



# การสำรวจภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2544

ISBN 974-04-0299-2

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

จพ  
๕๖๑๗๗  
๒๕๔๔

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การสำรวจภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์



ชุตินา สืบวงศ์

นาง ชุตินา สืบวงศ์

ผู้วิจัย

ประคอง อินทรสมบัติ

รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ

ค.บ.(พยาบาล), ค.ม.(การบริหารการพยาบาล)

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

เยาวลักษณ์ เลาหะจินดา

รองศาสตราจารย์ เยาวลักษณ์ เลาหะจินดา

วท.บ.(พยาบาล), ค.ม.(การบริหารการพยาบาล)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

เลียงชัย ล้อมม่วง

ศาสตราจารย์ เลียงชัย ล้อมม่วง Ph. D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

ยุวดี ภาษา

รองศาสตราจารย์ ยุวดี ภาษา

วท.บ.(พยาบาล), ค.ม.(วิจัยการศึกษา),

กศ.ด.(การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การสำรวจภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์  
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

วันที่ 14 มิถุนายน พ.ศ. 2544

.....  
ช.ช. ฐิตมา

นาง ชุติมา สืบวงศ์ลี

ผู้วิจัย

.....  
ช.ช. ๒๐๑๐๘

รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ

ค.บ.(พยาบาล), ค.ม.(การบริหารการพยาบาล)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
/๒๐๑๐๘ /๑๖๖: ๑๖๓

รองศาสตราจารย์ เขียวลักษณ์ เล่าหะจินดา

วท.บ.(พยาบาล), ค.ม.(การบริหารการพยาบาล)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
๑๖๖: ๑๖๓

อ.ท.หญิง ดร. ....

ร้อยโทหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัดย์

M.Sc., Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
๑๖๖: ๑๖๓

ศาสตราจารย์ เลียงชัย ลี้มล้อมวงศ์ Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ วชิรา กสิโกศล

วท.บ.(พยาบาลสาธารณสุข), ศศ.ม.(พัฒนาสังคม)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
๑๖๖: ๑๖๓

ศาสตราจารย์ ประภิต วาทีสาธกกิจ

พ.บ., A.B.I.M., FRCP.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือจากคณาจารย์หลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบ  
ขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ รองศาสตราจารย์ เขียวลักษณ์ เกาพะจินดา  
อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้แนวคิดและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ให้คำปรึกษา ตรวจสอบ  
แก้ไขข้อบกพร่องและให้ความช่วยเหลือต่างๆ ด้วยความกรุณาและเสียสละเวลาอย่างมาก  
ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งใจเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ วชิรา กสิโกศลและ  
ร้อยโทหญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสนอข้อคิดเห็นที่เป็น  
ประโยชน์ ช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์  
กนกกรัตน์ สุขะตุงคะ แห่งภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่กรุณาให้  
คำปรึกษาและแนะนำการใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทยซึ่งเป็นเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้  
ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตทุกท่าน ที่ให้ความรู้ด้าน  
การพยาบาลและให้แนวคิดที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนเป็นแบบอย่างที่ดีให้ผู้วิจัย  
มีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาตนเองและพัฒนาวิชาชีพ

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย เจ้าหน้าที่สถานี  
อนามัย และผู้ช่วยวิจัยที่ช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลด้วยความเสียสละ และขอขอบคุณอาจารย์ประจำ  
ภาควิชาพื้นฐานการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ ตลอดจนคณาจารย์  
ทุกท่านที่สนับสนุนและให้กำลังใจมาตลอด ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หลักสูตรปริญญาโท ที่ช่วยเหลือในด้าน  
ต่างๆ เพื่อนักศึกษาปริญญาโทรุ่นที่ 20 คุณทานตะวัน เนตรทอง ตลอดจนน้องๆ ทุกคน ที่คอย  
ช่วยเหลือและให้กำลังใจอย่างดียิ่ง

ท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบระลึกถึงอาม่า คางวง แซ่อ้อ ที่ให้ความเมตตาและให้ข้อคิดเห็น  
ในมุมมองของผู้สูงอายุแก่ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อบุญมากและคุณแม่ทองเพียร โมลี  
ที่ปลูกฝังให้ลูกรักในการศึกษาและมอบความรักอันยิ่งใหญ่ ห่วงใย ให้กำลังใจมาตลอด ขอขอบคุณ  
พี่สาว น้องชายและน้องสาว ตลอดจนสมาชิกในครอบครัวสี่บวงสี่ลี้ทุกท่าน ที่สนับสนุน ช่วยเหลือ  
และให้กำลังใจเสมอมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งขอขอบใจลูกสาวตัวน้อยที่เกิดมาในช่วงของการเก็บ  
ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งเป็นผู้ที่ทำให้ผู้วิจัยเกิดความภาคภูมิใจที่สามารถศึกษาวิทยานิพนธ์  
จนสำเร็จ ควบคู่กับการปฏิบัติงานในวิชาชีพและการเลี้ยงดูลูกให้เติบโตอย่างมีพัฒนาการที่ดีในทุกด้าน  
คุณประโยชน์อันเกิดจากงานวิจัยครั้งนี้ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์และผู้สูงอายุทุกท่าน

3936733 RAAN/M : สาขาวิชา : การพยาบาลผู้ใหญ่ ; พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่)

คำสำคัญ : ภาวะสมองเสื่อม / ผู้สูงอายุ

ชุดที่มา สืบวงศ์ลี : การสำรวจภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์  
(A SURVEY OF DEMENTIA IN THE ELDERLY IN MUANG DISTRICT, NAKORNSAWAN PROVINCE.) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : ประคอง อินทรสมบัติ, ค.ม. (การบริหารการพยาบาล), เขียวลักษณ์ เกาหะจินดา, ค.ม. (การบริหารการพยาบาล). 107 หน้า ISBN 974-04-0299-2

ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการความผิดปกติของสมองที่ส่งผลให้มีการสูญเสียหน้าที่ในด้านเชาว์ปัญญาหลายๆ ด้าน และเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่กำลังมีความสำคัญมากขึ้น การวิจัยเชิงพรรณนาค้างนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ เปรียบเทียบสัดส่วนการเกิดภาวะสมองเสื่อมระหว่างผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตและนอกเขตเทศบาล เปรียบเทียบคะแนนสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตและนอกเขตเทศบาล • ตลอดจนศึกษาคะแนนสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและเปรียบเทียบคะแนนสมรรถภาพสมองระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและไม่มีภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปอาศัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 600 คน แบ่งเป็นผู้สูงอายุในเขตเทศบาล 300 คน และนอกเขตเทศบาล 300 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE) ซึ่งเป็นแบบทดสอบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW

ผลการวิจัยพบผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ที่ได้รับการคัดกรองว่ามีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 24.2 สัดส่วนการเกิดภาวะสมองเสื่อมระหว่างผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) คะแนนสมรรถภาพสมองโดยรวมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลสูงกว่าคะแนนของผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคะแนนสมรรถภาพสมองโดยรวมและคะแนนรายด้านทุกด้านต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นข้อมูลการคัดกรองเบื้องต้นของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้บริการที่ต่อเนื่องในชุมชน และนอกจากนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและส่งเสริมการทำหน้าที่ทางปัญญาแก่ผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาสมรรถภาพสมองเป็นการป้องกันและลดภาวะสมองเสื่อม

3936733 RAAN / M : MAJOR : ADULT NURSING; M.N.S. (ADULT NURSING)

KEY WORDS : DEMENTIA / ELDERLY

CHUTIMA SUEBWONGLEE : A SURVEY OF DEMENTIA IN THE ELDERLY IN MUANG DISTRICT, NAKORNSAWAN PROVINCE. THESIS ADVISORS : PRAKONG INTARASOMBAT, M.Ed., YAUWALUK LAUHACHINDA, M.Ed., 107 p. ISBN 974-04-0299-2

Dementia is a syndrome of acquired persistent dysfunction in several domains of intellectual function and is a growing public health concern. The purpose of this descriptive research was to study dementia in the elderly in a community dwelling and to compare the proportion of dementia between elderly who lived inside and outside the municipal area. The research also aimed to compare the Thai Mental State Examination (TMSE) scores between elderly who lived inside and outside the municipal area, study the TMSE scores in the demented elderly and compare the TMSE scores between the demented and non-demented elderly. The sample for this research was 600 elderly persons age 60 and over who lived in Muang district, Nakornsawan province. 300 lived in the municipal area and 300 lived outside the municipal area. Data were collected using a demographic data record and the TMSE was used to screen the demented elderly. SPSS for Windows was used for data analysis.

The results showed that 24.2% of the elderly subjects had dementia. The proportion of dementia between the elderly who lived in the municipal area and those outside the municipal area was not statistically significant ( $p > .05$ ). The total TMSE scores in the elderly who lived in the municipal area were significantly higher than the elderly outside the municipal area ( $p < .01$ ) and the demented elderly group had significantly lower subtest and total TMSE scores than the non-demented elderly ( $p < .01$ ).

The results obtained in this screening test of dementia in the elderly could be used as basic data for those involved in health care planning for routine evaluation of intellectual deterioration and for selecting the most effective diagnostic and management strategies to prevent and reduce dementia in the elderly population.

## สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ช
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี.....	4
คำถามการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย.....	8
2 ทบทวนวรรณกรรม	
ความหมายและเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม.....	9
การจำแนกระดับความรุนแรงและลักษณะอาการทางคลินิก.....	11
การจำแนกชนิดและสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม.....	13
แนวทางการตรวจวินิจฉัย การดูแลรักษาและการพยากรณ์โรค.....	17
การตรวจสภาพจิตและแบบทดสอบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม.....	21
ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	29

## สารบัญ ( ต่อ )

บทที่	หน้า
3	วิธีดำเนินการวิจัย
	ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง..... 42
	คุณสมบัติของประชากรกลุ่มตัวอย่าง..... 43
	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง..... 44
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 45
	วิธีดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล..... 48
	การวิเคราะห์ข้อมูล..... 49
4	ผลการวิจัย
	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง..... 51
	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม..... 58
	ลักษณะกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม..... 59
	สัดส่วนภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตและนอกเขตเทศบาล..... 62
	คะแนนสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขต และนอกเขตเทศบาล... 63
	คะแนนสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีและไม่มีภาวะสมองเสื่อม..... 64
5	การอภิปรายผล..... 66
6	สรุปผลการวิจัย..... 83
	บรรณานุกรม..... 87
	ภาคผนวก
	ก. แผนที่แสดงเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์..... 103
	ข. คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุในการเข้าร่วมวิจัย..... 104
	ค. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ..... 105
	ง. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย..... 106
	ประวัติผู้วิจัย..... 107

## สารบัญญัตินำ

ตารางที่		หน้า
1	ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล..... ของกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลโดยการ ทดสอบไคสแควร์	52
2	ปัญหาด้านสุขภาพหรือโรคประจำตัวที่พบในผู้สูงอายุ.....	54
3	ร้อยละของยาที่ผู้สูงอายุรับประทานหรือใช้เป็นประจำโดยมีคำสั่ง..... การรักษาจากแพทย์	55
4	ร้อยละของชนิดของยาที่ผู้สูงอายุซื้อรับประทานเองเป็นประจำโดยไม่มี..... คำสั่งการรักษาจากแพทย์	56
5	ร้อยละของอาหารเสริมที่ผู้สูงอายุรับประทานเป็นประจำเพื่อบำรุงสุขภาพ.....	57
6	จำนวน ร้อยละของผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมองและอายุเฉลี่ย..... จำแนกตามระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม	58
7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสมองเสื่อมจำแนกตามข้อมูล..... ส่วนบุคคล	59
8	ปัญหาด้านสุขภาพหรือโรคประจำตัวที่พบในผู้สูงอายุสมองเสื่อม.....	61
9	เปรียบเทียบสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตาม..... เขตที่อยู่อาศัย ด้วยสถิติซี (z-test)	62
10	แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบคะแนนสมรรถภาพ..... สมองโดยรวมและรายด้านระหว่างผู้สูงอายุในเขตเทศบาลและนอกเขต เทศบาล ด้วยสถิติที ( t-test)	63
11	แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบคะแนนสมรรถภาพ..... สมองโดยรวมและรายด้านระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและ ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ด้วยสถิติที ( t-test)	64
12	ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสมรรถภาพสมอง..... โดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุสมองเสื่อม	65

## บทที่ 1

## บทนำ

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสมองเสื่อม เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและได้รับความสนใจอย่างมากในผู้สูงอายุ (อภิญา กังสนารักษ์และคนอื่นๆ, 2536: 20) พบว่าผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปมีภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรกหรือระดับที่ไม่รุนแรงร้อยละ 10 ระดับรุนแรงร้อยละ 5 ส่วนผู้ที่อายุ 80 ปีขึ้นไป จะพบภาวะสมองเสื่อมมากขึ้นจนถึงร้อยละ 20-40 โดยเป็นสมองเสื่อมระดับรุนแรงร้อยละ 20 (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, ใน มาโนช หล่อตระกูลและ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, บรรณาธิการ, 2543: 80; Cummings & Benson, 1992: 4-5; Goldman, 1995:184) และจะพบภาวะสมองเสื่อมสูงขึ้นเป็นร้อยละ 25-50 ในผู้ที่อายุ 85 ปีขึ้นไป (APA, 1994: 137 ; Gutterman, et al., 1999: 1070) สำหรับในประเทศไทยพบภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ประมาณ 4 ล้านคน (Port, Ed., 1998:1329) และจะพบอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ 2 คน ต่อประชากร 100 คน/ปี (Mayeux & Schofield, In Hazzard, et al.,1994: 1039-1040) นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมมากกว่าครึ่งของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด (Goldman, 1995: 184; Ouslander, et al., 1991: 101) และยังพบสมองเสื่อมมากที่สุดในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Holstein, et al., 1994: 972-977) นอกจากนี้ แคทซ์แมนและคนอื่นๆ (Katzman et al.,1989 cited in Friedland, 1992: 484) ได้กล่าวถึงประชากรในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีอายุในช่วง 75-85 ปี ว่ามีโอกาสเป็นสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ได้มากพอ ๆ กับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและมากกว่าสโตรค และยังเป็นสาเหตุอันดับ 4 ของการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ (Wise, et al., In Hales, et al., Eds.,1999: 335) แสดงให้เห็นว่าภาวะสมองเสื่อมกำลังเป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่ง นอกจากนี้ในการประชุมผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ผู้แทนในที่ประชุมต่างยอมรับถึงปัญหาของภาวะสมองเสื่อมว่ามีความสำคัญมากขึ้นทั้งในปัจจุบันและในอนาคตอันใกล้ (มหาวิทยาลัยมหิดล, สถาบันวิจัยและพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 2532: 5)

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) คือกลุ่มอาการความผิดปกติที่เกิดขึ้นเนื่องจากหน้าที่การทำงานของสมองโดยทั่วไปเสื่อมลง อาจเนื่องมาจากการเสื่อมของสมองตามวัย หรือโรคของเนื้อสมอง ทำให้เกิดกลุ่มอาการทางระบบประสาทและอาการทางจิต มีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของสมองที่เกิดขึ้นภายหลังอย่างเรื้อรัง โดยสูญเสียทั้งในด้านความเฉลียวฉลาด ความจำและบุคลิกภาพ อารมณ์และความนึกคิด โดยไม่มีความผิดปกติในด้านระดับความรู้สึกตัว และอาการต่าง ๆ เหล่านี้จะ เป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามลำดับ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2537ก:141) ส่งผลให้ความสามารถในการ แก้ปัญหาในการดำรงชีวิตประจำวัน การเรียนรู้ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการใช้ทักษะทาง สังคมลดลง และมีพฤติกรรมที่แสดงออกที่ไม่เหมาะสม (Keady & Nolan, 1995:309-310; McGuire & Cavanaugh, 1992: 59) เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายจะมีความเสื่อมถอยของสติปัญญาอย่าง มาก จนไม่สามารถดูแลตนเองได้และเป็นภาระหนักแก่ผู้ดูแล (ถาวรณ อุนนาภิรักษ์, 2542: 33; อนันต์ ศรีเกียรติขจร, 2535: 25)

สำหรับในประเทศไทยถึงแม้ปัญหาสมองเสื่อมจะไม่ใช่ว่าปรากฏการณ์ใหม่และไม่ได้เป็น ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่สุดในปัจจุบัน แต่ความซับซ้อนในด้านสาเหตุ ปัจจัยร่วม และพยาธิ สภาพที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม ตลอดจนการขาดความรู้ ความเข้าใจในการจำแนกชนิดของโรค การขาดแคลนบุคลากร เทคนิคการตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษาที่ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมักจะต้องกลายเป็นคนพิการ หมดสมรรถภาพ และไม่สามารถ ดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขจนถึงวัยชรอันสมควร (มหาวิทยาลัยมหิดล, สถาบันวิจัยและพัฒนาวิทยา ศาสตร์และเทคโนโลยี, 2532: 5) และในอนาคตจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยจะเพิ่มจำนวนมาก ขึ้นเรื่อย ๆ จาก 5.6 ล้านคนในปัจจุบัน มีการคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 10.8 ล้านคนในปี 2563 หรือ คิดเป็นร้อยละ 15.3 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2540 อ้างถึงในสุทธิชัย จิตะพันธ์ กุล, 2542: 8) และนอกจากนี้ในการดำเนินงานพัฒนาการสาธารณสุขทั้งด้านบริการการรักษา ส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพได้ส่งผลให้ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น กล่าวคือ อายุเฉลี่ย เพศชายจาก 63.2 ปี ในปี 2535 เป็น 66.6 ปี ในปี 2539 และเพศหญิงจาก 68.7 ปี เป็น 71.1 ปี (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2539: 3) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้งจำนวนและ อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าปัญหาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกำลังมี แนวโน้มที่จะมีความสำคัญมากยิ่งขึ้น และทวีความรุนแรงขึ้นในอนาคตอันใกล้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์และคนอื่น ๆ , ใน ณัฐ ภมรประวัตติและคนอื่น ๆ, บรรณาธิการ, 2541:17 ; Hofman, 1991:737)

ในการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุนั้น เกษม ดันติผลาชีวะ (2527 อ้างถึงใน ชาญทอง ไล่เลิศ, 2535: 9) ได้รายงานปัญหาจิตเวชที่พบในผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา ในปี พ.ศ. 2524 พบว่าเป็นปัญหาจิตเวชที่เกิดขึ้นจากภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 23.66 และพัชรินทร์ วนิชานนท์และคนอื่นๆ (2530: 341-348) ได้ศึกษาโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยนอกสูงอายุของ โรงพยาบาลสมเด็จพระยาในปี พ.ศ.2528-2529 พบว่ามีผู้สูงอายุสมองเสื่อมร้อยละ 11.6 และพบว่า จำนวนผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น และในโรงพยาบาลเดียวกันนี้ ได้มีรายงาน จำนวนผู้สูงอายุที่รับใหม่เป็นครั้งแรกในแผนกจิตเวช ในช่วงเดือนตุลาคม 2531 - กันยายน 2532 ว่าพบ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 20 (พัชรินทร์ วนิชานนท์ และ วิจารย์ วิชัยยะ, 2535: 519) ส่วนการศึกษาในบ้านพักผู้สูงอายุ อภิญา กังสนารักษ์และคนอื่นๆ (2535: 8) ได้ศึกษาผู้สูงอายุที่ อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และได้รายงานผู้สูงอายุสมองเสื่อมว่ามีจำนวน 26 คน จากจำนวนผู้สูงอายุ 257 คน ที่ได้รับการตรวจจากแพทย์ โดยคิดได้เป็นอัตราร้อยละ 10.11

จากการสำรวจผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ผ่านมา ไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรผู้สูงอายุ ทั่วไปได้เนื่องจากการเป็นการสำรวจภายในโรงพยาบาลทางด้านจิตเวชและสถานให้การดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ ซึ่งมีแนวโน้มจะมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะดังกล่าวเป็นจำนวนมากอยู่แล้ว กัมมันต์ พันธุมจินดา และคนอื่นๆ (Phanthumchinda, K.,1991:639-646) จึงได้ศึกษาความชุกของภาวะ สมองเสื่อมในชุมชนโดยเลือกศึกษาในชุมชนแออัดคลองเตย กรุงเทพมหานคร จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุ 500 คน พบผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 9 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 1.8 ต่อมา วรณนิภา สมนาวรรณ (2537: 35-36) ได้ค้นหาผู้สูงอายุสมองเสื่อมภายในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 3 บางซื่อ สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยโดยสำรวจผู้สูงอายุ 850 คน พบ ผู้ที่มีอาการสมองเสื่อมจำนวน 29 คน คิดเป็นอัตราร้อยละ 3.41 ซึ่งสูงกว่าในชุมชนแออัดคลองเตย ส่วนการศึกษาในเขตจังหวัดรอบๆ กรุงเทพมหานครนั้น อภิญา กังสนารักษ์ และคนอื่นๆ (2536:19- 28) ได้สำรวจความชุกของโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่อาศัยในตำบลศาลาษา กิ่งอำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม พบความชุกของโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 4.8 ส่วนการศึกษาในผู้สูงอายุที่อยู่ใน ชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อิงใจ จันทมูล (2539: 123) ได้ศึกษาในเขตจังหวัดร้อยเอ็ด พบ ความชุกของโรคสมองเสื่อมร้อยละ 3.2 และสามารถ นิธินันท์ (2540: 189) ได้ศึกษาในชุมชนเขต เมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา พบความชุกของสมองเสื่อมร้อยละ 10.2

จากอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (นพดล เตมียะประดิษฐ์, 2537: 471; สามารถ นิธินันท์, 2540: 189; Beard, et al., 1995: 75) จากร้อยละ 1.8

จนถึงร้อยละ 10.2 ดังกล่าว และลักษณะอาการของภาวะสมองเสื่อมที่มีความบกพร่องในด้านต่างๆ อันกระทบถึงความสามารถในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ (APA, 1994: 135) ซึ่งนอกจากจะเป็นปัญหาต่อผู้สูงอายุเองแล้ว ยังเป็นปัญหาต่อครอบครัวและสังคมส่วนรวมของประเทศ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541: 116) ทำให้ผู้วิจัยได้ตระหนักและสนใจถึงปัญหาดังกล่าว และเมื่อศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่มักจะมีการศึกษาในสถานพยาบาล บ้านพักผู้สูงอายุ และในชุมชนในพื้นที่เขตเมืองภายในกรุงเทพมหานครและจังหวัดใกล้เคียง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเพื่อสำรวจผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในเขตพื้นที่ต่างจังหวัดอันเป็นการขยายเขตพื้นที่ในการศึกษา และเพื่อให้ครอบคลุมจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น และเป็นการเปรียบเทียบสัดส่วนของภาวะสมองเสื่อมระหว่างผู้สูงอายุที่พักอาศัยในเขตพื้นที่ที่มีความเจริญ และพื้นที่ที่ห่างไกลความเจริญ อันจะก่อให้เกิดประโยชน์ในการวางแผนการให้การดูแล และเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการศึกษาวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้องต่อไป

### กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดของการวินิจฉัยกลุ่มอาการสมองเสื่อมตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association : APA) คือ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition) ซึ่งถือเป็นเกณฑ์มาตรฐานในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมที่นิยมใช้กันโดยทั่วไป โดยมีลักษณะอาการที่สำคัญดังนี้ (APA, 1994 : 134-135 )

ก. มีความบกพร่องของการทำงานของสมองที่เกี่ยวกับปัญญาในหลาย ๆ ด้าน (multiple cognitive function) ซึ่งความบกพร่องนี้จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ได้แก่

1. ความบกพร่องหรือสูญเสียความสามารถในด้านความจำ เป็นอาการแสดงที่สำคัญและเป็นอาการเริ่มแรกที่เด่นชัด ผู้ป่วยจะไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ หรือลืมสิ่งต่าง ๆ ที่เคยเรียนรู้ และจดจำได้เป็นอดีตมาก่อน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะสูญเสียทั้งความจำใหม่ และความจำเรื่องเก่าในอดีต และการสูญเสียความจำจะรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ

2. มีความผิดปกติในด้านปัญญา อย่างน้อย 1 อย่างในกลุ่มอาการดังนี้

- 2.1 มีความผิดปกติด้านการใช้ภาษา อาจแสดงให้เห็นถึงความยากลำบากในการเรียกชื่อคนหรือสิ่งของ คำพูดอาจจะคลุมเครือหรือไม่มีความหมาย พูดเป็นถ้อยคำที่ยาว

อ้อมค้อม วกวน อาจไม่เข้าใจคำพูดของตน สับสนในการเขียนภาษา และพูดจาซ้ำซาก ในระยะต่อมาผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงขึ้นจนพูดไม่ได้ หรือมีรูปแบบของคำพูดผิดปกติ

2.2 มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ โดยที่การรับรู้ ความเข้าใจ และการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อยังเป็นปกติ (apraxia) ผู้ป่วยจะเข้าใจคำสั่งแต่ไม่สามารถปฏิบัติตามได้แม้จะเป็นกิจกรรมง่าย ๆ ความบกพร่องในด้านนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

2.3 ไม่สามารถจำ หรือแยกแยะสิ่งของต่าง ๆ แม้จะมีประสาทสัมผัสรับรู้ที่ปกติ (agnosia) คือผู้ป่วยสามารถเห็นหรือได้กลิ่นแต่ไม่สามารถรับรู้หรือจำแนกได้ว่าเป็นอะไร

2.4 มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองในระดับที่ซับซ้อนขึ้น เป็นอาการแสดงที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม การทำหน้าที่ที่ซับซ้อนจะรวมถึงความสามารถในการคิดเชิงนามธรรม การวางแผน การคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การเรียงลำดับ การติดตามตรวจสอบ และการหยุดพฤติกรรมต่าง ๆ ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงที่ชัดเจนถึงความสามารถที่ลดลง และส่งผลกระทบต่อการกระทำกิจวัตรหน้าที่ประจำวัน

ข. เกณฑ์อาการแสดงในข้อ ก. จะต้องมีความรุนแรงจนเป็นสาเหตุให้เกิดความบกพร่องในการประกอบอาชีพ การมีกิจกรรมทางสังคม และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความบกพร่องที่เกิดขึ้นนี้จะต้องแสดงให้เห็นถึงระดับความสามารถที่ลดลงจากเดิมอย่างชัดเจน

จากเกณฑ์การวินิจฉัยอาการสมองเสื่อมตามลักษณะอาการดังกล่าว ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาภาวะสมองเสื่อมในเขตจังหวัดนครสวรรค์ โดยจังหวัดนครสวรรค์เป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่คาบเกี่ยวระหว่างพื้นที่ในเขตภาคเหนือและภาคกลาง เป็นศูนย์กลางการคมนาคมและเป็นศูนย์กลางด้านเศรษฐกิจในภูมิภาคของเขตภาคเหนือตอนล่างและภาคกลางตอนบน เนื่องจากเป็นทางผ่านของผู้ที่จะเดินทางไปภาคเหนือ ส่งผลให้จังหวัดนครสวรรค์มีความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ รายได้ของประชากรจังหวัดสูงเป็นอันดับ 4 ของภาคเหนือ พื้นที่ในเขตเมืองมีความเจริญ มีระบบสาธารณูปโภคครบถ้วน การคมนาคมและการติดต่อสื่อสารสะดวก เป็นย่านเศรษฐกิจ ประชากรในเขตเมืองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจ/ค้าขาย สภาพเศรษฐกิจโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี มีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่นปานกลางถึงหนาแน่นมาก เป็นที่ตั้งของหน่วยงานราชการ ห้างสรรพสินค้า บริษัทห้างร้านต่างๆ มีสวนสาธารณะขนาดใหญ่อยู่ใจกลางเมือง และมีการรวมตัวของผู้สูงอายุเพื่อออกกำลังกายและพบปะพูดคุยกันทุกวัน มีชมรมผู้สูงอายุ และชมรมอื่นๆ ตลอดจนมูลนิธิต่างๆ จำนวนมาก ส่วนพื้นที่นอกเขตเทศบาลมีความแตกต่างที่ชัดเจนจากพื้นที่ในเขตเทศบาล ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง มีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่นน้อยถึงหนาแน่น

ปานกลางกระจายตามพื้นที่ ลักษณะการดำเนินชีวิตเรียบง่าย บางพื้นที่ระบบสาธารณสุขปกคังไม่ครบถ้วน

ความแตกต่างของพื้นที่ภูมิศาสตร์และสภาพแวดล้อมต่างๆ อาจมีปัจจัยบางประการ ที่ส่งผลให้เกิดภาวะสมองเสื่อมที่แตกต่างกัน ในการวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ DSM-IV โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE) เป็นแบบทดสอบในการคัดกรอง และเปรียบเทียบสัดส่วนของภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน โดยผู้วิจัยได้ศึกษาผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่อาศัยนอกเขตเทศบาลของเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์

#### คำถามการวิจัย

1. ผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ มีภาวะสมองเสื่อมมากน้อยเพียงใด
2. ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล มีสัดส่วนการเกิดภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกันหรือไม่
3. คะแนนสมรรถภาพสมองโดยรวมและรายด้าน คือด้านการรับรู้ การจดจำ ความใส่ใจ การคำนวณ ภาษาและการระลึกได้ ของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาลแตกต่างกันหรือไม่
4. คะแนนสมรรถภาพสมองรายด้าน ของผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นอย่างไร แตกต่างกันหรือไม่

#### สมมติฐานการวิจัย

1. สัดส่วนการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ที่อาศัยในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลมีความแตกต่างกัน
2. ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลมีคะแนนสมรรถภาพสมองโดยรวมและรายด้านแตกต่างกัน
3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมมีคะแนนสมรรถภาพสมองรายด้านทุกด้านแตกต่างกัน

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์
2. เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการเกิดภาวะสมองเสื่อม ระหว่างผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนสมรรถภาพสมองโดยรวมและรายด้าน ระหว่างผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล
4. เพื่อศึกษาคะแนนสมรรถภาพสมองโดยรวมและรายด้าน ของผู้สูงอายุสมองเสื่อม และเปรียบเทียบคะแนนสมรรถภาพสมองรายด้าน ระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม

## ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้เครื่องมือในการคัดกรองคือ แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination : TMSE) ที่สร้างและพัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2535 โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 600 คน ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ โดยแบ่งพื้นที่ในการศึกษาเป็น ภายในเขตเทศบาลคือ ตำบลปากน้ำโพ และนอกเขตเทศบาลคือ ตำบลเกรียงไกร และตำบลกลางแดด ศึกษาในช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2541

## นิยามศัพท์

ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง กลุ่มอาการความผิดปกติทางระบบประสาทและทางจิต ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำหน้าที่ของสมองเสื่อมลง แสดงออกในรูปแบบของการสูญเสียความสามารถในด้านความจำ ทั้งการจดจำและการระลึกได้ ตลอดจนมีความบกพร่องในด้านการรับรู้ ความใส่ใจ การคำนวณ และด้านภาษา เช่น การบอกชื่อสิ่งของ การพูด การอ่าน การเขียน การเคลื่อนไหว ปฏิบัติกิจกรรม และความคิดเชิงนามธรรม โดยไม่มีความผิดปกติในด้านระดับความรู้สึกตัว และอาการต่างๆ จะเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ตามลำดับ ส่งผลให้สูญเสียความสามารถในกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การมีกิจกรรมทางสังคม หรือการมีส่วนร่วมทางสังคมกับผู้อื่น ซึ่งภาวะอาการดังกล่าวนี้

สามารถคัดกรองโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination :TMSE) ที่สร้างและพัฒนาขึ้นโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ซึ่งผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะได้คะแนนสมรรถภาพสมองต่ำกว่า 23 คะแนน

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการวางแผนให้การบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการวางแผนในการเฝ้าระวังหรือป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ
2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่อาจสะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมและเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในประเด็นอื่นๆ ต่อไป



## บทที่ 2

### ทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาวิจัยเรื่องการสำรวจภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับหัวข้อที่ศึกษาคือ

1. ความหมายและเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม
2. การจำแนกระดับความรุนแรงและลักษณะอาการทางคลินิก
3. การจำแนกชนิดและสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม
4. แนวทางการตรวจวินิจฉัย การดูแลรักษา และการพยากรณ์โรค
5. การตรวจสภาพจิตและแบบทดสอบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม
6. ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### ความหมายและเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

#### ภาวะสมองเสื่อม (Dementia)

ภาวะสมองเสื่อม เป็นความผิดปกติทางจิตที่รวมการเสื่อมหน้าที่ในส่วนของการรู้คิดหาเหตุผลและความจำไว้ด้วยกัน (Dickson & Ranseen ,1990 cited in Hutchinson & Wilson, 1996) และมีความบกพร่องในลักษณะของพฤติกรรม โดยอาการและอาการแสดงที่ปรากฏเป็นผลมาจากการทำลายสมองในส่วนต่าง ๆ และอาการที่แสดงออกมานั้นจะรุนแรงจนสามารถเป็นเหตุให้เกิดความบกพร่องในหน้าที่การงาน การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการเข้าสังคม (APA, 1994: 133-134)

นิพนธ์ พงวรินทร์ (2537ก:141) ได้กล่าวถึงความหมายของภาวะสมองเสื่อมว่า หมายถึง กลุ่มอาการทางระบบประสาทและอาการทางจิตที่มีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของสมองที่เกิดขึ้นภายหลังอย่างเรื้อรัง โดยมีการสูญเสียทั้งด้านความเฉลียวฉลาด ความจำและบุคลิกภาพ อารมณ์และความนึกคิด โดยที่ไม่มีความผิดปกติในด้านระดับความรู้สึกตัวและอาการต่างๆ เหล่านี้จะเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามลำดับ

## การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

เพื่อให้การวินิจฉัยกลุ่มอาการสมองเสื่อมเป็นไปในมาตรฐานเดียวกัน ทางสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association : APA) ได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐาน ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมไว้ใน DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition) ซึ่งเกณฑ์นี้จะเน้นถึงอาการสมองเสื่อมที่เป็นโรคทางกาย และที่มีพยาธิสภาพเป็นแบบกระจัดกระจาย โดยมีลักษณะอาการที่สำคัญดังนี้ (APA , 1994 : 134-135 )

ก. มีความบกพร่องของการทำงานของสมอง ที่เกี่ยวกับสติปัญญาความเฉลียวฉลาดหลาย ๆ ด้าน ซึ่งความบกพร่องนี้จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ได้แก่

1. ความบกพร่องหรือสูญเสียความสามารถในด้านความจำ เป็นอาการแสดงที่สำคัญและเป็นอาการเริ่มแรกที่เด่นชัด ผู้ป่วยจะไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ หรือลืมสิ่งต่าง ๆ ที่เคยเรียนรู้และจดจำได้เป็นอย่างดีมาก่อน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะสูญเสียทั้งความจำใหม่ ๆ และความจำเรื่องเก่า ๆ ในอดีต อาจจะมีสิ่งของที่สำคัญ เช่น กระเป๋าตังค์ กุญแจ ลืมอาหารที่กำลังปรุงคั้งไว้บนเตา ลืมเพื่อนบ้านที่ไม่ค่อยสนิทคุ้นเคย ในระยะต่อมา การสูญเสียความจำจะรุนแรงมากขึ้นจนลืมอาชีพ การงานของตน ลืมประวัติการศึกษา วันเกิด สมาชิกในครอบครัว และบางครั้งอาจจะลืมแม้กระทั่งชื่อของตนเอง

2. มีความผิดปกติในด้านปัญญาอย่างน้อย 1 อย่างในกลุ่มอาการดังนี้

- 2.1 มีความผิดปกติด้านการใช้ภาษา อาจแสดงให้เห็นถึงความลำบากในการเรียกชื่อคนหรือสิ่งของ คำพูดอาจจะคลุมเครือหรือไม่มีความหมาย พูดเป็นถ้อยคำที่ยาวอ้อมค้อม วกวน อาจไม่เข้าใจคำพูดของตน สับสนในการเขียนภาษา และพูดจาซ้ำซาก ในระยะต่อมาผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงขึ้นจนพูดไม่ได้ หรือรูปแบบของคำพูดผิดปกติเช่น พูดตามเสียงที่ได้ยิน (echolalia) เปล่งเสียงหรือพูดคำซ้ำ ๆ เร็วขึ้นเรื่อย ๆ (palilalia)

- 2.2 มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ โดยที่การรับรู้ความเข้าใจ และการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อยังเป็นปกติ (apraxia) ผู้ป่วยจะเข้าใจคำสั่งแต่ไม่สามารถปฏิบัติตามได้แม้จะเป็นกิจกรรมง่าย ๆ เช่น การหิวผม การโบกมือเพื่อรำลา เป็นต้น ความบกพร่องในด้านนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การประกอบอาหาร การแต่งตัว และไม่สามารถวาดรูปต่าง ๆ ได้

- 2.3 ไม่สามารถจำหรือแยกแยะสิ่งของต่าง ๆ แม้จะมีประสาทสัมผัสรับรู้ที่ปกติ (agnosia) คือผู้ป่วยสามารถเห็นหรือได้ยิน แต่ไม่สามารถรับรู้หรือจำแนกได้ว่าเป็นอะไร เช่น ไม่สามารถบอกได้ว่าสิ่งนั้นคือ แก้ว ดินสอ เป็นต้น ในระยะต่อมาผู้ป่วยอาจจะจำสมาชิกใน

ครอบครัวยังคงไม่ได้ หรือแม้กระทั่งไม่สามารถจำเงาสะท้อนของตนเองจากกระจกได้ ในทำนองเดียวกัน ในขณะที่ประสาทสัมผัสทางผิวหนังเป็นปกติ แต่ผู้ป่วยก็ไม่สามารถแยกแยะได้ว่า วัตถุที่กำลังถือไว้ในมือเป็นอะไร เช่น เป็นเหรียญ หรือเป็นกุญแจ

2.4 มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองในระดับที่ซับซ้อนขึ้น ซึ่งเป็นอาการแสดงที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม และอาจจะเกี่ยวกับความผิดปกติของสมองส่วน frontal lobe หรือเกี่ยวกับ subcortical pathway การทำหน้าที่ที่ซับซ้อนจะรวมถึงความสามารถในการคิดเชิงนามธรรม การวางแผน การคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การเรียงลำดับ การติดตามตรวจสอบ และการหยุดพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งความบกพร่องดังกล่าวนี้อาจจะแสดงออกโดยการที่ผู้ป่วยมีความลำบากในการเผชิญกับงานที่แปลกใหม่ และพยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์ซึ่งมีการดำเนินการโดยอาศัยข้อมูลใหม่ ๆ และซับซ้อน ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงที่ชัดเจนถึงความสามารถที่ลดลงและส่งผลกระทบต่อการทำงานจิวัตรหน้าที่ประจำวัน

ข. เกณฑ์อาการแสดงในข้อ ก จะต้องมีความรุนแรงจนเป็นสาเหตุให้เกิดความบกพร่องในการประกอบอาชีพหรือการมีกิจกรรมทางสังคม เช่น การทำงานต่าง ๆ การดูแลด้านการเงิน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้แก่ การอาบน้ำ แต่งตัว เป็นต้น และความบกพร่องที่เกิดขึ้นนี้จะต้องแสดงให้เห็นถึงระดับความสามารถที่ลดลงจากระดับเดิมอย่างชัดเจน

จากเกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมดังกล่าวข้างต้น หากพบอาการแสดงของข้อ ก. และ ข. ปრაกฏอยู่ในระยะเพื่อสับสน (delirium) แล้ว จะไม่วินิจฉัยว่าผู้นั้นมีภาวะสมองเสื่อม แต่อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่แล้วอาจจะพบภาวะเพื่อสับสนร่วมด้วยเป็นครั้งคราว ซึ่งผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงของระดับการรู้สีกตัวร่วมด้วยเสมอ

## การจำแนกระดับความรุนแรงและลักษณะอาการทางคลินิกของภาวะสมองเสื่อม

### การจำแนกระดับความรุนแรงของอาการสมองเสื่อม

ในการจำแนกระดับความรุนแรง จะต้องพิจารณาจำนวนและความรุนแรงของอาการที่เป็นและผลกระทบที่ติดตามมา ในแง่กิจกรรมการทำงานหรือด้านสังคม (สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน, 2541: (4)-(5)) เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมมักจะมีอาการเปลี่ยนแปลงและมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเป็นระยะ การจำแนกความรุนแรงของอาการเป็นระดับต่าง ๆ จะช่วยให้เกิดประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการดูแลผู้ป่วย โดยสามารถจำแนกระดับและความรุนแรงของอาการสมองเสื่อมได้ 3 ระดับคือ ( กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2540: 43-44; นัยพินิจ คชภักดี, 2532: 3; APA, 1987: 104; Johnson & Johnson, In Stanley & Beare, Ed., 1995: 497; Sadavoy, et al., 1991: 293)

### 1. ระดับไม่รุนแรงหรือระยะเริ่มแรกของอาการ

ผู้ป่วยเริ่มมีความบกพร่องในด้านการปฏิบัติหน้าที่ที่ทำงาน และด้านสังคมอย่างเด่นชัด แต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีอาการหลงลืมไม่มาก ดูแลรักษาสุขภาพอนามัยของตนเองได้ และสามารถตัดสินใจเรื่องทั่ว ๆ ไปได้ด้วยตนเอง แต่อาจมีข้อบกพร่องบ้างในการแก้ปัญหาชีวิตประจำวัน

### 2. ระดับปานกลางหรือระยะกลางของโรค

ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง ความจำเสียเห็นได้ชัดเจน สับสนเกี่ยวกับเวลา สถานที่ ไม่สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้ ถ้าหากปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวตามลำพัง หรือตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ด้วยตนเอง อาจเกิดอันตรายได้ จึงจำเป็นต้องมีผู้ที่คอยช่วยเหลือดูแลใกล้ชิด

### 3. ระดับรุนแรงหรือระยะสุดท้ายของโรค

มีอาการสมองเสื่อมรุนแรงมากจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง สูญเสียความจำอย่างมาก สับสนไม่รู้เวลาสถานที่หรือเรื่องราวต่างๆ อาจมีอาการซึมเศร้าไม่สามารถคิดหรือตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพูดไม่รู้เรื่องหรือไม่พูด อาจเป็นอัมพาตเคลื่อนไหวไม่ได้ หรือมีความผิดปกติจากความพิการของระบบประสาทส่วนอื่นร่วมด้วย จนกลายเป็นผู้ป่วยหนักเรื้อรังที่ต้องการการดูแลตลอดเวลา

### ลักษณะอาการทางคลินิกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีอาการและอาการแสดงในด้านต่างๆ ดังนี้ (Cook-Deegan, et al., 1988: 68-77; Rebok & Folstein, 1994: 222-223)

**ด้านปัญญา (cognition)** อาการที่ปรากฏเริ่มแรกและเป็นอาการที่เด่นชัดที่สุดคือ ความจำบกพร่อง โดยจะเริ่มสูญเสียความจำใหม่ๆ เช่น ลืมการนัดหมาย ลืมว่าสิ่งของที่แขวนวางเป็นประจำอยู่ที่ไหน ลืมชื่อคนที่คุ้นเคย มีปัญหาในการเลือกใช้คำและการเรียกชื่ออย่างทันทีทันใด มีความบกพร่องในเรื่องความจำด้านสถานที่และเวลา และมีสมาธิบกพร่อง ในระยะต่อมาเมื่ออาการรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยจะยังมีความบกพร่องในด้านต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น เช่น ความจำในเรื่องเก่า ๆ ที่เคยจดจำได้เป็นอย่างดีมาก่อน มีความผิดปกติของการใช้ภาษา การรับรู้ สูญเสียความคิดในเชิงนามธรรม ไม่สามารถบอกเหตุผลหรือแนวคิดต่าง ๆ ได้ รวมทั้งไม่สามารถจัดระบบการทำงานที่ซับซ้อนได้

**ด้านพฤติกรรม** ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปได้หลายอย่าง เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว (aggressive behavior) ซึ่งในชุมชนจะพบผู้ที่สมองเสื่อมร้อยละ 31 ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวโดยเฉลี่ย 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ (Ryden, 1988 cited in Taft & Cronin - Stubbs,

1995 :143) บางรายจะแสดงอารมณ์โกรธอย่างรุนแรง อาจมีอาการร่วนวาย (agitation) ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 55 อาจเดินหลงทางออกนอกสถานที่โดยไม่มีจุดหมายและหาทางกลับไม่ได้ (wandering) พบได้ร้อยละ 12 (Harrell, et al., 1995: 221) และพบว่าเกือบร้อยละ 90 ที่มีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง อาจเฉยเมยไม่สนใจผู้อื่นหรือสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยมักแสดงออกถึงความผิดปกติทางกาย เช่น มีปัญหาในการนอน อาจนอนกลางวัน และตื่นตอนกลางคืนมารื้อค้นของ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 40-60 ของผู้ป่วยสมองเสื่อม มีการสูญเสียความอยากอาหาร ลืมว่าหิว ประกอบกับการมีแผลในช่องปากและฟันทำให้เกิดความเจ็บปวด ทำให้ไม่รับประทานอาหารเช้าส่งผลให้น้ำหนักลดขาดสารอาหารหรือเสียชีวิตได้ ซึ่งปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้จะมีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามความรุนแรงของโรคและเป็นปัญหาสำคัญที่จะต้องรีบให้ความดูแลช่วยเหลือ ซึ่งเป็นภาระที่หนักหน่วงและก่อให้เกิดความยากลำบากแก่ผู้ดูแล (พัชรินทร์ วนิชานนท์ และวิจารณ์ วิชัชยะ , 2535: 524)

**ด้านอารมณ์และอาการทางจิต** การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และความผิดปกติทางจิตเวช มักจะเกิดไปพร้อมๆ กับการเปลี่ยนแปลงในด้านสติปัญญาความเฉลียวฉลาดและด้านพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เช่น มีอาการวิตกกังวล (anxiety) ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 67 (Harrell, et al., 1995: 220-221) มีอาการซึมเศร้า ซึ่งพบอาการนี้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมร้อยละ 17-40 ส่วนอาการทางจิตเวชนั้นมักจะพบอาการหลงผิดชนิดหวาดระแวงและประสาทหลอน โดยมีรายงานผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชน ร้อยละ 43 เคยมีอาการหลงผิด (delusions) และร้อยละ 23.5 เคยมีอาการประสาทหลอน (hallucinations) (Deutsch, et al., 1991 cited in Taft & Cronin-Stubbs, 1995 : 143)

### **การจำแนกชนิดและสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม**

การจัดแบ่งชนิดหรือกลุ่มอาการของภาวะสมองเสื่อมทำได้หลายแบบดังนี้ (กัมมันต์ พันธุมจินดา , 2540: 40-42)

1. การจำแนกตามสาเหตุการเกิด ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มคือ (Graham, et al., 1995: 111)

1.1 Primary dementia เกิดจากความผิดปกติหรือการเสื่อมลงของเซลล์สมอง ซึ่งยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด เช่น โรคอัลไซเมอร์, โรคพิกค์ โรคฮันติงตัน เป็นต้น

1.2 Secondary dementia เกิดจากโรคต่าง ๆ ที่ทราบสาเหตุ เป็นผลจากโรคทางกายอื่น ๆ ที่มีผลกระทบทำให้เกิดอาการสมองเสื่อม เช่น โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดสมอง โรคติดเชื้อต่าง ๆ โรคทางเมตาบอลิซึม โรคจากสารพิษและยา เป็นต้น

2. การจำแนกตามลักษณะทางคลินิก ซึ่งแบ่งตามส่วนของสมองที่มีพยาธิสภาพได้แก่

2.1 Cortical dementia มักมีอาการคล้ายกับรอยโรคในเปลือกสมอง (cerebral cortex) ที่เป็นเฉพาะที่ โดยเฉพาะในระยะแรก ๆ ของโรค เช่น อาการผิดปกติเกี่ยวกับการใช้ภาษา สมองเสื่อมไป ความจำเสื่อมทั้งความจำใหม่ ๆ และความจำในอดีต เรียกชื่อสิ่งของไม่ถูก และทำอะไรไม่ถูกขั้นตอน นอกจากนี้จะมีความผิดปกติเกี่ยวกับการจำทิศทาง และความสามารถในการทำงาน การแต่งตัวเสียไป และไม่สามารถจดจำสิ่งแวดล้อม หรือปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม บางครั้งอาจระงับอารมณ์ไม่อยู่ ในระยะท้ายของโรค อาจมีความผิดปกติของการเดิน ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ พูดไม่ชัดหรือพูดไม่ได้และมีความผิดปกติอื่นๆ ทางระบบประสาท โรคในกลุ่มนี้ได้แก่ โรคอัลไซเมอร์, โรคพิกค์

2.2 Subcortical dementia จะมีลักษณะการสูญเสียการทำงานของเปลือกสมองที่ค่อนข้างกระจัดกระจายกว่า cortical dementia และการสูญเสียการทำงานของเปลือกสมองมักจะไม่รุนแรง ส่วนใหญ่มักจะแสดงออกมาในรูปของการกระทำที่เชื่องช้าลง ความคิดความอ่านไม่ฉับไว ความตั้งใจลดลง หลงลืมง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลง ซึ่งลักษณะที่พบบ่อยมากที่สุดคืออาการซึมเศร้า ขาดแรงกระตุ้นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลักษณะที่เด่นมากในสมองเสื่อมชนิดนี้คือความผิดปกติเกี่ยวกับระบบการเคลื่อนไหว ได้แก่ การเคลื่อนไหวช้าลง (bradykinesia) พูดช้าลง พูดไม่ชัด (dysarthria) มีการเคลื่อนไหวผิดปกติ เช่น การเคลื่อนไหวบิดไปมาโดยควบคุมไม่ได้ (choreoathetosis) และความผิดปกติอื่นๆ ทางระบบประสาทในระยะแรก ๆ ของโรค ซึ่งโรคในกลุ่มนี้ได้แก่ โรคพาร์กินสัน โรคน้ำคั่งในโพรงสมอง (Normal pressure hydrocephalus) เป็นต้น

นอกจากการแบ่งชนิดของภาวะสมองเสื่อมดังกล่าวแล้ว สมาคมจิตแพทย์อเมริกันยังได้แบ่งประเภทของภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ ได้หลายประเภทดังนี้ (APA, 1994: 123)

1. สมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์
2. สมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง
3. สมองเสื่อมจากโรคติดเชื้อ เอชไอวี
4. สมองเสื่อมจากการบาดเจ็บทางศีรษะ
5. สมองเสื่อมจากโรคพาร์กินสัน
6. สมองเสื่อมจากโรคฮันติงตัน
7. สมองเสื่อมจากโรคพิกค์
8. สมองเสื่อมจากโรคครอยท์เฟลท์-เจคอบ (Creutzfeldt-Jakob Disease)
9. สมองเสื่อมที่เกิดจากชนิดต่าง ๆ
10. สมองเสื่อมจากสารหรือวัตถุต่าง ๆ

11. สมองเสื่อมจากหลาย ๆ สาเหตุร่วมกัน

12. สมองเสื่อมจากสาเหตุอื่น ๆ

สาเหตุของสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ พบได้มากที่สุดร้อยละ 50-60 (Coni, et al., 1993: 61; Ebly, et al., 1994:1593; Graves, et al., 1996:760) แต่บางรายงานพบได้ถึงร้อยละ 70 (Fratiglioni, et al., 2000: S10-S15; McGuire & Cavanaugh, 1992: 60) รองลงมาคือสาเหตุจากหลอดเลือดเสื่อมพบได้ร้อยละ 10-30 (Friedland, 1992: 485; Goldman, 1995: 184; Hutchinson & Wilson, 1996: 221; Tueth, 1995) นอกจากนี้ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ เมื่อผ่าศพพิสูจน์แล้วพบว่าประมาณร้อยละ 15-20 จะมีสาเหตุร่วมกันของสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และสมองเสื่อมจากหลอดเลือดเสื่อม (Wise, et al., In Hales, et al., 1999:334) ซึ่งรายละเอียดของสมองเสื่อมทั้ง 2 ประเภทมีดังนี้

### 1. Dementia of the Alzheimer's Type:DAT

โรคอัลไซเมอร์ถูกค้นพบโดย Alois Alzheimer ชาวเยอรมัน ในปี ค.ศ.1907 โดยการตรวจสมองในผู้ป่วยที่มีประวัติสมองเสื่อมและเสียชีวิตลง ในการตรวจได้ค้นพบ neurofibrillary tangle และ neuritic plaque ในสมอง (Cotran, et al.,1989: 1427-1428; Graham, et al., 1995:111; Hutchinson & Wilson, 1996:220; Stolley, et al., 1995:269) ซึ่งจะพบมากในสมองส่วน neocortex และ hippocampus (Morrison., et al., 1993: 768) เป็นผลให้มีการทำลายและสูญเสียเซลล์ประสาท มีการหลั่งสารสื่อประสาทน้อยลง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อในด้านความจำและการเรียนรู้ (Fauci, et al., 1998: 2350; Hutchinson & Wilson, 1996:221; Pitt, Ed., 1987: 7)

โรคอัลไซเมอร์จะมีลักษณะอาการดังนี้

1.การสูญเสียความจำโดยเฉพาะความจำระยะสั้น เป็นอาการสำคัญที่พบในผู้ป่วยทุกราย ในระยะแรกจะสังเกตว่าผู้ป่วยลืมง่าย เช่น ลืมชื่อคน ลืมการนัดหมาย ต่อมาจะสูญเสียความจำระยะยาว ลืมเรื่องต่างๆ ในอดีต

2.การสูญเสียความสามารถทางภาษา ผู้ป่วยจะรู้สึกว้าปากในการค้นหาคำพูด ไม่สามารถเขียนถ่ายทอดความคิดของตนเอง ไม่เข้าใจทางด้านวรรณศิลป์ จนในที่สุดจะไม่สามารถพูดได้ (Hutchinson & Wilson, 1996:221)

3.มีความผิดปกติในการควบคุมการเคลื่อนไหว โดยที่กำลังกล้ามเนื้อขยับผิดปกติ ผู้ป่วยจะรู้สึกว้าปากในการทำงานที่ซับซ้อน

4. สูญเสียความสามารถในการรับรู้ ไม่รู้จักสิ่งของและคนรอบข้าง และในระยะท้าย ผู้ป่วยจะไม่ตระหนักถึงความรัก ไม่ว่าจะรักผู้อื่นหรือร่างกายของตนเอง

จากการสูญเสียในลักษณะต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถดูแลตนเองได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น ซึมเศร้า กระวนกระวาย ประสาทหลอน และในระยะท้ายของโรคผู้ป่วยมักกลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ และบางรายมีการชักเกร็ง (Morrison, et al., 1993: 767) ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 10-20 ในระยะแรกของอาการสมองเสื่อม (Rossor, In Bradley, et al., 2000: 1705) ระยะเวลาในการดำเนินโรค 2-20 ปี เฉลี่ยประมาณ 10 ปี (Stolly, et al., 1995: 269) และจากการศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์คือ อายุที่สูงขึ้น ประวัติการหลงลืมในครอบครัวซึ่งอาจมีสาเหตุจากด้านพันธุกรรม และการได้รับบาดเจ็บทางศีรษะ (Fauci, et al., 1998: 2349; Katzman, 1993a: 166-167)

## 2. Vascular dementia

ภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมองที่พบได้บ่อยคือ สมองเสื่อมจากการตายของเนื้อสมองในหลาย ๆ ส่วนของสมอง (Multi-infarct dementia : MID) ซึ่งอาจจะพบร่วมกับโรคอัลไซเมอร์ ความผิดปกติต่าง ๆ เกิดขึ้นเนื่องจากการตายของเนื้อสมอง จากการศึกษาย้อนหลังพบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสมองเสื่อมและปริมาณรวมทั้งหมดของเนื้อสมองที่ตาย ซึ่งสมองเสื่อมจะเกิดในผู้ป่วยทุกรายที่สมองถูกทำลายไปมากกว่า 100 มิลลิเมตร (Graham, et al., 1995: 120)

ลักษณะอาการจะเริ่มเป็นอย่างรวดเร็วทันทีทันใด และมีการเสื่อมลงเป็นลำดับขั้น อาการความเสื่อมที่สังเกตพบจะสัมพันธ์กับบริเวณที่เนื้อเยื่อสมองขาดเลือดไปเลี้ยง มีอาการและอาการแสดงของระบบประสาทเฉพาะที่ เช่น ความลำบากในการพูด การอ่อนแรงของแขน ขา การเป็นอัมพาต การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ เป็นต้น ผู้ป่วยมักมีประวัติความดันโลหิตสูง สโตรค เบาหวาน หัวใจเต้นผิดปกติ และโรคของหลอดเลือดสมอง (Davidoff, 1994: 514; Friedland 1992: 485-486; Goldman, 1995: 184; Hutchinson & Wilson, 1996: 221; Stolley, et al., 1995: 272) และพบว่าปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมองคือ การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า และการมีระดับไขมันในเลือดสูง (Skoog, 1998: 2-9) ส่วนอาการแสดงของความบกพร่องทางปัญญา คืออาการของความผิดปกติในการพูด การเสื่อมของเขาวีปัญญา ความจำบกพร่อง ความสนใจตั้งใจลดน้อยลง และอาจมีความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 60 (Cumplings, 1988 cited in Davidoff, 1994: 525) และยังอาจพบอาการหลงผิดหวาดระแวง (delusions) ร่วมด้วย ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง มักจะมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 6-8 ปี หลังการวินิจฉัย (Davidoff, 1994: 524)

## แนวทางการตรวจวินิจฉัย การดูแลรักษา และการพยากรณ์โรค

### แนวทางการตรวจวินิจฉัยอาการสมองเสื่อม

ขั้นตอนในการวินิจฉัยอาการสมองเสื่อมนั้น ถ้าหากผู้ป่วยมีอาการมากก็สามารถอาศัยลักษณะอาการทางคลินิกตามเกณฑ์ของการวินิจฉัย แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการน้อยหรือสงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมในขั้นตอนแรก ควรคัดกรองดูว่าผู้ป่วยมีอาการสมองเสื่อมหรือไม่ สำหรับวิธีการคัดกรองมีได้หลายวิธี เช่น การใช้แบบประเมินเปรียบเทียบผลการทดสอบความจำและการรู้คิดเปรียบเทียบกับกลุ่มอ้างอิง โดยแบบทดสอบที่นิยมใช้คือ The Mini-Mental Status Examination (MMSE), Clinical Dementia Rating (CDR), The Blessed Information – Memory – Concentration : (IMC)

จากการใช้แบบทดสอบเพื่อคัดกรองผู้ป่วยสมองเสื่อมนี้เป็นเพียงขั้นตอนเริ่มต้นเท่านั้น ในการวินิจฉัยขั้นตอนต่อไปจำเป็นต้องอาศัยการประเมินในด้านต่าง ๆ เช่น การสัมภาษณ์ประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางระบบประสาทและทางจิตวิทยา ฯลฯ เพื่อให้การวินิจฉัยถูกต้องยิ่งขึ้น อันจะเป็นแนวทางในการดูแลรักษาต่อไป

### การตรวจหาสาเหตุของอาการสมองเสื่อม

ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม มีสาเหตุการเกิดได้หลายสาเหตุ ในการตรวจหาสาเหตุนั้น ควรจะใช้หลายๆ วิธีร่วมกัน ซึ่งนอกจากการตรวจตามอาการและอาการแสดงแล้ว ยังมีการตรวจขั้นพื้นฐานซึ่งควรจะตรวจในผู้ป่วยทุกรายคือ การตรวจเลือดและเคมีทางเลือด ได้แก่ การตรวจนับเม็ดเลือด, อิเล็กโทรลไลต์, น้ำตาลในเลือด, ครีเอตินิน, ยูเรีย, บิลิรูบิน, ซีฟิไลส, การทำหน้าที่ของต่อมไทรอยด์, วิตามินบี 12 และโฟเลท เป็นต้น (Molony, et al., Eds., 1999: 67-68; Reichman & Cummings, 1992:301-302) การตรวจอื่นๆ นั้นจะทำเมื่อสงสัยว่าผู้ป่วยอาจเกิดอาการสมองเสื่อมจากสาเหตุอื่น เช่น การตรวจสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือด การตรวจหาระดับยาและสารพิษต่างๆ เป็นต้น

ในการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจพื้นฐานต่าง ๆ ถ้าทราบสาเหตุของอาการสมองเสื่อมก็อาจให้การรักษาและติดตามผลการรักษาไปได้เลย ถ้าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือไม่สงสัยการวินิจฉัย ก็อาจไม่จำเป็นต้องตรวจเพิ่มเติม แต่ถ้าอาการยังไม่ดีขึ้นหรือมีความสงสัยการวินิจฉัยก็อาจทำการตรวจเพิ่มเติมเพื่อหารอยโรค หรือดูการทำงานของสมองที่ผิดปกติ ตามวัตถุประสงค์ของการตรวจ (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2533: 168)

## การวินิจฉัยแยกโรคสมองเสื่อม

ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการคล้ายกลุ่มอาการสมองเสื่อม อาจจะเป็นโรคหรือภาวะความผิดปกติที่แตกต่างกันออกไป จำเป็นที่จะต้องแยกภาวะต่าง ๆ เหล่านี้ เนื่องจากสาเหตุและการรักษาจะแตกต่างกัน

1. การหลงลืม (Amnesia) ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องอย่างมากในความจำระยะสั้นและระยะยาว โดยมีข้อมูลประวัติการตรวจร่างกาย หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่บ่งชี้ถึงพยาธิสภาพซึ่งเป็นสาเหตุของความจำเสื่อม แต่ผู้ป่วยจะไม่มีอาการที่แสดงถึงความบกพร่องในความคิดเชิงนามธรรม การตัดสินใจและความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองส่วน cortical และบุคลิกภาพจะไม่เปลี่ยนแปลง (APA, 1994: 138)

2. อาการเพ้อสับสน (Delirium) เป็นภาวะสับสน โดยมีความตั้งใจสนใจลดลง เนื้อหาความคิดผิดปกติ มีระดับความรู้สึกตัวลดลง การรับรู้แปรปรวน เช่น มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน มีอาการนอนไม่หลับ อาจไม่รู้เวลา สถานที่ บุคคล ความจำบกพร่อง ซึ่งอาการต่าง ๆ ดังกล่าวมักเกิดขึ้นเร็ว และอาการมักไม่คงที่ ระยะเวลาที่มีอาการจะสั้น ซึ่งต่างจากภาวะสมองเสื่อมที่อาการจะเริ่มอย่างช้า ๆ และค่อย ๆ เสื่อมลง ส่วนความรู้สึกตัวจะยังคงปกติ (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2532: 4; APA, 1994: 138; Cumming & Benson, 1992: 14-15; Goldman, 1995: 183; McGuire & Cavanaugh, 1992)

3. การสูงอายุปกติ (Normal Aging) ผู้สูงอายุทั่วไปอาจมีอาการหลงลืมและมีการเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ๆ ที่ช้าไปบ้าง แต่เมื่อติดตามจะไม่พบว่าอาการเหล่านี้เสื่อมมากขึ้นเรื่อย ๆ และไม่พบอาการของการทำหน้าที่ของสมองขั้นสูงที่ผิดปกติ นอกจากนี้อาการหลงลืมดังกล่าวจะไม่ส่งผลกระทบต่อสังคมและการงานของบุคคลผู้นั้น (Goldman, 1995: 182-183) การทดสอบทางประสาทจิตวิทยา เช่น ทดสอบด้วย Mini-Mental State Examination จะได้ผลคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติ อย่างไรก็ตามในบางครั้งเป็นการลำบากที่จะแยกแยะระหว่างการสูงอายุปกติ กับภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรก ดังนั้นการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, ใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2539: 82-83)

4. ภาวะซึมเศร้า (Depression) ผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าจะมีลักษณะอาการแสดงคล้ายกับอาการของภาวะสมองเสื่อม เช่น ความจำ สมาธิ การใช้สติปัญญาลดลง นอกจากนี้ผู้ป่วยจะขาดความสนใจ ความพึงพอใจในสิ่งต่าง ๆ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย มีการเปลี่ยนแปลงในความอยากอาหาร การนอน และมีอาการแสดงทางกายมากขึ้น (พัชรินทร์ วนิชานนท์ และวิจารณ์ วิชัยยะ, 2535: 520) เมื่อตรวจทางระบบประสาท-จิตวิทยา จะได้ระดับคะแนนอยู่ในเกณฑ์ต่ำ ซึ่งจะคล้ายกับ

ภาวะสมองเสื่อม จึงเรียกภาวะนี้ว่า “pseudodementia” หรือ “the dementia syndrome of depression” (APA, 1987: 106) และนอกจากนี้พบว่าผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจจะมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย (Stoudemire & Fogel, Eds., 1993: 415) แนวทางในการแยกภาวะดังกล่าวคือ pseudodementia จะมีระยะเวลาที่เริ่มเป็นชัดเจนกว่า การวินิจฉัยโรคเร็วกว่า ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของอารมณ์คือ มีความเศร้าหมอง และอาจมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชมาก่อน ภาวะซึมเศร้านี้จะตอบสนองด้วยยาต้านความซึมเศร้ามักค่อนข้างดี (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2533) ดังนั้นหากทดลองให้ยาต้านความซึมเศร้า ในผู้ป่วย pseudodementia แล้วอาการแสดงทางคลินิกของสมองเสื่อมจะดีขึ้น นอกจากนี้ อาจใช้ depression scale ต่าง ๆ เช่น geriatric depression scale มาใช้ในการแยกผู้ป่วย (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2533: 162)

5. โรควิตกกังวล (Schizophrenia) ในผู้ป่วยเรื้อรังอาจพบความเสื่อมของสติปัญญาและการทำหน้าที่ต่างๆ ซึ่งจะไม่พบพยาธิสภาพในสมอง (APA, 1987: 106) และโรควิตกกังวลจะมีลักษณะของอาการทางจิตที่เฉพาะเจาะจง อายุที่เริ่มเป็นจะน้อยกว่าในภาวะสมองเสื่อม และความบกพร่องในการทำหน้าที่ของการรับรู้จะไม่รุนแรงเท่าในภาวะสมองเสื่อม (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, ใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนทรชัย, 2540: 43; APA, 1994: 139)

6. อาการหลงผิด ประสาทหลอนและหวาดระแวง (Delusion, Hallucination, Paranoid) เป็นอาการโรควิตกกังวลที่อาจพบได้ในผู้สูงอายุ อาจเกิดจากโรคทางจิตเวชหรือเกิดจากการขาดสิ่งกระตุ้นจากการมีประสาทสัมผัสบกพร่อง เช่น ตามองไม่เห็นจากสาเหตุต่าง ๆ การได้ยินลดลง หรือการที่ผู้สูงอายุถูกทิ้งให้อยู่โดยลำพัง โดยไม่ได้สังคมกับผู้อื่น นอกจากนี้อาการทางโรควิตกกังวลยังอาจเกิดจากโรคทางกาย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

### การรักษาผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

การรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมแบ่งออกเป็น (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2533:165; นพดล เตมียะประดิษฐ์, 2537: 470-471; ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์, 2538: 18-20)

1. การรักษาสาเหตุ ในภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากโรคทางกาย โรคอื่นๆ หรือสาเหตุ อื่น ๆ ที่มีผลกระทบต่อสมองทำให้เกิดสมองเสื่อมนั้นสามารถที่จะรักษาให้หายได้ หรือหยุดยั้งไม่ให้โรคเป็นมากขึ้นได้โดยการรักษาสาเหตุดังกล่าว

2. การรักษาตามอาการ เป็นหัวใจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยเฉพาะใน primary dementia การรักษาต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ทั้งจากผู้ป่วยเอง ญาติ แพทย์ พยาบาล หรือนุเคราะห์ทางกายภาพ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการสมองเสื่อมนั้นมีการเปลี่ยนแปลงในการทำงาน

ของสมองโดยทั่วไป ทำให้การติดต่อกับผู้อื่นลำบาก หรืออาจติดต่อไม่ได้เลย การรักษาตามอาการจึงจำเป็นต้องพยายามหาข้อมูลจากตัวผู้ป่วยเองให้ได้มากที่สุด และด้วยความพยายามและใจเย็น นอกจากนี้การสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยเองจะช่วยให้ทราบได้ถึงความต้องการและความผิดปกติของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี การรักษาตามอาการนี้ควรใช้ยา ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นยาที่มีผลต่อจิตประสาทหรือสมองให้น้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น เพราะยาเหล่านี้อาจทำให้อาการของผู้ป่วยเลวลงได้

3. การป้องกันปัจจัยที่จะทำให้อาการสมองเสื่อมเลวลง เช่น การป้องกันโรคทางกายอื่น ๆ เพราะผู้สูงอายุมักไวต่อการเกิดโรคซึ่งจะทำให้มีอาการสมองเสื่อมเลวลงได้ เช่น โรคติดเชื้อในปอด ทางเดินปัสสาวะ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคขาดอาหาร เบาหวาน และโรคทางต่อมไร้ท่อ โรคเหล่านี้ในผู้สูงอายุอาจไม่มีอาการชัดเจนและผู้ป่วยสมองเสื่อมเองก็อาจจะไม่สามารถบอกอาการได้ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงในความรุนแรงของอาการสมองเสื่อมหรืออาการทางกายอื่น ๆ โดยเฉพาะถ้าเป็นอย่างรวดเร็ว จำเป็นต้องตรวจหาโรคทางกายและสาเหตุชักนำต่างๆ เสมอ นอกจากนี้ควรระวังอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บต่างๆ ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญ โดยพบอัตราการเกิดอุบัติเหตุได้ถึงร้อยละ 58.4 ต่อ ปี และการหกล้มเป็นอุบัติเหตุที่พบได้มากที่สุด โดยเฉพาะในรายที่มีการรุนแรงและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน (Oleske, et al., 1995: 741)

4. การใช้ยารักษาภาวะสมองเสื่อม ในระยะเวลาที่ผ่านมาได้มีความพยายามนำยาต่างๆ มารักษาอาการสมองเสื่อมโดยมีแนวทางเพื่อมุ่งที่จะรักษาตามกลไกการเปลี่ยนแปลงที่พบในอาการของสมองเสื่อม ซึ่งยาเหล่านี้มีมากมายหลายตัว อาจแบ่งเป็นกลุ่มต่างๆ เช่น cerebro-active drugs, nootropic drugs, cerebral vasodilator neurotransmitter เป็นต้น ซึ่งการรักษายังได้ผลไม่ดีเท่าที่ควรและไม่อาจสรุปได้แน่ชัด เนื่องจากไม่ทราบกลไกการเกิดภาวะสมองเสื่อมที่แน่นอน ดังนั้นยาที่ใช้ส่วนใหญ่จึงมุ่งที่จะรักษาตามสภาพอาการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ในการใช้ยาต่างๆ จำเป็นจะต้องเพิ่มระดับยาซ้ำๆ จนกระทั่งควบคุมอาการต่างๆ ได้และใช้ยาต่อไปเรื่อยๆ ดังนั้นจึงต้องสังเกตผลข้างเคียงของยาอยู่เสมอ

นอกจากนี้ควรมีการฟื้นฟูสุขภาพและการทำกายภาพบำบัด ซึ่งนอกจากจะช่วยในส่วนของความเสื่อมจากภาวะชราภาพแล้ว อาจช่วยให้การพิจารณาจากภาวะสมองเสื่อมลดน้อยลง หรือช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ความสามารถที่เหลืออยู่ให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด (กัมมันต์ พันธุมจินดา, ใน วิชา ศรีดามา, บรรณาธิการ, 2538: 128)

#### การพยากรณ์โรค

ในการพยากรณ์โรคของภาวะสมองเสื่อมนั้นขึ้นอยู่กับการค้นหาสาเหตุที่ทำให้เป็น ถ้าสามารถค้นหาได้และสาเหตุนั้นเป็นสาเหตุที่รักษาได้การพยากรณ์โรคก็จะดี ดังนั้นจึงมีความจำเป็น

อย่างยิ่งที่จะต้องวินิจฉัยให้ได้โดยเร็ว เพื่อรักษา ป้องกันการดำเนินของโรค และอาจหยุดยั้งสมองเสื่อมไม่ให้เลวลง หรือทำให้ดีขึ้นได้ ซึ่งมีผู้ป่วยสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 5-15 ที่ฟื้นฟูหายได้ (คณิน คุรุรัตน์พันธ์, 2537:53; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2537ก:144) แต่ถ้าหากภาวะสมองเสื่อมมีสาเหตุจากโรคอัลไซเมอร์ อาการจะค่อย ๆ เป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ และไม่สามารถรักษาให้หายได้ ในการให้ยารักษาจะเน้นการรักษาตามสภาพอาการ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยและการยอมรับของญาติจึงเป็นปัจจัยที่มีส่วนอย่างมากในการพยากรณ์โรคในระยะยาว สำหรับสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมเสียชีวิตมักเกิดจากโรคแทรกซ้อน ได้แก่ การไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การขาดสารอาหาร การขาดน้ำ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และการติดเชื้อที่แผลกดทับ ตลอดจนการเกิดอุบัติเหตุต่างๆ (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2540: 68; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2537ก: 147-148; นพดล เตมียะประดิษฐ์, 2537: 472; อนันต์ ศรีเกียรติจจร, 2535: 35; Goldman, 1995: 183; Rossor, In Bradley, et al., Eds., 2000: 1712)

## การตรวจสภาพจิตและแบบทดสอบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม

### การตรวจสภาพจิต (Mental State Examination)

เป็นการตรวจการทำหน้าที่ด้านจิตสังคมของบุคคล ประกอบไปด้วย ภาวะร่างกาย, ระดับความรู้สึกตัว, การรับรู้, การมีเหตุผล, อารมณ์ และความรู้สึก (Miller, 1999 : 137) และการทำหน้าที่ของสมองขั้นสูง (higher cognitive functioning) (อภิญา กังสนารักษ์, 2534 : 63)

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมในปัจจุบันส่วนใหญ่อาศัยเกณฑ์ของ DSM-IV การที่จะวินิจฉัยว่าผู้สูงอายุรายใดมีภาวะสมองเสื่อมนั้น จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงในด้านความจำและการเปลี่ยนแปลงด้านปัญญาอย่างมาก จนถึงระดับที่มีผลกระทบต่อหน้าที่การทำงาน การดำเนินชีวิตในสังคม (APA, 1994:135) ดังนั้นในการประเมินภาวะสมองเสื่อม จึงจำเป็นจะต้องประเมินทั้งความจำโดยตรง และประเมินส่วนของ cognitive function ในด้านต่าง ๆ ซึ่งประกอบไปด้วยส่วนต่าง ๆ ดังนี้ (ชาญทอง ไล่เลิศ, 2535 : 16 – 23 ; ธนา นิลชัยโกวิทย์, ใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, บรรณาธิการ, 2543: 38–43 ; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2537ก: 139–149; มาโนช หล่อตระกูล, 2538: 79-91; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542: 8–10; อภิญา กังสนารักษ์, 2534 : 61–71 ;Campbell In Hogstel, Ed. 1995 : 86-87; Foreman, et al., In Allender & Rector, Eds., 1998 : 411 ;Goldman, 1995: 181)

ความจำ เป็นความสามารถที่จะเรียกเอาประสบการณ์ในอดีตกลับคืนมา ประกอบด้วยกระบวนการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ การบันทึก (Registration) การเก็บความจำ (retention) และการระลึกข้อมูลที่เก็บไว้ (recall) การประเมินความจำแบ่งตามประเภทได้ดังนี้

1. ความจำระยะสั้น (short-term or primary memory) เป็นความจำที่ถูกเก็บได้ประมาณ 30 นาที เช่น การจำเบอร์โทรศัพท์ จำชุดตัวเลข หรือตัวอักษร

2. ความจำระยะยาว (remote, long – term or secondary memory) เป็นความจำที่เก็บไว้นานเป็นชั่วโมงขึ้นไป เช่น การถามผู้สูงอายุถึงวันที่ สถานที่เกิด ชื่อบุคคลสำคัญ หรือเหตุการณ์สำคัญในอดีต

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมักจะสูญเสียความจำระยะสั้นมากกว่าความจำระยะยาว ซึ่งจะพบได้ชัดเจนในผู้ที่อายุ 70-80 ปีขึ้นไป (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538: 120, 122; รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐสุวรรณ ใน คณาจารย์แพทย์โรงพยาบาลศิริราช, 2542 : 75) โดยผู้ที่อายุมากกว่า 85 ปี จะพบการเสื่อมของความจำประมาณ ร้อยละ 40-85 (Wise, et al, In Hales, et al.,Eds.,1999:334)

**การรับรู้** หมายถึงการตระหนักรู้ถึงสิ่งแวดล้อมรอบตัวในด้านของเวลา สถานที่และบุคคล เป็นตัวชี้วัดเบื้องต้นของการทำหน้าที่ทางปัญญา ซึ่งมักจะใช้กันบ่อย (Miller, 1999 : 140) ผู้ป่วยที่สูญเสียด้านการรับรู้ มักจะเริ่มจากการสูญเสียในเรื่องเวลาไปยังสถานที่ และหากเป็นมากจึงจะสับสนในเรื่องของบุคคล ซึ่งประเมินได้ไม่ยาก เช่น ผู้ป่วยอาจไม่แน่ใจว่าคนรอบข้างตนเองเป็นใคร หรือบุคคลที่เห็นเป็นใคร (มานิช หล่อตระกูล, 2538 : 80 - 81) สำหรับการทดสอบการรับรู้ในเรื่องเวลา อาจถามถึงวัน วันที่ เดือน ปี เวลาในขณะที่ตรวจ ส่วนการรับรู้ด้านสถานที่ ผู้ป่วยควรจะสามารถบอกได้ว่าตนเองอยู่ที่ไหน ชื่ออะไร อำเภอ จังหวัด หรือบริเวณส่วนไหนของบ้าน

**ความสนใจและสมาธิ** เป็นความสามารถที่จะจดจ่อต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่มากกระตุ้นความสนใจเป็นระดับความรู้สึกตัวขั้นพื้นฐาน ที่ควรจะต้องประเมินก่อนการประเมินด้านอื่น ๆ เพราะหากผู้ถูกทดสอบมีช่วงความสนใจที่สั้น ช่วงความสนใจจะเป็นตัวบ่งชี้ความสามารถจริง และเป็น การเสียเวลาในการประเมิน การที่ผู้สูงอายุเริ่มมีปัญหาในเรื่องของช่วงความสนใจสั้น อาจเป็นตัวช่วยบอกการเริ่มมีภาวะอาการสมองเสื่อม การประเมินที่ใช้บ่อยมี 2 วิธี คือ

1. การลบเลขจาก 100 ทีละ 7 หรือทีละ 3 ไป 5 ครั้งติดต่อกัน การที่ผู้ป่วยทำได้ต้องอาศัยการมีทั้งความสนใจ สมาธิ และเขาวงกตปัญญาในระดับหนึ่ง

2. การบอกชื่อวันในรอบสัปดาห์ย้อนหลัง หรือการบอกชื่อเดือนในรอบปีย้อนหลัง เช่น วันอาทิตย์ วันเสาร์ วันศุกร์ เป็นต้น

3. การสะกดคำย้อนหลัง เช่น คำว่า “อาหาร” เป็นต้น ซึ่งการทดสอบนี้จะพบปัญหาในผู้ที่อ่านหนังสือไม่ได้

4. การอ่านเลขแล้วให้ผู้ป่วยพูดตาม และพูดย้อนกลับ โดยทั่วไปผู้ป่วยจะพูดตามได้ประมาณ 6-7 หลัก พูดทวนได้ 4-5 หลัก (มาโนช หล่อตระกูล, 2538 : 82 - 83)

การคำนวณ เป็นความสามารถที่ซับซ้อน ต้องอาศัยช่วงความสนใจหรือสมาธิ และระดับสติปัญญาในการที่จะเชื่อมโยงระหว่างสิ่ง 2 สิ่งอย่างมีระบบ ซึ่งความสามารถบางส่วนอาจต้องเคยฝึกฝนมาก่อน เช่น การหารหรือการคูณ ในการทดสอบอาจเริ่มจากง่ายๆ ก่อน เช่น การบวกเลขในหลักสิบ และเพิ่มความยากเป็นลบ-คูณ และ หาร ความบกพร่องในการคำนวณต่าง ๆ จะสามารถแยกภาวะ pseudodementia ได้ ซึ่งผู้ป่วยจะยังมีความสามารถในการคำนวณ ในการทดสอบนี้ จะให้ผู้สูงอายุคิดคำนวณในใจ หรืออาจใช้นิ้วมือช่วยนับได้ ในผู้สูงอายุของไทย จะสามารถบวก-ลบเลขได้ หากไม่คุ้นเคยกับศัพท์คำว่าลบเลขอาจถามในลักษณะการทอนเงินแทน เช่น ถามว่า “ถ้าท่านมีเงิน 100 บาท เอาไปซื้อดินสอแท่งละ 3 บาท จะเหลือเงินเท่าไร” เป็นต้น (อภิญา กังสนารักษ์, 2534: 66 ) หรืออาจซักถามถึงการบริหารการเงินในชีวิตประจำวัน หากผู้สูงอายุสามารถจ่ายเงินเพื่อซื้อสิ่งของต่าง ๆ ได้ ก็แสดงว่ามีความสามารถในด้านการคำนวณ (Miller, 1999 : 144 - 145)

**ภาษา** เป็นการประเมินความสามารถทางภาษาหลายลักษณะ ทั้งการฟังเข้าใจภาษา (receptive) และการแสดงออกทางภาษา (expressive) ความสามารถทางภาษาในผู้สูงอายุมักไม่ค่อยเปลี่ยนแปลง ยกเว้นผู้สูงอายุที่เริ่มมีอาการสมองเสื่อม ลักษณะการประเมินทางภาษาที่นิยม คือ

1. ความเข้าใจภาษา ทดสอบโดยใช้ผู้สูงอายุชี้วัตถุหรือส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ตามที่ผู้ทดสอบบอก หรือถามปัญหาที่มีไวยากรณ์ซ้อนกัน โดยให้ผู้สูงอายุตอบง่าย ๆ เช่น “เมื่อวานนี้เป็นวันก่อนหรือหลังวันพรุ่งนี้” เป็นต้น

2. การพูดตาม เป็นการสังเกตขบวนการทางภาษา ว่ามีความบกพร่องในเรื่องของการได้ยิน การพูด หรือความบกพร่องระหว่างการฟังเข้าใจภาษากับการพูด การทดสอบนี้ค่อนข้างสะดวก สำหรับผู้สูงอายุที่อ่านหนังสือไม่ออก วิธีทดสอบคือการใช้ผู้สูงอายุพูดตามคำที่ง่ายไปหาคำที่ยาก จนถึงประโยคที่ซับซ้อน

3. ความคล่องในการใช้ภาษา ทดสอบโดยกำหนดเวลา 60 วินาที ให้ผู้สูงอายุบอกชื่อสัตว์ ให้ได้มากที่สุด หรือบอกคำที่ขึ้นต้นด้วยพยัญชนะที่กำหนดให้ การที่บอกได้น้อยกว่า 12-13 คำ แสดงถึงความเสื่อมในด้านนี้ การทดสอบวิธีนี้มีผลกระทบจากระดับการศึกษาของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก

4. การบอกชื่อสิ่งของ โดยการให้ผู้สูงอายุดูภาพหรือสิ่งของ แล้วให้บอกชื่อสิ่งของที่ให้ดู หรือให้พรรณนารูปภาพ ซึ่งการทดสอบนี้ไม่พบปัญหาในการใช้ สามารถใช้ในผู้สูงอายุของไทยได้

5. การอ่านและเขียน โดยให้ผู้สูงอายุอ่านหรือเขียนประโยคที่กำหนดไว้ ซึ่งผู้สูงอายุชาวไทยจะมีปัญหามากในการทดสอบนี้ เนื่องจากมีระดับการศึกษาที่ค่อนข้างต่ำ และผู้สูงอายุบางส่วนมีปัญหาในด้านการมองเห็น

การคิดแบบนามธรรม เป็นการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของสมองขั้นสูงในการคิดอย่างเป็นขั้นตอน โดยการนำความรู้เก่าหรือประสบการณ์ รวมไปถึงระดับสติปัญญาของบุคคลนั้น ๆ มาช่วยในการคิดสิ่งที่จับต้องไม่ได้ นิยมทดสอบ 2 ลักษณะ คือ

1. อธิบายความเหมือนกันระหว่างคำ 2 คำ โดยให้ผู้สูงอายุพิจารณาของ 2 สิ่ง และบอกว่ามีคุณสมบัติใด หรือลักษณะใดที่เหมือนกัน เช่น ส้มกับกล้วยเหมือนกันอย่างไร ถ้าตอบว่ามีสีเหลืองเหมือนกัน แสดงว่าคิดแบบรูปธรรม และถ้าตอบว่าเป็นผลไม้เหมือนกัน แสดงว่าคิดเป็นนามธรรม

2. การให้ความหมายของสุภาษิต เช่น น้ำขึ้นให้รีบตัก ถ้าตอบว่า “น้ำมีมากก็ต้องรีบเก็บไว้ใช้” แสดงว่าคิดแบบรูปธรรม แต่ถ้าตอบว่า “เมื่อมีโอกาสเหมาะมาถึงก็ต้องทำ หรือเมื่อมีโอกาสก็ต้องทำ” แสดงว่าคิดเป็นนามธรรม

ในการประเมินการคิดแบบนามธรรมนี้ จะต้องมีหลักเกณฑ์และมีความรอบคอบ ในการแปลผล ผู้สูงอายุที่เริ่มมีอาการสมองเสื่อม จะเริ่มมีความบกพร่องด้านการคิดแบบนามธรรมปรากฏให้เห็น โดยตอบผิด หรือไม่สามารถตอบคำถามได้เลย และผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาสูงจะมีโอกาสได้คะแนนดีกว่าผู้มีการศึกษาต่ำ

ความสามารถในการวาดรูปโครงสร้าง เป็นความสามารถในการวาดภาพหนึ่ง, สอง หรือสามมิติ ตามรูปทรงเรขาคณิตแบบต่าง ๆ ซึ่งต้องอาศัยความสามารถ ในการรับรู้ทางสายตา (visual perception) การประสานกันระหว่างความสามารถในการจินตนาการ ให้ออกมาเป็นรูปธรรมที่เกิดจากกลไกการเคลื่อนไหวมือ ในการประเมินมักใช้แบบทดสอบดังนี้

1. การลอกแบบภาพ ส่วนใหญ่ใช้รูปของเรขาคณิต โดยให้ดูรูปตัวอย่างตลอดเวลา ขณะลอกแบบภาพ เช่น ให้ออกภาพรูปห้าเหลี่ยม 2 รูป โดยมีมุมซ้อนกัน 1 มุม

2. การวาดภาพตามสิ่ง เช่น ให้ออกภาพนาฬิกาที่มีตัวเลขกำกับ (The clock test) ซึ่งใช้ในการคัดกรองผู้ที่มีความบกพร่องด้านปัญญา และผู้ที่มีภาวะอัลไซเมอร์โดยเฉพาะ ผลที่ได้จะแสดงให้เห็นความคิดรวบยอดด้านนามธรรม ซึ่งจะยังคงมีอยู่ในผู้สูงอายุปกติ (Campbell In Hogstel, Ed., 1995 : 90)

ในการประเมินการทำหน้าที่ทางปัญญา ผู้ประเมินควรมีความรู้และความชำนาญในเรื่องที่จะประเมิน รูปแบบการประเมิน มีความแม่นยำในการแปลความหมาย และสรุปผลการประเมิน ปัจจุบันมีการพัฒนาเครื่องมือหรือแบบทดสอบมากมาย ซึ่งมีทั้งแบบเต็มขั้นตอน ซึ่งเป็นการประเมิน

ทุกด้านของการทำหน้าที่ทางปัญญา ต้องใช้ผู้ตรวจสอบที่มีทักษะความชำนาญและใช้เวลาในการประเมินค่อนข้างนาน ไปจนถึงแบบทดสอบข้างเดียวที่เป็นแบบทดสอบสั้น ๆ ง่าย ๆ อาจเป็นการประเมินทุกด้าน หรือเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง ในการใช้เครื่องมือต่าง ๆ จำเป็นต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับภาวะพร่องทางปัญญาของผู้สูงอายุที่จะถูกตรวจ และเลือกให้เหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา เช่น พื้นฐานการศึกษา กลุ่มอายุ เชื้อชาติ ระดับฐานะเศรษฐกิจสังคม และปัจจัยพื้นฐานด้านสิ่งแวดล้อมต่างๆ (Foreman, et al., In Allender & Rector, Eds., 1998 : 412 - 415)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เมื่อตรวจสภาพจิตแล้วจะพบว่า มีการสูญเสียความจำระยะสั้น การระลึกได้ของข้อมูล การคิดคำนวณเลข ความคิดเชิงนามธรรม และการตัดสินใจ บางครั้งอาจพบว่าสามารถผู้ป่วยเสียไป การพูดคุยติดต่อสื่อสารบกพร่อง อาจพบอาการหลงผิด ประสาทหลอนร่วมด้วย แต่สติสัมปชัญญะ และการรับรู้เวลา สถานที่และบุคคล บ่อยครั้งที่ยังพบว่าปกติอยู่ (นพดล เตมียะประดิษฐ์, 2537: 468) ผลการทดสอบนอกจากจะมองภาพรวมคือคะแนนโดยรวมทั้งหมดเทียบกับเกณฑ์ปกติแล้ว ยังมองลึกไปถึงสิ่งที่ผู้ป่วยบกพร่องในแต่ละด้านด้วย ซึ่งจะช่วยให้ถึงการตรวจอย่างละเอียดต่อไปในแต่ละส่วนที่บกพร่อง (มาโนช หล่อตระกูล, 2538: 97-98)

### แบบทดสอบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม

ปัจจุบันมีการนำแบบทดสอบสภาพจิตมาใช้เพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อมหลายแบบทดสอบ แต่ที่นิยมใช้และ ได้มีผู้นำมาศึกษาในผู้สูงอายุในประเทศไทยได้แก่

1. แบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ (Mini –Mental State Examination : MMSE) สร้างขึ้นโดย Folstein และคนอื่น ๆ เป็นแบบคัดกรองในการตรวจหาความบกพร่องของสมองในการทำหน้าที่ทางปัญญา ในด้านต่าง ๆ คือ ด้านการรับรู้เวลาและสถานที่ ด้านความจำ ด้านความสนใจ ตั้งใจและการคำนวณ ด้านความเข้าใจภาษาและการแสดงออกทางภาษา รวมถึงการจำภาพโครงสร้างด้วยตา ประกอบด้วย 19 ข้อ มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ใช้จุดตัดที่น้อยกว่า 24 คะแนน ซึ่ง Folstein ได้นำแบบทดสอบ MMSE ไปทดลองใช้พบว่า สามารถแยกกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อม กลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านการทำหน้าที่ทางปัญญา และกลุ่มซึมเศร้าออกจากกันได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจุบัน MMSE ได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการประเมินผู้สูงอายุ ซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม วางแผนการดูแลในแต่ละด้านที่บกพร่อง ตลอดจนติดตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะสมองเสื่อม ( อภิญา กังสนารักษ์ และนัยพินิจ คชภักดี, 2534ก: 92-93; Boersma, et al., 1998 : 190; Miller, 1999 : 137 ; Molony, et al.,Eds.,1999:67) ทำให้สามารถนำ

ข้อมูลจากการศึกษาต่าง ๆ มาเปรียบเทียบกันได้ง่ายขึ้น การใช้จุดตัดของคะแนนจะใช้แตกต่างกันไปในแต่ละสถานที่การศึกษา (Boersma, et al., 1998 : 190) เช่นในประเทศแถบเอเชีย จะใช้จุดตัดที่ค่อนข้างต่ำ หรือใช้จุดตัดตามระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากการศึกษา (Chiu, et al., 1998: 1002-1009; Li, et al., 1991:100; Zhang, et al., 1990 : 435)

MMSE สามารถจำแนกผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมจากผู้สูงอายุที่ไม่มีอาการสมองเสื่อมได้ ซึ่งในรายงานวิจัยต่าง ๆ มักจะใช้จุดตัดที่คะแนน 23 คะแนน ในประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลยืนยันชัดเจน แต่ อภิญา กังสนารักษ์ และนัยพินิจ คชภักดี (2534: 93) ได้เสนอจุดตัดของคะแนนที่น่าจะใช้ที่ 23 คะแนน เนื่องจากค่าคะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการวิจัยในประเทศไทยได้ค่าใกล้เคียงกับการศึกษาของ Folstein มาก โดย อภิญา กังสนารักษ์ (2534 :67) ได้นำแบบทดสอบ MMSE ไปทดลองใช้ในผู้สูงอายุ 60-87 ปี จำนวน 100 คน ในเขตกรุงเทพมหานคร ได้ความตรงและความเที่ยงที่  $p < 0.0000$  คะแนนเฉลี่ยของผู้สูงอายุไทยได้คือ  $27.7000 \pm 2.7709$  จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Folstein แต่ปัญหาที่พบคือ ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับความซับซ้อนของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับคะแนนที่ได้ แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับระดับอายุ และเพศ และพบว่าผู้สูงอายุในชุมชนในเขตกรุงเทพฯ มีความบกพร่องในการทำงานของสมองประมาณ ร้อยละ 6.36

มีผู้นำแบบทดสอบ MMSEไปใช้ในการศึกษาหลายๆ การศึกษา (จันทิมา เย็นสุขใจ, 2537: 41; มยุรี กลีบวงษ์, 2535:725-729; Teaukul, S.,1998: 39) และพบว่าแบบทดสอบ MMSE สามารถใช้ในการคัดกรองหาผู้ที่มีความบกพร่องในการทำงานของสมองด้านปัญญาเท่านั้น ในการวินิจฉัยจำเป็นจะต้องมีการตรวจ และทดสอบอื่น ๆ อีกจึงจะวินิจฉัยว่าเป็นผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (อภิญา กังสนารักษ์ และนัยพินิจ คชภักดี, 2534: 103 ; อัญชลี เตมียประดิษฐ์ และคนอื่น ๆ 2533 : 213) นอกจากนี้ผู้ที่ได้คะแนนการทดสอบอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ ควรจะมีการประเมินติดตามต่อไปเพราะแสดงว่าบุคคลเหล่านี้มีความผิดปกติของสมองในการทำหน้าที่ทางปัญญา (Folstein,et al., 1985:322)

สำหรับในประเทศไทย ได้มีผู้แปล MMSE พร้อมทั้งปรับและดัดแปลงให้เหมาะสมกับคนไทย อย่างไรก็ตามก็ยังมีข้อจำกัดในการใช้ เช่น การไม่รู้หนังสือเป็น ปัจจัยที่สำคัญที่สุดต่อคะแนน MMSE โดยเฉพาะในประเทศไทยมีผู้สูงอายุที่ไม่รู้หนังสืออยู่เป็นจำนวนมาก (Jitapunkul, S. & Lailert, C., 1997: 116) แบบทดสอบ MMSE บางข้อ จำเป็นต้องใช้ความสามารถ

ในการอ่านและเขียน ผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาจะทำคะแนนในส่วนนี้ได้้น้อย เช่น การทดสอบด้านภาษา ความใส่ใจ การระลึกได้ และการลกรูปร่าง (อัญชูลี เตมียประดิษฐ์ และคนอื่น ๆ , 2533 : 213) นอกจากนี้ ลักษณะสังคม การข้ามวัฒนธรรม และอายุ อาจทำให้ความไวของแบบทดสอบลดลง (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2540 :17; นัยพินิจ คชภักดี ใน รัตนา เพ็ชรอุไร และอดุลย์ วิริยะเวชกุล, 2538:66; อภิญา กังสนารักษ์ และนัยพินิจ คชภักดี, 2534ข : 90)

อภิญา กังสนารักษ์ และนัยพินิจ คชภักดี (2534ข : 90-91) ได้แปลแบบประเมินอาการสมองเสื่อมทางคลินิก CDR (Clinical Dementia Rating) ซึ่งเป็นแบบประเมินอาการสมองเสื่อม สร้างขึ้นเมื่อ ปี ค.ศ. 1982 โดย Hughes และคนอื่นๆ เพื่อใช้เป็นแบบประเมินในการช่วยวินิจฉัย และติดตามการรักษาภาวะสมองเสื่อม ซึ่งในภาพรวมของแบบทดสอบนี้จะครอบคลุมเรื่องใหญ่ ๆ 2 เรื่อง คือส่วนที่เป็นความจำ และส่วนที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งครอบคลุมอาการสมองเสื่อมตามเกณฑ์ DSM-III-R ประกอบด้วย 6 หัวข้อ คือ ความจำ การรับรู้เวลา และ สถานที่ การตัดสินใจและการแก้ปัญหา เรื่องของสังคม บ้านและงานอดิเรก และการดูแลตนเอง โดยในแต่ละข้อจะมีเกณฑ์การให้คะแนนตามอาการ 5 สเตล ตั้งแต่ อาการปกติ จนถึงกลุ่มที่มีอาการรุนแรง (Hughes, et al., 1982: 568) ในการทดสอบจะใช้วิธีสัมภาษณ์พูดคุยทั้งกับผู้สูงอายุและผู้ใกล้ชิดในเรื่องต่างๆ ไป โดยผู้ทดสอบเป็นผู้กำหนดคะแนนเองจากคำบอกเล่าทั้งหมด หลังจากนั้นได้ศึกษาเพื่อทดสอบความตรงและความเที่ยงของแบบประเมินอาการสมองเสื่อมทางคลินิก (CDR) และแบบทดสอบสภาพจิตแบบย่อ MMSE โดยได้ทดสอบกับผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า CDR ฉบับภาษาไทยมีความน่าเชื่อถือในการจำแนกความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองด้านความรู้ความเข้าใจและอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยได้ โดยใช้ CDR ช่วยวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมควบคู่กับ MMSE เพื่อเป็นการยืนยันซึ่งกันและกัน

อภิญา กังสนารักษ์ และคนอื่น ๆ (2535 : 1-11 ) ได้พัฒนาแบบทดสอบข้อมูลทั่วไป – ความจำ – ความสนใจตั้งใจ (The Blessed Information – Memory – Concentration : IMC) และแบบทดสอบอาการสมองเสื่อม (The Dementia Scale : DS) ซึ่งเป็นแบบทดสอบที่สร้างขึ้นโดย Blessed และคนอื่น ๆ โดยมีเนื้อหาสาระของข้อคำถามครอบคลุมเกณฑ์การวินิจฉัยอาการสมองเสื่อมของ DSM-III-R ได้ปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมสอดคล้องกับคนไทย และนำไปทดลองใช้ในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรามันบางแค กรุงเทพมหานคร จำนวน 262 คน และสัมภาษณ์จากพี่เลี้ยงประจำตึกที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ นำคะแนนมาหาค่าความเชื่อมั่น และค่าความตรง

และเปรียบเทียบกับผลการตรวจวินิจฉัยของประสาทแพทย์ โดยใช้เกณฑ์ DSM – III – R ซึ่งผลการทดสอบพบว่า แบบทดสอบข้อมูลทั่วไป – ความจำ – ความสนใจตั้งใจ (IMC) ได้ค่าจุดตัดที่เหมาะสม คือ ที่คะแนน < 15 มีค่าความจำเพาะ 86.66 % และค่าความไว 72.31% ส่วนค่าความเที่ยง ใช้การหาค่าแบบ Alpha coefficient ได้ค่า 0.8962 ซึ่งจัดอยู่ในระดับสูง ส่วนแบบทดสอบอาการสมองเสื่อมของ Blessed (DS) พบว่าไม่สามารถหาจุดตัดได้ เนื่องจากค่าความไวและความจำเพาะไม่ถึง 50% จึงสรุปได้ว่าแบบทดสอบ DS ของ Blessed ไม่มีความตรงสำหรับผู้สูงอายุชาวไทย ส่วนแบบทดสอบ IMC เป็นแบบทดสอบที่สามารถนำมาวินิจฉัยคัดกรองภาวะสมองเสื่อมได้ โดยมีความแม่นยำและความเที่ยงสูง

ชาญทอง ไถ่เลิศ (2535) ได้พัฒนาแบบทดสอบสำหรับค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยคัดเลือกข้อคำถามจากแบบทดสอบที่เป็นที่ยอมรับและนิยมใช้กันทั่วไปในต่างประเทศ เช่น แบบทดสอบ MMSE และแบบทดสอบอื่น ๆ แล้วนำมาปรับและดัดแปลงให้ครอบคลุมตามเกณฑ์การวินิจฉัยสมองเสื่อม ของ DSM-III-R ปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุและวัฒนธรรมไทย โดยมีกลุ่มหัวข้อการทดสอบด้านความจำ การรับรู้ ความสนใจตั้งใจและการคำนวณความรู้ทั่วไป ภาษา ความคิดเชิงนามธรรม และการตัดสินใจ หลังจากนั้นได้นำไปศึกษาในผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค จำนวน 212 คน เป็นผู้สูงอายุสมองเสื่อม 17 คน และไม่มีสมองเสื่อม 195 คน ผลการวิจัยพบว่าแบบทดสอบมีความเชื่อถือได้ที่ระดับ 0.65 และมีความเที่ยงตรงโดยพบว่าจุดตัดที่เหมาะสมคือจุดตัดที่คะแนนเท่ากับ 14 มีค่าความไวร้อยละ 89.4 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 89.4 ซึ่งผู้วิจัยสรุปว่า แบบทดสอบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ในผู้สูงอายุทั่วไปทั้งในคลินิกและในชุมชน แต่ยังไม่สามารถนำไปใช้ในการวินิจฉัยโรคได้ เนื่องจากยังพบผลบวกปลอม ร้อยละ 10.26 ซึ่งหากจะวินิจฉัยโรคควรจะต้องมีการตรวจด้วยวิธีอื่น ๆ หรือการทดสอบอื่น ๆ ร่วมด้วย สำหรับแบบทดสอบนี้ มีผู้นำไปใช้ในการศึกษาวิจัยด้านผู้สูงอายุหลายราย (วรรณนิภา สมนาวรรณ, 2537:30; อิงใจ จันทมูล, 2539:55; อรพินธุ์ โสวัณณะ, 2541 : 38)

กนกรัตน์ สุขะตุงคะ และสุธีรา ภัทรายุตวรรตน์ (2538 : 1077-1085) ได้แปลและดัดแปลงแบบประเมินพฤติกรรมทางสมอง (Cognitive Behavior Rating Scales) ซึ่งเป็นแบบประเมินพฤติกรรมการเรียนรู้ และจดจำ เพื่อช่วยในการพิจารณาถึงสภาวะทางสมอง ประกอบด้วยคำถามที่ใช้ประเมินพฤติกรรม 9 ด้าน คือ ความผิดปกติของการใช้ภาษา ความสามารถในการคิดและเคลื่อนไหวตามขั้นตอน การไม่สามารถรับรู้สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมก้าวร้าวกระสับส่าย ด้านความต้องการกระทำในแบบที่คุ้นเคย (Need for Routine) ภาวะซึมเศร้า ความบกพร่องในการทำงานของสมองขั้นสูง ความจำเสื่อม และภาวะสมองเสื่อม จำนวนทั้งหมด 116 ข้อ ผู้ที่ทำแบบ

ประเมินนี้ คือผู้ดูแลผู้ป่วย หรือบุคคลในครอบครัวที่รู้เรื่องผู้ป่วยอย่างละเอียด หลังจากนั้นได้นำไปทดลองใช้ในผู้สูงอายุที่มีและไม่มีปัญหาด้านความจำ เพื่อดูความเชื่อถือได้ของแบบประเมิน พบว่าค่าความเชื่อถือได้โดยจำแนกรายสเกลต่าง ๆ มีค่าความเที่ยงอยู่ระหว่าง 0.68-0.98 และความเชื่อถือได้ทั้งหมดอยู่ที่ 0.98 ดังนั้นแบบประเมินนี้จึงน่าจะใช้ได้ดีและช่วยด้านคลินิกให้ได้รายละเอียดเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยได้ทางหนึ่ง และนอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มปกติมีพฤติกรรมการเรียนรู้และจดจำดีกว่ากลุ่มสมองเสื่อมทุกด้าน ซึ่งแบบประเมินนี้จะมีลักษณะเฉพาะคือ ผู้ให้ความเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมของกลุ่มที่ศึกษา คือญาติหรือผู้ใกล้ชิด จึงทำให้ได้ข้อมูลตามพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริง ถ้าให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมทำแบบทดสอบ หรือแบบประเมินเองมักจะทำได้ลำบาก เพราะความสามารถในการรับรู้คำสั่งและตอบสนองออกมาค่อนข้างจำกัด ดังนั้นอาจปฏิเสธหรือไม่สามารถให้ข้อมูลที่แท้จริงได้

แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai mental state examination : TMSE) เป็นแบบทดสอบคัดกรอง ที่กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (train the brain forum) พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการวินิจฉัยผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชาวไทย โดยอาศัยพื้นฐานการคิดมาจากแบบทดสอบสภาพสมองแบบย่อ (MMSE) ขั้นตอนการสร้างแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย แตกต่างกับแบบทดสอบสมองแบบย่อโดย แบบทดสอบประกอบด้วยส่วนทดสอบย่อย 6 ส่วนเหมือนกันคือ การรับรู้ การจดจำ ความใส่ใจ การคำนวณ ด้านภาษา การระลึกได้ แต่หลักเกณฑ์การให้คะแนน และคำถามย่อยในแต่ละแบบทดสอบย่อยนั้น จะแตกต่างกันไปในรายละเอียด สำหรับคะแนนรวมของแบบทดสอบทั้ง 2 ชนิด มีคะแนนเท่ากัน คือ 30 คะแนน ในการสร้าง TMSE นี้รายละเอียดของคำถามและวิธีการสร้างได้พัฒนาขึ้นมาตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ของการศึกษาและวัฒนธรรมของประชาชนไทย โดยเฉลี่ยทั่ว ๆ ไปทั้งประเทศเป็นหลัก (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2536 : 365) ซึ่งแบบทดสอบ TMSE นี้ มีผู้นิยมนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยอย่างแพร่หลาย (มาโนช ทัมมณี, 2541:51; สามารต นิธินันท์, 2540:189; อรรวรรณ ศิลปกิจและคนอื่นๆ, 2537: 773; Arayawichanont, A. et al., 2000: 528-532; Assantachai, P. et al., 1997: 700-705; Pongvarin, N. et al., 1995:338-343; 1996a: 278-282; Sasat, S. 1998: 155)

### ความชุกของภาวะสมองเสื่อม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษารายงานวิจัยด้านความชุกของภาวะสมองเสื่อมพบว่ามีการศึกษากันอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ สำหรับในประเทศไทย ในอดีตที่ผ่านมาได้มีการศึกษาวิจัยเรื่องภาวะสมอง

เสี้อมน้อยมาก แม้กระทั่งความชุกของภาวะสมองเสี้อมก็ยังไม่ทราบค่าที่แน่นอน (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2536: 416) จนถึงในปัจจุบันนี้ก็ยังมีข้อจำกัดและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล และเป็นความลำบากในการที่จะได้ข้อมูลทีสมบูรณ์และค่าตัวเลขที่แท้จริง เนื่องจากประชาชนทั่วไปมักจะเข้าใจว่าภาวะสมองเสี้อมในผู้สูงอายุเป็นกลไกธรรมชาติตามวัย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, บรรณาธิการ, 2542 :59) ผู้ป่วยที่ญาติพาไปรักษาที่โรงพยาบาลจึงมักเป็นผู้ที่มีอาการทางด้านจิตเวชเป็นอาการสำคัญ (บุญเรียบ วัฒนธำรงค์, 2539: 43; นงพงา ลิ้มสุวรรณ และสเปน อุ่นอนงค์, 2531: 221) ดังนั้นการศึกษาความชุกของภาวะสมองเสี้อมในระยะแรกจึงเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลทางด้านจิต-ประสาท หรือแผนกจิตเวชของโรงพยาบาลทั่วไป ต่อมาจึงมีการขยายเขตพื้นที่ในการศึกษาเป็นการศึกษาในชุมชน ในจังหวัดต่างๆ และการศึกษาโดยเก็บข้อมูลระดับประเทศ ผู้วิจัยได้ทบทวนรายงานการศึกษาความชุกของภาวะสมองเสี้อมและจำแนกการศึกษาตามลักษณะพื้นที่ที่ศึกษาและลักษณะกลุ่มตัวอย่างดังนี้

#### การศึกษาในโรงพยาบาลและสถานสงเคราะห์คนชรา

การศึกษาในโรงพยาบาลที่ผ่านมามีักเป็นการศึกษาย้อนหลังจากระเบียบผู้ป่วยนอก บัตรตรวจโรคหรือเพิ่มทะเบียนผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์ของ DSM-III หรือ DSM-III-Rในการวินิจฉัยภาวะสมองเสี้อม จากการศึกษาในปี พ.ศ. 2522-2524 พบปัญหาจิตเวชที่เกิดจากภาวะสมองเสี้อมในผู้สูงอายุที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยา ร้อยละ 23.66 (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2527 อ้างถึงใน ชาญทอง ไล่เลิศ, 2535: 9) และในโรงพยาบาลเดียวกันนี้ พัทรินทร์ วนิชานนท์ และคนอื่น ๆ (2530 : 341-348) ได้ศึกษาโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยนอกสูงอายุในปี พ.ศ. 2528-2529 รวมระยะเวลา 1 ปี พบภาวะสมองเสี้อม ร้อยละ 11.6 ต่อมาในปี พ.ศ. 2533 พัทรินทร์ วนิชานนท์ และสุพัฒนา เดชาดิวงศัณ อุษธา (2533 อ้างถึงใน พัทรินทร์ วนิชานนท์ และวิจารณ์ วิชัยยะ, 2535: 519) พบผู้สูงอายุรับใหม่ในแผนกจิตเวชมีภาวะสมองเสี้อมประมาณร้อยละ 20 สำหรับการศึกษาที่โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี วรรณุช โกศาการ และคนอื่นๆ (2532 : 3-8) ได้ศึกษาในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาในช่วงเวลา 6 เดือน พบโรคสมองเสี้อมในวัยชรา ร้อยละ 16.6 และการศึกษาปัญหาจิตเวชที่พบในผู้ป่วยอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ในช่วงปี พ.ศ. 2530-2532 พบปัญหาภาวะสมองเสี้อมมากที่สุดร้อยละ 23.4 (สุวรรณา สุภรัตนัญญโณ และนิรมล พัจจนสุนทร, 2534 : 11)

การศึกษาที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคนอื่น ๆ (Poungvarin, N. et al., 1995: 338-343) ได้ศึกษาภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชาวไทย จำนวน 212 ราย โดยทำการศึกษาในระหว่างปี พ.ศ. 2533-2537 ใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE) ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 70 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.02 และพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีความผิดปกติทางสมองอย่างรุนแรงในด้านการคำนวณ และการระลึกได้ ส่วนการทดสอบด้านการรับรู้ และด้านภาษา พบว่ามีความผิดปกติในระดับปานกลาง ในขณะที่การจดจำ และความใส่ใจ ยังคงค่อนข้างดี ในขณะเดียวกัน นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคนอื่น ๆ (Poungvarin, N. et al., 1996 a: 278-282) ก็ได้ศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน จำนวน 132 คน ในช่วงเวลาเดียวกัน โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพของไทย (TMSE) ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม พบว่าผู้ป่วยพาร์กินสันมีภาวะสมองเสื่อม 34 ราย หรือร้อยละ 25.76 ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มีความผิดปกติทางสมองอย่างรุนแรงในด้านการระลึกได้ ความใส่ใจ และการคำนวณ ส่วนการรับรู้และด้านภาษา มีความผิดปกติในระดับปานกลาง ในขณะที่การจดจำยังคงค่อนข้างดี เมื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งสองกลุ่มโดยการวิเคราะห์แบบทดสอบย่อย พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในรูปแบบของภาวะสมองเสื่อมในทุกระดับความรุนแรง จึงทำให้ไม่สามารถแยกลักษณะของภาวะสมองเสื่อมที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคพาร์กินสัน ได้ (Poungvarin, N. et al., 1996b: 291-301) นอกจากนี้ อาคม อารยวิชานนท์และคนอื่นๆ (Arayawichanont, A. et al., 2000: 530-531) ได้ศึกษาการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมของแพทย์ในหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช โดยใช้แบบทดสอบ TMSE การวาดรูปนาฬิกา และการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ใช้เกณฑ์ DSM-IV ในการวินิจฉัย พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการทูเลาและรอจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจำนวน 150 ราย มีภาวะสมองเสื่อม 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.67

สำหรับการศึกษาในสถานสงเคราะห์คนชรา อภิญา กังสนารักษ์ และคนอื่น ๆ (2535 : 8) ได้หาค่าความชุกของสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจำนวน 257 ราย ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค โดยตรวจวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-III โดยประสาทแพทย์ พบค่าความชุกร้อยละ 10.11 และต่อมา ชาญทอง ไกลเลิศ (2535:48) ได้พัฒนาแบบทดสอบสำหรับการค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค ผลการศึกษาพบอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมจากการตรวจวินิจฉัยของประสาทแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-III-R เท่ากับร้อยละ 8.02

## การศึกษาในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

การศึกษาในชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร จรวย ศรีทอง และคนอื่น ๆ (2532 : 213-216) ได้สำรวจสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุที่อาศัยในแฟลตดินแดง โดยการตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 2.0 ต่อมา กัมมันต์ พันธุมจินดา และคนอื่น ๆ (Phantumchinda, K. et al., 1991: 639-646) ได้ศึกษาผู้สูงอายุจำนวน 500 คน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดคลองเตย โดยใช้แบบทดสอบ MMSE ทำการคัดกรองผู้สูงอายุสมองเสื่อม จากนั้นวินิจฉัยยืนยันโดยประสาทแพทย์โดยใช้เกณฑ์ของ DSM-III-R ผลการศึกษาพบความชุกของสมองเสื่อมในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1.8 และพบว่าปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมคือ การขาดการศึกษา ความบกพร่องในการได้ยินและการมองเห็น เพศหญิง และอายุที่เพิ่มขึ้น หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2537 วรรณิกา สมนาวรรณ (2537 : 35-36) ได้ค้นหาผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 3 บางซื่อ กรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบสอบถามเพื่อคัดกรองผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของชาญทอง ไส้เหลิส และวินิจฉัยยืนยันจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-III-R พบผู้ที่ได้รับการทดสอบ 850 ราย มีอาการสมองเสื่อมและคัดเลือกเพื่อเป็นกรณีศึกษาในการวิจัยจำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.4

การศึกษาในปี พ.ศ.2541 มาโนช ทับมณี (2541 : 76) ได้ศึกษาในผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในความดูแลของศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 370 ราย ใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE) เป็นแบบคัดกรองที่จุดตัด 23 คะแนน โดยสำรวจและวินิจฉัยในขั้นตอนเดียวกัน พบผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองว่ามีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 27.3

ส่วนการศึกษาในจังหวัดใกล้เคียง อภิญญา กังสนารักษ์ และคนอื่น ๆ (2536 : 19-28) ได้ศึกษาผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลศาลาษา กิ่งอำเภอพุทธมณฑล จ.นครปฐม จำนวน 228 คน ใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป-ความจำ-ความสนใจตั้งใจ (The Information-Memory-Concentration : IMC) ของ Blessed พบผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อม 11 คน คิดเป็นอัตราความชุกร้อยละ 4.82 และพบว่า การเกิดโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับเพศหญิง อายุมาก การศึกษาต่ำ อาชีพทำไร่ ทำนาและรับจ้าง และการไม่เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และยังพบว่าปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพคือ การได้ยินบกพร่อง จะมีผลต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมมากขึ้น ส่วนการศึกษาในเขตจังหวัดราชบุรี และจังหวัดใกล้เคียง ประเสริฐ อัสสันตชัยและคนอื่น ๆ (Assantachai, P. et al., 1997: 701) ศึกษา



เปรียบเทียบระดับของไวตามิน บี1, บี12 และ โฟเลท กับสมรรถภาพการเรียนรู้ในผู้สูงอายุในเขตชนบทที่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุจำนวน 202 ราย ใช้แบบทดสอบ TMSE ในการแยกกลุ่มตัวอย่างที่มีสมรรถภาพการเรียนรู้ต่ำโดยใช้เกณฑ์ 23 คะแนนลงมา ผลการศึกษาพบผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพการเรียนรู้ต่ำร้อยละ 31 ส่วนมากเป็นเพศหญิง และพบว่ากลุ่มที่มีสมรรถภาพการเรียนรู้ต่ำ มีอายุสูงกว่าและไม่ได้รับการศึกษาหรือมีการศึกษาน้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุปกติ

การศึกษาในชุมชนเขตเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา สามารถ นิธินันท์ (2540 : 189) ได้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 59 คน ใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE) พบผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 10.2 (6 ราย) โดยมีความบกพร่องของคะแนนในเรื่องการรับรู้ ความใส่ใจ และการคำนวณ ต่างจากผู้ที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ต่อมา สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และชาญทอง ไล่เลิศ (Jitapunkul, S. & Lailert, C., 1997: 116-119) ได้ทดลองใช้แบบทดสอบ MMSE เพื่อหาความเหมาะสมในผู้สูงอายุไทย โดยศึกษาในผู้สูงอายุ 3 กลุ่มที่อาศัยในถิ่นที่อยู่ต่างกันคือ สลัมคลองเตย พื้นที่ชนบทในเขตจังหวัดสิงห์บุรี และกลุ่มสุดท้ายคือ ผู้ที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานครที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษาพบว่า ถิ่นที่อยู่อาศัย เป็นปัจจัยอิสระของ MMSE โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยในถิ่นที่อยู่ที่แตกต่างกันจะมีคะแนน MMSE แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าคะแนนเฉลี่ย  $\pm$  ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในเขตสลัมคลองเตยมีค่าต่ำสุด คือ  $21.3 \pm 4.1$  พื้นที่ชนบทในจังหวัดสิงห์บุรีมีคะแนน  $22.8 \pm 3.4$  และในเขตกรุงเทพมหานคร มีค่าคะแนนสูงสุด คือ  $26.3 \pm 3.1$  เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนจุดตัดของภาวะสมองเสื่อม ก็จะส่งผลให้ความชุกของภาวะสมองเสื่อมมีความแตกต่างกัน นอกจากนี้จากผลการศึกษานี้บ่งบอกว่าการใช้ MMSE ในการค้นหาภาวะความผิดปกติทางปัญญาในประเทศไทยอาจไม่เหมาะสม และมีความจำเป็นของการสร้างแบบทดสอบสภาพจิตเพื่อใช้ในการค้นหาขึ้นใหม่ โดยที่จะต้องไม่มีอิทธิพลด้านการอ่านออกเขียนได้และถิ่นที่อยู่อาศัย

### การศึกษาในเขตต่างจังหวัดและการศึกษาระดับประเทศ

การศึกษาในเขตจังหวัดร้อยเอ็ด อิงใจ จันทมูล (2539:118-123) ได้ศึกษาความชุกของสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ 1,707 คน โดยใช้แบบทดสอบเพื่อประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่พัฒนาขึ้นโดย ชาญทอง ไล่เลิศ หลังจากนั้นวินิจฉัยยืนยันโดยจิตแพทย์ผู้มีความชำนาญในด้านผู้สูงอายุ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV ผลการวิจัยพบความชุกของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 3.2 ส่วนการศึกษาโดยใช้แบบทดสอบเดียวกันนี้ในลักษณะของการสำรวจและวินิจฉัยในชั้นตอน

เดี่ยว ศึกษาในเขตชนบท 3 จังหวัดภาคเหนือ คือ จังหวัดลำปาง เชียงราย และพิษณุโลก พบความชุกของสมองเสื่อม ร้อยละ 25.6 (อรพินธุ์ โสวัฒน์, 2541 : 52)

สำหรับการศึกษาโดยการเก็บข้อมูลระดับประเทศ ดุสิต สุนทรานู และคนอื่นๆ (ม.ป.ป. : 23, 71, ภาคผนวก 28-29) ได้ศึกษาระบาดวิทยาสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย ภายใต้โครงการ WHO Cross-National Epidemiological Survey of The Elderly โดยสำรวจตัวแทนผู้สูงอายุในทุกภาคของประเทศไทย จำนวน 1,200 คน ในปี พ.ศ. 2532-2533 ในส่วนของการสำรวจด้านการทำหน้าที่ทางปัญญา ใช้แบบสัมภาษณ์ทั้งหมด 14 ข้อ ซึ่งเป็นแบบทดสอบด้านการรับรู้ (ถามวัน, วันที่, เดือน, ปี, ฤดู) การคำนวณ (ให้รวมเงินและทอนเงิน) การจดจำและการระลึกได้ (ถามชื่อผู้ถูกสัมภาษณ์, ชื่อสิ่งของ) ด้านภาษา (ถามชื่อเรียกของสิ่งของที่ผู้สัมภาษณ์ชี้ให้ดู) และให้อธิบายที่อยู่ของผู้สูงอายุ โดยมีคะแนนเต็ม 14 คะแนน พบว่า ร้อยละ 51.7 สามารถทำแบบทดสอบได้คะแนน 11-14 คะแนน รองลงมา ร้อยละ 37.4 ได้คะแนน 8-10 คะแนน ส่วนผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าครึ่งของคะแนนเต็ม คือ 4-7 คะแนน พบร้อยละ 9.7 และ 0-3 คะแนน พบร้อยละ 1.2 และพบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีคะแนนดีกว่าเพศหญิง และคะแนนจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีคะแนนดีกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท และผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีคะแนนดีกว่าผู้สูงอายุในทุกภาค ต่อมาสำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้ประมาณค่าความชุกของสมองเสื่อมในผู้สูงอายุชาวไทย โดยการสัมภาษณ์ด้วยคำถามเพียง 1 คำถาม เพื่อค้นหา “อาการหลงหรือความจำเสื่อมชนิดรุนแรง” ซึ่งผลการศึกษาพบความชุกของสมองเสื่อมร้อยละ 4 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2537 อ้างถึงใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และ ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, บรรณาธิการ, 2542 : 62)

การสำรวจในปี พ.ศ. 2538 พบกลุ่มอาการสมองเสื่อมในเพศชาย ร้อยละ 2.2 และในเพศหญิง ร้อยละ 4.1 ซึ่งจะเห็นว่า อัตราความชุกในผู้หญิงสูงกว่าผู้ชายประมาณ 2 เท่า (Thailand Health Research Institute, 1996 อ้างถึงใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542 : 26-27) และการสำรวจครั้งล่าสุด มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขได้ศึกษาประชากรวัย 60 ปีขึ้นไป จากทุกภาคของประเทศไทยรวม 33 จังหวัด ใช้เครื่องมือตรวจคัดกรองคือ แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา และทดสอบการพึ่งพาในการประกอบกิจวัตรโดยใช้ ดัชนีบาร์ธเอล เอดีแอล (Barthel ADL index) และดัชนีจุฬา เอดีแอล (Chula ADL index) ซึ่งเกณฑ์การวินิจฉัยนี้เป็นการคัดกรองเฉพาะผู้ที่มีอาการทางสมองขั้นรุนแรงปานกลาง ถึงรุนแรงมาก จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง 4,048 คน พบผู้สูงอายุที่มีสภาวะบกพร่องทางปัญญาจากการทดสอบสภาพจิตจุฬา เท่ากับร้อยละ 16.5 ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาในการดูแลกิจส่วนตัวร้อยละ 19.8 ดังนั้นความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อม

ในประเทศไทย จากการศึกษาครั้งนี้จึงเท่ากับร้อยละ 3.4 และพบว่าความชุกจะเพิ่มสูงขึ้นมากเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ผู้หญิงมีความชุกมากกว่าผู้ชาย ผู้ที่อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ มีความชุกมากกว่าผู้ที่อ่านออกเขียนได้ และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของความชุกระหว่างประชากรในภาคต่างๆ โดยพบว่า ผู้สูงอายุในภาคกลางมีความชุกของอาการสมองเสื่อมสูงกว่าในภาคเหนือ 2.5 เท่า และจากการเปรียบเทียบระหว่างในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลพบว่าไม่มีความแตกต่างกันของอัตราความชุกของสมองเสื่อม (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, บรรณาธิการ, 2542 : 58-69)

### การศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในต่างประเทศ

มีการศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในต่างประเทศกันอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะประเทศในแถบยุโรป และอเมริกา ซึ่งส่วนมากมีระเบียบวิธีในการศึกษาวิจัยแบบ 2 ขั้นตอนและ 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนแรกเป็นการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แบบทดสอบสภาพจิตต่างๆ ที่นิยมใช้คือแบบทดสอบ MMSE บางการศึกษาใช้แบบทดสอบ MSQ (The Mental Status Questionnaire) , Geriatric Mental Status Examination หลังจากนั้นเป็นการประเมินทางคลินิก และวินิจฉัยยืนยันโดย จิตแพทย์ นักจิตวิทยา หรือนักประสาทจิตวิทยาที่มีความเชี่ยวชาญ โดยใช้เกณฑ์ต่างๆ เช่น DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, ICD-10, CAMDEX (Cambridge examination for mental disorder of the elderly), GMS-AGECAT (The Geriatric Mental State Schedule-Automated Geriatric Examination for Computer Assisted Toxonomy Package) ส่วนการศึกษาแบบ 3 ขั้นตอน หลังจากผ่านขั้นตอนการคัดกรองแล้วจะเข้าสู่ขั้นตอนที่ 2 คือ การสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์ต่างๆ การประเมินทางคลินิก เช่นตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิต ตรวจระบบประสาท ประเมินภาวะซึมเศร้า ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตรวจพิเศษต่างๆ เช่น brain scan หลังจากนั้นจึงเป็นการวินิจฉัยยืนยันในขั้นตอนที่ 3 ต่อไป นอกจากนี้บางการศึกษาได้วินิจฉัยแยกภาวะสมองเสื่อมชนิดต่างๆ โดยใช้แบบทดสอบหรือเกณฑ์ต่างๆ เช่น Hachinski Scale, NINCDS-ADRDA, CAMDEX ฯลฯ หรือแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมโดยใช้เกณฑ์ CDR (Clinical Dementia Rating) สำหรับลักษณะกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ส่วนใหญ่ศึกษาในผู้สูงอายุโดยใช้เกณฑ์อายุ 65 ปีขึ้นไป แต่มีบางรายงานที่ศึกษาเฉพาะในกลุ่มอายุมาก บางรายงานศึกษาเฉพาะสมองเสื่อมที่มีอาการระดับปานกลางและรุนแรง และบางรายงานศึกษาในชุมชนเมืองใหญ่ ชุมชนชนบท ตามจุดประสงค์ในการศึกษา โดยมีรายละเอียดดังนี้

การศึกษาความชุกในประเทศแถบเอเชีย ชิบายามาและคนอื่นๆ (Shibayama, et al. 1986 : 144-151) ได้สำรวจผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนในส่วนกลางของประเทศญี่ปุ่น ผลการศึกษาพบความชุกของสมองเสื่อมร้อยละ 5.8 โดยจำแนกเป็นอาการระดับปานกลางและรุนแรง ร้อยละ 2.2 และระดับไม่รุนแรงร้อยละ 3.6 ส่วนการศึกษาในชุมชนชนบทในประเทศญี่ปุ่น ในชุมชนฮิซายามา (Hisayama) โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 887 คน พบความชุกของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 6.7 เป็นสมองเสื่อมระดับรุนแรง ร้อยละ 2.4 และระดับอาการไม่รุนแรง ร้อยละ 4 และพบว่าเมื่ออายุมากขึ้นจะพบความชุกมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Ueda, et al., 1992 : 798-803)

การศึกษาในชาวจีนที่อาศัยอยู่ในฮ่องกง โดยศึกษาในผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบความชุกของสมองเสื่อมร้อยละ  $6.1 \pm 0.7$  เมื่อแยกตามช่วงอายุทุก 5 ปี จาก 70-74 จนถึงอายุ 90 ปีขึ้นไป พบความชุกเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าของช่วงอายุทุกๆ 5 ปี จาก  $1.7 \pm 0.8$  ในช่วงอายุ 70-74 ปี จนถึง  $25.8 \pm 3.8$  ในช่วงอายุ 90 ปีขึ้นไป และพบภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ร้อยละ 64.6 และสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 29.3 โดยจะพบสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์มากในผู้ที่มีการศึกษาดำ และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Chiu, et al., 1998: 1002-1009) ส่วนการศึกษาในเมืองเซี่ยงไฮ้ ประเทศจีน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5,060 ราย พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 4.6 และพบว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้น เพศหญิง และระดับการศึกษาดำเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Zhang, et al., 1990 : 428-437) ส่วนการศึกษาในชุมชนเมือง ของเมือง Beijing ประเทศจีน พบความชุกของสมองเสื่อมในผู้ที่อายุ 65 ปี ขึ้นไปน้อยกว่าการศึกษาในเมืองเซี่ยงไฮ้ คือพบ ร้อยละ 1.1 ส่วนอัตราการอุบัติการณ์ของสมองเสื่อมที่มีอาการระดับปานกลางและอาการรุนแรงจากการศึกษาติดตามในระยะ 3 ปี พบอุบัติการณ์ ร้อยละ 0.3 และพบว่าการศึกษาต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม (Li, et al., 1991:99-104)

การสำรวจในประเทศไต้หวัน กลุ่มตัวอย่าง 5,297 ราย จาก 4 ภาคของประเทศในเขตชุมชนเมืองและชุมชนชนบท แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือคัดกรองด้วย MMSE ผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า 24 คะแนนมีจำนวนเท่ากับ 160 คน (ร้อยละ 30) จะได้รับการประเมินภาวะสมองเสื่อมโดยนักประสาทวิทยา โดยใช้เกณฑ์ DSM-III-R ผลการศึกษาพบความชุกของสมองเสื่อมในผู้ที่อายุ 65 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 2.0 อายุที่สูงขึ้นและการไม่รู้หนังสือส่งผลต่อความชุกของภาวะสมองเสื่อม และพบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่อาศัยในเขตเมืองและชนบทไม่แตกต่างกัน (Liu, et al., 1995: 144-149) ส่วนการศึกษาในชุมชนชนบทในประเทศเกาหลี พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมสูงกว่า

การศึกษาอื่นๆในประเทศแถบเอเชีย โดย ปาร์ค และคนอื่น ๆ (Park, et al., 1994 : 796-801) ได้ศึกษาในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 692 ราย พบภาวะสมองเสื่อม 75 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.8 พบในเพศหญิงมากกว่าชาย เมื่ออายุเพิ่มอัตราความชุกยิ่งเพิ่มขึ้น และพบสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์มากที่สุด ร้อยละ 60

การศึกษาในประเทศอินเดีย ในชุมชนชนบทในเมือง Kerala ศึกษาในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบความชุกร้อยละ 3.19 (Shaji, et al. 1996 : 745 – 749) ส่วนการศึกษาในเมือง Ballabgarh ในเขตตอนเหนือของประเทศ พบผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 1.36 และเมื่ออายุสูงขึ้นจะพบความชุกเพิ่มมากขึ้น แต่เพศและการไม่รู้หนังสือไม่มีความเกี่ยวข้องกับอัตราความชุก (Chandra, et al., 1988: 1000-1008)

ส่วนการศึกษาในประเทศแถบยุโรปและอเมริกา มีการศึกษาในชุมชนเมืองในเขตเมืองบัลติมอร์ตะวันออก รัฐแมริแลนด์ สหรัฐอเมริกา ศึกษาในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 4.5 และความชุกจะเพิ่มขึ้นตามอายุ พบสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ และสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมองเท่ากัน คือ ร้อยละ 2.0 โดยพบเพศหญิงเป็นสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์มากกว่าเพศชาย และเพศชายเป็นสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง มากกว่าเพศหญิง (Folstein, et al., 1991 : M132-M138) การศึกษาในเมือง Framingham แมซซาชูเซตส์ และคนอื่น ๆ (Bachman, et al., 1992 : 115-119) ได้ศึกษาความชุกของสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ 61 ปีขึ้นไป จำนวน 2,180 คน พบความชุกในเพศชาย ร้อยละ 3.05 และความชุกในเพศหญิง ร้อยละ 4.82 และพบว่าความชุกจะเพิ่มเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ส่วนการศึกษาในเขตเมือง Rotterdam ได้มีการศึกษา ในผู้สูงอายุ 55 – 106 ปี พบความชุกของสมองเสื่อมร้อยละ 6.3 และเมื่อแบ่งกลุ่มตามช่วงอายุ พบความชุก ร้อยละ 9 ในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป และพบความชุกสูงขึ้นเป็นร้อยละ 43.2 ในผู้ที่อายุ 95 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ยังพบความชุกสูงขึ้นในผู้ที่มีการศึกษาน้อย (Ott, et al., 1995 : 970-973)

แมนน์ และคนอื่น ๆ (Mann, et al., 1992 : 76-79) ได้ศึกษาความชุกของสมองเสื่อมโดยศึกษาในผู้สูงอายุ 813 ราย ที่อาศัยในเมือง Gospel Oak ซึ่งตั้งอยู่ทางตอนเหนือของกรุงลอนดอน พบอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 6.1 และการศึกษาในสหราชอาณาจักรในโครงการ The Liverpool MRC-ALPHA Study พบอัตราความชุกร้อยละ 4.7 (Saunders, et al., 1993:838) ส่วนการศึกษาในเขตชุมชนเมืองใหญ่ ในกรุงสต็อกโฮล์ม (Stockholm) ประเทศสวีเดน ภายใต้โครงการ Kungsholmen Project ศึกษาในผู้สูงอายุ 75 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในบ้านและในสถานพยาบาล จำนวน 1810 ราย ที่ได้รับการคัดกรองด้วย MMSE พบผู้ที่ได้คะแนน < 23 คะแนน จำนวน 385 ราย ซึ่งผล

การวินิจฉัยสุดท้ายพบผู้สูงอายุที่มีภาวะเสื่อม จำนวน 216 ราย และมากกว่าครึ่ง (54%) เป็นสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นจะยิ่งพบความชุกเพิ่มขึ้น และพบว่าเพศหญิง การศึกษาดำเนินการไม่มีความสัมพันธ์กับความชุกของสมองเสื่อม (Fratiglioni, et al.,1991 : 1886-1892) และเมื่อใช้ CDR จำแนกระดับความรุนแรงของอาการสมองเสื่อม พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมระดับก้ำกึ่งร้อยละ 1.0 อาการไม่รุนแรงร้อยละ 3.1 อาการระดับปานกลางร้อยละ 5.0 และอาการรุนแรงร้อยละ 2.3 และพบว่า ร้อยละ 54 ของผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะอาศัยในบ้านพักผู้สูงอายุ (Fratiglioni, et al.,1994 : 79)

การศึกษาในชุมชนชนบท โรแลนด์ และคนอื่น ๆ (Roelands, et al ; 1994 : 155-161) ได้รายงานความชุกของภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบทของประเทศเบลเยียม โดยสำรวจในผู้สูงอายุจำนวน 1,736 คน ผลการศึกษาพบอัตราความชุกร้อยละ 9.0 และพบว่าความชุกจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่ม คือในช่วงอายุ 65-69, 70-74, 75-79, 80-84 และ 85 ปีขึ้นไป พบความชุกในอัตรา ร้อยละ 0.6, 5.1, 7.6, 16.2 และ 33.6 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบความชุกของสมองเสื่อม ในเพศหญิงมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการศึกษาในหมู่บ้านในท้องถิ่นชนบทของประเทศอิตาลี พบอัตราความชุก ร้อยละ 8.0 และพบความชุกเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาดำเนินการจะมีอัตราความชุกของสมองเสื่อมสูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์มากที่สุด รองลงมาคือ vascular dementia และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของความชุกในอาชีพต่าง ๆ (Prencipe, et al., 1996 : 628-633) และการศึกษาในเขตชนบทใกล้ ๆ เมือง Zwolle ประเทศเนเธอร์แลนด์ พบอัตราความชุกร้อยละ 6.5 (Boersma, et al.,1998 : 189-197) สำหรับการศึกษาในชุมชนเกษตรกรรมของประเทศสเปน โลโบและคนอื่น ๆ (Lobo, et al., 1995 : 497-505) ศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 1,080 คน พบอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 5.5 และพบความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่ม

การศึกษาในผู้สูงอายุกลุ่มที่มีอายุมาก (oldest old) ได้มีการสำรวจในชุมชนเมืองของเมือง Munich ประเทศเยอรมัน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 402 ราย พบความชุกเท่ากับร้อยละ 43.1 และพบว่าความชุกจะยิ่งสูงมากในผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น และไม่พบความแตกต่างของความชุกระหว่างเพศ (Fichter, et al., 1995 : 621-629) ส่วนการสำรวจในกรุงเบอร์ลิน ประเทศเยอรมันในผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป ที่อาศัยทั้งในชุมชนและในสถานพยาบาล พบความชุกของสมองเสื่อม ร้อยละ 11.7 และพบความชุกในกลุ่มอายุ 90-94ปี ร้อยละ 42.3 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับความชุกในกลุ่มอายุ 95 ปีขึ้นไป ( Wernicke & Reischies, 1994 : 250-251) ส่วนการศึกษาในประเทศแคนาดา ภายใต

โครงการ The Canadian Study of Health and Aging ในกลุ่มตัวอย่าง 1,835 ราย ที่อาศัยในชุมชนและสถานพยาบาล พบความชุกในผู้สูงอายุที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป ร้อยละ 28.5 ซึ่งมากกว่า 2 เท่า ของความชุกในช่วงอายุ 75-84 ปี และเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น อัตราความชุกจะเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบสมองเสื่อมระดับไม่รุนแรงมากที่สุดในชุมชน ส่วนสมองเสื่อมระดับรุนแรงจะพบมากในสถานพยาบาล และพบสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์มากที่สุดร้อยละ 75.3 รองลงมาคือ สมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 13.4 (Ebly, et al., 1994 : 1593 )

จูวา และคนอื่น ๆ (Juva, et al., 1992 : 1148) ได้สำรวจความชุกของสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่อาศัยในเมือง Helsinki ประเทศฟินแลนด์ ในกลุ่มอายุ 3 กลุ่ม คือ 75, 80 และ 85 ปี จากกลุ่มตัวอย่าง 656 ราย พบผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 93 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.17 เมื่อแบ่งตามกลุ่มอายุพบว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะพบอัตราความชุกเพิ่มมากขึ้น โดยในกลุ่มอายุ 75, 80 และ 85 ปี จะพบความชุกของสมองเสื่อมที่มีอาการไม่รุนแรง ร้อยละ 4.6, 13.7 และ 26.7 ตามลำดับ และพบสมองเสื่อมที่มีอาการปานกลางและอาการรุนแรง ร้อยละ 2.9, 10.3 และ 23.3 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ ร้อยละ 73 อาศัยอยู่ในบ้านพักผู้สูงอายุ

สำหรับรายงานการศึกษาเฉพาะสมองเสื่อมที่มีอาการรุนแรง มีการสำรวจในประเทศฟินแลนด์พบว่าในผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป พบความชุกร้อยละ 6.7 และพบว่าความชุกเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่เพิ่ม และพบว่า ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 56.7 จะอาศัยอยู่ในสถานพยาบาลหรือสถานให้การดูแลเฉพาะ (Sulkava, et al., 1985 : 1025-1029)

ส่วนการศึกษาในโรงพยาบาล ได้มีการศึกษาจากรายงานการวินิจฉัยโรคของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล Charles Foix ซึ่งเป็นโรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ ตั้งอยู่ในกรุงปารีส ประเทศฝรั่งเศส ในระหว่างปี ค.ศ. 1980-1989 ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่นอนรับการรักษาในโรงพยาบาล มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 34.3 ซึ่งเป็นภาวะโรคที่พบมากที่สุด และพบสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์มากกว่าสมองเสื่อมประเภทอื่น ๆ ( Holstein, et al., 1994 : 972-977)

สำหรับการศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ 65-84 ปี ที่อาศัยในชุมชนและในสถานพยาบาลในเขตเมือง Odense ประเทศเดนมาร์ก โดยศึกษาติดตามในระยะ 2 ปี พบอัตราการเกิดอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรก-ระยะรุนแรง 29.5 ต่อ 1000 คน/ปี

และอัตราการเกิดอุบัติเหตุจะเพิ่มขึ้นประมาณ 2 เท่า ของช่วงอายุที่เพิ่มทุก 5 ปี และจะพบใกล้เคียงกันทั้งในเพศหญิงและชาย (Andersen, et al., 1999 : 85-89)

ฮอฟแมน และคนอื่นๆ (Holfman, et al., 1991 : 736-748) ได้ประมาณค่าเฉลี่ยความชุกของสมองเสื่อมในยุโรป ภายใต้การศึกษาในโครงการ EURODEM โดยได้วิเคราะห์จากรายงานผลการศึกษาคความชุกของประเทศต่างๆจำนวน 12 รายงาน ที่มีระเบียบวิธีการศึกษาที่คล้ายคลึงกันและมีความเหมาะสมที่จะนำมาเปรียบเทียบกันได้ โดยแบ่งช่วงอายุทุกๆ 5 ปี เริ่มจากอายุ 60-64 ปี จนถึง 95-99 ปี จากการประมาณค่าจะพบความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยความชุกจะเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า ของทุกๆ ช่วงอายุที่เพิ่ม 5 ปี โดยพบความชุกของสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 1 ในกลุ่มอายุ 60-64 ปี จนถึง ร้อยละ 34.7 ในกลุ่มอายุ 95-99 ปี จากการศึกษาไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศ แต่จะพบความชุกในเพศชายมากกว่าเพศหญิงในช่วงอายุ 60-75 ปี และพบความชุกในเพศหญิงมากกว่าในช่วงอายุ 75 ปี

การศึกษาของ จอร์ม และคนอื่นๆ (Jorm et al., 1987: 465-479) ได้วิเคราะห์เกี่ยวกับความชุกของสมองเสื่อมโดยศึกษาจากรายงานวิจัยต่าง ๆ 41 ฉบับที่รายงานในปีค.ศ. 1945-1985 ได้ข้อสรุปดังนี้

1. ความชุกของภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มเป็น 2 เท่าของอายุที่เพิ่มทุก 5 ปี ในช่วงอายุ 60-90 ปี
1. ไม่มีความแตกต่างด้านเพศในความชุกของภาวะสมองเสื่อม
2. รายงานบางฉบับได้บอกถึงความแตกต่างของความชุกระหว่างชุมชนที่อยู่อาศัย โดยพบภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ในพื้นที่ชนบทมากกว่าในเมือง แต่การศึกษาของร็อคคา และคนอื่นๆ (Rocca et al. 1991 cited in Henderson 1994:13) ได้วิเคราะห์รายงาน 6 ฉบับ เกี่ยวกับความชุกของโรคอัลไซเมอร์ในประเทศแถบยุโรปพบว่าไม่มีความแตกต่างของความชุกในด้านลักษณะภูมิศาสตร์

จอร์มและจอลเลย์ (Jorm & Jolley, 1998:728-733) ได้ศึกษาและวิเคราะห์รายงานอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมจำนวน 23 รายงาน ซึ่งอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมในแต่ละรายงานมีความแตกต่างกันมาก จากการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มสูงขึ้นจนถึงช่วงอายุ 90 ปี และไม่พบความแตกต่างของอุบัติการณ์ระหว่างเพศ แต่เพศหญิงมีแนวโน้มเกิดภาวะสมองเสื่อมอัลไซเมอร์สูงกว่าในกลุ่มที่อายุมาก และเพศชายมีแนวโน้มเกิดสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมองสูงกว่าในกลุ่มที่มีอายุน้อย และประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อม

น้อยกว่าประเทศในแถบยุโรปและอเมริกา แต่การศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมจากรายงาน 8 ฉบับในประเทศแถบยุโรป พบว่าหลังจากอายุ 80 ปีไปแล้ว ความชุกในเพศหญิงจะสูงกว่าเพศชาย และจะสูงเพิ่มมากขึ้น และความชุกในเพศชายจะค่อยๆ ลดลงในช่วงอายุ ประมาณ 85 ปีขึ้นไป (Fratiglioni, et al., 2000: S10-S15)

สรุปการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะสมองเสื่อมได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของสมอง ทำให้เกิดกลุ่มอาการความผิดปกติที่มีอาการแสดงในด้านต่าง ๆ ทั้งทางด้านระบบประสาทและจิตวิทยา ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ซึ่งในต่างประเทศมีการศึกษาวิจัยในเรื่องภาวะสมองเสื่อมอย่างแพร่หลายและใช้เครื่องมือในการคัดกรองแตกต่างกัน สำหรับในประเทศไทยยังมีการศึกษาเรื่องนี้ค่อนข้างน้อยและใช้เครื่องมือคัดกรองที่หลากหลาย ค่าความชุกที่ได้มีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษาตั้งแต่ร้อยละ 1.8 จนถึงร้อยละ 32.67 นอกจากนี้ข้อมูลพื้นฐานของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยก็มีค่อนข้างน้อยเช่นกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเพื่อสำรวจผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเลือกศึกษาในเขตพื้นที่ต่างจังหวัดเพื่อให้ทราบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุและเปรียบเทียบสัดส่วนภาวะสมองเสื่อมระหว่างพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันคือระหว่างในเขตและนอกเขตเทศบาล และนอกจากนี้ยังเป็นการศึกษาคะแนนสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในแต่ละด้าน ว่ามีลักษณะแตกต่างจากผู้สูงอายุปกติอย่างไร

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เปรียบเทียบสัดส่วนการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตและนอกเขตเทศบาล เปรียบเทียบคะแนนสมรรถภาพสมองโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตและนอกเขตเทศบาล ตลอดจนเปรียบเทียบคะแนนสมรรถภาพสมองรายด้านระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งศึกษาคะแนนสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านการรับรู้ การจดจำ ความใส่ใจ การคำนวณ ภาษา และการระลึกได้

#### ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ โดยได้แบ่งประชากรตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้

1. ประชากรผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล โดยเทศบาลนคร นครสวรรค์มีอาณาเขตอยู่ในพื้นที่ 4 ตำบลคือ ต.ปากน้ำโพ และพื้นที่บางส่วนของ ต.นครสวรรค์ออก ต.นครสวรรค์ตก และ ต.วัดไทรย์ ( ภาคผนวก ก ) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกประชากรที่อาศัยอยู่ในเขต ต.ปากน้ำโพ ซึ่งเป็นตำบลที่ตั้งอยู่ใจกลางเมือง เป็นย่านเศรษฐกิจ มีความเจริญ และเป็นที่ตั้งของหน่วยงานราชการ โรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน ห้างสรรพสินค้า ตลอดจนบริษัทห้างร้านต่าง ๆ มีระบบสาธารณูปโภคครบถ้วน การคมนาคมสะดวก มีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่น และมีผู้สูงอายุกระจายอยู่ทั่วไป ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจ ค้าขาย ฐานะเศรษฐกิจโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดีมาก

2. ประชากรผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ตำบลที่อยู่นอกเขตเทศบาลมีทั้งสิ้น 16 ตำบล ผู้วิจัยได้เลือกประชากรที่อาศัยอยู่ในตำบลที่ไม่มีอาณาเขตติดต่อกับเขตเทศบาล ซึ่งมีทั้งหมด 9 ตำบล ได้แก่ ต.หนองกระโดน ต.หนองกรด ต.ตะเคียนเลื่อน ต.กลางแดด ต.หนองปลิง

ต.พระนอน ต.บางพระหลวง ต.เกรียงไกร และ ต.บ้านมะเกลือ ตำบลเหล่านี้อยู่ห่างไกลความเจริญ จากเขตเมือง ระบบสาธารณูปโภคยังไม่ครบถ้วน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม

### คุณสมบัติของประชากรกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาลที่มีคุณสมบัติดังนี้

1. ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็น การพูด และการได้ยินเสียงจนเป็นอุปสรรคต่อการสัมภาษณ์ และการทดสอบ
2. ไม่ใช่ยาที่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาทหรือมีนเมาสุราขณะเข้ารับการทดสอบ
3. เป็นผู้ที่ยินดีให้ความร่วมมือตลอดการวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ได้แบ่งประชากรที่อาศัยภายในตำบลปากน้ำโพ ออกเป็นกลุ่มตามรายชื่อถนนในใจกลางเมือง 10 สายได้แก่ ถ.ปาริชาติ ถ.อัมรินทร์วิถี ถ.อมราวิถี ถ.วงศ์สวรรค์ ถ.อรรถกวี ถ.มาตุลี ถ.สวรรค์วิถี ถ.โกสีย์ ถ.ดาวดึงส์ และ ถ.ธรรมวิถี หลังจากนั้นได้สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยใช้วิธีจับสลากเลือกรายชื่อถนนมา 3 สาย ซึ่งได้แก่ ถ.มาตุลี ถ.วงศ์สวรรค์ และ ถ.ธรรมวิถี แล้วจึงทำการศึกษา ผู้สูงอายุทุกรายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และอาศัยอยู่ในบ้านเรือนที่ตั้งอยู่ 2 ฝากของถนน รวมทั้งบ้านเรือนที่ตั้งอยู่ในตรอกหรือซอยที่แยกจากถนนสายนั้น โดยเริ่มศึกษาจากจุดตั้งต้นของถนน เช่น จากสี่แยกหรือ สามแยก จนได้ผู้สูงอายุครบจำนวนตามขนาดกลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาล

2. กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาล จากตำบลที่ไม่มีอาณาเขตติดต่อกับเทศบาล จำนวน 9 ตำบล ได้สุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยวิธีการจับสลากเลือกมา 2 ตำบล คือ ต.เกรียงไกร และ ต.กลางแดด หลังจากนั้นเลือกหมู่บ้านภายในตำบล โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจับสลากเลือกมาตำบลละ 5 หมู่บ้าน แล้วจึงสำรวจจำนวนและรายชื่อผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านตามทะเบียนผู้สูงอายุของสถานีอนามัยประจำตำบล หลังจากนั้นจึงทำการศึกษาผู้สูงอายุที่อาศัยในหมู่บ้านนั้นและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์จนครบจำนวนตามขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้าน

## ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร (วิลิต กุศลวิศิษฎ์กุล, 2528 อ้างถึงใน ชวิรัชชัย วรพงศธร, 2538: 263)

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} N \pi (1 - \pi)}{Z^2_{\alpha/2} \pi (1 - \pi) + Nd^2}$$

เมื่อ  $n$  = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$N$  = จำนวนประชากร ใน อ.เมือง จ.นครสวรรค์ มีประชากรผู้สูงอายุ 26,997 คน

$Z$  = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติซึ่งมีค่าสอดคล้องกับระดับนัยสำคัญที่กำหนด ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญที่  $\alpha = 0.5$  ซึ่ง  $\alpha/2 = .025$  และมีค่า  $Z = 1.960$

$d$  = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นในการประมาณค่าสัดส่วนซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยยอมรับค่าความคลาดเคลื่อนที่ .02

$\pi$  = ค่าสัดส่วนในประชากร สำหรับค่าสัดส่วนของภาวะสมองเสื่อมในชุมชนนั้น อภิญา กังสนารักษ์และคนอื่นๆ (2536) ได้ศึกษาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ในต.ศาลาษา กิ่งอ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม พบความชุกร้อยละ 4.82 ดังนั้นค่า  $\pi$  ในการวิจัยครั้งนี้คือ .0482

$$\begin{aligned} \text{แทนค่า } n &= \frac{(1.96)^2 (26997) (.0482) (1-.0482)}{(1.96)^2 (.0482) (1-.0482) + (26997) (.02)^2} \\ &= 434 \text{ คน} \end{aligned}$$

เนื่องจากความชุกของภาวะสมองเสื่อมจากการศึกษาที่ผ่านมาพบได้น้อย ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้นจากค่าที่คำนวณได้ โดยใช้วิธีกำหนดขนาดตัวอย่างเพิ่มเป็น 600 คน แบ่งเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาล 300 คน และนอกเขตเทศบาล 300 คน เพื่อให้มีโอกาสพบผู้สูงอายุสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ทำให้ผลการศึกษาที่ได้ชัดเจนขึ้น

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เพื่อรวบรวมข้อมูลในการวิจัย มีดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ที่อยู่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส เชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด การประกอบอาชีพ ความถนัดทางซ้ายหรือขวา ปัญหาด้านสุขภาพหรือโรคประจำตัว ยาที่รับประทานเป็นประจำ การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การตรวจสุขภาพประจำปี และอาหารเสริมบำรุงร่างกาย

2. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination ,TMSE) (ภาคผนวก ง) สร้างโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2536: 359-374) เป็นแบบทดสอบที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการวินิจฉัยคัดกรองผู้ป่วยสมองเสื่อมชาวไทย แบบทดสอบสมรรถภาพสมองนี้มีลักษณะเป็นข้อคำถามและคำสั่งให้ปฏิบัติ โดยแบ่งเป็นการทดสอบด้านต่าง ๆ 6 ด้าน ดังนี้

1. การรับรู้ (Orientation) มีค่าน้ำหนักความสำคัญคิดเป็นคะแนน 6 คะแนน โดยเป็นคะแนนเกี่ยวกับเรื่องเวลา 4 คะแนน สถานที่ 1 คะแนน และเรื่องบุคคล 1 คะแนน

2. การจดจำ (Registration) มีค่าน้ำหนักความสำคัญคิดเป็นคะแนน 3 คะแนน โดยให้ผู้ถูกทดสอบจำชื่อของ 3 อย่างที่ผู้ทดสอบบอกให้ฟังห่างกันครั้งละ 1 วินาที กำหนดให้คะแนนแต่ละชื่อ เท่ากับ 1 คะแนน

3. ความใส่ใจ (Attention) มีค่าน้ำหนักความสำคัญคิดเป็นคะแนนรวม 5 คะแนน ทดสอบโดยให้ผู้ถูกทดสอบบอกชื่อวันย้อนหลังตามลำดับไปเรื่อย ๆ จนครบ 5 วัน การให้คะแนนกำหนดให้ คำตอบของชื่อวันที่ถูกต้องเท่ากับ 1 คะแนน

4. การคำนวณ (Calculation) มีค่าน้ำหนักความสำคัญคิดเป็น 3 คะแนน ทดสอบโดยให้ผู้ถูกทดสอบคำนวณเลข 100 - 7 ไปตามลำดับ 3 ครั้ง การให้คะแนนกำหนดให้คำตอบที่ถูกต้องของแต่ละช่วงเท่ากับ 1 คะแนน โดยใช้เวลาแต่ละช่วงคำตอบไม่เกิน 1 นาที

5. ด้านภาษา (Language) มีค่าน้ำหนักความสำคัญคิดเป็นคะแนนรวม 10 คะแนน แบ่งการทดสอบเป็นด้านต่าง ๆ คือ

5.1 การบอกชื่อสิ่งของ ให้ผู้ถูกทดสอบบอกชื่อสิ่งของ 2 สิ่ง ที่ผู้ทดสอบชี้ให้ดูคะแนนของแต่ละคำตอบเท่ากับ 1 คะแนน

5.2 การพูดตาม ให้ผู้ถูกทดสอบพูดตามประโยคมาตรฐานที่กำหนดไว้ ถ้าพูดตามได้ถูกต้อง คิดคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

5.3 การทำตามคำสั่ง ให้ผู้ถูกทดสอบทำตามคำสั่ง 3 ขั้นตอน แต่ละขั้นตอน กำหนดคะแนน 1 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดเท่ากับ 3 คะแนน

5.4 การอ่าน ให้ผู้ถูกทดสอบอ่านและทำตามข้อความที่ได้เขียนไว้ กำหนดคะแนน 1 คะแนน

5.5 การเขียน ให้ผู้ถูกทดสอบวาดภาพเหมือนตัวอย่าง โดยกำหนดคะแนนเท่ากับ 2 คะแนน

5.6 ความคิดอ่านเปรียบเทียบ ให้ผู้ถูกทดสอบเปรียบเทียบความเหมือนกันของสิ่งของที่กำหนดให้ มีคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

6. ความระลึกได้ (Recall) มีค่าน้ำหนักความสำคัญคิดเป็นคะแนนรวมเท่ากับ 3 คะแนน ทดสอบโดยให้ผู้ถูกทดสอบ ย้อนนึกจำสิ่งของที่ได้บอกไว้ในช่วงต้นของการทดสอบ หากระลึกได้และตอบถูกต้องในสิ่งของแต่ละสิ่ง ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

ผู้วิจัยได้ใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE) เป็นเครื่องมือในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากเป็นแบบทดสอบที่สะดวก ง่ายต่อการใช้ และใช้เวลาในการทดสอบสั้นประมาณ 10 นาที มีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมประเพณีของคนไทยโดยทั่วไป และปัจจุบัน TMSE เป็นแบบทดสอบที่มีผู้นำไปใช้อย่างแพร่หลายในสถาบันทางการแพทย์ 14 แห่งทั่วประเทศ (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2536: 365) อย่างไรก็ตาม แบบทดสอบ TMSE นี้อาจมีข้อจำกัดด้านการศึกษา ดังนั้น เพื่อลดผลบวกลวงในการศึกษาครั้งนี้ ในการทดสอบด้านการอ่าน หากผู้สูงอายุรายใดที่อ่านไม่ออกเนื่องจากการไม่ได้รับการศึกษา ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านให้ฟังและให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามข้อความที่อ่าน ถ้าผู้สูงอายุปฏิบัติตามได้ ให้นับเป็นคะแนนในการทดสอบด้านนี้

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน เกณฑ์มาตรฐานของคะแนนตามค่ากำหนดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุชาวไทยมีดังนี้ (Poungvarin, N. et al., 1995: 338; 1996a: 279; 1996b: 294)

คะแนนสูงกว่า 25 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะสมองเสื่อม

คะแนน 23-25 คะแนน หมายถึง กลุ่มการวินิจฉัยกำกวม

คะแนน 20-22 คะแนน หมายถึง มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อยถึงปานกลาง

คะแนนต่ำกว่า 20 คะแนน หมายถึง มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรง

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองว่ามีภาวะสมองเสื่อม คือผู้ที่มีคะแนนสมรรถภาพสมองน้อยกว่า 23 คะแนน

## คุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทยนี้สร้างขึ้นโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางสมอง (Train the brain forum) ซึ่งสมาชิกในกลุ่มเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ และด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลและนักจิตวิทยา จำนวนทั้งสิ้น 29 คน จากสถาบันทั่วประเทศ 14 สถาบัน มาร่วมกันสร้างแบบทดสอบ เป็นแบบคัดกรองที่ใช้ในการวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมชาวไทย โดยอาศัยพื้นฐานการคิดมาจาก แบบทดสอบสภาพสมองแบบย่อ (Mini Mental State Examination : MMSE) ของ Folstein และคณะ ที่สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1975 และเป็นที่ยอมรับใช้กันอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ โดยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทยนี้ ได้สร้างขึ้นตามความเหมาะสมกับสถานภาพของการศึกษาและวัฒนธรรมของประชาชนไทยโดยเฉลี่ยทั่วไป ทั่วประเทศเป็นหลัก และได้ปรับปรุงแก้ไขหลายครั้ง ตลอดจนได้นำไปทดสอบหาค่าปกติในผู้สูงอายุ โดยได้นำไปศึกษาในสถาบันทางการแพทย์ 11 แห่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุชาวไทยทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี จำนวน 180 คน เป็นผู้สูงอายุในภาคเหนือ 22 คน ภาคใต้ 20 คน และภาคกลาง 138 คน ซึ่งได้มีเกณฑ์คัดเลือกรับการศึกษาผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติอ่านออกเขียนได้ ไม่มีอาการแสดงอย่างชัดเจนของความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย หรือด้านจิตใจทั้งชนิดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง ไม่มีประวัติเสพยาเสพติดหรือโรคพิษสุราเรื้อรัง ตลอดจนไม่ใช้ยาที่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาทอย่างน้อย 1 สัปดาห์ก่อนทำการศึกษา โดยการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าเฉลี่ยของคะแนนการทดสอบ 27.38 คะแนน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.02) ปัจจุบันมีผู้นำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทยไปใช้อย่างแพร่หลาย อันแสดงถึงคุณภาพในการเป็นแบบทดสอบมาตรฐานสำหรับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2536 : 363-365)

2. ความเที่ยง (Reliability) การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย และใช้วิธีการทดสอบซ้ำ (Test - Retest Method) โดยมีระยะเวลาห่าง 1 สัปดาห์ นำคะแนนมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง  $r$  เท่ากับ 0.90

## การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในการใช้แบบทดสอบ โดยเข้าพบนักจิตวิทยาที่เป็นกรรมการในกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง มีวัตถุประสงค์เพื่อขอคำแนะนำการใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย เพื่อให้เกิดความเข้าใจในเนื้อหาและวิธีการใช้แบบทดสอบ รวมทั้งการแปลค่าคะแนนที่ถูกต้อง หลังจากนั้นผู้วิจัยได้จัดเตรียมคู่มือการใช้แบบทดสอบ และเกณฑ์การให้คะแนนของแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย และได้เตรียมผู้ช่วยวิจัย 2 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาล มีประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 4 ปี โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดและขั้นตอนการใช้แบบทดสอบ โดยชี้แจงทีละข้อตามลำดับข้อคำถามในแบบทดสอบจนครบทุกข้อ พร้อมทั้งดูตัวอย่างจากคู่มือการใช้แบบทดสอบร่วมด้วย สำหรับการให้แบบทดสอบนี้ได้เน้นวิธีการพูดตามข้อคำถามโดยพูดเสียงดังฟังชัด พูดช้า ๆ เป็นจังหวะ ไม่เร่งรีบ ให้ความสำคัญการตอบแบบทดสอบมากเพียงพอตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ อธิบายข้อสงสัยต่าง ๆ ได้ แต่จะไม่ชี้แนะคำตอบ หลังจากซักซ้อมการใช้แบบทดสอบจนเกิดความเข้าใจที่ตรงกันแล้ว ได้ไปทดลองใช้แบบทดสอบกับผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน แล้วรวบรวมคะแนนของผู้ช่วยวิจัย มาเปรียบเทียบกับคะแนนของผู้วิจัย ซึ่งให้เป็นเกณฑ์มาตรฐาน และวัดค่าความเที่ยงของการสังเกต (interrater reliability) ระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแต่ละคน ได้ค่าความเที่ยงของการสังเกตเท่ากับ 1.0 และ 1.0 อันแสดงว่าผู้ช่วยวิจัยมีความสามารถในการใช้แบบทดสอบ และสามารถเข้าร่วมในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

## วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลในเขตเทศบาล ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตนเองจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล ถึงนายกเทศมนตรีเทศบาลนคร นครสวรรค์ เพื่อขอเข้าทำการวิจัยในพื้นที่ ภายหลังได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าสำนักงานสาธารณสุขเทศบาลเพื่อแนะนำตัว และชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนขอความร่วมมือในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยออกเยี่ยมบ้านเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลนอกเขตเทศบาล ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตนเองจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และหัวหน้าสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองเพื่อขอเข้าทำการวิจัยในพื้นที่และขอความร่วมมือในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับ

เจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยในพื้นที่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอข้อมูลรายชื่อและที่อยู่ของผู้สูงอายุจากทะเบียนผู้สูงอายุและเพื่อขอความร่วมมือในการแนะนำกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้าน หลังจากนั้นจึงนัดหมาย วัน เวลา และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

2. ในการดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่บ้านของผู้สูงอายุแต่ละรายโดยตรง ส่วนภายนอกเขตเทศบาลดำเนินการเก็บข้อมูลเป็น 2 ลักษณะ คือ เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ของสถานีอนามัยตามหมู่บ้าน และบางส่วนเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่บ้านของผู้สูงอายุแต่ละรายโดยตรง

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดคุณสมบัติไว้ หลังจากนั้นผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือ และแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัย (ภาคผนวก ข.) ตามลำดับ

4. เมื่อผู้สูงอายุตกลงให้ความร่วมมือในการวิจัย จึงดำเนินการวิจัยโดยการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และทดสอบสมรรถภาพสมองโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE) ชักถามและบอกให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามหัวข้อการทดสอบตามลำดับ โดยควบคุมสิ่งแวดล้อมขณะสัมภาษณ์และทดสอบให้มีความเป็นส่วนตัว และให้มีเสียงรบกวนน้อยที่สุด เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสมาธิในการทดสอบ โดยใช้เวลาในการทดสอบรายละเอียดประมาณ 15-30 นาที

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนและความถูกต้องของคำตอบของแบบทดสอบและบันทึกข้อมูล รวมคะแนนผลการทดสอบเพื่อนำมาวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS for Windows ดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลโดยวิธีแจกแจงความถี่ในรูป จำนวน และ ร้อยละ และเปรียบเทียบข้อมูลโดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) หรือการทดสอบแบบฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test)

2. ศึกษาผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองว่ามีภาวะสมองเสื่อม และลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสมองเสื่อม ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ

3. เปรียบเทียบสัดส่วนของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ระหว่างในเขตและนอกเขตเทศบาลด้วยสถิติซี (z - test)

4. ศึกษาคะแนนสมรรถภาพสมองโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนสมรรถภาพสมองระหว่างกลุ่มตัวอย่างในเขตและนอกเขตเทศบาลด้วยสถิติที (t - test )
5. ศึกษาคะแนนสมรรถภาพสมองรายด้าน ของผู้สูงอายุสมองเสื่อมด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนสมรรถภาพสมองรายด้านระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและไม่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยสถิติที (t - test )



## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

ผลการศึกษาการสำรวจภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ นำเสนอตามลำดับคือ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ลักษณะกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สัดส่วนภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในเขตและนอกเขตเทศบาล คะแนนสมรรถภาพสมองโดยรวมและรายด้าน ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในเขตและนอกเขตเทศบาล คะแนนสมรรถภาพสมองโดยรวม และรายด้านของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในด้านต่างๆ คือ การรับรู้ การจดจำ ความใส่ใจ การคำนวณ ภาษาและการระลึกได้

#### ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครสวรรค์ จำนวนทั้งหมด 600 ราย แบ่งเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล 300 ราย นอกเขตเทศบาล 300 ราย กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.5 เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 60-95 ปี อายุเฉลี่ย 68.9 ปี เมื่อแบ่งกลุ่มตามช่วงอายุพบว่า ช่วงอายุ 60-69 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 57.7 เมื่อช่วงอายุเพิ่มขึ้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างจะลดลง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.7 มีสถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีเชื้อชาติไทย ร้อยละ 98.3 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 59.2 รองลงมาคือไม่ได้รับการศึกษาร้อยละ 35.3 การประกอบอาชีพในอดีตส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 37.0 ส่วนปัจจุบัน ร้อยละ 57.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ความถนัดในการใช้มือส่วนใหญ่ถนัดขวา ร้อยละ 93.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเหล้า และไม่ตรวจสุขภาพประจำปี คิดเป็นร้อยละ 81.5, 83.0 และ 85.2 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล ตามข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในด้าน เพศ อายุ และความถนัดของมือ ส่วนลักษณะที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ได้แก่ สถานภาพสมรส เชื้อชาติ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ทั้งอาชีพเดิม และอาชีพปัจจุบัน การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า และการตรวจสุขภาพประจำปี รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลโดยการทดสอบไคสแควร์

ข้อมูลส่วนบุคคล	ในเขตเทศบาล (300)	นอกเขตเทศบาล(300)	รวม (ร้อยละ)	$\chi^2$	p
<b>เพศ</b>					
ชาย	103	116	219 (36.5)	1.04	> .05
หญิง	197	184	381 (63.5)		
<b>อายุ (ปี)</b>					
60-69	178	168	346 (57.7)		
70-79	97	106	203 (33.8)	0.71	> .05
80 ปีขึ้นไป	25	26	51(8.5)		
ต่ำสุด-สูงสุด 60-95 ปี					
ค่าเฉลี่ย 68.9 ปี					
<b>สถานภาพสมรส</b>					
โสด,หม้าย,หย่า	165	113	278 (46.3)	17.43	< .01
คู่	135	187	322(53.7)		
<b>เชื้อชาติ</b>					
ไทย	291	299	590 (98.3)	Fisher's	< .05
จีน	9	1	10 (1.7)	Exact	
<b>ระดับการศึกษา</b>					
ไม่ได้รับการศึกษา	86	126	212 (35.3)		
ประถมศึกษา	184	171	355 (59.2)	30.11	< .01
สูงกว่าประถมศึกษา	30	3	33(5.5)		

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลโดยการทดสอบไคสแควร์

ข้อมูลส่วนบุคคล	ในเขตเทศบาล(300)	นอกเขตเทศบาล(300)	รวม(ร้อยละ)	$\chi^2$	p
<b>อาชีพเดิม</b>					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	7	15 (2.5)		
รับจ้าง	79	99	178 (29.7)		
ค้าขาย/ธุรกิจ	99	53	152 (25.3)	36.71	< .01
เกษตรกรรม	88	134	222 (37.0)		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	26	7	33 (5.5)		
<b>อาชีพปัจจุบัน</b>					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	198	148	346 (57.7)		
รับจ้าง	30	40	70 (11.7)		
ค้าขาย/ธุรกิจ	53	43	96 (16.0)	75.76	< .01
เกษตรกรรม	1	63	64 (10.7)		
ข้าราชการบำนาญ	18	6	24 (4.0)		
<b>ความถนัดของมือ</b>					
ซ้าย	20	19	39 (6.5)	0.00	> .05
ขวา	280	281	561 (93.5)		
<b>การสูบบุหรี่</b>					
ไม่สูบ	226	263	489 (81.5)	14.33	< .01
สูบ	74	37	111 (18.5)		
<b>การดื่มเหล้า</b>					
ไม่ดื่ม	235	263	498 (83.0)	8.61	< .01
ดื่ม	65	37	102 (17.0)		
<b>การตรวจสุขภาพประจำปี</b>					
ไม่ตรวจ	240	271	511 (85.2)	11.87	< .01
ตรวจ	60	29	89 (14.8)		

สำหรับปัญหาด้านสุขภาพหรือโรคประจำตัวที่พบในผู้สูงอายุ ได้ให้ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง พบว่า มีผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพและไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 7.3 (44 ราย) มีผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว ร้อยละ 92.7 (556 ราย) ปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ ร้อยละ 68.2 ปัญหาระบบประสาทการรับรู้ (การมองเห็นและการได้ยิน) ร้อยละ 59.0 อาการปวด/เวียนศีรษะ ร้อยละ 34.9 ปัญหาระบบทางเดินอาหารและการขับถ่าย ร้อยละ 33.3 และปัญหาอื่นๆตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัญหาด้านสุขภาพหรือโรคประจำตัวที่พบในผู้สูงอายุ (n = 600)

ปัญหาด้านสุขภาพ/โรคประจำตัว	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีปัญหาสุขภาพ	44	7.3
มีปัญหาสุขภาพ *	556	92.7
- ปัญหาระบบกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ	379	68.2
- ปัญหาระบบประสาทการรับรู้ (การมองเห็น/การได้ยิน)	328	59.0
- อาการปวด/เวียนศีรษะ	194	34.9
- ปัญหาระบบทางเดินอาหาร/การขับถ่าย	185	33.3
- ปัญหาระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต	176	31.7
- ปัญหาการนอนหลับ	98	17.6
- ปัญหาระบบต่อมไร้ท่อ	48	8.6
- ปัญหาระบบทางเดินหายใจ	37	6.7
- ปัญหาระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์	18	3.2
- อัมพาต	4	0.7
- อื่นๆ (มะเร็ง, เส้นเลือดอุดตัน, โรคผิวหนัง)	5	0.9

\* ผู้สูงอายุแต่ละรายอาจมีปัญหาด้านสุขภาพได้มากกว่า 1 อย่าง

ยาที่ผู้สูงอายุรับประทานหรือใช้เป็นประจำ โดยมีคำสั่งการรักษาจากแพทย์ คือยารักษาความดันโลหิตสูง ร้อยละ 18.0 ยารักษาอาการปวดของกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ ร้อยละ 11.7 ยารักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 7.8 ยารักษาเบาหวาน ร้อยละ 6.0 ยารักษาอาการของระบบทางเดินอาหาร/การขับถ่าย ร้อยละ 5.8 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละของยาที่ผู้สูงอายุรับประทานหรือใช้เป็นประจำ โดยมีคำสั่งการรักษาจากแพทย์

ชนิดของยา*	จำนวน	ร้อยละ
ยารักษาความดันโลหิตสูง	108	18.0
ยารักษาอาการปวดของกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ	70	11.7
ยารักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ	47	7.8
ยารักษาเบาหวาน	36	6.0
ยารักษาอาการของระบบทางเดินอาหาร/การขับถ่าย	35	5.8
ยารักษาโรคระบบทางเดินหายใจ	21	3.5
ยานอนหลับ/ยาคลายเครียด	16	2.7
วิตามิน, เกลือแร่, ยาบำรุงร่างกาย	16	2.7
ยารักษาอาการปวด/เวียนศีรษะ	9	1.5
ยาหยอดตา	5	0.8
ยารักษาโรคของต่อมไทรอยด์	4	0.7
ยารักษาอัมพาต	4	0.7
อื่นๆ (ยารักษาโรคไตและทางเดินปัสสาวะ, มะเร็ง)	5	0.8

\* ผู้สูงอายุแต่ละรายอาจรับประทานยาได้มากกว่า 1 ชนิด

ชนิดของยาที่ผู้สูงอายุซื้อรับประทานเองเป็นประจำ โดยไม่มีคำสั่งการรักษาจากแพทย์ ได้แบ่งประเภทเป็นยาแผนปัจจุบัน และยาแผนโบราณ/สมุนไพร ซึ่งจัดเป็นยาสามัญประจำบ้าน พบว่ายาที่ผู้สูงอายุซื้อรับประทานมากที่สุด ได้แก่ ยาแก้ปวด ร้อยละ 25.2 รองลงมาคือยารักษาโรคกระเพาะอาหาร ร้อยละ 3.3 ยาแก้หวัด ร้อยละ 2.5 สำหรับยาแผนโบราณ/สมุนไพร ได้แก่ ยาหอม, ยาลม ร้อยละ 6.0 รองลงมาคือยาถูกกลอนรักษาอาการปวด ร้อยละ 2.5 ยาระบายร้อยละ 1.5 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละของชนิดของยาที่ผู้สูงอายุซื้อรับประทานเองเป็นประจำ โดยไม่มีคำสั่งการรักษาจากแพทย์

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ยาแผนปัจจุบัน*</b>		
ยาแก้ปวด	151	25.2
ยารักษาโรคกระเพาะอาหาร	20	3.3
ยาแก้หวัด	15	2.5
ยาระบาย	10	1.7
ยานอนหลับ	2	0.3
ยาแก้ไอ	1	0.2
<b>ยาแผนโบราณ/สมุนไพร*</b>		
ยาหอม, ยาลม	36	6.0
ยาถูกกลอนรักษาอาการปวด	15	2.5
ยาระบาย	9	1.5
ยารักษาเบาหวาน	5	0.8
ยารักษาอาการอัมพาต	3	0.5
ยาขับปัสสาวะ	4	0.7
ยาลดไขมันในเลือด	2	0.3

\* ผู้สูงอายุแต่ละรายอาจรับประทานยาได้มากกว่า 1 ชนิด

สำหรับอาหารเสริมที่ผู้สูงอายุรับประทานเป็นประจำทุกวันหรือเกือบทุกวัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบำรุงสุขภาพร่างกายได้แก่ นมประเภทต่าง ๆ ร้อยละ 9.0 รองลงมาได้แก่ เครื่องดื่มโอวัลติน ไมโล และยาบำรุงร่างกายประเภทวิตามินและเกลือแร่ พบร้อยละ 3.5 เท่ากัน ยาบำรุงร่างกายประเภทยาตุกกกลอนและสมุนไพรต่างๆ ร้อยละ 2.3 เครื่องดื่มชูกำลัง ร้อยละ 1.8 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ร้อยละของอาหารเสริมที่ผู้สูงอายุรับประทานเป็นประจำเพื่อบำรุงสุขภาพ

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
นมประเภทต่างๆ	54	9.0
เครื่องดื่มโอวัลติน, ไมโล	21	3.5
ยาบำรุงร่างกาย(วิตามิน,เกลือแร่)	21	3.5
ยาบำรุงร่างกาย (ยาตุกกกลอน, ยาจีน,สมุนไพร)	14	2.3
เครื่องดื่มชูกำลัง	11	1.8
อาหารเสริมสำเร็จรูปชนิดขงดื่ม	5	0.8
ซูปไก่สกัด	4	0.7
รังนก	3	0.5
โสม	3	0.5
น้ำมันปลา	3	0.5
เบียร์	3	0.5
เห็ดหลินจือ	2	0.3
สารสกัดจากใบแปะก๊วย	1	0.2

### การตอบคำถามการวิจัย

คำถามการวิจัยข้อที่ 1. ผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ มีภาวะสมองเสื่อมมากน้อยเพียงใด

จากการสำรวจภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจำนวน 600 ราย พบกลุ่มที่ได้รับการคัดกรองว่ามีภาวะสมองเสื่อม โดยทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE) ได้คะแนนสมรรถภาพสมองต่ำกว่า 23 คะแนน จำนวน 145 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.2 และผู้ที่ได้คะแนนสมรรถภาพสมองเท่ากับ 23 – 25 คะแนนซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มการวินิจฉัยกำกวม จำนวน 142 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.7 และมีผู้ที่ได้คะแนนสมรรถภาพสมองสูงกว่า 25 คะแนน ซึ่งจัดเป็นกลุ่มที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 313 ราย คิดเป็น ร้อยละ 52.2 เมื่อจำแนกระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมโดยใช้เกณฑ์คะแนนสมรรถภาพสมอง ที่ระดับคะแนนต่ำกว่า 20 คะแนน คือภาวะสมองเสื่อมรุนแรง และคะแนน 20-22 คะแนน คือภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย-ปานกลาง ( Pongvarin, N. et al., 1995 :338; 1996a : 279; 1996b : 294 ) พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรง ร้อยละ 10.0 (60 ราย) โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถภาพสมอง เท่ากับ 17.52 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.72 ) ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย-ปานกลาง พบร้อยละ 14.2 ( 85 ราย) โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถภาพสมองเท่ากับ 21.12 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.81) และเมื่อพิจารณาอายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุตามระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมพบว่า กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรงมีอายุเฉลี่ยสูงกว่าทุกกลุ่ม คือมีอายุเฉลี่ย 75.90 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.41 ) รองลงมาคือ กลุ่มภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย-ปานกลาง มีอายุเฉลี่ย 72.01 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.85 ) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละของผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมองและอายุเฉลี่ยจำแนกตามระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม

ระดับของภาวะสมองเสื่อม	จำนวน(ร้อยละ)	ต่ำสุด-สูงสุด	คะแนน		อายุ	
			สมรรถภาพสมอง			
			$\bar{x}$	SD.	$\bar{x}$	SD.
กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม	145 (24.2)	13-22	19.63	2.18	73.6	7.60
สมองเสื่อมรุนแรง	60 (10.0)	13-19	17.52	1.72	75.90	8.41
สมองเสื่อมเล็กน้อย-ปานกลาง	85 (14.2)	20-22	21.12	0.81	72.01	6.85
กลุ่มการวินิจฉัยกำกวม	142 (23.7)	23-25	24.20	0.77	68.89	6.58
ไม่มีภาวะสมองเสื่อม	313 (52.2)	26-30	27.81	1.35	66.72	5.33

**ลักษณะกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม**

เมื่อพิจารณาลักษณะกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวนทั้งหมด 145 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.4 มีอายุอยู่ในช่วง 60-94 ปี อายุเฉลี่ย 73.6 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.6 ) โดยพบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในช่วงกลุ่มอายุ 70-79 ปี มากที่สุดร้อยละ 52.4 รองลงมาคือช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 26.2 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า ร้อยละ 62.1 มีเชื้อชาติไทยร้อยละ 96.6 ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 62.1 รองลงมาคือ ประถมศึกษา ร้อยละ 36.6 อาชีพเดิมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 41.4 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง ร้อยละ 31.7 มีผู้สูงอายุสมองเสื่อมเพียงร้อยละ 0.7 ( 1 ราย) ที่มีอาชีพเดิมคือรับราชการ ส่วนการประกอบอาชีพในปัจจุบันพบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 79.3 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 8.3 และอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 7.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถนัดมือขวา ร้อยละ 88.3 และส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเหล้า และไม่ตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 91.0 , 86.2 และ 85.5 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 7

**ตารางที่ 7** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ( n = 145)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	27	18.6
หญิง	118	81.4
<b>กลุ่มอายุ (ปี)</b>		
60-69	38	26.2
70-79	76	52.4
80 ปี ขึ้นไป	31	21.4
อายุต่ำสุด-สูงสุด 60-94 ปี		
ค่าเฉลี่ย 73.6 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.6 ปี		
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด,หม้าย,หย่า	90	62.1
คู่	55	37.9

ตารางที่ 7 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 145)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เชื้อชาติ</b>		
ไทย	140	96.6
จีน	5	3.4
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้รับการศึกษา	90	62.1
ประถมศึกษา	53	36.6
สูงกว่าประถมศึกษา	2	1.4
<b>อาชีพเดิม</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	4.1
รับจ้าง	46	31.7
ค้าขาย/ธุรกิจ	32	22.1
เกษตรกรกรรม	60	41.4
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	0.7
<b>อาชีพปัจจุบัน</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	115	79.3
รับจ้าง	12	8.3
ค้าขาย/ธุรกิจ	7	4.8
เกษตรกรกรรม	11	7.6
<b>การสูบบุหรี่</b>		
ไม่สูบ	132	91.0
สูบ	13	9.0
<b>การดื่มเหล้า</b>		
ไม่ดื่ม	125	86.2
ดื่ม	20	13.8
<b>การตรวจสุขภาพประจำปี</b>		
ไม่ตรวจ	124	85.5
ตรวจ	21	14.5

ในด้านปัญหาสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ไม่มีปัญหาสุขภาพและไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 6.2 มีปัญหาสุขภาพหรือมีโรคประจำตัว ร้อยละ 93.8 สำหรับปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด ได้แก่ปัญหาด้านระบบประสาทการรับรู้ (การมองเห็น / การได้ยิน) ร้อยละ 80.9 รองลงมาคือปัญหาระบบกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ ร้อยละ 71.3 ปัญหาระบบทางเดินอาหาร/การขับถ่าย และอาการปวดเวียนศีรษะ พบเท่ากันคือร้อยละ 38.2 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ปัญหาด้านสุขภาพหรือโรคประจำตัวที่พบในผู้สูงอายุสมองเสื่อม (n = 145)

ปัญหาด้านสุขภาพ/โรคประจำตัว	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีปัญหาสุขภาพ	9	6.2
มีปัญหาสุขภาพ *	136	93.8
- ปัญหาระบบประสาทการรับรู้(การมองเห็น/การได้ยิน)	110	80.9
- ปัญหาระบบกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ	97	71.3
- ปัญหาระบบทางเดินอาหาร/การขับถ่าย	52	38.2
- อาการปวด/เวียนศีรษะ	52	38.2
- ปัญหาระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต	50	36.8
- ปัญหาการนอนหลับ	34	25.0
- ปัญหาระบบทางเดินหายใจ	8	5.9
- ปัญหาระบบต่อมไร้ท่อ	6	4.4
- ปัญหาระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์	5	3.7
- อัมพาต	3	2.2
- มะเร็ง	2	1.5

\* ผู้สูงอายุแต่ละรายอาจมีปัญหาสุขภาพได้มากกว่า 1 อย่าง

## การทดสอบสมมติฐานการวิจัย

คำถามการวิจัยข้อที่ 2. ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล มีสัดส่วนการเกิดภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกันหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย คือ สัดส่วนการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลมีความแตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาจากจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด 145 ราย นำมาเปรียบเทียบตามเขตที่อยู่อาศัย พบว่าเป็นผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาล 65 รายคิดเป็นสัดส่วนเท่ากับ 0.22 และอาศัยนอกเขตเทศบาล 80 ราย คิดเป็นสัดส่วนเท่ากับ 0.27 เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนโดยจำแนกตามเขตที่อยู่อาศัยด้วยสถิติซี (z - test) พบว่า สัดส่วนภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 9) ดังนั้นผลการศึกษาก็จะไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่กำหนดไว้

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัยด้วยสถิติ ซี (z - test)

	ในเขตเทศบาล (300)		นอกเขตเทศบาล (300)		z	p
	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน		
ภาวะสมองเสื่อม	65	0.22	80	0.27	-1.44	> .05



คำถามการวิจัยข้อที่ 3 . คะแนนสมรรถภาพสมองโดยรวมและรายด้าน ของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลแตกต่างกันหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลมีคะแนนสมรรถภาพสมองโดยรวมและรายด้านแตกต่างกัน คะแนนรายด้านประกอบด้วย ด้านการรับรู้ การจดจำ ความใส่ใจ การคำนวณ ภาษาและการระลึกได้

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถภาพสมองรายด้าน ระหว่างผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล พบว่า สมรรถภาพสมองด้านที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ ความใส่ใจ ( $t = 6.37$ ) และการคำนวณ ( $t = 4.94$ ) ส่วนสมรรถภาพสมองด้านที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การรับรู้ ( $t = -2.37$ ) และการระลึกได้ ( $t = -2.39$ ) ส่วนสมรรถภาพสมองด้านการจดจำและด้านภาษา พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน และเมื่อพิจารณาคะแนนสมรรถภาพสมองโดยรวมแล้ว พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t = 3.28$ ) (ตารางที่ 10) ดังนั้นผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานด้านคะแนนสมรรถภาพสมองโดยรวม ส่วนสมมติฐานคะแนนสมรรถภาพสมองรายด้านได้รับการสนับสนุนเพียงบางด้าน คือ ด้านการรับรู้ ความใส่ใจ การคำนวณ และการระลึกได้

ตารางที่ 10 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบคะแนนสมรรถภาพสมองโดยรวม และรายด้านระหว่างผู้สูงอายุในเขตและนอกเขตเทศบาลด้วยสถิติ ที ( $t$ -test)

สมรรถภาพสมอง	คะแนนที่เป็นไปได้	ในเขตเทศบาล (300)		นอกเขตเทศบาล (300)		t	p
		$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
1. การรับรู้	0 - 6	5.37	.87	5.53	.78	-2.37	< .05
2. การจดจำ	0 - 3	2.98	.14	2.98	.17	.26	> .05
3. ความใส่ใจ	0 - 5	4.36	1.35	3.52	1.85	6.37	< .01
4. การคำนวณ	0 - 3	2.16	.94	1.77	.98	4.94	< .01
5. ภาษา	0 - 10	9.16	.88	9.03	.80	1.84	> .05
6. การระลึกได้	0 - 3	1.45	1.20	1.67	1.05	-2.39	< .05
รวม	0 - 30	25.47	3.48	24.49	3.80	3.28	< .01

คำถามการวิจัยข้อที่ 4 . คะแนนสมรรถภาพสมองรายด้าน ในแต่ละด้านของผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นอย่างไร แตกต่างกันหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมมีคะแนนสมรรถภาพสมองรายด้านทุกด้านแตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนสมรรถภาพสมอง ระหว่างกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมและกลุ่มที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า คะแนนสมรรถภาพสมองทุกด้านคือ การรับรู้ การจดจำ ความใส่ใจ การคำนวณ ภาษา และการระลึกได้ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งแสดงว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีความผิดปกติในสมรรถภาพสมองทุกด้าน (ตารางที่ 11) ดังนั้น ผลการศึกษาจึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่กำหนดไว้

ตารางที่ 11 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนสมรรถภาพสมองโดยรวมและรายด้านระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและไม่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยสถิติ ที (t-test)

สมรรถภาพสมอง	คะแนนที่เป็นไปได้	สมองเสื่อม (145)		ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (313)		t	p
		$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
1. การรับรู้	0 - 6	4.74	1.00	5.80	0.49	-12.079	< .01
2. การจดจำ	0 - 3	2.93	0.28	2.99	0.08	-2.640	< .01
3. ความใส่ใจ	0 - 5	1.76	1.57	4.94	0.33	-24.180	< .01
4. การคำนวณ	0 - 3	1.09	0.85	2.50	0.72	-18.511	< .01
5. ภาษา	0 - 10	8.38	0.83	9.50	0.62	-14.522	< .01
6. การระลึกได้	0 - 3	0.73	0.84	2.07	1.03	-14.733	< .01
รวม	0 - 30	19.63	2.18	27.81	1.35	-41.651	< .01

เมื่อพิจารณาคะแนนสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองว่ามีภาวะสมองเสื่อมจำนวนทั้งหมด 145 ราย พบว่า คะแนนสมรรถภาพสมองโดยรวมมีค่าต่ำสุด 13 คะแนน ค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมเท่ากับ 19.63 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.18) เมื่อพิจารณาคะแนนสมรรถภาพสมองรายด้าน คือ ด้านการรับรู้ การจดจำ ความใส่ใจ การคำนวณ ภาษา และการระลึกได้ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถภาพสมองเท่ากับ 4.74 , 2.93 , 1.76 , 1.09 , 8.38 , 0.73 คะแนน ตามลำดับ นอกจากนี้เมื่อพิจารณาค่าคะแนนต่ำสุด พบว่า สมรรถภาพสมองด้านความใส่ใจ การคำนวณ และการระลึกได้ มีค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับค่าคะแนนที่เป็นไปได้คือ 0 คะแนน แสดงว่ามีผู้สูงอายุสมองเสื่อมบางรายที่ไม่ได้คะแนนในการทดสอบสมรรถภาพสมองด้านนี้ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนสมรรถภาพสมองโดยรวม และรายด้านของผู้สูงอายุสมองเสื่อม (n = 145)

สมรรถภาพสมอง	คะแนนที่เป็นไปได้	ต่ำสุด-สูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
การรับรู้	0 - 6	3 - 6	4.74	1.00
การจดจำ	0 - 3	1 - 3	2.93	0.28
ความใส่ใจ	0 - 5	0 - 5	1.76	1.57
การคำนวณ	0 - 3	0 - 3	1.09	0.85
ภาษา	0 - 10	6 - 10	8.38	0.83
การระลึกได้	0 - 3	0 - 3	0.73	0.84
รวม	0 - 30	13 - 22	19.63	2.18

## บทที่ 5

### การอภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้คือ ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองว่ามีภาวะสมองเสื่อม สัดส่วนภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตและนอกเขตเทศบาล คะแนนสมรรถภาพสมองโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในเขตและนอกเขตเทศบาล คะแนนสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในด้านต่าง ๆ คือ การรับรู้ การจดจำ ความใส่ใจ การคำนวณ ภาษา และการระลึกได้

#### ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวน 600 ราย เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล 300 ราย และอาศัยนอกเขตเทศบาล 300 ราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.5) เป็นเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ที่พบผู้สูงอายุเพศหญิงมีจำนวนมากกว่าเพศชาย (บรรลุ ศิริพานิช, 2542: 97; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542: 15) กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 60-95 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 57.7 อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น คือมีอายุในช่วง 60-69 ปี เมื่อช่วงอายุเพิ่มขึ้นจะพบจำนวนผู้สูงอายุลดลง โดยพบกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 8.5 สอดคล้องกับการศึกษาด้านผู้สูงอายุในปัจจุบันที่พบวัยผู้สูงอายุตอนต้นมากที่สุดและสัดส่วนจะลดลงเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น (บรรลุ ศิริพานิช, 2542 : 94 ; สุรีย์ กาญจนวงศ์ และคนอื่น ๆ , 2540 : 26; อรพินธุ์ โสวัณณะ, 2541 : 42; อิงใจ จันทมูล, 2539: 63; Jitapunkul, S. & Bunnag, S., 1998 : 15)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ มีเชื้อชาติไทย เมื่อพิจารณาระดับการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ ส่วนใหญ่ร้อยละ 59.2 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาร้อยละ 35.3 ไม่ได้รับการศึกษา ซึ่งใกล้เคียงกับข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่พบว่าผู้สูงอายุไทยมากกว่าครึ่ง ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุ ไม่ได้รับการศึกษา (Jitapunkul, S. & Bunnag, S., 1998 : 17) เมื่อเปรียบเทียบการศึกษาระหว่างพื้นที่ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาลพบว่า ระดับการศึกษามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบจำนวนผู้สูงอายุในเขตเทศบาลได้รับการศึกษามากกว่าจำนวน

ผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาล อาจเนื่องจากลักษณะภาวะเศรษฐกิจ สังคม ค่านิยม วิถีชีวิต อาชีพและความเจริญของพื้นที่เมื่อประมาณ 60 ปีที่แล้ว มีความแตกต่างกันจึงส่งผลให้เกิดความแตกต่างในระดับการศึกษาดังกล่าว แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในภาพรวมด้านการศึกษาของผู้สูงอายุจากอดีตถึงปัจจุบันก็พบว่า ผู้สูงอายุไทยยังมีการศึกษาก่อนข้างต่ำ (นภาพร ชโยวรรณ, 2542 : 59 ; บรรลุ ศิริพานิช, 2542 : 99) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเมื่อประมาณ 60 ปีที่แล้ว ประชาชนยังไม่ค่อยเล็งเห็นความสำคัญของการศึกษา และระบบการศึกษาของไทยกระจายได้ไม่ทั่วทุกพื้นที่โดยเฉพาะในท้องถิ่นชนบท

สำหรับข้อมูลด้านการประกอบอาชีพก่อนวัยสูงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 37.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง ร้อยละ 29.7 อาชีพค้าขายและประกอบธุรกิจ ร้อยละ 25.3 ซึ่งสอดคล้องกับฐานข้อมูลการประกอบอาชีพของประชากรจังหวัดนครสวรรค์ (สำนักฝึกอบรมและบริการวิชาการสถาบันราชภัฏนครสวรรค์, 2542: 53) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างในเขตและนอกเขตเทศบาลพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบผู้สูงอายุในเขตเทศบาลมีอาชีพค้าขายและประกอบธุรกิจมากที่สุดและสูงเป็น 2 เท่าของผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาล รวมทั้งมีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ สูงเป็น 4 เท่าของผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาล ส่วนผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาล ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม และรับจ้าง สำหรับการประกอบอาชีพในปัจจุบันพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 57.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพเพื่อสร้างรายได้ โดยพบผู้สูงอายุที่ยังคงต้องทำงานเพื่อสร้างรายได้ให้กับตนเองร้อยละ 38.3 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุไทย ยังคงทำงานเพื่อสร้างรายได้ให้กับตนเอง (บรรลุ ศิริพานิช, 2542 : 127; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541: 53; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542: 404)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ดื่มเหล้า และไม่สูบบุหรี่ แต่จากการศึกษาของ งามอาจ สิทธิเจริญชัย และคนอื่นๆ (2540 : 6-12) ซึ่งได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงที่ยังคงเป็นปัญหาในผู้สูงอายุโดยเฉพาะเพศชาย คือ การดื่มเหล้าและการสูบบุหรี่ ในการวิจัยครั้งนี้พบผู้ที่ยังคงดื่มเหล้า ร้อยละ 17.0 ผู้ที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 18.5 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ สุรีย์ กาญจนวงศ์ และคนอื่นๆ (2540 : 61) ที่ศึกษาผู้สูงอายุในเขตภาคกลางพบ พฤติกรรมการดื่มเหล้า และการสูบบุหรี่ประมาณ 1 ใน 5 ของกลุ่มตัวอย่าง

ด้านการตรวจสุขภาพประจำปีพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.2 ไม่ตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุ หลาย ๆ การศึกษาที่พบว่า มีผู้สูงอายุจำนวนน้อย

มากที่สุดที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี (กันยารัตน์ อุบลวรรณ, 2540: 67; ฉัตรทอง อินทร์นอก, 2540: 65 ; ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง, 2540: 65-66 ; ภัทรพร ไพเราะ, 2540 : 103; ศิริพร ลิ้มพัฒนานนท์, 2540: 66-67; วันดี เข้มจันทร์ฉาย, 2538 : 42) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการตรวจสุขภาพ ร้อยละ 14.8 ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ หรือมีโรคประจำตัว อยู่แล้ว และจำเป็นต้องรับการตรวจรักษาจากแพทย์อยู่เสมอ ๆ จึงมักจะตรวจสุขภาพประจำปีร่วมไปด้วย มีผู้สูงอายุจำนวนน้อยมากที่ตรวจสุขภาพประจำปีในขณะที่มีร่างกายแข็งแรงและมีความรู้ดีกว่าสบายดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อ่ำไพ ชนะกอก และคนอื่น ๆ (2535 : 78) อาจแสดงให้เห็นว่าปัจจุบัน ผู้สูงอายุยังคงใจใส่ต่อสุขภาพของตนค่อนข้างน้อย มีแนวคิดในด้านการรักษา และฟื้นฟูสุขภาพเมื่อมีอาการแสดงของความเจ็บป่วย มากกว่าการป้องกันหรือการตรวจสอบภาวะสุขภาพในระยะเริ่มแรก อาจเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจถึงความสำคัญและความจำเป็นของการตรวจสุขภาพ

สำหรับปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7.3 ไม่มีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว ส่วนผู้สูงอายุที่ประเมินว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพนั้น บางรายมีปัญหาสุขภาพหรือโรคมากกว่า 1 อย่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (นิรนาท วิทโยชกิติคุณ, 2534 : 32-33; สุวัจน์ เทียรทองและชนินทร์ เจริญกุล, 2537: 21; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคนอื่น ๆ ในสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, บรรณาธิการ, 2543: 17) ปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุดจากการศึกษาครั้งนี้คือ ปัญหาเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ พบร้อยละ 68.2 สอดคล้องกับการศึกษาหลาย ๆ การศึกษา (นิรนาท วิทโยชกิติคุณ, 2534 : 56; ดุสิต สุนทรานู และคนอื่น ๆ , ม.ป.ป.: 14; ทศนิษฐ์ รัชชา, 2537 : 64; ภัทรพร ไพเราะ, 2540 : 70 ; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์, 2539: 13-14; ศิริพร ลิ้มพัฒนานนท์, 2540 :72-73 ; ศรีน้อย มาศเกษม และคนอื่น ๆ , 2534 : 211-217 ; วิไล คุปต์นิรัตติชัยกุล, 2539: 302-307 ;อิงใจ จันทมูล, 2539: 123; Maranetra, et al., 1999 : 283 ; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542 : 24-25) ซึ่งอาจเกิดเนื่องจากการประกอบอาชีพส่วนใหญ่คือเกษตรกรรมและรับจ้าง ซึ่งจะต้องก้มๆ เงยๆ ต้องใช้แรงงานหนัก ออกแรงยกหรือแบกหาม การเคลื่อนไหวและอยู่ในท่าทางที่ไม่เหมาะสมมาตั้งแต่วัยหนุ่มสาวจนถึงวัยสูงอายุ การเสื่อมสภาพของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจากวัยชราเช่น ภาวะกระดูกพรุน ข้อเข่าเสื่อม และภาวะน้ำหนักร่างกายเกิน อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาดังกล่าว สำหรับปัญหาสุขภาพอันดับรองลงมาคือ ปัญหาระบบประสาทการรับรู้ ได้แก่การมองเห็นและการได้ยิน พบร้อยละ 59.0 ซึ่งปัญหาสุขภาพหรือโรคที่เป็นในอันดับรองลงมา มีความสอดคล้องเช่นเดียวกับการศึกษาอื่น ๆ แต่ลำดับที่ของปัญหาสุขภาพหรือโรค จะมีความแตกต่างกันไปตามพื้นที่ภูมิภาคของแต่ละการศึกษา

เมื่อพิจารณายาที่ผู้สูงอายุรับประทานหรือใช้เป็นประจำ โดยมีคำสั่งการรักษาจากแพทย์พบว่าส่วนใหญ่เป็นยาที่ตรงกับโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ ซึ่งยาที่ใช้มากที่สุดคือ ยารักษาความดันโลหิตสูง ร้อยละ 18.0 รองลงมาคือ ยารักษาอาการทางกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ ร้อยละ 11.7 (ตารางที่ 3) ส่วนยาที่ผู้สูงอายุซื้อรับประทานเองเป็นประจำ โดยไม่มีคำสั่งการรักษาจากแพทย์พบว่าส่วนใหญ่เป็นยาสามัญประจำบ้าน โดยเป็นยาที่มุ่งเน้นรักษาอาการหรือปัญหาสุขภาพที่ไม่รุนแรง พบว่ายาที่ผู้สูงอายุซื้อรับประทานมากที่สุดคือ ยาแก้ปวด ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาด้านกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบมากที่สุดในกลุ่มตัวอย่าง และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุที่พบว่ายาแก้ปวด เป็นยาที่ผู้สูงอายุใช้มากที่สุด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์, 2539: 37; ศรีน้อย มาศเกษมและคนอื่นๆ, 2534 : 211-217 ; วิทยา สวัสดิ์วิฑูมิพงษ์ และคนอื่นๆ, 2540 : 251-260)

สำหรับอาหารเสริมที่กลุ่มตัวอย่างรับประทานเป็นประจำ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบำรุงสุขภาพ ได้แก่ นมประเภทต่าง ๆ คิดเป็นร้อยละ 9.0 ซึ่งสอดคล้องกับฐานข้อมูลเรื่องอาหารเสริมของประชากรผู้สูงอายุในเขต 8 ที่พบว่า นม เป็นอาหารเสริมที่ผู้สูงอายุนิยมดื่มมากที่สุด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์, 2539 : 36) อันดับรองลงมาคือ เครื่องดื่มประเภทโอวัลติน, ไมโล ร้อยละ 3.5 ซึ่งผลการศึกษาที่ได้ใกล้เคียงกับการศึกษาอื่นๆ แต่ลำดับที่อาจแตกต่างกัน (กันยรัตน์ อุบลวรรณ, 2540: 57; นัทรทอง อินทร์นอก, 2540: 52; ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง, 2540: 55; ภัทรพร ไพเราะ, 2540: 48; ศิริพร ลิ้มพัฒนานนท์, 2540: 53-54; สุรีย์ กาญจนวงศ์ และคนอื่นๆ, 2540 :52,56 ) นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุดื่มเบียร์ทุกวัน ร้อยละ 0.5 โดยให้เหตุผลว่าเพื่อให้เลือดลมเดินสะดวก เพิ่มความดันโลหิต สำหรับสารที่เชื่อว่ามีส่วนช่วยในด้านความจำและการไหลเวียนโลหิตในสมอง ซึ่งได้แก่สารสกัดจากใบแปะก๊วย (วิมล ศรีสุข, ใน นงลักษณ์ สุขวามิชย์ศิลป์ , บรรณาธิการ, 2536: 162; ไอทิล, 2542: 1) พบว่ามีผู้สูงอายุรับประทาน 1 ราย โดยให้เหตุผลว่า เพื่อบำรุงสมอง ทำให้ความจำดี

### ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสมองเสื่อม

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอายุอยู่ในช่วง 60-94 ปี อายุเฉลี่ย 73.6 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.6) เมื่อแบ่งกลุ่มตามช่วงอายุ พบว่า ช่วงอายุ 70-79 ปี มีจำนวนผู้สูงอายุสมองเสื่อมมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 52.4 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 60-69 ปี พบภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 26.2 ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานการศึกษาจำนวนมากที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม อายุ

เพิ่มมากขึ้นจะพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น (มาโนช ทับมณี, 2541 : 67 สุทธิชัย จิตะ พันธุ์กุล และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, บรรณาธิการ, 2542 : 64 ; อภิญญา กังสนารักษ์ และคนอื่นๆ, 2536 :22 ; อิงใจ จันทมูล, 2539 : 124 ; Andersen, et al., 1999: 85-89; Chandra, et al., 1998 : 1000; Chiu, et al., 1998 : 1002-1008 ; Ebly, et al., 1994 : 1593; Fichter, et al., 1995 : 621-629 ; Lobo, et al., 1995 : 497-505 ; Prencipe, et al., 1996 : 631 ; Rocca, 2000: S38-S39 ; Wernicke & Reischies, 1994 : 250-251 )

เมื่อพิจารณาในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุสมองเสื่อมน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 21.4 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ อาจเนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างในช่วงอายุนี้มีจำนวนน้อย เพียง 51 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 8.5 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ซึ่งอาจส่งผลให้ภาพรวมของจำนวนผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในช่วงอายุนี้พบได้น้อย แต่หากพิจารณาเปรียบเทียบเฉพาะกลุ่มอายุเดียวกัน พบว่ามีผู้สูงอายุสมองเสื่อมในช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป ถึงร้อยละ 60.8 ซึ่งมีจำนวนมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ การที่พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ความชุกของภาวะสมองเสื่อมสูงขึ้นอาจเนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างและการทำหน้าที่ของสมองและระบบประสาท โดยพบว่าน้ำหนักสมองจะลดลงประมาณร้อยละ 6-11 (Coni, et al.,1993:57) โดยลดลงร้อยละ 10 เมื่ออายุ 80 ปี และลดลงมากถึงร้อยละ 20 เมื่ออายุ 90 ปี (บรรลุ ศิริพานิช, 2542 : 63) เนื่องจากมีการตายและสูญเสียเซลล์ประสาท มีการลดลงของจำนวน dendrite นอกจากนี้เซลล์ประสาทมีการสะสมของสาร lipofuscin บางส่วนของสมองจะเกิด neurofibrillary tangles, amyloid protein และ neuritic plaques และพบว่าจำนวนของsynapses จะลดลง ซึ่งส่งผลให้การทำหน้าที่ของสมองเสื่อมลง (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2541:30-31) นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีของระบบประสาท เช่น การลดลงของสารสื่อประสาท (Rossor, In Brocklehurst, et al., Eds., 1992 : 290) ส่งผลให้การนำสัญญาณประสาทลดความเร็วลงร้อยละ 15 ในผู้ที่อายุ 80 ปีขึ้นไป (Coni, et al., 1992: 72) การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลให้มีการเสื่อมลงของสมรรถภาพสติปัญญาในการแก้ปัญหาต่างๆ การเรียนรู้ การจดจำเรื่องราวและการคิดในเชิงนามธรรม (Pitt, Ed., 1987: 7) ซึ่งการเสื่อมของการเรียนรู้และความจำในผู้สูงอายุจะแสดงให้เห็นได้ชัดเจนหลังจากอายุ 70-75 ปี ขึ้นไปแล้ว (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538: 120; Kart & Metress, 1992 : 118)

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาอายุเฉลี่ยของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามระดับความรุนแรง (ตารางที่ 6) พบว่ากลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับเล็กน้อย - ปานกลาง มีอายุเฉลี่ย 72.01 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.85) และกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับรุนแรง มีอายุเฉลี่ย 75.90 ปี (ค่า

เบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.41) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จูวาและคนอื่นๆ (Java, et al., 1992: 1148) ที่พบภาวะสมองเสื่อมในระดับปานกลาง-รุนแรง สูงขึ้นมากในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมาก และสอดคล้องกับการเสื่อมของสมองในผู้สูงอายุซึ่งจะเสื่อมและสูญเสียการทำงานที่มากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้นดังกล่าวมาแล้วข้างต้น จากผลการศึกษาดังกล่าว อาจสะท้อนให้เห็นได้ถึงการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในกลุ่มที่มีอาการรุนแรงนี้ ซึ่งนอกจากจะต้องได้รับการดูแลในลักษณะที่มีความเสื่อมจากความชราเนื่องจากวัยที่สูงขึ้นแล้ว ยังต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องตลอดเวลา เนื่องจากอาการที่รุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ส่งผลให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย หรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ซึ่งเป็นภาระหนักในหลาย ๆ ด้าน และก่อให้เกิดความเครียดในญาติผู้ดูแล (วรรณนิภา สมนาวรรณ, 2537: 98, ; Sasat, S. 1998 : 379)

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.4 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการสำรวจภาวะสมองเสื่อมหลายการศึกษาที่พบว่า เพศหญิงมีแนวโน้มเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่าเพศชาย หรือบางรายงานพบว่าเพศหญิงเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม (อภิัญญา กังสนารักษ์ และคนอื่นๆ , 2536 : 22 ; อิงใจ จันทมูล, 2539 : 76 ; อรพินธุ์ โสวัณณะ, 2541 : 52 ; Assantachai, P. et al., 1997: 701; Chiu, et al., 1998 : 1005 ; Park, et al., 1994 : 799 ; Roeland, et al., 1994 : 155-161; Thailand Health Research, 1996 อ้างถึงในสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542 : 26-27 ) นอกจากนี้หากพิจารณาจากคะแนนของแบบทดสอบสภาพจิตหรือแบบทดสอบทางปัญญา พบว่าเพศหญิงมักจะได้คะแนนต่ำกว่าเพศชาย (ดุสิต สุนทรธรรณ และคนอื่นๆ , ม.ป.ป. : 71 ; อภิัญญา กังสนารักษ์ และนัยพินิจ คชภักดี, 2534 ก: 97 ; อภิัญญา กังสนารักษ์ และคนอื่นๆ , 2535 : 7)

การที่พบผู้สูงอายุสมองเสื่อมเพศหญิงมีจำนวนมากกว่าเพศชาย อาจเนื่องจากผู้สูงอายุเพศหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสูงกว่าเพศชาย (บรรลุ ศิริพานิช, 2542:19) ส่งผลให้โครงสร้างของประชากรผู้สูงอายุ พบสัดส่วนของผู้สูงอายุเพศหญิงสูงกว่า โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีอายุมาก (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542 : 15) การที่เพศหญิงมีอายุยืนยาวจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสมรรถภาพสมองดังกล่าวมาแล้ว ยังมีรายงานการศึกษาพบว่า น้ำหนักสมองของเพศหญิงจะน้อยกว่าเพศชายประมาณ ร้อยละ 9.8 (Rewcastle, In Davis & Robertson, Eds., 1991: 905) ประกอบกับเพศหญิงมีข้อจำกัดด้านการศึกษา ซึ่งส่วนมากมีการศึกษาดำหรือไม่ได้รับการศึกษา (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542: 17) จึงเป็นเหตุผลที่สนับสนุนให้พบภาวะสมองเสื่อมในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย

จากการที่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสมองเสื่อมเพศหญิงมากกว่าชาย จึงเป็นข้อมูลที่สะท้อนถึงลักษณะข้อมูลด้านอื่นได้อย่างชัดเจน ได้แก่ สถานภาพสมรส พบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพอยู่คนเดียวคือ โสด หม้าย และหย่า ร้อยละ 62.1 ซึ่งมีบางรายงานพบว่าเป็นปัจจัยที่มีแนวโน้มให้เกิดภาวะสมองเสื่อม (อิงใจ จันทมูล, 2539: 124; อรพินธุ์ โสวัณณะ, 2541: 60) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มเหล้า ร้อยละ 91.0 และ 86.2 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาระดับการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 62.1 รองลงมาคือ การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 36.6 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการสำรวจภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ที่พบผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา หรือมีการศึกษาดำเนินแนวโน้มการเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง (อภิญา กังสนารักษ์ และคนอื่น ๆ, 2536 : 19; อิงใจ จันทมูล, 2539 : 124 ; อรพินธุ์ โสวัณณะ, 2541 : 53-54 ; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และไพบูลย์ สุริยะวงษ์ไพศาล, 2542 : 65; Chiu, et al., 1998 : 1002-1009 ; Jitapunkul, S. & Lailert, C., 1997 : 118 ; Ott, et al., 1995 : 970-973 ; Prencipe, et al., 1996 : 628-633 ; Zhang, et al., 1990 : 436)

มีรายงานการศึกษา พบว่าน้ำหนักสมอง และจำนวนของเซลล์ประสาทจะมีความสัมพันธ์กับการได้รับการกระตุ้นและพัฒนาการที่ดีมาตั้งแต่วัยเด็ก ซึ่งการศึกษาเป็นวิธีการในการพัฒนาสมองโดยตรง การศึกษาจะช่วยเพิ่มกำลังสำรองของสมอง (brain reserve) โดยการเพิ่มความหนาแน่นของจุดประสานประสาทในเนื้อเยื่อสมอง (neocortical synapses) ส่งผลให้สมรรถภาพของสมองดีขึ้น และทำให้ระยะเวลาในการเริ่มมีอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อมเกิดได้ช้า จึงส่งผลต่อความชุกของภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มที่มีการศึกษาสูง ซึ่งจะพบความชุกได้น้อยกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาน้อย (Katzman, 1993b : 17-18) นอกจากนี้การที่ไม่มีการศึกษาหรือมีการศึกษาน้อยเป็นข้อจำกัดในการรับรู้ข่าวสารข้อมูล และเอกสารต่าง ๆ ทุกด้าน (ธรรมรักษ์ การพิศิษฐ์, 2542 : 252 ; นภาพร ชโยวรรณ และ ศิริวรรณ ศิริบุญ, ใน รัตนา เพ็ชรอุไร และ อุดลย์ วิริยเวชกุล, บรรณาธิการ, 2538 : 12) และพบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาจะมีภาวะสุขภาพทั้งกายและจิตดีกว่าผู้ที่ไม่มีการศึกษา (สุกัญญา รำพึงกิจ, 2537 : 87; อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, 2539 : 69) และการศึกษาส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ (นงลักษณ์ บุญไทย, 2539 : 149) ผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า น่าจะมีความสามารถทางด้านความรู้ และความเข้าใจที่ดี และนอกจากนี้ผู้ที่มีการศึกษาจะเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกฝนให้คิด แก้ปัญหาที่ซับซ้อนอย่างเป็นระบบตั้งแต่วัยหนุ่มสาวจนเข้าสู่วัยสูงอายุ (อภิญา กังสนารักษ์ และนัยพินิจ กษภักดี, 2534ก: 101) และพบว่าในผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะมีความสามารถทางสติปัญญาดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า (อภิญา กังสนา

รักษ์ และนัยพินิจ คชภักดี, 2533 : 20) และหากมีการกระตุ้นการใช้สมองอย่างสม่ำเสมอ จะพบอุบัติการณ์ของสมองเสื่อมในเกณฑ์ต่ำ (Bender, 1992 cited in Campbell In Hogstel, 1995 : 89)

เมื่อพิจารณาการประกอบอาชีพ พบว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเดิมคือเกษตรกร ร้อยละ 41.4 รองลงมาคือรับจ้าง ร้อยละ 31.7 และปัจจุบันส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 79.3 ซึ่งผลการศึกษานี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของ อภิญา กังสนารักษ์ และคนอื่นๆ ( 2536: 22 ) ที่พบว่า การประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม ผู้ที่มีอาชีพรับราชการมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสือน้อยกว่าผู้ที่ทำไร่ ทำนา และผู้ที่รับจ้าง และพบว่า การประกอบอาชีพการงานในเชิงวิชาชีพจะช่วยป้องกันภาวะสมองเสื่อม (Burn, et al., 1995: 20) โดยจะพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มที่ทำงานในเชิงวิชาชีพหรืองานที่ต้องใช้ความคิดมาก ๆ น้อยกว่ากลุ่มที่ทำงานรับจ้าง กรรมกร หรืองานที่ไม่ต้องใช้ความเฉลียวฉลาดมากนัก (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2540: 20; Katzman, 1993b: 19) ถึงแม้บางการศึกษาไม่พบความแตกต่างของความชุกของสมองเสื่อมในอาชีพต่างๆ แต่ก็พบว่ามิแนวนุ่มจะพบความชุกของสมองเสื่อมได้สูงในผู้ที่มีอาชีพทำนาและผู้ที่ทำงานรับจ้างในโรงงาน (Prencipe, et al., 1993: 631) ซึ่งปัจจัยด้านการประกอบอาชีพดังกล่าว อาจเป็นผลเกี่ยวข้องและสืบเนื่องมาจากระดับการศึกษาซึ่งมีความสัมพันธ์กับการประกอบอาชีพโดยตรง

สำหรับปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัวที่พบในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้านประสาทการรับรู้ คือการมองเห็นและการได้ยิน ร้อยละ 80.9 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่พบว่าผู้ที่มีปัญหาความบกพร่องด้านการมองเห็นและการได้ยินจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าผู้ที่ไม่มียุทธศาสตร์ดังกล่าว ( กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2540: 22; อภิญา กังสนารักษ์ และคนอื่นๆ, 2536 :23-24; อิงใจ จันทมูล, 2539: 125) อาจเนื่องจากความบกพร่องในการมองเห็นและการได้ยิน ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการรับรู้และความเข้าใจ ดังนั้นจึงอาจส่งผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

### ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองว่ามีภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจากการศึกษาคัดกรองครั้งนี้ พบร้อยละ 24.2 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในประเทศไทย พบว่ามีความแตกต่างจากการศึกษาอื่น ๆ โดยพบว่ามีค่าสูงมากกว่าการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบความชุกของสมองเสื่อมตั้งแต่ ร้อยละ 1.8 จนถึง ร้อยละ 10.2 (จรรยา

ศรีทองและคนอื่นๆ, 2532: 215; สามารถ นิธินันท์, 2540 : 189; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและไพฑูริย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, บรรณาธิการ, 2542 : 61; วรรณนิภา สมनावรรณ, 2537 : 36; อภิญญา กังสนารักษ์ และคนอื่นๆ , 2536 : 19-28; อิงใจ จันทมูล, 2539 : 70; Phanthumchinda, et al., 1991 : 639-646) และพบภาวะสมองเสื่อมจากการศึกษาครั้งนี้ สูงกว่าการศึกษาในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค การศึกษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยาและการศึกษาในผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ที่พบภาวะสมองเสื่อมตั้งแต่ร้อยละ 8.02 จนถึงร้อยละ 23.4 (ชาญทอง ไล่เลิศ, 2535 : 48; พัชรินทร์ วัฒนานนท์ และคนอื่นๆ , 2530 : 341-348; วรรณุช โกศาการและคนอื่นๆ, 2532: 3-8; สุวรรณมา สุภรัตน์ภิญโญ และนิรมล พัจจนสุนทร, 2534 : 11; อภิญญา กังสนารักษ์ และคนอื่นๆ , 2535 : 8) สำหรับรายงานการศึกษาอื่น ๆ ที่เปรียบเทียบแล้วพบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมใกล้เคียงกัน ได้แก่ รายงานการศึกษาในคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยโรคทางอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์ พบภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 25.76, 33.02 และ 32.67 ตามลำดับ (Arayawichanont, A. et al., 2000 : 530 ; Pongvarin, N., et al., 1995 : 338-339 ; 1996a : 279-280) และการศึกษาของผู้สูงอายุในชุมชนในจังหวัดต่าง ๆ คือ การศึกษาของ อรพินธุ์ โสวัณณะ (2541 : 52) ที่ศึกษาในเขตชนบท 3 จังหวัดภาคเหนือ คือ จังหวัดลำปาง เชียงราย และพิจิตร พบภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 25.6 การศึกษาในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครพบร้อยละ 27.3 (มาโนช ทับมณี, 2541: 76) และการศึกษาในชมรมผู้สูงอายุของจังหวัดราชบุรีและละแวกใกล้เคียงพบร้อยละ 31 (Assantachai, P. et al., 1997 : 701)

เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษานี้กับการศึกษาในต่างประเทศแถบเอเชีย พบภาวะสมองเสื่อมในการศึกษานี้สูงกว่าการศึกษาในประเทศต่าง ๆ เช่น ประเทศจีน พบความชุกของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 4.6 - 6 (Li, et al., 1991 :100-101; Zhang, et al., 1990 : 428-437) ประเทศฮ่องกง พบความชุก ร้อยละ 6.1 (Chiu, et al., 1998 : 1002) ประเทศญี่ปุ่น พบความชุก ร้อยละ 5.8-6.7 (Shibayama, et al., 1986 : 144-151 ; Ueda, et al., 1992 : 798-803) ประเทศเกาหลี พบความชุก ร้อยละ 10.8 (Park, et al., 1994 : 796-801) และเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอินเดียพบว่ามี ความแตกต่างกันมาก โดยพบความชุกในการศึกษาที่ประเทศอินเดีย ร้อยละ 0.84-3.5 (Chandra, et al., 1998 : 1000-1008 ; Rajkumar, et al., 1997 cited in Chandra, et al., 1998 : 1006)

สำหรับการเปรียบเทียบกับการศึกษาในประเทศอื่น ๆ ในแถบยุโรปและอเมริกา พบว่ามีความแตกต่างและมีความใกล้เคียงกันในแต่ละการศึกษา ซึ่งจะพบความชุกตั้งแต่ร้อยละ 5.5 ถึง

ร้อยละ 34.3 (Andersen, et al., 1999 : 85-86; Boersma, et al., 1998 : 189-197; Ebly, et al., 1994 : 1593; Holstein, et al., 1994 : 972-977; Juva, et al., 1992 : 1148; Lobo, et al., 1995 : 497-505; Prencipe, et al., 1996 : 628-633; Wernick & Reischies, 1994 : 250-251)

จากการเปรียบเทียบภาวะสมองเสื่อมดังกล่าวข้างต้น พบว่า การศึกษาครั้งนี้พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแตกต่างจากการศึกษาอื่น ๆ มาก และไม่สามารถเปรียบเทียบสรุปผลการศึกษาโดยตรงได้ อาจเนื่องจาก

1. ระเบียบวิธีการศึกษา ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประเภท one-stage survey คือเป็นการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยเสร็จสิ้นในการสำรวจเพียงครั้งเดียว โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE) เป็นเครื่องมือในการคัดกรอง ซึ่งเป็นการศึกษาในขั้นต้น ผลการศึกษาที่ได้เป็นการอนุมานความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ซึ่งค่าที่ได้ย่อมสูงกว่าการศึกษาในแบบ two-stage survey และ three-stage survey ซึ่งเป็นการสำรวจคัดกรองโดยแบบทดสอบสภาพจิต จากนั้นผู้ที่ถูกคัดกรองจะได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยผู้เชี่ยวชาญ หรือผู้ที่ถูกคัดกรองว่ามีโอกาสเป็นสมองเสื่อมจะได้รับการสำรวจและตรวจจากแพทย์ หลังจากนั้นผู้ที่ถูกคัดเลือกว่าน่าจะมีปัญหาสมองเสื่อมจะพบกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้การวินิจฉัย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, บรรณาธิการ, 2542 : 58-59) ซึ่งวิธีการศึกษาแบบ one-stage survey ดังกล่าว มีส่วนทำให้พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในการศึกษาครั้งนี้สูงมากกว่าการศึกษาอื่น ๆ

2. กลุ่มประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ศึกษาในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เมื่อเปรียบเทียบระหว่างช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในรายงานวิจัยต่าง ๆ พบว่า มีความแตกต่างของช่วงอายุที่ศึกษา บางรายงานศึกษาดังแต่อายุ 50 ปีขึ้นไป ในขณะที่รายงานวิจัยอื่น ๆ ศึกษาในกลุ่มอายุตั้งแต่ 55, 60, 65, 75 หรือ 85 ปีขึ้นไป ซึ่งช่วงของกลุ่มอายุที่แตกต่างกันส่งผลให้ค่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมมีความแตกต่างกันไปด้วย มีการศึกษาจำนวนมากที่พบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมีอัตราความชุกสูง (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2540 : 20 ; APA, 1994 : 137 ; Ebly, et al., 1994 : 1593 ; Fichter, et al., 1995: 621; Juva, et al., 1992 : 1150) และนอกจากนี้โครงสร้างของประชากรในลักษณะของผู้สูงอายุที่มีอายุมาก มีสัดส่วนที่สูงในบางประเทศ เช่น ประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งจะส่งผลให้มีอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมสูงกว่า (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, บรรณาธิการ, 2542: 63; Folstein, et al., 1991: M137)

นอกจากช่วงอายุในการศึกษาแล้ว พบว่าการรายงานภาวะสมองเสื่อมในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ หรือบ้านพักผู้สูงอายุ จะพบภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าการศึกษา

ครั้งนี้ และสูงกว่าการศึกษาในชุมชนต่าง ๆ (Bums, et al., 1995 : 9 ; Ebly, et al., 1994 : 1593 ; Folstein, et al., 1991: M136; Holstein, et al., 1994 : 972)

3. พื้นที่ในการศึกษาหรือลักษณะภูมิศาสตร์ของพื้นที่ที่แตกต่างกัน อาจส่งผลให้ความชุกของภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกัน (อิงใจ จันทมูล, 2539 : 40 ; Prencipe, et al., 1996 : 628) ประชากรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ อาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องแตกต่างจากการศึกษาอื่น ๆ เช่น เศรษฐกิจ สังคม วิถีดำเนินชีวิต สภาพแวดล้อม หน้าที่การงาน โอกาสในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ฯลฯ (Jitapunkul, S. & Lailert, C., 1997: 119) จึงอาจส่งผลให้พบภาวะสมองเสื่อมแตกต่างจากการศึกษาอื่น ๆ

4. แบบทดสอบสภาพจิต ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE) เป็นแบบสอบถามเพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ซึ่งแบบทดสอบนี้มีพื้นฐานการคิดมาจากแบบทดสอบสภาพสมองแบบย่อ (MMSE) ที่นิยมใช้กันในประเทศตะวันตก ประกอบไปด้วยส่วนทดสอบย่อย 6 ด้านเหมือนกัน มีคะแนนรวมเท่ากับ คือ 30 คะแนน (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2536 : 363-365) ดังนั้นข้อจำกัดของการใช้แบบทดสอบ TMSE นี้ จึงมีความคล้ายคลึงกับข้อจำกัดของแบบทดสอบ MMSE คือ ในด้านของระดับการศึกษา ซึ่งจะพบความสัมพันธ์ระหว่างแบบทดสอบกับระดับการศึกษา ส่งผลให้ความชุกของสมองเสื่อมสูงมากขึ้นในผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา หรือมีการศึกษาน้อย (Henderson, 1994 : 31 ; Katzman, 1993b : 13; Li, et al., 1991:103; Park, et al., 1994 : 798 ; Zhang, et al., 1990 : 428) โดยเฉพาะในการศึกษาแถบเอเชียที่นำแบบทดสอบที่สร้างขึ้นในประเทศตะวันตกมาใช้ ซึ่งผู้ที่มีการศึกษาน้อยจะไม่คุ้นเคยกับกระบวนการ และข้อความเนื้อหาในแบบทดสอบ ตลอดจนมีความแตกต่างของวัฒนธรรมการดำเนินชีวิต ดังนั้นจึงมีการปรับคะแนนจุดตัดของแบบทดสอบ โดยแบ่งระดับคะแนนตามระดับของการศึกษา (Chiu, et al., 1998 : 1002-1009 ; Li, et al., 1991:100; Zhang, et al., 1990 : 435) และพบว่าการใช้ระดับการศึกษาและอายุ มาเป็นตัวพิจารณาจุดตัดที่เหมาะสมจะช่วยปรับปรุงความไวของแบบทดสอบได้ (Crum, et al., 1993: 2386-2391) แต่สำหรับแบบทดสอบ TMSE นี้ ใช้จุดตัดที่ 23 คะแนน โดยไม่แบ่งระดับคะแนนตามระดับการศึกษา และในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาก่อนข้างต่ำ คือ ร้อยละ 35.3 ไม่ได้รับการศึกษา และร้อยละ 59.2 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา จึงอาจส่งผลให้ค่าคะแนนของแบบทดสอบได้น้อย นอกจากนี้การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ มีอาชีพเดิมคือเกษตรกร และรับจ้าง ร้อยละ 37.0 และ 29.7 ตามลำดับ และปัจจุบันส่วนใหญ่ ร้อยละ 57.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ตารางที่ 1) ซึ่งอาจเนื่องจากลักษณะงานที่ไม่ค่อยได้รับการกระตุ้นการคิด พิจารณาการใช้สติปัญญา และผู้สูงอายุบางรายไม่เคยได้เขียนหนังสือหรืออ่านหนังสือมาก่อน ดังนั้น การทำคะแนนในบางด้านของแบบทดสอบ เช่น การคำนวณ ด้านภาษาซึ่งมีการวาดรูปตามแบบ และด้าน

การระลึกได้ อาจจะได้คะแนนค่อนข้างน้อย ซึ่งอาจเป็นปัจจัยด้านหนึ่งที่ทำให้จำนวนผู้ที่ได้รับการคัดกรองว่ามีภาวะสมองเสื่อมในการศึกษารุ่นนี้สูงกว่าการศึกษาอื่น ๆ

### สัดส่วนภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล

จากการศึกษารุ่นนี้พบจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด 145 ราย แบ่งเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล 65 ราย คิดเป็นสัดส่วนเท่ากับ 0.22 และเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยนอกเขตเทศบาล 80 ราย คิดเป็นสัดส่วนเท่ากับ 0.27 เมื่อเปรียบเทียบกันแล้วพบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อาศัยในเขตและนอกเขตเทศบาลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การศึกษาเปรียบเทียบความชุกของสมองเสื่อมในพื้นที่ที่แตกต่างกันมีการศึกษาค่อนข้างน้อยมาก ส่วนใหญ่มักเป็นการศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมที่ศึกษาในเมืองใหญ่ จึงเป็นการยากที่จะเปรียบเทียบว่าผู้ที่อยู่ในพื้นที่ของชุมชนเมืองและพื้นที่ชนบทจะเกิดสมองเสื่อมมากกว่ากัน (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2540 : 21; นัยพินิจ คชภักดี ในรัตนา เพ็ชรอุไรและอดุลย์ วิริยเวชกุล, บรรณาธิการ, 2538 : 68) นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดอื่นๆ ในการศึกษาเปรียบเทียบ เช่น ระเบียบวิธีวิจัย ระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม กลุ่มประชากรที่ศึกษาที่มีความแตกต่างกัน ช่วงอายุของประชากรในการศึกษา เกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม ฯลฯ แต่อย่างไรก็ตามมีการศึกษาบางรายงาน ที่เสนอถึงพื้นที่ที่แตกต่างกันอาจส่งผลให้ความชุกของภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกัน (อิงใจ จันทมูล, 2539 : 40; Prencipe, et al., 1996 : 628) เช่นพื้นที่ในเขตเมืองและชนบท โดยมีรายงานที่แสดงถึงแนวโน้มของภาวะสมองเสื่อมที่พบในประชากรในเขตเมืองสูงกว่าในเขตชนบท ซึ่งอาจเป็นเพราะประชากรในเขตเมืองต้องสัมผัสและอยู่ใกล้ชิดกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษาภาวะสมองเสื่อม เช่น มลภาวะต่างๆ เสียง รังสีต่างๆ ฯลฯ มากกว่าในเขตชนบท (Forbes & Barham, 1991 : 187)

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย มีบางรายงานที่เสนอถึงกลุ่มอาการสมองเสื่อม ซึ่งจัดเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาในผู้สูงอายุไทย โดยพบว่าเป็นปัญหาในเขตเมืองมากกว่าในเขตชนบท โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคนอื่นๆ ในสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, บรรณาธิการ, 2543 : 17) และพบภาวะสมองเสื่อมในเขตภาคกลางสูงกว่าภาคอื่นๆ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, บรรณาธิการ, 2542: 60-62 ) ส่วนการศึกษาที่แตกต่างออกไปคือ การศึกษาในประเทศอินเดีย ราชกุมาร (Rajkumar, 1992 cited in Shaji, et al., 1996: 745, 748)

ได้ศึกษาประชากรผู้สูงอายุที่อาศัยในเมือง Madras ประเทศอินเดีย พบอัตราความชุกของสมองเสื่อมร้อยละ 2.7 ส่วนการศึกษาในท้องถิ่นชนบทพบอัตราความชุกมากกว่าคือ พบร้อยละ 3.6

การศึกษาของคูสิต สุนทรานู และคนอื่นๆ (ม. ป. ป: 71 ) พบว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองมีคะแนนการทำหน้าที่ของสมองด้านปัญญา ดีกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท อันแสดงว่า ค่าความชุกในเขตเมืองน่าจะน้อยกว่าในเขตชนบท และการศึกษาของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และชาญทอง ไล่เลิศ (Jitapunkul, S. & Lailert, C., 1997: 119) ซึ่งได้ศึกษาพบว่าผู้ที่อาศัยในถิ่นที่อยู่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร มีคะแนนเฉลี่ยของ MMSE  $\pm$  ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ  $26.3 \pm 3.1$  ผู้ที่อาศัยในเขตพื้นที่ชนบทในเขตจังหวัดสิงห์บุรี มีคะแนนเท่ากับ  $22.8 \pm 3.4$  และผู้ที่อาศัยในเขตสลัมคลองเตยมีคะแนนต่ำสุด คือ  $21.3 \pm 4.1$  ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนจุดตัดของเกณฑ์วินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมแล้วย่อมมีความแตกต่างกันของความชุกของภาวะสมองเสื่อม ระหว่างถิ่นที่อยู่อาศัยที่แตกต่างกัน

จากการทบทวนการศึกษาต่างๆ พบว่าผลการศึกษาค้นคว้านี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศได้วันที่พบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่อาศัยในเขตชุมชนเมืองและชุมชนชนบทไม่แตกต่างกัน (Liu, et al., 1995: 144-149) และสอดคล้องกับการศึกษาระดับประเทศโดยการสำรวจของมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุขที่พบว่า ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลไม่แตกต่างกัน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, บรรณาธิการ, 2542: 64) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ การที่พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างสัดส่วนของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตและนอกเขตเทศบาลอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มนี้ไม่มีความแตกต่างกันในด้านเพศ และอายุ ซึ่งจากรายงานวิจัยต่างๆ พบว่า เพศและอายุ เป็นปัจจัยของการเกิดภาวะสมองเสื่อมดังกล่าวมาแล้ว (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2537ข: 908; Ebly, 1994 : 1598; Hofman, et al., 1991: 736; Jorm, et al., 1987: 465-479; Lobo, et al., 1995: 497) อย่างไรก็ตามในการศึกษาค้นคว้านี้ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีแนวโน้มที่จะมีภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ซึ่งอาจมีปัจจัยบางประการที่ส่งผลต่อแนวโน้มดังกล่าว เช่น การศึกษา การประกอบอาชีพ ซึ่งพบว่ามีความแตกต่างกัน และนอกจากนี้อาจมีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ซึ่งจำเป็นจะต้องมีการศึกษาให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

## คะแนนสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตและนอกเขตเทศบาล

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล มีคะแนนเฉลี่ยของสมรรถภาพสมองโดยรวมเท่ากับ 25.47 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.48) ส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยนอกเขตเทศบาล มีคะแนนเฉลี่ยของสมรรถภาพสมองโดยรวมเท่ากับ 24.49 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.80) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตและนอกเขตเทศบาล พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ ดุสิต สุนทรานู และคนอื่นๆ (ม.ป.ป.:71) ที่พบว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองมีคะแนนการทดสอบการทำหน้าที่ของสมองด้านปัญญา ดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบท และการศึกษาของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและชาญทอง ไล่เลิศ (Jitapunkul, S. & Lailert, C. 1997: 116-119) ที่พบว่าผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีคะแนนเฉลี่ยของ MMSE เท่ากับ 26.3 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.1) ซึ่งสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่ชนบทในจังหวัดสิงห์บุรี คือ 22.8 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.4)

การที่พบว่าคะแนนสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลสูงกว่าคะแนนของผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลอาจเนื่องจาก ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลในการศึกษารุ่นนี้มีระดับการศึกษาที่ดีกว่า คือไม่ได้รับการศึกษาเพียง 86 ราย หรือร้อยละ 28.7 ส่วนผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลไม่ได้รับการศึกษา 126 ราย หรือ ร้อยละ 42.0 และผู้สูงอายุในเขตเทศบาลมีการศึกษาระดับประถมศึกษาและสูงกว่าประถมศึกษา จำนวนมากกว่าผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาล ซึ่งการศึกษาส่งผลต่อสมรรถภาพสมองที่ดีขึ้นดังได้กล่าวมาแล้วจึงมีส่วนทำให้คะแนนสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลสูงกว่า

สำหรับด้านการประกอบอาชีพ พบว่าผู้สูงอายุในเขตเทศบาลส่วนใหญ่มีอาชีพเดิมคือค้าขาย ประกอบธุรกิจ และรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ส่วนผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลส่วนใหญ่มีอาชีพเดิมคือเกษตรกรกรรมและรับจ้าง ซึ่งความแตกต่างในด้านอาชีพอาจส่งผลให้สมรรถภาพสมองมีความแตกต่างกันเนื่องจากงานด้านค้าขาย ธุรกิจ หรืองานในลักษณะของวิชาชีพ เป็นงานที่จำเป็นต้องใช้ความคิด การพิจารณา วิเคราะห์ การจดจำ การคำนวณ อันเป็นการออกกำลังสมอง และฟื้นฟูสมรรถภาพสมองอยู่ตลอดเวลาอาจส่งผลให้คะแนนสมรรถภาพสมองสูงกว่าผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาล

นอกจากนี้สภาพสิ่งแวดล้อมที่มีความแตกต่างกัน อาจส่งผลให้สมรรถภาพสมองแตกต่างกันได้ เช่น ในเขตเทศบาลเป็นที่ตั้งของชมรม สมาคมมูลนิธิต่างๆ ที่สำคัญคือชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นโอกาสที่ผู้สูงอายุจะได้เข้าร่วมและมีโอกาสพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารต่างๆ มีกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน อันเป็นการเปิดโอกาสโดยตรงในการฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง เป็นการกระตุ้นการใช้สมอง และเป็นโอกาสที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี และรู้สึกรักตัวเองมีคุณค่า นอกจากนี้อาจมีปัจจัยอื่นๆ เช่น สภาวะเศรษฐกิจ สังคม วิธีการดำเนินชีวิต ฯลฯ ซึ่งควรมีการศึกษาให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

### คะแนนสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีคะแนนสมรรถภาพสมองเฉลี่ยเท่ากับ 19.63 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.18) ระดับคะแนนต่ำสุด คือ 13 คะแนน เมื่อแยกพิจารณาคะแนนรายด้าน ทั้ง 6 ด้าน คือ การรับรู้ การจดจำ ความใส่ใจ การคำนวณ ภาษา และการระลึกได้ พบว่า ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีความบกพร่องอย่างมากในด้าน ความใส่ใจ การคำนวณ และการระลึกได้ โดยค่าคะแนนที่เป็นไปได้สูงสุด คือ 5, 3 และ 3 คะแนนตามลำดับ ซึ่งผลการศึกษาคะแนนเฉลี่ย  $\pm$  ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้เท่ากับ  $1.76 \pm 1.57$ ,  $1.09 \pm 0.85$  และ  $0.73 \pm 0.84$  ตามลำดับ ส่วนคะแนนด้านการรับรู้และด้านภาษา มีความบกพร่องในระดับรองลงมา โดยค่าคะแนนที่เป็นไปได้สูงสุด คือ 6 และ 10 คะแนน ตามลำดับ ซึ่งผลการศึกษาได้คะแนน เท่ากับ  $4.74 \pm 1.00$  และ  $8.38 \pm 0.83$  ส่วนคะแนนด้านการจดจำพบว่าอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี โดยค่าคะแนนที่เป็นไปได้สูงสุดคือ 3 คะแนน ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีคะแนนเท่ากับ  $2.93 \pm 0.28$  และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนรายด้านระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่ามีความแตกต่างกันของคะแนนรายด้านทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 11) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีความเสื่อมของสมรรถภาพสมองทุกด้าน

ผลการศึกษาที่ได้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของสมชาย เตียวกุล (Teaukul, S. 1998 : 105-111) ซึ่งได้ใช้แบบทดสอบประสาทจิตวิทยา 4 ชนิด ทดสอบในผู้สูงอายุสมองเสื่อมเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุปกติในสถานสงเคราะห์คนชรา ในจังหวัดอุบลราชธานี ลพบุรี และกรุงเทพฯ ผลการทดสอบด้วยแบบทดสอบ MMSE และ IMC (Information – Memory – Concentration Test) พบว่าคะแนนของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ต่ำกว่าคะแนนของกลุ่มปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการทดสอบด้วย Benton Visual Retention Test และ Wisconsin Card Sorting Test พบว่ากลุ่มปกติได้

คะแนนถูกต้องสูงกว่า และได้คะแนนผิดพลาดต่ำกว่ากลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งแสดงได้เห็นถึงความแตกต่างของสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่มอย่างชัดเจน

เมื่อศึกษาคะแนนรายด้านพบว่า ผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชุลี เตมียประดิษฐ์ และคนอื่น ๆ (2533 : 211-212) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผู้ที่มีภาวะความพิการทางสมอง (organic brain syndrome) กับผู้สูงอายุปกติ โดยใช้แบบทดสอบ MMSE พบว่า ผู้สูงอายุปกติมีคะแนนรายด้านทุกด้านสูงกว่ากลุ่มที่มีความพิการทางสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกรัตน์ สุชะตุงคะ และสุชีรา ภัทรายุตวรรตน์ (2538 : 1083) ที่ได้ศึกษาแบบประเมินพฤติกรรมทางสมองในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นแบบวัดการเรียนรู้และจดจำในด้านต่าง ๆ พบว่า ผู้สูงอายุปกติมีพฤติกรรมการเรียนรู้และจดจำดีกว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมทุกด้าน

เมื่อนำผลการศึกษาครั้งนี้เปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น ๆ ที่ใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE) เป็นเครื่องมือในการศึกษาเช่นเดียวกัน พบว่า ผลการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องใกล้เคียงกับการศึกษาของ ศิริพันธุ์ สาสัดย์ (Sasat, S. 1998 : 206-208) ที่ศึกษาการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในเขตกรุงเทพมหานคร และจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าสมรรถภาพสมองด้านที่ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีความผิดพลาดมากที่สุด คือ ด้านการระลึกได้ การคำนวณ และความใส่ใจ ส่วนด้านที่มีความผิดพลาดในระดับปานกลางรองลงมา คือ การรับรู้ การจดจำ และด้านภาษา และการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับ การศึกษาในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อม (Poungvarin, N., et al., 1996a: 280) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความผิดปกติอย่างรุนแรงในด้านความใส่ใจ การคำนวณ และการระลึกได้ และมีความผิดปกติปานกลางในด้านการรับรู้ และด้านภาษา ส่วนการจดจำพบว่ามีคะแนนค่อนข้างดี ส่วนการเปรียบเทียบกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะสมองเสื่อม (Poungvarin, N., et al., 1995 : 339) พบว่ามีความแตกต่างกันที่คะแนนสมรรถภาพสมองด้านความใส่ใจ คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีความผิดปกติของสมรรถภาพสมองอย่างรุนแรงในด้านการคำนวณ และการระลึกได้ มีความผิดปกติในระดับปานกลางในด้านการรับรู้ และด้านภาษา ส่วนด้านการจดจำ และความใส่ใจยังคงค่อนข้างดี ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาครั้งนี้ที่ผู้สูงอายุสมองเสื่อม มีคะแนนด้านความใส่ใจผิดปกติมาก

ส่วนการศึกษาที่พบว่ามีผลแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้คือการศึกษาของ สามารถ นิธินันท์ (2540 : 193) ที่เปรียบเทียบคะแนนสมรรถภาพสมองระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุสมองเสื่อม

และผู้สูงอายุปกติ พบว่า คะแนนสมรรถภาพสมองด้านที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ด้านการรับรู้ ความใส่ใจ และการคำนวณ ซึ่งแสดงว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีความผิดปกติในสมรรถภาพสมอง 3 ด้านนี้ ส่วนคะแนนในด้านการจดจำ ภาษาและการระลึกได้พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพียง 6 ราย ซึ่งอาจไม่ชัดเจนในการแปลผลและสรุปผลของสมรรถภาพสมอง

จากการเปรียบเทียบพบว่า ผู้สูงอายุสมองเสื่อมจากทุกการศึกษาดังกล่าวข้างต้นมีความผิดปกติมากที่สุดในการทดสอบด้าน การคำนวณ รองลงมาคือด้าน การระลึกได้ และด้านความใส่ใจ และเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2536 : 365) ซึ่งศึกษาในผู้สูงอายุปกติและพบว่า ผู้สูงอายุปกติจะเสียคะแนนมากในด้านการระลึกได้ การคำนวณ ภาษา และการรับรู้ ส่วนด้านที่เสียคะแนนน้อยมาก คือ ด้านความใส่ใจ และการจดจำ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาครั้งนี้ พบว่า สมรรถภาพสมองด้านที่น่าจะแยกผู้สูงอายุสมองเสื่อมออกจากผู้สูงอายุปกติได้อย่างชัดเจนคือ สมรรถภาพสมองด้านความใส่ใจ ซึ่งผู้สูงอายุปกติจะมีความบกพร่องน้อยมาก แต่ผู้สูงอายุสมองเสื่อมจากการศึกษานี้มีความบกพร่องอย่างมากในด้านนี้

จากผลของการทดสอบในแต่ละด้านซึ่งเป็นการประเมินการทำงานของสมอง ทั้งขั้นพื้นฐานและการทำงานของสมองที่ซับซ้อนขึ้น ตลอดจนเป็นการประเมินความสามารถของสมองที่จะต้องใช้ความเกี่ยวเนื่อง ความสัมพันธ์กัน (อภิญา กังสนารักษ์, 2534: 63) คะแนนของการทดสอบแต่ละด้าน นอกจากจะแสดงให้เห็นถึงความบกพร่องของการทำหน้าที่ของสมองในด้านนั้นๆ แล้ว ยังแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชื่อมโยงของการทำหน้าที่ของสมองในแต่ละด้าน เช่น การคำนวณ ซึ่งเป็นความสามารถที่ซับซ้อน การที่จะสามารถคำนวณได้นั้นจะต้องอาศัยทั้งความใส่ใจ สมาธิ และเชาว์ปัญญาในระดับหนึ่งที่จะเชื่อมโยงสิ่ง 2 สิ่งอย่างมีระบบ (อภิญา กังสนารักษ์, 2534: 66) ซึ่งในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม นอกจากจะมีความบกพร่องในด้านการรับรู้ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดเบื้องต้นทางปัญญาแล้ว พบว่า ยังมีความใส่ใจซึ่งเป็นระดับความรู้สึกระดับขั้นพื้นฐานที่สั้นกว่าผู้สูงอายุปกติ ซึ่งความบกพร่องดังกล่าว ส่งผลถึงสมรรถภาพสมองในด้านอื่นๆ เช่น การคำนวณ ภาษา และการระลึกได้ ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีความบกพร่องอย่างมากในด้านความใส่ใจ ดังนั้นจึงอาจส่งผลกระทบต่อคะแนนของการทดสอบในด้านอื่นๆ ทำให้พบว่ามีคะแนนทุกด้านต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ผลการศึกษาที่ได้จึงมีความสอดคล้องกับการทำหน้าที่ของสมองซึ่งมีความซับซ้อนสัมพันธ์กันดังกล่าวแล้วข้างต้น

## บทที่ 6

### สรุปผลการวิจัย

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ เปรียบเทียบสัดส่วนการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตและนอกเขตเทศบาล เปรียบเทียบคะแนนสมรรถภาพสมองโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตและนอกเขตเทศบาล ตลอดจนศึกษาคะแนนสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในด้านต่างๆ คือ การรับรู้ การจดจำ ความใส่ใจ การคำนวณ ภาษา และการระลึกได้ และเปรียบเทียบคะแนนสมรรถภาพสมองรายด้านระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและไม่มีภาวะสมองเสื่อม

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 600 ราย เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล 300 ราย และอาศัยนอกเขตเทศบาล 300 ราย ศึกษาในช่วงเดือนมกราคม – เมษายน พ.ศ.2541

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ที่อยู่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส เชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด การประกอบอาชีพ ความถนัดของมือ ปัญหาด้านสุขภาพหรือโรคประจำตัว ยาที่รับประทานเป็นประจำ การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การตรวจสุขภาพประจำปี และอาหารเสริมที่รับประทานเพื่อบำรุงร่างกาย
2. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination, TMSE) สร้างขึ้นโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง เป็นแบบทดสอบที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการวินิจฉัยคัดกรองผู้ป่วยสมองเสื่อมชาวไทย เป็นข้อคำถามและคำสั่งให้ปฏิบัติ แบ่งเป็นการทดสอบด้านต่างๆ 6 ด้าน คือ การรับรู้ การจดจำ ความใส่ใจ การคำนวณ ภาษา และการระลึกได้

การวิเคราะห์ผลข้อมูล ใช้การแจกแจงความถี่ในรูปของจำนวน ร้อยละ และ การทดสอบ Chi-square ในการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ศึกษาข้อมูลผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองว่ามี

ภาวะสมองเสื่อมด้วย จำนวน และร้อยละ เปรียบเทียบสัดส่วนผู้สูงอายุสมองเสื่อมในเขตและนอกเขตเทศบาลด้วยสถิติ  $z$ -test ศึกษาคะแนนสมรรถภาพสมองด้วย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนสมรรถภาพสมอง ด้วยสถิติ  $t$ -test

### ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ที่ได้รับการคัดกรองว่ามีภาวะสมองเสื่อม มีร้อยละ 24.2
2. ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลมีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 22 และร้อยละ 27 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของภาวะสมองเสื่อมระหว่างผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. คะแนนสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.47 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.48 ) และคะแนนของผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.49 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.80 ) เมื่อเปรียบเทียบกันแล้ว พบว่าคะแนนสมรรถภาพสมองโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนสมรรถภาพสมองรายด้าน พบว่า ด้านที่มีความแตกต่างกัน คือ ด้านการรับรู้ ความใส่ใจ การคำนวณ และการระลึกได้ โดยพบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลมีคะแนนด้านความใส่ใจและการคำนวณดีกว่าผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาล ส่วนด้านการรับรู้และการระลึกได้พบว่า ผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลมีระดับคะแนนดีกว่าส่วนสมรรถภาพสมองด้านที่ไม่มีความแตกต่างกันคือ ด้านการจดจำและด้านภาษา
4. ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมองเท่ากับ 19.63 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.18) เมื่อพิจารณาคะแนนรายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างต่ำคือ ด้านความใส่ใจ การคำนวณ และการระลึกได้ ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง คือ ด้านการรับรู้ และด้านภาษา ส่วนด้านการจดจำ พบว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมทำคะแนนในส่วนนี้ได้อยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูง และเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่า ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีคะแนนสมรรถภาพสมองโดยรวมและรายด้านทุกด้านต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

## ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การเก็บข้อมูลแบบทดสอบสมรรถภาพสมองในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน โดยบางส่วนเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของสถานีนามัย บางส่วนเก็บข้อมูลที่บ้านของผู้สูงอายุเอง ซึ่งอาจมีบุคคลอื่นเช่นญาติ ร่วมรับฟังด้วย อาจส่งผลให้การควบคุมสภาพแวดล้อมไม่เป็นไปตามที่กำหนดไว้
2. การเก็บข้อมูลบางส่วน เป็นการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน อาจมีผู้สูงอายุบางรายที่ไม่สามารถออกจากบ้านตามลำพังเพื่อร่วมกิจกรรมได้ ซึ่งอาจเป็นผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
3. การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย เป็นเครื่องมือในการคัดกรองผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม อาจพบผลบวกคลวงได้จากภาวะ Pseudodementia ซึ่งเกิดจากภาวะซึมเศร้า และอาจส่งผลกระทบต่อจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองว่ามีภาวะสมองเสื่อม

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยพบภาวะสมองเสื่อมจากการคัดกรอง ในผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ร้อยละ 24.2 ซึ่งเป็นค่าที่ค่อนข้างสูง ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานการบริการทางด้านสุขภาพและทางสังคม จะต้องวางแผนในการให้บริการที่ต่อเนื่องในชุมชน มีการคัดกรอง จัดโปรแกรมการป้องกัน การดูแลและรักษาในชุมชน ซึ่งจำเป็นที่จะต้องอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆ
2. ควรมีการเฝ้าระวังและคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นระยะๆ เพื่อให้การดูแลและแนะนำในระยะเริ่มแรก โดยมีการให้ความรู้ในการคัดกรองเบื้องต้นโดยญาติ บุคลากรที่ได้รับการฝึกฝน และโรงพยาบาลเพื่อให้การคัดกรอง การส่งต่อ พร้อมทั้งการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ
3. ควรจัดโครงการส่งเสริมสมรรถภาพสมองในด้านต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ เช่นการฝึกความจำ การกระจายเสียงตามสายเพื่อให้ความรู้ การจัดโครงการการอ่านหนังสือ ฯลฯ โดยสอดแทรกเข้าในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ หรือกิจกรรมในหมู่บ้านหรือแหล่งศูนย์รวมของผู้สูงอายุเช่น วัด เพื่อเป็นการกระตุ้นและฟื้นฟูการทำหน้าที่ของสมองและเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญ เป็นการป้องกันและลดภาวะสมองเสื่อม

4. คลินิกผู้สูงอายุ หรือ ชมรมผู้สูงอายุ ตลอดจนชมรมต่างๆ ควรเน้นในด้านการให้ความรู้และการจัดกิจกรรมเช่น กิจกรรมนันทนาการ การออกกำลังกาย กิจกรรมตามประเพณีท้องถิ่น ฯลฯ เพื่อเป็นการพัฒนาสมรรถภาพสมองอย่างต่อเนื่อง

5. ควรให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และการส่งเสริมการทำหน้าที่ทางด้านกาย จิต ปัญญา ทั้งกับผู้สูงอายุและบุตรหลาน ตลอดจนประชาชนทั่วไป เพื่อให้เห็นความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการลดโอกาสในการเกิดภาวะสมองเสื่อม หรือช่วยให้ภาวะสมองเสื่อมเกิดได้ช้าที่สุด

6. ข้อมูลของลักษณะกลุ่มตัวอย่างเช่น การตรวจสุขภาพประจำปี หรือการรับประทาน อาหารเสริม ซึ่งพบค่อนข้างน้อย เป็นข้อมูลพื้นฐานที่อาจนำไปสู่แนวคิดในการส่งเสริมภาวะสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม เช่น การประชาสัมพันธ์ การรณรงค์ในการตรวจสุขภาพประจำปี หรือการคัดกรองภาวะสุขภาพเบื้องต้น การรับประทานอาหารเสริมต่างๆ เป็นต้น

7. เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นเพียงการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น ดังนั้น จึงไม่สามารถรายงานเป็นอัตราความชุกได้ การนำไปใช้จึงควรเป็นไปด้วยความระมัดระวัง

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. วิจัยเปรียบเทียบภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนชนบทและชุมชนเมือง ในแต่ละภาคของประเทศไทย

2. ควรศึกษาในรูปแบบของ Two-stage survey หรือ Three-stage survey เพื่อที่จะได้อัตราความชุกที่มีค่าน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

3. ควรเพิ่มข้อมูลพื้นฐานในการศึกษา หรือศึกษาเจาะลึกถึงปัจจัยต่างๆ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติหลงลืมในครอบครัว ปัญหาสุขภาพอื่นๆ เช่น โรคของตับ ไต ต่อมไทรอยด์ การได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะ การประกอบอาชีพ ภาวะโภชนาการ การขาดวิตามินบี12 การมีกิจกรรมในสังคม และรูปแบบการดำเนินชีวิต ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในเขตพื้นที่อาศัยที่แตกต่างกัน

4. ศึกษาวิจัยเพื่อปรับปรุงและพัฒนา แบบทดสอบสมรรถภาพสมองที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุชาวไทย หรือศึกษาเพื่อพิจารณาค่าจุดตัดของคะแนนที่เหมาะสม สอดคล้องกับอายุและระดับการศึกษา

## บรรณานุกรม

- กนกรัตน์ สุชะตุงคะ และ สุชีรา กัทรายุทธวรรณ. (2538). รายงานการศึกษาแบบประเมินพฤติกรรมทางสมองในผู้สูงอายุ. สารศิริราช, 47(12), 1077-1085.
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2536). แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. สารศิริราช, 45(6), 359-374.
- กันยรัตน์ อุบลวรรณ. (2540). พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคกลางของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กัมมันต์ พันธุมจินดา (บรรณาธิการ). (2540). สมองเสื่อม : โรคหรือวัย พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : คบไฟ.
- \_\_\_\_\_. (2532). การจำแนกและการวินิจฉัยแยกโรคผู้ป่วยที่มาด้วยอาการสมองเสื่อม. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง แนวโน้มและความก้าวหน้าในงานวิจัยและการจัดการกับอาการสมองเสื่อม. การประชุมวิชาการด้านประสาทวิทยาศาสตร์ครั้งที่ 2 วันที่ 25 สิงหาคม 2532. กรุงเทพมหานคร: โครงการวิจัยชีววิทยาระบบประสาทและพฤติกรรม สถาบันวิจัยและพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- \_\_\_\_\_. (2533). แนวทางการตรวจรักษาอาการสมองเสื่อม. คลินิก, 6(3), 161-166.
- \_\_\_\_\_. (2538). Alzheimer's disease. ใน วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), โรคทางอายุรศาสตร์ที่ต้องรักษาต่อเนื่อง (หน้า 113-130). กรุงเทพมหานคร: ยูนิตีพับลิเคชั่น.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข. (2539). แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- คณิน คุรุรัตน์พันธ์. (2537). สมองเสื่อม (Dementia). วารสารโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี, 5(1), 50-60.
- จรวช ศรีทอง, วรวิทย์ ทัดตากร, งามอาจ วิบุรศิริ, ไพบุลย์ โล่ห์สุนทร และ ศรีจิตรา บุนนาค. (2532). การสำรวจสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในแฟลตดินแดง. แพทยสภาสาร, 18(4), 213-216.

- จักกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2539). Delirium และ Dementia. ใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (บรรณาธิการ), จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 5, หน้า 73-87). กรุงเทพฯ : สวีชาญการพิมพ์.
- จันทิมา เข็นสุขใจ. (2537). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพต่ออาการสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, (สาขารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ฉัตรทอง อินทร์นอก. (2540). พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชาญทอง ไล้เลิศ. (2535). การพัฒนาแบบทดสอบสำหรับการค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ สาขาวิชาสุขภาพจิต. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์. (2538). สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สุภาวนิชการพิมพ์
- ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง. (2540). พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคใต้ของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดุสิต สุนทรานู และคนอื่นๆ. (ม.ป.ป.). โครงการระบาดวิทยาสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2532 (WHO Cross-national epidemiological survey of the elderly). รายงานการวิจัย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ม.ป.ท.
- ทัศนีย์ ระย้า. (2537). การประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวันตำบลริมเหนือ อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์. (2543). การสัมภาษณ์และการตรวจทางจิตเวช. ใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (บรรณาธิการ), จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 5, หน้า 33-48). กรุงเทพมหานคร : สวีชาญการพิมพ์.
- ธรรมรักษ์ การพิศิษฐ์. (2542). นโยบายและยุทธวิธีผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ. ใน การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ “ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ” วันที่ 22-24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2542 (หน้า 250-261). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธวัชชัย วรพงศธร. (2538). หลักการวิจัยทางสาธารณสุข (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นางพงา ลิ้มสุวรรณ และ สเปญ อุ๋นองงค์. (2531). Progressive dementia : second opinion in consultation. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 33(4), 221-226.
- นงลักษณ์ บุญไทย. (2539). ความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่น ๆ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นพดล เตมียะประดิษฐ์. (2537). การวินิจฉัยและการดูแลภาวะสมองเสื่อม(ตอนที่ 2). คลินิก, 10(7), 467-473.
- นภาพร ชโยวรรณ และศิริวรรณ สิริบุญ. (2538) ประมวลประเด็นการวิจัย เรื่องผู้สูงอายุด้านสังคมศาสตร์ และประชากรศาสตร์. ใน รัตนา เพ็ชรอุไร และอดุลย์ วิริยเวชกุล (บรรณาธิการ), ประมวลประเด็นการวิจัยและบรรณานุกรมเอกสารการวิจัย เรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย (หน้า 9-24). กรุงเทพมหานคร : สุกวนิชการพิมพ์.
- นภาพร ชโยวรรณ. (2542). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน. ใน การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ “ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ” วันที่ 22-24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2542 (หน้า 53-92). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นัยพินิจ คชภักดี. (2532). แนวโน้มและความก้าวหน้าในงานวิจัยและการจัดการกับอาการโรคสมองเสื่อม. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการด้านประสาทวิทยาศาสตร์ ครั้งที่ 2 วันที่ 25 สิงหาคม 2532. กรุงเทพมหานคร: โครงการวิจัยชีววิทยาระบบประสาทและพฤติกรรมสถาบันวิจัยและพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- \_\_\_\_\_. (2538). ประมวลประเด็นการวิจัยเรื่องผู้สูงอายุด้านวิทยาศาสตร์ ชีวภาพการแพทย์ และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการวิจัย. ใน รัตนา เพ็ชรอุไร และ อดุลย์ วิริยเวชกุล(บรรณาธิการ), ประมวลประเด็นการวิจัยและบรรณานุกรมเอกสารการวิจัยเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย (หน้า 35-90). กรุงเทพมหานคร : สุกวนิชการพิมพ์.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2536). ภาวะสมองเสื่อม: โรคที่ยังขาดงานวิจัยพื้นฐานในประเทศไทย. สารศิริราช, 45(6), 415-417.
- \_\_\_\_\_. (2537ก). การสูญเสีย cognition ในผู้สูงอายุ. สารศิริราช, 46(2), 139-149.
- \_\_\_\_\_. (2537ข). โรคอัลไซเมอร์กับยาแห่งความหวังใหม่. สารศิริราช, 46(11), 908-913.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์ , กัมมันต์ พันธุมจินดา, พงษ์ศักดิ์ วิสุทธิพันธ์, วรวิทย์ จรรยาวิชย์, สมชาย ไทฉนะบุตร และนาราพร ประยูรวิวัฒน์. (2541). การวิจัยโรกระบบประสาท. ใน ฉัฐกมลประวัดี, ไกรสิทธิ์ ดันติศิริพันธ์ และเขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม (บรรณาธิการ), แผนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพ (หน้า 113-130). กรุงเทพฯ : พี เอ ลีฟวิ่ง.

- นิรนาท วิชชโชคกิติคุณ. (2534). ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บรรณรุ ศรีพานิช. (2542). ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- บุญเรียบ วัฒนธำรงค์. (2539). การพยาบาลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะสมองเสื่อม.  
โรงพยาบาลรัฐญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. อุดรธานี.
- พัชรินทร์ วณิชานนท์ และวิจารณ์ วิชชยะ. (2535). สมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. วารสารกรมการแพทย์,  
17(7), 518-528.
- พัชรินทร์ วณิชานนท์, อัมพร โอตระภูถ และสุพัฒนา เดชาติวงศ์ ณ อยุธยา. (2530). โรคทาง  
จิตเวชในผู้ป่วยนอกสูงอายุของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ระหว่างเดือนมิถุนายน  
พ.ศ. 2528 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2529. วารสารกรมการแพทย์, 12(6), 341-348.
- ไพฑูริย์ สมุทรสินธุ์. (2538). หลักการรักษาโรคสมองเสื่อม. วารสารโรงพยาบาลศรีรัชญา, 3(1),  
18-20.
- ภัทรพร ไพเราะ. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของ  
ผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา  
พยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มยุรี กลีบวงษ์. (2535). การฝึกความจำในผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่อง. วารสารกรมการแพทย์, 17  
(11), 725-729.
- มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยและพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. (2532) เอกสารประกอบ  
การประชุมวิชาการด้านประสาทวิทยาศาสตร์ครั้งที่ 2 ความก้าวหน้าในการวิจัยเรื่อง  
สมองเสื่อม วันที่ 25 สิงหาคม 2532. โรงแรมเอเชีย กรุงเทพมหานคร.
- มาโนช ทับมณี. (2541). ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนเขต  
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาคลินิก  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาโนช หล่อตระภูถ. (2538). การสัมภาษณ์และการตรวจทางจิตเวช. กรุงเทพฯ : โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- รุ่งนรินทร์ ประดิษฐสุวรรณ. (2542). ทำอย่างไรสมองไม่เสื่อม. ใน คณะอาจารย์แพทย์โรงพยาบาล  
ศิริราช, โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการดูแลรักษา (หน้า 73-82). กรุงเทพมหานคร :  
โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (พิมพ์แจกในงานฌาปนกิจศพคุณพ่อธานินทร์ มุทิตางกูร.)
- ถาวรณ อุณนาภิรักษ์. (2542). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลศาสตร์, 17(1), 32-36.

- วรรณข โภสาศาร, นิตยา ชันติลาภาพันธ์, จิตราวรรณ มงคลศิริ และ สวัสดิ์ ศรีสมทรัพย์. (2532). โรคทางจิตเวชในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ฝ่ายจิตเวชโรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า, 6, 3-8.
- วรรณนิภา สมนาวรรณ. (2537). การสำรวจภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันดี แยมจันทร์ฉาย. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิทยา สวัสดิ์วิฑูพงษ์, พิชรีย์ เงินตรา, ชิต บุญมาก, นววิวรรณ เขาวงกิตพิงส์, ปราณี มหาศักดิ์พันธ์ และศุภวรรณ คุณโชติ. (2540). การสำรวจปัญหาทางสังคมและสุขภาพในผู้สูงอายุเขตเทศบาล ตำบลแม่สอด จังหวัดตาก. วารสารกรมการแพทย์, 22(7), 251-260.
- วิมล ศรีสุข. (2536). อาหารและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในผู้สูงอายุ. ใน นงลักษณ์ สุขวานิชย์ศิลป์ (บรรณาธิการ), ยาใหม่ในประเทศไทย เล่ม 5 (หน้า 162). กรุงเทพฯ: คลอไลต์คอมพิวเตอร์ฟิค.
- วิไล คุปต์นิรัตน์ชัยกุล. (2539). ความชุกของโรคในผู้สูงอายุที่ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู. สารศิริราช, 48(4), 302-307.
- ศรีน้อย มาศเกษม, นฤมล สีนสุพรรณ, สมทรง ณ นคร, ประพิมพร สมณาแสง และสุชาติ ปริยานนท์. (2534). รายงานวิจัย เรื่อง พฤติกรรมอนามัยของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น : ห้องพิมพ์ออฟเซ็ท.
- ศิริพร ภูมิพัฒนานนท์. (2540). พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2542). รวมบทคัดย่องานวิจัยและวิทยานิพนธ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2530-2540 (เล่ม 2). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน. (2541). เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10). (ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ และ มาโนช หล่อตระกูล, ผู้แปล). กรุงเทพมหานคร: ชวนพิมพ์

- สามารถ นิธินันท์. (2540). การศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประชากรไทย. เวชสาร แพทย์ทหารบก. 50(4), 189-196.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์. (2539). รายงานเบื้องต้นการสำรวจผู้สูงอายุ เขต 8 พ.ศ. 2538. รายงานการวิจัยสำรวจผู้สูงอายุ. นครสวรรค์ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครสวรรค์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักฝึกอบรมและบริการวิชาการสถาบันราชภัฏนครสวรรค์. (2542). ฐานข้อมูลจังหวัด นครสวรรค์ปีพุทธศักราช 2542. นครสวรรค์ : สถาบันราชภัฏนครสวรรค์.
- สุกัญญา รำพึงกิจ. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การทำกิจกรรมกับภาวะ สุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาประชากร ศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และ ไพบุลย์ สุริยวงศ์ไพศาล (บรรณาธิการ). (2542). ปัญหาสุขภาพของ ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิง.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, รานี ทวีกิตกุล, ชนารดี คำยา และชนนิตี มลินาทงกูร. (2543). การ ประมวล วิเคราะห์ และสังเคราะห์ผลการประชุม ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (บรรณาธิการ), การประมวล วิเคราะห์ และสังเคราะห์ การประชุมวิชาการแห่งชาติ ว่าด้วยผู้สูงอายุ “ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ” 22-24 พฤศจิกายน 2542 (หน้า 15-25). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2541). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- \_\_\_\_\_. (2542). ผู้สูงอายุหญิงในประเทศไทย: สถานะในปัจจุบัน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรีย์ กาญจนวงศ์, ปรีชา อุปโยคิน, วิณา ศิริสุข และมัลลิกา มดีโก (2540). รายงานการวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ในประเด็นการศึกษาภาวะสุขภาพอนามัยและ การดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคกลาง. เอกสารกองบริหารงานวิจัย หมายเลข 007/40 เมษายน 2540 มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ : แอล. ที. เพรส.
- สุวรรณ สุภรัตน์ภิญโญ และ นิรมล พจน์สุนทร. (2534). ปัญหาจิตเวชในผู้ป่วยนอกสูงอายุที่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 36(1), 11-20.
- สุวัจน์ เศียรทอง และชนินทร์ เจริญกุล. (2537). เศรษฐกิจ สุขภาพและความพึงพอใจในชีวิตของ ผู้สูงอายุ:กรณีศึกษาจังหวัดนครสวรรค์. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 24(1), 17-29.



องอาจ สิทธิเจริญชัย, ชนินทร์ เจริญกุล และ ปัญญาวัฒน์ สันติเวส. (2540). คุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุไทย: กรณีศึกษาจังหวัดนครสวรรค์. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคอีสาน, 12 (10), 6-12.

อนันต์ ศรีเกียรติขจร. (2535). โรคสมองเสื่อม(Dementia). วารสารจิตวิทยาคลินิก, 23(1), 25-43.

อภิัญญา กังสนารักษ์ และนัยพินิจ คชภักดี. (2534ก). ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางสังคม-จิต วิทยากับแบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ MMSE. วารสารจิตวิทยาคลินิก, 22(1), 92-105.

\_\_\_\_\_ และนัยพินิจ คชภักดี. (2533). ความสามารถทางสติปัญญา: การเรียนรู้และความจำระยะ สั้นกับความรู้สึกรู้คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค. วารสารจิตวิทยาคลินิก, 21(1), 14-24.

\_\_\_\_\_ และนัยพินิจ คชภักดี. (2534ข). แบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ MMSE และแบบ ประเมินอาการสมองเสื่อมทางคลินิก (CDR) สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารสมาคม จิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 36(2), 89-97.

\_\_\_\_\_, อนันต์ ศรีเกียรติขจร และนัยพินิจ คชภักดี. (2535). การประเมินคุณภาพของแบบ ทดสอบข้อมูลทั่วไป-ความจำ-ความสนใจตั้งใจ (IMC) และแบบทดสอบอาการสมอง เสื่อม (DS) ของ Blessed สำหรับผู้สูงอายุไทย. วารสารจิตวิทยาคลินิก, 23(1), 1-11.

\_\_\_\_\_, อนันต์ ศรีเกียรติขจร และนัยพินิจ คชภักดี. (2536). ระบาดวิทยาของอาการสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุ: การศึกษาในชุมชน. แพทยสารทหารอากาศ, 39(1), 19-29.

\_\_\_\_\_. (2534). การตรวจสภาพจิต: การทำหน้าที่ของสมองขั้นสูงในผู้สูงอายุ. วารสารประชา กรศาสตร์, 7(2), 61-71.

อมาวลี อัมพันศิริรัตน์. (2539). ความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเขต ชนบท อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อรพินธุ์ โสวัณณะ. (2541). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ในชนบท 3 จังหวัดภาคเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิต วิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรวรรณ ศิลปกิจ, สุคนธ์ คำอ่อน และชัชวาลย์ ศิลปกิจ. (2537). การใช้ TMSE ในการประเมิน ผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง. สารศิริราช, 46(10), 773-778

อัญชุลี เตมียประดิษฐ์, วรรษุ ดันชัยสวัสดิ์, ชุมศรี หังสพฤกษ์ และอ้อมทิพย์ พันธุ์ศิริ. (2533).

Mini-Mental State Examination (MMSE): แบบทดสอบในการตรวจหาภาวะความ พิการทางสมอง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 35(4), 208-216.

- อำไพ ชนะกอก, ชูวงศ์ เยาวพานนท์ และวันทนีย์ ชวพงศ์. (2535). รายงานการวิจัยแบบแผนสุขภาพ ปัญหา ความต้องของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตชนบทจังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อิงใจ จันทมูล. (2539). ความชุกของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไอทิล, ที. เอ็ม. (2542). ข้อเท็จจริง และสิ่งที่ควรรู้ของ Ginkgo biloba ต่อภาวะ agingbrain. วงการแพทย์, 11-20 พฤศจิกายน.
- American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (3 rd ed.). Washington, D.C. : American Psychiatric Association.
- \_\_\_\_\_. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4 th ed.). Washington, D.C. : American Psychiatric Association.
- Andersen, K., Nielsen, H., Lolk, A., Andersen, J., Becker, I., & Kragh-Sorensen, P. (1999). Incidence of very mild to severe dementia and Alzheimer's disease in Denmark: The Odense Study. Neurology, 52(1), 85-90.
- Arayawichanont, A., Senanarong, V., Prayoonwivat, N., & Pongvarin, N. (2000). Do physicians recognise dementia? Siriraj Hospital Gazette, 52(8), 528-532.
- Assantachai, P., Yamwong, P., & Chongsuphajaisiddhi, T. (1997). Relationships of vitamin B1, B12, folate and the cognitive ability of the Thai rural elderly. Journal of the Medical Association of Thailand, 80(11), 700-705.
- Bachman, D. L., et al. (1992). Prevalence of dementia and probable senile dementia of the Alzheimer type in the Framingham Study. Neurology, 42, 115-119.
- Beard, C. M., Kokmen, E., O' Brien, P. C., & Kurland, L. T. (1995). The prevalence of dementia is changing over time in Rochester, Minnesota. Neurology, 45, 75-79.
- Boersma, F., Eefsting, J. A., Brink, W., Koeter, M., & Tilburg, W. (1998). Prevalence of dementia in a rural Netherlands population and the influence of DSM-III-R and CAMDEX criteria for the prevalence of mild and more severe forms. Journal of Clinical Epidemiology, 51(3), 189-197.

- Brackhus, A., Laake, K., & Engedal, K. (1992). The Mini-Mental State Examination : Identifying the most efficient variables for detecting cognitive impairment in the elderly. Journal of the American Geriatrics Society, 40(11), 1139-1145.
- Burns, A., Howard, R., & Pettit, W. (1995). Alzheimer's disease: a companion. London: Blackwell Science.
- Campbell, J. M. (1995). Assessment. In M. O. Hogstel (Ed.), Geropsychiatric nursing (2 nd ed., pp. 73-95). St. Louis : Mosby.
- Chandra, V., Ganguli, M., Pandav, R., Johnston, J., Belle, S., & DeKosky, S. T. (1998). Prevalence of Alzheimer's disease and other dementias in rural India : The Indo-US study. Neurology, 51 (4), 1000-1008.
- Chiu, H. F. K., et al., (1998). Prevalence of demetia in Chinese elderly in Hong Kong. Neurology, 50 , 1002-1009.
- Coni, N., Davison, W., & Webster, S. (1992). Ageing :The facts (2<sup>nd</sup> ed.). Oxford, England : Oxford University Press.
- \_\_\_\_\_. (1993). Lecture notes on Geriatrics. (4<sup>th</sup> ed.). London : Blackwell Scientific Publications.
- Cook-Deegan, R. M., Mace, N., Baily, M. A., Chavkin, D., & Hawes, C. (1988). Confronting Alzheimer's Disease and other dementias. Philadelphia: J. R. Lippincott.
- Cotran, R. S., Kumar, V., & Robbins, S. L. (1989). Robbins pathologic basic of disease (4<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Crum, R. M., et al., (1993). Population based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level. Journal of the American Medical Association, 269, 2386-2391.
- Cumming, J. L., & Benson, D. F. (1992). Dementia : A clinical approach. (2 nd ed.). London : Butterworth-Heinemann.
- Cummings, J. L. (Ed.). (1990). Subcortical dementia. Oxford, England : Oxford University Press.
- Davidoff, D. A. (1994). The recognition and treatment of dementia. In J. M. Ellison, C. S. Weinstein, & T. Hodel-Malinofsky (Eds.), The psychotherapist's guide to neuropsychiatry (pp. 487-556). Washington, D.C. : American Psychiatric Press.

- Ebly, E. M., Parhad, I. M., Hogan, D. B., & Fung, T. S. (1994). Prevalence and types of dementia in the very old: Results from the Canadian Study of Health and Aging. Neurology, 44, 1593-1600.
- Fauci, A. S., et al. (1998). Harrison's principles of internal medicine (vol.2., 14th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Fichter, M. M., Meller, I., Schroppel, H., & Steinkirchner, R. (1995). Dementia and cognitive impairment in the oldest old in the community: Prevalence and comorbidity. British Journal of Psychiatry, 166, 621-629.
- Folstein, M. F., Bassett, S. S., Anthony, J. C., Romanoski, A. J. & Nestadt, G. R. (1991). Dementia : case ascertainment in a community survey. Journal of Gerontology, 46 (4), M 132-M 138.
- Folstein, M., Anthony, J. C., Parhad, I., Duffy, B., & Gruenberg, F. M. (1985). The meaning of cognitive impairment in the elderly. Journal of the American Geriatrics Society, 33 (4), 228-235.
- Forbes, W. F., & Barham, J. F. H. (1991). Concerning the prevalence of dementia. Canadian Journal of Public Health, 82, (May/June), 185-188.
- Foreman, M. D., Fletcher, K., Mion, L. C., & Simon, L. (1998). Assessing cognitive function. In J. A. Allender, & C. L. Rector (Eds.), Readings in Gerontological Nursing (pp.408-415). Philadelphia : Lippincott.
- Fratiglioni, L., Forsell, Y., Torres, H. A., & Winblad, B. (1994). Severity of dementia and institutionalization in the elderly : Prevalence data from an urban area in Sweden. Neuroepidemiology, 13, 79-88.
- Fratiglioni, L., et al., (1991). Prevalence of Alzheimer's disease and other dementias in an elderly urban population: Relationship with age, sex, and education. Neurology, 41, 1886-1892.
- \_\_\_\_\_. (2000). Incidence of dementia and major subtypes in Europe : A collaborative study of population-based cohorts. Neurology, 54 (suppl. 5), S10-S15.
- Friedland, R. P. (1992). Dementia. In J. G. Evan, & T. F. Williams (Eds.), Oxford textbook of geriatric medicine (pp.483-489). Oxford, England : Oxford University Press.

- \_\_\_\_\_. (1993). Epidemiology, education, and the ecology of Alzheimer's disease. Neurology, 43, 246-249.
- Goldman, H. H. (1995). Review of general psychiatry. (4 th ed.). New York : Prentice-Hall International.
- Graham, D. I., Bell, J. E., & Ironside, J. W. (1995). Color atlas and text of neuropathology. London : Mosby-Wolfe.
- Graves, A. B., et al. (1996). Prevalence of dementia and its subtypes in the Japanese American population of King Country, Washington State. American Journal of Epidemiology, 144(8), 760-771.
- Gutterman, E. M., Markowitz, J. S., Lewis, B., & Fillit, H. (1999). Cost of Alzheimer's disease and related dementia in Managed-Medicare. Journal of the American Geriatrics Society, 47, 1065-1071.
- Harrell, L. E., et al. (1995). Behavioral changes in early Alzheimer's disease. In K. Iqbal, J. A. Mortimer, B. Winblad, & H. M. Wisniewski, Research advances in Alzheimer's disease and related disorders (pp. 219-224). New York: John Wiley & Sons.
- Henderson, A. S. (1994). Dementia. Geneva : World Health Organization.
- Hofman, A., et al. (1991). The prevalence of dementia in Europe: A collaborative study of 1980-1990 findings. International of Epidemiology, 20(3), 736-748.
- Hogstel, M. O. (Ed.). (1995). Geropsychiatric nursing. (2 nd ed.). St. Louis : Mosby.
- Holstein, J., Chatellier, G., Piette, F., & Moulias, R. (1994). Prevalence of associated disease in different types of dementia among elderly institutionalized patients : Analysis of 3447 records. Journal of the American Geriatrics Society, 42(9), 972-977.
- Hughes, C. P., Berg, L., Danziger, W. L., Coben, L. A., & Martin, R. L. (1982). A new clinical scale for the staging of dementia. British Journal of Psychiatry, 140, 566-572.
- Hutchinson, S., & Wilson, H. S. (1996). Clients with delirium, dementia, amnesic disorder and other cognitive disorders. In H. S. Wilson, & C. R. Kneisl (Eds.), Psychiatric nursing (5 th ed., pp. 216-246). New York : Addison-Wesley Nursing.
- Jitapunkul, S. & Bunnag, S. (1998). Ageing in Thailand : 1997. Bangkok, Thailand. Thai Society of Gerontological and Geriatric Medicine..

- Jitapunkul, S., & Lailert, C. (1997). Mini-Mental Status Examination: Is it appropriate for screening in Thai elderly? Journal of the Medical Association of Thailand, 80(2), 116-120.
- Johnson, L. H., & Johnson, M. A. (1995). Dementia in the elderly. In M. Stanley, & P. G. Beare., Gerontological nursing (pp. 493-504). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Jorm, A. F. & Jolley, D. (1998). The Incidence of dementia : A meta-analysis. Neurology, 51 (5), 728-733.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., & Henderson, A. S. (1987). The prevalence of dementia : A quantitative integration of the literature. Acta Psychiatrica Scandinavica, 76, 465-479.
- Juva, K., Sulkava, R., Erkinjuntti, T., Valvanne, J., & Tilvis, R. (1992). The demented elderly in the city of Helsinki : Functional capacity and placement. Journal of the American Geriatrics Society, 40(11), 1146-1150.
- Kart, C. S., Metress, S. P. (1992). Human aging and chronic disease. Boston: Jones and Bartlett.
- Katzman, R. (1993a). Clinical and epidemiological aspects of Alzheimer's disease. Clinical Neuroscience, 1, 165-170.
- \_\_\_\_\_. (1993b). Education and the prevalence of dementia and Alzheimer' s disease. Neurology, 43, 13-20.
- Keady, J. & Nolan, M. (1995). IMMEL : assessing coping responses in the early stages of dementia. British Journal of Nursing, 4(6), 309-314.
- Li, G., Shen, Y. C., Chen, C. H., Zhau, Y. W., Li, S. R., & Lu, M. (1991). A three-year follow-up study of age-related dementia in an urban area of Beijing. Acta Psychiatrica Scandinavica, 83, 99-104.
- Liu, H. C., et al. (1995). Prevalence and subtypes of dementia in Taiwan : A community survey of 5297 individuals. Journal of the American Geriatrics Society, 43, 144-149.
- Lobo, A., (2000). Prevalence of dementia and major subtypes in Europe : A collaborative study of population-based cohorts. Neurology, 54 (suppl. 5), S4-S9.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., D, J, L., & Camara, D. L. (1995). The prevalence of dementia and depression in the elderly community in a southern European population: The Zaragoza study. Archives of General Psychiatry, 52, 497-506.

- Mann, A. H., Livingston, G., Boothby, H., Blizard, R. (1992). The Gospel Oak Study : The prevalence and incidence of dementia in an inner city area of London. Neuroepidemiology, 11, 76-79.
- Maranetra, N., et al. (1999). Prevalence of underlying health problem, including respiratory disease, among Thai elderly living in the urban community of Bangkok. ในบทความคัดย่อ ผลงานวิจัย การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ “ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ” วันที่ 22-24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2542 (หน้า 283-284). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- Mayeux, R., & Schofield, P.W. (1994). Alzheimer's Disease. In W. R. Hazzard, et al. (Eds.), Principles of geriatric medicine and gerontology (pp. 1035-1050). New York : McGraw-Hill.
- McGuire, L. C. & Cavanaugh, J. C. (1992). Cognitive aspects of aging and disease. In C. S. Kart, E. K. Metress, & S. P. Metress (Eds.), Human aging and chronic disease (pp. 45-68). Boston : Blackwell Scientific Publications.
- Miller, C. A. (Ed.). (1999). Nursing care of older adults : Theory and practice. (3 rd ed.). Philadelphia : Lippincott.
- Molloy, D. W., Braun, E. A., Clarnette, R., Lever, J., Turpie, I. D., & Rees, L. (1991). Assessing dementia. In D. W. Molloy (Ed.), Common sense geriatrics .Boston : Blackwell Scientific Publications.
- Molony, S. L., Waszynski, C. M., & Lyder, C. H. (Eds.). (1999). Gerontological nursing: an advanced practice approach. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange.
- Morrison et al. (1993). Alzheimer' disease. In R. N. Rosenberg, et al. (Eds.), The molecular and genetic basis of neurological disease (pp. 767-780). Boston : Butterworth-Heimenan.
- Oleske, D. M., Wilson, R. S., Bernaed, B. A., Evans, D. A., & Terman, E. W. (1995). Epidemiology of injury in people with Alzheimer's disease. Journal of the American Geriatrics Society, 43, 741-746.
- Ott, A., et al. (1995). Prevalence of Alzheimer' s disease and vascular dementia: association with education. The Rotterdam study. British Medical Journal, 310, 970-973.

- Ouslander, J. G., Osterweil, D., & Morley, J. (1991). Medical care in the nursing home. St.Louis: McGraw-Hill.
- Park, J., Ko, H. J., Park, Y. N., & Jung, C. H. (1994). Dementia among the elderly in a Rural Korean Community. British Journal of Psychiatry, 164, 796-801.
- Phanthumchinda, K., Jitapunkul, S., Sitthi-Amorn C., Bunnag., C. (1991). Prevalence of dementia in an urban slum population in Thailand : Validity of screening methods. International Journal of Geriatric Psychiatry, 6, 639-646.
- Pitt, B. (Ed.). (1987). Dementia. London: Churchill Livingstone.
- Port, M. P. (Ed.). (1998). Pathophysiology: Concepts of altered health states (5<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Poungvarin, N., Prayoonwiwat, N., Devahastin, V., & Viriyavejakul, A. (1996a). Dementia in Thai patients with parkinson's disease : Analysis of 132 patients. Journal of the Medical Association of Thailand, 79(5), 276-284.
- \_\_\_\_\_, Prayoonwiwat, N., Devahastin, V., & Viriyavejakul, A. (1995). Dementia in Thai stroke survivors : Analysis of 212 patients. Journal of the Medical Association of Thailand, 78(7). 337-343.
- \_\_\_\_\_, Prayoonwiwat, N., Devahastin, V., & Viriyavejakul, A. (1996b). Comparison of dementia in stroke survivors and patients with parkinson's disease in Thai subjects. Siriraj Hospital Gazette, 48(4), 291-301.
- Prencipe, M., Casini, A. R., Ferretti, C., Lattanzio, M. T., Fiorelli, M., & Culasso, F. (1996). Prevalence of dementia in an elderly rural population: effects of age, sex, and education. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 60, 628-633.
- Rebok, G. W., & Folstein, M. F. (1994). Dementia. In T. A. Widiger, A. J. Pincus, H. A. First, M. B. Ross, & W. Dadds (Eds.), DSM-IV Sourcebook (vol. 1, pp. 222-223). Washington, D.C. : American Psychiatric Association.
- Reichman, W. E. & Cummings, J. L. (1992). Dementia. In E. Calkins, A. B. Ford, & P. R. Katz (Eds.), Practice of geriatrics (pp. 295-304). Philadelphia : W.B.Saunders.
- Rewcastle, N. B. (1991). Degenerative disease of the central nervous system. In R. L. Davis & D. M. Robertson (Eds.), Textbook of neuropathology (2<sup>nd</sup> ed., pp. 904-961). Baltimore: Williams&Wilkins.

- Rocca, W. A. (2000). Dementia, parkinson's disease, and stroke in Europe : A commentary. Neurology, 54 (suppl. 5), S38-S40.
- Roelands, M., Wostyn, P., Dom, H., Baro, F. (1994). The prevalence of dementia in Belgium : A population-based door-to-door survey in a rural community. Neuroepidemiology, 13, 155-161.
- Rossor, M. N. (1992). Neurochemistry of the aging brain and dementia. In , J. C., Brocklehurst, R. C. Tallis, & H. M Fillit (Eds.), Textbook of geriatric medicine and gerontology (4 th ed., pp.290-301). New York : Churchill Livingstone.
- \_\_\_\_\_. (2000). Primary degenerative dementia. In W. G. Bradley, et al.(Eds.), Neurology in clinical practice: The neurological disorder (vol. II, 3<sup>rd</sup> ed.,pp. 1703-1718). Boston: Butterworth-Heinemann.
- Sadavoy, J., Lazarus, L. W., & Jarvik, L. F. (Eds.). (1991). Comprehensive review of geriatric psychiatry. London: American Psychiatric Press.
- Sasat, S. (1998). Caring for dementia in Thailand : A study of family care for demented elderly relatives in Thai Buddhist society. Ph. D. Thesis, University of Hull.
- Saunders, P. A., et al. (1993). The prevalence of dementia, depression and neurosis in later life: The Liverpool MRC-ALPHA Study. International Journal of Epidemiology, 22(5), 838-847.
- Shaji, S., Promodu, K., Abraham, T., JacobRoy, K., & Verghese, A. (1996). An epidemiological study of dementia in a rural community in Kerala, India. British Journal of Psychiatry, 168, 745-749.
- Shibayama, H., et al. (1986). Prevalence of dementia in a Japanese elderly population. Acta Psychiatrica Scandinavica, 74 , 144-151.
- Skoog, I. (1998). Status of risk factors for vascular dementia. Neuroepidemiology, 17, 2-9.
- Stolley, J. M., et al. (1995). Clients with delirium, dementia, amnesic disorder and other cognitive disorders. In D. Antai-Otony, & G. Kongable (Eds.), Psychiatric nursing : Biological and behavioral concepts (pp. 256-285). Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Stoudemire, A., & Fogel, B. S. (Eds.). (1993). Psychiatric core of the medical patient. New York: Oxford University Press.

- Taft, L. B., & Cronin-Stubbs, D. (1995). Behavioral symptoms in dementia: an update. Research in Nursing & Health, 18, 143-163.
- Teakul, S. (1998). Apolipoprotein E. genotypes and neuropsychological test performances in patients with probable Alzheimer disease as compared to other types of dementia and normal aging people in Thailand. Ph.D. Thesis, Neuroscience, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Tueth, M. J. (1995). Dementia : Diagnosis and emergency behavioral complication. The Journal of Emergency Medicine, 13(4), 519-525.
- Ueda, K., Kawano, H., Hasuo, Y., & Fujishima, M. (1992). Prevalence and etiology of dementia in a Japanese Community. Stroke, 23(6), 798-803.
- Wernicke, T. F., & Reischies, F. M. (1994). Prevalence of dementia in old age: Clinical diagnoses in subjects aged 95 years and older. Neurology, 44, 250-253.
- Wise, M. G., Gray, K. F., & Seltzer, B. (1999). Delirium, dementia and amnesic disorder. In R. E. Hales, S. C. Yudofsky, & J. A. Talbott (Eds.), Textbook of psychiatry (3<sup>rd</sup> ed., pp. 332-362). Washington, D.C. : American Psychiatric Press.
- Zhang, M., et al. (1990). The prevalence of dementia and Alzheimer's disease in Shanghai, China : Impact of age, gender, and education. Annals of Neurology, 27(4), 428-437.



## ภาคผนวก ข

## คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุในการเข้าร่วมวิจัย

สวัสดิ์คะ ดิฉัน ชุตินา สืบวงศ์ลี เป็นนักศึกษาพยาบาลปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่  
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ขณะนี้กำลังศึกษา  
วิทยานิพนธ์เรื่อง การสำรวจภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน  
และเป็นแนวทางในการช่วยเหลือและวางแผนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อไป จึงใคร่ขอความ  
ร่วมมือจากคุณ ..... ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งดิฉันจะขอความร่วมมือ  
ในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และการทดสอบโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมอง  
ของไทย โดยจะใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำมาใช้เผยแพร่  
โดยรวมเพื่อประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

ดิฉันขอรับรองว่าการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อตัวคุณทั้งสิ้น ถ้าหากคุณมีข้อ  
สงสัยประการใดเกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้ ดิฉันและผู้ช่วยวิจัยมีความยินดีอย่างยิ่งที่จะให้คุณซักถาม  
จนเข้าใจ คุณมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ตามความสมัครใจ และถึงแม้ว่าคุณ  
เข้าร่วมในการวิจัยแล้วก็ตาม คุณสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาตามที่คุณต้องการ

ขอขอบคุณค่ะ

ชุตินา สืบวงศ์ลี



**ภาคผนวก ง**  
**แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย**  
**(THAI MENTAL STATE EXAM, TMSE)**

**1. ORIENTATION (6 คะแนน)**

คะแนนเต็ม	คำถาม	คำตอบ	คะแนนที่ได้
1	วันนี้ วันอะไรของสัปดาห์ (จันทร์ อังคาร พุธ พฤหัส ฯลฯ)		
1	วันนี้ วันที่เท่าไร		
1	เดือนนี้ เดือนอะไร		
.	.		
.	.		

**6. RECALL (3 คะแนน)**

คะแนนเต็ม	คำถาม	คำตอบ	คะแนนที่ได้
1	สิ่งของ 3 อย่างที่บอก...		
1	ต้นไม้		
1	รถยนต์		
1	มือ		



## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นาง ชุตติมา สืบวงศ์ลี
วัน เดือน ปี เกิด	6 พฤษภาคม 2509
สถานที่เกิด	จังหวัดเพชรบุรี ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ, พ.ศ. 2528-2532 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2539-2544 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน	ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพ 6