

บทความวิจัย (Research article)

ความชุกและปัจจัยทำนายภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดเพชรบุรี

The Prevalence and Predicting Factors of Dementia among Older People Living in Community, Phetchaburi Province

จุไรรัตน์ ดวงจันทร์^{1*}, ดวงหทัย ยอดทอง², พิศมร เดชดวง¹

Churairat Duangchan^{1*}, Duanghathai Yodthong², Pissamorn Dechduang¹

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: julyratana@gmail.com) โทรศัพท์ 097-2691246

(Received: June 15, 2020; Revised: August 16, 2020; Accepted: August 20, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาในชุมชน จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 230 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย และแบบสอบถามปัจจัยทำนายภาวะสมองเสื่อม คือ 1) ด้านประชากรและสังคม ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว และแบบสอบถามการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และ 2) ด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ โดยแบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว มีค่า KR-20 เท่ากับ .78 แบบสอบถามการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .83 และ .81 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม – มีนาคม พ.ศ.2560 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะสมองเสื่อมโดยใช้สถิติการถดถอยโลจิสติกหลายตัวแปร

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ มีอายุเฉลี่ย 70.02 ± 4.57 ปี ความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 24.35 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสมองเสื่อมคือ อายุ ระยะที่หยุดทำงานประจำ และคะแนนการประเมินภาวะซึมเศร้า ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบคือ สัมพันธภาพในครอบครัว โดยปัจจัยทั้งหมดมีประสิทธิภาพในการทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 44.20 เมื่อพิจารณาค่าขนาดความสัมพันธ์ของปัจจัยทำนายพบว่า ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ คะแนนการประเมินภาวะซึมเศร้า (OR = 1.45, 95%CI: 1.18 - 1.78) อายุ (OR = 1.10, 95%CI: 1.02 - 1.19) และระยะที่หยุดทำงาน

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

Registered nurse, Senior professional level, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

Registered nurse, Professional level, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province

ประจำ (OR = 1.05, 95%CI: 1.01 - 1.09) ส่วนสัมพันธ์ภาพในครอบครัว (OR = .84, 95%CI: .72 - .99) เป็นปัจจัยที่ช่วยลดโอกาสของการเกิดภาวะสมองเสื่อม

จากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ควรวิจัยและพัฒนา รูปแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การพัฒนาอาชีพเสริม และใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ รวมทั้ง การส่งเสริมสุขภาพจิต เพื่อพัฒนาสุขภาพทางปัญญาของผู้สูงอายุในชุมชนและลดอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมต่อไป

คำสำคัญ: ความชุก, ปัจจัยทำนาย, ภาวะสมองเสื่อม, ผู้สูงอายุ

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study the prevalence rate and predicting factors of dementia among older people in the community. The 230 sample were older people of Phetchaburi province selected by stratified random sampling. The Thai version of Mini-Mental State Examination (Thai-MMSE) was the tool used for dementia screening. The instruments of predicting factors consisted of 1) demographic and social factor; family relationship, and social participation questionnaires. 2) The health condition; modified Barthel ADL index was used to examine daily activities, PHQ-9 depression test, and health behavior questionnaire. The Cronbach's alpha coefficient reliability of social participation and health behavior questionnaires were .83 and .81 respectively. While the family relationship questionnaire's K-R 20 reliability was at .78. Data was collected during January – March, 2017. Using descriptive statistic and multiple logistic regression analysis. The results found are as follows;

The average age of the older people is 70.02 ± 4.57 years, the prevalence of dementia among older people in the community is 23.83%. The factors that have a positive relationship (with positive correlation to) with the dementia are age, the halt period from the latest occupation, and depression score. Whereas, the negative relationship factors were family relationship. All factors had an effective prediction of 44.20 percent. The analysis of predicting factors showed the increase of depressive score (OR = 1.45, 95%CI: 1.18 - 1.78), age (OR = 1.10, 95%CI: 1.02 - 1.19), and duration after retirement (OR = 1.05, 95%CI: 1.01 - 1.09) are factors predicting prevalence rate of dementia effectiveness. Whereas, the family relationships (OR = .84, 95%CI: .72 - .99) were the factor that helped reduce dementia in the older people.

This research findings indicated that future intervention study on multiple factors; family relationship, additional occupation, and mental health are required to improve the cognitive health of older people in the communities, and decrease the prevalence rate of dementia.

Keywords: Prevalence, Predicting factors, Dementia, Older people

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่มีการทำลายของระบบประสาทอย่างถาวร ส่งผลให้การทำหน้าที่ทางปัญญาบกพร่องโดยไม่สามารถกลับคืนมาได้ ทั้งความจำ พฤติกรรม ความคิด และบุคลิกภาพ (Dekhtyar, 2015) ภาวะสมองเสื่อมปัญหาสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อประชาชนโลก โดยทุกปีจะมีผู้ป่วยใหม่เกือบ 10 ล้าน และคาดว่าจะเพิ่มเป็นสามเท่าภายในปี พ.ศ.2593 ภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและภาวะพึ่งพาทั้งตัวผู้ป่วยเอง ผู้ดูแลและครอบครัว รวมทั้งเป็นภาระทางเศรษฐกิจและสังคมโดยรวม (World Health Organization, 2019) ในประเทศไทยประสบกับสถานการณ์ดังกล่าวนี้เช่นเดียวกัน ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 8.1 (วิชัย เอกพลากร, 2559) รวมทั้ง จากการวิเคราะห์ตามการศึกษาของ Prince et al. (2013) และสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2556) สามารถคาดประมาณการจำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมในปี 2559 จำนวน 617,000 คน และปี พ.ศ. 2580 จำนวน 1,350,000 คน (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2560) ซึ่งมีปริมาณที่ใกล้เคียงกับผลการวิจัยคาดการณ์ความชุกของภาวะสมองเสื่อมของ Akter et al. (2012) โดยคาดว่าใน ปี พ.ศ.2563 จะมีจำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อม 450,200 คน และจะเพิ่มเป็น 1,233,200 คน ในปี พ.ศ. 2593

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องจากมีรายงานการเพิ่มขึ้นของอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์โดยตรงกับอายุที่เพิ่มขึ้นของประชากร โดยเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของช่วงอายุที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 5 ปี (Akter et al., 2012) การสำรวจความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีทั่วประเทศไทยพบว่า มีจำนวนร้อยละ 3.34 โดยเพิ่มจากร้อยละ 1.0 ในช่วงอายุ 60-64 ปี เป็นร้อยละ 31.3 ในช่วงอายุมากกว่า 90 ปีขึ้นไป (Jitapunkul, 2001) ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ประเทศไทยต้องเตรียมรับมือ ทั้งนี้เป็นเพราะในปีพ.ศ. 2561 มีผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปถึง 11.7 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 17.6 ของประชากรทั้งหมด และในอีก 20 ปีข้างหน้า คาดประมาณว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2562) ตลอดจนมีงานวิจัยจำนวนมากที่ยืนยันว่า ภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น (ชวนนท์ อิ่มอาบ, 2019; Griffiths, Thaikruea, Wongpakaran, & Munkhevit, 2020) การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม พบว่ามีทั้งปัจจัยเสี่ยงที่จัดการไม่ได้ เช่น ปัจจัยทางพันธุกรรม การมีประวัติคนในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อม เพศหญิงมีความเสี่ยงมากกว่าเพศชาย เป็นต้น รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงที่สามารถจัดการได้ ซึ่งจำแนกออกเป็นปัจจัยทางจิตสังคม พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า จำนวนปีของการได้รับการศึกษา และการอาศัยอยู่คนเดียวหรือการจากไปของคู่สมรส (Chen et al., 2017) การไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Akter et al., 2012; ชวนนท์ อิ่มอาบ, 2019) และการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (Dongkaew & Taneepanichskul, 2014) รวมทั้ง ปัจจัยทางสุขภาพ แม้ว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคที่ไม่ทราบพยาธิกำเนิด แต่ก็มีรายงานว่าโรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อม (de Winter, Bastiaanse, Hilgenkamp, Evenhuis, & Echteld, 2012; Akter et al., 2012) รวมทั้ง ดัชนีมวลกาย (Akter et al., 2012; สุจิตรา ปัญญา, สุคันธา ศิริ, ดุสิต สุจิรัตน์, ศุภชัย ปิตกุลดั่ง, และนพพร ตันติรังสี, 2559) เป็นต้น

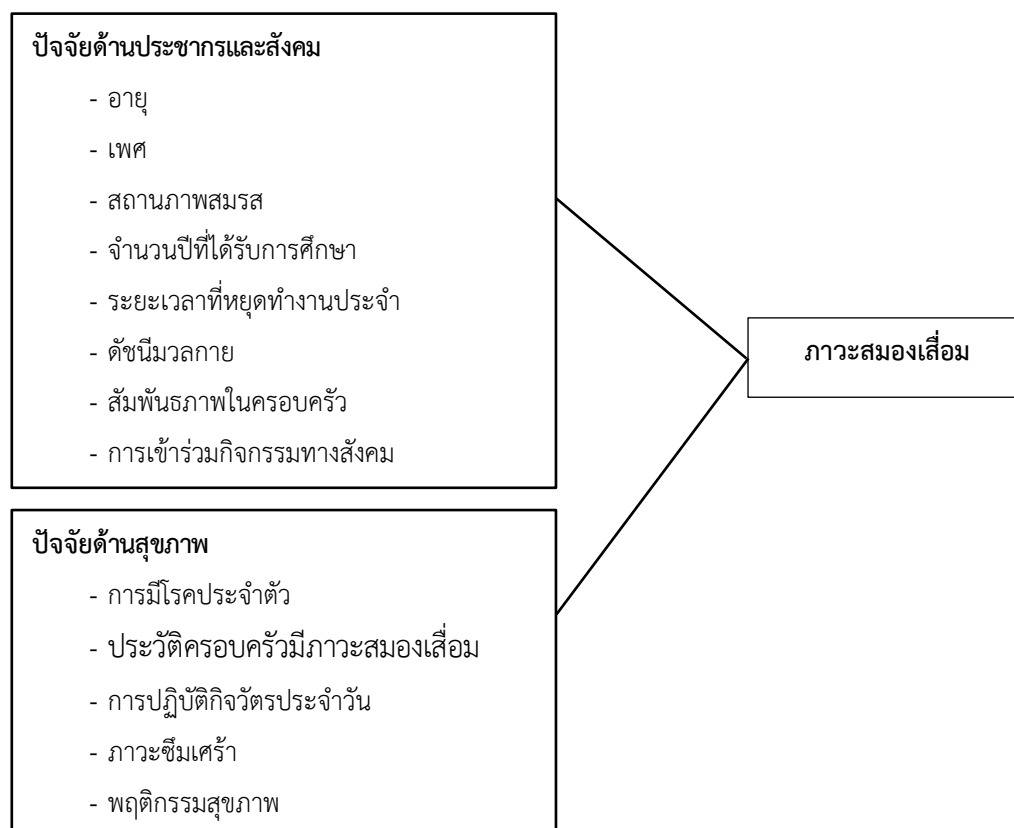
การดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นแบบประคับประคองและได้ผลจำกัด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการพร่องความรู้ ความเข้าใจในการคัดกรอง และพัฒนาศักยภาพสมองเพื่อป้องกัน/ชะลอภาวะสมองเสื่อม จึงทำให้มีอัตราความชุกเพิ่มมากขึ้น (รัตนา พิงเสมา, 2563) ผู้สูงอายุทุกคนควรได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมทุกปี ในรายที่ยังไม่เกิดภาวะสมองเสื่อมควรได้รับกิจกรรมที่ช่วยชะลอการเสื่อมของสมอง ส่วนในรายที่เกิดแล้วควรได้รับกิจกรรมฟื้นฟูการเสื่อมของสมอง (ชัชวาล วงศ์สารี และศุภลักษณ์ พันทอง, 2561) การตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเป็นการป้องกันทั้งในระดับปฐมภูมิคือ การค้นหาผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมรายใหม่ และในระดับทุติยภูมิซึ่งเป็นการตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง ซึ่งเป็นการดำเนินงานตามตัวชี้วัดด้านสุขภาพผู้สูงอายุสุขภาพดี (Healthy aging) ของกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตามการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงดังที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น โดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยงที่สามารถจัดการได้ ในการทำนายภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนยังมีน้อยมาก อีกทั้งการศึกษารังนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งมีรายงานประชากรผู้สูงอายุในช่วงปี พ.ศ. 2559 - 2560 เพิ่มขึ้นร้อยละ 17.78 และ 19.15 ตามลำดับ และถือได้ว่าเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี, 2561) โดยคัดเลือกตัวแปรทำนาย จำแนกเป็นปัจจัยด้านประชากรและทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมสุขภาพ ผลการวิจัยที่ได้สะท้อนถึงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ สามารถนำไปใช้สำหรับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดเพชรบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดเพชรบุรี ใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ซึ่งเป็นแบบทดสอบมาตรฐานของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (รัชนี้ นามจันทรา, 2553) คัดเลือกปัจจัยทำนาย ซึ่งจำแนกออกเป็นปัจจัยด้านประชากรและสังคม ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา ระยะเวลาที่หยุดทำงานประจำ ดัชนีมวลกาย สัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ปัจจัยเหล่านี้ มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ (Akter et al., 2012; DOUNGKAEW & TANEAPANICHSKUL, 2014; ชวนนท์ อิมอาบ, 2019) และปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ การมีโรคประจำตัว ประวัติครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมสุขภาพ (de Winter et al., 2012; Akter et al., 2012; สุจิตรา ปัญญา และคณะ, 2559) ดังภาพกรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive survey) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม – มีนาคม พ.ศ.2560 มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ เป็นผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดเพชรบุรี กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีรายชื่อในฐานข้อมูลผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดเพชรบุรี ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมมาก่อน มีความสามารถในการมองเห็นได้ยิน และสื่อสารภาษาไทยได้ดี และไม่ได้เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงหรือพิการ

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ Logistic regression ตามแนวคิดการเกิดเหตุการณ์ต่อตัวแปร (Event Per Variable: EPV) (Peduzzi, Concato, Kemper, Holford, & Feinstein, 1996) จากสูตร $N = 100 + xi$ โดยที่ x คือ EPV (กำหนดเป็น 10, 20, 30,.....,100 ตามลำดับ) และ i คือ จำนวนตัวแปรทำนาย (Predictors) การวิจัยนี้กำหนดค่า EPV เท่ากับ 10 ตามข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 8.1 (วิชัย เอกพลากร, 2559) คัดเลือกตัวแปรทำนาย 13 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 230 คน สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิโดยสุ่มตำบลและหมู่บ้านในแต่ละอำเภอ ให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละอำเภอๆ ละ 20 – 30 คน จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายจากทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน รายละเอียด ดังนี้

1. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ซึ่งเป็นแบบทดสอบมาตรฐานของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแปลจากแบบทดสอบ Mini-Mental Status Examination ของ Folstein, Folstein, and McHugh (1975, อ้างถึงใน รัชนิ นามจันทร์, 2553) เป็นแบบคัดกรองเพื่อตรวจหาความบกพร่องทางปัญญา (Cognitive impairment) ในด้านการรับรู้เวลาและสถานที่ (Orientation to time and place) ด้านความจำ (Registration and memory) ด้านความตั้งใจและการคำนวณ (Attention and calculation) ด้านความเข้าใจทางภาษาและการแสดงออกทางภาษา (Verbal, written command and writing) และการจำภาพโครงสร้างด้วยตา (Visual construction) ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน การแปลผลคะแนนพิจารณาระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ ในกรณีที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้) ผู้สูงอายุปกติมีคะแนนรวมมากกว่า 14 คะแนน กรณีที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ผู้สูงอายุปกติมีคะแนนรวมมากกว่า 17 คะแนน และในกรณีที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา ผู้สูงอายุปกติมีคะแนนรวมมากกว่า 22 คะแนน

2. แบบสอบถามปัจจัยทำนายภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม จำแนกออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

2.1 ปัจจัยด้านประชากรและสังคม ได้แก่

2.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่หยุดทำงานประจำ การมีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคสมองเสื่อม และการมีโรคประจำตัว ซึ่งเป็นแบบเติมคำและเลือกตอบ

2.1.2 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปฏิสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ตอบใช่ ให้ 1 คะแนน และตอบไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน โดยมีคะแนนระหว่าง 0-15 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ (วิรัช วรรณรัตน์, 2560) ดังนี้

≥ 12 คะแนน หมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับดี

6 - 11 คะแนน หมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับปานกลาง

0 - 5 คะแนน หมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับต่ำ

2.1.3 แบบสอบถามการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม จำนวน 15 ข้อ เป็นความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่สำคัญของครอบครัวและชุมชนอย่างน้อยเพียงใด ได้แก่ ไม่มีเลย (0 คะแนน) เป็นบางครั้ง (1 คะแนน) ค่อนข้างบ่อย (2 คะแนน) โดยมีคะแนนระหว่าง 0-30 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ (วิรัช วรรณรัตน์, 2560) ดังนี้

≥ 24 คะแนน หมายถึง มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในระดับดี

11 - 21 คะแนน หมายถึง มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในระดับปานกลาง

0 - 10 คะแนน หมายถึง มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในระดับต่ำ

2.2 ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่

2.2.1 แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมแพทย์กระทรวงสาธารณสุข มีความเที่ยง .89 เป็นชุดของคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันในระยะ 24 - 48 ชั่วโมง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การสวมใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้ายภายในบ้าน และความสามารถในการควบคุมการขับถ่าย รวม 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (0 - 4 คะแนน) ช่วยเหลือตนเองได้น้อย (5 - 8 คะแนน) ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง (9 - 11 คะแนน) และช่วยเหลือตนเองได้ดี (12 คะแนนขึ้นไป)

2.2.2 แบบสอบถาม Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย ซึ่งเป็นแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาวไทย (สฤณีพงศ์ แซ่หลี่ และปิยะภัทร เดชพระธรรม, 2560) จำนวน 9 ข้อ เป็นการสอบถามความถี่ของอาการในแต่ละข้อในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมาว่ามีมากน้อยเพียงใด ได้แก่ ไม่มีเลย (0 คะแนน) มีบางวันแต่ไม่บ่อย (1 คะแนน) มีค่อนข้างบ่อย (2 คะแนน) และมีเกือบทุกวัน (3 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-27 คะแนน มีจุดตัดที่ 10 คะแนน โดยแบบสอบถามมีความไวและความจำเพาะ ร้อยละ 90 และ 89 ตามลำดับ

2.2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เป็นระดับของการปฏิบัติพฤติกรรมตามหลัก 3 อ 2 ส (การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ การสูบบุหรี่ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (1 คะแนน) และปฏิบัติเป็นประจำ (2 คะแนน) โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ (บุญใจ ศรีสถิตย่นารากร, 2553) ดังนี้

≥ 1.34 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูง

0.67 - 1.33 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง

0 - 0.66 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยนี้ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเอง ได้แก่ แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยแบบสอบถามการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .83 และ .81 ตามลำดับ และแบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว มีค่า KR-20 เท่ากับ .78

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย กระบวนการในการเก็บข้อมูล และการเป็นผู้ประสานงาน

2. ประชุมคณะผู้วิจัย เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับรายละเอียดของการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามการวิจัย และการฝึกทดลองการทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จากทะเบียนข้อมูลผู้สูงอายุของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล

4. ประสานงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือผู้นำชุมชน ในการลงพื้นที่เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำการทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นโดยคณะผู้วิจัยอ่านข้อความ/คำสั่งแล้วให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตาม และการอ่านข้อความจากแบบสอบถามการวิจัยและให้ผู้สูงอายุเลือกคำตอบที่ต้องการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ โดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square Test) และวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกหลายตัวแปร (Multiple logistic regression) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยมีเกณฑ์ในการแปลผลขนาดความสัมพันธ์จากค่า Odd Ratio (OR) หรือค่า Exp(B) ดังนี้ (Sperandei, 2014)

ค่า Odd Ratio (OR) หรือ Exp(B) = 1 แสดงว่า ปัจจัยนั้นไม่มีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์

ค่า Odd Ratio (OR) หรือ Exp(B) > 1 แสดงว่า ปัจจัยนั้นเพิ่มโอกาสในการเกิดเหตุการณ์

ค่า Odd Ratio (OR) หรือ Exp(B) < 1 แสดงว่า ปัจจัยนั้นลดโอกาสในการเกิดเหตุการณ์

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ภายใต้ชุดโครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาสถานการณ์และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หมายเลข วพ.พจก.012/2559 ลงวันที่ 2 กันยายน พ.ศ.2559

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 230 คน มีอายุเฉลี่ย 70.02 ปี ($SD = 4.57$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.13 อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 54.78 จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 4-7 ปี ร้อยละ 87.39 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 95.22 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 62.17 มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.21 ($SD = 3.64$) ซึ่งอยู่ในภาวะอ้วนระดับ 1 การประเมินภาวะซึมเศร้า มีคะแนนเฉลี่ย 2.53 ($SD = 2.84$) ซึ่งอยู่ในภาวะปกติ และระยะเวลาที่หยุดทำอาชีพสุดท้ายเฉลี่ย 15.61 ปี ($SD = 18.97$) ความชุกของการเกิดภาวะสมองเสื่อม จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 24.35 พบในเพศหญิงเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.00 ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอายุเฉลี่ย ($M = 73.89, SD = 6.96$) มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ($M = 68.80, SD = 7.35$) รวมทั้ง มีดัชนีมวลกาย คะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า และระยะเวลาที่หยุดทำงานประจำ

เฉลี่ยมากกว่ากลุ่มไม่มีภาวะสมองเสื่อม แต่มีคะแนนเฉลี่ยการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) จำนวน (*n*) และร้อยละ (%) และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดเพชรบุรี

ตัวแปร	รวม (<i>n</i> = 230) <i>M</i> (<i>SD</i>) หรือ <i>n</i> (%)	ภาวะสมองเสื่อม		<i>p</i>
		มี (<i>n</i> = 56)	ไม่มี (<i>n</i> = 174)	
		<i>M</i> (<i>SD</i>) หรือ <i>n</i> (%)	<i>M</i> (<i>SD</i>) หรือ <i>n</i> (%)	
อายุ	70.02 (7.57)	73.89 (6.96)	68.80 (7.35)	.000**
ดัชนีมวลกาย (BMI)	23.21 (3.64)	23.41 (3.99)	23.14 (3.53)	.625
คะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า	2.53 (2.84)	4.68 (3.89)	1.86 (2.01)	.000**
ระยะเวลาที่หยุดทำงานประจำ	15.61 (18.97)	23.54 (28.47)	11.07 (7.26)	.012*
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	15.17 (6.00)	13.03 (5.10)	15.83 (6.12)	.006**
สัมพันธภาพในครอบครัว	13.65 (2.57)	12.53 (2.71)	13.91 (2.48)	.002**
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	19.28 (1.71)	18.39 (2.54)	19.56 (1.23)	.000**
พฤติกรรมสุขภาพ	1.35 (.219)	1.28 (.19)	1.37 (.22)	.004**
เพศ				
ชาย	71 (30.87)	14 (25.00)	57 (32.78)	.178
หญิง	159 (69.13)	42 (75.00)	117 (67.24)	
สถานภาพสมรส				
ไม่ได้อยู่กับคู่สมรส	104 (45.22)	28 (50.00)	76 (43.68)	.321
อยู่กับคู่สมรส	126 (54.78)	28 (50.00)	96 (56.32)	
จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา				
0 - 3	19 (8.26)	12 (21.43)	7 (4.02)	.024*
4 - 7	201 (87.39)	43 (76.79)	158 (91.38)	
≥8	10 (4.35)	1 (1.78)	9 (4.60)	
ประวัติสมองเสื่อมในครอบครัว				
มี	11 (4.78)	2 (3.57)	9 (5.17)	.019*
ไม่มี	219 (95.22)	54 (96.43)	165 (79.83)	
โรคประจำตัว				
มี	143 (62.17)	43 (76.79)	100 (57.47)	.005**
ไม่มี	87 (37.83)	13 (23.21)	74 (42.53)	

**p* < .05, ** *p* < .01

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม 10 ตัวแปร ได้แก่ อายุ จำนวนปีในการศึกษา คะแนนการประเมินภาวะซึมเศร้า ระยะเวลาที่หยุดทำงานประจำ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมสุขภาพ ประวัติครอบครัวมีภาวะ

สมองเสื่อมและการมีโรคประจำตัว ทำการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกหลายตัวแปร (Multiple logistic regression) โดยวิธี Enter พบว่า มี 4 ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายภาวะสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่หยุดทำงานประจำ คะแนนการประเมินภาวะซึมเศร้า และสัมพันธภาพในครอบครัว จึงเลือกตัวแปรทั้ง 4 ตัว เพื่อทำการทดสอบการถดถอยโลจิสติกหลายตัวแปรแบบหลายขั้นตอน

ผลการทดสอบความเหมาะสมของแบบจำลองโดยวิธี Hosmer and Lemeshow Test มีค่าไคสแควร์เท่ากับ 8.78 ($p = .36$) แสดงว่า แบบจำลองมีความเหมาะสม (Sperandei, 2014) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปรทำนายน้อยกว่า .65 (Burns & Grove, 1993) แสดงว่า ตัวแปรทำนายไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง (Multicollinearity) ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสมองเสื่อมคือ อายุ ระยะเวลาที่หยุดทำอาชีพสุดท้าย และคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า ส่วนตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางลบคือ สัมพันธภาพในครอบครัว โดยตัวแปรทั้งหมดมีประสิทธิภาพในการทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 44.20 (Chi-square = 37.13, $p = .00$) เมื่อพิจารณาค่าขนาดความสัมพันธ์ (Odds Ratio: OR) ของปัจจัยทำนาย พบว่า มีค่ามากกว่า 1 ได้แก่ คะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า (OR = 1.45, 95% CI: 1.18 - 1.78) อายุ (OR = 1.10, 95% CI: 1.02 - 1.19) และระยะที่หยุดทำอาชีพสุดท้าย (OR = 1.05, 95% CI: 1.01 - 1.09) ตามลำดับ แสดงว่า เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้โอกาสในการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ส่วนสัมพันธภาพในครอบครัว (OR = .84, 95% CI: .72 - .99) เป็นปัจจัยที่ช่วยลดโอกาสในการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายภาวะสมองเสื่อมจากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบหลายขั้นตอนของตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดเพชรบุรี

ปัจจัยทำนาย	B	S.E.	Wald	Odds Ratio (OR)	95% CI
อายุ	.095	.041	5.481	1.10*	1.02 – 1.19
ระยะที่หยุดทำอาชีพสุดท้าย	.048	.022	4.737	1.05*	1.01 – 1.09
คะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า	.372	.105	12.615	1.45**	1.18 – 1.78
สัมพันธภาพในครอบครัว	-.172	.084	4.219	.84*	.72 – .99
Model Chi-square ($df = 4$) = 37.13, $p = .00$					
Nagelkerke R Square = .442					

* $p < .05$, ** $p < .01$

อภิปรายผล

ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดเพชรบุรี โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ซึ่งเป็นแบบทดสอบมาตรฐานของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ผลการคัดกรองพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ มีอายุเฉลี่ย 70.02 ± 4.57 ปี ความชุกของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 24.35 สูงมากถึง 3 เท่า เมื่อเทียบกับข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบอัตราความชุกของ

ภาวะสมองเสื่อมเพียงร้อยละ 8.1 (วิชัย เอกพลากร, 2559) ในขณะที่พบความชุกในตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ร้อยละ 18.6 (อาทิตยา สุวรรณ และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2559) ซึ่งให้เห็นว่า แม้เป็นช่วงปีและใช้เครื่องมือเดียวกันในการคัดกรอง แต่ก็มีอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกัน ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการทั้งโครงสร้างประชากร ความเป็นชุมชนเมืองและชนบท รวมทั้งปัจจัยเสี่ยง เช่น อายุ เพศ ศาสนา ความดันโลหิต และกิจกรรมทางกาย เป็นต้น (Akter et al., 2012) ทั้งนี้ สถานการณ์การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี ถือได้ว่าเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จึงมีโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และส่งผลให้อัตราความชุกเพิ่มขึ้นตามไปด้วยเช่นกัน

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดเพชรบุรี จากค่าขนาดความสัมพันธ์ (Odd Ratio: OR) ของปัจจัยทำนายที่มีค่ามากกว่า 1 ได้แก่ คะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า (OR = 1.45, 95%CI: 1.18 - 1.78) อายุ (OR = 1.10, 95%CI: 1.12 - 1.19) และระยะที่หยุดทำงานประจำ (OR = 1.05, 95%CI: 1.01 - 1.09) ตามลำดับ แสดงว่า เป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะสมองเสื่อม ส่วนสัมพันธ์ภาพในครอบครัว (OR = .84, 95%CI: .72 - .99) เป็นปัจจัยที่ช่วยลดโอกาสในการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ปัจจัยทำนายส่วนใหญ่เป็นเสี่ยงที่สามารถจัดการได้ (Modifiable risks factors) ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ระยะที่หยุดทำงานประจำ และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ยกเว้น อายุ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถจัดการได้ (Non-modifiable risks) ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยจำแนกตามปัจจัยทำนาย ดังต่อไปนี้

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Linnemann and Lang (2020) พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นส่วนหนึ่งในปัญหาทางอารมณ์และจิตใจหรือ Neuropsychiatric symptoms (NPS) ที่พบได้ในภาวะสมองเสื่อมมากกว่าร้อยละ 90 มีรายงานความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระหว่าง 9 - 68% (กอบหทัย สิทธิธรรณ, 2554) ถือได้ว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม (Snowden et al., 2015) โดยที่ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยทำนายหรือเพิ่มความไวต่อภาวะสมองเสื่อม แต่ไม่ใช่ปัจจัยเชิงสาเหตุสำหรับภาวะสมองเสื่อม อีกทั้งอาการซึมเศร้าที่พบมักมีอาการเด่น เพียงแค่ความรู้สึกหมดความสนใจในชีวิตประจำวัน และกิจกรรมที่เคยชื่นชอบ และมีความนับถือตนเองลดลง (Lenoir et al., 2011) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการคัดกรองทั้งสองภาวะนี้ร่วมกัน เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง และดำเนินการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกต่อไป

ปัจจัยทำนายด้านอายุ ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปในทางเดียวกันกับการศึกษาที่ผ่านมา (Chen et al., 2017; สุจิตรา ปัญญา และคณะ, 2559; ชวนนท์ อิมอาบ, 2562) และยืนยันว่าการเพิ่มขึ้นของอายุส่งผลให้มีโอกาสในการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามปัจจัยนี้ เป็นไปตามโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ โดยพบว่าอัตราความชุกเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของช่วงอายุที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 5 ปี (Akter et al., 2012) โดยผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมสูง (Akter et al., 2012; ชวนนท์ อิมอาบ, 2562) ทั้งนี้ ตามทฤษฎีผู้สูงอายุ (Ageing theory) จะมีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น เนื่องจากความเสื่อมถอยในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและหน้าที่ของสมอง มีการฝ่อของเนื้อสมอง ทำให้สมองมีขนาดเล็กลง รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของโปรตีนซึ่งทำหน้าที่ในการเชื่อมต่อของร่างแหเซลล์ประสาท เรียกว่า Aging brain หรือสมองของผู้สูงอายุ (Wahl, et al., 2019) อย่างไรก็ตามการเสื่อมลงของสมองในผู้สูงอายุ

สามารถชะลอความเสื่อมหรือกลับฟื้นคืนมาได้ด้วยการบริหารสมอง (ดาวชมพู นาเควิโร และคณะ, 2560; จารุวรรณ ก้านศรี, ดลใจ จองพานิช, นภัทร เตียอนุกุล, ภัทรวดี ศรีนวล, และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2560; วิณาลัมสกุล, บุรินทร์ เอี่ยมขำ, และบุญยง ขงเสนห์, 2561) ช่วยให้สมองมีการเปลี่ยนแปลงตนเอง (Neuroplasticity) โดยการสร้างส่วนเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาท (Synapse) ส่งผลให้มีการหลั่งสารสื่อประสาท โดยเฉพาะในสมองส่วนที่ควบคุมการรู้และความสามารถทางปัญญาในกลีบสมองส่วน Prefrontal cortex และชะลอภาวะสมองเสื่อมได้ (Lin, Tsai, & Kuo, 2018; D'Antonio et al., 2019) อีกทั้ง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 62.17 ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง โรคเหล่านี้มีอุบัติการณ์ตามอายุที่เพิ่มขึ้นและมีความเกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อม (de Winter et al., 2012)

ระยะเวลาที่หยุดทำงานประจำ เป็นหนึ่งในปัจจัยที่ทำให้โอกาสในการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าหากผู้สูงอายุมีช่วงเวลาที่ว่างเว้นจากการประกอบอาชีพประจำนานมาก ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในการประกอบอาชีพ มีทั้งกิจกรรมทางกายที่มีการเคลื่อนไหว การใช้กำลังกล้ามเนื้อและพลังงาน และกิจกรรมทางปัญญา ซึ่งต้องมีการคิด วางแผนและตัดสินใจ ยิ่งเป็นอาชีพที่มีความซับซ้อนมาก ทำให้มีการพัฒนาทักษะทางปัญญา และลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม (Adam, Bonsang, Grotz, & Perelman, 2013; Dekhtyar et al., 2015) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เกษียณจากการทำงานและอายุที่เริ่มมีภาวะสมองเสื่อม พบว่ายิ่งเกษียณจากการทำงานช้า จะยืดระยะเวลาในการปรากฏอาการเริ่มแรกของภาวะสมองเสื่อมยาวนานขึ้น อย่างไรก็ตามต้องคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น ลักษณะความซับซ้อนของอาชีพ ระยะเวลาประกอบอาชีพ และรูปแบบการเกษียณจากการทำงานร่วมด้วย (Grotz et al., 2015) ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การให้ผู้สูงอายุที่หยุดประกอบอาชีพแล้ว มีเวลาว่างจากกิจกรรมในชีวิต ส่งผลต่อการพร่องทางปัญญา จึงควรจัดกิจกรรมที่ช่วยพัฒนาการทำงานของสมองและชะลอภาวะสมองเสื่อมหลังจากหยุดทำงานประจำ/ประกอบอาชีพหลัก

ปัจจัยด้านด้านสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยที่ช่วยลดโอกาสในการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ทั้งนี้ครอบครัวมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ยังคงรักษาสุขภาพร่างกายและจิตใจ รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า มีศักยภาพและมีความสำคัญต่อครอบครัวและสังคม (ปิ่นนเรศ กาศอุดม, ขนรส อภิญญาลังกร, กัญญ์สิริ จันทรเจริญ, และนิมัสสุรา แว, 2561) ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสำคัญมากขึ้นต่อความเป็นอยู่ที่ดีและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เมื่อเครือข่ายทางสังคมและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุลดลง รวมทั้ง การชะลอความพร่องทางปัญญา แม้ว่าไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับภาวะสมองเสื่อมโดยตรง แต่ก็มีผลการวิจัยที่ศึกษาปัจจัยด้านการคงอยู่ของคู่สมรส ผู้สูงอายุที่เป็นโสด หรือคู่สมรสจากไป มีแนวโน้มของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น (Akter et al., 2012; Chen et al., 2017) อีกทั้ง มีงานวิจัยจำนวนมากที่ให้ความสำคัญกับบทบาทครอบครัวในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม (Edwards et al., 2018)

จากผลการวิจัย ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในระยะแรกสำหรับ ผู้สูงอายุในชุมชน อีกทั้งปัจจัยทำนายโอกาสในการเกิดภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยในการป้องกันภาวะ

สมองเสื่อมนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนเบื้องต้นสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ ในการพัฒนาโปรแกรมชะลอภาวะสมองเสื่อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรในทีมสุขภาพ ควรนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีกิจกรรมทางกาย การส่งเสริมสนับสนุน และการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อชะลอการเสื่อมของสมอง

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

ทำการวิจัยและพัฒนารูปแบบการชะลอภาวะสมองเสื่อมในชุมชน โดยบูรณาการกิจกรรมทางกาย กิจกรรมทางสังคม และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อสุขภาพทางปัญญาของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ์. (2554). ปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD): แนวคิด และการรักษา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(4), 499-462.
- จารุวรรณ ก้านศรี, คลไฉ จงพานิช, นภัทร เตียอนุกุล, ภัทรวดี ศรีนวล, และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2560). ผลของโปรแกรมบริหารสมองต่อการเพิ่มความจำในผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องเล็กน้อย. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(3), 176-187.
- ชวนนท์ อิมอาบ. (2562). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่อง ทางปัญญาในผู้สูงอายุ อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(5), 782-791.
- ชัชวาล วงศ์สารี, และศุภลักษณ์ พันทอง. (2561). ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ: การพยาบาลและการดูแลญาติผู้ดูแล. *วารสาร มฉก.วิชาการ*, 22(43-44), 166-179.
- ดาวชมพู นาคะวิโร, สิรินทร ฉั่นศิริกาญจน, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, อรพรรณ แอบไธสง, ภัทรา สุดสาคร, จารุณี วิทยาจักร, และภัทรพร วิสาจันทร์. (2560). การกระตุ้นความสามารถสมองด้านทักษะการจัดการ ความใส่ใจ ความจำและมิติสัมพันธ์ในผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 62(4), 337-348.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (บ.ก.). (2560). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. นครปฐม: พรินเตอร์.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (บ.ก.). (2562). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561. นครปฐม: พรินเตอร์.

- ปิ่นนเรศ กาศอุดม, ขนรอส อภิญญาสังกร, กัญญ์สิริ จันทร์เจริญ, และนิมิตตสุรา แว. (2561). บทบาทครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(3), 300-310.
- รัชนี นามจันทรา. (2553). การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสาร มจร.วิชาการ*, 4(27), 137-150.
- รัตนา พึ่งเสมา. (2563). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลสมาคมกาชาดไทย*, 13(1), 15-24.
- วิชัย เอกพลากร. (บ.ก.). (2559). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ไซน์.
- วิรัช วรรณรัตน์. (2560). คะแนนสอบและการตัดเกรด. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์*, 2(3), 1-11.
- วีณา ลิ้มสกุล, บุรินทร์ เอี่ยมขำ, และปณณนุช คงเสนห์. (2561). การพัฒนาศักยภาพสมองของผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องในระยะต้น. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 32(3), 1143-1154.
- สถิตย์พงศ์ แซ่หี, และปิยะภัทร เดชพระธรรม. (2560). การศึกษาความตรงเชิงเกณฑ์ของแบบสอบถาม PHQ-9 และ PHQ-2 ฉบับภาษาไทย ในการคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาวไทย. *เวชศาสตร์ฟื้นฟู*, 27(1), 30-37.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2553-2583*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. (2561). *Health Data Center (HDC) กลุ่มรายงานมาตรฐานข้อมูลส่วนบุคคล หมวดประชากร*. สืบค้นจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php.
- สุจิตรา ปัญญา, สุคนธา ศิริ, ดุสิต สุจิรัตน์, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง, และนพพร ตันติรังสี. (2559). ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างการทำกิจกรรมกับภาวะบกพร่องทางปัญญาในผู้สูงอายุ. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 46(1), 95-107.
- อาทิตยา สุวรรณ, และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2559). ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย*, 5(2), 21-32.
- Adam, S., Bonsang, E., Grotz, C., & Perelman, S. (2013). Occupational activity and cognitive reserve: Implications in terms of prevention of cognitive aging and Alzheimer's disease. *Clinical Intervention in Aging*, 8, 377-390.
- Akter, S. F. U., Rani, M. F. A., Nordin, M. S., Rahman, J. A., Aris, M. A. M., & Rathor, M. Y. (2012). Dementia: Prevalence and risk factors. *International Review of Social Sciences and Humanities*, 2(2), 176-184.

- Burns, N., & Grove, S. (1993). *The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization* (2nd ed). Philadelphia, Pennsylvania: W.B.Saunders.
- Chen, L., Wu, Y., Huang, C., Liu, L., Hwang, A., Peng, L., Lin, M., & Chen, L. (2017). Predictive factors for dementia and cognitive impairment among residents living in the veterans' retirement communities in Taiwan: Implications for cognitive health promotion activities. *Geriatrics Gerontology International*, 17(Suppl.1), 7–13.
- D'Antonio, J., SimonPearson, L., Goldberg, T., Sneed, J. R., Rushia, S., Kerner, N., . . . Devanand, D. (2019). Cognitive training and neuroplasticity in mild cognitive impairment (COGIT): Protocol for a two-site, blinded, randomized, controlled treatment trial. *BMJ Open*, 9, e028536.
- de Winter, C. F., Bastiaanse, L. P., Hilgenkamp, T. I., Evenhuis, H. M., & Echteld, M. A. (2012). Cardiovascular risk factors (diabetes, hypertension, hypercholesterolemia and metabolic syndrome) in older people with intellectual disability: Results of the HA-ID study. *Research in developmental disabilities*, 33(6), 1722–1731.
- Dekhtyar, S., Wang, H., Scott, K., Goodman, A., Koupil, I., & Herlitz, A. (2015). A life-course study of cognitive reserve in dementia-from children to old age. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(9), 885-896.
- Doungkaew, P., & Taneepanichskul, S. (2014). Prevalence of dementia among elderly in Taiban sub-district of Samutprakarn province, Thailand. *Journal of Health Research*, 28(3), 151-157.
- Edwards, H. B., Ijaz, S., Whiting, P. F., Leach, V., Richards, A., Cullum, S. J.,... Savović, J. (2018). Quality of family relationships and outcomes of dementia: A systematic review. *BMJ Open*, 8, e015538. doi:10.1136/ bmjopen-2016-015538
- Griffiths, J., Thaikruea, L., Wongpakaran, N., & Munkhetvit, P. (2020). Prevalence of mild cognitive impairment in rural Thai older people, associated risk factors and their cognitive characteristics. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 10(1), 38-45.
- Grotz, C., Letenneur, L., Bonsang, E., Amieva, H., Meillon, C., Quertemont, E.,...ICTUS/DSA group. (2015). Retirement age and the age of onset of Alzheimer's disease: Results from the ICTUS study. *PLoS One*, 10(2), e0115056.
- Jitapunkul. S., Kunanusont, C., & Phoolcharoen, W. (2001). Prevalence estimation of dementia among Thai elderly: A national survey. *The Journal of Medical Association of Thailand*, 84(4), 461-467.

- Lenoir, H., Dufouil, C., Auriacombe, S., Lacombe, J. M., Dartigues, J. F., Ritchie, K., & Tzourio, C. (2011). Depression history, depressive symptoms, and incident dementia: The 3C study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 26(1), 27–38.
- Lin, T., Tsai, S., & Kuo, Y. (2018). Physical exercise enhances neuroplasticity and delays Alzheimer's disease. *Brain Plasticity*, 4(1), 95–110.
- Linnemann, C., & Lang, U. E. (2020). Pathways connecting late-life depression and dementia. *Frontiers in Pharmacology*, 11, e279.
- Peduzzi, P., Concato, J., Kemper, E., Holford, T. R., & Feinstein, A. R. (1996). A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49(12), 1373-1379.
- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., & Ferri, C. P. (2013). The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia*, 9(1), 63-75.
- Sperandei, S. (2014). Understanding logistic regression analysis. *Biochemia Medica*, 24(1), 12-18.
- Snowden, M. B., Atkins, D. C., Steinman, L. E., Bell, J. F., Bryant, L. L., Copeland, C., & Fitzpatrick, A., L. (2015). Longitudinal association of dementia and depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(9), 897-905.
- Wahl, D., Solon-Biet, S. M., Cogger, V. C., Fontana, L., Simpson, S. J., Le Contour, D. G., & Ribeiro, R. V. (2019). Aging, lifestyle and dementia. *Neurobiology of Disease*, 130, e104481.
- World Health Organization. (2019). *Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines*. Geneva: World Health Organization.