



สมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย

Mission : Leader of Dementia Prevention and Care in Asia

Newsletter ฉบับที่ 13



ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์กัมมันต์ พันธุมจินดา

สารจากนายก

บัดนี้ สมาคมฯ ได้มีการเลือกตั้งกรรมการบริหารของสมาคมฯ วาระปี พ.ศ.2563-2565 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ซึ่งกรรมการส่วนใหญ่รวมทั้งนายกสมาคมฯ คือตัวกระผมเองก็จะเป็นกรรมการบริหารสมาคมฯ ต่อไปอีกวาระหนึ่ง โดยมีกรรมการบริหาร อนุกรรมการในคณะอนุกรรมการ และคณะทำงานต่างๆ ปรับเปลี่ยนไปบ้างตามความเหมาะสม นโยบายของสมาคมฯ ก็จะเป็นไปในแนวทางเดิมกับกรรมการบริหารชุดก่อน ทั้งนี้เพื่อเป็นการสานต่อกิจกรรมต่างๆ ที่ได้เริ่มขึ้นตามนโยบายของกรรมการบริหารชุดก่อนให้สำเร็จลุล่วงไปตามวัตถุประสงค์ อย่างไรก็ตามกรรมการบริหารชุดใหม่นี้ ได้เพิ่มนโยบายในเรื่องที่เกี่ยวกับการรณรงค์ให้สังคมตระหนักถึงปัญหาภาวะสมองเสื่อม ใส่ใจเอื้ออาทร และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมให้ดำรงตนอยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี และมีความสุข นโยบายใหม่ดังกล่าวได้เริ่มดำเนินการไปแล้ว เช่น การจัดทำเข็มกลัด “รักสมอง” เป็นต้น ในส่วนของการพัฒนาองค์ความรู้ในด้านวิชาการแก่สมาชิก ทางสมาคมฯ ก็ยังคงจัดประชุมวิชาการประจำปี เพื่อเผยแพร่ความรู้ใหม่ๆ เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม จัดประชุมวิชาการ refresher course และ workshop เพื่อพัฒนาทักษะต่างๆ ในการบริการเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม จัดการประกวดผลงานวิจัย ของสมาชิกเพื่อพัฒนาการวิจัยของสมาชิกเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ทั้งในแนวลึกและแนวกว้าง นอกจากนี้สมาคมฯ ยังจะจัดการประชุมวิชาการสัญจรร่วมกับสมาคมที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมแก่แพทย์และประชาชนทั่วไป และให้การสนับสนุนผู้เชี่ยวชาญเพื่อการพัฒนางานดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับองค์กรต่างๆ

ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งมีผลกระทบทั่วโลก รวมทั้งมีผลกระทบต่อวงการแพทย์ ซึ่งสมาคมฯ ก็ได้รับผลกระทบเช่นเดียวกัน ดังจะเห็นได้ว่า refresher course ของสมาคมฯ ประจำปี 2563 จำเป็นต้องงดไป และจะไปจัดในกลางปี 2564 สมาคมฯ ยังคงตระหนักถึงผลกระทบนี้ และอาจจะต้องปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินงานของสมาคมฯ ให้เป็นไปตาม “วิถีชีวิตใหม่” (“new normal”) ถ้าปัญหาการระบาดของ COVID-19 ยังมีความไม่แน่นอนอยู่ในด้านของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่อาจจะได้รับผลกระทบจาก COVID-19 ทางสมาคมฯ ก็ได้ออกคำแนะนำ ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในช่วงวิกฤตไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งสมาชิก และผู้สนใจสามารถติดตามได้ในเว็บไซต์สมาคมฯ

สุดท้ายนี้ กระผมและกรรมการบริหารสมาคมฯ ขอกราบขอบพระคุณท่านสมาชิกทุกท่านที่ได้ร่วมมือกับทางสมาคมฯ ในการพัฒนาสมาคมฯ พัฒนางานการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อม และให้การดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมอย่างมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

รายนามคณะกรรมการบริหาร
วาระปีพ.ศ.2563-2565

ที่ปรึกษา

ศ.นพ.ประเสริฐ บุญเกิด
รศ.พญ.ศิวาพร จันทร์กระจ่าง
นพ.พนัส ัฒญะกิจไพศาล
อ.นพ.สมศักดิ์ ลัทธิกุลธรรม

นายกสมาคม

ศ.นพ.กัมมันต์ พันธุมจินดา

อุปนายก ที่ 1

รศ.พญ.วราพรรณ เสนานรงค์

อุปนายก ที่ 2และเหรียญ

พญ.ทักษิณี ตันติฤทธิศักดิ์

เลขาธิการ

ผศ.นพ.สุเชษฐา ตั้งวงษ์ไชย

ผู้ช่วยเลขาธิการ

ผศ.นพ.ชัชวาล รัตนบรรณกิจ

ประธานวิชาการ

ศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล

ประธานวิจัย

อ.ดร.นพ.จรงค์ไทย เดชเทวพร

นายทะเบียน

อ.พญ.พิรดา วิฑูรย์พาณิชย์

ปฎิคม

อ.พญ.อรพิชญา ไกรฤทธิ

ประชาสัมพันธ์

อ.นพ.อดิศักดิ์ กิตติสารศ

กรรมการกลาง

รศ.พญ.พูนศรี รังสิขี

รศ.พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัฐโชโรจน์

อ.นพ.ยุทธชัย ลิขิตเจริญ

พท.ผศ.พญ.พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ

พท.พญ.ลักษณ์ันท์ ชีวะเกรียงไกร

การรับรู้ตนเองว่ามีการรู้คิดถดถอย (ปริชานถดถอยเชิงจิตวิสัย: Subjective Cognitive Decline, SCD)

ในผู้สูงอายุปกติทั่วไปที่มีปริชาน (cognition) หรือการรู้คิดปกติ นั้น พบว่ามีอยู่กลุ่มหนึ่งที่เริ่มรู้สึกว่าตนเองมีการรู้คิดที่แย่ลงเมื่อเทียบกับอดีตที่ผ่านมา แต่เป็นไม่มาก ไม่รบกวนชีวิตประจำวัน และไม่สามารถตรวจวัดถึงความผิดปกติจากการทดสอบทางประสาทจิตวิทยาต่างๆได้ ภาวะดังกล่าวเรียกว่า ภาวะปริชานถดถอยเชิงจิตวิสัย (Subjective Cognitive Decline: SCD) ซึ่งภาวะนี้พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ มีข้อมูลการศึกษายืนยันหลายชิ้นว่า การที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีการรู้คิดหรือความจำที่แย่ลงนั้นจะสัมพันธ์ไปกับการตรวจพบความผิดปกติในสมองหรือความผิดปกติของตัวชี้วัดทางชีวภาพ (biomarker) ที่เข้ากับโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ได้มากขึ้น (1) นอกจากนี้ จากการศึกษาระยะยาวยังบ่งชี้ว่าผู้สูงอายุปกติที่มี SCD นั้น มีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อการเกิดภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย (mild cognition impairment, MCI) หรือภาวะสมองเสื่อมในอนาคตอีกด้วย จากข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะ SCD นั้น จะมีโอกาสแย่ลงเป็น MCI ได้ประมาณ 16.5 - 34.2% และแย่ลงเป็นสมองเสื่อมได้ประมาณ 10.0 - 11.7% ในระยะเวลา 2.5 - 5.2 ปี (2, 3)

ภาวะ SCD ได้มีการกล่าวถึงมาเป็นเวลานาน โดยใช้ชื่อเรียกที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็น subjective cognitive impairment, subjective memory impairment, subjective cognitive complaints หรือ cognitive complainer เป็นต้น จนถึงปัจจุบัน ยังไม่มีการวินิจฉัยที่แน่ชัดของภาวะนี้การศึกษาในอดีตได้มีประเมิน SCD ด้วยวิธีการที่ต่างกันไป เช่นอาจเพียงถามคำถามว่ามีปัญหาการรู้คิดบ้างหรือไม่ หรือประเมินจากการใช้แบบสอบถามถามถึงการบกพร่องแบ่งเป็นคะแนนระดับต่างๆ โดยแบบสอบถามส่วนใหญ่จะประกอบไปด้วยคำถามเกี่ยวกับความจำถึง 59 % (4) นอกจากนี้จะเป็นคำถามเกี่ยวกับการรู้คิดของสมองด้านอื่นๆ ตัวอย่างแบบสอบถาม เช่น Memory Complaint Questionnaire(5) (MAC-Q), Everyday Cognition (6) (E-Cog), Cognitive Change Index (7) (CCI) เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ดังที่กล่าวไปข้างต้น ยังไม่มีแบบสอบถามใดที่ถือเป็นมาตรฐานแน่นอน

เนื่องจากมีการให้คำนิยามที่หลากหลาย ในปี พ.ศ. 2557 จึงได้มีกลุ่มผู้วิจัย Subjective Cognitive Decline Initiative (SCD-I) Working Group (1) ได้ปรึกษารื้อกันและสรุปเป็นแนวทางในการวินิจฉัยภาวะ SCD ทั่วไป **ดังตารางที่ 1** และการวินิจฉัย SCD ที่บ่งบอกว่าน่าจะเกิดจากโรคอัลไซเมอร์ที่ยังไม่มีอาการของการรู้คิดที่ผิดปกติ (Preclinical AD) อาจเรียกว่าเป็น SCD plus เพื่อสำหรับใช้ในการวิจัยต่อไป **ดังตารางที่ 2**

ตารางที่ 1 เกณฑ์การวินิจฉัยสำหรับการวิจัยภาวะที่มีความรู้สึกรู้สึกว่ามีการรู้คิดถดถอย (subjective cognitive decline) แต่ยังไม่เข้าสู่ภาวะ mild cognitive impairment (ตัดแปลงจากเอกสารอ้างอิง 1)

<p>การวินิจฉัย SCD ต้องมีทั้งข้อ 1 และข้อ 2</p> <ul style="list-style-type: none">• มีความรู้สึกได้เองว่ามีการถดถอยอย่างถาวรของสมรรถภาพการรู้คิดของสมอง เมื่อเปรียบเทียบกับตอนที่ปกติก่อนหน้านี้ โดยที่ไม่ได้สัมพันธ์กับโรคหรือความเจ็บป่วยที่ฉับพลันอื่นใด• ยังสามารถทำการทดสอบเกี่ยวกับการรู้คิดที่เป็นมาตรฐานได้ผลอยู่ในค่าปกติ เมื่อเทียบกับอายุ เพศ และการศึกษาเดียวกัน ซึ่งการทดสอบเหล่านั้นสามารถใช้ในการแยกภาวะ MCI หรือภาวะผิดปกติก่อนเป็นสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ (prodromal AD) ได้
<p>ข้อที่คัดออก</p> <ul style="list-style-type: none">• มีภาวะ MCI, prodromal AD หรือภาวะสมองเสื่อม• อาการสามารถอธิบายได้จากโรคทางจิตเวช หรือโรคทางระบบประสาทอื่นๆ (ที่ไม่ใช่ AD) โรคทางกายอื่นๆ ผลจากยา หรือสารอื่นๆ <p><i>หมายเหตุ: ในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าหรือวิตกกังวลบ้าง แต่ไม่ถึงกับวินิจฉัยว่าเป็นโรคผิดปกติ จะไม่ถือเป็นข้อที่คัดออก</i></p>

ตัวย่อ: SCD, subjective cognitive decline; MCI, mild cognitive impairment; AD, Alzheimer's disease.

ตารางที่ 2: ลักษณะอาการที่เพิ่มโอกาสเป็นระยะก่อนเกิดอาการของสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ในผู้ป่วย subjective cognitive decline (SCD) หรือเรียกว่าเป็น SCD plus (ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิง 1)

<p>ลักษณะอาการของ SCD Plus</p> <ul style="list-style-type: none"> • มีความรู้สึกว่าตนเองมีอาการความจำที่แย่ลง มากกว่าอาการของการรู้คิดในหมวดอื่นๆ • มีความรู้สึกว่าการรู้คิดถดถอยเกิดขึ้นภายในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา • อายุขณะเริ่มมีความรู้สึกว่าการรู้คิดถดถอยนั้นมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี • มีความกังวลเกี่ยวกับความรู้สึกว่าตนเองมีการรู้คิดที่ถดถอย • รู้สึกว่าตนเองทำอะไรได้แย่กว่าคนอื่น ๆ ที่อยู่ในช่วงอายุเดียวกัน
<p>ถ้าเป็นไปได้, หรืออาจได้ข้อมูลจากการศึกษาแบบย้อนหลัง เกี่ยวกับสิ่งต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> • การยืนยันจากคนใกล้ชิดผู้ให้ข้อมูลว่ามีการรู้คิดที่แย่ลงจริง • การตรวจพบมีพันธุกรรม APOE ε4 genotype • การตรวจพบมีตัวชี้วัดทางชีวภาพ (biomarkers) ที่เป็นหลักฐานของโรคอัลไซเมอร์

ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะ SCD เมื่อพิจารณาแล้วยังสามารถแบ่งได้เป็นอีก 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ที่มี และไม่มี ความกังวลเกี่ยวกับอาการของตนเอง พบว่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะ SCD แล้วนั้น ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดปกติแต่มีภาวะ SCD และมีความกังวลเกี่ยวกับอาการของตนเองร่วมด้วย จะมีอัตราส่วนเสี่ยงภัย (hazard risk ratio: HR) ต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมใน 4 ปีอยู่ที่ 6.54 เท่า ซึ่งต่างจากผู้สูงอายุที่มีภาวะ SCD แต่ไม่มีความกังวลซึ่งมีค่า HR 3.04 เท่า (8) นอกจากการประเมินอาการของภาวะ SCD แล้ว จึงควรประเมินเกี่ยวกับความกังวลต่ออาการของผู้ป่วยเองด้วยทุกครั้ง นอกจากนี้ยังอาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อความรับรู้ถึงการรู้คิดที่ถดถอยลงของผู้ป่วยได้ ไม่ว่าจะเป็นสภาวะทางจิตเวช เช่น อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล หรือพฤติกรรมของแต่ละบุคคล ไม่ว่าจะเป็นของผู้ป่วยเอง หรือญาติผู้ใกล้ชิด ดังนั้นการประเมินภาวะ SCD ควรคำนึงถึงสิ่งต่างๆ เหล่านี้ด้วย

ถึงแม้การวินิจฉัยภาวะ SCD นั้น อาศัยการประเมินตนเองของผู้ป่วยเป็นหลัก แต่พบว่าเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถในการประเมินตนเองตรงนี้ไป ส่งผลให้มักปฏิเสธว่าตนเองยังมีการรู้คิดที่ปกติอยู่ ในกรณีนี้ การประเมินโดยญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดน่าจะเชื่อถือได้มากกว่า จากการศึกษาที่ผ่านมา แม้ศึกษาในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะก่อนเกิดอาการสมองเสื่อมพบว่าผลการประเมินการรับรู้ของญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดเกี่ยวกับการรู้คิดของผู้ป่วยที่ถดถอยลงนั้นมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงไปกับผลคะแนนการทดสอบการรู้คิดที่แย่ลงของผู้ป่วย มากกว่าที่ผู้ป่วยประเมินตนเอง (7,9) อีกทั้งการประเมินโดยญาติหรือผู้ใกล้ชิดยังเป็นตัวทำนายการเกิด MCI หรือภาวะสมองเสื่อมได้ดีกว่า (10) อย่างไรก็ตาม หากการประเมินของผู้ป่วยและญาติไปในทางเดียวกันทั้งคู่ จะเป็นตัวทำนายถึงภาวะสมองเสื่อมในอนาคตได้ดีที่สุด (11)

กล่าวโดยสรุป การวินิจฉัยภาวะ SCD อาจช่วยในการพยากรณ์ภาวะ MCI หรือโรคสมองเสื่อมได้ แพทย์ไม่ควรละเลยผู้ป่วยสูงอายุที่ดูปกติที่มาปรึกษาด้วยเรื่องการรู้คิดถดถอย อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันยังไม่มียาหรือแม้แต่การรักษาที่ไม่เกี่ยวกับยาใด ๆ เลยที่รับรองว่าได้ผลในการป้องกันสมองเสื่อมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คงต้องรอการศึกษาเพิ่มเติม การดูแลรักษาในปัจจุบันแนะนำให้เฝ้าระวังการเกิดอาการการรู้คิดที่ถดถอยลงในอนาคต หากอาการเข้าได้กับภาวะสมองเสื่อมเมื่อใด ก็ควรเริ่มการรักษาได้ทันที หากสามารถช่วยผู้ป่วยได้เร็วเท่าไร ผู้ป่วยและญาติก็น่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ อย่างน้อยในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ก่อนที่โรคจะดำเนินเข้าสู่ระยะต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Jessen F, Amariglio RE, van Boxtel M, Breteler M, Ceccaldi M, Chetelat G, et al. A conceptual framework for research on subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2014;10(6):844-52.
2. Archer HA, Newson MA, Coulthard EJ. Subjective Memory Complaints: Symptoms and Outcome in Different Research Settings. *J Alzheimers Dis*. 2015;48 Suppl 1:S109-14.
3. Eckerstrom M, Gothlin M, Rolstad S, Hessen E, Eckerstrom C, Nordlund A, et al. Longitudinal evaluation of criteria for subjective cognitive decline and preclinical Alzheimer's disease in a memory clinic sample. *Alzheimers Dement (Amst)*. 2017;8:96-107.
4. Rabin LA, Smart CM, Crane PK, Amariglio RE, Berman LM, Boada M, et al. Subjective Cognitive Decline in Older Adults: An Overview of Self-Report Measures Used Across 19 International Research Studies. *J Alzheimers Dis*. 2015;48 Suppl 1:S63-86.
5. Crook TH, 3rd, Feher EP, Larrabee GJ. Assessment of memory complaint in age-associated memory impairment: the MAC-Q. *Int Psychogeriatr*. 1992;4(2):165-76.
6. Farias ST, Mungas D, Reed BR, Cahn-Weiner D, Jagust W, Baynes K, et al. The measurement of everyday cognition (ECog): scale development and psychometric properties. *Neuropsychology*. 2008;22(4):531-44.
7. Rattanabannakit C, Risacher SL, Gao S, Lane KA, Brown SA, McDonald BC, et al. The Cognitive Change Index as a Measure of Self and Informant Perception of Cognitive Decline: Relation to Neuropsychological Tests. *J Alzheimers Dis*. 2016;51(4):1145-55.
8. Jessen F, Wiese B, Bachmann C, Eifflaender-Gorfer S, Haller F, Kolsch H, et al. Prediction of dementia by subjective memory impairment: effects of severity and temporal association with cognitive impairment. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(4):414-22.
9. Rami L, Mollica MA, Garcia-Sanchez C, Saldana J, Sanchez B, Sala I, et al. The Subjective Cognitive Decline Questionnaire (SCD-Q): a validation study. *J Alzheimers Dis*. 2014;41(2):453-66.
10. Caselli RJ, Chen K, Locke DE, Lee W, Roontiva A, Bandy D, et al. Subjective cognitive decline: self and informant comparisons. *Alzheimers Dement*. 2014;10(1):93-8.
11. Gifford KA, Liu D, Lu Z, Tripodi Y, Cantwell NG, Palmisano J, et al. The source of cognitive complaints predicts diagnostic conversion differentially among nondemented older adults. *Alzheimers Dement*. 2014;10(3):319-27.

กฎหมายที่ควรรทราบ สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

นายแพทย์พนัส ธัญญะกิจไพศาล



ปัญหากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมฉบับที่ผ่านมาส่วนมากเป็นปัญหาเกี่ยวกับการทำนิติกรรมของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เป็นปัญหาด้านทางแพ่ง ในบทความต่อไปนี้จะกล่าวถึงคดีอาญาที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและผู้ป่วยคดีอาญาในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่เราได้เห็นข่าวส่วนมากจะเป็นปัญหาด้านการจราจรโดยเกิดจากการขับรถของผู้ป่วยและเกิดอุบัติเหตุร้ายแรงเป็นข่าวในต่างประเทศ เช่นการขับรถเข้าไปในฝูงชนที่กำลังเดินเที่ยวงานเทศกาล ท้องถิ่นและมีการปิดถนนซึ่งเป็นถนนที่ผู้ป่วยใช้ขับรถผ่านเป็นประจำทำให้มีผู้บาดเจ็บเป็นจำนวนมาก สำหรับประเทศไทยคดีจราจรส่วนมากเป็นการขับรถและเกิดเหตุที่รถที่วิ่งบนท้องถนนและทำให้ทรัพย์สินเสียหายหรือมีคนบาดเจ็บไม่รุนแรงไม่เป็นข่าว

คดีอาญา ที่กระทำโดยผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่พบบ่อยได้แก่คดีการลวนลามทางเพศ มีการไปจับหรือลูบคลำหน้าอก ของสงวนบุรุษหรือของสตรี ทั้งที่รู้จักหรือไม่รู้จักกันมาก่อนหรือมีการกระทำในลักษณะลามกอนาจารเช่นการขี้อวดวัยะเพศอย่างเปิดเผยหรือกระทำการสำเร็จความใคร่ในที่สาธารณะ การใช้คำพูดที่หยาบคายหรือกล่าวหมิ่นประมาทบุคคลอื่นที่ไม่รู้จัก

คดีที่มีปัญหาต่อบุคคลภายนอกและถูกฟ้องร้องได้แก่คดี บุกรุกเข้าไปอาคารสถานที่ของผู้อื่น คดีทำลายทรัพย์สิน คดีลักทรัพย์โดยมากเป็นการที่ผู้ป่วยเข้าไปหยิบของในร้านค้าและออกไปโดยไม่ชำระเงินเป็นต้น คดีที่ร้ายแรงได้แก่คดีทำร้ายร่างกาย มีการกระทำความผิดต่อบุคคลซึ่งอาจเป็นญาติใกล้ชิดหรือบุคคลอื่นโดยผู้ป่วยเกิดอาการหลงผิดขณะนั้นว่ากำลังจะถูกทำร้ายและกระทำไปเพื่อป้องกันตัวปัญหาที่พบบ่อยแต่ไม่ค่อยเกิดเป็นคดีความส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากการฟ้องคดีของผู้ป่วยต้องดำเนินการโดยผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล ได้แก่การกระทำการกล่าวหาบุคคลอื่นโดยตัวผู้ป่วยว่ากระทำการโกงหรือลักทรัพย์ของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยแจ้งว่าเงินหรือทรัพย์สินของตนหายและสงสัยคนข้างเคียงหรือลูกหลานลักขโมยไป หรือเป็นกรณีไปทำธุรกรรมการเงินที่ธนาคารและแจ้งความกล่าวหาเจ้าหน้าที่ธนาคารโอนเงินในบัญชีหรือไม่ได้รับเงินตามจำนวนที่ไปทำการถอนเงินออกมา

บทความที่กล่าวมาข้างต้นเป็นเพียงตัวอย่างคดีความผิดทางอาญาที่พบหรือได้รับการบอกเล่าจากผู้ดูแลผู้ป่วยบ่อยและอาจมีคดีลักษณะอื่นที่เกิดขึ้นและไม่ได้กล่าวถึง ส่วนมากคดีที่เกิดขึ้นเกิดจากอาการของโรคสมองเสื่อมซึ่งได้แก่ อาการด้านความจำเสื่อม อาการผิดปรกติด้านพฤติกรรม และสุดท้ายคืออาการทางจิตเช่นอาการ หวาดระแวง หรือมีอาการหลงหรืออาการหลอน หรืออาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจากโรคสมองเสื่อม

ปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นส่วนมากไม่ได้ถูกดำเนินการฟ้องร้องเป็นคดีและส่วนมากจะมีการประนีประนอมยอมความกัน เนื่องจากผู้ป่วยที่เป็นโรคสมองเสื่อมถูกจัดเป็นบุคคลวิกลจริตที่ได้รับการคุ้มครองจากกฎหมายในการถูกดำเนินคดีอาญาหรือในการรับโทษทางอาญาเพื่อความเข้าใจปัญหาคดีอาญาที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะขอนำบทความเกี่ยวกับคดีอาญามากกล่าวสั้นๆ ต่อไป

กฎหมายอาญาเป็นกฎหมายมหาชนมีสาระสำคัญต่อไปนี้

1. มีบทบัญญัติที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ของความผิดและโทษของการกระทำ
2. ต้องตีความตามบทบัญญัติโดยเคร่งครัดและต้องคำนึงถึงเจตนารมณ์ของกฎหมาย นอกจากนี้ การตีความอย่างเคร่งครัดดังกล่าว มีความหมายเฉพาะด้านที่เป็นคุณแก่ผู้กระทำเท่านั้น มิใช่ในทางที่จะเป็นโทษแก่ผู้กระทำ
3. การใช้บังคับกฎหมายอาญาย้อนหลังเป็นผลร้ายต่อผู้กระทำผิดมิได้ แต่หากการใช้บังคับกฎหมายอาญาย้อนหลังแล้วเกิดผลดีแก่ผู้กระทำผิดนั้นสามารถใช้บังคับได้ กรณีดังกล่าวคือ
 - 3.1 กรณีกฎหมายใหม่ยกเลิกความผิดตามกฎหมายเก่า
 - 3.2 กรณีกฎหมายใหม่แตกต่างจากกฎหมายเก่า

ความรับผิดชอบทางอาญา

ในการรับผิดชอบทางอาญา ต้องมีครบทั้ง 2 องค์ประกอบ คือ

1. **องค์ประกอบภายนอก** คือ องค์ประกอบของการกระทำความผิดแต่ละฐาน เช่น ความผิดฐานฆ่าคนตาย (มาตรา 288)

จะประกอบด้วย ผู้กระทำ การกระทำและวัตถุแห่งการกระทำ

2. **องค์ประกอบภายใน**

2.1 **เจตนา** พอแบ่งได้ 2 ความหมายคือ

เจตนาประสงค์ต่อผล ในการวินิจฉัยการกระทำความผิดต่อชีวิต และความผิดต่อร่างกายต้องใช้แนวทางหลักกรรมเป็นเครื่องชี้เจตนา เช่น ถ้าผู้กระทำใช้ปืนยิงไปที่ผู้เสียหาย โดยเล็งยิงที่อวัยวะสำคัญ ต้องถือว่าประสงค์ให้ผู้เสียหายตาย แต่ถ้าใช้มีดเล็กๆ แทงที่เดียวในที่มืด มองเห็นไม่ชัด อาจถือว่าประสงค์อันตรายแก่กายหรือจิตใจของผู้เสียหายเท่านั้น

เจตนาเล็งเห็นผล หมายความว่า ผู้กระทำไม่ประสงค์ต่อผลแต่เล็งเห็นผลที่เกิดอย่างแน่นอน เท่าที่จิตสำนึกของบุคคลในขณะเช่นเดียวกับผู้กระทำโดยปกติเล็งเห็นได้ เช่น ถ้าผู้กระทำใช้ระเบิดมือโยนไปที่กลุ่มคนที่มีศัตรูของผู้กระทำอยู่ กรณีนี้ผู้กระทำมิได้เล็งเห็นผลต่อการตายของบุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องด้วยได้ ในการวินิจฉัยนั้น ให้พิจารณาถึงเรื่องประสงค์ต่อผลก่อน ถ้าเห็นว่าผู้กระทำไม่ประสงค์ต่อผล จึงมาพิจารณาว่าผู้กระทำเล็งเห็นผลหรือไม่ เจตนาประสงค์ต่อผลหรือเล็งเห็นผลมีผลทางกฎหมายอย่างเดียวกันกล่าวคือ ผู้กระทำมีผิดฐานฆ่าคนตายโดยเจตนา ตาม ปอ. มาตรา 288 เดียวกัน

2.2 **เจตนาพิเศษ**

เจตนาพิเศษ คือ มูลเหตุจูงใจในการกระทำความผิด เป็นคนละกรณีกับเจตนาธรรมดาในข้อ 2.1 การกระทำความผิดใดที่กฎหมายต้องเจตนาพิเศษ ก็จะมีบัญญัติถ้อยคำที่แสดงว่าเป็นเจตนาพิเศษไว้ในองค์ประกอบของความผิดนั้น โดยตรง เช่น คำว่า โดยทุจริต ถือว่าเป็นเจตนาพิเศษของความผิดฐานลักทรัพย์ (ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 334) คำว่า เพื่อให้ผู้หนึ่งผู้ใดหลงเชื่อว่าเป็นเอกสารที่แท้จริง เป็นเจตนาพิเศษของความผิดฐานปลอมเอกสาร (มาตรา 264) ในการพิจารณาถ้อยคำนั้น ๆ เป็นเจตนาพิเศษหรือไม่ให้สังเกตที่คำว่า เพื่อ.....หรือคำว่า โดยทุจริต เป็นต้น ความผิดที่กฎหมายต้องการเจตนาพิเศษ เช่น ความผิดฐานปลอมเอกสาร (มาตรา 264) เช่นรูปภาพเอกสารราชการ สถาบันการศึกษาประกอบการสมัครงานหากผู้กระทำมีแต่เจตนาธรรมดา ผู้กระทำก็ยังไม่มีความผิด โดยถือว่าขาดองค์ประกอบภายใน แต่ถ้าความผิดมาตรา นั้น ๆ กฎหมายไม่ต้องการเจตนาพิเศษ เช่น ความผิดฐานฆ่าคนตายโดยเจตนาตาม มาตรา 288 เพียงแต่ผู้กระทำมีเจตนาธรรมดา กล่าวคือ ประสงค์ต่อผลหรือเล็งเห็นผล ผู้กระทำก็มีความผิดแล้ว

3. ประมาท

1. เป็นการกระทำความผิดโดยขาดเจตนา
2. กระทำไปโดยขาดความระมัดระวัง ซึ่งในวิสัยบุคคลในภาวะเช่นนั้นพึงต้องมี.
3. ผู้กระทำอาจใช้ความระมัดระวังแล้วแต่ยังไม่เพียงพอ

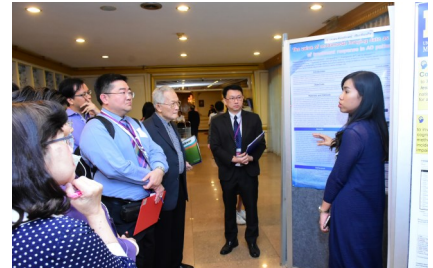
ความผิดอาญาในบางเรื่อง กฎหมายกำหนดให้ผู้ซึ่งมีการกระทำความผิดอันครบองค์ประกอบภายนอกต้องรับผิดชอบที่โดยไม่ต้องคำนึงถึงองค์ประกอบภายในความผิดลหุโทษ

(ความผิดลหุโทษเป็นความผิดเล็กน้อย ๆ ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 102 บัญญัติไว้ว่า ความผิดลหุโทษ คือความผิดซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ)

พิจารณาจากวิธีการพิจารณาความผิดทางอาญาจะพบว่าสำหรับการกระทำความผิดของผู้ป่วยสมองเสื่อมจะขาดองค์ประกอบภายในหรือเจตนาเป็นผลให้ผู้ป่วยไม่ต้องรับโทษด้านความผิดกฎหมายอาญา แต่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยต้องรับผิดชอบความเสียหายทางคดีแพ่งที่เกิดขึ้นจากการกระทำผิดทางคดีอาญานั้น

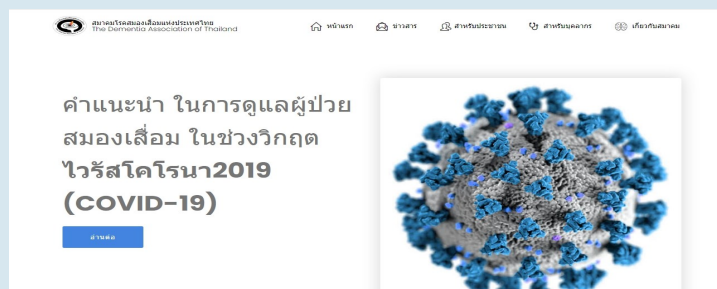
การประชุมวิชาการประจำปี 2563

สมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย ได้จัดการประชุมวิชาการประจำปี 2563 ครั้งที่ 9 “Dementia:Recent Insights and Management Strategic Opportunities” และ workshop “Neuroimaging in dementia” เมื่อวันที่ 13-15 กุมภาพันธ์ 2563 ณ ห้องประชุม Crystal Ballroom โรงแรมวันนา ถนนสุขุมวิท กรุงเทพฯ มีผู้เข้าร่วมการประชุมทั้ง อายุรแพทย์ ประสาทแพทย์ จิตแพทย์ แพทย์ผู้สนใจและบุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ทางสมาคมฯ ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความสนใจและเข้าร่วมการประชุมในครั้งนี้ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะมาร่วมการประชุมของสมาคมฯ ในครั้งต่อไป



ข่าวประชาสัมพันธ์

เรียนสมาชิกสมาคมฯ ท่านสามารถเข้าไปดูข้อมูลคำแนะนำ ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ในช่วงวิกฤต ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) ในเว็บไซต์ของสมาคมฯ <https://www.thaidementia.com/> โดยทางสมาคมฯ ได้เขียนบทความที่น่าสนใจเพื่อเป็นการแนะนำเป็นแนวทางเบื้องต้นไว้เรียบร้อยแล้ว



รายนามคณะบรรณาธิการ

บรรณาธิการ

นพ.สมศักดิ์ ลัพธิกุลธรรม

คณะบรรณาธิการ

อ.นพ.อดิศักดิ์ กิตติสาเรศ

อ.นพ.ยุทธชัย ลิขิตเจริญ

ผศ.นพ.ชัชวาล รัตนบรรณกิจ

พท.ผศ.พญ.พัฒนศรี ศรีสุวรรณ



สมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย The Dementia Association of Thailand

อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 7 เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ ห้วยขวาง บางกะปิ กรุงเทพฯ 10310

Tel : 02-716-5995 FAX : 02-716-6004 E-mail: dementiaad@gmail.com <http://thaidementia.com>