

ภูมิหลังพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ สุปราณี บุญวัง

Background Behavior among The Elderly with Alzheimer's Disease

Supranee Boonwang

งานนี้เป็นส่วนหนึ่งของ วิทยานิพนธ์เรื่อง “ภูมิหลังและลักษณะพฤติกรรมในช่วงการเปลี่ยนผ่านของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์” ซึ่งได้รับการสนับสนุนทุนการวิจัยจาก สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Department of Sociology and Anthropology, Faculty of Social Science, Naresuan University, Phitsanulok Province

*Corresponding Author. E-mail address: nuycmx@hotmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภูมิหลังพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ ตลอดจนปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง กลุ่มผู้ให้ข้อมูล คือ สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดผู้สูงอายุที่อยู่ในห้วงเวลาเปลี่ยนผ่านดังกล่าว โดยใช้วิธีเลือกตัวอย่างแบบหว่านโซ่ (snowball sampling) ตัวอย่างผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ทั้งสิ้น 8 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษา ลักษณะภูมิหลังของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการศึกษามีอายุตั้งแต่ 60-88 ปี สถานภาพสมรสคู่ 5 ราย และเป็นหม้าย 3 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาถึงระดับปริญญาตรี มีลักษณะนิสัยในอดีต คือ เจ้าระเบียบ เจ้าอารมณ์ เจ้าคิดเจ้าแค้น จริ่งจิ้งกับการทำงาน โดยอาชีพที่พบประกอบด้วยอาชีพค้าขาย รับราชการ ซึ่งการทำงานนั้นเกี่ยวข้องกับภาวะตึงเครียด ส่วนใหญ่เคยได้รับอุบัติเหตุที่มีการกระทบกระเทือนต่อสมองในช่วงอดีตมาก่อน และขาดการออกกำลังกาย รวมไปถึงการตรวจเช็คสุขภาพ ซึ่งโรคประจำตัวที่พบในผู้สูงอายุดังกล่าวเป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมตามวัย และจากประสบการณ์การดำเนินชีวิตที่ผ่านมา ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง ซึ่งโรคดังกล่าวเป็นสาเหตุหนึ่งในอาการเสี่ยงต่อการเป็นโรคอัลไซเมอร์ในวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุในแต่ละรายเริ่มเป็นโรคอัลไซเมอร์เมื่อ 4-5 ปี ที่ผ่านมา โดยพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ในระยะแรกและระยะที่สองและกำลังเข้าสู่ระยะสุดท้าย นอกจากนี้แล้ว การทานยามากเกินไปหรือการรักษาด้วยยาที่ผิดกับโรคจะทำให้ผู้สูงอายุดังกล่าวมีอาการเสื่อมลงอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะพฤติกรรมที่แสดงออกทางอารมณ์

คำสำคัญ: ภูมิหลัง ผู้สูงอายุอัลไซเมอร์

Abstract

The purposes of the study were background characteristics amongst the elderly with Alzheimer's Disease as well as other relevant factors. Key informants were family members or people close to the Sung age in a time during the transition. Snowball sampling was utilized to find persons having the said qualification criteria. Data were collected by in-depth interview of 8 informants and analyzed by content analysis. The results showed that backgrounds behavioral among the elderly with Alzheimer's Disease. Both of elderly from the age 60-88 years.

Married 5 cases and windowed 3 cases. Education level was elementary to undergraduate students. Former habits of the elderly will look puritanical, moody and serious about their work. The majority occupation of subjects were trade and found that the elderly have been associated with brain injury and be serious. Most of the elderly, lack of exercise and medical examination. The disease is caused by deterioration with age and experience a lifestyle disease, including diabetes, high blood pressure and Thyroid disease that may be increases risk of Alzheimer's disease in the elderly. The elderly in each of the disease, Alzheimer's disease was 4-5 years ago found that patients with dual disorders may interfere in the first phase and second phase and are entering the final phase. In addition, too much medication or treatment can cause symptoms to deteriorate significantly. This would include emotional behavior.

Keywords: background, The elderly Alzheimer's disease

บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นผลมาจากการลดลงในภาวะการเกิดและภาวะการตายที่ได้ส่งผลให้จำนวนและสัดส่วนประชากรวัยเด็กลดลง (Matcha, 1997, p.29) จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมาได้ชี้ให้เห็นว่า โครงสร้างทางประชากรได้เปลี่ยนแปลงจากประชากรวัยเด็กเป็นประชากรวัยสูงอายุมากขึ้น โดยในช่วงกว่าสามทศวรรษที่ผ่านมา พบว่าสัดส่วนของประชากรสูงอายุได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และจากการคาดประมาณของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2550) พบว่า ประชากรสูงอายุจะมีสัดส่วนมากถึงร้อยละ 11.9 ในปี พ.ศ.2553 และจะเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 17.5 ในปี พ.ศ.2563 ซึ่งดัชนีนี้ชี้ให้เห็นว่า ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมากขึ้น

ผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยในระบบต่าง ๆ ของร่างกายที่ลดลงไปตามวัย โดยเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ก็มักจะมีปัญหาด้านความจำ (Forgetfulness) ซึ่งเกิดจากกระบวนการเสื่อมทางสมองในภาวะปกติ (Normal Aging) หากแต่ความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ยังคงเป็นปกติ (Rosenberg, Johnston and Lyketsos, 2006, pp.1885 ; วลัยพร นันทศุภวัฒน์, 2552, หน้า 165) อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุบางคนอาจมีอาการเสื่อมทางสมองในภาวะปกติ (Normal Aging) ที่มากกว่าปกติที่ควรเป็น มีความบกพร่องในเรื่องของความจำจนเข้าสู่ภาวะการสูญเสียความสามารถทางสมองเล็กน้อยด้านความจำ (Amnestic-Mild Cognitive Impairment หรือ Amnestic-MCI) ซึ่งเป็นรอยต่อระหว่างภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ชนิดอัลไซเมอร์ (Alzheimer's) กับภาวะหลงลืมของคนปกติ (Normal Forgetfulness) (Petersen, Parici, and Dickson, 2006, pp. 665-667)

จากความเสื่อมถอยดังกล่าว หากมีการดูแลและรักษาผู้ป่วยอย่างถูกวิธี จะช่วยชะลอหรือลดโอกาสการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ได้ในทางตรงกันข้าม หากในระยเวลาดังกล่าวขาดการเฝ้าระวังในการดูแลและรักษาผู้ป่วยเป็นอย่างดีแล้ว ย่อมมีโอกาสพัฒนาเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ หรือที่เรียกกันทั่วไปว่า “โรคอัลไซเมอร์” (Alzheimer's Disease) (Alzheimer's Association, 2010, pp. 158-194 ; Petersen, Parici, and Dickson, 2006, pp. 665-667 ; Calero and Navarro, 2003, pp. 653 , Fochtmann, n.d., p. 42-44 ; สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2550, หน้า 6) อย่างไรก็ตามระยะดังกล่าว

ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์มักเข้าใจว่าความบกพร่องในพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้สูงอายุในเวลานั้น เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากอาการเสื่อมทางสมองในภาวะปกติของผู้สูงอายุโดยทั่วไป (Normal Aging) หากขาดการเฝ้าระวัง อันยังผลทำให้ภาวะดังกล่าวพัฒนาเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ได้ในที่สุด (Calero and Navarro, 2003, pp. 653 ; นันทิกา ทวิชาชาติ, 2553, หน้า ; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2553; สิริธร ฉันทสิริกาญจน์, ม.ป.ป., หน้า 6)

บุคคลที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์จะสูญเสียความทรงจำและระบบความคิด นั่นคือ ผู้ป่วยจะมีความจำบกพร่อง หลงลืมง่าย สติปัญญาลดลง สูญเสียทักษะในการรับรู้ ไม่สนใจคนรอบข้างและสิ่งแวดล้อม อารมณ์แปรปรวนง่าย ยับยั้งตนเองไม่ได้ ก้าวร้าวโดยไม่มีเหตุผล และมีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านการสื่อสาร ปัญหาในการเดิน และปัญหาในการช่วยเหลือตนเองทั้งด้านการรับประทานอาหารและการขับถ่าย รวมทั้งมีบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งในด้านพฤติกรรมที่บกพร่องและการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ จนถึงมีอาการประสาทหลอนและหลงผิดได้ (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2551, หน้า 24-32 ; ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549, หน้า 541-547; เจนนิเฟอร์ เฮย์, 2544, หน้า 14-17; คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2540, หน้า 55) และในท้ายที่สุดผู้ป่วยจะนอนติดเตียง แขนขาเกร็งงอ จนกระทั่งเสียชีวิต โดยการเสียชีวิตของผู้ป่วยมักเกิดจากอาการแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม และติดเชื้อจากแผลกดทับ เป็นต้น (Beuscher and Grando, 2009, pp. 583 ; วรพรรณ เสนาณรงค์, 2552, หน้า 9-11, รวีวรรณ นิวัตพันธุ์, 2551 หน้า 6-8, พนัส ธัญญะกิจไพศาล, 2544, หน้า 33 - 34,) ซึ่งจากลักษณะอาการของโรคอัลไซเมอร์เหล่านี้มีความจำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้สมาชิกบางคนในครอบครัวต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยหรืออาจจ้างบุคคลอื่นเพื่อมาดูแลผู้ป่วยแทนตน (สายใจ ชูปวา, 2545, หน้า 133-137, ลักษณะ สรีรวิวัฒน์, 2545, หน้า 142) นอกจากนี้ โรคอัลไซเมอร์ยังไม่มียาที่สามารถรักษาให้หายได้ การรับประทานยาสำหรับโรคนี้เป็นเพียงแค่ว่าเพื่อช่วยบรรเทาอาการของโรคเท่านั้น (Weimer and Sager, 2009, pp. 215-226) มากไปกว่านั้น ค่าใช้จ่ายสำหรับยาดังกล่าวยังมีราคาที่สูง โดยอยู่ประมาณวันละ 200-300 บาทต่อราย หรือประมาณรายละเกือบหนึ่งหมื่นบาทต่อเดือน (ธีระวิวัฒน์ เหมะจุทา, 2552) ดังนั้น จะเห็นได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์แล้ว ย่อมก่อให้เกิดภาระทางสังคมและการสูญเสียในทางเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ดูแลไม่น้อยทั้งในด้านการรักษาและการดูแลผู้ป่วย

โรคอัลไซเมอร์ เป็นโรคที่ยังไม่มีทางรักษา ดังนั้น การป้องกันไม่ให้เกิดโรคเข้าสู่การเป็นโรคดังกล่าวด้วยการลดหรือการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ในคนปกติ รวมไปถึงการเฝ้าสังเกตพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคนี้ หรือไม่หันมาใส่ใจดูแลร่างกายด้วยการตรวจสุขภาพเป็นประจำ ซึ่งการเฝ้าระวังพฤติกรรมหากมีการเฝ้าสังเกตเบื้องต้นพัฒนาการของโรคที่สะสมอยู่ในผู้สูงอายุนั้น ๆ จะมีการชะลอความเสี่ยงต่อการเป็นภาวะสมองเสื่อม หรือการเป็นโรคอัลไซเมอร์ นั้นจึงมีความสำคัญและความจำเป็นอย่างยิ่ง

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาภูมิหลังพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในภูมิหลังพฤติกรรมและปรากฏการณ์ทางพฤติกรรมเดิมในอดีต ในช่วงก่อน

การเป็นโรคอัลไซเมอร์เพื่อเป็น ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อันจักเป็นแนวทางที่จะสามารถนำไปทำนายหรือบ่งชี้ความเสี่ยงในการเป็นโรคอัลไซเมอร์ ตลอดจนภาระทางสังคมและภาระทางเศรษฐกิจของประเทศได้ รวมทั้งยังเป็นการช่วยเตรียมความพร้อมในการรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในอนาคตอีกทางหนึ่ง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาภูมิหลังพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์

นิยามศัพท์เฉพาะ

โรคอัลไซเมอร์ หมายถึง ภาวะสมองเสื่อมชนิดหนึ่งซึ่งเกิดจากการตายของเซลล์สมอง ทำให้การทำงานของสมองเสื่อมลงจนเกิดการสูญเสียความทรงจำและระบบความคิด อันส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันและการดำเนินชีวิต เช่น มีความจำบกพร่อง หลงลืมง่าย สติปัญญาลดลง สูญเสียทักษะในการรับรู้และการสื่อสาร ไม่สนใจคนรอบข้างและสิ่งแวดล้อม อารมณ์แปรปรวนง่าย ยับยั้งตนเองไม่ได้ ก้าวร้าวโดยไม่มีเหตุผล มีปัญหาด้านการเดิน และปัญหาในการช่วยเหลือตนเองทั้งด้านการรับประทานอาหารและการขับถ่าย ตลอดจนมีพฤติกรรมที่บกพร่องและการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติจนถึงมีอาการประสาทหลอนและหลงผิด

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

ผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งผ่านการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและระบุว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์

สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด หมายถึง บุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือมีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ในห้วงการเปลี่ยนผ่านจากอาการเสื่อมทางสมองในภาวะปกติของผู้สูงอายุโดยทั่วไป (Normal Aging) สู่ระยะของการเป็นโรคอัลไมเซอร์ (Alzheimer's Disease)

ภูมิหลังพฤติกรรมของผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ หมายถึง ประวัติการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ในช่วงอดีต โดยครอบคลุมในด้านปัจเจกบุคคล เศรษฐกิจ-สังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดและระเบียบวิธีวิจัย

ในการศึกษาภูมิหลังพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ จะมุ่งศึกษาประวัติการดำเนินชีวิตในด้านปัจเจกบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ภาวะสุขภาพ ฯลฯ ด้านเศรษฐกิจ-สังคม ได้แก่ อาชีพ รายได้ การเกษียณอายุ และด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ พฤติกรรมในวัยหนุ่มสาว เช่น การดื่มสุรา การออกกำลังกาย การได้รับสารพิษ เป็นต้น

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative research) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ในห้วงเวลาการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งผู้สูงอายุมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ให้ข้อมูลสำคัญใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบลูกโซ่ (snowball sampling) ผ่านทางอินเทอร์เน็ตในเว็บไซต์ของสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย (The Alzheimer's Disease and Related Disorder Association-ARDA) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) จากผู้ให้ข้อมูลหลักไปเรื่อยๆ จนกว่าข้อมูลหนึ่งหรือข้อมูลอ้อมตัว นอกจากนี้ ยังได้มีการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล โดยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการศึกษา และมีการสังเกตในบริบทที่มีปัจจัยแวดล้อมที่มีความสำคัญกับข้อมูลที่จะศึกษา ซึ่งใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลรวม 9 เดือน โดยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นในช่วงเดือนกันยายน 2553 ถึง เดือนมิถุนายน 2554 และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสัมภาษณ์

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) เป็นหลัก โดยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากภาคสนามมาจำแนกและจัดระบบข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่และสรุปเค้าโครงเรื่องอย่างคร่าวๆ ออกมา เพื่อเป็นแนวทางในการค้นหาข้อมูลในครั้งต่อไป โดยหากในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลยังขาดความสมบูรณ์หรือไม่ชัดเจนในประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการจะศึกษา ผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมต่อไปจนครบถ้วนสมบูรณ์ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษาที่กำหนดไว้ข้างต้น

ผลการศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการศึกษาครั้งนี้ มีจำนวนทั้งสิ้น 8 ราย ส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลจะเป็น คู่สมรสและบุตรของผู้สูงอายุ โดยผู้ให้ข้อมูลมีความรู้ในเรื่องภูมิหลังพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่นำไปสู่ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคอัลไซเมอร์ โดยพิจารณาจากประวัติการดำเนินชีวิตที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ ในด้านปัจเจกบุคคล ด้านเศรษฐกิจ-สังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งในขณะนั้นผู้สูงอายุยังมีสุขภาพที่ยังไม่เข้าข่ายการเป็นโรค แต่ยังคงจะมีพัฒนาการของโรคอัลไซเมอร์ต่อไป ภูมิหลังพฤติกรรมนี้ ต้องได้รับการดูแลเป็นอย่างดีจากสมาชิกในครอบครัวเพื่อเป็นการชะลอการเกิดโรคเบื้องต้น โดยภูมิหลังพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยแบ่งการพิจารณา รูปแบบลักษณะภูมิหลังของผู้สูงอายุ และภูมิหลังพฤติกรรมที่นำไปสู่การเสี่ยงต่อการเป็นโรคอัลไซเมอร์

ในการศึกษา ภูมิหลังพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ ในครั้งนี้ ได้แบ่งการพิจารณา โดยครอบคลุมเนื้อหาใน 3 ด้าน เป็นหลัก ได้แก่ 1) ด้านปัจเจกบุคคล 2) ด้านเศรษฐกิจ-สังคม และ 3) ด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ทราบถึงประวัติการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุและข้อเท็จจริงบางประการที่เป็นสิ่งบ่งชี้ว่าผู้สูงอายุมีภูมิหลังก่อนที่จะเริ่มป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์เป็นอย่างไร ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ในแต่ละด้าน ดังนี้

ด้านปัจเจกบุคคล

การศึกษามีหลังพุดติกรรมด้านปัจเจกบุคคลของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ ได้แก่ ลักษณะทางเพศ อายุ การศึกษา และสถานภาพสมรส รวมไปถึงปัจจัยด้านอื่นๆ ที่ได้จากการศึกษาจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 8 ราย จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยผู้สูงอายุที่เป็นเป้าหมายในการศึกษามีอายุตั้งแต่ 60-88 ปี ผู้สูงอายุอัลไซเมอร์มีสถานภาพสมรสคู่ 5 ราย และเป็นหม้าย 3 ราย และผู้สูงอายุอัลไซเมอร์บางรายไม่ได้รับการศึกษา แต่ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษาจนถึงระดับปริญญาตรี จากการศึกษาด้านปัจเจกบุคคลเพิ่มเติมพบว่า ผู้สูงอายุมีลักษณะนิสัยเป็นคนขยัน เจ้าระเบียบ จริงจังกับการทำงาน เป็นคนแข็งแรง มีความมั่นใจในตนเอง ภาวะอารมณ์ปกติ นอกจากนี้ยังพบว่า ลักษณะการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุก็นี้อีกมีลักษณะที่คล้ายกันโดยทั่วไป โดยมีความเชื่อว่า ในอดีตผู้สูงอายุบางรายมีภูมิหลังในด้านครอบครัวที่ไม่สมบูรณ์ในเรื่องฐานะความเป็นอยู่ อาจเกิดความน้อยเนื้อต่ำใจผิดหวังกับชีวิตความเป็นอยู่ที่ผ่านมา เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวขยาย ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ซึ่งเป็นบุตร ตอนหนึ่งว่า

“แม่มีปมตั้งแต่เด็ก เพราะเป็นลูกที่พ่อแม่ไม่ค่อยรัก ตอนเด็ก ๆ อยากรียนหนังสือก็ไม่ได้เรียนทำงานหนักมาก ๆ ตั้งแต่เล็ก ๆ...”

(พี่เอ, บุตร, นามสมมติ, สัมภาษณ์วันที่ 21 พฤษภาคม 2554)

“แม่แถมนิสัยเจ้าคิดเจ้าแค้น เจ้าระเบียบ มักมีอาการเกรง เพราะเคยไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตคู่และอยู่คนเดียว อาจมีภาวะซึมเศร้า...แต่ด้วยแกลแสดงที่ทำโกรธ เลยไม่ค่อยมีญาติ มาถามไถ่แกลเท่าไรคะ”

(พี่ก๊, บุตร, นามสมมติ, สัมภาษณ์วันที่ 10 ตุลาคม 2553)

แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีความกังวลเกี่ยวกับภูมิหลังในเรื่องครอบครัวอยู่ไม่น้อย แต่ก็ยังมีวิธีการอื่นเพื่อให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างปกติต่อไป ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ซึ่งเป็นบุตร ตอนหนึ่งว่า

“เป็นคนขี้เล่น ตลก มีความมั่นใจในตัวเอง ท่านเป็นคนยึดความถูกต้องมากกว่าถูกใจ เป็นคนเสียสละอย่างมาก เป็นคนใจบุญ จะทำสิ่งต่าง ๆ อย่างสุดความสามารถเสมอ ไม่กลัวอุปสรรค รักครอบครัวมาก ไม่เคยมองปัญหาชีวิตที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องคอขาดบาดตาย ท่านจะพูดเสมอว่า เป็นคนเราต้องสู้ ถ้าเหนื่อยก็นอน เดี่ยวตื่นมาก็หายเหนื่อย อย่าอึดมจุมคนอื่นหายใจ ท่านจะสอนให้พวกเราลูก ๆ ดูแลตัวเองตั้งแต่ยังเด็ก”

(พี่เอ, บุตร, นามสมมติ, สัมภาษณ์วันที่ 21 พฤษภาคม 2554)

“ตอนนี้อายุ 68 ปี แม่สมรสมากกว่า 43 ปีแล้ว ชีวิตคู่อบอุ่นดีครับไม่มีทะเลาะกัน แต่แก่เป็นคนขี้บ่น เรื่องความเป็นระเบียบงานหลักเป็นแม่บ้าน แต่ก็ช่วยงานพ่อบ้าง (ทำอาชีพประมง) รับจ้างเย็บผ้า แกจบแค่ชั้น ป.4 รายได้ก็ไม่ค่อยแน่นอนจากการรับจ้าง แต่พอแต่งงานรายได้หลักมาจากพ่อ ช่วง 10 ปีแรก ค่อนข้างลำบาก ยากจน แต่หลังจากนั้นก็ค่อยๆ ดีขึ้น ถือว่า อยู่สบายไม่มีกังวลเรื่องเงินทอง”

(พี่ดำ, นามสมมติ, อายุ 45 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 20 เมษายน 2554)

ด้านเศรษฐกิจ-สังคม

การศึกษานูมิหลังเหตุการณ์ด้านเศรษฐกิจ-สังคมของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ ได้แก่ อาชีพ รายได้ การเกษียณอายุงาน รวมถึงปัจจัยอื่นๆ ที่ได้จากการศึกษา โดยจากการศึกษา พบว่า ลักษณะอาชีพของผู้สูงอายุที่พบ ได้แก่ ข้าราชการ ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว และรับจ้าง (เย็บผ้า) ซึ่งรายได้ที่ได้รับส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุนั้นอยู่ในระดับที่สามารถพอเลี้ยงชีพและครอบครัวได้ ในลักษณะงานบางอาชีพส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในเรื่องความเครียดจากงานที่ทำ เนื่องจากต้องใช้ความคิดและความแม่นยำในการปฏิบัติงาน จะเห็นได้ว่า นูมิหลังของลักษณะอาชีพและการครบกำหนดวาระของการทำงานนั้น เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุแต่ละบุคคลมีความเครียด และมีการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ต่างไปจากเดิม ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ซึ่งเป็นบุตร ตอนหนึ่งว่า

“เมื่อช่วงที่ทำงานคุณแม่จะมีอาการเครียดกับการทำงานและจะใช้ยาช่วย เครียดเพราะว่าเค้านึกว่าพรุ่งนี้ต้องตื่นแต่เช้าเพื่อไปทำงานคืนนี้ก็ต้องกินยากินแล้วยังไม่หลับก็ต้องกินอีก...”

(คุณชาย, บุตร, นามสมมติ, สัมภาษณ์วันที่ 3 เมษายน 2554)

ด้านสิ่งแวดล้อม

การศึกษานูมิหลังเหตุการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ ได้แก่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย การได้รับสารพิษ การได้รับอุบัติเหตุ ภาวะสุขภาพ (โรคประจำตัว) รวมไปถึงพันธุกรรมและปัจจัยอื่นๆ ที่ได้จากการศึกษา ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุจะมีลักษณะการดำเนินชีวิตที่ขาดการออกกำลังกาย โดยพบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นมีโรคประจำตัวที่เกิดจากการเสื่อมไปตามวัย และจากพันธุกรรมอย่างน้อยหนึ่งโรค ซึ่งโรคที่พบในผู้สูงอายุนั้น ได้แก่ โรคความดันสูง โรคเส้นเลือดในสมองอุดตัน โรคเบาหวาน โดยโรคดังกล่าวนี้ เกิดจากความเสื่อมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในอดีต ในเรื่องพฤติกรรมการบริโภค และอีกสาเหตุหนึ่งที่เกิดภาวะสุขภาพดังกล่าว คือ ไม่มีการใส่ใจในเรื่องสุขภาพ ไม่มีการตรวจเช็คสุขภาพจนมีอาการเป็นโรค และพันธุกรรม โดยไม่มีการควบคุมสิ่งต่างๆ ให้เหมาะสมกับโรคที่เป็น ส่วนปัจจัยสุดท้ายที่ส่งผลกระทบต่อความเสื่อมของผู้สูงอายุคือ การได้รับอุบัติเหตุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอาการที่เสื่อมลงจากการได้รับอุบัติเหตุ ที่มีผลกระทบต่อสมองในช่วงวัยทำงาน ซึ่งเป็นสิ่งที่สังสมมาจนเข้าสู่ผู้สูงอายุประกอบกับความเสื่อมตามวัยที่เพิ่มมากกว่าเดิมเนื่องจาก

การได้รับอุบัติเหตุ รวมไปถึงการดูแลและดำเนินชีวิตที่ไม่ถูกวิธี ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญตอนหนึ่งว่า

“เคยล้มหายหลัง แบบหมดสติ เมื่อสัก 20 ปีที่แล้ว เป็นเพราะแพ้ยาลือ คือ หมอจัดยา (ลดความดัน) แรงไป...”

(พี่โอ, นามสมมติ, สัมภาษณ์วันที่ 17 พฤศจิกายน 2553 และวันที่ 24 มีนาคม 2554)

“คนที่เป็นอย่างนี้แหละ...จะเป็นไทรอยด์อันดับต้น ๆ...ปี 43 แม้มืออาการที่ชัดเจน...ก็รักษามาเรื่อย ๆ...”

ข้อมูลดังกล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นว่า รูปแบบลักษณะภูมิหลังพฤติกรรมของผู้สูงอายุในด้านปัจจัยบุคคล เศรษฐกิจ-สังคม และด้านสิ่งแวดล้อม นั้น มีลักษณะที่สอดคล้องและสัมพันธ์กันที่นำไปสู่การเสี่ยงต่อการเป็นโรคอัลไซเมอร์ ซึ่งปัจจัยที่พบเพิ่มเติมในด้านปัจเจกบุคคลนั้น พบว่า ลักษณะอุปนิสัยมีส่วนที่ทำให้การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุนั้นมีพัฒนาการเสี่ยงกับการเป็นโรคต่างๆ ส่วนในด้านเศรษฐกิจ-สังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ที่พบปัจจัยเพิ่มเติมนั้น พบว่า ลักษณะการทำงานมีผลต่อความเครียดหรือภาวะสุขภาพส่วนตัวของบุคคลนั้นๆ ซึ่งความเครียดหรือภาวะสุขภาพดังกล่าวส่งผลไปยังการดำเนินชีวิตที่เริ่มผิดปกติไปจากเดิม โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะไม่ค่อยมีพฤติกรรมในการออกกำลังกายมากนัก รวมไปถึงการตรวจเช็คสุขภาพ ซึ่งมีการตรวจน้อยมากหรือไม่เคยตรวจเลย และโรคประจำตัวที่พบในผู้สูงอายุดังกล่าว เป็นโรคที่เกิดขึ้นจากความเสื่อมตามวัย และอาจเกิดจากภูมิหลังพฤติกรรมในการบริโภคช่วงอดีต โดยโรคประจำตัวที่เกิดขึ้นภายหลังนั้น ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน โรคพาร์กินสัน และโรคไทรอยด์ จากโรคที่ได้อ้างไปนั้น บางโรคเกิดจากพันธุกรรมของผู้สูงอายุเอง และบางโรคเกิดจากพฤติกรรมในช่วงวัยทำงาน ซึ่งโรคต่างๆ นั้นพัฒนาการไปสู่การเสี่ยงเป็นโรคอัลไซเมอร์ได้

สรุปผลการศึกษา และอภิปรายผลการศึกษา

ข้อค้นพบจากการศึกษาภูมิหลังพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ ซึ่งพิจารณาภูมิหลังพฤติกรรมของผู้สูงอายุในช่วงอดีตที่มีลักษณะนำไปสู่การเสี่ยงต่อการเป็นโรคอัลไซเมอร์ ซึ่งในขณะนั้นยังไม่ได้รับการตรวจทางการแพทย์อย่างแน่ชัดว่าป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ เพียงแค่มีพฤติกรรมที่เข้าข่ายโรคดังกล่าว ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ภูมิหลังส่วนใหญ่เกิดจากการได้รับอุบัติเหตุที่มีผลกระทบต่อสมอง การมีโรคประจำตัวอยู่เดิม เช่น โรคเบาหวาน ความดัน และไทรอยด์ รวมไปถึงการขาดการออกกำลังกายในช่วงอดีตและการรับประทานยาโดยไม่จำเป็น จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นโรคอัลไซเมอร์ทางกรรมพันธุ์ แต่ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือ อายุที่มากขึ้น

จากข้อค้นพบในข้างต้น ภูมิหลังพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ จึงเป็นการศึกษาและอธิบายถึงภูมิหลังพฤติกรรมของผู้สูงอายุในช่วงแรกเริ่มจะเป็นโรคดังกล่าว เพื่อที่จะหาทางออกให้กับสังคมไทยที่ขณะนี้เป็สังคมผู้สูงอายุ ในการศึกษาย้อนหลังกลับไปของประวัติการดำเนินชีวิตของ

ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสาเหตุและปัจจัยในแต่ละบุคคลที่เกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิตที่ผ่านมา โดยในแง่ของผลทางบวกทำให้สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดผู้สูงอายุหันมาใส่ใจในพฤติกรรมที่แสดงออก การที่บุคคลทั่วไปดำเนินชีวิตด้วยวิธีการเสี่ยงในเรื่องการบริโภคหรือจากการทำงาน รวมไปถึงปัจจัยอื่นๆ นั้นเป็นสิ่งที่สังคมส่วนใหญ่จะมองว่าเป็นภูมิหลังพฤติกรรมทั่วไป แต่หากสิ่งเหล่านี้เป็นสัญญาณให้เราเข้าใจในสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในระดับลึกซึ้ง คือ มองลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกว่าเป็นสัญญาณเตือนถึงความผิดปกติของผู้สูงอายุนั้น เพื่อชะลอการดำเนินโรค ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานศึกษาของ Pope, S.K., Shue, V.M. and Back, C (2003) ซึ่งทำการศึกษาเรื่อง Will a Health Lifestyle Help Prevent Alzheimer's Disease? โดยกล่าวถึงโรคอัลไซเมอร์ว่าเป็นโรคที่มีความคล้ายกับโรคเรื้อรัง และมีปัจจัยเสี่ยงหลายด้าน ซึ่งพัฒนาการของโรคนั้นขึ้นอยู่กับวิถีการดำเนินชีวิต โดยในการศึกษาพยายามสำรวจพฤติกรรมทางสุขภาพ ในเรื่องน้ำหนัก การออกกำลังกาย การป้องกันการบาดเจ็บ และการกระตุ้นการรับรู้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะสามารถช่วยชะลอและป้องกันการเป็นโรคอัลไซเมอร์ โดยผลจากการดำเนินชีวิตจะสามารถช่วยลดความเสี่ยงจากโรคหลอดเลือดสมอง และโรคเบาหวาน และการดำเนินวิถีชีวิตที่ดีเป็นส่วนสำคัญในการส่งผลต่อการป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคอัลไซเมอร์ที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ แต่สิ่งสำคัญของปัจจัยที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้และเพิ่มมากขึ้น คือ ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม ซึ่งการลดปัจจัยเสี่ยงลงจะเป็นการช่วยเหลือให้บุคคลที่ปรารถนาจะป้องกันตนเองและสมาชิกในครอบครัวจากโรคอัลไซเมอร์ได้ นอกจากนี้ผลการศึกษาดังกล่าวยังมีความสอดคล้องกับทฤษฎีบทบาท ที่นำมาอธิบายถึงการปรับตัวของบุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุที่กล่าวไว้ว่า การที่ผู้สูงอายุมีบทบาทที่ลดลงไป เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าความสูงอายุนั้นสถานะสมบทบาทในหน้าที่ใหม่ที่มีการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุที่มีบทบาทการทำงานลดลงและไม่ได้เป็นสมาชิกในสมาคมใดๆ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกโดดเดี่ยว อาจเนื่องมาจากการเกษียณอายุ การสูญเสียคู่ชีวิต และมีความผิดหวังในชีวิตในเรื่องต่างๆ หรือการที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ เนื่องจากมีความเสื่อมถอยจากสภาพร่างกายและพัฒนาการทางสมองที่ถดถอยลง หากผู้สูงอายุมีลักษณะการปรับตัวที่ดี ลักษณะความเสื่อมถอยของผู้สูงอายุก็จะเป็นไปตามวัย และหากมีการปรับตัวไม่เหมาะสมก็สามารถพัฒนาความเสื่อมดังกล่าวไปสู่การเป็นโรคอัลไซเมอร์ได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์นี้ ที่ได้ขัดเกลาและชี้แนะ ให้คำแนะนำ และขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีส่วนร่วมและทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. สารานุกรมเพื่อผู้สูงอายุ. ได้รับทุนอุดหนุนการจัดพิมพ์หนังสือและการวิจัยประเภทแผนงานวิจัยประจำปี 2540 – 2541 จากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.

- เจนนิเฟอร์ เฮย์. (2544). โรคอัลไซเมอร์และภาวะสมองเสื่อม. (จันทร์ชัย เจริญประเสริฐ ผู้แปล). กรุงเทพฯ: หน้าต่างสู่โลกกว้าง.
- ธีระวัฒน์ เหมจุฑา. (1 มิถุนายน 2552). มียารักษาโรคอัลไซเมอร์จริงหรือ (ตอนที่ 1). กรุงเทพธุรกิจ. สืบค้นเมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2553, จาก <http://www.bangkokbiznews.com/home/detail/life-style/health/20090601/.html>
- นันทิกา ทวิชาชาติ. (9 มกราคม 2553). แด่หลังลืมหรือเป็นอัลไซเมอร์. สืบค้นเมื่อวันที่ 25 มกราคม 2553, จาก <http://www.prema.or.th/patient.php?CId=1&Id=31&menu=5>
- ปราโมทย์ ประสาทกุล และ ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์. (2547). ประชากรสูงอายุของประเทศไทย พ.ศ.2503-2563. วารสารประชากรและสังคม. 12(2), 15-26.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์. (2548). ประชากรไทยในอนาคต. สืบค้นเมื่อวันที่ 6 ธันวาคม 2553, จาก <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/IPSR/AnnualConference/ConferenceII/Article/Download/Article02.pdf>
- ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์. (2553). นิยามผู้สูงอายุว่าด้วยช่วงชีวิตข้างหน้า. ใน สุชาติ ทวีสิทธิ์ และสวริย์ บุญมานนท์ (บรรณาธิการ), ประชากรและสังคม 2553 (หน้า 15-26). นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.
- พนัส ธิญะกิจไพศาล. (2544). โรคสมองเสื่อม Alzheimer's ในทัศนะของประสาทแพทย์. ใน คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ (หน้า 1-21). กรุงเทพฯ: พี เค โพรมิเนนท์.
- พนัส ธิญะกิจไพศาล. (บรรณาธิการ). (2544). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์. กรุงเทพฯ: พี เค โพรมิเนนท์.
- มาตี กาญจนกิจสกุล. (2444). แบบแผนการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุนั้นสำคัญไฉน. ประชากรและการพัฒนา, ปีที่ 21(6), ม.ป.ป.
- รวีวรรณ นิเวตพันธุ์. (2551). เทคนิคการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ทำอย่างไรจึงจะง่าย. จดหมายข่าวสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย, 10(4), 6-8..
- ลักขณา สรวิวัฒน์. (2545). สุขวิทยาจิตและการปรับตัว. สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.
- วลัยพร นันทศุภวัฒน์. (2551). การพยาบาลผู้สูงอายุ : ความท้าทายกับภาวะประชากรผู้สูงอายุ. ขอนแก่น: หจก.ขอนแก่นการพิมพ์.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2549). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย. (พิมพ์ครั้งที่ 9). สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2553). โรงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2553 จาก <http://www.agingthai.org/page/711/list/10>
- สายใจ ชูปวา. (2545). ครอบครัวอบอุ่นและเป็นสุข A worm and happy family. วารสารมหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 21(2), 133-137.

- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2546). **คาดประมาณประชากรของประเทศไทย ๒๕๔๓-๒๕๖๘**. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- สิรินทร จันศิริกาญจน. (ม.ป.ป.). **ความรู้เรื่องสมองเสื่อมสำหรับประชาชน**. สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม(ประเทศไทย).
- อรรณี คงสมบัติ และวาลิกา นาคดุก. (2552). การตายของเซลล์ประสาท และภาวะความจำบกพร่องในโรคอัลไซเมอร์. วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร, 17(1), 101-105.
- Alzheimer's Association. (2010). **Alzheimer's & Dementia** (6th ed.), Alzheimer's
- Beuscher L. and Grando V.T., (2009). Challenges in Conducting qualitative research with individuals with dementia. **Res Gerontol Nurs**. 2(1), 583.
- Calero, D.M. and Navarro E. (2004). **Archives of Clinical Neuropsychology** 19, Relationship between plasticity, mild cognitive impairment and cognitive decline, 653-660
- Fochtmann.L.J., (Director). (2007). **PRACTICE GUIDELINE FOR THE Treatment Of Patients With Alzheimer's Disease and Other Dementias**. n.p.
- Matcha, D.A. (1997). **Sociology of Aging : A Social Problems Perspective** : Pearson Education.
- Petersen R.C., Parisi J.E. and Dickson. (2006). Neuropathologic features of amnesic mild cognitive impairment and risk of incident Alzheimer's disease. **Arch. Neurol**, 63 : 665-672.
- Pope, S.K., Shue V.M. and Beck C. (2003). Annu. Rev. Public Health. **Will A Health Lifestyle Help Prevent Alzheimer's Disease?**. 24, 111-132.
- Rosenberg P.B., Johnston D. and Lyketsos C.G. (2006). A Clinical Approach to Mild Cognitive Impairment. **Am J Psychiatry**, (163:11), pp.1884-1890
- Weimer, D.L. and Sager M.A.. (2009). Early identification and treatment of Alzheimer's disease : Social and fiscal outcome (5th ed). **Alzheimer's & Dementia.**, 215-226.
- Welch, K. W. (2007). **Family life now : a conversation about marriages, families, and relationship**. Boston, MA : Pearson Allyn and Bacon.