

# ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

## Prevalence and Factors Associated with Dementia among Elderly in Lukhok Subdistrict, Muang District, Pathumtani Province

อาทิตยา สุวรรณ

สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค

อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

E-mail: suwanartitaya@gmail.com

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี โดยสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ จำนวน 360 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ระหว่างวันที่ 30 สิงหาคม ถึง วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ และการทดสอบพิชเชอร์เอกแซ็ค ผลการศึกษาพบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมีอัตราร้อยละ 18.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< 0.05$  คือ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา ความสามารถในการอ่านเขียน ดัชนีมวลกาย การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการจัดทำโครงการหรือกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุและส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

**คำสำคัญ:** ภาวะสมองเสื่อม ความชุก ผู้สูงอายุ

### ABSTRACT

This cross-sectional survey research aimed to investigate the prevalence and factors associated with dementia among the elderly in Lukhok Subdistrict, Muang District, Pathumtani Province. The sample was 360 elderly people selected by stratified sampling method. The research instruments were composed of personal information interviews and the Mini Mental State Examination (MMSE-Thai version) form. Data were collected during 30 August to 30 September 2015. Data were analyzed by descriptive statistics, chi-square test and Fisher's exact test. The study found that the prevalence of dementia in the elderly was 18.6 percent. The factors associated with dementia, at a significant level of  $p < 0.05$  were age, marital status, education, the ability to read – write, BMI, exercise, and stress management. The results of this study can be used as a basis for developing projects and activities to prevent dementia among the elderly and to promote their health for a better quality of life.

**KEYWORDS:** Dementia, Prevalence, Elderly

## บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาที่พบบ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วในประชากรผู้สูงอายุ และพบมากขึ้นตามอายุ โดยเพิ่มมากขึ้นสองเท่าทุก 5 ปี หลังอายุ 65 ปี การเพิ่มอย่างรวดเร็วนี้เกิดจนถึงอายุ 90 ปี ปัญหาที่น่ากลัวสำหรับผู้สูงอายุคือการสูญเสียการรับรู้ตนเอง (Loss of self) จากภาวะสมองเสื่อม (จารุวรรณ, 2551) จากสถิติข้อมูลในปี พ.ศ. 2553 นักวิชาการ คาดการณ์ว่ามีผู้สูงอายุทั่วโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปีเกิด ภาวะสมองเสื่อม 35.6 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2573 และ 2593 เป็น 65.7 และ 115.4 ล้านคน ตามลำดับ ซึ่งพบมากในประเทศที่ด้อยพัฒนา หรือกำลังพัฒนา ในประเทศไทยพบความชุกของภาวะ สมองเสื่อมในประชากรที่อายุมากกว่า 55 ปี ร้อยละ 1.8-2.0 (พาวตุมิ และสุรินทร์, 2556) ส่วนในประชากรที่ อายุมากกว่า 60 ปี พบความชุกของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 11.4-12.3 โดยแยกเป็นในเพศชายร้อยละ 8-8.9 และหญิงร้อยละ 13.93-15 ความชุกของภาวะ สมองเสื่อมในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามอายุกลุ่มอายุ 60-69 ปี พบร้อยละ 7.1 กลุ่มอายุ 70-79 ปี พบร้อยละ 14.7 และกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป พบร้อยละ 32.5 ความชุก ของภาวะสมองเสื่อมยังแปรตามระดับการศึกษาและ เขตที่อยู่อาศัย โดยพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่รู้หนังสือมี ความชุกของภาวะสมองเสื่อมสูงที่สุด ร้อยละ 26.7 ผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตเทศบาลมีความชุกสูงกว่าผู้ที่อยู่ใน เขตเทศบาล โดยพบร้อยละ 13.6 และ 9.7 ตามลำดับ และพบว่าภาคกลางมีอัตราความชุกร้อยละ 11.2 (วิชัย, 2552) ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่ เกิดจากการทำงานของสมองที่เสื่อมลงในเรื่อง ความจำ การใช้ความคิด และการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และมีการ เปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพร่วมด้วย การดำเนินของโรคมักเป็นไปอย่างช้าๆ และต่อเนื่อง มีการสูญเสียความจำ ทั้งระยะสั้นและระยะยาว มีการตัดสินใจ บุคลิกภาพ และการใช้ภาษา ทักษะในการเคลื่อนไหว และการแปล ความรู้สึกผิดปกติ โดยที่ระดับความรู้สึกตัวปกติ และ อาการที่เกิดขึ้นจะต้องรุนแรงจนเป็นอุปสรรคในการใช้ ชีวิตในสังคม (สมจินต์ และ สมฤดี, 2552; ประภา และ คณะ, 2553) ภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ

(สมจินต์ และสมฤดี, 2552; วรเวศม์, 2552) ทำให้อายุขัย สั้นลงและทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (จารุวรรณ, 2551)

จากผลการศึกษาระบาดวิทยา (meta-analysis) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ สมองเสื่อมของผู้สูงอายุมีหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้าน พันธุกรรม อายุ เพศ สถานภาพการสมรส ปัจจัยด้าน พฤติกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร น้ำหนักตัวเกิน สุขบุหรี ต้มแอลกอฮอล์ปริมาณมาก ขาดการออกกำลังกาย ตลอดจนการได้รับสารพิษ ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อ หลอดเลือด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรค หลอดเลือดในสมอง โรคเบาหวาน ภาวะดื้อต่ออินซูลิน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และการรักษาโดยฮอร์โมน ทดแทน ภาวะสารโฮโมซิสเตอีนในเลือดสูง ภาวะสับสน เสียบปลั่ง และภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะ สมองเสื่อม ทำให้เกิดเนื้อสมองตายจากการขาดเลือด ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมอง (บุษบา, 2554; ประเสริฐ, 2556; วีรศักดิ์, 2556; Baumgart et al., 2015; Hakansson et al., 2009) นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยเสี่ยงในวัยเด็ก คือ ขนาดของครอบครัว การดูแล ในช่วงตั้งครรภ์และคลอด การติดเชื้อในครรภ์ การขาด ออกซิเจนในช่วงคลอด ตลอดจนการเจริญเติบโตของ แขน ขา และศีรษะในวัยเด็ก มีผลกระทบต่อระดับของศักยภาพ การทำงานของสมองอีกด้วย (วีรศักดิ์, 2556)

จากสถิติโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุในจังหวัด ปทุมธานี พบว่า ในปี พ.ศ. 2547 ผู้สูงอายุมีจำนวนร้อยละ 8.3 และปี พ.ศ. 2552 และ 2557 ผู้สูงอายุมีจำนวน ร้อยละ 10.7 และ 11.5 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติ แห่งชาติ, 2557) จะเห็นได้ว่าจำนวนประชากรผู้สูงอายุใน เขตจังหวัดปทุมธานีมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในทุกๆ ปี ตำบล หลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี เป็นพื้นที่ที่ มหาวิทยาลัยรังสิตตั้งอยู่ มหาวิทยาลัยรังสิตมีวิสัยทัศน์ใน การเป็นแหล่งทรัพยากรการเรียนรู้และการค้นคว้าวิจัย เพื่อสนองตอบความต้องการของท้องถิ่นและแก้ไขปัญหา สังคมสู่การเป็นชุมชนสุขภาพที่ยั่งยืน ได้กำหนดนโยบาย และแผนงานมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promoting University) โดยการปรับปรุงพัฒนาหลักสูตร การจัดการเรียนการสอน การวิจัยเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และการบริการวิชาการสู่สังคม ผู้วิจัยซึ่งเป็นอาจารย์ใน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต เล็งเห็น

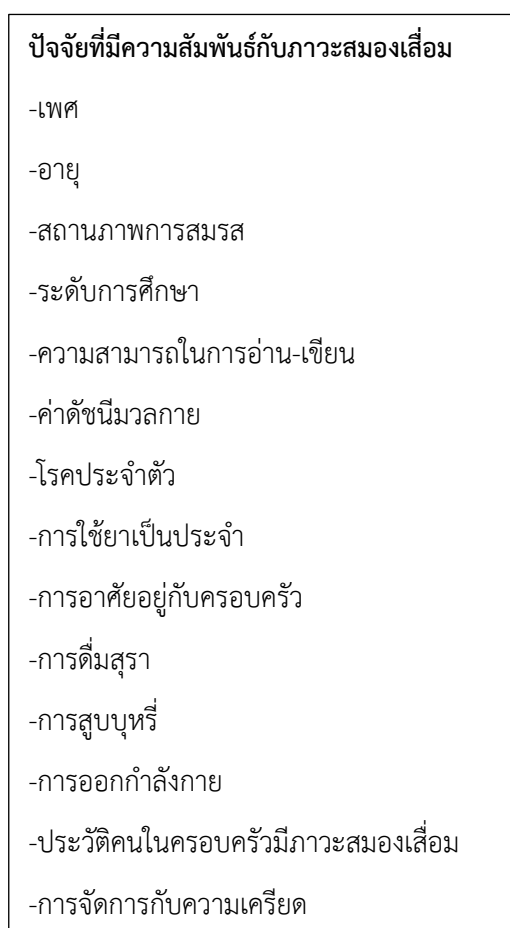
ความสำคัญของปัญหาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ซึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นตามสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่สูงขึ้น จึงสนใจศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุใน ตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ซึ่งเป็นชุมชนที่แวดล้อมมหาวิทยาลัย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับอาจารย์ นักศึกษา และผู้ที่สนใจวางแผนการดูแลและป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ตลอดจนจัดทำโครงการและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลหลักหก

อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี โดยบูรณาการเข้ากับการจัดการเรียนการสอนและการบริการวิชาการสู่สังคมให้มีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

### ตัวแปรต้น



### ตัวแปรตาม

ภาวะสมองเสื่อม

### ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ทราบระดับความรุนแรงของปัญหาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

2. นำผลที่ได้จากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดูแลและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional survey) เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 30 สิงหาคม ถึง วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2558

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ใน ตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 3,465 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของทาโร ยามาเน่ (พันธณีย์, 2551) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 360 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มแบบชั้นภูมิ ตำบลหลักหก แบ่งเป็น 2 พื้นที่ คือ หลักหก 1 มี 4 หมู่บ้าน และหลักหก 2 มี 3 หมู่บ้านแต่ละหมู่บ้านมีจำนวนผู้สูงอายุอยู่ระหว่าง 307-948 คน ผู้วิจัยสุ่มเลือกผู้สูงอายุจากแต่ละหมู่บ้านตามขนาดของประชากรในแต่ละหมู่บ้าน ได้กลุ่มตัวอย่างแต่ละหมู่บ้าน 32-99 คน

### เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย ศาสนา ความสามารถในการอ่านเขียน โรคประจำตัว การอาศัยอยู่กับครอบครัว ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ การใช้ยาเป็นประจำ ประวัติการสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย ประวัติคนในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อม และการจัดการกับความเครียด

2) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ แบบทดสอบนี้เป็นแบบคัดกรองการตรวจหาความบกพร่องในการทำงานของสมองเกี่ยวกับการรับรู้ (Cognitive impairment) ในด้านต่างๆ ได้แก่ การรับรู้เวลา สถานที่ (Orientation to time and place) ความจำ (Registration and memory) ความตั้งใจและการคำนวณ (Attention and calculation) ความเข้าใจทางภาษาและการแสดงออกทางภาษารวมถึงการจำภาพโครงสร้างด้วยตา (Visual constructional) ประกอบด้วยคำถาม 11 ข้อ การแปลผลคะแนนต้อง

พิจารณาระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ ในกรณีที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) ผู้สูงอายุที่ปกติจะมีคะแนนรวมมากกว่า 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน กรณีที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ผู้สูงอายุที่ปกติจะมีคะแนนรวมมากกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน และกรณีที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา ผู้สูงอายุที่ปกติจะมีคะแนนรวมมากกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความชุกของภาวะสมองเสื่อม และคะแนนการประเมินสภาพสมองเบื้องต้น โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับภาวะสมองเสื่อมด้วยสถิติไคสแควร์ และการทดสอบแบบฟิชเชอร์เอกแซ็ค โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับคณะ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลักหก 1 และหลักหก 2 กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการพิทักษ์สิทธิ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเริ่มต้นทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

### ผลการวิจัย

กลุ่มผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.1) มีอายุอยู่ในช่วง 60-93 ปี มีอายุเฉลี่ย 70 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.18) ผู้สูงอายุ ตอนต้นอายุ 60-69 ปีมีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 51.9 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 36.7 ประมาณครึ่งหนึ่งมีสถานภาพการสมรสหม้าย (ร้อยละ 50.3) ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 78.3 และอ่านออกเขียนได้ ร้อยละ 86.7 กลุ่มผู้สูงอายุมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.79 กก./ม.<sup>2</sup> (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.98) ผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (18.5-24.9 กก./ม.<sup>2</sup>) มี

จำนวนมากที่สุด ร้อยละ 53.9 รองลงมา มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน (>25 กก./ม.<sup>2</sup>) ร้อยละ 36.7 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80 เกือบทั้งหมดอาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 96.1) ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 52.8 และไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 69.4 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 55.3 ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ร้อยละ 33.3 ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดไม่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 99.2 ส่วนใหญ่มีการใช้ยาเป็นประจำ ร้อยละ 81.7 และมีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม เช่น มีกิจกรรมทางสังคมหรือมีงานอดิเรก ร้อยละ 71.4

จากการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 360 คน พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 18.6 และ ไม่มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 81.4 (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามภาวะสมองเสื่อม (n=360)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
<b>ภาวะสมองเสื่อม</b>		
มี	67	18.6
ไม่มี	293	81.4

เมื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับภาวะสมองเสื่อมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05 ได้แก่ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา ความสามารถในการอ่านเขียน ดัชนีมวลกาย การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด ในขณะที่เพศ โรคประจำตัว การอาศัยอยู่กับครอบครัว การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การมีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคสมองเสื่อม และการมีประวัติการใช้ยาเป็นประจำ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ด้วยสถิติไคสแควร์ และการทดสอบแบบฟิชเชอร์เอกซ็ัค (n=360)

ปัจจัย	ไม่มีภาวะสมองเสื่อม		มีภาวะสมองเสื่อม		สถิติ	P-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>เพศ</b>					Fisher's	0.531
ชาย	81	83.5	16	16.5	Exact	
หญิง	212	80.6	51	19.4		
<b>อายุ (ปี)</b>					$\chi^2 =$	<0.001*
60-69 ปี	169	90.4	18	9.6	39.338	
70-79 ปี	104	78.8	28	21.2		
80 ปีขึ้นไป	20	48.8	21	51.2		
<b>สถานภาพการสมรส</b>					$\chi^2 =$	0.009*
โสด	10	90.9	1	9.1	9.469	
คู่	147	87.5	21	12.5		
หม้าย	136	75.1	45	24.9		
<b>ระดับการศึกษา</b>					$\chi^2 =$	0.003*
ไม่ได้เรียน	35	71.4	14	28.6	3.996	
ประถมศึกษา	235	83.3	47	16.7		
มัธยมศึกษา	23	79.3	6	20.7		
<b>ความสามารถในการอ่าน-เขียน</b>					Fisher's	0.001*
อ่านออก/เขียนได้	262	84	50	16	Exact	
อ่านไม่ออก/เขียนไม่ได้	31	64.6	17	35.4		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัย	ไม่มีภาวะสมองเสื่อม		มีภาวะสมองเสื่อม		สถิติ	P-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ดัชนีมวลกาย(กก./ม.2)</b>					$\chi^2$	<0.001*
<18.5	19	55.9	15	44.1	=16.126	
18.5-24.9	163	84	31	16		
>25	111	84.1	21	15.9		
<b>โรคประจำตัว</b>					Fisher's	0.379
มีโรคประจำตัว	237	82.3	51	17.7	Exact	
ไม่มีโรคประจำตัว	56	77.8	16	22.2		
<b>อาศัยอยู่กับครอบครัว</b>					Fisher's	0.782
อยู่กับครอบครัว	282	81.5	64	18.5	Exact	
อยู่คนเดียว	11	78.6	3	21.4		
<b>การดื่มสุรา</b>					$\chi^2$	0.074
ไม่ดื่ม	163	85.8	27	14.2	=5.200	
เคยดื่มแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว	106	76.8	32	23.2		
ดื่ม	24	75	8	25		
<b>การสูบบุหรี่</b>					$\chi^2$	0.149
ไม่สูบบุหรี่	205	82	45	18	=3..805	
เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว	72	83.7	14	16.3		
สูบบุหรี่	16	66.7	8	33.3		
<b>การออกกำลังกาย</b>					$\chi^2 =$	< 0.001*
สม่ำเสมอ	116	96.7	4	3.3	28.340	
ไม่สม่ำเสมอ	32	78	9	22		
ไม่ออกกำลังกาย	145	72.9	54	27.1		
<b>ประวัติคนในครอบครัว</b>					Fisher's	0.511
<b>มีภาวะสมองเสื่อม</b>					Exact	
มีประวัติ	2	66.7	1	33.3		
ไม่มีประวัติ	291	81.5	66	18.5		
<b>การใช้จ่ายเป็นประจำ</b>					Fisher's	0.921
ใช้จ่ายเป็นประจำ	239	81.3	55	18.7	Exact	
ไม่ใช้จ่าย	54	81.8	12	18.2		
<b>การจัดการกับความเครียด</b>					Fisher's	< 0.001*
การจัดการความเครียดเหมาะสม	250	97.3	7	2.7	Exact	
จัดการความเครียดไม่เหมาะสม	43	41.7	60	58.3		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05



## สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

### 1. ความชุกของภาวะสมองเสื่อม

การศึกษาครั้งนี้พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ร้อยละ 18.6 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นพบว่าการศึกษาครั้งนี้พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุสูงกว่าการสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชนชาวไทย ระหว่าง ปี พ.ศ. 2551-2552 ซึ่งพบร้อยละ 12.3 (วิชัย, 2552) และสูงกว่าผลการศึกษาของศิริทิพย์ และคณะ (2557) และสายสุนีย์ และคณะ (2556) ที่พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ร้อยละ 7.4 และ 12.7 ตามลำดับ แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของ บุชบา (2554) และอรรวรรณ และคณะ (2551) ที่พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ร้อยละ 18.2 และ 19.4 ตามลำดับ ผลการศึกษาที่พบความชุกแตกต่างกัน อาจเนื่องจากโครงสร้างของประชากร ระดับการศึกษา และวัฒนธรรม ในแต่ละภาคและแต่ละพื้นที่ของประเทศไทย มีความแตกต่างกัน

### 2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

**เพศ** ผลการศึกษาพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาของสายสุนีย์ และคณะ (2556) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.1) จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นเพศหญิง (51 คน) มากกว่าเพศชาย (16 คน) และสัดส่วนผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 19.4) มีแนวโน้มสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 16.5) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาในประเทศไทยที่ระบุว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (วิชัย, 2552) เช่นเดียวกันกับการศึกษาในประเทศจีน ที่พบว่าอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Zhao et al., 2010)

**อายุ** ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 51.2) มีภาวะสมองเสื่อมมากที่สุดและผู้สูงอายุช่วงอายุ 60-69 ปี มีภาวะสมองเสื่อมน้อยที่สุด (ร้อยละ 9.6) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิชัย (2552) ที่พบว่าความชุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสูงสุดในกลุ่ม 80 ปีขึ้นไป โดยพบร้อยละ 32.5 และพบความชุกต่ำที่สุดใน

กลุ่มอายุ 60-69 ปี ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมและอายุที่เพิ่มขึ้น พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น (บุชบา, 2554; สายสุนีย์ และคณะ, 2556; ศิริทิพย์ และคณะ, 2557; วิรศักดิ์, 2556) ซึ่งเป็นผลจากเมื่อมีอายุมากขึ้นทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้าง และหน้าที่ของสมอง จำนวนเซลล์ประสาทและเซลล์ค้ำจุนระบบประสาทลดลง เกิดการตายของเซลล์ ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาท ทำให้ความสามารถในการสื่อสาร และการจดจำลดลง (Jeppesen et al., 2011; Kalaria, 2010)

**สถานภาพการสมรส** ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพการสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีสถานภาพการสมรสหม้ายมีภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด (ร้อยละ 24.9) สถานภาพการสมรสคู่ และสถานภาพการสมรสโสด มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 12.5 และ 9.1 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ บุชบา (2554) ที่พบว่า ร้อยละ 63.2 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่อยู่คนเดียว คือ เป็นหม้ายหรือหย่า และสอดคล้องกับการศึกษาของ Hakansson et al. (2009) ที่พบว่า ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับสถานภาพสมรส ผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรส หม้าย หย่า หรืออาศัยอยู่โดยลำพังมีการรับรู้ทางสมองลดลงเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งการสูญเสียคู่สมรส การเป็นหม้าย การหย่าร้างและการอาศัยอยู่โดยลำพัง เป็นเหตุการณ์ก่อให้เกิดภาวะเครียด และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งภาวะซึมเศร้ามี่ความสัมพันธ์กับความสามารถด้านการรู้คิด ทำให้ความสามารถในด้านการรู้คิด การเข้าใจเพื่อทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตลดลง และอาจเพิ่มความเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้ (Fan et al., 2015; Mousavi-Nasab et al., 2012)

**ระดับการศึกษาและความสามารถในการอ่านเขียน** ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาและความสามารถในการอ่านเขียนมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม จากการศึกษาส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มสมองเสื่อมเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 28.6 ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 20.7 และระดับประถมศึกษา ร้อยละ 16.7 และผู้สูงอายุที่อ่านไม่ออกและเขียนไม่ได้มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 35.4 สูงกว่าผู้ที่อ่าน

ออกและเขียนได้ที่พบร้อยละ 16 สอดคล้องกับรายงานการศึกษาส่วนใหญ่ ที่พบว่าผู้ไม่ได้รับการศึกษา หรือมีการศึกษาต่ำมีแนวโน้มการเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าผู้มีการศึกษาสูง (บุษบา, 2554; สายสุนีย์ และคณะ, 2556; ศิรินทิพย์ และคณะ, 2557; Sharp & Gatz, 2011) การได้รับการศึกษาทำให้มีการกระตุ้นสมองและระบบประสาทจากการเรียนหนังสือจึงทำให้ความสามารถของสมองดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ (วิชัย, 2552; Xu et al., 2015)

**ดัชนีมวลกาย** ผลการศึกษาพบว่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร มีภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 44.1) สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป (ร้อยละ 16) สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญเรือน และคณะ (2554) ที่พบว่า ผู้ที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่ามาตรฐานมีแนวโน้มเกิดภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักตัวน้อยหรือมีดัชนีมวลกายลดลง 1 กิโลกรัม/ตารางเมตร ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 35 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายปกติ เนื่องจากภาวะขาดสารอาหารส่งผลทำให้เกิดโรคหลายอย่างตามมา (Chen et al., 2009; Xu et al., 2015) การบริโภคอาหารในประจำวันให้ครบ 5 หมู่และการควบคุมดัชนีมวลกายให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ โดยเน้นโปรตีนและไขมันจากปลา ผัก ผลไม้และบริโภควิตามินโดยเฉพาะกลุ่มวิตามินบีเกือบทุกชนิดมีความสำคัญต่อการทำงานของเซลล์สมอง (อรรถสิทธิ์, 2550)

**โรคประจำตัว** ผลการศึกษาพบว่าโรคประจำตัวของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม แตกต่างจากการศึกษาของ Poblador-Plou et al. (2014) ที่พบว่าโรคอัลไซเมอร์ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคพาร์กินสันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อม เนื่องจากผู้สูงอายุในการศึกษารั้งนี้ไม่พบโรคดังกล่าวหรือพบน้อยมาก ร้อยละ 2.7 ทำให้การมีโรคไม่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 59.4

และโรคเบาหวาน ร้อยละ 30 ซึ่งจากรายงานการศึกษาพบว่าโรคเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมในวัยกลางคน แต่ไม่ได้ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมในวัยสูงอายุ (สายสุนีย์ และคณะ, 2556; Chen et al., 2009)

**การอาศัยอยู่กับคนในครอบครัว** ผลการศึกษาพบว่าการอาศัยอยู่กับคนในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม สอดคล้องกับรายงานการศึกษาของ สายสุนีย์ และคณะ (2556) ที่พบว่าลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม ครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยายมีความเป็นอยู่ไม่แตกต่างกัน เพราะครอบครัวเดี่ยวส่วนใหญ่จะมีบ้านญาติพี่น้องบริเวณรอบข้างคอยช่วยเหลือ การศึกษารั้งนี้ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 96.1) อาศัยอยู่กับครอบครัวตามลักษณะทั่วไปของครอบครัวไทย ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังมีน้อยมาก แม้จะมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 21.4) สูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 18.5) ซึ่งอาจเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อย ขาดสิ่งกระตุ้นทางสมอง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ )

**การดื่มสุรา** ผลการศึกษาพบว่าการดื่มสุราไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม ไม่สอดคล้องกับรายงานการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่าแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม (Handing et al., 2015; Ridley et al., 2013) จากการศึกษาของ Harper (2009) พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากส่งผลให้สมองเนื้อสีขาวส่วนกลีบหน้า ซึ่งทำหน้าที่ในการรู้คิด การบริหารจัดการ ความทรงจำ การแก้ปัญหาและความคิดสร้างสรรค์ มีการสูญเสียหน้าที่ในการส่งสัญญาณกระแสประสาทออกจากเซลล์ประสาท ซึ่งในการศึกษารั้งนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์หรือเคยดื่มแต่เลิกดื่มมาแล้วหลายปี สำหรับผู้สูงอายุที่ปัจจุบันยังคงดื่ม พบว่ามีน้อยเพียงร้อยละ 8.6 ทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อม ( $p > 0.05$ )

**การสูบบุหรี่** ผลการศึกษาพบว่า การสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม ไม่สอดคล้องกับรายงานการศึกษาของ สายสุนีย์ และคณะ (2556) และ Peter et al. (2009) การสูบบุหรี่ทำให้การไหลเวียนเลือดไปที่สมองทั้งส่วน Cortex และ Sub cortex ลดลง ทำให้สมองฝ่อเร็วขึ้น ทำให้การทำงานด้านการคิดและหา



เหตุผลของสมองไม่ดี (Karama et al., 2015) การศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุที่สุขภาพดีเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงมาก (ร้อยละ 33.3) แต่เนื่องจากผู้สูงอายุที่สุขภาพดีมีน้อย (ร้อยละ 18) ทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ของการสุขภาพดีกับการเกิดภาวะสมองเสื่อม ( $p > 0.05$ )

**การออกกำลังกาย** ผลการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ไม่ออกกำลังกายเลยมีภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด (ร้อยละ 27.1) รองลงมา คือ ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ (ร้อยละ 22) ส่วนผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอพบภาวะสมองเสื่อมน้อยที่สุด (ร้อยละ 3.3) สอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่พบว่า การออกกำลังกายช่วยลดการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 30-50 (Ahlskog et al., 2011; Chen et al., 2009; Xu et al., 2015) การออกกำลังกายจะช่วยป้องกันภาวะเสื่อมของเซลล์ประสาท เพิ่มประสิทธิภาพของระบบหัวใจและหลอดเลือด ช่วยทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้น สมองสั่งงานและทำงานได้ดีขึ้น ลดภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและโรคอ้วนซึ่งมีผลต่อการเกิดความบกพร่องของความจำและเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที จนรู้สึกเหนื่อยหรือมีการสูญเสียเหงื่อ จะลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมได้ (Rovio et al., 2005) นอกจากนี้การออกกำลังกายในผู้สูงอายุจะช่วยเพิ่มความสามารถในการเรียนรู้ (Cognitive function) และช่วยลดความถดถอยในการเรียนรู้ (Cognitive decline) ได้ (สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

**ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคสมองเสื่อม** ผลการศึกษาพบว่า การมีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคสมองเสื่อมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม แตกต่างจากรายงานการศึกษาของ ขวัญเรือน และคณะ (2554) และ Liu et al. (2013) ซึ่งพบว่าปัจจัยการมีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม จากรายงานการศึกษาพบว่า APOE4 allele gene เป็นพันธุกรรมที่มีบทบาทสำคัญมากต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และนอกจากนี้ยังพบว่า การอักเสบของยีนร่วมกับการมี APOE4 allele gene เป็นปัจจัยเสี่ยงสูงที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม (Liu et al., 2013) การศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคสมองเสื่อมมีจำนวนน้อย

มาก เพียง 3 คน เกิดภาวะสมองเสื่อม 1 คน (ร้อยละ 33.3) จึงอาจทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการมีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคสมองเสื่อมกับการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

**การใช้ยาเป็นประจำ** ผลการศึกษาพบว่า การใช้ยาเป็นประจำไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen et al. (2009) ที่พบว่า การใช้ยาเป็นประจำไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม ทั้งนี้เนื่องจากมียาบางกลุ่มเท่านั้นที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม ยาที่พบบ่อยคือ กลุ่มยาระงับประสาท ยานอนหลับ และยาต้านการอักเสบ NSAIDs การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้ยาในกลุ่มลดความดันโลหิต กลุ่มยาลดไขมัน และกลุ่มยาลดระดับน้ำตาลในเลือด มีเป็นส่วนน้อยที่ใช้ยาในกลุ่มยาระงับประสาท ยานอนหลับ และยาต้านการอักเสบ NSAIDs ทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ของการใช้ยาเป็นประจำกับภาวะสมองเสื่อม

**การจัดการกับความเครียด** ผลการศึกษาพบว่า การจัดการกับความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่มีการจัดการกับความเครียดไม่เหมาะสม เวลาที่มีปัญหาจะหลีกเลี่ยง หรือหาทางแก้ปัญหาโดยการดื่มสุรา รับประทานยานอนหลับ และเก็บตัว พบว่ามีภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด (ร้อยละ 58.3) ส่วนผู้สูงอายุที่มีการจัดการกับความเครียดเหมาะสม โดยการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ไหว้พระสวดมนต์ ทำบุญ หรือ มีงานอดิเรกพบว่ามีภาวะสมองเสื่อมน้อยที่สุด (ร้อยละ 2.7) สอดคล้องกับการศึกษาของ สายสุนีย์ และคณะ (2556) ที่พบว่า การที่ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมทำให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวร่างกายและได้ทำกิจกรรม จะช่วยกระตุ้นการทำงานของสมอง สมองจะมีการหลั่งนิวโทรฟินส์ ทำให้ใยประสาทนำเข้าที่เชื่อมระหว่างเซลล์ประสาททำงานได้ดีขึ้น ลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดสมองเสื่อม (สุขพิชรา, 2553; Verghese et al., 2003)

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดทำโครงการส่งเสริมภาวะโภชนาการ การออกกำลังกาย และการทำกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันภาวะสมองเสื่อมแก่ผู้สูงอายุ

2. ควรมีการศึกษาติดตามผลลัพธ์ของการดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่อการคงความสามารถในการทำงานของสมอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี และอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่ให้ความร่วมมือในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย รวมทั้งผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลหลักหกหนึ่ง หลักหกสอง ที่ช่วยตอบแบบสัมภาษณ์และแบบทดสอบสภาพสมองอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษานี้

### เอกสารอ้างอิง

ขวัญเรือน กำวิตุ สุคนธา ศิริ ดุสิต สุจิรารัตน์ และ ศรุต พันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา. 2556. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง. *The national graduate conference*. 34: 915-923.

จารุวรรณ ฉิมมานิตย์. (2551). *พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ หมู่ที่ 3 และ 4 ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา.

บุษบา คำสวน. 2554. *ความชุกของภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อมและปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ตำบลน้ำร้อน อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ประภา ชิวโรจน์ รัชนิภรณ์ ทรัพย์กรานนท์ รวีวรรณ เผ่ากัณหา และวารีย์ กังใจ 2553. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจ และการปฏิบัติดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. *วารสารคณะ*

พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 18: 72-88.

ประเสริฐ อัสสันตชัย. 2556. *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.

พันธณี วิหคโต. 2551. *สถิติและการวิจัยทางธุรกิจ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร.

พาวุฒิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง. 2556. ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 58: 101-110.

วรเวศม์ สุวรรณระดา. 2552. *โครงการการเงินการคลังสำหรับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 277 หน้า.

วิชัย เอกพลากร (บ.ก.). 2552. *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552*. กรุงเทพฯ: เดอะกรราฟิเคชันแอส. 210 หน้า.

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. 2556. *การป้องกันการประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม: Dementia: Prevention, Assessment and Care*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. 190 หน้า.

ศิรินทิพย์ คำฟู กฤษณพนธ์ ชัยมงคล ชันลิกา ไชยชมภู และเพ็ญพิชชา แก้วมณีวงศ์. 2557. การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมและการะในการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. *ศรีนครินทร์เวชสาร*. 29(4): 389-393.

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2551. *แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. 114 หน้า.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2548. *การดูแลรักษาโรค*

- ผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา. กรุงเทพฯ: ชุมชนมหาวิทยาลัยการเกษตรแห่งประเทศไทย. 356 หน้า.
- สมจินต์ โฉมวิฒนะชัย และสมฤดี เนียมหอม. 2552. การศึกษาสภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชนจังหวัดนนทบุรี. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 62 หน้า.
- สายสุนีย์ เลิศกระโทก สุธรรม นันทมงคลชัย และศุภชัย ปิติกุลตั้ง. 2556. ความสุขของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลอรพิมพ์ อำเภอบางบาล จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*. 43(1): 42-54.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2557. ประชากรจากภาระทะเบียน จำแนกตามหมวดอายุ เป็นรายอำเภอ จังหวัดปทุมธานี. [ออนไลน์] สืบค้นจาก [http://pathumthani.old.nso.go.th/nso/project/search/result\\_by\\_department.jsp](http://pathumthani.old.nso.go.th/nso/project/search/result_by_department.jsp).
- สุขพัชรา ชิมเจริญ. 2553. ออกกำลังป้องกันสมองเสื่อม. *วารสารหมอชาวบ้าน*. 32(377): 18-26.
- อรรพรรณ คุณหา พงงาม พงศ์จตุรวิทย์ ดาวชมพู นาคะวีโรจาร์ณี วิทยาจักษ์ พลินท์ชญา พัชราพิสิฐกุล สิรินทร ฉันทศิริกาญจน และคณะ. 2551. รายงานการวิจัยการพัฒนาศักยภาพสมองของผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องในระยะต้น. กรุงเทพฯ: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 169 หน้า.
- อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ. 2550. ภาวะสมองเสื่อม. *วารสารคลินิก*. 19(6): 473-477.
- Ahlskog, J.E., Geda, Y.E., Graff-Radford, N.R. and Petersen, R.C. 2011. Physical Exercise as a Preventive or Disease-Modifying Treatment of Dementia and Brain Aging. *Mayo Clinic Proceedings*. 86(9): 876-884.
- Baumgart, M., Snyder, H.M., Carrillo, M.C., Fazio, S., Kim, H. and Johns, H. 2015. Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia: A population-based perspective. *Alzheimer's & Dementia*. 11: 718-726.
- Chen, J.H., Lin, K.P. and Chen, Y.C. 2009. Risk Factors for Dementia. *Journal of the Formosan Medical Association* 108(10): 754-764.
- Fan, L.P., Sun, Y., Lee, H.J., Yang, S.C., Chen, T.F., Lin, K., Lin, C.C., et al. 2015. Marital Status, Lifestyle and Dementia: A Nationwide Survey in Taiwan. *PLoS ONE*. 10(9): 1-11.
- Hakansson, K., Rovio, S., Helkala, E.L., Vilska, A.R., Winblad, B., Soininen, H., et al. 2009. Association between mid-life marital status and cognitive function in later life: population based cohort study. *BMJ*. 339: 1-8.
- Handing, E.P., Anedel, R., Kadlecova, P., Gatz, M. and Pedersen, N.L. 2015. Midlife Alcohol Consumption and Risk of Dementia Over 43 Years of Follow-Up: A Population-Based Study From the Swedish Twin Registry. *Journals of Gerontology*. 00: 1-12.
- Harper, C. 2009. The neuropathology of alcohol-related brain damage. *Alcohol & Alcoholism*. 44: 136-140.
- Jeppesen, D.K., Bohr, V.A. and Stevnsner, T. 2011. DNA repair deficiency in Neurodegeneration. *Progress Neurobiology*. 94 (2): 166-200.
- Kalaria, R.N. 2010. Vascular basis for brain degeneration: faltering controls and risk factors for dementia. *Nutrition Reviews*. 68: 74-87.
- Karama, S., Ducharme, S., Corley, J., Chouinard-Decorte, F., Starr, J.M., Wardlaw, J.M., et al. 2015. Cigarette smoking and thinning of the brain's cortex. *Molecular Psychiatry*. 20: 778-785.

- Liu, C.C., Kanekiyo, T., Xu, H. and Bu Gu. 2013. Apolipoprotein E and Alzheimer disease: risk, mechanisms, and therapy. **Nature Reviews Neurology**. 9: 106–118.
- Mousavi-Nasab, S.M., Kormi-Nouri, R., Sundstrom A. and Nilsson LG. 2012. The effects of marital status on episodic and semantic memory in healthy middle-aged and old individuals. **Scandinavian Journal of Psychology**. 53(1):1–8.
- Peters, R., Beckett, N., Geneva, M., Tzekova, M., Lu, F.H., Poulter, R., et al. 2009. Sociodemographic and lifestyle risk factors for incident dementia and cognitive decline in the Hyvet. **Age and Ageing**. 38: 521-527.
- Poblador-Plou, B., Calderón-Larrañaga, A., Marta-Moreno, J., Hanco-Saavedra, J., Sicras-Mainar, A., Soljak, M., et al. 2014. Comorbidity of dementia: a cross-sectional study primary care older patients. **BMC Psychiatry**: 1-8.
- Ridley, N.J., Draper, B. and Withall, A. 2013. Alcohol-related dementia: an update of the evidence. **Alzheimer's Research & Therapy**. 5(1): 1-8.
- Rovio, S., Kareholt, I., Helkala, E.L., Vitonen, M., Winblad, B., Tuomilehto J., et al. 2005. Leisure-time physical activity at midlife and the risk of dementia and Alzheimer's disease. **Lancet Neurology**. 4: 705-711.
- Sharp, E.S. and Gatz, M. 2011. The relationship between education and dementia: an updated systematic review. **Alzheimer Disease and Associated Disorders**. 25(4):289-304.
- Verghese, J., Lipton, R.B., Katz, M.J., Hall, C.B., Derby, C.A., Kuslansky, G., et al. 2003. Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. **The New England Journal of Medicine**. 348(25): 2508-2516.
- Xu, W., Tan, L., Wang, H.F., Jiang, T., Tan, M.S., Tan, L., et al. 2015. Meta-analysis of modifiable risk factors for Alzheimer's disease. **Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry**. 86(12): 1284-1295.
- Zhao, Q., Zhou, B., Ding, D., Guo, Q. and Hong, Z. 2010. Prevalence mortality and predictive factors on survival of dementia in Shanghai China. **Alzheimer Disease and Associated Disorders**. 24(2): 151–158.