

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพ ด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย

ภรณ์วิทย์ อนันต์ติลลภทธิ์^a, วรพงษ์ สายโสภาก^{**}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย ทั้งก่อนและหลังการศึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยมีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย กลุ่มละจำนวน 30 คน ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับความรู้ตามแบบเดิม ระยะเวลาดำเนินการทั้งหมด 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนาและสถิติอนุมานได้แก่ Paired และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ภาพรวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะปรีชาน (MoCA) ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) โดยทักษะสัมพันธ์ของสายตา การแยกหมวดหมู่ และความจำระยะสั้น หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.003$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมด้านออกกำลังกายดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยความสุขทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกันทางสถิติ สรุปได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตนี้ ช่วยปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม มีผลดีต่อสมอง สามารถทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อยมีปรีชานดีขึ้น

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; ภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย; เวชศาสตร์วิถีชีวิต; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

^a Corresponding author: ภรณ์วิทย์ อนันต์ติลลภทธิ์ Email: pharanwit@gmail.com

รับบทความ: 16 ก.ค. 68; รับบทความแก้ไข: 1 ส.ค. 68; ตอปรับตีพิมพ์: 3 ส.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 8 ก.ย. 68

Effectiveness of a Health Literacy Promotion Program Based on Lifestyle Medicine Principles in Elderly with Mild Cognitive Impairment

Pharanwit Anundilokrit^{*a}, Vorapong Saisopa^{**}

Abstract

This quasi-experimental with two-group design study aimed at evaluating the effectiveness of a health literacy promotion program based on lifestyle medicine principles among older adults with mild cognitive impairment. Samples were 60 elderly diagnosed with mild cognitive impairment who received services at the Health Promotion Hospital, Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima, and were divided into 2 groups, the experimental and comparison groups, with 30 participants each. The experimental group received a health literacy promotion program based on lifestyle medicine principles over 12 weeks, while the comparison group received standard health education. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test and independent t-test.

The results showed that, at the end of the program, the overall cognitive scores (MoCA) of elderly participants in the experimental group significantly improved compared to before entering the program ($p < 0.001$), and also significantly better than those in the comparison group ($p = 0.002$). In particular, significant improvements were observed in visuospatial/executive functions, categorization, and short-term memory ($p < 0.05$). The mean score for health behavior based on lifestyle medicine in the experimental group also significantly improved compared to before the program ($p = 0.003$). However, there was no significant difference when compared with the comparison group. When examining each aspect individually, the experimental group showed a significant improvement in exercise behavior, while other health behaviors did not show significant changes and no significant difference in happiness scores was found between the two groups. In conclusion, the health literacy promotion program based on lifestyle medicine principles helps improve appropriate health behaviors, benefits brain function, and can enhance cognition in elderly individuals with mild cognitive impairment.

Keywords: Elderly; Mild cognitive impairment; Lifestyle Medicine; Health Literacy

* Medical Physician, Senior Professional Level, Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima

** Registered Nurse, Professional Level, Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima

^a Corresponding author: Pharanwit Anundilokrit Email: pharanwit@gmail.com

Received: Jul. 16, 25; Revised: Aug. 1, 25; Accepted: Aug. 3, 25; Published Online: Sep. 8, 25

บทนำ

การสูงวัยของประชากรกำลังเป็นประเด็นความสำคัญที่ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก จำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่ประชากรโลกกำลังเพิ่มช้าลง ในปี 2565 ทั่วโลกมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจาก 199 ล้านคน ร้อยละ 7.96 ในปี 2493 เป็น 1,109 ล้านคน ร้อยละ 13.90 ของประชากรโลก 8 พันล้านคน โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในทวีปเอเชีย 649 ล้านคน ร้อยละ 58.54⁽¹⁾ ในปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว จากข้อมูลสถิติพบว่า ในปี 2565 ประเทศไทย มีประชากรรวม 66 ล้านคน และมีจำนวนผู้สูงอายุ 13 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด⁽²⁾ เมื่อมนุษย์มีอายุมากขึ้น สภาวะของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายจะเริ่มมีการเสื่อมถอยลง เรียกโดยรวมว่าเป็นกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) ซึ่งมีความหลากหลายครอบคลุมทุกระบบ ได้แก่ ระบบผิวหนัง ระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาทและสมอง ซึ่งพบว่ากลุ่มอาการผู้สูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพที่ไม่จำเพาะเจาะจงกับระบบอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งทั้งยังเป็นกลุ่มอาการที่ซับซ้อนมักเกิดจากหลายพยาธิสภาพ ในกลุ่มอาการผู้สูงอายุนั้นมีภาวะสมองเสื่อม (Dementia หรือ Major neurocognitive disorder) และภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment หรือ Mild neurocognitive disorder) รวมอยู่ด้วยเช่นกัน

ภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย เป็นการเปลี่ยนแปลงของสมองที่อยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านจากผู้ที่มีภาวะปริชานปกติ (Normal cognition) ไปเป็นภาวะสมองเสื่อม ซึ่งภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยเป็นภาวะที่พบบ่อยมากในผู้สูงอายุ ซึ่งมีการศึกษาพบว่าในทวีปเอเชียมีความชุกของภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยที่ร้อยละ 5-20 โดยในประเทศจีนพบความชุกที่ร้อยละ 14.7⁽³⁾ ในประเทศอินเดียพบความชุกที่ร้อยละ 26.06⁽⁴⁾ สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาพบว่ามีความชุกอยู่ที่ ร้อยละ 18.6-71.4⁽⁵⁾ นอกจากนี้ ภาวะดังกล่าว ยังเพิ่มโอกาสที่จะเป็นภาวะสมองเสื่อมได้ในอนาคต โดยมีรายงานว่าผู้ป่วยที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยจะมีการดำเนินโรคลายเป็นโรคอัลไซเมอร์อยู่ที่ร้อยละ 6-15 ต่อปี และผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์แต่ละรายนั้นจะมีค่าใช้จ่ายในการดูแลถึงปีละ 40,000 ดอลลาร์หรือตกเป็นเงินประมาณ 1,390,000 บาท⁽⁶⁾ ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับกลุ่มอาการผู้สูงอายุ โดยเฉพาะระบบประสาทและสมอง เนื่องจากสมองของมนุษย์นั้นเป็นอวัยวะสำคัญที่กำหนดหน้าที่ควบคุมระบบประสาทสั่งการทั่วร่างกาย ส่งผลให้เกิดการรับรู้ การสั่งการเคลื่อนไหว การรับรู้ความรู้สึก การควบคุมอวัยวะภายในทั้งหมด หากผู้สูงอายุมีอาการทางระบบประสาทเกิดขึ้นแล้ว จะส่งผลเสียเป็นอย่างมากทั้งต่อตัวผู้สูงอายุและผู้ดูแล

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นทักษะต่าง ๆ ทางกรรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของปัจเจกบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้คืออยู่เสมอ⁽⁷⁾ ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ และทันสมัย มีทักษะทางปัญญาในการพิจารณาเนื้อหาที่ได้รับและรู้เท่าทันสื่อ มีทักษะในการ ติดต่อสื่อสาร ทักษะในการตัดสินใจด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถจัดการด้านสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม⁽⁸⁾ ซึ่งหลักเวชศาสตร์

วิถีชีวิต (Lifestyle medicine) เป็นแนวทางหนึ่งในส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่เน้นการป้องกันโรค โดยรวมเอาความรู้ด้านการแพทย์ การให้บริการด้านสุขภาพ นโยบายสาธารณสุขและปัจจัยที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อม มุ่งเน้นการสร้างความรู้ ความเข้าใจ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมที่ผู้ป่วยสามารถวางแผนได้ด้วยตนเอง โดยมีหลักสำคัญ 6 สาขาหลัก อันได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย การนอนหลับ การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด และความสัมพันธ์ทางสังคมเชิงบวก⁽⁹⁾ ซึ่งถ้าหากผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อยได้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จะสามารถช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองได้ในอนาคต จะส่งผลให้ผู้สูงอายุนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ต่อไป

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา สังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจในการดูแลสุขภาพ และส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย รวมถึงการพัฒนานวัตกรรม พัฒนารูปแบบการบริการเพื่อโรงพยาบาลเป็นต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพ คลินิกผู้สูงอายุเป็นหน่วยบริการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สถิติข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ. 2565-2567 มีผู้สูงอายุเข้ามาใช้บริการจำนวน 926, 960 และ 980 ราย จากการดำเนินงานที่ผ่านมาอาการหลงลืมเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ พบจำนวน 297, 357 และ 185 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.07, 37.18 และ 18.88 ตามลำดับ ซึ่งอาการหลงลืมเป็นอาการระยะเริ่มต้นของภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย ถึงแม้ว่าจะสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เกือบปกติ แต่หากภาวะดังกล่าวได้รับการรักษาพยาบาลที่ล่าช้าจะมีการดำเนินของโรคพัฒนากลายเป็นภาวะสมองเสื่อม ในที่สุด โดยมีการศึกษาพบว่าผู้ที่มีภาวะปรีชานบกพร่องระยะต้นจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเป็น 4.5 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีความผิดปกติของภาวะปรีชานบกพร่องระยะต้น⁽¹⁰⁾ ดังนั้นผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาจึงสนใจศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย เพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อยมีความรู้ความเข้าใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมและส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา นำมาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อยของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต
2. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต

สมมติฐานการวิจัย

1. ผลลัพธ์ของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย กลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมฯ ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ผลลัพธ์ของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย กลุ่มทดลอง ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรมฯ

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยมีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 185 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยมีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา จำนวน 60 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการคำนวณตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power version 3.1.9.2 ทดสอบตระกูล t-test กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .80 ความน่าจะเป็นความคาดเคลื่อนในการทดลองประเภทที่หนึ่ง (α) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) เท่ากับ 0.8 ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน และการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive random sampling) จากผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา โดยจำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มทดลอง คือ ผู้สูงอายุที่สะดวกสามารถมาเข้าโปรแกรมได้ทุก 4 สัปดาห์ จนครบ 3 ครั้ง
2. กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้สูงอายุที่ไม่สะดวกมาเข้าโปรแกรมได้ทุก 4 สัปดาห์

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้แก่ ผู้ชายและผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ผลการทดสอบ TMSE ปกติ (ค่าคะแนนมากกว่าเท่ากับ 24 คะแนนในผู้ที่มีการศึกษา มากกว่า 6 ปี, หรือมากกว่าเท่ากับ 17 ปี ในผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า 6 ปี, หรือมากกว่าเท่ากับ 14 ในผู้ที่อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้) ผลการทดสอบ MoCA ให้ผลบวก (ค่าคะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน โดยให้เพิ่ม 1 คะแนนสำหรับผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี) ได้รับวินิจฉัยมีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย

โดยอายุรแพทย์เฉพาะทางสาขาประสาทวิทยา สื่อสารได้ อ่านหนังสือออก เข้ารับบริการในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ มีการเจ็บป่วยฉุกเฉิน เช่น ไข้สูง เจ็บหน้าอก เจ็บพลาตความดันโลหิตสูงมาก แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน อุบัติเหตุ เป็นต้น ไม่สามารถเข้ารับการศึกษาตามผลของโปรแกรมได้ และเกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria) ได้แก่ ผู้สูงอายุไม่ยินยอมสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ซึ่งสามารถเลิกจากการศึกษาเมื่อใดก็ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา มีระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ กิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ห่างกัน 4 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้จากการทำงาน ความเพียงพอของรายได้ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติโรคทางจิตเวช ประวัติการใช้สารเสพติด

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบ Thai Mental State Examination (TMSE) พัฒนาโดยใช้ทดสอบการทำงานของสมองด้านความรู้และความเข้าใจ ซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลายในการคัดกรองผู้ป่วยสมองเสื่อมในการจำแนกความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจและอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย จะใช้ในกรณีที่ว่าผู้ป่วยมีอาการหลงลืมชัดเจน เช่น ลืมชื่อสิ่งของ ลืมวิธีการใช้ หรือลืมสิ่งที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่นาน โดยอาการเหล่านั้นไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น โดยมีข้อคำถาม 6 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน ถ้าได้คะแนนตั้งแต่ 26 คะแนนขึ้นไปถือว่าปกติ

ส่วนที่ 3 แบบประเมิน Montreal Cognitive Assessment (MoCA) เป็นแบบทดสอบเพื่อช่วยวินิจฉัยปัญหาสมองเสื่อมในระยะแรก (Early dementia) จะเป็นการประเมินหน้าที่ของการทำงานของสมองด้านต่าง ๆ ได้แก่ ทักษะสัมพันธ์ของสายตากับการสร้างรูปแบบ (Visuospatial/Executive) ความตั้งใจ/สมาธิ (Attention), การแยกหมวดหมู่ (Abstraction), ความจำระยะสั้น (Delayed recall) การเรียกชื่อ (Naming) การใช้ภาษา (Language) และการรับรู้สภาวะรอบตัว (Orientation) ใช้เวลาประเมิน 10-15 นาที มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถ้าคะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน ถือว่าผิดปกติ ถ้าตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไปถือว่าปกติ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle assessment) โดยใช้แบบประเมินในหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (เวชศาสตร์วิถีชีวิต) สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2565⁽⁹⁾ แบบประเมินประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 มีจำนวน 7 ข้อ คำตอบใช่/ไม่ใช่ ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถาม แบบมาตราส่วนประมาณค่า 10 ระดับ (น้อยกว่า 1 ถึง 10) และส่วนที่ 3 ให้เลือกตอบจำนวนชั่วโมงต่อสัปดาห์ในการออกกำลังกาย โดยข้อคำถามทั้ง 16 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการนอน ด้านบุหรี่ยาสูบและแอลกอฮอล์ ด้านจิตใจ และด้านความสัมพันธ์ โดยการคิดคะแนนวิถีชีวิตจากผลรวมของทั้ง 6 ด้าน คะแนนเต็ม

50 คะแนน ได้แก่ ด้านการรับประทานเป็นผลรวมข้อ 8, 10, 12, 15 คะแนนรวม 10 คะแนน ด้านการออกกำลังกายเป็นผลรวมข้อ 9, 13, 16 คะแนนรวม 10 คะแนน ด้านการนอนเป็นผลรวมข้อ 1, 2, 11 คะแนนรวม 10 คะแนน ด้านบุหรี่ยาสูบและแอลกอฮอล์ เป็นผลรวมข้อ 7, 14 คะแนนรวม 10 คะแนน ด้านจิตใจเป็นผลรวมข้อ 3, 4 คะแนนรวม 5 คะแนน และด้านความสัมพันธ์เป็นผลรวมข้อ 5, 6 คะแนนรวม 5 คะแนน การแปลผลคะแนน ดังนี้ 0-20 คะแนน หมายถึง เป็นโอกาสดีที่จะได้คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อช่วยปรับปรุงวิถีชีวิต เพื่อพัฒนาสุขภาพให้ดีขึ้นได้อย่างชัดเจน, 21-30 คะแนน หมายถึง มีวิถีชีวิตที่เหมาะสม และดีในบางเรื่อง ซึ่งยังมีบางส่วนที่จะช่วยเสริมให้มีสุขภาพดียิ่งขึ้น ลดความเสี่ยงการเกิดโรคในอนาคต, 31-40 คะแนน หมายถึง มีวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพหลายด้าน มีแค่ส่วนน้อยที่ควรลงพิจารณาว่าจะสามารถพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นไปได้อีกหรือไม่ และ 41-50 คะแนน หมายถึง มีวิถีชีวิตที่ดีเยี่ยม มีแค่จุดเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่อาจจะเพิ่มเติมให้ดีขึ้นครบทุกด้าน

ส่วนที่ 5 แบบดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย ฉบับสั้น (Thailand Happiness Indicator) พัฒนาโดย อภิชัย มงคล⁽¹¹⁾ ซึ่งค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.70 โดยข้อคำถาม 15 ข้อ คำถามจะถามถึงประสบการณ์ของผู้สูงอายุในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ในการประเมินเหตุการณ์ อากาหรือความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้สูงอายุว่าอยู่ในระดับใด ลักษณะคำตอบ 4 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่เลย หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์ อากา ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้น, เล็กน้อย หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อากา ความรู้สึกในเรื่องนั้นเพียงเล็กน้อย หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นเพียงเล็กน้อย, มาก หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อากา ความรู้สึกในเรื่องนั้นมาก หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นมาก และมากที่สุด หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อากา ความรู้สึกในเรื่องนั้นมากที่สุด หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นมากที่สุด โดยการให้คะแนน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15 แต่ละข้อให้คะแนน คือ ไม่เลย 0 คะแนน เล็กน้อย 1 คะแนน มาก 2 คะแนน มากที่สุด 3 คะแนน และกลุ่มที่ 2 ได้แก่ ข้อ 3 และ 8 แต่ละข้อให้คะแนนดังนี้ ไม่เลย 3 คะแนน เล็กน้อย 2 คะแนน มาก 1 คะแนน มากที่สุด 0 คะแนน เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้ คะแนน 33-45 คะแนน หมายถึง มีความสุขมาก คะแนน 27-32 คะแนน หมายถึง มีความสุขปานกลางและ 26 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง มีความสุขน้อย

ขั้นตอนการดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือเรียนผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขออนุญาตศึกษาวิจัยโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย ในคลินิกผู้สูงอายุ

1.2 ดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และขออนุญาตจากผู้บังคับบัญชาของแหล่งเก็บข้อมูล เดือนมกราคม 2568

1.3 ผู้วิจัยประสานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา เพื่อประชาสัมพันธ์เชิญชวนผู้สูงอายุที่สนใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครการวิจัย

1.4 เมื่อได้รับอนุญาตให้ทำการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบ วิธีการ และแนวทางการเก็บข้อมูล

1.5 ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการแนะนำตัวแก่อาสาสมัครอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยประโยชน์จากการวิจัย ตลอดจนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบ หลังจากนั้นจึงสอบถามความสมัครใจ เข้าร่วมวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมการวิจัย

2. ขั้นตอนการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยวางแผนการทดลอง ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และเข้ารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568

2.2 ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดเลือก ในช่วงเดือนมีนาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2568 ดังนี้

2.2.1 กลุ่มควบคุม

1) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในวันแรก แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการทำวิจัย ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในคำชี้แจง การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

2) ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามก่อนทดลอง ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต และแบบประเมินดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย

3) กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติตามขั้นตอนการให้บริการจากทีมแพทย์และพยาบาล ประจำคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การประเมินสภาพอาการทั่วไป ประเมินปริมาตรด้วย TMSE และ MoCA ตรวจร่างกายให้การรักษาโดยแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพให้คำแนะนำผู้สูงอายุก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

4) ผู้ช่วยวิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต และแบบประเมินดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย ให้กลุ่มตัวอย่างทำการประเมินและเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อสิ้นสุดที่ 12 สัปดาห์

2.3.2 กลุ่มทดลอง

1) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการทำวิจัย ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในคำชี้แจงการพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย

2) ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะนอนไม่หลับ

3) กลุ่มทดลอง โปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะปริมาตรบ่งพร่องเล็กน้อย ประยุกต์กรอบแนวคิดหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต 6 เสาหลัก มีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ระยะเวลา 12 สัปดาห์

2.3 ขั้นตอนประเมินเมื่อเสร็จสิ้นสุดโปรแกรม โดยให้ผู้สูงอายุทำแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิตและแบบประเมินวัดความสุข ทีมผู้วิจัยประเมินปริมาณด้วย TMSE และ MoCA และนำแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมมา ตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด
2. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Independent t-test และ Paired t-test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

งานวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่ NRPH 020 ลงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.00 อายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี ร้อยละ 46.67 โดยเฉลี่ยอายุ 70.20 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 56.67 การศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 56.67 ข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 63.33 รายได้ 20,000 ขึ้นไป ร้อยละ 33.34 โดยเฉลี่ยรายได้ 21,473.33 บาท มีความเพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 73.34 อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 50.00 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.67 ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 83.33 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 70.00 ไม่เคยใช้สารเสพติดอื่น ๆ ร้อยละ 100 และกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 60.00 อายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี ร้อยละ 43.33 โดยเฉลี่ยอายุ 71.83 ปี สถานภาพ คู่ ร้อยละ 76.67 การศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 53.33 ข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 60.00 รายได้ 20,000 ขึ้นไป ร้อยละ 36.67 โดยเฉลี่ยรายได้ 18,560 บาท มีความเพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 46.67 อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 53.33 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 83.33 ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 70.00 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 60.00 ไม่เคยใช้สารเสพติดอื่น ๆ ร้อยละ 100

เมื่อทดสอบทางสถิติผลวิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย

1. ผลของโปรแกรมฯ ในภาพรวม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะปริชาน (MoCA), พฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต และระดับความซุกซิดีขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะปริชานดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$)

ส่วนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต และระดับความสุข ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ และความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย (n=60)

ผลลัพธ์	กลุ่มทดลอง (n=30)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)				t	p
	\bar{X}	SD	t	p	\bar{X}	SD	t	p		
1. การประเมิน Thai Mental State Examination (TMSE)										
ก่อนทดลอง	27.73	1.51	-5.407	0.000*	27.07	2.18	-0.970	0.340	1.378	0.174
หลังทดลอง	29.03	1.07			27.40	2.06			3.855	0.000*
2. การประเมินภาวะปรีชาน Montreal Cognitive Assessment (MoCA)										
ก่อนทดลอง	21.70	3.37	-10.04	0.000*	21.07	3.98	-1.472	0.152	0.600	0.551
หลังทดลอง	25.76	3.34			22.00	5.35			3.269	0.002*
3. พฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต										
ก่อนทดลอง	31.40	6.15	-3.308	0.003*	33.63	4.71	-0.910	0.370	-1.577	0.120
หลังทดลอง	35.43	5.98			34.56	5.26			0.595	0.554
4. ระดับความสุขของผู้สูงอายุ										
ก่อนทดลอง	28.40	4.28	-3.722	0.000*	29.86	5.53	-1.191	0.243	-1.148	0.256
หลังทดลอง	31.23	4.71			30.70	4.66			0.440	0.661

2. ผลการประเมินภาวะปรีชาน (MoCA)

2.1 เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในภาพรวมพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะปรีชานดีขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$) และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยรายข้อพบว่าทักษะสัมพันธ์ของสายตากับการสร้างรูปแบบ การแยกหมวดหมู่ และความจำระยะสั้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของภาวะปริซาน (MoCA) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต (n=60)

การประเมิน คะแนนรายข้อ	กลุ่มทดลอง (n=30)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)				t	p
	\bar{X}	SD	t	p	\bar{X}	SD	t	p		
1. Visuospatial/Executive										
ก่อนทดลอง	2.8	1.64	-5.397	0.000*	3.07	1.12	-1.161	0.255	-0.735	0.466
หลังทดลอง	4.23	1.10			3.40	1.47			2.476	0.016*
2. Naming										
ก่อนทดลอง	2.97	0.18	0	0	2.87	0.34	.812	0.212	1.401	0.167
หลังทดลอง	2.97	0.18			2.83	0.64			1.085	0.286
3. Attention										
ก่อนทดลอง	4.90	1.18	-2.151	0.040*	4.33	0.75	-2.213	0.035*	2.207	0.031*
หลังทดลอง	5.43	1.04			4.80	1.49			1.905	0.062
4. Language										
ก่อนทดลอง	1.90	0.88	-0.516	0.610	1.57	1.10	0.360	0.722	1.290	0.202
หลังทดลอง	2.00	0.94			1.67	1.06			1.284	0.204
5. Abstraction										
ก่อนทดลอง	1.23	0.81	-3.898	0.000*	1.27	0.82	-0.619	0.541	-.157	0.876
หลังทดลอง	1.87	0.34			1.37	0.85			2.984	0.004*
6. Delayed recall										
ก่อนทดลอง	2.10	1.423	-3.166	0.004*	1.90	1.56	-0.915	0.368	0.519	0.606
หลังทดลอง	3.27	1.85			2.17	1.68			2.405	0.019*
7. Orientation										
ก่อนทดลอง	5.73	0.52	-2.804	0.009*	5.87	0.34	0.849	0.403	-1.168	0.124
หลังทดลอง	6.00	0.00			5.77	0.77			1.651	0.104
สรุปภาพรวม										
ก่อนทดลอง	21.70	3.37	-10.040	0.000*	20.86	3.65	-1.472	.152	0.600	0.551
หลังทดลอง	25.76	3.34			22.00	5.35			3.269	0.002*

2. พฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต

2.3.1 เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.003) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า พฤติกรรมด้านออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยดีขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) ส่วนพฤติกรรมมารับประทาน ด้านการนอน ด้านบุหรีและแอลกอฮอล์ ด้านจิตใจ และด้านความสัมพันธ์ ไม่มีความแตกต่างกันสรุปภาพรวมทั้งสองกลุ่มคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกรายด้าน ($n=60$)

พฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มทดลอง ($n=30$)				กลุ่มเปรียบเทียบ ($n=30$)				t	p
	\bar{X}	SD	t	p	\bar{X}	SD	t	p		
ด้านการรับประทาน										
ก่อนทดลอง	4.23	1.88	-1.438	0.161	4.23	1.83	-0.397	0.694	.000	1.000
หลังทดลอง	5.00	2.57			4.43	1.99			0.953	0.345
ด้านการออกกำลังกาย										
ก่อนทดลอง	4.33	2.12	-4.341	0.000*	5.93	3.09	-0.064	0.949	-2.335	0.023*
หลังทดลอง	6.23	2.45			5.96	2.28			0.435	0.665
ด้านการนอน										
ก่อนทดลอง	4.60	3.47	-1.541	0.134	4.70	3.74	-0.803	0.428	-.107	0.915
หลังทดลอง	5.63	3.21			5.30	3.23			0.400	0.690
ด้านบุหรีและแอลกอฮอล์										
ก่อนทดลอง	9.73	1.01	-1.000	0.326	9.60	1.22	1.000	0.326	0.460	0.647
หลังทดลอง	9.86	0.73			9.53	1.45			1.121	0.267
ด้านจิตใจ										
ก่อนทดลอง	3.83	1.59	-0.479	0.636	4.50	0.93	0.571	0.573	-1.970	0.055
หลังทดลอง	3.96	1.54			4.40	1.37			-1.147	0.256
ด้านความสัมพันธ์										
ก่อนทดลอง	4.67	1.09	-0.311	0.758	4.67	0.88	-1.765	0.088	0.000	1.000
หลังทดลอง	4.73	0.82			4.93	0.36			-1.211	0.233
สรุปภาพรวม										
ก่อนทดลอง	31.40	6.15	-3.308	0.003*	33.63	4.71	-0.910	0.370	-1.577	0.120
หลังทดลอง	35.43	5.98			34.56	5.26			0.595	0.554

* $p<0.05$

2.3.1 ระดับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนวิถีชีวิตเฉลี่ย เพิ่มขึ้นจาก 31.40 เป็น 35.43 คะแนน และวิถีชีวิตดีเยี่ยมจากร้อยละ 6.67 เพิ่มเป็นร้อยละ 23.33 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนวิถีชีวิตเฉลี่ย เพิ่มขึ้นจาก 33.63 เป็น 34.56 คะแนน และวิถีชีวิตดีเยี่ยมจากร้อยละ 0 เพิ่มเป็นร้อยละ 33.33 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละระดับวิถีชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต (n=60)

ระดับวิถีชีวิต	กลุ่มทดลอง (n=30)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	n	%	n	%	n	%	n	%
วิถีชีวิตไม่ดี (0-20 คะแนน)	1	3.33	1	3.33	0	0	0	0
วิถีชีวิตที่ดีเหมาะสม (21-30 คะแนน)	12	40.00	4	13.33	8	26.67	8	26.67
วิถีชีวิตที่ดีมาก (31-40 คะแนน)	15	50.00	18	60.00	22	73.33	12	40.00
วิถีชีวิตที่ดีเยี่ยม (41-50 คะแนน)	2	6.67	7	23.33	0	0	10	33.33

2.4 ระดับความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย

ระดับความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองที่มีความสุขระดับมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.67 เป็น 40.0 โดยคะแนนเฉลี่ย เพิ่มขึ้นจาก 28.40 เป็น 31.23 และกลุ่มเปรียบเทียบที่มีความสุขระดับมาก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30.00 เป็น 33.33 ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ย เพิ่มขึ้นจาก 29.86 เป็น 33.33 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละระดับความสุข ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=60)

ระดับความสุข	กลุ่มทดลอง (n=30)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	n	%	n	%	n	%	n	%
มีความสุขน้อย (0-26 คะแนน)	11	36.67	5	16.67	6	20.00	4	13.34
มีความสุขปานกลาง (27-32 คะแนน)	14	46.67	13	43.33	15	50.00	16	53.33
มีความสุขมาก (33-45 คะแนน)	5	16.67	12	40.00	9	30.00	10	33.33

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 หลังทดลองผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อยที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตมีคะแนนเฉลี่ยดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง และสมมติฐานที่ 2 หลังทดลองผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อยที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ผลวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะปรีชานดีขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) เป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้ผลสำเร็จของโปรแกรมนี้อาจเกิดจากการพัฒนาโดยนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพบูรณาการร่วมกับหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวัน ได้แก่

การปรับกิจวัตร การออกกำลังกาย การใช้เทคนิคผ่อนคลาย ซึ่งโปรแกรมนี้ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพของสมอง ด้านความจำจะเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการทางสมองที่ช่วยสร้างความสมดุลให้กับสมองด้วยการลดผลกระทบที่เกิดขึ้น ช่วยกระตุ้นการเชื่อมโยงของเซลล์ประสาทและสมอง (Neocortex) ให้เกิดความรู้สึกทางอารมณ์และแรงจูงใจในการเรียนรู้ได้ดีขึ้นส่งผลให้สามารถชะลอไม่ให้เกิดโรคสมองเสื่อม⁽¹²⁾ ซึ่งผลของโปรแกรมนี้ทำให้ระดับภาวะปรีชานจากบทพระองค์น้อยเพิ่มขึ้นอยู่ระดับปกติ ร้อยละ 66.67 และในรายด้านทักษะสัมพันธ์ของสายตากับการสร้างรูปแบบ การแยกหมวดหมู่ และความจำระยะสั้น หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศวิตา ทองขุนวงศ์⁽¹³⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบทพระองค์น้อยมีค่าเฉลี่ยคะแนนปรีชานหลังเข้าร่วมโปรแกรมฝึกปรีชานสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งเท่ากับ 16.20 และ 14.20 คะแนน ตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วุฒิไกร กรพิมาย⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าผลค่าเฉลี่ยคะแนน MoCA test ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบทพระองค์น้อยมีค่าเพิ่มขึ้นจาก 20.625 เป็น 21.375 ตามลำดับ

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบทพระองค์น้อย กลุ่มทดลองดีขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.003$) โดยคะแนนเฉลี่ยของวิถีชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 31.40 เป็น 35.43 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยความสุขของกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยคะแนนเฉลี่ยความสุขเพิ่มขึ้นจาก 28.40 เป็น 31.23 คะแนน อธิบายได้ว่า หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพอย่างค่อยเป็นค่อยไป ทำให้ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจและมีความสุขในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบทพระองค์น้อยจะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย โดยระบบประสาทอัตโนมัติทำงานช้าลงความใส่ใจในตนเองลดลง ความสามารถจัดการกับปัญหา การพึ่งพาตนเองลดลง ด้านจิตใจส่งผลให้เกิดความคิดบิดเบือนว่าตนเองไร้คุณค่า ศักยภาพลดลง⁽¹⁵⁾ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษม เวชสุทธานนท์⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า รูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมวิถีชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับ นิตยา แซ่ลี และศิวพล สุวรรณบัณฑิต⁽¹⁷⁾ พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องการนอนหลับที่ดีโดยใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการแพทย์ทางเลือกความรอบรู้อยู่ระดับดีมาก โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาการจัดการความสุขและระดับความสุขในเวชศาสตร์วิถีชีวิตของ ชีรพงษ์ รุ่งวิวัฒน์ศิลป์⁽¹⁸⁾ พบว่า ระดับความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มวิถีชีวิตชนบทและผู้สูงอายุกลุ่มที่มีวิถีชีวิตกึ่งเมืองมีแตกต่างกันความอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.001$) เห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่จะมีวิถีชีวิตอันเป็นสุขได้ จะต้องมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต ซึ่งหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นศาสตร์ทางเลือกที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาศักยภาพตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

การวิจัยนี้พบข้อสังเกตว่าหลังเข้าโปรแกรม ผลของพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตและความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยที่มีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอันได้แก่ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส การศึกษา และรายได้ ถึงแม้ว่าจะไม่แตกต่างกันทางสถิติ แต่อาจส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเห็นได้จากผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในกลุ่มทดลองที่หลังเข้าร่วมโปรแกรมดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาของ กรกนก นาเครือ⁽¹⁹⁾ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศ ความรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิต การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเข้าถึงร้านอาหาร และสถานที่ออกกำลังกายที่เหมาะสม

สรุปได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตนี้ ช่วยปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม มีผลดีต่อสมอง สามารถทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยมีปริชานดีขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. ด้านนโยบาย ควรส่งเสริมขับเคลื่อนหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในเชิงป้องกันทั้งระยะสั้นและระยะยาว เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนในระยะยาวต่อไป
2. จากการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะปริชานบกพร่องมีผลลัพธ์ที่ไม่แตกต่างกันในระยะสั้น จึงควรมีการส่งเสริมนำเทคโนโลยีดิจิทัลที่มีความทันสมัย เข้าถึงง่ายและสะดวก โดยบูรณาการร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อให้เข้าถึงบริการสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว
3. ควรนำโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตไปปรับใช้ในชุมชน เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและเกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

ด้านพัฒนางานวิจัย ควรนำโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตไปใช้กับกลุ่มเสี่ยงอื่น เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มวัยทำงาน โดยที่ควรปรับเนื้อหาให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และควรศึกษาปัจจัยที่ยังไม่เป็นที่เกิดผลลัพธ์ทางบวก ได้แก่ ด้านการรับทราบ ด้านการนอน ด้านบุหรี่ยาสูบและแอลกอฮอล์ ด้านจิตใจ และด้านความสัมพันธ์ที่อาจมีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ทันตแพทย์หญิงกันทิมา เหมพรหมราช ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ รักษาราชการแทน ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ที่ปรึกษางานวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่สนับสนุนในการเก็บข้อมูลช่วยให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. World Population Prospects 2022. United Nations; 2022.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน); 2566.
3. Jia L, Du Y, Chu L, Zhang Z, Li F, Lyu D, et al. Prevalence, risk factors, and management of dementia and mild cognitive impairment in adults aged 60 years or older in China: a cross-sectional study. *Lancet Public Health*. 2020 Dec;5(12):e661-e671. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30185-7.
4. Mohan D, Iype T, Varghese S, Usha A, Mohan M. A cross-sectional study to assess prevalence and factors associated with mild cognitive impairment among older adults in an urban area of Kerala, South India. *BMJ Open*. 2019 Mar 20;9(3):e025473. doi: 10.1136/bmjopen-2018-025473.
5. ระพีพัฒน์ โฆษิตานนท์. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้นในผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*. 2565;5(3): 206-18.
6. Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M, Tangalos EG, Cummings JL, DeKosky ST. Practice parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review) [RETIRED]. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2001 May 8;56(9):1133-42. doi: 10.1212/wnl.56.9.1133.
7. World Health Organization. Health Promotion Glossary. Geneva, Switzerland: Division of Health Promotion, Education and Communications, Health Education and Health Promotion Unit, World Health Organization; 1998.
8. วินัย ไตรนาทถวัลย์, ณัฐปิ่นท์ เพียรธัญญกรรม, ภราดร ยิ่งยวด, พนิดา ชัยวัง, รักษ์ภร เพชรสุข, ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 2563; 27(3):131-44.
9. ภูติหิ เตชาติวัฒน์. เวชศาสตร์วิถีชีวิต: หลักการ แนวคิด และบทบาทของทีมนสหวิชาชีพ. ในเอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการระยะสั้นด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับสหสาขาวิชาชีพ, Pre conference "Workshop on Lifestyle Medicine for Multi-disciplinary team" (วันที่ 18-22 กันยายน 2566, กรุงเทพมหานคร).

10. Aerts L, Heffeman M, Kochan NA, Crawford JD, Draper B, Trollor JN, Sachdev PS, Brodaty H. Effects of MCI subtype and reversion on progression to dementia in a community sample. *Neurology*. 2017 Jun 6;88(23):2225-2232. doi: 10.1212/WNL.0000000000004015.
11. อภิชัย มงคล และคณะ. ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยฉบับสั้นหรือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Thai Mental Health Indicator TMHI-15: ฉบับใหม่). รายงานการวิจัย; 2552.
12. ปิ่นนทัด บณขุนทด, กัลยา มั่นล้วน. ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย: ก่อนป่วยด้วยสมองเสื่อม. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท*. 2565;4(1):1-15.
13. ศวิตา ทองขุนวงศ์, พิภพ จิตรนาทรัพย์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมฝึกปรีชานในผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องระยะต้นในชุมชน. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*. 2564; 4(1):74-84.
14. วุฒิไกร กรพิมาย. ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมอง ในผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย ในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลปากช่องนานา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*. 2567;18(2): 755-68.
15. Pellegrino LD, Peters ME, Lyketsos CG, Marano CM. Depression in cognitive impairment. *Curr Psychiatry Rep*. 2013 Sep;15(9):384. doi: 10.1007/s11920-013-0384-1.
16. เกษม เวชสุธานนท์. การพัฒนารูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต สำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*. 2566;46(2):111-28.
17. ศิวพล สุวรรณบัณฑิต, นิตยา แซ่ลี. การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องการนอนหลับที่ดี โดยใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต และการแพทย์ทางเลือก ในกลุ่มผู้รับบริการ คลินิกการแพทย์ทางเลือก ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)*. 2567; 34(3):81-91.
18. ธีรพงษ์ รุ่งวิวัฒน์ศิลป์. การจัดการความสุขและระดับความสุขในเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลศิลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น. *Journal of Roi Kaensarn Academi*. 2565;8(4):239-49.
19. กรกนก นาเครือ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*. 2567;47(ฉบับเพิ่มเติม): S82-S97.