

Prevalence and Factors Associated with Mild Neurocognitive Disorder and Dementia in Pre-retirement Personnel of King Narai Hospital, Lopburi Province

*Chidchanok Sirivibulyakiti, M.D.**

*Sunee Lagampan, Ed.D.***

Abstract

Objective: To identify prevalence of Mild Neurocognitive Disorder (MND) and Dementia by using Montreal Cognitive Assessment test (MoCA-T) and Addenbrooke's Cognitive Examination III (ACE-T) test and to identify associated factors.

Methods: Cross-sectional descriptive study which covered almost 188 pre-retirement hospital personnel, aged 50-60 years during July 2023. Tools include personal information form, Body Mass Index and two specific brain function tests including MoCA-T and ACE-T. Descriptive statistics, Chi-square analysis, Ordinal Logistic Regression and Multiple Ordinal Logistic Regression have been used to identify prevalence and associated factors to MND and Dementia.

Results: The 23.9% prevalence of dementia and 33.5% of MND and 25.4% of Amnesic MND with MoCA-T test, and 3.7% of dementia, 19.1% of MND with ACE-T were found. The findings showed low concordance between both tools with a Kappa = 0.209. Factors associated with Dementia include Educational level (both MoCA-T and ACE-T), Marital Status, Chronic Disease, Exercise (MoCA-T only) and Occupation (ACE-T only).

Conclusion: MND and Dementia tends to be increasing. Primary care units should establish comprehensive screening and referral systems for confirmed diagnosis and proper management. The appropriate age for screening should be considered based on local context and preventable risk factors should be addressed.

Keywords: mild neurocognitive disorder; dementia; associated factors

*Department of Social Medicine, King Narai Hospital, Lopburi

**Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

Received: September 13, 2024; Revised: November 11, 2024; Accepted: April 10, 2025

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสมองบกพร่องเล็กน้อยและภาวะสมองเสื่อม ในบุคลากรก่อนวัยเกษียณ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

ชิตชนก ศิริวิบูลยภักดิ์, พ.บ.*
สุนีย์ ละกำปิ่น, กศ.ด.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกของภาวะสมองบกพร่องเล็กน้อย (MND) และภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ด้วยแบบทดสอบ Montreal Cognitive Assessment (MoCA-T) และ Addenbrooke's Cognitive Examination III (ACE-T) และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ MND และ Dementia ของบุคลากรก่อนวัยเกษียณ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

วิธีการศึกษา: การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วัยก่อนเกษียณอายุ 50-60 ปี จำนวน 188 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป การวัดดัชนีมวลกาย และการประเมินการทำงานของสมองด้วยแบบทดสอบ 2 ชุดคือ MoCA-T และ ACE-T ในเดือน กรกฎาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติอ้างอิง ได้แก่ Chi-Square Test, Ordinal Logistic Regression และ Multiple Ordinal Logistic Regression

ผลการศึกษา: เมื่อประเมินกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบทดสอบ MoCA-T กับ ACE-T โดย MoCA-T พบ Dementia ร้อยละ 23.9 และ MND ร้อยละ 33.5 ซึ่งในกลุ่ม MND พบ Amnesic MND ร้อยละ 25.4 สำหรับ ACE-T พบ Dementia ร้อยละ 3.7 และ MND ร้อยละ 19.1 โดยพบว่าเครื่องมือนทั้งสองมีความสอดคล้องกันค่อนข้างต่ำ $Kappa = 0.209$ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ระดับการศึกษา (MoCA-T และ ACE-T) สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว การออกกำลังกาย (MoCA-T) และกลุ่มอาชีพที่ทำเป็นเวลานานที่สุด (ACE-T)

สรุป: ภาวะ MND และ Dementia มีแนวโน้มพบได้สูงขึ้น หน่วยงานระดับปฐมภูมิควรจัดระบบการคัดกรองและส่งต่อเพื่อประเมิน วินิจฉัยที่จำเป็นให้ครอบคลุมและพิจารณาอายุที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่และการป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้

คำสำคัญ: ภาวะสมองบกพร่องเล็กน้อย; ภาวะสมองเสื่อม; ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

*กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี

**ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ได้รับต้นฉบับ: 13 กันยายน 2567; แก้ไขบทความ: 11 พฤศจิกายน 2567; รับลงตีพิมพ์: 10 เมษายน 2568

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นปัญหาสำคัญมีผลกระทบต่อประชากรทั่วโลกทั้งด้านการสาธารณสุข เศรษฐกิจ การเมือง และสังคม ข้อมูลองค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2023 พบผู้ป่วยมากกว่า 55 ล้านคนทั่วโลก โดยร้อยละ 60.0 อยู่ในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ Dementia เป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 7 และเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดความพิการ และภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุทั่วโลก⁽¹⁾ ก่อนการเกิดภาวะ Dementia ผู้ป่วยอาจมีความสามารถของสมองที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น หลงลืมมากขึ้น ซึ่งมีเวลาประมาณ 15 ปี ก่อนที่จะมีภาวะสมองบกพร่องระยะต้น (Mild Neurocognitive Disorder: MND) หรือ Mild Cognitive Impairment :MCI)⁽²⁾ การศึกษาของต่างประเทศพบความชุก MND ร้อยละ 15.0-20.0 ในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และ MND จะกลายเป็น Dementia แตกต่างกัน ร้อยละ 8.0 -15.0 ต่อปี⁽³⁾ การศึกษาหลายฉบับ ระบุว่า MND เป็นปัจจัยเสี่ยงของ Dementia⁽⁴⁾ พบว่า ร้อยละ 12.0-15.0 ของผู้มีภาวะ MND จะกลายเป็น Dementia โดยผู้ที่ เป็น Amnestic MND จะเป็นอัลไซเมอร์ได้มากกว่า มีการศึกษาพบความชุกของ MND ร้อยละ 3.0 - 42.0 ในผู้สูงอายุ ในกลุ่มนี้พบ Amnestic MND ร้อยละ 0.5-31.9⁽⁵⁾ จากการติดตามผู้ป่วย MND พบว่าร้อยละ 11.0-33.0 ได้รับการวินิจฉัยเป็น Dementia ภายใน 2 ปี ราวหนึ่งในสามมีอาการคงที่ และร้อยละ 44.0 การทำงานของสมองจะกลับคืนสู่ปกติ⁽⁴⁾ จากการศึกษาของ Bai W และคณะ⁽⁶⁾ ในปี ค.ศ.2022 พบว่า ความชุกของ MND ของประชาชนอายุ 50 ปีขึ้นไปในชุมชน

ทั่วโลกร้อยละ 15.56 นอกจากนั้นพบผู้ป่วย Dementia อายุน้อยลง คือพบได้มากขึ้นในผู้มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปหรือยังอยู่ในวัยทำงาน โดยพบมากถึงร้อยละ 7.0 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดสาเหตุเพราะโรคที่เป็นและพฤติกรรมที่นำไปสู่โรคสมองเสื่อมในคนอายุน้อย⁽⁷⁾ การคัดกรองทำให้พบ MND และรีบแก้ไขปัจจัยเสี่ยง รวมถึงการกระตุ้นสมองเพื่อไม่ให้เกิด Dementia ตามมาจึงเป็นสิ่งสำคัญจากการศึกษาของวลิและคณะ⁽⁸⁾ พบความชุกของ MND ในบุคลากรวัยก่อนเกษียณอายุ 50 ปีขึ้นไปในโรงพยาบาลรามาธิบดีถึงร้อยละ 30.2 ผู้วิจัยในฐานะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ตระหนักถึงความสำคัญของภาวะ MND และ Dementia ที่เป็นภาวะคุกคามมากขึ้นในกลุ่มประชากรสูงอายุ การค้นพบ MND และ Dementia ในระยะเริ่มต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรในโรงพยาบาลซึ่งมีความหลากหลายในลักษณะประชากร และเป็นกำลังสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชน กรณีที่พบภาวะดังกล่าวจะนำไปสู่การดูแลรักษาหรือพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อไป

การประเมิน MND และ Dementia โดยแบบทดสอบมีการพัฒนาในหลายประเทศ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า MoCA และ ACE III เป็นแบบทดสอบที่แนะนำให้ใช้ในการคัดกรองระดับปฐมภูมิ⁽⁹⁾ และพบว่า Montreal Cognitive Assessment ฉบับภาษาไทย (MoCA-T) และ Addenbrooke's Cognitive Examination III ฉบับภาษาไทย (ACE-T) สามารถแยก MND จากคนปกติ และ Dementia นอกจากนั้น MoCA-T สามารถประเมินภาวะ Amnestic MND ซึ่ง

ผู้มีภาวะดังกล่าวมีแนวโน้มเป็นอัลไซเมอร์ต่อไป และ ACE-T สามารถบอก cognitive domain ได้ดีกว่า MMSE และ TMSE⁽¹⁰⁾ ในการศึกษาครั้งนี้ จึงใช้แบบทดสอบ MoCA-T และ ACE-T เป็นการใช้แบบทดสอบร่วมกันแบบขนาน (Parallel Testing) เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงให้ได้มากที่สุด และทำการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยโดยเร็ว⁽¹¹⁾

วัตถุประสงค์

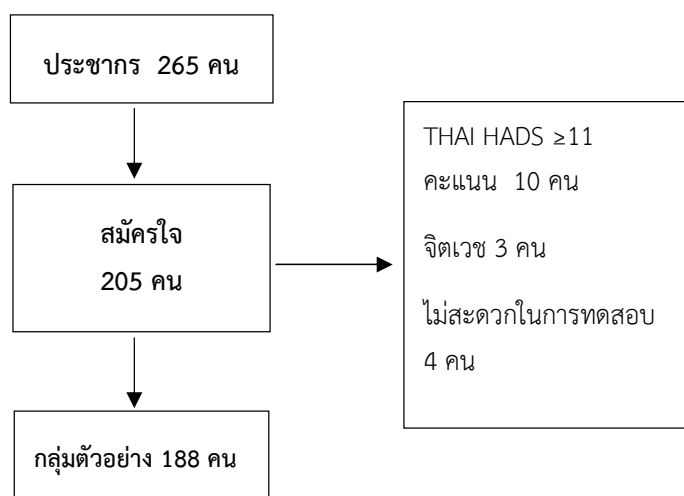
เพื่อศึกษาความชุกของ MND และ Dementia ด้วยแบบทดสอบ MoCA-T และ ACE-T และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ MND และ Dementia ของบุคลากรก่อนวัยเกษียณ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) โดยมีประชากร คือ บุคลากรโรงพยาบาล

พระนารายณ์มหาราช วัยก่อนเกษียณอายุ 50-60 ปี จำนวน 265 ราย กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางของ Krejcie และ Morgan กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 ได้ขนาดตัวอย่าง 157 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อกรณีเก็บข้อมูลไม่ครบถ้วน รวมขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 188 คน เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการทำแบบทดสอบ เช่น ความบกพร่องทางการมองเห็นและการได้ยิน อ่านออกเขียนได้ จบการศึกษาอย่างน้อยชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ เป็น MND หรือ Dementia ที่ได้รับการวินิจฉัยมาก่อน มีโรคทางจิตเวชที่ส่งผลต่อความจำและสมาธิ เช่น โรคจิตเภท โรคอารมณ์ผิดปกติ โรคซึมเศร้า วิตกกังวล มีอาการซึมเศร้า หรือวิตกกังวลจากการประเมินด้วย Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ที่มีคะแนนตั้งแต่ 11 ขึ้นไป⁽¹²⁾ โดยมีประชากรและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังแผนภาพ 1

แผนภาพ 1 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

1.) ปัจจัยด้านประชากรและสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว

2.) ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ การมีโรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยทางสมอง ประวัติการเป็นโรคทางสมองของครอบครัว ดัชนีมวลกาย คุณภาพการนอน

3.) ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ และแบบแผนการดำเนินชีวิต ได้แก่ การบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย การทำงานอดิเรก และการร่วมกิจกรรมทางสังคม

2. แบบทดสอบการทำงานของสมอง Montreal Cognitive Assessment (MoCA-T) ฉบับภาษาไทย โดยคะแนนที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 24 คะแนน (เพิ่ม 1 คะแนนกรณีจบการศึกษา น้อยกว่า 6 ปี) หมายถึง มีความเสี่ยงเป็น MND และคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนน มีความเสี่ยงเป็น Dementia เครื่องมือมีค่าความไวและความจำเพาะสำหรับ MND ร้อยละ 80 และ Dementia ร้อยละ 100 และ 98 ตามลำดับ⁽¹³⁾ ทั้งนี้ผู้ที่พบ MND ในด้าน Delayed Recall จะใช้ Memory Index Score (MIS) กรณีที่คะแนนน้อยกว่า 7 คะแนน จัดเป็น Amnesic MND

3. แบบทดสอบการทำงานของสมอง Addenbrooke's Cognitive Examination III ฉบับภาษาไทย (ACE-T) โดยใช้เกณฑ์ตัดที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 75 คะแนน สำหรับ MND และน้อยกว่าหรือเท่ากับ 61 คะแนนสำหรับ Dementia ซึ่งมีค่าความไวและความจำเพาะร้อยละ 90, 96 และ 100, 97 ตามลำดับ⁽¹⁰⁾

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปด้วยตนเอง และผู้ช่วยนักวิจัย ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงเพื่อคำนวณ BMI และตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล ต่อจากนั้น ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยซึ่งเป็นนักจิตวิทยาคลินิก รวม 7 คนทำหน้าที่ประเมินภาวะ MND และ Dementia ด้วยแบบทดสอบ MoCA-T และ ACE-T ในห้องประชุมที่ไม่มีเสียงรบกวน โดยนักวิจัยประชุมทีมเพื่อตรวจสอบข้อมูลและพิจารณาผลการทดสอบเป็นรายวัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม IBM Statistical Package for Social Science (SPSS) version 26 สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ สำหรับข้อมูลที่เป็นกลุ่ม ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับข้อมูลทีวัดในระดับ interval scale ขึ้นไป แบ่งคะแนนที่ได้จากการประเมินภาวะสมองเสื่อมด้วยเครื่องมือ MoCA-T และ ACE-T ออกเป็นสามกลุ่ม คือ Dementia, MND, ปกติ ตามระดับน้อยไปมากของคะแนน ทดสอบการกระจายของตัวแปรที่ศึกษาในแต่ละกลุ่มของภาวะสมอง ด้วย Chi-Square test ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาแต่ละตัวกับภาวะสมองเสื่อมด้วย Ordinal Logistic Regression เนื่องจากตัวแปรตาม คือ ภาวะสมองเสื่อมเป็นระดับ (ปกติ MND Dementia) คัดเลือกตัวแปรที่พบว่ามีระดับ p-value น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.2 เพื่อนำมาเข้าร่วมในการวิเคราะห์ปัจจัยพยากรณ์ภาวะสมองเสื่อมด้วย Multivariable Ordinal

Logistic Regression โดยการ Enter ตัวแปรที่คัดเลือกในการศึกษานี้เข้าวิเคราะห์พร้อมกัน กำหนดระดับนัยสำคัญในการทดสอบสมมติฐานที่ $p\text{-value} < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เลขที่ KNH 11/2566 ลงวันที่ 18 เมษายน 2566

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 188 คน อายุเฉลี่ย 55.05 ± 3.196 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.0) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 60.1) อาชีพหรืองานเดิมที่เคยทำส่วนมาก คือ งานประเภททั่วไป/ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 43.1) รองมา คือ พยาบาล (ร้อยละ 37.2) ปัจจุบันส่วนใหญ่ยังทำงานเดิมอยู่ (ร้อยละ 89.9) ระดับการศึกษาสูงสุด คือ ปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 35.6) แหล่งที่มาของรายได้ คือ เงินเดือน/บำนาญ/รับจ้าง (ร้อยละ 89.9) จำนวนมากกว่าครึ่งมีรายได้เพียงพอเหลือเก็บ (ร้อยละ 53.7) ด้านภาวะสุขภาพส่วนมากมีภาวะสุขภาพในระดับดี/ดีมาก (ร้อยละ 57.4) ไม่เคยมีประวัติหกล้มใน 6 เดือน (ร้อยละ 89.9) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 60.1) เป็นโรคกลุ่ม NCD (ร้อยละ 75.0) ไม่มีประวัติ

ได้รับความกระทบกระเทือนทางสมองจนหมดสติ หรือสลบ (ร้อยละ 94.7) เคยมีประวัติป่วยด้วยโรคโควิด 19 (ร้อยละ 60.6) กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงยังมีประจำเดือนอยู่ (ร้อยละ 64.9) ยาที่ใช้บ่อย ๆ มากกว่า 2 วัน/สัปดาห์ ใช้ยามากกว่าหนึ่งกลุ่ม (ร้อยละ 72.9) ไม่รับประทานอาหารเสริมที่นอกเหนือจากแพทย์สั่ง (ร้อยละ 60.1) ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติญาติที่เจ็บป่วยด้วย Dementia โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง/อัมพฤกษ์/อัมพาต สำหรับผู้ที่มีประวัติส่วนมากเป็นพ่อ/แม่ที่เป็น (ร้อยละ 10.6) รับประทานอาหารเองที่บ้าน (ร้อยละ 50.0) ไม่มีปัญหาการรับประทานอาหารได้น้อยหรือมีน้ำหนักลดลงในรอบ 6 เดือน (ร้อยละ 84.0) ไม่มีภาวะกลืนลำบาก (ร้อยละ 93.6) ดื่มน้ำมากเกินปกติตั้งแต่น้ำหนักเกินถึงอ้วนมาก (ร้อยละ 63.3) ด้านพฤติกรรมสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตพบว่าส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 91.5) ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 70.2) ออกกำลังกาย (ร้อยละ 64.9) โดยออกกำลังกายเป็นระยะเวลา 15-30 นาที (ร้อยละ 26.6) ความถี่ในการออกกำลังกาย 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ (ร้อยละ 29.8) มีงานอดิเรกทำในยามว่าง (ร้อยละ 84.6) และร่วมกิจกรรมทางสังคม (ร้อยละ 80.9) ร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 63.3) คุณภาพการนอนในเกณฑ์ไม่ดี (ร้อยละ 66.0) สำหรับการทำงานของสมองเมื่อประเมินโดยแบบทดสอบ MoCA- T และ ACE-T ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างผลการประเมินภาวะสมองเสื่อมและภาวะสมองบกพร่องเล็กน้อย ระหว่าง MoCA-T กับ ACE-T

ผลการประเมินด้วย MoCA-T	ผลจากการประเมินด้วย ACE-T			รวม	Chi-Square	p-value	Kappa
	Dementia	MND	Normal				
Dementia	6 (3.2%)	23 (12.2%)	16 (8.5%)	45 (23.9%)	69.824	<.001	0.209
MND	1 (0.5%)	13 (6.9%)	49 (26.1%)	63 (33.5%)			
Normal	0 (0.0%)	0 (0.0 %)	80 (42.6%)	80 (42.6%)			
รวม	7 (3.7%)	36 (19.1%)	145 (77.1%)	188 (100.0%)			

Spearman'srho ระหว่าง MoCA-T กับ ACE-T เท่ากับ .572

จากตาราง 1 เมื่อวิเคราะห์ผลการประเมิน พบภาวะ Dementia จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 3.7) ภาวะ MND จำนวน 36 ราย (ร้อยละ 19.1) ด้วย MoCA-T กับ ACE-T โดยการใช้ MoCA-T ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องกันของเครื่องมือ พบผู้มีภาวะ Dementia จำนวน 45 ราย ทั้งสองพบที่มีความสอดคล้องในระดับต่ำ Kappa (ร้อยละ 23.9) ภาวะ MND จำนวน 63 ราย =0.209 (ค่า Spearman'srho ระหว่าง MoCA-T (ร้อยละ 33.5) แต่ผลการประเมินด้วย ACE-T กับ ACE-T เท่ากับ 0.572)

ตาราง 2 ความถี่และร้อยละของภาวะสมองบกพร่องเล็กน้อย จากการประเมินโดย MoCA-T (MoCA MIS)

ภาวะสมองบกพร่องเล็กน้อย (MND)	ความถี่	ร้อยละ
Amnestic MND	16	25.4
Non- Amnestic MND	47	74.6
รวม	63	100.0

จากตาราง 2 ผลการประเมินด้วย MoCA-T พบผู้มีภาวะ MND จำนวน 63 ราย เมื่อวิเคราะห์คะแนนด้าน Delayed Recall โดยใช้ Memory Index Score (MIS) กรณีที่คะแนนน้อยกว่า 7 คะแนน จัดเป็น Amnestic MND พบจำนวน 16 ราย (ร้อยละ 25.4)

สำหรับผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรและสังคม ด้านภาวะสุขภาพ และด้านพฤติกรรมสุขภาพ กับภาวะสมองเสื่อม ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบลักษณะทางประชากรและสังคม ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ จำแนกตาม ผลการประเมินภาวะสมองเสื่อมด้วย MoCA-T ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

Variables	All samples (n=188)	ปกติ (n=80)	MND (n=63)	Dementia (n=45)	p-value
ลักษณะทางประชากรและสังคม					
อายุ (ปี); Mean±SD	55.1±3.2	55.1±3.1	55.2±3.3	54.8±54.8	0.797
เพศหญิง; n(%)	141(75%)	65(81.3%)	48(76.2%)	28(62.2%)	0.06
สถานภาพสมรส; n (%)					0.279
โสด	39(20.7%)	13(16.3%)	14(22.2%)	12(26.7%)	
สมรส	113(60.1%)	55(68.8%)	36(57.1%)	22(48.9%)	
แยก/หย่า/หม้าย	36(19.1%)	12(15.0%)	13(20.6%)	11(24.4%)	
จำนวนปีที่ทำงานในอาชีพ; Mean±SD	27.5±8.7	30.3±7.7	26.2±9.0	24.5±9.0	0.001
กลุ่มอาชีพที่ทำเป็นเวลานานที่สุด; n (%)					<0.001
กลุ่มวิชาชีพ	87(46.3%)	57(71.3%)	24(38.1%)	6(13.1%)	
กลุ่มงานที่ใช้ทักษะเฉพาะ	20(10.6%)	3(3.8%)	6(9.5%)	11(24.4%)	
กลุ่มงานเกษตร/แม่บ้าน/งานธุรการ	81(43.1%)	20(25.0%)	33(53.4%)	28(62.2%)	
ระดับการศึกษา; n(%)					<.001
เรียนน้อยกว่า หรือเท่ากับ 12 ปี	55(29.3%)	6(7.5%)	22(34.9%)	27(60.0%)	
อนุปริญญา/ ปวส.	25 (13.3%)	4(5.0%)	11(17.5%)	10(22.2%)	
ปริญญาตรีและสูงกว่า	108(57.4%)	70(87.5%)	30(47.6%)	8(17.8%)	
รายรับ/รายจ่าย; n (%)					<.001
เพียงพอเหลือเก็บ	101(53.7%)	58(72.5%)	27(42.9%)	16(35.6%)	
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	59(31.4%)	13(16.3%)	26(41.3%)	20(44.4%)	
เป็นหนี้	28(14.9)	9(11.3)	10(15.9%)	9(20.0%)	
การเข้าร่วมกิจกรรม; n (%)	152(80.9%)	64(80.0%)	54(85.7%)	34(75.6%)	0.404
ภาวะสุขภาพ					
มีประวัติการหกล้ม; n (%)	19(10.1%)	6(7.5%)	3(4.8%)	10(22.2%)	0.007
มีโรคประจำตัว; n (%)					0.172
เบาหวาน	3(2.0%)	2(3.3%)	0(0.0%)	1(2.9%)	
ความดันโลหิตสูง	28(18.8%)	7(11.5%)	9(16.7%)	12(35.3%)	
ไขมันในเลือด	22(14.8%)	10(16.4%)	10(18.5%)	2(5.9%)	
โรคระบบอื่นๆ	21(14.1%)	9(14.8%)	8(14.8%)	4(11.8%)	
มีประวัติกระทบการเห็นทางสมอง; n (%)	10(5.3%)	3(3.8%)	3(4.8%)	4(8.9%)	0.456
ยาที่ใช้บ่อยมากกว่า 2 วัน/ สัปดาห์; n (%)					0.002
ยาแก้แพ้รุ่นแรก	10(5.4%)	3(3.8%)	2(3.2%)	5(11.4%)	
ยาคลายกล้ามเนื้อ	29(15.6%)	3(3.8%)	17(27.0%)	9(20.5%)	
ยาคลายเครียดและยานอนหลับ	13(7.0%)	7(8.9%)	5(7.9%)	1(2.3%)	
ยาด้านเศร้าชนิดไตรไซคลิก	3 (1.6%)	3(3.8%)	0(0.0%)	0(0.0%)	
ดัชนีมวลกาย; n (%)					0.322
ผอม	3(1.6%)	3(3.8)	0(0.0%)	0(0.0%)	
น้ำหนักเกิน	45(23.9%)	19(23.8%)	13(20.6%)	13(28.9%)	
อ้วนระดับ 1	55(29.3%)	18(22.5%)	20(31.7%)	17(37.8%)	

ตาราง 3 เปรียบเทียบลักษณะทางประชากรและสังคม ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ จำแนกตาม ผลการประเมินภาวะสมองเสื่อมด้วย MoCA-T ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

Variables	All samples (n=188)	ปกติ (n=80)	MND (n=63)	Dementia (n=45)	p-value
อ้วนระดับ 2	19(10.1%)	9(11.3%)	7(11.1%)	3(6.7%)	
สมส่วน	66(35.1%)	31(38.8%)	23(36.5%)	12(26.7%)	
คุณภาพการนอนไม่ดี; n (%)	124(66.0%)	55(68.8%)	39(61.9%)	30(66.7%)	0.688
พฤติกรรมสุขภาพ					
การสูบบุหรี่; n(%)					0.618
สูบบุหรี่	8(4.3%)	2(2.5%)	4(6.3%)	2(4.4%)	
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	8(4.3%)	2(2.5%)	3(4.8%)	3(6.7%)	
ดื่มเหล้า; n (%)	56(29.8%)	20(25.0%)	22(34.9%)	14(25.0%)	0.426
การออกกำลังกาย; n (%)					
3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป	66(35.1%)	24(30.0%)	28(44.4%)	14(31.1%)	0.441
ออกกำลังกายนานตั้งแต่ 30 นาทีต่อครั้งขึ้นไป	37(19.7%)	20(25.0%)	11(17.5%)	6(13.3%)	0.233
มีงานอดิเรก; n(%)	159(84.6%)	73(91.3%)	51(81.0%)	35(77.8%)	0.084

จากตาราง 3 พบว่าตัวแปรลักษณะทางประชากรและสังคม ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพมีการกระจายแตกต่างกันในกลุ่มภาวะสมองปกติ MND และ Dementia เมื่อประเมินด้วยเครื่องมือ MoCA-T อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ลักษณะทางประชากรและสังคม ได้แก่ จำนวนปีที่ทำงานในอาชีพ อาชีพที่ทำเป็นเวลานานที่สุด ระดับการศึกษา รายรับ/รายจ่าย ภาวะสุขภาพ ได้แก่ ประวัติการหกล้ม ยาที่ใช้บ่อยมากกว่า 2 วัน/สัปดาห์

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษากับภาวะสมองเสื่อมที่ประเมินด้วย MoCA-T ด้วยการวิเคราะห์ด้วย Univariate และ Multivariate Ordinal Logistic Regression

Variables	Univariate				Multivariate			
	b	EXP(b)	95%CI Exp(b)	p-value	b	EXP(b)	95%CI Exp(b)	p-value
ลักษณะทางประชากรและสังคม								
เพศหญิง; n (%)	-0.707	0.493	(0.267,0.911)	0.024	0.684	1.982	(0.633,6.203)	0.240
ชาย	Ref				Ref			
สถานภาพสมรส								
โสด	0.005	1.005	(0.437,2.317)	0.991	1.222	3.394	(1.060,10.881)	0.040
สมรส	-0.623	0.536	(0.267,1.076)	0.079	-0.077	0.926	(0.359,2.389)	0.873
แยก/หย่า/หม้าย	Ref				Ref			
เวลาที่ทำงานในอาชีพ	-0.060	0.942	(0.912,0.971)	<.001	0.023	1.023	(0.966,1.084)	0.440
กลุ่มอาชีพที่ทำเป็นเวลานานที่สุด								
กลุ่มวิชาชีพ	-1.796	0.166	(0.089,0.310)	<.001	-0.100	0.905	(0.224,3.662)	0.889
กลุ่มงานที่ใช้ทักษะเฉพาะ	0.803	2.231	(0.870,5.722)	0.095	1.254	3.504	(0.770,15.959)	0.105
กลุ่มงานเกษตร/แม่บ้าน/งานธุรการ	Ref				Ref			
ระดับการศึกษา								
เรียนน้อยกว่า หรือเท่ากับ 12 ปี	2.606	13.543	(6.581,27.871)	<.001	3.705	40.650	(8.224,200.939)	<.001
อนุปริญญา/ ปวส.	2.228	9.277	(3.838,22.425)	<.001	1.797	6.032	(1.171,31.062)	0.032
ปริญญาตรีและสูงกว่า	Ref				Ref			

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษากับภาวะสมองเสื่อมที่ประเมินด้วย MoCA-T ด้วยการวิเคราะห์ด้วย Univariate และ Multivariate Ordinal Logistic Regression

Variables	Univariate				Multivariate			
	b	EXP(b)	95%CI Exp(b)	p-value	b	EXP(b)	95%CI Exp(b)	p-value
รายรับ/รายจ่าย								
เพียงพอเหลือเก็บ	-1.049	0.350	(0.159,0.770)	0.009	-0.816	0.422	(0.125,1.567)	0.206
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	0.264	1.302	(0.568,2.986)	0.532	0.156	1.169	(0.330,4.133)	0.809
เป็นหนี้	Ref				Ref			
การเข้าร่วมกิจกรรม							Not Included	
ไม่ร่วม	0.106	1.112	(0.568,2.177)	0.757				
ร่วมกิจกรรม	Ref							
ภาวะสุขภาพ								
มีประวัติการหกล้ม	1.093	2.982	(1.221,7.287)	0.017	0.745	2.106	(0.426, 10.402)	0.361
ไม่มี	Ref				Ref			
โรคประจำตัว								
เบาหวาน	-0.508	0.602	(0.064,5.689)	0.657	-0.611	0.543	(0.029,10.125)	0.682
ความดันโลหิตสูง	1.021	2.776	(1.224,6.291)	0.014	1.266	3.547	(1.184,10.633)	0.024
ไขมันในเลือด	-0.238	0.788	(0.321,1.936)	0.603	0.064	1.066	(0.364, 3.124)	0.906
โรคระบบอื่นๆ	0.013	1.013	(0.411,2.501)	0.977	0.101	1.106	(0.367, 3.340)	0.858
ไม่มี	Ref				Ref			
มีประวัติกระทบการเห็นทางสมอง	0.702	2.019	(0.622,6.548)	0.242	0.944	2.570	(0.361,18.265)	0.346
ไม่มี	Ref				Ref			
ยาที่ใช้บ่อยมากกว่า 2 สัปดาห์								
ยาแก้แพ้รุ่นแรก	1.171	3.224	(0.965,10.772)	0.057	0.577	1.781	(0.293,10.816)	0.531
ยาคลายกล้ามเนื้อ	1.055	2.873	(1.348,6.124)	0.006	-0.433	0.649	(0.230,1.829)	0.413
ยาคลายเครียดและยานอนหลับ	-0.44	0.654	(0.216,1.983)	0.453	-0.812	0.444	(0.085,2.312)	0.335
ไม่ใช่	Ref				Ref			
ดัชนีมวลกาย								
น้ำหนักเกิน	0.342	1.408	(0.695,2.852)	0.342	-0.206	0.814	(0.303,2.184)	0.683
อ้วนระดับ 1	0.623	1.864	(0.956,3.635)	0.068	-0.788	0.455	(0.163,1.270)	0.133
อ้วนระดับ 2	-0.054	0.948	(0.362,2.482)	0.913	-0.250	0.779	(0.175,3.469)	0.743
สมส่วน	Ref				Ref			
คุณภาพการนอนไม่ดี	-0.122	0.885	(0.506,1.548)	0.669			Not Included	
ดี	Ref							
พฤติกรรมสุขภาพ								
การสูบบุหรี่								
สูบ	0.487	1.627	(0.441,5.995)	0.465			Not Included	
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	0.767	2.153	(0.580,7.986)	0.252				
ไม่สูบ	Ref							
ดื่มเหล้า	0.279	1.322	(0.741,2.357)	0.345			Not Included	
ไม่ดื่ม	Ref							

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษากับภาวะสมองเสื่อมที่ประเมินด้วย MoCA-T ด้วยการวิเคราะห์ด้วย Univariate และ Multivariate Ordinal Logistic Regression

Variables	Univariate				Multivariate			
	b	EXP(b)	95%CI Exp(b)	p-value	b	EXP(b)	95%CI Exp(b)	p-value
การออกกำลังกาย								Not Included
ไม่ออกกำลังกาย	-0.112	0.894	(0.475,1.682)	0.728				
น้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์	-0.220	0.802	(0.414,1.556)	0.515				
3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป	Ref							
ระยะเวลาออกกำลังกาย/ครั้ง	0.460	1.584	(0.737,3.406)	0.239	-1.481	0.227	(0.062,0.840)	0.026
ไม่ออกกำลังกาย								
ออกน้อยกว่า 30 นาทีต่อครั้ง	0.668	1.949	(0.934,4.068)	0.075	-0.373	0.689	(0.231,2.050)	0.503
ออกกำลังกายนานตั้งแต่ 30 นาที	Ref				Ref			
ต่อครั้งขึ้นไป								
มีงานอดิเรก	0.788	2.198	(1.054,4.587)	0.036	-0.429	0.651	(0.214,1.980)	0.450
ไม่มี	Ref				Ref			

หมายเหตุ Ref = ตัวแปรอ้างอิง, N/A = not applicable

จากตาราง 4 จากการทดสอบด้วย Univariate Ordinal Logistic พบว่า ตัวแปรศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะสมองเสื่อมจากการประเมินด้วยเครื่องมือ MoCA-T อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ด้านลักษณะทางประชากรและสังคม ได้แก่ จำนวนปีที่ทำงานในอาชีพ พบว่า จำนวนปีที่ทำงานในอาชีพมากมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมน้อยกว่าผู้ที่มีจำนวนปีในอาชีพน้อย ร้อยละ 5.9 (95% CI Odd=0.912, 0.971) กลุ่มอาชีพที่ทำเป็นเวลานานที่สุด พบว่า กลุ่มที่เป็นวิชาชีพ มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมน้อยกว่ากลุ่มงานเกษตร/แม่บ้าน/งานธุรการ ถึงร้อยละ 83.4 (95% CI Odd=0.089, 0.310) ระดับการศึกษา กลุ่มที่เรียนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ปี มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มปริญญาตรีและสูงกว่า 13.543 เท่า (95% CI Odd=6.581, 27.871) กลุ่มที่เรียนอนุปริญญา/ปวส. มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มปริญญาตรีและสูงกว่า 9.277 เท่า (95% CI

Odd=3.838, 22.425) รายรับ/รายจ่าย กลุ่มที่มีรายได้เพียงพอเหลือเก็บมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมน้อยกว่ากลุ่มที่เป็นหนี้ ร้อยละ 65.0 (95% CI Odd=0.159, 0.770) ด้านภาวะสุขภาพ พบว่า กลุ่มที่มีประวัติการหกล้มมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติ 2.982 เท่า (95% CI Odd=1.221, 7.287) การมีโรคประจำตัว พบว่ากลุ่มที่มีความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว 2.776 เท่า (95% CI Odd=1.224, 6.291) ยาที่ใช้บ่อยมากกว่า 2 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มที่ใช้ยาคลายกล้ามเนื้อมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้ 2.873 เท่า (95% CI Odd=1.348, 6.124) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ากลุ่มที่มีงานอดิเรกมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มที่ไม่มี 2.198 เท่า (95% CI Odd=1.054, 4.587) เมื่อนำตัวแปรที่มีค่า p -value ≤ 0.2 เป็นปัจจัยในการวิเคราะห์ด้วย Multivariate

Ordinal Logistic Regression พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะสมองเสื่อมจากการประเมินด้วยเครื่องมือ MoCA-T ได้แก่ สถานภาพสมรสพบว่ากลุ่มที่มีภาวะโสดมีโอกาสเกิดสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มแยก/หย่า/หม้าย 3.394 เท่า (95% CI Odd=1.060, 10.881) ระดับการศึกษา กลุ่มเรียนน้อยหรือเท่ากับ 12 ปี มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มเรียนปริญญาตรีและสูงกว่า 40.650 เท่า (95% CI

Odd=8.224, 200.939) และกลุ่มอนุปริญญา/ปวส. มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มปริญญาตรีและสูงกว่า 6.032 เท่า (95% CI Odd=1.171, 31.062) กลุ่มที่มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว 3.547 เท่า (95% CI Odd=1.184, 10.633) และกลุ่มที่ไม่ออกกำลังกายมีภาวะสมองเสื่อมน้อยกว่ากลุ่มที่ออกกำลังกายนานตั้งแต่ 30 นาที ร้อยละ 77.3 (95% CI Odd=0.062, 0.840)

ตาราง 5 เปรียบเทียบลักษณะทางประชากรและสังคม ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ จำแนกตามผลการประเมินภาวะสมองเสื่อมด้วย ACE- T ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

Variables	All samples (n=188)	ปกติ (n=80)	MND (n=63)	Dementia (n=45)	p-value
ลักษณะทางประชากรและสังคม					
อายุ (ปี); mean±SD	55.05±3.20	55.03±3.20	55.14±3.37	54.86±2.54	0.972
เพศหญิง; n (%)	141(75.0%)	111(76.6%)	25(69.4%)	5(71.4%)	0.662
สถานภาพสมรส; n (%)					
โสด	39(20.7%)	39(20.0%)	9(25.0%)	1(14.3%)	0.203
สมรส	113(60.1%)	93(64.1%)	16(44.4%)	4(57.1%)	
แยก/หย่า/หม้าย	36(19.1%)	23(15.9%)	11(30.6%)	2(28.6%)	
จำนวนปีที่ทำงานในอาชีพ; mean±SD	27.5±8.8	29.2±8.1	21.8±8.8	22.2±10.2	<0.001
กลุ่มอาชีพที่ทำเป็นเวลานานที่สุด; n (%)					<0.001
กลุ่มวิชาชีพ	87(46.3%)	85(58.6%)	2(5.6%)	0(0.0%)	
กลุ่มงานที่ใช้ทักษะเฉพาะ	20(10.6%)	11(7.6%)	8(22.2%)	1(14.3%)	
กลุ่มงานเกษตร/แม่บ้าน/งานธุรการ	81(43.1%)	49(33.8%)	26(72.2%)	6(85.7%)	
ระดับการศึกษา; n(%)					<0.001
เรียนน้อยกว่า หรือเท่ากับ 12 ปี	55(29.3%)	23(15.9%)	25(69.4%)	7(100.0%)	
อนุปริญญา/ ปวส.	25(13.3%)	19(13.1%)	6(16.7%)	0(0.0%)	
ปริญญาตรีและสูงกว่า	108(57.4%)	103(71.1%)	5(13.9%)	0(0.0%)	
รายรับ/รายจ่าย; n (%)					<0.001
เพียงพอเหลือเก็บ	101(53.7%)	90(62.1%)	11(30.6%)	0(0.0%)	
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	59(31.4%)	37(25.5%)	20(55.6%)	2(28.6%)	
เป็นหนี้	28(14.9%)	18(12.4%)	5(13.9%)	5(71.4%)	
เข้าร่วมกิจกรรม; n(%)	152(80.9%)	122(84.1%)	26(72.2%)	4(80.9%)	0.071
ภาวะสุขภาพ					
มีประวัติการหกล้ม; n(%)	19(10.1%)	12(8.3%)	6(16.7%)	1(14.3%)	0.305
โรคประจำตัว; n(%)					
เบาหวาน	3(2.0%)	2(1.8%)	0(0.0%)	1(16.7%)	0.15
ความดันโลหิตสูง	28(18.8%)	19(16.8%)	8(26.7%)	1(16.7%)	

ตาราง 5 เปรียบเทียบลักษณะทางประชากรและสังคม ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ จำแนกตามผลการประเมินภาวะสมองเสื่อมด้วย ACE- T ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

Variables	All samples (n=188)	ปกติ (n=80)	MND (n=63)	Dementia (n=45)	p-value
ไขมันในเลือด	22(14.8%)	17(15.0%)	3(10.0%)	2(33.3%)	
โรคระบบอื่น ๆ	21(14.1%)	17(15.0%)	3(10.0%)	1(16.7%)	
ไม่มี	75(50.3%)	58(51.3%)	16(53.3%)	1(16.7%)	
มีประวัติการทาบการเทือนทางสมอง; n (%)	10(5.3%)	8(5.5%)	1(2.8%)	1(14.3%)	0.451
ยาที่ใช้บ่อยมากกว่า 2 สัปดาห์; n (%)					
ยาแก้ปวดแรก	10(5.4%)	8(5.6%)	2(5.7%)	0(0.0%)	0.706
ยาคลายกล้ามเนื้อ	29(15.6%)	19(13.2%)	8(22.9%)	2(28.6%)	
ยาคลายเครียดและยานอนหลับ	13(7.0%)	12(8.3%)	1(2.9%)	0(0.0%)	
ยาด้านเสารักษาโรคไต	3(1.6%)	3(2.1%)	0(0.0%)	0(0.0%)	
ดัชนีมวลกาย; n(%)					0.343
ผอม	3(1.6%)	3(2.1%)	0(0.0%)	0(0.0%)	
น้ำหนักเกิน	45(23.9%)	34(23.4%)	7(19.4)	4(57.1%)	
อ้วนระดับ1	55(29.3%)	38(26.2%)	15(41.7%)	2(28.6%)	
อ้วนระดับ2	19(10.1%)	16(11.0%)	3(8.3%)	0(0.0%)	
สมส่วน	66(35.1%)	54(37.2%)	11(30.6%)	1(14.3%)	
คุณภาพการนอนไม่ดี; n(%)	124(66.0%)	98(67.6%)	22(61.1%)	4(57.1%)	0.674
พฤติกรรมสุขภาพ					
การสูบบุหรี่; n(%)					0.433
สูบบุหรี่	8(4.3%)	7(4.8%)	0(0.0%)	1(14.3%)	
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	8(4.3%)	6(4.1%)	2(5.6%)	0(0.0%)	
ดื่มเหล้า; n(%)	56(29.8%)	43(29.7%)	11(30.6%)	2(28.6%)	0.992
การออกกำลังกาย; n(%)					
3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป	66(35.1%)	57(39.3%)	9(25.0%)	0(0.0%)	0.135
ออกกำลังกายนานตั้งแต่ 30 นาทีต่อครั้งขึ้นไป	37(19.7%)	33(22.8%)	3(8.3%)	1(14.3%)	0.202
มีงานอดิเรก; n(%)	159(84.6%)	127(87.6%)	27(75.0%)	5(71.4%)	0.107

จากตาราง 5 พบว่าตัวแปรลักษณะทางประชากรและสังคม ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่มีการกระจายแตกต่างกันในกลุ่มภาวะสมองปกติ MND และ Dementia ที่ประเมิน

ด้วยเครื่องมือ ACE-T อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ลักษณะทางประชากรและสังคมได้แก่ จำนวนปีที่ทำงานในอาชีพ อาชีพที่ทำเป็นเวลานานที่สุด ระดับการศึกษา รายรับรายจ่าย

ตาราง 6 ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษากับภาวะสมองเสื่อมที่ประเมินด้วย ACE-T ด้วยการวิเคราะห์ด้วย Univariate และ Multivariate Ordinal Logistic Regression

Variables	Univariate				Multivariate			
	b	EXP (b)	95%CI Exp(b)	p-value	b	EXP (b)	95%CI Exp(b)	p-value
ลักษณะทางประชากรและสังคม								
เพศหญิง; n(%)	-0.339	0.713	(0.336,1.512)	0.377				
ชาย	Ref						Not Included	
สถานภาพสมรส								
โสด	-0.499	0.607	(0.227,1.625)	0.321	0.068	1.071	(0.297,3.853)	0.917
สมรส	-0.939	0.391	(0.171,0.894)	0.026	-0.634	0.530	(0.181,1.558)	0.249
แยก/หย่า/หม้าย	Ref				Ref			
จำนวนปีที่ทำงานในอาชีพ	-0.091	0.913	(0.877,0.950)	<0.001	0.022	1.022	(0.959,1.090)	0.498
กลุ่มอาชีพที่ทำเป็นเวลานานที่สุด								
กลุ่มวิชาชีพ	-3.342	0.035	(0.008,0.154)	<.001	-2.263	0.104	(0.014,0.781)	0.028
กลุ่มงานที่ใช้ทักษะเฉพาะ	0.160	1.174	(0.446,3.088)	0.745	-0.031	0.970	(0.296,3.181)	0.960
กลุ่มงานเกษตร/แม่บ้าน/งานธุรการ	Ref				Ref			
ระดับการศึกษา								
เรียนน้อยกว่า หรือเท่ากับ 12 ปี	3.408	30.208	(10.629,85.851)	<0.001	2.278	9.756	(2.074,45.895)	0.004
อนุปริญญา/ ปวส.	1.844	6.319	(1.742,22.923)	0.005	0.085	1.088	(0.176,6.716)	0.927
ปริญญาตรีและสูงกว่า	Ref				Ref			
รายได้/รายจ่าย								
เพียงพอเหลือเก็บ	-1.725	0.178	(0.067,0.472)	0.001	-0.908	0.403	(0.105,1.553)	0.187
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	-0.174	0.840	(0.339,2.081)	0.707	-0.315	0.730	(0.240,2.220)	0.579
เป็นหนี้	Ref				Ref			
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม								
ไม่เข้า	0.863	2.369	(1.088,5.160)	0.030	0.478	1.612	(0.510,5.094)	0.416
เข้า	Ref				Ref			
ภาวะสุขภาพ								
มีประวัติการหกล้ม								
ไม่มี	0.740	2.095	(0.777,5.650)	0.144	0.672	1.958	(0.482,7.953)	0.347
โรคประจำตัว	Ref				Ref			
โรคประจำตัว								
เบาหวาน	1.063	2.895	(0.298,28.106)	0.359				
ความดันโลหิตสูง	0.478	1.613	(0.619,4.204)	0.328				
ไขมันในเลือด	0.105	1.111	(0.364,3.384)	0.854				
โรคระบบอื่นๆ	-0.168	0.845	(0.253,2.827)	0.785				
ไม่มี	Ref							
มีประวัติกระแทกหรือหกล้มทางสมอง								
ไม่มี	-0.086	0.917	(0.196,4.294)	0.913				
Ref	Ref						Not Included	
ยาที่ใช้บ่อยมากกว่า 2 สัปดาห์								
ยาแก้แพ้รุ่นแรก	-0.190	0.827	(0.164,4.162)	0.818	-0.109	0.897	(0.119,6.734)	0.916
ยากลายกล้ามเนื้อ	0.600	1.823	(0.771,4.306)	0.157	-0.272	0.762	(0.255,2.277)	0.627
ยากลายเครียดและยานอนหลับ	-1.262	0.289	(0.035,2.290)	0.244	-1.368	0.255	(0.020,3.174)	0.288
ไม่ใช่	Ref				Ref			

ตาราง 6 ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษากับภาวะสมองเสื่อมที่ประเมินด้วย ACE-T ด้วยการวิเคราะห์ด้วย Univariate และ Multivariate Ordinal Logistic Regression

Variables	Univariate				Multivariate			
	b	EXP (b)	95%CI Exp(b)	p-value	b	EXP (b)	95%CI Exp(b)	p-value
ดัชนีมวลกาย								
น้ำหนักเกิน	0.544	1.740	(0.685,4.418)	0.244	-0.455	0.635	(0.172,2.342)	0.495
อ้วนระดับ1	0.755	2.127	(0.895,5.052)	0.087	-1.001	0.368	(0.101,1.334)	0.128
อ้วนระดับ2	-0.054	0.947	(0.232,3.875)	0.940	-1.020	0.361	(0.058,2.257)	0.276
สมส่วน	Ref				Ref			
คุณภาพการนอนไม่ดี								
ดี	-0.314	0.731	(0.363,1.470)	0.379			Not Included	
Ref								
พฤติกรรมสุขภาพ								
การสูบบุหรี่								
สูบ	-0.618	0.539	(0.071,4.086)	0.550			Not Included	
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	0.046	1.047	(0.201,5.462)	0.957				
ไม่สูบ	Ref							
ดื่มเหล้า								
ดื่ม	0.023	1.024	(0.489,2.143)	0.950			Not Included	
ไม่ดื่ม	Ref							
ความถี่ในการออกกำลังกาย								
ไม่ออกกำลังกาย	1.047	2.850	(1.184,6.860)	0.019	0.778	2.177	(0.405,11.716)	0.365
ออกน้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์	0.787	2.197	(0.086,5.554)	0.096	0.968	2.633	(0.722,9.602)	0.142
3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป	Ref				Ref			
ระยะเวลาออกกำลังกาย/ครั้ง								
ไม่ออกกำลังกาย	1.276	3.581	(1.128,11.370)	0.030	0			N/A
ออกน้อยกว่า 30 นาทีต่อครั้ง	0.837	2.309	(0.730,7.299)	0.154	0.216	1.241	(0.247,6.251)	0.793
ออกกำลังกายนานตั้งแต่ 30 นาทีต่อครั้งขึ้นไป	Ref				Ref			
มีงานอดิเรก								
ไม่มี	0.881	2.413	(1.048,5.556)	0.038	-0.365	0.694	(0.213,2.262)	0.545
มี	Ref				Ref			

หมายเหตุ Ref = ตัวแปรอ้างอิง , N/A= not applicable

จากตาราง 6 จากการทดสอบด้วย Univariate Ordinal Logistic พบว่า ตัวแปรการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะสมองเสื่อมจากการประเมินด้วยเครื่องมือ ACE-T อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ด้านลักษณะทางประชากรและสังคม ได้แก่ จำนวนปีที่ทำงานในอาชีพ โดยพบว่า จำนวนปีที่ทำงานในอาชีพมากมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมน้อยกว่าผู้ที่มีจำนวนปีในอาชีพน้อย ร้อยละ 8.7 (95% CI Odd=0.877, 0.950)

กลุ่มอาชีพที่ทำนานที่สุด พบว่า กลุ่มที่เป็นวิชาชีพมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมน้อยกว่ากลุ่มงานเกษตร/แม่บ้าน/งานธุรการ ถึงร้อยละ 96.5 (95% CI Odd=0.008, 0.154) ระดับการศึกษา กลุ่มที่เรียนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ปีมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มปริญญาตรีและสูงกว่า 30.208 เท่า (95% CI Odd=10.629, 85.851) กลุ่มที่เรียนอนุปริญญา/ปวส. มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มปริญญาตรี

และสูงกว่า 6.319 เท่า (95% CI Odd=1.742, 22.923) รายรับ/รายจ่าย กลุ่มที่มีรายได้เพียงพอเหลือเก็บมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมน้อยกว่ากลุ่มที่เป็นหนี้ ร้อยละ 82.2 (95% CI Odd=0.067, 0.472) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม กลุ่มที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มที่เข้าร่วม 2.369 เท่า (95% CI Odd=1.088, 5.160) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ความถี่ในการออกกำลังกายต่อสัปดาห์ พบว่า กลุ่มที่ไม่ออกกำลังกายมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มที่ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ขึ้นไป 2.850 เท่า (95% CI Odd=1.184.6, 6.860) กลุ่มที่ไม่ออกกำลังกายมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มที่ออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้งขึ้นไป 3.581 เท่า (95% CI Odd=1.128, 11.370) กลุ่มที่มีงานอดิเรกมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มที่ไม่มี 2.413 เท่า (95% CI Odd=1.048, 5.556)

เมื่อนำตัวแปรที่มีค่า p-value ≤ 0.2 เป็นปัจจัยในการวิเคราะห์ด้วย Multivariate Ordinal Logistic Regression พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะสมองเสื่อมจากการประเมินด้วยเครื่องมือ ACE-T ได้แก่ กลุ่มอาชีพที่ทำนานที่สุด พบว่า กลุ่มที่เป็นวิชาชีพมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมน้อยกว่ากลุ่มงานเกษตร/แม่บ้าน/งานธุรการ ถึงร้อยละ 89.6 (95% CI Odd=0.014, 0.781) ระดับการศึกษา กลุ่มเรียนน้อยหรือเท่ากับ 12 ปี มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มเรียนปริญญาตรีและสูงกว่า 9.756 เท่า (95% CI Odd=2.074, 45.895)

วิจารณ์

จากการใช้แบบทดสอบ MoCA-T และ ACE-T พบผู้มี Dementia ร้อยละ 23.9 และ 3.7 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมาของประเทศไทย ซึ่งพบเฉลี่ยร้อยละ 2-10⁽¹⁴⁾ สำหรับ MND ในการศึกษาครั้งนี้ พบร้อยละ 33.5 และร้อยละ 19.1 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าการศึกษาในปี 2022 พบผู้มีอายุ 50 ปีขึ้นไปทั่วโลก มีความชุก MND ร้อยละ 15.6⁽⁶⁾ ผลการศึกษาสอดคล้องกับวลี⁽⁸⁾ พบว่าบุคลากรโรงพยาบาลมีภาวะ MND ร้อยละ 30.2 การศึกษาครั้งนี้พบว่าผลการทดสอบด้วยแบบทดสอบทั้งสองชุด มีความสอดคล้องกันในระดับต่ำ จากการใช้แบบทดสอบ ACE-T พบ Dementia เพียงร้อยละ 3.7 และ MND ร้อยละ 19.1 แสดงให้เห็นว่าผลการศึกษาที่มีความสอดคล้อง และแตกต่าง อาจเนื่องจากความไว และความจำเพาะของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการทำงานของสมอง ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน โดย ACE-T อาจไม่เหมาะกับการใช้เป็นแบบคัดกรองในการตรวจ cognitive function ทั่วไป แต่เหมาะสำหรับคลินิกเฉพาะทาง เช่น โรคสมองเสื่อม⁽¹⁰⁾ สำหรับ Amnesic MND ในการศึกษาครั้งนี้พบถึงร้อยละ 25.4 สอดคล้องกับการศึกษาของ Ward.A⁽⁵⁾ โดยผู้ที่มี Amnesic MND ที่มีคะแนน MoCA-T และ MoCA-MIS ต่ำ จะมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นอัลไซเมอร์ได้ถึงร้อยละ 73.9⁽¹⁵⁾ สำหรับการประเมินด้วย MoCA-T พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มที่มีภาวะโสดมีโอกาสเกิดสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มแยก/หย่า/หม้าย 3.394 เท่า (95% CI Odd=1.060, 10.881)

สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าผู้ที่เสดตลอดชีวิตมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าผู้ที่แต่งงานแล้ว 42% (RR=1.42) และผู้ที่เป็นหม้ายมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่แต่งงานแล้ว 20% (RR=1.20) โดยผู้ที่หย่าร้างไม่พบความแตกต่างของความเสี่ยงเมื่อเทียบกับผู้ที่แต่งงานแล้ว การมีคู่สมรสหรืออยู่ในความสัมพันธ์ระยะยาวช่วยเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมและจิตใจ ซึ่งเป็นปัจจัยป้องกันการเสื่อมของสมอง เนื่องจากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการสนับสนุนทางจิตใจจากคู่ครองช่วยเสริมสร้างสุขภาพสมอง ระดับการศึกษาพบว่ากลุ่มเรียนน้อยหรือเท่ากับ 12 ปี มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มเรียนปริญญาตรีและสูงกว่า 40.650 เท่า (95% CI Odd=8.224, 200.939) และกลุ่มอนุปริญญา/ปวส. มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มปริญญาตรีและสูงกว่า 6.032 เท่า (95% CI Odd=1.171, 31.062) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาสูงช่วยลดความเสี่ยงการเกิด Dementia ซึ่งพบว่าระดับการศึกษาต่ำเป็นสาเหตุร้อยละ 5 ของสาเหตุที่แก้ไขได้ อาจอธิบายได้ว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย อาจขาดประสบการณ์ในการจัดการกับสถานการณ์ที่ซับซ้อน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่เรียนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ปี มีโอกาสเป็น MND 1.5 เท่า⁽¹⁸⁾ การมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงมีโอกาสดังกล่าวมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว 3.547 เท่า (95% CI Odd=1.184, 10.633) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงระบาดวิทยาที่พบว่าความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุร้อยละ 2 ของสาเหตุที่

แก้ไขได้ของ Dementia เนื่องจากความดันโลหิตสูงส่งผลต่อหลอดเลือดแดงขนาดเล็กในสมองทำให้หลอดเลือดแข็งเกิดตีบตันหรือแตกและยังสัมพันธ์กับการสะสมของโปรตีนอะไมลอยด์เบตา ซึ่งเป็นพยาธิวิทยาที่สำคัญของโรคอัลไซเมอร์⁽¹⁷⁾ กลุ่มที่ไม่ออกกำลังกายมีภาวะสมองเสื่อมน้อยกว่ากลุ่มที่ออกกำลังกายนานตั้งแต่ 30 นาที ร้อยละ 77.3 (95% CI Odd=0.062, 0.840) ซึ่งแตกต่างจากการวิจัยที่ผ่านมา⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าการจำกัดกิจกรรมทางกายเป็นสาเหตุร้อยละ 2 ของสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้ของภาวะสมองเสื่อม ชนิดของการออกกำลังกายที่ได้ประโยชน์ต่อปริมาณมากที่สุดคือ การออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน (resistance exercise) และชนิดเพิ่มความทนทาน (aerobic exercise) การศึกษาแบบทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่า การออกกำลังกายต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้งอย่างน้อย 4 ครั้งต่อสัปดาห์ที่มีประโยชน์ในผู้สูงอายุที่มีปริมาณบกพร่อง ผลการศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างอาจเนื่องจากการศึกษาภาคตัดขวางซึ่งเก็บข้อมูลเพียงระยะเวลา การออกกำลังกาย/ครั้ง และความถี่ในการออกกำลังกาย ไม่มีข้อมูลประเภทของการออกกำลังกายและออกกำลังกายเป็นประจำอย่างต่อเนื่องนานเพียงใด การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างอาจพบว่ามี ความเสี่ยงด้วยโรคต่าง ๆ จึงเริ่มออกกำลังกายหรือออกกำลังกายต่อเนื่องเพิ่มขึ้น จากการประเมินภาวะสมองด้วย ACE-T พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ กลุ่มอาชีพที่ทำเป็นเวลานานที่สุด พบว่ากลุ่มที่เป็นวิชาชีพ มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อม

น้อยกว่ากลุ่มงานเกษตร/แม่บ้าน/งานธุรการ ถึงร้อยละ 89.6 (95% CI Odd=0.014, 0.781) ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งกลุ่มอาชีพเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ แพทย์/ ทันตแพทย์/เภสัชกร/เฉพาะทาง อื่น ๆ กลุ่มพยาบาล กลุ่มงานใช้ทักษะเฉพาะ และ กลุ่มงานด้านการเกษตร/งานทั่วไป/แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน ผลการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มอาชีพที่พบภาวะสมองเสื่อม และสมองบกพร่องมากคือ กลุ่มงานใช้ทักษะเฉพาะ และกลุ่มงานด้านการเกษตร/งานทั่วไป/แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹⁹⁾ ที่พบว่าแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์มีความชุกภาวะสมองเสื่อมไม่ต่างกัน และพบอัตราต่ำกว่าบุคคลทั่วไป ทั้งนี้เนื่องจากการประกอบอาชีพต้องมีการคิดวางแผนการทำงาน มีโอกาสพัฒนาสมองในด้านการคิด การจดจำและการวิเคราะห์ มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การทำงานที่มีความซับซ้อนในหลายการศึกษาพบว่า เป็นปัจจัยที่ลดความเสี่ยงของภาวะ Dementia และผู้ที่ไม่มีทักษะด้านอาชีพพบความชุกของ Dementia มากกว่า⁽²⁰⁾ ระดับการศึกษา กลุ่มเรียนน้อยหรือเท่ากับ 12 ปี มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มเรียนปริญญาตรีและสูงกว่า 9.765 เท่า (95% CI Odd=2.074, 45.895) ซึ่งปัจจัยนี้พบจากการประเมินด้วย MoCA-T ด้วยเช่นกัน และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹⁶⁾ ดังกล่าวแล้วข้างต้น

สรุป

การทดสอบด้วย MoCA-T พบ Dementia ร้อยละ 23.9, MND ร้อยละ 33.5 และผู้ที่พบ MND เมื่อวิเคราะห์ด้วย MoCA MIS พบ Amnestic

MND ร้อยละ 25.4 ส่วน ACE-T พบร้อยละ 3.7 และร้อยละ 19.19 ตามลำดับ พบว่า เครื่องมือทั้งสองมีความสอดคล้องในระดับต่ำ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับ Dementia ได้แก่ ระดับการศึกษา (MoCA-T และ ACE-T) สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว การออกกำลังกาย (MoCA-T) และกลุ่มอาชีพที่ทำเป็นเวลานานที่สุด (ACE-T)

ข้อจำกัดของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างจำนวนมาก และบางตัวแปรมีค่าตอบน้อยไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ ซึ่งเป็นเรื่องที่ผู้วิจัยจะนำมาทบทวนและพัฒนาต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ผู้ที่พบ Dementia ควรได้รับการตรวจวินิจฉัย รับการรักษาและบำบัดอย่างเหมาะสม สำหรับผู้ที่มีภาวะ MND และ Amnestic MND ควรได้รับการกระตุ้นการทำงานของสมอง ตลอดจนการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและได้รับการติดตามด้วยการประเมินซ้ำเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง ข้อเสนอแนะต่อหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีบทบาทหน้าที่หลักในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค รักษาและบำบัดฟื้นฟูสุขภาพ ให้แก่กลุ่มประชากรในพื้นที่ ควรพิจารณาการคัดกรองภาวะ MND และ Dementia เป็นหนึ่งในภารกิจการดูแลสุขภาพที่สำคัญ และดำเนินงานอย่างครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามสภาพปัญหาของพื้นที่ ตลอดจนการพัฒนาพฤติกรรมในกลุ่มประชาชนเพื่อเป็นการป้องกันการเกิด

MND และ Dementia รวมทั้งควรมีการกำหนด เครื่องมือทดสอบที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในระดับ ประเทศ

การศึกษาวิจัยซึ่งถึงความสำคัญของการค้นพบ MND และ Dementia ระยะเริ่มต้น ในกลุ่มบุคลากรในโรงพยาบาลซึ่งแม้จะมีได้เป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรทั่วไป แต่เนื่องจาก กลุ่มดังกล่าวมีความหลากหลายในลักษณะ ประชากรและระดับการศึกษา สามารถเข้าถึง บริการทางการแพทย์ได้โดยตรง กรณีที่พบภาวะ ดังกล่าวในกลุ่มบุคลากรของโรงพยาบาลย่อม สะท้อนให้เห็นความสำคัญของปัญหาภาวะสมอง

เสื่อม และโอกาสที่จะพบภาวะสมองเสื่อมใน กลุ่มประชากรทั่วไปอาจเป็นไปได้มากกว่ากลุ่ม บุคลากรของโรงพยาบาล ซึ่งจะเป็นข้อมูลนำไปสู่ การขยายผลไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พัฒนาเป็น แผนงานระดับชาติในการดูแลสุขภาพของ ประชากรผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการป้องกันและลด ภาวะสมองเสื่อมในระยะยาวต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และบุคลากร ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและ ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025 [Internet]. 2017 [cited 2024 Dec 15]. Available from: <https://shorturl.asia/uZ3wo>
2. Reisberg B, Prichep L, Mosconi L, John ER, Glodzik-Sobanska L, Boksay I, et al. The pre-mild cognitive impairment, subjective cognitive impairment stage of Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2008;4(1 Suppl 1):S98-108.
3. Petersen RC. Mild cognitive impairment. *Continuum (Minneapolis Minn)* 2016;22(2 Dementia):404-18.
4. Gauthier S, Reisberg B, Zaudig M, Petersen RC, Ritchie K, Broich K, et al. Mild cognitive impairment. *Lancet* 2006;367(9518):1262-70.
5. Ward A, Arrighi HM, Michels S, Cedarbaum JM. Mild cognitive impairment: disparity of incidence and prevalence estimates. *Alzheimers Dement* 2012;8(1):14-21.
6. Bai W, Chen P, Cai H, Zhang Q, Su Z, Cheung T, et al. Worldwide prevalence of mild cognitive impairment among community dwellers aged 50 years and older: a meta-analysis and systematic review of epidemiology studies. *Age Ageing* 2022;51(8):afac173.

7. Etgen T, Sander D, Bickel H, Förstl H. Mild cognitive impairment and dementia: the importance of modifiable risk factors. *Dtsch Arztebl Int* 2011;108(44):743-50.
8. วลี รัตน์วัตร, ดาวชมพู นาคะวิโร, ภัทรพร วิสาจันทร์. ความชุกของภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยในบุคลากรโรงพยาบาลช่วงวัยก่อนเกษียณ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2561;63(1):55-64.
9. Abd Razak MA, Ahmad NA, Chan YY, Mohamad Kasim N, Yusof M, Abdul Ghani MKA, et al. Validity of screening tools for dementia and mild cognitive impairment among the elderly in primary health care: a systematic review. *Public Health* 2019;169:84-92.
10. ธรรมนาถ เจริญบุญ. ความเที่ยงตรงของแบบประเมิน Addenbrooke's Cognitive assessment (ACE) ฉบับภาษาไทย. *ปทุมธานี: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*; 2563.
11. Gordis L, editor. *Epidemiology*. 3rd ed. Philadelphia: Saunders; 2004. p.71-94.
12. ธนา นิลชัยโกวิท, มาโนช หล่อตระกูล, อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2539;41(1):18-30.
13. Tangwongchai S, Charernboon T, Phanasathit M, Akkayagorn L, Hemrungronj S, Phanthumchinda K, et al. The Validity of Thai version of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA-T). *Dement Neuropsychol* 2009;3(2):136-78.
14. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, บรรณาธิการ. การป้องกัน การประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (Dementia: Prevention, assessment and care). กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.
15. Julayanont P, Brousseau M, Chertkow H, Phillips N, Nasreddine ZS. Montreal Cognitive Assessment Memory Index Score (MoCA-MIS) as a predictor of conversion from mild cognitive impairment to Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 2014;62(4):679-84.
16. Chen CPLH, Mok VCT. Marriage and risk of dementia: systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2018;89(3):227.
17. Livingston G, Huntley J, Liu KY, Costafreda SG, Selbæk G, Alladi S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *Lancet* 2024;404(10452):572-628.

18. Pankratz VS, Roberts RO, Mielke MM, Knopman DS, Jack CR Jr, Geda YE, et al. Predicting the risk of mild cognitive impairment in the Mayo Clinic Study of Aging. *Neurology* 2015;84(14):1433-42.
19. Ma LJ, Wu TM, Feng IJ, Hsu CC, Su SB, Wang JJ, et al. Comparison of the risk for dementia between physicians and the general population: a nationwide population-based cohort study. *Aging Clin Exp Res* 2020;32(6):1111-9.
20. สายสุนีย์ เลิศกกระโทก, สุธรรม นันทมงคลชัย, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง. ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลอรพิมพ์ อำเภอบรบือ จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์* 2556;43(1):42-54.