



การศึกษาภาวะสมองเสื่อม ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อม
และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ
THE STUDY OF DEMENTIA, KNOWLEDGE AND PREVENTION OF DEMENTIA AND
THE DEMOGRAPHIC DATA IN THE ELDERLY ASSOCIATION OF
ROYAL THAI AIR FORCE NURSING COLLEGE

วัลลภา อันดารา,

Wallapha Undara,

อุบลรัตน์ สิงห์เสนี,

Ubonrat Singhasenee,

ปัทมา วงศ์นิกุล

Pattama Wongnitikul

กองการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ

Education department, Royal Thai Air Force Nursing College

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาภาวะสมองเสื่อม ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อม และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ ตัวอย่างได้แก่ ผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 60 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อมและแบบทดสอบสภาพสมองของไทย (TMSE) โดยมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .92 และ.81 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติขั้นพื้นฐานได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุไม่มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 83.33 มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 11.67 และมีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 5.00 ซึ่งเมื่อพิจารณาองค์ประกอบรายด้านทั้ง 6 ด้าน พบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่มีความบกพร่องด้านการระลึกได้ (recall) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.67

2. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 86.67 มีความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 10.00 และมีความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 3.33

3. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 45.00) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.33) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 31.67) ไม่มีรายได้ และมีรายได้อยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท (ร้อยละ 25.00) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 75.00) และโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 48.89)

คำสำคัญ : ภาวะสมองเสื่อม, ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อม, ข้อมูลส่วนบุคคล, ผู้สูงอายุ

Abstract

The purposes of this research were to study dementia, knowledge and prevention of dementia and demographic data in the elderly association of Royal Thai Air force Nursing College. The samples of this research were 60 elderly in Elderly Association from Royal Thai Air force Nursing College, selected by purposive random sampling. The research instruments were the demographic data questionnaires, Knowledge of dementia Test and Thai Mental State Examination. The reliability of the research instruments were .92 and .81, respectively. Data analysis was done by frequency, percentage.

Major findings were as follows:

1. 83.33% of the elderly had no dementia, 11.67% of the elderly had a high risk of dementia and 5.00% of the elderly had dementia. When each domain was considered, it was found 51.67 % of the elderly had lost of recall memory.

2. 86.67% of the elderly had middle level knowledge and prevention of dementia, 10% of the elderly had low level knowledge of dementia and 3.33% of the elderly had high level knowledge of dementia.

3. 45.00% of elderly is between 60-69 years, 73.33% were women, 31.67% graduated from junior high school, 25.00% did not have income and had an income between 10,001-20,000 baht, 75.00% of the elderly had underlying diseases and 48.89% of those underlying diseases was hypertension.

Keywords : dementia, knowledge and prevention of dementia, demographic data, the elderly

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (dementia) มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น โดยองค์การอนามัยโลก (World health organization: WHO อ้างในสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย, 2550) ได้ประมาณการไว้ว่า ในปี ค.ศ. 2020 จะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกจำนวน 40 ล้านคน และในปี ค.ศ. 2040 จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นเป็น 81 ล้านคน (Ferri et al., 2005) สอดคล้องกับผลการศึกษาของมิลเลอร์ (Miller, 2009) ที่พบว่าอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นแบบทวีคูณ กล่าวคืออัตราความชุกของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมคิดเป็นร้อยละ 7.10 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 14.70 ในกลุ่มอายุ 70-79 ปี และร้อยละ 32.50 ในกลุ่มอายุ 80 ขึ้นไป (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2552) แสดงให้เห็นว่าอายุที่เพิ่มขึ้นจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมด้วย โดยทุกๆ ปี จะมีผู้ป่วยสมองเสื่อมรายใหม่เกิดขึ้นจำนวน 4-6 ล้านคน หรือ 1 รายใน 7 วินาที (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551) นอกจากนี้จากผลการสำรวจจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยพบว่า ในปี ค.ศ. 2015 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยโรคภาวะสมองเสื่อมสูงถึง 229,100 คน และคาดการณ์ไว้ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทยจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 450,200 คน และ 1,233,200 คน ภายในปี ค.ศ. 2020 และปี ค.ศ. 2050 ตามลำดับ (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2553)

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง ที่ทำให้เกิดความเสื่อมถอยของความสามารถด้านการรู้คิดอย่างต่อเนื่อง จากระดับปกติที่เคยเป็นอยู่และค่อนข้างมากเกินกว่าที่พบในคนสูงอายุปกติ (Alzheimer's Association, 2010) โดยมีการเสื่อมของความจำเป็นอาการเด่น ในขณะที่มีสติสัมปชัญญะปกติ (อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ, 2550) โดยอาการสมองเสื่อมในระยะแรกจะพบว่า มีการ

สูญเสียความสามารถของสมองเล็กน้อยด้านความจำ (Amnesic mild cognitive impairment) แต่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ โดยในระยะนี้ผู้ป่วยจะเริ่มรู้ว่าตัวเองผิดปกติและเมื่อไปพบแพทย์จะยังไม่สามารถตรวจพบความผิดปกติที่ชัดเจนได้ แต่จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมได้ (Rosenberg et al., 2006) อาการแสดงมักจะรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยที่อาการในระดับที่รุนแรงมากผู้ป่วยจะสูญเสียความจำอย่างมาก สับสน ไม่รับรู้ เวลา สถานที่ บุคคล ไม่สามารถคิดและตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ไม่พูดหรือพูดไม่รู้เรื่อง กิจวัตรประจำวันบกพร่องและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งความบกพร่องดังกล่าวเป็นผลมาจากสมองถูกทำลาย (Eliopoulos, 2010) กลายเป็นผู้ป่วยหนักที่เรื้อรัง เป็นอัมพาต เคลื่อนไหวไม่ได้ ต้องการการดูแลและความช่วยเหลือจากผู้อื่นตลอดเวลา

ผลจากภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งของผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแล ภาระที่เกิดขึ้นจากโรคสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นตามระยะของโรคที่รุนแรงขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมจะทำให้ผู้สูงอายุมีการเสื่อมในหน้าที่ของการเรียนรู้และเข้าใจปัญหาอย่างรุนแรง ประกอบกับมีปัญหาด้านการสื่อสารเพื่อให้บุคคลอื่นเกิดความเข้าใจ จำไม่ได้ว่าตนพูดหรือทำอะไรไปบ้าง ลืมสิ่งของที่วางไว้ จนเกิดอาการหวาดระแวงว่าคนอื่นจะมาขโมยสิ่งของของตน อาการดังกล่าวนี้ผู้สูงอายุจะไม่สามารถควบคุมอาการของตนได้ เกิดการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ โดยอารมณ์โรคซึมเศร้าจัดเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ (ปัญหานพโสธร และ รังสิมนต์ สุนทรไชยา, 2558) และบางรายอาจมีอาการทางจิต โดยจะพบอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน ซึ่งเป็นอาการทางจิตที่แสดงว่าการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการเกิดโรค (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2551) ส่งผลให้

ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง และจะต้องมีผู้ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด แตกต่างจากอาการในระยะแรกที่สูงอายุจะมีความบกพร่องของความจำระยะสั้นผู้สูงอายุจำเหตุการณ์เก่า ๆ ได้ดีกว่าเหตุการณ์ที่เพิ่งจะเกิดขึ้น และยังสามารถดูแลตนเองตลอดจนยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ส่วนอาการในระยะที่ 3 นั้นเป็นระยะสุดท้ายของโรค สติปัญญาจะเสื่อมถอยลงอย่างมากมีอาการสับสนมากตัดสินใจไม่ได้ และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองแสดงให้เห็นถึงการดำเนินโรคที่เรื้อรัง ยากต่อการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ (Alzheimer) เป็นกลุ่มโรคอันดับ 5 ที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป (American Speech Language Hearing Association: ASHA, 2015)

จะเห็นได้ว่าโรคสมองเสื่อมเป็นปัญหาที่สำคัญและเป็นปัญหาใหญ่ระดับประเทศ ที่มีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ การเมืองและการสาธารณสุข และที่สำคัญโรคสมองเสื่อมจะเป็นปัญหาในอนาคตอันใกล้ของประเทศไทยเช่นกัน เนื่องจากคนไทยมีอายุที่ยืนยาวขึ้น หากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมแล้วจะส่งผลกระทบต่อความผาสุกในชีวิต ทั้งของผู้สูงอายุบุคคลในครอบครัว ตลอดจนญาติผู้ดูแล ทั้งนี้เนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบัน ข้อมูลในการรักษาโรคสมองเสื่อมให้หายขาดนั้นยังไม่มีวิธีการที่ชัดเจน มีเพียงแต่ข้อมูลในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันหรือชะลอการเสื่อมของสมอง อย่างไรก็ตาม โรคสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นจากโรคทางกาย เช่น โรคหลอดเลือดตีบ อันมีสาเหตุจากโรคความดันโลหิตสูง ไขมันและน้ำตาลในเลือดสูงนั้น ถ้าสามารถรักษาโรคทางกายดังกล่าวได้ อาจช่วยป้องกันโรคสมองเสื่อมหรือชะลอความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมได้ ฉะนั้นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมอันมีสาเหตุมาจากโรคทางกายนั้น หากได้รับการวินิจฉัยและการรักษาได้อย่างทันท่วงทีหรือได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะแรกเริ่มซึ่ง

มีความรุนแรงของโรคน้อย จะสามารถชะลอความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมได้ และจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องและเป็นตัวทำนายภาวะสมองเสื่อมได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพหรือโรคทางกาย และปัจจัยเสี่ยงทางกรรมพันธุ์ (พัชรภรณ์ ไชยสังข์ และคณะ, 2556) โดยอายุที่เพิ่มมากขึ้นจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นด้วย ส่วนปัจจัยเรื่องเพศนั้นพบว่า เพศหญิงมีโอกาสเกิดโรคสมองเสื่อมได้มากกว่าเพศชายทั้งนี้เพราะว่าเพศหญิงมีอายุยืนกว่าเพศชายหรือมีความผิดปกติของฮอร์โมนร่วมด้วย (นนทชา แหวนหล่อ, 2555) นอกจากนี้ยังพบอาการสมองเสื่อมในผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง และพบว่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม และที่สำคัญปัจจัยด้านภาวะสุขภาพหรือโรคทางกาย พบว่าอาการสมองเสื่อมจะพบมากขึ้นในผู้ป่วยที่มีภัยอันตรายของสมองผู้ป่วยที่เป็นโรคเส้นเลือดตีบ โรคหัวใจขาดเลือด และโรคไขมันในเส้นเลือดสูง

ชมรมผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศกรมแพทย์ทหารอากาศ มีสมาชิกส่วนใหญ่เป็นข้าราชการของกองทัพอากาศ ที่เกษียณอายุราชการแล้ว บางส่วนเป็นครอบครัวของข้าราชการกองทัพอากาศ และมีจำนวนหนึ่งที่เป็นพลเรือน มีสมาชิกที่ลงทะเบียนเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุและเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอจำนวน 70 คน ซึ่งปัจจุบันสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ นับวันจะมีอายุเพิ่มขึ้น หลาย ๆ ท่านมีปัญหาด้านสุขภาพทางกาย มีโรคประจำตัวที่จะต้องได้รับการรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่องฉะนั้นการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศในครั้งนี้ เพื่อค้นหาและคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และเป็นแนวทางในการพัฒนาเป็นโปรแกรมการ

ส่งเสริมความรู้และป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลในผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ
2. เพื่อศึกษาความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ
3. เพื่อศึกษาภาวะสมองเสื่อมของในผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ

ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในวิจัยแบ่งเป็น 3 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อม เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบแบบถูกผิดที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำมาปรับปรุงข้อคำถามให้ถูกต้องตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญแล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .87 และมีค่าความเที่ยงแบบคูเตอร์ริชาร์ดสัน เท่ากับ .81 ส่วนที่ 3 แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) ของ นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ (2536) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม โดยวัดการรับรู้ทางเขาวนัญญาทั้ง 6 ด้านคือ ด้านการรับรู้เวลาสถานที่บุคคล (orientation) ด้านความจำ (registration) ความตั้งใจ (attention) ด้านการคำนวณ

(calculation) ด้านภาษา (language) และด้านการระลึกได้ (recall) มีค่าความไว (sensitivity) เท่ากับร้อยละ 87 และค่าความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 87 และทดสอบความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .92

การพิทักษ์สิทธิ์ ผู้วิจัยขอความร่วมมือชี้แจงขั้นตอนการวิจัยและ การเก็บรวบรวมข้อมูลบอกวัตถุประสงค์การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับรวมทั้งสิทธิ์ในการยกเลิกหรือการถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ เพื่อผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามยินยอมด้วยความสมัครใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึง ประธานชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศและผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตและผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว จึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วน และวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติบรรยายในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะสมองเสื่อม และความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมด้วยค่าร้อยละ และแจกแจงความถี่

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 45) รองลงมาคืออายุ 70-79 ปี (ร้อยละ 41.67) เป็นเพศหญิงมากที่สุด จำนวน 47 คน (ร้อยละ 78.33) จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช. จำนวน 19 คน (ร้อยละ 31.67) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. จำนวน 17 คน (ร้อยละ 28.33) รายได้อยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท จำนวน 15 คน (ร้อยละ 25) และไม่มีรายได้จำนวน 15 คน (ร้อยละ 25)

ตัวอย่างเพศหญิงมีโรคประจำตัวจำนวน 34 คน และเพศชายที่มีโรคประจำตัว จำนวน 11 คน รวมจำนวนเพศหญิงและชายที่มีโรคประจำตัว จำนวน 45 คน (ร้อยละ 75) โรคความดันโลหิตสูง มากที่สุด โดยเพศหญิงเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 15 คน และเพศชายเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 7 คน รวมเพศหญิงและชายที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 22 คน (ร้อยละ 48.89) รองลงมาคือ โรคเบาหวาน รวมเพศหญิงและเพศชายที่เป็นโรคเบาหวานจำนวน 8 คน (ร้อยละ 17.79)

ในส่วน of ข้อมูลภาวะสมองเสื่อมนั้น พบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 50 คน (ร้อยละ 83.33) มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม จำนวน 7 คน (ร้อยละ

11.67) และมีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 3 คน แต่เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลภาวะสมองเสื่อมจำแนกเป็นรายด้านแล้ว พบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่มีความบกพร่องด้านการระลึกได้ (recall) มากที่สุด จำนวน 31 คน (ร้อยละ 51.67) รองลงมาคือ บกพร่องด้านการคำนวณ (calculation) จำนวน 28 คน (ร้อยละ 46.67)

นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อมของตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 52 คน (ร้อยละ 86.67) รองลงมามีคะแนนความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมอยู่ในระดับน้อย จำนวน 6 คน (ร้อยละ 10) ดังแสดงในตาราง 1-6

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของตัวอย่างจำแนกตามอายุ เพศ ระดับการศึกษา และรายได้ (n = 60)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
60-69 ปี	27	45.00
70-79 ปี	25	41.67
ตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป	8	13.33
เพศ		
หญิง	47	78.33
ชาย	13	21.67
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	8	13.33
มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช.	19	31.67
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส.	17	28.33
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	12	20.00
สูงกว่าปริญญาตรี	4	6.67
รายได้		
ไม่มีรายได้	15	25.00
น้อยกว่า 5,000 บาท	11	18.33
5,000-10,000 บาท	5	8.34

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
10,001-20,000 บาท	15	25.00
20,001-30,000 บาท	11	18.33
มากกว่า 30,000 บาท	3	5.00

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของตัวอย่างจำแนกตามเพศและโรคประจำตัว (n = 60)

ภาวะสุขภาพ	เพศ		รวม (คน)	ร้อยละ
	หญิง (คน)	ชาย (คน)		
มีโรคประจำตัว	34	11	45	75.00
ไม่มีโรคประจำตัว	13	2	15	25.00

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของตัวอย่างจำแนกตามชนิดของโรคประจำตัว (n = 45)

โรคประจำตัว	เพศหญิง		เพศชาย		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคความดันโลหิตสูง	15	33.33	7	15.56	22	48.89
โรคเบาหวาน	5	11.11	3	6.68	8	17.79
โรคไขมันในเลือดสูง	6	13.33	-	-	6	13.33
โรคหัวใจ	3	6.67	1	2.22	4	8.89
โรคไทรอยด์	2	4.44	-	-	2	4.44
โรคพาร์กินสัน	1	2.22	-	-	1	2.22
อื่นๆ เช่น โรคภูมิแพ้ โลหิตจาง	2	4.44	-	-	2	4.44

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของตัวอย่างจำแนกตามคะแนนการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (n = 60)

การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คะแนน 0 - 23 (มีภาวะสมองเสื่อม)	3	5.00
คะแนน 24 - 26 (มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม)	7	11.67
คะแนน 27 - 30 (ไม่มีภาวะสมองเสื่อม)	50	83.33

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของตัวอย่างจำแนกตามภาวะสมองเสื่อม 6 ด้าน (n = 60)

การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านการรับรู้ (Orientation)	9	15.00
ด้านการจดจำ (Registration)	3	5.00
ด้านความใส่ใจ (Attention)	5	8.33
ด้านการคำนวณ (Calculation)	28	46.67
ด้านภาษา (Language)	3	5.00
ด้านการระลึกได้ (Recall)	31	51.67

หมายเหตุ : (ตัวอย่าง 1 คน อาจมีความบกพร่องได้มากกว่า 1 ด้าน)

ตาราง 6 คะแนนความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อมของตัวอย่าง (n = 60)

คะแนนความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม	จำนวน	ร้อยละ
คะแนน 0 – 5 (ระดับน้อย)	6	10.00
คะแนน 6 – 10 (ระดับปานกลาง)	52	86.67
คะแนน 11 – 15 (ระดับมาก)	2	3.33

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมได้ เนื่องจากตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีโรคประจำตัว ซึ่งโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง ตามลำดับ สอดคล้องกับผลการสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชนชาวไทยในระหว่างปี พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2552 ที่พบว่าภาวะสมองเสื่อมในเพศหญิง ร้อยละ 15 และเพศชายร้อยละ 8.90 (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2552) ทั้งนี้เนื่องจากเพศหญิงเมื่อเข้าสู่วัยทองระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) ลดต่ำลง การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน มีผลกระทบต่อสมอง ส่งผลให้เกิดปัญหาหลงลืม ความจำเสื่อม และภาวะสมองเสื่อมตามมา(รัชนิ

นามจันทรา, 2553) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของวอลเตอร์และคณะ (Rocca et al., 2011) ที่ได้ศึกษาอัตราอุบัติการณ์ (incidence) และอัตราชุก (prevalence) ของโรคสมองเสื่อม (dementia) และความบกพร่องด้านการรู้คิด (cognitive impairment) ของผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกา

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยเรื่องโรคหัวใจ (heart disease) และโรคหลอดเลือดหัวใจ (cardiovascular disease) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมและความบกพร่องด้านการรู้คิดเพิ่มขึ้น ทั้งในส่วนของอัตราอุบัติการณ์และอัตราชุก โดยปัจจัยเรื่องโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดนี้หมายถึงรวมถึงโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อรวรรณ คุหา และคณะ (2551) ที่พบว่าสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมมีทั้งสาเหตุ

ปฐมภูมิ (primary dementia) และสาเหตุทุติยภูมิ (secondary dementia) โดยสาเหตุปฐมภูมิ เกิดขึ้นจากการเสื่อมสลายของเซลล์ประสาท ซึ่งไม่สามารถรักษาได้ (non-treatable dementia) ส่วนสาเหตุทุติยภูมินั้นสามารถรักษาได้ (treatable dementia) โดยมีสาเหตุมาจากปัญหาของหลอดเลือด (vascular dementia) เช่น เส้นเลือดตีบ ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ ซึ่งถ้าสามารถรักษาโรคดังกล่าวได้ จะส่งผลให้ความเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อมลดลงได้

ในส่วนของผลการศึกษาความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อม พบว่าตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมได้สูง เนื่องจากตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง และระดับน้อย ซึ่งการมีความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อมจะช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ และตัดสินใจแสดงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (Good, 1973 อ้างใน แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ และ ปวีณาแสงผล, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับกรมสุขภาพจิต (2554) ได้ศึกษาแนวปฏิบัติเรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กล่าวว่า การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ อาหารที่มีส่วนช่วยบำรุงสมองจะช่วยเพิ่มการทำงานของสมองและช่วยลดการเสื่อมของสมองได้ นอกจากนี้ การดูแลสุขภาพโดยหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การผ่อนคลายความเครียด การใช้ความคิดและร่วมกิจกรรมทางสังคมจะช่วยกระตุ้นการทำงานของสมอง จัดเป็นการป้องกันภาวะสมองเสื่อมระดับปฐมภูมิ (primary prevention) และการป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) โดยการคัดกรองหาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเล็กน้อยเกี่ยวกับความสามารถของสมอง (mild cognitive impairment) เพื่อที่จะชะลอการเกิดโรคอัลไซเมอร์ (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล,

2552) นอกจากนี้ยังพบว่า พฤติกรรมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกายเป็นเวลา 30 นาที เป็นประจำ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จะช่วยลดความเสี่ยงในการเป็นโรคสมองเสื่อมได้ โดยการออกกำลังกายช่วยควบคุมความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดในสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเส้นเลือด ซึ่งโรคดังกล่าวเป็นสาเหตุของโรคสมองเสื่อมที่สามารถรักษาได้ (Cristina, Nelles, & Pientka, 2010)

นอกจากนี้ยังพบว่าตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมได้ ถึงแม้ว่าจากผลการศึกษจะไม่พบภาวะสมองเสื่อมของตัวอย่าง แต่เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลภาวะสมองเสื่อมจำแนกเป็นรายด้านแล้ว พบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่มีความบกพร่องด้านการระลึกได้ (recall) มากที่สุด รองลงมาคือ บกพร่องด้านการคำนวณ (calculation) แสดงให้เห็นว่าตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมได้ เนื่องจากความบกพร่องด้านการระลึกได้ ที่พบในตัวอย่างนี้ เป็นลักษณะอาการเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมในระยะแรก โดยลักษณะการดำเนินของโรคในห้วงเวลานี้ เรียกว่า การสูญเสียความสามารถทางสมองเล็กน้อย (mild cognitive impairment) กล่าวคือ ผู้สูงอายุจะสูญเสียความจำระยะสั้น (immediate memory) หรือความจำเฉพาะหน้า ลืมเรื่องราวที่เพิ่งเกิดขึ้น แต่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และยังไม่มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว ไม่มีอาการสับสนและอาการตัดสินใจไม่ได้เหมือนอาการของโรคสมองเสื่อมในระยะปานกลาง และระยะรุนแรง (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2555; Leifer, 2009) ดังการศึกษาของ Brook & Loewenstein (2010) อ้างใน อรพรรณ แอบโธสง (2553) ได้ศึกษาแนวโน้มในปัจจุบันและอนาคตเรื่องเกณฑ์การประเมินพัฒนาการของโรคสมองเสื่อม จากภาวการณ์สูญเสียความสามารถของทางสมอง สู่วภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ พบว่า การสูญเสียความสามารถทางสมองเล็กน้อยด้านความจำ

(amnesic mild cognitive impairment) มีส่วนสำคัญที่จะบ่งชี้การดำเนินโรคเข้าสู่โรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ได้ แต่เกณฑ์ดังกล่าวนี้จะต้องได้รับการตรวจเช็คทางสมองซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง ผลการวิจัยดังกล่าวยังสอดคล้องกับการศึกษาของ โรเซนเบิร์กและคณะ (Rosenberg et al., 2006) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับการรักษาขั้นพื้นฐานแก่ผู้ที่มีความบกพร่องของการสูญเสียความสามารถทางสมอง พบว่าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสูญเสียความสามารถของสมองเล็กน้อยด้านความจำ ถึงแม้จะยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความเสื่อมถอยทางสมองจะเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาไปสู่การเป็นสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ผลจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างจากการวิจัยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อม จึงควรให้ความสำคัญกับการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงของโรคสมองเสื่อม
2. เนื่องจากผลจากการวิจัยพบว่า ภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นปัญหาด้านการระลึกได้และการคิดคำนวณ ดังนั้นควรพัฒนาโปรแกรมที่จะช่วยส่งเสริมและพัฒนาความสามารถด้านการระลึกได้และการคิดคำนวณให้มากกว่าด้านอื่นๆ
3. ผลการวิจัยนี้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะสมองเสื่อม
4. เป็นแนวทางในการพัฒนาเป็นโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2554). บทความด้านสุขภาพจิตและจิตเวช: 10 วิธีหนีสมองเสื่อม. *นิตยสาร Health today*, 10(118), 22.
กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2536). แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย. *สารสิริราช (Siriraj Hospital Gazette)*, 45(6), 359-374.

นนทха แหวนหล่อ. (2555). โรคอัลไซเมอร์: ภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุและแนวโน้มสถานการณ์โรคในประเทศไทย. สืบค้นได้จาก <http://www.bangkokhealth.com>
ปวีณา นพโสตร และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2558). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 7(1), 84-94.
พัชรภณท์ ไชยสังข์, นุชจรีรัตน์ ชูทองรัตน์, และ ปัญญกรณ์ ยะเกษม. (2556). ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน. *คณะพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา*. สืบค้นได้จาก <http://www.stic.ac.th>
มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2555). *จิตเวชศาสตร์รามธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล.
รัชนิ นามจันทร์. (2553). การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*, 27(14), 137-150.
วิชัย เอกพลากร, เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล, หทัยชนก พรหมเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเกล้า, และ กนิษฐา ไทยกล้า. (2552). *สำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2*. กรุงเทพฯ: เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์จำกัด.
วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2552). *ตำราอายุรศาสตร์: การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
สมศักดิ์ ชุนห์รัมย์. (2553). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและการพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย. (2550). *วิธีการรักษาโรคสมองเสื่อม*. สืบค้นได้จาก <http://www.azthai.org/article/a03.html>
สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. (2551). *ตำราเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.
อรพรรณ แอบไธสง. (2553). *การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการฝึกความจำในผู้สูงอายุสมองเสื่อม* (วิทยานิพนธ์พยาบาล-ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล).
อรรถพรณ์ คูหา และคณะ. (2551). *โครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์*. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ. (2550). Mild cognitive impairment. *คลินิก* 2550, 23, 543-552.
แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ และ ปวีณา แสงผล. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว อ.ลาดหลุมแก้ว จ.ปทุมธานี. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 9(2), 130-142.

- Alzheimer's Association. (2010). Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's Dement*, 6(2), 158-194.
- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). (2015). *Incidence and prevalence of dementia*. Retrieved from <http://www.asha.org/policy>
- Eliopoulos, C. (2010). *Gerontological Nursing* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ferri, C. P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., ... Scazufca, M. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *The Lancet Journal*, 366(9503), 2112-2117.
- Leifer, B. P. (2009). Alzheimer's disease: Seeing the signs early. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21, 588-595.
- Cristina, M., Nelles, G., & Pientka, L. (2010). Prevention of dementia: Focus on lifestyles. *International Journal of Alzheimer's disease*, 2010. Retrieved from [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/ PMC 2915647](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC 2915647).
- Miller, C. A. (2009). *Nursing for Wellness in Older Adults* (5th ed.). New York: Lippincott.
- Rosenberg, P. B., Johnston, D., & Lyketsos, C. G., (2006). A clinical approach to mild cognitive impairment. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1884-1890.
- Rocca, W. A., Petersen, R. C., Knopman, D. S., Hebert, L. E., Evans, D. A., Hall, K. S., ... White, L. R. (2011). Trends in the incidence and prevalence of Alzheimer's disease, dementia, and cognitive impairment in the United States. *Alzheimers Dement*, 7(1), 80-93.