

ความชุกของภาวะสมองเสื่อม และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ
ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี

PREVALENCE OF COGNITIVE IMPAIRMENT AND ABILITY
TO PERFORM ACTIVITIES OF DAILY LIVING AMONG THE ELDERLY
IN MUANG DISTRICT, CHANTABURI

ดราวรรณ ร่องเมือง* ชวนชม พืชมพันธ์ไพศาล ผกามาศ พิมพัธรา และ ยศพล เหลืองโสมนภา
ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จังหวัดจันทบุรี 22000
กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10220

Daravan Rongmuang*, Chuanchom Pauchpanpisan, Pakamas Pimtara
and Yosapon Leangsomnapa
Department of Adult and Elderly Nursing, Prapokklao Nursing College, Chanthaburi, Thailand 22000

*E-mail: drongmuang@gmail.com

Received: 2019-7-01

Revised: 2019-09-26

Accepted: 2019-11-06

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อม และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ จำนวน 314 คน เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น แบบประเมินพุทธิปัญญา แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติ และ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า

1. ความชุกของภาวะสมองเสื่อมจากการประเมินด้วย แบบประเมินพุทธิปัญญาพบ ร้อยละ 85.03 และจากการประเมินด้วย แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นพบ ร้อยละ 6.05

2. ผู้สูงอายุปกติ และผู้สูงอายุที่สงสัยหรือว่ามีภาวะสมองเสื่อมมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันพื้นฐานในระดับไม่เป็นการพึ่งพา ร้อยละ 100 และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเชิงปฏิบัติในระดับพึ่งพิงทั้งหมด ร้อยละ 3.73 และ 21.05 ตามลำดับ ระดับพึ่งพิงปานกลาง ร้อยละ 12.20 และ 47.37 ตามลำดับ และระดับดำรงชีวิตได้อย่างอิสระในชุมชน ร้อยละ 84.07 และ 31.58 ตามลำดับ

ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพควรจัดกิจกรรมส่งเสริมความสามารถในการรู้คิด การจดจำ การโต้ตอบ การฝึกความตั้งใจและความสามารถในการบริหารให้กับผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อคงความสามารถในการทำงานของสมอง และดำรงไว้ซึ่งสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อม, ความชุก, ผู้สูงอายุ, ชุมชน, ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ABSTRACT

The purpose of this cross-sectional research was to explore the prevalence of cognitive impairment and the ability to perform activities of daily living. A total of 314 elderly living in Muang district, Chantaburi was recruited using purposive sampling. The data collection tools composed of demographic data questionnaire, The Mental Status Examination Thai (MSET10), The Montreal Cognitive Assessment (MoCA), The Barthel Index for Activities of Daily Living, Chula ADL index, and The two-item depression screening test. The data were analyzed using descriptive statistics. The results revealed that

1. The prevalence of cognitive impairment among the elderly using MoCA screening was 85.03 percent and MSET10 was 6.05 percent

2. Both normal and expected dementia elderly were independent in basic activities of daily living 100 percent. Among normal and expected dementia elderly were totally dependent on instrumental activities of daily living 3.73 and 21.05 respectively, moderate dependent 12.20 and 47.37 respectively, and independent living in the community 84.07 and 31.58 respectively.

As a results, health care provider should create activities to promote the ability of cognition, the ability to remember, the ability of response, attention and exclusive function training for the elderly in the community in order to maintain the ability to perform activities of daily living of the elderly.

Keywords: Dementia, Prevalence, Elderly, Community, Activities of Daily Living

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นทั่วโลก ใน พ.ศ. 2564 ประเทศไทยกำลังจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) และจะมีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 14.4 ล้านคน หรือร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ปัจจุบันผู้สูงอายุไทยมีอายุยืนยาวขึ้น อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ในเพศชาย 72.2 ปี และเพศหญิง 78.9 ปี แต่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ 1 ราย จะป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค รวมถึงภาวะสมองเสื่อม จากการคาดประมาณประชากรสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยพบว่า มีความชุก 1,011.57 คนต่อแสนประชากร โดยพบในเพศชาย 684.05 คนต่อแสนประชากร และในเพศหญิง 1,326.23 คนต่อแสนประชากร และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอีกมาก (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2017; Institute for Population and Social Research, 2019)

ภาวะสมองเสื่อม มีสาเหตุจากการป่วยด้วยโรคเรื้อรังบางชนิด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคซึมเศร้า ภาวะไขมันในเลือดสูง การมีภาวะน้ำหนักตัวเกิน และอ้วน รวมถึงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Baumgart et al., 2015; Diniz et al., 2013; Xu et al., 2011) โรคสมองเสื่อมอาจเกิดขึ้นโดยที่ไม่ทราบตั้งแต่ระยะแรกของโรคภาวะสมองเสื่อมระดับเริ่มต้น

มักจะแสดงอาการเพียงหลงลืม ไม่ค่อยมีสมาธิ สามารถใช้ชีวิตในสังคม ช่วยเหลือตนเองได้และยังมีการตัดสินใจค่อนข้างดี จึงทำให้ยากต่อการตรวจพบตั้งแต่ในระยะแรก เมื่อเวลานานขึ้นอาการของโรคจะรุนแรงขึ้น การรักษาภาวะสมองเสื่อมในปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ผู้ที่เป็โรคนี้สามารถชะลอการเสื่อมของสมองได้โดยการรักษาด้วยยา (Gauthier et al., 2006; Petersen et al., 2001)

จังหวัดจันทบุรี จากสถิติในปี พ.ศ. 2559 มีจำนวนประชากรทั้งหมด 532,466 คน เป็นผู้สูงอายุทั้งหมด 84,256 คน ร้อยละ 15.82 โดยมีแนวโน้มการเพิ่มของผู้สูงอายุจาก พ.ศ. 2556-2558 ร้อยละ 14.45, 14.95 และ 15.34 ตามลำดับ (Chantaburi Provincial Statistical Office, 2017) แนวโน้มของภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มสูงขึ้นตามจำนวนของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมในระยะแรกในชุมชนเกิดขึ้นจากการที่ผู้ดูแลเป็นผู้รายงานอาการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุต่อบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้การวินิจฉัยล่าช้าได้ (Bradford et al., 2009) ผลกระทบที่เกิดจากภาวะสมองเสื่อมเกิดขึ้นได้กับตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่ การดำเนินชีวิตประจำวัน ความสัมพันธ์กับครอบครัว และเพื่อน ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล ได้แก่ ความสัมพันธ์ของคู่ชีวิต ภาระในการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล และกระทบที่เกิดขึ้นกับเศรษฐกิจของประเทศ คือ การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา (Caddell & Clare, 2011; Schoenmakers et al., 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตลอดจนการรายงานจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรีมาก่อน และเป็นชุมชนที่วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรีตั้งอยู่ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อม และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยและช่วยเหลือผู้สูงอายุตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วย ทั้งนี้เพื่อลดความรุนแรงหรือชะลอความรุนแรงของอาการทางสมอง รวมถึงข้อมูลพื้นฐานสำหรับอาจารย์ นักศึกษา และบุคลากรทางสุขภาพ ในการวางแผนเพื่อชะลอการเสื่อมของสมองในผู้สูงอายุ และการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วิธีการ

วัตถุประสงค์

การวิจัยภาคตัดขวางครั้งนี้ (Cross-sectional Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อม และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ในอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน 1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ ที่อาศัยในอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ ที่อาศัยในอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติคือ เป็นผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชาย ไม่มีปัญหาทางสายตา สามารถสื่อสารเข้าใจและสามารถตอบแบบสอบถามได้ และยินดีเข้าร่วมวิจัย โดยกำหนดเกณฑ์คัดออกคือ เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม หรือมีภาวะซึมเศร้า

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Epi Info ตามชนิดของการศึกษา คือ

การสำรวจจากกลุ่มประชากร กำหนดขนาดของกลุ่มประชากร เป็นกรณีที่มีประชากรมีจำนวนไม่แน่นอน กำหนดช่วงความเชื่อมั่น 95%, ความถี่ที่คาดหวัง 1.01%, ค่าลิมิตแห่งความเชื่อมั่น 1% ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 314 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย ศาสนา ความสามารถในการอ่านเขียน การอาศัยอยู่กับครอบครัว ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ยาที่ใช้เป็นประจำ ประวัติการออกกำลังกาย ประวัติการป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมของคนในครอบครัว

2. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (Mental state examination: MSET10) ที่พัฒนาโดยสมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย เป็นแบบคัดกรองตรวจหาความบกพร่องในการทำงานของสมองเกี่ยวกับการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้เวลา สถานที่ การจดจำและระลึกได้ ความตั้งใจและการคำนวณ ความเข้าใจทางภาษาและการแสดงออกทางภาษา ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ การแปลผลคะแนน พิจารณาตามระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ กรณีที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) ผู้สูงอายุที่ปกติจะมีคะแนนรวมมากกว่า 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน กรณีที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ผู้สูงอายุที่ปกติจะมีคะแนนรวมมากกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน และกรณีที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา ผู้สูงอายุที่ปกติจะมีคะแนนรวมมากกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

3. แบบประเมินพุทธิปัญญา Montreal ฉบับภาษาไทย (MoCA-Thai) แปลเป็นภาษาไทยโดย แพทย์หญิงโสฬพัทธ์ เหมรัญชโรจน์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ 1) Executive function 5 คะแนน 2) Naming 3 คะแนน 3) Attention 6 คะแนน 4) Language 3 คะแนน 5) Abstraction 2 คะแนน 6) Delayed recall 5 คะแนน และ 7) Orientation 6 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 30 คะแนน หากผู้ตอบแบบสอบถามมีการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี จะเพิ่มคะแนนรวมให้หนึ่งคะแนน หากมีคะแนนรวมน้อยกว่า 25 ถือว่ามีความผิดปกติของสมอง

4. แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL index) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า 2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด 3) การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ 4) การใช้ห้องน้ำ 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การกลั่นถ่ายอุจจาระ และ 10) การกลั่นปัสสาวะ คะแนนรวม (เต็ม) 20 คะแนน 0 – 4 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ 5 - 8 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพารุนแรง 9 - 11 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพาปานกลาง และ 12 - 20 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นการพึ่งพา

5. แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index) เป็นการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเชิงปฏิบัติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ได้แก่ 1) เดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน 2) ทำหรือเตรียมอาหาร/หุงข้าว 3) ทำความสะอาดบ้าน/ซักผ้า 4) ทอนเงิน/แลกเงิน และ 5) ใช้บริการรถเมล์รถสองแถว หรือขับรถเอง คะแนนรวม (เต็ม) 9 คะแนน 0-4 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพิงทั้งหมด 5-8 คะแนน หมายถึง พึ่งพิงปานกลาง และ 9 คะแนน หมายถึง ดำรงชีวิตได้อย่างอิสระในชุมชน

6. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ประกอบด้วย ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่ และใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่ เป็นแบบเลือกตอบ มี หรือไม่มี ถ้าตอบว่าไม่มีทั้ง 2 คำถาม ถือว่าปกติ ไม่มีภาวะซึมเศร้า

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้สำหรับการประเมินสมรรถภาพสมอง และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงไม่ได้ปรับแก้ข้อคำถาม หรือนำไปทดลองใช้ก่อนเก็บข้อมูลจริง

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรี เลขที่ CTIREC 071 ลงวันที่ 19 พ.ย. 2561 ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และประเมินภาวะซึมเศร้า ถ้าพบว่ามีภาวะซึมเศร้าจะคัดออกจากงานวิจัย
2. ขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ตลอดจนชี้แนะสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ผู้ร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเก็บไว้เป็นความลับ ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมและนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

3. ดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติ SPSS เวอร์ชัน 24

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความชุกของภาวะสมองเสื่อมโดยใช้สถิติ ร้อยละ
3. วิเคราะห์คะแนนหน้าที่การทำงานของสมองด้านต่าง ๆ ในผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยควอไทล์
4. จำแนกความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการทดลองและวิจารณ์

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.15 มีอายุเฉลี่ย 68.86 ± 7.07 ปี ส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.15 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 72.29 ส่วนมากมีโรคประจำตัว และยารับประทานเป็นประจำ ร้อยละ 65.90 ส่วนมากมีภาวะอ้วน $BMI \geq 25 \text{ kg/mm}^2$ ส่วนใหญ่อ่านออก/เขียนได้ ร้อยละ 90.76 ส่วนมากอาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 64.59 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 75.48 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 81.85 ออกกำลังกายแต่ไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 41.72 และส่วนใหญ่ไม่มีประวัติคนในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 91.72
2. ความชุกของภาวะสมองเสื่อมจากการประเมินด้วย MoCA ฉบับภาษาไทย พบ ร้อยละ 85.03 และจากการประเมินด้วย MSET10 พบร้อยละ 6.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความชุกของภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุจากการประเมินด้วย MoCA ฉบับภาษาไทย และ MSET10

แบบประเมิน	ภาวะสมองเสื่อม	
	ปกติ	เล็กน้อยถึงปานกลาง
MoCA ฉบับภาษาไทย (30 คะแนน)	47 (14.97)	267 (85.03)
MSET10 (29 คะแนน)	295 (93.95)	19 (6.05)

3. คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อยถึงปานกลาง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.68 มีอายุ 70 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 73.96 มีโรคประจำตัวและยารับประทานเป็นประจำ ร้อยละ 84.21 เกือบครึ่งหนึ่งมีภาวะอ้วน ร้อยละ 47.37 ไม่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ หรือสูบบุหรี่ ร้อยละ 78.95 และ 100.00 ตามลำดับ ส่วนมากออกกำลังกายแต่ไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 42.11

4. ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อยถึงปานกลาง จากการประเมินด้วย MoCA ฉบับภาษาไทย พบว่าส่วนมากมีคะแนนการทำงานของสมองด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์/การบริหารจัดการ (1 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน) การทวนซ้ำ (1 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน) และความตั้งใจ (4 คะแนน จากคะแนนเต็ม 6 คะแนน) และผู้สูงอายุที่สงสัยหรือว่ามีภาวะสมองเสื่อม จากการประเมินด้วย MSET10 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากมีคะแนนการทำงานของสมองด้าน ความตั้งใจ/การคำนวณ (0 คะแนน จากคะแนนเต็ม 3 คะแนน) และการระลึกได้ (0 คะแนน จากคะแนนเต็ม 3 คะแนน) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่ามัธยฐาน ของคะแนนหน้าที่การทำงานของสมองด้านต่าง ๆ ในผู้สูงอายุปกติ และมีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อยถึงปานกลางประเมินด้วย MoCA ฉบับภาษาไทย และ MSET10

รายการ	ภาวะสมองเสื่อม	
	ปกติ Median (Q ₂)	เล็กน้อยถึงปานกลาง Median (Q ₂)
MoCA ฉบับภาษาไทย		
การมองเห็นและมิติสัมพันธ์/การบริหารจัดการ (5)	4	1
การเรียกชื่อ (3)	3	3
ความตั้งใจ (6)	6	4
ภาษา (3)	3	2
การคิดเชิงนามธรรม (2)	2	2
การทวนซ้ำ (5)	5	1
การรับรู้สภาวะรอบตัว (6)	6	6

ตารางที่ 2 (ต่อ)

รายการ	ภาวะสมองเสื่อม	
	ปกติ Median (Q ₂)	เล็กน้อยถึงปานกลาง Median (Q ₂)
MSET10		
การรับรู้เวลา สถานที่ (10)	10	7
การจดจำ (3)	3	3
ความตั้งใจ/การคำนวณ (5)	3	0
ความเข้าใจทางภาษาและการแสดงออกทางภาษา (8)	8	5
การระลึกได้ (3)	1	0

5. ผู้สูงอายุปกติ และผู้สูงอายุที่สงสัยหรือว่ามีภาวะสมองเสื่อมมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันพื้นฐาน (ADL) ในระดับไม่เป็นการพึ่งพา ร้อยละ 100 และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเชิงปฏิบัติ (IADL) ในระดับพึ่งพิงทั้งหมด ร้อยละ 3.73 และ 21.05 ตามลำดับ ระดับพึ่งพิงปานกลาง ร้อยละ 12.20 และ 47.37 ตามลำดับ และระดับดำรงชีวิตได้อย่างอิสระในชุมชน ร้อยละ 84.07 และ 31.58 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันพื้นฐาน และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเชิงปฏิบัติ ของผู้สูงอายุปกติ และมีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อยถึงปานกลาง (n=314)

คุณลักษณะ	Cognitive characteristic	
	Normal (n=295)	Mild-moderate dementia (n=19)
ADL		
12 คะแนน ขึ้นไป	295 (100.00)	19 (100.00)
IADL		
0-4 คะแนน	11 (3.73)	4 (21.05)
5-8 คะแนน	36 (12.20)	9 (47.37)
9 คะแนน	248 (84.07)	6 (31.58)

จากการศึกษาครั้งนี้พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมจากการประเมินด้วย MoCA ฉบับภาษาไทย ร้อยละ 85.03 และจากการประเมินด้วย MSET10 ร้อยละ 6.05 ซึ่งมีความชุกแตกต่างกันเนื่องจาก แบบประเมิน MoCA ฉบับภาษาไทย มีความไวต่อการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะแรก (Mild cognitive impairment) โดยมีความไว ร้อยละ 96 และมีความเฉพาะเจาะจง ร้อยละ 95 ต่อภาวะสมองเสื่อมระยะแรก (Luis et al., 2009) ในขณะที่แบบประเมิน MSET10 พัฒนาขึ้นเพื่อใช้คัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ซึ่งมีความไว ร้อยละ 100 และมีความเฉพาะเจาะจง ร้อยละ 98.4-99.4 ต่อภาวะสมองเสื่อม (Boonkerd, 2018) ทำให้ความชุกที่พบมีความแตกต่างกัน ซึ่งความชุกของภาวะสมองเสื่อมระยะแรกที่พบในการศึกษาครั้งนี้ ใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงราย ที่พบร้อยละ 80.60 (Praison & Chuajedton, 2017) แต่พบความชุกภาวะสมองเสื่อมต่ำกว่าการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งในจังหวัดปทุมธานี ร้อยละ 18.6 และในจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 12.66 (Suwan & Trakulsithichoke, 2016; Aroonsang et al., 2012) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ต่ำกว่าอายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุในการศึกษาที่ผ่านมาทำให้ความชุกของภาวะสมองเสื่อมต่ำกว่าการศึกษาที่ผ่านมา และหากคัดกรองในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไป จะพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น (Ashford, 2006) นอกจากนี้ยังมีผลจากความแตกต่างของเครื่องมือในการประเมิน ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบทดสอบบรรทัดภาพสมอง MEST10 ที่ปรับจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ที่ตัดข้อ 11 คือการสร้างภาพโครงสร้างด้วยตา ออกตามแนวทางของสมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทยที่ป้องกันปัญหาเรื่องลิขสิทธิ์แต่คุณภาพของเครื่องมือยังคงเดิม (Boonkerd, 2018) แต่ใกล้เคียงกับการตรวจสอบสุขภาพประชากรไทย ในปี พ.ศ. 2557 ที่พบความชุกของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 8.1 (Aekplakorn, 2014)

เมื่อพิจารณาถึงลักษณะประชากรพบว่า ในผู้สูงอายุที่สงสัยหรือว่ามีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.68 มีอายุ 70 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 73.96 มีโรคประจำตัวและยารับประทานเป็นประจำ ร้อยละ 84.21 และมีภาวะน้ำหนักตัวเกินและอ้วน ร้อยละ 68.42 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า อายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์สมองทั้งโครงสร้างและหน้าที่ ส่งผลให้ความสามารถในการคิดและการจำของผู้สูงอายุลดลง การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังก็เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้ และสองในสามของผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีภาวะอ้วนและน้ำหนักตัวเกิน ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้ด้วยเช่นกัน (Trakulsithichoke, 2018; Xu et al., 2011) ในการศึกษาครั้งนี้พบความชุกของการเกิดภาวะสมองเสื่อมในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย โดยพบในเพศหญิง ร้อยละ 7.29 และเพศชาย ร้อยละ 4.09 สอดคล้องกับรายงานการตรวจสอบสุขภาพประชากรไทย ในปี พ.ศ. 2557 พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยการคัดกรองด้วยแบบคัดกรองสมองเบื้องต้น (Mini- mental state examination: MMSE) ที่พบในเพศหญิงสูงกว่าเพศชายเช่นเดียวกัน โดยพบในเพศหญิง ร้อยละ 9.2 และเพศชาย ร้อยละ 6.8 (Aekplakorn, 2014) เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไต้หวันที่พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุหญิงสูงกว่าชายเช่นกัน (Sun et al., 2014)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อยถึงปานกลางประเมินจากการประเมินด้วย MoCA ฉบับภาษาไทย พบว่า ส่วนมากมีคะแนนการทำงานของสมองด้านการมองเห็นและมิติสัมพันธ์/การบริหารจัดการ การทวนซ้ำ และ ความตั้งใจ เป็นสามอันดับแรกที่พบความผิดปกติในผู้สูงอายุกลุ่มนี้มากที่สุด และผู้สูงอายุที่สงสัยหรือว่ามีภาวะสมองเสื่อมจากการประเมินด้วย MSET10 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากมีคะแนนการทำงานของสมองด้าน ความตั้งใจ/การคำนวณ และการระลึกได้ เป็นสองอันดับแรกที่พบความผิดปกติในผู้สูงอายุกลุ่มนี้มากที่สุด จากผลการศึกษา

ดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุสงสัยหรือว่ามีภาวะสมองเสื่อม จะสูญเสียความคิด/สติปัญญาในด้านการเรียนรู้ และความจำค่อนข้างเด่นชัด เมื่อเทียบกับด้านอื่น ทำให้ตรวจพบความผิดปกติของการมองเห็นและมิติสัมพันธ์ ความตั้งใจ และการระลึกได้ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด/สติปัญญา การบกพร่องของความจำโดยเริ่มสูญเสียความจำใหม่ ๆ และความจำระยะสั้น การไม่มีสมาธิ หรือการไม่จดจ่อ ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถจดจำค่าต่าง ๆ ได้ สูญเสียความสามารถในการบริหาร และไม่เข้าใจมิติสัมพันธ์ ขาดจินตนาการทำให้ไม่สามารถวาดภาพในสมองได้ ทำให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่สามารถวาดภาพตามที่เห็นให้เหมือนได้ (Nuysri, 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของ Saunders & Summers (2011) ที่ทำการศึกษาระยะยาวพบว่าสูญเสียความตั้งใจ ความสามารถในการบริหาร และความจำเพื่อใช้งาน ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ด้านภาษา การมองเห็นและมิติสัมพันธ์ และการทวนซ้ำ

ทั้งผู้สูงอายุปกติ และผู้สูงอายุที่สงสัยหรือว่ามีภาวะสมองเสื่อมในการศึกษารั้งนี้มีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันพื้นฐาน (ADL) ในระดับไม่เป็นการพึ่งพา ร้อยละ 100 และผู้สูงอายุที่สงสัยหรือว่ามีภาวะสมองเสื่อมเกือบครึ่งหนึ่งมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเชิงปฏิบัติ (IADL) ในระดับพึ่งพิงปานกลาง ร้อยละ 47.40 สามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมระยะแรกอาจจะไม่กระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันพื้นฐานเนื่องจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภายในบ้าน ซึ่งมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับการทำหน้าที่การเคลื่อนไหว (Motor function) (Jefferson et al., 2008; Boyle et al., 2002) และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น ซึ่งวัยนี้ถึงแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายแต่ก็ไม่มีมากนัก ทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันพื้นฐานยังปฏิบัติได้เป็นปกติ ส่วนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเชิงปฏิบัติเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่อาศัยการทำงานของสมองในการทำกิจกรรมที่ซับซ้อน ได้แก่ การออกนอกบ้าน การทำอาหาร การทำความสะอาดบ้าน/ซักผ้า การทอนเงิน/แลกเงิน และการใช้บริการรถเมล์รถสองแถว หรือขับรถเอง ทำให้ผู้สูงอายุที่สงสัยหรือว่ามีภาวะสมองเสื่อมมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Jekel et al., (2015) ที่พบว่าภาวะสมองเสื่อมระยะแรกมีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเชิงปฏิบัติ ได้แก่ การรับประทานยา การใช้โทรศัพท์ การทำความสะอาดบ้าน และการใช้เทคโนโลยีในชีวิตประจำวัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Mograbi et al., (2014) ผู้สูงอายุที่สูญเสียความสามารถในการบริหาร และความเข้าใจทางภาษา จะส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเชิงปฏิบัติ

สรุป

การศึกษารั้งนี้พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมจากการประเมินด้วย แบบประเมินพุทธิปัญญาพบ ร้อยละ 85.03 ซึ่งเป็นความผิดปกติเล็กน้อยของความสามารถของสมอง และจากการประเมินด้วย แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นพบ ร้อยละ 6.05 ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่สงสัยหรือว่ามีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งผู้สูงอายุปกติ และผู้สูงอายุที่สงสัยหรือว่ามีภาวะสมองเสื่อมมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันพื้นฐานในระดับไม่เป็นการพึ่งพา ร้อยละ 100 และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเชิงปฏิบัติในระดับพึ่งพิงทั้งหมด ร้อยละ 3.73 และ 21.05 ตามลำดับ และระดับดำรงชีวิตได้อย่างอิสระในชุมชน ร้อยละ 84.07 และ 31.58 ตามลำดับ ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพควรจัดกิจกรรมส่งเสริมความสามารถในการรู้คิด การจดจำ การโต้ตอบ การฝึกความตั้งใจและความสามารถในการบริหารให้กับผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อคงความสามารถในการทำงานของสมอง และดำรงไว้ซึ่งสมรรถภาพทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันผู้สูงอายุ

ผลจากการศึกษาข้างต้นผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้และพัฒนางานวิจัย ดังนี้

1. บุคลากรทางสุขภาพควรจัดกิจกรรมส่งเสริมความสามารถในการรู้คิด การจดจำ การโต้ตอบ การฝึกความตั้งใจและความสามารถในการบริหารให้กับผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งนี้เพื่อคงความสามารถในการทำงานของสมองและดำรงไว้ซึ่งสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันผู้สูงอายุ
2. ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในเรื่องการออกกำลังกาย ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมอง ป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ
3. ควรทำการศึกษาในรูปแบบการวิจัยแบบทดลองเพื่อพัฒนาสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและมีภาวะสมองเสื่อมระยะแรก

เอกสารอ้างอิง

- Aekplakorn, W. (Ed.). (2014). **Thai National Health Examination** (Survey, NHES V). Nonthaburi: Health System Research Institute. (in Thai).
- Aroonsang, P., Sritanyarat, W., Lertrat, P., Subindee, S., Surit, P., & Theeranut, A. (2012). Health profile of older persons in health care institute and in community. **Journal of Nursing Science and Health**, 35(2), 15-24. (in Thai).
- Ashford, J. W., Borson, S., O'Hara, R., Dash, P., Frank, L., & Robert, P. (2006). Should older adults be screened for dementia?. **Alzheimer's and Dementia**, 2, 76-85.
- Baumgart, M., Snyder, H. M., Carrillo, M. C., Fazio, S., Kim, H., & Johns, H. (2015). Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia. **A population-based perspective. Alzheimer's and Dementia**, 11(6), 718-726.
- Boonkerd, P. (2018). **The dementia association newsletter**. Retrieved from <http://www.thaidementia.org/core/File/839.pdf>. [2018, 3 Oct.]
- Boyle, P. A., Cohen, R. A., Paul, R., Moser, D., & Gordon, N. (2002). Cognitive and motor impairments predict functional declines in patients with vascular dementia. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, 17, 164-169.
- Bradford, A., Kunik, M. E. M., Schulz, P., Williams, S. P. S., & Singh, H. (2009). Missed and delayed diagnosis of dementia in primary care: prevalence and contributing factors. **Alzheimer Disease and Associated Disorders**, 23(4), 306-314.
- Caddell, L. S., & Clare, L. (2011). The impact of dementia on self and identity: a systematic review. **Clinical Psychology Review**, 30(1), 113-126.
- Chantaburi Provincial Statistical Office. (2017). **Mind map and data file of elderly information**. Retrieved from <http://chanthaburi.nso.go.th/index>. [2018, 22 August.]
- Diniz, B. S., Butters, M. A., Albert, S. M., Dew, M. A., & Reynolds, C. F. (2013). Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: Systematic review and meta-analysis of community-based cohort studies. **British Journal of Psychiatry**, 202(5), 329-335.

- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2017). **Situation of the Thai Elderly 2016**. Bangkok: Printery CO; LTD. (in Thai).
- Gauthier, S., Reisberg, B., Petersen, R. C., & Essig, M. (2006). Mild cognitive impairment. **The Lancet**, **367**(9518), 1262–1270.
- Institute for Population and Social Research. (2019). **Population of Thailand 2018**. Retrieved from <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/th/Gazette.aspx>. [2018, 15 August.]
- Jefferson, A. L., Byerly, L. K., Vanderhill, S., Lambe, S., Wong, S., Ozonoff, A., & Karlawish, J. H. (2008). Characterization of Activities of Daily Living in Individuals with Mild Cognitive Impairment. **American Association for Geriatric Psychiatry**, **16**(5), 375–383.
- Jeke, K., Damian, K., Wattmo, C., Hausner, L., Bullock, R., & Connelly, P. J. (2015). Mild cognitive impairment and deficits in instrumental activities of daily living: a systematic review. **Alzheimer's Research and Therapy**, **7**(17), 1-20.
- Luis, C.A., Keegan, A. P., & Mullan, M. (2009). Cross validation of the Montreal Cognitive Assessment in community dwelling older adults residing in the Southeastern US. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, **24**(2), 197-201.
- Mograb, D. C., Faria, C., de, A., Fichman, H. C., Paradel, E. M. P., & Lourenço, R. A. (2014). Relationship between activities of daily living and cognitive ability in a sample of older adults with heterogeneous educational level. **Annals of Indian Academy of Neurology**, **17**, 71–76.
- Nuysri, M. (2016). The prevention of dementia. **Journal of the Police Nurse**, **8**(1), 227-240.
- Petersen, R. C., Doody, R., Kurz, A., Mohs, R. C., Morris, J. C., & Rabins, P. V. (2001). Current concepts in mild cognitive impairment. **Archives of neurology**, **58**(12), 1985-1992.
- Praison, P., & Chuajedton, P. (2017). Factors related to mild cognitive impairments in elderly people in Chiang Rai province. **Thai Journal of Nursing Council**, **32**(1), 64-80.
- Saunders, N. L., & Summers, M. J. (2011). Longitudinal deficits to attention, executive, and working memory in subtypes of mild cognitive impairment. **Neuropsychology**, **25**(2), 237-348.
- Schoenmakers, B., Buntinx, F., & Delepeleire, J. (2010). Factors determining the impact of care-giving on caregivers of elderly patients with dementia. A systematic literature review. **Maturitas**, **66**(2), 191–200.
- Sun, Y., Lee, H. J., Yang, S. C., Chen, T. F., Lin, K. N., Lin, C. C., & Chiu, M. J. (2014). A nationwide survey of mild cognitive impairment and dementia, including very mild dementia, in Taiwan. **PLoS One**, **9**(6), 100-303.
- Suwan, A., & Trakulsithichoke, S. (2016). Prevalence and factors associated with dementia among elderly in Lukhok subdistrict, Muang district, Pathumtani province. **APHEIT Journal**, **5**(2), 21-32.

-