

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง*

ทัศนีย์ กาศทิพย์, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)**
สุปรีดา มั่นคง, Ph.D. (Gerontological Nursing)***
พรทิพย์ มาลาธรรม, Ph.D. (Nursing)****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย: เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง
การออกแบบการวิจัย: การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา

การดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 40 ราย ที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องและมีญาติผู้ดูแลที่พักอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ศึกษาภาวะสุขภาพโดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม เก็บข้อมูลที่บ้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง โดยการตรวจร่างกายผู้สูงอายุ ประเมินภาวะการรู้คิด และการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ ภาวะการรู้คิด และภาวะสุขภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย

ผลการวิจัย: พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 85.13 ปี และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ภาวะสุขภาพประกอบด้วย สุขภาพทางกาย ความสามารถในการทำหน้าที่ ภาวะการรู้คิด และภาวะสุขภาพทางสังคม ในด้านสุขภาพทางกายพบว่าหนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายน้อยกว่าเกณฑ์และหนึ่งในสามมีดัชนีมวลกายมากกว่าเกณฑ์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติและได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80 มีค่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออยู่ในเกณฑ์ระดับต่ำ และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 รายมีประวัติหกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมา ด้านความสามารถในการทำหน้าที่พบว่า ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ แต่ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ส่วนภาวะการรู้คิดพบว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม และภาวะสุขภาพทางสังคมพบว่า ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับบุตรซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาประจำส่วนใหญ่คือ การสวดมนต์และทำสมาธิ

ข้อเสนอแนะผลการวิจัย: ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินและติดตามภาวะสุขภาพผู้สูงอายุวัยปลายที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องที่อาศัยในชุมชนต่อไป

วารสารสภาการพยาบาล 2562; 34(1) 104-121

คำสำคัญ : ภาวะสุขภาพ/ผู้สูงอายุ/ภาวะรู้คิดบกพร่อง/ การประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม
วันที่รับบทความ 17 ต.ค. 2561 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 5 ม.ค. 62 วันที่ตอบรับบทความ 8 ม.ค.62

*วิทยาลัยนursesหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**นำเสนอโปสเตอร์การประชุม the International Conference on Prevent and Management of Chronic Conditions วันที่ 13-15 กุมภาพันธ์ 2562 โรงแรมดิเอ็มโพเรียม กรุงเทพฯ

**นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

***ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: supreeda.mon@mahidol.ac.th

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Health Status of Older Adults with Cognitive Impairment*

Tatsanee Kardtip, M.N.S. (Gerontological Nursing)**

Supreeda Monkong, Ph.D. (Gerontological Nursing)***

Porntip Malathum, Ph.D. (Nursing)****

Abstract:

Objective: To investigate health conditions of older adults who have cognitive impairment.

Design: Descriptive research.

Methodology: This study was conducted in Chiang Mai Province, Thailand. The sample consisted of 40 cognitively impaired person aged 80 years or more, all of whom lived with their caregivers. The participants' health conditions were examined following the comprehensive geriatric assessment principle. For cognitive assessment of the participant, data were collected using two methods: 1) a physical examination of each participants to acquire their physical health information; and 2) an interview with each participant's caregiver(s) to acquire information on each participant's functional ability, cognition, and social health status. The data were analysed using descriptive statistics.

Results: The participants, whose average age was 85.13 years, were mostly female. The participants' health conditions examined included their physical health, functional ability, cognitive ability, and social health. In terms of physical health, one-fourth of the participants had lower-than-normal body mass, whilst one-third had higher-than-normal body mass. Most of the participants had hypertension and were medicated for the condition. Eighty percent of the participants had low grip strength, and four of the participants had a history of falls in the previous 6 months. Regarding function ability, it was found that the participants were able to carry out basic daily activities but needed help in performing instrumental activities of daily living. Concerning cognitive health, half of the participants faced a risk of dementia. Finally, concerning social health, half of the participant lived with their children, who were their primary caregivers. Almost all of the participant received the government's allowances for senior citizens and regularly participated in religious activities, mainly praying and meditation.

Recommendations : The findings of this study could provide basic information for a community to develop a health status monitoring and assessment system for its older adult members who have cognitive impairment.

Thai Journal of Nursing Council 2019; 34(1) 104-121

Keywords : health status; older adults; cognitive impairment; comprehensive geriatric assessment

Received 17 October 2018, Revised 5 January 2019, Accepted 8 Januray 2019

*Thesis, the Master of Nursing Science Program in Gerontological Nursing, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

*Poster Presentation at the International Conference on Prevention and Management of Chronic Conditions, 13-15 February, 2019, The Emerald Hotel Bangkok

**Student in Master of Nursing Science Program in Gerontological Nursing, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

***Corresponding Author, Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: supreeda.mon@mahidol.ac.th

****Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะรู้คิดบกพร่อง (cognitive impairment) เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของสมอง ระบบประสาทส่วนกลางและการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งอยู่ระหว่างการเปลี่ยนแปลงตามปกติของอายุกับภาวะสมองเสื่อม¹ บุคคลที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องมีการสูญเสียการทำงานหรือมีความผิดปกติในการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด 6 ด้านหลัก² ได้แก่ ด้านการใส่ใจเชิงซ้อน (complex attention) การบริหารจัดการ (executive function) การเรียนรู้และความจำ (learning and memory) การใช้ภาษา (language) การรับรู้ก้อมิติสัมพันธ์ (visuoconstructional-perceptual ability) และความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว (social cognition) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบความชุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องที่อยู่ในชุมชนร้อยละ 4-10³⁻⁴ และจากสถานการณ์ในปัจจุบันผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจึงคาดว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน เนื่องจากเมื่อสูงอายุมากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุวัยปลายมีการเปลี่ยนแปลงของขนาดสมอง เซลล์สมอง และเส้นประสาทและปลอกหุ้มประสาทมีการเสื่อมสลายไปบางส่วนทำให้การนำกระแสประสาทเปลี่ยนแปลงไปและการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง ระบบประสาทส่วนกลางสั่งการไปยังเซลล์กล้ามเนื้อไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้การสั่น การสัมผัส และมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง แต่ยังสามารถออกกำลังกายได้ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องทำให้ช่วยเหลือตนเองลดลง ต้องการความช่วยเหลือหรือมีภาวะพึ่งพิงขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะรู้คิดบกพร่อง และการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุยังคงความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง

เป็นการป้องกันและชะลอความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม¹ และลดภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแล

ภาวะรู้คิดบกพร่องเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment) มีปัญหาด้านความจำบกพร่องเมื่อเทียบกับคนวัยเดียวกัน และด้านบริหารจัดการบางด้าน เช่น การวางแผน การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา แต่ยังคงความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน¹ ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องปานกลาง (moderate cognitive impairment) มีปัญหาด้านความจำโดยจำบุคคลหรือเหตุการณ์ในอดีตไม่ได้ ไม่มีสมาธิ ความสามารถในการเดินทาง และใช้จ่ายเงินลดลง ต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากขึ้น และมีความเสี่ยงต่อการหกล้ม⁵ ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องรุนแรง (severe cognitive impairment) เป็นระยะก่อนภาวะสมองเสื่อมมักพบว่า มีความบกพร่องชัดเจนด้านความจำ ซึ่งบางรายจำคู่สมรสที่ใช้ชีวิต ร่วมกันมาไม่ได้ สูญเสียความสามารถในการเข้าใจความหมาย การพูด การเขียน มีความลำบากในการคิดคำนวณ เช่น นับเลข 1 ถึง 10 ถอยหลังไม่ได้ หรือนับไปข้างหน้าไม่ได้ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ และมีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่ผิดปกติ เช่น ก้าวร้าว หลงทาง หลงผิด เป็นต้น⁶ ผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องส่วนใหญ่มักมีภาวะโรคเรื้อรังร่วมด้วย ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ต้องการการดูแลที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ส่งผลให้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องร่วมกับมีภาวะโรคเรื้อรังมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง มีภาวะพึ่งพิงต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีโอกาสที่จะอยู่ในสถานบริบาลผู้สูงอายุ สูงขึ้น 2 เท่า ส่วนด้าน

จิตใจพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องรู้สึกว้าวนตัวเองเป็นภาวะแก่คร่อมคร่ำ มีภาวะซึมเศร้า⁷ และด้านสังคมพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องมีบทบาทในครอบครัวลดลง สูญเสียภาพลักษณ์ ไม่สามารถเข้าร่วมสังคมเหมือนเดิมได้⁷ญาติผู้ดูแลต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา และดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง¹

การศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมาเป็นการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องไว้หลายประเด็น ได้แก่ ความชุกของภาวะรู้คิดบกพร่องของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนร้อยละ 4-10³⁻⁴ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง ได้แก่ อายุ หรือกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า และเพศ สถานภาพการศึกษา การประกอบอาชีพ การอยู่ในสถานสงเคราะห์ ก็กิจกรรมการออกกำลังกาย เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุลดลง⁵ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับลักษณะทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องในชุมชน แต่ยังไม่ครอบคลุมมิติของภาวะสุขภาพที่มีความเชื่อมโยงกันทั้งมิติทางกาย จิตใจ และสังคมรวมทั้งความสามารถในการทำหน้าที่ที่สะท้อนถึงการดำเนินชีวิต ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องที่อยู่ในชุมชน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุวัยปลายที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องโดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม (comprehensive geriatric assessment: CGA) เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานของปัญหาและความต้องการดูแลอย่างครอบคลุมของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องที่อยู่ในชุมชน และสามารถพัฒนาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องทางด้านภาวะสุขภาพทางกาย ความสามารถในการทำหน้าที่ ภาวะสุขภาพด้านการรู้คิด และภาวะสุขภาพทางสังคม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม (CGA) ซึ่งเป็นการประเมินที่ช่วยค้นหาปัญหาสุขภาพด้านความเจ็บป่วยทางกาย จิตใจ สังคม และความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุทำให้สามารถเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ สามารถตอบสนองความต้องการและเพิ่มความสามารถของผู้สูงอายุในการทำหน้าที่ที่ต่าง ๆ ช่วยให้ผู้ใช้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี^{9,10}

การประเมินสุขภาพแบบองค์รวมมีองค์ประกอบหลายมิติและแยกจากกันได้ยาก ได้แก่ ร่างกาย (physical) และความสามารถในการทำหน้าที่ (function ability) ภาวะการรู้คิด (cognitive status) สังคม (social status) เศรษฐกิจ (financial situation) สิ่งแวดล้อม (environment status) จิตวิญญาณ (spirituality) อารมณ์ความรู้สึก (affective status) แต่ละมิติมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ¹¹ ซึ่งภาวะรู้คิดเป็นส่วนหนึ่งของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เมื่อเกิดความผิดปกติของภาวะรู้คิดย่อมส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และภาวะรู้คิดบกพร่องเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุวัยปลาย¹⁰ แต่เพื่อให้เข้าใจปัญหาและความต้องการการดูแลอย่างครอบคลุมของผู้สูงอายุวัยปลายที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง รวมทั้งชีวิตความเป็นอยู่ และการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้สูงอายุ จึงสนใจศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุวัยปลายที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องที่อาศัยอยู่ในชุมชนในมิติของภาวะสุขภาพ

ทางกาย ความสามารถในการทำหน้าที่ ภาวะสุขภาพด้านการรู้คิด และภาวะสุขภาพทางสังคม

ในการศึกษาครั้งนี้การประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม 4 มิติ ซึ่งแต่ละมิติครอบคลุมองค์ประกอบดังนี้¹⁰ 1) การประเมินภาวะสุขภาพทางกาย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและระบบต่างๆ ตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น จึงจำเป็นต้องมีการประเมินและตรวจร่างกาย ได้แก่ ประวัติสุขภาพ การเจ็บป่วยและการใช้ยาในปัจจุบัน การประเมินภาวะโภชนาการ การประเมินการเดินและความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 2) การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่เป็นตัวชี้วัดหนึ่ง que แสดงถึงความผิดปกติของร่างกายหรือความเจ็บป่วยเนื่องจากอาการแสดงของการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุมักไม่ชัดเจน และเป็นตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน ได้แก่ การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง 3) การประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดแต่ละด้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องทั้ง 6 ด้าน เพื่อทราบปัญหาและความต้องการในการดูแล ชะลอความเสื่อมถอยของสมองและความรุนแรงของโรค และ 4) การประเมินภาวะสุขภาพทางสังคม ประกอบด้วย การประเมินสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ ลักษณะที่อยู่อาศัย เศรษฐกิจ สังคม ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ผู้ดูแล ภาระของผู้ดูแลและความต้องการของผู้สูงอายุ และแรงสนับสนุนจากครอบครัว ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง ซึ่งมีข้อจำกัดในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จึงไม่ได้ประเมินภาวะสุขภาพทางจิตใจ เนื่องจากสามารถพบภาวะซึมเศร้าได้ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านความจำลดลง¹ ในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้การตรวจร่างกายผู้สูงอายุ ประเมินภาวะรู้คิดของผู้สูงอายุ และสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับ

ความสามารถในการทำหน้าที่ และภาวะสุขภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) และการศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยที่มีภาวะพึ่งพิงใน 5 จังหวัด ประกอบด้วยชลบุรี เชียงใหม่ สมุทรปราการ ขอนแก่น และสุราษฎร์ธานี ในการศึกษาครั้งนี้นำเสนอเฉพาะกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปที่อยู่ในชุมชน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคอคเครน (Cochran) ปี ค.ศ.1953 และใช้ค่าสัดส่วนของประชากรที่ต้องการจากการสำรวจระดับชาติวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556⁴ ร้อยละ 2.2 หรือสัดส่วน 0.022 ค่าความเชื่อมั่นที่ 1.96 และค่าความคลาดเคลื่อน .05 จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 33 ราย เพื่อป้องกันการได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ในศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 40 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คัดเลือกอำเภอในจังหวัดเชียงใหม่ที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปมากที่สุดเรียง 3 ลำดับ จากทั้งหมด 26 อำเภอ ดังนี้ อำเภอเมืองเชียงใหม่ อำเภอสันทราย และอำเภอสารภี ตามลำดับ ในช่วงเดือนเมษายน ถึงกันยายน พ.ศ. 2560 โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้

1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง โดยได้รับการคัดกรองด้วยแบบทดสอบการรู้คิดบกพร่อง

(The Six Item Cognitive Impairment Test: 6CIT)¹² ได้คะแนนมากกว่า 7 คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม 28 คะแนน

2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องมีญาติผู้ดูแลที่พักอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันและสื่อสารภาษาไทย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย แบบทดสอบการรู้คิดบกพร่อง (The Six Item Cognitive Impairment Test: 6CIT)¹² เพื่อใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง บรูคและบูลลอกซ์พัฒนาจากแบบทดสอบการรู้คิดบกพร่องของแคทซ์ ปี ค.ศ. 1983 แปลเป็นภาษาไทยโดยพรทิพย์ มาลาธรรม ปี พ.ศ. 2560¹³ มีลักษณะเป็นข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน คะแนน 7 คะแนนขึ้นไป หมายถึงมีภาวะรู้คิดบกพร่อง เครื่องมือมีความไว (sensitivity) ร้อยละ 78.57 และความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 100 ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม¹²

2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 2 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องและญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยและคณะพัฒนาขึ้น ผู้วิจัยสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลตามแบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง และ 2) ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล มีลักษณะข้อคำถามแบบเติมคำและเลือกตอบ

ชุดที่ 2 แบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง เพื่อประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม ผู้วิจัยและคณะพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยตรวจร่างกายผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง และสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลตามแบบประเมินภาวะสุขภาพโดยมีรายละเอียดดังนี้

1) เครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพทางกาย ประกอบด้วย เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนักที่วัดส่วนสูงและเครื่องวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

1.1) เครื่องวัดความดันโลหิต เป็นเครื่องวัดความดันโลหิตที่สามารถวัดและแสดงค่าที่วัดได้อย่างอัตโนมัติภายหลังการพัน cuff ที่แขนของผู้สูงอายุ และเป็นเครื่องยี่ห้อ Rossmax® รุ่น MG150F ที่ได้มาตรฐานรับรองโดยกระทรวงพาณิชย์ และผ่านการสอบเทียบมาตรฐานและตรวจสอบสภาพเครื่องมือแปลผลตามเกณฑ์ของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยปีพ.ศ. 2558¹⁴ โดยเกณฑ์ระดับความดันโลหิตปกติมีค่าอยู่ระหว่าง ความดันโลหิตตัวบน 120-129 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตตัวล่าง 80-84 มิลลิเมตรปรอท

1.2) เครื่องชั่งน้ำหนัก ผู้วิจัยใช้เครื่องชั่งน้ำหนักยี่ห้อ Tanita รุ่น HD 380 แบบยืนชนิดเคลื่อนที่ได้ระบบเมตริก มีหน่วยเป็นกิโลกรัม

1.3) ที่วัดส่วนสูง ผู้วิจัยใช้ที่วัดส่วนสูงแบบยืนชนิดเคลื่อนที่ได้ ระบบเมตริก มีหน่วยเป็นเมตร การคำนวณดัชนีมวลกายโดยคิดจากน้ำหนัก (กิโลกรัม) หารด้วยส่วนสูงยกกำลังสอง (เมตร)² แปลผลตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2000¹⁵ เกณฑ์ปกติของคนเอเชียมีค่าอยู่ระหว่าง 18.5-22.9 กิโลกรัม/เมตร²

1.4) เครื่องวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (hand grip) ซึ่งเป็นเครื่องวัดแรงบีบมือ (hand grip dynamometer) ยี่ห้อ Grip-D รุ่น T.K.K. 5401 มี

หน่วยเป็นกิโลกรัม โดยเครื่องมือได้มาตรฐานรับรอง โดยกระทรวงพาณิชย์ผ่านการสอบเทียบ และการตรวจสอบสภาพเครื่องมือ และการแปลผลเทียบกับค่ามาตรฐานของความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อน้ำหนักตัว (กิโลกรัม/น้ำหนักตัว) ตามเกณฑ์ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยเพศชาย 0.60-0.64 (กิโลกรัม/น้ำหนักตัว) เพศหญิง 0.45-0.48 (กิโลกรัม/น้ำหนักตัว) หมายถึง ดี¹⁶

2) เครื่องมือในการประเมินความสามารถ การทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) และแบบประเมินเชิงปฏิบัติดัชนีจุฬา เอดีแอล (Chula ADL Index)

2.1) แบบประเมิน Barthel ADL Index เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พื้นฐาน (ADLs) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง สร้างขึ้นโดยมาร์โฮนี และบาร์เทล (Mahoney & Barthel) ในปี ค.ศ.1955 แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ¹⁷ มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ประเมินความสามารถของผู้สูงอายุตามความเป็นจริง โดยการให้คะแนนตามระดับความสามารถในแต่ละกิจกรรม มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน >12 หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้

2.2) แบบประเมิน Chula ADL Index เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (IADLs) พัฒนาขึ้นโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ¹⁷ มีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ใช้ประเมินความสามารถของผู้สูงอายุตามความเป็นจริงทั้งหมด 5 กิจกรรม เกณฑ์การประเมินโดยให้คะแนนตามระดับความสามารถในแต่ละกิจกรรม

3) เครื่องมือในการประเมินการทำหน้าที่ ด้านการรู้คิด ได้แก่ แบบทดสอบ Rowland Universal

Dementia Assessment Scale (RUDAS)-Thai version เพื่อประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง พัฒนาโดยสตอเรีย และคณะ ปี ค.ศ. 2004 แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดย ปณิศา ลิมปะวัฒนะ และคณะ¹⁸ มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ประเมินภาวะรู้คิดของผู้สูงอายุตามความเป็นจริงทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ ความจำและการระลึกได้ การรับรู้ตามมิติสัมพันธ์ การทำตามคำสั่ง การวาดภาพที่เห็น เชื่อมโยงกันเป็นมิติ การตัดสินใจ และการใช้ภาษา มีคะแนนรวมทั้งหมด 30 คะแนน การแปลผลตามจุดตัดของระดับการศึกษาคือ หากจบประถมศึกษาชั้นปีที่ 6 หรือต่ำกว่า ได้คะแนนน้อยกว่า 23 คะแนน หรือจบสูงกว่าประถมศึกษาชั้นปีที่ 6 ได้คะแนนน้อยกว่า 24 คะแนน หมายถึง เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ในการศึกษาครั้งนี้ คำนวณค่าคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้าน และค่าร้อยละของคะแนนเฉลี่ยเปรียบเทียบกับคะแนนเต็มของแต่ละด้าน (mean %)

4) เครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพทางสังคม ได้แก่ แบบสอบถามการให้แรงสนับสนุนจากครอบครัว (Family Giving Support Questionnaire) เพื่อประเมินการให้แรงสนับสนุนจากครอบครัว โดย พรทิพย์ มาลาธรรมและคณะ ปี พ.ศ. 2552¹⁹ ดัดแปลงจากแบบสอบถามแอปการ์ของครอบครัวของสมิลลสไตน์ และคณะ ปี ค.ศ.1982 เพื่อประเมินความพึงพอใจจากการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลในครอบครัว 5 ด้าน ด้านละ 1 ข้อรวมทั้งหมด 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น rating scale แต่ละข้อมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-4 ตั้งแต่ 0 = ไม่เคยพอใจ 1 = ไม่ค่อยพอใจ 2 = พอใจเป็นบางครั้ง 3 = พอใจเป็นส่วนใหญ่ 4 = พอใจเสมอ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน การแปลผลคะแนนมาก หมายถึง มีความพึงพอใจในการให้ความช่วยเหลือหรือสนับสนุนผู้สูงอายุมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) ความตรงของเครื่องมือ (Validity) แบบสอบถามและแบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาความถูกต้องเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านภาวะรู้คิดบกพร่อง จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 2 ท่าน ผู้วิจัยนำมาปรับตามข้อเสนอแนะและนำไปใช้สัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คู่ เพื่อความเป็นไปได้ก่อนนำไปใช้จริงในการศึกษาครั้งนี้

2) ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ในการศึกษาในครั้งนี้อยู่ภายใต้โครงการวิจัยเรื่องภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยที่มีภาวะพึ่งพิง มีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้นำแบบประเมินภาวะสุขภาพไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลจำนวน 10 คู่ เพื่อหาความเที่ยง ความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) ของแบบทดสอบการรู้คิดบกพร่อง แบบประเมิน Barthel ADL Index แบบประเมิน Chula ADL Index แบบทดสอบ RUDAS-Thai version และแบบสอบถามการให้แรงสนับสนุนจากครอบครัวได้ค่าความเที่ยงความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินเท่ากับ 1, .97, 1, .98, และ 1 ตามลำดับ และนำเครื่องมือไปใช้ประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องจำนวน 40 ราย เพื่อหาความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบประเมิน Barthel ADL Index แบบประเมิน Chula ADL Index แบบทดสอบ RUDAS-Thai version และแบบสอบถามการให้แรงสนับสนุนจากครอบครัวเท่ากับ .85, .75, .71, และ .83 ตามลำดับ

พหุทัศคติผู้เข้าร่วมการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ภายใต้โครงการวิจัยเรื่องภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยที่มีภาวะพึ่งพิง เลขที่โครงการ 2560/210 ผู้วิจัยนำหนังสือที่ได้รับการอนุมัติการทำวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขอความร่วมมือในการทำวิจัยกับผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล แจกจ่ายละเอียดที่ปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย การเข้าร่วมและการปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย และสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเช่นชื่อในใบยินยอม กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเซ็นชื่อได้ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างพิมพ์ลายนิ้วมือลงในใบยินยอม ใช้รหัสแทนชื่อ-นามสกุลจริงของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย เพื่อปกป้องความเป็นส่วนตัว และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลทั้งหมด ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและการนำเสนอข้อมูลทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนเตรียมการ การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งในโครงการวิจัยเรื่องภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งได้เตรียมผู้ช่วยวิจัยเป็นนักศึกษาปริญญาโทสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยฝึกใช้เครื่องมือในการตรวจร่างกายผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือ ดังนั้น การชั่งน้ำหนักโดยผู้วิจัยวางเครื่องชั่งน้ำหนักบนพื้นราบ ช่วยพยุงผู้สูงอายุยืนชั่งน้ำหนักเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้ม วัดส่วนสูงโดยผู้วิจัยช่วยพยุงผู้สูงอายุยืนบนพื้นราบและผู้ช่วยวิจัย

วัดส่วนสูงจากศีรษะถึงปลายเท้า กรณีผู้สูงอายุไม่สามารถยืนซึ่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงได้ ผู้วิจัยไม่นำเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ วัดความดันโลหิตโดยผู้วิจัยจัดให้ผู้สูงอายุอยู่ในท่านั่งพักอย่างน้อย 5 นาที ไม่พูดคุยกะขณะวัด และพัน cuff ที่แขนของผู้สูงอายุ หากได้ค่าผิดปกติส่งต่อข้อมูลต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโดยผู้วิจัยจัดให้ผู้สูงอายุอยู่ในท่านอน และให้ผู้สูงอายุออกแรงบีบบริเวณที่จับ

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) อาสาสมัครในชุมชนแนะนำกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปและมีญาติผู้ดูแล โดยผู้วิจัยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามแบบทดสอบการรู้คิดบกพร่อง เมื่อผ่านตามเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าในการศึกษา ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจร่างกายผู้สูงอายุ ได้แก่ วัดความดันโลหิต ซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณดัชนีมวลกาย วัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและประเมินผู้สูงอายุตามแบบทดสอบ RUDAS-Thai version ตามลำดับใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที และสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมิน Barthel ADL Index แบบประเมิน Chula ADL Index และแบบสอบถามการให้แรงสนับสนุนจากครอบครัว โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านคำถามตามแบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลเป็นผู้ตอบคำถามใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

3) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

วิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและสถิติบรรยาย ดังนี้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ประวัติสุขภาพการเจ็บป่วยและการใช้ยา การเดิน ประวัติการพลัดตกหกล้ม 6 เดือนที่ผ่านมา ลักษณะที่อยู่อาศัย การเข้าร่วมและทำกิจกรรมทางศาสนา และกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ค่าแรงบีบมือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และแรงสนับสนุนจากครอบครัวโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดรายด้านทั้ง 6 ด้านโดยใช้ค่าร้อยละของคะแนนเฉลี่ย

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย มีอายุระหว่าง 80-97 ปี เฉลี่ย 85.13 ปี (SD = 4.04) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70 (n = 28) มีสถานภาพสมรสหม้าย ร้อยละ 65 (n = 26) สามารถอ่านออกและเขียนได้ ร้อยละ 62.50 (n = 25) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาชั้นไปร้อยละ 75 (n = 30) และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ และส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 80 (n = 32)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ

1) ภาวะสุขภาพทางกาย ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ประวัติสุขภาพและการเจ็บป่วย การใช้ยาในปัจจุบัน การเดิน และประวัติการพลัดตกหกล้ม 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่า

กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายผิดปกติจำนวน 26 ราย (ร้อยละ 65) ได้แก่ ดัชนีมวลกายน้อยกว่าเกณฑ์ร้อยละ 27.50 (n = 11) และดัชนีมวลกายมากกว่าเกณฑ์ร้อยละ 37.50 (n = 15) และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.50 (n = 27) มีค่าความดันโลหิตสูงกว่าปกติ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80 (n = 32) มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมือระดับต่ำ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพร้อยละ 82.5 (n = 33) และมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 2 โรค ร้อยละ 60.65 ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลภาวะสุขภาพทางกาย (N = 40)

(n = 20) เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 42.20 (n = 27) มีการใช้ยาอย่างน้อย 2 ชนิด ร้อยละ 67.60 (n = 23) เป็นกลุ่มยารักษาโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 36.40 (n = 27) ของยาทั้งหมดที่ได้รับ ส่วนการเดินพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถเดินได้เองโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดินร้อยละ 85 (n = 34) และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (n = 4) เกิดพลัดตกหกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมา ดังแสดงในตารางที่ 1

ภาวะสุขภาพทางกาย	Mean (SD)	จำนวน (ร้อยละ)
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	47.79 (9.68)	
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	151.32 (6.96)	
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัมต่อตารางเมตร)	21.20 (4.30)	
น้อย (< 18.50)		11 (27.50)
ปกติ (18.50 - 22.90)		14 (35)
ท่วม (23 - 24.90)		6 (15)
อ้วนระดับ 1 (25 - 29.90)		8 (20)
อ้วนระดับ 2 (≥ 30)		1 (2.50)
ค่าความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)		
ค่าความดันโลหิตตัวบน	138.03 (18.79)	
ค่าความดันโลหิตตัวล่าง	77.43 (12.16)	
ระดับความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)		
ปกติ (SBP 120-129 และ/หรือ DBP 80-84)		13 (32.50)
สูงกว่าระดับปกติ (SBP 130-139 และ/หรือ DBP 85-89)		8 (20)
สูงระดับ 1 (SBP 140-159 และ/หรือ DBP 90-99)		4 (10)
สูงระดับ 2 (SBP 160-179 และ/หรือ DBP 100-109)		3 (7.50)
ตัวบนสูง (SBP ≥ 140 และ DBP < 90)		12 (30)
ค่าแรงบีบมือ (กิโลกรัม/น้ำหนักตัว)	0.31 (0.13)	
ต่ำมาก		28 (70)
ต่ำ		4 (10)
ปานกลาง		6 (15)
ดีมาก		2 (5)

SBP = Systolic Blood Pressure, DBP = Diastolic Blood Pressure

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง

2) ความสามารถในการทำหน้าที่ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADLs) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (IADLs) จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องโดยใช้แบบประเมิน Barthel ADL Index ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 9-20 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 18.65 (SD = 2.45) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 95 (n = 38) ได้คะแนนมากกว่า 12 คะแนน หมายถึง กลุ่มตัวอย่าง

สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และแบบประเมิน Chula ADL Index กลุ่มตัวอย่างสามารถทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้เอง จากมากไปน้อยเรียงตามลำดับ ดังนี้ การเดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน การทำความสะอาดดูบ้าน/ซักรีดเสื้อผ้า การทอนเงิน/แลกเงิน การทำหรือเตรียมอาหาร/หุงข้าว และการใช้บริการรถสาธารณะ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลความสามารถในการทำหน้าที่ (N = 40)

ความสามารถในการทำหน้าที่	Mean (SD)	จำนวน (ร้อยละ)
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน	18.65 (2.45)	
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง	6.80 (1.94)	
สามารถเดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้านได้เอง		38 (95)
สามารถทำความสะอาดดูบ้าน/ซักรีดเสื้อผ้าได้เอง		34 (85)
สามารถทอนเงิน/แลกเงินได้เอง		34 (85)
สามารถทำหรือเตรียมอาหาร/หุงข้าวได้เอง		20 (50)
สามารถใช้บริการรถสาธารณะได้เอง		11 (27.50)

3) ภาวะสุขภาพด้านการรู้คิด จากการทดสอบการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 ด้าน โดยใช้แบบทดสอบ RUDAS -Thai version พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 22 คะแนน (SD = 5.16) และกลุ่ม

ตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 47.50 (n = 19) เมื่อพิจารณาการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดรายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนรวมน้อยที่สุด คือ การวาดภาพที่เห็นเชื่อมโยงกันเป็นมิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลภาวะสุขภาพด้านการรู้คิด (N = 40)

ภาวะสุขภาพด้านการรู้คิด	Mean(SD)	Mean %
ภาวะรู้คิดทั้ง 6 ด้าน		
การรับรู้ตามมิติสัมพันธ์ (5 คะแนน)	4.68 (1.19)	93.60
การใช้ภาษา (8 คะแนน)	7.10 (1.92)	88.12
การตัดสินใจ (4 คะแนน)	3.15 (1.15)	84.00
การทำตามคำสั่ง (2 คะแนน)	1.68 (0.53)	78.75
ความจำและการระลึกได้ (8 คะแนน)	4.73 (2.42)	58.50
การวาดภาพที่เห็นเชื่อมโยงกันเป็นมิติ (3 คะแนน)	0.65 (0.48)	22.66

4) ภาวะสุขภาพทางสังคม ได้แก่ ลักษณะที่อยู่อาศัย เศรษฐฐานะ และแรงสนับสนุนจากครอบครัว พบว่า ลักษณะที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นบ้านหรือตึกสองชั้นขึ้นไปและใช้บันไดขึ้น-ลง ร้อยละ 27.50 (n = 11) และมีรายได้มาจากการได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นหลัก ร้อยละ 60.60 (n = 39) ร้อยละ 36.40 (n = 24) มีรายได้ทั้งจากเบี้ยยังชีพและครอบครัว กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 92.50 (n = 37) เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา และกิจกรรมที่ปฏิบัติส่วนใหญ่เป็นการสวดมนต์หรือทำสมาธิร้อยละ 32.70 (n = 32)

กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับบุตรร้อยละ 44.40 (n = 24) ญาติผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุมีอายุระหว่าง 20-84 ปี อายุเฉลี่ย 54.04 ปี (SD = 12.89) เป็นบุตรของผู้สูงอายุร้อยละ 50 (n = 20) และมีญาติผู้ดูแลรองช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิด

บกพร่องร้อยละ 72.50 (n = 29) เป็นพี่น้องของญาติผู้ดูแลหลักมากที่สุดร้อยละ 34.40 (n = 11) และจากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลหลักตามแบบสอบถามแรงสนับสนุนจากครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุพบว่า ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการให้การสนับสนุนผู้สูงอายุในระดับสูง กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลให้การดูแลหรือช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกายพบว่าส่วนใหญ่พาไปตรวจตามนัดหรือตรวจสุขภาพร้อยละ 42.30 (n = 32) ด้านปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมผิดปกติพบว่า ญาติผู้ดูแลดูแลจัดการเมื่อมีปัญหาสืมนำไม่ได้ ร้อยละ 81.40 (n = 26) ด้านจิตใจพบว่าส่วนใหญ่พูดคุยให้กำลังใจผู้สูงอายุ ร้อยละ 56.90 (n = 33) และด้านสังคมพบว่า ดูแลจัดการสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 40.60 (n = 13) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลภาวะสุขภาพทางสังคม (N = 40)

ภาวะสุขภาพทางสังคม	Range	Mean (SD)
การให้แรงสนับสนุนจากครอบครัว	14 - 20	18.68 (1.87)
ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา		3.75 (0.44)
วิธีการพูดคุยและการแก้ปัญหาพร้อมกัน		3.73 (0.55)
การยอมรับความต้องการในการทำสิ่งใหม่ๆ		3.65 (0.58)
การแสดงความรักและเอาใจใส่		3.80 (0.40)
การใช้เวลาอยู่ร่วมกัน		3.85 (0.36)

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยปลายที่มีโรคเรื้อรัง และเป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรสหม้าย มีระดับการศึกษาที่ดี สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพโดยใช้สิทธิการรักษาประเภทบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการดูแลสุขภาพและรักษาโรคเรื้อรัง รวมทั้งมีแหล่งประโยชน์ที่ดีโดยมีญาติผู้ดูแลคอยช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และพาไปเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและศาสนา

ภาวะสุขภาพทางกาย ผู้สูงอายุครึ่งหนึ่งมีค่าดัชนีมวลกายผิดปกติ โดยประมาณหนึ่งในสี่มีภาวะผอม และเกือบหนึ่งในสี่มีภาวะอ้วน ซึ่งภาวะผอมอาจอธิบายได้จากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและปริมาณสมองในผู้สูงอายุร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทส่วนกลางและหลอดเลือดสมองส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ของกลิ่น รสชาติของอาหารผิดปกติ ไม่อยากอาหาร รวมทั้งอาการเฉยเมยเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ²⁰ หรือภาวะอ้วนอาจอธิบายได้จากผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่ซ้าลง²⁰ และกลุ่มตัวอย่างบางรายที่มีภาวะอ้วนพบว่ามี

ปัญหาลิ้ม จាំไม่ได้ว่ารับประทานอาหารเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารมากกว่าปกติ อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุบางรายมีค่าดัชนีมวลกายปกติ อาจอธิบายได้จากผู้สูงอายุยังคงสามารถรับประทานอาหารได้เอง และมีแหล่งประโยชน์ที่ดีโดยมีญาติผู้ดูแลคอยจัดหาอาหารให้ การประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องมีความสำคัญ เพื่อให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอและมีคุณภาพชีวิตที่ดีถึงแม้ว่าดัชนีมวลกายเป็นตัวชี้วัดที่ง่ายในการนำไปใช้ แต่อาจไม่ใช่ตัวชี้วัดที่มีความแม่นยำมากที่สุดของประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด มีการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด และกลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิตสูงแต่ยังอยู่ในระดับความดันโลหิตเป้าหมายของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปคือ น้อยกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท¹⁴ ซึ่งการมีระดับความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลาานอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อภาวะรู้คิดลดลงเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากส่งผลต่อผนังหลอดเลือดเกิดการอุดตัน และเลือดไปเลี้ยง

สมองได้ลดลงจนเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องหรือภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากหลอดเลือดในที่สุด¹ ในทางตรงข้ามผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอส่งผลทำให้การรู้คิดดีขึ้น²¹ และกลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาอย่างน้อย 2 ชนิด ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านความจำและการบริหารจัดการลดลงทำให้ผู้สูงอายุมีรับประทานยาหรือไม่เข้าใจวิธีการบริหารยา เช่น จำไม่ได้ ลืมรับประทานยา การหยิบจับยาไม่ถนัด เกะเยาจากของลำบาก และผู้สูงอายุบางรายต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลในการจัดเตรียมยาไว้ล่วงหน้าและดูแลให้รับประทานยา ซึ่งการใช้ยาหลายตัว หรือมากกว่า 10 ตัวในผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสมองและการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดในด้านความจำและการเรียนรู้ลดลง²² ดังนั้นการประเมินปัญหาสุขภาพการเจ็บป่วยและการใช้ยาของผู้สูงอายุจึงสำคัญ เพื่อส่งเสริมการควบคุมโรคเรื้อรัง และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการป้องกันและชะลอความรุนแรงของโรคในผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องที่มีภาวะโรคเรื้อรัง

การประเมินความแข็งแรงและกำลังของกล้ามเนื้อมือสามารถนำไปใช้ประเมินผู้สูงอายุในชุมชน และสามารถสะท้อนถึงภาวะสุขภาพทางกาย รวมทั้งความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมีระดับต่ำ แต่ยังคงเดินได้เองโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน และมี 4 รายมีประวัติการพลัดตกหกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งมี 1 รายหกล้ม 2 ครั้ง แต่แต่ละครั้งมีระยะเวลาห่างกัน 1 เดือนพบว่า หกล้มนอกบ้านจากสาเหตุเดียวกันคือ พื้นลื่น สูญเสียการทรงตัวแต่ได้รับบาดเจ็บฟกช้ำเล็กน้อย แสดงให้เห็นว่าถึงแม้จะได้รับบาดเจ็บจากการ

หกล้มเล็กน้อย แต่ควรได้รับการติดตามป้องกันหรือปรับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการหกล้มซ้ำ ซึ่งภาวะรู้คิดบกพร่องทำให้สูญเสียการควบคุมระบบสั่งการเคลื่อนไหวที่มีความสัมพันธ์กับกำลังของกล้ามเนื้อทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องเดินได้ช้ามีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและมีโอกาสเกิดภาวะฟุ้งฟิงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน^{23,24} และส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องเป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ดังนั้นการปรับสภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมมีความจำเป็นเพื่อจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเหมาะสมทำให้ผู้สูงอายุคงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองทำกิจวัตรประจำวันภายในบ้านอย่างปลอดภัยและลดการเกิดพลัดตกหกล้มได้ นอกจากนี้การประเมินการเดินของผู้สูงอายุอาจสามารถประเมินโดยใช้แบบทดสอบการเดินและความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม Timed Up and Go Test (TUGT) ซึ่งมีความแม่นยำมากขึ้น⁹

ความสามารถในการทำหน้าที่ กลุ่มตัวอย่างสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADLs) ได้ดี แต่ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (IADLs) ได้แก่ การใช้บริการรถสาธารณะมากที่สุด เนื่องจากส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุติดบ้าน ต้องพึ่งพาบุตรหลานหรือคนในครอบครัวพาไปเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและศาสนา และรองลงมาในด้านการทำและเตรียมอาหารโดยต้องการความช่วยเหลือญาติผู้ดูแลในการทำหรือจัดเตรียมอาหารไว้ให้ แต่ส่วนใหญ่ยังคงความสามารถในการรับประทานอาหารได้เองซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องต้องใช้ความพยายามมากขึ้นในการทำกิจกรรม เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่จำเป็นต้องใช้กระบวนการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่ซับซ้อนในด้าน

ความจำ ความใส่ใจ การวางแผน การตัดสินใจ และโดยเฉพาะด้านการบริหารจัดการ²⁵ ดังนั้นการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องจึงสำคัญ ไม่เพียงแต่สะท้อนถึงความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง แต่เชื่อมโยงกับสุขภาพทางกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุยังคงความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และเป็นประโยชน์ในการป้องกันและชะลอความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม¹

ภาวะสุขภาพด้านการรู้คิด จากการทดสอบการทำหน้าที่ด้านรู้คิดพบว่า ผู้สูงอายุประมาณเกือบครึ่งหนึ่งมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม และเมื่อพิจารณาการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดรายด้าน 6 ด้านพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการวาดภาพที่เห็นเชื่อมโยงกันเป็นมิติมากที่สุด ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องที่มีปัญหาด้านความจำจนรบกวนชีวิตประจำวัน โดยญาติผู้ดูแลต้องคอยเตือนหรือบอกซ้ำ ๆ หากมีความผิดปกติด้านการวาดภาพที่เห็นเชื่อมโยงกันเป็นมิติจะพบว่าผู้สูงอายุต้องใช้ความพยายามมากขึ้นในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับมิติสัมพันธ์ ต้องพึ่งพาผู้อื่นให้พาไปยังสถานที่แห่งใหม่ หรือมีอาการหลงทาง มักมีอาการสับสนมากขึ้นในเวลาพลบค่ำเมื่อมีเงามืดหรือเมื่อมีระดับแสงสว่างน้อย เป็นต้น²⁶ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องลดลงแต่ไม่รุนแรงจนพบว่ามีอาการหลงทาง การประเมินด้วยแบบทดสอบ RUDAS-Thai version¹⁸ เป็นประโยชน์ในการคัดกรองผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนที่มีปัญหาความจำบกพร่องให้ได้รับการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมได้ตั้งแต่วัยเริ่มแรก และเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการการ

รักษาและดูแล เพื่อชะลอความเสื่อมถอยของสมองและความรุนแรงของโรค และคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุไว้ให้นานที่สุด¹

ภาวะสุขภาพทางสังคม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน และญาติผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยผู้ใหญ่และเป็นบุตรของผู้สูงอายุ รวมทั้งมีญาติผู้ดูแลรองคอยช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องและเป็นพี่น้องของญาติผู้ดูแลหลักมากที่สุด และญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในระดับสูง โดยญาติผู้ดูแลทำกิจกรรมและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เนื่องจากสังคมไทยในชนบทจะอาศัยอยู่ร่วมกันแบบครอบครัวขยายและคอยดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นการทำหน้าที่ตามบทบาทของบุตร เพื่อตอบแทนบุญคุณและดูแลบิดามารดาเมื่อยามเจ็บป่วย²⁷ อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลหลักส่วนหนึ่งเป็นกลุ่มวัยผู้สูงอายุซึ่งต้องรับบทบาททั้งในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องและดูแลตนเอง อาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลวัยสูงอายุ ดังนั้นควรมีการส่งต่อข้อมูลให้ได้รับการติดตามดูแลทั้งญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างครบถ้วน

กลุ่มตัวอย่างมีรายได้มาจากการได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นหลักอย่างเดียว และถึงแม้ว่าบางส่วนมีรายได้ทั้งจากเบี้ยยังชีพและครอบครัว สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีเงินใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน แม้ไม่ได้ทำงาน ยังคงได้รับการช่วยเหลือเงินจากรัฐบาลและครอบครัว และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ซึ่งส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาโดยกิจกรรมที่ปฏิบัติส่วนใหญ่เป็นการสวดมนต์หรือทำสมาธิ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนให้

ความสำคัญกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งในสังคมไทยถือเป็นสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ ซึ่งมีผลดีต่อสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางสังคม²⁸ ลักษณะที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นบ้านหรือตึกสองชั้นขึ้นไป และใช้บันไดขึ้น-ลง ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม แต่จากการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างที่เกิดพลัดตกหกล้มจำนวน 4 ราย ถึงแม้ว่าไม่มีรายใดมีสาเหตุการหกล้มมาจากการตกบันได แต่สภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่สำคัญในการประเมินเพื่อป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ²⁹

กล่าวโดยสรุปการศึกษาในครั้งนี้สะท้อนถึงความเชื่อมโยงระหว่างภาวะสุขภาพทางกาย ความสามารถในการทำหน้าที่ ภาวะสุขภาพด้านการรู้คิด และภาวะสุขภาพทางสังคมพบว่า ผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพ และได้รับยารักษาโรคความดันโลหิตสูง แต่ยังมีระดับความดันโลหิตสูง รวมทั้งการมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมีระดับต่ำ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น แต่ผู้สูงอายุยังคงเดินได้เอง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรต่อเนื่อง เช่น การใช้บริการรถสาธารณะ การทำหรือเตรียมอาหาร ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้ความพยายามในการทำกิจกรรมมากขึ้นสอดคล้องกับการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดลดลงในด้านความจำและการระลึกได้ และด้านการวาดภาพที่เห็นเชื่อมโยงกันเป็นมิติ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุติดบ้าน อาศัยอยู่กับบุตรและหลาน ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นหลัก ถึงแม้ว่าบางส่วนจะมีรายได้ทั้งเบี้ยยังชีพและครอบครัว และต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลคอยช่วยเหลือในบางด้าน เช่น การพาออกไปนอกบ้าน การพาไปเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

เป็นต้น ดังนั้นการประเมินภาวะสุขภาพองค์รวมเป็นสิ่งสำคัญในผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องทำให้สามารถเข้าใจปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตในชุมชนอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย ทำให้ผลการศึกษามีข้อจำกัดในการเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องได้ และกลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดในการตอบแบบประเมินภาวะสุขภาพทางจิตใจด้านภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง นอกจากนี้แบบทดสอบภาวะรู้คิดบกพร่องเป็นเพียงแบบคัดกรอง ความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมเท่านั้น ซึ่งเมื่อพบกลุ่มเสี่ยงควรได้รับการส่งต่อเพื่อรับการประเมินวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมอย่างละเอียด เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติพยาบาล สามารถนำไปเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องที่อยู่ในชุมชนให้ได้รับการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและได้รับการรักษาดูแลภาวะรู้คิดบกพร่องตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทุนสนับสนุนการวิจัยจากโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ภายใต้โครงการวิจัยเรื่อง ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยที่มีภาวะพึ่งพิง

References

1. Muangpaisan W. Dementia: prevention, assessment, and care. 1st ed. Bangkok: Parbpim; 2013. (in Thai).
2. Touhy TA, Jett KF, Ebersole & Hess's gerontological nursing & healthy aging. 3rd ed. Canada: Elsevier Health Sciences; 2014.
3. Nawamongkolwattha B, Kittirattanapaiboon P, Kenbubpha K. The survey of cognitive impairment in elderly Thai people: national survey 2008. Journal of Mental Health of Thailand 2010; 18: 1-13. (in Thai).
4. Rungsiherunrat M, Kittirathanapaiboon P, Chutha W. [Internet]. Thai national mental health survey 2013; 2013 [Cited 2016 June 1]. Available from: http://mhtech.dmh.go.th/ec/somdet/counter_festiuity.php?idfestiuity=FE00000001 (in Thai).
5. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. Cognitive impairment: the impact health in Louisiana; 2011 [Cited 2016 June 1]. Available from: <http://www.cdc.gov/aging/healthybrain/index.htm>
6. Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. Am J Psychiatry 1982; 139: 1136-39.
7. Johansson MM, Marcusson J, Wressle E. Cognitive impairment and its consequences in everyday life: experiences of people with mild cognitive impairment or mild dementia and their relatives. Int Psychogeriatr 2015; 27: 949-58.
8. Taboonpong S, Chailungka P, & Aassanangkornchai S. Factors related to cognitive status among elders in southern Thailand. Nurs Health Sci 2008; 10(3): 188-94.
9. Devons CA. Comprehensive geriatric assessment: making the most of the aging years. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2002; 5: 19-24.
10. Thongcharoen V. The Science and art of gerontological nursing. 1st ed. Bangkok: Faculty of Nursing, Mahidol University; 2011. p. 90-104. (in Thai).
11. Ward K, Reuben D. [Internet]. Comprehensive geriatric assessment; 2016 [cited 2016 September 27]. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/comprehensivegeriatricassessment>
12. Brooke P, Bullock R. Validation of a 6 item cognitive impairment test with a view to primary care usage. Int J Geriatr Psychiatry 1999; 14: 936-40.
13. Malathum P. The Six Item Cognitive Impairment Test: 6CIT. unpublished citations. Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2017. (in Thai).
14. Thai Hypertension Society. [Internet]. Quality on the treatment of hypertension 2012 update 2015; 2015 [Cited 2017 January 3]. Available from: <http://www.pharcpa.com/files/2559/09/แนวทางการรักษาโรคความดัน.pdf> (in Thai).
15. World Health Organization. The Asia-Pacific perspective: redefining obesity and its treatment. Australia: Health Communications Australia; 2000.
16. Sport Science. Physical fitness test of Thai standard. Bangkok: Sports Authority; 2000. (in Thai).
17. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Ebrahim S. The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. Age Ageing 1994; 23: 97-101.
18. Limpawattana P, Tiamkao S, Sawanyawisuth K. The performance of the Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) for cognitive screening in a geriatric outpatient setting. Aging Clin Exp Res 2012; 24: 495-500.

19. Malathum P, Kongiem J, Intarasombat P. Relationship of family support and friend support to life satisfaction of older adults in rural areas. *Ramathibodi Nursing Journal* 2009; 15: 431-48. (in Thai).
20. Gallucci M, Mazzuco S, Ongaro F, Giorgi E, Mecocci P, Cesari M, et al. Body mass index, lifestyles, physical performance and cognitive decline: the “Treviso Longeva (TRELONG)” study. *J Nutr Health Aging* 2013; 17: 378-84.
21. Oyarzun-Gonzalez XA, Taylor KC, Myers SR, Muldoon SB, Baumgartner RN. Cognitive decline and polypharmacy in an elderly population. *J Am Geriatr Soc* 2015; 63: 397-99.
22. Moore AR, O’Keeffe ST. Drug-induced cognitive impairment in the elderly. *Drugs & Aging* 1999; 15: 15-28.
23. Al Snih S, Markides KS, Ottenbacher KJ, Raji MA. Hand grip strength and incident ADL disability in elderly Mexican Americans over a seven-year period. *Aging Clin Exp Res* 2004; 16: 481-86.
24. Mielke MM, Roberts RO, Savica R, Cha R, Drubach DI, Christianson T, et al. Assessing the temporal relationship between cognition and gait: slow gait predicts cognitive decline in the mayo clinic study of aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2013; 68: 929-937.
25. Martyr A, Clare L. Executive function and activities of daily living in Alzheimer’s disease: a correlational meta-analysis. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2012; 33: 189-203.
26. Prasat Neurological Institute. Clinical practice guideline: dementia. 1st ed. Bangkok: Thanaplace; 2014. (in Thai).
27. Hamtonan P, Voracharoensri S, Charupheng M, and Krit. Positive Aspects of care giving among family caregivers of patients with dementia. *The Southern College Network Journal of Nursing and Pubic Health* 2017; 4: 186-199. (in Thai).
28. Wasi P. Health as human principal. Nonthaburi: National Health Commission Office; 2000. (in Thai).
29. Shaw FE. Falls in older people with dementia. *Geriatr Aging* 2003; 6: 37-40.