



รายงานวิจัย



Research Articles

ความชุกของภาวะความทรงจำบกพร่องและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ในผู้สูงอายุ ชุมรมผู้สูงอายุ

**The Prevalence and Associated Risk Factors of Mild Cognitive Impairment
in Elderly People in the Elderly Club**

ยุคลธร หวังเรืองสฤติย์* รุ่งทิวา หวังเรืองสฤติย์†

Yukonthorn Wangruangsarit* Rungtiwa Wangruangsarit†

*กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก

*Department of Community Nursing, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital, Phitsanulok

†วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพุทธรชินราช จังหวัดพิษณุโลก

†Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj, Phitsanulok

Corresponding author e-mail address: smalljeab@hotmail.com, rungtiwa20@hotmail.com

Received: February 23, 2021

Revised: April 23, 2021

Accepted: April 29, 2021

Abstract

Half of people with memory impairment will develop Alzheimer's disease within five years. This analytic study with comparison group aimed to assess prevalence and associated factors with the occurrence of mild cognitive impairment in the elderly people. The target group was the elderly people who were at least one-year members of the Elderly Club of Buddachinnaraj Phitsanulok Hospital, constantly participating in the activities and no history of serious psychoactive problems. The study was conducted on a sample of 155 literate elderly people in the Elderly Club. The research tools were a personal information questionnaire, Health Behavior Questionnaire and Montreal Cognitive Assessment form (MoCA). The data were presented as frequency, percentage, mean and standard deviation and analyzed with chi-square and Fisher's exact test, compared with mild cognitive impairment and the normal memory in the elderly people. It was found that the prevalence of mild cognitive impairment in the elderly people was 47.1% (MoCA < 25). This study found the most of elderly had loss of memory/delayed recall and visuospatial/executive more than other aspects. The factors associated with the occurrence of mild cognitive impairment were ages, marital status, education levels,

current occupation, chronic disease, anticholinergic drugs use, proper stress management and smoking. Therefore, this information should be used for the development of activities to slow down memory impairment that are suitable for the elderly people, including continuing to follow up on the results of activities to delay memory impairment.

Keywords: mild cognitive impairment, elderly people, risk factors

Buddhachinaraj Med J 2021;38(1):34-47.

วิธีออกกำลังกาย "สมอง" ง่ายสุดๆ!

1. **เดินดอยหลัง**
พยายามเดินดอยหลัง เปลี่ยนบรรยากาศ แทนการเดินไปข้างหน้าอย่างเดียว
2. **นับเลขดอยหลัง**
แทนที่จะนับ 1,2,3 ธรรมดา ลองเปลี่ยนมานับเลขดอยหลังจาก 100, 99, 98 สลับๆ
3. **หัดใช้มือทั้ง 2 ข้าง**
หากิจกรรมที่ต้องใช้มือประสานกัน เช่น เก็บผ้าถูวงกต จะช่วยให้สมองทั้ง 2 ซีก ถูกกระตุ้นและทำงานดีขึ้น
4. **พูดคุยกับเพื่อนใหม่**
คุยกับเพื่อนที่ไม่สนิท เพื่อเติมข้อมูลใหม่ๆ ให้สมอง ทั้งลักษณะใบหน้า เสียงพูด หรืออุปนิสัย
5. **เปลี่ยนวิธีการเดินทาง**
เพราะกลัว กลิ่น และเสียงของเส้นทางใหม่ จะช่วยกระตุ้นสมองให้สร้างแผนที่เส้นทางชุดใหม่ขึ้น
6. **หลับตาฟังและดม**
หลับตาฟังเพลงแล้วจดจำกับคนคุยหรือสูดกลิ่นผลไม้แล้วลองทายกันเพื่อฝึกทักษะการฟังและการดมกลิ่น
7. **ปั่นดินน้ำมันเล่น**
เพราะการปั้นตุ๊กตาดูคล้ายดินน้ำมัน จะช่วยกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้งห้า ประสาทสัมผัสห้าทางมิฉะนั้นให้ได้รับรู้มากขึ้น

สมองคนเราก็เหมือนกลิ้งเบียร์ ถ้าออกกำลังกายกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้งห้าสมอง ก็ยังทำงานได้ดี แม้ว่าอายุมากแล้วก็ตาม

ที่มา :
"มาออกกำลังกาย สมอง กันเถอะ" หนังสือพิมพ์โลกวันนี้วันสุข
"ออกกำลังกายสมอง.....ด้านอัลไซเมอร์" รศ.พ.ญ.วราพรหม แพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล
"บำรุงรักษา พัฒนาศักยภาพสมอง" www.aazhai.org

ศูนย์เรียนรู้สุขภาพ
thahealthcenter

บทคัดย่อ

ครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีภาวะความทรงจำบกพร่องสมองจะเสื่อมจนเป็นโรคอัลไซเมอร์ภายใน 5 ปี การวิจัยแบบวิเคราะห์ชนิดมีกลุ่มเปรียบเทียบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความชุกของภาวะความทรงจำบกพร่องและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะความทรงจำบกพร่องในผู้สูงอายุ โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก 1 ปีขึ้นไป เข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมอย่างต่อเนื่อง และไม่มีประวัติปัญหาจิตประสาทอย่างรุนแรงที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย ซึ่งมีจำนวน 155 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และแบบทดสอบประเมินพุทธิปัญญา (MoCA) นำเสนอข้อมูลเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะความทรงจำบกพร่องกับความทรงจำปกติด้วยสถิติ chi-square และ Fisher's exact กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 พบว่าความชุกของภาวะความทรงจำบกพร่องในผู้สูงอายุเท่ากับร้อยละ 47.1 โดยบกพร่องด้านการจดจำและการทวนความจำกับด้านมิติสัมพันธ์/การบริหารจัดการมากกว่าด้านอื่น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดภาวะความทรงจำบกพร่อง ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพในปัจจุบัน การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การใช้ยากลุ่ม anticholinergic การจัดการความเครียดที่เหมาะสม และการสูบบุหรี่ จึงควรนำข้อมูลนี้ประกอบการพัฒนากิจกรรมชะลอภาวะความทรงจำบกพร่องที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งศึกษาติดตามผลของการจัดกิจกรรมชะลอภาวะความทรงจำบกพร่องอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ภาวะความทรงจำบกพร่อง, ผู้สูงอายุ, ปัจจัยเสี่ยง

พุทธชินราชเวชสาร 2564;38(1):34-47.

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2560 โลกมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป (ประชากรสูงอายุ) มากถึง 962 ล้านคนจากประชากรโลกทั้งหมด 7.5 พันล้านคน (ร้อยละ 13) และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2593 จะเพิ่มสูงถึง 2 พันล้านคนจากประชากรโลกทั้งหมด 9.8 พันล้านคน (ร้อยละ 21)¹ เช่นเดียวกับในประเทศไทยที่มีจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้น โดยระหว่างปี พ.ศ. 2560-2562 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 11.3 ล้านคนจากจำนวนประชากร 65.5 ล้านคน (ร้อยละ 17.1), 11.5 ล้านคนจากจำนวนประชากร 66.4 ล้านคน (ร้อยละ 17.3) และ 11.6 ล้านคนจากจำนวนประชากร 66.3 ล้านคน (ร้อยละ 17.5) ตามลำดับ และคาดว่าในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบโดยจะมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ในปี พ.ศ. 2574 เมื่อมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28² จังหวัดพิษณุโลกได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วโดยระหว่างปี พ.ศ. 2559-2561 จังหวัดพิษณุโลกมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป

ร้อยละ 12.5, 19.1 และ 20.2 ตามลำดับ³ ผลจากอายุที่เพิ่มขึ้น คือ ความเสื่อมของการทำงานในระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น ระบบประสาท ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบการมองเห็น ส่งผลให้การรับรู้สติลดลง ความยืดหยุ่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การมองเห็น ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันและกิจกรรมต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไป ไม่สามารถทำได้เหมือนในอดีต ผู้สูงอายุบางคนอาจไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และต้องพึ่งพาคู่คนอื่น นอกจากนั้นยังพบว่าผู้สูงอายุมักเจ็บป่วยด้านร่างกายและหรือด้านจิตใจ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไชมันในหลอดเลือดสูง โรคซึมเศร้า สภาพความเสื่อมดังกล่าวไม่เพียงส่งผลกระทบต่อร่างกายผู้สูงอายุ แต่ยังมีส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม⁴⁻⁵

ภาวะความทรงจำบกพร่อง (mild cognitive impairment: MCI) เป็นภาวะที่มีความบกพร่องของหน่วยความจำเนื่องจากสมองในส่วนความจำผิดปกติ

แต่ไม่รบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ภาวะทางคลินิกจะอยู่ระหว่างคนปกติและคนที่มีภาวะสมองเสื่อม ชนิดอัลไซเมอร์ สามารถสังเกตอาการผิดปกติได้ด้วยตนเองหรือจากการสังเกตของคนรอบข้าง เช่น ความสามารถในการจำสิ่งต่างๆ ลดลง การถามซ้ำ ในคำถามเดิมบ่อยๆ การสูญเสียความสามารถในด้าน การบริหารจัดการ ต้องใช้เวลาในการแก้ปัญหาให้เหตุผล และวางแผนสิ่งต่างๆ นานขึ้น สมาธิสั้น และสนใจสิ่งเร้า อื่นๆ ง่าย⁶ ภาวะความทรงจำบกพร่อง (MCI) แบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่ *Amnestic MCI* มีความบกพร่อง ด้านความทรงจำเป็นอาการเด่นชัด และ *Nonamnestic MCI* มีความบกพร่องในส่วนอื่นที่ไม่ใช่หน่วยความจำ เช่น ทักษะด้านภาษา ด้านมิติสัมพันธ์ ด้านการบริหารจัดการ⁷ ทั้งนี้พบว่าผู้ที่มีภาวะความทรงจำบกพร่อง ชนิด *Amnestic MCI* มีโอกาสพัฒนาไปเป็นโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีความทรงจำบกพร่องโดยเฉลี่ย 3-8 เท่าและพบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะความทรงจำบกพร่องนั้นสมองจะเสื่อมจนเป็นโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ภายใน 5 ปี⁸

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีความผิดปกติ ด้านการรับรู้ การรู้คิด ความจำ การใช้ภาษา การตัดสินใจ การเข้าสังคม และการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยในระยะสุดท้ายของโรคนี้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะสูญเสียการรับรู้อย่างสมบูรณ์ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเองลดลงจนกลายเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่ต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด⁹ ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมค่อนข้างสูงมากโดยการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 1 คนอย่างครอบคลุมและมีคุณภาพต้องใช้ผู้ดูแลอย่างน้อย 2 คน หากญาติในครอบครัวเป็นผู้ดูแลเองจะมีค่าใช้จ่ายในการดูแลประมาณ 4,000-6,000 บาทต่อเดือน ทั้งนี้ยังไม่รวม ค่าใช้จ่ายทางอ้อมของผู้ดูแล เช่น ต้องออกจากงาน มาดูแล ค่าเสียโอกาส ค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตของผู้ดูแลและผู้ป่วย¹⁰ ภาวะสมองเสื่อมปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาให้หายได้ แต่การป้องกันโรคระดับปฐมภูมิเป็นแนวทางดำเนินการที่สำคัญจะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมรายใหม่และชะลอการเกิดภาวะ

สมองเสื่อมโดยการคัดกรอง/ค้นหาผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความทรงจำบกพร่องแล้วจัดกิจกรรมป้องกันและชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม¹¹ ทั้งนี้ พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะความทรงจำบกพร่อง ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดและหัวใจ การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น¹²

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกได้ดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุโดยจัดกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง แต่พบว่าผู้สูงอายุบางคนมาร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุไม่ต่อเนื่อง บางคนมาร่วมในลักษณะการนั่งดู การดำเนินกิจกรรมแต่ไม่ร่วมทำกิจกรรม บางคนสื่อสารและมีปฏิกิริยาตอบสนองค่อนข้างช้า¹³ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความชุกของภาวะความทรงจำบกพร่องและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะความทรงจำบกพร่องในผู้สูงอายุ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการจัดกิจกรรมเพื่อลดและชะลอความเสื่อมของสมองให้แก่ผู้สูงอายุต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยแบบวิเคราะห์ชนิดมีกลุ่มเปรียบเทียบครั้งนี้ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก 1 ปีขึ้นไป เข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมอย่างต่อเนื่อง และไม่มีประวัติปัญหาจิตประสาทที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยซึ่งมีจำนวน 155 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา การประกอบอาชีพปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ประวัติการใช้ยากกลุ่ม anticholinergic drugs และประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคสมองเสื่อม ซึ่งคณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะความทรงจำบกพร่องของผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะความทรงจำบกพร่องของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ได้แก่ การกินอาหารไขมันสูง การออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วันอย่างน้อยวันละ 30 นาที การจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติเป็นบางวัน และไม่ปฏิบัติเลย

แบบทดสอบประเมินพุทธิปัญญา (Montreal cognitive assessment: MoCA) เป็นแบบประเมินการทำงานของสมองในส่วน cognitive function หรือการรู้คิดที่ Nasreddine และคณะ¹⁴ ได้สร้างขึ้นเพื่อประเมินภาวะความทรงจำบกพร่อง (MCI) และพญ.โสภพัทธ์ เหมรัฐชโรจน์ได้แปลเป็นภาษาไทยในปี พ.ศ. 2547 ซึ่งทดสอบ 7 ประเด็น ประกอบด้วยทักษะด้านมิติสัมพันธ์ (visuospatial) และการบริหารจัดการ (executive) 5 คะแนน, การเรียกชื่อ (naming) 3 คะแนน, ความตั้งใจ (attention) 6 คะแนน, ภาษา 3 คะแนน, ความคิดเชิงนามธรรม (abstraction) 2 คะแนน, ความจำ (memory) และการทวนซ้ำ (delayed recall) 5 คะแนน, การรับรู้สภาวะรอบตัว (orientation) 6 คะแนน ซึ่งทั้งฉบับคะแนนเต็ม 30 คะแนน การแปลผลคะแนนโดยรวม ถ้าน้อยกว่า 25 คะแนน หมายถึง มีภาวะความทรงจำบกพร่อง ถ้าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 หมายถึง ปกติ กรณีที่ผู้ตอบแบบทดสอบเคยได้รับการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ปีจะเพิ่มคะแนนรวมให้ 1 คะแนน¹⁴⁻¹⁵ ซึ่งแบบทดสอบฉบับภาษาไทยได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความเชื่อมั่นได้ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.91 ค่าความไวเท่ากับ 0.80 และค่าความจำเพาะเท่ากับ 0.80¹⁶⁻¹⁷

ทั้งนี้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะความทรงจำบกพร่องของผู้สูงอายุได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ อายุรแพทย์เฉพาะทางงานผู้สูงอายุ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลชุมชน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข งานระบาดวิทยา 1 คน ได้ค่าเฉลี่ยความตรงเชิงเนื้อหารายข้อเท่ากับ 1

หลังจากปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญแล้ว ได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของรัฐในจังหวัดพิษณุโลก 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.80 มีค่าความไวเท่ากับ 0.78 และค่าความจำเพาะเท่ากับ 0.80

การดำเนินการวิจัย คณะผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยคณะผู้วิจัยจะไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย จะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น คณะผู้วิจัยเคารพสิทธิ์และยอมรับการตัดสินใจของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยหรือยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ทันทีโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ หากผู้สูงอายุสมัครใจเข้าร่วมวิจัยให้ผู้สูงอายุลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเข้าร่วมวิจัย จากนั้นจึงเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามและแบบทดสอบตามที่กำหนด หลังจากตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล ระบุรหัสบันทึกกลางคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป นำเสนอข้อมูลเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีภาวะความทรงจำบกพร่องและความทรงจำปกติเมื่อจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมด้วยสถิติ chi-square และ Fisher's exact¹⁸ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อนึ่ง การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ตามเอกสารเลขที่ IRB 096/60 ลงวันที่ 25 กันยายน พ.ศ. 2560

ผลการศึกษา

จากการทดสอบประเมินพุทธิปัญญาพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะความทรงจำบกพร่อง (คะแนน MoCA 16-24 คะแนน) 73 คน (ร้อยละ 47.1) และมีความทรงจำปกติ (คะแนน MoCA 25-29 คะแนน) 82 คน (ร้อยละ 52.9) ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะความทรงจำบกพร่องและความทรงจำปกติพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อจำแนกตามอายุ ($p < 0.001$), สถานภาพสมรส ($p = 0.005$),

ระดับการศึกษา ($p = 0.02$), การประกอบอาชีพในปัจจุบัน ($p = 0.023$), การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ($p < 0.001$), การใช้ยากลุ่ม anticholinergic ($p < 0.001$), การจัดการความเครียดที่เหมาะสม ($p = 0.034$) และการสูบบุหรี่ ($p = 0.03$) ดูรายละเอียดในตารางที่ 1 และ 2

เมื่อพิจารณาทักษะรายด้านจากแบบประเมินพุทธิปัญญาในผู้สูงอายุที่มีภาวะความทรงจำบกพร่อง (คะแนน MoCA test ต่ำกว่า 25 คะแนน) พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยด้านมิติสัมพันธ์และการบริหารจัดการเท่ากับ 2.42 คะแนนจากคะแนนเต็ม 5 คะแนน (อยู่ใน

ระดับปานกลาง), ด้านการเรียกชื่อเท่ากับ 2.99 คะแนนจากคะแนนเต็ม 3 คะแนน (อยู่ในระดับดี), ด้านความตั้งใจเท่ากับ 4.12 คะแนนจากคะแนนเต็ม 6 คะแนน (อยู่ในระดับปานกลาง), ด้านภาษาเท่ากับ 1.95 จากคะแนนเต็ม 3 คะแนน (อยู่ในระดับปานกลาง), ด้านความคิดเชิงนามธรรมเท่ากับ 1.75 คะแนนจากคะแนนเต็ม 2 คะแนน (อยู่ในระดับดี), ด้านความจำและการทวนซ้ำเท่ากับ 2.18 คะแนนจากคะแนนเต็ม 5 คะแนน (อยู่ในระดับปานกลาง), ด้านการรับรู้สภาวะรอบตัวเท่ากับ 5.62 คะแนนจากคะแนนเต็ม 6 คะแนน (อยู่ในระดับดี) ดูรายละเอียดในตารางที่ 3



ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะความทรงจำบกพร่องและความทรงจำปกติ (n = 155)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)			p-value
	รวม (n = 155)	ความทรงจำบกพร่อง (n = 73)	ความทรงจำปกติ (n = 82)	
เพศ				0.436 ^a
ชาย	36 (23.2)	19 (26.0)	17 (20.7)	
หญิง	119 (76.8)	54 (74.0)	65 (79.3)	
อายุ (ปี) ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด 60-87, อายุเฉลี่ย 70				< 0.001 ^a
60-69	85 (54.8)	26 (35.6)	59 (72.0)	
70-79	52 (33.6)	30 (41.1)	22 (26.8)	
80-89	18 (11.6)	17 (23.3)	1 (1.2)	
สถานภาพสมรส				0.005 ^a
โสด	18 (11.6)	9 (12.3)	9 (11.0)	
คู่	78 (50.3)	27 (37.0)	51 (62.2)	
หม้าย/หย่า/แยก	59 (38.1)	37 (50.7)	22 (26.8)	
ระดับการศึกษา				0.020 ^a
ประถมศึกษา	44 (28.4)	29 (39.7)	15 (18.3)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	38 (24.5)	19 (26.0)	19 (23.2)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	32 (20.7)	11 (15.1)	21 (25.6)	
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	5 (3.2)	1 (1.4)	4 (4.9)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	36 (23.2)	13 (17.8)	23 (28.0)	
การประกอบอาชีพในปัจจุบัน				0.023 ^a
ไม่ทำ	119 (76.8)	62 (84.9)	57 (69.5)	
ทำ	36 (23.2)	11 (15.1)	25 (30.5)	
มีคนในครอบครัวเป็นโรคสมองเสื่อม				0.220 ^b
ไม่มี	153 (98.7)	71 (45.8)	82 (52.9)	
มี	2 (1.3)	2 (2.7)	0	
การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง				< 0.001 ^a
ไม่มี	51 (32.9)	11 (7.1)	40 (25.8)	
1 โรค	32 (20.6)	15 (20.6)	17 (20.7)	
2 โรค	45 (29.0)	25 (34.3)	20 (24.4)	
3 โรคขึ้นไป	27 (17.5)	22 (30.1)	5 (6.1)	
การใช้ยากลุ่ม anticholinergic				< 0.001 ^a
ไม่มี	70 (45.16)	10 (6.4)	60 (38.7)	
ใช้ 1 ชนิด	35 (22.6)	17 (23.3)	18 (22.0)	
ใช้ 2 ชนิด	38 (24.5)	34 (46.6)	4 (4.9)	
ใช้ 3 ชนิด	12 (7.7)	12 (16.4)	0	

^aChi-square test, ^bFisher's exact test

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะความทรงจำบกพร่องระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะความทรงจำบกพร่องและความทรงจำปกติ (n = 155)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิด ภาวะความทรงจำบกพร่อง	จำนวน (ร้อยละ)			p-value
	รวม (n = 155)	ความทรงจำบกพร่อง (n = 73)	ความทรงจำปกติ (n = 82)	
การกินอาหารที่มีไขมันสูง*				0.972 ^a
ไม่ปฏิบัติเลย	15 (9.7)	7 (9.6)	8 (9.8)	
ปฏิบัติเป็นบางวัน/ทุกวัน	138 (90.3)	66 (90.4)	74 (90.2)	
การออกกำลังกาย [†]				0.285 ^a
ไม่ปฏิบัติเลย/เป็นบางวัน	80 (51.6)	41 (56.2)	39 (47.6)	
ปฏิบัติทุกวัน	75 (48.4)	32 (43.8)	43 (52.4)	
การจัดการความเครียดที่เหมาะสม				0.034 ^a
ปฏิบัติเป็นบางวัน	35 (22.6)	22 (30.1)	13 (15.9)	
ปฏิบัติทุกวัน	120 (77.4)	51 (69.9)	69 (84.1)	
การสูบบุหรี่ [‡]				0.030 ^a
ไม่ปฏิบัติเลย	124 (80.0)	53 (72.6)	71 (86.6)	
ปฏิบัติเป็นบางวัน/ทุกวัน	31 (20.0)	20 (27.4)	11 (13.4)	
การดื่มแอลกอฮอล์				0.476 ^b
ไม่ปฏิบัติเลย	147 (94.8)	68 (93.2)	79 (96.4)	
ปฏิบัติเป็นบางวัน	8 (5.2)	5 (6.8)	3 (3.6)	

^aChi-square test, ^bFisher's exact test

*กินอาหารที่มีไขมันสูงเป็นบางวัน 135 คน (ร้อยละ 87.1) ซึ่งอยู่ในกลุ่มความทรงจำบกพร่องและความทรงจำปกติ 64 คน (ร้อยละ 87.7) และ 71 คน (ร้อยละ 86.6) ตามลำดับ

[†]ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที โดยปฏิบัติเป็นบางวัน 71 คน (ร้อยละ 45.8) ซึ่งอยู่ในกลุ่มความทรงจำบกพร่องและความทรงจำปกติ 36 คน (ร้อยละ 49.3) และ 35 คน (ร้อยละ 42.7) ตามลำดับ

[‡]สูบบุหรี่เป็นบางวัน 25 คน (ร้อยละ 16.1) ซึ่งอยู่ในกลุ่มความทรงจำบกพร่องและความทรงจำปกติ 17 คน (ร้อยละ 23.3) และ 8 คน (ร้อยละ 9.8) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยจากแบบทดสอบประเมินพุทธิปัญญา (MoCA) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะความทรงจำบกพร่อง จำแนกรายด้าน (n = 73)

ทักษะด้านต่าง ๆ (คะแนนเต็ม)	คะแนนจากแบบทดสอบประเมินพุทธิปัญญา		
	ค่าเฉลี่ย	SD*	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด
มิติสัมพันธ์ [†] และการบริหารจัดการ (executive) (5 คะแนน)	2.42	0.83	1-5
การเรียกชื่อ (naming) (3 คะแนน)	2.99	0.12	2-3
ความตั้งใจ (attention) (6 คะแนน)	4.12	0.94	2-6
ภาษา (language) (3 คะแนน)	1.95	0.59	1-3
ความคิดเชิงนามธรรม (abstraction) (2 คะแนน)	1.75	0.43	1-2
ความจำ (Memory) และการทวนซ้ำ (delayed recall) (5 คะแนน)	2.18	0.69	0-5
การรับรู้สภาวะรอบตัว (orientation) (6 คะแนน)	5.62	0.49	5-6

*SD: standard deviation (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

[†]มิติสัมพันธ์ (visuospatial)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะความทรงจำบกพร่องมีคะแนนเฉลี่ยด้านการเรียกชื่อ ด้านความคิดเชิงนามธรรม ด้านการรับรู้สภาวะรอบตัวอยู่ในระดับดี ส่วนด้านมิติสัมพันธ์และการบริหารจัดการ ด้านความตั้งใจ ด้านภาษา ด้านความจำและการทวนซ้ำอยู่ในระดับปานกลาง

วิจารณ์

ผลการวิจัยนี้พบความชุกของภาวะความทรงจำบกพร่องในผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกร้อยละ 47.1 ต่ำกว่าความชุกของภาวะของความทรงจำบกพร่องในผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงรายและจังหวัดอุดรธานีที่พบร้อยละ 80.6 และร้อยละ 92.7 ตามลำดับ¹⁹⁻²⁰ แต่สูงกว่าความชุกของภาวะความทรงจำบกพร่องในผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศที่พบร้อยละ 16.7²¹ และเมื่อพิจารณาทักษะรายด้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะความทรงจำบกพร่อง 73 คนด้วยแบบประเมินพุทธิปัญญาพบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านความจำและการทวนซ้ำ ด้านความตั้งใจ ด้านภาษา ด้านมิติสัมพันธ์และการบริหารจัดการอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับผลการศึกษา Saunders และคณะ²² ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะความทรงจำบกพร่องมีความบกพร่องเกี่ยวกับความสามารถในการทำงานของหน่วยความจำ, ภาษาเชิงความหมายและด้านมิติสัมพันธ์/การบริหารจัดการ ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะความทรงจำบกพร่องในการศึกษานี้มีความบกพร่องด้านความทรงจำเป็นอาการที่เด่นชัด (amnestic MCI) มีโอกาสพัฒนาไปเป็น

โรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีความทรงจำบกพร่องโดยเฉลี่ย 3-8 เท่าและพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะความทรงจำบกพร่องนั้นสมองจะเสื่อมจนเป็นโรคอัลไซเมอร์ภายใน 5 ปี⁸ จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญต่อการชะลอภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ กิจกรรมคัดกรองและวินิจฉัยโรคในระยะแรกเริ่มร่วมกับการให้ความรู้แก่คนในครอบครัวและชุมชนเรื่องโรคสมองเสื่อมสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยง และวิธีบริหารสมองตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อให้สามารถชะลอความเสื่อมของสมองได้ รวมทั้งลดภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมของครอบครัวและสังคมไทยในอนาคต²³

ผลการวิจัยนี้พบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะความทรงจำบกพร่องและความทรงจำปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ในปัจจุบัน การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การใช้ยากลุ่ม anticholinergic การจัดการความเครียดที่เหมาะสม และการสูบบุหรี่ ซึ่งเมื่อพิจารณารายปัจจัยที่ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าอายุที่มากขึ้นเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะ

ความทรงจำบกพร่องของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั้น เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นเนื้อเยื่อสมองหดตัวลง เซลล์สมองและประสาทมีจำนวนลดลง ผันหลุดเลือดหนาตัวและแข็งมากขึ้นทำให้การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงซาลงจึงทำให้เกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย¹⁹ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Petersen และคณะ²⁴ กับผลการศึกษาของ Yodmai²⁵ ที่พบว่าอายุยิ่งมากโอกาสเกิดความบกพร่องทางสติปัญญายิ่งสูงขึ้นโดยคนอายุ 60-64 ปีมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาร้อยละ 6.7, คนอายุ 65-69 ปีมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาร้อยละ 8.4, คนอายุ 70-74 ปีมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาร้อยละ 10.1, คนอายุ 75-79 ปีมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาร้อยละ 14.8 และคนอายุ 80ปีขึ้นไปมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาร้อยละ 25.2 ซึ่งคนอายุ 70-79 ปีมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความทรงจำบกพร่องเกือบ 2 เท่าเมื่อเทียบกับคนอายุ 60-69 ปี และผลการวิจัยนี้ก็พบว่าคนอายุ 70-79 ปีเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความทรงจำบกพร่องมากกว่าคนอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 41.1 กับร้อยละ 35.4)

ผลการวิจัยนี้พบว่าสถานภาพสมรสเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะความทรงจำบกพร่องของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Brenowitz และคณะ²⁶ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้ายเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมระยะแรกมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ผลการศึกษาของ Bae และคณะ²⁷ พบว่าคนที่ไม่ได้แต่งงานเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความทรงจำบกพร่องถึง 2 เท่าเมื่อเทียบกับคนที่แต่งงานแล้ว ทว่าแม้ว่าการไม่แต่งงาน (โสดหม้ายหรือหย่าร้าง) จะเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ แต่ไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของภาวะสมองเสื่อมระยะแรก

สำหรับระดับการศึกษานั้นผลการศึกษานี้พบว่าเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะความทรงจำบกพร่องของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ระดับการศึกษาประถมศึกษาเกิดภาวะความทรงจำบกพร่องสูงที่สุด เช่นเดียวกับผลการศึกษานี้

พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับต่ำมีภาวะการรู้คิดบกพร่องมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับสูงกว่า^{19,28} เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาน้อยอาจขาดประสบการณ์ในการรับมือกับสถานการณ์ที่แตกต่างหรือซับซ้อนเมื่อเทียบกับผู้ที่มีการศึกษาสูงทำให้ความรู้ความเข้าใจแตกต่างกัน²⁸⁻²⁹

การประกอบอาชีพในปัจจุบันนั้นจากผลการศึกษานี้พบว่าเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะความทรงจำบกพร่องของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้สูงอายุที่ยังประกอบอาชีพในปัจจุบันมีโอกาสพัฒนาสมองในด้านความคิดการจดจำ การวางแผน และการวิเคราะห์ รวมถึงการได้เคลื่อนไหวร่างกาย การได้พบปะกับบุคคลอื่นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพในปัจจุบัน โดยผู้สูงอายุที่ไม่ประกอบอาชีพในปัจจุบันมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อม 2.3 เท่าของผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพในปัจจุบัน³⁰

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในผลการวิจัยนี้เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะความทรงจำบกพร่องถึง 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไชมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากโรคเรื้อรังเหล่านี้ส่งผลให้ผ่นหลุดเลือดหนาตัวทำให้สมองขาดเลือด ส่งผลทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมและความบกพร่องด้านความรู้คิดเพิ่มขึ้นได้^{25,31} เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Ng และคณะ³² ที่พบว่าผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่า 3 โรคขึ้นไปเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะความทรงจำบกพร่องและพัฒนาไปสู่การเป็นโรคอัลไซเมอร์

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะความทรงจำบกพร่องของผู้สูงอายุนั้นผลการวิจัยนี้พบว่าพบสัดส่วนของผู้สูงอายุที่จัดการความเครียดอย่างเหมาะสมที่ปฏิบัติเป็นบางวันเกิดภาวะความทรงจำบกพร่องมากกว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ความทรงจำปกติเกือบเท่าตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากความเครียดที่สะสมเป็นเวลานานทำให้เพิ่มระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลซึ่งถ้าระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลสูงมาก ๆ ส่งผลต่อการหดตัวของสมองที่มีความสำคัญต่อความจำทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัลไซเมอร์และภาวะ

สมองเสื่อมได้ ดังนั้นการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม เช่น กินอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน ดูหนัง ฟังเพลง ออกไปเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจ ทำสมาธิ สวดมนต์ ฯลฯ จึงเป็นกิจกรรมที่ช่วยลดและชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้³³

ส่วนการใช้ยากลุ่ม anticholinergic จากผลการวิจัยนี้พบว่าเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะความทรงจำบกพร่องของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาจเกิดจากยากลุ่ม anticholinergic เป็นยาที่ยับยั้งการทำงานของ acetylcholine ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของร่างกายโดยอัตโนมัติ และมีบทบาทสำคัญในความจำและความสนใจ ทั้งนี้ ยากลุ่ม anticholinergic ได้แก่ conventional H1-antihistamines (เช่น chlorpheniramine), antiemetics (เช่น promethazine), antiparkinson drugs (เช่น bztropine), gastrointestinal spasmolytics (เช่น propantheline), bladder spasmolytics (เช่น oxybutynin, tolterodine), antidepressants (เช่น imipramine) เป็นต้น ยากลุ่มนี้ใช้กันอย่างแพร่หลายในประชากรสูงอายุเนื่องจากมีประโยชน์ทางคลินิก ผู้ที่ใช้ยาเหล่านี้จึงเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบประสาทส่วนกลางได้³⁴⁻³⁵ ซึ่งผลการศึกษาของ Ancelin และคณะ³⁶ กับผลการศึกษาของ Kingsland³⁷ พบว่าการใช้ยา anticholinergic เป็นตัวบ่งชี้ที่ชัดเจนของภาวะความทรงจำบกพร่อง (odds ratio 5.12, $p = 0.001$) โดยพบว่าผู้ที่ใช้ยา anticholinergic มีประสิทธิภาพในด้านระยะเวลาปฏิกิริยาตอบสนอง (reaction time), ความตั้งใจ, การทวนซ้ำ, การเล่าเรื่อง (narrative recall), มิติสัมพันธ์ และภาษาต่ำกว่าผู้ที่ไม่ใช้ยา anticholinergic อีกทั้งผู้ที่ใช้ยากลุ่มนี้อย่างต่อเนื่องเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความทรงจำบกพร่องมากกว่า 2.5 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ใช้ยา โดยความเสี่ยงนี้เพิ่มขึ้นตามจำนวนยา anticholinergic ที่ใช้

ส่วนปัจจัยอื่นๆ ที่ผลการวิจัยนี้พบว่าไม่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะความทรงจำบกพร่องผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ ประวัติมีคนในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม การกินอาหารไขมันสูง การออกกำลังกาย และการ

ดื่มสุรา อาจเนื่องจากผู้สูงอายุที่เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นข้าราชการเกษียณ มีความรู้ในการดูแลตนเองเรื่องสุขภาพอยู่ในระดับดี ไม่กินอาหารที่มีไขมันสูง หรือกินเป็นบางมื้อ อีกทั้งออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาทีเป็นประจำซึ่งช่วยเผาผลาญไขมันและเพิ่มไขมันดี รวมทั้งปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แตกต่างจากผลงานวิจัยหลายการศึกษาที่พบว่าปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม เช่น เพศหญิงเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงเมื่อเข้าสู่วัยทองซึ่งระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนลดต่ำลง การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนมีผลกระทบต่อสมองส่งผลให้เกิดปัญหาหลงลืม ความจำเสื่อม และภาวะสมองเสื่อมตามมา²¹ พฤติกรรมการกินอาหารไขมันสูง โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัวทำให้เกิดภาวะอ้วนสูงขึ้นทั่วร่างกายรวมถึงสมอง ซึ่งกรดไขมันอิ่มตัวอาจข้ามส่วนเชื่อมต่อที่กั้นระหว่างกระแสเลือดกับเซลล์สมองเข้าไปมีปฏิกิริยาโดยตรงบางอย่างกับเซลล์สมองได้ การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมเป็นประจำต่อเนื่องอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที ช่วยลดไขมันและเพิ่มไขมันดี ช่วยชะลอการเกิดสมองเสื่อมได้³⁹ ผู้สูบบุหรี่เสี่ยงต่อการเกิดความบกพร่องทางสติปัญญาเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาและจำนวนที่สูบ แต่ลดลงตามเวลาหลังการเลิกสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์แม้เพียงปริมาณเล็กน้อยต่อวันหรือดื่มหนักเป็นครั้งคราวเพิ่มโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อม ซึ่งรวมถึงโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์เนื่องจากแอลกอฮอล์ทำลายเซลล์ประสาทของสมอง³⁸⁻³⁹

ข้อมูลที่น่าเสนอนี้สรุปได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะความทรงจำบกพร่องในผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพในปัจจุบัน การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การใช้ยากลุ่ม anticholinergic การจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม และการสูบบุหรี่ ดังนั้นผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุควรนำข้อมูลนี้ประกอบการพัฒนากิจกรรมชะลอภาวะความทรงจำบกพร่องที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งศึกษาติดตามผลของการจัดกิจกรรมชะลอภาวะความทรงจำบกพร่องอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ พญ.บุญญรัตน์ มณี นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ งานผู้สูงอายุ, นางสิริพรรณ ธีระกาญจน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ งานการพยาบาลชุมชน และ นายจตุพร เสือมี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการงานระบาดวิทยา สำหรับการตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขอขอบคุณผู้สูงอายุทุกคนที่เข้าร่วมวิจัย ตลอดจนชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกสำหรับการสนับสนุนในการดำเนินการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. World population prospects: The 2017 revision. [DVD]. New York City, New York State: United Nations; 2017.
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai elderly 2017 [Internet]. 2019 [cited 2020 Nov 20]. Available from: URL: <https://thaitgri.org/?wpdmpro=situation-of-the-thai-eldery-2019>
3. Health Data Center, The Ministry of Public Health. Elderly population data 2016-2018 [Internet]. 2018 [cited 2020 Nov 20]. Available from: URL: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports>
4. Aekplakorn W. Report of the public health survey of Thailand by the 5th physical examination. Nonthaburi, Thailand: Health System Research Institute; 2014. p.231-49.
5. The Institute of Medicine and the Elderly Department of Medicine, The Ministry of Public Health. Prevention guidelines: evaluate falls in the elderly. Bangkok, Thailand: CG Tools Company Limited; 2008.
6. Petersen RC, Doody R, Kurz A, Mohs RC, Morris JC, Rabins PV, et al. Current concepts in mild cognitive impairment. Arch Neurol 2001;58(12):1985-92.
7. Alzheimer's Association. Mild cognitive impairment [Internet]. 2019 [cited 2019 Aug 28]. Available from: URL: https://www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-dementia/related_conditions/mild-cognitive-impairment
8. Muangpaisan W. Dementia: prevention, assessment and care. 4th ed. Bangkok, Thailand: Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University; 2016.
9. Wongsaree C, Phunthong S. Dementia syndrome in the elderly: nursing care and caring for relatives caregiver. HUC J Health Sci 2018;22(43):166-79.
10. Department of Medical Services, The Ministry of Public Health. Development a comprehensive care system for dementia patients 2019 [Internet]. 2019 [cited 2019 Aug 24]. Available from: URL: <https://www.thaihealth.or.th/Content/49850>
11. Trakulsithichoke S. Prevention of dementia in older persons. J Nurs Health Care 2018;36(4):6-14.
12. Baumgart M, Snyder SM, Carrillo MC, Fazio S, Kim H, John H. Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia: a population-based perspective. Alzheimers Dement 2015;11(6): 718-26.
13. Elderly Club, Buddhachinaj Phitsanulok Hospital. Performance report of Elderly Club, 2017. Phitsanulok, Thailand: Elderly Club, Buddhachinaj Phitsanulok Hospital; 2018.
14. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bedirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal cognitive assessment,

- MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 2005;53(4):695-99.
15. Hemranchroj S. Cognitive impairment in medicine basic and clinical neuroscience. MoCA Thai version. Bangkok, Thailand: Chulalongkorn University Printing House; 2010.
 16. Tangwongchai S, Phanasathit M, Chareernboon T, Akkayagorn L, Hemrungronj S, Phanthumchinda K, et al. The validity of Thai version of The Montreal Cognitive Assessment (MoCA-T). *Dement Neuropsychol* [online]. 2009 [cited 2020 Nov 10]; 3 (2):172. Available from: <http://demneuropsych.com.br/imageBank/pdf/dnv03n02a11.pdf>
 17. Rattanawat W, Nakawiro D, Visajan P. Prevalence of mild cognitive impairment (MCI) in pre-retirement period of hospital staff. *J Psychiatr Assoc Thai* 2018;63(1): 55-64.
 18. Chaimay P. Caution in using chi-square test in health science research. *Thaksin Univ J* 2010;13(1):55-8.
 19. Praison P, Chuajedton P. Factors related to mild cognitive impairments in elderly people in Chiang Rai Province. *Thai J Nurs C* 2017;32(1):64-78.
 20. Saowaphan J, Suwan P, Thajang S, Phonchari P, Voharndate J. Prevalence of mild cognitive impairment in older people at semi-rural community, Udonthani Province. Documents for the 4th National Conference; 2019 May 31; Rajthanee University, Ubon Ratchathanee.
 21. Undara W, Singhasene U, Wongnitikul P. The study of dementia, knowledge and prevention of dementia and the demographic data in the Elderly Association of Royal Thai Air Force Nursing College. *J Police Nurs* 2016;8(1):23-33.
 22. Saunders N, Summers M. Attention and working memory deficits in mild cognitive impairment [Internet]. 2010 [cited 2020 Nov 10]. Available from: URL: https://www.researchgate.net/publication/26854413_Attention_and_working_memory_deficits_in_mild_cognitive_impairment
 23. World Health Organization. Dementia cases set to triple by 2050 but still largely ignored [Internet]. 2012 [cited 2020 Nov 20]. Available from: URL: https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/dementia_20120411/en/
 24. Petersen R, Lopez O, Armstrong M, Getchius T, Ganguli M, Gloss D, et al. Practice guideline update summary: mild cognitive impairment. Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2018;90 (3):126-35.
 25. Yodmai K. Family role and caring an aging with dementia in community. *J Public Health Nurs* 2017;31(1):189-204.
 26. Brenowitz W, Kukull W, Beresford S, Monsell S, Williams E. Social relationships and risk of incident mild cognitive impairment in U.S. Alzheimer's Disease Centers. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2014;28(3): 253-60.
 27. Bae JB, Kim YJ, Han JW, Kim TH, Park JH, Lee SB, et al. Incidence of and risk factors for Alzheimer's disease and mild cognitive impairment in Korean elderly. *Dement Geriatr Cogn* 2015;39(1):105-15.

28. Tanthanapanyakorn P, Pathomrotsakun J, Maoon N, Joichan K, Maliamuen C. Prevalence and factors associated to cognitive impairment among elderly people in Chonnabot District, KhonKaen Province. *Wichcha J* 2019;38(2):67-79.
29. Deetong-on T, Puapornpong P, Pumipichet S, Benyakorn S, Kitporntheranunt M, Kongsomboon, K. Prevalence and risk factors of mild cognitive impairment in menopausal women at HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center. *Thai J Obstet Gynaecol* 2013;3(1):110-6.
30. Phanakorn L, Nanthamongkolchai S, Pitikuntang S, Munsawangsap C, Dechabunsermsak P. Factors influencing dementia in elderly women in Lumphun Province. *J Public Health* 2015;45(2):197-209.
31. Copper C, Sommerlad A, Lyketsos CG, Livingston G. Modifiable predictors of dementia in mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2015;4(1):323-34.
32. Ng TP, Feng L, Nyunt MS, Feng L, Gao Q, Lim ML, et al. Metabolic syndrome and the risk of mild cognitive impairment and progression to dementia: follow-up of the Singapore Longitudinal Ageing Study Cohort. *JAMA Neurol* 2016;73(4):456-63.
33. Macpherson H. Six things you can do to reduce your risk of dementia [Internet]. 2018 [cited 2020 Nov 12]. Available from: URL: <https://theconversation.com/six-things-you-can-do-to-reduce-your-risk-of-dementia-9306140>
34. Fox C, Richardson K, Maidment ID, Savva GM, Matthews FE, Smithard D, et al. Anticholinergic medication use and cognitive impairment in the older population: the medical research council cognitive function and ageing study. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59(8):1477-83.
35. Suthisisang C. Alzheimer's disease and drugs to be aware of [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 28]. Available from: URL: <https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/408>
36. Ancelin M, Artero S, Portet F, Dupuy A, Touchon J, Ritchie K. Non-degenerative mild cognitive impairment in elderly people and use of anticholinergic drugs: longitudinal cohort study. *BMJ* 2006; 332(7539):455-59.
37. Kingsland J. Common drugs linked to increased risk of Alzheimer's. *Medical News Today* [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 28]. Available from: URL: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/common-drugs-linked-to-increased-risk-of-alzheimers>
38. Mons U, Schöttker B, Muller H, Kliegel M, Brenner H. History of lifetime smoking, smoking cessation and cognitive function in the elderly population. *Eur J Epidemiol* 2013; 28(10):823-31.
39. JacobL, BohlkenJ, Kostev K. Risk factors for mild cognitive impairment in German primary care practice. *J Alzheimers Dis* 2017; 56(1):379-84.

