



ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลอรพิมพ์ อำเภอบรบุรี จังหวัดนครราชสีมา

สายสุณีย์ เลิศกระโทก* สุธรรม นันทมงคลชัย** ศุภชัย ปิติกุลตั้ง**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยใช้กรอบแนวคิดการวินิจฉัยและคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ จำนวน 150 คน ที่อาศัยอยู่ในชุมชน เขตตำบลอรพิมพ์ อำเภอบรบุรี จังหวัดนครราชสีมา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ระหว่างวันที่ 30 มีนาคม ถึงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2555 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์และฟิชเชอร์ ผลการศึกษา

พบว่า ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมีอัตราร้อยละ 12.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 คือ อายุ การประกอบอาชีพในปัจจุบัน การอ่านหนังสือ การดูโทรทัศน์ การเข้าร่วมกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ และการออกกำลังกาย ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการกำหนดแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ เน้นการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม เช่น ออกกำลังกาย กระตุ้นให้อ่านหนังสือ จัดกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและสามารถปฏิบัติงานหรือสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อม ความชุก ผู้สูงอายุ

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

** ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



บทนำ

โครงสร้างประชากรในประเทศไทยพัฒนาและกำลังพัฒนารวมทั้งประชากรไทยมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” (Aging Society) ประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่าในประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2513-2543 มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 4.9 ของประชากรทั้งหมดในปีพ.ศ. 2513 เป็นร้อยละ 9.5 ในปีพ.ศ. 2543 และจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยพบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.8 ในปีพ.ศ. 2563¹

ภาวะที่ร่างกายของผู้สูงอายุมีการเสื่อมโทรมตามวัย ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุตามมา ปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ที่พบในผู้สูงอายุ คือ โรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และปัญหาที่เพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น คือ ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นอาการผิดปกติที่พบได้หลังอายุ 60 ปี และความชุกของภาวะสมองเสื่อมจะสูงขึ้นอย่างชัดเจนเมื่ออายุมากขึ้น จะพบภาวะสมองเสื่อมสูงขึ้นเท่าตัวในทุก 5 ปี และในคนที่มีอายุเกิน 85 ปี จะพบอัตราภาวะสมองเสื่อมครึ่งหนึ่งของจำนวนผู้สูงอายุ² เมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้นอีก 5 ปี จะพบความชุกภาวะสมองเสื่อมได้ถึงร้อยละ 5-20 และสาเหตุหลักมาจากอายุที่เพิ่มขึ้น โรคอัลไซเมอร์ พิซสุราเรื้อรัง และโรคต่างๆ ที่มีพยาธิสภาพของสมอง³ ในปี 2548 นักวิชาการคาดการณ์ว่ามีผู้ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมทั่วโลก 24.3 ล้านคน และมีผู้ป่วยรายใหม่ 4-6 ล้านรายต่อปี⁴ ข้อมูลในปีพ.ศ. 2550 ได้รายงานความชุกภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีทั่วโลกว่าพบร้อยละ 3.9 โดยในแถบแอฟริกาพบร้อยละ 1.6 ยุโรปตะวันออกพบร้อยละ 3.9 ประเทศจีนพบร้อยละ 4 และร้อยละ 4.6 พบในแถบลาตินอเมริกา

ร้อยละ 4.6 พบในยุโรปตะวันตก และพบร้อยละ 6.4 ในอเมริกาเหนือ โดยที่พบภาวะสมองเสื่อมอัลไซเมอร์มากที่สุดและภาวะสมองเสื่อมจากความผิดปกติของหลอดเลือดเป็นอันดับสองคิดเป็นร้อยละ 50-70 และร้อยละ 15-25 ตามลำดับ⁵

ในประเทศไทยมีการศึกษาความชุกโดยทีมแพทย์จากโรงพยาบาลศิริราช ในปี พ.ศ. 2549 พบอัตราความชุกภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 5.13 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากโรคอัลไซเมอร์ โรคหลอดเลือดสมอง และพิซสุราเรื้อรัง ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือ อายุมาก (OR=1.14) ความดันโลหิตไดเอสโตลิกสูง (OR = 1.97) โรคเบาหวาน (OR = 4.18) ระดับไขมันในเลือดที่สูงกว่า 150 mg% (OR = 8.15)⁶ และจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2 ผลการทดสอบคัดกรองผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 12.3 พบในผู้หญิงร้อยละ 15 ซึ่งสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 8.9) และความชุกจะเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยพบมากที่สุดช่วงอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 32.5 พบความชุกภาวะสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาลคือร้อยละ 13.6 และ 9.7 ตามลำดับ และผู้สูงอายุที่ไม่รู้หนังสือมีความชุกภาวะสมองเสื่อมสูงที่สุด คือ ร้อยละ 26.7 รองลงมาคือผู้สูงอายุที่จบระดับประถมศึกษา คือ ร้อยละ 10.8 และพบความชุกต่ำที่สุดคือผู้สูงอายุที่จบการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษาคือ ร้อยละ 6.6 เมื่อจำแนกความชุกตามภาคพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราความชุกร้อยละ 11.2⁷

ผลการศึกษาภาวะความดันโลหิตสูงและการลดลงของระดับสติปัญญาของ Wysocki M et al⁸ พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น คณะกรรมการตรวจ



สมรรถภาพสมองจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (MMSE Score) มีค่าลดลงเร็วกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการศึกษาติดตามผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นระยะเวลา 15 ปีของ Ohara T et al⁹ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดปกติเมื่อทดสอบด้วยความทนต่อระดับน้ำตาลหลังรับประทานกลูโคส (OGTT) นอกจากนี้ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจะมีระดับการศึกษาต่ำกว่าประชากรทั่วไป¹⁰ รายงานการศึกษาจำนวน 51 รายงานจากทั้งหมด 88 รายงาน พบว่าระดับการศึกษาต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมแต่อีก 37 รายงานพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อม¹¹

โครงสร้างประชากรในจังหวัดนครราชสีมา มีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะประชากรผู้สูงอายุเช่นเดียวกับประเทศไทย จากผลการสำรวจประชากรกลางปี พ.ศ. 2535 ผู้สูงอายุมียอัยละ 5.64 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.46 ในปี พ.ศ. 2543 จากผลสำรวจในปี พ.ศ. 2553 ประชากรกลางปีจังหวัดนครราชสีมา มีผู้สูงอายุยอัยละ 11.84¹² ปัญหาภาวะสมองเสื่อมซึ่งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุน่าจะมีอุบัติการณ์สูงขึ้นเนื่องจากโครงสร้างที่เปลี่ยนแปลงไป และภาวะสมองเสื่อมนี้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญสำหรับจังหวัดที่มีโครงสร้างประชากรแบบผู้สูงอายุ ตำบลอรพิมพ์ อำเภอครบุรี เป็นชุมชนเขตชนบท ประชาชนประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก ฐานะทางเศรษฐกิจยังมีปัญหาในบางครอบครัว มีอัตราผู้สูงอายุยอัยละ 12.86¹² ซึ่งมีอัตราสูงกว่าภาพรวมของจังหวัดนครราชสีมา ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจ

ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมเพื่อนำไปสู่การได้มาของข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional Survey) ทำการวิจัยระหว่างวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2555 ถึงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2555 ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มี อายุ 60 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในเขต ตำบลอรพิมพ์ อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Sampling) โดยสุ่มเลือก 1 ตำบลจากทั้งหมด 12 ตำบล ใน 1 ตำบล ที่เลือกมี 8 หมู่บ้านจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งหมด 769 คน สุ่มเลือกตัวอย่างหมู่บ้านละ 12-30 ราย ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 128 ราย เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ทั้งหมด 150 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์และแบบทดสอบ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว บทบาททางสังคมและการเป็นสมาชิกชมรม ส่วนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและลักษณะวิถีการดำเนินชีวิตผู้สูงอายุผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน และส่วนที่ 3 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE – Thai 2002 (Mini-Mental State Examination: Thai version)¹³ ซึ่งจัดทำโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2545

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีจำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ การรับรู้ด้านเวลา (Orientation for Time) การรับรู้ด้านสถานที่ (Orientation for Place) การจดจำ (Registration) ทดสอบสมาธิและการคำนวณ (Attention/calculation) ความระลึกได้ (Recall) การบอกชื่อสิ่งของ (Naming) การพูดตาม (Repetition) การทำตามคำสั่ง (Verbal Command) การทำตามคำสั่งจากตัวหนังสือ (Written Command) การเขียน (Writing) การวาดรูปโครงสร้าง (Visuo-construction) เพื่อใช้ในการวินิจฉัยคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่มีคะแนนการทดสอบน้อยกว่าหรือเท่ากับจุดตัดจะได้รับวินิจฉัยคัดกรองว่ามีภาวะสมองเสื่อม จุดตัดของคะแนนการทดสอบที่ใช้ในการวินิจฉัยสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา ผู้สูงอายุที่จบชั้นประถมศึกษา 4 และผู้สูงอายุที่จบสูงกว่าชั้นประถมศึกษา 4 คือ 14 17 และ 23 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความชุกของภาวะสมองเสื่อมโดยการแจกแจงความถี่ในรูปของจำนวน สัดส่วน และร้อยละ วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านต่างๆ กับภาวะสมองเสื่อมด้วยสถิติไคสแควร์ และการทดสอบแบบฟิชเชอร์ โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (MUPH 2012-081) และได้รับการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างให้เก็บข้อมูล ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนได้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ก่อนเริ่มต้นทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการศึกษา

กลุ่มผู้สูงอายุที่ศึกษาเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 62.0 และ 38.0 ตามลำดับ) มีอายุอยู่ในช่วง 60-95 ปี มีอายุเฉลี่ย 72.8 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.5) ผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 40.0 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 36.7 กลุ่มตัวอย่าง 2 ใน 3 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 62.7 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา 4 ร้อยละ 70.7 รองลงมา ร้อยละ 18.0 จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษา 1-3 ในอดีตส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 82.0 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 60.7 อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย ร้อยละ 62.7 มีรายได้เฉลี่ยครอบครัว 4,114 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้พอเพียง ร้อยละ 70.0 พบผู้สูงอายุที่ไม่มีบทบาทใดในชุมชน มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 62.0 รองลงมา เป็นสมาชิกชมรม ร้อยละ 29.3 มีส่วนน้อยร้อยละ 6.0 เป็นกรรมการชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข

ลักษณะปัจจัยด้านชีวภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.7 มีปัญหาสุขภาพคือ เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 20.0 รองลงมาได้แก่ โรคเบาหวาน ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 6.7 ผู้สูงอายุส่วนน้อยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงร่วมโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 3.3 และ 1.3 ตามลำดับ ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่ต้องรับประทานยาเป็นประจำ ร้อยละ 54 ต้องรับประทานยาเป็นประจำ คือยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 17.3 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ร้อยละ 82.7 มีส่วนน้อยที่เคยได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะแต่ไม่หมดสติ



ลักษณะของวิถีทางการดำเนินชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งมีจิตอาสาเข้าร่วมกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ร้อยละ 58.7 กลุ่มผู้สูงอายุครึ่งหนึ่งไม่อ่านหนังสือเลยในเวลารว่างร้อยละ 50.7 มีส่วนน้อยอ่านหนังสือทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 21.3 ผู้สูงอายุร้อยละ 60.6 ดูโทรทัศน์ทุกวัน ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์และไม่ดื่มกาแฟ คิดเป็นร้อยละ 72.6, 72.0 และ 74.0 ตามลำดับ ผู้สูงอายุออกกำลังกายสม่ำเสมอทุกวันและไม่ออกกำลังกายเลย

มีจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 40 และออกกำลังกายบ้างร้อยละ 20

ความชุกของภาวะสมองเสื่อม จากการสำรวจภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 ราย พบผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองว่ามีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.7 ในขณะที่ร้อยละ 87.3 ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (ตารางที่ 1)

Table 1 Number and Percentage of Dementia (n=150).

Data	Number (person)	Percentage
Dementia		
No	131	87.3
Yes	19	12.7

46

เมื่อทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆกับภาวะสมองเสื่อม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 ได้แก่ อายุ และอาชีพปัจจุบัน การมีจิตอาสาเข้าร่วมกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ การอ่านหนังสือ การดูโทรทัศน์ และการออกกำลังกาย ในขณะที่ เพศ สถานภาพสมรส

ลักษณะครอบครัว บทบาททางสังคม รายได้ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง การรับประทานยา ประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม (ตารางที่ 2)



Table 2 The Association between Factors and Dementia.

Factors	n	Dementia		p*
		Frequency	Percentage	
Sex*				0.911
Male	57	7	12.3	
Female	93	12	12.9	
Age group*				<0.001
60-69 yrs	60	1	1.7	
70-79 yrs	55	7	12.7	
> 80 yrs	35	11	31.4	
Previous occupation**				0.199
Agriculture	123	18	14.6	
Employee, merchant	27	1	3.7	
Current occupation*				0.001
Do not working	91	18	19.8	
Working	59	1	1.7	
Marital status*				0.222
Single, divorce	56	10	17.9	
Couple	94	9	9.6	
Family type*				0.836
Single	56	8	14.3	
Extended	94	11	11.7	
Social role*				0.887
No	93	11	11.8	
Yes	57	8	14.0	
Income*				0.157
< 2500 baht/month	84	14	16.7	
> 2500 baht/month	66	5	7.6	
Hypertension*				0.519
No	42	7	16.7	
Yes	128	12	11.1	
Diabetes**				0.694
No	15	1	6.7	
Yes	135	18	13.3	

* Chi-square test, ** Fisher's exact test

**Table 2** The Association between Factors and Dementia (cont.).

Factors	n	Dementia		p*
		Frequency	Percentage	
Cerebrovascular disease**				0.238
No	2	1	50.0	
Yes	148	18	12.2	
Medicine intake*				0.708
No	81	9	11.1	
Yes	69	10	14.5	
History of head injury**				0.328
No	124	14	11.3	
Yes	26	5	19.2	
Participating in voluntary activities*				0.03
No	88	16	18.2	
Yes	62	3	4.8	
Reading*				0.007
No	76	16	21.1	
Sometimes	42	1	2.4	
Always	32	2	6.3	
Television watching**				0.002
No	122	10	8.2	
Sometimes and always	28	9	32.1	
Exercise*				0.018
No	60	12	20.0	
Sometimes	30	5	16.7	
Always	60	2	3.3	
Smoking**				0.093
Yes	25	6	24.0	
No and ex-smokers	125	13	10.4	
Alcohol drinking**				0.123
Yes	16	4	25.0	
No and ex-drinkers	134	15	11.2	

* Chi-square test, ** Fisher's exact test



อภิปรายผล

ความชุกของภาวะสมองเสื่อมจากการศึกษาในครั้งนี้ พบร้อยละ 12.7 พบว่ามีค่าใกล้เคียงกับรายงานการสำรวจสุขภาพคนไทย ปี 2551-2 ที่พบภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุทั่วประเทศ ร้อยละ 12.3 และความชุกในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 11.2⁷ ภาวะความชุกที่พบใกล้เคียงรายงานของประเทศไทยเนื่องจากการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในการศึกษานี้ใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองแบบเดียวกับการศึกษาเพื่อสำรวจสุขภาพคนไทย และใช้เกณฑ์การวัดเดียวกัน ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในการศึกษานี้สูงกว่าในประเทศจีนซึ่งพบความชุกของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 2.99¹⁴ และสูงกว่าในประเทศบราซิล ที่พบความชุกภาวะสมองเสื่อมในเขตชนบท ร้อยละ 5.8¹⁵ ความแตกต่างนี้อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของโครงสร้างประชากร ระดับการศึกษา ลักษณะการประกอบอาชีพ และการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุในช่วงเวลาว่าง

เมื่ออายุมากขึ้นจะพบภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น สอดคล้องกับรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย⁷ การที่พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นอาจเกิดเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของสมอง น้ำหนักสมองลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ความสามารถในการจดจำลดลงเมื่ออายุมากขึ้น รวมทั้งน้ำหนักสมองลดลงมากในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม¹⁶

การประกอบอาชีพปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม การที่ผู้สูงอายุยังประกอบอาชีพทำให้ต้องมีการคิดวางแผนการทำงาน มีการกระตุ้นการทำงานของสมองอย่างต่อเนื่องในการทำงาน มีการเคลื่อนไหวร่างกาย การพบปะผู้คน มีการทำงานที่ซับซ้อนกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของ Gatz M et al¹⁷ ที่พบว่า ลักษณะของงานที่ซับซ้อนเป็นปัจจัยที่ลดความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม (OR = 0.51) ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Sczufca M et al¹⁴ ที่พบว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านอาชีพพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้ที่มีทักษะด้านอาชีพ

การมีจิตอาสาเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อบำเพ็ญประโยชน์ทำให้ผู้สูงอายุจะมีการเคลื่อนไหวร่างกาย และได้ทำกิจกรรม การใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมจะช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองและจิตใจได้มากกว่าการอยู่บ้านเฉยๆ โดยไม่ทำอะไร ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Verghese J et al¹⁸ ที่พบว่าการทำกิจกรรมในสังคมช่วยลดความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม และสอดคล้องกับการศึกษาของชุดิเดช เจริญดอน และคณะ¹⁹ ที่พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิต ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ

การทำกิจกรรมในเวลาว่างเช่น การอ่านหนังสือ การดูโทรทัศน์ มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม การใช้เวลาในการอ่านหนังสือเป็นการกระตุ้นการทำงานของสมอง การอ่านหนังสือช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Verghese J et al¹⁸ ที่พบว่า การใช้เวลาว่างในการอ่านหนังสือ มีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม การดูโทรทัศน์อาจทำให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร เมื่อมีการรับรู้และกระตุ้นให้จดจำ การได้ยินและรับรู้ข้อมูลข่าวสารเป็นประจำจะกระตุ้นการทำงานของสมอง

การออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มการทำงานของเซลล์ประสาท ลดภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือด ลดความเสี่ยงต่อภาวะอ้วนเป็นสาเหตุหนึ่งของโรค



หลอดเลือดซึ่งมีผลต่อการเกิดความบกพร่องของความจำและเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Barnes DE et al²⁰ ที่พบว่าการเคลื่อนไหวร่างกายและออกกำลังกายเพื่อทำกิจกรรมมีความสัมพันธ์โดยเป็นปัจจัยที่ลดความเสี่ยงต่อการที่ผู้สูงอายุจะมีระดับความจำลดลงและมีภาวะสมองเสื่อม

เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Peter R et al²¹ ผลครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ Zhao Q et al¹⁴ ในประเทศจีน ซึ่งพบอัตราความชุกในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และพบว่าส่วนใหญ่เกิดภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ ซึ่งภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากโรคอัลไซเมอร์มักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย²² ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้วินิจฉัยแยกโรค อาจเป็นไปได้ว่าภาวะสมองเสื่อมที่พบในการศึกษาในส่วนใหญ่นี้ไม่ได้เกิดจากอัลไซเมอร์

อาชีพเดิมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม อาจเกิดเนื่องจากลักษณะอาชีพด้าน เกษตรกรรมหรือรับจ้างทั่วไปในชนบทมีลักษณะงานและทักษะในการทำงานไม่แตกต่างกัน ลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม อาจเกิดจากลักษณะครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยาย มีการเป็นอยู่ไม่แตกต่างกัน เพราะครอบครัวเดียวนั้นถึงแม้ผู้สูงอายุจะอยู่ภายในบ้านลำพังกับคู่สมรสแต่บริเวณรอบข้างจะเป็นบ้านญาติพี่น้องที่คอยดูแลช่วยเหลือกันอยู่ ทำให้ลักษณะของครอบครัวในเขตชนบทที่ทำการศึกษานี้ไม่แตกต่างกัน สำหรับสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอาจเกิดจากลักษณะการดำเนินชีวิตทั้งกลุ่มที่มีคู่และไม่มีคู่คล้ายกัน ผู้สูงอายุถึงแม้จะมีสถานภาพสมรสไม่ใช่คู่ เช่น หม้าย แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่ลำพังเพราะจะมีญาติอยู่บริเวณ

ใกล้เคียงคอยดูแลช่วยเหลือ

บทบาททางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม แตกต่างจากการศึกษาของ Verghese J et al¹⁸ ที่พบว่าการทำกิจกรรมในสังคมช่วยลดความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากการเป็นสมาชิกชมรมหรือจะเป็นสมาชิกของชุมชนนั้นผู้สูงอายุไม่ได้ทำกิจกรรมที่แตกต่างกันจึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินเดีย²³ ที่พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมต่ำในเขตชนบท สาเหตุที่ไม่พบความสัมพันธ์อาจเกิดจากระดับรายได้น้อยในเขตชนบทนั้นอาจไม่มีความแตกต่างกันกับผู้มีรายได้สูง ความเพียงพอของรายได้ใกล้เคียงกัน

โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chiang CJ et al²⁴ และการศึกษาของ Sczufca M et al¹⁴ อายุของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในพื้นที่ที่ศึกษาอาจต่ำกว่าผู้สูงอายุปกติ ผู้ป่วยที่มีอายุยืนและได้รับการคัดเลือกเข้าโครงการวิจัยมีจำนวนน้อย ทำให้โอกาสในการพบความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวลดลง การมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม²⁴ ซึ่งแตกต่างการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ ซึ่งอาจเกิดจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่พบมีจำนวนน้อย พบจำนวน 2 ราย ทำให้โอกาสในการพบความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมลดลง

การดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chiang CJ et al²⁴ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Peter R et al²¹ อาจเกิดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นตัวแทนส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้



มีบางรายงานการวิจัยที่พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม สอดคล้องกับรายงานการศึกษาของ Anstey KJ et al²⁵ ที่พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมากไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม และการดื่มปริมาณเล็กน้อยถึงปานกลางเป็นปัจจัยที่ลดภาวะเสี่ยงของสมองเสื่อม การไม่มีความสัมพันธ์ในการศึกษาครั้งนี้ อาจเป็นเพราะระดับของแอลกอฮอล์ที่ดื่มอาจยังไม่มีผลทำลายสมองจนเกิดภาวะสมองเสื่อม การสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาของ Sczufca M et al¹⁴ และการศึกษาของ Peter R et al²¹ การที่ไม่พบความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่ อาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่แล้วไม่สูบบุหรี่ และผู้ที่สูบบุหรี่ในปริมาณมากอาจป่วยด้วยโรคอื่นแล้วเสียชีวิต ไม่ได้ถูกคัดเข้ามาในการศึกษา ทำให้โอกาสในการพบความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวลดลง

ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ในการติดตามเยี่ยมบ้าน ตรวจและประเมินคะแนนสมรรถภาพสมอง วางแผนการดูแล และจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม เช่น ออกกำลังกาย กระตุ้นให้อ่านหนังสือ จัดกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี และสามารถปฏิบัติงาน หรือสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลอรพิมพ์ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและผู้สูงอายุทุกคนที่เข้าร่วมการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. สรุปรายงานการสำรวจทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคมของประเทศไทย พ.ศ. 2547. กรุงเทพมหานคร: สำนักสถิติแห่งชาติ ; 2548.
2. Aminoff M J, Kerchner G A. Nervous system disorders. In: McPhee S J, Papadakis M A, Rabow M W, editors. Current medical diagnosis & treatment. Available at: URL: <http://www.accessmedicine.com/content.aspx?alD=12507> accessed 14, 2011
3. Lomen H C, Messing R O. Nervous system disorders. In: McPhee S.J, Hammer G D, editors. Pathophysiology of disease. Available at: URL: <http://www.accessmedicine.com/content.aspx?alD=5368376> accessed October 14, 2011
4. Ferri C P, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: a delphi consensus study. Lancet 2005; 366(9503): 2112-17.
5. Qiu C, Ronchi DD, Fratiglioni L. The epidemiology of the dementias: an update. Curr Opin Psychiatry 2007; 20(4):380-5.
6. นันทา มาระเนตร์. งานวิจัยเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ กับภาควิชาอายุรศาสตร์, 2549. เข้าถึงได้ที่ <http://www.sirirajmedj.com/content>.



- php?content__id=2106 เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2554
7. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. กรุงเทพมหานคร: เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์; 2551.
 8. Wysocki M, Luo X, Schmeidler J, Dahlman K, Lesser G T, Grossman, et al. Hypertension is associated with cognitive decline in elderly people at high risk for dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* 2011; 19(3): 1-9.
 9. Ohara T, Doi Y, Ninomiya T, Hirakawa Y, Hata J, Iwaki, et al. Glucose tolerance status and risk of dementia in the community. *Neurology* 2011; 77(12): 1126-34.
 10. Picard C, Pasquier F, Martinuad O, Hannequin D, Godefroy O. Early onset dementia characteristics in large cohort from academic clinics. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2011; 25(3): 203-5.
 11. Sharp ES, Gatz M. Relationship between education and dementia an updated systematic review. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2011; 25(4):289-304.
 12. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลสถิติจำนวนประชากรกลางปี ของปี 2535-2553. เข้าถึงได้ที่ http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5__1. เมื่อวันที่ 3 ธันวาคม 2554
 13. ประเสริฐ บุญเกิด บรรณาธิการ. แนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อม (Clinical Practice Guideline for Dementia). กรุงเทพมหานคร: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2546.
 14. Zhao Q, Zhou B, Ding D, Guo Q, Hong Z. Prevalence, mortality, and predictive factors on survival of dementia in Shanghai, China. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2010; 24(2): 151-8.
 15. Scazufca M, Menezes PR, Araya R, Rienzo VD, Almeida OP, Gunnell D et al. Risk factors across the course and dementia in Brazilian population: result from Sao Paulo aging & health study (SPAH). *International Journal of Epidemiology* 2008; 37(4): 879-90.
 16. Carlson NE, Moore MM, Dame A, Howieson D, Silbert LC, Quinn JF et al. Trajectories of brain loss in aging and the development of cognitive impairment. *Neurology* 2008; 70(11): 828-33.
 17. Gatz M, Prescott CA, Pedersen NL. Lifestyle risk and delaying factors. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2006; 20(suppl 2): S84-8.
 18. Verghese J, Lipton RB, Katz MJ, Hall CB, Derby CA, Kuslansky G et al. Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *N Engl J Med* 2003; 348:2508-16.



19. ชูติเดช เจียนดอน, นวรัตน์ สุวรรณพ่อง, ณวิวรรณ บุญสุยา, และนพพร โทหะธีระกุล. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2554; 41(3): 229-39.
20. Barnes DE, Whitmer RA, Yaffe K. Physical activity and dementia: The need for prevention trials. Exerc Sport Sci Rev 2007; 35(1): 24-9.
21. Peters R, Beckett N, Geneva M, Tzekova M, Lu FH, Poulter R et al. Sociodemographic and lifestyle risk factors for incident dementia and cognitive decline in the HYVET. Age and Ageing 2009; 38(5): 521-7.
22. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. fourth edition, text revision. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2000.
23. Chandra V, Ganguli M, Panda R, Johnston J, Belle S, Dekosky ST. Prevalence of Alzheimer's disease and other dementia in rural India the Indo-US study. Neurology 1998 ; 51:1000-8.
24. Chiang CJ, Yip PK, Wu SC, Lu CS, Liou CW, Liu HC et al. Midlife risk factors for subtypes of dementia: a nested case-control study in Taiwan. Am J Geriatr Psychiatry 2007; 15(9): 762-71.
25. Anstey KJ, Mack HA, Cherbuin N. Alcohol consumption as a risk factor for dementia and cognitive decline: meta-analysis of prospective studies. Am J Geriatr Psychiatry 2009; 17(7): 542-55.



Prevalence and Factors Associated with Dementia among Elderly People in Oraphim Subdistrict, Khonburi District, Nakhonratchasima Province

Saisunee Lertkratoke* Sutham Nanthamongkolchai** Supachai Pitikultang**

ABSTRACT

This study was cross-sectional survey research aiming to investigate the prevalence of and factors related to dementia among elderly people by using the diagnostic concept of the American Psychiatric Association. The study population was 150 elderly people who live in Oraphim Subdistrict, Khonburi District, Nakhonratchasima Province and was selected by stratified sampling method. The research instrument was the Mini Mental State Examination (MMSE-Thai version) form. The questionnaires were collected between March 30, 2012 and April 30, 2012. Data was analyzed using descriptive statistics, chi-square test,

and Fisher's exact test. The results found that the prevalence of dementia was 12.7% and that factors statistically significantly related to dementia were age, current occupation, reading, television watching, participating in voluntary activities, and exercise. The results can be used to create care guidelines for elderly people. Interventions should emphasize health promotion and dementia prevention activities such as exercise, reading, and participating in voluntary activity. These activities promote healthy lifestyles for elderly people and assist them to perform daily living activities.

Keywords: dementia, prevalence, elderly