

ความชุกของภาวะสมองเสื่อม และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ
ต่ำบลอร์พิมพ์ อร่ากอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา

สายสุนีย์ เลิศกระโภก* สุธรรม นันทมงคลชัย** ศุภชัย ปิติกุลตั้ง***

บทคัดย่อ

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

พบว่า ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมีอัตรา ร้อยละ 12.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 คือ อายุ การประกอบอาชีพในปัจจุบัน การอ่านหนังสือ การดูโทรทัศน์ การเข้าร่วมกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ และการออกกำลังกาย ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการกำหนดแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ เน้นการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม เช่น ออกกำลังกาย กระตุ้นให้อ่านหนังสือ จัดกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและสามารถปฏิบัติงานหรือสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อม ความชุก ผู้สูงอายุ

กิตติมศักดิ์ ภานุสินธุ์ อาจารย์เชี่ยวชาญ ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
อร่ากอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา 30130

การสารสนเทศสุขศาสตร์ 2556; 43(1): 42-54

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

** ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



บทนำ

โครงสร้างประชากรในประเทศไทยพัฒนาและกำลังพัฒนาร่วมทั้งประชากรไทยมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ “ลังคамผู้สูงอายุ” (Aging Society) ประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่าในประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2513-2543 มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 4.9 ของประชากรทั้งประเทศในปีพ.ศ. 2513 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2543 และจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยพบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.8 ในปีพ.ศ. 2563¹

ภาวะที่ร่างกายของผู้สูงอายุมีการเสื่อมโทรมตามวัย ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุตามมา ปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ที่พบในผู้สูงอายุ คือ โรคเรื้อรัง ต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และปัญหาที่เพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น คือ ภาวะสมองเสื่อมซึ่งเป็นอาการผิดปกติที่พบได้หลังอายุ 60 ปี และความชุกของภาวะสมองเสื่อมจะสูงขึ้นอย่างชัดเจน เมื่ออายุมากขึ้น จะพบภาวะสมองเสื่อมสูงขึ้นเท่าตัว ในทุก 5 ปี และในคนที่มีอายุเกิน 85 ปี จะพบอัตราภาวะสมองเสื่อมครึ่งหนึ่งของจำนวนผู้สูงอายุ² เมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้นอีก 5 ปี จะพบความชุกภาวะสมองเสื่อมได้ถึงร้อยละ 5-20 และสาเหตุหลักมาจากการอายุที่เพิ่มขึ้น โรคอัลไซเมอร์ พิษสุราเรื้อรัง และโรคต่างๆ ที่มีพยาธิสภาพของสมอง³ ในปี 2548 นักวิชาการคาดการณ์ว่ามีผู้ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมทั่วโลก 24.3 ล้านคน และมีผู้ป่วยรายใหม่ 4-6 ล้านรายต่อปี⁴ ข้อมูลในปีพ.ศ. 2550 ได้รายงานความชุกภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีทั่วโลก ว่าพบร้อยละ 3.9 โดยในแคนาดาเริ่มพบร้อยละ 1.6 ญี่ปุ่น 3.9 ประเศจิ่นพบร้อยละ 4 และร้อยละ 4.6 พบรในแคนาดาในเมริกา

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

ในประเทศไทยมีการศึกษาความชุกโดยทีมแพทย์จากโรงพยาบาลศิริราช ในปี พ.ศ. 2549 พบรอัตราความชุกภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 5.13 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากโรคอัลไซเมอร์ โรคหลอดเลือดสมอง และพิษสุราเรื้อรัง ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือ อายุมาก (OR = 1.14) ความดันโลหิตได้แอสโตรติกสูง (OR = 1.97) โรคเบาหวาน (OR = 4.18) ระดับไขมันในเลือดที่สูงกว่า 150 mg% (OR = 8.15)⁶ และจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2 ผลการทดสอบคัดกรองผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป พบรความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 12.3 พบรผู้หญิงร้อยละ 15 ซึ่งสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 8.9) และความชุกจะเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยพบมากที่สุดช่วงอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 32.5 พบรความชุกภาวะสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาลคือร้อยละ 13.6 และ 9.7 ตามลำดับ และผู้สูงอายุที่ไม่รู้หนังสือ มีความชุกภาวะสมองเสื่อมสูงที่สุด คือ ร้อยละ 26.7 รองลงมาคือผู้สูงอายุที่จบระดับประถมศึกษา คือ ร้อยละ 10.8 และพบความชุกต่ำที่สุดคือผู้สูงอายุที่จบการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษาคือ ร้อยละ 6.6 เมื่อจำแนกความชุกตามภาคพูนว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราความชุกร้อยละ 11.2⁷

ผลการศึกษาภาวะความดันโลหิตสูงและการลดลงของระดับสติปัญญาของ Wysocki M et al⁸ พบรผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น គะแนนการตรวจ

สมรรถภาพสมองจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (MMSE Score) มีค่าลดลงเร็วกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการศึกษาดิตตามผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นระยะเวลา 15 ปีของ Ohara T et al⁹ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดปกติเมื่อทดสอบด้วยความทนต่อระดับน้ำตาลหลังรับประทานกลูโคส (OGTT) นอกจากนี้ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจะมีระดับการศึกษาต่ำกว่าประชากรทั่วไป¹⁰ รายงานการศึกษาจำนวน 51 รายงานจากทั่วโลก 88% รายงาน พบร่วมดับการศึกษาต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมแต่อีก 37 รายงานพบร่วมดับการศึกษามีมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อม¹¹

โครงสร้างประชากรในจังหวัดนครราชสีมา มีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะประชาชนผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับประเทศไทย จากผลการสำรวจประชากรกลางปี พ.ศ. 2535 ผู้สูงอายุมีจำนวนร้อยละ 5.64 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.46 ในปี พ.ศ. 2543 จากผลสำรวจในปี พ.ศ. 2553 ประชากรกลางปีจังหวัดนครราชสีมา มีผู้สูงอายุร้อยละ 11.84¹² ปัญหาภาวะสมองเสื่อมซึ่งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุน่าจะมีอุบัติการณ์สูงขึ้นเนื่องจากโครงสร้างที่เปลี่ยนแปลงไป และภาวะสมองเสื่อมนี้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นปัญหาสำคัญสำหรับจังหวัดที่มีโครงสร้างประชากรแบบผู้สูงอายุ ตำบลอพมพ์ อำเภอครบุรี เป็นชุมชนเขตชนบท ประชาชนประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก ฐานะทางเศรษฐกิจยังมีปัญหาในบางครอบครัว มีอัตราผู้สูงอายุร้อยละ 12.86¹² ซึ่งมีอัตราสูงกว่าภาพรวมของจังหวัดนครราชสีมา ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจ

ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมเพื่อนำไปสู่การได้มาของข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional Survey) ทำการวิจัยระหว่างวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2555 ถึงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2555 ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มี อายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขต ตำบลอพมพ์ อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Sampling) โดยสุ่มเลือก 1 ตำบลจากทั้งหมด 12 ตำบล ใน 1 ตำบล ที่เลือกมี 8 หมู่บ้าน จำนวนผู้สูงอายุ 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 บทบาททางสังคมและการเป็นสมาชิกชุมชน ส่วนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและลักษณะวิถีการดำเนินชีวิตผู้สูงอายุ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 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) ทดสอบสมารถและการคำนวณ (Attention/calculation) ความระลึกได้ (Recall) การบอกชื่อสิ่งของ (Naming) การพูดตาม (Repetition) การทำตามคำสั่ง (Verbal Command) การทำตามคำสั่งจากตัวหนังสือ (Written Command) การเขียน (Writing) การวาดรูปโครงสร้าง (Visuo-construction) เพื่อใช้ในการวินิจฉัยคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนการทดสอบน้อยกว่า หรือเท่ากับจุดตัดจะได้รับวินิจฉัยคัดกรองว่ามีภาวะสมองเสื่อม จุดตัดของคะแนนการทดสอบที่ใช้ในการวินิจฉัยสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา ผู้สูงอายุที่จบชั้นประถมศึกษา 4 และผู้สูงอายุที่จบสูงกว่าชั้นประถมศึกษา 4 คือ 14 17 และ 23 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความชุกของภาวะสมองเสื่อมโดยการแจกแจงความถี่ในรูปของจำนวน สัดส่วน และร้อยละ วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านต่างๆ กับภาวะสมองเสื่อมด้วยสถิติโคสแคร์ และการทดสอบแบบพิชเชอร์ 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 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 62.7 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา 4 ร้อยละ 70.7 รองลงมา ร้อยละ 18.0 จบชั้นประถมศึกษา 1-3 ในอดีตส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 82.0 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 60.7 อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย ร้อยละ 62.7 มีรายได้เฉลี่ยครอบครัว 4,114 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้พอเพียง ร้อยละ 70.0 พ母ผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรบุญธรรม ร้อยละ 62.0 รองลงมา เป็นสมาชิกมรรค ร้อยละ 29.3 มีส่วนน้อยร้อยละ 6.0 เป็นกรรมการชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข

ลักษณะปัจจัยด้านชีวภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.7 มีปัญหาสุขภาพคือ เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 20.0 รองลงมาได้แก่ โรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง 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 พบร่วมกับค่ารังนั่งหนึ่ง มีจิตอาสาเข้าร่วมกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ร้อยละ 58.7 กลุ่มผู้สูงอายุครึ่งหนึ่งไม่อ่านหนังสือเลยในเวลาว่างร้อยละ 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 และออกกำลังกายบ้าง
ร้อยละ 20 ความชุกของภาวะสมองเสื่อม จากการสำรวจ
ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจำนวน
150 ราย พบรู้สูงอายุที่ได้รับการตัดกรองว่ามีภาวะ
สมองเสื่อม จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.7
ในขณะที่ร้อยละ 87.3 ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (ตาราง
ที่ 1)

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

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

ลักษณะครอบครัว บทบาททางสังคม รายได้ โรค
หลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง การรับประทาน
ยา ประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ การสูบบุหรี่และการ
ดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม
(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 พบร่วมค่าใกล้เคียงกับรายงานการสำรวจสุขภาพคนไทย ปี 2551-2 ที่พบภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุทั้งประเทศ ร้อยละ 12.3 และความชุกในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 11.2⁷ ภาวะความชุกที่พบใกล้เคียงรายงานของประเทศไทยเนื่องจากการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในการศึกษานี้ใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองแบบเดียวกับการศึกษาเพื่อสำรวจสุขภาพคนไทย และใช้เกณฑ์การวัดเดียวกัน ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในการศึกษานี้สูงกว่าในประเทศไทยซึ่งพบความชุกของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 2.99¹⁴ และสูงกว่าในประเทศไทยชิล ที่พบความชุกภาวะสมองเสื่อมในเขตชนบท ร้อยละ 5.8¹⁵ ความแตกต่างนี้อาจเนื่องมาจากการความแตกต่างของโครงสร้างประชากร ระดับการศึกษา ลักษณะการประกอบอาชีพ และการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุในช่วงเวลาว่าง

เมื่ออายุมากขึ้นจะพบภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น สอดคล้องกับรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย⁷ การที่พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นอาจเกิดเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของสมอง น้ำหนักสมองลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ความสามารถในการจดจำลดลงเมื่ออายุมากขึ้น รวมทั้งน้ำหนักสมองลดลงมากในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม¹⁶

การประกอบอาชีพปัจจุบันมีความล้มเหลว กับภาวะสมองเสื่อม การที่ผู้สูงอายุยังประกอบอาชีพทำให้ต้องมีการคิดวางแผนการทำงาน มีการกระตุ้นการทำงานของสมองอย่างต่อเนื่องในการทำงาน มีการเคลื่อนไหวร่างกาย การพูดประคุณ มีการทำงานที่ชัดช้อนกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของ Gatz M et al¹⁷ ที่พบว่า ลักษณะของงานที่ชัดช้อนเป็นปัจจัยที่ลดความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม ($OR = 0.51$) ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Scazufca M et al¹⁴ ที่พบว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านอาชีพพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้ที่มีทักษะด้านอาชีพ

การมีจิตอาสาเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อบำเพ็ญประโยชน์ทำให้ผู้สูงอายุจะมีการเคลื่อนไหวร่างกาย และได้ทำกิจกรรม การใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรม จะช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองและจิตใจได้มาก กิจกรรมอยู่บ้านเช่นๆ โดยไม่ทำอะไร ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Verghese J et al¹⁸ ที่พบว่าการทำกิจกรรมในสังคมช่วยลดความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชุดเดช เจียนดอน และคณะ¹⁹ ที่พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิต ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ

การทำกิจกรรมในเวลาว่าง เช่น การอ่านหนังสือ การดูโทรทัศน์ มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม การใช้เวลาในการอ่านหนังสือเป็นการกระตุ้นการทำงานของสมอง การอ่านหนังสือช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Verghese J et al¹⁸ ที่พบว่าการใช้เวลาว่างในการอ่านหนังสือ มีความล้มเหลว กับการลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม การดูโทรทัศน์อาจทำให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร เมื่อมีการรับรู้และกระตุ้นให้จดจำ การได้ยินและรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เป็นประจำจะกระตุ้นการทำงานของสมอง

การออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มการทำงานของเซลล์ประสาท ลดภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือด ลดความเสี่ยงต่อภาวะอ้วนเป็นสาเหตุหนึ่งของโรค

หลอดเลือดซึ่งมีผลต่อการเกิดความบกพร่องของความจำและเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Barnes DE et al²⁰ ที่พบว่าการเคลื่อนไหวร่างกายและออกแรงเพื่อทำกิจกรรม มีความสัมพันธ์โดยเป็นปัจจัยที่ลดความเสี่ยงต่อการที่ผู้สูงอายุจะมีระดับความจำลดลงและมีภาวะสมองเสื่อม

เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Peter R et al²¹ ผลครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ Zhao Q et al¹⁴ ในประเทศจีน ซึ่งพบอัตราความชุกในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และพบว่าส่วนใหญ่เกิดภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ ซึ่งภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากโรคอัลไซเมอร์มักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย²² ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้วินิจฉัยแยกโรค อาจเป็นไปได้ว่าภาวะสมองเสื่อมที่พบในการศึกษานี้ส่วนใหญ่ไม่ได้เกิดจากอัลไซเมอร์

อาชีพเดิมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม อาจเกิดเนื่องจากลักษณะอาชีพด้าน เกษตรกรรมหรือรับจ้างทั่วไปในชนบทมีลักษณะงานและทักษะในการทำงานไม่แตกต่างกัน ลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม อาจเกิดจากลักษณะครอบครัวเดียวหรือครอบครัวขยาย มีการเป็นอยู่ไม่แตกต่างกัน เพราะครอบครัวเดียวนั้นถึงแม้ผู้สูงอายุจะอยู่ภายใต้บ้านลำพังกับคู่สมรสแต่บริเวณรอบบ้านจะเป็นบ้านญาติพี่น้องที่อยู่ด้วยกัน ทำให้ลักษณะของครอบครัวในเขตชนบทที่ทำการศึกษาครั้งนี้ไม่แตกต่างกัน สำหรับสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอาจเกิดจากลักษณะการดำเนินชีวิตทั้งกลุ่มที่มีคู่และไม่มีคู่ล้ายกันผู้สูงอายุถึงแม้จะมีสถานภาพสมรสไม่ใช่คู่ เช่น หม้ายแต่ส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่ลำพัง เพราะจะมีญาติอยู่บ้าน

ใกล้เคียงอยู่แล้วช่วยเหลือ

บทบาททางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม แต่แตกต่างจากการศึกษาของ Verghese J et al¹⁸ ที่พบว่าการทำกิจกรรมในสังคมช่วยลดความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากการเป็นสมาชิกชุมชนหรือจะเป็นสมาชิกของชุมชนนั้นผู้สูงอายุไม่ได้ทำกิจกรรมที่แตกต่างกันจึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยเดีย²³ ที่พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมต่าในเขตชนบท สาเหตุที่ไม่พบความสัมพันธ์อาจเกิดจากระดับรายได้น้อยในเขตชนบทนั้นาจไม่มีความแตกต่างกันกับผู้มีรายได้สูง ความเพียงพอของรายได้ใกล้เคียงกัน

โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chiang CJ et al²⁴ และการศึกษาของ Scazuca M et al¹⁴ อายุขัยของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในพื้นที่ที่ศึกษาอาจต่างกับผู้สูงอายุปกติ ผู้ป่วยที่มีอายุยืนและได้รับการคัดเลือกเข้าโครงการวิจัยมีจำนวนน้อย ทำให้โอกาสในการพบความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวลดลง การมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม²⁴ ซึ่งแตกต่างการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ ซึ่งอาจเกิดจากในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่พิเศษมีจำนวนน้อย พนจำนวน 2 ราย ทำให้โอกาสในการพบความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมลดลง

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



มีบางรายงานการวิจัยที่พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม สอดคล้องกับรายงานการศึกษาของ Anstey KJ et al.²⁵ ที่พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมากไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม และการดื่มปริมาณเล็กน้อยถึงปานกลางเป็นปัจจัยที่ลดภาวะเสี่ยงของสมองเสื่อม การไม่มีความสัมพันธ์ในการศึกษาครั้งนี้อาจเป็นเพราะระดับของแอลกอฮอล์ที่ดื่มอาจยังไม่มีผลทำลายสมองจนเกิดภาวะสมองเสื่อม การสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาของ Scazufca M et al.¹⁴ และการศึกษาของ Peter R et al.²¹ การที่ไม่พบความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่อาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่แล้วไม่สูบบุหรี่ และผู้ที่สูบบุหรี่ในบริมาณมากอาจป่วยด้วยโรคอื่นแล้วเสียชีวิต ไม่ได้ถูกคัดเข้ามาในการศึกษา ทำให้โอกาสในการพบความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวลดลง ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ในการติดตามเยี่ยมบ้าน ตรวจและประเมินค่าคะแนนสมรรถภาพสมอง วางแผนการดูแล และจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม เช่น ออกกำลังกาย กระตุนให้อ่านหนังสือ จัดกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและสามารถปฏิบัติงานหรือสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

คณะกรรมการอนุญาติที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำสำนักงาน疾控中心 ที่ได้รับอนุญาตในการเก็บข้อมูลและผู้สูงอายุทุกคนที่เข้าร่วมการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. สรุปสถานการณ์ทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคมของประเทศไทย พ.ศ. 2547. กรุงเทพมหานคร: สำนักสถิติแห่งชาติ ; 2548.
- 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?aID=12507> accessed 14, 2011.
- 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?aID=5368376> accessed October 14, 2011.
- 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.
- Qiu C, Ronchi DD, Fratiglioni L. The epidemiology of the dementias: an update. Curr Opin Psychiatry 2007; 20(4):380-5.
- นันทา มะระเนตร. งานวิจัยเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ กับภาควิชาอายุรศาสตร์, 2549. เข้าถึงได้ที่ <http://www.sirirajmedj.com/content>.

http://bps.ops.moph.go.th/index.php?content_id=2106 เมื่อวันที่ 20
ตุลาคม 2554

7. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพ
ประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4
พ.ศ. 2551-2. กรุงเทพมหานคร: เดอะ
กราฟิก ชีสเต็มส์; 2551.

8. Wysocki M, Luo X, Schmeidler J, Dahlman
K, Lesser G T, Grossman, et al. Hyperten-
sion 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 สำนักงานปลัด
กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลสถิติจำนวน
ประชากรกลางปี ของปี 2535-2553. เข้าถึง
ได้ที่ http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5_1. เมื่อวันที่ 3
ธันวาคม 2554

13. ประเสริฐ บุญเกิด บรรณาธิการ. แนวทางการ
รักษาภาวะสมองเสื่อม (Clinical Practice
Guideline for Dementia). กรุงเทพมหานคร:
สถาบันประเทศไทย 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 (SPAHS). International Journal
of Epidemiology 2008; 37(4): 879-90.
16. Carlson NE, Moore MM, Dame A, Howieson
D, Silbert LC, Quinn JF et al. Trajec-
tories 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. ชุดเดช เจ็บดอน, นวรัตน์ สุวรรณพ่อง, ชวีวรรณ บุญสุยา, และนพพร โทรธีระกุล. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเย็น 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**

Department of Family Health, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok 10400, Thailand

Department of Family Health, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, Bangkok 10400, Thailand

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