บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลในการคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในชุมชน

The Role of Nurses in Screening and Caring for Older Adults with Mild Cognitive Impairment in Community

Received: Dec 7, 2020
Revised: Feb 1, 2021
Accepted: Feb 5, 2021

กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง ปร.ด. (Kamonthip Tanglakmankhong, Ph.D)[1]

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment หรือ MCI) เป็นอาการที่เกิดขึ้นก่อนภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นช่วงเวลาของกระบวนการพัฒนาจากผู้สูงอายุในภาวะปกติ ไปสู่การเป็นอัลไซเมอร์หรือสมองเสื่อมชนิดอื่น

วัตถุประสงค์: เพื่ออธิบายคำจำกัดความของภาวะรู้คิดบกพร่องและภาวะสมองเสื่อม การคัดกรองภาวะรู้คิดบกพร่องและบทบาทพยาบาลในการคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุ

ประเด็นสำคัญ: ภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยและสมองเสื่อมเล็กน้อยเป็นภาวะที่สำคัญ เพราะเป็นอาการ และอาการแสดงที่พบได้โดยทั่วไปในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน ภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเป็นภาวะที่หากผู้ป่วยมีปัญหาด้านความจำ จะมีแนวโน้มเป็นสมองเสื่อมอัลไซเมอร์มากกว่าสมองเสื่อมชนิดอื่น ๆ อย่างไรก็ตามภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ไม่จำเป็นต้องพัฒนาไปเป็นโรคอัลไซเมอร์เสมอไป ขึ้นกับด้านที่มีความบกพร่อง ผู้สูงอายุบางรายอาจกลับมาเป็นปกติ มีอาการคงที่หรือชะลอการเกิดโรคได้ หากได้รับการคัดกรอง และส่งเสริมกิจกรรมที่เหมาะสมในระยะเริ่มต้น แต่ในปัจจุบันยังมีการใช้คำที่ผิดและเข้าใจสับสนในการจำกัดความของภาวะสมองเสื่อม ทำให้ผู้สูงอายุหลายคนถูกตีตราว่าเป็นสมองเสื่อม ซึ่งหมายถึงการเป็นบุคคลที่มักหลงลืมทุกสิ่ง หลงทาง และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ทั้งที่จริงแล้วผู้สูงอายุอาจมีภาวะเพียงการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

สรุป: ความสามารถในการสังเกตอาการและคัดกรองการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย รวมทั้งสามารถส่งต่อได้อย่างถูกต้องและทันเวลา จึงเป็นอีกหนึ่งบทบาทสำคัญของพยาบาลในชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุให้มีศักยภาพในการพึ่งตนเองให้ได้นานที่สุด โดยไม่เป็นภาระของครอบครัว

ข้อเสนอแนะ: การคัดกรองภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยได้ในช่วงเริ่มต้นเป็นสิ่งสำคัญมาก พยาบาลควรระลึกไว้เสมอว่าแม้ว่าภาวะสมองเสื่อมจะพบบ่อยในผู้สูงอายุ แต่ภาวะสมองเสื่อมไม่ใช่ภาวะปกติที่ต้องเกิดขึ้นในวัยสูงอายุ

คำสำคัญ: การคัดกรอง, ภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย, ผู้สูงอายุ, สมองเสื่อม

[1] *Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี*
E-mail: tanglakm@gmail.com
Boromarajonani College of Nursing, Udonthani, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

Abstract

Introduction: Mild Cognitive Impairment or MCI is the symptomatic predementia phase which progresses from normal aging to Alzheimer's disease or another dementia.

Objective: To describe the definition of mild cognitive impairment and dementia, screening for cognitive impairment, and the role of nurses in screening and caring for older adults.

Key Issues: Mild Cognitive Impairment and mild dementia are important because these signs and symptoms are common problems that can be found in older adults living in the community, Amnestic MCI or memory impairment is the more concern variety since it is more likely a precursor to Alzheimer's disease. However, people with mild cognitive impairment can remain normal or delay the progression to dementia if we have early detection and have appropriate interventions to enhance cognitive function. Currently, the misuse and confusion in the definition of "dementia" causing many older adults to be stigmatized when they were diagnosed with dementia. This means being an older adult with dementia who is often lost, forgets everything, and being helpless. In fact, the older adult may have only mild cognitive impairment.

Conclusion: The ability to detect signs, symptoms, and screen for mild cognitive impairment as well as proper management and timely treatment is another important role for nurses in the community. This will help the older adults to have the potential to be self-reliant as long as possible without being a burden to the family.

Implication: Early screening of mild cognitive impairment is crucial. Nurses should keep in mind that although dementia mainly affects older adults, it is not a normal part of aging.

Keywords: screening, mild cognitive impairment, older adult, dementia

บทนำ

ภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment) หรือที่นิยมเรียกว่า ภาวะ MCI เป็น กลุ่มอาการแสดงที่เกิดขึ้น เนื่องจากภาวะการเปลี่ยนแปลงของความสามารถของสมอง ที่เราสามารถสังเกตได้จากอาการ หรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป แต่อาการแสดงเหล่านั้นจะไม่รุนแรงมากจนรบกวนการดำเนินชีวิตปกติ การคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะรู้คิดบกพร่อง (Cognitive Impairment) เป็นหนึ่งในสิบตัวชี้วัดสำคัญของกลุ่มโรคผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome) ที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้มีการคัดกรอง และตรวจประเมินสมรรถนะและสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการวางแผนการดูแล ส่งเสริม และป้องกันโรคอย่างเป็นระบบและบูรณาการ โดยผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 60 ปี จะได้รับการตรวจคัดกรองประจำปี และมีบันทึกรายงานผลการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สูงอายุ ในฐานข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) ภายใต้แนวคิดระบบบริการสุขภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2557 กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ. สต.) การคัดกรองการรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุ หากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คัดกรองแล้วว่าผู้สูงอายุเริ่มมีภาวะของการรู้คิดผิดปกติ (Abnormal cognitive function) ให้ส่งต่อมาให้พยาบาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลคัดกรองเพิ่มเติม เพื่อการประเมินและพิจารณาส่งต่อ หากพบความผิดปกติ[1]

สถานการณ์การเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

องค์การอนามัยโลกได้จัดทำรายงานสถานการณ์การเกิดภาวะ MCI โดยชี้ให้เห็นความสำคัญว่าภาวะ MCI เป็นตัวทำนายที่สำคัญต่อการไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน และความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในอนาคต รายงานสถานการณ์พบว่าประมาณร้อยละ 16 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะ MCI โดยไม่มีความก้าวหน้าของโรคไปเป็นโรคสมองเสื่อม (MCI without progression to dementia) และภาวะนี้มักพบในกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายมากกว่าเพศหญิง อัตราการเปลี่ยนแปลงของโรคจากกลุ่มภาวะ MCI ที่พัฒนาไปเป็นโรคอัลไซเมอร์หรือโรคสมองเสื่อมอื่น ในกลุ่มผู้สูงอายุมีประมาณร้อยละ 12-15 เปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ใหญ่ที่สุขภาพดี (Healthy Adults) ที่พบเพียงร้อยละ 1-2 นอกจากนั้นผลการศึกษาทั้งภาคตัดขวาง และการศึกษาติดตามในระยะยาว ยังชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะ MCI มีความเสี่ยงต่อการมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง[2]

รายงานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในกลุ่มประชากรของสหรัฐอเมริกา ยุโรป และออสเตรเลีย[3] พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ MCI โดยพบจำนวนผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ในกลุ่มผู้สูงอายุ 75-79 ปี มีอุบัติการณ์อยู่ที่ประมาณ 22.5 ต่อพันประชากร และเพิ่มเป็น 40.9 ในกลุ่มอายุ 80-84 ปี และเพิ่มขึ้นอีกเป็น 60.1 ในกลุ่มอายุ 85 ปีขึ้นไป สอดคล้องกับการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะ MCI ในสหรัฐอเมริกาจาก American Academy of Neurology และ Center for Disease Control and Prevention (CDC) ที่พบว่า เมื่ออายุมากขึ้นจะพบภาวะ MCI เพิ่มขึ้นเช่นกัน[4,5] โดยเมื่อพิจารณาในกลุ่มชาติพันธุ์ พบว่า การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยพบมากที่สุดในกลุ่มคนแอฟริกันอเมริกัน (Black/African Americans) รองลงมาคือ กลุ่มอเมริกันเชื้อสายสเปน (Hispanics) กลุ่มคนผิวขาว (Whites) และกลุ่มคนเอเชีย/เกาะแปซิฟิก (Asians/Pacific Islanders) ตามลำดับ นอกเหนือจากนั้นข้อมูลจากการวิจัยยังพบว่า ระดับการศึกษาสูงขึ้น มีอุบัติการณ์การเกิดโรคนี้ลดลง[4]

สำหรับประเทศไทย จากรายงานข้อมูลสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบอุบัติการณ์การเกิดโรคสมองเสื่อม ประมาณร้อยละ 8.10 เป็นเพศชายร้อยละ 6.80 และเพศหญิงร้อยละ 9.20 พบในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 4.80 กลุ่มอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 7.70 และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 22.60[6] โดยภาพรวมแสดงให้เห็นได้ว่า เมื่ออายุเพิ่มขึ้นภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นด้วย อย่างไรก็ตาม ผู้เขียนพบว่ารายงานการตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ในปัจจุบันใช้แบบทดสอบ Thai Mini-Mental State Examination ของ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นแบบคัดกรอง เพื่อประเมินภาวะ MCI เท่านั้น ยังไม่ใช่ระดับการประเมินภาวะสมองเสื่อม การรายงานภาพรวมดังกล่าวจึงอาจทำให้เกิดความสับสน เข้าใจผิด และคลาดเคลื่อนในการรายงานโรค สำหรับการศึกษาวิจัยเฉพาะเรื่องภาวะ MCI ในประเทศไทย พบรายงานวิจัยในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก

เช่น รายงานความชุกของภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ในกลุ่มบุคลากร วัย 50-60 ปี ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย[7] ในคลินิกผู้สูงอายุ[8] หรือ กลุ่มผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย[9] ยังไม่พบรายงานวิจัยที่ศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะ MCI ในภาพใหญ่ระดับประเทศ

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย หรือภาวะ MCI

เริ่มถูกกำหนดความหมายชัดเจนครั้งแรก ในการประชุม International Working Group on Mild Cognitive Impairment เมื่อปี พ.ศ. 2546[10] เพื่อกำหนดความชัดเจนระหว่างความหมายของ “ภาวะรู้คิดบกพร่อง” และ “อาการของโรคสมองเสื่อม” เมื่อกล่าวถึงเฉพาะ คำว่า ภาวะรู้คิด หรือ Cognitive function หมายถึง ความสามารถของสมองในการประมวลผล เก็บข้อมูล และ ทบทวนข้อมูลได้ ซึ่งภาวะรู้คิดนี้จะเกี่ยวข้องกับ การรับรู้ ความคิด ความจำ ภาษา การตัดสินใจ การแก้ปัญหา การคำนวณ การพูด การเขียน การวางแผน และความสามารถในการตีความ บางทักษะของการรู้คิดเมื่ออายุมากขึ้น อาจมีแนวโน้มลดลงได้รวดเร็วกว่าบุคคลอื่นในวัยเดียวกัน เช่น ความจำ หรือการมีสติจดจ่อกับสิ่งต่าง ๆ[11] ส่วน “ภาวะรู้คิดลดลงจากการรับรู้ของตนเอง” หรือ Subjective Cognitive Decline (SCD) หมายถึง อาการลืมหรือรู้สึกว่าตัวเองงุนงง สับสน ที่ผู้ป่วยประเมินตนเอง (Self-report) จากการสังเกตตนเองว่า อาการเหล่านี้เกิดขึ้นบ่อยครั้งและอาการนั้นแย่ลงภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มักมีปัญหาเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน เช่น ลืมทานยา ลืมจ่ายเงินค่าไฟ ค่าน้ำ ค่าโทรศัพท์ ทั้งนี้ อาการดังกล่าวไม่ใช่การวินิจฉัยโดยบุคลากรทางการแพทย์[4]

ความหมายของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

ภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย หรือ ภาวะ MCI ถูกนิยามคำจำกัดความครั้งแรกโดยกลุ่มผู้ประเมินจากเมโยคลินิก คณะแพทยศาสตร์ เมืองโรเชสเตอร์ รัฐมินเนโซต้า สหรัฐอเมริกา จากการศึกษาระยะยาว และสังเกตอาการและอาการแสดงของผู้สูงอายุและสมองเสื่อมในชุมชน โดยการนิยามความหมายจะเน้นไปที่ ปัญหาความจำ (Memory problem) เริ่มจากความสามารถในการจำ จะเริ่มลดลงกว่าคนปกติในวัยเดียวกัน และอาจนำไปสู่การเริ่มต้นของการเป็นสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ ซึ่งแต่ละบุคคลยังสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้เอง ไม่ต้องพึ่งพาใคร ซึ่งแต่ละกลุ่มนักวิชาการกำหนดคำจำกัดความตามเกณฑ์ที่แตกต่างกันเล็กน้อย[10-12] ดังนี้

ตาราง 1 เกณฑ์ประเมินตามลักษณะอาการทางคลินิกของภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย แปลจาก ตาราง Clinical Characterization of Mild Cognitive Impairment (MCI)[10]

เกณฑ์ประเมิน	Original Mayo Clinic	Expanded/ Key Symposium	NIA-AA	DSM-V
ตนเอง หรือ คนใกล้ชิด บ่นว่า มีปัญหาความจำ	X			
ตนเอง หรือ คนใกล้ชิด บ่นว่า มีปัญหาการรู้คิด		X	X	X
สังเกตเห็นว่าลืมชัดเจน	X			
สังเกตเห็นว่าการรู้คิดถดถอยชัดเจน		X	X	X
สามารถปฏิบัติกิจกรรมทั่วไปได้	X			
สามารถปฏิบัติกิจกรรมทั่วไปได้ด้วยตนเอง	X	X	X	X
ไม่มีสมองเสื่อม	X	X	X	X

หมายเหตุ คำย่อ NIA-AA คือ National Institute on Aging-Alzheimer’s Association workgroup;
DSM-V คือ the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders;
X: พบอาการแสดงตามเกณฑ์ประเมิน

โดยสรุป ภาวะ MCI จึงหมายถึง ภาวะที่ตนเองและคนใกล้ชิด เริ่มรู้สึกว่ามีปัญหาด้านการรู้คิด ซึ่งไม่ใช่เฉพาะปัญหาด้านความจำ แต่รวมถึง ความสามารถในการแก้ปัญหา การคำนวณ การพูด การเขียน การวางแผน ความสามารถในการตีความ หรือการมีสติจดจ่อกับสิ่งต่าง ๆ ลดลงเล็กน้อย มีผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวและคนใกล้ชิด แต่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และไม่มีภาวะสมองเสื่อม

อาการแสดงของภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

สามารถแบ่งแยกได้ ตามทักษะการรู้คิด เป็น 2 กลุ่ม[10] ได้แก่

กลุ่มที่ 1 อาการแสดงชัดเจนในส่วนความจำถดถอย หรือ **Amnestic MCI** โดยตัวเองหรือคนใกล้ชิดบ่นว่า เริ่มมีอาการลืมเรื่องสำคัญ ที่เมื่อก่อนเคยจำได้ดี เช่น ลืมเวลานัด ลืมเหตุการณ์สำคัญ การสนทนามักถามซ้ำเรื่องเดิม กลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์

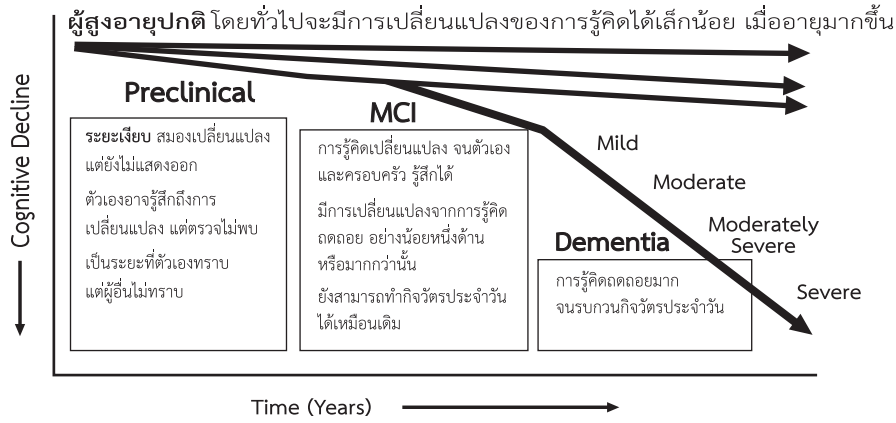
กลุ่มที่ 2 อาการแสดงชัดเจนในส่วนทักษะความสามารถในการคิดถดถอย รวมถึงความสามารถในการตัดสินใจ หรือ **Non-amnestic MCI (na-MCI)** เช่น ทักษะด้านมิติสัมพันธ์ ความตั้งใจหรือการมีสมาธิ การบริหารจัดการลดลง กลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมชนิดอื่น เช่น Frontotemporal degeneration, Primary progressive aphasia หรือ Lewy body dementia หากพบความผิดปกติมากกว่าหนึ่งด้าน (multiple domains) มีแนวโน้มจะเป็นสมองเสื่อมชนิดอื่น

องค์ประกอบของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่

1. **ด้านการเรียนรู้ และความจำ** (Learning and memory) อาการที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ อาการลืมเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น ถามคำถามซ้ำซ้ำ หรือ จำคนที่เคยรู้จักไม่ได้
2. **ด้านภาษา** (Language) เช่น การบอกหรือเรียกชื่อคน หรือสิ่งต่างๆที่เคยรู้จักได้ช้าลง หรือใช้วลานานขึ้นหรือคิดชื่อนั้นไม่ออกเลย การพูด การบรรยาย หรือการประมวลเรื่อง เล่าผลสรุปได้ยากขึ้น
3. **ด้านการมีสมาธิ** (Attention) มีอาการวอกแวก มีสมาธิจดจ่อน้อยลง และสามารถถูกกระตุ้นให้เสียสมาธิได้ง่ายขึ้น
4. **ด้านมิติสัมพันธ์** (Visuo-spatial skills) มีปัญหาด้านทักษะและความสามารถในการมองเห็น การตีความสิ่งที่มองเห็น และการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของมิติด้านพื้นที่ ที่ว่าง ความสูงต่ำ ใกล้ไกล เช่น การคาดประมาณระยะทาง การเดิน ขึ้นลงบันได
5. **ด้านความสามารถในการบริหารจัดการ** (Executive function) เช่น มีทักษะด้านการวางแผน การตัดสินใจ การจัดการระบบ หรือเรียงลำดับงานลดลง

พัฒนาการจากผู้สูงอายุปกติ ไปสู่ภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และภาวะสมองเสื่อม

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญจากทั่วโลกที่เป็นสมาชิกของ 3 องค์กรหลัก ได้แก่ สมาคมอัลไซเมอร์ (the Alzheimer's Association) สถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ (the National Institute on Aging : NIA) และ ตัวแทนจากสถาบันสุขภาพแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (An agency of the U.S. National Institutes of Health : NIH) ได้ร่วมกัน กำหนดเกณฑ์และแนวทางการดูแลวินิจฉัยและระดับของการเกิดโรคสมองเสื่อม จาก โรคอัลไซเมอร์ เป็น 3 ระยะ โดยมีอาการและอาการแสดง[13] ตามภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 พัฒนาการจากผู้สูงอายุปกติ ไปสู่ภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และ ภาวะสมองเสื่อม แปลจาก Progression from normal aging to Alzheimer's disease or another dementia retrieved from https://www.mind.uci.edu/dementia/mild-cognitive-impairment

หลักการประเมินภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

การประเมินภาวะ MCI ลักษณะที่เห็นชัดเจน และมักพบบ่อย ๆ ของกลุ่มภาวะ MCI ที่มีแนวโน้มจะเป็นอัลไซเมอร์ภายในไม่กี่ปี คือ มีความบกพร่องของความจำในส่วนที่เรียกว่า episodic memory เป็นความจำที่จดจำมาจากบริบทของ เวลา สถานที่หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต เช่นความจำระยะสั้น และระยะยาว โดยประเมินทั้งการตอบได้ทันที และการตอบล่าช้า รวมทั้งการประเมินข้อมูลความจำที่เหลืออยู่ เช่น การจำเหตุการณ์สำคัญในอดีต การให้ทบทวนรายการคำ 3 คำ ที่บอกไว้ หรือ การทบทวนที่อยู่ที่บอกไว้ แล้วทิ้งเวลาสักพัก โดยไปถามข้อมูลอื่น อีกสักพักแล้วกลับมาถามใหม่[13] หากไม่มีเวลาทำแบบทดสอบ วิธีง่าย ๆ ทำได้โดย ขณะที่ผู้สูงอายุมาตรวจ อาจให้บอกชื่อสิ่งของ 3 สิ่งที่เราเตรียมมา เช่น ปากกา กระดาษ สมุด หลังจากนั้นนำสิ่งของทั้ง 3 สิ่งไปวางตามที่ต่างๆในห้องตรวจ เมื่อเวลาผ่านไปสักพัก กลับมาถามอีกครั้งว่าสิ่งของ 3 สิ่งนั้นมีอะไรบ้าง และสิ่งของเหล่านั้นวางอยู่ที่ใด บางครั้งผู้สูงอายุอาจมีอาการแสดงที่สามารถสังเกตได้ และอาจสัมพันธ์กับการเป็นอัลไซเมอร์ เช่น มีความผิดปกติในการใช้ภาษา เรียกชื่อสิ่งของไม่ได้ เรียกชื่อคนที่คุ้นเคยไม่ได้ นึกคำไม่ออก บางครั้งเรียกอาการแบบนี้ว่า Logopanic aphaxia หรืออาจมีความผิดปกติด้านการมองเห็น จาก Posterior Cortical Atrophy ในส่วนของมิติสัมพันธ์ อาการเหล่านี้ มักมีแนวโน้มจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ MCI ที่นำไปสู่การเกิดโรคอัลไซเมอร์ ทั้งนี้ การประเมินลักษณะอาการของภาวะ MCI จากตัวผู้ป่วยเอง และคนใกล้ชิดมีความจำเป็นมาก คะแนนการประเมินภาวะ MCI ที่ดี ไม่ว่ามาจากแบบทดสอบใด ๆ ควรมีค่า Standard Deviation อยู่ที่ระหว่าง 1-1.5 ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของอายุ และการศึกษา เมื่อเทียบกับกลุ่มคนในวัยหรือการศึกษาเดียวกัน และควรใช้เกณฑ์ตามมาตรฐานของแต่ละกลุ่มชนต่าง ๆ (culturally appropriate normative data) สิ่งสำคัญ คือ ไม่ควรใช้ค่า จุดตัดสากล เป็นเกณฑ์คะแนนมาตรฐาน จุดตัดที่ดีที่สุด (optimal cut- point) ควรมีการทดสอบในแต่ละกลุ่ม[13]

ความแตกต่างระหว่างภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย กับภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย

หลักการประเมินสำคัญ คือ พยาบาลควรสามารถประเมินความแตกต่างเบื้องต้นได้ จากการซักประวัติ และการทดสอบการรู้คิด ในมุมมองทางคลินิกการวินิจฉัยแยกโรคต่างกันที่ ภาวะ MCI อาจมีความผิดปกติในการรู้คิดผิดปกติเพียงด้านใดด้านหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งด้าน แต่ยังไม่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะเริ่มมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ยุ่งยาก ซับซ้อนได้ลดลง เช่น การทำอาหาร การจ่ายบิลต่าง ๆ การจับจ่ายซื้อของ อาจทำได้ช้าลงหรือลืมเป็นบางครั้ง แต่ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันโดยไม่ต้องมีคนช่วยเหลือได้ ในขณะที่ภาวะสมองเสื่อมเล็ก

น้อย อาการจะเริ่มรบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยเริ่มทำกิจวัตรประจำวันที่ยุ่งยากซับซ้อนด้วยตนเองไม่ได้ แต่ยังคงอาบน้ำ ทานข้าวเองได้[14] ดังแสดงตารางเปรียบเทียบอาการและอาการแสดง ระหว่าง ภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย กับ ภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย ดังนี้

ตาราง 2 ความแตกต่างระหว่าง ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย กับ ภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย

ภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment)	**ภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย** (Mild Dementia)
บ่น กังวลเรื่องภาวะรู้คิดเปลี่ยนแปลง เมื่อเทียบกับ คนในวัยเดียวกัน	
ไม่มีความผิดปกติทางจิต	
ภาวะรู้คิดด้านใดด้านหนึ่ง แย่ลง เมื่อเทียบกับ อายุ และการศึกษา ของคนวัยเดียวกัน ไม่รบกวนการใช้ชีวิต หรือ กิจวัตรประจำวัน แต่กิจกรรมที่ยุ่งยาก ซับซ้อน เช่น จ่ายค่าสาธารณูปโภค เตรียมอาหาร หรือไปซื้อของ จะทำได้ไม่ดีเท่าเดิม หรืออาจใช้เวลามากขึ้น แต่ยังทำได้	ภาวะรู้คิด มากกว่า หนึ่งด้าน แย่ลง เมื่อเทียบกับ อายุ และการศึกษา ของคนวัยเดียวกัน รบกวนการใช้ชีวิต การทำงาน ชัดเจน แต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ดูแลสุขอนามัย หรือ มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในสังคมได้บ้าง

เครื่องมือที่ใช้ประเมินการรู้คิดบกพร่อง

แบบทดสอบที่นิยมใช้ในประเทศไทย ได้แก่ แบบทดสอบ Abbreviated Mental Test (AMT) The Thai version of the Mini Mental State Examination (MMSE-Thai 2002) และ Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ซึ่งนิยมใช้ในโรงพยาบาลทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย[19,22,23] อย่างไรก็ตาม ยังมีแบบคัดกรองหลายฉบับที่แปลและทดลองใช้ในประเทศไทยแล้ว แต่ละแบบทดสอบมีข้อดี ข้อเสียแตกต่างกัน แบบคัดกรองที่แพร่หลาย ดังตารางที่ 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบข้อดี ข้อเสียของแบบทดสอบภาวะรู้คิดบกพร่อง

แบบทดสอบ	**ข้อดี**	**ข้อเสีย**
Abbreviated Mental Test (AMT) มี 10 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายเปิด แต่ละข้อมี 1 คะแนน รวม 10 คะแนน ใช้ทดสอบ เรื่อง การรับรู้เรื่อง เวลา สถานที่ สมาธิ ความจำระยะสั้นและระยะยาว[1]	เป็นแบบสอบถามที่สั้นและง่ายในการคัดกรอง ไม่มีการวาดรูป ใช้ในกลุ่มไม่รู้หนังสือได้	บางคำถามไม่เหมาะกับการทดสอบผู้สูงอายุในชนบท เช่น ถามถึงเหตุการณ์ 14 ตุลาคมเกิดขึ้นในปีใด[15]
The Thai version of the Mini Mental State Examination (MMSE-Thai 2002) มี 11 ข้อ 30 คะแนน เป็นข้อคำถามปลายเปิด ทดสอบ 6 ด้าน คือ การรับรู้วัน เวลา สถานที่ การจดจำ สมาธิ การคำนวณ ความจำระยะสั้นและการใช้ภาษา[16]	มีการนำไปใช้แพร่หลายทั่วโลกสามารถปรับใช้ได้กับทั้งผู้รู้หนังสือ หรือผู้ไม่รู้หนังสือ มีการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือในฉบับภาษาไทย[16]	ปัจจุบัน MMSE มีค่าลิขสิทธิ์ในการใช้แบบสอบถาม

ตาราง 3 เปรียบเทียบข้อดี ข้อเสียของแบบทดสอบภาวะรู้คิดบกพร่อง (ต่อ)

แบบทดสอบ	ข้อดี	ข้อเสีย
Modified IQCODE (Modified Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly) มี 32 ข้อ ดัดแปลงจากต้นฉบับมี 26 ข้อ เป็นการประเมิน เพื่อเปรียบเทียบ ความจำ สติปัญญา และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในแต่ละสถานการณ์ ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ใช้ถามทั้ง ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล [17]	มีการทดสอบคุณภาพเที่ยงตรงของเครื่องมือ ในฉบับภาษาไทย ได้ค่าความไว และจำเพาะที่สูงน่าเชื่อถือ	ข้อคำถามค่อนข้างมาก คำตอบอาจผิดพลาดหากไม่มีผู้ดูแลที่สามารถให้ข้อมูลได้ เนื่องจากมีคำแนะนำว่า ผู้ให้ข้อมูลควรเป็นผู้ดูแลที่อยู่ต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 10 ปี
Montreal Cognitive Assessment (MoCA) มี 11 ข้อ 30 คะแนน เป็น การประเมิน ความตั้งใจ จดจ่อ สมาธิ การบริหารจัดการ (ความจำ (Memory ภาษา มิติสัมพันธ์ ความคิดรวบยอด (Conceptual thinking) การรับรู้กาลเทศะ บุคคล (Orientation)[18]	มีการใช้แพร่หลายในหลายประเทศ มีการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ ในฉบับภาษาไทย[18] และมีฉบับ MoCA Basic ที่เป็นภาษาไทย ที่ปรับข้อคำถามให้เหมาะกับกลุ่มที่ไม่รู้หนังสือ[19]	บางข้อ ไม่เหมาะกับบริบทไทย เช่น ให้เรียกชื่อสัตว์จากภาพ สิงโต แรด อูฐ หรือ ฉบับ MoCA Basic เป็น ม้าลาย นกยูง เสือ ผีเสื้อ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุอาจไม่รู้จัก เนื่องจากไม่ใช่สัตว์ประจำถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย
The Thai version of the Mini Addenbrooke's Cognitive Examination (MACE-T) เป็นแบบทดสอบ 5 ข้อ 30 คะแนน วัดเกี่ยวกับ orientation, animal fluency, drawing of a clock, and learning and recalling of a name and address [20]	มีการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ ในฉบับภาษาไทย ได้ค่าความไว และ จำเพาะที่สูงน่าเชื่อถือ	ระดับการศึกษา อาจมีผลต่อการทำแบบสอบถาม
The Thai version of Mini-Cog เป็นแบบทดสอบ 2 ข้อ ถามเพื่อระลึกคำ 3 คำ และวาดรูปนาฬิกา[21]	เป็นแบบทดสอบที่สั้นและง่ายในการคัดกรอง มีการใช้แพร่หลายในต่างประเทศ	ฉบับภาษาไทยยังไม่มีการทดสอบความไว และความจำเพาะ

บทบาทพยาบาลในการคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในชุมชน

เป้าหมายสูงสุดในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ MCI ในชุมชน คือ การที่พยาบาลมีสมรรถนะในการคัดกรอง และค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ MCI เพื่อการดูแล สื่อสารให้ความรู้ คำแนะนำหรือจัดกิจกรรมเพื่อชะลออาการหรือส่งต่อได้อย่างถูกต้องและทันเวลา รวมถึงส่งเสริมสมรรถนะให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองให้ได้นานที่สุด ทั้งนี้สิ่งที่พยาบาลควรบริหารจัดการ คือ การจัดการกับปัจจัยเสี่ยง (modification risk factors)[24] ทั้ง 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านโรคหรือภาวะแทรกซ้อน มีการศึกษาที่สนับสนุนว่า การเกิดภาวะ MCI และสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง มีปัญหาการสูญเสียการได้ยิน (hearing loss)[25] หรือมีประวัติการใช้ยากลุ่ม anticholinergic medications เช่น ยาแก้แพ้ chlorpheniramine [24] ดังนั้น พยาบาลที่คัดกรองกลุ่มเสี่ยง จำเป็นต้องมีความรู้ ซักประวัติโรคที่เกี่ยวข้อง และมีทักษะในการคัดกรองโรคและภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ MCI

จากผลการวิจัยและพัฒนากระบวนการคัดกรองการรู้คิดของผู้สูงอายุในชุมชนของผู้เขียน[26] พบว่า ในสภาพการณ์ปัจจุบัน พยาบาลและเจ้าหน้าที่ ใน รพ สต.ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ และไม่ค่อยได้ใช้แบบคัดกรองภาวะรู้คิดบกพร่องในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขจะเป็นผู้รับผิดชอบในการประเมิน และหากพบความผิดปกติจะส่งมาให้คัดกรองต่อที่ รพ.สต. ซึ่งผู้เขียนได้ทำการศึกษาย้อนหลังจากข้อมูลการคัดกรองภาวะรู้คิดบกพร่องในฐานข้อมูลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุประจำปี จำนวน 1518 คน เปรียบเทียบผลการคัดกรองที่ทำโดยอาสาสมัครสาธารณสุข และพยาบาล พบว่าผลการคัดกรองโดยอาสาสมัครสาธารณสุขแตกต่างจากการประเมินโดยพยาบาลค่อนข้างมาก ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่เชื่อมั่นในผลการคัดกรองที่อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ประเมิน[15,26] ดังนั้นจากผลการวิจัย จึงมีข้อเสนอแนะว่าการคัดกรองการรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุ ควรคัดกรองโดย พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. ที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือคัดกรองการรู้คิด เพื่อความน่าเชื่อถือ และการยอมรับจากผู้สูงอายุในชุมชน[15,22] ทั้งนี้การคัดกรองโดยพยาบาลชุมชน จะทำให้พยาบาลได้มีโอกาสสังเกตอาการแสดงและพฤติกรรมร่วมขณะคัดกรอง เช่น การได้ยิน การเดิน การเคลื่อนไหว การมีสมาธิต่อการตอบคำถามของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาของผู้เขียนเกี่ยวกับผลลัพธ์ในการพัฒนากระบวนการคัดกรองการรู้คิดของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า บทบาทของพยาบาลที่ควรได้รับการพัฒนามี 3 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) ความรู้ในการใช้แบบคัดกรอง 2) ทักษะการคัดกรอง และ 3) การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการคัดกรอง พยาบาลควรได้รับการฝึกอบรม และพัฒนาทักษะการคัดกรองเพื่อให้เข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อคำถาม และวิธีการให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม รวมทั้งการคัดกรองควรเกิดขึ้น ในสถานบริการที่เป็นห้องส่วนตัว เพราะการคัดกรองที่บ้าน ทำให้มีเสียงรบกวน อากาศร้อน และบางครั้งการมีสมาชิกในครอบครัวนั่งอยู่ด้วย ทำให้ผู้สูงอายุขาดสมาธิ อาจทำให้ผลคลาดเคลื่อนต่อการตอบคำถามของผู้สูงอายุ ในขณะที่การคัดกรองในสถานบริการ ทำให้สามารถเตรียมแฟ้มประวัติและเห็นข้อมูลผู้สูงอายุได้ครบถ้วนกว่าการไปประเมินที่บ้าน[26]

2. ด้านจิตสังคม ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ยืนยันว่า อาการ อาการแสดง และพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน จากภาวะจิตสังคมของผู้สูงอายุ เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล เหงา หลงผิด แยกตัว ไม่อยากเข้าสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะ MCI และสมองเสื่อม[27] ดังนั้น พยาบาลจึงต้องตรวจสอบประวัติการมีปัญหาด้านจิตสังคมร่วมด้วย และดูแลส่งเสริมสุขภาพด้านจิตสังคม ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การทำกิจกรรมบำบัด การจัดให้มีกิจกรรมทางสังคม การเข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุ และการออกกำลังกาย มีรายงานวิจัยจาก National Institute on Aging and the National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine สนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะ MCI ออกกำลังกายแบบแอโรบิก และเพิ่มกิจกรรมทางกายให้มากขึ้น ลักษณะการออกกำลังกายที่แนะนำ คือ การออกกำลังกายที่ไม่เน้นความหนักเกินไป แต่เน้นการออกกำลังกายต่อเนื่อง ประมาณ 20-30 นาทีต่อครั้ง อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เช่น การเดินเร็ว การปั่นจักรยาน การเต้นประกอบจังหวะ เป้าหมายคือ เพื่อให้หัวใจเต้นเป็นจังหวะติดต่อกัน ในระหว่างนั้นต้องมีการหายใจ เข้า ออกเป็นปกติ เพื่อให้หัวใจทำงานดี และปอดขยายตัว[28]

3. ด้านวิถีชีวิต

พยาบาลควรแนะนำให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตบางอย่างที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ MCI เช่น พยายามช่วยเหลือตัวเองมากขึ้นโดยไม่รอพึ่งลูกหลานหากสามารถทำกิจกรรมนั้นได้เอง ฝึกคิด เล่นเกมส์ ลดหรือเลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ และปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด สมอง และหัวใจ เป็นต้น

การฝึกสมองด้วยกิจกรรมหลากหลาย ต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ เป็นอีกหนึ่งแนวทางในการส่งเสริม และแก้ปัญหาพัฒนาความจำ และ การฝึกประมวลความคิดให้เร็ว[22, 23, 29,30] ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญที่พยาบาลสามารถช่วยกระตุ้นการทำกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี และสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จึงจัดทำแนวทางการดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ MCI ด้วยโปรแกรมการฝึกสมอง

TEAMV (Training for Executive function, Attention, Memory and Visuospatial functions) ซึ่งเป็นโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง 4 ด้าน ได้แก่ 1. ฝึกความสนใจ ใส่ใจ 2. ฝึกความจำระยะสั้นและระยะยาว 3. กระตุ้นให้รับรู้ตำแหน่ง ทิศทาง และระยะห่างของวัตถุ และ 4. กระตุ้นการคิด ตัดสินใจและการบริหารจัดการ[29] ซึ่งผลการทดลองใช้โปรแกรมในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยให้พยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์ ตามโปรแกรม TEAM V พบว่ากลุ่มทดลอง มีผลคะแนนประเมินศักยภาพสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุม[23]

4. ด้านโภชนาการ

ข้อแนะนำที่พยาบาลควรให้กับผู้สูงอายุ คือ รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูงแต่ย่อยง่าย เช่น น้ำมันปลา (fish oil) เนื้อปลา ธัญพืช ไข่ หรือ เนื้อไม่ติดมัน รับประทานผักผลไม้ ลดอาหารที่มีแป้ง น้ำตาล เกลือ และไขมันอิ่มตัว ที่จะนำไปสู่ความเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และเสี่ยงต่อเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องในที่สุด[24]

นอกเหนือจากบทบาทการคัดกรองและดูแลจัดการกับปัจจัยเสี่ยงทั้ง 4 ด้านแล้ว บทบาทสำคัญอีกอย่างหนึ่งของพยาบาล คือการสื่อสารให้สาธารณชนได้รับทราบ เข้าใจ และนำไปปฏิบัติ โดย The National Institutes of Health, the Centers for Disease Control and Prevention ของสหรัฐอเมริกาได้ให้แนวทางการดูแลหลัก 3 เรื่อง เพื่อการป้องกันและชะลอภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยให้พัฒนาไปสู่การเป็นสมองเสื่อมให้ช้าที่สุด ได้แก่ 1. ควบคุมความดันโลหิตสูง 2. เพิ่มกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายแบบแอโรบิก และ 3. ฝึกสมอง[28]

บทสรุป

ภาวะ MCI เป็นพัฒนาการของผู้สูงอายุที่สมองปกติไปสู่ภาวะสมองเสื่อม โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกที่สมองเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเงียบ ๆ โดยที่ตัวเองรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงแต่ผู้อื่นไม่ทราบ จนมาถึงระยะที่มีภาวะ MCI ที่การรู้คิดเปลี่ยนแปลงจนตัวเอง ครอบครัว และคนรอบข้างรู้สึกได้ แต่ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งหากระยะสำคัญนี้ พยาบาลคัดกรองได้และจัดกิจกรรมการฟื้นฟูที่เหมาะสมจะสามารถชะลออาการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมให้ได้ช้าที่สุด เพราะหากมีภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ การรู้คิดจะถดถอยมาก รบกวนกิจวัตรประจำวัน จะทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถดำเนินชีวิตด้วยตนเองได้ ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้ดูแลตลอดเวลา การคัดกรองและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง จึงเป็นอีกหนึ่งบทบาทสำคัญของพยาบาลในระดับปฐมภูมิ เพราะหากพยาบาลสามารถสังเกตอาการและคัดกรองเบื้องต้นได้เร็ว รวมทั้งส่งต่อผู้สูงอายุที่พบความผิดปกติได้พบแพทย์เฉพาะทางได้อย่างถูกต้องและทันเวลาในการช่วยเหลือ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน เพื่อการดูแล ส่งเสริมสมรรถนะให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองนานที่สุด

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

การคัดกรองในช่วงเริ่มต้น เพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่มีการถดถอยของการรู้คิด (cognitive decline) เป็นการช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงก่อนการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และโรคสมองเสื่อม ซึ่งเป็นช่วงระยะที่สำคัญมาก หากบุคลากรทางสุขภาพ ในระดับปฐมภูมิ เข้าใจ เห็นความสำคัญ และสามารถคัดกรอง เพื่อการดูแล และส่งต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยบุคลากรทางสุขภาพ ควรตระหนักต่อความเสี่ยงในการเป็นโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ และ ไม่เข้าใจผิด คิดว่า สมองเสื่อมเป็นเรื่องปกติที่ต้องเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ

References

1. Department of Medical Services Ministry of Public Health Thailand. Geriatric Screening and Assessment Tool Kit. Bangkok: WVO officer of printing mill; 2015. (in Thai).
2. World Health Organization. Evidence profile: cognitive impairment in integrated care for older people (ICOPE) Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. https://www.who.int/ageing/health-systems/icope/evidence-centre/ICOPE-evidence-profile-cognitive.pdf?ua=1.2017
3. Gillis C, Mirzaei F, Potashman M, Ikram MA, Maserejian N. The incidence of mild cognitive impairment: A systematic review and data synthesis. Amsterdam :Alzheimer's & Dementia 2019;11:248-56.
4. Taylor CA BE, McGuire LC, . Subjective Cognitive Decline Among Adults Aged ≥45 Years United States,2015-2016. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2018;67(27):753-7.
5. Petersen RC, Lopez O, Armstrong MJ, Getchius T, Ganguli M, Gloss D, et al. Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment: Report of the guideline development, dissemination, and implementation subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2018;90(3):126-1335.
6. Prasartkul P, Vapattanawong P, Rittirong J, Chuanwan S, Kanchanachitra M, Jaratsit S, et al. The Situation of the Thai elderly 2016. Bangkok: Institute for Population and Social Research, Mahidol University and Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI); 2017 (in Thai)
7. Rattanawat W, Nakawiro D, Visajan P. Prevalence of Mild Cognitive Impairment (MCI) in Pre-Retirement Period of Hospital Staff. Journal of Psychiatry Association Thailand 2018;63(1):55-64. (in Thai)
8. Muangpaisan W, Petcharat C, Srinonprasert V. Prevalence of potentially reversible conditions in dementia and mild cognitive impairment in a geriatric clinic. Geriatr Gerontol Int 2012;12(1):59-64.
9. Tiyapanit C, Tangwongchai S, Champaiboon J. Prevalence and fall risk in mild cognitive impairment and dementia at outpatient clinics, King Chulalongkorn Memorial Hospital. Chula Med J 2018;62(5):799-813.
10. Petersen RC, Caracciolo B, Brayne C, Gauthier S, Jelic V, Fratiglioni L. Mild cognitive impairment: a concept in evolution. Journal of internal medicine 2014;275(3):214-28.
11. Butchard S, Donaldson M, Reichelt K. What is mild cognitive impairment (MCI)? England, Wales and Northern Ireland: Alzheimer's Society; 2019.
12. Petersen RC. How early can we diagnose Alzheimer disease and is it sufficient? The 2017 Wartenberg lecture. Neurology. 2018.
13. Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox N C., et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute

on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. Alzheimer's & Dementia. The Journal of the Alzheimer's Association 2011;7(3):270–9.

14. Knopman DS, Petersen RC. Mild cognitive impairment and mild dementia: a clinical perspective. Mayo Clinic proceedings 2014;89(10):1452-9.
15. Tanglakmankhong K, Hampstead BM, Ploutz-Snyder R, Potempa K. Does the abbreviated mental test accurately predict cognitive impairment in Thai older adults? : a retrospective study. Pacific Rim International of Nursing Research 2021;25(1):23-33.
16. Institute of Geriatric Medicine Department of Medical Services Ministry of Public Health. Medical technology assessment: a comparison of Mini-mental State Examination-Thai (MMSEThai) 2002 and Thai Mini-mental State Examination (TMSE) for screening older persons with dementia. Nonthaburi: Department of Medical Services Ministry of Public Health Thailand 2008. (in Thai)
17. Siri S OK, Chansirikanjana S, Kitayaporn D, Jorm AF. Modified Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) as a screening test for dementia for Thai elderly. Southeast Asian J Trop Med Public Health 2006;37(3):587-94.
18. Tangwongchai S, Phanasathit M, Charernboon T, Akkayagorn L, Hemrungrojn S, Phanthumchinda K. et al. The validity of Thai version of the Montreal cognitive assessment (MoCA-T). IPA 2009 International Meeting (IPA Rio). 2009.
19. Julayanont P, Tangwongchai S, Hemrungrojn S, Tunvirachaisakul C, Phanthumchinda K, Hongsawat J, et al. The montreal cognitive assessment-basic: a screening tool for mild cognitive impairment in illiterate and low-educated elderly adults. J Am Geriatr Soc. 2015;63(12):2550-4.
20. Charernboon T. Diagnostic accuracy of the Thai version of the Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination as a mild cognitive impairment and dementia screening test. Psychogeriatrics. 2019; 19(4):340-4.
21. Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J. Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. Geriatrics & Gerontology International 2015;15(5):594-600.

22 Kansri J, Yotthongdi N, Booranarek S. The effects of the brain exercise program applying neurobic exercise theory on depression among older adults with mild cognitive impairment. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2018;34(3):65-75. (in Thai)

23 Apichonkit S, Narenpitak A, Mudkong U, Awayra P, Pholprasert P. Pichaipusit A. Effectiveness of a cognitive function's improvement program in elderly MCI patients of primary care unit network of Udonthani Hospital. Udonthani 2019;27(2):138-49. (in Thai)

24 Hope K. Role of nurses in addressing modifiable risk factors for early Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. Br J Nurs 2020;29(8):460-9.

25 Jafari Z, Kolb BE, Mohajerani MH. Age-related hearing loss and tinnitus, dementia risk, and auditory amplification outcomes. Ageing Res Rev 2019;56:100963.

26 Tanglakmankhong K, Hampstead BM, Ploutz-Snyder R, Potempa K, Chantarasena N, Sinchareaonlert W, et al. The Outcome of cognitive screening administration development among older adults in community. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2020;7(3):99-114. (in Thai).

27 Abraha I, Rimland JM, Trotta FM, Dell'Aquila G, Cruz-Jentoft A, Petrovic M, et al. Systematic review of non-pharmacological interventions to treat behavioral disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series, BMJ Open.2017, e012759.

28 National Institute on Aging and the National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Preventing cognitive decline and dementia : A way forward. Washington DC : The National Academies Press.2017.

29 Nakawiro D, Chansirikan S, Srisuwan P, Abthaisong O, Sudsakorn P, Witayajak J,et al. Group-based training of executive function, attention, memory and visuospatial function (Team-V) in patients with mild neurocognitive disorder. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2017;62(4): 337-48.

30. Samruamchit K, Lagampan S, Amnatsatsue K. Effects of a brain function promoting program on cognitive function and dementia prevention behaviors for older adults. Journal of Health and Nursing Research 2019;35(3):34-45. (in Thai).