

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง
ที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง ของหน่วยบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่ง
ในจังหวัดขอนแก่น*

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 37 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มีนาคม) 2557

Volume 37 No.1 (January-March) 2014

Mild Cognitive Impairment in Older Persons
with Chronic Illness Attended at a Chronic Care Clinic
of a Primary Care Unit Khon Kaen Province

สุทินันท์ สุบินดี พย.บ.** วรณภา ศรีรัฐรัตน์ Ph.D.***

Suttinan Subindee BNS.** Wanapa Sritanyarat Ph.D.***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ ศึกษาภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง หน่วยบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่ง กลุ่มประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง 163 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยตามเกณฑ์ที่กำหนดได้ 86 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น หญิงสูงอายุกลุ่มวัยต้น เจ็บป่วย 2 โรคขึ้นไป และได้รับยา 4 ชนิดขึ้นไป ภาวะการรู้คิดบกพร่อง พบมีความบกพร่อง ด้านความจำ คือ หลงลืมสิ่งของ ด้านความตั้งใจ พบ ไม่มีสมาธิ ด้านความคิด พบ มี คิด/พูดสับสนวุ่นวาย ด้านการรับรู้สภาวะรอบตัว พบ มี หลงลืมวัน ด้านภาษา พบ เรียกชื่อสิ่งของไม่ถูก ส่วนด้านบริหารจัดการ พบว่า มีความเหมาะสม ผลการศึกษานี้ ใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริมสมรรถภาพสมองในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยได้

คำสำคัญ: ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ผู้สูงอายุ การเจ็บป่วยเรื้อรัง

Abstract

This descriptive research aimed to study mild cognitive impairment (MCI) in older persons with chronic illness attended at a chronic care clinic of a primary care unit. The population was 163 chronically ill older persons attended at the clinic. Sample of 86 persons was recruited based on specific criteria. Data were collected using questionnaire developed by the researcher. Descriptive statistics were used for data analysis.

Results showed that most of the sample were females in young old age group, had 2 or more chronic illnesses and got 4 or more medicines. MCI deficits found were: *Memory*, forgotten about the things; *Attention*, inattention; *Thinking*, confused thinking/speaking; *Orientation*, confusion about the day; and *Language*, using wrong words. However, Executive function was appropriate. Findings from this study can be used to enhance cognitive function in MCI older persons.

keywords: mild cognitive impairment, older persons, chronic illness

* ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment: MCI) เป็นภาวะที่อยู่ระหว่างการหลงลืมปกติ (normal forgetfulness) กับภาวะสมองเสื่อมระยะแรก (early dementia)¹ ผู้สูงอายุและสังคมไทยโดยทั่วไปจะมุ่งให้ความสนใจกับภาวะสมองเสื่อมเนื่องจากมีอาการผิดปกติชัดเจนและเกิดผลกระทบต่อคนรอบข้างสูง จึงยังขาดการตระหนักเกี่ยวกับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย เนื่องจากด้วยลักษณะอาการที่เกิดขึ้น มีความคล้ายคลึงกับภาวะหลงลืมตามวัย ทำให้ผู้สูงอายุและบุคคลทั่วไปมักเข้าใจว่าอาการที่เกิดขึ้น เป็นภาวะหลงลืมตามวัย จากความสูงอายุ จึงละเลยอาการที่เกิดขึ้นจนพัฒนาเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมในระยะต่อมา และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เครื่องมือหรือแบบประเมินที่มีใช้แพร่หลายในปัจจุบันเป็นแบบประเมินเพื่อการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินหรือคัดกรองภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยยังมีจำกัด² และยังต้องพัฒนาให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุไทยในบริบทต่าง ๆ ดังนั้น การไม่ได้รับการประเมิน/คัดกรองเบื้องต้นที่เหมาะสม จึงทำให้พยาบาลหรือบุคลากรทีมสุขภาพ ตลอดจนผู้สูงอายุเองและครอบครัวขาดการตระหนักถึงภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยที่เกิดขึ้นนี้ ส่งผลให้มีความล่าช้าในการวินิจฉัยและไม่ได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพสมองที่เหมาะสมตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยแตกต่างจากการหลงลืมตามวัย โดยผู้ที่ เป็นจะลืมสิ่งที่ไม่ควรลืม เช่น ลืมวันนัดหมายที่สำคัญๆ และจะเกิดขึ้นบ่อยๆ จนรบกวนชีวิตประจำวัน แต่จะไม่สูญเสียหน้าที่การทำงาน การดำเนินชีวิต การตัดสินใจและการใช้เหตุผล เป็นต้น³ สำหรับภาวะสมองเสื่อม จะมีอาการเสื่อมของความจำเป็นอาการเด่น ไม่มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว อาจมีความสามารถในการคิดเชิงซ้อนลดลง ความสามารถในการตัดสินใจบกพร่อง เกิดการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ ซึ่งความผิดปกติดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบต่อหน้าที่การทำงาน ชีวิตสังคม และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น⁴ อาการของการหลงลืมตามวัย ภาวะการรู้คิด

บกพร่องเล็กน้อย และภาวะสมองเสื่อม ที่คล้ายคลึงกันเหล่านี้ อาจทำให้ผู้สูงอายุหรือคนในครอบครัวเกิดความสับสนในลักษณะอาการที่เกิดขึ้น เป็นเหตุให้พาผู้สูงอายุมาปรึกษาบุคลากรทีมสุขภาพ เพราะเข้าใจว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม หรือบางกรณีอาจจะเลยอาการของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยที่เกิดขึ้นได้

ภาวะสังคมสูงอายุของประเทศไทย ที่มีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ร่วมกับการขยายตัวของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น⁵ โดยพบว่าผู้สูงอายุไทยมากกว่าครึ่งหนึ่ง มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว⁵ ซึ่งโรคเรื้อรัง อาทิ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจล้มเหลว เหล่านี้ เป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุ^{6,7,8,9} แต่การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยนี้ยังมีจำกัดโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่สำคัญ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง ของหน่วยบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยที่เกิดขึ้น เพื่อสามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษารั้งนี้ ใช้วิธีการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังของหน่วยบริการ

ปฐมแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น โดยเป็นผู้ที่อยู่ในพื้นที่ ขณะทำการศึกษากว่า 163 คน และกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย คัดเลือก ตามเกณฑ์ของ Petersen and Negash (2008)¹ คือ 1) เป็นผู้สูงอายุและญาติหรือผู้ดูแล ให้ข้อมูลตรงกันว่า ผู้สูงอายุมีอาการหลงลืมหรือมีปัญหาด้านความจำ 2) มีความจำบกพร่อง แต่ทำหน้าที่ด้านการรู้คิดอื่น ๆ ปกติ และเป็นผู้ที่ไม่เข้าข่ายมีภาวะสมองเสื่อม และ 3) เป็น ผู้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบ่ง เป็น 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนแรก คัดกรองตามเกณฑ์ข้อที่ 1 คือ เป็นผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังร่วมกับญาติหรือผู้ดูแล ที่ใกล้ชิด ให้ข้อมูลตรงกันว่าผู้สูงอายุมีปัญหาความ จำ เครื่องมือในการใช้คัดเลือก ในขั้นนี้ประกอบด้วย แบบสอบถามปัญหาด้านความจำ โดยผู้สูงอายุและ ญาติ ได้ผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์การคัดกรองปัญหาความจำ นี้ จำนวน 145 คน (ร้อยละ 88.96) ขั้นตอนที่สอง คัด กรองตามเกณฑ์ข้อที่ 2 คือ มีความจำบกพร่อง แต่การ ทำหน้าที่ด้านการรู้คิดอื่น ๆ ปกติและเป็นผู้ที่ไม่เข้าข่าย มีภาวะสมองเสื่อม เครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ที่จัดทำขึ้นโดยคณะกรรมการ การจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษา ไทย (2542)¹⁰ ใช้เพื่อคัดเลือกผู้สูงอายุที่ไม่เป็นผู้ที่มี ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งการใช้เครื่องมือนี้ได้ ต้องผ่าน การทดสอบว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบวัดภาวะซึม เศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ของกลุ่มฟื้นฟูสภาพสมอง (2537)¹¹ ในขั้นตอนนี้ ได้ผู้สูงอายุจำนวน 132 คน (ร้อยละ 80.98) และ ขั้น ตอนที่สาม คัดกรองตามเกณฑ์ข้อที่ 3 คือ เป็นผู้ที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานอยู่ ในเกณฑ์ปกติ โดยใช้แบบประเมิน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544)⁴ ได้ผู้ที่ผ่านตามเกณฑ์ 97 คน แต่ยินดีให้สัมภาษณ์และ เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีคุณสมบัติครบตาม เกณฑ์ รวม 86 คน (ร้อยละ 52.76)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้ แบบสัมภาษณ์ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูง อายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวน วรรณกรรม ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล คือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ประวัติการเป็นสมองเสื่อมในครอบครัว และพฤติกรรม ด้านสุขภาพและด้านการรู้คิด และ 2) การรู้คิดบกพร่อง เล็กน้อย ประกอบด้วย การรู้คิด 6 ด้าน คือ ด้านความจำ (memory) ความตั้งใจ (attention) ความคิด (thinking) การรับรู้สภาวะรอบตัว (orientation) ภาษา (language) และการบริหารจัดการ (executive function) แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น มีข้อคำถามเป็นแบบเลือก ตอบและมีคำถามปลายเปิด ได้รับการตรวจสอบความ ตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านผู้สูงอายุรวม 3 ท่าน

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่นเลขที่ HE551292 และได้รับการอนุมัติเห็นชอบ จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ และได้รับความ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ลักษณะของ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและมีภาวะการรู้คิดบกพร่อง เล็กน้อย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็น ผู้สูงอายุเพศ หญิง (ร้อยละ 68.6) อายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 48.8) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 75.6) มีโรคและการเจ็บป่วยเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป (ร้อยละ 77.9) โรคตามการวินิจฉัยของแพทย์ คือ โรคความดัน โลหิตสูง (ร้อยละ 90.70) รองลงมา คือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 47.67) และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 26.74) ส่วนใหญ่ได้รับยาตั้งแต่ 4 ชนิดขึ้นไป (ร้อยละ 46.6) และไม่มีประวัติการเป็นสมองเสื่อมในครอบครัว (ร้อยละ 90.7) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า มีการรับประทาน อาหารเสริมเป็นครั้งคราว (ร้อยละ 47.7) รับประทานผัก ผลไม้เป็นประจำ (ร้อยละ 86.0) ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่

(ร้อยละ 70.9) และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 55.8) มีกิจกรรมทางกาย คือ การเดิน (ร้อยละ 44.2) ส่วนพฤติกรรมด้านการรู้คิดที่พบมากคือ การทำสมาธิ (ร้อยละ 43.0) และส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (ร้อยละ 90.7)

2. การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย จากการสอบถามการรู้คิดใน 6 ด้าน พบว่า 1) ด้านความจำ เกี่ยวกับการหลงลืมคน ส่วนใหญ่มักลืมชื่อคนที่เคยรู้จัก จำหน้าได้แต่จำชื่อไม่ได้ เกี่ยวกับการหลงลืมสิ่งของ ส่วนใหญ่ลืมว่าวางของไว้ไหน หรือหาของใช้ในบ้านไม่พบ เกี่ยวกับการหลงลืมเหตุการณ์หรือวิธีการ ส่วนใหญ่ มี

การเดินเข้าไปในห้อง แต่มักลืมไปว่าเดินเข้ามาทำอะไร รองลงมา คือ การลืมสิ่งที่พูดไปภายในครึ่งชั่วโมงก่อนหน้านี้ และลืมกินยา เป็นต้น 2) ด้านความตั้งใจ ส่วนใหญ่ไม่มีสมาธิ 3) ด้านความคิด พบมีการพูดจาสับสน วกวน 4) ด้านการรับรู้สภาวะรอบตัว พบว่า มีการหลงวัน 5) ด้านภาษา ที่พบมาก คือ มีการใช้คำไม่ถูก หรือเรียกชื่อสิ่งของไม่ถูก และ 6) ด้านการบริหารจัดการ ในกรณีที่อยู่บ้านคนเดียวแล้วมีคนแปลกหน้ามาเรียกให้เปิดประตู ส่วนใหญ่จะดูก่อนแล้วค่อยตัดสินใจเปิดประตู (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (n = 86)

ลักษณะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย	จำนวน	ร้อยละ
1) ด้านความจำ		
ลืมสิ่งของ		
1. ลืมว่าวางของไว้ที่ไหน หรือหาของใช้ในบ้านไม่พบ	77	89.5
2. ลืมของที่ตั้งใจว่าจะนำเอาไปด้วย เมื่อออกนอกบ้าน	69	80.2
ลืมเหตุการณ์		
3. เดินเข้าไปในห้อง แต่มักลืมไปว่าเดินเข้ามาทำอะไร	77	89.5
4. ลืมเรื่องที่ได้รับฟังมาเมื่อเร็ว ๆ นี้หรือใน 2-3 วัน ที่ผ่านมา	31	36.0
5. ลืมกินยา	31	36.0
6. ลืมการนัดหมายที่สำคัญ	24	27.9
7. ลืมสิ่งที่เพิ่งเกิดขึ้นหรือเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นเมื่อเร็ว ๆ นี้	12	14.0
ลืมคน		
8. ลืมชื่อคนที่เคยรู้จัก จำหน้าได้แต่จำชื่อไม่ได้	65	75.6
ลืมคำพูด		
9. ลืมสิ่งที่ได้พูดไปภายในครึ่งชั่วโมงก่อนหน้านี้	40	46.5
2) ด้านความตั้งใจ		
1. ไม่มีสมาธิ หรือคนอื่นเคยบอกว่า ท่านมีสมาธิไม่ดี	22	25.6
2. หลังจากให้อ่านหนังสือหรือดูทีวีแล้วไม่สามารถบอกได้ว่าอ่านหรือดูอะไร	12	14.0

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (n = 86) (ต่อ)

ลักษณะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย	จำนวน	ร้อยละ
3) ด้านความคิด		
1. คิด/พูดจาสับสน วกวน	12	14.0
2. พูดคนละเรื่องกับคนอื่นที่กำลังพูดคุยกันอยู่	9	10.5
4) ด้านการรับรู้สภาวะรอบตัว		
1. หลงวัน	20	23.3
2. หลงทาง หรือกลับบ้านไม่ถูก	7	8.1
5) ด้านภาษา		
- ใช้คำไม่ถูก หรือเรียกชื่อสิ่งของไม่ถูก	40	46.5
6) ด้านการบริหารจัดการ :		
กรณีที่อยู่ในบ้านคนเดียว แล้วมีคนแปลกหน้ามาเรียกให้เปิดประตู จะทำอย่างไร		
- ตัดสินใจเปิดประตูเลย	4	4.7
- ตัดสินใจไม่เปิดประตู	33	38.4
- ดูก่อนแล้วค่อยตัดสินใจเปิดประตู	49	57.0

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้าข่ายการมีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ตามเกณฑ์ของ Petersen and Negash (2008)¹ คือ 1) เป็นผู้ที่ผู้สูงอายุและจากญาติหรือผู้ดูแล ให้ข้อมูลตรงกันว่า ผู้สูงอายุมีอาการหลงลืมหรือมีปัญหาด้านความจำ 2) มีความจำบกพร่องแต่ทำหน้าที่ด้านการรู้คิดอื่นๆปกติและเป็นผู้ที่ไม่เข้าข่ายมีภาวะสมองเสื่อม และ 3) เป็นผู้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวนรวม 86 คน (ร้อยละ 52.76) จากผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังที่ศึกษา จำนวนทั้งสิ้น 163 คน ในขณะที่ถ้าใช้เกณฑ์การคัดเลือกข้อแรกเพียงข้อเดียว คือ การบอกถึงการมีปัญหาด้านความจำ จะพบว่า มีผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังมีปัญหาด้านความจำสูงถึง ร้อยละ 88.96 (145 คน) แม้เกณฑ์ของ Petersen and Negash¹ จะเป็นที่ยอมรับแต่มีความจำเพาะกับชนิดของการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยที่มีความบกพร่องของความจำเป็นลักษณะเด่น (amnesic mild cognitive impairment) จึง

ยังต้องการการประเมินคัดกรองที่สามารถประเมินภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยชนิดอื่น ๆ และที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย

ลักษณะของผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเป็นโรคสมองเสื่อมในครอบครัว แต่กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีการเจ็บป่วยตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป โดยเฉพาะเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ซึ่งทำให้ได้รับยามาก คือ ตั้งแต่ 4 ชนิดขึ้นไป กลุ่มเจ็บป่วยเรื้อรังนี้ ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง จึงควรมีการประเมินสภาพสมองเพื่อคัดกรองและติดตามภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยอย่างต่อเนื่องเพื่อสามารถวินิจฉัยได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก

ผลการศึกษาภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดกรอง พบว่า มีความใกล้เคียงกับภาวะหลงลืมตามวัย โดยพบว่า การรู้คิดด้านความจำหรือการหลงลืม เป็นอาการเด่นชัดที่สุด (พบสูงถึงร้อยละ 89.50) โดยเฉพาะการลืมสิ่งของ และ

เหตุการณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ¹² ที่พบว่าปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุในชุมชน พบมีปัญหาการสูญเสียความจำ ร้อยละ 63 ส่วนปัญหาของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่สำคัญ คือ การหลงลืมเรื่องรับประทานยา ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับยามากกว่าหรือเท่ากับ 4 ชนิด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการใช้ยาที่ไม่ครบถ้วนหรือได้รับยาเกินขนาดได้ และเนื่องจากการมีอาการหลงลืมเป็นอาการเด่น จึงทำให้เข้าใจว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการหลงลืมตามวัยได้ ซึ่งจำเป็นต้องพิจารณาถึงความบกพร่องหรือปัญหาของการรู้คิดด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย ได้แก่ ด้านภาษา ด้านความตั้งใจ ด้านความคิด ด้านการรับรู้สภาวะรอบตัว และด้านการบริหารจัดการร่วมด้วย ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมหรือกิจกรรมเพื่อส่งเสริมฟื้นฟูและชะลอการเสื่อมถอยของสมรรถภาพสมองต่อไป ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาการจัดโปรแกรมในกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรก^{13,14} และในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป^{15,16} ในขณะที่การศึกษาต่างประเทศพบว่าโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพสมองมีประสิทธิภาพที่ดีในกลุ่มที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย^{17,18,19,20,21,22}

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ยังมีข้อจำกัดในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่งเท่านั้น ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปและผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ครอบคลุมมากขึ้น นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้เรียนรู้ว่าการศึกษเกี่ยวกับปัญหาความจำ การรู้คิดบกพร่อง หรือภาวะสมองเสื่อม เป็นประเด็นที่อ่อนไหวต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา อาจก่อให้เกิดการรับรู้ในแง่ลบและส่งผลกระทบต่อความวิตกกังวลหรือกลัวความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังนั้น ผู้ศึกษาต้องมีความไวต่อความรู้สึกหรือต่อผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างที่อาจมีความกังวลในผลคัดกรองจนส่งต่อการเข้าร่วมในโครงการได้ และในกรณีที่มีปัญหา ควรมีการติดตามหรือส่งต่อการดูแลอย่างเหมาะสมด้วย

ข้อเสนอแนะ

หน่วยบริการปฐมภูมิที่ศึกษา ควรจัดโปรแกรมส่งเสริมการรู้คิด หรือการพัฒนาสมรรถภาพสมอง เพื่อการชะลอหรือป้องกันปัญหาภาวะการรู้คิดบกพร่อง ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ศึกษาอย่างเหมาะสมควรทำการประเมินคัดกรองภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อการวินิจฉัยตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก และเพื่อสร้างความตระหนักต่อภาวะเสี่ยงและเพื่อป้องกันปัญหาหรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นตามมาได้

การทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ ภาวะการรู้คิดบกพร่อง ปัญหาความจำหรืออาการหลงลืม หรือภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพึงระมัดระวังปัญหาด้านจิตใจ ความกลัว วิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาและในกรณีที่เกิดปัญหา ควรหาวิธีการป้องกันหรือส่งต่อให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมด้วย

References

1. Petersen RC, Negash S. Mild cognitive impairment: an overview. *CNS Spectr* 2008; 13(1): 45–53.
2. Tangwongchai S, Phanasathit M, Charembon T, Akkayagorn L, Hemrungron S., Phanthumchinda K, Nasreddine ZA, The validity of Thai version of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA-T), *Dement Neuropsychol* 2009; 3(2):172(abstract only)
3. Onsanit S. Dementia in outpatients consulted with forgetfulness symptom. *I-San Journal of Internal Medicine* 2009; 8 (1): 51–63. (in Thai)
4. Jitapunkul S. Principles of geriatric medicine. 3rd ed. Bangkok: Chulalongkorn University; 2001. (in Thai)

5. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai elderly 2008. Bangkok: TQP. (in Thai)
6. Euser SM, Bommel TV, Schram MT, Gussekloo J, Hofman A, Westendorp RGJ, et al. The effect of age on the association between blood pressure and cognitive function later in life. *The American Geriatrics Society* 2009; 57: 1232-7.
7. Brodaty H, Altendorf A, Withall A, Sachdev PS. Mortality and institutionalization in early survivors of stroke: the effect of cognitive, vascular mild cognitive impairment, and vascular dementia. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* 2010; 19(6): 485-93.
8. Luchsinger JA, Reitz CR, Patel BP, Tang M, Manly JJ, Mayeux R. Relation of diabetes to mild cognitive impairment. *Arch Neurol* 2007; 64: 570-5.
9. Vogels RLC, Scheltens P, Schroeder-Tanka JM, Weinstein HC. Cognitive impairment in heart failure: a systematic review of the literature. *European Journal of Heart Failure* 2007; 9: 440-9.
10. Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Medical technology assessment: A comparison of Mini-mental State Examination-Thai (MMSE-Thai) 2002 and Thai Mini-mental State Examination (TMSE) for screening older persons with dementia. Nonthaburi: CG Tool. (in Thai)
11. Brain Rehabilitation Group. Thai geriatric depression scale. *Siriraj Medical Journal* 1994; 46(1): 1-9. (in Thai)
12. Aroonsang P, Sritanyarat W, Lertrat P, Subindee, S, Surit, P, Theeranut, A, et al. Health profile of older persons in health care institute and in community. *Journal of Nursing Science and Health* 2012; 35(2): 15-24. (in Thai)
13. Nantachai K, Nivatphan R, Kraisoraphong K. The efficacy of memory training using Montessori philosophy-base activities in mild dementia elderly. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2009; 54 (2): 192-208. (in Thai)
14. Kanasut K, Nivatphan R, Kraisoraphong K. Efficacy of activities of daily living skill training using Montessori-based activities in elderly with early stage dementia. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2009; 54 (3): 241-50. (in Thai)
15. Tongnok S, Panuthai S, Pramoch A. Effect of Tai Chi Qigong exercise on memory among the elderly. *Nursing Journal* 2007; 34 (4): 82-92. (in Thai)
16. Jattakon W. The efficacy of the imagery program for memory training in aging. [Master of Psychiatry Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2007. (in Thai)
17. Kinsella GJ, Mullaly E, Rand E, Onq B, Burton C, Price S, et al. Early intervention for mild cognitive impairment: a randomized controlled trial. *J Neurosurg Psychiatry* 2009; 80: 730-6.
18. Vidovich MR, Lautenschlager NT, Flicker L, Clare L, Almeida O. The PACE Study: A randomized clinical trial of cognitive activity (CA) for older adult with mild cognitive impairment (MCI). *Bio Med Central* 2009; 10 (114): 1-8.
19. Troyer AK, Murphy KJ, Anderson ND, Moscovitch M, Craik FIM. Changing everyday memory behavior in amnesic mild cognitive impairment: A randomized controlled trial. *Neuropsychological Rehabilitation* 2008; 18 (1): 65-88.

20. Greenaway MC, Hanna SM, Lopore SW, Smith GE. A behavioral rehabilitation intervention for amnesic mild cognitive impairment. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 2008; 23(5): 451–61.
21. Kure A, Pohl C, Ramsenthaler M, Sorg C. Cognitive rehabilitation in patients with mild cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2009; 24: 163–8.
22. Talassi E, Guerreschi M, Feriani M, Fedi V, Bianchetti A, Trabucchi M. Effectiveness of a cognitive rehabilitation program in mild dementia (MD) and mild cognitive impairment (MCI): A case control study. *Arch. Gerontol Geriatr Suppl* 2007; 1: 391–9.