

ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี

Factors Affecting of Cognitive Impairment in Elderly Pathum Thani Province

ปิยานี นักบุญ เฌอลินญ์ สิริเศรษฐ์ภพ* ทศพร ชูศักดิ์ พรรณี บัญชรหัตถกิจ

Piyanee Nakbun Cherlyn Sirisetpop* Thassaporn Chusak Pannee Banchonhattakit

คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ปทุมธานี ประเทศไทย 13180

Faculty of Public Health, Walaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage

Pathum Thani Province, Thailand 13180

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี โดยใช้การวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 774 ราย คัดเลือกโดยวิธีสุ่มหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบคุณภาพทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการถดถอย (Regression) ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุและเพศ ความเพียงพอของรายได้ โครงสร้างครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับอาการและปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมด้านอารมณ์และพฤติกรรมสังคม ซึ่งการศึกษาครั้งนี้คำนึงถึงปัจจัยความรู้ รวมทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการพัฒนาภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุ โดยเน้นการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับภาวะรู้คิดบกพร่อง การปรับพฤติกรรมทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านเศรษฐกิจและสังคม เพื่อช่วยลดความเสี่ยงของภาวะรู้คิดบกพร่องในกลุ่มผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ภาวะรู้คิดบกพร่อง, ความรู้ปัจจัยเสี่ยง, พฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

This study investigates factors influencing cognitive impairment among the elderly in Pathum Thani Province using a cross-sectional analytical study. A total of 774 elderly participants were selected through multi-stage random sampling. Data was collected using a validated questionnaire and analyzed using regression. The results indicate that cognitive impairment is significantly associated with individual factors such as age and gender, with older individuals having a higher risk ($p < .05$). Family-related factors, including income sufficiency and family structure, also showed significant effects ($p < .05$). Additionally, knowledge about risk factors and symptoms of cognitive impairment was the most influential variable ($p < .001$). Emotional and social behavior

Corresponding Author: *E-mail: cherlyn.si@vru.ac.th

วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต การจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

วันที่รับ (received) 30 มี.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 26 พ.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 10 มิ.ย. 2568

were also significantly correlated with cognitive impairment ($p < .05$). The findings suggest that prevention strategies should focus on enhancing knowledge about cognitive impairment, promoting emotional well-being, and providing economic and social support to reduce the risk among the elderly.

Keywords: elderly, cognitive impairment, risk factors, health behavior

บทนำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยปี 2563 ผู้สูงอายุได้เพิ่มจำนวนเป็น 12 ล้านราย คิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด¹ นอกจากนั้นข้อมูลโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี พ.ศ. 2561 - 2566 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุดังนี้ 96,396 ราย, 105,024 ราย, 11,368 ราย, 130,711 ราย, 142,380 ราย และ 150,286 รายตามลำดับ อัตราส่วนของประชากรต่อจำนวนประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมด พ.ศ. 2561-2566 ร้อยละ 14.09, 15.45, 16.04, 16.48, 16.83 และ 18.14 ตามลำดับ² จะเห็นได้ว่าประชากรผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี เพิ่มขึ้นนอกจากนั้นความชุกของปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การรับประทานยานอนหลับ ยาทางจิตเวช และภาวะพึ่งพิง³ ภาวะไขมันในเลือดสูง ในผู้สูงอายุร้อยละ 67.74⁴ อาการเริ่มต้นของภาวะสมองเสื่อม คือความผิดปกติเล็กน้อย หรือผู้ที่มีภาวะความบกพร่องด้านการรู้คิด(Mild Cognitive Impairment: MCI) โดยตัวผู้ป่วยเองสามารถบอกได้ว่าตนมีอาการ และอาจไม่มีความผิดปกติของสมองด้านอื่น⁵ ผู้ที่มีภาวะ MCI ประมาณร้อยละ 10-15 จะมีการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อม ผลกระทบพบว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของความพิการ⁶ มีผลทำให้รัฐบาลสนับสนุนงบประมาณ สวัสดิการมากขึ้น ส่วนด้านทรัพยากรแรงงานมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากมีภาระต้องดูแลผู้สูงอายุที่เหล่านี้อย่างมาก⁷ ในอนาคตประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบทางด้าน

เศรษฐกิจ สังคมและระบบสาธารณสุข ทำให้รัฐบาลจะต้องสูญเสียงบประมาณที่จะนำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย เพิ่มมากขึ้นด้วย⁸ การศึกษาภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุต่อความรอบรู้ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี⁹ พบว่าด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ส่งผลต่อภาวะรู้คิดบกพร่อง ($p < .01$) การศึกษาที่ผ่านมายังขาดการวิเคราะห์ด้านปัจจัยแบบองค์ทั้งด้าน ปัจจัยความรู้ปัจจัยเสี่ยง, พฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี เพื่อนำไปใช้เป็นประโยชน์ต่อการนำข้อมูลไปพัฒนาภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยบุคคล ด้านความเจ็บป่วย ด้านครอบครัวและสังคม ด้านความรู้ ด้านพฤติกรรมการป้องกันมีผลต่อภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุ จากทฤษฎี Erikson¹⁰ ภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุเป็นผลมาจากปัจจัยหลายด้านที่มีความสัมพันธ์กัน การป้องกันและจัดการกับภาวะนี้จึงควรคำนึงถึงปัจจัย

ทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม สามารถเขียนกรอบแนวคิดดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ
2. ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย ได้แก่ โรคประจำตัว ภาวะการรับรู้ทางสมอง
3. ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม ได้แก่ โครงสร้างครอบครัว การสนับสนุนและมีส่วนร่วม
4. ปัจจัยด้านความรู้ ได้แก่ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ การป้องกัน การออกกำลังกาย อารมณ์
5. ปัจจัยด้านพฤติกรรมการป้องกัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์สังคม และทักษะกระตุ้นภาวะรู้คิดสมอง

ภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุ
ได้แก่ ระดับภาวะรู้คิด

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) ในจังหวัดปทุมธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ โดยใช้การคำนวณขนาดตัวอย่าง จากใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างโดย โคเฮน¹¹

$$N = \frac{\lambda(1-R^2_{Y.AB})}{R^2_{Y.AB}-R^2_A} + W$$

$$N = \frac{19.8(1-0.343) + 19}{(0.343 - 0.324)}$$

จากการเทียบเคียงกับงานวิจัย¹² ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เพิ่มค่า nonresponse rate ร้อยละ 10 รวม 774 ราย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) โดยแบ่งพื้นที่การเลือกกลุ่มตัวอย่างจากข้อมูลพื้นฐาน¹³ ในจังหวัดปทุมธานี โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic sampling) จากรายชื่อในทะเบียนบ้านครอบคลุมทุกหมู่บ้าน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ที่มีสัญชาติไทย อายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชาย และหญิง สามารถอ่านเขียน และพูดภาษาไทยได้ มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในจังหวัดปทุมธานีอย่างน้อย 1 ปี

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

โดยประเมินด้านจิตสังคมจากแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) ถ้ามีภาวะเสี่ยงประเมินต่อยด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS-15 คัดออกเมื่อ 6 คะแนนขึ้นไป^{14,15} นอกจากนั้นคัดออกเมื่อมีความผิดปกติด้านการมองเห็น มีประวัติกำลังรักษาอาการทางจิต มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

ประกอบด้วยแบบสอบถามผู้สูงอายุ ด้วยข้อคำถามและตัวเลือก คำตอบดังนี้

1. แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ดังนี้ ด้านข้อมูลทั่วไป จำนวน 3 ข้อ ด้านสุขภาพจำนวน 2 ข้อ ด้านครอบครัว จำนวน 4 ข้อ ด้านเศรษฐกิจและรายได้จำนวน 2 ข้อ

2. แบบสอบถามด้านความรู้ภาวะรู้คิดบกพร่องแบ่ง

6 ด้านคือ สาเหตุ 5 ข้อ อาการ 4 ข้อ การรับประทานอาหาร 6 ข้อ การออกกำลังกาย 3 ข้อ ด้านสังคม 1 ข้อ การกระตุ้นภาวะรู้คิด 5 รวม 25 ข้อ การแปรค่าคะแนนของบลูม¹⁶ แต่ละด้าน ดังนี้ค่าร้อยละ 80-100 หมายถึง มีความรู้ระดับสูง ค่าคะแนนร้อยละ 60-79 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง ค่าคะแนนร้อยละ 60 หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

3. แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการป้องกันภาวะรู้คิดบกพร่อง แบ่ง 5 ด้าน เกณฑ์การแบ่งระดับของเบสท์¹⁷ ดังนี้ คะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดหารจำนวนระดับ คือ 5 ปฏิบัติน้อยที่สุด ปฏิบัติน้อย ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติมาก ปฏิบัติมากที่สุด แบบสอบถามประกอบด้วยการรับประทานอาหาร 7 ข้อ การออกกำลังกาย 3 ข้อ สังคม 2 ข้ออารมณ์ 2 ข้อการฝึกภาวะรู้คิดบกพร่อง 6 ข้อรวม 20 ข้อ

คุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity) โดยเสนอร่างเครื่องมือต่ออาจารย์ที่ปรึกษา นำเครื่องมือ เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน พิจารณาความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ในข้อคำถามรายข้อ และได้ผลลัพธ์ค่า IOC ดังนี้ แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ค่า IOC= 0.75-0.82 แบบสอบถามด้านความรู้ภาวะรู้คิดบกพร่อง ค่า IOC= 0.78-0.83 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการป้องกันภาวะรู้คิดบกพร่อง ค่า IOC= 0.79-0.88 ถือว่าข้อคำถามนั้นนำไปใช้ได้ได้รับการยอมรับ¹⁸ นำแบบสอบถามไปวัดหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเทียบเคียงในพื้นที่กลุ่มผู้สูงอายุตำบลประชาธิปไตย อำเภอรัญบุรี ปทุมธานี จำนวน 30 ราย ทดสอบค่า Reliability Statistics จากแบบสอบถาม ได้ค่าCronbach's Alpha เท่ากับ .835 หมายถึงแบบทดสอบ ความน่าเชื่อถือ¹⁹

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมมหาวิทยาลัยชินวัตร เลขที่เอกสารรับรอง IRB 24/16 ลงวันที่ 26 กรกฎาคม 2567 ผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี ที่ ปท 0033/7982 ลงวันที่ 27 สิงหาคม 2567

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลภายใต้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น นักวิชาการ สาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอ และระดับตำบล ในรายละเอียดการใช้แบบทดสอบภาวะสมองเสื่อม (Montreal Cognitive Assessment: MoCA)^{20,21} และรายละเอียดแบบสอบถาม เพื่อความชัดเจนและแม่นยำ การเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง หลังจากได้รับความยินยอมจาก กลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 10 นาที และใช้เวลาตอบแบบทดสอบ MoCA 20 นาที โดยเก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ 2 กันยายน 2567–31 พฤศจิกายน 2568 จำนวน 774 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลไม่ต่อเนื่อง ใช้สถิติพรรณนา เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแบ่งระดับพฤติกรรม ใช้เกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนน การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ใช้สถิติอนุมาณ และการวิเคราะห์ตัวแปรเจนนับหลายตัวแปร การวิเคราะห์ด้าน ปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีผลต่อภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุ โดยสถิติ Multiple Logistic Regression ส่วนการวิเคราะห์ การทำนายความรู้และพฤติกรรม ต่อภาวะรู้คิดบกพร่องผู้สูงอายุ ใช้สถิติ Multiple Linear Regression ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% CI และนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย

การศึกษาสำรวจกลุ่มตัวอย่าง 774 ราย ใช้ข้อมูลได้ 768 รายคิดเป็นร้อยละ 99.22 ประกอบด้วยเพศหญิง 518 ราย ร้อยละ 67.45 เพศชาย 250 รายร้อยละ 32.55 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 60-69 ปีร้อยละ 59.64 การศึกษาระดับประถมร้อยละ 64.06 พบภาวะสมองบกพร่องร้อยละ 84.64 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 81.12 อยู่คนเดียวร้อยละ 60.03 อาศัยในครอบครัว ขยายร้อยละ 73.70 ผู้ดูแลไม่ทำงานนอกบ้านร้อยละ 66.93 ไม่มีกิจกรรมสร้างรายได้ร้อยละ 80.73 แต่มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 67.58 ด้านความรู้ภาวะรู้คิดบกพร่องระดับสูง ได้แก่ ความรู้สาเหตุ (Mean=8.29, SD=1.44) ความรู้การออกกำลังกาย (Mean=3.83, SD=0.43) ความรู้ด้านอารมณ์ (Mean=1.88, SD=0.32) และด้านสังคม (Mean=1.55, SD=0.50) ส่วนความรู้ ฝึกกระตุ้นทักษะป้องกันภาวะรู้คิดบกพร่อง (Mean=1.14, SD=1.12) และความรู้อาการ (Mean=6.17, SD=1.02) อยู่ระดับปานกลาง พฤติกรรมส่วนใหญ่อยู่ระดับน้อย ได้แก่ การรับประทานอาหาร (Mean=19.55, SD=4.96) การออกกำลังกาย (Mean=9.20, SD=9.20) ด้านสังคม (Mean=6.21, SD=1.57) และการฝึกทักษะ (Mean=19.39, SD=3.86) ยกเว้นพฤติกรรมด้านอารมณ์อยู่ระดับปานกลาง (Mean = 7.18, SD = 1.89) โดยรวมพบว่าพฤติกรรมการลดภาวะเสี่ยง ต่อภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ปฏิบัติในระดับน้อย

ตารางที่ 1 แสดงค่าสัมประสิทธิ์การทำนายปัจจัยส่วนบุคคล ต่อภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุ (n = 768)

ตัวแปร	B	S.E.	Exp(B)	95% C.I.		Wald	P value
				Lower	Upper		
1. เพศ	.113	.160	1.120	.818	1.533	.497	.481
2. กลุ่มอายุ	.334	.198	1.397	.948	2.057	2.861	.091
3. สถานภาพสมรส	-.006	.154	.994	.736	1.344	.001	.971
4. โรคปัจจุบัน	-.090	.193	.914	.627	1.334	.216	.642
5. การมีโรคร่วม	-.010	.204	.990	.664	1.476	.002	.961
6. ความสามารถตัดสินใจ	.056	.160	1.058	.773	1.448	.122	.727
7.การประกอบอาชีพปัจจุบัน	.402	.221	1.495	.970	2.303	3.320	.068
8. ความเพียงพอรายได้	-.335	.159	.716	.524	.978	4.417	.036*
9. โครงสร้างครอบครัว	-.444	.168	.642	.461	.893	6.945	.008*
Constant	.247	.305	1.280			.655	.418

* p < .05, -2 Log likelihood =1008.232a, Cox & Snell R² = .025, Nagelkerke R² = .034

การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุโดย Multiple Logistic regression พบว่า ความเพียงพอของรายได้มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่อง โดยรายได้ที่เพียงพอช่วยลดโอกาสเกิดภาวะนี้ลงร้อยละ 28.4 ($p=0.036$) นอกจากนี้ โครงสร้างครอบครัวมี

อิทธิพลเช่นกัน โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวมีโอกาสเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องลดลงร้อยละ 35.8 ($\text{Exp}(B)=0.642$) เมื่อเทียบกับครอบครัวแบบขยาย ($p=0.008$) สรุปได้ว่าทั้งสองตัวแปรส่งผลต่อโอกาสเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 2 แสดงค่าวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ ในการทำนายความรู้ต่อภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุ ($n = 768$)

ตัวแปร	b	Beta	t-value	p-value
1. ปัจจัยเสี่ยง	9.951	.282	8.144	<.05*
2. อาการ	4.647	.097	2.768	.006*
3. การรับประทานอาหาร	1.829	-.015	-.412	.681
4. การออกกำลังกาย	-.283	.042	1.124	.261
5. อารมณ์และสังคม	.647	.055	1.529	.127
6. การฝึกภาวะรู้คิดบกพร่อง	.707	-.018	-.486	.627
ค่าคงที่	9.951		4.638	.000*

* $p<.05$ R = .315 R Square = .099 F = 11.921

การวิเคราะห์ Multiple Linear Regression พบตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติคือ ความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยง ($b=9.951$, $\text{Beta}=.282$, $p<.05$, $t=8.144$) ส่งผลต่อภาวะรู้คิดบกพร่องและเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อการพยากรณ์ภาวะรู้คิดบกพร่อง ความรู้ด้านอาการ ($b=4.647$, $\text{Beta}=.097$,

$p=.006$) มีผลต่อภาวะรู้คิดบกพร่อง ขณะที่ตัวแปรการรับประทานอาหาร ($p=.681$) การออกกำลังกาย ($p=.261$) อารมณ์และสังคม ($p=.127$) การฝึกภาวะรู้คิดบกพร่อง ($p=.627$) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์สถิติการถดถอยพหุคูณ พฤติกรรมต่อภาวะรู้คิดบกพร่องผู้สูงอายุ ($n= 768$)

ตัวแปร	b	Beta	t-value	p-value
1. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	.244	.034	.882	.378
2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย	-.366	-.068	-1.603	.109
3. พฤติกรรมสังคม	.673	.138	2.835	.005*
4. พฤติกรรมอารมณ์	-.916	-.157	-3.385	.001*
5. พฤติกรรมการกระตุ้น	.244	.034	.882	.378
ค่าคงที่	22.931		25.609	.000*

* $p <.05$ R = .144 R Square = .021

การวิเคราะห์ Multiple Linear Regression พบตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) คือ พฤติกรรมสังคม ($b=.673$, $\beta=.138$, $t=2.835$, $p=.005$) แสดงว่า ปฏิสัมพันธ์ต่อสังคมในทางที่ดีจะส่งผลในการลดภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุ นอกจากนั้นพฤติกรรมด้านอารมณ์ ($b=-.916$,

$\beta=-.157$, $t=-3.385$, $p=.001$) แสดงว่า พฤติกรรมทางอารมณ์เชิงลบ จะส่งผลเสียต่อภาวะรู้คิดบกพร่อง ส่วนตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($p=.378$) พฤติกรรมการออกกำลังกาย ($p=.109$) พฤติกรรมด้านการกระตุ้นภาวะรู้คิด ($p=.378$) พฤติกรรมดังกล่าวจากตารางที่ 3

มีผลต่อภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุต่ำร้อยละ 2.1 ($R^2 = .021$) จากตารางที่ 2 ตารางที่ 3 พบว่า ความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยง และความรู้ด้านอาการ มีอิทธิพลสูงสุดต่อการพยากรณ์ภาวะรู้คิดบกพร่อง และสามารถทำนายได้ ร้อยละ 9.9 ($R^2 = .099$) ขณะที่ตัวแปรอื่นๆ ไม่มีนัยสำคัญ ($p > .05$) สรุปว่าความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและอาการมีบทบาทสำคัญในการพยากรณ์และอาจช่วยลดความเสี่ยงในผู้สูงอายุได้

การอภิปรายผลการวิจัย

ภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศและอายุ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Erikson ดังนี้ ผู้สูงอายุเผชิญความท้าทายในการยอมรับตนเอง และประสบการณ์ชีวิต โดยอายุที่เพิ่มขึ้นเพิ่มโอกาสเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องตามการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ²² การวิจัยครั้งนี้พบว่าโครงสร้างครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะรู้คิดบกพร่อง ($p = .668$) ขณะที่ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ($p = .033$) โดยเพิ่มโอกาสเกิดภาวะรู้คิดบกพร่อง 1.47 เท่าแต่ไม่มีนัยสำคัญสะท้อนถึงการสนับสนุนทางสังคม และอารมณ์ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตและภาวะรู้คิดในผู้สูงอายุ²³ ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .017$) เพิ่มโอกาสเกิดภาวะรู้คิดบกพร่อง 1.59 เท่า และยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการวิเคราะห์หลายตัวแปร ($\text{adj OR} = .618$, 95% CI: .421-.906, $p = .014$) กลุ่มอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ($p = .003$) เพิ่มโอกาสเกิดภาวะรู้คิดบกพร่อง 1.57 เท่า การยอมรับชีวิตที่ผ่านมาส่งผลต่อสุขภาพจิตและการทำงานของสมอง และผู้ที่มีอายุมากขึ้น มีระดับการศึกษาน้อย มีโอกาสเกิดภาวะความรู้คิดบกพร่องมากขึ้น¹⁰ ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแสดงให้เห็นว่า ปัจจัยด้านความรู้สามารถทำนายภาวะรู้คิดบกพร่องได้ร้อยละ 9.90 ($R^2 = .099$) โดยตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยง ($b = 9.951$, $\text{Beta} = .282$, $p < .001$) และความรู้ด้านอาการ ($b = 4.647$, $\text{Beta} = .097$, $p = .006$) สอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคม¹⁰ การมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและการดำเนินการป้องกัน สามารถลดความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมได้ถึงร้อยละ 40 ในกรณีที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้²⁴ จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมการลดภาวะเสี่ยงต่อภาวะรู้คิดบกพร่อง

ในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ปฏิบัติในระดับน้อย รวมทั้งการรับประทาน อาหารอยู่ระดับน้อยเช่นกัน ซึ่งการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ²⁵ ในผู้สูงอายุจำนวน 285 คน ระยะเวลา พฤศจิกายน 2564 ถึง กุมภาพันธ์ 2565 พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์กับความรู้ในการรับประทานอาหาร ($p = 0.028$) ปัจจัยเนื่องจากการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยเสริม จากการได้รับคำแนะนำ การให้ข้อมูลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ($p = 0.001$, 0.017) จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้สูงอายุ จำเป็นต้องให้คำแนะนำ รวมทั้งการส่งเสริมด้านปัจจัยเกื้อหนุน จึงจะสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ในการป้องกันภาวะรู้คิดบกพร่อง นอกจากนั้น พฤติกรรมด้านอารมณ์เชิงบวก มีความสัมพันธ์กับการลดภาวะรู้คิดบกพร่อง ($b = -0.916$, $p = .001$) เช่นเดียวกับพฤติกรรมสังคมที่ดี ($b = 0.673$, $p = .005$) สอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคม¹⁰ ผู้สูงอายุที่สามารถยอมรับอดีตที่ผ่านมาได้จะเกิดความพึงพอใจ และมีความสุข และถ้ายอมรับไม่ได้อาจส่งผลต่อจิตใจและการทำงานของสมอง²⁶ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่า ปัจจัยด้านอารมณ์และพฤติกรรมสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี และกิจกรรมกระตุ้นสมองช่วยลดความเสี่ยงได้ในขณะที่พฤติกรรมการป้องกันภาวะรู้คิดบกพร่องส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับน้อย ดังนั้นการป้องกันภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุต้องมีการบูรณาการส่งเสริมการปัจจัยที่ประกอบด้วยด้านต่าง ๆ ทั้งร่างกาย การส่งเสริมพฤติกรรมด้านอารมณ์²⁷ และสังคมที่ดีจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันหรือชะลอภาวะภาวะรู้คิดบกพร่องดังกล่าวได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. การส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุโดยเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและอาการของภาวะรู้คิดบกพร่อง
2. การแนะนำพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม การส่งเสริมกิจกรรมทางอารมณ์และสังคมอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยลดความเสี่ยงและชะลอการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุเพิ่มเติม เช่น ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การเข้าถึงบริการสุขภาพ หรือกิจกรรมทางสังคมที่หลากหลาย เป็นประโยชน์ต่อดูแลผู้สูงอายุและการป้องกันภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุ

2. การวิจัยแบบติดตามระยะยาว เพื่อประเมินผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ และเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงภาวะรู้คิดบกพร่องอย่างต่อเนื่อง

References

1. Department of Older Persons. Elderly care. Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security; 2023. (in Thai)
2. Ministry of Public Health. Health Data Center. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023. (in Thai)
3. Rodpan N, Sihapark S, Kassakorn L, Peasupun K, & Phoma A. Prevalence and factors associated with dementia in elderly inpatients in Nam Phong district, Khon Kaen province. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2024; 18(2):459-72. (in Thai)
4. Sirirat C. Prevalence and associated factors of dementia in elderly psychiatric patients at Maha Sarakham Hospital. Mahasarakham Hospital Journal. 2020;17(2):35-47. (in Thai)
5. Rabin LA, Smart CM, & Amariglio RE. Subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease. Annual Review of Clinical Psychology. 2017;13(1):369-96.
6. World Health Organization. Dementia. Geneva: World Health Organization; 2023.
7. GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet Public Health. 2022;7(2):E105-125.
8. Chatchawan R. Understanding mild cognitive impairment (MCI), a risk for dementia. Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University; 2023. (in Thai)
9. Boonsatean W, Ruearudiprom K, & Pettan S. Influential factors on dementia preventive behaviors of older adults living in communities, Pathum Thani Province. Songklanagarind Journal of Nursing. 2022;42(3):97-110. (in Thai)
10. Erikson EH. The life cycle completed: A review. New York: W.W. Norton & Company; 1982.
11. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
12. Khunkhavan T, Hoyrat P, & Tuanwisetkul S. Factors influencing dementia prevention behaviors among elderly in Chaiyaphum province. Thai Journal of Nursing. 2023; 72(3): 47-54. (in Thai)
13. Pathum Thani Provincial Administrative Organization. Basic information. Pathum Thani: Pathum Thani Provincial Administrative Organization; 2022. (in Thai)
14. Institute of Geriatric Medicine. Manual for depression assessment in the elderly. Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2022.
15. Department of Mental Health. Guidelines for screening and assessing depression in Thai elderly. Ministry of Public Health; 2021. (in Thai)
16. Bloom BS. Learning for mastery. Eval Comment. 1968;1(2):1-12.
17. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1977.

18. Taherdoost H. Validity and reliability of the research instrument: How to test the validation of a questionnaire/survey in research. *International Journal of Academic Research in Management*. 2020;9(1):28-36.
19. Taber KS. The use of Cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Research in Science Education*. 2023;53(1):1-24.
20. Hemrungronj S, Charernboon T, Phanasathit M, Tangwongchai S, Supasitthumrong T, Chaipresertsud P, et al. Use of the Montreal Cognitive Assessment Thai Version to discriminate amnesic mild cognitive impairment from Alzheimer's disease and healthy controls: machine learning results. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2021;50(4):318-28.
21. Institute of Medical Gerontology Prince Sangkhat Yan Sangworn for the Elderly, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Phramongkutklao Hospital, and Faculty of Nursing, Khon Kaen University. Report on the development of appropriate tools for dementia screening in the Thai context. Bangkok: Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2020. (in Thai)
22. Sukchan P, Niyomdecha K, & Srichaisuwan D. Factors Related to Dementia among Elderly Persons in Thailand: A Systematic Review. *Princess of Naradhiwas University Journal*. 2022;14(1):276-92. (in Thai)
23. Niyomdecha A, & Noklang S. Guideline to Create Participation of Elderly in The Community. *The Journal of Research and Academics*. 2023 ;6(6):115-30. (in Thai)
24. Do J, & Hill N, Reducing Dementia Risk: The Latest Evidence to Guide Conversations With Older Adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 2023;49(9):3-5.
25. Rachawong S, & Janplen J. Factors related to food consumption behavior of the elderly in the elderly club, Ban Na Sub-district, Nakhonnayok Province. *Research and Development Health System Journal*. 2023; 16(1):138-50. (in Thai)
26. Department of Mental Health. Mild cognitive impairment: A warning sign of Alzheimer's disease. Bangkok: Department of Mental Health, Ministry of Public Health. 2018. (in Thai)
27. Jangasem N, Bundasak T, Yotkhamlue K, Prommarut A, & Udonsat S. Effects of the Mental Health Literacy Enhancing Program on Psychological Well-being and Quality of Life among Elderly. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2024;25(2):302-10. (in Thai)