

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการสำรวจความชุกของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาอัตราความชุกของโรค และเพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับโรค ปัจจัยส่วนบุคคลที่นำมาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนคนในครัวเรือน การดูแลเอาใจใส่ของสมาชิกในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ปัญหาสุขภาพกาย และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน อันจะเป็นประโยชน์ต่อองค์กรที่เกี่ยวข้องให้ทราบถึงขนาดของปัญหา เพื่อที่จะใช้เป็นแนวทางในการวางแผนงานให้ผู้สูงอายุได้รับบริการด้านต่าง ๆ ในสังคมต่อไป และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับงานวิจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไปได้

สมมุติฐานการวิจัย มีดังนี้คือ

1. ในชุมชนของจังหวัดร้อยเอ็ดมีผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้า
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ในด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนคนในครัวเรือน การดูแลเอาใจใส่ของสมาชิกในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ปัญหาสุขภาพกาย และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Method) โดยเป็นการศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Study) ทำการศึกษาโดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,707 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage-Sampling) เป็น

กลุ่มตัวอย่างในอำเภอหนอง 356 คน อำเภอเกษตรวิสัย 323 คน อำเภอธวัชบุรี 586 คน และอำเภอจตุรพักตรนิมาน 442 คน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2539 รวมเวลา 3 เดือน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้ารับการศึกษาคือ มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพ และยินดีที่จะเข้าร่วมในการศึกษา ส่วนเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา คือ มีความเจ็บป่วยทางกายที่ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการสัมภาษณ์และการทดสอบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และประวัติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 2 เป็นแบบทดสอบเพื่อประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และส่วนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

แบบทดสอบเพื่อประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พัฒนาขึ้นโดย ชาตทอง ได้เลือกส่วนแบบสัมภาษณ์การวินิจฉัยซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พัฒนาขึ้นโดย วันเพ็ญ แลงสงวน ทั้งแบบทดสอบและแบบสัมภาษณ์ดังกล่าวยึดเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตาม DSM-III-R ต่อมา รวีวรรณ นิวัตพันธ์ และคณะ ได้นำมาปรับปรุงใหม่อีกครั้ง เพื่อให้มีความครอบคลุมในด้านเนื้อหาของ การวินิจฉัยโรคตาม DSM-IV และเพื่อให้มีความกระชับเหมาะสมกับการนำไปใช้ในชุมชนได้ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบและแบบสัมภาษณ์ที่ รวีวรรณ นิวัตพันธ์ และคณะได้ปรับปรุงขึ้น โดยผู้วิจัยได้นำไปหาค่าสัมประสิทธิ์แห่งความเที่ยงด้วยวิธีสอบซ้ำ (Test-Retest Method) ในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนของจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน ระยะเวลาของการทดสอบห่างกัน 1 สัปดาห์ ผลปรากฏว่า แบบทดสอบเพื่อประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีค่าสัมประสิทธิ์แห่งความเที่ยง 0.97 และแบบสัมภาษณ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีค่าสัมประสิทธิ์แห่งความเที่ยง 0.80 ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์แห่งความเที่ยงของแบบทดสอบและแบบสัมภาษณ์ที่คำนวณได้ มีค่าสูงพอที่จะนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนมาก แต่ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีจำกัด ผู้วิจัยจึงมีผู้ช่วยวิจัยอีก 4 คน ให้มีความสามารถเข้าใจในเนื้อหาของแบบทดสอบและแบบสัมภาษณ์ และมีการทดลองฝึกใช้กับผู้สูงอายุในชุมชน 30 คน วัดความ

สอดคล้องระหว่างผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัย โดยการหาค่า Intraclass Correlation Coefficient (ICC,  $r_1$ ) ถ้าค่า  $r_1 > 0.8$  ขึ้นไป จึงจะให้ผู้ช่วยวิจัยรายนั้นเก็บข้อมูลได้

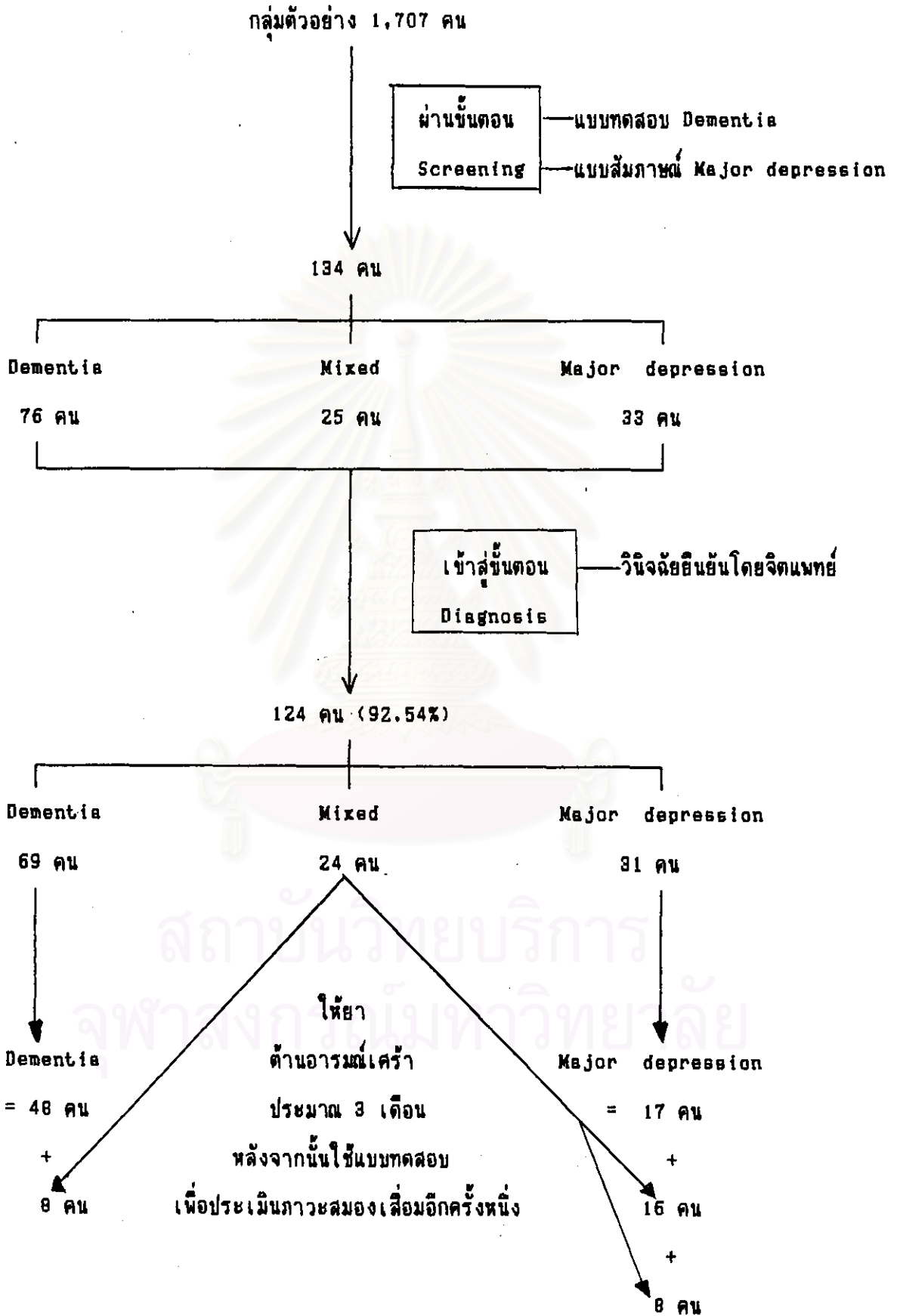
การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นตอนแรกเป็นการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่น่าสงสัยว่าจะเป็นโรคสมองเสื่อมหรือโรคซึมเศร้า โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ใช้แบบทดสอบเพื่อประเมินภาวะสมองเสื่อมและแบบสัมภาษณ์ การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ทำการทดสอบและสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลตามการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage-Sampling) จนครบจำนวน 1,707 คน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่าง เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูลและแจ้งถึงประโยชน์ที่ได้รับ การสัมภาษณ์และการทดสอบ นั้นจะอธิบายข้อสงสัย แต่จะไม่ชี้แนะคำตอบ กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนของแบบทดสอบเพื่อประเมิน ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต่ำกว่า 21 ใน 27 คะแนน หรือมีคะแนนของแบบสัมภาษณ์การวินิจฉัย โรคซึมเศร้ามากกว่า 5 ใน 9 คะแนน จะถูกรวบรวมรายชื่อและที่อยู่เพื่อติดตามเข้าสู่ขั้นตอนที่ สองอีกครั้งหนึ่ง ในขั้นตอนที่สองนี้จะเป็นการวินิจฉัยยืนยันโดยจิตแพทย์ที่มีความชำนาญในเรื่อง ผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจะถือว่ากลุ่มตัวอย่างที่ผ่านขั้นตอนแรกเป็นโรคสมองเสื่อมหรือโรคซึมเศร้าหรือไม่ ตามการวินิจฉัยยืนยันจากจิตแพทย์ในขั้นตอนที่สอง ในกรณีที่ขั้นตอนแรกกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเข้า เกณฑ์ของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าทั้ง 2 ฉบับ จิตแพทย์จะให้การพิจารณาโรคซึมเศร้า เป็นอันดับแรกและจะมีการให้ยาต้านอารมณ์เศร้ากับกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว และติดตามอย่าง ต่อเนื่องประมาณ 3 เดือน จากนั้นผู้วิจัยจะนำแบบทดสอบเพื่อประเมินภาวะสมองเสื่อม ไป ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวอีกครั้งหนึ่ง ถ้ากลุ่มตัวอย่างรายใดมีคะแนนของแบบทดสอบเพื่อ ประเมินภาวะสมองเสื่อมสูงขึ้นจากเดิม จิตแพทย์จะให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า แต่ถ้ามี คะแนนของแบบทดสอบเท่าเดิมหรือลดลง จิตแพทย์จะให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมและ โรคซึมเศร้า

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ทั้งหมด ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้ โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science) คำนวณ หาค่าจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามลักษณะข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับความชุกของการ เกิดโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง และทดสอบค่า  $\chi^2$ -test เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเป็นโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง

## สรุปผลการวิจัย

หลังจากมีการใช้แบบทดสอบเพื่อประเมินภาวะสมองเสื่อม และแบบสัมภาษณ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าคัดกรองกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 1,707 คน เพื่อค้นหาผู้ที่น่าจะเป็นโรคสมองเสื่อม / โรคซึมเศร้า พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านขั้นตอนการคัดกรองรวมทั้งสิ้น 134 คน โดยเข้าเกณฑ์ตามแบบทดสอบเพื่อประเมินภาวะสมองเสื่อม 76 คน เข้าเกณฑ์ตามแบบสัมภาษณ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า 83 คน และเข้าเกณฑ์ของทั้งสองฉบับ 25 คน เมื่อติดตามเข้าสู่ขั้นตอนการวินิจฉัยยืนยันโดยจิตแพทย์ มีกลุ่มตัวอย่างขาดหายไป 10 คน เนื่องจากเสียชีวิต 3 คน ไปเยี่ยมบุตรหลานที่ต่างจังหวัด 3 คน ย้ายที่อยู่ไปอำเภออื่น 2 คน และไปร่วมงานพิธี (บุญบั้งไฟ) 2 คน ดังนั้นจึงมีกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านขั้นตอนการคัดกรองเข้าสู่ขั้นตอนการวินิจฉัยโรครวม 124 คน คิดเป็นร้อยละ 92.54 ของกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านขั้นตอนการคัดกรองทั้งหมด ซึ่งใน 124 คนนี้เหลือกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ตามแบบทดสอบเพื่อประเมินภาวะสมองเสื่อม 69 คน เข้าเกณฑ์ตามแบบสัมภาษณ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า 31 คน และเข้าเกณฑ์ของทั้งสองฉบับ 24 คน กลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ตามแบบทดสอบเพื่อประเมินภาวะสมองเสื่อม 69 คน จิตแพทย์ให้การวินิจฉัยยืนยันว่าเป็นโรคสมองเสื่อม 48 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ตามแบบสัมภาษณ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า 31 คน จิตแพทย์ให้การวินิจฉัยยืนยันว่าเป็นโรคซึมเศร้า 17 คน และในกรณีของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ของทั้งสองฉบับ 24 คน จิตแพทย์ได้ให้ยาต้านอารมณ์เศร้า (antidepressant) อย่างต่อเนื่องประมาณ 3 เดือน จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบทดสอบเพื่อประเมินภาวะสมองเสื่อมไปประเมินอีกครั้งหนึ่ง ผลปรากฏว่ากลุ่มตัวอย่าง 16 คน มีคะแนนของแบบทดสอบสูงขึ้น ซึ่งจิตแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ส่วนกลุ่มตัวอย่างอีก 8 คนที่เหลือมีคะแนนของแบบทดสอบไม่ต่างไปจากเดิม ซึ่งจิตแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมร่วมด้วย ดังนั้น จากขั้นตอนการคัดกรอง จนถึงขั้นตอนการวินิจฉัยโรคมียังมีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคสมองเสื่อม รวมทั้งสิ้น 56 คน และมีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคซึมเศรารวมทั้งสิ้น 41 คน

สรุปผังแผนภาพข้างล่างนี้



### ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 1,707 คน เป็นเพศชาย 587 คน เพศหญิง 1,120 คน คิดเป็นอัตราส่วนประมาณ 1:2 เพศชายมีอายุเฉลี่ย 64.31 ปี ส่วนเพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 68.57 ปี ส่วนใหญ่มีอาชีพทำไร่ทำนาเป็นอาชีพเดิมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 98.5 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.6 มีสถานภาพสมรสหม้ายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.4 ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 88.9 จำนวนสมาชิกในครัวเรือนของกลุ่มตัวอย่างที่พบมากที่สุด คือ มี 3-4 คน คิดเป็นร้อยละ 42.4 รองลงมา คือ มี 5 คนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 29.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลัก คิดเป็นร้อยละ 97.4 ซึ่งผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่สามารถดูแลกลุ่มตัวอย่างได้นานเท่าที่ต้องการ คิดเป็นร้อยละ 84.4 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกที่ ตนได้รับความเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวพอสมควร คิดเป็นร้อยละ 48.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 93.4 และความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนที่พบมากที่สุด คือ อาทิตย์ละครั้ง คิดเป็นร้อยละ 43.1

กลุ่มตัวอย่างมากกว่า 3 ใน 4 สามารถจะทำกิจวัตรประจำวันในแต่ละด้านได้ด้วยตนเอง กิจวัตรประจำวันที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถทำได้แต่ต้องมีคนช่วยมากที่สุด คือ การใช้บริการรถประจำทาง คิดเป็นร้อยละ 14.8 และกิจวัตรประจำวันที่กลุ่มตัวอย่างทำไม่ได้ด้วยตนเองมากที่สุด คือ การปรุงอาหาร/หุงข้าว คิดเป็นร้อยละ 5.3

กลุ่มตัวอย่างมากกว่า 3 ใน 4 มีปัญหาสุขภาพกาย โดยปัญหาสุขภาพกายที่พบมากที่สุด ปวดข้อ - ปวดกล้ามเนื้อ คิดเป็นร้อยละ 31.3

### ข้อมูลเกี่ยวกับความชุกของโรคสมองเสื่อมในกลุ่มตัวอย่าง

ในจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 1,707 คน พบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคสมองเสื่อม 56 คน คิดเป็นอัตราความชุกของโรคร้อยละ 3.2 แบ่งได้ตามระดับความรุนแรง ดังนี้ มีความรุนแรงระดับเล็กน้อย 40 คน (ร้อยละ 2.3) มีความรุนแรงระดับปานกลาง 12 คน (ร้อยละ 0.7) และ

มีความรุนแรงระดับมาก 4 คน (ร้อยละ 0.2) ความชุกของโรคสมองเสื่อมทั้งในเพศชายและเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น โดยพบความชุกของโรคสมองเสื่อมในกลุ่มอายุ 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84 และ 85 ปีขึ้นไป เป็นร้อยละ 0.2, 1.2, 2.9, 10.3, 8.4 และ 25.5 ตามลำดับ

### ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคสมองเสื่อม

จากการทดสอบสมมติฐานในด้านปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคสมองเสื่อม ปรากฏผลดังต่อไปนี้

1. เพศ เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคสมองเสื่อมได้มากกว่าเพศชาย ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการเป็นโรคสมองเสื่อม มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
2. อายุ เมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะมีโอกาสเป็นโรคสมองเสื่อมมากขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการเป็นโรคสมองเสื่อม มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
3. สถานภาพสมรส สถานภาพสมรสโสด หย่า แยก หม้าย มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคสมองเสื่อมมากกว่าสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับการเป็นโรคสมองเสื่อม มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
4. ระดับการศึกษา การไม่ได้รับการศึกษาหรือมีระดับการศึกษาน้อย มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคสมองเสื่อมมากขึ้น ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการเป็นโรคสมองเสื่อม มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
5. อาชีพเดิม การไม่ได้ประกอบอาชีพมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคสมองเสื่อมมากที่สุด แต่ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพเดิมกับการเป็นโรคสมองเสื่อม ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
6. จำนวนคนในครัวเรือน การไม่มีคนในครัวเรือน (อยู่ตามลำพัง) มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคสมองเสื่อมมากที่สุด แต่ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนคนในครัวเรือน กับการเป็นโรคสมองเสื่อม ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. การดูแลเอาใจใส่ของสมาชิกในครอบครัว การมี/ไม่มีผู้ดูแลหลัก และการได้รับความเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวมากหรือน้อย ไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

8. การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน การที่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคสมองเสื่อมมากกว่าการที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนกับการเป็นโรคสมองเสื่อม มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

9. ปัญหาสุขภาพกาย ปัญหาการได้ยินและการมองเห็น มีแนวโน้มที่จะทำให้เป็นโรคสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

#### 10. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

- กิจกรรมเชิงปฏิบัติเพื่อการดำรงชีวิต ได้แก่ การซักผ้าด้วยมือ การปรุงอาหาร/หุงข้าว การไปซื้อของที่ตลาด การทานอาหารตามแพทย์สั่ง การใช้รถประจำทาง การดูแลการเงินส่วนตัว และการดูแลบ้านและรักษาความสะอาด มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคสมองเสื่อมที่มีความรุนแรงระดับเล็กน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

- กิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน และกิจกรรมเชิงปฏิบัติเพื่อการดำรงชีวิตในทุก ๆ ด้าน มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคสมองเสื่อมที่มีความรุนแรงระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

- กิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน และกิจกรรมเชิงปฏิบัติการเพื่อการดำรงชีวิตในทุก ๆ ด้าน มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคสมองเสื่อมที่มีความรุนแรงระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

#### ข้อมูลเกี่ยวกับการความชุกของโรคซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง

ในจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 1,707 คน พบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคซึมเศร้า 41 คน คิดเป็นอัตราความชุกของโรคร้อยละ 2.4 ความชุกของโรคซึมเศร้าทั้งในเพศหญิงและเพศชาย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น คือ ในช่วงอายุ 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, และ 85 ปีขึ้นไป พบความชุกของโรคซึมเศร้า ร้อยละ 2.1, 2.5, 1.3, 3.6, 4.8 และ 3.4 ตามลำดับ



## ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า

จากการทดสอบสมมติฐานในด้านปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า ปรากฏผลดังต่อไปนี้

1. เพศ เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการเป็นโรคซึมเศร้า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. อายุ เมื่ออายุเพิ่มขึ้น แนวโน้มของการเป็นโรคซึมเศร้าจะมากขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการเป็นโรคซึมเศร้า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. สถานภาพสมรส สถานภาพสมรสหย่า มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้ามากที่สุด รองลงมา คือ สถานภาพสมรสหย่า ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับการเป็นโรคซึมเศร้า มีนัยสำคัญที่ระดับ .001
4. ระดับการศึกษา การไม่ได้รับการศึกษาหรือมีการศึกษาต่ำ มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้ามากขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการเป็นโรคซึมเศร้า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
5. อาชีพปัจจุบัน ข้าราชการบำนาญมีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้ามากที่สุด ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพปัจจุบันกับการเป็นโรคซึมเศร้า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
6. จำนวนคนในครัวเรือน การไม่มีคนในครัวเรือน (อยู่ตามลำพัง) มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้ามากที่สุด ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนคนในครัวเรือนกับการเป็นโรคซึมเศร้า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
7. การดูแลเอาใจใส่ของสมาชิกในครัวเรือน การไม่มีผู้ดูแลหลักและการไม่ได้รับความเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้ามากที่สุด ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลเอาใจใส่ของสมาชิกในครอบครัวกับการเป็นโรคซึมเศร้า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
8. การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน การไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าการที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนกับการเป็นโรคซึมเศร้า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

9. ปัญหาสุขภาพกาย ปัญหาการได้ยิน การมองเห็น ปวดข้อ-ปวดกล้ามเนื้อ และ ปัญหาอัมพฤกษ์/อัมพาต มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

.01 ส่วนปัญหาวิงเวียนศีรษะ นอนไม่หลับ โรคกระเพาะอาหาร และความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

10. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐานในทุก ๆ ด้าน (ยกเว้นการรับประทาน) และกิจกรรมเชิงปฏิบัติเพื่อการดำรงชีวิตในทุก ๆ ด้านมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

### อภิปรายผลการวิจัย

#### ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการสำรวจครั้งนี้พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่สำรวจได้ทั้งหมดเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นอัตราส่วน 2:1 การที่สามารถเก็บข้อมูลในเพศหญิงได้มากกว่าเพศชาย อาจเป็นสิ่งที่แสดงว่าผู้หญิงมีอายุยืนยาวจนเข้าสู่วัยสูงอายุได้มากกว่าผู้ชาย ซึ่งตรงกับการคาดการณ์ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ <sup>(๒๒)</sup> จากลักษณะข้อมูลดังกล่าวจึงพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้อยู่ในสถานภาพหม้ายมากที่สุด อาจเนื่องมาจากเหตุผลที่ว่า การสำรวจพบกลุ่มผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชาย และผู้หญิงมีอายุยืนยาวกว่าผู้ชายนั่นเอง และจากการสำรวจในครั้งนี้พบว่าระดับการศึกษาของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ไม่เกินชั้นประถมศึกษา ซึ่งตรงกับการวิจัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่พบว่า ผู้สูงอายুর้อยละ 54.24 จบประถมศึกษา และร้อยละ 42.75 ไม่เคยเรียนหนังสือ <sup>(๒๓)</sup> สาเหตุเนื่องจากเมื่อ 60-80 ปีที่แล้วมา สังคมไทยไม่นิยมให้ผู้หญิงเรียนหนังสือประกอบกับการศึกษาภาคบังคับมีไม่ทั่วถึงทุกพื้นที่ของประเทศโดยเฉพาะพื้นที่ชนบท

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของจังหวัดร้อยเอ็ด ทำให้ทราบว่าพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 65.82 ของพื้นที่จังหวัด <sup>(๒๔)</sup> ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่าการสำรวจในครั้งนี้จะพบอาชีพเดิมของผู้สูงอายุคืออาชีพทำไร่ทำนามากที่สุด ส่วนอาชีพปัจจุบันนั้นจากการ

สำรวจพบว่าผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 50.6 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ข้อมูลที่ได้นี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 78.9 ไม่ได้ประกอบอาชีพ<sup>11</sup> การที่ไม่ได้ประกอบอาชีพนั้นน่าจะสะท้อนให้เห็นถึงสภาพของภาวะทางเศรษฐกิจได้ ซึ่งสามารถสนับสนุนผลการวิจัยของโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรของผู้สูงอายุในประเทศไทย หรือเรียกย่อ ๆ ว่า SECAPT (Socio-Economic Consequence of the Aging of Population in Thailand) ที่พบว่าผู้สูงอายุไทยปัจจุบันมีภาวะเศรษฐกิจที่ค่อนข้างยากจน กล่าวคือกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีรายได้น้อยต่อเดือนต่ำกว่า 500 บาท หรือไม่มีรายได้ และเหตุผลที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพนั้นเป็นเพราะเหตุผลทางสุขภาพร่างกายเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือครอบครัวไม่ต้องการให้ทำ และเพราะเกษียณอายุ<sup>12</sup> และเนื่องจากลักษณะการทำงานในเขตชนบทนั้นเป็นงานเกษตรกรรม จึงยังมีผู้สูงอายุอีกส่วนหนึ่ง (ร้อยละ 43.4) ที่ยังคงยึดอาชีพทำไร่ทำนาอยู่ตราบเท่าที่ ยังคงมีความสามารถ

ในการสำรวจครั้งนั้นพบว่าในครัวเรือนของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีสมาชิกอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุอีก 3-4 คน และ 5 คนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 42.4 และ 29.3 ตามลำดับ สอดคล้องกับผลการวิจัยของโครงการ SECAPT ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครัวเรือนย่อย ซึ่งเป็นครัวเรือนที่ประกอบด้วย สามีหรือภรรยาของผู้สูงอายุ กับบุตรหรือหลานที่สมรส 1 คนและอาจมีบุตรหลานหรือญาติอื่น ๆ ที่ไม่ได้สมรสและอยู่ในรุ่นเดียวกับบุตรหลานอาศัยอยู่ด้วย ซึ่งหมายความว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลานนั่นเอง สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังจากการสำรวจครั้งนั้นพบว่ามีร้อยละ 3.6 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการวิจัยของโครงการ SECAPT ที่พบว่ามีร้อยละ 4 ซึ่งพอจะชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นผู้ที่อยู่ลำพังเพียงคนเดียว อาจไม่มีผู้ใดดูแลและน่าจะเป็นกลุ่มที่หนึ่งให้ความสนใจเป็นพิเศษ การมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวเท่านั้น เป็นรูปแบบที่พบในประเทศอื่น ๆ ของเอเชียเช่นกัน แต่นับว่าตรงข้ามอย่างมากกับรูปแบบที่พบในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วในซีกโลกตะวันตก ซึ่งนับเป็นเรื่องปกติที่พบว่าร้อยละ 20 ถึง 40 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปี อยู่ลำพังเพียงคนเดียวในบ้านของตน<sup>13</sup>

ในการสำรวจครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลัก ซึ่งสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ตาม  
 เท่าที่ต้องการ อีกทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้สึกว่าได้ได้รับความเอาใจใส่จากสมาชิกใน  
 ครอบครัวพอสมควร แสดงให้เห็นว่าครอบครัวไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีลักษณะในการที่  
 จะอุปถัมภ์เกื้อหนุนผู้สูงอายุซึ่ง Wongseth M<sup>(๓๓)</sup> ได้เคยทำการวิจัยในเรื่องทัศนคติเกี่ยวกับ  
 ผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทยในเขตชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งให้เห็นอย่างชัดเจนว่า  
 ประชากรหนุ่มสาวไทยในเขตชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือเกือบทั้งหมด เห็นพ้องต้องกันว่า  
 บุตรมีหน้าที่ที่จะต้องให้การอุปถัมภ์ดูแลบิดามารดาที่สูงอายุ และถึงแม้ว่าบุตรจะไม่ได้อยู่ภายใต้  
 ราชอาณาจักรเดียวกับผู้สูงอายุ เนื่องจากแยกครอบครัวออกไป แต่โดยทั่วไปแล้วก็มักจะอยู่ใน  
 อาณาบริเวณบ้านหรือละแวกเดียวกัน และได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตรเกือบทุกวันหรือบ่อยครั้ง  
 มาก ซึ่งรูปแบบของการอยู่อาศัยลักษณะนี้นับว่าเป็นรูปแบบที่สนองตอบความต้องการของผู้สูงอายุ  
 ได้เช่นเดียวกับการอยู่ร่วมบ้านเดียวกัน<sup>(๓๔)</sup>

ในการสำรวจครั้งนี้ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดเคยเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ในช่วงระยะ  
 เวลา 1 ปีที่ผ่านมา โดยความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนที่พบมากที่สุดคือ อาทิตย์ละครั้ง  
 เป็นไปได้ว่า กิจกรรมทางศาสนาจะเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติอยู่เป็นประจำ และส่วนใหญ่จะ  
 ไปประกอบพิธีทางศาสนาที่วัดทุก ๆ วันสัปดาห์ นั่นก็คือ อาทิตย์ละครั้งนั่นเอง

ในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพกายของผู้สูงอายุนั้น จากการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุมากกว่า 3  
 ใน 4 รายงานว่าตนมีปัญาสุขภาพกาย ซึ่งการสำรวจครั้งนี้ได้สำรวจปัญหาเฉพาะโรค โดยการ  
 วัดแบบอัตวิสัย (subjective) ซึ่งเป็นการวัดโดยใช้ความรู้สึกและทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย  
 ของผู้ตอบ เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้วัตถุประสงค์มุ่งครอบคลุมปัญหาสุขภาพกายเพียงกว้าง ๆ จึง  
 ไม่สามารถทำได้อย่างละเอียด ดังเช่นงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยเฉพาะ อย่างไรก็ตาม  
 ข้อมูลนี้ น่าจะเป็นการสะท้อนถึงแบบแผนการเป็นโรคของผู้สูงอายุได้บ้าง ดังตารางที่ 3 ผู้สูงอายุ  
 รายงานว่าตนมีปัญาปวดข้อ-ปวดกล้ามเนื้อมากที่สุด รองลงมาคือ ปัญาการมองเห็น นอกไม่หลับ  
 การได้ยิน แผลในกระเพาะอาหาร วิงเวียนศีรษะ เขาหวาน โรคของอวัยวะภายใน ความดัน  
 โลหิตสูง อัมพฤกษ์/อัมพาต โรคติดเชื้อต่าง ๆ และโรคมะเร็งหรือเนื้อร้ายอื่น ๆ ตามลำดับ

ผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่พบว่าโรคประจำตัวที่ผู้สูงอายุเป็นกันมากที่สุด คือ โรคระบบกล้ามเนื้อรวมทั้งโครงสร้างและเนื้อเยื่อ เสริม<sup>๒๒</sup> การที่ผู้สูงอายุมีปัญหาปวดข้อ-ปวดกล้ามเนื้อมากที่สุดน่าจะเกี่ยวข้องกับงานอาชีพที่ทำ อยู่เป็นประจำ คือ ทำไร่นา ซึ่งต้องก้ม ๆ เงย ๆ และการเสื่อมสภาพของระบบกระดูกและ กล้ามเนื้อ โดยที่อายุมากขึ้นก็จะมีกระดูกเสื่อมสภาพและเชื่อมออกจากกระดูกมากขึ้น ซึ่งการสูญเสีย สภาพกระดูกเชื่อมจะเริ่มตั้งแต่อายุ 30 ปี เป็นต้นไป เมื่ออายุ 70 ปี พบว่ากระดูกจะสูญเสียสภาพ แคลเซียมไปประมาณร้อยละ 30 และการสร้างสารโปรตีนในเนื้อกระดูกเป็นไปได้ช้าลง ดังนั้น กระดูกและข้อของผู้สูงอายุจึงมีความแข็งแรงน้อยลง ง่ายต่อการหักและง่ายต่อการอักเสบ อีกทั้ง ความยืดหยุ่นและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุก็มีน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุประสบกับปัญหา ปวดข้อ-ปวดกล้ามเนื้อ<sup>๒๓</sup> ส่วนปัญหาการมองเห็นสามารถอธิบายได้ว่าเป็นผล จากการเสื่อมหน้าที่ของระบบการมองเห็น ตั้งแต่ม่านตาจะแคบลง น้ำเลี้ยงลูกตาจะขุ่นขึ้น เลนส์ ตาจะขุ่นและแข็งขึ้น การโฟกัสภาพในระยะใกล้จะเลวลงและม่านตาจะฉีกและฝ่อ ทำให้ผู้สูงอายุ มีปัญหาการมองเห็นได้<sup>๒๔</sup> ปัญหาอันดับที่ 3 คือ การนอนไม่หลับ มีสาเหตุเนื่องมาจากวงจร การนอนของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะช่วงการนอนในระดับที่ลึกขยับคลื่นความถี่ต่ำ (Slow wave sleep) ลดลงร้อยละ 90 ทำให้ผู้สูงอายุหลับไม่สนิท ง่ายต่อการตื่น<sup>๒๕</sup> และ จากการที่พบว่ามีรายงานของการมีโรครโรค 6 โรคหลังตำนั้น อาจสัมพันธ์กับฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคม เนื่องจากโรคดังกล่าวเป็นโรคที่ต้องอาศัยการตรวจและวินิจฉัยของแพทย์ ผู้สูงอายุใน ชนบทอาจไม่ได้ไปตรวจอาการ จึงไม่ทราบว่าตนเป็นหรือไม่ และอาจคิดเอาเองว่าตนไม่ได้เป็น

จากการใช้แบบสัมภาษณ์สำรวจความสามารถในการทำวัตรประจำวัน ทั้งในด้าน กิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การรับประทานอาหาร, การใช้ห้องสุขา, การอาบน้ำ และ การสวมใส่เสื้อผ้า และในด้านกิจกรรมเชิงปฏิบัติเพื่อการดำรงชีวิต ได้แก่ การซักเสื้อผ้าด้วยมือ, การปรุงอาหาร/หุงข้าว, การไปซื้อของที่ตลาด/ที่ไกลเคียง, ทานยาตามแพทย์สั่ง, การใช้บริการ รถประจำทาง, การดูแลการเงินส่วนตัวและดูแลบ้านและรักษาความสะอาด ปรากฏผลดังตาราง ที่ 4 ที่พบว่า ในกิจวัตรประจำวันแต่ละอย่าง ผู้สูงอายุมากกว่า 3 ใน 4 ของผู้สูงอายุทั้งหมด

สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง กิจวัตรประจำวันที่รายงานว่าผู้สูงอายุสามารถทำได้ แต่ต้องมีคนช่วยมากที่สุด คือ การใช้บริการรถประจำทาง (ร้อยละ 14.8) และกิจวัตรประจำวัน ที่รายงานว่าผู้สูงอายุทำไม่ได้มากที่สุดคือ การปรุงอาหาร/หุงข้าว (ร้อยละ 5.3) การที่ผู้สูงอายุ ต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันดังที่กล่าวข้างต้น อาจเนื่องมาจากสุขภาพร่างกายไม่ เอื้ออำนวย ประกอบกับความเสื่อมของระบบประสาทสัมผัสด้านการมองเห็นและการได้ยิน ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถไปไหนมาไหนตามลำพังด้วยรถประจำทางได้ จำเป็นจะต้องมีผู้อื่นพาไป และในการที่ผู้สูงอายุไม่สามารถหุงข้าว/ปรุงอาหารได้เองนั้น นอกจากจะมีปัจจัยในด้านสุขภาพร่างกายและความเสื่อมของระบบประสาทสัมผัส แล้วอาจเกิดวเนื่อง มาจากผู้สูงอายุไม่เคยทำหรือคนในครอบครัวไม่ต้องการให้ทำก็เป็นได้

**อัตราความชุกของโรคสมองเสื่อมและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมองเสื่อม ในกลุ่มตัวอย่าง**

อัตราความชุกของโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจากการศึกษาครั้งนี้พบร้อยละ 3.2 เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาในต่างประเทศ อาจกล่าวได้ว่า อัตราความชุกของโรคสมองเสื่อมที่ พบจากการศึกษาครั้งนี้ น้อยกว่าอัตราความชุกที่พบในที่อื่น ๆ เช่น ที่เมืองเซียงไฮ้ ประเทศจีน พบร้อยละ 4.6 <sup>(๖๖)</sup> ชุมชนชนบทในประเทศญี่ปุ่นพบร้อยละ 6.7 <sup>(๖๗)</sup> และในประเทศแถบ ยุโรปพบได้ตั้งแต่ร้อยละ 5.5 จนถึงร้อยละ 18 <sup>(๖๘,๖๙,๗๐,๗๑)</sup> และเมื่อเปรียบเทียบกับผล การศึกษาในประเทศไทยก็พบว่า อัตราความชุกของโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ที่พบจากการศึกษา ครั้งนี้มีน้อยกว่าที่พบในตำบลศาลาษา กิ่งอำเภอหนองมะโมง จังหวัดนครปฐม ซึ่งพบ ร้อยละ 4.8 <sup>(๖๕)</sup> แต่มากกว่าอัตราความชุกของโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขต สลัมคลองเตย กรุงเทพมหานคร ซึ่งพบร้อยละ 1.8 <sup>(๖๐)</sup>

การที่อัตราความชุกของโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจากการศึกษาครั้งนี้ แตกต่างจากที่ อื่น ๆ อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของขนาดกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดอายุของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเกณฑ์การวินิจฉัยโรค และระยะเวลาในการวิจัยที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ อาจเป็นผลมาจากความแตกต่างในด้านสภาพภูมิศาสตร์ สิ่งแวดล้อมและการดำเนินชีวิตของ ผู้สูงอายุ

การที่อัตราความชุกของโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่พบจากการศึกษาครั้งนี้มีค่อนข้างต่ำนั้น อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างดี และดำรงชีวิตอยู่กับธรรมชาติ สัมผัสกับอากาศที่บริสุทธิ์ มีโอกาสน้อยต่อการได้รับปัจจัยเสี่ยงของโรคสมองเสื่อมที่เกิดจากมลพิษของโรงงานอุตสาหกรรม และสารพิษจากสารเคมีที่เป็นโลหะหนัก เช่น สารตะกั่ว สารปรอท ฯลฯ (๒๒.๒๓)

ส่วนในกรณีที่โรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเขตสลัมคลองเตย กรุงเทพมหานคร มีอัตราความชุกต่ำนั้น Phanthumchinda K และคณะ<sup>(๑๐)</sup> ได้ให้ข้อคิดเห็นว่า อาจจะเกี่ยวข้องกับความทุกข์ยากในด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมในสลัมคลองเตยเสียชีวิตเร็วขึ้น

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคสมองเสื่อม ในการศึกษาครั้งนี้ ผลปรากฏว่า ตารางที่ 9 ถึงตารางที่ 20 โดยพบว่า ปัจจัยในด้านเพศมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และปัจจัยในด้านอายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน, ปัญหาสุขภาพในด้านการได้ยินและการมองเห็น และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ได้ตั้งไว้ แต่ปัจจัยในด้านอาชีพเดิม จำนวนคนในครัวเรือน และการดูแลเอาใจใส่ของสมาชิกในครอบครัวกับการเป็นโรคสมองเสื่อมไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างตัวแปรแต่ละตัวกับการเป็นโรคสมองเสื่อม จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นว่า เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคสมองเสื่อมได้มากกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 9) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Zhang M และคณะ<sup>(๒๒)</sup>, Roelands M และคณะ<sup>(๒๓)</sup>, Phanthumchinda K และคณะ<sup>(๑๐)</sup> และอภิญญา กังสนารักษ์ และคณะ<sup>(๑๑)</sup> อาจอธิบายได้ว่า น่าจะเป็นผลสะท้อนจากภาวะทางประชากรศาสตร์ที่เพศหญิงมีจำนวนมากกว่าเพศชาย และมีอายุขัยยืนยาวกว่าเพศชาย และ

เมื่อพิจารณาในเรื่องอายุแล้ว ผลการวิจัยพบว่า เมื่ออายุเพิ่มขึ้นแนวโน้มของการเป็นโรคสมองเสื่อมก็จะเพิ่มขึ้นด้วย (ตารางที่ 10) จะเห็นได้ว่า ในช่วงอายุ 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, และ 85 ปีขึ้นไป พบโรคสมองเสื่อมในอัตราร้อยละ 0.3, 1.3, 2.9, 10.3, 8.4 และ 25.4 ตามลำดับ การที่ในกลุ่มอายุ 80-84 ปี มีอัตราความชุกลดลงเล็กน้อย อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนจำกัด แนวโน้มของการเป็นโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินี้ สอดคล้องกับการศึกษาทางด้านระบาดวิทยาเกือบจะทุก การศึกษาอาจจะเกี่ยวข้องกับทฤษฎีที่ว่า สาเหตุใหญ่ที่สุดของโรคสมองเสื่อม คือมีการเปลี่ยนแปลงเสื่อมสลายของเซลล์สมองเอง มีผู้กล่าวว่า สมองของคนเรามีเซลล์สมองมากกว่า 12 ล้านตัว เมื่ออายุ 35 ปีล่วงไปแล้ว เซลล์สมองจะตายทุกวันโดยไม่มีการเกิดใหม่ขึ้นมาทดแทน แต่ยังทำงานต่าง ๆ อย่างปกติได้ด้วยการปรับตัวและอาศัยประสบการณ์ และเมื่ออายุมากขึ้นการเสื่อมสลายของเซลล์สมองก็จะมีมากขึ้น อาการสมองเสื่อมก็จะปรากฏชัดขึ้น <sup>(๑๑)</sup>

เป็นที่น่าสังเกตว่า ในการวิจัยครั้งนี้พบสถานภาพสมรสโสด, หย่า, แยก, หม้าย มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคสมองเสื่อมได้มากกว่าสถานภาพสมรสคู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 11) แต่ประเด็นนี้ยังไม่ได้รับการสนับสนุนด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ จึงเป็นประเด็นที่น่าจะมีการวิจัยศึกษาติดตามเพื่อความกระจ่างต่อไป

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลในด้านระดับการศึกษา ผลการวิจัยในครั้งนี้นับว่า การไม่ได้รับการศึกษามีแนวโน้มที่จะเป็นโรคสมองเสื่อมมากกว่าการได้รับการศึกษา และระดับการศึกษาต่ำก็มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคสมองเสื่อมได้มากกว่าระดับการศึกษาสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 12) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ Zhang K และคณะ <sup>(๑๒)</sup> Lobo A และคณะ <sup>(๑๓)</sup> Phanthumchinda K และคณะ <sup>(๑๔)</sup> และอภิญญา กังสนารักษ์ และคณะ <sup>(๑๕)</sup> ซึ่งผลกระทบของการไม่ได้รับการศึกษาหรือการศึกษาต่ำที่มีโรคสมองเสื่อมนั้น Katzman R <sup>(๑๖)</sup> ได้สนับสนุนความสัมพันธ์ดังกล่าวว่า การได้รับการศึกษาเป็นสิ่งหนึ่งที่จะกระตุ้นให้เกิดการเพิ่มจำนวนของจุดประสานประสาทภายในเนื้อเยื่อสมอง (neocortical synaptic density) ข้อมูลนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาทางจุลพยาธิวิทยาที่พบว่า ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะมีเซลล์ประสาทลดจำนวนลง <sup>(๑๗)</sup> ดังนั้นการได้รับการศึกษาจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยชดเชย หรือต้านการเป็นโรคสมองเสื่อมได้



หากจะพิจารณาปัจจัยเรื่องการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนแล้ว ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีแนวโน้มที่จะไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนมากกว่าผู้สูงอายุปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 16) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ อภิญา กังสนารักษ์ และคณะ<sup>(๙๙)</sup> อาจอธิบายได้ว่า การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการกระตุ้นและตอบโต้ระหว่างบุคคลกับบุคคล และบุคคลกับหมู่คณะ ไม่ว่าจะ เป็นวิธีการที่ได้รับการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน หรือการหยิบยื่นให้ระหว่างกันและกันก็ตาม จัดว่าเป็นสิ่งที่ช่วยพัฒนาให้ผู้สูงอายุเกิดความสามารถที่จะดูแลตนเองให้มีความสามารถ และให้มีสุขภาพที่ดีอยู่เสมอ ซึ่งมีส่วนที่จะช่วยให้พบโรคสมองเสื่อมน้อยลงในผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า อาจเกี่ยวเนื่องมาจากอาการสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน จึงทำให้พบว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมส่วนใหญ่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนในรอบปีที่ผ่านมาก็เป็นได้

สำหรับปัจจัยในเรื่องปัญหาสุขภาพกาย ผลการวิจัยพบว่าปัญหาการได้ยินและการมองเห็นมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 17) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Phanthumchinda K และคณะ<sup>(๑๐)</sup> และผลการวิจัยของอภิญา กังสนารักษ์ และคณะ<sup>(๑๑)</sup> ผลการวิจัยนี้สนับสนุนความคิดเห็นของ Jorm<sup>(๑๒)</sup> ที่ว่าโรคสมองเสื่อมพบได้บ่อยในผู้ที่มีความบกพร่องของการรับรู้ทางด้านระบบประสาทสัมผัส (impaired sensory awareness) เช่น การได้ยิน การมองเห็น อาจเนื่องมาจากความบกพร่องในด้านการได้ยินและการมองเห็นทำให้เกิดความซึมเศร้าและชักนำไปเกิดโรคสมองเสื่อมได้ นอกจากนั้นจากการศึกษาของ Granick และคณะ<sup>(๑๓)</sup> ก็พบว่า ผู้สูงอายุที่หูตึงจะมีความสามารถในการรู้และเข้าใจ (cognition) ต่ำกว่าผู้สูงอายุปกติและจากการที่ Esiri และคณะ<sup>(๑๔)</sup> ได้ทำการตรวจเนื้อสมองใหญ่ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิด Alzheimer's type ที่เสียชีวิตแล้ว พบ neurofibrillary tangles และ neuritic plaque (ซึ่งปกติพบในผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิด Alzheimer's type) มากในเนื้อสมองบริเวณส่วนหน้าของ Broadmann area ที่ 38 และ 22 ซึ่งทั้ง 2 area นี้ทำหน้าที่เกี่ยวกับการได้ยินและความเข้าใจภาษาพูด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Foster<sup>(๑๐๐)</sup> ที่ได้ศึกษาการเผาผลาญน้ำตาลในสมองของผู้ป่วย Alzheimer's disease ด้วยวิธี positron emission tomography พบว่า การเผาผลาญน้ำตาลของ

สมองจะลดลงในบริเวณ Left frontal, temporal และ parietal ซึ่งสมองส่วนดังกล่าว มีหน้าที่เกี่ยวกับการได้ยินและการใช้ภาษา จากข้อสนับสนุนของ Jorm, Granick, Keiri และ Foster อาจสรุปได้ว่า ผู้ที่มีปัญหาการได้ยินและการมองเห็น มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมองเสื่อมได้

สำหรับปัจจัยเรื่องความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันนั้น เพื่อให้ได้รายละเอียด และเห็นความแตกต่างมากขึ้น ผู้วิจัยจึงได้แยกวิเคราะห์ตามความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ความรุนแรงน้อย ความรุนแรงปานกลาง และความรุนแรงมาก ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีความรุนแรงน้อย รวมทั้งสิ้น 40 ราย มีแนวโน้มที่จะไม่สามารถทำกิจกรรมเชิงปฏิบัติเพื่อการดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 18) ซึ่งกิจกรรมดังกล่าว ได้แก่ การซักผ้าด้วยมือ, การปรุงอาหาร/หุงข้าว, ไปซื้อของที่ตลาดหรือสถานที่ใกล้เคียง, ทานยาตามแพทย์สั่ง, การใช้บริการรถประจำทาง, ดูแลการเงินส่วนตัวและดูแลรักษาความสะอาดบ้าน ส่วนผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีความรุนแรงปานกลาง 12 ราย และมีความรุนแรงมาก 4 ราย มีแนวโน้มที่จะไม่สามารถทำทั้งกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน ซึ่งได้แก่ การรับประทานอาหาร การใช้ห้องสุขา การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า และกิจกรรมเชิงปฏิบัติเพื่อการดำรงชีวิตในทุก ๆ ด้านได้ด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 19, 20) ข้อแตกต่างที่พบในเรื่องความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันระหว่าง ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีความรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก โดยการเปรียบเทียบค่าร้อยละจากผลการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีความรุนแรงปานกลางมีแนวโน้มที่จะทำกิจกรรมในทุก ๆ ด้านได้ แต่ต้องมีคนช่วยมากกว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีความรุนแรงมาก ในขณะที่ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีความรุนแรงมาก มีแนวโน้มที่จะทำกิจกรรมในทุก ๆ ด้านไม่ได้มากกว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีความรุนแรงปานกลาง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีความรุนแรงปานกลางโดยส่วนใหญ่จะสามารถทำกิจกรรมในทุก ๆ ด้านได้ แต่ต้องมีคนช่วย แต่ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีความรุนแรงมากมีแนวโน้มที่จะไม่สามารถทำได้เลย ซึ่งผลการวิจัยนี้ตรงกับเกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมตามที่ Stephern Read และ DSM-III-R<sup>(20)</sup>

ได้ระบุไว้ และความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถกล่าวได้ว่าสอดคล้องกับหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมตาม DSM-IV<sup>(๑๖)</sup> ข้อ ๒ ที่ระบุไว้ว่า ความบกพร่องของความรู้ความเข้าใจหลาย ๆ ด้าน จะต้องมีความรุนแรงพอที่จะเป็นสาเหตุให้เกิดความบกพร่องของหน้าที่การงานและกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Weyerer S และคณะ<sup>(๑๗)</sup> Griffiths RA และคณะ<sup>(๑๘)</sup> ที่พบว่าอัตราความชุกของโรคสมองเสื่อมจะสูงขึ้นในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

เมื่อนิยามความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพเดิม , จำนวนคนในครัวเรือนและการดูแลเอาใจใส่ของสมาชิกในครอบครัวกับการเป็นโรคสมองเสื่อม พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 13, 14, 15) แต่อย่างไรก็ตามเมื่อนิยามแนวโน้มของการเป็นโรคสมองเสื่อมแล้วพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิม คือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคสมองเสื่อมมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่เคยมีอาชีพอื่น ๆ และจากผลการวิจัยไม่พบโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีอาชีพค้าขายเป็นอาชีพเดิม (ตารางที่ 13) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การไม่ได้ประกอบอาชีพ อาจทำให้ผู้สูงอายุขาดโอกาสในการกระตุ้นพัฒนาสมอง ทำให้ง่ายต่อการเป็นโรคสมองเสื่อม ในขณะที่อาชีพค้าขายเป็นอาชีพที่ต้องอาศัยสติปัญญาความคิดอยู่เสมอ จึงอาจจะถือได้ว่า เป็นสิ่งที่จะช่วยชะลอการเป็นโรคสมองเสื่อมได้ ส่วนการเปรียบเทียบจำนวนคนในครัวเรือนกับการเป็นโรคสมองเสื่อมนั้น พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีคนอยู่ด้วยหรืออยู่ตามลำพัง และผู้สูงอายุที่มีคนในครัวเรือน 5 คนขึ้นไป มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ อาจเนื่องมาจากการที่ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังนั้นอาจจะมีผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ โดยทำให้ผู้สูงอายุเกิดความซึมเศร้า ซึ่งความซึมเศร้าที่เกิดขึ้นอาจจะเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคสมองเสื่อมได้ ดังที่ Shalat SI และคณะ<sup>(๑๙)</sup> , Broc GA และคณะ<sup>(๒๐)</sup> และ French LR และคณะ<sup>(๒๑)</sup> ทำการวิจัยเชิงวิเคราะห์ชนิดย้อนหลังในผู้ป่วย Alzheimer's disease พบว่า ความซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญปัจจัยหนึ่งของการเกิดโรคสมองเสื่อม ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังก็น่าจะทำให้เกิดโรคสมองเสื่อมได้มากขึ้น และการที่มีคนในครัวเรือนอยู่

ร่วมกับผู้สูงอายุตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป มีโอกาสที่จะเกิดโรคสมองเสื่อมได้ใกล้เคียงกับผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังนั้น อาจจะเป็นเพราะจำนวนคนในครัวเรือนที่มากเกินไป ทำให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีอาการเพียงเล็กน้อยเกิดความสับสน และอาจกระตุ้นให้เกิดอาการสมองเสื่อมที่ชัดเจนขึ้นได้ เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว, ต่อต้าน, เจ้าอารมณ์ ฯลฯ ทำให้แพทย์วินิจฉัยจากลักษณะ อาการทางคลินิกได้ถูกต้องยิ่งขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบการดูแลเอาใจใส่ของสมาชิกในครอบครัวกับการเป็นโรคสมองเสื่อม พบว่า ผู้สูงอายุปกติและผู้สูงอายุสมองเสื่อมต่างก็มีผู้ดูแลหลักและได้รับความเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวไม่แตกต่างกันมากนัก (ตารางที่ 15) ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุจะได้รับความเอาใจใส่จากบุตรหลานในระดับพอสมควรถึงมาก อาจเนื่องมาจากข้อมูลดังกล่าวมีความแปรผันของตัวแปรในด้านนี้น้อยมาก จึงเป็นไปได้ที่จะทำให้ผลของการเปรียบเทียบไม่พบว่ามีความสำคัญทางสถิติ

#### อัตราความชุกของโรคซึมเศร้าและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง

อัตราความชุกของโรคซึมเศร้าที่พบจากการวิจัยครั้งนี้มีร้อยละ 2.4 ซึ่งแตกต่างจากอัตราความชุกของต่างประเทศที่เคยศึกษาไว้ เช่น Blazer D และคณะ<sup>(78)</sup> พบอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทซึ่งอยู่ในรัฐ North Carolina ของประเทศสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 0.8 Lobo A และคณะ<sup>(79)</sup> พบอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเกษตรกรรมของประเทศสเปนร้อยละ 1 Brown DR และคณะ<sup>(80)</sup> พบอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาวอเมริกัน ร้อยละ 3.2 และ Forsell YV และคณะ<sup>(81)</sup> พบอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมือง Stockholm ประเทศสวีเดน ร้อยละ 5.9 ความแตกต่างของอัตราความชุกดังกล่าว อาจจะเป็นเนื่องจากจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดอายุของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เกณฑ์การวินิจฉัยโรค และระยะเวลาในการวิจัยที่ต่างกัน Blazer DG<sup>(82)</sup> ได้สรุปไว้ว่า โดยทั่วไปแล้วจะพบความชุกของโรคซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในชุมชนชนบท ต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในชุมชนเมือง อาจกล่าวได้ว่าสิ่งแวดล้อมที่ต่างกันในแต่ละพื้นที่น่าจะมีส่วนในการทำให้พบอัตราความชุกที่ต่างกันออกไปได้

จากการทดสอบสมมติฐานของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า ในกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิเคราะห์ปรากฏดังตารางที่ 24 ถึงตารางที่ 33 โดยพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลในด้านเพศ, อายุ มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยส่วนบุคคลในด้านระดับการศึกษา, จำนวนคนในครัวเรือน, ปัญหาสุขภาพกายด้านการได้ยิน การมองเห็น ปวดข้อ-ปวดกล้ามเนื้อ และอัมพฤกษ์/อัมพาต มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยส่วนบุคคลในด้านสถานภาพสมรส, อาชีพ, การดูแลเอาใจใส่ของสมาชิกในครอบครัว, การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน, ปัญหาสุขภาพกายในด้าน วิงเวียนศีรษะ นอนไม่หลับ โรคกระเพาะอาหาร และความดันโลหิตสูง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในทุกกิจกรรม (ยกเว้นการรับประทานอาหาร) มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จึงสามารถสรุปได้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่นำมาศึกษาทั้งหมดมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ได้ตั้งไว้

เมื่อพิจารณารายละเอียดของปัจจัยส่วนบุคคลแต่ละปัจจัย ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 24) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Lobo A และคณะ<sup>(๒๒)</sup>, Brown DR และคณะ<sup>(๒๔)</sup> อีกทั้งสอดคล้องกับผลการวิจัย ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เคยมีรายงานในประเทศไทย โดย นันทิกา ทวิชาชาติและคณะ<sup>(๒๖)</sup> และอัมพร โอตระกูลและคณะ<sup>(๒๖)</sup> การที่พบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชายนั้น สามารถอธิบายได้หลายประเด็นเช่น อาจเป็นเพราะผลกระทบของภาวะทางประชากรศาสตร์ที่เพศหญิงมีจำนวนมากกว่าและมีอายุชัวยืนยาวกว่าเพศชาย จึงมีโอกาที่จะพบว่าเพศหญิงเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย หรืออาจจะเกี่ยวเนื่องมาจากการแสดงออกของความซึมเศร้าในเพศชายกับเพศหญิงมีความแตกต่างกัน ซึ่งเพศชายส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะเก็บกดความซึมเศร้าไว้มาก และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของความซึมเศร้าไปแสดงออกในทางอื่นได้มากกว่า ในขณะที่เพศหญิงจะมีความรู้สึกอ่อนไหว และมีพฤติกรรมต่าง ๆ ในทางที่ต้องการความช่วยเหลือ ทั้งยังสามารถแยกแยะอาการเจ็บป่วยของ

ตนได้มากกว่าเพศชาย จึงทำให้พฤติกรรมและอาการที่แสดงออกของโรคซึมเศร้าในเพศหญิงเห็นได้ชัดเจนกว่าเพศชาย นอกจากนี้ มีการศึกษาทางชีวภาพที่พบว่า เพศหญิงมีระดับของ monoamine oxidase สูงกว่าเพศชาย ซึ่งอาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เพศหญิงมีอาการเศร้าได้มากกว่าเพศชายก็ได้ (๑๐)

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านอายุกับการเป็นโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยในครั้งนั้นพบว่า เมื่ออายุเพิ่มขึ้น แนวโน้มของการเป็นโรคซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 25) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ นันทิกา ทวิชาชาติและคณะ (๑๑) และ อัมพร โอตระกูลและคณะ (๑๒) อาการเศร้าที่เพิ่มมากขึ้นตามอายุนี้อาจเป็นเพราะ ผู้สูงอายุอยู่ในระยะเวลาของความเสื่อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาทางชีวภาพ พบว่าระดับของ monoamine oxidase เพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งอาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับอาการเศร้าด้วยก็ได้ (๑๐)

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านสถานภาพสมรสกับการเป็นโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยในครั้งนั้นพบว่าสถานภาพสมรสหย่า มีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้ามากที่สุด (ร้อยละ 28.6) รองลงมาคือ สถานภาพสมรสหม้าย (ร้อยละ 8.0) (ตารางที่ 26) อย่างไรก็ตามการที่พบว่าสถานภาพสมรสหย่ามีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้ามากที่สุดนั้น น่าจะเกิดจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,707 คน มีสถานภาพสมรสหย่าเพียง 5 คน แต่เป็นโรคซึมเศร้าถึง 2 คน จึงมีร้อยละของการเป็นโรคซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างนี้สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสอื่น ๆ มาก ถึงกระนั้นก็ตาม มีผู้ที่สนับสนุนว่าความซึมเศร้าพบได้บ่อยที่สุดในผู้ที่ เป็นหม้ายและหย่าร้าง (๑๒,๑๓) โดยที่สถานจิตใจของผู้สูงอายุที่เป็นหม้ายนั้น Hostel (๑๔) ได้กล่าวไว้ว่า การปรับตัวอันเนื่องมาจากความสูญเสียที่ทำได้ยากในวัยสูงอายุ ก็คือ การปรับตัวในระบอบที่มีการสูญเสียคู่สมรส ร้อยละ 22.5 ของคู่สมรสที่มีชีวิตอยู่จะเสียชีวิตตามกันไปภายใน 6 เดือนแรก เนื่องจากไม่สามารถปรับตัวได้ และความซึมเศร้าอันเนื่องมาจากการสูญเสียนี้เป็นความเศร้าที่ลึกซึ้ง ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อร่างกาย อารมณ์ สังคมและการดำเนินชีวิตประจำวัน นำไปสู่โรคซึมเศร้าอย่างแท้จริงได้

ส่วนสภาพจิตใจที่เกิดกับผู้สูงอายุที่หย่าร้างนั้น ถ้าพิจารณาตามทฤษฎีพัฒนาการทางจิตใจ ของ Erik Erikson <sup>(๑๒)</sup> แล้ว อาจจะเกี่ยวเนื่องมาจากความล้มเหลว และความไม่สมหวัง ในชีวิตคู่ ทำให้ผู้สูงอายุมองภาพจน์ของตนเองไม่ดี ขาดความมั่นคงทางจิตใจและขาดความภูมิใจในตนเอง จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้มีอาการซึมเศร้าได้

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านระดับการศึกษากับการเป็นโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษามีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษา และระดับการศึกษาต่ำก็มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าได้มากกว่าระดับการศึกษาสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 27) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Lobo A และคณะ <sup>(๑๓)</sup> และอัมพร โอตระกุลและคณะ <sup>(๑๔)</sup> อาจเนื่องมาจากว่าการศึกษาทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันหลายประการ เช่น ความรู้ความสามารถในการแก้ปัญหา ทรรศนะในการดำรงชีวิต ค่านิยม โลกทัศน์ ประสบการณ์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อบุคลิกภาพของบุคคล อาจจะมีอิทธิพลต่อการจัดการกับปัญหาในชีวิตของผู้สูงอายุได้ ซึ่ง Antonucci TC, Jackson JS <sup>(๑๕)</sup> ได้กล่าวสนับสนุนว่าการที่บุคคลในวัยหนุ่มสาวมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาในชีวิตได้สำเร็จ จะเป็นประสบการณ์ที่ดีสำหรับการจัดการกับปัญหาในชีวิตเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุต่อไป ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาจะมีความสามารถในการที่จะแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ในชีวิตประจำวัน ได้น้อยกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษา จึงพบโรคซึมเศร้าได้มากกว่า

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านอาชีพปัจจุบันกับการเป็นโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าได้มากกว่าอาชีพอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 28) น่าจะเป็นผลมาจากการปลดเกษียณอายุ ต้องทำให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตใหม่ ต้องขาดจากตำแหน่งหน้าที่การงาน ซึ่งจัดได้ว่าเป็นความเครียดทางสังคม การที่ผู้สูงอายุปรับตัวไม่ได้ก็จะมีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เกิดความคิดฟุ้งซ่าน ทำให้มีอาการซึมเศร้าได้ <sup>(๑๖)</sup> ซึ่งตรงกับความเห็นของ Butler RM <sup>(๑๗)</sup> ที่กล่าวไว้ว่า การที่บุคคลมีประสบการณ์สูญเสียเกิดขึ้นในชีวิต เช่น การเกษียณอายุ จะเป็นปัจจัยที่เข้ามากระตุ้นให้เกิดโรคซึมเศร้าได้

เมื่อนิยามปัจจัยด้านจำนวนคนในครัวเรือนกับการเป็นโรคซึมเศร้า ผลการวิเคราะห์พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้ามากที่สุด (ร้อยละ 8.1) รองลงมาคือ มีคนในครัวเรือน 1-2 คน (ร้อยละ 2.9), มีคนในครัวเรือน 5 คนขึ้นไป (ร้อยละ 2.0), และมีคนในครัวเรือน 3-4 คน (ร้อยละ 1.9) ตามลำดับ ซึ่งจำนวนคนในครัวเรือนกับการเป็นโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 29) สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ Henderson AS และคณะ<sup>๑๓๖</sup> และ Brown DR และคณะ<sup>๑๓๗</sup> ที่พบว่า การอาศัยอยู่ตามลำพังจะทำให้ผู้สูงอายุมีอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าได้สูงกว่าการอาศัยร่วมกับบุคคลอื่น ๆ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของสังคม จากสังคมเกษตรกรรมไปสู่สังคมอุตสาหกรรมนั้น มีผลทำให้วิถีชีวิตของคนในชนบทเริ่มเปลี่ยนแปลงไป มีการอพยพแรงงานของคนหนุ่มสาวจากภาคเกษตรกรรมไปสู่ภาคอุตสาหกรรมมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพังมากขึ้น อีกทั้งการเรียนรู้ของคนรุ่นใหม่ส่วนใหญ่ได้รับมาจากสังคมภายนอก ผู้สูงอายุจึงขาดความสำคัญลงไป ความรู้สึกขาดความมั่นคงทางจิตใจ และรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า จึงเกิดขึ้นจนกระทั่งกลายเป็นโรคซึมเศร้าได้ ส่วนผลการวิจัยที่พบว่า การที่มีคนในครัวเรือนตั้งแต่ 5 คนขึ้นไปอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ มีแนวโน้มที่จะทำให้ผู้สูงอายุเป็นโรคซึมเศร้าได้นั้น Critchley DL และ Maurin JT<sup>๑๓๘</sup> ได้กล่าวไว้ว่า ในวัยสูงอายุบางครั้งชอบแยกตัวเอง การต้องอยู่ปนกับลูกหลานยิ่งทำให้หนักหนาสาหัส บางคนที่มีอายุเกิน 80 ปี มักจะบ่นว่าตนเองมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น ไม่อยากย้ายไปอยู่กับคนอื่น ๆ ถ้าได้ย้ายไปอยู่ร่วมกับลูกหลานยิ่งเศร้าและสับสนยิ่งขึ้น วัยสูงอายุบางคนมีช่องว่างระหว่างวัย ยอมรับความแตกต่างของวัยเด็ก ๆ ไม่ได้ จึงเกิดความกดดันนำไปสู่ความซึมเศร้าได้ แต่อย่างไรก็ตาม การเกิดโรคซึมเศร้าจากการวิจัย ครั้งนี้ก็มียุทธศาสตร์ที่จะเพิ่มขึ้นเมื่อมีจำนวนคนในครัวเรือนน้อยลง

เมื่อนิยามปัจจัยด้านการดูแลเอาใจใส่ของสมาชิกในครอบครัว กับการเป็นโรคซึมเศร้า ผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลหลักและผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับความเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 30) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลเอาใจใส่ทั้งในด้านวัตถุ ร่างกายและจิตใจ ในสังคมไทยถือว่า ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีหน้าที่ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ



และมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขในบั้นปลายชีวิต ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงคาดหวังไว้ว่าบุตรหลานจะต้องคอยดูแลเอาใจใส่ตน เมื่อยามแก่ชราเหมือนตนได้เคยปฏิบัติกับบรรพบุรุษในอดีต แต่เมื่อวิถีสังคมเปลี่ยนไป ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการสนองตอบในสิ่งที่คาดหวังไว้ จึงเกิดความซึมเศร้าขึ้นได้

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนกับการเป็นโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ในรอบปีที่ผ่านมามีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 31) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ นันทิกา ทวิชาชาติและคณะ<sup>(๖๒)</sup> ที่พบว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนาบ่อย จะทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ตรงกับคำกล่าวของ Barrow GM และ Smith PA<sup>(๖๐)</sup> ที่ว่าถ้าผู้สูงอายุคนใดสามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมของตนไว้ได้ จะเป็นผู้ที่มีความคิดต่อตนเองในด้านดีและสามารถปรับตัวได้ดี ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุแยกตนเองออกจากชุมชนไม่ว่าจะเนื่องมาจากการขาดบทบาทในชุมชน หรือข้อจำกัดทางร่างกาย จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดทางจิตใจได้สูง นำไปสู่ความซึมเศร้าได้ อีกทั้งมีรายงานการวิจัยจำนวนมากที่พบว่า ผู้สูงอายุซึมเศร้าจะมีอาการดีขึ้นเมื่อเข้าร่วมกิจกรรม<sup>(๖๑, ๖๒, ๖๓, ๖๔, ๖๕)</sup> จึงสามารถกล่าวได้ว่า การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุจะทำให้มีความซึมเศร้ามลดลง

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านสุขภาพกายกับการเป็นโรคซึมเศร้า ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัญหาสุขภาพกายในด้านการได้ยิน, การมองเห็น, ปวดข้อ+ปวดกล้ามเนื้อ, วิงเวียนศีรษะ, นอนไม่หลับ, โรคกระเพาะอาหาร, ความดันโลหิตสูง และอัมพฤกษ์/อัมพาต มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 32) โดยผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าจะรายงานว่า ตนมีโรคดังกล่าวในอัตราที่สูงกว่าผู้สูงอายุปกติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยแทบทุกรายงานที่ได้สรุปว่า ปัญหาสุขภาพกายเป็นสาเหตุสำคัญของความซึมเศร้า<sup>(๖๒, ๖๓, ๖๔, ๖๕)</sup> โดย Kane RL และคณะ<sup>(๖๖)</sup> ได้กล่าวสนับสนุนว่า การที่ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพของระบบประสาทสัมผัส

ลดลงโดยเนหาการมองเห็น และการได้ยิน จะเป็นผลให้ผู้สูงอายุแยกตัวเองและขาดการ กระตุ้นทางระบบประสาทสัมผัส (Sensory deprivation) ซึ่งสามารถทำให้เกิดความซึมเศร้า ได้ และ Evans ME <sup>(10)</sup> ได้กล่าวไว้ว่า ความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อาจจะเป็นผลมาจากความเจ็บป่วยโดยเนหาโรคที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด, ความเรื้อรัง และความไร้สมรรถภาพ จากผลการวิจัยในครั้งนี้จึงอาจกล่าวได้ว่า มีความสอดคล้องกับทฤษฎีข้างต้น

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันกับการเป็นโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า กิจกรรมในทุก ๆ ด้าน ยกเว้นการรับประทานอาหาร มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 23) โดยผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า มีแนวโน้มที่จะไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองมากกว่าผู้สูงอายุปกติ ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับ Weyerer S และคณะ <sup>(33)</sup> Griffiths RA และคณะ <sup>(40)</sup> และ Forsell YV <sup>(72)</sup> ที่พบว่า อัตราความชุกของโรคซึมเศร้าจะสูงเป็นพิเศษในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน การที่ผลการวิจัย พบว่า กิจกรรมในด้านการรับประทานอาหารไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคซึมเศร้าในครั้งนี้ อาจเนื่องมาจากทั้งผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าและผู้สูงอายุปกติ มีความสามารถในการทำกิจกรรมด้านนี้ได้ ในอัตราที่ไม่ต่างกันมากนัก

ถึงแม้ว่าการวิจัยในครั้งนี้จะพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างปัจจัย ส่วนบุคคลกับโรคที่ศึกษานั้น แต่ก็ยังไม่สามารถสรุปได้อย่างแน่ชัดว่า ความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นไปในทิศทางใด และไม่สามารถบอกได้ถึงระดับความมากน้อยของความสัมพันธ์ แต่การวิจัยในครั้งนี้ ถือได้ว่า เป็นขั้นตอนแรกของการศึกษาทางด้านระบาดวิทยา ซึ่งสามารถให้ข้อมูลเบื้องต้นในการกระจายของโรค อันจะก่อให้เกิดแนวความคิดในการสร้างสมมติฐานอื่น ๆ ต่อไปได้

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากผลการวิจัยในครั้งนี้ เป็นแนวทางให้ทราบว่า ในชุมชนของจังหวัดร้อยเอ็ดมี ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่เป็นโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้า ดังนั้นหน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องควรมีการวางแผนรองรับกับปัญหาที่เกิดขึ้น
2. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าที่พบจากการวิจัยครั้งนี้ ควรได้รับการติดตามดูแล รักษา และฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องต่อไป
3. หน่วยงานหลักโดยเฉพาะอย่างยิ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ควรให้การสนับสนุนทางด้านวิชาการโดยการกระจายความรู้ ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนให้มีความรู้และความเข้าใจในเรื่องโรคสมองเสื่อม และโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง ควรมีการนิเทศงานและเน้นการนำส่งผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ
4. ควรพิจารณาให้ความสำคัญกับโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยรวมเข้ากับงานสุขภาพจิตชุมชน เพื่อผสมผสานในงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.) เฝ้าระวังและค้นหาผู้ป่วยเพื่อให้บริการตั้งแต่แรกเริ่มอย่างต่อเนื่องตามระบบ
5. ควรจัดโครงการส่งเสริม ป้องกัน ให้ประชาชนทั่วไปได้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคยิ่งขึ้น เช่น จัดรายการเสียงตามสาย หรือจัดให้มีเอกสารแผ่นพับ คู่มือที่ประชาชนอ่านแล้วเข้าใจมากขึ้น
6. ควรมีการส่งเสริมให้ประชาชนเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุในระดับครอบครัว และจัดให้มีกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุในระดับชุมชนให้กว้างขวางขึ้น
7. ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ และไม่ได้รับการคุ้มครองดูแลจากครอบครัว ไม่ว่าจะด้วยเหตุใดก็ตามควรจะได้รับ การปกป้องดูแลจากสังคม

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรจะทำการวิจัยเพิ่มเติมเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองกับเขตชนบท หรือเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในจังหวัดใกล้เคียง
2. ควรมีการศึกษาระยะยาว (Longitudinal Studies) ในกลุ่มประชากรเดียวกัน แต่ระยะเวลาต่างกัน ซึ่งจะช่วยให้สามารถบอกความเปลี่ยนแปลงและทำให้สามารถบอกอัตราอุบัติการณ์ (Incidence Rate) ได้ เป็นผลให้สามารถพยากรณ์ได้ว่าในระยะข้างหน้าปรากฏการณ์ของโรคจะมีแนวโน้มเป็นอย่างไร
3. ควรมีการศึกษาเชิงวิเคราะห์ โดยมีการจัดองค์ประกอบร่วม (Confounding Factors) ต่าง ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบเสี่ยง ที่ต้องการศึกษาและโรคที่เกิดขึ้นออกไปให้มากที่สุด ทำให้ทราบได้อย่างแน่นอนว่าปัจจัยเสี่ยงใดที่ทำให้เกิดโรค
4. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับตัวแปรด้านความซึมเศร้ากับการเป็นโรคสมองเสื่อม
5. ควรทำการวิจัยเพิ่มเติมในเรื่องภาระการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม และผู้สูงอายุซึมเศร้าที่บ้าน กรณีภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อที่จะทำให้ทราบถึงปัญหาและจะได้เป็นแนวทางให้ความช่วยเหลืออย่างเหมาะสมกับวัฒนธรรมท้องถิ่นต่อไป