

การรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น
ตำบลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล

ฟารีดา หลังย่าน่าย, พย.บ.*

ลลิตา ยะผา, พย.ม.**

ชาร์พีะ นารีเพน, สบ.***

ยุภาดา ดวงตา, สบ.****

นภชา สิงห์วีรธรรม, พร.ด.*****

กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ศษ.ด.

Received: November 22, 2020

Revised: November 12, 2021

Accepted: November 12, 2021

บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมเฉลี่ยร้อยละ 2-10 จากการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุพื้นที่ตำบลควนโดน พบว่า มีผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 13.9 การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อม (การรับรู้โอกาสเสี่ยง/การรับรู้ความรุนแรง) ในผู้สูงอายุตอนต้น ตำบลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล จำนวน 128 คน ใช้วิธีสุ่มแบบชั้นภูมิจากนั้นสุ่มอย่างง่ายโดยการหยิบลูกบอลแบบไม่คืนที่เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ระหว่าง .67-1.00 แล้วนำมาทดลองใช้ จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.78 วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น มีระดับการรับรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ($M = 3.18$, $SD = 0.21$) ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีเพศและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างกัน จะมีการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุเพศหญิงและมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะมีการรับรู้มากกว่าผู้สูงอายุเพศชายและไม่มีโรคเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะควรส่งเสริมการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมโดยเน้นเรื่องการรับรู้ โอกาสเสี่ยงของโรค ความรุนแรงของโรคในกลุ่มผู้สูงอายุทุกเพศ รวมทั้งผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว และควรศึกษาในวัยก่อนผู้สูงอายุเพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: การรับรู้ภาวะคุกคาม สมองเสื่อม ผู้สูงอายุตอนต้น

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนโดน จ.สตูล; ผู้ให้การติดต่อ E-mail: Fada.nurse@gmail.com

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนโดน จ.สตูล

***นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนโดน จ.สตูล

****นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนโดน จ.สตูล

*****วิทยากรชำนาญการ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

***** วิทยากรชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Threat Perception on Dementia Symptoms among the Young Old, Khuandon
Sub-district, Khuandon District, Satun Province

Fareeda Lungyanai, B.N.S.^{*}

Lalita Yafa, M.N.S.^{**}

Shareefah Nareepen, B.P.H.^{***}

Yupada Duangta, B.P.H.^{****}

Noppcha Singweratham, Ph.D.^{*****}

Kittiporn Nawsuwan, Ed.D.^{*****}

Abstract

Thailand has an average of 2-10 % of dementia symptoms among older adults. From screening dementia among older adults in Khuandon sub-district, it revealed 13.9 % of older adults with dementia. This descriptive research aimed to determine threat perception on dementia symptoms (perceived susceptibility/perceived severity) among 128 young old, Khuandon sub-district, Khuandon district, Satun province. Sample were recruited using stratified random sampling method. Data were collected through questionnaire of threat perception on dementia symptoms in older adults which had Index of Item-Objective Congruence (IOC) between .67 and 1.00. Pilot study was used with 30 young old yielding Cronbach's alpha coefficient of 0.78. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and the independent t-test.

Research results revealed that threat perception on dementia symptoms among young old was mostly at a high level ($M = 3.18$, $SD = 0.21$). Difference in gender and non-communicable diseases represented statically significant difference in threat perception on dementia symptoms ($p = .05$) and elderly females with non-communicable diseases were perceived more than male elderly and without chronic diseases.

Recommendation: promotion of threat perception on dementia symptoms should be focused on perceived susceptibility/perceived severity in older adults with all genders as well as those without comorbidities and should study in pre-older groups for becoming aging society.

Keywords: threat perception, dementia, young old

^{*} Registered Nurse, Practitioner Level, Khuandon Health Promoting Hospital, Satun Province

Corresponding Author E-mail: Fada.nurse@gmail.com

^{**} Registered Nurse, Professional Level, Khuandon Health Promoting Hospital, Satun Province

^{***} Public Health Technical Officer, Practitioner Level Khuandon Health Promoting Hospital, Satun Province

^{****} Public Health Technical Officer, Practitioner Level Khuandon Health Promoting Hospital, Satun Province

^{*****} Lecturer, Professional Level, Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology, Prabommarajchanok Institute, Ministry of Public Health

^{*****} Lecturer, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Prabommarajchanok Institute, Ministry of Public Health

บทนำ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ในประเทศไทย กำหนดให้บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ และมีสัญชาติไทยเป็นผู้สูงอายุหรือที่เรียกกันว่า "ผู้สูงวัย" (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553) โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุได้ 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) เป็นช่วงวัยที่ยังช่วยเหลือตนเองได้ 2) ผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี) เป็นช่วงวัยที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง 3) ผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปี ขึ้นไป) เป็นช่วงวัยที่เจ็บป่วยบ่อยขึ้น อวัยวะเสื่อมสภาพ อาจมีภาวะทุพพลภาพ จากรายงานของกรมกิจการผู้สูงอายุระบุว่า ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทย จะเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” (Complete Aged Society) 20 เปอร์เซ็นต์ และเข้าสู่ภาวะ “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super Aged Society) ในปี พ.ศ. 2578 โดยคาดการณ์ว่าจะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 28 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ซึ่งการเพิ่มของจำนวนประชากรผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อเพิ่มการเกิดโรคเช่นกันโดยเฉพาะอาการสมองเสื่อม ที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ปัจจุบันอาการสมองเสื่อมกำลังเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทั่วโลก โดยมีแนวโน้มการเกิดอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นผันแปรตรงตามจำนวนของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน (จิราพันธ์ สุริยะ, 2559) ปี ค.ศ. 2015 องค์การอนามัยโลกได้รายงานการเกิดอุบัติการณ์สมองเสื่อมทั่วโลก พบว่า มีประชากรผู้สูงอายุมีอาการสมองเสื่อม จำนวน 47.47 ล้านคน ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายใหม่ 7.7 ล้านคนต่อปี คาดว่าในปี ค.ศ. 2050 จะมีผู้ป่วยอาการสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น เกือบ 3 เท่าหรือจำนวน 135.46 ล้านคน สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจอุบัติการณ์ในปี พ.ศ.2558 พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการสมองเสื่อมที่มีอาการป่วยประมาณ 600,000 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 6 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด สำหรับปี พ.ศ.2563 พบมีจำนวนผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้น 11,627,130 คน คิดเป็นร้อยละ 17.57 ของประชากร (ภริญวิทย์ อนันต์ดิลกฤทธิ์, 2564) และคาดว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จำนวน 1,117,000 คน ในปี พ.ศ. 2573 โดยความชุกของโรคจะพบมากขึ้นตามอายุ ซึ่งอาจพบสูงถึงร้อยละ 30 ในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 85 ปี (สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2561)

จะเห็นได้ว่าแนวโน้มของการเกิดอาการสมองเสื่อมเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก อาการสมองเสื่อม (Dementia) ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในวัยผู้สูงอายุ ทำให้ความสามารถของสมองเสื่อมถอยลง ซึ่งเกิดจากความผิดปกติจากอาการสมองเสื่อม จะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ ค่อยเป็นค่อยไป (สุทธิพันธ์ สุบินดี และบำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2561) หากมีปัจจัยมากระตุ้นจะทำให้อาการสมองเสื่อมเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ (ชัชวาล วงศ์สารี และศุภลักษณ์ พันทอง, 2561) ทำให้สมองสูญเสียหน้าที่ ซึ่งจะเกิดปัญหาหลายด้าน ได้แก่ ร่างกาย สังคม พฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ (ลักษณะภรณ์ เสนชัย, 2559) ผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแล บำบัดรักษาที่เหมาะสม จึงจะทำให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข การรับรู้ภาวะความรู้สึกอาการสมองเสื่อมและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการสมองเสื่อม จะทำให้เกิดการรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการสมองเสื่อมที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ โดยอาการสมองเสื่อมจะเกิดจากสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของสมองหลายส่วนบกพร่องไปจากเดิม ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติ ทั้งด้านอาชีพ การงาน การเข้าสังคม และการดูแลตนเอง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สังคม เศรษฐกิจ และนโยบายสาธารณะ เมื่อการรับรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงสามารถวางแผนเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย เพื่อชะลออาการสมองเสื่อมไม่ให้มีความรุนแรงและส่งผลกระทบน้อยที่สุด (สุทธิพันธ์ สุบินดี และบำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2561) ข้อมูลล่าสุดของการศึกษาปี พ.ศ. 2559 พบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประมาณ 4 แสนคน และผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมประมาณ 6 แสนราย มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอีกมาก และในอีก 20 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุที่อยู่ใน

ภาวะพึงพิงจะเพิ่มเป็น 1.3 ล้านคน ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะเพิ่มเป็น 1.4 ล้านคน ประชากรผู้สูงอายุไทย พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 8.1 โดยเป็นผู้ชายร้อยละ 6.8 และผู้หญิงร้อยละ 9.2 เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุและเพศจะเห็นได้ว่า ความชุกของความผิดปกตินี้ในผู้สูงอายุเพศหญิงสูงกว่า ผู้สูงอายุเพศชายในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป โดยความชุกต่ำที่สุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี และเพิ่มมากขึ้นตามอายุ จนอยู่ในระดับสูงสุดในกลุ่ม 80 ปีขึ้นไป พบถึง ร้อยละ 13.6 ในเพศชาย และร้อยละ 28.5 ในเพศหญิง (ชัชวาล วงศ์สารี และ ศุภลักษณ์ พันทอง, 2561) นอกจากนี้พบว่า อายุ ระดับการศึกษา พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม (เพชรรัตน์ พิบาล, จตุพร จันทพุกษ์, ภาวณี แพงสุข, ปิยนุช ภิญโญ, ภควรรณ ตลอดจนพงษ์, นิสากกร เข็มขนาน, 2561)

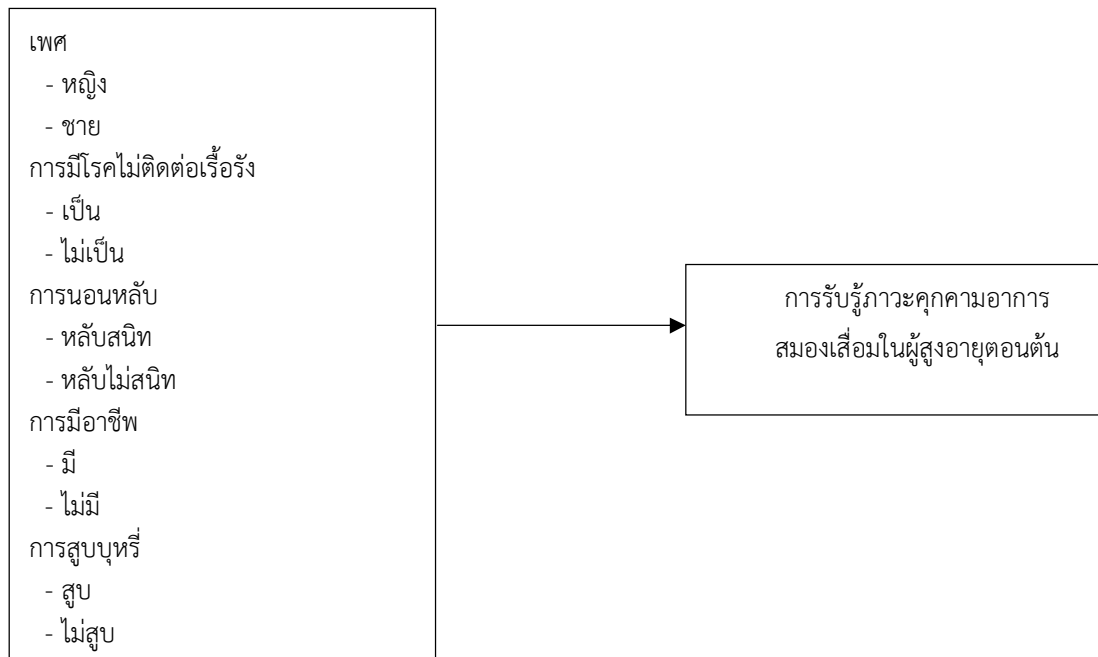
สถานการณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล มีประชากรผู้สูงอายุ ทั้งหมด 1,249 คน จำแนกตามผู้สูงอายุตอนต้น ร้อยละ 53.56 ผู้สูงอายุตอนกลาง ร้อยละ 31.87 และผู้สูงอายุตอนปลาย ร้อยละ 14.57 จากการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่ตำบลควนโดนด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2545) จำนวนทั้งหมด 236 คน พบว่ามีผู้สูงอายุที่สงสัยมีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 13.9 ถึงแม้ว่าทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนโดนได้ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมป้องกันภาวะสมองเสื่อมตามนโยบายของรัฐบาลอย่างต่อเนื่อง ทั้งการสอดแทรกในกิจกรรมเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้ผ่านชมรมผู้สูงอายุก็ตามแต่อัตราของกลุ่มเสี่ยงยังมีจำนวนมากใกล้เคียงกับประเทศ จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น ตำบลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น ตำบลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น ตำบลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล จำแนกตาม เพศ การมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การนอนหลับ การมีอาชีพ และการสูบบุหรี่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker (นิตยา เย็นฉ่ำ, 2535) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีปัจจัยหลายๆ ประเด็นที่สามารถอธิบายการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อม ประกอบด้วย เพศ การเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การนอนหลับ การมีอาชีพ และการสูบบุหรี่



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ ผู้สูงอายุตอนต้น (60 - 69 ปี) ที่อาศัยอยู่ในตำบลควนโดน อำเภควนโดน จังหวัดสตูล จำนวน 10 หมู่บ้าน ประกอบด้วย บ้านควนโดน บ้านสะพานเคียน บ้านถ้ำทะเล บ้านควนโต๊ะเหลง บ้านคูสน บ้านหัวสะพานเหล็ก บ้านบูเกเตยามู บ้านปลักใหญ่ใจดี บ้านนาปรัก และบ้านคลองบาราเกตุ รวมประชากรทั้งหมด จำนวน 669 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 - 69 ปี ที่อาศัยอยู่ในตำบลควนโดน อำเภควนโดน จังหวัดสตูล จำนวน 128 คน

กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี 2) เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 3) เป็นผู้สูงอายุที่ผ่านการประเมินด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 ผลการประเมิน ไม่มีความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมจากเครื่องมือนี้ สำหรับเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ 1) เป็นผู้ที่ย้ายออกจากชุมชนระหว่างการเก็บข้อมูล 2) มีสภาวะการเจ็บป่วยไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ อาการทางจิตประสาทหรือมีประวัติรักษาโรคทางจิตเวช ผู้ที่มีความผิดปกติ ในด้านการทำหน้าที่ ความคิดความเข้าใจ (Cognitive functioning) คือ กระบวนการการทำงานของสมอง ด้านความคิดความเข้าใจของผู้สูงอายุจากการทำหน้าที่ซึ่งครอบคลุมเนื้อหา 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ การจดจำ ความใส่ใจ การคำนวณ ภาษา และการระลึกได้ โดยนำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย Thai Mental State Examination (TMSE) ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power ใช้ Test family ค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2555) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่า Power เท่ากับ 0.8 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยกำหนดสัดส่วนจากราย

หมู่บ้าน จากนั้นสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling technique) ด้วยวิธีการจับสลากจากรายชื่อผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือในเก็บข้อมูลโดยศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและทบทวนวรรณกรรม รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา การมีอาชีพ ประวัติสมองเสื่อมในครอบครัว โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การนอนหลับ ความเครียด การมีผู้ดูแล การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการออกกำลังกาย

ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมในวัยผู้สูงอายุตอนต้น จำนวน 24 ข้อ มีข้อความคำถามด้านบวก จำนวน 19 ข้อ ความถามด้านลบ 5 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนจาก 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนการรับรู้ภาวะคุกคามต่ออาการสมองเสื่อมในวัยผู้สูงอายุตอนต้น เกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1998) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.01 - 2.00 หมายถึง มีการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.01 - 3.00 หมายถึง มีการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.01 - 4.00 หมายถึง มีการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย 1 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ระหว่าง .67 – 1.00 หลังจากนั้นนำมาทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .78

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการเสนอขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากนั้นทำหนังสือขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และรายละเอียดต่างๆ ในการเก็บข้อมูลให้แก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อเกิดความเข้าใจ และขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ จำนวน 128 คน ใช้เวลาคนละ 20 นาที และกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยมีการเซ็นชื่อ ประทับลายนิ้วมือ ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถเขียนได้ หรือมองไม่เห็น ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลภายในเดือนสิงหาคม – กันยายน 2563 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลที่ได้ให้ครบถ้วนสมบูรณ์

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล หมายเลขใบรับรอง: ET-ST 009/2563 วันที่ให้การรับรอง 20 สิงหาคม 2563 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากการเข้าร่วม พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลในการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลถูกเก็บไว้เป็นความลับไม่นำมาเปิดเผย ในการนำเสนอผลการวิจัยจะสรุปออกมาเป็นภาพรวม เพื่อใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์คุณลักษณะประชากร ระดับความรู้อาการสมองเสื่อม และการรับรู้ภาวะคุกคามของอาการสมองเสื่อม (การรับรู้โอกาสเสี่ยง/การรับรู้ความรุนแรง) โดยการนำเสนอการแจกแจงความถี่ (Frequencies Distribution) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น ตำบลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล จำแนกตาม เพศ การมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การนอนหลับ การมีอาชีพ และการสูบบุหรี่ โดยใช้สถิติ Independent t-test

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการใช้สถิติทดสอบค่าที โดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลพฤติกรรม การดูแลตนเองมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ($p = 0.076$)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะประชากร	n = 128	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	35	27.3
- หญิง	93	72.7
อายุ		
- ช่วงอายุ 60-64	69	53.9
- ช่วงอายุ 65-69	59	46.1
ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้ศึกษา	15	11.7
- ประถมศึกษา	98	76.6
- มัธยมศึกษา	11	8.6
- ปวช./ปวส.	3	2.3
- ปริญญาตรี	1	0.8
การมีอาชีพ		
- มี	85	66.4
- ไม่มี	43	33.6
ประวัติสมองเสื่อมในครอบครัว		
- เป็น	8	6.2
- ไม่เป็น	120	93.8
การเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
- เป็น	68	53.1
- ไม่เป็น	60	46.9
การนอนหลับในเวลากลางคืน		
- หลับสนิท	102	79.7
- หลับไม่สนิท	26	20.3

ตาราง 1 (ต่อ)

คุณลักษณะประชากร	n = 128	ร้อยละ
ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึกหุดหู่ เสร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่		
- มี	7	5.5
- ไม่มี	121	94.5
ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่		
- มี	7	5.5
- ไม่มี	121	94.5
มีผู้ดูแลเวลาเจ็บป่วย		
- มี	125	97.7
- ไม่มี	3	2.3
การสูบบุหรี่		
- สูบ	15	11.7
- ไม่สูบ	113	88.3
การดื่มแอลกอฮอล์		
- ดื่ม	1	0.8
- ไม่ดื่ม	127	99.2
การออกกำลังกาย (3-4 ครั้ง/สัปดาห์)		
- มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์	61	47.7
- น้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์	67	52.3

จากตาราง 1 พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.7 อายุระหว่าง 60 – 64 ปี ร้อยละ 53.91 การศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.6 การมีอาชีพ ร้อยละ 66.4 คนในครอบครัวไม่มีประวัติเป็นโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 93.8 เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 53.1 นอนหลับสนิทในเวลากลางคืน ร้อยละ 79.7 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาไม่รู้สึกหุดหู่ เสร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง ร้อยละ 94.5 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาไม่รู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน ร้อยละ 94.5 มีผู้ดูแลเวลาเจ็บป่วย ร้อยละ 97.7 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 88.3 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 99.2 และออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 52.3

2. ระดับคะแนนการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น ตำบลควนโดน อำเภอกวนโดน จังหวัดสตูล (n = 128)

ตาราง 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น ตำบลควนโดน อำเภอกวนโดน จังหวัดสตูล (n = 128)

ข้อความ	M	SD	การแปลผล
1. ผู้สูงอายุมีโอกาสเป็นภาวะสมองเสื่อมมากกว่าวัยอื่น เนื่องจากเป็นโรคที่เกิดขึ้นในคนแก่	3.50	0.77	สูง
2. โรคสมองเสื่อมเกิดจากผี/ทำไสยศาสตร์	3.21	0.96	สูง
3. โรคสมองเสื่อมเป็นอาการของคนบ้า คนเป็นโรคประสาท มีอาการทางจิต	2.06	1.05	ปานกลาง
4. การได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะได้รับการกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง มีเลือดออกในสมองมีโอกาสสมองเสื่อมได้	3.70	0.55	สูง

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อความ	M	SD	การแปลผล
5. การสูบบุหรี่ทำให้สมองเสื่อม	3.41	0.69	สูง
6. การดื่มสุรา/แอลกอฮอล์ เป็นประจำและเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม	3.63	0.63	สูง
7. การรับประทานยาคลายเครียดหรือยาคลายกังวลเป็นประจำ ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้	1.70	0.75	ต่ำ
8. ผู้สูงอายุที่อ้วนมีโอกาสเป็นภาวะสมองเสื่อม	2.90	0.93	ปานกลาง
9. ผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกายมีโอกาสเป็นภาวะสมองเสื่อม	3.21	0.86	สูง
10. ผู้สูงอายุที่ไม่ออกไปพบปะพูดคุยกับกลุ่มเพื่อน ไม่เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ มีโอกาสเป็นภาวะสมองเสื่อม	3.55	0.66	สูง
11. โรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมีลักษณะเหมือนเด็ก เช่น การเล่นขยของ การสะสมของ	1.63	0.79	ต่ำ
12. ผู้สูงอายุที่มีความเครียด มีโอกาสเป็นภาวะสมองเสื่อม	3.52	0.56	สูง
13. ผู้สูงอายุที่มีประวัติเป็นโรคซึมเศร้า มีประวัติถูกทำร้ายร่างกาย จิตใจ ตั้งแต่เด็ก หรือสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก มีโอกาสเป็นภาวะสมองเสื่อม	3.52	0.66	สูง
14. ถ้าผู้สูงอายุสมองเสื่อม จะพูดสื่อสารกับคนอื่นไม่รู้เรื่อง	3.63	0.59	สูง
15. ถ้าผู้สูงอายุสมองเสื่อม จะไม่สามารถทำสิ่งที่เคยทำได้ เช่น แปร่งฟัน อาบน้ำ กินข้าวด้วยตนเองไม่ได้ ไม่สามารถทำงานที่ทำประจำได้ เช่น การทำไร่ ทำสวน	3.53	0.68	สูง
16. ถ้าผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะควบคุมตนเองไม่ได้ หลงลืมมากขึ้น จำคนในครอบครัว และชื่อตัวเองไม่ได้	3.59	0.57	สูง
17. ถ้าผู้สูงอายุสมองเสื่อม จะควบคุมการขับถ่ายไม่ได้	3.41	0.79	สูง
18. ถ้าผู้สูงอายุสมองเสื่อม จะมีความหวาดกลัว ระแวงคนใกล้ตัว	3.55	0.57	สูง
19. ถ้าผู้สูงอายุสมองเสื่อม จะช่วยเหลือตนเองไม่ได้และเป็นโรคอัมพาต	3.59	0.62	สูง
20. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง) มีโอกาสเป็นภาวะสมองเสื่อมมากกว่าคนที่ไม่เป็นโรค	3.39	0.76	สูง
21. โรคไข้นในเลือดสูงจะมีโอกาสสมองเสื่อม	3.19	0.75	สูง
22. อาการสมองเสื่อมเป็นโรคที่รักษาไม่หาย	1.60	0.82	ต่ำ
23. ถ้าผู้สูงอายุสมองเสื่อม ครอบครัวต้องดูแลอย่างใกล้ชิดและต้องเสียค่ารักษาจำนวนมาก	3.65	0.57	สูง
24. ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะเป็นภาระของครอบครัว เช่น ครอบครัวหรือผู้ดูแล ต้องดูแลผู้สูงอายุตลอดเวลา มีอาการปวดหลัง มีความเครียด อายเพื่อนบ้าน ขาดรายได้ ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ	3.73	0.54	สูง
ภาพรวม	3.18	0.21	สูง

จากตาราง 2 พบว่า ระดับการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้นตำบลควนโดน อำเภอกวนโดน จังหวัดสตูล อยู่ในระดับสูง ($M = 3.18, SD = 0.21$) หากพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่สูงที่สุดสามลำดับ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะเป็นภาระของครอบครัว เช่น ครอบครัวหรือผู้ดูแลต้องดูแลผู้สูงอายุตลอดเวลา มีอาการปวดหลัง มีความเครียด อายเพื่อนบ้าน ขาดรายได้ ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ ($M = 3.73, SD = 0.54$) รองลงมา การได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะได้รับการกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง มีเลือดออกในสมอง มีโอกาสสมองเสื่อมได้ ($M = 3.70, SD = 0.55$) และถ้าผู้สูงอายุสมองเสื่อม ครอบครัวต้อง

ดูแลอย่างใกล้ชิดและต้องเสียค่ารักษาจำนวนมาก ($M = 3.65, SD = 0.57$) รายข้อที่ต่ำสุดสามลำดับ ได้แก่ อาการสมองเสื่อมเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ($M = 1.60, SD = 0.82$) รองลงมาคือ โรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเหมือนเด็ก เช่น การเล่นขยของ การสะสมของ ($M = 1.63, SD = 0.79$) และการรับประทานยาคลายเครียดหรือยาคลายกังวลเป็นประจำ ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้ ($M = 1.75, SD = 0.75$)

3. การเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น ตำบลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ตาราง 3 การเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น ตำบลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ตัวแปร	n	M	SD	t	df	p-value
เพศ						
ชาย	35	3.10	0.21	2.748	126	.007*
หญิง	93	3.21	0.20			
การมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง						
มี	68	3.22	0.20	2.26	126	.026*
ไม่มี	60	3.14	0.21			
การนอนหลับ						
นอนหลับสนิท	102	3.17	0.21	-1.756	126	.086
นอนหลับไม่สนิท	26	3.25	0.19			
การมีอาชีพ						
มี	85	3.16	0.21	-1.751	126	.119
ไม่มี	43	3.22	0.19			
การสูบบุหรี่						
สูบ	15	3.11	0.22	-1.391	126	.167
ไม่สูบ	113	3.19	0.20			

* $p < .05$

จากตาราง 3 พบว่าผู้สูงอายุที่มีเพศและการมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างกัน จะมีการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุเพศหญิงและมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะมีการรับรู้มากกว่าผู้สูงอายุเพศชายและไม่มีโรคเรื้อรัง

อภิปรายผลการวิจัย

การรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมในวัยผู้สูงอายุตอนต้น ตำบลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล อยู่ในระดับสูง ($M = 3.18, SD = 0.21$) ประกอบกับทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนโดน มีกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมทั้งผ่านการเยี่ยมบ้านและการสอดแทรกในชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้สูงอายุในพื้นที่มีการรับรู้ในระดับสูง

นอกจากนี้ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน จะมีการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุเพศหญิงและมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะมีการรับรู้มากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย อธิบายได้ว่าเพศหญิง จะมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ตระหนักถึงปัญหาทางด้านสุขภาพ มีความรับผิดชอบและมีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคได้ดีกว่าเพศ

ชาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้อาการเตือน และ พฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง (กานต์ธิดา กำแพงแก้ว, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์ และวินัส ลิฬหกุล, 2558) พบว่าในสังคมและวัฒนธรรมไทยเพศหญิงมักมีบทบาทหนึ่ง สำคัญในการดูแลสุขภาพของบุคคลในครอบครัว ซึ่งอาจส่งผลให้เพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่า เพศชาย

สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างกัน จะมีการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะมีการรับรู้มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มี โรคเรื้อรัง อธิบายได้ว่าการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อม ส่งผลต่อการทำงานของสมอง จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้ แนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด สติปัญญา อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุ โดยโรคที่มีความ เกี่ยวข้องกับการรับรู้ต่างๆ พบได้ในโรคความดันโลหิตสูง หัวใจ พาร์กินสัน โรคติดเชื้อในสมอง และโรคหลอดเลือด สมอง โดยพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง รับรู้ความเจ็บป่วยได้ค่อนข้างชัดเจน ประกอบกับการ ได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับโรค จากแพทย์ พยาบาล และสื่อประชาสัมพันธ์จากหน่วยงานราชการหรือ ภาคเอกชนเป็นสิ่งกระตุ้นภายนอก ร่วมกับในปัจจุบันมีการจัดทำช่องทางเร่งด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ออกมา ประชาสัมพันธ์โดยหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้อง ทันเวลา จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีช่องทางในการรับรู้ข้อมูลความเจ็บป่วยได้มากขึ้น (อรอุมา คงแก้ว, ขนิษฐา นาคะ และจาวรารณ กฤตย์ประชา, 2561)

สำหรับตัวแปรอื่นได้แก่ การนอนหลับ อาชีพ การสูบบุหรี่ ต่างกัน มีการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมอง เสื่อมไม่แตกต่างกันเนื่องจาก

สำหรับตัวแปรการนอนหลับต่างกันมีการรับรู้ไม่แตกต่างกัน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาปัจจัยทำนายการ รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า การนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์การรับรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 54.83) รับรู้สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเกิดจากการนอน พักผ่อนไม่เพียงพอ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักมากขึ้น เมื่อมีการนอนไม่หลับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงจึง เพิ่มขึ้น ส่วนกลุ่มที่ไม่มีปัญหาการนอนหลับจะคิดว่าตนเองไม่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค เมื่อประเมินคะแนน การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจจึงอยู่ในระดับต่ำ (จรรยา ญาพา และวาสนา รวยสูงเนิน, 2563) ในขณะที่อาชีพต่างกันมีการรับรู้ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย พบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนน ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในระดับต่ำ ($r = .36, p < .01$) หมายความว่า หากไม่ได้ประกอบอาชีพ ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยลดลง นั่นหมายถึงมีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (ปิยะภร ไพโรจน์ และ พรสวรรค์ เจ็ดตน, 2560) เช่นเดียวกับตัวแปรการสูบบุหรี่ต่างกันมีการรับรู้ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ งานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย พบว่าการ สูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการรับรู้ และพฤติกรรมของคนไทยต่อการสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะพบว่า ด้านการรับรู้ของผู้สูบบุหรี่และผู้ไม่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ในภาพรวมมีการรับรู้ในระดับมาก เมื่อพิจารณาการรับรู้ใน 3 ด้าน คือการรับรู้เรื่องอันตรายจาก บุหรี่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ การรับรู้เรื่องพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2540 และการรับรู้เรื่องสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่พบว่า การรับรู้ทุก ด้านอยู่ในระดับมาก โดยการรับรู้เรื่องสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (เอมอร พุฒิพิสิฐเชษฐ, 2542)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยง/การรับรู้ความรุนแรงอาการสมองเสื่อมในวัยก่อนสูงอายุทุกเพศและมีโรคประจำตัว โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข ลงติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตำบลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล
2. ควรจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การคืนข้อมูลผลการดำเนินงานวิจัยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ภายใต้การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครอบครัวหรือผู้ดูแล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อดำเนินกิจกรรมป้องกันการเกิดอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุของชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการรับรู้ภาวะคุกคามต่ออาการสมองเสื่อมในวัยก่อนผู้สูงอายุ (Pre aging) เพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ
2. ควรมีการศึกษาในรูปแบบงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุ
3. ศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจเกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะคุกคามต่ออาการสมองเสื่อมในการป้องกันโรค
4. การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลในผู้สูงอายุพื้นที่ตำบลควนโดนเพียงแห่งเดียว ซึ่งเป็นข้อมูลที่อาจสะท้อนได้ระดับพื้นที่เท่านั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาในผู้สูงอายุพื้นที่อื่นๆ ของอำเภอควนโดน เพื่อให้ได้ข้อมูลของการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมในภาพกว้างมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553). พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (ฉบับแก้ไข พ.ศ. 2553). สืบค้นจาก [HTTPS://WWW.DOP.GO.TH/](https://www.dop.go.th/download/laws/regulation_th_20152509163042_1.pdf)
DOWNLOAD/LAWS/REGULATION_TH_20152509163042_1.PDF.
- กานต์ธิดา กำแพงแก้ว, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์ และวินัส ลิฬหกุล. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้อาการเตือนและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 25(2), 40-56.
- จรรยา ภูเขาฟ้า และวาสนา รวยสูงเนิน. (2563). ปัจจัยทำนายการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 38(4), 64-72.
- จิรนนท์ สุริยะ. (2559). การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่.
- ชัชวาล วงศ์สารี, และศุภลักษณ์ พันทอง. (2561). ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ: การพยาบาลและการดูแลญาติผู้ดูแล. วารสารมจร.วิชาการ, 22(43-44), 166-179.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2555). การกำหนดขนาดตัวอย่างในการทดสอบสมมุติฐานวิจัย. สืบค้นจาก <https://llskill.com/web/files/GPower.pdf>.
- นิตยา เ็นฉ่ำ. (2535). ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อลดอุบัติเหตุของบุคลากรชายในโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ปิยะกร ไพรสนธิ์, และพรสวรรค์ เจ็ดตน. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย. *วารสารสมาการพยาบาล*, 32(1), 65-80.
- เพชรรัตน์ พิบาล, จตุพร จันทพฤกษ์, ภาวนี แพงสุข, ปิยนุช ภิญโย, ภควรรณ ตลอดพงษ์, นิสากร เข้มขนาน. (2561). การศึกษาสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *ราชวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 8(2), 46-57.
- ภัญญิวิทย์ อนันต์ติลกฤทธิ. (2564). ภาวะสมองเสื่อม. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 15(37), 392-398.
- ลักขณาภรณ์ แสนชัย. (2559). ประสพการณ์การปรับตัวของผู้ดูแลในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชนบท. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(1), 74-81.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2545). *การออกกำลังกายทั่วไปและเฉพาะโรคผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สุทินันท์ สุปินดี และบำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2561). การรับรู้ของชุมชนเกี่ยวกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 41(3), 54-64.
- สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2561). การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. *การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(4), 6-14.
- อรอุมา คงแก้ว, ขนิษฐา นาคะ และจารุวรรณ กฤตย์ประชา. (2561). การรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 40(1), 115-128.
- เอมอร พุฒิพิสิฐเชษฐ. (2542). *การรับรู้และพฤติกรรมของคนไทยต่อการสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ*. สืบค้นจาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/1208?locale-attribute=th>.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. (3rd ed.). New Jersey: Prentice hall.