ปัจจัยเสี่ยงและแนวทางการลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

Risk Factors and Guidelines for Dementia Risk Reduction among Older People in Nonthaburi Province

เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย[1]
Premruetai Noimuenwai
เรณุการ์ ทองคำรอด*[2]
Renukar Thongkhamrod
*Corresponding author E-mail: trenukar@gmail.com
(Received: December 27, 2024; Revised: March 18, 2025; Accepted: March 30, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี และ 2) ศึกษาแนวทางการลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็นผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 401 คน ที่ได้รับการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน และระยะที่ 2 การศึกษาแนวทางการลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็นผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี จำนวน 5 คน และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่มีดัชนีความสอดคล้อง 0.67-1 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.82 และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มที่มีดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติการถดถอยโลจิสติก และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า

1. ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ อายุ ความไม่สามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และภาวะไขมันในเลือดสูง โดยเพิ่มโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็น 1.1 , 2.54, และ 3.42 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR = 1.1, 2.54, 3.42 ตามลำดับ; p <.05)

2. แนวทางการลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ประกอบด้วย นโยบายการดูแลผู้สูงอายุ แนวทางการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพ การเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการเพิ่มโอกาสของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี

ดังนั้นจึงเสนอแนะให้นำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: : ปัจจัยเสี่ยง แนวทางลดความเสี่ยง ภาวะสมองเสื่อม

[1,2*] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี
Assistant Professor, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University Nonthaburi

Abstract

This mixed methods study aimed 1) to study the prevalence of dementia and risk factors of dementia among older people in Nonthaburi province and 2) to study the guidelines for reducing the risks of dementia among older people in Nonthaburi province. The sample was composed of two groups. The first stage, studying risk factors of dementia among older, were 401 older people in Nonthaburi province who were recruited by stratified random sampling, and the second stage, studying the guidelines for reducing the risks of dementia among older people, were purposive sample of 5 older adults and 5 experts. The research tools were dementia risks questionnaire, with the Index of item-objective congruence of 0.67-1 and Cronbach's alpha coefficient of 0.82, and guidelines for focus group discussion with the Index of item-objective congruence of 1. The data were analyzed by descriptive statistics, logistic regression, and content analysis. The findings were as follows:

1. Risk factors for dementia include ageing, inability to do daily activities, and hyperlipidemia increased risk developing dementia among older people as 1.1, 2.54, and 3.42 times (Adjusted OR = 1.1, 2.54, 3.42 respectively; $p<.05$).

2. guidelines for reducing the risk of dementia in the elderly included policies for caring for the elderly, guidelines for health care team, strengthening the capacity of elderly caregivers, and increasing the chances of the elderly to be longer healthy aging.

Therefore, it is recommended to utilize the findings for the development of a dementia prevention model for the elderly.

Keyword: Risk factors, Guidelines for dementia risk reduction, Dementia

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก ใน ค.ศ. 2023 พบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยสมองเสื่อมประมาณ 55 ล้านคน และคาดว่ามีผู้ป่วยรายใหม่เกือบ 10 ล้านรายในทุกปี โดยเฉพาะประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (World Health Organization, 2023) สำหรับประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในพ.ศ.2566 จากข้อมูลสถิติผู้สูงอายุจากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ในเดือนธันวาคม พ.ศ.2566 มีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 13,064,929 คน คิดเป็นร้อยละ 20.08 ของประชากรทั้งหมด (Department of Older Persons, 2025) และคาดว่าใน พ.ศ. 2566 จะมีผู้ป่วยอาการสมองเสื่อมจำนวน 840,192 คน และจะเพิ่มสูงขึ้นในทุกๆ ปี (Harnsomskul & Jayathava, 2024)

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติในการทำงานของสมองด้านการคิดและสติปัญญา โดยมีการเสื่อมของความจำเป็นอาการเด่น มีความผิดปกติด้านความคิด การตัดสินใจ การเคลื่อนไหว ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม บุคลิกภาพ และอารมณ์ จนส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ และต้องพึ่งพาผู้ดูแล ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อยคือ โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) พบได้ร้อยละ 60-70 ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้ พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม รวมทั้งการขจัดหรือยับยั้งปัจจัยเสี่ยง (risk reduction) ที่ทำให้เกิดโรค และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็น

ปัจจัยเสี่ยงให้เป็นพฤติกรรมสุขภาพอย่างจริงจัง สม่ำเสมอ จนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะสมองเสื่อมหรือชะลอการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมขั้นรุนแรง

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างในต่างประเทศพบว่า ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม และปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา (LaPlume et al., 2022) ส่วนปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ออกกำลังกาย การไม่เข้าสังคม การบริโภคอาหารปิ้งย่าง อาหารทอด และอาหารที่มีไขมันสูง การไม่บริโภคผักสดผลไม้ และความไม่สามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม (Livingston et al., 2020) และปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ได้แก่ โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุที่ศีรษะ และโรคซึมเศร้า มีความเสี่ยงทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยยังมีจำกัด ซึ่งพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ อายุ (Saipanya, 2022) ระดับการศึกษาและความไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน (Kawitu, 2013) ส่วนปัจจัยอื่นๆ อาทิ เพศ สถานภาพสมรส ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมอื่นๆ และการเจ็บป่วย ยังขาดหลักฐานสนับสนุนที่เพียงพอ และงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเฉพาะแห่ง

จังหวัดนนทบุรีจัดเป็นพื้นที่ในเขตปริมณฑล มีประชากรหนาแน่นเป็นอันดับที่ 2 รองจากกรุงเทพมหานคร มีการขยายตัวของเมืองและเติบโตอย่างรวดเร็ว ลักษณะทางสังคมมีทั้งสังคมเมือง สังคมชุมชนเมืองกึ่งชนบท และสังคมชนบท ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไปในจังหวัดนนทบุรี มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 13.39 ในพ.ศ. 2548 เป็นร้อยละ 19.90 ใน พ.ศ. 2563 (Social development and human security office, Nonthaburi Province, 2021) แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในภาพรวมของจังหวัดนนทบุรี การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี ทั้งสังคมเมือง สังคมชุมชนเมืองกึ่งชนบท และสังคมชนบท โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพที่ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงชาติพันธ์วรรณนา ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจถึง เจตคติ ความเชื่อ ความรู้สึก วัฒนธรรม ระบบของสังคม ตลอดจนพฤติกรรมร่วมของคนในจังหวัดนนทบุรีที่สนใจศึกษา อันจะนำมาสู่การค้นหาแนวทางการลดปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี

คำถามการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมหรือไม่
2. แนวทางการลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี ควรเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี
2. เพื่อศึกษาแนวทางการลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม

2. ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารปิ้งย่าง อาหารทอด และอาหารที่มีไขมันสูง พฤติกรรมการไม่ออกกำลังกาย การไม่เข้าสังคม การไม่บริโภคผักสดผลไม้ และความไม่สามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สามารถทำนายโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

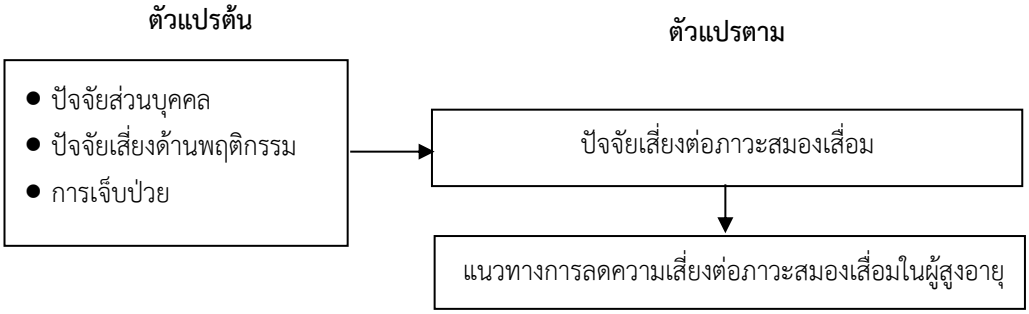
กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ มีดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา โดยพบว่าร้อยละ 50 ของผู้มีอายุมากกว่า 85 ปีมีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากการมีอายุมากกว่า 60 ปี มีผลทำให้เซลล์สมองเสื่อมสลายและฝ่อตัวลง ทำให้เกิดโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ตามมา ผู้หญิงเป็นโรคอัลไซเมอร์มากกว่าผู้ชาย อาจเป็นผลจากฮอร์โมนเพศหญิง และขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมทางสังคม ซึ่งบางสังคมผู้หญิงไม่ได้รับการส่งเสริมให้ได้รับการศึกษาสูงทำให้ผู้หญิงที่มีระดับการศึกษาต่ำมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม (Livingston et al., 2020)

2. ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม พบว่า การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ออกกำลังกาย การไม่เข้าสังคม และการไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันจากการความเจ็บป่วยและอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม (Livingston et al., 2020)

3. การเจ็บป่วย ได้แก่ โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุที่ศีรษะ และโรคซึมเศร้า ทำให้มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น (Brain et al., 2023; Livingston et al., 2020)

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม จะนำมาสู่การกำหนดแนวทางการลดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ กรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mix method research design) โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และระยะที่ 2 การศึกษาแนวทางการลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-95 ปี ที่อาศัยในจังหวัดนนทบุรี พ.ศ. 2564 จำนวน 1,078,071 คน

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-95 ปี และมีที่พักอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดนนทบุรี ในระหว่างช่วงระยะเวลาวันที่ 15 มีนาคม 2565 ถึงวันที่ 15 มิถุนายน 2565 จำนวน 401 คน ที่ได้รับการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของผู้สูงอายุในพื้นที่สังคมเมือง สังคมชุมชนเมืองกึ่งชนบท และสังคมชนบท ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางของยามาเน่ (Yamane, 1973) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % และความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ซึ่งสูตรของทาโร ยามาเน่ เหมาะสมสำหรับงานวิจัยเชิงสำรวจที่เกี่ยวข้องกับค่าสัดส่วน และสำหรับตัวแปรสุ่มที่เป็นตัวแปรทวิวิภาคหรือมีสองค่า (Rathachatranon, 2019) กรณีนี้จังหวัดนนทบุรีมีประชากร จำนวน 1,078,071 คน ผู้วิจัยจึงได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 401 คน

2. ระยะที่ 2 การศึกษาแนวทางการลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวนทั้งหมด 10 คน ประกอบด้วย 1) ผู้ทรงคุณวุฒิที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ นายแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน และ 2) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนนทบุรี พ.ศ. 2564 จำนวน 5 คน ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) อายุ 60 ปีขึ้นไป 2) สามารถพูดคุย อ่าน เขียนภาษาไทยได้ 3) เป็นกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 ที่ไม่มีปัญหาความจำเสื่อม และค่า MMSE มากกว่า 23 คะแนน และ 4) สามารถเข้าร่วมสนทนากลุ่มทางออนไลน์ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ที่ใช้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ดังนี้

1.1 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (Institute of Geriatric Medicine, 2008) เป็นเครื่องมือวิจัยมาตรฐานที่ใช้อย่างแพร่หลายในสถานบริการสาธารณสุข มีข้อคำถาม 11 ข้อ โดยจุดตัดคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมคือน้อยกว่า 14, 17 และ 22 ในกลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ระดับประถมศึกษา และระดับสูงกว่าประถมศึกษาตามลำดับ

1.2 แบบประเมินพุทธิปัญญา (Montreal Cognitive Assessment: MoCA) ฉบับภาษาไทย เป็นแบบทดสอบของ Nasreddine (2004) ที่พัฒนาเป็นภาษาไทยโดยแพทย์หญิงโสพพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์ (cited in Institute of Geriatric Medicine, 2008) เป็นเครื่องมือวิจัยมาตรฐานที่ใช้ตรวจซ้ำ

ในผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมเพื่อยืนยันการมีภาวะสมองเสื่อม มีข้อคำถาม 11 ข้อ หากผู้สูงอายุจบประถมศึกษาที่ 6 หรือต่ำกว่าให้บวกอีก 1 คะแนนถ้าคะแนนน้อยกว่า 25 จาก 30 คะแนนถือว่ามีภาวะสมองเสื่อม

2. เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด สำหรับระยะที่ 1 และระยะที่ 2

2.1 ระยะที่ 1 เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล มีลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบจำนวน 14 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อสอบถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว น้ำหนัก ส่วนสูง ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม และความไม่สามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ส่วนที่ 2 ความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม มีลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อสอบถามความบ่อยครั้งของการมีพฤติกรรมเสี่ยงอาการและอาการแสดงแรกเริ่มของการมีปัญหาทางด้านการรู้คิด

ข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงจำแนกความบ่อยครั้งของการมีพฤติกรรมนั้นออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยมีพฤติกรรมนั้น 2 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรม 1-2 วันต่อสัปดาห์ 3 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรม 3-4 วันต่อสัปดาห์ 4 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรม 5-6 วันต่อสัปดาห์ และ 5 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมทุกวัน ข้อคำถามเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมจะทำการกลับคะแนนก่อนรวมคะแนนแล้วหาค่าเฉลี่ยก่อนนำมาแปลผล (Karnasut, 1999)

2.2 ระยะที่ 2 เป็นแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะสมองเสื่อม และแนวทางการลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในด้านการให้บริการทางสุขภาพและแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมและแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item - Objective Congruence, IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ข้อคำถามทุกข้อในแบบสอบถามส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.67 – 1.00 และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม เท่ากับ 1.00 แบบสอบถามส่วนที่ 2 ได้ถูกนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์

2. ประสานงานกับสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและพื้นที่ในเขตความรับผิดชอบ

3. ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเป็นผู้ร่วมวิจัยจึงทำการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (ในกรณีสงสัยมีภาวะสมองเสื่อมจะได้รับการตรวจยืนยันด้วยแบบประเมินพุทธิปัญญา) จากนั้นจึงให้ผู้ร่วมวิจัยตอบแบบสอบถาม

4. จัดการสนทนากลุ่มทางออนไลน์ในผู้สูงอายุและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 10 คน ประมาณ 90 นาที เพื่อศึกษาแนวทางการลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยคณะผู้วิจัยได้ทำจดหมายเชิญผู้ให้ข้อมูลหลักที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า 10 คน และจัดเตรียมห้องประชุมออนไลน์ โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำการสนทนา (Modulator) ให้เป็นไปตามแนวคำถามที่กำหนดโดยเฉพาะคำถามนำ คำถามหลัก และคำถามเพื่อการสรุป และมีผู้ช่วยนักวิจัยช่วยอำนวยความสะดวกในระหว่างการประชุมออนไลน์ ช่วยบันทึกเทป และจดบันทึกข้อมูล (Note taker) เมื่อจบการสนทนากลุ่มจึงทำการถอดเทปคำต่อคำ อ่านและทำความเข้าใจข้อมูลทั้งหมดในภาพรวม จากนั้นได้ทำการให้รหัส (Coding) จัดกลุ่มข้อมูล (Categorization) และกำหนดเป็นประเด็น (Thematizing) จากนั้นจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาเหตุผลและเชื่อมโยงกับข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อตอบคำถามการวิจัย ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและความเชื่อถือได้ (Trustworthiness) โดยใช้วิธีการสามเส้า (Data triangulation) โดยเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปกับข้อมูลที่ได้จดบันทึกไว้ และนำข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ไปให้ผู้ร่วมวิจัยช่วยตรวจสอบความถูกต้องของการตีความหมายและการสรุปความ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยการวิเคราะห์ด้วย Logistic regression สำหรับตัวแปรต้นที่เป็นตัวแปรกลุ่มมีการแปลงเป็นตัวแปรหุ่น ได้แก่ เพศชาย (หญิงเป็นกลุ่มอ้างอิงให้ค่าเป็น 0 และชายให้ค่าเป็น 1) สถานภาพสมรส (หม้าย หย่า แยก โสด เป็นกลุ่มอ้างอิงให้ค่าเป็น 0 และสมรสให้ค่าเป็น 1) ระดับการศึกษาประถมศึกษาและต่ำกว่า (มัธยมศึกษาและสูงกว่าเป็นกลุ่มอ้างอิงให้ค่าเป็น 0 ประถมศึกษาและต่ำกว่าให้ค่าเป็น 1)

3. การศึกษาแนวทางการลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่ NS No. 4/2565 เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2565 คณะผู้วิจัยได้ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ความเสี่ยง ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย การนำเสนอข้อมูลในภาพรวม การปกปิดชื่อและชื่อสกุลของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรักษาข้อมูลส่วนตัวเป็นความลับ และเชิญชวนผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจ และลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จำแนกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-95 ปี จำนวน 401 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 288 คน คิดเป็นร้อยละ 71.82 อายุระหว่าง

60-69 ปี มากที่สุด จำนวน 211 คน คิดเป็นร้อยละ 52.62 โดยมีอายุเฉลี่ย 69.70 ปี (*SD* = 6.53) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 229 คน คิดเป็นร้อยละ 57.11 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดคือประถมศึกษา จำนวน 240 คน คิดเป็นร้อยละ 59.85 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน จำนวน 233 คน คิดเป็นร้อยละ 58.10 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัวโดยมีสมาชิกในครอบครัว จำนวน 2-5 คนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.82 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในสังคมเมือง จำนวน 213 คน คิดเป็นร้อยละ 53.13

ระยะที่ 2 การศึกษาแนวทางการลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 10 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 70 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 80 โดยมีอายุเฉลี่ย 67 ปี (*SD* = 5.80)

ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม

ผู้สูงอายุมีปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (*M*= 2.08, *SD* = .48) โดยปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การไม่เข้าสังคม โดยมีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง (*M*= 3.18, *SD*= 1.26) รองลงมา คือ การไม่ออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง (*M*= 2.61, *SD*= 1.37) การบริโภคอาหารปิ้งย่าง อาหารทอด และอาหารที่มีไขมันสูง มีค่าเฉลี่ยในระดับต่ำ (*M*= 2.36, *SD*= .85) การไม่บริโภคผักสดและผลไม้มีค่าเฉลี่ยในระดับต่ำ (*M*= 1.94, *SD*= .98) การดื่มแอลกอฮอล์มีค่าเฉลี่ยในระดับต่ำมาก (*M*= 1.22, *SD*= .66) ด้านการสูบบุหรี่มีค่าเฉลี่ยในระดับต่ำมาก (*M*= 1.15, *SD*= .70) และความไม่สามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับต่ำมาก (*M*= 1.09, *SD*= .35)

การเจ็บป่วย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จำนวน 264 คนเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 65.80 รองลงมาคือภาวะไขมันในเลือดสูงจำนวน 207 คน คิดเป็นร้อยละ 51.60 โรคอ้วนมีจำนวน 192 คน คิดเป็นร้อยละ 47.90 โรคเบาหวานจำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 31.20 โรคหัวใจจำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 6.70 โรคหลอดเลือดสมองจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 4.70 อุบัติเหตุที่ศีรษะ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 2.00 และโรคซึมเศร้าจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 1.70

ผู้วิจัยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยใช้ Logistic regression ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ Logistic regression พบว่า ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนมีค่าเท่ากับศูนย์ และเป็นอิสระต่อกัน รวมทั้งตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์กันก่อนการใช้สถิตินี้ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ความไม่สามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และภาวะไขมันในเลือดสูง โดยอายุจะส่งผลให้มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 1.1 เท่าเมื่อเทียบกับผู้มีอายุต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Adjusted OR 1.1, 95% CI 1.03-1.17, p <.01) ความไม่สามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจะส่งผลให้มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 2.54 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Adjusted OR 2.54, 95% CI 1.25-5.20, p <.01) ผู้มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 3.42 เท่าเมื่อเทียบกับผู้มีภาวะไขมันในเลือดต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Adjusted OR 3.42, 95% CI 1.22-9.60, p <.05) เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นๆ ส่วนเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ออกกำลังกาย การเข้าสังคม การบริโภคอาหารปิ้งย่าง อาหารทอด และอาหารที่มีไขมันสูง การไม่บริโภคผักสดผลไม้ โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหัวใจ

โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุ และโรคซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 1

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (*n*=401)

ปัจจัยเสี่ยง	ภาวะสมองเสื่อม				Odd Ratio (95%CI)	*p*
	เป็น		ไม่เป็น			
	จำนวน/M	ร้อยละ/SD	จำนวน/M	ร้อยละ/SD		
ปัจจัยส่วนบุคคล						
อายุ	74.00	7.72	69.50	6.40	1.10 (1.03-1.17)	.006**
เพศ						
ชาย	6	1.50	107	26.68	1.29 (.47-3.52)	.62
หญิง	12	2.99	276	68.83		
สถานภาพสมรส						
สมรส	11	2.74	218	54.36	1.19 (.31-2.63)	.73
หม้าย หย่า แยก โสด	7	1.75	165	41.15		
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	13	34.42	246	61.35	1.45 (.51-4.15)	.49
มัธยมศึกษาและสูงกว่า	5	1.25	137	34.16		
ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม						
การสูบบุหรี่	1.06	.24	1.23	.67	0.00	.63
การดื่มแอลกอฮอล์	1.00	.00	1.15	.71	1.99 (.36-11.08)	.43
การไม่ออกกำลังกาย	2.67	1.46	2.61	1.36	.99 (.67-1.46)	.96
การไม่เข้าสังคม	3.11	1.28	3.18	1.26	1.21 (.80-1.80)	.36
การบริโภคอาหารไขมันสูงปิ้งย่าง	2.06	.73	2.38	.85	1.75 (.89-3.45)	.11
การไม่บริโภคผักสดผลไม้	3.94	.73	3.62	.85	.99 (.59-1.69)	.98
ความไม่สามารถทำกิจวัตร	1.3	.97	1.08	.29	2.54 (1.25-5.20)	.01**
การเจ็บป่วย						
โรคอ้วน	192	47.90	209	52.10	.68 (.26-1.79)	.44
โรคเบาหวาน	125	31.20	276	68.80	2.35 (.12-1.49)	.18
โรคหัวใจ	27	6.70	374	93.30	1.24 (.10-6.31)	.84
โรคความดันโลหิตสูง	264	65.80	137	34.20	.96 (.38-2.83)	.94
ภาวะไขมันในเลือดสูง	207	51.60	194	48.40	3.42 (.22-9.60)	.02*
โรคหลอดเลือดสมอง	19	4.70	382	95.30	0.00	.99
อุบัติเหตุที่ศีรษะ	8	2.00	393	98.00	0.00	.99
โรคซึมเศร้า	7	1.70	394	98.30	0.00	.99

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

แนวทางการลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

แนวทางการลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (Thematizing) จำแนกเป็น 4 ประเด็น ดังนี้ 1) นโยบายการดูแลผู้สูงอายุ 2) แนวทางการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพ 3) การเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ 4) การเพิ่มโอกาสของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนว่าการมีอายุเพิ่มขึ้นส่งผลให้มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอายุเฉลี่ย 74 ปี (*SD* = 7.72) เนื่องจากการมีอายุมากกว่า 60 ปี มีผลทำให้เส้นเลือดฝอยในสมองมีการเปลี่ยนแปลงหนาตัวขึ้น เส้นเลือดแข็งมีการตีบตัว ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลงมีผลทำให้เซลล์สมองเสื่อมสลายและฝ่อตัวลง (LaPlume et al., 2022; Saipanya, 2022) ความไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันส่งผลให้มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่รายงานว่าสามารถเดินและเคลื่อนไหวได้เองแต่ช้า หรือต้องการผู้ช่วยเหลือดูแลเป็นส่วนใหญ่ทั้งเวลาอาบน้ำ แต่งตัว และรับประทานอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาของลิฟวิงสตัน และคณะ (Livingston et al., 2020) เนื่องจากการไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้สมองทำงานน้อยลง และฝ่อตัวลง นอกจากนี้การมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว รวมทั้งการแยกจากสังคม (social isolation) มีผลทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อมได้ง่าย ภาวะไขมันในเลือดสูงส่งผลให้มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงร้อยละ 51.87 มีภาวะสมองเสื่อม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชมนาด ศิริรัตน์ (Sirirat, 2020) เนื่องจากภาวะไขมันในเลือดสูง อาจมาจากการมีคอเลสเตอรอลสูง ไขมันเกาะสะสมหนาตัวขึ้นที่ผนังหลอดเลือดเป็นเวลานาน ทำให้หลอดเลือดสูญเสียความยืดหยุ่น เกิดการตีบ ตัน ทำให้เนื้อสมองขาดเลือด ตายและฝ่อลง (Brain et.al., 2023) แต่ผู้ที่รับประทานผักสด ผลไม้ ถั่ว ธัญพืช น้ำมันมะกอกและลดการรับประทานเนื้อสัตว์และอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวจะช่วยลดภาวะสมองเสื่อม (Livingston et al., 2020)

ส่วนเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ออกกำลังกาย การเข้าสังคม การบริโภคอาหารปิ้งย่าง อาหารทอด และอาหารที่มีไขมันสูง การไม่บริโภคผักสดผลไม้ โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุ และโรคซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความรู้และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณและกรอบแนวคิดการวิจัย ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มเป็นแพทย์ พยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุข มีความคิดเห็นตรงกันว่าในปัจจุบันยังไม่มีการเตรียมการสำหรับการรองรับสังคมผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม จึงเสนอให้รัฐบาลกำหนดนโยบาย การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการเพื่อป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อม และส่งเสริมงานวิจัยและนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชน ควรพัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสุขภาพและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งการคัดกรองเชิงรุก การดูแลและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของผ่องพรรณ อรุณแสงและคณะ (Aroonsang et al., 2019) กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักไม่ได้รับการส่งต่อเพื่อการตรวจรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ อย่างไรก็ตามการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามบริบทประเทศไทยนั้น ครอบครัวยังคงเป็นหลักในการดูแลผู้สูงอายุ และต้องการการช่วยเหลือจากระบบบริการสุขภาพ สังคมและชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับ

การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนควรจัดหลักสูตรเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการและประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในกิจกรรมดังกล่าว รวมทั้งการจัดกิจกรรมที่ไม่ใช้ยาเพื่อกระตุ้นกระบวนการทางความคิดและความจำ และการส่งต่อผู้ป่วยสมองเสื่อมให้ได้รับการดูแลที่ดีอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การลดปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ อาทิ ภาวะไขมันในเลือดสูง และภาวะทุพพลภาพ
2. การนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การสำรวจความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง
2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่มีการคัดกรองเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพ

References

Aroonsang, P., Trakulkajornsak, B., Satthapisit, S., Moungkote, K., Kunleun, S., & Subindee, S. (2019). Comprehensive care system innovation for older persons with dementia: BanFang District Model. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice, 6*(2), 115-130. (in Thai)

Brain, J., Greene, L., Tang, E.Y.H., Louise, J., Salter, A., Beach, S., Turnbull, D., Siervo, M., Blossom, C. M. (2023). Cardiovascular disease, associated risk factors, and risk of dementia: An umbrella review of meta-analyses. *Frontiers in Epidemiology*, 3, 1-13.

Chaowilai, C., Poonsri, W., & Tanpanich, T. (2022). Guidelines for protecting the elderly from dementia. *Academic Journal of Community Public Health, 8*(2), 8-15. (in Thai)

Department of Older Persons. (2025). *Situation of the elderly. https://www.dop.go.th/th/statistics_side?content=1&sub=2.* (in Thai)

Harnsomskul, R. & Jayathava, V. (2024). Forecasting the number of inpatients with dementia and Alzheimer's disease in Thailand. *Academic Journal of Community Public Health, 10*(4), 74-85. (in Thai)

Institute of Geriatric Medicine. (2008). *A comparison of the relationships between the Mini-Mental State Examination-Thai 2002 (MMSE-Thai 2002) and the Thai Mini-Mental State Examination (TMSE) in screening for dementia in older adults*. Bangkok: CGtool Co.,Ltd.

Kawitu, K. (2013). *Prevalence and Associated Factors with Dementia in Elderly; Lampang Province.* Thesis of Master of Science (Public Health). Infectious Diseases and Epidemiology, Mahidol University.

LaPlume, A.A., McKetton, L., Anderson, N.D., & Troyer, A.K. (2022). Sex differences and modifiable dementia risk factors synergistically influence memory over the adult lifespan. *Alzheimer's & Dementia : Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*, *14*(1), e12301.

Livingston, G., et. al. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet Commissions*, 396, 413-446.

Rathachatranon, W. (2019). Determining an Appropriate Sample Size for Social Science Research: The Myth of using Taro Yamaneand Krejcie & Morgan Method *Interdisciplinary Academic and Research Journal,* 6(1), 26-57. (in Thai)

Saipanya, A. (2022). Prevalence and factors associated with dementia and mild cognitive impairment (mci) among elderly in Na-Mafuang Subdistrict, Amphur Muang, Nongbua Lamphu Province. Udonthani Hospital Medical Journal, 30(3), 376-386. (in Thai)

Silpaanan, D. (2016). Study on the prevalence of dementia in the elderly at Bang Kruai Hospital, *Journal of Medical and Public Health Region 4,* 6(1), 1-10. (in Thai)

Sirirat, C. (2020). Prevalence and factors associated with dementia among elderly patients in the psychiatric department Mahasarakham Hospital. *Mahasarakham Hospital Journal*, *17*(2), 35-47. (in Thai)

The Dementia Association of Thailand. (2012). *Summary of the brainstorming meeting to develop a policy for prevention, treatment and care of dementia patients in Thailand.* Nonthaburi: The Graphico Systems Co.,Ltd. (in Thai)

World Health Organization. (2023). Dementia. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/ /detail/dementia

Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory statistics,* (2nd Edition). New York: Harper & Row.