



ความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อม
และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6

The Relationships between Cognitive Abilities, Health Literacy Related to Dementia, and Quality of
Life among Older Adults Living in Health Region 6

ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม¹ มนัสวี จำปาเทศ¹ ลัดดา เหลืองรัตนมาศ¹
จันทนา วงศ์กออม² พัทนินทร์ สันตยการ¹

Yupawan Thongtanunam¹ Manatsawee Jampated¹ Ladda Leungwatanamat¹,
Juntana Wangkaom² Pattanin Santayakom¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,
²สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

¹Boromarajonani College of Nursing, Chonburi Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

²Chonburi Provincial Public Health Office

Corresponding author: Yupawan Thongtanunam; Email: yupawan@hotmail.com

Received: December 3, 2023 Revised: February 25, 2024 Accepted: March 7, 2024

บทคัดย่อ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับหลากหลายปัจจัยและอาจแตกต่างกันไปตามบริบทภูมิภาคที่อาศัยอยู่ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การรู้คิดบกพร่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อม คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 375 คน ได้รับการเลือกแบบเจาะจงจากผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .99 .92 และ.84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 26.9 มีการรู้คิดบกพร่องขั้นต้น และร้อยละ 11.7 มีภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมในระดับปานกลาง และมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง โดยการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน ผลการวิจัยบ่งชี้ว่าในภาพรวมผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 หรือภูมิภาคตะวันออกของประเทศไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่อย่างไรก็ตาม ประมาณหนึ่งในสี่ของผู้สูงอายุมีการรู้คิดบกพร่องขั้นต้น และประมาณหนึ่งในสิบมีภาวะสมองเสื่อม ดังนั้น ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ บุคลากรด้านสุขภาพจึงควรคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว เพื่อการออกแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การรู้คิดบกพร่องขั้นต้น; คุณภาพชีวิต; ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อม; ผู้สูงอายุ; สมองเสื่อม



The Relationships between Cognitive Abilities, Health Literacy Related to Dementia, and Quality of Life among Older Adults Living in Health Region 6

Yupawan Thongtanunam¹ Manatsawee Jampated¹ Ladda Leungatanamart¹,
Juntana Wangkaom² Pattanin Santayakom¹

¹Boromarajonani College of Nursing, Chonburi Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

²Chonburi Provincial Public Health Office

Corresponding author: Yupawan Thongtanunam; Email: yupawant@hotmail.com

Received: December 3, 2023 Revised: February 25, 2024 Accepted: March 7, 2024

Abstract

The quality of life of the elderly is related to various factors and may be different according to the region they live. The purposes of this research were 1) to explore the cognitive impairment situations, health literacy related to dementia, and quality of life among older adults living in health region 6, and 2) to examine the relationships between cognitive abilities, health literacy related to dementia, and quality of life. The participants were composed of 375 older adults purposively selected from those who received health care services at the health-promoting hospitals. The research instruments included the Risk of Dementia Assessment Form, Dementia Health Literacy Questionnaire, and Elderly Quality of Life Questionnaire. Cronbach's alpha coefficients of them were .99, .92, and .84, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics as well as Pearson's correlation coefficients were used to test the correlations among the factors. The results of this study showed that 26.9% of the participants had mild cognitive impairment and 11.7% had dementia. Their health literacy related to dementia mean score was at a moderate level, while their mean score of quality of life score was at a high level. Concerning the correlations, it was found that cognitive abilities had a low positive relationship with health literacy related to dementia as well as with quality of life. Additionally, health literacy related to dementia also had a low positive relationship with elderly quality of life. According to this study, it indicates that in overall, the elderly in Health Region 6 or the Eastern Region of the country have a good quality of life. Nevertheless, approximately one in four elderly people has mild cognitive impairment, and one in 10 has dementia. Such mental impairments may impact on quality of life of the elderly in the future. Thus, for developing effective interventions to promote quality of life of the elderly, health personnel should consider such related factors.

Keywords: mild cognitive impairment; quality of life; dementia health literacy; elderly; dementia



ความเป็นมาและความสำคัญ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 โดยในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุถึง 12,519,926 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.94 ของประชากร¹ และมีการคาดการณ์ว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2581² จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ภาวะระบบประสาทสมองที่สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุ คือ ภาวะสมองเสื่อม โดยพบมากถึงร้อยละ 20 ของประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งอาจพบได้ตั้งแต่วัยเริ่มแรกของโรค (preclinical stage) ภาวะผู้สูงอายุมีการรู้คิดบกพร่องขั้นต้น (mild cognitive impairment) ภาวะความจำบกพร่องระยะกลาง (moderate cognitive impairment) จนถึงระยะรุนแรงถึงรุนแรงมาก (severe or very severe cognitive stage)³

เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นทำให้เกิดความเสื่อมของร่างกายตามวัยที่มากขึ้น ความถดถอยของระบบประสาทในผู้สูงอายุเป็นอีกความบกพร่องหนึ่งที่สำคัญที่พบสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้นของผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ตั้งแต่ทำให้เกิดความรำคาญ ไม่สุขสบายใจ วิดกกังวล เครียด เศร้า ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง จากอาการหลงลืม จนถึงมีความลำบากในการดำเนินชีวิตจากความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง ต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้นในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสัมพันธ์กับสังคมลดลง จนถึงสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง สูญเสียสถานภาพทางสังคมและเกิดภาวะพึ่งพิง เกือบตัว หรือปลีกตัวออกจากสังคมเนื่องจากไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ หรือมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมทำให้ไม่สามารถร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของตนเอง ครอบครัว เศรษฐกิจของครอบครัว และสังคม เพราะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมถือเป็นภาระการดูแลที่เรื้อรัง ต่อเนื่องและยาวนาน ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มักได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและส่งผลต่อคุณภาพชีวิต จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภาวะของผู้ดูแลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล⁴ จากปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชนและระบบบริการทางสังคมและสุขภาพในการคัดกรองในระยะเริ่มแรก การส่งเสริมและป้องกันการเกิดสมองเสื่อมและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ตลอดจนการสนับสนุนและดูแลครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติในการทำงานของสมองด้านการคิดและสติปัญญา โดยมีการเสื่อมของความจำ เป็นอาการเด่น มีความผิดปกติด้านความคิด การตัดสินใจ การเคลื่อนไหว ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม บุคลิกภาพและอารมณ์ รวมถึงมีความสามารถในการคิดเชิงซ้อนลดลง จนรบกวนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต เช่น การประกอบอาชีพ การใช้ชีวิตประจำวัน การเข้าสังคม เพราะผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักมีปัญหาในการสื่อสาร ปัญหาด้านความจำ ทำให้รู้สึกไม่มั่นใจในการสื่อสารหรือพบปะผู้คน หรือรู้สึกด้อยค่าเมื่อติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น หรือมีความหวาดระแวงเกิดขึ้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีบุคลิกภาพและอารมณ์เปลี่ยนแปลงไป บางคนมีอาการซึมเศร้าไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จากการศึกษาพบว่า อายุที่มากขึ้น เพศหญิง ไม่มีคู่สมรส การศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยม และการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมน้อยเป็นตัวทำนายทางสังคม ที่บ่งบอกว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะมีความบกพร่องของการรู้คิด ซึ่งเป็นความผิดปกติเบื้องต้นที่จะนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อม⁵ โดยจากผลการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องขั้นต้นโดยการสังเคราะห์ห่อภิมานงานวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า อาการเด่นของภาวะการรู้คิดบกพร่องขั้นต้นตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความจำลดลง แต่ไม่ถึงขั้นสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่หรือกิจวัตรประจำวัน เพียงแต่ลดลง และพบว่าผู้สูงอายุจะมีรูปแบบกิจกรรมเปลี่ยนไป ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น รู้สึกคลุมเครือไม่เข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง จึงแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรงก้าวร้าว ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องต้องการการดูแลใกล้ชิดจากผู้ดูแล และหากได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม ร่วมกับการกระตุ้นการรู้คิดและการพัฒนาศักยภาพสมอง การตระหนักรู้



แห่งตน การได้รับกำลังใจที่ดีและการสนับสนุนจากครอบครัวและสิ่งแวดล้อมในการกระตุ้นเตือนการทำกิจกรรม การฝึกการรู้คิด การสร้างสัมพันธภาพที่ดี รวมถึงการเข้าถึงอุปกรณ์ช่วยเหลือและบริการ ก็ทำให้ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องชะลอการเกิดสมองเสื่อมและสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะเป็นผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำ หลายคนมีความหวาดกลัวต่อโรคและพยายามที่จะออกห่างจากการกล่าวถึงหรือให้ความสนใจ โดยพบว่าผู้สูงอายุจะไม่ถามข้อมูลเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมจากบุคลากรด้านสุขภาพ และยังพบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมจะได้รับการวางแผนการดูแลขั้นสูงและผลลัพธ์ทางสุขภาพต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพสูง เพราะผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำจะเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพได้น้อยกว่าและมีสัมพันธภาพกับทีมบุคลากรสุขภาพได้น้อย การจัดการสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับต่ำ^๘

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของความรอบรู้ทางสุขภาพไว้ว่าเป็นทักษะต่างๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อยู่เสมอ^๙ โดยนัทปัม¹¹ ได้เสนอกรอบแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพสามารถจำแนกออกเป็น 6 องค์ประกอบได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive) การสื่อสาร (communication) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) การตัดสินใจ (decision making) การเข้าถึงข้อมูลและบริการ (accessibility) การควบคุมตนเอง (self-management)¹⁰⁻¹²

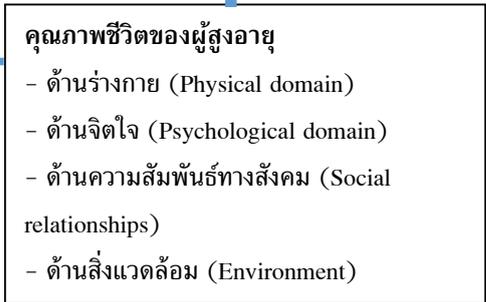
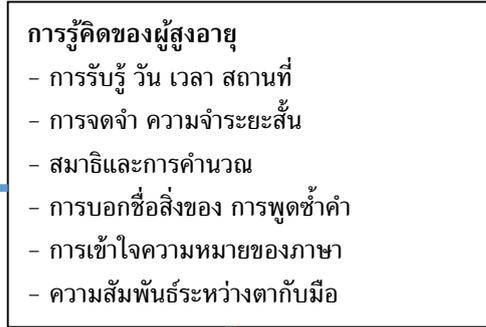
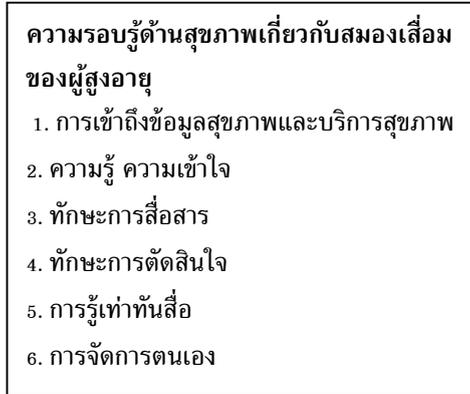
ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันสมองเสื่อม สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเพื่อได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของตนเองตั้งแต่เริ่มต้นของการเกิดความบกพร่องของการรู้คิด เพื่อสามารถชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างทันทั่วทั้งที่ แต่ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลในประเทศไทยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิดของผู้สูงอายุที่จำแนกได้เป็นการรู้คิดปกติ การรู้คิดบกพร่องขั้นต้น และมีภาวะสมองเสื่อมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับสมองเสื่อมโดยเฉพาะ และยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิดกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการออกแบบการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการเกิดสมองเสื่อม มีพฤติกรรมสุขภาพที่ป้องกันการเกิดสมองเสื่อม และสนับสนุนระบบการค้นหาและส่งต่อผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชนให้ได้รับการดูแลรักษาตั้งแต่ในระยะแรกหรือระยะที่มีการรู้คิดบกพร่องขั้นต้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์การรู้คิดบกพร่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตบริการสุขภาพที่ 6
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตบริการสุขภาพที่ 6

สมมติฐานการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตบริการสุขภาพที่ 6 มีความสัมพันธ์กับการรู้คิดและคุณภาพชีวิต



กรอบแนวคิดการวิจัยในการวิจัยครั้งนี้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรู้คิดบกพร่อง^{5,13-14} ความรอบรู้ด้านสุขภาพและองค์ประกอบความรู้ทางสุขภาพของนักบีม (Nutbeam)^{10,12} วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่ดีในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ¹⁵ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยกรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนำมาจากกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้านได้แก่ ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้ทางสภาพจิตใจของตนเอง ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relations) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์ ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต โดยผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถค้นหาข้อมูลและจัดการตนเองให้สามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดสมองเสื่อมได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี และผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถพึ่งพาตนเองได้ จะรับรู้ว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive research) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยพัฒนาโปรแกรมสำหรับใช้บนโทรศัพท์เคลื่อนที่เพื่อชะลอการเสื่อมของสมองและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่อง

ประชากร การศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปพักอาศัยในเขตสุขภาพที่ 6 ในช่วงเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565 – กันยายน 2566 จำนวนทั้งสิ้น 785,276 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปพักอาศัยในเขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 384 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson's correlation ประมาณ



ค่า effect size ตาม Cohen และ Hopkins ที่กำหนดขนาดของผลที่ขนาดเล็กน้อย ($d = .20^{16}$) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุ 320 คน เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 384 คน สุ่มเลือกอย่างง่ายจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 มา 4 จังหวัด จากทั้งหมด 8 จังหวัด ได้แก่ ชลบุรี ระยอง ฉะเชิงเทรา และจันทบุรี และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดละ 1 แห่ง แห่งละ 96 คน มีแบบสอบถามที่มีข้อมูลสมบูรณ์จำนวน 375 ฉบับ

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับความสามารถด้านการพูดการได้ยิน และสามารถอ่าน เขียนภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ มีความเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัยหรือไม่สามารถให้ข้อมูลวิจัยได้ครบถ้วน **เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (termination criteria)** เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์ขอลอนตัวออกจากการศึกษา โดยแจ้งต่อผู้วิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

วิจัยเรื่องนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี เลขที่ BNC.REC. No.07/2566 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย ความไม่สบายที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่ส่งผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่จะพึงได้รับต่อไป ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับโดยไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ การรายงานผลการวิจัยจะรายงานเป็นข้อมูลส่วนรวม โดยไม่สามารถระบุข้อมูลรายบุคคลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ แบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว

แบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม (SLUMS – St Louis University Mental Status Test Form) ฉบับภาษาไทย ใช้สำหรับประเมินการรู้คิดของผู้สูงอายุ แปลมาจาก Saint Louis University Mental Status Examination (SLUMS Examination) พัฒนา โดย ยูฟาวรรณ ทองตะนุนามและคณะ¹⁷ โดยการแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย โดยใช้กระบวนการแปลย้อนกลับ (back translation) ตามเทคนิคของ Brislin¹⁸ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษและมีความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมแปลแบบประเมินเป็นภาษาไทย นำแบบประเมินภาษาไทยที่ผู้เชี่ยวชาญท่านแรกแปลนำมาแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษโดยผู้เชี่ยวชาญท่านที่สอง และให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษและมีความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมเปรียบเทียบแบบประเมินทั้งสองครั้ง แบบประเมินมีทั้งหมด 11 ข้อ ประเมินการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ (orientation) การจดจำ (registration) สมาธิและการคำนวณ (attention, & calculation) ความจำระยะสั้น (recall) การบอกชื่อสิ่งของ (naming) การพูดซ้ำคำ (repetition) การเข้าใจความหมายและทำตามคำสั่ง (verbal command) การอ่าน เข้าใจความหมาย และทำตามได้ (written command) การเขียนภาษาอย่างมีความหมาย (writing) และ ความสัมพันธ์ระหว่างตากับมือ (visuoconstruction) คะแนนเต็ม 30 คะแนน แปลค่าโดยผู้สูงอายุที่ระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลายที่มีคะแนน 25–30 คะแนนถือว่าปกติ 20–24 คะแนนมีความบกพร่องของการรู้คิดขั้นต้น และ 1–19 คะแนนมีภาวะสมองเสื่อม และผู้สูงอายุระดับศึกษามัธยมศึกษา



ตอนปลายขึ้นไปที่มีคะแนน 27 – 30 คะแนน ถือว่าปกติ 21-26 คะแนนมีความบกพร่องของการรู้คิดขั้นต้น 1-20 คะแนนมีภาวะสมองเสื่อม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยการคำนวณ ค่า CVI (content validity index) เท่ากับ .93 และการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้ค่า Cronbach's alpha correlation เท่ากับ .99

แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถาม ความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง ของยุพาวรรณ ทองตะนูนาม และคณะ¹⁷ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการ การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจ ความรู้ ความเข้าใจ และการจัดการตนเอง ด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มีการปฏิบัติตรงกับข้อความ นั้นทุกครั้งสม่ำเสมอ มีการปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นบ่อยครั้ง มีการปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นบางครั้ง มีการปฏิบัติ ตรงกับข้อความนั้นไม่สม่ำเสมอ และมีการปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นน้อยหรือไม่ได้ปฏิบัติ มีคะแนนตั้งแต่ 20 – 100 คะแนน แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อม ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 20 – 46.65 คะแนน แสดงถึงการมีความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 46.66 – 73.31 คะแนน แสดง ถึงการมีความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมอยู่ในระดับกลาง คะแนน 73.32 – 100.00 คะแนน แสดงถึงการมี แสดงถึงการมีความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมอยู่ในระดับดี คำนวณความตรงของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยการคำนวณ IOC ได้ค่าระหว่าง .77-1.00 และการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .92

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่อง เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนา มาจากกรอบแนวคิดของคำว่าคุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึงการประเมินค่าที่เป็นอัตวิสัย (subjective) ซึ่งฝังแน่นอยู่กับ บริบททางวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อม เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับ ภาษาไทย ประกอบไปด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (physical domain) ด้านจิตใจ (psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (environment) มีข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยกับข้อความเลย เห็นด้วยเล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด มีคะแนนตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน แบ่งเกณฑ์การแปลผลเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 26.00-60.65 คะแนน แสดงถึงการมี คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนนเฉลี่ย 60.66 – 95.31 คะแนน แสดงออกถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 95.32-130.00 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามในกลุ่มผู้สูงอายุที่ มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อขอเก็บข้อมูลในผู้สูงอายุที่รับบริการที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อชี้แจงโครงการวิจัยแก่ผู้เกี่ยวข้องและผู้ช่วยวิจัยในพื้นที่ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือ เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม แบบสอบถามความรู้ ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กับกลุ่มที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ที่ต้องการศึกษาจำนวน 30 ราย ผู้สูงอายุใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามนาน 30 นาที และปรับปรุงแบบสอบถาม ก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง



2. เมื่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคัดเลือกผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเองสร้างสัมพันธ์ภาพ ให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยแล้วลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคล ความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่รับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตบริการสุขภาพที่ 6

4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืน คืนข้อมูลผลการประเมินสมรรถนะสมองให้กับผู้สูงอายุ จากนั้นจึงนำมาลงรหัสเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่ามีการกระจายตัวของข้อมูลแบบโค้งปกติ และหาความสัมพันธ์ของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อม คุณภาพชีวิตและการรู้คิดของผู้สูงอายุจากแบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมโดยการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง คิดเป็นร้อยละ 75.9 และมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 53.4 รองลงมาคือสถานภาพหม้าย ร้อยละ 32.3 และรองลงมาเป็นสถานภาพสมรสโสดร้อยละ 10.4 ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 73 รองลงมาเป็นระดับปริญญาตรี ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 9, ร้อยละ 8.5, และร้อยละ 8 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงปกติ ร้อยละ 53.7 รองลงมาคืออ้วน ร้อยละ 33.5 และอ้วนมาก ร้อยละ 6.9 และพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 34.13 มีโรคเรื้อรังประจำตัว 1 โรค รองลงมาร้อยละ 29.60 มีโรคเรื้อรังประจำตัว 2 โรค และไม่มีโรคเรื้อรังประจำตัวร้อยละ 27.47 โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคเรื้อรังประจำตัวสูงสุด 4 โรค คิดเป็นร้อยละ 3.73

2. การรู้คิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6

ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 61 การรู้คิดอยู่ในเกณฑ์ปกติไม่มีความบกพร่องของการรู้คิดและภาวะสมองเสื่อม รองลงมาร้อยละ 26.9 มีความบกพร่องของการรู้คิดขั้นต้น (mild cognitive impairment) และร้อยละ 11.70 มีภาวะสมองเสื่อม (dementia) และพบว่า ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ($M=71.62$, $SD=14.80$) โดยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุดในด้านการจัดการตนเอง รองลงมาคือ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านทักษะการตัดสินใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและด้านทักษะการสื่อสาร ตามลำดับ ($M=15.02$, $SD=3.46$; $M=13.24$, $SD=3.68$; $M=11.25$, $SD=3.05$; $M=10.56$, $SD=2.88$; $M=10.03$, $SD=2.94$; $M=9.74$, $SD=2.90$) ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 3



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 จำแนกตามรายได้ (n= 375)

| ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม | ค่าพิสัย | M | SD | การแปลผล |
|---|----------|-------|-------|----------|
| 1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ | 3-15 | 10.56 | 2.88 | สูง |
| 2. ความรู้ ความเข้าใจ | 4-20 | 13.24 | 3.68 | ปานกลาง |
| 3. ทักษะการสื่อสาร | 3-15 | 9.74 | 2.90 | ปานกลาง |
| 4. ทักษะการตัดสินใจ | 3-15 | 11.25 | 3.05 | สูง |
| 5. การรู้เท่าทันสื่อ | 3-15 | 10.03 | 2.94 | สูง |
| 6. การจัดการตนเอง | 4-20 | 15.02 | 3.46 | สูง |
| รวม | 22-100 | 71.62 | 14.80 | ปานกลาง |

ผู้สูงอายุมีคะแนนการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M=97.11, SD=14.30) โดยมีคะแนนการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมสูงที่สุด รองลงมาคือด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคม ตามลำดับ (M=25.02, 23.46, 10.68; SD=4.01, 3.85, 2.48) ดังตารางที่ 2 และพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการรู้คิดบกพร่องขั้นต้นจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อม (M=64.23, 69.64, 73.94; SD=17.14, 13.90, 14.17) และคุณภาพชีวิต (M =94.59, 97.14, 97.61; SD=12.54,13.94, 14.78) ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่การรู้คิดปกติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 จำแนกตามรายด้าน (n= 375)

| คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ | ค่าพิสัย | M | SD | การแปลผล |
|--------------------------|----------|-------|-------|----------|
| 1. ด้านร่างกาย | 12-35 | 25.02 | 4.01 | สูง |
| 2. ด้านจิตใจ | 12-30 | 23.46 | 3.85 | สูง |
| 3. ด้านสังคม | 3-15 | 10.68 | 2.48 | ปานกลาง |
| 4. ด้านสิ่งแวดล้อม | 17-40 | 30.44 | 5.02 | สูง |
| รวม | 63-127 | 97.11 | 14.30 | สูง |

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 จำแนกตามระดับการรู้คิด (n= 375)

| การรู้คิด | ความรอบรู้ด้านสุขภาพ | | | | คุณภาพชีวิต | | | |
|----------------------------------|----------------------|-------|-------|---------|-------------|-------|-------|---------|
| | ค่าพิสัย | M | SD | แปลผล | ค่าพิสัย | M | SD | แปลผล |
| ปกติ (n=44,61%) | 28-100 | 73.94 | 14.17 | ดี | 63-127 | 97.61 | 14.78 | ดี |
| บกพร่องขั้นต้น (n=101,26.90%) | 22-96 | 69.64 | 13.90 | ปานกลาง | 71-127 | 97.14 | 13.94 | ดี |
| สมองเสื่อม (n=230,11.70%) | 30-100 | 64.23 | 17.14 | ปานกลาง | 73-120 | 94.59 | 12.54 | ปานกลาง |



3. ความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .265, p < .01$) การรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .091, p < .01$) และความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .478, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 (n= 375)

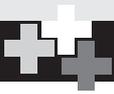
| ตัวแปร | การรู้คิด | คุณภาพชีวิต | ระดับความสัมพันธ์ |
|---|-----------|-------------|-------------------|
| การรู้คิด | . | .091** | ต่ำ |
| ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อม | .265** | .478** | ต่ำ |

** $p < .01$

อภิปรายผล

1. สถานการณ์การรู้คิดบกพร่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6

ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 61 อยู่ในเกณฑ์ปกติไม่มีภาวะสมองเสื่อม รองลงมาร้อยละ 26.90 มีความบกพร่องของการรู้คิดขั้นต้น (mild cognitive impairment) และร้อยละ 11.70 มีภาวะสมองเสื่อม (dementia) สอดคล้องกับข้อมูลส่วนบุคคลที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 53.7 และพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 34.13 มีโรคเรื้อรังประจำตัว 1 โรค รองลงมาร้อยละ 29.60 มีโรคเรื้อรังประจำตัว 2 โรค และไม่มีโรคเรื้อรังประจำตัวร้อยละ 27.47 ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโรคเรื้อรังและการมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าปกติเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความบกพร่องในการรู้คิดและภาวะสมองเสื่อม และยังพบว่าผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง โดยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุดในด้านการจัดการตนเอง รองลงมาคือ ด้านความรู้ ความเข้าใจด้านทักษะการตัดสินใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและด้านทักษะการสื่อสารตามลำดับ สัมพันธ์กับการศึกษาของ วัลลา อันตารา อุลลรัตน์ ลิงทเสนี และ ปัทมา วงศ์นิธิกุล ที่พบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 11.67 และมีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 5 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 86.67 และมีความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 100¹⁹ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของดวงเนตร ธรรมกุล และธนิดา พุ่มทำอิฐ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร ที่พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับดีถึงร้อยละ 89.90⁸ เนื่องจากผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครอาจมีโอกาสนในการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 6 ที่ประกอบไปด้วยผู้สูงอายุที่พักอาศัยในเขตเมืองและในเขตชนบท นอกจากนี้การสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตบางพลัดเป็นการสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพโดยทั่วไป ขณะที่ในการวิจัยครั้งนี้มุ่งสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพที่เกี่ยวกับสมองเสื่อมโดยเฉพาะ ซึ่งผู้สูงอายุยังมีโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลเหล่านี้ได้น้อย และยังไม่ทราบข้อมูลและความจำเป็นเกี่ยวกับบริการสุขภาพในการป้องกันและการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่พักอยู่ในเขตเมืองของประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความรอบรู้



ทางสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมด้านความรู้ ความเข้าใจและการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพมีคะแนนต่ำที่สุด²⁰

2. ความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดปกติจะมีความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องและมีภาวะสมองเสื่อม สัมพันธ์กับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การเข้าถึงข้อมูล พฤติกรรมสุขภาพและสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุญี่ปุ่นที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยพบว่า ภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .091, p < .01$)²¹ เนื่องจากจากผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องขั้นต้น และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง หรือมีความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวันมากขึ้นทำให้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และอาจส่งผลให้เกิดความรู้สึกต่อคุณค่าไม่มีความมั่นใจในการเข้าสังคม แต่จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ถึงร้อยละ 53.4 ทำให้มีบุคคลในครอบครัวให้การดูแลสนับสนุนในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุจึงยังคงรับรู้ว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของวรารัตน์ ทิพย์รัตน์ สายพิน เม่งเอียด โสภิต สุวรรณเวลา และเบญจวรรณ ช่วยแก้ว ที่พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุได้ดีที่สุดคือการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม²² เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุและเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทำให้ระดับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสมองเสื่อมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ

นอกจากนั้นในการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สัมพันธ์กับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลางที่พบว่าความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($r = .305, p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3๖2ส ของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยมีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสารและด้านการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับต่ำ²³ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมในทักษะด้านการสื่อสารของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนต่ำที่สุด ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมสูงจะมีแนวโน้มที่จะเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้ดี และสามารถสืบค้นข้อมูลในการป้องกันการเกิดสมองเสื่อมและดูแลตนเองเมื่อมีการรับรู้บกพร่องระยะแรกหรือเมื่อเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมได้ สัมพันธ์กับการศึกษาของต่างประเทศที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยเฉพาะด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและพบว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมอยู่ในระดับสูงมีความต้องการที่จะเข้ารับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดสมองเสื่อมมากกว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมในระดับต่ำ^{20,21} ซึ่งจะส่งผลดีต่อผู้สูงอายุทำให้สามารถค้นพบความบกพร่องทางการรู้คิดตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกและสามารถชะลอการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการส่งเสริมให้มีการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุอย่างทั่วถึงในพื้นที่ และควรมีการคัดกรองเป็นระยะเพื่อให้สามารถค้นพบผู้สูงอายุที่ยังมีความบกพร่องการรู้คิดในระยะแรกโดยเลือกใช้เครื่องมือคัดกรองที่มีความไวในการตรวจพบอาการที่จะนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองเพื่อชะลอการเกิดสมองเสื่อมได้



2. ควรมีการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมให้กับผู้สูงอายุและบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมและชะลอความรุนแรงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

3. ควรมีการวิจัยศึกษาเปรียบเทียบการรู้คิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในปัจจุบันส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน เพื่อนำไปสู่การออกแบบกิจกรรมเพื่อชะลอการเกิดสมองเสื่อมและควรมีการวิจัยพัฒนาโปรแกรมสำหรับส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมและการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยตนเองที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพัฒนาความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับสมองเสื่อมของตนเองได้ ทำให้ลดการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดความหนาแน่นและการรอคอยในสถานบริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

References

1. Department of Older Persons. Statistics of older adults [internet]. 2022 [cited 1 October 2023]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/2387>.(in Thai)
2. World Health Organization. [internet]. 2023 [cited 15 March 2023]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.
3. Tiparat W, Meng-aied S, Suwanweala S, Chuaykaed B. Factors predicting dementia preventive behavior among older adults-at-risk. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2019;27(1): 100-8.(in Thai)
4. Pinijsuwan N, Sucamvang K, Nanasilp P. Factor predicting quality of life among caregivers of older persons with dementia. Nursing Journal 2018;45(2):1-13. (in Thai).
5. Jetwarapong O, Laosee O, Mongkolchati A Determinants of cognitive impairment among adults 50 years and older in Thailand. Interdisciplinary Research Review 2019;14(5):18-24.(in Thai)
6. Wongarsa P, Chaiyasit Y, Kotta, P, Chanbunlawat, K. Life experiences of older persons with mild cognitive impairment: a qualitative Meta-synthesis. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2022;37(2): 30-45.(in Thai)
7. Page KS, Hayslip B Jr, Wadsworth D, Allen PA Development of a multidimensional measure to examine fear of dementia. Int J Aging Hum Dev. 2019;89(2):187-205. doi: 10.1177/0091415018784737.
8. Tummakul D, Pumtha-it T. Relationship between health literacy and health behavior of the elderly in Bang Phlat district, Bangkok. Journal of Health Science Research 2021;15(1):106-18.(in Thai)
9. Paasche-Orlow MK, Wolf MS The causal pathways linking health literacy to health outcomes. Am J Health Behav. 2007 Sep-Oct;31Suppl 1:S19-26. doi: 10.5555/ajhb.2007.31. supp.S19. PMID: 17931132.
10. World Health Organization. Health Promotion Glossary of Terms [internet]. 2021 [cited 31 July 2022]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350161/9789240038349-eng.pdf?sequence=1>.(in Thai)



11. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine* 2008;67: 2072-8.
12. Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies?. *International Journal of Public Health* 2009;54(10):303-5.
13. Duangjina, T. Nursing Care for older persons with mild cognitive impairment: Application of the self-determination theory. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*. 2022; 37(1): 5-18. (in Thai)
14. Siddiqui M, Nyahoda T, Traber C, Elliott S, Wang V, Toledo-Franco L, Rodin MB. Screening for cognitive impairment in primary care: rationale and tools. *Missouri Medicine*. 2023; 120(6):431-9.
15. Grace S, Horstmanhof L. A realist evaluation of a regional dementia health project. *Health Expectations* 2019;22:426-434. doi: 10.1111/hex.12862
16. Sukamolsun S. Effect size: Practical significance in research. *Pasaa Paritat Journal* 2010; 25:26-38.
17. Thongtanunam Y, Rungsawang Y, Chaiarsa P, Rodpipat S, Wanwaisart P, Nusawat J, Jittawisuttiwong R. The development model of case management for disable seniors in community: A case study of urban communities in Nonthaburi municipality. *Journal of Health Science Researchb* 2018;12 (Supplement):61-73.(in Thai)
18. Phongphangam S, Helen WL. Cross-cultural instrument translation and adaptation: challenges and Strategies. *Pacific Rim Int J Nurs Res*, 2019;23(2):170-9.
19. Undara W, Singkasene U, Wongnitikul P. The study of dementia, knowledge and prevention of dementia and the demographic data in the Elderly Association of Royal Thai Air Force Nursing College. *JOPN* 2016;3(1):23-35.(in Thai)
20. Zhang H, Loi SM, Zhou S, Zhao M, Lv X, Wang J, Wang X, Lautenschlager N, Yu X and Wang H. Dementia literacy among community-dwelling older adults in urban China: a cross-sectional study. *Frontiers in Public Health* 2017; 5:124. doi: 10.3389/fpubh.2017.00124.
21. Suka M, Odajima T, Okamoto M, Sumitani M, Igarashi A, Ishikawa H, et al. Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people. *Patient Education and Counseling* 2015;98: 660-8.
22. Aihara Y, Maeda K. Dementia literacy and willingness to dementia screening. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020;17: 8134. doi:10.3390/ijerph17218134.
23. Srithanee K. Relationship between health literacy and quality of the elderly's life at the central part of the North-East Thailand. *Journal of Health Systems Research* 2017;11(1):26-36. (in Thai)