

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

สมรรถภาพสมอง และความสามารถในการทำหน้าที่ ของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

สาวตรี สิงหาต พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)*
สุพดี กิตติวเรช พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)*
ภูษณิศ มินาเขตร ปร.ด. (การวิจัยและประเมินผลการศึกษา)*
อติพงศ์ สุริยา Ph.D. (Information System Engineering)**

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

** คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

วันรับ:	7 ก.ย. 2562
วันแก้ไข:	17 ก.พ. 2563
วันตอบรับ:	9 เม.ย. 2563

บทคัดย่อ การวิจัยครั้งนี้วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถภาพสมองและความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี โดยการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 90 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย 2002 แบบประเมินความสามารถการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพสมองปกติ ร้อยละ 84.4 มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 15.6 (Mean=20.42, SD=1.36) และการประเมินความสามารถการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Mean=18.25, SD=0.68) และในการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Mean=7.75, SD=0.56) ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการจัดทำโครงการและกิจกรรมเพื่อช่วยชะลอความเสี่ยงและคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ทางกายและการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: สมรรถภาพสมอง; ความสามารถในการทำหน้าที่; ผู้สูงอายุ; โรงเรียนผู้สูงอายุ

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Ageing society) โดยมีผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปประมาณ 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 17.0 และคาดว่าในอีก 10 ปีข้างหน้า ปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ เมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงขึ้นถึงร้อยละ 20.0⁽¹⁾ การเพิ่มขึ้นของ

ประชากรผู้สูงอายุมากขึ้นอย่างรวดเร็วนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิง ทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และปัญหาด้านสุขภาพที่มีการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นและในผู้สูงอายุพบว่ามักมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และมีความรุนแรงของโรคมมากกว่ากลุ่มวัยอื่น⁽²⁾ เป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (geriatric

syndrome) คือ ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่สมรรถภาพในการทำงานของสมองลดลง ทำให้เกิดความผิดปกติด้านการรู้คิดและสติปัญญา มีการสูญเสียความจำทั้งระยะสั้นและระยะยาว มีความบกพร่องทางการรับรู้ ทักษะการใช้ภาษา ทักษะการคิด การตัดสินใจ และมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม บุคลิกภาพ และอารมณ์ร่วมด้วยการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างช้า ๆ ต่อเนื่อง และอาการจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนไม่สามารถคืนสู่สภาพเดิมได้⁽³⁾ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วในประชากรผู้สูงอายุตามอายุที่มากขึ้น ประมาณร้อยละ 5.0-8.0 พบในผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปี ร้อยละ 15.0-20.0 ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปี และอัตราการเกิดจะเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 25.0-50.0 ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป โดยมีผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ ร้อยละ 28.6⁽⁴⁾ มีการสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่เคยทำได้ด้วยตนเอง มีความต้องการช่วยเหลือมากขึ้นหรือมีข้อจำกัด โดยเฉพาะเป็นปัญหาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (activity of daily living, ADL) ร้อยละ 20.4 และเป็นปัญหาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (instrumental activity of daily index, IADL) ร้อยละ 18.6 เกิดภาวะทุพพลภาพและมีภาวะพึ่งพา ร้อยละ 15.0 ต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีโอกาสที่จะอยู่ในสถานบริบาลผู้สูงอายุ สูงขึ้น 2 เท่า⁽⁵⁾ ส่วนด้านจิตใจพบว่า ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลระดับข้อใจ เกิดความรู้สึกรู้ว่าตนเอง เป็นภาระแก่ครอบครัว มีภาวะซึมเศร้าส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง และด้านสังคมพบว่า ผู้สูงอายุมีบทบาทในครอบครัวลดลง สูญเสียภาพลักษณ์ไม่สามารถเข้าร่วมสังคมเหมือนเดิมได้ ญาติผู้ดูแลต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา และดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ซึ่งต้องการดูแลระยะยาวและการช่วยเหลือจากสังคม⁽⁶⁾

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เป็นสถาบันการศึกษาที่มีภารกิจที่สำคัญด้านหนึ่ง คือ การให้บริการวิชาการแก่สังคมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุใน

ชุมชน และให้บริการวิชาการด้านสุขภาพ ตามความต้องการของชุมชนในพื้นที่และได้มีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อเป็นศูนย์กลางเรียนรู้ การดูแลสร้างเสริมสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และในปัจจุบันมีผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของโรงเรียนผู้สูงอายุและเข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ จำนวน 90 คน ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น ซึ่งภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุสามารถคัดกรองได้โดยการประเมินสมรรถภาพสมอง และการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวมที่สามารถบอกรถึงการมีสุขภาพดี ครอบคลุมมิติสุขภาพกาย จิต และสังคม และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ⁽⁷⁾

ดังนั้นการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถภาพสมองและความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ผลจากการวิจัยนำมาซึ่งประโยชน์เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาความรู้เพื่อเป็นแนวทางในการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และการคาดการณ์กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ตลอดจนนำไปสู่การวางแผนการ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อช่วยป้องกันการเสื่อมถอยของสมรรถภาพสมองหรือชะลอภาวะสมองเสื่อม และดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ประชากร คือ ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกในโรงเรียนผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกในโรงเรียนผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่

กำหนด จำนวน 90 คน ในระหว่างเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 การประเมินสมรรถภาพสมอง ใช้แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) พัฒนาขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข⁽⁸⁾ แบบทดสอบนี้เป็นแบบคัดกรองการตรวจหาความบกพร่องในการทำงานของสมองเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ (cognitive impairment) 6 ด้าน คือ ด้านการรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (orientation) ด้านความจำ (registration) ความตั้งใจ (attention) ด้านการคำนวณ (calculation) ด้านภาษา (language) และด้านการระลึกได้ (recall) ประกอบด้วย คำถาม 11 ข้อ การแปลผลคะแนนต้องพิจารณาจากระดับการศึกษาของผู้สูงอายุโดยแบ่งได้ ดังนี้ (1) ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) มีคะแนนรวมน้อยกว่า 14 คะแนน จาก คะแนนเต็ม 23 คะแนนถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม (2) ผู้สูงอายุที่จบระดับประถมศึกษา มีคะแนนรวมน้อยกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนนถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมและ (3) ผู้สูงอายุที่จบระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา มีคะแนนรวมน้อยกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนนถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 3 การประเมินความสามารถการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ประเมินจาก 2 เครื่องมือ คือ แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) และแบบประเมินเชิงปฏิบัติดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index)

3.1) ประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) พัฒนาขึ้นโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล⁽⁹⁾ เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADLs) ของผู้สูงอายุ มีข้อ

คำถามทั้งหมด 10 ข้อ ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร สุขวิทยาส่วนบุคคล การสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหารเช้า การเคลื่อนย้าย การเดิน การขึ้นลงบันได การใช้ห้องสุขา การกลั่นปัสสาวะ กลั้นการถ่ายอุจจาระ เป็นต้น ประเมินความสามารถของผู้สูงอายุตามความเป็นจริงที่แสดงถึงการใช้ชีวิตอิสระตามลำพังได้ โดยการให้คะแนนตามระดับความสามารถในแต่ละกิจกรรม มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน โดยมีเกณฑ์คือ คะแนน 0-4 หมายถึง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เลย คะแนน 5-8 หมายถึง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้น้อย คะแนน 9-11 หมายถึง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง และคะแนน >12 หมายถึง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มาก

3.2) แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index) พัฒนาขึ้นโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล⁽⁹⁾ เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (IADLs) มีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ใช้ประเมินความสามารถของผู้สูงอายุตามความเป็นจริงทั้งหมด 5 กิจกรรม ได้แก่ การเดินหรือเคลื่อนที่ภายนอกบ้าน การประกอบอาหาร การทำงานบ้าน การทอนเงินและการใช้บริการขนส่งสาธารณะ เป็นต้น เกณฑ์การประเมินโดยให้คะแนนตามระดับความสามารถในแต่ละกิจกรรมที่แสดงถึงการใช้ชีวิตอย่างอิสระในสังคมของผู้สูงอายุ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน การแปลผล คะแนน 0-4 หมายถึงสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้น้อย คะแนน 5-8 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้ปานกลาง และคะแนน >9 หมายถึงสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการศึกษาเครื่องมือวิจัยมาตรฐานที่ใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีบาร์เธลเอดีแอล และแบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติ

ดัชนีจุฬาเอดีแอล เป็นแบบประเมินมาตรฐานสำหรับ ผู้-สูงอายุที่มีการใช้แพร่หลาย โดยผู้วิจัยได้ทำการขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย จากผู้พัฒนาเครื่องมือ และได้ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง และเชิงเกณฑ์อยู่ในระดับดี จากนั้นผู้วิจัยหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือ โดยได้นำไปทดลองใช้กับ ผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลบัววัด อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีผู้สูงอายุลักษณะคุณสมบัติ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ดังนี้ แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย มีค่าเท่ากับ 0.94 แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีบาร์เทล เอดีแอล มีค่าเท่ากับ 0.92 และแบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีจุฬาเอดีแอล มีค่าเท่ากับ 0.90

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลขที่ UBU-REC-35/2561 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตนเอง ขออนุญาตผู้ร่วมวิจัยก่อนการเก็บข้อมูล อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย โดยการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับ และการปฏิเสธไม่มีผลใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัยพึงจะได้รับ คำตอบและข้อมูลทุกอย่าง จะถือเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจยินดีให้ความร่วมมือ ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการศึกษา

การวิจัยนี้วิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 90 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.2 และเพศชาย ร้อยละ 37.8 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 52.2 อายุเฉลี่ย 67.6 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.4 ปี มีสถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นคู่ ร้อยละ 53.4 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา พบมากที่สุด ร้อยละ 58.9 อาชีพและการทำงานในปัจจุบันพบว่า ผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 63.3 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 23.3 มีรายได้เพียงพอในการใช้จ่าย ร้อยละ 84.4 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่คือบุตร ร้อยละ 64.4 และมีโรคประจำตัวร้อยละ 83.3 ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

2. สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ

การประเมินสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสมรรถภาพสมองปกติ ร้อยละ 84.4 (n=76) มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 15.6 (n=14) และมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมอง 20.42 คะแนน (SD=1.36) เมื่อพิจารณาการทำหน้าที่สมรรถภาพสมองของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความบกพร่องด้านการคำนวณ (calculation) มากที่สุด รองลงมาบกพร่องด้านการระลึกได้ (recall) และด้านการจดจำ (registration) ตามลำดับ ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

3) การประเมินความสามารถการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ

การประเมินความสามารถการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADLs) โดยใช้แบบประเมิน Barthel ADL Index ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 9-20 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 18.25 (SD=0.68) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 95.0 (n=86)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของตัวอย่าง (n=90)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	หญิง	56	62.2
	ชาย	34	37.8
อายุ (ปี)	60-69	47	52.2
	70-79	33	36.7
	>80 ขึ้นไป	10	11.1
สถานภาพสมรส	โสด	9	10
	คู่	48	53.3
	หม้าย	33	36.7
การศึกษา	ประถมศึกษา	53	58.9
	มัธยมศึกษาและสูงกว่า	37	41.1
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	47	52.2
	เกษตรกร	21	23.3
	ข้าราชการบำนาญ	16	17.8
โรคประจำตัว	ไม่มี	15	16.7
	มี	75	83.3

คะแนนมากกว่า 12 คะแนน หมายถึง กลุ่มตัวอย่างสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (IADLs) โดยใช้แบบประเมิน Chula ADL Index ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 9-10 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 7.75 (SD=0.56) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 90.0 (n=81) คะแนนมากกว่า 9 คะแนน หมายถึง กลุ่มตัวอย่างสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีในการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

วิจารณ์

จากการศึกษาสมรรถภาพสมอง และความสามารถในการทำหน้าที่ ของผู้สูงอายุ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ในครั้งนี้สามารถวิจารณ์ อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้ ดังนี้

ตารางที่ 2 ข้อมูลสมรรถภาพสมอง 6 ด้าน (N=90)

สมรรถภาพสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านการรับรู้ (orientation)	8	8.9
ด้านการจดจำ (registration)	11	12.2
ด้านความใส่ใจ (attention)	7	7.8
ด้านการคำนวณ (calculation)	31	34.4
ด้านภาษา (language)	4	4.4
ด้านการระลึกได้ (recall)	22	24.4

หมายเหตุ: ตัวอย่าง 1 คนอาจมีความบกพร่องได้มากกว่า 1 ด้าน

1. สมรรถภาพสมองผู้สูงอายุ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พบความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ร้อยละ 15.6 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นที่ผ่านมาในประเทศไทย พบว่า การศึกษาครั้งนี้พบความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุสูงกว่าการสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชนชาวไทย พ.ศ. 2557 ที่พบความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ร้อยละ 8.1⁽¹⁰⁾ และสูงกว่าผลการศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอแม่จันท์ จังหวัดเชียงราย พบร้อยละ 7.4⁽¹¹⁾ แต่การศึกษาครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาภาวะสมองเสื่อม ในชมรมผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาล-ทหารอากาศ พบร้อยละ 13.7⁽¹²⁾ และการศึกษาสมรรถภาพทางสมองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชนบทไทย ร้อยละ 15.5⁽¹³⁾ และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลสมรรถภาพสมอง เป็นรายด้านแล้ว พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความความบกพร่องด้านการคำนวณ (calculation) มากที่สุด พบร้อยละ 34.4 รองลงมา บกพร่องด้านการระลึกได้ (recall) พบร้อยละ 24.4 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ เนื่องจากความบกพร่อง ที่พบในกลุ่มตัวอย่างนี้เป็นลักษณะอาการเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมในระยะแรก เรียกว่าภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairments) ซึ่งเป็นภาวะที่อยู่ระหว่างการ

สมรรถภาพสมองและความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ตารางที่ 3 ข้อมูลความสามารถในการทำหน้าที่ (n=90)

ความสามารถในการทำหน้าที่	จำนวน	ร้อยละ
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Barthel ADL)		
การรับประทานอาหารเช้าเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า	90	100.0
การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน	90	100.0
การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้	90	100.0
การใช้ห้องน้ำ	90	100.0
การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน	86	95.6
การสวมใส่เสื้อผ้า	90	100.0
การขึ้นลงบันได	85	94.4
การอาบน้ำ	90	100.0
การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ	90	100.0
การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ	86	95.6
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Chula ADL)		
สามารถเดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้านได้เอง	90	100.0
สามารถทอนเงิน/แลกเงินได้เอง	88	97.8
สามารถทำความสะอาดดูบ้าน/ซักรีดเสื้อผ้าได้เอง	87	96.7
สามารถทำหรือเตรียมอาหาร/หุงข้าวได้เอง	85	94.4
สามารถใช้บริการรถสาธารณะได้เอง	82	91.1

หลงลืมปกติ (normal forgetfulness) ของผู้สูงอายุกับภาวะสมองเสื่อมระยะแรก (early dementia) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เชื่อว่าจะมีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาไปสู่ภาวะสมองเสื่อมได้⁽¹⁴⁾ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย พบผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความบกพร่องด้านการคำนวณ (calculation) ร้อยละ 36.7 มีความบกพร่องด้านการระลึกได้ (recall) ร้อยละ 31.7⁽¹⁵⁾ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาสมรรถภาพสมองที่พบความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน อาจเนื่องจากโครงสร้างประชากร ระดับการศึกษา ปัญหาสุขภาพ และวัฒนธรรมมีความแตกต่างกันตามบริบทในพื้นที่ของประเทศไทย ซึ่งการศึกษาการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมโดยเน้นการคัดกรองหรือการประเมินสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก เพื่อให้การ

บำบัดและฟื้นฟูความสามารถในการรู้คิดและสติปัญญา ด้านการคิดคำนวณและการระลึกได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยกระตุ้นการทำงานของสมอง ทำให้สมองเกิดการหลั่งสารนิวโรโทฟินส์ ทำให้ใยประสาทนำเข้าที่เชื่อมระหว่างเซลล์ประสาททำงานได้ดีขึ้น ทำให้เซลล์สมองแข็งแรงขึ้นและทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อเซลล์สมองแข็งแรง ก็จะทำให้เกิดพุทธิปัญญา (cognitive function) รวมไปถึงการทำงานของสมองระดับสูง (executive function) ทำให้การทำงานของสมองยังคงประสิทธิภาพดี แข็งแรง และชะลอความเสื่อมถอยของสมอง เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ⁽¹⁶⁾ สอดคล้องกับการศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุที่ผ่านมาในประเทศไทย พบว่า ร้อยละ 83.5 การมาเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอร่วมกัน

ทุกสัปดาห์อย่างต่อเนื่องทำให้ผู้สูงอายุได้เข้าสังคม ได้เผชิญกับสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และได้รับการฝึกกิจกรรมการบริหารสมอง เป็นการกระตุ้นสมองในการรู้คิด ความจำ การระลึกได้ การได้รับการกระตุ้นอย่างสม่ำเสมอ ช่วยป้องกันการเสื่อมถอยของสมรรถภาพสมอง และป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้⁽¹⁷⁾

2. ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง เป็นผู้สูงอายุที่ดำเนินชีวิตในสังคมได้โดยอิสระ และเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม จัดเป็นผู้สูงอายุติดสังคม สามารถช่วยเหลือตัวเอง ผู้อื่น และสังคมได้ ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษาอื่นที่ผ่านมาในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ดีโดยไม่ต้องมีคนช่วยในทุกด้าน⁽¹⁸⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง⁽¹⁹⁾ แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม จะช่วยส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ทางกายซึ่งจะส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ เป็นดัชนีชี้วัดภาวะสุขภาพ ความผาสุกและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งสะท้อนถึงการผสมผสานการทำหน้าที่ทางกาย จิตและสังคม⁽²⁰⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุที่ผ่านมาในประเทศไทย พบว่า

ร้อยละ 90.0 การมาเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอร่วมกันทุกสัปดาห์อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ต่างๆ ในการดูแลสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีการเข้าสังคมโดยการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ได้รับความรู้ใหม่ๆ และมีการออกกำลังกาย ทุกครั้งที่มาร่วมกิจกรรมส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทางกาย และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ยังคงมีภาวะสุขภาพดี มีอิสระในการปฏิบัติกิจกรรมตามความต้องการ โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นและมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมและดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ทางกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ⁽²¹⁾ และการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุ การมีกิจกรรมทางกาย เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุยังคงความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ลดภาวะพึ่งพา สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ตามลำพังโดยอิสระและเป็นประโยชน์ในการสนับสนุน ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มที่ยังมีความสามารถในการทำหน้าที่ปกติให้สามารถดูแลตนเอง และสามารถดำรงชีวิตในสังคมอย่างอิสระได้ตามปกติ นานที่สุด⁽²²⁾

สรุปและข้อเสนอแนะ

1. ควรให้ความสำคัญกับการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม พร้อมทั้งวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและการคาดการณ์กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ
2. ควรจัดโครงการและกิจกรรมการให้ความรู้และการป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยเน้นไปที่การพัฒนาโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมและการพัฒนาความสามารถด้านการคิดคำนวณและการระลึกได้ ตลอดจนส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย เพื่อชะลอความเสื่อมและดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. พิมพ์สุทธิ บัวแก้ว, รติพร ถึงฝั่ง. การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. วารสารสมาคมนักวิจัย 2559; 21(2):94-10.
2. สุกิตตา ไกยวรรณ, ผ่องพรรณ อรุณแสง. ความสามารถในการทำหน้าที่ สมรรถภาพสมองและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2559;39(1):78-8.
3. Hugo J, Ganguli M. Dementia and cognitive impairment epidemiology diagnosis and treatment. Clinics in Geriatric Medicine 2016;30(3):421-42.
4. Lang L, Clifford A, Wei L, Zhang D, Leung D, Augustine G, et al. Prevalence and determinants of undetected dementia in the community a systematic literature review and a meta-analysis. BMJ Open 2017;7(1):1-8.
5. Doi T, Shimada H, Makizako H, Lee S, Park H, Tsutsu K, et al. Cognitive activities and instrumental activity of daily living in older adults with mild cognitive impairment. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders EXTRA 2014;3(1):398-406.
6. Yang L, Yan J, Jin X, Jin Y, Yu W, Xu S, et al. Screening for dementia in older adults: comparison of mini-mental state examination mini-cog clock drawing test and AD8. Plos One 2016;11(2):1-19.
7. ผ่องพรรณ อรุณแสง. การประเมินภาวะสุขภาพผู้ใหญและผู้สูงอายุ.(พิมพ์ครั้งที่4). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา;2559.
8. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุนันทบุรี: อีสอากัส; 2558.
9. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
10. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟิคแอนด์ดีไซน์; 2557.
11. ศรินทิพย์ คำฟู, กฤษณพนธ์ ชัยมงคล, ชันลิกา ไชยชมพู, เพ็ญพิชชา แก้วมณีวงศ์. การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมและภาวะในการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. ศรีนครินทร์เวชสาร 2558;29(4):389-93.
12. วัลลภา อันตารา, อุบลรัตน์ สิงห์เสนี, ปัทมา วงศ์นิธิกุล. การศึกษาภาวะสมองเสื่อม ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อม และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ. วารสารพยาบาลตำรวจ 2559;8(1):23-33.
13. นงนุช โอบะ. สมรรถภาพทางสมองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชนบทไทย. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2558;9(1):17-31.
14. ทศนีย์ กาศทิพย์, สุปรีดา มั่นคง, พรทิพย์ มาลาธรรม. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง. วารสารสภาการพยาบาล 2562;34(1):104-21.
15. กรรณิกา อุ่นอ้าย, กนกพร สุคำวัง, วิชยา เห็นแก้ว, รัญชนา หน่อคำ, ญัฐวรรณ พินิจสุวรรณ. สมรรถภาพสมองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลป่าอ้อดอนชัย. พยาบาลสาร 2560;44(2):1-11.
16. สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561; 36(4):6-14.
17. ปิ่นวดี ศรีสุพรรณ, สุรีย์ ธรรมิกบวร, สุรสุม กฤษณะจุฑะ. โรงเรียนผู้สูงอายุกับการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในชุมชนท้องถิ่นอีสาน. วารสารสำนักบัณฑิตอาสาสมัคร 2560; 14(1):133-62.
18. กนกวรรณ สิทธิวิรัชธรรม, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2558;38(4):11-21.

19. นงนุช แยมวงษ์. คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ. วารสารการแพทย์และ-วิทยาศาสตร์สุขภาพ 2558;21(1):37-44.
20. Dias EG, Andrade FB, Duarte YA, Santos JL, Lebrao ML. Advanced activities of daily living and incidence of cognitive decline in the elderly. Cad Saúde Pública Rio de Janeiro 2015;31(8):1-13.
21. ฤทธิชัย แกมภาค, สุภัสษา พันเลิศพาณิชย์. รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอกพาน จังหวัดเชียงราย. วารสารวิชาการและวิจัยสังคมศาสตร์ 2559;11(1):47-61.
22. จามรี พระสุนิล. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุชุมชนดงมะตะ จังหวัดเชียงราย. วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่ 2561;10(4):270-9.

Abstract: Cognitive Function and Functional Ability of Older People, Elderly School, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

Sawitree Singhard, M.N.S. (Gerontological Nursing)*; Suladi Kittiworavej, M.N.S. (Nursing Administration)*; Phusanisa Meenakate, Ph.D. (Educational Research and Evaluation)*; Atipong Suriya, Ph.D. (Information System Engineering)**

* Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University; ** Faculty of Engineering, Ubon Ratchathani University, Thailand

Journal of Health Science 2021;30(2):242-50.

The purpose of the study was to investigate cognitive function and functional ability of older people in the Elderly School, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University. Samples of 90 older people were selected through purposive sampling. The instruments used for the collected data included general information form, mini-mental state examination tool (Thai version 2002), and functional ability assessment form. Data were analyzed by using descriptive statistics. percentage, mean, standard deviation. The results showed that 84.4% of the older people had normal cognitive function; and 15.6% had a risk for dementia (Mean=20.42, SD=1.36). Assessment of functional ability of the elderly revealed that the sample could help themselves in the daily living activities (Mean=18.25, SD=0.68); and could help themselves in the instrumental activity of daily index (Mean=7.75, SD=0.56). The results of this study could be used as a basis for developing projects and activities to reduce degeneration, maintain physical function, and prevent dementia among the elderly; and to promote their health for a better quality of life.

Keywords: cognitive function; functional ability; older people; elderly school