

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า ตำรา เอกสารทางวิชาการ บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีเนื้อหา ดังนี้

1. ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของภาวะสมองเสื่อม
 - 1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อม
 - 1.3 อาการและอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อม
 - 1.4 การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม
 - 1.5 การป้องกันภาวะสมองเสื่อม
2. แนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อม
 - 2.1 การป้องกันระดับปฐมภูมิ
 - 2.2 การป้องกันระดับทุติยภูมิ
 - 2.3 การป้องกันระดับตติยภูมิ
 - 2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม
 - 2.4.1 ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม
 - 2.4.2 ทักษะการตัดสินใจ
3. การวิเคราะห์สถานการณ์

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

ความหมายของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมเป็นลักษณะของกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของสมองในส่วนของเปลือกสมอง (cerebral cortex) หรือวิถีประสาทที่เกี่ยวข้อง (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543) มีความบกพร่องของเชาวน์ปัญญาหลายด้าน เช่น การรับรู้ (perception) ความจำ (memory) จินตนาการ (imagine) การคิด (thinking) การใช้เหตุผล (reasoning) และการตัดสินใจ (judgment) (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543) และมีความผิดปกติด้านการใช้ภาษา การทำกิจกรรมที่มีเป้าหมาย การรับสัมผัส และการปฏิบัติกิจกรรมด้านการบริหารอย่างน้อยหนึ่งด้าน อีกทั้งยังมีการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพ พฤติกรรม และอารมณ์ ซึ่งหากอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงจะส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และเป็นอุปสรรคในการทำงานและการใช้ชีวิตในสังคม (American Psychological Association, 2012) อาการผิดปกติเหล่านี้จะดำเนินไปเรื่อยๆ และไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ ยกเว้นภาวะสมองเสื่อมบางชนิดที่สามารถรักษาให้หายได้ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อม

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสมองเสื่อมมีหลายประการ ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. การเสื่อมสลายของเนื้อสมอง โดยไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน ทำให้การหลั่งสารสื่อประสาทอะซิติลโคลีน (acetylcholine) ลดลง มีการสะสมของสารโปรตีนเบต้าอะไมลอยด์ (beta amyloid proteins) และสารอะลูมิเนียม (aluminum) เพิ่มขึ้นในสมอง ส่งผลให้การทำหน้าที่ของสมองลดลง (จารุวรรณ ค.สกุล และเปรมฤทัย น้อยหมื่นไว, 2545) หรือมีการตายเกิดขึ้น โรคที่พบบ่อยในกลุ่มนี้ ได้แก่ โรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน โดยพบว่าโรคอัลไซเมอร์เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดร้อยละ 50-70 โดยเฉพาะในยุโรปและอเมริกาเหนือ (Alzheimer's Association, 2012) สำหรับการศึกษาในประเทศไทย ขณะนี้ยังไม่มีตัวเลขที่แน่นอนว่า คนไทยเป็นโรคอัลไซเมอร์มากน้อยเพียงใด และคิดเป็นอัตราส่วนเท่าใดของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด

2. ปัญหาหลอดเลือดสมอง เกิดจากหลอดเลือดแดงเสื่อม เมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทั่วร่างกาย ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละคน โดยมีไขมันสะสมที่ผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองมีการหนาตัว แข็งตัว หรือมีการตีบตัวผิดปกติ ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลง (American Psychiatric Association, 2012) ถ้าลดลงมากจนถึงระดับที่ไม่เพียงพอกับการใช้งานของสมอง ก็จะทำให้เนื้อสมองตาย เนื้อสมองส่วนที่ตายไปนั้น ถ้าเกิดขึ้นในพื้นที่เล็กๆ ก็อาจจะยังไม่มีอาการในระยะแรก แต่ถ้าการตายของเนื้อสมอง

เนื่องจากการขาดเลือดนี้เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก จนเนื้อสมองมีการตายเป็นจำนวนมาก จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการหลงลืมหรือสมองเสื่อมได้ ในบางครั้งเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมองนั้นอุดตันในบริเวณเส้นเลือดใหญ่ ทำให้เกิดเนื้อสมองตายขนาดใหญ่ อาจจะทำให้เกิดอาการสมองเสื่อมได้ ถึงแม้ว่าจะมีการอุดตันเส้นเลือดเพียงครั้งเดียวก็ตาม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับขนาดบริเวณของสมองที่มีการเสียหายเนื่องจากการขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 33 เกิดภาวะสมองเสื่อมตามมา ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่าจะมีเส้นเลือดสมองตีบผิดปกติ มักจะอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ระดับไขมันคอเลสเตอรอลสูง โรคหัวใจ หรือผู้ป่วยที่สูบบุหรี่เป็นต้น (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2542; สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2555)

3. การติดเชื้อในสมองทำให้เนื้อสมองมีการอักเสบเฉียบพลัน (acute encephalitis) การติดเชื้อในสมองทำให้เซลล์บางส่วนของสมองตายไป ส่งผลต่อความเฉลียวฉลาดและลดการทำงานของสมองด้วย ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัสหลายชนิด ได้แก่ การติดเชื้อเอชไอวี เชื้อซิฟิลิส เชื้อวัณโรค และเชื้อรา เป็นต้น ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งจะถึงแก่ความตาย ผู้ป่วยที่ไม่เสียชีวิตก็จะมีอาการเสียหายของเนื้อสมอง ซึ่งความเสียหายนี้จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการติดเชื้อในสมอง (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2555)

4. การขาดสารอาหารบางชนิด โดยเฉพาะวิตามิน เช่น วิตามินบี 1 หรือวิตามินบี 12 วิตามินบี 1 เป็นสารช่วยทำให้การทำงานของเซลล์สมองเป็นไปอย่างปกติ ผู้ที่ขาดวิตามินบี 1 มักจะพบในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง และมักไม่ได้รับประทานอาหารที่เพียงพอ ทำให้เซลล์สมองทำงานไม่ได้ตามปกติ จนอาจจะถึงแก่เซลล์สมองเสียหายตายไป สำหรับผู้ป่วยที่ขาดวิตามินบี 12 มักจะพบในผู้ป่วยที่เป็นมังสวิรัติอย่างเคร่งครัด เป็นเวลานานหลายๆ ปี นอกจากนี้ยังอาจพบการขาดวิตามินบี 12 ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น ทำให้การดูดซึมวิตามินบี 12 จากกระเพาะอาหารและลำไส้เข้าสู่ระบบร่างกายลดลง (Brien, Ames, & Burn, 2000)

5. ยาหรือสารที่เป็นพิษ โดยเฉพาะยาที่มีผลต่อการทำงานของสมอง เช่น ยากันชัก ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ถ้าได้รับยาในขนาดที่สูงเกินไปหรือสะสมอยู่ในร่างกายนาน อาจทำให้การทำงานของสมอง ความเฉลียวฉลาด ลักษณะบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป

6. สมองเสื่อมจากความผิดปกติของการเผาผลาญ เช่น การทำงานของต่อมไร้ท่อบางชนิดผิดปกติไป เช่น ต่อมธัยรอยด์ทำงานมากเกินไป หรือทำงานน้อยไป การทำงานของตับหรือของไตผิดปกติไป จะทำให้เกิดของเสียคั่งอยู่ในร่างกาย ซึ่งมีผลทำให้สมองไม่สามารถสั่งการได้ตามปกติ ถ้าภาวะอย่างนี้เป็นอยู่นานๆ จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการสมองเสื่อมได้ (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2555)

7. สมองเสื่อมจากการถูกระบบประสาทที่ศีรษะอยู่เสมอๆ ภาวะนี้พบบ่อยในคนที่มียปัจจัยเสี่ยงที่จะมีการถูกระบบประสาทที่ศีรษะ โดยเฉพาะอาชีพนักมวย นักกีฬาบางชนิดที่ต้องใช้ศีรษะกระแทก

สิ่งต่างๆ หรืออาจจะพบในผู้ป่วยที่ดื่มสุรา หรือหกล้มศีรษะฟาดพื้น ถ้าเป็นซ้ำแล้วซ้ำอีกเนื้อสมองที่กระทบกระเทือนนั้นจะตายไป เมื่อเนื้อสมองตายไปจำนวนมากเข้าก็จะทำให้การทำงานไม่เป็นปกติ มีอาการสมองเสื่อมได้

8. สมองเสื่อมจากเนื้องอกในสมอง ได้แก่ เนื้องอกที่เกิดจากทางด้านหน้าของสมอง (frontal lobe) ผู้ป่วยอาจจะไม่มีอาการแบบที่พบในเนื้องอกสมองส่วนอื่น เช่น อาการแขนขาไม่มีแรง มองเห็นภาพซ้อน หรืออาการซึ่งแสดงว่ามีความดันในกระโหลกศีรษะมากขึ้น เช่น อาเจียนหรือปวดศีรษะ อาจจะทำให้นักศึกษาเปลี่ยนแปลง ความจำและการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงไป สมองเสื่อมลง (จารุวรรณ ต.สกุล และเปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, 2545)

อาการและอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะมีอาการเปลี่ยนแปลงช้าๆ ค่อยเป็นค่อยไป และจะมีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ช่วงอายุวัยและช่วงระยะเวลาการดำเนินของโรคอาจช้าหรือเร็วแตกต่างกัน โดยระยะเวลาเฉลี่ยรวม 4-10 ปี (เฉลิมชาติ วรรณพฤกษ์, 2543) ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสติปัญญา ด้านการรู้คิด ด้านพฤติกรรมและด้านอารมณ์ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551; Sorrentino & Gorek, 2007)

ผู้ป่วยช่วงระยะเริ่มต้น จะมีอาการลืม จำเรื่องบางอย่างไม่ได้ ชอบพูดซ้ำๆ คิดชื่อคนไม่ออก ทำงานซับซ้อนไม่ได้ การสูญเสียความจำจะเริ่มจากความจำระยะสั้นก่อน แต่ความจำระยะยาวจะสูญเสียช้ากว่า เช่น ความทรงจำในช่วงยังเป็นวัยรุ่น อาจจะจำได้คืออยู่จำได้ว่าบ้านตอนนั้นอยู่บริเวณใด ประวัติของเครือญาติ จะสามารถเล่าแต่เรื่องเก่าๆ ซ้ำๆ แต่หากลงลึกรายละเอียดจริงๆ อาจจะพบว่าความทรงจำเก่าๆ นั้นก็เริ่มมีการเปลี่ยนแปลง หรือบิดเบือนไปจากที่เป็นจริง นอกจากนั้นผู้ป่วยมักจะ มีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องการใช้ภาษา ซึ่งในระยะนี้มีความลำบากในการเรียกชื่อสิ่งของที่ เป็นชื่อเฉพาะ รับรู้ว่ามีนาฬิกาเอาไว้ใช้ดูเวลา แต่ไม่สามารถเรียกนาฬิกาได้ถูกต้อง หรือสิ่งของที่ไม่ค่อยได้ใช้ หรือนานๆ จะใช้สักครั้งเมื่อพูดถึงก็จะยังพูดไม่ถูกหรือเรียกไม่ถูกต้อง มีการอธิบายว่าจะทราบว่าผู้ป่วยจะกล่าวถึงอะไร ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ อาบน้ำ แต่งตัวได้เอง แต่ช้าลงกว่าเดิม อาจจะทิ้งสิ่งของไว้ไม่เป็นระเบียบ ในระยะนี้ผู้ป่วยจำนวนมากจะเริ่มรู้ว่าตัวเองผิดปกติ ความจำไม่ดี ส่วนมากแพทย์มักจะยังไม่สามารถตรวจพบความผิดปกติที่ชัดเจน มักจะบอกว่าลืม อาจจะมีความรู้สึก กระวนกระวาย วุ่นวายอยู่ไม่สุข กลับกันบางรายอาจจะมีลักษณะซึมเศร้า แยกตัวถดถอย ไม่ยอมรวมกลุ่มกับใคร ยิ่งทำให้อาการหลงลืมเป็นมากขึ้น อาการของโรคในระยะแรกนี้อาจจะเป็น ตั้งแต่ 1-5 ปี (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551; กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2552; Alzheimer's Association, 2010)

ระยะที่สอง อาการของโรคจะดำเนินต่อไปจนสูญเสียความจำใกล้ๆ มากขึ้น จำไม่ได้ว่ารับประทานอาหารไปแล้ว พอเห็นคนอื่นรับประทานก็จะทานอีก ซึ่งทุกคนจะยืนยันว่าทานไปแล้ว แต่ผู้ป่วยก็จะไม่เชื่อ เกิดการทะเลาะโต้เถียงกัน ผู้ป่วยหลายรายในระยะนี้เริ่มมีความบกพร่องในการดูแลตัวเอง โดยการไม่อาบน้ำ หลงลืมว่าจะต้องตัดเล็บ ต้องสระผม บางครั้งชวนไปอาบน้ำ กลับมีอาการโกรธ ให้ไปอาบน้ำเองก็ไม่ยอมไป เนื่องจากไม่ทราบว่าต้องไปเอาเสื้อผ้าที่ไหน จะต้องเปิดน้ำอย่างไร นึกไม่ออกว่าจะต้องทำอะไรต่อไป จึงเกิดการบ่นเบี่ยง ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ชอบออกนอกบ้านอาจจะหลงทางเพราะจำทิศทางไม่ได้ ทั้งๆ ที่ถนนนั้นอยู่ห่างออกจากบ้านไปไม่ไกล แต่ก่อนเคยเดินไปได้ถึงสี่แยกที่อยู่ใกล้บ้าน แต่คราวนี้เดินไปถึงสี่แยกแล้วนึกไม่ออกว่าจะต้องเลือกเส้นทางไหนถึงจะกลับบ้านได้ถูกต้อง ผู้ป่วยก็พยายามมอง และก็เดินไปเดินไปเรื่อยๆ ในที่สุดหลงทาง ถ้าถามว่าบ้านอยู่ที่ไหนก็จะตอบไม่ได้ รู้แต่ว่าอยู่ใกล้ๆ กับสะพานสูงๆ หรือบอกแต่ว่าบ้านมีต้นไม้ใหญ่ๆ ระยะนี้ผู้ป่วยจะใช้ภาษาผิดพลาดมากกว่าเดิม จะเรียกคำศัพท์เฉพาะไม่ค่อยถูกต้อง เรียกชื่อคนผิดๆ ถูกๆ ความเฉลียวฉลาดจะลดลงมาก ไม่สามารถจะใช้เงินทองได้ ไม่สามารถจะบวกเลขได้ถูกต้องได้ ระยะนี้จะเป็นอย่าง 2-5 ปี (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551; กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2552; Alzheimer's Association, 2010)

ระยะที่สาม ระยะรุนแรง ความเฉลียวฉลาดและความจำของผู้ป่วยจะลดลงมาก ไม่สามารถจำชื่อคนใกล้ชิดได้ว่ามีความสัมพันธ์กับคนอย่างไร เป็นภรรยาหรือเป็นลูกคนที่เท่าไร แต่รู้ว่าคนนี้เรายังรู้จัก จะแสดงสีหน้ายินดีที่เจอ จะเข้ามาทักทายปราศรัย แต่เรียกชื่อไม่ถูก บางรายก็จะเริ่มจำตัวเองไม่ได้ ไม่รู้ว่าตัวเองชื่ออะไร เกิดเมื่อไหร่ อายุเท่าไร ผู้ป่วยอาจจะมีความประหลาดผิดปกติแต่ควบคุมไม่ได้ รับประทานอาหารไม่เป็นระเบียบ มีการขโมยสิ่งของต่างๆ เอาของไปซ่อน หรือขว้างปาสิ่งของต่างๆ ผู้ป่วยอาจจะเริ่มไม่สามารถบอกได้เกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ ผู้ป่วยจะเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง ไม่พูด หากพูดจะมีลักษณะสั้นๆ ซ้ำๆ ในที่สุดผู้ป่วยก็มักจะเสียชีวิตจากแผลกดทับหรือการเป็นปอดบวม (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551; กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2552; Alzheimer's Association, 2010)

การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม

เกณฑ์ที่นิยมใช้มากที่สุดในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมคือ เกณฑ์ของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th Edition (DSM-IV) (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551) ดังนี้

1. การทำงานของสมองด้านเชาวน์ปัญญาบกพร่อง (cognitive deficits) แสดงออกทั้ง 2 ข้อได้แก่

1.1 ความจำเสื่อมลง (memory impairment) เป็นการเสื่อมในความสามารถที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่หรือการระลึกถึงเรื่องราวต่างๆ ที่ผ่านมาในอดีต

1.2 มีความผิดปกติด้านเชาว์ปัญญา (cognitive disturbance) อย่างน้อย 1 ด้าน ได้แก่ ความผิดปกติด้านการใช้ภาษา (aphasia) ตัวอย่างเช่น นึกคำพูดไม่ออก ความเข้าใจภาษาลดลง (apraxia) ตัวอย่างเช่น ไม่สามารถแปรงฟัน หวีผมได้ ตอกตะปูไม่เป็น โดยที่ไม่ได้เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อ (motor system) และระบบควบคุมกล้ามเนื้อจากระบบสั่งการ (extrapyramidal system) การไม่รับรู้ในสิ่งที่เคยรู้มาก่อน (agnosia) เช่น เห็นสิ่งของแล้วไม่รู้ว่าคืออะไร เห็นหน้าคนคุ้นเคยแต่นึกหน้าไม่ออก เป็นต้น ความผิดปกติในการบริหารจัดการ (disturbance of executive function) ได้แก่ ความผิดปกติในการวางแผนงาน (planning) การจัดระบบงาน (organizing) เรียงลำดับงาน (sequencing) และการคิดอย่างเป็นนามธรรม (abstract thinking)

2. ความบกพร่องด้านเชาว์ปัญญาที่เกิดขึ้น ทั้งความจำเสื่อมลง และมีความผิดปกติด้านเชาว์ปัญญามากถึงกับส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ทางสังคมหรือการประกอบอาชีพ และมีระดับความสามารถที่ลดลงจากเดิม

3. ความผิดปกติที่เป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป และมีแนวโน้มแย่ลงเรื่อยๆ

4. ความผิดปกติด้านเชาว์ปัญญา โดยที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากอาการทางระบบประสาทส่วนกลางอื่นๆ หรือระบบอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดภาวะสมองเสื่อม หรือสารเคมี หรือยาอื่นๆ ที่กระตุ้นให้เกิดอาการความผิดปกติที่เกิดขึ้นไม่ได้อยู่ในขณะที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium)

5. ความผิดปกติที่ไม่ได้มาจาก Axis I Disorder เช่น Depression หรือ Schizophrenia

นอกจากนี้ยังมีการแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แบบประเมิน Clinical Dementia Rating (CDR) ซึ่งเป็นแบบประเมินอาการสมองเสื่อม ประกอบด้วย 6 หัวข้อ ดังนี้ 1) ความจำ 2) การรับรู้เวลา และสถานที่ 3) การตัดสินใจ และการแก้ปัญหา 4) เรื่องของสังคม 5) บ้าน และงานอดิเรก 6) การดูแลตนเอง การทดสอบใช้การสัมภาษณ์พูดคุย โดยผู้ทดสอบเป็นผู้กำหนดคะแนนเองจากคำบอกเล่าทั้งหมด ในแต่ละหัวข้อจะแบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ และในแต่ละหัวข้อเป็นอิสระต่อกัน (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551) อย่างไรก็ตามเกณฑ์การคัดกรองนี้อาจเหมาะสมกับโรคอัลไซเมอร์มากกว่าโรคอื่น และมีข้อจำกัดหลายอย่าง เช่น โรค frontotemporal dementia มีพฤติกรรมที่ผิดปกติเป็นอาการนำ โดยที่ความจำยังดี การใช้เกณฑ์ข้อ 1 จึงมีข้อจำกัดในการวินิจฉัยโรคนี้ นอกจากนั้นผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพและไม่ค่อยได้ทำกิจกรรมใดๆ นอกจากความสามารถในการทำกิจวัตรชนิดพื้นฐาน ถ้ามีภาวะสมองเสื่อมระยะแรกๆ อาจยังไม่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตที่ชัดเจนนัก (วิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552; ศิริพันธุ์สาส์น, 2551)

การป้องกันภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่ทั่วโลกให้ความสำคัญและตระหนักถึง เนื่องจากปัจจุบันยังไม่สามารถระบุสาเหตุแท้จริงที่เป็นต้นกำเนิดของภาวะสมองเสื่อม และยังขาดการรักษาทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ จึงพบอุบัติการณ์และความชุกของการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้นถึงแม้ว่ายังไม่มีการรักษาโรคให้หาย แต่มีวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอความเสื่อมของเซลล์ประสาทอันเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะสมองเสื่อม (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552) ดังนี้

1. การรักษาค่าดัชนีมวลกาย (body mass index) ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เนื่องจากความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วน โดยพบว่าอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามค่าดัชนีมวลกาย การรักษาค่าดัชนีมวลกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ 20.00-22.50 กิโลกรัมต่อตารางเมตร สามารถช่วยการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ (Rosengren, Skoog, Gustafson & Wilhelmsen, 2005)

2. การหลีกเลี่ยงสารที่จะทำให้เกิดอันตรายแก่สมอง เช่น บุหรี่ และแอลกอฮอล์ เป็นต้น เนื่องจากการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดความเสื่อมของเซลล์ประสาทเร็วขึ้น (Cataldo, Prochaska, & Glantz, 2010; Virta et al., 2010) จากการศึกษาพบว่า การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ สามารถลดโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ (Rusanen, Kivipelto, Quesenberry, Zhou & Whitmer, 2011; Peters, Warner, Beckett, & Bulpitt, 2008)

3. การออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกาย เนื่องจากการออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ โดยทำให้ระบบการไหลเวียนเลือดดีขึ้นและเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปที่สมอง ลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองและป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ (Geda, et al., 2010) และจากการศึกษาวิจัยแบบสำรวจถึงความสัมพันธ์ของการออกกำลังกายกับการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จำนวน 1,740 คน ที่ไม่มีความผิดปกติทางด้านความคิดและความจำ โดยทำการเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มที่ออกกำลังกายมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ กับผู้สูงอายุกลุ่มที่ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยทำการศึกษาเป็นระยะเวลา 6 ปี 2 เดือน พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่ออกกำลังกายมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ มีอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมน้อยกว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (Larson et al., 2006)

4. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลสูง เนื่องจากการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลสูง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (Takechi, Galloway, Pallegage-Gamarallage, Lam, & Mamo, 2010) จากการศึกษาวิจัยพบว่า

การรับประทานปลา ผัก และผลไม้มากขึ้น จะช่วยป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ (Nooyens et al., 2011) นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาถึงผลของการรับประทานอาหารที่มีสารต่อต้านอนุมูลอิสระ เช่น วิตามิน B 12 และกรดโฟลิก จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมลดลง (Whalley et al., 2013)

5. การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยการพบปะและพูดคุยกับผู้อื่นบ่อยๆ การทำกิจกรรมสันทนาการต่างๆ และการทำกิจกรรมที่ฝึกการทำงานของสมอง เช่น การอ่านหนังสือ การเขียนหนังสือบ่อยๆ การคิดเลข การเล่นเกมตอบปัญหา เป็นต้น จะเป็นการช่วยกระตุ้นความตื่นตัวของสมองในการได้ทดลองประสบการณ์ใหม่ๆ และทำให้ได้ใช้สมองในการคิด มีผลช่วยป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ (Karp, Paillard-Borg, Wang, Silverstein, Winblad, & Fratiglioni, 2006; Valenzuela & Sachdev, 2009)

6. การตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อคัดกรอง รักษาและควบคุมโรคที่ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมที่สามารถป้องกันได้ (Kumari & Heese, 2010; Sharp, Aarsland, Sønnesyn & Ballard, 2011; Haratz & Tanne, 2011; Kivipelto & Solomon, 2006)

แนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อม

ปัจจุบันในประเทศไทยยังไม่มีแนวทางเวชปฏิบัติหรือคำแนะนำในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่ชัดเจน มีเพียงแนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อมฉบับปีพ.ศ. 2551 ซึ่งเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าแนวทางในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม อาจแบ่งได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ การป้องกันระดับปฐมภูมิ การป้องกันระดับทุติยภูมิ และการป้องกันระดับตติยภูมิ (Mansell, 2009) ดังนี้

การป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention)

การป้องกันระดับปฐมภูมิ หมายถึง การป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมก่อนที่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงในระดับชีวภาพ หรือการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมที่สามารถป้องกันหรือเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การขาดวิตามินบางชนิด การขาดการออกกำลังกาย โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและภาวะดื้อต่ออินซูลิน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคหัวใจที่ทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บทางศีรษะ ภาวะสารโฮโมซิสเทอีนสูงในเลือด (hyperhomocysteinemia) และภาวะซึมเศร้า ดังนั้นจึงควรมีการรณรงค์ และประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ประชาชนทั่วไป เจ้าหน้าที่

ทางสาธารณสุข ชุมชนและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้ตระหนักถึงวิธีการป้องกันภาวะสมองเสื่อมระดับปฐมภูมิได้อย่างเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การวิจัยทางคลินิก และการวิเคราะห์เชิงอนุमानของการวิจัยทางคลินิก พบว่าการป้องกันภาวะสมองเสื่อมระดับปฐมภูมิมียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนและควรทำกิจกรรมด้านต่างๆ (สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย, 2554) ได้แก่

1. ควรจัดให้มีกิจกรรมทางความคิด (cognitive activities) เพื่อสนับสนุนให้มีการกระตุ้นสมองจากกิจกรรมที่ใช้ความคิด

2. ควรจัดให้มีกิจกรรมทางกาย (physical activities) เพื่อส่งเสริมให้มีการออกกำลังกาย และมีการเคลื่อนไหวของร่างกายอย่างสม่ำเสมอ

นอกจากนั้นการป้องกันภาวะสมองเสื่อมระดับปฐมภูมิที่ยังไม่มีหลักฐานชัดเจนว่าได้ประโยชน์ แต่ควรจะทำเนื่องจากมีหลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การวิจัยเชิงสำรวจ และการวิเคราะห์เชิงอนุमानจากการวิจัยเชิงสำรวจ (สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย, 2554) ได้แก่

1. ควรมีการสนับสนุน และส่งเสริมให้ประชากรมีการศึกษาที่สูง โดยเฉพาะให้มีระดับการศึกษาที่สูงกว่ามัธยมศึกษา และอ่านออกเขียนได้ สามารถเรียนรู้ศึกษาได้อย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการส่งเสริมให้รับประทานอาหารสุขภาพที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย โดยเน้นประเภทผักผลไม้ และปลา โดยควรเลือกรับประทานอาหารที่มีแคลอรีและไขมันไม่มากเกินไป

3. สนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่ โดยเฉพาะในผู้ที่สูบบุหรี่ และควรมีการรณรงค์ถึงโทษของการสูบบุหรี่ต่อสมองแก่ประชาชนทั่วไป นอกจากนี้ควรมีการสนับสนุนให้บุคลากรทางด้านสุขภาพมีความรู้ สามารถคัดกรอง ให้คำแนะนำและติดตามผู้สูบบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. สนับสนุนการเลิกดื่มสุรา และควรมีการรณรงค์ถึงโทษของการดื่มสุราต่อสมองแก่ประชาชนทั่วไป

5. แนะนำการหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บทางศีรษะ เช่น ในเด็ก และวัยกลางคน โดยควรมีการสวมหมวกนิรภัยเมื่อขับจักรยานยนต์ หรือหลีกเลี่ยงกีฬาที่มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บที่ศีรษะในผู้สูงอายุควรมีการคัดกรอง และป้องกันการหกล้ม

6. สนับสนุนให้ประชาชนมีการทำกิจกรรมทางสังคม เข้าสังคมอย่างสม่ำเสมอ มีกิจกรรมผ่อนคลายยามว่างที่หลากหลาย และสถานที่ทำกิจกรรมที่ประชาชนเข้าถึงได้

7. ควรมีการควบคุมและป้องกันโรคเรื้อรัง โดยการตรวจรักษาสม่ำเสมอ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคซึมเศร้า เนื่องจากการมีโรคเรื้อรังมีผลเสียต่อการทำงานของสมอง

การป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention)

การป้องกันระดับทุติยภูมิ หมายถึง การตรวจคัดกรองโรคตั้งแต่ผู้ป่วยยังไม่แสดงอาการรุนแรง โดยควรมีการฝึกอบรมบุคลากรทางด้านสุขภาพในการตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในระยะแรก ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเล็กน้อยของความสามารถของสมอง (mild cognitive impairment) และให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อมในระยะแรก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาอาการตั้งแต่ในระยะแรก ซึ่งจะสามารถช่วยลดความรุนแรงของการดำเนินโรคได้

การป้องกันระดับตติยภูมิ (tertiary prevention)

การป้องกันระดับตติยภูมิ หมายถึง การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยการชะลอการดำเนินของโรคเมื่อผู้ป่วยมีอาการแสดงของโรคชัดเจนแล้ว หรือป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค โดยการให้ยาที่ช่วยชะลอการดำเนินโรค เช่น cholinesterase inhibitor, memantine และวิตามินอี เป็นต้น รวมถึงการแก้ไขปัญหาด้านจิตเวชและพฤติกรรมที่เกิดในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม การทำกายภาพบำบัด และการเพิ่มคุณภาพของระบบการดูแล เช่น การจัดตั้งสถานดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย การช่วยเหลือและจัดหาแหล่งสนับสนุนสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น ซึ่งเป็นการช่วยชะลอปัญหาของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมอีกวิธีหนึ่ง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม

ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

1. ความหมายของความรู้

ความรู้ หมายถึง สิ่งที่บุคคลระลึกถึง จำได้ เกี่ยวกับความจริง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และรายละเอียดต่างๆ ของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจได้มาจากการสังเกต ประสบการณ์ การค้นคว้า หรือบางส่วนได้มาจากการประมวลผลของสมอง และแสดงออกมาในเชิงพฤติกรรมที่สามารถสังเกตหรือวัดได้ โดยความรู้ของแต่ละบุคคลนั้นมีหลายระดับ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ การเรียนรู้ ระยะเวลา และกระบวนการภายในสมองของแต่ละบุคคล (กิริติ บุญเจือ, 2542; ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526; ราชบัณฑิตยสถาน, 2538)

ระดับของความรู้สามารถแบ่งออกเป็น 6 ระดับ ดังนี้ (Bloom, 1975)

ระดับที่ 1 ความรู้ (knowledge) คือ การที่บุคคลนั้นสามารถดึงข้อมูลจากการจำได้ หรือการระลึกได้

ระดับที่ 2 ความเข้าใจ (understand) คือ การที่บุคคลนั้นสามารถขยายความหรืออธิบายถึงสิ่งที่จำได้ด้วยคำพูดของตนเอง

ระดับที่ 3 การนำไปใช้ (application) คือ การที่บุคคลนั้นสามารถนำข้อมูลจากการจำได้หรือระลึกได้ ไปใช้กับสถานการณ์ใหม่ที่แตกต่างจากสถานการณ์เดิม

ระดับที่ 4 การวิเคราะห์ (analysis) คือ การที่บุคคลนั้นสามารถแยกแยะข้อมูลต่างๆ ที่จำได้ ออกเป็นส่วนย่อยได้อย่างมีความหมาย และเห็นความเชื่อมโยงกันของข้อมูลย่อยเหล่านั้น

ระดับที่ 5 การสังเคราะห์ (synthesis) คือ การที่บุคคลนั้นสามารถรวบรวมข้อมูลต่างๆ เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้แนวทางใหม่ที่น่าไปสู่การแก้ปัญหา

ระดับที่ 6 การประเมินผล (evaluation) คือ การที่บุคคลนั้นสามารถตัดสินคุณค่าของข้อมูลต่างๆ เหล่านั้นได้อย่างถูกต้อง

2. ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ (สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, 2541)

ความรู้ของแต่ละบุคคลมีไม่เท่ากัน แตกต่างกันขึ้นอยู่กับสภาพความพร้อมในแต่ละสถานการณ์ โดยมีความสัมพันธ์กับปัจจัย 2 ปัจจัย ได้แก่

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย

2.1.1 ระดับการศึกษา ทำให้บุคคลมีความรู้และความคิดเห็นในเรื่องต่างๆ อย่างมีเหตุและมีผล

2.1.2 ความเชื่อ มีผลต่อความรู้ เนื่องจากเป็นความรู้สึนึกคิดของบุคคลในการยอมรับสิ่งต่างๆ ซึ่งอาจแตกต่างกันออกไป

2.1.3 สภาพแวดล้อม คือทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่ล้อมรอบปัจเจกบุคคล ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ สังคมหรือวัฒนธรรม เป็นตัวกระตุ้นสำคัญต่อการเรียนรู้ และวิธีการคิดของแต่ละบุคคล

2.1.4 ประสบการณ์ เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความรู้ และส่งผลต่อความคิดเห็นของแต่ละบุคคล

2.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย

2.2.1 ครอบครัว กลุ่ม หรือสังคมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีผลต่อความรู้ของบุคคล เนื่องจากเมื่อบุคคลอยู่ในกลุ่มหรือสังคมใดต้องยอมรับ และปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของครอบครัว กลุ่ม หรือสังคมที่เกี่ยวข้อง

2.2.2 สื่อต่างๆ เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ มีผลต่อการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นของบุคคล

3. ความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม

ความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม คือ สิ่งที่เราได้ จำได้ ซึ่งเป็นความเข้าใจเกี่ยวกับข้อเท็จจริง ข้อมูล ลักษณะและวิธีการของปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม และการป้องกันภาวะสมองเสื่อมซึ่งได้มาจากประสบการณ์ การเรียนรู้ และกระบวนการภายในสมองของมนุษย์แต่ละคน ซึ่งความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วย และครอบครัว เมื่อพิจารณาจากความมุ่งหมายที่จะป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และข้อมูลที่ได้จากการทบทวนเอกสาร และ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ความรู้ที่เพียงพอในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมควรประกอบด้วยความรู้ในเรื่องต่อไปนี้

3.1 ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยภายในตนเอง ที่เป็นปัจจัยชักนำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ สภาพความแข็งแรงหรือความอ่อนแอของร่างกาย จากการเสื่อมของเซลล์สมองเองและผลจากโรคทางกายอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อสมอง เช่น โรคทางเมตาบอลิซึม โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดสมอง โรคติดเชื้อต่างๆ เป็นต้น โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากโรคอัลไซเมอร์ และโรคหลอดเลือดสมอง (Alzheimer's Association, 2012; สิริธร นันศิริกาญจน, 2555)

3.2 ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยภายนอกที่อาจชักนำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเกิดจากการถูกระบบประสาทที่ศีรษะอยู่เสมอๆ ภาวะนี้พบบ่อยในคนที่มีปัจจัยเสี่ยงที่จะมีการถูกระบบประสาทบริเวณศีรษะ โดยเฉพาะพวกนักมวย นักกีฬาบางชนิดที่ต้องใช้ศีรษะกระแทกสิ่งต่างๆ หรืออาจจะพบในผู้ป่วยที่ดื่มสุรา เมมาแล้วก็เดินชนวัตถุที่มีลักษณะแข็ง หรือหกล้มศีรษะฟาดพื้นจากลักษณะของพื้นและสิ่งปกคลุมพื้นที่ไม่เหมาะสม หากเป็นซ้ำแล้วซ้ำอีก เนื้อสมองที่ถูกระบบประสาทกระแทกกระเทือนนั้นจะตายไป เมื่อเนื้อสมองตายไปจำนวนมากขึ้น จะทำให้การทำงานไม่เป็นปกติ มีอาการสมองเสื่อมได้ (สิริธร นันศิริกาญจน, 2555)

3.3 ความรู้เกี่ยวกับวิธีการขจัด หรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม ได้แก่

3.3.1 การส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมด้วยการออกกำลังกาย ซึ่งมีผลทำให้หัวใจทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การแลกเปลี่ยนก๊าซ และการระบายอากาศของปอดดีขึ้น ฮอลลีและชาฟฟราท (Holly & Shaffrath, 2001) กล่าวว่า การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมทางกายที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายทุกส่วน กล้ามเนื้อมีการออกแรง เป็นผลให้มีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้น เพิ่มความอดทนต่อภาวะเครียด ซึ่งต้องทำติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 10 นาทีหรือมากกว่าจนกระทั่งรู้สึกหายใจเร็วขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น และเกิดความอ่อนล้า ควรปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จากการศึกษาวิจัยแบบสำรวจถึงความสัมพันธ์ของการออกกำลังกายกับการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จำนวน 1,740 คน ที่ไม่มีความผิดปกติทางด้านความคิดและความจำ โดยทำการเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มที่ออกกำลังกายมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อสัปดาห์กับผู้สูงอายุกลุ่มที่ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ โดยทำการศึกษาเป็นระยะเวลา 6 ปี 2 เดือน พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่ออกกำลังกายมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ มีอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมน้อยกว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (Larson et al., 2006)

3.3.2 ด้านโภชนาการมีความสำคัญต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม การเลือกรับประทานอาหารที่ดี เป็นส่วนหนึ่งของการช่วยดูแลสมอง หลักในการเลือกรับประทานอาหารเพื่อการ

ดูแลสมอง ได้แก่ รับประทานอาหารประเภทด้านอนุมูลอิสระ เพื่อลดปัญหาอนุมูลอิสระทำลายสมอง รับประทานอาหารเช้าช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดเข้าสู่สมอง เป็นสารอาหารที่ไม่ปนเปื้อน สมองต้องการสารอาหารทั้ง 5 หมู่ ไม่ว่าจะเป็นคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน และเกลือแร่ ดังนั้นเพื่อส่งเสริมการทำงานของสมองจึงควรรับประทานอาหารเช้าให้ได้ครบ 5 หมู่ หลากหลาย และไม่มากเกินไปจนเกินไป สมองต้องการคาร์โบไฮเดรตในรูปน้ำตาลกลูโคสเพื่อเป็นแหล่งพลังงาน สำคัญ ดังนั้นควรเลือกรับประทานคาร์โบไฮเดรตในรูปที่ไม่ขัดสี เพราะการรับประทานแป้ง และน้ำตาลมากเกินไปส่งผลให้สมองเฉื่อย โปรตีนทำหน้าที่ช่วยเป็นสารสื่อระหว่างเซลล์กับเซลล์ ควรเลือกรับประทานเนื้อสัตว์ชนิดไม่ติดมัน และในหนึ่งสัปดาห์ควรรับประทานปลาน้ำลึก อย่างน้อย 2-3 ครั้ง เนื่องจากมีสารโอเมก้า-3 ซึ่งเป็นสารบำรุงสมองที่สำคัญ แต่หลักสำคัญคือ ไม่ควรรับประทานปลาเพียงชนิดเดียว ควรเลือกรับประทานปลาหลากหลายชนิดสลับหมุนเวียนกันไปเรื่อยๆ เพื่อป้องกันสารพิษตกค้างที่อาจอยู่ในเนื้อปลา (Coppede, Bosco, Fusco, & Troen, 2012) สำหรับปลาในประเทศไทย เช่น ปลาทู ปลากระพง ปลาเก๋า เป็นปลาที่มีโอเมก้า 3 เช่นกัน สามารถเลือกรับประทานสลับกันไปได้ ทั้งนี้ไม่จำเป็นต้องรับประทานปลาทะเลทุกมื้อ อาจเปลี่ยนเป็นปลาน้ำจืดบ้าง แต่ควรทำให้สุกเพื่อป้องกันพยาธิ และแบคทีเรียต่างๆ โดยวิธีการปรุงอาหารควรใช้การนึ่ง ต้ม หรือย่าง จะดีกว่าการทอด ไขมันมีความสำคัญในการสร้างเยื่อหุ้มเซลล์ประสาท และเยื่อหุ้มของเนื้อเยื่อสมองโดยกรดไขมันที่มีความสำคัญต่อการสร้างเซลล์สมอง เยื่อหุ้มประสาทสมอง และการทำงานของร่างกาย ได้แก่ กรดไขมันไม่อิ่มตัวที่รู้จักชื่อโอเมก้า 3, 6 และ 9 ทั้งนี้ควรเลือกรับประทานเฉพาะไขมันหรือน้ำมันที่มีไขมันไม่อิ่มตัวสูง เช่น น้ำมันมะกอก น้ำมันรำข้าว และควรหลีกเลี่ยงการรับประทานไขมันอิ่มตัว เช่น ไขมันสัตว์ กะทิ น้ำมันมะพร้าว ไขมันทรานส์ เพราะนอกจากไขมันเหล่านี้จะมีผลต่อสมอง โดยเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดอัลไซเมอร์ถึง 2 เท่าแล้ว ยังมีผลต่อหัวใจ วิตามิน บี 1 ช่วยบำรุงสมอง ทำให้สมองแข็งแรง พบมากในถั่ว งา ข้าวโพด หรืออาหารที่ปรุงจากเมล็ดข้าว เช่น ขนมปังที่ทำจากแป้งไม่ขัดขาวหรือธัญพืชผสมพาสตา รวมถึงข้าวกล้อง สำหรับในผู้สูงอายุแนะนำให้รับประทานงาขาวและงาดำ เนื่องจากช่วยให้ย่อยได้ดีกว่าการรับประทานเป็นเม็ด วิตามินบี 5 ช่วยในการถ่ายทอดสัญญาณประสาทเมื่อถูกกระตุ้น พบในเนื้อวัว สัตว์ปีก ไข่ ปลา ธัญพืช รวมถึงนมสดและผลไม้ โคลีนเป็นสารอาหารสำคัญที่ช่วยบำรุงสมอง มีอยู่ในอาหารจำพวกข้าวกล้อง ข้าวโพด ซึ่งมีมากในส่วนที่เป็นจมูกข้าวโพด ในคนที่ชอบรับประทาน ข้าวโพดฝานมักจะไม่ได้รับโคลีน ดังนั้นควรใช้มีดฝานลงไปให้ลึกถึงซังข้าวโพดเพื่อให้ได้รับโคลีน นอกจากนี้โคลีนยังพบได้ในไข่แดง ซึ่งคนที่มีคอเลสเตอรอลในเลือดสูงต้องระวังไม่รับประทานมากเกินไป วิตามินบี 6 ช่วยในการผลิตสารเคมีในสมอง พบในอาหารประเภทเนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ ธัญพืช วิตามินบี 12 ช่วยในการสร้างเซลล์เม็ดเลือดแดงให้สมบูรณ์ และบำรุงเนื้อเยื่อประสาท พบได้ แต่เฉพาะในเนื้อสัตว์ ปลา สัตว์ปีก และผลิตภัณฑ์จากนมต่างๆ ในคนที่ขาดวิตามินบี 12 อาจส่งผลให้

เกิดภาวะสมองเสื่อมได้ ผู้ที่รับประทานอาหารมังสวิรัต จึงควรหมั่นตรวจว่ามีโรคของวิตามินบี 12 คำหรือไม่ว่า ถ้าค่าแพทย์อาจให้รับประทานวิตามินบี 12 ชนิดเม็ดเพิ่มเติม กรดโฟลิกจำเป็นต่อการรับรู้ อารมณ์ และความรู้สึกในสมอง พบมากในกล้วย ส้ม มะนาว สตรอเบอร์รี่ แคนตาลูป ผักใบเขียว ถั่วเหลือง ถั่วลิสง หรือถั่วลันเตา เป็นเกลือแร่ที่ช่วยดูแลสุขภาพของสมองและระบบประสาท พบมาก ในอาหารทะเล โดยเฉพาะหอยนางรม แต่ควรเฝ้าระวังในเรื่องของโคเลสเตอรอลและแบคทีเรีย ในกรณีรับประทานสด แมกนีเซียม โพแทสเซียม และแคลเซียม เป็นสารอาหารที่ส่งผลต่อการ ทำงานของระบบประสาท พบในผักใบเขียว และผลไม้ เช่น กล้วยหอม สับปะรด ทั้งนี้การ รับประทาน ผัก ผลไม้จะช่วยให้ร่างกายได้รับสารต้านอนุมูลอิสระซึ่งจะช่วยชะลอการเสื่อมของสมอง และป้องกันไม่ให้สมองถูกทำลายจากอนุมูลอิสระ สารแคปไซซินมีอยู่ในเม็ดพริก ช่วยทำให้เลือด ไหลเวียนผ่านเส้นเลือดขนาดเล็กในสมองได้ดี ควรรับประทานพริกสดมากกว่าพริกป่น เพื่อป้องกันการ ได้รับเชื้อราอะฟลาทอกซิน แต่ผู้ที่เป็โรคแผลในกระเพาะอาหารควรระมัดระวัง เนื่องจากพริก อาจทำให้เป็นแผลมากขึ้น วิตามินซี วิตามินอี และเบตาแคโรทีนเป็นสารต้านอนุมูลอิสระช่วยปกป้อง เยื่อสมองจากอนุมูลอิสระที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม ซึ่งช่วยป้องกันโรคอัลไซเมอร์ได้ สารต้านอนุมูลอิสระนี้พบในผัก ผลไม้ และถั่วต่างๆ ควรรับประทานผักผลไม้สีเข้มๆ หลากหลาย ชนิด ขมิ้นมีสารเคอร์คูมินช่วยด้านการอักเสบ และลดการเสื่อมของสมองจากโรคอัลไซเมอร์ (Coppede, Bosco, Fuso & Troen, 2012)

3.3.3 การรักษาค่าดัชนีมวลกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เนื่องจากความเสี่ยงของการเกิดภาวะ สมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วน โดยพบว่าอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามค่า ดัชนีมวลกาย การรักษาค่าดัชนีมวลกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ 20.00-22.50 กิโลกรัมต่อตารางเมตร สามารถช่วยการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ (Rosengren, Skoog, Gustafson & Wilhelmsen, 2005)

3.3.4 การหลีกเลี่ยงสารที่จะทำให้เกิดอันตรายแก่สมอง เช่น บุหรี่ และแอลกอฮอล์ เป็น ดัน เนื่องจากการสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดความเสื่อมของเซลล์ประสาท เร็วขึ้น (Cataldo, Prochaska & Glantz, 2010; Virta et al., 2010) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการหลีกเลี่ยง การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ สามารถลดโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ (Rusanen, Kivipelto, Quesenberry, Zhou & Whitmer, 2011; Peters, R., Peters, J., Warner, Beckett, & Bulpitt, 2008)

3.3.5 ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยการพบปะและพูดคุยกับผู้อื่นบ่อยๆ และ การทำกิจกรรมสันทนาการต่างๆ การทำกิจกรรมที่ฝึกการทำงานของสมอง เช่น การอ่านหนังสือ การเขียนหนังสือบ่อยๆ การคิดเลข การเล่นเกมสลับปัญหา เป็นต้น จะเป็นการช่วยกระตุ้น ความตื่นตัวของสมองในการได้ทดลองประสบการณ์ใหม่ๆ และทำให้ได้ใช้สมองในการคิด มีผลช่วย

ป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ (Karp, Paillard-Borg, Wang, Silverstein, Winblad & Fratiglioni, 2006; Valenzuela & Sachdev, 2009)

3.3.6 ควรทำการตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อคัดกรอง รักษา และควบคุมโรคที่ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมที่สามารถป้องกันได้ (Kumari & Heese, 2010; Sharp, Aarsland, Sønnesyn & Ballard, 2011; Haratz & Tanne, 2011; Kivipelto & Solomon, 2006)

ทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อม

1. ความหมายของทัศนคติ

ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ หรือการรับรู้ของบุคคล ที่มีผลต่ออารมณ์ และความรู้สึก แสดงออกมาทางพฤติกรรมโต้ตอบทางใดทางหนึ่งต่อเป้าหมายของทัศนคตินั้น ซึ่งอาจเป็นไปได้ทั้งเชิงบวก เชิงลบ ทัศนคติจึงมีผลต่อการปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่แสดงออก กระบวนการดังกล่าวนี้เป็นผลมาจากประสบการณ์ และการรับรู้ของแต่ละบุคคลที่ได้รับมาซึ่งแหล่งที่ทำให้เกิดทัศนคติ (สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, 2541; สุชา จันทรเฒ, 2544; แสงสุริย์ สำอางกุล, 2541; Schiffman & Kanuk, 2007; Stephen & Coulter, 1999)

2. องค์ประกอบของทัศนคติ

การที่บุคคลจะมีทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง จะต้องเกิดขึ้นตอนตามองค์ประกอบ 3 ส่วน (สุชา จันทรเฒ, 2541) ดังนี้

2.1 องค์ประกอบเกี่ยวกับความรู้ ก่อนการเกิดทัศนคติบุคคลจำเป็นต้องมีความรู้ต่อสิ่งนั้นก่อน แต่ละบุคคลจะไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับการประสมประสานความรู้และการรับรู้ที่ได้รับจากประสบการณ์โดยตรง กับข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากแหล่งข้อมูลอื่น

2.2 องค์ประกอบเกี่ยวกับความรู้สึก หมายถึง การสะท้อนถึงอารมณ์หรือความรู้สึก ต่อความรู้หรือข้อเท็จจริงต่างๆ ว่าชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย เมื่อบุคคลนั้นรู้ความรู้หรือข้อเท็จจริงนั้นมีประโยชน์จะมีทัศนคติต่อสิ่งนั้น หรือถ้าไม่มีประโยชน์ก็จะไม่มีทัศนคติต่อสิ่งนั้น (Schiffman & Kanuk, 2007)

2.3 องค์ประกอบเกี่ยวกับพฤติกรรม หมายถึง การสะท้อนถึงความน่าจะเป็นหรือแนวโน้มทางการปฏิบัติด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งต่อทัศนคติที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Schiffman & Kanuk, 2007) ตามทิศทางของความรู้สึกที่เกิดขึ้นอันเป็นผลจากความคิด ความรู้สึกที่ได้จากการประเมินผลแล้วอาจแสดงออกมาในรูปของการประพฤติปฏิบัติทั้งในทิศทางบวกหรือลบ

3. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดทัศนคติ

การเกิดทัศนคติของบุคคลนั้นอาจเกิดขึ้นมา และเปลี่ยนแปลงไปได้ เนื่องจากปัจจัยหลายประการ (เดิมศักดิ์ ทวณิช, 2548) ดังนี้

3.1. วัฒนธรรมสังคมต่างๆ จะมีการกำหนดแบบแผนเพื่อนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันของคนในสังคมนั้นๆ วัฒนธรรมจึงมีอิทธิพลต่อความคิด ความเชื่อ และความรู้สึของคนในสังคมอย่างมาก ดังนั้นจึงมักมีการแสดงพฤติกรรมออกมาในแนวทางเดียวกัน

3.2 ครอบครัว เนื่องจากเด็กที่เกิดมาจะมีความคิด และความเชื่อที่คล้ายตามคำอบรมสั่งสอนของพ่อแม่ ดังนั้นทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ได้รับการปลูกฝังจากครอบครัวมาแล้ว จึงมักเปลี่ยนแปลงได้ยาก ครอบครัวจึงเป็นสถาบันแห่งแรกที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติ ซึ่งพบว่าทัศนคติของพ่อแม่กับลูกนั้นมีความคล้ายคลึงกันมาก

3.3.3. ประสบการณ์ ประสบการณ์มีส่วนสำคัญต่อการเกิดทัศนคติของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ทั้งทางบวกและลบ รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่มีอยู่เดิม เช่น คนป่วยที่เคยนอนโรงพยาบาลแล้วถูกพยาบาลตวาดไล่ จึงเกิดทัศนคติที่ไม่ดีขึ้นมา

3.3.4. อิทธิพลของกลุ่มทางสังคม จะมีอิทธิพลต่อการเกิดทัศนคติไปทิศทางใดทิศทางหนึ่งได้ง่ายโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยรุ่นที่เกิดสนิทสนมจากความเป็นเพื่อน

3.3.5 สื่อต่างๆ จะมีบทบาทสำคัญต่อการชักจูงให้บุคคลเกิดทัศนคติ ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ได้แก่ สื่อหนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต ภาพยนตร์ ซึ่งจะทำหน้าที่ป้อนข้อมูล ข่าวสาร รวมทั้งแสดงความคิดเห็นต่อบุคคล และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคมอยู่ตลอดเวลา

ทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อม

ทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมเป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งแสดงอาการต่างๆ ทำให้ผู้ที่พบเห็นมีการรับรู้แตกต่างกันออกไป นอกจากนั้นภาวะสมองเสื่อมมักเกิดกับผู้สูงอายุทำให้ทัศนคติต่อการสูงอายุเป็นสิ่งที่กำหนดทัศนคติต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมควบคู่ไปด้วย โดยทัศนคติต่อผู้สูงอายุมีทั้งทัศนคติทางบวกและทางลบ สำหรับทัศนคติทางลบ เช่น ผู้สูงอายุเป็นบุคคลไร้ค่า ซึ่งทัศนคติดังกล่าวส่งผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับคุณค่าในการดูแลผู้สูงอายุคือการดูแลผู้สูงอายุก็เป็นสิ่งไม่มีคุณค่าเช่นกัน (Norbergh, Helin, Dahl, Hellzén, & Asplund, 2006) สำหรับทัศนคติต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในทางลบเกิดจากทั้งลักษณะผิดปกติทั้งด้านพฤติกรรม อารมณ์และระดับสติปัญญาของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เบี่ยงเบนไปจากผู้สูงอายุปกติส่งผลให้เกิดเป็นทัศนคติในทางลบต่อภาวะสมองเสื่อมเช่น พฤติกรรมที่เป็นเหมือนเด็ก การสื่อสารที่ไม่เข้าใจ การหลงลืม การไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ข้อมูลจากการสำรวจระดับชาติของผู้ที่อายุ 18 ปี

ขึ้นไปของประเทศไอร์แลนด์เหนือเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อม (Dowds, McParland, Devine & Gray, 2012) โดยการประเมินทางคอมพิวเตอร์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมในทางลบ โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อย ซึ่งทัศนคติทางลบต่อภาวะสมองเสื่อม เช่น เมื่อบุคคลได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมแล้วจะมีลักษณะไม่เหมือนเดิมอีกต่อไป เป็นต้น ดังนั้นทัศนคติในทางลบต่อภาวะสมองเสื่อมหรือต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะส่งผลให้บุคคลไม่ต้องการมีภาวะดังกล่าวอันจะนำมาสู่การมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะดังกล่าว

การวิเคราะห์สถานการณ์

ความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์

การวิเคราะห์สถานการณ์ หมายถึง การศึกษาหาคำตอบอย่างละเอียดรอบคอบต่อประเด็นตามที่เกิดขึ้นทุกประเด็นและวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึก ที่เกิดขึ้นในระยะเวลาใดๆ หรือสถานที่ใดๆ สถานที่หนึ่ง โดยมีเป้าหมายเพื่อหาความจริง โดยการพิจารณาปรากฏการณ์จากสภาพแวดล้อมในทุกมิติ และหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์กับสภาพแวดล้อมนั้นในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาจนเกิดผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ (สุรศักดิ์ สุนทร, 2551)

ส่วนการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพ เป็นการอธิบาย และวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและบริการด้านสุขภาพ โดยมุ่งเน้นความสอดคล้องของบริการด้านสุขภาพกับความต้องการด้านสุขภาพ และระบุปัจจัยเอื้อหรือปัจจัยขัดขวางต่อภาวะสุขภาพเพื่อนำไปสู่การกำหนดกลยุทธ์และการวางแผนในการส่งเสริมภาวะสุขภาพ (McCoy & Bamford อ้างใน ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2554) การวิเคราะห์สถานการณ์เป็นได้ทั้งกระบวนการ และผลลัพธ์ที่อธิบายสถานการณ์ปัจจุบันและระบุโอกาสในการปรับปรุง โดยกระบวนการประกอบด้วย การวางแผน การรวบรวมข้อมูลการวิเคราะห์ และตีความข้อมูล โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอน และผลลัพธ์ที่ได้คือรายงาน การนำเสนอ หรือการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจเชิงนโยบายหรือการกำหนดแผนปฏิบัติการ ซึ่งการวิเคราะห์สถานการณ์ของหน่วยงานหรือองค์กรมีความสำคัญและจำเป็นเพื่อตอบคำถามหลัก โดยหน่วยงานต้องวิเคราะห์ครอบคลุมทั้งหน่วยงานหรือองค์กร และสิ่งแวดล้อม (March & Wolfheim อ้างใน ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2552)

รูปแบบการวิเคราะห์สถานการณ์

จากการทบทวนวรรณกรรม การวิเคราะห์สถานการณ์มีหลายรูปแบบ สรุปดังนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ตามแนวคิดของทฤษฎีฐานราก (grounded theory) เป็นการวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน โดยผสมผสานแนวคิดระหว่างการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ

เข้าด้วยกัน ที่มีความเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนจะตอบสนองสถานการณ์หรือสิ่งต่างๆ ที่ปฏิสัมพันธ์อยู่ตามความหมายของสิ่งนั้นๆ เป็นพลวัตรปรับเปลี่ยนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างทั้งสองฝ่าย และปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายใต้บริบทที่แตกต่างกัน มี 3 ลักษณะด้วยกันคือ สถานการณ์ปัญหา (situational map) บริบททางสังคม (social map) และตำแหน่งของปัญหา (positional map) โดยหลักการที่สำคัญตามแนวคิดนี้คือ เวลา สถานที่ และสิ่งแวดล้อมรอบๆ เหตุการณ์นั้น (สุรศักดิ์ สุนทร, 2551)

2. การวิเคราะห์สถานการณ์ในองค์กร หรือในสถานการณ์เฉพาะหนึ่งๆ ดังนี้

2.1 การวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิก (clinical situational analysis) หมายถึง การอธิบายถึงขอบเขตของเรื่อง ช่วงเวลาที่เกิดสถานการณ์ และสถานที่หรือหน่วยงานที่เกิดสถานการณ์ ที่มาหรือสาเหตุตามความเห็น หรือการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้มีประสบการณ์ตรง หรือมีส่วนเกี่ยวข้องในสถานการณ์ที่ศึกษาในด้านลักษณะของสถานการณ์ ผลกระทบที่เกิดขึ้นหรือแนวทางในการแก้ไขสถานการณ์นั้น (พิบูล นันทชัยพันธ์, 2551)

2.2 การวิเคราะห์สถานการณ์แบบ SWOT analysis เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์โดยรวมขององค์กร เพื่อค้นหาจุดเด่นจุดแข็ง (strengths) และจุดด้อยหรือจุดอ่อน (weaknesses) ในการดำเนินงานในด้านต่างๆ ขององค์กร เพื่อค้นหาโอกาส (opportunities) และอุปสรรค (threats) ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินงานขององค์กร เพื่อกำหนดกลยุทธ์ต่างๆ ที่เหมาะสมต่อไป ซึ่งกลยุทธ์เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับองค์กร จะถูกกำหนดตามธรรมชาติและลักษณะขององค์กรนั้นๆ อีกทั้งต้องมีกระบวนการกำหนดกลยุทธ์ที่เหมาะสมสำหรับตนเอง (ธวัชชัย ยิ่งทวีศักดิ์, 2549)

2.3 การวิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้กรอบแนวคิดไดนาปีเดีย ซึ่งได้ให้ความหมายว่าเป็นการศึกษาถึงคุณภาพ ในการดูแลภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นการสำรวจเพื่อแสวงหาคำตอบเกี่ยวกับสถานการณ์ทางคลินิก มีกรอบแนวคิดที่แสดงถึงขอบเขตหรือประเด็นที่ผู้ศึกษาต้องการซึ่งมีองค์ประกอบหลักทั้ง 3 ประการ ได้แก่ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) ผลลัพธ์ (outcome) ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักที่มีความสัมพันธ์กันและเชื่อว่าสามารถก่อให้เกิดประโยชน์และคุณภาพสูงสุด (Donabedian, 2003)

วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์สถานการณ์

วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์สถานการณ์ มีดังนี้ (McCoy & Bamford อ้างใน ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2554)

1. วัตถุประสงค์ระยะสั้น เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ที่สนใจในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง การมีส่วนร่วมทำให้การวิเคราะห์สถานการณ์ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง หรืออธิบายหรือนำเกี่ยวกับการตอบสนองต่อปัญหาด้านบริการสุขภาพ นอกจากนั้นการให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์จะก่อให้เกิดการพัฒนาโครงการที่ประสบความสำเร็จได้และ

ข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนโครงการเพื่อพัฒนาฝึกอบรม
กรณีพิเศษ และการติดตามประเมินผล

2. วัตถุประสงค์ระยะกลาง เพื่อการใช้แหล่งทรัพยากร และการกำหนดนโยบายที่เอื้อต่อการ
ปฏิบัติ การเสนอข้อมูลผลลัพธ์จากการวิเคราะห์สถานการณ์ให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องรวมถึงผู้กำหนด
นโยบายเพื่อการจัดสรรทรัพยากร และการปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ

3. เป้าหมายสูงสุดเพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายในการกำหนดกลยุทธ์และ
นโยบายที่นำไปสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน

กระบวนการการวิเคราะห์สถานการณ์

กระบวนการการวิเคราะห์สถานการณ์ ประกอบด้วยขั้นตอนต่อไปนี้ (McCoy Bamford
อ้างใน สิริรัตน์ ปานอุทัย, 2554)

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดกรอบหรือขอบเขตของการวิเคราะห์สถานการณ์ (determine a
framework) การกำหนดกรอบหรือขอบเขตการวิเคราะห์จะช่วยให้การนำเสนอข้อมูลมีความต่อเนื่อง
และเชื่อมโยง ในขั้นตอนนี้ครอบคลุมการกำหนดพื้นที่ในการวิเคราะห์ การวิเคราะห์สถานการณ์ด้าน
สุขภาพควรครอบคลุมประเด็นการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ลักษณะทางกายภาพ ครอบคลุมประชากรและชุมชน
2. ลักษณะทางด้านเศรษฐกิจและสังคม
3. ภาวะสุขภาพของประชากรในชุมชน
4. ระบบบริหารจัดการที่สนับสนุนการให้บริการด้านสุขภาพ
5. สิ่งแวดล้อมด้านการเมืองและนโยบายของชุมชน
6. กิจกรรมของภาคส่วนต่างๆ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของประชากรในชุมชน โดยข้อมูลเชิง
ปริมาณจะเป็นลักษณะของตัวเลขที่ได้จากการทำสำมะโนหรือสถิติจากคลินิก และข้อมูลทางประชากร
ที่ได้จากการสำรวจ ส่วนข้อมูลคุณภาพจะเป็นความคิดเห็น การรับรู้

ขั้นตอนที่ 2 ระบุข้อมูล และแหล่งข้อมูลที่ปรากฏ การระบุข้อมูลที่ปรากฏอยู่แล้ว และแหล่ง
ของข้อมูลจะเป็นประโยชน์ เนื่องจากในบางครั้งข้อมูลมีปรากฏอยู่มากมายโดยไม่ทราบมาก่อนทั้ง
ข้อมูลที่ปรากฏในรูปของรายงานหรือข้อมูลจากผู้รู้ต่างๆ นอกจากนั้นข้อมูลบางอย่างมีการรวบรวมไว้
แต่ไม่ได้นำมาใช้เพื่อการวางแผน แต่ข้อมูลส่วนใหญ่ที่ปรากฏไม่เกี่ยวข้องหรือไม่น่าเชื่อถือ ซึ่งการ
วิเคราะห์สถานการณ์จะช่วยให้เกิดการจัดระบบฐานข้อมูลขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดข้อมูลที่ต้องการ เมื่อทราบข้อมูลและแหล่งข้อมูลที่มีอยู่แล้วจะทำให้
ทราบว่าข้อมูลใดที่ต้องการเพิ่มเติม โดยการกำหนดวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์และช่วงเวลา

ขั้นตอนที่ 4 การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อวางแผนในการเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ต่อไปเป็นขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยกำหนดผู้รับผิดชอบและเงื่อนไขของเวลา

ขั้นตอนที่ 5 การวิเคราะห์ข้อมูล และรายงานผล เมื่อเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล และเขียนผลเป็นขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ 6 การนำเสนอผล เมื่อจัดทำรายงานเสร็จควรมีการนำเสนอผลการวิเคราะห์แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องหรือหน่วยงาน และควรมีระบบการให้ข้อมูลย้อนกลับด้วย การนำเสนอข้อมูลควรชี้แจงความชัดเจน ความเหมาะสม ความถูกต้อง และความทันสมัยของข้อมูล ซึ่งการนำเสนอข้อมูลควรครอบคลุมแผนที่ของพื้นที่ที่วิเคราะห์ การนำเสนอโดยใช้รูปกราฟหรือแผนผังเพื่อต่อการเข้าใจของผู้อ่าน (สุรศักดิ์ สุนทร อ่างโน ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2554) ได้กำหนดกระบวนการหรือขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ไว้ ดังนี้

1. กำหนดขอบเขตของพื้นที่ที่ต้องการวิเคราะห์สถานการณ์ ประกอบด้วย ข้อมูลทางกายภาพ โดยขึ้นกับวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์ ซึ่งควรเป็นพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่งที่ต่อเนื่องกัน โครงการถ้าไม่มีข้อมูลที่ต้องการ อาจรวบรวมข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้อง

2. อธิบายสถานการณ์ และเงื่อนไขทางประชากรและสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่ที่ต้องการวิเคราะห์ ปัจจัยด้านประชากร เช่น ภาวะสุขภาพ ความรู้และวัฒนธรรม ชุมชน ความเท่าเทียม ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ที่ดิน โรค การใช้แหล่งทรัพยากร และระบบสุขภาพ เป็นต้น

3. ระบุแนวโน้ม แรงกดดันหรือแรงผลักดันด้านประชากร และสิ่งแวดล้อม รวมถึงการตอบสนองต่อแรงกดดัน การวิเคราะห์แนวโน้มโดยตั้งคำถามดังตัวอย่างต่อไปนี้ สิ่งต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรในช่วงเวลาใกล้ๆ อุบัติการณ์ของโรคมักขึ้นหรือลดลง ประชากรในปัจจุบันวัยขึ้นหรือสุขภาพดีขึ้นหรือไม่

4. ระบุประเด็นสำคัญ วิเคราะห์ร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยประเมินความเที่ยงตรงของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ โดยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล การระบุแรงกดดันหรือแรงขับเคลื่อน ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น และหาข้อสรุปที่เป็นประเด็นสำคัญในการปรับปรุงภาวะสุขภาพของประชากรในพื้นที่เป้าหมาย

5. ใช้แนวปฏิบัติ (ถ้ามี) ในการกำหนดประเด็นที่สำคัญ การกำหนดกลยุทธ์ที่ใช้ในการเลือกประเด็นยึดเกณฑ์ประโยชน์ ความสำคัญ ความเป็นไปได้ ความริบด่วน การตลาดหรือนวัตกรรม โดยทางเลือกควรมีความเป็นไปได้ในการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด

6. กำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงองค์กรที่เกี่ยวข้องในการทำงานหรือเกี่ยวข้องกับประเด็นหรือพื้นที่ที่ต้องการวิเคราะห์ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอาจเป็นบุคคล กลุ่มคนหรือองค์กร ที่ได้รับผลกระทบหรือมีอิทธิพลต่อโครงการ โดยอาจเป็น สมาชิก ชุมชนหรือ กลุ่ม ในชุมชน องค์กรที่ทำงานในพื้นที่เป้าหมาย องค์กรท้องถิ่น สถาบันการศึกษา หรือองค์กรต่างๆ ในท้องถิ่น เช่น องค์กร

ศาสนา ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอาจแบ่งเป็นกลุ่มได้ 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง เช่น เจ้าของทรัพยากรหรือผู้ใช้ทรัพยากร องค์กรท้องถิ่นที่จัดการทรัพยากรธรรมชาติ 2) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยอ้อม ได้แก่ ผู้ที่มีความสนใจในประเด็นการจัดการกับทรัพยากร เช่น องค์กรในท้องถิ่น หน่วยงานมิชชันนารี หน่วยงานรัฐบาล หน่วยงานเอกชน

7. ประเมินความสนใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นและอิทธิพลที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อโครงการ อาจเป็นอำนาจทางกฎหมายหรือการเงิน อำนาจในเชิงผู้นำ ในเชิงทรัพยากร หรือความเชี่ยวชาญทางวิชาชีพ

8. กำหนดกลยุทธ์ในการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การมีส่วนร่วมอาจเป็นในรูปแบบของหุ้นส่วน การให้การปรึกษา การควบคุม หรือการมีส่วนร่วมอย่างไม่เป็นทางการ โดยแต่ละระดับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะมีบทบาทแตกต่างกัน

วิธีการวิเคราะห์สถานการณ์ มีดังนี้

1. การสนทนากลุ่ม (focus group) เป็นวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกพร้อมแนวทางการแก้ปัญหา
2. การสัมภาษณ์ เป็นวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกเพื่อทำความเข้าใจกับสถานการณ์
3. การใช้แบบสอบถาม เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงกว้างเพื่อให้ได้ภาพรวมของปัญหา
4. การสังเกต เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงกว้างที่อาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลหนองหอย อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้ใช้รูปแบบการวิเคราะห์สถานการณ์ในองค์กร หรือในสถานการณ์หนึ่งๆ โดยการวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิก ได้ทำการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แนวคำถามในการสัมภาษณ์รายบุคคล และรายกลุ่ม ซึ่งผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และใช้ขั้นตอนของแมคคอย (McCoy) ในการวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อใช้รวบรวมข้อมูลในด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตำบลหนองหอย อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่เริ่มมีภาวะสมองเสื่อมระยะแรกและผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อจะได้ข้อมูลของสถานการณ์การป้องกันภาวะสมองเสื่อม และแนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตำบลหนองหอย อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลหนองหอย อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ เนื่องจากมีจำนวนผู้สูงอายุที่เริ่มมีภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น การศึกษาครั้งนี้ศึกษาได้ใช้ขั้นตอนของแมคคอย (McCoy) ในการวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อใช้รวบรวมข้อมูลในด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตำบลหนองหอย อำเภอเมืองเชียงใหม่ และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การป้องกัน ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมีปัจจัยใหญ่ๆ ที่นำมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ 1) ด้านผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และบุคลากรด้านสุขภาพ โดยจะวิเคราะห์เกี่ยวกับความรู้และทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อม พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การดำเนินการในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมเป็นอย่างไร แนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การวิเคราะห์สถานการณ์มีขั้นตอน ดังนี้ 1) กำหนดขอบเขตของการวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระบุข้อมูลและแหล่งข้อมูลที่ปรากฏ 3) กำหนดข้อมูลที่ต้องการ และกำหนดวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์ และช่วงเวลา 4) การเก็บรวบรวมข้อมูล 5) การข้อมูล และรายงานผลเมื่อเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูล 6) การนำเสนอผลการวิเคราะห์แก่ผู้เกี่ยวข้อง และหน่วยงาน