



ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย: ก่อนป่วยด้วยสมองเสื่อม

Mild Cognitive Impairment: Before getting sick with Dementia

ปัทมัท บณฺฑนุท¹ กัลยา มั่นล้วน²Punnathut Bonkhunthod¹ Kanlaya Munluan²

บทคัดย่อ

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย เป็นความผิดปกติที่อยู่ระหว่างภาวะสมองเสื่อมกับการหลงลืมตามปกติของผู้สูงอายุ เกิดจากภาวะถดถอยในการทำงานของสมองจากการสูญเสียเซลล์ประสาท โดยเริ่มจากส่วนใดส่วนหนึ่งแล้วจึงลุกลามไปยังสมองส่วนอื่นๆ ความเสื่อมถอยนี้จะดำเนินไปอย่างช้าๆ แบบค่อยเป็นค่อยไปซึ่งอาจใช้เวลาหลายปี ความผิดปกติจะปรากฏจนสังเกตได้เมื่อเซลล์ประสาทในสมองที่มีบทบาทสำคัญในการจดจำข้อมูลต่างๆ ถูกทำลายลง อาการสำคัญของผู้ที่ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจึงเป็นอาการที่เกี่ยวข้องกับความจำ นำมาสู่ภาวะสมองเสื่อมจนส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การรักษาภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยมีทั้งวิธีการใช้ยา และวิธีการที่ไม่ใช้ยา ซึ่งการรักษาที่ไม่ใช้ยามีหลายวิธี เช่น การฝึกจำ การฝึกการรู้คิด การบำบัดด้วยกิจกรรม วิธีเหล่านี้เป็นวิธีหนึ่งที่น่าสนใจนำมาใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการทางสมอง ช่วยสร้างความสมดุลให้กับสมอง และช่วยกระตุ้นการเชื่อมโยงของเซลล์ประสาท จึงเป็นการชะลอหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคสมองเสื่อมได้ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับการกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย แนวคิดการรู้คิดบกพร่องและการบำบัดเพื่อพัฒนาศักยภาพสมอง การบำบัดรักษาผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องด้วยกระตุ้นการรู้คิดเป็นทางเลือกหนึ่งของการรักษาด้วยการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ใช้กระบวนการประมวลผลข้อมูลมากกว่าความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริง เพื่อช่วยในด้านความจำ การรับรู้ การตัดสินใจ และการคิดเชิงบริหาร ส่งผลให้ชะลอการดำเนินไปเป็นโรคสมองเสื่อมและดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ความจำ สมองเสื่อม

¹ ดร. อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ Dr., Lecturer, Faculty of Nursing, Western University, Buriram Campus

Corresponding author, Punnathut Bonkhunthod, Email: iampun1976@gmail.com

² ดร. อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ Dr., Lecturer, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

Abstract

Mild cognitive impairment is a disorder in-between dementia and normal forgetfulness of the elderly, caused by a regression in brain function deriving from nerve cells loss. This illness starts growing from any part of the brain and then takes several years to spread slowly and steadily to other parts. Abnormal signs will be noticed when neurons functioned for memories are destroyed. The main symptom of mild cognitive impairment is related to memory leading to having dementia, which will affect individual daily life. The treatment of mild cognitive impairments includes medications and non-medications. Non-medication treatments for remedying this sickness consist of memorization, cognitive-training, and activity therapy. These methods are applied to optimize brain processes, help brain create balance, and stimulate the connections of neurons and brain, resulting in decelerating or preventing dementia. This article aims to present concepts of cognitive behavior stimulation in elderly with mild cognitive impairment, cognitive disorders and brain potential improvement therapy. Cognitive stimulation therapy is an alternative method to organize activities that encourage the use of data processing processes rather than knowledge of facts to improve memory, perception, decision-making, and executive thinking; so it could slow down the progression of dementia and maintains a good quality of life for the elderly.

Keywords mild cognitive impairment, memory, dementia

บทนำ

ในปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุมีอัตราเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการรายงาน พบว่า ในปี พ.ศ. 2558 ประชากรโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 901 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 1,400 ล้านคน (United Nations, 2015) จากแนวโน้มของกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นนี้ทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่ต้องได้รับการดูแลมากขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตตามอายุที่มากขึ้น (ดราวารธรรม รองเมือง, ฉันทนา นาคฉัตรีย์, จีราพร ทองดี, และจิตติยา สมบัติบุรณ์, 2561) มีอาการหลงลืม และมีความคิดช้าลง (Rutten, 2017) จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกใน ปี พ.ศ. 2559 พบว่า ปัญหาของระบบประสาทที่สำคัญที่สุดของกลุ่มผู้สูงอายุทั่วโลกคือ ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ซึ่งมีมากถึงร้อยละ 20 (World Health Organization, 2016) เนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้นร่างกายจะมีความเสื่อมถอยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงจากพยาธิสภาพที่มีการตายของเซลล์ประสาทในสมองหลายบริเวณ เช่น สมองส่วน Temporal และ Parietal lobe โดยเฉพาะบริเวณที่เกี่ยวข้องกับความจำ โดยพบว่า เมื่ออายุมากขึ้นสมองจะเหี่ยวลง น้ำหนักสมองจะลดลงถึง 1 ใน 3 ของน้ำหนักสมองปกติ ส่วนคลื่นของเนื้อสมอง (Gyrus) จะแคบลง ในขณะที่ส่วนร่อง

(Sulcus) มีความกว้าง และลึกเพิ่มขึ้น สมองทำงานได้ช้าลงจากการที่จำนวนเส้นประสาทในสมองส่วน Dendrites และ Dendritic spines ลดลง ทำให้มีการสูญเสียจุดเชื่อมต่อสัญญาณ (Synapses) มีผลต่อสัญญาณประสาทให้เซลล์ประสาทตัวอื่นๆ เกิดการล้มเหลวโดยพบว่า สมองผู้สูงอายุจะมีระดับเอ็นไซม์ Choline acetyltransferase ลดลง เอ็นไซม์นี้เป็นตัวสังเคราะห์สาร Acetylcholine ในสมองที่มีบทบาทเกี่ยวกับการเรียนรู้และความจำ (Langa & Levine, 2014)

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเป็นความผิดปกติที่อยู่ระหว่างภาวะสมองเสื่อมกับการหลงลืมตามปกติของผู้สูงอายุ (Normal Aging) (Kontaxopoulou et al., 2016) ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจะมีความจำลดลง หลงลืม สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ โดยไม่มีความผิดปกติของสมองด้านอื่น และผลการทดสอบสมรรถภาพทางสมองยังไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม (Petersen et al, 2001) อย่างไรก็ตาม หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ในขณะนี้ จะทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้อย่างรวดเร็ว (Gao et al., 2013) มากกว่าร้อยละ 5-20 (Langa & Levine, 2014) จากการศึกษาความชุกของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยใช้เกณฑ์ของ Petersen มาดัดแปลงเป็น Thai-Mental Status Examination ใช้จุดตัดที่คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 26 ร่วมกับการที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลบอกว่ามีปัญหาเรื่องความจำ พบผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย 425 ราย คิดเป็นร้อยละ 21 (Senanarong et al., 2013) และผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยร้อยละ 26.4 (Subindee & Sritanyarat, 2014) จากการศึกษาพบผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่องทั่วโลกมากถึงร้อยละ 29 และมีความชุกของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องมากถึงร้อยละ 17-34 ในประชากรผู้สูงอายุ (คาราวรรณ ร่องเมือง และคณะ 2561) โดยพบได้ทั้งในผู้สูงอายุเพศชาย และหญิงทั่วโลก โดยมีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นตามอายุ และมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ พบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นร้อยละ 1 ทุกปี ในประเทศไทยพบความชุกของการรู้คิดบกพร่องถึงร้อยละ 10-15 ในประชากรผู้สูงอายุ และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 และ พ.ศ. 2593 ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มเป็น 450,000 และ 1,200,000 คน ตามลำดับ (คาราวรรณ ร่องเมือง และคณะ 2561) โดยหากมีความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมร่วมด้วยจะมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น 2 เท่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุทั่วไป และส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลครอบครัว สังคม และประเทศชาติอีกด้วย (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูญเสียความจำในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยประกอบด้วย (1) ปัจจัยด้านกายภาพและสรีรวิทยาของสมอง โดยผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป น้ำหนักและปริมาณของเนื้อสมองจะลดลงถึงร้อยละ 5 และลดลงอีกเท่าตัวทุกๆ 10 ปีที่เพิ่มขึ้น (2) ปัจจัยทางด้านสังคม พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวหรือแยกตัว ผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม/สังสรรค์กับผู้อื่น และผู้สูงอายุที่ถูกลดบทบาททางสังคม จะมีการเสื่อมของสมองเพิ่มขึ้นจากการลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงสมองส่วนหน้าและส่วนข้าง

(Frontotemporal Lobe) และ (3) ปัจจัยอื่นที่สัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส และอาชีพ (ปิ่นมณี สุวรรณโมลี และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2559)

กล่าวโดยสรุป คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยส่งผลกระทบต่อแรงทั้งด้านร่างกาย โดยพบว่า ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานช้าลง ความใส่ใจในตนเองลดลง ความสามารถในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง การพึ่งพาตนเองลดลง ด้านจิตใจจะส่งผลให้เกิดความคิดบิดเบือนว่าตนเองไร้คุณค่า ศักยภาพต่ำลง เนื่องจากคิดว่าตนเองขาดความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาต่างๆ ในชีวิตประจำวัน (Pellegrino, Peters, Lyketsos, & Marano, 2013)

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment)

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย จำแนกเป็น 3 ชนิดคือ ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยที่เกิดจากความบกพร่องด้านความจำ (Amnesic MCI) ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยที่เกิดจากความบกพร่องของสมองหลายด้าน (Multiple domain/slightly impairment MCI) และภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยที่เกิดจากความบกพร่องที่ไม่ใช่ความจำ (Single non-memory domain MCI) ซึ่งทุกชนิดจะมีการพัฒนาไปเป็นภาวะสมองเสื่อมในที่สุด ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจะมีความบกพร่องของสมองในด้านความจำ (Memory) การใช้ภาษา (Language) ทักษะด้านมิติสัมพันธ์ (Visuo-spatial skills) ความตั้งใจหรือการมีสมาธิ (Attention) และการบริหารจัดการ (Executive function) ด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้าน โดยเครื่องมือที่นิยมใช้ประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดเพื่อตรวจหาภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้นสำหรับผู้สูงอายุไทย มีดังนี้ (ปิยะกร ไพรสนธิ์ และพรสวรรค์ เชื้อเจ็ดคน, 2560)

1. แบบประเมินภาวะสมองเสื่อมสำหรับญาติหรือผู้ดูแล (Thai Alzheimer's questionnaire, TAQ) เป็นเครื่องมือที่ผ่านการวิจัยและทดลองใช้อย่างแพร่หลายในประเทศไทย แบบทดสอบนี้มีความไว ความจำเพาะ และความเที่ยงตรงสูง สามารถทดสอบได้ง่ายโดยตัวผู้ดูแลเองใช้เวลาน้อย จึงเหมาะในการใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมระยะแรก

2. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) พัฒนาโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สามารถใช้ได้กับผู้สูงอายุที่ไม่รู้หนังสือ อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้ โดยแบบสอบถามนี้มี 11 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน การแปลผลตามจุดตัดของคะแนนที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม (Cognitive impairment) ที่แบ่งตามระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ

3. แบบประเมินพุทธิปัญญา (The Montreal Cognitive Assessment, MoCA) เป็นเครื่องมือที่ออกแบบเพื่อการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมสามารถประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ได้แก่ ความจำระยะสั้น (Short term memory) มิติสัมพันธ์ (Visuoconstruction) ความคิดรวบยอด (Conceptual thinking) การคิดคำนวณ

(Calculation) การคิดเชิงบริหาร (Executive function) สมาธิจดจ่อ (Attention) ภาษา (Language) และการรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (Orientation)

สาเหตุที่ทำให้การเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

จากการศึกษาการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่อง พบว่า ยังไม่ทราบสาเหตุของภาวะนี้อย่างแน่ชัด เนื่องจากภาวะการรู้คิดบกพร่องสามารถเกิดได้จากหลายสาเหตุ โดยสามารถแบ่งสาเหตุเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ดังนี้ (กรวรรณ ยอดไม้, 2560)

1. ภาวะการรู้คิดบกพร่องซึ่งเกิดจากการเสื่อมสภาพของเซลล์สมอง กล่าวคือเมื่ออายุเพิ่มขึ้นความสามารถในการทำงานของสมองลดลง ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของสมอง เนื่องจากความเสื่อมถอยของร่างกาย

2. ภาวะการรู้คิดบกพร่องซึ่งเกิดจากการเสื่อมสลายของเนื้อสมองโดยไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด โดยพบว่าเซลล์สมองมีการเสื่อมสลายตายไปและไม่มีเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทน ทำให้สมองนั้นไม่สามารถทำงานได้อย่างเดิม

3. เกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองแข็งหรือตีบตัน เป็นภาวะที่คอเลสเตอรอลสะสมอยู่ในผนังหลอดเลือดจนเกิดแผลเป็นและคราบไขมัน ทำให้หลอดเลือดตีบแคบ มักเกิดการอุดตันของหลอดเลือดที่หล่อเลี้ยงสมอง หัวใจ ไต และขา หากเกิดการอุดตันมาก เลือดจะไปเลี้ยงสมองได้น้อย และถ้าสมองขาดเลือดไปเลี้ยงบ่อยครั้ง ความจำก็จะเสื่อมลงเรื่อยๆ จนอาจทำให้เกิดความพิการอย่างถาวรเพราะเซลล์ประสาทสมองบริเวณนั้นตาย โดยพบบ่อยในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ ได้แก่ การสูบบุหรี่ เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน เป็นต้น

4. การเสื่อมของสมองที่เกิดจากการติดเชื้อในสมอง ทำให้เซลล์สมองบางส่วนตาย มีผลต่อประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของสมอง ในอดีตปัญหาการติดเชื้อในสมองพบบ่อยจากโรซิฟิลิส (Syphilis) ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) การอักเสบของเยื่อหุ้มสมองจากการติดเชื้อบางชนิดซึ่งมาจากพาหะหลายกรณี เช่น ยุงไปกัดหมูที่มีไวรัสชนิดที่ทำให้เกิดการอักเสบที่สมองแล้วไปกัดคน ทำให้บุคคลที่ถูกยุงกัดมีอาการป่วย ไข้สูง หมดสติ ชัก ผู้ที่ไม่เสียชีวิตจะหมดสติอยู่นานแล้วค่อยๆ ฟื้นสติขึ้นมาพร้อมกับความจำ ความรู้ ความสามารถของสมองสูญเสียไปเกือบทั้งหมด จำไม่ได้ว่าตนเองเป็นใคร ลักษณะเช่นนี้เป็นการเสื่อมของสมองชนิดหนึ่งซึ่งเกิดจากการติดเชื้อสมอง

5. การเสื่อมของสมองที่เกิดจากการขาดสารอาหารบางชนิด เช่น ขาดวิตามินบี 1 ซึ่งมีส่วนช่วยในการสร้างเซลล์สมอง มักพบในผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากเป็นประจำและการขาดวิตามินบี 12 ก็มีส่วนทำให้เกิดการเสื่อมของสมองได้ ถ้ามีสมองเสื่อมร่วมกับโลหิตจาง ควรนึกถึงการขาดวิตามินบี 12

6. การเสื่อมของสมองจากการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญของร่างกาย เช่น ต่อมไทรอยด์มีการทำงานผิดปกติ โดยเฉพาะต่อมไทรอยด์มีการทำงานน้อย (Hypothyroid) หรือมากเกินไป (Hyperthyroid) จะทำให้เกิด

ปัญหาเกี่ยวกับการทำงานของสมองได้ หากผู้สูงอายุมีการทำงานของตับผิดปกติหรือมีภาวะไตวายก็อาจมีปัญหาเรื่องความจำและความเฉลียวฉลาดเกิดขึ้นได้

7. การเสื่อมของสมองจากการที่สมองได้รับการกระทบกระเทือนบ่อยๆ เช่น นักมวยหรือผู้ที่เล่นกีฬาแล้วต้องใช้ศีรษะอยู่เป็นประจำ รวมถึงผู้ที่เคยประสบอุบัติเหตุจนถึงขั้นสลบ ผู้ประสบปัญหาดังกล่าวจะมีความเสี่ยงต่อการเสื่อมของสมองมากกว่าบุคคลทั่วไป

8. การอักเสบของหลอดเลือดเป็นสาเหตุหนึ่งของสมองเสื่อม โดยเฉพาะการอักเสบของหลอดเลือดเล็กๆ ที่สมอง ทำให้หลอดเลือดไปเลี้ยงสมองไม่สมบูรณ์

9. การเสื่อมของสมองจากยา โดยเฉพาะยาที่มีผลต่อการทำงานของสมอง สาเหตุเหล่านี้แม้จะพบไม่บ่อย โดยพบราวร้อยละ 10 แต่มีความสำคัญ สำหรับยาที่มีผลต่อการทำงานของสมอง เช่น ยากันชัก ยาคลายเครียด ถ้ำรับประทานในขนาดที่มากเกินไปหรือสะสมอยู่นาน จะทำให้การสั่งการของสมองเปลี่ยนไปและความจำลดลง

10. การเสื่อมของสมองจากเนื้องอกในสมอง โดยเฉพาะเนื้องอกที่อยู่ด้านหน้าของสมอง ผู้สูงอายุอาจไม่มีอาการแขนขาอ่อนแรง แต่อาจมีลักษณะความเฉลียวฉลาดหรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป

11. การเสื่อมของสมองจากช่องภายในสมอง (Ventricles) ขยายใหญ่ขึ้นจากน้ำเลี้ยงสมองคั่ง สาเหตุนี้ยังไม่ทราบอย่างชัดเจนว่าเกิดขึ้นจากอะไร ผู้ป่วยจะมีการเสื่อมของสมอง เดินไม่เป็น และกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มีอาการปัสสาวะรด ซึ่งเกิดขึ้นตั้งแต่ในช่วงแรกๆ ของโรค และเมื่อเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง จะพบว่า ช่องในสมองขยายใหญ่ผิดปกติจนกดเบียดสมองที่อยู่รอบๆ เมื่อช่องในสมองเล็กลง ผู้ป่วยจะมีอาการทางสมองดีขึ้น และกลั้นปัสสาวะได้เหมือนเดิม

12. การที่ผู้สูงอายุถูกลดบทบาททางสังคม เช่น การเกษียณอายุงาน การถูกมองว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง มีหน้าที่เฝ้าบ้าน ส่งผลให้ผู้สูงอายุบางรายเก็บตัว ไม่ชอบเข้าสังคม บางรายถูกทอดทิ้งให้อยู่ลำพังหากปล่อยไว้โดยไม่รับได้รับการดูแลที่เหมาะสม การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการเสื่อมของสมองเนื่องจากการใช้ความคิดน้อยลงได้

ลักษณะและการแสดงของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องมักมีปัญหาในด้านความจำ ร่วมกับความสามารถของสมองส่วนอื่นๆ ลดลง โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องอาจมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ไม่จำเป็นต้องมีอาการทุกอาการ ซึ่งอาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นอย่างช้าๆ แบบค่อยเป็นค่อยไป เนื่องจากระบบการทำงานของสมองส่วนบน (Higher brain functions) ได้แก่ สมองส่วนพรีฟรอนทัลคอร์เท็กซ์ และสมองส่วนฮิปโปแคมปัสถูกทำลาย ประกอบกับสารสื่อประสาทอะซิติลโคลีนมีระดับลดลง และหากไม่ได้รับการแก้ไขจะทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ จน

ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันในที่สุด จากรายงานของผู้สูงอายุและญาติหรือผู้ดูแลระบุว่า ลักษณะอาการ อาการแสดง และพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ซึ่งเป็นลักษณะของภาวะการรู้คิดบกพร่อง และผู้ป่วยสมองเสื่อม มีลักษณะดังนี้ (Joosten-Weyn Banningh, Vernooij-Dassen, Rikkert, & Teunisse, 2008)

1. มีปัญหาความจำ และการรู้คิดด้านอื่นๆ เช่น ลืมคำซึ่งเป็นคำที่ง่าย อาจต้องรอสักพักแล้วจึงนึกออก หรือบางครั้งนึกไม่ออกเลยซึ่งทำให้รู้สึกหงุดหงิด หรือลืมสิ่งที่พูดไปเมื่อ 30 นาทีก่อน หรือเดินเข้าไปในห้องแล้วลืมไปว่าเดินเข้ามาทำอะไร ลืมว่าวางของไว้ที่ไหน หรือหลังจากอ่านหนังสือแล้ว 2 นาทีไม่สามารถบอกได้ว่าอ่านอะไร มีความบกพร่องในการจำข้อมูลใหม่ๆ และการระลึกเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นเร็วๆ นี้ ขาดความสนใจ ในระหว่างการพูดคุย ผู้ดูแลรายงานว่า ผู้สูงอายุมีความพยายามที่จะจำวัน จำชื่อบุคคล หรือจำการนัดหมาย

2. ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง คือ ไม่สามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ ง่ายๆ ที่ในอดีตเคยทำได้ เช่น เคยทำอาหารได้ เคยล้างจานได้ แต่กลับเป็นสิ่งที่ยาก ไม่สามารถทำตามคำสั่งที่มีหลายขั้นตอนได้ มีความบกพร่องในการจัดการงานภายในบ้านหรือในชุมชน บางคนจะมีการเปลี่ยนแปลงของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจึงหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ที่ทำให้เห็นว่าตนเองมีปัญหาด้านความจำ จากการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง พบว่า มีความสามารถลดลงเล็กน้อยในการที่เลือกซื้อของ การเดินทางในระยะไกล ซักผ้า การจัดการเรื่องเงิน การรับประทานยา การใช้โทรศัพท์ การเตรียมอาหาร และการทำงานบ้าน ทำให้ผู้ดูแลเริ่มรู้สึกว่าต้องรับภาระหนักขึ้น

3. มีบุคลิกและอารมณ์เปลี่ยนแปลง คือ มีการถามคำถามซ้ำบ่อยๆ มีการพูดเรื่องซ้ำๆ มีพฤติกรรมเหมือนเด็ก มีลักษณะหงุดหงิดง่าย โกรธไม่พอใจที่ทำอะไรไม่ได้เหมือนก่อน แสดงความริบเร่ สนุกกับคนอื่นยาก ขาดความสนใจตนเอง อารมณ์ไม่ดี กังวล เสียใจที่รู้สึกจำได้ยากหรือทำอะไรยากขึ้นทั้งที่เป็นงานที่เคยทำได้ ไม่มีความตื่นตัว (Lack of wakefulness) หรือมีความรู้สึกที่ไวขึ้นจากการกระตุ้นภายนอก สำหรับอาการทางด้านประสาทจิตวิทยา (Neuropsychiatric symptoms) ในผู้ป่วยที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องที่พบได้บ่อย ได้แก่ การมีพฤติกรรมรบกวนในตอนกลางคืน (Night-time behaviors) ซึมเศร้า (Depression) ขาดความกระตือรือร้น (Apathy) วิตกกังวล (Anxiety) และพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะเปลี่ยนไปเป็นภาวะสมองเสื่อม ได้มากกว่าผู้ที่ไม่ใช่ภาวะซึมเศร้าอยู่เดิม

4. การเข้าสังคมลดลง คือมีข้อจำกัดในการพบเพื่อนหรือการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆ

ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

อาการเริ่มแรกที่เด่นชัดที่สุดของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่อง คือ การสูญเสียความจำที่เป็นเรื่องใหม่ๆ เช่น ลืมวันนัด ลืมสิ่งของบ่อย ลืมสิ่งที่เคยเรียนรู้หรือปฏิบัติได้ ลืมเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นได้ไม่นาน เก็บของผิดที่แบบ

คาดไม่ถึง เล่าเรื่องเดิมซ้ำๆ พุดจาซ้ำๆ กับคู่สนทนาคนเดิม ขาดไหวพริบในการแก้ไขปัญหาเรื่องที่ไม่ซับซ้อน หรือเลือกใช้วิธีการที่ไม่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีพฤติกรรมแยกตัวจากครอบครัวและสังคม และเริ่มมีปัญหาในกิจวัตรเดิมที่เคยทำ ซึ่งอายุที่เพิ่มขึ้นเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการเสื่อมของสมองแต่กระบวนการนี้ถือว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นธรรมชาติอันเกิดมาจากความชราภาพ นอกจากนี้ ปัจจัยในด้านอื่นๆ ที่ทำให้เกิดภาวะการรู้คิดบกพร่อง มีดังนี้ (Sekiguchi & Kawashima, 2007)

1. น้ำหนักตัวเกิน โดยพิจารณาจากดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) ดัชนีมวลกายที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมในอนาคต คือ 20 - 22.5 กก/ตร.ม. ถ้าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กก/ตร.ม. ความเสี่ยงภาวะการรู้คิดบกพร่องจะเพิ่มขึ้น

2. การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่เพิ่มอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึง 2 เท่า และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่อง 2.28 เท่า การงดสูบบุหรี่ตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไปจะลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลงได้เท่ากับคนที่ไม่เคยสูบบุหรี่ คือลดลงร้อยละ 50

3. แอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์ขนาดน้อยๆ ในปริมาณไม่เกิน 3 แก้วต่อวัน สามารถลดโอกาสเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องได้ร้อยละ 42 และลดโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 71 โดยไม่ขึ้นกับชนิดของแอลกอฮอล์ และการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นซึ่งอ้างถึงใน ปิยะภร ไพรสนธิ์ และพรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน (2560) ระบุว่า การดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องจากโรคหลอดเลือด

4. สารอาหาร การรับประทานอาหารที่มีวิตามินซีและวิตามินอีเพิ่มขึ้น จะมีอัตราการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องลดลง การรับประทานไขมันจากพืชและโอเมก้า 6 (กรดไลโนเลอิก) ซึ่งพบมากในน้ำมันพืช เช่น น้ำมันจากดอกทานตะวัน ถั่วเมล็ดแห้ง เมล็ดพืชทอง ถั่วเหลือง จะลดความเสี่ยงของการเกิดโรคสมองเสื่อม และการรับประทานปลาทะเลอาจช่วยป้องกันภาวะสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ได้ โดยลดความเสี่ยงลงเหลือ 0.4 และ 0.3 เท่า ตามลำดับ (Sekiguchi & Kawashima, 2007) นอกจากนี้การขาดโพแทสเซียมและวิตามินบี 12 การรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอลสูง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องได้

5. การขาดการออกกำลังกาย มีการศึกษาวิจัย พบว่า ผู้ที่ออกกำลังกายอย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป ในวัยกลางคน สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องร้อยละ 52 และ 62 ตามลำดับ (Sekiguchi & Kawashima, 2007)

6. ความดันโลหิตสูง พบว่า ในแต่ละช่วงความดันซิสโตลิก (Systolic) ที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 10 มิลลิเมตรปรอท ความเสี่ยงของการเกิดปัญหาการลดลงของความสามารถสมองสูงขึ้นร้อยละ 7 การมีความดันโลหิตสูงในวัยกลางคนจะเพิ่มความเสี่ยงการเกิดภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้สูงอายุ โดยถ้าได้รับการรักษาโอกาสเสี่ยงนี้จะลดลงจาก 4.3 เท่าเป็น 1.9 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีความดันโลหิตสูง โดยความดันโลหิตสูงมีผลกระทบทั้งทางตรงและ

ทางอ้อมต่อการลดลงของความสามารถของสมอง ผลกระทบทางตรงคือ ผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงจะมีการลดลงของปริมาตรสมอง น้ำหนักสมอง และพบมีการเพิ่มขึ้นของรอยโรคชนิดที่พบในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ สำหรับผลทางอ้อมเกิดจากการที่หลอดเลือดตีบแข็งและเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการที่มีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน (Powers, 2011)

7. โรคเบาหวานและภาวะดื้อต่ออินซูลิน เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่อง และเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า อุบัติการณ์ภาวะสมองเสื่อมสูงขึ้น 2 เท่าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ปิยะกร ไพรสนธิ์ และพรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน, 2560)

8. ภาวะไขมันในเลือดสูง การที่มีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องจากโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น นอกจากนี้ การที่มีไขมันในเลือดสูงยังอาจทำให้เกิดโรคอัลไซเมอร์อีกด้วย

9. ระดับโฮโมซิสเตอีนในเลือดสูง (Hyperhomocysteinemia) สารนี้เป็นพิษต่อเซลล์สมอง และมีผลเสียต่อหลอดเลือดสมอง การขาดวิตามินบี 6 วิตามินบี 12 และกรดโฟลิกจะทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของโฮโมซิสเตอีน และเป็นปัจจัยที่เสี่ยงของการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเพิ่มขึ้น (Sekiguchi & Kawashima, 2007)

10. สอร์โมนเพศหญิงทดแทน ในปัจจุบันพบอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น และผู้ป่วยที่ได้สอร์โมนเพศหญิงทดแทนชนิดรวมเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเพิ่มขึ้นประมาณ 2 เท่า (ปิยะกร ไพรสนธิ์และพรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน, 2560)

11. อุบัติเหตุที่ศีรษะ พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ และภาวะการรู้คิดบกพร่องจากสาเหตุอื่นๆ เคยมีประวัติเคยได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะมากกว่าคนที่ไม่มีสมองเสื่อม แต่ยังไม่สามารถสรุปอย่างชัดเจนได้ว่า การได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะมาก่อนเป็นปัจจัยที่เสี่ยงของการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่อง (Sekiguchi & Kawashima, 2007)

12. อาการซึม สับสนเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่มีอาการนี้เกิดขึ้น มีโอกาสเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องสูงขึ้นกว่าคนที่ไม่เคยเป็น

13. โรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันการเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้วยการแก้ไขปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน สูบบุหรี่ รวมถึงการรับประทานยาต้านเกร็ดเลือด เช่น แอสไพริน หรือยากันเลือดแข็งตัว เช่น วาร์ฟาริน เพื่อป้องกันการเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง สามารถป้องกันภาวะการรู้คิดบกพร่องได้ด้วย

14. โรคซึมเศร้า อาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่อง อาจเป็นไปได้จากการที่อาการซึมเศร้าเป็นสาเหตุที่ทำให้มีปัญหาความจำหรืออาการซึมเศร้าเป็นอาการหนึ่งของภาวะการรู้คิดบกพร่องเอง โดยเกิดก่อนที่จะมีอาการสมองเสื่อมหรือแท้จริงแล้วเป็นอาการหนึ่งของภาวะการรู้คิดบกพร่อง การป้องกัน และแก้ไขอาการซึมเศร้าจึงยังนับได้ว่าเป็นการป้องกันภาวะการรู้คิดบกพร่องวิธีหนึ่ง

15. สารพิษในสิ่งแวดล้อมรอบตัว ถึงแม้จะไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนถึงผลเสียของสารพิษต่างๆ ต่อการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่อง อย่างไรก็ตาม การได้รับสารพิษต่างๆ หรือยาที่มีผลต่อจิตประสาท เช่น ยารักษาภาวะซึมเศร้า ยาคลายเครียด ยานอนหลับ จะมีผลทำให้การนำสัญญาณประสาทสู่สมองลดลง และระบบกระตุ้น (Arousal system) มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าลดลง (Sekiguchi & Kawashima, 2007) ทำให้การเปลี่ยนความจำสัมผัสเป็นความจำระยะสั้นได้ไม่มีประสิทธิภาพ ไม่สามารถจำข้อมูลที่ได้รับ และเกิดการหลงลืมได้

ผลกระทบของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

ผู้มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย เกิดจากการสูญเสียการทำงานของเซลล์สมองในหลายๆ ส่วน ได้แก่ ส่วนของความจำ การสูญเสียหน้าที่การทำงานของภาษา (Aphasia) การสูญเสียการคิดและการใช้เหตุผลต่างๆ มีความรู้สึกสับสนในเรื่องของเวลา สถานที่ (Disorientation) เมื่อพยาธิสภาพมากขึ้นก็จะพบเซลล์ผิดปกติกระจัดกระจายทั่วสมอง ทำให้ความจำค่อยๆ เสื่อมลง ซึ่งการเสื่อมของสมองส่งผลกระทบต่อความสามารถด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้ (Joosten-Weyn Banningh et al., 2008)

1. ด้านความจำ (Memory) เป็นปัญหาเริ่มแรกที่เด่นชัดที่สุดของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment) ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านภาวะการรู้คิดบกพร่องจะเริ่มจากการสูญเสียความจำที่เป็นเรื่องใหม่ๆ เช่น ลืมวันนัด ลืมสิ่งของบ่อยๆ ลืมสิ่งที่เคยเรียนรู้หรือปฏิบัติได้ ลืมเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นได้ไม่นาน เก็บของผิดที่แบบคาดไม่ถึง พุดจาซ้ำๆ ถามซ้ำๆ ซึ่งอาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นอย่างช้าๆ แบบค่อยเป็นค่อยไป และหากไม่ได้รับการแก้ไขที่ถูกต้องจะทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ จนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันในที่สุด

2. ด้านความใส่ใจ (Attention) คือ การที่ผู้สูงอายุสามารถที่จะมีจิตใจจดจ่อตั้งมั่นในกิจกรรมที่กระทำหรือความสำรวมใจให้แน่วแน่กับสิ่งหนึ่งสิ่งใด (Focus) สามารถกำหนดกระบวนการรู้คิด และสามารถค้นหาสิ่งเข้าวนได้ ขณะที่การมีสมาธิ คือ ความสามารถที่จะเพ่งเล็งสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และมีความใส่ใจอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาหนึ่งได้ โดยสังเกตพบว่า ผู้สูงอายุที่ขาดสมาธิจะมีปัญหาในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ไม่สามารถทำงานที่ได้รับมอบหมายได้จนสำเร็จ ไม่สามารถตั้งใจฟังและเก็บรายละเอียดได้ มีอาการหลงลืมบ่อยๆ และวอกแวกได้ง่าย สำหรับสาเหตุของการสูญเสียความสามารถด้านความใส่ใจในผู้สูงอายุซึ่งมีการเสื่อมของสมอง สืบเนื่องมาจากระดับของสารสื่อประสาทในสมองคือ นอร์อิพิเนฟรินและโดปามีนในสมองบริเวณ Prefrontal Cortex, Striatum และ Nucleus accumbens ของผู้สูงอายุมีน้อยกว่าปกติ

3. ด้านการรับรู้ (Perception) โดยทั่วไปผู้สูงอายุบางรายที่มีการเสื่อมของสมองจะมีความผิดปกติในการรับรู้บุคคล วัน เวลา สถานที่ เช่น สับสนระหว่างกลางวันกับกลางคืน จำฤดูกาลไม่ได้ จำไม่ได้ว่าวันนี้วันอะไร (วันเสาร์ อาทิตย์ จันทร์) หรือเดือนอะไร มีประวัติการเดินทางหลงทิศทาง กรณีหลงทางในบริเวณที่ไปเป็น

ประจำ จำหนทางที่คุ้นเคยไม่ได้หรือเดินออกจากบ้านแล้วจำทาง กลับบ้านไม่ได้ ต้องทำการประเมินทักษะการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับมิติสัมพันธ์ (Visuospatial skill) ร่วมด้วย ซึ่งหากปล่อยไว้และไม่ได้รับการดูแลที่คืออาการจะรุนแรงมากขึ้นจนกระทั่งจำบุคคลในครอบครัวไม่ได้ จำเงาสะท้อนของตนเองในกระจกไม่ได้ เป็นต้น

4. ด้านการคิดคำนวณ (Computational aspect) ปัญหาด้านนี้เกิดจากการที่ผู้สูงอายุมีภาวะบกพร่องการคิดคำนวณในระยะเริ่มแรก (Primary Arithmetic) ซึ่งเกิดจากความผิดปกติบริเวณ Posterior left hemisphere ซึ่งปัญหาดังกล่าวขึ้นอยู่กับระดับการศึกษาและอาชีพ โดยผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านนี้จะคิดอะไรช้าลงมาก ไม่สามารถคิดคำนวณเลขในใจและใช้กระดาษได้ ไม่สามารถตั้งแถวหรือหลักของตัวเลขได้ตรง หรือไปซื้อของคำนวณราคาสินค้าไม่ถูกต้อง คิดเงินทอนไม่ได้ เป็นต้น

5. ด้านการตัดสินใจ (Decision-making) ผู้สูงอายุมีการเสื่อมของสมองมักประสบกับปัญหาการตัดสินใจที่แย่งและช้าลง ยังไม่ทราบสาเหตุการเกิดที่แน่ชัด ภาวะนี้อาจเกิดได้ในโรคทางระบบประสาทหลายโรค โดยเฉพาะถ้ามีความผิดปกติของสมองส่วน Orbitofrontal area ร่วมด้วยและจะทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้ เช่น เมื่อเกิดเหตุการณ์ไฟดับ ผู้สูงอายุอาจตกใจและคนลานไม่รู้ว่าจะต้องทำอะไร (ในคนปกติอาจจุดเทียนไขหรือนำไฟฉายมาใช้) หรือเมื่อท่อน้ำในบ้านแตกผู้สูงอายุไม่รู้ว่าจะต้องทำอะไร (ในคนทั่วไปอาจปิดวาล์วน้ำ โทรหาช่าง หรือโทรหาคนที่ให้ความช่วยเหลือได้) ในผู้สูงอายุบางรายอาจสับสนไม่ทราบว่าต้องทำอะไรเมื่อนุรุษไปรษณีย์มาส่งพัสดุให้คนในบ้าน

6. ด้านการใช้ภาษา (Using language) ในคนปกติอาจเคยพูดผิดบ้าง เช่น เรียกชื่อเพื่อนผิดหรือคิดคำที่ไม่ค่อยได้ใช้ไม่ออกเป็นบางครั้ง แต่ผู้สูงอายุที่มีการเสื่อมของสมอง บางรายจะมีปัญหาถ้อยคำต่างๆ ที่ใช้บ่อยๆ โดยคิดคำที่จะใช้ไม่ออก บางครั้งใช้คำผิด เช่น เรียกหมูแทนไก่ พูดถึงเก้าอี้แต่เรียกเป็น โต๊ะ เป็นต้น หรือมีปัญหาในการพูดหรือเขียนจนทำให้ฟังหรืออ่านไม่ค่อยเข้าใจ ที่พบบ่อยเมื่อคิดคำไม่ออก ผู้สูงอายุมักจะใช้คำว่า ที่นั่น อันนั้น เป็นต้น อาการที่กล่าวมาข้างต้น คือ ความผิดปกติของการใช้ภาษา (Aphasia) โดยเริ่มจากเรียกชื่อสิ่งของและชื่อที่คุ้นเคยไม่ถูกเนื่องจากคิดไม่ออก มีความเข้าใจภาษาลดลง จนกระทั่งสูญเสียความเข้าใจในภาษาในที่สุด

7. ด้านการบริหารจัดการ (Management) กล่าวคือ ผู้ที่มีการเสื่อมถอยของสมองจะขาดความสามารถในการวางแผน (Planning) การจัดลำดับขั้นตอนของแผนงาน (Sequencing) ทั้งในส่วนของการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ การเปลี่ยนแปลง และการหยุดดำเนินแผนการ (Maintaining, Alternative และ Stopping) ซึ่งการจัดการปัญหาดังกล่าวเป็นความสามารถของสมองในการทำงานหรือทำพฤติกรรมที่สลับซับซ้อน เมื่อการทำงานด้านนี้ผิดปกติจึงทำให้ผู้สูงอายุมีความลำบากในการทำกิจกรรมที่แปลกใหม่ หากอาการรุนแรงมากขึ้นความบกพร่องด้านการบริหารจัดการจะเพิ่มขึ้น ซึ่งสามารถพบความผิดปกติได้จากการซักประวัติผู้สูงอายุ

การรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

เป้าหมายการรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และการบำบัดเพื่อพัฒนาศักยภาพสมอง ด้วยการกระตุ้นการรู้คิด โดยการบำบัดรักษาผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องด้วยการกระตุ้นการรู้คิดซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งของการรักษาด้วยการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ใช้กระบวนการประมวลผลข้อมูลมากกว่าความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริง เพื่อช่วยในด้านความจำ การรับรู้ การตัดสินใจ และการคิดเชิงบริหาร ส่งผลให้ชะลอการเกิดโรคสมองเสื่อม และดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ แนวทางการรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง สามารถรักษาได้ทั้งวิธีการใช้ยา (Pharmacological Approach) และไม่ใช้ยา (Non-pharmacological Approach) การรักษาด้วยวิธีการใช้ยา ส่วนมากผู้สูงอายุจะได้รับยาที่มีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์อะเซทิลโคลีนเอสเตอเรส (Acetylcholinesterase inhibitors) ร่วมกับยารักษาพฤติกรรม เช่น ยาคลายกังวล ยารักษาอาการซึมเศร้า ยารักษาอาการกระสับกระส่าย พฤติกรรมก้าวร้าว หรืออารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เป็นต้น โดยยาเหล่านี้มักส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพมากขึ้น และการรักษาที่ไม่ใช้ยามีหลายวิธี เช่น การฝึกจำ การฝึกการรู้คิด การบำบัดด้วยกิจกรรม วิธีเหล่านี้เป็นวิธีหนึ่งที่น่ามาใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการทางสมอง ช่วยสร้างความสมดุลให้กับสมอง ช่วยกระตุ้นการเชื่อมโยงของเซลล์ประสาทและสมอง ส่งผลให้สามารถชะลอหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคสมองเสื่อมได้ ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุให้มีความสามารถ คงสภาวะการดำเนินโรคไม่ให้ก้าวหน้ามากขึ้น และเกิดผลข้างเคียงน้อยที่สุด (Joosten-Weyn Banningh et al., 2008) มีดังนี้

1. การกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive Stimulation) เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้สมองทำงานอย่างมีสมดุลและลดผลกระทบของความเครียดต่อร่างกาย ทำให้ระดับการทำงานของสมองส่วนคอร์เท็กซ์สูงขึ้น และสามารถควบคุมและขจัดความเครียดลงได้ นอกจากนี้ยังทำให้สภาพจิตใจพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ มีความจำดี และมีอารมณ์ขัน

2. การผ่อนคลายทางจิตใจ ทำให้มีสมาธิในการเรียนรู้ การทำงานและมีความคิดเชิงบวกมากขึ้นส่งผลให้เนื้อเยื่อสีเทา (Gray matter) หนาตัวขึ้น ทำให้เซลล์สมองเพิ่มขึ้นโดยเรียกปรากฏการณ์นี้ว่า Neuroplasticity หรือความยืดหยุ่นของสมอง การผ่อนคลายทางจิตใจทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการประสาทไปในทางที่ดี สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ เป็นการผ่อนคลายความเครียดพร้อมกับพัฒนาจิตใจให้สงบนิ่ง

3. การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ เนื่องจากอาหารเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการทำงานของสมอง เพราะสมองของคนเราใช้พลังงานมหาศาล คือ ประมาณร้อยละ 20 ของพลังงานทั้งหมดที่ร่างกายต้องการ การเลือกรับประทานอาหารที่มีสารอาหารบำรุงสมองอย่างเหมาะสมจะทำให้สุขภาพของสมองเจริญเติบโตแข็งแรงสามารถทำงานได้ตามหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สารอาหารบำรุงสมองมีหลายชนิดด้วยกัน ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต กรดโฟลิก กรดอะมิโน วิตามินต่าง ๆ แร่ธาตุ โอเมก้า-3 เลซีทีน เป็นต้น

4. การดื่มน้ำให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เนื่องจากน้ำดื่มเป็นปัจจัยหนึ่งในการดำรงชีวิตมนุษย์ เพราะในร่างกายของคนเราจะมีน้ำเป็นส่วนประกอบร้อยละ 70 ร่างกายจึงต้องใช้น้ำอย่างต่อเนื่อง เพราะน้ำเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับกระบวนการทางชีววิทยา ปฏิกิริยาทางเคมี และน้ำก็เป็นส่วนประกอบสำคัญของเลือด ในการลำเลียงออกซิเจนไปให้เซลล์ทุกเซลล์ของร่างกาย โดยเฉพาะนำออกซิเจน แร่ธาตุ และกลูโคสสู่สมองช่วยให้สมองทำงานดีขึ้น ช่วยพัฒนาความจำ และช่วยลดความเครียด

5. การได้รับอากาศที่บริสุทธิ์ เนื่องจากอากาศเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเผาผลาญพลังงาน เมื่อสมองได้รับอากาศบริสุทธิ์ สมองจะสดชื่น แจ่มใส คิดได้คล่อง จากการวิจัยพบว่า ปริมาณออกซิเจนมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อโครงสร้างการทำงานของสมองส่วนซีรีเบลลัม ทั้งยังมีผลกระทบต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงปริมาณสารเคมีในสมอง ถ้าสมองไม่ได้รับอากาศอย่างเพียงพอจะทำให้เซลล์บางส่วนตาย และทำให้เกิดความผิดปกติในลักษณะของการสูญเสียความทรงจำ ความสามารถในการคิดและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง (Tsolaki, Kakoudaki, Tsolski, Verykouki, & Pattakou, 2014)

สรุป

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย เป็นอาการที่อาจเกิดขึ้นได้ในผู้สูงอายุทุกคน ซึ่งเป็นความผิดปกติของสมองที่ไม่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการกิจในชีวิตประจำวัน ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาหรือการฟื้นฟูสมองจะสามารถพัฒนาไปเป็นโรคอัลไซเมอร์หรือภาวะการรู้คิดบกพร่องได้ ดังนั้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการชะลอความเสื่อมถอยโดยการฟื้นฟูสมรรถภาพของสมองด้านความจำ จะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง คงความสามารถในการดูแลตนเองให้นานที่สุด และป้องกันไม่ให้ป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์หรือโรคสมองเสื่อม และการรักษาที่ไม่ใช่ยานี้ มีหลายวิธี เช่น การฝึกจำ การฝึกการรู้คิด (Cognitive training) เช่น การกระตุ้นความจำ การฝึกสมาธิ เป็นต้น และการบำบัดด้วยกิจกรรม เช่น การทำกลุ่มบำบัด การออกกำลังกาย วิธีเหล่านี้สามารถเลือกใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการทางสมอง ที่ช่วยสร้างความสมดุลให้กับสมองด้วยการลดผลกระทบที่เกิดขึ้น ช่วยกระตุ้นการเชื่อมโยงของเซลล์ประสาทและสมอง (Neocortex) ให้เกิดความรู้สึกทางอารมณ์และแรงจูงใจในการเรียนรู้ได้ดีขึ้น จะส่งผลให้สามารถชะลอหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคสมองเสื่อม และจากเนื้อหาในบทความนี้ สามารถนำไปปฏิบัติหรือนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ไม่ให้เกิดโรคหรือชะลอการเกิดโรคสมองเสื่อม จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กรวรรณ ยอดไม้. (2560). บทบาทครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 11(1)*, 189-204.
- ดารวรรณ รongเมือง, ฉันทนา นาคฉัตรีย์, จีราพร ทองดี, และจิตติยา สมบัติบุรณ์. (2561). อุบัติการณ์ของการหกล้มและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 27(suppl. 1)*, 123-138.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2556). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนกริเอชั่น.
- ปิยะกร ไพรสนธิ์, และพรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงราย. *วารสารสภาการพยาบาล, 32(1)*, 64-80.
- ปิ่นมณี สุวรรณโมลี, และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2559). ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อความจำของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการรู้คิดบกพร่อง. *วารสารพยาบาลตำรวจ, 8(2)*, 45-57.
- Gao, Y., Huang, C., Zhao, K., Ma, L., Qiu, X., Zhang, L., ... Tang, Y. (2013). Retracted: Depression as a risk factor for dementia and mild cognitive impairment: a meta-analysis of longitudinal studies. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 28(5)*, 441-449.
- Joosten-Weyn Banningh, L., Vernooij-Dassen, M., Rikkert, M. O., & Teunisse, J. P. (2008). Mild cognitive impairment: coping with an uncertain label. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 23(2)*, 148-154.
- Kontaxopoulou, D., Fragkiadaki, S., Beratis, I. N., Pavlou, D., Yannis, G., Papanicolaou, A. C., ... Papageorgiou, S. G. (2016). Incidental and intentional memory performance in depression and amnesic mild cognitive impairment. *Neuropsychologia, 43(5)*, 675-681
- Langa, K. M., & Levine, D. A. (2014). The diagnosis and management of mild cognitive impairment: a clinical review. *Jama, 312(23)*, 2551-2561.
- Pellegrino, L. D., Peters, M. E., Lyketsos, C. G., & Marano, C. M. (2013). Depression in cognitive impairment. *Current Psychiatry Reports, 15(9)*, 384.
- Petersen, R. C., Stevens, J. C., Ganguli, M., Tangalos, E. G., Cummings, J. L., & DeKosky, S. T. (2001). Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review) Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology, 56(9)*, 1133-1142.
- Powers, R.E. (2011). *Neurobiology of aging*. In C. E. Coffey, & M. S. George. (Eds), Textbook of geriatric neuropsychiatry. (3rd ed., pp.537-548). London: American Psychiatric Publishing.
- Rutten, J. L. (2017). "Prevention is Better than Cure": Can Exercise Prevent Dementia?. *Maastricht Student Journal of Psychology and Neuroscience, 6(1)*, 1-12.



- Sekiguchi, A., & Kawashima, R. (2007). [Cognitive rehabilitation-the learning therapy for the senile dementia]. *Brain Nerve*, 59(4), 357-365. Japanese. PMID: 17447522.
- Senanarong, V., Harnphadungkit, K., Pongvarin, N., Vannasaeng, S., Chongwisal, S., Chakorn, T., ...
Udompuntharak, S. (2013). The dementia and disability project in Thai elderly: Rational, design, methodology and early results. *BMC Neurology*, 13(1), 3.
- Subindee, S., & Sritanyarat, W. (2014). Mild cognitive impairment in older persons with chronic illness attended at a chronic care clinic of a primary care unit Khon Kaen Province. *Journal of Nursing Science and Health*, 37(1), 43-50.
- Tsolaki, M., Kakoudaki, T., Tsolaki, A., Verykoui, E., & Pattakou, V. (2014). Prevalence of mild cognitive impairment in individuals aged over 65 in a rural area in North Greece. *Advances in Alzheimer's Disease*, 3(01), 11.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs. (2015). *World Population Ageing*. New York: United Nations.
- World Health Organization. (2016). *Mental health and older adults*. Retrieved November 14, 2021, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/> Updated April 2021