PCFM Vol 9 No. 5 Sep-Oct 2026: 566-576.

ORIGINAL ARTICLE

Prevalence and Factors Associated with Possible Cognitive Impairment Among Elderly in Primary Care Unit of Panyananthaphikkhu Chonprathan Medical Center

Natcha Kobkanjanasin, M.D., FRCFPT.[1], Chayanus Iemvarapong, M.D., FRCFPT.[2]

[1]Somdetphraphutthaloetla hospital, Samut Songkhram Province, [2]Panyananthaphikkhu Chonprathan Medical Center Srinakharinwirot University, Nonthaburi, Thailand

Corresponding author :
Natcha Kobkanjanasin, M.D., Somdetphraphutthaloetla Hospital, 708 Prasitphatthana Road, Mae Klong, Mueang Samut Songkhram District, Samut Songkhram 75000
Email: natcha.kob65@thai-fammed.org

Received: March 6, 2025;
Revised: July 17, 2025;
Accepted: November 20, 2025

ABSTRACT

Background: Thailand has entered an aging society, so the prevalence of dementia is increasing. Dementia patients progressively decline in independence. Complications occur easily, require many resources with a high mortality rate. Therefore, our research team is interested in finding the prevalence and factors associated with dementia among the elderly in the Primary Care Unit of Panyananthaphikkhu Chonprathan Medical Center so that we can screen and take care of our patients appropriately.

Design: Quantitative, cross-sectional study

Methods: This was a quantitative, cross-sectional study. Collecting data from patients who are 60 years old and above, currently living in areas that are within the responsibility of the Primary Care Unit of Panyananthaphikkhu Chonprathan Medical Center from September 1, 2024 to October 31, 2024. Demographic characteristics and potential risk factors were assessed by questionnaire, and dementia screening was performed using the Mini-Mental State Examination (Thai 2002 Version). The data obtained were analyzed using Pearson chi-square test to distinguish differences between the possible cognitive Impairment group and not suspected of having cognitive Impairment group and using univariable and multivariable binary logistic regression models for factors associated with possible cognitive Impairment.

Results: Three hundred and thirty- one participants were studied. Fifty-seven males and 274 females. 92.4% are younger than 80 years old. The prevalence of possible cognitive Impairment was 2.1 percent. Statistically significant factors are inability to read (crude odd ratio (OR) 5.94, 95%CI: 1.08-32.55, p = 0.040) and inability to write (OR 13.04, 95%CI: 1.26-134.77, p = 0.031).

Conclusions: The prevalence of possible cognitive Impairment among elderly in primary care unit of Panyananthaphikkhu Chonprathan Medical Center Srinakharinwirot University was 2.1 percent. Statistically significant factors were the inability to read and write. Future research may use these finding to plan for more suitable screening and activities for prevention for patients at risk.

Keywords: elderly dementia prevalence

PCFM Vol 9 No. 5 Sep-Oct 2026: 566-576

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิดในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในศูนย์สุขภาพโรงพยาบาลชลประทาน จังหวัดนนทบุรี

ณัชชา กอบกาญจนสินธุ์, พบ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว[1], ชญาณัสม์ เอี่ยมวรพงษ์, พบ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว[2]

[1]โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม, [2]ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จังหวัดนนทบุรี

ผู้รับผิดชอบบทความ:
ณัชชา กอบกาญจนสินธุ์, พ.บ., โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า 708 ถ.ประสิทธิ์พัฒนา ต.แม่กลอง อ.เมืองสมุทรสงคราม 75000, ประเทศไทย
Email: natcha.kob65@thai-fammed.org

Received: March 6, 2025;
Revised: July 17, 2025
Accepted: November 20, 2025

บทคัดย่อ

ที่มา: ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ส่งผลให้ความชุกของโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น โรคสมองเสื่อมทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยลดลง เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ใช้ทรัพยากรมากในการดูแล และมีอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูง คณะผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้ป่วยสูงอายุที่มาเข้ารับบริการที่ศูนย์สุขภาพโรงพยาบาลชลประทานเพื่อช่วยในการวางแผนคัดกรองและดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

แบบวิจัย: เป็นวิจัยเชิงปริมาณ ในรูปแบบตัดขวาง

วัสดุและวิธีการ: เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ ในรูปแบบตัดขวาง เก็บข้อมูลผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพโรงพยาบาลชลประทาน จังหวัดนนทบุรี ระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2567- 31 ตุลาคม 2567 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มมีและไม่มีความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิดด้วย Pearson chi-square test และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิดโดยใช้ Univariable and multivariable binary logistic regression models

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่าง 331 คน เพศชาย 57 คน เพศหญิง 274 คน มีอายุน้อยกว่า 80 ปี ร้อยละ 92.4 พบความชุกของความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิดเท่ากับร้อยละ 2.1 และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิดที่มีนัยสำคัญ ได้แก่ การอ่านไม่ออก (Crude odd ratio (OR) 5.94, 95% confidence interval (CI): 1.08-32.55, p = 0.040 และเขียนไม่ได้ (OR 13.04, 95%CI: 1.26-134.77, p = 0.031)

สรุป: ความชุกของความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิดของผู้สูงอายุที่อาศัยในอยู่ในเขตของศูนย์สุขภาพโรงพยาบาลชลประทาน จังหวัดนนทบุรี ที่มาเข้ารับบริการที่ศูนย์สุขภาพโรงพยาบาลชลประทาน มีค่าเท่ากับร้อยละ 2.1 โดยพบว่าการอ่านไม่ออก และเขียนไม่ได้ เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยข้อมูลที่ได้จะนำไปต่อยอดเพื่อวางแผนป้องกัน ปรับเปลี่ยนการคัดกรองในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงให้เหมาะสมมากขึ้น รวมถึงจัดกิจกรรมช่วยชะลอการเกิดสมองเสื่อมที่ศูนย์สุขภาพ โรงพยาบาลชลประทานต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ โรคสมองเสื่อม ความชุก

บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วและมีแนวโน้มที่จะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในไม่ช้า โดยเมื่ออ้างอิงจากฐานข้อมูลของ HDC[1] ประชากรอายุมากกว่า 60 ปี ในปี 2566 ในประเทศไทยมีจำนวนทั้งสิ้น 8,720,777 คน จากประชากรไทย ทั้งสิ้น 45,251,604 คน คิดเป็นร้อยละ 19.27 โดยในพื้นที่จังหวัดนนทบุรีมีประชากรผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 60 ปีทั้งสิ้น 252,572 คน จากประชากรในจังหวัดนนทบุรีทั้งหมด 1,117,928 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 22.59 ของประชากรทั้งหมด โดยการที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นก็ได้ส่งผลให้อัตราความชุกของโรคในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามมา โดยโรคสมองเสื่อมเป็นหนึ่งในนั้น และโรคสมองเสื่อมยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของประชากรไทยเพศหญิงในทุกอายุ และอันดับที่ 9 ของประชากรไทยเพศชายในทุกอายุอีกด้วย[2]

โดยโรคสมองเสื่อมเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองในการดำรงชีวิตได้น้อยลงตามการดำเนินการของโรค และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตกต่ำลงตามลำดับ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการสูญเสียปีสุขภาวะพร้อมทั้ง ยังทำให้ต้องมีผู้ดูแลในระยะที่การดำเนินโรคดำเนินไปมากในระยะท้ายของโรคและยังทำให้ค่าใช้จ่ายของครัวเรือนเพิ่มมากขึ้น หากต้องมีการจ้างผู้ดูแล ซึ่งโรคสมองเสื่อมนั้น หากได้รับการวินิจฉัยเร็ว ยังมีการรักษาที่สามารถที่จะชะลอการดำเนินของโรค เพื่อยืดระยะเวลาของผู้ป่วยในช่วงที่ยังมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่จะยังพอช่วยเหลือตัวเองได้และไม่เป็นภาระของผู้อื่น แต่หลายๆ ประเทศยังคงประสบปัญหากับการที่มีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่ป่วยเป็นโรคแล้วแต่ยังไม่ได้เข้ารับการรักษาหรือไม่ได้เข้ารับการคัดกรองทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมได้เริ่มเข้ารับการรักษาได้ช้ากว่าที่ควรจะเป็น

โดยจากการดึงข้อมูล ICD 10 จากฐานข้อมูลของ HOSxP ของศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Dementia หรือ Alzheimer ใน 1 ปีที่ผ่านมา เพียง 30 คน จากประชากรทั้งหมด 1,631 คน คิดเป็น 1.84 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งพบว่ามีความชุกน้อยกว่าสถานการณ์ความชุกภาพรวมของประเทศ โดยจากสถิติจากกรมการแพทย์[3] ประเทศไทยมีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคภาวะสมองเสื่อมในปี 2565 ประมาณ 6 เปอร์เซ็นต์ของจำนวนผู้สูงอายุรวมทั้งประเทศ โดยการที่ความชุกของผู้ป่วยที่น้อยกว่าสถานการณ์ในประเทศ อาจบ่งบอกถึงการคัดกรองที่น้อย ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ซึ่งหากเป็นเช่นนั้น อาจจะต้องมีการปรับปรุงการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ หรือความชุกที่น้อยอาจเกิดจากประชากรในพื้นที่มีความเสี่ยงน้อย ซึ่งหากทราบปัจจัยที่เป็นปัจจัยปกป้องที่เปลี่ยนแปลงได้ ก็จะมีประโยชน์ในการนำไปใช้กับกลุ่มประชากรอื่นต่อไป คณะผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาเพิ่มเติมในพื้นที่นี้เพื่อหาคำตอบนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มตัวอย่างประชากรผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในศูนย์สุขภาพโรงพยาบาลชลประทาน จังหวัดนนทบุรี ตั้งแต่ 1 กันยายน 2567 ถึง 31 ตุลาคม 2567

วัสดุและวิธีการ

เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) โดยศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิดในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในศูนย์สุขภาพโรงพยาบาลชลประทาน จังหวัดนนทบุรี มีประชากรกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในศูนย์สุขภาพโรงพยาบาลชลประทาน จังหวัดนนทบุรี จำนวน 331 คน โดยใช้สูตรคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างของทาโร่ ยามาเน่ โดยกำหนดให้ค่า e เท่ากับ 0.05 โดยเกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในวันที่เก็บข้อมูล อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตการรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพโรงพยาบาลชลประทานในวันที่เก็บข้อมูล สมัครใจในการให้ข้อมูล และสามารถสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลได้ และสามารถทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นได้จนจบ ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยและหรือผู้ดูแลไม่สมัครใจในการให้ข้อมูลหรือ

ไม่สามารถทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นได้จนจบ กรณีมีสิทธิ์การรักษาตามทะเบียนบ้านในเขตแต่อาศัยจริงอยู่นอกเขตรับผิดชอบจะไม่ถูกนำเข้าโครงการ

การเก็บข้อมูล ใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบบปลายปิด (questionnaire) ถามเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร (demographic factors) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา ความสามารถในการอ่าน-เขียน การประกอบอาชีพในปัจจุบันรวมถึงก่อนเข้าวัยผู้สูงอายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และสถานะของรายได้ ลักษณะการอาศัยอยู่กับครอบครัว ความถี่ในการพูดคุยกับผู้คน ใน 1 สัปดาห์ การตรวจสุขภาพประจำปี โรคประจำตัว การใช้ยาเป็นประจำ ประวัติคนในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อม ประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ และประวัติการเข้ารับการรักษาโดยการนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลด้วยการบาดเจ็บที่ศีรษะ การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ และครบ 3 มื้อในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การออกกำลังกายทั้งในช่วงก่อนเข้าวัยผู้สูงอายุ และในปัจจุบัน การได้ยินโดย finger rub test และการมองเห็น โดย Snellen chart และแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)[4] ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ เกณฑ์การประเมิน ผู้ที่ไม่รู้หนังสือ / อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ คะแนน ≤ 14 คะแนน ถือว่ามีความบกพร่อง/สงสัยภาวะสมองเสื่อม (คะแนนเต็ม 23 คะแนน โดยละเว้นข้อ 4, 9, 10) ระดับประถมศึกษา: คะแนน ≤ 17 คะแนน ถือว่ามีความบกพร่อง/สงสัยภาวะสมองเสื่อม (คะแนนเต็ม 30 คะแนน) สูงกว่าระดับประถมศึกษา (มัธยมศึกษาขึ้นไป): คะแนน ≤ 22 คะแนน ถือว่ามีความบกพร่อง/สงสัยภาวะสมองเสื่อม (คะแนนเต็ม 30 คะแนน) โดยถ้าคะแนนรวมเท่ากับจุดตัด (cut-off point) แปลความได้ว่าผลคัดกรองบ่งชี้ความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิด โดยผู้สูงอายุที่ถูกคัดกรองพบว่ามีความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิดจะถูกส่งตัวเพื่อยืนยันผลด้วยการวินิจฉัยทางคลินิกและเข้าสู่กระบวนการรักษาต่อไป

โดยใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (accidental sampling) ในผู้สูงอายุที่มาเข้ารับบริการที่ศูนย์สุขภาพโรงพยาบาลชลประทาน จังหวัดนนทบุรี โดยหากพบผู้มารับบริการที่ศูนย์ ที่เข้าเกณฑ์เข้าร่วมโครงการวิจัย ก็จะชักชวนเข้าร่วมโครงการ โดยใช้สถานที่ที่ศูนย์สุขภาพโรงพยาบาลชลประทาน จังหวัดนนทบุรี เก็บข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพโรงพยาบาล ชลประทาน จังหวัดนนทบุรี จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ univariate and multivariate binary logistic regression โดยในงานวิจัยนี้จะใช้ข้อมูลจากผลคัดกรองเป็นหลักในการวิเคราะห์

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์การแพทย์-ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน เลขที่โครงการวิจัย: EC 003/67 วันที่รับรอง 12 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567

กระบวนการขอความยินยอมจะใช้ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยของอาสาสมัคร โดยในการเลือกว่าอาสาสมัครรายใดจะใช้แบบขอความยินยอมแบบไหน จะเลือกผ่านการประเมินความสามารถในการตัดสินใจของอาสาสมัคร (competence) โดยจะประเมินจากการตอบคำถามปลายเปิดโดยให้อาสาสมัครอธิบายและให้เหตุผลประกอบในการเลือกการตัดสินใจในแบบที่ตนเลือก และให้อาสาสมัครทบทวนรายละเอียดของการวิจัยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับตัวของอาสาสมัครเองให้ทีมผู้วิจัยฟัง เพื่อดูว่าอาสาสมัครนั้นเข้าใจ รายละเอียดข้อมูลของการวิจัยภายหลังการให้ข้อมูลทั้งหมดหรือไม่ โดยเฉพาะประโยชน์ที่ได้รับและความเสี่ยง รวมถึงความไม่สุขสบายที่อาจจะได้รับหากเข้าร่วมงานวิจัย โดยใช้คำถามซักถามความเข้าใจภายหลังการอ่านใบขอความยินยอมหรือภายหลังการให้ข้อมูล โดยหากอาสาสมัครสามารถที่จะจดจำข้อมูลที่พึงให้ไปนานพอที่จะใช้ในการชั่งน้ำหนักเพื่อตัดสินใจและอาสาสมัครเข้าใจว่าการตัดสินใจนี้เกี่ยวกับอะไร เข้าใจว่าทำไมถึงถูกชักชวนให้เข้าร่วมงานวิจัยนี้ เข้าใจผลกระทบถึงการที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ และสามารถที่จะสื่อสารการตัดสินใจของตัวเองได้ และสามารถให้เหตุผลในการเลือกตัดสินใจได้ก็จะใช้ consent from แต่หากอาสาสมัครขาดความสามารถหรือไม่สามารถตอบ

คำถามปลายเปิดโดยการให้เหตุผลหรืออธิบายตอบคำถามในข้อใดไป ก็จะใช้ Assent form แทนและอาสาสมัครนั้นจะต้องมีญาติมาด้วยทุกราย และจะมีการให้ข้อมูลและให้คำปรึกษาเบื้องต้นกับญาติทั้งก่อนและหลังการทำแบบทดสอบสภาพสมองโดยไม่ใช้ความรุนแรงของความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิดมาคิดในการเลือกใช้ใบขอความยินยอม

กระบวนการและขั้นตอนการขอความยินยอม

1. ให้ข้อมูลรายละเอียดงานวิจัย
2. ประเมิน competence ของอาสาสมัครผ่านคำถามปลายเปิด
3. ขอความยินยอม

โดยหากช่วงการขอความยินยอม อาสาสมัคร competence ดี ก็จะไม่เปลี่ยนรูปแบบการขอคำยินยอมในภายหลังหากแต่ถ้าอาสาสมัครมีอาการที่ไม่สามารถทำแบบทดสอบสมองได้จนจบ ก็จะนำออกจากการนำมาคำนวนผลในการวิจัย

ผลการศึกษา

จากการเก็บข้อมูลได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 331 คน โดยเป็นเพศชายทั้งหมด 57 คน เพศหญิงจำนวน 274 คน ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 80 ปี ร้อยละ 92.4 โดยข้อมูลลักษณะประชากรแสดงดังตารางที่ 1

ในช่วง 1 กันยายน 2567 - 31 ตุลาคม 2567 ผลการคัดกรองผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในศูนย์สุขภาพโรงพยาบาลชลประทาน จังหวัดนนทบุรีทั้งหมดจำนวน 331 คน พบผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในศูนย์สุขภาพโรงพยาบาลชลประทาน จังหวัดนนทบุรีมีความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิดทั้งหมด 7 คน คิดเป็นร้อยละ 2.1 ของผู้สูงอายุทั้งหมดในพื้นที่ เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิดโดยใช้ Univariable binary logistic regression model โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่คัดกรองพบความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิด และกลุ่มที่คัดกรองไม่พบความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิด พบปัจจัยเสี่ยงในการมีความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิดที่มีนัยสำคัญ ได้แก่ การอ่านไม่ออก (Crude odd ratio (OR) 5.94, 95%CI: 1.08-32.55, p = 0.040 และเขียนไม่ได้ (Crude odd ratio (OR) 13.04, 95%CI: 1.26-134.77, p = 0.031) และเมื่อ adjusted ปัจจัยฯที่มีค่า $p < 0.15$ ใน Univariable model ได้แก่ เพศ อายุ (ปีเต็ม) ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการเขียน การตรวจสุขภาพประจำปี และการมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง เข้าสู่การปรับตัวแปรกวน (adjusted confounders) ในการวิเคราะห์ Multivariable binary logistic regression model พบว่า ไม่มีตัวแปรใดเป็นปัจจัยเสี่ยงในการมีความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิด ดังแสดงดังตารางที่ 2

วิจารณ์

จากผลการวิจัยในข้างต้นแสดงให้เห็นถึง ผลการคัดกรองความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิดในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในศูนย์สุขภาพโรงพยาบาลชลประทาน จังหวัดนนทบุรี ในช่วง 1 กันยายน 2567 – 31 ตุลาคม 2567 โดยทำการคัดกรองโดยใช้วิธีการสอบถามความสมัครใจกับผู้ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพโรงพยาบาลชลประทาน ตามปกติ โดยหากพบผู้มารับบริการที่ศูนย์ที่เข้าเกณฑ์เข้าร่วมโครงการวิจัย ก็จะชักชวนเข้าร่วมโครงการ ได้ความชุกของความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิดเท่ากับ 2.1 ซึ่งน้อยกว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประชากรทั่วไปในประเทศไทย 2.86 เท่า ทั้งนี้คิดว่าสาเหตุอาจมาจากในงานวิจัยนี้เป็น การสุ่มจากผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการที่ศูนย์สุขภาพ ซึ่งลักษณะโดยทั่วไปของผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการที่นี่ จะเป็นผู้ป่วยที่ยังมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้สูง ทำให้อาจจะทำให้ตรวจพบผู้ป่วยที่มีความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิดได้น้อยกว่าในความเป็นจริง ซึ่งอาจต้องทำการศึกษาให้ครอบคลุมประชากรมากขึ้นต่อไปหากต้องการความชุกที่เที่ยงมากขึ้น และเนื่องจากการหาความชุก ด้วยการสุ่มหาภายในช่วงเวลา 2 เดือนอาจมีความคลาดเคลื่อนได้สูง เพื่อที่จะได้ความชุกที่เที่ยงมากขึ้นอาจจะต้องใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลที่นานขึ้นในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ตารางที่ 1. ความแตกต่างของความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิดในผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยต่างๆ

ปัจจัย	Total, N	Overall (N=331) N (ร้อยละ)	ความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิด		p-value
			ไม่มี (N=324) N (ร้อยละ)	มี (N=7) N (ร้อยละ)	
Overall	331	331 (100.0)	324 (97.9)	7 (2.1)	
เพศ	331				0.069
ชาย		57 (17.2)	54 (16.7)	3 (42.9)	
หญิง		274 (82.8)	270 (83.3)	4 (57.1)	
อายุ (ปีเต็ม)	330				0.034
น้อยกว่า 80 ปี		305 (92.4)	300 (92.9)	5 (71.4)	
80 ปีขึ้นไป		25 (7.6)	23 (7.1)	2 (28.6)	
สถานภาพ	327				0.656
โสด		70 (21.4)	69 (21.6)	1 (14.3)	
คู่		132 (40.4)	128 (40.0)	4 (57.1)	
หม้าย/หย่า/แยก		125 (38.2)	123 (38.4)	2 (28.6)	
ระดับการศึกษา	328				0.281
ไม่ได้เรียน		2 (0.6)	2 (0.6)	0 (0.0)	
ประถมศึกษา		109 (33.2)	106 (33.0)	3 (42.9)	
มัธยมศึกษา/ปวช.		109 (33.2)	105 (32.7)	4 (57.1)	
สูงกว่ามัธยมศึกษา		108 (32.9)	108 (33.6)	0 (0.0)	
ความสามารถในการอ่าน	326				0.020
อ่านออก		304 (93.3)	299 (93.7)	5 (71.4)	
อ่านไม่ออก		22 (6.7)	20 (6.3)	2 (28.6)	
ความสามารถในการเขียน	326				0.006
เขียนได้		321 (98.5)	315 (98.7)	6 (85.7)	
เขียนไม่ได้		5 (1.5)	4 (1.3)	1 (14.3)	
การประกอบอาชีพ	327				0.720
ไม่ได้ประกอบอาชีพ		252 (77.1)	247 (77.2)	5 (71.4)	
ยังประกอบอาชีพ		75 (22.9)	73 (22.8)	2 (28.6)	
อาชีพก่อนเข้าสู่วัยผู้อายุ	323				0.125
รับจ้างทั่วไป		64 (19.9)	63 (20.0)	1 (14.3)	
พนังงานเอกชน		53 (16.5)	51 (16.2)	2 (28.6)	
พนักงานของรัฐ		80 (24.8)	80 (25.4)	0 (0.0)	
เจ้าของธุรกิจ/ธุรกิจส่วนตัว		51 (15.8)	51 (16.2)	0 (0.0)	
อื่น ๆ		74 (23.0)	70 (22.2)	4 (57.1)	
สถานะของรายได้	320				0.842
ไม่มีหนี้สิ้น		282 (88.1)	276 (88.2)	6 (85.7)	
มีหนี้สิน		38 (11.9)	37 (11.8)	1 (14.3)	
อาศัยอยู่กับครอบครัว	327				0.175
อยู่กับครอบครัว		260 (79.5)	253 (79.1)	7 (100.0)	
อยู่คนเดียว		67 (20.5)	67 (20.9)	0 (0.0)	
การมีผู้ดูแลช่วยเหลือ	327				0.273
มี		280 (85.6)	273 (85.3)	7 (100.0)	
ไม่มี		47 (14.4)	47 (14.7)	0 (0.0)	

ตารางที่ 1. ความแตกต่างของความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิดในผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยต่าง ๆ (ต่อ)

ปัจจัย	Total, N	Overall (N=331) N (ร้อยละ)	ความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิด		p-value
			ไม่มี (N=324) N (ร้อยละ)	มี (N=7) N (ร้อยละ)	
การพูดคุยกับคนทั้งในและภายนอกครอบครัวในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	318				0.966
ไม่เลย		3 (0.9)	3 (1.0)	0 (0.0)	
นาน ๆ ครั้ง		45 (14.2)	44 (14.1)	1 (14.3)	
เกือบทุกวัน/ทุกวัน		270 (84.9)	264 (84.9)	6 (85.7)	
การตรวจสุขภาพประจำปี	330				0.085
ไม่เคย		84 (25.5)	80 (24.8)	4 (57.1)	
นาน ๆ ครั้ง		73 (22.1)	71 (22.0)	2 (28.6)	
เป็นประจำทุกๆ ปี		173 (52.4)	172 (53.3)	1 (14.3)	
ดัชนีมวลกาย	318				0.166
< 25 กก./ม.^{2}		192 (60.4)	186 (59.8)	6 (85.7)	
≥ 25.0 กก./ม.^{2}		126 (39.6)	125 (40.2)	1 (14.3)	
โรคประจำตัว	328				0.946
ไม่มีโรคประจำตัว		284 (86.6)	278 (86.6)	6 (85.7)	
มีโรคประจำ		44 (13.4)	43 (13.4)	1 (14.3)	
โรคประจำตัว					
ความดันโลหิตสูง	328	179 (54.6)	173 (53.9)	6 (85.7)	0.094
เบาหวาน	328	81 (24.7)	78 (24.3)	3 (42.9)	0.260
ไขมันในเลือดสูง	328	175 (53.4)	171 (53.3)	4 (57.1)	0.839
กลุ่มโรคที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติของหัวใจและระบบไหลเวียนโลหิต	328	16 (4.9)	15 (4.7)	1 (14.3)	0.243
ภาวะที่เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ	328	9 (2.7)	9 (2.8)	0 (0.0)	0.653
เนื่องจากหลอดเลือดตีบตัน อุดตันหรือแตก	328				
อื่น ๆ	331	78 (23.8)	76 (23.7)	2 (28.6)	0.763
โรคประจำตัว					0.152
ไม่มีโรคประจำตัว		42 (12.7)	41 (12.7)	1 (14.3)	
1 โรค		111 (33.5)	111 (34.3)	0 (0.0)	
มากกกว่า 1 โรค	328	178 (53.8)	172 (53.1)	6 (85.7)	
ประวัติการมีภาวะสมองเสื่อมในครอบครัว					0.333
ไม่มีประวัติ		290 (88.4)	283 (88.2)	7 (100.0)	
มีประวัติ		38 (11.6)	38 (11.8)	0 (0.0)	
ประวัติการมีบาดเจ็บที่ศีรษะ	328				0.812
ไม่มีประวัติ		58 (17.7)	57 (17.8)	1 (14.3)	
มีประวัติ		270 (82.3)	264 (82.2)	6 (85.7)	
การรักษาตัวในโรงพยาบาล ขณะได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ	69				0.314
ได้เข้าการรักษาโดยการนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล		21 (30.4)	20 (29.4)	1 (100.0)	
ได้เข้าการรักษาโดยไม่จำเป็นต้องนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล		22 (31.9)	22 (32.4)	0 (0.0)	
ไม่ได้เข้าการรักษาและไม่มีการสลบหรือหมดสติหลังการบาดเจ็บ		26 (37.7)	26 (38.2)	0 (0.0)	

ตารางที่ 1. ความแตกต่างของความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิดในผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยต่าง ๆ (ต่อ)

ปัจจัย	Total, N	Overall (N=331) N (ร้อยละ)	ความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิด		p-value
			ไม่มี (N=324) N (ร้อยละ)	มี (N=7) N (ร้อยละ)	
การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา	326				0.458
ไม่เคย		28 (8.6)	28 (8.8)	0 (0.0)	
นานๆ ครั้ง		121 (37.1)	117 (36.7)	4 (57.1)	
เกือบทุกวัน/ทุกวัน		177 (54.3)	174 (54.5)	3 (42.9)	
การรับประทานอาหารครบ 3 มื้อในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา	325				0.397
ไม่เคย		47 (14.4)	47 (14.7)	0 (0.0)	
นาน ๆ ครั้ง		74 (22.7)	73 (22.9)	1 (14.3)	
เกือบทุกวัน/ทุกวัน		205 (62.9)	199 (62.4)	6 (85.7)	
การดื่มสุรา	325				
ไม่เคยดื่ม		257 (79.1)	252 (79.2)	5 (71.4)	0.629
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว		49 (15.1)	48 (15.1)	1 (14.3)	
กำลังดื่ม		19 (5.8)	18 (5.7)	1 (14.3)	
การสูบบุหรี่	327				
ไม่สูบบุหรี่		291 (89.0)	285 (89.1)	6 (85.7)	0.842
เคยแต่เลิกสูบบุหรี่แล้ว		30 (9.2)	29 (9.1)	1 (14.3)	
สูบบุหรี่		6 (1.8)	6 (1.9)	0 (0.0)	
การออกกำลังกายก่อนเข้าวัยผู้สูงอายุ	328				
ไม่ออกกำลังกายเลย		78 (23.8)	75 (23.4)	3 (42.9)	0.447
ออกกำลังกาย < 5 วัน/สัปดาห์		154 (47.0)	152 (47.4)	2 (28.6)	
ออกกำลังกาย ≥ 5 วัน/สัปดาห์		96 (29.3)	94 (29.3)	2 (28.6)	
การออกกำลังกายในปัจจุบัน	325				0.003
ไม่ออกกำลังกายเลย		91 (28.0)	85 (26.7)	6 (85.7)	
ออกกำลังกาย < 5 วัน/สัปดาห์		136 (41.8)	135 (42.5)	1 (14.3)	
ออกกำลังกาย ≥ 5 วัน/สัปดาห์		98 (30.2)	98 (30.8)	0 (0.0)	
ผลทดสอบการได้ยินด้วย Finger Rub Test	326				0.838
ปกติทั้ง 2 ข้าง		277 (85.0)	271 (85.0)	6 (85.7)	
ไม่ปกติข้างใดข้างหนึ่ง		36 (11.0)	35 (11.0)	1 (14.3)	
ไม่ปกติทั้ง 2 ข้าง		13 (4.0)	13 (4.1)	0 (0.0)	
ผลทดสอบการมองเห็น ด้วย Snellen Chart: ข้างขวา	327				0.273
ปกติ		245 (74.9)	241 (75.3)	4 (57.1)	
ไม่ปกติ (< 20/50)		82 (25.1)	79 (24.7)	3 (42.9)	
ผลทดสอบการมองเห็น ด้วย Snellen Chart: ข้างซ้าย	328				0.825
ปกติ		246 (75.0)	241 (75.1)	5 (71.4)	
ไม่ปกติ (< 20/50)		82 (25.0)	80 (24.9)	2 (28.6)	
ผลทดสอบการได้ยินด้วย Finger Rub Test	327				
ปกติทั้ง 2 ข้าง		220 (67.3)	216 (67.5)	4 (57.1)	0.732
ไม่ปกติข้างใดข้างหนึ่ง		50 (15.3)	49 (15.3)	1 (14.3)	
ไม่ปกติทั้ง 2 ข้าง		57 (17.4)	55 (17.2)	2 (28.6)	

N, frequency; p-value, p-value from Pearson chi-square test for comparison between two proportion categories

ตารางที่ 2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิด โดยใช้ univariable and multivariable models of binary logistic regression ในการวิเคราะห์

ปัจจัย	Univariable model		Multivariable model	
	OR (95% CI)	p-value	aOR (95% CI)	p-value
เพศ				
ชาย	1.00 (Reference)		1.00 (Reference)	
หญิง	0.26 (0.06-1.21)	0.086	0.25 (0.04-1.41)	0.116
อายุ (ปีเต็ม)				
น้อยกว่า 80 ปี	1.00 (Reference)		1.00 (Reference)	
80 ปีขึ้นไป	5.18 (0.95-28.19)	0.057	5.82 (0.89-38.20)	0.066
ความสามารถในการอ่าน				
อ่านออก	1.00 (Reference)		1.00 (Reference)	
อ่านไม่ออก	5.94 (1.08-32.55)	0.040	3.32 (0.28-39.72)	0.343
ความสามารถในการเขียน				
เขียนได้	1.00 (Reference)		1.00 (Reference)	
เขียนไม่ได้	13.04 (1.26-134.77)	0.031	3.18 (0.10-97.46)	0.508
การตรวจสุขภาพประจำปี				
ไม่เคย	1.00 (Reference)		1.00 (Reference)	
นาน ๆ ครั้ง	0.57 (0.10-3.21)	0.525	0.75 (0.12-4.67)	0.757
เป็นประจำทุก ๆ ปี	0.12 (0.01-1.06)	0.057	0.12 (0.01-1.21)	0.073
โรคประจำตัว				
ความดันโลหิตสูง	5.06 (0.60-42.54)	0.135	4.06 (0.45-36.70)	0.212

OR, odds ratio; aOR, adjusted odds ratio; 95% CI, 95% confidence interval; p-value calculated using Wald test in univariable and multivariable binary logistic regression models

ส่วนในเรื่องของปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิดในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในศูนย์สุขภาพโรงพยาบาลชลประทาน จังหวัดนนทบุรีนั้น จากงานวิจัยพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคัดกรองพบความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิดได้แก่ การอ่านไม่ออก (Crude odd ratio (OR) 5.94, 95%CI: 1.08-32.55, p = 0.040 และเขียนไม่ได้ (Crude odd ratio (OR) 13.04, 95%CI: 1.26-134.77, p = 0.031) โดยไม่พบปัจจัยป้องกันในการเกิดความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิด

โดยผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้า ซึ่งเป็นงานวิจัยที่รวบรวมข้อมูลเรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยพบว่าการอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม อาทิตยา สุวรรณ์ และคณะฯ[5] พบว่าผู้สูงอายุที่อ่านไม่ออกและเขียนไม่ได้มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 35.4 สูงกว่าผู้ที่อ่านออกและเขียนได้ที่พบร้อยละ 16.0 และ Bich และคณะ[6] เปรียบเทียบระหว่างผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษากับผู้ที่ไม่รู้หนังสือ (adjusted OR = 0.09a, CI=0.05–0.15) ก็พบว่าผู้ที่ไม่รู้หนังสือมีโอกาสมีภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา อาจเนื่องจากการอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ทำให้มีการกระตุ้นสมองและระบบประสาทน้อยกว่าผู้ที่อ่านออกเขียนได้ ทำให้ความสามารถของสมองลดลงด้วย จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

ในส่วนของปัจจัยอื่น ๆ ที่สำคัญซึ่งได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานะของรายได้ ลักษณะการอยู่อาศัยกับครอบครัว ความถี่ในการพูดคุยกับผู้คน การตรวจสุขภาพประจำปี โรคประจำตัว การใช้ยาเป็นประจำ ประวัติคนในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อม ประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ ประวัติการเข้ารับการรักษาโดยการนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลด้วยการบาดเจ็บที่

ศีรษะ การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ การรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การออกกำลังกายก่อนเข้าวัยผู้สูงอายุและการออกกำลังกายในปัจจุบัน การได้ยิน และการมองเห็น ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยคิดว่ามาจากการเก็บกลุ่มตัวอย่างที่พบประชากรที่มีความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิดมีปริมาณที่ค่อนข้างน้อย หากต้องการข้อมูลที่มากขึ้นอาจต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมในภายหลัง

สรุป

งานวิจัยนี้ เป็นงานวิจัยที่ศึกษาความชุกของความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิดและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิดในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในศูนย์สุขภาพโรงพยาบาลชลประทาน จังหวัดนนทบุรี ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) โดยศึกษาความชุกของความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิดและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิดโดยรูปแบบของ cros-sectional study ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในศูนย์สุขภาพโรงพยาบาลชลประทาน จังหวัดนนทบุรี ซึ่งก็คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในวันที่เก็บข้อมูล อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตการรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพโรงพยาบาลชลประทานในวันที่เก็บข้อมูล สมัครใจในการให้ข้อมูล สามารถสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลได้ และสามารถทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นได้จนจบ โดยเป็นการเก็บข้อมูลในช่วง 1 กันยายน 2567 – 31 ตุลาคม พ.ศ. 2567 โดยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบบปลายปิด และแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้วิธีทางสถิติ

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 331 คน โดยเป็นเพศชายทั้งหมด 57 คน และ เป็นเพศหญิง 274 คน มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 60-69 ปี ผลการวิจัยพบความชุกของของความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิด ในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในศูนย์สุขภาพโรงพยาบาลชลประทาน จังหวัดนนทบุรีเท่ากับร้อยละ 2.1 และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิดมที่มีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ การอ่านไม่ออก (Crude odd ratio (OR) 5.94, 95%CI: 1.08-32.55, p = 0.040 และเขียนไม่ได้ (Crude odd ratio (OR) 13.04, 95%CI: 1.26-134.77, p = 0.031) โดยส่วนสรุปผลการวิจัยนั้น ความชุกของความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิดในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในศูนย์สุขภาพโรงพยาบาลชลประทาน จังหวัดนนทบุรี มีน้อยกว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย 2.86 เท่า และ การอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ พบว่าเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิดในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในศูนย์สุขภาพโรงพยาบาลชลประทาน จังหวัดนนทบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ด้านการนำไปใช้ในเชิงปฏิบัติ เมื่อได้ข้อมูลความชุกและปัจจัยต่อการเกิดความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิดจะนำข้อมูลสะท้อนกลับไปที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลชลประทาน เพื่อวางแผนป้องกัน และนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาต่อไปตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วย และนำข้อมูลที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ให้เหมาะสมมากขึ้นกับบริบทของสถานพยาบาล รวมถึงสามารถนำไปต่อยอดในการจัดกิจกรรมช่วยชะลอการเกิดสมองเสื่อม โดยจัดทำเป็นโครงการชุมชนตามโรงเรียนผู้สูงอายุหรือชมรมสูงอายุ เช่น การจัดการให้ความรู้วิชาการเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมและการบริหารสมองป้องกันภาวะสมองเสื่อม การจัดรวมกลุ่มเต้น และการรวมกลุ่มทางสังคม รวมถึงการสอนทักษะอาชีพ เพื่อเป็นตัวช่วยชะลอการเกิดสมองเสื่อม ส่วนด้านการนำไปใช้ในงานวิจัยในอนาคต ควรทำการศึกษาในสถานพยาบาลในหลายแห่งเพิ่มขึ้น เพื่อที่จะได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับระบบและกลไกเพิ่มเติม ว่ามีปัจจัยใดที่

สามารถนำมาเป็น ปัจจัยป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้เพิ่มเติมด้วยหรือไม่ เพื่อที่สถานพยาบาลจะได้ปรับเปลี่ยนเพื่อเพิ่มบทบาทที่มากขึ้น

ผลการวิจัยนี้มีข้อจำกัดคือ อาจมี recall bias ในการตอบคำถามบางคำถามในเรื่องของประวัติในอดีตของอาสาสมัครได้ ประกอบกับการที่เป็นการสุ่มเก็บข้อมูล ณ ศูนย์สุขภาพ ซึ่งลักษณะประชากรที่ได้ อาจจะเป็นผู้ป่วยที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้สูง ทำให้อาจจะได้ผลลัพธ์ออกมาเป็นความชุกที่น้อยกว่าความเป็นจริง หากนำข้อมูลการวิจัยไปใช้ อาจต้องปรับตามบริบทพื้นที่และลักษณะพื้นฐานประชากรที่แตกต่างกันในพื้นที่นั้น ๆ ซึ่งลักษณะโดยทั่วไปของผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการที่นี่ จะเป็นผู้ป่วยที่ยังมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้สูง ทำให้อาจจะทำให้ตรวจพบผู้ป่วยที่มีความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิดได้น้อยกว่าในความเป็นจริง

Highlights

1. ความชุกของความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิดของที่พบในงานวิจัยนี้มีค่าเท่ากับร้อยละ 2.1
2. ความชุกของความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิดในงานวิจัยนี้น้อยกว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประเทศ 2.86 เท่า
3. พบว่าการอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเป็นไปได้ของความบกพร่องทางการรู้คิด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน ที่ให้ทุนสนับสนุนทำวิจัย เพื่อให้การวิจัยราบรื่น ขอขอบคุณทีมเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพโรงพยาบาลชลประทาน จังหวัดนนทบุรี ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยอย่างดี ขอบคุณนักสถิติที่ให้ความช่วยเหลือในการวิเคราะห์ข้อมูล และขอขอบคุณผู้เข้าร่วมงานวิจัยทุกท่านที่อนุญาตให้นำข้อมูลมาทำการวิจัย เพื่อนำไปสู่ประโยชน์ต่อการศึกษาและการปรับเปลี่ยนมาตรการการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ประชากรจำแนกเพศ กลุ่มอายุรายปี. [อินเตอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://shorturl.at/rvqUw
2. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ แผนงานพัฒนาดัชนีภาระโรคแห่งประเทศไทย. การสูญเสียปีสุขภาวะ Disability-Adjusted life years: DALYs รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: แฮนดี เพรส; 2566. [เข้าถึงเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://shorturl.at/0y8Ut
3. Harnsomskul R, Jayathavaj V. Forecasting the number of inpatients with dementia and Alzheimer's disease in Thailand. Acad J Community Public Health. 2024;10:74-85.
4. คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2542 [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.พ. 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://www.rbpho.moph.go.th/upload-file/doc/files/12012023-110644-8561.pdf
5. อาทิตยา สุวรรณ, สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 559;5:21-32.
6. Bich NN, Dung NTT, Vu T, Quy LT, Tuan NA, Binh NTT, et al. Dementia and associated factors among the elderly in Vietnam: a cross-sectional study. Int J Ment Health Syst. 2019;13:57. PubMed PMID: 31462907