

# ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน

## Prevalence and Associated Factors of Dementia in the Elderly at the Geriatric Clinic, Krathumbaen Hospital

ศศินภา โทมงคล, พ.บ.

Sasinapha Tomongkon, M.D.

### Abstract

**Objective:** To study the prevalence and factors associated with dementia in elderly patients attending the Geriatric Clinic at Krathum Baen Hospital, Samut Sakhon Province.

**Method:** This study was a cross-sectional study using retrospective medical record data from medical records. The sample group consists of 149 elderly patients who received services between October 1, 2023, and September 30, 2024, at the Gatum Ban Elderly Clinic, Gatum Ban Hospital. The data collection tools used include a basic information questionnaire, the MMSE-Thai 2002, GLIM criteria, TGDS, and laboratory tests such as HbA1C, LDL-C, HDL-C, Hemoglobin, and Albumin.

**Results:** The study found that the prevalence of dementia in the sample group was 57.7%. The group with dementia had characteristics such as an average age of  $77.9 \pm 7.7$  years and a high incidence of diabetes and hypertension. Factors associated with dementia included malnutrition ( $p$ -value < 0.05) and LDL levels ( $p$ -value < 0.05).

**Conclusion:** This study shows that malnutrition and LDL levels are factors associated with dementia in the elderly. These findings can be used to develop screening systems and care strategies for elderly populations in communities transitioning into an aging society.

**Keywords:** Dementia, Elderly, Screening, Malnutrition, LDL.

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

**วิธีการศึกษา:** การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ Cross-sectional study โดยใช้ข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนของผู้สูงอายุที่มารับบริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มตัวอย่างคือ เวชระเบียนของผู้สูงอายุจำนวน 149 ราย ที่มารับบริการระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 30 กันยายน พ.ศ. 2567 โดยใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน, แบบประเมิน MMSE-Thai 2002, GLIM criteria, TGDS, และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น HbA1C, LDL-C, HDL-C, Hemoglobin, และ Albumin

**ผลการศึกษา:** ผลการศึกษาพบว่าอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มตัวอย่างสูงถึงร้อยละ 57.7 โดยกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมมีลักษณะทั่วไป เช่น อายุเฉลี่ย  $77.9 \pm 7.7$  ปี และมีอัตราการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสูง ในขณะที่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมคือ ภาวะทุพโภชนาการ ( $p$ -value < 0.05) และระดับ LDL ( $p$ -value < 0.05)

**สรุป:** การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ภาวะทุพโภชนาการและระดับ LDL เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ข้อมูลนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการคัดกรองและการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

**คำสำคัญ:** ภาวะสมองเสื่อม, ผู้สูงอายุ, การคัดกรอง, ทุพโภชนาการ, LDL

วันที่รับ (received) 30 ตุลาคม 2568

วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 11 กุมภาพันธ์ 2569

วันที่ตอบรับ (accepted) 12 กุมภาพันธ์ 2569

Published online ahead of print 23 มีนาคม 2569

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร  
Department of Internal medicine, Krathum Baen Hospital, Samut Sakhon

Corresponding Author: ศศินภา โทมงคล

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

Email: sasinapha.tomongkon@gmail.com

doi: <https://doi.org/10.14456/r3medphj.2026.11>

## บทนำ

โลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ภายในปี พ.ศ. 2573 ประชากรโลก 1 ใน 6 จะมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในขณะที่ สัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นจาก 1 พันล้าน คนในปี พ.ศ. 2563 เป็น 1.4 พันล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2593<sup>1</sup> ประเทศไทยเองก็เข้าสู่สังคมสูงวัยสมบูรณ์ โดยข้อมูลประชากร ปี 2023-2024 รายงานว่ามีผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 11.9 ของประชากร อีกทั้งมีการคาดการณ์ว่าในปี 2030 ประเทศไทยจะมีสัดส่วนประชากรสูงอายุ 65 ปีขึ้นไปมากถึง ร้อยละ 21.3 ซึ่งนับว่าสูงที่สุดประเทศหนึ่งในภูมิภาคอาเซียน<sup>2</sup>

โรคสมองเสื่อม (Dementia) เป็นหนึ่งในภาวะสุขภาพที่ พบบ่อยและสำคัญในผู้สูงอายุ โดยมีลักษณะการเสื่อมถอยของ ความจำ การคิดเชิงซับซ้อน ภาษา และพฤติกรรม ซึ่งเมื่อเข้าสู่ ระยะเวลารุนแรง ผู้ป่วยมักต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ข้อมูล ของประเทศไทยรายงานว่าเป็นปี 2015 มีผู้ป่วยสมองเสื่อม ประมาณ 600,000 คน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 1.1 ล้านคน ในปี 2030 และมากกว่า 2 ล้านคนภายในปี 2050<sup>3</sup> ปัญหานี้ จึงเป็นความท้าทายด้านสาธารณสุขที่ต้องได้รับการจัดการ อย่างเร่งด่วน ดังนั้น การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในคลินิก ผู้สูงอายุของโรงพยาบาลทั่วไป เช่น โรงพยาบาลกระทู้แบน จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบคัดกรอง วางแผนการดูแล และยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในบริบทชุมชนเมืองอย่าง เหมาะสม

## วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ Cross-sectional study โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกระทู้แบน จังหวัด สมุทรสาคร ภายในระยะเวลา 1 ปี (1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 30 กันยายน พ.ศ. 2567) โดยการศึกษาได้รับการรับรองจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกระทู้แบน ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ EC NO. 017/67

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกระทู้แบน ระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 30 กันยายน พ.ศ. 2567 จำนวน 149 ราย

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุมีอายุ  $\geq 60$  ปี
2. ผู้ที่มีข้อมูลในเวชระเบียนครบถ้วนสำหรับการศึกษาตามเกณฑ์ ที่กำหนด

3. มีประวัติการมารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ภายในช่วงเวลา ที่กำหนด คือ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2567

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ข้อมูลในเวชระเบียนไม่สมบูรณ์
2. มีโรคทางระบบประสาทหรือจิตเวชที่รบกวนการประเมิน เช่น โรคจิตเภท พาร์กินสันรุนแรง ภาวะซึมเศร้ารุนแรง

การคำนวณขนาดตัวอย่างที่ต้องการในการศึกษานี้อยู่ที่ ประมาณ 384 ราย โดยใช้ระดับความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อน 5% อย่างไรก็ตาม จากข้อจำกัดในการเก็บ ข้อมูลในคลินิกผู้สูงอายุในระยะเวลา ที่กำหนด (1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 30 กันยายน พ.ศ. 2567) ขนาดตัวอย่างที่ได้จริงคือ 149 ราย ซึ่งน้อยกว่าค่าที่คำนวณไว้ โดยอาจเกิดจากจำนวน ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ไม่เพียงพอ อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้ ยังคงสามารถให้ข้อมูลที่มีคุณภาพได้ภายใต้ขนาดตัวอย่างที่มี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ 1) แบบบันทึก ข้อมูลจากเวชระเบียน ได้แก่ อายุ, เพศ, โรคร่วม เช่น ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, ไช้มันในเลือดสูง, ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง 2) การประเมินสมองเสื่อม ใช้แบบประเมิน MMSE-Thai 2002 (Mini-Mental State Examination – Thai version) 3) การประเมินภาวะโภชนาการ โดยใช้ GLIM criteria (Global Leadership Initiative on Malnutrition) และดัชนีมวลกาย (BMI) 4) การประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบคัดกรอง TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) 5) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่อาจมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ระดับ HbA1C เพื่อประเมินการควบคุมระดับน้ำตาล, LDL-C และ HDL-C เพื่อสะท้อนความผิดปกติ ของไขมันในเลือด รวมถึง Hemoglobin และ Albumin ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีรายงาน ว่าสัมพันธ์กับความเสื่อมถอยของการทำงานสมองในผู้สูงอายุ<sup>8,11</sup>

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากโครงการวิจัยได้รับอนุมัติ ให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยตาม หนังสือรับรองลงวันที่ 21-10-2567 และได้รับการอนุมัติจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จากเวชระเบียนและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของตัวแปรทั้งหมดและความชุก (Prevalence) ของภาวะ สมองเสื่อมในกลุ่มตัวอย่าง
- 2) สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์เปรียบเทียบตัวแปรระหว่างกลุ่ม สมองเสื่อมและไม่สมองเสื่อมด้วย Chi-square test สำหรับ ตัวแปรเชิงกลุ่ม และ T-test สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ โดย กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ )

## ผลการศึกษา

การศึกษานี้เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน เป็นระยะเวลา 1 ปี รวมทั้งหมด 149 ราย พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีจำนวน 85 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.7 ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมมีจำนวน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.3 โดยมีลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอายุเฉลี่ย  $77.9 \pm 7.7$  ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.6 เป็นเพศชายร้อยละ 29.4 มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานร้อยละ 40 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 68.2 โรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 15.3 และมีประวัติโรคหลอดเลือดสมองเดิม ร้อยละ 2.7 มีภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 15.2 โดยมี BMI < 18.5 ร้อยละ 22.4 เป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 38.8 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบระดับ HbA1C เฉลี่ย  $6.48 \pm$

1.42 %, LDL  $105.9 \pm 45.7$  mg/dL, HDL  $53.7 \pm 12.9$  mg/dL, Hemoglobin  $13.2 \pm 10.7$  g/dL และ Albumin  $3.82 \pm 0.50$  g/dL

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอายุเฉลี่ย  $79.7 \pm 8.5$  ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.1 เป็นเพศชายร้อยละ 35.9 มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานร้อยละ 37.5 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 64.1 โรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 9.4 และมีประวัติโรคหลอดเลือดสมองเดิม ร้อยละ 1.6 มีภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 9.3 โดยมี BMI < 18.5 ร้อยละ 17.2 เป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 29.7 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบระดับ HbA1C เฉลี่ย  $6.51 \pm 1.32$  %, LDL  $89.8 \pm 36.3$  mg/dL, HDL  $52.6 \pm 14.7$  mg/dL, Hemoglobin  $11.6 \pm 1.6$  g/dL และ Albumin  $3.74 \pm 0.52$  g/dL ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N = 149)

ตัวแปร	มีภาวะสมองเสื่อม n (ร้อยละ)	ไม่มีภาวะสมองเสื่อม n (ร้อยละ)
ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิก	85 (57.7)	64 (42.3)
อายุเฉลี่ย	$77.9 \pm 7.7$ ปี	$79.7 \pm 8.5$ ปี
เพศ		
ชาย	25 (29.4)	23 (35.9)
หญิง	60 (70.6)	41 (64.1)
โรคประจำตัว		
โรคเบาหวาน	34 (40)	24 (37.5)
โรคความดันโลหิตสูง	53 (62.3)	41 (64.1)
โรคไขมันในเลือดสูง	13 (15.3)	6 (9.4)
โรคหลอดเลือดสมอง	3 (2.6)	1 (1.6)
ภาวะทุพโภชนาการ	13 (15.3)	6 (9.3)
BMI		
< 18.5 (Underweight)	19 (22.4)	11 (17.2)
18.5 – 24.9 (Normal)	46 (54.1)	40 (62.5)
25.0 – 29.9 (Overweight)	16 (18.8)	11 (17.2)
$\geq 30.0$ (Obesity)	4 (4.7)	1 (3.1)
โรคซึมเศร้า	33 (38.8)	19 (29.7)
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
HbA1C	$6.48 \pm 1.42$ %	$6.51 \pm 1.36$ %
LDL	$105.9 \pm 45.7$ mg/dL	$89.8 \pm 39.8$ mg/dL
HDL	$53.7 \pm 12.9$ mg/dL	$52.6 \pm 15.2$ mg/dL
Hemoglobin	$13.2 \pm 10.7$ g/dL	$11.6 \pm 1.6$ g/dL
Albumin	$3.82 \pm 0.50$ g/dL	$3.74 \pm 0.52$ g/dL

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสมองเสื่อมและไม่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ พบว่า อายุ ไม่พบความแตกต่างของอายุเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่ม โรคเบาหวานพบอัตราใกล้เคียง

กันทั้งสองกลุ่ม โรคความดันโลหิตสูงพบในสัดส่วนสูงทั้งสองกลุ่ม โรคไขมันในเลือดสูงพบในกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมมากกว่า กลุ่มที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย ส่วนโรคหลอดเลือด

เลือดสมองพบในกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมมากกว่า กลุ่มที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม แต่ทั้งหมดไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value > 0.05) การประเมินภาวะโภชนาการพบว่ากลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมมีภาวะทุพโภชนาการมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.05) ส่วน BMI ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value > 0.05) การประเมิน

ภาวะซึมเศร้า พบว่ากลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value > 0.05) สำหรับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่าค่า LDL ในกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.05) ส่วน HbA1C, HDL, Hemoglobin และ Albumin ไม่แตกต่างกัน ( $p$ -value > 0.05) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จากการวิเคราะห์แบบ Univariate และ Multivariate Logistic Regression (N = 149)

ตัวแปร	Univariate OR (95% CI)	$p$ -value	Multivariate OR (95% CI)	$p$ -value
อายุ $\geq$ 80 ปี	1.42 (0.78–2.59)	0.25	1.31 (0.69–2.48)	0.41
เพศหญิง	1.28 (0.65–2.53)	0.48	-	-
โรคเบาหวาน	1.11 (0.58–2.13)	0.75	-	-
โรคความดันโลหิตสูง	0.93 (0.48–1.80)	0.84	-	-
โรคหลอดเลือดสมอง	1.69 (0.46–6.20)	0.43	-	-
ภาวะทุพโภชนาการ	2.02 (1.01–4.05)	0.047*	1.98 (1.01–3.89)	0.049*
LDL $\geq$ 100 mg/dL	1.89 (1.11–3.24)	0.019*	1.76 (1.01–3.08)	0.045*

\*  $p$ -value < .05

## วิจารณ์

การวิจัยนี้ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร โดยได้เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุจำนวน 149 ราย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 30 กันยายน พ.ศ. 2567 ผลการศึกษาสามารถอภิปรายได้ ดังนี้

1. ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาอยู่ที่ร้อยละ 57.7 อัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมที่พบค่อนข้างสูง อาจอธิบายได้จาก Selection Bias เนื่องจาก การศึกษานี้ดำเนินการในคลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสถานบริการระดับตติยภูมิที่ผู้ป่วยมักมีโรคประจำตัวหลายชนิด หรือมีปัญหา ด้านการทำงานของร่างกายและสมองมากกว่าประชากรผู้สูงอายุทั่วไป ส่งผลให้อัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมสูงกว่า การศึกษาในชุมชน เมื่อเทียบกับผลการศึกษาที่คล้ายกัน ในประเทศอื่นๆ เช่น การศึกษาของ Manly et al.<sup>4</sup> ซึ่งพบว่า อัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมและภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อยในผู้สูงอายุอายุ 65 ปีขึ้นไปในสหรัฐอเมริกาอยู่ที่ประมาณ ร้อยละ 33 ซึ่งการที่อัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมในงานวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวโน้มทั่วโลกที่อัตราภาวะสมองเสื่อม จะเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มตัว เช่น ประเทศไทย<sup>5</sup>

2. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีอายุเฉลี่ย  $77.9 \pm 7.7$  ปี ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษานอื่นๆ ที่ระบุว่า อายุ เป็นปัจจัยสำคัญ ที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะ สมองเสื่อม โดยการศึกษาในประเทศ ต่างๆ พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปี มักจะมีความเสี่ยงสูง ที่จะพัฒนาภาวะสมองเสื่อม<sup>4</sup> และจากการวิเคราะห์เพศพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีจำนวนมากกว่าผู้ชายในกลุ่มที่มีภาวะ สมองเสื่อม (ร้อยละ 70.6) ซึ่งผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษา ก่อนหน้านี้ที่พบว่า ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคสมองเสื่อม มากกว่าผู้ชาย เนื่องจากผู้หญิงมักมีอายุยืนยาวกว่าผู้ชาย ซึ่ง ส่งผลให้มีโอกาสพัฒนาภาวะสมองเสื่อมสูงขึ้น<sup>6</sup>

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ โรคประจำตัว จากการศึกษาพบว่า โรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูง พบได้ในทั้งสองกลุ่ม (กลุ่มที่มีและไม่มีภาวะสมองเสื่อม) แต่ไม่ พบความแตกต่าง ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value > 0.05) ซึ่ง การศึกษาของ Ounprasertsuk et al.<sup>7</sup> พบว่า ผู้สูงอายุที่มี โรคประจำตัว เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง มีความเสี่ยง ต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีความตระหนักด้านสุขภาพต่ำและมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ปัจจัยด้านภาวะโภชนาการพบว่า ในกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอุบัติการณ์ของภาวะทุพโภชนาการ สูงกว่า (ร้อยละ 15.3 เทียบกับ 9.3) ซึ่งมีความแตกต่างทางสถิติ ที่มีนัยสำคัญ ( $p$ -value < 0.05) สอดคล้องกับการศึกษาของ

Green et al.<sup>8</sup> พบว่า ภาวะทุพโภชนาการเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิดสมองเสื่อม โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มี BMI ต่ำ (ต่ำกว่า 18.5) ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมองและการคิด ส่วนปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้า ในการศึกษานี้พบว่าในกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 38.8 เทียบกับ 29.7) แต่ไม่มีความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value > 0.05) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการวิจัยของ Elser et al.<sup>9</sup> พบว่าอัตราความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้มีภาวะซึมเศร้า โดยไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติตามช่วงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จากการศึกษาพบว่าระดับ LDL ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ( $p$ -value < 0.05) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al.<sup>10</sup> พบว่าในประชากรเกาหลีใต้ที่มีระดับ LDL-C สูงมีความเสี่ยงในการพัฒนาภาวะสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์มากกว่าผู้ที่มีระดับ LDL-C ต่ำ โดยมีความสัมพันธ์ทางสถิติที่สำคัญ ( $p$ -value < 0.05) การสะสมของคอเลสเตอรอลในหลอดเลือดสมองสามารถลดการไหลเวียนเลือดและการทำงานของสมองได้ และจากการรายงานของ Lancet 2024 มีการระบุว่า High LDL เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในช่วงวัยกลางคน<sup>11</sup> ส่วนผลการตรวจ HbA1C, HDL, Hemoglobin และ Albumin ไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองกลุ่ม ( $p$ -value > 0.05) ซึ่งเป็นผลที่สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ระบุว่า ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด อาจไม่ได้มีผลกระทบโดยตรงกับการพัฒนาภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มตัวอย่างนี้

5. การศึกษานี้มีข้อจำกัดด้านขนาดตัวอย่าง โดยจำนวนตัวอย่างที่ได้ 149 ราย ต่ำกว่าที่คำนวณไว้ 384 ราย อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจส่งผลให้พลังทางสถิติ (Statistical power) ลดลงและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด Type II error ทำให้บางปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม เช่น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ไม่แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังมี Residual Confounding factors ที่ไม่ได้เก็บข้อมูล เช่น ระดับการศึกษา ระยะเวลาการศึกษา พฤติกรรมการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้ยาบางชนิด ซึ่งอาจมีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พัฒนาระบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมควรใช้เครื่องมือคัดกรองเช่น MMSE-Thai ในคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อระบุภาวะสมองเสื่อมในระยะแรกและให้การดูแลทันที
2. เสริมการดูแลโภชนาการและสุขภาพจิต โดยการจัด

โปรแกรมการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการและการสนับสนุนจิตใจเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

3. ควบคุมปัจจัยเสี่ยง โดยเน้นการตรวจสุขภาพประจำปี และควบคุมระดับไขมันในเลือดและน้ำตาล เพื่อป้องกันการเสื่อมถอยของสมอง

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาในระยะยาวเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงและความสัมพันธ์เชิงเหตุผลในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
2. ควรขยายกลุ่มตัวอย่างจากหลายพื้นที่เพื่อเพิ่มความหลากหลายของข้อมูล
3. ควรศึกษาผลของ การออกกำลังกาย, โภชนาการ, การบำบัดจิตใจ, และ การควบคุมโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง รวมถึงการใช้ ยา หรือ สารอาหารเสริม เพื่อป้องกันการเสื่อมถอยของสมอง

#### สรุป

การศึกษานี้พบว่า ภาวะสมองเสื่อม มีความชุกสูงในกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ภาวะทุพโภชนาการ และ ระดับ LDL มีความสัมพันธ์กับการเกิดสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ข้อมูลนี้สามารถใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาระบบการคัดกรองและการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในบริบทของสังคมผู้สูงอายุที่กำลังเพิ่มขึ้นในประเทศไทย

#### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ธรรมวิทย์ เกื้อกุลเกียรติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระทุ่มแบน ที่อนุญาตให้ทำการศึกษาและเผยแพร่ขอขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่าน ที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของข้อมูลในการนำมาพัฒนาประโยชน์ในการรักษาต่อไป

#### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 Oct 1 [cited 2025 June 27]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. KPMG International. Thailand ageing society: The opportunities for businesses in Thailand [Internet]. Bangkok: KPMG; 2024 Jul [cited 2025 June 27]. Available from: <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/th/pdf/2024/07/thailand-ageing-society-the-opportunities-for-businesses-in-thailand.pdf>

3. Chuakhamfoo NN, Phanthunane P, Chansirikarn S, Pannarunothai S. Health and long-term care of the elderly with dementia in rural Thailand: a cross-sectional survey through their caregivers. *BMJ Open*. 2020;10(3):e032637. Doi:10.1136/bmjopen-2019-032637.
4. Manly JJ, Jones RN, Langa KM, Ryan LH, Levine DA, McCammon R, et al. Estimating the Prevalence of Dementia and Mild Cognitive Impairment in the US: The 2016 Health and Retirement Study Harmonized Cognitive Assessment Protocol Project. *JAMA Neurol*. 2022;79(12):1242–9. Doi:10.1001/jamaneurol.2022.3543
5. Arunsirot N, Opas P, Pattharawongthana J, Boonyarittanon N. Prevalence and Associated Factors of Dementia among the Older People in Chiang Mai Province. *Interdiscip Res Rev*. [internet]. 2024 Apr. 30 [cited 2025 June 30];19(2). Available from: <https://ph02.tci-thaijo.org/index.php/jtir/article/view/249032>
6. Alzheimer's Association. 2020 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's Dement*. 2020;16(3):391-460. Doi:10.1002/alz.12068.
7. Ounprasertsuk J, Damuso S, Tipwong A. Health awareness and dementia risk among older adults with hypertension and diabetes: a cross-sectional study in Thailand. *Iran J Psychiatry Behav Sci [Internet]*. 2025 Aug 6 [cited 2025 Jun 30];19(3):e161734. Available from: <https://brieflands.com/articles/ijpbs-161734>. Doi:10.5812/ijpbs-161734.
8. Corcoran C, Murphy C, Culligan EP, Walton J, Sleator RD. Malnutrition in the elderly. *Sci Prog*. 2019;102(2):171-80. Doi:10.1177/0036850419854290.
9. Elser H, Horváth-Puhó E, Gradus JL, Smith ML, Lash TL, Glymour MM, et al. Association of Early-, Middle-, and Late-Life Depression With Incident Dementia in a Danish Cohort. *JAMA Neurol*. 2023;80(9):949–58. Doi:10.1001/jamaneurol.2023.2309
10. Lee YB, Kim MY, Han K, Kim B, Park J, Kim G, et al. Association between cholesterol levels and dementia risk according to the presence of diabetes and statin use: a nationwide cohort study. *Sci Rep*. 2022;12(1):19383. Doi:10.1038/s41598-022-24153-1.
11. Livingston G, Huntley J, Liu KY, Costafreda SG, Selbæk G, Alladi S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet Commission. *Lancet*. 2024;404(10437):94-136. Doi:10.1016/S0140-6736(24)00718-9