



สมรรถภาพสมองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลป่าอ้อดอนชัย

Mental Status and Health Promoting Behaviors among
Older Persons in Pa-aordonchai Subdistrict Municipality

กรณีศึกษา	อูน้อาย	พย.ม.*	Kannika Unai	M.N.S.*
กนกพร	สุคำวัง	พย.ค.**	Khanokporn Sucamvang	D.NS**
วิชยา	เห็นแก้ว	พย.ม.*	Wichaya Henkaew	M.N.S.*
รัชชานา	หน่อคำ	พย.ม.*	Runchana Norkam	M.N.S.*
ณัฐวรรณ	พินิจสุวรรณ	พย.ม.*	Nuttawan Pinijsuwan	M.N.S.*

บทคัดย่อ

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ เมื่อประชากรวัยสูงอายุเพิ่มมากขึ้นย่อมเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพอื่น ๆ ตามมา การประเมินสมรรถภาพสมองเป็นการคัดกรองเบื้องต้นเพื่อค้นหาการเกิดภาวะสมองเสื่อมซึ่งเป็นปัญหาหนึ่งที่พบได้มากที่สุด ในวัยสูงอายุ เนื่องจากการเกิดภาวะสมองเสื่อมมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุในทุกด้านและนำไปสู่ความรุนแรงในระยะสุดท้าย ทั้งนี้สามารถป้องกันหรือชะลอความรุนแรงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้โดยการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถภาพสมอง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถภาพสมองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะ (Pender et al., 2006) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลป่าอ้อดอนชัยจำนวน 111 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีสมรรถภาพสมองปกติไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 18-28 คะแนน ($\bar{x} = 24.22$, S.D. = 2.07)
2. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.71$, S.D. 0.25)
3. สมรรถภาพสมองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = -.126$, $p > .05$)

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพในการวางแผนกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: สมรรถภาพสมอง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงใหม่
 * Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Rai College, geronto53@gmail.com
 ** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 ** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



Abstract

Thailand has become an aging society. When the elderly population increases, health problems occur. A mental status examination is a preliminary screening for dementia occurrence which is one of the most common problems among older persons. Due to the dementia occurrence affecting older persons in all aspects and leading to violence in the last phase, these can prevent or delay the violence of dementia occurrence by promoting older persons to have good health promoting behaviors. The purpose of this descriptive study was to investigate mental status, health promoting behaviors, and the relationship between mental status and health promoting behaviors among older persons. Pender's Health Promotion Model (Pender et al., 2006) was applied to a conceptual framework. One hundred and eleven older persons from Paordonchai Sub-District Municipality were specifically selected to enroll in this study. The data collection instruments composed of a Mini-Mental Status Examination (MMSE)-Thai 2002, and a health promoting behavior questionnaire. Descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient were used for data analysis.

The results showed that:

1. All participants had normal mental status without dementia. The scores of MMSE were 18-28 ($\bar{x} = 24.22$, S.D. = 2.07).
2. The participants had health promoting behaviors at moderate levels ($\bar{x} = 2.71$, S.D. = 0.25).
3. The mental status did not correlate with health promoting behaviors ($r = -.126$, $p > .05$)

The results of this study can be applied as baseline information for health personnel in planning activities to promote health promoting behaviors among older persons.

Keywords: Mental status, Health promoting behavior, Older person

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีโครงสร้างประชากรวัยสูงอายุเพิ่มมากขึ้นและเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2552 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2553) จากรายงานสถิติผู้สูงอายุจังหวัดเชียงรายปี พ.ศ. 2556 พบจำนวนผู้สูงอายุ 163,027 คน มีดัชนีการสูงวัย 91.79 (สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2557) เมื่อประชากรวัยสูงอายุเพิ่มมากขึ้นย่อมเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพอื่นๆตามมา

สมองเสื่อม(Dementia)เป็นปัญหาหนึ่งที่พบได้มากที่สุด ในวัยสูงอายุ (สถาบันประสาทวิทยา, 2551) จากรายงานสถิติภาวะสมองเสื่อมขององค์การอนามัยโลกในปี 2017 พบผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 47 ล้านคนทั่วโลกและคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 75 ล้านคนทั่วโลกในปี 2030 (World Health Organization, 2017) ในประเทศไทย จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 ผลการคัดกรองผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 7,356 ราย พบความชุกของภาวะ



สมองเสื่อม ร้อยละ 8.1 (วิชัย เอกพลากร, 2557) ในจังหวัดเชียงรายจากการคัดกรองการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเขตอำเภอแม่จัน พบผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 7.14 จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 ราย (ศิริจันทร์ทิพย์ คำฟู, กฤษณพนธ์ ชัยมงคล, ชันลิกา ไชยชมภู และเพ็ญพิชชา แก้วมณีวงศ์, 2557)

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ชนิดที่พบมากมี 2 กลุ่ม คือ โรคอัลไซเมอร์ (alzheimer's disease) และโรคสมองเสื่อมที่มีสาเหตุจากเส้นโลหิตในสมอง (vascular dementia) (สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย, 2552; Alzheimer's Disease International, 2014) การเกิดขึ้นของภาวะสมองเสื่อมทั้งสองกลุ่ม จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความผิดปกติอย่างต่อเนื่อง และส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งร่างกายและจิตใจ โดยในระยะแรกผู้สูงอายุจะมีความผิดปกติในด้านของความจำและความสามารถในการตัดสินใจ แต่ยังคงสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ (วันดี โภคะกุล และ จิตนภา วาณิชวโรจน์, 2551) เมื่อเข้าสู่ในระยะกลาง ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านบุคลิกภาพและพฤติกรรม เช่น มีอาการก้าวร้าว หวาดระแวง หูแว่ว และประสาทหลอน เป็นต้น และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะลดลง และหากเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้สูงอายุจะมีความจำลดลงอย่างมาก ไม่สามารถจำสิ่งต่างๆที่คุ้นเคยได้ ไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ การทำหน้าที่ในส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลงไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญที่จะสามารถป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมและช่วยชะลอการดำเนินของโรคที่จะเข้าสู่ระยะที่รุนแรงได้ (สถาบันประสาทวิทยา, 2551) ดังการศึกษาของ อทิตยา สุวรรณ และ สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2559) พบว่าผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอพบการเกิดภาวะสมองเสื่อมน้อย และผู้สูงอายุที่จัดการกับความเครียดได้ไม่เหมาะสมพบว่ามีภาวะสมองเสื่อม และการศึกษาของสายสุนีย์ เลิศกระโทก, สุธรรม นันทมงคลชัย, และศุภชัย ปิติกุลตั้ง (2556) พบว่า การที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทำให้ได้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย และได้ทำ

กิจกรรม จะช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองสามารถป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุสามารถคัดกรองได้โดยการประเมินสมรรถภาพสมอง (สถาบันประสาทวิทยา, 2557) ในประเทศไทยมีการใช้เครื่องมือในการคัดกรองสมรรถภาพสมองหลายเครื่องมือ เช่น แบบประเมินสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) แบบประเมินภาวะสมองของจุฬา (Chulamental Test: CMT) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551) และแบบสอบถามญาติหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของผู้สูงอายุ (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly: IQCODE) (Siri, 2007) เป็นต้น แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) เป็นหนึ่งในเครื่องมือที่บุคลากรทางการแพทย์ไทยนิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในการคัดกรองการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุและในงานวิจัย โดยการแปลผลคะแนนจะแบ่งช่วงคะแนนตามระดับการศึกษา เนื่องจากประเทศไทยผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันของระดับการศึกษา แต่ความแตกต่างทางวัฒนธรรมไม่มีผลกับการแปลผลคะแนน จากการศึกษาของคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002) สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พบว่าเครื่องมือดังกล่าว มีความไว (sensitivity) ร้อยละ 92.0 ความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 92.6 และ efficiency เป็น 92.4 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551) จากการศึกษาคะแนนสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ คะแนนที่ประเมินได้สามารถบอกถึงการมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ และเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมต่อไป

จากแนวคิดของเพนเดอร์และคณะ ในปี ค.ศ. 2006 (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีภาวะสุขภาพที่ดี ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1)การรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นการใช้ชีวิตของ



บุคคลที่เป็นการเอาใจใส่สุขภาพของตนเองโดยการค้นหาความผิดปกติและสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในร่างกายในระยะเริ่มแรก 2) ด้านการมีกิจกรรมทางกาย เป็นการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกายที่มีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกาย หรือการเคลื่อนไหวในระหว่างการทำกิจวัตรประจำวัน 3) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นการปฏิบัติเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งจะช่วยให้ได้รับผลประโยชน์ในการช่วยเหลือในด้านต่างๆ 4) ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติที่ดีในการแสดงออกถึงความกระตือรือร้น ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ การมีความพึงพอใจในชีวิต 5) ด้านการจัดการความเครียด เป็นการปฏิบัติที่ช่วยให้เกิดการผ่อนคลายความตึงเครียด และ 6) ด้านโภชนาการเป็นการปฏิบัติเกี่ยวกับรูปแบบลักษณะนิสัยการรับประทานอาหารเช้าเพื่อให้ได้อาหารที่มีประโยชน์ งดรับประทานอาหารเช้าที่มีผลเสียต่อสุขภาพ ในผู้สูงอายุการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีจะสามารถช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม และทำให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีได้ ดังการศึกษาของ เบนเด็ตติ และคณะ (Benedetti, Borges, Petroski, Goncalves, 2008) พบว่าการมีกิจกรรมทางกายทั้งที่เป็นการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมยามว่างสามารถป้องกันปัญหาทางด้านสติปัญญาในผู้สูงอายุได้ และการศึกษาของ เพซ และคณะ (Perez, Hiem, Sherzai, Jaceldo-Siegl, & Sherzai, 2012) ที่พบว่าอาหารที่มีสารต้านอนุมูลอิสระ โดยเฉพาะวิตามินอี และซี และการรับประทานน้ำมันตับปลาเป็นสิ่งที่ช่วยป้องกันปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมชนิดหลอดเลือด และ การศึกษาของ ซาซินกิ และคณะ (Saczynski, et al., 2006) พบว่า การเข้าสังคมโดยการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นสามารถลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HR 1.87, 95% CI, 1.12 - 3.13)

การศึกษาที่ผ่านมาในจังหวัดเชียงรายยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการเกิดภาวะสมองเสื่อมที่ประเมินจากสมรรถภาพสมอง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถภาพสมองและพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลป่าอ้อดอนชัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับสมรรถภาพสมองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผลจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถภาพสมองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำถามการวิจัย

1. สมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุเป็นอย่างไร
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร
3. สมรรถภาพสมองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาภาวะสมองเสื่อมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของ เพนเดอร์ (Pender et al., 2006) โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาในลักษณะของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ช่วยให้เกิดการแสดงออกของภาวะสุขภาพในด้านบวก ในผู้สูงอายุการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีทั้ง 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการรับมือกับสุขภาพ ด้านการมีกิจกรรมทางกาย ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านโภชนาการ จะมีผลต่อสมรรถภาพสมองช่วยป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้

วิธีดำเนินการวิจัย



การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research design) ประชากรเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลป่าอ้อดอนชัย ตั้งแต่เดือน มิถุนายน ถึงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2560 จำนวน 111 ราย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเปิดตารางประมาณค่าอำนาจทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ .80 และขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ .30 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลางที่สามารถนำมาใช้ในการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างทางการแพทย์ (Burns & Grove, 2009) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 คน (Polit & Beck, 2004) เพื่อป้องกันการคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีก ร้อยละ 20 ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 111 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา น้ำหนักตัว ส่วนสูง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ที่อยู่อาศัย สถานะในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ของครอบครัว ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ผู้รับผิดชอบในการรักษาพยาบาล และข้อมูลอื่นๆ ที่บันทึกโดยผู้วิจัย ได้แก่ โรคประจำตัวอื่น ๆ และการรักษาที่ได้รับ

2. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2551) ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ การแปลผลคะแนนพิจารณาจากระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ โดยแบ่งได้ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) มีคะแนนรวมน้อยกว่า 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนนถือว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม 2) ผู้สูงอายุที่จบระดับประถมศึกษา มีคะแนนรวมน้อยกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนนถือว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม และ 3) ผู้สูงอายุที่จบระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา มีคะแนนรวมน้อยกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนนถือว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหาแล้ว

จึงไม่ทำการทดสอบซ้ำ ผู้วิจัยได้ทดสอบความเชื่อมั่นโดยนำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไปทดสอบใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ได้เท่ากับ .88

3. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 52 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบ สุขภาพ กิจกรรมทางกาย การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การจัดการกับความเครียด และโภชนาการ ลักษณะคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ 1 = ไม่เคยปฏิบัติเลย 2 = ปฏิบัตินานๆ ครั้ง 3 = ปฏิบัติบ่อยครั้ง 4 = ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ แปลผลโดยแบ่งกลุ่มคะแนนตามอันตรภาคชั้น 5 ระดับ คือ ต่ำ (1.00 – 2.19) พอใช้ (2.20 – 2.59) ปานกลาง (2.60 2.99) ดี (3.00 – 3.39) และดีมาก (3.40 – 4.00) เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหาแล้วจึงไม่ทำการทดสอบซ้ำ ผู้วิจัยได้ทดสอบความเชื่อมั่นโดยนำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ได้เท่ากับ .86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยเชียงราย ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 1/2559 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ตามเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย เลขที่ 06/2560 ให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเป็นกลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย การรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิจากผู้วิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งอธิบายการพิทักษ์สิทธิของ



กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 30 นาที เมื่อได้ข้อมูลครบแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบ และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติเชิงพรรณนา และสถิติสัมพันธ์สเปียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.50 อยู่ในวัยสูงอายุตอน

ต้น ร้อยละ 82.80 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75.70 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 72.10 อาศัยอยู่บ้านของตนเอง ร้อยละ 68.50 มีสถานภาพเป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 58.60 มีความเพียงพอในการใช้จ่าย ร้อยละ 73.90

2. สมรรถภาพสมอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสมรรถภาพสมองอยู่ในระดับปกติ (\bar{x} = 24.22, S.D. = 2.07) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 สมรรถภาพสมองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 111)

คะแนนสมรรถภาพสมอง	\bar{x}	S.D.	ระดับ
คะแนนโดยรวม	24.22	2.07	ปกติ
คะแนนในกลุ่มตัวอย่างไม่ได้เรียนหนังสือ	20	1.58	ปกติ
คะแนนในกลุ่มตัวอย่าง ที่เรียนระดับประถมศึกษา	24.5	1.87	ปกติ
คะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	27.5	0.71	ปกติ

3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 2.71, S.D. = 0.25) สำหรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 2.88, S.D. = 0.39) ด้านการมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับต่ำ (\bar{x} = 2.34, S.D. = 0.53) ด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับต่ำ (\bar{x} = 2.41, S.D. = 0.38) ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลอยู่

ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 3.08, S.D. = 0.36) ด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 2.95, S.D. = 0.38) และด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 2.88, S.D. = 0.32) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 111)



คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
คะแนนโดยรวม	2.71	0.25	ปานกลาง
คะแนนรายด้าน			
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	2.88	0.39	ปานกลาง
ด้านกิจกรรมทางกาย	2.34	0.53	ต่ำ
ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ	2.41	0.38	ต่ำ
ด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.08	0.36	ปานกลาง
ด้านการจัดการกับความเครียด	2.95	0.38	ปานกลาง
ด้านโภชนาการ	2.88	0.32	ปานกลาง

4. ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถภาพสมองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทดสอบโดยใช้สถิติสห

สัมพันธ์เพียร์สัน พบว่าสมรรถภาพสมองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้าน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถภาพสมองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 111)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	สมรรถภาพสมอง	P-value
โดยรวม	-.126	1.88
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	-.153	1.08
ด้านกิจกรรมทางกาย	-.058	.548
ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ	-.078	.414
ด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	.009	.928
ด้านการจัดการกับความเครียด	-.088	.360
ด้านโภชนาการ	-.088	.359

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาสามารถอภิปรายได้ 3 ส่วน คือ

1. สมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสมรรถภาพสมองอยู่ในเกณฑ์ปกติ คืออยู่ในช่วงคะแนน 18 – 28 คะแนน (\bar{x} = 24.22, S.D. = 2.07) อภิปรายได้ว่า อาจเนื่องมาจากปัจจัยทางด้านของอายุ โดยผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 82.80 เป็นวัยสูงอายุตอนต้น ในช่วงวัย

นี้การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายยังไม่มากนัก การทำงานของเซลล์สมองยังคงทำงานได้ดี ดั้งการศึกษาของสิรินทร ฉันทศิริกาญจน และคณะ (2558) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะสมองของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุไทย พบว่า อายุมีผลต่อการเสื่อมลงของสมรรถภาพสมอง และการศึกษาของเบซา อี้มาน และยูกูร์ (Beyza, Emine & Ugur, 2013) พบว่าอายุมีผลต่อสติปัญญาและการรับรู้



(cognitive function) ของผู้สูงอายุ นอกจากนี้อาจเนื่องมาจากปัจจัยทางด้านระดับการศึกษา จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 72.10) ระดับการศึกษาจะทำให้ผู้สูงอายุได้มีการคิดและเรียนรู้สิ่งที่รับรู้ ส่งผลให้เซลล์สมองได้มีการทำงาน และมีความแข็งแรงส่งผลให้สมรรถภาพสมองดี ดังการศึกษาของคริสโตเฟอร์และคณะ (Christopher, John, Angeles & Chris, 2007) พบว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสมองเสื่อม บุคคลที่เรียนหนังสือในระดับต่ำกว่าประถมศึกษาจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่าในระดับการศึกษาที่สูงกว่า นอกจากนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในเขตชนบท และอยู่บ้านของตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสุขไม่มีความเครียด เนื่องจากความเครียดส่งผลให้มีการหลั่งของคอร์ติซอล ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม (Vivian, et al., 2013) นอกจากนี้ ตรีชนีมวลกายเป็นปัจจัยภายนอกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อสมรรถภาพสมอง จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก (ร้อยละ 56.7) มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ($18.5-22.9 \text{ Kg/m}^2$) ดังการศึกษาของ อทิตยา สุวรรณ และ สุทธิศรี ตรีสกุลสิทธิโชค (2559) ที่พบว่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อม

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบ ต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับต่ำ ด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับต่ำ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 2) ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสและอาศัยอยู่กับบุตร จึงทำให้มี

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมค่อนข้างดี ดังการศึกษาของ ณรงค์ศักดิ์ หนูสอนและ เสน่ห์ แสงเงิน (Noosorn & Saengngern, 2013) ที่พบว่า การอาศัยอยู่คนเดียวเพียงลำพังโดยไม่มีใครดูแล และไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ดี

นอกจากนี้รายได้ อาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพค่อนข้างดี จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีรายได้ของครอบครัวที่เพียงพอในการใช้จ่าย ทำให้สามารถแสวงหาอาหารที่มีประโยชน์ เข้าถึงแหล่งที่มีประโยชน์ต่อร่างกายได้ ดังการศึกษาของ กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์ สุภัญญา พูลโพธิ์กลาง สุธรรม นันทมวงคลชัย และโชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์ (Chamroonsawasdi, Phoolphoklang, Nanthamongkolchai & Munsawaengsub, 2010) ที่พบว่า รายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ($r = .231, p < .001$) แต่อย่างไรก็ตาม ปัจจัยทางด้านของอายุ ยังคงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender et al., 2006) ผลจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ร่างกายเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเริ่มลดลง (Eliopoulos, 2010) ดังนั้นจึงอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับการศึกษาประถมศึกษา ทำให้มีข้อจำกัดในการแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อตนเอง และมีปัญหาเกี่ยวกับการเข้าใจในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี (Pender et al., 2006) จึงอาจทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ดังการศึกษาของ อุมากร ไจยังยืน, นันทวรรณ สุวรรณรูป, ปนัดดา ปรียทฤณ, และกนกพร หมูพยัคฆ์ (Jaiyungyuen, Suwonnarop, Priyatrak & Moopayak, 2012) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .299, p < .01$)

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านพบ



ว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาในระดับ
ปฐมศึกษา (ร้อยละ 72.10) ซึ่งระดับการศึกษา เป็นปัจจัย
หนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender et al.,
2006) ระดับของการศึกษาจะช่วยให้บุคคลได้ทราบและ
เข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ และทำให้มี
ความรู้ความเข้าใจถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพที่ดี (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551) ส่วน
ด้านการมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องมา
จากปัจจัยทางด้านของอายุ โดยผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า
กลุ่มตัวอย่างส่วนมากอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น เริ่มมีการ
เปลี่ยนแปลงของ กล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ จึงอาจทำให้
กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถออกกำลังกายที่ต้องใช้แรงมากได้
ดังการศึกษาของ กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์ และคณะ
(Chamroonsawasdi et al., 2010) ที่พบว่าอายุมีความ
สัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมี
กิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($r = -.228, p < .001$) สำหรับด้านการพัฒนาทางด้าน
จิตวิญญาณที่อยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากกลุ่ม
ตัวอย่างอยู่ในวัยสูงอายุ จากการเปลี่ยนแปลงตามวัยอาจ
ทำให้ผู้สูงอายุคิดว่าร่างกายของตนเองมีการเปลี่ยนแปลง
ไปจากเดิมถ้าเทียบกับวัยผู้ใหญ่หรือวัยหนุ่มสาว จึงอาจ
ทำให้กลุ่มตัวอย่างคิดว่าไม่สามารถทำกิจกรรมที่เป็น
ประโยชน์แก่ส่วนรวมได้ ซึ่งจากแนวคิดของเพนเดอร์ ได้
กล่าวถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทาง
ด้านจิตวิญญาณว่าเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา
จิตของบุคคล มีความพึงพอใจในสิ่งตนเองเป็น มีจุดมุ่ง
หมายในชีวิต และพยายามไปให้ถึงที่ตั้งไว้ (Pender
et al., 2006) ส่วนด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่อยู่ใน
ระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมาก
มีสถานภาพสมรสคู่ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างได้มีปฏิสัมพันธ์
กับบุคคลอื่นถึงแม้จะเป็นบุคคลในครอบครัว แต่อย่างไร
ก็ตามกลุ่มตัวอย่างส่วนมากอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้นยังคง
ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและทำงานอยู่ จึงทำให้การ
มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นภายนอกครอบครัวเกิดขึ้นได้
น้อย จึงอาจทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่ม
ตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง จากการศึกษาของ วริศา

จันทร์สิงวรกุล (2553) พบว่าการไม่มีบุคคลให้กำลังใจ
หรือสนับสนุนเป็นปัจจัยที่ทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับต่ำ
สำหรับด้านการจัดการกับความเครียดที่อยู่ในระดับปาน
กลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากอาศัย
อยู่บ้านของตนเองและมีบุตรเป็นผู้ดูแล ทำให้ผู้สูงอายุได้
มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล ซึ่งการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
จะเป็นแหล่งประโยชน์ทางด้านจิตใจที่ทำให้มีการขจัด
ความเครียด (Pender et al., 2006) นอกจากนี้ ยังพบ
ว่ากลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธ ซึ่งมีวิธีการสอนให้ผู้สูง
อายุลดความเครียด แต่อย่างไรก็ตาม การมีรายได้ที่ไม่
เพียงพอของกลุ่มตัวอย่างบางส่วน อาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่ง
ที่ทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านนี้อยู่ในระดับ
ปานกลาง สำหรับด้านโภชนาการที่อยู่ในระดับปานกลาง
ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการมีผู้ดูแลเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผล
ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender et al., 2006)
ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นสมาชิก
ในครอบครัวอาศัยอยู่กับผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสและบุตร
การที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับคู่สมรสหรือบุตร อาจมี
บุคคลที่ช่วยจัดเตรียมอาหารและดูแลเกี่ยวกับชนิดของ
อาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายให้ จึงทำให้มีพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถภาพสมองและ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถภาพสมอง
และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพครั้งนี้พบว่าไม่มีความ
สัมพันธ์กัน อธิบายได้ว่า การมีสมรรถภาพสมองที่ผิดปกติ
มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้หลายปัจจัย เช่น
อายุ พันธุกรรม ระดับการศึกษา เป็นต้น การมีคะแนน
สมรรถภาพสมองปกติ ไม่มีภาวะสมองเสื่อมของกลุ่ม
ตัวอย่าง อาจเนื่องจากหลายปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านของอายุ
เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น
เป็นช่วงวัยของผู้สูงอายุที่ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงของ
เซลล์สมองมากนัก (Eliopoulos, 2010) จึงทำให้คะแนน
สมรรถภาพสมองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ปกติ
นอกจากนี้สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยเป็นอีกปัจจัยหนึ่ง



ที่เกี่ยวข้องกับสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่บ้านของตนเองและอาศัยอยู่ในชุมชนชนบท จึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้สมรรถภาพสมองอยู่ในเกณฑ์ปกติไม่เกิดภาวะสมองเสื่อม ดังการศึกษาของ เบซาและคณะ (Beyza et al., 2013) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุเมืองเตอร์กี พบว่า อายุ และถิ่นที่อยู่อาศัยมีผลต่อการทำหน้าที่เกี่ยวกับสติปัญญาและการรับรู้ของผู้สูงอายุเช่นกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล ควรสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ และให้ความรู้แก่ผู้ดูแล

เกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อช่วยให้มีผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี

2. ด้านการศึกษาพยาบาล ควรจัดเนื้อหาการเรียนการสอนในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับสมรรถภาพสมอง เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การมีโรคประจำตัว ระดับไขมันในเลือด เป็นต้น เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถภาพสมองต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2553). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2552*. กรุงเทพฯ: บริษัทที่คิวพีจำกัด.
- วิศา จันทรังสีวรกุล. (2553). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่สถานสงเคราะห์คนชราจังหวัดนครสวรรค์. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 2(2), 12-19.
- วันดี โภคะกุล และ จิตนภา วาณิชวโรจน์. (2551). *การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม สำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- วิชัย เอกพลากร (บรรณาธิการ). (2557). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: เดอะ กราฟิक्सตีมส์.
- ศิรินทร์ทิพย์ คำฟู, กฤษณพนธ์ ชัยมงคล, ชันลิกา ไชยชมภู, และ เพ็ญพิชชา แก้วมณีวงศ์. (2557). การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมและการเฝ้าระวังในการดูแลตนเองในผู้สูงอายุอำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. *ศรีนครินทร์เวชสาร*. 29(4), 389-393
- ศิริมา วงศ์แหลมทอง. (2542). *ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ) บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2551). *แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรสจำกัด
- สถาบันประสาทวิทยา. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรสจำกัด
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2551). *การประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ เรื่องการเปรียบเทียบความสัมพันธ์แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination; TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม*. กรุงเทพฯ: บริษัท ซีจี ฟู๊ด จำกัด.
- สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย. (2552). *สมองเสื่อม*. สืบค้นจาก <http://www.azthai.org/filedownload/dementia.pdf>
- สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2557). *ประชากรผู้สูงอายุไทย: ปัจจุบันและอนาคต*. กรุงเทพฯ: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.



- สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, จิรพร เหล่าธรรมทัศน์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, ดาวชมพู นาคะวิโร, อรพิชญา ไกรฤทธิ์, และคณะ. (2558). สมรรถนะสมองของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุไทย: ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพิษวิทยาไทย*. 30(1), 41-59
- อาทิตยา สุวรรณ และ สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2559). ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. *สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย*. 5(2), 21-32.
- Alzheimer's Disease International. (2014). *Nutrition and dementia: A review of available research*. London: Alzheimer's Disease International.
- Benedetti, T. R. B., Borges, L. J., Petroski, E. L., Goncalves, L. H. T. (2008). Physical activity and mental health status among elderly people. *Revista de Saúde Pública*, 42(2), 2-6.
- Beyza, A., Emine, A. T., & Ugur, C. (2013). Factors affecting cognitive function in older adults: A Turkish sample. *International Journal of Gerontology*, 7(2013), 137-141.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Chamroonsawasdi, K., Phoolphoklang, S., Nanthamongkolchai, S., & Munsawaengsub, C. (2010). Factor Influencing Health Promoting Behaviors among the Elderly Under the Universal Coverage Program, Buriram Province. Thailand. *Asia Journal of Public Health*, 1(1), 15-19.
- Christopher, P., John, F., Angeles, G., & Chris, M. (2007). General risk factors for dementia: A systematic evidence review. *Alzheimer's & Dementia*, 3(2007), 341-347.
- Eliopoulos, C. (2010). *Gerontological nursing* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Jaiyungyuen, U., Suwonroop, N., Priyatrak, P., & Moopayak, K. (2012). Factors influencing health-promoting behaviors of older people with hypertension. *1st Mae Fah Luang University International Conference 2012*, 1-9.
- Noosorn, N., & Saengngern, S. (2013). Health promoting behaviors among older people living alone with chronic disease in the lower northern region of Thailand. *European Scientific*, 19(6), 214-226.
- Perez, L., Hiem, L., Sherzai, A., Jaceldo-Siegl, K., & Sherzai, A. (2012). Nutrition and vascular dementia. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 16(4), 319-324.
- Pender, J. N., Murdaugh, L. C., & Parsons, A. M. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed.). New York: Pearson Education.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing Research: Principle and methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Saczynski, J.S., Pfeifer, L. A., Masaki, K., Korf, E.S., Korf, E. S., Laurin, D., et al., (2006). The effect of social engagement on incident dementia: The Honolulu-Asia Aging Study. *American Journal of Epidemiology*. 163(5), 433-440.
- Siri, S. (2007). *Dementia Screening Test for Thai Elderly*. Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, Thailand
- Vivian, P. L., Paulo, C., Antônio, L. T., Maira, T. B., Karoline, C. C., Maria, G. C., et al. (2013). High cortisol levels are associated with cognitive impairment no-dementia (CIND) and dementia. *Clinica Chimica Acta*. 423(2013), 18-22.
- World Health Organization. (2017). *10 facts on dementia*. Retrieved from <http://www.who.int/features/factfiles/dementia/en/>