

ความชุกและปัจจัยทำนายภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่อาศัยในชุมชน Prevalence and predicting factors of dementia among Hmong older adults residing in the community

Corresponding author E-mail:

kanchanap@go.buu.ac.th*

(Received: September 1, 2025;

Revised: December 20, 2025;

Accepted: December 28, 2025)

สาธิตา สืบทายาท (Sathita Suephayat)¹

พรชัย จุลเมตต์ (Pornchai Jullamate)¹

วัชรดา ตาบุตรวงศ์ (Watchara Tabootwong)¹

จตุรดา จริยารัตนกุล เนียมเทศ (Jaturada Jariyaratnakul Niemtest)¹

หฤษฎ์ เชียงหว่อง (Harit Sianghwong)¹

กาญจนา พิบูลย์ (Kanchana Piboon)^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่อาศัยในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง ที่มีอายุตั้งแต่ 60-80 ปี อาศัยอยู่ในชุมชนของประเทศไทยจำนวน 543 คน สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสภาพสมองของไทย แบบสัมภาษณ์ความเครียดในผู้สูงอายุไทย แบบสัมภาษณ์คุณภาพการนอนหลับของพิตส์เบิร์ก และแบบสัมภาษณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .829, .890, .764 และ .802 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งมีความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 85.60 และปัจจัยทำนายการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่า อายุ ($\beta = -.368$) ภาวะซึมเศร้า ($\beta = -.187$) คุณภาพการนอนหลับ ($\beta = -.149$) และดัชนีมวลกาย ($\beta = -.083$) สามารถร่วมทำนายการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่อาศัยอยู่ในชุมชนได้ ร้อยละ 28 ($R^2 = .280$ $p < .05$)

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า อายุ ภาวะซึมเศร้า คุณภาพการนอนหลับและดัชนีมวลกาย เป็นปัจจัยต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นผู้ให้บริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับผลของปัจจัยดังกล่าว และนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมและการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งต่อไป

1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Faculty of Nursing, Burapha University

สำคัญ: ภาวะสมองเสื่อม, ภาวะซึมเศร้า, คุณภาพการนอนหลับ, ดัชนีมวลกาย, ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง

ABSTRACT

This predictive research aimed to study the prevalence and predictive factors of dementia among Hmong older adults residing in community settings. The sample consisted of 543 Hmong older adults aged between 60 and 80 years who lived in communities in Thailand. Multistage random sampling was used in this study. Data were collected using a personal information questionnaire, the Thai Mental State Examination (TMSE), the Thai Geriatric Depression Scale, the Pittsburgh Sleep Quality Index and the Activities of Daily Living. The Cronbach's alpha coefficients were .829, .890, .764 and .802 respectively. Data were analyzed using descriptive statistic and stepwise multiple linear regression.

The findings revealed that the prevalence of dementia among Hmong older adults was 85.60%. The factors that affect the dementia among Hmong older adults were age ($\beta = -.368$), depression ($\beta = -.187$), sleep quality ($\beta = -.149$), and body mass index ($\beta = -.083$). These four factors explained 28 % of the variance for dementia ($R^2 = .280$ $p < .005$).

This study highlights that age, depression, sleep quality, and body mass index are significant predictors of dementia. The findings provide important evidence for healthcare providers to should consider the effects of these contributing factors on dementia among Hmong older adults and use it as a basic information for conducting health promotion and preventive programs to reduce the risk of dementia among Hmong older adults living in community.

Keywords: Dementia, Depression, Sleep quality, BMI, Mhong older adults

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันทุกประเทศในโลกมีสัดส่วนและขนาดของประชากรของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยพบว่าในปี ค.ศ. 2020 ทั่วโลกมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1 พันล้านคน ภายในปี ค.ศ. 2030 จะพบ 1 ใน 6 คนในโลกเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และภายในปี ค.ศ. 2050 จะเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 พันล้านคน (World Health Organization [WHO], 2025) ส่วนในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566 มีประชากรผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งหมด 13,064,929 คน คิดเป็น ร้อยละ 20.08 ของประชากรทั้งหมด (Department of Older Persons, 2023) และคาดว่าในอีก 20 ปีข้างหน้าประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีอัตราการเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 4 ต่อปี ส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปจะมีอัตราการเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 7 ต่อปี (Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute, 2021) จากการที่ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั่วทั้งร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะแทรกซ้อนและปัญหาทางสุขภาพ จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2025) พบว่ามีผู้สูงอายุทั่วโลกประมาณ 55 ล้านคน มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุในแต่ละประเทศที่เพิ่มขึ้นจึงคาดว่าจำนวนผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มเป็น 78 ล้านคนในปี 2030 และ 139 ล้านคนในปี 2050 ส่วนในประเทศไทยพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมโดยเฉลี่ยร้อยละ 2 ถึง 10 (Anundilokrit, 2021) ซึ่งภาวะสมองเสื่อมส่งผลต่อแต่ละบุคคลแตกต่างกัน เมื่อการดำเนินโรครุนแรงเพิ่มมากขึ้นทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้สิ่งรอบตัวและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ถูกทารุณกรรม และถูกทอดทิ้งให้อยู่ลำพัง (Limpawatana, 2018; Wongsaree, 2017)

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การสูบบุหรี่ การดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย ดัชนีมวลกาย โรคเรื้อรัง การนอนหลับ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้ที่ไม่มียปัจจัยดังกล่าว (Bich et al., 2019; Tantanokit et al., 2021; Sommerlad et al., 2018; Ford et al., 2018; Imarb, 2019; Duangchan et al., 2020; Pibanwong et al., 2018; Rittichuai et al., 2020; Jeong et al., 2023) เนื่องจากระบาดวิทยาของภาวะสมองเสื่อมมักแตกต่างกันไปตามสภาพแวดล้อม เพื่อให้เข้าใจปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมได้ดียิ่งขึ้นจึงแบ่งปัจจัยออกเป็น 2 กลุ่ม ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสุขภาพ

ที่ผ่านมาแม้ว่าจะมีการศึกษาความชุกของการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในหลากหลายพื้นที่และหลากหลายบริบท แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีการศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่อาศัยในชุมชน ในประเทศไทย ทั้งนี้ส่วนหนึ่งกลุ่มชาติพันธุ์ม้งเป็นคนไทยที่อาศัยในพื้นที่ราบสูงและอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ประกอบกับการเข้าถึงบริการสุขภาพจากผู้ให้บริการสุขภาพได้ยาก แม้ศูนย์สาธารณสุขได้มีการจัดเจ้าหน้าที่เข้าไปดูแลแต่มีอุปสรรคในเรื่องภาษา (Rattanasuwan, 2019) ซึ่ง

การไม่ได้รับการตรวจคัดกรองหรือการประเมินภาวะสมองเสื่อมส่งผลทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งขาดโอกาสในการได้รับการดูแลได้อย่างเหมาะสม ทันทีทันใด จากการที่ภาวะสมองเสื่อมระยะแรกอาการแสดงจะค่อยเป็นค่อยไปจึงมักถูกมองข้าม และในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาภาวะสมองเสื่อมให้หายขาด (WHO, 2025) ทั้งนี้กรณีที่ไม่ได้รับวินิจฉัยโรคและการดูแลในช่วงแรกจะส่งผลให้มีการดำเนินไปสู่ระยะท้ายของโรค เมื่อความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความตั้งใจ ความจำ การรับรู้ และพฤติกรรม ส่งผลให้ความสามารถเชิงปฏิบัติลดลง มีภาวะทุพพลภาพหรือภาวะพึ่งพิงมากขึ้น (Limpawatana, 2018) จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุในชุมชนม้งแห่งหนึ่งในประเทศไทย พบว่าการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งส่วนใหญ่เป็นการตั้งรับที่มุ่งเน้นการดูแลโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน หรือ โรคความดันโลหิตสูง ประกอบกับสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่รับผิดชอบมีจำนวนมากส่งผลให้ไม่มีการคัดกรองหรือประเมินภาวะสมองเสื่อม รวมถึงไม่มีการดูแลที่จำเพาะสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งในพื้นที่

ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ ตระหนักถึงความสำคัญของการเกิดภาวะสมองเสื่อม จึงมีความสนใจเป็นอย่างยิ่งที่จะศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่อาศัยในชุมชนในประเทศไทย ซึ่งผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางด้านสุขภาพที่นำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริม ป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งกลุ่มที่มีภาวะสมองปกติและกลุ่มเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

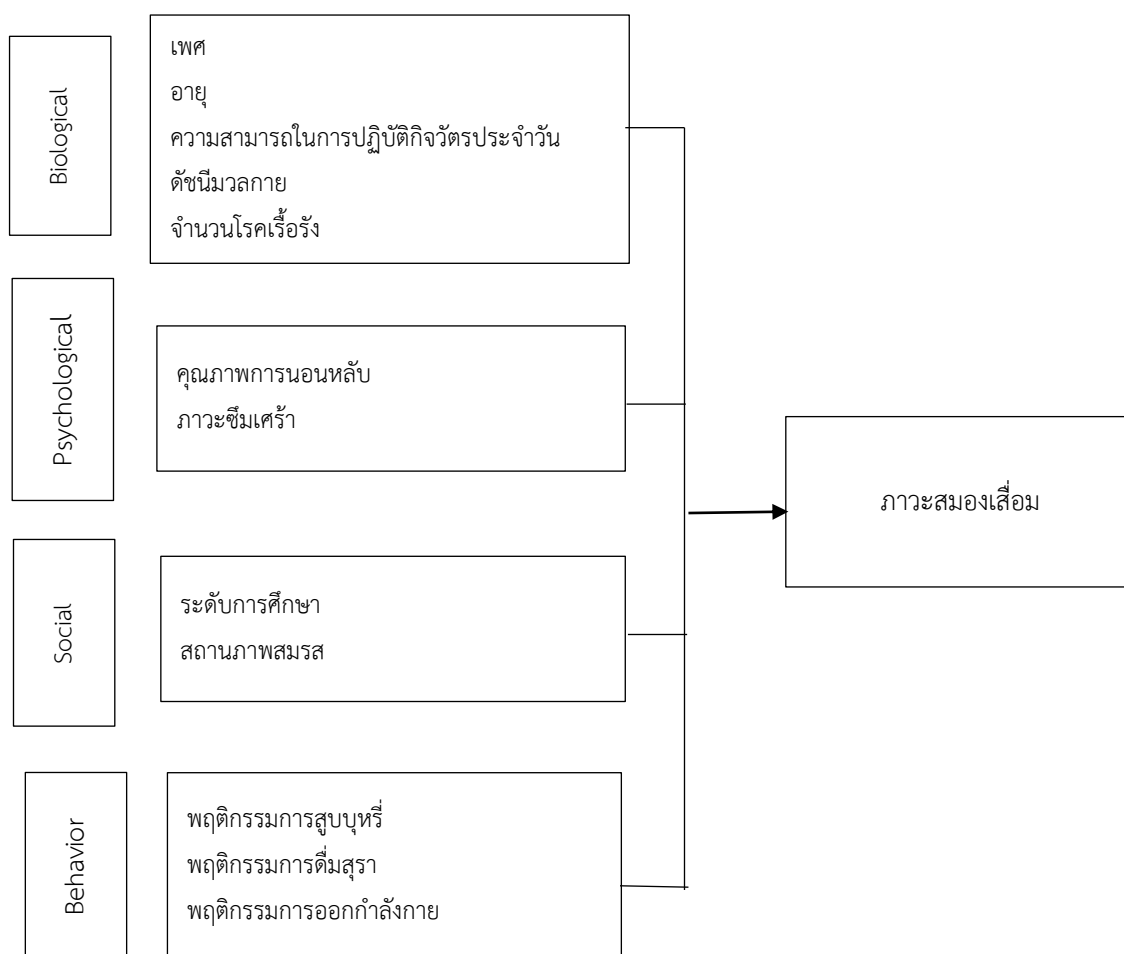
1. เพื่อศึกษาความชุกภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่อาศัยอยู่ในชุมชน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่อาศัยอยู่ในชุมชน

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยทางด้านชีววิทยา (เพศ อายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีมวลกาย จำนวนโรคเรื้อรัง) ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา (คุณภาพการนอนหลับ ภาวะซึมเศร้า) ปัจจัยทางสังคม (ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส) และปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพ (พฤติกรรมกาสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มสุรา พฤติกรรมการออกกำลังกาย) สามารถร่วมทำนายภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดแบบจำลอง Biopsychosocial Model ของ Engel (1977) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเป็นกรอบทฤษฎีในการอธิบายปัจจัยทำนายการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดย Engel ได้มุ่งเน้นประเด็นปัญหาสุขภาพของบุคคลมิได้เกิดจากกลไกทางชีววิทยาเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ และสังคม เมื่อนำมาประยุกต์ใช้กับภาวะสมองเสื่อมจะช่วยให้เข้าใจกลไกการเกิดโรคและการดำเนินโรคอย่างครอบคลุมมากขึ้น โดยในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้กำหนด เพศ อายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีมวลกาย และจำนวนโรคเรื้อรัง เป็นปัจจัยทางด้านชีววิทยา ขณะที่ปัจจัยคุณภาพการนอนหลับ และภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยทางด้านจิตวิทยา และปัจจัยระดับการศึกษา สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยทางสังคม รวมทั้งปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งการสูบบุหรี่ การดื่มสุราและ การออกกำลังกาย เป็นปัจจัยที่ร่วมกันทำนาย ภาวะสมองเสื่อมดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบศึกษาเชิงทำนาย (Predictive Research) เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่อาศัยอยู่ในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60-80 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่มีอายุ 60 - 80 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งมีคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุที่อายุ 60 - 80 ปี ที่อาศัยอยู่ในชุมชนพื้นที่ ไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) สามารถมองเห็น สื่อสาร และโต้ตอบได้ 3) ไม่มีประวัติการบาดเจ็บที่สมองหรือผ่าตัดสมอง 4) ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด หรือมีภาวะติดสุราเรื้อรัง 5) มีความสนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusions Criteria) คือ ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยรุนแรงและพิจารณาว่าไม่สามารถดำเนินการตอบแบบสัมภาษณ์จนเสร็จสิ้น

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) และขนาดอิทธิพล (Effect size) โดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 (Faul et al., 2009) เลือก Test family เป็น t test และเลือก Statistic test เป็น Linear multiple regression: Fixed model, single regression coefficient โดยกำหนดการทดสอบสมมติฐานทางเดียว (One Tail) เนื่องจากการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มชาติพันธุ์ม้งเป็นการศึกษาใหม่ที่ยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อนจึงกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดเล็ก = .02 (Cohen, 1988) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติแทนค่า $\alpha = .05$ และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of the test) แทนค่า $1-\beta = .95$ (Prajapati et al., 2010) กำหนดจำนวนปัจจัยทำนาย (Number of predictors) จากตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ซึ่งมีทั้งหมด 12 ตัวแปร เมื่อคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 543 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนโรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย น้ำหนักและส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ซึ่งลักษณะเป็นคำถามทั้งปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 12 ข้อ

2. แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination; TMSE) ที่พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง เพื่อวินิจฉัยแยกภาวะสมองเสื่อมในประชากรทั่วไปและนำไปใช้คัดกรองผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนหรือในคลินิก ซึ่งประกอบด้วย การทดสอบย่อย 6 ส่วน ได้แก่ การรับรู้ (Orientation) การจดจำ (Registration) ความใส่ใจ (Attention) และการคำนวณ (Calculation) ภาษา (Language) และการระลึกได้ (Recall) ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ มีคะแนนเต็ม คือ 30 คะแนน มีจุดตัดที่ค่าคะแนนเท่ากับ 23

คะแนน หากคะแนนน้อยกว่า 23 คะแนน แปลผลว่ามีภาวะสมองเสื่อม (Cognitive Rehabilitation Group, 1993)

3. แบบสัมภาษณ์ความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (Thai version of the Geriatric Depression Scale-15; TGDS-15) ที่นำมาพัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย ณัทชัย วงศ์ปการันย์, ทินกร วงศ์ปการันย์ และโรเบิร์ต แวนรีคัม (Wongpakaran, Wongpakaran, & Van Reekum, 2013) แบบสัมภาษณ์ความเศร้าในผู้สูงอายุไทยมีจำนวน 15 ข้อ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนรวมสูงหมายถึงมีเป็นโรคซึมเศร้า ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 15 คะแนน และแปลผลคะแนนแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย เป็น 3 ระดับ ดังนี้ 0 - 4 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า 5 - 10 คะแนน หมายถึง เริ่มมีภาวะซึมเศร้า 11 - 15 คะแนน หมายถึง เป็นโรคซึมเศร้า

4. แบบสัมภาษณ์คุณภาพการนอนหลับของพิตส์เบิร์กฉบับภาษาไทย (Thai-Pittsburgh Sleep Quality Index; Thai-PSQI) ได้มีการพัฒนาเป็นภาษาไทยโดย ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์ (Jirapramukpitak & Tanchaiswad, 1997) เป็นการประเมินคุณภาพการนอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม ประเมินการนอนหลับ 7 องค์ประกอบ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืน ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย การรบกวนการนอนหลับ การใช้อายานอนหลับ และผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 21 คะแนน หากทำแบบประเมินได้คะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึงมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี และคะแนนรวมมากกว่า 5 หมายถึงมีคุณภาพในการนอนหลับไม่ดี

5. แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล ฉบับภาษาไทย (Barthel Activities of Daily Living Index Thai version) ได้มีการพัฒนาเป็นภาษาไทยโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (Jitapunkul et al., 1994) เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ซึ่งเป็นการวัดว่าผู้สูงอายุสามารถทำอะไรได้หรือทำได้จริง ในระยะ 24 - 48 ชั่วโมง ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 20 คะแนน และแปลผลคะแนนได้ 4 ระดับ ดังนี้ 0 - 4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่ได้ต้องพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด 5 - 8 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้แต่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนใหญ่ 9 - 11 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้และต้องพึ่งพิงผู้อื่นบ้าง และ 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติหรืออาจพึ่งพิงผู้อื่นเล็กน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการทดสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือและมีการใช้อย่างแพร่หลายจึงไม่ได้นำไปตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ และได้้นำแบบทดสอบสภาพสมองของไทย (TMSE) แบบสัมภาษณ์ความเศร้าในผู้สูงอายุ

ไทย 15 ข้อ (TGDS-15) แบบสัมภาษณ์คุณภาพการนอนหลับของพิตส์เบิร์กฉบับภาษาไทย (Thai-PSQI) และแบบสัมภาษณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living Index) ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัดตากซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย นำข้อมูลมาวิเคราะห์ผล โดยวิเคราะห์ผลหาความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ เท่ากับ .829, .890, .764 และ .802 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา HS093/2565 ในวันที่ 5 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย รวมทั้งสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงจะได้รับจากสถานบริการพยาบาล เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการสัมภาษณ์ สำหรับข้อมูลการวิจัยที่ได้รับถือเป็นความลับและผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการเก็บรวบรวมผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์และเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ที่ศึกษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย และขอรายชื่อผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่ที่รับผิดชอบ
2. ผู้วิจัยทำการประสานงานกับบุคลากรสุขภาพที่รับผิดชอบในพื้นที่เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งขอรายชื่อผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่ที่รับผิดชอบ เพื่อทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนที่กำหนดของแต่ละพื้นที่
3. เมื่อได้รายชื่อผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ประสานงานและผู้ช่วยคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่จะเป็นผู้ประสานกับผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับสุ่มเลือกเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุสอบถามข้อสงสัย เมื่อผู้สูงอายุยินดีเข้าร่วมศึกษางานวิจัยพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ประสานงานและผู้ช่วยคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ขออนุญาตทำการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น กรณีที่ผู้สูงอายุไม่มีภาวะสมองเสื่อมและยินดีเข้าร่วมศึกษางานวิจัยและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้คัดกรองจะทำการนัดหมาย วันเวลา และสถานที่ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลาที่นัดหมายที่บ้านของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งแนะนำตัวชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้ง การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง หากผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการศึกษาและลงลายมือชื่อในเอกสารคำยินยอมเข้าร่วมการศึกษาร่วมแล้วผู้วิจัยและคณะจึงทำการสัมภาษณ์โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์คนละประมาณ 15-20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า คุณภาพการนอนหลับและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่อาศัยอยู่ในชุมชน ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.70) มีอายุเฉลี่ย 67.6 ปี (SD=5.52) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,064.03 บาท (SD=2,952.84) ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 84.20) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 68.00) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 89.30) ไม่ดื่มสุราและแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 82.30) ไม่ออกกำลังกาย (ร้อยละ 96.90) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.72 (SD=3.38) และไม่มีโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 61.51) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งในชุมชน

จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 543)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	246	45.3
หญิง	297	54.7
อายุ (ปี) Mean=67.60, SD=5.52, Min=60, Max=80		
รายได้ต่อเดือน Mean=2,064.03, SD=2,952.84		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	457	84.2

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประถมศึกษาปีที่ 4	52	9.6
ประถมศึกษาปีที่ 6	22	4.1
มัธยมศึกษาปีที่ 3	8	1.5
มัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือ ปวช	4	0.7
สถานภาพสมรส		
โสด	10	1.8
สมรส (คู่)	369	68.0
หม้าย	126	23.2
หย่า/แยก	38	7.0
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบบุหรี่	485	89.3
เคยสูบบุหรี่	58	10.7
ประวัติการดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์		
ไม่เคยดื่มสุรา	447	82.3
เคยดื่มสุรา	96	17.7
การออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	526	96.9
ออกกำลังกาย	17	3.1
ดัชนีมวลกาย (BMI) Mean=24.72, SD=3.38		
จำนวนโรคเรื้อรัง Mean=0.62, SD=0.95		
ไม่มี	334	61.5
1-2 โรค	184	33.89
3-4 โรค	22	4.05
5-6 โรค	3	0.55

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งในชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับดี โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.60 (SD=2.25) ภาวะซึมเศร้าภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับเริ่มมีภาวะซึมเศร้า โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.99 (SD=3.60) และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.74 (SD=0.76) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลจำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งในชุมชน โดยรวม (n = 543)

ปัจจัย	คะแนน				แปลผล ภาพรวม
	คะแนนเต็ม	คะแนนจริง	Mean	SD	
คุณภาพการนอนหลับ	0 - 21	0 - 15	5.60	2.25	คุณภาพการนอนหลับดี
ภาวะซึมเศร้า	0 - 15	0 - 15	5.99	3.60	เริ่มมีภาวะซึมเศร้า
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	0 - 20	12 - 20	19.74	0.76	สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ

3. ภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุที่การประเมินด้วยแบบทดสอบสภาพสมองของไทย (TMSE) ส่วนใหญ่มีภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 85.6) โดยมีคะแนนภาวะสมองเสื่อมเฉลี่ย 17 คะแนน (SD = 4.9) ค่าต่ำสุด คือ 4 คะแนน และค่าสูงสุด 28 คะแนน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามข้อมูลภาวะสมองเสื่อม (n = 543)

ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{x}$	SD
ภาวะสมองเสื่อม			17	4.9
ไม่มีภาวะสมองเสื่อม	78	14.4		
มีภาวะสมองเสื่อม	465	85.6		
ค่าต่ำสุด = 4 ค่าสูงสุด = 28				

4. ปัจจัยทำนายภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่อาศัยอยู่ในชุมชนได้สูงที่สุด คือ อายุ ($\beta = -.368$) รองลงมาคือ ภาวะซึมเศร้า ($\beta = -.187$) คุณภาพการนอนหลับ ($\beta = -.149$) และดัชนีมวลกาย ($\beta = -.083$) ตามลำดับ โดยร่วมกันทำนายการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่อาศัยอยู่ในชุมชนได้ ร้อยละ 28 ($R^2 = .280$ p < .05) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณโดยวิธีเพิ่มตัวแปรอิสระแบบขั้นตอน
(Stepwise Regression) ของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่อาศัยในชุมชน (n=543)

ปัจจัย	b	Beta	R	R ²	Adjust R ²	t value
ขั้นตอนที่ 1			.452	.204	.203	
อายุ	-.404	-.452				-11.775**
ขั้นตอนที่ 2			.502	.252	.250	
อายุ	-.357	-.399				-10.444**
ภาวะซึมเศร้า	-.310	-.226				-5.910**
ขั้นตอนที่ 3			.523	.274	.270	
อายุ	-.332	-.371				-9.668**
ภาวะซึมเศร้า	-.262	-.191				-4.942**
คุณภาพการนอนหลับ	-.338	-.154				-3.968**
ขั้นตอนที่ 4			.530	.280	.275	
อายุ	-.329	-.368				-9.612**
ภาวะซึมเศร้า	-.256	-.187				-4.830**
คุณภาพการนอนหลับ	-.327	-.149				-3.842**
ดัชนีมวลกาย	-.122	-.083				-2.262*

** p <.001 * p < .05

อภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งสูง ถึงร้อยละ 85.6 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศ จากการรายงานของกรมอนามัยได้รายงานว่าในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ประมาณ 770,000 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 6 ของประชากรผู้สูงอายุ (Hfocus, 2023) ขณะที่ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมอยู่ที่ร้อยละ 45.35 (Wutthithanaphokhin et al., 2023) และข้อมูลจากผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 19.4 (Rodpan et al., 2024) ส่วนในประเทศไทยพบความชุกภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 6 (Jia et al., 2020) และประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 4 (Kramarow, 2024) จะเห็นได้ว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มประชากรที่ศึกษา ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากความแตกต่างทางลักษณะประชากรศาสตร์ ชุมชนเมืองและชนบท ตลอดจนปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา การออกกำลังกาย โรคประจำตัว ภาวะอ้วน รวมทั้งแบบประเมินที่มีความแตกต่างกัน

เป็นต้น (Livingston et al., 2017) ทั้งนี้ความชุกของภาวะสมองเสื่อมที่พบสูงในผู้สูงอายุกลุ่มชาติม้งอาจสะท้อนถึงข้อจำกัดของด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพในพื้นที่สูงและอุปสรรคด้านภาษา แม้มีหน่วยบริการเข้าไปให้การดูแลในชุมชน (Rattanasuwan, 2019) ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมวิจัยจำนวนมากพึงได้รับการประเมินภาวะสมองเสื่อมเป็นครั้งแรก อีกทั้งผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งส่วนใหญ่ไม่มีการศึกษา ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อม (Tantanokit et al., 2021) จึงอาจเป็นสาเหตุให้ตรวจพบความชุกในระดับที่สูงกว่าพื้นที่อื่น

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ โดยในกลุ่มอายุ 60–65 ปี พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมที่ 76.6% และเพิ่มขึ้นเป็น 96.7% ในกลุ่มอายุ 76–80 ปี สอดคล้องกับผลการศึกษาของอรุณโรจน์ รุ่งเรือง และพุฒพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์ (Roongruang & Satayavongthip, 2023) และการศึกษาของ Kramarow (2024) ที่ชี้ให้เห็นว่าเมื่ออายุมากขึ้นความชุกของภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงกว่ากลุ่มอายุ 60–69 ปี สาเหตุอาจเกิดจากการเสื่อมตามวัย ได้แก่ การลดลงของจำนวนเซลล์ ปริมาตร และน้ำหนักของสมอง ทำให้สมองเกิดภาวะฝ่อ เซลล์ประสาทนำกระแสประสาทได้ช้าลง มีการสูญเสียเดนไดรต์และการเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาทลดลง ส่งผลให้สมองทำงานผิดปกติและก่อให้เกิดภาวะสมองเสื่อมในที่สุด (Lee & Kim, 2022)

ภาวะซึมเศร้าในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นไปในทางเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายภาวะสมองเสื่อมได้ โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น (Thongwachira et al., 2017; Cantón-Habas et al., 2020) ซึ่งสามารถอธิบายในเชิงชีวภาพที่พบว่าภาวะซึมเศร้าส่งผลต่อการกระตุ้นกระบวนการอักเสบในสมอง (Neuroinflammation) การเกิดโรคของหลอดเลือดขนาดเล็กในสมอง (Cerebral small vessel disease) และการลดลงของการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมอง ซึ่งสาเหตุเหล่านี้ล้วนเป็นกลไกสำคัญที่ส่งผลให้เกิดการเสื่อมถอยการรู้คิดและสติปัญญา ในเชิงปัจจัยทางด้านจิตวิทยา ภาวะซึมเศร้าส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกหม่นก้ำใจ สิ้นหวัง ส่งผลให้สมองไม่ได้รับการกระตุ้นในการเรียนรู้ การฝึกฝน หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้สมองมีประสิทธิภาพการทำงานลดลง และนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมได้ (Elahi, Wang, & Meschia, 2023) ขณะเดียวกันในเชิงสังคมผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีแนวโน้มที่จะแยกตัวจากสังคม ขาดการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการมีปัญหาทางเศรษฐกิจ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่มีความเชื่อมโยงและเร่งให้ความเสี่ยงสมองเสื่อมรุนแรงขึ้น (Hakim, 2022)

คุณภาพการนอนหลับ เป็นหนึ่งในปัจจัยที่พบว่าสามารถทำนายภาวะสมองเสื่อมได้ โดยผู้สูงอายุที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมสูงที่สุดถึง 91.5% ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการนอนหลับที่ไม่เพียงพอหรือมีปัญหาการนอน เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

(Rittichuai et al., 2020; Sabia et al., 2021) เนื่องจากปัญหาการนอนหลับหรือคุณภาพการนอนที่ไม่ดีจะก่อให้เกิดอาการง่วงนอนในเวลากลางวันมากเกินไป ส่งผลต่อการรับรู้ที่บกพร่อง ความฉลาดลดลง ความจำเสื่อม และเกิดความสับสน ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น (Xiong, Tvedt, Åkerstedt, Cadar, & Wang, 2024)

ดัชนีมวลกาย เป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะสมองเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งแสดงให้เห็นว่าภาวะน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ในวัยกลางคน ภาวะอ้วน และภาวะน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ในวัยชรา มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะการรู้คิดบกพร่องและภาวะสมองเสื่อมมากกว่า 1.39, 1.31 และ 1.64 เท่าตามลำดับ (Qu et al., 2020) และดัชนีมวลกายที่สูงมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมที่เพิ่มขึ้น (Kivimäki et al., 2018) เนื่องจากมักเกิดขึ้นกับผู้ที่มีการออกกำลังกายน้อย หรือไม่ออกกำลังกาย ผู้ที่มีโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อาจส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม (Livingston et al., 2024)

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการเฝ้าระวังภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุชาติพันธุ์ม้งอย่างจริงจัง รวมทั้งการวางแผนพัฒนารูปแบบการดูแลการสร้างเสริมสุขภาพจิต การจัดการคุณภาพการนอน และการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงและชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม และการวางแผนการป้องกันและดูแลผู้สูงอายุชาติพันธุ์ม้งให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.ด้านการบริหาร ผู้บริหารและเครือข่ายสุขภาพสามารถนำผลวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อจัดทำนโยบาย และใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการกำหนดนโยบายเพื่อการป้องกันและจัดการภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุชาติพันธุ์ม้งต่อไป

2. ด้านปฏิบัติการผู้ให้บริการสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการออกแบบกิจกรรมการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมให้กับผู้สูงอายุ รวมถึงการพัฒนาแนวทางในการดูแลป้องกันหรือชะลอภาวะสมองเสื่อมต่อไปได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการดูแลหรือมาตรการชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม พร้อมทั้งศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบดังกล่าวในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุชาติพันธุ์ม้ง ต่อไป

References

- Anundilokrit, P. (2021). Dementia. Regional Health Promotion Center 9 Journal, 15(37), 392-398. (in Thai).
- Bich, N. N., Dung, N. T. T., Vu, T., Quy, L. T., Tuan, N. A., Binh, N. T. T., Hung, N. T. & Anh, L. V. (2019). Dementia and associated factors among the elderly in Vietnam: a cross-sectional study. International Journal of Mental Health Systems, 13(57). doi:10.1186/s13033-019-0314-7.
- Cantón-Habas, V., Rich-Ruiz, M., Romero-Saldaña, M. & Carrera-González, M. d. P. (2020). Depression as a risk factor for dementia and alzheimer's disease. Biomedicines, 8(11), 457. doi:10.3390/biomedicines8110457.
- Cognitive Rehabilitation Group. (1993). Thai mental state examination (TMSE): a cognitive assessment tool for Thai population. Siriraj Medical Journal, 45(6), 359-374. (in Thai).
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). New York: Routledge. doi:10.4324/9780203771587.
- Department of Older Persons. (2023). Statistics on older persons, June 2023. Retrived (2025, September 2). from https://www.dop.go.th/th/statistics_side?content=1&sub=2. (in Thai).
- Duangchan, C., Yodthong, D. & Pissamorn Dechduang, P. (2020). The prevalence and predicting factors of dementia among older people living in community, Phetchaburi province. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, 3(2), 133-148. (in Thai).
- Elahi, F. M., Wang, M. M. & Meschia, J. F. (2023). Cerebral small vessel disease-related dementia: more questions than answers. Stroke, 54, 648-660. doi: 10.1161/STROKEAHA.122.038265
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. (2021). Situation of the Thai elderly 2020. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (in Thai).
- Engel G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science (New York, N.Y.), 196(4286), 129-136. doi:10.1126/science.847460.

- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behavior research methods*, 41(4), 1149-1160. doi:10.3758/BRM.41.4.1149.
- Ford, E., Greenslade, N., Paudyal, P., Bremner, S., Smith, H. E., Banerjee, S., Sadhwani, S., Rooney, P., Oliver, S. & Cassell, J. (2018) Predicting dementia from primary care records: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 13(3), e0194735. doi:10.1371/journal.pone.0194735.
- Hakim, A. (2022). Perspectives on the complex links between depression and dementia. *Frontiers in aging neuroscience*, 14, 821866. doi:10.3389/fnagi.2022.821866.
- Hfocus . (2023). The department of medical services is concerned about the ‘aging society’. It has been found that the number of older people with dementia is increasing every year. Retrieved (2024, December 20). from <https://www.hfocus.org/content/2023/12/29302>. (in Thai).
- Imarb, C. (2019). Prevalence and associated factors of cognitive impairment among elderly in Watphleng district, Ratchaburi province. *Journal of Health Science*, 28(5), 782-791. (in Thai).
- Jeong, S., Park, J., Han, K., Yoo, J., Yoo, J. E., Lee, C. M., Jung, W., Lee, J., Kim, S. & Shin, W. (2023). Association of changes in smoking intensity with risk of dementia in Korea. *JAMA Netw Open*, 6(1), e2251506. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.51506
- Jia, L. et al. (2020). Prevalence, risk factors, and management of dementia and mild cognitive impairment in adults aged 60 years or older in China: a cross-sectional study. *The Lancet. Public health*, 5(12), e661–e671. doi:10.1016/S2468-2667(20)30185-7.
- Jirapramukpitak, T. & Tanchaiswad, W. (1997). Sleep disturbances among nurses of Songklanagarind Hospital. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 42(3), 123-132.
- Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P. & Ebrahim, S. (1994). The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. *Age and Aging*, 23, 97-101. doi:10.1093/ageing/23.2.97.

- Kramarow, E. A. (2024). Diagnosed dementia in adults age 65 and older: United States, 2022. National Health Statistics Reports, (203), 1-9.
- Kivimäki, M. et al. (2018). Body mass index and risk of dementia: Analysis of individual-level data from 1.3 million individuals. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 14(5), 601–609. doi:10.1016/j.jalz.2017.09.016.
- Lee, J. & Kim, H. J. (2022). Normal aging induces changes in the brain and neurodegeneration progress: review of the structural, biochemical, metabolic, cellular, and molecular changes. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 14, 931536. doi.org/10.3389/fnagi.2022.931536.
- Limpawatana, P. (2018). Geriatric syndromes and interesting health issues (2nd ed.). Khon Kaen: Khlang Nanawittaya Printing. (in Thai).
- Livingston, G. et al. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *Lancet*, 404(10452), 572-628. doi:10.1016/S0140-6736(24)01296-0.
- Livingston, G. et al. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet*, 390(10113), 2673–2734. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31363-6.
- Pibanwong, P., Chanthapruerk, C., Paengsuk, P., Phinyo, P., Phakwan Talotphong, P. & Hemchanan, N. (2018). A Study of dementia and factors associated with dementia among elderly in North East, Thailand. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin*, 8(2), 46-57. (in Thai).
- Prajapati, B., Dunne, M. & Armstrong, R. (2010). Sample size estimation and statistical power analyses. *Optometry Today*, 16(7), 10-18.
- Qu, Y., Hu, H. Y., Ou, Y. N., Shen, X. N., Xu, W., Wang, Z. T., Dong, Q., Tan, L. & Yu, J. T. (2020). Association of body mass index with risk of cognitive impairment and dementia: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 115, 189-198. doi:10.1016/j.neubiorev.2020.05.012.

- Rittichuai, R., Jitmanas, A., Ruksachol, O., Intarapak, W., Khongnual, N. & Tunyarak, H. (2020). Factors associated with dementia among the elderly in Nakhon Si Thammarat. *Journal of Southern Technology*, 13(56),1-63. (in Thai).
- Rodpan, N., Sihapark, S., Kassakorn, L., Peasupun, K. & Phoma, A. (2024). Prevalence and factors associated dementia among the elderly in inpatient department, Namphong district, Khon Kaen province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 18(2), 459-472. (in Thai).
- Roongruang, A. & Satayavongthip, B. (2023). Prevalence and factors associated with risks for dementia among elderly in Sungnoen subdistrict municipality, Nakhon Ratchasima province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 17(1), 272-287. (in Thai).
- Rattanasuwan, N. (2019). ‘Ethnic and marginalized elderly’ have shorter life expectancies than ‘urban elderly’ due to language barriers and access to public health services. *Matichon Daily*. 7. Retrieved (2025, September 23). from https://www.matichon.co.th/local/news_1621335. (in Thai).
- Sabia, S., Fayosse, A., Dumurgier, J., Hees, V. T. V., Paquet, C., Sommerlad, A., Kivimäki, M., Dugravot, A. & Singh-Manoux, A. (2021). Association of sleep duration in middle and old age with incidence of dementia. *Nature Communications*, 12(1), 2289. doi:10.1038/s41467-021-22354-2.
- Sommerlad, A., Ruegger, J., Singh-Manoux, A., Lewis, G. & Livingston, G. (2018). Marriage and risk of dementia: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 89, 231-238. doi:10.1136/jnnp-2017-316274.
- Tantanokit, T., Bosittipichet, T. & Leesri, T. (2021). The study of prevalence and associated factors of dementia in the elderly. *Siriraj Medical Journal*, 73(4), 224-235.
- Thongwachira, C., Thophon, S., Kwanyuen, R. & Niputhutpong, S. (2017). Prevalence, associated factors of dementia among the elderly in the Bangkok urban area : a case study in Bang Phlat district. *KKU International Journal of Humanities and Social Sciences*, 7(3), 1-21.

- Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., & Van Reekum, R. (2013). The use of GDS-15 in detecting MDD: a comparison between residents in a Thai long-term care home and geriatric outpatients. *Journal of Clinical Medicine Research*, 5(2), 101-111.
doi:10.4021/jocmr1239w.
- Wongsaree, C. (2017). Effect of dementia on older adult in Thailand. *Christian University of Thailand Journal*, 23(4), 680-689. (in Thai).
- Wutthithanaphokhin, C., Market, K., Boompim, H. & Limphatcharaporn, J. (2023). Prevalence of dementia in Ban Bang Khae social welfare development center for older persons. *Journal of Science and Technology Northern*, 2(2), 70-80. (in Thai).
- World Health Organization (WHO) (2025). Ageing and health. Retrieved (2025, October 1) from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
- Xiong, Y., Tvedt, J., Åkerstedt, T, Cadar, D., & Wang, H. (2024). Impact of sleep duration and sleep disturbances on the incidence of dementia and Alzheimer's disease: a 10-year follow-up study. *Psychiatry Research*, 333, 115760.
doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115760.