

การสำรวจความเสี่ยงในการเป็นภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัดเชียงใหม่และลำพูน

A Survey of risk for developing dementia in community dwelling elderly in Chiang Mai and Lampoon

■ พีรยา มั่นเขตวิทย์ เพื่อนใจ รัตตากร ดารานี สาสัตย์ ศุภลักษณ์ ผาดศรี ชีรภัทร์ ปัญญาพันธ์ หทัยชนก อภิโกมลกร*
Peeraya Munkhetvit Phuanjai Rattakorn Daranee Sasat Supaluck Phadsri Therapat Punyanon Hataichanok Apikomkon*

ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่
Department of Occupational Therapy, Faculty of Associated Medical Sciences, Chiang Mai University, Chiang Mai Province, Thailand

* ผู้รับผิดชอบบทความ (Email: ahataichanok@gmail.com)
* Corresponding author (Email: ahataichanok@gmail.com)

Received June 2017
Accepted as revised July 2017

Abstract

Background: With increasing number of elderly people in Thailand, the number of elderly at risk of dementia is increased accordingly. Prevalence of dementia for those living in community is needed information for health promotion and prevention of dementia.

Objectives: To investigate prevalence of dementia in elderly community dwellers living in Chiang Mai and Lampoon.

Materials and methods: Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Thai version was used as a tool. Five communities including Maekha, San Kamphaeng, Sanklang, Nong Kaeo, Nong Khwai and Ma Kok were explored. One hundred and seventy six elderly persons participated in the study.

Results: It was shown that 95.4% of participants were at risk for dementia. The prevalence reported from Maekha, Sanklang and Nong Kaeo were 97.7%, 96.7% and 91.9%, respectively where Nong Khwai and Ma Kok were similar of 95.2%.

Conclusion: All in all, there is a high prevalence of dementia in these community

Journal of Associated Medical Sciences 2017; 50(3): 328-335. Doi: 10.14456/jams.2017.33

Keywords: Dementia, community dwelling elderly, Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: ปัจจุบันผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และภาวะสมองเสื่อมที่มักพบในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงเป็นภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนจึงมีความจำเป็นเพื่อใช้ในการวางแผนหาวิธีการป้องกัน หรือชะลอภาวะสมองเสื่อมในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์: เพื่อสำรวจความเสี่ยงในการเป็นภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดลำพูน

วัสดุและวิธีการ: ใช้แบบประเมินพุทธิปัญญา Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ฉบับภาษาไทยสำรวจความเสี่ยงในการเป็นภาวะสมองเสื่อม โดยผู้สูงอายุที่มีคะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน (คะแนนเต็ม 30 คะแนนจากการประเมินด้วยแบบประเมินนี้) อาจมีความเสี่ยงในการเป็นภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงและชาย อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 176 ราย จากชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่และลำพูนจำนวน 5 แห่ง ได้แก่ เทศบาลตำบลแม่ก้า อำเภอสันป่าตอง เทศบาลตำบลสันกลาง อำเภอสันกำแพง เทศบาลตำบลหนองแก้วและเทศบาลตำบลหนองควาย อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ และเทศบาลตำบลมะกอก อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน

ผลการศึกษา: พบว่าเทศบาลตำบลแม่ก้ามีผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์จำนวน 1 ราย (2%) และมีคะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน จำนวน 43 ราย (98%) เทศบาลตำบลสันกลางมีผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์จำนวน 1 ราย (3%) และมีคะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน จำนวน 29 ราย (97%) เทศบาลตำบลหนองแก้วมีผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์จำนวน 3 ราย (8.11%) และมีคะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน จำนวน 34 ราย (91.89%) ประเมินไม่ได้ 2 รายจากปัญหาด้านการมองเห็น (5%) เทศบาลตำบลหนองควายมีผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์จำนวน 2 ราย (4.76%) และมีคะแนนน้อยกว่า 25 คะแนนจำนวน 40 ราย (95.24%) และเทศบาลตำบลมะกอกมีผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์จำนวน 1 ราย (5%) และมีคะแนนน้อยกว่า 25 คะแนนจำนวน 20 ราย (95%)

สรุปผลการศึกษา: ชุมชนทั้ง 5 แห่งมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในการมีภาวะสมองเสื่อมสูง อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้เป็นเพียงการคาดการณ์ความเสี่ยงที่ใช้การประเมินด้วยแบบประเมินเพียงแบบประเมินเดียว การวินิจฉัยว่าเป็นสมองเสื่อมหรือไม่ต้องได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติมจากแพทย์

Journal of Associated Medical Sciences 2560; 50(3): 328-335. Doi: 10.14456/jams.2017.33

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน แบบประเมินพุทธิปัญญา

บทนำ

ผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ 4 ครั้งที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าประเทศไทยมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทั้งจำนวนและสัดส่วนประชากร โดยมีอัตราผู้สูงอายุในปี 2537, 2545, 2550, 2554 และ 2557 เป็นร้อยละ 6.8, 9.4, 10.7, 12.2 และ 14.9 ตามลำดับ¹ ภาวะสมองเสื่อมเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4² ประเมินการณว่ามีผู้สูงอายุไทยที่มีภาวะสมองเสื่อมกว่าแปดแสนคน หรือร้อยละ 12.4 ภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความบกพร่องด้านความรู้ความเข้าใจ ความจำพฤติกรรมและความสามารถในการทำงาน ส่งผลให้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ เช่น ติดกระดุม ใส่เสื้อผ้า เกิดภาวะหลงลืมและต้องการการดูแล หรือรุนแรงถึงการเกิดภาวะ

พึ่งพิง (dependent)³ องค์การอนามัยโลกประมาณการณว่า ภาวะสมองเสื่อมมีส่วนเกี่ยวข้องกับจำนวนปีที่มิชีวิตอยู่กับความพิการ (years lived with disability) ของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 11.2 ซึ่งมากกว่าโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 9.5) ความผิดปกติของกระดูก กล้ามเนื้อและข้อต่อ (ร้อยละ 8.9) โรคของระบบไหลเวียนโลหิต (ร้อยละ 5.0) และมะเร็งทุกรูปแบบ (ร้อยละ 2.4)⁴ ความบกพร่องและความพิการเหล่านี้ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาภาวะสมองเสื่อมที่ค่อนข้างสูง ตัวอย่างเช่น สหราชอาณาจักรรายงานว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเท่ากับ 32,250 ปอนด์หรือราว 1.7 ล้านบาทต่อคนต่อปี⁵ ในประเทศไทย แม้ยังไม่มีตัวเลขที่ชัดเจน แต่ข้อมูลบ่งชี้จากโครงสร้างประชากรไทยที่ระบุว่าประชากรผู้สูงอายุจะมีจำนวนมากขึ้น ร่วมกับระยะเวลา

การดำเนินโรคที่เป็นไปในทางเสื่อมทำให้เกิดภาวะฟุ้งฟิง ค่าใช้จ่ายในการดูแลจึงน่าจะเป็นไปในทิศทางเดียวกัน จากข้อมูลข้างต้นกระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพ โดยการคัดกรองผู้ป่วยสมองเสื่อมเบื้องต้น⁶ ชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่และลำพูนตระหนักถึงความสำคัญของนโยบายดังกล่าวจึงแจ้งความจำนงค์ขอให้คณะเทคนิคการแพทยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นผู้ดำเนินการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมให้แก่ประชากรผู้สูงอายุในชุมชน

คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ดำเนินงานบริการวิชาการแก่ชุมชนในเขตพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดใกล้เคียง เช่น จังหวัดลำพูน อย่างต่อเนื่องมานานกว่า 20 ปี ในวาระที่มหาวิทยาลัยเชียงใหม่สถาปนาครบ 50 ปี คณะกรรมการบริการวิชาการชุมชนได้ปรับปรุงการปฏิบัติงานให้เข้าถึงปัญหาและตอบสนองความต้องการของชุมชนมากขึ้น โดยจัดให้มีการสืบค้นปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพจากผู้นำชุมชนก่อนให้บริการ⁷ โครงการดูแลสุขภาพและการเตรียมการสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุเป็นหนึ่งในหลายโครงการที่คณะเทคนิคการแพทย์ให้บริการแก่ชุมชน และการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นชนิดของบริการที่ผู้นำชุมชนให้ความสนใจและร้องขอให้มีการเก็บทุกครั้งที่มาตั้งแต่ก่อนการปรับรูปแบบการปฏิบัติงานฯ งานวิจัยนี้จึงเป็นการสำรวจและเก็บข้อมูลความเสี่ยงของการมีภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จากนั้นนำส่งผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมโดยคณะเทคนิคการแพทย์กลับไปยังชุมชนเพื่อหาวิธีการป้องกันหรือชะลอภาวะสมองเสื่อมในอนาคต

เครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยมีหลายฉบับ เช่น แบบประเมินสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test: CMT), The General Practitioner Assessment of Cognition (GPCOG) ฉบับภาษาไทย แบบคัดกรอง 7 Minute ฉบับภาษาไทย และ แบบประเมินพุทธิปัญญา Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ฉบับภาษาไทย เป็นต้น แบบคัดกรองเหล่านี้มีข้อดีข้อด้อยแตกต่างกัน เช่น แบบประเมินสภาพจิตจุฬาออกแบบเพื่อจัดข้อจำกัดเรื่องการอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ แบบประเมิน GPCOG ฉบับภาษาไทยเพิ่มการสัมภาษณ์ญาติสำหรับกรณีผู้สูงอายุไม่สามารถทำแบบทดสอบได้ แบบประเมินพุทธิปัญญาที่มีข้อเด่นในเรื่องความละเอียดและการประเมินการทำงานของสมองในหลายมิติ และเป็นที่ยอมรับให้ใช้ในการคัดกรองความผิดปกติเล็กน้อยของความสามารถของสมอง (mild cognitive impairment: MCI) และภาวะสมองเสื่อม (major cognitive impairment or dementia) ตามเกณฑ์คู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual

of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-V))^{8, 9} แม้ว่าแบบประเมินพุทธิปัญญาจะมีข้อด้อยเรื่องความซับซ้อนและความยากของขั้นตอนการทดสอบ แต่ด้วยประสบการณ์และความสามารถเพียงพอของผู้สัมภาษณ์/ทดสอบ คณะผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมินนี้ในการสำรวจความเสี่ยงในการเป็นภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) โดยสำรวจภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่และลำพูน ชุมชนที่เข้าร่วมงานวิจัยเป็นชุมชนที่ได้ทำบันทึกข้อตกลงในการรับบริการวิชาการชุมชนกับคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อมแก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ เทศบาลตำบลแม่ก้า อำเภอสันป่าตอง เทศบาลตำบลสันกลาง อำเภอสันกำแพง เทศบาลตำบลหนองแก้วและเทศบาลตำบลหนองควาย อำเภอดง จังหวัดเชียงใหม่ และเทศบาลตำบลมะกอก อำเภอบางช้าง จังหวัดลำพูน คัดกรองในวันที่ชุมชนนัดหมายให้คณะเทคนิคการแพทย์ออกไปให้บริการวิชาการชุมชน ผู้ร่วมวิจัยคือผู้ที่มารับบริการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในวันดังกล่าวรวมทั้งสิ้น 176 ราย จาก 5 ชุมชน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

- 1) เป็นผู้สูงอายุปกติเพศชายหรือเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
- 2) ไม่มีปัญหาในการสื่อสารด้วยภาษาไทย สามารถสื่อสารโต้ตอบกับผู้ทดสอบได้เข้าใจ
- 3) ไม่มีความบกพร่องด้านการมองเห็นและการได้ยิน หรือหากมีความบกพร่องดังกล่าวต้องได้รับการแก้ไขแล้ว เช่น สวมแว่นตา ใช้เครื่องช่วยฟัง เป็นต้น
- 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และมีเกณฑ์การคัดออกคือ
 - 1) ขาดนอนหลับหรือมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นระหว่างการเก็บข้อมูลจนไม่สามารถร่วมวิจัยต่อได้
 - 2) ไม่สามารถทำแบบประเมินพุทธิปัญญา Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ฉบับภาษาไทย ได้จนเสร็จสิ้น

การศึกษานี้ใช้แบบประเมินพุทธิปัญญา Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ฉบับภาษาไทยเพื่อสำรวจ

ความเสี่ยงในการเป็นภาวะสมองเสื่อม โดยผู้สูงอายุที่มีคะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน (คะแนนเต็ม 30 คะแนน) จากการประเมินด้วยแบบประเมินนี้อาจมีความเสี่ยงในการเป็นภาวะสมองเสื่อม¹⁰ จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอในรูปแบบของค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ (จำนวนและร้อยละ)

ผลการศึกษา

งานวิจัยนี้เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม 2557 ถึงสิงหาคม 2558 เก็บข้อมูลจาก 5 ชุมชนโดยมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

Table 1 Number of elderly participants in each sub-district.

Sub-district	Number		
	Male	Female	Total
Makok, Pasang, Lampoon	10	11	21
Maekha, Sanpatong, Chiang Mai	20	24	44
Sanklang, San Kam Phaeng, Chiang Mai	9	21	30
Nong Kae, Hang Dong, Chiang Mai	14	24	38
Nong Khwai, Hang Dong, Chiang Mai	12	30	42
Total	65	110	175

จากการเก็บข้อมูลทั้ง 5 ครั้ง ได้ผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด 176 ราย และสามารถสรุปลักษณะของผู้ร่วมวิจัยได้ดังแสดงในตารางที่ 2

Table 2 Demographic data of the participants. (n=176).

Parameter	Mean	Standard deviation
Age	68.38	7.26
Year of education*	4.02	2.09
	Number	Percent
Gender		
- Male	66	37.1
- Female	110	62.9
Work		
- No work	55	31.3
- Farmer	40	22.7
- Employee	29	16.5
- Merchant	20	11.4
- Others (mostly freelance and self-employed)	32	18.1

Table 2 Demographic data of the participants. (n=176).
(continues)

Parameter	Mean	Standard deviation
Chronic diseases		
- No disease	88	50.0
- 1 disease	55	31.2
- 2 diseases	26	14.8
- 3 diseases	7	4.0
Leisure		
- No leisure	61	34.7
- House work	25	14.2
- Watching T.V.	20	11.4
- Gardening	14	8.0
- Weaving	12	6.8
- Others (1 or 2 persons/activity)	44	24.9
Exercise**		
- No	42	23.9
- Walking	46	26.1
- Stretching exercise	25	14.2
- Biking	23	13.1
- Running	9	5.1
- Aerobic exercise	8	4.5
- Tai Chi	7	2.3
- Yoga	3	1.7
- Others (1 or 2 persons/activity)	20	11.4

* Some of elderly participants had dropped out of school during WWII. Therefore duration of attending formal education was used instead of level of graduation.

* Some of participants performed more than 1 exercise activity.

ตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงไม่ค่อยแก่ (young old) โดยเฉลี่ยเรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเกือบสองเท่า มากกว่าสองในสามของกลุ่มตัวอย่างยังมีบทบาทในการทำงาน มีเพียงครึ่งเดียวที่มีโรคประจำตัว และในกลุ่มผู้ที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่มีเพียงโรคเดียว โรคประจำตัวที่เป็นมากอันดับ 1, 2 และ 3 คือ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูงตามลำดับ ประมาณหนึ่งในสามไม่มีงานอดิเรก แต่มีการ

ออกกำลังกายถึงสามในสี่ส่วน

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 176 ราย มีผู้สูงอายุ 2 ราย ไม่สามารถทำแบบประเมินได้จนเสร็จสิ้นเนื่องจากปัญหาการมองเห็น จึงไม่นำมารวมในการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการคัดกรองความเสี่ยงในการเป็นภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง 174 ราย ได้ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 18.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.95 คะแนนอยู่ในช่วง 4-30 คะแนน การแปลผลการคัดกรอง

แสดงในตารางที่ 3 และ 4

Table 3 Risk for developing Dementia. (n=174)

Risk for developing Dementia	Number	Percent
Yes	166	95.40
No	8	4.60

Table 4 Risk for developing Dementia in each sub-district.

Community	Yes		No	
	Number	Percent	Number	Percent
Makok, Pasang, Lampoon	20	95.2	1	4.8
Maekha, Sanpatong, Chiang Mai	43	97.7	1	2.3
Sanklang, San Kam Phaeng, Chiang Mai	29	96.7	1	3.3
Nong Kae, Hang Dong, Chiang Mai	34	91.9	3	8.1
Nong Khwai, Hang Dong, Chiang Mai	40	95.2	2	4.8

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงเป็นภาวะสมองเสื่อมถึงร้อยละ 95.40 เมื่อพิจารณาเป็นรายชุมชน (ตารางที่ 4) พบว่าเทศบาลตำบลแม่ก้ามมีผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์จำนวน 1 ราย (2.3%) และมีความเสี่ยงจำนวน 43 ราย (97.7%) เทศบาลตำบลสันกลางมีผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์จำนวน 1 ราย (3.3%) และมีความเสี่ยงที่จำนวน 29 ราย (96.7%) เทศบาลตำบลหนองแก้วมีผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์จำนวน 3 ราย (8.1%) และมีความเสี่ยงจำนวน 34 ราย (91.9%) เทศบาลตำบลหนองควายมีผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์จำนวน 2 ราย (4.8%) และมีความเสี่ยงจำนวน 40 ราย (95.2%) และเทศบาลตำบลมะกอกมีผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์จำนวน 1 ราย (4.8%) และมีความเสี่ยงจำนวน 20 ราย (95.2%)

วิจารณ์ผล

การศึกษานี้เป็นการสำรวจความเสี่ยงในการเป็นภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดลำพูน มีชุมชนเข้าร่วม 5 ชุมชนคือ เทศบาลตำบลมะกอก อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน, องค์การบริหารส่วนตำบลแม่ก้าม อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เทศบาลตำบลสันกลาง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ เทศบาลตำบลหนองแก้ว อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ เทศบาลตำบลสันป่าตอง อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ และเทศบาลตำบลหนองควาย อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ทั้ง 5 ชุมชนเป็นชุมชนที่มี

ลักษณะกึ่งชนเมืองกึ่งชนบท ชุมชนในจังหวัดลำพูนมีความเป็นชนบทมากกว่าชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ ดังนั้นข้อมูลจากการศึกษานี้จึงสะท้อนให้เห็นภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในแถบชนเมืองและชนบทมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างชี้ให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในงานวิจัยนี้อยู่ในกลุ่มที่ยังไม่แก่ (อายุเฉลี่ย 68.38 ± 7.26 ปี) มีสุขภาพค่อนข้างดี (ร้อยละ 50 ไม่มีโรคประจำตัว) เมื่อเทียบกับภาพรวมของผู้สูงอายุไทยในระดับประเทศ¹ แต่ด้านการศึกษา มีความคล้ายคลึงกับผู้สูงอายุไทยในภาพรวม คือ จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาในระบบโรงเรียนโดยเฉลี่ยเพียง 4 ปี หรือเทียบเท่ากับชั้นประถมปีที่ 4 นอกจากนี้ เกือบร้อยละ 70 ของกลุ่มตัวอย่างยังมีบทบาทในการทำงานซึ่งเป็นสิ่งที่พบได้ในสังคมเกษตรกรรมที่ผู้สูงอายุทำงานโดยไม่มีการเกษียณอายุ ผู้สูงอายุมักทำงานหรือประกอบกิจกรรมทางเศรษฐกิจเพื่อช่วยเหลือครอบครัวและชุมชนไปจนกว่าจะทำได้ไม่ไหว¹⁵ และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงบทบาทในการทำงานแม้ร่างกายมีการเสื่อมถอยตามวัย ดังนั้น มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างจึงไม่มีงานอดิเรก ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีงานอดิเรกมักเลือกกิจกรรมที่คล้ายกับงานที่ทำหรือเคยทำ เช่น งานบ้าน ทำสวน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ประมาณร้อยละ 60 ของกลุ่มตัวอย่างออกกำลังกายเป็นประจำ และมีกิจกรรมการออกกำลังกายค่อนข้างหลากหลาย ทั้งเดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน แอโรบิค โยคะ ไทจี เป็นต้น

สำหรับผลการคัดกรองความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม

กลุ่มผู้วิจัยคาดหวังว่าผลที่ได้น่าจะมากกว่าอัตราความชุกที่เคยรายงานไว้ในรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 ซึ่งระบุว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุไทยคือร้อยละ 12.4² เนื่องจากการศึกษานี้ใช้แบบประเมินพุทธิปัญญาซึ่งยากมากกว่าแบบประเมินสมรรถภาพสมอง (cognitive functions) ที่ใช้ในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย อย่างไรก็ตาม ตัวเลขร้อยละ 95.4 นั้นว่าสูงเกินคาด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในการศึกษานี้ยังอยู่ในช่วงที่ไม่ค่อยแก่ สุขภาพโดยทั่วไปค่อนข้างดี ทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งการทำงาน งานอดิเรก และออกกำลังกายเป็นประจำที่ได้กล่าวมาข้างต้น

ปัจจัยที่อาจมีผลกระทบอย่างมากต่อผลการประเมินด้วยแบบประเมินพุทธิปัญญาของผู้สูงอายุกลุ่มนี้น่าจะเป็นปัจจัยด้านการศึกษา แบบประเมินพุทธิปัญญานับตั้งแต่เริ่มที่สร้างขึ้นที่เมืองมอนทรีออล ประเทศแคนาดากำหนดให้บวกคะแนนเพิ่ม 1 คะแนน หากผู้สูงอายุที่ทำแบบประเมินเคยเข้ารับการศึกษาระบบโรงเรียนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ปี¹⁶ ในขณะที่แบบประเมินพุทธิปัญญานับภาษาไทยกำหนดให้บวกคะแนนเพิ่ม 1 คะแนน หากผู้สูงอายุที่ทำแบบประเมินเคยเข้ารับการศึกษาระบบโรงเรียนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี¹⁷ ความแตกต่างนี้หมายความว่า ในฉบับดั้งเดิม ผู้ออกแบบแบบประเมินตั้งใจให้มีการชดเชยกรณีผู้สูงอายุจบการศึกษาระดับมัธยมปลาย ในขณะที่ฉบับภาษาไทยชดเชยให้กรณีผู้สูงอายุเรียนจบระดับประถมศึกษา เป็นที่ทราบกันดีว่าจำนวนปีที่เข้ารับการศึกษามีผลอย่างมากต่อระดับความสามารถด้านการรับรู้เข้าใจและสติปัญญา¹⁸ ยิ่งกว่านั้น รายงานการวิจัยจากประเทศสิงคโปร์ในปี 2015 เสนอว่า กรณีผู้มีจำนวนปีที่เข้ารับการศึกษาระหว่าง 0-6 ปี อาจต้องชดเชยคะแนนให้ 3-5 คะแนน¹⁹ ดังนั้น การลดการชดเชยในแบบประเมินฉบับภาษาไทยจึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนลดลงและถูกประเมินว่ามีความเสี่ยงต่อการมีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ จุดตัด (cut-off point) ในการระบุว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือไม่ยังเป็นอีกประเด็นหนึ่ง ที่ควรพิจารณา ในการศึกษานี้ใช้เกณฑ์ 25 คะแนนตามเกณฑ์ที่ใช้ในฉบับดั้งเดิมและฉบับภาษาไทย^{16, 17} แต่ในปี 2015 มีรายงานวิจัยจากสาธารณรัฐประชาชนจีนที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ (n=7,455) เสนอแนะว่าเกณฑ์ในการระบุว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการมีภาวะสมองเสื่อมควรปรับตามช่วงอายุ โดยเกณฑ์สำหรับผู้ที่มีอายุ 60-79 ปี 80-89 ปี และ 90 ปีขึ้นไป ควรใช้เกณฑ์ ≤ 24 , ≤ 21 , และ ≤ 19 ตามลำดับ²⁰ ดังนั้น จึงเป็นที่น่าสนใจศึกษาต่อไปว่า แบบประเมินพุทธิปัญญานับภาษาไทยควรมีการปรับการชดเชยคะแนนและเกณฑ์การระบุว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือไม่ และหากต้องปรับ ควร

ปรับอย่างไร และไม่ว่าแบบประเมินพุทธิปัญญาควรจะมีการปรับหรือไม่ก็ตาม ผลการศึกษานี้ยังแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุในชุมชนเหล่านี้มีความเสี่ยงที่จะมีภาวะสมองเสื่อมค่อนข้างสูง ทั้งๆ ที่ยังไม่มีการถดถอยจากการทำกิจกรรม ดังนั้น ในอนาคตควรมุ่งการศึกษาไปที่การป้องกันภาวะสมองเสื่อม และชะลออาการที่เกิดขึ้นจากภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

สรุปผลการศึกษา

การสำรวจความเสี่ยงในการเป็นภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดลำพูนด้วยแบบประเมินพุทธิปัญญา Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ฉบับภาษาไทย สรุปได้ว่าชุมชนทั้ง 5 แห่งมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในการเป็นภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 95.4

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากโครงการบริการวิชาการเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่องยั่งยืน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

1. National Statistical Office. Survey of elderly population in Thailand 2014. National Statistical Office, 2014 (in Thai)
2. Aekplakorn W, Porapakkham Y, Taneepanichsku S, Puckcharern H, Satheannoppakao W, Thaikla K. Thai National Health Examination. Survey, NHES V. Nonthaburi: Health System Research Institute, 2010. (in Thai)
3. Melin E, Thunander M, Landin-Olsson M, Hillman M, Thulesius H. Depression, smoking, physical inactivity and season independently associated with midnight salivary cortisol in type 1 diabetes. *BMC Endocr Disord*. 2014; 14:75.(doi):10.1186/472-6823-14-75.
4. WHO. World Health Report 2003—Shaping the future. Geneva: World Health Organization 2003.
5. Prince M, Knapp M, Guerchet M, McCrone P, Prina M, Comas-Herrera A, et al. The cost of dementia. Alzheimer's Society, Dementia UK: Update Second edition. London: Alzheimer's Society Public Policy; 2014. p. 42-61.
6. Ministry of Public Health. Strategy Index and Guideline for Data collection: Ministry of Public Health Budget year 2015. Bangkok: Ministry of Public Health. (in Thai)
7. Wongchan P. New paradigm for community services. In Wongchan P. (ed.). Memorial for 40th year Faculty of Associated Medical Sciences, Chiang Mai University. Chiang Mai: Triple group Co. Ltd. 2015. (in Thai)
8. Richards F, Coope B. ABC of dementia. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons Inc; 2014.
9. Biessels G. Diagnosis and treatment of vascular damage in dementia. *Biochim Biophys Acta* 2015.
10. Tiraboschi P, Hansen L, Thal L, Corey-Bloom J. The importance of neuritic plaques and tangles to the development and evolution of AD. *Neurology*. 2004; 62(11):1984-9.
11. WHO. International Classification of Diseases (ICD) 2010 30 March 2016.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5 Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
13. Lucza T, Karádi K, Kállai J, Weintraut R, Janszky J, Makkos A, et al. Screening Mild and Major Neurocognitive Disorders in Parkinson's Disease. *Behavi Neurol*. 2015; 2015:10.
14. Liew T, Feng L, Gao Q, Ng T, Yap P. Diagnostic utility of Montreal Cognitive Assessment in the Fifth Edition of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: major and mild neurocognitive disorders. *J Am Med Dir Assoc*. 2015;16(2):144-8. doi: 10.1016/j.jamda.2014.07.021. Epub Oct 3.
15. Baginda AM. The role of non-governmental organizations for activity involving the elderly in the mainstream of economic and social development: Productive Ageing in Asia and the Pacific. New York: United Nation, 1992.
16. Nasreddine Z, Phillips NA, Bédirian 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):695-9.
17. Hemrungraj S. Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Thai version. 2009 1 September 2015]. Available from: <http://www.cueid.org/content/view/2764/78>. (in Thai)
18. Strout K, Howard E. The six dimensions of wellness and cognition in aging adults. *J Holist Nurs*. 2012; 30(3):195-204. Epub 2012 Jun 19.
19. Ng T, Feng L, Lim W, Chong M, Lee T, Yap K, et al. Montreal Cognitive Assessment for screening mild cognitive impairment: variations in test performance and scores by education in Singapore. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2015; 39(3-4):176-85. doi: 10.1159/000368827. Epub 2015 Jan 6.

20. Tan J, Li N, Gao J, Wang L, Zhao Y, Yu B, et al. Optimal cutoff scores for dementia and mild cognitive impairment of the Montreal Cognitive Assessment among elderly and oldest-old Chinese population. *J Alzheimers Dis.* 2015; 43(4):1403-12. doi: 10.3233/JAD-141278