

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

เทศบาลตำบลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา

อรุณโรจน์ รุ่งเรือง*, พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์**^a

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลสูงเนิน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่เทศบาลตำบลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 211 คน เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนกุมภาพันธ์-เดือนสิงหาคม 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม แบ่งเป็น 6 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป สัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และการประเมินภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัยพบความชุกของภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ร้อยละ 9.0 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือปัจจัยด้านประชากรและสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการมองเห็น ประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและการตรวจสุขภาพ จากผลการศึกษา บุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้กับผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งการคัดกรอง การวางแผนกิจกรรมหรือจัดทำโครงการ เพื่อส่งเสริมด้านการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเบื้องต้นเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : ภาวะสมองเสื่อม; ความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม; ผู้สูงอายุ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, สำนักงานเทศบาลตำบลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา

** รองศาสตราจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

^a Corresponding author : พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์ Email : bhuddhipong.s@nrru.ac.th

รับบทความ: 25 ธ.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 22 ม.ค. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 22 ม.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์ 7 ก.พ. 66

Prevalence and Factors Associated with Risks for Dementia among Elderly in Sungnoen Subdistrict Municipality, Nakhon Ratchasima Province

Aroonrote Roongruang^{*}, Bhuddhipong Satayavongthip^{**a}

Abstract

The purposes of this research were to examine prevalence and factors associated with risks for dementia in elderly, Sungnoen subdistrict municipality, Nakhon Ratchasima province. Sample were 211 elderly persons aged 60 years and over who lived in Sungnoen subdistrict municipality, Nakhon Ratchasima province. Data were collected between February and August of 2021. Research instrument was a questionnaire which was consisted of 6 parts including personal information, family relationships, participations in social activities, health status, health behaviors and the Mini-mental state examination: Thai version 2022. The data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression analysis.

The results showed that prevalence of dementia among this group was 9.0 percent. Factors significantly associated with dementia (at $p < 0.05$) were gender, age, education, occupation, finance, social activities, BMI, hearing impairment, visual problem, history of head injury, consuming of five food groups a day, exercise, stress management, smoking, drinking, and medical checkup. According to the results, health care personnel can apply in community for screenings, planning to promote the self-care of the elderly, health promotion and primary prevention to reduce the incidence of dementia among the elderly.

Keywords : Dementia; Risks to dementia; Elderly

^{*} Registered Nurse, Professional Level, Sungnoen Subdistrict Municipality, Nakhon Ratchasima Province

^{**} Associate Professor, Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

^a Corresponding author : Bhuddhipong Satayavongthip Email : bhuddhipong.s@nrnu.ac.th

Received: Dec. 5, 22; Revised: Jan. 22, 23; Accepted: Jan. 22, 23; Published Online: Feb. 7, 23

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม เป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 2016 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกจำนวน 47.5 ล้านคน ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายใหม่ 7.7 ล้านคน โดยร้อยละ 60-70 เป็นภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ ภาวะสมองเสื่อมจะพบมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบ่งตามช่วงอายุได้ดังนี้ อายุ 60-69 ปี พบร้อยละ 1.6-2.6 อายุ 70-79 ปี พบร้อยละ 4.2-6.9 อายุ 80-89 ปี พบร้อยละ 11.6-18.7 และในผู้ที่อายุมากกว่า 90 ปีขึ้นไป พบได้ร้อยละ 35.4 โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นสัดส่วน 2 ต่อ 1⁽¹⁾

ข้อมูลสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย ณ ปี พ.ศ.2563 พบมีจำนวนผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้น 11,627,130 คน คิดเป็นร้อยละ 17.57 ของประชากรทั้งหมด คาดว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยอาจมีถึงกว่าล้านคน โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ความชุกของภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามลำดับ ร้อยละ 7.10 ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 14.70 ในช่วงอายุ 70-79 ปี และร้อยละ 32.50 เมื่ออายุ 80 ปี ขึ้นไป⁽²⁾

ปัจจุบันการวินิจฉัยและรักษาภาวะสมองเสื่อมที่ถูกต้อง ยังเป็นปัญหาของการสาธารณสุขไทย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงการรักษา แพทย์ทั่วไปยังไม่สามารถวินิจฉัยแยกโรคหรือสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมได้อย่างถูกต้อง ภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นซึ่งส่งผลกระทบอย่างมาก ทั้งทางกาย ทางจิตใจ และชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย รวมทั้งภาระในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว ความรู้ความเข้าใจในการวินิจฉัยและการดูแลรักษา จะมีส่วนช่วยบรรเทาปัญหาต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สถานการณ์ผู้สูงอายุ ในเทศบาลตำบลสูงเนิน อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุ 1,693 คน คิดเป็นร้อยละ 16.98 ของประชากรทั้งหมดซึ่งเป็นการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยในพื้นที่เทศบาลตำบลสูงเนิน ยังไม่มีการตรวจคัดกรองสมรรถภาพสมองด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ซึ่งเป็นแบบทดสอบที่จัดทำขึ้นโดยแปลจากต้นฉบับเป็นที่รู้จักแพร่หลายทั่วโลก สามารถที่จะใช้คัดกรองผู้ป่วยสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีมาตรฐาน โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ ร้อยละ 69.2 เห็นว่ามีความละเอียดของเครื่องมือดีมากที่สุด⁽³⁾

ดังนั้น จากข้อมูลและสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยผลการศึกษานำมาเป็นข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในด้านภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม, นำมาวางแผนดูแลและป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม ตลอดจนการจัดกิจกรรม เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ, การจัดกิจกรรมชะลอภาวะสมองเสื่อมเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้สูงอายุต่อไป

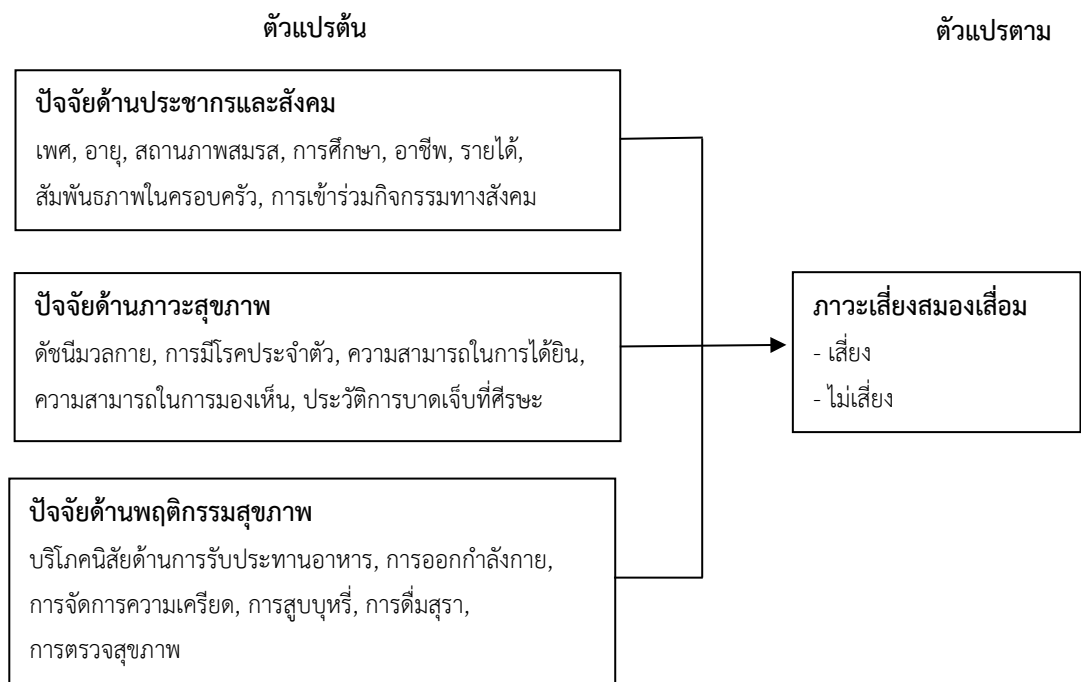
วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลสูงเนินจังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านประชากรและสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม
2. ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย การมีโรคประจำตัว ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการมองเห็น ประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม
3. ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ บริโภคนิสัยด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและการตรวจสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสูงเนิน อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ในระหว่างเดือน กุมภาพันธ์-สิงหาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เทศบาลตำบลสูงเนิน อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Logistic regression จึงใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์ ของ Long⁽⁴⁾ คือ $N=10p$ โดย p คือจำนวนตัวแปรต้น ในการศึกษาครั้งนี้ มีตัวแปรต้น จำนวน 19 ตัว จึงต้องกำหนดขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 190 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียจากการเก็บข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 โดยใช้สูตรปรับขนาดตัวอย่างของ อรุณ จิรวรรณกุล⁽⁵⁾

$$n = \frac{n}{(1 - R)} = \frac{190}{1 - 0.1} = 211.11$$

คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 211 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์อายุ โดยคำนวณขนาดตัวอย่างของผู้สูงอายุตามสัดส่วนเกณฑ์อายุเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 อายุ 60–69 ปี กลุ่มที่ 2 อายุ 70–79 ปี กลุ่มที่ 3 อายุ 80 ปีขึ้นไป โดยจัดสรรตามสัดส่วนของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มอายุ การสุ่มตัวอย่างจะใช้วิธีการจับฉลากรายชื่อผู้สูงอายุตามจำนวนที่คำนวณได้ของแต่ละชุมชน มีเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) มีผู้ดูแลใกล้ชิดที่อยู่อาศัยร่วมกันไม่น้อยกว่า 5 ปี ที่สามารถให้ข้อมูลได้ 2) ไม่ป่วยที่มีผลต่อจิตประสาทอย่างน้อย 1 สัปดาห์ก่อนทำการศึกษาหรือระหว่างทำการศึกษา และ 3) สามารถตอบแบบสัมภาษณ์และทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์และแบบทดสอบโดยสอบถามจากผู้สูงอายุ และผู้ดูแลใกล้ชิด ประกอบด้วยเนื้อหา 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านประชากรและสังคม เป็น ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นแบบสัมภาษณ์เพื่อวัดความสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย ดัชนีมวลกาย โดยสอบถามน้ำหนักและส่วนสูงของผู้สูงอายุ การมีโรคประจำตัว จำนวน 1 ข้อ ความสามารถในการได้ยิน จำนวน 1 ข้อ ความสามารถในการมองเห็น จำนวน 1 ข้อ ประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย บริโภคนิสัยในการรับประทานอาหาร จำนวน 1 ข้อ การออกกำลังกาย จำนวน 1 ข้อ การจัดการความเครียด จำนวน 1 ข้อ การสูบบุหรี่ จำนวน 1 ข้อ การดื่มสุรา จำนวน 1 ข้อ การตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบประเมินภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) มีเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ดังนี้

6.1 กลุ่มผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนน ≤ 14 จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน

6.2 กลุ่มผู้สูงอายุปกติที่เรียนระดับประถมศึกษา คะแนน ≤ 17 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

6.3 กลุ่มผู้สูงอายุปกติที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา คะแนน ≤ 22 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

คุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การตรวจสอบความถูกต้องตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ประสาทวิทยา และจิตเวชศาสตร์ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.98
2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นที่ไม่ใช่พื้นที่ศึกษา จำนวน 30 คน โดยแบบสัมภาษณ์สัมพันธ์ภาพในครอบครัวและแบบสัมภาษณ์การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) 0.71 และ 0.74 ตามลำดับ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) มีความไว (Sensitivity) ร้อยละ 92.0 ความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 92.6 และ Efficiency ร้อยละ 92.4 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ⁽³⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ด้วยวิธี Bivariate analysis และ Multivariable analysis นำเสนอค่าสถิติ p-value, Crude OR, Adjusted OR และ 95%CI และการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson correlation), ค่า VIF และค่า Tolerance เพื่อทดสอบ Multicollinearity ในการศึกษาไม่พบปัญหา Multicollinearity ระหว่างตัวแปรต้น โดยพบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันอยู่ระหว่าง 0.136-0.571 ค่า VIF (Variance inflation factor) อยู่ระหว่าง 1.082-1.820 และค่า Tolerance มีค่าอยู่ระหว่าง 0.549-0.839

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา รับรองเมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2563 เลขที่รับรอง HE-168-2563 เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลและการเคารพในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ก่อนทำการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร ในระหว่างเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถบอกเลิกจากการวิจัยได้ การนำเสนอข้อมูลเป็นการนำเสนอในภาพรวม ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลจะถูกเก็บโดยผู้วิจัย และทำลายทิ้งหลังเสร็จสิ้นการศึกษาวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.3 อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 44.5 สถานภาพสมรส ร้อยละ 52.1 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 71.1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ

ร้อยละ 54.5 มีรายได้ไม่เกิน 1,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 52.6 มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 81.5 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 43.2 ค่าดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์ของประชากรเอเชียตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ≥ 23 กก./ม² ร้อยละ 55 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.7 มีความสามารถในการได้ยินชัดเจน ร้อยละ 68.2 มีความสามารถในการมองเห็นไม่ชัดเจนหรือพร่ามัว ร้อยละ 53.6 และไม่เคยได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ ร้อยละ 73 รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ เป็นบางวัน ร้อยละ 61.6 ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 38.9 มีการจัดการความเครียด ร้อยละ 84.8 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 74.9 ไม่เคยดื่มสุรา ร้อยละ 56.5 และมีการตรวจสุขภาพ เป็นประจำทุกปี ร้อยละ 51.2

ความชุก

ผลการศึกษาพบความชุกของภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ร้อยละ 9.0 โดยคัดกรองภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จำนวน 211 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างกรณีไม่ได้เรียนหนังสือ มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 46.7 กรณีอ่านออกเขียนได้ระดับประถมศึกษา มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7 และกรณีอ่านออกเขียนได้สูงกว่าระดับประถมศึกษา มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.3 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม จำแนกตามระดับการศึกษา

ผลการประเมินภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กรณีไม่ได้เรียนหนังสือ (n=15)		
ไม่เสี่ยง (15-21 คะแนน)	8	53.3
เสี่ยง (0-14 คะแนน)	7	46.7
กรณีอ่านออกเขียนได้ระดับประถมศึกษา (n=150)		
ไม่เสี่ยง (18-30 คะแนน)	140	93.3
เสี่ยง (3-17 คะแนน)	10	6.7
กรณีอ่านออกเขียนได้สูงกว่าระดับประถมศึกษา (n=46)		
ไม่เสี่ยง (23-29 คะแนน)	44	95.7
เสี่ยง (14-21 คะแนน)	2	4.3
รวมทั้ง 3 กรณี (n=211)		
ไม่เสี่ยง	192	91.0
เสี่ยง	19	9.0

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์รายคู่ ระหว่างตัวแปรปัจจัยที่ละตัวกับการมีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (Crude analysis) โดยไม่คำนึงถึงตัวแปรต้นอื่นๆ (bivariate analysis) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

กับการมีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) มีทั้งหมด 18 ตัวแปร รายละเอียดตามตารางที่ 2 จึงนำตัวแปรต้นที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม จำนวน 18 ตัวแปร ทำการวิเคราะห์ Logistic regression ด้วยวิธี Enter ต่อไป

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์รายคู่ ระหว่างตัวแปรปัจจัยที่ละตัวกับตัวแปรตาม (Crude analysis) (n=211)

ปัจจัย	จำนวน (คน)	การมีภาวะเสี่ยง สมองเสื่อม (%)	OR	95%CI	p-value
เพศ					
ชาย	90	3.33	1		
หญิง	121	13.22	4.21	2.58-16.99	0.023*
อายุ					
60-69 ปี	94	2.13	1		
70 ปีขึ้นไป	117	14.53	6.96	3.04-36.32	0.015*
สถานภาพสมรส					
การมีคู่	110	6.36	1		
การไม่มีคู่	101	11.88	1.88	0.20-18.39	0.207
การศึกษา					
เรียนหนังสือ	196	6.12	1		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	15	46.67	7.76	5.02-44.39	0.003*
การประกอบอาชีพ					
ยังประกอบอาชีพ	96	2.08	1		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	115	14.78	7.25	2.98-37.01	0.012*
รายได้					
รายได้ 1,001 บาทขึ้นไป	100	2	1		
รายได้ไม่เกิน 1,000 บาท	111	15.32	7.79	2.33-40.04	0.010*
สัมพันธภาพในครอบครัว					
สัมพันธภาพในครอบครัว ระดับมาก	172	7.56	1		
สัมพันธภาพในครอบครัว ระดับน้อยถึงปานกลาง	39	15.38	2.03	3.39-39.51	0.048*

ตารางที่ 2 (ต่อ) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์รายคู่ ระหว่างตัวแปรปัจจัยที่ละตัวกับตัวแปรตาม (Crude analysis) (n=211)

ปัจจัย	จำนวน (คน)	การมีภาวะเสี่ยง สมองเสื่อม (%)	OR	95%CI	p-value
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม					
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมระดับมาก	60	1.67	1		
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมระดับน้อยถึงปานกลาง	151	11.92	7.28	2.21-26.12	0.042*
ดัชนีมวลกาย					
ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ	66	1.52	1		
ดัชนีมวลกายไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ	145	12.41	8.28	1.74-69.81	0.020*
การมีโรคประจำตัว					
ไม่มีโรคประจำตัว	66	3.03	1		
มีโรคประจำตัว	145	11.72	4.12	2.54-38.95	0.038*
ความสามารถในการได้ยิน					
การได้ยินปกติ	144	3.47	1		
การได้ยินไม่ปกติ	67	20.90	6.18	3.16-22.70	0.014*
ความสามารถในการมองเห็น					
การมองเห็นปกติ	92	4.35	1		
การมองเห็นไม่ปกติ	119	12.61	2.9	2.30-14.53	0.023*
ประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ					
ไม่เคยบาดเจ็บที่ศีรษะ	154	5.19	1		
เคยบาดเจ็บที่ศีรษะ	57	19.30	3.98	2.24-12.14	0.011*
การรับประทานอาหาร					
รับประทานอาหารครบ 5 หมู่	153	3.27	1		
รับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่	58	24.14	7.51	3.99-28.71	<0.001*
การออกกำลังกาย					
ออกกำลังกาย	129	3.10	1		
ไม่ออกกำลังกาย	82	18.29	6.06	3.12-23.23	<0.001*
การจัดการความเครียด					
มีการจัดการความเครียด	179	5.03	1		
ไม่มีการจัดการความเครียด	32	31.25	6.37	3.64-26.87	<0.001*

ตารางที่ 2 (ต่อ) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์รายคู่ ระหว่างตัวแปรปัจจัยที่ละตัวกับตัวแปรตาม (Crude analysis) (n=211)

ปัจจัย	จำนวน (คน)	การมีภาวะเสี่ยง สมองเสื่อม (%)	OR	95%CI	p-value
การสูบบุหรี่					
สูบบุหรี่	158	3.16	1		
ไม่เคยสูบบุหรี่	53	26.42	8.47	4.32-33.60	<0.001*
การดื่มสุรา					
ดื่มสุรา	119	5.04	1		
ไม่เคยดื่มสุรา	92	14.13	2.80	3.53-10.50	0.031*
การตรวจสุขภาพประจำปี					
มีการตรวจสุขภาพประจำปี	145	6.21	1		
ไม่มีการตรวจสุขภาพประจำปี	66	15.15	2.70	1.58-10.22	0.043*

*p<0.05

ผลการวิเคราะห์ Logistic regression ด้วยการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multivariate) ด้วยวิธี Enter พบว่า สมการสามารถอธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 76.7 และมีร้อยละของการทำนายค่าถูกต้องเท่ากับร้อยละ 97.2 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ มีดังนี้ 1) เพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 3.75 เท่าเมื่อเทียบกับเพศชาย 2) อายุ 70 ปีขึ้นไปมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 5.96 เท่าเมื่อเทียบกับอายุ 60-69 ปี 3) การไม่ได้เรียนหนังสือมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 5.79 เท่าเมื่อเทียบกับการได้เรียนหนังสือ 4) การไม่ได้ประกอบอาชีพมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 6.21 เท่าเมื่อเทียบกับการที่ยังประกอบอาชีพ 5) การมีรายได้ไม่เกิน 1,000 บาทมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 6.59 เท่า เมื่อเทียบกับการมีรายได้ 1,001 บาทขึ้นไป 6) การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมระดับน้อยถึงปานกลางมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 6.43 เท่าเมื่อเทียบกับการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมระดับมาก 7) การมีดัชนีมวลกายไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 7.23 เท่าเมื่อเทียบกับการมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 8) การได้ยินไม่ปกติมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 4.86 เท่าเมื่อเทียบกับการได้ยินปกติ 9) การมองเห็นไม่ปกติมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 2.63 เท่าเมื่อเทียบกับการมองเห็นปกติ 10) การบาดเจ็บที่ศีรษะมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 3.34 เท่าเมื่อเทียบกับการไม่เคยบาดเจ็บที่ศีรษะ 11) การรับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่มีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 5.47 เท่าเมื่อเทียบกับการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ 12) การไม่ออกกำลังกายมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 4.96 เท่าเมื่อเทียบกับการออกกำลังกาย 13) การไม่จัดการความเครียดมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 3.99 เท่าของการจัดการความเครียด 14) การสูบบุหรี่มีโอกาส

เกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 5.84 เท่าเมื่อเทียบกับไม่เคยสูบบุหรี่ 15) การดื่มสุรามีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 2.50 เท่าเมื่อเทียบกับไม่เคยดื่มสุรา และ 16) การไม่ตรวจสุขภาพประจำปีมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 2.44 เท่าเมื่อเทียบกับการตรวจสุขภาพประจำปี รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ Logistic regression ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (n=211)

ปัจจัย	AOR	95%CI	p-value
เพศ			
ชาย	1		
หญิง	3.75	1.93-15.39	0.019*
อายุ			
60-69 ปี	1		
70 ปีขึ้นไป	5.96	2.48-35.28	0.004*
การศึกษา			
เรียนหนังสือ	1		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5.79	4.23-43.37	0.007*
การประกอบอาชีพ			
ยังประกอบอาชีพ	1		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6.21	2.44-35.01	0.042*
รายได้			
รายได้ 1,001 บาทขึ้นไป	1		
รายได้ไม่เกิน 1,000 บาท	6.59	1.69-38.12	0.013*
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม			
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมระดับมาก	1		
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมระดับน้อยถึงปานกลาง	6.43	1.88-25.18	0.032*
ดัชนีมวลกาย			
ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ	1		
ดัชนีมวลกายไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ	7.23	1.18-67.81	0.031*
ความสามารถในการได้ยิน			
การได้ยินปกติ	1		
การได้ยินไม่ปกติ	4.86	2.24-21.70	0.021*

ตารางที่ 3 (ต่อ) ผลการวิเคราะห์ Logistic regression ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม
ในผู้สูงอายุ (n=211)

ปัจจัย	AOR	95%CI	p-value
ความสามารถในการมองเห็น			
การมองเห็นปกติ	1		
การมองเห็นไม่ปกติ	2.63	1.42-10.53	0.043*
ประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ			
ไม่เคยบาดเจ็บที่ศีรษะ	1		
เคยบาดเจ็บที่ศีรษะ	3.34	1.65-10.24	0.048*
การรับประทานอาหาร			
รับประทานอาหารครบ 5 หมู่	1		
รับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่	5.47	3.25-27.70	0.029*
การออกกำลังกาย			
ออกกำลังกาย	1		
ไม่ออกกำลังกาย	4.96	2.32-21.79	0.003*
การจัดการความเครียด			
มีการจัดการความเครียด	1		
ไม่มีการจัดการความเครียด	3.99	2.92-24.83	<0.001*
การสูบบุหรี่			
สูบบุหรี่	1		
ไม่เคยสูบบุหรี่	5.84	3.76-31.05	<0.001*
การดื่มสุรา			
ดื่มสุรา	1		
ไม่เคยดื่มสุรา	2.50	2.53-9.50	0.030*
การตรวจสุขภาพประจำปี			
มีการตรวจสุขภาพประจำปี	1		
ไม่มีการตรวจสุขภาพประจำปี	2.44	1.06-9.82	0.032*

*p < 0.05, Chi-square=90.693, df=18, Sig.=0.00, Nagelkerke R²=0.767, Overall percentage=97.2

การอภิปรายผล

ความชุกของภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม

ผลการศึกษาพบความชุกร้อยละ 9.0 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 (Mini-mental state examination-Thai version 2002) ในประเทศไทย พบว่าใกล้เคียงกับข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบความชุก ร้อยละ 8.1⁽⁶⁾ และจากการคัดกรองการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เขตอำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย พบผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 7.14⁽⁷⁾

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

ปัจจัยด้านประชากรและสังคม

เพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 3.75 เท่าเมื่อเทียบกับเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่าเพศหญิงมีส่วนทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงมีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 9.2 ในขณะที่เพศชายมีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 6.8⁽⁶⁾ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จูไรรัตน์ ดวงจันทร์⁽⁸⁾ อายุ 70 ปีขึ้นไปมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 5.96 เท่าเมื่อเทียบกับอายุ 60-69 ปี ซึ่งเป็นไปในทางเดียวกันกับการศึกษาที่ผ่านมา^(8,9) ยืนยันว่าการเพิ่มขึ้นของอายุส่งผลให้มีโอกาสในการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น การไม่มีคู่มิมีผลต่อภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชูติมา ทองวชิระ และคณะ⁽¹⁰⁾ และสายสุนีย์ เลิศกระโทก และคณะ⁽¹¹⁾ การไม่ได้เรียนหนังสือมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 5.79 เท่า เมื่อเทียบกับการได้เรียนหนังสือ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ⁽¹²⁾ พบว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือมีระดับการศึกษาดำเนินไปจะเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่า การไม่ได้ประกอบอาชีพมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 6.21 เท่าเมื่อเทียบกับการที่ยังประกอบอาชีพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชูติมา ทองวชิระ และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่าอาชีพหลังเกษียณอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะสมองเสื่อม ($p < 0.01$) การมีรายได้ไม่เกิน 1,000 บาท มีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 6.59 เท่า เมื่อเทียบกับการมีรายได้ 1,001 บาทขึ้นไป สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชูติมา ทองวชิระ และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่ารายได้ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุสัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อาทิตยา สุวรรณ และคณะ⁽¹³⁾ พบว่าการอาศัยอยู่กับคนในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมน้อยถึงปานกลางมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 6.43 เท่า เมื่อเทียบกับการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมน้อยถึงปานกลางมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า การที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมทำให้ได้มีการเคลื่อนไหวทางร่างกาย และได้ทำกิจกรรม จะช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองสามารถป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้⁽¹¹⁾

ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ

การมีดัชนีมวลกายไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 7.23 เท่า เมื่อเทียบกับการมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อาทิตยา สุวรรณ และคณะ⁽¹³⁾ การมีโรคประจำตัวไม่มีผลต่อภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชูติมา ทองวชิระ

และคณะ⁽¹⁰⁾ และ รัตติยา ฤทธิช่วย และคณะ⁽¹⁴⁾ พบว่าการเจ็บป่วยและโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การได้ยินไม่ปกติมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 4.86 เท่าเมื่อเทียบกับการได้ยินปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าผู้ที่ได้ยินไม่ชัดเจน มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ($p\text{-value}=0.003$) จากรายงานในที่ประชุมโรคอัลไซเมอร์นานาชาติ(Alzheimer's Association International Conference) ในกรุงลอนดอน ระบุว่า การสูญเสียการได้ยิน เป็น 1 ในปัจจัยเสี่ยงต่อโรคความจำเสื่อม โดยมีผลต่อความเสี่ยงโรคสมองเสื่อมร้อยละ 9 ซึ่งการสูญเสียการได้ยินจะมีผลทำให้การรับรู้ลดลง และนำไปสู่การถูกโดดเดี่ยวจากสังคม รวมถึงภาวะซึมเศร้าได้⁽¹⁴⁾ การมองเห็นไม่ปกติมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 2.63 เท่าเมื่อเทียบกับการมองเห็นปกติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ รัตติยา ฤทธิช่วย และคณะ⁽¹⁴⁾ พบว่าผู้ที่มองไม่เห็น มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ($p\text{-value}=0.022$) การบาดเจ็บที่ศีรษะมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 3.34 เท่าเมื่อเทียบกับการไม่เคยบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ Plassman⁽¹⁵⁾ ศึกษาในทหารผ่านศึกชายจำนวน 1,776 คน (World War II Navy and Marine veterans) ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลประเทศสหรัฐอเมริกา ติดตาม 52 ปี พบว่ากลุ่มที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลางและรุนแรง จะมีความเสี่ยงต่อโรคอัลไซเมอร์ 2.32 และ 4.51 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มไม่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะตามลำดับ

ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ

การรับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่มีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 5.47 เท่าเมื่อเทียบกับการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิลาสินี สุรวรรณ⁽¹⁶⁾ พบว่าผู้สูงอายุที่รับประทานอาหาร 5 หมู่ไม่ครบใน 1 วัน มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงเป็น 14.89 เท่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่รับประทานอาหาร 5 หมู่ ครบใน 1 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$) การไม่ออกกำลังกายมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 4.96 เท่าเมื่อเทียบกับการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ อาทิตยา สุวรรณ และคณะ⁽¹³⁾ และ วิลาสินี สุรวรรณ⁽¹⁶⁾ พบว่าการไม่ออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การไม่จัดการความเครียดมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 3.99 เท่าของการจัดการความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อโนทัย ผลิตนันทเกียรติ⁽¹²⁾ และการศึกษาของ อาทิตยา สุวรรณ และคณะ⁽¹³⁾ พบว่าความเครียดส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุสามารถทำนายได้ร้อยละ 8.40 การสูบบุหรี่มีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 5.84 เท่าเมื่อเทียบกับไม่เคยสูบบุหรี่ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ลลิตา พนาคร และคณะ⁽¹⁷⁾ พบว่าผู้สูงอายุหญิงที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อม 7.63 เท่าของผู้สูงอายุหญิงที่ไม่สูบบุหรี่ การดื่มสุรามีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 2.50 เท่าเมื่อเทียบกับไม่เคยดื่มสุรา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของนรากร สารีผล และคณะ⁽¹⁸⁾ พบว่าผู้ดื่มสุรามีขนาดของสมองส่วนฮิปโปแคมปัสเล็กลง ทำให้สูญเสียการสื่อสารด้วยวาจาและความจำ จนก่อให้เกิดกลุ่มอาการทางสมองที่ทำให้สมองมีการสูญเสียความทรงจำที่เรียกว่า Wernicke-Korsakoff Syndrome หากยังคงดื่มสุราต่อไปก็อาจเกิดโรคสมองเสื่อมจากสุราได้ การไม่ตรวจสุขภาพประจำปีมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 2.44 เท่าเมื่อเทียบกับการตรวจสุขภาพประจำปี เนื่องจากการตรวจนับเม็ดเลือด, อิเล็กโตรลไลต์, น้ำตาลในเลือด, ครีเอตินิน, ยูเรีย, บิลิรูบิน, ซีฟิไลส, การทำ

หน้าที่ของต่อมไทรอยด์, วิตามินบี 12 และโพแทสเซียมจะทำให้ทราบสาเหตุของการเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม⁽¹⁹⁾

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้

1. จากผลการศึกษาพบว่า กิจกรรมที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมมาก เป็นการเข้าร่วมงานทางสังคมของคนในชุมชนและทางศาสนา ดังนั้นจึงควรจัดกิจกรรมที่เน้นไปในการทำบุญร่วมกัน โดยจัดกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลางมาร่วมทำกิจกรรมภายหลังการทำบุญตักบาตรและใช้สถานที่ของวัดเป็นที่จัดกิจกรรม

2. จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและไม่ได้ตรวจสุขภาพเป็นประจำ มีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ดังนั้นจึงควรจัดบริการดูแลสุขภาพของบุคคลกลุ่มนี้เชิงรุก โดยจัดกิจกรรมทางสังคมที่อยู่ใกล้บ้านผู้สูงอายุ หรือจัดรถรับส่ง รวมทั้งส่งเสริมให้คนในครอบครัวของผู้สูงอายุพาผู้สูงอายุไปร่วมงานหรือกิจกรรมของผู้สูงอายุในชุมชนให้มากขึ้น รวมถึงการพาไปตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการใช้เครื่องมือเพื่อประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านความสามารถในเชิงปฏิบัติเช่น ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล และการคัดกรองภาวะซึมเศร้าร่วมกับแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเพื่อให้การประเมินภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมมีความครอบคลุมในทุกมิติ

2. ควรมีการศึกษาตัวแปรการใช้อุปกรณ์ เทคโนโลยีการสื่อสาร เช่น การใช้ Smart phone การใช้แอปพลิเคชัน Line ในผู้สูงอายุเพื่อศึกษาว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมหรือไม่อย่างไร

เอกสารอ้างอิง

1. ชัชวาล วงศ์สารี, ศุภลักษณ์ พันธ์ทอง. ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ: การพยาบาลและการดูแลญาติผู้ดูแล. วารสาร มฉก. วิชาการ. 2561; 22(3):166-79.
2. ชลิต เชาววิไลย, วินัย พูลศรี, ธีรนนท์ ต้นพาดิษฐ์. แนวทางการป้องกันผู้สูงอายุจากภาวะสมองเสื่อม. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2565; 8(3):8-15.
3. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. โครงการการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ การเปรียบเทียบความสัมพันธ์แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย. (Thai Mini – Mental State Examination; TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: บริษัท ซีจีทู จำกัด; 2551.
4. Long JS. Regression Models for categorical and limited dependent variables. Thousand Oaks: Sage Publications; 1997.
5. อรุณ จิรวัฒนกุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์; 2558.
6. วิชัย เอกพลากร. บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2559.

7. ศิริณทิพย์ คำพุ่ม, กฤษณพนธ์ ชัยมงคล, ชันลิตา ไชยชมพู, เพ็ญพิชชา แก้วมณีวงศ์. การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมและภาวะในการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ อ.แม่จัน จ.เชียงราย. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2557; 29(4):389-93.
8. จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, ดวงหทัย ยอดทอง, พิศสมร เดชดวง. ความชุกและปัจจัยทำนายภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า. 2563; 3(2):133-48.
9. ขวณนท์ อิ่มอาบ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางปัญญาในผู้สูงอายุ อำเภอวัดพลวง จังหวัดราชบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562; 28(5):782-91.
10. ชุตินา ทองวชิระ, สุชาดา โทผล, เรณู ขวัญยืน, สมจิต นิพัทธัตถพงศ์. ความชุกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ และการพัฒนาคู่มือการให้ความรู้ กรณีศึกษาชุมชนเขตบางพลัด. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสวนดุสิต; 2559.
11. สายสุนีย์ เลิศกระโทก, สุธรรม นันทมงคลชัย, และศุภชัย ปิตกุลตั้ง. ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลอรพิมพ์ อำเภอบางบาล จังหวัดนนทบุรี. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2556; 43(1):42-54.
12. อโนทัย ผลิตนันทเกียรติ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในตำบลบางหญ้าแพรก อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. 2562; 8(2):59-74.
13. อาทิตยา สุวรรณ, สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. 2559; 5(2):21-32.
14. รัตติยา ฤทธิช่วย, อนุสรณ์ จิตมนัส, หทัยรัตน์ ตัลยารักษ์, อรุมา รักษาชล, วลีษา อินทรภักดิ์, ณัฐณิย์ คงนวล. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้. 2563; 13(1):56-64.
15. Plassman BL, Havlik RJ, Steffens DC, et al. Documented head injury in early adulthood and risk of Alzheimer's disease and other dementias. Neurology. 2000; 55:1158-66.
16. วิลาสินี สุวรรณ. ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2560; 10(2):58-69.
17. ลลิตา พนาคร, สุธรรม นันทมงคลชัย, ศุภชัย ปิตกุลตั้ง, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมทรัพย์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุหญิง จังหวัดลำพูน. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2558; 45(2):197-209.
18. นรากร สารีแท้, เสรี ชัดเข้ม. ความจำในผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุราเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561; 36(2):15-21.
19. Molony SL, Waszynski CM, Lyder CH. (Eds.). Gerontological nursing : an advanced practice approach. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange; 1999.