

**ความชุกและปัจจัยทำนายภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดสตูล****คาริน ธนปัญญาบูรณ์<sup>1</sup>, ศศิธร คำพันธ์<sup>2</sup>**

(วันที่รับบทความ: 4 พฤศจิกายน 2567, วันที่แก้ไข: 2 มกราคม 2568, วันที่ตอบรับ 16 มกราคม 2568)

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยทำนายภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดสตูล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในอำเภอเมือง จังหวัดสตูล จำนวน 254 คน โดยใช้แบบสอบถามปัจจัยด้านประชากรและด้านสังคม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม พฤติกรรมและความเสี่ยงสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.92 และ 0.69 รวมทั้งแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม - กันยายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณแบบนำเข้าระหว่างตัวแปร ผลการวิจัยพบว่า ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในจังหวัดสตูล ร้อยละ 21.26 ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะสมองเสื่อมคือ รายได้ (Crude OR = 1.622,  $p = .015$ , 95% CI = 1.098-2.397) และคะแนนรวมการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Crude OR = 1.078,  $p = .025$ , 95% CI = 1.009-1.151) โดยค่า Cox & Snell R Square = .114 และ Nagelkerke R Square = .176 ระบุว่าตัวแปรทำนายทั้งหมดในโมเดลนี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะสมองเสื่อมได้ประมาณ 17.6 ซึ่งบ่งชี้ว่าเมื่อมีรายได้และคะแนนการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมลดลง 1.622 เท่า และ 1.078 เท่า ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ควรมุ่งเน้นการวางแผนและดำเนินกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและรายได้เพิ่มขึ้นจากการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุแยกตัวจากสังคม และรู้สึกว่าคุณค่าเป็นที่ยอมรับของสังคม

**คำสำคัญ :** ผู้สูงอายุ, ความชุก, ปัจจัยทำนาย, ภาวะสมองเสื่อม

<sup>1</sup>นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสตูล, <sup>2</sup>อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Corresponding Author: ศศิธร คำพันธ์, e-mail: sasitornk@bcnt.ac.th

## The Prevalence and Predicting Factors of Dementia among the Elderly in Satun Province

Darin Thanapunyaboon<sup>1</sup>, Sasitorn Kampan<sup>2</sup>

(Received 4<sup>th</sup> November 2024; Revised : 2<sup>nd</sup> January 2025; Accepted 16<sup>th</sup> January 2025)

### Abstract

This cross-sectional exploratory study aimed to examine the prevalence of dementia and identifying predictive factors for dementia among the elderly in Satun Province. The sample consisted of 254 elderly individuals residing in Mueang District, Satun Province. Data were collected using questionnaires assessing demographic and social factors, participation in social activities, health behaviors, and risks. The Cronbach's alpha coefficients were 0.92 and 0.69, respectively, along with the Mini-Mental State Examination (MMSE-Thai 2002). Data collection took place from August to September 2024. Data analysis was conducted using descriptive statistics and multiple regression with enter method. The findings revealed that the prevalence of dementia among the elderly in Satun Province was 21.26%. Logistic regression analysis identified two factors that were significantly associated with dementia: income (Crude OR = 1.622,  $p = .015$ , 95% CI = 1.098-2.397) and overall social interaction scores (Crude OR = 1.078,  $p = .025$ , 95% CI = 1.009-1.151). The Cox & Snell R Square was .114, and the Nagelkerke R Square was .176, indicating that the predictor variables in this model explained approximately 17.6% of the variance in dementia. This suggests that for every one unit increase in income and social interaction scores, the risk of developing dementia decreased by factors of 1.622 and 1.078, respectively. Based on the findings, it is recommended that efforts to prevent dementia among the elderly should focus on planning and implementing activities that promote social interaction and increase income through meaningful use of leisure time. This approach aims to prevent social isolation among the elderly and foster a sense of self-worth and social acceptance.

**Keywords:** elderly, prevalence, predictive factors, dementia

<sup>1</sup>Medical Physician (Senior Professional Level), Satun Hospital, <sup>2</sup>Lecturer of Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

Corresponding Author: Sasitorn Kampan, e-mail: sasitornk@bcnt.ac.th

## บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม เป็นภาวะที่สมองเสียหน้าที่การทำงานด้านต่าง ๆ ทำให้กระบวนการรู้คิดบกพร่อง เช่น สูญเสียความจำ สมาธิ ความสามารถทางปัญญาลดลง จำเรื่องปัจจุบันไม่ได้ มีอาการหลงลืม จนส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการอยู่ร่วมกันในสังคม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและภาวะพึ่งพาทั้งตัวผู้ป่วยเอง ผู้ดูแลและครอบครัว รวมทั้งเป็นภาระทางเศรษฐกิจและสังคม<sup>(1)</sup> จากสถิติประเทศไทย ปี 2567 สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อายุเฉลี่ยมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 20.69 ของประชากรทั้งหมดหรือ 13,444,127 คน<sup>(2)</sup> โดยประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์<sup>(3)</sup> ปัญหาตามมามีภาวะสมองเสื่อม จากสถิติองค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2015 พบ 47.47 ล้านคน คาดว่าเพิ่มถึง 75 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 และเพิ่มถึง 135.46 ล้านคนในปี ค.ศ. 2050<sup>(4)</sup> สำหรับประเทศไทยพบความชุกเฉลี่ยร้อยละ 2-10 ซึ่งเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 7.1 อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 14.7 และอายุ 80 ปี ขึ้นไปร้อยละ 32.5 ความชุกภาวะสมองเสื่อมยังแปรตามระดับการศึกษา และเขตที่อยู่อาศัยพบว่า หากไม่รู้หนังสือจะมีความชุกภาวะสมองเสื่อมสูงสุด ร้อยละ 26.7 ผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาลมีความชุกสูงกว่าผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 13.6 และ 9.7 ตามลำดับ<sup>(5)</sup> ภาวะสมองเสื่อมแบ่งเป็น 7 ระยะ<sup>(6)</sup> เริ่มจากการบกพร่องการรู้คิดเล็กน้อยจนเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม สื่อสารกับคนอื่นไม่ได้ ควบคุมการเคลื่อนไหวไม่ได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะทุพพลภาพ มีภาวะพึ่งพา ต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคล

อื่นทุกด้านต่อเนื่อง ส่งผลต่อครอบครัว ผู้ดูแล และระบบบริการสุขภาพของประเทศ และจากผลการศึกษาด้านทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมพบว่าค่าเฉลี่ย/คน/ปี มีค่าใช้จ่ายต้นทุนทางตรงด้านการแพทย์เท่ากับ 39,217.50 บาท ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการรักษา พบว่า ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อปีเท่ากับ 48,115.93 บาท ส่วนต้นทุนทางอ้อม ค่าใช้จ่ายหลักคือค่าสูญเสียรายได้ ค่าเสียโอกาสของญาติผู้ดูแลใน แต่ละวันที่มาพบแพทย์โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 7,200.00 บาท/คน/ปี เมื่อรวมต้นทุน ค่าใช้จ่ายทั้งหมดเฉลี่ย/คน/ปี ในการรักษาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทั้งที่เป็นต้นทุนทางตรงและทางอ้อมพบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 94,533.33 บาท จากผลการศึกษาเมื่อความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่การรักษา<sup>(7)</sup> ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ประเทศไทยต้องเตรียมรับมือจากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมพบว่า ด้านประชากรและทางสังคม 1) เพศหญิงมีโอกาสเกิด 3.75 เท่าเมื่อเทียบกับชาย (95% CI:2.58-16.99) 2) ผู้ที่มีอายุเพิ่มขึ้นเสี่ยงที่จะเกิด 1.10 เท่า (95% CI:1.02-1.19) 3) การศึกษา ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิด 2.20 เท่า (95% CI:1.02-1.19) 4) อาชีพ การไม่ประกอบอาชีพมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิด 6.24 เท่า เมื่อเทียบกับไม่ได้ประกอบอาชีพ (95% CI:2.98-37.01) 5) รายได้หากไม่เกิน 1,000 บาท มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิด 6.59 เท่าเมื่อเทียบกับการมีรายได้ (95% CI:2.33-40.04) 6) สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมที่ระดับ

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก 7) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมน้อยมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิด 3.89 เท่า (95% CI:1.02-14.90) ด้านภาวะสุขภาพ 1) ดัชนีมวลกาย เกินมาตรฐานมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิด 2.34 เท่า (95% CI:1.11-4.96) 2) โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูงจะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมเมื่อเข้าวัยผู้สูงอายุ 4.3 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ไม่มีความดันโลหิตสูง (95% CI:1.29-9.59) 3) สมาชิกในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อมจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิด 3.26 เท่า (95% CI:1.15-9.29) ด้านพฤติกรรมและความเสี่ยงสุขภาพ 1) การรับประทานอาหาร หากไม่ครบ 5 หมู่ มีโอกาสที่จะเกิด 5.47 เท่าเมื่อเทียบกับการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ (95% CI:2.58-16.99) 2) การไม่ออกกำลังกายมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิด 4.96 เท่า เมื่อเทียบกับการออกกำลังกาย (95% CI: 3.12-23.23) 3) อารมณ์ การไม่จัดการกับความเครียดมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิด 3.99 เท่าเมื่อเทียบของการจัดการกับความเครียด (95% CI: 3.64-26.87) 4) การสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิด 5.84 เท่าเมื่อเทียบกับไม่เคยสูบบุหรี่ (95% CI: 4.32-33.60) 5) การดื่มสุรามีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิด 2.50 เท่าเมื่อเทียบกับไม่เคยดื่มสุรา (95% CI: 3.53-10.50)<sup>(1,8,11)</sup> พบว่าหากปฏิสัมพันธ์ทางสังคมน้อยจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และหากเข้าสู่สังคมต่อเนื่องในช่วงวัยกลางคนจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดได้<sup>(1,9,10,11,12)</sup>

ปัจจุบันการวินิจฉัยและรักษาภาวะสมองเสื่อมที่ถูกต้องยังเป็นปัญหาสาธารณสุข

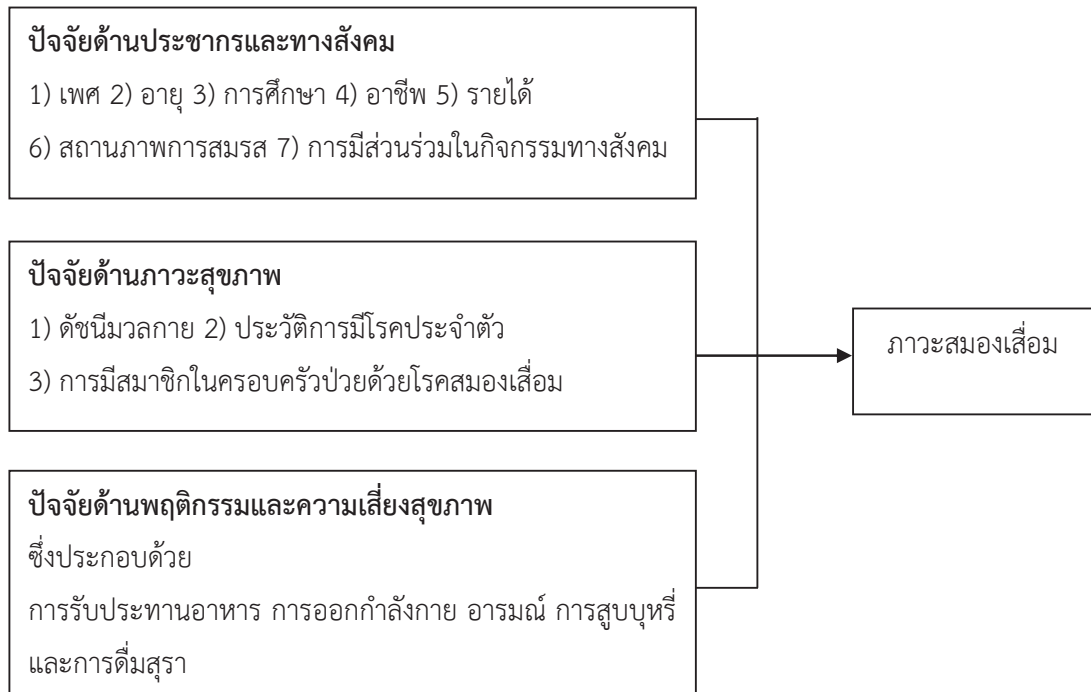
ไทย ส่วนใหญ่ยังไม่เข้าถึงการรักษา แพทย์ยังไม่สามารถวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมได้ถูกต้อง<sup>(11)</sup> ดังนั้นการป้องกันภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นสิ่งสำคัญ จากประชากรในจังหวัดสตูลมีแนวโน้มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งจากผลการสำรวจปี พ.ศ. 2565-2566 มีจำนวนร้อยละ 15.16 และ 15.93 ตามลำดับ ปัญหาภาวะสมองเสื่อมพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ น่าจะมีอุบัติการณ์สูงขึ้นและส่งกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จากสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงของจังหวัดสตูลอาจมีภาวะสมองเสื่อมแฝงอยู่ ซึ่งยังไม่มีมีการสำรวจหาความชุกและจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นมีหลายปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสมองเสื่อม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เพื่อนำไปใช้วางแผนดูแลผู้สูงอายุในการชะลอภาวะสมองเสื่อมต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดสตูล

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัจจัยหลายด้านที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม คัดเลือกปัจจัยทำนายซึ่งจำแนกออกเป็นปัจจัยด้านประชากรและสังคม ด้านภาวะสุขภาพ และด้านพฤติกรรมและความเสี่ยงสุขภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ<sup>(1,8,11)</sup> ดังกรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive survey) ศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดสตูล ประชากรในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยในจังหวัดสตูล ในช่วงเดือนสิงหาคม ถึง กันยายน 2567

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยในอำเภอเมือง จังหวัดสตูล จำนวน 254 คน

**การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง** โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ จากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดสตูล จำนวน 254 คน คำนวณขนาดตัวอย่างตามแนวคิดการเกิดเหตุการณ์ต่อตัวแปร (Event Per Variable :

EVP)<sup>(1)</sup> จากสูตร  $N=100+x_i$  โดยที่  $x$  คือ EVP (กำหนดเป็น 10,20,30,.....,100 ตามลำดับ)  $i$  คือ จำนวนตัวแปรทำนาย การวิจัยครั้งนี้กำหนดค่า EVP เท่ากับ 10 ตามข้อมูลจากการสำรวจความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 24.35<sup>(1)</sup> คัดเลือกตัวแปรทำนาย 11 ตัวแปร มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คืออายุ 60 ปีขึ้นไป มีความสามารถในการได้ยิน การมองเห็น สื่อสารภาษาไทยได้ดี ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม ไม่เป็นผู้ติดเตียงหรือพิการ เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างคือ ไม่สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยด้านประชากรและทางสังคม เป็นแบบเติมคำ เลือก

ตอบ จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ไม่ได้เข้าร่วมเลย 0 คะแนน เป็นบางครั้ง 1 คะแนน ค่อนข้างบ่อย 2 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับตามแนวคิดของ Best<sup>(14)</sup> ดังนี้ 15-20 คะแนนอยู่ในระดับดี 8-14 คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง และ 1-7 คะแนนอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านพฤติกรรมและความเสี่ยงสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ 0 คะแนน ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ 1 คะแนน ปฏิบัติ 3 วัน/สัปดาห์ 2 คะแนน ปฏิบัติ 4-5 วัน/สัปดาห์ 3 คะแนน และปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์ 4 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Best<sup>(14)</sup> ดังนี้ 28-40 คะแนน ระดับต่ำ 14-27 คะแนน ระดับปานกลาง และ 1-13 คะแนน ระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) เป็นแบบทดสอบที่แปลมาจากต้นฉบับของ Folstein และคณะ<sup>(12,15)</sup> ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ 30 คะแนน การแปลผลภาวะสมองเสื่อม ดังนี้ ผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ  $\leq 14$  จาก 23 คะแนน ผู้สูงอายุปกติที่เรียนระดับประถมศึกษา  $\leq 17$  จาก 30 คะแนน และผู้สูงอายุปกติที่เรียนสูงกว่าประถมศึกษา  $\leq 22$  จาก 30 คะแนน

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การหาความตรงตามเนื้อหา (validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก โดยแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมได้ค่า CVI เท่ากับ 0.90 และแบบสอบถามปัจจัยด้านพฤติกรรมและความเสี่ยงสุขภาพ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.90

การหาความเที่ยง (reliability) โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายและนำไปวิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค โดยแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมเท่ากับ 0.92 และแบบสอบถามปัจจัยด้านพฤติกรรมและความเสี่ยงสุขภาพเท่ากับ 0.69

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้เกี่ยวข้อง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
2. ประชุมทีมชี้แจงรายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูล และฝึกทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น
3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด
4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น และตอบแบบสอบถามปัจจัยด้านประชากรและทางสังคม การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและด้านพฤติกรรมและความเสี่ยงสุขภาพ ให้ผู้สูงอายุเลือกคำตอบตามที่ต้องการ ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ละตัวแปร (Bivariate Analysis) ด้วย

สถิติถดถอยโลจิสติก อย่างง่าย และพิจารณาตัวแปรที่มีค่า p-value ของ Wald's test น้อยกว่า 0.05 เข้าสมการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร นำเสนอด้วยค่า Crude Odds Ratios (OR) Adjusted Odds Ratio P-value และค่าช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% Confidence Interval, 95% CI)(16)

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ครั้งที่ 3/2567 เมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม 2567

#### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 60-70 ปี ร้อยละ 70.47 เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.93 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 62.99 สถานภาพสมรสร้อยละ 68.11 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรร้อยละ 29.13 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000-15,000 บาทร้อยละ 61.41 ดัชนีมวลกาย

18-24.9 ตร./ม<sup>2</sup> ร้อยละ 60.63 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.02 มีสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมร้อยละ 5.51 ความชุกของการเกิดภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 21.26 เมื่อวิเคราะห์หาสัดส่วนระหว่างกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมและกลุ่มที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมของปัจจัยทั้ง 11 ปัจจัย โดยใช้การทดสอบ Chi-square พบว่าอาชีพและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ในกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมและกลุ่มที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมมีความแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มที่ไม่มีอาชีพมากที่สุด ต่างจากกลุ่มที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมที่ทำอาชีพเกษตรกรมากที่สุด และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมต่ำในกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนอายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ดัชนีมวลกาย ประวัติมีโรคประจำตัว การมีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและพฤติกรรมและความเสี่ยงสุขภาพไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มการเกิดภาวะสมองเสื่อมและไม่เกิดภาวะสมองเสื่อม

| รายการ        | เกิดภาวะ        |        | ไม่เกิดภาวะ      |        | X <sup>2</sup> |
|---------------|-----------------|--------|------------------|--------|----------------|
|               | สมองเสื่อม N=54 |        | สมองเสื่อม N=200 |        |                |
|               | จำนวน           | ร้อยละ | จำนวน            | ร้อยละ |                |
| อายุ (ปี)     |                 |        |                  |        |                |
| 60-70 ปี      | 34              | 62.96  | 145              | 72.50  | .011*          |
| 71-80 ปี      | 15              | 27.78  | 48               | 24.00  |                |
| มากกว่า 80 ปี | 5               | 9.26   | 7                | 3.50   |                |

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มการเกิดภาวะสมองเสื่อมและไม่เกิดภาวะสมองเสื่อม (ต่อ)

| รายการ                  | เกิดภาวะ        |        | ไม่เกิดภาวะ      |        | X <sup>2</sup> |
|-------------------------|-----------------|--------|------------------|--------|----------------|
|                         | สมองเสื่อม N=54 |        | สมองเสื่อม N=200 |        |                |
|                         | จำนวน           | ร้อยละ | จำนวน            | ร้อยละ |                |
| เพศ                     |                 |        |                  |        |                |
| หญิง                    | 35              | 64.82  | 135              | 67.50  | .746           |
| ชาย                     | 19              | 35.18  | 65               | 32.50  |                |
| ระดับการศึกษา           |                 |        |                  |        |                |
| ไม่ได้เรียนหนังสือ      | 6               | 11.11  | 17               | 8.50   | .280           |
| ประถมศึกษา              | 29              | 53.70  | 131              | 65.50  |                |
| สูงกว่าประถมศึกษา       | 19              | 35.19  | 52               | 26.00  |                |
| ประวัติการมีโรคประจำตัว |                 |        |                  |        |                |
| มี                      | 35              | 64.81  | 120              | 60.00  | .520           |
| ไม่มี                   | 19              | 35.19  | 80               | 40.00  |                |
| สถานภาพการสมรส          |                 |        |                  |        |                |
| โสด                     | 13              | 24.07  | 35               | 17.50  | .628           |
| สมรส                    | 35              | 64.81  | 138              | 69.00  |                |
| หย่าร้าง                | 3               | 5.56   | 13               | 6.50   |                |
| แยกกันอยู่              | 0               | 0.00   | 5                | 2.50   |                |
| หม้าย                   | 3               | 5.56   | 9                | 4.50   |                |
| อาชีพ                   |                 |        |                  |        |                |
| ไม่มีอาชีพ              | 16              | 29.63  | 39               | 19.50  | .572           |
| แม่บ้าน                 | 13              | 24.07  | 49               | 24.50  |                |
| เกษตรกร                 | 15              | 27.78  | 59               | 29.50  |                |
| รับจ้าง                 | 6               | 11.11  | 21               | 10.50  |                |
| ข้าราชการบำนาญ          | 3               | 5.56   | 17               | 8.50   |                |
| ค้าขาย                  | 1               | 1.85   | 15               | 7.5    |                |

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มการเกิดภาวะสมองเสื่อมและไม่เกิดภาวะสมองเสื่อม (ต่อ)

| รายการ                                     | เกิดภาวะ        |        | ไม่เกิดภาวะ      |        | X <sup>2</sup> |
|--------------------------------------------|-----------------|--------|------------------|--------|----------------|
|                                            | สมองเสื่อม N=54 |        | สมองเสื่อม N=200 |        |                |
|                                            | จำนวน           | ร้อยละ | จำนวน            | ร้อยละ |                |
| รายได้เฉลี่ยต่อเดือน                       |                 |        |                  |        |                |
| ไม่มีรายได้                                | 0               | 0.00   | 1                | 0.50   | .335           |
| น้อยกว่า 5,000 บาท                         | 38              | 70.37  | 118              | 59.00  |                |
| 5,000-15,000 บาท                           | 13              | 24.08  | 48               | 24.00  |                |
| 15,001-20,000 บาท                          | 2               | 3.70   | 8                | 4.00   |                |
| 20,001-25,000 บาท                          | 1               | 1.85   | 4                | 2.00   |                |
| 25,001-30,000 บาท                          | 0               | 0.00   | 4                | 2.00   |                |
| ดัชนีมวลกาย                                |                 |        |                  |        |                |
| ต่ำกว่า 18                                 | 4               | 7.40   | 3                | 1.50   | .214           |
| 18-24.9                                    | 33              | 61.11  | 121              | 60.50  |                |
| 25.0 - 29.9                                | 14              | 25.94  | 62               | 31.00  |                |
| 30.0 - 34.9                                | 2               | 3.70   | 9                | 4.50   |                |
| มากกว่า 35.0                               | 1               | 1.85   | 5                | 2.50   |                |
| การมีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม |                 |        |                  |        |                |
| มี                                         | 2               | 3.70   | 12               | 6.00   | .512           |
| ไม่มี                                      | 52              | 96.30  | 188              | 94.00  |                |
| การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม                   |                 |        |                  |        |                |
| ต่ำ                                        | 32              | 59.30  | 77               | 38.50  | .008*          |
| กลาง                                       | 17              | 31.50  | 71               | 35.50  |                |
| สูง                                        | 5               | 9.30   | 52               | 26.00  |                |
| พฤติกรรมและความเสี่ยงสุขภาพ                |                 |        |                  |        |                |
| ต่ำ                                        | 0               | 0.00   | 2                | 1.00   | .356           |
| กลาง                                       | 22              | 40.74  | 63               | 31.50  |                |
| สูง                                        | 32              | 59.26  | 135              | 67.50  |                |

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะสมองเสื่อม โดยวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายกับภาวะสมองเสื่อมคือ รายได้ (Crude OR = 1.622,  $p = .015$ , 95% CI = 1.098-2.397) ซึ่งบ่งชี้ว่าเมื่อมีรายได้เพิ่มขึ้น 1 หน่วย ลดการเกิดภาวะสมองเสื่อม 1.622 เท่า และคะแนนรวมการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Crude OR = 1.078,  $p = .025$ , 95% CI = 1.009-1.151) และคะแนนการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ลดการเกิดภาวะสมองเสื่อม 1.078 เท่า เมื่อควบคุมผลกระทบของตัวแปรรบกวนด้วยอาชีพและสถานภาพ

สมรส พบว่า รายได้ (Adjust OR 1.406,  $p = .043$ , 95% CI = .982-2.013) และคะแนนรวมการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Adjust OR = 1.082,  $p = .011$ , 95% CI = 1.019-1.149) เป็นตัวแปรทำนายการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ สำหรับตัวแปรอื่น ๆ เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย มีโรคประจำตัว สมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม และพฤติกรรมและความเสี่ยงสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะสมองเสื่อม ( $p > .05$ ) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายภาวะสมองเสื่อมจากการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบหลายขั้นตอนของตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

| ตัวแปรทำนาย                                                                                                 | Crude OR | p     | 95% CI      | Adjust OR | p     | 95% CI      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------|-------------|-----------|-------|-------------|
| อายุ                                                                                                        | 1.043    | .114  | .990-1.098  | .966      | .131  | .923-1.011  |
| เพศ                                                                                                         | .927     | .839  | .449-1.916  | .835      | .584  | .438-1.592  |
| รายได้                                                                                                      | 1.622    | .015* | 1.098-2.397 | 1.406     | .043* | .982-2.013  |
| ดัชนีมวลกาย                                                                                                 | .969     | .468  | .892-1.054  | 1.043     | .236  | .973-1.118  |
| มีโรคประจำตัว                                                                                               | .886     | .691  | .489-1.608  | 1.187     | .535  | .690-2.041  |
| สมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม                                                                       | 1.836    | .381  | .471-7.147  | .905      | .873  | .267-3.067  |
| การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม                                                                                    | 1.078    | .025* | 1.009-1.151 | 1.082     | .011* | 1.019-1.149 |
| พฤติกรรมและความเสี่ยงสุขภาพ                                                                                 | .974     | .428  | .914-1.039  | 1.031     | .280  | .975-1.090  |
| -2LL = 232.157, Chi-square= 30.671 df=10 Sig.= .001 Cox & Snell R Square =.114<br>Nagelkerke R Square =.176 |          |       |             |           |       |             |

หมายเหตุ Adjust by ด้วยอาชีพและสถานภาพสมรส

\*= $P < .05$

## อภิปรายผล

ความชุกของภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนสงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมคิดเป็นร้อยละ 21.26 ซึ่งสูงกว่าสถิติของประเทศไทย ปี 2565 มีอัตราป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 6 ของจำนวนผู้สูงอายุทั่วประเทศ<sup>(17)</sup> และสูงกว่าสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีผู้สูงอายุสงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 10.1<sup>(18)</sup> ผู้สูงอายุมีอายุ 60-70 ปี มากที่สุด ร้อยละ 62.96 พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 64.82 และจากการศึกษาความชุกภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ มีจำนวน ร้อยละ 27.75 และพบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย<sup>(19)</sup> และสอดคล้องกับอรุณโรจน์ รุ่งเรืองและพุดิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์<sup>(11)</sup> พบว่าเพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่ม 3.75 เท่าเมื่อเทียบกับเพศชาย คำอธิบายประการหนึ่งอาจเป็นความแตกต่างของฮอร์โมนชายและหญิง และอายุขัยของผู้หญิงมากกว่าผู้ชายซึ่งอาจจะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการเพิ่มอัตราการเป็นโรคสมองเสื่อมในผู้หญิง<sup>(20,21)</sup> ซึ่งภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทุกปี

ปัจจัยทำนายภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนพบว่า ปัจจัยทำนายภาวะสมองเสื่อมคือ รายได้ และคะแนนรวมการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยอภิปรายผลจำแนกตามปัจจัยทำนาย ดังนี้

รายได้ ซึ่งบ่งชี้ว่าเมื่อมีรายได้เพิ่มขึ้น 1 หน่วย ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อม 1.622 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ

อรุณโรจน์ รุ่งเรืองและพุดิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์<sup>(11)</sup> โดยการศึกษาได้ไม่เกิน 1,000 บาท มีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่ม 6.59 เท่า เมื่อเทียบกับรายได้ 1,001 บาท ขึ้นไป บุคคลที่ประสบปัญหาความขัดสนทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับสูงโดยวัดจากรายได้ มีแนวโน้มโรคสมองเสื่อมมากกว่าผู้ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมดีกว่า แม้ว่าจะมีความเสี่ยงทางพันธุกรรมสูง ผู้ที่มีรายได้ต่ำอย่างต่อเนื่องมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมที่สูงขึ้น การรับรู้ลดลงและความจำลดลงเร็วขึ้นในผู้สูงอายุ<sup>(22)</sup>

การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การมีปฏิสัมพันธ์ ทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่ม 1.078 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Jisca S. Kuiper et al.<sup>(23)</sup> พบว่า บุคคลที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมน้อยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มเป็น 1.41 เท่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการออกไปพบปะกับบุคคลอื่นนอกบ้านช่วยทำให้ผู้สูงอายุได้รับการฝึกฝนในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ นอกบ้าน ทำให้ได้พบเห็นสิ่งแวดล้อมใหม่ที่ต้องใช้กระบวนการคิดตัดสินใจเลือกว่าจะปฏิบัติอย่างไรต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การแสดงออกของพฤติกรรมต่าง ๆ กระตุ้นการทำงานเซลล์สมอง ดังนั้นการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจึงป้องกันหรือยืดเวลาการเกิดสมองเสื่อมได้<sup>(24)</sup> ผู้สูงอายุมีโอกาสแสดงความคิดเห็นหรือมีบทบาทรับผิดชอบการดำเนินการหรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งในลักษณะการร่วมรับรู้ร่วมคิดร่วมทำ ในสิ่งที่มีผลกระทบต่อตนเองหรือชุมชนเป็นการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย

จิตใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเป็นที่ยอมรับของสังคม ทำให้เกิดการผ่อนคลาย จะมีส่วนช่วยกระตุ้นการทำงานของสมอง การมีส่วนร่วมทางสังคมที่เพิ่มสัมพันธ์กับความเครียดที่ลดลงของภาวะสมองเสื่อมที่ลดลง 30-50%<sup>(25)</sup>

### ข้อเสนอแนะ

บุคลากรทางการแพทย์ควรจัดกิจกรรมทางสังคมและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพและสังคม

### เอกสารอ้างอิง

1. จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, ดวงหทัย ยอดทอง, และพิศสมร เดชดวง. ความชุกและปัจจัยทำนายภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2562; 3(2): 133-48.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม 2567]; เข้าถึงได้จาก: [https://www.dop.go.th/th/statistics\\_page?cat=1&id=2559](https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2559)
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติประชากรศาสตร์ประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม 2567]; เข้าถึงได้จาก: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>.
4. ภัฏวิทย์ อนันต์ติลลภทธี. ภาวะสมองเสื่อม. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2564; 15(37): 392-98.
5. กลุ่มส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อม สำหรับผู้สูงอายุ “กินอย่างไรห่างไกลสมองเสื่อม”. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2561.
6. ชัชวาล วงศ์สารี. ผลกระทบการเกิดภาวะสมองเสื่อมต่อผู้สูงอายุในประเทศไทย. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน 2560; 23(4): 680-89.
7. อำไพ พิมพ์ไกร, พรรณพิศา นันทาวัง, รัชภูมิ เมืองแก้ว, อติศร ตริทิพย์รักษ์, นิภาพรรณ ทิพย์จักร. ต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมในการรักษาโรคสมองเสื่อมในเขตจังหวัดเชียงใหม่. ใน: การประชุมวิชาการ 80 ปี กรมการแพทย์; 8-10 กรกฎาคม 2565; เซ็นทาราแกรนด์และบางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ เซ็นทรัลเวิลด์. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2565. 138-39.
8. พนม สุขจันทร์, กัษพัร นิยมเดชา, และดิน ศรีชัยสุวรรณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2565; 14(1): 276-92.
9. ัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี, แสงสุลี ธรรมไกรสร, และพัฒน ศรี สุวรรณ. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องมาตรการการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. 2557. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม 2567]; เข้าถึงได้

- จาก: <https://www.hitap.net/documents/24288>.
10. ไอรดา สายปัญญา. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมและภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ ตำบลนามะเฟือง อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2565; 30(3): 376-86.
  11. อรุณโรจน์ รุ่งเรืองและพุดพิงค์ สัตยวงศ์ทิพย์. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2566; 17(1): 272-87.
  12. Sommerlad A., Sabia S., Singh-Manoux A., Lewis G., & Livingston, G. Association of social contact with dementia and cognition: 28-year follow-up of the Whitehall II cohort study. PLoS Med 2019; 16: e1002862.
  13. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. การประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ เรื่องการเปรียบเทียบความสัมพันธ์แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination; TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: ซีจีทู; 2551.
  14. Best JW. Research in education. 4th ed. New Jersey: Prentice-Hall Inc; 1981.
  15. Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12(3): 189-98.
  16. ศรีสุตา ลุนพุดิ, นวลละออง ทองโคตร, และน้ำทิพย์ ไพคำนาม. ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในบริบทชุมชนกึ่งเมือง. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2567; 16(2): 105-18.
  17. กรมการแพทย์. กรมการแพทย์ห่วงสังคมสูงวัยพบผู้สูงอายุสมองเสื่อมมากขึ้นทุกปี เน้นบริหารป้องกันสมองเสื่อม พร้อมสื่อสารและพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุจากทุกพื้นที่ทั่วประเทศ. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2567]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2023/12/29302>.
  18. เพชรรัตน์ พิบาลวงศ์, จตุพร จันทะพฤกษ์, ภาวิณี แพงสุข, ปิยนุช ภิญโญ, ภควรรณ ตลอดจนพงษ์, และนิสสาร เหมชานาน. การศึกษาสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์ 2561; 8(2): 46-57.
  19. รัตติยา ฤทธิช่วย, อนุสรณ์ จิตมนัส, อรุมา รักษาชล, วลีษา อินทรภักดี, ณัฏฐิณีย์ คงนวล, และหทัยรัตน์ ตัลดารักษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้ 2563; 13(1): 56-64.

20. Eshkoor, S.A., Hamid, T.A., Shahar, S., & Mun, C.Y. Predictive Factors of Severe Stage of Dementia among the Malaysian Elderly. *Archive of gerontology and Geriatrics Research* 2016; 1(1): 6-12.
21. Awuol, M.D.A., Innocent, B.K. & Winfred. Prevalence, factors associated and knowledge of probable dementia among adults 50 years and over attending a faith-based geriatric center in Uganda. *Sci Rep* [Internet]. 2023. [cited 2024 July 20]; 13:3737. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41598-023-33948-9>. doi: 10.1038/s41598-023-33948-9
22. The Alzheimer's Association International Conference 2022. Lower Socioeconomic Status In Childhood, Persistent Low Wages Linked To Risk For Dementia and Faster Memory Decline. [Internet]. 2022. [cited 2024 July 20]; Available from: <https://aaic.alz.org/downloads2022/Socioeconomic-Status-and-Dementia-Risk-NewsRelease-AAIC2022.pdf>
23. Jisca, S.K., Marij, Z., Richard, C.O.V., Sytse, U.Z., Edwin R. van den Heuvel, Ronald P. Stolk, et al. Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Research Reviews* 2015; 22: 39-57.
24. สุทธิศรี ตรีภูมิตินิช. การป้องกันภาวะสมองเสื่อม. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2561; 36(4): 6-14.
25. Sommerlad A, Sabia S, Singh-Manoux A, Lewis G, Livingston G. Association of social contact with dementia and cognition: 28-year follow-up of the Whitehall II cohort study. *PLoS Med* 2019; 16(8): 1-18.