



เปรียบเทียบทักษะด้านความคิดความเข้าใจระหว่างผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านความคิดความเข้าใจ เล็กน้อยและผู้สูงอายุที่ไม่มีความบกพร่อง

นริภัทร แก้วรากมุข* วรทีนันทน์ ท่าช้าง* สุรารักษ์ พิมพ์ทอง* และพริยา มั่นเขตวิทย์*

บทคัดย่อ

ภาวะความคิดความเข้าใจบกพร่องเล็กน้อยเป็นหนึ่งในภาวะที่อาจนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมในอนาคต งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความคิดความเข้าใจระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะความคิดความเข้าใจบกพร่องเล็กน้อยและผู้สูงอายุที่ไม่มีความบกพร่องของความคิดความเข้าใจ โดยใช้เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ความคิดความเข้าใจทางกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องของความคิดความเข้าใจฉบับคอมพิวเตอร์เป็นฐาน เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะความคิดความเข้าใจบกพร่องเล็กน้อยจำนวน 30 คน และกลุ่มที่ไม่มีความบกพร่องจำนวน 28 คน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติทดสอบแมน-วิทนี ยู ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะความคิดความเข้าใจบกพร่องเล็กน้อยมีความคิดความเข้าใจน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีความบกพร่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\alpha = 0.05$) ในทุกด้านยกเว้นด้านการรับรู้ต่อบุคคล สถานที่ เวลา และสถานการณ์ ความคิดความเข้าใจทางสังคม และการตระหนักรู้ตนเอง ซึ่งไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม

คำสำคัญ : ความคิดความเข้าใจบกพร่องเล็กน้อย ผู้สูงอายุ เครื่องมือประเมินผลลัพธ์

Abstract

Mild Cognitive Impairment (MCI) is one of the conditions that may lead to dementia. This study aimed to compare cognitive abilities between older adults with MCI and those with normal cognition using the Occupational Therapy Cognitive Outcome Measurement Computer-based Assessment (OTCOM-CA). The participants in this study were 30 older adults with MCI and 28 older adults with normal cognition. Data analysis was conducted using the Mann-Whitney U Test. The results showed that older adults with MCI had significantly lower cognitive scores than those with normal cognition in all domains ($\alpha = 0.05$) except the domain of orientation, social cognition and self-awareness which found no significant difference between the two groups.

*ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) อย่างเต็มรูปแบบ โดยในปี พ.ศ. 2567 นี้ พบว่าประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 20.25 ของจำนวนประชากรไทยทั้งประเทศหรือประมาณ 13 ล้านคน ของประชากรไทย 66 ล้านคน¹ และจากรายงานคาดการณ์จำนวนประชากรของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2567 เป็นต้นไปคาดการณ์แนวโน้มสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว² จิราพร เกศพิชญวัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช, อังคณา ศรีสุข และ สหรัฐ เตมโนรมย์ เล็งเห็นความสำคัญของกลุ่มประชากรสูงอายุที่มากขึ้น เนื่องจากเมื่อมีการเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจะเกิดในลักษณะที่เสื่อมถอยลงจากเดิม เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน สำหรับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจจะเกิดความวิตกกังวลจากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลง ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียบทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัว จนอาจทำให้เกิดความรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง^{อ้างถึงใน 3} เมื่อสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับอีกหนึ่งปัญหาสุขภาพที่สำคัญคือ ภาวะสมองเสื่อม (dementia หรือ major neurocognitive disorder)⁴ เป็นภาวะที่ประสิทธิภาพการทำงานของสมองลดลง สมองเกิดการสูญเสียหน้าที่การทำงานในด้านต่าง ๆ ทำให้กระบวนการรับรู้ (perception) และความคิดความเข้าใจ (cognition) มีการบกพร่องจนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการอยู่ร่วมกันในสังคม อีกหนึ่งปัญหาสุขภาพที่สำคัญคือ ภาวะความคิดความเข้าใจบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment) ซึ่งเป็นภาวะแรกเริ่มที่นำไปสู่การเกิดภาวะสมองเสื่อมในอนาคต⁵ ซึ่งความเสื่อมถอยที่เกิดขึ้นนี้ มีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพโดยมีการตายของเซลล์ประสาทในสมองหลายบริเวณ เช่น สมองส่วน temporal และ parietal lobe โดยเฉพาะบริเวณที่เกี่ยวข้องกับความจำ โดยพบว่าเมื่ออายุมากขึ้นสมองจะเหี่ยวลง น้ำหนักสมองลดลงถึง 1 ใน 3 ของน้ำหนักสมองปกติ การเสื่อมถอยต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลต่อความจำในผู้สูงอายุ แม้แต่ในผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงโดยทั่วไปอาจมีผลต่อความจำระยะยาว เช่น การนึกคำที่ต้องการไม่ออก หรือต้องใช้เวลานานเป็นเวลานาน การลืมรายละเอียดของเรื่องที่ผ่านมาแล้ว นึกชื่อหรือสิ่งของต่าง ๆ ไม่ออก แต่มักนึกขึ้นได้ภายหลัง การลืมว่าสิ่งของต่าง ๆ เช่น แวนตาหรือรีโมทวางไว้ที่ใด ลืมว่ามาห้องนี้ทำไม⁶

ภาวะความคิดความเข้าใจบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment หรือ MCI) จัดเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุโดยพบมากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น และความรุนแรงของภาวะนี้มีตั้งแต่เล็กน้อยจนรุนแรงถึงขั้นเป็นภาวะสมองเสื่อม และประมาณ 15% ของผู้สูงอายุที่มีภาวะความคิดความเข้าใจบกพร่องเล็กน้อยอาจกลายเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม⁷ ผู้สูงอายุที่มีภาวะความคิดความเข้าใจบกพร่องเล็กน้อยจะมีความจำลดลง หลงลืม แต่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติโดยไม่มี ความผิดปกติของสมองด้านอื่นและไม่มีภาวะสมองเสื่อม อย่างไรก็ตามหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีในระยะนี้จะทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้อย่างรวดเร็ว^{อ้างถึงใน 8} และเมื่อผู้สูงอายุมีการดำเนินโรคถึงระดับการเป็นภาวะสมองเสื่อมแล้ว ประมาณร้อยละ 90 จะไม่สามารถรักษาให้หายได้ การรักษาในปัจจุบันสามารถชะลอการดำเนินโรคในภาวะสมองเสื่อมบางชนิดเท่านั้น ภาวะสมองเสื่อมส่งผลต่อตัวผู้สูงอายุให้มีความสามารถในการรับรู้สิ่งรอบตัวและความสามารถเชิงปฏิบัติ (functional capabilities) ลดลง มีภาวะ



พึ่งพิงมากขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดโรคทางกายอื่นร่วมด้วยง่ายขึ้น⁹ ภาวะความคิดความเข้าใจบกพร่องเล็กน้อย ส่งผลกระทบต่อกิจกรรมการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ จากการศึกษางานวิจัยของ Huizenga และคณะ¹⁰ พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะความคิดความเข้าใจบกพร่องเล็กน้อยจะมีปัญหาด้านการจัดการยาที่ตนเอง ต้องรับประทานทำให้ผู้สูงอายุลืมทานยา นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุบางรายมีความยากลำบากในการจัดการ เกี่ยวกับงานบ้านมากขึ้น และในบางรายมีความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้น

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านความคิดความเข้าใจในประเทศไทยนั้น อรุณฉาย จิตอารี¹¹ พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสามารถด้านการคิดขั้นสูงและการแก้ไข ปัญหาต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะความคิดความเข้าใจบกพร่อง หรือวิริยา พวงมาลัย¹² พบว่าผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมองเสื่อมมีความสามารถด้านความจำลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับการศึกษาในต่างประเทศ Chapin และคณะ¹³ พบว่าผู้ที่มีภาวะความคิดความเข้าใจบกพร่องเล็กน้อยแสดงความบกพร่องทางภาษามากกว่า กลุ่มผู้ที่ไม่มีความบกพร่อง โดยเฉพาะในด้านความคล่องแคล่วทางวาจา ความสามารถในการใช้ไวยากรณ์ที่ ซับซ้อน และการเลือกใช้คำศัพท์ อย่างไรก็ตามระดับความบกพร่องของผู้ที่มีภาวะความคิดความเข้าใจบกพร่อง เล็กน้อยน้อยกว่าผู้ที่เป็นอัลไซเมอร์ นอกจากนี้ Graundman และคณะ¹⁴ พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะความคิด ความเข้าใจบกพร่องเล็กน้อยยังคงมีการรับรู้ต่อบุคคล สถานที่ เวลา และสถานการณ์ ในระดับปกติ ขณะที่ Li และคณะ¹⁵ รายงานว่าผู้ที่มีภาวะความคิดความเข้าใจบกพร่องเล็กน้อยใช้เวลาในการวาดภาพนานกว่าและ มีกลยุทธ์การตัดสินใจน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีการวินิจฉัยดังกล่าว นอกจากนี้การศึกษาของ Saunders และ Summers¹⁶ พบว่าผู้ที่มีภาวะความคิดความเข้าใจบกพร่องเล็กน้อยมีความสามารถด้านความสนใจและความจำใช้งานลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีความบกพร่อง ขณะที่ Traykov และคณะ¹⁷ รายงานว่าผู้ที่มีภาวะความคิดความ เข้าใจบกพร่องเล็กน้อยมีความบกพร่องด้านความจำเชิงเหตุการณ์ การยับยั้งการตอบสนอง และความยืดหยุ่น ทางความคิด ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของกระบวนการบริหารจัดการ (executive functions) นอกจากนี้ การศึกษาวิจัยของ Zamboni และคณะ¹⁸ พบว่าผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์มีระดับความแตกต่างระหว่าง การตระหนักรู้ตนเองและการตระหนักรู้ของบุคคลใกล้ชิดสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะความคิดความเข้าใจบกพร่อง เล็กน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวพบว่า การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเปรียบเทียบความคิด ความเข้าใจระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะความคิดความเข้าใจบกพร่องเล็กน้อยและไม่มีภาวะบกพร่องในประเทศไทยยังมีจำกัด นอกจากนี้การศึกษาของอรุณฉาย จิตอารี¹¹ และวิริยา พวงมาลัย¹² นั้นใช้เครื่องมือประเมินที่ พัฒนาสำหรับผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บของสมอง ไม่ได้พัฒนาสำหรับประเมินความคิดความเข้าใจสำหรับผู้สูงอายุ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเปรียบเทียบความคิดความเข้าใจในผู้สูงอายุที่มีและไม่มีภาวะความคิด ความเข้าใจบกพร่องเล็กน้อยโดยใช้เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ความคิดความเข้าใจทางกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้ สูงอายุที่มีความบกพร่องของความคิดความเข้าใจแบบคอมพิวเตอร์เป็นฐาน (Occupational Therapy Cognitive Outcome Measurement Computer-based Assessment หรือ OTCOM-CA) ที่พัฒนา โดยพัชญ์พิไล ไชยวงศ์และคณะ¹⁹ ซึ่งผู้วิจัยหวังว่าผลการศึกษาที่ได้ครั้งนี้จะทำให้ทราบความแตกต่างของ



ความคิดความเข้าใจระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะความบกพร่องด้านความคิดความเข้าใจเล็กน้อยและไม่มี ความบกพร่อง และเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องต่อไป

ระเบียบวิธีวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง อำเภอสนทราย อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ และอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 58 คน ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะความคิดความเข้าใจบกพร่องเล็กน้อยจำนวน 30 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะความบกพร่องจำนวน 28 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ เป็นผู้สูงอายุเพศชายหรือหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองด้วยแบบประเมิน Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ฉบับภาษาไทย²⁰ สำหรับผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ขึ้นไป และแบบคัดกรอง MoCA-B สำหรับผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 แบ่งเป็นกลุ่มที่มีภาวะความคิดความเข้าใจ บกพร่องเล็กน้อย (ได้คะแนน 10-24 คะแนน) และกลุ่มที่ไม่มีภาวะความคิดความเข้าใจบกพร่อง (ได้คะแนน 25 คะแนนขึ้นไป) ไม่มีภาวะซึมเศร้าจากการประเมินด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (TGDS-15)²¹ มีประสบการณ์ในการใช้หรือสามารถเรียนรู้วิธีการใช้แท็บเล็ตได้ และยินดีเข้าร่วมในการศึกษา วิจัย สำหรับเกณฑ์ถอนกลุ่มตัวอย่างคือไม่สามารถเข้ารับการประเมินในช่วงเวลาที่กำหนดและไม่สามารถ เข้ารับการประเมินได้ครบทุกหัวข้อ

เครื่องมือสำหรับประเมินความคิดความเข้าใจคือเครื่องมือผลลัพธ์ความคิดความเข้าใจทางกิจกรรมบำบัด สำหรับผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องของความคิดความเข้าใจแบบคอมพิวเตอร์เป็นฐาน (Occupational Therapy Cognitive Outcome Measurement Computer-based Assessment หรือ OTCOM-CA) ที่พัฒนา โดยพัชญ์พิไล ไชยวงศ์และคณะ¹⁹ มีค่าความสอดคล้องภายใน .88 ค่าความเชื่อมั่นทั้งภายในและภายนอก โดยวิเคราะห์ผ่าน Intraclass correlation coefficient (ICC) อยู่ที่ .99 และมีความสอดคล้องกับเครื่องมือ Dynamic Lowenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment-Geriatric (DLOTCA-G) และ Thai Cognitive-Perceptual Test (Thai-CPT) โดยการประเมินผ่านแอปพลิเคชัน OTCOM-CA ด้วยแท็บเล็ต และประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนการประเมินตนเอง (Self-report part) ส่วนการประเมิน ทักษะความสามารถ (Performance-based part) และประกอบด้วย 8 subtest ได้แก่ การรับรู้ต่อบุคคล สถานที่ เวลา และสถานการณ์ (Orientation) ความสนใจ (Attention) ความจำ (Memory) การรับรู้ การเคลื่อนไหวร่างกาย (Perceptual-Motor Function) การใช้ภาษา (Language) การบริหารจัดการ (Executive Functions) ความคิดความเข้าใจทางสังคม (Social Cognition) และการตระหนักรู้ตนเอง (Self-Awareness)



ข้อมูลทั่วไป	จำนวนคน (ร้อยละ)		p
	MCI	Healthy	
เพศ			
หญิง	26 (86.67)	19 (67.86)	.086
ชาย	4 (13.33)	9 (32.14)	
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	21 (70.00)	19 (67.86)	.779
มัธยมศึกษาตอนต้น	2 (06.67)	2 (07.14)	
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	6 (20.00)	4 (14.29)	
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	0 (0.00)	1 (03.57)	
ปริญญาตรี	1 (03.33)	2 (07.14)	
อายุ (ปี)			
60-69 ปี	16 (53.33)	18 (64.29)	.085
70-79 ปี	11 (36.67)	8 (28.57)	
80-89 ปี	3 (10.00)	2 (07.14)	
อายุเฉลี่ย MCI (ปี) 71.00 ± 6.78			
อายุเฉลี่ย Healthy (ปี) 68.18 ± 6.23			
อายุ MCI มากที่สุด-น้อยที่สุด (ปี) = 86-60			
อายุ Healthy มากที่สุด-น้อยที่สุด (ปี) = 86-60			

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างได้แก่เพศ อายุ และระดับการศึกษาดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะความคิดความเข้าใจบกพร่องเล็กน้อย ($n=30$) และผู้สูงอายุที่ไม่มีความบกพร่อง ($n = 28$)

MCI : มีภาวะความคิดความเข้าใจบกพร่องเล็กน้อย

Healthy : ไม่มีภาวะความคิดความเข้าใจบกพร่อง

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะความคิดความเข้าใจบกพร่องเล็กน้อยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.67) เป็นเพศหญิง ในขณะที่ร้อยละ 13.33 เป็นเพศชาย สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความบกพร่องด้านความคิดความเข้าใจส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.86) เป็นเพศหญิงและร้อยละ 32.14 เป็นเพศชาย อย่างไรก็ตาม การแจกแจงตามเพศของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) สำหรับระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะความคิดความเข้าใจบกพร่องเล็กน้อย ส่วนใหญ่



(ร้อยละ 70.00) มีระดับการศึกษาสูงสุดคือประถมศึกษา และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความบกพร่องส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.86) มีการศึกษาระดับประถมศึกษาเช่นกัน ทั้งนี้ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ในส่วนของอายุพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะ ความคิดความเข้าใจบกพร่องเล็กน้อย ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.33) อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความบกพร่องส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.29) อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี เช่นเดียวกัน โดยช่วงอายุของ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ทั้งนี้อายุของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งสองกลุ่มมากที่สุดคือ 86 ปี และน้อยที่สุดคือ 60 ปี

ตารางที่ 2 คะแนนด้าน Orientation, Attention, Memory, Perceptual-Motors Function Language, Executive Function และ Social Cognition ของผู้สูงอายุที่มีภาวะความคิดความเข้าใจบกพร่องเล็กน้อย ($n=30$) และผู้สูงอายุที่ไม่มีความบกพร่อง ($n = 28$)

ด้านของความคิด	กลุ่ม	Mean	Rank Sum	U	Z	p
ความเข้าใจ		Rank				
การรับรู้ต่อบุคคล สถานที่ เวลา และ สถานการณ์ (Orientation)	MCI	29.55	886.50	418.50	-.044	.965
	Healthy	29.45	824.50			
ความสนใจ (Attention)	MCI	24.55	736.50	271.50	-2.32	.021*
	Healthy	34.80	974.50			
ความจำ (Memory)	MCI	25.08	752.50	287.50	-2.07	.038*
	Healthy	34.23	958.50			
การรับรู้การเคลื่อนไหว ร่างกาย (Perceptual- Motors Function)	MCI	18.88	574.50	112.50	-4.72	.000**
	Healthy	39.48	1105.50			
การใช้ภาษา (Language)	MCI	24.95	748.50	283.50	-2.13	.033*
	Healthy	34.38	962.50			
การบริหารจัดการ (Executive Function)	MCI	24.03	721.00	256.00	-2.56	.010*
	Healthy	35.36	990.00			
ความคิดความเข้าใจทาง สังคม (Social Cognition)	MCI	27.55	826.50	361.50	-1.06	.288
	Healthy	31.59	884.50			



จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะความคิดความเข้าใจบกพร่องเล็กน้อยและกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความบกพร่องมีคะแนนความคิดความเข้าใจด้าน Attention, Memory, Perceptual-Motors Function, Language และ Executive Functions แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และคะแนนของความคิดความเข้าใจด้าน Orientation และ Social Cognition ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

ตารางที่ 3 คะแนนความคิดความเข้าใจด้าน Self-awareness Cognition และ Self-awareness Memory ของผู้สูงอายุที่มีภาวะความคิดความเข้าใจบกพร่องเล็กน้อย ($n=30$) และผู้สูงอายุที่ไม่มีความบกพร่อง ($n = 28$)

ด้านต่าง ๆ	จำนวนคน (ร้อยละ)		p
	MCI	Healthy	
Self-awareness Cognition			
ต่ำกว่าการคาดการณ์ (Underestimate)	0 (0.00)	1 (3.57)	.057
ตรงตามการคาดการณ์ (Accurate)	21 (70.00)	25 (89.29)	
สูงกว่าการคาดการณ์ (Overestimate)	9 (30.00)	2 (7.14)	
รวมทั้งหมด	30 (100.00)	28 (100.00)	
Self-awareness Memory			
ต่ำกว่าการคาดการณ์ (Underestimate)	5 (16.67)	4 (14.29)	.862
ตรงตามการคาดการณ์ (Accurate)	15 (50.00)	16 (57.14)	
สูงกว่าการคาดการณ์ (Overestimate)	10 (33.33)	8 (28.57)	
รวมทั้งหมด	30 (100.00)	28 (100.00)	

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะความคิดความเข้าใจบกพร่องเล็กน้อยและผู้สูงอายุที่ไม่มีความบกพร่องไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ของ Self-awareness ด้านความจำ (memory) และด้านความคิดความเข้าใจ (cognition)

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์คะแนนความคิดความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะความคิดความเข้าใจบกพร่องเล็กน้อยมีคะแนนความคิดความเข้าใจต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีความบกพร่องในด้านความสนใจ ความจำ การรับรู้การเคลื่อนไหวร่างกาย การใช้ภาษาและการบริหารจัดการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลที่ได้สอดคล้องตามเกณฑ์การวินิจฉัยโดย Diagnostic and Statistic Manual Disorder (DSM) ที่อธิบายว่าผู้สูงอายุที่มีความคิดความเข้าใจบกพร่องจะมีการเปลี่ยนแปลงของสมองมากกว่า 1 ด้านขึ้นไป ได้แก่ ความจำ (memory) ความสนใจซับซ้อน (complex attention) ภาษา (language) ความคิดความเข้าใจทางสังคม



(social cognition) การรับรู้ด้าน visuospatial perception และการบริหารจัดการ (executive function)²¹ ในด้านความจำมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Saunders และ Summers¹⁶ ซึ่งศึกษาการทำงานของระบบประสาทจิตวิทยา (neuropsychological function) ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 131 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีภาวะหลงลืมจากความผิดปกติของหน่วยความจำ (amnesic Mild Cognitive Impairment) จำนวน 60 คน กลุ่มที่มีปัญหาด้านความจำ 32 คน กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อยจำนวน 14 คน และกลุ่มที่ไม่มีความบกพร่อง 25 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเสื่อมมากที่สุดได้แก่กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย กลุ่มที่มีภาวะหลงลืมจากความผิดปกติของหน่วยความจำเล็กน้อย และกลุ่มที่มีปัญหาด้านความจำตามลำดับ และกลุ่มที่พบความเสื่อมน้อยที่สุดคือกลุ่มที่ไม่มีความบกพร่อง ในด้านของการบริหารจัดการมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Traykov และคณะ¹⁷ ซึ่งศึกษาผู้ที่มีภาวะความผิดปกติของหน่วยความจำเล็กน้อยจำนวน 20 คน และบุคคลปกติจำนวน 20 คน โดยใช้การทดสอบในด้านต่าง ๆ เช่น ความจำเชิงเหตุการณ์ (episodic memory) การบริหารจัดการ (executive functions) การใช้ภาษา (language) และการวางแผนการเคลื่อนไหว (praxis) ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีภาวะความผิดปกติของหน่วยความจำเล็กน้อยมีความบกพร่องในด้านความจำเชิงเหตุการณ์และการยับยั้งการตอบสนอง (response inhibition) การสลับเปลี่ยน (switching) และความยืดหยุ่นทางความคิด (cognitive flexibility) ซึ่งจัดเป็นทักษะหนึ่งของการบริหารจัดการ นอกจากนี้ด้านการรับรู้การเคลื่อนไหวร่างกายยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Li และคณะ¹⁵ ซึ่งนำ drawing and dragging tasks มาประเมินผู้ที่ไม่มีความบกพร่องจำนวน 99 คน และผู้ที่มีภาวะความผิดปกติของหน่วยความจำเล็กน้อยจำนวน 108 คน พบว่าผู้ที่มีภาวะความผิดปกติของหน่วยความจำเล็กน้อยใช้เวลาในการวาดภาพนานกว่า และได้คะแนนต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีความบกพร่อง นอกจากนี้ผู้ที่มีภาวะความผิดปกติของหน่วยความจำเล็กน้อยมีกลยุทธ์การตัดสินใจ (decision-making strategies) และการรับรู้ทางสายตา (visual perception) น้อยกว่าผู้ที่ไม่มีความบกพร่อง และด้านภาษาที่มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Chapin และคณะ¹³ ที่เปรียบเทียบความสามารถในการใช้ภาษาของกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่มคือ กลุ่มผู้ที่มีภาวะความผิดปกติของหน่วยความจำเล็กน้อย กลุ่มผู้ที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ (AD) และกลุ่มผู้ที่ไม่มีความบกพร่อง ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีภาวะความผิดปกติของหน่วยความจำเล็กน้อยแสดงความสามารถทางภาษามากกว่ากลุ่มผู้ที่ไม่มีความบกพร่องโดยเฉพาะในด้านความคล่องแคล่วทางวาจา ความสามารถในการใช้ไวยากรณ์ที่ซับซ้อน และการเลือกใช้คำศัพท์ โดยที่ระดับความบกพร่องของผู้ที่มีภาวะความผิดปกติของหน่วยความจำเล็กน้อยน้อยกว่าผู้ที่เป็นอัลไซเมอร์

อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะความผิดปกติของหน่วยความจำเล็กน้อยและผู้สูงอายุที่ไม่มีความบกพร่องมีคะแนนความสามารถด้านการรับรู้ต่อบุคคล สถานที่ เวลา และสถานการณ์ ความคิดความเข้าใจในการเข้าสังคม และการตระหนักรู้ตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับความไม่แตกต่างกันของด้านการรับรู้ต่อบุคคล สถานที่ เวลา และสถานการณ์ในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มของการศึกษาครั้งนี้ อาจเป็นเพราะความเสียหายทางสมองของผู้ที่มีภาวะความผิดปกติของหน่วยความจำเล็กน้อยส่วนใหญ่มีความเสียหายเพียงบริเวณฮิปโปแคมปัสและโครงสร้างรอบข้าง (parahippocampal gyrus) ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของระบบความจำ แต่ยังไม่ลุกลามไปยังสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ต่อบุคคล สถานที่ เวลา



และสถานการณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Grundman และคณะ¹⁴ ซึ่งเปรียบเทียบความคิดความเข้าใจในผู้สูงอายุ 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีภาวะความคิดความเข้าใจบกพร่องเล็กน้อย กลุ่มที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ (AD) และกลุ่มผู้สูงอายุปกติ โดยใช้แบบทดสอบ Logical Memory II Delayed Recall Test และแบบคัดกรอง Mini-Mental State Examination (MMSE) พบว่ากลุ่มที่มีภาวะความคิดความเข้าใจบกพร่องเล็กน้อยยังคงมีการรับรู้ต่อบุคคล สถานที่ เวลา และสถานการณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ สำหรับทักษะด้านความคิดความเข้าใจทางสังคม การทำงานของเครือข่ายสมองที่เกี่ยวข้องกับความคิดความเข้าใจทางสังคมยังปกติเนื่องจากมีกลไกในการทำงานของสมองส่วนอื่นมาทดแทน (frontal cortex และ anterior cingulate cortex) แต่หากบริเวณที่ทำหน้าที่ชดเชยเสื่อมลงในอนาคต การบกพร่องของการเข้าใจสภาวะจิตใจ และความคิดความเข้าใจทางสังคมจะเริ่มชัดเจนขึ้นเมื่อภาวะความคิดความเข้าใจบกพร่องเล็กน้อยพัฒนาไปเป็นโรคอัลไซเมอร์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Baglio และคณะ²³ ซึ่งใช้เทคนิคการสร้างภาพโดยกิจด้วยเรโซแนนซ์แม่เหล็ก (Functional Magnetic Resonance Imaging หรือ fMRI) ในการศึกษาการเข้าใจสภาวะจิตใจผ่านการทำกิจกรรม False Belief Task ในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะความคิดความเข้าใจบกพร่องเล็กน้อยชนิดความจำ (amnesic Mild Cognitive Impairment) และกลุ่มควบคุมที่ไม่มีความบกพร่อง และสุดท้ายผลการศึกษารั้งนี้ที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของทักษะด้านการตระหนักรู้ตนเองในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม สอดคล้องกับการศึกษาของ Zamboni และคณะ¹⁸ ที่ศึกษา Self discrepancy ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีความบกพร่อง กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะความบกพร่องของความคิดความเข้าใจเล็กน้อยเล็กน้อย และกลุ่มผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ จำนวนกลุ่มละ 17 คน ใช้เทคนิคการสร้างภาพ fMRI กลุ่มตัวอย่างจะถูกถามคำถามเกี่ยวกับตัวเองและคู่ศึกษาที่เป็นบุคคลใกล้ชิดกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งคู่ศึกษาแต่ละคนจะตอบคำถามในแบบสอบถามเช่นเดียวกัน เพื่อเปรียบเทียบคำตอบและคำนวณคะแนน "discrepancy" สำหรับทั้งสองเงื่อนไข (Self discrepancy และ Other discrepancy) พบว่าไม่พบความแตกต่างของคะแนน "discrepancy" ทั้งเงื่อนไข Self และ Other discrepancy ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีความบกพร่องและกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะความคิดความเข้าใจบกพร่องเล็กน้อย ซึ่งบ่งชี้ว่าแม้กลุ่มที่มีความบกพร่องของความคิดความเข้าใจเล็กน้อยอาจมีภาวะบกพร่องด้านความคิดความเข้าใจในระดับหนึ่ง แต่ความสามารถในการรับรู้และประเมินตนเองนั้นยังไม่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะดังกล่าว

อย่างไรก็ตามงานวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดคือกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กและการกระจายตัวของกลุ่มตัวอย่างยังอยู่ในบริเวณจำกัด กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในพื้นที่ที่มีบริบทต่างกัน เช่น สังคมเมือง สังคมชนบทถึงเมืองและชนบท ความสามารถในการเข้าใจและใช้งานอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลให้ค่าที่ได้จากการทำแบบทดสอบไม่ใช่ความสามารถที่แท้จริงของผู้เข้าร่วมวิจัย นอกจากนี้เครื่องมือ OTCOM-CA ที่ใช้ในการเก็บข้อมูลมีจำนวนข้อคำถามมากและใช้ระยะเวลานานในการประเมิน ทำให้กลุ่มตัวอย่างอาจเกิดอาการล้าขณะทำการประเมิน ซึ่งอาจส่งผลต่อคะแนนที่ได้ในการเก็บข้อมูล ข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งต่อไปคือควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น นอกจากนี้ควรทำการศึกษาเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในปัจจัยที่อาจส่งผลต่อความคิดความเข้าใจของผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ โรคประจำตัว อาชีพ ประวัติการเป็นโรคทางสมองของสมาชิกครอบครัวสายตรง ประวัติการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา



สรุปผลการศึกษา

การเปรียบเทียบความคิดความเข้าใจระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะความคิดความเข้าใจบกพร่องเล็กน้อยและผู้สูงอายุที่ไม่มีความบกพร่อง โดยใช้เครื่องมือประเมิน Occupational Therapy Cognitive Outcome Measurement Computer-based Assessment (OTCOM-CA) พบว่าด้านความสนใจ (Attention) ความจำ (Memory) การรับรู้การเคลื่อนไหวร่างกาย (Perceptual-Motors Function) ภาษา (Language) การบริหารจัดการ (Executive Functions) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่คะแนนของทักษะความคิดความเข้าใจในด้านการรับรู้ต่อบุคคล สถานที่ เวลา (Orientation) และด้านความคิดความเข้าใจในการเข้าสังคม (Social Cognition) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)



เอกสารอ้างอิง

1. สำนักบริหารการทะเบียนกรมการปกครอง. (2567). สถิติประชากรรายจังหวัด. <https://stat.bora.dopa.go.th/StatMIS/#/ReportStat/3>
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. https://www.nesdc.go.th/wordpress/wp-content/uploads/2025/04/article_20230929085344.pdf
3. อติพร สวัสดิ์สุข. (2564). การพัฒนากิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกรณีศึกษาศูนย์เยาวชน จตุจักร [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. Thammasat University Digital Collections. https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:307_602
4. อาทิตยา สุวรรณ. (2560). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Role of Nurses in Caring for Older Persons with Dementia). *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(1), 6-15.
5. รัญญวิทย์ อนันต์ดิลกฤทธิ. (2566). ภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment of Mild Neurocognitive Disorder). *วารสารศูนย์อนามัย*, 17(9), 381-393.
6. เอกพจน์ นิมกุลรัตน์. (2566, 24 สิงหาคม). ความจำและการหลงลืมในผู้สูงอายุ. โรงพยาบาลสมิติเวช. <https://www.samitivejhospitals.com/th/article/detail/memory-loss-forgetfulness>
7. กรมสุขภาพจิต. (2564, 6 ตุลาคม). ภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย สัญญาณโรคอัลไซเมอร์. กรมสุขภาพจิต. <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31135>
8. ปณิตา บณขุนทด และ กัลยา มั่นล้วน. (2565). ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย: ก่อนป่วยด้วยสมองเสื่อม. *APHEIT Journal of Nursing and Health*, 4(1), 3.
9. ปณิดา ลิ้มปะวัฒน์ และ มัญชุมาส มัญจางษ์. (2563). ภาวะสูญเสียการรู้คิดเล็กน้อย. *KKU Journal of Medicine*, 6(1), 25-35
10. Huizenga, J., Scheffelaar, A., Fruijtier, A., Wilken, J.P., Bleijenberg, N., & Regenmortel, T.V. (2022). Everyday Experiences of People Living with Mild Cognitive Impairment or Dementia: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 10828. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710828>
11. อรุณฉาย จิตอารี. (2556). การเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจขั้นสูงระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้สูงอายุปกติ โดยใช้เครื่องมือ Thai-CPT [ภาคินพนธ์ปริญญาบัณฑิต ไม้ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
12. วริยา พวงมาลัย. (2556). การเปรียบเทียบความจำระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกับผู้สูงอายุปกติ โดยใช้เครื่องมือประเมิน Thai-CPT [ภาคินพนธ์ปริญญาบัณฑิต ไม้ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.



13. Chapin, K., Clarke, N., Garrard, P., & Hinzen, W. (2022). A finer-grained linguistic profile of Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Journal of Neurolinguistics*, 63, Article 101069. <https://doi.org/10.1016/j.jneuroling.2022.101069>
14. Grundman, M., Petersen, R. C., Ferris, S. H., Thomas, R. G., Aisen, P. S., Bennett, D. A., Foster, N. L., Jack, C. R., Galasko, D. R., Doody, R., Kaye, J., Sano, M., Mohs, R., Gauthier, S., Kim, H. T., Jin, S., Schultz, A. N., Schafer, K., Mulnard, R., ... Thal, L. J. (2004). Mild cognitive impairment can be distinguished from Alzheimer disease and normal aging for clinical trials. *Archives of Neurology*, 61(1), 59–66. <https://doi.org/10.1001/archneur.61.1.59>
15. Li, A., Li, J., Chai, J., Wu, W., Chaudhary, S., Zhao, J., & Qiang, Y. (2024). Detection of mild cognitive impairment through hand motor function under digital cognitive test: Mixed methods study. *JMIR mHealth and uHealth*, 12(1), Article e48777. <https://doi.org/10.2196/48777>
16. Saunders, N. L. J., & Summers, M. J. (2010). Attention and working memory deficits in mild cognitive impairment. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 32(4), 350-357. <https://doi.org/10.1080/13803390903042379>
17. Traykov, L., Raoux, N., Latour, F., Gallo, L., Hanon, O., Baudic, S., Bayle, C., Wenisch, E., Remy, P., & Rigaud, A.-S. (2007). Executive Functions Deficit in Mild Cognitive Impairment *Cognitive and Behavioral Neurology*, 20(4), 219-224. <https://doi.org/10.1097/WNN.0b013e31815e6254>
18. Zamboni, G., Drazich, E., McCulloch, E., Filippini, N., Mackay, C. E., Jenkinson, M., Tracey, I., & Wilcock, G. K. (2012). Neuroanatomy of impaired self-awareness in Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Cortex*, 49(3), 668-678. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2012.04.011>
19. Chaiwong, P., Rattakorn, P., Sungkarat, S., Kattiya, N., Tuttle, D., & Munkhetvit, P. (2022). Psychometric properties of a new occupational therapy cognitive outcome measure for Thai older adults with cognitive impairments. *Journal of Associated Medical Sciences*, 56(1), 26-34. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bulletinAMS/article/view/257501>
20. โสฬพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์. (2553). *Cognitive impairment in Medicine Basic and Clinical. Neuroscience. MoCA Thai Version. (In Thai)*. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
21. Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., & Reekum, R. V. (2013). The use of GDS-15 in detecting MDD: A comparison between residents in a Thai long-term care home and geriatric outpatients. *Journal of Clinical Medicine Research*, 5(2), 101-111. <https://doi.org/10.4021%2Fjocmr1239w>



22. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
23. Baglio, F., Castelli, I., Alberoni, M., Blasi, V., Griffanti, L., Falini, A., & Marchetti, A. (2012). Theory of mind in amnesic mild cognitive impairment: An fMRI study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 29(1), 25-37. <https://doi.org/10.3233/JAD-2011-111256>