

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องความชุกของภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อม และปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ตำบลน้ำรัศ อำเภอนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารและรายงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมหัวข้อต่างๆดังต่อไปนี้

1. ความหมายและแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. ภาวะสมองเสื่อม
3. นโยบายเกี่ยวกับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม

ความหมายและแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1. ความหมายของผู้สูงอายุ

นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของคำว่าผู้สูงอายุแตกต่างกันออกไป ความหมายของผู้สูงอายุ คำจำกัดความต่างๆ เกี่ยวกับเรื่องผู้สูงอายุ มีดังนี้

บรรลุ ศิริพานิช (2542) ให้ความหมายของผู้สูงอายุ ไว้ว่าเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปโดยนับอายุตามปฏิทิน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์กรระหว่างประเทศได้ประชุมตกลงกันให้เป็นมาตรฐานสากล ในการกำหนดอายุเริ่มต้นของการเป็นผู้สูงอายุ

องค์กรสหประชาชาติได้ให้ความหมายว่าผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2546)

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้เกณฑ์อายุเป็นหลักโดยกำหนดว่าผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่อาศัยในตำบลน้ำริด อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ ในปี 2554

2. การแบ่งประเภทของผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลกได้แบ่งเกณฑ์อายุตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้น (World Health Organization [WHO], 1988; อ้างใน มาศวรี สังข์เรียง, 2552) ดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุ (Elderly) มีอายุระหว่าง 60 - 74 ปี
- 2) คนชรา (Old) มีอายุระหว่าง 75 - 90 ปี
- 3) คนชรามาก (Very Old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป

จากการศึกษาของ ศรีเรือน แก้วก้งวาน (2540) ได้แบ่งประเภทของผู้สูงอายุ แบ่งได้ 3 ช่วง ดังนี้

1) ผู้สูงอายุตอนต้น (the young-old) ช่วงนี้อายุประมาณ 60 - 69 ปี เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การจากไปของญาติสนิท คู่ครอง การลดลงของรายได้ การสูญเสียตำแหน่ง บทบาททางสังคม ช่วงนี้บุคคลยังเป็นคนที่แข็งแรง แต่อาจพึ่งพิงผู้อื่นบ้าง มีสมรรถภาพด้านต่างๆใกล้เคียงกับคนหนุ่มสาวมาก ยังเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมทั้งในครอบครัวและนอกครอบครัว

2) ผู้สูงอายุตอนกลาง (the middle-age old) ช่วงนี้อายุประมาณ 70 - 79 ปี เป็นช่วงที่บุคคลใกล้เจ็บป่วย เพื่อนและสมาชิกในครอบครัวที่มีอายุใกล้เคียงกัน เริ่มป่วย และตายจากกันมากขึ้น มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง ด้านการปรับตัวมักไม่ค่อยยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัวและสังคมมากนัก

3) ผู้สูงอายุตอนปลาย (the old-old) ช่วงนี้อายุประมาณ 80 - 90 ปี เป็นระยะที่ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมยากขึ้นเนื่องจากต้องการความเป็นส่วนตัวมาก ไม่เว้นวาย ผู้สูงอายุระยะนี้ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าวัยที่ผ่านมาและจะเริ่มย้อนนึกถึงอดีตมากขึ้น

3. การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการแบบเสื่อมถอยลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ, 2536; อ้างใน วนาพร หลอยกร, 2542) ดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จะมีการเปลี่ยนแปลงของทุกระบบของร่างกาย ผิวหนังจะเหี่ยวแห้ง สีของผิวหนังจะเปลี่ยนเป็นจุดสีน้ำตาลทั่วๆ ไปเรียกว่าตกรกระ สายตาเสื่อม มองเห็นไม่ชัด หูเริ่มตึง ฟันโยกคลอน ประสาทสัมผัสต่างๆ รับรู้ช้าลง กระดูกจะบางลง เปราะและหักง่าย ข้อเสื่อมอักเสบง่าย อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะภายในร่างกาย หัวใจ และหลอดเลือดเสื่อมสมรรถภาพ ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ข้ออักเสบ ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจึงเป็นอุปสรรคในการประกอบกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

2) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ มีผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุและจะเป็นอุปสรรคในการติดต่อกับบุคคล รวมทั้งการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่างๆ ประกอบกับการสูญเสียอำนาจ บทบาทในครอบครัว และสังคม สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เนื่องจาก กลุ่มสมรส เพื่อน หรือญาติสนิท ต้องตายหรือแยกไปอยู่ที่อื่นทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหงา ว้าเหว่ วิตกกังวล หรือซึมเศร้า นอกจากนี้ การที่ผู้สูงอายุต้องออกจากการทำงาน หรือหมดหน้าที่รับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไร้คุณค่า ชีวิตไม่มีความหมาย และขณะเดียวกัน จะทำให้ขาดรายได้ ผลจากสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องพยายามปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

3) การที่ผู้สูงอายุต้องลดบทบาทในครอบครัวซึ่งเคยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว เป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องกลายเป็นผู้พึ่งพาอาศัย เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมี การติดต่อกับเพื่อนฝูงน้อยลง และจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมในปัจจุบัน ระบบการผลิตเปลี่ยนแปลงไปจากภาคเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุที่เป็นภาระ หรือไม่สามารถประกอบอาชีพได้มักถูกทอดทิ้ง นอกจากนี้ความเจริญและวัฒนธรรมตะวันตกเผยแพร่เข้ามา ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการเคารพยกย่องน้อยลง คิดว่าผู้สูงอายุไม่ทันต่อเหตุการณ์ ซึ่งความคิดนี้ก่อให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกด้อยค่า มองโลกในแง่ร้ายและเป็นสาเหตุทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจได้

ผลของการเปลี่ยนแปลงในทุกๆ ด้านของผู้สูงอายุอันเนื่องมาจากความเสื่อมถอยลงของสภาพร่างกาย จิตใจ ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน การดูแลตนเอง และการดำรงชีวิต การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่สำคัญคือสมอง ความสามารถของสมองจะเริ่มลดลงหลังอายุ 30 ปี แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและอย่างช้าๆ ในวัยสูงอายุเซลล์ประสาทของสมองจะตายและลดน้อยลงโดยลำดับ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ความทรงจำ สติปัญญา อารมณ์และบุคลิกภาพเสื่อมลง

4. แนวทางการแพทย์และสาธารณสุขในการให้บริการผู้สูงอายุ

แนวทางการแพทย์และสาธารณสุขในการให้บริการผู้สูงอายุ ใช้แนวทางการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการคัดกรองโรค ซึ่งจะสามารถทำให้ตรวจพบโรคได้ในระยะเริ่มแรก และสามารถให้บริการในระดับปฐมภูมิที่มีความใกล้ชิดคุ้นเคยกับผู้สูงอายุและครอบครัว มีการให้บริการบริการเชิงรุก การดูแลอย่างต่อเนื่องรวมถึงชะลอภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ ทั้งนี้ต้องมีการบริหารจัดการให้หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความพร้อมในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุอย่างครบวงจร (ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

แนวทางการแพทย์และสาธารณสุขในการให้บริการผู้สูงอายุ เน้นการดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจรทั้งในเชิงรุกและเชิงรับ โดยมีเป้าหมายดังนี้ (ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

- 1) เพื่อให้ผู้สูงอายุคงความมีสุขภาพดี
- 2) สามารถค้นพบโรคทั้งทางกายและใจในระยะเริ่มแรก ให้การรักษาได้อย่างถูกต้อง ทันเวลาและฟื้นฟูสภาพได้อย่างเหมาะสม
- 3) ให้ผู้สูงอายุได้สามารถพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดีแม้จะมีโรคเรื้อรัง
- 4) ให้การดูแลระยะสุดท้ายเพื่อการจากไปอย่างสมศักดิ์ศรี

การบริการผู้สูงอายุให้มีคุณภาพ ที่จะสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจรทั้งในเชิงรุกและเชิงรับ มีหลักการให้บริการผู้สูงอายุ ดังนี้(ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

- 1) ข้อมูลข่าวสารการให้สุศึกษา ประชาสัมพันธ์ การสื่อสาร และการฝึกอบรม ซึ่งรวมถึง การอบรมบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุ การสร้างเจตคติที่ดีในผู้ให้บริการต่อผู้รับบริการที่เป็นผู้สูงอายุ และการเข้าถึงการสุศึกษาในผู้สูงอายุ
- 2) หน่วยบริการ ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขต้องมีกระบวนการปรับปรุงเพื่อตอบสนองความต้องการที่เป็นพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การสนับสนุนให้มีการดูแลผู้สูงอายุ และการดูแลเครือข่ายทางด้านสาธารณสุขในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการลงบันทึกในเวชระเบียนอย่างเป็นระบบและเป็นปัจจุบัน ในแต่ละครั้งที่มาตรวจ มารับการรักษาบริการ
- 3) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ความสะอาด ความสะดวก เท่าที่จะทำได้ เช่น ทางลาด แสงไฟให้สว่าง ห้องสุสำหรับผู้สูงอายุการดูแลให้คำแนะนำ และเน้นการมีส่วนร่วมความร่วมมือของผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัว ในการปรับพฤติกรรมและควบคุมโรคด้วยตัวเอง

จะเป็นส่วนสำคัญที่จะสามารถชะลอ หรือป้องกันความทุพพลภาพหรือความเสื่อมที่จะเกิดขึ้นได้ ทำให้เป็นผู้ที่สามารถดูแลตนเองได้มากกว่าที่จะต้องพึ่งพิงผู้อื่น

การให้บริการผู้สูงอายุ หากมีค้ำพบโรคทั้งทางกายและใจในระยะเริ่มแรก ผู้สูงอายุจะได้รับการรักษาได้อย่างถูกต้อง ทันเวลาและฟื้นฟูสภาพได้อย่างเหมาะสม โดยโรคสมองเสื่อมเป็นโรคหนึ่งที่พบบ่อยในกลุ่มของผู้สูงอายุ บุคลากรด้านสาธารณสุข จึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคภาวะสมองเสื่อม เพื่อที่จะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ได้อย่างถูกต้อง รวมถึงสามารถคัดกรองผู้สูงอายุ ที่มีภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อม ได้ทั้งในสถานบริการและในระดับชุมชน เพื่อจะได้มีการป้องกันและรักษาได้ทันทั่วถึง

ภาวะสมองเสื่อม

1. ความหมายของภาวะสมองเสื่อม

WHO (1992) ให้ความหมายของอาการสมองเสื่อมว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นจากโรคทางสมอง มีลักษณะเรื้อรัง การดำเนินการของโรคเป็นแบบ Progression ครอบคลุมการทำงานที่สมอง เช่น ความคิด การรับรู้ ความเข้าใจการคำนวณความสามารถในการเรียนรู้ภาษา และการตัดสินใจ แต่ยังคงมีความรู้สึกตัวที่ดี ให้ความบกพร่องในกระบวนการเรียนรู้ การควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรม

สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล (2542) ให้ความหมายสมองเสื่อมว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติในส่วนของเปลือกสมอง มีผลต่อความบกพร่องในด้านสติปัญญา มีภาวะเสื่อมลง โดยเฉพาะในเรื่องความจำ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว การตัดสินใจบกพร่อง ความสามารถในการคิดเชิงซ้อนลดลงรวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านบุคลิกภาพและการควบคุมอารมณ์ โดยที่ระดับความรู้สึกตัวนั้นปกติ อาการที่เกิดขึ้นมานั้นมีมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน อาการที่เกิดขึ้นจะรุนแรงจนเป็นอุปสรรคในการใช้ชีวิตในสังคม

สิรินทร ฉันทศิริกาญจน (2548) ให้ความหมายสมองเสื่อมว่าเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความเสื่อมถอยของความสามารถสมองไปเรื่อยๆทำให้ผู้ป่วยมีความจำบกพร่อง ซึ่งในช่วงแรกไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆได้ และเมื่ออาการมากขึ้นจะลืมสิ่งเก่าๆที่เคยรู้หรือที่เคยทำได้ไปเรื่อยๆ ร่วมกับมีอาการอื่นที่เกิดจากเปลือกสมองสูญเสียหน้าที่ไป ผู้ป่วยจะมีปัญหาเรื่องการคิดคำนวณ สมาธิ การรับรู้ตนเองกับสิ่งแวดล้อม การใช้ภาษา ความคิดริเริ่ม ความเข้าใจในสิ่งที่เป็นนามธรรม ร่วมกับมีอาการอื่น พฤติกรรม และบุคลิกเปลี่ยนแปลง

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากการทำงานของสมองที่เสื่อมลงในเรื่อง ความจำ การใช้ความคิดและการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และมีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกกร่วมด้วยจนมีผลกระทบต่อการทำงานหรือการใช้ชีวิตของบุคคลนั้นๆ (สมจินต์ โจนวัฒนะชัย และสมฤดี เนียมหอม, 2552)

2. สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม

สาเหตุของภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อยมีดังนี้ (สิรินทร นันศิริกาญจน, 2548)

1) ปัญหาหลอดเลือดสมอง เกิดจากหลอดเลือดแดงสมองเสื่อม เมื่ออายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทั่วร่างกายซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละคน โดยมีไขมันสะสมใต้ผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดไม่เรียบและตีบลง ถ้ามีหลอดเลือดตีบมากจะทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ไม่สมบูรณ์ เมื่อสมองขาดเลือดทำให้เนื้อสมองบางส่วนค่อยๆ ตาย ความสามารถของสมองลดลง บางครั้งการเกิดการตีบตันของเส้นเลือดใหญ่ในสมองทำให้ผู้ป่วยแขนขาอ่อนแรง เป็นอัมพาต อัมพฤกษ์ ความรู้สึกตัวจะลดลงร่วมกับมีลักษณะสมองเสื่อมซึ่งถือว่าเป็นสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน สูบบุหรี่ และโรคอ้วน

2) การเสื่อมสลายของเนื้อสมองโดยไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน โดยพบว่าเซลล์สมองมีการเสื่อมสลายตายไป และไม่มีเซลล์สมองใหม่ขึ้นมาทดแทน ทำให้สมองนั้นไม่สามารถทำงานได้อย่างเดิม โรคที่พบบ่อยได้แก่โรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน โดยโรคสมองเสื่อมที่เกิดจากสาเหตุโรคอัลไซเมอร์ พบประมาณ ร้อยละ 55 - 60

3) การติดเชื้อในสมองทำให้เซลล์บางส่วนสมองตายไปส่งผลต่อความเฉลียวฉลาดและลดการทำงานของสมองด้วย การติดเชื้อในสมองที่พบบ่อยได้แก่ การติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ซึ่งพบในผู้สูงอายุไม่มากนัก นอกจากนี้ยังพบภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากการอักเสบของสมอง หรือเชื้อหุ้มสมองจากการติดเชื้อไวรัสและเชื้อแบคทีเรีย

4) การขาดสารอาหารบางชนิด ได้แก่ วิตามิน บี1 มักพบในผู้ติดสุราหรือดื่มสุรามากๆ แล้วไม่ค่อยรับประทานอาหาร ร่างกายต้องการวิตามินบี1 เพื่อช่วยในการสร้างเซลล์สมอง เมื่อไม่ได้รับสารอาหารจะทำให้เซลล์สมองตายไป

5) ความแปรปรวนของระบบเมตาบอลิกของร่างกาย เช่นการทำงานของต่อมไร้ท่อบางชนิดผิดปกติ โดยเฉพาะต่อมไทรอยด์ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการทำงานของสมอง

6) การกระทบกระเทือนสมอง ที่สมอง เช่นนักมวย หรือผู้เล่นกีฬาที่ใช้ศีรษะเป็นประจำ ซึ่งในช่วงวัยเด็กหรือวัยต้นของชีวิตการกระทบกระเทือนจะยังไม่เห็นความผิดปกติใดๆ

เนื่องจากสมองมีส่วนสำรองอยู่มาก แต่เมื่ออายุมากขึ้นส่วนสำรองเหล่านี้นลดลงทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้

7) ช่องในสมองขยายใหญ่ขึ้นจากน้ำเลี้ยงสมองคั่ง สาเหตุนี้ยังไม่ทราบชัดเจนว่าเกิดจากอะไร ผู้ป่วยจะมีอาการสมองเสื่อม เดินลำบาก และกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เมื่อได้รับการรักษา ผู้ป่วยมีอาการทางสมองดีขึ้น

8) เนื้องอกในสมองซึ่งทำให้มีอาการคล้ายกับสมองเสื่อมได้

9) ยาหรือสารที่เป็นพิษ โดยเฉพาะยาที่มีผลต่อการทำงานของสมอง เช่น ยาแก้ปวด ยา นอนหลับ ยาคลายเครียด ถ้าได้รับยาในขนาดที่สูงเกินไปหรือสะสมอยู่ในร่างกายนาน อาจทำให้การทำงานของสมอง ความเฉลียวฉลาด ลักษณะบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป

10) เกิดจากการอักเสบของหลอดเลือด ผู้ป่วยที่มีอาการอักเสบของหลอดเลือดเล็กๆที่สมองทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่สมบูรณ์ก่อให้เกิดอาการสมองเสื่อมได้

11) เกิดจากพันธุกรรม โดยพบในการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยอัลไซเมอร์ที่พบในความผิดปกติของยีน และโครโมโซม คู่ที่ 1 และ 14

12) สาเหตุจากสิ่งแวดล้อม ยีนกลายพันธุ์ จากโปรตีนที่ผิดปกติในสมอง สาเหตุของภาวะสมองเสื่อมมีหลายสาเหตุ แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การติดเชื้อ การขาดสารอาหาร และการได้รับการกระทบกระเทือนของสมอง ซึ่งต้องเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด

3. การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ DSM-IV แบ่งได้เป็น 4 ชนิด ได้แก่ โรคสมองเสื่อมแบบอัลไซเมอร์ โรคสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง สมองเสื่อมจากโรคทางกายอื่นๆ และสมองเสื่อมจากสารเสพติด (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล, 2539)

1. สมองเสื่อมแบบอัลไซเมอร์ (Dementia of the Alzheimer's Type) มีเกณฑ์การวินิจฉัย ดังนี้

A. เกิดความบกพร่องของ cognitive หลายด้านโดยแสดงออกทั้ง

(1) ความจำเสื่อม (ไม่สามารถเรียนรู้ข้อมูลใหม่หรือระลึกสิ่งที่เคยเรียนมาแล้วได้)

(2) มี cognitive disturbance ในหนึ่งข้อหรือมากกว่าดังนี้

aphasia (ความผิดปกติด้านภาษา)

apraxia (บกพร่องในการประกอบกิจกรรมถึงแม้ความสามารถในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อปกติ)

agnosia (ไม่สามารถจำหรือรู้จักสิ่งต่างๆ แม้จะมีประสาทรับรู้ปกติ)

ผิดปกติใน executive function (เช่น การวางแผน การประมวล การวางลำดับ การคิดเชิงนามธรรม)

B. Cognitive deficit ตามเกณฑ์ข้อ A1 และ A2 ต่างกับความบกพร่องด้านสังคมหรือการงาน และแสดงถึงความสามารถที่ลดลงอย่างชัดเจน

C. การดำเนินของโรคเริ่มอย่างช้าๆและมี cognition เสื่อมลงอย่างต่อเนื่อง

D. Cognitive deficit ตามเกณฑ์ข้อ A1 และ A2 ไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดๆต่อไปนี้

(1) สภาพของระบบประสาทส่วนกลางอื่นที่ทำให้เกิดการสูญเสียความจำและ cognition อย่างต่อเนื่อง (เช่น cerebrovascular disease , Parkinson's disease, Huntington's disease, subdural hematoma, normal pressure hydrocephalus, brain tumor)

(2) โรคที่ส่งผลต่อร่างกายทั่วไปซึ่งทราบแล้วว่าเป็นสาเหตุของ dementia (hypothyroidism, vitamin B12 or folic deficiency, niacin deficiency, hypercalcemia, neurosyphilis, HIV Infection)

(3) ภาวะ Substance-induced

E. ความบกพร่องนี้ไม่ได้เกิดเฉพาะในช่วง delirium

F. ความผิดปกติไม่เข้ากับโรคอื่นใน Axis I ได้ดีกว่า (เช่น Major Depressive Disorder, Schizophrenia)

2. สมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (Vascular Dementia หรือ Multi-Infarct Dementia) มีเกณฑ์การวินิจฉัย ดังนี้

A. เกิดความบกพร่องของ cognitive หลายด้านโดยแสดงออกทั้ง

(1) ความจำเสื่อม (ไม่สามารถเรียนรู้ข้อมูลใหม่หรือระลึกสิ่งที่เคยเรียนมาแล้วได้)

(2) มี cognitive disturbance ในหนึ่งข้อหรือมากกว่าดังนี้

aphasia (ความผิดปกติด้านภาษา)

apraxia (บกพร่องในการประกอบกิจกรรมถึงแม้ความสามารถในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อปกติ)

agnosia (ไม่สามารถจำหรือรู้จักสิ่งต่างๆ แม้จะมีประสาทรับรู้ปกติ)

ผิดปกติใน executive function (เช่น การวางแผน การประมวล การวางลำดับ การคิดเชิงนามธรรม)

B. Cognitive deficit ตามเกณฑ์ข้อ A1 และ A2 ต่างกับความบกพร่องด้านสังคมหรือการทำงาน และแสดงถึงความสามารถที่ลดลงอย่างชัดเจน

C. มีอาการและอาการแสดงบ่งว่าความผิดปกติในสมองเป็นเฉพาะที่ (เช่น มี deep tendon reflex มากกว่าปกติ, extensor plantar response, pseudobulbar palsy, gait abnormalities, weakness of extremity) หรือผลทางห้องปฏิบัติการชี้ว่ามีโรคเส้นเลือดในสมอง (multiple infarctions ในสมองและ white matter) ซึ่งเป็นเหตุของความผิดปกติดังกล่าว

D. ความบกพร่องนี้ไม่ได้เกิดเฉพาะในช่วง delirium Dementia Due to Other

3. สมองเสื่อมจากโรคทางกายอื่นๆ (General Medical Conditions) มีเกณฑ์การวินิจฉัย ดังนี้

A. เกิดความบกพร่องของ cognitive หลายด้านโดยแสดงออกทั้ง

(1) ความจำเสื่อม (ไม่สามารถเรียนรู้ข้อมูลใหม่หรือระลึกสิ่งที่เคยเรียนมาแล้วได้)

(2) มี cognitive disturbance ในหนึ่งข้อหรือมากกว่าดังนี้

aphasia (ความผิดปกติด้านภาษา)

apraxia (บกพร่องในการประกอบกิจกรรมถึงแม้ความสามารถในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อปกติ)

agnosia (ไม่สามารถจำหรือรู้จักสิ่งต่างๆ แม้จะมีประสาทรับรู้ปกติ) ผิดปกติใน executive function (เช่น การวางแผน การประมวล การวางลำดับ การคิดเชิงนามธรรม)

B. Cognitive deficit ตามเกณฑ์ข้อ A1 และ A2 ต่างจากความบกพร่องด้านสังคมหรือการทำงาน และแสดงถึงความสามารถที่ลดลงอย่างชัดเจน

C. มีหลักฐานจากประวัติ การตรวจร่างกาย หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการว่าความผิดปกตินี้เป็นผลโดยตรงทางสรีรวิทยาของภาวะความเจ็บป่วยทางกาย ภาวะใดภาวะหนึ่งที่แสดงต่อไปด้านล่าง

D. ความผิดปกตินี้ไม่ได้เกิดเฉพาะในช่วงของ delirium Substance-Induced

4. สมองเสื่อมจากสารเสพติด (Persisting Dementia) มีเกณฑ์การวินิจฉัย ดังนี้

A. เกิดความบกพร่องของ cognitive หลายด้านโดยแสดงออกทั้ง

(1) ความจำเสื่อม (ไม่สามารถเรียนรู้ข้อมูลใหม่หรือระลึกสิ่งที่เคยเรียนมาแล้วได้)

(2) มี cognitive disturbance ในหนึ่งข้อหรือมากกว่าดังนี้

aphasia (ความผิดปกติด้านภาษา)

apraxia (บกพร่องในการประกอบกิจกรรมถึงแม้ความสามารถในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อปกติ)

agnosia (ไม่สามารถจำหรือรู้จักสิ่งต่างๆ แม้จะมีประสาทรับรู้ปกติ)
 ผิดปกติใน executive function (เช่น การวางแผน การประมวล การวางลำดับ การคิดเชิงนามธรรม)

B. Cognitive deficit ตามเกณฑ์ข้อ A1 และ A2 ต่างกับความบกพร่องด้านสังคมหรือการทำงาน และแสดงถึงความสามารถที่ลดลงอย่างชัดเจน

C. ความผิดปกตินี้ไม่ได้เกิดเฉพาะในช่วงของ delirium และคงอยู่นานกว่าระยะเวลาปกติของ Substance Intoxication หรือ Withdrawal

D. มีหลักฐานจากประวัติ การตรวจร่างกาย หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการว่าความผิดปกตินี้เป็นผลที่ยังคงอยู่ของ substance use (เช่น การ abuse สารหรือยา)

จะเห็นได้ว่าการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม ตามระบบ DSM-IV แบ่งได้เป็น 4 ชนิดได้แก่ 1) สมองเสื่อมแบบอัลไซเมอร์ 2) สมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง 3) สมองเสื่อมจากโรคทางกายอื่นๆ และ 4) สมองเสื่อมจากสารเสพติด โดยใช้เกณฑ์ตามความบกพร่องทางปัญญาหลายด้าน จากความผิดปกติของการสื่อสารภาษาพูด ความผิดปกติของการกระทำกิจกรรมที่มีเป้าหมาย ความผิดปกติของการรับรู้ของการใช้ประสาทสัมผัส และความผิดปกติของหน้าที่จัดการ เช่นการวางแผน จัดระบบ เรียบเรียง และนามธรรม หากสามารถวินิจฉัยโรค และหาสาเหตุได้ตั้งแต่ในระยะแรกของการเป็นสมองเสื่อม จะทำให้รักษาได้ทันก่อนที่สมองจะถูกทำลายอย่างถาวร

4. อาการของภาวะสมองเสื่อม

อาการของภาวะสมองเสื่อม แบ่งได้ 3 ระยะดังนี้ (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2548)

1) ระยะแรก หรือระยะเริ่มต้น (ระยะดำเนินโรค 1 - 3 ปี) ผู้ป่วยจะมีความจำบกพร่องจะเห็นได้ชัดที่ความจำระยะสั้น โดยเฉพาะการถามซ้ำแล้วซ้ำอีกในคำถามเดิมซึ่งได้ตอบไปแล้ว ผู้ป่วยจะจำเหตุการณ์เก่าๆ ได้ดีกว่าเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น

2) ระยะกลาง (ระยะดำเนินโรค 2-10ปี) ช่วงนี้ความจำเลวลง เริ่มจำสิ่งที่ทำไปแล้วไม่ได้ เช่นจำไม่ได้ว่ากินอาหารแล้วหรือยัง หรือวันนี้ขับถ่ายแล้วหรือยัง วางของผิดที่ ของหายเสมอๆ เริ่มจำญาติห่างๆ ไม่ได้ การพูดลำบากขึ้น พูดซ้ำๆ ในเรื่องเดิม ถ้าสนทนาเรื่องไกลตัวอาจไม่เข้าใจ การดูแลตนเองบกพร่องโดยเฉพาะอนามัยส่วนตัว การแปร่งฟัน สระผม ใส่เสื้อผ้าทำยสุดอาจมีปัญหาเรื่องการอาบน้ำ การทำกิจวัตรประจำวัน

3) ระยะสุดท้าย (ระยะดำเนินโรค 3 - 12 ปี) ความจำจะเลวลงมาก จำคนใกล้ตัวไม่ได้จนในที่สุดแม้แต่ตัวเองก็จำไม่ได้ ไม่สามารถดูแลตนเองได้ กลืนอาหารโดยไม่เคี้ยว ไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย นอนติดเตียง แขนขาเกร็ง พูดซ้ำตามที่คนอื่นพูดเป็นคำๆ ในที่สุดจะพูดไม่ได้ ผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากปวดบวมเพราะสำลัก หรือเป็นแผลกดทับ

5. ปัญหาของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

ปัญหาทางบุคลิกภาพ พฤติกรรม และจิตใจ ที่พบในผู้ป่วยสมองเสื่อม มีดังนี้ (สมจินต์ โฉมวิฒนะชัย และสมฤดี เนียมหอม, 2552)

1) บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง พบได้บ่อยที่สุดในปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยพบได้ถึงร้อยละ 70 ผู้ป่วยมีลักษณะไม่กระตือรือร้นที่จะทำอะไร ชอบนั่งนิ่งๆ เฉยๆ

2) ภาวะหลงผิด พบได้ร้อยละ 30 - 50 ของผู้ป่วยสมองเสื่อม ลักษณะหลงผิดที่พบได้บ่อยได้แก่ เชื่อว่ามีคนในบ้านมาขโมยเงินทองหรือสิ่งของของตนเองไปหรือคิดว่ามีคนมาทำร้าย

3) ภาวะประสาทหลอน พบได้ร้อยละ 10 -30 ของผู้ป่วยสมองเสื่อม ลักษณะที่พบบ่อยได้แก่ การเห็นภาพหลอน หูแว่ว ได้ยินเสียงคนมาคุยด้วย

4) อารมณ์เปลี่ยนแปลงไป พบว่ามีอารมณ์โกรธอย่างฉับพลัน อารมณ์ซึมเศร้า

5) พฤติกรรมอื่นๆ ได้แก่ การเดินแบบไม่มีจุดหมายปลายทาง เดินหายออกจากบ้าน การเก็บของสะสมที่บางครั้งเป็นสิ่งของที่ควรทิ้งนอกจากนี้ยังมีปัญหาที่ผู้ป่วยถูกมองว่าเป็นเฒ่าหัวงู มีพฤติกรรม ลวนลามทางเพศ ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยชาย ถึงร้อยละ 20 ของผู้ป่วยสมองเสื่อม

อาการของภาวะสมองเสื่อมจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทั้งทางบุคลิกภาพ พฤติกรรม และจิตใจ จึงควรมีการป้องกันไม่ให้เป็นภาวะสมองเสื่อม

6. การป้องกันภาวะสมองเสื่อม

การป้องกันภาวะสมองเสื่อมอาจพิจารณาได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

1) การป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ (primary prevention) หมายถึง การป้องกันโรคก่อนที่จะเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงในระดับชีวภาพหรือการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของโรค (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552) โดยการรับประทานอาหารให้สมดุลและได้สัดส่วนพอเหมาะ การออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวัย การเอาใจใส่กัน การมีกิจกรรมร่วมกัน และฝึกสมองให้รู้จักคิด (วันดี โภคะกุลและจิตนภา วาณิชโรจน์, 2545)

2) การป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) หมายถึงการตรวจคัดกรองโรคตั้งแต่ผู้ป่วยยังไม่แสดงอาการรุนแรงเพื่อจะได้แก้ไขตั้งแต่ระยะแรกโดยการตรวจคัดกรองหาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเล็กน้อยของความสามารถของสมอง(Mind Cognitive Impairment : MCI) เพื่อที่จะชะลอการเกิดโรคอัลไซเมอร์ และมีการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การตรวจน้ำไขสันหลัง ทำนายโอกาสการเป็นภาวะสมองเสื่อมในอนาคต(วิรัศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552)

3) การป้องกันโรคระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) หมายถึง การชะลอการดำเนินของโรค เมื่อผู้ป่วยมีอาการแสดงของโรคชัดเจนแล้ว โดยการใช้ยาที่สามารถชะลอการดำเนินของโรคได้ เช่น cholinesterase inhibitor, memantine วิตามินอี และการป้องกันปัจจัยที่อาจซ้ำเติมการทำงานของสมองของผู้ป่วย รวมถึงการแก้ไขปัญหาทางจิตเวชและพฤติกรรมที่เกิดในผู้ป่วยสมองเสื่อม รวมถึงการทำกายภาพบำบัดซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลดีขึ้นในระดับหนึ่ง แต่สิ่งสำคัญ เป็นการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทั้งระดับครอบครัว ชุมชน ระดับประเทศ เช่น การตั้งสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (วิรัศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552)

การป้องกันภาวะสมองเสื่อม มีความสำคัญมาก ตั้งแต่ก่อนที่จะเริ่มมีอาการ การคัดกรองและการชะลอการเกิดโรค แต่ถ้าหากเกิดโรคแล้วจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้อง

7. การรักษาภาวะสมองเสื่อม

การรักษาภาวะสมองเสื่อมขึ้นอยู่กับสาเหตุและการวินิจฉัยแยกโรค การแก้ไขให้ดีขึ้นทำได้ยาก (กรณีรักษาได้มี ร้อยละ 10 - 15) ยกเว้นภาวะเลือดออกในสมองที่ได้รับการผ่าตัด การรักษาภาวะสมองเสื่อมมี 3 แนวทาง ดังนี้ (สมจินต์ โจมวัฒนะชัย และสมฤดี เนียมหอม, 2552)

1) การรักษาโดยไม่ใช้ยา เป็นการรักษาที่แพทย์ใช้สัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัวสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้นานที่สุด ให้ความสนใจพิเศษในการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและความปลอดภัยของผู้ป่วยจากอุบัติเหตุ

2) การใช้ยาเพื่อรักษาปัญหาทางสมองและความจำ

2.1) การใช้ยาเพื่อรักษาอาการพาราไคนิดประการสำคัญของปัญหาความจำเสื่อมและความผิดปกติของหน้าที่สมองที่ขาด acetylcholine ยาที่ใช้จึงมุ่งที่จะเพิ่มสารเคมี acetylcholine และยับยั้งเอนไซม์ acetylcholinesterase

2.2) การใช้ยาเพื่อชะลอความเสื่อมของสมองหลังจากสมองเสื่อมแล้ว ได้แก่ ยาต้านอนุมูลอิสระต่างๆ

2.3) การรักษาปัญหาทางพฤติกรรม เป็นการรักษาอาการทางพฤติกรรม โดยเฉพาะอาการไม่อยู่นิ่ง(agitation) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัวทำให้ญาติไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ปัจจุบันใช้ยารักษากลุ่ม antipsychotics agent

การรักษาภาวะสมองเสื่อม ขึ้นอยู่กับสาเหตุและการวินิจฉัยแยกโรค ซึ่งการประเมินภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการคัดกรองความคิดปกติเบื้องต้นของภาวะสมองเสื่อม

8. การประเมินภาวะสมองเสื่อม

การประเมินภาวะสมองเสื่อม (อรวรรณ คุหาและคณะ, 2551) เป็นการประเมินความคิดปกติของภาวะสมองเสื่อมที่ทำได้ค่อนข้างยาก โดยการใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับความบกพร่องการรับรู้เป็นวิธีง่าย ๆ ที่ช่วยประเมินความคิดปกติเบื้องต้นได้ ในประเทศทางตะวันตกนิยมใช้ คือ Mini-Mental State Examination(MMSE)ซึ่งเป็นมาตรฐานสากลใช้การแพร่หลายทั่วโลกส่วนประเทศไทย ได้มีการศึกษา วิจัย และสำรวจภาวะสมองเสื่อม แต่ยังไม่ครอบคลุมทั่วทุกภาค สาเหตุสำคัญมาจากการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ และเครื่องมือในการคัดกรองที่ได้มาตรฐานและเป็นแนวทางเดียวกันในระดับประเทศ ดังนั้นสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ซึ่งมีภารกิจในการศึกษาวิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย เพื่อให้คำปรึกษาและกำหนดแนวทางในการดำเนินการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย ซึ่งคณะกรรมการชุดนี้ประกอบด้วย ประสาทแพทย์ จิตแพทย์ อายุรแพทย์ นักสังคมศาสตร์ นักจิตวิทยา และนักภาษาศาสตร์ จากสถาบันวิชาการต่างๆ ได้แก่ สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย คณะแพทย์จากมหาวิทยาลัยต่างๆ โรงพยาบาลในสังกัดกรมแพทย์ทหารบกโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต และกรมการแพทย์ โดยคณะกรรมการได้พัฒนาแบบคัดกรองผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะแรก เป็นแบบทดสอบที่พัฒนามาจากต้นฉบับจาก Mini-Mental State Examination (MMSE) เนื่องจาก MMSE เป็นแบบทดสอบที่เป็นที่รู้จักและใช้แพร่หลายเป็นสากลในการทำการศึกษาวินิจฉัย ในหลายประเทศทั่วโลก โดยคงแก่นและความหมายไว้ เพื่อใช้ในการรายงานผลการวิจัยในระดับนานาชาติโดยสามารถเทียบเคียงกับต้นฉบับเป็นรายข้อ และคะแนนที่ได้สัมพันธ์กับคะแนนของ MMSE ที่เป็นต้นฉบับ

เครื่องมือแบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination - Thai version) ที่ได้จัดทำขึ้นเชื่อว่าจะสามารถนำไปใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีมาตรฐาน โดยไม่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องในการแปลผลคะแนน โดยบุคลากรทางการแพทย์สามารถนำไปใช้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมระยะแรกใน

ผู้สูงอายุได้ทั่วประเทศ เพื่อสุขภาพที่ดีทั้งมิติกาย จิต สังคม และดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งเป็นการวัดระดับ cognitive state ในผู้ป่วยที่มีความพิการทางสมอง ประกอบด้วย 5 ส่วน 11 ข้อคำถาม ทดสอบ 6 ด้านคือ Orientation, Registration, Attention, Calculation, Recall และ Language มีคะแนน 0-30 คะแนนใช้เวลาในการทำแบบทดสอบประมาณ 5 - 10 นาที ศึกษาผลการทดสอบการใช้แบบทดสอบ MMSE พบว่าสามารถแยกคนไข้สองกลุ่มอาการได้ คือ Organic dementia และ Function psychiatric disorder ศึกษามาตรฐาน MMSE ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมกับภาวะ Delirium ได้ค่าความไว (Sensitivity) เท่ากับร้อยละ 87 ค่าความจำเพาะ (Specificity) เท่ากับร้อยละ 82 มีจุดตัดที่ คะแนน 23 จาก 30 คะแนน

การประเมินความผิดปกติของภาวะสมองเสื่อม จะทำให้การบุคลากรทางการแพทย์สามารถนำไปใช้ ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมระยะแรกในผู้สูงอายุได้ทั่วประเทศ เพื่อสุขภาพที่ดีทั้งมิติกาย จิต สังคม และดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งภาวะสมองเสื่อมมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม ตามหลักระบาดวิทยาของภาวะสมองเสื่อมที่แตกต่างกันตามสภาพแวดล้อมและบริบทชุมชน

9. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงการเป็นโรคภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่มีผลกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ

1) ปัจจัยด้านประชากร

1.1) เพศ พบว่า เพศเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (Maria Cristina, Gereon Nelles, & Ludger Pientka, 2010) ในเพศหญิงพบภาวะสมองเสื่อมมากกว่าเพศชาย (วนาพร หลอยกร, 2542) ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชนชาวไทย ระหว่างปีพ.ศ. 2551 - 2552 พบภาวะสมองเสื่อมในเพศหญิง ร้อยละ 15.0 เพศชาย ร้อยละ 8.9 (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2552)

1.2) อายุ พบว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (สมจินต์ โคมวิฒนะชัย และสมฤดี เนียมหอม, 2552) และจากการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี (วนาพร หลอยกร, 2542) พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60 - 74 ปี ไม่มีภาวะสมองเสื่อมแต่กลุ่มที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปพบภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชนชาวไทย ระหว่างปีพ.ศ. 2551 - 2552 พบว่าภาวะสมองเสื่อมเพิ่มสูงขึ้นตามวัย จากอัตราความชุก ร้อยละ 7.1 ในช่วงอายุ 60 - 69 ปี ได้เพิ่มขึ้น

เป็นร้อยละ 14.7 ในช่วงอายุ 70 - 79 และเมื่ออายุ 80 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 32.5 (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2552)

1.3) การศึกษา พบว่ารายงานการศึกษาส่วนใหญ่พบผู้ไม่ได้รับการศึกษา หรือมีการศึกษาดำเนินการเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าผู้มีการศึกษาสูง (อภิญา กังเสนารักษ์ และคณะ, 2536; อิงใจ จันทมูล, 2539; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542; อ่างในชุติมา สืบวงศ์ลี, 2544; ไพบุลย์ สรียวงศ์ไพศาล, 2542) และในผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีความชุกภาวะสมองเสื่อมน้อยที่สุด (วนาพร หลอยกร, 2542, ชุติมา สืบวงศ์ลี, 2544, วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2552) ซึ่งระดับการศึกษา มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วนาพร หลอยกร, 2542) อีกทั้งความสามารถในการอ่านและเขียน รวมถึงการไม่ได้รับการศึกษาเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (Borenstein AR, Copenhaver CL, Mortimer JR., 2006; Raj N Kalaria, Gladys E Maestre, et al., 2008; Maria Cristina, Gereon Nelles, & Ludger Pientka, 2010)

1.4) อาชีพ พบว่าผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม มีอาชีพเดิมส่วนใหญ่ทำเกษตรกรรม (ยุคท กายจนรักษ์, 2527 อ่างใน วนาพร หลอยกร, 2542, ชุติมา สืบวงศ์ลี, 2544) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของอภิญา กังเสนารักษ์ และนัยพินิจ คชภักดี 2534, อ่างใน วนาพร หลอยกร (2542) ที่พบว่า การประกอบอาชีพมีอิทธิพลกับภาวะสมองเสื่อม ผู้มีอาชีพรับราชการมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมน้อยกว่าผู้ที่ทำไร่ ทำนา และผู้ที่รับจ้าง การศึกษาของ Burn, et al. 1995; อ่างในชุติมา สืบวงศ์ลี, 2544) พบว่าการประกอบอาชีพการงานในเชิงวิชาชีพจะช่วยป้องกันสมองเสื่อม โดยจะพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มที่ทำงานในเชิงวิชาชีพหรืองานที่ต้องใช้ความคิดมาก ๆ น้อยกว่ากลุ่มที่ทำงานที่ไม่ต้องใช้ความคิดฉลาดมากนัก (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2540)

1.5) รายได้ จากการศึกษาคความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี (วนาพร หลอยกร, 2542) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสมองเสื่อม เมื่อมีรายได้เพิ่มขึ้น คะแนนจากการประเมินภาวะสมองเสื่อมจะสูงขึ้น และภาวะสมองเสื่อมมักพบในผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำหรือรายได้ต่ำ (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2540)

2) ปัจจัยด้านสังคม

2.1) ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว จากสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้โครงสร้างของครอบครัวของสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียวอยู่กับเพื่อนบ้าน หรือบุคคลอื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเหงา ส่งผลให้สภาวะจิตเสื่อมลง ผู้สูงอายุที่ถูกปล่อยให้อยู่ตามลำพัง ขาดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมหรือขาดการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ (วนาพร หลอยกร, 2542) สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Scarmeas N, Levy G, Tang MX, & Manly J, et al. (2001) ระบุว่า การที่ผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่อุปการะอยู่โดยลำพัง ไม่มีผู้ดูแล ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น

2.2) สัมพันธภาพในครอบครัว การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ดีในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุส่งผลต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อม (Irene Coulson, Rodrigo Marino, & Victor Minichiello, 2001) สอดคล้องกับ ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวที่แตกต่างกันทำให้ภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีระดับสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวสูงขึ้นจะมีคะแนนจากการประเมินภาวะสมองเสื่อมจะสูงขึ้นซึ่งสัมพันธภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ได้แก่ การให้ความเคารพนับถือต่อผู้สูงอายุ การได้รับการซักถามความรู้สึก การมีผู้รับฟัง พูดระบายความรู้สึก การมีส่วนช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัว การได้รับการพาไปพบแพทย์ การเป็นที่ปรึกษาให้กับสมาชิกในครอบครัว การจัดหาของใช้ส่วนตัว และการพาไปพักผ่อนนอกบ้าน (วนาพร หลอยกร, 2542)

2.3) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีการศึกษาเกี่ยวกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมทฤษฎีกิจกรรมเชื่อว่ากิจกรรมทางสังคมเป็นแก่นแท้ของชีวิตและจำเป็นสำหรับทุกวัย กิจกรรมจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ (โรส Rose; อังใน มาสวรี สังข์เรียง, 2552) และผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมสูงจะมีการปรับตัวได้ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้มองโลกมีชีวิตชีวา ไม่หดหู่ (บุษยมาส สินธุประมา, 2539 อังใน มาสวรี สังข์เรียง, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของ วนาพร หลอยกร (2542) พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากน้อยแตกต่างกันจะมีระดับคะแนนของภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกันได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมของชุมชนที่ไม่ใช่ของชมรมผู้สูงอายุ การทำบุญตักบาตร การร่วมงานบุญประเพณี การพูดคุยกับเพื่อนบ้าน การออกกำลังกายร่วมกับผู้อื่น การไปเยี่ยมเพื่อนและญาติพี่น้อง การไปทัศนากับเพื่อน นอกจากนี้การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ระดับ การรับรู้ และความจำของผู้สูงอายุสูงขึ้น (Kristin R. Krueger, Robert S. Willson & Julia M. Kamenetsky, et al., 2009) รวมถึงระดับของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Engagement) อาจส่งผลในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม (Jagan A Pillai, Joe Verghes, 2009)

3) ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ

3.1) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จะช่วยบ่งบอกภาวะสุขภาพและความสมบูรณ์ของผู้สูงอายุ ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่แตกต่างกันทำให้คะแนนภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกัน (วนาพร หลอยกร, 2542) ซึ่งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน Activity of daily living (ADL) มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากขณะที่มนุษย์มีชีวิตอยู่ จำเป็นต้องเคลื่อนย้าย เดินไปมา

และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งที่อยู่รอบตัวตลอดเวลา ทั้งสิ่งแวดล้อม เหตุการณ์ สังคม หรือกิจวัตรประจำวันส่วนตัว เช่นอาบน้ำ แปรงฟัน แต่งตัว รับประทานอาหาร ดูทีวี อ่านหนังสือพิมพ์ ฯลฯ เหตุการณ์ต้องใช้สมองเกี่ยวกับเรื่องความจำ การวิเคราะห์ข้อมูล การตัดสินใจ และการกระทำ สมองจะถูกกระตุ้นให้จำ ให้คิด ให้สั่ง งานตลอดเวลา จนกว่าจะจบกิจวัตรประจำวัน (สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

3.2) การมีโรคประจำตัว โรคหรือภาวะและอาการที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อม ได้แก่

- ภาวะความดันโลหิตต่ำ ในผู้สูงอายุเกิน 75 ปี ที่มีความดัน diastolic ที่ 70 มิลลิเมตรปรอทหรือต่ำกว่า เป็นเวลา 2 ปี ขึ้นไป มีโอกาสเป็นโรคสมองเสื่อมสูง (อรวรรณ กูหา และคณะ, 2551)

- ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแดงสมองแตกและตีบ และทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง (vascular dementia) (อรวรรณ กูหา และคณะ, 2551) และโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง (สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

- โรคเบาหวาน การเกิดสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ และภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานแต่กลไกที่ทำให้เกิดโรคนั้นยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด (อรวรรณ กูหาและคณะ, 2551) การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นอย่าง ค่อยเป็น ค่อยไปและเกิดขึ้นกับอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย คือ หากมีโรคนานหรือมีการควบคุมโรคที่ไม่ดีก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด และมีปัญหาแทรกซ้อนของอวัยวะอื่นๆ ตามมา (พงษ์อมร บุญนาค, 2542) โรคเบาหวาน จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมชนิดภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง (สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

- โรคไขมันในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดสูงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง (สถาบันประสาทวิทยา, 2551) ซึ่งไขมันในเลือดสูงเป็นภาวะที่ร่างกายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคภาวะหลอดเลือดแข็ง (atherosclerosis) และทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular diseases) โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease) และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (peripheral arterial disease) (พึงใจ งามอุโฆษ และคณะ, 2550) และภาวะไขมันในเลือดสูงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง (สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

- โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (สถาบันประสาทวิทยา, 2551) ซึ่งมีผลทำให้สมองเกิดการขาดเลือด อาจทำให้สมองตายส่งผล

ต่อการทำงานของสมอง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของ ความจำ สติปัญญา อารมณ์ และพฤติกรรม (วนาพร หลอยกร, 2542)

- โรคหลอดเลือดสมอง การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิด ภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง (สถาบันประสาทวิทยา, 2551) ถ้ามีหลอดเลือดตีบมากจะทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ไม่สมบูรณ์ เมื่อสมองขาดเลือดทำให้เนื้อสมองบางส่วนค่อยๆ ตาย ความสามารถของสมองลดลง บางครั้งการเกิดการตีบตันของเส้นเลือดใหญ่ในสมองทำให้ผู้ป่วยแขนขาอ่อนแรง เป็นอัมพาต อัมพฤกษ์ ความรู้สึกลดลงร่วมกับมีลักษณะสมองเสื่อมซึ่งถือว่าเป็นสมองเสื่อมจากหลอดเลือด (สิรินทร นันศิริกาญจน, 2548)

- โรคไทรอยด์ เป็นความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ผิดปกติ ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการทำงานของสมอง (สิรินทร นันศิริกาญจน, 2548)

3.3) การเจ็บป่วยทางสมอง การติดเชื้อในสมอง เช่น การติดเชื้อ HIV เชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อไวรัส และแบคทีเรีย และการได้รับความกระทบกระเทือนสมองที่สมอง เช่น นักมวยหรือ ผู้เล่นกีฬาที่ใช้ศีรษะเป็นประจำ มีผลทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้ (สิรินทร นันศิริกาญจน, 2548)

3.4) การมีโรคทางสมองที่ได้รับการถ่ายทอดจากพันธุกรรม โดยพบในการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ ที่พบความผิดปกติของยีนและโครโมโซม คู่ที่ 1 และ 14 (สิรินทร นันศิริกาญจน, 2543) และปัจจัยทางพันธุกรรมมีส่วนเสริมให้เกิดภาวะสมองเสื่อมประมาณ ร้อยละ 31 และร้อยละ 10-15 ของผู้ป่วยอัลไซเมอร์ มีประวัติครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน (จารุวรรณ ต.สกุลและเปรมฤทัย น้อยหมื่น ไวย , 2545)

3.5) พฤติกรรมและอาการภาวะสมองเสื่อม การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ เป็นปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจพบได้บ่อยที่สุดในของผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้แก่ ความไม่กระตือรือร้น การหลงผิด ประสาทหลอน การเห็นภาพหลอน หูแว่ว อารมณ์โกรธอย่างฉับพลัน อารมณ์ซึมเศร้า (สมจินต์ โฉมวัฒนะชัยและสมฤดี เนียมหอม, 2552)

4) ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ

4.1) การบริโภคอาหาร ผู้สูงอายุแม้ว่าความต้องการปริมาณอาหารลดลงจากวัยหนุ่มสาว แต่จำเป็นต้องได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอเพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอและสร้างความต้านทานโรค (สุจิตรา ผลประไพ, 2548) ผู้สูงอายุจะร่างกายแข็งแรง ควรรับประทานอาหารตามโภชนบัญญัติให้ครบ 5 หมู่ และให้หลากหลาย หลีกเลียงอาหาร ที่มีไขมันสูง อาหารหวานจัด และเค็มจัด ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน (แสงโสม สีนะวัฒน์ และบุญเย็น วราศรัย, 2548) นอกจากนี้พบว่า วิตามินบีชนิด

ต่างๆ ช่วยในการทำงานของระบบประสาทโดยทำงานร่วมกับธาตุเหล็ก สังกะสี และน้ำตาลกลูโคส (วันดี โภคะกุลและจิตินภา วาณิชโรจน์, 2545)

4.2) การสูบบุหรี่ บุหรี่เป็นสิ่งที่อันตรายต่อสุขภาพ โดยเฉพาะเซลล์สมอง สารพิษที่เกิดจากการเผาไหม้ของบุหรี่ ทำให้เกิดการระคายเคืองต่ออวัยวะที่สัมผัส และมีฤทธิ์กระตุ้นร่างกายทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงอาจทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว แดง และตีบได้ (วนาพร หลอยกร, 2542)

4.3) การดื่มสุรา การดื่มสุราส่งผลต่อการทำงานของสมองและระบบประสาท พิษของแอลกอฮอล์ ทำให้สมองเสื่อมเนื่องจากไปทำลายเซลล์สมอง (วนาพร หลอยกร, 2542)

4.4) การออกกำลังกาย การออกกำลังกาย มีความสำคัญสำหรับผู้เป็นภาวะสมองเสื่อม จะทำให้ ระยะเวลาห่างของข้อ เพิ่มความแข็งแรง ความคงทนของกล้ามเนื้อ เพิ่มความแข็งแรงของระบบไหลเวียนเลือดและพัฒนากิจกรรมประสานงานของระบบประสาท กล้ามเนื้อและการทรงตัว (สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

4.5) การใช้ยาหรือสารเสพติด ยาที่ทำให้เกิดผลต่อภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อยคือยากลุ่มลดอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต(Anticholinergic) เช่น Sedative, antihistamines, antispasmodics, tricyclic, tryhexy/phenidyl ยากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular) ยากลุ่มลดความดันโลหิต (Antihypertensive) ยากลุ่มระงับประสาทและยานอนหลับ (sedative-hypnotic) (สถาบันประสาทวิทยา, 2551) เมื่อได้รับยากันชัก ยานอนหลับ และยากลายเครียด ในขนาดที่สูงเกินไปหรือสะสมอยู่ในร่างกายนานๆ อาจทำให้การทำงานของสมอง ความเฉลียวฉลาด ลักษณะบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2548) และ การใช้สารเสพติดจะทำให้เกิดความจำบกพร่อง (Cognitive impairment) (สถาบันประสาทวิทยา, 2551) แต่สำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีสาเหตุ จากโรคความดันโลหิตสูงหรือ โรคเบาหวาน การควบคุมความดันโลหิตสูงและเบาหวานด้วยยา จะทำให้อาการของสมองเสื่อมช้าลง (พรณี จันทร์อินทร์, 2547)

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และส่งผลต่อภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกันไปตามสภาพสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรม การศึกษาในครั้งนี้ศึกษาจึงเลือกศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ คือ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การมีโรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยทางสมอง ประวัติครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพ

นโยบายเกี่ยวกับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม

การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยมีการดำเนินการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE -Thai Version 2002) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ คัดกรองในผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 9,210 ราย ระหว่างปีพ.ศ. 2551 - 2552 พบความชุกของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 12.3 เพศหญิง ร้อยละ 15.0 เพศชาย ร้อยละ 8.9 โดยพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 32.5, กลุ่มอายุ 70 - 79 ปี ร้อยละ 14.7 และกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 7.1 (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2552)

นโยบายของประเทศไทยด้านภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ มีการคัดกรองหลายรูปแบบ โดยในปี 2545 คัดกรองแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE -Thai Version 2002) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ และ ในปี พ.ศ. 2546 - 2547 มีการพัฒนาเครื่องมือเป็นแบบทดสอบสภาพสมองไทย (Thai Mental State Exam หรือ TMSE) โดยปัจจุบันสามารถใช้แบบคัดกรองได้ทั้ง 2 แบบ (อรุวรรณ คุหาและคณะ, 2551) และมีการดำเนินการคัดกรองและรายงานโดยศูนย์สารสนเทศ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สำหรับนโยบายด้านการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมและการดูแลรักษาถูกต้องและเป็นมาตรฐานเดียวกันในระดับประเทศ (สถาบันประสาทวิทยา, 2551) ส่วนนโยบายการทำงานเชิงรุกในพื้นที่ไม่มีการแยกเฉพาะด้านแต่บูรณาการเป็นองค์รวมร่วมกับการจัดรูปแบบการบริการด้านสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ โดยการสร้างเสริมให้ครอบครัวเข้มแข็งสามารถดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนศักยภาพของผู้สูงอายุ ด้านความรู้ กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ จัดระบบการดูแลปฐมภูมิในชุมชนให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับปัญหาของผู้สูงอายุ ให้บริการเชิงรุกเข้าถึงผู้สูงอายุและผู้ดูแล จัดระบบดูแลเฉพาะกลุ่มที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม นอกจากนี้ยังส่งเสริมการจัดบริการโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุด้วยโอกาสดูแลโดยเพื่อนบ้าน จิตอาสา ชมรมผู้สูงอายุ และองค์กรชุมชน (สำนักวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน, 2552) สำหรับนโยบายการดำเนินงานด้านภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ได้มีการบรรจุไว้ในแผนการคัดกรองสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ โดยความร่วมมือของ 3 ภาครหลัก ได้แก่ ภาควิชาการชุมชน และท้องถิ่น ภาควิชาการสุขภาพ และภาควิชาการทางสังคมเพื่อจัดบริการผู้สูงอายุในชุมชนตามภาวะสุขภาพ (ชูชัย ศุภวงศ์, 2553)

นโยบายเกี่ยวกับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่คัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ จะส่งผลให้ชุมชน และสถานบริการสาธารณสุข มีฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อจะได้ให้การรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และร่วมกันส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในการป้องกันและลดภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

สถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

สถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในจังหวัดแพร่ ในปีงบประมาณ 2553 จังหวัดแพร่ มีประชากรทั้งหมด จำนวน 471,453 คน เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 69,296 คน คิดเป็นร้อยละ 14.69 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่, 2553) มีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมอายุ 60ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลแพร่ ในปีงบประมาณ 2551 - 2553 แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 93 คน, 100 คน และ 125 คน ตามลำดับ (เวชระเบียนโรงพยาบาลแพร่, 2553) จะเห็นได้ว่าอัตราการป่วยจากโรคสมองเสื่อมมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในทุกๆ ปี สำหรับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของจังหวัดแพร่ ได้เคยมีนโยบายการดำเนินงานตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2544 แต่การดำเนินงานไม่ต่อเนื่องและไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ จึงทำให้ขาดฐานข้อมูลเกี่ยวกับความชุกของภาวะสมองเสื่อมในระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ในปัจจุบัน

อำเภอหนองม่วงไข่ เป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดแพร่ ห่างจากตัวจังหวัดแพร่ 20 กิโลเมตร มีประชากร ในปีงบประมาณ 2553 จำนวน 19,724 คน เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 3,069 คน คิดเป็นร้อยละ 15.56 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่, 2553) สถานบริการสาธารณสุข มีโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 แห่งโดย ตำบลน้ำริด เป็นตำบลในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองม่วงไข่ อยู่นอกเขตเทศบาลหนองม่วงไข่ มีประชากรทั้งหมด จำนวน 3,520 คน เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 517 คน คิดเป็น ร้อยละ 14.69 ของประชากร โดยผู้สูงอายุ เป็นเพศชาย ร้อยละ 39.2 และเพศหญิง ร้อยละ 60.8 และจากรายงานการให้บริการผู้ป่วยที่บ้านของโรงพยาบาลหนองม่วงไข่ พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม จำนวน 7 ราย สาเหตุจากหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุทางสมอง และอัลไซเมอร์ และมีผู้ป่วย จำนวน 4 ราย ที่ต้องได้รับการดูแลตามระบบบริการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง โดยทีมสหวิชาชีพ (โรงพยาบาลหนองม่วงไข่, 2554) ซึ่งโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขในเครือข่ายไม่มีการคัดกรองและสำรวจภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน รวมทั้งยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อม ที่จะป็นข้อมูลทำให้สามารถนำไปวางแผนป้องกันโรคภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในพื้นที่ได้

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้ศึกษาสนใจที่จะศึกษาความชุกของภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อม และปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ตำบลน้ำร้อน อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ ดังกรอบแนวคิดนี้

กรอบแนวคิดในการศึกษา

ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการทำงานของสมองที่เสื่อมลง ในเรื่องความจำ การใช้ความคิด และการเรียนรู้สิ่งใหม่ และมีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกกร่วมด้วยจนมีผลกระทบต่อการทำงานหรือการใช้ชีวิตของบุคคลนั้นๆ ซึ่งพบค่อนข้างมากในผู้สูงอายุ ศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อม และปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ตำบลน้ำร้อน อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ โดยใช้เครื่องมือ คือ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE- Thai 2002) ของ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ และแบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสามารถในการอ่าน-เขียน การศึกษา อาชีพ รายได้ 2) ปัจจัยสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 3) ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การมีโรคประจำตัว พฤติกรรมและอาการภาวะสมองเสื่อม ประวัติการเจ็บป่วยทางสมอง ประวัติการเป็นโรคทางสมองของครอบครัว และ 4) ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย การช้ยาและสารเสพติด ผลการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนในการดูแล และป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ รวมถึงเป็นแนวทางให้ผู้เกี่ยวข้อง จัดทำโครงการและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ให้มีประสิทธิภาพต่อไป