

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น

เขตเทศบาลเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

Factors Associated with the Risk of Dementia among Young-Old Adults in Nong Khai Municipality, Nong Khai Province

วรศยา ปัสสาสมิประภา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail Address: waratsaya.work@gmail.com

ภูเบศร์ แสงสว่าง

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: Phubet.sae@mahidol.ac.th

ทศนีย์ ศิลาวรรณ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: tasanee.sil@mahidol.ac.th

Waratsaya Patsasimprapha

Faculty of Public health, Mahidol University, E-mail Address: waratsaya.work@gmail.com

Phubet Saengsawang

Faculty of Public Health, Mahidol University, E-mail: Phubet.sae@mahidol.ac.th

Tasanee Silawan

Faculty of Public Health, Mahidol University, E-mail: tasanee.sil@mahidol.ac.th

รับเข้า : 28 เมษายน 2569 แก้ไข : 28 พฤษภาคม 2569 ตอรับ : 5 มิถุนายน 2569

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อประเมินภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น ในเขตเทศบาลเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย 2) เพื่ออธิบายปัจจัยทางพื้นฐานส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยทางชีววิทยา ปัจจัยทางจิตวิทยา และปัจจัยทางสังคม 3) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางส่วนบุคคล ปัจจัยทางชีววิทยา ปัจจัยทางจิตวิทยา และปัจจัยทางสังคม กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น เขตเทศบาลเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย โดยใช้แนวคิดแบบจำลองชีว-จิตใจ-สังคม เป็นกรอบในการศึกษาปัจจัย กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุตอนต้น อายุระหว่าง 60-69 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองหนองคาย ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากรแบบทราบจำนวนที่แน่นอนตามสูตรของ Wayne W. Daniel ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น จำนวน 130 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้แก่ แบบสัมภาษณ์และแบบประเมินภาวะพุทธิปัญญา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ไคสแควร์ และฟิชเชอร์ เอ็กแซกเทส

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ร้อยละ 12.3 ($\bar{x}=27.28$, $SD=1.86$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญมี 5 ปัจจัย ซึ่งสามารถจัดกลุ่มตามตัวแปร

แต่ละประเภท ดังนี้ 1) ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพกับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ได้แก่ พฤติกรรมการมีกิจกรรมกระตุ้นการทำงานของสมอง ($\chi^2 = 5.749$, $P=0.032$) 2) ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ($p = 0.011$) 3) ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความเหงา ($p < 0.001$) 4) ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว ($p = 0.009$) และพฤติกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ($\chi^2 = 4.596$, $p = 0.016$)

คำสำคัญ: ภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตวิทยา ปัจจัยทางสังคม ผู้สูงอายุตอนต้น แบบทดสอบ MoCA

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to: 1) assess the risk of dementia among young-old adult in Nong Khai Municipality; 2) explain the fundamental factors of personal and health behaviors, biological factors, psychological factors, and social factors.; and 3) analyze the relationships between fundamental factors of personal and health behaviors, biological factors, psychological factors, and social factors and the risk of dementia among young-old adult in Nong Khai Municipality, utilizing the biopsychosocial model as the conceptual framework.

The sample group consisted of young-old adult individuals aged 60-69 years residing in Nong Khai Municipality. The researcher determined the sample size using Wayne W. Daniel's formula for estimating the proportion, resulting in a total sample size of 130 individuals. Data collection instruments included questionnaires and a cognitive assessment scale. Data were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean, standard deviation, maximum and minimum values) and inferential statistics (chi-square and Fisher's exact test).

The results revealed that 12.3% of the sample were at risk for dementia ($\bar{x}=27.28$, $SD=1.86$). Five factors were significantly associated with the risk of dementia, which can be categorized by variable type as follows: 1) Socio-demographic factors and health behaviors: engagement in brain-stimulating activities ($\chi^2 = 5.749$, $P=0.032$); 2) Biological factors: Body Mass Index (BMI) ($p = 0.038$); 3) Psychological factors: loneliness ($p < 0.001$); and 4) Social factors: family relationships ($p = 0.009$) and social participation behaviors ($\chi^2 = 4.596$, $p = 0.016$).

Keywords: Risk of Dementia, Biological Factors, Psychological Factors, Social Factors, MOCA Test

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วตามสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาแถบเอเชีย (ก้องเกียรติ ภูณท์กัฏฐากร, 2557) สำหรับประเทศไทยพบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องถึง 7.7 แสนคนในปีพ.ศ. 2565 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) และข้อมูลจากการคัดกรองผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงปีพ.ศ. 2565-2567 ยังชี้ให้เห็นว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (กระทรวงสาธารณสุข, 2565; กระทรวงสาธารณสุข, 2566; กระทรวงสาธารณสุข, 2567) เมื่อพิจารณาในระดับพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 8 มีอัตราผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจังหวัดหนองคาย ที่มีอัตราผู้ป่วยรายใหม่ค่อนข้างสูง (196.7 ต่อแสนประชากร) และมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยรายใหม่สูงที่สุดในเขตสุขภาพถึง 1.6 เท่า (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) นอกจากนี้ผลการคัดกรองในพื้นที่ยังพบความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น ซึ่งภาวะดังกล่าวนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองแล้ว ยังสร้างภาระอย่างหนักต่อครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (ชุดิมาทองวชิระ และคณะ, 2559; พิสิษฐ์ ศิริรักษ์, 2564)

การเกิดภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ชีววิทยา พฤติกรรม สุขภาพ จิตวิทยา และสังคมวิทยา (จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ และคณะ, 2563; พนม สุขจันทร์ และคณะ, 2564; อรุณโรจน์ รุ่งเรือง, 2565) แม้ว่าภาวะสมองเสื่อมจะมีกระบวนการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยมักมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment: MCI) นำมาก่อน แต่งานวิจัยส่วนใหญ่มีกลุ่มเน้นศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโดยรวม หรือผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 70 ปีขึ้นไป) และเน้นการดูแลเมื่อเกิดโรคแล้ว ทำให้เสียโอกาสในการป้องกันตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ดังนั้นการค้นหาปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (อายุระหว่าง 60-69 ปี) จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อม ทั้งนี้ การประเมินคัดกรองด้วยแบบทดสอบทั่วไป เช่น MMSE-Thai มีความไวต่อการตรวจจับภาวะ MCI เพียงร้อยละ 18 (Muasiri et al., 2011) ในขณะที่แบบประเมินภาวะพุทธิปัญญา (MoCA Test) มีความไวสูงถึงร้อยละ 72.1 (Hemrungron et al., 2021) ซึ่งมีประสิทธิภาพในการดักจับความเสี่ยงระยะเริ่มต้นได้แม่นยำกว่า

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น เขตเทศบาลเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย โดยประยุกต์ใช้แบบจำลองชีวะ-จิตใจ-สังคม (Biopsychosocial Model) ซึ่งครอบคลุมปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยทางชีววิทยา ปัจจัยทางจิตวิทยา และปัจจัยทางด้านสังคม และประเมินความเสี่ยงด้วยแบบทดสอบ MoCA ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นฐานข้อมูลที่สำคัญในการจัดทำแผนงานเชิงรุก เพื่อป้องกัน แก้ไขปัญหา และออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับควบคุมปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มผู้สูงอายุระดับชุมชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น ในเขตเทศบาลเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

2. เพื่ออธิบายปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยทางชีววิทยา ปัจจัยทางจิตวิทยา และปัจจัยทางสังคม

3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ปัจจัยทางชีววิทยา ปัจจัยทางจิตวิทยา และปัจจัยทางสังคม กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น เขตเทศบาลเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ รูปแบบการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา รายได้ การออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภค และกิจกรรมกระตุนการทำงานของสมอง มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น ในเขตเทศบาลเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

2. ปัจจัยทางชีววิทยา ได้แก่ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ และประวัติการเป็นโรคสมองเสื่อมของคนในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น ในเขตเทศบาลเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

3. ปัจจัยทางจิตวิทยา ได้แก่ ความเหงา ความเครียด มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น ในเขตเทศบาลเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

4. ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ บทบาททางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว และการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม และการใช้เทคโนโลยีสื่อสารในผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น ในเขตเทศบาลเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดทฤษฎี

แบบจำลองชีวะ-จิต-สังคม (Biopsychosocial Model) (George Engel, 1977) ซึ่งให้เห็นว่าการทำความเข้าใจภาวะทางการแพทย์ของบุคคลหนึ่งนั้น ไม่สามารถพิจารณาเพียงแค่ปัจจัยทางชีวภาพเท่านั้น แต่ต้องคำนึงถึงปัจจัยทางจิตใจและสังคมร่วมด้วย บทความจากคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยวอชิงตัน ระบุว่าสุขภาพและโรคมีความสัมพันธ์ตามสัมพัทธ์ ซึ่งขึ้นอยู่กับปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย การทำงานร่วมกันของปัจจัยทั้งสามนี้เป็นตัวกำหนดสาเหตุของโรค ตัวอย่างเช่น การบาดเจ็บทางสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยอาจได้รับผลกระทบจากปัญหาทางจิตใจหรือสังคม ซึ่งอาจทำให้อาการของโรคแสดงออกมาในลักษณะที่รุนแรงหรือเรื้อรังยิ่งขึ้น และการรักษาอาจมีความยากลำบากมากขึ้นหากไม่จัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องนอกเหนือจากสุขภาพทางร่างกายการแบ่งประยุกต์ใช้โมเดลนี้อย่างง่ายอาจแบ่งได้ดังนี้

ชีวภาพ (Biological) มักเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างโรคและสุขภาพทางร่างกาย ผู้ป่วยสมองเสื่อมมักมีพยาธิสภาพของสมอง เช่น การสะสมของ Amyloid-beta และ Tau protein โดยการประเมินและรักษาทางการแพทย์ เช่น การใช้ยาชะลออาการ (เช่น Donepezil, Memantine) มีความจำเป็นในการชะลอความเสื่อมของสมอง ซึ่งมักจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพที่ไม่รุนแรงแต่มีผลระยะยาวที่ต้องได้รับการดูแล

จากแพทย์ ปัญหาสุขภาพที่รุนแรงและเฉียบพลันต้องการการรักษาอย่างเร่งด่วนและมีผลกระทบที่รุนแรงต่อชีวิตประจำวัน

จิตใจ (Psychological) ผู้ป่วยสมองเสื่อมมักเผชิญกับความวิตกกังวล ซึมเศร้า หรือความรู้สึกสูญเสียตนเอง การดูแลด้านจิตใจจึงจำเป็นต้องมีกิจกรรมที่ช่วยเสริมความรู้สึกมีคุณค่า การดูแลในมิตินี้อาจรวมถึงการทำจิตบำบัด การสนับสนุนทางอารมณ์ และกิจกรรมกระตุ้นการรับรู้ เช่น ดนตรีบำบัด ศิลปะบำบัด

สังคม (Social) ผู้ป่วยมักเผชิญกับการแยกตัวทางสังคม หรือสูญเสียบทบาทในครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัว และชุมชน ปัจจัยระหว่างบุคคล เช่น การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและกิจกรรมในชุมชน การแยกตัวจากสังคม ไม่ว่าจะโดยเจตนาหรือไม่ (เช่น เนื่องจากการเจ็บป่วยที่จำกัดกิจกรรม) มีผลกระทบต่อความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมหรือการรักษาความสัมพันธ์ที่ดีต่อบุคคลอื่นนอกครอบครัว การขาดการมีส่วนร่วมในชีวิตสังคมเช่นนี้สามารถนำไปสู่ความรู้สึกโดดเดี่ยวและวิถีชีวิตที่ไม่สมดุล

การศึกษาในครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้ แบบจำลองชีว-จิตใจ-สังคม (Biopsychosocial Model) มาเป็นกรอบแนวคิดหลักในการศึกษาภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีความซับซ้อนและไม่ได้เกิดจากความเสื่อมถอยของร่างกายเพียงมิติเดียว ผู้วิจัยได้เชื่อมโยงแนวคิดดังกล่าวเข้ากับตัวแปรที่ศึกษา โดยมองว่าภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมถูกกำหนดโดย มิติทางชีวภาพ คือ ความเสี่ยงทางกายภาพและพันธุกรรม (ดัชนีมวลกาย (BMI) ประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางสมองของคนในครอบครัว) มิติทางจิตใจ คือ สภาวะทางอารมณ์เชิงลบ (ความเหงาและความเครียด) ซึ่งสามารถเร่งให้เกิดความเสี่ยงของการรู้คิดได้เร็วขึ้น และมิติทางสังคม คือ การมีปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนทางสังคม (บทบาททางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม การใช้เทคโนโลยีสื่อสารในผู้สูงอายุ) ซึ่งทำหน้าที่เป็นปัจจัยปกป้องและกระตุ้นการทำงานของสมอง

นอกจากนี้ ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ (เพศ อายุ รูปแบบการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา รายได้ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภค และการมีกิจกรรมกระตุ้นการทำงานของสมอง) ยังเป็นตัวแปรต้นทางที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อปัจจัยทั้งสามด้าน การประยุกต์ใช้แบบจำลองนี้จึงช่วยให้งานวิจัยสามารถประเมินความเสี่ยงและอธิบายปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเป็นองค์รวมและครบถ้วนสมบูรณ์

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมงานวิจัยย้อนหลัง ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2559 - 2567 มาสังเคราะห์ข้อมูลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และสามารถจำแนกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ออกเป็นกลุ่มใน 5 มิติหลัก ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยทางชีววิทยา ปัจจัยทางจิตวิทยา และปัจจัยทางสังคม เพื่อให้เห็นภาพรวมขององค์ความรู้ที่มีในปัจจุบัน ดังนี้

1) ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ ดังนี้ เพศ (ร้อยละ 30) อายุ (ร้อยละ 80) การอยู่อาศัย (ร้อยละ 20) รายได้ (ร้อยละ 60) พฤติกรรมการออกกำลังกาย

กาย (ร้อยละ 20) สุนัขเห่า (ร้อยละ 50) ต้มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 20) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (ร้อยละ 10) และกิจกรรมกระตุ้นสมอง (ร้อยละ 20)

2) ปัจจัยทางชีววิทยา พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ ดังนี้ ดัชนีมวลกาย (ร้อยละ 30) การมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 20) ประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ (ร้อยละ 10) และประวัติครอบครัวเป็นโรคทางสมอง (ร้อยละ 20)

3) ปัจจัยทางจิตวิทยา พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ ดังนี้ ความเครียด/ภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 40)

4) ปัจจัยทางสังคม พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ ดังนี้ อาชีพหรือบทบาททางสังคม (ร้อยละ 80) สัมพันธภาพในครอบครัว (ร้อยละ 10) การมีกิจกรรมทางสังคม (ร้อยละ 20)

เมื่อพิจารณาถึงช่องว่างจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ายังมีตัวแปรที่ไม่ปรากฏการศึกษาความสัมพันธ์ หรือไม่มีการรายงานผล ได้แก่ ความเหงา และการใช้เทคโนโลยี ซึ่งชี้ให้เห็นถึงช่องว่างทางองค์ความรู้ของตัวแปรดังกล่าวในกลุ่มงานวิจัยที่ทำการทบทวน

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุตอนต้น หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี สัญชาติไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

ภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม หมายถึง ภาวะที่เพิ่มความเป็นไปได้ของการเกิดภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นการถดถอยทางความสามารถทางสติปัญญา ในงานวิจัยนี้ประเมินภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยใช้เครื่องมือแบบทดสอบประเมินภาวะพุทธิปัญญา (The Montreal Cognitive Assessment: MoCA Test) เกณฑ์การประเมิน คะแนนเต็ม 30 คะแนน ให้เพิ่มหนึ่งคะแนนสำหรับผู้ที่มีการศึกษาในระดับน้อยหรือเท่ากับ 6 ปี หากคะแนนรวมสุดท้ายได้น้อยกว่า 25 คะแนนให้พิจารณาว่าเป็นมีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม

ปัจจัยทางพื้นฐานส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง เพศ อายุ รูปแบบการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา รายได้ การออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภค และกิจกรรมกระตุ้นการทำงานของสมอง

- 1) เพศ หมายถึง เพศชายและเพศหญิง
- 2) อายุ หมายถึง ประชากรที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี
- 3) รูปแบบการอยู่อาศัย หมายถึง ปัจจุบันผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับใคร
- 4) ระดับการศึกษา หมายถึง วุฒิมหาวิทยาลัยสูงสุดของผู้สูงอายุ
- 5) รายได้ หมายถึง จำนวนรายได้ที่ผู้สูงอายุได้รับเป็นประจำทุกเดือน
- 6) กิจกรรมทางกาย หมายถึง การมีกิจกรรมทางกายที่ทำให้ร่างกายมีการขยับเคลื่อนไหวที่ผู้สูงอายุปฏิบัติเป็นประจำอย่างมีแบบแผนและสม่ำเสมอ

7) พฤติกรรมการบริโภค หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีสารกระตุ้นการทำงานของสมอง รวมไปถึงพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ ของผู้สูงอายุที่ปฏิบัติเป็นประจำ

8) กิจกรรมกระตุ้นการทำงานของสมอง หมายถึง กิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างการทำงานของสมอง โดยเฉพาะในด้านความจำ การคิดวิเคราะห์ การแก้ปัญหา และการรับรู้ ที่ผู้สูงอายุปฏิบัติ

เป็นประจำ เช่น การเล่นเกมฝึกสมอง การอ่านและเขียน การคำนวณ การเรียนรู้สิ่งใหม่ กิจกรรมสร้างสรรค์ และการออกกำลังกายที่มีส่วนช่วยกระตุ้นสมอง

ปัจจัยทางชีววิทยา ประกอบด้วย โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย ประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว

1) โรคประจำตัว หมายถึง การมีโรคประจำตัวที่ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และภาวะไขมันในเลือดสูง

2) ดัชนีมวลกาย (BMI) หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักกับส่วนสูงของผู้สูงอายุ ใช้ประเมินภาวะอ้วนผอม หาค่าโดยนำค่าน้ำหนักของร่างกาย หารด้วยส่วนสูงหน่วยเป็นเมตร ยกกำลัง 2 โดยใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกสำหรับกลุ่มประชากรเอเชีย

3) ประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง การบาดเจ็บต่อศีรษะ โดยมีสาเหตุจากอุบัติเหตุ ถูกทำร้ายร่างกาย กีฬา แร่กระแทกอื่นๆ

4) ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางสมองของคนในครอบครัว หมายถึง สายตรงที่มีประวัติการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคทางสมอง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคอัลไซเมอร์ ภาวะสมองเสื่อม

ปัจจัยทางจิตวิทยา ได้แก่ ความเหงา ความเครียด

1) ความเหงา หมายถึง ความรู้สึกของผู้สูงอายุที่รู้สึกโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้ง ถูกตัดขาดจากสังคม ขาดพวกพ้อง ประเมินโดยใช้แบบวัดเหงา UCLA Loneliness Scale

2) ความเครียด หมายถึง ภาวะทางอารมณ์และความรู้สึกของผู้สูงอายุต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ที่รู้สึกถูกบีบคั้นหรือกดดัน ประเมินโดยใช้แบบประเมินความเครียด (ST- 5)

ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว บทบาททางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม และ การใช้เทคโนโลยีสื่อสารในผู้สูงอายุ

1) สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งรวมถึงรูปแบบการดูแลเอาใจใส่ การสื่อสาร และการสนับสนุนทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ

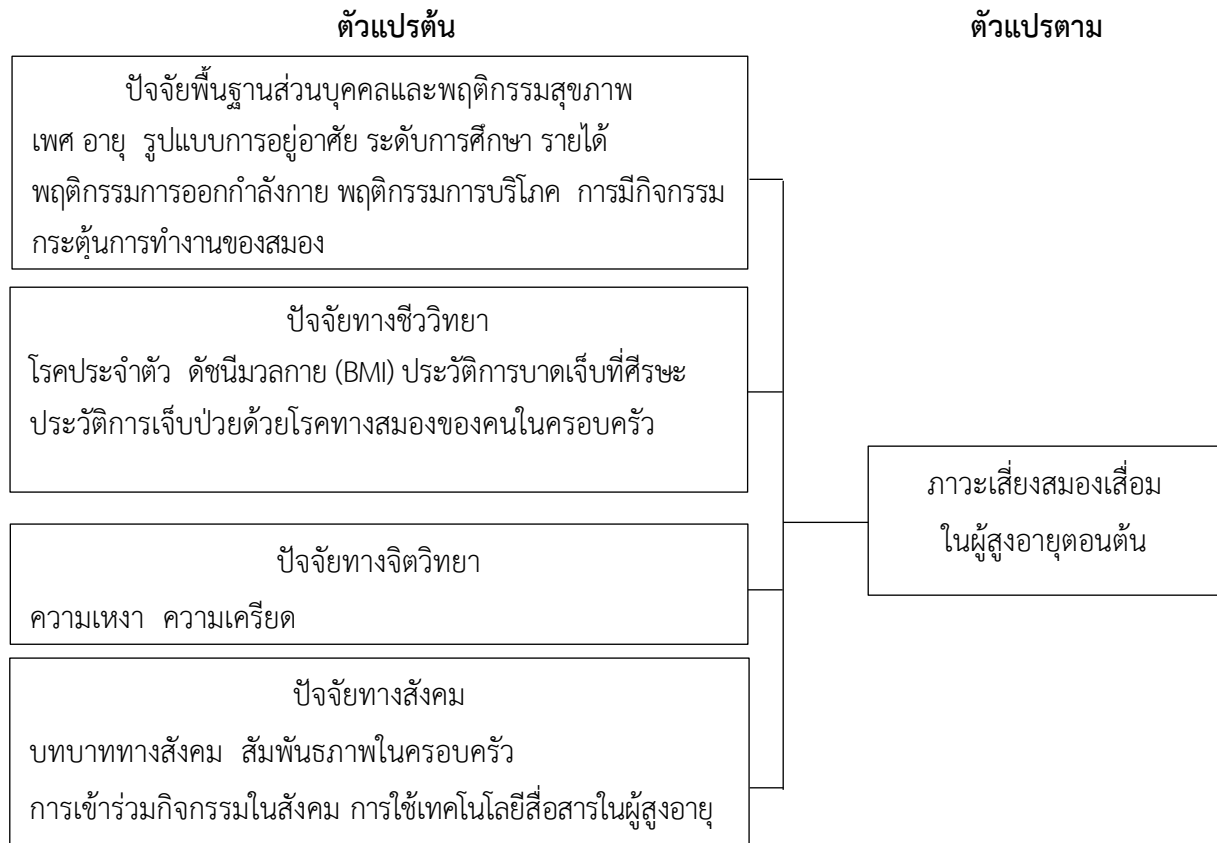
2) บทบาททางสังคม หมายถึง หน้าที่ของผู้สูงอายุตามสถานภาพที่ดำรงอยู่ในสังคม เช่น คณะกรรมการชุมชน อาสาสมัครต่างๆ ที่ปรึกษาให้กับหน่วยงานหรือองค์กร ผู้นำพิธีทางศาสนา

3) การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม หมายถึง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนและวัฒนธรรม

4) การใช้เทคโนโลยีสื่อสารในผู้สูงอายุ หมายถึง การเรียนรู้ และการใช้งานเทคโนโลยีการสื่อสาร โดยเฉพาะอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่พกพาได้ เช่น โทรศัพท์มือถือ หรือแท็บเล็ต เพื่อการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น เข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และใช้งานแอปพลิเคชัน ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าได้ประยุกต์แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมตามแบบจำลองชีว-จิตใจ-สังคม (Biopsychosocial Model) จึงสรุปเป็นกรอบแนวคิดการศึกษา ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุตอนต้น (อายุระหว่าง 60-69 ปี) ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองหนองคาย 7 ตำบล 43 ชุมชน จำนวน 5,923 คน ข้อมูล ณ เดือน พฤศจิกายน 2567 (กรมการปกครอง, 2567)

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุตอนต้น (อายุระหว่าง 60-69 ปี) ที่อาศัยในเขตเทศบาลเมืองหนองคาย จำนวน 5,923 คน โดยกำหนดขนาดตัวอย่างจากสูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากรแบบทราบบจำนวนประชากรที่แน่นอน (Wayne, 1995) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 ค่าสัดส่วนของการเกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมเท่ากับ 0.09 (อรุณโรจน์ รุ่งเรือง, 2566) ได้จำนวนตัวอย่าง 124 คน และเพิ่มจำนวนตัวอย่างประมาณร้อยละ 5 เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง จึงได้ตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 130 คน

เกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี สัญชาติไทย มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองหนองคาย 6 เดือนขึ้นไป สื่อสารโดยใช้ภาษาไทย และเป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ มีอาการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ย้ายออกนอกพื้นที่เขตเทศบาลเมืองหนองคาย ในช่วงที่เก็บข้อมูล รวมถึงเป็นผู้ที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าเป็นโรคสมองเสื่อม

เกณฑ์การให้ออกจากงานวิจัย คือ ผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยในตอนแรก แต่ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยในภายหลัง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นแบบสัมภาษณ์ และแบบประเมินประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 33 ข้อ ประกอบด้วย

1) ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ปัจจุบันอาศัยอยู่กับใคร ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน เป็นคำถามแบบเลือกตอบและตอบปลายเปิดเพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

2) พฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ การมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ รูปแบบของกิจกรรมทางกาย ความถี่ และระยะเวลาของการมีกิจกรรมทางกาย

3) พฤติกรรมการบริโภค จำนวน 19 ข้อ ประกอบด้วย

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารกระตุนการทำงานของสมอง จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 อันดับ คือ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง ให้ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 2 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ให้ 1 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติเลย ให้ 0 คะแนน โดยมีคะแนนรวมระหว่าง 0 - 40 คะแนน การแปลผลใช้ใช้เกณฑ์ของ Best และ Kahn, 1997 แบ่งออกเป็น ออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับดีมาก ระดับดี ระดับปานกลาง และระดับน้อย

2. พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลิตภัณฑ์ ยาสูบ จำนวน 9 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ

4) พฤติกรรมการมีกิจกรรมกระตุนการทำงานของสมอง จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 อันดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง ให้ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 2 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ให้ 1 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติเลย ให้ 0 คะแนน โดยมีคะแนนรวมระหว่าง 0 - 20 คะแนน การแปลผลใช้ใช้เกณฑ์ของ Best และ Kahn (1997) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับดีมาก ระดับดี ระดับปานกลาง และระดับน้อย

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยทางชีววิทยา จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับการมีโรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย(BMI) ประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางสมองของคนในครอบครัว เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยทางจิตวิทยา จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย

1) แบบประเมินความวิตกกังวล UCLA ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า ประกอบด้วย 4 ตัวเลือก คือ ไม่เคย ให้ 1 คะแนน แทบจะไม่เคย ให้ 2 คะแนน บางครั้ง ให้ 3 คะแนน

และเป็นประจำ ให้ 4 คะแนน โดยมีคะแนนรวมระหว่าง 20 - 80 คะแนน จัดระดับความเหงาเป็น 3 ระดับ โดยอิงตามแบบประเมินความเหงา (Loneliness scale) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง

2) แบบประเมินความเครียด (ST- 5) จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 4 อันดับ คือ เป็นน้อยมากหรือแทบไม่มี ให้ 0 คะแนน เป็นบางครั้ง ให้ 1 คะแนน เป็นบ่อยครั้ง ให้ 2 คะแนน และเป็นประจำ ให้ 3 คะแนน จัดระดับความเครียดเป็น 4 ระดับ โดยอิงตามแบบประเมินความเครียด (ST-5) ซึ่งเป็นเครื่องมือคัดกรองความเครียดของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ เครียดน้อย เครียดปานกลาง เครียดมาก และเครียดมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยทางสังคม จำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วย

1) บทบาททางสังคม จำนวน 1 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ
2) แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 อันดับ คือ ไม่เคย ให้ 0 คะแนน นานๆครั้ง ให้ 1 คะแนน บางครั้ง ให้ 2 คะแนน บ่อยครั้ง ให้ 3 คะแนน และเกือบตลอดเวลา ให้ 4 คะแนน จัดระดับคะแนนรวมของสัมพันธภาพในครอบครัว โดยใช้เกณฑ์ของ Best และ Kahn (1997) แบ่งช่วงคะแนนออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับดีมาก ระดับดี ระดับปานกลาง และระดับน้อย

3) การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 3 อันดับ คือเป็นประจำ ให้ 2 คะแนน บางครั้ง ให้ 1 คะแนน และไม่เคย ให้ 0 คะแนน จัดระดับคะแนนรวมของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม โดยใช้เกณฑ์ของ Best และ Kahn (1997) แบ่งช่วงคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ

4) การใช้เทคโนโลยีในผู้สูงอายุ จำนวน 3 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะพุทธิปัญญา (The Montreal Cognitive Assessment: MoCA Test) โดยมีตัวแปรในการประเมิน ได้แก่ ด้านความตั้งใจ (Attention) สมาธิ (Concentration) การบริหารจัดการ (Executive function) ความจำ (Memory) ทักษะสัมพันธ์ของสายตากับการสร้างรูปแบบ (Visuoconstruction) ความคิดรวบยอด (Conceptual Thinking) การคิดคำนวณ (Calculation) และการรับรู้สภาวะรอบตัว (Orientation) เกณฑ์การประเมินภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยใช้เครื่องมือแบบทดสอบประเมินภาวะพุทธิปัญญา (The Montreal Cognitive Assessment: MoCA Test) คะแนนเต็ม 30 คะแนน ให้เพิ่มหนึ่งคะแนนสำหรับผู้ที่มีการศึกษาในระดับน้อยหรือเท่ากับ 6 ปี หากคะแนนรวมสุดท้ายได้น้อยกว่า 25 คะแนนให้พิจารณาว่ามีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง

การพัฒนาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างแบบสัมภาษณ์ให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

2. นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ ผู้มีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับงานด้านผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบและพิจารณาความถูกต้อง ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมของ

เนื้อหา และความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ โดยวิธีการหาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย (Index of Item-Objective Congruence: IOC) กำหนดให้ค่าดัชนีความสอดคล้องที่ยอมรับได้ตามเกณฑ์ คือ ค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ซึ่งข้อคำถามทุกข้อ โดยรวม มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 ซึ่งถือว่า ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และสามารถนำไปใช้ได้

3. นำไปทดลองใช้ (Try out) ในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ซึ่งต้องมีค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไปจึงมีความเหมาะสม ผลการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) รายฉบับ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 ส่วนที่ 1 ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีสารกระตุ้นการทำงานของสมอง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 และด้านพฤติกรรมการมีกิจกรรมกระตุ้นการทำงานของสมอง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74 ส่วนที่ 2 ปัจจัยทางจิตวิทยา ได้แก่ แบบประเมินความเหงา มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 และแบบประเมินความเครียด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77 ส่วนที่ 3 ปัจจัยทางสังคม ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 และการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือประสานขอความอนุเคราะห์ในการลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล เสนอนายกเทศมนตรีเมืองหนองคาย เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย
2. ผู้วิจัยติดต่อประสานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบกำกับดูแลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ด้วยวาจา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย เครื่องมือที่ใช้ วิธีการในการเก็บรวบรวมถึงข้อมูลด้านจริยธรรมการวิจัย
3. ผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลที่บ้านของผู้สูงอายุในแต่ละชุมชน โดยการนำของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และก่อนที่จะเก็บข้อมูลผู้วิจัยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัย ให้แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลทราบ พร้อมทั้งขออนุญาตในการเก็บข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในเอกสารยินยอมตนให้ทำการวิจัยก่อนสัมภาษณ์
4. สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจนได้ข้อมูลครบตามแบบสัมภาษณ์และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA. No. MUPH 2025-167 วันที่รับรอง 20 พฤศจิกายน 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ รูปแบบการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา รายได้ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภค การมีกิจกรรมกระตุ้นการทำงานของสมอง โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย ประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ความเหงา ความเครียด สัมพันธภาพในครอบครัว บทบาททางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม และการใช้เทคโนโลยีสื่อสาร แบบทดสอบประเมินภาวะพุทธิปัญญารายข้อ นำเสนอด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ รูปแบบการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา รายได้ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภค การมีกิจกรรมกระตุ้นการทำงานของสมอง โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย ประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ความเหงา ความเครียด สัมพันธภาพในครอบครัว บทบาททางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม และการใช้เทคโนโลยีสื่อสาร รวมถึงชุมชนที่อาศัยอยู่ กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม โดยใช้สถิติทดสอบเพียร์สันไคสแควร์ และสถิติทดสอบแบบแมนนตรงของฟิชเชอร์

ผลการวิจัย

1. ภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม

กลุ่มตัวอย่างมีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 12.3 และไม่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมคิดเป็นร้อยละ 87.7 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 27.28 คะแนน (SD.=1.8) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมภาพรวม (n=130)

ภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม	จำนวน	ร้อยละ
สงสัยมีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม (18 - 25 คะแนน)	16	12.3
ไม่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม (26 คะแนนขึ้นไป)	114	87.7
Mean $\pm$ SD = 27.28 $\pm$ 1.859 Min= 19, Max = 30		

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพกับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญ คือ การมีกิจกรรมกระตุ้นการทำงานของสมอง (P=0.032) โดยกลุ่มที่มีกิจกรรมกระตุ้นการทำงานของสมองระดับต่ำมีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมร้อยละ 19.3 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีกิจกรรมกระตุ้นการทำงานของสมองระดับปานกลางถึงระดับดีมาก ที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมร้อยละ 6.8 ส่วนปัจจัย เพศ อายุ สถานการณ์อยู่อาศัย ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ไม่พบความสัมพันธ์ในทางสถิติกับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ($p>0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ
กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม (n=130)

ตัวแปร	ภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม		χ^2	df	p-value
	เสี่ยง	ไม่เสี่ยง			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ			0.673	1	0.41
หญิง	9 (10.6)	76 (89.4)			
ชาย	7 (15.6)	38 (84.4)			
อายุ			0.109	1	0.74
65-69 ปี	8 (13.3)	52 (86.7)			
60-64 ปี	8 (11.4)	62 (88.6)			
การมีบุคคลที่อยู่ด้วยเป็นประจำ					1.00 ^a
อยู่คนเดียว	1 (10.0)	9 (90.0)			
มีคนอยู่ด้วย (คู่สมรส บุตร ธาตุ พี่น้อง และบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติ)	15 (12.5)	105 (87.5)			
ระดับการศึกษา			1.340	1	0.25
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	8 (16.7)	40 (83.3)			
มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป	8 (9.8)	74 (90.2)			
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					0.31 ^a
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	5 (19.2)	21 (80.8)			
5,001 บาทขึ้นไป	11 (10.6)	93 (89.4)			
การมีกิจกรรมทางกาย			0.219	1	0.64
ไม่เพียงพอ	9 (13.6)	57 (86.4)			
เพียงพอ	7 (10.0)	57 (89.1)			
พฤติกรรมการบริโภคอาหารกระตุ้น					0.09 ^a
การทำงานของสมอง					
ระดับต่ำ	10 (17.9)	46 (82.1)			
ระดับปานกลางถึงดีมาก	6 (8.1)	68 (91.9)			
การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์			0.081	1	0.77
ดื่ม	10 (13.0)	67 (87.0)			
ไม่ดื่ม	6 (11.3)	47 (88.7)			

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ
กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม (n=130) (ต่อ)

ตัวแปร	ภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม		χ^2	df	p-value
	เสี่ยง	ไม่เสี่ยง			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ					0.76 ^a
สูบ	4 (13.3)	26 (86.7)			
ไม่สูบ	12 (12.0)	88 (88.0)			
พฤติกรรมการมีกิจกรรมกระตุ้นการทำงาน			4.596	1	0.03*
ของสมอง					
ระดับต่ำ	11 (19.3)	46 (80.7)			
ระดับปานกลางถึงดีมาก	5 (6.8)	68 (93.2)			

หมายเหตุ ^a สถิติ Fisher's Exact Test ; * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีววิทยากับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญ คือ ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร) ($p = 0.011$) โดยกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 (ผอม) มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 33.3 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีดัชนีมวลกาย 30.0 ขึ้นไป (อ้วน) มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 13.2 และกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายระหว่าง 18.5 - 22.9 (ปกติ) มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 2.6 ส่วนการมีโรคประจำตัว ประวัติการได้รับความกระทบกระเทือนทางสมอง และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางสมองของคนในครอบครัว ไม่พบความสัมพันธ์ในทางสถิติกับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีววิทยากับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม (n=130)

ตัวแปร	ภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม		χ^2	Df	p-value
	เสี่ยง	ไม่เสี่ยง			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
การมีโรคประจำตัว			0.281	1	0.59 ^a
มี	8 (14.0)	65 (89.0)			
ไม่มี	8 (14.0)	49 (86.0)			
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)					0.011 ^{a*}
น้อยกว่า 18.5 (ผอม)	5 (33.3)	10 (66.7)			

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีววิทยากับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม (n=130) (ต่อ)

ตัวแปร	ภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม		χ^2	Df	p-value
	เสี่ยง	ไม่เสี่ยง			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ระหว่าง 18.5-22.9 (ปกติ)	1 (2.6)	38 (97.4)			
30.0 ขึ้นไป (อ้วน)	10 (13.2)	66 (86.8)			
ประวัติการได้รับความ					0.380 ^a
กระทบกระเทือนทางสมอง					
มี	3 (21.4)	11 (78.6)			
ไม่มี	13 (11.2)	103 (88.8)			
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรค					0.159 ^a
ทางสมองของคนใน					
ครอบครัว					
มี	5 (21.7)	18 (78.3)			
ไม่มี	11 (10.3)	96 (89.7)			

หมายเหตุ ^a สถิติ Fisher's Exact Test ; * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตวิทยากับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ความเหงา ($p < 0.001$) โดยกลุ่มที่มีความเหงาระดับปานกลางถึงระดับสูงมีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 91.7 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีความเหงาระดับต่ำ ที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 4.2 ส่วนความเครียด ไม่พบความสัมพันธ์ในทางสถิติกับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตวิทยากับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม (n=130)

ตัวแปร	ภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม		χ^2	Df	p-value
	เสี่ยง	ไม่เสี่ยง			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ความเหงา					<.001 ^a *
ระดับปานกลางถึงระดับสูง	11 (91.7)	1 (8.3)			
ระดับต่ำ	5 (4.2)	113 (95.8)			
ความเครียด					1.000 ^a
ระดับปานกลางถึงระดับมากที่สุด	1 (14.3)	6 (85.7)			
ระดับน้อย	15 (12.3)	108 (87.7)			

หมายเหตุ ^a สถิติ Fisher's Exact Test ; * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคมกับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว ($p = 0.009$) โดยกลุ่มที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับน้อยมีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 27.6 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลางถึงระดับดีมากที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 7.9 และการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ($\chi^2=5.749$, $p = 0.016$) โดยกลุ่มที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมระดับต่ำพบมีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 17.9 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมระดับปานกลางถึงระดับสูงพบมีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 3.8 ส่วนบทบาททางสังคม และการมีอุปกรณ์เทคโนโลยี ไม่พบความสัมพันธ์ในทางสถิติกับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ($p>0.05$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคมกับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ($n=130$)

ตัวแปร	ภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม		χ^2	Df	p-value
	เสี่ยง	ไม่เสี่ยง			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
บทบาททางสังคม					1.00 ^a
ไม่มี	12 (12.1)	87 (87.9)			
มี	4 (12.9)	27 (87.1)			
สัมพันธภาพในครอบครัว					0.009 ^a *
ระดับน้อย	8 (27.6)	21 (72.4)			
ระดับปานกลางถึงระดับดีมาก	8 (7.9)	93 (92.1)			
การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม			5.749	1	0.016*
ระดับต่ำ	14 (17.9)	64 (82.1)			
ระดับปานกลางถึงระดับสูง	2 (3.8)	50 (96.2)			
มีอุปกรณ์เทคโนโลยี			-	-	0.335 ^a
ไม่มี	5 (17.9)	23 (82.1)			
มี	11 (10.8)	91 (89.2)			

หมายเหตุ ^a สถิติ Fisher's Exact Test ; * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น เขตเทศบาลเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสงสัยเสี่ยงสมองเสื่อม ร้อยละ 12.3 โดยมีคะแนนเฉลี่ยการประเมินสมรรถภาพทางสติปัญญา (MoCA) เท่ากับ 27.28 คะแนน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ พฤติกรรมการมีกิจกรรมกระตุ้นการทำงานของสมอง ($\chi^2= 5.749$, $p=0.032$) ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)

($p=0.011$) ความเหงา ($p < 0.001$) สัมพันธภาพในครอบครัว ($p=0.009$) การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ($p=0.016$) และการมีกิจกรรมกระตุ้นการทำงานของสมอง ($\chi^2 = 4.596$, $p=0.032$)

อภิปรายผล

1. ภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น

ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตอนต้นเขตเทศบาลเมืองหนองคาย จำนวน 130 คน พบผู้มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมประมาณ 1 ใน 8 หรือร้อยละ 12.3 สัดส่วนความเสี่ยงนี้สูงกว่าภาพรวมระดับจังหวัด ซึ่งอาจเกิดจากบริบทของพื้นที่เขตเมืองที่ผู้สูงอายุเผชิญความโดดเดี่ยวหลังเกษียณ ข้อจำกัดด้านเวลาของการคัดกรองระดับจังหวัด และการใช้เครื่องมือ (MoCA Test) ที่มีความไวสูงในการตรวจจับความผิดปกติระยะเริ่มต้น กลุ่มตัวอย่างยังคงมีความสามารถในการเรียกชื่อ (Naming) และการรับรู้สภาวะรอบตัว (Orientation) ได้ดีเยี่ยม แต่พบความถดถอยในด้านความคิดเชิงนามธรรม (Abstraction) ทักษะภาษา (Language) และการจัดการสมองขั้นสูง (Executive function) ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนเริ่มต้น ความเสื่อมถอยนี้อธิบายได้จากความเสื่อมของร่างกายตามวัย และประวัติลักษณะการประกอบอาชีพในอดีต (ทุนสำรองทางปัญญา) โดยผู้ที่เคยทำงานที่เน้นทำซ้ำเป็นกิจวัตร มักจะพบความบกพร่องด้านการคิดเชิงนามธรรมได้เร็วกว่าผู้ที่ทำงานใช้ทักษะการคิดวิเคราะห์ (Stern, 2012)

2. ปัจจัยมีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม พบว่าปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานการณ์อยู่อาศัย ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์ในทางสถิติกับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ($p>0.05$) บ่งบอกว่าปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอให้เกิดภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Biopsychosocial Model ที่ว่าภาวะสมองเสื่อมมีปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ทั้งด้านชีววิทยา จิตวิทยา และสังคมวิทยา (Engel, 1977)

ในขณะเดียวกันพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญ 5 ปัจจัย คือ 1) พฤติกรรมการมีกิจกรรมกระตุ้นการทำงานของสมอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาว่าการมีงานอดิเรก รวมถึงอาชีพหรือการทำงานในปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อม ซึ่งกิจกรรมกระตุ้นการทำงานของสมองเป็นบทบาทสำคัญยิ่งต่อการรักษาและส่งเสริมความยืดหยุ่นของระบบการทำการกิจกรรมที่ต้องอาศัยสมาธิ ความจำ หรือการแก้ปัญหา จะช่วยทำให้สมองมีความทนทานต่อการเสื่อมถอยได้ดีขึ้น นอกจากนี้ การให้สมองได้คิดและเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ยังช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมอง ส่งผลให้กระบวนการรู้คิดทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ 2) ดัชนีมวลกาย (BMI) มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาของ (พิสิษฐ์ ศิริรักษ์ และคณะ, 2564; อรุณโรจน์ รุ่งเรือง และคณะ, 2566) ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักน้อย สะท้อนถึงภาวะทุพโภชนาการ ทำให้สมองขาดสารอาหารจำเป็น เช่น วิตามินบี 12 และกรดโฟลิก ส่งผลให้การรักษเยื่อหุ้มเซลล์ประสาทและการสร้างสารสื่อประสาทบกพร่อง ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ไขมันช่องท้องกระตุ้นให้เกิดโรคหลอดเลือด

ทำให้สมองขาดเลือดเรื้อรัง ร่วมกับเกิด ภาวะดื้ออินซูลินในสมอง และ การอักเสบในระบบประสาท จากการหลังสารก่อการอักเสบของเนื้อเยื่อไขมัน ซึ่งไปเร่งการสะสมของโปรตีนพิษในสมองซึ่งเป็นปัจจัยต้นเหตุของการเสื่อมสลายของเซลล์ประสาทและนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมในที่สุด (กรมอนามัย, 2563) 3) ความเหงามีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง 2 ใน 3 มีความเหงาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งในงานวิจัยที่ผ่านมายังไม่พบว่ามีการศึกษาหรือการกล่าวถึงปัจจัยนี้ ซึ่งความเหงาเป็นความรู้สึกโดดเดี่ยวทางใจถือเป็นภาวะความเครียดในรูปแบบหนึ่ง สมองจะถูกกระตุ้นให้หลั่งฮอร์โมนความเครียด หรือ คอร์ติซอล ออกมามากกว่าปกติ ระดับคอร์ติซอลที่สูงเรื้อรังนี้ มีฤทธิ์เป็นพิษต่อเซลล์ประสาทส่งผลให้เซลล์สมองฝ่อตัวลง นอกจากนี้ ความเหงายังมักเป็นปัจจัยนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า เป็นกลไกที่เร่งให้เกิดการถดถอยของการรู้คิดได้อย่างรวดเร็ว (กรมการแพทย์, 2564) 4) สัมพันธภาพในครอบครัว สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยที่ช่วยลดโอกาสของการเกิดภาวะสมองเสื่อม (จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ และคณะ, 2563) ซึ่งทำหน้าที่เป็น “เกราะป้องกันความเครียด” การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคนใกล้ชิด ทั้งในด้านอารมณ์และการดูแลเอาใจใส่ ช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งส่งผลให้สมองหลังสารสื่อประสาทแห่งความสุข (กรมสุขภาพจิต, 2563) 5) การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม กลุ่มตัวอย่าง 2 ใน 5 มีการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมโดยรวมอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสังคมมีความสัมพันธ์ต่อภาวะสมองเสื่อม (อรุณโรจน์ รุ่งเรือง และคณะ, 2565) การทำกิจกรรมทางสังคมร่วมกับการฝึกฝนการรู้คิด จะช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของระบบประสาทและสร้างทุนสำรองทางสมอง ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการชะลอการเสื่อมสลายของเซลล์ประสาทและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุสมอง (กรมการแพทย์, 2565)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการนำผลงานวิจัยไปใช้

1. เทศบาลและชมรมผู้สูงอายุอาจมีการพัฒนาการจัดพื้นที่สร้างสรรค์ โดยรูปแบบของกิจกรรมกระตุ้นสมอง และการส่งเสริมการเข้าสังคมในผู้สูงอายุ ควรมีการปรับเปลี่ยนการดำเนินงานจากการจัดกิจกรรมแบบตั้งรับ ณ ที่ทำการ เป็นการจัดกิจกรรมแบบสัญจรเชิงรุก เพื่ออำนวยความสะดวกและเน้นการเพิ่มอัตราการเข้าถึงตัวผู้สูงอายุโดยตรง ลงลึกถึงระดับชุมชน เพื่อลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเพิ่มโอกาสในการเข้าสังคม
2. พัฒนากลไกเครือข่ายเฝ้าระวังทางสังคม ระหว่างผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังซึ่งนับว่าเป็นกลุ่มเปราะบางทางสังคมกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังมีศักยภาพ หรือเพื่อนบ้านในละแวกเดียวกัน โดยทำหน้าที่เป็นตัวแทนครอบครัวในการชวนพูดคุย สร้างสัมพันธภาพ ร่วมสอดส่องดูแลและสังเกตความเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพเบื้องต้น ตลอดจนเฝ้าระวังความผิดปกติที่อาจเป็นสัญญาณเตือนของภาวะสมองเสื่อม รวมถึงการดึงเข้าสู่กิจกรรมของชุมชน
3. การดูแลสุขภาพส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ โดยการพัฒนาโปรแกรมการจัดการสุขภาพด้วยตนเองที่บ้านร่วมกับการใช้สื่อออนไลน์ในชุมชน เน้นข้อมูลการออกกำลังกายที่ไม่ใช้อุปกรณ์ การเลือกรับประทาน

อาหารที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น ตลอดจนการสอดแทรกกิจกรรมกระตุ้นการทำงานของสมองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการให้ความรู้ด้านการจัดการความเครียด โดยใช้พื้นที่สื่อออนไลน์ของชุมชน เช่น ไลน์กลุ่ม เป็นช่องทางในการสร้างปฏิสัมพันธ์และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันโดยบูรณาการการทำงานร่วมกับเครือข่ายหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงทางสุขภาพคอยติดตามและประเมินผลอย่างใกล้ชิด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในพื้นที่นอกเขตเทศบาล เปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เขตเทศบาล เพื่อศึกษาความแตกต่างของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในบริบทที่หลากหลายขึ้น
2. การศึกษาปัจจัยทางชีววิทยาและพฤติกรรมสุขภาพในครั้งต่อไป ควรพิจารณาใช้ข้อมูลจากการตรวจทางคลินิกหรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการประกอบด้วย เพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากการตอบแบบสัมภาษณ์ด้วยตนเองเพียงอย่างเดียว

บรรณานุกรม

กรมการปกครอง. (2567). สถิติประชากรทางการทะเบียนราษฎร (รายเดือน).

<https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/displayData>

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน).

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือวิทยาการหลักสูตรการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ความสุข 5 มิติ). สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวทางการจัดการภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย.

กระทรวงสาธารณสุข. (2565). การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน (Basic/Community Screen STEP1) เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2565.

https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=aa86b13e8cb60cae6c3216b7e3e5f151&old=1

กระทรวงสาธารณสุข. (2566). การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน (Basic/Community Screen STEP1) เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2566.

https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=aa86b13e8cb60cae6c3216b7e3e5f151&old=1

กระทรวงสาธารณสุข. (2567). การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน (Basic/Community Screen STEP1) เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2567.

https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=aa86b13e8cb60cae6c3216b7e3e5f151&old=1

- ก้องเกียรติ ภูณัทกันทรการ. (2557). แนวทางใหม่ในการประเมินและวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 14(1), 93-101.
- จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, วิไลวรรณ คมขำ, รวีวรรณ แก้วอยู่, และ พงษ์ศักดิ์ ป่านดี. (2563). ความชุกและปัจจัยทำนายภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 3(2), 133-147.
- ชุติมา ทองวชิระ, สุชาดา โทพล, เรณู ขวัญยืน, และ สมจิต นิพัทธหัตถพงศ์. (2559). ความชุก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุและการพัฒนาคู่มือการให้ความรู้ : กรณีศึกษาชุมชนเขตบางพลัด. มหาวิทยาลัยสวนดุสิต.
- พนม สุขจันทร์, กัษพัร นิยมเดชา, และ ดิน ศรีชัยสุวรรณ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 14(1), 276-292.
- พิสิษฐ์ ศิริรักษ์. (2564). การศึกษาภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 35(1), 17-33.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2563). *แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม ฉบับสมบูรณ์*. กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *คู่มือแนวทางการคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม*. สำนักงานกิจการโรงพยาบาลคุ้มครองการสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แนวทางการจัดกิจกรรมกระตุ้นสมองและส่งเสริมพุทธิปัญญาในผู้สูงอายุ*. สำนักงานกิจการโรงพยาบาลคุ้มครองการสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- อรุณโรจน์ รุ่งเรือง. (2565). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 17(1), 272-287.
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (1997). *Research in education* (8th ed.). Allyn & Bacon.
- Department of Surgery, Washington University in St. Louis. (2021). *Three aspects of health and healing: The biopsychosocial model in medicine*. <https://surgery.wustl.edu/three-aspects-of-health-and-healing-the-biopsychosocial-model/>
- Engel, G. L. (1997). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 8(196), 129-136.

- Hemrungronj, S., Charernboon, T., Phanasathit, M., Supasitthumrong, T., Chaipresertsud, P., et al. (2021). Use of the Montreal Cognitive Assessment Thai version (MoCA-Thai) to discriminate amnesic mild cognitive impairment from Alzheimer's disease and healthy controls: Machine learning results. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 5(2), 183-194.
- Muasiri, S., Muangpaisan, W., & Srinonprasert, V. (2011). Comparison of the MoCA-T and MMSE-Thai 2002 in screening for mild cognitive impairment and Alzheimer's disease in the Thai elderly. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 94(10), 1267-1274.
- Stern, Y. (2012). Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. *The Lancet Neurology*, 11(11), 1006-1012. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(12\)70191-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(12)70191-6)
- Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences* (6th ed.). John Wiley & Sons, Inc.