

THE STUDY OF DEMENTIA IN ELDERLY PERSONS IN NAKHON RATCHASIMA PROVINCE*

*Pisit Siriruk, Ph.D. **, Lavun Srisungnoen, Ph.D. ****

Abstract

Objective: The objectives of this research were: 1) to study demographic characteristics and the dementia of the elderly persons in municipal area, non-municipal area, and Sub-district administrative organization area in Nakhon Ratchasima Province; 2) to study factors related to the dementia of the elderly persons in municipal area, non-municipal area, and Sub-district administrative organization area in Nakhon Ratchasima province and; 3) to compare the dementia of the elderly persons in municipal area, non-municipal area, and Sub-district administrative organization area in Nakhon Ratchasima province.

Methods: The cross-sectional descriptive study was used in this research. The sample group was 384 elderly persons determined by the Krejcie and Morgan table. The PRECEDE Model theory was applied to analyze variables and the tool was questionnaires. Descriptive statistics, inferential statistics, Chi-square test, and One-Way ANOVA were also used by determining statistical significance at 0.5 level.

Results: Most of participants were middle-old elderly persons with the average age of 71 years and male. 59.40% of them were farmers and 68.75% had depression at middle level. 51.04% also had dementia at middle level. Independent factors related to the elderly persons' dementia were age, current occupation, occupation before retirement, weight, height, Body Mass Index (BMI), congenital disorder, vision, diabetes, used to fall down in 3 months ago, having uncomfortable situations, having debts, and household income. The supporting factors related to the dementia of the elderly persons were depression, suicide, and general health conditions. The supplementary factors did not correlate with the dementia of the elderly.

Conclusion: When comparing the dementia among the elderly persons in Nakhon Ratchasima province in different areas, it was found that there were different conditions of dementia. Elderly persons in the Sub-district administrative organization areas had the dementia more than the elderly persons in the municipal and non-municipal areas with the statistical significance at .05 level.

Keywords: dementia, elderly persons

**This study was supported by a research grant from Phanomwan Technology College.*

***President, Phanomwan Technology College*

****Corresponding author: Lecturer, Department of Public Health, Faculty of Science and Technology, Phanomwan Technology College, e-mail: cnrtee@hotmail.com*

Received: 7 June 2020, Revised: 20 April 2021, Accepted: 26 April 2021

การศึกษาภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครราชสีมา*

พิสิษฐ์ ศิริรักษ์, ปร.ค.**; ลาวรรณ ศรีสูงเนิน, ปร.ค.***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษา 1) ศึกษาคุณลักษณะทางประชากรและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดนครราชสีมา 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัด นครราชสีมา และ 3) เปรียบเทียบภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุระหว่างเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และเขต องค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดนครราชสีมา

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบสำรวจภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 384 คน กำหนดโดยใช้ตารางของ Krejcie and Morgan ตัวแปรใช้ทฤษฎี PRECEDE Model มาเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน chi - square test และ One-Way ANOVA โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษา : ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนกลาง อายุเฉลี่ย 71 ปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.40 อาชีพ ทำ เกษตรกรรม ร้อยละ 68.75 มีภาวะซึมเศร้าอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 51.04 ภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม คือ อายุ อาชีพในปัจจุบัน อาชีพก่อนเกษียณ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนี มวลกาย การมีโรคประจำตัว การมองเห็น การเป็นโรคเบาหวาน การเคยหกล้มในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา การมีเหตุการณ์ที่ ไม่สบายใจ การมีหนี้สิน และรายได้ของครอบครัว ปัจจัยสนับสนุนที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของ ผู้สูงอายุ คือ ภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย และภาวะสุขภาพทั่วไป ปัจจัยเสริมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม ของผู้สูงอายุ

สรุป : เปรียบเทียบภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา ในพื้นที่แตกต่างกันมีภาวะสมอง เสื่อมแตกต่างกัน โดยในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลมากกว่าในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล อย่างมีระดับ นัยสำคัญทางสถิติที่ .05

คำสำคัญ : ภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุ

*การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก วิทยาลัยเทคโนโลยีพนมวันท์

**อธิการบดี วิทยาลัยเทคโนโลยีพนมวันท์

***ผู้ประสานงานบทความ, อาจารย์ประจำ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยเทคโนโลยีพนมวันท์,

e-mail: cnrtee@hotmail.com

วันที่รับ: 7 มิถุนายน 2563, วันที่แก้ไข: 20 เมษายน 2564, วันที่ตอบรับ: 26 เมษายน 2564

ความสำคัญของปัญหา

ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และการสาธารณสุข การวางแผนครอบครัวที่ประสบผลสำเร็จ รวมถึงความเติบโตทางด้านสังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมในยุคโลกาภิวัตน์ ส่งผลให้อัตราการเกิดน้อยลงและประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น จากรายงานการศึกษาวิจัยขององค์การสหประชาชาติ แสดงแนวโน้มในการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรโลก ในปี พ.ศ. 2559 โลกจะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่า 580 ล้านคน เป็นประชากรในแถบเอเชียมากกว่า 365 ล้านคน ในขณะที่ประชากรโลกเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5.20 อัตราการเพิ่มของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป กลับเพิ่มขึ้นร้อยละ 10.20 ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค, 2561) การสูงอายุของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ซึ่งมีประชากรทั้งหมด 7,433 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 929 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.50 ของประชากรทั้งหมด สำหรับประชาคมอาเซียนซึ่งมีสมาชิก 10 ประเทศ มีจำนวน 3 ประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุ คือ สิงคโปร์ ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 18.70 ประเทศไทย ร้อยละ 16.50 และประเทศเวียดนาม ร้อยละ 10.70 ส่วนประเทศกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอีก 2 - 3 ปีข้างหน้า คือ ประเทศมาเลเซีย มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 9.50 เมียนมาร์ ร้อยละ 9.20 (บรรลุ ศิริพานิช, 2559) ในประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 68.90 ล้านคน ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 11 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.50 เป็นคนไทย 65.90

ล้านคน และเป็นแรงงานต่างชาติ 3 ล้านคน ในขณะที่ประชากรรวมของประเทศไทยกำลังเพิ่มด้วยอัตราที่ช้าลงอย่างมากเพียงร้อยละ 0.40 ต่อปี ส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นด้วยอัตรา ร้อยละ 5.00 ต่อปี ประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นด้วยอัตรา ร้อยละ 6.00 ต่อปี (บรรลุ ศิริพานิช, 2559)

ผลสำรวจของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ในปี 2553 พบว่าผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 8.10 คาดว่าขณะนี้จะมีประมาณ 8 แสนคน พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายอายุที่มากยิ่งพบได้มาก มีผู้ป่วยสมองเสื่อมเข้ามาใช้บริการรักษาในโรงพยาบาล มีอาการผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตใจอย่างน้อย 1 อาการร่วมด้วย ที่พบบ่อย มี 9 อาการ ได้แก่ 1) เฉยเมยไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว พบ ร้อยละ 70.00 2) ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 40.00 - 50.00 3) ปัญหาด้านการกิน ร้อยละ 40.00 - 50.00 4) ปัญหาด้านการนอน ร้อยละ 30.00-50.00 5) อารมณ์หงุดหงิด โกรธง่าย ร้อยละ 40.00 6) อาการหลงผิด ร้อยละ 30.00 - 40.00 7) ไม่สามารถยับยั้งชั่งใจในด้านพฤติกรรมได้ ร้อยละ 30.00 - 40.00 8) มีพฤติกรรมแปลก ๆ ทำอะไรซ้ำ ๆ เช่น ผลลูกมุดนั่ง สะสมของในบ้าน ร้อยละ 30.00-40.00 และ 9) หูแว่วประสาทหลอน เช่น เห็นผี เห็นเทวดา ร้อยละ 20.00 - 30.00 ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมนอกจากเป็นเรื่องของความจำแล้วยังพบว่า ร้อยละ 90.00 หรือประมาณ 7 แสนกว่าคน มีปัญหาด้านพฤติกรรมและด้านจิตใจร่วมด้วย ขณะที่ประเทศไทยก้าวสู่การเป็นสังคมผู้สูงวัย หากผู้ที่ยังไม่เข้าสู่วัยสูงอายุ ไม่มีการดูแลตัวเองเพื่อป้องกันตั้งแต่เนิ่น ๆ คาดว่า

จำนวนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอาจเพิ่มขึ้นนับล้านคน และมีปัญหาด้านพฤติกรรมและด้านจิตใจเพิ่มขึ้น นับแสนคน และภาวะสมองเสื่อมเป็นความผิดปกติของการสูญเสียความทรงจำและความสามารถในการรับรู้ที่บกพร่อง เป็นการลดลงของหน่วยความจำ โดยมีความบกพร่องของฟังก์ชันการรับรู้อื่น ๆ อย่างน้อยหนึ่งอย่างเช่นการเคลื่อนไหว ทักษะด้านภาษาหรือฟังก์ชันผู้บริหาร เช่น การวางแผน ความสนใจ และเหตุผลเชิงนามธรรม การลดลงนี้แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทำให้เสียการทำงาน สังคมและการประกอบอาชีพ (Kevin R Scott, 2007) เป็นเรื่องบั่นทอนสุขภาพจิตและเป็นภาระให้แก่ผู้ดูแล ครอบครัว และประเทศชาติเป็นอันมาก ประการสำคัญหากผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในอาการของผู้ป่วยบางคนอาจถูกทารุณกรรมหรือถูกทอดทิ้งได้

การศึกษาภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา จะเป็นประโยชน์ต่อการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และจะเป็นข้อมูลสำหรับการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาคุณลักษณะทางประชากรและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดนครราชสีมา

2. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลใน

จังหวัดนครราชสีมา

3. เปรียบเทียบภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุระหว่างในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดนครราชสีมา

คำถามการวิจัย

1. คุณลักษณะทางประชากรและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดนครราชสีมา เป็นอย่างไร

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดนครราชสีมา เป็นอย่างไร

3. ภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุระหว่างในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดนครราชสีมา แตกต่างกันอย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การกำหนดปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา การเกิดโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎี PRECEDE Model หรือ PRECEDE Framework โดยได้กำหนดปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยเสริมภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย คือในด้านคุณลักษณะทางประชากร ภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย ภาวะสุขภาพทั่วไป และเขตที่ตั้งของบ้านเรือน มีอิทธิพลต่อภาวะสมองเสื่อม

ของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา (Green, L.W., Krueger, M.W. 1980) โดยเริ่มจากการประเมินปัญหาต่าง ๆ ในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ปัจจัยนำ (predisposing factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นสภาพการณ์ของแต่ละตัวแปร ในที่นี้ผู้วิจัยกำหนดให้ลักษณะทางประชากรนำมาเป็นเหตุในการศึกษา โดยทั่วไปแล้วบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาพฤติกรรมอย่างไม่หยุดนิ่ง การเปลี่ยนแปลงและพัฒนาดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตามความมุ่งหมายของการพัฒนาให้ผู้สูงอายุไม่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมและเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีสุขภาพดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดให้ อายุ เพศ ศาสนา อาชีพ สถานภาพสมรส น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ความสามารถในการอ่าน-เขียน การมองเห็น การได้ยิน ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การมีโรคประจำตัว ผู้ที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว การมีผู้ดูแล การให้คำปรึกษาผู้อื่น การเคยหกล้ม ความพิการ การใช้สารเสพติด การใช้ยานอนหลับ การใช้สารเสพติดอื่น ๆ การมีเหตุการณ์ที่ไม่สบายใจ และการมีความห่วงใยผู้อื่น เป็นปัจจัยนำในการศึกษาในครั้งนี้

กลุ่มที่ 2 ปัจจัยสนับสนุน (enabling factors) หมายถึง ปัจจัยสนับสนุน เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการที่จะทำให้นักบุคคลเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เป็นพื้นฐานทางสถานภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ทุกคนมีและพึงเป็นพึงได้ทีหกลึกเลียงไม่ได้ ทุกคนต้องยอมรับว่าจะผลักดันให้ปัจจัยเหล่านี้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือภาวะ

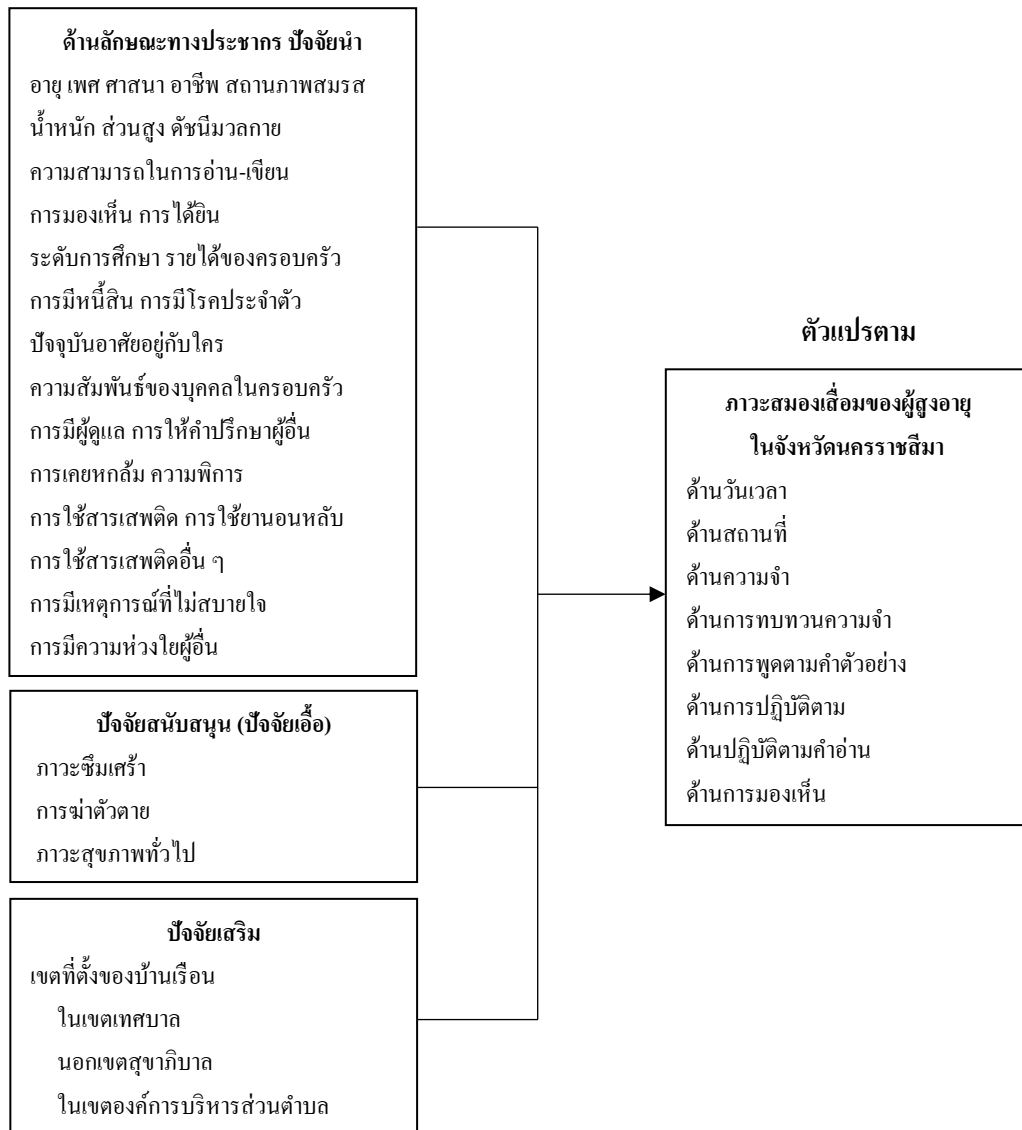
สุขภาพ ในที่นี้ผู้วิจัยกำหนดให้ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตายและภาวะสุขภาพทั่วไป ซึ่งแต่ละปัจจัยจะมีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุได้อย่างไร

กลุ่มที่ 3 ปัจจัยเสริม (reinforcing factors) หมายถึง ปัจจัยเสริมเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการที่จะทำให้นักบุคคลเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เป็นพื้นฐานทางสถานภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ทุกคนมีและพึงเป็นพึงได้ทีหกลึกเลียงไม่ได้ ทุกคนต้องยอมรับว่าจะผลักดันให้ปัจจัยเหล่านี้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพหรือภาวะสุขภาพในทางใดที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด ในที่นี้ผู้วิจัยกำหนดให้ปัจจัยเสริมคือ เขตที่ตั้งของบ้านเรือน ในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาลและในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งแต่ละปัจจัยจะมีผลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพและเกิดภาวะสมองเสื่อมได้อย่างไร ดังแสดงตามภาพประกอบที่ 1

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุชายและหญิงอายุ 60 - 80 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาอยู่ทุกอำเภอ จำนวน 32 อำเภอ ในจังหวัดนครราชสีมา ในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 99,956 คน (กระทรวงมหาดไทย, 2562) กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 384 คน ได้จากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan (Krejcie, R.V., & D.W. Morgan, 1970) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบอาศัยทฤษฎีความน่าจะเป็น โดยการสุ่มตามระดับ

ตัวแปรต้น



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ชั้นภูมิ (stratified random sampling) แบ่งประชากรออกเป็นกลุ่ม ๆ ตามอำเภอ แล้วสุ่มตัวอย่าง จากนั้นเลือกตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) (บุญชม ศรีสะอาด, 2553) ในแต่ละ

อำเภอ ได้กลุ่มตัวอย่างดังนี้ อำเภอเมืองนครราชสีมา จำนวน 36 คน ครอบจักรวาล จำนวน 15 คน เสงี่ยม จำนวน 8 คน คง จำนวน 15 คน บ้านเหลื่อม จำนวน 3 คน จักราช จำนวน 12 คน ด่านขุนทด จำนวน 10 คน

โนนไทย จำนวน 21 คน โนนสูง จำนวน 11 คน ขามสะแกแสง จำนวน 20 คน บัวใหญ่ จำนวน 7 คน ประทาย จำนวน 13 คน ปักธงชัย จำนวน 15 คน พิมาย จำนวน 21 คน ห้วยแถลง จำนวน 25 คน ขุมพวง จำนวน 14 คน ขามทะเลสอ จำนวน 15 คน สีคิ้ว จำนวน 15 คน ปากช่อง จำนวน 5 คน หนองบุญมาก จำนวน 17 คน แก้งสนามนาง จำนวน 21 คน โนนแดง จำนวน 11 คน เทพารักษ์ จำนวน 7 คน พระทองคำ จำนวน 4 คน ลำทะเมนชัย จำนวน 8 คน บัวลาย จำนวน 5 คน สีดา จำนวน 4 คน เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 7 คน สูงเนิน จำนวน 5 คน วังน้ำเขียว จำนวน 4 คน โชคชัย จำนวน 4 คน และ โนนแดง จำนวน 6 คน ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาใช้ทฤษฎี PRECEDE Model (Green, L.W., Krueger, M.W. 1980) มาเป็นแนวทางในการวิเคราะห์พฤติกรรมของผู้สูงอายุ ตัวแปรต้นประกอบด้วยปัจจัยนำ (predisposing factors) คือ คุณลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา อาชีพ สถานภาพสมรส น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ความสามารถในการอ่าน - เขียน การมองเห็น การได้ยิน ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การมีโรคประจำตัว ผู้ที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว การมีผู้ดูแล การให้คำปรึกษาผู้อื่น การเคยหกล้ม ความพิการ การใช้สารเสพติด การใช้ยานอนหลับ การใช้สารเสพติดอื่นๆ การมีเหตุการณ์ที่ไม่สบายใจ และการมีความห่วงใยผู้อื่น ปัจจัยสนับสนุน (ปัจจัยเอื้อ) (enabling factors) ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย และ ภาวะสุขภาพทั่วไป และปัจจัยเสริม (reinforcing factors) ได้แก่ เขตที่ตั้งของบ้านเรือน ในเขต

เทศบาล นอกเขตเทศบาล ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ตัวแปรตาม คือ ภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อมด้านวันเวลา ด้านสถานที่ ด้านความจำ ด้านการทบทวนความจำ ด้านพูดตามคำตัวอย่าง ด้านการปฏิบัติตาม ด้านการปฏิบัติตามคำอ่าน และด้านการมองเห็น

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ดำเนินการขออนุญาตจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์ตามหลักเกณฑ์ของสถาบันวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ได้รับอนุมัติเมื่อวันที่ 25 เดือนธันวาคม พ.ศ.2562 เลขที่ใบรับรอง HE-076-2562 และกลุ่มตัวอย่างจะได้รับทราบรายละเอียดในขั้นตอนต่าง ๆ โดยผู้วิจัยมีการแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย ขั้นตอนต่าง ๆ ในการดำเนินการ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ การถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา และการรักษาความลับส่วนบุคคล เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจจึงดำเนินการต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม จำนวน 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม คุณลักษณะทางประชากร เป็นแบบสอบถามที่ทีมวิจัยสร้างขึ้น ส่วนที่ 2 แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต, 2554) ส่วนที่ 3 แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต,

2554) ส่วนที่ 4 แบบสำรวจภาวะสุขภาพทั่วไป (SF-36) ฉบับภาษาไทย (กรมสุขภาพจิต, 2554) และส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น (ฉบับภาษาไทย) Mini-Mental State Examination Thai version (MMSE-T) ของภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (กรมสุขภาพจิต, 2554) นำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาเนื้อหาความถูกต้อง ความสอดคล้องครอบคลุมเนื้อหาของเรื่องการวิจัยและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของคณะผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และมีผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือดังนี้ ส่วนที่ 2 เท่ากับ .71 ส่วนที่ 3 เท่ากับ .74 ส่วนที่ 4 เท่ากับ .82 และส่วนที่ 5 เท่ากับ .85 การแปลความหมายคะแนนจัดระดับคะแนนสามระดับ คือระดับต่ำระดับปานกลาง และระดับสูง โดยการอิงเกณฑ์ของ Benjamin Bloom (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์ ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 - 31 มกราคม พ.ศ.2563 ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความเรียบร้อยของข้อมูลทุกครั้งก่อนยุติการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละวัน หากพบว่าข้อมูลที่ได้ไม่ครบถ้วนได้นำไปเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจนครบสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา แสดงลักษณะการกระจายของตัวแปรต่าง ๆ ของคุณลักษณะทาง

ประชากร ปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน (เอื้อ) (enabling factors) ปัจจัยเสริม (reinforcing factors) และตัวแปรตามภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ในจังหวัดนครราชสีมา นำเสนอในรูปแบบตาราง แสดงประกอบความเรียง แสดงจำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจัดระดับจำแนกตามรายด้านของปัจจัย

2. สถิติเชิงอนุมาน

2.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ของปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน (เอื้อ) และปัจจัยเสริม กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ในจังหวัดนครราชสีมา โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

2.2 การเปรียบเทียบภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ระหว่างผู้สูงอายุในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดนครราชสีมา โดยใช้ One-Way ANOVA กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุพบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนกลาง มีอายุอยู่ระหว่าง 70 - 78 ปี ร้อยละ 50.52 อายุเฉลี่ย 71 ปี อายุมากที่สุด 80 ปี และอายุน้อยที่สุด 60 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.40 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 56.77 อาชีพก่อนอายุ 60 ปี ส่วนใหญ่ทำเกษตรกรรม ร้อยละ 68.75 อาชีพปัจจุบันส่วนใหญ่

ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 72.90 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้เรียน ร้อยละ 53.40 ส่วนใหญ่มีน้ำหนักอยู่ระหว่าง 64 - 68 กิโลกรัม ร้อยละ 30.72 น้ำหนักเฉลี่ย 58 กิโลกรัม น้ำหนักมากที่สุด 78 กิโลกรัม น้ำหนักน้อยที่สุด 39 กิโลกรัม ส่วนใหญ่มีส่วนสูง อยู่ระหว่าง 156 - 160 เซนติเมตร ร้อยละ 47.40 ส่วนสูงเฉลี่ย 159 เซนติเมตร สูงที่สุด 174 เซนติเมตร เตี้ยที่สุด 146 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 61.98 รองลงมาอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน ร้อยละ 26.82 ส่วนใหญ่อ่านออกเขียนได้ ร้อยละ 47.90 ส่วนใหญ่มองเห็นชัดโดยการสวมแว่นตา ร้อยละ 57.30 การได้ยินส่วนใหญ่ฟังไม่ชัด ร้อยละ 61.50 รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ส่วนใหญ่ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 52.08 รายได้เฉลี่ย 7,217 บาท/เดือน รายได้น้อยที่สุด 1,500 บาท/เดือน มากที่สุด 30,000 บาท/เดือน รายได้ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่ครอบครัวมีหนี้สิน ร้อยละ 53.90 ครอบครัวไม่มีเงินเหลือเก็บ ร้อยละ 100.00 ที่มาของรายได้ส่วนใหญ่ได้จากลูกหลาน ร้อยละ 53.10 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 53.64 เป็นทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ร้อยละ 45.84 เป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว ร้อยละ 27.60 เป็นโรคเบาหวานอย่างเดียว ร้อยละ 26.56 มีผู้ดูแล ร้อยละ 100.00 มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวรักใคร่กันดี ร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมบ่อย ๆ ร้อยละ 53.10 ไม่เคยให้คำปรึกษาผู้อื่น ร้อยละ 91.67 มีเหตุการณ์ที่ไม่สบายใจ ร้อยละ 88.54 มีความหวังใยหลาน ร้อยละ 53.39 และหวังใยลูก ร้อยละ

46.61 ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาส่วนใหญ่ไม่เคยหกล้ม ร้อยละ 85.42 ส่วนใหญ่ร่างกายได้รับบาดเจ็บจากการหกล้มที่แขน ร้อยละ 67.85 มีความพิการทางกาย ร้อยละ 17.20 ไม่เคยใช้สารเสพติดใด ๆ ร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่ใช้ยานอนหลับก่อนนอน ร้อยละ 55.21 ส่วนใหญ่มีเขตที่ตั้งของบ้านเรือนอยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 41.10

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 51.04 ไม่มีภาวะฆ่าตัวตาย ร้อยละ 47.90 และมีแนวโน้มฆ่าตัวตายอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 17.70 สำหรับภาวะสุขภาพทั่วไป พบว่า ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณภาพส่วนใหญ่เหมือนเดิม ร้อยละ 60.90 เมื่อเปรียบเทียบกับช่วง 1 ปีที่ผ่านมา กับปัจจุบันสุขภาพส่วนใหญ่เหมือนเดิม ร้อยละ 44.30 ความรู้สึกของผู้สูงอายุที่มีผลต่อสุขภาพเมื่อมีการปฏิบัติกิจกรรม กิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก เช่น วิ่ง ยกของหนัก ๆ เล่นกีฬาที่ต้องใช้แรงมาก ส่วนใหญ่มีผลมาก ร้อยละ 51.00 กิจกรรมที่ต้องออกแรงปานกลาง เช่น ย้ายโต๊ะ ภูบ้าน ส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีผลมาก ร้อยละ 51.04 การยกของหรือหิ้วตะกร้าขณะไปซื้อของ ส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีผลมาก ร้อยละ 72.20 การเดินขึ้นบันไดตั้งแต่บ้าน 2 ชั้นขึ้นไป ส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีผลมาก ร้อยละ 73.44 การเดินขึ้นบันได 3 - 5 ชั้น ส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีผลมาก ร้อยละ 74.48 การก้มตัว หรือคุกเข่า หรือโค้งตัว ส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีผลมาก ร้อยละ 82.81 การเดินทางระยะทาง 1 กิโลเมตรขึ้นไป ส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีผลมาก ร้อยละ 70.80 การเดินทางระยะทางตั้งแต่ 2 ช่วงเสาไฟฟ้าขึ้นไป ส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีผลมาก ร้อยละ 84.38 การเดินทางมากกว่า 30 เมตรขึ้นไป ส่วนใหญ่

รู้สึกว่ามีผลมาก ร้อยละ 86.50 และการอาบน้ำ แต่งตัวเองส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีผลต่อสุขภาพมาก ร้อยละ 73.96

ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ความรู้สึกด้านสุขภาพกับการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน ทำให้ต้องลดเวลาในการทำงานหรือกิจกรรมลง ส่วนใหญ่ตอบว่าใช่ ร้อยละ 86.50 ทำงานได้น้อยกว่าที่ตั้งใจไว้ส่วนใหญ่ตอบว่าใช่ ร้อยละ 85.40 ทำงานหรือกิจกรรมบางอย่างไม่ได้อย่างที่เคย ส่วนใหญ่ตอบว่าใช่ ร้อยละ 85.40 และมีความยากลำบากในการทำงานหรือกิจกรรม ต้องใช้ความพยายามเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่ตอบว่าใช่ ร้อยละ 77.08 ความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาทางอารมณ์ เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล มีผลต่อการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน ส่วนใหญ่รู้สึกว่าจะต้องเพิ่มเวลาในการทำงานหรือกิจกรรมขึ้น ร้อยละ 93.75 ทำงานได้มากกว่าที่ตั้งใจไว้ ร้อยละ 90.10 และขาดความรอบคอบในการทำงานหรือกิจกรรมเหมือนอย่างที่เคยทำได้ ร้อยละ 84.37 มีความรู้สึกสดชื่นมีชีวิตชีวา ส่วนใหญ่เป็นบางเวลา ร้อยละ 47.92 รองลงมา รู้สึกบ่อย ๆ ร้อยละ 14.58 รู้สึกประสาทเครียดส่วนใหญ่เป็นบางเวลา ร้อยละ 43.75 รู้สึกหุดหู่จนไม่มีอะไรทำให้สดชื่นขึ้นได้ ส่วนใหญ่เป็นบ่อย ๆ ร้อยละ 45.80 รู้สึกสงบและสุขใจส่วนใหญ่เป็นบางเวลา ร้อยละ 56.30 มีพลังมากส่วนใหญ่เป็นบางเวลา ร้อยละ 54.17 ท้อแท้ห่อเหี่ยวส่วนใหญ่เป็นบางเวลา ร้อยละ 49.00 รู้สึกว่าทำอะไรไม่ได้ส่วนใหญ่เป็นบางเวลา ร้อยละ 51.04 มีความสุขส่วนใหญ่แน่นอนครั้ง ร้อยละ 49.73 รู้สึกเหนื่อยล้าส่วนใหญ่เป็นบางเวลา ร้อยละ 47.47 ไม่อยากเข้าสังคมส่วนใหญ่เป็นบ่อย ๆ ร้อยละ

49.50 ไม่อยากพบปะกับลูกหลานญาติมิตรสหาย เพื่อนเก่าส่วนใหญ่เป็นบางเวลา ร้อยละ 44.27

ในปัจจุบันผู้สูงอายุมีความรู้สึกเกี่ยวกับสุขภาพ คือ รู้สึกเหมือนจะป่วยมากกว่าคนอื่นส่วนใหญ่ถูกต้องเป็นส่วนมาก ร้อยละ 67.19 รู้สึกสุขภาพดีเหมือนทุกคนที่รู้จักส่วนใหญ่ถูกต้องเป็นส่วนมาก ร้อยละ 47.40 คาดว่าสุขภาพจะแย่ลงส่วนใหญ่ถูกต้องส่วนมาก ร้อยละ 27.10 รู้สึกสุขภาพดีเชื่อมส่วนใหญ่ถูกต้องส่วนมาก ร้อยละ 40.10 รู้สึกต้องการตรวจสุขภาพบ่อย ๆ ส่วนใหญ่ไม่เป็นส่วนมาก ร้อยละ 45.80 รู้สึกมีอาการเจ็บปวดตามร่างกายส่วนใหญ่ถูกต้องส่วนมาก ร้อยละ 47.90

2. ภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ด้านวันเวลา พบว่าผู้สูงอายุสามารถตอบวันที่วันนี้ได้ถูกต้อง ร้อยละ 53.60 ตอบชื่อวันนี้ได้ถูกต้อง ร้อยละ 65.10 ตอบชื่อเดือนนี้ได้ถูกต้อง ร้อยละ 61.15 ตอบชื่อปีนี้ได้ถูกต้อง ร้อยละ 50.00 ตอบฤดูกาลได้ถูกต้อง ร้อยละ 90.10

ด้านสถานที่ ตอบสถานที่ที่อยู่ปัจจุบันได้ถูกต้อง ร้อยละ 96.40 ตอบชื่อหมู่บ้านที่อยู่ปัจจุบันได้ถูกต้อง ร้อยละ 96.40 ตอบชื่อถนนที่ตั้งบ้านเรือนที่อยู่ปัจจุบันได้ถูกต้อง ร้อยละ 87.00 ตอบชื่ออำเภอที่อยู่ปัจจุบันได้ถูกต้อง ร้อยละ 98.40 ตอบชื่อจังหวัดที่อยู่ปัจจุบันได้ถูกต้อง ร้อยละ 96.40 ตอบชื่อภาคที่อยู่ปัจจุบันได้ถูกต้อง ร้อยละ 84.90

ด้านความจำ พูดยตาม จำนวน 3 คำถูกต้อง ร้อยละ 84.90 สะกดคำ 1 คำ ถูกต้อง ร้อยละ 14.60 สะกดคำออกหลัง 1 คำ ถูกต้อง ร้อยละ 15.60 คิดในใจโดยเอา 100 ตั้งลบออกทีละ 7 ไปเรื่อย ๆ บอกผลลัพธ์ถูกต้อง ร้อยละ 15.40

ด้านการทบทวนความจำ ทบทวนคำหลังบอกคำตัวอย่าง 3 คำ แล้วเว้นช่วงเวลา 2 - 3 นาที ถูกต้อง ร้อยละ 35.40 ถามวัตถุที่ชี้หรือยื่นให้ดู ตอบคินสอได้ถูกต้อง ร้อยละ 84.90 ตอบนาฬิกาได้ถูกต้อง ร้อยละ 95.30 ตอบขวดน้ำได้ถูกต้อง ร้อยละ 93.30 ตอบรถยนต์ได้ถูกต้อง ร้อยละ 93.30 ตอบกระดาษได้ถูกต้อง ร้อยละ 84.90

ด้านการพูดตามคำตัวอย่าง พูดประโยค “ใครใคร่ขายไก่ไข่” ถูกต้อง ร้อยละ 26.00

ด้านการปฏิบัติตาม รับกระดาษแล้วพับกระดาษ วางกระดาษตามคำบอกถูกต้อง ร้อยละ 39.60 พับกระดาษด้วยมือขวาแล้วพับครึ่งด้วยสองมือทำตามถูกต้อง ร้อยละ 55.20 วางกระดาษไว้บนเตียงทำได้ถูกต้อง ร้อยละ 80.70

ด้านปฏิบัติตามคำที่อ่านอ่านคำว่า “หลับตา” แล้วหลับตาทำถูกต้อง ร้อยละ 56.20 เขียนและอ่านข้อความ 1 ข้อความทำได้ถูกต้อง ร้อยละ 34.40

ด้านการมองเห็นภาพ วาดภาพหกเหลี่ยมตามที่มองเห็น ถูกต้อง ร้อยละ 3.10 วาดภาพวงกลมซ้อนกัน 2 วงตามที่มองเห็นถูกต้อง ร้อยละ 24.00

เมื่อจำแนกผู้สูงอายุตามเขตพื้นที่ที่ตั้งบ้านเรือนกับภาวะสมองเสื่อม พบว่า ระดับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ทั้งในภาพรวม ในเขต

เทศบาล นอกเขตเทศบาล และในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 มีดังนี้

ด้านวันเวลา ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย การมีหนี้สิน รายได้ของครอบครัว และการมีโรคประจำตัว ($\chi^2 = 4.99, 13.89, 14.95, 1.38, 9.33$ และ $0.76, p\text{-value} = .02, .02, .02, .04, .02$ และ $.05$ ตามลำดับ)

ด้านสถานที่ ได้แก่ น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย รายได้ของครอบครัว และการมีหนี้สิน ($\chi^2 = 24.58, 13.35, 4.77$ และ $9.14 p\text{-value} = .02, .02, .03,$ และ $.02$ ตามลำดับ)

ด้านความจำ ได้แก่ ส่วนสูง ($\chi^2 = 10.25, p\text{-value} = .05$)

ด้านการทบทวนความจำ ได้แก่ อาชีพ ก่อนเกษียณ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และการมีหนี้สิน ($\chi^2 = .33, .13, .84$ และ $21.59 p\text{-value} = .04, .05, .05,$ และ $.05$ ตามลำดับ)

ด้านการพูดตามคำตัวอย่าง ได้แก่ ส่วนสูง

ตารางที่ 1 ระดับของภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในภาพรวมและจำแนกตามเขตพื้นที่ตั้งบ้านเรือน

เขตพื้นที่	Mean	SD	Min	Max	ระดับของภาวะสมองเสื่อม
ในเขตเทศบาล (n = 158)	20.01	1.61	11.00	28.00	ระดับปานกลาง
นอกเขตเทศบาล (n = 80)	20.30	5.35	2.00	28.00	ระดับปานกลาง
ในเขต อบต. (n = 146)	16.83	5.88	3.00	28.00	ระดับปานกลาง
ในภาพรวม	18.86	5.25	2.00	28.00	ระดับปานกลาง

($\chi^2 = 13.14$, p -value = .04)

.04 ตามลำดับ)

ด้านการปฏิบัติตาม ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง
ค่าดัชนีมวลกาย และการมีหนี้สิน ($\chi^2 = 12.29$,
3.13, 27.90 และ 3.36, p -value = .04, .03, .04, และ

ด้านการปฏิบัติตามคำที่อ่าน ได้แก่ น้ำหนัก
ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย การมีหนี้สิน ($\chi^2 = .09$,
31.50, .32 และ 9.30, p -value = .03, .00, .03 และ .03

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ (n = 384)

ปัจจัย	จำนวน	วันเวลา		สถานที่		ความจำ		ทบทวนความจำ	
		χ^2	p -value	χ^2	p -value	χ^2	p -value	χ^2	p -value
อาชีพก่อนเกษียณ	384	2.70	.17	.27	1.17	4.41	1.38	.33	.04*
น้ำหนัก	384	4.99	.02*	24.58	.02*	.22	.15	.13	.05
ความสูง	384	13.89	.02*	26.16	.15	10.25	.05	12.57	.17
ดัชนีมวลกาย	384	14.95	.02*	13.35	.02*	3.13	.15	.84	.05
รายได้ของ ครอบครัว	384	1.38	.04*	4.77	.03*	5.64	.28	3.92	.09
การมีหนี้สิน	384	9.33	.02*	9.14	.02*	11.06	.15	21.59	.05
มีโรคประจำตัว	384	.76	.05	51.57	.38	2.48	3.50	7.89	1.13
อายุ	384	25.82	.69	21.80	.17	26.46	.13	17.42	.02*
อาชีพปัจจุบัน	384	10.61	4.88	3.16	17.83	13.90	4.33	.33	.04*
น้ำหนัก	384	1.32	.17	12.29	.04*	.09	.03*	7.24	.01*
ความสูง	384	13.14	.04*	3.13	.03*	31.50	.00*	11.32	.01*
ค่าดัชนีมวลกาย	384	8.14	.17	27.90	.04*	.32	.03*	21.00	.01*
รายได้ของ ครอบครัว	384	3.32	.34	.01	.08	67.19	.06	3.83	.01*
การมีหนี้สิน	384	14.24	.17	3.36	.04*	9.30	.03*	26.85	.01*
การเป็นเบาหวาน	384	44.14	.69	12.50	.17	3.41	.13	15.99	.02*
การเขยหกล้มใน รอบ 3 เดือนที่ ผ่านมา	384	20.19	1.38	14.10	.33	8.88	.25	19.87	.04*
การมีเหตุการณ์ที่ ไม่สบายใจ	384	28.49	.69	57.35	.17	.32	.13	73.67	.02*

* p -value < 0.05

ตามลำดับ)

ด้านการมองเห็นภาพ ได้แก่ อายุ อาชีพ ปัจจุบัน น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย รายได้ ของครอบครัว การมีหนี้สิน การเป็นโรคเบาหวาน การเคยหกล้ม และการมีเหตุการณ์ที่ไม่สบายใจ ($\chi^2 = 17.42, .33, 7.24, 11.32, 21.00, 3.83, 26.85, 15.99, 19.87$ และ $73.67, p\text{-value} = .02, .04, .01, .01, .01, .01, .01, .02, .04$ และ $.02$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ปัจจัยสนับสนุน (ปัจจัยเอื้อ) ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 พบว่า

ด้านวันเวลา ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย และภาวะสุขภาพทั่วไป ($\chi^2 = 13.31, 44.41$ และ $33.42, p\text{-value} = .02, .02$ และ $.00$ ตามลำดับ)

ด้านสถานที่ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย ($\chi^2 = .05$ และ $66.29, p\text{-value} = .02$ และ $.02$ ตามลำดับ)

ด้านการทบทวนความจำ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย ($\chi^2 = 0.39$ และ $26.81, p\text{-value} = .05$ และ $.05$ ตามลำดับ)

ด้านการพูดตามคำตัวอย่าง ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย ($\chi^2 = 4.20$ และ $16.50, p\text{-value} = .02$ และ $.01$ ตามลำดับ)

ด้านการปฏิบัติตาม ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม

ด้านการปฏิบัติตามคำที่อ่าน ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย ($\chi^2 = 0.10$ และ $6.37, p\text{-value} = .04$ และ $.04$ ตามลำดับ)

ด้านการมองเห็น ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย ($\chi^2 = 23.70$ และ $32.00, p\text{-value} = .03$ และ $.03$ ตามลำดับ)

ในภาพรวมด้านปัจจัยสนับสนุน (ปัจจัยเอื้อ) ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย ($\chi^2 = 6.50$ และ $63.93, p\text{-value} = .01$ และ $.01$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3 และตารางที่ 4

ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 พบว่า

ด้านวันเวลา ได้แก่ ในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ($\chi^2 = 164.49, 42.15$ และ $311.48, p\text{-value} = .00, .00$ และ $.00$ ตามลำดับ)

ด้านสถานที่ ได้แก่ ในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ($\chi^2 = 92.60, 54.23$ และ $95.17, p\text{-value} = .00, .00$ และ $.00$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ (n = 384)

ปัจจัย	วันเวลา		สถานที่		ความจำ		ทบทวนความจำ	
	χ^2	p-value	χ^2	p-value	χ^2	p-value	χ^2	p-value
ภาวะซึมเศร้า	13.31	.02*	.53	.02*	.41	.15	.39	.05
ภาวะฆ่าตัวตาย	44.41	.02*	66.29	.02*	11.09	.15	26.81	.05
ภาวะสุขภาพทั่วไป	33.42	.00*	18.66	.08	2.63	.06	42.38	.58

*p-value < 0.05

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ (n = 384)

ปัจจัย	พฤติกรรม คำตัวอย่าง		ปฏิบัติตาม		ปฏิบัติตาม คำอ่าน		การมองเห็นภาพ		ในภาพรวม	
	χ^2	P-value	χ^2	P-value	χ^2	P-value	χ^2	P-value	χ^2	P-value
ภาวะซึมเศร้า	4.20	.02	5.304	.17	0.10	.04	23.70	.03	6.50	.01
ภาวะฆ่าตัวตาย	16.50	.01	13.63	.17	6.37	.04	32.02	.03	63.93	.01
ภาวะสุขภาพ ทั่วไป	34.27	.18	17.94	.19	6.25	.69	7.77	.17	24.73	.13

*p-value < 0.05

ด้านความจำ ได้แก่ ในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ($\chi^2 = 55.60, 61.00$ และ $126.34, p\text{-value} = .00, .00$ และ $.00$ ตามลำดับ)

ด้านการทบทวนความจำ ในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ได้แก่ ($\chi^2 = 101.70, 52.24$ และ $85.52, p\text{-value} = .00, .00$ และ $.00$ ตามลำดับ)

ด้านการติดตามคำตัวอย่าง ได้แก่ในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ($\chi^2 = 84.37, 61.24$ และ $322.74, p\text{-value} =$

.00, .00 และ .00 ตามลำดับ)

ด้านการปฏิบัติตาม ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม

ด้านการปฏิบัติตามคำที่อ่าน ได้แก่ในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ($\chi^2 = 101.40, 48.25$ และ $321.18, p\text{-value} = .00, .00$ และ $.00$ ตามลำดับ)

ด้านการมองเห็น ได้แก่ ในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ($\chi^2 = 77.70, 54.00$ และ $89.12, p\text{-value} = .00, .00$ และ $.00$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ (n = 384)

ปัจจัย	วันเวลา		สถานที่		ความจำ		ทบทวนความจำ	
	χ^2	p-value	χ^2	p-value	χ^2	p-value	χ^2	p-value
ในเขตเทศบาล	164.49	.00	92.60	.00	55.60	.00	101.70	.00
นอกเขตเทศบาล	42.15	.00	54.23	.00	61.00	.00	52.24	.00
เขตองค์การบริหาร ส่วนตำบล	311.48	.00	93.17	.00	126.34	.00	85.52	.00

*p-value < 0.05

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ (n = 384)

ปัจจัย	พูดตาม คำตัวอย่าง		ปฏิบัติตาม		ปฏิบัติตาม คำอ่าน		การมอง เห็นภาพ		ในภาพรวม	
	χ^2	P-value	χ^2	P-value	χ^2	P-value	χ^2	P-value	χ^2	P-value
ในเขตเทศบาล	84.37	.00	60.58	.06	101.40	.00	77.70	.00	392.00	.00
นอกเขตเทศบาล	61.24	.00	58.24	.08	48.25	.00	54.00	.00	78.28	.00
เขตองค์การบริหารส่วนตำบล	322.74	.00	119.18	.09	321.18	.00	89.12	.00	436.39	.00

*p-value < 0.05

ในภาพรวมด้านปัจจัยเสริม ได้แก่ ในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ($\chi^2 = 392.00, 78.28$ และ $436.39, p\text{-value} = .00, .00$ และ $.00$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 5 และตารางที่ 6

4. การเปรียบเทียบภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุระหว่างในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล พบว่า ภาวะสมองเสื่อมในภาพรวม ในเขตพื้นที่ตั้งของบ้านเรือนแตกต่างกันมีภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกันอย่างมี

ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยในพื้นที่เขตองค์การบริหารส่วนตำบลมีภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังตารางที่ 7 และ 8

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 384 คน พบว่า ภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัด

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบภาวะสมองเสื่อมในภาพรวมของผู้สูงอายุระหว่างในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	2	974.12	487.06	19.30	.00*
ภายในกลุ่ม	381	9614.82	25.23		
รวม	383	10588.95			

*p-value < 0.05

ตารางที่ 8 ทดสอบความแตกต่างในพื้นที่แตกต่างกันของผู้สูงอายุของค่าเฉลี่ยภาวะสมองเสื่อมในภาพรวม

Dependent Variable	(I) a = ระดับพื้นที่	(J) a = ระดับพื้นที่	Mean Difference (I-J)	Std. Error	p-value
การทดสอบในภาพรวม	1	2	-.28	.68	.67
		3	3.17	.57	.00*
	2	1	.28	.68	.67
		3	3.48	.69	.00*
	3	1	-3.17	.57	.00*
		2	-3.46	.69	.00*

*p-value < 0.05

นครราชสีมาในภาพรวม ในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 18.86, 20.01, 20.30 และ 16.83 ตามลำดับ คะแนนสูงสุดอยู่ที่ 28.00 ผู้สูงอายุมีระดับภาวะสมองเสื่อมในระดับระยะ 6 Mid (กานดา วรคุณพิเศษ และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2558; สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2561) มีภาวะสมองเสื่อมเกี่ยวกับการทบทวนความจำ ร้อยละ 51.67 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัย ที่พบร้อยละ 85.40 (สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2561) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงที่มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 40.60 สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าเพศหญิงมีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 42.85 (สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2561) ด้านคุณลักษณะทางประชากรอายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 71.23 ปี สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอายุเฉลี่ย 73.40 ± 8.50 ปี (พาวุฒิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 53.64 สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 50.00 (กานดา

วรคุณพิเศษ และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2558) มีภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 27.60 สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.89 (วัลลภา อังคารา, อุบลรัตน์ สิงห์เสนี และปัทมา วงศ์นิธิกุล, 2559)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ด้านปัจจัยนำหรือคุณลักษณะทางประชากรคือ อายุ อาชีพปัจจุบัน อาชีพก่อนเกษียณ น้ำหนักส่วนสูง ดัชนีมวลกาย การมองเห็น รายได้ของครอบครัว การมีหนี้สิน การเป็นโรคเบาหวาน การเคยหกล้ม การมีเหตุการณ์ที่ไม่สบายใจ สอดคล้องกับผลวิจัยหลายการศึกษา (สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2561; อาทิตยา สุวรรณ และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2559) ภาวะน้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยหลายการศึกษาที่พบว่า ภาวะน้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วนทำให้มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น โดยความเสี่ยงที่เกิดขึ้นมักเกิดจากโรคร่วมในผู้ป่วยน้ำหนักเกิน (สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2561;

อาทิตยา สุวรรณ และสุทธีศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2559) ค่าดัชนีมวลกายเกินมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยหลายการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุมีดัชนีมวลกายระหว่าง 22.50 – 24.99 กก./ม.² มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อม 1.73 เท่า ดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 25.00 - 27.49 กก./ม.² มีความเสี่ยง 1.93 เท่า ดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 27.50 - 29.99 กก./ม.² มีความเสี่ยง 2.30 เท่า และดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 30 ขึ้นไป มีความเสี่ยง 2.54 เท่า (สุทธีศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2561; อาทิตยา สุวรรณ และสุทธีศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2559; รัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี, 2557) การเคยหกล้มมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม โรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าเป็นโรคเบาหวานจะมีโอกาสเป็นภาวะสมองเสื่อมคิดเป็น 2.50 เท่าของคนไม่เป็นโรคเบาหวาน (ลลิตา พนากร, สุธรรม นันทมงคลชัย, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์ และพิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์, 2558) การเป็นทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม สอดคล้องกับผลการวิจัยหลายการศึกษาที่พบว่า มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านหลอดเลือดเพิ่มขึ้น 4 เท่า ภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็น 2 เท่า และผู้ป่วยเบาหวานมักเกิดภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าโรคอัลไซเมอร์ ดังนั้น เบาหวานและระดับอินซูลินในเลือดสูงจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคอัลไซเมอร์ของผู้สูงอายุ (สุทธีศรี ตระกูลสิทธิโชค,

2561; Rocca, WA. et. al., 2011)

ด้านปัจจัยสนับสนุน (ปัจจัยเอื้อ) คือ ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าการศึกษาดูตามระยะยาวในช่วง 10 ปี ก่อนที่ผู้สูงอายุจะเกิดภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุมีอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (สุทธีศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2561) จากสถานการณ์ล่าสุดในประเทศไทย โดยมีข้อมูลตัวเลขสถิติพบว่า ภาพรวมอัตราการฆ่าตัวตายของทั้งประเทศอยู่ที่ 6.34 ต่อประชากร 1 แสนคน ในปีพ.ศ. 2561 มีคนไทยฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 4,137 คน เป็นเพศชาย 3,327 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 และเพศหญิง 810 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 ซึ่งเป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิงประมาณ 4 เท่า และพบว่าวัยแรงงานช่วงอายุ 25 - 59 ปี เป็นวัยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด ร้อยละ 74.7 รองลงมาเป็นวัยสูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 22.1 และวัยเด็กอายุ 10 - 24 ปี ร้อยละ 3.2 ตามลำดับ

ด้านปัจจัยเสริม เขตที่ตั้งของบ้านเรือน คือ ในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการเปรียบเทียบภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตั้งของบ้านเรือนแตกต่างกัน มีภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยพื้นที่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลมีภาวะสมองเสื่อมมากกว่าในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล เนื่องจากในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลผู้สูงอายุถูกให้อยู่ตามลำพังหรือ

อยู่กับคู่สมรสและมีเด็กซึ่งเป็นหลานเหลนที่ถูก ฝากให้เลี้ยงดูในครอบครัว โอกาสในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง เช่น การออกกำลังกายอาจมีลักษณะ หรือเงื่อนไขในด้านต่าง ๆ ทั้งทางกาย จิตใจ สุขภาพ หรือบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่แตกต่างกันไปตาม สภาพภูมิหลังทางสังคม ประวัติศาสตร์ คติความเชื่อ ระดับการพัฒนา ภูมิภาค และช่วงเวลาที่แตกต่างกัน (รศรินทร์ เกรย์ และคณะ, 2556)

ข้อจำกัดของการวิจัยนี้ คือ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุในส่วนที่มีอายุมากตั้งแต่ 75 - 80 ปี อาจตอบคำถามคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ และ การศึกษานี้เป็นเพียงการประเมินภาวะสมองเสื่อม เบื้องต้นจากการตอบคำถามมิใช่การวินิจฉัยโรค สมองเสื่อม

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยต่อไป คือ ควรศึกษาในกลุ่มวัยทำงานอายุก่อนถึง 60 ปี เพื่อนำ ผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการปรับตัว การส่งเสริมสุขภาพ เกิดความตระหนักในการป้องกัน ภาวะสมองเสื่อมของประชาชนก่อนอายุถึง 60 ปี และเป็นแนวทางให้ผู้สนใจศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะ สมองเสื่อมได้ศึกษาต่อยอดต่อไป

สรุป

ภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัด นครราชสีมาอยู่ในระดับปานกลาง เขตพื้นที่ตั้งของ บ้านเรือนแตกต่างกันมีภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยในพื้นที่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล มีภาวะ สมองเสื่อมมากกว่าในเขตเทศบาลและนอกเขต

เทศบาล

ความรู้เดิม : ภาวะสมองเสื่อม คือ กลุ่มอาการ ที่เกิดจากระบบการทำงานของสมองที่ค่อย ๆ เสื่อมลง หรือมีความบกพร่อง ซึ่งผู้ป่วยไม่ได้มีเพียงแต่ความ บกพร่องในด้านความทรงจำเท่านั้นแต่จะรวมถึง ด้านอื่น ๆ ด้วยได้แก่ การใช้ความคิด การตัดสินใจ ความเข้าใจสิ่งต่าง ๆ การเรียนรู้ การใช้ภาษา หรือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เป็นต้น ความ เสี่ยงในการเป็นสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุ เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่มิอายุ 65 ปี ขึ้นไป ซึ่งความ เสี่ยงของการเกิดสมองเสื่อมจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุ

ความรู้ใหม่ : ผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตั้งของ บ้านเรือนแตกต่างกันมีภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกัน โดยพื้นที่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลมี ภาวะสมองเสื่อมมากกว่าในเขตเทศบาลและนอก เขตเทศบาล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมอง เสื่อมของผู้สูงอายุ คือ ภาวะซึมเศร้า ภาวะฆ่าตัวตาย ภาวะสุขภาพทั่วไป อายุ อาชีพปัจจุบัน อาชีพก่อน เกษียณ น้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกาย ส่วนสูง รายได้ ของครอบครัว การมีหนี้สิน การมีโรคประจำตัว การเป็นโรคเบาหวาน การเคยหกล้มในรอบ 3 เดือน ที่ผ่านมา และการมีเหตุการณ์ที่ไม่สบายใจ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การศึกษาภาวะ สมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา จะเป็นประโยชน์ต่อการเฝ้าระวังเพื่อการป้องกัน ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็นแนวทางในการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และจะเป็นข้อมูลสำหรับการ ศึกษาวิจัยเพิ่มเติมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณวิทยาลัยเทคโนโลยีพนมวันท์ที่ได้สนับสนุนทุนในการวิจัย ขอขอบคุณคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณผู้สูงอายุและครอบครัวของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2554). หนีสมองเสื่อม บทความด้านสุขภาพจิต และจิตเวช: 10 วิธีหนีสมองเสื่อม. นิตยสาร *Health today*, 10 (118), 22.
- กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค. (2561). เบาหวานภัยเงียบคร่าชีวิตนาที่ละ 2 คน. กรุงเทพมหานคร: สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2561. จาก: <http://www.thaileprosy.org/index.php>.
- กระทรวงมหาดไทย. (2562). สถิติประชากร และบ้านจำนวนประชากรแยกอายุ จำแนกรายหมู่บ้าน รายตำบล รายอำเภอ และรายจังหวัด. จังหวัดนครราชสีมา.
- กานดา วรคุณพิเศษ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2558). ผลของโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารเกื้อการุณย์*, 1(22), 82-97.
- ชัยรัตน์ อโนทัยสินทวี. (2557). ผลกระทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องมาตรการการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2553). *การวิจัยเบื้องต้น*. พิมพ์ครั้งที่ 8 : กรุงเทพฯ, สุริยาสันการพิมพ์.
- บุญธรรม กิจปรีดาภิสุทธิ์. (2553). *เทคนิคการสร้างเครื่องมือและรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: ศรีอนันต์การพิมพ์.
- บรรลุ ศรีพานิช. (2559). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559*. นครปฐม: พรินเตอร์ จำกัด.
- พาวดี เมฆวิชัย และ สุรินทร์ แซ่ตั้ง. (2556). ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(1), 101-110.
- รศรินทร์ เกรย์ และคณะ. (2556). *มนต์เสน่ห์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ : มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคมและสุขภาพ*. นครปฐม: บริษัทโรงพิมพ์เดือนตุลา จำกัด.
- ลลิตา พนากร, สุธรรม นันทมงคลชัย, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง, โชคชัย หมันแสงทรัพย์ และ พิมพ์สุรางค์ เดชะบุญ เสริมศักดิ์. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุหญิงจังหวัดลำพูน. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*, 45(2), 197-209.
- วัลลภา อังคารา, อุบลรัตน์ สิงห์เสนี และ ปัทมา วงศ์นิธิกุล. (2559). การศึกษาภาวะสมองเสื่อม ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อมและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 9(1), 23-33.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2553). *การจัดการความรู้ และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล : แนวทางการดูแลรักษา ภาวะซึมเศร้า*. นนทบุรี: 2555.
- สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2561). การป้องกันและปัจจัยเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(4), 12-27.
- อาทิตย์ สุวรรณ และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2559). ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตำบลหลักหกอำเภอเมืองจังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย (วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)*, 5(2), 21-32.
- Green, L.W., Krueter, M.W. (1980). *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. California Mayfield Publishing Company.
- Krejcie, R.V., & D.W. Morgan. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Rocca, W.A. et al. (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.
- Scott, K. R., & Barrett, A. M. (2007). Dementia syndromes: Evaluation and treatment. *Expert Review Neurotherapeutics*, 7(4), 407-422.