



Factors Influencing Dementia Preventive Behaviors Among Older Adults with Chronic Diseases in Rural Communities

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม
ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในชุมชนชนบท

Duangtida	Shangyom*	ดวงธิดา	ช่างยิ้ม*
Nitaya	Suthayakorn**	นิตยา	สุทธยากร**
Apinya	Kochamat**	อภิญา	คชมาตย์**
Watcharawan	Wongkruasorn**	วัชรารวรรณ	วงศ์เครือสร**

Abstract

Dementia preventive behaviors in older adults with chronic diseases are important in helping to delay the onset of dementia. This predictive correlational study aimed to determine the factors influencing dementia preventive behaviors among older adults with chronic diseases in rural communities. The participants consisted of 140 older adults with chronic diseases at risk for dementia in one province. Participants were recruited using multistage random sampling. A questionnaire assessed 1) demographic data, 2) knowledge of dementia, 3) perceived susceptibility of dementia, 4) perceived severity of dementia, 5) perceived benefits of dementia prevention, 6) perceived barriers of dementia prevention, 7) perceived self-efficacy of dementia prevention, 8) social support, and 9) dementia preventive behaviors. The content validity and reliability of the research instruments were approved. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression.

The research results found that the overall dementia preventive behaviors of the older adults with chronic diseases were at a moderate level ($M = 2.24$, $SD = .27$). The factors influencing dementia preventive behaviors included perceived self-efficacy of dementia prevention ($\beta = .378$, $p < .001$), knowledge of dementia ($\beta = .260$, $p < .001$), and perceived susceptibility of dementia ($\beta = .184$, $p < .05$). These factors could significantly predict 29.90% of the variance in dementia preventive behaviors ($R^2 = .299$, $F = 7.968$, $p < .05$).

Health care providers should develop programs to promote knowledge and perceived susceptibility, and increase perceived self-efficacy of preventing dementia in older adults with chronic diseases in rural communities.

Keywords: Dementia; Dementia-preventive behaviors; Older adults with chronic diseases; Rural community

* Corresponding author, Instructor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University;

e-mail: duangtida.s@msu.ac.th

** Instructor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

Received 8 February 2025; Revised 11 April 2025; Accepted 2 May 2025



บทคัดย่อ

พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีความสำคัญในการช่วยชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม การวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนชนบท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในจังหวัดแห่งหนึ่งจำนวน 140 คน โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม 3) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม 4) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม 5) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม 6) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม 7) การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม 8) แรงสนับสนุนทางสังคม และ 9) พฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเชื่อมั่นแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ multiple regression

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.24$, $SD = .27$) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ($\beta = .378$, $p < .001$) ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ($\beta = .260$, $p < .001$) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ($\beta = .184$, $p < .05$) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 29.90 ($R^2 = .299$, $F = 7.968$, $p < .05$)

บุคลากรด้านสุขภาพ ควรพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความรู้ เพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนชนบท

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อม พฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ชุมชนชนบท

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม e-mail: duangtida.s@msu.ac.th

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสมองเสื่อม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น ปัจจุบันทั่วโลก มีผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมากกว่า 50 ล้านคน คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 และปี พ.ศ. 2593 จะมีผู้สูงอายุ สมองเสื่อมเพิ่มเป็น 82 ล้านคน และ 152 ล้านคน (WHO, 2019) สอดคล้องกับภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย ที่พบว่า ในปี พ.ศ. 2564 มีผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจำนวน 6.8 แสนคน คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1,177,000 คน (Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute [TGRI], 2023) ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 10.1 (Pibarnwong et al., 2019) ในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมจำนวน 12,929 คน (ร้อยละ 7.80) (Department of Health Service Support, 2023) ซึ่งเมื่ออายุเพิ่มขึ้นโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมก็ยิ่ง สูงขึ้น โดยจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 5-8 หลังอายุ 65 ปี และเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 หลังอายุ 80 ปี (TGRI, 2023)

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เกิดจากการเสื่อมของระบบหลอดเลือดตามวัยร่วมกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ในช่วงวัยที่ผ่านมา เช่น ขาดการออกกำลังกาย ภาวะอ้วน รับประทานอาหารที่มีไขมันทรานส์สูง การสูบบุหรี่ ดื่ม แอลกอฮอล์ ความเครียดสะสมเรื้อรัง พฤติกรรมเหล่านี้หากสะสมต่อเนื่องจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นกลุ่มโรคสำคัญที่เพิ่ม ความเสี่ยงของภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerotic risks) และสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ทั้งชนิด Alzheimer's disease (AD), vascular dementia (VaD) และ mild cognitive impairment (MCI) (WHO, 2019) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีปัญหาด้านการรู้คิด สติปัญญาและความจำ ร่วมกับการ เปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม บุคลิกภาพ และอารมณ์ (Trakulsithichoke, 2018) ส่งผลให้สูญเสียความสามารถใน การทำกิจวัตรประจำวัน มีภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง มีอาการหลงลืมเดินออกจากบ้านแบบไร้ จุดหมาย พฤติกรรมเหล่านี้จะรุนแรงมากขึ้นตามระยะเวลาของโรค อีกทั้งก่อให้เกิดภาวะพึ่งพิง เพิ่มภาระค่าใช้จ่าย ในการดูแลของครอบครัว (Khunkhavan et al., 2023)

ภาวะสมองเสื่อม สามารถป้องกันหรือชะลอการดำเนินโรคให้ช้าที่สุดตั้งแต่ระยะเริ่มแรกหรือระยะภาวะรู้ คิดบกพร่องเล็กน้อย โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและโรคทางหลอดเลือด (vascular risk factors) ควบคู่ไปกับการมีพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่เหมาะสม ได้แก่ รับประทานอาหารเมดิเตอร์เรเนียน (Mediterranean diet) อาหารที่มีสารต้านอนุมูลอิสระ อาหารที่มีโอเมก้า 3 หลีกเลี่ยง อาหารที่มีไขมันทรานส์ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobic exercise) การฝึกสมองและการกระตุ้นการรู้คิด การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ การใช้ยาที่ไม่จำเป็น ป้องกันการบาดเจ็บที่ศีรษะ การควบคุมน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ รวมทั้งการตรวจสุขภาพประจำปีและควบคุมโรค ประจำตัว ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้หากปฏิบัติตั้งแต่ช่วงวัยกลางคนจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมใน วัยสูงอายุ (Livingston et al., 2020; Trakulsithichoke, 2018)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่ไม่เหมาะสม โดยมี พฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลางในด้านขาดการออกกำลังกาย หรือการทำกิจกรรมทาง กายอย่างสม่ำเสมอ การพักผ่อนไม่เพียงพอ ขาดการฝึกความจำและการรู้คิด การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมไม่ สม่าเสมอ การบริโภคอาหารเกินความต้องการของร่างกาย (Chutngern et al., 2018; Khunkhavan et al., 2023; Tiparat et al., 2019) และมีพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับต่ำในด้านกระทำพฤติกรรม เสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ (Khunkhavan et al., 2023) อีกทั้งมีความเข้าใจว่าอาการหลงลืมเป็นเรื่อง ปกติตามวัย ส่งผลให้ขาดความตระหนักรู้ในการเฝ้าระวังอาการผิดปกติ และไม่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ระยะเริ่มต้น (Hawong et al., 2017)



การที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจะมีพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่เหมาะสมนั้น อาจเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ที่อธิบายว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้วยความเชื่อว่าจะทำให้มีสุขภาพดีเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค โดยการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรง รับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค รับรู้ต่อปัญหาอุปสรรคต่อการปฏิบัติป้องกันโรค ร่วมกับความรู้อันตรายโรค เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมความเข้าใจและการแสวงหาความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Rosenstock et al., 1988) จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยที่สนับสนุนว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลหรือทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม (Han et al., 2021; Khunkhavan et al., 2023; Li et al., 2022) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (Chutngern et al., 2018; Li et al., 2022) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม (Li et al., 2022) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม (Han et al., 2021) การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม (Choi et al., 2019; Li et al., 2022) การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม (Choi et al., 2019; Han et al., 2021; Khunkhavan et al., 2023; Lamont et al., 2020; Li et al., 2022) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Khunkhavan et al., 2023)

การศึกษาที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มุ่งเน้นศึกษาตัวแปรความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อม หรือศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนชนบทยังมีน้อย ซึ่งเป็นการป้องกันเชิงรุกเพื่อชะลอและลดอุบัติการณ์เกิดภาวะสมองเสื่อม แม้บางวิจัยจะรวมผู้สูงอายุโรคเรื้อรังด้วยแต่ยังขาดข้อมูลที่จำเพาะในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังซึ่งมีความแตกต่างจากกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป เนื่องจากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม และมีสถิติความชุกของภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป (Trakulsithichoke, 2018) นอกจากนี้ ในชุมชนชนบทที่ทำการศึกษพบว่า มีประชากรผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 20 โดยส่วนใหญ่มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในกลุ่มโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มสูงขึ้น อีกทั้งยังพบผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมจำนวน 813 คน (ร้อยละ 7.6) (Department of Health Service Support, 2023)

การศึกษารุ่นนี้ สอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน (Long Term Care: LTC) ที่มีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพ มีระบบส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู และการดูแลระยะยาว เพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง ซึ่งภาวะสมองเสื่อมเป็นหนึ่งในปัญหาหลักในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน (National Health Security Office, 2016) ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนชนบท เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลและพัฒนาโปรแกรมกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่เหมาะสม นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนชนบท
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนชนบท



กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock et al., 1988) ที่กล่าวว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมหลักเลี่ยงการเกิดภาวะเจ็บป่วย หากรับรู้ว่าจะตนเองนั้นอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่ออันตรายที่จะเกิดขึ้น พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ (Perceived benefits) การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติ (Perceived barrier) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) ร่วมกับปัจจัยร่วม (Modifying factor) เช่น ความรู้ และสิ่งชักนำไปสู่การปฏิบัติ (Cues to Action) เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะทำให้เกิดการลงมือกระทำพฤติกรรมเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพที่จะเกิดขึ้น ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหากมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ร่วมกับปัจจัยร่วม คือ ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และสิ่งชักนำไปสู่การปฏิบัติ คือ แรงสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่เหมาะสม การศึกษาครั้งนี้พฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การรับประทานอาหาร การฝึกสมอง การฝึกใจ และพฤติกรรมเสี่ยง ดังแผนภาพที่ 1

ปัจจัยร่วม

- ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

ปัจจัยการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม
- การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม
- การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม
- การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม
- การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม

ปัจจัยสิ่งชักนำไปในการปฏิบัติ

- แรงสนับสนุนทางสังคม
- การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม

พฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่งอย่างน้อย 1 โรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่งอย่างน้อย 1 โรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และภาวะ



ไข่ม้วนในเลือดสูงที่เข้ามารับบริการที่ รพ.สต. ในเขตอำเภอหนองกงบุรี จังหวัดกาฬสินธุ์

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) มีการรู้คิดปกติ ใช้แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นภาษาไทย MMSE-Thai 2002 แบ่งดังนี้ ถ้าไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้) มีคะแนนมากกว่า 14 คะแนนขึ้นไป, จบระดับประถมศึกษามีคะแนนมากกว่า 17 คะแนนขึ้นไป และจบสูงกว่าประถมศึกษามีคะแนนมากกว่า 22 คะแนนขึ้นไป 2) ไม่มีภาวะพึ่งพิง ใช้แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีจุฬา-เอดีแอล (Chula ADL Index) ได้ 9 คะแนนขึ้นไป 3) เป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังรายเก่าที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป 4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ เกิดปัญหาสุขภาพหรือความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อสุขภาพขณะทำการเก็บข้อมูล เช่น หายใจหอบเหนื่อย หน้ามืด แขนงอ เป็นต้น

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเปิดตารางการวิเคราะห์ค่าอำนาจการทดสอบ (Power analysis) ของ โคเฮน (Cohen, 1992) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 ขนาดอิทธิพล (Effect size) ระดับปานกลาง (Medium) 0.15 มีตัวแปรอิสระ 7 ตัวแปร ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 102 คน และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 30 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล (Srisatidnarakul, 2020) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multistage random sampling) ขั้นที่ 1 ผู้วิจัยเลือก 1 อำเภอ ที่มีขนาดประชากรผู้สูงอายุโรคเรื้อรังสูงจาก 18 อำเภอ ของจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้เป็นอำเภอหนองกงบุรี ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกตำบลด้วยวิธีการจับสลากมา 4 ตำบล (4 รพ.สต.) จาก 9 ตำบล (9 รพ.สต.) ได้แก่ รพ.สต.บ้านหนองชุมแสง รพ.สต.บ้านคำไฮ รพ.สต.บ้านหนองกงเมือก และ รพ.สต.บ้านหนองไผ่ ขั้นที่ 3 สุ่มเลือกหมู่บ้านในแต่ละตำบล (รพ.สต.) ด้วยวิธีการจับสลากมาตำบล (รพ.สต.) ละ 2 หมู่บ้าน รวม 8 หมู่บ้าน จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืน โดยกำหนดสัดส่วนตามขนาดของประชากรผู้สูงอายุในแต่ละ รพ.สต. จนครบจำนวนตามคุณสมบัติ รวมทั้งหมด 140 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง มี 2 ส่วน คือ

1.1. แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นภาษาไทย MMSE-Thai 2002 พัฒนาโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (Institute of Geriatric Medicine, 2015) เป็นแบบทดสอบมาตรฐานการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ มี 6 ด้าน คือ การรับรู้สถานที่ (Orientation) การจดจำ (Registration) ความตั้งใจ (Attention) การคำนวณ (Calculation) การใช้ภาษา (Language) และการระลึกได้ (Recall) มีข้อคำถาม 11 ข้อ แผลผล ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) มีคะแนนรวม ≤ 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน 2) ผู้สูงอายุที่จบระดับประถมศึกษามีคะแนนรวม ≤ 17 คะแนนจากคะแนนเต็ม 30 คะแนน และ 3) ผู้สูงอายุที่จบสูงกว่าประถมศึกษามีคะแนนรวม ≤ 22 คะแนนจากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะสมอง เครื่องมือนี้มีความเที่ยงและความตรงมีค่าความไว ร้อยละ 69-91 และความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 87-99

1.2 แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีจุฬา-เอดีแอล (Chula ADL Index) พัฒนาโดย สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ (Jitapunkul et al., 1994) เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องในกิจกรรมการใช้ชีวิตอย่างอิสระในสังคมหรือชุมชนของผู้สูงอายุ มีข้อคำถาม 5 ข้อ ถ้า 0-4 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้น้อย (ติดเตียง), 5-8 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้ปานกลาง (ติดบ้าน), 9 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้มาก (ติดสังคม) ไม่มีภาวะพึ่งพิง เครื่องมือมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.95



2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยผู้วิจัย เป็นแบบเติมคำและเลือกตอบ มีจำนวน 16 ข้อ มี 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน ความพอเพียงของรายได้ครอบครัวต่อเดือน ลักษณะการอยู่อาศัย ผู้ดูแลหลัก การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย ประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะสมองเสื่อมในครอบครัว การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของ ธรณินทร์ คุณแขวน และคณะ (Khunkhavan et al., 2023) มีคำถาม 10 ข้อ ให้เลือกตอบใช่หรือไม่ใช่ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน แบ่งระดับคะแนนตามเกณฑ์ของ บลูม (Bloom, 1968) เป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูงร้อยละ 80 ขึ้นไป (8-10 คะแนน) ระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79 (6-7 คะแนน) และระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 59 (0-5 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

แบบสอบถามที่ 1-4 ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามของ ศรุตยา หวางษ์ และคณะ (Hawong et al., 2017) ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ข้อคำถาม 9 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด 2) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ข้อคำถาม 5 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวกข้อ 1-4 ข้อคำถามเชิงลบข้อ 5, 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ข้อคำถาม 10 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด และ 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ข้อคำถาม 9 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 4 เห็นด้วยมาก = 3 เห็นด้วยน้อย = 2 และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 สำหรับข้อคำถามเชิงบวก ส่วนข้อคำถามเชิงลบคะแนนจะแปลตรงข้ามกับข้อคำถามเชิงบวก การแปลผลใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย (Best, 1977) 3.01-4.00 หมายถึง ระดับสูง 2.01-3.00 หมายถึง ระดับปานกลาง และ 1.00-2.00 หมายถึง ระดับต่ำ

แบบสอบถามที่ 5 สอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่พัฒนาโดย ธรณินทร์ คุณแขวน และคณะ (Khunkhavan et al., 2023) มีคำถาม 11 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ทำได้แน่นอน = 3 ไม่แน่ใจ = 2 และทำไม่ได้ = 1 คะแนน การแปลผลใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย (Best, 1977) 2.34-3.00 หมายถึง ระดับสูง 1.67-2.33 หมายถึง ระดับปานกลาง และ 1.00-1.66 หมายถึง ระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมที่พัฒนาโดย ธรณินทร์ คุณแขวน และคณะ (Khunkhavan et al., 2023) มีจำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด แบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย = 3 ไม่แน่ใจ = 2 และไม่เห็นด้วย = 1 การแปลผลใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย (Best, 1977) 2.34-3.00 หมายถึง ระดับสูง 1.67-2.33 หมายถึง ระดับปานกลาง และ 1.00-1.66 หมายถึง ระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่พัฒนาโดย ธรณินทร์ คุณแขวน และคณะ (Khunkhavan et al., 2023) มีจำนวน 10 ข้อ มี 6 ด้าน ได้แก่ การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การรับประทานอาหาร การฝึกสมอง การฝึกใจ และพฤติกรรมเสี่ยง เป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คือ ทำประจำหรือบ่อยครั้ง = 3 ทำบางครั้ง = 2 ไม่เคยทำ = 1 ในข้อคำถามเชิงบวก ส่วนข้อคำถามเชิงลบคะแนนแปลตรงข้ามกับข้อคำถามเชิงบวก ข้อคำถามเชิงบวกข้อ 1-7 และ 10 ข้อคำถามเชิงลบ ข้อ 8 และ 9 การแปลผลใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย (Best, 1977) 2.34-3.00 หมายถึง



ระดับสูง 1.67-2.33 หมายถึง ระดับปานกลาง และ 1.00-1.66 หมายถึง ระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 1 ท่าน ค่าความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) เท่ากับ 0.82 แล้วนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แบบสอบถามความรู้ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.94 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84, 0.74, 0.85, 0.83, 0.70, 0.85, 0.73 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่รับรอง 388-114/2567 ได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากสาธารณสุขอำเภอและผู้อำนวยการ รพ.สต. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาที่ได้รับ ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ดูแลลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับอนุญาตจากสาธารณสุขอำเภอ ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการ รพ.สต. ทั้ง 4 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดโครงการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัย และขออนุญาตเข้าถึง/นำใช้ฐานข้อมูลของผู้สูงอายุและตรวจสอบคุณสมบัติผู้สูงอายุตามที่กำหนดไว้ นำรายชื่อทั้งหมดของผู้สูงอายุใน 2 หมู่บ้าน ของแต่ละ รพ.สต. มาทำฉลากแล้วทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืน โดยกำหนดสัดส่วนตามขนาดของประชากรผู้สูงอายุในแต่ละ รพ.สต.

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยนัดหมาย วัน เวลา กับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลในทุกวันเสาร์และวันอาทิตย์ทั้งวัน นัดหมายที่ศาลากลางหมู่บ้าน หรือที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำการประเมินโดยใช้แบบทดสอบ MMSE-Thai 2002 และแบบ Chula ADL Index ใช้เวลา 5-10 นาที กลุ่มตัวอย่างที่มีการรู้คิดปกติและไม่มีภาวะฟุ้งฟิง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ดูแลลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม ส่วนผู้สูงอายุที่คัดกรองแล้วสงสัยภาวะสมองเสื่อมและมีภาวะฟุ้งฟิง ผู้วิจัยได้ส่งต่อข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

3. ก่อนเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการวัดสัญญาณชีพและตรวจร่างกายเบื้องต้น หากผลปกติจึงเริ่มทำการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยอ่านคำถามให้ฟังและเขียนคำตอบลงในแบบสอบถาม ใช้เวลารายละ 30-45 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกลำบากใจในบางคำถามที่อาจกระทบกระเทือนจิตใจ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก หากเกิดการผิดปกติขณะสัมภาษณ์ เช่น หายใจหอบเหนื่อย ผู้วิจัยทำการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและติดต่อเบอร์ 1669 เพื่อส่งต่อการรักษาต่อไป การเก็บข้อมูลไม่เกินวันละ 10 คน เพื่อป้องกันการคลาดเคลื่อนของข้อมูล ภายหลังเก็บข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการวัดสัญญาณชีพและตรวจร่างกายอีกครั้ง และตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล



การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป IBM SPSS Statistics 26 ในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยใช้สถิติ Enter multiple regression analysis กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้ 1) การมีข้อมูลลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) และตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity) โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่า ข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบ ๆ เส้นตรง ดังนั้น สรุปได้ว่า ลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ 2) ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อน (Standardized Residual) = 0 มีค่า $p = 1.000$, 3) ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติโดยทดสอบค่าความเบ้ (Skewness) = .228 ค่าความโด่ง (Kurtosis) = -.020 ผ่านเกณฑ์ ($-1 \leq \text{Skewness} \leq 1$, $-2 \leq \text{Kurtosis} \leq 2$) ทดสอบ Normality ของค่าความคลาดเคลื่อนโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่า มีค่า $p = .200$ ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.05, 4) ความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระจากกันโดยใช้สถิติ Durbin-Watson มีค่า = 1.226 ซึ่งมีค่าใกล้ 2 (ค่าอยู่ระหว่าง 1.5-2.5) 5) ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ ทดสอบจาก Plot Scatter Graph พบว่า Standardized Residual อยู่ในช่วง ± 2 บ่งชี้ว่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนจากการพยากรณ์ (Residual) ที่ทุกจุดบนเส้นถดถอยมีค่าเท่ากันหรือคงที่ 6) ตัวแปรอิสระต้องเป็นอิสระต่อกัน จากการทดสอบ Multi-collinearity เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพบว่า ค่า Tolerance อยู่ในช่วง .609-.858 ค่า VIF อยู่ในช่วง 1.166-1.641 (Tolerance ควรมีค่า $> .30$, VIF ควรมีค่า < 3 ไม่ควรเกิน > 10)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 69.04 ± 6.24 ปี (อายุระหว่าง 60-85 ปี) ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (ร้อยละ 53.50) เพศหญิง (ร้อยละ 75.70) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 63.60) จบระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 93.60) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 50.00) รายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 47.90) รายได้ครอบครัวต่อเดือน 10,001-15,000 บาท (ร้อยละ 60.00) รายได้หลักมาจากเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (ร้อยละ 99.30) อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน (ร้อยละ 72.80) มีผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 98.60) เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมบางครั้ง (ร้อยละ 67.10) เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 72.90) เบาหวาน (ร้อยละ 57.90) ภาวะไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 14.30) หลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 2.10) ดัชนีมวลกายปกติ (ร้อยละ 56.40) ไม่เคยสูบบุหรี่และไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 85.00, 86.40) ไม่เคยมีประวัติภาวะสมองเสื่อมในครอบครัว (ร้อยละ 96.40) ไม่เคยมีประวัติได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ (ร้อยละ 97.10) เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 68.60) ได้จากบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด (ร้อยละ 61.40)

2. พฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม

กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.24$, $SD = 0.27$) ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 7.06$, $SD = 0.83$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 3.02$, $SD = 0.30$) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.83$, $SD = 0.22$) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.93$, $SD = 0.36$) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน



ภาวะสมองเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.82$, $SD = 0.35$) การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 2.48$, $SD = 0.31$) และแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 2.70$, $SD = 0.34$)

3. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ โดยใช้การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุด้วยวิธี Enter พบว่า ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 29.90 ($R^2 = .299$, $F = 7.968$, $p < .05$) ตัวแปรที่มีน้ำหนักพยากรณ์สูงสุด คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ($\beta = .378$, $p < .001$) รองลงมา คือ ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ($\beta = .260$, $p < .001$) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ($\beta = .184$, $p < .05$) ส่วนปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม และแรงสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุได้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ Enter multiple regression ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ($n = 140$)

ตัวแปรทำนาย	b	SE _b	β	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม	.087	.026	.260	3.293***	.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม	.167	.080	.184	2.099*	.038
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม	-.090	.115	-.073	-.780	.437
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม	.100	.070	.132	.100	.154
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม	.055	.065	.070	.847	.398
การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม	.330	.071	.378	4.642***	.000
แรงสนับสนุนทางสังคม	.021	.071	.026	.293	.770
constant	1.278	.383		3.336***	.001

หมายเหตุ. $R = .54$; $R^2 = .29$; $R_a^2 = .261$; $SEE = .238$; $F = 7.968$; $Sig \text{ of } F = .000$;

* $p < .05$; ** $p < .01$, *** $p < .001$

การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.24$, $SD = 0.27$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น ซึ่งเป็นวัยที่มีการเสื่อมถอยหน้าที่ของสมองไม่ชัดเจน ทำให้ไม่ปรากฏอาการภาวะสมองเสื่อมเด่นชัด ดังการศึกษาที่พบว่า ความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามอายุ (Trakulsithichoke, 2018) ซึ่งอาจเกี่ยวข้องข้อทำให้ความสนใจหรือตั้งใจในการ



ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสืมน้อยกว่าควรที่จะเป็น หรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมเป็นประจำ (Boonsatean et al., 2022) ประกอบกับส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเป็นบางครั้ง ซึ่งอาจบ่งชี้ถึงการขาดการกระตุ้นทางสมองและปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอย่างสม่ำเสมอ โดยการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเป็นแนวทางหนึ่งในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม (Boonsatean et al., 2022; Tiparat et al., 2019)

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดจบระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่มีรายได้หลักจากเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และมีบางส่วน (ร้อยละ 31.40) ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ซึ่งอาจส่งผลต่อการเข้าถึงข้อมูลด้านบริการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม เช่น การเข้าถึงสื่อประชาสัมพันธ์ มีข้อจำกัดการซื้ออาหารบำรุงสมองที่มีราคาแพง และส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 72.90) และเบาหวาน (ร้อยละ 57.90) ซึ่งเป็นกลุ่มโรคสำคัญที่เป็นสาเหตุทำให้หลอดเลือดตีบแคบแข็งตัว ลดการไหลเวียนของเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง ซึ่งเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรือแตกและภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดและอัลไซเมอร์ (Trakulsithichoke, 2018) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างบางส่วน (ร้อยละ 43.60) มีดัชนีมวลกายเกินกว่าปกติ ทำให้มีข้อจำกัดในการมีกิจกรรมทางกาย การควบคุมภาวะโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ และมีความยากลำบากในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งอาจขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสืบเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมานานหลายปี โดยระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูงโดยเฉลี่ย อยู่ที่ 10.65 ปี (SD = 7.83) ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า พฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (Boonsatean et al., 2022; Khunkhavan et al., 2023; Srimuang & Pitivirayuth, 2022; Tiparat et al., 2019)

2. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 29.90 สามารถอธิบายได้ ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุได้ ($\beta = .260, p < .001$) ผลการวิจัยสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่อธิบายว่า ความรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะระดับการศึกษาที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเกิดภาวะสมองเสื่อม (Rosenstock et al., 1988) แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดต่อการเข้าถึงข้อมูลและความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม แต่ในการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่เพียงพอในระดับปานกลางได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ต้องมาตรวจติดตามนัดเป็นประจำจึงได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคจากการสอนของบุคลากรด้านสุขภาพ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่อการส่งเสริมวิถีชีวิตการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ (Li et al., 2022) และความรู้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ (Han et al., 2021; Khunkhavan et al., 2023)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุได้ ($\beta = .184, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดโรคหรือเผชิญกับผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการเจ็บป่วย ส่งผล



ให้บุคคลมีการแสดงพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค โดยการแสวงหาปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีได้ (Rosenstock et al., 1988) ผลการวิจัยที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีโรคเรื้อรังที่ต้องมีการติดตามการรักษา และได้รับข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมจากบุคลากรด้านสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มทั่วไป จึงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันหรือลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่อวิถีชีวิตการส่งเสริมสุขภาพป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ (Li et al., 2022) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (Chutngern et al., 2018)

การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุได้ ($\beta = .378, p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการควบคุมสถานการณ์ และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลที่สุด ที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Rosenstock et al., 1988) ผลการศึกษาค้นคว้านี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นในชุมชน (Lamont et al., 2020) การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายสูงสุดต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ (Choi et al., 2019; Han et al., 2021; Khunkhavan et al., 2023)

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า มี 4 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม และแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุได้ อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (อายุเฉลี่ย 69.04 ปี) ที่อาจมองว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นเรื่องไกลตัว อีกทั้งผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชนยังมีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมว่าเป็นอาการหลงลืมเป็นภาวะปกติตามวัย (Hawong et al., 2017) ซึ่งอาจส่งผลต่อการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับไม่เพียงพอต่อพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ อีกทั้งส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษาและบางคนมีปัญหาอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ หรือสายตาพร่ามัว ประกอบกับต้องมีผู้ดูแลหลัก และมีรายได้น้อย โดยรายได้หลักมาจากเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ทำให้อาจมีปัญหาในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ต้องพึ่งพาบุตรหลานในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือพาไปโรงพยาบาล ซึ่งอาจเป็นผลทำให้เกิดความยากลำบากในด้านการแสวงหาความรู้ การเข้าถึงสื่อความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อม และส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้ แตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่อวิถีชีวิตการส่งเสริมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ (Li et al., 2022) และการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุได้ (Choi et al., 2019)

แรงสนับสนุนทางสังคม ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเป็นบางครั้ง อาจทำให้ขาดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมหรือทักษะใหม่ๆ ไม่ได้ใช้กระบวนการคิด ตัดสินใจ เลือกว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไรต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งการแสดงออกของพฤติกรรมต่าง ๆ เป็นการกระตุ้นการทำงานของเซลล์สมอง ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุลดลง (Trakulsithichoke, 2018) ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ



แตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุได้ (Khunkhavan et al., 2023) และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุได้ (Boonsatean et al., 2022; Tiparat et al., 2019)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรด้านสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการจัดกิจกรรมหรือพัฒนาโปรแกรมที่มุ่งส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม เพิ่มการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง และเสริมสร้างแรงสนับสนุนความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชนชนบท ซึ่งถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญ นอกจากนี้ ควรส่งเสริมความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในชุมชนที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น อปท. อสม. ผู้นำชุมชน กลุ่มภาคประชาชน เพื่อให้เกิดการบูรณาการการดูแลป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาแนวทางการดูแลหรือพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชนชนบท
2. ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง และอาจร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้ เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ เป็นต้น

References

- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice-Hall.
- Bloom, B. S. (1968). Learning for mastery. Instruction and curriculum. Regional education laboratory for the carolinas and virginia, topical papers and reprints, number 1. *Evaluation Comment*, 1(2), n2.
- Boonsatean, W., Ruearudipirom K., & Pettan, S. (2022). Influential factors on dementia preventive behaviors of older adults living in communities, Pathum Thani Province. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 42(3), 97-110. (in Thai)
- Choi, W. H., Seo, Y. M., & Kim, B. R. (2019). Factors influencing dementia preventive behavior intention in the elderly people. *Journal of East-West Nursing Research*, 25(2), 138-146.
- Chutngern, S., Chaichanawirote, U., & Hanruncharotorn, U. (2018). Factors affecting dementia risk-reducing behaviors among older adults in Bangkok. *Journal of Health and Nursing Research (Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok)*, 34(1), 81-90. (in Thai)
- Cohen, J. (1992). Quantitative methods in psychology: A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. <https://web.mit.edu/hackl/www/lab/turkshop/readings/cohen1992.pdf>
- Department of Health Service Support. (2023). *Report on the results of health screening for the elderly in the community*. https://3doctor.hss.moph.go.th/main/rp_screen (in Thai)



- Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). (2023). *Situation of the Thai older persons 2022*. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Amarin Corporations Public. https://library.anamai.moph.go.th/mmi/Main/cvr/000/004/690/8/240531-135343-27123_2565_eng.pdf (in Thai)
- Han, E. K., Kim, D., Park, Y., Kwon, J. A., & Kwon, H. (2021). A comparative study on factors influencing preventive behavior of dementia between elders attending dementia care village senior centers and elders attending general senior centers in Korea. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 12(3), 347-356.
- Hawong, S., Thaingtham, W., & Nanthamongkolchai, S. (2017). The health promotion program for the elderly at risk group of Alzheimer's in community. *Journal of Public Health Nursing*, 31(1), 110-128. (in Thai)
- Institute of Geriatric Medicine. (2015). *Geriatric syndromes*. <https://www.med.cmu.ac.th/en/service/excellence-center/gmc/> (in Thai)
- Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., & Ebrahim, S. (1994). The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: Development of a new index. *Age and Ageing*, 23(2), 97-101. (in Thai)
- Khunkhavan, T., Hoyrat, P., & Tuanwisetkul, S. (2023). Factors influencing dementia preventive behaviors among older people in Chaiyaphum Province. *Thai Journal of Nursing*, 72(3), 47-54. (in Thai)
- Lamont, R. A., Nelis, S. M., Quinn, C., Martyr, A., Rippon, I., Kopelman, M. D., Hindle, J. V., Jones, R. W., Litherland, R., & Clare, L. (2020). Psychological predictors of 'living well' with dementia: Findings from the IDEAL study. *Aging & Mental Health*, 24(6), 956-964.
- Li, H., Zhang, J., Wang, L., Yang, T., & Yang, Y. (2022). A health promoting-lifestyle prediction model for dementia prevention among Chinese adults: Based on the health belief model. *BMC Public Health*, 22(1), 2450. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14828-9>
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., ... Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*, 396(10248), 413-446.
- National Health Security Office. (2016). *Long-term care guide for public health care for the elderly with dependent area in the National Health Security System, Fiscal Year 2016*. National Health Security Office. (in Thai)
- Pibarnwong, P., Juntaparak, C., Pangsuk, P., Pinyo, P., & Talordpong, P. (2019). A study of dementia and factors associated with dementia among elderly in North East, Thailand. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin*, 8(2), 46-57. (in Thai)
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.



-
- Srisatidnarakul, B. (2020). *Effect size, power analysis, optimal sample size calculations using G*power software*. Chulalongkorn University Press. (in Thai)
- Srimuang, P., & Pitivirayuth, P. (2022). Predicting factors of dementia preventive behaviors among elderly people living in Samut Prakan Province. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, 12(2), 303-318. (in Thai)
- Tiparat, W., Meng-aied, S., Suwanweala, S., & Chuaykaew, B. (2019). Factors predicting dementia preventive behavior among older adults-at-risk. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 27(1), 100–108. (in Thai)
- Trakulsithichoke, S. (2018). Prevention of dementia in older persons. *Journal of Nursing*, 36(4), 6–14. (in Thai)
- World Health Organization. (2019). *Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines*. <https://www.who.int/publications/i/item/risk-reduction-of-cognitive-decline-and-dementia>