

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานิวมิฮลังและลักษณะพฤติกรรมในช่วงการเปลี่ยนผ่านของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาวิจัยตามองค์ความรู้ แนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมต่างๆ รวมทั้งได้ทบทวนงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดที่จะใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. องค์ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์
 - โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease)
 - ภาวะสมองเสื่อม (Dementia)
3. องค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะการสูญเสียความสามารถทางสมอง (Mild Cognitive Impairment)
4. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
 - ทฤษฎีบทบาท (Role Theory)
 - ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory)
 - แนวคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่าน (Transition Concept)
 - แนวคิดเกี่ยวกับภูมิหลัง (Background Concept)
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

องค์ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

คำกล่าวที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุ เช่น คนชรา คนแก่ ผู้สูงอายุ ล้วนแล้วแต่มีความเกี่ยวข้องกับเรื่องราวของเวลาและเกณฑ์ของแต่ละสังคมเป็นผู้กำหนดนิยามขึ้น ซึ่งนักวิชาการที่ศึกษาเกี่ยวข้องกับเรื่องผู้สูงอายุพยายามอธิบายคำว่า ผู้สูงอายุ ในแง่มุมที่ไม่แตกต่างกันมากนัก และชี้ให้เห็นว่าเป็นเรื่องยากที่จะกำหนดได้อย่างเด็ดขาดว่าบุคคลใดเป็นผู้ที่อยู่ในวัยชรา อย่างไรก็ตาม ได้มีนักวิชาการเสนอให้พิจารณาคำว่า “ผู้สูงอายุ” จากหลายองค์ประกอบ เช่น ประเพณี นิยม สภาพการทำงานของร่างกายและจิตใจ ความสามารถในการประกอบอาชีพ ความกดดัน

ทางอารมณ์ และความเจ็บป่วย เป็นต้น (Borrow and Smith, 1979, p. 17 อ้างอิงใน บุษยมาศ สีนุประมา, 2539, หน้า 4)

นักวิชาการทั้งในและต่างประเทศได้พิจารณาเกณฑ์ในการกำหนดความสูงอายุของบุคคล ซึ่งโดยทั่วไปได้แบ่งการพิจารณาออกเป็น 4 ลักษณะ (Hooyman and Kiyak, 2009, p. 4; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2552 ; กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2551, หน้า 11-12, 24-32 ; ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549, หน้า 541-547 ; เต็มศักดิ์ คทวนิช, 2546, หน้า 88 ; แสงเดือน มุสิกกรรมณี, 2545, หน้า 7 ; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544, หน้า 10-11 ; กัมมันต์ พันธุจินดา, 2543, หน้า 3-10) ดังนี้

ลักษณะแรก ความสูงอายุทางลำดับเวลา (Chronological Aging) หมายถึง กระบวนการสูงอายุที่เกิดขึ้นนับตั้งแต่มนุษย์ลืมตาดูโลก (มาตี กาญจนกิจสกุล, 2544, ไม่มีเลขหน้า) จากการทบทวนวรรณกรรมในการกำหนดกฎเกณฑ์บุคคลเข้าสู่อายุสูงอายุนั้น ซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งในประเทศพัฒนาแล้วโดยกำหนดเมื่ออายุ 65 ปี และประเทศที่กำลังพัฒนาที่กำหนดเมื่ออายุ 60 ปี โดยประเทศไทยได้กำหนดอายุ 60 ปีตามพระราชบัญญัติของผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2546 และยังคงสอดคล้องกับองค์การสหประชาชาติ (Hooyman and Kiyak, 2009, p. 4 ; กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2551, หน้า 11 ; ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549, หน้า 541 ; มาตี กาญจนกิจสกุล, 2544 ; บรรลุ ศิริพานิช, 2542, หน้า 85-86)

ลักษณะที่สอง ความสูงอายุทางกายภาพ (Biological Aging หรือ Physiological Aging) เป็นการพิจารณาการสูงอายุจากสภาพร่างกายและสรีระของบุคคลที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น กล่าวคือ ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายได้ลดน้อยถอยลงเป็นผลมาจากความเสื่อมโทรมตามกระบวนการสูงอายุซึ่งเป็นไปตามอายุขัยของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านสมอง ซึ่งสาเหตุเกิดจากการขยายตัวของโพรงประสาทและทำให้เซลล์ประสาทต่างๆ ในส่วนสมองเกิดการหดตัวลง (Cerebral ventricles expand as a function of age) ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีร่างกายที่เสื่อมถอยเกิดมีโรคแทรกซ้อนตามมา (Craik and Salthouse, 2000) โดยโรคที่สำคัญและมักพบในผู้สูงอายุมากคือโรคเกี่ยวกับความจำ อันทำให้ผู้สูงอายุเริ่มมีความผิดปกติในเรื่องความจำในระยะสั้น ไม่มีปัญหาเรื่องความจำในอดีต (Past Memory) เกิดลักษณะพฤติกรรมที่ขี้ลืม (Forgetfulness) ในสิ่งที่เพิ่งกระทำหากความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ยังคงเป็นปกติ หากแต่ยังไม่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันถือว่าเป็นผู้สูงอายุที่ยังมีความปกติตามวัย (Normal Aging) (Rosenberg, Johnston and Lyketsos, 2006, p. 1885 ; วลัยพร นันทิคุภาวัฒน์, 2552, หน้า 165) หากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางเซลล์ประสาทถูกทำลายมากขึ้นโดยเฉพาะสมองส่วนฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับความจำ (Memory) นั้น เพิ่ม

มากขึ้นและกระทบกับบุคคลรอบข้างรวมไปถึงการใช้ชีวิตประจำวันถือว่าผู้สูงอายุนั้นอาจมีอาการของโรคความจำเสื่อม โดยเฉพาะโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) ได้

ลักษณะที่สาม ความสูงอายุทางจิตวิทยา (Psychological Aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ได้รับอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ซึ่งเกิดจากความบกพร่องในระบบประสาท ด้านความรู้สึกรับรู้ และด้านจิตใจ ได้แก่ ความสามารถในการจำ การเรียนรู้และสติปัญญา โดยลักษณะบุคลิกภาพที่ปรากฏในระยะต่างๆ ของชีวิตแต่ละคนเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสืบเนื่องมาจากการลดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องต่างๆ ลง เริ่มรู้สึกสูญเสียบทบาทและขาดความมั่นใจในความสามารถและคุณค่าตนเอง โดยความสามารถในการช่วยเหลือตนเองหรืออิสระต่างๆลดลงไปกว่าเดิม อาการซึมเศร้าจากการสูญเสียคู่ชีวิตหรือเพื่อนร่วมกลุ่ม ภาวะสูญเสียดังกล่าวหากเกิดขึ้นพร้อมๆ กัน หรือในระยะเวลานานใกล้ก็ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุมีความลำบากที่จะเผชิญกับความเป็นจริงได้ โดยเฉพาะถ้าตนเองกำลังจะเข้าสู่ภาวะนั้นที่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่มีความเสื่อมถอยลง และการเปลี่ยนแปลงทั้งหมดก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต ซึ่งจะต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ถ้ามีการเตรียมตัวดีหรือสุขภาพจิตดี ก็สามารถปรับตัวได้ แต่ถ้าชีวิตไม่มีการเตรียมตัวในด้านสุขภาพจิตไม่ดี ก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ บางครั้งอาจรุนแรงถึงขั้นเจ็บป่วยได้

ลักษณะที่สี่ ความสูงอายุทางสังคมวิทยา (Sociological Aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงในสถานภาพหน้าที่ และบทบาทของบุคคลในระบบสังคม รวมทั้งความคาดหวังของสังคมต่อบุคคลนั้น ได้แก่ วิธีการดำเนินชีวิตที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนไปตามบทบาทหน้าที่ที่เป็นผลจากการที่ต้องออกจากงานทำให้สูญเสียตำแหน่งทางสังคม สูญเสียรายได้ประจำ การลดความสัมพันธ์กับเพื่อนฝูงและสังคมลดลง การสูญเสียหรือพลัดพรากจากสิ่งที่ตนรัก บทความจากการเป็นหัวหน้าครอบครัว เมื่อมีอายุที่เพิ่มขึ้นการถูกลดลงในสถานภาพ หน้าที่ และบทบาทลง นั้นเป็นเพราะสภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุมักมีการเสื่อมถอยไปตามวัย และการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมในผู้สูงอายุดังที่กล่าวมาข้างต้นส่งผลกระทบต่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจได้เช่นกัน โดยสิ่งเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามกระบวนการซึ่งเกี่ยวกับอายุ

ประชากรสูงอายุไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องตลอดเวลา ซึ่งเกิดจากความสำเร็จในการลดอัตราเกิดที่ลดลง ส่งผลให้สัดส่วนประชากรวัยเด็กลดลงอย่างมาก ในขณะเดียวกันสัดส่วนประชากรสูงอายุหรือประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าววัฒนวงศ์, 2547) และจากรายงานดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า โครงสร้างประชากรไทยได้เปลี่ยนแปลงจากประชากรวัยเด็กเป็นประชากรวัยสูงอายุมากขึ้นอัน

เนื่องมาจากการพัฒนาการทางด้านการแพทย์ กล่าวคือ สัดส่วนของประชากรสูงอายุได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.0 ในปี พ.ศ. 2513 เป็นร้อยละ 6.0 7.0 และ 9.0 ในปี พ.ศ. 2523 พ.ศ. 2533 และ พ.ศ. 2543 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, พ.ศ. 2513; 2523; 2533 และ 2543, อ้างอิงในปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าพัฒนางศ์, 2547, หน้า 33-60)

การคาดประมาณของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติ (2550) พบว่า ประชากรสูงอายุจะมีสัดส่วนมากถึงร้อยละ 11.9 ในปี พ.ศ. 2553 และจะเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 17.5 ในปี พ.ศ. 2563 นอกจากนี้แล้ว จากรายงานการศึกษาของปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าพัฒนางศ์ (2547, หน้า 33-60) ยังพบอีกว่า อายุมัธยฐานของประชากรไทยเมื่อ 20 ปีก่อนหน้านี้มีอายุไม่ถึง 20 ปี แต่เนื่องจากการตายของประชากรไทยที่ลดลง ทำให้มีชีวิตที่ยืนยาวอันเนื่องมาจากการพัฒนาการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ดีขึ้น รวมถึงการเกิดของเด็กใหม่ลดจำนวนลง โดยปัจจัยทั้งสองประการนี้ทำให้อายุมัธยฐาน (Median Age) เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว กล่าวคือ อายุมัธยฐานของประชากรไทยอยู่ที่ประมาณ 29 ปี ในปี พ.ศ. 2543 และอายุมัธยฐานยังคงจะสูงขึ้นต่อไป โดยมีการคาดการณ์ว่าอายุมัธยฐานของประชากรไทยจะเพิ่มสูงขึ้นจนถึง 37 ปี ในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งดัชนีนี้ชี้ให้เห็นว่าประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมากขึ้น ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มประชากรที่ควรให้ความสำคัญและสนใจเป็นอย่างยิ่ง

จากวรรณกรรมข้างต้น สรุปได้ว่า ประชากรสูงอายุเป็นประชากรที่มีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องมาจากการพัฒนาการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งช่วงวัยดังกล่าวจะมีการเสื่อมถอยทางร่างกาย จิตใจ และสังคม และในแต่ละด้านมีความสอดคล้องกัน ซึ่งจากแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุไทยย่อมสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาผู้สูงอายุจากการเสื่อมถอยตามวัยอันจะก่อให้เกิดภาวะฟุ้งฟิงโดยเฉพาะด้านการดูแล ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุควรมีการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีเพื่อให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ยืนยาวต่อไป

องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease)

โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease)

โรคอัลไซเมอร์เป็นภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ชนิดหนึ่ง เกิดจากสารอะเซทิลโคลีน (Acetylcholine) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาท (Neuro-Transmitter) ที่จะช่วยนำคำสั่งจากสมองไปยังอวัยวะเป้าหมายเพื่อให้เกิดกระบวนการทำงานของอวัยวะนั้น และมีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อระบบความจำโดยมีการเสื่อมของเซลล์ประสาทในสมองส่วนฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับความจำ (Memory) ร่วมกับการเรียนรู้ การคิด ที่ค่อยๆ ลดลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้เซลล์สมองถูกทำลายมากกว่าสมองของบุคคลทั่วไป การสั่งการของสมองเสื่อมลงเรื่อยๆ ส่งผลทำ

ให้ความสามารถของบุคคลลดลง มีความบกพร่องด้านความจำ การเรียนรู้ และเริ่มมีพฤติกรรม และบุคลิกภาพเปลี่ยนไปจนส่งผลกระทบต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวัน โดยการเสื่อมของเซลล์สมองจะรุนแรงต่อเนื่อง ทำให้การทำงานของสมองลดลงและหายไปภายในระยะเวลา 5-6 ปี (Alzheimer's Association, 2010, pp. 158-169 ; The National Institute on Ageing, 2007, p. 5 ; Lerner, Strauss and Sami, 2007, p.14 ; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2553 ; นันทิกา ทวิชาชาติ, 2553 ; ยุทธ โพธารามิก, 2553 ; วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2553 ; สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม, 2552 ; สิรินทร ชันศิริกาญจน, 2550 ; อรรณี คงสมบัติ และวาสิกา นาคดุก, 2551, หน้า 101)

โรคอัลไซเมอร์กำลังเป็นโรคที่รุนแรงและเป็นสาเหตุการตายในลำดับต้นๆ ของผู้สูงอายุในหลายประเทศเช่นในสหรัฐอเมริกา (Alzheimer's Association, 2010)อุบัติการณ์ของโรคอัลไซเมอร์ในประเทศต่างๆ ทั่วโลกมีลักษณะที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยพบว่าประมาณร้อยละ 2-4 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี เป็นโรคนี้ ในผู้หญิงจะเป็นมากกว่าผู้ชายเป็นอัตราส่วน 3:1 จากรายงานการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกามีการคาดประมาณผู้ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์จะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยความชุกของโรคประมาณร้อยละ 0.5 ที่อายุ 65 ปี และมีการอาการปรากฏให้เห็นภายหลังอายุ 60 ปี จะเพิ่มขึ้นแบบทวีคูณทุกช่วงเวลา 5 ปี จนถึงอายุ 80-90 ปี โดยช่วงอายุ 60-64 ปี พบร้อยละ 1-2 ช่วงอายุ 70-74 ปี พบร้อยละ 12 และช่วงอายุ 80-84 ปี พบร้อยละ 31 ของประชากรไทยในช่วงอายุ 85 ปีขึ้นไป (Alzheimer's Association, 2010, pp. 158-169 ; สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม, 2552 ; สถาบันระบบประสาท, 2551) ในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมองเสื่อมสูงขึ้นถึงร้อยละ 70 และเพิ่มสูงขึ้นตามจำนวนประชากรสูงอายุ ซึ่งถ้าเป็นโรคนี้แล้วยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้น การป้องกันและชะลอเป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการเตรียมความพร้อม (Petersen, et al., pp. 1985-1992) ซึ่งผลกระทบของโรคนี้มีผลต่อครอบครัวและสังคมส่วนรวม ทั้งในด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิต ตลอดจนการสูญเสียทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการชะลออาการที่มีราคาค่อนข้างสูง ซึ่งจากรายงานการศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่า ราคาอยู่ประมาณวันละ 200-300 บาท หรือประมาณรายละเกือบหนึ่งหมื่นบาทต่อเดือน (ธีรวัฒน์ เหมะจุฑา, 2552) และในรายงานจากต่างประเทศได้มีการคำนวณค่าใช้จ่ายในการดูแลโรคนี้ต่อปีถึง 18,408 อเมริกันดอลลาร์ และเพิ่มเป็น 30,096 จนถึง 36,132 อเมริกันดอลลาร์ ในกรณีผู้ป่วยที่มีความรุนแรงเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรงมาก ตามลำดับ (ประเสริฐ บุญเกิด, 2546, หน้า 17)

จากการทบทวนรายงานการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า สาเหตุของโรคอัลไซเมอร์เกิดจาก พันธุกรรมและปัจจัยเสี่ยงเป็นหลัก โดยในส่วนของพันธุกรรมนั้นนับว่าเป็นสาเหตุสำคัญของโรคนี้ ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จากรายงานการสำรวจนี้บ่งชี้ว่า โรคอัลไซเมอร์กำลังเป็นโรคที่รุนแรงและมีความเสี่ยงสูงต่อผู้สูงอายุ โดยพบว่า คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันถ้าคนหนึ่งเป็นโรคอีกคนหนึ่งจะมีโอกาสเป็นด้วยร้อยละ 43 ในขณะที่คู่แฝดจากไข่คนละใบจะมีโอกาสเป็นโรคด้วยเพียงร้อยละ 8 รวมไปถึงการมีบิดามารดาหรือพี่น้องคนใดคนหนึ่งเป็นโรค ผู้ป่วยจะมีโอกาสเป็นโรคด้วย สูงกว่าที่พบในประชากรทั่วไป 4 เท่า และถ้าญาติสนิทเป็นโรค 2 คน โอกาสการเป็นโรคจะเพิ่มขึ้นเป็น 8 เท่า การตรวจพบยีนชนิด E4 Allele คือ ยีนที่เกิดจากกรรมพันธุ์ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เป็นโรคอัลไซเมอร์กับบุคคลที่มีอายุน้อย (Early - onset Alzheimer) สำหรับในด้านปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคนี้ได้ง่าย เช่น การเป็นปัญญาอ่อนชนิดกลุ่มอาการดาวน การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ การมีการศึกษาต่ำ การเป็นโรคหัวใจขาดเลือดในวัยสูงอายุ ผู้ที่เกิดจากมารดาอายุมากกว่า 40 ปี และการได้รับสารอะลูมิเนียม เป็นต้น (Australian Family Physician, 2004, p. 785 ; สมภพ เรืองตระกูล, 2548, หน้า 168)

ลักษณะอาการของการดำเนินโรคอัลไซเมอร์จะเริ่มจาก ความจำเสีย ซึ่งสังเกตได้จากการ ลืมชื่อบุคคลที่เคยรู้จัก มีอาการหลงลืมจากการวางของที่ใส่อยู่เป็นประจำแล้วหาไม่พบ หรือการ ลืมว่าตัวเองกำลังจะทำอะไร การหมกหมุ่นครุ่นคิดถึงเหตุการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา การมีพฤติกรรม เฉื่อยชา การขาดการริเริ่มในการทำงานต่างๆ และมักจะนั่งซึมเฉย ตลอดจนความสามารถในการ ปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมลดน้อยลง อีกทั้งความสามารถในการแก้ปัญหาเริ่มมีความบกพร่อง อาการ เหล่านี้ทำให้เกิดมีปัญหาภายในครอบครัวและในที่ทำงาน โดยในช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะรู้ตัวว่า ตนเองมีความจำที่เริ่มเสื่อมลงเนื่องจากทำกิจวัตรประจำวันที่เคยทำมาไม่ได้ และเริ่มมีอาการ ซึมเศร้า ซึ่งจะส่งผลทำให้ระบบการทำงานของสมองเสื่อมมากขึ้น มีปัญหาในการใช้ภาษา โดยผู้ป่วย จะไม่สามารถเรียกชื่อสิ่งของได้ถูกต้อง (Anomia) ความสามารถในการเข้าใจ เรียนรู้ การตัดสินใจ ความคิดและการใช้เหตุผลที่แย่งลง รวมถึงการปรับตัวของผู้ป่วยลดลงอย่างมาก แม้วก่อนหน้านี้ บุคคลผู้นั้นจะเคยเป็นบุคคลที่มีความสามารถมากเพียงใดก็ตาม เริ่มหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ไม่คุ้นเคย เนื่องจากไม่สามารถจำเรื่องราวที่เพิ่งเกิดขึ้นได้ เริ่มมีอาการสับสน ซึ่งอาจจะออกไปนอกบ้านโดยไม่ มีจุดหมายและหลงทางกลับบ้านไม่ถูก มีความผิดปกติทางพฤติกรรมและอารมณ์ เช่น หงุดหงิด ก้าวร้าว ไม่สนใจดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ไม่ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของสังคม หรือกระทำความผิด ลงไปโดยขาดการควบคุมอารมณ์ มีอาการหูแว่วและภาพหลอน โดยที่ไม่ทราบว่าเป็นผิดปกติก และ ไม่ให้ความสนใจเกี่ยวกับความจำที่ได้เสื่อมลงอย่างมาก ในช่วงระยะสุดท้ายทั้งเขาวงกตปัญญาและ

ระบบการทำงานของสมองจะเสื่อมลงอย่างมาก ผู้ป่วยจะมีอาการทางกายภาพในหลายๆ ลักษณะ เช่น เป็นอัมพาต ขาดตามแขนขา ชัก แขนขาแข็งเกร็ง มือสั่น รวมถึงมีปัญหาในการดูแลตนเอง เช่น เดินไม่ได้ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ พุดไม่ได้ และอยู่ในสภาพซึ่งเรียกว่าการตอบสนองของการเคลื่อนไหว (Decorticate Posture) คือ แขนงอ ขาเหยียดและนอนตลอดเวลา โดยทั่วไป อาการของผู้ป่วยจะทรุดลงช้าๆ และจะมีชีวิตอยู่ได้นานประมาณ 8-10 ปี (Leifer, 2009, p. 590 ; P'Hand RAC Rangsit, 2008 ; สมภพ เรื่องตระกูล, 2547, หน้า 41-42)

จากการทบทวนรายงานการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การดำเนินของโรคอัลไซเมอร์แบ่งออกได้เป็น 3 ระยะสำคัญ (The National Institute of Health, 2008, pp. 30-31 ; The National Institute on Ageing, 2007, pp. 5-6 ; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2553 ; พันธ ธีญญะกิจไพศาล, 2547, หน้า 46-49) ดังนี้

ระยะแรก (Mild Alzheimer's disease) มีลักษณะการดำเนินโรค 1-3 ปี ผู้ป่วยมีอาการไม่รุนแรง ปัญหาที่พบในระยะนี้คือ เริ่มมีความจำบกพร่อง ความจำเริ่มหายไปโดยเฉพาะสิ่งที่พูดไปแล้ว ทำให้ผู้ป่วยถามซ้ำแล้วซ้ำอีกกับคำถามเดิมๆ มีปัญหาในเรื่องการใช้ภาษา สับสนทิศทาง บุคลิกภาพเปลี่ยนไป คือ เริ่มมีอาการซึมเศร้า หงุดหงิด บางครั้งอาจจะแสดงพฤติกรรมกระสับกระส่ายเนื่องจากไม่สามารถสื่อสารบอกความต้องการของตนเองได้

ระยะที่สอง (Moderate Alzheimer's disease) มีลักษณะการดำเนินโรคนานขึ้น 2-10 ปี อาการที่แสดงก็เริ่มรุนแรงเพิ่มขึ้น การสูญเสียความสามารถต่างๆ เริ่มรุนแรง และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะเห็นได้ชัดเจนมากขึ้น คือ มีอาการหลงลืมถึงขั้นจำทางกลับบ้านไม่ได้ ความจำในอดีตเริ่มเลื่อม จำญาติห่างๆ ไม่ได้ พุดลำบากขึ้น หรือพุดคนละเรื่อง บกพร่องในชีวิตประจำวันโดยเฉพาะเรื่องสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล

ระยะสุดท้าย (Severe Alzheimer's disease) มีลักษณะการดำเนินของโรค 3-12 ปี สภาพร่างกายและสติปัญญาจะเสื่อมถอยลงอย่างมาก คือ ความจำเสื่อมลงจนจำคนใกล้ตัวไม่ได้ จนในที่สุดไม่สามารถจำชื่อตนเองได้ว่าเป็นใคร ไม่สามารถดูแลตนเองได้ กลืนอาหารโดยไม่เคี้ยว ไม่สามารถกำหนดหรือควบคุมระบบขับถ่ายได้ พุดช้าๆ ตามที่ได้ยินบุคคลอื่นพูดเป็นคำๆ จนในที่สุดไม่สามารถพุดได้ ผู้ป่วยจะมีอาการนอนติดเตียง แขนขาเกร็งงอ สุดท้ายอาจเกิดการเสียชีวิตจากอาการแทรกซ้อนคือ ปอดบวม หรือติดเชื้อจากแผลกดทับ ซึ่งในระยะสุดท้ายนี้ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ (วรพรรณ เสนาณรงค์, 2552, หน้า 9-11 ; พันธ ธีญญะกิจไพศาล, 2544, หน้า 33-34) พฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์จะมีลักษณะใกล้เคียงกับระยะการดำเนินโรคที่ทวีความรุนแรงขึ้นตามลำดับ ผู้สูงอายุอัลไซเมอร์มีลักษณะอาการและพฤติกรรมที่เป็นรูปแบบ

เด่นชัด โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสามารถประเมินและวินิจฉัยได้ว่าผู้สูงอายุรายใดเป็นโรคอัลไซเมอร์ ซึ่งใช้วิธีการตรวจสอบหลายวิธีในการประเมินอาการผู้สูงอายุที่ป่วยเพื่อวินิจฉัยว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์ในระยะต่างๆ จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย โดยเฉพาะการตรวจสภาพสมอง (Mental Stage Examination) และการตรวจระบบประสาท ในห้องปฏิบัติการและเอ็กซเรย์สมอง (Brain Scan) ซึ่งการซักประวัติจะซักประวัติจากทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลใกล้ชิด โดยเน้นเรื่อง ความผิดปกติทาง การรับรู้ (Cognition) และพฤติกรรม (Behavior) ตรวจสอบความสามารถในการรับรู้ของผู้สูงอายุที่ป่วย เช่น ความจำ ความใส่ใจ การใช้ภาษา การตัดสินใจ การแก้ปัญหา รวมถึงการทดสอบ เพื่อให้การวินิจฉัยโรคถูกต้องมากขึ้น โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะพิจารณาความสามารถของผู้สูงอายุที่ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การเดิน การแต่งตัว การซื้อของ และการใช้โทรศัพท์ เป็นต้น ซึ่งการวินิจฉัยโรคทางคลินิกด้วยวิธีการดังกล่าวนี้มีความถูกต้องสูงถึงร้อยละ 80-90 แต่ค่าใช้จ่ายในการตรวจวัดทาง การแพทย์จะมีราคาค่อนข้างสูง ซึ่งในการบ่งชี้ว่าผู้สูงอายุรายใดที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์มีเพียงวิธีเดียวที่ให้ความถูกต้องทั้งหมดและแม่นยำ คือ การตรวจชิ้นเนื้อของสมอง (Alzheimer's Association, 2010, pp. 158-194 ; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2553, สมภพ เรื่องตระกูล, 2547, หน้า 793) หากแต่ครอบครัวมีการตรวจวัดเบื้องต้นจากการสังเกตพฤติกรรมที่เริ่มมีอาการบ่งชี้ว่าเป็นพฤติกรรมที่เริ่มมีภาวะการสูญเสียความสามารถทางสมองเล็กน้อยด้านความจำ (Amnestic Mild Cognitive Impairment) จะเป็นผลดีสำหรับสมาชิกในครอบครัวในแง่ของการช่วยลดค่าใช้จ่ายเบื้องต้นและการดูแลในระยะยาว

สรุปได้ว่า โรคอัลไซเมอร์เกิดจากความเสื่อมของเซลล์ประสาทในสมองส่วนของการทำหน้าที่ด้านความจำ ร่วมกับการเรียนรู้ การคิด โดยมีความเสื่อมลดลงอย่างต่อเนื่อง และพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ อีกทั้งยังไม่สามารถรักษาให้หายได้ โดยโรคอัลไซเมอร์นั้นเป็นภาวะสมองเสื่อมชนิดหนึ่งที่แตกต่างไปจากภาวะสมองเสื่อมชนิดอื่น ซึ่งภาวะสมองเสื่อมแยกออกเป็นหลายชนิดจากสาเหตุแตกต่างกันไป

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia)

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) หมายถึง ภาวะที่มีความบกพร่องทางด้านการทำงานของสมอง (Cognitive Function) อย่างก้าวหน้าไปเรื่อยๆ โดยการทำหน้าที่ด้านสติปัญญา (Intellectual Function) ลดลงอย่างถาวร ในขณะที่ระดับความรู้สึกตัวคงที่ ซึ่งกลุ่มอาการมีสาเหตุจากการเสื่อมถอยของการทำงานของสมองเรื้อรัง โดยความเสื่อมและความผิดปกติของระบบประสาทที่อยู่ในกลุ่มความผิดปกติจากการเสื่อมถอยทางสมอง (Neurodegeneration Disorders)

ซึ่งโดยทั่วไปหน้าที่ของสมองที่เริ่มสูญเสียก่อน คือ ความจำ โดยเฉพาะความจำระยะสั้น (Short – Term Memory) และจะมีความรุนแรงทางพยาธิสภาพเพิ่มมากขึ้น ซึ่งแสดงความผิดปกติด้านความคิด ความจำ การตัดสินใจ การเคลื่อนไหว ที่มีความรุนแรงและรบกวนการดำรงชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ พฤติกรรม และอารมณ์อีกด้วย (วัลย์พร นันท์ศุภวัฒน์, 2552, หน้า 163 ; สมภพ เรื่องตระกูล, 2547, หน้า 792 ; ประเสริฐ บุญเลิศ, 2546, หน้า 17 ; คณินท์ ชะนะกุล, 2548, หน้า 40-43 ; สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, ม.ป.ป., หน้า 1-6) โดยกลุ่มอาการของภาวะสมองเสื่อม (Dementia) มีสาเหตุหลายประการ ได้แก่ ความเสื่อมของระบบประสาท (Neurodegenerative) และความผิดปกติของระบบประสาท เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease) ภาวะสมองเสื่อมจากโรคลูวีโรบอดี (Dementia with Lewy bodies- Lewy Body Dementia or Cortical Lewy Body Disease) และหลอดเลือดในสมองตีบ (Vascular Dementia) ส่วนความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ เช่น โรคเบาหวาน โรคของต่อมธัยรอยด์ รวมไปถึงการขาดวิตามิน โรคจากระบบของร่างกาย และการติดเชือนั้นอาจพบได้ทุกกลุ่มอายุ เป็นต้น ซึ่งโรคอัลไซเมอร์นั้นเป็นโรคที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุและยังเป็นโรคที่ยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้ (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2553 ; สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2551, หน้า 29 ; สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

การทำงานของสมองในวัยผู้สูงอายุมีความเสื่อมที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยา และสรีรวิทยา ทำให้ระบบการทำงานของสมองลดลง โดยจากการศึกษาทางการแพทย์ศึกษาภาวะสมองของผู้สูงอายุปกติ (Normal Aging) พบว่า การเสื่อมลงของระบบสมองโดยเกิดจากการทำหน้าที่ของโพรงประสาทที่เสื่อมไปตามวัยและมีการขยายตัว ส่งผลให้ระบบเซลล์ประสาทต่างๆ ในสมองเกิดการหดตัวลง (Cerebral Ventricles Expand as a Function of Age) ทำให้สมองส่วนหน้า (Prefrontal Cortex) มีปัญหาในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ แต่ยังคงปกติ เนื่องจากว่าลักษณะนี้เป็นการสูญเสียความจำของคนปกติทั่วไปที่มีการเสื่อมไปตามวัย (Chertkow, 2008, p.1274 ; อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ, 2550 ; Craik and Salthouse, 2000) ยังส่งผลให้ผู้สูงอายุมักมีอาการหลงลืมไปตามวัย

ดังที่กล่าวไว้แล้วในข้างต้น โรคอัลไซเมอร์เป็นภาวะสมองเสื่อมชนิดหนึ่ง ที่เกี่ยวข้องกับ การบกพร่องในด้านความจำ โดยก่อนการดำเนินเข้าสู่การเป็นโรคอัลไซเมอร์นี้จะมีช่วงการเปลี่ยนผ่านสำคัญ คือ ช่วงภาวะการสูญเสียความสามารถทางสมอง ซึ่งเป็นรอยต่อระหว่างอาการเสื่อมทางสมองในภาวะปกติของผู้สูงอายุโดยทั่วไป กับโรคอัลไซเมอร์ อันจะกล่าวในลำดับต่อไป

องค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะการสูญเสียความสามารถทางสมอง (Mild Cognitive Impairment) ภาวะการสูญเสียความสามารถของสมอง (Mild Cognitive Impairment)

ภาวะการสูญเสียความสามารถของสมอง (Mild Cognitive Impairment) เกิดจากการเสื่อมของเซลล์ประสาทในสมอง (Neurodegeneration) ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับเรื่องความจำ โดยเฉพาะสมองส่วนฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) เสื่อมลง ลักษณะสมองจะมีความเสื่อมทางด้านความจำเป็นหลักที่เรียกว่า ภาวะการสูญเสียความสามารถของสมองด้านความจำเล็กน้อย (Amnesic Mild Cognitive Impairment – Amnesic MCI) สาเหตุที่สำคัญของภาวะนี้คือ โรคทางกาย เช่นการขาดวิตามิน B₁ พิษจากสารเสพติดโดยเฉพาะสุรา ยารักษาโรคโดยเฉพาะยาในกลุ่ม Benzodiazepines เป็นยาที่ช่วยในการผ่อนคลาย ลดความกังวล เช่น ยาคลายเครียด ยาที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท โรคของสมอง เช่น ได้รับความเจ็บที่ศีรษะ โรคลมชัก เนื้องอกในสมอง สมองขาดออกซิเจน และการแข็งตัวของเนื้อเยื่อในร่างกาย (Multiple Sclerosis) (อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ, 2550 ; สมภพ เรื่องตระกูล, 2548, หน้า 172)

การทำหน้าที่ของสมองด้านทักษะความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Impairment) เป็นความสามารถของบุคคลในการรับข้อมูล จัดระเบียบและใช้ข้อมูลในการปรับตัวให้เหมาะสมกับความต้องการต่อสิ่งแวดล้อม แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะทางกาย และทักษะทางจิต ซึ่งสิ่งที่ครอบคลุมในส่วนทักษะความรู้ความเข้าใจ คือ การรับรู้ (Perception) ความใส่ใจ (Attention) การเรียนรู้ (Learning) การคิด (Thinking) ความจำ (Memory) ภาษา (Language) จินตนาการ (Imagination) การตัดสินใจ (Judgement) การสูญเสียความทรงจำ (Visuo-Spatial Function) และการสูญเสียความจำเรื่องการทำหรือปฏิบัติ (Execution หรือ Executive Function) โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความจำเสื่อม ซึ่งทางการแพทย์จะใช้คำว่า Amnesic MCI (aMCI) หรือโรคหลงลืม (คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2553, หน้า 34-38 ; อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ, 2550)

จากการทบทวนเอกสารและรายงานการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับโรคอัลไซเมอร์ พบว่าลักษณะการดำเนินเข้าสู่โรคอัลไซเมอร์เริ่มจากบุคคลมีพฤติกรรมความบกพร่องในเรื่องของความจำ ร่วมกับพฤติกรรมบกพร่องอันเกิดจากความผิดปกติจากการทำงานของสมอง ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเริ่มกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน แต่ยังสามารถดำเนินกิจกรรมในการดำเนินชีวิตได้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ลักษณะการดำเนินโรคในห้วงเวลานี้ เรียกว่า ภาวะการสูญเสียความสามารถทางสมองเล็กน้อยด้านความจำ (Amnesic Mild Cognitive Impairment หรือ Amnesic-MCI) ซึ่งการสังเกตพฤติกรรมและอาการเริ่มแรกในช่วงภาวะการสูญเสียความสามารถทางสมองเล็กน้อยด้านความจำ เป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยประเมินการเพิ่มโอกาสการเป็นโรคทาง

สมองชนิดโรคอัลไซเมอร์ ซึ่งควรให้ความสนใจในการป้องกันและชะลอก่อนที่จะมีพฤติกรรมและอาการของโรคอัลไซเมอร์เกิดขึ้น ดังนั้น ภาวะการสูญเสียทางสมอง (Mild Cognitive Impairment) จะเป็นกลุ่มพฤติกรรมอาการในด้านความรู้ความเข้าใจทำงานด้อยลงหรือภาวะการสูญเสียความสามารถของสมองลดลงจากเดิมที่บกพร่องในด้านความจำ การใช้ภาษา หรือการปฏิบัติหน้าที่จำเป็น โดยลักษณะดังกล่าวอาจไม่รุนแรงและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน แต่มักจะเกิดกับผู้สูงอายุที่มีปัญหาในเรื่องความจำมากกว่าผู้สูงอายุปกติในวัยและเพศเดียวกัน (Albert, S. M., et al, 2011, p. 274 ; Alzheimer's Association, 2010, p. 160 ; อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ, 2550 ; Portet, et al., 2006, p. 714 ; Artero, et al., 2006, p. 465 ; Petesen, et al., 2001, p. 1988)

ความจำมีหลายชนิด ซึ่งแต่ละชนิดมีส่วนที่สมองรับผิดชอบในแต่ละระบบ โดยแบ่งออกเป็น 4 ประเภท (อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ, 2550) ได้แก่

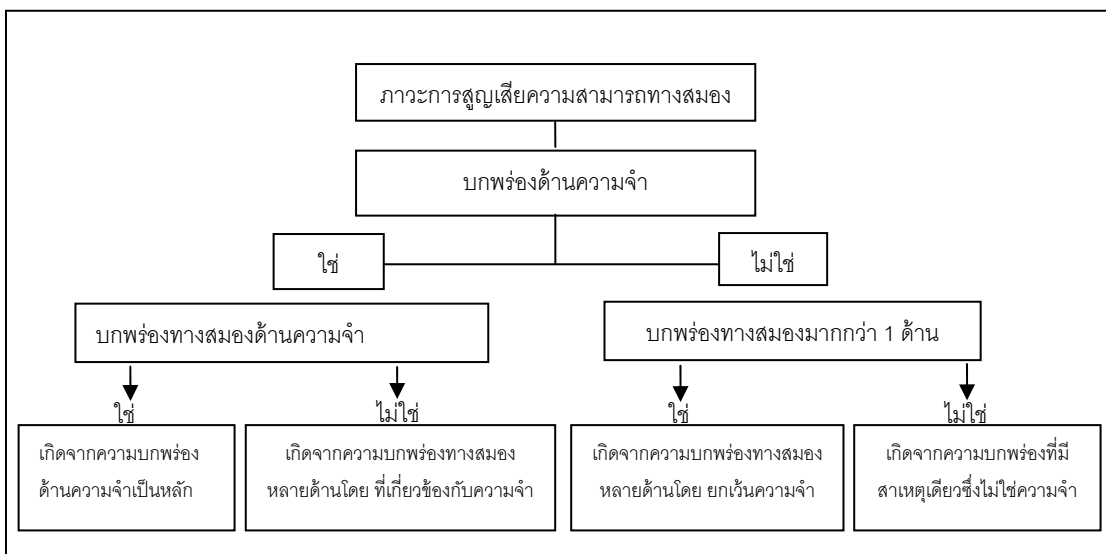
ประเภทแรกการจำเหตุการณ์ (Episodic Memory) ซึ่งเกี่ยวข้องกับสมองกลีบขมับในส่วนกลาง (Medial Temporal Lobes) รวมถึงสมองที่เกี่ยวข้องกับความจำ (Hippocampus and Parahippocampus) โดยทำหน้าที่ในเรื่องความจำ ผู้ป่วยภาวะการสูญเสียความสามารถของสมอง (Mild Cognitive Impairment) ผู้ที่มีความจำแบบนี้มีโอกาสเป็นโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease หรือ AD) มากกว่าความจำแบบอื่นๆ ได้แก่ ความจำสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องราว โดยเฉพาะเรื่องส่วนบุคคล (Long-Term Memory) เช่น เมื่อวานนี้รับประทานอาหารกลางวันอะไรที่ไหน วันหยุดยาวเมื่อปีที่แล้วไปเที่ยวไหนมา เป็นต้น

ประเภทที่สองการจำความหมาย (Semantic Memory) ซึ่งเกี่ยวข้องกับสมองกลีบขมับในด้านข้างทั้ง 2 (Inferolateral Temporal Lobes) ผู้ที่มีความจำแบบนี้ คือ ผู้ป่วยอัลไซเมอร์ในระยะสุดท้ายและผู้ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม 2 กลีบ (Fronto-Temporal Dementia หรือ FTD) มักจะมีความจำแบบนี้เสื่อม ได้แก่ ความจำความรู้ทั่วไป เช่น ชื่อนายกรัฐมนตรีคนแรกของประเทศไทย ชื่อเมืองหลวงของประเทศหนึ่งประเทศใดหรือสีของนกนานาชนิด เช่น นกแก้ว นกกระยางหรืออีกา เป็นต้น

ประเภทที่สามการจำที่เกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรม (Procedural Memory) ซึ่งเกี่ยวข้องกับสมองกลีบขมับในส่วนของสมองที่ควบคุมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย และเกี่ยวกับปมประสาทในการมองเห็น (Supplementary Motor Areas, Basal Ganglia and Cerebellum) ผู้ที่มีความจำแบบนี้ คือ ผู้ป่วยด้วยโรคพาร์กินสันที่มีความจำเสื่อมบ้าง เช่น ขับขี่รถยนต์ เล่นกอล์ฟ เป็นต้น

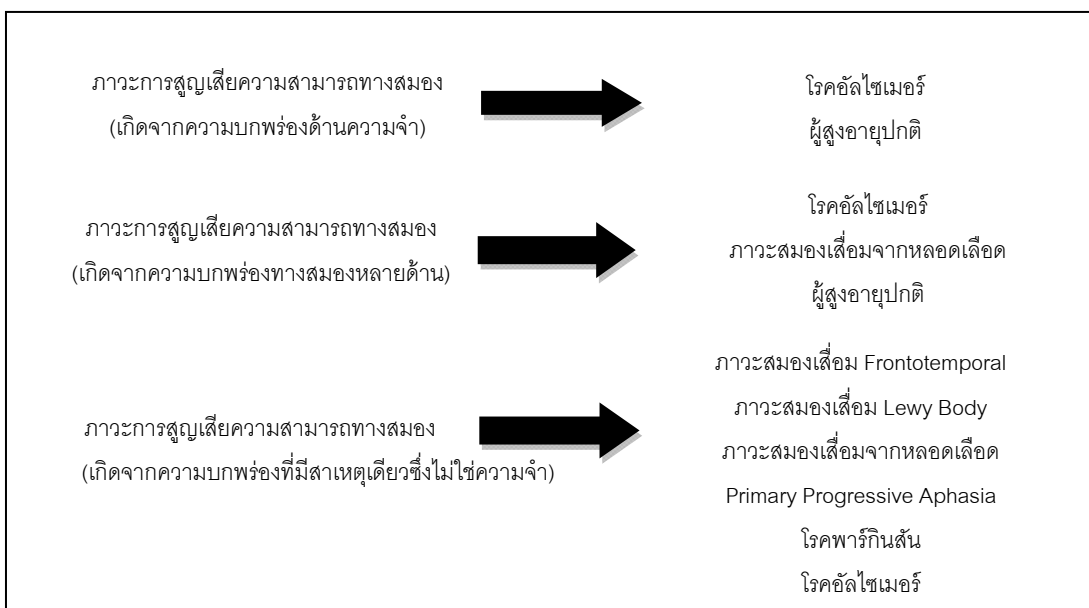
ประเภทสุดท้ายคือความจำระดับใช้งาน (Working Memory) ซึ่งเกี่ยวข้องกับสมองกลีบขมับในส่วนหน้า (Prefrontal Cortex) ทั้ง 2 ข้าง โดยที่ซีกซ้ายจะรับผิดชอบกับเรื่องที่เกี่ยวข้องกับคำพูด ในขณะที่ซีกขวาก็จะรับผิดชอบถ้าเป็นเรื่องของมิติ ซึ่งความจำที่คนเราใช้เป็นระยะเวลาสั้นแต่ต้องการความใส่ใจและสมาธิพอสมควร (Short-Term Memory) เช่น การจำหมายเลขโทรศัพท์เมื่อมีคนบอกและไม่ได้จดไว้ หรือจำแผนที่ ถนนหนทางที่จะขับรถไป เมื่อใช้แล้วไม่กี่วันต่อมามากจะจำไม่ได้ เป็นต้น

โรคอัลไซเมอร์มีพัฒนาการมาจากภาวะการสูญเสียความสามารถทางสมอง (Mild Cognitive Impairment หรือ MCI) ซึ่งเป็นช่วงรอยต่อระหว่างภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ชนิดอัลไซเมอร์ (Alzheimer's) กับการหลงลืมตามปกติของวัยสูงอายุ (Normal Aging) ที่เกิดขึ้นโดยไม่รู้ตัว ความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ยังคงปกติไม่มีปัญหาในเรื่องความจำในอดีต (Past Memory) และไม่มีควมจำเป็นต้องวิตกกังวลใด ๆ (Rosenberg, Johnston and Lyketsos, 2006, p. 1885 ; วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์, 2552, หน้า 165) อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุบางคนอาจมีอาการเสื่อมทางสมองในภาวะปกติ (Normal Aging) ที่มากกว่าปกติที่ควรเป็น มีความบกพร่องในเรื่องของความจำจนเข้าสู่ภาวะสูญเสียความสามารถของสมองเล็กน้อยด้านความจำ (Amnesic Mild Cognitive Impairment หรือ Amnesic MCI) (Chertkow, et al., 2008, p. 1274 ; ศุภนิษฐ์ สมองและระบบประสาท โรงพยาบาลปิยะเวท, ม.ป.ป.) โดยภาวะสูญเสียความสามารถทางสมอง (Mild Cognitive Impairment) นั้น ทางแพทย์ได้มีกระบวนการจำแนกชนิดของภาวะการสูญเสียความสามารถทางสมองที่เกิดจากการบกพร่องทั้งด้านความจำและจากการบกพร่องในด้านอื่น ซึ่งกระบวนการดังกล่าวได้อธิบายตามแผนภาพ ดังนี้



ภาพ 1 กระบวนการจำแนกชนิดของภาวะการสูญเสียความสามารถทางสมอง

ที่มา: Winblad, et al., 2006



ภาพ 2 การเปลี่ยนแปลงของภาวะการสูญเสียความสามารถทางสมอง

ที่มา: Petersen, et al., 2001

จากภาพ 1 และ ภาพ 2 แสดงกระบวนการจำแนกชนิดของภาวะการสูญเสียความสามารถของสมองดังกล่าว มีพัฒนาการนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมในแต่ละชนิดที่เกิดขึ้นกับอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งแต่ละลักษณะมีการพัฒนาการเปลี่ยนไปเป็นโรคต่างๆ โดยนักวิชาการทาง

การแพทย์ได้อธิบายถึงพัฒนาการ (Artero, et al., 2006, p. 467 ; Petersen, et al., 2001, p.1987) ดังนี้

ลักษณะแรก ภาวะการสูญเสียความสามารถทางสมองที่เกิดจากความบกพร่องด้านความจำ (Amnestic MCI) โดยในระยะนี้จะเกิดขึ้นกับการบกพร่องในด้านความจำเป็นหลักในผู้สูงอายุที่มีลักษณะหลงลืมและคล้ายคลึงกับผู้สูงอายุปกติทั่วไป (Normal Aging) มีการบกพร่องในเรื่องความจำที่มีการพัฒนาการไปสู่ภาวะสมองเสื่อมชนิดโรคอัลไซเมอร์ได้ แต่พัฒนาการดังกล่าวอาจจะไม่เป็นทุกรายขึ้นอยู่กับอายุและการศึกษา

ลักษณะที่สอง ภาวะการสูญเสียความสามารถทางสมองที่เกิดจากความบกพร่องทางสมองหลายด้าน (Multiple Domain/Slightly Impairment MCI) เกิดจากการบกพร่องหลายชนิดไม่ว่าจะเป็นการบกพร่องในด้านความคิด หรือความสนใจต่างๆ โดยพฤติกรรมและอาการที่แสดงออกอาจจะเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะปกติก็ได้ หรืออาจจะพัฒนาไปเป็นภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือด (Vascular Dementia) และเกิดพฤติกรรมที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้นในโรคดังกล่าวนั้น สามารถพัฒนาเข้าสู่การเป็นโรคอัลไซเมอร์ได้เช่นเดียวกัน

ลักษณะที่สาม ภาวะการสูญเสียความสามารถทางสมองที่เกิดจากความบกพร่องที่มีสาเหตุเดียวซึ่งไม่ใช่ความจำ (Single Non-memory Domain MCI) เป็นการบกพร่องที่มีลักษณะเฉพาะในการเกิดโรคชนิดต่างๆ เช่น โรคสมองเสื่อมที่มี Lewy Body โรคสมองเสื่อมจากหลอดเลือดในสมองอุดตัน (Vascular Dementia) โรคพาร์กินสัน (Parkinson's Disease) สมองเสื่อม 2 กลีบ (Fronto-Temporal Dementia) (Primary Progressive Aphasia) ซึ่งโรคที่มีการขาดสารโดปามีนในเซลล์สมองที่ทำหน้าที่ควบคุมระบบการเคลื่อนไหวของร่างกาย ทำให้เกิดพฤติกรรมและอาการที่มีการผิดปกติ

ลักษณะทางคลินิกของผู้ที่มีภาวะสูญเสียความสามารถทางสมองเล็กน้อยในด้านความจำ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ การสูญเสียความสามารถในการรื้อฟื้นความจำ (Retrograde Amnesia) เกิดจากการเสียพยาธิสภาพที่ดึงข้อมูลส่วนความจำระยะยาวไปสู่ความจำระยะสั้น ซึ่งพฤติกรรมจากการสังเกตจะพบว่า คนที่มีพฤติกรรมและอาการลักษณะนี้จะยังคงสภาพเรียนรู้ที่จะใช้ของได้อยู่ (Knowing How) เพียงแต่ความสามารถในการแยกแยะเท่านั้นที่สูญเสียไป (Knowing That) เพราะทั้งสองอย่างนี้ใช้สมองคนละส่วน ผู้ป่วยยังคงชี้จักรยานเป็น เพียงแต่อาจจะลืมหน้าคนที่รู้จัก ลืมเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง ยังรู้วิธีจับปากกา แต่บางคนอาจจะลืมว่าสิ่งนั้นเรียกว่าปากกา พอถาม มักจะตอบว่า “ไอนั้นนะ..” แล้วทำท่าจับปากกาแทน เพราะผู้ป่วยไม่สามารถเรียกชื่อได้นั้นเอง และการสูญเสียความสามารถในการรับความจำใหม่ๆ (Anterograde Amnesia) ส่วนนี้เกิดจาก

สมองที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับความจำ (Hippocampus) คือ ไม่สามารถเปลี่ยนจากความจำระยะสั้น เป็นความจำระยะยาว โดยจะเป็นความจำที่เกิดขึ้นหลังจากสมองได้รับการกระทบกระเทือนจะหายไปเนื่องจากไม่สามารถส่งต่อข้อมูลไปเก็บเป็นความจำระยะยาวได้ ขณะที่ความจำที่ถูกเก็บไว้ในเวลานานหรือความจำที่เกิดขึ้นก่อนได้รับการกระทบกระเทือนแล้วจะไม่หาย กล่าวคือ ถ้าพบบุคคลที่รู้จักกันหลังจากที่สูญเสียความสามารถในการรับความจำใหม่ ๆ (Anterograde) แล้ว 20 ครั้ง จะต้องมีการแนะนำตัวกับบุคคลดังกล่าว 20 ครั้ง (Nolen-Hoeksema, 2007, p. 528 ; Nighthawk, 2005 ; Ajarn Boo RAC, 2551)

ลักษณะพฤติกรรมของผู้สูงอายุปกติ (Normal Aging) ในด้านความจำจะมีพฤติกรรมอาการในการแสดงออกที่ยังคงเป็นปกติ คือ บอกตนเองว่าความจำไม่ดี ลืมชื่อ ลืมสิ่งที่วางแผน และตำแหน่งของวัตถุ ความสามารถในการนึกได้เกี่ยวกับการนัดลดลง หาของไม่เจอ ลืมกุญแจ มีอารมณ์เศร้าบางโอกาส บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ รู้สึกสูญเสียความสามารถทางสังคม หรือการกระทำ (Leifer, 2009, p. 590) ส่วนพฤติกรรมที่มีภาวะสูญเสียความสามารถของสมองเล็กน้อยด้านความจำ (Amnesic Mild Cognitive Impairment) มีลักษณะทางคลินิกที่เป็นอาการสูญเสียความจำซึ่งแบ่งได้ 2 แบบ คือ

แบบแรก สาเหตุการหลงลืมทางกาย (Organic Amnesia) ที่เกิดจากความผิดปกติของสมองทำให้ความสามารถในการบันทึกความจำ (Registration) และการเก็บความจำไว้ (Retention) เสียไป โดยมีอาการได้ 2 แบบ คือ 1) ผู้ป่วยมีอาการสูญเสียความจำชนิดที่ไม่สามารถรู้ฟื้นความจำ (Anterograde Amnesia) คือ ไม่สามารถจำเรื่องราวที่เพิ่งเกิดขึ้นได้ ซึ่งการสูญเสียความจำชนิดนี้มักพบในผู้ป่วยทุกราย 2) ผู้ป่วยมีอาการสูญเสียความจำชนิดไม่สามารถรับความจำใหม่ ๆ (Retrograde Amnesia) คือ ไม่สามารถระลึกถึงเรื่องราวที่ผ่านมาหรือเรื่องราวในอดีตก่อนหน้าที่จะเป็นโรค อาการลืมชนิดนี้อาจมีหรือไม่มีก็ได้ ผู้ป่วยจะสามารถจำเหตุการณ์ในอดีตนานๆ ได้ ดังนั้น ผู้ป่วยสามารถเล่าเรื่องราวในวัยเด็กได้อย่างถูกต้อง แต่จำไม่ได้ว่าเมื่อเข้ารับประทานข้าวกับอะไร

แบบที่สอง สาเหตุการหลงลืมทางจิต (Psychogenic Amnesia) ที่เกิดจากภายหลังประสบกับปัญหาร้ายแรงของชีวิต ผู้ป่วยจะมีอาการลืมเกิดขึ้นทันที โดยลืมเหตุการณ์ในช่วงใดช่วงหนึ่ง มักเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สบายใจอย่างรุนแรง และเมื่อได้รับการรักษาอาการจะหมดไปทันที โดยผู้ป่วยจะสูญเสียความจำโดยเฉพาะความจำที่เพิ่งเกิดขึ้น (Recent Memory) แล้วผู้ป่วยจะมีการต่อเติมเรื่องราวขึ้นมาเอง และเป็นความรู้สึกว่าได้เคยได้เห็นหรือคุ้นเคยกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งมาก่อน ทั้งๆ ที่ไม่เคยพบไม่เคยเห็นมาก่อนเลย อาการจะเป็นอยู่ชั่ว

ระยะเวลาสั้นๆ 2-3 นาที หรือไม้อาจจะมีอาการตรงกันข้าม คือ รู้จักคุ้นเคยกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้ว แต่กลับมีความรู้สึกที่ว่าตนไม่เคยพบไม่เคยเห็นมาก่อนเลย พฤติกรรมและอาการอื่น รวมไปถึงโรคอื่นที่พบร่วมกับภาวะสูญเสียความสามารถทางสมองเล็กน้อยด้านความจำนั้น ในระยะแรกผู้ป่วยมักมีอาการสับสนและบุคลิกส่วนตัวเปลี่ยนแปลงไป บางรายมีอาการภูเรื้อรังขึ้นมาเองในช่วงที่สูญเสียความจำ (Confulation) แต่อาการจะหายในเวลาต่อมา ผู้ป่วยที่เป็นมากจะไม่รู้ตัวว่าตนสูญเสียความจำและปฏิเสธไม่ยอมรับความจริง ผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติของพฤติกรรม เช่น เชื่องซึมและเฉยเมย ไม่มีการแสดงออกของอารมณ์และขาดการริเริ่มทำงานใดๆ ซึ่งผลการทดสอบทางจิตวิทยาจะพบว่าผู้ป่วยจะมีการสูญเสียความจำเพียงอย่างเดียว โดยที่ความสามารถในการรู้การเข้าใจยังคงปกติ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548, หน้า 174)

ลักษณะทางคลินิกของภาวะการสูญเสียความสามารถทางสมองเล็กน้อยด้านความจำในข้างต้น มีเกณฑ์ในการจำแนกการสังเกตพฤติกรรมภาวะการสูญเสียความสามารถทางสมองเล็กน้อยด้านความจำ (Amnestic MCI) โดยมีลักษณะการสังเกตที่เป็นแนวทางจากการวินิจฉัยพฤติกรรมในทางการแพทย์ คือ บุคคลที่มีภาวะสูญเสียความสามารถทางสมองเล็กน้อยด้านความจำ (Amnestic MCI) จะมีลักษณะ 1) รู้สึกว่าตนเองมีปัญหาในเรื่องความจำ โดยได้รับการยืนยันจากญาติ 2) มีความจำบกพร่องในบุคคลที่มีระดับอายุเดียวกัน 3) มีความรู้ความเข้าใจยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ 4) การใช้ชีวิตประจำวันยังคงปกติ และ 5) ยังไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเกณฑ์การวินิจฉัยเหล่านี้ใช้วิธีทดสอบด้วยการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ ซึ่งบุคคลที่ได้รับการทดสอบจะต้องเสียค่าใช้จ่าย เพื่อให้ทำให้ทราบว่าพฤติกรรมการผิดปกติของตนนั้นเข้าข่ายลักษณะ Amnestic MCI หรือไม่ โดยจะแสดงลักษณะพฤติกรรมภาวะการสูญเสียความสามารถทางสมองเล็กน้อยด้านความจำ (Amnestic MCI) ก่อนเข้าสู่สมองเสื่อมในระยะแรก ในลักษณะพฤติกรรมดังต่อไปนี้ (Leifer, 2009, p. 591 ; Gauthier, et al, 2006, p. 367 ; Petersen, 2004, p.127 ; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550, หน้า 36-37, 80 - 81 ; สมภพ เรื่องตระกูล, 2548, หน้า 164 – 165 ; สมภพ เรื่องตระกูล, 2544, หน้า 98) คือ

ก. ผู้ป่วยจะมีลักษณะความจำบกพร่องหรือความจำเสีย ได้

1) ไม่สามารถจำเรื่องราวใหม่ๆ ได้ (Immediate Recall)

2) ลืมเรื่องราวที่เพิ่งเกิดขึ้น (Recent Memory) ทดสอบโดยให้ผู้ป่วยจำของ 3 สิ่ง เป็นเวลา 5 นาที

3) ลืมเรื่องราวในอดีต (Remote Memory)

ข. มีความผิดปกติจากการทำงานของสมองในด้านต่างๆ (อย่างน้อย 1 ด้าน) ดังนี้

1) ด้านของการสูญเสียความสามารถในการใช้ภาษา (Aphasia) เช่น ไม่สามารถบอกชื่อคนหรือสิ่งของ คำพูดของผู้ป่วยจะมีลักษณะคลุมเครือและววนหรือพูดไม่ได้เลย (ไม่สามารถบอกชื่อสิ่งของได้ ทั้งที่พูดได้ปกติ)

2) ด้านของการสูญเสียความชำนาญในการเคลื่อนไหว (Apraxia) ผู้ป่วยไม่สามารถลงมือกระทำการต่างๆ ได้ ในขณะที่ความสามารถในการเคลื่อนไหวส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกาย ระบบประสาทการรับรู้และความเข้าใจยังคงเป็นปกติ เช่น บอกให้หิวผมหรือพนมมือจะทำไม่ได้ ผู้ป่วยเริ่มมีการบกพร่องของการทำอาหาร การแต่งตัว การเปิดโทรทัศน์ รวมไปถึงการขับชี่ยานพาหนะนั้น จะเริ่มเป็นปัญหาในการทำสิ่งที่เคยทำเป็นประจำ

3) ผู้ป่วยไม่สามารถระบุสิ่งของหรือวัตถุได้ (Agnosia) แม้ว่าประสาทสัมผัสในการมองเห็น การได้ยิน หรือการสัมผัสยังคงปกติ เช่น มีปัญหาในการจำหน้าผู้คนหรือสถานที่ที่คุ้นเคย

3.1 ผู้ป่วยไม่ทราบว่าสิ่งที่มองเห็นเป็นอะไร (Visual Agnosia) เช่น ให้ดูลูกกุญแจ ผู้ป่วยจะบอกไม่ได้

3.2 ผู้ป่วยไม่ทราบว่าเสียงที่ได้ยินเป็นเสียงอะไร (Auditory Agnosia) เช่น ให้ฟังเสียงกริ่ง ผู้ป่วยจะบอกไม่ได้ว่าเป็นเสียงอะไร

3.3 ผู้ป่วยไม่ทราบว่าสิ่งที่ตนสัมผัสเป็นอะไร (Tactile Agnosia) เช่น ให้กำเหรียญ ผู้ป่วยจะไม่ทราบ

4) หน้าที่ในเชิงบริหารเสีย (Executive Function) แสดงออกโดยอาการต่อไปนี้ คือ ไม่สามารถใช้ความคิดแบบนามธรรม ไม่สามารถวางแผนการทำงาน ขาดการคิดริเริ่มและการติดตามให้งานสำเร็จตามวัตถุประสงค์ และ ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (มีปัญหาในการจัดการ การวางแผนการใช้เงิน การดูแลค่าใช้จ่ายของตนเอง)

จากข้อมูลข้างต้น ได้อธิบายถึงแนวทางการวัดพฤติกรรมที่ใช้ในทางการแพทย์ที่เป็นเกณฑ์การวัดเฉพาะและมีประสิทธิภาพ โดยใช้แบบประเมินทางการแพทย์ในหลายๆ ด้าน ซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการตรวจวัดที่ค่อนข้างสูง ดังนั้น สัญญาณของพฤติกรรมที่สมาชิกในครอบครัวและผู้ใกล้ชิดสามารถสังเกตกับผู้ป่วยอายุในครอบครัวตนเองได้จึงมีความสำคัญมาก นอกเหนือไปจากการตรวจวินิจฉัยในทางการแพทย์ (Nolen-Hoeksema, 2007, p. 514 ; มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2550, หน้า 80-81; วลัยพร นันทศุภวัฒน์, 2552, หน้า 165; สมภพ เรื่องตระกูล, หน้า 83-84) อันจะเป็นการป้องกันการเกิดโรคอัลไซเมอร์และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเบื้องต้น

จากรายงานการศึกษาที่บ่งชี้ว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะการสูญเสียความสามารถของสมองเล็กน้อยด้านความจำ (Amnestic Mild Cognitive Impairment) นั้น ถ้ามีการดูแลเป็นอย่างดีจะสามารถช่วยชะลอพัฒนาการไม่ให้เกิดความรุนแรงและยังสามารถกลับมาเป็นผู้สูงอายุในภาวะปกติได้ โดยจากรายงานการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ที่มีภาวะสูญเสียความสามารถของสมอง (MCI) จะเป็นลักษณะพฤติกรรมในช่วงเปลี่ยนผ่าน (Transitional State) ระหว่างภาวะปกติของผู้สูงอายุ (Normal Aging) และการเป็นโรคอัลไซเมอร์ในระยะเริ่มต้น (Very Mild Alzheimer's Disease) โดยทำศึกษากับบุคคลที่มีภาวะสูญเสียความสามารถของสมอง (Amnestic MCI) โดยมีปัจจัยเสี่ยงสูงที่สามารถพัฒนาเป็นโรคอัลไซเมอร์ พบว่า ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่มีภาวะการสูญเสียความสามารถของสมองเล็กน้อย (Amnestic MCI) ที่พัฒนาไปเป็นโรคอัลไซเมอร์ในเวลา 2 ปี และ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยที่มีภาวะการสูญเสียความสามารถของสมองเล็กน้อย (Amnestic MCI) ที่พัฒนาไปเป็นโรคอัลไซเมอร์ในเวลา 3 ปี และผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งจะพัฒนามาเป็นโรคอัลไซเมอร์ภายใน 5 ปี นั้นแสดงให้เห็นว่าระดับการเกิดภาวะสมองเสื่อมที่ผ่านมามีความสัมพันธ์กับระดับการเกิดโรคในทางการแพทย์ แต่ลักษณะดังกล่าวยังไม่ใช่เป็นเกณฑ์ที่จะเข้าถึงและบ่งบอกถึงพฤติกรรมอาการจากภาวะสมองเสื่อม (Arnaiz and Almkvist, 2003, p. 34)

จากการศึกษา กล่าวได้ว่า ลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้สูงอายุปกติ (Normal Aging) จะรู้ตัวเองว่าความจำไม่ดี สับสน และตำแหน่งของวัตถุ ความสามารถในการนึกได้เกี่ยวกับการนัดหมายลดลง หาชของไม่เจอ ส่วนพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะการสูญเสียความสามารถของสมองเล็กน้อยด้านความจำ (Amnestic MCI) มีความบกพร่องด้านความจำเป็นหลัก และมีการบกพร่องร่วมจากการทำงานของสมองที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้ มีความวิตกกังวล ความสามารถในการทำงานเกี่ยวกับตนเองและสังคมบกพร่อง ส่วนงานที่มีความซับซ้อน (Complex Tasks) มีความบกพร่อง รวมทั้งพฤติกรรมของภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ที่มีความบกพร่องในเรื่องความจำ การคำนวณ ความรู้ ต้องได้รับความช่วยเหลือในงานที่ซับซ้อน เช่น การไปซื้อของ และการจัดการเรื่องการเงิน เป็นต้น ยังสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ อาจมีอาการซึมเศร้า และถอยหนีจากสถานการณ์ที่มีความท้าทาย ปฏิเสธ อารมณ์ราบเรียบเมื่อได้มีการตรวจสภาพจิตจะพบความผิดปกติ ครอบครัวและผู้ใกล้ชิดผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ มักเข้าใจว่าความบกพร่องของพฤติกรรมของผู้สูงอายุในช่วงเวลานั้น เป็นพฤติกรรมในด้านความจำที่เกิดจากความเสื่อมทางสมองในภาวะปกติของผู้สูงอายุทั่วไป (Normal Aging) และขาดการเฝ้าระวังในการสังเกตพฤติกรรมนั้นๆ เนื่องจากส่วนใหญ่บุคคลทั่วไปจะไม่ทราบว่าการสูญเสียภาวะความสามารถของสมองเล็กน้อยด้านความจำนั้นเป็นภาวะอย่างไรรวมถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

จะมีความรุนแรงมากขึ้นเพียงใด ซึ่งพฤติกรรมทางด้านความจำดังกล่าวของผู้สูงอายุมีพัฒนาการเริ่มรุนแรง ยังผลให้พัฒนาการความเสื่อมของผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมชนิดโรคอัลไซเมอร์ (Calero and Navarro, 2003, pp. 653 ; นันทิกา ทวิชาชาติ, 2553 ; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2553 ; สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2550 หน้า 6) จะเห็นได้ว่า ภาวะการสูญเสียความสามารถทางสมองเล็กน้อยด้านความจำ (Amnestic MCI) จะมีความบกพร่องในด้านความจำที่เกิดจากสาเหตุเดียว (Amnestic MCI – single domain) และบกพร่องจากหลายสาเหตุ (Amnestic MCI – multiple domain) จากลักษณะพฤติกรรมข้างต้น (Artero, et al., 2006, pp. 465-469)

จากวรรณกรรมในข้างต้น สรุปได้ว่า โรคอัลไซเมอร์ เกิดจากการตายของเซลล์สมองทำให้การทำงานของสมองเสื่อมลง เริ่มมีภาวะการบกพร่องทางด้านการทำงานของสมองจนกระทั่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งลำดับการเกิดโรคอัลไซเมอร์เกิดจากช่วงผู้สูงอายุในภาวะปกติ (Normal Aging) มีพฤติกรรมและอาการบกพร่องในด้านความจำที่เกิดจากภาวะหลงลืมตามวัย ดำเนินเข้าสู่ภาวะสูญเสียความสามารถทางสมองเล็กน้อยด้านความจำ (Amnestic Mild Cognitive Impairment-Amnestic MCI) นั้น ซึ่งเป็นการบกพร่องทางด้านความจำเป็นหลัก โดยพบว่าแนวโน้มการเป็นโรคอัลไซเมอร์จะเพิ่มขึ้นในกลุ่มประชากรสูงอายุที่เป็นช่วงการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญในการดูแลและเฝ้าสังเกต ซึ่งถ้ามีการดูแลอย่างไม่เหมาะสมในช่วงรอยต่อการเปลี่ยนผ่าน (Transition) ก่อนเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ หรือการเป็นโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease) นั้น จะส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม รวมถึงด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิต ตลอดจนการสูญเสียทางเศรษฐกิจ

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีบทบาท (Role Theory)

ทฤษฎีบทบาทได้ถูกนำมาอธิบายเรื่อง การปรับตัวของบุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยอายุเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่ง ในการที่จะกำหนดบทบาทของแต่ละบุคคล บุคคลจะปรับตัวต่อการเป็นผู้สูงอายุได้ดีเพียงใด ย่อมน่าจะขึ้นอยู่กับการยอมรับบทบาทของตนเองในแต่ละช่วงอายุ ซึ่งบทบาทดังกล่าว จะส่งผลไปถึงการยอมรับบทบาททางสังคมที่จะเปลี่ยนแปลงไปในอนาคต ด้วย การสร้างบทบาททางสังคมของตนขึ้นมาใหม่เพื่อทดแทนบทบาทหน้าที่ที่สูญเสียไปขึ้นอยู่กับบทบาททางสังคม และการมองเห็นคุณค่าของตนเป็นสำคัญ สถาบันครอบครัวควรส่งเสริมผู้สูงอายุในบทบาทอื่นๆ และเมื่อคนเข้าสู่วัยสูงอายุจะต้องมีการปรับตัวกับสภาพชีวิตหลายสิ่งหลายอย่าง ซึ่งไม่มีบทบาทเหมือนเดิมที่เคยมีมาก่อน เช่น การละทิ้งบทบาททางสังคม

ความสัมพันธ์ทางสังคมซึ่งเคยปฏิบัติในวัยผู้ใหญ่มาปรับบทบาทในวัยสูงอายุ ได้แก่ การต้องออกจากงานหรือเป็นหัวหน้าครอบครัว การต้องออกจากบทบาทของผู้นำในชุมชน การละเว้นจากความผูกพันกับคู่สมรสเนื่องจากการตายของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง การต้องพึ่งพิงผู้อื่นในเรื่องที่อยู่อาศัย การลดความสนใจในการวางแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย การพึ่งพาและต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น อยู่ภายใต้การดูแลของลูกหลาน มีการร่วมสมาคมของผู้สูงอายุในรูปแบบชมรมต่างๆ และมีการวางแผนชีวิตแบบวันต่อวัน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงบทบาทดังกล่าวเป็นตัวแทนของพฤติกรรมที่สังคมคาดว่าจะพบในผู้สูงอายุทั่วไป (วันทนี วาลิกะสิน และคณะ, 2541, หน้า 110 ; บุษณมาศ สิริประมา, 2539, หน้า 21)

ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุมีบทบาทที่ลดลงไป เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าความสูงอายุมีสถานะการสวมบทบาทในหน้าที่ใหม่ที่มีการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการทางอายุ สำหรับผู้สูงอายุที่มีบทบาทการทำงานที่ลดลงและไม่ได้เป็นสมาชิกในสมาคมใดๆ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกโดดเดี่ยว เนื่องมาจากการเกษียณอายุ การสูญเสียคู่ชีวิต และมีความผิดหวังในชีวิตในเรื่องราวต่างๆ หรือการที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ เป็นผลมาจากความเสื่อมถอยจากสภาพร่างกาย และพัฒนาการสมองที่ถดถอยลง ทั้งนี้ หากผู้สูงอายุมีลักษณะการปรับตัวที่ดี กระบวนการสูงอายุก็นจะมีลักษณะการเสื่อมถอยในภาวะสุขภาพธรรมชาติตามวัย (Normal Aging) และหากมีลักษณะการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมก็สามารถพัฒนาความเสื่อมดังกล่าวนำไปสู่การเป็นโรคอัลไซเมอร์ได้

ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory)

ทฤษฎีบุคลิกภาพของอีริกสัน (Erickson's Personality Theory) มองว่า บุคลิกภาพเฉพาะตัวเป็นรูปแบบพฤติกรรมการเรียนรู้ การคิด และอารมณ์โดยกำเนิด ที่มีอิทธิพลต่อการตอบสนองของบุคคลและสิ่งแวดล้อมรอบข้าง โดยอีริกสันพยายามอธิบายพัฒนาการที่มีรูปแบบพฤติกรรมเฉพาะตัวบุคคลอยู่ 8 ระยะ และจากทฤษฎีดังกล่าวมีความเชื่อมโยงกับแนวทางการศึกษาโดยพัฒนาการในระยะที่ 7 เป็นช่วงของวัยกลางคน และระยะที่ 8 เป็นช่วงของวัยสูงอายุ ซึ่งระยะที่ 7 แบ่งช่วงอายุที่ 25-64 ปี (เดิม 40-59 ปี) เป็นวัยที่มีความทะเยอทะยาน มีความคิดสร้างสรรค์ต่างๆ ต้องการสร้างความสำเร็จในชีวิต ถ้าประสบความสำเร็จ จะรู้สึกพอใจในความมั่นคงภาคภูมิใจและสืบทอดไปยังลูกหลาน แต่ถ้าไม่ประสบความสำเร็จในช่วงชีวิตนี้ก็จะกลายเป็นคนที่มีชีวิตที่เบื่อหน่าย ขาดความกระตือรือร้น และขั้นที่ 8 เป็นช่วงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป (เดิม 60 ปี) อีริกสันอธิบายว่า วัยนี้เป็นวัยสุขุม รอบคอบ ฉลาด บุคคลจะยอมรับความเป็นจริงของชีวิต ระลึกถึงความทรงจำในอดีต หากประสบความสำเร็จในอดีตก็จะรู้สึกไว้วางใจผู้อื่นและตนเอง มีความมั่นใจทางจิตใจ ภูมิใจต่อการบอกเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ในชีวิตให้บุตรหลานฟัง ตรงกันข้ามหาก

บุคคลต้องประสบกับความล้มเหลวและความผิดหวังในอดีตจะเกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังในชีวิต รู้สึกคับข้องใจ และไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความทำใจยอมรับความรู้สึกตนเองที่จมอยู่กับ ความหลังอาลัยอาวรณ์ยอมรับอดีตไม่ได้ (ปล่อยวางไม่สำเร็จ) ก็คิดเพียงแต่ว่ามีเวลาน้อยลงไปทุกที ที่ไม่สามารถทำอะไรใหม่ๆ เพื่อแก้ไขอดีตที่ผิดพลาด กลุ่มนี้จะมีความรู้สึกเศร้า สิ้นหวัง และหลีกเลี่ยงชีวิต บางรายอาจคิดฆ่าตัวตาย (Hooyman and Kiyak, 2009, pp. 208-212 ; นพมาศ อึ้งพระ (ธีรเวคิน), 2546, หน้า 131-157 ; ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2538, หน้า 40)

ตามแนวคิดทฤษฎีของอิริคสัน สรุปได้ว่า การที่ผู้สูงอายุมีพัฒนาการในช่วงวัยผู้สูงอายุที่ดี เป็นสิ่งที่สร้างความเข้มแข็งในด้านจิตใจและสังคมจะสามารถเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพปกติดีตามวัย (Normal Aging) ส่วนผู้สูงอายุที่มีพัฒนาการที่ไม่ดีซึ่งเกิดจากประสบการณ์ในอดีต ตั้งแต่ยังเด็กพัฒนาการเข้าสู่วัยชราจนเกิดภาวะกดดันในสภาพสังคมที่เป็นอยู่อาจจะส่งผลให้ผู้สูงอายุนี้มีภาวะการสิ้นหวังในชีวิตและพัฒนาการไปสู่ความซึมเศร้าและนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่เลื่อมมากกว่าควรจะเป็น ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นผลยังไปสู่การเป็นโรคในวัยชราได้รวดเร็วกว่าเดิม และสามารถพัฒนาไปสู่การเป็นโรคอัลไซเมอร์ได้ในอนาคต หากขาดการใส่ใจกับภาวะสุขภาพทางกายซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะทางจิตใจ

แนวคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่าน (Transition Concept)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้คำนิยาม คำจำกัดความของคำว่า การเปลี่ยนผ่าน (Transition) นั้น มีนักวิชาการได้ให้ความหมาย การเปลี่ยนผ่านที่มีความสอดคล้องกันว่าเป็นการอธิบายถึงการเปลี่ยนจากที่หนึ่งไปสู่อีกที่หนึ่ง หรือ เป็นการเปลี่ยนจากระยะเวลาหนึ่ง ไปสู่อีกระยะเวลาหนึ่ง การกระทำแบบหนึ่งไปเป็นอีกแบบหนึ่ง จากยุคหนึ่งสู่อียุคหนึ่ง จากรุ่นหนึ่งสู่อีกรุ่นหนึ่ง จากพฤติกรรมหนึ่งสู่อีกพฤติกรรมหนึ่ง และจากลักษณะแบบหนึ่งไปเป็นลักษณะอีกแบบหนึ่ง การเคลื่อนผ่านภาวะหนึ่ง เงื่อนไขหรือสถานที่หนึ่งไปสู่อีกภาวะหนึ่ง โดยมนุษย์ทุกคนจะต้องมีประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านในชีวิตที่เกิดขึ้น ซึ่งสามารถเกิดได้หลายรูปแบบ ได้แก่ การเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการของมนุษย์ การเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ การเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย (Schumacher and Meleis, 1994, pp.119-120) จากแนวคิดการเปลี่ยนผ่านนี้ ได้อธิบายว่า การเปลี่ยนผ่านในชีวิตของบุคคลจะมีผลต่อภาวะสุขภาพ ในขณะเดียวกันช่วงระยะเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพที่ดีไปสู่สภาวะสุขภาพที่ไม่ดีนับเป็นการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอาการเสื่อมไปตามวัยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และระบบประสาท ก่อให้เกิดภาวะการเจ็บป่วยและก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพที่เป็นโรคเรื้อรัง อันได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ซึ่งพัฒนาไปสู่การเป็น

โรคอัลไซเมอร์ ซึ่งเป็นโรคที่คุกคามชีวิตของผู้สูงอายุที่เกิดในช่วงการเปลี่ยนผ่านในผู้สูงอายุที่มีภาวะการสูญเสียความสามารถทางสมองเล็กน้อยด้านความจำ (Meleis, 1991)

จากคำอธิบายข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า “การเปลี่ยนผ่าน” เป็นช่วงการดำเนินชีวิตที่มีลักษณะพฤติกรรมและภาวะสุขภาพที่เริ่มผิดปกติของผู้สูงอายุจากช่วงหนึ่งไปสู่อีกช่วงไปสู่อีกช่วงหนึ่งก่อนที่จะเป็นหรือเริ่มเป็นโรคอัลไซเมอร์ในระยะเริ่มแรก ซึ่งการเปลี่ยนผ่านนี้เป็นสิ่งที่บ่งบอกได้ถึงการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ พฤติกรรม บทบาท การคาดหวัง และความสามารถของผู้สูงอายุ โดยมีการแสดงออกในลักษณะพฤติกรรมอาการต่างๆ จากการดำเนินชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาที่มีความสำคัญในการที่จะสามารถบ่งชี้เริ่มแรกให้เห็นถึงการดำเนินการป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ได้

แนวคิดเกี่ยวกับภูมิหลัง (Background Concept)

ภูมิหลัง ในความหมายทางสังคมไทยคือ ประวัติความเป็นไปตั้งแต่ดั้งเดิม โดยได้อธิบายถึงเบื้องหลัง ความเป็นมา ประวัติ และพื้นเพ (LongDoDict, 2010) ในการอธิบายภูมิหลังของผู้สูงอายุนั้น เกิดจากพัฒนาการตั้งแต่วัยทารกจนกระทั่งวัยสูงอายุทั้งร่างกายและจิตใจมีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องไปตามวัย ทั้งที่สังเกตได้ง่าย ชัดเจน และสังเกตได้ยาก ซึ่งพัฒนาการของมนุษย์แต่ละวัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับความเจริญของงานและความเสื่อมถอยอย่างต่อเนื่อง บุคคลที่เข้าสู่วัยสูงอายุเป็นช่วงที่ร่างกายและจิตใจเสื่อมลงเรื่อยๆ (Ticha, 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภูมิหลังด้านปัจเจกบุคคล ได้แก่ อายุที่เพิ่มสูงขึ้น โอกาสการเกิดอาการสมองเสื่อมก็มีมากขึ้น โดยพบว่า เพศหญิงเกิดอาการสมองเสื่อมมากกว่าเพศชายเป็นเพราะว่าเพศหญิงมีอายุยืนกว่าเพศชาย รวมไปถึงเพศหญิงเมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนจะขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งทำให้เซลล์ประสาทบริเวณฮิปโปแคมปัสในด้านความจำและความคิดเสียไป ในงานศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงมีโอกาสเกิดโรคภาวะสมองเสื่อมได้น้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา หรือผู้ฝึกฝนวิชาชีพระดับพื้นฐาน ซึ่งผู้ที่มีการศึกษาสูงมีการใช้ชีวิตที่มีการคิดด้วยสติปัญญาและผู้สูงอายุที่มีภูมิหลังการศึกษาสูงจะป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์เมื่ออายุมาก และมีความรุนแรงน้อยกว่าผู้สูงอายุทั่วไป ในทางตรงข้ามจากการศึกษาายังพบว่า คนที่มีการศึกษาสูงจะไม่แสดงอาการผิดปกติจนกว่าโรคจะเป็นมาก ซึ่งเกิดจากสภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจ ในเรื่องของอาหารและสิ่งแวดล้อม ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยมีโอกาสเกิดโรคอัลไซเมอร์ได้ง่ายกว่าเพราะเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพทำให้ดูแลสุขภาพไม่ดี ผู้สูงอายุที่มีประวัติพฤติกรรมในสิ่งสมมติการดำเนินชีวิตในอดีตที่ไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมเร่ร่อน การกิน ทำให้เกิด

โรคจากภาวะความเสื่อมทางด้านร่างกายที่เกิดเป็นโรคเรื้อรังต่าง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ยังส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาททำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงสมองทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมจนเข้าสู่โรคอัลไซเมอร์ได้ ส่วนบุคคลที่มีภูมิหลังในครอบครัวที่เคยเป็นโรคเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมด้วยโรคอัลไซเมอร์มาก่อนนั้นจะมีความเสี่ยงในการเป็นโรคนี้ได้เช่นกัน

ภูมิหลังด้านเศรษฐกิจ-สังคมนั้น บุคคลลักษณะจริงจังก่อการทำงานหรือการเกษียณงาน ส่งผลต่อความเครียดซึ่งเป็นตัวการสำคัญในการทำลายเซลล์สมอง เพราะความเครียดจะเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมองและการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกายขาดความสมดุล ทำให้ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคลเปลี่ยนไป

ภูมิหลังด้านสิ่งแวดล้อม สำหรับบุคคลที่มีภูมิหลังเคยได้รับอุบัติเหตุบาดเจ็บเกี่ยวกับสมอง โดยเฉพาะเมื่อมีอาการถึงขั้นหมดสติ การขาดการออกกำลังกาย การได้รับสารอะลูมิเนียม ล้วนแล้วแต่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุเกิดภาวะร่างกายและจิตใจเสื่อมลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงที่นำไปสู่การเป็นโรคอัลไซเมอร์ได้ (Gateau-Barberger and Fabrigoule, 1997, pp. 181-183 ; Rosenberg, Johnston and Lyketsos, 2006, p.1886 ; เจนนีเฟอร์ เฮย์, 2544, หน้า 81-85)

จากข้างต้น สรุปว่า ภูมิหลังของผู้สูงอายุ หมายถึง ประวัติความเป็นไปตั้งแต่ดั้งเดิมในการดำเนินชีวิตด้านปัจเจกบุคคล ด้านเศรษฐกิจและสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ในปัจจุบัน ซึ่งภูมิหลังแต่ละบุคคลอาจมีความแตกต่างกันไปตามปัจจัยในด้านต่างๆ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง ภูมิหลังและลักษณะพฤติกรรมในช่วงเปลี่ยนผ่านของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ นั้น จากการสืบค้นโดยใช้ฐานข้อมูลงานวิจัยไทยและฐานข้อมูลงานวิจัยต่างประเทศยังไม่พบการศึกษาในเชิงสังคมศาสตร์มาก่อน แต่มีรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องที่มีการศึกษาในลักษณะที่ใกล้เคียงอยู่บ้างดังต่อไปนี้

Arnaiz and Almkvist (2003) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับลักษณะของระบบประสาทของภาวะการสูญเสียความสามารถทางสมองก่อนการเป็นโรคอัลไซเมอร์ โดยทำการศึกษากับผู้ป่วยที่มีภาวะการสูญเสียความสามารถของสมองเล็กน้อย ซึ่งจะเป็นการชะลอและป้องกันการเริ่มต้นของโรคอัลไซเมอร์ที่มีการศึกษาพัฒนาการทางด้านสมองของผู้ป่วยเพื่อจะเป็นการคัดกรองเฉพาะโรค โดยทำการทดสอบในเรื่องการเรียนรู้ การจำ และหน้าที่ต่างๆ เพื่อสำหรับการวินิจฉัยโรคความจำที่เกิดจากภาวะการสูญเสียความสามารถของสมอง และการเป็นโรคอัลไซเมอร์ระยะเริ่มต้น

Australian Family Physician (2004) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงกระบวนการรับรู้ในผู้สูงอายุ พบว่า ภาวะความรู้ความเข้าใจในผู้สูงอายุนั้น เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการประเมินว่าผู้สูงอายุนั้นมีความบกพร่องในด้านความจำและความคิด การตัดสินใจ และอื่นๆ ว่าสิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงเข้าสู่โรคความดัน โรคเบาหวาน และการสภาพร่างกาย จิตใจ รวมทั้งกิจกรรมทางสังคมลดลง โดยปัจจัยเหล่านี้จะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้สูงอายุเริ่มเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อม

Backman, et al. (2004) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความบกพร่องของความรู้ความเข้าใจหลายด้านในช่วงของการเปลี่ยนผ่านไปสู่ภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ โดยทำการศึกษาว่า การสังเกตความบกพร่องต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับความจำระยะสั้น เช่น หน้าที่ในเชิงบริหาร ทักษะในการใช้ภาษา ทักษะในการมองเห็น การใส่ใจ ระดับการรับรู้ โดยใช้แบบทดสอบ Mini - Mental State Examination ซึ่งประกอบจากความรู้ความเข้าใจในหน้าที่ต่างๆ ว่าถ้ามีความบกพร่องเกิดขึ้นกับบุคคลใด บุคคลนั้นจะมีพัฒนาการเข้าสู่การเป็นโรคอัลไซเมอร์ในเวลาต่อมา โดยบางรายอาจจะเกิดขึ้นภายหลังประมาณ 10 ปี

Brook and Loewenstein (2010) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินการพัฒนาของโรคจากภาวะการสูญเสียความสามารถทางสมองสู่ภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ โดยมุ่งเน้นศึกษาแนวโน้มในปัจจุบันและทิศทางในอนาคต เกี่ยวกับเกณฑ์ของภาวะการสูญเสียความสามารถทางสมองเล็กน้อยด้านความจำสู่การเป็นโรคอัลไซเมอร์อันเกิดจากการขาดความจำประเภทเหตุการณ์ (Episodic Memory) และมีส่วนสำคัญที่จะบ่งชี้การดำเนินเข้าสู่โรคอัลไซเมอร์ แต่เกณฑ์ดังกล่าวนี้จะต้องได้รับการตรวจเช็คทางสมอง โดยการตรวจนั้นจะต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งการศึกษานี้อธิบายเรื่องพัฒนาการของโรคอัลไซเมอร์เบื้องต้นจากการใช้ยาบางชนิดที่สามารถชะลอการดำเนินเข้าสู่โรคดังกล่าวรวมถึงการรับวิตามินที่เป็นประโยชน์ การออกกำลังกาย โดยบุคคลใดมีการออกกำลังกายเป็นประจำ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และใช้เวลาประมาณ 30 นาทีนั้น จะมีความเสี่ยงต่ำในการเป็นสมองเสื่อม ซึ่งการใส่ใจนี้จะช่วยควบคุมความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดในสมอง ความดันโลหิต เบาหวาน และไขมันอุดตันในเส้นเลือดด้วยเช่นกัน

Chan, et al. (2009) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยอัลไซเมอร์ในประเทศไต้หวัน ซึ่งเป็นการศึกษาพลเมืองของประเทศไต้หวัน (Population-Base Study) มองว่าโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease) เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขและมีส่วนเกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่อาจทำให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นการประเมินค่าใช้จ่าย

ทางการแพทย์โดยตรงของผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease) ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พบว่า ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของผู้สูงอายุอัลไซเมอร์มีเพิ่มขึ้นเป็นในทุกปี

Petersen, et al.(2001) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับกรอบความคิดปัจจุบันในเรื่องของภาวะการสูญเสียความสามารถทางสมอง โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุและภาวะสมองเสื่อมที่มีลักษณะพฤติกรรมและบุคลิกภาพที่เปลี่ยนไปในระยะเริ่มแรกของภาวะการสูญเสียความสามารถของสมองที่มีลักษณะพฤติกรรมที่เปลี่ยนผ่านระหว่างผู้สูงอายุในภาวะปกติ (Normal Aging) และผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ที่มีความบกพร่องในด้านการจำ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในเรื่องความจำมีความเสี่ยงสูงที่จะสามารถพัฒนาไปเป็นโรคอัลไซเมอร์ได้ ซึ่งถ้าเป็นโรคลักษณะดังกล่าวยังไม่สามารถรักษาได้เพียงแต่ถ้ามีการตรวจพบในช่วงการเป็นภาวะการสูญเสียความสามารถทางสมองในระยะเริ่มต้นจะสามารถช่วยชะลอการดำเนินโรคให้ช้าลง

Pope, Shue and Beck (2003) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านสุขภาพจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้หรือไม่ โดยกล่าวถึงว่าโรคอัลไซเมอร์เป็นโรคที่มีความคล้ายกับโรคเรื้อรัง และมีปัจจัยเสี่ยงหลายด้าน ซึ่งพัฒนาการของโรคนั้นขึ้นอยู่กับวิถีการดำเนินชีวิต โดยการศึกษานี้ได้ทำการทดสอบเพื่อที่จะยอมรับและเสนอปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคอัลไซเมอร์ และได้ทำการสำรวจในด้านพฤติกรรมทางสุขภาพในเรื่อง การลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย การป้องกันจากการบาดเจ็บ และการกระตุ้นการรับรู้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะสามารถช่วยชะลอในการเป็นโรคอัลไซเมอร์ การดำเนินชีวิตจะสามารถช่วยป้องกันโรคอัลไซเมอร์ได้ เช่น ช่วยลดความเสี่ยงจากโรคหลอดเลือด และโรคเบาหวาน ส่วนการดำเนินวิถีชีวิตที่ดีเป็นส่วนสำคัญในการส่งผลการป้องกันโรคอัลไซเมอร์ที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้ แต่สิ่งสำคัญของปัจจัยที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้และเพิ่มมากขึ้น คือ ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม ดังนั้น การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตให้ดีขึ้นสามารถช่วยป้องกันโรคอัลไซเมอร์ โดยการลดปัจจัยเสี่ยงลงนั้น จะเป็นการช่วยเหลือให้บุคคลที่ปรารถนาที่จะป้องกันตนเองและสมาชิกในครอบครัวจากโรคอัลไซเมอร์ได้

Spalletta, et al. (2004) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ในแต่ละรายจะไม่เหมือนกันขึ้นอยู่กับรูปแบบพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ซึ่งพบว่า ประชากรที่มีลักษณะทางคลินิกต่อการเป็นอัลไซเมอร์ โดยทำการวิเคราะห์ตัวแปร 7 ปัจจัย คือ ความรู้ความเข้าใจ อากาการเพ้อคลั่ง อากาการทางจิต ความวิตกกังวล อารมณ์ และอาการซึมเศร้า มีผลต่อการดำเนินโรค ร่วมกับประชากรที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำจะขาดการใส่ใจที่จะป้องกันโรค ซึ่งแตกต่างจากประชากรที่มีระดับการศึกษาสูงที่พยายามหาการป้องกันหรือลดความ

บกพร่องต่างๆ ของตนให้เกิดซ้ำลง แต่ในการตีความในเรื่องปัจจัยทางด้านการศึกษานั้น ยังไม่ใช่ปัจจัยที่จะอธิบายเรื่องดังกล่าวได้อย่างแน่ชัด

Rosenberg, Johnston and Lyketsos (2006) ได้ทำรายงานการศึกษาเกี่ยวกับการให้การรักษาระดับพื้นฐานแก่ผู้ที่มีความบกพร่องของภาวะการสูญเสียความสามารถทางสมอง โดยพบว่า ผู้ที่ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำและได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ว่าเป็นภาวะการสูญเสียความสามารถของสมองเล็กน้อยด้านความจำ (Amnesic Mild Cognitive Impairment) จะเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาไปสู่การเป็นภาวะสมองเสื่อมชนิดโรคอัลไซเมอร์ ซึ่งบุคคลควรให้ความใส่ใจว่าลักษณะดังกล่าวเป็นอาการที่เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคถึงแม้ว่าจะไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความเสื่อมถอยทางสมอง

Weimer and Sager (2009) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการวินิจฉัยและรักษาโรคอัลไซเมอร์ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ซึ่งดูผลลัพธ์ทางด้านสังคมและด้านการเงิน อธิบายว่าโรคอัลไซเมอร์เป็นโรคที่มีการดำเนินต่อเนื่องและทำให้เป็นภาวะกับสมาชิกในครอบครัวที่จะต้องสูญเสียความสามารถในการทำงานในการดูแลระยะยาว เนื่องจากผู้ป่วยจะมีอาการกลัว หวาดระแวง ไร้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ และค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวรวมถึงค่ายารักษาในสถานพยาบาลเป็นค่าใช้จ่ายที่สูง อย่างไรก็ตาม การลดลงของค่าใช้จ่ายนั้นไม่อาจทำได้ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์ในระยะสุดท้าย ซึ่งไม่มีกระบวนการในการรักษาใดสามารถช่วยสนับสนุนได้ โดยวิธีการศึกษาเป็นการวิเคราะห์พื้นฐานข้อมูลทางการแพทย์ ในการระบุและรักษาโรคอัลไซเมอร์ที่มีผลต่อผู้ป่วยในขนาดใหญ่และผลที่ได้เป็นประโยชน์ต่อสังคมและเป็นการช่วยลดค่าใช้จ่ายของรัฐ จึงอาจกล่าวได้ว่า การที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคอัลไซเมอร์ในระยะเริ่มแรกนั้น ไม่ค่อยได้รับความสนใจเท่าที่ควร และยิ่งไปกว่านั้นผลกระทบที่เกิดจากการต้องการดูแลผู้สูงอายุอัลไซเมอร์อาจจะแสดงถึงประสิทธิภาพในเรื่องสถานะทางการเงินที่ลดลงได้

นิชาอูตะระ ระเด่นอาหมัด (2549) ได้ทำการศึกษาวิธีที่จะช่วยชะลอโรคอัลไซเมอร์ในผู้หญิงวัยทอง เนื่องจากประชากรสูงอายุเพศหญิงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ประชากรหญิงเริ่มเข้าสู่วัยทองระดับฮอร์โมนต่างๆ ที่มีจะลดลงจำเป็นต้องรับฮอร์โมนทดแทน แต่หากไม่ได้รับผลข้างเคียงอื่นๆ ตามมา เช่น มะเร็งต่างๆ เนื่องจากฮอร์โมนลดลงก็พบอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัลไซเมอร์ จึงได้มีแนวคิดที่จะหาสารหรือพืชทดแทนจากธรรมชาติมาทดแทนการใช้ฮอร์โมนสังเคราะห์ โดยที่ผ่านมาพบว่า ผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง และกวาวเครือเป็นพืชที่มีฮอร์โมน

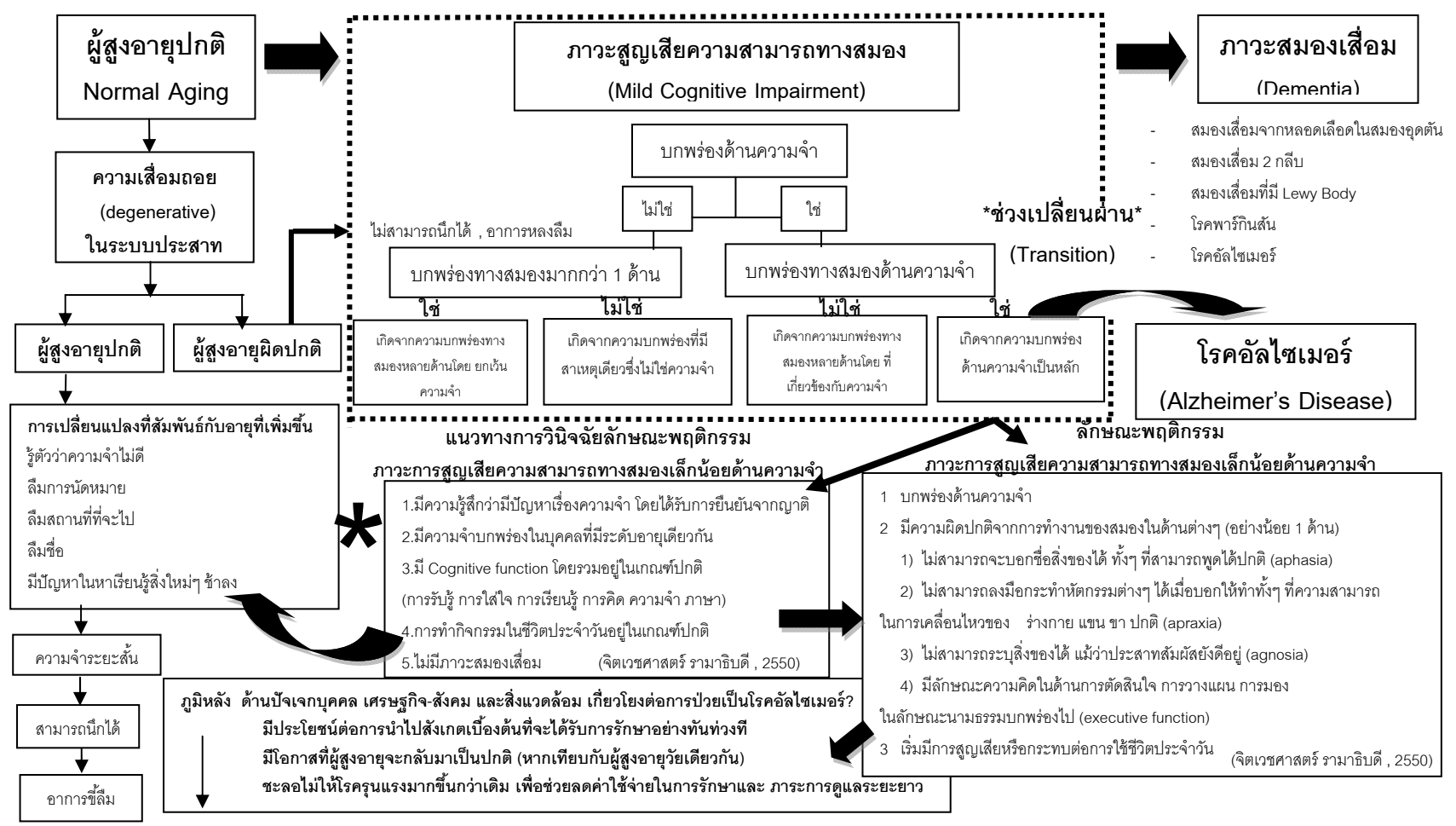
เอสโตรเจนสูง ซึ่งนอกจากพืชทั้งสองแล้ว ในน้ำมะพร้าวอ่อนก็มีฮอร์โมนดังกล่าวสูงด้วย ซึ่งจะช่วยลดและชะลอความเสี่ยงที่จะเป็นโรคอัลไซเมอร์

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องชี้ให้เห็นว่า การดำเนินชีวิตที่ดีในระยะเริ่มแรกของช่วงภาวะสูญเสียความสามารถทางสมองเล็กน้อยด้านความจำ (Amnestic Mild Cognitive Impairment) ช่วยให้ผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ชะลออาการเกิดโรคอัลไซเมอร์ รวมถึงเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลและภาระการสูญเสียความสามารถในการทำงาน หากมีการดูแลในช่วงระยะเวลาดังกล่าวเป็นไปอย่างไม่ถูกวิธี ผู้สูงอายุนั้นก็จะมีพฤติกรรมที่ก้าวเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมชนิดโรคอัลไซเมอร์ได้รวดเร็ว

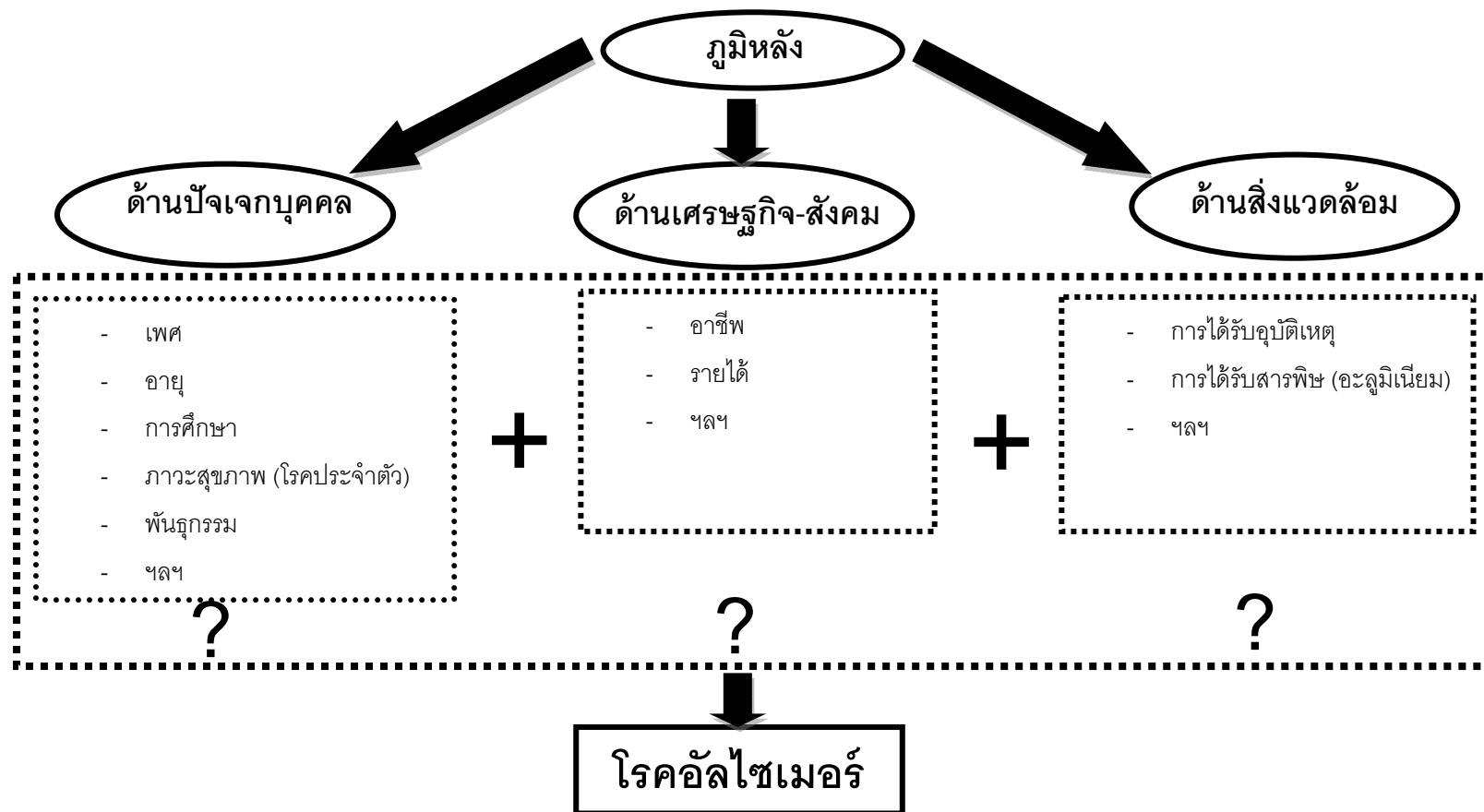
กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัย เรื่อง ภูมิหลังและลักษณะพฤติกรรมในช่วงการเปลี่ยนผ่านของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ จะมุ่งศึกษาภูมิหลังการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในด้านปัจเจกบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ภาวะสุขภาพ ประวัติความเครียด ประวัติของครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับโรคอัลไซเมอร์ ประวัติการใช้ยา ฯลฯ ด้านเศรษฐกิจ-สังคม ได้แก่ อาชีพ รายได้ การเกษียณอายุ และด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ พฤติกรรมในวัยหนุ่มสาว เช่น การดื่มสุรา การออกกำลังกาย การได้รับสารพิษ ภูมิหลังผู้สูงอายุเหล่านี้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงที่ดำเนินเข้าสู่โรคอัลไซเมอร์

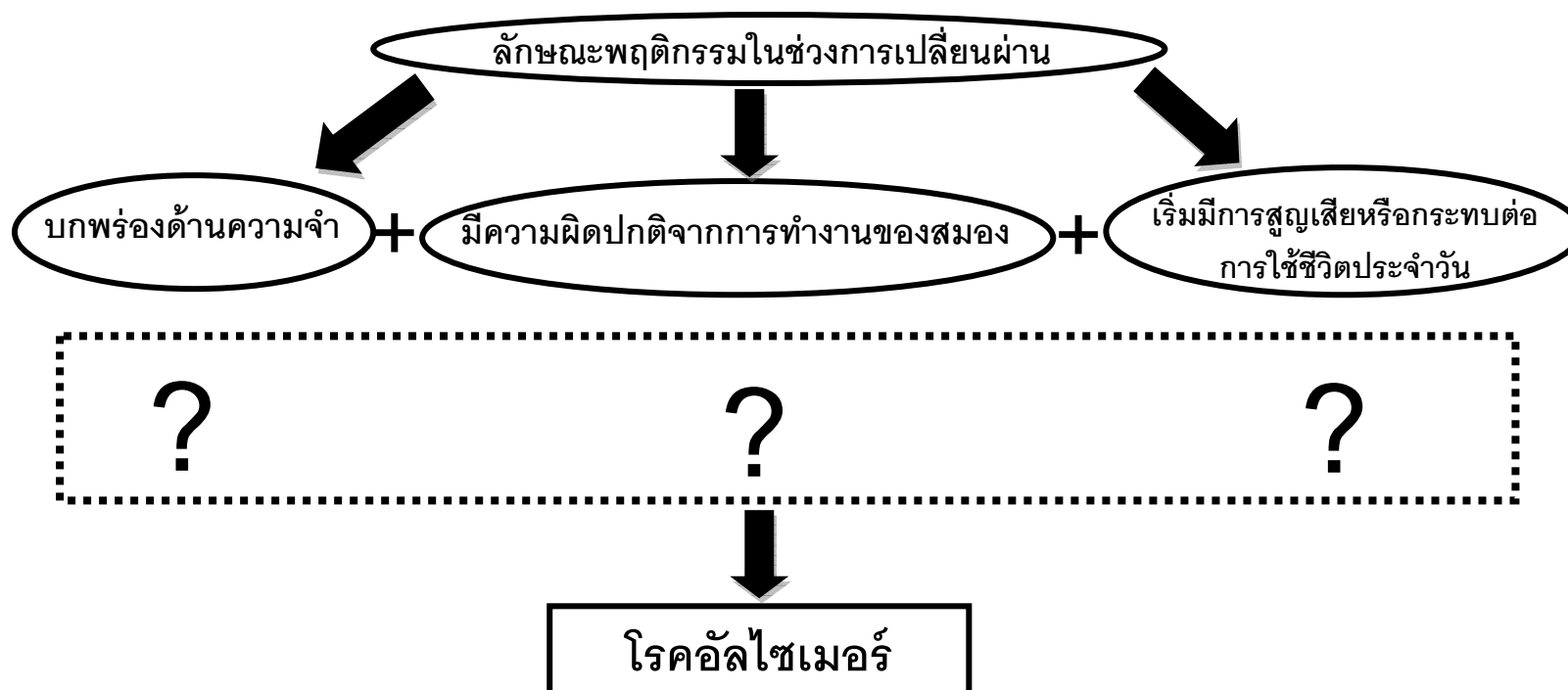
ส่วนการศึกษาถึงลักษณะพฤติกรรมในช่วงการเปลี่ยนผ่านของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ จะมุ่งศึกษาลักษณะพฤติกรรมผิดปกติที่แสดงออกในช่วงระยะภาวะสูญเสียความสามารถของสมองเล็กน้อยด้านความจำ (Amnestic Mild Cognitive Impairment หรือ Amnestic MCI) โดยใช้แนวทางการวินิจฉัยในทางการแพทย์ในการวิเคราะห์พฤติกรรมของผู้สูงอายุอัลไซเมอร์จากการให้ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งพฤติกรรมในช่วงการเปลี่ยนผ่านเป็นพฤติกรรมของภาวะการสูญเสียความสามารถของสมองเล็กน้อยด้านความจำ หรือ Amnestic MCI ซึ่งมีลักษณะพฤติกรรมจากความบกพร่องด้านความจำเป็นหลัก ลักษณะพฤติกรรมจากความผิดปกติจากการทำงานของสมองในด้านต่างๆ และลักษณะพฤติกรรมที่เริ่มมีการสูญเสียหรือส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน



ภาพ 3 กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม



ภาพ 4 กรอบแนวคิดในการศึกษาภูมิหลังของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์



ภาพ 5 กรอบแนวคิดในการศึกษาลักษณะพฤติกรรมในช่วงการเปลี่ยนผ่านของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์