

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม
ในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี
FACTORS RELATED TO HEALTH LITERACY AND DEMENTIA PREVENTION BEHAVIORS
AMONG OLDER ADULTS AT RISK OF DEMENTIA IN PHOTHARAM DISTRICT,
RATCHABURI PROVINCE

ชนิษฐา สระทองพร้อม, สุนิสา จันทร์แสง*

Ckhanidtha Sratongprom, Sunisa Chansaeng*

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Sirindhorn College of Public Health Suphanburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok
Institute, Ministry of Public Health

(Received: August 13, 2025; Revised: December 7, 2025; Accepted: December 20, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ 360 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เช่น ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Chi-square และ Pearson's correlation

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.17 อายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 75–84 ปีร้อยละ 47.78 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษาร้อยละ 71.67 มีรายได้ต่ำกว่า 3,799 บาทร้อยละ 81.39 และไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 56.94 มีโรคประจำตัวร้อยละ 56.39 กลุ่มตัวอย่างมีระดับด้านความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 183.91, SD = 38.28) ในด้านการสื่อสารที่ได้คะแนนสูงที่สุดร้อยละ 28.61 และในด้านการรู้เท่าทันสื่อที่มีระดับความรู้ที่น้อยที่สุดร้อยละ 46.11 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมก็อยู่ในระดับกลางร้อยละ 51.90 กิจกรรมที่ทำเป็นประจำคือการทำอาหารกินเองร้อยละ 29.72 และการออกกำลังกายในที่อากาศปลอดโปร่งร้อยละ 28.06

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลส่วนใหญ่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดังกล่าว ยกเว้นบางประเด็น เช่น อายุที่สัมพันธ์เชิงลบ ($r = -.159, p = .002$) รายได้ที่สัมพันธ์เชิงบวกเล็กน้อย ($r = .155, p = .003$) และการมีโรคประจำตัว ($\chi^2 = 6.257, p = .044$) ส่วนด้านความรู้ด้านสุขภาพมีความเชื่อมโยงเชิงบวกอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในด้านการตัดสินใจ ($r = .541, p < .001$) การเข้าถึงข้อมูลและบริการ ($r = .455, p < .001$) และความรู้ความเข้าใจ ($r = .452, p < .001$) ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวกับการตัดสินใจและการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เพื่อให้สามารถป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม, ผู้สูงอายุ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: Sunisa Chansaeng, E-mail: sunisa@phcuphan.ac.th)

Abstract

This study was an analytical cross-sectional study aimed at investigating factors associated with dementia prevention behaviors among older adults at risk of dementia in Photharam District, Ratchaburi Province. The sample consisted of 360 older adults. Data were collected using a questionnaire and analyzed using descriptive statistics, such as percentage, mean, and standard deviation. The relationships were examined using Chi-square and Pearson's correlation statistics.

The study revealed that the majority of participants were female (59.17%). Nearly half (47.78%) were between 75 and 84 years of age. Most had completed primary education (71.67%), had a monthly income of less than 3,799 baht (81.39%), and were unemployed (56.94%). Additionally, more than half (56.39%) reported having at least one chronic disease. Overall, the participants demonstrated a moderate level of health literacy (Mean = 183.91, SD = 38.28). Among the subdomains, communication had the highest score (28.61%), while media literacy showed the lowest level (46.11%). Dementia prevention behaviors were also found to be at a moderate level (51.90%). The most commonly practiced activities included cooking their own meals (29.72%) and engaging in outdoor exercise (28.06%).

The analysis of factors associated with dementia prevention behaviors among older adults at risk of dementia revealed that most personal factors were not significantly related to such behaviors, except for a few variables. Age showed a negative correlation ($r = -.159$, $p = .002$), income demonstrated a slight positive correlation ($r = .155$, $p = .003$), and the presence of chronic diseases was also significantly associated ($\chi^2 = 6.257$, $p = .044$).

In contrast, health literacy exhibited a clear positive relationship with dementia prevention behaviors, particularly in the domains of decision-making ($r = .541$, $p < .001$), access to health information and services ($r = .455$, $p < .001$), and comprehension ($r = .452$, $p < .001$).

Therefore, relevant agencies should promote improved health literacy among older adults, especially in areas related to decision-making and access to health information, in order to enhance effective dementia prevention.

Keywords: Health literacy, Dementia prevention behaviors, Elderly

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม กำลังกลายเป็นปัญหาใหญ่มากขึ้นเรื่อย ๆ ในสังคมผู้สูงวัยเพราะ ไม่ใช่เป็นเพียงเรื่องความจำเสื่อม หรือความคิด แต่กระทบถึงการใช้ชีวิตประจำวัน ไปจนถึงความสามารถในการดูแลตัวเอง ในปี 2562 พบว่า มีผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญกับภาวะสมองเสื่อมประมาณ 57 ล้านคน และคาดว่าใน ปี 2593 จำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยโดยโรคสมองเสื่อมอาจสูงถึง 153 ล้านคน (Nichols, 2022) ในปี 2567 ผู้สูงอายุในประเทศไทยที่เป็นภาวะสมองเสื่อมมีมากถึง 800,000 คน หรือ ในผู้สูงอายุ 100 คน จะพบถึง 8 คนป่วยด้วยโรคนี้ จากรายงานตามช่วงวัย พบว่า กลุ่มอายุ 60-79 ปี มีผู้ป่วยรายใหม่อยู่ที่ประมาณ 17,409 คน (คิดเป็นอัตราป่วย 155.99 ต่อแสนประชากร) ส่วนกลุ่มที่อายุ 80 ปีขึ้นไป อัตราป่วย คือ 10,452 รายใหม่ หรือประมาณ 575.64 ต่อแสนประชากร จากปัญหานี้หากไม่มีมาตรการป้องกันหรือช่วยเหลือ จำนวนผู้ป่วยก็คงมีแต่จะเพิ่มขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ซึ่งกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรง และครอบครัว ชุมชน ตลอดจนระบบสาธารณสุข

ภาวะสมองเสื่อม คืออาการที่สมองของคนเราเริ่มเสื่อมลง เซลล์สมอง ทำงานได้แย่งลง ส่งผลต่อทั้งความจำ การคิด การตัดสินใจ หรือเปลี่ยนบุคลิก อารมณ์ สาเหตุของภาวะเกิดจากโรคที่ทำลายเซลล์สมองโดยตรง เช่น โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคหลอดเลือดในสมองก็มีผลเหมือนกัน นอกจากนี้ ปัจจัยภายนอกอย่างการบาดเจ็บที่ศีรษะซ้ำ ๆ ดื่มแอลกอฮอล์หนัก ๆ หรือขาดสารอาหารก็เป็นตัวกระตุ้นได้เช่นกัน การไม่ฝึกสมอง หรือการไม่เข้าร่วมทำกิจกรรมในชุมชนผลกระทบของภาวะสมองเสื่อม นอกจากตัวผู้สูงวัย ส่งผลกระทบถึงครอบครัว ผู้ดูแล ไปจนถึงเศรษฐกิจของสังคม ปัจจัยเช่น อายุ พันธุกรรม ไม่สามารถเปลี่ยนได้ แต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงบุหรี่และแอลกอฮอล์ หาโอกาสฝึกสมอง อย่างการอ่านหนังสือ เล่นเกมฝึกความคิด หรือเรียนรู้อะไรใหม่ ๆ รวมถึงการหาเพื่อนคุยในชมรมหรือกลุ่มสุขภาพต่าง ๆ สามารถช่วยลดความเสี่ยงการเกิดภาวะสมองเสื่อมคิดเป็นร้อยละ 40.00 (Livingston, 2017) การเริ่มดูแลตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมช่วยให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น ลดภาระให้ครอบครัว และยังช่วยสังคมได้ด้วย (Alzheimer's Association, 2024)

ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ และแน่นอนว่าประเด็นเรื่อง “ภาวะสมองเสื่อม” เป็นหนึ่งในหัวข้อใหญ่ที่ต้องให้ความสำคัญอย่างจริงจัง กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายในการสนับสนุนความรอบรู้ในผู้สูงอายุเช่น ด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม มีทั้งแอปพลิเคชัน สื่อวิดีโอ หรือโครงการให้ความรู้ผ่านช่องทางออนไลน์ (กรมอนามัย, 2566) ผู้สูงวัยบางคนไม่ถนัดเทคโนโลยี แต่ก็มียุทธศาสตร์คอยช่วยให้การเข้าถึงข้อมูลบริการได้สะดวกขึ้น และการสนับสนุนกิจกรรมกระตุ้นสมองในชุมชน เช่น การจัดให้มีเกมฝึกความจำ หรือเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ อย่างการทำอาหารสุขภาพหรือฝึกทักษะงานฝีมือ กิจกรรมเหล่านี้ไม่ได้แค่ช่วยกระตุ้นสมองเท่านั้น แต่ยังช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีส่วนร่วมกับคนในชุมชนมากขึ้น ส่วนด้านการดูแลกลุ่มที่เริ่มมีความเสี่ยงมีการจัดทำ คู่มือส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและป้องกันภาวะสมองเสื่อม เครื่องมือทดสอบ MMSE-Thai 2002 ที่ใช้ในโรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ (สำนักวิชาการสาธารณสุข, 2565) นโยบายทั้งหมดเหล่านี้ แม้จะยังไม่ทั่วถึงทุกพื้นที่ แต่ก็ถือเป็นก้าวสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุจำนวนมาก

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) ได้อธิบายไว้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไม่ได้หมายถึงแค่รู้ว่าอะไรดีต่อสุขภาพเท่านั้น แต่มันยังช่วยให้ผู้สูงวัยเข้าถึงข้อมูลที่เป็นได้มากขึ้น การ

ตัดสินใจได้ดีขึ้น และการเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังอย่างภาวะสมองเสื่อมด้วย (อรรพรรณ นามมนตรี, 2561) ความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 6 ส่วนคือ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การเข้าถึงบริการ การสื่อสารและตัดสินใจ การดูแลตัวเอง และการรู้เท่าทันสื่อ แบ่งเป็น 3 ระดับ ตั้งแต่ความเข้าใจพื้นฐาน ไปจนถึงขั้นที่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างมีเหตุผล (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2560) บริบทของผู้สูงอายุในประเทศไทยบ้าง พบว่าปัจจัยต่าง ๆ มีผลต่อความรอบรู้ เช่น การศึกษาส่งผลให้การรับข้อมูลไม่เหมือนกัน (นัชชา เรืองเกียรติกุล, 2565) การอาศัยอยู่ร่วมกันคนในครอบครัวก็ส่งผลการเข้าถึงบริการสุขภาพก็ อายุ และเพศก็เกี่ยวข้องเช่นกัน ปาจรา โพธิ์หัง (2564) ผู้หญิงมีแนวโน้มให้ความสำคัญกับสุขภาพมากกว่า ส่วนผู้ชายอาจไม่เข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพบ่อยจากงานของศุภานัน เหลลาคำ (2565) การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้ความรู้ด้านสุขภาพดีขึ้น ขณะที่อรุณโรจน์ รุ่งเรือง กับพุดิพงศ์ สัตยงค์ทิพย์ (2566) พบว่าคนที่ออกจากบ้าน ไปเจอผู้คน ไปงานวัด หรือร่วมกิจกรรมในชุมชนบ่อย ๆ มีแนวโน้มรักษาความสามารถด้านความจำได้ดีกว่า พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ปัทมา ปานมาก (2561) ที่ยืนยันว่า การออกกำลังกายเป็นประจำช่วยกระตุ้นสมอง และลดความเสี่ยงได้จริง หรือวรารัตน์ ทิพย์รัตน์ กับทีม (2564) ที่พบว่า การออกกำลังกายสม่ำเสมอจะช่วยให้เลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้น และเสริมสร้างการจดจำ ทิพย์รัตน์ สิทธิวงศ์ และ รักชิต สุทธิพงษ์ (2567) ก็พบเช่นเดียวกันว่า กิจกรรมทางกายไม่เพียงแต่ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง แต่ยังมีผลดีต่อระบบประสาทและความจำโดยตรงอีกด้วย

จังหวัดราชบุรีกำลังเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรอย่างชัดเจน โดยเฉพาะเรื่องสังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากปัจจุบันมีผู้สูงอายุในจังหวัดมากถึง 184,858 คน คิดเป็นประมาณร้อยละ 22.00 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งเป็นสัดส่วนที่มาก และจากรายงานของฐานข้อมูลระบบสุขภาพ HDC ปี 2567 พบว่า มีผู้สูงอายุในราชบุรีที่เข้ารับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมจำนวน 78,652 คน และในกลุ่มนี้คิดเป็นร้อยละ 42.50 ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ในระดับอำเภอโพธารามก็มีแนวโน้ม ผู้สูงอายุในพื้นที่นี้มีจำนวน 28,930 คน จากการคัดกรอง 21,842 คน พบว่า 2,396 คน หรือร้อยละ 11.61 มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม สะท้อนถึงปัญหาในระบบสุขภาพของพื้นที่ ข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับระดับความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพของผู้สูงอายุยังมีไม่เพียงพอ หรือแม้กระทั่งการไม่มีฐานข้อมูลเรื่องพฤติกรรมเชิงลึก เช่น ความรู้เกี่ยวกับการบริหารสมอง อาหารที่ส่งผลต่อระบบประสาท หรือกิจกรรมที่ช่วยลดความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม ซึ่งกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลเฉพาะทางมากที่สุด เพราะหากปล่อยไว้โดยไม่มีการใด ๆ มารองรับ กลุ่มนี้อาจพัฒนาเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมเต็มรูปแบบได้ในอนาคตอันใกล้ การศึกษาที่เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มเสี่ยงจึงมีความสำคัญมาก ไม่ใช่เพียงเพื่อเฝ้าระวังหรือชะลอโรคเท่านั้น แต่ยังสามารถช่วยให้เกิดแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ในอำเภอโพธาราม

ด้วยสถานการณ์ที่ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น ทำให้การศึกษาปัจจัยกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงพฤติกรรมที่ช่วยป้องกันโรคสมองเสื่อมเป็นสิ่งสำคัญ การศึกษาค้นคว้านี้มีเป้าหมายเพื่อให้เห็นภาพที่ชัดเจนมากขึ้นเกี่ยวกับระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพในระดับชุมชนมีทิศทางที่ชัดเจนขึ้น ตรงกับบริบทการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในพื้นที่ เป็นกุญแจสำคัญในการลดความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมลงได้จริง รวมถึงสามารถทราบแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้สูงวัยมีความรู้และพฤติกรรมดูแลสมองของ

ตัวเองได้มากขึ้น ช่วยชะลอการเกิดโรค เพิ่มคุณภาพชีวิต และที่สำคัญยังช่วยลดภาระของระบบสาธารณสุขในอนาคตอย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบททางประชากรในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี
2. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและระดับของพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

ประชากร

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี
กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี 360 ราย
วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน(Multi-stage sampling)

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. ต้องเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอโพธารามมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน
2. ได้รับการประเมิน MMSE-Thai 2002 แล้ว และผลคะแนนอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงสมองเสื่อมตามระดับการศึกษา
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ เข้าใจคำถาม และตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง
4. ไม่เป็นผู้มีปัญหาด้านการพูด มองเห็น หรือได้ยินจนกระทบต่อการตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อมในระยะรุนแรง
2. ผู้มีปัญหาทางจิตเวช ภาวะซึมเศร้า หรืออาการเจ็บป่วยรุนแรงอื่น ๆ
3. รวมถึงผู้ที่มีปัญหาด้านการสื่อสารที่รบกวนความสามารถในการให้ข้อมูล
4. กรณีข้อมูลบางส่วนขาดหายหรือไม่สมบูรณ์ จะไม่นำมาใช้ในการวิเคราะห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ออกแบบแบบสอบถาม โดยอ้างอิงจากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบเป็นคำถามปลายปิด 9 ข้อ เพื่อเก็บรายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ รวมถึงลักษณะครอบครัวและประวัติสุขภาพ เช่น ในครอบครัวเป็นโรคสมองเสื่อมหรือไม่โรคประจำตัว เป็นต้น

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในส่วนนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามจำนวน 57 ข้อ โดยอ้างอิงจากกรอบแนวคิดของ Nutbeam (2009) และแบบวัดที่ดัดแปลงจากงานของอังคินันท์ อินทรกำแหง (2560) ตัวแบบสอบถามครอบคลุม 6 มิติ ได้แก่ ความรู้และความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม เป็นแบบสอบถาม 16 ข้อนี้ ครอบคลุมพฤติกรรม 3 ด้าน คือ การออกกำลังกาย การบริหารสมอง และการมีส่วนร่วมทางสังคม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลผู้วิจัย ได้ลงพื้นที่เก็บข้อมูล เริ่มจากการเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบล แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน พร้อมทั้งขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมศึกษา การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เอกสารเลขที่ PHCSP 2568-029 ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับเอกสารยินยอมอย่างชัดเจน ผู้วิจัยจะอธิบายเนื้อหาในแบบฟอร์มก่อนเสมอ และเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย กลุ่มตัวอย่างจะได้รับแบบสอบถามเพื่อกรอกด้วยตนเอง ส่วนผู้ที่อ่านหนังสือไม่ถนัดหรือมีปัญหาด้านการมองเห็น ผู้วิจัยก็จะช่วยอ่านให้และบันทึกคำตอบแทน โดยยึดคำตอบตามที่ผู้ให้ข้อมูลตอบจริง ใช้เวลาประมาณ 15-30 นาทีต่อคน หลังจากเก็บข้อมูลเสร็จในแต่ละพื้นที่ ผู้วิจัยจะตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามในทันที หากพบว่ามีคำตอบบางข้อยังเว้นว่าง ก็จะขออนุญาตสอบถามเพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่าง เพื่อลดปัญหาข้อมูลไม่สมบูรณ์ในภายหลัง และเมื่อตรวจสอบเสร็จจนมั่นใจแล้วว่าแต่ละชุดสมบูรณ์ดี จึงจึงรวบรวมเข้าสู่ขั้นตอนถัดไปคือการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูล และประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS

1. สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์บริบททางประชากร ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าสูงสุด ต่ำสุด รวมถึงส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมอง โดยใช้สถิติ Chi-square และ Pearson's correlation

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.17 อาศัยอยู่กับคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 48.89 ในส่วนของระดับการศึกษา กลุ่มที่จบการศึกษาระดับประถมมีจำนวนมากที่สุดร้อยละ 71.67 ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีมากที่สุดร้อยละ 56.94 รองลงมาคือกลุ่มรับจ้างทั่วไปร้อยละ 16.67 และกลุ่มเกษตรกรร้อยละ 11.67 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 3,799 บาท คิดเป็นร้อยละ 81.39 ลักษณะครอบครัวที่มีความหลากหลายส่วนใหญ่ร้อยละ 53.61 อาศัยอยู่ในลักษณะครอบครัวเดี่ยว การมีสมาชิกในครอบครัวสายตรงที่เคยป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมร้อยละ 10.28 ในด้านสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุราวร้อยละ 56.39 มีโรคประจำตัวที่วินิจฉัยดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่าง (n=360)

ลักษณะประชากร	จำนวน (n=360)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	147	40.83
หญิง	213	59.17
อายุ (ปี)		
อายุ 60-74 ปี	106	29.44
อายุ 75-84 ปี	172	47.78
อายุ ≥85 ปี	82	22.78
(MIN=64, MAX=97, MEAN=78,SD=6.75)		
สถานภาพ		
โสด	42	11.67
คู่/สมรส	176	48.89
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกัน	142	39.44
การศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	39	10.83
ประถมศึกษา	258	71.67
มัธยมศึกษา/ปวช.	37	10.28
อนุปริญญา/ปวส.	10	2.78
ปริญญาตรี	14	3.89
สูงกว่าปริญญาตรี	2	0.56
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	205	56.94
เกษตรกร	42	11.67
รับจ้าง	60	16.67
ราชการหรือรัฐวิสาหกิจเกษียณ	27	7.50
ค้าขาย	24	6.67
อื่นๆระบุ (ทำงานหัตถการ)	2	0.56

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่าง (n=360)

ลักษณะประชากร	จำนวน (n=360)	ร้อยละ
รายได้ (บาท/เดือน)		
< 3,7990 บาท	293	81.39
3,800-9,999 บาท	37	10.28
10,000-19,999 บาท	18	5.00
20,000 – 29,999 บาท	7	1.94
≥ 30,000 บาท	5	1.39
(MIN = 0 , MAX = 50,000, M = 2,946, SD = 5,909)		
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	193	53.61
ครอบครัวขยาย		
- ครอบครัวขยายที่มีสัมพันธ์ต่อกัน	40	11.11
- ครอบครัวขยายที่มีความอิสระต่อกัน	27	7.50
ครอบครัวลักษณะพิเศษ		
- ครอบครัวที่ไม่มีบุตร	47	13.06
- ครอบครัวบุญธรรม	5	1.39
- ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังไม่มีผู้ดูแล	45	12.50
การมีครอบครัวสายปวยเป็นโรคสมองเสื่อม		
มี	37	10.28
ไม่มี	323	89.72
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	157	43.61
มีโรคประจำตัว	203	56.39

ตารางที่ 2 ตารางแสดงจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย การวิเคราะห์ระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม จำแนกระดับความรู้ (n = 360)

ลำดับ	ความรู้ด้านสุขภาพ	ไม่ดี (<60%)	ดี (60-79%)	ดีที่สุด (≥80%)	Mean	SD	ความหมาย
1	ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ	138 (38.33)	152 (42.22)	70 (19.44)			
2	การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ	124 (34.44)	152 (42.22)	84 (23.33)			
3	การสื่อสารด้านสุขภาพ	74 (20.56)	183 (50.83)	103 (28.61)			มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและเหมาะสม
4	การจัดการสุขภาพตนเอง	97 (26.94)	162 (45.00)	101 (28.06)	183.91	38.28	
5	การตัดสินใจด้านสุขภาพ	83 (23.06)	227 (63.06)	50 (13.89)			
6	การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพ	166 (46.11)	173 (48.06)	21 (5.83)			

จากตารางที่ 2 การวิเคราะห์ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความรู้ด้านสุขภาพ ระดับที่ดีที่สุดที่มากที่สุด คือ ด้านการสื่อสารด้านสุขภาพ จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 28.61 และด้านการจัดการสุขภาพตนเอง จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 28.06 ด้านที่มีผู้ตอบว่าดี มากที่สุด ได้แก่ ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ จำนวน 227 คน คิดเป็นร้อยละ 63.06 และด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพ เป็นด้านที่มีผู้ตอบในระดับไม่ดี มากที่สุด จำนวน 166 คน คิดเป็นร้อยละ 46.11 โดยภาพรวม ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ยรวมอยู่ที่ 183.91 (SD = 38.28) ซึ่งอยู่ในระดับเพียงพอและเหมาะสม

ตารางที่ 3 ตารางแสดงจำนวน และร้อยละ พฤติกรรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม จำแนกเป็นระดับพฤติกรรม (n = 360)

ระดับของพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับสูง (38 – 48 คะแนน)	31	8.60
พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระดับปานกลาง (27–37 คะแนน)	187	51.90
พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระดับต่ำ (16–26 คะแนน)	142	39.40
($\bar{X}$ = 29.14 , S.D. = 6.34 , Min = 16, Max = 48)		

จากการตารางที่ 3 การวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับ ปานกลาง จำนวน 187 คน คิดเป็น ร้อยละ 51.90 รองลงมาคือกลุ่มที่มีพฤติกรรมในระดับ ต่ำ จำนวน 142 คน คิดเป็น

ร้อยละ 39.40 และกลุ่มที่มีพฤติกรรมในระดับ สูง มีเพียง 31 คน คิดเป็น ร้อยละ 8.60 โดยคะแนนรวมของพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในช่วง 16-48 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 29.14 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.34

ตาราง 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์สัมพันธระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม (n = 360)

ปัจจัย	df	χ^2	p-value
เพศ	1	1.631	.201
สถานภาพ	2	4.748	.093
การศึกษา	3	1.739	.628
อาชีพ	2	.449	.799
ลักษณะครอบครัว	4	4.383	.357
ครอบครัวป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม	1	1.803	.220
โรคประจำตัว	2	6.257	.044

* p < .05 มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่า ในภาพรวม ปัจจัยส่วนบุคคลส่วนใหญ่ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะของครอบครัว และการมีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม ไม่แสดงความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ($p > .05$)และพบว่าปัจจัยด้านโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 6.257$, $p = .044$)

ตารางที่ 5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์สัมพันธระหว่างปัจจัย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม (n = 360)

ปัจจัยที่ศึกษา	r	P-value	ระดับความสัมพันธ์
อายุ (ปี)	-.159**	.002	มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ
รายได้ (บาท/เดือน)	.155**	.003	มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ
ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ	.452**	<.001	มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	.455**	<.001	มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
การสื่อสารด้านสุขภาพ	.295**	<.001	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ
การตัดสินใจด้านสุขภาพ	.541**	<.001	มีความสัมพันธ์ระดับสูง
การจัดการตนเองด้านสุขภาพ	.436**	<.001	มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพ	.401**	<.001	มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

*r = Pearson's correlation coefficient, *p < .01

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation) ระหว่างระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม พบว่า โดยรวมแล้วความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 องค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างสูงกับพฤติกรรม ได้แก่ ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ ($r = .541, p < .001$) องค์ประกอบอื่น ๆ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ, การเข้าถึงข้อมูล, การจัดการตนเอง, และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง ($r \approx .401 - .455$) กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ ด้านการสื่อสารด้านสุขภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำที่สุด ($r < .295, p < .001$) นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ($r = -.145, p = .006$) ในขณะที่ รายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ ($r = .145, p = .006$)

อภิปรายผล

ปัจจัยส่วนบุคคลและความรู้ด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง พบว่า ปัจจัยของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญ คืออายุ รายได้ และการมีโรคประจำตัว กลุ่มผู้สูงวัยที่มีโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน มักจะให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนมากกว่า ซึ่งอาจเป็นเพราะพวกเขาต้องติดตามอาการอยู่แล้ว เลยมีแรงกระตุ้นมากขึ้นในการหาทางป้องกันโรคต่างๆ รวมถึงภาวะสมองเสื่อมด้วย ประเด็นนี้ก็สอดคล้องกับข้อค้นพบของ วิลลิตัน บัญเสถียร (2565) ว่าผู้ที่มีโรคเรื้อรังจะมีพฤติกรรมการดูแลตัวเองที่เข้มข้นกว่าผู้ที่ไม่มียโรค ในขณะที่ตัวแปรอายุ เป็นที่สัมพันธ์ในทางลบ หมายความว่ายิ่งอายุมากขึ้น ก็ยังมีแนวโน้มที่พฤติกรรมการป้องกันจะลดลง เพราะวัยที่สูงขึ้นก็มักมาพร้อมกับข้อจำกัดทางร่างกาย เช่น เดินเหินไม่สะดวก ความจำลดลง หรือรู้สึกเหนื่อยง่าย งานของ ตติยา ฤทธิช่วย (2563) ก็พบผลลัพธ์ไปในทิศทางเดียวกัน ส่วนเรื่องรายได้ ก็มีผลในทางบวก กลุ่มที่มีรายได้มากกว่า มักสามารถเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ หรือเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ง่ายกว่า ซึ่งอาจช่วยให้พวกเขาเรียนรู้วิธีป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ดีกว่า ในข้อมูลรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม หมายถึงคนที่มีรายได้มาก จะมีทางเลือกในการดูแลสุขภาพมาก เช่น สามารถซื้ออาหาร หรือเดินทางไปใช้บริการสุขภาพ งานศึกษาของ Makino และคณะ (2025) ก็สะท้อนในลักษณะเดียวกัน นอกเหนือจากนั้น ปัจจัยพื้นฐานอื่น ๆ อย่างเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ หรือแม้แต่โครงสร้างครอบครัว กลับไม่พบความสัมพันธ์อย่างชัดเจนในบริบทนี้ อาจเพราะปัจจัยเหล่านี้มีบทบาทรองลงมาเมื่อเทียบกับแรงจูงใจส่วนบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมโดยรอบอย่างที่กำลังมาลักษณะ กองแก้ว (2567) ชี้ให้เห็นตัวแปรพื้นฐานพวกนี้อาจไม่ได้มีอิทธิพลมากเท่ากับพฤติกรรมที่มาจากแรงผลักดันภายในของแต่ละคน ส่วนระดับความรู้ด้านสุขภาพ ของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม โดยรวมอยู่ในระดับ "ดี" โดยเฉพาะในเรื่องของ "การตัดสินใจ" และ "การจัดการตนเอง" ซึ่งทั้งสองด้านนี้มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ทำให้คิดถึงแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในเชิงปฏิบัติ หรือ interactive and critical health literacy ว่าเป็นทักษะสำคัญที่ทำให้คนวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพได้ดี และตัดสินใจเรื่องสุขภาพอย่างเหมาะสม ขณะเดียวกันงานของ Makino และคณะ (2025) ก็ยืนยันว่าผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพสูง มักจะสามารถ

วางแผนและตัดสินใจได้ดีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในมิติของการตัดสินใจ และการจัดการตนเองมีส่วนอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในกลุ่มผู้สูงอายุ

ดังนั้น ในแผนงานส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ อาจต้องหันมาเน้นการพัฒนาทักษะด้านสุขภาพเหล่านี้ให้มากขึ้น ควบคู่ไปกับการสร้างโอกาสในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลและกิจกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับศักยภาพของแต่ละคนในพื้นที่ เช่น การจัดกิจกรรมในชุมชน การฝึกอบรมอมสม. ผู้ดูแล เพื่อให้ช่วยถ่ายทอดความรู้แบบเข้าใจง่าย และตรงกับชีวิตจริงของผู้สูงอายุ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การพัฒนาระบบส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแบบบูรณาการ หน่วยงานสาธารณสุขควรพัฒนาหลักสูตรและกิจกรรมที่เน้นทักษะการตัดสินใจเรื่องสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลดิจิทัล และการใช้สื่อสมัยใหม่ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม โดยอาศัยความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำสุขภาพระดับหมู่บ้าน และชมรมผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน

2. การสนับสนุนกลุ่มเสี่ยงเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย (ต่ำกว่า 3,799 บาท/เดือน) และอายุมาก (75-84 ปี) ด้วยการจัดบริการและข้อมูลสุขภาพที่เข้าถึงได้ง่าย เพื่อลดช่องว่างความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ซึ่งจะช่วยป้องกันปัญหาเรื้อรังในระยะยาวและเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ควรขยายขอบเขตการวิจัยไปยังพื้นที่อื่น ที่มีบริบทแตกต่างจากเดิม เช่น จังหวัดชนบทหรือเมืองใหญ่ เพื่อเปรียบเทียบแนวโน้มและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในหลากหลายกลุ่มประชากร

2. แนะนำให้ศึกษาเชิงลึกด้านจิตสังคมและแรงจูงใจ เช่น บทบาทของสมาชิกในครอบครัว การสนับสนุนจากสังคม หรือสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยซ่อนเร้นที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพแบบไม่รู้ตัว

3. การใช้รูปแบบวิจัยเชิงทดลองหรือวิจัยปฏิบัติการ จะช่วยให้สามารถประเมินผลของโปรแกรมหรือกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในระยะยาวได้อย่างเป็นรูปธรรม และนำไปสู่การพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมต่อการใช้งานจริงในพื้นที่ต่าง ๆ

References

- กระทรวงสาธารณสุข. (2567). รายงานสถานการณ์โรคสมองเสื่อมในประเทศไทย ปี 2567. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย. (2566). โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. สืบค้นจาก <https://www.anamai.moph.go.th/>.
- ทิพรัตน์ สิทธิวงศ์, และรักษิต สุทธิพงษ์. (2567). ผลของกิจกรรมทางกายต่อระบบประสาทในผู้สูงอายุ. *วารสารเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 20(1), 75–84.
- นัชชา เรืองเกียรติกุล. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมือง. *วารสารสาธารณสุขชุมชน*, 49(3), 215–227.
- ปัทมา ปานมาก. (2561). ผลของการออกกำลังกายต่อความสามารถทางสมองของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 40(3), 23–30.
- ปจรา โพธิ์หัง. (2564). ปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารสังคมและสุขภาพ*, 17(2), 101–113.
- วรรัตน์ ทิพย์รัตน์, และคณะ. (2564). การออกกำลังกายกับการเสริมสร้างความจำในผู้สูงอายุ. *วารสารสุขภาพจิต*, 28(1), 51–62.
- ศุภานัน เหลาคำ. (2565). ผลของการให้ความรู้โดยบุคลากรสาธารณสุขต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพัฒนา*, 5(1), 41–53.
- สำนักวิชาการสาธารณสุข. (2565). คู่มือส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- อรรธรณ นามมนตรี. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 36(2), 1–15.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2560). การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุไทย. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 10(1), 23–34.
- อรุณโรจน์ รุ่งเรือง, และพุดพิงศ์ สัตย์วงศ์ทิพย์. (2566). กิจกรรมทางสังคมและความสามารถในการจดจำของผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 12(2), 115–128.
- Alzheimer's Association. (2024). *Dementia statistics*. Retrieved from <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/facts-figures>
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., ... & Mukadam, N. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*, 390(10113), 2673–2734.
- Makino, M., et al. (2025). Health literacy and preventive behavior for dementia among elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 40(2), 102–115.
- Nichols, E. (2022). Global, regional, and national burden of Alzheimer's disease and other dementias, 1990–2019: A systematic analysis. *The Lancet Neurology*, 21(11), 1078–1090.



Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.