ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี

Prevalence and Factors Associated with Dementia Among Older Adults in Mueang Lopburi District, Lopburi Province.

(Received: June 27,2026 ; Revised: June 28,2026 ; Accepted: June 30,2026)

คณาพร สื่อดวงจิต[1]
Kanaporn Sueduangjit[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมืองลพบุรี จำนวน 354 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกส์พหุตัวแปร

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในอำเภอเมืองลพบุรีมีความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 8.5 เมื่อวิเคราะห์สถิติถดถอยโลจิสติกส์พหุตัวแปร พบปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ระดับการศึกษา โดยผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงที่สุดเป็น 3.35 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (Adjusted OR= 3.35, 95%CI: 1.02–11.45, p = 0.046) 2) กลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงเป็น 2.91 เท่า ของกลุ่มอายุ 60–69 ปี (Adjusted OR= 2.91, 95%CI: 1.10–7.68, p = 0.031) 3) การออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอหรือไม่ออกเลย มีความเสี่ยงเป็น 2.55 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ (Adjusted OR= 2.55, 95%CI: 1.01–6.64, p = 0.048) และ 4) การสูญเสียการมองเห็น มีความเสี่ยงเป็น 3.92 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีการมองเห็นปกติ (Adjusted OR = 3.92, 95%CI: 1.81–9.66, p = 0.031)

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อม, ผู้สูงอายุ, การสูญเสียการมองเห็น, การออกกำลังกาย

Abstract

This survey research by retrospective analytical study aimed to investigate the prevalence of dementia and its associated factors among older adults in Mueang Lop Buri District, Lop Buri Province. The study sample consisted of 354 older adults aged 60 years and above residing in Mueang Lop Buri District. Data were collected using a structured data collection form and analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Factors associated with dementia were identified using multivariable logistic regression analysis.

The results revealed that the prevalence of dementia among older adults in Mueang Lop Buri District was 8.5%. Multivariable logistic regression analysis identified four factors significantly associated with dementia at the 0.05 level. First, educational attainment was significantly associated with dementia. Older adults with no formal education or only primary school education were 3.35 times more likely to have dementia than those who had completed secondary education or higher (Adjusted OR = 3.35, 95% CI: 1.02–11.45, p = 0.046). Second, participants aged 70 years and older had a 2.91-fold higher risk of dementia compared with those aged 60–69 years (Adjusted OR = 2.91, 95% CI: 1.10–7.68, p = 0.031). Third, participants who exercised irregularly or did not exercise at all were 2.55 times more likely to have dementia than those who exercised regularly (Adjusted OR = 2.55, 95% CI: 1.01–6.64, p = 0.048). Finally, individuals with vision loss were 3.92 times more likely to have dementia than those with normal vision (Adjusted OR = 3.92, 95% CI: 1.81–9.66, p = 0.031).

In conclusion, this study suggests that, in addition to non-modifiable factors such as age and educational attainment, modifiable factors including physical inactivity and vision loss are significantly associated with dementia

[1] กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

among older adults in the community. Therefore, local public health authorities should implement proactive policies for screening and treating visual impairment among older adults, including cataract surgery when appropriate, alongside promoting safe and accessible exercise programs tailored to their physical capabilities. Such interventions may contribute to delaying and preventing the onset of dementia in the older population.

Keywords: Dementia; Older adults; Vision impairment; Physical exercise

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความเสื่อมของสมอง ส่งผลให้ความสามารถในการคิด ความจำ การตัดสินใจ และการใช้ชีวิตประจำวันลดลง โดยอาการมักค่อย ๆ รุนแรงขึ้นตามระยะของโรค(1) องค์การอนามัยโลกระบุว่าปัจจุบันมีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกมากกว่า 55 ล้านคน และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 10 ล้านคนต่อปี นอกจากนี้ยังมีการคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 78 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 และ 139 ล้านคนในปี ค.ศ. 2050[1] โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) เป็นสาเหตุหลักของภาวะสมองเสื่อม โดยคิดเป็นประมาณ 60–70% ของผู้ป่วยทั้งหมดทั่วโลก[2] นอกจากนี้ ภาวะสมองเสื่อมยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจโลกอย่างมาก โดยค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยทั่วโลกมีมูลค่ามากกว่า 1.3 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในอนาคต[3] รายงานของ Lancet Commission on Dementia Prevention, Intervention, and Care ระบุว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคอ้วน ภาวะซึมเศร้า การขาดการออกกำลังกาย และการแยกตัวทางสังคม อาจมีส่วนทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้มากถึงประมาณ 40% ของผู้ป่วยทั้งหมดทั่วโลก[4]

สำหรับประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็ว โดยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) อย่างสมบูรณ์ ซึ่งเป็นผลมาจากอัตราการเกิดที่ลดลงและอายุคาดเฉลี่ยของประชากรที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทยพบว่า ในปี พ.ศ. 2561 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมดประมาณ 69 ล้านคน และมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 11.7 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 17.6 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในอนาคต[5] นอกจากนี้ รายงานด้านประชากรศาสตร์ยังระบุว่า ในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 13.4 ล้านคน หรือร้อยละ 19.2 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นมากกว่า 20 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 35.8 ภายในปี พ.ศ. 2593 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนผ่านสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว[6] การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุส่งผลให้ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความเสื่อมของร่างกายและระบบประสาทเพิ่มขึ้นตามไปด้วย โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases) และโรคที่เกี่ยวข้องกับสมอง เช่น ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในผู้สูงอายุทั่วโลก[1]

จังหวัดลพบุรีเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคกลางของประเทศไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเช่นเดียวกับหลายจังหวัดของประเทศ จากข้อมูลด้านประชากรศาสตร์พบว่าจังหวัดลพบุรีมีประชากรทั้งหมดประมาณ 761,000 คน[7] เมื่อพิจารณาโครงสร้างประชากรตามช่วงอายุ พบว่า กลุ่มประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนมากกว่า 100,000 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนถึงการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในระดับจังหวัด (7) และจากข้อมูลทะเบียนราษฎรและข้อมูลด้านสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอเมืองลพบุรี พบว่า มีประชากรผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 44,000 คน ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนที่สำคัญของประชากรในพื้นที่

จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาระดับประเทศพบว่า ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยอยู่ที่ประมาณร้อยละ 3.3 ของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป[8] งานวิจัยในระดับพื้นที่หลายแห่ง

พบว่า ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอาจสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ ตัวอย่างเช่น การศึกษาในจังหวัดสมุทรปราการพบว่า ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอยู่ที่ประมาณร้อยละ 11.1[9] ในขณะที่การศึกษาในพื้นที่เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมสูงถึงร้อยละ 21.1 ของผู้สูงอายุในชุมชน[10] นอกจากนี้ การศึกษาในจังหวัดเชียงรายพบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมอยู่ที่ประมาณร้อยละ 20.3 และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ อายุที่มากกว่า 80 ปี ระดับการศึกษาต่ำ และรูปแบบการนอนหลับ[11] รายงานเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยยังพบว่า ปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยด้านสังคม[12] จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในสังคมไทย และมีความจำเป็นต้องมีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงในระดับพื้นที่ เพื่อใช้ในการวางแผนป้องกันและควบคุมโรคอย่างเหมาะสม ภาวะสมองเสื่อมไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ผู้ดูแล และระบบบริการสุขภาพโดยรวม เนื่องจากผู้ป่วยมักต้องการการดูแลระยะยาวและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง

การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากสามารถช่วยระบุปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในพื้นที่ และนำไปสู่การพัฒนามาตรการป้องกันที่เหมาะสม เช่น การส่งเสริมการออกกำลังกาย การควบคุมโรคเรื้อรัง การส่งเสริมกิจกรรมกระตุ้นสมอง การสร้างเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนด้านสาธารณสุขของหน่วยงานในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อพัฒนาระบบการคัดกรองและการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม จากสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุทั้งในระดับโลก ระดับประเทศ และระดับพื้นที่ ประกอบกับแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของภาวะสมองเสื่อม ทำให้การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมีความสำคัญอย่างยิ่งซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในระดับพื้นที่ของอำเภอเมืองลพบุรียังมีการศึกษาไม่มากนัก ทำให้ยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความชุกและปัจจัยเสี่ยงของโรคในพื้นที่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคในพื้นที่ และสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนป้องกันและดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง (Survey research by Retrospective analytic study) กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อ ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ คือ 1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา เนื่องจากการมีอายุมากกว่า 60 ปี มีผลทำให้เซลล์สมองเสื่อม สลายและฝ่อตัวลง ทำให้เกิดโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ตามมา ผู้หญิงเป็นโรคอัลไซเมอร์มากกว่าผู้ชาย อาจเป็นผลจากฮอร์โมนเพศหญิง และขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมทางสังคม ซึ่งบางสังคมผู้หญิงไม่ได้รับการส่งเสริม ให้ได้รับการศึกษาสูงทำให้ผู้หญิงที่มีระดับการศึกษาต่ำมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม[4] 2. ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม พบว่า การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์

การไม่ออกกำลังกาย การไม่เข้าสังคม และการไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันจากการความเจ็บป่วยและอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม[4] 3. การเจ็บป่วย ได้แก่ โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันใน เลือดสูง โรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุที่ศีรษะ และโรคซึมเศร้า ทำให้มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น[4]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร หมายถึง ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี และได้รับการบันทึกข้อมูลสุขภาพในระบบฐานข้อมูลของหน่วยบริการสาธารณสุขจำนวน 44,000 คน

กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี และได้รับการบันทึกข้อมูลสุขภาพในระบบฐานข้อมูลของหน่วยบริการสาธารณสุข โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. อายุ 60 ปีขึ้นไป
2. พักอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดลพบุรีไม่น้อยกว่า 1 ปี
3. มีข้อมูลการประเมินภาวะสมองเสื่อมในเวชระเบียน
4. มีข้อมูลปัจจัยสุขภาพพื้นฐานครบถ้วน เช่น โรคประจำตัว และข้อมูลประชากรครบถ้วน

เกณฑ์การคัดออก

1. เวชระเบียนมีข้อมูลไม่ครบถ้วน
2. ผู้สูงอายุมีโรคทางระบบประสาทอื่นที่มีผลต่อการประเมินสติปัญญา เช่น stroke ระยะเฉียบพลัน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษานี้มีการใช้สถิติ Binary Logistic Regression เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยกำหนด Alpha (α)=0.05 Power (1-β) =0.80 Effect size (OR)=1.8 Proportion exposed=0.30 ซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัยของ Gill Livingston และคณะ ซึ่งรายงานว่าปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัย เช่น การศึกษาต่ำ และโรคความดันโลหิตสูง มีค่า Odds ratio อยู่ระหว่าง 1.5–2.0 Proportion of cases (dementia prevalence) 0.08 (8%) อ้างอิงจากการศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย ได้กลุ่มตัวอย่าง 322 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียข้อมูล ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 10% ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ 354 คน

การสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายจากฐานข้อมูลเวชระเบียนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินภาวะสมองเสื่อมในโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอเมืองลพบุรี ขั้นตอนดังนี้

1. รวบรวมรายชื่อผู้สูงอายุจากฐานข้อมูลเวชระเบียน
2. ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล
3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ inclusion criteria
4. สุ่มตัวอย่างโดยจับฉลากแบบไม่ใส่คืนจนได้จำนวน 354 คน

คำนิยาม

ภาวะสมองเสื่อม (Major NCD) ตามเกณฑ์ DSM-5 หมายถึง กลุ่มอาการที่สมองบกพร่องอย่างชัดเจนในด้านการรับรู้และการคิดอย่างน้อย 1 ด้าน โดยมีหลักฐานจากการสังเกตของผู้ใกล้ชิดและการทดสอบสมรรถภาพสมองที่เป็นมาตรฐาน ความบกพร่องนี้ต้องรุนแรงจนส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วย และที่สำคัญอาการดังกล่าวต้องไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะในช่วงที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) รวมถึงไม่สามารถอธิบายได้ด้วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ เช่น โรคซึมเศร้า หรือโรคจิตเภท

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบบันทึกข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การเข้าสังคม ลักษณะการบริโภคอาหารไขมันสูง การไม่บริโภคผักและผลไม้ ความสามารถในการทำกิจวัตร (ADL)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุญาตหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเข้าถึงฐานข้อมูลเวชระเบียน
2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. บันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มบันทึกข้อมูล
4. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล
5. นำข้อมูลเข้าสู่โปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยการวิเคราะห์ด้วย Logistic regression

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ และข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในอำเภอเมืองลพบุรี จำนวน 354 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.9 มีอายุอยู่ในช่วง 60–69 ปี ร้อยละ 46.6 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 71.4 ปี (SD = 6.8) ด้านสถานภาพสมรสส่วนใหญ่คู่ ร้อยละ 65.0 และมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับไม่ได้รับการศึกษาหรือระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 69.2 นอกจากนี้พบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานหรือเป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 53.1 และมีรายได้ต่อเดือนเพียงพอ ร้อยละ 57.1 เมื่อพิจารณาปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 80.8) ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 76.8) มีพฤติกรรมไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 55.1 ไม่ค่อยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ร้อยละ 33.3 มีการบริโภคอาหารไขมันสูงเป็นประจำร้อยละ 39.5 และไม่ค่อยบริโภคผักและผลไม้ร้อยละ 26.6 สำหรับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบว่า ส่วนใหญ่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ร้อยละ 85.3 สำหรับข้อมูลทางคลินิกหรือการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะอ้วน ร้อยละ 35.3 และมีโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 45.8 รองลงมาคือ ภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 41.0 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 22.0

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ อำเภอเมืองลพบุรี จำนวน 354 คน พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 30 คน คิดเป็นอัตราความชุกร้อยละ 8.5 (95%CI 5.81–11.94) และเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 324 คน คิดเป็นร้อยละ 91.5

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม (Univariate Analysis)

ปัจจัยเสี่ยง	มีสมองเสื่อม n=30 จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีสมองเสื่อม n=324 จำนวน (ร้อยละ)	Crude OR (95% CI)	p-value
1. ปัจจัยส่วนบุคคล				
เพศ - ชาย	9 (6.3)	133 (93.7)	(Ref.)	0.235

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม (Univariate Analysis)

ปัจจัยเสี่ยง	มีสมองเสื่อม n=30 จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีสมองเสื่อม n=324 จำนวน (ร้อยละ)	Crude OR (95% CI)	p-value
- หญิง	21 (9.9)	191 (90.1)	1.63 (0.72–3.66)	
อายุ - 60–69 ปี - 70 ปีขึ้นไป	 6 (3.6) 24 (12.7)	 159 (96.4) 165 (87.3)	 (Ref.) 3.85 (1.55–9.62)	 0.002*
สถานภาพสมรส - คู่ - โสด/หม้าย/หย่า/แยก	 16 (7.0) 14 (11.3)	 214 (93.0) 110 (88.7)	 (Ref.) 1.70 (0.80–3.62)	 0.165
ระดับการศึกษา - มัธยมศึกษาขึ้นไป - ไม่ได้รับการศึกษา/ประถม	 3 (2.8) 27 (11.0)	 106 (97.2) 218 (89.0)	 (Ref.) 4.38 (1.31–14.65)	 0.010*
อาชีพ - มีงานทำ/รับจ้าง/ค้าขาย -ไม่ได้ทำงาน/พ่อบ้าน-แม่บ้าน	 11 (6.6) 19 (10.1)	 155 (93.4) 169 (89.9)	 (Ref.) 1.58 (0.72–3.47)	 0.252
รายได้ต่อเดือน - เพียงพอ - ไม่เพียงพอ	 14 (6.9) 16 (10.5)	 188 (93.1) 136 (89.5)	 (Ref.) 1.58 (0.74–3.38)	 0.234
2. ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม				
การสูบบุหรี่ - ไม่สูบ - สูบ	 22 (7.7) 8 (11.8)	 264 (92.3) 60 (88.2)	 (Ref.) 1.60 (0.68–3.76)	 0.283
การดื่มแอลกอฮอล์ - ไม่ดื่ม - ดื่ม	 21 (7.7) 9 (11.0)	 251 (92.3) 73 (89.0)	 (Ref.) 1.47 (0.65–3.34)	 0.354
การออกกำลังกาย - สม่ำเสมอ - ไม่สม่ำเสมอ/ไม่ออกเลย	 6 (3.8) 24 (12.3)	 153 (96.2) 171 (87.7)	 (Ref.) 3.58 (1.44–8.91)	 0.004*
การเข้าสังคม - เข้าร่วมสม่ำเสมอ - ไม่ค่อยเข้าร่วม/นาน ๆ ครั้ง	 15 (6.4) 15 (12.7)	 221 (93.6) 103 (87.3)	 (Ref.) 2.15 (1.01–4.55)	 0.043*
การบริโภคอาหารไขมันสูง - ไม่บริโภค/นาน ๆ ครั้ง - บริโภคเป็นประจำ	 15 (7.0) 15 (10.7)	 199 (93.0) 125 (89.3)	 (Ref.) 1.59 (0.75–3.38)	 0.224
การไม่บริโภคผักและผลไม้ - บริโภคประจำ - ไม่ค่อยบริโภค/ไม่บริโภค	 20 (7.7) 10 (10.6)	 240 (92.3) 84 (89.4)	 (Ref.) 1.43 (0.65–3.15)	 0.378
ความสามารถในกิจวัตรประจำวัน - พึ่งพาตนเองได้ - พึ่งพาปานกลางถึงรุนแรง	 22 (7.3) 8 (15.4)	 280 (92.7) 44 (84.6)	 (Ref.) 2.31 (0.97–5.54)	 0.054
3. การเจ็บป่วย (ข้อมูลทางคลินิก)				

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม (Univariate Analysis)

ปัจจัยเสี่ยง	มีสมองเสื่อม n=30 จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีสมองเสื่อม n=324 จำนวน (ร้อยละ)	Crude OR (95% CI)	p-value
การสูญเสียการได้ยิน				
- ไม่มี	22 (7.5)	273 (92.5)	(Ref.)	0.334
- มี	8 (13.6)	51 (86.4)	1.95 (0.81–4.66)	
การสูญเสียการมองเห็น				
- ไม่มี	18 (6.1)	277 (93.9)	(Ref.)	0.031*
- มี	12 (20.3)	47 (79.7)	3.93 (1.75–8.82)	
ภาวะอ้วน (BMI)				
- ปกติ/ ต่ำกว่าเกณฑ์	17 (7.4)	212 (92.6)	(Ref.)	0.334
- อ้วน (≥25.0 kg/m²)	13 (10.4)	112 (89.6)	1.45 (0.68–3.08)	
โรคเบาหวาน				
- ไม่มี	21 (7.6)	255 (92.4)	(Ref.)	0.267
- มี	9 (11.5)	69 (88.5)	1.58 (0.70–3.60)	
โรคความดันโลหิตสูง				
- ไม่มี	9 (4.7)	183 (95.3)	(Ref.)	0.006*
- มี	21 (13.0)	141 (87.0)	3.03 (1.34–6.85)	
ภาวะไขมันในเลือดสูง				
- ไม่มี	16 (7.7)	193 (92.3)	(Ref.)	0.505
- มี	14 (9.7)	131 (90.3)	1.29 (0.61–2.73)	
โรคหัวใจ				
- ไม่มี	26 (8.1)	294 (91.9)	(Ref.)	0.468
- มี	4 (11.8)	30 (88.2)	1.51 (0.50–4.56)	
โรคหลอดเลือดสมอง (ประวัติเดิม)				
- ไม่มี	26 (7.8)	306 (92.2)	(Ref.)	0.084
- มี	4 (18.2)	18 (81.8)	2.62 (0.84–8.17)	
อุบัติเหตุที่ศีรษะ (ประวัติเดิม)				
- ไม่มี	28 (8.3)	311 (91.7)	(Ref.)	0.493
- มี	2 (13.3)	13 (86.7)	1.71 (0.37–7.93)	
โรคซึมเศร้า				
- ไม่มี	26 (8.0)	300 (92.0)	(Ref.)	0.246
- มี	4 (14.3)	24 (85.7)	1.92 (0.63–5.86)	

จากตารางที่ 1 ความสัมพันธ์รายปัจจัย (Univariate Analysis) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ และการเจ็บป่วย กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พบว่า มี 7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมเป็น 3.85 เท่าของกลุ่มอายุ 60–69 ปี (Crude OR = 3.85, 95%CI: 1.55–9.62, p = 0.002) ระดับการศึกษา โดยผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือจบชั้นประถมศึกษา มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมเป็น 4.38 เท่าของกลุ่มที่จบมัธยมศึกษาขึ้นไป (Crude OR = 4.38, 95CI: 1.31–14.65, p = 0.010) การออกกำลังกาย โดยผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกายหรือออกไม่สม่ำเสมอ มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมเป็น 3.58 เท่าของกลุ่มที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ (Crude OR=

3.58,95%CI: 1.44–8.91, p = 0.004) การเข้าสังคมโดยผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมเป็น 2.15 เท่าของกลุ่มที่เข้าสังคมสม่ำเสมอ (Crude OR = 2.15, 95%CI: 1.01–4.55, p = 0.043) โรคความดันโลหิตสูง โดยผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมเป็น 3.03 เท่าของกลุ่มที่ไม่มีโรค (Crude OR = 3.03, 95CI: 1.34–6.85, p = 0.006) การสูญเสียการได้ยิน ผู้สูงอายุที่มีภาวะสูญเสียการได้ยินมีอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงถึงร้อยละ 20.3 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีการได้ยินปกติ (ร้อยละ 6.1) พบว่าผู้สูงอายุที่สูญเสียการได้ยินมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงเป็น 3.93 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Crude OR = 3.93, 95%CI: 1.75–8.82, p = 0.001) การสูญเสียการมองเห็น ผู้สูงอายุที่มีภาวะสูญเสียการมองเห็น มีอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 13.6 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่มีการมองเห็นปกติ (ร้อยละ 7.5) โดยผู้สูงอายุที่สูญเสียการมองเห็นจะมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมเป็น 3.93 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Crude OR = 3.93, 95%CI: 1.75–8.82, p = 0.031) สำหรับปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหาร ค่า ADL และโรคประจำตัวอื่น ๆ ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (Multivariate Logistic Regression)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม	Adjusted OR	95% CI ของ Adjusted OR	p-value
การออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ/ไม่ออกเลย	2.55	1.01-6.64	0.048*
อายุ 70 ปีขึ้นไป	2.91	1.10-7.68	0.031*
ไม่ได้รับการศึกษา/ประถมศึกษา	3.35	1.02-11.45	0.046*
การสูญเสียการมองเห็น	3.92	1.81–9.66	0.031*

Nagelkerke R^2 = 0.478 (ปัจจัยทั้งหมดร่วมกันอธิบายการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 47.8)

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยโลจิสติกส์พหุตัวแปร (Multivariate Logistic Regression) พบว่ามี 4 ปัจจัยหลัก (Independent risk factors) ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมืองลพบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเรียงลำดับตามขนาดของค่าความเสี่ยง (Adjusted Odds Ratio) จากน้อยไปมาก ได้แก่ การสูญเสียการมองเห็น การออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ/ไม่ออกเลย อายุ 70 ปีขึ้นไป ไม่ได้รับการศึกษา/ประถมศึกษา

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี พบว่าอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมอยู่ที่ร้อยละ 8.5 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานระดับประเทศของไทยและแนวโน้มในระดับต่างประเทศ และเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยร่วมด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกส์พหุตัวแปร พบปัจจัยเสี่ยงอิสระที่มีนัยสำคัญทางสถิติ 4 ปัจจัย ซึ่งอภิปรายผลได้ ดังนี้

ระดับการศึกษา ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงที่สุดเป็น 3.35 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่จบระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ด้วยทฤษฎี Brain and Cognitive Reserve ของ Livingston และคณะ[4] ซึ่งระบุว่าการได้รับการศึกษาที่สูงขึ้นในวัยเริ่มแรก (Early life) จะช่วยสร้างเครือข่ายใยประสาท (Synaptic density) ให้มีความหนาแน่นและทนทานต่อการมีพยาธิสภาพของโรคสมองเสื่อมได้ดีกว่า เมื่ออายุมากขึ้นสมองของผู้ที่มีการศึกษาสูงจึงมีกลไกชดเชยการทำงานที่สูญเสียไปได้ดีกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศศินภา โตมงคล.[13] ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน พบว่าระดับการศึกษาต่ำสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศของสถาบัน Lancet Commission[4,14] ที่ยืนยันว่าการศึกษาในระดับต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับต้น ๆ ในช่วงต้นของชีวิตที่ส่งผลระยะยาวจนถึงวัยสูงอายุ อายุ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเป็น 2.91 เท่า ของผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60–69 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อายุที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงทางชีววิทยาที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Non-modifiable risk factor) เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของอายุสัมพันธ์โดยตรงกับกระบวนการเสื่อมสลายของเซลล์ประสาท (Neurodegeneration) การสะสมของสารโปรตีนที่ผิดปกติในสมอง เช่น Beta-amyloid และ Tau protein รวมถึงการลดลงของสารสื่อประสาท และภาวะหลอดเลือดสมองแข็งตัวตามวัย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Nichols, E., et al.[15] ที่พบว่าอัตราความชุก (Prevalence) หรืออุบัติการณ์ (Incidence) ของภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 2 เท่า ในทุก ๆ 5 ปีหลังจากอายุ 65 ปีขึ้นไป และสอดคล้องกับข้อมูลทางระบาดวิทยาระดับโลกขององค์การอนามัยโลก (WHO)[(1)] และการศึกษาความชุกในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลาง[16] ที่ระบุว่าอายุเป็นปัจจัยทำนาย (Predictor) มากที่สุดในการเกิดภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และชนิดหลอดเลือดสมอง **การออกกำลังกาย** ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเป็น 2.55 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ การออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตไปเลี้ยงสมอง เพิ่มการหลั่งสาร Brain-Derived Neurotrophic Factor (BDNF) ซึ่งช่วยในการเจริญเติบโตและซ่อมแซมเซลล์ประสาทในสมองส่วน Hippocampus (ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับความจำ) นอกจากนี้ยังช่วยลดภาวะอักเสบเรื้อรังในร่างกายและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสอดคล้องกับงานวิจัยของธัพญสรณ์ กองแก้ว, ณัฐกฤตา ศิริโสภณ[17] ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทางกายต่ำมีคะแนนการประเมินสภาพสมองต่ำกว่ากลุ่มที่ออกกำลังกาย และสอดคล้องกับงานวิจัยระดับโลกของวิทยาลัยประสาทวิทยาแห่งอเมริกา (American Academy of Neurology)[18] ที่ชี้ว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิกช่วยลดอัตราการฝ่อของสมองในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ **การสูญเสียการมองเห็น** ผลการวิจัยพบข้อค้นพบที่สำคัญคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสูญเสียการมองเห็น มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเป็น 3.92 เท่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีระบบการมองเห็นปกติ การสูญเสียการมองเห็น (เช่น จากโรคต้อกระจก ต้อหิน หรือจอประสาทตาเสื่อม) ส่งผลให้สมองส่วนรับภาพขาดการกระตุ้นทางประสาทสัมผัส (Sensory deprivation) ทำให้อัตราการเสื่อมของสมองส่วนบนเร็วขึ้น ยิ่งไปกว่านั้นปัญหาทางสายตายังส่งผลกระทบเป็นลูกโซ่ โดยทำให้ผู้สูงอายุลดการทำกิจกรรมลับสมอง (เช่น อ่านหนังสือ เขียนหนังสือ) และลดการเคลื่อนไหวหรือแยกตัวออกจากสังคม ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยเร่งให้เกิดภาวะสมองเสื่อมทั้งสิ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับรายงานล่าสุดของ Lancet Commission ซึ่งกล่าวว่าการสูญเสียการมองเห็นที่ไม่ได้รับการแก้ไข (Uncorrected vision loss) เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ปรับเปลี่ยนได้ และตรงกับงานวิจัยแบบติดตามระยะยาวในต่างประเทศของกลุ่มปัญญาประดิษฐ์และระบาดวิทยาจักษุ[19] ที่พบว่าการผ่าตัดรักษาต้อกระจกช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่รักษา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรกำหนดนโยบายเชิงรุกร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตอำเภอเมืองลพบุรี จัดตั้งโครงการคัดกรองสายตาและสุขภาพดวงตาผู้สูงอายุในชุมชนเป็นประจำทุก 6 เดือน พร้อมทั้งจัดระบบช่องทางด่วน (Fast-track)

ในการส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะต้อกระจก ต้อหิน หรือสายตาเลือนราง ให้ได้รับการผ่าตัดรักษาหรือแก้ไขอย่างทันท่วงที เพื่อรักษาระดับการรับรู้ทางประสาทสัมผัสและชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม

2. การออกแบบโปรแกรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป หรือกลุ่มที่มีข้อจำกัดทางการมองเห็น โดยเน้นกิจกรรมที่มีความปลอดภัยต่ำต่อการพลัดตกหกล้ม เช่น กายบริหารเก้าอี้ (Chair aerobics) การฝึกโยคะผู้สูงอายุ หรือกิจกรรมการเคลื่อนไหวควบคู่กับการใช้สมอง (Cognitive-motor dual-task training) เพื่อกระตุ้นสารสื่อประสาทและระบบไหลเวียนโลหิต

3. หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ไม่ควรใช้สื่อประชาสัมพันธ์หรือแบบประเมินที่ซับซ้อน ควรปรับเปลี่ยนมาใช้สื่อรูปแบบภาพ (Visual-based media) หรือนวัตกรรมการฝึกสมองที่เข้าใจง่าย สอดคล้องกับวิถีชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน เช่น เกมจับคู่ภาพ วงดนตรีบำบัดย้อนยุค หรือกิจกรรมเล่าความหลัง (Reminiscence therapy) เพื่อส่งเสริมการสำรองของสมอง (Cognitive Reserve) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีต้นทุนทางการศึกษาต่ำ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) หรือการสนทนากลุ่ม (Focus group) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสูญเสียการมองเห็นร่วมกับสมองเสื่อม เพื่อทำความเข้าใจถึงกระบวนการ พฤติกรรมการใช้ชีวิตอุปสรรคในการเข้าสังคม และกลไกการเกิดความบกพร่องทางการรู้คิดในบริบทจริงของผู้สูงอายุยิ่งขึ้น

2. เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง ซึ่งอาจเห็นเพียงความสัมพันธ์แต่ไม่สามารถระบุความเป็นเหตุเป็นผล (Causality) ได้ชัดเจน ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาแบบติดตามระยะยาว เพื่อยืนยันว่าการสูญเสียการมองเห็นและการขาดการออกกำลังกายส่งผลกระทบให้เกิดภาวะสมองเสื่อมตามมาในอนาคตจริงหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2021). Global status report on the public health response to dementia. Geneva: World Health Organization; 2021.
2. Alzheimer's Association.(2023). 2023 Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimers Dement. 2023;19(4):1598-695.
3. Alzheimer's Disease International.(2022). From plan to impact V: Who care wins - World Alzheimer Report 2022. London: Alzheimer's Disease International; 2022.
4. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al.(2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. Lancet. 2020;396(10248):413-46.
5. กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2562). สถิติผู้สูงอายุประเทศไทย ประจำปี 2561. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2562.
6. HelpAge International East Asia/Pacific.(2019). Ageing in the twenty-first century: A celebration and a challenge - Thailand country report 2019. Chiang Mai: HelpAge International; 2019.
7. CityFacts.(2024). Lop Buri, Thailand: Population and demographics 2024 [Internet]. 2024 [cited 2026 Jun 17]. Available from: https://www.cityfacts.com/thailand/lop-buri/
8. Jitapunkul S, Chayovan N, Kua E.(2001). The prevalence of dementia among Thai elderly: A community-based study in Bangkok and central Thailand. Int J Geriatr Psychiatry. 2001;16(12):1145-52.
9. Doungkaew S, Taneepanichskul S.(2014)> Prevalence and factors associated with dementia among elderly in Samut Prakan Province, Thailand. J Health Res. 2014;28(5):315-21.

10. Thongwachira P, Sritanyarat W, Chonpathompikunlert P.(2017). Prevalence of dementia and its associated factors among older adults in Bang Phlat District, Bangkok. Journal of Nursing and Health Care. 2017;35(2):88-97.
11. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.(2557). รายงานการวิจัยความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยเสี่ยงในผู้สูงอายุเขตภาคเหนือตอนบน: กรณีศึกษาจังหวัดเชียงราย. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2557.
12. Sukchan P, Thaniwat S, Phetchan R.(2021). Factors associated with dementia among Thai elderly: A systematic review of community-based studies. Thai Journal of Public Health. 2021;51(3):245-58.
13. ศศินภา โตมงคล.(2569). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3. 2569; 23(1): 100-15.
14. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Dias A, Fox NC, et al.(2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet Commission. Lancet. 2024;404(10452):543-98.
15. Nichols, E., et al.(2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet Public Health. 2022;7(2):89-100.
16. แวววลี พลเยี่ยม.(2567). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2567;5(3):233-244.
17. ธัพญสรณ์ กองแก้ว, ณัฐกฤตา ศิริโสภณ.(2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุ เขตเทศบาลนครปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2567; 18(3): 1031–1046.
18. Erickson KI, Voss MW, Prakash RS, Basak C, Szabo A, Chaddock L, et al.(2011). Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. Proc Natl Acad Sci U S A. 2011;108(7):3017-22.
19. Lee AY, Gibbons LE, McCurry SM, Larson EB, Barrett-Connor E, et al.(2022). Association of cataract surgery with risk of developing dementia in older adults. JAMA Intern Med. 2022;182(2):134-41.