Prevalence of Dementia in the elderly with Hypertension in rural Chiang Mai, Thailand.

Nitayapa Nanthakwang*, Jeeranan Wongma**
*PhD candidate, Community Medicine, Faculty of Medicine, Chiang Mai University.
** Primary Care Unit Tambon Nonghan, Sansai District, Chiang Mai Province.

Abstract

Dementia is a common condition that affects people in later life. Elderly with hypertension are an increased risk of vascular dementia and need effective treatment. **Objective**: To study the prevalence of dementia in elderly with hypertension living in rural Chiang Mai, Thailand. **Method**: The cross-sectional survey was conducted in 2012, amongst 210 elderly with hypertension who were registered at Nonghan Primary Care Unit (PCU). All patients were assessed for dementia using the Mini Mental State Examination (MMSE–Thai 2002). The interviews were carried out using questionnaires to collect information regarding social status, education, social interaction, and health risk behavior. The information of co-morbidity, treatment of hypertension, Body Mass Index (BMI), waist line and lipid profile were collected from hospital records. Data were analyzed by using the program SPSS version 20. **Result :**The prevalence of dementia in elderly with hypertension was 11.9 %, elderly with hypertension and having a divorced status 33.33 %, no education 31.03 %, age group 80 – 89 years 20.83 %, Depressed 19.05%, limited social interaction 16.66 %, smokers 16.66 % and dyslipidemia (cholesterol > 200 mg% and Low Density Lipoprotein > 200 mg%) 12 % respectively. We found that the prevalence of dementia in elderly females with hypertension exceeded those of males. **Conclusion:** From this study, it is recommended that screening of these conditions in the elderly is necessary. It is a pilot project for early detection, prevention and diagnosis of dementia to improve the elderly's quality of life in the future.

Keyword: Dementia**,** Elderly, Hypertension, vascular dementia, Dyslipidemia and Quality of life (QOL)

ความชุกของการเกิดภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในชนบทเชียงใหม่

นิตยาภา นันทขว้าง*, จีรนันท์ วงศ์มา**
***ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่**
****ศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่**

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นความเจ็บป่วยที่เกิดกับผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เป็นผู้สูงอายุ มีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมจากหลอดเลือด (Vascular Dementia) และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสม *วัตถุประสงค์* : เพื่อศึกษาความชุกของการเกิดภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ *วิธีการศึกษา* : เป็นการศึกษาแบบ Descriptive cross - sectional study ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหนองหาร จำนวน 210 คน ในปี 2555 งานวิจัยชิ้นนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยด้านสาธารณสุขในคน จังหวัดเชียงใหม่ โดยทำการประเมินผู้ป่วยด้วย แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (Mini Mental State Examination -Thai 2002: MMSE) และแบบสัมภาษณ์ข้อมูล สถานภาพทางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ และเก็บข้อมูลโรคร่วม ข้อมูลการรักษา ดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับไขมันในเลือด จากแฟ้มประวัติการรักษาผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS version 20

ผลการศึกษา: ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 11.9 ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับมีสถานภาพ หย่า / แยก คิดเป็นร้อยละ 33.33 ร่วมกับไม่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 31.03 ร่วมกับมีอายุในช่วง 80 – 89 ปี พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าช่วงอายุอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 20.83 ร่วมกับมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็น ร้อยละ 19.05 ร่วมกับผู้ที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 16.66 ร่วมกับผู้ที่สูบบุหรี่สูงกว่าผู้ที่เคยสูบและหยุดสูบแล้ว คิดเป็นร้อยละ 16.66 ร่วมกับ ผู้ที่มีระดับ Cholesterol และ Low Density Lipoprotein สูงกว่าค่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 12 ในขณะเดียวกันพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นเพศหญิงมีความชุกของภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าเพศชาย จากการศึกษาในครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรมีการประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเพื่อนำไปสู่การค้นพบโรคได้เร็วขึ้นและเพื่อการป้องกันหรือยืดระยะเวลาของการเข้าสู่ late stage of Dementia รวมถึงการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องซึ่งจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ : ภาวะสมองเสื่อม, ผู้สูงอายุ, โรคความดันโลหิตสูง

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม เป็นโรคเรื้อรังอีกโรคหนึ่งที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และ ถือเป็นภัยเงียบผู้ ป่วยสูญเสียความคิด ความจำ ความสามารถ ในการทำงาน ในการตัดสินใจ ปัจจัยเหตุของการเกิดภาวะสมองเสื่อม นอกจากการมีอายุที่เพิ่มมากขึ้นในวัยสูงอายุแล้วมัก พบว่า เกิดจากสา เหตุหลายอย่าง และในผู้ป่วยบางรายอาจมีโรคหรือปัญหามากกว่าหนึ่งอย่างที่ทำให้ความสา มารถของสมองเปลี่ยนไป ในปัจจุบันอัตราการเพิ่มของประชากรสูงวัยมีมากกว่าเด็ก และในอีก 30 ปีข้างหน้าประชากรผู้สูงอายุจะมีมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลายซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมเพิ่มเร็วมาก ข้อมูลจาก องค์การโรคอัลไซเมอร์ ระหว่างประเทศ หรือ เอดีไอ (Alzheimer's Disease International : ADI) ในปี 2010 สถิติจำนวนของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกมีประมาณ 35.6 ล้านคน ตัวเลขนี้จะเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่าทุก ๆ 20 ปี ในปี 2030 จะมีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 65.7 ล้านคน และ115.4 ล้านคน ในปี 2050 และจำนวนผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก จะเพิ่มขึ้นจากประมาณ 14 ล้านคน ในวันนี้ ถึง 65 ล้านคน โดยประมาณ ในปี 2050 มีงานวิจัยบางงาน พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน มีความเสี่ยงเพิ่มต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เป็นผู้สูงอายุพบโอกาสเสี่ยง 4.3 เท่าเมื่อเทียบ กับคนปกติ และผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่เป็นผู้สูง อายุ พบ อุบัติการณ์ของการเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงขึ้น 2 เท่า ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมได้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมากอันเนื่องมาจากการที่สมรรถภาพของสมองของผู้ป่วยบกพร่องลงจากเดิมจนทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติและไม่เพียงแค่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยทั้งทางกาย ใจ สังคม และ เศรษฐกิจ

การศึกษาความชุกของโรคและศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ต่อการเกิดโรคในผู้สูง อายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง จะทำให้ทราบถึงขนาดของปัญหาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่องดังกล่าวซึ่งอาจเป็นการพัฒนารูปแบบของการดูแล เฝ้าระวัง ป้องกัน ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหนองหาร โรงพยาบาลสันทราย อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

ระเบียบวิธีการวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยทำการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหนองหาร โรงพยาบาลสันทราย อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ที่มี อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป โดยมีการศึกษาหาความชุก (Prevalence) ของภาวะสมองเสื่อม

ลักษณะประชากรที่ทำการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาความชุก ของภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ในศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ในช่วงเดือนสิงหาคม – เดือนตุลาคม 2555 และงานวิจัยชิ้นนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) : เป็นผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลหนองหาร โรงพยาบาลสันทราย อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ.2555 ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป และ เป็นผู้ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีความรู้ด้านภาษาไทย อ่านออก เขียนได้ หรือ อ่านออกเขียนไม่ได้ หรือ อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ แต่มีความเข้าใจในภาษาไทยและสามารถสื่อสารเข้าใจในภาษาไทย

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria) : ผู้ป่วยที่มีประวัติอุบัติเหตุทางศีรษะในอดีต ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคทางระบบประสาท ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับทางยาโรคจิตเภท ผู้ที่ได้รับยานอนหลับ ยาลดน้ำมูกและยากลุ่มสเตียร์รอยด์ ไม่เป็นผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน และผู้ป่วยที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

วิธีการดำเนินการวิจัย

ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบและเข้าใจในงานวิจัย รวมถึงขอคำยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยเลือกกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลหนองหาร โรงพยาบาลสันทราย อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป โดยเก็บข้อมูลในพื้นที่วิจัย ใช้แบบสอบถามประกอบไปด้วย ข้อมูลพื้นฐานประชากร แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (Mini Mental State Examination -Thai 2002: MMSE) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (9Q) ต่อมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมทางสถิติหาความชุกของภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น

ผลการศึกษา

การศึกษาวิจัยนี้ รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมวิจัยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 210 ราย เป็นเพศชาย จำนวน 67 ราย (31.9%) และเพศหญิง 143 ราย (68.1%) ส่วนใหญ่ อยู่ในช่วงอายุ 60-64 ปี มีจำนวน 64 ราย (30.5%) รองลงมาในช่วงอายุ 70- 74 ปี มีจำนวน 47 ราย (22.4%) ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา จำนวน 168 ราย (80%) ผู้ป่วยส่วนใหญ่สถานภาพคู่ จำนวน 117 ราย (55.7 %) รองลงมา สถานภาพหม้าย จำนวน 73 ราย (34.8 %) ส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม จำนวน 180 ราย (85.7%) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ มีจำนวน 115 ราย (54.8%) เคยสูบและหยุดสูบแล้ว จำนวน 83 ราย (39.5%) และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ มีจำนวน 127 ราย (60.5%) เคยดื่มและหยุดดื่มแล้ว จำนวน 61 ราย(29%) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับโลเลสเตอรอล มากกว่าหรือเท่ากับ 200 mg% จำนวน 125 ราย(59.8%) ระดับ LDL (Low Density Lipoprotein) มากกว่าหรือเท่ากับ 100 mg% จำนวน 175 ราย (83.8%) ซึ่งเป็นระดับที่สูงกว่าปกติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ระดับความดันโลหิตย้อนหลังสามเดือนน้อยกว่า 140/90 mmHg จำนวน 153 ราย(72.9%) ซึ่งเป็นระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้และส่วนใหญ่มีรอบเอวมากกว่าหรือเท่ากับ 80 cms ในผู้หญิง และมากกว่าหรือเท่ากับ 90 cms ในผู้ชาย จำนวน 125 ราย (59.5%) พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีภาวะซึมเศร้าจำนวน 21 ราย (10%) (ตาราง 1)

ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 11.9 ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับมีสถานภาพ หย่า / แยก คิดเป็นร้อยละ 33.33, ร่วมกับไม่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 31.03, ร่วมกับมีอายุในช่วง 80 – 89 ปี พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าช่วงอายุอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 20.83 , ร่วมกับมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็น ร้อยละ 19.05, ร่วมกับผู้ที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 16.66, ร่วมกับผู้ที่สูบบุหรี่สูงกว่าผู้ที่เคยสูบและหยุดสูบแล้ว คิดเป็นร้อยละ 16.66, ร่วมกับผู้ที่มีระดับ Cholesterol และ Low Density Lipoprotein สูงกว่าค่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 12 ในขณะเดียวกันพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นเพศหญิงมีความชุกของภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าเพศชาย คิดเป็น

ร้อยละ 13.28 และในผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้มีความชุกของภาวะสมองเสื่อมสูงมากกว่าผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 13.72 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความชุก (Prevalence) ของภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นกับปัจจัยด้านต่างๆ

	ปัจจัย	**จำนวนผู้เข้าร่วม N = 210 (%)**	**มีภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น N= 25 (%)**	**ความชุก (%)**
	ชาย	67 (31.9)	6 (24)	8.95
เพศ	หญิง	143 (68.1)	19 (76)	13.28
	รวม	**210 (100)**	**25 (100)**	**11.9**
	60 - 69	101 (48.1)	3 (12)	2.97
อายุ(ปี)	70 - 79	85 (40.47)	17 (68)	20.00
	80 - 89	24 (11.43)	5 (20)	20.83
	รวม	**210 (100)**	**25 (100)**	**11.9**
	ไม่ได้เรียน	29 (13.8)	9 (36)	31.03
การศึกษา	ประถมศึกษา	168 (80)	16 (64)	9.52
	สูงกว่าประถมศึกษา	13 (6.2)	0	0
	รวม	**210 (100)**	**25 (100)**	**11.9**
	คู่	117 (55.7)	11 (44)	9.40
	หม้าย	73 (34.8)	12 (48)	16.44
สถานภาพ	หย่า / แยก	6 (2.9)	2 (8)	33.33
	โสด	14 (6.7)	0	0
	รวม	**210 (100)**	**25 (100)**	**11.9**
การร่วม	ไม่เข้าร่วม	30 (14.3)	5 (20)	16.66
กิจกรรม	เข้าร่วม	180 (85.7)	20 (80)	11.11
ทางสังคม	**รวม**	**210 (100)**	**25 (100)**	**11.9**
	เคยสูบและหยุดสูบแล้ว	83 (39.5)	12 (48)	14.45
	ยังสูบอยู่	12 (5.7)	2 (8)	16.66
สูบบุหรี่	ไม่เคยสูบ	115 (54.8)	11 (44)	9.56
	รวม	**210 (100)**	**25 (100)**	**11.9**
ภาวะ	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	189	21 (84)	11.11
ซึมเศร้า	มีภาวะซึมเศร้า	21	4 (16)	19.05
	รวม	**210 (100)**	**25 (100)**	**11.9**

ตารางที่ 1 ความชุก (Prevalence) ของภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นกับปัจจัยด้านต่างๆ (ต่อ)

	ปัจจัย	จำนวนผู้เข้าร่วม N = 210 (%)	มีภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น N= 25 (%)	ความชุก (%)
	เคยดื่มและหยุดดื่มแล้ว	61 (29)	5 (20)	8.19
ดื่ม	ยังดื่มอยู่	22 (10.5)	2 (8)	9.09
แอลกอฮอล์	ไม่เคยดื่ม	127 (60.5)	18 (72)	14.17
	รวม	**210 (100)**	**25 (100)**	**11.9**
โรคประจำตัว	ไม่มี	73 (34.8)	13 (52)	17.80
อื่นนอกเหนือ	มี	137 (65.24)	12 (48)	8.76
จาก HT	**รวม**	**210 (100)**	**25 (100)**	**11.9**
	< 200 mg%	84 (40.2)	10 (40)	11.9
โคเลสเตอรอล	> หรือ = 200 %	125 (59.8)	15 (60)	12
	รวม	**209 (100)**	**25 (100)**	**11.9**
	< 150 mg%	126 (60.3)	18 (72)	14.28
ไตรกลีเซอไรด์	> หรือ = 150 mg%	82(39.7)	7 (60)	8.53
	รวม	**209 (100)**	**25 (100)**	**11.9**
	< 200 mg%	34 (16.2)	4 (16)	11.76
LDL	> หรือ =200 mg%	175 (83.8)	21 (84)	12
	รวม	**209 (100)**	**25 (100)**	**11.9**
	<140/90 mmHg	153 (72.9)	21 (84)	13.72
ความดัน	>หรือ=140/90 mmHg	57 (27.1)	4 (16)	7.01
โลหิต	**รวม**	**210 (100)**	**25 (100)**	**11.9**
	< 25 Kg/ M^2	136 (64.8)	17 (68)	12.5
BMI	> หรือ = 25 Kg/ M^2	74 (35.2)	8 (32)	10.8
	รวม	**210 (100)**	**25 (100)**	**11.9**
	< 80 cms ผู้หญิง, < 90 cms นผู้ชาย	85 (40.5)	14 (56)	16.47
รอบเอว	>หรือ = 80 cms ผู้หญิง, >หรือ = 90 cms ผู้ชาย	125 (59.5)	11 (44)	8.8
	รวม	**210 (100)**	**25 (100)**	**11.9**

การอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น มีค่าร้อยละ 11.9 ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุที่เคยศึกษาภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุไทย โดยใช้เครื่องมือแบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai (2002) ศึกษา 4 ภาค จำนวน 8 จังหวัด พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 16.4 ซึ่งเป็นผลงานวิจัยในอดีตที่น่าเชื่อถือได้และจากข้อมูลการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดในวัยกลางคนต่อการเกิดโรคอัลไซเมอร์ในช่วงปลายของการมีชีวิตพบว่า คนที่มีความดันโลหิต systolic สูง >160mmHg หรือโคเลสเตอรอลในเลือดสูงในวัยกลางคนมีความเสี่ยงสูงขึ้นของการเกิด

โรคอัลไซเมอร์ในช่วงชีวิตภายหลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Miia Kivipelto, Eeva-Liisa Helkala, Mikko P Laakso, 2001) นอกจากนี้การศึกษา พบว่ามีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 10 ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประเด็นของภาวะซึมเศร้าจึงเป็นประเด็นที่ควรให้ความสนใจในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป มีรายงานการศึกษาแบบสำรวจในประชากร 1,433 คน อายุมากกว่าเท่ากับ 65 ปี อายุเฉลี่ย 72.5 ปี ในชุมชนประเทศฝรั่งเศส ติดตามเป็นเวลา 7 ปี พบว่าการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 10.31 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เป็นโรคซึมเศร้า (Ritchie, 2010)

สำหรับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้มีความชุกของภาวะสมองเสื่อมสูงมากกว่าผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งขัดกับแนวคิดปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่ว่าการที่มีความดันโลหิตสูงในวัยกลางคนเพิ่มความเสี่ยงการเกิดภาวะสมองเสื่อมในวัยสูงอายุ โดยถ้าได้รับการรักษาโอกาสเสี่ยงนี้จะลดลงจาก 4.3 เท่าเป็น 1.9 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีความดันโลหิตสูง และช่วงความดันซิสโตลิกที่เพิ่มขึ้นทุก 10 มิลลิเมตรปรอท ความเสี่ยงของการเกิดปัญหาการลดลงของความสามารถของสมอง สูงขึ้นร้อยละ 7 (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล,2556) ซึ่งเหตุที่การศึกษาในครั้งนี้พบข้อมูลในทางกลับกันอาจเนื่องมากระยะเวลาที่ศึกษาอาจเป็นเพียงช่วงระยะเวลาสั้นๆ คือ ระหว่างเดือนสิงหาคม – เดือนตุลาคม 2555 (3 เดือน) ซึ่งอาจจะยังไม่สามารถทำนายผลตามทฤษฎีได้ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาอาจต้องมีจำนวนมากกว่าจำนวนที่ทำการศึกษาครั้งนี้ ดังตัวอย่างของการศึกษาในต่างประเทศเรื่องปัจจัยเสี่ยงของความดันโลหิตสูงที่มีต่อโรคอัลไซเมอร์ที่ศึกษาเรื่องความดันโลหิตสูงมีผลต่อภาวะสมองเสื่อม ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างมากถึง 1,301 คน ในการศึกษา (Irish College General Practioners,2012) ดังนั้นในการศึกษาประเด็นผู้ป่วยที่มีการควบคุมระดับความดันโลหิตกับความชุกของภาวะสมองเสื่อมในครั้งต่อไปอาจจะต้องมีการศึกษาด้วยการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างและเพิ่มระยะเวลาการศึกษาตลอดจนติดตามผลซ้ำในกลุ่มดังกล่าวหรือศึกษาเปรียบเทียบในบริบทของพื้นที่อื่นๆ เพื่อนำมาเปรียบเทียบและยืนยันผลในครั้งต่อไป

สำหรับผลการศึกษานี้ทำให้ทราบถึงความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีสถานภาพ หย่า/แยก ร่วมกับไม่ได้เรียนหนังสือ ที่มีอายุในช่วง 80 – 89 ปี ซึ่งจะพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าช่วงอายุอื่นๆ และในผู้ป่วยที่มีโคเลสเตอรอลในเลือดสูงช่วงวัยกลางคนมีความเสี่ยงของการเกิดโรคอัลไซเมอร์ที่สูงขึ้นสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่อมีอายุที่มากขึ้น กล่าวคือ จะพบเพิ่มขึ้น 2 เท่าทุก 5 ปี หลังอายุ 60 ปี (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556) ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ส่งผลต่อการเกิดความชุกของภาวะสมองเสื่อม เช่น การป้องกันภาวะซึมเศร้า การเพิ่มกิจกรรมทางสังคมในกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น รวมถึงควรมีการนำแนวทางหรือกิจกรรมต่างๆ ที่จะป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ไปใช้ในการจัดกิจกรรมเชิงป้องกันต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมในอนาคตให้มากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะและข้อจำกัด

เนื่องจากงานวิจัยเป็นลักษณะการศึกษาอยู่ในสถานบริการระดับปฐมภูมิ จำนวนผู้ป่วยที่สามารถรวบรวมข้อมูลได้มีจำนวนจำกัด ดังนั้นควรมีการศึกษาในระดับชุมชนและสถานบริการดูแลผู้ป่วยระดับอื่นๆ เพื่อจะได้ข้อมูลเชิงสถิติที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ให้เพิ่มข้อเสนอแนะในแง่การใช้ประโยชน์จากแต่ละปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมที่ได้จากการศึกษา หลังจากทำการทดสอบปัจจัยต่างๆ ด้วยสถิติที่เหมาะสม เช่น chi square test ในแง่การป้องกันจะเกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการในหน่วยปฐมภูมิ

นอกจากนี้ในการทดสอบระดับการรับรู้อาจมีปัจจัยที่ส่งผลกระทบในงานวิจัยนี้ได้ เช่น อายุ ควรมีการเก็บขนาดของกลุ่มประชากรที่กระจายปัจจัยดัง กล่าว เพื่อลดผลกระทบต่างๆเหล่านั้น ส่วนปัจจัยด้านระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มประชากรส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา อาจทำให้การแปลผลของการทดสอบที่ผิดได้ ซึ่งอาจส่งผลให้ค่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นผิดพลาดได้ ดังนั้น ควรเลือกขนาดกลุ่มประชากรที่มี

การกระจายของระดับการศึกษาที่ใกล้เคียงกันและควรมีการนำแบบประเมินภาวะสมองเสื่อมแบบอื่นเข้ามาใช้ให้เหมาะสมกับระ ดับการศึกษา ของกลุ่มประชากรที่ศึกษา ซึ่งจะทำให้มีความแม่นยำในการศึกษามากขึ้น

สรุป

จากผลการวิจัยที่ได้กล่าวมาพบภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ถึงร้อยละ 11.9 ซึ่งภาวะนี้อาจจะนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมระดับที่รุนแรงขึ้นได้ การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุควรมีความจำเป็น และการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษานำร่องที่จะนำไปสู่ การศึกษาเพื่อการค้นพบโรคได้เร็วในการป้องกันหรือยืดระยะเวลาของการเข้าสู่ late stage of Dementia และการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง ซึ่งผลของการศึกษาจะช่วยสนับสนุนส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

เอกสารอ้างอิง

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล.(2556).*ปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมและการป้องกัน.*Retrieved July 11, 2013, from http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=415

สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย.(2554).*โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพและสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย. สรุปการประชุมระดมสมองเพื่อพัฒนานโยบาย การป้องกัน รักษา และดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย.* กรุงเทพฯ : เดอะ กราฟฟิก ซิสเต็มส์.

อารี ตัณฑ์เจริญรัตน์.(2553).*โรคอัลไซเมอร์ (ALZHEIMER DISEASE).วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร.*12(2),169-182.

Alzheimer’s disease international.(2012).*Dementia statistic*. Retrieved July 6, 2012, from http://www.alz.co.uk/research/statistics.

Alzheimer’s disease international.(2012). *Dementia in the Asia Pacific: The Epidemic is here*. Retrieved July 6, 2012, from http://www.alz.co. uk/dementia-in-the-asia-pacific.

Irish College General Practioners.(2012).*The hypertension and Alzheimer’s disease link*. Retrieved Aug 7, 2012, from https://www.icgp.ie/assets/1/1401D129-CB62-47F0...document/alzh_hyper.pdf.

James E. Galvin and Carl H. Sadowsky.(2012).Practical Guidelines for the Recognition and Diagnosis of Dementia.*Journal of the American Board Family Medicine: JABFM*. May; 25(3): 367-382.

Miia Kivipelto, Eeva-Liisa Helkala, Mikko P Laakso (2001). Midlife vascular risk factors and Alzheimer's disease in later life: longitudinal. *population based study*. 322:1447.

Ritchie K, Carriere I, Ritchie CW, et al.(2010). Designing prevention programmes to reduce incidence of dementia: prospective cohort study of modifiable risk factors. *British Medical Journal*; 341:3885.