

## การพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ

## Development of Dementia Screening System in the Geriatric Clinic

แพรศิริ อยู่สุข\*

Praesiri Yoosuk\*

### บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัวเป็นอย่างมาก การคัดกรองอาการได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและส่งต่อผู้สูงอายุให้ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วจะช่วยชะลอความก้าวหน้าของภาวะสมองเสื่อมได้ ทั้งนี้เพื่อคงความสามารถเดิมของผู้สูงอายุให้นานที่สุด จากการดำเนินงานที่ผ่านมาหน่วยงานยังไม่มีแนวทางการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่ชัดเจน และจากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่าการประเมินด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นร่วมกับการประเมินความบกพร่องของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจะช่วยในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมได้

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุและให้ผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมได้พบแพทย์เฉพาะทางอย่างรวดเร็ว ซึ่งพัฒนาโดยการดำเนินการ 1) จัดทำ Cognitive Screening Workflow 2) พัฒนาความรู้และทักษะการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของบุคลากร ภายหลังการพัฒนาผลพบว่าบุคลากรปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดและช่วยให้ผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรกได้พบอายุรแพทย์ผู้สูงอายุได้อย่างรวดเร็ว

**คำสำคัญ:** การคัดกรอง; ภาวะสมองเสื่อม; ผู้สูงอายุ

คลินิกผู้สูงอายุ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
มหาวิทยาลัยมหิดล

Geriatric Clinic, Outpatient Departments, Golden Jubilee Medical Center, Faculty of Medicine Siriraj  
Hospital, Mahidol University

\* Corresponding Author: [praesiri.yos@mahidol.edu](mailto:praesiri.yos@mahidol.edu)

## Abstract

Dementia impacts the quality of life for older persons, caregivers, and families. Detecting dementia early and promptly referring older persons for treatment can assist in slowing the progression of the condition. These interventions were designed to preserve functional abilities for as long as possible. In previous operations, the agency lacked clear guidelines for dementia screening. The literature review also revealed that combining cognitive screening tests with functional assessments can be beneficial in the screening process for dementia.

This article aims to present the developing of dementia screening system for older persons in the geriatric clinic and enabling prompt access to a specialist doctor for older persons suspected of having dementia. This was achieved through two key operations: 1) establishing a cognitive screening workflow, and 2) enhancing the knowledge and skills of personnel for screening dementia. Following its development, the results demonstrated that personnel adhered to the established guidelines, and older persons showing signs of early-stage dementia were promptly referred to a geriatrician.

**Keywords:** Screening; Dementia; Older Persons

## บทนำ

การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุในประเทศไทย ส่งผลให้พบปัญหาสุขภาพ คือ ภาวะสมองเสื่อม จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ.2563 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 651,950 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.00 ของประชากรทั้งหมด และในปี 2583 คาดการณ์ว่าจะพบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 1,396,472 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 2.10 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564) ภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัวเป็นอย่างมาก การคัดกรองอาการได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและส่งต่อผู้สูงอายุให้ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วจะช่วยชะลอความก้าวหน้าของภาวะสมองเสื่อมได้ (กรมการแพทย์ สถาบันประสาทวิทยา, 2564; Gibson et al., 2020; Sabbagh et al., 2020)

จากสถิติคลินิกผู้สูงอายุ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ระหว่างปีงบประมาณ 2562-2563 มี

จำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 62 ราย เป็น 120 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.54 (มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คลินิกผู้สูงอายุ, 2564) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การประเมินด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (Cognitive Screening Test) ร่วมกับการประเมินความบกพร่องของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Function Assessment) จะช่วยในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมได้ (กรมการแพทย์ สถาบันประสาทวิทยา, 2564; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2561; Drake, 2018; Mattke et al., 2023; Smid et al., 2022) อย่างไรก็ตามพบว่าหน่วยงานมีการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยประเมินด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น แต่ยังไม่ครอบคลุมการประเมินความบกพร่องของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนยังไม่มีแนวทางในการส่งต่อให้ได้รับการดูแลรักษา ซึ่งหากคัดกรองอาการ

ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (Early Detection) และส่งต่อผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมให้ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วจะช่วยชะลอความก้าวหน้าของภาวะสมองเสื่อมและลดภาวะพึ่งพิง ทั้งนี้เพื่อคงความสามารถเดิมของผู้สูงอายุให้นานที่สุด รวมทั้งยังเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวตั้งแต่ต้น ซึ่งจะส่งผลดีต่อการรับการรักษาเกี่ยวกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต (กรมการแพทย์ สถาบันประสาทวิทยา, 2564; Gibson et al., 2020; Sabbagh et al., 2020) จากปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงได้พัฒนาระบบการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการและให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ
2. เพื่อให้บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดร้อยละ 100
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมได้พบอายุรแพทย์ผู้สูงอายุภายใน 3 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80

### ขอบเขตของเรื่อง

แนวทางการพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการและเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมตลอดจนประเมินผลรูปแบบการพัฒนาเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ

### คำจำกัดความ

**ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment; MCI)** หมายถึง ผู้ที่มีปัญหาทางด้านการรู้คิด (Cognition) ร่วมกับการตรวจการทำงานของ การรู้คิด (Cognitive Function) แล้วพบว่าบกพร่อง แต่ไม่ทำให้สูญเสียหน้าที่การทำงานหรือการเข้าสังคมอย่างชัดเจน โดยภาวะการรู้คิดบกพร่องนี้จะมากกว่าคนปกติที่อยู่ในวัยเดียวกันและการศึกษาระดับเท่ากัน (กรมการแพทย์ สถาบันประสาทวิทยา, 2564)

สำหรับบทความนี้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment; MCI) หมายความว่า ผู้สูงอายุที่ผ่านการประเมินสมรรถภาพสมองด้วยแบบทดสอบ The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) หรือ The Montreal Cognitive Assessment Basic (MoCA-B) ตามระดับการศึกษา พบว่ามีคะแนน < 25/30 คะแนน และเมื่อประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Function Assessment) ต่อเนื่องด้วย The Lawton Instrumental Activities of Daily Living scale; L-IADL และ Barthel Activities of Daily Living; ADL พบว่าปกติ

**ภาวะสมองเสื่อม (Dementia)** หมายถึง ภาวะที่สมรรถภาพการทำงานของสมองถดถอยบกพร่องด้านการรู้คิด (Cognition) อันได้แก่ ความจำ การตัดสินใจ การวางแผน การรับรู้มิติสัมพันธ์ การใช้ภาษา สมาธิหรือ ความใส่ใจ ความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังขมรอบตัว โดยมีผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การทำงาน และการเข้าสังคม แต่ไม่มีอาการซึมเศร้าเฉียบพลัน โรคซึมเศร้า โรคทางจิตเวชเรื้อรัง หรือวิตกกังวล (กรมการแพทย์ สถาบันประสาทวิทยา, 2564)

สำหรับบทความนี้ ผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม (R/O Dementia) หมายความว่า ผู้สูงอายุที่ผ่านการประเมินสมรรถภาพสมองด้วยแบบทดสอบ

The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) หรือ The Montreal Cognitive Assessment Basic (MoCA-B) ตามระดับการศึกษา พบว่ามีคะแนน <25/30 คะแนน และเมื่อประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Function Assessment) ต่อเนื่องด้วย The Lawton Instrumental Activities of Daily Living scale; L-IADL และ Barthel Activities of Daily Living; ADL พบว่าผิดปกติ โดยเกิดจากการคิดและทำไม่เป็น

### การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมรูปแบบเดิม

การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมรูปแบบเดิม ได้แก่ การทดสอบด้วย Clock Drawing Test (CDT) โดยให้ผู้สูงอายุวาดหน้าปัดนาฬิกา แสดงตัวเลขและเข็มนาฬิกาบอกเวลาที่ 11.10 น. ใช้เวลาทดสอบน้อยกว่า 2 นาที การแปลผล ในกรณีที่ได้คะแนน >7/10 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง และในกรณีที่ได้คะแนน ≤7/10 คะแนน หมายถึง มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง ซึ่งภายหลังการทดสอบหน่วยงานยังไม่มีแนวทางในการส่งต่อผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมพบอายุรแพทย์ผู้สูงอายุที่ชัดเจน และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการประเมินด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นร่วมกับการประเมินความบกพร่องของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จะช่วยในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (กรมการแพทย์ สถาบันประสาทวิทยา, 2564; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2561; Drake, 2018; Mattke et al., 2023; Smid et al., 2022) จากปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงได้พัฒนาระบบการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ

### การพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม

การพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**1. การทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์สาเหตุ** โดยก่อนการพัฒนาผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์สาเหตุพบ 3 ประเด็น ได้แก่

**1.1 ด้านการดำเนินงาน** ขาดการประเมินความบกพร่องของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อใช้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมกับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย โดยผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเมื่อประเมินการรู้คิดพบว่าบกพร่อง และเมื่อประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจะพบว่ามี ความบกพร่องของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเช่นกัน (Abnormal Cognitive Test, Abnormal Function) สำหรับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเมื่อประเมินการรู้คิดพบว่าบกพร่อง แต่เมื่อประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจะพบว่าไม่มีความบกพร่องของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Mild Cognitive Impairment; MCI, Abnormal Cognitive Test, Normal Function) (กรมการแพทย์ สถาบันประสาทวิทยา, 2564; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2561; Smid et al., 2022) นอกจากนี้ยังขาดแนวทางในการส่งต่อ

**1.2 ด้านเครื่องมือ** เครื่องมือคัดกรองที่ใช้อยู่เดิม ได้แก่ CDT มีข้อจำกัดในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมระยะแรก โดย CDT เป็นเครื่องมือที่ใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่อาศัยการทดสอบการรู้คิดหลายด้าน ประกอบด้วย Comprehension, Planning, Visuospatial Ability, Motor Programming, Execution, Abstraction, Concentration และ Response Inhibition มีความไวเท่ากับร้อยละ 79 และความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 88 อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า CDT ยังมีข้อจำกัดในการคัดกรองภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยและภาวะสมองเสื่อมระยะแรก (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2561; Khan, 2016; Saguil & Buck, 2021; Sejunaite et al., 2023)

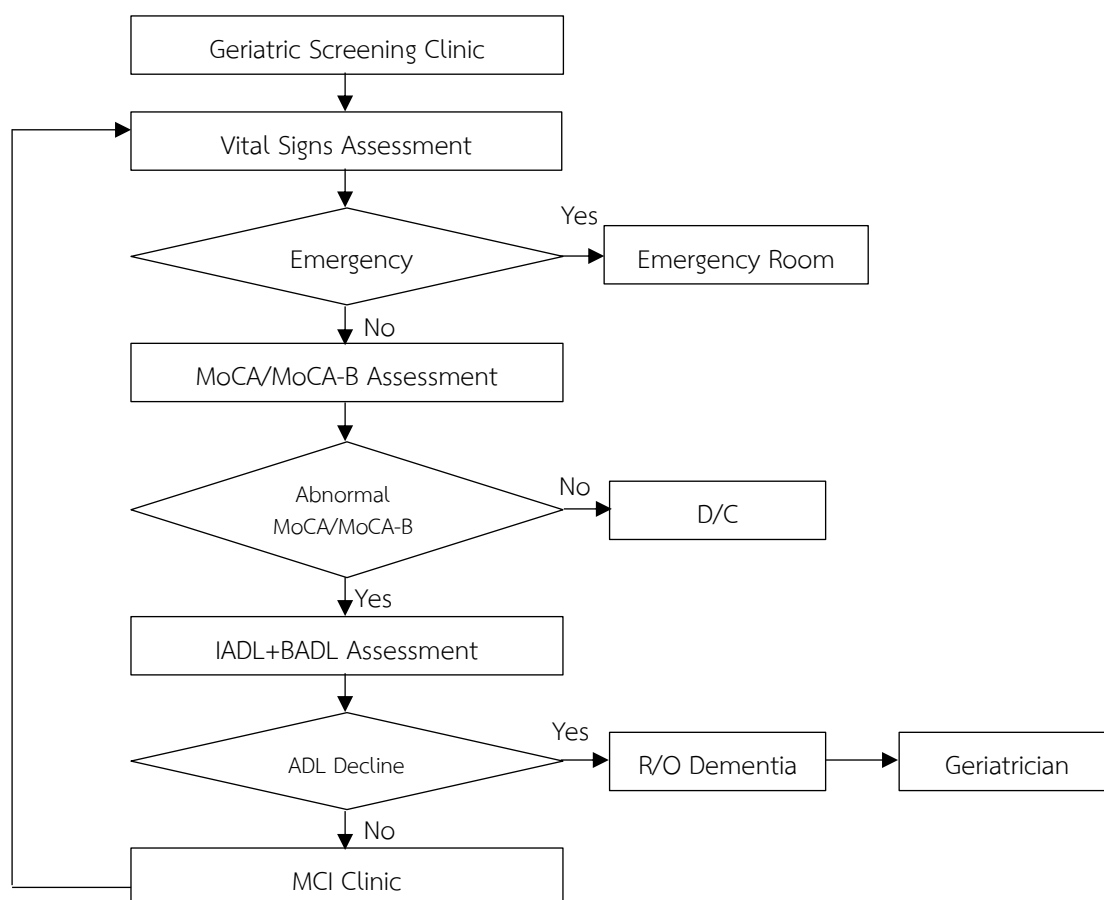
**1.3 ด้านบุคลากร** ได้แก่ การมีความรู้ความสามารถไม่เพียงพอในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมและการใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น

**2. การจัดทำ Cognitive Screening Workflow** โดยการทบทวนวรรณกรรมและสร้างแนวทางการดำเนินงาน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**2.1 เพิ่มการประเมินความบกพร่องของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน** ได้แก่ การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน โดยใช้แบบประเมิน The Lawton Instrumental Activities of Daily Living scale; L-IADL และการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน โดย Barthel Activities of Daily Living; ADL เพื่อใช้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมกับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (กรมการแพทย์ สถาบันประสาทวิทยา, 2564; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2561; Smid et al., 2022)

**2.2 การเลือกใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นที่มีความไวและความจำเพาะในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมระยะแรก** จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) เป็นเครื่องมือที่ทดสอบหลายด้านของการรู้คิด ได้แก่ ความจำระยะสั้น (Short-Term Memory) ความสัมพันธ์ระหว่างทิศทางสิ่งแวดล้อม (Visuospatial) การบริหารจัดการ (Executive Function) สมาธิจดจ่อ (Attention) ภาษา (Language) และการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล (Orientation) โดยมีความไวในการแยกผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยและผู้สูงอายุสมองเสื่อมร้อยละ 90 และ 100 ตามลำดับ และมีความจำเพาะในการแยกผู้สูงอายุปกติร้อยละ 87 จึงเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยแยกจากผู้สูงอายุที่มีภาวะปกติและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (กรมการแพทย์ สถาบันประสาทวิทยา, 2564; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2561; Bernier et al., 2023) สำหรับผู้สูงอายุ

ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ หรือมีการศึกษาน้อยกว่าประถมศึกษาปีที่ 4 ทดสอบโดย The Montreal Cognitive Assessment Basic (MoCA-B) (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2564) โดยได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 แสดง Cognitive Screening Workflow (ดัดแปลงจาก วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2561)

### 3. พัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากร

โดยการจัดอบรมการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานและส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมการใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น The Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

**ขั้นตอนการคัดกรอง** โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**1. การวัดสัญญาณชีพ (Vital Signs Assessment)** เพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนตามเกณฑ์ Emergency Severity Index (ESI) 5 ระดับ โดยผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินจะส่งต่อหน่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มไม่เร่งด่วน

(Non-Urgency) จะได้รับการทดสอบด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นต่อไป

**2. การทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (Cognitive Screening Test)** โดย The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ที่ประกอบด้วย การประเมินหน้าที่ของ Cognition ด้านต่าง ๆ ได้แก่ การจดจำและสมาธิ (Attention and Concentration) การบริหารจัดการ (Executive Function) ความจำ (Memory) ภาษา (Language) ทักษะมิติสัมพันธ์ (Visuoconstructional Skills) ความคิดรวบยอด (Conceptual Thinking) การคิดคำนวณ (Calculation) และการรับรู้สภาวะรอบตัว (Orientation) ใช้เวลาทดสอบ 10 นาที การแปลผลคะแนนเต็ม 30 คะแนน ในกรณีที่ได้อะแนน  $\geq 25$

คะแนนขึ้นไป ถือว่าปกติ สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ หรือมีการศึกษาน้อยกว่าประถมศึกษาปีที่ 4 ทดสอบโดย The Montreal Cognitive Assessment Basic (MoCA-B) การแปลผล คะแนนเต็ม 30 คะแนน ในกรณีที่ได้คะแนน  $\geq 25$  คะแนนขึ้นไป ถือว่าปกติ

สำหรับผู้สูงอายุปกติให้คำแนะนำการดูแลเรื่องการป้องกันภาวะสมองเสื่อมและแนะนำให้คัดกรองซ้ำปีละ 1 ครั้ง สำหรับผู้สูงอายุที่ได้คะแนน  $< 25$  คะแนน ให้ประเมินความบกพร่องของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่อไป อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านภาษา การใช้มือในการเขียน มีปัญหาการมองเห็น การได้ยิน และสภาพแวดล้อมขณะทำแบบทดสอบ เช่น เสียงรบกวน อาจส่งผลให้คะแนนทดสอบมีความคลาดเคลื่อนได้ ดังนั้นสถานที่ในการทำแบบทดสอบ ควรเป็นห้องเงียบสงบ ไม่มีเสียงดังรบกวน สำหรับผู้สูงอายุมีปัญหาการมองเห็นและการได้ยิน ควรแนะนำให้ผู้สูงอายุสวมแว่นตาและใช้เครื่องช่วยฟังขณะทำแบบทดสอบ

**3. การประเมินความบกพร่องของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Function Assessment)** ได้แก่ การประเมินความบกพร่องของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทั้งขั้นซับซ้อนที่ต้องใช้อุปกรณ์และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน โดยการสอบถามจากผู้ดูแลใกล้ชิด เนื่องจากผู้สูงอายุอาจไม่ทราบถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**3.1 การประเมินความบกพร่องของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อนที่ต้องใช้อุปกรณ์** โดยใช้เครื่องมือ The Lawton Instrumental Activities of Daily Living scale; L-IADL ประกอบด้วย 8 หมวด ได้แก่ ความสามารถในการใช้โทรศัพท์ (Ability to Use Telephone) การเตรียมอาหาร (Food Preparation) การซักรีดเสื้อผ้า (Laundry) รูปแบบการเดินทาง (Mode of Transport) การใช้จ่าย

ซื้อของ (Shopping) การดูแลบ้าน (Housekeeping) ความรับผิดชอบในการใช้ยาของตัวเองจัดยา (Responsibility for Own Medications) และความสามารถในการจัดการเงิน (Ability to Use Finances)

**3.2 การประเมินความบกพร่องของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน** โดย Barthel Activities of Daily Living; ADL ประกอบด้วย 10 หมวด ได้แก่ การรับประทานอาหาร (Feeding) การเคลื่อนย้าย (Transfer) การเดินการเคลื่อนที่ (Mobility) การแต่งตัว สวมเสื้อผ้า (Dressing) การอาบน้ำ (Bathing) การล้างหน้าแปรงฟัน (Grooming) การใช้ห้องสุขา (Toilet Use) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ (Bowel) การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ (Bladder) และการขึ้นลงบันได (Stairs)

อย่างไรก็ตาม ความบกพร่องของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่เกิดขึ้นต้องจากการคิดและทำไม่เป็น โดยไม่ได้เกิดจากความเจ็บป่วยของร่างกาย และความบกพร่องของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระยะแรกนี้อาจพบ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อนที่ต้องใช้อุปกรณ์ (IADL) เช่น ความรับผิดชอบในการใช้ยาของตัวเอง ความสามารถในการใช้โทรศัพท์ การเตรียมอาหาร เป็นต้น

ภายหลังการประเมินหากพบความบกพร่องของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ให้สงสัยว่าผู้สูงอายุอาจมีภาวะสมองเสื่อม ให้ท่านนัดหมายพบอายุรแพทย์ผู้สูงอายุ และหากผู้สูงอายุยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แสดงว่าผู้สูงอายุมีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ให้คำแนะนำการดูแลในการป้องกันหรือลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และท่านนัดหมายเข้าคลินิกผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI)

Clinic) เพื่อการติดตามประเมินการรู้คิด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ทุก 6-12 เดือน

### การนำไปใช้และการประเมินผล

ผู้ศึกษาได้นำแนวทางการพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2565 โดยภายหลัง

การพัฒนาพบว่าบุคลากรปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดร้อยละ 100 และร้อยละผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมได้พบอายุรแพทย์ผู้สูงอายุภายใน 3 เดือน ในไตรมาส 1 3 และ 4 มากกว่าร้อยละ 80 อย่างไรก็ตามในไตรมาสที่ 2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมได้พบอายุรแพทย์ผู้สูงอายุภายใน 3 เดือน เท่ากับร้อยละ 75 เนื่องจากผู้สูงอายุและผู้ดูแลเลื่อนนัดหมาย จึงทำให้ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบการพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ

| ตัวชี้วัด                                                                            | เป้าหมาย<br>(ร้อยละ) | ก่อนพัฒนา     |              |              |               |               | ภายหลังการพัฒนา |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------|--------------|--------------|---------------|---------------|-----------------|--|--|--|
|                                                                                      |                      | ปีงบประมาณ 63 | ต.ค.-ธ.ค.64  | ม.ค.-มี.ค.65 | เม.ย.-มิ.ย.65 | ก.ค.-ก.ย.65   |                 |  |  |  |
| 1. ร้อยละบุคลากรที่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด                                          | 100                  | N/A           | 100          | 100          | 100           | 100           |                 |  |  |  |
| 2. จำนวนผู้สูงอายุรับการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ                                     | -                    | 120           | 13           | 20           | 11            | 24            |                 |  |  |  |
| 3. จำนวนผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม                                        | -                    | 0             | 4            | 8            | 4             | 10            |                 |  |  |  |
| 4. ร้อยละผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมได้พบอายุรแพทย์ผู้สูงอายุภายใน 3 เดือน | ≥80                  | 0             | 100<br>(N=4) | 75<br>(N=6)  | 100<br>(N=4)  | 100<br>(N=10) |                 |  |  |  |

### สรุป

การพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ โดยการดำเนินการจัดทำ Cognitive Screening Workflow และการพัฒนาความรู้และทักษะการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของบุคลากร ทำให้ผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมได้รับการส่งต่อและได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตามในไตรมาสที่ 2 ร้อยละผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ได้พบอายุรแพทย์ผู้สูงอายุ ภายใน 3 เดือน ไม่เป็นไปตามเป้าหมายเนื่องจากผู้สูงอายุและผู้ดูแลเลื่อนนัดหมาย

### ข้อเสนอแนะที่จะพัฒนาต่อไป

1. ติดตามการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมของแพทย์เพื่อประเมินความแม่นยำในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของพยาบาล

2. เพิ่มการให้สุขศึกษาให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล

เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัดหมาย นอกจากนี้ในการทำนัดหมายควรคำนึงถึงบริบทของผู้สูงอายุและผู้ดูแลแต่ละราย

3. เพิ่มการเข้าถึงการบริการการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมจากคลินิกอื่น

4. พัฒนานวัตกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม

### เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ สถาบันประสาทวิทยา. (2564). *แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม*. ธนาพรส. คลินิกผู้สูงอายุ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. (2564). *รายงานสถิติผู้รับบริการคลินิกผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ 2562-2563*. [เอกสารไม่ได้

- ตีพิมพ์]. ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
มหาวิทยาลัยมหิดล.  
มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564).  
สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563.  
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2561). การประเมินและวินิจฉัย  
ผู้ที่มีการบกพร่องของการรู้คิดและสมอง  
เสื่อมในเวชปฏิบัติ. ใน วีรศักดิ์ เมืองไพศาล  
(บ.ก.), *พัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ  
สำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุขั้นต้น  
(Gerontology and Geriatric for Primary  
Care Practice)* (พิมพ์ครั้งที่ 2, น. 159-177).  
สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย.
- Bernier, P.J., Gourdeau, C., Carmichael, P.H.,  
Beauchemin, J.P., Voyer, P., Hudon, C., &  
Laforce, R. Jr. (2023). It's all about  
cognitive trajectory: Accuracy of the  
cognitive charts-MoCA in normal aging,  
MCI, and dementia. *Journal of the  
American Geriatrics Society*, 71(1),  
214-220,  
<https://doi.org/10.1111/jgs.18029>
- Drake, K. (2018). *Alzheimer's Dementia  
Screening in Primary Care: Quality  
Improvement Project to Identify  
Those at Risk* [Doctoral dissertation,  
University of Massachusetts Amherst].  
UMass Amherst Library.  
[https://scholarworks.umass.edu/nursing\\_dnp\\_capstone](https://scholarworks.umass.edu/nursing_dnp_capstone)
- Gibson, C., Goeman, D., & Pond, D. (2020).  
What is the role of the practice nurse  
in the care of people living with  
dementia, or cognitive impairment,  
and their support person (s)?: a  
systematic review. *BMC Family  
Practice*, 13(1), 141,  
<https://doi.org/10.1186/s12875-020-01177-y>
- Khan, T.K., (2016). Chapter 2 - Clinical  
Diagnosis of Alzheimer's Disease. In  
Khan, T.K. (Eds.), *Biomarkers in  
Alzheimer's Disease* (pp. 27-48).  
Academic Press.
- Mattke, S., Batie, D., Chodosh, J., Felten, K.,  
Flaherty, E., Fowler, N.R., Kobylarz, F.A.,  
O'Brien, K., Paulsen, R., Pohnert, A.,  
Possin, K.L., Sadak, T., Ty, D., Walsh, A.,  
& Zissimopoulos, J.M. (2023).  
Expanding the use of brief cognitive  
assessments to detect suspected  
early-stage cognitive impairment in  
primary care. *Alzheimer's & Dementia*,  
19(9), 4252-4259,  
<https://doi.org/10.1002/alz.13051>
- Sabbagh, M.N., Boada, M., Borson, S., Chilukuri, M.,  
Dubois, B., Ingram, J., Iwata, A.,  
Porsteinsson, A.P., Possin, K.L.,  
Rabinovici, G.D., Vellas, B., Chao, S.,  
Vergallo, A., & Hampel, H. (2020). Early  
Detection of Mild Cognitive Impairment  
(MCI) in Primary Care. *The Journal of  
Prevention of Alzheimer's Disease*,  
7(3), 165-170,  
<https://doi.org/10.14283/jpad.2020.21>

Saguil, A., & Buck, E. (2021). Brief Cognitive Testing in the Detection and Diagnosis of Clinical Alzheimer-Type Dementia. *American Family Physician, 103*(3), 183-185.

Sejunaite, K., Gaucher, F., Lanza, C., & Riepe, M.W. (2023). Clock Drawing Test: Types of Errors and Accuracy in Early Cognitive Screening. *Journal of Alzheimer's Disease, 95*(4), 1597-1608, <https://doi.org/10.3233/JAD-230110>

Smid, J., Studart-Neto, A., César-Freitas, K.G., Dourado, M.C.N., Kochhann, R., Barbosa, B.J.A.P., Schilling, L.P., Balthazar, M.L.F., Frota, N.A.F., de, Souza. L.C., Caramelli, P., Bertolucci, P.H.F., Chaves, M.L.F., Brucki, S.M.D., Nitrini, R., Resende, E.P.F., & Vale, F.A.C. (2022). Subjective cognitive decline, mild cognitive impairment, and dementia - syndromic approach: recommendations of the Scientific Department of Cognitive Neurology and Aging of the Brazilian Academy of Neurology. *Dementia & Neuropsychologia, 16*(3), 1-24, <https://doi.org/10.1590/1980-5764-DN-2022-S101PT>