

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ในชุมชนชนบท จังหวัดปทุมธานี

กัลยกรณ์ เชยโพธิ์^{1*} จินตนา เค่นสันติกุล¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณโดยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research design) โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบท จังหวัดปทุมธานี จำนวน 123 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ทักษะคิดเพื่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อม การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้สถิติ Pearson's correlation coefficient

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.6) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 75.6) และอาศัยอยู่ในชุมชนมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 89.4) กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับดี เมื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และปัจจัยตามทฤษฎี เช่น ความรู้ ทักษะคิด การสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม การวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การทำความเข้าใจพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทชนบทไทยต้องการการศึกษาที่ครอบคลุมปัจจัยหลายมิติ โดยเฉพาะปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม เพื่อช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมได้ชัดเจนขึ้น และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ และนำไปสู่การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อม, พฤติกรรมการป้องกัน, ผู้สูงอายุ, ชุมชนชนบท

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ ปทุมธานี

*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ e-mail: jmararat@gmail.com

Received: 1 October 2025

Revised: 13 November 2025

Accepted: 19 December 2025

**Factors associated with self-care behavior for dementia prevention behaviors
among older adults in rural communities, Pathum Thani province**

Kulyaporn Cheypho^{1*} Jintana Densuntikul¹

Abstract

This study was a quantitative research using a correlational research design. The sample consisted of 123 older adults living in rural communities in Pathum Thani Province. A multistage sampling method was employed. Data were collected using a questionnaire that included sections on general information, knowledge about dementia prevention, attitudes toward dementia prevention, social support, and self-care behaviors for dementia prevention. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, standard deviation, maximum, and minimum values, and the relationships among variables were examined using Pearson's correlation coefficient.

The results showed that most participants were female (62.6%), married (75.6%), and had lived in the community for more than five years (89.4%). The participants had a moderate level of knowledge regarding dementia prevention and a good level of self-care behavior for dementia prevention. Correlation analysis indicated that personal factors, such as age, gender, education level, underlying diseases, smoking, and alcohol consumption as well as theoretical factors, such as knowledge, attitudes, and social support were not associated with dementia prevention behaviors. This study highlights that understanding the health behaviors of older adults in rural Thai contexts requires an exploration of multi-dimensional factors, particularly environmental, economic, and cultural aspects. Such understanding can contribute to the development of health education programs that are appropriate for local contexts and promote more effective health care for older adults.

Keywords: Dementia, Prevention behaviors, Older adults, Rural community

¹ Faculty of Nursing, North Bangkok University, Pathum Thani

*Corresponding author e-mail: jrnararat@gmail.com

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกประมาณการว่ามีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมากกว่า 55 ล้านคนทั่วโลก และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 78 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 และ 139 ล้านคนในปี ค.ศ. 2050¹ สำหรับประเทศไทย การสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พบว่า ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความชุกของภาวะสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 5.9² ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย ที่คาดว่าจะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมดในปี 2030³

ภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม โดยเฉพาะในด้านการดูแลสุขภาพและการทางเศรษฐกิจ⁴ องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าค่าใช้จ่ายทั่วโลกสำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม คิดเป็น 1.3 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐในปี ค.ศ. 2019 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 2.8 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐในปี 2030⁵ การศึกษาของอำไพ พิมพีไกร และคณะ⁶ พบว่าต้นทุนค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมในการรักษาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 94,533.33 บาทต่อคนต่อปี แม้ว่าจะยังไม่มีการศึกษาภาวะสมองเสื่อมที่มีประสิทธิภาพสูง แต่หลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่าการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสามารถทำได้ผ่านการปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ การศึกษาจาก Lancet Commission on Dementia Prevention, Intervention and Care ระบุว่าปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ 12 ปัจจัย สามารถป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ถึงร้อยละ 40 ของกรณีทั้งหมด⁷ ปัจจัยเหล่านี้ประกอบด้วย การศึกษาน้อย การสูญเสียการได้ยิน การบาดเจ็บที่ศีรษะ การดื่มแอลกอฮอล์มาก โรคอ้วน การสูบบุหรี่ ภาวะซึมเศร้า การขาดกิจกรรมทางสังคม การขาดการออกกำลังกาย มลพิษทางอากาศ โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง⁸

การวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก National Institutes of Health (NIH) ของสหรัฐอเมริกา แสดงให้เห็นความก้าวหน้าที่สำคัญในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยการศึกษาพบว่าโปรแกรมการปรับพฤติกรรมและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เช่น การใช้เครื่องช่วยฟัง การรับประทานวิตามินรวมและการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแบบเฉพาะบุคคล สามารถลดความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมและปรับปรุงการทำงานทางปัญญาได้นอกจากนี้ การศึกษาในหลายประเทศยังพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ การขาดการออกกำลังกาย พฤติกรรมการใช้ชีวิตแบบอยู่นิ่ง การสูญเสียประสาทสัมผัส และการสัมผัสมลพิษทางอากาศ^{10, 11} ในบริบทของประเทศไทย การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุยังมีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท ซึ่งมีลักษณะเฉพาะด้านสังคม เศรษฐกิจ และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่แตกต่างจากเขตเมือง การศึกษาของสุพัตราและคณะ¹² พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนชนบทมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการป้องกันในระดับพอใช้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าว ยังไม่ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอย่างละเอียด

จังหวัดปทุมธานี เป็นจังหวัดที่มีลักษณะผสมผสานระหว่างพื้นที่เมืองและชนบท โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณร้อยละ 14.8 ของประชากรทั้งหมด¹³ พื้นที่ชนบทของจังหวัดปทุมธานียังคงรักษาวิถีชีวิตแบบดั้งเดิม มีความสัมพันธ์ทางสังคมที่แน่นแฟ้น และมีการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด เมื่อเปรียบเทียบกับเขตเมือง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในพื้นที่ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม¹⁴ (Orem's self-care theory) เป็นกรอบแนวคิดทางพยาบาลศาสตร์ที่เหมาะสมสำหรับการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ทฤษฎีนี้ตั้งอยู่บนหลักการพื้นฐานที่ว่าบุคคลมีศักยภาพและความรับผิดชอบในการดูแลตนเองเพื่อรักษาชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี โอเร็มได้กำหนดความต้องการการดูแลตนเองไว้ 3 ประเภท ได้แก่ ความต้องการการดูแลตนเองสากล (Universal self-care requisites) ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน เช่น การหายใจ การดื่มน้ำ การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การนอนหลับพักผ่อน การทำกิจกรรมและการพักผ่อน การเข้าถึงสังคมและความเป็นปัจเจกบุคคล และการป้องกันอันตราย ความต้องการการดูแลตนเองเพื่อการพัฒนา (Developmental self-care requisites) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตและการพัฒนาของมนุษย์ในแต่ละช่วงวัยและความต้องการการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) ซึ่งเป็นความต้องการเฉพาะเมื่อมีการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติทางสุขภาพ¹⁵

สำหรับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ทฤษฎีของโอเร็ม เน้นให้ความสำคัญกับความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพสมอง ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสมอง การนอนหลับให้เพียงพอ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การฝึกฝนทักษะทางปัญญา และการจัดการความเครียด¹⁶ การดูแลตนเองเหล่านี้เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสามารถเรียนรู้และพัฒนาได้ผ่านการศึกษา การฝึกอบรม และการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน¹⁷ ความรู้และทัศนคติถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของ ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ซึ่งประกอบด้วย อายุ เพศ สถานะการพัฒนา สถานะสุขภาพ การวางแผนทางชีวิต รูปแบบการใช้ชีวิต ปัจจัยครอบครัว ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม ความพร้อมของระบบสุขภาพ และปัจจัยสิ่งแวดล้อม¹⁸ ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการพัฒนาและการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองในที่สุด การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มในการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนชนบทจะช่วยให้เข้าใจถึงความสามารถของผู้สูงอายุในการดูแลตนเอง ปัจจัยที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคและความต้องการการสนับสนุนที่เหมาะสม¹⁹

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนชนบทโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท จังหวัดปทุมธานี

ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการวางแผนและพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสมอง และการป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่ยึดหลักการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนชนบทต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลักปัจจุบัน และโรคประจำตัว กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาศัยอยู่ในชุมชนชนบท ซึ่งหมายถึง ชุมชนที่อยู่นอกเขตเทศบาลหรือเขตเมือง จังหวัดปทุมธานี และประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทของจังหวัดปทุมธานีอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน ก่อนวันเก็บข้อมูล สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง หรือสามารถให้ข้อมูลได้โดยการที่ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยอ่านคำถามให้ฟัง และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และมีเกณฑ์การคัดออก คือ มีประวัติการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม (Dementia) หรือมีประวัติการวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตเวชที่รุนแรง (Severe psychiatric disorders) ที่ส่งผลต่อความสามารถในการให้ข้อมูล มีความพิการทางร่างกายที่รุนแรง เช่น อัมพาต ตาบอด หูหนวก หรือสภาวะทางกายที่ไม่สามารถสื่อสารหรือให้ข้อมูลได้ อยู่ระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล ณ ช่วงเวลาที่ทำการเก็บข้อมูล หรือมีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันที่ไม่เหมาะสมต่อการเก็บข้อมูล

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้เป็นตัวแทนของประชากรด้วย G* Power (F tests: Linear multiple regression—Fixed model, R^2 deviation from zero; $\alpha = .05$, power = .80, predictors = 9, effect size $f^2 = .15$ ตาม Cohen²⁰) ได้ค่าที่สอดคล้องกับเกณฑ์เชิงประจักษ์ของ Green²¹ ได้ขนาดตัวอย่าง 110 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายร้อยละ 15 รวมเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 130 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบ Simple random sampling โดยการสุ่มอำเภอ/ตำบลชนบท ตามนิยามของหน่วยงานรัฐ แล้วเลือกอำเภอ/ตำบลที่เข้าเกณฑ์ที่ต้องการ 2-3 ตำบล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ กำหนด Random seed ล่วงหน้าเพื่อความซ้ำได้ ได้จำนวนประชากรดังนี้ พื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต.ตำบลคลองเจ็ด หมู่ 13 จำนวน 50 คน รพ.สต.

ทดลองหจำนวน 50 คน และ รพ.สต.บึงคำพร้อย หมู่ 13 จำนวน 30 คน โดยตัวอย่างที่เก็บได้จริงคือ 123 คน คิดเป็นร้อยละ 94.61

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง (Structured questionnaire) เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุแบบ Face to face interview ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอ้างอิงจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem's self-care theory) ประกอบด้วย 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด เกี่ยวกับข้อมูลประชากรศาสตร์ของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ สิทธิประกันสุขภาพ และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม เป็นคำถามแบบ ถูก/ผิด/ไม่ทราบ จำนวน 15 ข้อ เนื้อหาครอบคลุมความรู้ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การนอนหลับ การควบคุมโรคเรื้อรัง สุขภาพจิต และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ โดยให้คะแนนถูก = 2 คะแนน และ ผิด/ไม่ทราบ = 1 คะแนน รวม 30 คะแนน

ตอนที่ 3 ทักษะคิดต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อม เป็นคำถามแบบมาตร วัดลิเกิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ จำนวน 17 ข้อ (1 = ไม่เห็นด้วยเลย ถึง 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง) เนื้อหาครอบคลุมความเชื่อ ความตระหนัก ทักษะคิดเชิงบวกต่อการแก่ชรา และการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต รวม 17–85 คะแนน

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมได้รับการพัฒนาโดยประยุกต์จากกรอบแนวคิดเรื่อง Social support ในทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม ซึ่งจัดการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในหมวดปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล เป็นคำถามแบบ Likert scale 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ (1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด) ครอบคลุมการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน อสม. และหน่วยบริการสุขภาพ รวม 10–50 คะแนน

ตอนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม เป็นคำถามแบบ Likert scale 5 ระดับ จำนวน 21 ข้อ (1 = ไม่เคย ถึง 5 = เสมอ) ครอบคลุมพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การนอนหลับ การควบคุมโรคเรื้อรัง การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา กิจกรรมกระตุ้นสมอง การเข้าสังคม และการควบคุมความดันโลหิต รวม 21–105 คะแนน

ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยตามแนวคิดของ Best²² ดังนี้ ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสูง มีคะแนนอยู่ในช่วง 25.1–30.0 คะแนน ระดับปานกลาง 20.1–25.0 คะแนน และระดับต่ำ 15.0–20.0 คะแนน ทักษะคิดต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ระดับสูง มีคะแนนอยู่ในช่วง 62.4–85.0 คะแนน ระดับปานกลาง 39.8–62.3 คะแนน และระดับต่ำ 17.0–39.7 คะแนน การสนับสนุนทางสังคม ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนในระดับสูงมีคะแนนอยู่ในช่วง 36.8–50.0 คะแนน ระดับปานกลาง 23.4–36.7 คะแนน และระดับต่ำ 10–23.3 คะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ระดับสูงมีคะแนนอยู่ในช่วง 77.1–105.0 คะแนน ระดับปานกลาง 49.1–77.0 คะแนน และระดับต่ำ 21.0–49.0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามในงานวิจัยนี้ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลชุมชน การพยาบาลจิตเวช และแพทย์อายุรกรรมที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน รวม 3 ท่าน โดยคำนวณค่า Content Validity Index (CVI) กำหนดเกณฑ์ I-CVI = 0.9 และ S-CVI = 0.92 การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในพื้นที่ตำบลคลองเจ็ด อำเภอกลองหลวง จังหวัดปทุมธานี แบบสอบถามตอนที่ 2 ใช้สถิติ KR-20 ค่าความเชื่อมั่น 0.85 แบบสอบถามตอนที่ 3-5 ใช้ค่า Cronbach's alpha ได้ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha 0.80 ถือว่ายอมรับได้²³ โดยปรับแก้ไขถ้อยคำให้เหมาะสมกับบริบทและความเข้าใจของผู้สูงอายุในชุมชน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ เลขที่ NS 5/2568 ลงวันที่ 20 เมษายน 2568 และได้รับการยินยอมจากผู้สูงอายุ การวิจัยนี้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้เข้าร่วมได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัว และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ก่อนลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วม (Informed consent) ข้อมูลทั้งหมดเก็บเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อ และเข้าถึงได้เฉพาะผู้วิจัย แบบสอบถามไม่ก่อให้เกิดอันตราย หากไม่สะดวกสามารถหยุดตอบได้ทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน โดยใช้ค่าความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) วิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ทักษะคิดต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อม การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมตามปัจจัยส่วนบุคคล ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามอายุและระดับการศึกษา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ทักษะคิดต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อม การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม

การวิจัยครั้งนี้ได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าข้อมูลของตัวแปรทั้งหมดมีการกระจายใกล้เคียงปกติ โดยตรวจสอบด้วย Kolmogorov-Smirnov test, Shapiro-Wilk test และการพิจารณาค่าความเบ้และความโด่งให้อยู่ในช่วง ± 1.0 นอกจากนี้ การแปลผลค่า r ใช้เกณฑ์ของ Cohen²⁰ โดยถือว่าความสัมพันธ์ระดับต่ำเมื่อ $r = 0.10-0.29$ ระดับปานกลางเมื่อ $r = 0.30-0.49$ และระดับสูงเมื่อ $r \geq 0.50$

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 123 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 77 คน (ร้อยละ 62.6) อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี จำนวน 80 คน (ร้อยละ 65.0) ช่วงอายุ 70-79 ปี จำนวน 24 คน (ร้อยละ 19.5) และช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 19 คน (ร้อยละ 15.4) มีสถานภาพสมรสจำนวน 93 คน (ร้อยละ 75.6) และโสด จำนวน 30 คน (ร้อยละ 24.4) ด้านระดับการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป จำนวน 71 คน (ร้อยละ 57.7) ระดับประถมศึกษาจำนวน 46 คน (ร้อยละ 37.4) และไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 6 คน (ร้อยละ 4.9) ด้านอาชีพปัจจุบัน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 38 คน (ร้อยละ 30.9) เจ้าของธุรกิจจำนวน 36 คน (ร้อยละ 29.3) รับจ้าง จำนวน 32 คน (ร้อยละ 26.0) และอื่น ๆ เช่น ข้าราชการบำนาญจำนวน 17 คน (ร้อยละ 13.8) ด้านโรคประจำตัว พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 35 คน (ร้อยละ 28.5) มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค จำนวน 28 คน (ร้อยละ 22.8) ไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 27 คน (ร้อยละ 22.0) เป็นโรคเบาหวานจำนวน 21 คน (ร้อยละ 17.1) และเป็นโรคอื่น ๆ จำนวน 12 คน (ร้อยละ 9.8) ด้านการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 63 คน (ร้อยละ 51.2) ดื่มน้อยครั้ง จำนวน 46 คน (ร้อยละ 37.4) และดื่มประจำจำนวน 14 คน (ร้อยละ 11.4) ด้านระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน พบว่าส่วนใหญ่อาศัยในชุมชนมากกว่า 5 ปี จำนวน 110 คน (ร้อยละ 89.4) รองลงมาคือ 1-5 ปี จำนวน 8 คน (ร้อยละ 6.5) และน้อยกว่า 1 ปี จำนวน 5 คน (ร้อยละ 4.1) ตามลำดับ

2. ปัจจัยตามทฤษฎีการดูแลตนเอง

เมื่อพิจารณาปัจจัยตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง (Mean = 26.73, SD = 1.97) มีทัศนคติต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 57.92, SD = 4.42) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 33.27, SD = 3.49) และมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับสูง (Mean = 82.13, SD = 16.91) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและระดับของความรู้ ทัศนคติ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม (n = 123 คน)

ตัวแปร	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ระดับ
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม	22.0	30.0	26.73 ± 1.97	สูง
ทัศนคติต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อม	49.0	68.0	57.92 ± 4.42	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	22.0	41.0	33.27 ± 3.49	ปานกลาง
พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม	61.0	103.0	82.13 ± 16.91	สูง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยตามทฤษฎีการดูแลตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก และโรคประจำตัว กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม พบว่า ไม่มีปัจจัยส่วนบุคคลใด มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยตามทฤษฎีการดูแลตนเอง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ทักษะคิดต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ($r = .196, p = .030$) ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้สูงกว่ามีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น แม้ความสัมพันธ์ดังกล่าวจะอยู่ในระดับต่ำมากก็ตาม ในทำนองเดียวกัน ทักษะคิดต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ($r = .180, p = .047$) สะท้อนว่าผู้สูงอายุที่มีทักษะคิดที่ดีต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ในขณะที่การสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยตามทฤษฎีการดูแลตนเอง กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ($n = 123$)

ปัจจัย	r	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล		
เพศ	-.004	.964
อายุ	.074	.419
สถานภาพสมรส	-.062	.496
ระดับการศึกษา	-.128	.158
อาชีพหลักปัจจุบัน	.018	.847
โรคประจำตัว	-.154	.089
ปัจจัยตามทฤษฎีการดูแลตนเอง		
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม	.196	.030*
ทักษะคิดต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อม	.180	.047*
การสนับสนุนทางสังคม	-.020	.830

* p -value < 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท จังหวัดปทุมธานี โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem's self-care theory) เป็นแนวทางในการศึกษา ผลการศึกษาพบประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม

ปัจจัยส่วนบุคคลทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลักปัจจุบัน และโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาของ Okamoto และคณะ²⁴ ที่ระบุว่าความแตกต่างระหว่างเพศในการทำงานของสมองมีความซับซ้อนและไม่สามารถอธิบายด้วยตัวแปรเพศเพียงอย่างเดียว อีกทั้งในบริบทสังคมไทย ผู้สูงอายุทั้งสองเพศมีโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขและความรู้ด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kim และคณะ²⁵ ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองถูกกำหนดโดยปัจจัยทางจิตสังคม เช่น ความเชื่อมั่นในตนเองและการสนับสนุนทางสังคม มากกว่าอายุโดยตรง

ในแง่ของสถานภาพสมรส แม้จะมีงานวิจัยที่พบว่าสถานภาพสมรสเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม แต่ในบริบทไทย ระบบครอบครัวแบบขยายและการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวยังคงมีบทบาทสำคัญ ซึ่งระบบสนับสนุนดังกล่าวอาจชดเชยผลกระทบของสถานภาพสมรสต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ เช่นเดียวกับระดับการศึกษา ที่มีงานวิจัยหลายชิ้นระบุว่าการศึกษาต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อภาวะสมองเสื่อม²⁶ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของนโยบายสาธารณสุขไทย ในการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมผ่านโครงการคัดกรองในระดับชุมชน

สำหรับอาชีพหลักแม้การศึกษาของ Valenzuela และคณะ²⁷ จะพบว่าอาชีพที่มีความซับซ้อนช่วยสร้าง Cognitive reserve แต่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จึงอาจส่งผลให้อาชีพปัจจุบันไม่ได้สะท้อนถึงประสิทธิภาพการทำงานตลอดช่วงชีวิต การศึกษาในอนาคตควรพิจารณาประวัติอาชีพตลอดช่วงชีวิตการทำงานแทนอาชีพปัจจุบัน นอกจากนี้โรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง แม้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง แต่แสดงแนวโน้มที่น่าสนใจ ($r = -.154, p = .089$) โดยจากการศึกษาของ Snowden และคณะ²⁸ ระบุว่าผู้มีโรคประจำตัวหลายโรคเป็นอุปสรรคต่อการจัดการดูแลตนเองเนื่องจากความซับซ้อนของการรักษาและข้อจำกัดทางกายภาพ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมด้วยกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่เพื่อยืนยันความสัมพันธ์นี้

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนชนบทมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม ที่เน้นย้ำว่าบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง และสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพสมองได้ เช่น การออกกำลังกาย

อย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสมอง การนอนหลับให้เพียงพอ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การฝึกฝนทักษะทางปัญญา และการจัดการความเครียด²⁹ การที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันในระดับสูงแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความตระหนักและสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ผลการศึกษาสอดคล้องกับปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ในทฤษฎีของโอเร็มที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง โดยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) ซึ่งยังมีสถานะสุขภาพที่ค่อนข้างแข็งแรงและสามารถดูแลตนเองได้ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส อาศัยในชุมชนมากกว่า 5 ปี และมีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ปัจจัยครอบครัวและปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม เหล่านี้ล้วนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงในชีวิต มีระบบสนับสนุนทางสังคมที่ดี และสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการสาธารณสุขในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง³⁰ ส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .196, p = .030$) แม้ว่าความสัมพันธ์จะอยู่ในระดับต่ำ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎีของโอเร็มที่ระบุว่าความรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญของความสามารถในการดูแลตนเอง เนื่องจากบุคคลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและวิธีการดูแลตนเองก่อนที่จะสามารถตัดสินใจและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ความรู้ที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพสมอง เข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยงและวิธีการป้องกันที่เหมาะสม และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Livingston และคณะ³¹ ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ของภาวะสมองเสื่อมเป็นพื้นฐานสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันที่เหมาะสม และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Clare และคณะ³² ที่พบว่าความรู้และการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพสมองในผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการมีความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างสมบูรณ์ตามทฤษฎีของโอเร็ม ความสามารถในการดูแลตนเองประกอบด้วยองค์ประกอบหลายด้าน นอกจากความรู้แล้วยังรวมถึงทักษะ แรงจูงใจ และการตัดสินใจที่จะปฏิบัติ²⁶ ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันจึงต้องมีการพัฒนาในหลายมิติควบคู่กันไป ไม่ใช่เพียงการให้ความรู้เท่านั้น แต่ต้องมีการฝึกอบรมทักษะ สร้างแรงจูงใจ และสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติด้วย

4. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม

ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .180, p = .047$) แม้ว่าความสัมพันธ์จะอยู่ในระดับต่ำ สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีทัศนคติที่ดีมักมองว่าการป้องกันภาวะสมองเสื่อมเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เป็นไปได้

และตนเองสามารถทำได้ ทักษะคิดเชิงบวกนี้จะช่วยเพิ่มความมั่นใจและความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของความสามารถในการดูแลตนเองตามทฤษฎีของโอเร็ม เมื่อผู้สูงอายุเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสุขภาพของตนเองได้และการกระทำของตนมีผลดีต่อสุขภาพ จะส่งผลให้มีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น

5. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม

ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.020, p = .830$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน แม้ว่าทฤษฎีของโอเร็มจะระบุว่าปัจจัยทางสังคมเป็นหนึ่งในปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองก็ตาม ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุในชุมชนชนบทที่มีความรู้และทัศนคติที่ดีอาจมีความสามารถในการดูแลตนเองที่เข้มแข็งเพียงพอที่จะดำเนินการดูแลตนเองได้โดยอิสระ โดยไม่จำเป็นต้องพึ่งพาการสนับสนุนจากภายนอกมากนัก³³ โดยการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอาศัยในชุมชนมากกว่า 5 ปี และมีระดับการศึกษาค่อนข้างสูง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีระบบสนับสนุนทางสังคมที่ค่อนข้างเข้มแข็งและมีเสถียรภาพอยู่แล้ว ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจึงอาจไม่ใช่ตัวแปรที่แสดงความแตกต่างหรือส่งผลต่อพฤติกรรมอย่างชัดเจนในกลุ่มนี้ เนื่องจากผู้สูงอายุทุกคนได้รับการสนับสนุนในระดับที่ค่อนข้างสูงและใกล้เคียงกัน ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบของความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือชุมชนจึงอาจไม่ใช่ปัจจัยสำคัญเท่ากับความรู้และทัศนคติของตัวผู้สูงอายุเอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยที่พบว่าความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1) หน่วยงานด้านสาธารณสุขและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรพัฒนาและจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่อง โดยใช้สื่อและวิธีการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล การใช้สื่อและวิดีโอที่เข้าใจง่ายและการจัดกิจกรรมกลุ่มในชุมชน ที่มีเนื้อหาครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม กิจกรรมการดูแลตนเองที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพสมอง รวมทั้งการจัดการโรคเรื้อรังที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เช่น โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานนอกจากนี้ ควรจัดทำคู่มือและสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนชนบท โดยอาจใช้ภาษาท้องถิ่นและตัวอย่างที่ใกล้ตัวผู้สูงอายุมารวมทั้งควรมีการจัดตั้งคลินิกความจำและศูนย์ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพสมองในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2) พยาบาลควรประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและออกแบบแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคลโดยเน้นการส่งเสริมความรู้ การสร้างทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อม การพัฒนาทักษะการดูแลตนเอง และการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พยาบาลควรทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยการความสะดวก

(Facilitator) ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ควรใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ การประเมินครอบครัวครอบคลุมทั้งความรู้ ทักษะ ทักษะ และอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม นอกจากนี้ พยาบาลควรมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไป ควรส่งเสริมการพัฒนาทักษะการสื่อสารเชิงบำบัดและการให้คำปรึกษาแก่พยาบาลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพสมองของผู้สูงอายุ

3) ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ควรส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นสมองและส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมออกกำลังกายกลุ่ม การเล่นเกมฝึกสมอง กิจกรรมนันทนาการ และการจัดกลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีส่วนร่วมของชุมชน สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพสมองของผู้สูงอายุ และเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมที่มีคุณภาพ อสม. ควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น การสังเกตสัญญาณเตือนของภาวะสมองเสื่อม ในระยะแรก และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งเสริมสุขภาพสมอง นอกจากนี้ ควรมีการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้สุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลและกิจกรรมได้ง่าย ส่งเสริมให้ อสม. เป็นแกนนำในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสมองและเป็นผู้ประสานงานระหว่างผู้สูงอายุกับระบบบริการสุขภาพ

4) ครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรให้ความสนใจและสนับสนุนผู้สูงอายุในครอบครัว ให้มีกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพสมอง เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสมอง การออกกำลังกายร่วมกัน การสนทนาและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การทำกิจกรรมที่ผู้สูงอายุชื่นชอบและการให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว ควรสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ และให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวเพื่อป้องกันความเหงาและภาวะซึมเศร้า รวมทั้งการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเอง นอกจากนี้ ควรส่งเสริมให้ครอบครัวสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น การปรับแต่งบ้านให้เหมาะสมทั้งสภาพแวดล้อมภายใน ภายนอก ความสว่าง ความสะดวกในการใช้อุปกรณ์ต่างๆ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนชนบทอาจไม่ได้ถูกกำหนดโดยคุณลักษณะรายบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่มีแนวโน้มถูกหล่อหลอมและชี้นำโดยปัจจัยระดับชุมชนและบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่รายล้อมมากกว่า บ่งชี้ถึงความจำเป็นในการศึกษาปัจจัยเชิงบริบทที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพในมิติต่าง ๆ อย่างครอบคลุมมากขึ้น

2) ควรพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมหรือแผนการพยาบาลที่ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นฐานในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน

การศึกษาควรประเมินทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของโปรแกรม และควรพัฒนาโปรแกรมที่มีความหลากหลาย สามารถปรับใช้ได้ตามบริบทของแต่ละชุมชน

3) ควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อประเมินความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรม การป้องกันภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งผลลัพธ์ด้านสุขภาพสมองของผู้สูงอายุ

4) ควรศึกษาการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรมในการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันภาวะสมองเสื่อม เช่น แอปพลิเคชันบนมือถือสำหรับการติดตามพฤติกรรมสุขภาพ เกมฝึกสมองออนไลน์ ระบบเตือนความจำ และ Telemedicine สำหรับการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพสมอง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและความสะดวกในการดูแลสุขภาพสมอง โดยเฉพาะในยุคที่ผู้สูงอายุเริ่มมีความคุ้นเคยกับเทคโนโลยีมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Dementia [Internet]. 2023 [cited 2024 Dec 15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557-2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2560.
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนยุทธศาสตร์การจัดการสังคมผู้สูงอายุ พ.ศ. 2565-2579. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2565.
4. Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali GC, Wu YT, Prina M. World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia. London: Alzheimer's Disease International; 2015.
5. World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. Geneva: World Health Organization; 2017.
6. อำไพ พิมพ์ไกร, พรรณพิศ นันทาวัง, รัชภูมิ เมืองแก้ว, อติสร ศรีทิพย์รักษ์, นิภาพรณ ทิพย์จักร. รายงานการวิจัย เรื่อง ต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมในการรักษาโรคสมองเสื่อมในเขตจังหวัดเชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.cmneuro.go.th/TH/research/63-Full%20Paper-ต้นทุน-อำไพ%20พิมพ์ไกร.pdf>
7. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. Lancet 2020;396(10248):413-446.
8. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, et al. Dementia prevention, intervention, and care. Lancet 2017;390(10113):2673-2734.

9. National Institutes of Health. 2024 NIH Alzheimer's and Related Dementias Research Progress Report: Advances and Achievements [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 30]. Available from: <https://www.nia.nih.gov/about/2024-nih-dementia-research-progress-report>
10. Raichlen DA, Aslan DH, Sayre MK, Bharadwaj PK, Ally M, Maltagliati S, et al. Sedentary behavior and incident dementia among older adults. JAMA 2023;330(10):934-940.
11. Zhang B, Liang S, Zhao S, Qian Z, Bassig BA, Yang R, et al. Comparison of particulate air pollution from different emission sources and incident dementia in the US. JAMA Intern Med 2023;183(10):1080-1089.
12. สุพัตรา จันทร์เกษม, ภาวิณี เทพสิทธิ์, อรุมา วงศ์ธีระวิทย์. ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2565;34(3):128-145.
13. สำนักงานสถิติจังหวัดปทุมธานี. สถิติประชากรจังหวัดปทุมธานี พ.ศ. 2566. ปทุมธานี: สำนักงานสถิติจังหวัดปทุมธานี; 2566.
14. Orem DE. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
15. Taylor SG, Renpenning KM. Self-care theory in nursing: Selected papers of Dorothea Orem. New York: Springer Publishing Company; 2011.
16. Sousa VD, Zauszniewski JA, Musil CM, Price Lea PJ, Davis SA. Relationships among self-care agency, self-efficacy, self-care, and glycemic control. Res Theory Nurs Pract 2005;19(3):217-230.
17. เบญจรัตน์ หาญพิทักษ์, สุรีย์ หงษ์กิตติกุล, วิมลรัตน์ พฤกษาวิน. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการพยาบาลผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2563;43(4):67-78.
18. Denyes MJ, Orem DE, Bekel G. Self-care: a foundational science. Nurs Sci Q. 2001;14(1):48-54.
19. Berbiglia VA, Banfield B. Advancing nursing practice with Orem's theory of self-care. In: Parker ME, Smith MC, editors. Nursing theories and nursing practice. 4th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2015.
20. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
21. Green SB. How many subjects does it take to do a regression analysis. Multivariate Behav Res 1991;26(3):499-510.
22. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1977.
23. บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: ยูเอเอ็นไอ อินเตอร์ มีเดีย; 2553.

24. Okamoto S, Kobayashi E, Murayama H, Liang J, Sugihara Y, Fukaya T, et al. Decomposition of gender differences in cognitive functioning: National Survey of the Japanese elderly. *BMC Geriatr* 2021;21(38):1-13.
25. Taweekoon C, Phanmool J. Ageing society, life skills, self-efficacy, social support and self-care behavior of the elderly in Amphoe Mueng, Nonthaburi Province. In: *Proceedings of the 6th International Symposium on the Fusion of Science and Technologies (ISFT2017)*; 2017 Jul 17–21; Jeju, South Korea [cited 2025 Dec 15]. Available from: https://rdi2.mutsb.ac.th/2011/digipro/isft2017/SC/23%5BSC002%5D_F.pdf
26. Phetsitong R, Putsa B, Wiwattanaworaset P, Ket-Aim S. Cognitive impairment and dementia in Thailand: current evidence and future research directions. *J Med Assoc Thai* 2021;104(5):844-853.
27. Valenzuela M, Brayne C, Sachdev P, Wilcock G, Matthews F. Cognitive leisure activities and future risk of cognitive impairment and dementia: systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Int Psychogeriatr* 2011;23(11):1779-1806.
28. Snowden MB, Steinman LE, Bryant LL, Cherrier MM, Greenlund KJ, Leith KH, et al. Dementia and co-occurring chronic conditions: a systematic literature review to identify what is known and where are the gaps in the evidence? *Int J Geriatr Psychiatry* 2017;32(4):357-371.
29. Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, Levälahti E, Ahtiluoto S, Antikainen R, et al. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet* 2015;385(9984):2255-2263.
30. Backman K, Hentinen M. Model for the self-care of home-dwelling elderly. *J Adv Nurs* 1999;30(3):564-572.
31. Livingston G, Huntley J, Liu KY, Costafreda SG, Selbæk G, Alladi S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet Standing Commission. *Lancet*. 2024;404(10452):572-628.
32. Clare L, Wu YT, Teale JC, MacLeod C, Matthews F, Brayne C, et al. Potentially modifiable lifestyle factors, cognitive reserve, and cognitive function in later life: a cross-sectional study. *PLoS Med* 2017;14(3):e1002259.
33. Chuakhamfoo NN, Phanthunane P, Chansirikarn S, Pannarunothai S. Health and long-term care of the elderly with dementia in rural Thailand: a cross-sectional survey through their caregivers. *BMJ Open* 2020;10(3):e032637