

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง
Prevalence and Associated Factors with Dementia in Elderly; Lampang Province

ขวัญเรือน กำวิฑู (Kwanruen Kawitu)* ดร.สุคนธา ศิริ (Sukhontha Siri)** ดุสิต สุจิรารัตน์ (Dusit Sujirarat)***
ศรุตพันธ์ จักรพันธ์ ฌ อยุชยา (Sarutabhandu Chakrbhandu Na Ayutaya)****

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากาดัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดลำปาง ในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม-เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2556 ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ จำนวน 400 คน และผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุ 400 คน โดยคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยเครื่องมือคัดกรอง modified IQCODE ผลการศึกษาพบความชุกของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 28 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบลอจิสติก ($p < 0.05$) พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุคือ ไม่ได้เรียนหนังสือ ช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วนหรือไม่ได้เลย ไม่เคยเข้าร่วมงานต่าง ๆ ในหมู่บ้าน สมาชิกในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคสมองเสื่อม และดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน

ABSTRACT

This was a cross-sectional study. The objectives were to find the prevalence of the disease and the factors associated with dementia among the elderly in Lampang province. Data was collected from August to November, 2013. The sample included 400 elders and 400 caregivers. The dementia screening test consisted of the Modified Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (modified IQCODE).

The results revealed that the prevalence of dementia in this group was 28%. Multivariate logistic regression analysis revealed that the following factors were statistically significantly (p -value < 0.05) associated with dementia: no education, fair/poor daily activity level, never participating in village traditions, having a family member with a history of dementia, and overweight.

คำสำคัญ: ความชุก ภาวะสมองเสื่อม แบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุไทย

Key Words: Prevalence, Dementia, Modified IQCODE

* นักศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาโรคติดเชื้อและวิทยาการระบาด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาโรคติดเชื้อและวิทยาการระบาด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาโรคติดเชื้อและวิทยาการระบาด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**** นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชศาสตร์ ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

บทนำ

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรวัยสูงอายุในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาเป็นไปตามการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลก มีจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (World Population Ageing, 2009) จากแนวโน้มของกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นนี้จะนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองตีบ รวมถึงภาวะสมองเสื่อมเป็นซึ่งโรคหนึ่งที่พบในผู้สูงอายุ จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่ามีความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.3 เป็นร้อยละ 12.3 และยังพบอีกว่า ภาคเหนือมีความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายुर้อยละ 12.5 เป็นอันดับที่ 2 อีกด้วย (วิชัย และคณะ, 2552) จังหวัดลำปางเป็นอีกหนึ่งจังหวัดในภาคเหนือที่ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (สถานะสุขภาพจังหวัดลำปาง, 2553)

ภาวะสมองเสื่อมมี 4 ชนิด พบว่ามีผู้ป่วยประมาณร้อยละ 5-10 เท่านั้นที่เกิดจากโรคที่สามารถรักษาให้หายกลับเป็นปกติได้ ซึ่งทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่ามีอาการมากน้อยเพียงใด ความเสียหายของสมองมีมากน้อยเพียงใด (อรพินธุ์, 2541)

เกณฑ์ที่นิยมใช้มากที่สุดในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมคือ เกณฑ์ของ DSM - IV ซึ่งได้มีการทบทวนใหม่เมื่อปี 2000 เป็น Text Revision (DSM-IV-TR) การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมต้องอาศัยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีวินิจฉัยและการประเมินทางจิตวิทยา (Knopman, 2001)

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมได้แก่ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และมีประวัติการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นต้น ภาวะสมองเสื่อมนอกจากจะมีผลต่อตัวผู้ป่วยแล้วยังมีผลกระทบ

ต่อสมาชิกในครอบครัวด้วย จากการได้รับผลกระทบทั้งทางด้านอารมณ์ ร่างกาย สังคมและการเงิน จากการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมทุกคน (สรูปการประชุมระดมสมองเพื่อพัฒนาโยบายการป้องกัน รักษาและดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย, 2554)

ผู้ป่วยที่การได้รับวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมโดยเร็วจะทำให้ชะลอภาวะของโรคสมองเสื่อมได้ดีกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่อยู่ในระยะปานกลางถึงรุนแรง แต่เนื่องจากการวินิจฉัยบุคคลว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการสมองเสื่อมจะต้องอาศัยบุคคลากรที่มีความชำนาญเฉพาะหรือแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการตรวจรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ ทำให้การสำรวจระดับชาติเป็นไปได้ยากและใช้ทรัพยากรสูงมาก (สุทธิชัย, 2541) ดังนั้นจึงมีการการพัฒนาแบบทดสอบจากเกณฑ์วินิจฉัยขึ้น ใช้ในคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยทดแทนการใช้แพทย์ในการให้การวินิจฉัยเพื่อค้นหาโรคในกลุ่มประชากร การค้นพบผู้ป่วยที่มีอาการในระยะต้นๆยังมีประโยชน์ต่อผู้ให้บริการด้านสุขภาพในการเตรียมความพร้อมที่จะวางแผนการลดภาระโรคและครอบครัวของผู้ป่วยจะได้เตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวต่อไป

จากปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องเตรียมความพร้อมในระบบบริการทางสังคมและสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะวัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน สำรวจความชุกภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ในจังหวัดลำปาง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลจากการศึกษาครั้งนี้น่าจะเป็นประโยชน์ ทำให้ทราบสถานการณ์ของภาวะสมองเสื่อมในจังหวัดลำปาง เพื่อนำไปสู่การวางแผนควบคุมและป้องกันโรคต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง

วิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษา แบบ Cross-sectional Study

กลุ่มประชากรที่ศึกษา ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดลำปาง

ขนาดตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ได้คำนวณจากขนาดตัวอย่างที่คำนวณจากสูตร ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ต้องมีจำนวนไม่น้อยกว่า 392 คน ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 10 ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประมาณ 440 คน

การสุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ใช้การสุ่มแบบชั้น (Stratified Sampling) มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 การสุ่มอำเภอ โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) 4 อำเภอ หลังจากนั้นทำการคำนวณสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุในแต่ละอำเภอ โดยการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling for Proportion to size)

ขั้นที่ 2 การสุ่มเทศบาล/ องค์การบริหารส่วนตำบล โดยการสุ่มเทศบาล/ องค์การบริหารส่วนตำบลของแต่ละอำเภอที่ถูกสุ่มก่อนหน้านี้ โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ตามสัดส่วน

ขั้นที่ 3 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมคนให้ทำการวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุเป็นเพศชายหรือเพศหญิง
2. ผู้สูงอายุมีอายุ 60 ปี ขึ้นไป
3. ผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือไม่มีภาวะเป็นโรคทางจิตเวช ขณะทำการศึกษา

4. ผู้สูงอายุไม่มีใช้สูงขณะทำการศึกษา
5. ผู้สูงอายุ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถมองเห็น รับฟัง และสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ
6. มีผู้ให้ข้อมูล
7. ผู้สูงอายุหรือผู้ให้ข้อมูลยินยอมสมัครใจ เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยได้รับการบอกกล่าวอย่างครบถ้วน

เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมคนให้ทำการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษา ระหว่างที่ทำการศึกษา
2. ผู้สูงอายุหรือผู้ให้ข้อมูลตอบคำถามไม่ครบในส่วน of เครื่องมือคัดกรอง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลด้านครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 3 ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลด้านพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 4 ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 5 แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอความร่วมมือผู้ยินยอมคนลงนามในใบยินยอมคนให้ทำการวิจัย โดยก่อนการลงนามในใบยินยอมคนได้อธิบายให้ผู้ยินยอมคนทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กิจกรรมการวิจัย ความเสี่ยงรวมทั้งประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย อย่างละเอียด และมีความเข้าใจดี
2. อบรมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ในการเก็บข้อมูล
3. ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยนักวิจัยทำการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมและเก็บข้อมูล โดยการไปสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและผู้ให้ข้อมูลที่ถูกรandom ได้ตามพื้นที่นั้นๆ

4. เมื่อทำการคัดกรองและสัมภาษณ์เสร็จ ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยจะแจ้งผลการคัดกรองแก่ผู้สูงอายุและผู้ให้ข้อมูล

5. ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล เพื่อนำข้อมูลไปบันทึกลงโปรแกรมและวิเคราะห์ในขั้นต่อไป

ผลการศึกษา

การศึกษานี้พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมด้วยการคัดกรองโดยแบบคัดกรอง modified IQCODE จากการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยเครื่องมือคัดกรองในกลุ่มตัวอย่าง 440 คน พบผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 123 คน คิดเป็น ร้อยละ 28 ผู้ที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม 317 คิดเป็น ร้อยละ 72 ดังตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของภาวะสมองเสื่อม

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของภาวะสมองเสื่อม (n = 440)

ภาวะสมองเสื่อม	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ขึ้น	317	72
เป็น	123	28

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ 400 คน พบว่าส่วนมากเป็นเพศหญิง ช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างที่พบมากที่สุด อยู่ในช่วง 71-80 ปี อายุโดยเฉลี่ย 76 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีสถานภาพสมรสเป็นคู่ การศึกษาพบว่าส่วนมากจบชั้นประถมศึกษา ลำดับที่ 2 ไม่ได้เรียนหนังสือ ลำดับที่ 3 จบชั้นมัธยมศึกษา ด้านรายได้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากน้อยกว่า 1,000บาท/เดือน กลุ่มตัวอย่างส่วนมากช่วยเหลือตนเองได้ในระดับดี และระดับดีมาก ดังตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (n= 440)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	137	31.1
หญิง	303	68.9
อายุ (ปี)		
61-70	128	29.1
71-80	185	42.0
>80	127	28.9
ค่าเฉลี่ย = 75.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 8.29 ค่าต่ำสุด = 61 ปีค่าสูงสุด = 99 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	7	1.5
สมรส	222	50.5
หม้าย/หย่า/แยก	211	48.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	143	32.5
ประถมศึกษา	269	61.1
มัธยมศึกษา	17	3.9
ปริญญาตรี	4	0.9
สูงกว่าปริญญาตรี	7	1.6
รายได้ (บาท/เดือน)		
น้อยกว่า 1,000	320	72.7
1,000-2,000	76	17.3
2,001-3,000	17	3.9
3,001-4,000	8	1.8
มากกว่า 4,000	19	4.3
การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน		
ดีมาก	175	39.8
ดี	226	51.4
บางส่วน/ไม่ได้เลย	39	8.8

กิจกรรมยามว่างในการศึกษานี้ ประกอบด้วย การเข้าร่วมทำกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมทำกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุ อย่างสม่ำเสมอ ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยเข้าร่วมทำกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุ ส่วนมากไปเยี่ยมเพื่อนบ้าน ใกล้เคียงอย่างสม่ำเสมอ เข้าร่วมงานต่างๆ ในหมู่บ้าน อย่างสม่ำเสมอ เช่น งานบวช งานทำบุญบ้านใหม่ งานประเพณีต่างๆ งานศพ และเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา อย่างสม่ำเสมอสูงเช่นกัน ดังตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง

จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (n= 440)

บุคคล	ไม่เคย		บางครั้ง		สม่ำเสมอ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กิจกรรมยามว่าง						
การเข้าร่วมงาน	39	8.9	61	13.9	340	77.3
ต่างๆในหมู่บ้าน						
การไปเยี่ยมเพื่อน	36	8.2	72	16.4	332	75.4
บ้านใกล้เคียง หรือญาติ						
การเข้าร่วม	34	7.7	160	36.4	246	55.9
กิจกรรมทางศาสนา						
การเข้าร่วมทำ	150	34.1	146	33.2	144	32.7
กิจกรรมกับชมรม						
ผู้สูงอายุ						

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ ส่วนน้อยที่มีสมาชิกในครอบครัวมีประวัติมีภาวะสมองเสื่อม และกลุ่มตัวอย่างส่วนมากอาศัยอยู่ในครอบครัวชาย อาศัยอยู่กับลูก หลาน หรือญาติพี่น้องมีเพียงส่วนน้อยที่อาศัยอยู่คนเดียว ดังตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านครอบครัว

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง

จำแนกตามปัจจัยด้านครอบครัว (n= 440)

ปัจจัยด้านครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
การสนับสนุนทางสังคม		
เพียงพอ	370	84.1
ไม่เพียงพอ	70	15.9
สมาชิกในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคสมองเสื่อม (n = 431)		
มี	24	5.6
ไม่มี	407	94.4
ลักษณะครอบครัว		
อาศัยอยู่คนเดียว	24	5.5
อาศัยอยู่กับผู้อื่น	238	54.1
อาศัยอยู่กับคู่สมรส	178	40.5

ปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างยังคงสูบบุหรี่ และดื่มเหล้า ดังตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยง

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง

จำแนกตามปัจจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยง

(n= 440)

ปัจจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
สูบบุหรี่		
ไม่เคย	188	42.7
สูบ	68	15.5
เคยสูบ	184	41.8
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่เคย	281	63.9
ดื่ม	42	9.5
เคยดื่ม	117	26.6

การศึกษานี้ พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อยที่มีประวัติเคยเป็น โรคซึมเศร้า และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ก็ยังมีกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยที่พบว่าดัชนีมวลกายในระดับเกินมาตรฐาน ดังตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านสุขภาพ

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนก

ตามปัจจัยด้านสุขภาพ (n= 440)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติเคยเป็นโรคซึมเศร้า		
เป็น	4	0.9
ไม่เป็น	432	98.2
ไม่รู้	4	0.9
ดัชนีมวลกาย		
<18.5 กก./ ม ²	124	28.2
18.5-23.9 กก./ ม ²	210	47.7
24-26.9 กก./ ม ²	76	17.3
>27 กก./ ม ²	30	6.8

การศึกษานี้พบว่า ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีแนวโน้มในการเกิดภาวะสมองเสื่อม (p-value< 0.001) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมยามว่างต่างๆมีแนวโน้มในการเกิดภาวะสมองเสื่อมอีกด้วย ดังตารางที่ 7 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับการเกิดภาวะสมองเสื่อมโดยการวิเคราะห์แบบ unconditional logistic regression

ตารางที่ 7 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับการเกิดภาวะสมองเสื่อมโดยการวิเคราะห์แบบ unconditional logistic regression

ปัจจัย	ภาวะสมองเสื่อม		P-value*		
	เป็น จำนวน	ร้อยละ	ไม่เป็น จำนวน	ร้อยละ	
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	55	20.4	214	79.6	
สูงกว่ามัธยมศึกษา	63	44.1	80	59.4	0.746
ไม่ได้เรียน	5	17.9	23	82.1	<0.001
กิจกรรมยามว่าง					
การเข้าร่วมทำกิจกรรมกับชมรม					
ผู้สูงอายุ					
สม่ำเสมอ	31	21.5	113	78.5	
บางครั้ง	30	20.5	116	79.5	0.838
ไม่เคย	62	41.3	88	58.7	<0.001
การไปเยี่ยมเพื่อนบ้านใกล้เคียง					
ผู้สูงอายุ					
สม่ำเสมอ	70	21.1	262	78.9	
บางครั้ง	28	38.9	44	61.1	0.002
ไม่เคย	25	69.4	11	30.6	<0.001
การเข้าร่วมงานต่างๆในหมู่บ้าน					
ผู้สูงอายุ					
สม่ำเสมอ	72	21.2	268	78.8	
บางครั้ง	23	37.7	38	62.3	0.006
ไม่เคย	28	71.8	11	28.2	<0.001
การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา					
ผู้สูงอายุ					
สม่ำเสมอ	55	22.4	191	77.6	
บางครั้ง	46	28.8	114	71.3	0.146
ไม่เคย	22	64.7	12	35.3	<0.001

*Test significant at 95% confidence interval by chi-square test, p-value < 0.05

ผู้ที่มีสมาชิกในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคสมองเสื่อมมีแนวโน้มในการเกิดภาวะสมองเสื่อม (p-value = 0.004) และยังพบว่า ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีและผู้ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนหรือไม่ได้เลยมีแนวโน้มในการเกิดภาวะสมองเสื่อม ดังตารางที่ 8 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดย การวิเคราะห์แบบ unconditional logistic regression

ตารางที่ 8 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับการเกิดภาวะสมองเสื่อมโดยการวิเคราะห์แบบ unconditional logistic regression

ปัจจัย	ภาวะสมองเสื่อม		P-value*		
	เป็น จำนวน	ร้อยละ	ไม่เป็น จำนวน	ร้อยละ	
สมาชิกในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคสมองเสื่อม (n=440)					
ไม่มี	105	25.8	302	74.2	
มี	13	54.2	11	45.8	0.004
การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน (n=440)					
ดีมาก	38	21.8	137	78.2	
ดี	86	38.1	140	61.9	0.003
บางส่วน/ไม่ได้เลย	32	82.1	7	17.9	<0.001

*Test significant at 95% confidence interval by chi-square test, p-value < 0.05

ผู้ที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่ามาตรฐานมีแนวโน้มในการเกิดภาวะสมองเสื่อม (p-value=0.023) ดังตารางที่ 9 แสดงจำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพกับการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดย การวิเคราะห์แบบ unconditional logistic regression

ตารางที่ 9 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพกับการเกิดภาวะสมองเสื่อมโดยการวิเคราะห์แบบ unconditional logistic regression

ปัจจัย	ภาวะสมองเสื่อม		P-value*		
	เป็น จำนวน	ร้อยละ	ไม่เป็น จำนวน	ร้อยละ	
ดัชนีมวลกาย					
18.5-23.9 กก./ม ²	53	25.2	157	74.8	
24-26.9 กก./ม ²	46	37.1	78	62.9	0.987
>27 กก./ม ²	19	25.3	56	74.7	0.273
<18.5 กก./ม ²	5	16.1	26	83.9	0.023

*Test significant at 95% confidence interval by chi-square test, p-value < 0.05

ตารางที่ 10 Crude odds ratio and adjusted odds ratio by logistic regression analysis (n = 440)

ปัจจัย	Crude		Adjusted		p-value
	OR	95%CI	OR	95%CI	
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	1.00		1.00		
สูงกว่ามัธยมศึกษา	0.85	0.31-2.33	2.22	0.69-7.20	0.182
ไม่ได้เรียน	3.06	1.97-4.78	2.20	1.23-3.94	0.008
การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน					
ดีมาก	1.00		1.00		
ดี	2.12	1.29-3.48	1.00	0.53-1.89	0.995
บางส่วน/ไม่ได้เลย	17.5	7.50-40.84	6.35	2.28-17.69	<0.001
การเข้าร่วมงานต่างๆในหมู่บ้าน					
สม่ำเสมอ	1.00		1.00		
บางครั้ง	2.25	1.26-4.00	1.27	0.54-2.96	0.584
ไม่เคย	9.48	4.50-19.95	3.89	1.02-14.90	0.047
สมาชิกในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคสมองเสื่อม					
ไม่มี	1.00		1.00		
มี	3.40	1.48-7.82	3.26	1.15-9.29	0.027
ดัชนีมวลกาย					
18.5-23.9 กก./ม ²	1.00		1.00		
24-26.9 กก./ม ²	1.00	0.55-1.84	2.34	1.11-4.96	0.026
>27 กก./ม ²	0.57	0.21-1.56	1.23	0.82-3.94	0.732
<18.5 กก./ม ²	1.75	1.08-2.82	1.18	0.63-2.22	0.607

ตัวแปรในโมเดล: อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, รายได้, การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน, การสูญเสียผู้สมรส, การสนับสนุนทางสังคม, กิจกรรมยามว่าง, สมาชิกในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคสมองเสื่อม, ลักษณะครอบครัว, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, การออกกำลังกาย และดัชนีมวลกาย. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบลอจิสติก พบ 5 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย ระดับการศึกษา, การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน, สมาชิกในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคสมองเสื่อม, การเข้าร่วมงานต่างๆในหมู่บ้าน และดัชนีมวลกาย

อภิปรายผลและสรุปผล

การวิจัยนี้ศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่า มี 5 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากควบคุมตัวแปรอื่นๆในโมเดลได้แก่ ระดับการศึกษา การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเข้าร่วมงานต่างๆในหมู่บ้าน สมาชิกในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคสมองเสื่อม และดัชนีมวลกาย ดังตารางที่ 10 แสดง Crude odds ratio and adjusted odds ratio by logistic regression analysis

ระดับการศึกษา: ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อม 2.20 เท่า (95%CI: 1.23-3.94) เมื่อเทียบกับผู้ที่เรียนจบชั้นประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value = 0.008 สอดคล้องกับการศึกษาของ Moon-Doo Kim และคณะ (Kim, 2012) สาเหตุอาจเนื่องมาจากผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ทำให้มีการกระตุ้นสมองและระบบประสาทน้อยกว่าผู้ที่ได้เรียนหนังสือ ทำให้ความสามารถของสมองลดลงด้วย จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (Letenneur, 2000)

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน: ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนหรือไม่ได้เลย มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อม 6.35 เท่า (95%CI: 2.28-17.69) เมื่อเทียบกับผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.001 สอดคล้องกับการศึกษาของ Nihon Hoigaku Zasshi (Kuroki, 2001) สาเหตุอาจเนื่องจากผู้ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนหรือไม่ได้เลยเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเครียดขาดความภาคภูมิใจในตนเอง และลดโอกาสการเข้าสู่สังคม เกิดการแยกตัว และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา โดยสาเหตุเหล่านี้จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (Labrèche et al., 1992; Wang et al., 2012)

การเข้าร่วมงานต่างๆในหมู่บ้าน: การศึกษานี้พบว่าผู้ที่เข้าร่วมงานต่างๆในหมู่บ้านน้อยครั้งมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อม 3.89 เท่า (95%CI: 1.02-14.90) เมื่อเทียบกับผู้ที่เข้าร่วมงานต่างๆในหมู่บ้านสม่ำเสมอ p-value = 0.047 สอดคล้องกับการศึกษาของ Scarmeas และคณะ (Scarmeas et al. 2001) สาเหตุอาจเนื่องจากการทำกิจกรรม เป็นการกระตุ้นสมองตลอดเวลา รวมถึงเป็นการลดความเครียดลดภาวะซึมเศร้าซึ่งจะส่งผลดีต่อสมองทั้งทางตรงและทางอ้อม

สมาชิกในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคสมองเสื่อม : ผู้ที่มีสมาชิกในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคสมองเสื่อมมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อม 3.26 เท่า (95%CI: 1.15-9.29) เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่

สมาชิกในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคสมองเสื่อมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} = 0.027$ สอดคล้องกับ ข้อมูลจาก The Canadian Study of Health and Aging (The Canadian Study of Health and Aging, 1994) สาเหตุอาจเนื่องจากภาวะสมองเสื่อมสามารถถ่ายทอด ทางพันธุกรรมได้ (Pedersen, 2004)

ดัชนีมวลกาย: ผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมี โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อม 2.34 เท่า (95%CI: 1.11-4.96) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีน้ำหนักตาม เกณฑ์ $p\text{-value} = 0.026$ สอดคล้องกับการศึกษาของ Annette และคณะ (Annette, 2009) สาเหตุเนื่องจาก กลุ่มผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมักจะมีไขมันสะสมอยู่ ตามหลอดเลือดด้วย ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของ หลอดเลือดทำให้ระบบการไหลเวียนโลหิตที่ไม่ดี ส่งผลต่อเนื้อทำให้การนำออกซิเจนไปเลี้ยงสมองได้ ไม่ดี การทำงานของสมองจึงบกพร่อง

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเฝ้าระวังในกลุ่ม ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ช่วยเหลือตนเองในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วนหรือไม่ได้เลย มี สมาชิกในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคสมองเสื่อมและ ดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน นอกจากนี้ยังควรส่งเสริม ให้เกิดผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ ด้วย

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. เครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อม modified IQCODE ทำให้ทราบเพียงผู้ที่น่าจะมีภาวะ สมองเสื่อมซึ่งควรได้รับการยืนยันโดยแพทย์เฉพาะ ทางและไม่สามารถแยกประเภทของภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นข้อจำกัดของเครื่องมือ
2. การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ใช้ วิธีการสุ่มอย่างง่าย ไม่มีการจัดกลุ่มแบ่งช่วงชั้นอายุ (stratify by age) ก่อน
3. จากเกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้สูงอายุต้องไม่ มีภาวะซึมเศร้าในขณะที่ทำการศึกษา ซึ่งอาจทำให้กลุ่มผู้ ที่มีความเสี่ยงบางกลุ่ม คือผู้ที่มีประวัติเป็นภาวะ ซึมเศร้าไม่ถูกเลือกเข้าในการศึกษานี้

4. การวิเคราะห์ได้พบว่าผู้สูงอายุส่วนมากจะ ตอบตามค่าเบี่ยงผู้สูงอายุทำให้อาจไม่ได้ข้อมูลด้าน รายได้ที่แท้จริง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้สูงอายุและผู้ดูแล เจ้าหน้าที่ยังของรพ.สต. ในพื้นที่ ที่ท่านได้ให้ความ ร่วมมือในการลงทะเบียนข้อมูล ขอขอบพระคุณผู้ช่วย ศาสตราจารย์ ดร.สุคนธา ศิริ ที่ปรึกษาการวิจัยในครั้งนี้ และวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย ประเภทบัณฑิตศึกษา จากสำนักงานคณะกรรมการวิจัย แห่งชาติ ประจำปี 2557

เอกสารอ้างอิง

วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. ผลการสำรวจ สภาวะ สุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2552.

สรุปการประชุมระดมสมองเพื่อพัฒนานโยบายการ ป้องกัน รักษาและดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมใน ประเทศไทย .พิมพ์ครั้งที่ 1: บริษัท เดอะ กราฟฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2555.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. สถานะสุขภาพ จังห วัต ล ำ ป าง ปี ง บ ป ระ ม า ณ 2 5 5 3 [ออนไลน์] 2555 [อ้างเมื่อ 2 ธันวาคม 2555]. จาก:www.lpho.go.th/reports/file_up/hstatus_53_1.doc

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. กลุ่มอาการสมองเสื่อมใน ประชากรสูงอายุไทย.ใน: ผลการสำรวจ สภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจ ร่างกาย ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540; 2541.

อรพินธุ์ โสวัณณะ. ความชุกและปัจจัยยขที่มี ความสัมพันธ์กับอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ: ในชนบท 3 จังหวัดภาคเหนือ [วิทยานิพนธ์ สาขาวิชาวิทยาการระบาด]. กรุงเทพฯ: มหิดล.; 2541.

- Annette L. Fitzpatrick, Lewis H. Kuller, Oscar L. Lopez, Paula Diehr, Ellen S, O'Meara, W.T. Longstreth, Jr., and José A. Luchsinger. Mid- and Late-Life Obesity. Risk of Dementia in the Cardiovascular Health Cognition Study: Arch Neurol; 2009.
- Kim MD, Park JH, Lee CI, Kang NR, Ryu JS, Jeon BH, et al. Prevalence of Dementia and Its Correlates among Participants in the National Early Dementia Detection Program during 2006-2009. Psychiatry Investig, 2012.
- Knopman DS, DeKosky ST, Cummings JL. Practice parameter: Diagnosis of dementia (an evidence-based review); report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology: Neurology; 2001.
- Kuroki H. [Causes of dementia and bed-ridden state in elderly victims of road traffic accidents in Japan]. Nihon hoigaku zasshi : The Japanese journal of legal medicine; 2001.
- Labrèche FP, Cherry NM and McDonald JC. Psychiatric-disorders and occupational exposure to solvents: British Journal of Industrial Medicine; 1992.
- Letenneur L, Launer LJ, Andersen K, Dewey ME, Ott A, Copeland JR, et al. Education and the risk for Alzheimer's disease: sex makes a difference. EURODEM pooled analyses. EURODEM Incidence Research Group. American journal of epidemiology, 2000.
- Pedersen NL, Gatz M, Berg S, et al. How heritable is Alzheimer's disease late in life? Findings from Swedish twins: Ann Neurol; 2004.
- Scarmeas N, Levy G, Tang MX, Manly J, Stern Y. Influence of leisure activity on the incidence of Alzheimer's disease: Neurology; 2001.
- The Canadian Study of Health and Aging: risk factors for Alzheimer's disease in Canada: Neurology; 1994.
- Wang HK, Lin SH, Sung PS, Wu MH, Hung KW, Wang LC, et al. Population based study on patients with traumatic brain injury suggests increased risk of dementia. Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry; 2012.
- World Population Ageing 2009. Department of Economic and Social Affairs Population Division; 2009.