

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

The Development of a Health Promotion Model for Elderly People at Risk for Dementia Through Community Participation

อัจฉราภรณ์ ใจกล้า¹

Archaraporn Chaikla

กัญญาณัฐ สารกษรณันท์^{2*}

Ghunyanutt Sathagathonthun

นราวดี สมฤทธิวารกุล³

Narawadee Somritthiwarakun

วรลักษณ์ คิตอ่าน³

Woralak Khitarn

*Corresponding author E-mail: ghunyanutts@nu.ac.th

(Received: February 19, 2025; Revised: May 15, 2025; Accepted: June 4, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชน 2) พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 3) ศึกษาผลการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้ให้ข้อมูลและร่วมพัฒนา 20 คน 2) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมจำนวน 56 คน เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง และแบบสอบถามเพื่อวัดความรู้ภาวะสมองเสื่อม และพฤติกรรมการป้องกัน การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าทีและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า

1. ผู้สูงอายุไม่ตระหนักในการดูแลตนเอง และไม่มีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ชัดเจน
2. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย การคัดกรองการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การส่งต่อการรักษาที่โรงพยาบาลประจำอำเภอ ระบบสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลและการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. ผลการใช้รูปแบบพบว่า ความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อม พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัยแสดงว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม การมีส่วนร่วมของชุมชน

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเชียงคำ อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา

Registered Nurse, Professional Level, Chiang Kham Hospital, Chiang Kham, Phayao Province.

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มสาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก

Assistant Professor, Nursing Administration Division, Faculty of Nursing, Naresuan University, Phitsanulok.

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพระตำบลดอนปู่เถย อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา

Registered Nurse, Professional Level, San Pu Loei Subdistrict Health Promoting Hospital, Chiang Kham, Phayao Province.



Abstract

This action research aimed to 1) study the problems of promoting health among elderly people at risk of dementia in the community, 2) develop a health promotion model for the older people at risk for dementia through community participation, and 3) study the results of the model. The sample consisted of 2 groups: 1) 20 participants were informants who participated in model development, and 2) 56 elderly people at risk of dementia. The research instruments were structured interviews for participants and questionnaires to measure knowledge of dementia and preventive behaviors for elderly people. The data were analyzed by using descriptive statistics, T-test and content analysis.

The research results found that: 1) The elderly people were not aware of self-care and the community did not have a pattern of care for the older people at risk for dementia. 2) The health promotion model for the elderly people at risk of dementia consisted of 2.1) Dementia screening, 2.2) health promotion activities, 2.3) Referring for treatment at the district hospital, and 2.4) Support system from the sub-district administrative organization and community participation. 3) The study results of using the model found that knowledge about dementia, behavior to prevent dementia, and perception according to the concept of health belief patterns of the elderly before and after the development were significantly improved.

These results indicating that the health promotion model for the elderly people at risk of dementia through community participation can lead to behavioral changes to prevent dementia.

Keywords: Development, Health promotion program, Elderly at risk of Dementia disease, Community Participation

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เป็นปัญหาด้านสาธารณสุข ร้อยละ 90 ของภาวะสมองเสื่อม เกิดกับวัยสูงอายุ 60-65 ปี พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข (2561) พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ร้อยละ 8.10 โดยเป็นความชุกในเพศหญิงร้อยละ 9.20 เพศชาย ร้อยละ 6.80 ซึ่งความชุกของภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ความชุกในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 4.8 ในกลุ่ม 80 ปีขึ้นไป พบในเพศหญิงร้อยละ 28.50 เพศชายร้อยละ 13.60 ในปี 2566 พบผู้สูงอายุ ของประเทศไทย มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 770,000 คน หรือร้อยละ 6 ของจำนวนผู้สูงอายุรวมทั้งหมด และจะมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีเฉลี่ยปีละ 100,000 คน (Benjapolpitak, 2023) ส่วนใหญ่เกิดจากการเสื่อม ของเซลล์สมองซึ่งยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด เช่น โรคอัลไซเมอร์ โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุมีหลายสาเหตุ ได้แก่ กรรมพันธุ์ การเป็นโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้แก่ โรคเกี่ยวกับระบบหัวใจและ หลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หรือถูกกระทบกระเทือนที่ศีรษะ เป็นต้น ซึ่งมีความเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อม 2.80 เท่า หากไม่ได้รับการรักษาจะเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อม ถึง 4.30 เท่า

(Ubonwong & Pipatwanitcha, 2017) ผู้ที่เป็นเบาหวานมีโอกาสเกิดโรคสมองเสื่อมมากกว่าคนที่ไม่เป็นเบาหวาน 1.85 เท่า ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคสมอง โดยความถี่ของการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำสัมพันธ์กับโอกาสการเกิดโรคสมองเสื่อมมากขึ้น หากสามารถควบคุมเบาหวานให้ดีขึ้นสามารถลดการเกิดภาวะสมองเสื่อมถึง 4.9 เท่า (Sirakuljira, 2017) จะเห็นได้ว่าผลของการไม่ควบคุมปัจจัยเสี่ยงนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อม

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญด้วยการค้นหาผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมด้วยการคัดกรอง ผู้สูงอายุซึ่งมีโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานจะเป็นการป้องกันที่ดีที่สุด กลวิธีที่สามารถป้องกันได้ในกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น การออกกำลังกาย และการฝึกการใช้สมอง การดูแลสุขภาพด้านจิตใจ เช่น การผ่อนคลายความเครียด การเข้าสังคมและทำกิจกรรมร่วมกับคนในชุมชน (Janpol & Phuhongsai, 2024) นอกจากนี้ พบว่าการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ต้องควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคอื่นที่จะนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อม หลีกเลี่ยงยาและอาหารหรือกิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อสมอง ควรออกกำลังกาย ฝึกการใช้สมองอย่างสม่ำเสมอ เข้าสังคม ฝึกสติปัญญา และตรวจสุขภาพประจำปี (Nuisri, 2016) นอกจากนี้ แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือ การยอมรับ ได้รับความรัก ความเข้าใจ จากครอบครัว ทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้ดีขึ้น (Chueadee, 2016) นำไปสู่การปฏิบัติส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และทำให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้ตระหนักและได้เฝ้าระวังการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ ที่ผ่านมามีการศึกษาสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ รูปแบบการฟื้นฟูผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน แต่จากการศึกษาสภาพปัญหา พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงยังขาดความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างยั่งยืน เนื่องจากมองเห็นเป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของครอบครัวยังมีน้อย และขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในครอบครัว และยังไม่มีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมที่ชัดเจน ซึ่งหากครอบครัวและชุมชนมีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่ชัดเจน สำหรับใช้เป็นแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ให้ผู้มี ส่วนเกี่ยวข้องยึดถือปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และมีการติดตามอย่างต่อเนื่องของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะสามารถลดการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ในที่สุด

จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นในศูนย์ข้อมูลสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ในปี 2566 ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 17 แห่ง ใช้แบบประเมินสภาพสมอง Abbreviated Mental Test (AMT) คัดกรองโดยบุคลากรทางสุขภาพ: สำหรับ รพ.สต. จำนวน 12,559 คน คิดเป็นร้อยละ 86.25 ของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยาทั้งหมด พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 0.97 (Phayao, 2023) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสันปูเลย ตำบลอ่าทอง อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ได้ดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 144 คน โดยใช้แบบประเมินสภาพสมองคัดกรองโดยบุคลากรทางสุขภาพ: สำหรับ รพ.สต. พบว่า มีผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม 66 คน คิดเป็นร้อยละ 45.83 ซึ่งส่วนใหญ่ยังขาดการเข้าถึงข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การเข้าถึงบริการการคัดกรอง การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรก การป้องกันและชะลอภาวะสมองเสื่อมและสามารถเข้าถึงสิทธิที่พึงได้รับส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชน (Ban San Pu Loei Hospital, 2023)

ดังนั้นผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาและพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาประยุกต์ใช้ เพื่อค้นหาแนวทางส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ



ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ และเป็นการเตรียมรองรับภาวะสมองเสื่อมที่จะเพิ่มขึ้นตามการเติบโตของสังคมผู้สูงอายุต่อไป

คำถามการวิจัย

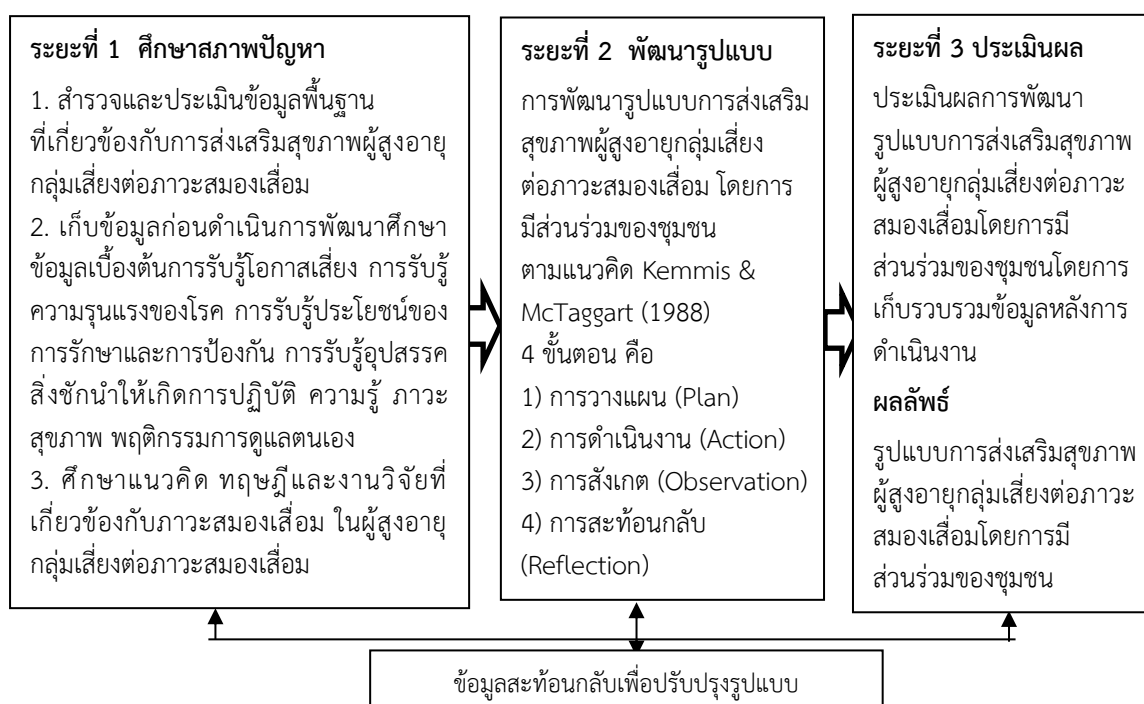
รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ในการศึกษาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าไปสู่กระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแท็กการ์ด (Kemmis & McTaggart, 1988) แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระยะที่ 3 ศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการศึกษาในระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลา 5 เดือน รายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัยมีดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม จำนวน 66 คน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสันปูเลย ตำบลอ่างทอง อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา และตัวแทนผู้สูงอายุสุขภาพดี 2) ผู้ให้ข้อมูลและร่วมพัฒนารูปแบบ เป็นตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทนผู้นำท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และภาคีเครือข่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) กำหนดระดับค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ความคลาดเคลื่อน 0.05 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 56 คน สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายตามสัดส่วนของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในหมู่บ้านที่รับผิดชอบ เกณฑ์การคัดเข้า 1) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน มีไขมันในเลือดสูง ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ไม่มีภาวะซึมเศร้า ผ่านการประเมินความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบประเมินสภาพสมอง (Abbreviated Mental Test: AMT) ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป และมีคะแนนการทดสอบแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (TGDS) ได้คะแนนอยู่ช่วง 0 - 12 คะแนน ไม่จำกัดเพศ 2) สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้หรือสื่อสารภาษาไทยได้ไม่มีความพิการด้านการพูด 3) ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน 4) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย เกณฑ์การคัดออก 1) ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างสมบูรณ์หรือไม่สะดวกใจในการตอบคำถามจนครบถ้วนทั้งหมด 2) ขอยกจากการวิจัยในระหว่างการทำวิจัย 3) ย้ายที่อยู่ระหว่างการวิจัย 4) เกิดภาวะโรคการเจ็บป่วยที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ 2) ผู้ให้ข้อมูลและร่วมพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ตัวแทนผู้สูงอายุสุขภาพดี 4 คน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4 คน และตัวแทนผู้นำชุมชน 4 คน ตัวแทนผู้นำท้องถิ่น 4 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 3 คน โดยเลือกเฉพาะเจาะจงตามบทบาทหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ รวม 20 คน เกณฑ์การคัดเข้า 1) เป็นผู้ดำรงตำแหน่งและมีประสบการณ์การปฏิบัติหน้าที่ไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) ยินยอมเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออก 1) ไม่สามารถให้ข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ 2) ขอยกจากการวิจัยระหว่างการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 1) การคัดกรองและประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเบื้องต้น 2) กลุ่มที่ไม่พบปัญหา จัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ ให้ความรู้ ออกกำลังกาย บริหารสมอง และจัดการความเครียด 3) กลุ่มที่พบปัญหา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการประเมินตามแนวปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อคัดแยกโดยใช้แบบประเมิน (TGDS / MMSE Thai 2002/ MoCA test) ถ้าพบภาวะสมองเสื่อมส่งไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเชียงคำ และ 4) สร้างระบบสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง เช่น การกำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรม เป็นต้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 คำถาม 2) แบบประเมินสภาพสมอง (Abbreviated Mental Test: AMT) 3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) 4) แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL index)



3. แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structured interviews) สำหรับผู้ให้ข้อมูลและร่วมพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) คำถามทั่วไปของพื้นที่รับผิดชอบ ได้แก่ จำนวนหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ ลักษณะทั่วไปของประชากร สถานการณ์ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในช่วง 3-5 ปีที่ผ่านมา 3) คำถามด้านกิจกรรม การทำงานร่วมกับประชาชนในชุมชน ได้แก่ การเฝ้าระวังโรคภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุของชุมชน การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ความร่วมมือกับหน่วยงานในพื้นที่ 4) ปัญหาอุปสรรคและการพัฒนา ได้แก่ ปัญหาการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลควบคุมป้องกันโรค อุปสรรคการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค การวางแผน การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประเด็นที่ต้องการพัฒนา สนับสนุนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น 5) ปัจจัยความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง กลยุทธ์ที่ทำให้สำเร็จตามเป้าหมาย การให้ความช่วยเหลือ การมีส่วนร่วมของชุมชน จุดแข็งของการดำเนินงานที่ทำให้ประสบผลสำเร็จ

4. แบบสอบถาม (Questionnaire) สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อมสมอง จำนวน 14 ข้อ คำถาม แบบเลือกตอบข้อที่ถูกที่สุดเพียงคำตอบเดียว ตอบผิดได้ 0 คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน รวม 14 คะแนน เกณฑ์การแปลผลดังนี้ 0-8 หมายถึง มีความรู้น้อย 9-11 หมายถึง มีความรู้ปานกลาง และ 12-14 หมายถึง มีความรู้มาก ส่วนที่ 4 การรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในลักษณะผสมผสานคำถามปลายเปิดและปลายปิดจำนวน 24 ข้อ เป็น rating scale 4 ระดับ เกณฑ์ การให้คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 คะแนน เกณฑ์การแปลผลดังนี้ 7-13 หมายถึง รับรู้น้อย 14-20 หมายถึง รับรู้ปานกลาง 21-28 หมายถึง รับรู้มาก ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคภาวะสมองเสื่อม จำนวน 11 ข้อ เป็น rating scale 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ 5 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 1 คะแนน รวม 55 คะแนน การแปลผล คือ 1-32 หมายถึง มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคภาวะสมองเสื่อมน้อย 33-43 หมายถึง การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคภาวะสมองเสื่อมปานกลาง และ 44-55 หมายถึง การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคภาวะสมองเสื่อมมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ด้านความตรงตามเนื้อหา (Content validity) นำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน แบบประเมินที่ใช้ในการคัดกรองผู้สูงอายุแบบวัดความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อมสมอง แบบสอบถามการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคภาวะสมองเสื่อม และแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชนและสังคมศาสตร์ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาและให้ข้อเสนอแนะ ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับจุดประสงค์ (IOC) ของเครื่องมือ อยู่ระหว่าง 0.80 – 1.00 จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้สมบูรณ์ก่อนนำมาใช้จริง

2. ด้านความเที่ยง (Reliability) นำแบบวัดความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อมสมอง แบบสอบถามการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคภาวะสมองเสื่อมไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยจำนวน 30 คน ความเที่ยงของแบบวัดความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อมสมองด้วยการใช้สูตร KR-20 เท่ากับ 0.79 ส่วนแบบสอบถามการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคภาวะสมองเสื่อม ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.82 และ 0.74 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลระยะที่ 1 (เดือนมิถุนายน 2566 ระยะเวลา 4 สัปดาห์)

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ทีมผู้วิจัยขออนุญาตจากสาธารณสุขอำเภอ เชียงคำและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัยดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเข้าพบผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บ ข้อมูล และรายละเอียดของการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือและยินยอมเข้าร่วมวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือ ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ตลอดจนสิทธิที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา และเข้าพบแกนนำชุมชน ในพื้นที่พื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสันปูเลย ตำบลอ่างทอง อำเภอเชียงคำ จังหวัด พะเยา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้า ร่วมวิจัย และการนัดหมายครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 2 ทีมผู้วิจัยทำการประเมินผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงแล้วคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ดังนี้

1) แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 คำถาม ไม่เกิน 19 คะแนน 2) แบบประเมินสภาพสมอง (AMT) 7 คะแนนขึ้นไป 3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (TGDS) คะแนนในช่วง 0-12 คะแนน 4) แบบประเมินคัดกรอง ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL index) เลือกตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

สัปดาห์ที่ 3 ดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม เพื่อศึกษาข้อมูลเบื้องต้น ในด้านข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม การรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อ ภาวะสมองเสื่อม เพื่อใช้เป็นปัจจัยนำเข้าในการกระบวนการพัฒนา

สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเข้าพบกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ แกนนำชุมชนในพื้นที่พื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสันปูเลย ตำบลอ่างทอง อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา เพื่อดำเนินการ รวบรวมข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง เกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เพื่อใช้เป็นปัจจัยนำเข้าในการกระบวนการพัฒนา

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม

ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart คือ 1) การวางแผน (Plan) 2) การดำเนินงาน (Action) 3) การสังเกต (Observation) 4) การสะท้อนกลับ (Reflection) ดังนี้

1. วงรอบที่ 1 ดำเนินการในเดือน กรกฎาคม-สิงหาคม 2566

1) การวางแผน (Plan:1) ในสัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการดังนี้ 1.1) นำข้อมูลในระยะที่ 1 วิเคราะห์และสรุปผล 1.2) ประชุมร่วมกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล นำเสนอข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 ระดมสมองและ ออกแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม 1.3) สร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียดและการออกกำลังกาย

2) การปฏิบัติ (Action:1) (สัปดาห์ที่ 2) 2.1) นำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบ 2.2) นำรูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมไปใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

3) การสังเกต (Observation:1) (สัปดาห์ที่ 3) 3.1) ทีมผู้วิจัยสังเกตและบันทึกข้อมูล การใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม 3.2) สรุปปัญหาจากการทดลองใช้



4) การสะท้อนกลับ (Reflection:1) (สัปดาห์ที่ 4) 4.1) การสะท้อนผลที่ได้จากการปฏิบัติ โดยการถอดบทเรียนและสะท้อนคิดร่วมกันระหว่างทีมผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมด และ 4.2) สรุปรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งประกอบด้วย รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม คู่มือจัดกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียดและการออกกำลังกาย และแผนการดำเนินงานเพื่อพัฒนารอบที่ 2 ต่อไป

2. วงรอบที่ 2 ดำเนินการในเดือน กันยายน-ตุลาคม 2566 ดังนี้

1) การปรับปรุงแผน (Plan: 2) (สัปดาห์ที่ 5) 1.1) ปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะจากการทดลองใช้รูปแบบ 1.2) ประชุมร่วมกับตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนกลุ่มเดิม ชี้แจงการดำเนินงาน กำหนดกิจกรรมการดำเนินงานแต่ละขั้นตอนโดยชุมชนมีการมีส่วนร่วมในการเสนอแนวคิด 1.3) จัดทำคู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

2) ปฏิบัติการตามแนวทางการปรับปรุงแผน (Action: 2) (สัปดาห์ที่ 6) โดยนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ที่พัฒนาแล้วสู่การปฏิบัติในทุกหมู่บ้านในตำบลอ่างทอง

3) สังเกตการ (Observation: 2) (สัปดาห์ที่ 7) 3.1) การสังเกตการปฏิบัติงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 3.2) บันทึกผลลัพธ์กิจกรรมของการดำเนินงาน 3.3) การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อสังเกตการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม 3.4) ประเมินระดับความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

4) สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection: 2) (สัปดาห์ที่ 8) ดังนี้ 4.1) จัดการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสรุปบทเรียน 4.2) สะท้อนผลการดำเนินงาน ถอดบทเรียนและสะท้อนคิดร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมด และ 4.3) สรุปรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ระยะที่ 3 ประเมินผล (เดือน พฤศจิกายน 2566)

ดำเนินการประเมินผลในผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่ การเก็บข้อมูลหลังการดำเนินงานพัฒนา โดยใช้แบบสอบถามในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมในด้านความรู้ แบบสอบถามการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลตนเอง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลเชียงคำ (หนังสือรับรองเลขที่ 13/2566 ลงวันที่ 22 มิถุนายน 2566) เรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และสิทธิที่จะขอถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมจะถูกปิดไว้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยหรือระบุตัวตนผู้ให้ข้อมูล/สถานที่ปฏิบัติงาน มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่เข้าถึงข้อมูลได้ ผลการวิจัยและการเผยแพร่จะนำเสนอในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. **ข้อมูลเชิงคุณภาพ** ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลและร่วมพัฒนาโปรแกรม ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาแบบสรุปความดังนี้ 1) การจัดระบบของข้อมูล 2) การให้รหัสข้อมูล 3) การจัดกลุ่มข้อมูล และ 4) การหาความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างกลุ่มข้อมูลที่ได้เพื่อสร้างบทสรุป

2. **ข้อมูลเชิงปริมาณ** ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ 2) คะแนนความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ การรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 3) การเปรียบเทียบระดับคะแนนก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบโดยใช้สถิติ Paired samples t-test กับข้อมูลที่มีการแจกแจงปกติ และ Wilcoxon signed Rank test สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่ปกติ

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 สภาพปัญหาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล จำนวน 20 คน พบว่า อายุเฉลี่ย 54 ปี ช่วงอายุ 45-60 ปี ส่วนใหญ่อาชีพ รับราชการ ร้อยละ 65 รองลงมา คือ เกษตรกร ร้อยละ 20 ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 15 ระยะเวลาในการทำงาน เฉลี่ย 22 ปี มีบทบาทหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในหมู่บ้าน ประสพการณ์เฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคสมองเสื่อมเฉลี่ย 10 ปี ผ่านการอบรมเรื่องโรคสมองเสื่อมร้อยละ 55 จำนวนหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ ส่วนใหญ่รับผิดชอบ 2 หมู่บ้านต่อคน

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 82.10 อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปีขึ้นไป ร้อยละ 98.20 โดยมีอายุเฉลี่ย 66 ปี ต่ำสุด 62 ปี สูงสุด 77 ปี ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงไม่มีภาวะซึมเศร้า (TGDS) เกณฑ์ คือ 0-12 คะแนน พบว่า 16 คะแนน ร้อยละ 80 ที่เหลือมีคะแนน 12-15 ร้อยละ 20 ส่วนใหญ่สามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL) คะแนนมากกว่า 12 ทุกคน ร้อยละ 100 และคะแนนสภาพสมอง (AMT) มากกว่า 7 คะแนน ทุกคน ร้อยละ 100 มีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 37.50 รองลงมา คือ อ้วน ร้อยละ 28.6 และน้ำหนักเกิน ร้อยละ 25.00 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 32.50 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 28.60 ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุร้อยละ 98.20 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 89.30 ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 91.10 และออกกำลังกายร้อยละ 82.10

1.3 ระดับความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ระดับมาก ร้อยละ 39.3 ระดับน้อย ร้อยละ 33.9 และระดับปานกลางร้อยละ 26.8 การรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ระดับปานกลาง ร้อยละ 73.2 ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 51.8

1.4 สภาพปัญหาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ข้อมูลจากการสอบถามผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย สะท้อนว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ในเรื่องภาวะสมองเสื่อม การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคภาวะสมองเสื่อมยังมีน้อย คนในชุมชนส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุจึงทำให้ไม่ตระหนักในการดูแลตนเอง “คิดว่ามันเป็นปกติของผู้สูงอายุ” “เราแก่มาเราก็คงจะเป็นเหมือนกัน” “ผู้สูงอายุออกบ้านไปแล้ว กลับบ้านไม่ถูก ก็พบบ่อยหลายคน”

1.5 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พบว่า ชุมชนยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม มีกิจกรรมคัดกรองในผู้สูงอายุปีละ 1 ครั้ง “ส่วนใหญ่หมอก็จะสั่งมาให้คัดกรอง



คนสูงวัย มีแบบฟอร์มคัดกรองมาให้ อสม. ถ้าผิดปกติก็ส่งต่อไปหาหมออนามัย” “กิจกรรมคนสูงวัย แล้วแต่ว่าทางอบต.เขาจัดให้ ไม่ได้มีหลักสูตรอะไรตายตัว” และอยากให้กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะเสื่อมในหมู่บ้านอย่างจริงจัง “ผมคิดว่า ควรจัดทำโครงการกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงวัยได้ทำอะไรสักอย่าง เอาผู้สูงวัยกับเด็กเยาวชนมาพบปะกัน” “ผู้สูงวัยที่มีภูมิปัญญา ในเรื่อง จักสาน ทอผ้า ทำอาหารไทยก็จะได้ถ่ายทอดให้กับเด็ก ๆ” “ผมว่าถ้าสานต่อโครงการนี้ น่าจะเป็นกิจกรรมป้องกันเรื่องสมองเสื่อมนี้ได้”

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมฯ ประกอบด้วย

1) การคัดกรองและประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเบื้องต้น โดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน โดยใช้แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 คำถาม ทุก 1 ปี

2) กลุ่มที่ไม่พบปัญหา จัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านสันปูเลย ดังนี้ ครั้งที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคภาวะสมองเสื่อม ครั้งที่ 2 “กินอย่างไร...ห่างไกลสมองเสื่อม” ครั้งที่ 3 ออกกำลังกาย บริหารสมอง ครั้งที่ 4 การจัดการความเครียด

3) กลุ่มที่พบปัญหา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดำเนินการประเมินตามแนวปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อคัดแยกโดยใช้แบบประเมิน (TGDS / MMSE Thai 2002/ MoCA test) ถ้าพบภาวะสมองเสื่อมส่งไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเชิงคำ

4) สร้างระบบสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง

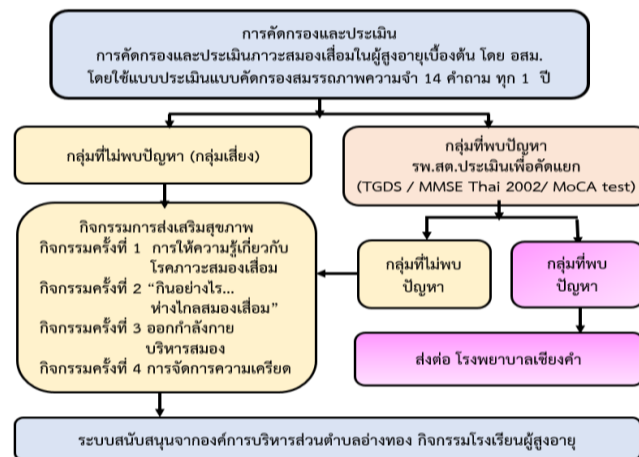
4.1) นโยบายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นประเด็นไปสู่กลุ่มเฉพาะ คือ “กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อสมองเสื่อม” เพื่อส่งเสริมการให้ความสำคัญในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

4.2) นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว สร้างสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ สร้างระบบเฝ้าระวังในชุมชนโดยผ่านผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

4.3) องค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง จัดให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมของชุมชน เพื่อให้คนใน ชุมชนเกิดมุมมองและเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ

4.4) การจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนและจัดทำหลักสูตรสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงดำเนินการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การรับประทานยาและอาหาร การฝึกสติปัญญา การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จัดให้มีกิจกรรมศูนย์สามวัย เช่น การส่งเสริมการเรียนรู้ การถ่ายทอดประสบการณ์ การละเล่นของท้องถิ่นชาติพันธุ์ต่างๆ เป็นต้น

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถนำเสนอได้ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมฯ ดังนี้

3.1 ผลการเปรียบเทียบความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าก่อนและหลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังการพัฒนา (n =)

ข้อมูลเปรียบเทียบ	M	SD	t	p – value
ก่อนการพัฒนา(n=56)	9.00	3.70	-6.55	.00
หลังการพัฒนา(n=56)	13.10	1.26		

paired samples t-test *p < .05

3.2 ผลการศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม พบว่า ส่วนใหญ่คะแนนการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้ เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมทั้ง 4 ด้านพบว่า หลังพัฒนาผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม มีการรับรู้เพิ่มขึ้นในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา (n =)

การรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	ก่อนการพัฒนา (N= 56)		หลังการพัฒนา (N= 56)		Z	p - value
	M	SD	M	SD		
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม	19.10	2.40	23.50	1.16	-6.475	<.001
- การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม	15.10	2.32	20.90	1.55	-6.615	<.001
- รับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันสมองเสื่อม	17.20	3.59	22.90	1.76	-6.423	<.001
- การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม	12.50	3.49	17.00	1.94	-6.496	<.001

Wilcoxon signed Rank test * p < .05



3.3 ผลการศึกษาเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าก่อนการพัฒนา และหลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนของ พฤติกรรมการป้องกันโรคภาวะสมองเสื่อมสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนา (n =)

ข้อมูลเปรียบเทียบ	M	SD	t	p - value
ก่อนการพัฒนา(n=56)	36.40	7.07	-6.39	.00
หลังการพัฒนา(n=56)	45.40	5.03		

paired samples t-test * $p < .05$

อภิปรายผล

การศึกษานี้ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. สภาพปัญหาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง มีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับอ้วนและ น้ำหนักเกิน เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมา คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมัน ข้อมูลนี้ตรงกับจากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข (2561) พบว่า ปัญหาโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาความชุกของการเกิดภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชนบทเชียงใหม่ (Nanthakwang & Wongma, 2017) พบว่า ความชุกของ ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 11.90 พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็น เพศหญิงมีความชุกของภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันภาวะ สมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง (Tiparat et al., 2019) และการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อชะลอและ ป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ: เขตสุขภาพที่ 7 (Janpol & Phuhongsai, 2024) พบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาเป็นเบาหวาน โดยผู้สูงอายุและคนในชุมชนขาดความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม มีระดับความรู้ในระดับน้อยถึงปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษา ภาวะสมองเสื่อมความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อมในชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ (Undara et al., 2016) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อมอยู่ในระดับ ปานกลาง และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคภาวะสมองเสื่อมน้อย เนื่องจากเห็นว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นเรื่อง ปกติของผู้สูงอายุจึงไม่ตระหนักในการดูแลตนเอง และชุมชนยังไม่มีรูปแบบ ที่ชัดเจน เช่นเดียวกับการศึกษา ของสาคร อินโทโล และคณะ (Intolo et al., 2018) ระดับการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมด้านโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ของการรักษาและป้องกัน และอุปสรรคในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม อยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของศรุตยา หวางษ์และ คณะ (Hawong et al., 2017) การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพเองยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ปัญหาเหล่านี้ผู้วิจัยได้นำไปสู่กระบวนการพัฒนาร่วมกันเพื่อให้ เกิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

เริ่มด้วยการคัดกรองและประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเบื้องต้น โดย อสม. การจัดกิจกรรมส่งเสริม สุขภาพในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคและการป้องกัน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย

การจัดการความเครียดและการบริหารสมอง เนื่องจากการมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัวการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้รับความช่วยเหลือ การยอมรับ ได้รับความรัก ความเข้าใจ จากครอบครัวทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆได้ดีขึ้น (Chueadee, 2016)สามารถทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง (Tiparat et al., 2019) และการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อชะลอและป้องกันการภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ: เขตสุขภาพที่ 7 (Janpol & Phuhongsai, 2024) และมุ่งเน้นนโยบายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อสมองเสื่อมในระยะยาว ด้านการสร้างเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ การส่งเสริมการเรียนรู้ระหว่างวัย การจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนเพื่อให้เกิดความยั่งยืน จากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากความร่วมมือ และการมีส่วนร่วมของชุมชน และความเห็นชอบของหลายภาคส่วนทั้งส่วนท้องถิ่น เช่นเดียวกับการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Intolo et al., 2018) พบว่า การมีนโยบายส่งเสริม มีระบบสนับสนุน การมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมป้องกันและลดภาวะสมองเสื่อมได้อย่างยั่งยืน จากผลการศึกษานี้เห็นได้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและสังคม โดยใช้กลวิธีที่สามารถป้องกันได้ในกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น การออกกำลังกาย และการฝึกใช้สมอง การดูแลสุขภาพด้านจิตใจ เช่น การผ่อนคลายความเครียด การเข้าสังคมและทำกิจกรรมร่วมกับคนในชุมชนทำให้เกิดความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงการใช้ชุมชนเป็นฐานต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ การผลักดันให้เกิดโครงการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ โครงการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและโครงการอบรมผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โดยผู้แทนจากชุมชนและประชาชนร่วมลงมือปฏิบัติกิจกรรม เป็นการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมได้ดียิ่งขึ้น

3. ผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการศึกษาเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม และพฤติกรรมป้องกันการป้องกัน พบว่า ภายหลังการพัฒนามีผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ การรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม และ พฤติกรรมป้องกันการภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 เนื่องจากการมีส่วนร่วมของคนในครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคม การส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติกิจกรรม เสริมสร้าง การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ความรุนแรง การป้องกันการเกิด รวมถึงการดูแลสุขภาพในเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ทำให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันการภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในเขตอำเภอไทรโยค จังหวัด อุบลราชธานี (Chankam et al., 2020) ซึ่งผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันการภาวะสมองเสื่อม 3 อ. 2 ส. ลำลองป้องกันป้องกันการภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะ พฤติกรรมป้องกันการภาวะสมองเสื่อม สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Hawong et al., 2017) ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ และการดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้นก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การศึกษาศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูและการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (Intholo et al., 2020) พบว่า ระดับความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ



หลังการฟื้นฟูและดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากกิจกรรมการฟื้นฟูดูแลอย่างสม่ำเสมอจะส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ การที่กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักในครอบครัวและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องส่งผลให้พฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อีกทั้งการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนถือเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลให้เกิดกำลังใจสำคัญต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแล สรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ควรขยายผลการใช้รูปแบบ โดยการนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ไปทดลองใช้ในพื้นที่ความรับผิดชอบของตำบลบ้านสันปูเลย

1.2 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นที่มีบริบทที่คล้ายกัน สามารถนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ไปใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และพยาบาลผู้รับผิดชอบควรวิจัยและพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในโรคอื่น ๆ ที่เป็นปัญหาของประชาชน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

References

- Ban San Pu Loei Subdistrict Health Promoting Hospital. (2023). Data Center. (in Thai)
- Benjapolpitak, A. (2023). *Health focus: The aging society*. Department of Medical Services.
<https://www.gcc.go.th/2023/12/24>. (in Thai)
- Chankam, K., Raksin, M., & Songserm, N. (2020). Development of dememntia prevention model for the elderly through the participation of family public health volunteers in Nam Yuen District, Ubon Ratchathani Province. *Journal of MCU Ubon Review*, 5(3), 255-265. (in Thai)
- Chueadee, S. (2016). The effects of using social support and enhancing self-worth on the mental health of the elderly in Pangkan Subdistrict, Phanom District, Surat Thani Province. *Journal of Community Health Development, Khon Kaen University*, 4(1), 67-82. (in Thai)
- Hawong, S.,Thaingtham, W., & Nanthamongkolchai, S. (2017). The health promotion program for elderly at risk group of alzheimer's in community. *Journal of Public Health Nursing*, 31(1), 110-128. (in Thai)
- Intolo, S., Peangka, S., Thongpoobal, A., & Thubsombat, P. (2018). Exploring problems and needs of stroke care prevention of primary stakeholders. *Journal of Nursing and Health care*, 36(2), 90-99. (in Thai)

- Intholo, S., Yovaphui, P., Koisananuphap, N., & Samrannet, W. (2020). Community participation in developing a rehabilitation model and care for the elderly with dementia. *Journal of Nursing Science and Health*, 43(1), 65-77. (in Thai)
- Janpol, K., & Phuhongsai, S. (2024). Development of learning program to delay and prevent dementia for elderly in clubs: Health Area 7 Thailand. *Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health*, 47(1), 54-67.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planer* (3rd ed.). Deakin University press.
- Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Ministry of Public Health. (2018). *Guidelines for staff: Health promotion and prevention of dementia for the elderly "Don't Fall, Don't Forget, Don't Be Depressed, Eat Well"* 2nded. Office of the War Veterans Organization under Royal Patronage. (in Thai)
- Nanthakwang, N., & Wongma, J. (2017). The prevalence of dementia in elderly with hypertension in rural Chiang Mai. *Journal of Health Science Scholarship*, 4(1), 5-12. (in Thai)
- Nuisri, M. (2016). The Prevention of Dementia. *Police Nursing Journal*, 8(1), 227-240. (in Thai)
- Phayao Provincial Public Health Office Health. (2023). Phayao data center. (in Thai)
- Plankhong, A., & Kampeng, S. (2024) The Effects of Community-based Health Promotion on Health Promotion Behavior of the Elderly and Satisfaction with Participation of Elderly Caregivers. *Ramathibodi Nursing Journal*, 16(1), 1-13. (in Thai)
- Rosenstock, I.M. (1974). *The health belief model and preventive health behavior*. (M. H. Becker Ed.). Charles B. Slack.
- Sirakuljira, A. (2017). The relationship between blood sugar control and the risk of dementia in non-insulin-dependent diabetes patients. *Journal of the Department of Medical Services*, 42(3), 112-117. (in Thai)
- Tiparat, W., Meng-aiied, S., Suwanweala, S., & Chuaykaew. B. (2019). Factors predicting dementia preventive behavior among older adults-at-risk. *The Journal of Faculty of Nursing*, 27(1), 100-108.
- Ubonwong, K., & Pipatwanitcha, N. (2017). The relationship between health belief and dementia preventive behavior in the older adults with hypertension. *Journal of Boromarajonani College of Nursing Bangkok*, 33(2), 14-24. (in Thai)
- Undara, W., Singhasene, U., & Wongnitikul, P. (2016). The study of dementia, knowledge and prevention of dementia and the demographic data in the elderly association of Royal Thai Air Force Nursing College. *Journal of The Police Nurses*, 8(1), 23-33. (in Thai)