

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องของผู้สูงอายุ ในอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น

Prevalence and Factors Associated to Cognitive Impairment among Elderly People in Chonnabot District, Khon Kaen Province

ปณณทัต ตันธนปัญญากอร์^{1*} เจียรไน ปฐมโรจน์สกุล¹ นิโรบล มาอูน¹
กุสุมา จ้อยจันทร์¹ และชุตินา มลียหมื่น¹

Phannathat Tanthanpanyakorn^{1*}, Jiaranai Pathomrotsakun¹, Nirobon Maoon¹,
Kusuma Joichan¹ and Chutima Maliamuen¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ เพื่อประเมินความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องของผู้สูงอายุ ในอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอชนบท จำนวน 255 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคมถึงตุลาคม พ.ศ. 2560 โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 6 ส่วน สำหรับการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) พบว่าได้ค่า CVI เกิน 0.80 ทุกส่วน และสำหรับการทดสอบความเที่ยงตรง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ Alpha Coefficient ของ Cronbach ได้ค่ามากกว่า 0.70 ทุกส่วน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงถดถอยโลจิสติก ผลการวิจัยพบว่าความชุกของภาวะการรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 42.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ 70-79 ปี (OR=2.20, 95% CI=1.27-7.06, p=0.004) อายุ 80 ปีขึ้นไป (OR=3.11, 95% CI=1.58-8.18, p=0.012) โรครวม 3 โรคขึ้นไป (OR=2.29, 95% CI=1.19-4.01, p=0.005) จบประถมศึกษา (OR=3.10, 95% CI=1.13-8.13, p=0.001) และรายได้ไม่เพียงพอ (OR=3.80, 95% CI=1.56-8.88 p=0.001) ผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพควรให้ความสำคัญกับปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะการรู้คิดบกพร่อง ได้แก่ อายุ จำนวนโรครวม และการเสริมสร้างรายได้ และนำไปสู่การวางแผนป้องกัน โดยส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง และส่งเสริมกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้เพิ่มขึ้น เพื่อลดการมีภาวะการรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะการรู้คิดบกพร่อง ภาวะโรครวม ผู้สูงอายุ ระดับการศึกษา

¹ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

* Corresponding author: e-mail: phannathat.nueng@gmail.com

Received: 21 April 2019, Revised: 29 November 2019, Accepted: 25 December 2019

Abstract

This study was a cross-sectional analytical study aimed to assess the prevalence and associated factors with cognitive impairment among elderly people in Chonnabot district, Khon Kaen province. The samples consisted of 255 older people who were lived in Chonnabot district. The subjects were collected by multi-stage random sampling between Augusts to October 2017 by using a structural interview. The instruments consisted of 6 parts. For the validity testing (CVI) of the instruments had more than 0.80 and the reliability testing of the instruments by using the Alpha Coefficient's of Cronbach had more than 0.70. Data were analyzed by using descriptive statistics and logistic regression. The results showed that the prevalence of cognitive impairment in elderly people was 42.7%. Factors significantly associated to cognitive impairment in elderly people were aged range 70-79 years (OR=2.20, 95% CI=1.27-7.06, $p=0.004$), aged > 80 years (OR=3.11, 95% CI=1.58-8.18, $p=0.012$), ≥ 3 of co-morbidity (OR=2.29, 95% CI=1.19-4.01, $p=0.005$), graduated from primary school (OR=3.10, 95% CI=1.13-8.13, $p=0.001$) and insufficiency of income (OR=3.80, 95% CI=1.56-8.88 $p=0.001$). The finding suggest that the healthcare provider should focus on factors influencing with cognitive impairment including age, co-morbidity and improving income and lead to planning and control by promoting the self-care knowledge about health problem especially the chronic diseases and promote the activity for improving income in order to reduce the cognitive impairment in elderly people.

Keywords: Cognitive Impairment, Co-Morbidity, Elderly, Educational Level

บทนำ

ปัจจุบันโครงสร้างของประชากรไทยมีการเปลี่ยนแปลงโดยที่ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ นั่นคือประชากรส่วนใหญ่จะเป็นประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว จากการรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปี พ.ศ. 2550 มีจำนวนผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 10.7 ของประชากรทั้งประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.2 14.9 และ 17.1 ในปี พ.ศ. 2554 2557 และ 2560 ตามลำดับ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560) สาเหตุที่ทำให้ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากอัตราการเกิดที่ลดลง เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ดีขึ้น มีความทั่วถึงของการบริการด้านสาธารณสุข ทำให้การรักษาโรคต่าง ๆ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ประชากรมีการมีอายุที่ยืนยาวมากขึ้น นั่นคือเพศชายมีอายุขัยเฉลี่ยที่ 72.0 ปี และเพศหญิงมีอายุขัยเฉลี่ยที่ 78.8 ปี (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560)

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการเสื่อมสภาพตามวัย จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ได้ง่ายกว่าวัยอื่น มีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง ทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่ต้องได้รับการดูแลที่มากขึ้น (จิราพร และคณะ, 2555) ทำให้ผู้ที่อยู่ในวัยทำงานจะต้องทำงานมากขึ้นและต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุมักมีปัญหาทางด้านสภาพจิตใจเมื่อถึงวัยสูงอายุ ทำให้ไม่ได้ทำงาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหงา ไม่ภาคภูมิใจ น้อยใจ ประกอบกับการมีปัญหาด้านสุขภาพทางกายที่นำไปสู่การมีโรคภัยไข้เจ็บได้

ภาวะการรู้คิดบกพร่อง เป็นความบกพร่องของบุคคลที่เกิดขึ้นระหว่างการเปลี่ยนแปลงตามปกติของอายุและภาวะสมองเสื่อม (Petersen *et al.*, 2001) ที่พบได้ในผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิง เนื่องจากภาวะการรู้คิดบกพร่องมีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นตามอายุ อุบัติการณ์การเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่อง มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้สูงอายุในแต่ละประเทศพบอุบัติการณ์ระหว่างร้อยละ 21.5-71.3 (Ward *et al.*, 2012) ขึ้นกับคำนิยามในแต่ละการศึกษาและเครื่องมือในการวัด (Anstey *et al.*, 2008) สำหรับประเทศไทย พบความชุกของการรู้คิดบกพร่องร้อยละ 21.5 สำหรับในประเทศไทยพบภาวะการรู้คิดบกพร่อง ในกลุ่มผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง ร้อยละ 52.8 (Subindee, 2014) และยังพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนไม่ได้รับการวินิจฉัยภาวะนี้ถึงร้อยละ 95.6 (วรพรรณ, 2554) ซึ่งหากปัญหาดังกล่าวไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 10.0-15.0 ต่อปี (Farias *et al.*, 2009) นอกจากนี้ภาวะการรู้คิดบกพร่องยังส่งผลกระทบต่อสมองของผู้สูงอายุในหลาย ๆ ด้านโดยเฉพาะด้านความจำ ซึ่งภาวะต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้นนอกจากส่งผลโดยตรงต่อผู้สูงอายุแล้ว ยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลครอบครัว ตลอดจนสังคมและประเทศชาติอีกด้วย (วีรศักดิ์, 2556) ผลกระทบทางตรง คือ ทำให้เกิดความบกพร่องของสมองในส่วนของด้านความจำและการรู้คิด เช่น การใช้ภาษา ทักษะในการดำรงชีวิตประจำวัน การรับรู้สิ่งแวดล้อม การตัดสินใจวางแผน ซึ่งอาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นซ้ำ ๆ ค่อยเป็นค่อยไป ประกอบและมีสาเหตุโรคทางกายอื่น ๆ เข้ามาแทรกซ้อนในอนาคต และผลกระทบทางอ้อม คือ ในระยะต่อมาอาจมีอาการด้านจิตเวช เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล และมีอารมณ์เปลี่ยนแปลง (ก้องเกียรติ, 2557) จากการทบทวนการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรู้คิดบกพร่องของผู้สูงอายุ พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และความเพียงพอของรายได้ ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ จำนวนโรคร่วมความสามารถในการทำกิจกรรม และการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และปัจจัยทางสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว ลักษณะการอยู่อาศัย แรงสนับสนุนทางสังคม และหลักประกันสุขภาพ ดังเช่นการศึกษาของ ปิยะภรและพรสวรรค์ (2560) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย พบว่าปัจจัยด้านเพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องอย่างมีนัยสำคัญ และดังเช่นการศึกษาของ Nakamura *et al.* (2016) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในชุมชน พบว่าการรับรู้สุขภาพของตนเอง โรคร่วม ประวัติการเป็นโรคสมองเสื่อม และการขาดความแข็งแรง มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่อง

จากสถานการณ์ผู้สูงอายุในอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น พบว่าสัดส่วนของประชากรสูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 11.5 ในปีพ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 14.2 และ 16.5 ในปี พ.ศ. 2553 และ 2560 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชนบท, 2560) นอกจากนี้ร้อยละ 67.9 ของผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังร่วมด้วย ดังนั้นด้วยโรคเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องได้รับการรักษาเป็นประจำตามคำแนะนำของแพทย์ โดยหากผู้สูงอายุขาดการดูแลตนเองที่ดีเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ อาจนำไปสู่การมีภาวะการรู้คิดบกพร่อง เนื่องจากการมีโรคเรื้อรังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดการรู้คิดบกพร่อง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาภาวะการรู้คิดบกพร่องและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุ อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้ได้ข้อมูลของภาวะการรู้คิดบกพร่องและเป็นแนวทางในการวางแผนจัดการ และดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเพื่อชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมต่อไป

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-Sectional Analytical Study) เพื่อประเมินภาวะการรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านสังคมกับภาวะการรู้คิดบกพร่องของผู้สูงอายุ ในอำเภอชนบทจังหวัดขอนแก่น ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น โดยใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างของแดเนียล (Daniel, 2014) จำนวน 255 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน คือ แบ่งกลุ่มของผู้สูงอายุในอำเภอชนบท เป็น 8 ตำบล จากนั้นเลือกสุ่มตำบลมา 3 ตำบล โดยวิธีการจับฉลาก ได้แก่ ตำบลกุดเพียขอม จำนวน 85 คน ตำบลศรีบุญเรือง จำนวน 75 คน และตำบลโนนพะยอม จำนวน 95 คน ตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละตำบลซึ่งเป็นไปตามตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ตามเกณฑ์คัดเข้า สำหรับเกณฑ์การคัดออกของการศึกษานี้ คือ ผู้สูงอายุที่ยินยอมตอบแบบสัมภาษณ์แล้วต่อมาพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่งจนทำให้ไม่สามารถสื่อสารโต้ตอบและให้ข้อมูลได้ และผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคทางจิตเวชโดยการวินิจฉัยของแพทย์

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยได้สร้างจากการทบทวนทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ หลักประกันสุขภาพ ลักษณะการอยู่อาศัย และ โรคประจำตัว/ปัญหาสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงความเจ็บป่วย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของ สมพร (2541) จำนวน 1 ข้อ ประเมินโดยให้ผู้สูงอายุบอกตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของตนเอง ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรงจาก 0-100 (linear analog scale) โดยแบ่งมาตราส่วนเป็น 10 ส่วนเท่า ๆ กัน โดยคะแนนต่ำหมายถึง มีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวของพวงผกา (2538) ใช้วัดความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัว แบบวัดนี้ประเมินโดยการสัมภาษณ์ ซึ่งได้แก่

ความรักและความเอาใจใส่ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว ความเคารพระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว ความสามัคคีระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว ความผ่อนคลายระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว แบบวัดประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถามทางบวกมีจำนวน 15 ข้อ และข้อคำถามทางลบมีจำนวน 3 ข้อ โดยคำตอบแต่ละข้อ คำถามมีให้เลือก 3 คำตอบคือ “ใช่” “ไม่แน่ใจ” และ “ไม่ใช่” คะแนนรวมต่ำสุดถึงสูงสุด คือ 15-45 คะแนน ซึ่ง 15-26 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี 27-36 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวดีปานกลาง และ 37-45 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวดีมาก

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธล (Barthel Activities of Daily Living :ADL) เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานพัฒนาโดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2560) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามในการประเมินกิจกรรมขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การรับประทานอาหาร สุวิทยาสวนบุคคล การอาบน้ำ การแต่งตัว การขึ้นลงบันได การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การใช้ห้องสุขา การเดิน และการเคลื่อนไหว ซึ่งมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-20 คะแนน และสำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0-4 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมระดับต่ำ 5-11 คะแนน ความสามารถในการทำกิจกรรมระดับปานกลาง และ 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมของวินดา (2545) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ประกอบด้วยคำถามแบบประเมินค่าด้วยตนเอง แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านสิ่งของ และการสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม รวม 11 ข้อ สามารถเลือกตอบได้ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0-10 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมไม่ดี 11-21 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง และ 22-33 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมสูง

ส่วนที่ 6 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination; TMSE) ของ Train the Brain Forum Committee (1993) ซึ่งเป็นแบบทดสอบการรู้คิดในผู้สูงอายุ ลักษณะเป็นข้อคำถามและคำสั่งให้ปฏิบัติ โดยแบ่งการทดสอบ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้เวลาและสถานที่ด้านความจำ ด้านความตั้งใจ ด้านการคำนวณ ด้านความเข้าใจภาษาและการแสดงออกทางภาษาและด้านความระลึกได้ คะแนนเต็มคือ 30 คะแนน และเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมิน คือ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน หมายถึง การรู้คิดมีความบกพร่อง (cognitive impairment)

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เกิน 0.80 ทุกส่วน และสำหรับการทดสอบความเที่ยงตรงโดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีของ Alpha Coefficient ของ Cronbach ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรง ความเจ็บป่วย แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ดัชนีบาร์เรล แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach' s alpha coefficient) เท่ากับ 0.81 0.88 0.86 0.91 และ 0.90 ตามลำดับ สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้เตรียมพร้อมสำหรับคณะผู้ร่วมวิจัยจำนวน 4 คน โดยอบรมเกี่ยวกับการสัมภาษณ์สำหรับการวิจัยครั้งนี้เพื่อให้เป็นแนวทางเดียวกันสำหรับการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล นอกจากนี้ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำการวิจัยและอธิบายรายละเอียดของแบบสัมภาษณ์ โดยผู้ให้ข้อมูลต้องลงนามหรือกล่าวยินยอมด้วยวาจา สำหรับการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 1 คน จะใช้เวลาในการตอบประมาณ 35 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะการรู้คิดบกพร่องของผู้สูงอายุ ในอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น โดยใช้การวิเคราะห์เชิงถดถอยโลจิสติก โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95%

ผลการวิจัย

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด จำนวน 255 คน ที่มีความยินดีเข้าร่วมการศึกษา เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.2) นอกจากนี้ พบว่าร้อยละ 46.7 อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 78.8 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.6 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา นอกจากนี้ร้อยละ 65.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 67.5 มีรายได้ไม่เพียงพอ ในส่วนของปัจจัยด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าร้อยละ 49.0 เป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมา คือโรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 31.4 และ 26.3 ตามลำดับ) ซึ่งร้อยละ 58.8 มีโรคร่วม 1-2 โรค มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย เท่ากับ 38.6 คะแนน (S.D.=31.6) และร้อยละ 94.1 ของกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับสูง และจากการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสังคมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษา 30 บาท (ร้อยละ 79.2) อาศัยอยู่กับผู้อื่น (ร้อยละ 88.2) มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 90.2) และมีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 72.9) ดังตารางที่ 1

ผลการวิเคราะห์ความชุกของภาวะการรู้คิดบกพร่อง พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีคะแนนภาวะแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE) อยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 21.2 คะแนน (S.D.=5.48) ซึ่งผู้สูงอายุในอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น มีความชุกของภาวะการรู้คิดบกพร่อง คิดเป็นร้อยละ 42.7 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มของตัวอย่างจำแนกลักษณะของข้อมูล (n=255)

ลักษณะของข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	ลักษณะของข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ			สิทธิการรักษา		
60-69 ปี	119	46.7	สิทธิ 30 บาท	202	79.2
70-79 ปี	108	42.3	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	43	16.9
≥ 80 ปี	28	11.0	จ่ายค่ารักษาเอง	10	3.9

mean= 70.4 ปี S.D.=6.85 min-max=60-93 ปี

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มของตัวอย่างจำแนกลักษณะของข้อมูล (n=255) (ต่อ)

ลักษณะของข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	ลักษณะของข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			ลักษณะที่อยู่อาศัย		
หญิง	179	70.2	อาศัยอยู่กับผู้อื่น	225	88.2
ชาย	76	29.8	อาศัยอยู่คนเดียว	30	11.8
สถานภาพสมรส			จำนวนโรครวม		
คู่	201	78.8	ไม่มีโรค	56	21.9
หม้าย/หย่า/แยก	45	17.6	1-2 โรค	150	58.8
โสด	9	3.6	3 โรคขึ้นไป	49	19.3
ระดับการศึกษาสูงสุด			อาชีพ		
ไม่ได้รับการศึกษา	28	10.9	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	167	65.5
ประถมศึกษา	175	68.6	เกษตรกร	40	15.7
มัธยมศึกษา	40	15.7	ลูกจ้าง/พนักงานทั่วไป	32	12.5
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	12	4.8	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	16	6.3
ความเพียงพอของรายได้			สัมพันธภาพในครอบครัว		
ไม่เพียงพอ/ไม่พอใช้	172	67.5	ไม่ดี/ปานกลาง	25	9.8
เพียงพอ/พอใช้	83	32.5	ดีมาก	230	90.2
โรค/ปัญหาสุขภาพ*			แรงสนับสนุนทางสังคม		
โรคความดันโลหิตสูง	125	49.0	สูง	186	72.9
โรคเบาหวาน	80	31.4	น้อย/ปานกลาง	69	27.1
โรคไขมันในเลือดสูง	67	26.3			
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย			ความสามารถในการทำกิจกรรม		
mean= 38.6 S.D.= 31.6 min-max= 0-100			ต่ำ/ปานกลาง	15	5.9
*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ			สูง	240	94.1

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการรู้คิดบกพร่องของผู้สูงอายุ ในอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น (n=255)

ระดับภาวะการรู้คิดบกพร่อง	จำนวน	ร้อยละ
การรู้คิดมีความบกพร่อง (≤ 24 คะแนน)	109	42.7
การรู้คิดปกติ (24 คะแนนขึ้นไป)	146	57.3
mean= 21.2 คะแนน S.D.=5.48 คะแนน min-max= 14-30 คะแนน		
รวม	255	100.0

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องของผู้สูงอายุ ในอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น ด้วยการวิเคราะห์เชิงถดถอยโลจิสติก (logistics regression) พบว่าปัจจัย

ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ 70-79 ปี โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 70-79 ปี มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเป็น 2.20 เท่าของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี (OR=2.20, 95% CI=1.27-7.06, $p=0.004$) อายุ 80 ปีขึ้นไป โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเป็น 3.11 เท่าของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 (OR=3.11, 95% CI=1.58-8.18, $p=0.012$) โรคร่วม 3 โรคขึ้นไป พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม 3 โรคขึ้นไป มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเป็น 2.29 เท่าของผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมน้อยกว่า 3 โรค (OR=2.29, 95% CI=1.19-4.01, $p=0.005$) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา พบว่าผู้สูงอายุที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเป็น 3.10 เท่าของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า (OR=3.10, 95% CI=1.13-8.13, $p=0.001$) และรายได้ไม่เพียงพอ พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีภาวะการรู้คิดบกพร่องเป็น 3.80 เท่าของผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ (OR=3.80, 95% CI=1.56-8.88 $p=0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการรู้คิดบกพร่องของผู้สูงอายุในอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ multiple regression analysis (n=255)

ตัวแปร	จำนวน (%)	univariate			multi-variate		
		COR	95% CI	p-value	AOR	95% CI	p-value
เพศ							
ชาย	29.8(29.8)	1.00			1.00		
หญิง	179(70.2)	1.22	0.48-1.42	0.401	1.34	0.72-2.25	0.407
อายุ							
60-69 ปี	119(46.7)	1.00			1.00		
70-79 ปี	108(42.3)	2.24	1.28-6.60	0.015	2.20	1.27-7.06	0.004
≥ 80 ปี	28(11.0)	3.18	1.42-7.70	0.009	3.11	1.58-8.18	0.012
สถานภาพสมรส							
คู่	201(78.8)	1.00			1.00		
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	54(21.2)	1.22	0.48-3.12	0.672	1.17	0.42-2.98	0.478
ความเพียงพอของรายได้							
เพียงพอ	83(32.5)	1.00			1.00		
ไม่เพียงพอ	172(67.5)	3.97	1.21-7.80	0.010	3.80	1.56-8.88	0.001
ระดับการศึกษา							
ประถมศึกษา	203(78.5)	4.55	1.32-6.99	0.005	3.10	1.13-8.13	0.001
สูงกว่าประถมศึกษา	52(21.5)	1.00			1.00		
การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย		1.02	0.92-1.04	0.233	1.02	0.88-1.05	0.102
จำนวนโรคร่วม							
<3 โรค	206(79.7)	1.00			1.00		

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (%)	univariate			multi-variate		
		COR	95% CI	p-value	AOR	95% CI	p-value
≥3 โรค	49(19.3)	3.70	1.11-7.52	0.001	2.29	1.19-4.01	0.005
ความสามารถในการทำกิจกรรม							
สูง	240(94.1)	1.00			1.00		
ต่ำ/ปานกลาง	15(5.9)	1.23	0.79-2.23	0.899	1.11	0.77-2.33	0.744
ลักษณะการอยู่อาศัย							
อยู่กับคนอื่น	225(88.2)	1.00			1.00		
อยู่คนเดียว	30(11.8)	1.88	0.84-3.35	0.105	1.90	0.77-3.12	0.102
แรงสนับสนุนทางสังคม							
สูง	186(72.9)	1.00			1.00		
น้อย/ปานกลาง	69(27.1)	1.22	0.37-3.33	0.933	1.09	0.36-3.13	0.898
สัมพันธภาพในครอบครัว							
ไม่ดี/ปานกลาง	25(9.8)	1.89	0.78-4.33	0.884	1.05	0.22-4.63	0.970
ดีมาก	230(90.2)	1.00			1.00		
สิทธิการรักษา							
มี	245(96.1)	1.00			1.00		
ไม่มี	10(3.9)	1.50	0.13-6.44	0.742	1.40	0.41-3.33	0.282

1.00 = reference group, COR= crude odds ratio, AOR = adjusted odds ratio

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้สูงอายุในอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น ทั้งหมด 255 คน ได้รับการประเมินภาวะการรู้คิดบกพร่องโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (thai mental state examination; TMSE) พบว่าร้อยละ 42.7 ของผู้สูงอายุมีภาวะการรู้คิดบกพร่อง โดยจากการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้นที่ยังมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ จึงทำให้มีภาวะรู้คิดบกพร่องน้อย ถ้าหากผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น มักจะพบว่าเป็นภาวะการรู้คิดบกพร่องเพิ่มขึ้น ซึ่งด้วยเป็นเพราะเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น จะเข้าสู่วัยเสื่อม เจ็บป่วยบ่อยขึ้น ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมลง มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง จากลักษณะการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดการรู้คิดบกพร่อง และนำไปสู่การสูญเสียความจำและเป็นภาวะสมองเสื่อมได้ในอนาคต

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องของผู้สูงอายุในอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น ดังนี้

ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีภาวะการรู้คิดบกพร่องสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง ซึ่งสามารถอภิปรายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมี

ทางเลือกในการเข้าถึงการเลือกอาหาร การอยู่อาศัย การรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนการใช้ชีวิตความเป็นอยู่ที่จำกัด เพราะรายได้เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต จึงทำให้เกิดการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของแต่ละบุคคล นอกจากนี้แล้วผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวและไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้รายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตจะส่งผลให้มีความจำกัดในการดูแลตนเอง จึงสามารถทำให้เกิดภาวะรู้คิดบกพร่องได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jenny (2016) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุประเทศเม็กซิโก พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดการรู้คิดบกพร่อง

อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป และ 70-79 ปี มีภาวะการรู้คิดบกพร่องสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูติมา (2559) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่อง และการศึกษาของปิยะภรและพรสวรรค์ (2560) ศึกษาปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนภาวะการรู้คิดบกพร่อง สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มมากขึ้นจะทำให้ผนังหลอดเลือดมีความหนาตัวและแข็งมากขึ้น ทำให้เซลล์สมองและประสาทมีจำนวนลดลง ส่งผลให้การเคลื่อนไหวและความคิดเชื่องช้าลง และทำให้เกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องได้ ทั้งนี้เนื่องจากยิ่งอายุเพิ่มมากขึ้น ความจำและการรู้คิดก็จะเสื่อมไปตามช่วงวัยเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้คิดบกพร่องจากเดิม (O'Byant *et al.*, 2013)

ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีระดับประถมศึกษามีภาวะการรู้คิดบกพร่องสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Andryna *et al.* (2013) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องของผู้สูงอายุในประเทศบราซิล พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาดำเนินความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องและสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะภรและพรสวรรค์ (2560) ศึกษาปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย พบว่าระดับการศึกษาดำ จะทำให้ภาวะการรู้คิดบกพร่องยิ่งสูง สามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาน้อยอาจขาดประสบการณ์ในการจัดการกับสถานการณ์ที่ซับซ้อนเมื่อเทียบกับผู้ที่มีการศึกษา ระดับสูง (Deetong-on *et al.*, 2013)

จำนวนโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมสูง จะมีภาวะการรู้คิดบกพร่องสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมน้อย โดยสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั้งโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง จะเสี่ยงต่อการมีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Subindee, 2014) เนื่องจากโรคเรื้อรังเหล่านี้ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดหนาตัวทำให้สมองขาดเลือดได้ ดังนั้นแล้วผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อมได้มาก เนื่องจากโรคเหล่านี้จะมีพยาธิสภาพที่หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เมื่อมีความผิดปกติ เลือดจะไปอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายได้น้อยลง

รวมทั้งไปเลี้ยงสมองได้น้อยเช่นกัน ทำให้เซลล์สมองขาดเลือดเกิดการฝ่อลีบและตายในที่สุดและส่งผลต่อการรู้คิดที่ผิดปกติไป และอาจนำไปสู่การเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ (Copper, 2015)

สรุปผลการวิจัย

การรู้คิดบกพร่อง (cognitive impairment) เป็นกระบวนการที่เกิดเนื่องจากความสูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงในด้านโครงสร้าง หน้าที่ และสารสื่อประสาท มีผลทำให้การทำงานของสมองในด้านความจำ การรับรู้ ความสามารถในการบริหาร และการมองภาพสามมิติลดลง ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง จะมีลักษณะการรู้คิดที่มีอาการหลงลืมทั่วไป หากปล่อยไว้ภาวะการรู้คิดบกพร่องดำเนินต่อไปจะส่งผลให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้ ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมถือเป็นภาระหนักมากอาจทำให้ผู้ดูแลกลายเป็นผู้ป่วยโดยที่คนอื่นมองไม่เห็น ดังนั้นการป้องกันและชะลอการดำเนินไปของภาวะการรู้คิดบกพร่องจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ จากการศึกษาครั้งนี้พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุ คือ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนโรคร่วม และความเพียงพอของรายได้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัจจัยส่วนบุคคล ดังนั้นการดำเนินการป้องกันการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุ จึงควรเน้นให้มีการส่งเสริมการรวมกลุ่มที่มีกิจกรรมเพื่อการหารายได้ที่เพิ่มขึ้นและส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองจากโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังและส่งเสริมความสามารถในการรู้คิด โดยเพิ่มกิจกรรมในการฝึกความจำด้วยกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสร้างให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพต่อการจดจำ ซึ่งทำให้เกิดความจำระยะสั้นสามารถนึกย้อนถึงประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาได้ และสอดคล้องกับกิจกรรมการฝึกการใช้เหตุผล เป็นการกระตุ้นการทำงานของสมองที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการวางแผน การตัดสินใจรวมไปถึงการแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุให้มีความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องและลดการเกิดภาวะสมองเสื่อมในอนาคตได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น แห่งที่ให้ความช่วยเหลือและอนุเคราะห์ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ยินดีและให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- ก้องเกียรติ ภูณท์กันทรการ. (2557). แนวทางใหม่ในการประเมินและวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 14(1), 93-101.
- กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน*. สืบค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2560, จาก: <http://happynetwork.org/upload/forum/pic5552fe2898d4a>.
- จิราพร ทองดี ดาราวรรณ รองเมือง และฉันทนา นาคฉัตรีย์. (2555). ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนใต้. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 22(3), 88-99.

- ชุติมา ทองวชิระ. (2559). *ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุในเขตบางพลัด กรุงเทพฯ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยสวนดุสิต, กรุงเทพฯ.
- ปิยะกร ไพรสนธิ์ และพรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 32(1), 64-80.
- พวงผกา ชื่นแสงเนตร. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจในชีวิต ของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เขตพื้นที่พัฒนาอุตสาหกรรมชายฝั่งทะเลตะวันตก จังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- วนิดา รัตนานนท์. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- วรพรรณ เสนานรงค์. (2554). แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในปัจจุบัน. *วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย*, 1(1), 17-22.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2556). *การป้องกัน การประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม*. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- สมพร รัตนพันธ์. (2541). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะจิตวิญญานของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชนบท (2560). *สถิติประชากรในอำเภอชนบท*. ขอนแก่น.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาลัยมหิดล. (2559). *ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2560. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล*, 25(1), 1-2.
- Anstey, K.J., Sanden, C.V., Salim, A. and O'Kearney, R. (2008). Smoking as a risk factor for dementia and cognitive decline: A meta-analysis of prospective studies. *American Journal of epidemiology*, 166(4), 367-378.
- Copper, C. (2015). Modifiable predictors of dementia in mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 172(4), 323-334.
- Daniel, W.W. (2014). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences*. New York: Wiley & Sons.
- Deetong-on, T., Puapornpong, P., Pumipichet, S., Benyakorn, S., Kitporntheranunt, M. and Kongsomboon, K. (2013). Prevalence and risk factors of mild cognitive impairment in menopausal women at HRH Princess Maha Chakri Sirirhorn Medical Center. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 21(3), 110-116.

- Farias, S.T., Mungas, D., Reed, B.R., Harvey, D. and DeCarli, C. (2009). Progression of mild cognitive impairment to dementia in clinic- vs community-based cohorts. *Archives of Neurology*, 66(9), 1151-1157.
- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. (2nd ed). Michigan: Reading, Mass Addison-Wesley Pub. Co.
- Jenny, M. (2016). Factors associated with cognitive function in older adults in Mexico. *Global Health Action*, 9(1), 1-6.
- Nakamura, K., Kitamura, K., Watanabe, Y., Shinoda, H., Sato, H. and Someya, T. (2016). Rural-urban differences in the prevalence of cognitive impairment in independent community-dwelling elderly residents of Ojiya city, Niigata Prefecture, Japan. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 21(6), 422-429.
- Petersen, R.C., Doody, R., Kurz, A., Mohs, R.C., Morris, J.C., Rabins, P.V., Ritchie, K., Rossor, M., Thal, L. and Winblad, B. (2001). Current concepts in mild cognitive impairment. *Archives of Neurology*, 58(12), 1985-1992.
- Subindee, S. (2014). Mild cognitive impairment in older persons with chronic illness attended at a chronic care clinic of a primary care unit Khon Kaen Province. *Journal of Nursing Science & Health*, 37(1), 43-50.
- Train the brain forum committee. (1993). Thai mental state examination. *Siriraj Medical Journal*, 45(6), 359-374.
- Ward, A., Arrighi, H.M., Michels, S. and Cedarbaum, J.M. (2012). Mild cognitive impairment: Disparity of incidence and prevalence estimates. *The Journal of the Alzheimer's Association*, 8(1), 14-21.