

## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study หรือ Prevalence Study) เพื่อศึกษาความชุกของภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อมในประชากรผู้สูงอายุ ตำบลน้ำรัศ อำเภอนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ จำนวน 479 คน และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ใน กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อม จำนวน 87 คน ระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือนเมษายน - เดือนกันยายน พ.ศ.2554

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE- Thai 2002) ของ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ และแบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.97ความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ ใช้สูตร Kuder-Richardson (KR20) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สรุปผลการศึกษา อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ ดังนี้

#### สรุปผลการศึกษา

##### ข้อมูลทั่วไปของประชากร

ข้อมูลทั่วไปของประชากร ผู้สูงอายุ ตำบลน้ำรัศ ที่ได้รับการคัดภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อมมีจำนวน 479 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.8 เพศชาย ร้อยละ 39.2 ส่วนใหญ่มีอายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 55.9 การศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.4

##### ความชุกของภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อม

จากการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อมในประชากรผู้สูงอายุ ตำบลน้ำรัศ จำนวน 479 คน โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ของสถาบันเวช

ศาสตร์ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบความชุกของภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อม ร้อยละ 18.2

### ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ เป็นลักษณะที่ เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสามารถในการอ่าน - เขียน การศึกษา อาชีพ รายได้ 2) ปัจจัยสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว สัมพันธภาพใน ครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 3) ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน การมีโรคประจำตัว พฤติกรรมและอาการภาวะสมองเสื่อม ประวัติการเจ็บป่วยทางสมอง ประวัติการเป็นโรคทางสมองของครอบครัว และ 4) ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การบริโภค อาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย การใช้ยาและสารเสพติด สรุปผลการศึกษาค้นคว้า ดังนี้

ปัจจัยด้านประชากรพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามในสี่ (ร้อยละ 74.7) เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 70 - 79 ปี ร้อยละ 56.3 สถานภาพสมรสหม้าย ร้อยละ 63.2 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 78.2 มีความสามารถในการอ่าน - เขียนได้เล็กน้อย ร้อยละ 48.3 ปัจจุบัน ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 80.5 ซึ่งแตกต่างจากการประกอบอาชีพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ มีการประกอบอาชีพทั้งหมด โดยมีอาชีพหลักทำนา ร้อยละ 89.7 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 73.6 สถานะ ของรายได้พอใช้ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 51.7

ปัจจัยด้านสังคม ด้านความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว 3 คนขึ้นไป ร้อยละ 60.9 อาศัยอยู่กับบุคคลอื่น ร้อยละ 88.5 โดยอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ญาติสายตรง ร้อยละ 57.5 มีผู้อาศัยอยู่คนเดียว ร้อยละ 11.5 สัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับปาน กลาง ร้อยละ 74.2 โดยมีมากที่สุดในการยอมรับของคนในครอบครัว ร้อยละ 87.6 และมีน้อย ที่สุด ด้านการทำกิจกรรมร่วมกัน ร้อยละ 53.1 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 37.5 โดยเข้าร่วมกิจกรรมน้อยที่สุดในการไปศึกษาดูงานหรือทัศนากับคนในชุมชน ร้อยละ 4.6 มีเพียงการพูดคุย หรือร่วมทำกิจกรรมกับเพื่อนบ้านใกล้เคียง ที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมใน ระดับปานกลาง คือร้อยละ 77.0

ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วย ตนเองทั้งหมด ร้อยละ 70.1 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 62.1 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 32.2 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 17.2 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมและอาการภาวะสมอง

เสื่อม ร้อยละ 58.6 เป็นการหลงผิด ร้อยละ 35.6 และอาการหูแว่ว ร้อยละ 20.7 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางสมอง ร้อยละ 97.7 มีเพียง 2 ราย ที่ได้รับอุบัติเหตุทางสมอง และเส้นเลือดในสมองแตก และญาติสายตรงมีประวัติการเป็นปัญญาอ่อน 3 คน และอัลไซเมอร์ 1 คน

ปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการบริโภคอาหารใน 1 วัน ครบทุกมื้อ ร้อยละ 98.9 และรับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ ร้อยละ 70.1 รับประทานอาหารเช้าที่มีวิตามินบี 3 - 4 วัน/เดือน ร้อยละ 62.1 และไม่เคยรับประทานวิตามินชนิดอื่น ร้อยละ 82.8 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 75.9 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 81.6 ไม่มีการออกกำลังกาย ทั้งในปัจจุบันและก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ร้อยละ 77.0 และ 81.6 ตามลำดับ มีการออกแรงสะสมต่อเนื่องในหนึ่งวัน ร้อยละ 50.6 ไม่ใช้ยาเป็นประจำ ร้อยละ 55.2 โดยในกลุ่มผู้ใช้ยาเป็นประจำใช้ยากลุ่มลดความดันโลหิต ร้อยละ 29.9 ยากลุ่มรักษาเบาหวาน ร้อยละ 14.9

### อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาความชุกภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ตำบลน้ำรัศ อำเภอนองม่วง ไข่ จังหวัดแพร่ ทำการศึกษาความชุกของภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อมในประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 479 คน และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อม จำนวน 87 คน ผู้ศึกษาได้นำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ โดยการอภิปรายผลการศึกษา เรียงลำดับดังนี้

#### ความชุกของภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อม

ผลการศึกษาพบความชุกของภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อม ร้อยละ 18.2 เมื่อเปรียบเทียบกับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่า จากการศึกษาการสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชนชาวไทย ระหว่าง ปี พ.ศ. 255 - 2552 สำรวจตัวอย่างผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 9,210 คน กระจายตามภาคต่างๆ ของประเทศไทย พบความชุกของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 12.3 (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2552) และจากการศึกษาโครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์โดยเปรียบเทียบความสัมพันธ์แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination; TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก, หอผู้ป่วยใน

และผู้สูงอายุในชุมชนใน 5 โรงพยาบาลครอบคลุมทุกภาคของประเทศพบความชุกภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 19.4 (อรรวรรณ์ คูหาและคณะ, 2551) จะเห็นว่าผลการศึกษานี้มีความชุกของภาวะเสี่ยงต่อ สมองเสื่อมของผู้สูงอายุ แตกต่างจากการศึกษาที่กล่าวมา ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเป็นการศึกษาเฉพาะ ในพื้นที่ ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งอาจมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อความชุกตามบริบทของชุมชน

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยที่คัดกรอง โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองไทย (TMSE) ในปีพ.ศ. 2540 พบว่า ความชุกของภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุชุมชนเมืองฉะเชิงเทรามีความชุก ร้อยละ 10.2 (สามารถ นิธินันท์, 2540) ความชุกภาวะ สมองเสื่อมในผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี ในปีพ.ศ. 2542 มีความชุก ร้อยละ 29 (วนาพร หลอยกร, 2542) ความชุกภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร ในปีพ.ศ. 2541 ร้อยละ 27.3 (มาโนช ทับมณี, 2541) ความชุกภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ร้อยละ 24.2 และความชุกภาวะสมองเสื่อมไม่มีความแตกต่างกันระหว่างผู้สูงอายุที่อาศัยในเขต เทศบาลและนอกเขตเทศบาล (ชุตินา สืบวงศ์ลี, 2544)

สำหรับการศึกษาในต่างประเทศ มีการศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมอย่างแพร่หลาย ซึ่งส่วนมากระเบียบวิธีในการศึกษาวิจัยแบบ 2 ขั้นตอน คือ ขั้นแรกเป็นการคัดกรองผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบทดสอบสภาพจิตต่างๆ หลังจากนั้นเป็นการประเมินทางคลินิกและ วินิจฉัยยืนยันโดยจิตแพทย์นักจิตวิทยา ตามเกณฑ์การวินิจฉัยทางคลินิก เช่น DSM-III, ICD-10 ( Cambridge examination for mental disorder of the elderly)( Raj N Kalaria, Gladys E Maestre, et al., 2008) โดยมีรายงานผลการศึกษาคความชุกของภาวะสมองเสื่อมดังนี้ ประเทศจีน ร้อยละ 3.1 (Dong MJ, Peng B, & Lin XT, et al., 2007) ประเทศ เกาหลีใต้ ร้อยละ 10.1 (Shin HY, Chung EK, Rhee JA, et al., 2005) ประเทศ บราซิล ร้อยละ 5.3 (Sczufca M, Menazes PR, Vallada HP, et al., 2008) ประเทศเปรู ร้อยละ 6.7 (Custodio N, Gutierrez C, & Garcia A, 2007)

เมื่อเปรียบเทียบความชุกของภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อมของผู้สูงอายุของการศึกษานี้กับ การศึกษาอื่นที่กล่าวข้างต้นพบว่าผลการศึกษานี้มีความชุกของภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อมของ ผู้สูงอายุ (ร้อยละ 18.2) แตกต่างจากการศึกษาอื่นที่ใช้เครื่องมือในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ชนิดเดียวกันคือใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE- Thai 2002) โดยมีความชุกสูงกว่าการศึกษาการสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชนชาวไทย ระหว่าง ปี พ.ศ. 2550 - 2552 ร้อยละ 12.3 (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2552) และใกล้เคียงกับความชุกของภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุ ร้อยละ 19.4 จากการศึกษานี้ของ อรรวรรณ์ คูหา และคณะ (2551)

อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบความชุกภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อมของผู้สูงอายุของผล การศึกษานี้กับการศึกษาที่ใช้เครื่องมือในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ที่แตกต่างกันคือ

แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination; TMSE) พบว่ามีความชุกภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อมของผู้สูงอายุต่ำกว่ารายงานผลการศึกษารายงานส่วนใหญ่ในประเทศไทย สำหรับการเปรียบเทียบกับผลการศึกษานี้กับรายงานผลการศึกษาในต่างประเทศ ดังกล่าวมาแล้วในข้างต้น คือ ประเทศ จีน เกาหลีใต้ บราซิล และเปรู (Dong MJ, Peng B, & Lin XT, et al., 2007; Shin HY, Chung EK, Rhee JA, et al., 2005; Sczufca M, Menazes PR, Vallada HP, et al., 2008; Custodio N, Gutierrez C, & Garcia A, 2007) พบว่าผลการศึกษานี้มีความชุกภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อมของผู้สูงอายุสูงกว่าเนื่องจากระเบียบวิธีการศึกษาที่การศึกษานี้เป็นการศึกษาขั้นตอนเดียว ที่เป็นเพียงการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่ได้รับการประเมินทางคลินิกและวินิจฉัยยืนยันโดยจิตแพทย์นักจิตวิทยา ตามเกณฑ์การวินิจฉัยทางคลินิก นอกจากนี้บริบทของพื้นที่ในการศึกษาที่แตกต่างกันหรือลักษณะภูมิศาสตร์ของพื้นที่ที่แตกต่างกัน อาจส่งผลให้ความชุกของภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกัน เนื่องจาก ลักษณะของประชากร วิธีการดำเนินชีวิต เศรษฐกิจ สังคม สภาพแวดล้อม การประกอบอาชีพ ฯลฯ (อิงใจ จันทมูล; อังในชุติมา สืบวงศ์ลี, 2544)

### ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE- Thai 2002) ของ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ แล้วพบภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อม จำนวน 87 คน

#### 1. ปัจจัยด้านประชากร

ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสามารถในการอ่าน-เขียน การศึกษา อาชีพ รายได้

จากข้อมูลบริบทของพื้นที่ ตำบลน้ำรัด มีประชากรสูงอายุ ที่ได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อม จำนวน 479 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.8 เป็นเพศชาย ร้อยละ 39.2 มีอายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 55.9 รองลงมา อายุ 70 - 79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 35.1 และ 9.0 ตามลำดับ การศึกษารายงานส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.4 มีสถานภาพสมรสหม้าย ร้อยละ 42.2 ประกอบอาชีพทำนาเป็นอาชีพหลัก (โรงพยาบาลหนองม่วงไข่, 2554) จึงเป็นข้อมูลสำคัญในบริบทของพื้นที่ที่สามารถนำมาอภิปรายผลเชื่อมโยงในปัจจัยด้านประชากร

1.1 เพศ ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่พบภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อม สามในสี่ (ร้อยละ 74.7) เป็นเพศหญิง มีเพียงหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 25.3) เป็นเพศชาย (ตารางที่ 1) สอดคล้องกับรายงานการศึกษาในประเทศไทยที่ระบุว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่

เป็นเพศหญิง (วนาพร หลอยกร; 2542; ชุตติมา สืบวงศ์ลี, 2544; วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2552) และเพศหญิงเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) ซึ่งการที่พบผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อาจเนื่องจากเพศหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสูงกว่าเพศชาย (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) ส่งผลให้โครงสร้างของประชากรผู้สูงอายุพบสัดส่วนผู้สูงอายุเพศหญิงสูงกว่าโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอายุมาก (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) อีกทั้งบริบทของพื้นที่ที่ศึกษาพบสัดส่วนประชากรเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.8 เพศชาย ร้อยละ 39.2 (โรงพยาบาลหนองม่วงไข่, 2554) มีรายงานการศึกษาาระบุว่าการที่เพศหญิงมีอายุยืนยาวจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสมรรถภาพสมองและการทำหน้าที่ของสมองและระบบประสาท (ชุตติมา สืบวงศ์ลี, 2544) น้ำหนักสมองของเพศหญิงจะน้อยกว่าเพศชาย ประมาณ ร้อยละ 9.8 (Rewcastle., Jn Davis & Robetrson, 1991; อ้างในชุตติมา สืบวงศ์ลี, 2544)

1.2 อายุ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่พบภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อม ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุ 70 - 79 ปี ร้อยละ 56.3 (ตารางที่1) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชุตติมา สืบวงศ์ลี (2544) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในช่วงอายุ 70 - 79 ปี มากที่สุด และยังพบว่าในกลุ่มตัวอย่าง อายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 24.1 และอายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 19.6 (ตารางที่1) ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานการศึกษาส่วนใหญ่ในประเทศไทยที่ระบุว่าอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม และ เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นจะพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น (วนาพร หลอยกร, 2542; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542; มาโนช ทับมณี, 2544; ชุตติมา สืบวงศ์ลี, 2544) เนื่องจาก เมื่ออายุมากขึ้น น้ำหนักสมองจะลดลง เนื่องจากการตายและสูญเสียเซลล์ประสาท ปริมาณน้ำภายในเซลล์ลดลงทำให้เกิดช่องในสมอง เซลล์ประสาทนำกระแสประสาทได้ช้าลง ซึ่งส่งผลให้การทำหน้าที่ของสมองเสื่อมลง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลให้มีการเสื่อมลงของสมรรถภาพสติปัญญาในการแก้ปัญหาต่างๆ การเรียนรู้ การจดจำเรื่องราวและการคิดในเชิงนามธรรม โดยจะแสดงให้เห็นชัดเจนหลังอายุ 70 - 75 ปี (ชูศักดิ์ เวชแพศย์; 2538, อ้างในชุตติมา สืบวงศ์ลี, 2544)

1.3 สถานภาพสมรส ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสหม้าย จำนวน 55 คน ร้อยละ 63.2 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 31.0 และโสด ร้อยละ 5.8 (ตารางที่1) สอดคล้องกับการศึกษาของชุตติมา สืบวงศ์ลี (2544) ที่พบว่าผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีสถานภาพอยู่คนเดียว คือโสด หม้ายและ หย่า และการที่ผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่ หรืออาศัยอยู่โดยลำพังไม่มีผู้ดูแล ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น (Scarmas N, Levy G, Tang MX, & Manly J, et al., 2001) จากการสังเกตในช่วงการเก็บข้อมูลในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมอง

เชื่อมพบว่าผู้สูงอายุ ที่เป็นหม้าย แม้ว่าจะอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ญาติพี่น้อง แต่ในช่วงกลางวันจะพบผู้สูงอายุอยู่ดูแลบ้านตามลำพัง เนื่องจากคนในครอบครัวไปทำงานหรือทำกิจกรรมอื่นนอกบ้าน

1.4 การศึกษา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.2 รองลงมาอยู่กลุ่ม ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 16.1 และน้อยที่สุดในกลุ่ม การศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา ร้อยละ 5.7 (ตารางที่1) เมื่อแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามความสามารถในการอ่าน-เขียน พบว่า ส่วนใหญ่สามารถอ่าน - เขียน ได้เล็กน้อย ร้อยละ 48.3 รองลงมาไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ ร้อยละ 37.9 (ตารางที่1)ซึ่งผลการศึกษาไม่แตกต่างจากรายงานการศึกษา ส่วนใหญ่ที่พบว่าผู้ไม่ได้รับการศึกษา หรือมีการศึกษาดำเนินไปไม่มีการเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงกว่า ผู้มีการศึกษาสูง (อภิญา กังเสนารักษ์ และคณะ, 2536; อิงใจ จันทมูล, 2539; อ่างในสุทธิชัย จิตะ พันธุ์กุล และไพบูลย์ สรียวงศ์ไพศาล, 2542) และผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีความชุกภาวะสมองเสื่อมน้อยที่สุด (วนาพร หลอยกร, 2542; ชุตินา สืบวงศ์ลี, 2544; วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2552) นอกจากนี้ความสามารถในการอ่านและเขียน รวมถึงการไม่ได้รับการศึกษาเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้มากขึ้น (Borenstein AR. Copenhaver CL. Mortimer JR., 2006; Raj N Kalaria, Gladys E Maestre, et al.,2008; Maria Cristina, Gereon Nelles, & Ludger Pientka, 2010) เนื่องจากระบบการศึกษาทำให้สมองได้รับการกระตุ้น ฝึกฝนให้คิดแก้ปัญหาที่ซับซ้อนสม่ำเสมอ (วนาพร หลอยกร, 2542) และการศึกษาเป็นวิธีการในการพัฒนาสมองโดยตรง ช่วยเพิ่มกำลังสำรองทางสมอง เพิ่มความหนาแน่นของจุดประสานประสาทในเนื้อเยื่อสมอง ส่งผลให้สมรรถภาพสมองดีขึ้นและทำให้ระยะเวลาในการเริ่มมีอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อมเกิดขึ้นช้า (Katzman , 1993; อ่างในชุตินา สืบวงศ์ลี, 2544)

1.5 อาชีพ ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 70 คน ร้อยละ 80.5 แตกต่างจากอาชีพหลักก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพทั้งหมด โดยมีอาชีพหลักทำนา จำนวน 78 คน ร้อยละ 89.7(ตารางที่1) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชุตินา สืบวงศ์ลี (2544) ระบุว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพในปัจจุบันและ ผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีอาชีพเดิมส่วนใหญ่ทำเกษตรกรรม แสดงถึงอาชีพอาจมีผลต่อภาวะสมองเสื่อม อีกทั้งการศึกษาของอภิญา กังเสนารักษ์และนัยพินิจ คชภักดี (2534; อ่างในวนาพร หลอยกร, 2542) ระบุว่า การประกอบอาชีพมีอิทธิพลกับภาวะสมองเสื่อมโดยผู้ที่มีอาชีพรับราชการมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมน้อยกว่าผู้ที่ทำไร่ ทำนา และผู้ที่รับจ้าง จากการอภิปรายผลจะเห็นได้ว่า ปัจจัยด้านการประกอบอาชีพของผู้สูงอายุตามบริบทของพื้นที่ที่ศึกษา มีอาชีพเดิม ทำนา ทำสวน ทำไร่ รับจ้าง แรงงานด้านเกษตรกรรม มีเพียงส่วนน้อยที่รับราชการหรือค้าขาย ซึ่งการ

ประกอบอาชีพดังกล่าวอาจมีผลเกี่ยวข้องและสืบเนื่องจากการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการประกอบอาชีพโดยตรง

1.6 รายได้ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ น้อยกว่า 2,000 บาท จำนวน 64 คน ร้อยละ 73.6 พอใช้ไม่เหลือเก็บ จำนวน 45 คน ร้อยละ 51.7(ตารางที่ 1) จากการศึกษาของ กัมมันต์ พันธุมจินดา (2540) พบว่า ภาวะสมองเสื่อมมักพบในผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำหรือรายได้ต่ำและรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสมองเสื่อม เมื่อมีรายได้เพิ่มขึ้น คะแนนจากการประเมินภาวะสมองเสื่อมจะสูงขึ้น(วนาพร หลอยกร, 2542) เนื่องจากบริบทของพื้นที่เป็นชุมชนเขตชนบท นอกเขตเทศบาล รายได้ของคนในพื้นที่จึงมาจากการประกอบอาชีพหลัก ได้แก่ ทำนา ทำสวน ทำไร่ และรับจ้าง สอดคล้องกับการศึกษาของชุตินา สืบวงศ์ลี (2544) ที่ระบุว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีแนวโน้มที่จะมีภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าในเขตเทศบาลเนื่องจากการประกอบอาชีพที่แตกต่างกัน

## 2. ปัจจัยด้านสังคม

ปัจจัยสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

2.1 ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว 3 คนขึ้นไป ร้อยละ 60.9 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุคคลอื่น ร้อยละ 88.5 อาศัยอยู่คนเดียว ร้อยละ 11.5 (ตารางที่2) สอดคล้องกับการศึกษาของ วนาพร หลอยกร (2542) ที่ระบุว่า การอยู่อาศัยในครอบครัวขยายไม่ได้เป็นสิ่งยืนยันว่าผู้สูงอายุจะได้รับการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมให้ต้องคิดและแก้ปัญหา หากการอยู่อาศัยกับสมาชิกในครอบครัวโดยไม่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน อยู่แบบต่างคนต่างอยู่ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกความมีคุณค่าในตนเองลดลง และการรับรู้ของคนรุ่นใหม่ในปัจจุบันส่วนใหญ่ได้มาจากสื่อภายนอก ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองขาดความสำคัญ ขาดการยอมรับ การเอาใจใส่จากบุตรหลาน ทำให้ผู้สูงอายุพบกับความโดดเดี่ยว รู้สึกถูกทอดทิ้ง และขาดที่พึ่งทางใจ (ดำรงค์ เบลญจศิริ, 2544)

2.2 สัมพันธภาพในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 74.2 ซึ่งรายงานการศึกษาในต่างประเทศพบว่าการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ดีในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุส่งผลต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อม(Irene Coulson, Rodrigo Marino, & Victor Minichiello, 2001) เมื่อจำแนกรายด้านของสัมพันธภาพครอบครัว พบว่าด้านการยอมรับของคนในครอบครัวและด้านการดูแลเอาใจใส่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 87.6 และ 83.3 (ตารางที่3) โดยการให้ความเคารพนับถือมีคะแนนมากที่สุด

(ร้อยละ 100) (ตารางที่4) สอดคล้องกับการศึกษาของ วราพร หลอยกร (2542) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพครอบครัวในระดับดี ในด้านการให้ความเคารพนับถือต่อผู้สูงอายุ ส่วนในด้านการดูแลเอาใจใส่พบว่าคนในครอบครัวมีการพาผู้สูงอายุไปรักษาเมื่อเจ็บป่วย และการเอาใจใส่ดูแลเมื่อเจ็บป่วย มากที่สุด(ร้อยละ 97.7) (ตารางที่5) แสดงถึงบริบทของชุมชนที่เป็นเขตชนบท บุตร หลาน และคนในครอบครัว ของผู้สูงอายุยังให้ความเคารพนับถือและให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ เฉชา เส็งเมือง (2539; อ่างใน มาศวรี สังข์เรียง, 2552) ระบุว่าพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทผู้สูงอายุยังคงอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ยังคงได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีแม้ว่าจะสูญเสียบทบาทของความเป็นผู้นำครอบครัว และสำหรับด้านการทำกิจกรรมร่วมกันกับคนในครอบครัวพบว่าผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพในครอบครัวต่ำที่สุดในการพาไปร่วมงานหรือกิจกรรมในสังคม (ร้อยละ 6.4 (ตารางที่6) สอดคล้องกับการศึกษาของ วราพร หลอยกร (2542) พบว่า ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพครอบครัวในระดับไม่ดี ในด้านการพาผู้สูงอายุไปเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ

2.3 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 37.5 โดยเฉพาะในด้านการไปศึกษาดูงานหรือทัศนากับคนในชุมชนและการร่วมกิจกรรมของชุมชนที่เป็นทางการ มีการเข้าร่วมน้อยที่สุด ร้อยละ 4.6 และ 24.1ตามลำดับ (ตารางที่7) สอดคล้องกับการศึกษาของ วราพร หลอยกร (2542) ที่พบว่าผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมน้อย คือการไปทัศนากับเพื่อน การร่วมกิจกรรมของชุมชนที่ไม่ใช่ของชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งจากรายงานการศึกษาในต่างประเทศ ระบุว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุสามารถลดความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ (Maria Cristina Polidori, Gereon Nelles, & Ludger Pientka, 2010) และระดับของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Engagement) อาจส่งผลในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม (Jagan A Pillai, Joe Verghes, 2009) นอกจากนี้ยังพบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ระดับการรับรู้ และความจำของผู้สูงอายุสูงขึ้น (Kristin R. Krueger, Robert S. Willson & Julia M. Kamenetsky, et al., 2009) โดยผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นทางสังคมจะทำให้สมองถูกกระตุ้นให้ใช้ความคิดอยู่เสมอ (วราพร หลอยกร, 2542) และการที่ผู้สูงอายุมีเครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคมจะมีผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ (มาศวรี สังข์เรียง, 2552) แต่เป็นที่สังเกตว่า การพูดคุยหรือร่วมทำกิจกรรมกับเพื่อนบ้านใกล้เคียงมีการเข้าร่วมในระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 77.0 (ตารางที่7) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการดำเนินชีวิตและความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุในชนบท มีเงื่อนไขสำคัญคือความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน ผู้สูงอายุจะพบปะกับเพื่อนบ้านที่เป็นวัยใกล้เคียงกัน (ดำรงค์ เบญจศิริ, 2544)

### 3. ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ

ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การมีโรคประจำตัวพฤติกรรม และอาการภาวะสมองเสื่อม ประวัติการเจ็บป่วยทางสมอง และประวัติประวัติการเป็นโรคทางสมองของครอบครัว

3.1 ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด (ตารางที่ 8) สอดคล้องกับการศึกษาของ นานาพร หลอยกร (2542) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่แตกต่างกันทำให้คะแนนภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกัน โดยในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่การประกอบกิจวัตรประจำวันมีความบกพร่อง ทางด้านการเคลื่อนที่ โดยเฉพาะการลุกนั่งจากที่นอน การขึ้นลงบันได 1 ชั้น ซึ่งการที่ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมเนื่องจากขณะที่มนุษย์มีชีวิตอยู่จำเป็นต้องเคลื่อนย้าย เดินไปมา และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งที่อยู่รอบตัวตลอดเวลาทั้งสิ่งแวดล้อม เหตุการณ์ สังคม หรือกิจวัตรประจำวันส่วนตัว ทุกเหตุการณ์ต้องใช้สมองเกี่ยวกับเรื่องความจำ การวิเคราะห์ข้อมูล การตัดสินใจ และการกระทำ สมองจะถูกกระตุ้นให้จำ ให้คิด ให้สั่ง งานตลอดเวลา จนกว่าจะจบกิจวัตรประจำวัน จึงเป็นตัวบ่งชี้ที่ดีที่สุดในการประกอบการวินิจฉัย ติดตามและประเมินความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม (สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

3.2 การมีโรคประจำตัว ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีโรคประจำตัว จำนวน 54 คน ร้อยละ 62.1 และคนที่ไม่มีโรคประจำตัวนั้นบางคนมีหลายโรค (ตารางที่ 8) สอดคล้องกับการศึกษาของชุตินา สืบวงศ์ลี (2544) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพ และมีโรคประจำตัว และในการศึกษานี้พบว่าโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มากที่สุด ร้อยละ 32.2 (ตารางที่ 8) ซึ่งมีรายงานการศึกษาทางการแพทย์ พบว่าความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแดงสมองแตกและตีบ ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง (vascular dementia) (อรรวรรณ์ คูหาและคณะ, 2551) ทั้งนี้เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดที่เลี้ยงสมองเสียความยืดหยุ่นและอาจตีบแคบ ก่อให้เกิดการโป่งพอง เมื่อระดับความดันโลหิตสูงขึ้นอีกและอาจทำให้หลอดเลือดบางส่วนเกิดการแตกได้ (Kaplan, 2002) และยังพบโรคเบาหวาน ในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 17.2 (ตารางที่ 8) ซึ่งการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน หรือมีการควบคุมโรคที่ไม่ดีก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด และมีปัญหาแทรกซ้อนของอวัยวะอื่นๆ ตามมา (พงษ์อมร บุญนาค, 2542) และอาการของหลอดเลือดตีบจะเกิดในอวัยวะส่วนต่างๆหากเกิดที่สมองจะทำให้มีอาการอัมพาต (จิตร จิรรัตน์สถิต และ มุณี แก้วปลั่ง, 2543) โรคเบาหวานจึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมชนิดภาวะสมอง

เสื่อมจากหลอดเลือดสมอง (สถาบันประสาทวิทยา, 2551) อีกทั้งยังพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคหัวใจ และหลอดเลือด ร้อยละ 10.3 (ตารางที่ 8) ซึ่งในผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของระบบหัวใจและหลอดเลือดจึงมีโอกาสเกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ง่าย (จันทนา รณฤทธิชัย, 2545) และโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม(สถาบันประสาทวิทยา, 2551) ซึ่งมีผลทำให้สมองเกิดการขาดเลือดอาจทำให้สมองตายส่งผลต่อการทำงานของสมองทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของ ความจำ สติปัญญา อารมณ์ และพฤติกรรม(วนาพร หลอยกร, 2542) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อม ได้แก่โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบว่าการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง (สถาบันประสาทวิทยา, 2551) ถ้ามีหลอดเลือดตีบมากจะทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆไม่สมบูรณ์ เมื่อสมองขาดเลือดทำให้เนื้อสมองบางส่วนค่อยๆตาย ความสามารถของสมองลดลง บางครั้งการเกิดการตีบตันของเส้นเลือดใหญ่ในสมอง ทำให้ผู้ป่วยแขนขาอ่อนแรง เป็นอัมพาต อัมพฤกษ์ ความรู้สึกรู้สึกลดลง ร่วมกับมีลักษณะสมองเสื่อมซึ่งถือว่าเป็นสมองเสื่อมจากหลอดเลือด (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2548) ส่วนโรคไขมันในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดสูงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง (สถาบันประสาทวิทยา, 2551) ซึ่งไขมันในเลือดสูงเป็นภาวะที่ร่างกายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคภาวะหลอดเลือดแข็ง (atherosclerosis) และทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular diseases) โรคหลอดเลือดสมอง(cerebrovascular disease) และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (peripheralarterial disease) (พึงใจ งามอุโฆษ และคณะ, 2550)

3.3 การมีพฤติกรรมและอาการภาวะสมองเสื่อม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมและอาการภาวะสมองเสื่อม จำนวน 51 คน ร้อยละ 58.6 และในบางคนมีอาการและพฤติกรรมหลายประเภทโดยพฤติกรรมและอาการภาวะสมองเสื่อมที่พบส่วนใหญ่ เป็นการหลงผิด ร้อยละ 35.6 รองลงมาเป็นหูแว่ว ร้อยละ 20.7 และอารมณ์ซึมเศร้า ร้อยละ 19.5 (ตารางที่ 8) การพบพฤติกรรมและอาการเหล่านี้ อาจพบได้ตั้งแต่การเป็นภาวะสมองเสื่อม ระยะแรกหรือระยะเริ่มต้น (ระยะดำเนินโรค 1 - 3 ปี) ผู้ป่วยจะมีความจำบกพร่องจะเห็นได้ชัดที่ความจำระยะสั้น จนถึงการเป็นภาวะสมองเสื่อม ระยะกลาง (ระยะดำเนินโรค 2 - 10 ปี) ช่วงนี้ความจำเลวลง เริ่มจำสิ่งที่ทำไปแล้วไม่ได้ เช่นจำไม่ได้ว่ากินอาหารแล้วหรือยัง หรือวันนี้ขับถ่ายแล้วหรือยัง วางของผิดที่ ของหายเสมอๆ (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2548) ซึ่งภาวะหลงผิด พบได้ร้อยละ 30-50 ของผู้ป่วยสมองเสื่อม (สมจินต์ โจนวัฒนะชัยและสมฤดี เนียมหอม, 2552)

3.4 ประวัติการเจ็บป่วยทางสมองผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีประวัติการเจ็บป่วยทางสมอง 2 ราย ร้อยละ 2.3 (ตารางที่ 8) จากการได้รับอุบัติเหตุทางสมองและเส้นเลือดใน

สมองแตก สอดคล้องกับการได้รับความกระทบกระเทือนเสมอๆที่สมอง มีผลทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้ และการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง (สถาบันประสาทวิทยา, 2551) แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ผู้สูงอายุที่พบภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางสมอง ร้อยละ 97.7 (ตารางที่ 8)

3.5 ประวัติการเป็นโรคทางสมองของครอบครัว ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคนในครอบครัวที่เป็นญาติสายตรง มีประวัติการเป็นโรคทางสมอง จำนวน 4 คน ร้อยละ 4.6 เป็นปัญญาอ่อน จำนวน 3 คน ร้อยละ 3.4 และเป็นอัลไซเมอร์ จำนวน 1 คน ร้อยละ 1.1 (ตารางที่ 8) สอดคล้องกับรายงานการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ ที่พบความผิดปกติของยีนและโครโมโซม คู่ที่ 1 และ 14 (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2543) และปัจจัยทางพันธุกรรมมีส่วนเสริมให้เกิดภาวะสมองเสื่อม ประมาณร้อยละ 31 และร้อยละ 10 - 15 ของผู้ป่วยอัลไซเมอร์ มีประวัติครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน (จารุวรรณ ต.สกุลและเปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย , 2545)

#### 4. ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพได้แก่ การบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย การใช้ยาและสารเสพติด

4.1 การบริโภคอาหาร ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ครบ ทุกมื้อใน 1 วัน จำนวน 86 คน ร้อยละ 98.9 รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ใน 1 วัน จำนวน 61 คน ร้อยละ 70.1 (ตารางที่ 9) โดยปกติผู้สูงอายุแม้ว่าความต้องการปริมาณอาหารลดลง แต่จำเป็นต้องได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอเพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอและสร้างความต้านทานโรค (สุจิตรา ผลประไพ, 2548) ผู้สูงอายุจะมีร่างกายแข็งแรง ควรรับประทานอาหารตามโภชนบัญญัติ ให้ครบ 5 หมู่ และให้หลากหลาย หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง อาหารหวานจัดและเค็มจัด ซึ่งจะช่วยให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน (แสงโสม สีนะวัฒน์ และบุญเย็น วราศรัย, 2548) ซึ่งโรคเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม(สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

4.2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างกว่าสามในสี่ (ร้อยละ 75.9) ไม่สูบบุหรี่และ ร้อยละ 14.9 เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว มีเพียง ร้อยละ 9.2 ที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบันโดยสูบบุหรี่ทุกวันและสูบไม่เกิน 10 มวนใน 1 วัน (ตารางที่ 9) สอดคล้องกับการศึกษาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุของชูดิมา สืบวงศ์ลี (2544) พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ อย่างไรก็ตาม บุหรี่เป็นสิ่งที่เป็อันตรายต่อสุขภาพโดยเฉพาะเซลล์สมอง สารพิษที่เกิดจากการเผาไหม้ของบุหรี่ ทำให้เกิดการระคายเคืองต่ออวัยวะที่สัมผัสและมีฤทธิ์กระตุ้นร่างกายทำให้หัวใจเต้นเร็ว เกิดความดันโลหิตสูงอาจทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว แดก และตีบได้ (วนาพร หลอยกร, 2542)

4.3 พฤติกรรมการดื่มสุรา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 81.6 และร้อยละ 6.9 เคยดื่มแต่ปัจจุบันเลิกดื่มแล้ว มีเพียงร้อยละ 11.5 ที่ยังคงดื่มสุรา โดยดื่มสุราทุกวัน (ตารางที่ 9) สอดคล้องกับการศึกษาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ของชุตินา สืบวงศ์ดี (2544) พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา ซึ่งผลของการดื่มสุรามีผลต่อการทำงานของสมองและระบบประสาท พิษของแอลกอฮอล์ ทำให้สมองเสื่อมเนื่องจากไปทำลายเซลล์สมอง (วนาพร หลอยกร, 2542)

4.4 พฤติกรรมการออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ออกกำลังกาย ทั้งในปัจจุบันและก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุ ร้อยละ 77.0 และ 81.6 ตามลำดับ (ตารางที่ 9) แสดงถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ไม่มีการออกกำลังกาย ซึ่งการออกกำลังกาย มีความสำคัญสำหรับผู้เป็นภาวะสมองเสื่อม จะทำให้คงระยะห่างของข้อ เพิ่มความแข็งแรง ความคงทนของกล้ามเนื้อ เพิ่มความแข็งแรงของระบบไหลเวียนเลือดและพัฒนาการประสานงานของระบบประสาท กล้ามเนื้อและการทรงตัว (สถาบันประสาทวิทยา, 2551) และการออกกำลังกายช่วยให้การทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดมีประสิทธิภาพดีขึ้นด้วย (อภิชาติ สุคนธทรัพย์, 2546) สำหรับการออกกำลังกายต่อเนื่องในวัน มีผู้ใช้แรงและไม่ใช้แรงใกล้เคียงกัน ร้อยละ 50.6 และ 49.4 ตามลำดับ(ตารางที่ 9) โดยมีรายงานการศึกษากล่าวว่าการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบหัวใจและไหลเวียนโลหิต ควรใช้เวลาประมาณ 20 - 60 นาทีต่อเนื่องกัน หรือสามารถออกกำลังกายสะสมช่วงละ 10 นาที วันละ 3 รอบหรือ 15 นาที วันละ 2 รอบ (Murphy MH, Nevill A, Neville C, Biddle S, &Hardman AE.,2002)

4.5 พฤติกรรมการการใช้ยาเป็นประจำ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่ใช้ยาเป็นประจำ จำนวน 48 คน ร้อยละ 55.2 มีผู้ใช้ยาเป็นประจำ จำนวน 39 คน ร้อยละ 44.8 ส่วนใหญ่เป็นยากลุ่มลดความดันโลหิต ร้อยละ 29.9 ยากลุ่มรักษาเบาหวาน ร้อยละ 14.9 และยากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 11.5 นอกจากนี้ ยังมีการใช้ยากลุ่มลดไขมันในเลือด กลุ่มระงับประสาทและยานอนหลับ ยาแก้ปวด (ตารางที่ 9) สอดคล้องกับรายงานการศึกษาทางคลินิกระบุว่า ยาที่ทำให้เกิดผลต่อภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อย คือยากลุ่มลดอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต (Anticholinergic) เช่น Sedative, antihistamines, antispasmodics, tricyclic, tryhexy/phenidyl ยา กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular) ยากลุ่มลดความดันโลหิต (Antihypertensive) ยา

ลุ่มระงับประสาทและยานอนหลับ (sedative-hypnotic) (สถาบันประสาทวิทยา, 2551) เมื่อได้ รับยากันชัก ยานอนหลับ และยากลายเครียด ในขนาดที่สูงเกินไปหรือสะสมอยู่ในร่างกายเป็นระยะเวลา นาน อาจทำให้การทำงานของสมอง ความเฉลียวฉลาด ลักษณะบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2548) และ การใช้สารเสพติดจะทำให้เกิดความจำบกพร่อง (Cognitive impairment) (สถาบันประสาทวิทยา, 2551)

อย่างไรก็ตามสำหรับ ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่มีการรักษาโดยการใช้ยาเพื่อควบคุมให้ระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติ การใช้ยากลุ่มความดันโลหิตและเบาหวานจึงเป็นปัจจัยป้องกันภาวะสมองเสื่อม ทำให้เกิดอาการของสมองเสื่อมช้าลง (พรรณี จันทร์อินทร์, 2547)

### ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการศึกษาไปใช้

การศึกษาความชุกของภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อม และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ตำบลน้ำริด อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการดูแลและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จัดทำโครงการ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ดังนี้

1. บุคลากรด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะที่ให้บริการในระดับปฐมภูมิ ควรมีการเฝ้าระวังและคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเป็นระยะ บูรณาการเป็นองค์รวมร่วมกับการจัดรูปแบบการบริการด้านสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุซึ่งจะทำให้มีฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อม เพื่อจะได้ให้การรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

2. โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และชมรมผู้สูงอายุ ควรนำผลการศึกษา ไปวิเคราะห์และวางแผนร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุที่พบภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อมและจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในการป้องกันและลดภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อม เช่น การคัดกรองสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน และติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวไม่มีคนดูแล นอกจากนี้ควรพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ทั้งระบบการส่งต่อไปรับการรักษา การฟื้นฟูสภาพการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยทีมสหวิชาชีพ รวมถึงการจัดหาสวัสดิการสนับสนุนแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุได้แก่ กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว และชุมชน โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำรัศ ควรร่วมกันวางแผนและจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในการป้องกันและลดภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อมในชุมชน เพื่อเป็นการกระตุ้นและฟื้นฟูการทำหน้าที่ของสมอง โดยจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง สอดแทรกเข้าในกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมในหมู่บ้าน หรือแหล่งศูนย์รวมของผู้สูงอายุ ได้แก่ การตรวจสุขภาพคัดกรองโรคประจำตัว การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การรวมกลุ่มสร้างอาชีพเสริม กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมตามประเพณี โดยอาจเริ่มการทำกิจกรรมจากกลุ่มเพื่อนบ้านใกล้เคียงกันก่อนซึ่งมีความใกล้ชิด และสะดวกสำหรับผู้สูงอายุในการเดินทาง

4. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มผู้นำชุมชนและกลุ่มแกนนำต่างๆ ควรพัฒนาสถานที่ในชุมชน ให้เป็นสถานที่พักผ่อน หย่อนใจ สำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุไม่มีโอกาสไปพักผ่อน นอกบ้านสถานที่ไกลๆ ด้วยตนเอง ต้องให้บุคคลอื่นพาไป หากมีสถานที่สำหรับการพักผ่อน หย่อนใจ เป็นที่พูดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ได้พบปะกับผู้อื่น จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขจิตดี และมีการพัฒนาสมองอย่างต่อเนื่องนอกจากนี้ คนในครอบครัวของผู้สูงอายุควรรหาโอกาสพาผู้สูงอายุไปร่วมงานหรือกิจกรรมของผู้สูงอายุในชุมชนให้มากขึ้น

### ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

การศึกษาความชุกของภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ตำบลน้ำรัศ อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ สามารถนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาต่อไปดังนี้

1. ควรมีการศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมที่ได้จากแบบทดสอบร่วมกับการวินิจฉัยของแพทย์
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ
3. ควรศึกษาเชิงคุณภาพเจาะลึกถึงปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การออกกำลังกาย การดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นต้น
4. ควรมีการศึกษาเชิงลึกในการรักษาและการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ทั้งในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ รวมถึงการดูแลต่อเนื่องของครอบครัว และชุมชน