



ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

สาวิตรี จีระยา*, ปาริชาติ ปัญญา**, พนิดา ชัยวัง*, พัชรารวรรณ แก้วกันทะ***

บทคัดย่อ

ประเทศไทยเป็นประเทศที่ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว โดยมีสัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 20.99 ของประชากรไทยทั่วประเทศ ส่งผลให้ปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ได้รับความสนใจเพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นภาวะที่อาจนำไปสู่สมองเสื่อมหากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งการเกิดความเครียดจะเพิ่มความเสี่ยงของความบกพร่องทางสติปัญญาและภาวะสมองเสื่อม จากความสามารถทางสมองที่เสื่อมลง ทั้งด้านความจำ ด้านการใช้เหตุผล การวางแผน หรือการแก้ไขปัญหา สมารถจัดจำแนกได้เป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านภาษา ด้านการรับรู้ทางสายตา ซึ่งความเครียดยังเพิ่มความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล งานวิจัยหลายฉบับรายงานว่าความเครียดมีบทบาทสำคัญต่อการเสื่อมของสมอง โดยเฉพาะระดับคอร์ติซอลที่สูงจากความเครียดเรื้อรัง ซึ่งส่งผลกระทบต่อสมองส่วนฮิปโปแคมปัสที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับ ความจำและการเรียนรู้ รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องมักใช้รูปแบบการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม เช่น การหลีกเลี่ยงหรือระบายอารมณ์มากกว่าการเผชิญปัญหาโดยตรง เป็นต้น ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศหญิง การเป็นหม้าย และการมีโรคเรื้อรัง 2) ปัจจัยทางสรีรวิทยา ได้แก่ คอร์ติซอลในระดับสูงจากความเครียดเรื้อรัง 3) สภาพจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ ความวิตกกังวลจากการสูญเสีย 4) การถูกตีตราทางสังคมเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และ 5) การได้รับสารหรือยาที่มีผลต่อจิตประสาท ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้การรู้คิดบกพร่องดำเนินไปอย่างรวดเร็ว บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่อง รวมถึงบทบาทของพยาบาลในการประเมิน ส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถรับมือกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยชะลอการเสื่อมของสมองและส่งเสริมคุณภาพชีวิตในระยะยาว

คำสำคัญ: ความเครียด การเผชิญความเครียด ผู้สูงอายุ การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

* อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

** อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

** Corresponding author; email: parichat.panya@crc.ac.th

วันที่รับบทความ 26 มิถุนายน 2568 วันที่แก้ไขบทความ 30 กรกฎาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 26 สิงหาคม 2568



Stress and Coping in Older persons with Mild Cognitive Impairment

Sawitri Jeeraya*, Parichat Panya**, Panida Chaiwang*, Patcharawan Kaewkanta***

Abstract

Thailand is rapidly transitioning into an aging society, with individuals aged 60 years and above accounting for 20.99% of the total population. This has resulted in increased attention to health problems, particularly Mild Cognitive Impairment (MCI), which can progress to dementia if not properly managed. Stress has been identified as a factor that increases the risk of cognitive decline and dementia, due to the decline in cognitive functions, including memory, reasoning, planning, problem-solving, attention (such as being very easily distracted), language, and visual depth perception. Numerous studies have indicated that stress plays a significant role in the deterioration of brain function, especially through elevated cortisol levels that affect the hippocampus, which is associated with memory and learning. Furthermore, older persons with Mild Cognitive Impairment often exhibit maladaptive coping strategies, such as avoidance or emotional venting, rather than problem-focused coping. The factors associated with stress and coping among older persons with mild cognitive impairment consist of 5 factors: 1) personal factors (e.g., female gender, widowhood, chronic diseases), 2) physiological factors (e.g., high cortisol levels from chronic stress), 3) psychological and emotional factors (e.g., anxiety from loss), 4) social stigma associated with dementia, and 5) the use of psychoactive substances or medications. These factors collectively accelerate the progression of cognitive decline. This article aims to present content on stress and coping, along with related factors in older persons with mild cognitive impairment. the role of nurses in assessing, promoting, and supporting effective stress coping among the older persons can help delay cognitive decline and improve long-term quality of life.

Keywords: Stress, Coping; Older persons, Mild Cognitive Impairment

* Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

** Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

** Corresponding author; email: parichat.panya@crc.ac.th

Received 26 June 2025; Revised 30 July 2025; Accepted 26 August 2025



บทนำ

สถานการณ์การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) ซึ่งหมายถึงประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนถึงร้อยละ 20.99¹ การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรศาสตร์ดังกล่าวนำมาสู่ความท้าทายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และการรู้คิด โดยเฉพาะปัญหาความเสื่อมของระบบประสาทส่วนกลางและสมองที่ส่งผลต่อความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ หนึ่งในภาวะที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ คือการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment [MCI]) ในต่างประเทศพบผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ที่มีการรู้คิดบกพร่องถึงร้อยละ 15-20² สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาพบว่ามีความชุกอยู่ที่ร้อยละ 18.6-71.4³ ซึ่งการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเป็นระยะเปลี่ยนผ่านระหว่างภาวะหลงลืมตามวัยกับภาวะสมองเสื่อม และมีความเสี่ยงสูงต่อการนำไปสู่โรคอัลไซเมอร์หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม⁴

การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) เป็นความผิดปกติที่อยู่ระหว่างภาวะสมองเสื่อมกับการหลงลืมตามปกติของผู้สูงอายุ โดยสมองมีการสูญเสียเซลล์ประสาททำให้การทำงานถดถอย โดยความเสื่อมถอยนี้จะดำเนินไปอย่างช้า ๆ ซึ่งจะสามารถสังเกตเห็นความผิดปกติได้เมื่อเซลล์ประสาทในสมองที่มีบทบาทสำคัญในการจดจำข้อมูลต่าง ๆ ถูกทำลายลง ดังนั้นอาการสำคัญของผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจะเกี่ยวข้องกับ ความจำ⁴ ความจำที่ลดลงก่อให้เกิดความความยากลำบากทำให้รู้สึกกังวลเกี่ยวกับอนาคตและการสูญเสียความสามารถ มีการถูกลดความสำคัญลง อีกทั้งยังเกิดความอับอายจากภาวะสูญเสียความจำ เพื่อหลีกเลี่ยงความอับอายและความหงุดหงิดเมื่อมีความบกพร่องด้านความจำ จึงมีรูปแบบการเผชิญความเครียด ส่วนใหญ่จะมุ่งไปที่การจัดการกับความหมายของปัญหา หรือการจัดการกับอารมณ์มากกว่ามุ่งจัดการกับปัญหาโดยตรง และใช้การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่พวกเขาคิดว่าไม่สามารถรับมือได้ และการแยกตัวออกจากสังคม ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจึงต้องการเผชิญความเครียดทั้งความเสื่อมถอยด้านการร่างกาย จิตใจ และสังคม⁵

ปัจจุบันมีหลักฐานทางวิชาการจำนวนมากที่ชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดกับการทำงานของสมองในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ซึ่งพบว่าฮอร์โมนความเครียดที่เพิ่มสูงขึ้นสามารถส่งผลต่อสมองส่วนฮิปโปแคมปัส ซึ่งเป็นศูนย์กลางด้านความจำและการเรียนรู้ ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมองลดลง และอาจเร่งให้การรู้คิดบกพร่องรุนแรงขึ้นจนไปเป็นภาวะสมองเสื่อมได้เร็วยิ่งขึ้น อีกทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะดังกล่าวมักใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม เช่น การหลีกเลี่ยงหรือระบายนอารมณ์ มากกว่าการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้การจัดการกับความเครียดในชีวิตประจำวันไม่เพียงพอและกลายเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความเสื่อมทางความคิดเร็วขึ้น⁵



จากข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการทำความเข้าใจกลไกของความเครียดและการเผชิญความเครียด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่อง เพื่อวางแผนทางการส่งเสริมสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตในระยะยาว โดยเฉพาะบทบาทของพยาบาลในการเฝ้าระวัง ประเมินภาวะความเครียด และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ไม่เพียงแต่จะช่วยชะลอการเสื่อมของสมอง แต่ยังช่วยส่งเสริมการมีสุขภาวะทางจิตใจที่ดีในผู้สูงอายุอีกด้วย บทความฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย โดยเน้นการสังเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาแนวทางการดูแลเชิงรุกและบูรณาการ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต

ความเครียดและการเผชิญความเครียด

ความเครียดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าทางด้านร่างกาย จิตใจ ความคิด และพฤติกรรม ในภาวะที่กดดัน คุกคาม บีบคั้น เกิดความเสียสมดุลในการดำเนินชีวิต ถ้าบุคคลนั้นสามารถปรับตัวและมีความพึงพอใจ จะเกิดความสมดุลทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดมีลักษณะที่แตกต่างกันไปตามแนวคิดของนักทฤษฎี

1. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด

แนวคิดของความเครียดตามมุมมองของนักทฤษฎี มีรายละเอียดดังนี้

1.1 Lazarus and Folkman⁷ กล่าวถึงความเครียด (stress) การประเมินตัดสินใจ (appraisal) และการเผชิญความเครียด (coping) โดยบุคคลประเมินเหตุการณ์ว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตน ที่ต้องใช้ความพยายามในการปรับตัว ซึ่งเหตุการณ์นั้นจะก่อให้เกิดความเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการ (demands) กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (resources) ของบุคคลนั้น ซึ่งการประเมินการตัดสินใจ (cognitive appraisal) เป็นกระบวนการพิจารณาความสำคัญของเหตุการณ์นั้น แบ่งเป็น 3 ลำดับ ดังนี้

1.1.1 การประเมินเหตุการณ์ลำดับปฐมภูมิ (primary appraisal) ประเมินความสำคัญและความรุนแรงของสถานการณ์ที่เข้ามากระทบต่อความผาสุกของบุคคลอย่างไร ซึ่งแบ่งได้ 3 ประเภท คือ ไม่มีกระทบต่อความผาสุก (irrelevant) ให้ประโยชน์แก่ตนเอง (benign positive) และก่อให้เกิดความเครียด (stressful) ได้แก่ เป็นอันตรายหรือสูญเสีย คุกคาม หรือทำลาย

1.1.2 การประเมินเหตุการณ์ลำดับทุติยภูมิ (secondary appraisal) ประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกในการจัดการเหตุการณ์นั้น ๆ มีการประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ ความเครียดชนิดใด รุนแรงมากน้อยแค่ไหน ขึ้นอยู่กับ 2 ปัจจัย คือ ปัจจัย



สถานการณ์เฉพาะหน้า (situational factors) ได้แก่ ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (severity) ลักษณะของเหตุการณ์นั้นไม่สามารถคาดเดาได้ (unexpectedness) และความไม่แน่นอนในเหตุการณ์ (uncertainness) และปัจจัยทางด้านตัวบุคคล (personal factors) ได้แก่ ข้อผูกพัน (commitment) และความเชื่อ (belief)

1.1.3 การประเมินซ้ำ (reappraisal) เป็นการเปลี่ยนแปลงการประเมินของบุคคล เมื่อได้รับข้อมูลเข้ามาใหม่ ซึ่งการประเมินซ้ำนี้เกิดขึ้นตลอดเวลาขณะที่ดำเนินกระบวนการเผชิญความเครียด บุคคลจะประเมินสถานการณ์และผลลัพธ์ของการรับมือกับปัญหาใหม่อีกครั้งอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับเปลี่ยนวิธีการเผชิญความเครียดให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

กระบวนการทั้ง 3 ลำดับนี้ทำงานร่วมกันเป็นวงจรต่อเนื่อง ทำให้การตอบสนองต่อความเครียดของแต่ละคนมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับวิธีการประเมินและทรัพยากรที่มีอยู่

1.2 Selye⁸ กล่าวถึงความเครียดเป็นการตอบสนองของร่างกายเมื่อได้รับการคุกคาม โดยสิ่งคุกคามหรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด (stressors) ทำให้สมดุลของร่างกายเปลี่ยนแปลง มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ และเมื่อร่างกายถูกคุกคามจะมีการตอบสนองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและชีวเคมีของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมต่าง ๆ นี้ เรียกว่า การปรับตัว เพื่อให้ร่างกายปรับเข้าสู่สมดุล เรียกว่า General Adaptation Syndrome (GAS) สามารถแบ่งออกได้ เป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเตือน (alarm stage) ร่างกายจะเตรียมพร้อมสำหรับจัดการกับอันตรายแบบอัตโนมัติ เกิดอาการที่เรียกว่า สู้ หรือหนี (fight or flight) ซึ่งควบคุมด้วยฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อและระบบประสาท เช่น Adrenocorticotrophic (ACTH), Antidiuretic Hormone (ADH), Epinephrine และ Norepinephrine ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจสูงขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น ผิวหนังซีดเย็น เกิดแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ ท้องอืด เบื่ออาหาร อาหารไม่ย่อย และนอนไม่หลับ เป็นต้น 2) ระยะต่อต้าน (resistance stage) เป็นระยะที่บุคคลพยายามใช้กลวิธีต่าง ๆ เพื่อปรับตัวต่อสิ่งคุกคามเพื่อให้ร่างกายอยู่ในภาวะสมดุล และ 3) ระยะหมดกำลัง (exhaustion stage) เป็นระยะที่ร่างกายได้มีการตอบสนองต่อสิ่งคุกคามจนสุดความสามารถ ไม่สามารถตอบสนองได้อีกต่อไป ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติ ความดันโลหิตต่ำ และอ่อนเพลีย เป็นต้น ถ้าร่างกายอยู่ภายใต้ภาวะความเครียดเป็นเวลานาน ในขั้นตอนที่ 2 ร่างกายไม่สามารถรักษาภาวะสมดุลได้ ระบบต่างๆ ในร่างกายจะทำงานหนักอาจทำให้เกิดการเจ็บป่วยหรือมีการพัฒนาไปสู่โรคซึมเศร้าได้

1.3 กรมสุขภาพจิต⁶ กล่าวว่า ความเครียดเป็นการที่ร่างกายและจิตใจ เกิดการตื่นตัวเตรียมรับกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งซึ่งเกินความสามารถของเรที่จะแก้ไขได้ ทำให้รู้สึกหนักใจเป็นทุกข์ และเกิดอาการผิดปกติทางร่างกายและพฤติกรรม สาเหตุสำคัญของการเกิดความเครียด คือ 1) สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น ปัญหาการเงิน ปัญหาการงานปัญหาครอบครัว ปัญหาการเรียน

ปัญหาสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ ปัญหาการติด ปัญหาความทุกข์ ปัญหาความรัก และปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล เป็นต้น และ 2) การคิดและการประเมินสถานการณ์ของบุคคล ซึ่งคนที่รู้สึกว่าตัวเองมีคนคอยให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา เช่น มีคู่สมรส มีพ่อแม่ ญาติ พี่น้อง มีเพื่อนสนิทที่รักใคร่และไว้วางใจกันได้ ก็จะมี ความเครียดน้อยกว่าคนที่อยู่โดดเดี่ยวตามลำพัง

1.4 Chu et al.⁹ กล่าวว่าความเครียดเป็นการที่ร่างกายหรือทางจิตใจตอบสนองต่อตัวที่ก่อให้เกิดความเครียด (stressors) กระตุ้นแกน Hypothalamic-Pituitary-Adrenal (HPA) และระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous systems) และมีการหลั่ง Cortisol ที่กระตุ้นให้มีการหลั่ง Catecholamine ยับยั้งอินซูลิน การดึงพลังงานสำรองมาใช้ผ่านกระบวนการสร้างกลูโคส (gluconeogenesis) และสลายไกลโคเจน (glycogenolysis) การยับยั้งการตอบสนองของภูมิคุ้มกันต่อการอักเสบ และการรักษาบาดแผลที่ล่าช้า และฮอร์โมน Aldosterone ที่ควบคุมความดันโลหิตด้วยการกักเก็บโซเดียมและน้ำ

การตอบสนองต่อความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์กับสมอง โดยเฉพาะกลไกของระบบประสาทที่รับผิดชอบในการกระตุ้นปฏิกิริยากับความเครียด ได้แก่ Locus coeruleus, Limbic system, and Hypothalamic ให้มีการหลั่ง Adrenaline และ Serotonin และสมองส่วน Locus coeruleus, Hippocampus, Septal-hippocampal-amygdaloid complexes, and Anterior and posterior hypothalamic nuclei ทำหน้าที่สำคัญในการตอบสนองของอวัยวะภายในร่างกายต่อสิ่งเร้าทางอารมณ์ สมองส่วน Amygdala มีบทบาทสำคัญในการประมวลผลด้านอารมณ์ของความเครียดและการตอบสนองต่อความกลัว สมองส่วน Hippocampus มีความสำคัญต่อการสร้างความจำ ควบคุมการตอบสนองต่อความเครียดโดยให้ข้อมูลป้อนกลับเชิงลบต่อ Hypothalamus ที่ควบคุมการหลั่ง Cortisol สมองส่วน Prefrontal cortex ซึ่งเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการ (executive functions) เช่น การตัดสินใจ (decision-making) และการควบคุมแรงกระตุ้น (impulse control) ควบคุมการตอบสนองต่อความเครียดผ่านการยับยั้ง Amygdala และ Hypothalamus ถ้ามีการทำงานผิดปกติของศูนย์สมองเหล่านี้จะเกี่ยวข้องกับความผิดปกติที่เกี่ยวกับความเครียด เช่น ความวิตกกังวล (anxiety) ภาวะซึมเศร้า (depression) และ โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Post-Traumatic Stress Disorder [PTSD])

ในบทความนี้แนวคิดเรื่องความเครียดถูกอธิบายจากหลายมุมมองทั้งด้านจิตวิทยาและสรีรวิทยา โดยแนวคิดของ Lazarus and Folkman ที่มองว่าความเครียดเป็นกระบวนการทางความคิดที่ซับซ้อนซึ่งขึ้นอยู่กับประเมินของแต่ละบุคคลว่าเหตุการณ์นั้นเป็นอันตรายหรือท้าทายหรือไม่และการเลือกวิธีการรับมือ นอกจากนี้แนวคิดของกรมสุขภาพจิตชี้ให้เห็นว่าความเครียดมีสาเหตุจากปัญหาในชีวิตและการประเมินสถานการณ์ของแต่ละคน ซึ่งมุมมองทางสรีรวิทยาตามแนวคิดของ Selye ได้นำเสนอทฤษฎี General Adaptation Syndrome (GAS) ที่อธิบายการ



ตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งคุกคามใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตือน ระยะต่อต้าน และระยะหมดกำลัง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Chu et al. กล่าวถึงกลไกทางประสาทวิทยาโดยระบุว่าความเครียดจะกระตุ้นแกน HPA axis และระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมน Cortisol และมีผลต่อการทำงานของสมองส่วนสำคัญที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์และความจำ เช่น Amygdala และ Hippocampus ซึ่งหากระบบเหล่านี้ทำงานผิดปกติเป็นเวลานาน อาจนำไปสู่ภาวะวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าได้

2. แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด

บุคคลเกิดความเครียดจากการเผชิญกับปัญหาหรือถูกคุกคาม จะเกิดการเสียสมดุลของร่างกายและจิตใจ บุคคลจึงต้องมีการปรับตัวและแก้ไขปัญหานั้นเพื่อให้ร่างกายและจิตใจกลับสู่สมดุล โดยการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งการแสดงออกเมื่อเผชิญกับสิ่งที่มาคุกคาม เรียกว่า การเผชิญความเครียด (coping) แนวคิดการเผชิญความเครียดตามมุมมองของนักทฤษฎี มีรายละเอียดดังนี้

2.1 Lazarus and Folkman⁷ กล่าวว่า การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการทางความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่ใช้ในการจัดการกับความต้องการของร่างกายทั้งภายนอกและภายในของบุคคล รวมถึงกระบวนการทางจิตหรือกลไกทางจิตที่บุคคลใช้เพื่อรักษาสสมดุลทางจิตใจด้วย โดยรูปแบบการเผชิญความเครียด สามารถแบ่งได้เป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

2.1.1 การเผชิญความเครียดมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused forms of coping) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดให้เป็นไปในทางที่ดี โดยการจัดการที่ตัวปัญหา และมุ่งแก้ไขที่ตัวเอง โดย 1) การแสวงหาข้อมูล (information seeking) เรียนรู้ปัญหาและหาทางออกที่จะจัดการกับปัญหา 2) การวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น (analysed problem) พิจารณาว่าความรุนแรงของปัญหาและมีวิธีการจัดการ 3) การพยายามหาวิธีต่าง ๆ (try out different way) ทดลองแก้ปัญหา 4) การยอมรับความเจ็บป่วย (accept illness) ยอมรับสภาพการเจ็บป่วยที่แท้จริง ซึ่งเป็นต้นเหตุของความไม่สบาย และ 5) การใช้ประสบการณ์ในอดีต (past experience usage) ใช้การแก้ไขปัญหในอดีตที่สำเร็จมาก่อนหรือใช้วิธีการที่คุ้นเคยมาก่อนทำให้เข้าใจถึงวิธีการแก้ปัญหาได้

2.1.2 การเผชิญความเครียดที่มุ่งจัดการกับอารมณ์ (emotional-focused forms of coping) เป็นการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกต่าง ๆ ที่มาจากสถานการณ์ตึงเครียด ไม่ได้มุ่งแก้ปัญหาหรือสาเหตุและนำเอากลไกการป้องกันตัวเอง (defense mechanism) มาใช้ ได้แก่ 1) ประสาทหลอกตัวเอง (repression) ประกอบด้วย การเก็บกด (depression) การกลบเกลื่อน (suppression) การถ่ายเทอารมณ์ (displacement) การกล่าวโทษหรือตำหนิผู้อื่น (projection) และการหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง (rationalization) 2) ประสาททดแทน (substitution) ประกอบด้วย

การหันเหเปลี่ยนความปรารถนาไปเป็นอย่างอื่น (sublimation) การแสดงความต้องการอย่างเปิดเผย (acting out) และการทดแทน (compensation) 3) ประเภทหลีกเลี่ยง (avoidance) ประกอบด้วย การปฏิเสธ (denial) การแยกตัวเอง (self isolation) การถดถอย (regression) และการเพ้อฝัน (fantasy) และ 4) ประเภทยอมรับ (acceptance) ประกอบด้วย การโทษตัวเอง (introjection) ไม่ทำอะไรเลยปล่อยตามยถากรรม (undoing) และการใช้สติปัญญาอย่างมีเหตุผล (intellectualization)⁷

2.1.3 Holaday¹⁰ กล่าวถึงการเผชิญความเครียดว่า เป็นพฤติกรรมที่เปิดเผยและไม่เปิดเผยที่บุคคลใช้จัดการเมื่อเกิดสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและพฤติกรรมนั้นอาจเกิดในระดับจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก ซึ่งกลวิธีเผชิญความเครียดจะทำหน้าที่ 3 ประการ คือ 1) เปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่เป็นปัญหา 2) ควบคุมสถานการณ์ที่เป็นปัญหาก่อนเกิดความเครียด และ 3) ควบคุมความเครียดที่เกิดขึ้น

2.1.4 Pearlin and Schooler¹¹ กล่าวว่า การเผชิญความเครียดเป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกเพื่อปกป้องภาวะจิตที่ถูกรบกวนจากประสบการณ์ทางสังคมที่มีปัญหา ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สำคัญที่ช่วยลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นได้ ซึ่งพฤติกรรมการเผชิญความเครียดประกอบด้วย 3 วิธี คือ 1) การจัดการหรือปรับเปลี่ยนเงื่อนไขที่ก่อให้เกิดปัญหา 2) การควบคุมการรับรู้ถึงธรรมชาติของปัญหาที่เกิดขึ้น และ 3) การควบคุมอารมณ์เมื่อเกิดปัญหา

ความเครียดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางกาย จิตใจ และพฤติกรรมต่อสิ่งเร้าที่กดดันหรือคุกคาม โดยกระบวนการประเมินความรุนแรงของเหตุการณ์และการเผชิญปัญหาเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดระดับความเครียด การตอบสนองทางสรีรวิทยาเกี่ยวข้องกับระบบประสาทและสมองส่วนต่าง ๆ ซึ่งควบคุมอารมณ์และความจำ ซึ่งรูปแบบการเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการทางความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่ใช้ในการจัดการกับความต้องการของตนเพื่อปกป้องภาวะจิตที่ถูกรบกวน โดยมีเป้าหมายเพื่อฟื้นฟูสมดุลทางจิตใจและเพิ่มความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์คุกคาม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเครียดในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยพบว่าสามารถอธิบายด้วยแนวคิดความเครียดของ Lazarus and Folkman และแนวคิดด้านสรีรวิทยาของ Selye และ Chu et al. ซึ่งแตกต่างจากความเครียดในวัยอื่นและผู้สูงอายุโรคอื่นเนื่องจากการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยส่งผลต่อกระบวนการประเมินและการเผชิญความเครียด โดยตรง ทำให้ความสามารถในการแก้ปัญหาลดลง และมีแนวโน้มที่จะใช้การจัดการอารมณ์มากขึ้น ความเครียดในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยนี้ยังสัมพันธ์โดยตรงกับความบกพร่องทางสติปัญญาที่ส่งผลต่อการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะที่ไม่พบในผู้สูงอายุทั่วไปหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ นอกจากนี้การทำงานของสมองที่ผิดปกติในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ยังทำให้เกิดปฏิกิริยาทางสรีรวิทยาต่อความเครียดที่รุนแรงกว่าปกติ และจากงานวิจัยที่



ทบทวนส่วนใหญ่ นิยมใช้แนวคิดของ Lazarus and Folkman ในการอธิบายความซับซ้อนของ ความเครียดและการจัดการความเครียดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยนี้

ความเครียดในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในวัยนี้ซึ่งเป็นวัยที่ร่างกายเกิดเสื่อมถอยทุกระบบโดยเฉพาะระบบประสาทและสมอง การบกพร่องทางการรู้คิดเล็กน้อยนั้นเป็นการเปลี่ยนแปลงของสมองที่อยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านจากการหลั่งตามปกติกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ⁷ การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเป็นภาวะที่เจอได้บ่อยมากในผู้สูงอายุ และเป็นภาวะที่เพิ่มโอกาสที่จะเป็นภาวะสมองเสื่อมได้ในอนาคต มีรายงานว่าผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจะมีการดำเนินโรคลง กลายเป็นโรคอัลไซเมอร์ อยู่ทีร้อยละ 6-15 ต่อปี³ การเสื่อมของสมองส่วน Hippocampus ทำหน้าที่ เกี่ยวข้องกับการรวบรวมความจำและการตัดสินใจ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความบกพร่องด้านความจำอีก ทั้งสมองส่วนนี้ทำหน้าที่ควบคุมการหลั่ง Cortisol ในการตอบสนองต่อความเครียดที่ทำให้ผู้สูงอายุ เกิดความเครียดได้⁹ โดยเฉพาะความเครียดเรื้อรัง ที่อาจทำให้ Hippocampus ได้รับความเสียหาย ทางโครงสร้าง ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของสมองด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุที่ Cortisol อาจส่งผลเสียต่อ ระบบประสาทในระยะยาว แต่อาจเพิ่มให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้บกพร่องยิ่งขึ้น จึงเห็นได้ว่าความเครียด เรื้อรังจะส่งผลเสียต่อความจำ¹²

การลดความเครียดด้วยการผ่อนคลายทางจิตใจ ทำให้มีสมาธิในการเรียนรู้ การทำงาน และมีความคิดเชิงบวกมากขึ้นส่งผลให้เนื้อเยื่อสีเทา (gray matter) หนาตัวขึ้น ทำให้เซลล์สมอง เพิ่มขึ้นโดยเรียกปรากฏการณ์นี้ว่า Neuroplasticity หรือความยืดหยุ่นของสมอง การผ่อนคลายทาง จิตใจทำให้เกิดการพัฒนาาระบบประสาทไปในทางที่ดี สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้และเป็นการ ผ่อนคลายความเครียด⁷ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยสามารถรับมือกับปัญหาได้อย่างมี สมาธิและมีทัศนคติเชิงบวกมากขึ้น ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการชะลอความเสื่อมถอยของการรู้คิดใน ระยะยาว

การเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเป็นระยะเริ่มแรกของโรคสมองเสื่อม จะซึ่งจะส่งผลต่อความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ซึ่งใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ หลากหลายไม่ต่างจากผู้สูงอายุทั่วไป แต่ความสามารถทางสมองที่เสื่อมลง ทั้งด้านความจำ (memory) ด้านการใช้เหตุผล การวางแผน หรือการแก้ไขปัญหา (reasoning, planning or problem-solving) ด้านสมาธิจดจ่อ (attention) เช่น เสียสมาธิได้ง่าย (being very easily distracted) ด้านภาษา (language) ด้านการรับรู้ทางสายตา (visual depth perception)¹³ ทำให้



ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยต้องเผชิญปัญหาเหล่านี้ และมักจะเสี่ยงที่เผชิญกับปัญหาโดยตรง เมื่อความเสื่อมของสมองเพิ่มความรุนแรงขึ้น ผู้สูงอายุจึงเลือกใช้วิธีการจัดการกับความเครียดด้านมุ่งเน้นอารมณ์ และการบรรเทาความเครียดมากยิ่งขึ้น¹⁴

จากการศึกษาของ Anderson⁵ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเกิดความยากลำบากกับความจำที่ลดลงจากการแก่ชรา มีความกังวลเกี่ยวกับอนาคตและการสูญเสียความสามารถ มีการถูกลดความสำคัญลง อีกทั้งยังเกิดความอับอายจากภาวะสูญเสียความจำ เพื่อหลีกเลี่ยงความอับอายและความหงุดหงิดเมื่อมีความบกพร่องด้านความจำ จึงมีรูปแบบการเผชิญความเครียด ส่วนใหญ่จะมุ่งไปที่การจัดการกับความหมายของปัญหาหรือการจัดการกับอารมณ์มากกว่ามุ่งจัดการกับปัญหาโดยตรง และใช้การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่พวกเขาคิดว่าไม่สามารถรับมือได้ และการแยกตัวออกจากสังคม

ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยต้องการเผชิญความเครียดทั้งความเสื่อมถอยด้านการร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจึงควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของอาการ การดำเนินโรค อาการร่วม การระบุสาเหตุ ผลกระทบทางสังคม การรักษาที่มีอยู่ และการตรวจรักษาเพิ่มเติม รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและการเผชิญความเครียด

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุ แต่การศึกษาในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยมีจำนวนการศึกษาค่อนข้างจำกัด ดังนั้นในบทความนี้ขอเสนอปัจจัยที่น่าจะมีผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ เพื่อให้ครอบคลุมปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าในผู้สูงอายุเพศหญิงพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย 2 เท่าและมีอัตราความรุนแรงของการสูญเสียภาวะบกพร่องทางสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเป็นหม้ายจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว ไร้คู่คิด ขาดที่ปรึกษา ขาดคนดูแลเอาใจใส่ทำให้เกิดความเหงา ว้าเหว่ ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าได้ ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยทางกาย ที่มีโรคร่วมหลาย ๆ โรคมีความสัมพันธ์ทางจิตใจกับผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล¹³

2. ปัจจัยทางสรีรวิทยา (physiological factors) แม้ว่าการศึกษายังขาดข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยทางสรีรวิทยา แต่ในทางทฤษฎีความเครียดอาจส่งผลเชิงลบต่อการรู้คิด ที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทต่อมไร้ท่อ และระบบภูมิคุ้มกัน ในระบบประสาทต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine pathway) ถ้ามีระดับคอร์ติซอล (cortisol) ที่สูงขึ้นเป็นเวลานาน ซึ่งเป็นการ



ตอบสนองของแกน Hypothalamic-Pituitary-Adrenal (HPA) ต่อความเครียดเรื้อรัง อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อความเครียดที่ทำให้การรู้คิดของผู้สูงอายุลดลง ซึ่งการตอบสนองนี้สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างและการทำงานของสมองในส่วน Prefrontal cortex, Hippocampus และ Amygdala โดยเฉพาะ Hippocampus เป็นโครงสร้างสำคัญในสมองที่เกี่ยวข้องกับความจำและถือเป็นจุดเริ่มต้นของโรคอัลไซเมอร์ และความเครียดยังอาจเพิ่มการผลิตไซโตไคน์ที่ก่อให้เกิดการอักเสบ (pro-inflammatory cytokines) ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อความผิดปกติทางจิตและประสาท เช่น ภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมได้¹⁵

3. สภาพจิตใจและอารมณ์ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย อยู่ในช่วงวัยที่มักพบกับการสูญเสีย ทั้งสถานภาพสังคม หน้าที่การงาน สุขภาพที่เสื่อมถอย รวมถึงการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ก่อให้เกิด ภาวะเครียดหรือกลุ้มใจ ผู้สูงอายุจะหมกมุ่นอยู่กับความคิดและความรู้สึกภายในของตน สิ่งเหล่านี้อาจจะรบกวนต่อความจำได้ จะมีผลทำให้ความตั้งใจหรือความสนใจ และสมาธิลดลง¹³

4. การถูกตีตรา (stigma) การตีตราเป็นการกำหนดภาพลักษณ์แบบเหมารวม ทำให้สูญเสียสถานะทางสังคม และถูกเลือกปฏิบัติ ซึ่งการตีตราส่งผลให้เกิดการรับรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมต่อผู้ที่ถูกตีตรา ซึ่งเป็นการลดคุณค่า ทำลายชื่อเสียง และทำลายความเป็นมนุษย์ ซึ่งส่งผลให้ตัวตนของบุคคลนั้นถูกมองในแง่ลบหรือถูกลดคุณค่า ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยที่มีความกลัวและความวิตกกังวลอยู่มากที่ตนเองจะมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อม และได้รับผลกระทบจากการตีตราที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย อาจบั่นทอนความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วย ผลลัพธ์ทางกายภาพและทางประสาทจิตวิทยาเชิงลบที่ลูกหลานซึ่งเกี่ยวข้องกับการรับรู้ถึงการตีตราและการรับรู้ถึงความเครียดซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการเสื่อมถอยทางสติปัญญาอย่างรวดเร็ว¹⁶

5. การได้รับสารที่มีผลต่อจิตประสาท เมื่อผู้สูงอายุได้รับสารหรือยาที่มีผลต่อจิตประสาทแล้ว สารดังกล่าวจะมีผลทำให้การนำสัญญาณประสาทสู่สมองลดลง และระบบกระตุ้น (arousal system) มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าลดลง ทำให้การเปลี่ยนความจำสัมผัสเป็นความจำระยะสั้นได้ไม่มีประสิทธิภาพ ไม่สามารถจำข้อมูลที่ได้รับ เกิดการหลงลืม และเกิดความเครียดได้ ซึ่งยาที่มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย สามารถแบ่งเป็นกลุ่มยา ได้แก่ ยานอนหลับ เช่น Flurazepam, Diazepam, Alprazolam เป็นต้น ยาในกลุ่ม Opioid เช่น Pethidine, Tramadol, Morphine เป็นต้น ยาต้านอาการทางจิต เช่น Clozapine, Chlorpromazine, Risperidone เป็นต้น ยาต้านกลุ่มอาการพาร์กินสัน เช่น Pergolide, Bromocriptine เป็นต้น ยาต้านเศร้า เช่น Amitriptyline, Nortriptyline, Imipramine, Desipramine เป็นต้น ยากันชัก เช่น Phenobarbital, Carbamazepine, Sodium Valproate เป็นต้น ยาโรคหัวใจ เช่น Digoxin, Amiodarone, Timolol,



Methyldopa เป็นต้น ยาในกลุ่ม Corticosteroids ยาปฏิชีวนะ เช่น Penicillin, Fluoroquinolones เป็นต้น ดังนั้นการใช้ยาข้างต้นอาจจะต้องมีความระมัดระวังในการเลือกใช้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การใช้ยาในกลุ่มผู้สูงอายุ³

สรุปปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศหญิง สถานภาพสมรส และโรคเรื้อรัง ปัจจัยทางสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทและฮอร์โมนความเครียดที่ส่งผลต่อโครงสร้างสมองส่วนสำคัญ รวมถึงสภาพจิตใจและอารมณ์ที่ได้รับผลกระทบจากการสูญเสียบทบาทและความสัมพันธ์ทางสังคม นอกจากนี้ การถูกตีตราและการใช้สารหรือยาที่ส่งผลต่อจิตประสาทยังเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมความเครียดและเร่งการเสื่อมของการรู้คิด อย่างไรก็ตามการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยยังมีอยู่อย่างจำกัดและขาดข้อมูลที่ชัดเจน หากมีการศึกษาปัจจัยเหล่านี้อย่างเป็นระบบจะช่วยให้สามารถระบุปัจจัยเสี่ยงที่แท้จริงของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุได้อย่างแม่นยำ และนำไปสู่การพัฒนาแนวทางในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้อย่างทันท่วงที ซึ่งพยาบาลที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีบทบาทสำคัญในการประเมินและส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

บทบาทของพยาบาลในการประเมินและส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

การส่งเสริมสมรรถภาพของสมอง เป็นการเพิ่มสมรรถภาพของสมองด้านรู้คิด ซึ่งเป็นบทบาทหนึ่งที่มีความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเนื่องจากปัญหาด้านความจำอีกทั้งยังมีความสัมพันธ์กับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองให้มากที่สุด จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ตลอดจนช่วยชะลอความเสื่อมของสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจึงมีหน้าที่ทั้งการประเมินความเครียด และส่งเสริมการเผชิญความเครียดร่วมกับส่งเสริมสมรรถภาพของสมองของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การประเมินอาการและอาการแสดงของความเครียดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย พยาบาลสามารถเรียนรู้ที่จะรับรู้สัญญาณทางอารมณ์และทางร่างกายของความเครียดได้จากการสังเกตและสอบถาม ได้แก่ ปวดศีรษะ ปัญหาเรบบ่อยอาหาร หงุดหงิด ใจสั่น การรบกวนการนอนหลับ สมาธิไม่ดี ร้องไห้ และการถอนตัวทางสังคม เป็นต้น ผู้สูงอายุอาจมีอาการเหล่านี้หลายอย่างหรือเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง



ซึ่งผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องจะเกิดความเครียดได้ง่ายจากปัญหาทางด้านความจำที่เป็นภาวะเรื้อรัง ร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงวัยนี้ เช่น โรคเรื้อรัง (chronic illness) ภาระหน้าที่ของผู้ดูแล (caregiving responsibilities) การสูญเสียและความโศกเศร้า (loss and grief) ความเหงาหรือความเบื่อหน่าย (loneliness or boredom) ความกังวลทางการเงิน (financial worries) การเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในชีวิต (major life changes) เช่น การเกษียณอายุ เป็นต้น¹⁷

2. การประเมินอาการผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเนื่องจากพยาบาลมีหน้าที่ดูแลอีกทั้งยังมีประสบการณ์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย ทำให้พยาบาลสามารถประเมินอาการของผู้ป่วยได้ แม้ว่าอาการของผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจะแสดงให้เห็นไม่ชัดเจนเช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม แต่พยาบาลสามารถประเมินอาการได้จากการที่ครอบครัวให้ข้อมูลว่าผู้สูงอายุมีข้อบกพร่องด้านการรู้คิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งด้าน ผู้สูงอายุเองหรือผู้ใกล้ชิดบอกว่า ผู้สูงอายุมีความถดถอยด้านการรู้คิดและ/หรือการปฏิบัติกิจวัตรลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับระดับความสามารถเดิม แต่ยังไม่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะเริ่มมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ยุงยาก ซับซ้อนได้ลดลง เช่น การทำอาหาร การจ่ายบิลต่าง ๆ การจับจ่ายซื้อของ อาจทำได้ช้าลงหรือลืมเป็นบางครั้ง¹⁸ ความผิดปกติด้านการรู้คิดจะได้รับการประเมินและยืนยันจากการตรวจทางคลินิก เช่น ความบกพร่องด้านความจำหรือด้านการรู้คิดอื่น ๆ ซึ่งความบกพร่องเหล่านี้แม้จะไม่มีผลกระทบรุนแรงต่อการดำเนินชีวิตประจำวันโดยรวม และไม่มีอาการที่บ่งชี้ถึงภาวะสมองเสื่อม¹⁹

3. การใช้เครื่องมือในการประเมินระดับความเครียดผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย จากการศึกษาพบว่าสามารถใช้แบบประเมินความเครียดได้หลากหลาย ซึ่งแบบประเมินที่นิยมใช้กับผู้สูงอายุในประเทศไทย คือ แบบประเมินความเครียดสวนปฐ (SPST-20) ซึ่งแบ่งความเครียดออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย (0-23 คะแนน) ระดับปานกลาง (24-41 คะแนน) ระดับสูง (42-61 คะแนน) ระดับรุนแรง (62 คะแนนขึ้นไป)²⁰

4. การใช้เครื่องมือประเมินการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย พยาบาลสามารถประเมิน จากการซักประวัติ และ การทดสอบการรู้คิด โดยเครื่องมือที่ใช้ประเมินการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย เป็นแบบทดสอบที่ นิยมใช้ในประเทศไทย¹⁸ ได้แก่ Thai version of the Mini Mental State Examination (MMSE-Thai 2002) ทดสอบ 6 ด้าน คือ การรับรู้วัน เวลา สถานที่ การจดจำสมาธิ การคำนวณ ความจำระยะสั้น และการใช้ภาษา มีการนำไปใช้แพร่หลายทั่วโลก สามารถปรับใช้ได้กับทั้งผู้รู้หนังสือหรือผู้ไม่รู้หนังสือ Modified IQCODE (Modified Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly) เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบความจำสติปัญญา และความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันในแต่ละสถานการณ์ ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ใช้ถามทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล Montreal Cognitive Assessment (MoCA) เป็นการประเมินความตั้งใจจดจ่อ



สมาธิ การบริหารจัดการ ความจำ ภาษา มิติสัมพันธ์ ความคิดรวบยอด การรับรู้กาลเทศะ บุคคล มีการใช้แพร่หลายในหลายประเทศ มีฉบับ MoCA Basic ที่เป็นภาษาไทยที่ปรับข้อคำถามให้เหมาะกับกลุ่มที่ไม่รู้หนังสือ และ The Thai version of Mini-Cog เป็นแบบทดสอบ 2 ข้อ ถามเพื่อระลึกคำ 3 คำ และวาดรูปนาฬิกา เป็นแบบทดสอบที่สั้นและง่ายในการคัดกรอง มีการใช้แพร่หลายในต่างประเทศ

5. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยทำกิจกรรมที่ชอบ เช่น ปลุกต้นไม้ อ่านหนังสือ²⁰ ผู้สูงอายุสามารถใช้เวลาว่างเพื่อทำประโยชน์ ในขณะที่เดียวกันก็ส่งผลดีต่อผู้ให้ในแง่ทำให้จิตใจเบิกบาน มีความสุขกลับมามีด้วย²¹

6. แนะนำให้ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยออกกำลังกายแบบแอโรบิก และเพิ่มกิจกรรมทางกายให้มากขึ้น ลักษณะการออกกำลังกายที่แนะนำ คือ การออกกำลังกายที่ไม่เน้นความหนักเกินไป แต่เน้นการออกกำลังกายต่อเนื่อง ประมาณ 20-30 นาทีต่อครั้ง อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เช่น การเดินเร็ว การปั่นจักรยาน การเต้นประกอบจังหวะ เป้าหมาย คือ เพื่อให้หัวใจเต้นเป็นจังหวะติดต่อกัน ในระหว่างนั้นต้องมีการหายใจเข้าออกเป็นปกติ เพื่อให้หัวใจทำงานดีและปอดขยายตัว¹⁸ หรือออกกำลังกายเบา ๆ เช่น เดิน โยคะสำหรับผู้สูงอายุ ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หรือการฝึกหายใจเข้าและลึก ส่งเสริมการนวดหรือกิจกรรมที่ช่วยลดอาการตึงเครียดของร่างกาย²⁰

7. ส่งเสริมการฝึกสมาธิ การเจริญสติ และการสวดมนต์ ฟังเพลงเบา ๆ หรือเสียงธรรมชาติที่ผู้สูงอายุชอบ ใช้เทคนิคเตือนความจำประกอบกิจกรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัยและมั่นใจกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกคุณค่าในตนเองจากกิจกรรมที่ทำได้สำเร็จ²⁰ ซึ่งการปฏิบัติธรรม เช่น สวดมนต์เพื่อระลึกถึงพระพุทธ พระธรรม และพระสงฆ์ การถือศีล 5 หรือศีล 8 เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุมักจะปฏิบัติอยู่เป็นประจำ มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ปฏิบัติได้สำรวมกาย วาจา ใจ ฝึกกำหนดรู้ในทุก ๆ อิริยาบทและลมหายใจ ธรรมะจึงเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจความเป็นไปของโลก ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น จึงเกิดความสุขสงบอย่างแท้จริง²¹

ซึ่งการส่งเสริมให้ปฏิบัติตามหลักศาสนาที่ตนเองยึดถือ เช่น การฟังธรรม การทำบุญ ส่งเสริมการยอมรับสภาพชีวิตด้วยทัศนคติเชิงบวก สร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุแสดงออกถึงคุณค่าของตนต่อผู้อื่น เช่น การถ่ายทอดประสบการณ์ชีวิต²⁰ และเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองด้วยกิจกรรมหลากหลาย ต่อเนื่อง และ สม่ำเสมอ เป็นอีกหนึ่งแนวทางในการส่งเสริมและแก้ปัญหา พัฒนาความจำและการฝึกประมวลความคิดให้เร็ว¹⁸

8. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยทำกิจกรรมกลุ่ม เช่น การพูดคุยกลุ่มเล็ก กิจกรรมนันทนาการร่วมกัน สนับสนุนการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับครอบครัว เพื่อนบ้าน และผู้ดูแล สนับสนุนการรับประทานอาหารร่วมกันหรือร่วมกิจกรรมในชุมชน ประสานงานกับอสม. หรือเจ้าหน้าที่ชุมชนในการเยี่ยมบ้านหรือจัดกิจกรรมเยี่ยมเยียน²⁰ โดยกิจกรรมทางสังคมจะทำให้ผู้สูงอายุ



ได้พบปะกับผู้อื่นในวัยใกล้เคียงกัน จึงไม่รู้สึกละโดดเดี่ยว ปรับตัวและยอมรับตัวเองได้ง่ายขึ้น สนับสนุนให้พวกเขามีความนับถือในตัวเอง แนวทางการจัดกิจกรรมสังคมควรจะมีหลากหลายและสามารถแก้ปัญหาของผู้สูงอายุได้ เช่น ช่วยดูแลสุขภาพ ทำให้จิตใจสดชื่น มีความภูมิใจในชีวิต จัดการกับสภาวะอารมณ์ เป็นต้น²¹

9. พยาบาลควรแนะนำให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตบางอย่างที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยและความเครียด เช่น พยายามช่วยเหลือตัวเองมากขึ้น โดยไม่รบกวนลูกหลาน หากสามารถทำกิจกรรมนั้นได้เอง ผึกคิด เล่นเกมส์ ลดหรือเลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ และปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ เป็นต้น¹⁸

10. บทบาทผู้ประสานงาน การป้องกันหรือชะลอการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมและส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุในกลุ่มผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย พยาบาลทำหน้าที่ประสานงานขอความร่วมมือของทีมงานที่มีทั้งผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมอง นักกิจกรรม นักจิตวิทยา และนักวิชาการ จากสถาบันต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย รวมทั้งการศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการฝึกสมองที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย²²

11. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา แนวทางการรักษาผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย สามารถรักษาได้ทั้งวิธีการใช้ยา (pharmacological Approach) และไม่ใช้ยา (non-pharmacological approach) การรักษาด้วยวิธีการใช้ยาส่วนมากผู้สูงอายุจะได้รับยาที่มีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์อะเซทิลโคลีนเอสเตอเรส (acetylcholinesterase inhibitors) ร่วมกับยารักษาพฤติกรรม เช่น ยาลดอาการชัก ยารักษาอาการซึมเศร้า ยารักษาอาการกระสับกระส่าย พฤติกรรมก้าวร้าว หรืออารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เป็นต้น โดยยาเหล่านี้มักส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพมากขึ้น⁴

12. การประเมินผลการดูแล โดยประเมินระดับความเครียดหลังการดำเนินกิจกรรมหรือโปรแกรมส่งเสริม ประเมินความร่วมมือจากครอบครัวในการดูแลและสนับสนุน และติดตามความเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและอารมณ์อย่างต่อเนื่อง เพื่อวางแผนการส่งเสริมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยอย่างต่อเนื่อง²⁰

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยและความเครียด โดยการประเมินความเครียดและการรู้คิดบกพร่องโดยการสังเกตและใช้เครื่องมือประเมิน การส่งเสริมสมรรถภาพสมองผ่านกิจกรรมที่เหมาะสม เช่น การออกกำลังกาย ผึกสมาธิ และกิจกรรมกลุ่ม รวมถึงการสนับสนุนสุขภาพจิตด้วยการส่งเสริมการยอมรับสภาพและการปฏิบัติตามหลักศาสนา นอกจากนี้



พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานกับทีมสุขภาพเพื่อวางแผนการรักษาและติดตามผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อชะลอความเสื่อมและเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) โดยเห็นว่าผู้สูงอายุในกลุ่มนี้มีความเปราะบางต่อความเครียด จากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างสมอง โดยเฉพาะบริเวณฮิปโปแคมปัสซึ่งเกี่ยวข้องกับความจำและการควบคุมฮอโมนความเครียด เช่น คอร์ติซอล ทั้งนี้รูปแบบการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย มักเอนเอียงไปในลักษณะหลีกเลี่ยงหรือจัดการอารมณ์มากกว่าการแก้ปัญหาโดยตรง และมีปัจจัยหลายด้านที่สัมพันธ์กับระดับความเครียด ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล สรีรวิทยา อารมณ์ สังคม และการใช้ยาที่มีผลต่อระบบประสาท ซึ่งล้วนมีอิทธิพลต่อการเสื่อมของการรู้คิดและคุณภาพชีวิตในระยะยาว ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินความเครียดและการส่งเสริมการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการชะลอความเสื่อม ส่งเสริมสุขภาวะจิต และลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Older Persons (DOP). Thai older statistics 77 provinces on May 31, 2025 [Internet]. Bangkok: Department of Older Persons; 2025 [cited 2025 Aug 1]. Available from: https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2572. (in Thai)
2. Alzheimer's Association. 2019 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement*. 2019;15(3):321-87.
3. Anundilokrit P. Mild cognitive impairment or mild neurocognitive disorder. *Reg Health Promot Cent J*. 2023;17(1):381. (in Thai)
4. Bonkhunthod P, Munluan K. Mild cognitive impairment: before getting sick with dementia. *APHEIT J Nurs Health*. 2022;4(1):e2723. (in Thai)
5. Anderson ND. State of the science on mild cognitive impairment (MCI). *CNS Spectr*. 2019;24(1):78-87. doi:10.1017/S1092852918001347.
6. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Stress...relieve stress. Bangkok: Kaew Chao Chom's Print Media Center, Suan Sunandha Rajabhat University; 2025. (in Thai)



7. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
8. Selye H. Selye's guide to stress research. New York: Van Northland Reinhold; 1983.
9. Chu B, Marwaha K, Sanvictores T, Abimbola F. Physiology, stress reaction [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cited 2025 Jul 11]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541120/>
10. Holaday B. Challenges of rearing a chronically ill child: caring and coping. Nurse Clin North Am 1984;19(3):361-96.
11. Pearlin L, Schooler C. The structure of coping. J Health Soc Behav 1978;19(1):2-21. doi:10.2307/2136319.
12. Peavy GM, Salmon DP, Jacobson MW, Hervey A, Gamst AC, Wolfson T, et al. Effects of chronic stress on memory decline in cognitively normal and mildly impaired older adults. Am J Psychiatry 2009;166(12):1384-91. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09040461.
13. Jeeraya S, Hengudomsab P, Vatanasin D, Pratoomsri W. Effects of cognitive stimulation program on perceived memory self-efficacy among older adults with mild cognitive impairment. J Fac Nurs Burapha Univ 2018;26(2):30-39. (in Thai)
14. Leecharoen P, Pothiban L, Trapsinsaree D, Rongsawat O, Nontaput T. Stress and coping in older persons with dementia. South Coll Netw J Nurs Public Health 2021;8(2):288-302. (in Thai)
15. Koyanagi A, Oh H, Vancampfort D, Carvalho AF, Veronese N, Stubbs B, et al. Perceived stress and mild cognitive impairment among 32,715 community-dwelling older adults across six low- and middle-income countries. Gerontology 2019;65(2):155-63. doi: 10.1159/000492177.
16. Warren A. The relationship between perceived stigma and perceived stress in cognitive decline: a survey of persons with mild cognitive impairment and their caregivers. Front Psychol 2023;14:1-18. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1293284.



17. National Council on Aging. Stress and how to reduce it: a guide for older adults [Internet]. Arlington (VA): National Council on Aging; 2025 [cited 2025 Jul 11]. Available from: <https://www.ncoa.org/article/stress-and-how-to-reduce-it-a-guide-for-older-adults/>
18. Tanglakmankhong K. The role of nurses in screening and caring for older adults with mild cognitive impairment in community. J Health Nurs Res 2021;37(1):1-13. (in Thai)
19. Elliott AF, Horgas AL, Marsiske M. Nurses' role in identifying mild cognitive impairment in older adults. Geriatr Nurs 2008;29(1):38-47. doi: 10.1016/j.gerinurse.2007.04.015.
20. Pegthong D, Rakwong D, Seasahet N, Pantusah A, Woradat S, Chaimay B. Health promotion among elderly people in community: stress and stress management approaches. Acad J Community Public Health 2020;6(1):1-11. (in Thai)
21. Department of Health, Ministry of Public Health. Creating mental well-being for the elderly through social activities [Internet]. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2018 Aug 10 [cited 2025 Jul 11]. Available from: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/help-knowledgs/social-activities-for-elders/>. (in Thai)
22. Kuhar A, Phattharapisitkun P, Witayachaks J. Handbook of cognitive training in older persons with mild cognitive impairment for health care personnel. Nonthaburi: Somdej Phra Sangharaja Yanawes Viscount Institute for Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2020. (in Thai)