



ความชุกของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง จังหวัดอุดรธานี Prevalence of mild cognitive impairment in older people at semi-rural community Udonthani province

จุฑารัตน์ เสาวพันธุ์¹, พรรณวรดา สุวัน², เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง³, ปิยวรรณ พลขารี⁴ และจิรวดี ไหวหารเดช⁵

¹สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี
โทรศัพท์ 095-6613154 jutharat@rtu.ac.th

²สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี
โทรศัพท์ 090-0290494 panwarada@rtu.ac.th

³สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี
โทรศัพท์ 061-4142236 Saowaluk@rtu.ac.th

^{4,5}หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความชุกของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยของผู้สูงอายุในเขตชุมชนกึ่งเมือง จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในชุมชนหนองใส อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ที่ได้มาด้วยการสุ่มแบบง่าย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 110 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Activities of Daily Living : ADL) แบบทดสอบสมรรถภาพทางสมองของไทย (Thai-mental state examination : TMSE) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q และแบบประเมินพุทธิปัญญา (Montreal cognitive assessment : MoCA) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ แจกแจงเป็นค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.6 จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 96.3 มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MoCA < 25) มีจำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 92.7 จำแนกภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเป็นรายด้าน พบว่า ด้านทักษะด้านมิติสัมพันธ์ หรือการบริหารจัดการ มีความพร้อมมากที่สุด ร้อยละ 94.55 รองลงมาเป็นด้านการใช้ภาษา ร้อยละ 91.81 ด้านสมาธิความตั้งใจ ร้อยละ 81.82 ด้านการทวนซ้ำ ร้อยละ 79.09 ด้านความคิดเชิงนามธรรม ร้อยละ 55.45 ด้านการเรียกชื่อ ร้อยละ 23.64 และด้านการรับรู้สภาวะรอบตัว ร้อยละ 21.81 ตามลำดับ ข้อเสนอแนะ ควรตรวจคัดกรองภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยให้ผู้สูงอายุ และมีการติดตามระยะยาว และวางแผนส่งเสริมให้มีการบริหารสมองเป็นประจำเพื่อชะลอความเสื่อมของสมองต่อไป

คำสำคัญ : ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ผู้สูงอายุ สมองเสื่อม

Abstract

This descriptive research the purpose to study prevalence of mild cognitive impairment (MCI) in older people at semi-rural community Udonthani province. The samples of this research were 110 older people in Nongsai community, Muang district, Udonthani province. The participants age 60 older people were selected based on pre- specified inclusion. Data were collected using a personal information questionnaire, a activities of daily living assessment form (ADL), Thai mental state examination (TMSE), 9Q depression assessment and

the Montreal cognitive assessment (MoCA) Thai- version. The data were analyzed using descriptive statistics such as distribution, frequency, percentage and mean. Results: The study, 102 (92.7 %) of participants were found to have MCI (MoCA <25), 73.6 % of older people were female, 96.3 % graduated from primary school education. MCI deficits found were 94.55 % of visuospatial / executive, 91.81 % of language, 81.82 % of attention, 79.09 % of delayed recall, 55.45 % abstraction 23.64 % of naming and 21.81 % of orientation. Recommendation: It is recommended that healthcare personnel perform a screening test on older people to identify sign of MCI and prepare a long-term and plans to brain exercise to prevent or delay the degeneration of the brain.

Keyword: Mild Cognitive Impairments, Older People, Dementia

บทนำ

ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตามประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยพบว่า ปี 2559 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุทั้งหมด 11 ล้านคน คิดเป็น 16.5 ของประชากรทั้งประเทศ โครงสร้างของประชากรไทยกำลังเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” ในอีก 5 ปีข้างหน้า และคาดว่าจะเป็ นสังคมผู้สูงอายุระดับสูงสุดไม่เกิน 20 ปีข้างหน้า จากแนวโน้มของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นนี้ เป็นผลมาจากภาวะเจริญพันธุ์ลดลง และชีวิตของคนไทยยืนยาวขึ้น (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2560) เมื่ออายุมากขึ้น ร่างกายจะมีการเสื่อมถอยลงในทุกระบบ ซึ่งพบว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทและสมอง ทำให้มีการรู้คิดลดลง ส่งผลให้พบปัญหาการรู้คิดบกพร่องตามมา (cognitive impairment) (Alzheimer’s association, 2019)

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment : MCI) เป็นภาวะที่อยู่ระหว่างการหลงลืมปกติ (normal forgetfulness) กับภาวะสมองเสื่อมระยะแรก (early dementia) ผู้สูงอายุจะมีความบกพร่องของสมองในด้านความจำ (memory) การใช้ภาษา (language) ทักษะด้านมิติสัมพันธ์ (visuoconstructional skills) ความตั้งใจหรือการมีสมาธิ (attention) และการบริหารจัดการ (executive function) ด้านใดด้านหนึ่ง หรือหลายด้าน โดยที่ไม่มีความผิดปกติในการเข้าสังคม การทำงาน และการดำเนินชีวิต ตัดสินใจ และใช้เหตุผลได้ ครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดจะสังเกตเห็นว่าผู้สูงอายุมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การลืมนัดหมายที่สำคัญๆ และเกิดขึ้นบ่อยจนรบกวนชีวิตประจำวัน ชอบถามคำถามซ้ำๆ เล่าเรื่องเดิมๆ มีปัญหาในการจัดการเกี่ยวกับตัวเลข ขาดสมาธิขณะสนทนา หรือทำกิจกรรม (Petersen & Negash, 2008)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย มีการเปลี่ยนแปลงที่เชื่อว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาไปสู่ภาวะสมองเสื่อม 1-3 ปี หลังจากมีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Panza et.al., 2006) และมีความเสี่ยงต่อการพัฒนาไปเป็นภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ มากถึงร้อยละ 10-15 เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุปกติ ที่มีความเสี่ยงร้อยละ 1-2 เท่านั้นในช่วงเวลา 1 ปี (Palassman, et al., 2008) จากการศึกษาภาวะ MCI ของผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาวในประเทศญี่ปุ่น พบความชุกของภาวะ MCI ร้อยละ 12 (Wada- Isoe, et al., 2012) และจากการศึกษาของผู้สูงอายุในสถานบริบาลประเทศจีน พบอัตราความชุก ร้อยละ 13.3 (Mingxian, et al. 2014) ส่วนการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 52.76 (สุทินันท์ สุปินดี และ วรณภา ศรีธัญรัตน์, 2557) ส่วนการศึกษาภาวะการรู้คิดบกพร่องในจังหวัดเชียงราย คิดเป็นร้อยละ 80.60 (ปิยภร และพรสวรรค์, 2560) และพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย มีคุณภาพชีวิตลดลง อัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุ



ทั่วไป 2 เท่า และเสียงที่ต้องอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราสูงขึ้น 2 เท่า (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556) อีกทั้งเมื่อมีการรับรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยแล้วทำให้มีการดูแลสุขภาพมากขึ้น เกิดค่าใช้จ่ายสูงขึ้น 15 เท่า และยังทำให้ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้า เครียด รู้สึกเหนื่อยล้า เป็นภาระ มีความคับข้องใจ และต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือจากสังคม (Blieszner & Roberto, 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรับรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment: MCI) จะส่งผลกระทบต่อตนเอง ทำให้ต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้นในการทำกิจกรรมประจำวันต่างๆ ทำให้เครียด วิตกกังวล เนื่องจากการเกิดความรู้สึกว่า มีการรบกวนวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเอง มีการเข้าสังคมลดลง อาจเกิดการสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง สูญเสียสถานภาพทางสังคม และการเกิดภาวะพึ่งพิง เกือบตัว หรือปลีกตัวออกจากสังคม เนื่องจากไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ และไม่สามารถร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ ซึ่งถ้าไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลกระทบอย่างใหญ่หลวง ทั้งต่อครอบครัว และผู้ดูแลที่ต้องรับภาระเลี้ยงดู อาจเกิดความเครียด รำคาญ หรือโกรธตามมา อาจต้องสูญเสียรายได้ เนื่องจากต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนผลกระทบต่อชุมชน และสังคมนั้น จะทำให้เกิดภาระในการดูแลเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และสมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแลลดลงกลายเป็นปัญหาสำคัญ และเกิดภาวะวิกฤติได้ในอนาคต (จารุวรรณ ก้านศรี, ดลใจ จองพานิช, นภัทร เตียอนุกุล, ภัทรวดี ศรีนิวาล และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2560; Palassman, et al., 2008; Winblad, et al., 2004)

จากการศึกษาสถานการณ์ของภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในประเทศไทยของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2560) และในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของเพชรรัตน์ พิบาลวงศ์ และคณะ (2561) พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 8.1, 10.1 ตามลำดับ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการศึกษาวัดภาวะสมองเสื่อมมากพอควร แต่ยังไม่พบการศึกษาภาวะการรับรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ในบริบทของชุมชนกึ่งเมือง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากการคัดกรองสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุที่เป็นกรณีศึกษา พบว่ามีปัญหาเรื่องความคิด และความจำที่ลดลง ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลบอกว่า ผู้สูงอายุมีการลืมนัดหมายบ่อยๆ จนรบกวนชีวิตประจำวัน แต่เมื่อใช้แบบประเมินสมรรถภาพสมองของไทย (MMSE-Thai 2002) ประเมินพบว่า ยังไม่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนั้น การศึกษาภาวะการรับรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยของผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็น เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะการรับรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยของผู้สูงอายุ สามารถหาแนวทางในการดูแล และวางแผนส่งเสริมให้มีการบริหารสมองเป็นประจำ เพื่อชะลอความเสื่อมของสมองให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาความชุกของภาวะการรับรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ของผู้สูงอายุในเขตชุมชนกึ่งเมือง จังหวัดอุดรธานี

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม – กันยายน 2561 ในพื้นที่ชุมชนหนองไส อำเภอมือ จังหวัดอุดรธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในชุมชนหนองไส อำเภอมือ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 1,429 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 110 คน
เกณฑ์คัดเข้ามีดังนี้

1. สามารถสื่อสารด้วยการอ่านหรือเขียนภาษาไทยได้
2. ไม่มีภาวะซึมเศร้า
3. ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน
4. ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง
5. ไม่ใช้ยาที่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาท 1 สัปดาห์ก่อนเก็บข้อมูล

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง อ้างอิงจากการศึกษาของปิยะกร ไพรสนธิ์ และพรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน (2560) ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงราย นำมาคำนวณที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 พบมีคนที่มีความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ร้อยละ 80.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอายุของผู้ที่มีความรู้คิดบกพร่องเท่ากับ 7.22 เมื่อนำมาคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม n 4 studies (Ngamjarus & Chongsuvivatwong, 2014; Wayne ,1995) ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จำนวน 110 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

1. นำรายชื่อของผู้สูงอายุทั้งหมดในชุมชนมาบันทึกลงในโปรแกรม Excel ตั้งแต่ลำดับที่ 1-1429
2. จำนวนตัวอย่างที่ต้องการจำนวน 110 คน นำมาหารจำนวนประชากรทั้งหมด 1429 คน ได้ 12.99
3. นำรายชื่อมาเรียงลำดับเป็นกลุ่มๆ ละ 13 คน และสุ่มจับสลากรายชื่อคนแรกคือคนลำดับที่ 1-13 ได้ตัวอย่างลำดับที่ 5 กำหนดให้เป็นค่า R
4. ตัวอย่างต่อไป คือ คนที่ $R+13$, R_1+13 , R_2+13, $R_{109}+13$ เป็นคนสุดท้าย
5. ทำการคัดกรอง 9Q, TMSE, และ ADL ประเมินตามเกณฑ์คัดเข้าของตัวอย่างที่สุ่มมา ก่อนทำการเก็บข้อมูล ถ้าการประเมินพบผลไม่เป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้า จะทำการเลือกตัวอย่างในลำดับถัดไปแทน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ มีข้อคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว สัมพันธภาพกับผู้ดูแล ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ และโรคประจำตัว
2. แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Activities of Daily Living : ADL) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน โดยผู้สูงอายุที่มีคะแนน < 12 จะถูกคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง
3. แบบทดสอบสมรรถภาพทางสมองของไทย (Thai-mental state examination : TMSE) เป็นแบบประเมินสมรรถภาพทางสมอง คะแนนเต็ม 30 คะแนน มีความไว (sensitivity) ร้อยละ 92 (ศรนรินทร์ กาญจนโนนพินิจ, 2557) เป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินเพื่อนำมาเป็นเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยในการศึกษานี้จะนำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างในรายที่มีคะแนน ≤ 23 คะแนนจะถูกคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง
4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q พัฒนาขึ้นโดย ธรณินทร์ กองสุข และคณะ มี 9 ข้อคำถาม คำตอบเป็นมาตราวัด 4 ระดับ ตั้งแต่ 0-3 มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-27 เกณฑ์การให้คะแนน น้อยกว่า 7 ไม่มีภาวะซึมเศร้า 7-12 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 13-18 มีภาวะซึมเศร้า ปานกลาง มากกว่าหรือเท่ากับ 19 มีภาวะซึมเศร้ามาก

เป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินเพื่อนำมาเป็นเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยในการศึกษานี้ผู้ที่มีคะแนน ≥ 7 จะถูกคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง

5. แบบประเมินพุทธิปัญญา (Montreal cognitive assessment : MoCA) ฉบับภาษาไทย เป็นแบบประเมินภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย เป็นแบบประเมินสมองที่เกี่ยวข้องกับการรู้คิด สร้างโดยนายแพทย์ Ziad Nasreddine ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัฐโชโรจน์ มีความไว (sensitivity) ร้อยละ 80 ผู้วิจัยขออนุญาตนำมาใช้ แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยการประเมินด้านทักษะด้านมิติสัมพันธ์ ความตั้งใจ สมาธิ การบริหารจัดการ ความจำ ความคิดเชิงนามธรรม การคิดคำนวณ และการรับรู้สภาวะรอบตัว โดยมีคะแนนระหว่าง 0-30 คะแนน หากมีคะแนน 0-24 คะแนน หมายถึงมีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย 25-30 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง และหากได้รับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาปีที่ 6 ให้บวกเพิ่มอีก 1 คะแนน (เบญจมาศ สุขสถิต และ ผดุงธรรม เทียงบุรณธรรม, 2560)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ทำวิจัยได้ทำหนังสือขอความร่วมมือในการขอเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังผู้นำชุมชนแต่ละชุมชน และทำหนังสือขออนุญาตในการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง และให้ลงลายมือชื่อยินยอมให้ข้อมูล ในขณะที่รอการตอบรับจากผู้นำชุมชน ผู้วิจัยได้ทำการฝึกนักศึกษาที่เข้าร่วมโครงการวิจัยในการใช้แบบทดสอบ MoCA แบบประเมิน TMSE และแบบประเมินซิมเคร้า 9Q และแบบประเมิน ADL จำนวน 2 คน เพื่อเป็นผู้ช่วยเก็บข้อมูล ในขณะที่เก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ประเมินความเที่ยงระหว่างระหว่างผู้วิจัย 2 ทีมไขว้กัน เพื่อให้เป็นตามมาตรฐานเดียวกัน หลังจากนั้นทำการนัดกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสุ่มเพื่อทำแบบประเมิน โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินโดยใช้แบบประเมิน 9Q และแบบประเมิน TMSE และ ADL ก่อน ถ้าประเมินแล้วกลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนนจากแบบประเมิน 9Q ≥ 7 คะแนน และ หรือคะแนนแบบประเมิน TMSE ≤ 23 คะแนน และหรือคะแนนจากแบบประเมิน ADL < 12 คะแนน จะไม่ได้รับการประเมิน MoCA ต่อ กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนจากแบบประเมิน < 23 คะแนน และ หรือคะแนนจากแบบประเมิน 9Q > 7 คะแนน และคะแนนจากแบบประเมิน ADL ≥ 12 คะแนน จะได้รับการประเมิน MoCA เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) แจกแจงเป็นค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 110 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.6 เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.2 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี) ร้อยละ 34.5 และผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 7.3 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด ร้อยละ 95.5 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 52.7 รองลงมา คือ หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 41.8 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือ จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 96.3 และปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 1.8 การประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 57.3 รองลงมา คือ รับจ้างรายวัน ร้อยละ 11.8 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 10 และค้าขาย ร้อยละ 7.3 อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย ร้อยละ 67.3 รองลงมาเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 32.7 มีสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ 1-5 คน เฉลี่ยครอบครัวละ 3.73 คน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.34 มีสมาชิกครอบครัว 5 คนขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 42.2 และมีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ร้อยละ 7.3 ซึ่งความสัมพันธ์ของสมาชิก

ในครอบครัวอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 50.0 และดี ร้อยละ 46.4 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็น ร้อยละ 61.8 โดยมีโรคประจำตัวน้อยที่สุด 1 โรค และมากที่สุด 4 โรค ส่วนใหญ่ใช้บริการด้านสุขภาพจากหน่วยงานของรัฐ ได้แก่ ศูนย์โรงพยาบาลสุขภาพตำบล โรงพยาบาลศูนย์ เป็นต้น ส่วนสิทธิในการรักษาส่วนใหญ่ใช้บัตรผู้สูงอายุ ร้อยละ 90.9 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	29	26.4
หญิง	81	73.6
อายุ		
60-69 ปี	64	58.2
70-79	38	34.5
80 ปีขึ้นไป	8	7.3
ศาสนา		
พุทธ	105	95.5
คริสต์	3	2.7
อื่นๆ	2	1.8
สถานภาพสมรส		
โสด	6	5.5
คู่	58	52.7
หม้าย/หย่า/แยก	46	41.8
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	106	96.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	0.9
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	1	0.9
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2	1.8
ประเภทครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	36	32.7
ครอบครัวขยาย	74	67.3
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1 คน	8	7.3
2 คน	17	15.5
3 คน	19	17.3
4 คน	19	17.3
5 คนขึ้นไป	47	42.7
อาชีพ		
เกษตรกรรวม	63	57.7
รับจ้างรายวัน	13	11.8
ไม่ได้ทำงาน	11	10.0
ข้าราชการ	4	3.6
ค้าขาย	8	7.3
อื่นๆ	11	9.6



ลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มี	42	38.2
มี	68	61.8
การไปใช้บริการด้านสุขภาพ		
สถานบริการด้านสุขภาพของรัฐ	85	77.3
สถานบริการด้านสุขภาพของเอกชน/คลินิกเอกชน	22	20.0
อื่นๆ เช่น ซื้อมาจากร้านขายยา/แสวงหาการรักษา ทางเลือกด้วยตนเอง	3	2.7
สิทธิประโยชน์		
บัตรผู้สูงอายุ/บัตรประกันสุขภาพ	100	90.9
บัตรข้าราชการ/สิทธิจ่ายตรงของบุตร/ประกันสังคม	10	9.1

ผลการประเมินภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MoCA < 25 คะแนน) จากกลุ่มตัวอย่าง 110 คน พบว่า มีจำนวน 102 คนที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 92.7 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

ภาวะการรู้คิด	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MoCA < 25)	102	92.7
ภาวะการรู้คิดปกติ (MoCA ≥ 25)	8	7.3

จากตารางที่ 3 จำแนกภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเป็นรายด้านในผู้สูงอายุที่มีความพร่องด้านต่างๆ จำแนกภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเป็นรายด้าน พบว่า ด้านทักษะด้านมิติสัมพันธ์ หรือการบริหารจัดการ มีความพร่องมากที่สุด ร้อยละ 94.55 รองลงมาเป็นด้านการใช้ภาษา ร้อยละ 91.81 ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีความพร่อง คือ ได้คะแนนเต็มในแต่ละด้าน พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีความพร่องด้านการรับรู้สภาวะรอบตัว ร้อยละ 78.18 รองลงมา คือ ด้านการเรียกชื่อ ร้อยละ 76.36

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย จำแนกเป็นรายด้าน (n=102)

ด้าน	พร่อง		ไม่พร่อง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านทักษะด้านมิติสัมพันธ์หรือการบริหารจัดการ (Visuospatial/Executive)	104	94.55	6	5.45
ด้านการเรียกชื่อ (Naming)	26	23.64	84	76.36
ด้านสมาธิความตั้งใจ (Attention)	90	81.82	20	18.18
ด้านการใช้ภาษา (Language)	101	91.81	9	8.18
ด้านความคิดเชิงนามธรรม (Abstraction)	61	55.45	49	44.55
ด้านการทวนซ้ำ (Delayed recall)	87	79.09	23	20.91
ด้านการรับรู้สภาวะรอบตัว (Orientation)	24	21.82	86	78.18

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า พบว่า มีจำนวน 102 คน ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 92.7 ในประเทศไทยมีการศึกษาภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุทั้งหมดประจำเดือน พบร้อยละ 16.74 (Deetong-on, et al., 2013) และการศึกษาความชุกของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยของบุคลากรช่วงก่อนเกษียณ พบร้อยละ 30.8 (วลี รัตนวัตร์, ดาวชมพู นาควะโร และภัทรพร วิสาจันทร์, 2561). มีการศึกษาในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิ ร้อยละ 52.76 (สุทธินันท์ สุบินดี และวรรณภา ศรีธีญรัตน์, 2557) ส่วนการศึกษาในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงราย มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ร้อยละ 80.6 (ปิยะภร ไพรสนธิ์ และพรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน, 2560) ส่วนการศึกษาในต่างประเทศที่ศึกษาในผู้สูงอายุ 60 ปี ร้อย 21 ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mon, Tiraphat & Jayasvasti, 2017) และการศึกษาในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป พบว่ามีภาวะการรู้คิดบกพร่อง ร้อยละ 21 เช่นกัน (Manly, et al., 2008) ในการศึกษาครั้งนี้พบภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยสูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมาและต่างประเทศ อาจเนื่องจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.6 จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 96.3 ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ส่วนใหญ่เพศหญิง อายุระหว่าง 60-69 ปี และมีการศึกษาระดับประถมศึกษา (สุทธินันท์ สุบินดี และวรรณภา ศรีธีญรัตน์, 2557) และการศึกษาของ ปิยะภร ไพรสนธิ์ และพรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน (2560) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ในระดับปานกลาง หมายความว่า ระดับการศึกษายังต่ำภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจะยิ่งสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผู้ที่ได้รับการศึกษาน้อยกว่า 9 ปี มีอัตราการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยมากกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษามากกว่า 13 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาน้อยอาจขาดประสบการณ์ในการจัดการ กับสถานการณ์ที่ซับซ้อนเมื่อเทียบกับผู้ที่มีการศึกษาระดับสูง (อาทิตยา สุวรรณ และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2559) จึงอาจทำให้การศึกษานี้พบภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย สูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมา นอกจากนี้การใช้แบบประเมิน MoCA เป็นแบบประเมินหน้าที่ด้านต่างๆ ของสมอง 8 ด้าน ได้แก่ ด้านทักษะด้านมิติสัมพันธ์ ความตั้งใจ สมาธิ การบริหารจัดการ ความจำ ความคิดเชิงนามธรรม การคิดคำนวณ และการรับรู้สภาวะรอบตัว หากมีความผิดปกติด้านใดด้านหนึ่ง หรือหลายอย่างร่วมกัน คะแนนจะอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยได้

สำหรับการจำแนกภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเป็นรายด้าน พบว่า ด้านทักษะด้านมิติสัมพันธ์ หรือการบริหารจัดการ มีความพ่องมากที่สุด ร้อยละ 94.55 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการการศึกษาในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิที่พบว่า การรู้คิดด้านความจำหรือการหลงลืม เป็นอาการเด่นที่สุด พบสูงถึงร้อยละ 89.50 โดยเฉพาะการลืมสิ่งของว่าวางไว้ที่ไหน หาของไม่เจอ และลืมเหตุการณ์ (สุทธินันท์ สุบินดี และ วรรณภา ศรีธีญรัตน์, 2557) และการศึกษาของ ผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ ที่พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนมีปัญหาด้านความจำ ร้อยละ 63 ความแตกต่างนี้อาจเนื่องมาจาก การใช้แบบประเมิน MoCA ไม่ได้ให้คะแนนในด้านความจำ แต่ให้จำชุดคำ 5 คำ และจะได้คะแนนในด้านการทวนซ้ำ ที่พบมากถึงร้อยละ 79.09 ซึ่งงานวิจัยดังกล่าวมีการสัมภาษณ์เชิงลึกเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ประเด็นที่ผิดปกติครอบคลุมมากขึ้น

การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งเท่านั้น ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ครอบคลุมพื้นที่มากขึ้น การศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวมีความสับสนในลักษณะอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการของการหลงลืมตามวัย เป็นเหตุให้ละเลยอาการของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยที่เกิดขึ้น อาจทำให้ไม่ได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพในการชะลอภาวะสมองเสื่อมที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต



ข้อเสนอแนะ

หน่วยการดูแลระดับปฐมภูมิควรมีการตรวจคัดกรองภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยให้ผู้สูงอายุ และมีการติดตามระยะยาว และวางแผนส่งเสริมให้มีการบริหารสมองเป็นประจำเพื่อชะลอความเสี่ยง โดยการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และจัดโปรแกรม หรือสร้างนวัตกรรมที่เน้นด้านมิติสัมพันธ์ หรือการบริหารจัดการ และการใช้ภาษา เพื่อพัฒนาสมรรถภาพสมองที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา หรือต่ำกว่าประถมศึกษา เพื่อชะลอความเสี่ยงของสมองต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี ที่ให้ทุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชนของชุมชนหนองใส อำเภอมือเมือง จังหวัดอุดรธานี ที่ให้ความร่วมมือในการประสานงานเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *คู่มือส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับเจ้าหน้าที่ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”*. กรุงเทพฯ : สามเจริญพาณิชย์.
- จารุวรรณ ก้านศรี, ดลใจ จงพานิช, นภัทร เตียนนุกูล, ภัทรวดี ศรีนวลและรังสิมันต์ สุนทรไชยา, (2560). ผลของโปรแกรมบริหารสมองต่อการเพิ่มความจำในผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องเล็กน้อย. *พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27 (3)176-187.
- เบญจมาศ สุขสถิต และ ผดุงธรรม เทียงบุรณธรรม. (2560). ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเล็กน้อยในผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด: ความชุก ลักษณะเฉพาะ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *พยาบาลสาร*, (44)1, 149-160.
- ปิยะกร ไพธสนธิ์ และพรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย. *สภาการพยาบาล*, 32 (1), 64-80.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (บรรณาธิการ). (2560). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2559*. กรุงเทพฯ: พรินเทอรี่.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง, วรรณภา ศรีธัญรัตน์, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, สุทินันท์ สุปินดี, ปัทมา สุริต, อัมพรพรรณ อีรานูตร และคณะ, (2555). ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในสถาบันบริการสุขภาพและในชุมชน. *พยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35 (2), 15-24.
- เพชรรัตน์ พิบาลวง, จตุพร จันทะพฤกษ์, ภาวิณี แผงสุข, ปิยนุช ภิญโญ, ภควรรณ ตลอดพงษ์ และนิสสาร เหมขนาน. การศึกษาสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์*, 8(2), 46-57.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2556). บรรณาธิการ. *การป้องกัน การประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (dementia: prevention, assessment and care)*. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- วลี รัตนวัตร, ดาวชมพู นาเควิโร และ ภัทรพร วิสาจันทร์. (2561). ความชุกของภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยในบุคลากรโรงพยาบาลช่วงวัยก่อนเกษียณ. *สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 63(1), 55-64.

- ศรนรินทร์ กาญจนโนพินิจ. (2557). การศึกษาคุณสมบัติการวัดของแบบคัดกรอง Cognistat ฉบับภาษาไทย. *สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59(4), 409-418.
- สุทินันท์ สุบินดี และวรรณภา ศรีธัญรัตน์. (2557). การรับรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง ของหน่วยปฐมภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. *พยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 37 (1), 43-50.
- อาทิตยา สุวรรณ และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2559). ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับ ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. *สมาคมสถาบันอุดมศึกษา เอกชนแห่งประเทศไทย (วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)*, 5(2), 21-32.
- Alzheimer's Association. (2018). *What Is Dementia?* . Retrieved April 19, 2018, from <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-dementia>.
- Blieszner, R., & Roberto, K. A. (2010). Care partner responses to onset of Mild cognitive impairment. *The Gerontologis*, 50 (1), 11-22.
- Deetong- on, T., Puapornpong, P., Pumipichet, S., Benyakorn, S. Kitporntheranunt, M. & Kongsomboon, K. (2013). Prevalence and risk factors of mild cognitive impairment in menopausal women at HRH Princess Maha Chakri Siridhorn Medical Center. *Thai J Obstet Gynaecol*, 21(3), 110-6.
- Manly, J. J., Tang, M. X., Schupf, N., Stern, Y., Vonsattel, J.P.G. & Mayeux, R. (2008). Frequency and course of mild cognitive impairment in a Multiethnic community. *Ann Neurol*, 63 (4), 495-506.
- Mingxian, G., Li, G., Guihong, Z., Yunming, L., Shasha, X., Zhao, et al. (2014). Prevalence of dementia and mild cognitive impairment in the elderly living in nursing and veteran care homes in China. *Journal of the Neurological Sciences*, 312(2), 39-44.
- Mon, S.L., Tiraphat, S., & Jayasvasti, I..(2017). Factors associated with mild cognitive impairment among the community-dwelling elderly in the urban area of Kyauk Tan Township, Myanmar. *Journal of Public Health and Development*, 15 (1), 63-79.
- Ngamjarus, C., Chongsuvivatwong, V. (2014). n4Studies: Sample size and power calculation for android. The Royal Golden Jubilee Ph. D. Program – The Thailand Research Fund & Prince of Songkla University
- Panza, F., Capurso, C., D' Intronno, A., Colacicco, A. M., Capurso, A., & Solfrizzi, V. (2006). Prevalence rates of mild cognitive impairment subtypes and progression to dementia. *J Am Geriatr Soc*, 54(9), 1474-5.
- Petersen, R.C. & Negash, S. (2008). Mild cognitive impairment: an overview. *CNS Spectr*, 13 (1), 45-53.
- Palassman, B.L., Langa, K.M., Fisher, G.G., Heeringa, S. G., Weir, D. R., Ofstedal, M. B., et al. (2008). Prevalence of cognitive impairment without dementia in United States. *Ann Inter Med*, 148, 427-34.



- Wada- Isoe, K., Uemura, Y., Nakashita, S., Yamawaki, M., Tanaka, K., Yamamoto, M. et al. (2012). Prevalence of dementia and mild cognitive impairment in the Rural Island Town of Ama- cho Japan. *Dementia and Cognitive Geriatric Disorders Extra*, 2(1), 190-199.
- Wayne, W. D., (1995). Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences. (6th ed.). John Wiley & Sons, Inc., 180.
- Winblad, B., Palmer, K., Kivipelto, M., Jelic, V., Fratiglioni, L., Wahlund, L. O., et al. (2004). Mild cognitive impairment beyond controversies, towards a consensus: Report of the international working group on mild cognitive impairment. *J inter Med*, 256, 240-6.