

## นิพนธ์ต้นฉบับ

## ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมใน ผู้สูงอายุอำเภอหนองสูง จังหวัดขอนแก่น

วิลาสินี สุรวรรณ<sup>(1)</sup>

วันที่ได้รับต้นฉบับ: 25 พฤษภาคม 2560

วันที่ตอบรับการตีพิมพ์: 31 กรกฎาคม 2560

(1)ผู้รับผิดชอบบทความ: โรงพยาบาลน้ำพอง  
อำเภอหนองสูง จังหวัดขอนแก่น  
(โทรศัพท์: 87-5390607, 085-1070775,  
e-mail: noodangrich@gmail.com)

### บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอหนองสูง จังหวัดขอนแก่น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมด้วยสถิติการถดถอยพหุโลจิสติกนำเสนอผลการวิเคราะห์ด้วย Adjusted odds ratio (OR<sub>adj</sub>) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI)

ผลการศึกษาผู้สูงอายุจำนวน 370 คน อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1: 2 คน อายุระหว่าง 60-95 ปี (อายุเฉลี่ย 74.7 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.0) พบความชุกของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 10.8 (95% CI=7.13-13.51) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.5 มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 30 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้แก่ ระดับการศึกษา (OR<sub>adj</sub>=0.22, 95% CI=0.06-0.85) ความสามารถอ่านออกเขียนได้ (OR<sub>adj</sub>=19.99, 95% CI=6.43-62.07) โรคความดันโลหิตสูง (OR<sub>adj</sub>=11.58, 95% CI=3.28-40.89) การใช้ยากลุ่มลดความดันโลหิต (OR<sub>adj</sub>=0.19, 95% CI=0.05-0.71) การรับประทานอาหาร 5 หมู่ครบใน 1 วัน (OR<sub>adj</sub>=14.89, 95% CI=2.64-83.95) และการออกกำลังกาย (OR<sub>adj</sub>=3.03, 95% CI=1.23-7.47)

สรุปและขอเสนอแนะเพื่อเป็นการป้องกันและลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านโภชนาการการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง ส่งเสริมการประกอบอาชีพและทำกิจกรรมกลุ่มรวมถึงการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

**คำสำคัญ:** ความชุก, ภาวะสมองเสื่อม, ผู้สูงอายุ

## Original Article

Prevalence of Dementia and Factors Associated with Dementia in  
the Elderly, Nam-Phong District, KhonKaen Province*Wilasinee Surawan<sup>(1)</sup>*

Received Date: May 27, 2017

Accepted Date: July 31, 2017

**Abstract**

This cross-sectional analytical study aimed to study prevalence of dementia and factors associated with dementia in the elderly, Nam-Phong District, Khon Kaen Province. Data were collected by interviewing and assessed dementia condition by Mini-Mental Status Examination 2002. For data analysis multiple logistic regression analysis was performed to compute adjusted odd ratio ( $OR_{adj}$ ) with 95% confidence interval (95% CI).

From 370 elderly people, the ratio of male to female was 1: 2, and ages ranged between 60-95 years (mean=74.7, SD=9.0). The prevalence of dementia was 10.8% (95 % CI=7.13-13.51), 72.5% were female and 30% over 80 years old. The factors associated with dementia significantly were level of education ( $OR_{adj}$ =0.22, 95% CI=0.06–0.85), literacy ( $OR_{adj}$ =19.99, 95% CI=6.43–62.07), hypertension ( $OR_{adj}$ =11.58, 95% CI=3.28-40.89), using antihypertensive drug ( $OR_{adj}$ =0.19, 95% CI=0.05-0.71), getting the five food groups a day ( $OR_{adj}$ =14.89, 95% CI=2.64-83.95), and exercise ( $OR_{adj}$ = 3.03, 95% CI=1.23–7.47).

The suggestion for prevent and decrease risk of dementia were the health care provider should arrange nutrition awareness, encourage exercise, promote employment and group activities to prevent and control chronic diseases as well as the screening of dementia in the elderly regularly.

**Keywords:** Prevalence, Dementia, Elderly

**(1)Corresponding author:**

Nam Phong Hospital,  
Nam Phong District,  
Khon Kaen Province  
(Tel.: 87-5390607, 085-1070775,  
e-mail: noodangrich@gmail.com)

## บทนำ

ในปัจจุบัน ประชากรผู้สูงอายุ มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นพบอุบัติการณ์และความชุกภาวะสมองเสื่อม มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาความชุกภาวะสมองเสื่อม ในประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปทั่วโลก ระหว่างปี ค.ศ. 1980–2009 พบความชุกภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 5–7 พบมากที่สุดแถบลาตินอเมริกา และมีการคาดการณ์ว่าในปี 2010, 2030, 2040 และปี 2050 ทั่วโลกจะมีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมากถึง 35.6, 65.7, 81.1 และ 115.4 ล้านคน ตามลำดับ โดยพบจำนวนผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าทุกๆ 20 ปี (Prince et al., 2013) สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2537, 2545, 2550, 2554 และปี 2557 พบประชากรอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 6.8, 9.4, 10.7, 12.2, 14.9 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) โดยพบความชุกภาวะสมองเสื่อม ตั้งแต่ร้อยละ 2-10 (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556)

กลไกการเกิดภาวะสมองเสื่อม ภาวะสมองเสื่อมเกิดได้จากหลายสาเหตุโดยพบว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีสาเหตุมาจากโรคหลอดเลือดสมอง 1 ใน 3 มีสาเหตุมาจากโรคอัลไซเมอร์ (Henon et al., 2001) หรือมีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคอัลไซเมอร์รวมกัน (mixed dementia) หรือเกิดจากสาเหตุอื่นๆ (Leys et al., 2005) การดำเนินของโรคมักเป็นไปอย่างช้าๆ อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการสูญเสียความจำทั้งในระยะสั้นและระยะยาวซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจการใช้ภาษา บุคลิกภาพ ทักษะในการเคลื่อนไหว การแปลความรู้สึกที่ผิดปกติ (ทั้งที่ระดับความรู้สึกตัวปกติ) ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้น้อยลง (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543) ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อม ทำให้ผู้สูงอายุมีอัตราการรอดชีพสั้น มีอัตราการตายสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม

(Aguero et al., 1999) นอกจากนี้ ภาวะสมองเสื่อม ยังส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการดูแลรักษา มีการประมาณค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกไว้ที่ 604,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือคิดเป็นร้อยละ 1 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศทั่วโลก (Wimo et al., 2010)

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมมีทั้งปัจจัยที่ทราบสาเหตุและไม่ทราบสาเหตุ ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น อายุ ระดับการศึกษา กรรมพันธุ์ 2) ปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับโรค เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคอัลไซเมอร์ 3) โรคทางกายอื่นๆ เช่น การได้รับยาหรือสารพิษ 4) โรคติดเชื้อที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม เช่น ชิฟิลิส โรคเอดส์ 5) ภาวะสมองเสื่อมจากภัยอันตรายของระบบประสาท และ 6) ภาวะสมองเสื่อมจากภาวะซึมเศร้า (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543; Cummings et al., 1992) ปัจจุบันถึงแม้จะมีการศึกษาค้นคว้า เพื่อหาวิธีในการรักษาภาวะสมองเสื่อมชนิดต่างๆ อย่างมากมาย แต่การรักษาส่วนใหญ่ยังเป็นการรักษาแบบประคับประคอง และได้ผลจำกัด การชะลอการเปลี่ยนแปลงของโรคควบคู่ไปกับการดูแลรักษาและการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด

โรงพยาบาลน้ำพอง เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง ตั้งอยู่ที่อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น จากการเก็บข้อมูล การให้บริการผู้ป่วยนอก ในปี 2558 มีผู้มารับบริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 16,507 ครั้ง/เดือน ร้อยละ 32.55 เป็นผู้สูงอายุ และจากการประเมินภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ จำนวน 112 ราย พบผู้สูงอายุมีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย จำนวน 13 ราย ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม จำนวน 2 ราย (โรงพยาบาลน้ำพอง, 2558) จากสถานการณ์ดังกล่าวและที่

ผ่านมาไม่เคยมีการวิจัยภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอน้ำพอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอ น้ำพองจังหวัดขอนแก่น เพื่อนำข้อมูลที่ได้ ไปใช้ในการวางแผนการจัดบริการผู้สูงอายุทั้งในสถานบริการ และในชุมชน เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### ● รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

#### ● ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในอำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่นจำนวน 19,224 คน (1 กรกฎาคม 2559)

**เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)** คือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่นไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือไม่มีภาวะโรคทางจิตเวช มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถมองเห็น รับฟัง สื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการชี้แจงเพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างครบถ้วน

**เกณฑ์คัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)** คือผู้สูงอายุให้ข้อมูลตอบคำถามไม่ครบในส่วนของเครื่องมือประเมินภาวะสมองเสื่อม

**ขนาดตัวอย่าง** คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อหาค่าความชุกของการเกิดโรคเป็นการประมาณ

ค่าสัดส่วนของประชากร กรณีทราบจำนวนประชากร (Lemeshow et al., 1990) สูตรที่ใช้ในการคำนวณ

$$n = \frac{Np(1-p)Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

โดยที่

n = ขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร = 19,224 คน

$\alpha$  = ความผิดพลาดของการสรุปลักษณะ

ประชากรจากค่าสถิติของตัวอย่าง=0.05

Z = Z(0.975) = 1.959964

P = สัดส่วน (ความครอบคลุมหรืออุบัติการณ์โรค) ได้จากการศึกษาของปรีชา ศตวรรษธำรง และคณะ (2544) ได้ = 0.6

$e^2$  = ความกระชับของการประมาณค่า

(Precision of estimation)=0.05

เมื่อแทนค่าในสูตร จะได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 362 คนดังนั้น การวิจัยครั้งนี้ ใช้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 370 คน

**การสุ่มตัวอย่าง** ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) เพื่อสุ่มตำบลจากทั้งหมด 12 ตำบล สุ่มได้ 1 ตำบลคือตำบลม่วงหวานทั้งหมด 13หมู่บ้าน มีผู้สูงอายุ จำนวน 1,462 คน หลังจากนั้นทำการสุ่มแบบระบบ (Systematic random sampling) โดยเรียงตามบ้านเลขที่ของผู้สูงอายุ โดยมีช่วงของการสุ่มเท่ากับ 4ทำการสุ่มตัวอย่างจนครบ 370 คน

#### ● เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ 1) แบบสัมภาษณ์ใช้เก็บข้อมูลปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมจำนวน 20 ข้อ ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน 2) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย

(MMSE-Thai 2002) พัฒนาโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุจำนวน 11 ข้อคำถาม (ประกอบด้วยด้านการรู้คิด ด้านความจำ การคิดวิเคราะห์ การเข้าใจความหมายและการสื่อสาร และด้านมิติสัมพันธ์) คะแนนเต็ม 30 คะแนน ถ้าคะแนนต่ำกว่า 24 คะแนนหมายถึงสงสัยมีภาวะสมองเสื่อมซึ่งมี Sensitivity 80% และ Specificity 86% (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี เลขที่ HE5910115 ให้ไว้เมื่อวันที่ 26 ตุลาคม 2559

#### ● การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2559 ถึงกุมภาพันธ์ 2560 โดยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงหวาน ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย จัดอบรมการใช้เครื่องมือและการเคารพสิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัยและญาติ ให้กับผู้ช่วยผู้วิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่บ้าน และทำการตรวจความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

#### ● การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

สถิติอนุมาน เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการภาวะสมองเสื่อม และขนาดของความสัมพันธ์ ซึ่งประกอบไปด้วย ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยเกี่ยวกับโรคและปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ใช้สถิติถดถอยพหุคูณลอจิสติก (Multiple logistic regression) คัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าสู่โมเดลเริ่มต้น โดยพิจารณาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และผลจากการวิเคราะห์คร่าวละตัวแปร กระบวนการ

สร้างโมเดลใช้วิธีการแบบ Backward Elimination หลังจากนั้นทดสอบความเหมาะสมของโมเดลด้วยวิธี Hosmer-Lemeshow Goodness-of-fit โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

#### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 370 คน อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1: 2 ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 10.8 (95% CI=7.13-13.51) เป็นเพศชาย ร้อยละ 27.5 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.5 อายุระหว่าง 60-95 ปี (อายุเฉลี่ย 74.7 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.0) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 52.5 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.5 ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ ร้อยละ 47.5 ไม่มีงานทำ ร้อยละ 87.5 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 57.5 (โรคความดัน ร้อยละ 73.9) มีการใช้ยา ร้อยละ 37.5 (ยากลุ่มลดความดันโลหิต ร้อยละ 66.7) รับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ใน 1 วัน ร้อยละ 95.0 เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 15.0 เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 30.0 และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 70.0 รายละเอียดดังตารางที่ 1

#### การวิเคราะห์ความสัมพันธ์คร่าวละตัวแปร

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์คร่าวละตัวแปรระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยเกี่ยวกับโรคเรื้อรังและปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญสถิติ ( $p\text{-value}<0.05$ ) 4 ตัวแปร ดังนี้ระดับการศึกษา (ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ) ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ (ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้) การใช้ยารักษาโรคเบาหวาน การรับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ ใน 1 วัน ส่วนตัวแปรอื่นๆ มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}>0.05$ )

**การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปร** ผลการวิเคราะห์หลายตัวแปรพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}<0.05$ ) ประกอบด้วย ระดับการศึกษาความสามารถอ่านออกเขียนได้โรคความดันโลหิตสูง การใช้ยากลุ่มลดความดันโลหิต การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ใน 1 วัน และการออกกำลังกายโดยมีรายละเอียดดังนี้

**ระดับการศึกษา** พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมเป็น 0.22 เท่า (95% CI=0.06–0.85) เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่เรียนได้หนังสือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=0.028$ )

**ความสามารถอ่านออกเขียนได้** พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้มีโอกาสดังกล่าวสมองเสื่อมสูงเป็น 19.99 เท่า (95% CI=6.43–62.07) เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่สามารถอ่านออกเขียนได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=0.001$ )

**โรคความดันโลหิตสูง** พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงเป็น 11.58 เท่า (95% CI=3.28–40.89) เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=0.001$ )

**การใช้ยากลุ่มลดความดันโลหิต** พบว่าผู้สูงอายุที่มีประวัติการใช้ยาในกลุ่มลดความดันโลหิต มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมเป็น 0.19 เท่า (95% CI=0.05–0.71) เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้ใช้ยากลุ่มลดความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=0.001$ )

**การรับประทานอาหาร 5 หมู่ครบใน 1 วัน** พบว่า ผู้สูงอายุที่รับประทานอาหาร 5 หมู่ไม่ครบใน 1 วัน มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงเป็น 14.89 เท่า (95% CI=2.64–83.95) เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่รับประทานอาหาร 5 หมู่ครบใน 1 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=0.002$ )

**การออกกำลังกาย** พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่

ออกกำลังกาย มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงเป็น 3.03 เท่า (95% CI=1.23–7.47) เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=0.016$ ) ดังตารางที่ 2

### บทสรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบความชุกภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 10.8 (95% CI=7.13–13.51) ซึ่งสูงกว่าผลการศึกษาของศิริราชพยาบาล กรุงเทพฯ และคณะ (2556) พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงรายร้อยละ 7.4 ในขณะที่ผลการศึกษาของลลิตา พนาคร และคณะ (2558) พบภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจังหวัดลำพูนร้อยละ 23.4 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศที่เป็นประเทศกำลังพัฒนาเช่นเดียวกันกับประเทศไทย เช่น ประเทศบราซิล พบความชุกภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ร้อยละ 5.1–19.0 (Fagundes et al., 2011)เช่นเดียวกับการศึกษาของ Guerchet et al. (2010) ศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีในภาคกลางของแอฟริกาพบความชุกภาวะสมองเสื่อมที่เมือง Ban-gui ร้อยละ 8.1 เมือง Brazzaville ร้อยละ 6.7 และการศึกษาของ Yang et al. (2016) ศึกษาความชุกภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัด Zhejiang ประเทศจีน ในปี ค.ศ. 2014 พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุร้อยละ 13.0 ผลการศึกษาพบความชุกภาวะสมองเสื่อมที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น กลุ่มประชากรที่ศึกษา (เขตเมืองและเขตชนบท) อายุ ระดับการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ทดสอบ เป็นต้น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ **ระดับการศึกษาและความสามารถในการอ่านเขียน** พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์

กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็น 0.22 เท่า (95% CI=0.06–0.85) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสามารถอ่านออกเขียนได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็น 19.99 เท่า (95% CI=6.43–62.07) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ramlall et al. (2013), Guo et al. (2012), De Deyn et al. (2011), Jitapunkul et al. (2001), อาทิตยา สุวรรณ & สุทธิศรีตระกูลสิทธิโชค (2559) พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากการได้รับการศึกษาทำให้มีการกระตุ้นสมองและระบบประสาทจากการเรียนหนังสือจึงทำให้ความสามารถของสมองดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา และจากการศึกษาของ Mirza et al. (2016) พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้

**โรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยาลดความดันโลหิตสูง** มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็น 11.58 เท่า (95% CI= 3.28–40.89) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้สูงอายุที่ใช้ยากลุ่มลดความดันโลหิต มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็น 0.19 เท่า (95% CI= 0.05–0.71) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ DeJesúsLibre et al. (2009) และ Keskinoglu et al. (2006) อธิบายได้ว่าภาวะความดันโลหิตสูง ส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อการลดลงของปริมาตรสมองน้ำหนักสมอง เกิดรอยโรคชนิดที่พบในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์และผลส่งกระทบทางอ้อม คือ ทำให้เกิดหลอดเลือดตีบแข็งและเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากการที่มีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน ซึ่งมีผลต่อความบกพร่องของสมอง (วีรศักดิ์ เมื่องไพศาล, 2556)

**การรับประทานอาหาร 5 หมู่ครบใน 1 วัน** มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็น 14.89 เท่า (95% CI=2.64–83.95) อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของธัญญรัตน์ โนนทัยสินทวี (2557) พบว่าผู้ที่รับประทานอาหารแบบ Mediterranean diet (คืออาหารที่มีส่วนประกอบของผัก ผลไม้ธัญพืช ปลา ไวน์แดง) เป็นประจำมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม Alzheimer disease และภาวะสมองเสื่อมจากโรค Parkinson ลดลง 13% เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับประทานอาหารแบบ Mediterranean diet อธิบายได้ว่า อาหารหลัก 5 หมู่ มีส่วนช่วยบำรุงสมองเพิ่มการทำงานของสมองและลดการเสื่อมของสมองได้ (กรมสุขภาพจิต, 2554) ซึ่งเป็นการป้องกันภาวะสมองเสื่อมระดับปฐมภูมิ (Primary prevention)

**การออกกำลังกาย** มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็น 3.03 เท่า (95% CI= 1.23–7.47) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของอาทิตยา สุวรรณ & สุทธิศรีตระกูลสิทธิโชค (2559) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ไม่ออกกำลังกายมีภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด (ร้อยละ 27.1) รองลงมาคือ ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ (ร้อยละ 22) และผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอพบภาวะสมองเสื้อมน้อยที่สุด (ร้อยละ 3.3) การศึกษาของ Chen (2009) และ Ahlskog (2011) พบว่า การออกกำลังกายช่วยลดการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 30-50 เนื่องจากการออกกำลังกายช่วยป้องกันภาวะเสื่อมของเซลล์ประสาท เพิ่มประสิทธิภาพของระบบหัวใจและระบบไหลเวียนเลือดทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้มากขึ้น สมองสั่งงานและทำงานได้ดีขึ้น ลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและโรคอ้วนซึ่งมีผลต่อการเกิดความบกพร่องของสมองและภาวะสมองเสื่อมได้ นอกจากนั้นการออกกำลังกายในผู้สูงอายุช่วยเพิ่มความสามารถในการรู้คิด (Cognitive function) และช่วยลดความถดถอยในการรู้คิดได้ (Cognitive decline) (สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

**ข้อเสนอแนะหรือการนำไปใช้ประโยชน์****ข้อเสนอแนะจากการศึกษา**

1. หน่วยงานสาธารณสุขควรจัดอบรมบุคลากรสาธารณสุข/อาสาสมัครสาธารณสุขให้สามารถประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยกำหนดให้เป็นกิจกรรม ในการดำเนินงานของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

2. คลินิกผู้สูงอายุควรจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างเป็นองค์รวม เช่น ให้ความรู้ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อาหารเฉพาะโรค การออกกำลังกาย การรับประทานยาที่ถูกต้อง การจัดกิจกรรมกลุ่ม

**ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัย**

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมี

ส่วนร่วม(Participatory Action Research: PAR) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและชะลอการเสื่อมของสมอง สำหรับผู้สูงอายุในบริบทของภาคอีสาน

**กิตติกรรมประกาศ**

ขอขอบพระคุณ นพ.วิชัย อัครภาคย์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพอง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วราทิพย์ แก่นการ อาจารย์ปัทมาลือพงษ์พานิชย์ อาจารย์ตัม บุญรอด ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะและแก้ไขงานวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาทุกท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

**เอกสารอ้างอิง**

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). **คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2554). บทความด้านสุขภาพจิตและจิตเวช: 10 วิธี หนีสมองเสื่อม. **นิตยสาร Health today**, 10(118), 22.
- กัมมันต์ พันธุมจินดา. (บรรณาธิการ). (2543). **สมองเสื่อม: โรคหรือวัย**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: คบไฟ.
- ธัญญรัตน์ อินทยสินทวิ. (2557). **การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องมาตรการการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ**. ค้นเมื่อ 14 พฤษภาคม, 2560, จาก <http://www.hitap.net/wp-content/2014/11/รายงานมาตรการป้องกันสมองเสื่อม.pdf>
- ปรีชา ศตวรรษธำรง, ดารณศ เกษไชย, ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, ปัทมา ศิริเวช, วีระเดช วีระพงศ์เศรษฐ์, & กิ่งดาว ศรีวรรณท์. (2544). **การศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องของภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- โรงพยาบาลน้ำพอง. (2558). **สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2558: รายงานประจำปี**. ขอนแก่น: โรงพยาบาลน้ำพอง. (เอกสารอัดสำเนา).
- ลลิตา พนาคร, สุธรรม นันทมงคลชัย, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, & พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมทรัพย์. (2558). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุหญิง จังหวัดลำพูน**. **วารสารสาธารณสุขศาสตร์**, 45(2), 197-209.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2556). **ปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมและการป้องกัน ตอนที่ 1**. ค้นเมื่อ 4 พฤษภาคม, 2560, จาก <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articleDetail.asp?id=415>
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (บรรณาธิการ). (2556). **การป้องกัน การประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม**. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์. ศิรินทิพย์ คำฟู, กฤษณพันธ์ ชัยมงคล, ชันลิกา ไชยชมภู, & เพ็ญพิชชา แก้วมณีวงศ์. (2557). **การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมและภาวะในการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย**. **ศรีนครินทร์เวชสาร**, 29(4), 389-393.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). **แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.



- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2557). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: แท็กซ์แอนด์เจอร์นอลพับลิเคชั่น.
- อาทิตยา สุวรรณ, & สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2559). ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิชาการ สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย*, 5(2), 21-32.
- Agüero-Torres, H., Fratiglioni, L., Guo, Z., Viitanen, M., & Winblad, B. (1999). Mortality from dementia in advanced age: A 5-year follow-up study of incident dementia cases. *Journal of Clinical Epidemiology*, 52(8), 737-743.
- Ahlskog, J. E., Geda, Y. E., Graff-Radford, N. R., & Petersen, R. C. (2011). Physical exercise as a preventive or disease-modifying treatment of dementia and brain aging. *Mayo Clinic Proceedings*, 86(9), 876–884.
- Chen, J. H., Lin, K. P., & Chen, Y.C. (2009). Risk Factors for Dementia. *Journal of the Formosan Medical Association*, 108(10), 754–764.
- Cummings, J. L., & Benson, D. F. (1992). *Dementia: A clinical approach*. Philadelphia: Butterworth-Heinemann Medical.
- De Deyn, P. P., Goeman, J., Vervaet, A., Dourcy-Belle-Rose, B., Van Dam, D., & Geerts, E. (2011). Prevalence and incidence of dementia among 75-80-year-old community-dwelling elderly in different districts of Antwerp, Belgium: the Antwerp Cognition (ANCOG) Study. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 113(9), 736–745.
- Fagundes, S. D. S., Marcus, T. T., Maria, F. R. S. P., & Mauricio, G. (2011). Prevalence of dementia among elderly Brazilians: a systematic review. *Sao Paulo Medical Journal*, 129(1), 46-50.
- Ferri, C. P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., et al. (2005). Global prevalence of dementia: A Delphi consensus study. *Lancet*, 366(9503), 2112–2117.
- Guerchet, M., M'belesso, P., Mouanga, A. M., Bandzouzi, B., Tabo, A., Houinato, D. S., et al. (2010). Prevalence of dementia in elderly living in two cities of Central Africa: the EDAC survey. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30(3), 261–268.
- Guo, M., Gao, L., Zhang, G., Li, Y., Xu, S., Wang, Z., et al. (2012). Prevalence of dementia and mild cognitive impairment in the elderly living in nursing and veteran care homes in Xi'an, China. *Journal of the Neurological Sciences*, 312(1–2), 39–44.
- Henon, H., Durieu, I., Guerouaou, D., Lebert, F., Pasquier, F., & Leys, D. (2001). Poststroke dementia incidence and relationship to prestroke cognitive decline. *Neurology*, 57(7), 1216-1222.
- Jitapunkul, S., Kunanusont, C., Phoolcharoen, W., & Suriyawongpaisal, P. (2001). Prevalence estimation of dementia among Thai elderly: A national survey. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 84(4), 461-467.
- Keskinoglu, P., Giray, H., Picakcife, M., Bilgic, N., & Ucku, R. (2006). The prevalence and risk factors of dementia in the elderly population in a low socio-economic region of Izmir, Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 43(1), 93–100.
- Lemeshow, S., Hosmer, D., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. England: John Wiley & Sons.

- Leys, D., Hénon, H., Mackowiak-Cordoliani, M. A., & Pasquier, F. (2005). Poststroke dementia. *The Lancet Neurology*, *4*(11), 752–759.
- Llibre, J. de J., Fernández, Y., Marcheco, B., Contreras, N., López, A. M., Otero, M., et al. (2009). Prevalence of dementia and alzheimer's disease in a Havana Municipality: A community-based study among elderly residents. *MEDICC Review*, *11*(2), 29–35.
- Mirza, S. S., Portegies, M. L., Wolters, F. J., Hofman, A., Koudstaal, P. J., Tiemeier, H., & Ikram, M. A. (2016). Higher education is associated with a lower risk of dementia after a stroke or TIA: The Rotterdam Study. *Neuroepidemiology*, *46*(2), 120–127.
- Prince, M. B., Renata, A., Emiliano, W., Anders, R., Wagner, F., & Cleusa, P. (2013). The global prevalence of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Alzheimer's & Dementia*, *9*(1), 63-75.
- Ramlall, S., Chipps, J., Pillay, B. J., & Bhigjee, A. I. (2013). Mild cognitive impairment and dementia in a heterogeneous elderly population: prevalence and risk profile. *African Journal of Psychiatry*, *16*(6), 1-10.
- Wangtongkum, S., Sucharitkul, P., Silprasert, N., & Inthrachak, R. (2008). Prevalence of dementia among population age over 45 years in Chiang Mai, Thailand. *Medical Journal of the Medical Association of Thailand*, *91*(11), 1685-1690.
- Wimo, A. J., Linus B., John P., Martin W., Bengt I., & Alzheimer D. (2013). The worldwide economic impact of dementia 2010. *Alzheimer's & Dementia*, *9*(1), 1-11.
- Yang, L., Jin, X., Yan, J., Jin, Y., Yu, W., Wu, H., & Xu, S. (2016). Prevalence of dementia, cognitive status and associated risk factors among elderly of Zhejiang province, China in 2014. *Age and Ageing*, *45*(5), 708–712.

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=370)

ลักษณะส่วนบุคคล	มีภาวะสมองเสื่อม (n=40)		ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (n=330)		Total จำนวน
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>เพศ</b>					
ชาย	11	27.5	112	33.9	123
หญิง	29	72.5	218	66.1	247
<b>อายุ (ปี)</b>					
60-64	4	10.0	98	29.6	102
65-69	10	25.0	88	26.7	98
70-74	8	20.0	59	17.9	67
75-79	6	15.0	55	16.7	61
80 ขึ้นไป	12	30.0	30	9.1	42
(Mean (S.D.): Min-Max)	74.7 (9.0): 60-95		69.5 (6.9): 60-96		
<b>สถานภาพสมรส</b>					
โสด	1	2.5	10	3.0	11
คู่	21	52.5	194	58.9	215
หม้าย	18	45.0	110	33.3	128
หย่า/แยก	0	0	16	4.8	16

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=370) (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	มีภาวะสมองเสื่อม (n=40)		ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (n=330)		Total จำนวน
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>ระดับการศึกษา</b>					
ไม่ได้เรียนหนังสือ	9	22.5	27	8.2	36
ประถมศึกษา	31	77.5	293	88.8	324
มัธยมศึกษาตอนต้น	0	0	4	1.2	4
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	0	0	3	0.9	3
อนุปริญญา/ปวส.	0	0	2	0.6	2
ปริญญาตรีขึ้นไป	0	0	1	0.3	1
<b>ความสามารถในการอ่าน-เขียน</b>					
ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้	19	47.5	34	10.3	53
สามารถอ่านออกเขียนได้บ้างเล็กน้อย	17	42.5	143	43.3	160
สามารถอ่านออกเขียนได้ปานกลาง	4	10.0	64	19.4	68
สามารถอ่านออกเขียนได้ดี	0	0	89	27.0	89
<b>อาชีพในปัจจุบัน</b>					
ไม่ทำงาน	35	87.5	195	59.1	230
ทำงาน	5	12.5	135	40.9	140
<b>คนในครอบครัวหรือญาติสายตรง มีประวัติเป็นโรคทางสมอง</b>					
ไม่มี	40	100	317	96.1	357
มี	0	0	13	3.9	13
<b>โรคประจำตัว</b>					
ไม่มี	17	42.5	182	55.2	199
มี	23	57.5	148	44.8	171
<b>การใช้ยา</b>					
ไม่ใช้	25	62.5	212	64.2	237
ใช้	15	37.5	118	35.8	133
<b>การรับประทานอาหาร 5 หมู่ ครบใน 1 วัน</b>					
ครบ ใน 1 วัน	2	5.0	97	29.4	99
ไม่ครบ ใน 1 วัน	38	95.0	233	70.6	271
<b>การสูบบุหรี่</b>					
ไม่สูบ	34	85.0	284	86.0	318
เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว	6	15.0	29	8.8	35
สูบ	0	0	17	5.2	17
<b>การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์</b>					
ไม่ดื่ม	28	70.0	243	73.6	271
เคยดื่มแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว	12	30.0	48	14.5	60
ดื่ม	0	0	39	11.8	39
<b>การออกกำลังกาย</b>					
ไม่ออกกำลังกาย	28	70.0	181	54.8	209
ออกกำลังกาย	12	30.0	149	45.2	161

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอำเภอหนองน้ำพองจังหวัดขอนแก่น: ผลการวิเคราะห์หลายตัวแปร (n=370)

ปัจจัย	มีภาวะ สมองเสื่อม (40)	ไม่มีภาวะ สมองเสื่อม (330)	CrudeOR	Adjusted OR	95%CI	P-value*
<b>ระดับการศึกษา</b>						
เรียนหนังสือ	9(22.5)	27(8.2)	1	1		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	31(77.5)	303 (91.8)	3.25	0.22	0.06-0.85	0.028
<b>ความสามารถในการอ่านเขียน</b>						
สามารถอ่านออก-เขียนได้	21 (52.5)	296 (89.7)	1	1		
ไม่สามารถอ่านออก-เขียนได้	19 (47.5)	34 (10.3)	7.87	19.99	6.43-62.07	<0.0001
<b>โรคความดันโลหิตสูง</b>						
ไม่เป็น	23(57.5)	237 (71.8)	1	1		
เป็น	17(42.5)	93(28.2)	1.88	11.58	3.28-40.89	<0.0001
<b>การใช้ยากลุ่มลดความดันโลหิต</b>						
ไม่ใช้	30 (75.0)	242 (73.3)	1	1		
ใช้	10 (25.0)	88 (26.7)	0.91	0.19	0.05-0.71	0.014
<b>การรับประทานอาหาร 5 หมู่ ครบใน 1วัน</b>						
ครบ ใน 1 วัน	2 (5.0)	97 (29.4)	1	1		
ไม่ครบ ใน 1 วัน	38 (95.0)	233 (70.6)	7.90	14.89	2.64-83.95	0.002
<b>การออกกำลังกาย</b>						
ออกกำลังกาย	12 (30.0)	149 (45.2)	1	1		
ไม่ออกกำลังกาย	28 (70.0)	181 (54.8)	1.92	3.03	1.23-7.47	0.016

\*P-value&lt;0.05