



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุหญิงจังหวัดลำพูน

ลลิตา พนาคร* สุธรรม นันทมงคลชัย** ศุภชัย ปิติกุลตั้ง**
โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์** พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุหญิงจังหวัดลำพูน จำนวน 248 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ในช่วงวันที่ 16 กุมภาพันธ์ ถึง 16 มีนาคม พ.ศ. 2558 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุหญิงที่ได้รับการคัดกรองว่า เป็นภาวะสมองเสื่อมคิดเป็นร้อยละ 23.4 ในขณะที่ร้อยละ 76.6 ได้รับการคัดกรองว่า ไม่เป็นภาวะสมองเสื่อม ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ การสูบบุหรี่ การเป็นโรคเบาหวาน การประกอบอาชีพในปัจจุบัน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมระดับน้อย และอายุ โดยผู้สูงอายุหญิงที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมมากที่สุดคิดเป็น 7.7 เท่าของผู้สูงอายุหญิงที่ไม่สูบบุหรี่ รองลงมาคือ ผู้สูงอายุหญิงที่เป็นโรคเบาหวานจะมีโอกาสเป็นภาวะสมองเสื่อม

คิดเป็น 2.5 เท่าของผู้สูงอายุหญิงที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุหญิงที่ไม่ประกอบอาชีพในปัจจุบันจะมีโอกาสเป็นภาวะสมองเสื่อมคิดเป็น 2.3 เท่าของผู้สูงอายุหญิงที่ประกอบอาชีพในปัจจุบัน ผู้สูงอายุหญิงที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมระดับน้อยจะมีโอกาสเป็นภาวะสมองเสื่อม คิดเป็น 2.2 เท่าของผู้สูงอายุหญิงที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมระดับมาก และในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป จะมีโอกาสเป็นภาวะสมองเสื่อมสูงกว่า 2.2 เท่าของผู้สูงอายุหญิงที่มีอายุน้อยกว่า ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการกำหนดแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุหญิง เน้นการทำกิจกรรมที่ส่งเสริมและป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยการรณรงค์การไม่สูบบุหรี่และมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุหญิงมีสุขภาพที่ดีและสามารถปฏิบัติงานหรือใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อม, ผู้สูงอายุหญิง, แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย, การสูบบุหรี่, การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

* นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

** ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทนำ

198

ในช่วงศตวรรษที่ 21 ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากรายงานขององค์การสหประชาชาติ พ.ศ. 2556¹ รายงานว่า มีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 841 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นอีกเป็น 2 พันล้านคน ในพ.ศ. 2593 และเมื่อพิจารณาสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 10.0 ในพ.ศ.2543 เป็นร้อยละ 15.0 ในพ.ศ.2568 สำหรับประเทศไทย ได้ก้าวสู่สังคมสูงอายุ ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 และมีแนวโน้มสถานการณ์ผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วแสดงได้จากผู้สูงอายุมีตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 20 หรือประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 14 ใน พ.ศ. 2564² ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั่วทั้งร่างกายในด้านต่าง ๆ ในสภาพของความเสื่อม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อวัยวะและระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมได้น้อยลง เกิดภาวะแทรกซ้อนและปัญหาทางสุขภาพตามมา จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกในพ.ศ. 2555 พบว่า ผู้สูงอายุทั่วโลกกว่า 35.6 ล้านคน ต้องเผชิญกับภาวะสมองเสื่อม³ ซึ่งในแต่ละปีมีอุบัติการณ์เกิดภาวะสมองเสื่อมรายใหม่ขึ้นประมาณ 7.7 ล้านคน หมายความว่า ทุกๆ 4 วินาทีจะมีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมรายใหม่เกิดขึ้น และคาดการณ์ยอดผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมรวมมากกว่า 115.4 ล้านคน ภายใน พ.ศ. 2593 สำหรับประเทศไทย ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเท่ากับร้อยละ 12.4 พบในเพศหญิงร้อยละ 15.1 และเพศชายร้อยละ 9.8 ความชุกภาวะสมองเสื่อมเพิ่มตามอายุ เนื่องจากเพศชายมีอายุสั้นกว่าเพศหญิง จึงพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 8.3 และ 5.6 ตามลำดับ และพบความชุกมากที่สุดอยู่ในกลุ่ม 80 ปีขึ้นไป โดยเพศหญิงพบร้อยละ 40 และเพศชาย

พบร้อยละ 22⁴ ทั้งนี้จำนวนความชุกจะเพิ่มขึ้นเท่าตัวในทุก ๆ ช่วงอายุ 5 ปีที่เพิ่มขึ้น ส่วนผู้สูงอายุ 85 ปีขึ้นไป พบว่า ครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุเป็นภาวะสมองเสื่อม^{5,6} สอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษา Jianping J et al⁷ ที่พบว่า เมื่อผู้สูงอายุมีอายุเท่ากับ 85 ปีขึ้นไปจะมีโอกาสเป็นภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22.8 ถึง 23.6 จากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พบว่า ภาวะสมองเสื่อมเกิดจากหลายสาเหตุปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การมีอายุที่เพิ่มขึ้น ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ การมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง การมีประวัติเคยได้รับบาดเจ็บทางสมอง และการเป็นโรคการตีความเครื่องตีแม่แอลกอฮอล์⁸⁻¹¹

จังหวัดลำพูนเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคเหนือ ในพ.ศ. 2557 มีจำนวนประชากรทั้งหมด 405,268 คน เป็นผู้สูงอายุทั้งหมด 69,666 คน คิดเป็นร้อยละ 17.2 ของประชากรทั้งหมด เป็นเพศชาย 32,211 คน คิดเป็นร้อยละ 46.2 เพศหญิง 37,455 คน คิดเป็นร้อยละ 53.8 โดยมีแนวโน้มการเพิ่มของผู้สูงอายุจาก พ.ศ. 2554-2556 คิดเป็นร้อยละ 15.9, 15.8 และ 16.3 ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่า ปัญหาสุขภาพที่สำคัญในพ.ศ. 2556 คือ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง¹² แสดงให้เห็นว่า แนวโน้มของผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เมื่ออายุมากขึ้นจะต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะโรคเรื้อรังอย่างเช่น โรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม จึงเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุหญิงจังหวัดลำพูนยังไม่มีการศึกษาโดยตรงมาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุหญิงจังหวัดลำพูน



ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุหญิงมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมได้มากกว่า ประกอบกับอายุที่มากขึ้น ทำให้มีความชุกของการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากยิ่งขึ้น โดยใช้แนวคิดตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน¹³ และองค์รอล์ฟไฮเมอรัระหว่างประเทศ¹⁴ มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนากรอบแนวคิดในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านชีวภาพ และปัจจัยด้านวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อการค้นหาปัจจัยของการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุหญิง และนำไปสู่การวางแผนดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุหญิงจังหวัดลำพูน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้สูงอายุหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในจังหวัดลำพูน โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเมื่อทราบจำนวนประชากรที่แน่ชัด โดยใช้สูตรของ Daniel¹⁵ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 248 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิได้ 3 อำเภอ คือ อำเภอเมือง อำเภอป่าซาง และอำเภอแม่ทา เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ในช่วงวันที่ 16 กุมภาพันธ์ ถึง 16 มีนาคม พ.ศ. 2558

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากการทบทวนวรรณกรรม และแบบสัมภาษณ์ที่ดัดแปลงมาจากของผู้วิจัยท่านอื่นร่วมด้วย ตามแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรต่างๆ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา การประกอบ

อาชีพก่อนอายุ 60 ปี การประกอบอาชีพในปัจจุบัน สถานภาพสมรส ประเภทครอบครัว การอ่านหนังสือเป็นประจำ และการดูโทรทัศน์เป็นประจำ ส่วนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย การออกกำลังกายเป็นประจำ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารเสริม การเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การเป็นโรคความดันโลหิตสูง การเป็นโรคเบาหวาน การเป็นโรคไขมันในโลหิตสูง ประวัติการได้รับบาดเจ็บทางสมอง และประวัติครอบครัวเป็นภาวะสมองเสื่อม ส่วนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว จำนวน 10 ข้อ โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวของสุธรรม นันทมงคลชัย และคณะ¹⁶ ส่วนที่ 4 เป็นแบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม จำนวน 6 ข้อ โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากสุธรรม นันทมงคลชัยและคณะ¹⁶ ส่วนที่ 5 เป็นแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย¹⁷ จากสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 11 ข้อ โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยว่า อาจมีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองหรือสงสัยว่า เป็นภาวะสมองเสื่อมคือ ผู้ที่มีคะแนนสมรรถภาพสมองน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ คะแนนสมรรถภาพสมองน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 สำหรับผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาและคะแนนสมรรถภาพสมองน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 สำหรับผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษสูงกว่าระดับประถมศึกษา

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือทำโดยเมื่อผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำมาหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าความตรง

ของแบบสัมภาษณ์สัมพันธ์ภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม และสมรรถภาพสมองเท่ากับ 1 จากนั้นนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาก่อนจำนวน 30 คน แล้วนำผลที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์สัมพันธ์ภาพในครอบครัวเท่ากับ 0.70 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเท่ากับ 0.71 และสมรรถภาพสมองเท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านชีวภาพ และปัจจัยด้านวิถีการดำเนินชีวิต

200 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (MUPH 2015-029) และได้รับการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างให้เก็บข้อมูล ซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนได้ลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย ก่อนที่จะเริ่มเก็บข้อมูลการวิจัย

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้สูงอายุหญิงประมาณครึ่งหนึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 52.4 โดยอายุน้อยที่สุดคือ 60 ปีอายุมากที่สุดคือ 92 ปี และมีอายุเฉลี่ย 70.56 ปี เกือบทั้งหมดสำเร็จการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 91.5 ก่อนอายุ 60 ปี มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 50.0 ในขณะที่อาชีพปัจจุบันส่วนใหญ่ไม่ได้

ประกอบอาชีพ ร้อยละ 41.9 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 50.8 และอาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยวซึ่งประกอบด้วยพ่อ แม่และลูก ร้อยละ 62.5 (ตาราง 1)

ลักษณะปัจจัยด้านชีวภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 49.2 รองลงมา คือ โรคไขมันในโลหิตสูง ร้อยละ 22.2 โรคเบาหวาน ร้อยละ 16.1 และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 1.6 มีประวัติได้รับบาดเจ็บที่สมอง ร้อยละ 5.2 ญาติสายตรงเป็นภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 2.8 และมีประวัติครอบครัวเป็นภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 0.8 ลักษณะปัจจัยด้านวิถีการดำเนินชีวิต พบว่า ผู้สูงอายุหญิงมากกว่าครึ่งมีการอ่านหนังสือเป็นบางครั้ง ร้อยละ 62.5 ออกกำลังกายเป็นบางครั้ง ร้อยละ 56.0 ดูโทรทัศน์เป็นประจำ ร้อยละ 54.4 ส่วนใหญ่ไม่รับประทานอาหารเสริม ร้อยละ 88.3 ซึ่ง 3 ใน 4 ของผู้สูงอายุหญิงไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ร้อยละ 75.4 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 91.9 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 95.6 ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุหญิงมีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวระดับมาก ร้อยละ 91.9 และมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมระดับมาก ร้อยละ 43.1

สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุหญิง

สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุหญิง ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุหญิงที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมในจังหวัดลำพูน ตามแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 23.4 ในขณะที่ ร้อยละ 76.6 ได้รับการคัดกรองว่าไม่เป็นภาวะสมองเสื่อม (ตาราง 2)



Table 1 General Characteristics Data (n = 248).

Characteristics data	Number	Percentage
Age (years)		
60-69	130	52.4
70-79	78	31.5
> 80	40	16.1
Mean = 70.56 SD = 7.57 MIN = 60 MAX = 92		
Education level		
Illiterate	8	3.2
Elementary level	227	91.5
High school level	12	4.8
Diploma	1	0.5
Previous occupational		
Employee	124	50.0
Agriculturist	74	29.8
Merchant	35	14.1
Do not work	9	3.7
Government officer / State enterprise	3	1.2
Self-employed	3	1.2
Current occupational		
Do not work	104	41.9
Employee	92	37.1
Agriculturist	22	8.9
Merchant	22	8.9
Self-employed	5	2.0
Other	3	1.2
Marital status		
Married	126	50.8
Widowed	90	36.3
Single	23	9.3
Divorced	8	3.2
Lived separate	1	0.4

Table 1 General Characteristics Data (n = 248) (Cont.).

Characteristics data	Number	Percentage
Family type		
Single family	155	62.5
Extended family	93	37.5
Reading		
Occasionally	155	62.5
Regularly	49	19.8
None	44	17.7
Watching TV		
Regularly	135	54.4
Occasionally	95	38.3
None	18	7.3

202 Table 2 Elderly Women with Dementia (n = 248).

Dementia	Number	Percentage
Yes	58	23.4
No	190	76.6

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุหญิงจังหวัดลำพูน

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุหญิง โดยทดสอบด้วยสถิติแบบการถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ การสูบบุหรี่ การเป็นโรคเบาหวาน การประกอบอาชีพในปัจจุบัน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมระดับน้อยและอายุ โดยผู้สูงอายุหญิงที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมมากที่สุดคิดเป็น 7.63 เท่าของผู้สูงอายุหญิงที่ไม่สูบบุหรี่ รองลงมาคือ ผู้สูงอายุหญิงที่เป็น

โรคเบาหวานจะมีโอกาสเป็นภาวะสมองเสื่อมคิดเป็น 2.49 เท่าของผู้สูงอายุหญิงที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุหญิงที่ไม่ประกอบอาชีพในปัจจุบันจะมีโอกาสเป็นภาวะสมองเสื่อมคิดเป็น 2.31 เท่าของผู้สูงอายุหญิงที่ประกอบอาชีพในปัจจุบัน ผู้สูงอายุหญิงที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมระดับน้อยจะมีโอกาสเป็นภาวะสมองเสื่อม คิดเป็น 2.22 เท่าของผู้สูงอายุหญิงที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมระดับมากและในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไปจะมีโอกาสเป็นภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าคิดเป็น 2.17 เท่าของผู้สูงอายุหญิงที่มีอายุน้อยกว่า ในขณะที่ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว การอ่านหนังสือเป็นประจำ การดูโทรทัศน์เป็นประจำ



การออกกำลังกายเป็นประจำ การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน การรับประทานอาหารเสริม การเป็นโรคความดันโลหิตสูง การเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และ

สัมพันธภาพในครอบครัวไม่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุหญิง (ตาราง 3)

Table 3 Factors Influencing Dementia of Elderly Women (n = 248).

Factors	B	OR	p	95%CI
Age (years)				
60-69		1		
> 70	0.776	2.173	0.036*	(1.053 - 4.483)
Current occupational				
Working		1		
Do not work	0.837	2.310	0.029*	(1.088 - 4.904)
Marital status				
Married		1		
Single/Widowed/Divorced/Lived separate	0.020	1.020	0.957	(0.499 - 2.083)
Family type				
	-			
Extended family		1		
Single family	0.207	0.813	0.571	(0.397 - 1.665)
Hypertension				
No		1		
Yes	0.540	1.716	0.164	(0.802 - 3.670)
Diabetes				
No		1		
Yes	0.914	2.494	0.046*	(1.017 - 6.113)
Hypercholesterolemia				
No		1		
Yes	-0.441	0.643	0.342	(0.259 - 1.598)
Reading				
None – reading		1		
Regular reading	-0.165	0.848	0.721	(0.344 - 2.093)

Table 3 Factors Influencing Dementia of Elderly Women (n = 248) (cont.).

Factors	B	OR	p	95%CI
Exercise				
None – exercise		1		
Regular exercise	0.037	1.037	0.934	(0.436 - 2.468)
Watching TV				
Regularly TV watching		1		
None TV watching	-0.666	0.514	0.066	(0.253 - 1.046)
Dietary supplement				
No		1		
Yes	-0.083	0.920	0.878	(0.318 - 2.665)
Caffeine consumption				
No		1		
Yes	-0.379	0.685	0.402	(0.282 - 1.662)
Alcohol consumption				
No		1		
Yes	-0.171	0.843	0.806	(0.216 - 3.297)
Smoking behavior				
No		1		
Yes	2.033	7.636	0.009*	(1.674 - 34.833)
Family relationship				
High level		1		
Low level	0.414	1.513	0.449	(0.518 - 4.413)
Social participation				
High level		1		
Low level	0.798	2.222	0.027*	(1.093 - 4.517)

Elderly women with dementia: Yes = 1 No = 0 * Level of significance < 0.05, B = Logistic regression coefficient, OR = Odds Ratio, 1 = Reference group

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า มีผู้สูงอายุหญิงที่ได้รับ การคัดกรองว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 23.4

และไม่เป็นภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 76.6 อาจเป็น เพราะกับผู้สูงอายุหญิงเป็นภาวะสมองเสื่อมอาจเกิด จากอายุที่เพิ่มขึ้น พบว่ามีผู้สูงอายุหญิงที่อายุมากที่สุด



คือ 92 ปี ซึ่งอายุ 81 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 16.1 เมื่ออายุมากขึ้นความเสี่ยงของร่างกายจะค่อยๆ เสื่อมลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปและต่อเนื่อง ในการศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุหญิงทั่วไปอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จึงมีสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมได้สูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นที่ศึกษาในผู้สูงอายุชายและหญิง เป็นเพราะว่าผู้สูงอายุหญิงมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมได้มากกว่าผู้สูงอายุชาย⁴ จึงทำให้ผลการศึกษาศถานการณ์ภาวะสมองเสื้อมีค่าสูงกว่าการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552¹⁸ ที่พบว่ามีความชุก ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 15.1 และการศึกษาของสายสุนีย์ เลิศกระโทก และคณะ¹⁹ ที่พบภาวะสมองเสื่อมเพียงร้อยละ 12.7 ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ปัจจัยแรกเมื่อพิจารณาจากค่า Odds Ratio คือ การสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงเป็นภาวะสมองเสื่อม อาจเป็นเพราะในการศึกษานี้มีผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ 11 ราย ทำให้มีโอกาสพบภาวะสมองเสื่อมได้มากขึ้น และคว้นบุหรี่ยังมีสารหลายชนิดที่ส่งผลต่อระบบประสาทบางอย่างเช่น สารนิโคติน ที่มีคุณสมบัติไปยับยั้งสารแอมเมอลอยด์ที่ช่วยป้องกันภาวะสมองขาดเลือด เมื่อสูบบุหรี่เข้าไปมากๆ คว้นบุหรี่ยังจะทำให้เกิดหลอดเลือดตีบตัน ซึ่งถ้าเกิดขึ้นกับหลอดเลือดส่วนที่ไปเลี้ยงสมอง ก็จะทำให้เป็นโรคสมองเสื่อมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Deng J et al¹¹ พบว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ประมาณ 2.72 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ปัจจัยต่อมาคือ การเป็นโรคเบาหวาน เมื่อผู้สูงอายุหญิงเป็นโรคเบาหวาน จะมีโอกาสเป็นภาวะสมองเสื่อมคิดเป็น 2.49 เท่า ของผู้สูงอายุหญิงที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน อธิบายได้ว่า มีเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ

มักเกิดจากหลอดเลือดเส้นเล็กๆ อุดตันซ้ำๆ เป็นเวลานาน ทำให้เซลล์สมองตาย และการทำงานของสมองเสื่อมลงเมื่อระดับน้ำตาลในร่างกายนสูงขึ้น ซึ่งจะเป็นสิ่งที่อันตรายต่อเซลล์เนื้อเยื่อต่างๆ โดยเฉพาะเซลล์เนื้อเยื่อในระบบประสาทและสมองที่ทำงานช้าลง ส่งผลให้การเคลื่อนไหวของเซลล์สื่อประสาทในระบบสมองบางส่วนหดตัวลงจากการไหลเวียนของเลือดผิดปกติ หากเกิดกระบวนการนี้แบบซ้ำๆ อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาหลายๆ ก็มีโอกาเป็นโรคอัลไซเมอร์ นอกจากนี้โรคเบาหวานเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการอุดตันเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจและโรคหลอดเลือดหัวใจที่นำไปสู่การเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mortimer JA²⁰ พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดขณะงดอาหารสูงกว่าปกติมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) รวมถึงปัจจัยด้านการประกอบอาชีพในปัจจุบันเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุหญิง อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุหญิงที่ประกอบอาชีพในปัจจุบันร้อยละ 58.1 อาจจะเป็นเพราะว่า การประกอบอาชีพทำให้ผู้สูงอายุหญิงได้มีโอกาสพัฒนาสมองในด้านความคิด การจดจำและการวิเคราะห์ จึงทำให้ผู้สูงอายุหญิงสามารถคิดวางแผนในการทำงานได้ รวมถึงการเคลื่อนไหวร่างกายหรือพบปะกับผู้คน ด้วยเหตุผลนี้จึงทำให้ผู้สูงอายุหญิงลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสายสุนีย์ เลิศกระโทก และคณะ¹⁹ พบว่า การประกอบอาชีพในปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย $p < 0.001$ นอกจากนี้ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมระดับมากเป็นปัจจัยที่ทำให้โอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุหญิงลดน้อยลง เป็นเพราะว่า ผู้สูงอายุหญิงจะมีกลุ่มพบปะสังสรรค์กัน มีกิจกรรมต่างๆ ทำร่วมกัน และอาจมี

โอกาสเดินทางไปพบปะนอกสถานที่ จึงทำให้ได้ทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Verghese J et al²¹ พบว่าการทำกิจกรรมในสังคมช่วยลดความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมได้ และปัจจัยสุดท้ายคือ อายุที่เพิ่มขึ้น อายุเป็นตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพเมื่ออายุยิ่งมากขึ้นโครงสร้างของสมองจะมีการเสื่อมช้าๆ แบบค่อยเป็นค่อยไปพร้อมกับความเสื่อมของร่างกาย จนส่งผลต่อการจดจำและการคิดวิเคราะห์ จึงทำให้เกิดอาการหลงลืมได้ง่าย จนกระทั่งไม่สามารถจดจำและมีปัญหาในการดำรงชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lucca U et al⁶ ที่พบว่า ภาวะสมองเสื่อมของเพศชายและเพศหญิงจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนอายุ จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆหลังจากอายุ 100 ปี และ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป เป็นภาวะสมองเสื่อมและอยู่ในระดับปานกลางจนถึงรุนแรง ซึ่งภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีอายุมาก และการศึกษา Jianping J et al⁷ พบว่า เมื่อผู้สูงอายุมีอายุเท่ากับ 85 ปีขึ้นไปจะมีโอกาสเป็นภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22.8 ถึง 23.6

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุหญิงในจังหวัดลำพูนสามารถบอกโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุหญิงได้สูงที่สุด คือ การสูบบุหรี่ รองลงมา คือ การเป็นโรคเบาหวาน การประกอบอาชีพในปัจจุบัน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและอายุ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญทั้ง 5 ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมดูแลผู้สูงอายุหญิงในระดับจังหวัด อำเภอและชุมชน ควรส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุหญิง

ในเรื่องของการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม มีการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุหญิงในการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยการตรวจและประเมินคะแนนสมรรถภาพสมอง เพื่อวางแผนการดูแลผู้สูงอายุหญิง รณรงค์ไม่สูบบุหรี่ ให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัว ในเรื่องการเป็นโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวาน การส่งเสริมการประกอบอาชีพและการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งการเฝ้าระวังการเกิดภาวะสมองเสื่อมและควรเป็นการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ควรมีการศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และข้อจำกัดในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่า ในการสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุหญิงให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี แต่ในบางรายใช้เวลาในการสัมภาษณ์ค่อนข้างนานกว่าเวลาที่กำหนด เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ส่วนหนึ่งเป็นแบบทดสอบที่ข้อคำถามให้ผู้สูงอายุหญิงวาดภาพหรือเขียนข้อความ ซึ่งค่อนข้างซับซ้อน และเมื่อคัดกรองเจอผู้สูงอายุหญิงที่สงสัยว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม ควรได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ดูแลคนในพื้นที่ด้วย

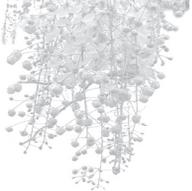
กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านแป้น ตำบลแม่ทา และตำบลปางช้างที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอบคุณผู้สูงอายุหญิงทุกท่านที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้



เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. World population aging 2013. United Nations, New York, USA. 2013.
2. Institute for Population and Social Research. Study of analyze of effect to development from population projection for Thailand 2010-2040. Bangkok: Office of the National Economics and Social Development Board (Thailand), 2013.
3. World Health Organization. Dementia a public health priority. United Kingdom, WHO. 2012.
4. National Statistical Office. Thailand will prepare conference about dementia and The 14th Alzheimer's Disease International Asia-Pacific summit to accelerate "National Agenda". Available at <http://service.nso.go.th/nso/nso/publish/pubs/ebook/KnowledgeStat/files/assets/common/downloads/page0206.pdf>, accessed February 28, 2014.
5. Papadakis MA, McPhee SJ, Rabow MW. Current medical diagnosis & treatment 2014. 53rd ed. Mc Graw Hill Medical, New York. 2013.
6. The Alzheimer's disease and related Disorders Association. Prevalence of dementia. Available at <http://www.azthai.org/articles/a02.html>, accessed February 28, 2014.
7. Jianping J, Fen W, Cuibai W, Aihong Z, Xiangfei J, Fang L, et al. The prevalence of dementia in urban and rural areas of China. *Alzheimer's & Dementia* 2014; 10: 1-9.
8. Lucca U, Garrì M, Recchia A, Logroscino G, Tiraboschi P, Franceschi M, et al. A population-based study of dementia in the oldest old: the monzino 80-plus Study. *BMC Nephrol* 2011; 11(54): 1-14.
9. Wei CJ, Cheng Y, Zhang Y, Sun F, Zhang WS, Zhang MY. Risk factors for dementia in highly educated elderly people in Tianjin, China. *Clin Neurol Neurosurg* 2014; 122: 4-8.
10. Kennelly SP, Lawlor BA, Kenny RA. Blood pressure and the risk for dementia—A double edged sword. *Ageing Res Rev* 2009; 8(2): 61-70.
11. Deng J, Zhou DH, Li J, Wang YJ, Gao C, Chen M. A 2-year follow-up study of alcohol consumption and risk of dementia. *Clin Neurol Neurosurg* 2006; 108: 378-83.
12. Office of Lumphun province. Annual report of Lumphun province. Available at <http://www.lumphun.go.th/officialwebsite/2013/>. accessed March 5, 2014.
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. American psychiatric association, Washington DC, USA. 1994.



14. Alzheimer's disease International. World Alzheimer report 2014 dementia and risk reduction an analysis of protective and modifiable. Alzheimer's disease international, England. 2014.
15. Daniel WW. Biostatistics: basic concepts and methodology for the health sciences. 9thed. Asia: John Wiley & Sons, Inc; 2010: 192.
16. Nanthamongkolchai S, Munsawaengsub C, Teachaboonsermsak P, Powwattana A. Happiness and way of life among elderly female who take care of grandchild in northern region of Thailand. Bangkok: Vitoonkarnpok 1997 (Thailand), 2010.
17. Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Medical technology assessment project. Bangkok: CG Tools. Co., Ltd. (Thailand), 2008.
18. Health System Research Institute. Thailand national health survey reported by physical examination 4th since 2551-2552. Health System Research Institute (HSRI). Nonthaburi: The Graphico Systems. co.,ltd, (Thailand), 2009.
19. Lertkratoke S, Nanthamongkolchai S, Pitikulking S. Prevalence and Factors Associated with Dementia among Elderly People in Oraphim Subdistrict, Khonburi District, Nakhonratchasima Province. *Journal of Public Health* 2013; 43 (1): 42-53.
20. Mortimer JA, Borenstein AR, Ding D, Decarli C, Zhao Q, Copenhaver C, et al. High normal fasting glucose is associated with dementia in Chinese elderly. *Alzheimer's & Dementia* 2010; 6: 440-7.
21. Verghese J, Lipton R, 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.



Factors Influencing Dementia in Elderly Women in Lumphun Province

Lalita Panakorn* Sutham Nanthamongkolchai** Supachai Pitikultung**
Chokchai Munsawaengsub** Pimsurang Teachaboonsermsak**

ABSTRACT

This cross sectional survey research aimed to determine the situation and factors influencing dementia in elderly woman in Lumphun province. The samples were 248 elderly women selected by Stratified random sampling technique. Data were collected by interviewing during 16th February to 16th March, 2015 and analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and multiple logistic regressions. The results showed that 23.4% of the elderly women had dementia and 76.6% did not. Smoking behavior, presence of diabetes, current occupation, social participation, and aged were associated with dementia with statistically significance ($p < 0.05$). A cigarette smoking elderly woman was at 7.7 times higher risk of dementia than non-smokers. Follow by 2.5 times higher risk was elderly women with

diabetes than those without diabetes. An employed was at risk of 2.3 times more of dementia than those who are still working. Over 2.2 times of low social participation had risk of dementia with statistical significance. Moreover, people aged 70 years and over had 2.2 times higher risk of dementia when compared with aged below 70 years. The results of this study can be applied in defining the guidelines for the care of the elderly woman. Focus should be on activities that promote and prevent dementia. They should be a non smoking campaign and encouragement of the participation activities that lead to healthy elders able to live happily in the daily life.

Keywords: dementia, elderly women, MMSE
thai 2002, smoking, social participation

J Public Health 2015; 45(2): 197-209

Correspondence: Sutham Nanthamongkolchai. Department of Family Health, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok 10400, Thailand. Email:sutham.nan@mahidol.ac.th.

* Graduate student in Master of Science (Public Health) major in Family Health, Faculty of Public Health and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

** Department of Family Health, Faculty of Public Health, Mahidol University.