ็บปวด ผู้บำบัดก็ควรจะเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุลง ประเมินเหตุการณ์นั้นในแงุ่มใหม่ว่าจะอะไรเป็นสิ่งที่ช่วยทำให้เขาผ่านวิกฤตตรงนั้นมาได้

2. การไม่กำหนดหัวข้อ จะเป็นการให้ผู้สูงอายุบอกเล่าเรื่องราวในอดีตไปเรื่อย ๆ โดยไม่ มีการกำหนดหัวข้อขึ้นอยู่กับผู้สูงอายุว่าต้องการจะเล่าเรื่องอะไรให้ผู้บำบัดฟัง การให้ผู้สูงอายุเล่า เรื่องราวไปเรื่อย ๆ อาจทำให้วิตกกังวลเพราะไม่ทราบว่าจะเริ่มตรงไหน ผู้บำบัดอาจจะต้องคำนึงถึง อุปกรณ์ช่วยเหลือ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงความรู้สึกถึงได้ เช่น รูปภาพ คนตรี สัตว์เลี้ยง และสิ่งที่สำคัญในการให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงความหลังรายบุคคล คือ พยาบาลต้องเป็นผู้ฟังอย่าง ตั้งใจ ไม่ขัดจังหวะ ให้การยอมรับในความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นการช่วยส่งเสริมให้ ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีทักษะในการปรับตัวที่มากขึ้น

จำนวนครั้งและระยะเวลาที่ใช้ในการระลึกถึงความหลังแต่ละครั้งขึ้นอยู่กับสุขภาพของ ผู้สูงอายุแต่ละคนซึ่งส่วนใหญ่จะประมาณ 30-60 นาที/ ครั้ง และประมาณ 6-10 ครั้ง ขึ้นอยู่กับภาวะ สุขภาพของผู้สูงอายุ สถานที่ในการระลึกถึงความหลัง ต้องมีบรรยากาศเอื้ออำนวยต่อการระลึกถึง ความหลังและเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคน เช่น เงียบและมีแสงสว่างเพียงพอ มีความเป็นส่วนตัว นอกจากนี้การระลึกถึงความหลังเฉพาะรายยังเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางความคิด หรือเป็นคนเก็บตัวไม่กล้าบอกเล่าความหลังของตนเองให้ผู้อื่นฟัง (Hamilton, 1992)

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ดำเนินกิจกรรมการระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายुरายบุคคลสรุป ได้ดังนี้ (Burnside, 1988)

1. ควรแน่ใจว่าผู้สูงอายุมีความสะดวกสบายบนเก้าอี้หรือเตียง ไม่มีความเจ็บปวด โดย ผู้ดำเนินกิจกรรมไม่ควรอนุญาตให้ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกเจ็บหรือปวด เข้าร่วมกิจกรรมการระลึกถึง ความหลัง
2. ควรเลือกสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีความเป็นส่วนตัวสำหรับผู้สูงอายุ เช่น แก้วไข อุณหภูมิภายในห้องไม่ร้อนหรือหนาวเกินไป แสงสว่างไม่จ้าเกินไป พนักเก้าอี้มีขนาดเหมาะสม เป็นต้น
3. ควรตรวจสอบความรู้สึกตัว ประสาทสัมผัสของผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วม
4. ควรนั่งใกล้ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์เสียการรับรู้ สับสน หรือหลงลืมวัน เวลา และ สถานที่
5. ควรมีการประสานสาขากับผู้สูงอายุเป็นระยะ
6. ควรสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุให้เกิดขึ้นโดยเร็ว
7. ควรแสดงความเอาใจใส่และให้ความสนใจผู้สูงอายุ

8. ควรระลึกถึงความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุเสมอ โดยการเรียกชื่อที่ถูกต้อง
9. ให้ทางเลือกผู้สูงอายุพร้อมทั้งอธิบายให้เข้าใจ
10. ควรกระตุ้นความจำ โดยใช้ลูกโซ่ความจำ คือพยายามใช้รูปแบบการกระตุ้นที่สัมพันธ์เป็นเรื่องต่อเนื่องกันเพื่อเพิ่มการระลึกถึง
11. ควรใช้การสนทนามากกว่าการรวบรวมข้อมูล
12. ควรชี้ให้เห็นจุดแข็งของตนเอง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และมองสังคมในแง่ลบ
13. ควรให้การบำบัดอย่างช้า ๆ เหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุ ปรับรูปแบบไม่เร่งรีบเกินไป และให้เวลาในการคิด
14. ควรระลึกว่าทุกอย่างเป็นการตัดสินใจของผู้สูงอายุเอง
15. ควรชี้แจงผู้สูงอายุอย่างกระจ่างและช้า ๆ และเขียนข้อความลงในกระดาษเพื่อให้ผู้สูงอายุรู้ว่าทำอะไรในครั้งต่อไป เช่น จะพบกันเมื่อไหร่ ที่ไหน ระยะเวลาสั้นเท่าไร เวลาอะไร และในระหว่างนี้จะให้ทำอะไร เป็นต้น

7. ประโยชน์ของการระลึกถึงความหลัง

Iberman and Tobin (1988 cited in Seller & Stork, 1997) เสนอประโยชน์หลักของการระลึกถึงความหลังไว้ 3 ประการ ดังนี้

7.1 เพื่อคงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ (Self-Concept) ในช่วงการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่วัยกลางคนขึ้นไป

7.2 เป็นแหล่งที่ช่วยปลอบประโลม และก่อให้เกิดความพึงพอใจ

7.3 ช่วยแก้ไขความขัดแย้งในอดีต และให้ความหมายของความสำเร็จ

การระลึกถึงความหลังจึงเป็นกระบวนการบำบัดทางธรรมชาติที่ใช้เพื่อบำบัดดูแล ได้มีการศึกษาวิจัยทดสอบถึงประโยชน์ของการดูแลโดยใช้เทคนิคการระลึกถึงความหลังในผู้รับบริการ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ในการช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพิ่มความผาสุกในชีวิต เพิ่มความสามารถในการรู้คิด ลดอาการซึมเศร้าและสับสน เพิ่มความมีเอกลักษณ์ และความพึงพอใจในชีวิต ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ต่อสังคม ช่วยในการปรับตัวต่อภาวะวิกฤตในชีวิต และช่วยพัฒนากระบวนการสูงอายุ (Rebecca et al., 1999; Haight & Gibson, 2005)

ทักษะที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรมการระลึกถึงความหลัง

ในการเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงความหลังนั้นจำเป็นต้องเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและผู้บำบัด ซึ่งหลักของการสร้างสัมพันธภาพที่ดีนั้นจะต้องอาศัยทักษะพื้นฐานต่าง ๆ ของการให้คำปรึกษาหลาย ๆ ด้าน เช่น ทักษะการฟังอย่างใส่ใจ

การทวนความ การสะท้อนความรู้สึก การสังเกต การตีความและการสนับสนุนให้กำลังใจ ทักษะการตั้งคำถาม (Seller & Stork, 1997; Puentes, 1998) ซึ่งมีรายละเอียดของแต่ละทักษะที่ใช้ ดังนี้

1. ทักษะในการฟัง (Listening Skills) เป็นทักษะที่ใช้ในการแสดงความสนใจต่อคำพูดและภาษาท่าทางของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความเข้าใจทั้งเนื้อหาตลอดจนความรู้สึกของเรื่องที่เล่ามา อีกทั้งยังเป็นการที่จะแสดงให้เห็นว่าผู้ให้บริการเห็นความสำคัญและให้เกียรติกับผู้สูงอายุว่าเรื่องที่เขากล่าวมานั้นเรากำลังตั้งใจฟังอยู่และบางครั้งต้องฟัง เพื่อที่จะสังเกตได้ว่าการพูดกับอารมณ์ของผู้สูงอายุเหมาะสมกันหรือไม่ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอนหรือไม่

2. ทักษะในการสะท้อน (Reflecting Skills) วัตถุประสงค์ของการสะท้อนคือ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจถึงความรู้สึกและเรื่องราวของตนเองได้ดียิ่งขึ้นและเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักว่าผู้ให้การบำบัดพยายามที่จะเข้าใจเขา การสะท้อนได้แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังต่อไปนี้

2.1 การสะท้อนความรู้สึก (Reflecting Feeling) เป็นการช่วยนำความคลุมเครือออกมาให้กระจ่างขึ้นก่อนจะสะท้อนความรู้สึก ผู้ให้การบำบัดจะต้องมีความสามารถในการฟังและคิดตามไปด้วยว่าคำพูดเช่นนั้นของผู้สูงอายุเกิดจากความรู้สึกอย่างไรแล้วสะท้อนออกมา

2.2 การสะท้อนเนื้อหา (Reflecting Contents) เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหา ดังนั้นเขาอาจไม่สามารถรวบรวมเนื้อหาให้เป็นเรื่องราวปะติดปะต่อกันได้ ดังนั้นจึงควรให้เรื่องราวกระจ่างขึ้นโดยการสะท้อนเนื้อหา

3. ทักษะในการตีความ (Interpreting Skills) จะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักถึงความรู้สึกในแง่มุมต่าง ๆ อย่างกระจ่างแจ้ง ซึ่งเป็นแรงจูงใจที่จะช่วยให้ได้ตระหนักในตนเองและได้ภาพพจน์ใหม่เกี่ยวกับตนเอง

4. ทักษะในการให้กำลังใจ (Reassuring Skills) เป็นการสร้างความเชื่อมั่นและช่วยให้ผู้สูงอายุได้คลายเครียดในการระลึกถึงความหลัง ความสุภาพนุ่มนวลจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

5. ทักษะในการสังเกต (Observation) ในพฤติกรรมและความรู้สึกต่าง ๆ ที่เป็นอาการแสดงที่ไม่ใช่คำพูด (Nonverbal) ทั้งหมด เช่น อาการสั่น อาการผลุนพลันไม่พอใจ ซึ่งอาจจะเกิดมาจากอาการเครียดหรือวิตกกังวลของผู้สูงอายุ

6. การทวนซ้ำ (Restating) ใช้ในการให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยเฉพาะข้อมูลเชิงความคิด ความจำโดยไม่มีการเพิ่มเติมความคิดของผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการสำรวจ รับรู้และเข้าใจความคิดของตนเอง และเพื่อที่จะต้องการเน้นข้อความนั้นเพื่อการขยายความกลับสู่ประเด็น

7. การสรุปความ (Summarizing) ผู้บำบัดได้มีการทบทวนเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในแต่ละกิจกรรม โดยพยายามให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ฝึกทบทวนด้วยตนเองก่อน เพื่อที่ผู้บำบัดจะได้ทราบถึงความเข้าใจของผู้สูงอายุว่ามีมากน้อยเพียงใดและมีเนื้อหาส่วนไหนที่ควรเพิ่มเติมซึ่งจะช่วยให้

ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจมากขึ้น พร้อมนำไปปรับใช้ได้จริง จากนั้นผู้บำบัดได้มีการสรุปความก้าวหน้าที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งของการบำบัดให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ว่าตนเองมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและร่างกายอย่างไร

8. การให้คำแนะนำ (Suggestion) ผู้บำบัดให้คำแนะนำเป็นการชี้แนะแนวทางปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อผู้สูงอายุจะได้นำไปปรับปรุงและประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน เป็นต้น

9. การให้ข้อมูล (Giving Information) ผู้บำบัดให้ข้อมูลและความรู้ต่าง ๆ ในระหว่างการทำกิจกรรมซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความกระจ่าง คลายความวิตกกังวลและสามารถเข้าใจการบำบัดมากขึ้น เช่น ผู้บำบัดให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า สาเหตุ อาการและการแสดง การรักษา การบำบัดด้วยโปรแกรมการระลึกถึงความหลัง เป็นต้น

10. การตั้งคำถามปลายเปิด - ปิด (Open- end Question) ผู้บำบัดได้มีการตั้งคำถามปลายเปิด - ปิด เพื่อมุ่งไปสู่หัวข้อที่ใช้ในการกระตุ้นการระลึกถึงความหลัง

การเลือกหัวข้อและสิ่งที่จะช่วยสนับสนุนในการกระตุ้นให้ระลึกถึงความหลัง

การเลือกเรื่องหรือหัวข้อในการระลึกถึงความหลัง มีแนวทางดังนี้

1. ควรเริ่มจากความทรงจำประสบการณ์ในอดีต ที่สัมพันธ์กับอายุ วัฒนธรรม การศึกษา จริยธรรม และเพศที่แตกต่างกัน ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมาจะเลือกเรื่องเรียงตามลำดับช่วงชีวิต ได้แก่ วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยรุ่นตอนปลาย วัยกลางคน และวัยสูงอายุ

2. การเลือกเรื่องหรือหัวข้อควรเน้นในช่วงวัยเดียว เช่น ในวัยเด็ก โดยผู้วิจัยสำรวจสิ่งที่เกี่ยวข้องกับช่วงวัยนั้น ๆ เช่น เพื่อน ครอบครัว ของเล่น เกม โรงเรียน วันหยุด และการออกไปนอกบ้าน เป็นต้น โดยหัวข้อในวัยเด็กที่ใช้ระลึกถึงบ่อย ๆ คือ โรงเรียน ถึงแม้ว่าจะเป็นความทรงจำที่ไม่ดี เช่น ครูที่รัก ครูที่รู้สึกล้ม เพื่อนที่ดี ศัตรู การเอาตัวรอด และชัยชนะที่ได้รับ

3. การเลือกหัวข้อตามฤดูกาลหรือเทศกาลต่าง ๆ งานอดิเรก สถานที่สำคัญ วันพิเศษ เหตุการณ์พิเศษ อาหาร บ้านและสวน สัตว์เลี้ยง รถที่รัก และสิ่งที่ยึดมั่น ทั้งนี้ผู้วิจัยจะต้องช่วยให้ผู้สูงอายุได้พิจารณาถึงสภาพอารมณ์ในช่วงเวลานั้น ๆ ให้ได้ (Haight & Burnside, 2005)

Capuzzi and Gross (1998 cited in Haight & Burnside, 2005) ได้เสนอแนะการเลือกหัวข้อว่าควรให้ระลึกถึงทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยครั้งแรกให้ระลึกถึงความทรงจำที่เป็นความสุขก่อน ต่อมาเมื่อผู้เข้าร่วมโปรแกรมรู้สึกเชื่อใจและไว้วางใจ จะเริ่มระลึกถึงความขัดแย้ง ความเสียใจ และความเศร้า และในครั้งแรกเรื่องที่เลือกควรเป็นเรื่องทั่ว ๆ ไป

สิ่งที่ช่วยสนับสนุน หรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการกระตุ้นให้ระลึกถึงความหลัง หมายถึง สิ่งที่ใช้กระตุ้นประสาทสัมผัสการมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่นและการได้สัมผัส โดยส่วนใหญ่สิ่งที่นำมาใช้กระตุ้นบ่อยมักกระตุ้นประสาทสัมผัสการมองเห็นและการได้ยิน ที่นิยมใช้คือ คนตรี และ

วัสดุสิ่งของที่ใช้อยู่เป็นประจำ ไม่ควรใช้ของที่มีขนาดใหญ่หรือของเก่ามีค่า นอกจากนี้ยังมีการนำภาพถ่ายมาใช้ ซึ่งต้องเป็นภาพที่ชัดเจน การใช้สัตว์เลี้ยง และหลาน ๆ โดยมีการเลือกใช้อุปกรณ์หรือสิ่งช่วยสนับสนุนที่หลากหลาย ซึ่งการใช้สิ่งช่วยกระตุ้นนี้ไม่ใช่สิ่งจำเป็นในการระลึกถึงความหลัง แต่มีส่วนช่วยให้การระลึกถึงความหลังเกิดได้เร็วขึ้น (Haight & Burnside, 2005)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุระลึกถึงความหลังตามพัฒนาการของชีวิตแบ่งเป็น 7 ช่วงวัย (Elikson, 1950 อ้างถึงใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545) และใช้สิ่งที่ช่วยสนับสนุนหรืออุปกรณ์ในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมระลึกได้ง่ายขึ้น โดยเลือกใช้สิ่งกระตุ้นที่เหมาะสมตามช่วงวัยได้จากการทบทวนวรรณกรรม มีรายละเอียด ดังนี้

1. วัยเด็กตอนต้น (ช่วงอายุ 3-6 ปี) เด็กวัยนี้สมรรถภาพทางกายและจิตใจเริ่มทำงานประสานกัน ชีวิตประจำวันของเด็กเป็นไปอย่างมีความมุ่งหมาย เด็กอยากเรียนรู้สิ่งที่อยู่รอบตัว รู้จักใช้ความคิดฝัน และมีความคิดสร้างสรรค์ ชอบการเล่นเกมต่าง ๆ และชอบของเล่นทุกชนิด (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540) ดังนั้นจะเห็นว่าของเล่นเป็นสิ่งที่ช่วยให้ระลึกถึงความทรงจำในวัยเด็กได้สอดคล้องกับการศึกษาของ (Ito et al., 2007) ที่ใช้ของเล่นช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมชนิดขาดเลื้อยระลึกถึงความหลัง

2. วัยเด็กตอนปลาย (ช่วงอายุ 6-12 ปี) เด็กวัยนี้เริ่มเรียนรู้ที่จะใช้ทักษะที่จำเป็นของร่างกายในการเล่น เรียนรู้ที่จะปรับตัวให้เข้ากับเพื่อนวัยเดียวกัน พัฒนาทักษะพื้นฐานในการอ่าน-เขียน (เชิรศรี วิวิธศิริ, 2541) เด็กวัยนี้จะเริ่มเข้าโรงเรียน เล่นเกมแบบเด็กทารก เปลี่ยนมาเป็นการเล่นที่มีกฎเกณฑ์ เล่นของเล่นจริง ๆ น้อยลง แต่หันมาเล่นของเล่นกึ่งของจริง เช่น เครื่องไม้เครื่องมือต่าง ๆ มีการวาดภาพ การร้องเพลง เล่นดนตรี การเล่นเกม (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540) ดังนั้นสิ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุระลึกถึงความทรงจำในวัยเด็กตอนปลายได้ง่าย ได้แก่ ของเล่นกึ่งของจริง การเล่นเกมต่าง ๆ โรงเรียน ชุมนักเรียน หนังสือเรียน การเรียนการสอน เพื่อน ๆ ครู คนตรี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (Ito et al., 2007) และ (Thorgrimsen et al., 2002) ที่กำหนดหัวข้อหนึ่งที่โรงเรียน ช่วยให้ผู้สูงอายุระลึกถึงความหลัง

3. วัยรุ่นตอนต้น (ช่วงอายุ 12-14 ปี) เด็กเริ่มรวมตัวอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม ความสัมพันธ์จะอยู่ในรูปของการมีกิจกรรมร่วมกัน ส่วนใหญ่ยังเป็นเพศเดียวกัน อิทธิพลของเพื่อนมีมากกว่าอิทธิพลของครอบครัว วัยรุ่นต้องการเป็นที่ยอมรับของสังคม และดึงดูดใจเพศตรงข้าม จึงเอาใจกับการแต่งกาย เสื้อผ้า ทรงผม เครื่องประดับ นอกจากนี้ยังมีความสนใจวัฒนธรรมประเพณี การเล่นเกมต่าง ๆ ที่มีความซับซ้อน มีความยากมากขึ้น มีการเล่นสะสมสิ่งของ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540) จากลักษณะดังกล่าว จะเห็นว่าสิ่งที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุระลึกถึงช่วงวัยรุ่นตอนต้น ได้แก่ เพื่อนสนิท กลุ่มเพื่อน การแต่งกาย ทรงผม ในช่วงเวลานั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

(Thorgrimsen et al., 2002) ที่ใช้หัวข้อการแต่งกายให้ดูดี ช่วยให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมระลึกถึงความหลังได้ง่ายขึ้น

4. วัยรุ่นตอนปลาย (ช่วงอายุ 14-20 ปี) วัยรุ่นตอนปลายยังมีการรวมตัวกันเป็นกลุ่ม มีเพื่อนต่างเพศเข้ามาสมทบ สัมพันธภาพของเพื่อนจะเป็นเชิงการมีความสัมพันธ์มากกว่าการทำกิจกรรมร่วมกัน สนใจเพื่อนสนิทต่างเพศ สนใจการเล่นต่าง ๆ น้อยลง ชอบแสวงหาและทำตามผู้ที่ตนยึดถือเป็นวีรบุรุษ เริ่มมีการเลือกคู่ครอง (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540) จากลักษณะดังกล่าวหัวข้อที่จะนำมาระลึกถึงความหลัง เช่น เพื่อนสนิท เพื่อนต่างเพศ บุคคลที่ยึดถือเป็นแบบอย่าง เป็นต้น

5. วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (ช่วงอายุ 21-40 ปี) วัยผู้ใหญ่ตอนต้นเริ่มมีการเลือกคู่ที่มั่นคงและจริงจัง เรียนรู้ที่จะใช้ชีวิตร่วมกับคู่ครอง เริ่มต้นสร้างชีวิตครอบครัว มีการปรับตัวเพื่อทำหน้าที่บิดามารดา การปรับตัวในชีวิตโสด เริ่มมีอาชีพที่แน่นอนและมั่นคง เริ่มสร้างบ้านและสร้างฐานะครอบครัว มีการเข้าร่วมกลุ่มสังคมที่มีความคล้ายคลึงกัน และบำเพ็ญตนให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม (เชิรศรี วิวิธศิริ, 2541; ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540; สุชา จันทเอม, 2540) จากลักษณะช่วงวัยดังกล่าว จะเห็นว่าหัวข้อเรื่องที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุระลึกถึงความหลัง เช่น การแต่งงาน ชีวิตครอบครัว การมีบุตร ชีวิตการทำงาน การบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ (Ito et al., 2007) ที่กำหนดหัวข้อ ชีวิตการทำงาน การแต่งงาน ช่วยให้ผู้สูงอายุระลึกถึงความหลัง การศึกษาของ (Baines et al., 1987) ใช้บทความเกี่ยวกับครอบครัว และการศึกษาของ (Thorgrimsen et al., 2002) กำหนดหัวข้อโลกของการทำงาน ช่วยให้ผู้สูงอายุระลึกถึงความหลังได้ง่ายขึ้น

6. วัยผู้ใหญ่ตอนกลางหรือวัยกลางคน (ช่วงอายุ 41- 60 ปี) เป็นวัยที่สังคมคาดหวังว่า จะต้องพัฒนาลักษณะวุฒิภาวะให้มากขึ้น ต้องมีความรับผิดชอบในด้านต่าง ๆ ทั้งชีวิตส่วนตัวและชีวิตการทำงาน พร้อมทั้งต้องเผชิญกับปัญหาด้านต่าง ๆ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545) บุคคลในวัยกลางคนจะพบความสุขในชีวิต เมื่อประสบความสำเร็จในด้านต่าง ๆ ได้แก่ มีความสุขในชีวิตรอบครัว มีความสำเร็จในงานอาชีพ มีผลงานดีเด่น และมีงานอดิเรกที่พอใจ (สุชา จันทเอม, 2540) จากการที่วัยกลางคนมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายมาก ทำให้กิจกรรมยามว่างหรืองานอดิเรกจะเป็นกิจกรรมเบา ๆ เช่น ปลูกต้นไม้ ฟังดนตรี สะสมของต่าง ๆ เป็นต้น จากลักษณะวัยกลางคนดังกล่าว จะเห็นว่าหัวข้อที่ใช้ในการระลึกถึงความหลังในช่วงวัยนี้ เช่น ความสำเร็จในการทำงาน บุตรที่ภูมิใจ งานอดิเรกที่ชอบ เป็นต้น การศึกษาของ (Baines et al., 1987) ใช้หนังสือเก่า ๆ แมกกาซีน ช่วยให้ผู้สูงอายุมีภาวะพร้อมความสามารถในการรู้คิดได้ระลึกถึงความหลัง

7. วัยสูงอายุ (ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป) เป็นช่วงอายุที่บุคคลต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นวิกฤตหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การจากไปของมิตรสหาย คู่ครอง การสูญเสียตำแหน่งทางสังคม ซึ่งในผู้สูงอายุที่มีการปรับตัวดี จะสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ดี มีการ

ใช้เวลาหลังเกษียณ ทำตนให้เป็นประโยชน์กับผู้อื่น มีการสมาคมกับเพื่อนวัยเดียวกัน เริ่มมีความสนใจในเรื่องกฎหมายบ้านเมืองและศาสนา (เชียรศรี วิวิธศิริ, 2541) จากลักษณะผู้สูงอายุดังกล่าว จะเห็นว่าหัวข้อที่ใช้ในการระลึกถึงความหลัง เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกับเพื่อนวัยเดียวกัน การใช้ชีวิตหลังเกษียณ งานอดิเรกหรือกิจกรรมยามว่าง การเข้าวัดฟังธรรม เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ (Ito et al., 2007) ได้กำหนดหัวข้อ ที่ใช้บรรยายในวันเกษียณอายุ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมระลึกถึงความหลังได้ง่ายขึ้น

คุณสมบัติของพยาบาลผู้ดำเนินโปรแกรมและผู้สูงอายุในกระบวนการระลึกถึงความหลัง

1. คุณสมบัติของพยาบาล

ในกระบวนการระลึกถึงความหลัง (Burnside, 1988) ได้กำหนดคุณสมบัติของพยาบาลที่เป็นผู้บำบัดและผู้สูงอายุไว้ดังนี้

1.1 พยาบาลต้องมีความสามารถในการฟังการเล่าเรื่องจากความทรงจำของผู้สูงอายุ

1.2 พยาบาลต้องมีความสามารถในการจดจำกระบวนการระลึกถึงความหลังเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจและดำเนินการไปตามกระบวนการได้

1.3 พยาบาลต้องสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในระหว่างกระบวนการระลึกถึงความหลังได้

2 คุณสมบัติของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม

2.1 มีความสามารถในการฟื้นความทรงจำในระยะยาว (Retrieve Long-term Memories) แต่ความจำระยะสั้นอาจไม่จำเป็น

2.2 สามารถบรรยายความทรงจำนั้นโดยใช้คำพูดได้

นอกจากนี้ (Burnside, 1983 อ้างถึงใน นพิต ตรีรัตน์, 2550) ยังได้ระบุถึงกลุ่มบุคคลที่การระลึกถึงความหลังไม่สามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่บุคคลที่มีลักษณะดังนี้

1. บุคคลที่มีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรงและคิดฆ่าตัวตาย
2. บุคคลที่อยู่ในสภาพตกใจกลัวมาก
3. บุคคลที่มีความรู้สึกผิดอย่างรุนแรง
4. บุคคลที่มีอาการหมกมุ่นอยู่ตลอดเวลา
5. บุคคลที่ยึดมั่น ถือมั่น ไม่ยืดหยุ่น
6. บุคคลที่หลีกเลี่ยงปัจจุบัน เน้นความสำคัญไปที่อนาคต
7. บุคคลที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร พูดไม่ได้ หรือสูญเสียการได้ยิน

บุคคลมีอาการดังที่กล่าวมานี้ ควรได้รับการส่งต่อไปรักษาโดยจิตแพทย์หรือนักจิตบำบัด

ต่อไป

การนำกระบวนการระลึกถึงความหลังไปประยุกต์ใช้

การนำโปรแกรมการระลึกถึงความหลังไปใช้ในการพยาบาลนั้นต้องมีการวางแผนตามวัตถุประสงค์เพื่อให้ระลึกความหลังได้ง่ายตามความคิดและความรู้สึก ซึ่งสามารถดำเนินการได้ทั้งเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่ม นำไปใช้ได้กับผู้สูงอายุหลากหลายแผนก โดยพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจเลือกลักษณะโปรแกรมตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ความสนใจของผู้สูงอายุ และสภาพสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ นอกจากนี้ยังพิจารณาถึงความเต็มใจและความสามารถของผู้สูงอายุในการเข้าร่วมการระลึกถึงความหลัง รวมถึงความรู้และความสามารถของพยาบาลในการใช้กระบวนการระลึกถึงความหลัง (Seller & Stork, 1997) ได้เสนอวิธีการใช้กระบวนการระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุไว้ ดังนี้

1. หลังจากได้อธิบายรูปแบบของโปรแกรม และได้รับความยินยอมจากผู้สูงอายุแล้ว พยาบาลและผู้สูงอายุควรกำหนดตารางเวลาในแต่ละช่วงของการระลึกถึงความหลัง ซึ่งเวลาที่เหมาะสม คือประมาณ 20- 30 นาที ในการเยี่ยมบ้านควรมีการวางแผนตามตาราง เพื่อความต่อเนื่องของกระบวนการ และการประเมินผล
2. ในการระลึกความหลังเฉพาะราย ช่วงแรกพยาบาลควรจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการบำบัดให้พยาบาลและผู้สูงอายุรู้สึกสะดวกสบาย สามารถดำเนินการตามกระบวนการโดยไม่ถูกรบกวน
3. พยาบาลกระตุ้นให้เกิดกระบวนการระลึกถึงความหลัง โดยใช้คำถามปลายเปิด เช่น “เมื่อคุณนึกถึงอดีต คุณคิดอย่างไรเกี่ยวกับเรื่องนั้น” “ความทรงจำในวัยเด็กที่คุณประทับใจคืออะไร” “กรุณาเล่าให้ฉันฟังถึงเหตุการณ์ในชีวิตขณะนั้นที่คุณไม่มีวันลืมได้” “คำพูดอะไรที่จะเป็นบทสรุปสำหรับชีวิตคุณ” “กรุณาเล่าถึงความผิดหวังที่รุนแรงที่สุด และความสำเร็จของคุณที่ผ่านมา”
4. พยาบาลควรใช้การกระตุ้นบ่อย ๆ เพื่อให้เกิดกระบวนการระลึกถึงความหลัง โดยการใช้รูปภาพ การพูดถึงวันหยุดที่ประทับใจ สัตว์เลี้ยง ภาพยนตร์ ดนตรี อัลบั้มรูป วันสำคัญของครอบครัว ความสัมพันธ์ หรือเหตุการณ์ทั่ว ๆ ไป
5. พยาบาลควรนำสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ บ้าน มาใช้เป็นหัวข้อในการกระตุ้นการระลึกถึงความหลัง เพราะพยาบาลจะสามารถมุ่งประเด็นไปยังบุคคลที่อยู่ในบ้านซึ่งมีความหมายต่อผู้สูงอายุได้ พยาบาลไม่ควรกำหนดหัวข้อในการระลึกความหลัง แต่ให้ผู้สูงอายุระลึกถึงประสบการณ์ที่สำคัญของเขาเอง
6. พยาบาลควรใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดต่าง ๆ ขณะที่ผู้สูงอายุระลึกถึงความหลัง เช่น การสะท้อน (Reflecting) การทำให้กระจ่าง (Clarification) การแลกเปลี่ยน

(Sharing) การสังเกต (Observation) การให้เหตุผล (Validation) การเน้น (Focusing) และการฟังอย่างตั้งใจ (Active Listening) เพื่อส่งเสริมให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยน

7. พยาบาลจะต้องมีความเข้าใจความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบของผู้สูงอายุ
8. หัวข้อในการระลึกถึงความหลังที่ผู้สูงอายุเริ่มและเล่าซ้ำควรมีการบันทึกไว้ เพราะเป็นความทรงจำที่อาจมีความรู้สึกขัดแย้งอยู่
9. ควรช่วยให้ผู้สูงอายุมุ่งประเด็นไปยังหัวข้อที่เล่าซ้ำ ๆ เพื่อให้มีความชัดเจน ช่วยสรุปรวมเนื้อหาความจำ ให้ผู้สูงอายุรู้สึกได้รับการประทับใจและรู้สึกมีคุณค่า
10. ใน 5 นาทีสุดท้ายของแต่ละช่วง ควรมีการสรุปหัวข้อที่สำคัญ เน้นให้ผู้สูงอายุกลับมาสู่ปัจจุบัน และนัดหมายการพบกันในครั้งต่อไป

11. ช่วงสุดท้ายพยาบาลควรสรุปประสบการณ์ การระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

การระลึกถึงความหลังเป็นกิจกรรมทางการแพทย์ เกิดขึ้นเมื่อบุคคลระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีต ความรู้สึก หรือสถานการณ์ที่ต้องการแก้ไขในปัจจุบัน อาจดำเนินการเป็นคู่หรือเป็นกลุ่มสามารถใช้ได้ทั้งในผู้ที่มีการรับรู้ปกติ และผู้ที่มีการรับรู้บกพร่อง แต่สามารถระลึกถึงเหตุการณ์และแสดงความคิดเห็นต่อตนเองได้ (Synder, 1998)

ภาวะสมองเสื่อมจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุและผู้ดูแล ผู้สูงอายุจะมีการสูญเสียความจำ หน้าที่การรับรู้ ซึ่งถ้ามีอาการมากขึ้นจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความคับข้องใจ แยกตัว และเกิดภาวะซึมเศร้า โดยมีช่วงระยะการเกิดโรค 2-20 ปี ภาวะสมองเสื่อมจะมีการดำเนินโรค 3 ระยะ ซึ่งในระยะแรกนั้นความจำระยะยาวของผู้สูงอายุยังคงดีอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้พยาบาลต้องรับภาระมากขึ้น พยาบาลมีหน้าที่ให้การดูแลให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ลดการแยกตัว ทำให้เกิดความสุขสบายมากขึ้น ดังนั้น โปรแกรมที่ใช้ควรจะเป็นการเพิ่มคุณภาพการดูแล ลดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งการระลึกถึงความหลังเป็นโปรแกรมที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ (Pittiglio, 2000)

การระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม สามารถลดความพร่องในการรู้คิด เนื่องจากผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในระยะแรกจะมีความจำระยะสั้นบกพร่องแต่ความจำระยะยาวยังคงดีอยู่ และการกระตุ้นความจำโดยให้ผู้สูงอายุนึกถึงอดีตเป็นวิธีที่ง่ายกว่าการให้ผู้สูงอายุจำสิ่งใหม่ (Pittiglio, 2000) มีการศึกษาหลายเรื่องที่พบว่าความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นได้แก่ การศึกษาของทาดากา และคานากาวา (Tadaka & Kanagawa, 2004) เกี่ยวกับการระลึกถึงความหลังแบบกลุ่มร่วมกับการบำบัดเพื่อการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ และบุคคล พบว่าความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ (Ito et al.,

2007) เกี่ยวกับผลของการระลึกถึงความหลังแบบกลุ่มของผู้สูงอายุสมองเสื่อมชนิดขาดเลือด ร่วมกับการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ให้เข้าร่วมสังคมและ กลุ่มควบคุม โดยให้ผู้สูงอายุระลึกถึงความหลัง 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ระยะเวลา 3 เดือน ระลึกถึงความหลังตามลำดับการพัฒนาการของชีวิต หัวข้อที่ระลึก ได้แก่ ความทรงจำวัยเด็ก ของเล่น หนึ่ง วันที่โรงเรียน ชีวิตการทำงาน การแต่งงาน วันเกษียณอายุ ฤดูกาลในอดีต งานเทศกาล จาก การศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีค่าคะแนนสภาพสมองเบื้องต้นเพิ่มขึ้น การศึกษาของ (Baines et al., 1987) เกี่ยวกับผลของการระลึกถึงความหลังแบบกลุ่มร่วมกับการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพร่องด้านการรู้คิดระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ใช้เวลาในการทำกลุ่ม 30 นาที โดยผู้สูงอายุเข้ากลุ่มระลึกถึงความหลัง 5 ครั้งต่อสัปดาห์ นาน 4 สัปดาห์ โดยใช้รูปภาพ หนังสือเก่า ๆ แมกกาซีน หนังสือพิมพ์ และบทความเกี่ยวกับครอบครัว ช่วยในการระลึกถึงความหลัง จากการศึกษาพบว่าการรู้คิดดีขึ้นและพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองลดลง

การระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมยังมีผลต่อความผาสุกของผู้สูงอายุ ดังรายงานการวิจัยของ (Thorgrimsen et al., 2002) ที่ศึกษาผลของการระลึกถึงความหลังแบบกลุ่ม ในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยมีผู้ดูแลเข้าร่วม ใช้เวลา 18 สัปดาห์ หัวข้อที่ใช้ในการระลึกถึงความหลังคือ หนึ่งวันที่โรงเรียน โลกของการทำงาน และการแต่งกายให้ดูดี มีการนำเสนอภาพนิ่ง ใช้ดนตรีและละครในการช่วยให้คิดถึงชีวิตของตนเอง ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม มีความผาสุกเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ (Camberg et al., 1999 cited in Pittiglio, 2000) โดยใช้การบันทึกเทปสนทนา พบว่าผู้ป่วยมีความผาสุกและมีพฤติกรรมที่ผิดปกติลดลง สอดคล้องกับ การศึกษาของ (Lai et al., 2004) เกี่ยวกับผลของการระลึกถึงความหลังรายบุคคลในการส่งเสริมความ ผาสุกผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในสถานสงเคราะห์ โดยใช้เวลาในการระลึกความหลัง 30 นาที โดย พบผู้สูงอายุ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ นาน 6 สัปดาห์ ให้ผู้สูงอายุระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีต เช่น อาหารกับ สุขภาพ ความปลอดภัยในสังคม จากการศึกษาพบว่าหลังการให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมระลึกถึง ความหลังผู้สูงอายุมีความผาสุกเพิ่มมากขึ้น

สรุปได้ว่า การระลึกถึงความหลังมีผลทั้งในด้านการเพิ่มความผาสุกในชีวิต และช่วยให้ ความสามารถด้านการรู้คิดดีขึ้นในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยระยะเวลาที่สั้นที่สุดคือ 4-6 สัปดาห์ และสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการระลึกถึงความหลังรายบุคคลที่ บ้าน เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมต่อความสามารถในการรู้คิดและความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากพบว่าผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจะมีความสามารถในการรู้คิดบกพร่อง ส่งผลต่อความ

ผาสุกในชีวิตลดลง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังช่วยเพิ่มความสามารถในการรู้จัก (Hughston & Merriam, 1982 cited in Rebecca, 1999; Baines et al., 1987; Goldwasser, Auerbach, & Harkins, 1987; Thorgrimsen et al., 2002; Lai et al., 2004; Wang et al., 2007) และช่วยเพิ่มความสุขในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (Baines et al., 1987; Goldwasser et al., 1987; Thorgrimsen et al., 2002; Lai et al., 2004; Tadaka & Kanagawa, 2004; Ito et al., 2007) แต่การบำบัดโดยการระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมนั้นยังมีการศึกษาจำนวนน้อยในประเทศไทย ซึ่งมีสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างจากต่างประเทศ ประกอบกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาผลการวิจัยส่วนใหญ่พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังต่อความสามารถในการรู้จักของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

แนวคิดการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล

การศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล เป็นการอธิบายความหมาย ลักษณะ และการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการรู้จัก วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ดังรายละเอียด

ความหมายของการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล

มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลไว้หลากหลาย ดังนี้

Folsom (1968 cited in Godley & Gatz, 2000) ให้ความหมายของการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ว่าเป็นวิธีการบำบัดผู้สูงอายุเพื่อลดภาวะสับสนในผู้สูงอายุ ซึ่งผลของภาวะสับสนเกิดจาก มีการกระตุ้นผู้สูงอายุน้อย ผู้ดูแลขาดความคาดหวังว่าผู้สูงอายุสามารถมีพฤติกรรมที่ปกติได้และ ผู้ดูแลขาดการสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้สูงอายุ

Spector et al. (2000) ให้ความหมายการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ว่าเป็นเทคนิคการบำบัดที่เน้นการรู้จัก สำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีความจำบกพร่อง และ มีการรับรู้เวลา สถานที่ ผิดปกติ

Schwenk (1979 cited in Williams, 2005) ได้นิยามการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ว่าเป็นรูปแบบการบำบัดแบบเฉพาะ ใช้เป็นกลุ่ม หรือรายบุคคล ซึ่งถือว่าเป็นเทคนิคทางจิตวิทยาที่นำมาใช้ในผู้สูงอายุที่สับสน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่ในความเป็นจริง

พรเพ็ญ ศิริสัตยะวงศ์ และวิไลวรรณ มณีจักร (2547) ให้สรุปความหมายของการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ว่าเป็นเทคนิคการใช้ความรู้ที่ออกแบบมาเพื่อกระตุ้นผู้สูงอายุที่หลงลืมได้พัฒนาเอกลักษณ์ของตนและช่วยให้ผู้สูงอายุตระหนักรู้ถึงเวลา สถานที่ บุคคลที่เกี่ยวข้อง และสิ่งที่

กำลังทำอยู่ ผู้บำบัดจะคุยกับผู้สูงอายุและถามคำถามที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้คิดเกี่ยวกับสถานที่ เวลา และบุคคล สามารถใช้เป็นการบำบัดแบบหนึ่งต่อหนึ่ง หรือเป็นกลุ่มก็ได้ หรืออาจทำในลักษณะ นิเวศน์บำบัดที่ใช้สิ่งแวดล้อมกระตุ้นให้เกิดความทรงจำ เช่น ปฏิทิน นาฬิกา สัญญาณ และตาราง การทำกิจกรรม

จากความหมายของการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล ที่กล่าวมาทั้งหมดพอสรุปได้ว่าการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล เป็นวิธีการกระตุ้นผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยการให้ข้อมูล เช่น วันที่ เวลา สถานที่ ผ่านการสื่อสารทางคำพูดและใช้สิ่งแวดล้อมเป็นตัวช่วยกระตุ้น ใช้ได้ทั้งการบำบัดแบบรายบุคคล และแบบกลุ่ม

ลักษณะของการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล

การรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ การจัดกิจกรรมอย่างเป็นทางการ (Formal Reality Orientation) และการจัดกิจกรรมอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Reality Orientation) (วรรณนิภา บุญระยอง, 2541)

การจัดกิจกรรมอย่างเป็นทางการ

การจัดกิจกรรมการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ และบุคคล อย่างเป็นทางการมีหลักการ ดังนี้

1. จัดกิจกรรมนี้แบบตัวต่อตัวโดยนัดหมายกับผู้สูงอายุในสถานที่สงบไม่มีสิ่งรบกวน หรือจัดเป็นกลุ่มที่มีสมาชิกประมาณ 4-5 คน และผู้นำกลุ่ม 1 คน โดยมาร่วมกิจกรรมนี้กันอย่างน้อย 5 ครั้งต่อสัปดาห์ และในแต่ละวันควรทำในช่วงเวลาเดียวกัน
2. อาจใช้อุปกรณ์ช่วยในการรับรู้เกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานทั่วไป เช่น นาฬิกา ปฏิทิน ป้ายชื่อสมาชิกกลุ่ม กระดานบันทึก รูปภาพที่มีสีสันเกี่ยวกับเรื่องที่จะคุยกันในกลุ่ม
3. กระตุ้นทักษะทางด้านสังคมและการรับรู้ที่เหมาะสม เช่น ควรกล่าวทักทายสวัสดิการแนะนำชื่อตนเอง การขอบคุณ การกล่าวลา

แนวทางการปฏิบัติการจัดกิจกรรมอย่างเป็นทางการ

1. เปิดกลุ่มโดยสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น เป็นมิตร แนะนำสมาชิก วัตถุประสงค์ของกลุ่ม และขั้นตอนของกิจกรรมอย่างชัดเจน
2. เมื่อมีการกล่าวถึงสมาชิกในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรจะมีหน้าสมาชิกผู้นั้นและพูดซ้ำ ๆ ด้วยน้ำเสียงที่ชัดเจน อาจมีคำพูดซ้ำทวนประโยค
3. ให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนได้มีเวลาและมีโอกาสในการตอบคำถาม
4. ถ้าสมาชิกไม่ทราบคำตอบ ผู้นำกลุ่มควรบอกคำตอบแล้วให้สมาชิกผู้นั้นพูดทวนคำตอบที่ได้รับด้วย

5. การย้ำและให้กำลังใจ เมื่อสมาชิกที่เป็นผู้สูงอายุซึ่งสับสน ตอบถูกซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง

เมื่อผู้สูงอายุผ่านขั้นตอนการรับรู้เกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บุคคล ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานแล้ว ควรเริ่มต้นขั้นตอนที่พัฒนาต่อไปได้อีก เช่น การสะกดคำศัพท์ การอ่านหนังสือพิมพ์ การคิดคำนวณ การวิเคราะห์ข่าว หรือการแก้ปัญหาเหตุการณ์ปัจจุบัน เป็นต้น

การจัดกิจกรรมอย่างไม่เป็นทางการ

การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล มีหลักการ คือเป็นการกระตุ้นการรับรู้เกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บุคคล ซึ่งสามารถกระทำได้อย่างต่อเนื่องโดยไม่จำเป็นต้องจัดเป็นกิจกรรมอย่างมีกิจจะลักษณะ แนวทางการปฏิบัติการจัดกิจกรรมอย่างไม่เป็นทางการ มีดังนี้

1. สามารถทำในเวลาใดก็ได้ที่ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะกับสมาชิกในครอบครัว ผู้บำบัดหรือบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง

2. ควรทำควบคู่ไปกับการจัดกิจกรรมอย่างเป็นทางการ

โปรแกรมการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม
การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล เป็นโปรแกรมทางจิตสังคม ที่ใช้เพื่อฟื้นฟูผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้อีกครั้งโดยการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ใช้สิ่งแวดล้อมรอบตัวช่วยกระตุ้น มีการให้ข้อมูลซ้ำ ๆ ที่เกี่ยวกับผู้ป่วย ได้แก่ วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ในระยะแรกที่มีการนำมาใช้มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสน (Taulbee & Folson, 1966 cited in Tadaka & Kanagawa, 2004) ปัจจุบัน การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคลเป็นโปรแกรมที่ได้รับความสนใจและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และเริ่มนำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น

โปรแกรมการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ช่วยให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีความเข้าใจ และตระหนักเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมรอบตัว มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ เรื่องการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม สรุปว่าโปรแกรมการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล มีประสิทธิภาพในการนำมาใช้ในผู้ที่มีความบกพร่องด้านความจำ (Spector et al., 2005) เช่น การศึกษาของ (Metitieri, 2001) เกี่ยวกับผลของการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ในการชะลอความก้าวหน้าของภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ 74 ราย พบว่า กลุ่มทดลองที่มีความพร้อมของการรู้คิดมีอัตราการอยู่รอดมากกว่ากลุ่มควบคุม และการศึกษาของ (Breuil et al., 1994) ที่ศึกษาผลของการกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ 56 รายโดยใช้กิจกรรมการวาดภาพเกี่ยวกับคำ และตัวเลข ร่วมกับกิจกรรมการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล เป็นเวลา 60 นาที 2 ครั้งต่อสัปดาห์นาน 5 สัปดาห์

พบว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการรู้คิดเพิ่มขึ้น โปรแกรมการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ที่นำมาใช้กับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่จะจัดในลักษณะกิจกรรมอย่างเป็นทางการ และนำหลักการมาใช้ร่วมกับโปรแกรมอื่น (Feil, 1971 cited in Spector et al., 2000)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการระลึกถึงความหลังร่วมกับการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล โดยจัดกิจกรรมแบบเป็นทางการ ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยพบ โปรแกรมดังกล่าวสามารถเพิ่มความผาสุกให้แก่ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เช่นการศึกษาของ (Baines et al., 1987) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการระลึกถึงความหลังแบบกลุ่มร่วมกับการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพร่องการรู้คิดระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ใช้เวลาในการทำกลุ่ม 30 นาที พบผู้สูงอายุ 5 ครั้งต่อสัปดาห์ นาน 4 สัปดาห์ ใช้อุปกรณ์ช่วยกระตุ้นการรับรู้ ได้แก่ กระดานการรับรู้ประกอบด้วยข้อมูล เรื่อง วัน อาทิตย์ รูปภาพ หนังสือพิมพ์ พบว่าหลังการทดลองผู้สูงอายุมีความผาสุกเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การใช้โปรแกรมการระลึกถึงความหลังร่วมกับการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ยังช่วยเพิ่มความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ดังเช่นการศึกษาของ (Tadaka & Kanagawa, 2004) เกี่ยวกับการระลึกถึงความหลังแบบกลุ่มร่วมกับการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน 60 ราย พบว่าในระยะหลังการทดลอง ความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ (Ito et al., 2007) เกี่ยวกับผลของการระลึกถึงความหลังร่วมกับการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากโรคหลอดเลือด เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการเข้าร่วมสังคมกับกลุ่มควบคุม โดยให้เข้าร่วมโปรแกรม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ รวม 12 สัปดาห์ พบว่าผู้สูงอายุมีค่าคะแนนความสามารถในการรู้คิดเพิ่มขึ้น จากผลการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งมีวัฒนธรรมและประเพณีต่างจากประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังร่วมกับการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่และบุคคล ต่อความสามารถในการรู้คิด และความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย ผลการศึกษาที่ได้จะทำให้เกิดการชะลอความเสื่อมของความสามารถในการรู้คิดและช่วยให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีความผาสุกเพิ่มขึ้นส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

โปรแกรมการระลึกถึงความหลังร่วมกับการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ศึกษาถึงการจัดโปรแกรมการระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุไทยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า (จกรม ทองจันทร์, 2544 , นพิศ ตรีรัตน์, 2550) ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา (พิณลภรณ์ นิติภากรณ์, 2547, ภคนิช ต่วนชะเอม, 2545) และศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนและชมรมผู้สูงอายุ (เรณู อินทร์ตา, 2548) ทั้งนี้การระลึกถึงความหลังที่มีการศึกษาดังกล่าวประเมินจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความหวังของผู้สูงอายุ ความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุ และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งมีทั้งการให้ระลึกถึงความหลังเป็นรายบุคคล และรายกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด 6 คน มากที่สุด 15 คน ซึ่งผลการทดลองพบว่าโปรแกรมการระลึกถึงความหลังทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น มีความผาสุกในชีวิต และความพึงพอใจในชีวิตสูงขึ้น มีภาวะซึมเศร้าลดลง แต่ยัง ไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาโปรแกรมการระลึกความหลังร่วมกับการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย พบเฉพาะการศึกษาในต่างประเทศ เช่น การศึกษาของ (Baines et al., 1987) เกี่ยวกับผลของการระลึกถึงความหลังแบบกลุ่มร่วมกับการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพร่องด้านการรู้คิดระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง การศึกษาของ (Lai et al., 2004) เกี่ยวกับผลการระลึกถึงความหลังรายบุคคลในการส่งเสริมความผาสุกผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในสถานสงเคราะห์ และการศึกษาของ (Ito et al., 2007) เกี่ยวกับผลของการระลึกถึงความหลังแบบกลุ่มของผู้สูงอายุสมองเสื่อมชนิดขาดเลือดร่วมกับการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล มีการศึกษาทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล ใช้เวลาในการเข้าร่วมโปรแกรม 30 นาที 1 - 5 ครั้งต่อสัปดาห์ ระยะเวลา 4 สัปดาห์ - 3 เดือน มีสิ่งกระตุ้นในการเข้าร่วมโปรแกรม เช่น รูปภาพ หนังสือเก่า ๆ แมกกาซีน หนังสือพิมพ์ บทความเกี่ยวกับครอบครัว เป็นต้น หัวข้อที่ใช้ในการระลึกถึงความหลัง เช่น อาหารกับสุขภาพ ความปลอดภัยในสังคม ความทรงจำวัยเด็ก ของเล่น หนึ่งวันที่โรงเรียน ชีวิตการทำงาน การแต่งงาน วันเกษียณอายุ ฤดูกาลในอดีต งานเทศกาล เป็นต้น จากการศึกษาดังกล่าวประเมินจากค่าคะแนนสภาพสมองเบื้องต้น ความผาสุกในชีวิต และพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่าโปรแกรมการระลึกถึงความหลังร่วมกับการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลช่วยให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีความสามารถในการรู้คิด และมีความผาสุกในชีวิตเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมโดยเลือกขั้นตอนของ

กิจกรรมที่มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุไทย ประยุกต์โปรแกรมของ เรณู อินทร์ตา (2548) ที่ให้ผู้สูงอายุระลึกถึงความหลังตามระยะพัฒนาการของชีวิต และมีการทบทวนเรื่องที่ระลึกถึง ทุกครั้งก่อนเริ่มการระลึกถึงความหลังครั้งใหม่ และประยุกต์โปรแกรมของ (Ito et al., 2007) ซึ่งใช้อุปกรณ์ช่วยกระตุ้นในการระลึกถึงความหลัง ร่วมกับการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่และบุคคล เพื่อเป็นการกระตุ้นซ้ำ ๆ เพื่อเพิ่มความจำ และการรับรู้ของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามแผนการระลึกถึงความหลังร่วมกับการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่และบุคคล จำนวน 9 ครั้ง พบผู้สูงอายุสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ซึ่งในครั้งที่ 1-8 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมระลึกถึงความหลังโดยใช้กระบวนการระลึกถึงความหลัง 4 ระยะ ตามแนวคิดของ (Gibson, 2004) คือ

- 1) Remembering เป็นการนึกถึงความทรงจำที่น่าพอใจ หรือความทรงจำที่สนุกสนาน
- 2) Recall เป็นการแลกเปลี่ยนความทรงจำกับบุคคลอื่น
- 3) Review เป็นกระบวนการของการคิด โดยมีการนำความทรงจำที่มีอยู่มาคิดใหม่อีกครั้ง และประเมินถึงความหมายและความสำคัญ
- 4) Reconstruction เป็นการแก้ไขความทรงจำบางส่วน ซึ่งจะเกิดขึ้นในช่วงเวลาที่พวกเขาสนุกสนาน โดยเฉพาะช่วงที่ได้แลกเปลี่ยนกับบุคคลอื่น ทำให้ได้มุมมองของความทรงจำในด้านใหม่ ส่วนครั้งที่ 9 เป็นระยะติดตามผลหลังการทดลอง 2 สัปดาห์