

ความสัมพันธ์ระหว่างการมีกิจกรรมทางสังคมกับความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ
ที่อาศัยอยู่ในชุมชน ตำบลหนองหาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

พัชรินทร์ ทรงถิ่น พย.บ.* นัตตา คำนิยม ปร.ด.**

สุทินันท์ สุนินดี ปร.ด.*** ลดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์ ปร.ด.****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (correlational research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการมีกิจกรรมทางสังคมกับความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ตำบลหนองหาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชน ตำบลหนองหาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี จำนวน 240 คน เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ.2566

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 3) แบบประเมินสมรรถภาพสมอง (The mental state examination: MSET-10) ฉบับภาษาไทย 4) แบบประเมินการรับรู้และความเข้าใจ (The montreal cognitive assessment: MoCA) ฉบับภาษาไทย และ 5) แบบสัมภาษณ์การมีกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและกรอบการพัฒนาเครื่องมือวิจัย เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.00 และหาค่าความเที่ยงแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.799 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) และหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ระดับการมีกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.233$, $p<.001$) การมีกิจกรรมทางสังคม ประเภทที่ 1, 2 และ 3 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.201$, $p<.002$; $r=0.181$, $p=0.005$; และ $r=0.133$, $p<.040$) ตามลำดับ

คำสำคัญ : การมีกิจกรรมทางสังคม ชุมชน ผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม

วันที่รับบทความ 24 กุมภาพันธ์ 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 30 เมษายน 2567 วันที่ตอบรับบทความ 27 พฤษภาคม 2567

*นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ อีเมล ladpan@kku.ac.th

The relationship between social activity and risk of dementia in older persons in community, Nonghan Sub District, Udonthani Province

Pachareeporn Songtin B.N.S.* Nutda Kumniyom Ph.D.**

Suttinan Subindee Ph.D.*** Ladawan Panpanit Ph.D.****

Abstract

This correlational research aimed to study the relationship between social activity and the risk of dementia among the older persons living in the community of Nong Han Sub-District, Nong Han District, Udon Thani Province. The sample was people aged 60 years and over and living in communities in Nong Han Sub-District, Nong Han District, Udon Thani Province. Data was collected between April and June 2023.

The research instruments included 1) a demographic data questionnaire; 2) The Activities of Daily Living Scale; 3) The Mental State Examination (MSET-10) Thai version; 4) The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Thai version; and 5) an older person social activity interview form, which was developed by the researcher based on literature review and the research tool development framework. Validity test was conducted by five qualified experts and obtained content validity index (CVI) of 1.00. Reliability test revealed Cronbach's alpha coefficient of 0.799. Data were analyzed using descriptive statistics and the Spearman Rank Correlation Coefficient.

The results showed that 1) social activity level had a statistically significant but low positive relationship with dementia risk ($r=0.233$, $p<.001$); and 2) social activity type 1, 2, and 3 had a statistically significant but very low positive correlation with the risk of dementia ($r=0.201$, $p<.002$; $r=0.181$, $p<.005$; $r=0.133$, $p<.040$, respectively).

keywords: social activity; community; elderly; dementia

Received 24 February 2024 Revised 30 April 2024 Accepted 27 May 2024

*A student of the master of nursing science program in gerontological nursing, Faculty of Nursing, Khon Kean University

**Assistant professor, Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***Lecturer, Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

****Assistant professor, Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University,
Corresponding author, E-mail: ladpan@kku.ac.th

บทนำ

ประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ.2565 ทั่วทั้งโลก มีประชากรสูงอายุ มากถึง 1,109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโลกล้าน 8,000 ล้านคน¹ สถานการณ์ประชากรวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ของประเทศไทย พบว่า ในจำนวนนี้ มีผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม 6.8 แสนคน หรือ คิดเป็น ร้อยละ 5.4 ของประชากรสูงอายุ พบในเพศหญิง ร้อยละ 70.6 มากกว่าเพศชาย ร้อยละ 29.4² แนวโน้มประชากรวัยสูงอายุยังคงเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่อง รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553-2583 พบว่า ประชากรวัยสูงอายุจะเพิ่มขึ้น เป็น 20.42 ล้านคน หรือร้อยละ 31.3 ในปี พ.ศ.2583 และอายุเฉลี่ยทั้งเพศหญิงและชาย จะเพิ่มขึ้นเป็น 83.2 ปี และ 76.8 ปี³ การเพิ่มจำนวนของประชากรวัยสูงอายุไม่เพียงส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเท่านั้น แต่ยังพบว่า มีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้นด้วย การเปลี่ยนแปลงในกระบวนการสูงอายุที่เป็นไปในทางเสื่อมถอย ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อย ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment: MCI) และภาวะสมองเสื่อม (dementia) เป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะทุพพลภาพและบั่นทอนคุณภาพชีวิต⁴

ภาวะสมองเสื่อม หมายความว่า กลุ่มอาการที่มีความผิดปกติ ในการทำหน้าที่ของสมองหรือกลุ่มอาการที่มีการทำหน้าที่ของสมองมีการเสื่อมถอยลงอย่างต่อเนื่อง (progressive degenerative brain syndromes)⁵ ร่วมกับการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญาหรือการคิดรู้เสื่อมถอยลง (impairments of cognitive function)⁶ เกณฑ์ของ diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5) คือ ภาวะที่สมรรถภาพการทำงานของสมองถดถอยบกพร่อง (major neurocognitive disorder) ในด้านการรับรู้และความเข้าใจ (cognition) 6 ด้าน ได้แก่ การเรียนรู้และความจำ (learning and memory) การบริหารจัดการ (executive function) การใช้ภาษา (language) การใส่ใจเชิงซ้อน (attention) การรับรู้ก่อดิสัมพันธ์ (visuo-perceptual ability) และการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว (social cognition) โดยที่ระดับความรู้สึกตัว (consciousness) ไม่เปลี่ยนแปลงร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ (personality) พฤติกรรม (behaviors) การควบคุมอารมณ์ (emotional control) ความผิดปกติดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง อาการเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ และทวีความรุนแรงขึ้น จนในที่สุดส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ และการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ⁵⁻⁷

ผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อมส่งผลโดยตรงต่อผู้สูงอายุ จากความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสูญเสียความสามารถในหลายด้าน⁵ ได้แก่ 1) ด้านภาวะการรู้คิด (cognitive) เช่น สับสนวันเวลา สถานที่ บุคคล สูญเสียความจำระยะสั้น ขาดสมาธิ พุดซ้ำถามซ้ำ สับสนทิศทาง หลงทาง การคิด การใช้เหตุผลและการตัดสินใจ แก้ไขปัญหาได้ลำบาก รวมถึงเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้ยาก 2) ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ (functional ability) เช่น ความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน การใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน 3) ด้านการบริหารจัดการ (executive function) เช่น สูญเสียความสามารถในการจัดการทางการเงิน การใช้จ่าย 4) ด้านการสื่อสาร (communication) เช่น พุดซ้ำ นึกคำพุดไม่ออก เรียกชื่อสิ่งของไม่ได้ ฟังคำพุดไม่เข้าใจ มีความยากลำบากในการค้นหาคำที่ถูกต้องหรือการทำความเข้าใจสิ่งที่ผู้อื่นพุดรวมทั้งเปลี่ยนแปลงรูปแบบการพุดไปจากเดิม พุดหยาดคาย พุดไม่ถูกกาลเทศะมากขึ้นทั้ง ๆ ไม่เคยเป็น 5) ด้านปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอาการทางจิตเวช (behavioral and psychological disorders: BPSD) ซึ่งเกิดขึ้นได้ทุกระยะ^{6,8}

การมีกิจกรรมทางสังคม (social activity) หมายถึงการที่บุคคลทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับผู้อื่น เช่น กิจกรรมในชุมชน ในบ้าน และสถานที่อื่น ๆ การเป็นอาสาสมัครหรือการมีส่วนร่วมในการประกอบอาชีพหรือกิจกรรมสันทนาการกลุ่ม⁹ การมีปฏิสัมพันธ์และเครือข่ายทางสังคม (social contact and social network) ของผู้สูงอายุสามารถป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ถึง 0.74 เท่า (HR 0.74, 95% CI 0.57-0.97)¹⁰ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมน้อยจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อม 1.41 เท่า (RR 1.41, 95% CI 1.3-1.75) กิจกรรมทางสังคมสามารถป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ เช่น การออกกำลังกายร่วมกัน ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงด้านหลอดเลือด ลดภาวะซึมเศร้าและช่วยกระตุ้นการใช้สมอง¹¹ กิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของสมองด้านการรู้คิด (cognitive function) ทำให้การรู้คิดด้านการบริหารจัดการ ความเร็วในกระบวนการเรียนรู้ (processing learning speed) ความจำระยะสั้น (short term memory) ทำงานได้เพิ่มขึ้น⁹ และการพบปะกับบุคคลอื่นนอกบ้านช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการฝึกฝนในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ นอกบ้าน ได้พบเห็นสิ่งแวดล้อมใหม่ที่ต้องใช้กระบวนการคิด ตัดสินใจ เลือกว่าจะปฏิบัติอย่างไรต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การแสดงออกของพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้เป็นการกระตุ้นการทำงานของเซลล์ ซึ่งงานวิจัยจำนวนมากแสดงผลว่ากิจกรรมทางสังคมมีส่วนช่วยในการป้องกันและลดการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ แต่ยังมีงานวิจัยจำกัดที่ศึกษาประเภทและความถี่ของการมีกิจกรรมทางสังคมที่จะสามารถเพิ่มหรือลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้

ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางด้านสุขภาพที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ จึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประเภทและความถี่ของการมีกิจกรรมทางสังคมกับความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลหนองหาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนออกแบบพัฒนาโปรแกรมและจัดบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสมรรถภาพสมองหรือชะลอการเสื่อมถอย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมต่อไป

คำถามการวิจัย

การมีกิจกรรมทางสังคมและประเภทของการมีกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ตำบลหนองหาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี หรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการมีกิจกรรมทางสังคมและประเภทของการมีกิจกรรมทางสังคมกับความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ตำบลหนองหาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

สมมติฐานการวิจัย

1. การมีกิจกรรมทางสังคมโดยภาพรวมความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ตำบลหนองหาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี
2. ประเภทของการมีกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ตำบลหนองหาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ (correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการมีกิจกรรมทางสังคมกับความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชนตำบลหนองหาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี จำนวน 2,773 คน **กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้าวิจัย (inclusion criteria): 1) ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 2) เพศชายและเพศหญิง 3) ไม่มีปัญหาภาวะซึมเศร้าประเมินโดยใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)¹² 4) ไม่มีภาวะพึ่งพาโดยประเมินด้วย แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (barthel activities of daily living :ADL)¹³ ได้ 12 คะแนนขึ้นไป 5) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่น 6) ไม่มีปัญหาการได้ยิน 7) ไม่มีปัญหาการมองเห็น โดยมองเห็นในระยะ 1 ฟุต 8) สม่ครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออกจากการวิจัย (exclusion criteria): มีอาการไม่สบายหรืออาการผิดปกติขณะตอบแบบสอบถาม

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size) ใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน¹⁴ ในการวิจัยครั้งนี้ มีประชากรที่ใช้ในการวิจัย มีจำนวน 2,773 คน ผู้วิจัยได้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ(α) ที่ 0.05 หรือระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ทั้งนี้ให้ระดับความคาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ 5% และสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร จากการทบทวนวรรณกรรม เท่ากับ 0.21 และค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95 ($\chi^2=3.841$)¹⁵ เมื่อแทนค่าในสูตร จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 234 คน หลังจากนั้น ผู้วิจัยทำการปรับขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อการป้องกันการสูญหายหรือบันทึกข้อมูลไม่สมบูรณ์ในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งคาดการณ์ประมาณ ร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว จำนวน 260 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified random sampling)¹⁶ ขั้นที่ 1 เลือกพื้นที่กลุ่มตัวอย่าง คือ ตำบลหนองหาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ขั้นที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายคำนวณสัดส่วนผู้สูงอายุ ในพื้นที่ตำบลหนองหาน 19 หมู่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)¹² และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (barthel activities of daily living: ADL)¹³ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (lawton instrumental activities of daily living scale: L-IADL)¹⁷ ฉบับภาษาไทย¹⁸ แบบประเมินสมรรถภาพสมอง (the mental state examination: MSET-10 ฉบับภาษาไทย)¹⁹⁻²⁰ แบบประเมินพุทธิปัญญา (the montreal cognitive assessment: MoCA)²¹ ฉบับภาษาไทย²² และแบบสัมภาษณ์การมีกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของวาร์ตัน ทิพย์รัตน์ และคณะ²³ โดยใช้แนวทางการพัฒนาเครื่องมือตามกรอบ การพัฒนาเครื่องมือวิจัยและการทบทวนวรรณกรรมแบบสัมภาษณ์นี้ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 15 ข้อ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (index of Item-objective congruence: IOC) ของข้อคำถามด้านประเภทของกิจกรรม เท่ากับ 0.60-1.00 และ IOC ของข้อคำถามด้านความถี่ของการทำกิจกรรม เท่ากับ

0.80-1.00 และความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือทั้งฉบับ (content validity index: CVI) เท่ากับ 1.00 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและแก้ไขปรับปรุงจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว มาทำการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือกับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อประเมินความเข้าใจเนื้อหา ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ในข้อคำถามแต่ละข้อ ได้ค่าความเที่ยงแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.799 ผู้วิจัยทดลองใช้แบบสอบถามกับผู้สูงอายุจำนวน 5 ราย ร่วมกับผู้ช่วยวิจัย 2 คน แล้ว ตรวจสอบหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) ได้ค่า เท่ากับ 0.79 และ 0.82

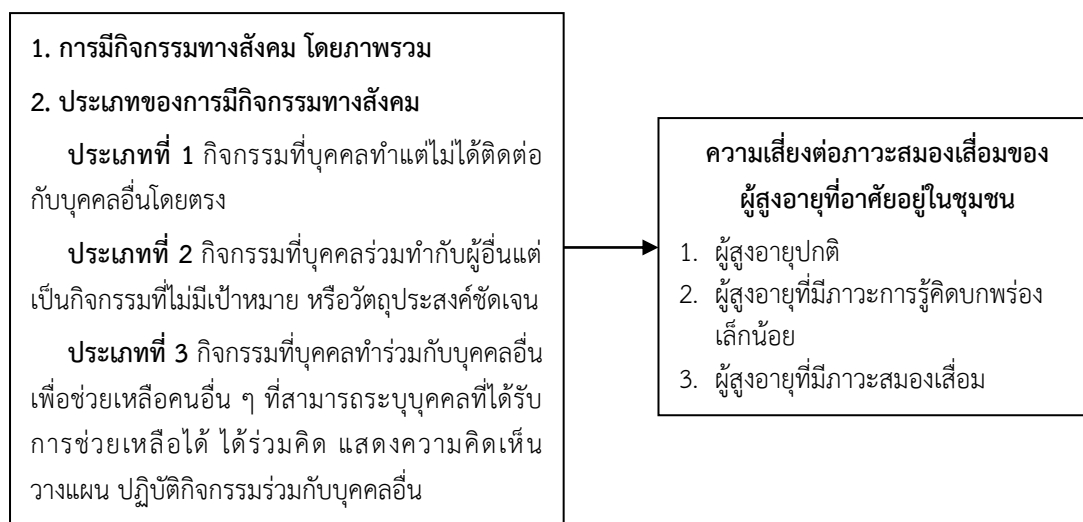
การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการมีกิจกรรมทางสังคมโดยภาพรวม ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการมีกิจกรรมทางสังคม โดยภาพรวมและประเภทของการมีกิจกรรมทางสังคมกับความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน (spearman rank correlation coefficient)²⁴

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE662024

กรอบแนวคิด กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ (ภาพที่ 1) ใช้กรอบแนวคิดการมีกิจกรรมทางสังคม (ซึ่งหมายถึง การที่บุคคลติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น) ที่เป็นตัวกระตุ้นให้ระบบประสาททำงาน เพิ่มการถ่ายทอดกระแสประสาทระหว่างเซลล์ประสาทด้วยกัน หรือเซลล์ประสาทกับหน่วยปฏิบัติงาน²⁵ นอกจากนี้ ยังช่วยกระตุ้นการรู้คิดด้านการบริหารจัดการ ความจำ และความเร็วในการประมวลผล⁹ เป็นการชะลอการเสื่อมของสมอง ส่วนกิจกรรมทางสังคม แบ่งเป็น 5-6 ระดับ²⁶⁻²⁷ ในการวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์การแบ่งกิจกรรมทางสังคมตามลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็น 3 ประเภท คือ 1) กิจกรรมที่บุคคลทำแต่ไม่ได้ติดต่อกับบุคคลอื่นโดยตรง 2) กิจกรรมที่บุคคลร่วมทำกับผู้อื่นแต่เป็นกิจกรรมที่ไม่มีเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ชัดเจน 3) กิจกรรมที่บุคคลทำร่วมกับบุคคลอื่นเพื่อช่วยเหลือคนอื่น ๆ ที่สามารถระบุบุคคลที่ได้รับการช่วยเหลือได้ ได้ร่วมคิด แสดงความคิดเห็น วางแผน ปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ผลการวิจัย

1) ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 240 คน อายุระหว่าง 60-91 ปี อายุเฉลี่ย 69.4 ปี (+6.7) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.5) อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (ร้อยละ 55.8) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.9) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 50.4) ระดับการศึกษาสูงสุดเป็นชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 (ร้อยละ 71.7) สามารถอ่านออกเขียนได้ (ร้อยละ 87.1) อาชีพก่อนอายุ 60 ปีเป็นอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 53.7) ปัจจุบันยังประกอบอาชีพ (ร้อยละ 60.8) เป็นอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 32.9) มีรายได้จากสวัสดิการของรัฐ/เบี้ยยังชีพ (ร้อยละ 70.8) รองลงมา คือ จากบุตรหลาน (ร้อยละ 53.7) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,632.5 บาท (+20,903.2) ส่วนใหญ่เพียงพอ (ร้อยละ 47.9) ครอบครัวที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในปัจจุบันเป็นครอบครัวขยาย จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย เท่ากับ 3.2 คน (+1.6) อยู่ร่วมกับ สามี บุตร พี่ น้อง หลาน และญาติ ร้อยละ (38.3) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร (ร้อยละ 46.3) ด้านความสามารถในการใช้อุปกรณ์สื่อสาร ส่วนใหญ่ใช้อุปกรณ์สื่อสารได้ แต่ไม่คล่อง (ร้อยละ 63.3) รองลงมา คือ ใช้ได้คล่อง ร้อยละ 21.7) อุปกรณ์ที่ใช้ประจำส่วนใหญ่เป็นโทรศัพท์เคลื่อนที่แบบ smart phone (ร้อยละ 55.0) รองลงมา คือ ใช้โทรศัพท์มือถือรับสายได้อย่างเดียว (ร้อยละ 3.8)

2) ข้อมูลภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

ผู้สูงอายุทั้งหมดมีคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันพื้นฐานดัชนีบาร์เธล ตั้งแต่ 12-20 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน เมื่อประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันต่อเนื่อง พบว่า ส่วนใหญ่สามารถรับประทานยา (ร้อยละ 99.2) ทำงานบ้าน (ร้อยละ 97.9) ซักผ้า (ร้อยละ 97.5) จัดการกับการเงิน (ร้อยละ 94.2) เดินทางหรือการใช้จ่ายพาหนะ (ร้อยละ 92.9) จ่ายตลาดหรือซื้อของ (ร้อยละ 92.5) เตรียมอาหาร (ร้อยละ 92.5) และใช้โทรศัพท์ (ร้อยละ 91.7)

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 70.0) โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ (40.8) รองลงมา คือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 28.3) และ โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 20.0) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 36.3) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 93.3) และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 88.8) มีประวัติโรคสมองเสื่อมในครอบครัว ร้อยละ 2.1 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment: MCI) (ร้อยละ 66.3) รองลงมา คือ กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม (dementia) (ร้อยละ 20.0) และกลุ่มปกติ (ร้อยละ 13.8)

3) การกิจกรรมทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีกิจกรรมทางสังคม ประเภทที่ 1 (กิจกรรมที่บุคคลทำแต่ไม่ได้ติดต่อกับบุคคลอื่นโดยตรง) ในระดับต่ำ (ร้อยละ 90.0) มีกิจกรรมทางสังคม ประเภทที่ 2 (กิจกรรมที่บุคคลร่วมทำกับผู้อื่น แต่ไม่มีเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ชัดเจน) ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.6) มีกิจกรรมทางสังคม ประเภทที่ 3 (กิจกรรมที่บุคคลทำร่วมกับบุคคล เพื่อช่วยเหลือคนอื่น ๆ ที่สามารถระบุบุคคลที่ได้รับการช่วยเหลือได้ ได้ร่วมคิด แสดงความคิดเห็น วางแผน ปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น) ในระดับสูง (ร้อยละ 51.2) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การมีกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง (n=240)

การมีกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ	ความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม (จำนวน (ร้อยละ))			รวม (n=240)
	Dementia	MCI	Normal	
ประเภทที่ 1: กิจกรรมที่บุคคลทำแต่ไม่ได้ติดต่อกับบุคคลอื่นโดยตรง (3 ข้อ)				
1. การใช้คอมพิวเตอร์ค้นหาข้อมูลจากสังคมออนไลน์ หรือโทรศัพท์มือถือในการส่งไลน์				
ไม่เคยใช้	24(72.7)	96(60.4)	20(41.7)	140(58.3)
1-3 วัน/สัปดาห์	3(9.1)	28(17.6)	9(18.8)	40(16.7)
4-7 วัน/สัปดาห์	6(18.2)	35(22.0)	19(39.9)	60(25.0)
2. การสั่งซื้อสินค้าผ่านช่องทางออนไลน์ด้วยตนเอง เช่น เพจ Facebook Shopee Lazada				
ไม่เคยซื้อ	30(90.9)	144(90.6)	38(79.2)	212(88.3)
1-2 ครั้ง/เดือน	1(3.0)	11(6.9)	8(16.7)	20(8.3)
มากกว่าหรือเท่ากับ 3-4 ครั้ง/เดือน	2(6.1)	4(2.5)	2(4.2)	8(3.3)
3. ทำธุรกรรมทางการเงินผ่านระบบธนาคารออนไลน์ด้วยตนเอง เช่น โอนเงิน จ่ายบิล				
ไม่เคยทำ	32(97.0)	144(90.6)	39(81.2)	215(89.6)
1-2 ครั้ง/เดือน	1(3.0)	8(5.0)	6(12.5)	15(6.2)
มากกว่าหรือเท่ากับ 3-4 ครั้ง/เดือน	0(0.0)	7(4.4)	3(6.2)	10(4.2)
ประเภทที่ 2: กิจกรรมที่บุคคลทำร่วมกับผู้อื่นแต่เป็นกิจกรรมที่ไม่มีเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ชัดเจน (8 ข้อ)				
4. ทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เช่น การรับประทานอาหาร ดูโทรทัศน์ พูดคุยปรึกษาหารือ				
ไม่เคยทำ	7(21.2)	12(7.5)	2(4.2)	21(8.8)
1-3 วัน/สัปดาห์	9(27.3)	57(35.8)	16(33.3)	82(34.2)
4-7 วัน/สัปดาห์	17(51.5)	90(56.6)	30(62.5)	137(57.1)
5. การเดินทางไปเยี่ยมญาติ เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน				
ไม่เคยไป	8(24.2)	29(18.2)	5(10.4)	42(17.5)
1-2 ครั้ง/เดือน	15(45.5)	70(44.0)	22(45.8)	107(44.6)
มากกว่าหรือเท่ากับ 3-4 ครั้ง/เดือน	10(30.3)	60(37.7)	21(43.8)	91(37.9)
6. การเดินทางไปร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน เช่น งานบวช งานแต่ง งานศพ งานขึ้นบ้านใหม่ งานบุญต่าง ๆ				
ไม่เคยไป	3(9.1)	9(5.7)	2(4.2)	42(17.5)
1-2 ครั้ง/เดือน	17(51.5)	75(47.2)	24(50.0)	107(44.6)
มากกว่าหรือเท่ากับ 3-4 ครั้ง/เดือน	13(39.4)	75(47.2)	22(45.8)	91(37.9)
7. การไปปฏิบัติศาสนกิจที่วัด มัสยิด โบสถ์				
ไม่เคยไป	8(24.2)	19(11.9)	4(8.3)	31(12.9)
1-2 ครั้ง/เดือน	12(36.4)	59(37.1)	21(43.8)	92(38.3)
มากกว่าหรือเท่ากับ 3-4 ครั้ง/เดือน	13(39.4)	81(50.9)	23(47.9)	117(48.8)
8. การเล่นเกมสักร่วมกับเพื่อน เช่น หมากรุก เล่นไพ่ หรือกิจกรรมอื่น ๆ				
ไม่เคย	27(81.8)	133(83.6)	35(72.9)	195(81.2)
1-3 วัน/สัปดาห์	4(12.1)	21(13.2)	9(18.8)	34(14.2)
4-7 วัน/สัปดาห์	2(6.1)	5(3.1)	4(8.3)	11(4.6)
9. การเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายร่วมกับเพื่อน				
ไม่เคย	11(33.3)	64(40.3)	10(20.8)	85(35.4)

ตารางที่ 1 การมีกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง (n=240) (ต่อ)

การมีกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ	ความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม (จำนวน (ร้อยละ))			รวม (n=240)
	Dementia	MCI	Normal	
1-3 วัน/สัปดาห์	20(60.6)	74(46.5)	31(64.6)	125(52.1)
4-7 วัน/สัปดาห์	2(6.1)	21(13.2)	7(14.6)	30(12.5)
10. การไปท่องเที่ยวกับครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้านหรือชุมชน				
ไม่เคยไป	13(39.4)	28(17.6)	6(12.5)	47(19.6)
1 ครั้ง/ปี	10(30.3)	61(38.4)	21(43.8)	92(38.3)
มากกว่า 2 ครั้ง/ปี	10(30.3)	70(44.0)	21(43.8)	101(42.1)
11. การออกไปงานเลี้ยงสังสรรค์ทางสังคม				
ไม่เคยไป	10(30.3)	33(20.8)	7(14.6)	50(20.8)
1-2 ครั้ง/เดือน	16(48.5)	83(52.2)	26(54.2)	125(52.1)
มากกว่าหรือเท่ากับ 3-4 ครั้ง/เดือน	7(21.2)	43(27.0)	15(31.2)	65(27.1)
ประเภทที่ 3: กิจกรรมที่บุคคลทำร่วมกับบุคคลอื่นเพื่อช่วยเหลือคนอื่น ๆ ที่สามารถระบุบุคคลที่ได้รับการช่วยเหลือได้ ได้ร่วมคิด แสดงความคิดเห็น วางแผน ปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น (4 ข้อ)				
12. การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในการเข้าร่วมประชุมในหมู่บ้าน				
ไม่เคยเลย	4(12.1)	14(8.8)	1(2.1)	19(7.9)
1-2 ครั้ง/ปี	13(39.4)	62(39.0)	21(43.8)	96(40.0)
มากกว่า 2 ครั้ง/ปี	16(48.5)	83(52.2)	26(54.2)	125(52.1)
13. การไปร่วมกิจกรรมพัฒนาหมู่บ้านร่วมกับชุมชน				
ไม่เคยไป	3(9.1)	13(8.2)	2(4.2)	18(7.5)
1-2 ครั้ง/ปี	17(51.5)	61(38.4)	17(35.4)	95(39.6)
มากกว่า 2 ครั้ง/ปี	3(39.4)	85(53.5)	29(60.4)	127(52.9)
14. การร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นโดยหน่วยงานอื่นที่นอกเหนือจากชมรมผู้สูงอายุ เช่น การอบรมฝึกวิชาชีพ อบรมให้ความรู้จาก รพ. สต. เทศบาล หรือหน่วยงานอื่น ๆ				
ไม่เคยไป	10(30.3)	47(29.6)	9(18.8)	66(27.5)
1-2 ครั้ง/ปี	16(48.5)	71(44.7)	20(41.7)	107(44.6)
มากกว่า 2 ครั้ง/ปี	7(21.2)	41(25.8)	19(39.6)	67(27.9)
15. การทำกิจกรรมทางสุขภาพร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน เช่น การไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย การร่วมกำจัดลูกน้ำ ยุงลาย				
ไม่เคยไป	8(24.2)	44(27.7)	8(16.7)	60(25.0)
1-3 วัน/สัปดาห์	18(54.5)	85(53.5)	27(56.2)	130(54.2)
4-7 วัน/สัปดาห์	7(21.2)	30(18.9)	13(27.1)	50(20.8)
รวมทั้งหมด	33 (13.8)	159 (66.3)	48 (20.00)	240 (100.00)

4) ความสัมพันธ์ของการมีกิจกรรมทางสังคมโดยภาพรวมกับความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

ผลการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล ด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ-สไมร์นอฟ (the kolmogorov-smirnov test; KS) พบว่า ข้อมูลไม่มีการกระจายตัวเป็นโค้งแบบปกติ (normal distribution) จึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติหาความสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน (the spearman rank correlation coefficient; r_s) และพบว่า ระดับการมีกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.233$, $p\text{-value}<.001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการมีกิจกรรมทางสังคมโดยภาพรวมกับความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (n=240)

ภาพรวม การมีกิจกรรม ทางสังคม	จำนวน (ร้อยละ)			รวม (n=240)	ค่าสหสัมพันธ์ (r _s)	p-value	ระดับ ความ สัมพันธ์
	ความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม						
	Dementia (n=33)	MCI (n=159)	Normal (n=48)				
ระดับต่ำ	14 (42.4)	42 (26.4)	6 (12.5)	62 (25.8)	0.233*	<0.001	ต่ำ
ระดับปานกลาง	18 (54.5)	101 (63.5)	32 (66.7)	151 (62.9)			
ระดับสูง	1 (3.0)	16 (10.1)	10 (20.8)	27 (11.2)			
ภาพรวม	33 (100)	159 (100)	48 (100)	240 (100)			

หมายเหตุ: ***p-value < 0.001, r_s = Spearman's Rho

5) ความสัมพันธ์ของประเภทของการมีกิจกรรมทางสังคมกับความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

ผลการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล ด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ-สไมร์นอฟ (kolmogorov-smirnov test; KS) พบว่า ข้อมูลไม่มีการกระจายตัวเป็นโค้งแบบปกติ (normal distribution) จึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติหาความสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน (spearman rank correlation coefficient; r_s) และพบว่า (1) การมีกิจกรรมทางสังคม ประเภทที่ 1, 2 และ 3 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.201$, p-value=0.02; $r=0.181$, p-value=0.005 และ $r=0.133$, p-value=0.040 ตามลำดับ) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของประเภทของการมีกิจกรรมทางสังคมกับความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (N=240)

ความถี่ของการมีกิจกรรมทางสังคม	ความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ		
	ค่าสหสัมพันธ์ (r_s)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ประเภทที่ 1 ^a	0.201**	0.002	ต่ำมาก
ประเภทที่ 2 ^b	0.181**	0.005	ต่ำมาก
ประเภทที่ 3 ^c	0.133*	0.040	ปานกลาง

หมายเหตุ: *p-value<0.05, **p-value<0.01, r_s = Spearman's Rho

a ประเภทที่ 1 กิจกรรมที่บุคคลทำแต่ไม่ได้ติดต่อกับบุคคลอื่นโดยตรง

b ประเภทที่ 2 กิจกรรมที่บุคคลร่วมมือกับผู้อื่นแต่เป็นกิจกรรมที่ไม่มีเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ชัดเจน

c ประเภทที่ 3 กิจกรรมที่บุคคลทำร่วมกับบุคคลอื่นเพื่อช่วยเหลือคนอื่น ๆ ที่สามารถระบุบุคคลที่ได้รับการช่วยเหลือได้ ได้ร่วมคิด แสดงความคิดเห็น วางแผน ปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยที่พบว่า ความสัมพันธ์ของการมีกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการวิจัย ที่พบว่า การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมน้อยเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม¹¹ กิจกรรมทางสังคมสัมพันธ์กับการลดลงของอุบัติการณ์ภาวะสมองเสื่อมจากทุกสาเหตุ (RR 0.93; 95% CI 0.87–0.99)²⁸ การมีกิจกรรมทางสังคมต่ำ (RR:1.41 (95% CI: 1.13-1.75)) ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง (RR:1.57 (95% CI:1.32-1.85)) และรู้สึกโดดเดี่ยวมากขึ้น (RR:1.58 (95% CI:1.19) -2.09)) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม²⁹ การรู้คิดบกพร่องลดลงสัมพันธ์กับการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุหรือศูนย์ผู้สูงอายุของผู้สูงอายุวัยต้น สัมพันธ์กับการติดต่อกับลูกหลานทางโทรศัพท์หรือ

จดหมายบ่อยครั้งและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างเป็นทางการ ตั้งแต่ 2 กิจกรรมขึ้นไป ของผู้สูงอายุวัยกลาง³⁰

ผลการวิจัยที่พบว่า ความสัมพันธ์ของการมีกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม สามารถอธิบายว่า การที่ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางสังคมเป็นการกระตุ้นให้สมองด้านการรู้คิด โดยเฉพาะการบริหารจัดการได้ฝึกฝนและทำหน้าที่อยู่บ่อย ๆ การทำกิจกรรมทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสพบปะพูดคุยกับผู้อื่น ทั้งแบบมีเป้าหมายหรือไม่มีเป้าหมาย ร่วมริเริ่มคิด ร่วมลงมือทำกิจกรรมกัน พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ปรับทุกข์ต่าง ๆ หรือแม้แต่การได้พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว ทั้งแบบเห็นหน้าหรือผ่านเครื่องมือสื่อสารอื่น ๆ การวางแผนในการทำกิจกรรมแม้จะไม่ได้ปฏิบัติกับผู้อื่นโดยตรง กิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ กระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสบริหารสมอง ฝึกสติปัญญา เพื่อให้มีการคิด วิเคราะห์ กระตุ้นการรับรู้ ทั้งในด้านการมองเห็น การได้ยิน การได้ปฏิบัติตามคำสั่งต่าง ๆ การที่มีโอกาสเผชิญกับสถานการณ์/เหตุการณ์ที่แตกต่างกันไปในแต่ละวัน ทำให้กระตุ้นการทำงานของเซลล์สมองผ่านกระบวนการรู้คิด ตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ที่หลากหลายเหล่านั้น ดังนั้น การมีกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ จึงสามารถพัฒนาการทำหน้าที่ของสมอง ด้านการรู้คิด และสามารถยืดระยะเวลาในการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ นอกจากนี้ การมีกิจกรรมทางสังคมบางกิจกรรมเป็นกิจกรรมทางกาย (physical activity) ซึ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น เช่น การเดินทางไปเยี่ยมญาติ การเดินทางไปร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน วัด การเล่นกีฬาหรือออกกำลังกาย การไปร่วมงานเลี้ยงสังสรรค์ การไปร่วมกิจกรรมพัฒนาหมู่บ้าน เป็นต้น จึงน่าจะช่วยส่งเสริมให้กิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการเกิดภาวะสมองเสื่อมในการวิจัยในครั้งนี้ด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริการทางพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทาง ในการวางแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางสังคมและการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ และได้รับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม
2. ด้านนโยบายการให้บริการ เป็นข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน ในการวางแผนพัฒนางาน การบริการคัดกรอง ติดตามในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่
3. ด้านการศึกษาวิจัย เป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง วิจัยเชิงปฏิบัติการ นำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางสังคม เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในยุควิถีใหม่

References

1. National Statistical Office Thailand. Demographic statistics population and housing [Internet]. Bangkok: National Statistical Office Thailand; 2023 [updated 2022; cited 2024 April 15]. Available from: <http://www.nso.go.th/sites/2022/> (in Thai)
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). Situation of the Thai older persons 2021. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research Mahidol University; 2022.

3. Office of the National Economic and Social Development Council. Thailand population estimation report, 2010-2040 (revised edition). Bangkok: Office of the National Economic and Social Development Council; 2019. (in Thai)
4. Srithanyarat W, Arunsaeng P, Leethongin M, Piyawatanaphong S, Subindee S, Kumniyom N. et al. Research project to develop a comprehensive care system for the elderly with dementia case study of Ban Fang district Khon Kaen province. (research report). Khon Kaen: Klungnana; 2017. (in Thai)
5. World Health Organization [WHO]. Dementia [Internet]. Geneva: WHO; 2020[updated 2020; cited 2020 November 14]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
6. Alzheimer's Disease International. World alzheimer report 2015: the global impact of dementia, an analysis of prevalence, incidence, cost and trends [Internet]. USA: Alzheimer's Disease International; 2015[updated 2015; cited 2021 March 11]. Available from: <http://www.alz.co.uk/worldreport2015corrections>
7. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems 10th Revision (ICD-10)-WHO Version 2019 [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [updated 2019; cited 2020 November 14]. Available from: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2019>
8. Fymat AL. Demetria: A review. J Clin Psychiatr Neurosci 2018;1(3):27-34.
9. Kelly ME, Duff H, Kelly S, Power JE, Brennan S, Lawlor BA, et al. The impact of social activities, social networks, social support and social relationships on the cognitive functioning of healthy older adults: A systematic review. Syst Rev 2017;6:259.
10. Sommerlad A, Kivimäki M, Larson EB, Rohr S, Shirai K, Singh-Manoux A, et al. Social participation and risk of developing dementia. Nat Aging 2023;3:532-45.
11. Muangpaisan M. Gerontology and geriatrics for primary care of elderly patients. Bangkok: Parbpim; 2019. (in Thai)
12. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Training facilitator's guide on depressive patient service system for nurses/ public health academics/ public health officer [internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2015 [updated 2015; cited 2019 November 15] Available from: <https://kku.world/kib2x> (in Thai)
13. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Elderly health screening and assessment guide. Bangkok: Veterans Organization Printing Welfare; 2021. (in Thai)
14. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970;30(3):607-10.

15. Thongvajira C, Tophon S, Kwanyuen R, Nipatthahatphong S. Prevalence of factors associated with dementia in the elderly and development of a manual for providing knowledge: a case study of Bang Phlat District Community. Bangkok: Suan Dusit University; 2016. (in Thai)
16. Sapbamrer R. Public health research methods. Bangkok: Odeon Store; 2016. (in Thai)
17. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist* 1969;9(3):179–86.
18. Phanasathit M. Validity and reliability of lawton instrumental activities of daily living scale (L-IADL) and older people's quality of life questionnaire (OPQOL-Brief): Thai version [internet]. Bangkok: Thammasat University Hospital; 2017[updated 2017; cited 2020 November 10]. Available from: <https://kku.world/piwa6> (in Thai)
19. Boongird P. Interesting about dementia. *Dementia Association of Thailand Newsletter* 2018;10:1-4.
20. Wongpakaran N. Mental State Examination T10 (MSET10) [internet]. 2021 [updated 2021; cited 2020 November 10]. Available from: https://www.wongpakaran.com/images/sub_1550692605/MSET10_GPsy_8Mar2021.pdf
21. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The montreal cognitive assessment, moca: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:695–9.
22. MoCA Cognition. MoCA Test: Paper version [internet]. 2020 [updated 2020; cited 2020 November 10]. Available from: https://mocacognition.com/paper#paper_form_full
23. Thiparat W, Meng-iad S, Suwanweala S, Chuaykaew B. Factors predicting dementia preventive behavior among older adults-at-risk. *JFONUBUU* 2019;27(1):100-8. (in Thai)
24. Chanaboon S. Statistics for basic research. Khon Kaen: Khon Kaen Provincial Public Health Office; 2018. (in Thai)
25. Saczynski JS, Pfeifer LA, Masaki K, Korf ES, Laurin D, White L, Launer LJ. The effect of social engagement on incident dementia: the Honolulu-Asia Aging Study. *Am J Epidemiol* 2006;163(5):433-40.
26. Levasseur M, Richard L, Gauvin L, Raymond E. Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities. *Soc Sci Med* 2010;71(12):2141-9.
27. Lemon BW, Bengtson VL, Peterson JA. An exploration of the activity theory of aging: activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. *J Gerontol* 1972;27(4):511–23
28. Su S, Shi L, Zheng Y, Sun Y, Huang X, Zhang A, et al. Leisure activities and the risk of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Neurology* 2022;99(15):e1651-63.

29. Kuiper JS, Zuidersma M, Oude Voshaar RC, Zuidema SU, van den Heuvel ER, Stolk RP, et al. Social relationships and risk of dementia: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Res Rev* 2015;22:39-57.
30. Lee SH, Kim YB. Which type of social activities may reduce cognitive decline in the elderly?: a longitudinal population-based study. *BMC Geriatr* 2016;16(1):165.