



## การสำรวจความบกพร่องทางพุทธิปัญญา ในผู้สูงอายุไทย : การศึกษาระดับชาติ ปี 2551

บุญชัย นวมงคลวัฒนา, พ.บ.\*  
พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, พ.บ.\*  
เกษราภรณ์ เคนบุปผา, วท.ม.\*

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อสำรวจความชุกและศึกษาปัจจัยทางสังคมประชากรที่มีความสัมพันธ์กับความบกพร่องทางพุทธิปัญญาในผู้สูงอายุไทย

**วัสดุและวิธีการ** กลุ่มตัวอย่างอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 3,441 คน แบ่งเป็น เพศชาย 1,702 คน และเพศหญิง 1,739 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบ stratified three-stage cluster sampling จากประชากรทั้ง 4 ภาคของประเทศไทย รวมทั้งกรุงเทพมหานคร การเก็บข้อมูลมี 2 ขั้นตอนคือ 1) กลุ่มตัวอย่างจะถูกสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวช (Mini International Neuropsychiatric Structure Interview) สำหรับใช้คัดแยกผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน 2) ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะถูกนำมาประเมิน ด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination: MMSE-Thai 2002) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ multivariate analysis

**ผล** กลุ่มผู้สูงอายุทั้งหมดมีอายุระหว่าง 60-96 ปี อายุเฉลี่ย 68 ปี (SD=6.16) สงสัยว่ามีความบกพร่องทางพุทธิปัญญา ร้อยละ 4.0 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.5 พบมากที่สุดในภาคเหนือ (ร้อยละ 25.7) สถานภาพสมรสกลุ่มมากที่สุด (ร้อยละ 51.9) ส่วนใหญ่เรียนจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 58.1) โดยที่ผู้สูงอายุมากกว่า 80 ปี มีความเสี่ยงที่จะเกิดความบกพร่องทางพุทธิปัญญาเป็น 4.24 เท่า ของผู้สูงอายุระหว่าง 60-69 ปี ผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย หย่าร้างหรือแยกกันอยู่มีความเสี่ยงที่จะเกิดความบกพร่องทางพุทธิปัญญาเป็น 1.75 เท่า ของผู้สูงอายุที่มีคู่สมรส ส่วนผู้สูงอายุที่ว่างงาน มีความเสี่ยงที่จะเกิดความบกพร่องทางพุทธิปัญญาเป็น 2.39 เท่า ของผู้สูงอายุที่มีงานทำ

**สรุป** ผู้สูงอายุในกลุ่มที่ศึกษาสงสัยว่ามีความบกพร่องทางพุทธิปัญญาร้อยละ 4 โดยมีปัจจัยเสี่ยงสัมพันธ์กับอายุ สถานภาพสมรส และอาชีพ

**คำสำคัญ** : ความบกพร่องทางพุทธิปัญญา ผู้สูงอายุไทย การสำรวจระดับชาติ

\* โครงการสำรวจระบาคติวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชระดับชาติ ปี พ.ศ. 2551, กรมสุขภาพจิต



## The survey of cognitive impairment in elderly Thai people : national survey 2008

---

*Boonchai Nawamongkolwatana, M.D.\**

*Phunnapa Kittirattanapaiboon, M.D.\**

*Kedsaraporn Kenbubpha, M.Sc.\**

### Abstract

**Objective** To assess the prevalence and socioeconomic factors related to cognitive impairment among elderly Thai people.

**Materials and methods** Participants were 3,441 elderly Thai people (male=1,702 and female=1,739) in four regions of Thailand including Bangkok. Randomized stratified three-stage cluster sampling method was used to select the study subjects. Data collection was gathered by two steps. The first step, the Mini International Neuropsychiatric Structure Interview (M.I.N.I.) was used for screening a current depressive disorder. The last step, participants who had suffered from the depressive disorder were excluded from the study after that the subjects were assessed by the Mini-Mental State Examination (MMSE-Thai2002). Data were analyzed by means of descriptive statistics and multivariate analysis.

**Results** The age of elderly range was between 60 to 96 years, 68 years of average age (SD = 6.16). The cognitive impairment rate accounted for 4% by assessment with the MMSE-Thai2002. Most of them were female (51.5%) and living in northern region (25.7%). Socio-economic data showed that most of them married (52%), educated at least a primary school level (58.1%). The factors associated with cognitive impairment in the elderly were age more than 80 years old which have to risk more 4.24 times than the ageing had 60-69 years. Also, the aged over 60 who were marital statuses with widow divorced or separated had been greater risk 1.75 times than who were got married. Moreover, the older over 60 years who was unemployment had been high risk 2.39 times than who were employments.

**Conclusion** The Thai elderly who might suffer from cognitive impairment accounted for 4% which associated with the aged over 80 years, marital status and unemployment.

**Key words :** cognitive impairment, elderly Thai people, national survey

---

\* The national survey of epidemiology in mental health and psychiatry 2008, Department of Mental Health

## บทนำ

ความบกพร่องทางพุทธิปัญญา (cognitive impairment) มีอัตราความชุกตั้งแต่ระดับน้อยถึงระดับรุนแรง อยู่ระหว่างร้อยละ 5.2-22.2<sup>1-5</sup> โดยความชุกมีแนวโน้มมากขึ้นตามอายุ ดังนี้ พบได้ร้อยละ 1, 6, 12, 20, 30 และ 42 เมื่อมีอายุ 60, 65, 70, 75, 80 และ 85 ปี ตามลำดับ<sup>6</sup> ซึ่งความบกพร่องทางพุทธิปัญญาเป็นความเสื่อมทางการคิดและการตัดสินใจที่มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิต<sup>7-8</sup> และส่งผลต่อการสูญเสียคุณภาพชีวิต<sup>9</sup> ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการสูญเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นถึง 1.5 เท่า โดยเฉพาะเพศชาย<sup>10</sup> นอกจากนี้ยังทำให้ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น<sup>11</sup> ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความบกพร่องทางพุทธิปัญญาที่สำคัญ คือ อายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ยังมีอายุน้อยจะมีโอกาสเกิดความบกพร่องทางพุทธิปัญญาสูงกว่าผู้สูงอายุที่อายุน้อยกว่า<sup>5-6,12</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าการมีระดับการศึกษาต่ำ เชื้อชาติ การมีประวัติป่วยเป็นโรคซึมเศร้า<sup>13</sup> ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ<sup>5</sup> ถือเป็นปัจจัยที่มีโอกาสเกิดความบกพร่องทางพุทธิปัญญาได้มากกว่าคนปกติ รวมทั้งในเพศหญิงพบว่าฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ลดลงเมื่อมีอายุมากขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดความบกพร่องทางพุทธิปัญญาและความจำได้<sup>14</sup> อย่างไรก็ตามผลการวิจัยถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความบกพร่องทางพุทธิปัญญา ยังเป็นสิ่งที่พบได้แตกต่างกันในแต่ละการศึกษา

รวมทั้งสาเหตุของการเกิดความบกพร่องทางพุทธิปัญญา ยังซับซ้อนและปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมอาจมีผลกับความเสื่อมของพุทธิปัญญา<sup>15</sup>

ปัจจุบันประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากโครงสร้างประชากรสูงอายุมีเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า จำนวนประชากรผู้สูงอายุจากร้อยละ 9.4 (5.8 ล้านคน) ในปี 2543 เพิ่มขึ้นร้อยละ 10.3 (6.6 ล้านคน) และ 10.7 (7.0 ล้านคน) ในปี 2548 และ 2550 ดังนั้นในปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งคาดการณ์ไว้ว่าในปี พ.ศ. 2563 จะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 15 เท่าของจำนวนประชากรทั้งหมด หรือประมาณ 10 ล้านคน<sup>16</sup> จึงอาจทำให้ประเทศไทยมีแนวโน้มจะพบความบกพร่องทางพุทธิปัญญาในกลุ่มผู้สูงอายุมากขึ้นตามไปด้วย

การศึกษาเกี่ยวกับความชุกของภาวะสมองเสื่อมหรือความบกพร่องทางพุทธิปัญญาของผู้สูงอายุในประเทศไทยยังมีค่อนข้างจำกัด<sup>2,17,18</sup> ซึ่งวิจัยเฉพาะในบางพื้นที่และกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อยอาจจะยังไม่สามารถเป็นข้อมูลอ้างอิงระดับประเทศได้ ดังนั้นการสำรวจความบกพร่องทางพุทธิปัญญาของผู้สูงอายุไทยในการศึกษาระดับชาติ พ.ศ. 2551 ด้วยแบบทดสอบภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น (Mini Mental State Examination: MMSE) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม<sup>19</sup> จะทำให้ทราบความชุกและปัจจัยทางสังคมประชากร ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และอาชีพ

ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความบกพร่องทาง  
พุทธิปัญญาในผู้สูงอายุไทยสำหรับใช้เป็นแนวทาง  
ในการวางแผนต่อไป

### วัตถุประสงค์และวิธีการ

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัด  
ขวางในช่วงเวลาหนึ่ง ครอบคลุมเฉพาะประชากร  
ที่อาศัยในครัวเรือนส่วนบุคคลเท่านั้น ส่วน  
ประชากรที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนสถาบัน เช่น วัด  
หอพัก โรงเรียน ค่ายทหาร ฯลฯ ไม่ได้จัดอยู่ใน  
ขอบข่ายการสำรวจ กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 60 ปี  
ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

คำนวณขนาดตัวอย่างได้จำนวน 3,420  
ราย จากสูตร  $n = Z^2pq/d^2$  โดยกำหนดค่า  $d$   
คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่จะพบผู้สูงอายุที่  
ความบกพร่องทางพุทธิปัญญาเท่ากับร้อยละ 15  
และ  $p$  แทนค่าความชุกร้อยละ 5.63 ของความ  
บกพร่องทางพุทธิปัญญาจากการสำรวจกลุ่ม  
ประชากรจังหวัดเชียงใหม่ที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปี  
ขึ้นไป<sup>2</sup> ด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของ  
ไทย (Thai Mental State Examination) ที่  
พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง<sup>20</sup> และสุ่ม  
ตัวอย่างแบบ stratified three-stage cluster  
sampling ดังนี้

การเลือกหน่วยตัวอย่างขั้นที่ 1 โดยการ  
พิจารณาเขตการปกครองของกระทรวงมหาดไทย  
ที่แบ่งประเทศไทยออกเป็น 12 เขต โดยจัดกลุ่ม  
เขตทั้ง 12 เขตนั้น ออกเป็น 5 ชั้นภูมิ ตามลักษณะ  
ภูมิประเทศ และเขตการปกครอง (ในเขตและ  
นอกเขตเทศบาล) ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ภาค  
กลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ  
ภาคใต้ โดยในแต่ละชั้นภูมิ ได้เลือกเขต/จังหวัด  
ตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (systema-  
tic Sampling) ตามระยะห่างระหว่างเขต/  
จังหวัดตัวอย่างให้สม่ำเสมอ กัน ได้เขตตัวอย่าง  
จากกรุงเทพมหานคร 12 เขต และจังหวัดตัวอย่าง  
ภาคละ 6 จังหวัด รวม 24 จังหวัด ดังตารางที่ 1

การเลือกหน่วยตัวอย่างขั้นที่ 2 ใน  
แต่ละเขต/จังหวัด แบ่งออกเป็น 2 ชั้นภูมิ คือ  
ชุมชนอาคาร ในเขตเทศบาล และหมู่บ้านนอก  
เขตเทศบาล สุ่มเลือกชุมชน/หมู่บ้าน (cluster)  
ในแต่ละชั้นภูมิ ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย

การเลือกตัวอย่างขั้นที่ 3 ในแต่ละ  
ชุมชนและหมู่บ้าน ได้เลือกประชาชนตัวอย่างที่  
อาศัยอยู่จริงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 5 ตัวอย่าง  
ด้วยวิธีสุ่มแบบเป็นระบบ (systematic sam-  
pling) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงวิธีการสุ่มตัวอย่างจำแนกชั้นภูมิ

ชั้นภูมิ	จำนวนเขต, จังหวัดที่สุ่ม	เขตการปกครอง	จำนวนอาคาร, หมู่บ้านที่สุ่ม	จำนวนคนที่สุ่ม
กทม.	12 เขต ได้แก่ กลุ่มเจ้าพระยา ดากสิน วิภาวดี กรุงเทพมหานคร สุวินทวงศ์ ลุมพินี บูรพา สนามชัย พระนครเหนือ รัตนโกสินทร์ ศรีนครินทร์ มหาสวัสดิ์		76 ชุมรวมอาคาร	380
ภาคกลาง (ยกเว้น กทม.)	6 จังหวัด ได้แก่ สิงห์บุรี อโยธยา สมุทรสงคราม กาญจนบุรี ปรจันบุรี ระยอง	ในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล	76 ชุมรวมอาคาร 76 หมู่บ้าน	380
ภาคเหนือ	6 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ พะเยา อุตรดิตถ์ นครสวรรค์ พิจิตร ดาก	ในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล	76 ชุมรวมอาคาร 76 หมู่บ้าน	380
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	6 จังหวัด ได้แก่ หนองคาย อานาจเจริญ ศรีสะเกษ นครราชสีมา ขอนแก่น สกลนคร	ในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล	76 ชุมรวมอาคาร 76 หมู่บ้าน	380
ภาคใต้	6 จังหวัด ได้แก่ ระนอง สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต กระบี่ ตรัง พัทลุง	ในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล	76 ชุมรวมอาคาร 76 หมู่บ้าน	380
รวม	36 เขต/จังหวัด		684	3,420

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้าง ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวช (M.I.N.I.) โดยเลือกเฉพาะ module A และ B เป็นเครื่องมือมาตรฐานมีคุณสมบัติที่เหมาะสมสำหรับใช้แทนการวินิจฉัยว่า ผู้สูงอายุมีอาการของโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน (current depressive disorders)<sup>21</sup> ผู้สูงอายุที่พบว่าไม่มีโรคซึมเศร้าจะได้รับการสัมภาษณ์ด้วยแบบทดสอบสภาพสมอง เบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai2002)<sup>22</sup> เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด 11 ด้านได้แก่ 1) การรู้เกี่ยวกับเวลา (orientation for time) 2) การรู้เกี่ยวกับสถานที่ (orientation for place) 3) การบันทึกความจำ (registration) 4) การมีสมาธิ (atten-

tion หรือ calculation) 5) ความจำระยะสั้น (recall) 6) การบอกชื่อ (naming) 7) การพูดซ้ำคำที่ได้ยิน (repetition) 8) การเข้าใจ ความหมาย และทำตามคำสั่ง (verbal command) 9) การอ่าน การเข้าใจ และทำตามคำสั่ง (written command) 10) การเขียนอย่างมีความหมาย (writing) 11) ความสัมพันธ์การทำงานระหว่างมือกับตา (visuoconstruction) การแปลค่าคะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนผลการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นต่ำ แสดงว่ามีความบกพร่องทางพุทธิปัญญามาก โดยใช้ระดับการศึกษาเป็นจุดตัดในการประเมินว่า ผู้สูงอายุอาจจะมีความบกพร่องทางพุทธิปัญญา ดังตารางที่ 2<sup>22</sup>

ตารางที่ 2 จุดตัดและความตรงของแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทยจำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	คะแนนเต็ม	จุดตัด	ความไว	ความจำเพาะ
ผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ	23 (ตัดข้อ 4, 9, 10)	≤ 14	35.4	81.1
ผู้สูงอายุปกติที่เรียนระดับประถมศึกษา	30	≤ 17	56.6	93.8
ผู้สูงอายุปกติที่เรียนสูงกว่าประถมศึกษา	30	≤ 22	92.0	92.6

เก็บรวบรวมข้อมูล โดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาของโรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต ที่มีคุณสมบัติที่สำคัญคือ ต้องปฏิบัติงานจิตเวชไม่น้อยกว่า 5 ปี ได้รับการอบรมเฉพาะทางจิตเวชหรือจบปริญญาโท และได้รับการอบรมการใช้เครื่องมือวิจัย โดยผ่านการทดสอบความเข้าใจและความสามารถในการใช้เครื่องมือวิจัยแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุนำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าคะแนนผลการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นใช้จุดตัดคะแนนเพื่อประเมินว่ามีความบกพร่องทางพุทธิปัญญาตามเกณฑ์ในตารางที่ 2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคมประชากรกับความบกพร่องทางพุทธิปัญญาในผู้สูงอายุด้วย univariate analysis และ multivariate analysis

สำหรับข้อมูลผู้สูงอายุที่อาจบกพร่องทางพุทธิปัญญาได้รับการตรวจยืนยันการวินิจฉัยจากจิตแพทย์อยู่ในระยะของการวิเคราะห์ข้อมูลขั้นต่อไป

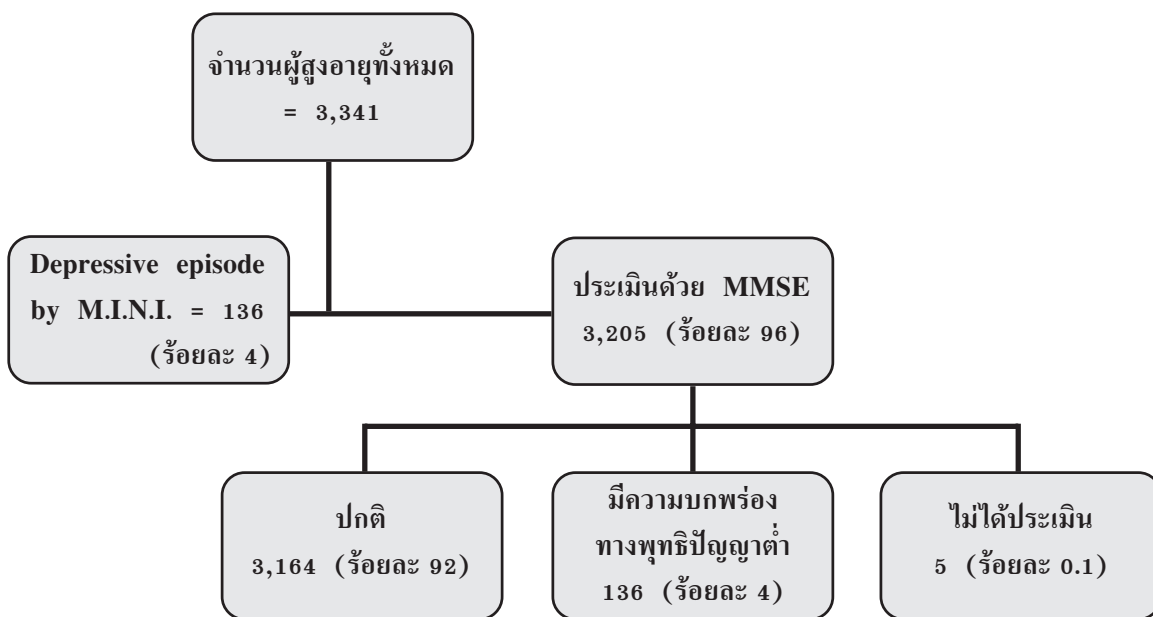
## ผล

ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการสำรวจจำนวน 3,441 คน ทั่วประเทศ เป็นเพศชาย 1,702 คน และเพศหญิง 1,739 คน มีอายุระหว่าง 60-96 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 68 ปี (SD=6.16) ถูกคัดออกเนื่องจากพบว่าเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 4.0 (136 คน) ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะไม่ได้รับการประเมินด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ดังนั้น มีผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการสำรวจความบกพร่องทางพุทธิปัญญาทั้งหมด ร้อยละ 96 (3,205 คน)

ผลการประเมินด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พบความชุกของผู้สูงอายุที่อาจบกพร่องทางพุทธิปัญญา ร้อยละ 4.0 (136 คน) โดยพบสูงสุดที่ภาคเหนือ ร้อยละ 4.6 (35 คน) รองลงมากรุงเทพมหานคร ร้อยละ 4.3 (16 คน) ต่ำสุดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 2.9 (22 คน) ไม่ได้คัดกรองหรือขาดความสมบูรณ์ของการคัดกรอง ร้อยละ 0.1 (5 คน) (แผนภูมิที่ 1 และตารางที่ 3)

ลักษณะทั่วไปในด้าน เพศ อายุ ที่อาจบกพร่องทางพุทธิปัญญาจำแนกตามภาค  
สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา ของผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 4

แผนภูมิที่ 1 ภาพรวมของผลการสำรวจความบกพร่องทางพุทธิปัญญาของผู้สูงอายุไทย



ตารางที่ 3 ผู้สูงอายุจำแนกตามภาค (n=3,441)

ปัจจัย	จำนวน(ร้อยละ)						ทั่วประเทศ
	กทม.	กลาง	ตะวันออก เฉียงเหนือ	เหนือ	ใต้		
ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า	17 (4.5)	31 (4.0)	34 (4.5)	24 (3.2)	30 (3.8)	136 (4.0)	
ปกติ	342 (91.2)	703 (91.8)	698 (92.2)	701 (92.2)	720 (92.0)	3,164 (92.0)	
อาจบกพร่องทางพุทธิปัญญา	16 (4.3)	30 (3.9)	22 (2.9)	35 (4.6)	33 (4.2)	136 (4.0)	
ไม่ได้ประเมิน	0 (0.0)	2 (0.3)	3 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (0.1)	
รวม	375 (100.0)	766 (100.0)	757 (100.0)	760 (100.0)	783 (100.0)	3,441 (100.0)	

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่อาจบกพร่องทางพุทธิปัญญาจำแนกตามรายภาค (n=136)

ปัจจัย	จำนวน(ร้อยละ)					
	กทม.	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	เหนือ	ใต้	ทั้งประเทศ
<b>เพศ</b>						
ชาย	11 (68.8)	15 (50.0)	9 (40.9)	14 (40.0)	17 (51.5)	66 (48.5)
หญิง	5 (31.2)	15 (50.0)	13 (59.1)	21 (60.0)	16 (48.5)	70 (51.5)
<b>อายุ(ปี)</b>						
60-64	1 (6.2)	9 (30.0)	7 (31.8)	15 (42.9)	4 (12.1)	36 (26.5)
65-69	2 (12.5)	5 (16.7)	5 (22.7)	11 (31.4)	8 (24.2)	31 (22.8)
70-74	4 (25.0)	9 (30.0)	4 (18.2)	4 (11.4)	7 (21.2)	28 (20.6)
75-79	4 (25.0)	4 (13.3)	3 (13.6)	2 (5.7)	6 (18.2)	19 (14.0)
80 ปี ขึ้นไป	5 (31.2)	3 (10.0)	3 (13.6)	3 (8.6)	8 (24.2)	22 (16.2)
อายุเฉลี่ย 71 ปี(SD=8.08)						
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	1 (6.2)	1 (3.3)	0 (0.0)	3 (8.6)	1 (3.0)	6 (4.4)
คู่	9 (56.2)	17 (56.7)	10 (45.5)	20 (57.1)	14 (42.4)	70 (51.5)
แยกกันอยู่	1 (6.2)	1 (3.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.5)
หม้าย	5 (31.2)	9 (30.0)	12 (54.5)	11 (31.4)	16 (48.5)	53 (39.0)
หย่าร้าง	0 (0.0)	1 (3.3)	0 (0.0)	1 (2.9)	2 (6.1)	4 (2.9)
ไม่ตอบ	0 (0.0)	1 (3.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.7)
<b>อาชีพ</b>						
ว่างงาน	11 (68.8)	4 (13.3)	5 (22.7)	17 (48.6)	9 (27.3)	46 (33.8)
งานบ้าน	3 (18.8)	3 (10.0)	8 (36.4)	2 (5.7)	12 (36.4)	28 (20.6)
ค้าขาย	0 (0.0)	3 (10.0)	1 (4.5)	0 (0.0)	3 (9.1)	7 (5.1)
เกษตรกร	1 (6.2)	8 (26.7)	6 (27.3)	11 (31.4)	7 (21.2)	33 (24.3)
รับจ้าง/พนักงานบริษัท	0 (0.0)	10 (33.3)	1 (4.5)	4 (11.4)	1 (3.0)	16 (11.8)
ข้าราชการบำนาญ	1 (6.2)	2 (6.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (2.2)
อื่นๆ	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (4.5)	1 (2.9)	1 (3.0)	3 (2.2)
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านออกเขียนได้)	1 (6.2)	3 (10.0)	1 (4.5)	3 (8.6)	2 (6.1)	10 (7.4)
ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้)	3 (18.8)	4 (13.3)	4 (18.2)	15 (42.9)	5 (15.2)	31 (22.8)
ประถมศึกษา	10 (62.5)	17 (56.7)	14 (63.6)	16 (45.7)	22 (66.7)	79 (58.1)
มัธยมศึกษา	1 (6.2)	3 (10.0)	2 (9.1)	1 (2.9)	4 (12.1)	11 (8.1)
ปวส. (พาช/อนุปริญญา)	1 (6.2)	2 (6.7)	1 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (2.9)
ปริญญาตรี	0 (0.0)	1 (3.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.7)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่ปกติกับผู้สูงอายุที่อาจบกพร่องทางพุทธิปัญญาตามปัจจัยทางสังคม คือ เพศ กลุ่มอายุ สถานภาพสมรส และอาชีพ พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี ขึ้นไป มีความเสี่ยงที่จะเกิดความบกพร่องทางพุทธิปัญญาเป็น 4.24 เท่า (2.47-7.22) ของผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ มีความเสี่ยงที่จะเกิดความ

บกพร่องทางพุทธิปัญญา เป็น 1.75 เท่า (1.21-2.53) ของผู้สูงอายุที่มี คู่สมรส ส่วนผู้สูงอายุที่ว่างงาน มีความเสี่ยงที่จะเกิดความบกพร่องทางพุทธิปัญญาเป็น 2.39 เท่า (1.48-3.86) ของผู้สูงอายุที่มีงานทำ เมื่อวิเคราะห์ด้วยวิธีหลายตัวแปร (multivariate analysis) พบผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป และผู้มีอาชีพว่างงานเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความบกพร่องทางพุทธิปัญญาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบปัจจัยระหว่างผู้สูงอายุที่อาจบกพร่องทางพุทธิปัญญาและปกติ

ปัจจัย	กลุ่มที่อาจบกพร่องฯ	กลุ่มปกติ	จำนวน (ร้อยละ)	
			Odds Ratio (95%CI)	Adjusted OR(95%CI)
<b>เพศ</b>				
ชาย	66 (48.5)	1,584 (50.1)	1.00	1.00
หญิง	70 (51.5)	1,580 (49.9)	1.063 (0.75-1.50)	0.92 (0.63-1.35)
<b>อายุ(ปี)</b>				
60-69 ปี	67 (49.3)	2,038 (64.4)	1.00	1.00
70-79 ปี	47 (34.6)	968 (30.6)	1.48 (0.99-2.20)	0.61 (0.34-1.11)
80 ปี ขึ้นไป	22 (16.2)	158 (5.0)	4.24 (2.47-7.22)*	1.74 (1.33-2.27)*
<b>สถานภาพสมรส</b>				
คู่	70 (51.9)	2,052 (65.4)	1.00	1.00
หม้าย(หย่าร้าง/ แยกกันอยู่)	59 (43.7)	90 (31.5)	1.75 (1.21-2.53)*	0.85 (0.47-1.52)
โสด	6 (4.4)	98 (3.1)	1.79 (0.68-4.42)	1.34 (0.96-1.86)
<b>อาชีพ</b>				
เกษตรกร	32 (24.2)	1,069 (34.2)	1.00	1.00
มีงานทำ	51 (38.6)	1,370 (43.9)	1.24 (0.78-2.00)	1.03 (0.58-1.83)
ว่างงาน	49 (37.1)	685 (21.9)	2.39 (1.48-3.86)*	1.34 (1.05-1.72)*

\*p < 0.05

## วิจารณ์

การสำรวจความบกพร่องทางพุทธิปัญญาของผู้ป่วยสูงอายุไทย ปี 2551 พบผู้ที่อาจจะมี ความบกพร่องทางพุทธิปัญญาร้อยละ 4.0 ที่ไม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจากการประเมินด้วยเครื่องมือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาของต่างประเทศที่พบอัตราความชุกของความบกพร่องทางพุทธิปัญญาตั้งแต่ระดับน้อยถึงระดับรุนแรงอยู่ระหว่างร้อยละ 5.2-22.2<sup>1,3-5</sup> และที่พบในคนไทยร้อยละ 5.63<sup>2</sup> ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ไม่ได้นำผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามาประเมินความบกพร่องทางพุทธิปัญญา ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถพบร่วมกันได้<sup>2</sup> และจากความแตกต่างของเชื้อชาติ<sup>5</sup> ตลอดจนจากความแตกต่างของวิถีชีวิตระหว่างคนไทยและคนอเมริกันหรือยุโรปที่มีผลต่อความบกพร่องทางพุทธิปัญญา<sup>23</sup> เนื่องจากการศึกษาระดับชาติที่ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ stratified threestage cluster sampling การจะอ้างอิงไปถึงประชากรไทย ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีการวิเคราะห์แบบถ่วงน้ำหนักถึงจะสามารถแสดงอัตราความชุกของความบกพร่องทางพุทธิปัญญาได้ ดังนั้นค่าร้อยละของความบกพร่องทางพุทธิปัญญาของการศึกษาในครั้งนี้บอกได้เพียงแต่เป็นความชุกที่พบจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 3,441 คนเท่านั้น ไม่สามารถอ้างอิงเป็นอัตราความชุกของผู้สูงอายุไทยทั่วประเทศได้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความบกพร่องทางพุทธิปัญญาในผู้สูงอายุไทย พบว่า อายุเป็น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเกิดความบกพร่องทางพุทธิปัญญาโดยความชุกมีแนวโน้มมากขึ้นตามอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงที่จะเกิดความบกพร่องทางพุทธิปัญญาเป็น 4.24 เท่า ของผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาที่ผ่านมา<sup>12</sup> ซึ่งการศึกษาในคนไทยพบอายุเฉลี่ยที่มีความบกพร่องทางพุทธิปัญญาคือ 65 ปี (SD=10.8)<sup>2</sup> เนื่องจากเป็นภาวะกลุ่มอาการทางสมองมีแนวโน้มจะเสื่อมตามอายุที่มากขึ้น<sup>7</sup> และการมีคุณภาพชีวิตที่เสื่อมถอยลงประกอบกับการเพิ่มความเสี่ยงกับการเสียชีวิตมากขึ้น<sup>24</sup> ส่วนผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเป็นหม้าย หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ มีความเสี่ยงที่จะเกิดความบกพร่องทางพุทธิปัญญาเป็น 1.75 เท่าของผู้สูงอายุที่มีคู่สมรส ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านสรุปว่าความสัมพันธ์ที่ดีกับคู่ชีวิตจะเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดความเสื่อมของพุทธิปัญญาในช่วงท้ายของชีวิต<sup>25</sup> อาจเนื่องมาจากการมีเพื่อนที่อาศัยอยู่ด้วยกันจะมีโอกาสได้ทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันมากกว่าการอยู่คนเดียว นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าผู้สูงอายุที่ว่างงานมีความเสี่ยงที่จะเกิดความบกพร่องทางพุทธิปัญญาเป็น 2.39 เท่าของผู้สูงอายุที่มีงานทำ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอาชีพเกษตรกรรมจะเกิดความบกพร่องทางพุทธิปัญญาน้อยกว่าอาชีพอื่น ซึ่งการศึกษาของต่างประเทศก็แสดงผลคล้ายกันว่าอาชีพที่แตกต่างกันมีความเสี่ยงในการเกิดความบกพร่องของพุทธิปัญญาแตกต่างกัน โดยเฉพาะอาชีพที่ไม่ใช่

แรงมีแนวโน้มจะเกิดความเสื่อมของพุทธิปัญญา มากกว่า<sup>15</sup> อาจเนื่องจากการมีกิจกรรมที่ต้อง ออกแรงคล้ายกับการได้ออกกำลังกายจะลดความ เสี่ยงต่อการเสื่อมถอยของพุทธิปัญญา<sup>7</sup>

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดอยู่บางอย่าง คือ เครื่องมือที่ใช้เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้ในการ คัดกรองความบกพร่องของพุทธิปัญญา แต่มี ความไวในระดับต่ำในการค้นหาความบกพร่อง ของพุทธิปัญญาในระดับไม่รุนแรงและการติดตาม เปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรง<sup>26</sup> นอกจากนี้ อายุ การศึกษา วัฒนธรรม สถานะทาง สังคม และเศรษฐกิจ ต่างมีผลต่อคะแนน MMSE-Thai 2002 ซึ่งความแตกต่างของภาษาที่ใช้ระหว่าง นักวิจัยและกลุ่มตัวอย่างอาจส่งผลต่อคะแนนรวม ของ MMSE-Thai2002 แต่คณะผู้วิจัยก็ได้ พยายามคัดเลือกนักวิจัยภาคสนามที่เป็นคนท้องถิ่น และสามารถพูดภาษาถิ่นได้ และมีข้อจำกัดปัจจัย เกี่ยวกับระดับการศึกษาซึ่งไม่สามารถนำวิเคราะห์ เพื่อหาความสัมพันธ์ได้เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความบกพร่องทางพุทธิปัญญามีน้อย และใช้ ระดับการศึกษาเป็นจุดตัดในการคัดกรองความ บกพร่องทางพุทธิปัญญา

## สรุป

ผู้สูงอายุในกลุ่มที่ศึกษาอาจมีความ บกพร่องทางพุทธิปัญญาร้อยละ 4 โดยมีปัจจัย เสี่ยงสัมพันธ์กับอายุ สภาพสมรส และอาชีพ สำหรับข้อมูลยืนยันการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมอง เสื่อมอยู่ในขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลระยะต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

เป็นส่วนหนึ่งของโครงการสำรวจระดับ ชาติของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชระดับชาติ โดยได้รับทุนสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต ขอ ขอบคุณนักวิจัยภาคสนามทุกท่านที่มีส่วนร่วมใน การเก็บข้อมูลครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. Graham JE, Rockwood K, Beattie BL, Eastwood R, Gauthier S, Tuokko H et al. Prevalence and severity of cognitive impairment with and without dementia in an elderly population. *Lancet* 1997;349:1793-6.
2. Wangtongkum S, Sucharitakul P, Wongjaroen S, Maneechompoo S. Prevalence of depression among a population aged over 45 years in Chiang Mail, Thailand. *J Med Assoc Thai* 2008;91:1812-7.
3. Ravaglia G, Forti P, Montesi F, Lucicesare A, Pisacane N, Rietti E et al. Mild cognitive impairment: epidemiology and dementia risk in an elderly Italian population. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:51-8.
4. Bischkopf J, Busse A, Angermeyer MC. Mild cognitive impairment – a review of prevalence, incidence and outcome according to current approaches. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106:403-14.

5. Plassman BL, Langa KM, Fisher GG, Heeringa SG, Weir DR, Ofstedal MB et al. Prevalence of cognitive impairment without dementia in the united states. *Ann Intern Med* 2008;148:427-34.
6. Yesavage JA, O'Hara R, Kraemer HC, Noda A, Taylor JL, Ferris S et al. Modeling the prevalence and incidence of Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *J Psychiatr Res* 2002;36:281-6.
7. Dewey ME, Saz P. Dementia, cognitive impairment and mortality in persons aged 65 and over living in the community: a systematic review of the literature. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16:751-61.
8. Arauz A, Alonso E, Rodriguez-Saldana J, Reynoso-Marenco M, Benitez IT, Mayorga AM et al. Cognitive impairment and mortality in older healthy Mexican subjects: a population-based 10-year follow-up study. *Neurol Res* 2005;27:882-6.
9. Kurz X, Scuvee-Moreau J, Vernooij-Dassen M, Dresse A. Cognitive impairment, dementia and quality of life in patients and caregivers. *Acta Neurol Belg* 2003;103:24-34.
10. Guehne U, Luck T, Busse A, Angermeyer M, Riedel-Heller S. Mortality in individuals with mild cognitive impairment. *Neuroepidemiology* 2007;29:226-34.
11. Bruce J, McQuiggan M, Williams V, Westervelt H, Tremont G. Burden among Spousal and Child Caregivers of Patients with Mild Cognitive Impairment. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorder* 2008;25:385-90.
12. Karp A, Paillard-Borg S, Wang HX, Silverstein M, Winblad B, Fratiglioni L. Mental physical and socio components in leisure activities equally contribute to decrease dementia risk. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2006;21:65-73.
13. Lopez OL, Jagust WJ, Dulberg C, Becker JT, DeKosky ST, Fitzpatrick A et al. Risk factor for mild cognitive impairment in the cardiovascular health study cognitive study. *Arch Neurol* 2003;60:1394-9.
14. Asthana S, Baker LD, Craft S, Stanczyk FZ, Veith RC, Raskind MA et al. High-dose estradiol improves cognition for women with AD. Results of a randomized study. *Neurology* 2001;57:605-12.
15. Yi Li C, Chong S, Sung F-C. Lifetime principal occupation and risk of cognitive impairment among the elderly. *Industrial Health* 2002;40:7-13.
16. Jitapunkul S, Bunnag S. Ageing in Thailand 1997. Bangkok: Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine; 1998.

17. วันเพ็ญ เชาว์เชิง, กรเศศ พรหมดี. การศึกษาอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ภาวะสุขภาพทั่วไปและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา 2544;1: 18-26.
18. มาโมช ทับมณี. ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารจิตวิทยาคลินิก 2544;2:43.
19. Strauss E, Sherman EMS, Spreen O. A Compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary. 3<sup>rd</sup> ed. Oxford: Oxford University Press; 2006.
20. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบทดสอบสภาพสมองของไทย. สารศิริราช 2536;359-74.
21. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, มธุริน คำวงศ์ปิ่น. ความตรงของเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Mini International Neuropsychiatric Interview ฉบับภาษาไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2548; 13:125-35.
22. คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai2002. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
23. Rovio S, Kareholt I, Helkala EL, Viitanen M, Winblad B, Tuomilehto J et al. Leisure-time physical activity at midlife and the risk of dementia and Alzheimer's disease. Lancet Neurol 2005;4:705-11.
24. Li CY, Wu SC. Effects of cognitive impairment and loss of physical capacities on survival of the elderly. Neuroepidemiology 1999;18:322-6.
25. Hakansson K, Rovio S, Helkala EL, Vilksa AR, Winblad B, Soinen H et al. Association between mid-life marital status and cognitive function in later life: population based cohort study. BMJ 2009;339:b2462, doi:10.1136/bmj.b2462.
26. Lancu I, Olmer A. The mini mental state examination-an up-to-date review. Harefuah 2006;145:687-90.