

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

Mild Cognitive Impairment

นิสาพร สलगสิงห์¹, ตฤณ ทิพย์สุทธิ², กัลยา มั่นล้วน³ และ ปันณทัต บณขุนทด⁴

Nisapon salangsing¹, Trin Thipsut², Kanlaya Munluan³ and Punnathut Bonkhunthod⁴

Received : 3 ก.พ. 2564

Revised : 5 มิ.ย. 2564

Accepted : 7 มิ.ย. 2564

บทคัดย่อ

ภาวะการรู้คิดบกพร่อง เป็นความผิดปกติที่อยู่ระหว่างภาวะสมองเสื่อมกับการหลงลืมตามปกติของผู้สูงอายุ เกิดจากภาวะถดถอยในการทำงานของสมองและการสูญเสียเซลล์ประสาท โดยเริ่มจากส่วนใดส่วนหนึ่งแล้วจึงลุกลามไปยังสมองส่วนอื่น ได้แก่ สมองส่วนพรีฟรอนทัล คอร์เท็กซ์และสมองส่วนฮิปโปแคมปัสถูกทำลาย ประกอบกับสารสื่อประสาทอะซิติลโคลีน มีระดับลดลง โดยที่ความเสื่อมถอยจะดำเนินอย่างช้า ๆ แบบค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งอาจใช้เวลานานหลายปีกว่าที่ความผิดปกติจะปรากฏจนสังเกตได้ เมื่อเซลล์ประสาทในสมองที่มีบทบาทสำคัญในการจดจำข้อมูลต่าง ๆ ถูกทำลายลง อาการสำคัญของผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่อง จึงเป็นอาการที่เกี่ยวข้องกับความจำ นำมาสู่ภาวะสมองเสื่อมจนส่งผลกระทบต่อการทำงานในชีวิตประจำวันตามมาได้ การรักษาภาวะการรู้คิดบกพร่องมีทั้งวิธีการใช้ยาและวิธีการที่ไม่ใช้ยา เนื่องจากยาที่ใช้รักษานั้นส่วนมากทำให้เกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการที่แย่ลง ผู้เขียนแนะนำให้รักษาด้วยการรักษาที่ไม่ใช้ยา ซึ่งมีหลายวิธี เช่น การฝึกจำ การฝึกการรู้คิด การบำบัดด้วยกิจกรรม วิธีเหล่านี้เป็นวิธีหนึ่งที่น่าสนใจในการเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการทางสมอง ช่วยสร้างความสมดุลให้กับสมอง ช่วยกระตุ้นการเชื่อมโยงของเซลล์ประสาทและสมอง ส่งผลให้สามารถชะลอหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคสมองเสื่อมได้ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าบุคคลที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องจะมีความเสี่ยงมากกว่าคนปกติที่จะมีภาวะสมองเสื่อมตามมาได้ เพราะฉะนั้นในบทความนี้จะนำเสนอในเรื่อง ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะปกติ มีความรู้ความเข้าใจในการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย การป้องกันการเกิดโรค ตลอดจนสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และไม่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย สาเหตุที่เกิดโรค ลักษณะของโรค อาการและอาการแสดง ปัจจัย ผลกระทบ และการรักษา

คำสำคัญ: ภาวะการรู้คิดบกพร่อง, ความจำ, สมองเสื่อม

Abstract

Mild cognitive impairment (MCI) is a condition that exists between dementia and normal aging forgetfulness. It is caused by a decline in brain function as well as a decrease in nerve cells. This disease spreads from part of the brain to the frontal lobe, affecting the prefrontal cortex and hippocampus. Eventually, the neurotransmitter

¹ อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ อีเมล: nisapon.salangsing@gmail.com

² อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ อีเมล: katopkatop@hotmail.com

³ อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ อีเมล: kanlaya.munl@gmail.com

⁴ อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น อีเมล: iampun1976@gmail.com

1 Lecturer Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University, Email: nisapon.salangsing@gmail.com

2 Lecturer Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University, Email: katopkatop@hotmail.com

3 Lecturer Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University, Email: kanlaya.munl@gmail.com

4 Lecturer, Faculty of Nursing, Western University, Buriram Campus, Email: iampun1976@gmail.com

acetylcholine was depleted. The spread of degeneration is gradual and consistent. Several years after neurons that functioned for remembering information were destroyed, the disorder could be defined. The main symptoms of MCI were memory-related, which led to dementia. This will then have an impact on daily life activities. Medication and non-medication treatments were used to treat MCI. Because the majority of the drugs used side effects, they may aggravate the patient's symptoms. The researchers suggested non-medication treatments for this illness, such as memorizing, cognitive training, and activity therapy. These techniques are aided in the creation of balance in the brain and stimulates neuronal connections. It has the potential to effectively reduce or prevent dementia in the elderly. According to the literature reviews, people with MCI are at a higher risk of developing dementia than the general population. The reviews covered the causes of the disease, the nature of the disease, the signs and symptoms, the factors, the effects, and the treatment. Therefore, this study presented the subject to elderly with MCI which are aimed at them who have a basic understanding of MCI and disease prevention in order to protect themselves correctly from dementia.

Keywords: Mild cognitive impairment, Memory, Dementia

บทนำ

ในปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุมีอัตราเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการรายงาน พบว่าในปี พ.ศ. 2558 ประชากรโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 901 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 1,400 ล้านคน (United Nations, 2015) จากแนวโน้มของกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นนี้จะทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่ต้องได้รับการดูแลมากขึ้นเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตอันเนื่องมาจากอายุที่มากขึ้น (दारारวรรณ รองเมือง, ฉันทนา นาคฉัตรีย์, จีราพร ทองดี และจิตติยา สมบัติบุรณ์, 2561) เกิดจากการหลงลืม และมีความคิดช้าลง (Rutten, 2017) และจากการรายงานขององค์การอนามัยโลกใน ปี พ.ศ. 2559 พบว่าปัญหาของระบบประสาทที่สำคัญที่สุดของกลุ่มผู้สูงอายุทั่วโลก คือ ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ซึ่งมีมากถึงร้อยละ 20 (World Health Organization, 2016) เนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้านความจำที่เกิดการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชราเอง หรืออาจเป็นระยะเริ่มแรกของโรค (Preclinical Stage) ในกลุ่มโรคที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาท (Neurodegenerative Disease) แต่ไม่มีการของโรคอย่างเด่นชัด

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเป็นความผิดปกติที่อยู่ระหว่างภาวะสมองเสื่อมกับการหลงลืมตามปกติของผู้สูงอายุ (Normal Aging) (Kontaxopoulou et al., 2016) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยสามารถบอกได้ว่ามีความจำลดลง หลงลืม หรือจากการสังเกตของคนรอบข้างได้ว่า ประสิทธิภาพในการดำเนินชีวิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีความผิดปกติของสมองด้านอื่น และผลการทดสอบสมรรถภาพทางสมองยังไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม อย่างไรก็ตามหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ในระยะนี้ จะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้อย่างรวดเร็ว (Gao et al., 2013) มากกว่าร้อยละ 5-20 (Langa & Levine, 2014)

อุบัติการณ์การเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้สูงอายุ ในต่างประเทศพบอุบัติการณ์ระหว่างร้อยละ 21.5-71.3 (Ward et al., 2012) สำหรับในประเทศไทย พบว่าภาวะการรู้คิดบกพร่องในกลุ่มผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง ร้อยละ 52.76 (Subindee & Sritanyarat, 2014) โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 65-69, 70-74, 75-79 และ 80 ปีขึ้นไป เกิดภาวะการรู้คิดบกพร่อง ร้อยละ 18.7, 28.5, 26.4 และ 33.9 ตามลำดับ (Tsolaki et al., 2014)

นอกจากนี้ได้มีการศึกษาถึงความชุกของภาวะการรู้คิดบกพร่องของประชากรช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป จากจำนวนประชากร 1,973 ราย โดยใช้เกณฑ์ของ Petersen มาดัดแปลงเป็น Thai-Mental Status Examination โดยใช้จุดตัดที่คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 26 ร่วมกับการที่ผู้ป่วย หรือผู้ดูแลบอกว่ามีปัญหาเรื่องความจำ พบคนที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง 425 ราย คิดเป็นร้อยละ 21 (Senanarong et al., 2013) และผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีภาวะการรู้คิดบกพร่อง คิดเป็นร้อยละ 26.4 (Subindee & Sritanyarat, 2014) นอกจากนี้มีการประมาณการว่า ในปี ค.ศ. 2020 จะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลก จำนวนมากถึง 40 ล้านคน และในปี ค.ศ. 2040 จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นเป็น 81 ล้านคน (ชัชวาล วงศ์สารี และศุภลักษณ์ พันทอง, 2561) สำหรับสถิติภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในประเทศไทย พบได้ตั้งแต่ร้อยละ 2-10 ของประชากรผู้สูงอายุ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556) และคาดว่าในปี พ.ศ. 2563 และ 2593 จะมีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเป็น 450,000 และ 1,200,000 คน ตามลำดับ (ชุดิมา ทองวชิระ, ณัฐรพี ใจงาม และสุชาติ โทผล, 2562) และมีหลายงานวิจัย พบว่าบุคคลที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องจะมีความเสี่ยงมากกว่าคนปกติที่จะมีภาวะสมองเสื่อมตามมาได้ โดยในช่วงเวลา 1 ปี มีประมาณ ร้อยละ 10-15 มีโอกาสพัฒนาไปเป็นโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ในขณะที่คนปกติจะมีแค่ประมาณร้อยละ 1-2 เท่านั้นที่พัฒนาไปเป็นโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ในช่วงเวลา 1 ปีเท่ากัน (วลี รัตนวัตร, ดาวชมพู นาคะวิโร และภัทรพร วิสาจันทร์, 2561)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูญเสียความจำในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง ประกอบด้วย ปัจจัยด้านกายภาพ และสรีรวิทยาของสมอง โดยผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปจะส่งผลให้น้ำหนักและปริมาณของเนื้อสมองลดลงถึงร้อยละ 5 และลดลงอีกเท่าตัวทุก ๆ อายุ 10 ปีที่เพิ่มขึ้น ปัจจัยทางด้านสังคม จากการศึกษาพบว่า ในผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว หรือแยกตัว ไม่ค่อยเข้ากิจกรรมทางสังคมสังสรรค์กับผู้อื่น และถูกลดบทบาททางสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการเสื่อมของสมองเพิ่มขึ้น จากการลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงสมองส่วนหน้าและส่วนข้าง (Frontotemporal Lobe) ประกอบกับผู้สูงอายุใช้ความคิดน้อยลงจึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมตามมาได้ (ปิ่นมณี สุวรรณโมลี และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2559)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องส่งผลกระทบต่อระบบร่างกายหลายด้าน ทั้งต่อตนเองทางด้านร่างกาย โดยพบว่าระบบประสาทอัตโนมัติทำงานช้าลง ความใส่ใจในตนเองลดลง ความสามารถในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง การพึ่งพาตนเองลดลง ทางด้านจิตใจจะส่งผลให้เกิดความคิดบิดเบือนว่าตนเองไร้คุณค่า ตักยอกตัวเอง เนื่องจากคิดว่าตนเองขาดความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน (Pellegrino, Peters, Lyketsos & Marano, 2013)

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment)

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย เป็นความผิดปกติของกระบวนการทำงานของสมองในเรื่องความจำ ความตั้งใจสมาธิ (Concentration) การบริหารจัดการ ทักษะสัมพันธ์ของสายตากับการสร้างรูปแบบ (Visuoconstruction) ความคิดรวบยอด (Concept) การคิดคำนวณ (Calculation) และการรับรู้สภาวะรอบตัว (Orientation) โดยการแบ่งการประเมินออกเป็น 2 ระดับ คือ ปกติ และพบภาวะการรู้คิดบกพร่อง (ดูขุฎี อุตมอทธิพงศ์, พิษญา ชาญนคร, ธิติมา ณรงค์ศักดิ์ และนภาพิตศนิมาบุญ, 2564) ซึ่งในการวินิจฉัยว่า ผู้สูงอายุมีอาการป่วยเป็นภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย หรือไม่ โดยการใช้การคัดกรองจากแบบทดสอบประเมินภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง แยกออกจากคนปกติและผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ค่าคะแนนมีตั้งแต่ 0-30 คะแนน ผู้สูงอายุที่ได้คะแนนน้อยกว่า 26 คะแนนถือว่ามีความผิดปกติเล็กน้อย ถ้าได้คะแนนมากกว่า 26 คะแนน ถือว่า ปกติ (สาวตรี จีระยา, ภัทรพร เสงอุดมทรัพย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และเวทิส ประทุมศรี, 2562) ส่วนนี้อธิบายความแตกต่างของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยและภาวะสมองเสื่อม โดยการใช้แบบคัดกรอง MoCA เป็นตัวแยกคนที่ป่วย ออกจากคนปกติ และคนที่มีความผิดปกติ

สาเหตุที่ทำให้การเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

จากการศึกษาการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย พบว่ายังไม่ทราบสาเหตุของภาวะนี้อย่างแน่ชัด เนื่องจากภาวะการรู้คิดบกพร่องสามารถเกิดได้จากหลายสาเหตุ โดยสามารถแบ่งสาเหตุเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ดังนี้

1. ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยซึ่งเกิดจากการเสื่อมสภาพของเซลล์สมอง กล่าวคือเมื่ออายุเพิ่มขึ้นความสามารถในการทำงานของสมองลดลง ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของสมอง เนื่องจากความเสื่อมถอยของร่างกาย (ปิยะภร ไพรสนธิ และพรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน, 2560)

2. ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยซึ่งเกิดจากการเสื่อมสลายของเนื้อสมองโดยไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด โดยพบว่าเซลล์สมองมีการเสื่อมสลายตายไปและไม่มีเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทน ทำให้สมองนั้นไม่สามารถทำงานได้อย่างเดิม (สมฤดี ชุมแก้ว, วิไลวรรณ สีนุ้ย และวิดาพรรณ จำปา, 2563)

3. เกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองแข็งหรือตีบตัน เป็นภาวะที่คอเลสเตอรอลสะสมอยู่ในผนังหลอดเลือดจนเกิดผลเป็นและคราบไขมัน ทำให้หลอดเลือดตีบแคบ มักเกิดการอุดตันของหลอดเลือดที่หล่อเลี้ยงสมอง หัวใจ ไต และแขนขา หากเกิดการอุดตันมาก เลือดจะไปเลี้ยงสมองได้น้อย เกิดภาวะเลือดสมองตีบตัน อาจทำให้ผนังหลอดเลือดแตก มีเลือดออกในสมองบริเวณตำแหน่งที่เกิดโรค ถ้าอาการขาดเลือดไปเลี้ยงสมองนี้ไม่เกิดขึ้นอีก ความจำก็จะดีขึ้นเหมือนเดิม แต่ถ้าสมองขาดเลือดไปเลี้ยงบ่อยครั้ง ความจำก็จะเสื่อมลงเรื่อย ๆ จนอาจทำให้เกิดความพิการอย่างถาวรเพราะเซลล์ประสาทสมองบริเวณนั้นตาย โดยพบบ่อยในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เหล่านี้ ได้แก่ สูบบุหรี่ เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน เป็นต้น (Dementia Australia, 2021)

4. การเสื่อมของสมองที่เกิดจากการติดเชื้อในสมอง ทำให้เซลล์สมองบางส่วนตายไป มีผลต่อความเฉลียวฉลาดในการทำหน้าที่ของสมอง ในอดีตปัญหาการติดเชื้อในสมองพบบ่อยจากโรคซิฟิลิส (Syphilis) ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) การอักเสบของเยื่อหุ้มสมองจากการติดเชื้อบางชนิดซึ่งมาจากพาหะหลายกรณี เช่น ยุงไปกัดหมีที่มีไวรัสชนิดที่ทำให้เกิดการอักเสบที่สมองแล้วไปกัดคน ทำให้บุคคลที่เกิดยุงกัดมีอาการเจ็บป่วย ไข้สูง หมดสติ ชัก ผู้ที่ไม่เสียชีวิตจะหมดสติอยู่นานแล้วค่อย ๆ ฟื้นสติขึ้นมาพร้อมกับความจำ ความรู้ ความสามารถของสมองสูญเสียไปเกือบทั้งหมด จำไม่ได้ว่าตนเองเป็นใคร ลักษณะเช่นนี้เป็นการเสื่อมของสมองชนิดหนึ่งซึ่งเกิดจากการติดเชื้อสมอง (ชัชวาล วงศ์สารี และศุภลักษณ์ พันทอง, 2561)

5. การเสื่อมของสมองที่เกิดจากการขาดสารอาหารบางชนิด เช่น ขาดวิตามินบี 1 ซึ่งมีส่วนช่วยในการสร้างเซลล์สมอง มักพบในผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากเป็นประจำและการขาดวิตามินบี 12 ก็มีส่วนทำให้เกิดการเสื่อมของสมองได้ ถ้ามีสมองเสื่อมร่วมกับโลหิตจาง ควรนึกถึงการขาดวิตามินบี 12 ไว้ด้วย ซึ่งการรักษาทำได้โดยการให้รับประทานยาหรือฉีดยา (วิตามินบี 12) จะทำให้อาการทางสมอง หรืออาการทางระบบประสาทกลับคืนมาได้ การกลับคืนมานั้นจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระยะเวลาและรุนแรง (มุกดา หนูศรี, 2559)

6. การเสื่อมของสมองจากการเปลี่ยนแปลงเมตาบอลิซึม (Metabolic) ของร่างกาย เช่น ต่อมไทรอยด์มีการทำงานปกติ โดยเฉพาะต่อมไทรอยด์ที่มีการทำงานน้อย (Hypothyroid) หรือมากเกินไป (Hyperthyroid) ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการทำงานของสมองทั้งสิ้น หากการทำงานของตับผิดปกติไป หรือผู้สูงอายุที่มีไตวายก็จะมีปัญหาเรื่องความจำและความเฉลียวฉลาดเกิดขึ้นได้ (ชัชวาล วงศ์สารี และศุภลักษณ์ พันทอง, 2561)

7. การเสื่อมของสมองอาจเกิดได้จากการที่สมองได้รับการกระทบกระเทือนบ่อย ๆ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการเสื่อมของสมองได้ เช่น นักมวยหรือผู้ที่เล่นกีฬาแล้วต้องใช้ศีรษะอยู่เป็นประจำ รวมถึงที่เคยประสบอุบัติเหตุจนถึงขั้นสลบ ผู้ประสบปัญหาดังกล่าวข้างต้นมีความเสี่ยงต่อการเสื่อมของสมองมากกว่าบุคคลทั่วไปเมื่ออายุขึ้น (มุกดา หนูศรี, 2559)

8. การอักเสบของหลอดเลือดเป็นสาเหตุหนึ่งของสมองเสื่อม โดยเฉพาะการอักเสบของหลอดเลือดเล็ก ๆ ที่สมองทำให้หลอดเลือดไปเลี้ยงสมองไม่สมบูรณ์ (มุกดา หนูศรี, 2559) การเสื่อมของสมองจากยาโดยเฉพาะยาที่มีผลต่อการทำงานของสมอง สาเหตุเหล่านี้แม้จะพบไม่บ่อย โดยพบราวร้อยละ 10 แต่มีความสำคัญ สำหรับยาที่มีผลต่อการทำงานของสมอง เช่น

ยากันชักยาคลายเครียดถ้ารับประทานในขนาดที่มากเกินไปหรือสะสมอยู่นาน จะทำให้การสั่งการของสมองเปลี่ยนไป และความจำลดลง (ชัชวาล วงศ์สารี และศุภลักษณ์ พื้นทอง, 2561)

9. การเสื่อมของสมองจากเนื้องอกในสมอง โดยเฉพาะเนื้องอกที่อยู่ด้านหน้าของสมองผู้สูงอายุอาจไม่มีอาการ แขนขาอ่อนแรง แต่อาจมีลักษณะความเฉลียวฉลาดหรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป (ภิญากร โดญาติมาก, เกศรินทร์ อุทริยะ ประสิทธิ์, วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวนิชย์ และบรรพต สิทธินามสุวรรณ, 2562)

10. การเสื่อมของสมองจากช่องภายในสมอง (Ventricles) ขยายใหญ่ขึ้นจากน้ำเลี้ยงสมองคั่ง สาเหตุนี้ยังไม่ทราบ อย่างชัดเจนว่าเกิดอะไรขึ้น ผู้ป่วยจะมีการเสื่อมของสมอง เดินไม่เป็น และกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มีอาการปัสสาวะรด ซึ่งเกิดขึ้น ตั้งแต่ในช่วงแรก ๆ ของโรค และเมื่อทำการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง พบว่าช่องในสมองขยายใหญ่ผิดปกติ และไปกดเบียด สมองที่อยู่รอบ ๆ เมื่อช่องในสมองเล็กลง ผู้ป่วยมักกลับมามีอาการทางสมองดีขึ้นเหมือนเดิมได้ และกลั้นปัสสาวะได้เหมือนเดิม (เดชา วรณพาทูล, 2560)

11. การที่ผู้สูงอายุถูกลดบทบาททางสังคม เช่น การเกษียณอายุงาน การถูกมองว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่สุขภาพร่างกาย ไม่แข็งแรง มีหน้าที่เฝ้าบ้าน ส่งผลให้ผู้สูงอายุบางรายเก็บตัว ไม่ชอบเข้าสังคม บางรายถูกทอดทิ้งให้อยู่ลำพังหากปล่อยไว้โดยไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้สามารถทำให้ผู้สูงอายุที่มีการเสื่อมเนื่องจากการใช้ความคติน้อยลงได้ (ปิ่นมณี สุวรรณโมลี และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2559)

ลักษณะของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

จากรายงานของผู้สูงอายุและญาติหรือผู้ดูแลที่ได้บอกถึงลักษณะ อาการ อาการแสดง และพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ซึ่งเป็นลักษณะของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยและผู้ป่วยสมองเสื่อม มีลักษณะดังนี้ (ทัศนีย์ กาศทิพย์, สุปรिता มั่นคง และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2562)

1. มีปัญหาความจำ และการรู้คิดด้านอื่น ๆ คือ สืบคำซึ่งเป็นคำที่ง่าย อาจต้องรอสักพักแล้วจึงนึกออก หรือบางครั้ง ก็นึกไม่ออกเลย ซึ่งทำให้รู้สึกหงุดหงิด หรือสิ่งที่ได้พูดไปเมื่อ 30 นาทีก่อน หรือเดินเข้าไปในห้อง สืบไปว่าเดินเข้ามาทำอะไร สืบว่าวางของไว้ที่ไหนหรือหลังจากอ่านหนังสือแล้ว 2 นาที ไม่สามารถบอกได้ว่าอ่านอะไร มีความบกพร่องในการจำข้อมูลใหม่ ๆ และการระลึกเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นเร็ว ๆ นี้ ขาดความสนใจในระหว่างการพูดคุย ผู้ดูแลรายงานว่า ผู้สูงอายุมีความพยายาม ที่จะจำวัน จำชื่อบุคคล หรือจำการนัดหมาย

2. ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง คือ ไม่สามารถทำสิ่งง่าย ๆ ได้ ทั้ง ๆ ที่เมื่อก่อนเคยทำได้ เช่น เคยทำอาหารได้ เคยล้างจานได้ แต่กลับเป็นสิ่งที่ยาก ไม่สามารถทำตามคำสั่งที่มีหลายขั้นตอนได้ มีความบกพร่องในการจัดการงานภายในบ้าน หรือในชุมชน บางคนเริ่มจะมีการเปลี่ยนแปลงของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จึงมีการหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ที่ทำให้เห็นว่ ตนเองมีปัญหาด้านความจำ จากการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง พบว่ามีความสามารถลดลง เล็กน้อยในการที่เลือกซื้อของ การเดินทางในระยะไกล ซักยัดเสื้อผ้า การจัดการเรื่องเงิน การรับประทานยา การใช้โทรศัพท์ การเตรียมอาหาร และการทำงานบ้าน ทำให้ผู้ดูแลเริ่มรู้สึกว่าต้องรับภาระหนักขึ้น

3. มีบุคลิกและอารมณ์เปลี่ยนแปลง คือ มีการถามคำถามซ้ำตลอด มีการพูดเรื่อง ซ้ำ ๆ มีพฤติกรรมเหมือนเด็ก มีลักษณะหงุดหงิดง่าย โกรธไม่พอใจที่ทำอะไรไม่ได้เหมือนก่อน แสดงความริบเร่ สนทนากับคนอื่นยาก ขาดความสนใจตนเอง อารมณ์ไม่ดี กังวล เสียใจที่รู้สึกจำได้ยากหรือทำอะไรยากขึ้นทั้งที่เป็นงานที่เคยทำได้ ไม่มีความตื่นตัว (Lake of Wakefulness) หรือมีความรู้สึกที่ไวขึ้นจากการกระตุ้นภายนอก สำหรับอาการทางด้านประสาทจิตวิทยา (Neuropsychiatric Symptoms) ในผู้ป่วยที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องที่พบได้บ่อย ได้แก่ การมีพฤติกรรมรบกวนในตอนกลางคืน (Night-time Behaviors) ซึมเศร้า (Depression) ขาดความกระตือรือร้น (Apathy) วิตกกังวล (Anxiety) และพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะเปลี่ยนไปเป็น ภาวะสมองเสื่อมได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้าอยู่เดิม

4. การเข้าถึงลดลง คือมีข้อจำกัดในการพบเพื่อนหรือการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ

อาการและการแสดงของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยมักมีปัญหาในด้านความจำร่วมกับความสามารถของส่วนสมองส่วนอื่น ๆ อาการเริ่มแรกที่เด่นชัดที่สุดของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย คือ การสูญเสียความจำที่เป็นเรื่องใหม่ ๆ เช่น สัปดาห์ที่แล้วทำอะไรบ้าง สัมผัสสิ่งที่เคยเรียนรู้หรือปฏิบัติได้ สัมผัสเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นได้ไม่นาน เก็บของผิดที่แบบคาดไม่ถึง เล่าเรื่องเดิมซ้ำ ๆ พุดจา ซ้ำ ๆ กับคู่สนทนาคนเดิม ขาดไหวพริบในการแก้ไขปัญหาเรื่องที่ไม่ซับซ้อน หรือเลือกใช้วิธีการที่ไม่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา นั่น ๆ ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีพฤติกรรมแยกตัวจากครอบครัวและสังคมและเริ่มมีปัญหาในกิจวัตรเดิมที่เคยทำ (ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์, พิษญา ชาญนคร, ธิติมา ณรงค์ศักดิ์ และนภาพิศฉิมมาศบุญ, 2564)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยทุกรายไม่จำเป็นจะต้องมีอาการทุกอย่างตามที่กล่าวมาข้างต้น อาจมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งอาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ แบบค่อยเป็นค่อยไป เนื่องจากระบบการทำงานของสมองส่วนบน (Higher Brain Functions) ได้แก่ สมองส่วนพรีฟรอนทัล คอร์เท็กซ์ และสมองส่วนฮิปโปแคมปัสถูกทำลาย ประกอบกับสารสื่อประสาทอะซิติลโคลีนมีระดับลดลง และหากไม่ได้รับการแก้ไขจะทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ จนส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวันในที่สุด (จินตนา อาจสันเทียะ และรัชณีย์ ป้อมทอง, 2561)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

จากการรายงานของ National Institutes of Health Science Conference Statement ในปี พ.ศ. 2553 ซึ่งเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ถึงตุลาคม พ.ศ. 2552 โดยสืบค้นในวารสารที่ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ ได้แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยไว้ว่า อายุที่เพิ่มขึ้นเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการเสื่อมของสมองแต่กระบวนการนี้ถือว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติอันเกิดมาจากความชราภาพ ผู้สูงอายุบางรายมีเซลล์สมองตายไปวันละ 1,000 เซลล์ บางราย 10,000 เซลล์ ซึ่งไม่เท่ากันแล้วแต่เหตุปัจจัยที่มาส่งเสริม แต่หากสมองเล็กใช้ความคิด หรือได้รับการกระทบกระเทือนก็เป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้สมองเสื่อมเร็วขึ้นนอกจากนี้ปัจจัยในด้านอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Sekiguchi & Kawashima, 2007) ได้แก่ (ปิยะภร ไพรสนธิ์ และพรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน, 2560)

1. น้ำหนักตัวเกิน ดัชนีมวลกาย (BMI: Body Mass Index) ได้มาจากการนำน้ำหนักตัวที่มีหน่วยกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงที่มีหน่วยเป็นเมตรยกกำลังสอง ดัชนีมวลกายที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมในอนาคต คือ 20-22.5 โดยเฉพาะถ้าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 ความเสี่ยงทางสมองจะเพิ่มขึ้น

2. การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่เพิ่มอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึง 2 เท่า และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม 2.28 เท่า การงดสูบบุหรี่ตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไปจะลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลงได้เท่าคนที่ไม่เคยสูบบุหรี่ คือลดลงร้อยละ 50

3. แอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์ขนาดน้อย ๆ ในปริมาณไม่เกิน 3 แก้วต่อวัน สามารถลดโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 42 และลดโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 71 โดยไม่ขึ้นกับชนิดของแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตามบางการศึกษา พบว่าชนิดของแอลกอฮอล์ที่สามารถลดโอกาสการเกิดโรคสมองเสื่อมได้ คือ ไวน์ เท่านั้น แต่การศึกษาในประเทศญี่ปุ่นพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง ผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อร่างกายไม่ควรพิจารณาเฉพาะเรื่องภาวะสมองเสื่อมเท่านั้น เนื่องจากแอลกอฮอล์ยังมีผลต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่มีปัญหาเรื่องภาวะสมองเสื่อม ยังอาจเกิดจากการขาดสารอาหาร อุบัติเหตุสมอง และอื่น ๆ ได้อีก

4. สารอาหาร การรับประทานอาหารวิตามินซีและวิตามินอีที่เพิ่มขึ้นจะมีอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมลดลง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ซึ่งมีอัตราการลดลง สารอาหารที่สำคัญตัวอื่น ได้แก่ กรดโฟลิกและวิตามินบี 12 สำหรับการขาดวิตามินบี 12 มักไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขในประเทศไทย เนื่องจากส่วนใหญ่มักได้รับเพียงพอ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงหรือมีไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอลสูง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม การรับประทานไขมันจากพืช และโอเมก้า 6 (กรดไลโนเลอิก) ซึ่งพบมากในน้ำมันพืช เช่น น้ำมันจากดอกทานตะวัน ถั่วเมล็ดแห้ง เมล็ดพืชทอง ถั่วเหลือง เป็นต้น ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคสมองเสื่อม การรับประทานปลาจะช่วยป้องกันภาวะสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ได้ โดยลดความเสี่ยงลงเหลือ 0.4 และ 0.3 เท่าตามลำดับ

5. การขาดการออกกำลังกาย มีการศึกษาวิจัย พบว่าผู้ที่ออกกำลังกายอย่างน้อย 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์ขึ้นไป ในวัยกลางคนลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และโรคอัลไซเมอร์ร้อยละ 52 และ 62 ตามลำดับ

6. ความดันโลหิตสูง ในแต่ละช่วงความดันซิสโตลิก (Systolic) ที่เพิ่มขึ้นทุก 10 มิลลิเมตรปรอท ความเสี่ยงของการเกิดปัญหาการลดลงของความสามารถสมองสูงขึ้นร้อยละ 7 การที่มีความดันโลหิตสูงในวัยกลางคนจะเพิ่มความเสี่ยงการเกิดภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้สูงอายุ โดยถ้าได้รับการรักษาโอกาสเสี่ยงนี้ลดลงจาก 4.3 เท่าเป็น 1.9 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีความดันโลหิตสูง โดยความดันโลหิตสูงมีผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อการลดลงของความสามารถของสมอง ทางตรง คือ ผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงจะมีการลดลงของปริมาตรสมอง น้ำหนักสมอง และพบมีการเพิ่มขึ้นของรอยโรคชนิดที่พบในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ สำหรับผลทางอ้อม เกิดจากการที่หลอดเลือดตีบแข็ง และเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการที่มีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน

7. โรคเบาหวานและภาวะดื้อต่ออินซูลิน เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคอัลไซเมอร์ และเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าอุบัติการณ์ภาวะสมองเสื่อมสูงขึ้น 2 เท่าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

8. ภาวะไขมันในเลือดสูง การที่มีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น นอกจากนั้นการที่มีไขมันในเลือดสูงยังอาจทำให้เกิดโรคอัลไซเมอร์อีกด้วย

9. โรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคหัวใจชนิดต่าง ๆ มีโอกาสทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันจากลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นในหัวใจ

10. ระดับโฮโมซิสเตอีนในเลือดสูง (Hyperhomocysteinemia) ผลกระทบต่อสมองจากการที่มีระดับโฮโมซิสเตอีนเพิ่มขึ้นเกิดจาก 2 สาเหตุหลัก คือ จากการเกิดพิษต่อเซลล์สมองและจากการที่มีผลเสียต่อหลอดเลือดสมอง การเปลี่ยนแปลงของโฮโมซิสเตอีนในร่างกายเราเกิดขึ้น 2 วิธี โดยต้องอาศัยวิตามินบี 6 วิตามินบี 12 และกรดโฟลิกเป็นตัวช่วย การขาดวิตามินเหล่านี้จะทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของโฮโมซิสเตอีน

11. ฮอโมนเพศหญิงทดแทนในปัจจุบันพบว่า ฮอโมนเพศหญิงทดแทนทำให้เกิดโรคมะเร็งเต้านม โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือดสมองตีบ การอุดตันของหลอดเลือดดำ แม้ว่ามีผลดีกับเรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและการเกิดกระดูกหัก นอกจากนั้นยังพบอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น และผู้ป่วยที่ได้ฮอโมนเพศหญิงทดแทนชนิดรวมเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นประมาณ 2 เท่า

12. อุบัติเหตุที่ศีรษะ มีหลายรายงานการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า ผู้ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ และภาวะสมองเสื่อมจากสาเหตุอื่น ๆ มีประวัติเคยได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะมากกว่าคนที่ไม่มีสมองเสื่อม อย่างไรก็ตามบางการศึกษา ไม่พบว่า การได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะมาก่อนเป็นปัจจัยที่เสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม

13. อาการซึม สับสนเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่มีอาการนี้เกิดขึ้นเมื่อติดตามไปแล้วมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงขึ้นกว่าคนที่ไม่เคยเป็น

14. โรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันการเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้วยการแก้ไขปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน สูบบุหรี่ เป็นต้น รวมถึงการรับประทานยาต้านเกร็ดเลือด เช่น แอสไพริน หรือยากันเลือดแข็งตัว

เช่น วาร์ฟาริน ในกรณีที่มีโรคหัวใจบางชนิด เป็นการป้องกันการเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น จึงสามารถป้องกันภาวะสมองเสื่อมด้วย

15. โรคซึมเศร้า จากการศึกษาวิจัยจำนวนมาก พบว่าการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม อาจเป็นไปได้จากการที่อาการซึมเศร้าเป็นสาเหตุที่ทำให้มีปัญหาความจำ หรืออาการซึมเศร้าเป็นอาการหนึ่งของภาวะสมองเสื่อม โดยเกิดก่อนที่จะมีอาการสมองเสื่อม หรือแท้จริงแล้วเป็นอาการหนึ่งของภาวะสมองเสื่อม การป้องกันและแก้ไขอาการซึมเศร้า จึงยังนับได้ว่าเป็นการป้องกันภาวะสมองเสื่อมวิธีหนึ่ง

16. สารพิษในสิ่งแวดล้อมรอบตัว ถึงแม้จะไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนถึงผลเสียของสารพิษ ต่าง ๆ ต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม แต่มีหลายรายงานที่พบว่า การได้รับสารพิษต่าง ๆ

ผลกระทบของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการสูญเสียการทำงานของเซลล์สมองในหลาย ๆ ส่วน ส่วนที่สำคัญที่สุด คือ ส่วนของความจำ ซึ่งความจำที่เสียไปในระยะแรกจะเป็นการสูญเสียความจำใหม่ โดยเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป (พัฒน์ พงษ์วิจิตร, 2555) การสูญเสียหน้าที่การทำงานของการใช้ภาษา (Aphasia) การสูญเสียลำดับต่อมา คือ สูญเสียการคิดและการใช้เหตุผลต่าง ๆ มีความรู้สึกสับสนในเรื่องของเวลา สถานที่ (Disorientation) เป็นต้น ซึ่งอาการที่กล่าวมา เป็นอาการทางระบบประสาทที่พบบ่อย เมื่อพยาธิสภาพมากขึ้นก็จะพบเซลล์ผิดปกติกระจายทั่วสมองทำให้ความจำค่อย ๆ เสื่อมลง ซึ่งการเสื่อมของสมองส่งผลกระทบต่อความสามารถด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (ปิยะภร ไพรสนธิ์ และพรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน, 2560)

ด้านความจำ (Memory) เป็นปัญหาเริ่มแรกที่เด่นชัดที่สุดของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment) ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจะเริ่มจากการสูญเสียความจำที่เป็นเรื่องใหม่ ๆ เช่น ลืมวันนัด ลืมสิ่งของบ่อย ๆ ลืมสิ่งที่เคยเรียนรู้หรือปฏิบัติได้ ลืมเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นได้ไม่นาน เก็บของผิดที่แบบคาดไม่ถึง พูดจาซ้ำ ๆ ถามซ้ำ ๆ เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ แบบค่อยเป็นค่อยไป และหากไม่ได้รับการแก้ไขที่ถูกต้องจะทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ จนส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันในที่สุด

ด้านความใส่ใจ คือ การที่ผู้สูงอายุสามารถที่จะมีจิตใจจดจ่อตั้งมั่นในกิจกรรมที่กระทำ หรือความสำรวมใจให้แน่นเพื่อเล็งในสิ่งหนึ่งสิ่งใด (Focus) สามารถกำหนดกระบวนการรู้คิด และสามารถต้านทานสิ่งรบกวนได้ ขณะที่การมีสมาธิ คือ ความสามารถที่จะเพ่งเล็งสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และมีความใส่ใจอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาหนึ่งได้ โดยสังเกต พบว่าผู้สูงอายุที่ขาดสมาธิ จะมีปัญหาในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ไม่สามารถทำงานที่ได้รับมอบหมายได้จนสำเร็จ ไม่สามารถตั้งใจฟังและเก็บรายละเอียดได้ มีอาการหลงลืมบ่อย ๆ และวอกแวกได้ง่าย เป็นต้น สำหรับสาเหตุของการสูญเสียความสามารถด้านความใส่ใจในผู้สูงอายุ ซึ่งมีการเสื่อมของสมอง สืบเนื่องมาจากกระดุมของสารสื่อประสาทในสมอง คือ นอร์อิพิเนพรีนและโดปามีนในสมองบริเวณ Prefrontal Cortex, Striatum และ Nucleus Accumbens ของผู้สูงอายุมีน้อยกว่าปกติ

ด้านการรับรู้ โดยทั่วไปผู้สูงอายุบางรายที่มีการเสื่อมของสมองจะมีความผิดปกติในด้านการรับรู้บุคคล วัน เวลา สถานที่ เช่น สับสนระหว่างกลางวันกับกลางคืน จำดูกลาไม่ได้ จำไม่ได้ว่าวันนี้วันอะไร (วันเสาร์ อาทิตย์ จันทร์) หรือเดือนอะไร มีประวัติการเดินทางหลงทิศทาง กรณีหลงทางในบริเวณที่ไปเป็นประจำ จำหนทางที่คุ้นเคยไม่ได้หรือเดินออกจากบ้านแล้วจำทางกลับบ้านไม่ได้ ต้องทำการประเมินทักษะการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับมิติสัมพันธ์ (Visuospatial Skill) ร่วมด้วย ซึ่งหากปล่อยไว้และไม่ได้รับการดูแลที่อาการจะรุนแรงมากขึ้นจนกระทั่งจำบุคคลในครอบครัวไม่ได้ จำเงาสะท้อนของตนเองในกระจกไม่ได้ เป็นต้น

ด้านการคิดคำนวณ ปัญหาด้านนี้เกิดจากการที่ผู้สูงอายุมี Primary Arithmetic ซึ่งเกิดจากความผิดปกติบริเวณ Posterior Left Hemisphere ซึ่งปัญหาดังกล่าวค่อนข้างขึ้นอยู่กับระดับการศึกษาและอาชีพ โดยผู้สูงอายุที่มี

ปัญหาด้านนี้ จะคิดอะไรช้าลงมาก ไม่สามารถคิดคำนวณเลขในใจและใช้กระดาษได้ ไม่สามารถตั้งแถวหรือหลักของตัวเลขได้ตรง หรือไปซื้อของคำนวณราคาสินค้าไม่ถูกต้อง คิดเงินทอนไม่ได้ เป็นต้น

ด้านการตัดสินใจ เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีการเสื่อมของสมอง มักประสบกับปัญหาการตัดสินใจที่แย่งและช้าลง ยังไม่ทราบสาเหตุการเกิดที่แน่ชัด ภาวะนี้อาจเกิดได้ในโรคทางระบบประสาทหลายโรค โดยเฉพาะถ้ามีความผิดปกติของสมองส่วน Orbitofrontal Area ร่วมด้วยและจะทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้ เช่น เมื่อเกิดเหตุการณ์ไต่บัน ผู้สูงอายุอาจตกใจและลนลานไม่รู้ว่าจะต้องทำอะไร (ในคนปกติอาจจุดเทียนไขหรือน้ำไฟฉายมาใช้) หรือเมื่อท่อน้ำในบ้านแตก ผู้สูงอายุไม่รู้ว่าต้องทำอะไร (ในคนทั่วไปอาจปิดวาล์วน้ำ โทรหาช่าง หรือโทรหาคนที่ให้ความช่วยเหลือได้ ในผู้สูงอายุบางราย แค่น้ำประปามีมาส่งพัสดุให้คนในบ้านก็จะสับสนว่าจะต้องทำอะไรต่อไป)

ด้านการใช้ภาษา (Using Language) ในคนปกติอาจเคยพูดติดบ่วง เช่น เรียกชื่อเพื่อนผิดหรือคิดคำที่ไม่ค่อยได้ใช้ ไม่ออกเป็นบางครั้ง แต่ผู้สูงอายุที่มีการเสื่อมของสมอง บางรายจะมีปัญหาสับสน แม้กระทั่งคำง่าย ๆ ที่ใช้บ่อย ๆ โดยคิดคำที่จะใช้ ไม่ออก บางครั้งใช้คำผิด เช่น เรียกหมูแทนไก่ พูดถึงแก้วแต่เรียกเป็นโต๊ะ เป็นต้น หรือมีปัญหาในการพูดหรือเขียนจนทำให้ฟัง หรืออ่านไม่ค่อยเข้าใจ ที่พบบ่อยเมื่อคิดคำไม่ออก ผู้สูงอายุมักจะใช้คำว่า ที่นั่น อันนั้น เป็นต้น อาการที่กล่าวมาข้างต้น คือ ความผิดปกติของการใช้ภาษา (Aphasia) โดยเริ่มจากเรียกชื่อสิ่งของและชื่อที่คุ้นเคยไม่ถูกเนื่องจากคิดไม่ออก มีความเข้าใจ ภาษาลดลง จนกระทั่งสูญเสียความเข้าใจในภาษาในที่สุด

ด้านการบริหารจัดการ กล่าวคือ ผู้ที่มีการเสื่อมของสมองจะขาดความสามารถในการวางแผน (Planning) การจัดลำดับขั้นตอนของแผนงาน (Sequencing) ทั้งในส่วนของการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ การเปลี่ยนแปลง และการหยุด ดำเนินแผนการ (Maintaining, Alternative และ Stopping) ซึ่งการจัดการปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความสามารถของสมองในการทำงานหรือทำพฤติกรรมที่สลับซับซ้อน เมื่อการทำงานด้านนี้ผิดปกติจึงทำให้ผู้สูงอายุมีความลำบากในการทำกิจกรรม ที่แปลกใหม่ หากอาการรุนแรงมากขึ้นความบกพร่องด้านการบริหารจัดการจะเพิ่มขึ้น ซึ่งสามารถทราบความผิดปกติเหล่านี้ได้ จากการซักประวัติผู้สูงอายุ

การรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

แนวทางการรักษาผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่อง สามารถรักษาได้ทั้งวิธีการใช้ยา (Pharmacological Approach) และไม่ใช้ยา (Non - pharmacological Approach) การรักษาด้วยวิธีการใช้ยา ส่วนมากผู้ป่วยจะได้รับยาที่มีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์อะเซทิลโคลีนเอสเตอเรส (Acetylcholinesterase Inhibitors) ร่วมกับยารักษาพฤติกรรม เช่น ยาคลายกัณฐ์ ยารักษาอาการซึมเศร้า ยารักษาอาการกระสับกระส่าย พฤติกรรมก้าวร้าว หรืออารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เป็นต้น โดยยาเหล่านี้มักส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพมากขึ้น ดังนั้น การดูแล ผู้สูงอายุให้สามารถและคงสภาวะการดำเนินโรคไม่ให้ก้าวหน้ามากขึ้นและเกิดผลข้างเคียงน้อยที่สุด (ศิริกุล การดูแลผู้ป่วยโรค, 2558)

ปิ่นมณี สุวรรณโมลี และจิราพร เกศพิชญวัฒนา (2559) ได้กล่าวว่า การกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive Stimulation) เป็นวิธีการหนึ่งที่จะทำให้สมองทำงานอย่างมีสมดุลและลดผลกระทบของความเครียดต่อร่างกาย ทำให้ระดับ การทำงานของสมองส่วนคอร์เท็กซ์สูงขึ้น และสามารถควบคุมและขัดความเครียดลงได้ นอกจากนี้ยังทำให้สภาพจิตใจพร้อม ที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ มีความจำดี และมีอารมณ์ขัน

การผ่อนคลายทางจิตใจ ทำให้มีสมาธิในการเรียนรู้ การทำงานและมีความคิดเชิงบวกมากขึ้นส่งผลให้เนื้อเยื่อสีเทา (Gray Matter) หนาตัวขึ้น ทำให้เซลล์สมองเพิ่มขึ้นโดยเรียกปรากฏการณ์นี้ว่า Neuroplasticity หรือความยืดหยุ่นของสมอง การผ่อนคลายทางจิตใจทำให้เกิดการพัฒนาประสาทไปในทางที่ดี สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ เป็นการผ่อนคลาย ความเครียดพร้อมกับพัฒนาจิตใจให้สงบนิ่ง

การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ เนื่องจากอาหารเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการทำงานของสมอง เพราะสมองของคนเราใช้พลังงานมหาศาล คือ ประมาณร้อยละ 20 ของพลังงานทั้งหมดที่ร่างกายต้องการ การเลือกรับประทานอาหารที่มีสารอาหารบำรุงสมองอย่างเหมาะสมจะทำให้สุขภาพของสมองเจริญเติบโตแข็งแรง สามารถทำงานได้ตามหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สารอาหารบำรุงสมองมีหลายชนิดด้วยกัน ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต กรดไขมัน กรดอะมิโน วิตามินต่าง ๆ แร่ธาตุ โอมEGA 3 เลซิติน เป็นต้น

การดื่มน้ำให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เนื่องจากน้ำดื่มเป็นปัจจัยหนึ่งในการดำรงชีวิตมนุษย์ เพราะในร่างกายของคนเรานั้นน้ำเป็นส่วนประกอบร้อยละ 70 ร่างกายจึงต้องใช้น้ำอย่างต่อเนื่อง เพราะน้ำเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับกระบวนการทางชีววิทยา ปฏิกริยาทางเคมี และน้ำก็เป็นส่วนประกอบสำคัญของเลือดในการลำเลียงออกซิเจนไปให้เซลล์ทุกเซลล์ของร่างกาย โดยเฉพาะนำออกซิเจน แร่ธาตุ และกลูโคสสู่สมองช่วยให้สมองทำงานดีขึ้น ช่วยพัฒนาความจำ และช่วยลดความเครียด

การได้รับอากาศที่บริสุทธิ์ เนื่องจากอากาศเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเผาผลาญพลังงาน เมื่อสมองได้รับอากาศบริสุทธิ์ สมองจะสดชื่น แจ่มใส คิดได้คล่อง จากการวิจัยพบว่าปริมาณออกซิเจนมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อโครงสร้างการทำงานของสมองส่วนซีรีเบลลัม ทั้งยังมีผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงปริมาณสารเคมีในสมอง ถ้าสมองไม่ได้รับอากาศอย่างเพียงพอจะทำให้เซลล์บางส่วนตาย และทำให้เกิดความผิดปกติในลักษณะของการสูญเสียความทรงจำ ความสามารถในการคิดและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง

สรุปผล

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ในผู้สูงอายุทุกคน ซึ่งเป็นความผิดปกติของสมองที่ไม่มีผลกระทบถึงการปฏิบัติภารกิจในชีวิตประจำวัน ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาหรือการฟื้นฟูสมอง จะสามารถพัฒนาไปเป็นโรคอัลไซเมอร์ หรือสมองเสื่อมได้ ดังนั้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการชะลอความเสื่อมถอยโดยการฟื้นฟูสมรรถภาพของสมองด้านความจำ จะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องคงความสามารถในการดูแลตนเองให้มากที่สุด และป้องกันไม่ให้ป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์หรือโรคสมองเสื่อม และการรักษาที่ไม่ใช่วิธีนั้น มีหลายวิธีด้วยกัน เช่น การฝึกจำ การฝึกการรู้คิด (Cognitive Training) เช่น การกระตุ้นความจำ การฝึกสมาธิ เป็นต้น และการบำบัดด้วยกิจกรรม เช่น การทำกลุ่มบำบัด การออกกำลังกาย (กรวรรณ ยอดไม้, 2560) วิธีเหล่านี้สามารถเลือกใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการทางสมอง ที่ช่วยสร้างความสมดุลให้กับสมองด้วยการลดผลกระทบที่เกิดขึ้น ช่วยกระตุ้นการเชื่อมโยงของเซลล์ประสาทและสมอง ให้เกิดความรู้สึกทางอารมณ์และแรงจูงใจในการเรียนรู้ได้ดีขึ้น จะส่งผลให้สามารถชะลอหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคสมองเสื่อม และจากเนื้อหาในบทความนี้ สามารถนำไปปฏิบัติหรือนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ไม่ให้เกิดโรคหรือชะลอการเกิดโรคสมองเสื่อม จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กรวรรณ ยอดไม้. 2560. บทบาทครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน. *Journal of Public Health Nursing*, 11(1), 189-204.
- จินตนา อาสสันเทียะ และรัชณีย์ ป้อมทอง. (2561). แนวโน้มการดูแลผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21: ความท้าทายในการพยาบาล. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(1), 39-46.
- ชัชวาล วงศ์สารี และศุภลักษณ์ พันทอง. (2561). ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ: การพยาบาลและการดูแลญาติผู้ดูแล. *HCU Journal*, 22(43-44), 166-179.

- ชุดิมา ทอวงวิระ, ณัฐรพี ใจงาม และสุชาดา โทพล. (2562). รูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนเขตตลิ่งชัน กรุงเทพมหานคร. *KKU Research Journal (Graduate Studies)*, 19(3), 96-108.
- เดชา วรณพาทูล. (2560). การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมสำหรับเพิ่มความจำระยะสั้นในผู้สูงอายุ: การศึกษา ศักยภาพ สมองสัมพันธ์กับเหตุการณ์. *Journal of Rajanagarindra*, 13(30), 51-61.
- คุณวิ อุดมอิทธิพงศ์, พิษญา ชาญนคร, ธิติมา ณรงค์ศักดิ์ และนาพิศณิมนาคบุญ. (2564). การกระตุ้นการรู้คิดสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 15(1), 62-83.
- ดาราวรรณ รองเมือง, ฉันทนา นาคฉัตรีย์, จีราพร ทองดี และจิตติยา สมบัติบุรณ์. (2561). อุบัติการณ์ของการหกล้ม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 27(suppl. 1), 123-138.
- ทัศนีย์ กาศทิพย์, สุปริดา มั่นคง และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2562). ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง. *Thai Journal of Nursing Council*, 34(1), 104-121.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2556). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น.
- ปิยะกร ไพรสนธิ์ และพรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย. *Thai Journal of Nursing Council*, 32(1), 64-80.
- ปิ่นมณี สุวรรณโมลี และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2559). ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อความจำของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการรู้คิดบกพร่อง. *Journal of the Police Nurses*, 8(2), 45-57.
- พัฒน์ พงษ์วิจิตร. (2555). *เทคนิคพัฒนาสมองเพิ่มพลังความจำ*. กรุงเทพฯ: ไพลิน บุ๊คเน็ต.
- ภิญากร โตญาติมาก, เกศรินทร์ อุทริยะประสิทธิ์, วลัยลดา ฉันทเรืองวนิชย์ และบรรพต สิทธินามสุวรรณ. (2562). ปัจจัยทำนายความบกพร่องด้านการรู้คิดในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเนื้องอกสมอง. *Thai Journal of Nursing Council*, 34(4), 64-79.
- มุกดา หนูศรี. (2559). การป้องกันโรคสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 8(1), 227-240.
- วลี รัตนวัตร, ดาชาพูน นาคะวีโร, และภัทรพร วิสาจันทร์. (2561). ความชุกของภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยในบุคลากรโรงพยาบาลช่วงวัยก่อนเกษียณ. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 63(1), 55-64.
- ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์. (2558). ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการพยาบาล: บทบาทที่ทำนายของ พยาบาล. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 25(1), 1-12.
- สมฤดี ชุมแก้ว, วิไลวรรณ สีนัย และวิดาพรรณ จำปา. (2563). ผลของโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิดต่อความสามารถในการรู้คิดในผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 14(1), 23-38.
- สาวิตรี จิระยา, ภารภัทร เฮงอุดมทรัพย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และเวทิส ประทุมศรี. (2562). ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความจำในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 26(2), 30-39.
- Dementia Australia. (2021). *WHAT IS DEMENTIA?*. Retrieved April 17, 2021, from https://www.dementia.org.au/sites/default/files/helpsheets/Helpsheet-AboutDementia01-WhatIsDementia_thai.pdf
- Gao, Y., Huang, C., Zhao, K., Ma, L., Qiu, X., Zhang, L., and 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.

- Kontaxopoulou, D., Fragkiadaki, S., Beratis, I. N., Pavlou, D., Yannis, G., Papanicolaou, A. C. and Papageorgiou, S. G. (2016). Incidental and intentional memory performance in depression and amnesic mild cognitive impairment. *Neuropsychologia*, 43(5), 675-681.
- Langa, K. M. and 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. and Marano, C. M. (2013). Depression in cognitive impairment. *Current Psychiatry Reports*, 15(9), 1-8.
- 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. and Kawashima, R. (2007). Cognitive rehabilitation--the learning therapy for the senile dementia. *Brain and Nerve= Shinkei kenkyu no shinpo*, 59(4), 357-365.
- Senanarong, V., Hamphadungkit, K., Pongvarin, N., Vannasaeng, S., Chongwisal, S., Chakorn, T. and Udompuntharak, S. (2013). The dementia and disability project in Thai elderly: rational, design, methodology and early results. *BMC Neurology*, 13(1), 1-11.
- Subindee, S. and 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. and 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), 11-19.
- United Nations. (2015). *World Population Ageing*. New York: United Nations.
- Ward, A., Arrighi, H. M., Michels, S. and Cedarbaum, J. M. (2012). Mild cognitive impairment: disparity of incidence and prevalence estimates. *Alzheimer's & Dementia*, 8(1), 14-21.
- World Health Organization. (2016). Mental health and older adults. Retrieved November 14, 2016, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/> Updated April 2016.