

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม
ในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จังหวัดปทุมธานี
Influential Factors on Dementia Preventive Behaviors of Older
Adults Living in Communities, Pathum Thani Province

วิมลรัตน์ บุญเสถียร¹ เขมศัณริณี รื่นฤดีภิรมย์* สุวรีย์ เพชรแดง²
Wimonrut Boonsatean¹ Kheamnareenee Ruearudipirom^{2*} Suwaree Pettan²

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต จังหวัดปทุมธานี
¹Assistant professor, School of Nursing, Rangsit University, Pathumthani, Thailand.

²อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต จังหวัดปทุมธานี
²Lecturer, School of Nursing, Rangsit University, Pathumthani, Thailand.

*ผู้รับผิดชอบหลัก: kheamnareenee.r@rsu.ac.th

*Corresponding author: kheamnareenee.r@rsu.ac.th

Received 12 June 2022 • Revised 29 August 2022 • Accepted 27 September 2022

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรม และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จังหวัดปทุมธานี **วิธีการ:** เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 298 คน คัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มแบบกลุ่มหลายชั้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบทดสอบสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MSET10) ใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อม และแบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ข้อมูลพื้นฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่บ้านหรือสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน **ผลการศึกษา:** ผู้สูงอายุร้อยละ 88.30 มีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Beta .463, $p < .001$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Beta .169, $p < .01$) การสูบบุหรี่ (Beta -.142, $p < .01$) และระดับการศึกษา (Beta .117, $p < .05$) สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 35.50 **สรุป:** การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในครอบครัวและในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ และการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอมีความจำเป็นต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่ยังไม่มีภาวะสมองเสื่อม

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม; ผู้สูงอายุ; การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Abstract

Objective: To investigate the level of dementia preventive behaviors and examine predicting factors of dementia preventive behaviors in older adults living in communities, Pathum Thani province. **Methods:** The cross-sectional predictive correlational design was conducted. The participants were older adults without dementia. A multistage random sampling was operated to recruit 298 participants. Mental State Examination T10 (MSET10) questionnaire was used to screen dementia condition. The instrument was a questionnaire comprising four sections: personal data, health literacy, social participation, and dementia preventive behavior. Data were collected by interview at home or at a convenient place for the participants. Descriptive statistics and stepwise multiple regressions were used to analyze predictive powers. **Results:** Eighty-eight point three percent of older adults performed dementia preventive behavior at moderate level, social participation (Beta .463, $p < .001$), health literacy (Beta .169, $p < .010$), smoking (Beta -.142, $p < .01$), and educational level (Beta .117, $p < .05$) were able to predict 33.50% of variances explained in dementia preventive behavior. **Conclusion:** Encouraging the elderly to regularly participate in family and community social activities and promoting adequate health literacy of the elderly are significant for older adults without dementia to perform dementia preventive behavior.

Keywords: dementia preventive behavior; older adults; social participation; health literacy

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติในการทำงานของสมองด้านความจำ ความคิด และสติปัญญา ซึ่งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ปัจจุบันพบผู้มีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกประมาณ 47.47 ล้านคน คาดการณ์ว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะนี้ในผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 2 เท่าทุก 5.9 ปีของอายุที่เพิ่มขึ้น และร้อยละ 46 ของผู้ป่วยใหม่อาศัยอยู่ในทวีปเอเชีย โดยพบการเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงสุดในกลุ่มอายุ 75-84 ปี¹ ในประเทศไทย จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุร้อยละ 8.10 โดยพบภาวะนี้เพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น และมากกว่า 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 80 ปี มีภาวะสมองเสื่อม² สำหรับในจังหวัดปทุมธานี ในปี พ.ศ. 2558 มีการศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 18.60 ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองจังหวัดปทุมธานี มีภาวะสมองเสื่อม³ จากความสูงอายุที่ส่งผลให้เซลล์สมองเสื่อมลงช้า ๆ อย่างต่อเนื่องตลอดเวลาจนสมองสูญเสียหน้าที่การทำงาน ทำให้สูญเสียความสามารถในการจำ การคิด การใช้เหตุผล การใช้ภาษา และความสามารถด้านสังคม ความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุจะลดลงเรื่อย ๆ จนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้นำมาซึ่งภาวะพึ่งพิง

กลายเป็นภาระของครอบครัวที่ต้องดูแลใกล้ชิดและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล⁴ การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน การเกิดภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองตามศักยภาพ สามารถลดภาระค่าใช้จ่าย และลดภาระการดูแลของครอบครัวได้

พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม เป็นพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติโดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม ครอบคลุมการปฏิบัติด้านต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การพักผ่อนให้เพียงพอ และการฝึกความจำ^{5,6} ถึงแม้การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมจะไม่สามารถช่วยให้ภาวะสมองเสื่อมหายขาด และความเสื่อมของสมองยังคงดำเนินต่อเนื่องตลอดเวลา แต่การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโดยการพยายามลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม อาจช่วยชะลอการดำเนินของโรคให้ช้าลง⁷ จากผลการศึกษาที่ผ่านมามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสมองเสื่อมหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานซึ่งครอบคลุมลักษณะทางประชากรและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสมองเสื่อมมีทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถป้องกันได้ เช่น (1) อายุ เมื่ออายุเพิ่มขึ้นความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม

จะสูงขึ้น^{7,8} การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุหญิงกลุ่มที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม 2.2 เท่าของผู้สูงอายุหญิงกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า⁸ (2) ระดับการศึกษาและรายได้ พบว่ากลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (illiterate) และมีรายได้ต่ำ จะมีความชุกของการเกิดภาวะสมองเสื่อมสูง⁹ (3) ประวัติการมีภาวะสมองเสื่อมของบุคคลในครอบครัว พบว่า ภาวะสมองเสื่อมสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้⁴ และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ เช่น การมีความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือมีภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วนขาดการทำกิจกรรมทางกาย การสูบบุหรี่^{4,10} ปัจจัยเหล่านี้เกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่น และ/หรือ การหนาตัวของผนังหลอดเลือดแดง ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลง หากเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพออาจทำให้เกิดเนื้อสมองตาย ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้ ส่วนการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม^{5,8,11} โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมระดับน้อย จะมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อม 2.2 เท่าของผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมาก⁸ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม/การทำกิจกรรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอเป็นหนึ่งในความต้องการของผู้สูงอายุ และเป็นหนึ่งใน 6 ด้าน ที่ใช้พัฒนาแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ¹² นอกจากนี้การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้ทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุได้ดีที่สุด เมื่อร่วมกับปัจจัยดัชนีมวลกายซึ่งเป็นดัชนีที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วน จะสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุได้ถึงร้อยละ 31.90⁵

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ทำให้บุคคลมีความสามารถในการรับและค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ต้องการตีความหมาย ตรวจสอบ และทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ รวมถึงการวิเคราะห์ เปรียบเทียบ และตัดสินใจใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพอย่างเหมาะสม¹³ ซึ่ง Nutbeam¹⁴ แบ่งความรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (functional health literacy) ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) และขั้นวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) โดยระดับของความรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้นบุคคลจำเป็นต้องใช้ทักษะในการแสวงหาข้อมูล การสื่อสาร การวิเคราะห์เปรียบเทียบ การตัดสินใจ และการจัดการเพิ่มมากขึ้น ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับ

อายุ¹⁵ โดยทุกปีที่อายุเพิ่มขึ้น ค่าคะแนนความรู้ด้านสุขภาพซึ่งวัดจากทักษะพื้นฐาน เช่น การอ่าน การเขียน การทำความเข้าใจข้อมูล (functional health literacy) จะลดลงปีละ 1.3 คะแนน¹⁶ การศึกษาในผู้สูงอายุไทย โดยใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐาน¹⁷ หรือระดับต่ำถึงพอใช้^{18,19} และการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ/ไม่เพียงพอ มีความสัมพันธ์กับการลดลงของความสามารถในการคิด (cognitive function)²⁰ และสมรรถนะในการตัดสินใจของผู้สูงอายุ²¹ รวมทั้งพบข้อมูลสนับสนุนว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ/ไม่เพียงพอ จะมีโอกาสเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้ด้านสุขภาพระดับเพียงพอ^{22,23}

แม้การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังไม่มีความรู้ของสมองที่ผ่านมา อาจสรุปในเบื้องต้นได้ว่า ปัจจัยพื้นฐานบางปัจจัย และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีความสัมพันธ์กับโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อม แต่ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและการเกิดภาวะสมองเสื่อมยังไม่เพียงพอที่จะยืนยันว่า ความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของภาวะสมองเสื่อม และงานวิจัยในทศวรรษที่ผ่านมาส่วนใหญ่ดำเนินการในต่างประเทศ²² นอกจากนี้การศึกษาข้างต้นมุ่งศึกษาที่ตัวแปรความเสี่ยงในการเกิดโรค ไม่ใช่พฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อช่วยชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม ช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุให้ลดลง⁴ และในประเทศไทยมีการศึกษาเรื่องนี้จำกัด มีเพียงการศึกษาของ Tiparat, Meng-aied and Suwanweala⁵ ซึ่งศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และพบว่า การเข้าร่วมทางสังคมร่วมกับดัชนีมวลกายสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้ ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีเป้าหมายเพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งไม่มีภาวะสมองเสื่อมที่อาศัยในชุมชน ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรสุขภาพเข้าใจความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ และสามารถให้การดูแลที่ช่วยชะลอความเสี่ยงของสมองได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งความรู้ที่ได้รับจากการศึกษานี้ อาจใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุต่อไป

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จังหวัดปทุมธานี อยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยพื้นฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ปัจจัยใดมีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จังหวัดปทุมธานี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จังหวัดปทุมธานี
2. ศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยพื้นฐาน (ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ประวัติโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/ไขมันในเลือดสูง ความอ้วน และการสูบบุหรี่) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จังหวัดปทุมธานี

รูปแบบการศึกษา

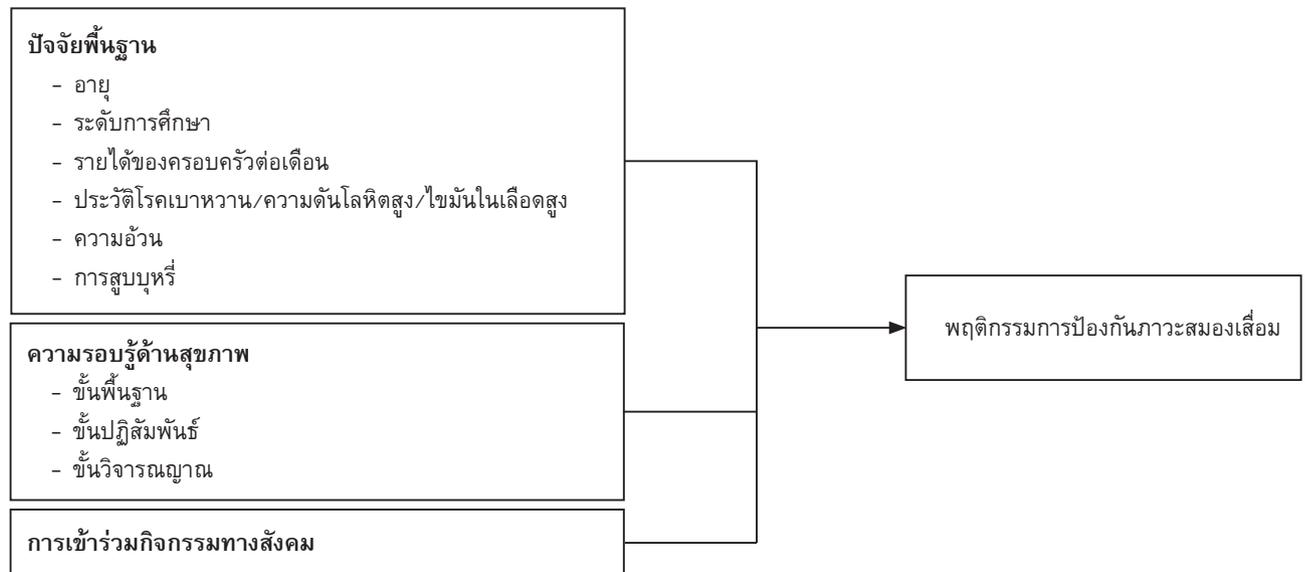
สมมติฐาน

ปัจจัยพื้นฐาน (ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ประวัติโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/ไขมันในเลือดสูง ความอ้วน และการสูบบุหรี่) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จังหวัดปทุมธานีได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้สร้างขึ้นจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุ (ภาพ 1) โดยพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมเป็นพฤติกรรมป้องกันสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีเป้าหมายเพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิด

ภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วยการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดและ/หรือ การปฏิบัติเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การพักผ่อนให้เพียงพอ และการฝึกความจำ^{5,6} ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมจำเป็นต้องควบคุมปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค ได้แก่ (1) ปัจจัยพื้นฐานซึ่งครอบคลุมปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ประวัติโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/ไขมันในเลือดสูง ความอ้วน และการสูบบุหรี่ (2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพในการศึกษานี้ ใช้แนวคิดของ Nutbeam¹⁴ ซึ่งแบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ชั้น ชั้นที่สูงขึ้น หมายถึง บุคคลจะมีความสามารถในการแสวงหาข้อมูล การสื่อสาร การวิเคราะห์เปรียบเทียบ การตัดสินใจ และการจัดการเพิ่มมากขึ้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพชั้นที่ 1 ชั้นพื้นฐาน (functional health literacy) มุ่งที่ทักษะในการอ่านเขียน และทำความเข้าใจ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ชั้นที่ 2 ชั้นปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) เป็นความสามารถในการค้นหา เลือกใช้ข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากการสื่อสารหลากหลายรูปแบบ และนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับตนเอง ชั้นที่ 3 ชั้นวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) เป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่สูงขึ้น บุคคลจะมีทักษะในการคิด วิเคราะห์ เปรียบเทียบ ให้เหตุผล และตัดสินใจใช้ข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของตน ส่วนการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม หมายถึง กิจกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสพบปะ พูดคุยกับผู้อื่นในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง เช่น การเข้าชมรม การไปวัด เยี่ยมญาติ เนื่องจากกิจกรรมเหล่านี้จะส่งเสริมกระบวนการคิดรู้ (cognitive process) ของผู้สูงอายุ จึงสามารถช่วยป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (cross-section predictive correlational design)

ประชากร

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ไม่มีความเสี่ยงที่จะอาศัยในชุมชนจังหวัดปทุมธานี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในชุมชนจังหวัดปทุมธานี และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ (1) อาศัยอยู่ในชุมชนที่เก็บรวบรวมข้อมูลอย่างน้อย 6 เดือน (2) ผลการคัดกรองจากแบบทดสอบสมองเบื้องต้นไม่พบภาวะสมองเสื่อม และ (3) สื่อสารภาษาไทยได้ดี ไม่มีปัญหาการมองเห็น การได้ยิน หรือปัญหาอื่นที่มีผลกระทบต่อสื่อสารหรือโต้ตอบกับผู้วิจัย ส่วนเกณฑ์ในการคัดออก คือ (1) ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขณะเก็บรวบรวมข้อมูล และ (2) ผู้สูงอายุที่ปฏิเสธการสัมภาษณ์

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบกลุ่มหลายชั้น (multi-stage cluster sampling method) จากระดับจังหวัด อำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต./ศูนย์บริการสาธารณสุข และชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของ รพ.สต./ศูนย์บริการสาธารณสุข โดยสุ่มที่ละชั้น ๆ ละ 1 ตัวอย่าง จากระดับจังหวัด สุ่ม 1 อำเภอ จากอำเภอที่สุ่มได้ สุ่ม 1 รพ.สต./ศูนย์ฯ และจาก รพ.สต./ศูนย์ฯ

ที่สุ่มได้ สุ่ม 1 ชุมชนในความรับผิดชอบของ รพ.สต./ศูนย์ฯ ผู้สูงอายุทุกคนที่มีรายชื่อในชุมชนที่สุ่มได้และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกจะถูกคัดเลือกให้เป็นกลุ่มตัวอย่าง หากจำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่เพียงพอ ผู้วิจัยจะสุ่มชุมชนในความรับผิดชอบของ รพ.สต./ศูนย์บริการสาธารณสุข เพิ่มทีละ 1 ชุมชน จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรของ Cochran²⁴ กรณีที่ไม่ทราบขนาดประชากรที่แท้จริงและต้องการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร ($n = Z^2\sigma^2/e^2$) กำหนดค่าพื้นที่ได้ปกติ (Z) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เท่ากับ 1.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (σ) ของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมเท่ากับ .12⁶ และความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (e) ร้อยละ 1.50 เท่ากับ .015 ($n = Z^2\sigma^2/e^2 = (1.96)^2(.12)^2 / (.015)^2 = 245.86 = 246$ คน) เนื่องจากการศึกษานี้มีตัวแปรที่เกี่ยวข้องหลายตัวแปร ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เป็น 295 คน ซึ่งในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 298 คน

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต เลขที่ COA. NO. RSUERB2020-059 วันที่ 3 กันยายน 2563 และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลการวิจัย จากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์

ขั้นตอนการทำวิจัย การปฏิบัติตัว สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจได้รับ รวมทั้งสิทธิในการตอบรับ/ปฏิเสธ/ถอนตัวจากการศึกษาโดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลใดและจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือการดูแลที่จะได้รับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างอย่างสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะให้ลงนามในใบยินยอม แล้วจึงเริ่มสัมภาษณ์ข้อมูลตามแบบสอบถาม ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยชื่อ-นามสกุลของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ข้อมูลดิบที่ได้จากการสัมภาษณ์จะถูกเก็บไว้เป็นความลับทั้งเอกสารและข้อมูลในคอมพิวเตอร์ และจะถูกลบทำลายเมื่อผลงานวิจัยเผยแพร่เรียบร้อยแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่บ้าน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์บริการสาธารณสุข หรือสถานที่นัดหมายที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างผ่านทางอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ การปฏิบัติตัวของผู้ถูกสัมภาษณ์ และรายละเอียดในการพิทักษ์สิทธิ ถามความสมัครใจและให้ลงนามในใบยินยอมแล้วจึงเริ่มสัมภาษณ์ตามข้อความในแบบสอบถาม การสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลภายหลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์กรณีต้องการข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยขออนุญาตโทรศัพท์นัดหมายเพื่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่างในภายหลัง ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้วิจัยยังคงนัดพบกลุ่มตัวอย่างผ่านทาง อสม. และเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อกลุ่มตัวอย่างพร้อมโดยดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนด ในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคอย่างเคร่งครัด เว้นระยะห่าง และควบคุมระยะเวลาการสัมภาษณ์ไม่เกิน 30 นาทีต่อคน

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ใช้แบบทดสอบสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MSET10) ของสมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ วัดโดยให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบคำถามและให้คะแนนการตอบถูกต้องตามที่กำหนดในแต่ละข้อ การแปลผลการทดสอบว่ามีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่ขึ้นกับระดับการศึกษาของผู้ถูกสัมภาษณ์ กรณีไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนนรวม ≤ 15 กรณีเรียนระดับประถมศึกษา คะแนนรวม ≤ 17 กรณีเรียนสูงกว่า

ประถมศึกษา คะแนนรวม ≤ 22 หมายถึง สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัย ใช้สำหรับสอบถามข้อมูลลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น โรคประจำตัว ประวัติหลงลืมในครอบครัว การสูบบุหรี่ น้ำหนักส่วนสูง เป็นต้น

2.2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย ต้นฉบับเป็นภาษาอังกฤษพัฒนาโดย Suka, et al. ใน ค.ศ. 2013 แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย Boonsatean and Reantippayasakul²⁵ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1.00 และค่าความเที่ยง Cronbach's alpha เท่ากับ .71 ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ (1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (functional health literacy) เป็นข้อคำถามด้านลบ จำนวน 4 ข้อ (2) ระดับปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) เป็นข้อคำถามด้านบวก จำนวน 5 ข้อ และ (3) ระดับวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) เป็นข้อคำถามด้านบวก จำนวน 4 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนน 1-5 ข้อคำถามด้านบวก คะแนน 1 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติเลย/ไม่เป็นจริง/ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนน 2 หมายถึง ปฏิบัติบ้าง/เป็นจริงบ้าง/ไม่เห็นด้วย คะแนน 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ คะแนน 4 หมายถึง ปฏิบัติมาก/เป็นจริงมาก/เห็นด้วย และคะแนน 5 หมายถึง ปฏิบัติมากที่สุด/เป็นจริงมากที่สุด/เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบ ให้คะแนนกลับกันกับข้อคำถามทางบวก แบ่งระดับการคิดคะแนนตามแนวคิดของ Best²⁶ เป็น 2 ระดับ คะแนนในภาพรวมและคะแนนรายด้านร้อยละ 60 ขึ้นไป หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับเพียงพอ เมื่อนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 30 คน ค่าความเที่ยง Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .86

2.3 แบบสอบถามการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย Laoin ใน ค.ศ. 2012 นำมาแปลและดัดแปลงโดย Tiparat, Meng-aied and Suwanweala⁵ มีค่าความเที่ยง Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .79 ประกอบด้วย ข้อคำถาม 8 ข้อ ลักษณะการวัดเป็น

แบบมาตรฐานประมาณค่า 3 ระดับ ให้คะแนน 1-3 โดย 1 หมายถึง เข้าร่วมกิจกรรมน้อยมาก/ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม 2 หมายถึง เข้าร่วมกิจกรรมเป็นบางครั้ง และ 3 หมายถึง เข้าร่วมกิจกรรมเป็นส่วนใหญ่/เกือบทุกครั้งที่มีกิจกรรม แบ่งระดับการคิดคะแนนตามแนวคิดของ Best²⁶ เป็น 3 ระดับ คะแนน 8.00-13.32 หมายถึง เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อย คะแนน 13.33-18.65 หมายถึง เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมปานกลาง และคะแนน 18.66-24.00 หมายถึง เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมาก เมื่อนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 30 คน คำนวณค่าความเที่ยง Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .72

2.4 แบบสอบถามพฤติกรรมกำบังกันภาวะสมองเสื่อม พัฒนาโดย Tiparat, Meng-aied and Suwanweala⁵ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .89 และค่าความเที่ยง Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .76 ประกอบด้วย ข้อคำถาม 15 ข้อ ข้อคำถามครอบคลุมการปฏิบัติด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการฝึกความจำ ลักษณะการวัดเป็นแบบมาตรฐานค่า 3 ระดับ มีคะแนน 1-3 โดยคะแนน 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลย/ไม่เกิดขึ้น คะแนน 2 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง/เกิดขึ้นบางครั้ง และคะแนน 3 หมายถึง ปฏิบัติประจำ/เกิดขึ้นประจำ การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คะแนน 15-24 หมายถึง มีพฤติกรรมกำบังกันภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 25-34 หมายถึง มีพฤติกรรมกำบังกันภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 35-45 หมายถึง มีพฤติกรรมกำบังกันภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับสูง เมื่อนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 30 คน คำนวณค่าความเที่ยง Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .63 จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้เครื่องมือเป็น 50 ราย²⁷ ค่าความเที่ยง Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .65 จากการสุ่มสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง พบว่า การตอบคำถามเลือกตอบจากสิ่งที่ปฏิบัติซึ่งมาจากประสบการณ์ที่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพเมื่อเข้ารับการรักษาด้วยโรคเรื้อรังโดยไม่แน่ใจว่าสิ่งที่ปฏิบัติเกี่ยวข้องกับกำบังกันภาวะสมองเสื่อมหรือไม่ คำตอบที่ได้จึงอาจส่งผลต่อความสอดคล้องภายใน ทำให้ค่าความเชื่อมั่นต่ำกว่าที่ควรจะเป็น

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Mann Whitney U test กรณีตัวแปรกลุ่มแจกแจง (categorical variable) 2 กลุ่ม ใช้สถิติ Kruskal Wallis H test กรณีตัวแปรกลุ่มแจกแจงมากกว่า 2 กลุ่ม และสถิติ Spearman rank correlation กรณีตัวแปรต่อเนื่อง เนื่องจากข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนาย โดยนำตัวแปรมาตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อน (Std. residual) (mean) = 0

2. ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov พบว่า มีค่า Significant = .200 ซึ่งมีความมากกว่า .05

3. ความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระจากกัน โดยใช้สถิติ Durbin-Watson มีค่า = 1.5 (ค่าอยู่ระหว่าง 1.5-2.5 แสดงว่ามีความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระจากกัน)

4. ทดสอบ plot scatter graph พบว่า การกระจายไม่มีรูปแบบ มีค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่

5. ทดสอบ multi-collinearity เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่ามีค่า variance inflation factor (VIF) ของตัวแปร อยู่ในช่วง 1.087-1.146 และ Tolerance อยู่ในช่วง .848-.990 (VIF < 10, Tolerance > 0) แสดงว่าตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์กันเอง

จากการตรวจสอบเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น จึงวิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยใช้ multiple linear regression

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 298 คน เพศหญิงและชายจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 50) มากกว่าครึ่งอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น (ร้อยละ 57) อายุเฉลี่ย 69.28 ปี (SD 6.71) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 53) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.70) ส่วนใหญ่

จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 72.10) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 61.10) ค่ามัธยฐานของรายได้ครอบครัวต่อเดือนเท่ากับ 10,700 บาท (interquartile range: IQR 4,000-20,000) ส่วนใหญ่ประเมินว่าเพียงพอต่อการดำรงชีวิต (ร้อยละ 68.50) ด้านข้อมูลสุขภาพส่วนใหญ่มีประวัติโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 80.20) ไม่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหลงลืม (ร้อยละ 96) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 95.60) มีดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ (ร้อยละ 64.80) และใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 66.10)

2. ระดับความรู้ด้านสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม

2.1 ความรู้ด้านสุขภาพ

ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมในระดับไม่เพียงพอ (ร้อยละ 52.70) เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมีความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (ร้อยละ 51.30) และขั้นปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับเพียงพอ (ร้อยละ 54) ส่วนขั้นวิจารณ์ญาณ อยู่ในระดับไม่เพียงพอ (ร้อยละ 53.70)

2.2 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุที่ปฏิบัติร่วมกับครอบครัวหรือชุมชน เช่น การออกกำลังกายร่วมกับเพื่อนหรือครอบครัว การไปงานเลี้ยงสังสรรค์ การไป

ทำบุญตักบาตร การฟังเทศน์ที่วัด การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ หรือกิจกรรมพัฒนาหมู่บ้าน ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเหล่านี้ในระดับน้อย (ร้อยละ 76.30) มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 3.70 ที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมบ่อย/เป็นประจำ

2.3 พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม

พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ครอบคลุมข้อคำถามด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการฝึกความจำ ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 88.30)

3. อำนาจการทำนายของปัจจัยพื้นฐาน ความรู้ด้านสุขภาพ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ (1) ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ (r_s -.153, $p < .01$) ระดับการศึกษา (H 20.736, $p < .001$) การสูบบุหรี่ (Z 1086.50, $p < .05$) (2) ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม (r_s .331, $p < .001$) และรายด้านทุกด้าน ได้แก่ ขั้นพื้นฐาน (r_s .235, $p < .001$) ขั้นปฏิสัมพันธ์ (r_s .328, $p < .001$) และขั้นวิจารณ์ญาณ (r_s .191, $p < .01$) และ (3) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (r_s .526, $p < .001$) (ตาราง 1 และ 2)

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการเป็นโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ และระดับการศึกษา กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม (N = 298)

ปัจจัย	n	Mean Rank	ค่าสถิติ	p-value
ประวัติการเป็นโรค				
เป็นโรค	239	151.21	Z = 6642.50	.491
ไม่เป็นโรค	59	142.58		
การสูบบุหรี่	13	90.58	Z = 1086.50	.010
ไม่สูบบุหรี่	285	152.19		
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	24	86.98	H = 20.736	.000
ประถมศึกษา	215	146.58		
มัธยมศึกษา	35	184.37		
อนุปริญญา	13	169.88		
ปริญญาตรี	11	208.00		

Z = Mann-Whitney U test H = Kruskal Wallis H test

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ดัชนีมวลกาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม กับพฤติกรรมป้องกันการภาวะสมองเสื่อม (N = 298)

ปัจจัย	พฤติกรรมป้องกันการภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ	
	Spearman rank correlation	p-value
ปัจจัยพื้นฐาน		
อายุ	-.153	.008
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	.055	.348
ความอ้วน (ดัชนีมวลกาย)	.053	.361
ความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน		
ขั้นพื้นฐาน	.235	.000
ขั้นปฏิสัมพันธ์	.328	.000
ขั้นวิจารณ์ญาณ	.191	.001
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	.331	.000
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	.526	.000

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุจากตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) พบว่าตัวแปร 4 ตัวที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันการภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

โดยรวม การสูบบุหรี่ และระดับการศึกษา ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมป้องกันการภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 35.50 ($\text{adj } R^2 = .355$) โดยการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เมื่อร่วมกับตัวแปรอื่นจะมีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมป้องกันการภาวะสมองเสื่อมได้สูงที่สุด (Beta .463, $p < .001$) รองลงมา คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Beta .169, $p < .01$) (ตาราง 3)

ตาราง 3 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ (N = 298)

ปัจจัยทำนาย	Beta	t	p-value
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	.463	9.279	.000
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	.169	3.332	.001
การสูบบุหรี่	-.142	-3.031	.003
ระดับการศึกษา	.117	2.418	.016
R = .603 R ² = .364 adj R ² = .355	F = 41.952	p-value < .001	

การอภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมป้องกันการภาวะสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง ถึงแม้พฤติกรรมนี้จะ เป็นสิ่งจำเป็นซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้ตามศักยภาพก็ตาม ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน⁵ และอาศัยในศูนย์สวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ⁶ ผลที่เกิดขึ้นดังกล่าวอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยพื้นฐานบางประการ เช่น อายุ ระดับการศึกษา ปัจจัยการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของ

กลุ่มตัวอย่าง และประสบการณ์ที่เคยได้รับข้อมูลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์มาก่อน

ด้านอายุ พบว่า มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น ซึ่งเป็นวัยที่มีการเสื่อมถอยของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของสมองไม่ชัดเจน จึงยังไม่ปรากฏอาการของภาวะสมองเสื่อมเด่นชัด ดังการศึกษาของ Duangchan, Yodthong and Dechduang²⁸ ที่พบว่า อายุเป็นหนึ่งในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสมองเสื่อม ดังนั้น การที่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น อาจเกี่ยวข้องกับความสนใจหรือความตั้งใจจริงในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการ

ภาวะสมองเสื่อม ทำให้พบการปฏิบัติตนน้อยกว่าที่ควรจะเป็น หรือไม่ปฏิบัติตามพฤติกรรมป้องกันเป็นประจำสม่ำเสมอ

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับ ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว และเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ²⁹ พบว่า ผู้สูงอายุในการศึกษานี้ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา และมากกว่าครึ่งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ไม่เพียงพอ จึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างขาดความรู้และไม่เข้าใจความจำเป็นของการป้องกันภาวะสมองเสื่อมตั้งแต่ระยะแรกที่ยังไม่ปรากฏอาการ จึงมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เป็นหนึ่งในช่องทางสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพที่ตนเองสนใจ ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในการศึกษานี้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมระดับน้อย จึงทำให้โอกาสในการพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และได้รับข้อมูลข่าวสารด้านต่าง ๆ จากผู้อื่นลดลง เป็นการลดโอกาสในการเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่นเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุในการศึกษาส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือไขมันในเลือดสูง และรับการรักษาในโรงพยาบาล จึงมีโอกาสได้รับความรู้ในการดูแลตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งความรู้ที่ได้รับบางส่วน เช่น ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการพักผ่อน มีเนื้อหาคล้ายกับความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tiparat, Meng-aied and Suwanweala⁵ ที่พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม จึงอาจช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระดับปานกลางได้แม้ไม่ทราบข้อมูลที่ชัดเจนก็ตาม

2. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม

ปัจจัยด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม การสูบบุหรี่ และระดับการศึกษาสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 35.50 ซึ่งสอดคล้องตามกรอบแนวคิดของการวิจัยที่บ่งชี้ว่า พฤติกรรมป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม เป็นผลมาจากปัจจัยพื้นฐานบางประการที่ควบคุมไม่ได้ เช่น ระดับการศึกษา และปัจจัย

ด้านสุขภาพที่ควบคุมได้ เช่น การสูบบุหรี่ รวมทั้งปัจจัยด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยพบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อย และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมน้อยโดยอยู่เพียงระดับปานกลางเท่านั้น

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเมื่อร่วมกับปัจจัยอื่นจะมีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้สูงที่สุด (Beta .463, $p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tiparat, Meng-aied and Suwanweala⁵ ที่พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ดีที่สุด การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมนับเป็นช่องทางสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้พูดคุย ตอบโต้ ใช้ความคิด แลกเปลี่ยนความเห็น เป็นการพักผ่อนช่วยให้สมองผ่อนคลาย ซึ่งการพักผ่อนและการผ่อนคลายความเครียดจะมีส่วนช่วยกระตุ้นการทำงานของสมอง อีกทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมยังเป็นช่องทางที่ผู้สูงอายุจะได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมจากผู้อื่นอีกด้วย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเมื่อร่วมกับตัวแปรอื่นจะสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมรองลงมาจากการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Beta .169, $p < .01$) ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ทำให้บุคคลสามารถค้นหา ทำความเข้าใจ คิดวิเคราะห์ และเลือกใช้ข้อมูลสุขภาพที่ตรงกับความต้องการและเหมาะสมกับวิถีชีวิตของตน¹³ การที่ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะส่งผลให้มีพฤติกรรมที่ดีในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมถึงพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม ในทางตรงข้ามหากผู้สูงอายุมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำหรือไม่เพียงพอ จะมีความสามารถในการคิดรู้ (cognitive function) ทั้งด้านความจำ ความเร็วในการประมวลผลข้อมูลที่ได้รับ และกระบวนการคิด²⁰ รวมทั้งสมรรถนะในการตัดสินใจลดลง²¹ ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุเช่นกัน

การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ และเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม (Beta -.142, $p < .01$) แม้ยังไม่พบการศึกษาที่ยืนยันความสัมพันธ์ดังกล่าว และการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่มองว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ

สมองเสื่อม^{7,8,10} อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ และมีประวัติโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือไขมันในเลือดสูง อาจเป็นไปได้ว่าปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมทางอ้อม โดยมีประวัติการมีโรคประจำตัวเป็นปัจจัยกลาง (Mediated factor) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวจะมีโอกาสได้รับความรู้ในการดูแลตนเองจากบุคลากรสุขภาพเป็นประจำตามการนัดหมาย และหนึ่งในการปฏิบัติตัวที่สำคัญเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ คือ การงดสูบบุหรี่ เนื่องจากรวมอยู่กับการหาตัวและความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดแดง ทำให้การไหลเวียนเลือดไปยังสมองและหัวใจลดลง คำแนะนำนี้อาจส่งผลทางอ้อมให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่สอดคล้องกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยไม่รู้ตัว ส่งผลให้การสูบบุหรี่เป็นหนึ่งในปัจจัยในโมเดลการทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม

ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ และเป็นปัจจัยลำดับสุดท้ายที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ (Beta .117, $p < .05$) ซึ่งระดับศึกษามักเกี่ยวข้องกับความรู้ ความเข้าใจเนื้อหา รวมทั้งการตัดสินใจเลือกหรือนำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง ดังการศึกษาของ Undara, Singhasene and Wongnitikul³⁰ ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างของชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป การศึกษาดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นของการมีความรู้เรื่องโรคและการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม และการศึกษาของ Thongwachira, Jaignam and Thophon¹² ที่ศึกษารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนกรุงเทพมหานคร ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับดี โดยให้เหตุผลว่าผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและมีความสนใจในการดูแลตนเอง

นอกจากนี้ปัจจัยอื่นตามกรอบแนวคิดของการวิจัยที่ไม่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ คือ อายุ ประวัติการเป็นโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือไขมันในเลือดสูง) และความอ้วน

ซึ่งพิจารณาจากค่าดัชนีมวลกาย ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม แต่ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มตัวอย่างได้ อาจเนื่องจากผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งในการศึกษานี้อยู่ในช่วงวัยเดียวกัน คือ วัยสูงอายุตอนต้นที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ซึ่งยังไม่มีการที่ชัดเจนของภาวะสมองเสื่อม ทำให้ขาดความสนใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และความสูงอายุน่าจะเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของสมองซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่าการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ส่วนประวัติการเป็นโรคเรื้อรัง แม้จะเกี่ยวข้องกับโอกาสการได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะไปพบแพทย์ตามนัด แต่ความรู้ที่ได้รับมุ่งเน้นเฉพาะการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคที่เป็น แม้จะมีความรู้บางส่วนสอดคล้องกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม แต่ไม่ครบถ้วนทุกด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Thongwachira, Jaignam and Thophon¹² ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุด อาทิ การหลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง และการออกกำลังกาย เนื่องจากได้รับความรู้จากหน่วยบริการสุขภาพที่ไปรับการรักษา

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ดัชนีมวลกาย ไม่มีความสัมพันธ์ และไม่เป็นปัจจัยในการทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม ต่างจากการศึกษาของ Tiparat, et al⁵ ซึ่งพบความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำระหว่างดัชนีมวลกายและพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม และดัชนีมวลกายสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้เป็นลำดับสองจากการศึกษาทั้งหมดเพียง 2 ปัจจัย ความแตกต่างที่เกิดขึ้นในการศึกษานี้อาจเนื่องจากการควบคุมน้ำหนักเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยากสำหรับผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุมีการลดลงของการเผาผลาญพลังงาน และการลดลงของการทำงานของกิจกรรมทางกาย ทำให้การมีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยจนรับรู้ว่าเป็นเรื่องปกติของความสูงอายุ จึงทำให้ผู้สูงอายุขาดความสนใจและให้ความสำคัญกับการพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมน้อยกว่าที่ควรจะเป็น นอกจากนี้งานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายกับการเกิดภาวะสมองเสื่อม^{4,10} ยังไม่พบการศึกษาที่อธิบายความสัมพันธ์ของดัชนีมวลกายและพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่ชัดเจน

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. ช่วงเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้ อยู่ในระหว่างสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 แม้การสัมภาษณ์จะดำเนินการที่บ้านหรือสถานที่ที่ผู้สูงอายุสะดวก แต่อาจส่งผลให้ผู้ถูกสัมภาษณ์รีบตอบคำถามโดยขาดความรอบคอบ ซึ่งผู้วิจัยพยายามลดข้อจำกัดโดยเว้นระยะห่างระหว่างการสัมภาษณ์ ใช้เสียงดังขึ้นเพื่อสื่อสารให้ชัดเจน และใช้เวลาสัมภาษณ์ให้สั้นกระชับ ตรงประเด็นที่ต้องการที่สุด

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมมีระดับความเที่ยงปานกลาง (Cronbach's alpha coefficient ระหว่าง 0.41-0.70)²⁷ ดังนั้น หากต้องการนำเครื่องมือวิจัยชุดนี้ไปใช้ในงานวิจัยอื่น ควรพัฒนาข้อคำถามเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มระดับความเที่ยงของเครื่องมือให้อยู่ในระดับสูงก่อนนำไปใช้ (Cronbach's alpha coefficient มากกว่า .70)

3. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มากกว่าครึ่งอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา และอาศัยในชุมชนชนานเมือง จึงไม่สามารถนำผลการศึกษาไปใช้อ้างอิงในประชากรสูงอายุที่อาศัยในชุมชนที่แตกต่างจากที่ศึกษาได้

สรุป

การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ดีที่สุด คือ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม รองลงมา คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของครอบครัวและชุมชนน้อย และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพอ โดยเฉพาะด้านวิจารณ์ญาณ จึงอาจส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระดับที่ยังไม่เพียงพอสำหรับการป้องกันการเกิดโรค ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการรณรงค์ให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางสังคมและการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ในการพยาบาล

1.1 นำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมที่กระตุ้นหรือรณรงค์ให้ผู้สูงอายุที่ยังไม่มีภาวะสมองเสื่อมเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมระดับครอบครัวและระดับชุมชน และพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพครอบคลุมทั้งการค้นหาและเลือกใช้แหล่งข้อมูลสุขภาพที่เชื่อถือได้ การวิเคราะห์และตัดสินใจเลือกการปฏิบัติ

ที่เหมาะสมกับตนเอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างมีความรู้ความเข้าใจ มีการปฏิบัติจริงอย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 ให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุให้ตระหนักถึงความสำคัญของการกระตุ้นหรือพาผู้สูงอายุเข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ เพื่อกระตุ้นกระบวนการทางสติปัญญาและทักษะด้านสังคมผ่านการสื่อสารและการทำกิจกรรมร่วมกัน

2. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน ครอบครัว พื้นที่อื่นนอกจากเขตปริมณฑล

2.2 ศึกษาปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องและอาจร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้ เช่น ดัชนีมวลกาย สัมพันธภาพในครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ควรศึกษาซ้ำในภูมิภาคอื่นเกี่ยวกับผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากการศึกษาเรื่องนี้ในประเทศไทยยังมีจำนวนจำกัด

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

ผู้วิจัยทุกคนมีส่วนร่วมในการกระบวนการทำวิจัย ตั้งแต่การพัฒนาโครงการเพื่อขอทุนสนับสนุน การเขียนโครงร่างการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การสรุปและอภิปรายผลการวิจัย รวมถึงการเขียนบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

งานวิจัยเรื่องนี้ ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับหน่วยงานใด ๆ

แหล่งทุนสนับสนุน

ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัย มหาวิทยาลัยรังสิต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยรังสิตที่สนับสนุนทุนวิจัยผู้สูงอายุในชุมชนที่สละเวลาและให้ข้อมูลด้วยความเต็มใจแม้อยู่ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรค อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เอื้ออำนวยให้ทีมวิจัยเข้าสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและนั่งคอยจนเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ รวมทั้ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ ที่ให้คำปรึกษาด้านสถิติซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาครั้งนี้อย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. Prince M, Guerchet M, Prina M. The epidemiology and impact of dementia-current state and future trends. WHO Thematic Briefing; 2015. hal-03517019.
2. Aekplakorn W. Elderly health. in Aekplakorn W, editor. Report of the 5th Thai national health examination survey 2014. Nonthaburi: Aksorn Gephic And Design Publishing; 2016. Thai.
3. Suwan A, Trakulsittichok S. Prevalence and factors associated with dementia among elderly in Lukhok subdistrict, Muang district, Pathumtani rovince. APHEIT Journal. 2017; 5(2): 21-32. Thai.
4. Nuysri M. The prevention of dementia. JOPN. 2016; 8(1): 227-40. Thai.
5. Tiparat W, Meng-aied S, Suwanweala S, et al. Factors predicting dementia preventive behavior among older adults-at-risk. JFONUBUU. 2019; 27(1): 100-8. Thai.
6. Boonkaew N. Activities of daily living with dementia protective behaviors in older person in Pathum Thani Social Welfare Development Center. EAU Heritage Journal Science and Technology. 2018; 12(3): 213-24. Thai.
7. Pibarnwong P, Juntaparuk C, Pangsuk P, et al. A study of dementia and factors associated with dementia among elderly in North East. JOBCNSUR. 2018; 8(2): 46-57. Thai.
8. Panakorn L, Nanthamongkolchai S, Pitikultung S, et al. Factors influencing dementia in elderly women in Lumphun province. J Public Health. 2015; 45(2): 197-209. Thai.
9. Scazufca M, Almeida OP, Menezes PR. The role of literacy, occupation and income in dementia prevention: The São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). Int Psychogeriatrics. 2010; 22(8): 1209-15. doi: 10.1017/S1041610210001213.
10. Deckers K, Van Boxtel MPI, Schiepers OJG, et al. Target risk factors for dementia prevention: A systematic review and Delphi consensus study on the evidence from observational studies. Int J Geriatr Psychiatry. 2015; 30(3): 234-46. doi: 10.1002/gps.4245.
11. Barak Y, Gray AR, Rapsey C, et al. The Dunedin dementia risk awareness project: Pilot study in older adults. Int Psychogeriatrics. 2020; 32(2): 241-54. doi: 10.1017/S1041610219000772.
12. Thongwachira C, Jaignam N, Thophon S. A model of dementia prevention in older adults at Taling Chan District Bangkok Metropolis. KGU Res J (GS). 2019; 19(3): 96-109. Thai.
13. Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health literacy: What is it?. J Health Commun. 2010; 15(Suppl 2): 9-19. doi: 10.1080/10810730.2010.499985.
14. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000; 15(3): 259-67. doi: 10.1093/heapro/15.3.259.
15. Boyle PA, Yu L, Wilson RS, et al. Cognitive decline impairs financial and health literacy among community-based older persons without dementia. Psychol Aging. 2013; 28(3): 614-24. doi: 10.1037/a0033103.
16. Baker DW, Gazmararian JA, Sudano J, et al. The association between age and health literacy among elderly persons. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2000; 55(6): S368-74. doi: 10.1093/geronb/55.6.s368.
17. Trainattawan W, Wirojratanana V, Watanakukrileet D. Factors influencing health literacy among older adults. J Hlth Sci Res. 2019; 13(2): 41-51. Thai.
18. Srithanee K. Relationship between health literacy and quality of the elderly's life at the central part of the North-East Thailand. JHSR. 2017; 11(1): 26-36. Thai.
19. Srikuankeaw A, Jiawiwatkul A, Thayansin S. The relationship between happiness, health literacy and quality of life of elderly: A case study in Wiang Elderly school, Fang distric, Chiang Mai province. MFU Connexion. 2018; 7(2): 76-95. Thai.
20. Geboers B, Uiters E, Reijneveld SA, et al. Health literacy among older adults is associated with their 10-years' cognitive functioning and decline-The Doetinchem Cohort Study. BMC Geriatr. 2018; 18(1): 77. doi: 10.1186/s12877-018-0766-7.
21. James BD, Boyle PA, Bennett JS, et al. The impact of health and financial literacy on decision making in community-based older adults. Gerontology. 2012; 58(6): 531-9. doi: 10.1159/000339094.
22. Oliveira D, Bosco A, Lorito CD. Is poor health literacy a risk factor for dementia in older adults? Systematic literature review of prospective cohort studies. Maturitas. 2019; 124: 8-14. doi: 10.1016/j.maturitas.2019.03.010.
23. Kaup AR, Simonsick EM, Harris TB, et al. Older adults with limited literacy are at increased risk for likely dementia. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2014; 69(7): 900-6. doi: 10.1093/gerona/glt176.
24. Cochran WG. Sampling techniques. 2nd ed. New York: John Wiley and Son., Inc.; 1963.
25. Boonsatean W, Reantippayasakul A. The association of health literacy with self-management in perople with type 2 diabetes living in communities, Pathum Thani province. TRC Nurs J. 2020; 14(1): 198-212. Thai.

26. Best JW. Research in education. 4th ed. New Jersey: Prentice-Hall Inc; 1981.
27. Pasunon P. Reliability of questionnaire in quantitative research. PRCJ. 2014; 27(1): 145-63. Thai.
28. Duangchan C, Yodthong D, Dechduang P. The prevalence and predicting factors of dementia among older people living in community, Phetchaburi province. JPCN. 2020; 3(2): 133-48. Thai.
29. Tiller D, Herzog B, Kluttig A, et al. Health literacy in an urban elderly East-German population—results from the population-based CARLA study. BMC Public Health. 2015; 15(1): 883. doi: 10.1186/s12889-015-2210-7.
30. Undara W, Singhasene U, Wongnitikul P. The study of dementia, knowledge and prevention of dementia and the demographic data in the elderly association of Royal Thai Airforce Nursing College. JOPN. 2016; 8(1): 23-33. Thai.