

ความชุกภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยของผู้สูงอายุไทย: การวิเคราะห์งานวิจัย

เอมวดี เกียรติศิริ*, นางพิมล นิมิตรอนันต์**, จิตติมา หมอทรัพย์* พิมพินิภา ศรีนพคุณ*

บทคัดย่อ

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่นำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมอันมีผลกระทบอย่างยิ่งต่อผู้สูงอายุ ญาติผู้ดูแลและระบบบริการสุขภาพ จึงจำเป็นต้องมีการทบทวนสถานการณ์ในผู้สูงอายุไทยอย่างจริงจัง และเร่งค้นหาผู้สูงอายุในชุมชนที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย เพื่อเร่งใช้มาตรการการส่งเสริมสุขภาพสมองให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) อธิบายนิยามเกณฑ์การวินิจฉัยและเครื่องมือประเมิน 2) ทบทวนสถานการณ์เชิงระบาดวิทยาในประเทศไทยจากงานวิจัยที่เลือกสรร 12 ชื่อเรื่อง ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา และ 3) เสนอแนวทางการวิจัยต่อไป ผลการวิเคราะห์งานวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในภาคเหนือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุช่วง 60-69 ปี เพศหญิง การศึกษาระดับประถมศึกษา ขนาดตัวอย่างอยู่ระหว่าง 40-1,375 คน นิยมใช้แบบประเมิน MoCA-Thai เป็นเครื่องมือการสำรวจ และพบอัตราความชุกอยู่ในช่วง 3.40-92.70%

ผู้เขียนเสนอแนะให้มีการศึกษาแบบติดตามระยะยาวในตัวอย่างที่ขนาดใหญ่ขึ้น ครอบคลุมทุกภูมิภาคของประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อยืนยันปัจจัยเสี่ยงของภาวะ MCI ที่มีนัยยะสำคัญ และนำไปสู่มาตรการการส่งเสริมสุขภาพสมองที่มีความสอดคล้องกับบริบทผู้สูงอายุในสังคมไทย

คำสำคัญ : ความชุก, ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย, ผู้สูงอายุในชุมชน

* อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Corresponding author, e-mail: drnongpimol999@gmail.com, Tel. 081-3769001

Received : October 4, 2024; Revised : November 22, 2024; Accepted : November 22, 2024

Prevalence of Mild Cognitive Impairment in Thai Older People: A Research Review

Emwadee Kiatsiri*, Nongpimol Nimit-arnun**, Thitima Morsup*, Pimnipa Srinopkun*

Abstract

Cognitive impairment is a significant public health concern can lead to dementia, which significantly impacting the elderly individuals, their caregivers, and healthcare system. A critical review of the situation among the Thai elderly is urgently needed to identify community-dwelling individuals with MCI and to accelerate the implementation of brain health promotion measures for this target group.

This research review article aimed to 1) explain definition term, diagnosis criteria, and measurement of MCI 2) review the prevalence of MCI among Thai elderly, based on twelve studies published within the past decade and 3) suggest future research.

The results showed that most studies were conducted in the northern region, with mostly participants aged 60-69, females with primary education. Sample sizes across studies ranged widely, from as few as 40 to as many as 1,375 participants. The MoCA-Thai was the most frequently utilized assessment tool, and the reported prevalence rates exhibited considerable variability, spanning from 3.40% to 92.70%.

The authors recommend a large-scale longitudinal study across all regions of Thailand, particularly in those with chronic diseases, to confirm significant risk factors of MCI and develop brain health promotion strategies tailored to the context of older adults in Thai society.

Keywords : Prevalence, Mild cognitive impairment, Community-dwelling older people

* Instructor, College of Nursing, Christian University of Thailand

** Associate Professor, College of Nursing, Christian University of Thailand

Corresponding author, e-mail: drnongpimol999@gmail.com, Tel. 081-3769001

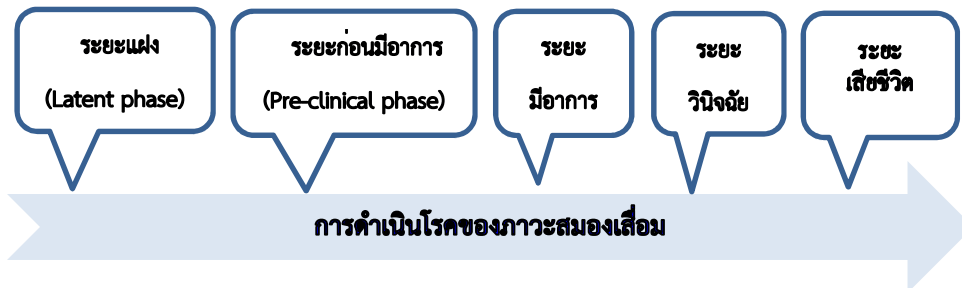
Received : October 4, 2024; **Revised :** November 22, 2024; **Accepted :** November 22, 2024

บทนำ

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย หรือภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment: MCI) เป็นภาวะที่อยู่ระหว่าง การหลงลืมปกติ (Normal forgetfulness) ของผู้สูงอายุกับ ภาวะสมองเสื่อมระยะแรก (Early dementia) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เชื่อว่าจะมีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาไปสู่ ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ภาวะ MCI เป็นอาการที่อาจพบได้ในผู้สูงอายุทุกคน เป็นความผิดปกติของ สมองที่ยังไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติการกิจในชีวิตประจำวัน จากการศึกษาเชิงระบาดวิทยาที่ผ่านมา พบว่าสถานการณ์ความชุกภาวะ MCI และภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามอัตราการเพิ่มของ ประชากรสูงอายุทั้งระดับโลกและในประเทศไทย ทั้งนี้ ภาวะสมองเสื่อม เป็นพยาธิสภาพของสมองที่เสื่อม ถอยลง ส่งผลต่อความสามารถในการคิด ความจำ การใช้ภาษา การตัดสินใจและการใช้ชีวิตประจำวัน ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาภาวะสมองเสื่อมชนิดที่เกิดจากปัญหาความเสื่อมของสมองโดยตรง มีเพียงวิธีการ ป้องกันและการชะลอความเสื่อมของสมองเท่านั้น (องค์การ ประจันต์เขตต์, 2567) ขณะที่ประชาชนมีความ สนใจและตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น อีกทั้งการพัฒนางานความรู้เกี่ยวกับ แนวทางการวินิจฉัยโรค การรักษาและการจัดการดูแลมีความก้าวหน้าอย่างมาก จึงชี้แนะแนวทางเวชปฏิบัติไว้ อย่างชัดเจน มาตรการสำคัญ ได้แก่ การคัดกรองค้นหาผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงผู้มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง และ ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม การเข้าถึงบริการสุขภาพ การส่งต่อและการจัดการดูแลแบบครบวงจร (Dementia comprehensive care) ทั้งในชุมชนและโรงพยาบาล และสถานบริการสุขภาพทุกระดับ (อรดา โรจนอุดมศาสตร์ และคณะ, 2564) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ พยาธิสภาพ การวินิจฉัยและการดำเนินโรค รวมถึงการ จัดการดูแลบำบัดรักษาสำหรับปัญหาภาวะการรู้คิดบกพร่องและภาวะสมองเสื่อม จึงมีความสำคัญอย่างมาก สำหรับพยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพ โดยเฉพาะบริการเชิงรุกในการตรวจประเมินคัดกรอง (Screening) ค้นหาความเสี่ยงและผู้ป่วย (Case finding) เพื่อการวินิจฉัยโรคระยะแรก (Early detection) การสอนให้ ความรู้หรือคำแนะนำแก่ประชาชนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพสมองด้วยตนเอง นำไปสู่การชะลอความเสื่อมของ สมอง รวมถึงการจัดการดูแลและการส่งต่อสำหรับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (Dementia) มาตรการนี้จะมี คุณประโยชน์อย่างยิ่งในการชะลอปัญหาการรู้คิดบกพร่องและภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Shaji et al, 2018)

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมทั้ง 3 ระดับ 1) ระดับปฐมภูมิ ได้แก่ มาตรการป้องกันก่อนเกิดโรค การสร้างเสริมสุขภาพสมองและการรณรงค์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง โดยการ ประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้ไปยังประชาชนผ่านช่องทางสื่อสารสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุและ ญาติผู้ดูแลได้เข้าถึงข้อมูลเพื่อการดูแลตนเอง 2) ระดับทุติยภูมิ ได้แก่ การตรวจคัดกรอง คัดแยกตั้งแต่ยังไม่ แสดงอาการชัดเจน/ รุนแรง โดยเฉพาะการค้นหาผู้มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment: MCI-case finding) และ 3) ระดับตติยภูมิ ได้แก่ การชะลอความรุนแรงของโรคการ บำบัดรักษา การฟื้นฟูสภาพ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการดูแลระยะสุดท้าย โดยเฉพาะในกรณีที่พบ ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่ต้องได้รับการส่งต่อเพื่อพบแพทย์เฉพาะทางในการรักษารวม ทั้งการดูแลระยะยาว (Long term care) ซึ่งต้องมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพและความร่วมมืออย่างมากจากญาติผู้ดูแล (สุทิศา ปิติญาณ, 2562) ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) ถือเป็นระยะสำคัญที่ควรได้รับการประเมินปัญหาใน ขั้นต้นเพื่อนำสู่การเสริมสร้างสุขภาพสมองโดยเร็ว ในการชะลอความเสื่อมถอยของสมองดังกล่าว วีรศักดิ์

เมืองไฟศาล (2559) เสนอว่าการตระหนักถึงความสำคัญของการค้นหาความเสี่ยงและกลุ่มป่วยผู้มีภาวะการรู้คิดบกพร่องและภาวะสมองเสื่อมยังจำกัด ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ได้รับการบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะแรก ดังนั้น การป้องกันโรคจึงควรดำเนินการต่อเนื่องโดยตลอดในช่วง Latent phase และ Pre-clinical phase (แผนภาพที่ 1)

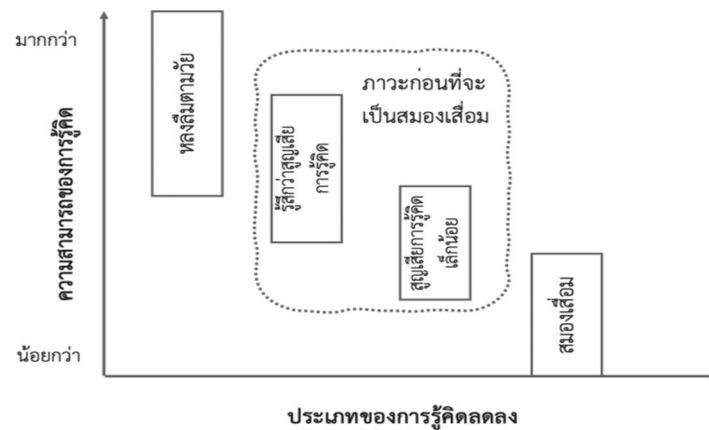


แผนภาพที่ 1 การดำเนินโรคของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment: MCI)

ภาวะ MCI เป็นอาการที่อาจพบได้ในผู้สูงอายุทุกคน เป็นความผิดปกติของสมองที่ไม่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการปฏิบัติงานในชีวิตประจำวัน เป็นภาวะที่อยู่ระหว่างการหลงลืมปกติ (Normal forgetfulness) ของผู้สูงอายุกับภาวะสมองเสื่อมระยะแรก (Early dementia) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เชื่อว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาไปสู่ภาวะสมองเสื่อม (Petersen & Negash, 2008) ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (Dementia) มากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป พบว่าผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 15-20 ที่มีภาวะ MCI ไม่ว่าจะจากสาเหตุใด โดยเฉพาะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยที่มีปัญหาความจำ มีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์ หรือภาวะสมองเสื่อมอื่น ๆ มากกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาเหล่านี้ (Alzheimer's Association, 2019) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2020) จัดให้ภาวะ MCI อยู่ในภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น (Mild dementia) โดยเสนอว่าในทางปฏิบัติ ผู้ดูแลที่อยู่ใกล้ชิดจะสามารถประเมินระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมได้จากการสังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ การสูญเสียความจำที่ละน้อย มีความจำระยะสั้น (Immediate memory) เริ่มสูญเสียความจำที่เป็นปัจจุบัน ลืมเรื่องราวเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น ไม่สามารถจำชื่อสถานที่ที่คุ้นเคยได้ ไม่ค่อยมีสมาธิ เริ่มมีความบกพร่องในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และการใช้ชีวิตในสังคม แต่ยังสามารถใช้ชีวิตตามลำพังได้และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ อย่างไรก็ตาม ภาวะ MCI ไม่จำเป็นต้องพัฒนาไปเป็นภาวะสมองเสื่อมหรือโรคอัลไซเมอร์เสมอไป ขึ้นกับด้านที่มีความบกพร่อง ผู้สูงอายุบางรายอาจกลับมาเป็นปกติ มีอาการคงที่หรือชะลอการเกิดโรคได้ หากได้รับการคัดกรองและส่งเสริมกิจกรรมที่เหมาะสมในระยะเริ่มต้น ดังนั้นการคัดกรองภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยให้ได้ในช่วงเริ่มต้น จึงมีความสำคัญมาก (ปณิทัต บณขุนทด และกัลยา มั่นล้วน, 2565) สำหรับกลไกพยาธิสภาพนั้น ภาวะ MCI มีจุดเปลี่ยนผ่านที่เรียกว่า “การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย” เป็นระยะที่อยู่ระหว่างการเสื่อมถอยของการรู้คิดตามปกติหรือวัยสูงอายุปกติ กับการเสื่อมถอยอย่างรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม (อรรวรรณ คูหา, 2563) Feldman & Jacova (2005) (อ้างใน ปณิศา ลิ้มปะวัฒน์ และ มัญจมาศ มัญจาวงษ์, 2563) อธิบายว่าภาวะ MCI เป็นภาวะที่อยู่ระหว่างภาวะหลงลืมตามวัยและภาวะสมองเสื่อม โดย

เป็นส่วนหนึ่งของภาวะก่อนที่จะดำเนินโรคเป็นภาวะสมองเสื่อม (Prodromal dementia) ซึ่งภาวะดังกล่าวประกอบด้วย ภาวะที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนสูญเสียการรู้คิด (Subjective Cognitive Decline: SCD) และภาวะสูญเสียการรู้คิดเล็กน้อย (MCI) (แผนภาพที่ 2)



แผนภาพที่ 2 กลไกของภาวะการรู้คิดบกพร่อง

การวินิจฉัยภาวะ MCI

ภาวะ MCI วินิจฉัยได้จาก ความสามารถของสมองที่ถดถอยลง อย่างน้อย 1 จาก 6 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1) สมาธิจดจ่อลดลง ส่งผลให้เผลอลืมกิจกรรมที่ต้องการจะทำ หรือกำลังทำอยู่ ด้านที่ 2) ความไวในการใช้ความคิดลดลง การตัดสินใจช้าลง รวมถึงการคิดแก้ปัญหาที่ซับซ้อนต่าง ๆ ทำได้ยากขึ้น ด้านที่ 3) ความจำเลวลง โดยเฉพาะความจำระยะสั้น ด้านที่ 4) ปัญหาเรื่อง การใช้ภาษา เช่น เลือกใช้คำไม่ถูก พูดไม่รู้เรื่อง หรือฟังไม่เข้าใจ ด้านที่ 5) สูญเสียการจดจำทิศทาง ทำให้หลงทาง หรือสูญเสียทักษะในการทำงาน และด้านที่ 6) ความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ เช่น แสดงอาการที่ไม่เหมาะสมออกมาในสังคม มีความรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้อื่นน้อยลง ไม่สนใจที่จะเข้าสังคมกับเพื่อนฝูง หรือมีความวิตกกังวล ซึมเศร้า และมีอารมณ์ฉุนเฉียวง่าย ช่วงระยะดังกล่าว เป็นการเปลี่ยนผ่าน (Transitional stage) ระหว่างการเปลี่ยนแปลงของภาวะหลงลืมตามวัย (Normal forgetfulness) กับภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่มีภาวะ MCI จะมีปัญหาด้านความจำ แต่ไม่ถึงกับสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองด้านการรู้คิดเหมือนในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (Anderson, 2019) อาการแสดงที่เกิดขึ้นในระยะนี้จะค่อยเป็นค่อยไป โดยยังไม่มีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและจัดการดูแลที่ถูกต้อง จะทำให้ผู้สูงอายุทวีปัญหาด้าน ความจำยิ่งขึ้น จนส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันในที่สุด (ปณิตา ลิ้มปะวัฒนะ และ มัญชุมาส มัญจาวงษ์, 2563; ปณณทัต บณขุนทด และ กัลยา มั่นล้วน, 2565) ในทางเวชปฏิบัติ นิยมแบ่งระยะภาวะสมองเสื่อม เป็น 3 ระยะตามระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2559; พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, 2561) ได้แก่ ระยะเบื่องต้น (Mild dementia) ระยะรุนแรงปานกลาง (Moderate dementia) ระยะรุนแรง มาก (Severe dementia) เริ่มจากผู้ป่วยมีความสามารถทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Instrumental ADLs) ได้น้อยลงแต่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Basic ADLs) ได้ ต่อมาเมื่อพยาธิสภาพลุกลามขึ้น ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานจะลดลงตามลำดับ จนไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้เลย นอกจากนั้น

ในทางคลินิกอาจแบ่งตามคะแนนการประเมินสมรรถนะการรู้คิดด้วยเครื่องมือ Mini-Mental State Examination (MMSE) โดยช่วงคะแนน 10-20 ระยะเบื้องต้น-รุนแรงปานกลาง ช่วงคะแนน 6-9 ระยะรุนแรงปานกลาง-รุนแรงมาก และช่วงคะแนนน้อยกว่า 6 ระยะรุนแรงมาก

สถาบัน National Institute on Aging-Alzheimer's Association (NIA/AA) Workgroup (Assaf & Tanielian, 2018) แบ่งเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ MCI ตามอาการทางคลินิก (Core clinical criteria: CCC) และเกณฑ์การวินิจฉัยจากงานวิจัยทางคลินิก (Core clinical research: CCR) สำหรับเกณฑ์ CCC เป็นเกณฑ์ที่เหมาะสมสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในเวชปฏิบัติทั่วไปที่ไม่สามารถใช้ภาพถ่ายทางรังสีของสมอง หรือการตรวจวิเคราะห์น้ำไขสันหลังที่จำเพาะต่อภาวะสูญเสียการรู้คิดเล็กน้อย ได้แก่ ดัชนีวัดทางชีวภาพ (Biomarkers) การวินิจฉัยอาศัยการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิด โดยใช้ข้อมูลจากผู้ป่วย ผู้ดูแล แพทย์ ร่วมกับมีข้อมูลหลักฐานว่ามีพหุพิสัย (Cognitive domain) บกพร่องจากเดิมตั้งแต่ 1 อย่างขึ้นไป ความผิดปกติที่เกิดขึ้นยังไม่มีผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโดยรวม (Activities of daily living) และไม่เข้ากับภาวะสมองเสื่อม ส่วนเกณฑ์การวินิจฉัยตาม Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association (DMS-5) ครั้งที่ 5 (American Psychiatric Association, 2016) จะครอบคลุมภาวะสูญเสียการรู้คิดจากทุกสาเหตุ ขณะที่ NIA/ AA จะเน้นการสูญเสียความจำจากโรคอัลไซเมอร์เป็นหลัก สำหรับ DMS-5 ได้จัด MCI เป็นกลุ่ม Mild neurocognitive disorder (Mild NCD) ส่วนภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็น Major NCD ข้อแตกต่างคือ ความผิดปกติของการสูญเสียการรู้คิดในภาวะสมองเสื่อมจะชัดเจนและมีผลต่อชีวิตประจำวัน ส่วน MCI จะพบความผิดปกติเพียงเล็กน้อยและสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เกือบเป็นปกติ (ภรณวิทย์ อนันต์ดิลกฤทธิ์, 2566) สำหรับเครื่องมือการตรวจคัดกรองหรือทดสอบสมองนั้น ปัจจุบันในประเทศไทยยังไม่มีแนวเวชปฏิบัติภาวะสูญเสียความสามารถของสมองเล็กน้อย แต่มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณสมบัติของแบบทดสอบในการวินิจฉัยผู้ป่วย MCI ได้แก่ แบบทดสอบสมอง MoCA-Thai version, Thai version of the Addrenbrooke's Cognitive Examination III (ACE-T) และ Digit backward test ส่วนเครื่องมือในต่างประเทศนิยมใช้ MoCA ซึ่งจากการศึกษาแบบทบทวนอย่างเป็นระบบของ Jongsiriyanyong & Limpawattana (2018) พบว่า MoCA มีความไวและความจำเพาะที่จุดตัด 24/25 เท่ากับ 80.48% และ 81.19% ตามลำดับ ส่วนที่จุดตัด 25/26 มีความไวเท่ากับ 80-100% และความจำเพาะเท่ากับ 50-76% ทั้งนี้ ปัจจัยระดับการศึกษาและเชื้อชาติมีผลต่อการประเมินด้วยเครื่องมือ MoCA

การศึกษาเชิงสำรวจภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในประเทศไทย

นักวิชาการทั่วโลกโดยเฉพาะในประเทศจีนให้ความสนใจศึกษาเชิงระบาดวิทยาเกี่ยวกับความชุกของภาวะ MCI จำนวนมาก อาจเนื่องจากเป็นประเทศที่มีจำนวนประชากรกว่า 1,000 ล้านคน ขณะที่ประเทศไทยยังมีการศึกษาเรื่องนี้ไม่มากนัก ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุที่เริ่มมีปัญหาคความจำ มีการรู้คิดบกพร่องหรือเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมแล้ว จึงทำให้เกิดอุปสรรคต่อการจัดการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ในการส่งเสริมสุขภาพสมองเพื่อชะลอการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อม Bai et al. (2023) ศึกษาความชุกของภาวะ MCI ในกลุ่มคนอายุ 50 ปีขึ้นไป ด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยที่คัดสรรความน่าเชื่อถือจำนวน 66 เรื่อง จากกลุ่มตัวอย่าง 242,804 คน พบว่า ความชุกโดยรวม (Overall prevalence of MCI)

เท่ากับ 15.56% (95%, CI 13.24–18.03) อัตราความชุกของ MCI ชนิดมีปัญหาความจำและการเรียนรู้สิ่งใหม่ (Amnesic MCI) และ MCI ชนิดมีปัญหาความผิดปกติของ Cognitive domain อื่นนอกเหนือจากความจำและการเรียนรู้สิ่งใหม่ (Non-amnesic MCI) เท่ากับ 10.03% (95% CI 7.98–12.27) และ 8.72% (95%, CI 6.78–10.89) ตามลำดับ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความชุก ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และพื้นที่ศึกษา ผู้วิจัยเสนอแนะมาตรการประเมินคัดกรองและปฏิบัติการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

ผู้เขียนได้สืบค้นและเลือกสรรงานวิจัยเชิงสำรวจภาวะ MCI ในประเทศไทยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2560-2567) เพื่อนำเสนอภาพสถานการณ์ที่ใกล้เคียงปัจจุบัน และเพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลการทำวิจัย และแผนปฏิบัติการบริการสุขภาพต่อไป พบงานวิจัยเชิงระบาดวิทยาแบบการสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional studies) และเชิงพรรณนา (Descriptive studies) จำนวน 12 ชื่อเรื่อง สรุปสาระสำคัญได้ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปสาระสำคัญของงานวิจัยเชิงสำรวจภาวะ MCI ในประเทศไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2560-2567

ผู้วิจัย (ปี)/ภูมิภาค	จำนวน ตัวอย่าง (คน)	พื้นที่ศึกษา (จังหวัด)	เครื่องมือ	ความชุก MCI
ภาคเหนือ (5)				
วิฑูรย์ จอมคำ และคณะ (2567)	220	พะเยา	MoCA-Thai version	พบความชุก MCI 175 คน (79.50%) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 118 คน (53.64%) อายุเฉลี่ย 73.89 ปี (SD=8.88) ได้เรียนหนังสือ 162 คน (73.64%) สถานภาพสมรสคู่ 102 คน (46.36%)
ระพีพัฒน์ โฆษิตานนท์ (2565)	380	เพชรบูรณ์	MoCA-Thai version *ใช้เกณฑ์วินิจฉัย mNCD (DSM-V)	พบความชุก MCI 204 คน (53.68%) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 158 คน (77.45%) อายุเฉลี่ย 67.23 ปี (SD ± 6.97) สถานภาพสมรส คู่ 125 คน (61.27%) การศึกษา-ต่ำกว่าประถมศึกษา 83 คน (40.69%) ความชุกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยพบความชุก 50.28%, 53.28%, 57.69% และ 72.0% ในกลุ่มอายุ 60-65 ปี, 66-70 ปี, 71-75 ปี และ > 75 ปี ตามลำดับ
กนกวรรณ ศรีสุภกรกุล และ คณะ (2565)	254	พิษณุโลก	MoCA-Thai version	พบความชุก MCI 215 คน (84.60%) อายุเฉลี่ย 69.56 ปี ส่วนใหญ่ช่วงอายุ 60-69 ปี 113 คน (79.58%) เพศหญิง 150 คน (86.71%) การศึกษา-ประถมศึกษา 185 คน (87.26%)
ทัศนีย์ กาศทิพย์ และคณะ (2562)	40	เชียงใหม่	RUDAS-Thai version	พบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (คะแนนเต็ม 28)=22 คะแนน (SD ± 5.16) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด: การวาดภาพที่เห็นเชื่อมโยงกันเป็นมิติ ความจำและการระลึกได้ การทำตามคำสั่ง พบผู้มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม 19 คน (47.50%) ส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 80-97 ปี อายุเฉลี่ย 85.13 ปี (SD = 4.04) เพศหญิง 28 คน (70.00%) สถานภาพสมรส-หม้าย 26 คน (65.00%) การศึกษา-ประถมศึกษาขึ้นไป 30 คน (75.00%)
ปิยะกร ไพรสนธิ์ และ คณะ (2560)	1,375	เชียงราย	MoCA-Thai version	พบความชุก MCI (MoCA< 25) 1,108 คน (80.60%) คะแนน MoCA เฉลี่ย = 18.64 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 660 คน (59.60%) อายุเฉลี่ย 69.33 ปี (SD=7.22) สถานภาพสมรส-คู่ 722 คน (65.20%) การศึกษา-ประถมศึกษา 820 คน (74.00%)

ตารางที่ 1 สรุปสาระสำคัญของงานวิจัยเชิงสำรวจภาวะ MCI ในประเทศไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2560-2567 (ต่อ)

ผู้วิจัย (ปี)/ภูมิภาค	จำนวน ตัวอย่าง (คน)	พื้นที่ศึกษา (จังหวัด)	เครื่องมือ	ความชุก MCI
ภาคตะวันออก (1)				
ดาราวรรณ ร่องเมือง และคณะ (2564)	314	จันทบุรี	MSET10 MoCA-Thai version	ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (73.68%) อายุ 70 ปี ขึ้นไป (73.96%) เมื่อประเมินด้วย MoCA-Thai พบ 267 คน (85.03%) ส่วนใหญ่มีคะแนนต่ำด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์/การบริหารจัดการ การทวนซ้ำและความตั้งใจ เมื่อประเมินด้วย MSET10 พบ 19 คน (ร้อยละ 6.05) ส่วนใหญ่มีคะแนนต่ำด้านความตั้งใจ/การคำนวณ และการระลึกได้
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (3)				
ไอรดา สายปัญญา (2565)	534	หนองบัว ลำภู	MMSE-Thai(2002) MoCA-Thai version	พบความชุก MCI 18 คน (3.40%) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 17 คน (5.30%) ช่วงอายุ 70-79 ปี 9 คน (5.59%) สถานภาพสมรส-โสด 9 คน (2.80%) การศึกษา-ประถมศึกษา 17 คน (3.62%) และพบความชุกของภาวะสมองเสื่อม (Dementia) 4 คน (0.70%)
จุฑารัตน์ เสาวพันธ์ และคณะ (2562)	110	อุดรธานี	TMSE MoCA-Thai version	พบความชุก MCI (MoCA < 25) 102 คน (92.70%) จำแนกรายตามคะแนนความพร่อง (จากมากที่สุด-น้อย): มิติสัมพันธ์/การบริหารจัดการ 94.55% การใช้ภาษา 91.81% สมาธิความตั้งใจ 81.82% การทวนซ้ำ 79.09% ความคิดเชิงนามธรรม (Abstraction) 55.45%
ปัทมทัต ดันธนปัญญากร และ คณะ (2562)	255	ขอนแก่น	TMSE	พบความชุก CI 109 คน (42.70%) ส่วนใหญ่มีคะแนนสมรรถภาพสมอง (TMSE) ระหว่าง 0-30 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 21.20 (S.D.=5.48)

ตารางที่ 1 สรุปสาระสำคัญของงานวิจัยเชิงสำรวจภาวะ MCI ในประเทศไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2560-2567 (ต่อ)

ผู้วิจัย (ปี)/ภูมิภาค	จำนวน ตัวอย่าง (คน)	พื้นที่ศึกษา (จังหวัด)	เครื่องมือ	ความชุก MCI
ภาคกลาง (3)				
สโรชา เชิดชูธรรม และคณะ (2567)	262	พระนครศรีอยุธยา	MoCA-Thai version	พบความชุก MCI 173 คน (66.03%) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 105 คน (60.69%) ช่วงอายุ 60-69 ปี 121 คน (69.94%) อายุเฉลี่ย 67.39 (+/-5.37) สถานภาพสมรส-คู่ 113 คน (65.32%) อาศัยอยู่ กับผู้อื่น/ญาติ 133 คน (76.88%) การศึกษา-ประถมศึกษา 126 คน (72.83%) ไม่ได้ประกอบอาชีพ 116 คน (67.05%) ยังคงทำงานอดิเรก 114 คน (65.90%)
จันทน์ ห่องสวัสดิ์ และคณะ (2565)	70	กทม.	MoCA-Thai version	กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.9 อายุเฉลี่ย 71.73 ปี (SD =6.79) พบความชุก MCI 33 คน (47.10%)
ชวนนท์ อิ่มอาบ (2562)	250	ราชบุรี	MMSE	พบความชุก CI จำนวน 13 คน (5.20%) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 8 คน อายุ 80 ปีขึ้นไป 10 คน (22.70%) สถานภาพสมรส-โสด/หม้าย/หย่า/แยก 9 คน (7.50%) การศึกษา-ไม่เกินประถมศึกษา 12 คน (5.70%) อาชีพเกษตรกร 8 คน (7.20%) รายได้ไม่เพียงพอ 9 คน (8.30%)

ผลการวิเคราะห์งานวิจัย

จากงานวิจัยเหล่านี้ พบว่าเป็นการศึกษาในภาคเหนือ 5 ชื่อเรื่อง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3 ชื่อเรื่อง ภาคกลาง 3 ชื่อเรื่อง ภาคตะวันออก 1 ชื่อเรื่องตามลำดับ และไม่พบการศึกษาในภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ มีอายุช่วง 60-69 ปี เพศหญิง การศึกษาระดับประถมศึกษา ขนาดตัวอย่างอยู่ระหว่าง 40-1,375 คน พบอัตราความชุกอยู่ในช่วง 3.40-92.70% แสดงถึงการกระจายของความชุกและความแตกต่างหลากหลายของบริบทศึกษา รวมทั้งเครื่องมือที่ใช้ประเมิน แม้ว่าส่วนใหญ่จะใช้แบบประเมิน MoCA-Thai ก็ตาม สอดคล้องกับผลการสำรวจภาวะ MCI ของ Cheng, Chen, & Chiu (2017) ที่พบว่าความชุกของ MCI โดยรวมในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 6.7-25.2% และเพิ่มขึ้นโดยลำดับตามอายุที่เพิ่มขึ้น และ Jongsiriyanyong & Limpawattana (2018) ที่พบว่า ค่าคะแนนจากแบบประเมินมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับระดับการศึกษาและเชื้อชาติของผู้รับการประเมิน ดังนั้น จึงสะท้อนถึงความจำเป็นของการศึกษาลักษณะนี้ที่ครอบคลุมประชากรสูงอายุและพื้นที่ทุกภูมิภาคของประเทศ อีกทั้งควรพิจารณาถึงเครื่องมือที่จะใช้ในการคัดกรอง เครื่องมือที่ใช้วินิจฉัยภาวะ MCI และภาวะ Dementia ที่ชัดเจน เพื่อสามารถประมวลผลเป็นฐานข้อมูลในภาพรวมของประเทศได้

เครื่องมือที่ใช้คัดกรองหรือคัดเข้าสู่การศึกษา (Inclusion criteria) ส่วนใหญ่ใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination: MMSE-Thai 200) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (Mental state examination: MSET10) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) และแบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 ข้อคำถาม ส่วนเครื่องมือที่ใช้คัดแยกหรือวินิจฉัยภาวะ MCI ส่วนใหญ่ใช้แบบประเมินภาวะความจำบกพร่องระยะแรก/แบบทดสอบภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเล็กน้อย/ แบบประเมินภาวะพุทธิปัญญา (Montreal Cognitive Assessment: MoCA) ฉบับภาษาไทย สำหรับผู้สูงอายุที่เรียนมากกว่า 4 ปี และชุด MoCA-B สำหรับผู้เรียนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 ปี หรืออ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ หากผู้ตอบแบบสอบถามมีการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี จะเพิ่มคะแนนรวมให้หนึ่งคะแนน หากมีคะแนนรวม น้อยกว่า 25 ถือว่ามีความผิดปกติของสมอง/เครื่องมือประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ 1) Executive function 5 คะแนน 2) Naming 3 คะแนน 3) Attention 6 คะแนน 4) Language 3 คะแนน 5) Abstraction 2 คะแนน 6) Delayed recall 5 คะแนน และ 7) Orientation 6 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 30 คะแนน นอกจากนี้ มีการศึกษา 1 ชื่อเรื่องที่ใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS)-Thai version (ทัศนีย์ กาศทิพย์ และคณะ, 2562)

พบการศึกษา 3 ชื่อเรื่องที่จำแนกสมรรถภาพการรู้คิดเป็นรายด้าน โดยเรียงลำดับด้านที่เป็นปัญหา ได้แก่ ทัศนีย์ กาศทิพย์ และคณะ (2562) พบคะแนนเฉลี่ย (Mean %) การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่ำสุด ได้แก่ การวาดภาพที่เห็นเชื่อมโยงกันเป็นมิติ (22.66%) ความจำและการระลึกได้ (58.50%) การทำตามคำสั่ง (78.75%) ตามลำดับ จุฑารัตน์ เสาวพันธ์ และคณะ (2562) จำแนกรายด้านตามคะแนนความพร่องของการรู้คิด (จากมากที่สุด-น้อย): มิติสัมพันธ์/ การบริหารจัดการ (94.55%) การใช้ภาษา (91.81%) สมาธิความตั้งใจ (81.82%) การทวนซ้ำ (79.09%) ความคิดเชิงนามธรรม (Abstraction) (55.45%) ตามลำดับ และดาราวรรณ รองเมือง และคณะ (2564) จากการประเมินด้วย MoCA-Thai พบความชุกผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อยถึงปานกลาง 267 คน (85.03%) มีค่ามัธยฐาน (Median Q₂) เรียงจากน้อยไปหามาก

ได้แก่ ด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์/ การบริหารจัดการ การทวนซ้ำ ภาษาและการคิดเชิงนามธรรม ตามลำดับ และจากการประเมินด้วย MSET10 พบความชุก 19 คน (ร้อยละ 6.05) พบว่าด้านที่มีคามัธยฐานต่ำสุด ได้แก่ ด้านความตั้งใจ/ การคำนวณ และการระลึกได้ ดังนั้น ในการศึกษาเชิงสำรวจครั้งต่อ ๆ ไป ผู้วิจัยควรวิเคราะห์จำแนกรูปร่างด้านเพื่อร่วมแสดงความชัดเจนของความบกพร่องการรู้คิดที่เป็นปัญหามากที่สุดในผู้สูงอายุไทย อันจะเป็นประโยชน์ต่อนักวิจัยและผู้ปฏิบัติการในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการรู้คิดที่เน้นความสำคัญเฉพาะด้านนั้น นอกจากนั้น ผู้ประเมินพึงพิจารณาระดับการศึกษาและคุณลักษณะอื่น ๆ ของผู้สูงอายุก่อนเลือกใช้เครื่องมือชุดที่เหมาะสม อีกทั้งควรผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือเหล่านี้และฝึกปฏิบัติจนเกิดทักษะ เพื่อสามารถคัดกรอง-คัดแยกได้อย่างแม่นยำ หากมีการฝึกอบรมเพิ่มขึ้นจะมีผลให้ผู้ปฏิบัติการที่มีทักษะเหล่านี้สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ครอบคลุมพื้นที่มากขึ้นเช่นกัน

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาความชุกของภาวะ MCI ในผู้สูงอายุไทยเหล่านี้ พบว่า การศึกษายังมีความแตกต่างหลากหลายกันตามบริบทหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ อาทิ ประชากรศึกษาและขนาดตัวอย่าง เครื่องมือคัดกรองหรือแบบประเมินที่ใช้ในการสำรวจ (แม้ว่าผู้วิจัยส่วนใหญ่จะนิยมใช้แบบประเมิน MoCA-Thai ก็ตาม) และผลการวิเคราะห์อัตราความชุกอยู่ในช่วงกว้าง (ต่ำสุด 3.40% สูงสุด 92.70%) อนึ่ง เนื่องจากสภาวะคุกคามหรือปัจจัยเสี่ยงของภาวะ MCI ที่มีความรุนแรงยิ่งขึ้นและเปลี่ยนแปลงเป็นพลวัต กอปรกับจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นต้องมีการศึกษาทบทวนความรู้เชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ทันสมัยอย่างเร่งด่วน เพื่อสรุปสถานการณ์ปัญหาและคาดการณ์แนวโน้มของปัญหาภาวะ MCI ของผู้สูงอายุในประเทศไทย แล้วนำไปใช้เป็นฐานข้อมูลสำหรับพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทีมสุขภาพในการวางแผนงานเพื่อการสร้างเสริมสมรรถนะการรู้คิดที่ให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcomes) ที่ดีและเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย นอกจากนั้น ทีมสุขภาพควรได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับหลักการและวิธีการประเมินใช้เครื่องมือ การแปลผลที่แม่นยำ รวมทั้งการจัดการดูแลส่งต่อ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลแบบเบ็ดเสร็จครบถ้วน (Comprehensive care)

ผู้เขียนมีข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป ดังนี้

1. ควรมีการประมวลงานวิจัยเหล่านี้เพื่อสังเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) ที่มีนัยยะสำคัญและ/ มีอำนาจทำนาย (Predictive factors) ต่อภาวะ MCI ในผู้สูงอายุไทย อันจะนำไปสู่การวิจัยเชิงทดลองหรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดการลดปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้นต่อไป
2. ควรศึกษาความชุกภาวะ MCI ให้ครอบคลุมพื้นที่มากขึ้นทั้งผู้สูงอายุที่บ้าน และผู้ป่วยที่มารับบริการโดยเฉพาะภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค (Multi-morbidity) รวมถึงการศึกษาผลกระทบต่อการพึ่งตนเอง ความสุขในชีวิตและคุณภาพชีวิต
3. ควรทำวิจัยแบบติดตามไปข้างหน้าในระยะยาว (Prospective longitudinal studies) เพื่อศึกษาอุบัติการณ์โรคสมองเสื่อม (Dementia) โดยใช้ตัวอย่างขนาดใหญ่และครอบคลุมทุกภูมิภาคของประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ ศรีสุภกรกุล, โอปอร์ วีรพันธุ์, กัญญ์วรา ท่าว่อง, เบญจพร สุภาอินทร์, อริยา พลเรียงโพน, อรุมา บุญยารมย์, และ สมภียา สมถวิล. (2565). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31(1), 14-26.
- จันทน์ ห้องสวัสดิ์, พนิดา สุวิธานากุล, เกษรา มานนท์, และ ประณต คำฉิม. (2565). ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องระดับเล็กน้อยของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งเขตพระนคร. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 15(1), 97-104.
- จุฑารัตน์ เสาวพันธ์, พรณวรดา สุวัน, เสาวลักษณ์ ทาแจ้, ปิยวรรณ พลขารี, และ จิรวดี ไหวหารเดช. (2562). ความชุกของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง จังหวัดอุดรธานี. ใน *การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 4 “การวิจัยเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน”* (น. 440-445). มหาวิทยาลัยราชธานี. Google. https://mis.ratchathani.ac.th/file_re/gZ6VHBHWed42851.pdf
- ชวนนท์ อิมอาบ. (2562). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางปัญญาในผู้สูงอายุ อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(5), 782-791.
- ดาราวรรณ ร่องเมือง, ชวนชม พิษพันธ์ไพศาล, ผกามาศ พิมพ์ธรา, และ ยศพล เหลืองโสมนภา. (2564). ความชุกของภาวะสมองเสื่อม และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 16(1), 1-12.
- ทัศนีย์ กาศทิพย์, สุปรีดา มั่นคง, และ พรทิพย์ มาลาธรรม. (2562). ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 34(1), 104-121.
- ปณิดา ลิ้มปะวัฒน์ และ มัญจมาศ มัญจาวงษ์. (2563). ภาวะสูญเสียการรู้คิดเล็กน้อย. *วารสารอายุรศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 6(1), 25-34.
- ปัทมทัต ตันธนปัญญากร, เจียรไน ปฐมโรจน์สกุล, นิโรบล มาอุ่น, กุสุมา จ้อยจันทร์, และชุตินา มลัษมี. (2562). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องของผู้สูงอายุในอำเภอนบพ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิชา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช*, 38(2), 67-79.
- ปัทมทัต บนขุนทด และ กัลยา มั่นล้วน. (2565). ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย: ก่อนป่วยด้วยสมองเสื่อม. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท*, 4(1), 1-15.
- ปิยะกร ไพรสนธ์ และ พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 32(1), 64-74.
- พัฒนศรี ศรีสุวรรณ. (2561). แผนการดูแลแบบองค์รวมสำหรับภาวะสมองเสื่อม. *วารสารอายุรศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 4(3), 27-34.
- ภรณ์วิทย์ อนันต์ดิลลภฤทธิ. (2566). ภาวะปรีชาญาณบกพร่องเล็กน้อย. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 17(1), 381-393.

- ระพีพัฒน์ โฆษิตานนท์. (2565). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้นในผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 5(3), 206-218.
- วิฑูรย์ จอมคำ, วิไลพร กาเชียงราย, กนกนาถ พรหมวิชัย, เกหลั่น ประเสริฐธิดิพงษ์, สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม, และ วินัฐ ดวงแสนจันทร์. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความจำบกพร่องระยะแรกในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 18(3), 934-945.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล (บก.). (2559). *การป้องกัน การประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม* (พิมพ์ครั้งที่ 4). ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์.
- สุทิดา ปิติญาณ. (2562). *คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์*. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สโรชา เชิดชูธรรม, ธาตรี โปสิทธิพิเชษฐ์, กนกพร ก่อวัฒนมงคล, และ ธนภมณ ลีศรี. (2567). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยของผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 18(3), 801-814.
- องค์การประจักษ์เขตต์. (2567). *การจัดการพฤติกรรมต่อต้านการดูแลในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม: แนวปฏิบัติตามหลักฐานวิจัย*. บริษัทกรีนพิมพ์ 2017 จำกัด.
- อรรณพ คุหา (บก.). (2563). *คู่มือการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยสำหรับบุคลากรสุขภาพ*. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- อารดา โรจนอุดมศาสตร์, เจษฎา เขียวขจี, และ ทศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์ (บก.). (2564). *แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม*. บริษัทธนา เพรส จำกัด.
- ไอรดา สายปัญญา. (2565). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมและภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ ตำบลนามะเฟือง อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 30(3), 376-386.
- Alzheimer's Association. (2019). 2019 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 15(3), 321-387.
- American Psychiatric Association. (2016). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Anderson, N. D. (2019). State of the science on mild cognitive impairment (MCI). *CNS Spectrums*, 24, 78-87.
- Assaf, G., & Tanielian, M. (2018). Mild cognitive impairment in primary care: A clinical review. *Postgraduate Medical Journal*, 94, 647-652.
- Bai, W., Chen, P., Cai, H., Zhang, Q., Su, Z., Cheung, T., Jackson, T., Sha, S., & Xiang, Y.-T. (2023). Worldwide prevalence of mild cognitive impairment among community-dwellers aged 50 years and older: A meta-analysis and systematic review of epidemiology studies. *Age and Ageing*, 51, 1-14.

- Cheng, Y. W., Chen, T. F., & Chiu, M. J. (2017). From mild cognitive impairment to subjective cognitive decline: Conceptual and methodological evolution. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 13, 491-498.
- Feldman, H. H., & Jacova, C. (2005). Mild cognitive impairment. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 645-655.
- Jongsiriyanyong, S., & Limpawattana, P. (2018). Mild cognitive impairment in clinical practice: A review article. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 33(8), 500-507.
- Petersen, R. C., & Negash, S. (2008). Mild cognitive impairment: An overview. *CNS Spectrums*, 13(1), 45–53. <https://doi.org/10.1017/s1092852900016151>
- Shaji, K. S., Sivakumar, P. T., Rao, G. P., & Paul, N. (2018). Clinical practice guideline for management of dementia. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(Supp 3), S312-S328.
- World Health Organization. (2020). *Dementia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

