# ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ เครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

# Prevalence and Factors Associated with Dementia among Elderly People at Muang Phai Community Health Center, Banphai Hospital Network, Khon Kaen Province

(Received: December 9,2024 ; Revised: December 14,2024 ; Accepted: December 15,2024)

**ปรานี แสงคำ**[1]
PRANEE SAENGKUM[1]

## บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านไผ่ เครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านไผ่ จำนวน 208 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ และแบบสัมภาษณ์ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านประชากรและสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเสียงสมองเสื่อม โดยการวิเคราะห์ด้วย p-value, Pearson's Correlation Coefficient และการหาค่าความชุก

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างพบความชุกของภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ร้อยละ 37 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ คือ ปัจจัยด้านประชากรและสังคม ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ (r = .135, .116, .125, .375 และ .203 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ การมีโรคประจำตัว ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการมองเห็น ประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ (r = .128, .297, .258, .115 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 3) ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย (r = .275) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**คำสำคัญ** : ผู้สูงอายุ , ภาวะสมองเสื่อม , ความชุก

## Abstract

A Descriptive Study on the Prevalence and Factors Associated with Dementia Among the Elderly in the Ban Phai Urban Community Health Center, Khon Kaen Province This study is a descriptive research aimed at investigating the prevalence and factors associated with dementia among the elderly in the Ban Phai Urban Community Health Center under the Ban Phai Hospital Network, Khon Kaen Province. The sample consisted of 208 elderly individuals residing within the center's service area, selected using stratified random sampling. The research tools included the Mini-Mental State Examination-Thai 2002 (MMSE-Thai 2002) from the Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, and structured interviews. The interviews covered demographic and social factors, family relationships, participation in social activities, health conditions, and health behavior factors. Data analysis was performed using descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum and maximum values, and inferential statistics to analyze relationships between factors and dementia risk using p-value, Pearson’s correlation coefficient, and prevalence estimation.

Results: The study revealed that 37% of the sample had a risk of dementia. Factors significantly associated with dementia among the elderly included: Demographic and Social Factors: Age, marital status, education level,

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

occupation, and income (r = .135, .116, .125, .375, and .203, respectively).Health Condition Factors: Presence of chronic diseases, hearing ability, vision ability, and history of head injury (r = .128, .297, .258, and .115, respectively).Health Behavior Factors: Exercise (r = .275).All relationships were statistically significant.
**Keywords**: Elderly, Dementia, Prevalence

**บทนำ**

ประเทศไทย ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Age Society) โดยมีประชากรผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20 และคาดว่าในปี พ.ศ.2574 จะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 28[1] จากรายงานสถานการณ์ในประเทศไทยประจำปี 2564 พบว่า มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 13.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.4 ของ ประชากรไทยทั้งหมด และจากแนวโน้มของจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ นั้น ทำให้กลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่ต้องได้รับการดูแลมากขึ้น เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงไปตามความเสื่อมตามวัยทั้งในด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต[1] ในขณะที่สถานการณ์ประชากรของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุ 375,753 คน ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีประชากรสูงอายุมากเป็นอันดับ 2 ของประเทศไทย[3]

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ทั่วโลก ชี้ให้เห็นว่า ภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและเป็นปัญหาของทุกประเทศทั่วโลก ข้อมูลจาก Alzheimer's Disease International รายงานว่า ใน พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยสมองเสื่อมเกือบ 50 ล้านคน[4] ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง และคาดว่าจะมีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 70 ใน ค.ศ. 2050 ปัจจุบันโลกต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมากกว่าปีละ 1.3 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ[5] และจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พบว่า โรคที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ คือ ภาวะสมองเสื่อม จากสถิติของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ในปี 2565 มีจำนวน 770,000 คน หรือประมาณร้อยละ 6 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งประเทศ และพบว่ามีจำนวนมากเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี เฉลี่ยปีละหนึ่งแสนคน[6] โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ความชุกของภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามลำดับ ร้อยละ 7.10 ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 14.70 ในช่วงอายุ 70-79 ปี และร้อยละ 32.50 เมื่ออายุ 80 ปีขึ้นไป[7]

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia หรือ Major neurocognitive disorder) เป็นภาวะที่ประสิทธิภาพการทำงานของสมองลดลง สมองสูญเสียหน้าที่การทำงานในด้านต่างๆ ถือเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยและเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้สูงอายุ[8] มีสาเหตุมาจากความผิดปกติในด้านการทำงานของสมองด้านการคิดและสติปัญญา โดยมีการเสื่อมของความจำเป็นอาการเด่น มีความผิดปกติ ด้านความคิด การตัดสินใจ การเคลื่อนไหวร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมบุคลิกภาพ และอารมณ์ รวมถึงมีความสามารถในการคิดเชิงซ้อน (Abstract thinking) ลดลงจนรบกวนการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดผลเสียต่อการทำงานสังคม และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น[9]

ในปัจจุบันนี้ การวินิจฉัยและรักษาภาวะสมองเสื่อมที่ถูกต้อง ยังเป็นปัญหาของการสาธารณสุขไทย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงการรักษาแพทย์ทั่วไปยังไม่สามารถวินิจฉัยแยกโรคหรือสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมได้อย่างถูกต้อง ซึ่งส่งผลกระทบอย่างมาก ทั้งทางกาย ทางจิตใจ และชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ รวมทั้งภาระในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว การมีความรู้ความเข้าใจในการวินิจฉัยและการดูแลรักษา จะมีส่วนช่วยบรรเทาปัญหาต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[10]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพการสมรส การศึกษา อาชีพ และจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาได้มีการยืนยันว่า ภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มมากขึ้น[11] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lucca U และคณะ[12] ที่พบว่า ภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นตาม

อายุที่เพิ่มขึ้น และจุไรรัตน์ ดวงจันทร์ และคณะ[13] พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม ตลอดจนการศึกษาของ ไอรดา สายปัญญา[1] พบว่า อายุ การศึกษา และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม นอกจากนี้เหตุปัจจัยที่มาส่งเสริม หากสมองเลิกใช้ความคิดหรือได้รับการกระทบกระเทือนก็เป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้สมองเสื่อมเร็วขึ้นนอกจากนี้ปัจจัยในด้านอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ น้ำหนักตัวเกิน การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การขาดสารอาหาร การขาดการออกกำลังกาย โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะดื้ออินซูลิน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ อุบัติเหตุที่ศีรษะ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคซึมศร้า[2] สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤบดินทร์ รอดปั้น และคณะ[9] พบว่า โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม และ วิลาสินี สุราวรรณ์[14] พบว่า ระดับการศึกษา โรคความดันโลหิตสูง และการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม นอกจากนี้ นาเดียร์ มะนิ และคณะ[15] ยังพบว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) นั้น มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม เช่นกัน และจากการศึกษาที่ผ่านมาของ รัตติยา ฤทธิช่วย และคณะ[16]พบว่า ปัญหาการได้ยิน ปัญหาการนอนหลับ ก็ยังมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม

สถานการณ์ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุ 909 คน โดยในเขตศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ **ยังไม่มีการตรวจคัด**กรองสมรรถภาพสมองด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย เนื่องจากผู้สูงอายุทุกคนควรได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมทุกปี ในรายที่ไม่พบภาวะสมองเสื่อม ควรได้รับการฟื้นฟูสมองเพื่อป้องกันตลอดจนการชะลอภาวะสมองเสื่อม สำหรับในรายที่พบภาวะสมองเสื่อม จะได้รับการส่งต่อไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลแม่ข่ายต่อไป นอกจากนี้ยังมีปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ซึ่งไม่ได้ผิดปกติต่อความจำเท่านั้น ยังพบว่า มีปัญหาในด้านพฤติกรรม อารมณ์ จิตใจของผู้ป่วยสมองเสื่อม ก่อให้เกิดความลำบากในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก[17]

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ เครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น โดยผลการวิจัย ครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านภาวะสมองเสื่อม และนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตลอดจนการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ เครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ เครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

**วิธีการศึกษา**

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง ( Cross-sectional analytical study) เพื่อศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ทำการศึกษาตั้งแต่ 1 กันยายน 2567 ถึง 20 พฤศจิกายน 2567

**ประชากร** ประชากรเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ เครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

**กลุ่มตัวอย่าง** ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านไผ่ โดยคำนวณจากสูตรการประเมินค่า สัดส่วนในประชากร กรณีที่ทราบจำนวนประชากร ที่ระดับความคลาดเคลื่อน .05 เพื่อป้องกันการสูญหายของ

ข้อมูลจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 20% จำนวน 208 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ และแบบสัมภาษณ์

**เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)** 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองไผ่ เครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น 3) สามารถตอบแบบสัมภาษณ์และทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมอง (MMSE2000) ได้ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 5) หากผู้เข้าร่วมวิจัย ไม่มี smart phone แต่ต้องการตอบแบบสอบถาม สามารถให้อาสาสมัคร ที่มี smart phone เป็นผู้สอบถามแทนและลงข้อมูลให้ได้ 6) กรณีสุ่มผู้สูงอายุมากกว่า 80 ปี สามารถ ให้ผู้ดูแลช่วยในการตอบคำถามได้

**เกณฑ์คัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)** 1) มีข้อจำกัดในการสื่อสาร เช่น ไม่สามารถพูดได้ หรือไม่ได้ยินเสียง 2) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม หรือมีภาวะซึมเศร้า ผู้ที่มีภาวะติดเตียง

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสอบถามของ ไอรดา สายปัญญา (2565) โดยผู้วิจัยนำมาดัดแปลงให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยด้านประชากรและสังคม**

ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ มีข้อคำถาม 6 ข้อ

**ส่วนที่ 2 สัมพันธภาพในครอบครัว** เป็นแบบสอบถามเพื่อวัดความมีสัมพันธภาพภายในครอบครัว ซึ่งประยุกต์มาจากแบบสอบถามสัมพันธภาพภายในครอบครัว (Family relation scale)

โดยผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสอบถามของไอรดา สายปัญญา[1] โดยผู้วิจัยนำมาดัดแปลงให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีจำนวน 10 ข้อ ซึ่งข้อความเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 2 อันดับ คือ "ใช่" "ไม่ใช่"

ถ้าข้อความที่มีความหมายทางบวก

ถ้าตอบในช่อง "ใช่" ให้ 1 คะแนน

ถ้าตอบในช่อง "ไม่ใช่" ให้ 0 คะแนน

ถ้าข้อความที่มีความหมายทางลบ

ถ้าตอบในช่อง "ใช่" ให้ 0 คะแนน

ถ้าตอบในช่อง "ไม่ใช่" ให้ 1 คะแนน

จัดระดับสัมพันธภาพในครอบครัวออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ Khazanie[18]

การจัดระดับสัมพันธภาพเป็น 3 ระดับ คือ

สัมพันธภาพในครอบครัวระดับน้อย คะแนนอยู่ระหว่าง 0-3

สัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง 4 6

สัมพันธภาพในครอบครัวระดับมาก คะแนนอยู่ระหว่าง 7-10

**ส่วนที่ 3 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม** เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสอบถามของ ไอรดา สายปัญญา[1] โดยผู้วิจัยนำมาดัดแปลงให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีจำนวน 5 ข้อ ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นแบบมาตรฐานส่วนประเมินค่า 3 อันดับ คือ "เป็นประจำ" "บางครั้ง" "ไม่เคย" ความหมายของคำตอบเป็นดังนี้ ถ้าตอบในช่อง "เป็นประจำ" ให้ 2 คะแนน ถ้าตอบในช่อง "บางครั้ง" ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบในช่อง "ไม่เคย" ให้ 0 คะแนน

จัดระดับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ Khazanie[18]การจัดระดับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเป็น 3 ระดับ คือ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมระดับน้อย คะแนนอยู่ระหว่าง 0-3 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมระดับปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง 4-6 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมระดับมาก คะแนนอยู่ระหว่าง 7-10

**ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ**

4.1 ดัชนีมวลกาย โดยสอบถามน้ำหนักและส่วนสูงของผู้สูงอายุ การแปลผล มี 2 แบบ คือ ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ เท่ากับ 1 คะแนน ดัชนีมวลกายไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ เท่ากับ 0 คะแนน

4.2 การมีโรคประจำตัว มีจำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบตัวเลือก 2 ตัวเลือก ได้แก่ มี และ ไม่มี โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่มี เท่ากับ 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีโรค มี เท่ากับ 0 คะแนน หมายถึง มีโรค

4.3 ความสามารถในการได้ยิน มีจำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบตัวเลือก 3 ตัวเลือก ได้แก่ ได้ยินชัดเจน ได้ยินไม่ชัดเจน และไม่ได้ยิน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ได้ยิน เท่ากับ 2 คะแนน ได้ยินไม่ชัดเจน เท่ากับ 1 คะแนน ไม่ได้ยินเท่ากับ 0 คะแนน

4.4 ความสามารถในการมองเห็น มีจำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบตัวเลือก 3 ตัวเลือก ได้แก่ มองเห็นชัดเจน มองเห็นไม่ชัดเจนหรือพร่ามัว และมองไม่เห็น โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ มองเห็นชัดเจน เท่ากับ 2 คะแนน มองเห็นไม่ชัดเจนหรือพร่ามัว เท่ากับ 1 คะแนน มองไม่เห็น เท่ากับ 0 คะแนน

4.5 ประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ มีจำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบตัวเลือก 2 ตัวเลือก ได้แก่ มีประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ และไม่มีประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่เคยบาดเจ็บที่ศีรษะ เท่ากับ 1 คะแนน เคยบาดเจ็บที่ศีรษะ เท่ากับ 0 คะแนน

**ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ** เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ มีจำนวน 6 ข้อ

5.1 บริโภคนิสัยในการรับประทานอาหาร มีจำนวน 1ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบตัวเลือก 3 ตัวเลือก ได้แก่ รับประทานครบ 5 หมู่ทุกวัน รับประทานครบ 5 หมู่ ในบางวัน รับประทานไม่ครบ 5 หมู่เลย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ รับประทานครบ 5 หมู่ทุกวัน เท่ากับ 2 คะแนน รับประทานครบ 5 หมู่ในบางวัน เท่ากับ 1 คะแนน รับประทานไม่ครบ 5 หมู่เลย เท่ากับ 0 คะแนน

5.2 การออกกำลังกาย มีจำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบตัวเลือก 3 ตัวเลือก ได้แก่ 2 3 ครั้งต่อสัปดาห์ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์และไม่ออกกำลังกาย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 2 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เท่ากับ 2 คะแนน 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ เท่ากับ 1 คะแนน ไม่ออกกำลังกาย เท่ากับ 0 คะแนน

5.3 การจัดการความเครียด มีจำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบตัวเลือก 2 ตัวเลือก ได้แก่ ทำและไม่ทำ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ทำ เท่ากับ 1 คะแนน ไม่ทำ เท่ากับ 0 คะแนน

5.4 การสูบบุหรี่ มีจำนวน 1 ข้อ ข้อลักษณะคำตอบเป็นแบบตัวเลือก 4 ตัวเลือก ได้แก่ สูบทุกวัน สูบบางวัน เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว และไม่เคยสูบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่เคยสูบ เท่ากับ 3 คะแนน
เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว เท่ากับ 2 คะแนน สูบบางวัน เท่ากับ 1 คะแนน สูบทุกวัน เท่ากับ 0 คะแนน

5.5 การดื่มสุรา มีจำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบตัวเลือก 4 ตัวเลือก ได้แก่ ดื่มทุกวัน ดื่มบางวัน เคยดื่มแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว และไม่เคยดื่ม โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่เคยดื่ม เท่ากับ 3 คะแนน เคยดื่มแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว เท่ากับ 2 คะแนน ดื่มบางวัน เท่ากับ 1 คะแนน ดื่มทุกวัน เท่ากับ 0 คะแนน

5.6 การตรวจสุขภาพประจำปี มีจำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบตัวเลือก 3 ตัวเลือก ได้แก่ ตรวจทุกปี ตรวจบางปี และไม่เคยตรวจ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ตรวจทุกปี เท่ากับ 2 คะแนน ตรวจบางปีเท่ากับ 1 คะแนน ไม่เคยตรวจ เท่ากับ 0 คะแนน

**ส่วนที่ 6 แบบประเมินภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม** เป็นแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) โดยคะแนนรวมทั้งหมด 30 คะแนน มีจุดตัดคะแนนที่ 23 คะแนน หากผู้สูงอายุได้ระดับคะแนนน้อยกว่า 23 คะแนน แสดงว่า มี

ภาวะสมองเสื่อม เกณฑ์คะแนน ดังนี้ กลุ่มผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนน < 14 จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน กลุ่มผู้สูงอายุปกติที่เรียนระดับประถมศึกษา คะแนน < 17 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน กลุ่มผู้สูงอายุปกติที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา คะแนน < 22 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ดำเนินการโดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการทำงานด้านผู้สูงอายุ ประสาทวิทยาและจิตเวชศาสตร์ เป็นผู้ประเมินความถูกต้อง ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมของเนื้อหา รวมถึงการสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ในส่วนแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย เป็นแบบประเมินในบริบทของผู้สูงอายุไทยที่เป็นมาตรฐาน จึงมิได้นำแบบประเมินนี้ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ตรวจสอบความเชื่อมั่น Reliability นำเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความไว (Sensitivity) ร้อยละ 92.0 ความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 92.6 และ efficiency ร้อยละ 92.4

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการใช้แบบสอบถาม ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 กันยายน 2567 ถึง 20 พฤศจิกายน 2567 โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบออนไลน์ โดยใช้ Google from โดยผู้วิจัยจะอธิบายและทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยจนสิ้นข้อสงสัย จึงลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย และวิธีการเก็บ เครื่องมือแบบ Google form ในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สามารถทำได้เนื่องจากมีอาสาสมัคร(อสม.) ที่ผ่านการฝึกวิธีใช้แบบสอบถามที่ถูกต้อง และมี Smart phone ทุกคน โดยอาสาสมัครเป็นผู้ช่วยในการใช้แบบสอบถาม ผ่านทาง Google form

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้**

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในการอธิบายคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยวิธี Bivariate analysis หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่กำหนด กับการมีภาวะสมองเสื่อมและ ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้ Chi-square และ Multivariable analysis วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analyze) การหาค่าความชุก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้อัตราความชุกที่จุดเวลากำหนด (Point prevalence rate)

**จริยธรรมการวิจัย**

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่โครงการวิจัย REC 037/2567

**ผลการศึกษา**

1. ปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62 มีอายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 57.20 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่โสด ร้อยละ 52.40 ระดับการศึกษา จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 73.10 อาชีพ ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 44.20 และรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 90.90 ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว มีระดับความสัมพันธภาพในครอบครัวระกับมาก ร้อยละ 90.90 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมระดับน้อย ร้อยละ 48.10 มีภาวะสุขภาพในระดับมาก ร้อยละ 66.30 และปัจจัยด้านสุขภาพระดับสูง ร้อยละ 62.00

2. ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ผลการคัดกรองภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านไผ่ เครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 208 คน โดยใช้

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ พบความชุกของภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ร้อยละ 37

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากรและสังคม ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนี้

1) ปัจจัยด้านประชากรและสังคม ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ($r = .135, .116, .125, .375$ และ $.203$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิต

2) ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ การมีโรคประจำตัว ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการมองเห็น ประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ ($r = .128, .297, .258, .115$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3) ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย ($r = .275$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**สรุปและอภิปรายผล**

1. ความชุกของภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านไผ่ เครือข่ายโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบความชุกร้อยละ 37 ซึ่งมีค่าสูงกว่าข้อมูลจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2565 ที่พบว่ามีความชุกร้อยละ 6 ของจำนวนผู้สูงอายุรวมทั้งประเทศ[19] ในจังหวัดหนองบัวลำพู จากการคัดกรองการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ร้อยละ 0.7[1] ซึ่งตรงกันข้ามกับ ในจังหวัดเพชรบุรี ที่พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ร้อยละ 24.35[20] และ ในจังหวัดร้อยเอ็ด ที่พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ร้อยละ 21.71[21] เมื่อพิจารณาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในละแต่ละพื้นที่ จะเห็นได้ว่า มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเกิดจากบริบทของแต่ละจังหวัด หรือความแตกต่างจากลักษณะทางภูมิศาสตร์ โครงสร้างประชากร วิถีการดำเนินชีวิต เศรษฐกิจ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ตลอดจนสภาพแวดล้อม สิ่งเหล่านี้อาจส่งผลให้มีความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุแตกต่างกันไป

2. อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของอายุส่งผลให้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าทุก ๆ ช่วงอายุที่เพิ่มขึ้น 5 ปี และตามทฤษฎีผู้สูงอายุ (Ageing theory) ปัญหาสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเนื่องจากการเสื่อมถอยของการทำงานในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย รวมถึงการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างและหน้าที่ของสมอง ซึ่งส่งผลให้เนื้อสมองหดตัวและขนาดของสมองเล็กลง นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงของโปรตีนที่มีบทบาทสำคัญในการเชื่อมต่อของร่างแหเซลล์ประสาท ซึ่งเป็นกระบวนการที่เรียกว่า Aging Brain หรือสมองของผู้สูงอายุ[22] โดยงานวิจัยของ Prince et al. (2015) ได้ทำการยืนยันว่า ความชุกของภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่อายุเกิน 80 ปี นอกจากนี้ การศึกษาของ Ferri et al.[23] ได้ชี้ให้เห็นว่า ว่า ภาวะสมองเสื่อมมีความชุกสูงในผู้สูงอายุทั่วโลก โดยเฉพาะในผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับอายุเป็นปัจจัยหลักที่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะนี้ สอดคล้องกับ ไอรดา สายปัญญา[1] , จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, ดวงหทัย ยอดทอง, พิศสมร เดชดวง[13]และแวววลี พลเยี่ยม[21] ที่ทำการศึกษา ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3. สถานภาพ มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hakansson et al.[24] พบว่า ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับสถานภาพ

สมรส โดยผู้ที่สมรสหรือมีคู่ครองมักมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมน้อยกว่าผู้ที่เป็นโสด หย่าร้าง หม้าย หรืออาศัยอยู่ตามลำพัง มักมีการรับรู้ทางสมองที่ลดลง เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ การเปลี่ยนแปลงสถานภาพสมรส เช่น การสูญเสียคู่สมรส การเป็นหม้าย หรือการหย่าร้าง รวมถึงการใช้ชีวิตตามลำพัง ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและมีความเสียงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความสามารถด้านการรู้คิด ทำให้ความสามารถในด้านการรู้คิด การเข้าใจเพื่อทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตลดลง และอาจเพิ่มความเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้[25]

4. ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจาก ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำมักมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับสูง ปัจจัยสำคัญที่อาจอธิบายความแตกต่างนี้คือบทบาทของการศึกษาในการพัฒนาทักษะทางปัญญา เช่น การคิดวิเคราะห์ การแก้ปัญหา และการประมวลผลข้อมูล การศึกษาไม่เพียงแค่เพิ่มพูนความรู้เท่านั้น แต่ยังเสริมสร้างความสามารถในการใช้สมองในรูปแบบที่ซับซ้อนและยืดหยุ่น ส่งผลให้เกิด "การสำรองทางปัญญา" (Cognitive Reserve) ซึ่งเป็นทรัพยากรสำคัญที่ช่วยปกป้องสมองจากการเสื่อมถอยตามวัยหรือผลกระทบจากโรค เช่น ภาวะสมองเสื่อม การสำรองทางปัญญานี้ช่วยให้สมองสามารถปรับตัวและชดเชยความเสียหายได้ดีขึ้น ทำให้ผู้ที่มีการศึกษาสูงสามารถต้านทานหรือชะลอการแสดงอาการของภาวะสมองเสื่อมได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า[26] และนอกจากนี้ การศึกษาของ แววลี พลเยี่ยม[21] ยังพบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. อาชีพ มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากการประกอบอาชีพนั้น ส่งผลดีต่อการพัฒนาสมองและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ การทำงานต้องอาศัยการคิดวางแผนอย่างเป็นระบบ รวมถึงการแก้ปัญหาและการวิเคราะห์สถานการณ์ที่ซับซ้อน กระบวนการเหล่านี้ช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองในด้านความคิดความจำ และการตัดสินใจ และการทำงานยังส่งเสริมให้เกิดการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงของความโดดเดี่ยวในสังคม ผู้ที่ประกอบอาชีพยังมีโอกาสเผชิญกับงานที่ท้าทายและซับซ้อนมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างศักยภาพและความแข็งแรงของสมองในระยะยาว[27] นอกจากนี้ ไอรดา สายปัญญา[1] ได้ศึกษา ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมและภาวะความสามารถของสมอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 4 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพ ไม่พบภาวะสมองเสื่อมเลย

6. รายได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากรายได้ที่ต่ำส่งผลกระทบต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ความยากลำบากในการเดินทางและขาดความช่วยเหลือจากผู้ดูแลส่งผลให้การรักษาล่าช้า เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนและลดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว การสนับสนุนด้านเศรษฐกิจและการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเหมาะสมจึงมีความจำเป็นเพื่อลดผลกระทบเชิงลบดังกล่าว นอกจากนี้ Scazufca et al.[28] พบว่า โรคสมองเสื่อมมักเกิดขึ้นในกลุ่มคนที่ไม่รู้หนังสือ คิดเป็นร้อยละร้อยละ 22

7. การมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคสมองเสื่อม อาจเนื่องมาจากโรคเรื้อรังเหล่านี้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อระบบหลอดเลือดและสมอง ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ส่งผลให้สมองเสื่อมลงเรื่อย ๆ โดยเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับความจำและการเรียนรู้[21] สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาศรี ทุมสิงห์, กัญญา จันทร์พล, สดูดี กูห้องไลย[4] พบว่า โรคประจำมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม นอกจากนี้จาก

การศึกษาของ Biessels และ Despa[29] พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น เนื่องจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดีส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อหลอดเลือดสมองและการสะสมของโปรตีนเบต้า-อะไมลอยด์

8. ความสามารถในการได้ยิน มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากการสูญเสียการได้ยินในผู้สูงอายุส่งผลกระทบโดยตรงต่อการสื่อสารและการเข้าสังคม ซึ่งนำไปสู่การขาดการกระตุ้นสมองและการแยกตัวจากสังคม ผลกระทบดังกล่าวไม่เพียงส่งผลต่อสุขภาพจิตแต่ยังเร่งการเสื่อมของสมอง และผู้สูงอายุที่มีปัญหาการได้ยินมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากการขาดปฏิสัมพันธ์และสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นส่วนสำคัญในการป้องกันการเสื่อมถอยของสมอง[1]

9. ความสามารถในการมองเห็น มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากการมองเห็นที่ลดลงในผู้สูงอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากสมองไม่ได้รับการกระตุ้นทางสายตาเพียงพอ ซึ่งอาจเร่งให้สมองเสื่อมสภาพ นอกจากนี้ การมองเห็นที่ไม่ดีส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การหลีกเลี่ยงกิจกรรมทางสังคม การเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ และการออกกำลังกาย ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อความโดดเดี่ยว สุขภาพจิตที่แย่ลง เช่น ความเครียดและซึมเศร้า รวมถึงอาจเกี่ยวข้องกับโรคที่ส่งผลต่อระบบประสาท เช่น โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ งานวิจัยของ Rogers & Langa[29] ยังชี้ให้เห็นว่า การสูญเสียการมองเห็นสัมพันธ์กับการลดลงของความสามารถทางสติปัญญาในผู้สูงอายุ และ สุชาดา วงษ์มาลา[30] พบว่า การสูญเสียการมองเห็นทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

10. ประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากการบาดเจ็บที่สมองอาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพในสมอง เช่น การสะสมของโปรตีนเบต้า-อะไมลอยด์และโปรตีนเทา ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของโรคอัลไซเมอร์[31] นอกจากนี้ การบาดเจ็บที่สมองยังอาจกระตุ้นกระบวนการอักเสบในระบบประสาท ซึ่งส่งผลให้เซลล์ประสาทถูกทำลายและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม[32] สอดคล้องกับการศึกษาของ Fleminger และคณะ[33] พบว่า ผู้ที่มีประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากการบาดเจ็บนั้นรุนแรงหรือเกิดขึ้นหลายครั้ง

11. การออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากการออกกำลังกายเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพสมองและลดความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเผชิญกับการเสื่อมถอยของสมองตามวัย การไม่ออกกำลังกายไม่เพียงแต่เพิ่มโอกาสเกิดโรคเรื้อรัง ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เพิ่มโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงขึ้นถึง 2.95 เท่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการออกกำลังกายช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดและออกซิเจนไปยังสมอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ที่ส่งเสริมการทำงานของเซลล์ประสาท การขาดกิจกรรมทางกายทำให้การไหลเวียนเลือดลดลง ส่งผลให้สมองได้รับออกซิเจนและสารอาหารไม่เพียงพอ อันเป็นสาเหตุหนึ่งของการเสื่อมถอยของสมอง[34] นอกจากนี้การออกกำลังกายมีส่วนช่วยลดการสะสมของโปรตีนเบต้า-อะไมลอยด์ ซึ่งเป็นตัวการสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคอัลไซเมอร์ การไม่ออกกำลังกายเพิ่มความเสี่ยงต่อการสะสมของโปรตีนดังกล่าวในสมอง ทำให้เซลล์ประสาทถูกทำลายเร็วขึ้น[35] สอดคล้องกับการศึกษาของ Erickson et al.[36] พบว่าการออกกำลังกายเพิ่มขนาดของสมองส่วนฮิปโปแคมปัส ซึ่งมีความสำคัญต่อความจำและการเรียนรู้ ผลการศึกษายืนยันว่าการออกกำลังกายช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้

**ข้อเสนอแนะ**

1. การขยายขอบเขตตัวอย่างการศึกษา ศึกษากลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่น พื้นที่ชนบทและเมืองใหญ่ เพื่อเปรียบเทียบผลและเพิ่มความหลากหลายในข้อมูล

2. การใช้เครื่องมือที่หลากหลาย พิจารณาใช้แบบทดสอบหรือเครื่องมือเพิ่มเติมที่สามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อสมองเสื่อมได้ลึกซึ้ง เช่น การทดสอบความสามารถทางปัญญาแบบครบวงจร หรือการตรวจสมองผ่าน MRI

3. การวิเคราะห์เชิงลึก ใช้เทคนิคทางสถิติเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ เช่น การวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis) เพื่อระบุปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อภาวะสมองเสื่อม

4. การศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจลึกซึ้งเกี่ยวกับปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น เหตุผลที่ผู้สูงอายุไม่ออกกำลังกาย หรือการใช้ชีวิตประจำวันที่ส่งผลต่อสุขภาพสมอง

5. การพัฒนาแนวทางป้องกัน พัฒนานโยบายหรือโครงการเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่ลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เช่น การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพสายตา และการลดความเสี่ยงจากโรคเรื้อรัง

6. การศึกษาแนวโน้มระยะยาว ออกแบบการวิจัยเชิงทดลองแบบติดตามผล (Longitudinal Study) เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มและการเปลี่ยนแปลงของภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มตัวอย่างเดิม

7. การศึกษาปัจจัยเชิงจิตวิทยาและสังคม ศึกษาปัจจัยด้านจิตใจและสังคม เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน และความเครียด ซึ่งอาจส่งผลต่อความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม

8. การพัฒนาสื่อความรู้และการเผยแพร่ผลการวิจัย สร้างสื่อหรือโปรแกรมการให้ความรู้แก่ประชาชน โดยใช้ข้อมูลจากการวิจัย เพื่อกระตุ้นความตระหนักและส่งเสริมพฤติกรรมป้องกัน

9. ความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพ ส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างนักวิจัย นักการแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดมุมมองที่หลากหลายในการวิเคราะห์และจัดการปัญหา

10. การนำผลการวิจัยไปใช้ นำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในระดับนโยบาย เช่น การจัดทำแผนสุขภาพผู้สูงอายุระดับจังหวัด หรือการจัดกิจกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในศูนย์ผู้สูงอายุ

## เอกสารอ้างอิง

1. ไอรดา สายปัญญา. (2565). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมและภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ ตำบลนามะเฟือง อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 30(3), 376 – 386.
2. กัลยา มั่นล้วน และคณะ (2565). การเพิ่มความจำเหตุการณ์และลดระดับคอร์ ติซอลในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องโดยใช้โปรแกรมการบริหารนิ้วมือร่วมกับดนตรีบำบัด.วารสารพยาบาลทหารบก, 23(3), 285-295.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ
4. ประภาศรี ทุมสิงห์, กัญญา จันทร์พล, สดูดี กูห้องไลย. (2566). สมรรถภาพสมองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 16(3), 268 – 279.
5. World Health Organization. (2017). Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017-2025. Geneva
6. กรมการแพทย์. (2566). สังคมสูงวัย. https://www.hfocus.org/content/2023/12/29302
7. ชลิต เชาว์วิไลย และคณะ (2565). แนวทางการป้องกันผู้สูงอายุจากภาวะสมองเสื่อม.วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 8(3), 8-15.
8. ภรัญวิทย์ อนันต์ดิลกฤทธิ์. (2564). ภาวะสมองเสื่อม. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 15(37), 392 – 398.
9. นฤบดินทร์ รอดปั้น และคณะ (2567). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 18(2), 459 – 472.

10. อรุณโรจน์ รุ่งเรือง, พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์. (2566). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 17(1), 272 – 287.
11. Griffiths, J., Thaikruea, L., Wongpakaran, N., & Munkhetvit, P. (2020). Prevalence of mild cognitiveimpairment in rural Thai older people, associated risk factors and their cognitive characteristics. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra, 10(1), 38-45
12. Lucca, U., Garri, M., Recchia, A., Logroscino, G., Tiraboschi, P., Franceschi, M., . & Tettamanti, M. (2011). A population-based study of dementia in the oldest old: the Monzino 80-plus study. BMC neurology, 11(1), 54.
13. จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ และคณะ (2563). ความชุกและปัจจัยทำนายภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 3(2), 133 – 148.
14. วิลาสินี สุราวรรณ์. (2560). ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมใน ผู้สูงอายุอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 10(2), 58 – 69.
15. นาเดียร์ มะนิ และคณะ(2567). ปัจจัยเสียงที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข, 2(1), 64 – 78.
16. รัตติยา ฤทธิช่วย และคณะ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้, 13(1), 56 – 64.
17. ชมนาด ศิริรัตน์. (2563). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยสูงอายุที่รับการรักษาในแผนกจิตเวชโรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 17(2), 35 – 47.
18. Khazanie, R. (1996). Statistics in a world of application (4th ed.). Harper Collin College Publishers.
19. อัมพร เบญจพลพิทักษ์. (2566). กรมการแพทย์ห่วง "สังคมสูงวัย" พบ! ผู้สูงอายุป่วยสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นทุกปี.
20. จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, ดวงหทัย ยอดทอง, พิศสมร เดชดวง. (2563). ความชุกและปัจจัยทำนายภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 3(2), 133 – 148.
21. แวววลี พลเยี่ยม. (2567). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนอำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 5(3), 233 – 244.
22. Wahl, D, Solon-Biet, S. M., Coger, V. C, Fontana, L., Simpson, S. J, Le Contour, G., & Ribeiro, R. V. (2019). Aging, lifestyle dementia. Neurobiology of Disease, 130, e104481.
23. Ferri, C. P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., et al. (2005). Global prevalence of dementia: A Delphi consensus study. The Lancet, 366(9503), 2112–2117. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67889-0
24. Hakansson, K., Rovio, S., Helkala, E. L., Vilska, A. R., Winblad, B., Soininen, H., et al. (2009). https://www.hfocus.org/content/2023/12/29302
25. Fan, L. P., Sun, Y., Lee, H. J., Yang, S. C., Chen, T. F., Lin, K., Lin, C. C., et al. (2015). Marital status, lifestyle, and dementia: A nationwide survey in Taiwan. PLoS ONE, 10(9), 1–11..
26. Stern, Y. (2012). Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. The Lancet Neurology, 11(11), 1006–1012.
27. พนม สุขจันทร์, กัษฟาร์ นิยมเดชา, ดีน ศรีชัยสุวรรณ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมใน
28. Rogers, M. A., & Langa, K. M. (2010). Untreated poor vision: A contributing factor to late-life dementia. American Journal of Epidemiology, 171(6), 728–735.
29. Biessels, G. J., & Despa, F. (2018). Cognitive decline and dementia in diabetes mellitus: Mechanisms and clinical implications. Nature Reviews Endocrinology, 14(10), 591–604.
30. สุชาดา วงษ์มาลา. (2561). ความเสี่ยงของการสูญเสียการมองเห็นและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย. วารสารวิจัยสาธารณสุข, 10(2), 87–94.
31. Johnson, V. E., Stewart, W., & Smith, D. H. (2010). Traumatic brain injury and amyloid-β pathology: A link to Alzheimer's disease? Nature Reviews Neuroscience, 11(5), 361–370.

32. Loane, D. J., & Kumar, A. (2016). Microglia in the neuroinflammatory response after traumatic brain injury: Therapeutic targets beyond neuroinflammation. Brain Research, 1640, 61–73.
33. Fleminger, S., Oliver, D. L., Lovestone, S., Rabe-Hesketh, S., & Giora, A. (2003). Head injury as a risk factor for Alzheimer's disease; The evidence 10 years on; A partial replication. JNeurol Neurosurg Psychiatry, 74, pp. 857-862.
34. Colcombe, S., & Kramer, A. F. (2003). Fitness effects on the cognitive function of older adults: A meta-analytic study. Psychological Science, 14(2), 125-130.
35. Cotman, C. W., & Berchtold, N. C. (2002). Exercise: A behavioral intervention to enhance brain health and plasticity. Trends in Neurosciences, 25(6), 295-301.
36. Erickson, K. I., Voss, M. W., Prakash, R. S., Basak, C., Szabo, A., Chaddock, L., ... & Kramer, A. F. (2011). Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. Proceedings of the National Academy of Sciences, 108(7), 3017-3022.