



ท่องเที่ยว : ลดความจำเสื่อมได้อย่างไร

ชินภัทร์ จิระวรพงศ์ พบ.*

บทคัดย่อ

การท่องเที่ยวช่วยป้องกันและรักษาความจำเสื่อมระยะเริ่มแรกในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและความจำเสื่อมได้โดยอาศัยการประยุกต์ใช้หลักการของ visuospatial memory กับ loci method ในการฟื้นฟูผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่ง visuospatial memory หรือ working memory เป็นส่วนหนึ่งของ visual memory ที่อยู่ภายใต้การทำงานของสมองที่ ตั้งแต่ occipital lobes จนถึง parieto-temporal lobes ทำงานร่วมกันทั้ง 2 ข้าง โดยอาศัยประสบการณ์รับรู้ การระลึกถึงความทรงจำและความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างวัตถุ สิ่งของ ที่ว่าง เส้นทาง ในแต่ละจุด แต่ละตำแหน่งต่างๆ หรือในสิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยกระตุ้นและระลึกถึงความทรงจำในการรักษาฟื้นฟู นอกจากนี้ภาพถ่ายบันทึกจากประสบการณ์การท่องเที่ยวตามสถานที่ต่างๆ ยังสามารถนำมาใช้รักษาฟื้นฟูความทรงจำในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

คำสำคัญ: การท่องเที่ยว ความจำเสื่อม อัลไซเมอร์ สมองเสื่อม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2552; 54(4): 399-407

* ภาควิชาออโรโธปิดิกส์และเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก 65000



Travel : How to reduce memory loss?

*Chinapat Gerawarapong M.D.**

Abstract

Travel can be help patients with early forgetfulness or memory loss to prevent and treat Alzheimer's disease and dementia. It requires applied knowledge between visuospatial memory and loci method to take cognitive rehabilitation care these patients. Visuospatial memory or working memory is a part of visual memory which function under influence of high cerebral cortexes (bilateral occipital lobes and parieto-temporal lobes) that involve with individual experiences to recognize and recall relationship between objects, spaces and pathways in each position or environment to stimulate the memory and recall in cognitive rehabilitation program. Furthermore, it can be implement the travel photographs to stimulate memory and for these patient.

Keywords: travel, forgetfulness, memory loss, Alzheimer's disease, dementia, prevention, therapy, rehabilitation

J Psychiatr Assoc Thailand 2009; 54(4): 399-407

* Physical medicine & rehabilitation. Department of Orthopedics & Rehabilitation medicine, Faculty of medicine, Naresuan University, Phitsanulok 65000, Thailand

บทนำ

ความจำเสื่อม (forgetfulness) เป็นการเจ็บป่วยที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ทางารแพทย์ได้แบ่งกลุ่มโรคที่มีความจำเสื่อมเป็นอาการสำคัญเพื่อการวินิจฉัยโรคออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่ ภาวะความจำเสื่อมตามธรรมชาติ โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) และภาวะสมองเสื่อม (dementia)^{1, 2} โดยที่โรคอัลไซเมอร์พบได้ประมาณร้อยละ 10 ในผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป และร้อยละ 50 ในผู้ที่อายุเกิน 85 ปี สำหรับภาวะสมองเสื่อมพบได้ร้อยละ 5 ในผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปและร้อยละ 20 ในผู้ที่อายุเกิน 80 ปีขึ้นไป³⁻⁵

โรคอัลไซเมอร์กับภาวะสมองเสื่อมแตกต่างจากภาวะความจำเสื่อมตามธรรมชาติตรงที่มักมีอาการอื่นนอกจากความจำเสื่อมร่วมด้วยเช่น นึกคำพูดไม่ออก บวกลบเลขง่ายๆ ไม่ได้ ทอนเงินผิด การตัดสินใจหรือความคิดต่างๆ ไม่ค่อยสมเหตุสมผล ไม่สามารถทำอะไรที่ง่ายๆ ที่เคยทำเป็นประจำ และอาการเหล่านี้มักจะส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน เช่น ติดกระดุมเสื้อไม่ได้ มีพฤติกรรมหรือบุคลิกเปลี่ยนไปจากเดิม เป็นต้น⁶

ยกกรณีตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่มีภาวะความจำเสื่อมตามธรรมชาติล้มว่าตนเองดื่มน้ำทิ้งไว้ พอนึกออกก็ตกใจวิ่งไปถอดปลั๊กไฟ แต่ในผู้ป่วยอัลไซเมอร์หรือสมองเสื่อมมักจะลืมมากกว่านั้น คือลืมไปดื่ยซ้ำว่าดื่มน้ำทิ้งไว้ อาจถามญาติว่าใครเป็นคนดื่มน้ำหรืออาจต้องใช้เวลาคิดนานกว่าจะนึกออกว่าเป็นคนดื่มน้ำตัวเอง ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับความรุนแรงและระยะของโรค หรือในกรณีที่ผู้สูงอายุอาจลืมของได้บ่อยๆ เช่น มักลืมกระเป๋าต๋างค์ไว้ในห้องนอนแล้วนึกไม่ออก แต่ในผู้ป่วยอัลไซเมอร์หรือสมองเสื่อมอาจลืมกระเป๋าต๋างค์ไว้ในตู้เย็น คือนอกจากความจำไม่ดีแล้ว ความมีเหตุผล การตัดสินใจหรือความคิดต่างๆ ก็จะมีผลไปจากสามัญสำนึกตามปกติด้วย ระยะต่อไปก็จะเริ่มมีอาการที่ทำให้ผู้ป่วยหรือญาติลำบากใจหรือยุ่งยากมากขึ้น เช่น พฤติกรรมซึมลง ก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย บางคนเคยมีเหตุผล ใจเย็น

ก็กลายเป็นคนไร้เหตุผล ฉุนเฉียวบ่อย เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยบางคนจะเดินไปเรื่อยๆ โดยไม่มีจุดหมาย ไม่มีเหตุผล ที่สำคัญคือจะจำทางกลับบ้านไม่ค่อยได้ ถ้าเดินออกไปนอกบ้าน มักจะกลับไม่ถูก บางคนเดินไปขึ้นรถเมล์นั่งไปกลับ ทั้งวัน จนตำรวจต้องช่วยพากลับบ้าน ในระยะท้ายของโรค ผู้ป่วยจะเริ่มช่วยเหลือตัวเองไม่ค่อยได้ โดยเฉพาะกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น แต่งตัว อาบน้ำ รับประทานอาหาร โดยต้องให้ญาติหรือคนดูแลคอยช่วยเหลือตลอด ไม่สามารถบอกเมื่อจะปัสสาวะหรืออุจจาระโดยที่ผู้ป่วยอาจรู้ตัวหรือไม่ก็ได้ ระยะเวลาทั้งหมดตั้งแต่เริ่มมีอาการจนเสียชีวิตอยู่ในช่วงเวลาประมาณ 3-20 ปี (โดยเฉลี่ยประมาณ 8-10 ปี) แตกต่างกันไปในแต่ละคน เมื่อช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ก็จะเริ่มเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา เช่น การติดเชื้อในปอด หรือทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับขาดสารอาหารเนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย ทำให้ร่างกายจะค่อยๆ อ่อนแอลง จนในที่สุดจะเสียชีวิต

การวินิจฉัยแยกโรคทำได้โดยการซักประวัติจากญาติหรือคนที่ดูแลใกล้ชิด ตรวจร่างกาย ตรวจเลือด และเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองหรือคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า เพื่อให้แน่ใจว่าไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่นซึ่งรักษาได้ เช่น โรคซึมเศร้า เนื้องอกในสมอง โรคไตเรื้อรัง โรคติดเชื้อโรคขาดสารอาหารบางชนิด เป็นต้น ซึ่งถ้าตรวจวินิจฉัยดังกล่าวแล้วไม่มีสาเหตุอื่น จะสามารถวินิจฉัยแยกโรคจากความจำเสื่อมตามธรรมชาติในผู้สูงอายุได้ด้วยความแม่นยำร้อยละ 80-90 (หากต้องการความแม่นยำร้อยละ 100 สามารถทำได้วิธีเดียวคือการตรวจชิ้นเนื้อของสมอง ซึ่งจะทำได้เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วเท่านั้น)⁶

ปัจจุบันยังไม่มียวิธีรักษาให้หายขาดได้ มีแต่ยาซึ่งอาจช่วยควบคุมอาการต่างๆ ให้น้อยลงได้ชั่วคราวเมื่อถึงระยะท้ายของโรค ยาที่จะใช้ไม่ได้ผล อย่างไรก็ตามยังมีการพยายามคิดค้นยาเพื่อรักษาและวิธีการทางการแพทย์ที่จะใช้วินิจฉัยตั้งแต่ยังไม่มียอาการ เพื่อจะได้สามารถให้มีการเตรียมตัวไว้ล่วงหน้า ในทางการแพทย์

ยังไม่แนะนำให้รับประทานยา สมุนไพรหรืออาหารเสริมใดๆ เพื่อป้องกันเพราะไม่พบหลักฐาน (evidence) ประสิทธิภาพการป้องกันรักษาที่ชัดเจนเพียงพอและยาบางประเภทก็อาจจะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดได้^{1, 6, 9-12} นอกจากนี้สินค้าเหล่านี้ส่วนมากมักมีราคาแพงหรือโฆษณาเกินจริง การรักษาฟื้นฟูความทรงจำส่วนใหญ่เน้นแบบระดับประคองและกระตุ้นความทรงจำด้วยการพูดคุย ทบทวนเรื่องราวต่างๆ ในอดีตที่ผ่านมาเกี่ยวกับคน สัตว์ สิ่งของ เวลาและสถานที่ โดยเน้นเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับกิจวัตรประจำวันที่สามารถมองเห็นและจับต้องได้ในเชิงรูปธรรม โดยเฉพาะการบูรณาการองค์ความรู้ visuospatial memory เข้ามาผสมผสาน¹³⁻¹⁵ จัดเป็นวิธีการกระตุ้นและฟื้นฟูความทรงจำได้ดีและเหมาะสมที่สุดในยุคปัจจุบัน

บทความนี้นำเสนอองค์ความรู้ หลักการทฤษฎีการกระตุ้นฟื้นฟูความทรงจำโดยเฉพาะการนำหลักการ visuospatial memory ที่นำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยความจำเสื่อมสำหรับแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นิสิต นักศึกษา ตลอดจนญาติผู้ป่วยและผู้สนใจ เป็นลำดับดังนี้

การแบ่งประเภทความทรงจำ

เราสามารถแบ่งความทรงจำ (memory) ตามวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ออกเป็น 2 ประเภท คือ เพื่อคัดกรองหรือวินิจฉัยโรคและเพื่อวางแผนให้การรักษาฟื้นฟู จำแนกรายละเอียดได้ดังนี้

การแบ่งความทรงจำเพื่อคัดกรองหรือวินิจฉัยโรค

โดยทั่วไปแล้ว ทางกรมแพทย์นิยมแบ่งความทรงจำเพื่อคัดกรองหรือวินิจฉัยโรคออกเป็นความจำเฉพาะหน้า (immediate memory) ความจำระยะสั้น (recent memory หรือ short-term memory) ความจำระยะยาวและการระลึก (long-term memory และ recall) ถ้าพบว่ามีความผิดปกติของความทรงจำทั้ง 3 ส่วน

มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคอัลไซเมอร์ ภาวะสมองเสื่อมและความผิดปกติด้านความเข้าใจและการรับรู้^{16, 17} อย่างไรก็ตาม จะต้องมีการตรวจประเมินการทำงานของสมองที่ซับซ้อนขึ้นเพิ่มเติมด้วย

การแบ่งความทรงจำเพื่อวางแผนให้การรักษาฟื้นฟู

ถึงแม้ว่าการแบ่งประเภทดังกล่าวข้างต้นจะเป็นประโยชน์เพื่อคัดกรองหรือวินิจฉัยความผิดปกติ แต่ก็ไม่เหมาะสมต่อการรักษาและฟื้นฟูความทรงจำจึงจำเป็นต้องมีการแบ่งประเภทตามการเรียนรู้และความทรงจำ (learning memory and cognition) โดยอาศัยการมองเห็น (visual memory) การฟัง (auditory memory) และการฝึกปฏิบัติ (kinesthetic memory)^{18, 19} และไม่ว่าจะประยุกต์ใช้เทคนิควิธีการรักษาฟื้นฟูความทรงจำในรูปแบบใดล้วนต้องอาศัยหลักการของ visual memory ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ visuospatial memory ทั้งสิ้น

Visuospatial memory คืออะไรและมีความสำคัญอย่างไร

Visuospatial memory คือ ความทรงจำหรือความสามารถในการจดจำความสัมพันธ์ระหว่างวัตถุสิ่งของกับสถานที่หรือตำแหน่งที่สิ่งนั้นปรากฏอยู่^{1, 20-22} ทำให้เราสามารถระบุหรือจำแนกวัตถุสิ่งของที่อยู่ในตำแหน่งหรือสถานที่เดียวกันได้ เช่น สามารถบอกได้ว่าดาวหกเหลี่ยมเกิดจากสามเหลี่ยมด้านเท่า 2 รูปซ้อนกัน หยิบแก้วน้ำออกจากจานรองได้ หยิบกระดาษที่วางซ้อนกันออกมาได้ หยิบไม้กวาดที่พียงผาผนังออกมาได้ เสียบและถอดปลั๊กไฟได้ พิมพ์ตีหรือกดเครื่องคิดเลขได้ ถูกต้อง เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีความสำคัญในการจัดระเบียบความคิด ความจำในสมองด้วย เนื่องจากในยุคปัจจุบันข้อมูล ข่าวสารตลอดจนองค์ความรู้ต่างๆ มีอยู่ในสื่อ สิ่งพิมพ์ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ตซึ่งมักจะรับรู้ได้ด้วยการมองเห็น การจดจำ การระบุและการจำแนกสิ่งที่มองเห็นจึงเป็นสิ่งสำคัญมากในการเรียนรู้และสร้างความทรงจำในยุคปัจจุบัน

Visuospatial memory ของมนุษย์มีการพัฒนาตั้งแต่แรกเกิดจนสมบูรณ์เต็มที่เมื่ออายุประมาณ 6-8 ปี และจะพัฒนาต่อเนื่องเรื่อยๆ ตามประสบการณ์และการเรียนรู้ตลอดชีวิต แต่จะเสื่อมลงได้เมื่ออายุย่างเข้า 65 ปีพร้อมๆ กับความทรงจำด้านอื่นๆ^{23, 24}

การรักษาฟื้นฟูความทรงจำ

เป็นที่ทราบกันดีว่าไม่มียา สมุนไพรหรืออาหารเสริมใด ที่จะช่วยรักษาฟื้นฟูความทรงจำได้อย่างแท้จริง การรักษาฟื้นฟูส่วนใหญ่จึงเป็นไปในลักษณะการปรับระดับประคอง กระตุ้นส่งเสริมความทรงจำโดยอาศัยหลักทฤษฎีการเรียนรู้และความทรงจำโดยอาศัยการมองเห็น การฟังและการฝึกปฏิบัติผสมผสานกัน²⁵ ซึ่งจะนำเสนอเฉพาะส่วนการประยุกต์ใช้วิธีการรักษาฟื้นฟูความจำตามหลักการ visuospatial memory เท่านั้น

การท่องเที่ยว ชมพิพิธภัณฑ์ สวนสาธารณะ ดอกไม้ ต้นไม้จึงชะลอและป้องกันความจำเสื่อมได้อย่างไร เทคนิคนี้จำเป็น

เทคนิคที่นักจรรยาบรรณนิยมใช้มาตั้งแต่ยุคกรีกโรมันโบราณจนถึงยุคปัจจุบัน คือ ใช้วิธีการกำหนดตำแหน่ง (loci method) เป็นการกำหนดภาพของวัตถุหรือสิ่งที่จะจำในตำแหน่งจำเพาะในใจมาเทียบเคียงกับสิ่งแวดล้อมหรือเฟอร์นิเจอร์ภายในบ้านหรือตำแหน่งอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย^{26, 27} ตัวอย่างเช่น ต้องการจำวัตถุที่วางอยู่ข้างหน้าจำนวน 9 ชิ้น ได้แก่ แก้วน้ำ หวี กล้วย ไม้เทนนิส ลิปสติก เสื้อกันหนาว ไม้แขวนเสื้อ แวนตา และดินสอได้ดังนี้ เมื่อเดินเข้ามาในบ้านพบ แก้วน้ำอยู่ที่ประตูบ้าน หรืออยู่ที่ชั้นวางรองเท้า กล้วยอยู่ที่พรมเช็ดเท้า ไม้เทนนิสวางอยู่ที่ฝาห้อง ลิปสติกอยู่บนโต๊ะเครื่องแป้ง เสื้อกันหนาวและไม้แขวนเสื้อวางอยู่ข้างๆ แวนตาและดินสออยู่บนเก้าอี้ตัวถัดมา ต้องจินตนาการและท่องจำซ้ำๆ (repetition) อย่างนั้นจนขึ้นใจ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าเทคนิคการจำอาศัย visuospatial memory ซึ่งจัดเป็น working memory (เป็นความจำระยะสั้นเฉพาะหน้าที่ถูกสมองใช้ประมวลผลในขณะนั้น) ร่วมกับความจำระยะยาวที่บรรจุความรู้และประสบการณ์เดิมบริเวณ hippocampus ใน temporal lobes มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ เมื่อรับรู้ข้อมูลป้อนเข้าทั้ง 9 ชิ้น ผ่านสายตาและสมองส่วน occipital lobes (visual cortex ร่วมกับ visual association areas และ object identification center) แล้วนำมาจดบันทึกในสมองส่วน parietal cortex ซีกขวาบริเวณ supramarginal gyrus มาเทียบเคียงและรับรู้ร่วมกับประสบการณ์เดิมโดยอาศัยการทำงานของ language association areas และ word identification center ที่อยู่ในสมองส่วน parietal cortex ซีกซ้าย โดยผ่านเส้นใยประสาทที่เชื่อมโยงสมองทั้งสองซีกทาง corpus callosum ประมวลผลเป็นความจำระยะสั้น แบบ working memory แล้วท่องจำให้ขึ้นใจโดยนำมาจดจำร่วมกับสภาพสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน (ประสบการณ์เดิม) ซึ่งต้องทำงานร่วมกับ hippocampus ใน temporal lobes หากต้องการให้ความทรงจำนั้นๆ อยู่ยาวนานมากขึ้น (เป็นความจำระยะยาว) ต้องสร้างอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดและจินตนาการร่วมด้วย^{1, 23, 24-27}

จากการศึกษาของ Abbott พบว่าการเดินออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอเป็นระยะทางมากกว่า 2 ไมล์/วัน มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อมน้อยกว่าคนกลุ่มที่ออกกำลังกายด้วยการเดินน้อยกว่า 0.25 ไมล์/วัน ประมาณ 1.9 เท่า โดยที่ผู้วิจัยได้ให้ความเห็นว่าการเดินช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในคนสูงอายุได้และมีความสามารถทางสติปัญญา ความคิดและความจำได้ดีกว่ากลุ่มที่ออกกำลังกายน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ²⁸

อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีข้อมูลเพียงพอที่สนับสนุนหรือสามารถอธิบายได้ว่าการเดินสามารถลดความเสี่ยงดังกล่าวได้อย่างไรแต่ก็ไม่พบรายงานหรือการศึกษาใดๆ

ที่พิสูจน์ว่าการออกกำลังประเภทอื่นๆ จะสามารถลดความเสี่ยงหรือชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือความจำเสื่อมได้

ในกรณีนี้ จะสังเกตได้ว่ากิจกรรมการเดินทางไกลหรือเดินเล่นในสวนสาธารณะเป็นระยะไกล พอสมควร จะเป็นการฝึก visuospatial memory หรือ working memory ไปในตัว เพราะเดินไปแล้วต้องเดินกลับจะทำให้ผู้เดินต้องจดจำตำแหน่ง สภาพแวดล้อม สัมพันธภาพระหว่างสถานที่ วัตถุ สิ่งของ ต้นไม้ ตลอดจนรายละเอียดของเส้นทางไปในตัวทำให้เกิดการเรียนรู้ จดจำเส้นทางได้และการเดินทางไปกลับซ้ำๆ จะเป็นการทบทวนหรือจดจำซ้ำ ซึ่งเป็นเงื่อนไขหลักที่จะทำให้ความทรงจำนั้นยังคงอยู่ นอกจากนี้การเดินเล่นหรือเดินเที่ยวรูปแบบนี้ จะให้ความเพลิดเพลินและสร้างบรรยากาศบันเทิงรื่นรมย์จากการชมธรรมชาติก็จะทำให้ความทรงจำดำรงอยู่ถาวรยิ่งขึ้น (ถ้าระยะการเดินทางไกลเกินไป เช่น 10-15 ก้าวจะทำให้ไม่สนใจจดจำสิ่งแวดล้อมตลอดระยะทางเดิน ยกเว้นแต่จะใช้การฝึกสติหรือสมาธิเข้ามาเป็นส่วนประกอบซึ่งไม่ใช่วัตถุประสงค์ในการฝึก visuospatial memory หรือ working memory ในขณะนั้น) หรือกรณีตัวอย่างการเดินทางโดยรถยนต์ ผู้อ่านสามารถเปรียบเทียบกับประสบการณ์การเดินทางของตนเองได้ ตัวอย่างเช่น ถ้าผู้อ่านกับเพื่อนขับรถไปร้านอาหารแห่งหนึ่งที่ไม่เคยไปมาก่อนโดยมีเพื่อนเป็นคนบอกทาง เมื่อถึงเวลากลับผู้อ่านจะสามารถขับรถกลับบ้านเองได้ (ถ้าเส้นทางไม่ซับซ้อนเกินไป) โดยที่ไม่ต้องให้เพื่อนบอกทางซ้ำๆ แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้อ่านไม่ได้เป็นคนขับรถตั้งแต่แรก เทียบกับเพื่อนคนดังกล่าวไม่ได้ขับรถให้ ผู้อ่านก็อาจจะจำเส้นทางเดิมไม่ได้และจะไม่สามารถขับรถกลับตามเส้นทางเดิมได้ เป็นต้น ดังนั้นไม่ว่าจะเป็นการเดินทางชมพิพิธภัณฑ^{23, 27, 29} เดินชมสวน การเล่นเกมจับผิดภาพหรือค้นหาภาพเหมือน ปริศนาอักษรไขว้ หรือแม้แต่เกมบวกลบเลขคณิต เช่น ซูโดกุ (Sudoku) ก็สามารถชะลอหรือลดความเสี่ยงต่อภาวะ

ความจำเสื่อมได้ด้วยหลักการของการฝึก visuospatial memory หรือ working memory เช่นเดียวกัน^{30, 31}

จะเห็นได้ว่าการรักษาฟื้นฟูทั้งหมดข้างต้นนั้นเหมาะสำหรับผู้ป่วยความจำเสื่อมระยะเริ่มแรกหรือผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดความจำเสื่อม แต่จะไม่ได้ผลกับผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์หรือภาวะสมองเสื่อมที่มีความจำเสื่อมอย่างมากหรือที่มีความบกพร่องทางสมองด้านอื่นๆ ร่วมด้วยแล้ว

ภาพบันทึกจากประสบการณ์ท่องเที่ยว รูปบุคคล เวลา สถานที่ สามารถฟื้นฟูผู้ป่วยความจำเสื่อมได้อย่างไร

ฟื้นฟูความทรงจำของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมหรืออัลไซเมอร์ส่วนใหญ่เน้นแบบปรับระดับประคองและกระตุ้นความทรงจำด้วยการพูดคุย ทบทวนเรื่องราวต่างๆ ในอดีตที่ผ่านมา เชิงรูปธรรมถึงคน สัตว์ สิ่งของ เวลา และสถานที่ ยกตัวอย่างเช่น การดูรูปภาพถ่าย บันทึกประสบการณ์ เรื่องราว โดยเฉพาะการท่องเที่ยวในอดีต สามารถช่วยรักษาฟื้นฟูความทรงจำในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ เพราะจะมีเนื้อหาของเหตุการณ์ บุคคล เวลา สถานที่ ต่างๆ ให้ผู้ป่วยค่อยๆ ระลึกรู้ เริ่มจากรูปภาพให้ผู้ผู้ป่วยดู (ซึ่งไม่ควรที่จะเป็นภาพที่ทำให้เศร้าใจ เช่น งานศพ การสูญเสียของรักหรือผู้ที่เป็นที่รัก) ผู้รักษาหรือผู้ดูแลจะต้องถามนำเพื่อกระตุ้นความทรงจำทีละเรื่อง ทีละบุคคล เป็นระยะๆ ช่วยผู้ป่วยเรียงลำดับเหตุการณ์ต่างๆ ทีละขั้นอย่างใจเย็นเพื่อจัดระบบความคิดความจำให้เป็นระเบียบโดยจะอาศัยจากย่อยไปรวม (synthetic approach) หรือจากรวมมาย่อย (analytical approach) ก็ขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วย สถานการณ์ และประสบการณ์หรือความถนัดของผู้รักษา โดยถ้าผู้ป่วยบอกข้อมูลผิดก็ต้องรีบแก้ไขให้ถูกต้อง โดยหลีกเลี่ยงการตำหนิหรือลงโทษ (punishment) บอกได้ถูกต้องชมเชยหรือให้รางวัล (reward) ให้เหมาะสมกับวัยและกาลเทศะ กล่าวคือถ้าผู้รักษามีความอาวุโสกว่า

ผู้ป่วยก็สามารถชมแบบผู้ใหญ่มากกว่าได้ แต่ถ้าผู้รักษามีวิสัยทัศน์น้อยกว่าผู้ป่วยก็ต้องเลือกชมแบบผู้มีอาวุโสน้อยกว่าชมผู้ใหญ่มากที่สุดท้ายควรพยายามให้ผู้ป่วยสรุปเรื่องราว ลำดับเหตุการณ์ต่างๆ ในภาพให้ถูกต้องด้วย

ยังมีอีกวิธีหนึ่งที่สามารถใช้ได้บ่อย ในชีวิตประจำวันคือถามถึงโทรศัพท์นรายนการโปรด เปิดโทรศัพท์ถามเรื่องราว ชื่อและเครื่องแต่งกายของพิธีกร ผู้ดำเนินรายการ จำนวนและลักษณะของแขกรับเชิญ เรื่องราวที่พูดคุยหรือการนำเสนอ เวลาออกอากาศ จาก สถานที่ เป็นต้น โดยเน้นเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับกิจวัตรประจำวัน

นอกจากนี้ ยังพบว่า การทบทวนเรื่องราวจากรูปภาพประสบการณ์ท่องเที่ยวจะฟื้นฟูความทรงจำได้เหมาะสมกว่าเพราะเป็นเหตุการณ์ชีวิตที่ผ่านมาในอดีต และโดยส่วนใหญ่ก็จะเป็นที่ประทับใจ (อุปนิสัยคนไทยมักจะไม่ถ่ายรูปหรือบันทึกภาพตลอดเวลา แต่จะถ่าย/บันทึกภาพเฉพาะเหตุการณ์สำคัญ เช่น งานแต่งงาน ขึ้นบ้านใหม่ เปิดกิจการ เปิดร้าน งานบุญ ซึ่งมักจะมีบรรยากาศของอารมณ์และความรู้สึกดีๆ ปรากฏอยู่ในภาพด้วย) จะกระตุ้นการระลึกจำตามหลักเทคนิคนักจำได้ดีกว่าการกระตุ้นความทรงจำด้วยเหตุการณ์เรื่องราวประจำวันซึ่งอาจก่อให้เกิดความเบื่อหน่ายได้มากกว่า

จะเห็นได้ว่าการฟื้นฟูความทรงจำจะต้องอาศัยการเรียนรู้ การทบทวนความทรงจำ เรื่องราวในชีวิตประจำวัน มองเห็นและจับต้องได้ในเชิงรูปธรรม โดยเฉพาะการบูรณาการองค์ความรู้ visuospatial memory เข้ามาผสมผสานจัดเป็นวิธีการกระตุ้นและฟื้นฟูความทรงจำได้ดีและเหมาะสมที่สุด

สรุป

การท่องเที่ยวช่วยป้องกันและรักษาความจำเสื่อมระยะเริ่มแรกได้โดยอาศัยการประยุกต์ใช้หลักการของ visuospatial memory ร่วมกับเทคนิคช่วยจำวิธีการกำหนดตำแหน่ง (loci method) โดยการจดจำสถานที่

เส้นทางการเดินทางและความสัมพันธ์ระหว่างเส้นทางวัตถุ สิ่งของ ต้นไม้ ฯลฯ ทั้งไปและกลับ เพื่อกระตุ้นการระลึกจำ ความจำในการรักษาฟื้นฟูโรคความจำเสื่อมตลอดจนภาพบันทึกจากประสบการณ์ดังกล่าวยังสามารถนำมาใช้รักษาฟื้นฟูความจำเสื่อมในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์หรือภาวะสมองเสื่อมได้

เอกสารอ้างอิง

1. Ropper AH, Brown RH. Adams and Victor's principles of neurology. 8th ed. New York: McGraw-Hill Medical Pub. Division; 2005.
2. Baehr M, Frotscher M. Duus' topical diagnosis in neurology: anatomy, physiology, signs, symptoms. Topical diagnosis in neurology. 4th ed. New York: Thieme; 2005.
3. Senanarong V, Pongvarin N, Sukhatunga KPrayoon wiat N, Chaisewikul R, Petchurai R, et al. Cognitive status in the community dwelling Thai elderly. J Med Assoc Thai 2001; 84:408-16.
4. Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni, Andersen K, Di Carlo A, Breteler MM, et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. Neurology 2000; 54(11 Suppl 5):S4-S9.
5. Woo JI, Lee JH, Yoo KY, Kim CY, Kim YI, Shin YS. Prevalence estimation of dementia in a rural area of Korea. J Am Geriatr Soc 1998; 46:983-7.
6. World Health Organization. Alzheimer's disease: the brain killer when old age becomes a disease. 1st ed. New Delhi: Regional Office for South-East Asia, World Health Organization; 2001.
7. Williamson J, Goldman J, Marder KS. Genetic aspects of Alzheimer disease. Neurologist 2009; 15:80-6.

8. McEvoy LK, Fennema-Notestine C, Roddey JC, Hagler DJ Jr, Holland D, Karow DS, et al. Alzheimer disease: quantitative structural neuroimaging for detection and prediction of clinical and structural changes in mild cognitive impairment. *Radiology* 2009; 251:195-205.
9. ADAPT Research Group, Meinert CL, McCaffrey LD, Breitner JC. Alzheimer's Disease Anti-inflammatory Prevention Trial: design, methods, and baseline results. *Alzheimers Dement* 2009; 5:93-104.
10. Aisen PS, Schneider LS, Sano M, Diaz-Arrastia R, van Dyck CH, Weiner MF, et al. High-dose B vitamin supplementation and cognitive decline in Alzheimer disease: a randomized controlled trial. *JAMA* 2008 15; 300:1774-83.
11. Malouf M, Grimley EJ, Areosa SA. Folic acid with or without vitamin B12 for cognition and dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;: CD004514.
12. Malouf R, Grimley Evans J. Folic acid with or without vitamin B12 for the prevention and treatment of healthy elderly and demented people. *Cochrane Database Syst Rev* 2008 8;:CD004514.
13. Dobson KS, Craig KD, ed. *Advances in cognitive-behavioral therapy*. Thousand Oask: SAGE Publications; 1996.
14. Breedlove SM, Rosenzweig MR, Watson NV. *Biological psychology :lban introduction to behavioral, cognitive, and clinical neuroscience*. 5th ed. Sunderland, Mass. Sinauer Associates; 2007.
15. Richard J. Greenwood, et al. *Handbook of neurological rehabilitation*. 2nd ed. Hove: Psychology Press; 2003.
16. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry*. 10th ed. Philadelphia: Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
17. Robert L. Spitzer, et al. *DSM-I V-TR casebook: experts tell how they treated their own patients*. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub.; 2006.
18. Kirsch W, Hennighausen E, Rösler F. Dissociating cognitive and motor interference effects on kinesthetic short-term memory. *Psychol Res* 2009; 73:380-9.
19. Wetzel KC, Harmeyer KM. *Mind games: the aging brain and how to keep it healthy*. 1st ed. Albany, New York: Delmar; 2000.
20. Montgomery JW. Working memory and comprehension in children with specific language impairment: what we know so far. *J Commun Disord* 2003; 36:221-31.
21. Alloway TP, Archibald L. Working memory and learning in children with developmental coordination disorder and specific language impairment. *J Learn Disabil* 2008; 41:251-62.
22. Gathercole SE, Alloway TP. Practitioner review: short-term and working memory impairments in neurodevelopmental disorders: diagnosis and remedial support. *J Child Psychol Psychiatry* 2006; 47:4-15.
23. Kauffman T, Barr J, Moran M. *Geriatric rehabilitation manual*. 2nd ed. Edinburgh, New York: Churchill Livingstone; 2007.
24. Rossi P. *Logic and the Art of Memory*. 2nd ed. Chicago: University of Chicago Press; 2000.
25. Dudai Y. *Memory from A to Z*. 1st ed. New York: Oxford University Press; 2002.

26. Carrozzo M, Koch G, Turriziani P, Caltagirone C, Carlesimo GA, Lacquaniti F. Integration of cognitive allocentric information in visuospatial short-term memory through the hippocampus. *Hippocampus* 2005; 15:1072-84.
27. Hölscher C. Time, space and hippocampal functions. *Rev Neurosci* 2003; 14:253-84.
28. Abbott RD, White LR, Ross GW, Masaki KH, Curb JD, Petrovitch H. Walking and dementia in physically capable elderly men. *JAMA* 2004; 292:147-53.
29. Johnson G. Lots of action in the memory game. New experiments are prompting scientists to rethink their old ideas about how memories form—and why the process sometimes falters. *Time*. 2000 12;155:54-7.
30. Sobel BP. Bingo vs. physical intervention in stimulating short-term cognition in Alzheimer's disease patients. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2001; 16:115-20.
31. Cohen GD, Firth KM, Biddle S, Lloyd Lewis MJ, Simmens S. The first therapeutic game specifically designed and evaluated for Alzheimer's disease. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2008; 23: 540-51.

หน้าว่าง