

ภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิก  
โรคเรื้อรังในตำบลไผ่ล้อม อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

Dementia and depression of the elderly who attended in chronic diseases  
clinic in at Phai Lom Sub-district,  
Laplae District, Uttaradit Province, Thailand

ธนากร ธนวัฒน์\*, จงรัก ดวงทอง, ศศิธร สุขจิตต์, กิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ์ และ  
พินลักษ์ณ์ กุลวงศ์

Thanakorn Thanawat\*, Jongruk Duangthong, Sasithorn Sukjit,

Kitiwan Junrith and Pinluk Kulwong

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกโรคเรื้อรัง ในตำบลไผ่ล้อม อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจงคือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60-80 ปี โดยมารับยาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ/หรือไขมันในเลือดสูง เป็นประจำที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่ล้อม จำนวน 77 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบภาวะสมองเสื่อม (Thai-TMSE) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.2 อายุเฉลี่ย  $70.9 \pm 5.6$  ปี สำเร็จการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 98.7 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 71.4 เคยประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 71.4 ไม่เคยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ร้อยละ 89.6 คนในครอบครัวไม่เคยมีประวัติเป็นโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 94.8 ผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคไขมันในเลือดมากที่สุด ร้อยละ 32.5 ด้านภาวะสมองเสื่อม พบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 39.0 มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 33.8 และไม่มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 27.2 ซึ่งเมื่อพิจารณาองค์ประกอบรายด้านทั้ง 6 ด้าน พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 63.6) มีความบกพร่องด้านการคำนวณมากที่สุด สำหรับการประเมินภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 85.7 มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 10.4 และมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 3.9 แต่ไม่มีผู้ที่เป็นภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง การศึกษาในครั้งนี้ใช้ข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือบุคลากรทางสาธารณสุข เพื่อนำไปใช้วางแผนหรือกำหนดนโยบายในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่รับประทานยาโรคเรื้อรังในชุมชน

**คำสำคัญ:** ผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า

## Abstract

Descriptive study aimed to determine dementia and depression in the elderly who attended in chronic diseases clinic at Phai Lom Sub-district, Laplae District, Uttaradit Province, Thailand. Sample group (n=77) was specifically selected from the elderly aged 60-80 years and coming to receive diabetes, hypertension and/or dyslipidemia medicines regularly at Phai Lom Sub-District Health Promoting Hospital. Assessment form consisted of 3 parts; 1) general information, 2) dementia test by Thai-TMSE and 3) depression assessment. Data was analyzed using statistics, frequency, percentage, mean and standard deviation. The results of the study showed that most of the elderly were female (79.2%) with average age was  $70.9 \pm 5.6$  years old. The highest education of the elderly was primary school level (98.7%). Most of the elderly were married at 71.4% and 71.4% used to work in agriculture. About 89.6% have never had a head injury. Family history did not report dementia (94.8%). Most of polydiseases were dyslipidemia and hypertension (32.5%). The dementia assessment revealed that 39.0% of the elderly were at risk of dementia, 33.8% had dementia and 27.2% had no dementia. When considering the six aspects of Thai-TMSE, the results showed that more than half of the elderly (63.6%) defected of the computational aspect. In term of depression assessment, the result showed that 85.7% of the elderly had no depression. There was a slight depression at 10.4%, and moderate depression at 3.9%. However, there was no report of severe depression. This study was used as information for relevant agencies or public health personnel for planning or formulating policies to prevent dementia and depression of elderly in the community.

**Keywords:** elderly, dementia, depression

## บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมคือภาวะที่การทำงานของสมองเสื่อมถอยลง (cognitive decline) โดยมีการทำงานของสมอง เสื่อมลงมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ด้าน ดังต่อไปนี้ ความจำและการเรียนรู้สิ่งใหม่ (learning and memory) ภาษา (language) การประมวลผล (executive function) สมาธิ (attention) perceptual-motor และ social cognition ซึ่งการเสื่อมลงของการทำงานของสมองจะแย่งเรื่อยๆ จนมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต การช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวัน และสุดท้ายทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงในที่สุด (World Health Organization, 2015) จนวนรบกวนการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดผลเสียต่อการทำงาน การเข้าสังคม และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น องค์การอนามัยโลกรายงานว่าใน ค.ศ. 2012 มีผู้ป่วยสมองเสื่อม เกือบ 35.6 ล้านคน และจะเพิ่มเป็นสองเท่า (65.7 ล้านคน) และสามเท่า (115.4 ล้านคน) ใน ค.ศ. 2030 และ ค.ศ. 2050 ตามลำดับ (World Health Organization, 2012)

ภาวะสมองเสื่อม (dementia syndrome) ไม่ได้เป็นโรค แต่เป็นภาวะหนึ่งของสมองที่เกิดขึ้นจากหลายสาเหตุ โดยพบว่า 70% ของผู้ป่วยสมองเสื่อม มีสาเหตุมาจากโรคอัลไซเมอร์ พบได้ประมาณ 60-80% รองลงมา มีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญร่วมด้วย ได้แก่ คือ อายุที่มากขึ้น พบว่ามีโอกาสเป็นโรคอัลไซเมอร์มากขึ้น (ลลิตา และคณะ, 2558) โดยผู้มีอายุ 65-74 ปี และ 75-84 ปีเป็นโรคสมองเสื่อมร้อยละ 3 และร้อยละ 19 ตามลำดับ ผู้มีอายุมากกว่า 85 ปี เกือบครึ่งมีภาวะสมองเสื่อม (Plassman et al., 2014) โดยคาดการณ์ว่าอุบัติการณ์และความชุกของโรคอัลไซเมอร์ จะเพิ่มสูงขึ้นในอนาคต เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุในอนาคตจะเพิ่มขึ้น ในประเทศไทยพบว่า มีความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 12 โดยคาดประมาณว่า มีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในไทยประมาณ 880,000 คน (Thongwachira et al., 2018) โดยที่ภาวะสมองเสื่อมเกิดได้ในประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป (ลลิตา และคณะ, 2558) ภาวะสมองเสื่อมแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ โรคสมองเสื่อมที่รักษาไม่หายขาดและโรคสมองเสื่อมที่รักษาให้หายขาดได้ ภาวะสมองเสื่อมที่ไม่สามารถรักษาได้ มักเกิดจากพยาธิสภาพบางประการในสมองที่เกิดจากการก่อตัวอย่างผิดปกติของโปรตีนอะไมลอยด์ในเนื้อสมองซึ่งในสมองคนสูงอายุทั่วไป แม้ว่าภาวะสมองเสื่อมจะไม่สามารถรักษาให้หายได้ แต่เชื่อว่าการลดปัจจัยเสี่ยงจะช่วยชะลอการดำเนินโรค และมีผลให้อุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมลดลง (Flier van der et al., 2007) จึงมีความจำเป็นที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญกับภาวะสมองเสื่อม

จากผลการศึกษาวิเคราะห์ห้อย่างเป็นระบบที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุมีหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านพันธุกรรม อายุ เพศ สถานภาพการสมรส ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร น้ำหนักตัวเกิน สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมาก ขาดการออกกำลังกาย ตลอดจนการได้รับสารพิษ (Overshott et al., 2005; Scott et al., 2007) ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อหลอดเลือด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคเบาหวาน ภาวะต่อต่ออินซูลิน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และการรักษาโดยฮอร์โมนทดแทน ภาวะสารไอโมซิสเตอีนในเลือดสูง ภาวะสับสนเฉียบพลัน รวมไปถึงภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมทำให้เกิดเนื้อสมองตายจากการขาดเลือด ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมอง (ลลิตา และคณะ, 2558; Flier van der et al., 2007) การตรวจพบภาวะสมองเสื่อมในระยะแรกเริ่ม และได้รับคำแนะนำด้านการปฏิบัติตัวและดูแลจากครอบครัวและทางการแพทย์ประกอบกันให้เร็วที่สุดนับเป็นแนวทางในการลดจำนวนผู้มีภาวะสมองเสื่อมรายใหม่ที่ดีที่สุด

จากสถิติโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า ในปี พ.ศ. 2559 ผู้สูงอายุมีจำนวนร้อยละ 19.56 และปี พ.ศ. 2559 และ พ.ศ. 2561 มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 19.35 และ 20.15 ตามลำดับ เห็นได้ว่าจำนวนประชากรผู้สูงอายุใน เขตจังหวัดอุตรดิตถ์ มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในทุกๆ ปี อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ เป็นพื้นที่หนึ่งที่มีประชากรของผู้สูงอายุค่อนข้างมาก โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2561 มีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จำนวน 6,526 คน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในตำบลไผ่ล้อมซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุถึง 1,615 จากจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง 248 คน (Singh et al., 2014) เมื่อเทียบอัตราส่วนประชากรวัยทำงานต่อ

ประชากรผู้สูงอายุมากเมื่อเทียบกับพื้นที่อื่นๆ ประกอบกับพื้นที่ตำบลไผ่ล้อมเป็นพื้นที่ที่หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ ได้ทำการลงพื้นที่และดำเนินการด้านการส่งเสริมสุขภาพภาคประชาชนเป็นประจำทุกปี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ มีวิสัยทัศน์ในการเป็นแหล่งทรัพยากรการเรียนรู้และการค้นคว้าวิจัย เพื่อสนองตอบความต้องการของท้องถิ่นและแก้ไขปัญหาสังคมสู่การเป็นชุมชนสุขภาพที่ยั่งยืน ทางคณะผู้วิจัยในฐานะทำงานด้านสาธารณสุขชุมชนจึงสนใจศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในตำบลไผ่ล้อม อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับอาจารย์ นักศึกษา และผู้ที่สนใจวางแผนการดูแลและป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ตลอดจนจัดทำโครงการและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุต่อไป

## วิธีการดำเนินการ

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-80 ปี อยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไผ่ล้อม อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 4 หมู่บ้าน โดยมีจำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง จำนวนทั้งหมด 205 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยใช้วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากการเทียบตารางของ Singh et al (2014) ได้จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 77 คน และมีเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครจากเกณฑ์ดังต่อไปนี้ คือมีอายุระหว่าง 60-80 ปี มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในเขตความรับผิดชอบของ รพ.สต.ไผ่ล้อม อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ต้องยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อม สามารถเข้าใจ อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าเอกสารแนวคิดทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำมาดัดแปลง เพื่อสอบถามเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า โดยมีทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ เกี่ยวกับ อายุ เพศ วุฒิการศึกษาสูงสุดที่ได้รับ สถานภาพสมรส ภูมิลำเนาเดิม อาชีพหลัก จำนวนบุตร รายได้เฉลี่ยต่อเดือน/ปี ประวัติการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ประวัติการเจ็บป่วยโรคสมองเสื่อมของคนในครอบครัว โรคประจำตัว การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และจำนวนชนิดของยาที่รับประทาน ซึ่งกำหนดให้ตอบคำถามโดยมีตัวเลือกให้ตอบ และแบบชนิดคำถามปลายเปิด

**ส่วนที่ 2** การประเมินภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แบบทดสอบ Thai Mental State Examination (TMSE) (MMSE-Thai, 2002) เพื่อใช้ทดสอบความสามารถของสมองด้านความรู้ความเข้าใจและอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย โดยในแบบประเมินนั้นกำหนดให้ผู้สูงอายุทำตามข้อคำสั่ง มี จำนวน 6 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน ประกอบด้วย Orientation (6 คะแนน) Registration (3 คะแนน) Attention (5 คะแนน) Calculation (3 คะแนน) Language (10 คะแนน) Recall (3 คะแนน) โดยผู้วิจัยใช้เวลาในการประเมินในส่วนนี้ไม่เกิน 20-25 นาทีต่อผู้สูงอายุ 1 คน โดยมีเกณฑ์การประเมิน คือ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน ถือว่ามีความผิดปกติด้านการทำงานของสมอง

**ส่วนที่ 3** แบบประเมินภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ ลักษณะเป็นแบบสัมภาษณ์เชิงบวกและเชิงลบ ประกอบด้วย 2 ตัวเลือก คือ ใช่ หรือ ไม่ใช่ โดยให้เลือกคำตอบได้เพียงคำตอบเดียว (นภา, 2558) โดยมีเกณฑ์การประเมิน ดังต่อไปนี้ คะแนน 0-12 คะแนน ผู้สูงอายุปกติ คะแนน 13-18 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 19-24 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง และ 25-30 คะแนน มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย โดยการนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุ ในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ในส่วนที่ 2 เท่ากับ 0.88 และส่วนที่ 3 เท่ากับ 0.83 สามารถสรุปได้ว่าแบบสัมภาษณ์ในงานวิจัยนี้มีค่าความเชื่อมั่นในระดับสูง (เกณฑ์คือมากกว่า 0.70 ขึ้นไป)

#### ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขออนุญาต ผู้อำนวยการ รพ.สต. และเจ้าหน้าที่เวชระเบียนเพื่อเข้าถึงข้อมูลรายชื่อผู้สูงอายุจากข้อมูลผู้ป่วยนอกที่มาขอรับบริการที่ รพ.สต.ไผ่ล้อมที่มีคุณสมบัติตรงกับที่ผู้วิจัยกำหนด

2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ถึง ผู้อำนวยการ รพ.สต. เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแยกเก็บข้อมูลผู้สูงอายุหนึ่งท่านต่อผู้วิจัยหนึ่งคนโดยผู้วิจัยวางแผนเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 3 แบบ คือ แบบแรกผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยไปเก็บข้อมูลที่ รพ.สต. ในวันที่ผู้สูงอายุมารับยาที่คลินิกโรคเรื้อรังโดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ ลานอเนกประสงค์

แบบที่สองในกรณีที่ไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้เพียงพอ ผู้วิจัยจะทำการนัดหมายผู้สูงอายุในวันที่มีกิจกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุ และแบบสุดท้ายในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถมาให้ข้อมูลได้ที่ รพ.สต. ผู้วิจัยจะเดินทางไปเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่บ้านโดยตรง

4. ก่อนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกครั้ง ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์และอธิบายขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลให้ผู้สูงอายุได้รับทราบและเข้าใจ รวมถึงขอความสมัครใจยินยอมในการตอบแบบสัมภาษณ์

5. เมื่อผู้สูงอายุยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุตอบแบบสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยจะอ่านแบบสัมภาษณ์ให้ผู้สูงอายุฟังและบันทึกข้อมูลตามที่ผู้สูงอายุตอบซึ่งใช้เวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 25-30 นาทีต่อผู้สูงอายุ 1 คน

6. เมื่อผู้สูงอายุตอบแบบสัมภาษณ์เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของคำตอบในแบบสัมภาษณ์ หากพบว่าข้อใดไม่มีคำตอบหรือคำตอบไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจะซักถามเพิ่มเติมเพื่อให้ได้คำตอบที่ครบถ้วน

7. นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ภาวะสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ การหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 70.9 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.6 ปี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.2 การศึกษาสูงสุดคือระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 98.7 มีสถานะภาพสมรส ร้อยละ 71.4 เคยประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 71.4 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ (n=77)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	61	79.2
ชาย	16	20.8
อายุ $\bar{X}=70.9$ , S.D.= 5.6 (Max= 80, Min= 60)		
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	76	98.7
ปริญญาตรี	1	1.3
<b>สถานภาพ</b>		
สมรส/คู่	55	71.4
หม้าย	16	20.8
โสด	4	5.2
หย่า	1	1.3
<b>อาชีพ</b>		
เกษตรกร	55	71.4
รับจ้าง	11	14.3
ธุรกิจส่วนตัว	9	11.7
ข้าราชการบำนาญ	2	2.6

ตารางที่ 2 ภาวะสุขภาพในปัจจุบันและประวัติพฤติกรรมสุขภาพในอดีต (n=77)

ภาวะสุขภาพในปัจจุบันและประวัติพฤติกรรมสุขภาพในอดีต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การเคยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ		
ไม่เคย	69	89.6
เคย	8	10.4
ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคสมองเสื่อม		
ไม่มี	73	94.8
มี	4	5.2
การดื่มสุรา (ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา)		
ไม่ดื่ม	76	98.7
ดื่ม	1	1.3
การสูบบุหรี่ (ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา)		
ไม่สูบ	75	97.4
สูบ	2	2.6
โรคประจำตัวที่เป็นอยู่		
โรคเบาหวาน	20	25.9
โรคความดันโลหิตสูง	22	28.6
โรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง	28	36.4
โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง	3	3.9
โรคความเบาหวานร่วมกับไขมันในเลือดสูง	2	2.6
โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง	2	2.6

สำหรับภาวะสุขภาพในปัจจุบันและประวัติพฤติกรรมสุขภาพในอดีต พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ร้อยละ 89.6 คนในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 94.8 ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมาผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 98.7 และไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 97.4 ดังแสดงในตารางที่ 2

## ส่วนที่ 2 ภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (n=77)

ระดับภาวะสมองเสื่อม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีภาวะสมองเสื่อม	26	33.8
มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม	30	39.0
ไม่มีภาวะสมองเสื่อม	21	27.2

จากตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุพบว่า มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 39.0 และรองลงมาคือ มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 33.8 และไม่มีภาวะสมองเสื่อมเลย ร้อยละ 27.2

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามภาวะสมองเสื่อม 6 ด้าน (n=77)

การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านการรับรู้ (Orientation)	4	5.2
ด้านการจดจำ (Registration)	0	0.0
ด้านความใส่ใจ (Attention)	12	15.6
ด้านการคำนวณ (Calculation)	49	63.6
ด้านภาษา (Language)	1	1.3
ด้านการระลึกได้ (Recall)	37	48.1

จากตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ พบว่า ภาวะสมองเสื่อมในด้านการคำนวณมากที่สุด ร้อยละ 63.6 รองลงมาคือ ภาวะสมองเสื่อมในด้านการระลึกได้ ร้อยละ 48.1

## ส่วนที่ 3 ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคะแนนการคัดกรองภาวะ-ซึมเศร้า (n=77)

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปกติ	66	85.7
ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	8	10.4
ภาวะซึมเศร้าปานกลาง	3	3.9
ภาวะซึมเศร้ารุนแรง	0	0.0

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ปกติ คือไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 85.7 รองลงมา คือ มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 10.4



## การอภิปรายผล

ผลการศึกษาภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ พบว่า ระดับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 39.0 รองลงมาคือ มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 33.8 สามารถอภิปรายได้ดังนี้ เนื่องจากปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมีหลายปัจจัย ปัจจัยภายในที่มีผลต่อภาวะดังกล่าว เช่น อายุ จากการศึกษาของ Thongwachira et al (2018) พบว่าอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นแบบทวีคูณ นั่นคือ อัตราความชุกของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมคิดเป็นร้อยละ 7.10 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 14.70 ในกลุ่มอายุ 70-79 ปี และร้อยละ 32.50 ในกลุ่มอายุ 80 ขึ้นไปถ้าเปรียบเทียบกับงานวิจัยในครั้งนี้จะพบอัตราการความชุกของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมคิดเป็นร้อยละ 6.49 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 22.08 ในกลุ่มอายุ 70-79 ปี และร้อยละ 5.19 ในกลุ่มอายุ 80 ขึ้นไป ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีอายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี ถึงร้อยละ 55.8 ผลจากการที่มีอายุมากขึ้นนั้นส่งผลต่อ น้ำหนักสมองที่ลดลงความสามารถในการจดจำลดลง (ลลิตา และคณะ, 2558; Thongwachira et al., 2018) นอกจากนี้ปัจจัยอื่นๆ เช่น เพศหญิง มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมได้มากกว่าเพศชาย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีโรคประจำตัว ร้อยละ 23.4 และ ร้อยละ 32.5 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ก่อนหน้าที่พบว่าภาวะสมองเสื่อมในเพศหญิงสามารถพบได้ร้อยละ 15.00 และเพศชายร้อยละ 8.90 (Flier van der et al., 2007) ทั้งนี้เนื่องจากเพศหญิงเมื่อเข้าสู่วัยทองระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) จะลดต่ำลง การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนมีผลกระทบต่อสมอง ส่งผลให้เกิดปัญหาหลงลืมความจำเสื่อม และภาวะสมองเสื่อมตามมา นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับศึกษาของ Scott et al (2007) พบว่าปัจจัยเรื่องโรคหัวใจ (heart disease) และโรคหลอดเลือดหัวใจ (cardiovascular disease) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมและความบกพร่องด้านการรู้คิดเพิ่มขึ้น ทั้งในส่วนของอัตราอุบัติการณ์และอัตราชุก โดยปัจจัยเรื่องโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดนี้หมายรวมถึงโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานด้วย

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุมีการรับประทานยาโรคเรื้อรังหลายตัวร่วมกันจากการที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค ซึ่งผลในทางการรักษานั้นต้องการรักษาและป้องกันอาการแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง อย่างไรก็ตามผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์อันเกิดจากยาโรคเรื้อรังบางประการนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมไม่ได้ส่งผลต่อภาวะความคิดความจำทั้งในระยะสั้นและยาวได้ในผู้สูงอายุโดยตรง แต่เป็นผลทางอ้อมที่ส่งเสริมให้เกิดปัญหาด้านความคิดความจำและภาวะสมองเสื่อมได้ (Thongwachira et al., 2018; Flier van der et al., 2007) เช่น การรับประทานยาที่ใช้รักษาภาวะความดันโลหิตสูง เช่น Hydrochlorothiazide, Amiloride, Furosemide ยาที่ใช้รักษาเบาหวานชนิดที่ 2 เช่น Pioglitazone และ ยาที่ใช้ควบคุมระดับไขมันในหลอดเลือด เช่น Gemfibrozil Simvastatin ซึ่งยาที่ใช้ในการรักษาโรคเรื้อรังที่กล่าวมานี้ ล้วนแต่มีผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อและระบบประสาทส่วนกลางที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ ส่งผลให้เกิดการปวดเมื่อยอ่อนเพลีย เป็นตะคริวง่าย ทำให้ผู้สูงอายุไม่อยากออกไปไหนอยู่แต่ในบ้าน และเจอแต่สิ่งแฉดล้อมเต็มๆ กิจวัตรประจำวันเดิมๆ ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความคิดความจำที่อาจจะเปลี่ยนไปจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ หากรับประทานยาในระยะยาวก็อาจจะส่งผลให้กิจกรรมทางกายและการเคลื่อนไหวน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา และคณะ (2559) พบว่า การมีกิจกรรมทางกายและการมีกิจกรรมร่วมกับสังคมเป็นปัจจัยที่อาจจะป้องกันภาวะบกพร่องทางปัญญา โดยพบว่า การมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอสามารถลดโอกาสการเกิดภาวะบกพร่องทางปัญญาได้ ( $OR_{adj} = 0.35$ , 95% CI:0.15-0.80) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการมีกิจกรรมทางกาย เช่น การเดิน การปั่นจักรยานอาจจะมิประโยชน์ต่อหลอดเลือดที่เลี้ยงสมอง โดยช่วยให้แรงดันในหลอดเลือดลดลง เป็นการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเสื่อมของสมอง (นภา, 2558)

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมได้ ร้อยละ 39.0 ซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องเฝ้าระวังและต้องติดตามประเมินภาวะสมองเสื่อมเป็นประจำเพื่อป้องกันมิให้กลายเป็นภาวะสมองเสื่อมในอนาคต เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลภาวะสมองเสื่อมจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความบกพร่องด้านการคำนวณมากที่สุด ร้อยละ 63.6 รองลงมาคือบกพร่องด้านการระลึกได้ ร้อยละ 48.1 สามารถบ่งชี้ได้ว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมได้ เนื่องจากความบกพร่องด้านการคำนวณและการระลึกได้นั้นเป็นลักษณะอาการเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมในระยะแรก โดยลักษณะการดำเนินของโรคในห้วงเวลานี้ เรียกว่า การสูญเสียความสามารถทางสมองเล็กน้อย (mild cognitive impairment) กล่าวคือ ผู้สูงอายุจะสูญเสียความจำระยะสั้น (immediate memory) หรือความจำเฉพาะหน้า ลืมเรื่องราวที่เพิ่งเกิดขึ้น แต่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และยังไม่มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว ไม่มีอาการสับสนและอาการตัดสินใจไม่ได้เหมือนอาการของโรคสมองเสื่อมในระยะปานกลาง และระยะรุนแรง (ลลิตา และคณะ, 2558; MMSE-Thai, 2002)

การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในการศึกษาในครั้งนี้ ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 (ร้อยละ 85.7) พบว่าอยู่ในระดับปกติ สามารถอภิปรายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-80 ปี ยังคงมีความพร้อมทางด้านร่างกายสามารถดูแลและช่วยเหลือตนเองได้ถึงแม้จะเจ็บป่วยและมีความสามารถในการตอบสนองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองต่อสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกโดยครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจ และสังคมเพื่อดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงของชีวิต ความเป็นจริงแล้วมนุษย์ต้องปรับตัวในชีวิตประจำวันอยู่ตลอดเวลา แต่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างช้าๆ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจิตใจและสิ่งแวดล้อม ไปอย่างรวดเร็ว (สุจิตตรา และคณะ, 2559) ก็ยังคงมีความสามารถในการปรับตัวได้

สำหรับความชุกของภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุที่มีมารับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง ของ รพ.สต. ใกล้เคียง ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 85.7 เป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 10.4 เป็นภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 3.9 และไม่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง อัตราความชุกจากการวิจัยในครั้งนี้ สอดคล้องกับการวิจัยก่อนหน้านี้ที่ได้ดำเนินการเกี่ยวกับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่กิ่งเมืองของจังหวัด นนทบุรี (นภา, 2558) โดยพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 15.3 และพบว่า พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้การมีโรคประจำตัวของผู้สูงอายุนั้นมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุ (Fiske et al., 2009) และยังมีการศึกษาที่ผ่านมาของลลิตา (2556) ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า คือ ความกังวลใจกับโรคที่เป็นอยู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเวลานาน อาจส่งผลกระทบต่อารเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข หรือซึมเศร้าตามมา

การวิจัยในครั้งนี้เมื่อจำแนกตามรายชื่อ พบว่ามีเหตุปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้า คือ ผู้สูงอายุชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน ร้อยละ 81.8 รองลงมาพบว่าผู้สูงอายุอารมณ์เสียง่ายกับเรื่องเล็กน้อย อยู่เสมอ ร้อยละ 51.9 และผู้สูงอายุรู้สึกว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร ร้อยละ 41.6 ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้ การที่ผู้สูงอายุชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน อาจจะมาจากการเปลี่ยนแปลงร่างกายและสังคม เนื่องจากความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลงจากความเสื่อมของร่างกายจึงทำให้ผู้สูงอายุถูกจำกัดหรือลดความสำคัญทางสังคม โดยสังคมของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเหลือแค่เพียงคนในครอบครัวและเพื่อนร่วมงานที่มีความสนใจและค่านิยมคล้ายๆ กันเท่านั้น พฤติกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุจะเน้นความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว ได้แก่ คู่ครอง และบุตร-หลานในครอบครัวเท่านั้น สำหรับผู้สูงอายุที่อารมณ์มักเสียง่ายกับเรื่องเล็กน้อย น้อยๆ อยู่เสมอ เนื่องจากผู้สูงอายุขาดเสถียรภาพทางจิตใจ เกิดจากการที่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน และหมายรวมถึงด้านเศรษฐกิจ ด้านความคุ้มครองให้ปลอดภัย ทำให้ผู้สูงอายุหงุดหงิดง่าย โมโหง่าย สะเทือนใจง่ายด้วยเรื่องเล็กน้อยๆ ทำให้กลายเป็นคนหุนหันุนใจน้อย ฉุนเฉียว โกรธ

ง่าย และวุ่นวายในกิจการของผู้อื่น เป็นสาเหตุนำไปสู่การขัดแย้งกับลูกหลานหรือผู้ดูแลได้ และการที่ผู้สูงอายุที่รู้สึกว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร แล้วไม่สามารถปรับตัวได้อาจเกิดปัญหาทางจิตตามมา โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาการนี้อาจจะเกิดเนื่องจากภาวะทางจิตโดยตรง นอกจากนี้การที่ประสิทธิภาพการรับรู้ของผู้สูงอายุเสื่อม ประกอบกับความไม่สมดุลทางอารมณ์ก็ทำให้เกิดโรคจิตหวาดระแวงได้

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. บุคลากรด้านสุขภาพหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ให้บริการทางด้านสุขภาพ สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนหรือกำหนดมาตรการในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง
2. สามารถนำผลการศึกษาในครั้งนี้ไปพัฒนาออกแบบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในสังคมและครอบครัว เพื่อไปเสริมสร้างพลังให้เกิดเสถียรภาพทางจิตใจ โดยครอบครัวร่วมกับสถานบริการด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม
3. สามารถนำผลการศึกษาไปส่งต่อให้กับสถานบริการด้านสุขภาพในระดับทุติยภูมิหรือระดับตติยภูมิ ในกรณีที่พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือมีระดับของภาวะซึมเศร้าในระดับมาก-รุนแรง เพื่อนำไปสู่การส่งต่อกระบวนการรักษาทางการแพทย์ที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษาในครั้งนี้เก็บข้อมูลในผู้สูงอายุที่มารับบริการใน รพ.สต. เพียงแห่งเดียวซึ่งเป็นข้อมูลที่อาจจะสะท้อนได้ในระดับพื้นที่เท่านั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรมีศึกษาในผู้สูงอายุที่มารับบริการด้านสุขภาพที่ รพ.สต. ในพื้นที่อื่นๆ ของอำเภอลับแล เพื่อได้ข้อมูลของภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้าในภาพกว้างมากขึ้น
2. การศึกษาในครั้งนี้ ประเมินภาวะซึมเศร้าในมิติของการใช้ชีวิตทั่วไปในชีวิตประจำวัน การศึกษาในอนาคตควรเพิ่มเติมข้อคำถามในมิติของเศรษฐกิจ จิตสังคม และทางด้านชีวภาพ เพื่อใช้วิเคราะห์ปัจจัยและสาเหตุที่สำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม

### สรุป

การศึกษาเชิงสำรวจในชุมชนครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง ในตำบลไผ่ล้อม อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 33.8 และประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุทั้งหมดมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และพิจารณาองค์ประกอบรายด้านย่อยทั้ง 6 ด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมีความบกพร่องด้านการคำนวณมากที่สุด สำหรับการประเมินภาวะซึมเศร้า พบว่า มากกว่าร้อยละ 80 ผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้า มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย เพียงร้อยละ 10.4 แต่ไม่มีผู้ที่เป็นภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ผลการศึกษาในครั้งนี้อาจเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางด้านสุขภาพ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาลชุมชน หรือ นักกายภาพบำบัดในชุมชน สำหรับใช้เป็นข้อมูลเชิงพื้นที่ในการใช้เป็นแนวทางในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อม รวมถึงภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะด้านสุขภาพเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังและมารับบริการสุขภาพที่ รพ.สต. รวมไปถึงการส่งต่อผู้สูงอายุให้ได้รับคำแนะนำด้านการแพทย์เพื่อนำไปสู่การรักษาตามมาตรฐานอย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จเรียบร้อยเป็นอย่างดีด้วยความช่วยเหลือจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ อันได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขของ รพ.สต. ใกล้เคียง นักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ชั้นปีที่ 4 รวมถึงผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

- นภา พวงรอด. 2558. การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 1: 63-74.
- ลลิตา พนาคร, สุธรรม นันทมงคลชัย, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์ และ พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์. 2558. ปัจจัยที่มีอิทธิพลในภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุหญิง จังหวัดลำพูน. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2: 197-209.
- ลออทิพย์ เจตียนาวัตตร. 2556. โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลท่าม่วงจังหวัดกาญจนบุรี. กาญจนบุรีเวชสาร. 2: 20-27.
- สำนักงานสถิติจังหวัดอุตรดิตถ์. 2562. [ออนไลน์]. <http://uttaradit.nso.go.th>. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 ตุลาคม 2562.
- สุจิตตรา ปัญญา, สุคนธา ศิริ, ดุสิต สุจิรารัตน์, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง และนพพร ต้นตริงสี. 2559. ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างการทำกิจกรรมกับภาวะบกพร่องทางปัญญาในผู้สูงอายุ. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 1: 95-107.
- Fiske, A., Wetherell, J. L. and Gatz, M. 2009. Depression in Older Adults. Annual Review of Clinical Psychology. Suppl Vol. no.5. pp. 363-389.
- Fukawa, T. 2018. Prevalence of dementia among the elderly population in Japan. Health Prim Car, Vol. 2 no.4. pp. 1-6.
- Institute of Geriatric Medicine. 2002. Department of Medical Services, Ministry of Health. Mini-mental state examination: Thai version (MMSE–Thai 2002).
- Overshott, R., Burns, A. 2005. Treatment of dementia. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, Suppl. V no.76. pp. 53-59.
- Plassmana, B. L., Langa, K.M., Fisher, G.G., Heeringa, S.G., Weir, D.R. 2018. Prevalence of dementia in the United States: the aging, demographics, and memory study. Health Prim Car, Vol. 2 no.4. pp. 1-6.
- Scott, K. R. and Barrett, A. M. 2007. Dementia syndromes: evaluation and treatment. Expert Review of Aerotherapeutics, Vol. 7 no.4. pp. 407-422.
- Singh, A.S. and Masuku, M. B. 2014. Sampling techniques and determination of sample size in applied statistics research : an overview. International Journal of Economics, Commerce and Management, Vol. 2 no.11. pp. 1-22.

- Thongwachira, C., Thophon, S., Kwanyuen, R. and Niputhuttapong, S. 2018. Prevalence, Associated Factors of Dementia among the elderly in the Bangkok urban area: a case study in Bang Phlat District. *International Journal of Humanities and Social Sciences*, Vol. 7 no.3. pp. 1-21.
- Van der Flier, W. M. and Scheltens, P. 2007. Epidemiology and risk factors of dementia. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, no.76. pp. 1-7.
- World Health Organization. 2012. Dementia a public health priority. United Kingdom.
- World Health Organization. 2015. The Epidemiology and Impact of Dementia: Current state and future trends.