



รายงานการวิจัย
เรื่อง

ความชุก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ
และการพัฒนาคู่มือการให้ความรู้ : กรณีศึกษาชุมชนเขตบางพลัด
Prevalence, Associated Factors of Dementia among the elderly
and develop handbook of health education
: case study in Bang Phlat District

ร.อ.หญิง ชุติมา ทองวชิระ
ดร.สุชาดา โทผล
นางสาวเรณู ขวัญยืน
นางสมจิต นิพัทธ์หัตถพงศ์

มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
2559
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต



รายงานการวิจัย เรื่อง

ความชุก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ
และการพัฒนาคู่มือการให้ความรู้ : กรณีศึกษาชุมชนเขตบางพลัด
Prevalence, Associated Factors of Dementia among the elderly
and develop handbook of health education
: case study in Bang Phlat District

ร.อ.หญิง ชุติมา ทองวชิระ
(คณะพยาบาลศาสตร์)
ดร.สุชาดา โทพล
(คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)
นางสาวเรณู ขวัญยืน
(คณะพยาบาลศาสตร์)
นางสมจิต นิพัทธ์หัตถพงศ์
(คณะพยาบาลศาสตร์)

มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

2559

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต

(งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากมหาวิทยาลัยสวนดุสิต ปีงบประมาณ 2558)

หัวข้อวิจัย	ความชุก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุและการพัฒนาคู่มือการให้ความรู้ : กรณีศึกษาชุมชนเขตบางพลัด
ผู้ดำเนินการวิจัย	ร.อ.หญิง ชุตินา ทองวชิระ ดร.สุชาดา โทผล นางสาวเรณู ขวัญยืน และนางสมจิต นิพัทธหัตถพงศ์
ที่ปรึกษา	ผศ.ดร.ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล
หน่วยงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
ปี พ.ศ.	2559

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร และพัฒนาคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร จำนวน 398 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำแนกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านจิตใจ และแบบประเมินสมรรถภาพในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พื้นฐาน (Barthel activity of daily Index : ADL index) ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination : MMSE-Thai Version 2002) ส่วนที่ 3 คู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม วิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล แจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยโดยใช้สถิติ logistic regression และสถิติทดสอบ Paired T-test One group ผลการวิจัยพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 21.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพหลังเกษียณอายุ รายได้ และความสามารถในปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ประวัติบุคคลในครอบครัวมีโรคทางสมอง สำหรับการพัฒนาคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้ารับการอบรมความรู้จากคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จากผลการศึกษา บุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้กับ ผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งการคัดกรอง การวางแผนกิจกรรมในชุมชน เพื่อส่งเสริมด้านการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคเบื้องต้นเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, สมองเสื่อม, ความชุก, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม, คู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

Research Title	Prevalence, Associated Factors of Dementia among the elderly and develop handbook of health education: case study in Bang Phlat District
Researcher	Flt.Lt.Chutima Thongwachira, Dr. Suchada thophon, Miss Ranu Kwanyuen and Mrs. Somchit Niputhuttapong
Research Consultants	Asst. Prof. Dr. Sresuda Wongwiseskul
Organization	Faculty of Nursing, Faculty of Science and Technology Suan Dusit University
Year	2016

The purposes of this research were to study the prevalence and factors associated with dementia among the elderly in Bang Phlat District, Bangkok Metropolis and develop handbook of health education for Dementia. The sample for this research was 398 elderly persons age 60 and over who lived in Bang Phlat District, Bangkok Metropolis. Data were collected using 3 parts; part 1: Personal questionnaire data and factors associated with dementia among the elderly include personal factors, Health factors, Behavioral factors, Psychological factors And the Barthel Index for Activities of Daily Living (ADL), part 2: the Mini-Mental State Examination: Thai version (MMSE–Thai Version 2002) and part 3: the handbook of health education about dementia, prevention and care of older people with dementia. Analysed by using the analysis programme to establish the frequency, mean, percentage and standard deviation then analysed factors by logistic regression analysis and pair T-test one group. The results showed that the prevalence of dementia was 21.1%. The personal factors was education, Career after retirement, finance and activities of daily life, Psychological factors was depression and health factors was family history of brain disease were to associated with dementia with statistical significance. The handbook of health education for Dementia showed the average knowledge score after receiving training program increase than before training program with statistical significance at the level of .01. For the study result, health care personnel can bring the findings to the elderly in the community for screening, planning to promote the self-care of the elderly, health promotion and primary prevention to reduce the incidence of dementia in the elderly.

Key words : Elderly, Dementia, Prevalence, Associated Factors of Dementia, Handbook of health education about dementia, prevention and care of dementia in the elderly

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยฉบับนี้ เป็นผลงานการวิจัยที่ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยสวนดุสิต ประจำปีงบประมาณ 2558 และผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะผู้บริหารคณะพยาบาลศาสตร์ และสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสวนดุสิตที่ให้ความสำคัญในการวิจัยด้านผู้สูงอายุ และพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยพิจารณาให้ทุนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณที่ปรึกษางานวิจัย และผู้ทรงคุณวุฒิสำหรับคำแนะนำในการพัฒนาแบบสอบถามและคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างชุมชนเขตบางพลัดที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และเข้าร่วมอบรมเพื่อพัฒนาคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ขอขอบคุณผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ฝ่ายพัฒนาชุมชน สำนักงานเขตบางพลัดสำหรับความอนุเคราะห์ในการขอใช้สถานที่และให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมการอบรมเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ณ ห้องประชุม สำนักงานเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร และสุดท้ายนี้ ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน ที่เป็นกำลังใจในการทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จได้ด้วยดี

คณะผู้วิจัย

2559

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	6
คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	9
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	9
ทฤษฎีความสูงอายุ	10
ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ	11
สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม	12
อาการของภาวะสมองเสื่อม	14
การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม	15
การจำแนกระดับความรุนแรงของอาการสมองเสื่อม	18
การป้องกันภาวะสมองเสื่อม	20
การรักษาภาวะสมองเสื่อม	21
การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม	21
ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม	24
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	25
กรอบแนวคิดในการวิจัย	28

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	30
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	30
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	31
เครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	32
การเก็บรวบรวมข้อมูล	34
การวิเคราะห์ข้อมูล	34
บทที่ 4 ผลการวิจัย	36
ส่วนที่ 1 ความชุกของภาวะสมองเสื่อม และจำแนกประเภทของภาวะสมองเสื่อม	37
ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ	37
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังให้ความรู้ภาวะสมองเสื่อมจากคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	50
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	53
สรุปผลการวิจัย	54
อภิปรายผล	55
ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้	63
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	63
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	64
บรรณานุกรม	65
บรรณานุกรมภาษาไทย	65
บรรณานุกรมภาษาต่างประเทศ	67
ภาคผนวก	69
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	70
ภาคผนวก ข หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย	86
ภาคผนวก ค ประมวลภาพการลงพื้นที่เก็บข้อมูลและกิจกรรมอบรม	91
ประวัติผู้วิจัย	103

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1.1	ขนาดและแนวโน้มของประชากรสูงอายุ ปี พ.ศ. 2503-2573	1
3.1	จำนวนประชากรในเขตบางพลัด จำแนกตามอายุ เพศ ปี พ.ศ. 2553	30
4.1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้รับการประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น แบ่งตามระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม	37
4.2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล	38
4.3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสามารถในปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันพื้นฐาน (Barthel activity of daily Index : ADL index)	39
4.4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ไทย แบ่งตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า	40
4.5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านสุขภาพ	40
4.6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านพฤติกรรมการบริโภค อาหาร	42
4.7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านพฤติกรรม	42
4.8	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ	45
4.9	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตใจต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ	46
4.10	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ	47
4.11	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพฤติกรรมต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ	47
4.12	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (R) ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ สมองเสื่อมในผู้สูงอายุ	48
4.13	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนาย (b) และการทดสอบความสัมพันธ์ของ ภาวะสมองเสื่อม	49
4.14	ตารางคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังให้ความรู้จากคู่มือการให้ ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมอง เสื่อมขั้นที่	50
4.15	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและ หลังให้ความรู้จากคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	52
4.16	ความแตกต่างระหว่างคะแนนความรู้ก่อนให้ความรู้กับหลังให้ความรู้จากคู่มือการ ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อม	52

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
2.1	กรอบแนวคิดงานวิจัย	29
ก-1	คู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	81
ก-2	แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	85
ข-1	หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย	87
ข-2	หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับผู้ปกครองและผู้อยู่ในปกครอง	89
ค-1	ภาพการลงพื้นที่เก็บข้อมูล	92
ค-2	ภาพกิจกรรมอบรมผู้สูงอายุจากคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	97

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

นิยามความหมายของคำว่า “สังคมผู้สูงอายุ” (aging society) หมายถึง ประเทศหรือสังคมที่มีประชากรอายุ มากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 10 ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ (World Health Organization, 2008) จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของประชากรในสังคมไทย และนิยามของการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุพบว่า ประเทศไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 โดยมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 10.2 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) และจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในแต่ละปี โดยในปี พ.ศ.2550, 2553 มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 10.7, 11.36 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ตามลำดับ และในปี 2556 ประชากรทั้งหมดในประเทศไทย มีจำนวน 64,623,000 คน เป็นประชากรผู้สูงอายุ 9,517,000 คน คิดเป็นร้อยละ 14.73 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556) และคาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยจะมีจำนวนสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี 2563 และ 2573 คาดการณ์ว่าจะมีจำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 17.5 และ 25.1 ตามลำดับ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550) ดังตารางที่ 1.1

ตารางที่ 1.1 ขนาดและแนวโน้มของประชากรสูงอายุ ปี พ.ศ.2503-2573

ปี พ.ศ.	จำนวนประชากรรวม	จำนวนประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไป	ร้อยละของประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไป
2503	26,257,916	1,506,000	5.4
2513	34,397,371	1,680,900	4.9
2523	44,824,540	2,912,000	6.3
2533	54,509,500	4,014,000	7.4
2543	60,916,441	5,792,970	9.5
2553	67,313,000	8,011,000	11.9
2563	70,100,000	12,272,000	17.5
2573	70,629,000	17,763,000	25.1

ที่มา : ข้อมูลปี พ.ศ.2503-2543 คำนวณจากสำมะโนประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2503-2533 สำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลปี 2553-2573 การคาดประมาณประชากรของไทย 2543-2573 (ข้อสมมติภาวะเจริญพันธุ์ปานกลาง) (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550)

จากการที่ประชากรผู้สูงอายุมีเพิ่มมากขึ้น และประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society) ในปี พ.ศ.2570 คือ จะมีจำนวนประชากรที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556) จากสถานการณ์ดังกล่าว การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ของแต่ละประเทศ จะมีผลกระทบในด้านต่างๆ มากมาย เช่น ด้านสาธารณสุข ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านนโยบายแผ่นดิน เป็นต้น นอกจากนี้ การที่ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทำให้มองเห็นภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการชราภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งกระบวนการชราภาพของผู้สูงอายุมักเป็นไปในทางเสื่อมถอยส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ในทุกระบบ เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาทและสมอง ระบบหายใจ ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ และระบบต่อมไร้ท่อ (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ในร่างกาย มักส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วย ความสามารถในการดูแลตนเอง การดำเนินชีวิตในช่วงบั้นปลายของชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศ ตามลำดับ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556)

นอกจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นแล้ว อายุขัยเฉลี่ยก็สูงขึ้นด้วย กล่าวคือ ในปี 2552 อายุขัยเฉลี่ยเพศชายและเพศหญิง 69.5 และ 76.3 และในปี 2556 เพิ่มขึ้นเป็น 71.1 และ 78.1 ตามลำดับ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556) สาเหตุที่ประชากรผู้สูงอายุมีอายุขัยเฉลี่ยที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องมาจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นและความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้น แต่อายุขัยเฉลี่ยที่สูงขึ้นไม่ได้บ่งบอกถึงภาวะสุขภาพที่ดี หรือความสามารถในการช่วยเหลือและดูแลตนเองได้ของผู้สูงอายุ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556; Ebersole, Hess and Luggen, 2004) ซึ่งผู้สูงอายุที่มีอายุยืนบางรายอาจมีภาวะสุขภาพดี หรือบางรายอาจมีความเจ็บป่วยตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงขั้นรุนแรง หรือมีความพิการ ที่ต้องได้รับการดูแลจากครอบครัว สังคม และประเทศ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556) สำหรับผู้สูงอายุไทย นอกจากพบว่ามีอายุยืนยาวขึ้นแล้ว ยังพบว่ามีโรคประจำตัวและโรคเรื้อรังมากขึ้นด้วย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) โดยพบว่าผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังร้อยละ 72-80 ของประชากรผู้สูงอายุ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556) โดยโรคเรื้อรังที่พบในผู้สูงอายุได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคทางระบบประสาท และโรคกระดูกและข้อต่างๆ ซึ่งภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในวัยสูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544; Ebersole, Hess and Luggen, 2004)

จากรายงานของสมาคมภาวะสมองเสื่อมประเทศสหรัฐอเมริกาใน ปี ค.ศ.2010 พบผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีภาวะสมองเสื่อม 5.3 ล้านคน และคาดว่า ในปี ค.ศ.2050 จะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากถึง 11-16 ล้านคน (Alzheimer's Association, 2010) นอกจากจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้นแล้ว ยังพบว่าอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมจะสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นและจะมีภาวะสมองเสื่อมมากที่สุดเมื่ออายุมากกว่า 85 ปีขึ้นไป (Guterman et al., 1999) สำหรับประเทศไทยพบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ตั้งแต่อายุ 2-10 ของประชากรผู้สูงอายุ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556) โดยสถิติในปี พ.ศ.2548 และ 2553 พบผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 229,000 และ 320,000 คน คิดเป็นร้อยละ 3.38 และ 3.98 ของจำนวนประชากร

ผู้สูงอายุและคาดว่าในปี พ.ศ.2563 และ 2593 จะมีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มเป็น 450,000 และ 1,200,000 คน ตามลำดับ (อรพิชญา ไกรฤทธิ์ และสิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2550) ดังนั้นเมื่ออัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น กลายเป็นโรคเรื้อรังที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ (Beerens, et al., 2013) โดยผู้สูงอายุจะสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง สูญเสียสถานภาพทางสังคม และยังก่อให้เกิดภาระต่อครอบครัว นอกจากนี้ ยังต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มมากขึ้น และส่งผลกระทบต่อปัญหาเศรษฐกิจของประเทศในอนาคต (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556)

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการจากความผิดปกติของการทำหน้าที่ของสมอง โดยอาการของโรคจะดำเนินอย่างค่อยเป็นค่อยไป (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2551; Munden and Goldberg, 2003) มักเกิดจากหลายโรคที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อสมอง สาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ โรคอัลไซเมอร์ รองลงมา คือ โรคหลอดเลือดในสมอง เป็นต้น (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556) ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการรับรู้ (Perception) การรู้คิด (Cognitive function) ความจำ (Memory) การใช้ภาษา (Using a language) การตัดสินใจ (Making decisions) การเข้าสังคม (Social skill) และการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Behavioral symptoms) (นภาพร ฤทธิวิรุณ, 2548; Dettmore, Kolanowski and Boustani, 2009; Mitty and Flores, 2007) เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย ผู้สูงอายุมีความผิดปกติด้านการรับรู้ การนึกคิด ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง การหลงลืม การเคลื่อนไหว (เฉลิมชาติ วรรณพฤษ, 2543; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556) 2) ด้านพฤติกรรม ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น พฤติกรรมการกระวนกระวาย พฤติกรรมหลงผิด พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การแยกตัว (ชุติมา ทองวชิระ, 2553; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556) 3) ด้านจิตใจ ผู้สูงอายุจะรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง จากภาวะพึ่งพิง รู้สึกคุณค่าตนเองลดลง ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ซึมเศร้า วิตกกังวล หงุดหงิด อารมณ์รุนแรง (นงลักษณ์ คำบัวทอง, 2553) 4) ด้านสังคมและบทบาทหน้าที่ จะสูญเสียบทบาทหน้าที่ ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม สูญเสียสถานภาพทางสังคม สูญเสียความเชื่อมั่นในการเข้าสู่สังคม (บุษบา คำสวน, 2554) จากผลกระทบต่อผู้สูงอายุดังกล่าวแล้ว เมื่อความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากญาติและครอบครัว ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการช่วยเหลือ ด้านปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเอง เป็นภาระพึ่งพิงต่อญาติและครอบครัว ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2551; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556)

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรม พบว่าสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะสมองเสื่อม เกิดจากโรคอัลไซเมอร์ และโรคหลอดเลือดในสมอง (Catindig, et al., 2012; Ebersole, Hess and Luggen, 2004) และมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ พันธุกรรม อายุ เพศ เชื้อชาติ การศึกษา อาชีพ ภาวะโภชนาการ การขาดวิตามิน การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) และสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย (ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2551) จากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมในต่างประเทศของ Patterson, et al., (2007) โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบผู้สูงอายุทั่วโลกมีภาวะสมองเสื่อม 44 ล้านคน สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล

เช่น อายุ เพศ การศึกษา ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ เช่น โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง การได้รับการกระทบกระเทือนที่ศีรษะ ปัจจัยด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า ปัจจัยด้านพฤติกรรม เช่น การโภชนาการ การสูบบุหรี่ เป็นต้น Catindig, et al. (2012) ได้ศึกษาหาความชุกการเกิดภาวะสมองเสื่อมในประเทศแถบเอเชีย พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มากที่สุด รองลงมาคือ เอเชียกลาง เอเชียใต้ และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยพบร้อยละ 4.8, 4.6, 3.6 และ 3.2 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด ตามลำดับ และมีหลายปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม เช่น ปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเป็นสังคมผู้สูงอายุ ทัศนคติในครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะสมองเสื่อมที่หลากหลาย และผู้ปฏิบัติการที่มีความเชี่ยวชาญด้านภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นประเด็นที่ทำนายในด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วน Jia, et al. (2014) ศึกษาหาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในเขตชนบทและในเมืองของประเทศจีน พบจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป มีภาวะ dementia, alzheimer's disease และ vascular dementia ร้อยละ 5.14, 3.21 และ 1.50 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและที่อยู่อาศัยมีผลต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทมีภาวะสมองเสื่อมมากกว่าเขตในเมือง ส่วนใน Middle Anatolia ประเทศตุรกี พบว่าภาวะสมองเสื่อมจะพบเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้น สาเหตุของภาวะสมองเสื่อมเกิดจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศหญิง การศึกษาที่ต่ำกว่า อายุมากกว่า การอาศัยอยู่ในเขตชนบท และปัจจัยด้านสุขภาพ เช่น การมีบุคคลในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อม (Arslantaş, et al., 2009) สอดคล้องการศึกษาของ Azad, Al Bugami & Loy-English (2007) พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศหญิงมีโอกาสที่จะมีภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์สูงกว่าเพศชาย ปัจจัยด้านสุขภาพ เช่น ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในหลอดเลือดสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมสูง โรคเบาหวานทำให้เพศหญิงมีภาวะอ้วนกว่าเพศชายและพบภาวะสมองเสื่อมได้มากเช่นกัน

สำหรับการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่ามีผู้สนใจศึกษาเป็นจำนวนมาก เช่น การศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจังหวัดกาญจนบุรี พบอัตราความชุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากถึง ร้อยละ 29 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ การศึกษา รายได้ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (วนาพร หลอยกร, 2542) สำหรับในการสำรวจภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมมากถึงร้อยละ 24.2 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด และพบว่าปัจจัยที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลมีส่วนการเกิดภาวะสมองเสื่อมไม่แตกต่างกัน (ชุติมา สืบวงศ์ลี, 2544) ส่วนในจังหวัดเชียงใหม่ มีการศึกษาความชุกและสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม พบผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 2.35 ของจำนวนประชากรทั้งหมด และมีสาเหตุมาจากโรคอัลไซเมอร์มากที่สุด (Wangtongkum, 2006) ในการศึกษาความชุกของภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อมและปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ตำบลน้ำริด อำเภอนองมวงไช จังหวัดแพร่ พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 18.2 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด

และพบว่า ปัจจัยด้านสุขภาพและด้านพฤติกรรมสุขภาพ มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม (บุษบา คำสวน, 2554) สายสุนีย์ เลิศกระโทก และคณะ (2556) ได้ศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตำบลอรพิมพ์ อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ มีอัตราร้อยละ 12.6 ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ คือ อายุ การประกอบอาชีพในปัจจุบัน การอ่านหนังสือ การดูโทรทัศน์ การเข้าร่วมกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ และการออกกำลังกาย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อม และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมมีความหลากหลายทั้งในประเทศและต่างประเทศ การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม และการค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม จึงมีความจำเป็นในระบบบริการด้านสุขภาพ เนื่องจากการค้นหาปัญหาเพื่อมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ทันทั่วถึง การลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม การส่งเสริมภาวะสุขภาพเพื่อยับยั้งไม่ให้เกิดภาวะสมองเสื่อมในอนาคต เนื่องจากคณะพยาบาลศาสตร์ มีบทบาทด้านการบริการวิชาการด้านสุขภาพ การดูแลสุขภาพแก่ประชาชน ซึ่งจากการบูรณาการการเรียนการสอนโดยการนำนักศึกษาไปให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในกรุงเทพมหานคร โดยการศึกษาสภาพจริงในชุมชนและการเข้าถึงสัมผัสในชุมชนผู้สูงอายุ ในพื้นที่ชุมชนใกล้สถานศึกษา ตลอดจนการเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน จึงเกิดแรงบันดาลใจที่จะศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกรุงเทพมหานคร โดยเขตพื้นที่การศึกษาชุมชนใกล้สถานศึกษาเป็นหลัก ได้แก่ เขตพื้นที่บางพลัด สำหรับการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร ยังไม่มีการสำรวจชัดเจนว่ามีประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากน้อยเพียงใด และปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเขตบางพลัดเป็นอย่างไร ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญเกี่ยวกับการค้นหาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ รวมทั้งจำแนกระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้นำผลการศึกษามาพัฒนาคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการให้ข้อมูลด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ และนำผลการศึกษามาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน รวมทั้งบูรณาการรวมกับการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต เพื่อได้ผลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร และจำแนกประเภทของภาวะสมองเสื่อมตามระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ
3. เพื่อนำบทเรียนเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลางและรุนแรง

4. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการให้ความรู้และคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตพื้นที่ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผู้สูงอายุในเขตพื้นที่การปกครองของ กรุงเทพมหานคร 50 เขต กรณีศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนเขตบางพลัดจำนวน 4 แขวง ได้แก่ แขวงบางพลัด แขวงบางบำหรุ แขวงบางยี่ขัน และแขวงบางอ้อ โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชาย ที่อาศัยอยู่ในเขตบางพลัด จังหวัดกรุงเทพมหานคร เนื่องจากเขตบางพลัดเป็น เขตที่ตั้งอยู่ในชุมชนเมือง มีวิถีชีวิตในรูปแบบของชุมชนเมือง พฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมีความแตกต่างเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในชุมชนชนบท การเข้าถึงของหน่วยบริการด้าน สุขภาพและข้อมูลด้านสุขภาพอาจส่งผลกระทบต่อภาวะของปัญหาและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพที่มีความ แตกต่างต่อการดำเนินชีวิต และอยู่เขตที่ตั้งของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย คือ

1. ตัวแปรตาม คือ ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

2. ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม ได้แก่

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2.2 ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า

2.3 ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ การเจ็บป่วยและโรคประจำตัว ยาประจำตัว ประวัติ บุคคลในครอบครัวมีโรคทางสมอง

2.4 ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้จ่ายและสารเสพติด การออกกำลังกาย

3. คู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อม

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

ผู้สูงอายุ (Elderly) หมายถึง บุคคลที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง
ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) หมายถึง ภาวะที่สมองทำงานบกพร่องนำไปสู่ภาวะสมอง เสื่อม ส่งผลให้เกิดความผิดปกติด้านการรับรู้ การรู้คิด สติปัญญา ความคิด ความจำ และพฤติกรรม ต่างๆ อาการอาจเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป และรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ทำให้มีความบกพร่องในการทำงาน ของสมองทางด้านการรับรู้เวลา/สถานที่ การจดจำ ความตั้งใจ การคำนวณ การใช้ภาษา และการ ระลึกได้ โดยใช้เกณฑ์แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม คือ Mini-Mental State Examination version 2002 (MMSE-2002)

ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1. สมองเสื่อมระดับเล็กน้อย (Mild dementia) มีอาการเล็กน้อย ด้านความจำ มีอาการลืม แต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง สามารถตัดสินใจเรื่องต่างๆ ได้ปกติ แก้ไขปัญหาชีวิตประจำวันได้
2. สมองเสื่อมระดับปานกลาง (Moderate dementia) มีความบกพร่องในด้านความจำมากขึ้น เริ่มสับสนวัน เวลา สถานที่ ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ ต้องมีผู้ดูแลในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถอยู่คนเดียวได้
3. สมองเสื่อมระดับรุนแรง (Severe dementia) สูญเสียความจำอย่างมาก พูดคุยไม่รู้เรื่อง ไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ ไม่สามารถดูแลตนเองและไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้เลย ต้องมีผู้ดูแลและช่วยเหลือทั้งหมด อาจมีความพิการด้านร่างกายด้วย

ความชุก (Prevalence) หมายถึง จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่มีผลเป็นบวกเมื่อประเมินด้วย MMSE-Thai 2002 หารด้วยจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

สูตรคณิตศาสตร์ในการคำนวณความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ คือ

ให้ a = จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่มีผลเป็นบวกเมื่อประเมินด้วย MMSE-Thai 2002

b = จำนวนผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

$$\text{Prevalence} = \frac{a}{b}$$

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม (Associated factors of Dementia)

หมายถึง สิ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเพิ่มหรือลดการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ หรือทำให้เกิดความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ มีทั้งหมด 4 ปัจจัย สำหรับงานวิจัยนี้ได้ศึกษาปัจจัยทั้ง 4 ด้าน ได้แก่

- 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- 2) ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า
- 3) ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ การเจ็บป่วยและโรคประจำตัว ยาประจำตัว ประวัติบุคคลในครอบครัวมีโรคทางสมอง
- 4) ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้ยาและสารเสพติด การออกกำลังกาย

คู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง เอกสารความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อาการ ปัจจัยเสี่ยง การจำแนกความรุนแรง อาการเตือน แนวทางการป้องกัน การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการบริหารสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ร่วมกับกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านวิชาการ

1) นำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานของประชากรผู้สูงอายุในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานครที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน และเป็นแนวทางการศึกษาวิจัยที่ต่อยอดให้เกิดรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมของชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร

2) เป็นการศึกษาคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อแนวทางการศึกษาวิจัยที่ต่อยอดการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาที่ทำการศึกษาผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ และการศึกษาของนักศึกษาระบบสุขภาพอื่นๆ

2. ด้านนโยบาย การวิจัยจะส่งผลประโยชน์คาดว่าจะได้รับในการสร้างนโยบายสาธารณะที่มีความร่วมมือขององค์กรที่รับผิดชอบ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรสิทธิมนุษยชนเพื่อผลประโยชน์โดยตรงกับผู้สูงอายุ รัฐบาลหาแนวทางการสร้างเสริมและนำประสบการณ์ผู้สูงอายุมาเป็นนโยบายเชิงรุก

3. ด้านเศรษฐกิจ/พาณิชย์ เป็นการหาแนวทางเพื่อป้องกันการสูญเสียด้านเศรษฐกิจ/พาณิชย์ให้ลดน้อยลงในการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพ

4. ด้านสังคมและชุมชน เพื่อค้นหาปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค และศึกษาผลการให้บทเรียนเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และนำมาหาแนวทางแก้ไข เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างยั่งยืน

5. มีการนำผลการวิจัยออกเผยแพร่สู่สาธารณชนหลากหลายรูปแบบ เพื่อเป็นแนวทางและรูปแบบการศึกษาที่ต่อยอด รวมถึงการเผยแพร่ในวารสาร และการนำเสนอในการประชุมแห่งชาติที่จะเป็นประโยชน์โดยรวม

6. หน่วยงานที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ ทุกหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ทั้งภาครัฐและเอกชน

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง ความชุก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุและการพัฒนาคู่มือการให้ความรู้ : กรณีศึกษาชุมชนเขตบางพลัด คณะผู้วิจัยได้ทำการทบทวนและศึกษาดำรงเอกสารแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อเป็นพื้นฐานการวิจัย ดังนี้

1. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1.2 ทฤษฎีความสูงอายุ
2. ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ
 - 2.1 สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม
 - 2.2 อาการของภาวะสมองเสื่อม
 - 2.3 การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม
 - 2.4 การจำแนกระดับความรุนแรงของอาการสมองเสื่อม
 - 2.5 การป้องกันภาวะสมองเสื่อม
 - 2.6 การรักษาภาวะสมองเสื่อม
 - 2.7 การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
3. ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ องค์การสหประชาชาติให้ความหมายผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีการแบ่งเกณฑ์องค์การอนามัยโลกได้แบ่งเกณฑ์อายุตามสภาพการมีอายุเพิ่มขึ้น ได้แก่ ผู้สูงอายุ (Elderly) มีอายุระหว่าง 60-74 ปี คนชรา (Old) มีอายุระหว่าง 75-90 ปี คนชรามาก (Very old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) และตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ได้กำหนดความหมายของ “ผู้สูงอายุ” ไว้ในมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติดังกล่าวให้หมายความว่า “บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย”

จากสถานการณ์การเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุ (Population ageing) ซึ่งหมายถึง สัดส่วนของประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานลดลง แต่สัดส่วนของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีเพิ่มขึ้น ผลของการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุทำให้ทั่วโลกต้องมีมาตรการในการรับมือกับความท้าทาย

ดังกล่าว ในการรองรับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และด้านสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นทั่วโลก สำหรับประเทศไทยที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ก็เป็นเรื่องท้าทายของประเทศที่จะต้องได้รับการดูแลในอนาคตต่อไป

การจัดกลุ่มผู้สูงอายุโดยใช้ช่วงอายุในการแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 4 ช่วงอายุ ได้แก่

1) ผู้สูงอายุตอนต้น (Young Old) โดยอาจแบ่งผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60–74 ปี หรือ 65-74 ปี นับเป็นผู้สูงอายุที่เพิ่มพลศักยภาพจากการทำงาน อาจมีปัญหาด้านสุขภาพ หรือมีการพึ่งพาผู้อื่นในระดับน้อยจนถึงปานกลางได้ ผู้สูงอายุบางรายยังสามารถเข้าสู่สังคมและมีส่วนร่วมในการทำประโยชน์สู่สังคมได้

2) ผู้สูงอายุตอนกลาง (Old) โดยนับอายุ 75-85 ปี ผู้สูงอายุวัยนี้ถ้าไม่ได้ดูแลสุขภาพตั้งแต่ระยะต้น จะเริ่มมีโรคหรือความเจ็บป่วยเรื้อรัง เริ่มมีการพึ่งพาครอบครัวและบุคคลอื่นมากขึ้น เริ่มถดถอยออกจากสังคม อยู่ติดบ้านมากขึ้น หรือมีภาวะทุพพลภาพเพิ่มมากขึ้น

3) ผู้สูงอายุตอนปลาย (Old-Old) ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 85-100 ปี ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลง มีการพึ่งพาส่งมาก จนถึงขั้นไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย เข้าออกโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษามากขึ้น มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น บุคคลหรือเพื่อนวัยเดียวกันมีน้อยจนแทบไม่มีเพื่อนวัยเดียวกันเหลืออยู่เลย

4) ผู้สูงอายุมากที่สุด (Elite Old) คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 100 ปีขึ้นไป ยังพบได้น้อยในสังคมทั่วโลก ถ้าพบ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้อาจมีภาวะสุขภาพที่ดี ไม่มีอาการเจ็บป่วย แต่จะมีภาวะพึ่งพาบุคคลอื่นเนื่องจากความเสื่อมและความอ่อนล้าของสภาพร่างกาย

ลักษณะของความสูงอายุ การสูงอายุเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน แม้ว่าการมีอายุสูงขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ที่สามารถมองเห็นได้ชัด เช่น ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวย่น ฟันหลุด ต้องใส่ฟันปลอม หรือเริ่มมีความจำเสื่อม อย่างไรก็ตาม การเข้าสู่วัยสูงอายุจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย เชื้อชาติ ฐานะ วัฒนธรรม ทัศนคติ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556)

2. ทฤษฎีความสูงอายุ

2.1 ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and tear theory)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผลจากการทำหน้าที่ของร่างกายเป็นเวลานานหรือจากการใช้งานมากเกินไปจะทำให้เกิดความเสื่อมโทรมตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าขาดความระมัดระวังหรือการดูแลตนเองไม่ดีเท่าที่ควร ผลกระทบดังกล่าวนี้เกิดขึ้นได้ทั้งปัจจัยภายใน และภายนอกร่างกาย อย่างไรก็ตาม ร่างกายของมนุษย์จะต้องพยายามปรับสภาพ และซ่อมแซมตนเองตลอดเวลา เพื่อให้ใช้งานต่อไปได้โดยกระบวนการสร้างเซลล์ใหม่เพื่อทดแทน เช่น เซลล์ของผิวหนัง เม็ดเลือด เยื่อทางเดินอาหารก็มีการสร้างใหม่เป็นระยะๆ ส่วนเซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจ กล้ามเนื้อลาย เส้นใยกล้ามเนื้อ เซลล์ประสาทและสมอง ไม่สามารถสร้างทดแทนได้อีก ก็จะมีผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกายต่อไป (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2548)

2.2 ทฤษฎีการถดถอยจากสังคม (Disengagement theory)

ทฤษฎีเชื่อว่า ความสูงอายุเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จะมีลักษณะแยกตัวเองออกมา (withdrawal) หรือต้องการปล่อยวางเป็นอิสระ (Disengagement) ทั้งนี้เนื่องมาจากสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุและบุคคลรอบข้าง หรือสังคมค่อยๆ ห่างออกจากกันซึ่งอาจมีสาเหตุจากความต้องการของตนเองหรือแรงกดดันจากสังคมได้ เช่น การเกษียณอายุจากการทำงาน ทำให้ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานและบุคคลอื่นๆ ค่อยๆ ลดลงไป บุตรแยกครอบครัวออกไป คู่สมรสจากไป (จิราพร เกศพิชญพัฒนา, 2548)

2.3 ทฤษฎีการมีกิจกรรม (Activity theory)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุจะมีความพึงพอใจในชีวิตถ้ายังมีกิจกรรมในสังคมอย่างต่อเนื่อง และส่วนใหญ่จะยังคงรักษาระดับของกิจกรรมให้คงไว้เหมือนช่วงที่อยู่ในวัยกลางคน และการมีกิจกรรมจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ มีอัตมโนทัศน์ (self-concept) ดี กิจกรรมที่ดีควรเป็นกิจกรรมที่ไม่ต้องมีแบบแผน จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์มากกว่ากิจกรรมที่มีแบบแผน ซึ่งมักจะมีการแบ่งตามช่วงอายุ การจัดกิจกรรมควรมีหลากหลายเพื่อให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้เลือกตามความสนใจ และรักษาระดับของกิจกรรมให้คงไว้ ส่งเสริมให้มีสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุกลุ่มอื่น สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ (จิราพร เกศพิชญพัฒนา, 2548)

2.4 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory)

ทฤษฎีเชื่อว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขและกิจกรรมต่อเนื่องกัน ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ และแบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละคนที่เคยปฏิบัติมาก่อน และบุคลิกภาพเป็นผลมาจากความพึงพอใจในชีวิตต่อการมีบทบาทในกิจกรรมนั้นๆ ทฤษฎีความต่อเนื่องนี้มีหลายรูปแบบที่ผู้สูงอายุจะแสดงลักษณะปรากฏออกมา ซึ่งสะท้อนให้เห็นปฏิกิริยาซับซ้อนของบุคลิกภาพของแต่ละบุคคลต่อสภาพแวดล้อมของสังคม โดยทั่วไปจะสะท้อนให้เห็นถึงอุปนิสัย การตัดสินใจความพึงพอใจ อารมณ์ (จิราพร เกศพิชญพัฒนา, 2548)

2.5 แนวคิดพดพพล้ง (Active ageing)

ความหมายของแนวคิดพดพพล้ง กล่าวว่า เป็นกระบวนการที่เหมาะสมเพื่อไปสู่สุขภาพ (Health) การมีส่วนร่วม (Participation) และหลักประกัน (Security) เพื่อการมีคุณภาพชีวิตเมื่อสูงวัย (จิราพร เกศพิชญพัฒนา, 2548)

จากแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ความหมาย ลักษณะของความสูงอายุและทฤษฎีเกี่ยวกับความสูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีกระบวนการการใช้งานด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมมายาวนาน ทำให้ร่างกายเกิดความเสื่อมถอย มีความบกพร่องด้านต่างๆ ตามลำดับ ซึ่งความเสื่อมเกิดแบบปัจเจกบุคคล คือ มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยความเสื่อมที่พบบ่อยและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

American Psychiatric Association (1995) กล่าวว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง ซึ่งจะทำให้เกิดความผิดปกติด้านสติปัญญา ความคิด และความจำบกพร่อง หลงลืม ทั้งความจำระยะสั้น และความจำระยะยาว การตัดสินใจผิด ความคิด

แบบนามธรรมผิด มีปัญหาด้านการใช้ภาษา การพูดซ้ำๆ ไม่เข้าใจภาษาพูด มีความสับสนในเรื่องของเวลา สถานที่และบุคคล รวมทั้งมีความผิดปกติของอาการทางจิตและการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและการเข้าสังคม

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการจากความผิดปกติในการทำงานของสมองในส่วนของเปลือกสมอง (Cerebral cortex) และเส้นประสาทที่เกี่ยวข้อง (Related neurons) โดยการดำเนินของโรคมักเป็นไปอย่างช้าๆ และต่อเนื่อง พบว่ามีการสูญเสียความทรงจำระยะสั้น (Short-term memory) และระยะยาว (Long-term memory) มีความบกพร่องด้านการตัดสินใจ (Decision making) มีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ (Deterioration in personality) มีความผิดปกติของความคิดนามธรรม (Abstract thinking) หรือมีอาการแสดงที่ผิดปกติในการทำงานของสมองส่วนอื่นๆ เช่น ไม่สามารถพูดหรือเข้าใจภาษาพูด (Use of languages) ทักษะการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Movement skills) การแปลความรู้สึกผิดพลาด เป็นต้น โดยที่มีระดับความรู้สึกรู้ตัวปกติ และอาการที่เกิดขึ้นต้องมีความรุนแรงจนเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตในสังคม (เดชา ปิยะวัฒน์กุล, 2543; Burns, O'Brien and Ames, 2005)

สิรินทร ฉันทศิริกาญจน (2551) กล่าวว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีการเสื่อมถอยความสามารถทางสมองไปเรื่อยๆ ทำให้มีความจำบกพร่อง ซึ่งในช่วงแรกๆ นั้น จะไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ เมื่อมีอาการมากขึ้นจะเริ่มลืมสิ่งเก่าๆ ที่เคยเรียนรู้ มีปัญหาในเรื่องของการคิด คำนวณ สมาธิ การรับรู้ตนเองกับสิ่งแวดล้อม และความสามารถในการใช้ภาษาลดลง

กล่าวโดยสรุป ภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง ส่งผลทำให้มีความเสื่อมของสมอง เกิดความผิดปกติด้านการรับรู้ การรู้คิด สติปัญญา ความคิด ความจำ และพฤติกรรมต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ รวมทั้งไม่สามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้

1. สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม

จากการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมพบว่า สาเหตุที่แท้จริงยังไม่สามารถสรุปได้อย่างแน่นอน แต่จากการศึกษาของผู้เชี่ยวชาญกล่าวว่า สาเหตุของภาวะสมองเสื่อมมีหลายสาเหตุ (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2543; Burns, O'Brien and Ames, 2005; Qizilbash, et al., 2002) ดังต่อไปนี้

1.1 การเสื่อมสลายของเนื้อสมอง หรือเกิดจากเซลล์ของเนื้อสมองตาย ซึ่งยังหาสาเหตุไม่ได้แน่ชัดว่า เกิดจากสาเหตุใดที่ทำให้เซลล์สมองตายและไม่มีเซลล์สมองใหม่เกิดขึ้นทดแทน เมื่อเนื้อสมองที่สามารถทำงานได้ปกติมีจำนวนน้อยลง ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้เหมือนปกติ เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) โรคพิก (Pick disease)

1.2 ภาวะหลอดเลือดสมองตีบ เกิดจากผนังด้านในหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองผิดปกติ ได้แก่ ผนังหลอดเลือดหนาตัว ขาดการยืดหยุ่น ผนังหลอดเลือดแข็ง เส้นเลือดตีบตัว มีไขมันสะสมใต้ผนังหลอดเลือด เกิดขรุขระ ทำให้เลือดไปหล่อเลี้ยงอวัยวะส่วนต่างๆ ไม่สมบูรณ์ เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง ทำให้เนื้อสมองตาย ระยะแรกเนื้อสมองตายเล็กน้อย จะไม่ปรากฏอาการผิดปกติ แต่เมื่อเนื้อสมองตายขาดเลือดมากขึ้น ทำให้เนื้อสมองตายจำนวนมากจนเกิดอาการผิดปกติให้เห็น โดยเริ่มมีอาการ

หลงลืมหรือสมองเสื่อมได้ เรียกภาวะสมองเสื่อมจากสาเหตุของหลอดเลือดสมองผิดปกติว่า Vascular dementia มักพบในผู้ป่วยที่มีโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดต่างๆ เช่น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน เป็นต้น

1.3 ภาวะติดเชื่อในสมอง เมื่อมีการติดเชื่อในสมอง ทำให้เกิดการอักเสบที่สมองส่วนนั้น เซลล์สมองบางส่วนจะตาย เกิดรอยโรคที่เนื้อสมอง การติดเชื่อในสมองที่พบบ่อย มักเป็นเชื้อไวรัส เช่น เชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรคไขสมองอักเสบ เชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรคควัวบ้า หรือเชื้อไวรัสโรคติดต่อต่างๆ เช่น โรคซิฟิลิส เชื้อเอชไอวี โดยรอยโรคที่พบในเนื้อสมองที่ปรากฏจะมีผลต่อความเฉลียวฉลาด และการทำงานของสมอง

1.4 การขาดสารอาหารบางชนิด มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ โดยเฉพาะการขาดวิตามิน เช่น วิตามินบี 1 หรือ วิตามินบี 12 และสาร Folic acid

1.4.1 วิตามินบี 1 ช่วยทำให้การทำงานของเซลล์สมองเป็นไปตามปกติ คนที่ติดแอลกอฮอล์ เป็นโรคพิษสุราเรื้อรังหรือดื่มเหล้าเปียร์มากๆ และไม่รับประทานอาหาร ทำให้ได้วิตามินไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ทำให้เซลล์สมองเสื่อมและตายในที่สุด

1.4.2 วิตามินบี 12 มีความสำคัญต่อการทำงานของสมอง ซึ่งมีอยู่ในอาหารประเภทเนื้อสัตว์ สำหรับผู้ที่รับประทานอาหารประเภทมังสวิรัติอย่างเคร่งครัด ไม่ได้รับประทานเนื้อสัตว์มาเป็นเวลานานๆ หลายปี อาจขาดวิตามินชนิดนี้ได้ จึงควรได้รับวิตามินเสริม เพื่อให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอกับการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย

1.5 ระบบเผาผลาญของร่างกายผิดปกติ เช่น การทำงานของต่อมไทรอยด์โดยเฉพาะต่อมไทรอยด์ทำงานหนักมากหรือน้อยเกินไป การทำงานของต่อมหมวกไตผิดปกติ การทำงานของตับ หรือต่อมใต้สมองทำงานผิดปกติ ส่งผลต่อการสร้างฮอร์โมนในการเผาผลาญพลังงานถูกกระตุ้นหรือยับยั้งมากเกินไป ทำให้สมองทำงานมากกว่าปกติ ส่งผลต่อความเสื่อมของสมองได้

1.6 สมองได้รับการกระทบกระเทือนจากอุบัติเหตุ เช่น หกล้มศีรษะกระแทกพื้น อุบัติเหตุทางรถยนต์ หรือบางรายที่ประกอบอาชีพที่เสี่ยงต่อการถูกกระทบกระเทือนที่ศีรษะและสมองบ่อยๆ เช่น นักมวย นักกีฬาที่ต้องใช้ศีรษะกระแทกสิ่งต่างๆ ทำให้เซลล์สมองได้รับความกระทบกระเทือนเกิดการเสื่อมและตายได้มากกว่าคนปกติ

1.7 การเกิดเนื้องอกในสมอง เกิดฝีในสมอง หรือการคั่งของน้ำหล่อเลี้ยงสมอง ซึ่งอาการของโรคเนื้องอกในสมองมีลักษณะคล้ายกับภาวะสมองเสื่อมและอาการจะขึ้นอยู่กับบริเวณที่เกิดเนื้องอก หรือเกิดการกดทับเนื้อสมอง โดยเฉพาะเนื้องอกที่เกิดตรงบริเวณด้านหน้าของสมองจะทำให้ความเฉลียวฉลาดลดลง บุคลิกภาพเปลี่ยนไป ความจำและการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงไป

1.8 การได้รับยาหรือสารพิษที่มีผลต่อการทำงานของสมอง เช่น ยานอนหลับ ยากันชัก และยาคลายเครียด เป็นต้น ซึ่งยาประเภทดังกล่าวถ้าได้รับในขนาดสูงเกินไป หรือสะสมอยู่ในร่างกายนานๆ จะทำให้การทำงานของสมอง สติปัญญาและความเฉลียวฉลาดลดลง บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป มีอาการสมองเสื่อม ส่วนสารที่เป็นพิษต่อสมองที่ทำให้สมองเสื่อม ได้แก่ แอลกอฮอล์ สารจากตะกั่วปรอท และก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ เป็นต้น

1.9 จากพันธุกรรมหรือการได้รับสารพิษจากสิ่งแวดล้อม ทำให้รหัสทางพันธุกรรมเปลี่ยนแปลง เกิดการกลายพันธุ์ ส่งผลต่อกระบวนการทำงานของสมอง ทำให้สมองเสื่อมได้ในที่สุด

1.10 เกิดจากการสร้างสารสื่อประสาทลดลง ซึ่งจากการศึกษา ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีระดับของโคลีนอะซิติลทรานเฟอเรส (Choline acetyltransferase) ในสมองลดลง โดยสารสื่อประสาทนี้สังเคราะห์จากอะซิติลโคลีน (Acetylcholine) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการรู้คิดของมนุษย์

2. อาการของภาวะสมองเสื่อม

จากการศึกษาเกี่ยวกับอาการของภาวะสมองเสื่อม พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุหรือคนทั่วไป อาการและอาการแสดงจะมีลักษณะคล้ายกัน แต่อาการจะขึ้นอยู่กับรอยโรคที่สมอง สาเหตุที่เป็นปัจจัยนำที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม ซึ่งอาการของภาวะสมองเสื่อมจำแนกตามลักษณะอาการได้ 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 จำแนกอาการตามหลักของกัมมันต์ พันธุมจินดา (2543) และ WHO (2004) มีอาการแสดงดังนี้

a. การเสื่อมด้านการรู้คิด (Multiple cognitive deficits) และสติปัญญา เช่น การคิดลำดับเหตุการณ์ การคิดแบบนามธรรม (Abstract thinking) เป็นต้น

b. สูญเสียความทรงจำ (Memory impairment) หรือความจำบกพร่อง ทั้งความจำระยะสั้นและความจำระยะยาว

c. สูญเสียความสามารถในการเรียนรู้ การรู้คิด (Cognitive disturbance) ซึ่งมีหลายอาการ ดังนี้

- ความผิดปกติด้านการใช้ภาษา (Aphasia)
- ความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว (Apraxia)
- การตัดสินใจต่อปัญหาบกพร่อง (Decision making deficit)
- มีความสับสนในสภาพแวดล้อม ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ หรือบุคคล

d. บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง เช่น ก้าวร้าว กระวนกระวาย เจ็บข่ม หรือมีการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น

e. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เช่น อารมณ์ไม่คงที่ โมโหง่าย โกรธง่าย หงุดหงิดง่าย หรืออาจมีอาการซึมเศร้า เป็นต้น

กลุ่มที่ 2 แบ่งอาการสมองเสื่อมออกเป็นอาการทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจตามหลักการของ Burns, O'Brien and Ames (2005) และ Fimkel (2001) ดังนี้

a. อาการทางด้านร่างกายและพฤติกรรม (Physical and behavioral symptom) ได้แก่

● การเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย (Wandering) เป็นอาการที่เป็นปัญหามากสำหรับผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยจะไม่สนใจที่จะดูแลตนเองและผู้ดูแลต้องเฝ้าดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

● อาการกระวนกระวาย (Agitate behavior) เป็นการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในการดำเนินชีวิต โดยพฤติกรรมกระวนกระวายเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่สามารถเข้าสู่สังคมได้ เช่น การกรีดร้อง ทำร้ายตัวเอง การแต่งกายไม่ถูกกาลเทศะ เป็นต้น

● การมีปฏิกิริยาเกรี้ยวกราดรุนแรง (Catastrophic reaction) เป็นการแสดงออกที่ก้าวร้าว รุนแรงต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้น เช่น อาการเกรี้ยวกราด อารมณ์โกรธรุนแรง การตะโกนด่าทอ

- อาการบ่นว่า เป็นอาการที่ผู้สูงอายุว่ากล่าวบุคคลรอบข้างโดยไม่เป็นเรื่องจริง และไม่สมเหตุผล ซึ่งอาจเกิดจากการหลงผิดของผู้สูงอายุ เช่น การบ่นว่าผู้ดูแลไม่ได้หาอาหารให้ตนรับประทาน

- การขาดการยับยั้งชั่งใจ (Disinhibition) พบว่า ผู้สูงอายุสูญเสียการควบคุมตนเอง และความสามารถในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากเกินไปไม่เหมาะสม เช่น การแสดงอาการโกรธอย่างรุนแรงโดยไม่สมเหตุผล

- พฤติกรรมการรับประทานอาหารพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารผิดปกติ เช่น การรับประทานอาหารมากกว่าปกติ เนื่องจากจำไม่ได้ว่ารับประทานอาหารไปแล้ว

- พฤติกรรมเอาแต่ใจตนเองและการต่อต้าน (Intrusiveness & Negativism) ผู้ป่วยจะมีความอดทนในการรอคอยสั้น ความสนใจหรือความตั้งใจในการทำกิจกรรมน้อยลง บางครั้งจะเรียกร้องความสนใจ เมื่อต้องการในสิ่งที่อยากได้ มีพฤติกรรมในทางต่อต้านมากขึ้น

b. อาการทางจิต (Psychotic symptom) ได้แก่

- อาการหลงผิด (Delusion) อาการหลงผิดเป็นอาการทางจิตที่พบมากที่สุด chez ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น หลงผิดคิดว่าจะมีคนมาทำร้าย มาขโมยของ หรือหลงผิดเกี่ยวกับเวลา คิดว่ากลางวันเป็นกลางคืน กลางคืนเป็นกลางวัน

- อาการประสาทหลอน (Hallucination) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากจะประสาทหลอนทางตามากที่สุด (Visual hallucination) รองลงมา คือ ประสาทหลอนทางหู (Auditory Hallucination) อาการประสาทหลอนมักทำให้ผู้สูงอายุหวาดกลัว ไม่มีความมั่นคงในการดำเนินชีวิต

- ภาวะซึมเศร้า (Depression) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรกจะมีอาการซึมเศร้า เนื่องจากรู้สึกท้อแท้สูญเสียความสามารถในด้านต่างๆ การตัดสินใจ หรือความจำต่างๆ รวมทั้งสติปัญญาด้านต่างๆ เสียไป หรือบางครั้งภาวะซึมเศร้าอาจเกิดร่วมกับภาวะสมองเสื่อม

- อาการเฉยชา ไร้อารมณ์ (Apathy) มักพบในระยะแรกของภาวะสมองเสื่อม เมื่อผู้สูงอายุไม่สนใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เริ่มแยกตัวออกจากสังคม อยู่คนเดียว แสดงสีหน้าและอารมณ์เฉยเมย การตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากเกินไปลดลง ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์

- ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) เมื่อผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ความจำ การตัดสินใจ ทำให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจในตัวเอง เริ่มมีอาการกลัว กังวลในการดำรงชีวิตปกติ ไม่มั่นใจที่จะอยู่คนเดียว กังวลเกี่ยวกับอาการและโรค กลัวการถูกทอดทิ้ง

3. การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ควรมีส่วนประกอบที่นำมาวินิจฉัยร่วมกันว่ามีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งกระบวนการวินิจฉัยต้องอาศัยความชำนาญและเชี่ยวชาญของแพทย์ รวมทั้งการให้ข้อมูลของผู้สูงอายุจากญาติ ครอบครัวและผู้ดูแล ซึ่งข้อมูลดังกล่าวต้องได้รับการประเมินอย่างละเอียดเพื่อไม่ให้เกิดความผิดพลาดในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ขั้นตอนการวินิจฉัย มีดังนี้

3.1 การชักประวัติ โดยชักประวัติแยกจากการชักประวัติจากผู้ป่วยโดยตรง โดยถามถึงความจำ ความรู้คิด (Cognitive function) ด้านต่างๆ พฤติกรรม อารมณ์ และความสามารถในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living : ADLs) ที่เปลี่ยนไปจากระดับเดิม ควรซักถามถึงปัญหาด้านความจำและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยจากญาติหรือผู้ดูแลที่ใกล้ชิด เนื่องจากบางครั้งญาติมักเข้าใจว่าปัญหาเรื่องความจำและการช่วยเหลือตนเองลดลงเกิดจากอายุที่มากขึ้นและไม่ได้ปรึกษาแพทย์ ทั้งที่จริงๆ แล้วผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อม แพทย์ควรซักในรายละเอียดเกี่ยวกับ Onset ของการเกิดความผิดปกติว่าเกิดขึ้นอย่างช้าๆ หรือเกิดขึ้นภายในระยะเวลาค่อนข้างสั้น การดำเนินโรค (Progression) เป็นไปอย่างช้าๆ อย่างรวดเร็ว หรือเป็น Stepwise

ควรซักประวัติด้านปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้ เช่น ประวัติเสี่ยงต่อการเกิดโรคของหลอดเลือดแดง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ ประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัวและของผู้ป่วยเอง ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ โรคร่วมต่างๆ ของผู้ป่วย เช่น โรคตับ โรคไต ประวัติอุบัติเหตุที่ศีรษะ การติดเชื้อในระบบประสาทตลอดจนระดับการศึกษาและอาชีพเดิมของผู้ป่วย

ข้อควรสงสัยว่าอาจมีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่

- 1) ความจำระยะสั้นไม่ดี เช่น ลืมวันนัด ลืมสิ่งของบ่อยๆ พูดซ้ำๆ ถامซ้ำ เป็นต้น
- 2) มีปัญหาด้านการใช้ภาษา เช่น เรียกชื่อสิ่งของและชื่อคนคุ้นเคยไม่ถูกหรือสูญเสียความเข้าใจภาษา เป็นต้น
- 3) มีปัญหาในด้านทิศทางและสิ่งแวดล้อม เช่น ขับรถแล้วหลงทางในที่ๆ เคยขับได้ หรือหลงทางเวลาไปที่ไหนมาไหนคนเดียว เป็นต้น
- 4) มีความผิดปกติในการทำงานที่ซับซ้อน เช่น วางแผนการทำงาน การไปเที่ยว การใช้อุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ การใช้จ่ายใช้สอยเงินทอง ขายของหรือการไปธนาคาร เป็นต้น
- 5) มีความผิดปกติของอารมณ์และบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ซึมเศร้า หงุดหงิด ก้าวร้าว มีพฤติกรรมแปลกไม่เหมาะสมกับสถานการณ์แวดล้อม มีความเชื่อแปลกๆ เห็นภาพหลอน เป็นต้น

การซักถามถึงความสามารถในการทำงานและการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากในภาวะสมองเสื่อมนั้น ผู้ป่วยต้องมีการลดลงของความสามารถเหล่านี้จากระดับเดิม การซักถามทั้งความสามารถในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Basic Activities of daily : basic ADLs) เช่น การรับประทานอาหาร (eating) การอาบน้ำ (bathing) การใส่เสื้อผ้า (dressing) การเคลื่อนย้ายร่างกาย (transfer) การกลั้นการขับถ่าย (continence) การใช้ห้องสุขา (toileting) การแต่งตัว (grooming) และความสามารถในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันแบบมีอุปกรณ์ (Instrumental Activities of Daily Living : instrumental ADLs) เช่น การใช้โทรศัพท์ (telephoning) การใช้จ่ายซื้อของ (shopping) การจัดเตรียมอาหาร (Preparing meals) การทำงานบ้าน (housework) การเดินทางออกนอกบ้าน (traveling) การจัดยา (medications) และการใช้จ่ายใช้สอยเงิน (money management) ต้องเปรียบเทียบกับระดับความสามารถเดิมด้วยเสมอ และต้องซักถามถึงเหตุผลที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำสิ่งเหล่านี้ได้ด้วย เนื่องจากบ่อยครั้งที่เกิดจาก

ปัญหาด้านร่างกาย ไม่ใช่เกิดจากภาวะสมองเสื่อมที่ทำให้ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจำกัดกิจกรรมของผู้ป่วยเอง เช่น ในกรณีที่ปวดข้อ สายตาไม่ดีหรือแขนขาอ่อนแรง เป็นต้น

การประเมินความสามารถในการทำงานและการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องมีความสามารถเหล่านี้น้อยลงจากระดับเดิม เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรชนิดพื้นฐาน (basic activities of daily living: basic ADL) เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนย้ายร่างกาย การควบคุมการขับถ่าย การใช้ห้องสุขา การล้างหน้าแต่งตัว และความสามารถในการทำกิจวัตรชนิดอุปกรณ์ (instrumental activities of daily living: instrumental ADL) เช่น การใช้โทรศัพท์ การจับจ่ายซื้อของ การจัดเตรียมอาหาร การทำงานบ้าน การเดินทางออกนอกบ้าน การจัดยา และการใช้เงิน โดยต้องเปรียบเทียบกับระดับความสามารถเดิมด้วยเสมอ และต้องซักถามถึงเหตุผลที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำสิ่งเหล่านี้ได้ด้วย เนื่องจากบ่อยครั้งที่เกิดจากการที่มีปัญหาด้านร่างกายไม่ใช่จากภาวะสมองเสื่อม ที่ทำให้ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจำกัดกิจกรรมของผู้ป่วยเอง เช่น ในกรณีที่ปวดข้อ สายตาไม่ดีหรือแขนขาอ่อนแรง เป็นต้น

ในบางครั้งญาติหรือผู้ดูแลอาจไม่ได้สังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิดของผู้ป่วย เนื่องจากอาการค่อยๆ เกิดขึ้นอย่างช้าๆ ควรประเมินโดยซักเน้นย้ำถึงความจำระยะสั้นในสิ่งที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่นาน และอาจให้ญาติเปรียบเทียบความจำในด้านต่างๆ และการรู้คิดในช่วง 10 ปี ก่อนเทียบกับปัจจุบัน โดยหากมีแบบประเมิน Informant Questionnaire for Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) หรือ modified IQCODE แพทย์อาจให้ญาติหรือผู้ดูแลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมานาน้อยกว่า 10 ปี เป็นผู้ประเมิน แต่หากไม่มีแบบประเมิน อาจถามกว้างๆ ในด้านความจำและการรู้คิดในปัจจุบันเทียบกับ 10 ปีก่อนกว่าลดลงประมาณร้อยละเท่าใด

3.2 การตรวจร่างกาย

3.2.1 การตรวจเพื่อแยกระหว่างภาวะสมองเสื่อมกลุ่ม primary degenerative และ secondary dementia ออกจากกัน การตรวจเพื่อดูว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติที่อาจบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีโรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน หรือการบกพร่องของการทำงานของสมองเฉพาะที่ (focal neurological deficit) หรือไม่ เช่น ตรวจดู motor power, muscle tone (rigidity, spasticity), deep tendon reflexes, abnormal movement และ focal neurological deficit อื่นๆ เป็นต้น การตรวจหา frontal lobe releasing signs นั้น ต้องพิจารณาประกอบร่วมกับอาการอื่นๆ เนื่องจากผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงมาก (moderate-severe dementia) อาจตรวจพบความผิดปกติเหล่านี้ได้ โดยที่ไม่ได้เกิดจากการที่มีภาวะสมองเสื่อมพรอนโทเทมเพอรัล (frontotemporal dementia : FTD) เสมอไป

3.2.2 ตรวจหาโรคร่วม (co-morbidity) ของผู้ป่วยที่อาจส่งผลต่อการเกิดการบกพร่องของการรู้คิดได้ (cognitive impairment) เพื่อพยายามหาสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมที่อาจแก้ไขได้ (potentially reversible dementia) และนอกจากนั้นการเจ็บป่วยทางกายของผู้ป่วยยังอาจเป็นสาเหตุของปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ (Behavioral and Psychological symptoms in Dementia : BPSD) อีกด้วย

3.2.3 ตรวจสอบสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย เนื่องจากมีผลต่อการพิจารณาการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

3.2.4 ตรวจสอบการมองเห็นและการได้ยิน เนื่องจากอาจมีผลต่อการทดสอบทางจิตประสาท การดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน

3.3 การตรวจทางจิตประสาทเบื้องต้น สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป อาจประเมินปัญหาเรื่องความจำเบื้องต้นของผู้ป่วยโดยใช้ Mini Mental State Examination (MMSE) ซึ่งถ้าได้ค่าต่ำกว่า 24 จาก 30 คะแนน ถือว่ามีความผิดปกติทางด้านความจำ ในประเทศไทยได้ดัดแปลงเป็นภาษาไทย เช่น Thai Mental State Examination (TMSE) หรือ MMSE-Thai 2002 อย่างไรก็ตามการทดสอบ MMSE มีจุดอ่อนบางประการ (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556) ได้แก่

3.3.1 เป็นการทดสอบที่ขึ้นอยู่กับระดับการศึกษาและอาชีพของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก คือ ถ้าผู้ป่วยได้เรียนหนังสือน้อยกว่า 4 ปี อาจใช้เกณฑ์แค่ 19 คะแนน ถ้าเรียน 5-8 ปี ใช้เกณฑ์ 23 คะแนน ถ้าเรียน 9-12 ปี ใช้เกณฑ์ 27 คะแนน และถ้าเรียนถึงระดับอุดมศึกษา อาจต้องใช้เกณฑ์ 29 คะแนน เป็นต้น ถ้าผู้ป่วยมีระดับการศึกษาที่น้อยกว่า 9 ปี อาจไม่ไวพอในการตรวจหาโรค

3.3.2 การตรวจนี้อาจไม่ไวพอในการตรวจหาผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านความจำที่ไม่ได้เกิดจากโรคอัลไซเมอร์ หรือมีปัญหาสมองเสื่อมระยะแรก (Early dementia) นั่นคือ ผู้ป่วยบางรายได้คะแนนสูงกว่า 24 คะแนน ก็อาจมีภาวะสมองเสื่อมได้

3.3.3 ไม่ไวพอในการตรวจหาความผิดปกติทางด้านการบริหารจัดการ (executive function) ซึ่งเป็นความผิดปกติที่มักพบในกรณีที่มีความผิดปกติของรอยโรคเด่นที่ subcortical structures เช่น ในภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (VaD)

จากข้อบกพร่องของการทดสอบข้างต้น แพทย์จึงควรใช้การทดสอบหลายอย่างอย่างควบคู่กันในการประเมินผู้ป่วย การตรวจอีกวิธีที่ควรใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม คือ การให้ผู้ป่วยวาดรูปนาฬิกา (Clock drawing test) เนื่องจากเป็นวิธีที่ทำได้ง่าย ใช้เวลาไม่มาก และมีความแม่นยำค่อนข้างดี โดยแพทย์บอกให้ผู้ป่วยวาดรูปนาฬิกาในวงกลมที่แพทย์วาดให้ ซึ่งโดยทั่วไปมักกำหนดให้วาดเป็นเวลา 11.10 นาฬิกา เนื่องจากมีความไวสูงสุดในการตรวจหาความผิดปกติของการรู้คิด

4. การจำแนกระดับความรุนแรงของอาการสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมมักจะมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยจะค่อยๆ เพิ่มความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ตามความเปลี่ยนแปลงของความเสื่อมของสมอง สามารถจำแนกความรุนแรง (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543; American Psychiatric Association, 1995) ได้ดังนี้

สมองเสื่อมระดับเล็กน้อย (Mild dementia) ระยะเวลาในการดำเนินอาการอยู่ในช่วง 1-4 ปี ผู้ป่วยมีอาการลืม สูญเสียความจำและการทำหน้าที่ชัดเจน แต่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ความสามารถในการดูแลสุขอนามัยของตนเองปกติ ความสามารถในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ยังปกติ และยังสามารถแก้ไขปัญหาชีวิตประจำวันบางอย่างได้บ้าง อาการที่แสดงให้เห็น ได้แก่

1) ลืมว่าวางของไว้ที่ไหน

- 2) ลืมชื่อคนที่เคยรู้จักเป็นอย่างดี
- 3) หลงทางเมื่อเข้าไปในที่ที่ไม่คุ้นเคย
- 4) ผู้ร่วมงานเริ่มรู้สึกว่าผู้ป่วยทำงานผิดพลาด
- 5) เริ่มนึกคำหรือชื่อไม่ออก
- 6) อ่านหนังสือหรือบทความแล้วจับใจความได้เพียงเล็กน้อย
- 7) จำชื่อคนที่ถูกแนะนำใหม่ไม่ค่อยได้
- 8) ทำของมีค่าหายหรือวางไว้ผิดที่
- 9) ความสามารถในการจัดการด้านการงานและด้านสังคมลดลง

สมองเสื่อมระดับปานกลาง (Moderate dementia) ระยะเวลาในการดำเนินอาการอยู่ในช่วง 4-8 ปี มีความบกพร่องเรื่องความจำมากขึ้น เริ่มมีอาการสับสนเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ ความสามารถในการดูแลและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องมีผู้ดูแลในการช่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถอยู่คนเดียวได้ อาจเกิดอันตรายในการดำเนินชีวิต อาการที่แสดงให้เห็น ได้แก่

- 1) ความรู้ในเรื่องเหตุการณ์ปัจจุบันลดลง
- 2) ความสามารถในการเดินทางลดลง
- 3) ความสามารถในการใช้เงินลดลง
- 4) มีความบกพร่องเกี่ยวกับประวัติบุคคลต่างๆ
- 5) แสดงท่าทีเฉยเมย
- 6) ถอนตัวเมื่อมีสถานการณ์ที่ขัดแย้งเกิดขึ้น
- 7) ไม่สามารถทำความเข้าใจกับเรื่องราวที่เป็นความต่อเนื่องกัน
- 8) ลืมสิ่งของที่ใชในชีวิตประจำวัน
- 9) หลงวัน เวลา สถานที่
- 10) ไม่สามารถนับเลข บวกเลข ลบเลขได้
- 11) มีปัญหาในเรื่องการแต่งตัว

สมองเสื่อมระดับรุนแรง (Severe dementia) ระยะเวลาในการดำเนินอาการอยู่ในช่วง 8 ปี ขึ้นไป สูญเสียความจำอย่างมาก พูดจาสับสน พูดคุยไม่รู้เรื่อง ไม่สามารถแก้ปัญหาและตัดสินใจเรื่องต่างๆ ได้เลย รวมทั้งไม่สามารถดูแลตนเองและไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้เลย ต้องมีผู้ดูแลในการดูแลและช่วยเหลือทั้งหมด และอาจมีความพิการด้านร่างกายร่วมด้วย อาการที่แสดงให้เห็น ได้แก่

- 1) มีความคิดหลงผิด ย้ำคิดย้ำทำ
- 2) วิตกกังวล ร้อนใจ กังวลต่อเหตุร้ายแรงที่ไม่ได้เกิดขึ้นจริง
- 3) ขาดความสามารถในการตัดสินใจ
- 4) ไม่สามารถคิดและตั้งใจที่จะทำกิจกรรมให้ลุล่วงได้
- 5) สูญเสียความสามารถในการใช้ถ้อยคำ
- 6) ไม่พูดแต่จะใช้วิธีส่งเสียงทางจมูก
- 7) กลั้นปัสสาวะไม่ได้

- 8) ไม่สามารถรับประทานอาหารหรือเลือกอาหารรับประทานเองไม่ได้
- 9) สมอไม่สามารถสั่งการให้ร่างกายกระทำตามสิ่งที่ต้องการได้ เช่น การเดิน การยืน การก้าวเท้า หรือการพูด เป็นต้น
- 10) ตรวจพบความผิดปกติของระบบประสาทที่เปลือกสมองและเนื้อสมองทางห้องตรวจปฏิบัติการ

5. การป้องกันภาวะสมองเสื่อม

แนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม มีดังนี้

- 5.1 การเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลสูง ใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันจากดอกทานตะวัน ถั่วเมล็ดแห้ง เมล็ดพืชทอง ถั่วเหลือง เป็นต้น รับประทานปลาทะเลให้มาก รับประทานอาหารที่มีวิตามินซี วิตามินอีและกรดโฟลิกสูง
- 5.2 การรักษาน้ำหนักตัวไม่ให้เกินเกณฑ์ โดยให้ตรรกษนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ไม่น้อยหรือมากเกินไป ไม่ควรลดน้ำหนักด้วยการอดอาหารหรือรับประทานยาลดความอ้วน เนื่องจากการขาดสารอาหารจะทำให้สารอาหารที่ไปเลี้ยงสมองลดลง
- 5.3 หลีกเลี่ยงยาหรือสารที่จะทำให้เกิดอันตรายแก่สมอง เช่น การดื่มเหล้าจัดหรือการรับประทานยาโดยไม่จำเป็น
- 5.4 การไม่สูบบุหรี่หรืออยู่ในที่ๆ มีควันบุหรี่ เนื่องจากควันบุหรี่ หรือสารจากบุหรี่มีผลต่อเซลล์สมองโดยตรง เกิดการแข็งเกร็งของหลอดเลือดในสมอง และส่งผลต่อการไหลเวียนเลือดในสมองในลำดับต่อไป
- 5.5 ควรมีการฝึกฝนสมอง ได้แก่ การพยายามฝึกให้สมองได้คิดบ่อยๆ เช่น อ่านหนังสือ เขียนหนังสือบ่อยๆ คิดเลข ดูเกมส์ตอบปัญหา ฝึกหัดการใช้อุปกรณ์ใหม่ๆ เป็นต้น
- 5.6 การออกกำลังกายสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง เช่น วิ่งเหยาะ ปั่นจักรยาน เดินเล่น รำมวยจีน เป็นต้น เริ่มจากวัยเด็กถึงวัยสูงอายุ การหลั่งสารสื่อประสาทเมื่อมีการออกกำลังกายจะทำให้เซลล์สมองได้รับการกระตุ้น และชะลอการเสื่อมของสมองได้
- 5.7 การพูดคุย พบปะผู้อื่นบ่อยๆ เช่น ไปวัด ไปงานเลี้ยงต่างๆ หรือเข้าชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ซึ่งภาวะเครียด แยกตัวจะส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้มากขึ้น
- 5.8 ตรวจสุขภาพประจำปี หรือถ้ามีโรคประจำตัวอยู่เดิมก็ต้องติดตามการรักษาเป็นระยะ เช่น การตรวจหา ดูแลและรักษาโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ เป็นต้น
- 5.9 ถ้ามีอาการเจ็บป่วยควรปรึกษาแพทย์แต่เนิ่น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เพื่อลดโอกาสเกิดอาการสับสนเฉียบพลัน
- 5.10 ระวังเรื่องอุบัติเหตุต่อสมอง ระวังการหกล้ม เป็นต้น รวมทั้งการเล่นกีฬาที่มีการกระทบกระเทือนสมองบ่อยๆ จะทำให้เกิดรอยโรคที่เซลล์สมองได้มากกว่าบุคคลปกติ

5.11 พยายามมีสติในสิ่งต่างๆที่กำลังทำและฝึกสมาธิอยู่ตลอดเวลา ภาวะเครียดมักทำให้เกิดการหลั่งสารสื่อประสาทที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้น ส่งผลต่อเซลล์สมองมากขึ้น เกิดการฝ่อหรือการตายของเซลล์สมองในที่สุด

6. การรักษาภาวะสมองเสื่อม

การรักษาภาวะสมองเสื่อมมีทั้งรักษาได้และรักษาไม่ได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม และการรักษาจะเริ่มรักษาที่ต้นเหตุของอาการสมองเสื่อม (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543; Qizilbash, et al., 2002) ดังนี้

6.1 การรักษาสาเหตุในรายที่มีภาวะสมองเสื่อมที่สามารถรักษาได้ (Treatable dementias) เช่น การติดเชื้อราในสมอง เนื้องอกในสมอง โรคติดเชื้อไวรัส โรคหลอดเลือดสมอง ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นต้น สาเหตุเหล่านี้สามารถรักษาให้หายได้ เมื่อรักษาที่สาเหตุจนหมดไปแล้ว อาการเสื่อมของสมองก็จะหายไปด้วย และนอกจากรักษาโรคทางกายยังสามารถรักษาโดยใช้ยาช่วยให้อาการทางสมองดีขึ้น

6.2 การรักษาตามอาการในรายที่ไม่ทราบสาเหตุ มักใช้ยารักษาอาการทางจิต ซึ่งจะรักษาตามอาการ เช่น อาการวุ่นวาย หงุดหงิด หรือบางรายที่มีอาการซึมเศร้า โดยใช้ยาทางจิตเวช เช่น ยาต้านอาการซึมเศร้า ยานอนหลับ ยาคลายเครียด คลายความวิตกกังวล เป็นต้น

6.3 การรักษาในรายที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบรักษาไม่ได้ จะใช้การรักษาแบบประคับประคอง ไม่ให้อาการเสื่อมแย่ลง หรือชะลอความเสื่อมของสมองให้ช้าลง โดยการใช้อย่างที่มีฤทธิ์ชะลอความเสื่อมของสมอง นอกจากการใช้อย่างดังกล่าวแล้ว การจัดการกับอาการและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นการจัดการเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงด้านต่างๆ เช่น การทำร้ายตัวเอง การหกล้ม การเกิดอุบัติเหตุ การเดินหลงออกจากที่พักอาศัย เป็นต้น

7. การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

จากแนวทางในการรักษาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ได้รับการรักษาตามสาเหตุและประคับประคองหรือชะลอความเสื่อมของสมอง ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นการพยาบาลแบบองค์รวมโดยใช้กระบวนการพยาบาล ได้แก่

การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การทดสอบสมรรถภาพสมอง การประเมินระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง การตรวจร่างกายทางห้องปฏิบัติการ และการประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล รวมถึงข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วย โดยการประเมินจากการซักถาม สังเกต และจากการวินิจฉัยของแพทย์ร่วมกัน

การวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมักมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแล ดังนั้นจึงควรวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ระหว่าง แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ รวมทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยสอดคล้องกับปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งเป็นกันวางแผนและตกลงร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสม

การสนับสนุนด้านกำลังใจ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลระบายความรู้สึก หรือซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งตอบข้อซักถาม รวมทั้งการส่งเสริมและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกท้อแท้ ขาดที่พึ่งและขาดกำลังใจ ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าในตนเอง และส่งเสริมกำลังใจต่อญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว

การให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแล โดยพยาบาลควรอธิบายเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การดำเนินของโรค การรักษา การดูแลผู้ป่วยให้ญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว การให้คำแนะนำและปรึกษา รวมทั้งการหาแหล่งสนับสนุนด้านต่างๆ ให้แก่ญาติ การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อลดความตึงเครียดของญาติในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว โดยผู้ดูแลควรมีแนวทางในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนี้

7.1 การส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่

7.1.1 การรับประทานอาหาร ได้แก่ การจัดสภาพบรรยากาศการรับประทานอาหารอย่างเดิม ทั้งเรื่องเวลาในการรับประทานอาหาร อาหาร ภาชนะใส่อาหาร ตำแหน่งของโต๊ะอาหาร และเก้าอี้จัดอาหารที่คุ้นเคย อาหารไม่ควรมีหลายๆ อย่างทำให้สับสนได้ เลือกอาหารที่ย่อยง่าย โดยหั่นอาหารให้เป็นชิ้นเล็กๆ เพื่อป้องกันการสำลัก ต้องกระตุ้นและบอกวิธีรับประทานอาหารให้ค่อยๆ เคี้ยวอาหาร กลืนช้าๆ ไม่ควรเคร่งครัดกับมารยาทบนโต๊ะอาหาร จัดบรรยากาศสบายๆ คอยเตือนล่วงหน้าเมื่อใกล้ถึงเวลาอาหาร ปรึกษาแพทย์เรื่องคุณค่าของอาหารที่ควรได้รับ ระวังอาหารที่ร้อนจัด เพราะผู้ป่วยอาจไม่รับรู้เกี่ยวกับอุณหภูมิความร้อน

7.1.2 การรับประทานยา ควรจัดยาให้ เพื่อป้องกันการรับประทานยาเกินขนาดหรืออาจไม่ได้รับยา ใช้อุปกรณ์จ่ายยาสำหรับหนึ่งวันหรือหนึ่งสัปดาห์ เพื่อควบคุมการใช้ยาและช่วยให้ผู้สูงอายุรับประทานยาได้ด้วยตนเองนานขึ้น

7.1.3 การแต่งตัว ควรเตรียมเสื้อผ้าเรียงลำดับให้ผู้สูงอายุ สถานที่แต่งตัวคงเดิมทุกครั้งให้เวลากับผู้สูงอายุในการแต่งตัว พยายามเลือกเสื้อผ้าที่ใส่สบายและง่าย

7.1.4 การอาบน้ำ พยายามคงกิจวัตรการอาบน้ำไว้ ถ้าผู้สูงอายุไม่ยอมอาบน้ำในขณะนั้น อาจเลื่อนเวลาออกไป ควรอาบน้ำโดยใช้ฝักบัวเพื่อความสะดวก ควรมีราวเหล็กข้างผนังในห้องน้ำเพื่อถ่วงน้ำหนัก ฝ้ายางรองพื้นชนิดกันลื่น อาจมีเก้าอี้นั่งอาบน้ำ ควรดูแลอุณหภูมิของน้ำ ไม่ร้อนหรือเย็นเกินไป บางรายอาจรู้สึกอายในขณะที่ช่วยอาบน้ำ อาจหาผ้าคลุมไว้สำหรับปิดบังร่างกายบางส่วน

7.1.5 การขับถ่าย ควรจัดเวลาเข้าห้องน้ำให้เป็นประจำสม่ำเสมอ เช่น หลังรับประทานอาหารหรือก่อนนอน จำกัดเครื่องดื่มเมื่อใกล้เวลาเข้านอน ไม่ดื่มน้ำมากเมื่อใกล้เวลานอน ควรอำนวยความสะดวกในการเข้าห้องน้ำ เช่น เปิดไฟในห้องน้ำและทางเดิน ติดสัญลักษณ์ห้องน้ำให้ชัดเจน เตรียมกระโถนปัสสาวะไว้ใกล้ๆ ที่นอน หรืออาจต้องใช้แผ่นรองขับ

7.1.6 การนอนควรจัดเวลานอนเป็นประจำคงที่สม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการนอนระหว่างวัน แต่อาจให้งีบหลับช่วงหลังอาหารกลางวัน แต่ไม่ควรเกิน 15.00 น. ควรกระตุ้นให้มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวอย่างสม่ำเสมอ เช่น เดินเป็นประจำช่วงเช้าและเย็น ควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้ยานอนหลับทุกครั้ง

7.2 การดูแลเกี่ยวกับการสูญเสียความทรงจำทักษะด้านต่างๆ ได้แก่

7.2.1 การลืมการนัดหมายและสถานที่คุ้นเคย ควรใช้ปฏิทินขนาดใหญ่ติดไว้บริเวณที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน หากบาทหับตัวเลขวันที่ของแต่ละวันที่ผ่านไป ควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมด้วยตนเองหรือช่วยทำ คอยย้ำให้ทราบวัน เดือน ปี แนะนำให้ใช้สมุดพก เพื่อบันทึกการนัดหมายและเหตุการณ์ต่างๆ เอาไว้

7.2.2 การรับรู้บกพร่อง สับสนหลงลืม ควรจัดทำกระดานบอกเวลากลางวัน/กลางคืนไว้ข้างเตียงของผู้สูงอายุในตำแหน่งที่มองเห็นง่าย เมื่อผู้สูงอายุเข้านอนเวลากลางคืน ให้กลับด้านที่มีคำว่า “กลางคืน” ให้เห็น พอถึงตอนเช้ากลับด้าน “กลางวัน” ออกมา ควรจัดสิ่งแวดล้อมเครื่องเรือน หรือสิ่งที่คุ้นเคยไว้ประจำที่ ไม่ควรเคลื่อนย้ายสิ่งของเหล่านั้น

7.2.3 การสูญเสียทักษะด้านต่างๆ ควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้คงอยู่นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ให้เวลาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุคุ้นเคยกับการใช้โทรศัพท์ ควรกระตุ้นให้ใช้ต่อไป ควรวางปากกาและกระดาษบันทึกไว้ใกล้โทรศัพท์ เพื่อใช้บันทึกข้อความ เขียนรายชื่อบุคคลต่างๆ เช่น สมาชิกในครอบครัว แพทย์ เพื่อนๆ พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ไว้ข้างๆ เมื่อผู้สูงอายุต้องการโทรศัพท์ไปหาบุคคลต่างๆ

7.3 การดูแลพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ได้แก่

7.3.1 อาการประสาทหลอน ควรได้รับการประเมินจากแพทย์ถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการ เช่น ยาบางตัว การติดเชื้อ เป็นต้น ไม่ควรโต้เถียงแต่ควรพูดด้วยท่าทีที่ยอมรับ ควรปลอบหรือถามถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้น พยายามสร้างความมั่นใจ ควรหาวิธีเบี่ยงเบนความสนใจไปเรื่องอื่น

7.3.2 การถามซ้ำๆ ควรเบี่ยงเบนความสนใจไปเรื่องอื่น ไม่ควรย้อนกลับถามคำถามซ้ำ ถ้ามีปัญหาวิตกกังวล หรือจำระยะเวลาไม่ได้ ควรวางแผนการทำกิจกรรมเมื่อใกล้ถึงเวลา

7.3.3 การเดินหลงทาง ควรทำเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์บอกทิศทางเกี่ยวกับห้องน้ำ ห้องส้วม และห้องอื่นๆ ภายในบ้าน ถ้าออกนอกบ้าน ควรมีบัตรประจำตัวไว้ในกระเป๋าเสื้อ เพื่อให้ผู้ที่ต้องการช่วยเหลือพกกลับบ้านหรือโทรศัพท์ติดต่อทางบ้านได้ ควรถ่ายรูปผู้สูงอายุ เพื่อเตรียมไว้สำหรับใช้ในการค้นหาตัว หากพบตัวไม่ควรอารมณ์เสีย แต่ควรพูดด้วยท่าทีที่สงบ อ่อนโยนเป็นมิตร

7.3.4 การมีส่วนร่วมในกิจกรรม ควรให้ผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมภายในครอบครัว กระตุ้นให้ทำงานอดิเรก เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุออกไปนอกบ้านร่วมกับครอบครัวหรือเพื่อนๆ

7.3.5 การสื่อสาร ควรสื่อสารด้วยถ้อยคำที่ชัดเจนและใช้ภาษาง่ายๆ ให้เวลาผู้สูงอายุทำความเข้าใจคำถามและตอบคำถาม ควรใช้ภาษากายประกอบการสื่อสาร เช่น จับมือ ยิ้ม เพื่อให้ความมั่นใจ ในระยะสุดท้ายของโรคสมองเสื่อม ผู้สูงอายุอาจลืมว่าท่านเป็นใคร ควรบอกชื่อท่านแก่ผู้สูงอายุซ้ำๆ และควรเรียกชื่อผู้สูงอายุ รวมทั้งใช้ท่าทางประกอบคำพูด เช่น บอกว่าถึงเวลารับประทานอาหารกลางวันแล้ว พร้อมกับใช้มือแสดงท่าทางประกอบการรับประทานอาหารไปด้วย

จากการทบทวนเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ความบกพร่องทางด้านพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลต่อ

การดำเนินชีวิตประจำวัน การเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุ ดังนั้นการจัดการเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจึงเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจมากขึ้น

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม

ปัจจัยเสี่ยงที่มีทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม มีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ซึ่งปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ อาจเกิดจากตัวบุคคลหรือสภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปดังต่อไปนี้

1. ด้านอายุ จากอุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมทั่วโลก และในประเทศไทยพบว่าอายุเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม โดยพบว่าเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น การทำงานของสมองจะเสื่อมถอยลง เนื่องจากการเสื่อมและการตายของเนื้อสมองที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งกระบวนการซ่อมแซมหรือสร้างเซลล์เนื้อสมองลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่าคนวัยอื่นๆ

2. โรคประจำตัว พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อมได้มาก เช่นโรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดในสมองตีบ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน เป็นต้น ซึ่งโรคประจำตัวที่กล่าวมามากเป็นโรคประจำตัวที่พบมากในคนทั่วไป และเนื่องจากโรคเหล่านี้จะมีพยาธิสภาพที่หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย เมื่อมีความผิดปกติ เลือดจะไปอวัยวะต่างๆ ในร่างกายได้น้อยลง รวมทั้งไปเลี้ยงสมองได้น้อยเช่นกัน ทำให้เซลล์สมองขาดเลือด เกิดการฝ่อลีบและตายในที่สุด

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคคล ได้แก่

3.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย สารอาหารที่มีผลต่อการชะลอความเสื่อมและบำรุงสมอง เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม พบว่าการรับประทานอาหารที่ไม่มีสารอาหารที่จำเป็นต่อความต้องการของร่างกาย จะเกิดภาวะทุพโภชนาการ และมีแนวโน้มให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้สูง

3.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกายมักเกิดโรคประจำตัวได้ง่าย การหลั่งสารที่ทำให้เกิดความสุขจากระบบประสาทต่างๆ ทำงานน้อย เมื่อสมองทำงานน้อยเกิดการฝ่อและเมื่อไม่ได้ใช้งานนานๆ สมองส่วนดังกล่าวก็จะตายในที่สุด ก่อให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้

3.3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่าการสูบบุหรี่จะเพิ่มอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึง 2 เท่าและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้

3.4 พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง ขาดการออกกำลังกาย มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเมื่อสูงอายุ

4. สัมพันธภาพในครอบครัวและสังคม พบว่าลักษณะครอบครัวที่เป็นครอบครัวเดี่ยวมักทำให้ผู้สูงอายุต้องดำเนินชีวิตตามลำพัง และการอยู่ในสังคมเมืองที่มีอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเหงา สูญเสียคุณค่าในตนเอง เกิดอาการซึมเศร้า ขาดแรงบันดาลใจ ขาดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม ไม่มีกิจกรรมร่วมกับชุมชนและสังคม มักทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะสมองเสื่อมได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อรพินธุ์ โสวัณณะ (2541) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ : ในชนบท 3 จังหวัดภาคเหนือ เพื่อสำรวจความชุก และหาความสัมพันธ์ระหว่างอาการสมองเสื่อมกับปัจจัยที่ศึกษาในชนบท 3 จังหวัดภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดลำปาง เชียงรายและพิษณุโลก จำนวน 1,587 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบ ความชุกอาการสมองเสื่อมร้อยละ 25.6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับอาการสมองเสื่อม พบว่าเพศหญิงเสี่ยงกว่าเพศชาย 1.7 เท่า อายุมากกว่า 80 ปี เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้สูงอายุที่อายุน้อยกว่า กลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือเสี่ยงมากกว่ากลุ่มที่เรียนหนังสือ 3.1 เท่า กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังเสี่ยงมากกว่ากลุ่มที่อยู่เป็นคู่ 1.36 เท่า ภาวะสุขภาพที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังเสี่ยงมากกว่าผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง ดังนั้น การแก้ปัญหาในปัจจัยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เช่น เพศ อายุ ไม่สามารถทำได้ แต่ปัจจัยด้านการศึกษา สถานภาพสมรส การบาดเจ็บที่ศีรษะ ปัญหาเกี่ยวกับตา ความบกพร่องในการได้ยิน แก้ไขได้โดยการฟื้นฟูสมองให้เกิดการคิด การจำ ซึ่งอาจทำได้หลายรูปแบบ เช่น การให้สุขศึกษา โปรแกรมฝึกความจำ การเยี่ยมบ้าน หรือชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น

วนาพร หลอยกร (2542) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจความชุกของภาวะสมองเสื่อม และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 382 คน สุ่ม แบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม SPSS for windows สถิติที่ใช้คือ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การจำแนกหมู่ (multiple classification analysis) ผลการวิจัยพบว่า อัตราชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 29 และอายุ การศึกษา รายได้ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอายุการศึกษา รายได้ สามารถอธิบายความผันแปรของภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 57

ชุดิมา สืบวงศ์ลี (2544) ทำการสำรวจภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า การคัดกรองผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้บริการต่อเนื่องในชุมชน และนอกจากนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและส่งเสริมการทำหน้าที่ทางปัญญาแก่ผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาสมรรถภาพทางสมองเป็นการป้องกันและลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้ พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ร้อยละ 24.2

กฤตอร เหล่าอินทร์ และรณชกาญจน์ ประกอบปัญญาศิริ (2551) ได้ศึกษาคุณลักษณะบางประการที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ตำบลป่าอ้อ อำเภอลานสกก จังหวัดอุทัยธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ของภาวะสมองเสื่อม และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ในคุณลักษณะด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคม คุณลักษณะด้านภาวะสุขภาพ และคุณลักษณะด้านพฤติกรรมสุขภาพ กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในตำบลป่าอ้อ อำเภอลานสกก จังหวัดอุทัยธานี ผลการศึกษาพบว่าอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 18.8 และเพศ อายุ

การศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และ พฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุตำบลป่าอ้อ อำเภอลานสกก จังหวัด อุทัยธานี

เหลียง โกหลง (2552) ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุใน เขตชุมชนเทศบาลเมือง จังหวัดขอนแก่น โดยศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อม ของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเทศบาลเมือง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบสอบถามด้านสุขภาพ แบบประเมินสุขภาพจิตโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มาตรฐาน (Thai Geriatric Depression scale : TGDS) พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามากถึงร้อยละ 21.0 มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 27.0 ของจำนวนประชากรผู้สูงอายุ และพบว่าความชุกของภาวะ ซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับอายุ ภาวะหัวใจขาดเลือด ภาวะสมองเสื่อมและวิกฤตในชีวิต ซึ่งจาก ผลการวิจัยทำให้ทราบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นมีความชุกของภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อมสูง เมื่อเทียบกับจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วประเทศ

บุษบา คำสวน (2554) ศึกษาความชุกของภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อม และปัจจัยที่ส่งผลต่อ ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุตำบลน้ำร้อน อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความชุกของภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อมของ ผู้สูงอายุตำบลน้ำร้อน อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงของการ เกิดโรคภาวะสมองเสื่อม ผลการศึกษาพบผู้สูงอายุตำบลน้ำร้อน อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ มี ภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 18.2 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพหม้าย อายุเฉลี่ย อยู่ในช่วง 70-79 ปี ก่อนเกษียณประกอบอาชีพเกษตรกรรม สามารถอ่านออก เขียนได้เล็กน้อย ปัจจัยด้านสังคม ส่วน ใหญ่อาศัยอยู่กับญาติสายตรง สัมพันธภาพในครอบครัวปานกลาง เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอยู่ใน ระดับต่ำ ปัจจัยด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองร้อยละ 70.1 มี โรคประจำตัวร้อยละ 62.1 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมและอาการภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 58.6 มีอาการ หลงผิดร้อยละ 35.6 อาการหูแว่ว ร้อยละ 20.7 ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนใหญ่รับประทาน อาหารทุกมื้อ ครบ 5 หมู่ รับประทานอาหารที่มีวิตามิน บี 3-4 วัน/เดือน ร้อยละ 62.1 ส่วนมากไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา และไม่ออกกำลังกายทั้งก่อนเกษียณและหลังเกษียณ ไม่ใช้ยาประจำ ยาที่ใช้มากที่สุด ได้แก่ ยาลดความดันโลหิต และยาเบาหวาน จากผลการศึกษาสามารถนำไปวางแผนในการดูแล ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดียิ่งขึ้น

ขวัญเรือน ก้าวิตุ (2556) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมอง เสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมอง เสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดลำปาง ในช่วง ระหว่างเดือนตุลาคม –เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2556 ประกอบด้วยผู้สูงอายุจำนวน 400 คน และ ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุจำนวน 400 คน โดยคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยเครื่องมือคัดกรอง Modified IQCODE ผลการศึกษาพบความชุกของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 28 ผลการวิเคราะห์ ถดถอยพหุคูณแบบลอจิสติก ($p < 0.05$) พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมใน ผู้สูงอายุคือ ไม่ได้เรียนหนังสือ ช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วนหรือไม่ได้เลย

ไม่เคยเข้าร่วมงานต่างๆ ในหมู่บ้าน สมาชิกในครอบครัวมีประวัติโรคสมองเสื่อม และดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน

สายสุนีย์ เลิศกระโทก, สุธรรม นันทมงคลชัย และศุภชัย ปิตกุลตัง (2556) ศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลอรพิมพ์ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดนครราชสีมา เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยใช้กรอบแนวคิดการวินิจฉัยและคัดกรองภาวะสมองเสื่อมซึ่งสมาคมจิตแพทย์อเมริกา กลุ่มตัวอย่าง 150 คน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตตำบลอรพิมพ์ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดนครราชสีมา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ระหว่างวันที่ 30 มีนาคม ถึงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ.2555 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ และฟิชเชอร์ ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมีอัตราร้อยละ 12.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 คือ อายุ การประกอบอาชีพในปัจจุบัน การอ่านหนังสือ การดูโทรทัศน์ การเข้าร่วมกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ และการออกกำลังกาย ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการกำหนดแนวทางการดูแลผู้สูงอายุเน้นการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม เช่น การออกกำลังกาย การกระตุ้นให้อ่านหนังสือ การจัดกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและสามารถปฏิบัติงานหรือสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

เดือนเพ็ญ ศิลปะอนันต์ (2557) ศึกษาอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี พ.ศ.2557 เพื่อศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางกรวย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ใช้แบบสอบถาม MMSE-Thai 2002 และแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โดยเก็บกลุ่มตัวอย่าง 300 คน พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 12.67 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป ส่วนในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี ปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ความสามารถในการอ่านเขียน ผู้ที่อ่านและ/หรือเขียนไม่ได้ เป็นปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเมื่อเทียบกับผู้ที่อ่านออกเขียนได้

นิตยา จันทบุตร และคณะ (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และปัจจัยด้านบุคคลกับสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การพัฒนาด้านจิตวิญญาณมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและด้านโภชนาการ อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับสมรรถภาพสมอง และระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถภาพสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถภาพสมองในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพสมองในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์

กับสมรรถภาพสมองในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านโภชนาการและด้านการพัฒนาทางจิต วิทยาณมีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพสมองในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ณัชชา ตระการจันทร์ และคณะ (2557) ศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบทดสอบสภาพสมอง เบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai version 2002) พบผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วงวัยต้น (60-70 ปี) สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร อาศัยอยู่กับคู่สมรส ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว และเป็นโรคความดันโลหิตสูง จากการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 22

กรอบแนวคิดในการวิจัย

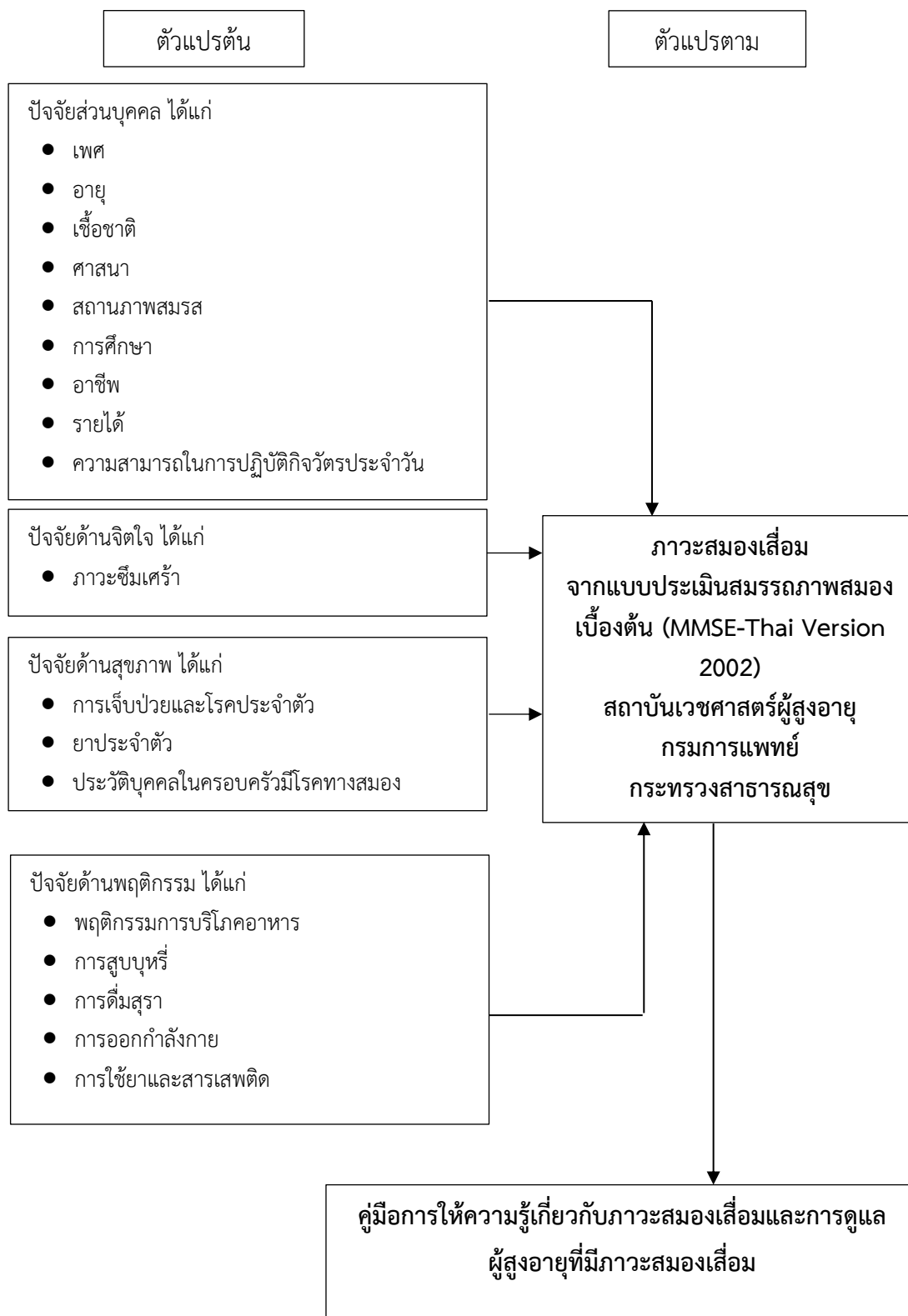
จากการศึกษาปัญหาของงานวิจัยทั้งต่างประเทศและในประเทศ พบอุบัติการณ์ภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้นทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกันอย่างหลากหลาย ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมเพื่อสร้างกรอบแนวคิดของงานวิจัยในการค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม แบ่งเป็น 4 ปัจจัย ได้แก่

- ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า
- ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ การเจ็บป่วยและโรคประจำตัว ยาประจำตัว ประวัติบุคคลในครอบครัวมีโรคทางสมอง
- ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้ยาและสารเสพติด การออกกำลังกาย

ซึ่งจากการสำรวจเพื่อหาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยคู่มือการให้ความรู้จะมุ่งเน้นการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่ยังไม่มีภาวะสมองเสื่อมหรือเริ่มมีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมปานกลางและรุนแรง ซึ่งคู่มือที่พัฒนาขึ้นจะนำมาใช้หลังจากผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้วนำมาประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมต่อไป

ข้อตกลงการวิจัย

ภาวะสมองเสื่อมที่ระบุในการวิจัยครั้งนี้ ได้มาจากผลที่ได้จากการประเมินประวัติส่วนบุคคล ด้วยแบบสอบถาม การประเมิน ADL ด้วย Barthel ADL Index ประเมินภาวะด้านจิตใจด้วย TGDS และประเมินสมรรถภาพของสมองด้วย MMSE-Thai 2002 เท่านั้น เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุจะได้รับการวินิจฉัยว่า มีภาวะสมองเสื่อมจะต้องได้รับการตรวจร่างกายและการตรวจอื่นๆ จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสมองเสื่อม ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้สามารถประเมินได้เพียงสมรรถภาพของสมองเบื้องต้นเท่านั้น



ภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดงานวิจัย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัย เรื่อง ความชุก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ครั้งนี้ เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive, correlational study) เพื่อศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตบางพลัด จังหวัดกรุงเทพมหานคร และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตบางพลัด จังหวัดกรุงเทพมหานครและนำผลจากการศึกษามาจัดทำคู่มือการให้ความรู้ : กรณีศึกษาชุมชนเขตบางพลัด โดยการจัดทำคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการนำคู่มือที่สร้างขึ้นมาศึกษาประสิทธิภาพการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมจากคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในเขตบางพลัด จังหวัดกรุงเทพมหานคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

จากสถิติจำนวนประชากรในเขตบางพลัด จำแนกตามอายุ เพศในปี พ.ศ.2553 กลุ่มประชากร ได้แก่ ประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตบางพลัดของกรุงเทพมหานคร ทั้งหมดจำนวน 19,032 คน ดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 จำนวนประชากรในเขตบางพลัด จำแนกตามอายุ เพศ ปี พ.ศ.2553

กลุ่มอายุ	ประชากร Population			ร้อยละ Percentage		
	Total	Male	Female	Total	Male	Female
ประชากร	174,275	83,000	91,276	100.0	100.0	100.0
60 – 64	6,764	3,171	3,593	3.9	3.8	3.9
65 – 69	4,181	1,800	2,381	2.4	2.2	2.6
70 – 74	3,520	1,603	1,917	2.0	1.9	2.1
75 – 79	2,168	897	1,271	1.2	1.1	1.4
80 – 84	1,433	577	856	0.8	0.7	0.9
85 – 89	623	238	385	0.4	0.3	0.4
90 – 94	241	64	177	0.1	0.1	0.2
95 – 99	96	30	66	0.1	0	0.1
100 ขึ้นไป	6	2	4	0	0	0
รวม	19,032	8,382	10,650	10.9	10.1	11.2

ที่มา : เว็บไซต์ http://popcensus.nso.go.th/table_stat.php?t=t1&yr=2553

การกำหนดขนาดตัวอย่าง โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาที่ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่ม .05 ตามสูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Yamane (1973) ดังนี้

$$\begin{aligned} n &= \frac{N}{1 + Ne^2} \\ &= \frac{19,032}{1 + 19,032(.05)^2} \\ &= 398 \end{aligned}$$

คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งสิ้น 398 คน จากนั้น คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละแขวง โดยเทียบตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละแขวงโดยการเทียบบัญชีไตรยางศ์ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

- แขวงบางพลัด 106 คน
- แขวงบางอ้อ 104 คน
- แขวงบางบำหรุ 81 คน
- แขวงบางยี่ขัน 107 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi- Stage Sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 จัดทำบัญชีรายชื่อชุมชน ในแขวงบางพลัด แขวงบางอ้อ แขวงบางบำหรุ และแขวงบางยี่ขัน

ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกชุมชนในแต่ละแขวง จำนวนร้อยละ 50 ของชุมชนทั้งหมด

ขั้นที่ 3 เลือกครัวเรือนที่ศึกษา โดยการสุ่มอย่างเป็นระบบอาศัยบ้านเลขที่ตามบัญชีรายชื่อครัวเรือนในชุมชน ให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละแขวง

ขั้นที่ 4 ขออนุญาตเก็บข้อมูลจากสมาชิกครอบครัวที่อยู่ในวัยสูงอายุที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด หากมีบุคคลในวัยสูงอายุมากกว่า 1 คน ใช้วิธีจับฉลากเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 คนจากแต่ละครัวเรือน ในกรณีที่ครัวเรือนที่ถูกสุ่มมีผู้ที่มีคุณสมบัติไม่ตรงตามที่กำหนด ให้เลือกจากครัวเรือนที่อยู่ใกล้เคียง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำหนังสือจากต้นสังกัดเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตศึกษาวิจัยในคนต่อคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต และได้รับการอนุมัติในการทำการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ก่อนการทำการวิจัย และดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมงานวิจัยจะต้องเป็นผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและยินยอมให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถาม
2. ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมงานวิจัยจะต้องลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมงานวิจัยสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา

4. ข้อมูลของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมงานวิจัยจะเป็นความลับ และผลของการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมของงานวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมข้อความจำนวน 15 ข้อ ได้แก่

- ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้

- ปัจจัยด้านสุขภาพ คือ การเจ็บป่วยและโรคประจำตัว ยาประจำตัว ประวัติบุคคลในครอบครัวมีโรคทางสมอง

- ปัจจัยด้านพฤติกรรม คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้ยาและสารเสพติด การออกกำลังกาย โดยแบ่งระดับพฤติกรรมเป็น 3 ระดับ คือ ดี ปานกลาง ไม่ดี (ประคอง กรรมสูตร, 2542) โดยแบ่งตามเกณฑ์การประเมินคะแนนพฤติกรรม ได้แก่

ระดับดี หมายถึง การบริโภคอาหารที่มีประโยชน์มากกว่า 3-5 วัน/สัปดาห์

ระดับปานกลาง หมายถึง การบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ 1-2 วัน/สัปดาห์

ระดับไม่ดี หมายถึง การบริโภคอาหารที่มีประโยชน์น้อยกว่า 1-2 วัน/สัปดาห์

ตอนที่ 2 แบบประเมินภาวะด้านจิตใจ ได้แก่ แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai geriatric Depression scale : TGDS) โดยเป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (Train The Brain Forum Thailand) ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตราประเมินแบบถูกผิด (0,1) ทั้งหมด 30 ข้อ มีคะแนน 0-30 คะแนน โดยมีเกณฑ์ระดับคะแนน ดังนี้

0-12	หมายถึง	ผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้า
13-18	หมายถึง	ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย
19-24	หมายถึง	ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าปานกลาง
25-30	หมายถึง	ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

ตอนที่ 3 เครื่องมือประเมินสมรรถภาพในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Barthel activity of daily Index : ADL index) โดยเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ มีทั้งหมด 10 ข้อ ประกอบด้วย การรับประทานอาหารที่เตรียมไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า การล้างหน้า การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในห้อง การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การกลืนอาหารในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และการกลืนปัสสาวะในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีคะแนน 0-20 คะแนน โดยมีเกณฑ์ระดับคะแนน ดังนี้

0-4	หมายถึง	ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้
5-11	หมายถึง	สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้ปานกลาง

12-20 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้มาก

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination : MMSE-Thai Version 2002) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบไปด้วยการประเมิน 6 ด้าน คือ การรับรู้เวลา/สถานที่ การจดจำ ความตั้งใจ การคำนวณ การใช้ภาษา และการระลึกได้ มีทั้งหมด 11 ข้อคำถาม มีคะแนน 0-30 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้ระดับคะแนน ดังนี้

0-8 หมายถึง มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในระดับรุนแรง

9-15 หมายถึง มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในระดับปานกลาง

16-22 หมายถึง มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในระดับเล็กน้อย

23-30 หมายถึง อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ส่วนที่ 3 คู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การสร้างเครื่องมือ เครื่องมือเชิงปริมาณ โดย

1. ศึกษาแนวคิดทฤษฎี วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อม

2. ศึกษาวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดของงานวิจัย

3. นิยามศัพท์ตัวแปรที่ศึกษาจากกรอบแนวคิดของงานวิจัย

4. สร้างเครื่องมือวิจัยโดยพัฒนาเครื่องมือการวิจัย ส่วนที่ 1 ตอนที่ 1 ให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการวิจัย นิยามศัพท์ตัวแปรที่ศึกษา

5. จัดทำเครื่องมืองานวิจัยส่วนที่ 3 (คู่มือการให้ความรู้ภาวะสมองเสื่อม การป้องกันและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม) โดยการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ศึกษาดูงานจากสถานที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค และสถานพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว รวบรวมข้อมูลที่สามารถนำมาใช้และปฏิบัติได้ และนำมาตรวจสอบความเที่ยงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน และนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้

การตรวจสอบเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความเที่ยงเนื้อหา (Validity) โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC : Index of item Objective Congruence) นำแบบสอบถามส่วนที่ 1 ตอนที่ 1 และส่วนที่ 3 (คู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม) เสนอผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน เพื่อให้คะแนนและตรวจสอบข้อความให้เหมาะสมก่อนนำไปหาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ โดยให้ค่าความเที่ยงตรง .80 ขึ้นไป

2. ตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบราจ (Conbrach's Alpha Coefficient) นำแบบสอบถามส่วนที่ 1 ตอนที่ 2, 3 ส่วนที่ 2 และแบบสอบถามทั้งหมด (Questionnaire) มาตรวจสอบความน่าเชื่อถือ โดยทดลองใช้ (Try-Out) กับกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) แล้วนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือจากต้นสังกัดเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตศึกษาวิจัยในคน ต่อคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมของมหาวิทยาลัย
2. ติดต่อประสานงานกับผู้ประสานงานในพื้นที่เพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย และมีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูล
3. นำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
4. จัดทำกรอบการเก็บข้อมูล โดยการทำบัญชีครัวเรือน และการสุ่มตัวอย่าง ใน 4 แขวง
5. จัดประชุมอบรมผู้ช่วยวิจัย 2 ครั้ง โดยอบรมเกี่ยวกับโครงการวิจัย ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และการใช้เครื่องมือในการรวบรวมงานวิจัย เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างถูกต้อง ลดความคลาดเคลื่อนในการตอบแบบสอบถามของผู้สูงอายุและผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูล
6. ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเริ่มทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือน ธันวาคม พ.ศ.2558 - กุมภาพันธ์ พ.ศ.2559 โดยใช้แบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่าง 398 คน ใน 4 แขวงของเขตบางพลัดที่สุ่มได้ ตามแผนที่วางไว้
7. สถานที่ในการดำเนินการวิจัย คือ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร
8. ศึกษาประสิทธิภาพของการให้ความรู้และคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมอบรมการให้ความรู้จากคู่มือฯ แก่ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยมีการทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังให้ความรู้และคู่มือความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการรวบรวมและวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. ความชุกของภาวะสมองเสื่อม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจง ความถี่ และร้อยละของข้อมูล สูตรคณิตศาสตร์ในการคำนวณความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ คือ

ให้ a = จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่มีผลเป็นบวกเมื่อประเมินด้วย MMSE-Thai 2002

b = จำนวนผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

$$\text{Prevalence} = \frac{a}{b}$$

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาค่าร้อยละ โดยวิเคราะห์แยกปัจจัย โดยใช้สถิติ logistic regression ดังนี้

- ปัจจัยส่วนบุคคล

- ปัจจัยด้านจิตใจ
- ปัจจัยด้านสุขภาพ
- ปัจจัยด้านพฤติกรรม

3. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired T-test One group เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังให้ความรู้ ภาวะสมองเสื่อมจากคู่มือคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การดำเนินการหลังเสร็จสิ้นการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สรุปและอภิปรายผลงานวิจัย
2. จัดสัมมนานำเสนอผลการวิจัย เผยแพร่ผลการวิจัย และประชุมชี้แจงในระดับ

มหาวิทยาลัย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร และประชุมกลุ่มผู้นำในแต่ละชุมชน ในแต่ละเขตกรุงเทพมหานคร

3. จัดทำรายงานการวิจัย

4. รวบรวมประเด็นที่จะเป็นข้อมูลที่จะนำไปพัฒนาเพื่อศึกษาแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม หรือเพื่อศึกษาแนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และนำผลของคู่มือคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไปใช้ในการให้ความรู้แก่ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร และพัฒนาต่อยอดการบริการวิชาการสู่ชุมชน

5. จัดทำบทความวิจัย เพื่อเผยแพร่งานวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive, correlational study) เพื่อศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตบางพลัด จังหวัดกรุงเทพมหานคร และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตบางพลัด จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 398 คน ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เดือน พฤศจิกายน พ.ศ.2558 – กุมภาพันธ์ พ.ศ.2559 และนำผลจากการศึกษามาจัดทำคู่มือการให้ความรู้ : กรณีศึกษาชุมชนเขตบางพลัด โดยการจัดทำคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในเขตบางพลัด จำนวน 50 คน และเปรียบเทียบความรู้ ก่อนและหลังให้ความรู้ภาวะสมองเสื่อมจากคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผลการศึกษานำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความชุกของภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร และจำแนกประเภทของภาวะสมองเสื่อมตามระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังให้ความรู้ภาวะสมองเสื่อมจากคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 1 ความชุกของภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตบางพลัด และจำแนกประเภทของภาวะสมองเสื่อมตามระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม

จากการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination : MMSE-Thai Version 2002) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในผู้สูงอายุเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร จำนวน 398 คน พบผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 21.1 และแบ่งตามระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม 3 ระดับ

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้รับการประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น แบ่งตามระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม (n=398)

ระดับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
Normal	314	78.9
Dementia	84	21.1
Mild dementia	36	9.0
Moderate dementia	40	10.1
Severe dementia	8	2.0
Total	398	100.0

จากตารางที่ 4.1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งหมด 398 คน มีผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้นอยู่ในเกณฑ์ปกติจำนวน 314 คน คิดเป็นร้อยละ 78.9 และพบผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมจำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 21.1 โดยแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมเป็น 3 ระดับ พบว่า มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย (Mild Dementia) จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 9.0 ภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง (Moderate Dementia) จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 10.1 และภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรง (Severe Dementia) จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 2.0

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ของผู้สูงอายุ และความสามารถในปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n=84)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	19	22.6
หญิง	65	77.4
อายุ (ปี) (อายุเฉลี่ย = 72 ปี)		
60-69 ปี	33	39.3
70-79 ปี	37	44.0
80-89 ปี	14	16.7
90 ปีขึ้นไป	0	0.0
เชื้อชาติ		
ไทย	84	100.0
อื่นๆ	0	0.0
ศาสนา		
พุทธ	82	97.6
คริสต์	1	1.2
อิสลาม	1	1.2
อื่นๆ	0	0.0
สถานภาพสมรส		
โสด	9	10.7
สมรส	40	47.6
หม้าย	31	36.9
หย่าร้าง	4	4.8
การศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	14	16.7
ประถมศึกษา	62	73.8
มัธยมศึกษา	5	5.9
ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี	3	3.6
อาชีพก่อนเกษียณอายุ		
รับราชการ	0	0.0
บริษัทเอกชน	5	6.0
ค้าขาย	24	28.6
เกษตรกร	5	6.0
รับจ้าง	27	32.1
แม่บ้าน	17	20.2
อื่นๆ	6	7.1

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพหลังเกษียณอายุ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	50	59.5
ประกอบอาชีพ	34	40.5
รายได้ (บาท) (รายได้เฉลี่ย = 4,067 บาท)		
0-1,000	37	44.0
1,001-5,000	24	28.6
5,001-10,000	16	29.1
10,001 บาทขึ้นไป	7	8.3

จากตารางที่ 4.2 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด 84 คน เป็นเพศหญิงจำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 77.4 และเพศชายจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 22.6 ช่วงอายุที่พบมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด คือ อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 44.0 มีสถานภาพสมรส (คู่) มากที่สุดร้อยละ 47.6 รองลงมา คือ หม้าย โสด และหย่าร้าง กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.8 รองลงมา คือ ไม่ได้รับการศึกษาและส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพหลังเกษียณอายุ ร้อยละ 59.5

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสามารถในปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Barthel activity of daily Index : ADL index) (n=84)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความสามารถในปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน		
สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้ในระดับน้อย	1	1.2
สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้ในระดับปานกลาง	4	4.8
สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้ในระดับมาก	79	94.0
รวม	84	100.0

จากตารางที่ 4.3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับมาก ร้อยละ 94.0 และรองลงมา คือ ระดับปานกลาง และระดับน้อย ร้อยละ 4.8 และ 1.2 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ปัจจัยด้านจิตใจ

ปัจจัยด้านจิตใจ ใช้แบบประเมินภาวะด้านจิตใจ ได้แก่ แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai geriatric Depression scale : TGDS) โดยเป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (Train The Brain Forum Thailand)

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบ่งตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (n=84)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	65	77.4
มีภาวะซึมเศร้า	19	22.6
Mild depression	13	15.5
Moderate depression	6	7.1
Severe depression	0	0.0
รวม	84	100.0

จากตารางที่ 4.4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 77.4 และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 22.6 โดยมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (Mild depression) คิดเป็นร้อยละ 15.5 และระดับปานกลาง (Moderate depression) ร้อยละ 7.1

ตอนที่ 3 ปัจจัยด้านสุขภาพ

ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ การเจ็บป่วยและโรคประจำตัว ยาประจำตัว ประวัติบุคคลในครอบครัวมีโรคทางสมอง

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านสุขภาพ (n=84)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การเจ็บป่วย/โรคประจำตัว		
ไม่มี	12	14.3
มี	72	85.7
โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	54	64.3
โรคความดันโลหิตสูง	28	33.3
โรคเบาหวาน	30	35.7
ไขมันในเลือดสูง	8	9.5
โรคหัวใจและหลอดเลือด	1	1.2
โรคหลอดเลือดสมอง	0	0.0
โรคติดเชื้อทางสมอง	1	1.2
อุบัติเหตุกระทบกระเทือนสมอง	14	16.7
โรคข้อและกระดูก	3	3.6
อัมพฤกษ์ อัมพาต	1	1.2
โรคต่อมไทรอยด์	1	1.2
โรคไต	1	1.2
โรคทางจิตเวช	0	0.0

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อื่นๆ	11	13.1
ยาประจำตัว		
ไม่มี	17	20.2
มี	67	79.8
ยาประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ยาบำรุง/วิตามิน	6	7.1
ยาลดความดันโลหิต	51	60.7
ยาเบาหวาน	27	32.1
ยาลดไขมัน	29	34.5
ยาต้านการแข็งตัวของเลือด	2	2.4
ยาแก้ปวด	9	10.7
ยาแก้อักเสบ	5	6.0
ยาโรคไต	2	2.4
ยานอนหลับ	0	0.0
ยาจิตเวช	0	0.0
ยาอื่นๆ	6	7.1
ประวัติบุคคลในครอบครัวมีโรคทางสมอง		
ไม่มี	80	95.2
มี	4	4.8
ประวัติโรคทางสมองในครอบครัว		
โรคอัลไซเมอร์	3	3.6
โรคพาร์กินสัน	1	1.2
โรคปัญญาอ่อน	0	0.0
อื่นๆ	0	0.0

จากตารางที่ 4.5 พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัวร้อยละ 85.7 โดยพบว่าโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมา ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคข้อและกระดูก และโรคหัวใจและหลอดเลือด และส่วนใหญ่มียาประจำตัวร้อยละ 79.8 ยาประจำตัวที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด คือ ยาลดความดันโลหิต รองลงมา ได้แก่ ยาลดไขมัน ยาเบาหวาน และยาแก้ปวด กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวมีโรคทางสมองร้อยละ 95.2 และมีประวัติบุคคลในครอบครัวมีโรคทางสมองร้อยละ 4.8 โดยโรคอัลไซเมอร์เป็นโรคที่พบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 3.6 รองลงมาคือโรคพาร์กินสันร้อยละ 1.2

ตอนที่ 4 ปัจจัยด้านพฤติกรรม

ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้ยา และสารเสพติด การออกกำลังกาย

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (n=84)

ประเภทอาหาร	รับประทาน มากกว่า 3-5 วัน /สัปดาห์		รับประทาน 1-2 วัน /สัปดาห์		รับประทาน น้อยกว่า 1-2 วัน /เดือน		ระดับ พฤติกรรม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ไข่ไก่ ไข่เป็ด	20	23.8	41	48.8	23	27.4	ปานกลาง
นม น้ำเต้าหู้	25	29.8	13	15.4	46	54.8	ไม่ดี
เผือก มัน แป้ง	35	41.7	28	33.3	21	25.0	ปานกลาง
ข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง	44	52.4	9	10.7	31	36.9	ดี
ถั่วต่างๆ ธัญพืชต่างๆ	34	40.5	33	39.2	17	20.3	ดี
เนื้อปลา	4	4.8	21	25.0	59	70.2	ไม่ดี
เนื้อหมูหรือเนื้อวัวติดมัน	23	27.4	29	34.5	32	38.1	ดี
อาหารกะทิ	61	72.6	15	17.9	8	9.5	ไม่ดี
อาหารทอดน้ำมัน	33	39.2	35	41.7	16	19.1	ปานกลาง
ผักและผลไม้	6	7.2	10	11.9	68	80.9	ไม่ดี
ชา/กาแฟ/เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน	30	35.7	3	3.6	51	60.7	ดี

จากตารางที่ 4.6 พฤติกรรมการบริโภคของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่พบว่ามีพฤติกรรมการบริโภคอยู่ในระดับดี ได้แก่ การบริโภคข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง การบริโภคถั่วต่างๆ ธัญพืชต่างๆ การบริโภคเนื้อหมู หรือเนื้อวัวติดมัน และการบริโภคชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ส่วนพฤติกรรมการบริโภคอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การบริโภคไข่ไก่ ไข่เป็ด การบริโภคเผือก มัน แป้ง และการบริโภคอาหารทอดน้ำมัน และพฤติกรรมการบริโภคที่อยู่ในระดับไม่ดี ได้แก่ การบริโภคนม น้ำเต้าหู้ การบริโภคเนื้อปลา การบริโภคอาหารกะทิ และการบริโภคผักและผลไม้

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านพฤติกรรม (n=84)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	66	78.6
เคยสูบ	13	15.5
สูบ	5	5.9

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูบบุหรี่		
1-10 ปี	1	0.7
11-20 ปี	5	3.5
21-30 ปี	6	4.2
31-40 ปี	2	1.4
40 ปีขึ้นไป	4	3.8
ปริมาณ		
1-10 มวน /วัน	9	6.3
11-20 มวน /วัน	7	4.9
21 มวนขึ้นไป /วัน	2	1.4
การดื่มสุรา เบียร์ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	69	82.1
เคยดื่ม	14	16.7
ดื่ม	1	1.2
ปริมาณ		
1 ก๊ก /ครั้ง	7	4.9
1 แบน /ครั้ง	7	4.9
1 กลม /ครั้ง	0	0.0
มากกว่า 1 กลม /ครั้ง	1	0.7
ความถี่		
เดือนละ 1-2 วัน	7	4.9
สัปดาห์ละ 1-2 วัน	3	2.1
สัปดาห์ละ 3-5 วัน	5	3.5
ทุกวัน	0	0.0
การใช้ยาและสารเสพติด		
ไม่ใช้	63	75.0
เคยใช้	17	20.2
ใช้	4	4.8
ชนิดของยาเสพติดที่ใช้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ยานอนหลับ	14	9.7
ยาคลายเครียด	8	5.6
ยาขยัน/ยาบ้า	0	0.0
ใบกระท่อม/ฝิ่น/กัญชา	0	0.0
การออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	17	20.2

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ออกกำลังกาย	67	79.8
ชนิด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
วิ่งเหยาะๆ	5	3.5
เดินเร็ว	25	17.4
แอโรบิค	11	7.6
รำไม้พลอง	2	2.4
อื่นๆ	25	17.4
ระยะเวลา		
15-30 นาที /ครั้ง	53	36.8
30-60 นาที /ครั้ง	11	7.6
มากกว่า 60 นาที /ครั้ง	3	2.1
ความถี่		
ทุกวัน	43	29.9
3-5 วัน /สัปดาห์	16	11.1
1-2 วัน /สัปดาห์	6	4.2
1-2 วัน /เดือน	2	1.4

จากตารางที่ 4.7 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 78.6 โดยส่วนใหญ่จะสูบบุหรี่มานานเป็นเวลา 21-30 ปี และสูบบุหรี่ในปริมาณ 1-10 มวน/วัน ส่วนพฤติกรรมการดื่มสุรา เบียร์ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา เบียร์ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 82.1 เคยดื่ม ร้อยละ 16.7 และยังดื่มอยู่ ร้อยละ 1.2 ส่วนใหญ่ดื่มครั้งละ 1 แบน และดื่มเดือนละ 1-2 วัน

ส่วนพฤติกรรมการใช้ยา/สารเสพติด พบว่าส่วนใหญ่ไม่ใช้ยา/สารเสพติดร้อยละ 75.0 ซึ่งยา/สารเสพติดที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด คือ ยานอนหลับ และยาคลายเครียด พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ออกกำลังกาย ร้อยละ 79.8 ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 20.2 การออกกำลังกายที่นิยม ได้แก่ การเดินเร็ว และการเต้นแอโรบิค ความถี่ของการออกกำลังกาย พบว่าส่วนใหญ่ออกกำลังกายทุกวัน ระยะเวลาในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง ส่วนใหญ่ออกกำลังกายครั้งละ 15-30 นาที

ตอนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ ต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านพฤติกรรม ต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (n=398)

ปัจจัยส่วนบุคคล	มีภาวะสมองเสื่อม (n=84)		ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (n=314)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					.010	.929
ชาย	19	18.3	85	81.7		
หญิง	65	22.1	229	77.9		
อายุ					-.172	.117
60-69 ปี	33	15.8	176	84.2		
70-79 ปี	37	25.3	109	74.7		
80-89 ปี	14	33.3	28	66.7		
90 ปีขึ้นไป	0	0.0	1	100.0		
สถานภาพสมรส					.059	.593
โสด	9	18.7	39	81.3		
สมรส	40	17.5	188	82.5		
หม้าย	31	30.1	72	69.9		
หย่าร้าง	4	21.1	15	78.9		
การศึกษา					.239	.028*
ไม่ได้รับการศึกษา	14	73.7	5	26.3		
ประถมศึกษา	62	28.2	158	71.8		
มัธยมศึกษา	5	4.7	101	95.3		
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	3	5.7	50	94.3		
อาชีพก่อนเกษียณอายุ					.237	.471
รับราชการ	0	0.0	42	100.0		
บริษัทเอกชน	5	11.9	42	88.1		
ค้าขาย	24	22.4	83	77.6		
เกษตรกร	5	55.6	4	44.4		
รับจ้าง	27	25.7	78	74.3		
แม่บ้าน	17	27.9	44	72.1		
อื่นๆ	6	18.7	26	81.3		
อาชีพหลังเกษียณอายุ					.331	.002**
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	50	25.9	143	74.1		
ประกอบอาชีพ	34	16.6	171	83.4		
รายได้					.319	.003**
0-1,000	37	29.6	88	70.4		
1,001-5,000	24	24.5	74	75.5		

ปัจจัยส่วนบุคคล	มีภาวะสมองเสื่อม (n=84)		ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (n=314)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
5,001-10,000	16	17.8	74	82.2		
10,001 บาทขึ้นไป	7	8.2	78	91.8		
ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน					.494	.000**
ระดับน้อย	1	25.0	3	75.0		
ระดับปานกลาง	4	66.7	2	33.3		
ระดับมาก	79	20.4	309	79.6		

* p-value < .05, ** p-value < .01

จากตารางที่ 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพก่อนเกษียณอายุ อาชีพหลังเกษียณอายุ รายได้ของผู้สูงอายุ และความสามารถในปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พบว่า เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส และอาชีพก่อนเกษียณอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ($p > .05$)

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อยู่ในระดับต่ำ ($p < .05$)

อาชีพหลังเกษียณอายุ รายได้ของผู้สูงอายุ และความสามารถในปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ($p < .01$)

ตารางที่ 4.9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตใจต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (n=398)

ปัจจัยด้านจิตใจ	มีภาวะสมองเสื่อม (n=84)		ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (n=314)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
มีภาวะซึมเศร้า	19	37.3	32	62.7	-.324	.003**
Mild depression	13	36.1	23	63.9		
Moderate depression	6	54.5	5	45.5		
Severe depression	0	0.0	4	100.0		

* p-value < .05, ** p-value < .01

จากตารางที่ 4.9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ($p < .01$)

ตารางที่ 4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (n=398)

ปัจจัยด้านสุขภาพ	มีภาวะสมองเสื่อม (n=84)		ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (n=314)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การเจ็บป่วย/โรคประจำตัว					.002	.497
ไม่มี	12	16.7	60	83.3		
มี	72	22.1	254	77.9		
ยาประจำตัว					.074	.134
ไม่มี	17	18.5	75	81.5		
มี	67	21.9	239	78.1		
ประวัติในครอบครัวมีโรคทางสมอง					.081	.047*
ไม่มี	80	21.9	285	78.1		
มี	4	12.1	29	87.9		

* p-value < .05, ** p-value < .01

จากตารางที่ 4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ การเจ็บป่วยและโรคประจำตัว ยาประจำตัว ประวัติบุคคลในครอบครัวมีโรคทางสมองต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พบว่า การเจ็บป่วยและโรคประจำตัว ยาประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ($p > .05$) ส่วนประวัติบุคคลในครอบครัวมีโรคทางสมอง มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อยู่ในระดับต่ำ ($p < .05$)

ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพฤติกรรมต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (n=398)

ปัจจัยด้านสุขภาพ	มีภาวะสมองเสื่อม (n=84)		ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (n=314)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม					.198	.070
ระดับดี	57	67.9	201	64.0		
ระดับปานกลาง	27	32.1	113	36.0		
ระดับไม่ดี	0	0.0	0	0.0		
พฤติกรรมการสูบบุหรี่					.179	.396
ไม่สูบ	66	78.6	260	82.8		
เคยสูบ	13	15.5	33	10.5		
ยังสูบบุหรี่อยู่	5	5.9	21	6.7		
พฤติกรรมการดื่มสุรา					.057	.847
ไม่ดื่ม	69	82.1	260	82.8		

ปัจจัยด้านสุขภาพ	มีภาวะสมองเสื่อม (n=84)		ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (n=314)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เคยดื่ม ยังดื่มอยู่	14 1	16.7 1.2	40 14	12.7 4.5		
พฤติกรรมการใช้ยาและสารเสพติด ไม่ใช้ เคยใช้ ยังใช้อยู่	63 17 4	75.0 20.2 4.8	250 43 21	79.6 13.7 6.7	.148	.336
พฤติกรรมการออกกำลังกาย ไม่ออกกำลังกาย ออกกำลังกาย	17 67	20.2 79.8	55 259	17.5 82.5	.293	.093

* p-value < .05, ** p-value < .01

จากตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย การใช้ยาและสารเสพติดต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย การใช้ยาและสารเสพติดไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ($p > .05$)

ตอนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Logistic Regression)

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนเพื่อแสดงอำนาจทำนายภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านพฤติกรรม โดยใช้ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสุขภาพ เป็นตัวแปรทำนาย และใช้ภาวะสมองเสื่อม เป็นตัวแปรตาม

ตารางที่ 4.12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (R) ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics	
					F Change	Sig. F Change
1	.494 ^a	.244	.234	3.687	26.412	.000**
2	.549 ^b	.302	.285	3.564	6.765	.011*
3	.594 ^c	.353	.329	3.452	6.334	.014*

* p-value < .05, ** p-value < .01

- a. Predictors: (Constant), ADL
- b. Predictors: (Constant), ADL, income
- c. Predictors: (Constant), ADL, income, no education

จากตารางที่ 4.12 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างกับการเกิดภาวะสมองเสื่อม เท่ากับ .494 โดยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 23.4 และพบนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองและรายได้ของกลุ่มตัวอย่างกับการเกิดภาวะสมองเสื่อม เท่ากับ .549 โดยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองและรายได้สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 28.5 และพบนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง รายได้ และการไม่ได้รับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างกับการเกิดภาวะสมองเสื่อม เท่ากับ .594 โดยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง รายได้ และการไม่ได้รับการศึกษาสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 32.9 และพบนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 4.13 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนาย (b) และการทดสอบความสัมพันธ์ของภาวะสมองเสื่อม

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	5.145	3.945		1.304	.000**
ADL (X_1)	6.887	1.340	.494	5.139	.000**
2 (Constant)	4.430	3.823		1.159	.000**
ADL (X_1)	6.325	1.313	.453	4.817	.000**
Income (X_2)	1.423	1.008	.245	2.601	.011*
3 (Constant)	3.978	3.707		1.073	.000**
ADL (X_1)	6.304	1.272	.452	4.956	.000**
Income (X_2)	1.345	1.122	.254	2.788	.007**
no education (X_3)	-2.546	1.012	-.227	-2.517	.014*

* p-value < .05, ** p-value < .01

จากตารางที่ 4.13 สามารถสร้างสมการสหสัมพันธ์เพื่อทำนายปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานได้ ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$Y = 3.978 + 6.304(X_1) + 1.345(X_2) - 2.546(X_3)$$

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z = .452ZX_1 + .254ZX_2 - .227ZX_3$$

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังให้ความรู้ภาวะสมองเสื่อมจากคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

เปรียบเทียบระดับความรู้ก่อนและหลังให้ความรู้ภาวะสมองเสื่อมจากคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยวัดความรู้ก่อนและหลังให้ความรู้จากคู่มือการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมฯ ดังนี้

ตารางที่ 4.14 ตารางคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังให้ความรู้จากคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทันที (n=50)

คนที่	คะแนนก่อนให้ความรู้	คะแนนหลังให้ความรู้	การเปลี่ยนแปลงของคะแนน
1	13	14	+1
2	13	13	0
3	13	13	0
4	13	14	+1
5	14	16	+2
6	10	14	+4
7	13	14	+1
8	11	15	+4
9	9	17	+8
10	6	17	+11
11	13	13	0
12	13	13	0
13	11	17	+6
14	6	13	+7
15	7	13	+6
16	11	17	+6
17	13	13	0
18	10	13	+3
19	14	16	+2
20	10	16	+6
21	14	16	+2

คนที่	คะแนนก่อนให้ความรู้	คะแนนหลังให้ความรู้	การเปลี่ยนแปลงของคะแนน
22	12	13	+1
23	14	13	-1
24	12	13	+1
25	12	15	+3
26	12	15	+3
27	12	14	+2
28	8	14	+6
29	12	15	+3
30	12	17	+5
31	11	13	+2
32	11	13	+2
33	9	18	+7
34	11	16	+5
35	12	14	+2
36	12	13	+1
37	12	17	+5
38	13	16	+3
39	8	14	+6
40	12	15	+3
41	12	14	+2
42	13	16	+3
43	12	17	+5
44	13	17	+4
45	13	18	+5
46	12	18	+6
47	10	16	+6
48	12	18	+6
49	13	17	+4
50	12	17	+5
Maximal	14	18	
Minimal	6	13	

จากตารางที่ 4.14 คะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างรายคน จำนวน 50 คน คะแนนความรู้จากการตอบแบบทดสอบความรู้จำนวน 20 ข้อ พบคะแนนความรู้สูงสุดของกลุ่มตัวอย่างก่อนให้ความรู้จากคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ

สมองเสื่อม คือ 14 คะแนน และคะแนนต่ำสุด คือ 6 คะแนน ส่วนคะแนนความรู้สูงสุดของกลุ่มตัวอย่างหลังให้ความรู้จากคู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมฯ คือ 18 คะแนน และต่ำสุด คือ 13 คะแนน และหลังให้ความรู้จากคู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมฯ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 คะแนน ร้อยละ 88 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเท่าเดิม ร้อยละ 10 และได้คะแนนน้อยลง ร้อยละ 2 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.15 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังให้ความรู้จากคู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมฯ ทันที (n=50)

คะแนนความรู้	Mean	Standard deviation
ก่อนให้ความรู้จากคู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมฯ	11.52	1.951
หลังให้ความรู้จากคู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมฯ	15.06	1.743

จากตารางที่ 4.15 ตารางค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนให้ความรู้จากคู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมฯ เท่ากับ 11.52 คะแนน (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.95 และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้หลังให้ความรู้จากคู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมฯ ทันทีเท่ากับ 15.06 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.74

ตารางที่ 4.16 ความแตกต่างระหว่างคะแนนความรู้ก่อนให้ความรู้กับหลังให้ความรู้จากคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (n=50)

	Paired Differences		t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation			
Pair 1 totalpost - totalpre	3.540	2.58891	9.669	49	.000**

* p-value < .05, ** p-value < .01

จากตารางที่ 4.16 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง 50 คน เปรียบเทียบโดยใช้สถิติทดสอบการวิเคราะห์ Paired T-test One group พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังให้ความรู้จากคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$, $t=9.669$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง ความชุก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุและการพัฒนาคู่มือการให้ความรู้ : กรณีศึกษาชุมชนเขตบางพลัด เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive, correlational study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาความชุก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร และการศึกษาประสิทธิภาพการให้ความรู้และคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการเปรียบเทียบระดับความรู้ก่อนและหลังให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีทะเบียนบ้านอยู่ในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร จำนวน 398 คน จากประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดในเขตบางพลัด 19,032 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านจิตใจโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai geriatric Depression scale : TGDS) และแบบประเมินสมรรถภาพในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Barthel activity of daily Index : ADL index) ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai Version 2002) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และส่วนที่ 3 คู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเองบางส่วน และบางส่วนเป็นเครื่องมือที่มีผู้สร้างไว้แล้วมาใช้ นำเครื่องมือแบบสอบถามส่วนที่ 1 ตอนที่ 1 และส่วนที่ 3 (คู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม) เสนอผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ โดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามส่วนที่ 1 ตอนที่ 1 และส่วนที่ 3 (Validity) เท่ากับ 0.97 และ 0.89 ตามลำดับ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขและนำไปทดลองสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ โดยนำแบบสอบถามส่วนที่ 1 ตอนที่ 2, 3, ส่วนที่ 2 และแบบสอบถามทั้งชุด มาตรวจสอบความน่าเชื่อถือโดยทดลองใช้ (Try-Out) กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่ เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามส่วนที่ 1 ตอนที่ 2, 3, ส่วนที่ 2 และแบบสอบถามทั้งชุดเท่ากับ 0.9, 0.94, 0.92 และ 0.91 ตามลำดับ ส่วนความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ใช้สูตร Kuder-Richardson (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยตนเองและผู้ช่วยวิจัยที่ได้รับการอบรมก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 8 คน ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2558 – พฤษภาคม 2559 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 398 คน และจัดทำคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และจัดอบรมความรู้ให้แก่กลุ่มตัวอย่างในเขตบางพลัด ระหว่างเดือนมิถุนายน – กรกฎาคม 2559 จำนวน 50 คน นำผลการรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล แจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และ

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยโดยใช้สถิติ logistic regression และสถิติทดสอบการวิเคราะห์ Paired T-test One group สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ความชุกของภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร และ จำแนกประเภทของภาวะสมองเสื่อมตามระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม

จากการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยแบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai Version 2002) ผู้สูงอายุในเขตบางพลัด จำนวน 398 คน พบผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมจำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 21.1 โดยแบ่งระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเล็กน้อย (Mild Dementia) ร้อยละ 9.0 ระดับปานกลาง (Moderate Dementia) ร้อยละ 10.1 และระดับรุนแรง (Severe Dementia) ร้อยละ 2.0

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม 84 คน และแบ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2) ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า 3) ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ การเจ็บป่วยและโรคประจำตัว ยาประจำตัว ประวัติบุคคลในครอบครัวมีโรคทางสมอง และ 4) ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย การใช้ยาและสารเสพติด สรุปผลการศึกษาได้ ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ($p < .05$) อาชีพหลังเกษียณอายุ รายได้ของผู้สูงอายุ และความสามารถในปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ($p < .01$)

2. ปัจจัยด้านจิตใจ พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ($p < .01$)

3. ปัจจัยด้านสุขภาพ พบว่าประวัติบุคคลในครอบครัวที่มีโรคทางสมอง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ($p < .05$)

จากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมสามารถสร้างสมการสหสัมพันธ์เพื่อทำนายปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานได้ ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$Y = 3.978 + 6.304(X_1) + 1.345(X_2) - 2.546(X_3)$$

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z = .452ZX_1 + .254ZX_2 - .227ZX_3$$

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังให้ความรู้ภาวะสมองเสื่อมจากคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน พบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนให้ความรู้จากคู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เท่ากับ 11.52 คะแนน และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้หลังให้ความรู้จากคู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เท่ากับ 15.06 คะแนน พบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเพิ่มขึ้น ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังให้ความรู้จากคู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$, $t = 9.669$)

อภิปรายผล

จากการศึกษาความชุกของความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร ทำการศึกษาในประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 398 คน โดยนำประเด็นที่น่าสนใจมาอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 21.1 โดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination : MMSE-Thai Version 2002) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข คะแนนต่ำกว่าจุดตัดแยกตามระดับการศึกษาที่ระดับคะแนน 23, 17 และ 14 คะแนน ตามลำดับ ซึ่งการศึกษาได้แบ่งระดับความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมออกเป็น 3 ระดับ โดยแบ่งตามระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม พบผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมระดับน้อยร้อยละ 9.0 ระดับปานกลางร้อยละ 10.1 และระดับรุนแรงร้อยละ 2.0 สำหรับประเทศไทยพบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ตั้งแต่ร้อยละ 2-10 ของประชากรผู้สูงอายุ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556) และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ

ในประเทศไทยพบว่า มีการสำรวจความชุกของภาวะสมองเสื่อมอย่างแพร่หลาย ปี พ.ศ. 2542 มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี พบอัตราชุกของภาวะสมองเสื่อมมากถึงร้อยละ 29 (วนาพร หลอยกร, 2542) ปี พ.ศ.2551 มีการศึกษาคูณลักษณะบางประการที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ตำบลป่าอ้อ อำเภอลานสกา จังหวัดอุทัยธานี พบอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 18.8 (กฤตอร เหล่าอินทร์ และรณชกาญจน์ ประกอบบุญญะศิริ, 2551) ปี พ.ศ.2552 มีการศึกษาสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเทศบาลเมือง จังหวัดขอนแก่น พบผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมสูงถึงร้อยละ 27 (เหลียง โกหลง, 2552) ปี พ.ศ.2554 ศึกษาความชุกของภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อม และปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุตำบลน้ำรัด อำเภอนองม่วงไข จังหวัดแพร่ พบผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 18.2 (บุษบา คำสวน, 2554) ปี พ.ศ.2556 การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง พบความชุกของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 28 (ขวัญเรือน กำวิตุ, 2556) และศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลอร-

พิมพ์ อำเภอบรรพบุรี จังหวัดนครราชสีมา พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมีอัตราร้อยละ 12.7 (สายสุนีย์ เลิศกระโทก, สุธรรม นันทมณฑลชัย และศุภชัย ปิติกุลตั้ง, 2556) ปี พ.ศ.2557 การศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดอุบลราชธานี พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 22 (ณัฏฐา ตระการจันทร์ และคณะ, 2557) และการศึกษาอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี พ.ศ.2557 เพื่อศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางกรวย พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 12.67 (เดือนเพ็ญ ศิลปะอนันต์, 2557)

สำหรับการสำรวจภาวะสมองเสื่อมในแถบภูมิภาคเอเชีย พบมีการศึกษาของ Moon-Doo Kim, et al. (2012) ได้ทำการศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประเทศเกาหลีใต้ โดยใช้แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม Korean version of the Mini-Mental Status Exam (MMSE-KC) ในผู้ที่อายุ 65 ปี พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 20.5 ส่วนการศึกษาของ Jia, et al. (2014) ได้สำรวจความชุกของภาวะสมองเสื่อมของชาวจีนที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขตชนบท พบความชุกของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 9.85 และพบว่าชาวจีนที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทมีภาวะสมองเสื่อมมากกว่าคนที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง

สำหรับความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุของการศึกษานี้เปรียบเทียบกับการศึกษาข้างต้น พบว่ามีความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุแตกต่างกัน (ร้อยละ 21.1) โดยพบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี พ.ศ.2557 (เดือนเพ็ญ ศิลปะอนันต์, 2557) และการศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมของชาวจีนที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขตชนบท (Jia, et al., 2014) พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมน้อยกว่าการศึกษานี้ ทั้งนี้อาจเกิดจากความแตกต่างของการค้นหาจากการตั้งรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล การลงพื้นที่ในชุมชน บริบทของชุมชนและกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลอรัญ พิมพ์ อำเภอบรรพบุรี นครราชสีมา (สายสุนีย์ เลิศกระโทก, สุธรรม นันทมณฑลชัย และศุภชัย ปิติกุลตั้ง, 2556) แต่การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง (ขวัญเรือน กำวิทู, 2556) พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมมากกว่าการศึกษานี้ แต่การศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดอุบลราชธานี (ณัฏฐา ตระการจันทร์ และคณะ, 2557) พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมใกล้เคียงกับการศึกษานี้ เช่นเดียวกับการศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประเทศเกาหลีใต้ (Moon-Doo Kim, et al., 2012)

จากการศึกษาและสำรวจความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุพบว่ามีความแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจมีผลจากระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล พื้นที่ในการสำรวจ ลักษณะทางภูมิศาสตร์ บริบท ความแตกต่างของผู้สูงอายุ ลักษณะชุมชน ลักษณะประชากร การดำเนินชีวิต สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ และสังคม การเลือกใช้เครื่องมือในการคัดกรองสมรรถภาพของสมองที่ต่างกัน ซึ่งที่นิยมใช้ได้แก่ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination; TMSE) และคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยเครื่องมือคัดกรอง Modified IQCODE ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของความชุก

ของการเกิดภาวะสมองเสื่อมจึงมีความหลากหลายของอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 398 คน พบผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ โดยการสัมภาษณ์ พบผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมจำนวน 84 คน สามารถอภิปรายแยกตามปัจจัยที่ศึกษาได้ ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ของผู้สูงอายุ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน

1.1 เพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 3 เท่า สอดคล้องกับจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพศหญิงในประเทศไทย แต่พบว่า วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของเพศกับภาวะสมองเสื่อม พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี (วนาพร หลอยกร, 2542) การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง (ขวัญเรือน กำวิตุ, 2556) และการศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลอรพิมพ์ อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครราชสีมา (สายสุนีย์ เลิศกระโทก, สุธรรม นันทมงคลชัย และศุภชัย ปิตกุลตัง, 2556) ซึ่งพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

1.2 อายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 44.0 ซึ่งสอดคล้องกับจำนวนประชากรผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในประเทศไทย แต่การศึกษาค้นคว้าพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง (ขวัญเรือน กำวิตุ, 2556) แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมส่วนมาก ซึ่งงานวิจัยส่วนใหญ่จะพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม และยิ่งอายุมากขึ้นจะพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากขึ้นด้วย (อรพินธุ์ โสวัณณะ, 2541; วนาพร หลอยกร, 2542; ชุติมา สืบวงสลิ, 2544; กฤตอร เหล่าอินทร์ และรณชกาญจน์ ประกอบบุญญะศิริ, 2551; บุชบา คำสวน, 2554; สายสุนีย์ เลิศกระโทก, สุธรรม นันทมงคลชัย และศุภชัย ปิตกุลตัง, 2556; เตือนเพ็ญ ศิลปะอนันต์, 2557; นิตยา จันทบุตร และคณะ, 2557) แต่จากการพิจารณาความไม่สอดคล้องพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่อายุ 70-79 ปี รองลงมาคือ 60-69 ปี และพบน้อยเมื่ออายุ 80-89 ปี จึงทำให้อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในงานวิจัยครั้งนี้

1.3 เชื้อชาติ ศาสนา กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 100 เชื้อชาติไทย และร้อยละ 97.6 นับถือศาสนาพุทธ ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้

1.4 สถานภาพสมรส พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (คู่) ร้อยละ 47.6 จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า สถานภาพไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง (ขวัญเรือน กำวิตุ, 2556) งานวิจัยความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับ

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลอรพิมพ์ อำเภอบึงบอระเพ็ด จังหวัดนครราชสีมา (สายสุนีย์ เลิศกระโทก, สุธรรม นันทมงคลชัย และศุภชัย ปิตกุลตั้ง, 2556) และการศึกษาอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี พ.ศ. 2557 (เดือนเพ็ญ ศิลปะอนันต์, 2557) เนื่องจากสถานภาพของผู้สูงอายุไม่สามารถระบุความสัมพันธ์ของสถานภาพของผู้สูงอายุได้

1.5 ระดับการศึกษา จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมา คือ ไม่ได้รับการศึกษา มัธยมศึกษา และปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี และพบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยส่วนใหญ่ที่พบว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา หรือมีระดับการศึกษาต่ำมีแนวโน้มจะเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงกว่า (อรพินธุ์ โสวัณณะ, 2541; วนาพร หลอยกร, 2542; ชุตินา สืบวงศลี, 2544; กฤตอร เหล่าอินทร์ และรณชกาญจน์ ประกอบบุญญะศิริ, 2551; ขวัญเรือน ก้าววิตุ, 2556; สายสุนีย์ เลิศกระโทก, สุธรรม นันทมงคลชัย และศุภชัย ปิตกุลตั้ง, 2556; เดือนเพ็ญ ศิลปะอนันต์, 2557; นิตยา จันทบุตร และคณะ, 2557) เนื่องจากการศึกษาทำให้สมองได้เกิดการคิด การเรียนรู้ การวิเคราะห์ เชื่อมโยงหลักการและเหตุผล สมองได้รับการกระตุ้น ผูกพันให้เกิดการคิด การแก้ปัญหา สถานการณ์ การคิดบ่อยๆ ทำให้สมองมีการพัฒนา เพิ่มการสื่อและประสานงานในระบบประสาทเนื้อสมอง ทำให้สมองมีกลไกในกระบวนการคิด สมรรถภาพที่ใช้งานในการนึกคิด ความจำดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา ทำให้ชะลอเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ดี (ชุตินา สืบวงศลี, 2544; สิริธร ฉันทศิริกาญจน, 2551; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556)

1.6 อาชีพก่อนเกษียณอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่ก่อนเกษียณอายุมีอาชีพรับจ้าง รองลงมาคือ ค้าขายและแม่บ้าน ซึ่งพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี พ.ศ. 2557 (เดือนเพ็ญ ศิลปะอนันต์, 2557) และงานวิจัยความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลอรพิมพ์ อำเภอบึงบอระเพ็ด จังหวัดนครราชสีมา (สายสุนีย์ เลิศกระโทก สุธรรม นันทมงคลชัย และศุภชัย ปิตกุลตั้ง, 2556) ที่พบว่าอาชีพก่อนเกษียณอายุไม่มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายในการประกอบอาชีพก่อนเกษียณอายุ เป็นผลจากลักษณะของชุมชน ที่เป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีการย้ายถิ่นฐาน ทำให้ลักษณะการประกอบอาชีพแตกต่างกัน

1.7 อาชีพหลังเกษียณอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่หลังเกษียณอายุ ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 59.5 และยังประกอบอาชีพร้อยละ 40.5 และผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่าอาชีพหลังเกษียณอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาคุณลักษณะบางประการที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ตำบลป่าอ้อ อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี (กฤตอร เหล่าอินทร์ และรณชกาญจน์ ประกอบบุญญะศิริ, 2551) พบว่าอาชีพและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีผลทำให้เกิดอาการและอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อมน้อยลง เนื่องจากเซลล์สมองและสมองยังมีการกระบวนการคิด การเรียนรู้ ความจำ การแก้ปัญหา แต่ถ้าสมองไม่ได้ใช้งาน เซลล์สมองจะเกิดการฝ่อและไม่มีการส่งสารอย่างต่อเนื่อง เกิดเซลล์สมองตายในที่สุด (สิริธร ฉันทศิริกาญจน, 2551; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556)

1.8 รายได้ของผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 0-1,000 บาท ร้อยละ 44.0 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า รายได้ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาคุณลักษณะบางประการที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ตำบลป้าอ อำเภอลานสกา จังหวัดอุทัยธานี (กฤตอร เหล่าอินทร์ และรณชกาญจน์ ประกอบธัญญะศิริ, 2551) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี (วนาพร หลอยกร, 2542) และการสำรวจภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ (ชุติมา สืบวงศ์ลี, 2544) ที่พบว่าผู้ที่มีเศรษฐกิจที่ต่ำหรือมีรายได้น้อย มาจากผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือมีระดับการศึกษาต่ำ มีผลต่อการประกอบอาชีพ และรายได้ของผู้สูงอายุที่จะมีรายได้น้อย ส่งผลต่อการใช้สมองของผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการฝึกฝนและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เมื่อประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้นพบว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมสูงกว่า

1.9 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานในระดับมาก ร้อยละ 94.0 ระดับปานกลางและระดับน้อย ร้อยละ 4.8 และ 1.2 ตามลำดับ และพบว่าระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี (วนาพร หลอยกร, 2542) การศึกษาความชุกของภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อม และปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุตำบลน้ำร้อน อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ (บุษบา คำสวน, 2554) และการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง (ขวัญเรือน ก้าววิฑู, 2556) พบว่าระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานเป็นการช่วยเหลือตัวเองในการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น การกิน การเดิน การเคลื่อนที่ การอาบน้ำ และการแต่งกาย เป็นต้น โดยกระบวนการกระทำดังกล่าวต้องใช้สมองในการกระตุ้นความคิด การวิเคราะห์ และการสั่งการให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ แต่ถ้าบุคคลไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองเบื้องต้นได้อาจเกิดจากสภาพสมองที่มีความผิดปกติ (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556)

2. ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 77.4 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 22.6 โดยมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยร้อยละ 15.5 ระดับปานกลาง ร้อยละ 7.1 และพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเทศบาลเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม (เหลียง โกหลง, 2552) เนื่องจากภาวะซึมเศร้าทำให้บุคคลมีพฤติกรรมแยกตัวออกจากสังคม การใช้กระบวนการคิดไปในทางลบ หดหู่กำลังใจ สิ้นหวัง กระบวนการคิดทำให้สมองไม่เกิดการกระตุ้นในการเรียนรู้ ไม่ได้ฝึกฝน หรือพัฒนาสมอง ในระยะเวลาหนึ่งทำให้สมองไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ จึงแสดงอาการของภาวะสมองเสื่อมได้มากที่สุด (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2551)

3. ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ การเจ็บป่วยและโรคประจำตัว ยาประจำตัว ประวัติบุคคลในครอบครัวมีโรคทางสมอง

3.1 การเจ็บป่วยและโรคประจำตัว ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัวร้อยละ 85.7 ไม่มีการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัวร้อยละ 14.3 โดยพบว่าโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 64.3 รองลงมา ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคข้อและกระดูก และโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 35.7, 33.3, 16.7 และ 9.5 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุษบา คำสวน (2554) ศึกษาความชุกของภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อม และปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุตำบลน้ำริด อำเภอนองม่วงโขง จังหวัดแพร่ พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนมากมีโรคประจำตัว และโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดทำให้ความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดแดงลดลง อาจก่อให้เกิดภาวะเส้นเลือดในสมองตีบและแตกได้ รวมทั้งการที่เลือดไปเลี้ยงสมองลดลงอาจเป็นสาเหตุของการที่เซลล์สมองและเนื้อสมองเกิดการสับฝ่อและเนื้อสมองตาย ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมในที่สุด (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556) นอกจากนี้ ภาวะไขมันในเลือดสูงและโรคเบาหวาน เป็นโรคที่ส่งผลหลอดเลือดแดงทำงานได้ไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้เช่นกัน (สถาบันประสาทวิทยา, 2551; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556) ส่วนโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคที่ทำให้เกิดภาวะเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ไม่เพียงพอ ซึ่งรวมถึงสมองด้วย จึงอาจทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมเช่นเดียวกัน (สถาบันประสาทวิทยา, 2551) แต่จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การเจ็บป่วยและโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาของสายสุนีย์ เลิศกระโทก, สุธรรม นันทมงคลชัย และศุภชัย ปิตกุลตั้ง (2556) และการศึกษาของนิตยา จันทบุตร และคณะ (2557) เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนมากมักมีโรคประจำตัวหรืออาการเจ็บป่วยตามการเปลี่ยนแปลงของการเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งไม่มีข้อมูลยืนยันได้ว่าผู้สูงอายุทุกคนที่มีโรคประจำตัวหรือการเจ็บป่วยต้องมีภาวะสมองเสื่อมทุกราย

3.2 ยาประจำตัว จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มียาประจำตัวร้อยละ 79.8 และไม่มียาประจำตัวร้อยละ 20.2 ยาประจำตัวที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด ได้แก่ ยาลดความดันโลหิตร้อยละ 60.7 รองลงมา ได้แก่ ยาลดไขมัน ยาเบาหวาน และยาแก้ปวด สอดคล้องกับการศึกษาของบุษบา คำสวน (2554) ศึกษาความชุกของภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อม และปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุตำบลน้ำริด อำเภอนองม่วงโขง จังหวัดแพร่ พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนมากมีพฤติกรรมการใช้ยาประจำตัวที่พบมากที่สุด ได้แก่ ยาความดันโลหิต ยาไขมันในเลือด ยาเบาหวาน และยากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งการได้รับยากลุ่ม ลดความดันโลหิต (Antihypertensive drugs) ยากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular drugs) ยารักษาโรคทางจิต (Anticholinergic drugs) จะมีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (สถาบันประสาทวิทยา, 2551; ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556) แต่จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่า ยาประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อาจเกิดจากส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมียาประจำตัวแต่ไม่พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับยาประจำตัวต้องมีภาวะสมองเสื่อมทุกราย

3.3 ประวัติบุคคลในครอบครัวมีโรคทางสมอง จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวมีโรคทางสมองร้อยละ 95.2 และพบกลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติ

บุคคลในครอบครัวมีโรคทางสมองร้อยละ 4.8 โดยโรคอัลไซเมอร์เป็นโรคที่พบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 3.6 รองลงมาคือโรคพาร์กินสันร้อยละ 1.2 จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ประวัติบุคคลในครอบครัวมีโรคทางสมองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง (ขวัญเรือน กำวิทู, 2556) เนื่องจากการรายงานการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ที่พบความผิดปกติของยีนและโครโมโซมคู่ที่ 1 และ 14 (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2548) ส่งผลต่อการส่งต่อรหัสพันธุกรรมที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมแก่บุคคลในครอบครัวได้มากกว่าบุคคลทั่วไป

4. ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้ยาและสารเสพติด และการออกกำลังกาย

4.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดีร้อยละ 67.9 ระดับปานกลางร้อยละ 32.1 และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าพฤติกรรมการบริโภคไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ แต่จากการศึกษาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุพบว่า การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง อาหารหวานจัด เค็มจัด ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวานและโรคหัวใจและหลอดเลือดจะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ (สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

4.2 การสูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสมองเสื่อมยังสูบบุหรี่อยู่ร้อยละ 5.9 เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 15.5 และไม่เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 78.6 สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญเรือน กำวิทู (2556) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ แต่จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ แม้ว่าการสูบบุหรี่จะไม่มีผลต่อหลอดเลือดในสมอง ทำให้ผนังหลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น แข็งตัว และไม่สามารถบีบตัวเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ โดยเฉพาะเซลล์สมอง การขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นเวลานานจะส่งผลให้เซลล์สมองฝ่อและเซลล์สมองตายได้ ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้มากกว่าเช่นกัน (สถาบันประสาทวิทยา, 2551; ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556)

4.3 การดื่มสุรา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 82.1 เคยดื่มร้อยละ 16.7 และยังดื่มอยู่ร้อยละ 1.2 สอดคล้องกับงานวิจัยของชุตินา สืบวงศ์ลี (2544) และบุษบา คำสวน (2554) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ แต่การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ แต่จากการรายงานการศึกษาพบว่าแอลกอฮอล์เป็นสารพิษที่มีผลต่อการทำงานของสมองและระบบประสาท สารพิษสามารถทำลายเซลล์สมอง ทำให้สมองไม่สามารถสั่งการและขัดขวางกระบวนการเรียนรู้ การนึกคิดได้ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อมได้ (สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

4.4 การใช้ยาและสารเสพติด ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยใช้ยาและสารเสพติดเลยร้อยละ 75.0 เคยใช้ยาและสารเสพติดร้อยละ 20.2 และ

ยังใช้ยาและสารเสพติดอยู่ร้อยละ 4.8 จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าการใช้ยาและสารเสพติดไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ แต่จากรายงานการศึกษาพบว่ายาและสารเสพติดถ้าใช้ในขนาดสูงเกินไปหรือมีการสะสมในร่างกายเป็นระยะเวลานาน อาจทำให้สารเหล่านั้นขัดขวางการทำงานของเซลล์สมอง มีผลต่อพฤติกรรม บุคลิกภาพ การแสดงออกของบุคคลเปลี่ยนแปลงไป (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2548)

4.5 การออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ออกกำลังกายร้อยละ 79.8 และไม่ออกกำลังกายเลยร้อยละ 20.2 สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าการออกกำลังกายไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ แตกต่างจากการศึกษาของสายสุนีย์ เลิศกระโทก, สุธรรม นันทมงคลชัย และศุภชัย ปิติกุลตั้ง (2556) ที่พบว่าการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และจากการผลการรายงานพบว่าการออกกำลังกายจะทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดดีขึ้น เลือดจะสามารถไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายได้มากขึ้น รวมทั้งเซลล์สมองเมื่อมีเลือดมาเลี้ยงอย่างเพียงพอจะส่งผลให้สมองสามารถสั่งการใช้กระบวนการคิด การเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556)

การจัดทำคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จากการศึกษาครั้งนี้ได้นำผลการศึกษาจัดทำคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยจัดอบรมให้ความรู้ให้แก่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุจำนวน 50 คน ซึ่งก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะเข้าร่วมการอบรม ได้มีการประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง จากแบบทดสอบความรู้ทั้งหมด 20 ข้อ (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) เป็นแบบทดสอบเลือกตอบถูกหรือผิด ซึ่งจากการศึกษาพบว่าแบบทดสอบที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุควรเป็นแบบทดสอบที่สามารถตอบได้ง่ายๆ ไม่ยุ่งยาก หรือซับซ้อนเกินไป เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุมีอาการสับสน เป็นผลต่อคะแนนประเมินของผู้สูงอายุ หลังทำแบบทดสอบพบว่าคะแนนความรู้ก่อนเข้าอบรมความรู้จากคู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมฯ เท่ากับ 11.52 คะแนน

หลังจากนั้นได้ทำการอบรมความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกันและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยทีมผู้วิจัยใช้เวลาในการอบรม 3 ชั่วโมง โดยการอบรมมีกิจกรรมการให้ความรู้ การออกกำลังกาย การสาธิตการบริหารสมองตามคู่มือที่จัดทำขึ้น รวมทั้งแจกคู่มือความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกันและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้แก่กลุ่มตัวอย่าง หลังการอบรมได้ประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง จากแบบทดสอบความรู้ (ชุดเดียวกับแบบทดสอบก่อนเข้าอบรม) โดยพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้หลังให้ความรู้จากคู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมฯ ทันทีเท่ากับ 15.06 คะแนน และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเพิ่มขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 คะแนน ร้อยละ 88 มีคะแนนเท่าเดิม ร้อยละ 10 และได้คะแนนน้อยลง ร้อยละ 2 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการเข้าร่วมอบรมความรู้จากคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถเรียนรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ดี การประเมินความรู้ก่อนและ

หลังเข้าร่วมอบรมทำให้สามารถประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมได้ โดยกิจกรรมของการอบรมเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ทำให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ ได้ฝึกฝน มีการพัฒนาสมอง และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ผลของการอบรมนอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมแล้ว ยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาทักษะด้านการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม การส่งเสริมการมองเห็นคุณค่าในตนเอง การพัฒนาทักษะด้านการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และนำความรู้ประโยชน์ที่ได้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน รวมทั้งนำความรู้ที่ได้ไปเผยแพร่ให้บุคคลใกล้ชิด ครอบครัว และชุมชนได้ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนได้

ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้

1. การรวบรวมข้อมูล เนื่องจากใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลนาน ทำให้อาจเกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล เนื่องจากการเข้าสำรวจสภาพชุมชนเมืองเป็นชุมชนที่เข้าถึงได้ยากกว่าชุมชนบท
2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นเครื่องมือที่ต้องใช้ทีมผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยที่ต้องได้รับการอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือโดยเฉพาะ เนื่องจากเครื่องมือบางส่วนต้องทำความเข้าใจก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง และชุดเครื่องมือต้องใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45-60 นาที ต่อ 1 ฉบับ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การศึกษาครั้งนี้มีการสำรวจข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุได้บางส่วน ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขในชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข สามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน การนำข้อมูลและผลการศึกษเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไปค้นหาปัญหา การจัดการดูแลและป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชน โดยบุคลากรสาธารณสุขสามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุในชุมชนอื่นๆ ทั้งการคัดกรอง การวางแผนจัดกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน เพื่อส่งเสริมด้านการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้ โดยเน้นการส่งเสริมภาวะสุขภาพ การป้องกันโรคเบื้องต้นเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมในประชากรผู้สูงอายุ
2. การนำผลการศึกษาไปใช้ในการเรียนการสอน เนื่องจากพื้นที่ชุมชนเขตบางพลัด เป็นชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตความรับผิดชอบในด้านการบริการสุขภาพของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ดังนั้นข้อมูลจากการศึกษาสามารถนำมาบูรณาการใช้ในกระบวนการเรียนการสอน การนำผลการศึกษามาเป็นกรณีศึกษาให้เกิดการเรียนรู้ ถึงกระบวนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวม
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เช่น องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ศูนย์บริการสาธารณสุข สามารถนำรูปแบบการสำรวจชุมชน และเครื่องมือไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับแต่ละชุมชน และนำผลที่ได้มาศึกษาเปรียบเทียบเพื่อนำมาวางแผนและจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับ

ชุมชน และการจัดบริการเพื่อการส่งเสริมและป้องกันโรคสมองเสื่อมในระยะยาว เพื่อให้เกิดกลไกการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

4. หน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง และสนใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ สามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำนโยบายการดูแลและป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในอนาคต เนื่องจากใน ปี พ.ศ. 2564 สังคมไทยกำลังจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ นโยบายที่มุ่งเน้นการดูแลตนเอง และลดภาวะการพึ่งพาผู้อื่นของผู้สูงอายุ จึงควรเริ่มพัฒนาและจัดทำแผนไว้ล่วงหน้า เพื่อรองรับสถานการณ์ดังกล่าวในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การสำรวจสภาพชุมชนเมืองต้องใช้เวลามากกว่าชุมชนชนบท เนื่องจากชุมชนเมืองเป็นชุมชนที่เข้าถึงได้ยากและมีข้อจำกัดมาก การสำรวจและรวบรวมข้อมูลจึงควรมีการประสานความร่วมมือกับเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้เกิดการสำรวจชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถนำข้อมูลจากการสำรวจชุมชนมาเป็นข้อมูลพื้นฐานของชุมชนได้อีกด้วย

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นเครื่องมือที่มีลักษณะเฉพาะ ผู้ที่เก็บรวบรวมข้อมูลจึงต้องได้รับการอบรมการใช้เครื่องมือ มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเครื่องมือ และมีทักษะในการสื่อสารกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ เพื่อที่จะสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างถูกต้องและแม่นยำ

3. การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่อื่นๆ เพื่อเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างของแต่ละชุมชน จากการสำรวจระดับจุลภาค ไปสู่ระดับมหภาค และสามารถค้นหาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมของประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยได้ในที่สุด หรือสามารถนำมาเป็นตัวแทนประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยที่น่าเชื่อถือได้

4. การพัฒนาแบบประเมินเพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากการใช้แบบประเมินและคัดกรองในประเทศไทยมีความหลากหลาย และมีการพัฒนาเครื่องมือให้เหมาะสมกับประชากรผู้สูงอายุไทยที่ไม่ได้รับการศึกษาและในผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ เช่น อ่านออก-เขียนได้ แต่ตามองไม่เห็น หรือมองเห็น อ่านออก-เขียนได้ แต่อัมพาตครึ่งซีก เป็นต้น

5. การนำคู่มือเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมาพัฒนาให้เหมาะสมกับชุมชนผู้สูงอายุในชุมชนอื่นๆ การเผยแพร่ความรู้และพัฒนาคู่มือเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

6. การนำข้อมูลจากคู่มือเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมาพัฒนาให้เป็นสื่อสารสนเทศที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายในสถานการณ์และสังคมที่มีเทคโนโลยีในการสื่อสารที่ทันสมัย เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงและสามารถนำไปใช้ได้อย่างรวดเร็ว

บรรณานุกรม

บรรณานุกรมภาษาไทย

- กัมมันต์ พันธุมจินดา. (2543). *สมองเสื่อม โรคหรือวัย*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: คบไฟ.
- กฤตอร เหล่าอินทร์, และรณชกาญจน์ ประกอบปัญญาศิริ. (2551). *คุณลักษณะบางประการที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ตำบลป่าอ้อ อำเภอลานสกก จังหวัดอุทัยธานี*. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง หลักสูตรปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธรรณสุขศาสตรมหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ขวัญเรือน กำวิตุ. (2556). *ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธรรณสุขศาสตร), สาขาวิชาโรคติดเชื่อและวิทยาการระบาด มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น. (2542). *แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พ.ศ.2542*. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตรผู้สูงอายุ. กรมการแพทย. กระทรวงสาธรรณสุข.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2548). *ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ*. เอกสารคำสอนรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุชั้นสูง 1. คณะพยาบาลศาสตร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เฉลิมชาติ วรรณพฤษ. (2543). *วิธีการดูแลรักษาผู้สูงอายุสมองเสื่อม*. กรุงเทพฯ: กองอายุรกรรมโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.
- ชุติมา ทองวชิระ. (2553). *ผลของการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชุติมา สืบวงศ์ลี. (2544). *การสำรวจภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณัชชา ตระการจันทร์, และคณะ. (2557). *ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดอุบลราชธานี*. สืบค้นจาก http://nursemis.rtu.ac.th/sub/re_detail.php?id_reseatch=85 สืบค้นเมื่อวันที่ 25 สิงหาคม 2558.
- เดชา ปิยะวัฒน์กุล. (2543). *แนวทางการจัดการภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ*. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 15(2), 91-96.
- เดือนเพ็ญ ศิลปะอนันต์. (2557). *การศึกษาอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี พ.ศ. 2557*. *วารสารการแพทยและสาธรรณสุขเขต* 4. สืบค้นจาก file:///C:/Users/asus/Downloads/30764-41162-1-PB%20(2).pdf สืบค้นเมื่อวันที่ 25 สิงหาคม 2558.

- นงลักษณ์ คำบัวตอง. (2553). *วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- นภาพร ฤทธิ์วีรกุล. (2548). *ปัจจัยที่ทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา.*
- นิตยา จันทบุตร และคณะ. (2557). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ. สืบค้นจาก http://nursemis.rtu.ac.th/sub/re_detail.php?id_research=87 สืบค้นเมื่อวันที่ 25 สิงหาคม 2558.*
- บุษบา คำสวน. (2554). *ความชุกของภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อม และปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ตำบลน้ำริด อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่. รายงานการค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- ประคอง กรรณสูตร. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*
- ประเสริฐ อัสสันตชัย (บรรณาธิการ). (2556). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน (พิมพ์ครั้งที่4). กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอช.*
- วนาพร หลอยกร. (2542). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา.*
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2556). *การป้องกัน การประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.*
- ศิริพันธุ์ สาสตัย์. (2551). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัทเอกทิฟ พรินท์ จำกัด.*
- สถาบันประสาทวิทยา. (2551). *แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 2 พ.ศ. 2551 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.*
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2556). *สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล. นครปฐม: มปป.*
- สิรินทร ฉั่นศิริกาญจน. (2543). *สมองเสื่อมได้อย่างไร. หมอชาวบ้าน, 21(250), 9-15.*
- สิรินทร ฉั่นศิริกาญจน. (2548). *ภาวะสมองเสื่อม. ตำราเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.*
- สิรินทร ฉั่นศิริกาญจน. (2551). *คู่มือยัดอายุสมอง (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดยูเคชั่น.*
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- สายสุนีย์ เลิศกระโทก, สุธรรม นันทมงคลชัย, และศุภชัย ปิตกุลตั้ง. (2556). *ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลอร*

- พิมพ์ อำเภอบุรี จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 43(1), 42-54.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2550). ข้อมูลปี พ.ศ.2503-2543 คำนวณจากสำมะโนประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2503-2533 สำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลปี 2553-2573 การคาดประมาณประชากรของไทย 2543-2573. สืบค้นจาก <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=139> สืบค้นเมื่อวันที่ 12 กันยายน พ.ศ. 2557.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). *สำมะโนประชากรและเคหะ 2553*. สืบค้นจาก http://popcensus.nso.go.th/table_stat.php?t=t1&yr=2553 สืบค้นเมื่อวันที่ 12 กันยายน พ.ศ. 2557
- เหลียง โกหลง. (2552). *ความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเทศบาลเมือง จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน (นานาชาติ) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรพินญา ไกรฤทธิ์ และสิรินทร ฉันทศิริกาญจน. (2550). *ภาวะสมองเสื่อมมหันตภัยใกล้ตัว. สุขภาพคนไทย 2550: หอมกลิ่นลำดวนเตรียมพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- อรพินธุ์ โสวัณณะ. (2541). *ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ : ในชนบท 3 จังหวัดภาคเหนือ*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาการระบาด, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

บรรณานุกรมภาษาต่างประเทศ

- Alzheimer's Association. (2010). 2010 Alzheimer's Disease Facts and Figures. *Alzheimer's & Dementia*, Volume 6. Retrieved from www.alz.org/documents_custom/report_alzfactsfigures2010.pdf
- American Psychiatric Association. (1995). *American Psychiatric Association diagnostic and statistic manual of mental disorder fourth edition (DSM-IV)*. Washington DC.
- Arslantas, D., Ozbabalik, D., Metintas, S., Ozkan, S., Kalyoncu, C., Ozdemir, G., & Arslantas, A. (2009). Prevalence of dementia and associated risk factors in Middle Anatolia, Turkey. *Journal of Clinical Neuroscience*, 16(11), 1455-1459.
- Azad, N. A., Al Bugami, M., & Loy-English, I. (2007). Gender differences in dementia risk factors. *Gender Medicine*, 4(2), 120-129.
- Burns, A., O'Brien, J., and Ames, D. (2005). *Dementia* (3rd ed). UK.: Edward Arnold Ltd.

- Catindig, J.-A. S., Venketasubramanian, N., Ikram, M. K., & Chen, C. (2012). Epidemiology of dementia in Asia: Insights on prevalence, trends and novel risk factors. *Journal of the Neurological Sciences*, 321(1–2), 11-16.
- Dettmore, D., Kolanowski, A., & Boustani, M. (2009). Aggression in Persons with Dementia: Use of Nursing Theory to Guide Clinical Practice. *Geriatric Nursing*, 30(1), 8-17.
- Ebersole, P., Hess, P., and Luggen, S. A. (2004). *Toward Healthy Aging* (6th ed). USA: Mosby.
- Fimkel, S. L. (2001). Behavioral and psychological symptom of dementia : A current focus of clinician, research, and caregivers. *Journal of clinical Psychiatry*, 62, 3-6.
- Guterman, E. M., et al. (1999). Cost of Alzheimer's disease and related dementia in managed-medicare. *Journal of the Americans Geriatric Society*, 47, 1065-1070.
- Jia, J., et al. (2014). The prevalence of dementia in urban and rural areas of China. *Alzheimer's & Dementia*, 10(1), 1-9.
- Moon-Doo Kim, et al. (2012). Prevalence of dementia and its correlate among participants in the National Early Dementia Detection Program during 2006-2009. *Psychiatry Investig*, 9(2): 134-142.
- Mitty, E., & Flores, S. (2007). Assisted Living Nursing Practice: The Language of Dementia: Theories and Interventions. *Geriatric Nursing*, 28(5), 283-288.
- Munden, J., and Goldberg, E. K. (2003). *Elder Care Strategies Expert Care Plan for Older Adults*. USA.
- Patterson, C., Feightner, J., Garcia, A., & MacKnight, C. (2007). General risk factors for dementia: A systematic evidence review. *Alzheimer's & Dementia*, 3(4), 341-347.
- Qizilbash, N., et al. (2002). *Evidence-based Dementia Practice*. USA: Blackwell.
- Wangtongkum, S. (2006). P1-172: The prevalence of dementia in Chiangmai, Thailand (age 45 years and above). *Alzheimer's & Dementia*, 2(3, Supplement), S146. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jalz.2006.05.548>
- World Health Organization. (2004). *Aging And Health*. Available from: <http://www.who.int/hpr/aging>.
- World Health Organization. (2008). *Ageing and Life Course Family and Community Health*. Retrieved from: http://www.who.int/ageing/about/ageing_life_cours
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introduction analysis* (2nd ed). New York: Harper & Row.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพก่อนและหลังเกษียณอายุ รายได้ การเจ็บป่วยและโรคประจำตัว ยาประจำตัว ประวัติบุคคลในครอบครัวมีโรคสมองเสื่อม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การใช้จ่ายและสารเสพติด ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมข้อความ จำนวน 17 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบประเมินภาวะด้านจิตใจ ได้แก่ แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai geriatric Depression scale : TGDS) โดยเป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (Train The Brain Forum Thailand) ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตรประเมินแบบถูกผิด (0,1) ทั้งหมด 30 ข้อ

ตอนที่ 3 เครื่องมือประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ (Barthel activity of daily Index : ADL index) โดยเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ มีทั้งหมด 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination : MMSE-Thai Version 2002) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ประกอบไปด้วยการประเมิน 6 ด้าน คือ การรับรู้เวลา/สถานที่ การจดจำ ความตั้งใจ การคำนวณ การใช้ภาษา และการระลึกได้ มีทั้งหมด 11 ข้อคำถาม

ส่วนที่ 3 คู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

10. การเจ็บป่วยและโรคประจำตัว

() ไม่มี

() มี ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() ความดันโลหิตสูง

() โรคเบาหวาน

() โรคไขมันในเลือดสูง

() โรคหัวใจและหลอดเลือด

() โรคหลอดเลือดสมอง

() โรคติดเชื้อทางสมอง

() อุบัติเหตุกระทบกระเทือนสมอง

() โรคข้อและกระดูก

() อัมพฤกษ์ อัมพาต

() โรคต่อมไทรอยด์

() โรคไต

() โรคทางจิตเวช

() โรคอื่นๆ ระบุ.....

11. ยาประจำตัว

() ไม่มี

() มี ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() ยาบำรุง/วิตามิน ได้แก่.....

() ยาลดความดันโลหิต ได้แก่.....

() ยาเบาหวาน ได้แก่

() ยาลดไขมัน ได้แก่.....

() ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ได้แก่.....

() ยาแก้ปวด ได้แก่

() ยาแก้อักเสบ ได้แก่.....

() ยาโรคไต ได้แก่.....

() ยานอนหลับ ได้แก่.....

() ยาจิตเวช ได้แก่.....

() ยาอื่นๆ ระบุ.....

12. ประวัติบุคคลในครอบครัวมีโรคทางสมอง

() ไม่มี

() มี ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() โรคอัลไซเมอร์

() โรคพาร์กินสัน

() โรคปัญญาอ่อน

() อื่นๆ ระบุ.....

13. พฤติกรรมการบริโภค

ประเภทอาหาร	รับประทาน ทุกวัน	3-5 วัน /สัปดาห์	1-2 วัน /สัปดาห์	1-2 วัน /เดือน	ไม่รับประทาน
ไข่ไก่ ไข่เป็ด					
นม น้ำเต้าหู้					
เผือก มัน แป้ง					
ข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง					
ถั่วต่างๆ ธัญพืชต่างๆ					
เนื้ปลา					
เนื้อหมู หรือเนื้อวัวติดมัน					
อาหารกะทิ					
อาหารทอดน้ำมัน					
ผักและผลไม้					
ชา/กาแฟ/เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน					

14. การสูบบุหรี่

- () ไม่สูบ
- () เคยสูบ เลิกมา.....ปี
สูบนาน.....ปี
ปริมาณ () 1-10 มวน /วัน
() 11-20 มวน /วัน
() 21 มวนขึ้นไป /วัน
- () สูบ สูบนาน.....ปี
ปริมาณ () 1-10 มวน /วัน
() 11-20 มวน /วัน
() 21 มวนขึ้นไป /วัน

15. การดื่มสุรา เบียร์ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- () ไม่ดื่ม
- () เคยดื่ม เลิกมา.....ปี
ดื่มนาน.....ปี
ปริมาณ () 1 ถัง /ครั้ง
() 1 แบน /ครั้ง
() 1 กลม /ครั้ง
() มากกว่า 1 กลม /ครั้ง
- ความถี่ () เดือนละ 1-2 วัน
() สัปดาห์ละ 1-2 วัน
() สัปดาห์ละ 3-5 วัน
() ทุกวัน

() ต้ม ต้มมานาน.....ปี

ปริมาณ () 1 ก้อน / ครั้ง

() 1 แบน / ครั้ง

() 1 กลม / ครั้ง

() มากกว่า 1 กลม / ครั้ง

ความถี่ () เดือนละ 1-2 วัน

() สัปดาห์ละ 1-2 วัน

() สัปดาห์ละ 3-5 วัน

() ทุกวัน

16. การใช้ยาและสารเสพติด

() ไม่ใช้

() เคยใช้

() ใช้

ถ้า “ใช้” หรือ “เคยใช้” ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() ยานอนหลับ

() ยาคลายเครียด

() ยาขยัน/ยาบ้า

() ใบกระท่อม/ฝิ่น/กัญชา

() อื่นๆ ระบุ.....

17. การออกกำลังกาย () ไม่ออกกำลังกาย

() ออกกำลังกาย

ชนิด () วิ่งเหยาะๆ

() เดินเร็ว

() แอโรบิค

() รำไม้พลอง

() อื่นๆ ระบุ.....

ความถี่ () ทุกวัน

() 3-5 วัน / สัปดาห์

() 1-2 วัน / สัปดาห์

() 1-2 วัน / เดือน

() อื่นๆ ระบุ.....

ระยะเวลา () 15-30 นาที / ครั้ง

() 30-60 นาที / ครั้ง

() มากกว่า 60 นาที / ครั้ง

() อื่นๆ ระบุ.....

ตอนที่ 2 แบบประเมินภาวะด้านจิตใจ

แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale) ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง

คำชี้แจง ผู้วิจัยอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียด และให้ผู้สูงอายุประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยขีด ✓ ในช่องให้ตรงกับคำว่า “ใช่” และ “ไม่ใช่” ตามความรู้สึกของผู้สูงอายุ

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1	คุณพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ในตอนนี้		
2	คุณไม่อยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ		
3	คุณรู้สึกชีวิตของคุณในช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร		
4	คุณรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ		
5	คุณหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า		
6	คุณมีเรื่องกังวลตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้		
7	ส่วนใหญ่แล้วคุณรู้สึกอารมณ์ดี		
8	คุณรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับคุณ		
9	ส่วนใหญ่คุณรู้สึกมีความสุข		
10	บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกไม่มีที่พึ่ง		
11	คุณรู้สึกกระวนกระวาย กระสับกระส่ายบ่อยๆ		
12	คุณชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน		
13	บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า		
14	คุณคิดว่าความจำของคุณไม่ดีเท่าคนอื่น		
15	การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบัน เป็นเรื่องน่ายินดี		
16	คุณรู้สึกหมดกำลังใจ หรือเศร้าใจบ่อยๆ		
17	คุณรู้สึกว่าชีวิตคุณไม่ค่อยมีคุณค่า		
18	คุณรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา		
19	คุณรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีเรื่องน่าสนุกอีกมาก		
20	คุณรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นอะไรใหม่ๆ		
21	คุณรู้สึกกระตือรือร้น		
22	คุณรู้สึกสิ้นหวัง		
23	คุณคิดว่าคนอื่นดีกว่าคุณ		
24	คุณอารมณ์เสียง่ายกับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ อยู่เสมอ		
25	คุณรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยๆ		
26	คุณมีความตั้งใจในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดไม่นาน		
27	คุณรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า		
28	คุณไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น		
29	คุณตัดสินใจอะไรได้เร็ว		
30	คุณมีจิตใจสบาย แจ่มใสเหมือนก่อน		
รวม			

ตอนที่ 3 แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ (Barthel activity of daily Index : ADL index)

คำชี้แจง ผู้วิจัยประเมินผู้สูงอายุ โดยการสอบถามรายละเอียดเป็นรายข้อจากผู้สูงอายุหรือญาติ โดยขีด ✓ ในช่องให้ตรงกับความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

กิจกรรม	คะแนน
1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า) ☐ 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ ☐ 1. ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า ☐ 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้ปกติ	
2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชม.ที่ผ่านมา) ☐ 0. ความต้องการความช่วยเหลือ ☐ 1. ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) ☐ 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น ☐ 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรง หรือคนที่มีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คน พยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ ☐ 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนช่วย ดูแลเพื่อความปลอดภัย ☐ 3. ทำเองได้	
4. Toilet use (ใช้ห้องสุขา) ☐ 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ ☐ 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตนเองได้หลังเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง ☐ 2. ช่วยเหลือตนเองได้ดี ขึ้นนั่งชักโครกได้เอง ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย	
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้อง หรือบ้าน) ☐ 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ ☐ 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุม หรือประตูได้ ☐ 2. เดินหรือเคลื่อนที่ได้โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย ☐ 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	
6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) ☐ 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยเหลือตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย ☐ 1. ช่วยเหลือตัวเองได้รวบร้อยละ 50 ☐ 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป รวมทั้งใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมได้)	
7. Stair (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) ☐ 0. ไม่สามารถทำได้	

☐ 1. ต้องการคนช่วย ☐ 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)	
8. Bathing (การอาบน้ำ) ☐ 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ ☐ 1. อาบน้ำได้เอง	
9. Bowel (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) ☐ 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ ☐ 1. กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) ☐ 2. กลั่นได้ปกติ	
10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) ☐ 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ☐ 1. กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า วันละ 1 ครั้ง) ☐ 2. กลั่นได้ปกติ	
รวม	

เลขที่แบบประเมิน.....

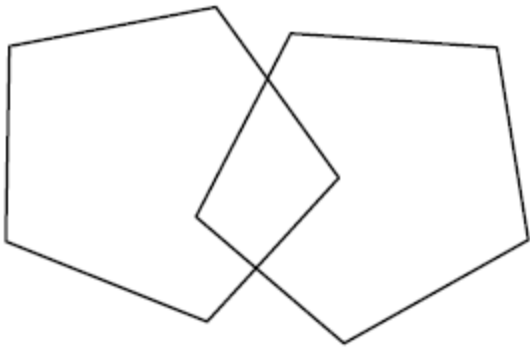
ส่วนที่ 2

แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย

(Mini-Mental State Examination : MMSE-Thai Version 2002)

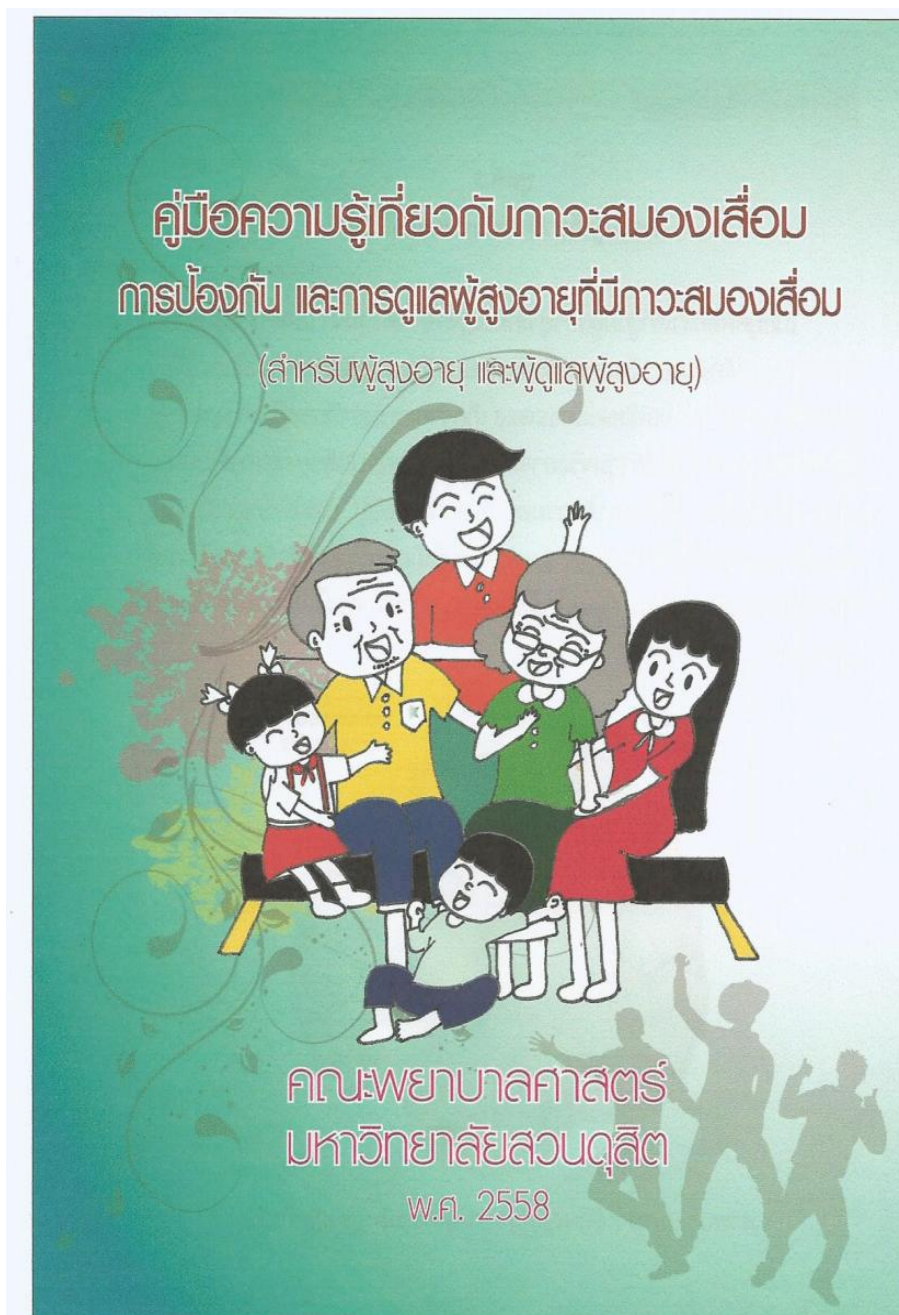
คำชี้แจง แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้นของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ชุดนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุและกรอกข้อมูลลงในช่องว่างให้ตรงตามความเป็นจริงของผู้สูงอายุ

แบบทดสอบ	บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง	คะแนน
1. Orientation for time (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)		
1.1 วันนี้วันที่เท่าไร		
1.2 วันนี้วันอะไร		
1.3 เดือนนี้เดือนอะไร		
1.4 ปีนี้ ปีอะไร (พ.ศ.อะไร)		
1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร		
2. Orientation for place (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)		
2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ.....ชื่อว่าอะไร		
2.2 ขณะนี้อยู่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร		
2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ-เขตอะไร		
2.4 ที่นี้ จังหวัดอะไร		
2.5 ที่นี้ภาคอะไร		
3. Registration (3 คะแนน) ต่อไปนี้เป็นการทดสอบความจำ ดิฉันจะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา,ยาย,...) ตั้งใจฟังให้ดีนะคะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อดิฉันพูดจบ ให้คุณ (ตา,ยาย,...) พูดทบทวนตามที่ได้ยินให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดี เดี่ยวดิฉันจะถามซ้ำ (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน) * การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป ☐ ดอกไม้ ☐ แม่น้ำ ☐ รถไฟ		
4. Attention/Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง) ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิของคุณ (ตา,ยาย...) คิดเลขในใจเป็นไหม? ถ้าตอบคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2		
4.1 "ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อย ๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไร บอกรมา"		
บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1,2, หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2		
4.2 "ดิฉันจะสะกดคำว่า มะนาว ให้คุณ (ตา,ยาย...) ฟังแล้วให้คุณ (ตา,ยาย...) สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่า มะนาว สะกดว่า มอ้า-สระอะ-นอนู-สระอา-วอแหวน ไหนคุณ (ตา,ยาย...) สะกดถอยหลัง ให้ฟังซิ"	 ว า น อะ ม	
5. Recall (3 คะแนน)		

"เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง" (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)		
☐ ดอกไม้ ☐ แม่น้ำ ☐ รถไฟ		
6. Naming (2 คะแนน)		
6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า "ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร"		
6.2 ชี้นำพิกาะข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า "ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร"		
7. Repetition (1 คะแนน)		
"ตั้งใจฟังดิฉัน เมื่อดิฉันพูดข้อความนี้ แล้วให้คุณ (ตา,ยาย...) พูดตาม ดิฉันจะบอกทีหลัง"		
"ใครใคร่ขายไก่ไข่"		
8. Verbal command (3 คะแนน)		
"ฟังดี ๆ นะ เดี่ยวดิฉันจะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ (ตา, ยาย...) -รับด้วยมือขวา -พับครึ่งกระดาษ -แล้ววางไว้ที่....."(พื้น, โต๊ะ, เติง) ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ		
☐ รับด้วยมือขวา ☐ พับครึ่ง ☐ วางไว้ที่		
9. Written command (1 คะแนน)		
ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา,ยาย...) อ่านแล้วทำตาม คุณ (ตา,ยาย...) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้		
ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า "หลับตา"		
10. Writing (1 คะแนน)		
ข้อนี้เป็นคำสั่ง "ให้คุณ (ตา,ยาย...) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่องหรือมีความหมายมา 1 ประโยค"		
☐ ประโยคมีความหมาย		
11.Visuoconstruction (1 คะแนน)		
ข้อนี้เป็นคำสั่ง "จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง" (ในที่ว่างด้านขวาของภาพตัวอย่าง)		
		
	คะแนนเต็ม	30

ส่วนที่ 3

คู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน
และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม



ภาพที่ ก-1 คู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน
และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

สารบัญ

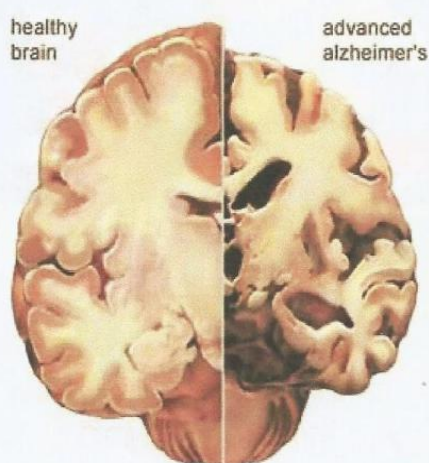
เรื่อง	หน้า
ชุดที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม	3
ภาวะสมองเสื่อมคืออะไร	4
อาการที่ควรสงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม	5
อาการของภาวะสมองเสื่อม	6
ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดสมองเสื่อม	12
การจำแนกระดับความรุนแรงของอาการสมองเสื่อม	17
อาการเตือนของภาวะสมองเสื่อม	23
แนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม	24
ชุดที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	29
ข้อควรปฏิบัติของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	30
ภาวะสมองเสื่อมรักษาหรือป้องกันได้หรือไม่	31
แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	32
อาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม	41
แบบทดสอบสมรรถภาพความจำ	44
การฝึก และบริหารสมอง	45
บรรณานุกรม	48

ภาพที่ ก-1 คู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน
และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (ต่อ)

ชุดที่ 1

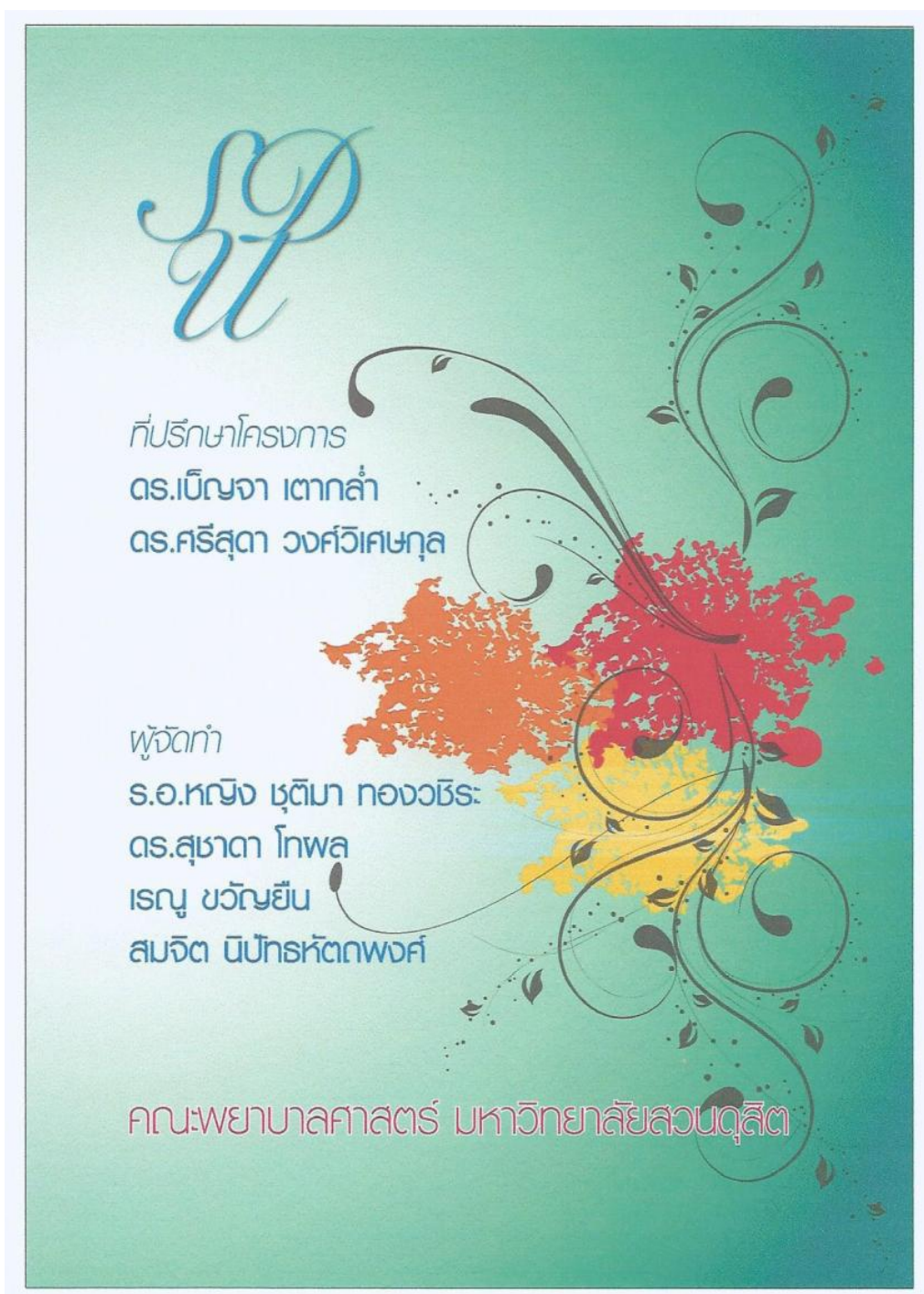
ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

เมื่อบุคคลก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ มักมีปัญหาด้านความจำ และความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ซึ่งบ่อยครั้งที่ญาติของผู้สูงอายุมักเข้าใจว่า ปัญหาเรื่องความจำ และการช่วยเหลือตนเองลดลง เกิดจากธรรมชาติของผู้สูงอายุเอง จึงไม่ได้ปรึกษาแพทย์ ทั้งที่ความจริงอาจเกิดจากความผิดปกติของสมองที่เรียกว่า ภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นญาติควรมองเห็นความสำคัญ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุแก่แพทย์ ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลใกล้ชิด หรือญาติจึงควรให้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือแก่แพทย์



ภาพประกอบ : ลักษณะของสมองที่ปกติ และผิดปกติ

ภาพที่ ก-1 คู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (ต่อ)



ภาพที่ ก-1 คู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน
 และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (ต่อ)

เลขที่แบบสอบถาม |

ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

โครงการวิจัย ความรู้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

และการพัฒนาคู่มือการให้ความรู้ : กรณีศึกษาชุมชนเขตบางพลัด

แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกันและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จากประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด

20 ข้อ คำตอบเป็นแบบ ถูก ผิด

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วพิจารณาว่าข้อความนั้นถูกหรือผิด

- ถ้าข้อความนั้นเป็นข้อความที่ท่านคิดว่าถูกต้อง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในตารางช่องถูก
- ถ้าข้อความนั้นเป็นข้อความที่ท่านคิดว่าผิด ให้ทำเครื่องหมาย ✗ ลงในตารางช่องผิด

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกันและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับ ผู้วิจัย
1	ภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของสมองและการทำงานของสมอง			
2	ภาวะสมองเสื่อมมักพบในทุกลักษณะวัยตั้งแต่ วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ			
3	การเกิดภาวะสมองเสื่อมจะพบมากขึ้นในผู้สูงอายุที่อายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ			
4	ผู้ที่เป็โรคสมองเสื่อมจะต้องมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเท่านั้น			
5	ผู้ที่เป็โรคสมองเสื่อมต้องมึพฤติกรรมการแยกตัว เก็บกดเท่านั้น			
6	การเดินไปเดินมาอย่างไม่มีจุดหมายเป็นอาการอย่างหนึ่งของภาวะสมองเสื่อม			
7	ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนมากเกิดจากโรคทางจิตเภท			
8	โรคสมองเสื่อมไม่สามารถรักษาให้หายได้			
9	ภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคที่ไม่สามารถป้องกันได้ เมื่ออายุมากขึ้นจะมีภาวะสมองเสื่อมทุกคน			
10	การรับประทานอาหารมังสวิรัติ หรืออาหารเจเป็นระยะเวลานาน อาจเป็นปัจจัยให้เกิดโรคสมองเสื่อม			
11	การรับประทานเมล็ดแปะก๊วยจะช่วยรักษาโรคสมองเสื่อมได้			
12	โรคสมองเสื่อมสามารถรักษาได้ด้วยยาผ่าตัด			
13	ผู้สูงอายุที่มีอาการหลงลืม ถือว่าเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นได้ในผู้สูงอายุ			
14	การออกกำลังกายเป็นประจำจะช่วยป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อม			
15	การฝึกคิดเลขบ่อยๆ จะช่วยป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้			
16	การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมควรได้รับการดูแลที่แตกต่างจากผู้สูงอายุปกติ			
17	การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในบ้านบ่อยๆ เป็นการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ดี			
18	การแจ้งหรือการจำกัดพื้นที่ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จะช่วยป้องกันการเกิดอุบัติเหตุได้			
19	ญาติที่จะดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องได้รับการฝึกอบรมจึงจะสามารถดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้			
20	ญาติผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมักมีภาวะเครียดสะสมจากการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นเวลานาน			

ผู้สัมภาษณ์.....

ว/ด/ป.....

ภาพที่ ก-2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ภาคผนวก ข

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับผู้ปกครอง และผู้อยู่ในปกครอง

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย “ความชุก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุและการพัฒนาคู่มือการให้ความรู้ : กรณีศึกษาชุมชนเขตบางพลัด”

ชื่อผู้วิจัย เรืออากาศเอกหญิงชุติมา ทองวชิระ

ที่อยู่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต ถ.สีรินธร แขวงบางบำหรุ เขตบางพลัด กทม. 10700

โทรศัพท์ 02-423-9471 โทรศัพท์มือถือ 092-9195441

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม ตอบแบบสอบถามอะไร เข้าร่วมการฝึกอบรมอะไร เป็นเวลานานเท่าใด จำนวนกี่ครั้ง เจาะเลือด ก็ช้อนชา เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกทำลาย (เช่น จะทำลายแถบบันทึกเสียง จะทำลายเลือดและชิ้นส่วนที่เก็บไว้ศึกษาด้วยก็ได้) ระบุให้ชัดเจน

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ที่มีความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น (ระบุเป็นต้นว่า ไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษา/ ผลต่อการศึกษา/ ผลต่อการเรียน)

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต 295 ถนนนครราชสีมา เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-22445280-2

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....
(เรืออากาศเอกหญิงชุติมา ทองวชิระ)
ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน

หมายเหตุ

การศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี, ผู้ติดเชื้อ HIV, หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, หญิงบริการ แรงงาน
ผิดกฎหมาย หรือการลงนามนั้นอาจทำให้เกิดความเสียหาย/เป็นการเปิดเผยความลับของผู้มีส่วนร่วมในการ
วิจัยเป็นต้น ผู้วิจัยสามารถขอยกเว้นการลงนามได้

ในกรณีที่งานวิจัยที่มีความเสี่ยงน้อย เป็นต้นว่า การวิจัยที่ใช้แบบสอบถามที่ไม่ระบุชื่อผู้ตอบ
แบบสอบถาม, งานวิจัยที่วิเคราะห์จากข้อมูลทุติยภูมิ หรือการศึกษาสังเกตที่ผู้วิจัยไม่สามารถสืบค้นกลับได้ว่า
เป็นบุคคลใด การเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยสามารถขอยกเว้นใบยินยอมได้

อย่างไรก็ตามผู้วิจัยต้องระบุว่ามีการให้ข้อมูลแก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย แม้ว่าจะมีการขอยกเว้น
ใบยินยอมหรือไม่ต้องลงนามในใบยินยอม

มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

ภาพที่ ข-1 หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (ต่อ)

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับผู้ปกครอง และผู้อยู่ในปกครอง

ทำที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้เกี่ยวข้องกับ (โปรดระบุเป็น พ่อ/แม่/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลของ(ชื่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย)) ขอแสดงความยินยอมให้ผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย “ความชุก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุและการพัฒนาคู่มือการให้ความรู้ : กรณีศึกษาชุมชนเขตบางพลัด”

ชื่อผู้วิจัย เรืออากาศเอกหญิงชุติมา ทองวชิระ

ที่อยู่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต ถ.สิรินธร แขวงบางบำหรุ เขตบางพลัด กทม. 10700

โทรศัพท์ 02-423-9471 โทรศัพท์มือถือ 092-9195441

ข้าพเจ้าและผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจให้ผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า เข้าร่วมในการวิจัย และผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ตอบแบบสอบถามอะไร เข้าร่วมการฝึกอบรมอะไร เป็นเวลานานเท่าใด จำนวนกี่ครั้ง จะเหลือด ก็ช้อนชา เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกทำลาย (เช่น จะทำลายแถบบันทึกเสียง จะทำลายเลือด เป็นต้น) หากจะเก็บไว้เพื่อศึกษาต่อก็ต้องระบุให้ชัดเจน

ข้าพเจ้ามีสิทธิให้ผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าหรือเป็นความประสงค์ของผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแล ถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าและตัวข้าพเจ้าทั้งสิ้น (ระบุเป็นต้นว่า ไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษา/ ผลต่อการศึกษา/ ผลต่อการเรียน)

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า ตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลจากการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าและตัวข้าพเจ้า

ภาพที่ ข-2 หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับผู้ปกครอง และผู้อยู่ในปกครอง

หากผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า ไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสาร
ชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต 295 ถนนราชสีมา เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์ 0-22445280-2

ข้าพเจ้าและผู้ที่อยู่ในปกครองเข้าใจข้อความในข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมใน
การวิจัยและหนังสือยินยอมโดยตลอดแล้ว ได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนา
เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอม
ไว้แล้ว

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน

ลงชื่อ.....
(.....)
พ่อ/แม่/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล

หมายเหตุ

ในกรณีที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอายุระหว่าง 8-17 ปี ต้องลงนามให้ความยินยอมร่วมกับบิดา/
มารดาหรือผู้ปกครอง (Assent)

ภาคผนวก ค

ประมวลภาพ

การลงพื้นที่เก็บข้อมูล

และกิจกรรมอบรมผู้สูงอายุ

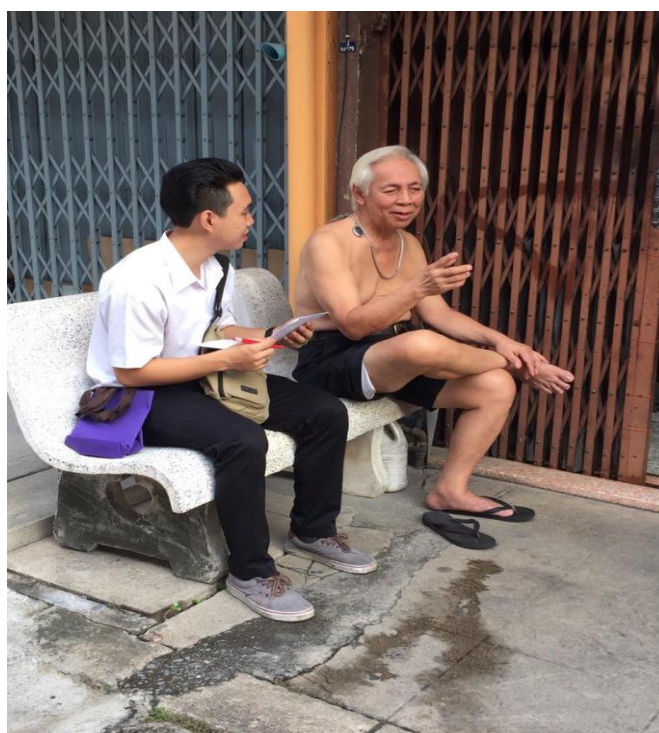
จากคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน

และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ประมวลภาพ
การลงพื้นที่เก็บข้อมูล



ภาพที่ ค-1 ภาพการลงพื้นที่เก็บข้อมูล



ภาพที่ ค-1 ภาพการลงพื้นที่เก็บข้อมูล (ต่อ)



ภาพที่ ค-1 ภาพการลงพื้นที่เก็บข้อมูล (ต่อ)



ภาพที่ ค-1 ภาพการลงพื้นที่เก็บข้อมูล (ต่อ)



ภาพที่ ค-1 ภาพการลงพื้นที่เก็บข้อมูล (ต่อ)

ประมวลภาพ
กิจกรรมอบรมผู้สูงอายุ
จากคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน
และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม



ภาพที่ ค-2 ภาพกิจกรรมอบรมผู้สูงอายุ
จากคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน
และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม



ภาพที่ ค-2 ภาพกิจกรรมอบรมผู้สูงอายุ
จากคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน
และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (ต่อ)



ภาพที่ ค-2 ภาพกิจกรรมอบรมผู้สูงอายุ
จากคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน
และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (ต่อ)



ภาพที่ ค-2 ภาพกิจกรรมอบรมผู้สูงอายุ
จากคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน
และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (ต่อ)



ภาพที่ ค-2 ภาพกิจกรรมอบรมผู้สูงอายุ
จากคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน
และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (ต่อ)



ภาพที่ ค-2 ภาพกิจกรรมอบรมผู้สูงอายุ
จากคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน
และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (ต่อ)

ประวัติผู้เขียนรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

เรืออากาศเอกหญิงชุตินา ทองวชิระ เกิดวันที่ 27 สิงหาคม พ.ศ. 2519 ภูมิลำเนาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี วุฒิการศึกษายาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ1) จากวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ (สมทบมหาวิทยาลัยมหิดล) ปี พ.ศ. 2542 และระดับปริญญาโท วุฒิการศึกษายาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี พ.ศ. 2554 ประสบการณ์การทำงาน ปี พ.ศ. 2542-2554 พยาบาลวิชาชีพ ตำแหน่งนายทหารพยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม ปฏิบัติงานที่หออภิบาลอายุรกรรม (ICU) โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ปี พ.ศ. 2554-2557 ตำแหน่งอาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตรมิชชั่น สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชียแปซิฟิก และปี พ.ศ. 2557-ปัจจุบัน ตำแหน่งอาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต สาขาวิชาที่มีความชำนาญพิเศษ ด้านการใช้ดนตรีบำบัด การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ ผลงานทางวิชาการที่ตีพิมพ์เผยแพร่ ได้แก่ บทความวิชาการเรื่องการจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุ วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2551; ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 หน้า 1-10 (ชุตินา ทองวชิระ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา) และบทความวิจัยเรื่องผลของการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2554; ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม) (ชุตินา ทองวชิระ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา) ได้รับรางวัลผลงานวิจัยดีเด่นประเภทนิสิตมหาบัณฑิต กองทุนรัชดาภิเษกสมโภช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประจำปี 2554 และได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์จากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) อุดหนุนการวิจัยประเภทบัณฑิตศึกษา ปัจจุบันดำรงตำแหน่งอาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต