บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเรียงลำดับตามเนื้อหาที่ศึกษา คือ โรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาความชุกของโรคสมองเสื่อม และโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน

โรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

มีผู้ให้คำจำกัดความของคำว่า โรคสมองเสื่อม (dementia) กันหลากหลาย ดังเช่น Lishman [18] ได้ให้คำจำกัดความว่า เป็นกลุ่มอาการที่เกิดความบกพร่องโดยทั่ว ๆ ไปของสติปัญญา ความจำ และบุคลิกภาพ โดยที่ไม่ได้เป็นมาแต่กำเนิด (acquired global impairment) และระดับความรู้สึกตัวยังเป็นปกติ ส่วน Marsden [17] ให้คำจำกัดความว่า โรคสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีการรบกวนโดยทั่วไป (global disturbance) ในหน้าที่การทำงานขั้นสูงของจิตใจ (higher mental functions) ในผู้ป่วยที่ยังรู้สึกตัวดี

ในปัจจุบัน สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ได้ให้คำจำกัดความของโรคสมองเสื่อม (dementia) ไว้ใน DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-Fourth Edition) โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตามอาการที่สังเกตได้ ดังต่อไปนี้[18]

A : มีความบกพร่องในการทำงานของสมองในด้านความรู้ความเข้าใจหลาย ๆ อย่าง (Multiple cognitive deficits) ซึ่งความบกพร่องนี้จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ คือ

1. มีความบกพร่องของความจำ (memory impairment) จัดว่าเป็นอาการเริ่มแรกที่เด่นชัด ผู้ป่วยจะไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ หรือลืมสิ่งที่ได้เรียนรู้ซึ่งผ่านไปได้ไม่นาน เช่น อาจจะลืมสิ่งของที่วางไว้ได้ไม่นาน ลืมปรุงอาหารที่ตั้งตาไว้บนเตา ลืมหน้าตาเพื่อนบ้านที่ไม่คุ้นเคย ในระยะต่อมา ความจำเสื่อมก็จะรุนแรงมากขึ้น เช่น ลืมว่าตนมีอาชีพอะไร ลืมวันเกิด จำสมาชิกในครอบครัวไม่ได้ และบางครั้งลืมแม้แต่ชื่อของตน

2. มีข้อใดข้อหนึ่งอย่างน้อย 1 ข้อ ดังต่อไปนี้

2.1 มีความบกพร่องของภาษา (aphasia) อาจแสดงให้เห็นถึงความยากลำบากในการเรียกชื่อคนหรือสิ่งของ คำพูดอาจคลุมเครือหรือไม่มีความหมาย พูดประโยคยาววกวน หรือพูดซ้ำซาก ในระยะที่มีความรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยอาจจะไม่พูด (mute) หรือพูดตามสิ่งที่ได้ยิน (echolalia) หรือพูดซ้ำถ้อยคำอย่างเร็วขึ้นทุกที (palilalia)

2.2 ไม่สามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมที่ซับซ้อน (apraxia) ทั้ง ๆ ที่การเคลื่อนไหว ความรู้สึกและความเข้าใจยังเป็นปกติ ความบกพร่องในด้านนี้ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรุงอาหาร แต่งตัว และวาดรูปได้ การทดสอบอาจแสดงได้โดยให้ผู้ป่วยแสดงท่าทางแปรงฟัน หรือให้วาดรูปห้าเหลี่ยมที่เหมือนกับรูปเดิม หรือให้ประกอบชิ้นส่วนเป็นรูปต่าง ๆ ฯลฯ

2.3 ไม่สามารถจำหรือแยกแยะสิ่งของที่คุ้นเคยได้ (agnosia) ทั้ง ๆ ที่ระบบประสาทสัมผัสเป็นปกติ เช่น ผู้ป่วยสายตาปกติไม่สามารถจำเก้าอี้ หรือดินสอที่เคยเห็นได้ ความบกพร่องในด้านนี้ ทำให้ผู้ป่วยจำสมาชิกในครอบครัวไม่ได้ หรือจำตัวเองในกระจกไม่ได้ ในทำนองเดียวกัน ทั้ง ๆ ที่ระบบสัมผัสทางผิวหนังเป็นปกติ แต่ผู้ป่วยไม่สามารถแยกแยะวัตถุที่อยู่ในมือว่าเป็นอะไร เช่น เป็นเหรียญหรือกุญแจ

2.4 มีความบกพร่องในหน้าที่การทำงานของสมองระดับสูง (disturbance in executive functioning) เช่น มีความผิดปกติของความคิดเชิงนามธรรม การวางแผน ความริเริ่มสร้างสรรค์ การเรียงลำดับ การตรวจสอบ และการหยุดพฤติกรรมที่ไม่นิ่งประสงค์

ความบกพร่องเชิงความคิดนามธรรม อาจจะแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีความยากที่จะบอกความหมายของสุภาษิตพื้นบ้าน และมักจะหลีกเลี่ยงสถานการณ์ใหม่ ๆ และข้อมูลที่ซับซ้อน ความบกพร่องในหน้าที่การทำงานของสมองระดับสูง อื่น ๆ ที่ทดสอบได้ เช่น ให้ผู้ป่วยนับเลขถึง

10, ลบเลขออกทีละ 7, ท่องจำตัวอักษร, บอกชื่อสัตว์ให้มากที่สุดภายใน 1 นาที หรือให้วาดเส้นต่อเนื่อง ผลจากความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองชั้นสูง จะทำให้รบกวนการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน

B : อาการในข้อ A1 (memory impairment) และ A2 (aphasia, apraxia, agnosia หรือ disturbance in executive functioning) มีความรุนแรงพอที่จะเป็นสาเหตุให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคมและการประกอบอาชีพ เช่น หน้าที่การงานและกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้แก่ การแต่งตัว การอาบน้ำ การดูแลการเงิน เป็นต้น โดยแสดงให้เห็นถึงความสามารถที่ลดลงจากเดิม

การวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม (dementia) จะต้องไม่ปรากฏอาการดังที่กล่าวข้างต้นในระยะเพ้อคลั่ง (delirium) อย่างไรก็ตาม dementia และ delirium อาจจะเกิดร่วมกันได้ การวินิจฉัยว่าเป็น dementia นั้น จะต้องมีอาการเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงที่ไม่ปรากฏอาการของ delirium ด้วย โดยที่โรคสมองเสื่อม (dementia) อาจจะมีสาเหตุที่สัมพันธ์กับโรคทางกาย ผลจากการใช้สารต่าง ๆ หรือหลายสาเหตุร่วมกัน

Stephen Read[18] ได้แบ่งระดับความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมโดยพิจารณาจากระดับของความต้องการความช่วยเหลือ ดังนี้

ความรุนแรงน้อย : ผู้ป่วยยากที่จะมีความเข้าใจเชิงนามธรรมและกิจกรรมที่ซับซ้อน แต่สามารถอยู่ในบ้าน และทำงานที่อาศัยความรับผิดชอบน้อย ๆ ได้

ความรุนแรงปานกลาง : ผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือดูแล อาจเป็นสมาชิกในครอบครัว หรือลูกจ้าง แต่ก็มีช่วงเวลาที่ผู้ดูแลนักผ่อนได้

ความรุนแรงมาก : ผู้ป่วยต้องการการดูแลตลอดเวลา

การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม โดย Stephen Read นี้ มีความคล้ายคลึงกับเกณฑ์การวินิจฉัยความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม ตาม DSM-III-R โดยตามหลักเกณฑ์ของ DSM-III-R[20] ได้ระบุไว้ว่า

ความรุนแรงน้อย หมายถึง ผู้ป่วยยังสามารถดูแลตนเองได้ ไม่จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยที่มีสุขอนามัยส่วนตัวดีพอ และมีการตัดสินใจที่ไม่ผิดปกติมากนัก

ความรุนแรงปานกลาง หมายถึง ผู้ป่วยที่อาจเกิดอันตรายได้ ถ้าหากทิ้งให้อยู่โดยลำพัง และจำเป็นต้องได้รับการดูแล

ความรุนแรงมาก หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองในการใช้ชีวิตประจำวันได้เลย และจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือในทุก ๆ เรื่อง เช่น การดูแลสุขอนามัยส่วนตัว ฯลฯ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพูดไม่รู้เรื่องหรือไม่พูดเลย

ลักษณะทางคลินิกของโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ [21]

<u>ด้านความรู้ความเข้าใจ</u> (Cognitive) อาการที่ปรากฏเริ่มแรกสุด มักจะเป็นเรื่องความจำบกพร่อง เช่น ลืมว่าสิ่งของที่เคยวางเป็นประจำอยู่ที่ไหน หรือลืมชื่อคนที่คุ้นเคย มีปัญหาในการเลือกใช้คำและการเรียกชื่ออย่างทันทีทันใด มีความบกพร่องในเรื่องความจำด้านสถานที่และเวลา และมีสมาธิบกพร่อง ซึ่งปรากฏอาการเหล่านี้ในระยะแรกของโรคสมองเสื่อม ในระยะต่อมาจะมีความบกพร่องในด้านต่าง ๆ มากขึ้น เช่น ความจำในเรื่องสถานที่และเวลา ความผิดปกติของภาษา การรับรู้ และการทำงานที่ซับซ้อน รวมทั้งไม่สามารถจัดระบบการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของสมองชั้นสูง เช่น การวางแผนงาน

<u>ด้านพฤติกรรม</u> (Behavioral) โรคสมองเสื่อมมักจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปได้หลายอย่าง เช่น ก้าวร้าว ระเบิดอารมณ์โกรธอย่างรุนแรง ทำพฤติกรรม

ซ้ำ ๆ ออกจากบ้านแล้วหาทางกลับไม่ได้ และมีความผิดปกติของอาการทางกาย เช่น ไม่ยอมนอน การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เป็นต้น ปัญหาพฤติกรรมเหล่านี้บ่อยครั้งที่ทำให้ปัญหาด้านความบกพร่องของความรู้ความเข้าใจลดความสำคัญลงไป เนื่องจากปัญหาพฤติกรรมเป็นปัญหาที่ต้องรีบจัดการอย่างวิกฤติมากที่สุด

มีรายงานว่า ร้อยละ 60 ของผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม มีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และเอาแต่ใจตนเอง และเกือบร้อยละ 90 มีพฤติกรรมเฉยเมย ไม่โต้ตอบกับสิ่งแวดล้อม

ปัญหาพฤติกรรมจะมีความรุนแรงมากขึ้นตามความรุนแรงของโรค

<u>ด้านอารมณ์และอาการทางจิต</u> (Affective change and psychotic symptoms)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และความผิดปกติทางจิตเวช มักจะเกิดขึ้นไปพร้อม ๆ กับการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เช่น มีอาการซึมเศร้า (depression) ส่วนอาการทางจิตเวช เช่น อาการหลงผิด (delusions) และประสาทหลอน (Hallucinations)

อาการซึมเศร้าจะพบได้บ่อยกว่าโรคซึมเศร้า มีรายงานว่า ความชุกของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม มีร้อยละ 17-40

ส่วนอาการหลงผิดหรือหวาดระแวง พบอุบัติการณ์ที่เกิดกับผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 21-57 และอาการประสาทหลอนพบได้ร้อยละ 12-30

อาการทางจิตที่พบได้บ่อยในผู้ป่วย Alzheimer's disease คือ อาการหลงผิดที่คิดว่าคนจะมาปองร้าย (Persecutory delusions) สำหรับอาการทางประสาทหลอนนั้นพบว่าประสาทหลอนทางตา (Visual Hallucinations) จะพบได้บ่อยกว่าประสาทหลอนทางหู (Auditory Hallucinations) มีการศึกษาที่เปรียบเทียบอาการประสาทหลอนที่เกิดกับผู้ป่วย Alzheimer's disease กับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจากสาเหตุอื่น ๆ พบความถี่ของการเกิดใกล้เคียงกัน แต่ทั้งอาการประสาทหลอนทางหูและทางตาพบได้บ่อยใน multi-infarct dementia มากกว่า Alzheimer's disease

การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม [22,23]

โดยทั่วไปการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมในทางคลินิกนั้น นอกจากการตรวจร่างกายทั่วไปและตรวจทางระบบประสาทแล้ว ยังมีการใช้แบบทดสอบซึ่งได้รับการพัฒนามาเพื่อใช้วัดความสามารถในการเรียนรู้และความเข้าใจของผู้ป่วย แบบทดสอบที่นิยมใช้ ได้แก่ Mini-Mental State Examination (MMSE) หรือ Blessed Dementia Score ในทางปฏิบัติเราอาจใช้วิธีที่สั้นและประหยัดเวลา ซึ่งประกอบด้วยการตรวจดังต่อไปนี้

1. การตรวจระดับความรู้สึกตัวและความสนใจ (awakeness and awareness)

2. การตรวจความสามารถทางภาษา (Language function)

3. การวัดการเรียนรู้ระยะสั้น (new learning) และการถามเกี่ยวกับสถานที่และเวลา (Orientation)

4. การตรวจความสามารถเกี่ยวกับทิศทางและสถานที่ (Visiospatial Orientation) และการสร้างสรรค์ (Construction) โดยให้ผู้ป่วยลอกภาพของรูปทรงสามมิติ

โรคสมองเสื่อมนี้อาจแบ่งออกได้เป็นหลายลักษณะ ที่สำคัญคือ การแบ่งตามส่วนของสมองที่มีพยาธิสภาพ ซึ่งแบ่งออกเป็น Cortical dementia และ Subcortical dementia

Cortical dementia คือ โรคสมองเสื่อมที่เกิดจากรอยโรคในส่วนผิวของสมองใหญ่ ตัวอย่างที่สำคัญ ได้แก่ Alzheimer's disease ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอาการและอาการแสดงความผิดปกติของ Cortical functions เช่น ความผิดปกติในการใช้ภาษา (aphasia) ไม่สามารถจำสิ่งของที่คุ้นเคยได้ (agnosia) และไม่สามารถทำกิจกรรมที่ซับซ้อนได้ ถึงแม้การเคลื่อนไหวยังเป็นปกติ (apraxia)

Subcortical dementia คือ โรคสมองเสื่อมที่พบความผิดปกติของสมองส่วนลึก เช่น basal ganglia ผู้ป่วยมักมีความผิดปกติของการเคลื่อนไหวเป็นอาการเด่น ตัวอย่างของโรคในกลุ่มนี้ ได้แก่ Multi-infarct dementia

ในทางปฏิบัติโรคสมองเสื่อมทั้ง 2 ชนิด มักจะซ้อนทับกันอยู่ และถ้าจะให้มีการวินิจฉัยอย่างเที่ยงตรง จำเป็นต้องทำการผ่าพิสูจน์ศพ (autopsy)

สาเหตุของโรคสมองเสื่อม

โรคสมองเสื่อมเกิดขึ้นได้จากสาเหตุมากมาย ซึ่งมีลักษณะทางคลินิกและการดำเนินโรคที่แตกต่างกัน Tomlinson[24] รายงานว่า โรคสมองเสื่อมที่พบในผู้สูงอายุ เกิดจากสาเหตุที่สำคัญ 3 ประการ คือ Alzheimer's disease (53%), Multi-Infarct Dementia (17%) และ Alzheimer's ร่วมกับ infarction หรือ mixed dementia (17%)

Alzheimer's disease (Dementia of the Alzheimer's type (DAT))

จัดว่าเป็นสาเหตุของโรคสมองเสื่อมที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ ซึ่ง Alois Alzheimer เคยบรรยายไว้ว่า ความเจ็บป่วยด้วยโรคนี้เกิดในผู้มีอายุ 80 ปีขึ้นไป [28] แต่ก็มีจำนวนมากที่พยาธิสภาพปรากฏก่อนเวลาดังกล่าว โดยพบสาเหตุนี้ประมาณร้อยละ 5-10 ในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป และพบประมาณร้อยละ 47 ในผู้สูงอายุ 85 ปีขึ้นไป [28]

ลักษณะของ Dementia of the Alzheimer's Type คือ มีการลดลงของ cognitive function เกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยมีความบกพร่องของความจำ (memory impairment) และจะต้องปรากฏอาการอย่างน้อย 1 อย่าง ร่วมด้วย คือ aphasia, apraxia, agnosia หรือ disturbance in executive functioning อาการดังกล่าวเป็นสาเหตุให้มีความบกพร่องในหน้าที่การงานและกิจวัตรประจำวัน และอาการที่เกิดขึ้นจะต้องไม่เป็นผลมาจากโรคของระบบประสาทส่วนกลาง โรคของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย และการใช้สารต่าง ๆ รวมทั้งอาการดังกล่าวจะปรากฏไม่ใช่เฉพาะระยะเพ้อคลั่ง (delirium) เท่านั้น และจะต้องแยกแยะออกจากโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ที่มีอาการคล้ายคลึงกัน เช่น Depression, schizophrenia ฯลฯ[18]

การดำเนินโรคมักเป็นไปอย่างช้า ๆ ซึ่งอาจใช้เวลาถึงสิบปีกว่าที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะท้ายของโรค อย่างไรก็ตาม ในบางรายการดำเนินโรคอาจเป็นไปอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในรายที่มีโรคทางกายอื่น ๆ เป็นปัจจัยเสริม

Sjogren และคณะ[27] ได้แบ่งอาการทางคลินิกที่พบในผู้ป่วย Alzheimer's disease เป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 (1-3 ปี) ผู้ป่วยจะมีความจำเสื่อมลง โดยเฉพาะความจำที่เกิดจากการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ขาดความคิดริเริ่ม ความจำในเรื่องสถานที่และเวลาเสื่อมลง

ระยะที่ 2 (2-10ปี) จะปรากฏให้เห็นอาการของโรคมากขึ้น มีความจำเสื่อมมากขึ้น มีความบกพร่องในการใช้ภาษา (aphasia) ทำกิจกรรมที่ซับซ้อนไม่ได้ทั้ง ๆ ที่มีความเข้าใจและการเคลื่อนไหวเป็นปกติ (apraxia) และไม่รู้จักสิ่งของที่คุ้นเคยทั้ง ๆ ที่การรับรู้เป็นปกติ (agnosia) ไม่สามารถคิดคำนวณเลขได้ (acalculia) มีบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น เฉยเมย

ระยะที่ 3 หรือระยะสุดท้าย (8-12 ปี) ผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างสิ้นเชิง มีความเสื่อมของสติปัญญาอย่างรุนแรง จำญาติมิตรไม่ได้ ไม่รู้จักแม้แต่ชื่อของตน มีความบกพร่องของการพูดเป็นอย่างมาก ในระยะนี้อาจพบร่างกายของผู้ป่วยอยู่ในท่าแขน-ขา เกร็ง และไม่สามารถควบคุมการถ่ายปัสสาวะ อุจจาระได้

อาการของโรคที่เกิดขึ้นในระยะที่ 2 อาจจะปรากฏหลังจากเกิดอาการในระยะที่ 1 แล้ว 1-3 ปี โดยที่ความบกพร่องในการใช้ภาษาอาจเป็นอาการที่บ่งบอกถึงการเริ่มเข้าสู่ในระยะที่ 2 ช่วงระยะเวลาของการดำเนินโรคจากระยะที่ 1 ถึง ระยะสุดท้าย ใช้เวลาประมาณ 8-12 ปี

สำหรับอาการทางจิตที่เกิดขึ้นได้นั้น ยังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัดว่า ปรากฏในระยะใดของโรค เนื่องจากบางการศึกษารายงานว่า ปรากฏในระยะเริ่มต้นของโรค แต่บางการศึกษาก็รายงานว่า ปรากฏในระยะท้าย ๆ ของโรค [21]

สาเหตุของ Alzheimer's disease ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่จากลักษณะทางพยาธิวิทยา ที่พบในโรคนี้ คือ มีอาการฝ่อเหี่ยวของสมองใหญ่ โดยเฉพาะในบริเวณ Frontal lobe และ Hippocampal gyrus และจากการศึกษาทางจุลพยาธิวิทยา พบว่า เซลล์ประสาทลดจำนวนลงประมาณ ร้อยละ 5-10 จากจำนวนทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าในคนสูงอายุปกติถึง ร้อยละ 40 เซลล์ประสาทที่เหลือมีลักษณะเปลี่ยนแปลงไป คือ มีจำนวน dendrite ลดลง การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาที่พบเป็นพิเศษและใช้เป็นตัวช่วยในการวินิจฉัยโรคคือ การพบ neuritic plaque ซึ่งเป็นกลุ่มของเซลล์ประสาทที่มีเส้นใยผิดปกติ มีขนาดเป็นก้อนกลมประมาณ 5-150 Um และการพบ neurofibrillary tangle ที่เกิดจากการสะสมของใยประสาทที่มีโครงสร้างผิดปกติ ซึ่งพบอยู่ใน cytoplasm ของเซลล์ประสาท

การให้การวินิจฉัย Alzheimer's disease ในปัจจุบัน ยังไม่มีวิธีการสืบค้นทางห้องปฏิบัติการที่มีความไวและถูกต้องดีเพียงพอ เป็นผลให้การวินิจฉัยผู้ป่วยในระยะแรกเริ่มเป็นไปได้ยาก

สำหรับการป้องกันและรักษาโรคนี้ ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการป้องกันและรักษาเฉพาะเป็นไปได้แค่เพียงบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น และป้องกันภาวะแทรกซ้อนเป็นสำคัญ เช่น ให้มีโภชนาการที่ดี มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ และให้การดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวัน ส่วนยาสามารถช่วยควบคุมพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้ [22,23]

Vascular or Multi-Infarct Dementia [19,21,23,29,30]

เป็นสาเหตุของโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่พบได้บ่อยเป็นอันดับ 2 และสามารถพบร่วมกับ Alzheimer's disease ได้ มีลักษณะของความบกพร่องในเรื่องความรู้ความเข้าใจ

เช่นเดียวกับอาการที่เกิดกับผู้ป่วย Alzheimer's disease แต่จะมีอาการที่แสดงให้เห็นถึงความผิดปกติทางระบบประสาทเฉพาะที่ เช่น อาการอ่อนแรงครึ่งซีก (hemiparesis) เคลื่อนไหวช้า (bradykinesis) หรือมีอาการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ (rigidity)

สาเหตุของโรคนี้เป็นผลมาจากการที่สมองมีการขาดเลือดซ้ำกันหลายครั้งในตำแหน่งต่าง ๆ กัน จนทำให้สมองเสื่อมโดยทั่วไป

การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมที่เกิดจาก Vascular dementia อาศัยลักษณะดังนี้คือ ผู้ป่วยมีโรคซึ่งมักทำให้เกิดพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมอง อาการนั้นเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด มีลักษณะการดำเนินโรคแบบขั้นบันได มีอาการดีขึ้นและลงสลับไปมา (fluctuation) และมีอาการแสดงชี้บ่งถึงความผิดปกติเฉพาะส่วนของสมอง (focal neurological symptom) การตรวจร่างกายทางระบบประสาทพบความไม่สมมาตร (asymmetry) ของอาการแสดง เช่น อาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ (spasticity) ปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นเร็วกว่าปกติ (Hyperreflexia) เป็นต้น ผู้ป่วยอาจมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ส่วนความผิดปกติทางบุคลิกภาพจะพบในระยะท้ายของโรค

การวินิจฉัยด้วย magnetic resonance imaging (MRI) และ Cerebral blood flow Studies จะช่วยยืนยันผลการตรวจและช่วยบ่งชี้ถึงตำแหน่งของรอยโรคได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

Vascular dementia สามารถป้องกันได้โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดพยาธิสภาพของหลอดเลือดในสมอง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน การสูบบุหรี่ และภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ เป็นต้น

<u>สาเหตุอื่น ๆ</u> [๑๑]

นอกเหนือจาก Alzheimer's disease และ Multi-Infarct Dementia แล้ว ยังมีสาเหตุอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดโรคสมองเสื่อมได้ เช่น การได้รับพิษจากสารเคมีที่เป็นโลหะ

หนัก ได้แก่ สารตะกั่ว สารปรอท ตลอดจนมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรม, โรคทางเมตาโบลิสม (Metabolic Encephalopathy) ได้แก่ การเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ เช่น ตับ ไต ตับอ่อน เป็นต้น หรือภาวะขาดออกซิเจนจากโรคของปอดและหัวใจ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงดุลย์ของเกลือแร่ในร่างกาย, การขาดวิตะมินบางชนิด, โรคของต่อมไร้ท่อ เป็นต้น

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมองเสื่อม

การศึกษาความชุกของโรค ถึงแม้จะไม่สามารถบอกถึงสาเหตุของการเกิดโรคได้ แต่การสังเกตแนวโน้มของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับโรค เป็นสิ่งที่น่าสนใจ ซึ่งสามารถคาดการณ์และเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยไปข้างหน้าได้

<u>อายุกับโรคสมองเสื่อม</u>

การศึกษาทางด้านระบาดวิทยาทุกการศึกษา ชี้ชัดว่า ความชุกและอุบัติการณ์ของการเกิดโรคสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เมื่ออายุเพิ่มขึ้น Jorm และคณะ พบว่า อัตราความชุกของโรคจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ในทุก ๆ 4-5 ปี จาก 60-90 ปี

แนวโน้มของอายุที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมองเสื่อม ยังคงมีการศึกษากันอยู่ ซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามพื้นที่ภูมิศาสตร์ วัฒนธรรม และระเบียบวิธีวิจัย

ในบางการศึกษา อัตราอุบัติการณ์ของ Alzheimer's disease ดูเหมือนจะลดลงในช่วงอายุท้าย ๆ (หลังจากอายุ 80 ปี) แต่อาจจะเป็นเพราะว่า มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จำกัดในกลุ่มอายุนี้[21,22]

<u>เพศกับโรคสมองเสื่อม</u>

อัตราความชุกและอัตราอุบัติการณ์ของโรคสมองเสื่อมในเพศหญิงกับเพศชาย มีความแตกต่างกัน Jorm และคณะ สรุปว่า เมื่อปรับเรื่องอายุแล้ว พบว่า เพศหญิงมีอัตราความชุกของ

การเกิดโรคสมองเสื่อมสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งความชุกที่แตกต่างกันนี้อาจจะเป็นผลสะท้อนจากอายุขัย แต่อุบัติการณ์ที่แตกต่างกันน่าจะเป็นผลมาจากความแตกต่างในเรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค[21,22]

ระดับการศึกษากับโรคสมองเสื่อม

ในการศึกษาแบบ Case-Control Study ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการเกิดโรคสมองเสื่อม ยกเว้นรายงานจากประเทศญี่ปุ่นเมื่อไม่นานมานี้ ที่ปรากฏรายงานในปี 1990 โดย Kondo K และ Yamashita I ซึ่งถือว่าเป็นรายงานเริ่มแรกของ Case-Control Study ที่พบว่า ระดับการศึกษาต่ำมีความสัมพันธ์กับการเกิด Alzheimer's disease[21,22] การศึกษาความชุกของโรคสมองเสื่อมหลายการศึกษา ที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ที่น่าสนใจระหว่าง Alzheimer's disease กับระดับการศึกษา เช่น Zhang M และคณะทำการศึกษาในเมืองเซี่ยงไฮ้ ประเทศจีน พบว่า อัตราความชุกของการเกิด Alzheimer's disease จะลดลงจาก ร้อยละ 6.9 ในคนที่ไม่รู้หนังสือเหลือเพียง ร้อยละ 1.2 ในคนที่มีการศึกษามากกว่า 6 ปี [23] และจากการศึกษาที่อิตาลีเมื่อเร็ว ๆ นี้ โดยปรากฏรายงานของ Bonaiuto S ในปี 1990 ก็พบว่า มีแนวโน้มที่คล้ายคลึงกัน [24]

อาชีพเดิมกับโรคสมองเสื่อม

อาชีพเดิมของผู้สูงอายุซึ่งเป็นอาชีพที่ทำให้ขาดโอกาสในการกระตุ้นพัฒนาสมอง จะมีส่วนทำให้ง่ายต่อการเกิดโรคสมองเสื่อม มีรายงานวิจัยในประเทศไทยโดย อภิญญา กังสนารักษ์ และคณะ ที่พบว่า อาชีพเดิมคืออาชีพรับราชการ มีโอกาสเกิดโรคสมองเสื่อมน้อยกว่าอาชีพอื่น ๆ[11] และจากการศึกษาใน Bordeaux และ East Boston ก็พบว่า อาชีพที่อาศัยความรู้ความชำนาญจะเป็นอาชีพที่ต้านการเกิดโรคสมองเสื่อม[25]

สุขภาพกายกับโรคสมองเสื่อม

มีรายงานวิจัยโดย Phanthumchinada K และคณะ [10] และอภิญญา กังสนารักษ์ และคณะ [11] ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการได้ยินและการมองเห็น จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการสมองเสื่อมได้ง่ายขึ้น

จำนวนคนในครัวเรือนกับโรคสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุที่มีจำนวนคนในครัวเรือนมาก จะมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุได้รับการกระตุ้น และตอบโต้ระหว่างบุคคลกับบุคคลมากขึ้น มีรายงานวิจัยโดย อภิญญา กังสนารักษ์และคณะ ที่พบว่า จำนวนคนในครัวเรือนน้อยมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคสมองเสื่อม [11]

การดูแลเอาใจใส่ของสมาชิกในครอบครัวกับโรคสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุที่ขาดการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน มีแนวโน้มที่จะเกิดความซึมเศร้าได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี มีการศึกษาเชิงวิเคราะห์ชนิดย้อนหลัง (Case control study) โดย Shalat SL และคณะ [26] Broc GA และคณะ [27] และ French LR และคณะ [28] ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เกิดความซึมเศร้าบ่อยครั้ง จะเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคสมองเสื่อม โดยเฉพาะ Alzheimer's disease ดังนั้นการขาดการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานน่าจะมีความสัมพันธ์ทางอ้อมกับการเป็นโรคสมองเสื่อมได้

การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนกับโรคสมองเสื่อม

การที่ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยพัฒนาให้ผู้สูงอายุเกิดความพยายามที่จะดูแลตนเองให้มีความสามารถ และให้มีสุขภาพที่ดีอยู่เสมอ มีรายงานวิจัยโดย อภิญญา กังสนารักษ์และคณะ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคสมองเสื่อม [11]

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันกับโรคสมองเสื่อม

จากการศึกษาของ Weyerer's และคณะ [39] และ Griffiths RA และคณะ [40] พบว่า อัตราความชุกของโรคสมองเสื่อมจะสูงขึ้นในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ความซึมเศร้ากับผู้สูงอายุมักจะเกิดคู่กันเสมอ [7] คำว่า ความซึมเศร้าในความหมายโดยทั่วไปอาจหมายถึง ภาวะทางอารมณ์ที่ประสบได้ในคนปกติที่พบกับความสูญเสีย มีลักษณะ คือ รู้สึกเศร้าและหลีกหนีสังคม ซึ่งอาจกลายเป็นความผิดปกติทางจิตที่เนื่องมาจากอารมณ์เศร้าคงอยู่นาน จนมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและพฤติกรรม [41]

Lehtinen และ Joukamaa [42] ได้จำแนกความซึมเศร้าออกเป็น 3 ลักษณะดังนี้

1. เป็นอารมณ์เศร้าปกติ (affect or state) ที่บุคคลรู้สึกและแสดงออกได้ แต่จะไม่รุนแรง หรือคงนานจนเกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. เป็นอารมณ์เศร้าที่คงอยู่นาน (mood or trait) มีระดับความซึมเศร้าที่เกินปกติวิสัยไปบ้าง ซึ่งสามารถวัดได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าทั่ว ๆ ไป

3. เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ (Primary affective disorder) โดยมีอารมณ์เศร้าที่คงอยู่นาน และรุนแรงขึ้นจนมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งจะจำแนกออกเป็นประเภทต่าง ๆ ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรค

ในปัจจุบัน สมาคมจิตแพทย์อเมริกันได้ให้คำจำกัดความของโรคซึมเศร้า (Major Depression) ไว้ใน DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-Fourth Edition) ภายใต้หัวข้อ Major Depressive Episode โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามอาการที่สังเกตได้ ดังต่อไปนี้ [18]

A : มีอาการร่วมอย่างน้อย 5 ข้อ ใน 9 ข้อ ตามรายการข้างล่างนี้ในระหว่าง 2 สัปดาห์ขึ้นไป ซึ่งเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติวิสัยของผู้ป่วย โดยต้องมีอาการของอารมณ์ซึมเศร้า (depressed mood) หรืออาการขาดความสนใจ / ความพึงพอใจ (Loss of interest or pleasure) อย่างใดอย่างหนึ่งร่วมด้วยเสมอ อาการทั้ง 9 อย่าง ได้แก่

1. อารมณ์เศร้าหมอง (depressed mood) เกือบตลอดวันหรือเกือบทุกวัน ซึ่งเป็นความรู้สึกของผู้ป่วยเอง หรือเป็นสิ่งที่ผู้อื่นสังเกตได้

2. ขาดความสนใจหรือขาดความพึงพอใจ (Loss of interest or Pleasure) ในกิจกรรมทุกชนิด อาการเป็นเกือบตลอดวัน หรือเกือบทุกวัน ผู้ป่วยรู้สึกเองหรือจากที่ผู้อื่นสังเกตได้ว่า ผู้ป่วยมีความเฉื่อยชา เชื่องซึมเกือบตลอดเวลา

3. น้ำหนักของร่างกายลดลงโดยที่ไม่ได้ลดน้ำหนัก หรือเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน (เช่น น้ำหนักเปลี่ยนแปลงไปมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักเดิมภายในเวลา 1 เดือน) หรือมีความอยากอาหาร (appitite) เพิ่มขึ้นหรือลดลงเกือบทุกวัน

4. นอนไม่หลับ (insomnia) หรือนอนมากขึ้น (hypersomnia) เกือบทุกวัน

5. กระวนกระวายทั้งกายและใจ (agitation) หรือเชื่องช้าเชื่องซึม (retardation) เกือบทุกวัน จนเป็นที่สังเกตเห็นของผู้อื่น (ไม่นับหากเป็นเพียงความรู้สึกของผู้ป่วยเท่านั้น)

6. อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรงหรือพลังกายเกือบทุกวัน

7. รู้สึกไร้ค่า โทษตนเอง หรือรู้สึกผิดมาก (อาจถึงขั้นเป็นอาการหลงผิด) เกือบทุกวัน (ไม่นับหากเป็นเพียงความรู้สึกดูถูก หรือสมเพชตนเอง หรือรู้สึกผิดที่เป็นภาระแก่ผู้อื่นจากการป่วย)

8. ความสามารถในการคิดหรือสมาธิลดลง หรือไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้ (indecisiveness) เกือบทุกวัน (อาจเป็นความรู้สึกของผู้ป่วยเองหรือจากการสังเกตของผู้อื่น)

9. คิดถึงการตายซ้ำ ๆ (ไม่เพียงแค่การกลัวตายเท่านั้น) ย้ำคิดเรื่องอยากตาย โดยอาจจะวางแผน หรือไม่ได้วางแผนฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย

B : อาการเหล่านี้จะต้องไม่ตรงกับหลักเกณฑ์ของ Mixed Episode

C : อาการเหล่านี้จะต้องเป็นสาเหตุที่ทำให้มีความบกพร่องทางสังคม อาชีพ หรือหน้าที่การทำงาน

D : อาการเหล่านี้จะต้องไม่เกิดจากการใช้สารเสพติด หรือการใช้ยา หรือโรคทางกาย

E : อาการที่เกิดขึ้น จะต้องไม่ได้เป็นผลมาจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (bereavement) นอกจากจะมีอาการต่อเนื่องยาวนานมากกว่า 2 เดือน หรือมีความบกพร่องในหน้าที่การงานและสังคม หรือมีอาการทางจิตร่วมด้วย

อาการซึมเศร้าที่พบในวัยสูงอายุกับวัยหนุ่มสาวมีความชุกเท่า ๆ กัน แต่วัยหนุ่มสาวและวัยกลางคนมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคซึมเศร้าได้มากกว่าวัยสูงอายุ และผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นพบว่า วัยอื่น ๆ จะได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคซึมเศร้ามากกว่าวัยสูงอายุ [42]

อย่างไรก็ตามไม่ใช่สิ่งสำคัญว่า โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะมีความชุกมากหรือน้อยกว่าวัยอื่น ๆ แต่สิ่งสำคัญที่ควรตระหนักถึง ก็คือ อาการเรื้อรังของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อาจเกิดจากการได้รับการรักษาที่ไม่เพียงพอหรือไม่เหมาะสม ทำให้ต้องกระตุ้นและดูแลเป็นระยะเวลานาน เกิดผลลัพธ์ที่เสียหายทางเศรษฐกิจและสังคม และโรคซึมเศร้าที่รุนแรงนั้นจัดได้ว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ ในประเทศพัฒนาแล้ว พบว่า สาเหตุการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุ 1 ใน 10 เกิดจากโรคซึมเศร้า [41,44]

ลักษณะทางคลินิกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ [41,43,45,46,47,48]

โรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับวัยสูงอายุ โดยทั่ว ๆ ไปมีลักษณะคล้ายคลึงกับวัยอื่น ๆ อย่างไรก็ตาม มีความแตกต่างบางอย่างที่สังเกตได้ในผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า คือ ผู้สูงอายุมักจะแสดงอารมณ์เศร้าเพียงเล็กน้อย อาจปรากฏให้เห็นถึงใบหน้าที่เฉยเมย (apathy) และความรู้สึกผิด (feeling of guilt) จะเป็นคำกล่าวที่พบได้น้อยกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ

ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะไม่บอกว่า ตนมีอารมณ์เศร้าก็ตาม แต่อาจจะยอมรับว่าตนขาดความสนใจในกิจกรรมที่เคยชอบ และมักจะมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นบ่อย ๆ การบ่นเรื่องความจำเสื่อมก็พบได้บ่อยเช่นกัน ที่สำคัญ คือ ผู้สูงอายุมักจะบ่นเรื่องอาการทางกายว่า เป็นปัญหาที่น่าหนักใจและมีประวัติการเจ็บป่วยที่สับสน

ความเจ็บป่วยทางกาย พบได้ประมาณร้อยละ 65 ของผู้สูงอายุซึมเศร้า และจัดว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของการพยายามฆ่าตัวตาย

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า มีอาการทางจิตเกิดขึ้นบ่อยกว่าวัยอื่น ๆ โดยจะมีลักษณะกระวนกระวายทั้งกายและใจ (agitation) หรือเชื่องช้า (retardation) อย่างเห็นได้ชัดเจน ร่วมกับมีอาการหลงผิด หวาดระแวงเกิดขึ้นได้

Cohen D และ Eisdorfer C[41] ได้สรุปไว้ว่า อาการของโรคซึมเศร้า อาจจะมีความรุนแรงจากระดับเล็กน้อยไปจนถึงมาก โดยมีผลกระทบต่อส่วนที่สำคัญอย่างน้อย 4 ด้าน คือ

1. ด้านร่างกาย (Somatic) ปัญหาทางกาย อาจจะเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุซึมเศร้า โดยปัญหาการนอนหลับ เช่น ตื่นในช่วงกลางคืนหลาย ๆ ครั้ง หรือตื่นเช้าเกินไป มักจะเป็นอาการที่ถูกรบกวนเป็นอาการแรกที่พบได้บ่อยที่สุด อาการทางกายอื่น ๆ ที่พบ เช่น อ่อนเพลีย ความต้องการทางเพศลดลง เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงพบได้ ร้อยละ 85 แต่น้ำหนักเพิ่มขึ้นพบได้ร้อยละ 15 การบ่นเรื่องระบบขับถ่าย เช่น ท้องผูก ก็พบได้บ่อยเช่นกัน ผู้สูงอายุอาจจะกลัวว่า ตนเป็นโรคในเวลานั้น ๆ มีความสนใจในร่างกายมากเกินไป จึงเป็นจุดเริ่มต้นให้ผู้ป่วยสูงอายุที่ซึมเศร้าไปพบแพทย์ทั่วไปที่ไม่ใช่จิตแพทย์

2. ด้านจิตใจ (Psychological) ความรู้สึกที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุซึมเศร้า ได้แก่ ความรู้สึกสิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้าย ไร้สมรรถภาพ ขาดที่พึ่ง และเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงอาจจะมีอาการหลงผิด เช่น หลงผิดว่าตนมีโรคทางกาย (Somatic Delusion)

3. ด้านอารมณ์ (Affective) ในผู้สูงอายุมักจะมีสีหน้าเฉยเมย และมักจะปฏิเสธหรือไม่ยอมรับอารมณ์เศร้าของตน

4. ด้านพฤติกรรม (Behavior) มักจะปรากฏให้ผู้อื่นเห็นเป็นอาการแรก เช่น ขาดความสนใจในกิจกรรมที่เคยชอบ บางคนมีพฤติกรรมเชื่องช้า เช่น พูดช้า เคลื่อนไหวร่างกายช้า ในรายที่มีอาการรุนแรง อาจทำให้มีการหลีกหนีจากสังคม ไม่สนใจในเรื่องสุขอนามัยของตน และปฏิเสธที่จะพูดหรือรับประทานอาหาร แต่ผู้ป่วยบางคนอาจจะมีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง เช่น กระวนกระวายทั้งกายและใจ บิดมือไปมา ย้ำคิดย้ำทำ

นอกจากนั้น ความบกพร่องของความรู้ความเข้าใจ (cognitive dysfunction) เช่น ความจำเสื่อม ความสนใจตั้งใจลดลง และการรับรู้เรื่องสถานที่และเวลาลดลง ซึ่งอาการดังกล่าวแทบจะไม่พบในคนวัยหนุ่มสาวที่ซึมเศร้า แต่มักจะพบเสมอในคนสูงอายุ อาการเหล่านี้จะหายไปได้ ถ้ามีการรักษาอาการซึมเศร้าให้ดีขึ้น

Murphy Elain[๔๒] ได้กล่าวถึงความรุนแรงของโรคซึมเศร้าไว้ดังนี้

- โรคซึมเศร้าที่รุนแรงเล็กน้อย (milder forms of depressive illness)

อาจแสดงถึงความเจ้าอารมณ์ หงุดหงิดง่าย วิตกกังวล และมองโลกในแง่ร้าย ซึ่งอาจจะเป็นการยากที่จะบอกได้อย่างชัดเจนว่าเป็นโรคซึมเศร้า

ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมักเป็น ผู้ที่มีปัญหาบุคลิกภาพ หรือมีอารมณ์ฉุนเฉียวโกรธง่าย ในตึกผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล อาจจะพบอาการของโรคซึมเศร้าได้ เช่น พฤติกรรมถอยหนี หรือหมกมุ่นกับอาการทางกาย แต่อาการเหล่านี้จำเป็นจะต้องประเมินอย่างละเอียด

อาการวิตกกังวลและกลัว อาจจะปรากฏร่วมกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มักจะพบว่า ผู้สูงอายุกลัวที่จะอยู่คนเดียว บ่นเรื่องความอ้างว้าง สิ้นหวัง บางคนมีการปรับตัวจากการเป็นหม้ายและอาศัยอยู่คนเดียว มาเป็นความใกล้ชิดกับญาติหรือเพื่อน เนื่องจากต้องการความมั่นคงทางจิตใจ

- โรคซึมเศร้าที่รุนแรงมาก (depressive stupor)

อาจแสดงถึงพฤติกรรมที่เชื่องช้า (retardation) เช่น ไม่ยอมเคลื่อนไหว ไม่ยอมพูดจา แต่พบได้ไม่บ่อยนัก โรคซึมเศร้าที่รุนแรงมากในผู้สูงอายุมีอัตราการตายค่อนข้างสูง เนื่องมาจากการขาดน้ำอย่างฉับพลัน และเสี่ยงที่จะเกิดภาวะปอดบวม (pneumonia) การรักษาโดยการให้น้ำร่วมกับการทำช็อคไฟฟ้า (ECT) สามารถที่จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นได้

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า [**,**]

หลักการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า สามารถกระทำได้บนพื้นฐานของอาการแสดงทางคลินิก ดูประวัติทางจิตเวชทั้งในอดีตและปัจจุบัน ดูประวัติครอบครัวที่มีต่อความผิดปกติทางอารมณ์และข้อมูลอื่น ๆ ที่ช่วยสนับสนุน เช่น

ก. ใช้แบบสอบถามคัดกรองผู้ที่มีอาการซึมเศร้า

ข. อาการหลาย ๆ อาการที่เกิดอย่างไม่เฉพาะเจาะจง จะต้องไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า จนกว่าจะได้รับการตรวจอย่างแน่นอนว่า ไม่มีอาการทางกายเกิดขึ้นจริง

ค. อาการทางกายที่ไม่สามารถบรรยายได้ตามหลักวิชาการ โดยเฉพาะอาการที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน อาจจะเพิ่มความน่าสงสัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า

ง. การใช้ยารักษาอาการทางกาย เช่น ยานอนหลับ หรือการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากเกินไป อาจทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ ดังนั้นต้องประเมินอย่างละเอียด

จ. ช่วงเวลาของการเกิดอาการซึมเศร้า จะต้องแยกแยะออกจากการวินิจฉัยอื่น ๆ แล้ว เช่น ความเศร้าโศรกที่เกิดจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (bereavement) โรคอารมณ์แปรปรวน (bipolar disorder) ภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymic disorder) และภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการปรับตัว (adjustment disorder)

ฉ. เกณฑ์การวินิจฉัยโรคที่มาตรฐาน จะช่วยวินิจฉัยโรคได้ดีขึ้น

ช. ปรึกษาจิตแพทย์ และ/หรือ นักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์ในผู้สูงอายุ เพื่อความง่ายต่อการวินิจฉัยโรคและการรักษา

ซ. เมื่อไรก็ตาม ที่ไม่แน่ใจในการวินิจฉัยโรค ควรพิจารณาอย่างเหมาะสมด้วยการทดลองรักษาโดยการให้ยาต้านอารมณ์เศร้า (antidepressant) ถ้าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ก็สามารถวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคซึมเศร้า

สาเหตุของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายอย่าง ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (biological factors) ปัจจัยทางด้านร่างกาย (physical factors) ปัจจัยทางด้านจิตใจ (psychological factors) และปัจจัยทางด้านสังคม (social factors) [48]

ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (biological factors)

1. พันธุกรรม (genetic predisposition)

ปัจจัยทางพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุน้อยกว่าวัยก่อนสูงอายุ หรือวัยหนุ่มสาว[48] จากการศึกษาของ Hopkinson[48] พบว่าในผู้ป่วยทั่วไปที่มีอายุมากกว่า 50 ปี มีความเสี่ยงของการเกิดอาการซึมเศร้าจากพันธุกรรม ร้อยละ 8.3 ในขณะที่ผู้ป่วยทั่วไปที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี มีความเสี่ยงของการเกิดอาการซึมเศร้าจากพันธุกรรม ร้อยละ 20.1

2. การเปลี่ยนแปลงการทำงานของสารสื่อประสาท (Aging changes in neurotransmission)

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสารสื่อประสาท ซึ่งมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการซึมเศร้าได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นจากการลดลงของ norepinephrine, dopamine และ Serotonin และมีการเพิ่มของ acetylcholine อย่างไรก็ตามบทบาทของการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสารสื่อประสาท ยังพิสูจน์ไม่ได้แน่ชัดว่าเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า[48]

3. การเปลี่ยนแปลงการทำงานของต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine changes)

เป็นที่ทราบกันมานานแล้วว่า ฮอร์โมนเกี่ยวข้องกับสภาพอารมณ์ เช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่มีความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ จะเป็นตัวกระตุ้นให้มีการหลั่งสาร cortisol จากระบบ Hypothalamic-Pituitary-Adrenal (HPA) Axis ทำให้วัดได้ระดับของ cortisol ในปัสสาวะที่รวบรวมในเวลา 24 ชั่วโมงสูงกว่าปกติ ซึ่งมีรายงานจำนวนมากที่กล่าวว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีการเพิ่มการหลั่งสาร Cortisol ในวัฏจักร 24 ชั่วโมง

นอกจากนั้น การเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบ Hypothalamic-Pituitary-Thyroid Axis (HPT) และระบบ Hypothalamic-Pituitary Growth Hormone Axis ก็มีส่วนทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ในผู้สูงอายุ[48]

4. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสมอง (Structural brain changes)

การได้รับอันตรายที่ทำให้เนื้อสมองถูกทำลาย จะมีผลทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ มีการศึกษาที่พบว่า อัตราความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเส้นเลือดแตกในสมอง (stroke) เท่ากับร้อยละ 30-50 โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่บริเวณซีกซ้ายของสมอง[50] และจากการศึกษาของ krishnan[51] โดยการทำ magnetic resonance imaging (MRI) พบว่า จะมี patchy lesions ในบริเวณ frontal deep white matter และ basal ganglia ในผู้สูงอายุซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุปกติ หรือวัยอื่น ๆ

<u>ปัจจัยทางด้านร่างกาย</u> (physical factors)[41,42,44,45]

1. โรคทางกาย (Specified disease)

การเจ็บป่วยทางกายหลาย ๆ โรค สามารถกระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ เช่น โรคของต่อมไร้ท่อ โดยเฉพาะ hypothyroidism, Hyperthyroidism, Cushing's disease โรคของระบบประสาทส่วนกลาง เช่น parkinson's disease, multiple sclerosis, Alzheimer's disease เป็นต้น

2. ความเจ็บป่วยทางกายที่เรื้อรัง (Chronic medical condition)

การเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายตามวัย ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคได้ง่าย และบางโรคต้องอาศัยเวลานานในการรักษา ซึ่งก่อให้เกิดการไร้สมรรถภาพ และขาดความสามารถ ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาคนอื่น เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดอาการซึมเศร้าได้

3. การสูญเสียสมรรถภาพของร่างกาย (loss of psysical function)

เมื่อมีอายุมากขึ้น ร่างกายก็จะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของเซลล์เนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อลดความแข็งแรงและขาดความไวในการตอบสนอง ความสามารถในการทำงานของระบบประสาทหย่อนสมรรถภาพลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้จะเกิดขึ้นกับอวัยวะทุกระบบในร่างกาย ที่เห็นได้ชัดเจน คือ การลดความสามารถของระบบประสาทสัมผัส โดยเฉพาะปัญหาการได้ยิน และการมองเห็น ซึ่งมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าตนต้องถูกแยกออกมา ขาดโอกาสในการร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้

4. การใช้ยา (Exposure to drugs)

วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพกายหลายอย่าง ดังนั้นจำนวนและความถี่ของยาที่ใช้รักษาปัญหาสุขภาพกายก็จะเพิ่มขึ้นด้วย และผู้สูงอายุมักจะไวที่จะได้รับผลกระทบจากยา ซึ่งมียาจำนวนมากที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ เช่น ยารักษาความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นยาที่ใช้บ่อยมากในผู้สูงอายุ

<u>ปัจจัยทางด้านจิตใจ</u> (Psychological factors)

1. ความขัดแย้งภายในใจที่ไม่สามารถแก้ได้ (Unresolved conflict)

นักจิตวิทยา อธิบายว่า อารมณ์เศร้าเป็นอารมณ์ผสมผสานของความรู้สึกหลาย ๆ อย่าง ตั้งแต่ความรู้สึกกลัว เกลียด โกรธ ละอาย และความรู้สึกผิด Freud กล่าวว่า ความซึมเศร้าเป็นผลมาจากการสูญเสีย หรือจากนรากสิ่งอื่นเป็นที่รักไป ไม่ว่าจะเป็นวัตถุหรือ

ตัวบุคคลก็ตาม ซึ่งปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียนี้จะเกิดขึ้นได้ในช่วงของพัฒนาการ และในทุกช่วงอายุ นอกจากนี้ Freud ได้อธิบายผลซึ่งเกิดขึ้นจากการมีโรคซึมเศร้าว่า จะทำให้บุคคลนั้นกลายเป็นคนไม่สนใจต่อสิ่งแวดล้อม ไม่อยากร่วมกิจกรรมใด ๆ ในสังคม ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า และมีความรู้สึกว่า การมีชีวิตอยู่ต่อไปไม่มีความหมาย และนำไปสู่การลงโทษตนเองอย่างผิด ๆ ในขณะที่ Sullivan เชื่อว่าปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล (interpersonal interaction) หรือสภาพสังคมรอบตัว เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า ส่วน Bowlby เน้นเรื่องความผูกพัน (attachment) ระหว่างทารกกับผู้เลี้ยง (lover object) โดยเชื่อว่า อาการซึมเศร้าเกิดจากการขาดความรัก หรือจากการสูญเสียหรือจากพราก ความต้องการพึ่งพิงไม่ได้รับการตอบสนอง ทำให้เกิดความล้มเหลวในการพัฒนาทางจิตใจ[๓๒]

จากการศึกษาของ Andersson และคณะ [๓๓] พบว่า ประสบการณ์ในช่วงชีวิตวัยเยาว์ของผู้สูงอายุกับพ่อแม่ ส่งผลกระทบต่อสภาพชีวิตในวัยสูงอายุอย่างมาก ในรูปของการขาดความรัก ความผูกพันกับบุคคลใกล้ชิดในปัจจุบัน ซึ่งมีผลทำให้เกิดความซึมเศร้าได้

2. ลักษณะบุคลิกภาพที่ผิดปกติ (personality disorder) โดยเฉพาะกลุ่มบุคลิกภาพผิดปกติชนิดหลีกเลี่ยง (avoident) และชนิดพึ่งพาคนอื่น (dependent) จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ [๓๔]

<u>ปัจจัยทางด้านสังคม</u> (Social factors)

สภาพแวดล้อมและเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตของผู้สูงอายุ จะมีผลต่อการเกิดความซึมเศร้า โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่รุนแรงจะถือว่า เป็นปัจจัยที่เข้ามากระตุ้นให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ มีการศึกษาที่พบว่า ความเครียดทางสังคมที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์อย่างมากกับความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะสังคมเป็นสิ่งแวดล้อมที่สัมผัสโดยตรงกับการดำเนินชีวิตของบุคคล ปฏิกริยาของสังคมจะมีอิทธิพลต่อการปรับตัว ซึ่งสภาพความเครียดทางสังคมของผู้สูงอายุที่สำคัญมีดังนี้ [๓๔]

1. การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของสังคม ซึ่งเป็นในลักษณะของสังคมอุตสาหกรรม ทำให้บุคคลในสังคมต่างแข่งขันกันมากขึ้น ต่างมองเห็นแต่ประโยชน์ตนเอง การพึ่งพาอาศัยกันลดลง ผู้สูงอายุก็ไม่มีบทบาทสำคัญเหมือนในสังคมเกษตรกรรม การเรียนรู้ของคนรุ่นใหม่ส่วนใหญ่ได้รับมาจากสังคมภายนอก ผู้สูงอายุจึงขาดความสำคัญไป การยอมรับนับถือก็ลดลงไป ในที่สุดก็พบกับความโดดเดี่ยว ขาดที่พึ่งทางจิตใจ ทำให้เกิดความเสื่อมถอยของสุขภาพจิต

2. ความคับข้องใจ เช่น การปลดเกษียณอายุ ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียบทบาทางสังคม การเป็นผู้นำ การขาดจากตำแหน่งหน้าที่การงาน รายได้ลดลง ต้องเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตใหม่ และสูญเสียความสามารถในการพึ่งตนเอง ทั้งด้านความเป็นอยู่ ความคิด และการเลี้ยงดูตนเอง

3. การลดความสัมพันธ์กับชุมชน จากบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้ากลุ่ม ไม่กล้าแสดงออก สมรรถภาพลดถอย ความสัมพันธ์กับชุมชนที่คุ้นเคยแต่เดิมลดลง เปลี่ยนไปสู่สภาพสังคมใหม่ ทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในชุมชนมาก่อน เกิดความเครียดได้สูง

ความเครียดดังกล่าว เป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นคงทางจิตใจ รู้สึกว่าตนเองลดคุณค่าลง และรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าในที่สุด

4. การค้ำจุนทางสังคม (Social Support) สังคมของผู้สูงอายุจะแคบลงตามลำดับ และแยกตัวออกจากสังคมมากขึ้น เหลือเพียงครอบครัว เพื่อนและวัดเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงของสังคมนี้เป็นความสูญเสียที่มากที่สุดอย่างหนึ่งของชีวิต

มีผู้ทำการศึกษา พบว่า การขาดการค้ำจุนทางสังคม ในขณะที่สุขภาพกายไม่ดี เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคซึมเศร้า [๓๓]

Blazer[๓๓] ได้ทดสอบสมมุติฐานที่ว่า การค้ำจุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 331 คน ที่เป็นโรคซึมเศร้าร่วมกับขาดการค้ำจุนทางสังคม 30 เดือนต่อมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ยังมีชีวิตอยู่ และมีการค้ำจุนทางสังคมดีขึ้น จะมีอาการดีขึ้นประมาณ 3 เท่า ของผู้ที่ยังขาดการค้ำจุนทางสังคมเช่นเดิม หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า โรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นสามารถเป็นตัวทำนายในเรื่องการได้รับการค้ำจุนทางสังคมได้

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า

อายุกับโรคซึมเศร้า

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการเกิดโรคซึมเศร้ายังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัด ในบางการศึกษาของอเมริการายงานว่า โรคซึมเศร้าเกิดมากที่สุดในเพศหญิงวัยสาว และมีแนวโน้มลดลงตามอายุ แต่ทว่าในเพศชายความชุกของโรคซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้นตามอายุ[42] และในบางการศึกษาของอังกฤษและฟินแลนด์ พบว่า โรคซึมเศร้าจะพบในเพศหญิงที่มีอายุมากขึ้น จนกระทั่งถึงอายุประมาณ 65 ปี แนวโน้มก็จะลดลง ส่วนเพศชายไม่พบว่าอายุจะเป็นผลต่อแนวโน้มนี้[37,38]

อย่างไรก็ตาม การศึกษาทางระบาดวิทยาส่วนใหญ่ในชุมชน ยอมรับสมมุติฐานว่าโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยพบอัตราความชุกสูงสุดในวัยหนุ่มสาว และจะเพิ่มอีกครั้งเมื่ออายุ 65 ปีขึ้นไป[39] และจากการศึกษาทางชีวภาพ พบว่า ระดับของ monoamine oxidase เพิ่มสูงขึ้นตามอายุ ซึ่งอาจจะเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าด้วยก็ได้ [40]

เพศกับโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าพบความชุกได้มากในเพศหญิง และดูเหมือนว่า จะพบเป็น 2 เท่าของเพศชาย[42] เหตุผลเรื่องความแตกต่างระหว่างเพศกับการเกิดโรคซึมเศร้ายังไม่กระจ่างชัด แต่มีผู้กล่าวว่า การแสดงออกของความซึมเศร้าในเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกัน เนื่องจากเพศชายมักถูกคาดหวังจากสังคมว่า จะต้องเข้มแข็งและมีความสามารถมากกว่าเพศหญิง เพศชายที่แสดงความซึมเศร้าออกจึงถูกมองว่า เป็นคนอ่อนแอและล้มเหลว ดังนั้นเพศชายส่วนใหญ่จึงมีแนวโน้มที่จะเก็บกดความซึมเศร้าไว้มาก และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของความซึมเศร้าไปแสดงออกในทางอื่น เช่น ดื่มเหล้า เป็นต้น ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้สูงอายุเพศหญิงจึงมีอัตราความซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย และจะมีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมและพฤติกรรมต่าง ๆ ในทางที่ต้องการความช่วยเหลือมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ทั้งยังสามารถแยกแยะกลุ่มอาการเจ็บป่วยของตนได้มากกว่าเพศชายอีกด้วย อย่างไรก็ตามจากการศึกษาทางชีวภาพ พบว่า เพศหญิงมีระดับของ monoamine oxidase สูงกว่าเพศชาย ซึ่งอาจจะเป็นปัจจัยที่ทำให้เพศหญิงมีอารมณ์เศร้ามากกว่าเพศชายก็ได้[40]

สถานภาพสมรสกับโรคซึมเศร้า

ความชุกของโรคซึมเศร้าจะสูงในกลุ่มคนที่เป็นหม้ายและหย่าร้าง[42] Hogstel[41] กล่าวว่า การปรับตัวอันเนื่องมาจากความสูญเสียที่ทำได้ยากในวัยสูงอายุ ก็คือ การปรับตัวในระยะที่มีการสูญเสียคู่สมรส ร้อยละ 22.5 ของคู่สมรสที่มีชีวิตอยู่จะเสียชีวิตตามกันไปภายใน 6 เดือนแรก เนื่องจากไม่สามารถปรับตัวได้ และความซึมเศร้าอันเนื่องมาจากการสูญเสียนี้เป็นความเศร้าที่ลึกซึ้ง ซึ่งจะกินเวลานาน และสามารถส่งผลกระทบต่อร่างกาย อารมณ์ สังคม และการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุได้

Ilfeld [42] ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความซึมเศร้ากับสถานภาพสมรส โดยใช้ 29-item index of psychiatric symptoms ซึ่งนำมาเพียง 10 items สำหรับวัดความซึมเศร้า ซึ่งได้แก่ เบื่ออาหาร เหงา สนใจสิ่งต่าง ๆ น้อยลง ขาดความสนใจทางเพศ มีความผิดปกติเรื่องการนอนหลับ รู้สึกอยากร้องไห้ รู้สึกเศร้า รู้สึกว่าเชื่องช้าลง สิ้นหวังเกี่ยวกับอนาคตและรู้สึกอยากตาย ซึ่งการศึกษาพบว่า ความซึมเศร้าพบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่หย่าร้าง (ร้อยละ 27) และเป็นหม้าย (ร้อยละ 21)

ระดับการศึกษากับโรคซึมเศร้า

บางรายงานวิจัย เช่น รายงานวิจัยของ Lobo A และคณะในปี 1995 ซึ่งทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนของยุโรปตอนใต้ สรุปผลว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[43] แต่บางรายงานวิจัย เช่น รายงานวิจัยของ Brown DR และคณะในปี 1995 ซึ่งทำการศึกษาในผู้สูงอายุชาวแอฟริกันอเมริกัน ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างโรคซึมเศร้ากับระดับการศึกษา[44]

อาชีพปัจจุบันกับโรคซึมเศร้า

Brown DR และคณะ[44] พบว่า บุคคลที่มีอาชีพจะมีอัตราของการเกิดโรคซึมเศร้าต่ำกว่าบุคคลที่ไม่มีอาชีพ และการที่บุคคลมีประสบการณ์การสูญเสียเกิดขึ้นในชีวิต เช่น การเกษียณอายุ Butler RN [45] ได้ให้การสนับสนุนว่า จะเป็นปัจจัยที่เข้ามากระตุ้นให้เกิดโรคซึมเศร้าได้

I 17399695

สุขภาพกายกับโรคซึมเศร้า

ผลการวิจัยแทบทุกรายงานได้สรุปว่า โรคภัยไข้เจ็บเป็นสาเหตุสำคัญของความซึมเศร้า เช่น Brown DR และคณะ[๑๔] พบว่า บุคคลที่มีภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี จะมีอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าต่ำสุด นอกจากนั้น Blazer D และคณะ [๑๕] ก็ยังพบว่า ความเจ็บป่วยเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า และจากการที่ Murphy E [๑๖] เปรียบเทียบผู้สูงอายุซึมเศร้าและผู้สูงอายุปกติก็พบว่า สุขภาพร่างกายที่ย่ำแย่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และเมื่อเร็ว ๆ นี้ ปรากฏรายงานของ Williamson GM และคณะในปี 1995 ซึ่งได้พบว่า ความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต และความไร้สมรรถภาพจากการที่ร่างกายมีความพิการ เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความซึมเศร้าได้ [๑๗]

จำนวนคนในครัวเรือนกับโรคซึมเศร้า

มีผลงานวิจัยของ Henderson As และคณะ[๑๘] ที่ทำการศึกษาผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีโอกาสเกิดความซึมเศร้าได้สูง ซึ่งสอดคล้องกับ Brown Dr และคณะ[๑๔] ที่พบว่า การอาศัยอยู่เพียงลำพังจะมีอัตราของการเกิดโรคซึมเศร้าสูงกว่าการอาศัยร่วมกับบุคคลอื่น ๆ

การดูแลเอาใจใส่ของสมาชิกในครอบครัวกับโรคซึมเศร้า

ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลเอาใจใส่ทั้งในด้านวัตถุ ร่างกาย และจิตใจ จากครอบครัว นอกจากนั้นยังต้องการความรู้สึกว่า เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และต้องการติดต่อจากเครือญาติด้วย

ในสังคมไทยถือว่า ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีหน้าที่ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ และมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขในบั้นปลายชีวิต ซึ่งถ้าผู้สูงอายุขาดสิ่งนี้ก็มีผลทำให้เกิดความซึมเศร้าได้

นภาพร ชโยวรรณ [๑๙] ได้กล่าวถึงบทบาทของครอบครัวในการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุว่า ไม่น่าจะอยู่ที่รูปแบบของครอบครัวว่าจะเป็นครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยาย แต่

น่าจะอยู่ที่ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวหรือเครือญาติมากกว่าว่ามีความรักผูกพันกันแค่ไหน การไม่ได้อยู่ด้วยกันไม่จำเป็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างกันจะอ่อนแอ หรือไม่มีความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวหรือเครือญาติ ผู้สูงอายุอาจไม่จำเป็นต้องอยู่บ้านเดียวกับบุตรหรือญาติ แต่อาจอยู่บ้านติดกันหรือใกล้กันพอที่จะมีความเป็นส่วนตัว ขณะเดียวกันก็สามารถให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้

การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนกับโรคซึมเศร้า

บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนจะเปลี่ยนไปในแง่หน้าที่ความรับผิดชอบ คือ งานหลักที่ต้องใช้ความคิดความฉับไวจะลดลง เปลี่ยนไปเป็นผู้คอยรับคำปรึกษา การยอมรับพิจารณามอบหมายงานของชุมชนจะน้อยลงตามลำดับ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้ากลุ่ม ไม่กล้าแสดงออก การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดทางจิตใจได้สูง อย่างไรก็ตาม Barrow & Smith[70] ได้กล่าวไว้ว่า ผู้สูงอายุสามารถจะทำตัวให้มีบทบาทและกิจกรรมที่มีความหมายขึ้นมาได้ โดยการสร้าง Subculture จากประสบการณ์ความเข้าใจและความต้องการใช้เวลาว่างของตน ซึ่งบุคคลใดสามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมของตนไว้ได้ก็จะเป็นผู้ที่มีความคิดต่อตนเองในด้านดีและสามารถปรับตัวได้ดี มีรายงานวิจัยจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่ซึมเศร้า จะมีอาการดีขึ้นเมื่อเข้าร่วมกิจกรรม ดังเช่น

ประไพ ยศะทัตต์ และคณะ[71] ได้ทำการรักษาและติดตามผลของผู้ป่วยสูงอายุที่มีสภาพจิตใจซึมเศร้า พบว่า ผู้สูงอายุจะมีอาการดีขึ้นเมื่อได้รับการรักษาด้วยยาร่วมกับการจัดให้มีโปรแกรมกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดพฤติกรรมการแยกตนเอง พร้อมกับความต้องการที่จะดูแลตนเอง ได้แก่ การเข้ากลุ่มศาสนา กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพ และกลุ่มกระตุ้นในการทำกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ศรีวรรณา ตันศิริ[72] ที่แสดงให้เห็นว่า กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์สามารถลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ และผลการวิจัยของ อัมพร ศิวิลัย[73] ที่ชี้ให้เห็นว่า เมื่อมีการจัดโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม จะทำให้ผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าลดลง ทำนองเดียวกับผลการวิจัยของ อรวรรณ ลี่ทองอิน[74] ที่พบว่า การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าจะช่วยให้ความซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลงได้

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันกับโรคซึมเศร้า

การที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดกับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ทั้งในแง่ความถี่ของการเกิดโรค และความเรื้อรังของโรค[78] มีรายงานวิจัยจำนวนหนึ่ง ที่พบว่า อัตราความชุกของโรคซึมเศร้าจะสูงเป็นพิเศษในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน [39,40,78]

การวินิจฉัยแยกโรคระหว่างโรคสมองเสื่อม (Dementia) กับโรคซึมเศร้า (Major depression) [22,43,44,78]

ในผู้สูงอายุนั้น การวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมหรือโรคซึมเศร้า เป็นเรื่องที่ไม่ง่ายนัก การวินิจฉัยที่ผิดพลาดอาจเกิดจากอาการที่เกิดขึ้นมีลักษณะซ้อนทับกันอยู่ เช่น พฤติกรรมเชื่องซึม เฉื่อยชา ถอยหนี หมดความสนใจ การเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง เป็นอาการของโรคซึมเศร้าที่สามารถพบได้ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งอาการดังกล่าว พบประมาณร้อยละ 25-50 ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม

ในทำนองเดียวกัน อาการสับสน สูญเสียความจำ ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ ซึ่งเป็นอาการของโรคสมองเสื่อมก็สามารถพบได้ในผู้สูงอายุซึมเศร้าเช่นกัน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการคล้ายโรคสมองเสื่อม เรียกว่า "Pseudodementia" ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

เพื่อที่จะแยกโรคสมองเสื่อมออกจากโรคซึมเศร้า จึงจำเป็นต้องศึกษาทั้งประวัติครอบครัวประวัติส่วนตัว การตรวจสภาพจิต และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ประวัติครอบครัวที่แน่นอน จะเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงว่า มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ซึ่งอาจจะได้ข้อมูลที่ช่วยวินิจฉัยโรคได้

ประวัติส่วนตัว อาจดูจากที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีประวัติความจำเสื่อมอย่างค่อยเป็นค่อยไป แต่ผู้ป่วยซึมเศร้ามักจะมีอาการความจำเสื่อมเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด นอกจากนี้ผู้ป่วยซึมเศร้ายังมีอาการร่วมอื่น ๆ ของอารมณ์เศร้า เช่น ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ (อย่างไรก็ดี ร้อยละ 58 ของผู้ป่วยสมองเสื่อม มีอาการตื่นตอนกลางคืน นอนกลางวัน เนื่องจาก diurnal rhythm ทำงานผิดปกติ ทำให้เข้าใจผิดว่า เป็นอาการนอนไม่หลับระยะปลาย หรือตื่นเร็วกว่าปกติในผู้ป่วยซึมเศร้าได้) วิตกกังวลมากกว่า และอารมณ์เพศลดลงมากกว่า และกุญแจสำคัญที่จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า คือ มีประวัติการเกิดโรคซึมเศร้ามาก่อน หรือมีการตอบสนองต่อการได้รับยาต้านเศร้า หรือการช็อคด้วยไฟฟ้า ในขณะที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมมักจะมีอาการ "หลง" ไม่รู้ทั้งวัน เวลา และสถานที่ สับสนกับคนที่คุ้นเคย หรือหลงทางได้ง่าย ๆ อาจถึงกับเดินไปไหนไม่ถูกภายในบ้าน หรืออาจเดินหลงทางพลัดหายไปจากบ้านได้ ความสับสนนี้ บ่อยครั้งจะเลวลงในช่วงเย็น เป็นที่รู้จักกันดีว่าเป็นกลุ่มอาการ "sundowning"

การตรวจสภาพจิต โดยใช้แบบทดสอบที่มาตรฐาน อาจช่วยแยกแยะผู้ป่วยได้ ในขณะที่สัมภาษณ์สามารถสังเกตความแตกต่างได้ คือ ในผู้สูงอายุซึมเศร้า มักจะขาดความสนใจ พยายามที่จะให้การสัมภาษณ์ยุติลงโดยเร็ว หรือปฏิเสธที่จะตอบคำถาม หรือมักตอบว่า "ไม่ทราบ" และชอบบ่นว่าความจำไม่ดี แต่ผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะพยายามกลบเกลื่อนเรื่องความจำเสื่อมของตน อาจจะใช้วิธีจดบันทึกเพื่อช่วยจำ หรือพูดในลักษณะแต่งเรื่องขึ้นมาเองโดยที่ผู้ป่วยจำไม่ได้และไม่รู้ตัว (confabulation) เนื่องจากการเปิดเผยความบกพร่องในเรื่องความจำของตน อาจทำให้เกิดความทุกข์ใจได้ ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุซึมเศร้าที่จะไม่ใส่ใจกับอาการที่เกิดขึ้น เมื่อมีการใช้แบบทดสอบวัดอาการซึมเศร้าและอาการสมองเสื่อม จะพบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีระดับของอาการซึมเศร้ามากกว่า มีการเสียเชาว์ปัญญาน้อยกว่า ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีการเสียเชาว์ปัญญามากกว่า และมีระดับของการซึมเศร้าน้อยกว่า ผู้วิจัยบางท่านเสนอแนะว่า ถึงแม้ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะมีความวิตกกังวล รู้สึกท้อแท้ หมดหวัง และไม่เห็นคุณค่าในตัวเองเช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก็ตาม แต่ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะไม่มีอาการทางร่างกาย (neurovegetative sign)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการบางอย่างสามารถแยกแยะโรคสมองเสื่อมออกจากโรคซึมเศร้าได้ เช่น การตรวจคลื่นสมองขณะนอนหลับ (The Sleep electroencephalogram) การทำ computer Tomography (CT) การทำ Magnetic Resonance Images (MRI) ส่วนการทำ Dexamethasone Suppression Test (DST) ที่ใช้เป็นวิธีทดสอบผู้ป่วยซึมเศร้านั้น ถือว่ามีค่าความไวต่ำและความจำเพาะจำกัด จึงนำมาใช้ประโยชน์ในทางคลินิกได้น้อยในการวินิจฉัย แต่ช่วยติดตามและทำนายผลการรักษาได้บ้าง

อย่างไรก็ตาม เมื่อเกิดความไม่แน่ใจในการวินิจฉัยโรค เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีอาการที่ตรงกับหลักเกณฑ์ของทั้งโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้า การทดลองให้ยาต้านอารมณ์เศร้าถือว่าเป็นวิธีที่ช่วยในการวินิจฉัยโรควิธีหนึ่ง คือ ถ้าหลังจากผู้ป่วยรับประทานยาตามที่กำหนดไปแล้ว มีอาการดีขึ้นจากความผิดปกติทางอารมณ์ก็สามารถวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งถ้าผู้ป่วยได้รับยาต้านอารมณ์เศร้าอย่างต่อเนื่อง ก็จะทำให้อาการของโรคสมองเสื่อมดีขึ้นได้

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความชุกของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน มักจะกระทำกันในประเทศอุตสาหกรรมของโลก ซึ่งการศึกษาในแต่ละแห่งจะมีระเบียบวิธีวิจัยที่แตกต่างกันออกไป เช่น พื้นที่ภูมิศาสตร์ที่ศึกษา ขนาดกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุ การกำหนดอายุของกลุ่มตัวอย่าง หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรค เป็นต้น ดังนั้นอัตราความชุกของโรคจึงแตกต่างกันไป แต่มีการสรุปโดยทั่วไปว่า ในชุมชนจะพบความชุกของโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ประมาณร้อยละ 5-6 และพบความชุกของโรคซึมเศร้าประมาณ ร้อยละ 1-4 [๓]

จากการทบทวนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา เริ่มมีการศึกษาความชุกของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุกันอย่างแพร่หลาย ดังปรากฏรายงานว่า Jorm และคณะ[๗๗] ได้คาดการณ์อัตราความชุกของโรคสมองเสื่อม จากรายงานวิจัยต่าง ๆ ตั้งแต่ ปี 1945-1985 ไว้ว่า ความชุกของโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็น

2 เท่า ในทุก ๆ 5 ปี ของช่วงอายุที่เพิ่มขึ้น คือ ช่วงอายุ 60-64 ปี ความชุกประมาณร้อยละ 0.7, ช่วงอายุ 65-69 ปี ความชุกร้อยละ 1.4, ช่วงอายุ 70-74 ปี ความชุกร้อยละ 2.8, ช่วงอายุ 75-79 ปี ความชุกร้อยละ 5.6, ช่วงอายุ 80-84 ปี ความชุกร้อยละ 10.5, ช่วงอายุ 85-89 ปี ความชุกร้อยละ 20.8 และอายุ 90-95 ปี ความชุกร้อยละ 38.6 และในช่วงระยะเวลาใกล้เคียงกัน Blazer และคณะ[78] พบโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนชนบทของ North Coroline ในประเทศสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 0.8

ในปี 1990 Zhang และคณะ[83] ได้รายงานผลการศึกษาความชุกของโรคสมองเสื่อมในผู้ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป 5,055 คน ที่อาศัยอยู่ในเมืองเซี่ยงไฮ้ ประเทศจีน โดยการศึกษาแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ในขั้นตอนแรกเป็นการค้นหาผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยใช้ Mini-Mental State Examination ที่แปลเป็นภาษาจีน มีจุดตัดของคะแนนแตกต่างกันไปตามระดับการศึกษา ผู้สูงอายุที่ได้คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ จะเข้าสู่ขั้นตอนที่สอง คือ จะได้รับการตรวจประเมินทางคลินิก ประเมินหน้าที่การทำงาน ตรวจร่างกาย ทดสอบทางระบบประสาท และตรวจสภาพจิต เพื่อการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตาม DSM-III-R ร่วมกับหลักเกณฑ์ของ National Institute of Neurological and communicative Disorders และ Stroke-Alzheimer's Disease and Related Disorders Association พบความชุกของโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 4.6 และพบว่าอายุที่เพิ่มขึ้น เพศหญิง และระดับการศึกษาต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในปี 1991 มีรายงานของ Hofman A และคณะ[79] ที่ศึกษาความชุกของโรคสมองเสื่อมในยุโรป โดยนำข้อมูลที่บางประเทศในยุโรปที่ทำการศึกษาไว้แล้วตั้งแต่ปี 1980-1990 มาวิเคราะห์ใหม่หาค่าเฉลี่ยของความชุกของโรคโดยรวมอีกครั้ง โดยข้อมูลที่แต่ละประเทศมีอยู่แล้วนั้น จะต้องมีระเบียบวิจัยคล้ายคลึงกัน เพื่อที่จะนำมาเปรียบเทียบกันได้ โดยยึดหลักว่า ขนาดตัวอย่างมีจำนวนมากพอที่จะยอมรับได้อย่างน้อย 300 คนขึ้นไป และมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ใช้เกณฑ์ DSM-III ในการวินิจฉัยโรค ซึ่งประเทศที่เป็นตัวแทนของยุโรปที่สามารถ

นำมาเปรียบเทียบกันได้มี 8 ประเทศ คือ เยอรมัน ฟินแลนด์ อิตาลี เนเธอร์แลนด์ นอร์เวย์ สเปน สวีเดน และอเมริกา ผลสรุปของ Hofman A และคณะ สนับสนุนผลการศึกษาของ Jorm และคณะ คือ ความชุกของโรคสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ในทุก ๆ 5 ปี จาก 60 ถึง 94 ปี โดยช่วงอายุ 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89 และ 90-94 ปี พบความชุกของโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.0 เป็นร้อยละ 1.4, 4.1, 5.7, 13.0, 21.6 และ 32.2 ตามลำดับ และพบว่า ในช่วงอายุที่ต่ำกว่า 75 ปี เพศชายจะมีความชุกของโรคสูงกว่าเพศหญิง แต่หลังจากอายุ 75 ปีขึ้นไป เพศหญิงจะมีความชุกของโรคสูงกว่าเพศชาย แต่ความแตกต่างระหว่างเพศกับการเกิดโรคสมองเสื่อม พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในปีเดียวกัน Heeren TJ และคณะ [80] ได้สำรวจความชุกของโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ 85 ปีขึ้นไป 1,259 คน ที่อาศัยอยู่ในเมือง Leiden ประเทศเนเธอร์แลนด์ วิธีการแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ ในขั้นตอนแรก กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะถูกสัมภาษณ์โดยใช้แบบทดสอบ Mini-Mental state examination (MMSE) ผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ จิตแพทย์จะสัมภาษณ์อีกครั้งโดยใช้ Geriatric Mental State Schedule (GMS) ในขั้นตอนที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของโรคสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น คือ ในกลุ่มอายุ 85-89 ปี พบความชุกร้อยละ 19 กลุ่มอายุ 90-94 ปี พบความชุกร้อยละ 32 และอายุ 95 ปีขึ้นไป พบความชุกร้อยละ 41 ซึ่งผลการศึกษาที่ได้ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Hofman A และคณะ

ในปี 1992 มีรายงานของ Ueda K และคณะ [81] ที่สำรวจความชุกของโรคสมองเสื่อมในชุมชน Hisayama ซึ่งเป็นชุมชนชนบทในประเทศญี่ปุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 887 คน มีการสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลทางการแพทย์ มีการตรวจทางระบบประสาท และใช้แบบทดสอบ Dementia Scales พบความชุกของโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 6.7 โดยเป็น severe dementia ร้อยละ 2.4 และ mild dementia ร้อยละ 4 และพบว่า อายุที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดโรค ซึ่งค่าความชุกของโรคสมองเสื่อมที่ได้มีค่าใกล้เคียงกับ Man AH และคณะ[82] ที่ศึกษาในผู้สูงอายุหญิง 60 ปีขึ้นไป และผู้สูงอายุชาย 65 ปีขึ้นไป รวม 813 คน ที่อาศัยอยู่ในเมือง Gospel Oak ตอนเหนือของ London โดยในขั้นตอนที่ 1 ผู้สูงอายุจะถูกคัดกรองด้วยแบบสัมภาษณ์ Short CARE จากนั้น

ในขั้นตอนที่ 2 ใช้ Geriatric Mental State-AGECAT, Psychometric test, Physical examinationและBiochemical testing พบอัตราความชุกของโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 6.1 Mann AH และคณะ ให้ข้อเสนอแนะว่า Multi-infarct dementia แทบจะหาไม่พบในชุมชน ในปีเดียวกัน ปรากฏรายงานของ Bachman DL[**] ว่าความชุกของโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ น่าจะเกิดจาก Alzheimer's disease ร้อยละ 55.6 โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุ Framingham 61 ปีขึ้นไป จำนวน 2,180 คน ใช้แบบทดสอบ MMSE เพื่อคัดกรองผู้สูงอายุสมองเสื่อมยืนยันการวินิจฉัยโดยประสาทแพทย์ร่วมกับนักจิตวิทยา ได้ผลสรุปว่า มีความชุกของโรคในเพศชาย ร้อยละ 3.05 ในเพศหญิง ร้อยละ 4.82 และความชุกของโรคสมองเสื่อมจะเพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น

ในปี 1993 มีรายงานของ Juva K และคณะ[**] ที่ศึกษาความชุกของโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเมือง Helsinki ประเทศฟินแลนด์ โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งหมด 795 คน แบ่งผู้สูงอายุทั้งหมดออกเป็น 3 กลุ่ม คือ อายุ 75 ปี (274 คน), อายุ 80 ปี (266 คน) และอายุ 85 ปี (255 คน) ใช้แบบสัมภาษณ์ Mini-Mental State Examination (MMSE) และ Clinical Dementia Rating Scale (CDR) เพื่อคัดกรองผู้สูงอายุสมองเสื่อม จากนั้นมีการยืนยันโดยประสาทแพทย์ซึ่งยึดหลักเกณฑ์ของ DSM-III-R เป็นหลักในการวินิจฉัยโรค ผลสรุปว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มอายุ 75 ปี, 80 ปี และ 85 ปี พบ mild dementia ร้อยละ 4.6, 13.1 และ 26.7 ตามลำดับ และพบ moderate and severe dementia ร้อยละ 2.9, 10.3, และ 23.3 ตามลำดับ Juva K และคณะ ให้ข้อคิดเห็นว่า สัดส่วนของ mild dementia ต่ำกว่าที่คาดไว้ อาจเนื่องมาจากการวินิจฉัย mild dementia ในผู้สูงอายุทำค่อนข้างยาก เพราะความบกพร่องในความรู้ความเข้าใจอาจไม่มีผลรบกวนต่อปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงไม่ครบตามเกณฑ์วินิจฉัย จึงเป็นไปได้ว่า กว่าที่จะครบตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค ผู้สูงอายุก็เป็นโรคสมองเสื่อมถึงระดับ moderate dementia เสียแล้ว

ในปี 1994 Roelands M และคณะ[**] รายงานว่า ความชุกของโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปของชุมชนชนบทในประเทศเบลเยี่ยม มีร้อยละ 9 การศึกษานี้ใช้กลุ่ม

ตัวอย่าง 1,736 คน คัดกรองผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยใช้ Mini-Mental State Examination จากนั้นมีการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ และนักจิตวิทยาโดยใช้แบบสัมภาษณ์ Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination และใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตาม DSM-III-R การศึกษานี้พบว่า ความชุกของโรคสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น คือ ในช่วงอายุ 65-69, 70-74, 75-79, 80-84 และ 85 ปีขึ้นไป พบความชุกของโรคในอัตราร้อยละ 0.6, 5.1, 7.6, 16.2 และ 33.6 ตามลำดับ และพบว่า ความชุกของโรคสมองเสื่อมในเพศหญิงมีมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในปีเดียวกันมีรายงานการศึกษาความชุกของโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชน 9 จังหวัดของประเทศแคนาดา กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นรวม 10,263 คน ใช้ Modified Mini-Mental State Examination คัดกรองความบกพร่องของความรู้ความเข้าใจ จากนั้นมีการตรวจสอบทางคลินิกโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตาม DSM-III-R และ ICD 10 พบความชุกของโรคสมองเสื่อมร้อยละ 18 อัตราส่วนการเกิดโรคระหว่างเพศหญิงต่อเพศชาย เป็น 2:1 และเมื่ออายุมากขึ้นก็จะพบความชุกของโรคเพิ่มขึ้นด้วย[๔๔]

ในปี 1995 Lobo A และคณะ[๔๕] ได้รายงานการศึกษาความชุกของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชน Zaragoza ซึ่งเป็นชุมชนเกษตรกรรมของประเทศสเปน การศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง 1,080 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ Mini-Mental State Examination คัดกรองผู้สูงอายุสมองเสื่อม และใช้ The Geriatric Mental State Schedule-Automated Geriatric Examination for Computer Assisted Taxonomy Package (GMS-AGECAT) ประเมินภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ จากนั้นผู้สูงอายุทั้งหมดที่น่าจะเป็นโรค จะถูกยืนยันผลให้แน่นอนอีกครั้งโดยจิตแพทย์ ผลการศึกษาพบโรคสมองเสื่อมในอัตราความชุก ร้อยละ 5.5 และพบโรคซึมเศร้าในอัตราความชุกร้อยละ 1 ทั้งโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาต่ำ โดยเฉพาะโรคซึมเศร้านั้นพบว่า มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และโรคสมองเสื่อมจะมีความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น รายงานการศึกษาของ Lobo A และคณะ ในครั้งนี้ ได้ผลสรุปที่แตกต่างจากรายงานวิจัยอื่น ๆ คือ พบโรคสมองเสื่อมในเพศชายมากกว่าเพศหญิง อย่างไรก็ตามโรคซึมเศร้า

พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และในปีเดียวกันมีการศึกษาของ Brown GR และคณะ [44] พบความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ในอัตราร้อยละ 3.2 การศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นชาวแอฟริกันอเมริกันอายุ 20 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในเมือง Norfolk จำนวน 865 คน แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ คือ The National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule (DIS) พบว่า เพศหญิงมีความชุกของโรคซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย สถานภาพสมรสคู่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าน้อยกว่าสถานภาพสมรสอื่น ๆ บุคคลที่มีอาชีพและอาศัยอยู่กับคนอื่น ๆ จะมีอัตราของการเกิดโรคต่ำกว่าคนที่ไม่มีอาชีพและอยู่เพียงลำพัง บุคคลที่มีภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีจะมีอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าต่ำสุด แต่โรคซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ซึ่งต่างจากผลการวิจัยของ Lobo A และคณะ ที่พบว่า โรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาต่ำ

นอกจากนั้น Forsell YV และคณะ [78] ยังมีการศึกษาถึงตัวแปรในด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันกับการเกิดโรคซึมเศร้า โดยใช้กลุ่มตัวอย่างอายุ 75 ปีขึ้นไปที่อยู่ใน Kungsholmen Parish of Stockholm รวม 1,034 คน ทุกคนจะต้องผ่านการตรวจร่างกายจากแพทย์ โดยจะมีการรวบรวมประวัติและผลการตรวจร่างกาย การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าจะใช้เกณฑ์ตาม DSM-III-R และใช้ Katz Index ประเมินความไร้สมรรถภาพ การศึกษานี้พบความชุกของการเกิดโรคซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 5.9 และมีความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันกับการเกิดโรคซึมเศร้า

ในประเทศไทยนั้น เคยมีผู้สนใจทำการศึกษาความชุกของโรคสมองเสื่อมในชุมชน จากการมีรายงานปรากฏในปี 1991 โดย Phanthumchinda K และคณะ [10] ซึ่งได้ศึกษาในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในเขตสัมพันธวงศ์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 500 คน โดยใช้แบบทดสอบ Mini-Mental State Examination ที่มีการปรับปรุงเป็นภาษาไทยแล้ว ทำการคัดกรองผู้สูงอายุสมองเสื่อม จากนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนนของแบบทดสอบต่ำกว่าเกณฑ์ จะได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ DSM-III-R โดยประสาทแพทย์อีกครั้งหนึ่ง จากการศึกษาได้ผลสรุปว่า ความชุกของโรคสมองเสื่อมในกลุ่มตัวอย่างมีอัตราร้อยละ 1.8 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคสมองเสื่อม คือ การขาดการศึกษา ความบกพร่องในการได้ยินและการมองเห็น เพศหญิงและอายุที่เพิ่มขึ้น

ต่อมามีรายงานของ อภิญญา กังสนารักษ์ และคณะ[10] ซึ่งได้ศึกษาความชุกของโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 228 คน ที่อาศัยอยู่ในตำบลศาลายา กิ่งอำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัว ประวัติการเจ็บป่วย และใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป - ความจำ - ความสนใจ ตั้งใจของ Blessed ที่จุดตัดคะแนนน้อยกว่า 11 วินิจฉัยโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบค่าความชุกของโรคสมองเสื่อมในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 4.82 และพบว่า การเกิดโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับเพศหญิง อายุมาก การศึกษาต่ำ อาชีพทำไร่ทำนาและรับจ้าง และการไม่เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และพบว่า ปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพ คือ การได้ยินบกพร่องจะมีผลต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมมากขึ้น

จากการทบทวนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไม่พบว่ามีการศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนของประเทศไทยมาก่อน แต่มีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยในปี 2533 มีรายงานของ นันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ[12] ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เปรียบเทียบในเขตกรุงเทพมหานครและเขตจังหวัดอุทัยธานี โดยใช้แบบสอบถาม Zung Self Rating Depressive Scale พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 80.3 และเขตจังหวัดอุทัยธานี พบร้อยละ 84.8 ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าที่พบเหมือนกันทั้ง 2 พื้นที่ ได้แก่ ปัญหาสุขภาพ ปัญหาเศรษฐกิจและการเงิน เฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า เพศหญิง อายุมาก การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ความรู้สึกเหงาว้าเหว่ การขาดความเชื่อถือจากบุคคลอื่น มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ส่วนในเขตจังหวัดอุทัยธานี พบว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนาน้อยมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า

ต่อมา อัมพร โอตรชกุล และคณะ[13] ได้ทำการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบท โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนดินแดง กรุงเทพมหานคร และอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ ใช้แบบสอบถาม QD_2 แปลเป็นภาษาไทยวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนดินแดง

ร้อยละ 38 และพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ ร้อยละ 67.4 นอกจากนั้นพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้สูงอายุเขตเมือง ได้แก่ อายุเพิ่มขึ้น, เพศหญิง, สภาพสมรสที่ไม่ใช่คู่, การศึกษาต่ำ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้สูงอายุเขตชนบท คือ อายุที่เพิ่มขึ้นและรายได้ต่ำ

จากผลงานวิจัยทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยเท่าที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่า มีผู้ให้ความสนใจกับการศึกษาความชุกของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตามยังไม่มีผู้ใดทำการศึกษาความชุกของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยมาก่อนเลย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย