



เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็นส่วนต่างๆดังต่อไปนี้

- 1.เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์
- 2.เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะและความเครียด

โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease)

โรคอัลไซเมอร์นี้ เป็นโรคหนึ่งในกลุ่มอาการสมองเสื่อม(Dementia) ตั้งชื่อตามแพทย์ชาวเยอรมันชื่อ Alois Alzheimer ซึ่งในปีค.ศ. 1906 เขาได้พบความผิดปกติในสมองส่วน cerebral cortex ของหญิงวัย 51 ปีซึ่งเป็นสาเหตุให้สูญเสียความจำและเกิดภาพหลอนขึ้น ต่อมา Emil Krapelin จึงได้ตั้งชื่อโรคนี้ตามชื่อของ Alois Alzheimer ซึ่งทำให้โรคอัลไซเมอร์เป็นที่รู้จักในวงการแพทย์และวิทยาศาสตร์อย่างกว้างขวาง ในเวลาต่อมา⁽³²⁾

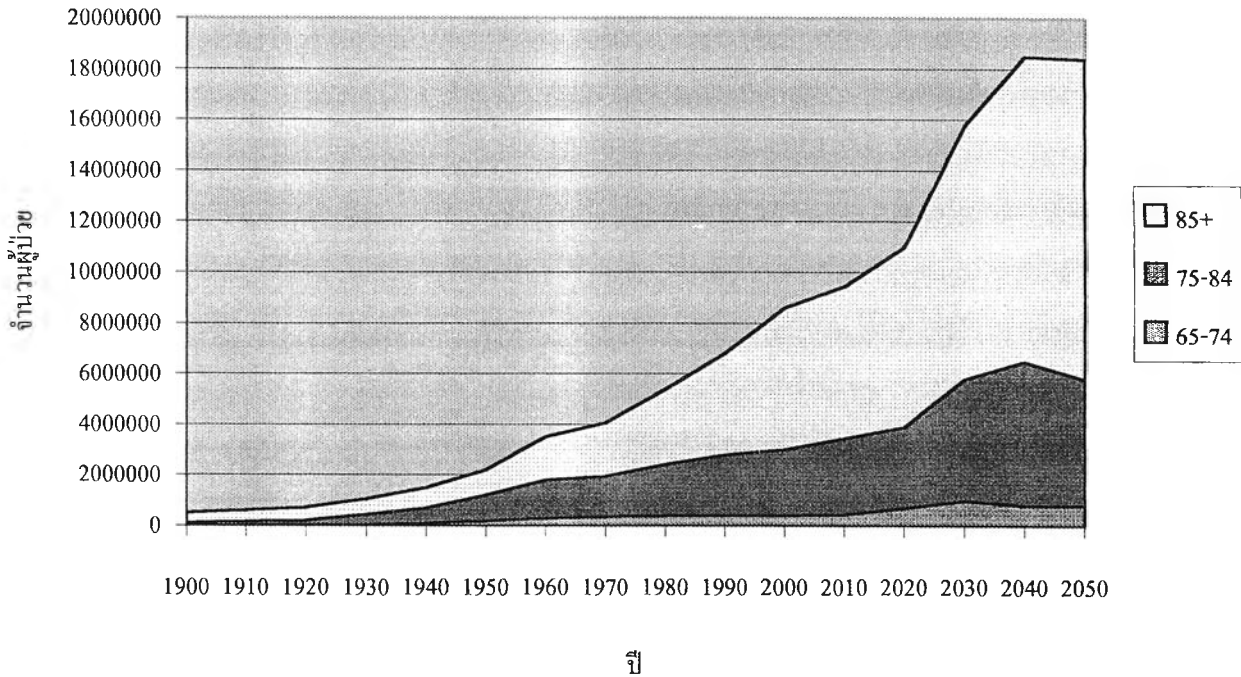
ช่วงปี1960 นักวิจัยส่วนใหญ่พบว่าโรคอัลไซเมอร์เป็นโรคที่พบน้อย แต่ 30 ปีต่อมาพบว่าโรคอัลไซเมอร์นั้นเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดอาการสมองเสื่อม และจากการศึกษามากมายพบว่าในกลุ่มอาการสมองเสื่อมนี้จะพบโรคอัลไซเมอร์ได้22-70%⁽³³⁾ จึงจัดได้ว่าโรคอัลไซเมอร์เป็นปัญหา สุขภาพที่สำคัญปัญหาหนึ่ง ดังนั้นจึงมีงานวิจัยเกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์ออกมามากมายในหลายแง่มุม จากการศึกษาเชิงระบาดวิทยาของ Evan, D.A และคณะในปี 1989 พบโรคอัลไซเมอร์ 1 ใน 10 ของประชากรชาวอเมริกาที่อายุมากกว่า 65 ปี ในปี 1991 The Canadian Study of Health and Aging ได้ทำการสำรวจสุขภาพของชาวแคนาดาที่อายุ 65 ปีขึ้นไปเพื่อดูอุบัติการณ์ของอาการสมองเสื่อม โดยผลจากการศึกษาพบว่า 8% ของประชากรที่อายุมากกว่า 65 ปีมีภาวะสมองเสื่อมซึ่งจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับอุบัติการณ์ของโรคอัลไซเมอร์ที่เพิ่มตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น คือ ผู้อายุ 65-70 พบร้อยละ 1 ผู้อายุ 75-84 พบ ร้อยละ 6.9 และผู้อายุ 85 ปีขึ้นไปจะพบร้อยละ 26⁽³³⁾

และในปี ค.ศ. 2000 นี้จะพบผู้ที่มีอาการสมองเสื่อมทั่วโลกประมาณ 18 ล้านคน ซึ่ง 2 ใน 3 ของผู้ป่วย (ประมาณ 12 ล้านคน) จะป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์ และในปี ค.ศ. 2025 เป็นที่คาดการณ์ว่าจะพบอาการสมองเสื่อมมากกว่าปี ค.ศ. 1980 เป็น 2 เท่าในประเทศที่พัฒนาแล้วและ 4 เท่าในประเทศกำลังพัฒนา⁽³⁴⁾ นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Brumback RAและ Leech RW ในปี 1994 ศึกษาเกี่ยวกับประชากรชาวอเมริกันพบว่าผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ตั้งแต่ปีค.ศ. 1900 – 2050 ดังนี้⁽³⁵⁾

ภาพที่ 1 แสดงอุบัติการณ์ของโรคอัลไซเมอร์

อุบัติการณ์โรคอัลไซเมอร์ในสหรัฐอเมริกา

ปี ค.ศ 1900 - 2050



Modified from: Brumback RA, Leech RW: Alzheimer's Disease: Pathophysiology and the hope for therapy.

Journal of the Oklahoma State Medical Association. 1994; 87:103-111.

คำจำกัดความของโรคอัลไซเมอร์พิจารณาตาม DSM IV มีลักษณะดังต่อไปนี้⁽³⁶⁾

A. เกิดความบกพร่องของ cognitive หลายด้านโดยแสดงออกทั้ง

(1) ความจำเสื่อม (ไม่สามารถเรียนรู้ข้อมูลใหม่หรือระลึกถึงที่เคยเรียนมาแล้วได้)

(2) มี cognition disturbance ในหนึ่งหรือมากกว่าดังนี้

(a) aphasia (ความผิดปกติด้านภาษา)

(b) apraxia (บกพร่องในการประกอบกิจกรรมถึงแม้ความสามารถในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อปกติ)

(c) agnosia (ไม่สามารถจำหรือรู้จักสิ่งต่างๆ แม้จะมีประสาทรับรู้ปกติ)

(d) ผิดปกติใน executive function (เช่น การวางแผน การประมวล การวางลำดับ การคิดเชิงนามธรรม)

- B. Cognitive deficit ตามเกณฑ์ข้อ A1 และ A2 ต่างก่อความบกพร่องด้านสังคมหรือการงาน และแสดงถึงความสามารถที่ลดลงอย่างชัดเจน
- C. การดำเนินของโรคเริ่มอย่างช้าๆ และมี cognition เสื่อมลงอย่างต่อเนื่อง
- D. Cognitive deficit ตามเกณฑ์ข้อ A1 และ A2 ไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดๆ ต่อไปนี้
- (1) สภาพของระบบประสาทส่วนกลางอื่นที่ทำให้เกิดการสูญเสียความจำและ cognition อย่างต่อเนื่อง (เช่น cerebrovascular disease, Parkinson's disease, Huntington's disease, subdural hematoma, normal pressure hydrocephalus, brain tumor)
 - (2) โรคที่ส่งผลต่อร่างกายทั้งไป ซึ่งทราบแล้วว่าเป็นสาเหตุของ 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)

ลักษณะอาการที่สำคัญ

ลักษณะอาการของผู้ป่วยจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ปริมาณการเสื่อมของสมอง โดยลักษณะที่เด่นมีดังต่อไปนี้^(7,30,37,38)

1. ความผิดปกติเกี่ยวกับความจำ เป็นความผิดปกติที่เด่นชัดและพบได้บ่อย ซึ่งความผิดปกติเกี่ยวกับความจำนี้เห็นได้จาก cognitive deficit และความบกพร่องในการตัดสินใจซึ่งจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ โดยที่ความจำเกี่ยวกับการเรียนรู้ข้อมูลใหม่ๆ และความจำระยะสั้นจะสูญเสียไปในช่วงแรกของการดำเนินโรค ซึ่งการสูญเสียความจำระยะสั้นนี้มักจะเป็นปัญหากับผู้ป่วยโดยรบกวนชีวิตประจำวันและประกอบอาชีพ โดยประเด็นดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างความผิดปกติเกี่ยวกับความจำของโรคอัลไซเมอร์กับ benign forgetfulness เพราะ benign forgetfulness จะไม่รบกวนชีวิตประจำวันและการประกอบอาชีพของผู้ป่วยและแม้ว่าผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์จะพยามจดบันทึกไว้แต่ผู้ป่วยก็จะลืมที่จะตรวจสอบเอง ดังนั้นสำหรับผู้ป่วยอัลไซเมอร์จึงเป็นการยากที่จะใช้เครื่องมือในการเตือนความจำได้ และเนื่องจากความผิดปกติของความจำระยะสั้นทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถ acquire และ retain ข้อมูลใหม่ๆ และ intergrate ข้อมูลใหม่นี้เข้ากับความรู้เดิมที่มีอยู่ได้

สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยแยกตัวออกจากการต้อง discuss เรื่องต่างๆและหมดความสนใจในสิ่งต่างๆในที่สุด

2. ความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้ภาษา ลักษณะดังกล่าวจะเริ่มแสดงอาการในระยะแรกของโรคโดยผู้เชี่ยวชาญสามารถตรวจสอบได้จากการทดสอบ neuropsychological ลักษณะต่างๆของความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้ภาษาของผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์มีดังต่อไปนี้

2.1 Anomia คือลักษณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถหาคำพูดที่ถูกต้องและเหมาะสมได้ในการเรียกชื่อสิ่งต่างๆ ในตอนแรกผู้ป่วยมักจะใช้การอธิบายเป็นประโยคเพื่อบรรยายลักษณะของสิ่งต่างๆแทนการเรียกชื่อ ผู้ป่วยจำสิ่งของได้แต่ไม่สามารถ recall ชื่อได้ เช่น กุญแจ ผู้ป่วยรู้ว่ากุญแจคืออะไรและสามารถใช้ได้ถูกต้องแต่จะคิดคำว่ากุญแจไม่ออก

2.2 Agnosia ลักษณะของ Agnosia แรงกว่า Anomia เพราะนอกจากผู้ป่วยจะไม่สามารถจำชื่อสิ่งต่างๆได้ ยังไม่สามารถจำสิ่งของและบุคคลได้ซึ่งเป็นลักษณะของความผิดปกติทางสมองของโรคอัลไซเมอร์ Agnosia ไม่ใช่ปัญหาเกี่ยวกับความจำแต่เป็นลักษณะที่สมองถูกทำลายจนมีผลต่อกระบวนการจัดการข้อมูลในสมอง ทำให้ข้อมูลที่ได้รับจากประสาทสัมผัสถูกทำให้บิดเบือนไป ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ เช่น ผู้ป่วยอาจคิดว่ามีดเป็นหวีและพยายามเอามีดมาหวีผมเมื่อโรคดำเนินเพิ่มมากขึ้นผู้ป่วยจะไม่สามารถจำบุคคลที่ไม่ได้พบเป็นเวลานาน และต่อมาก็ไม่สามารถจำบุคคลใกล้ชิดได้ เช่น ภรรยา, ลูก ซึ่งทำให้เกิด traumatic experience ในผู้ดูแล ในขั้นนี้จะพบลักษณะ Anomia มากขึ้นและการอธิบายถึงสิ่งต่างๆของผู้ป่วยจะไม่สอดคล้องกับสิ่งที่อธิบายเกิดความยากลำบากในการสนทนา

2.3 Aphasia จะเป็นอาการที่ตามมาเป็นความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้ภาษาเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจในสิ่งที่ได้ยิน และไม่สามารถใช้การสื่อสารบอกสิ่งที่ต้องการได้ เช่น ต้องการเข้าห้องน้ำ บอกความเจ็บป่วย ผู้ดูแลจึงต้องอาศัยการเดาสิ่งๆที่ผู้ป่วยต้องการ เมื่อโรคดำเนินมากขึ้นผู้ป่วยจะพูดตามคำและคำถามที่ได้ยิน (echolalia) โดยไม่ได้ตอบคำถาม ต่อมาผู้ป่วยอาจพูดซ้ำตามเป็นคำ (parolalia) หรือพูดตามเฉพาะพยางค์แรกของคำ (logoconia) ซ้ำแล้วซ้ำอีกและในท้ายที่สุดผู้ป่วยก็จะไม่พูดอะไรเลย

3. ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ทิศทาง

4. ความผิดปกติเกี่ยวกับความเฉลียวฉลาด เนื่องจากสมองของผู้ป่วยถูกทำลายไป ซึ่งจะพบลักษณะต่างๆดังต่อไปนี้

4.1 ความผิดปกติเกี่ยวกับการตัดสินใจ ซึ่งอาการดังกล่าวจะรบกวนชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและอาจเป็นสาเหตุให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการเรื่องการเงินของตนเองได้ อาจบริจาคเงินจำนวนมากโดยไม่สมเหตุผล เป็นต้น

4.2 ความผิดปกติในการคิดเชิงนามธรรม การรับรู้ความเหมือนและแตกต่างของสิ่งต่างๆ เช่น แก้วอึกับโต๊ะจะเหมือนกันเพราะเป็นเครื่องใช้ในบ้านเหมือนกัน เป็นต้น สูญเสียความมีเหตุผล สูญเสียกิจกรรมต่างๆที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว การคำนวณ การแปลสุภาษิต หรือแม้แต่การเขียน เพราะโรคอัลไซเมอร์นั้นเป็นผลจากสมองส่วน cortex ซึ่งสมองส่วนนี้ทำหน้าที่ควบคุม several human functions รวมทั้งควบคุมเกี่ยวกับการพูดและความสามารถในการเคลื่อนไหวด้วย

5. ความผิดปกติทางระบบการเคลื่อนไหวและทำหน้าที่การประสานกันระหว่างสายตาและการเคลื่อนไหว (Apraxia) เป็นความผิดปกติอันเนื่องมาจากสมองถูกทำลาย จะเกิดขึ้นในช่วงแรกของโรคโดยที่ผู้ป่วยและญาติไม่สังเกตความผิดปกติที่เกิดขึ้นโดยผู้ป่วยจะ inability to carry out purposeful movements and action despite intact motor and sensory system (loss of a previously possessed ability to perform skilled and purposeful motor acts) อาการดังกล่าวอาจยากในการบ่งบอก เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถแต่งตัวเองได้ อาจเกิดจากปัญหาเกี่ยวกับความจำและเกิดจากผู้ป่วยไม่สามารถ เรียงลำดับขั้นตอนสิ่งที่จะต้องทำได้ว่าทำอะไรก่อนหลังซึ่งเป็นลักษณะของ apraxia นอกจากนี้ทักษะต่างๆรวมทั้ง automatic action เช่น การกิน การแต่งตัวอาจสูญเสียเพราะ complex หรือ technical skill ถูกควบคุมโดย cerebral cortex และ automatic action ควบคุมโดย basal ganglia ซึ่งศูนย์ควบคุมทั้ง 2 จะถูกทำลายไป

apraxia มักจะสร้างความหงุดหงิดให้กับผู้ป่วยเนื่องจากงานง่ายๆที่ผู้ป่วยเคยทำได้กลายเป็นสิ่งที่ยากสำหรับผู้ป่วยซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ยังพบความผิดปกติในระยะหลังของโรค ความผิดปกติเหล่านี้ได้แก่ อาการเคลื่อนไหวช้าหรือที่เรียกว่า parkinson's syndrome, อาการชักและอาการกระตุก (myoclonus)

6 ความผิดปกติทางจิตเวช ผู้ป่วยอัลไซเมอร์จะแสดงลักษณะไม่สนใจตนเอง ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป ยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง แยกตนเอง มีอาการหงุดหงิด รวมทั้งมีอาการหวาดระแวง หลงผิดกลัวได้รับอันตราย หวาดระแวงกลัวคนขโมยของหรือกลัวว่าคู่สมรสจะนอกใจ เป็นต้น ด้านอารมณ์ก็มีการเปลี่ยนแปลงไปโดยผู้ป่วยจะเฉื่อยชาและซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบพฤติกรรมที่ผิดปกติไปซึ่งสร้างความเครียดให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล พฤติกรรมดังกล่าวได้แก่ stubbornness ระแวงสงสัยบุคคลรอบข้าง พูดคำหยาบมีปฏิกิริยาต่ออาการหลงผิดและภาพหลอนที่เกิดขึ้น ขโมยของหรือเอาสิ่งของต่างๆไปซ่อน บีสสาวะหรืออุจจาระในสถานที่ที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งผู้ป่วยมักไม่ยอมพักผ่อนและมักจะเดินผ่านตลอดเวลาไม่ยอมอยู่กับที่ วงจรการนอนผิดปกติทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่ออันตรายและบางครั้งผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมอีกด้วย

พยาธิวิทยาของโรคอัลไซเมอร์⁽⁷⁾

ลักษณะพยาธิวิทยาของโรคอัลไซเมอร์ประกอบด้วย

1. ลักษณะทางมหากายวิภาคศาสตร์ที่ผิดปกติ อาจพบสมองทั่วไปเหี่ยวแต่จะเป็นมากบริเวณสมองกลีบ fronto-parietal และ temporal การที่สมองทั่วไปเหี่ยวเกิดจากการเล็กลงหรือเหี่ยวของสมองส่วน neocortical และการเปลี่ยนแปลงใน white matter ซึ่งปรากฏให้เห็นในรูปของ leukoariosis ซึ่งอาจเป็นผลจาก amyloid angiopathy หรือการเสียชีวิตของ cortical neuron ทำให้ myelin ในบริเวณ subcortical เสียไปนอกจากสมองเหี่ยวแล้วยังมีโพรงสมองโตออก(hydrocephalus) โดยมี lateral ventical และ third ventrical ขยายออก ส่วน cerebellum นั้นจะเหี่ยวลงได้แต่ไม่เด่นชัด บริเวณของสมองที่เกิดความผิดปกติก่อนมักเป็นบริเวณ hippocampus และ amygdala นอกจากนี้ อาจพบร่องรอยของการตกเลือดใน subarachnoid เป็นหย่อมๆซึ่งเชื่อว่าเป็นผลจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่เรียกว่า amyloid angiopathy

2. ลักษณะทางจุลทัศน์กายวิภาคศาสตร์ที่ผิดปกติ

2.1 Amyloid หรือ senile plaque(SP) จะพบเป็นPlaquelike ประกอบด้วย BA4 protein กระจุกกระจายทั่วไปบริเวณ cortical area และ subcortical nuclei ก้านสมอง cerebella cortex และไขสันหลังหรือแม้แต่ในผิวหนังและทางเดินอาหาร ทำให้มีผู้เชื่อว่า สาเหตุของ AD เป็นจาก BA₄ protein amyloidosis ของระบบประสาทกลางจากการวิเคราะห์ BA₄ protein พบว่าเป็นสิ่งที่เหลือจากการสร้าง amyloid precursor protein (APP) โดยเซลล์ทุกชนิด แต่ neuron จะเป็นแหล่งสำคัญและโดยปกติ BA₄ และ PPA จะไม่อยู่นอกเซลล์ การพบสารเหล่านี้ในรูปของ amyloid plaque และการทำลายผนังเซลล์ทำให้เกิดลักษณะทางพยาธิสภาพดังกล่าว นอกจาก amyloid plaqueแล้วยังพบ reactive astrocytosis, microglia และ phagocytosis บริเวณใกล้เคียง

2.2 Amyloid angiopathy ในบริเวณ leptomeninges, cortical arteries, capillaries และ venules ของเนื้อสมอง จะพบในผู้ป่วย AD ส่วนใหญ่ amyloid ที่สะสมในหลอดเลือดชนิดนี้เป็น BA₄ protein เช่นเดียวกัน แต่จะพบในผนังหลอดเลือดบริเวณ basement membrane เป็นส่วนใหญ่ บริเวณสมองที่พบมาก ได้แก่ บริเวณสมองกลีบ occipito-parietal การสะสมของ amyloid angiopathy จะไม่สัมพันธ์กับการสะสมของ amyloid plaque

2.3 Neurofibrillary change ได้แก่ neuritic plaque, neurofibrillary tangles(NFT) และ Lipofuscin เป็นต้น

2.4 พยาธิสภาพอื่นๆ ได้แก่ การเสื่อมสลายชนิด granulovacular, Hirano bodies, จำนวน neuron ลดลง การเปลี่ยนแปลงของ glia cell

3. ความผิดปกติในระบบ neurotransmitter พบว่าระบบที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือ ระบบ cholinergic โดยเฉพาะส่วนที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือ choline acetyltransferase และบริเวณที่พบมีการเปลี่ยนแปลงในระยะแรกๆคือ บริเวณ nucleus basalis of Meynert ซึ่งจะพบ Neuronal loss มาก และพบ NFT บ่อยระบบ neurotransmitter อื่นๆที่เปลี่ยนแปลงแต่ไม่เด่นชัดเท่าคือ norepinephrine, serotonin ส่วนระบบ peptidergic neuron ก็มีการเปลี่ยนแปลงเช่นกัน ทำให้มีการลดลงของ cortical somatostatin และ corticotropin releasing factor

4. การตรวจพบความผิดปกติในอวัยวะรับความรู้สึกต่างๆที่อยู่นอกระบบประสาทส่วนกลาง เชื่อว่าเป็นผลตามมาของการเสื่อมในระบบประสาทส่วนกลาง เช่น optic nerve และ retinal ganglion cell degeneration การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการดมกลิ่นอาจเป็นแนวทางที่ช่วยในการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา เพราะอาจตรวจชิ้นเนื้อบริเวณนี้ได้

5. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายนอกสมอง เช่น การพบ APP, BA₄ ผิดหนึ่ง การเปลี่ยนแปลงในการทำงาน และโครงสร้างบางอย่างตลอดจนปฏิกิริยาการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆของ erythrocyte, platelet, polymorphonuclear cell, lymphocyte หรือ fibroblast และการเปลี่ยนแปลงในระบบ neuroendocrine และ adrenal medulla

6. ความสัมพันธ์ของการตรวจสอบของการตรวจพบทางพยาธิวิทยา การพบ amyloid plaque และ neurofibrillary tangle จะสัมพันธ์กับอาการทางคลินิก ส่วนการพบ amyloid angiopathy อาจไม่สัมพันธ์กับ amyloid plaque หรืออาการทางสมองเสื่อม อย่างไรก็ตามจะมีความแตกต่างของลักษณะทางพยาธิวิทยาใน AD ในผู้ป่วยแต่ละคนและใน AD ที่เป็น sporadic, familial หรือ atypical ดังนั้น จึงได้มีการตั้งเกณฑ์การวินิจฉัยทางประสาทพยาธิวิทยาต่างๆกันหลายเกณฑ์ ส่วนความผิดปกติหรือพยาธิสภาพในลักษณะอื่นๆหรือความผิดปกติในระบบประสาทนั้นจะช่วยให้เป็นแนวทางในการตรวจวินิจฉัย แต่จะมีความแม่นยำน้อยกว่าลักษณะทางพยาธิวิทยาพื้นฐานของโรค

ปัจจัยเสี่ยงของโรคอัลไซเมอร์ (7, 37)

ปัจจัยเสี่ยงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค สำหรับโรคอัลไซเมอร์นี้ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ได้รับการยืนยันว่าน่าจะเกี่ยวข้องกับโรคอัลไซเมอร์มี 2 ประการคือ

1. อายุ โรคอัลไซเมอร์มักพบในผู้สูงอายุ ดังนั้นอายุที่เพิ่มมากขึ้นจึงเสี่ยงต่อการเป็นโรคอัลไซเมอร์ได้มากขึ้น ดังจะเห็นได้จากการศึกษามายายเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของโรคซึ่งการศึกษาดังกล่าวพบโรคอัลไซเมอร์มากขึ้นในผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นเรื่อยๆ เช่น ในการศึกษาของ Brumback RA และ Leech RW ทำการศึกษาในประชากรชาวอเมริกันในปี 1994 และการศึกษาอุบัติการณ์ของ

โรคอัลไซเมอร์ในประชากรชาวแคนาดา ได้แสดงการเกิดโรคที่สัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มมากขึ้น พบโรคอัลไซเมอร์ 1 ใน 20 ของชาวแคนาดาที่อายุ 65 ปีขึ้นไปโดยแสดงจำนวนการเกิดโรคที่สัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มมากขึ้นดังต่อไปนี้⁽³⁹⁾

พบ 1 ต่อ 100 ในผู้สูงอายุระหว่าง 65-74

พบ 1 ต่อ 14 ในผู้สูงอายุระหว่าง 75-84

พบ 1 ต่อ 4 ในผู้สูงอายุ 85 ปีขึ้นไป

2. ประวัติครอบครัวมีผู้ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์^(39, 40) จากงานวิจัยมากมายได้แสดงถึงความสัมพันธ์ของโรคอัลไซเมอร์ในเครือญาติโดยบุคคลที่มีพ่อแม่หรือพี่น้องเป็นโรคอัลไซเมอร์ มีโอกาสที่จะเป็นโรคอัลไซเมอร์สูงกว่าบุคคลที่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคอัลไซเมอร์ และนอกจาก 2 ปัจจัยดังกล่าวแล้วยังมีปัจจัยอื่นๆที่กำลังมีผู้ศึกษามากมายโดยปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจเป็นไปได้ (positive risk factor) เช่น

- การศึกษา โดยหลายการศึกษาแสดงผลว่าระดับการศึกษาที่สูงจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆ เช่น ระดับรายได้ ความเป็นอยู่ เป็นต้น นอกจากนี้ นักวิทยาศาสตร์ยังให้ความสำคัญในประเด็นที่เกี่ยวกับประเภทของการประกอบอาชีพที่มีการใช้สมองที่แตกต่างกัน สิ่งเหล่านี้อาจส่งผลต่อการเป็นโรคอัลไซเมอร์ได้

- การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head Injury) ปัจจัยนี้พบได้น้อยเพียง 2-15 % โดยจากการศึกษาทางระบาดวิทยาของโรค พบมากในเพศชายที่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคอัลไซเมอร์ ซึ่งได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอาจทำให้เกิดอาการสมองเสื่อมได้ ประชากรที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะ 5% จะมีประมาณ 2.5% ที่สัมพันธ์กับการเป็นโรคอัลไซเมอร์

- ดาวน์ซินโดรม (Down's Syndrome) ผู้ที่เป็นดาวน์ซินโดรมจะมีลักษณะพยาธิวิทยาทางสมองคล้ายโรคอัลไซเมอร์ และผู้ที่เป็นดาวน์ซินโดรมอาจเป็นอัลไซเมอร์ได้ในเวลาต่อมาโดยจะพบโรคอัลไซเมอร์ได้ในช่วงอายุ 30-40 ปี onset ของโรคอาจเกิดในอายุ 30 ปี ซึ่งเกิดขึ้นเร็วกว่าประชากรทั่วไป

- อายุของมารดาขณะตั้งครรภ์ อายุของมารดาที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคอัลไซเมอร์คือ มารดาที่อายุน้อยหรือมากเกินไป คือ ต่ำกว่า 20ปีและเกิน 40 ปีโดยมารดาในกลุ่มดังกล่าวมีความเสี่ยงสูงที่จะคลอดก่อนกำหนดหรือบุตรเป็นดาวน์ซินโดรมได้

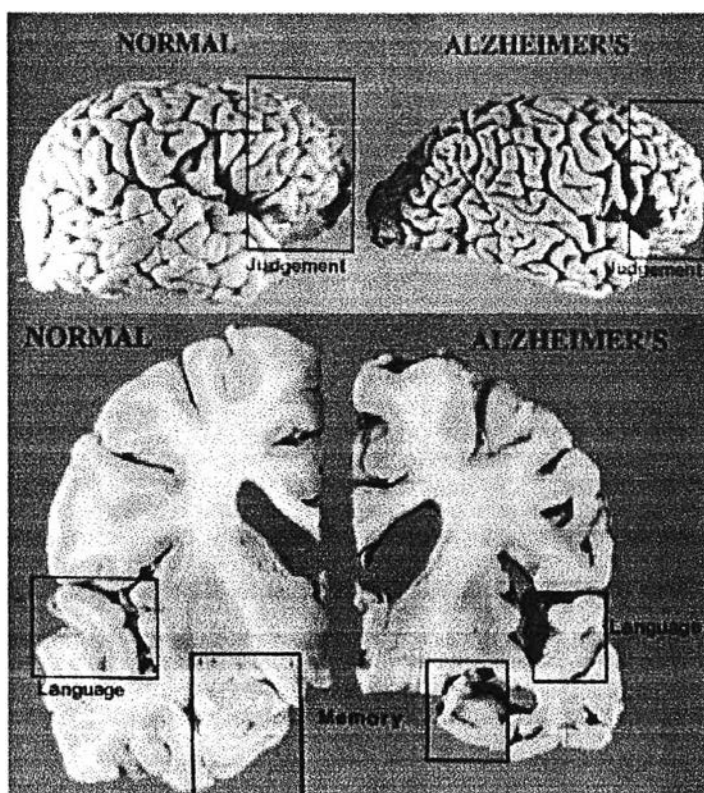
- การเปลี่ยนแปลงของยีน โดยมากพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของยีน amyloid precursor protein (APP) บนโครโมโซมคู่ที่ 21 ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอัลไซเมอร์

สาเหตุของโรคอัลไซเมอร์

เป็นที่ทราบกันดีว่า แม้วិทยาการทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์จะมีความก้าวหน้าขึ้นมา แต่ก็ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคอัลไซเมอร์ได้ รวมทั้งวิธีการที่จะหยุดความรุนแรงของโรคได้

ลักษณะของโรคอัลไซเมอร์นี้เกิดจากเซลล์ในสมองตาย ทำให้สมองทำงานได้ไม่เต็มที่ การตายของเซลล์ในสมองดังกล่าวจะเกิดก่อนการเริ่มสูญเสียความจำเป็นเวลานาน โดยที่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการผิดปกติใดๆ เพราะเซลล์ที่เหลือยังสามารถทำงานแทนในส่วนของเซลล์ที่ตายไปได้ โดยโรคอัลไซเมอร์เป็นผลมาจากความผิดปกติในสมองส่วนcerebral cortex (gray matter) และส่วน temporal lobe ซึ่งเป็นศูนย์ควบคุมเกี่ยวกับความจำ การได้ยิน และภาษา parietal lobe ควบคุมเกี่ยวกับภาษา การรับรู้ของลิ้น การรับรู้ความเจ็บปวดและอุณหภูมิ และส่วน frontal lobe ซึ่งควบคุมเกี่ยวกับเหตุผล การตัดสินใจ บุคลิกภาพและการพูด รวมทั้งโครงสร้างส่วนลึกในสมอง เช่น hippocampus (ทำหน้าที่เกี่ยวกับความจำระยะสั้น) และ amygdala ซึ่งควบคุมเกี่ยวกับอารมณ์⁽¹⁵⁾

ภาพที่ 1 ภาพสมองเปรียบเทียบระหว่างสมองของคนปกติกับสมองของผู้มีพยาธิสภาพของโรคอัลไซเมอร์



ถึงแม้การตายของเซลล์สมองจะเป็นเรื่องธรรมดาที่เกิดขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นและเป็นเหตุให้เกิดอาการลืมได้ แต่สาเหตุที่ทำให้เกิดการตายของเซลล์ประสาทในโรคอัลไซเมอร์นั้นยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดว่าเกิดจากอะไร โดยนักวิทยาศาสตร์ได้ศึกษาใน 3 ประเด็น คือ⁽³⁹⁾

1. ประวัติครอบครัว
2. สิ่งแวดล้อมภายนอก
3. สิ่งแวดล้อมภายใน

ซึ่งนักวิทยาศาสตร์เชื่อว่าไม่มีสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงอย่างเดียวที่ทำให้เกิดโรคอัลไซเมอร์ โดยสาเหตุของการเกิดโรคนั้นมาจากหลายปัจจัยรวมกัน การค้นพบมากมายทำให้เกิดทฤษฎีการเกิดโรคอัลไซเมอร์ที่แตกต่างกัน ดังต่อไปนี้^(7,39,40)

1. ทฤษฎีทางพันธุศาสตร์ งานวิจัยต่างๆได้แสดงถึงบทบาทของพันธุศาสตร์ที่ผลต่อโรคอัลไซเมอร์ แม้ปัจจุบันยังไม่ทราบรูปแบบที่แน่นอนของลักษณะทางพันธุกรรมที่ถ่ายทอดมาแต่จากการศึกษาในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ทำให้พบรูปแบบบางประการทางพันธุกรรมในการเกิดโรค คือ autosomal-dominant inheritance นอกจากนี้ยังพบกลไกพันธุศาสตร์ในการสร้าง amyloid และ mutation ใน APP gene ใน familial AD บางครอบครัวและในดาวนซินโดรม พบว่า gene ที่สร้าง APP อยู่บนโครโมโซมคู่ที่ 21 การพบ amyloid ในดาวนซินโดรมที่อายุน้อยเชื่อว่าเกิดจากการมี extracopy ของ gene นี้ ส่วนใน familial AD gene ของ amyloid precursor อาจอยู่ใน chromosome นี้หรือ chromosome อื่นด้วย เชื่อว่า familial gene อาจเป็นตัวส่งเสริม amyloid precursor gene เมื่อมีความผิดปกติของ gene ทำให้เกิด proteolytic cleavage product ที่ผิดปกติของ APP คือ BA_4 amyloid ซึ่งมีผลทั้ง toxic และ trophic ทำให้เกิด amyloid plaque, NFT, microgliosis และ astrocytosis ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับพันธุศาสตร์นี้ยังมีเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ทราบปัจจัยอื่นๆอีกมากมาย

2. ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงจากความชราภาพและสิ่งแวดล้อม เชื่อว่าการรับภยันตรายบางอย่างจากสภาพแวดล้อมที่ละน้อย เช่น อุบัติเหตุ สารพิษ การติดเชื้อสามารถทำให้เกิดการตายของเซลล์ประสาทในบางบริเวณของสมอง ซึ่งในระยะแรกอาจจะยังไม่มีอาการทางคลินิก แต่เมื่อเวลาผ่านไปหรือเมื่ออายุมากขึ้นตามธรรมชาติ จะมีปรากฏการณ์ของการตายหรือการเสื่อมของเซลล์ประสาท ซึ่งอาจมีปัจจัยเกี่ยวกับ neurotropic factor เข้ามาเกี่ยวข้อง โดยปกติเมื่อเซลล์เสียไประยะแรก ระบบประสาทจะมีการปรับเปลี่ยนในเรื่องของ neuronal sprouting, การเพิ่มการสร้าง neurotransmitter, การเพิ่มจำนวน receptor ทำให้เซลล์ทำหน้าที่ได้อยู่ได้จนในระยะหลังที่เริ่มมีการเสื่อมตามอายุร่วมกับภยันตรายต่างๆ การปรับตัวนี้จะไม่ได้ผลทำให้เกิดอาการทางคลินิกของโรคอัลไซเมอร์

3. ทฤษฎีเกี่ยวกับ จากหลักฐานการพบ lipofuscin ใน โรคอัลไซเมอร์ ซึ่ง lipofuscin เป็น oxidative degradation ของ lipid หรือการพบการเกิด amyloid อาจเกี่ยวกับ free radical เนื่องจาก antioxidant สามารถยับยั้งการสร้าง amyloid ได้ หรือ free radical เองอาจไปทำลาย neuronal membrane ทำให้มีการปลดปล่อย amyloid precursor และเปลี่ยนไปเป็น amyloid, Free radical เกิดปฏิกิริยาทางเคมีที่ใช้ออกซิเจนทำให้เกิด superoxide และ hydroxyl radicals เหล่านี้จะทำปฏิกิริยากับโมเลกุลอื่นๆทำให้เกิด free radical อย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้เกิดปฏิกิริยาการทำลายการทำงานของเซลล์ เนื่องจาก free radical จะมีผลต่อ polysaturated lipid ในเซลล์, DNA, protein และ carbohydrate ทำให้เกิดการตายของเซลล์ ในภาวะปกติร่างกายจะมีกลไกในการกำจัด free radical โดย enzyme superoxide dismutase และ antioxidant เช่น vitamin E ในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์อาจมีความผิดปกติเกี่ยวกับ gene ในการควบคุมกลไกเหล่านี้จึงทำให้เกิดการตายของเซลล์สมอง นอกจากนี้ การมีสารพิษ ภัยอันตรายและการติดเชื้ออาจมีผลต่อปฏิกิริยา free radical โดยตรง

4. ทฤษฎีเกี่ยวกับการติดเชื้อ เชื่อว่าโรคอัลไซเมอร์เกิดจากการติดเชื้อไวรัสอย่างช้าๆ ทำให้ใช้เวลาในการฟักตัวของโรคเป็นเวลานานหลายสิบปี โดยพบโรคเสื่อมทางระบบประสาทอื่นๆที่มีสาเหตุจากไวรัสดังกล่าว เช่น Kuru, Creutzfeldt – Jacob disease และ Gerstmann-Strassler Syndrome ซึ่งไวรัสนี้จะใช้เวลาในการฟักตัวนานกว่า 20 – 50 ปี ไวรัสดังกล่าวคล้ายคลึงกับ viral agent ที่เป็นสาเหตุของโรคทางระบบประสาทในแพะและแกะ และบางทฤษฎีก็เชื่อว่าโรคอัลไซเมอร์เกิดจากไวรัสเช่นใน herpes simplex เนื่องจากตำแหน่งของพยาธิสภาพเรื้อมแรกๆของโรคอัลไซเมอร์พบในสมองกลีบ temporal คล้ายกับ herpes simplex encephalitis แต่หลักฐานเกี่ยวกับการติดเชื้อนี้ก็ยังไม่เด่นชัดเท่าที่ควร

5. ทฤษฎีเกี่ยวกับกลไกทางภูมิคุ้มกันและการอักเสบ จากลักษณะทางพยาธิวิทยาที่พบว่าใน senile plaque (SP) มี amyloid, และ microglia cell ซึ่งเซลล์ microglia นี้สัมพันธ์กับ peripheral blood monocyte และพบ circulating protein ที่เกี่ยวกับการตอบสนองทางภูมิคุ้มกัน เชื่อว่าคงเกิดการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันหรือการอักเสบในบริเวณ SP แต่การตอบสนองนี้อาจเป็นสาเหตุหรือเป็นผลของโรคอัลไซเมอร์ก็ได้ นอกจากนี้ จากการศึกษาทางระบาดวิทยาที่พบโรคอัลไซเมอร์น้อยในผู้ป่วย rheumatoid arthritis ที่ได้ยาในกลุ่ม anti – inflammatory หรือในผู้ป่วย rheumatoid arthritis ที่ได้ยาในกลุ่ม anti – inflammatory หรือในผู้ป่วย leprosy ที่ได้ dapsone แสดงว่า โรคอัลไซเมอร์อาจเกี่ยวกับกลไกการอักเสบ แต่การที่ยาลดการอักเสบทำให้อุบัติการณ์ของโรคอัลไซเมอร์น้อยลง อาจไปเกี่ยวกับกลไกอื่นก็ได้ เช่น เป็นจากการที่ได้ยาที่รักษาโรคเหล่านี้ไปมีผลต่อ interleukin ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงการสร้าง APP ทำให้ไม่เกิดการ amyloid plaque

6. ทฤษฎีที่เกี่ยวกับ Mental ion จากหลักฐานการพบ aluminium และ iron ใน SP แต่ก็ยังไม่ทราบความสำคัญ แต่จากหลักฐานทางสัตว์ทดลองและทางระบาดวิทยาไม่สนับสนุนทฤษฎีนี้ แม้ว่าจะพบว่าการใช้ยาในกลุ่ม deferrioxamine ในผู้ป่วยโรคอัลไซม์เมอร์สามารถชะลอการดำเนินโรคได้แต่ผลยังไม่แน่นอนและผลที่เกิดขึ้นอาจเป็นผลจากการที่ยาที่มีฤทธิ์เป็น immunosuppression ด้วย ซึ่งการลดอาการอาจไปเกี่ยวกับทฤษฎีอื่น เช่น ทฤษฎีทางระบบภูมิคุ้มกัน หรือกลไกอื่นๆ

เกณฑ์การวินิจฉัยและการวินิจฉัยแยกโรค

การวินิจฉัยโรคอัลไซม์เมอร์ได้อ้างอิงจากการให้นิยามของโรค เพราะคำจำกัดความของโรคต้องมีคุณสมบัติที่จะใช้ในการวินิจฉัยได้⁽⁷⁾ เกณฑ์ที่นิยมใช้กันในปัจจุบันคือ DSM IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorder, 4th ed) และ NINCDS (National Institute of Neurological Disease and Communicative Disorder and Stroke)

การวินิจฉัยแยกโรค⁽⁷⁾

1. การวินิจฉัยโรคอัลไซม์เมอร์อาศัยลักษณะทางเวชกรรมต่างๆ ซึ่งไม่เป็นลักษณะจำเพาะ จึงจำเป็นต้องตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการเพื่อแยกโรคอื่นๆที่มีลักษณะคล้ายกันออกไป โดยเฉพาะโรคทางกายหรือโรคที่รักษาได้ ลักษณะทางเวชกรรมที่ช่วยในการวินิจฉัยว่าไม่น่าจะใช้โรคอัลไซม์เมอร์คือ อาการสมองเสื่อมที่เป็นเร็ว มีอาการปวดศีรษะ มีอาการชัก อาการกระตุก (myoclonus) การควบคุมปัสสาวะผิดปกติ การเดินและเคลื่อนไหวผิดปกติที่เกิดขึ้นเร็ว หรือลักษณะทางการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทที่เป็นเฉพาะ ที่ไม่ว่าจะเป็นการเสียใน cortical function หรือเสียการทำงานอื่นๆของสมอง เฉพาะที่จะช่วยแยกโรคเฉพาะที่หรือ subcortical dementia syndrome อื่นๆออกไป การตรวจที่ควรทำคือ CT-scan, MRI, EEG, lumbar puncture ตรวจหาโรคติดเชื้อบางอย่าง เช่น HIV, ซีฟิลิส การตรวจเลือดหาโรคไทรอยด์ ภาวะขาดวิตามินB12

2. โรคทางสมองเสื่อมบางชนิดที่มีอาการเสื่อมเฉพาะที่ (lobar degeneration) หลังจากทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการแล้วไม่พบรอยโรคเฉพาะที่อื่นๆนอกจากสมองฝ่อ อาจสับสนกับโรคอัลไซม์เมอร์ในระยะแรก แต่โรคเหล่านี้แม้จะมีการดำเนินโรคระยะเวลานานขึ้น ลักษณะทางเวชกรรมของรอยโรคที่กระจัดกระจายก็จะเป็นน้อยอยู่ โรคในกลุ่มนี้ ได้แก่ dementia of frontal lobe type(DFT), progressive aphasia, progressive apraxia หรือ agnosia, progressive upper limb apraxia with gait disturbance, progressive orofacial dyspraxia with loss of speech, progressive prosopagnosia, progressive visual disturbance โรคในกลุ่มนี้ลักษณะทางพยาธิวิทยาอาจมีลักษณะไม่จำเพาะ หรืออาจคล้ายโรคอัลไซม์เมอร์

3. Subtype of Alzheimer's disease ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์สามารถจำแนกออกเป็น 2 กลุ่มคือ Late onset AD พบในคนอายุมาก(มากกว่า 65 ปี) มีอาการเสียความทรงจำร่วมกับการเสีย cognitive function ทั่วๆไปมีอาการ aphasia, apraxia, agnosia(instrumental symptom) น้อยหรือไม่เด่น ผู้ป่วยมักมีอาการสับสน (confusional symptom เด่น) ลักษณะทางพยาธิสภาพไม่รุนแรง และมักมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดในสมองร่วมด้วย ส่วนใน Early onset AD มักพบในคนอายุน้อย มี instrumental symptom โดยเฉพาะ aphasia เด่น มี myoclonus และประวัติทางกรรมพันธุ์เด่นกว่ามีพยาธิสภาพรุนแรง พบความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 21, platelet membrane fluidity, epinephric, cholinergic, somatostin และ GABA เด่นกว่า

4. Overlap syndrome ในบางครั้ง โรคอัลไซเมอร์จะพบร่วมกับโรคสมองเสื่อมอื่นๆ เช่น multi-infarction dementia, lobar degeneration, Lewy body disease, Parkinson's disease จำเป็นต้องอาศัยลักษณะทางเวชกรรม และการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัย

การดำเนินโรค⁽⁷⁾

ผู้ป่วยในระยะแรกจะมีปัญหาเกี่ยวกับความจำและความเฉลียวฉลาด ทำให้เกิดปัญหาแก่ตนเองมาขึ้นเรื่อยๆ แต่ในบางครั้งผู้ป่วยเองก็ไม่ได้รู้สึกตัว เมื่อผู้ป่วยมีอาการมากขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมและบุคลิกภาพ ทำให้เกิดปัญหาแก่ผู้ใกล้ชิด เมื่ออาการเป็นมากขึ้นอีก ผู้ป่วยจะอ่อนแรงลง แต่ปัญหาการดูแลตัวเองจะมากขึ้น ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยตนเองได้ และในที่สุดต้องนอนอยู่กับเตียงและมีคนพยาบาลตลอดเวลา

การแบ่งความรุนแรงของโรคที่ใช้แพร่หลายมีการแบ่งเป็น 3 ชั้น และ 7 ชั้น⁽⁴¹⁾ โดยแต่ละชั้นของทั้ง 2 แบบต่างก็มีลักษณะของอาการที่คาบเกี่ยวกันอยู่

ลักษณะการแบ่งแบบ 3 ชั้น^(41,42)

- **ขั้นแรก** อยู่ในช่วง 1-3 ปีของการดำเนินโรค โดยจะพบความผิดปกติต่างๆ ได้แก่ ด้านความจำเกี่ยวกับความจำระยะสั้นไม่ดี มีความบกพร่องในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ พบความผิดปกติเล็กน้อยของการทำงานประสานระหว่างมือและสายตา (Visuo-spatial skill) เช่น การวาดภาพเลียนแบบจากสิ่งที่เห็น ดังภาพที่ได้แสดง อีกทั้งมีความผิดปกติด้านภาษา คือจะพบลักษณะ anomia เล็กน้อย และบางครั้งผู้ป่วยอาจมีอาการมึนศีรษะและมีอาการหลงผิดได้ ในขั้นนี้ผลจากการตรวจ EEG และ CT-scan ยังปกติดี

- **ขั้นที่สอง** อยู่ในช่วง 2 - 10ปีของการดำเนินโรคโดยจะปรากฏลักษณะต่างๆ คือ ความจำทั้งระยะสั้นและระยะยาวจะเสียไปจนผู้ป่วยไม่สามารถจำเรื่องราวของตนเองได้ เช่น จำเพื่อนหรือคนในครอบครัวไม่ได้ เสียการรับรู้เกี่ยวกับเวลาและสถานที่ ด้านภาษาจะพบความผิดปกติ

มากขึ้นโดยมีลักษณะของ anomia, agnosia, apraxia และ aphasia ทำให้การสื่อสารกับผู้ป่วยทำได้ลำบากมากขึ้น การตัดสินใจของผู้ป่วยผิดปกติไปมาก บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปอย่างเห็นได้ชัด เช่น มีอารมณ์แปรปรวน, วิดกกังวล, ระวังสงสัย, ซึมเศร้า, หลงผิดหรือก้าวร้าว รวมทั้งผู้ป่วยมักไม่ยอมพักผ่อนมักเดินไปเดินมา หรือเคลื่อนไหวตลอดเวลา ในขั้นนี้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในการประกอบกิจวัตรประจำวันมากขึ้น เช่น การแต่งตัว, ทานอาหาร เป็นต้น ในขั้นนี้ผลการตรวจ CT-scan จะพบลักษณะของสมองที่เหี่ยวลงและโพรงสมองจะกว้างขึ้น และผลการตรวจ EEG จะพบความผิดปกติของคลื่นสมองที่ช้าลง

- **ขั้นที่สาม** ขั้นนี้จะอยู่ในช่วงการดำเนินโรคภายใน 8 – 12 ปีโดยผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของ cognitive function อย่างรุนแรงและสูญเสียความทรงจำอย่างมาก ไร้ความสามารถในการสื่อสาร น้ำหนักตัวลดลงแม้จะมีภาวะโภชนาการที่ดี ในขั้นนี้ผู้ป่วยมักจะนั่งหรือนอน ซึ่งต่างจากในขั้นที่สอง อีกทั้งต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง การตรวจ CT-scan พบโพรงสมองกว้างขึ้นและการเหี่ยวตัวของสมองมากขึ้น EEG พบคลื่นสมองช้าลง

การรักษา ⁽⁷⁾

1. การรักษาสาเหตุ และการปรับเปลี่ยนความผิดปกติที่เกิดขึ้นใน AD

การรักษาสาเหตุหรือปรับเปลี่ยนความผิดปกติที่เกิดขึ้นโดยการใช้ยา ส่วนมากยังอยู่ในขั้นทดลองวิจัย

- 1.1 วิธีการหรือยาที่ใช้รักษา AD ที่ได้ทดลองวิจัยในสัตว์ทดลองหรือในคนไม่ได้ผลชัดเจน เช่น Chelating therapy, Multiple nutrients, Calcium channel blockers เป็นต้น
- 1.2 ยาที่มีใช้ในท้องตลาดอย่างแพร่หลาย แต่ยังไม่มีความหลักฐานที่ได้ผลในการรักษา AD อย่างชัดเจน คือ Cerebral vasodilator, Cerebral activator, Nootropic drug
- 1.3 ยาหรือวิธีการที่กำลังอยู่ในขั้นวิจัยที่อาจได้ผล เช่น Nerve growth factors เป็นต้น
- 1.4 Cholinergic therapy เป็นการรักษาที่มีการศึกษาวิจัยมากที่สุดเนื่องจากระบบ neurotransmitter นี้เกี่ยวข้องกับ AD ทั้งในทางพยาธิวิทยาและชีวเคมี การวิจัยในอดีตในการปรับเปลี่ยนระบบ neurotransmitter ตัวนี้ไม่ค่อยได้ผล แต่ในปัจจุบันการใช้ acetylcholine esterase inhibitor โดยเฉพาะ acetylcholine esterase inhibitor: Tacrine, Donepezil, Rivastigmine, Metrifonate พบว่าได้ผลดีพอสมควรใน AD ซึ่งได้มีการวิจัยในคนที่สนับสนุนมากพอสมควร
- 1.5 การรักษาอาการอื่นๆ เช่น การให้ antioxidant ในกลุ่ม vitamin E ขนาดสูงอาจช่วยชะลอโรค AD ส่วนการได้ฮอร์โมน estrogen นั้น ข้อมูลยังไม่แน่นอน

2. การรักษาทั่วไป

2.1 รักษาตามอาการ เนื่องจากโรคอัลไซเมอร์เป็นโรคที่ไม่ทราบสาเหตุจำเป็นต้องรักษาตามอาการ อาการที่สามารถควบคุมได้ด้วยยามักเป็นอาการทางจิตเวช เช่น เอะอะไว้วาย ไม่ยอมนอน เป็นต้น ยาในกลุ่มนี้ เช่น ยาด้านอาการทางจิต ยาด้านอาการซึมเศร้า ยานอนหลับ มีความจำเป็นใช้ในบางครั้ง หรืออาการทางประสาทวิทยา เช่น อาการชัก อาจให้ยากันชัก อาการเคลื่อนไหวผิดปกติอื่นๆ เช่น อาการพาร์กินสันก็สามารถให้ยาควบคุมอาการได้ การให้ยาในกลุ่มนี้ไม่จำเป็นต้องให้ไปตลอด เมื่อผู้ป่วยดีขึ้น หรือโรคเป็นมากขึ้นจนอาการเปลี่ยนแปลงไปแล้ว หรือหมดความจำเป็น อาจต้องหยุดยาเป็นครั้งคราวเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากยา

2.2 การรักษาโรคทางกายอื่นๆ ที่เกิดร่วมด้วย ผู้สูงอายุมักมีโรคทางกายหลายๆอย่างร่วมกัน โรคทางกายเหล่านี้ อาจส่งผลให้อาการสมองเลวลงได้ การรักษาโรคเหล่านี้อาจทำให้อาการสมองเสื่อมดีขึ้นได้บ้าง การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคทางกายที่พบบ่อยที่สุดคือ ผู้ป่วยจะมีอาการสับสน(delirium) แทรกเข้ามาในกลุ่มอาการสมองเสื่อม(dementia) ซึ่งลักษณะที่สำคัญของกลุ่มอาการนี้ คือ ผู้ป่วยมีอาการเสียสมาธิ วุ่นวาย มีภาพหลอน การนอนผิดปกติ และการเคลื่อนไหวผิดปกติ อาการเหล่านี้อาจมีความรุนแรงขึ้นๆลงๆในระยะแรก ระยะต่อมาเมื่ออาการมากขึ้นผู้ป่วยก็จะซึมและหมดสติ สาเหตุที่สำคัญมักเป็นสาเหตุจากยาที่รับประทานอยู่ ภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ และทางเดินหายใจ โรคหลอดเลือดในสมอง ภัยอันตรายต่อสมอง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการประเมินและแก้ไขอย่างเหมาะสมถูกต้อง

2.3 การป้องกันไม่ให้อาการเลวลง ได้แก่ การระมัดระวังการใช้ยาต่างๆ เนื่องจากยาหลายชนิดที่ใช้บำบัดโรคทางกายอื่นๆในผู้สูงอายุ อาจทำให้อาการสมองเสื่อมเลวลงได้ การใช้จะต้องระวัง มีข้อบ่งชี้และมีแนวทางเพิ่มยาหยุดยาที่แน่นอน นอกจากนี้ ยังต้องพยายามดูแลเรื่องการหกล้ม

2.4 การฟื้นฟูสุขภาพและทำกายภาพบำบัด แม้ว่าโรคอัลไซเมอร์จะเป็นโรคที่เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ แต่โรคอัลไซเมอร์มักพบในผู้สูงอายุที่มีการเสื่อมเป็นปกติอยู่แล้วการฟื้นฟูสุขภาพและทำกายภาพบำบัดจะช่วยในส่วนที่เสื่อมจากความชรภาพได้มากพอสมควรและอาจช่วยให้ความพิการจากโรคอัลไซเมอร์น้อยลง หรือช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ความสามารถส่วนที่เหลืออยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด

2.ภาวะและความเครียด

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะ

คำว่าภาวะ(Burden) มีผู้ให้ความหมายที่แตกต่างกันออกไปมากมายตามแนวคิดของแต่ละบุคคล แต่ความหมายที่เข้าใจก็เป็นการอธิบายเกี่ยวกับภาวะหรือ ผลกระทบ ความยากลำบากหรือปัญหาที่เกิดจากการดูแล จากการศึกษาเอกสารพบว่า การให้นิยามและแนวคิดเกี่ยวกับภาวะแบ่งออกได้ 2 แนวคิด ประกอบไปด้วย

1. แนวคิดที่มองภาวะในลักษณะมิติเดียว ซึ่งเป็นการประเมินสถานการณ์การให้การดูแลอย่างเดียว

บราวน์ (Brown)⁽⁴³⁾ กล่าวว่า ภาวะ หมายถึง ผลกระทบต่างๆที่ผู้ดูแลได้รับอันเกิดจากประสบการณ์ในการให้การดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

ซาริต ทอดด์และซาริต (Zarit, Todd & Zarit)⁽⁴⁴⁾ ให้ความหมายว่า ภาวะ หมายถึง ปริมาณหรือขอบเขต (extent) ที่ผู้ดูแลรับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ สุขภาพกาย ชีวิตในสังคมและสถานะเศรษฐกิจ ซึ่งผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย

พูลชอคและเดมลิง (Poulshock&Demling)⁽⁴⁵⁾ มองว่าภาวะของผู้ดูแลเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับผลที่ไม่พึงปรารถนาอันเกิดจากการดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายหรือจิตใจ ซึ่งผลที่ไม่พึงปรารถนาดังกล่าวจะครอบคลุมผลที่ไม่พึงปรารถนาจากการปฏิบัติการดูแล และผลที่ไม่ถึงปรารถนาจากผลกระทบของการดูแล โดยภาวะจะมีบทบาทอยู่ระหว่างความบกพร่องของผู้ป่วย และผลกระทบของการดูแลดังนี้

ความบกพร่องของผู้ป่วย → ภาวะ → ผลกระทบของการดูแล

ซึ่งอธิบายได้ว่า ความบกพร่องของผู้ป่วย หมายถึงการขาดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ หรือการขาดความสามารถด้านสติปัญญา จะเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลเกิดภาวะและภาวะจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในสังคม หน้าที่การงาน สุขภาพร่างกาย และสัมพันธภาพของครอบครัว

2. แนวคิดที่มองภาวะเป็นสองมิติ เป็นการมองภาวะในส่วนของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย และประเมินปฏิกริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลด้วย

โฮนิค และแฮมิลตัน (Hoenig&Hamilton อ้างจาก ไพรินทร์ภักดิ์)⁽⁴⁶⁾ เป็นนักวิจัยกลุ่มแรก ที่ให้ความหมายชัดเจนในการแยกแยะระหว่างภาวะเชิงอัตนัยและภาวะเชิงปรนัย โดยให้ความหมายของภาวะเชิงปรนัยว่า เป็นการจำแนกถึงบางสิ่งบางอย่างที่เกิดขึ้น เป็นเสมือนสิ่งทีก่อให้เกิดความยุ่งยาก

ในชีวิตครอบครัวในการดูแลความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย 2 ชนิด คือ ชนิดแรกเป็นผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน เช่น ด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพของสมาชิก ผลกระทบต่อเด็ก และชีวิตประจำวันของครอบครัว และชนิดที่สอง คือ เกิดขึ้นจากพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย ส่วนภาระเชิงอัตนัยเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากภาระนั้นๆ

แนวคิดของไฮนิก นั้นมีลักษณะคล้ายกับแนวคิดของ มอนต์โกเมอรีและคณะ (Montgomery et al)⁽⁴⁷⁾ ที่มองภาระเป็นสองมิติ โดยเสนอแนวคิดว่าการมองภาระแบบมิติเดียวอาจไม่ครอบคลุมประสบการณ์ยากลำบากจากการดูแลที่ทำให้เกิดภาระได้ จึงควรมองเป็นสองมิติ

มิติแรกเป็นภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นการมองภาระในส่วนของประสบการณ์ความยากลำบากที่เกิดจากกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย เช่น ผลของการดูแลที่มีต่อหน้าที่การงานของผู้ดูแล, ความมีอิสระที่ลดลง, ถูกจำกัดในการเข้าสังคม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำรงชีวิต, หน้าที่การงานตลอดจนสุขภาพของผู้ดูแล

มิติที่สองเป็นภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) ซึ่งเป็นความรู้สึก ทศนคติ หรือปฏิกิริยาการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์หรือความยากลำบากที่ไม่พึงปรารถนาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย

นอกจากนี้ โนแลนและคณะ (Nolan et al.)⁽⁴⁸⁾ ได้เสนอเกี่ยวกับผลกระทบของการดูแล และความรู้สึกของผู้ดูแลซึ่งสอดคล้องกับการแนวคิดการแบ่งภาระเป็นสองมิติ ได้แก่ ผลกระทบของการดูแลซึ่งประกอบด้วย ผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว, การดำเนินชีวิตในสังคม, เวลาส่วนตัว และหน้าที่การงาน และด้านความรู้สึกของผู้ดูแลต่อสถานการณ์การดูแลนั้น เป็นระดับความตึงเครียดของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ความตึงเครียดทางสุขภาพร่างกาย, อารมณ์ และความตึงเครียดทางเศรษฐกิจ

และมีนักวิจัยอีกหลายท่านที่ศึกษาผลกระทบทางลบที่เกิดจากกระบวนการการดูแล พบว่าผู้ดูแลมักมีความรู้สึกสูญเสีย โดดเดี่ยว แยกแยก หมดหวัง ความรู้สึกดังกล่าวจะเกิดขึ้นเป็นเวลานานจนเกิดผลทางด้านอื่นๆตามมา เช่น ผลต่อสภาพจิตใจ, อารมณ์, ร่างกาย, เศรษฐกิจ เป็นต้น (48,49,50,51)

เลฟเลย์ (Lefley)⁽⁵²⁾ แสดงแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบภาระของครอบครัว ที่สัมพันธ์กับความเครียดว่าภาระเกิดจาก 3 ปัจจัยคือ

1. สถานการณ์ที่ตึงเครียด ซึ่งเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวกับผู้ป่วยที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วย
2. ความเครียดทางสังคม เกิดจาก ทศนคติทางลบต่อผู้ป่วยและการขาดแรงสนับสนุนของผู้ดูแล

3. ความเครียดที่เกิดจากการที่ผู้ดูแลขาดข้อมูลและบริการต่างๆ งานวิจัยเกี่ยวกับภาวะจากการดูแลมากมายได้แสดงแหล่งของภาวะที่เกิดจากบทบาทการดูแลว่า ภาวะนั้นเกิดจากการที่ผู้ดูแลมีเวลาส่วนตัวลดลง, เกิดความเครียดในบทบาทที่ได้รับ, การต้องดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ⁽⁵³⁾ ผู้ดูแลมีกิจกรรมทางสังคมลดลง⁽⁵⁴⁾ การต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย⁽⁵⁵⁾ และยังมีปัจจัยในตัวผู้ดูแลที่เป็นปัจจัยหลักในการเกิดภาวะขึ้น เช่น เพศของผู้ดูแล, ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย, การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการป่วยของผู้ป่วยและทัศนคติของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย เป็นต้น⁽⁵⁶⁾ ความต้องการการดูแลซึ่งถือเป็นภาระความรับผิดชอบของผู้ดูแลเป็นผลมาจากสาเหตุ 3 ประการคือ⁽⁵⁷⁾

1. ข้อจำกัด หรือความบกพร่องทางร่างกาย หรือการทำหน้าที่ของอวัยวะ (Physical or functional impairment) ข้อจำกัดดังกล่าวอาจเกิดจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ไม่ว่าจะ เป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐาน (Activities of daily living) หรือกิจกรรมขั้นสูง (instrumental activities of daily living) ก็ตาม ซึ่งกิจกรรมหรืองานที่เกิดขึ้นจากข้อจำกัดทางด้านร่างกายมักจะเป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลสามารถวางแผน คาดการณ์ และจัดเวลาล่วงหน้าได้

2. ปัญหาความบกพร่องทางด้านความคิด สติปัญญา (Cognitive impairment) หรือความเปราะบางของพฤติกรรม เช่น อาการหลงลืม ซึมเศร้า หวาดระแวง เป็นต้น ความต้องการการดูแลจากปัญหาเหล่านี้ไม่สามารถคาดคะเนสถานการณ์ได้ล่วงหน้า ญาติผู้ดูแลอาจเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน เนื่องจากไม่สามารถวางแผนการให้ความช่วยเหลือล่วงหน้าได้

3. การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความรู้สึก หรือความต้องการส่วนบุคคลที่มักเกิดขึ้นตลอดเวลาขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ และความเจ็บป่วยของผู้รับการดูแล

สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์นั้นผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ในการดูแลด้านต่างๆมากมาย ซึ่งอาจก่อให้เกิดภาระแก่ผู้ดูแลได้ หน้าที่ดังกล่าว ได้แก่⁽⁷⁾

1. ให้ผู้ป่วยได้รู้จักตนเองและสิ่งรอบตัวตามความเป็นจริงให้มากที่สุด

การฝึกให้ผู้ป่วยได้รับรู้ว่าตนเองเป็นใคร อยู่ที่ไหน รับประทานอาหารกี่วัน เดือน ปี รู้ว่าตนเองกินอาหารแล้วหรือยัง รู้สภาพดินฟ้าอากาศรอบตัว เช่น ตามเรื่องการกินอาหาร การดำเนินชีวิตประจำวัน การใช้จ่าย ค่าของเงินและธนบัตร เหรียญต่างๆ อาจพูดคุยถึงสภาพดินฟ้าอากาศ ตามผู้ป่วยว่าขณะนี้เวลากลางวัน กลางคืน ซึ่งการตั้งคำถามเหล่านี้ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอาจต้องใช้ความอดทนในการรอคอยคำตอบเนื่องจากผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจต้องใช้เวลาในการนึกคิดและตอบคำถาม

2. การกระตุ้นเตือนความจำ

ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะหลงลืมสิ่งต่างๆได้ง่าย ลืมว่าได้พูดอะไรไป ลืมเวลาและบางครั้งก็จะลืมว่าตัวเองอยู่ที่ใด ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เสียความทรงจำนั้นจะลืมเหตุการณ์ปัจจุบันก่อน ส่วนเหตุการณ์ในอดีตจะลืมหลังสุด การช่วยกระตุ้นความทรงจำ สามารถทำได้โดยนำรูปภาพเก่าๆมาพูดคุยด้วย หรือนำของที่ระลึกจากเหตุการณ์ต่างๆมาทบทวน นอกจากนั้น ควรนำนาฬิกา และปฏิทินเพื่อช่วยเตือนให้รับรู้วันและเวลา

3. การพาผู้ป่วยสมองเสื่อมออกนอกสถานที่พักเพื่อเดินเล่น

ออกกำลังกายจะช่วยสภาพร่างกายและจิตใจผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้เริ่มเป็นยังมีร่างกายสมบูรณ์ ผู้ป่วยไม่ชอบอยู่ในสถานที่จำกัด ควรให้โอกาสได้ออกไปนอกบ้าน ง่ายของ เทียวสวนสาธารณะ การนำผู้ป่วยออกนอกสถานที่อาจมีปัญหสำหรับผู้ป่วยอยู่บ้างจึงไม่ควรพาไปไกล การพาขึ้นรถประจำทางถ้ารถแน่นหาที่นั่งไม่ได้ผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจจะอะละวุ่นวายในรถ

การพลัดหลงกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอาการมากๆจะไม่สามารถจำตนเองและทางกลับบ้านได้ บางรายอาจหายสาบสูญ ควรมีบัตรประจำตัว ที่อยู่ ชื่อบุคคลใกล้ชิดที่ติดต่อได้ให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมพกไว้ติดตัวตลอดเวลา

4. การสนทนาและสื่อสาร

ปัญหาที่มักเกิดขึ้นในด้านการสื่อสารคือ ผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่เข้าใจสิ่งที่บุคคลอื่นพูด และคนรอบข้างมักจะสรุปผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ บางครั้งอาจมีปัญหาเรื่องการได้ยินร่วมด้วย บางครั้งอาจมีปัญหาเรื่องการได้ยินร่วมด้วย โดยเฉพาะผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอายุมากๆ ดังนั้นต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยได้ยินสิ่งที่พูด โดยพยายามพูดให้ชัดถ้อยชัดคำ เสียงดังพอประมาณ และพูดช้าๆ เพื่อให้โอกาสคิดและตอบสนอง พยายามลดเสียงรบกวนจากรอบข้างให้มากที่สุด ใช้คำหรือประโยคสั้นๆ ง่ายๆ อย่าใช้ประโยคที่ซับซ้อนพูดหรือถามทีละประโยค ทีละคำถาม และควรพูดหรือถามซ้ำหากผู้ป่วยไม่เข้าใจ

ผู้ป่วยสมองเสื่อมยังเข้าใจการสื่อสารทางด้านท่าทาง การแสดงออกทางสีหน้าได้ บางครั้งการใช้ท่าทาง การชี้บอกอาจช่วยให้การสื่อสารดีขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจรับรู้ถึงความรู้สึกที่ไม่ดี เช่น การแสดงความเบื่อหน่าย ไม่พอใจ การแสดงออกทางสีหน้าของผู้รอบข้างได้ ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมควรต้องใส่ใจ ยิ้ม มองประสานสายตาของผู้ป่วยสมองเสื่อมและสัมผัสมือเพื่อแสดงความเป็นกันเอง

ผู้ป่วยสมองเสื่อมบางรายอาจถามคำถามเดียวกันซ้ำแล้วซ้ำอีก ซึ่งอาจสร้างความรำคาญให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม แท้จริงแล้วเป็นอาการของความรู้สึกกลัวหรือไม่ปลอดภัยจากสิ่งรอบๆตัว หรือเกิดจากปัญหาความจำที่ไม่สามารถจำคำตอบได้ บางครั้งผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องการถามคำถามที่มากกว่าที่พูด ซึ่งเป็นปัญหาของผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องใจเย็น

พยายามเดาหรือช่วยให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมบอกสิ่งที่ต้องการเพื่อที่ผู้ดูแลจะตอบและทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมสงบลงได้ ถ้าหากแก้ไขปัญหานี้ไม่ได้อาจใช้วิธีเบี่ยงเบนพฤติกรรมและความสนใจ เช่น ให้ทำกิจกรรม ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ ดูรูปเก่าๆ และหลีกเลี่ยงการโต้เถียงกับผู้ป่วย

5. การเคลื่อนไหว

เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมมีผลต่อส่วนต่างๆของสมองมากมาย รวมทั้งส่วนที่ควบคุมการเคลื่อนไหว ปัญหาที่พบบ่อยคือ การไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือใช้ส่วนต่างๆของร่างกายเพื่อปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ตามต้องการ ซึ่งอาจพบควบคู่ไปกับปัญหาของความจำและความเข้าใจ ความผิดปกตินี้จะเกิดขึ้นช้าๆค่อยเป็นค่อยไป เช่น ระยะแรกอาจเดินดูไม่มั่นคง ต่อมาก็เดินช้าลงและสุดท้ายก็เดินลากเท้า หรือถึงกับเดินไม่ได้เลย ซึ่งในระยะหลังนี้ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะสูญเสียความสามารถในการควบคุมกล้ามเนื้อทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เป็นปกติ

ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยสมองเสื่อมในการเคลื่อนไหว และปฏิบัติสิ่งต่างๆ อาทิเช่น การจัดทำราวติดกำแพงให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมยึดจับเพื่อช่วยเดิน ทำราวในห้องน้ำเพื่อให้ความสะดวกในการลุกจากโถส้วม พื้นควรเรียบไม่มีสิ่งกีดขวางและอยู่ในระดับเดียวกัน ใช้รองเท้าหุ้มส้นซึ่งกระชับพอดีเพื่อให้เดินได้สะดวก เสื้อผ้าจัดหาชนิดที่ง่ายต่อการสวมใส่ เช่น ให้ใส่เสื้อคอกระเช้าแทนเสื้อติดกระดุม ใช้ข้อส้นกับขามกั้นลึกลงแทนการใช้ข้อส้นล้อมกับขามเพื่อลดขั้นตอนในการปฏิบัติ หากจำเป็นอาจใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น ไม้เท้าช่วยเดิน แต่อาจจะพบว่าไม่ได้ประโยชน์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมบางราย เนื่องจากสูญเสียความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ

6. อาการระแวง หลงผิด และประสาทหลอน

อาการระแวงที่พบในผู้ป่วยสมองเสื่อมมักจะมีระแวงไม่สมเหตุสมผลเนื่องจากความผิดปกติของความจำ อาการหลงผิด(delusion) หรือประสาทหลอน(hallucination) หรือจากความสับสนเนื่องจากความผิดปกติของสมอง ผู้ป่วยสมองเสื่อมระแวงว่าสามีหรือภรรยาอกใจ ระแวงว่ามีคนในบ้านปองร้าย หรือระแวงว่ามีใครบางคนคอยขโมยของมีค่าของตนไป

อาการเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งการดำเนินโรค ผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมน้อยๆได้เถียงหรือประจัญหน้ากับผู้ป่วย แต่ให้พยายามพูดอย่างนุ่มนวล อธิบายหรือช่วยผู้ป่วยสมองเสื่อมหาข้อที่คิดว่าถูกขโมยไป ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องใช้ความอดทนกับปัญหานี้ที่อาจเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก ในรายที่มีอาการหลงผิด(delusion) เช่น เข้าใจว่าตนเองเป็นคนอื่นหรือหลงผิดว่าสามีของตนเป็นบุคคลอื่นปลอมตัวมา เป็นต้น หรืออาการประสาทหลอน(hallucination) ซึ่งมักจะเป็นชนิดการมองเห็นและการได้ยิน เช่น เห็นสามีที่ตายไปแล้วมาเยี่ยม หรือได้ยินเสียงคนร้องให้อยู่ตลอดเวลา เป็นต้น อาการเหล่านี้ควรจะได้รับปรึกษาจากจิตแพทย์

7. อาการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

ปัญหาเรื่องการกลั้นปัสสาวะ และหรืออุจจาระไม่ได้นี้อาจเกิดจากหลายสาเหตุ ซึ่งควรจะปรึกษาแพทย์เป็นรายกรณีพิเศษไป บางสาเหตุสามารถแก้ไขให้กลับมาเป็นปกติได้ แต่บางสาเหตุอาจเกิดจากสาเหตุสิ่งแวดล้อมที่มักถูกมองข้าม เช่น ผู้ป่วยหาทางไปห้องน้ำไม่พบโดยเฉพาะเวลากลางคืน วิธีการช่วยผ่อนแรงผู้ดูแล ได้แก่ หาสถานที่พักที่สะดวกแก่การดูแลผู้ป่วย เช่น ห้องนอน และห้องน้ำไม่ควรอยู่ไกลกันมากนัก ทางเดินไม่วกวน เกิดไฟให้สว่างตลอดเวลา เพื่อสะดวกแก่ผู้ป่วยจะลุกมาเข้าห้องน้ำได้ด้วยตนเอง

8. การดูแลประจำวันทั่วไป

ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยสมองเสื่อมจะพบปัญหาต่างๆ ได้อยู่เรื่อยๆ ซ้ำแล้วซ้ำอีก ซึ่งปัญหาจะแตกต่างกันในแต่ละราย กลายเป็นภาวะที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจะต้องรับ หากเข้าใจและปฏิบัติต่อผู้ป่วยสมองเสื่อมอย่างถูกต้อง หรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมก็จะช่วยลดภาระในการดูแลลงได้

9. การจัดกิจกรรมในบ้าน

ควรมีหลักการให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีกิจกรรมที่เพลิดเพลินทำให้ไม่รู้สึกละแ้ว และกิจกรรมนั้นควรผ่านขั้นตอนการวิเคราะห์และคัดเลือกให้เหมาะสมมิใช่ปล่อยให้ทำตามใจทั้งหมด ผู้ดูแลต้องรู้จักกระตุ้นความสนใจให้ผู้ป่วยอยากทำกิจกรรมนั้นๆ ด้วยตนเอง กิจกรรมเหล่านั้นได้แก่ งานฝีมือ การดูโทรทัศน์ การฟังดนตรี เต้นรำ ร้องเพลง การให้มีกิจกรรมทางศาสนา การออกกำลังกายเป็นต้น

หน้าที่ดังกล่าวจึงแสดงให้เห็นถึงสิ่งที่ผู้ดูแลต้องปฏิบัติซึ่งครอบคลุมทั้งการดูแลทางร่างกาย และระดับประคองจิตใจผู้ป่วย ซึ่งเป็นงานที่มีรายละเอียดมากมายอีกทั้งอาจต้องมีการปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน และเป็นงานที่ต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากโดยเฉพาะเมื่อการดำเนินโรคเป็นมากขึ้นผู้ป่วยอาจต้องการการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง เพราะผู้ดูแลต้องคอยระวังความปลอดภัยให้ผู้ป่วยและอดทนกับพฤติกรรมของผู้ป่วย ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซม์เมอร์จึงเป็นงานที่สร้างภาระให้แก่ผู้ดูแลมาก ซึ่งโดยทั่วไปพบว่า ผู้ดูแลจะเริ่มเกิดความรู้สึกเป็นภาระหลังจากให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่สองสัปดาห์ถึงสองเดือน⁽⁵⁸⁾

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด

ปัจจุบันประเด็นเกี่ยวกับความเครียดได้รับความสนใจและมีการศึกษาอย่างกว้างขวาง แต่การทำความเข้าใจถึงสาเหตุและให้ความหมายที่เฉพาะเจาะจง ว่าความเครียดคืออะไรจะเป็นเรื่องที่เข้าใจยาก จากการศึกษามากมายจึงทำให้เกิดแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดหลายแนวทางที่แตกต่างกันออกไป นักวิจัยบางส่วนได้มุ่งความสนใจในประเด็นของการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เป็นผลจากความเครียด และอีกประเด็นที่เกี่ยวกับความเครียดที่ได้รับความสนใจ คือ เหตุการณ์ถึง

เครียด (stressful event) หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด (stressor) เช่น เลี้ยงรบกวน, ความแออัด, การสัมภาษณ์งาน เป็นต้น การศึกษาเกี่ยวกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด(stressor) ช่วยอธิบายบางสภาพการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดได้มากกว่าประเด็นอื่นๆ แต่การให้ความสนใจในประเด็นนี้ก็ยังไม่สามารถอธิบายประสบการณ์ความเครียดได้หมด ดังนั้นคำจำกัดความส่วนใหญ่ของความเครียดจึงให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมและบุคคล จากการศึกษาเอกสารต่างๆพบว่า มีผู้ให้คำจำกัดความของความเครียดไว้ดังต่อไปนี้

ซูทิตย์ ปานปรีชา⁽⁵⁹⁾ ให้ความหมายไว้ดังนี้

1. ความเครียด เป็นภาวะทางจิตใจที่กำลังเผชิญปัญหาต่างๆ ไม่ว่าจะ เป็นปัญหาในตัวตนหรือนอกตัวตน เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริงหรือคาดว่าจะเกิดขึ้น เป็นปัญหามาจากความผิดปกติทางร่างกายหรือความผิดปกติทางจิตใจ

2. ความเครียดเป็นปฏิกิริยาทางจิตใจที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า หรือสิ่งที่มากระตุ้นซึ่งเป็นปัญหาที่กำลังเผชิญ

3. ความเครียดเป็นความรู้สึกไม่พอใจ ไม่สบายใจ เสมือนจิตใจถูกบังคับให้ต้องเผชิญกับสิ่งเร้า ความรู้สึกดังกล่าวนี้ทำให้เกิดความแปรปรวนทั้งทางร่างกายและจิตใจ

พยอม อิงคตานุวัฒน์⁽⁶⁰⁾ กล่าวว่า ความเครียด คือการขัดขวางหรือการเร้าที่ทำให้มนุษย์พยายามหลีกเลี่ยงหรือทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระและอารมณ์ร่วมกัน

ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus&Folkman)⁽⁶¹⁾ ความเครียดหมายถึงความไม่สมดุลที่เกิดจากการประเมินสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ของบุคคล ว่าสิ่งนั้นคุกคาม โดยการประเมินเป็นผลมาจากสภาพแวดล้อมภายนอก เช่น เหตุการณ์ต่างๆในชีวิต และภายในสิ่งแวดล้อมภายในของบุคคล เช่น ทัศนคติ ประสบการณ์ในอดีต เป็นต้น

เซล์เย่ (Selye)⁽⁶²⁾ ให้คำจำกัดความเครียดว่าเป็นภาวะหนึ่งของระบบชีวิตที่เกิดกลุ่มอาการเฉพาะขึ้นภายในร่างกายเพื่อตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามอันไม่เฉพาะเจาะจง และเรียกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในร่างกายอันมีผลต่อภาวะคุกคามนั้นว่า กลุ่มอาการปรับตัวทั่วไป (general adaptation syndrome)

จากคำจำกัดความดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า ความเครียดคือ ปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายและจิตใจต่อสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ต่างๆที่ไม่พึงปรารถนา

นอกจากนี้ ทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดก็มีผู้ทำการศึกษาค้นคว้ามากมาย ซึ่งแต่ละทฤษฎีก็แสดงแนวคิดที่แตกต่างกันออกไป โดยจะยกทฤษฎีที่เป็นที่รู้จักมากที่สุดว่าถึง ได้แก่

ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus and Folkman)⁽⁶³⁾ ได้กล่าวไว้ว่า ความเครียดเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งขึ้นอยู่กับ การประเมินตัดสินของบุคคลต่อเหตุการณ์ต่างๆ

การประเมินตัดสินนี้ เป็นกระบวนการในการคิดพิจารณาตัดสินความหมายหรือความสำคัญ ของสถานการณ์ที่ได้เผชิญ บุคคลจะประเมินว่าสถานการณ์นั้นมีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองหรือไม่ และแหล่งประโยชน์ที่มีเพียงพอต่อการเผชิญสถานการณ์ดังกล่าวหรือไม่ เป็นการประเมินความสม ดุลของความต้องการกับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ทำให้เกิดความเครียดในระดับที่แตกต่างกันออกไป นั่นคือ เมื่อแหล่งประโยชน์ของบุคคลเพียงพอที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่ยุ้งยากก็ทำให้บุคคลรู้สึก เครียดเล็กน้อย แต่หากบุคคลรับรู้ว่าแหล่งประโยชน์ที่มีไม่เพียงพอกับการเผชิญสถานการณ์ก็ทำให้ เกิดความเครียดที่มาก

ตามแนวคิดของลาซารัสนั้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม ก็ จะเกิดกระบวนการประเมินต่างๆดังต่อไปนี้

1. กระบวนการประเมินปฐมภูมิ (primary appraisal) เป็นการให้ความหมายกับ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นการประเมินสิ่งแวดล้อมภายนอก บุคคลจะรับรู้และให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ดังกล่าวว่าเหตุการณ์นั้นเป็นไปในทางบวก (positive) เป็นกลาง (neutral) หรือเป็นทางลบ (negative) โดยการประเมินไปในทางลบนั้นแบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ

- 1.1 อันตรายหรือสูญเสีย (Harm) ประเมินความเสียหายที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์
- 1.2 คุกคาม (Treat) ประเมินความเสียหายจากเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต
- 1.3 ท้าทาย (Challenge) เป็นการประเมินประโยชน์ที่จะได้จากเหตุการณ์นั้น

2. การประเมินทุติยภูมิ (secondary appraisal) คือ การประเมินเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ และทางเลือกในการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งเป็นการประเมินสิ่งที่อยู่ภายในตัวของบุคคล ทำให้เกิดการตอบสนองต่อความเครียดทั้งทางร่างกาย ทางอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม

3. การประเมินซ้ำ (reappraisal) เป็นการประเมินโดยใช้ข้อมูลใหม่หรือข้อมูลเพิ่มเติมรวมทั้งการติดตามประเมินของวิธีการเผชิญความเครียดที่ได้กระทำไป

โดยปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินตัดสินของบุคคลต่อเหตุการณ์ต่างๆเครียดหรือไม่นั้น ประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่

1.1 ข้อผูกพัน (Commitment) เป็นการมองเหตุการณ์ที่เกิดว่ามีความสำคัญหรือมีความหมายต่อตนเองมากน้อยเพียงใด หากมีมากก็ทำให้บุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้นคุกคามตนเอง มาก

1.2 ความเชื่อ (Beliefs) เป็นความเชื่อของบุคคลว่าสามารถควบคุมสถานการณ์ได้หรือไม่ หากเชื่อว่าเหตุการณ์นั้นควบคุมได้ทำให้บุคคลประเมินว่าเหตุการณ์ดังกล่าวมีลักษณะท้าทาย แต่หากบุคคลประเมินว่าไม่สามารถควบคุมได้เหตุการณ์นั้นอาจเป็นลักษณะสูญเสียหรือคุกคาม

2. ปัจจัยด้านสถานการณ์เฉพาะหน้า

2.1 ความรุนแรงของสถานการณ์

2.2 ความสามารถในการทำนายหรือสถานการณ์ในการคาดเดาอนาคต หากไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะอะไรจะเกิดขึ้นกับตนเองในอนาคตก็อาจเกิดความเครียดได้มาก

ทฤษฎีความเครียดของเซล์เย่ (Selye)⁽⁶²⁾ เขาได้ให้ความสำคัญต่อการตอบสนองทางร่างกายต่อสิ่งที่คุณคิดว่าทำให้เกิดแนวความคิดเกี่ยวกับ "กลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไป" (General Adapation Syndrome: GAS) โดยแนวคิดนี้ได้คิดขึ้นในปี 1956 เซล์เย่ให้ความสนใจกับผลกระทบของความเครียดที่มีต่อร่างกาย การศึกษาโดยการทดลองของเซลล์เย่ ทำการทดลองกับหนูทดลองโดยให้หนูทดลองเผชิญกับภาวะเครียดเป็นเวลานาน เช่น ความหนาว, ความเหน็ดเหนื่อยและสังเกตการตอบสนองทางร่างกายต่อภาวะนั้น ผลที่ออกมาแสดงถึงรูปแบบการตอบสนองเหมือนกัน ต่อภาวะความเครียดที่แตกต่างกัน ซึ่งภาวะดังกล่าวนี้ทำให้เกิดการขยายตัวของ adrenal cortex และ ทำให้ thymus gland หดตัว และการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร การค้นพบเหล่านี้ทำให้เซลล์เย่เกิดแนวความคิดนี้ขึ้น

เมื่อร่างกายเราเกิดความเครียด ร่างกายเราจะตอบสนองต่อภาวะนั้นเองโดยเป็นผลมาจากต่อมหมวกไตที่จะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท sympathetic โดยการตอบสนองดังกล่าวจะมีลักษณะเหมือนกันหมดเป็นการตอบสนองที่ไม่เฉพาะเจาะจง ไม่ว่าจะเป็นการตอบสนองต่อตัวกระตุ้นใดๆก็ตาม

GAS ประกอบด้วย 3 ระยะดังต่อไปนี้

1. ระยะตื่นตัว (Alarm Reaction) เป็นระยะที่ร่างกายเผชิญกับความเครียด รับรู้เหตุการณ์ที่คุณคิดว่าและระบบอวัยวะเตรียมพร้อมตอบโต้กับเหตุการณ์นั้นซึ่งเป็นการตอบสนองที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดโดยที่เราไม่รู้ตัว มีการตอบโต้ 2 ลักษณะคือ สู้หรือถอยหนีจากสิ่งที่คุณคิดว่า ความรู้สึกที่เกิดลำดับแรก คือ ตกใจ (Shock) ระยะนี้ต่อมหมวกไตจะผลิตฮอร์โมนที่เรียกว่า epinephrine และ cortisone ทำให้กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ sympathetic เป็นผลให้ร่างกายเกิดการตื่นตัว เช่น ม่านตาขยาย เกิดการเปลี่ยนแปลงอาหารที่สะสมไว้ที่ตับเป็นน้ำตาล เป็นต้น แล้วร่างกายก็จะพยายามปรับเข้าสู่ระยะปกติซึ่งระยะเตือนอาจใช้เวลานานเป็นนาทีเป็นชั่วโมงหรือเป็นวันก็ได้ ซึ่งจะนำไปสู่ระยะที่ 2

2. ระยะต่อต้าน (Resistance stage) เป็นระยะที่ร่างกายพยายามปรับเข้าสู่ภาวะปกติ ซึ่งลักษณะทางร่างกายในระยะนี้จะตรงข้ามกับระยะตื่นตัว เช่น ในระยะตื่นตัวเซลล์ในต่อมหมวกไตจะทำการผลิตฮอร์โมนสู่กระแสเลือด แต่ในระยะต่อต้านจะเกิดการสะสมฮอร์โมนไว้เป็นต้น ร่างกายต้องพยายามปรับเข้าสู่ภาวะปกติเพราะหากอยู่ในระยะตื่นตัวนานทำให้อวัยวะภายในและระบบต่อมไร้ท่อทำงานหนัก ทำให้เกิดอาการทางกายต่างๆ และเกิดเป็นโรคเกี่ยวกับ psychosomatic disease

ต่างๆ เช่น โรคกระเพาะ, ปวดศีรษะ ซึ่งเกิดการการเผชิญความเครียดเป็นเวลานาน และหากร่างกายสู้ไม่ได้ก็จะเข้าสู่ระยะที่ 3

3. ระยะหมดกำลัง (Exhaustion stage) เป็นระยะสุดท้ายของการปรับตัวหลังจากร่างกายได้ใช้กำลังในการปรับสภาวะปกติ ร่างกายไม่สามารถรักษาสภาวะสมดุลไว้ได้ ทำให้เกิดภาวะเปลี่ยนแปลง หมดกำลังต่อสู้ ในที่สุดจะเป็นอันตรายอาจทำให้เกิดโรคหรือถึงแก่ความตายได้ ลักษณะเช่นนี้อาจพบในผู้ป่วยที่กำลังจะถึงแก่ความตาย พบว่าก่อนตายจะรู้สึกดีขึ้นเหมือนต่อสู้กับภาวะที่ทำให้เกิดความเครียดได้ เชื่อว่าเป็นระยะตื่นตัวในช่วงสั้นๆเหมือนการรวมกำลังต่อสู้ก่อนเสียชีวิต

ทฤษฎีความเครียดของคอกซ์และคณะ(Cox et al)⁽⁶⁴⁾ ได้เสนอว่า ความเครียด สามารถอธิบายถึงส่วนที่สลับซับซ้อนในแบบระบบพลวัต (Dynamic system) ของความเครียด ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมได้ เป็นการอธิบายความเครียดโดยอาศัยหลักของการตอบสนอง และการกระตุ้น ซึ่งเป็นการตอบสนองแบบเป็นวงจร (Cycle) เนื่องจากการสะท้อนกลับของผลที่ได้รับ แบ่งเป็น 5 ขั้นคือ

1. ความต้องการ มีความสัมพันธ์กับบุคคล และเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น ซึ่งประกอบด้วยความต้องการด้านร่างกาย และจิตใจ ซึ่งบุคคลจะรับรู้ ในความต้องการและความสามารถกระทำตามความต้องการของตน

2. ความเครียด จะเกิดขึ้นเมื่อเกิดความไม่สมดุล ระหว่างการรับรู้ความต้องการ กับการรับรู้ความสามารถที่จะทำให้ความต้องการนั้นสำเร็จ จากการประเมินทางสติปัญญา ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดต่อความสามารถในการเผชิญปัญหา ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ในระยะนี้มีการสะท้อนกลับจากการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ, สติปัญญา, และพฤติกรรมที่ต่อความต้องการลดความเครียด

3. ระยะที่แสดงถึงการตอบสนองต่อความเครียด ซึ่งจะพิจารณาถึง ความสามารถในการเผชิญปัญหาของบุคคลนั้น

4. ผลลัพธ์ของการเผชิญปัญหา ซึ่งจะเกิดความเครียดเมื่อไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการได้

5. ระยะที่มีการสะท้อนกลับ ซึ่งเกิดขึ้นได้ทุกระยะในระบบความเครียดเป็นผลกระทบ ที่เกิดขึ้นทันทีในแต่ละระบบ

ชนิดของความเครียด

การแบ่งชนิดของความเครียดนั้นแบ่งได้หลายชนิด ขึ้นอยู่กับเกณฑ์ในการแบ่งว่าจะใช้เกณฑ์ใดในการแบ่ง ซึ่งอาจแบ่งได้ดังต่อไปนี้

1. การแบ่งตามสาเหตุที่เกิด โดยกัลแลงเกอร์ (Gallagher อ้างจาก อัมพร โอตระกูล)⁽⁶⁵⁾ จำแนกออกได้เป็น 2 ประเภท คือ

1.1 ความเครียดที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีทุกข์ (distress) หมายถึง สิ่งที่คุณความต่างๆที่เกิดขึ้นกับบุคคลหนึ่งบุคคลใดแล้วก่อให้เกิดความไม่สบายใจหรือเกิดความคับข้องใจ

1.2 ความเครียดที่เกิดจากความสุข (eustress) บางครั้งคนเรามีความสุขขึ้นมากะทันหันหรือมีเหตุการณ์ที่ทำให้จิตใจตื่นเต้นมาก หรือในกรณีที่มีความสุขสนุกสนานมากเกินไปก็ทำให้เกิดเป็นความรู้สึกเครียดได้

2. จำแนกตามแหล่งที่เกิด การแบ่งประเภทความเครียดโดยวิธีนี้ มิลเลอร์และคีน (Miller and Keane อ้างจาก อัมพร โอตระกูล)⁽⁶⁵⁾ อธิบายว่ามี 2 ประเภท ได้แก่

2.1 ความเครียดที่เกิดจากร่างกาย คือ ประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกาย แบ่งออกเป็น

2.1.1 ความเครียดชนิดเฉียบพลัน (emergency stress) เป็นสิ่งที่คุณความชีวิตที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เช่น อุบัติเหตุต่างๆ

2.1.2 ความเครียดชนิดต่อเนื่อง คือ ความเครียดที่เกิดขึ้นเมื่อร่างกายถูกคุกคามอย่างต่อเนื่อง เช่น การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในวัยต่างๆที่คุณความความรู้สึก เช่น การเข้าสู่วัยรุ่น การตั้งครรภ์ วัยหมดประจำเดือน เป็นต้น และสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความคับข้องใจอย่างต่อเนื่อง เช่น การจราจรที่ติดขัด เสียงดังรบกวน เป็นต้น

2.2 ความเครียดที่เกิดจากจิตใจ เป็นสิ่งที่คุณความที่สืบเนื่องมาจากความคิด บางครั้งก็เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันเพราะเป็นการตอบสนองอย่างทันทีทันใด เช่น เมื่อถูกดูด่าก็จะรู้สึกโกรธและเกิดความเครียดขึ้นได้ เป็นต้น

สาเหตุของความเครียด

การศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุของความเครียดมีการศึกษาในหลายแง่มุมที่แตกต่างกันออกไป ตามแนวคิดของนักวิชาการแต่ละท่าน ซึ่งโดยรวมแล้วจะกล่าวถึงสาเหตุของความเครียดใน 2 ลักษณะ คือ สาเหตุของความเครียดที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมภายนอก และสาเหตุของความเครียดที่เกิดจากภายในตัวของบุคคล ดังต่อไปนี้

มิลเลอร์และคีน⁽⁶⁵⁾ กล่าวว่า มูลเหตุของความเครียดอาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ร่างกายหรือเกิดจากภาวะภายในร่างกายก็ได้

1. ความเครียดภายในร่างกาย (Internal stress) ซึ่งเกิดได้จาก

2.5 ความเครียดทางชีววิทยา(biological stress) เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายหรือทางชีวภาพ หรือเกี่ยวข้องกับสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต เช่น อาหาร อากาศ น้ำ ซึ่งถ้าร่างกายได้รับไม่เพียงพอก็จะมีผลทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบาย เช่น หงุดหงิด ปวดศีรษะ อุนเฉียว เกิดเป็นความเครียดขึ้น

2.6 ความเครียดทางพัฒนาการ(development stress) เป็นความเครียดที่เกิดในช่วงของพัฒนาการแต่ละวัย โดยเป็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามความต้องการของจิตใจทางสังคม ได้แก่ ความต้องการความรัก ความต้องการมีชื่อเสียง การได้รับการยกย่องนับถือ ความต้องการความรัก ความต้องการมีชื่อเสียง การได้รับการยกย่องนับถือ ความต้องการมีเพื่อน เป็นต้น ซึ่งความต้องการดังกล่าวถ้าไม่เป็นไปตามความคาดหวังที่ตนเองต้องการจะก่อให้เกิดความเครียด

3. ความเครียดจากภายนอก(external stress) หรืออาจเรียกว่าความเครียดจากสิ่งแวดล้อม เกิดได้จาก

3.1 สภาพแวดล้อมภายนอกทั้งทางด้านกายภาพ หรือสถานการณ์หรือวิกฤตการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือความเจ็บป่วยแก่ร่างกายจะทำให้เกิดความเครียดได้ เช่น ความร้อน ฝุ่นละออง เชื้อโรค ภาวะน้ำท่วม ไฟไหม้ ภาวะสงคราม เป็นต้น

3.2 ข้อเรียกร้องทางสังคมที่เกิดจากกฎระเบียบ วัฒนธรรม ประเพณี ซึ่งถ้าบุคคลนั้นไม่สามารถปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคมได้ก็ย่อมก่อให้เกิดความทุกข์ใจ เกิดความเครียด

แองเจิล (Engel)⁽⁶⁵⁾ ได้แบ่งที่มาของความเครียดว่ามี 3 ทาง คือ

1. ความเครียดที่เกิดจากการสูญเสีย เป็นการสูญเสียสิ่งมีค่า สิ่งที่เป็นของรักหรือมีความสำคัญต่อตน หรือเป็นเพียงความรู้สึกเกรงว่าจะสูญเสียสิ่งที่มีค่าหรือทรัพย์สินสมบัติของตนก็ทำให้เกิดความรู้สึกเครียดได้ ตัวอย่างการสูญเสียหรือเกรงว่าจะสูญเสียที่ทำให้เกิดความเครียด ได้แก่ การสูญเสียญาติสนิทมิตรสหาย การสูญเสียอวัยวะร่างกาย สูญเสียหน้าที่การงานหรือบทบาทในสังคม เป็นต้น

2. ความเครียดที่เกิดจากการได้รับอันตรายหรือเกรงว่าจะได้รับอันตราย เช่น การที่จะต้องอยู่ในภาวะสงคราม อยู่ในที่ซึ่งไม่คุ้นเคยหรือไม่ปลอดภัย การพบเหตุการณ์ที่น่าตกใจโดยไม่คาดคิด การต้องสอบแข่งขัน การต้องรับผิดชอบหน้าที่ที่ไม่เคยได้กระทำมาก่อน เป็นต้น

3. ความเครียดที่เกิดจากความคับข้องใจอันเนื่องมาจากความต้องการของสัญชาตญาณไม่สมปรารถนา โดยที่มนุษย์เรามีความต้องการทางด้านร่างกาย ทางอารมณ์และจิตใจ และทางสังคม

ในการดำรงชีวิต เมื่อความต้องการเหล่านั้นไม่เป็นไปตามความต้องการหรือความคาดหวังก็จะเกิดเป็นความคับข้องใจแสดงออกในรูปความเครียด เช่น ความหิว ความต้องการทางเพศ ความรัก ความอยากมีชื่อเสียง ความก้าวหน้าในอาชีพการงาน เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีผู้ที่ทำการศึกษาถึงสาเหตุของความเครียดอีกมากมายที่ให้ความสนใจกับสาเหตุในลักษณะที่คล้ายกันนั่นคือ มุลเลอร์, เอ็ดเวิร์ดและยAVIS (Mueller, Edward and Yavis), ซัลส์และมัลเลน (Suls and Mullen). กล่าวไว้ว่า สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นคือสิ่งที่ทำให้เราต้องปรับตัว โดยอาจเป็นการต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมและความกดดันใหม่ๆ ซึ่งทำให้เกิดสาเหตุของความเครียดดังต่อไปนี้⁽⁶⁶⁾

1. ความคับข้องใจ(frustration) เกิดจากอุปสรรคบางประการที่ขัดขวางการไปถึงเป้าหมายของบุคคล ทำให้บุคคลไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งใจไว้ได้ (McGee, M.C and Wilson, D.W. Sources of stress. Psychology Science and Application.) ซึ่ง โคล์แมน (Coleman) ได้เสนอสาเหตุของการเกิดความคับข้องใจไว้ว่าเกิดจาก

1.1 การยืดเวลาที่จะบรรลุเป้าหมายออกไป (Delays) เช่น การเผชิญกับการจราจรที่ติดขัด

1.2 การขาดแคลนทรัพยากรณ์ (resource) เมื่อบุคคลต้องการเป้าหมายที่มากกว่าเดิมก็จะเกิดความรู้สึกขาดแคลนทรัพยากรณ์ที่จำเป็นที่ต้องใช้ในการบรรลุเป้าหมาย เช่น หากบุคคลต้องการงานที่มั่นคงกว่าเดิมก็จะรู้สึกขาดทักษะ, ขาดความรู้ที่จำเป็น เป็นต้น

1.3 การสูญเสีย (Losses) คือการสูญเสียสิ่งที่มีค่าซึ่งมีผลต่อการบรรลุเป้าหมาย เช่น เสียเงิน, เวลา, หรือสัมพันธ์ภาพ เป็นต้น

1.4 ความล้มเหลว (Failures)

1.5 ความโดดเดี่ยว(Loneliness) ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ทุทุกวัย ความโดดเดี่ยวทำให้เกิดความเครียดและไม่มีความสุขเพราะขาดการติดต่อกับสังคมหรือขาดความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด

2. ความกดดัน (pressure) เกิดจากการที่บุคคลทำบางสิ่งบางอย่างที่มากเกินไปในเวลาจำกัด เช่น การต้องทำข้อสอบเรียงความหนึ่งหน้าให้เสร็จภายใน 5 นาที

3. ความเบื่อหน่าย(boredom)หรือการได้รับสิ่งกระตุ้นที่น้อยเกินไป(understimulation) การได้รับสิ่งกระตุ้นที่น้อยเกินไปหรือซ้ำซากเป็นประจำทำให้เกิดความเบื่อหน่าย เช่น พนักงานที่ต้องทำงานในโรงงานที่ลักษณะงานเป็นงานที่เหมือนเดิมทุกวัน ก็ทำให้เกิดความเครียดได้เช่นกัน

4. การบาดเจ็บ(trauma) ซึ่งอาจเป็นการบาดเจ็บทางร่างกายหรือจิตใจจากสถานการณ์บางอย่าง ก็ทำให้เกิดความเครียดได้ เช่น การถูกข่มขืน, ภัยพิบัติทางธรรมชาติ, อุบัติเหตุทางเครื่องบิน, ประสบการณ์ในสงคราม เป็นต้น

5. ความขัดแย้งในใจ(conflict) เป็นสิ่งที่มักจะทำให้เกิดความเครียดขึ้นเสมอ เป็นสิ่งที่เกิดจากตัวบุคคล เช่น เมื่อบุคคลต้องเลือกกระทำบางสิ่งบางอย่างที่ขัดแย้งกันหรือต้องเลือกทำอย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งทำให้บุคคลไม่สามารถกระทำเป้าหมายอื่นที่ต้องการได้ ทำให้เกิดความขัดแย้งขึ้นในใจได้ นักจิตวิทยาบางท่านได้อธิบายถึงความขัดแย้งในใจนี้คือเลวินและมิลเลอร์(Lewin and Miller) โดยแบ่งความขัดแย้งใจใจออกได้ เป็น 3 ลักษณะ⁽⁶⁷⁾ ได้แก่

Approach – Approach conflict เป็นความขัดแย้งที่เกิดจากการที่บุคคลต้องเลือกระหว่างเป้าหมายที่ตนเองต้องการ 2 อย่างแต่การเลือกอย่างใดอย่างหนึ่งทำให้ไม่สามารถเลือกเป้าหมายอีกอย่างที่ต้องการได้ เช่น ได้รับการตอบรับเข้าทำงานในบริษัทที่ชอบ 2 ที่ทำให้ตัดสินใจไม่ถูกว่าจะเลือกที่ใด เป็นต้น

Approach – Avoidance Conflict เป็นการที่บุคคลต้องเผชิญหน้ากับเป้าหมายเพียงอย่างเดียวแต่ผลที่ตามมาอาจมีทั้งทางบวกและทางลบ เช่น ผู้ที่กำลังจะแต่งงานอาจจะวิตกกังวลและเกิดความเครียดจากความรู้สึกที่รักในคู่สมรส แต่ต้องเผชิญกับความรับผิดชอบใหม่ๆที่จะตามมา, การขาดอิสระ เป็นต้น

Avoidance – Avoidance Conflict เกิดจากการที่บุคคลต้องเผชิญหน้ากับทางเลือกที่ไม่เป็นที่พอใจทั้ง 2 ทาง เช่น บุคคลวัยทำงานอาจจะเบื่อกับการใช้เวลาไปกับงานที่ตนเองเบื่อหน่าย แต่เนื่องจากมีครอบครัวและภาระที่ต้องรับผิดชอบจึงยังไม่สามารถลาออกได้ ลักษณะเช่นนี้ทำให้บุคคลต้องการหลีกเลี่ยงจากการต้องตัดสินใจเลือก ทำให้เกิดความเครียดขึ้น

Double Approach-Avoidance Conflict เป็นการที่บุคคลต้องเผชิญกับทางเลือกที่มีทั้งข้อดีและข้อเสีย เช่น นักศึกษาปีสุดท้ายได้รับการตอบรับงาน 2 ที่ งานแรกเป็นงานที่ทำหาความสามารถแต่เงินเดือนน้อย งานที่สองเป็นงานที่ซ้ำซากแต่ได้ค่าตอบแทนที่สูง เป็นต้น

6. การเปลี่ยนแปลง (change) ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทางบวกหรือลบก็สามารถทำให้เกิดความเครียดขึ้นได้ เพราะบุคคลต้องปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ โทมัส โฮล์มส์และ ริชาร์ด ราซ(Thomas Holmes and Richard Rahe)⁽⁶⁷⁾ ซึ่งได้สร้างแบบวัดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์ในชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียดขึ้น มีทั้งหมด 43 ข้อ คือ Social Readjustment Rating Scale (SRRS)

ระดับของความเครียด

เจนิส (Janis)⁽⁶⁸⁾ ได้แบ่งระดับของความเครียดไว้ 3 ระดับ ดังนี้ คือ

1. ความเครียดระดับต่ำ (Mild Stress) เป็นภาวะที่มีความเครียดอยู่เล็กน้อยพบได้ในชีวิตประจำวัน เป็นความเครียดที่มีสาเหตุมาจากเหตุการณ์เพียงเล็กน้อย เช่น พบอุปสรรคในการ

เดินทางไปทำงาน รอรถประจำทางนาน พลาดนัด อย่างไรก็ตามความเครียดชนิดนี้จะสิ้นสุดลงในเวลาอันสั้น เพียงไม่กี่วินาที หรือไม่ถึงชั่วโมง

2. ความเครียดระดับกลาง (Moderate Stress) เป็นภาวะที่มีความเครียดอยู่ปานกลาง ความเครียดระดับนี้อาจใช้เวลาเป็นชั่วโมง หรือหลายชั่วโมงจนกระทั่งเป็นวัน เช่น เครียดจากการทำงานมากเกินไป ความขัดแย้งในความสัมพันธ์ การเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงนัก ระดับความเครียดปานกลางนี้ เป็นระดับที่ร่างกายและจิตใจตอบสนอง โดยการต่อสู้กับความเครียดที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ พฤติกรรม อารมณ์และความนึกคิด เพื่อขจัดสาเหตุที่ทำให้เครียดหรือผ่อนคลาย ความเครียดลง จนกระทั่งการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆกลับเข้าสู่สภาพปกติ

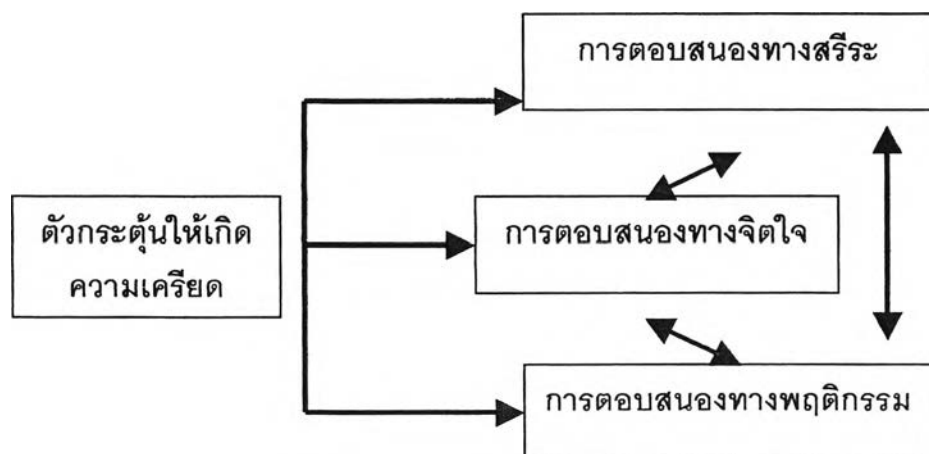
3. ความเครียดระดับรุนแรง (Severe Stress) เป็นภาวะที่มีความเครียดในระดับที่รุนแรง ความเครียดชนิดนี้จะแสดงอาการอยู่ยาวนานเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรือเป็นปี เช่น เครียดจากการสูญเสียคู่ครอง การเจ็บป่วยอย่างร้ายแรง การสูญเสียอวัยวะของร่างกาย ล้มเหลวในการทำงาน ซึ่งเป็นผลให้ร่างกายและจิตใจพ่ายแพ้ต่อความเครียด มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างเห็นได้ชัด มีพยาธิสภาพและความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ทำให้เกิดความเสียหายต่อการดำเนินชีวิต

การตอบสนองต่อความเครียด

การตอบสนองต่อความเครียดเป็นลักษณะของการปรับตัวของบุคคลต่อสิ่งกระตุ้นทั้งภายในและภายนอก ทำให้ร่างกายสามารถดำรงอยู่ต่อไป⁽⁶⁹⁾ โดยร่างกายของเราจะมีการตอบสนองใน 3 ลักษณะ คือ

1. ทางร่างกาย
2. ทางจิตใจ
3. ทางพฤติกรรม

ภาพที่ 2 แสดงการตอบสนองต่อความเครียดของร่างกาย



การตอบสนองทั้ง 3 ลักษณะ สามารถที่จะเกิดขึ้นพร้อมกันได้โดยเฉพาะเมื่อเกิดความเครียดรุนแรง เพราะร่างกายและจิตใจของคน มีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นการตอบสนองลักษณะใดลักษณะหนึ่งอาจเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการตอบสนองลักษณะอื่นตามมา

1. การตอบสนองทางสรีรวิทยา^(69,70) เป็นการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ระดับเซลล์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับ 2 ระบบใหญ่ๆ คือ ระบบต่อมไร้ท่อและระบบประสาทอัตโนมัติ คือระบบประสาท sympathetic ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆของร่างกายเพื่อตอบสนองต่อความเครียด เช่น การเปลี่ยนแปลงของการทำงานของหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นแรงและเร็ว, ระบบทางเดินอาหาร, ระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น และเมื่อร่างกายเกิดการตอบสนอง sympathetic มาเกินไประบบร่างกายก็จะกลับสู่สมดุลโดยการกระตุ้น parasympathetic ให้ทำงาน ซึ่งจะทำงานตรงกันข้ามกับ sympathetic มีผลให้กล้ามเนื้อคลายตัว หัวใจเต้นช้าลง เป็นต้น ส่วนระบบต่อมไร้ท่อจะทำการหลั่งฮอร์โมนเข้าสู่ระบบการไหลเวียนโลหิตเพื่อช่วยในการปรับสมดุลของร่างกาย ซึ่งผู้ที่ให้ความสนใจกับการตอบสนองของร่างกายต่อความเครียดทางสรีรวิทยานี้ คือ ฮาน เซลีย์ โดยเสนอแนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มอาการการปรับตัวทั่วไป (General adaptation syndrome; GAS)⁽⁶²⁾

2. การตอบสนองทางจิตใจ เป็นการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอารมณ์และความคิด โดยการเปลี่ยนแปลงจะเป็นไปในทางบวกหรือลบก็ได้ขึ้นอยู่กับตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียดนั่นเอง

การตอบสนองทางอารมณ์โดยทั่วไปอาจแสดงออกในลักษณะของความวิตกกังวล, ความกลัว, โกรธหรือซีเมเศร้า เป็นต้น และหากความเครียดคงอยู่เป็นเวลานาน การตอบสนองทางอารมณ์ก็จะคงอยู่และอาจมีการตอบสนองที่มากขึ้น เพราะบุคคลไม่มีโอกาสที่จะคืนความสมดุลทางอารมณ์ได้ ทำให้รู้สึกตึงเครียดและวิตกกังวลมากขึ้นเรื่อยๆ ต่อมาจะทำให้เกิดการอ่อนเพลีย ซึมเศร้าและรู้สึกไร้อำนาจ และหากบุคคลต้องเผชิญความเครียดเป็นประจำทำให้ไม่สามารถบอกสาเหตุของความเครียดได้ อาจทำให้เกิดกลุ่มอาการทางคลินิกที่เรียกว่า generalized anxiety disorder หรือ free-floating anxiety ซึ่งบุคคลไม่สามารถบอกความรู้สึกของตนเองออกมาได้และเก็บการตอบสนองทางอารมณ์ไว้เป็นเวลานานจนทำให้เกิดความกังวลหรือกลัวบางสิ่งบางอย่างโดยไม่ทราบสาเหตุ

3. การตอบสนองทางพฤติกรรม เป็นการที่ร่างกายเตรียมพร้อม หรือถอยหนี อาจแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง เช่น มีอาการสั่นเนื่องจากความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ หน้าแดงเมื่อเกิดความประหม่า หรือพูดติดอ่างเมื่อเกิดความกังวลอย่างรุนแรง หรืออาจมีผลต่อการทำงาน ทำให้ทำงานได้น้อยลงเกิดความผิดพลาดมาก ขาดสมาธิ หลงลืมได้ง่าย มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือแยกตัวจากสังคม เป็นต้น

ในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมนี้เป็นสถานการณ์ที่ยากลำบากและสร้างความเครียดให้กับผู้ดูแลอย่างมาก เนื่องจากหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลอาจเกิดอาการซีเมเศร้า หรือ

วิตกกังวลและมีปัญหาทางสุขภาพด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย⁽⁷²⁾ โดยปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์มีดังต่อไปนี้⁽⁷⁾

1. สูญเสียผู้ที่ตนรัก

ผู้ดูแลซึ่งส่วนมาเป็นญาติสนิทหรือสามีภรรยาของผู้ป่วยนั้น แม้ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ แต่เขาจะรู้สึกเหมือนสูญเสียผู้ที่ตนรักไปแล้ว เพราะผู้ป่วยระยะหลังอาจจำหน้าผู้ดูแลญาติมิตรไม่ได้ นิสัยใจคอและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป กลายเป็นบุคคลอีกคนหนึ่งที่มีอารมณ์หุนหัน รุนแรง ไม่มีน้ำใจต่อคนดูแล เอาแต่ใจตัว ใช้ญาติเหมือนคนรับใช้ขาดความเกรงใจโดยสิ้นเชิง

2. ความเบื่อง่าย

ผู้ดูแลที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแทบจะไม่มีเวลาพักเลย ต้องใช้ความอดทนอย่างสูงในการทำให้ผู้ป่วยสบายใจมากที่สุด ต้องอธิบายแก้ไขข้อข้องใจเมื่อผู้ป่วยเกิดระแวงสงสัย คอยตอบคำถามซ้ำๆอันเกิดจากการหลงลืม ต้องคอยเป็นห่วงผู้ป่วยเมื่อต้องออกไปทำธุระ

3. การถูกทอดทิ้ง

ผู้ดูแลส่วนมากต้องรับภาระหนักอยู่อย่างโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้งโดยญาติ บางคนมีโรคประจำตัวอยู่แล้ว การรับภาระหนักจึงทำให้สุขภาพของผู้ดูแลเสื่อมมากขึ้น อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมต้องใช้เวลากว้าง 24 ชั่วโมงต่อวัน การได้ออกไปเปลี่ยนบรรยากาศบ้าง ถือเป็นภารกิจที่หายาก ผู้ดูแลต้องตัดสังคมนาภายนอกเกือบหมด เพราะไม่มีเวลาออกไปข้างนอก การจะเชิญเพื่อนฝูงมาบ้านก็ไม่สะดวก เพราะพฤติกรรมผู้ป่วยที่อาจทำให้อับอายแขก เพราะผู้ป่วยจะมีอาการเหมือนเป็นโรคประสาทในสายตาคนนอกผู้ดูแลอาจถูกลืมจากสังคมนาเพื่อน และญาติ ผู้ดูแลจะขาดความมั่นใจในตนเองเพราะอยู่โดดเดี่ยวมานาน แม้ผู้ป่วยจะเสียชีวิตไปผู้ดูแลก็ต้องปรับตัวใหม่

4. เกิดความขัดแย้งในครอบครัว

ภรรยาที่ต้องดูแลแม่ที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ หรือโรคสมองเสื่อมอื่นๆในที่สุดอาจมีเรื่องขัดแย้งกับสามี เพราะต้องแบ่งเวลาให้แม่ แทนจะให้ครอบครัวตนเองทั้งหมด สามีจะเริ่มเห็นความบกพร่องของการดูแลบ้าน การทำอาหารในบ้าน ดังนั้น ต้องสร้างความเข้าใจ ให้สามีได้รับรู้ภาระหน้าที่และความรู้เกี่ยวกับโรค รวมทั้งให้รู้อาการที่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนต่อผู้ดูแล เช่น การที่ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ขัดเคืองอาละวาดบางโอกาส หรือออกเดินร่อนเร่ โดยไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ และระวังโรคแทรกซ้อนต่างๆด้วย

5. ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์จะเปรียบเหมือนเด็กที่ลูกหลานต้องดูแลความต้องการพื้นฐาน เช่น การรับประทานอาหาร การขับถ่าย เป็นการเพิ่มหน้าที่ให้กับผู้ดูแล โดยเฉพาะสามีที่ต้องดูแลภรรยา ซึ่งไม่คุ้นเคยกับการทำงานบ้านมาก่อน

6. ความโกรธและความรู้สึกผิด

ผู้ป่วยในระยะหลังมีปัญหาเรื่องการจำวันเวลา ซึ่งจะทำความรำคาญแก่ผู้ดูแลได้มาก เพราะผู้ป่วยจะชอบถามคำถามเดิมซ้ำซากบ่อยครั้ง ถ้าผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมอารมณ์ เกิดโมโหให้คำพูดรุนแรงออกไป ผู้ป่วยจะกระทบกระเทือนใจร้องไห้อย่างรุนแรงได้ ผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกผิด เพราะไม่ได้ควบคุมอารมณ์เพียงพอ พฤติกรรมเหล่านี้จะเกิดซ้ำซากเป็นเวลานานต่อเนื่องหลายปี จนผู้ดูแลมีอารมณ์เครียดเป็นประจำ

2.3.งานวิจัยเกี่ยวกับภาวะและความเครียดของผู้ดูแล

วรรณนิภา บุญระยอง⁽⁷³⁾ สํารวจภาวะขอครอบครัวในการดูแลที่เกิดจากอาการของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ปัญหาทางด้านสังคมและเศรษฐกิจของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้าน และภาวะเครียดของผู้ดูแล โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจำนวน 29 ราย ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมก่อให้เกิดภาวะแก่ผู้ดูแลในหลายด้านตามอาการดังนี้ คือ ความจำบกพร่อง ความผิดปกติของความคิด การสนทนาและสื่อสาร การทำความสะอาดร่างกายและการแต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การเคลื่อนไหว การนอนและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยด้านการสนทนาสื่อสารและปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจแก่ผู้ดูแล แต่เกิดปัญหาด้านสังคมโดยส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ดูแลและผู้ดูแลส่วนใหญ่ยอมรับว่าเป็นภาวะความเครียด เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ และมีความไม่สบายเกิดขึ้น

สมฤดี สิทธิมงคล⁽⁷⁴⁾ ทำการศึกษาความต้องการในการดูแล ความเครียดจากการดูแล การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน เป็นญาติผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา ผลการวิจัยพบว่าความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญปัญหาทั้งด้านเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านจัดการกับอารมณ์ และด้านบรรเทาความเครียดร่วมกัน โดยมีสัดส่วนของการเผชิญปัญหากับปัญหามากที่สุด ความเครียดของการดูแล อายุของญาติผู้ดูแล และความต้องการในการดูแลเป็นตัวแปรที่ทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลได้

Gonzalez – Salvador และคณะ⁽⁷⁵⁾ ทำการสำรวจความเครียดและการเจ็บป่วยทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซม์เมอร์จำนวน 58 คนเปรียบเทียบกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังแต่ไม่มีอาการสมองเสื่อม 32 คนพบว่า ความเครียดและการเจ็บป่วยทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมสูงกว่า โดยพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยและการบกพร่องในการ

ประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเครียด และระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยทางจิตใจของผู้ดูแล

Graham C. และคณะ⁽⁷⁶⁾ ศึกษาเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมจะมีการเจ็บป่วยทางจิตใจและร่างกายน้อยกว่ารวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์เกี่ยวกับระดับความรู้ของผู้ดูแลที่มีผลต่อกลไกการแก้ปัญหา ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค มีระดับของอาการซึมเศร้าต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญแต่การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพทางร่างกายของผู้ดูแล และพบอีกว่าผู้ดูแลที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจะมีระดับของความวิตกกังวลที่สูง

Hooker K. และคณะ⁽⁷⁷⁾ ทำการศึกษาอิทธิพลของบุคลิกภาพที่มีผลต่อสุขภาพกายและใจของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสกับผู้ป่วย พร้อมทั้งเปรียบเทียบความแตกต่างของสุขภาพกายและใจของผู้ดูแลระหว่างโรคอัลไซเมอร์และโรคพาร์กินสัน ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า บุคลิกภาพส่งผลต่อสุขภาพกายและใจทั้งในทางตรงและทางอ้อม โดยบุคลิกภาพส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลทั้งทางตรงและทางอ้อม ทางด้านสุขภาพกายบุคลิกภาพได้ส่งผลทางอ้อมอย่างมีนัยสำคัญ ในการเปรียบเทียบระหว่างโรคพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์มีสุขภาพจิตที่แย่กว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน แต่ด้านสุขภาพกายนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซม์เมอร์สุขภาพดีกว่า

Gallant G.⁽⁷⁸⁾ ศึกษา Available from ของความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังพบว่า การเป็นผู้ดูแลทำให้เกิดความเครียดเพราะไม่ได้รับความรู้เพียงพอเกี่ยวกับโรค, การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม การขาดอิสระรวมทั้งขาดกิจกรรมทางสังคมเป็นประเด็นหลักที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้ดูแล

Zanetti O. และคณะ⁽⁷⁹⁾ ศึกษาปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซม์เมอร์จำนวน 103 คน โดยมีปัจจัยต่างๆที่ศึกษาดังต่อไปนี้ คือ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล คือ อายุ, เพศ, สถานภาพสมรส, การศึกษา, สัมพันธภาพกับผู้ป่วย, สถานภาพการว่าง, ความพึงพอใจในรายได้ของครอบครัว 2. แหล่งประโยชน์ของผู้ดูแล คือ สุขภาพของผู้ดูแล, สัมพันธภาพทางสังคม, ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม, การช่วยเหลือจากบุคคลอื่น 3. primary stressor คือ อายุและเพศของผู้ป่วย, cognitive status, functional status, ความถี่ของการเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ผลจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่เป็นสามีหรือภรรยา มีคะแนนจากการประเมินภาวะสุขภาพและความสามารถในการดูแลต่ำ และพบว่าจำนวนชั่วโมงที่ผู้ดูแลใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มาก, พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยและอายุของผู้ดูแลที่น้อยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

Clyburn LD. และคณะ⁽⁸⁰⁾ ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซม์เมอร์จำนวน 613 คน ผลจากการศึกษาพบว่าความผาสุกของผู้ดูแลสัมพันธ์กับการประเมินภาวะของผู้ดูแล โดยพฤติกรรมรบกวนของผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น, การดูแลผู้ป่วยที่บ้านและแรงสนับสนุนที่ต่ำ

มีความสัมพันธ์กับภาวะที่สูงขึ้น โดยภาวะที่เพิ่มมากขึ้นนี้เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการซึมเศร้าในผู้ดูแล

Freyne A และคณะ⁽⁸¹⁾ ทำการศึกษาเปรียบเทียบภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในสองกลุ่มตามลักษณะทางคลินิก คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมearly onset (เกิดโรคก่อนอายุ65 ปี)และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมlate onset ผลการศึกษาพบว่าภาวะของผู้ดูแลสัมพันธ์กับอายุของผู้ป่วยที่น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ถึงแม้ว่าลักษณะทางคลินิกต่างๆของทั้งสองกลุ่ม เช่น ความรุนแรงของโรคหรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา จะไม่มีความแตกต่างกันก็ตาม ดังนั้นภาวะของผู้ดูแลที่สูงจึงแสดงถึงความสัมพันธ์ที่ผกผันกับอายุของผู้ป่วย