

ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ธณินทร์ คุณแหวน, พย.ม.*

ปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน์, ส.ด.*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 104 แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 52 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1) โปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และส่วนที่ 2) แบบสอบถาม ซึ่งมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาด้วยค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.83, 0.84, 0.79 และ 0.75 ตามลำดับ ระยะเวลาจัดกิจกรรม 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-Square test, Fisher's exact test, Paired Sample t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากผลการวิจัย บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีบริบทใกล้เคียงกันในพื้นที่อื่นได้

คำสำคัญ: การป้องกัน, ภาวะสมองเสื่อม, ผู้สูงอายุ

* คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

Corresponding E-mail: wikornmatid@gmail.com

(Received: September 14, 2025; Revised: February 28, 2026; Accepted: July 28, 2026)

The effectiveness of dementia prevention program among the elderly, Muang District, Chaiyaphum Province

Torranin Khunkhwaen, M.N.S.*

Pankarin Hoyrat, Dr.P.H.*

Abstract

This quasi-experimental study used a two-group pretest–posttest design. The objective was to determine the effectiveness of a dementia prevention program among the elderly in Mueang District, Chaiyaphum Province. The sample comprised 104 older adults, divided into an experimental group and a control group (52 participants each), selected using multistage random sampling. The research instruments consisted of two parts: (1) the Dementia Prevention Program for the elderly and (2) a questionnaire. Content validity indices ranged from 0.67 to 1.00. Cronbach’s alpha coefficients for the health literacy, self-efficacy, social support, and dementia prevention behavior scales were 0.83, 0.84, 0.79, and 0.75, respectively. The intervention lasted 12 weeks. Data were analyzed using descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, and standard deviation and inferential statistics such as chi-square test, Fisher’s exact test, paired t-test, and independent t-test.

Results showed that after the intervention, the experimental group had significantly higher mean scores for health literacy, self-efficacy, social support, and dementia prevention behaviors compared with both baseline and the control group ($p < 0.001$). Based on these findings, the dementia prevention program may be applicable to other primary healthcare settings with similar contexts.

Keywords: Prevention, Dementia, Elderly

* Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2021 มีผู้ป่วยมากถึง 57 ล้านคน และในแต่ละปีมีผู้ป่วยรายใหม่เกือบ 10 ล้านคน เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 7 และเป็นหนึ่งในปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดความพิการและการพึ่งพาในผู้สูงอายุทั่วโลก (World health organization: WHO, 2025) ในทุก ๆ 3 วินาทีจะมีคนเป็นโรคสมองเสื่อมหนึ่งคน และคาดการณ์ว่าตัวเลขนี้จะเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่าทุก 20 ปี โดยเพิ่มขึ้นเป็น 78 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 และ 139 ล้านคนในปี ค.ศ. 2050 ซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (Alzheimer's disease international: ADI, 2025) สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2559 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมประมาณ 600,000 คน (ชัชวาล วงศ์สารี และศุภลักษณ์ พันทอง, 2561) ในปี พ.ศ. 2563 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 651,950 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 460,655 คน และเพศชาย จำนวน 191,295 คน และเพิ่มมากขึ้นเป็น 680,000 คน ในปี พ.ศ. 2564 เป็นเพศหญิง จำนวน 480,000 คน และเพศชาย จำนวน 200,000 คน (ดวงพร หุ่นตระกูล และคณะ, 2566)

ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการเสื่อมและทำลายของระบบประสาทอย่างถาวร ส่งผลให้สมรรถภาพทางสติปัญญาบกพร่องในหลายด้าน ทั้งความจำ ความคิด เหตุผล การตัดสินใจ พฤติกรรม และบุคลิกภาพ รวมถึงกระทบต่อการทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวัน อาการเหล่านี้จะค่อย ๆ ดำเนินไป และไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ ยกเว้นภาวะสมองเสื่อมบางชนิดที่สามารถรักษาให้หายได้ (พัชรภรณ์ ไซสังข์ และคณะ, 2564) ภาวะสมองเสื่อมมีอาการแตกต่างกันไปตามบุคคลและดำเนินไปอย่างช้า ๆ โดยความรุนแรงขึ้นอยู่กับโรคประจำตัว สุขภาพโดยรวม และสมรรถภาพทางการรู้คิดก่อนการเจ็บป่วย ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรก (Mild) อาการมักไม่ชัดเจน ผู้ป่วยยังช่วยเหลือตนเองได้ มีอาการหลงลืมเล็กน้อย ขาดสมาธิ รับรู้ลดลง อารมณ์ไม่มั่นคงและเฉื่อยชา ระยะปานกลาง (Moderate) อาการชัดเจนขึ้น ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ความจำเสื่อมมากขึ้น รับรู้วันเวลาและบุคคลผิดพลาด บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง อารมณ์แปรปรวน มีความผิดปกติทางจิต เช่น หลงผิด ประสาทหลอน หรือซึมเศร้า จำเป็นต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด และระยะรุนแรง (Severe) ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ สูญเสียความจำทั้งในอดีตและปัจจุบัน ไม่รู้จักผู้ดูแลหรือแม้แต่ตนเอง สื่อสารลำบาก ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ มีความสับสน กระวนกระวายหรือแยกตัว จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา (ดวงพร หุ่นตระกูล และคณะ, 2566) โดยมีสาเหตุจากหลายปัจจัย ได้แก่ การเสื่อมสลายของเนื้อสมองโดยไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน โรคหลอดเลือดสมอง (Vascular dementia) ภาวะสมองอักเสบจากการติดเชื้อ (Infectious encephalitis) ภาวะสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติ (Autoimmune encephalitis) ความผิดปกติทางโภชนาการ ความผิดปกติทางเมตาบอลิก การได้รับสารหรือยาบางชนิดเนื้องอกในสมอง และภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง (Hydrocephalus) และมีปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ คือ โรคเรื้อรัง ดัชนีมวลกาย การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การมีกิจกรรมทางกาย การศึกษา และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และมีปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนได้ คือ เพศ พันธุกรรม และอายุ (ภรณ์วิทย์ อนันต์ดิลกฤทธิ์, 2564) โดยอายุที่เพิ่มมากขึ้นจะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้สูงอายุจึงเป็นวัยที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมซึ่งเมื่ออายุเพิ่มขึ้นโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมก็ยิ่งสูงขึ้น โดยภาวะสมองเสื่อมเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการช่วยเหลือตนเองไม่ได้ อยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่นมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากครอบครัวและสังคม (นิราศศิริ โรจนธรรมกุล, 2563) เนื่องจากผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านการรับรู้ ด้านอารมณ์ และแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว วุ่นวาย มีอาการหลงผิด เดินออกจากบ้านแบบไร้จุดหมาย มีภาวะซึมเศร้า หลงลืมและชอบทะเลาะกับผู้อื่น นอนไม่เป็นเวลา ตื่นไม่เป็นเวลาซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะมากยิ่งขึ้นตามระยะเวลาของโรค (ชัชวาล วงศ์สารี และศุภลักษณ์ พันทอง, 2561)

จากการศึกษาภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า สงสัยมีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 10.10 (เพชรรัตน์ พิบาลวงศ์ และคณะ, 2561) และสำหรับจังหวัดชัยภูมิ จากข้อมูลระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย รายงานว่ามีผู้ป่วยสมองเสื่อมในช่วงปี พ.ศ. 2562 และ 2563 จำนวน 84 และ 74 คน ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563) เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีเพียงการรักษาด้วยยาที่สามารถบรรเทาอาการของโรคได้ ดังนั้นจึงควรเน้นการป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยมีการจัดกิจกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม เช่น ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกาย ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในการเลือกรับประทานอาหาร การจัดกิจกรรมการฝึกสมองให้ผู้สูงอายุ การจัดให้มีการรวมกลุ่มการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ เป็นต้น (สุทธิศรีตระกูลสิทธิโชค, 2561)

แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ซึ่งเป็นแนวคิดหนึ่งที่มุ่งพัฒนาศักยภาพของบุคคลให้สามารถเข้าถึง เข้าใจ สื่อสาร และประเมินข้อมูลสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสมและพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ โดยครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ (Nutbeam, 2008) การจัดโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ช่วยเพิ่มความเข้าใจและทักษะในการดูแลสุขภาพ และส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (เกศินี สราญฤทธิชัย, 2563) เช่นเดียวกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ซึ่งเชื่อว่าบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceive self-efficacy) ในระดับสูง และเชื่อว่าพฤติกรรมดังกล่าวจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ (Expectation of outcome) จะมีความเชื่อมั่นและแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม (Bandura, 1997) นอกจากนี้ยังพบว่า แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ซึ่งเน้นบทบาทของครอบครัวและชุมชนในการเป็นพลังสนับสนุนเชิงบวก (House, 1981) สามารถเพิ่มประสิทธิผลของพฤติกรรมที่คาดหวังได้อย่างเหมาะสม

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ (Park & Shin, 2021; วิมลรัตน์ บุญเสถียร และคณะ, 2565) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคม (Ha & Jeon, 2023; ธรณินทร์ คุณแขวน และคณะ, 2566) ล้วนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่ยังเป็นการศึกษาเชิงความสัมพันธ์ และยังขาดความชัดเจนในการบูรณาการแนวคิดดังกล่าวเพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในบริบทชุมชน ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกัน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเป็นระบบ นำไปสู่การลดอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและในกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

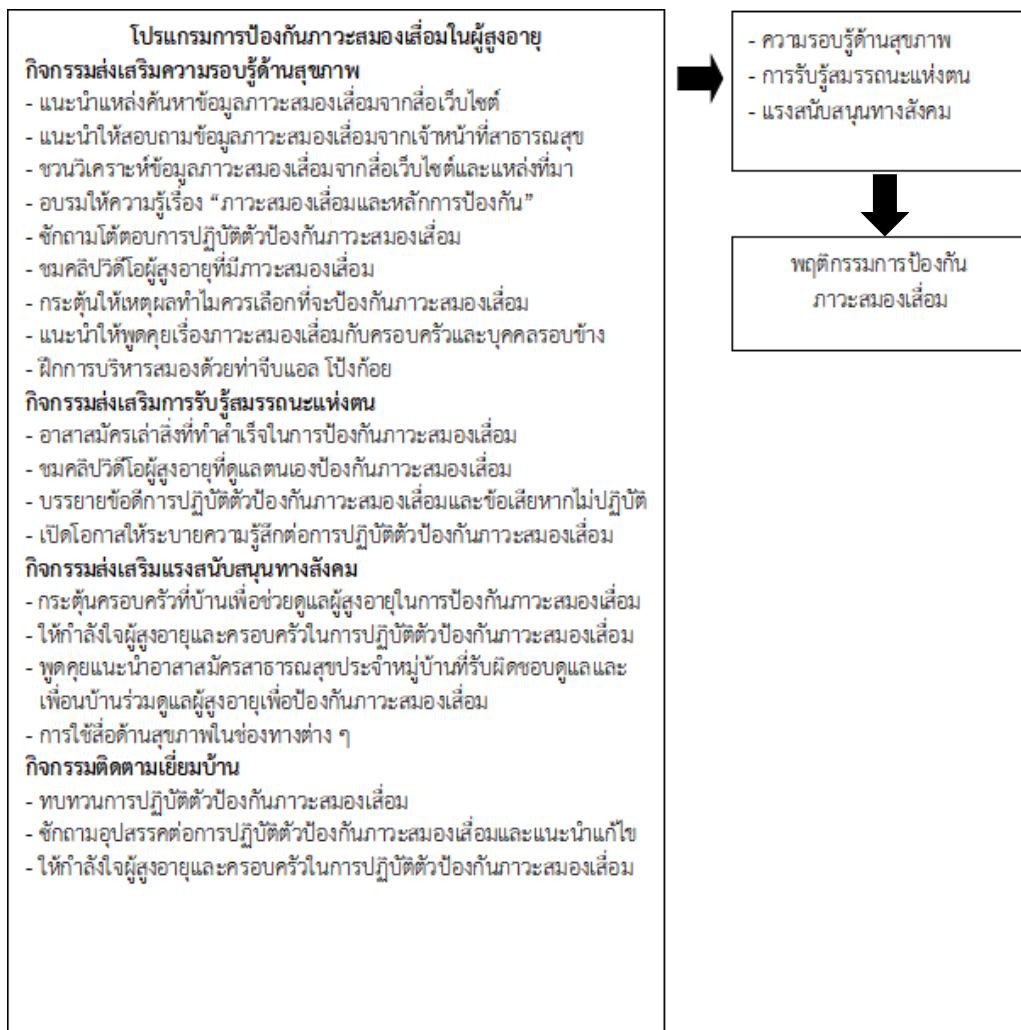
1. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม
2. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม สูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (เกศินี สราญฤทธิชัย, 2563; Nutbeam, 2008) ซึ่งช่วยส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลสุขภาพ ร่วมกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะตน (Bandura, 1997) ช่วยสร้างความเชื่อมั่นและแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม ส่งเสริมบทบาทของครอบครัวและชุมชน ในการเป็นพลังสนับสนุนเชิงบวก (House, 1981) โดยเชื่อว่าการประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าว จะสามารถเพิ่มประสิทธิผลของพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ ผู้วิจัยจึงกำหนดตัวแปรที่ศึกษา ดังนี้ ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และ ตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ดังภาพที่ 1

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบการศึกษา 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผล 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (Two groups, pre-test and post-test design) ระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2567 ผ่านการอนุมัติดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ แบบเต็มรูปแบบ (Full board reviews) ตามเอกสารรับรองเลขที่ HE 67-1-007 วันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 40,773 คน (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนาในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ไม่มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการสุ่มคัดเลือกและมีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 104 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power เวอร์ชัน 3.1.9.7 กำหนดการทดสอบแบบทิศทางเดียว (One-tail) ขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.52 คำนวณจากการศึกษาเปรียบเทียบการปฏิบัติดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชน (ศรุตยา หวางษ์ และคณะ, 2560) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α err prob) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power, $1-\beta$ err prob) เท่ากับ 0.80 และ Allocation ratio N_2/N_1 เท่ากับ 1 พบว่าขนาดกลุ่มทดลอง เท่ากับ 47 คน และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 47 คน รวมกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 94 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่างขณะดำเนินการวิจัย จึงเพิ่มร้อยละ 10 รวมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 104 คน จากนั้นแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 52 คน และกลุ่มควบคุม 52 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนาในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ
2. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม คัดกรองโดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพสมองฉบับย่อ Mini-Cog test (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ได้คะแนนทดสอบ 4 คะแนนขึ้นไป
3. มีสมาชิกในครอบครัวที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ด้วย
4. ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง
5. อ่านออก เขียนได้ และสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ
6. สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. ผู้ที่ขอถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมการศึกษา
2. ผู้ที่มีความเจ็บป่วยรุนแรง ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการวิจัยได้

การสุ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ดังนี้ ขั้นที่ 1 สุ่มหาตำบลกลุ่มตัวอย่างของอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งมี 19 ตำบล สุ่มมา 1 ตำบลด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ได้ตำบลโพหนอง ขั้นที่ 2 สุ่มหาหมู่บ้านของตำบลโพหนอง ซึ่งมี 12 หมู่บ้าน สุ่มมา 2 หมู่บ้านด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนโดยกำหนดหมู่บ้านแรกให้เป็นกลุ่มทดลอง ได้แก่ บ้านโพหนอง และกำหนดหมู่บ้านที่ 2 ให้เป็นกลุ่มควบคุม ได้แก่ บ้านหนองหญ้ารังกา และขั้นที่ 3 สุ่มหาตัวอย่างจากบ้านโพหนอง และบ้านหนองหญ้ารังกา ด้วยการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic sampling) โดยด้วยบ้านโพหนอง สุ่มมาจำนวน 52 คน และบ้านหนองหญ้ารังกา สุ่มมาจำนวน 52 คน ตาม Sampling frame ทั้งนี้หากสุ่มแล้วไม่ได้ตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือกก็จะทำการสุ่มต่อไปจนครบตามกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ซึ่งพัฒนามาจากการทบทวนเอกสารแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ (เกดินี สราญฤทธิชัย, 2563; Nutbeam, 2008) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) แรงสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) และภาวะสมองเสื่อม (นิราศศิริโรจนธรรมกุล, 2563) ซึ่งดำเนินการตามกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมด้วยการแนะนำค้นหาข้อมูลภาวะสมองเสื่อมจากสื่อเว็บไซต์ แนะนำให้สอบถามข้อมูลภาวะสมองเสื่อมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2) ด้านการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมด้วยการชวนวิเคราะห์ข้อมูลภาวะสมองเสื่อมจากสื่อเว็บไซต์และแหล่งที่มา 3) ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมโดยอบรมให้ความรู้เรื่อง “ภาวะสมองเสื่อมและหลักการป้องกัน” และซักถามโต้ตอบการปฏิบัติตัวป้องกันภาวะสมองเสื่อม 4) ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมด้วยการชมคลิปวิดีโอผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยการกระตุ้นให้เหตุผลทำไมควรเลือกที่จะป้องกันภาวะสมองเสื่อม 5) ด้านการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ด้วยการแนะนำให้พูดคุยเรื่องภาวะสมองเสื่อมกับครอบครัวและบุคคลรอบข้าง และ 6) ด้านการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ด้วยการฝึกการบริหารสมองด้วยท่าจิบแอล โป่งก้อย

กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย 1) ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จด้วยการให้อาสาสมัครเล่าสิ่งที่ทำสำเร็จในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่นด้วยการชมคลิปวิดีโอผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองป้องกันภาวะสมองเสื่อม 3) การได้รับคำแนะนำหรือชักจูงด้วยคำพูดด้วยการบรรยายให้เห็นข้อดีของการปฏิบัติตัวป้องกันภาวะสมองเสื่อมและข้อเสียหากไม่ปฏิบัติ และ 4) สภาวะทางร่างกายและอารมณ์ด้วยการเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกต่อการปฏิบัติตัวป้องกันภาวะสมองเสื่อม

กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การกระตุ้นครอบครัวที่บ้านเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม การพูดคุยสอบถามและส่งเสริมให้กำลังใจผู้สูงอายุและครอบครัวในการปฏิบัติตัวป้องกันภาวะสมองเสื่อม การพูดคุยแนะนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่รับผิดชอบดูแลและเพื่อนบ้านร่วมดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการใช้สื่อด้านสุขภาพในช่องทางต่าง ๆ

กิจกรรมที่ 4 การติดตามเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย การทบทวนการปฏิบัติตัวป้องกันภาวะสมองเสื่อม ซักถามปัญหาอุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวป้องกันภาวะสมองเสื่อมและแนะนำแก้ไข และส่งเสริมให้กำลังใจผู้สูงอายุและครอบครัวในการปฏิบัติตัวป้องกันภาวะสมองเสื่อม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล มีจำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2008) มีจำนวน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ด้านทักษะการตัดสินใจ ด้านการจัดการตนเอง และด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านละ 5 ข้อ รวมจำนวน 30 ข้อ โดยแต่ละข้อคำถามให้เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยให้ค่าคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ซึ่งมีการแปลผล (Best, 1981)

ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 เท่ากับ ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 เท่ากับ ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 เท่ากับ ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยปรับปรุงมาจากเครื่องมือของ ธรณินทร์ คุณแขวน และคณะ (2566) มีจำนวน 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตนและด้านการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ ด้านละ 10 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ โดยแต่ละข้อคำถามให้เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยที่สุด เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยที่สุด โดยให้ค่าคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ซึ่งมีการแปลผล (Best, 1981) ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 เท่ากับ ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 เท่ากับ ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 เท่ากับ ระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยปรับปรุงมาจากเครื่องมือของ ธรณินทร์ คุณแขวน และคณะ (2566) มีจำนวน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัว ด้านแรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน ด้านแรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข และด้านแรงสนับสนุนจากสื่อ ด้านละ 4 ข้อ รวมจำนวน 16 ข้อ โดยแต่ละข้อคำถามให้เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคย โดยให้ค่าคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ซึ่งมีการแปลผล (Best, 1981) ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 เท่ากับ ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 เท่ากับ ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 เท่ากับ ระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยใช้เครื่องมือของ ธรณินทร์ คุณแขวน และคณะ (2566) จำนวน 14 ข้อ โดยแต่ละข้อคำถามให้เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยให้ค่าคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ซึ่งมีการแปลผล (Best, 1981) ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 เท่ากับ ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 เท่ากับ ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 เท่ากับ ระดับต่ำ

การหาคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถาม ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยใช้วิธีการหาดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (Index of objective-item congruence, IOC) ซึ่งให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบข้อคำถามโดยพิจารณาความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความเหมาะสมของภาษาคำถาม พบว่ามีค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 เป็นเกณฑ์ยอมรับ (Hambleton, 1980) จากนั้นผู้วิจัยทำการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ด้วยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มบุคคลที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำไปหาค่าความเที่ยงด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficients) พบว่าแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม มีค่าความเที่ยง 0.83, 0.84, 0.79 และ 0.75 ตามลำดับ เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน (Cronbach, 1951)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยทำการเตรียมผู้ช่วยนักวิจัยด้วยการอธิบายโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างและทำการตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ก่อนนำเข้าสู่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

1.2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยนำกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพหนอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดย นัดพบคนละวันกันเพื่ออธิบายโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำกิจกรรม การเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบพร้อมเปิดโอกาสให้สอบถามหากมีข้อสงสัยหลังจากนั้นขอความร่วมมือลงลายมือชื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้ทำแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม (Pre-test)

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 การดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลอง ดังนี้

1) สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้ แนะนำแหล่งค้นหาข้อมูลภาวะสมองเสื่อมจากสื่อเว็บไซต์ แนะนำให้สอบถามข้อมูลภาวะสมองเสื่อมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชวนวิเคราะห์ข้อมูลภาวะสมองเสื่อมจากสื่อเว็บไซต์และแหล่งที่มา อบรมให้ความรู้เรื่อง “ภาวะสมองเสื่อมและหลักการป้องกัน” และซักถามโต้ตอบวิธีการปฏิบัติตัวป้องกันภาวะสมองเสื่อม ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

2) สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (ต่อ) ดังนี้ ชมคลิปวิดีโอผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกระตุ้นให้เหตุผลทำไมควรเลือกที่จะป้องกันภาวะสมองเสื่อม แนะนำให้พูดคุยเรื่องภาวะสมองเสื่อมกับครอบครัวและบุคลากรรอบข้าง ฝึกการบริหารสมองด้วยท่าจิบแอล โป่งก้อย ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

3) สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดังนี้ ขออาสาสมัครเล่าสิ่งที่ทำสำเร็จในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ชมคลิปวิดีโอผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองป้องกันภาวะสมองเสื่อม บรรยายข้อดีของการปฏิบัติตัวป้องกันภาวะสมองเสื่อมและข้อเสียหากไม่ปฏิบัติ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกต่อการปฏิบัติตัวป้องกันภาวะสมองเสื่อม ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

4) สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม ดังนี้ การกระตุ้นครอบครัวที่บ้านเพื่อช่วยดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม การพูดคุยสอบถามและส่งเสริมให้กำลังใจผู้สูงอายุและครอบครัวในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม พูดคุยแนะนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่รับผิดชอบดูแลและเพื่อนบ้านร่วมดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการใช้สื่อด้านสุขภาพในช่องทางต่าง ๆ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที - 1 ชั่วโมง

5) สัปดาห์ที่ 8 และ 12 กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน ดังนี้ ช่วยทบทวนการปฏิบัติตัวป้องกันภาวะสมองเสื่อม ซักถามปัญหาอุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวป้องกันภาวะสมองเสื่อมและแนะนำแก้ไข และส่งเสริมให้กำลังใจผู้สูงอายุและครอบครัวในการปฏิบัติตัวป้องกันภาวะสมองเสื่อม ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

2.2 การดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดูแลให้ได้รับบริการตามมาตรฐานของสถานบริการสุขภาพ

3. ขั้นตอนหลังการทดลอง

3.1 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยนัดกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพหนองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยนัดพบคนละวันกันเพื่อขอความร่วมมือเก็บข้อมูลทำแบบสอบถามเดิมอีกครั้ง (Post-test) หลังจากนั้นตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปลงข้อมูลและวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

3.2 นักกลุ่มควบคุมมาร่วมทำกิจกรรมตามโปรแกรมฯ เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองจนจบกระบวนการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ตรวจสอบการแจกแจงปกติ สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณที่เป็นตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous variables) โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test และค่าความเบ้ความโด่ง (Z-skewness & Z-kurtosis) พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ (Normal distribution)

3. ทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ด้วยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติเชิงอนุมาน Paired sample t-test

4. ทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ด้วยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการ

ป้องกันภาวะสมองเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการจัดโปรแกรม ด้วยสถิติเชิงอนุมาน Independent t-test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.00 และเพศชาย ร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่มีอายุช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 51.92 มีอายุเฉลี่ย 68.55 ปี ($SD=5.83$) อายุน้อยที่สุด 60 ปี อายุมากที่สุด 78 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 90.38 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80.77 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 36.54 รายได้ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สิน ร้อยละ 44.23 ครอบครัวอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 53.85 เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมสม่ำเสมอ ร้อยละ 88.46 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.08 กลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.15 ส่วนใหญ่มีอายุช่วง 70-79 ปี ร้อยละ 53.85 มีอายุเฉลี่ย 66.82 ปี ($SD=5.46$) อายุน้อยที่สุด 60 ปี อายุมากที่สุด 79 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 80.77 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 34.62 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 34.62 รายได้พอใช้จ่าย ร้อยละ 51.52 ครอบครัวอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 65.38 เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมสม่ำเสมอ ร้อยละ 61.54 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 92.31

การเปรียบเทียบลักษณะทางประชากร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Chi-square test, fisher's exact test และ Independent t-test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และการเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คุณลักษณะ	กลุ่มทดลอง (n=52) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=52) จำนวน (ร้อยละ)	statistic	p-value
เพศ			0.094 ^x	1.000
ชาย	26 (50.00)	15 (28.85)		
หญิง	26 (50.00)	37 (71.15)		
อายุ (ปี)			1.561 ^t	0.122
60-69 ปี	27 (51.92)	24 (46.15)		
70-79 ปี	25 (48.08)	28 (53.85)		
	(M=68.55, $SD=5.83$, Min=60, Max=78)	(M=66.82, $SD=5.46$, Min=60, Max=79)		
สถานภาพ			2.455 ^f	1.000
โสด	1 (1.93)	3 (5.77)		
สมรส	47 (90.38)	42 (80.77)		
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	4 (7.69)	7 (13.46)		
ระดับการศึกษา			13.967 ^f	0.639
ประถมศึกษา	49 (94.23)	24 (46.16)		
ม.ต้น	2 (3.85)	5 (9.62)		
ม.ปลาย	0 (0)	14 (26.92)		
อนุปริญญา	0 (0)	3 (5.77)		
ปริญญาตรีขึ้นไป	1 (1.92)	6 (11.54)		

คุณลักษณะ	กลุ่มทดลอง (n=52)	กลุ่มควบคุม (n=52)	statistic	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อาชีพ			32.441 ^f	0.058
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	19 (36.54)	15 (28.85)		
ทำงานบ้าน	5 (9.62)	6 (11.54)		
รับจ้าง	8 (15.38)	6 (11.54)		
เกษตรกร	18 (34.62)	18 (34.62)		
ข้าราชการบำนาญ	1 (1.92)	4 (7.69)		
ธุรกิจส่วนตัว	1 (1.92)	3 (5.77)		
ความเพียงพอของรายได้			11.256 ^f	0.179
พอใช้	19 (36.54)	27 (51.92)		
ไม่พอใช้จ่ายแต่ไม่มีหนี้สิน	7 (13.46)	6 (11.54)		
ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สิน	23 (44.23)	17 (32.69)		
พอใช้มีไว้เก็บ	3 (5.77)	2 (3.85)		
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย			12.994 ^f	0.133
คู่สมรส	20 (38.47)	10 (19.23)		
บุตรหลาน	28 (53.85)	34 (65.38)		
ญาติพี่น้อง	4 (7.69)	8 (15.38)		
การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม			0.382 ^f	0.664
สม่ำเสมอ	46 (88.46)	32 (61.54)		
ไม่สม่ำเสมอ	6 (11.54)	20 (38.46)		
โรคประจำตัว			1.596 ^f	0.564
ไม่มี	14 (26.92)	4 (7.69)		
มี	38 (73.08)	48 (92.31)		

^x=chi-square test, ^f=fisher's exact test, ^t=independent t-test

2. การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และ พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ

Independent t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=52)	กลุ่มควบคุม (n=52)	Mean Diff.	95% CI	t	p-value
	M (SD)	M (SD)				
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	3.52 (0.39)	3.50 (0.21)	0.02	-0.09-0.14	0.37	0.710
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	3.51 (0.29)	3.48 (0.31)	0.02	-0.09-0.14	0.39	0.693
แรงสนับสนุนทางสังคม	3.60 (0.37)	3.48 (0.39)	0.12	-0.03-0.27	1.57	0.119
พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม	3.24 (0.45)	3.27 (0.24)	-0.04	-0.18-0.1	-0.52	0.602

Mean Diff.=Mean Difference, 95% CI=95% Confidence Interval

3. การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรม การป้องกันภาวะสมองเสื่อม ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ขณะที่กลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Paired sample t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนจัดโปรแกรม	หลังจัดโปรแกรม	Mean Diff.	95% CI	t	p-value
	M (SD)	M (SD)				
กลุ่มทดลอง						
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	3.52 (0.39)	4.28 (0.40)	0.75	0.61-0.89	10.91	<0.001
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	3.51 (0.29)	4.05 (0.43)	0.55	0.42-0.67	8.87	<0.001
แรงสนับสนุนทางสังคม	3.60 (0.37)	4.32 (0.32)	0.73	0.59-0.86	10.62	<0.001
พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม	3.24 (0.45)	3.91 (0.35)	0.68	0.51-0.84	8.20	<0.001
กลุ่มควบคุม						
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	3.50 (0.21)	3.51 (0.19)	0.01	-0.01-0.01	0.48	0.632
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	3.48 (0.31)	3.48 (0.34)	-0.01	-0.13-0.11	-0.14	0.885
แรงสนับสนุนทางสังคม	3.48 (0.39)	3.45 (0.18)	-0.03	-0.16-0.10	-0.45	0.653
พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม	3.27 (0.24)	3.23 (0.25)	-0.04	-0.13-0.05	-0.87	0.384

Mean Diff.=Mean Difference, 95% CI=95% Confidence Interval

4. การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และ พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Independent t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	Mean Diff.	95% CI	t	p-value
	M (SD)	M (SD)				
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	4.28 (0.40)	3.51 (0.19)	0.77	0.64-0.90	12.11	<0.001
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	4.05 (0.43)	3.48 (0.34)	0.58	0.42-0.73	7.52	<0.001
แรงสนับสนุนทางสังคม	4.32 (0.32)	3.45 (0.18)	0.87	0.77-0.97	17.12	<0.001
พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม	3.91 (0.35)	3.23 (0.25)	0.68	0.56-0.80	11.32	<0.001

Mean Diff.=Mean Difference, 95% CI=95% Confidence Interval

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้รับการอบรมให้เข้าถึงแหล่งข้อมูล จากเว็บไซต์ที่เชื่อถือได้และการสอบถามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสม จากนั้นกลุ่มทดลองได้ฝึกวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งที่มาต่าง ๆ ซึ่งเป็นการพัฒนาทักษะคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการป้องกันจากการฟังบรรยายจึงเกิดความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น ควบคู่กับการเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในรูปแบบโต้ตอบ ส่งเสริมให้มีการตัดสินใจในการดูแลตนเองอย่างมีเหตุผลผ่านคำถามกระตุ้นความคิด เช่น “ทำไมควรป้องกันภาวะสมองเสื่อม” รวมถึงการรับชมคลิปวิดีโอผู้ป่วยจริงเพื่อสร้างความตระหนักรู้และเห็นภาพของปัญหาอย่างชัดเจน และได้รับการสนับสนุนให้พูดคุยเรื่องภาวะสมองเสื่อมกับคนในครอบครัวเพื่อสร้างการดูแลระหว่างกันที่ดี และได้ฝึกบริหารสมอง เช่น ทำจิบแอลหรือโป่งก้อยช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองนำไปสู่การป้องกันภาวะสมองเสื่อมความสามารถในการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพกับบุคลากรทางการแพทย์และบุคคลรอบข้างยังช่วยให้ได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันโรคสมองเสื่อมที่ดีขึ้น และสามารถดำเนินพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ทำให้ผู้สูงอายุเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายที่ส่งเสริมสุขภาพสมองได้ เช่น การออกกำลังกายเป็นประจำ การฝึกทักษะการคิด และการควบคุมอาหาร และเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectation) ซึ่งเชื่อว่าการกระทำของตนจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ได้ เช่น ลดความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมดังกล่าวมากขึ้น และจะช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว (Bandura, 1997) นอกจากนี้โปรแกรมยังสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งจากครอบครัว ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การชักชวนให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย การเตรียมอาหารที่มีประโยชน์ต่อสมอง และการกระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างศักยภาพทางปัญญา มีเพื่อนบ้านคอยให้กำลังใจและเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การเข้าร่วมกลุ่มออกกำลังกาย การทำกิจกรรมฝึกสมองร่วมกัน และการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสมอง การมีเครือข่ายเพื่อนที่สนับสนุนจะช่วยให้บุคคลมีความมุ่งมั่นต่อพฤติกรรมที่ช่วยลดความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข เช่น พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข ซึ่งมีบทบาทในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม รวมถึงการให้คำแนะนำในการป้องกันโรค การให้กำลังใจและการติดตามผลพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลช่วยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ต่อเนื่อง ร่วมกับการได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและแนวทางป้องกันจากสื่อต่าง ๆ ที่มีเนื้อหาที่ถูกต้องและเข้าใจง่ายสามารถช่วยให้บุคคลตระหนักถึงความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญญสรณ์ กองแก้ว และณัฐฤตา ศิริโสภณ (2567) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เขตเทศบาลนครปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำกิจกรรมทางกายเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ด้านความคาดหวังในผลดีของการทำกิจกรรมทางกายเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม และด้านแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ กัมปนาท สารวมจิต และคณะ (2562) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองสำหรับผู้สูงอายุต่อการรู้คิดและพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยมีการประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมและการรู้คิด สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และผลต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการรู้คิด มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสอดคล้องกับการศึกษา

ของพวงผกา อุทาโพธิ์ และนาฏนภา ทิบบแก้ว ปัตตชาสุวรรณ (2565) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกิจกรรมทางสังคมในการป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน และมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาของกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมไม่แตกต่างกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงของความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมดังกล่าวไม่ได้เกิดขึ้นเองในช่วงเวลาเดียวกัน แต่จำเป็นต้องได้รับการกระตุ้นหรือมีกิจกรรมส่งเสริมอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2008) ที่อธิบายว่า การพัฒนาทักษะต่าง ๆ จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) ที่อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต้องอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง ความสำเร็จของผู้อื่น และแรงเสริมทางสังคมอย่างเหมาะสม เมื่อกลุ่มควบคุมไม่ได้รับองค์ประกอบดังกล่าว จึงไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ การเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และกระบวนการจัดกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน

2. พยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สามารถนำโปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไปประยุกต์ใช้โดยบูรณาการกับกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ พร้อมกำหนดแผนการจัดกิจกรรมอย่างเป็นระบบ มีระยะเวลาดำเนินการต่อเนื่อง และมอบหมายผู้รับผิดชอบอย่างเป็นทางการ เพื่อให้การดำเนินงานเกิดประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมโดยมีการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of covariance, ANCOVA) เพื่อให้การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มมีความแม่นยำและเชื่อถือได้มากขึ้น

2. ควรทำการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เช่น การวิจัยแบบวัดซ้ำ (Repeated research design) เพื่อดูความคงทนของพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

บทความวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ปีงบประมาณ 2567 คณะผู้วิจัยผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งใจเป็นอย่างยิ่ง และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ และขอขอบพระคุณผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีได้กล่าวนาม ที่ได้ช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ในที่สุด

สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2561). การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(4), 6–14.

Alzheimer's Disease International. (2025). *Dementia statistics*. <https://www.alzint.org/about/dementia-facts-figures/dementia-statistics/>

Bandura, A. (1997). *Social Learning Theory*. New Jersey: Prentice-Hall.

Best, J. W. (1981). *Research in education* (4th ed.). New Jersey: Prentice –Hall.

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *psychometrika*, 16(3), 297-334.

Hambleton, R. K. (1980). Test score validity and standard-setting methods. *Criterion referenced measurement: The state of the art*, 80, 123.

Ha, E. H., & Jeon, M. Y. (2023). Factors associated dementia preventive behavior of older adults in a local community: Application of the information-motivation-behavioral skills model: A cross-sectional study. *Journal of Korean gerontological nursing*, 25(1), 34–43. <https://doi.org/10.17079/jkgn.2023.25.1.34>

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Philippines : Addison-Wesley.

Nutbeam D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine* (1982), 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>

Park, J., & Shin, J. H. (2021). Factors Influencing the Dementia-Preventive Behaviors among Middle-Aged Persons with Chronic Diseases in Korea. *International journal of environmental research and public health*, 18(6), 2936. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062936>

World Health Organization. (2025). *Dementia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>