

## ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับ การเสริมสร้างพลังอำนาจ และกิจกรรมทางสังคมในการป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

พวงผกา อุทาโพธิ์<sup>1</sup> และ นาฏนภา ทิบบแก้ว ปัตตชาสุวรรณ<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

<sup>2</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

### บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกิจกรรมทางสังคมในการป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้สูงอายุที่มีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบประเมินแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) อยู่ระดับเสี่ยงหรือระดับไม่ปลอดภัย อายุระหว่าง 60–80 ปี แบ่งกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 34 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจและกิจกรรมทางสังคมในการป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุและกลุ่มเปรียบเทียบดำเนินชีวิตตามปกติ ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Independent t – test, Paired t – test และ McNemar’s Chi – Square test

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ซึ่งสอดคล้องกับระดับค่าเฉลี่ยคะแนนการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ที่อยู่ในระดับปลอดภัย

**คำสำคัญ:** โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ / ความรู้ด้านสุขภาพ / ผู้สูงอายุ / โรคสมองเสื่อม

\*Corresponding author: นาฏนภา ทิบบแก้ว ปัตตชาสุวรรณ, E-mail: Natnpa@kku.ac.th, โทร. 0843641458

Received: April 25, 2022 | Revised: June 9, 2022 | Accepted: June 12, 2022

## Effects of Health Promotion Program Applying Health Literacy and Empowerment and Social Activity on Prevention of Dementia in Elderly

Phuangphaka Authapo<sup>1</sup> Natnapa Heebkaew Padchasuwan<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Master student of Public Health in Health Education and Health Promotion, Faculty of Public Health Khon Kaen University

<sup>2\*</sup>Asst. Prof., Faculty of Public Health, Khon Kaen University

### Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of health promotion programs applying health literacy, empowerment, and social activity to the prevention of dementia in the elderly. Subjects were elderly people aged from 60 to 80 years. The mean scores of dementia screening by using the Thai version of the Initial Dementia Test Assessment (MMSE-Thai 2002) were at the risk level or unsafe level. This subjects were divided into 2 groups each at 34 per group. The experimental group received an empowerment program with health literacy while the comparison group lived regularly. It took 12 weeks to complete the experimental process. Data was analyzed using techniques such as the independent t-test, the paired t-test, and McNemar's Chi-Square test.

The results showed that after the experimental, the average score of health literacy and dementia prevention practices in the experimental group was statistically significantly higher than in the comparison and pre-experimental groups ( $p < 0.001$ ). Furthermore, level of the mean scores of dementia screening by using the Thai version of the Initial Dementia Test Assessment (MMSE-Thai 2002) were classified at safe level and increased.

**Keywords:** Health promotion program / Health Literacy / Elderly / Dementia

---

\*Corresponding author: Natnapa Heebkaew Padchasuwan, E-mail: Natnpa@kku.ac.th, Tel: 0843641458

Received: April 25, 2022 | Revised: June 9, 2022 | Accepted: June 12, 2022

## บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติในการทำงานของสมองด้านการคิด และสติปัญญา โดยมีการเสื่อมด้านความจำเป็นอาการเด่น และมีความผิดปกติด้านความคิด การตัดสินใจและการเคลื่อนไหวร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม บุคลิกภาพและอารมณ์ รวมถึงมีความสามารถในการคิดเชิงซ้อน (Abstract thinking) ลดลงจนรบกวนการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดผลเสียต่อการทำงาน สังคม และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น<sup>1</sup> ภาวะสมองเสื่อมยังเป็นสาเหตุของการไร้ความสามารถในผู้สูงอายุมากที่สุด เนื่องจากผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆ และขาดความมั่นใจในตนเองจากการสูญเสียความสามารถในการรู้คิดและการตัดสินใจ เมื่ออาการมากขึ้นไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้และนำไปสู่การช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในที่สุด อีกทั้งยังมีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม เช่น ก้าวร้าว ซึมเศร้า หวาดระแวง เป็นต้น ทำให้ญาติผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อมด้วย โดยเฉพาะการที่ต้องรองรับปัญหาทางจิต อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย สูญเสียโอกาสในการทำงานและมีรายได้ลดลง ทั้งนี้ ภาวะสมองเสื่อมยังเพิ่มภาระในการดูแลแก่สังคมเนื่องจากต้องนำเข้ายาจากต่างประเทศที่มีราคาแพง ทำให้สูญเสียรายได้ของประเทศชาติอีกด้วยและยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น<sup>2</sup>

องค์การอนามัยโลกรายงานว่าใน ค.ศ. 2012 มีผู้ป่วยสมองเสื่อมเกือบ 35.6 ล้านคน และจะเพิ่มเป็นสองเท่า 65.7 ล้านคน และสามเท่า 115.4 ล้านคน ใน ค.ศ. 2030 และ 2050 ตามลำดับ ภาวะสมองเสื่อมพบได้ทุกประเทศทั่วโลก มากกว่าครึ่งของผู้ป่วย (ร้อยละ 58) อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง และคาดว่าผู้ป่วยจะเพิ่มเป็นร้อยละ 70 ใน ค.ศ. 2050 ปัจจุบันโลกต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมากกว่าปีละ 604 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ<sup>3</sup> ในประเทศไทยพบว่า ผู้สูงอายุมีโรคสมองเสื่อมร้อยละ 12.4 โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 15.1 และ 9.8 ตามลำดับ) และพบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น โดยช่วงอายุ 60-69 ปี, 70-79 ปี และอายุ 80 ปีขึ้นไป มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 7.1, 14.7 และ 32.5 ตามลำดับ<sup>4</sup> ใน ค.ศ. 2013 มีผู้เสียชีวิตด้วยภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกถึง 1.7 ล้านคน เนื่องจากคนมีอายุยืนยาว ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นอีกภาคของประเทศไทยที่พบประชาชนมีภาวะสมองเสื่อม จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมมากเป็นอันดับ 3 ของประเทศไทย รองจากภาคกลาง และภาคเหนือ ตามลำดับ<sup>5</sup> สอดคล้องกับประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน และจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 และยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ได้มีการรายงานปัญหาของโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ กล่าวไว้ว่า ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องซึ่งจะมีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น จากสถานการณ์ของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของประเทศชาติ ประเทศไทยต้องสูญเสียรายได้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทั้งประเทศประมาณ 1,810 ล้านดอลลาร์ต่อปี หรือประมาณ 63,350 ล้านบาทต่อปี รัฐบาลต้องรับภาระต้นทุนค่ายารักษาภาวะสมองเสื่อม ประมาณ 4,155-5,338 บาทต่อเดือนต่อคน<sup>6</sup> สำหรับประเทศไทยมีการประมาณค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมโดยประมาณเดือนละ 10,000-20,000 บาทต่อคน ทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และคุณภาพชีวิตของตนเองและครอบครัวเป็นอย่างมาก ปัจจุบันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุซึ่งเกิดจากความเสื่อมถอยของเซลล์สมองนั้น ยังไม่พบว่ามีวิธีการใดที่จะรักษาได้ การให้ยาเป็นเพียงการรักษาอาการที่เกิดขึ้นจากผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อม แต่ไม่ใช่การชะลอการเสื่อมของสมอง จะมีประโยชน์ในผู้ที่มีภาวะ

สมองเสื่อมเล็กน้อยและปานกลาง<sup>7</sup>

จากข้อมูลสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวเห็นได้ว่าโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากผู้สูงอายุยังขาดความรู้ในการดูแลตัวเองและขาดโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ได้แก่ การออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อร่างกายที่แข็งแรง ไม่หกล้ม ด้วยการบริหารร่างกายท่าต่างๆการดูแล ฟีกฝนทักษะทางสมอง เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการฝึกสมองด้วยการเล่นเกม การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ และการนอนหลับอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 7-8 ชั่วโมง และการกินอาหารอย่างถูกต้องตามหลักโภชนาการ ลดหวาน มัน เค็ม เน้นผักและผลไม้ เลือกอาหารที่มีโปรตีนคุณภาพสูง เช่น ปลาทะเล ซึ่งมีกรดโอเมก้า 3 สูง ช่วยบำรุงประสาท สายตา และสมอง<sup>8</sup> และการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถป้องกันตนเองหรือช่วยลดภาวะเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมได้ โดยจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมได้มีการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ<sup>9</sup> ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศรุตยา หวางษ์<sup>10</sup> นอกจากนี้ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของแต่ละบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีซึ่งมีองค์ประกอบหลักของความรอบรู้ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) ทักษะการจัดการตนเอง และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ การมีความรอบด้านสุขภาพจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดี<sup>11</sup> ซึ่งจากความสำคัญข้างต้น จึงมีความสำคัญและจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมด้วยโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจและกิจกรรมทางสังคมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมปรับเปลี่ยนประกอบไปด้วยพฤติกรรม การบริโภคอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย และมีโอกาสได้ออกมาทำกิจกรรมร่วมกับสังคมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และมีการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสมป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

### 1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจและกิจกรรมทางสังคมในการป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

### 2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2.2 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการตนเองจากการป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มเปรียบเทียบ

2.3 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการคัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน 2Q 9Q ในผู้สูงอายุ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

#### ตัวแปรอิสระ

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกิจกรรมทางสังคมในการป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

#### 1. ความรู้ด้านสุขภาพ

ขั้นที่ 1 ในความรู้ความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคสมองเสื่อม

- การบรรยายประกอบสไลด์
- การฝึกทักษะการบริหารสมอง
- VDO ตัวอย่างผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ขั้นที่ 2 การเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารการป้องกันโรคสมองเสื่อม

- การบรรยายประกอบสไลด์
- VDO ตัวอย่างผู้สูงอายุสมองเสื่อม
- การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

ขั้นที่ 3 การสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันตนเองเพื่อป้องกันการเกิด

โรคสมองเสื่อม

- สาธิตตัวอย่างอาหารต้านสมองเสื่อม
- เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน
- สรุปรการเรียนรู้

ขั้นที่ 4 การจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุ

- ให้ความรู้และทัศนคติที่ดีในการจัดการตนเอง สู่การเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง
- การทำกิจกรรมทางสังคม ออกกำลังกาย
- สรุปรการเรียนรู้

ขั้นที่ 5 การมีทักษะตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกัน

โรคสมองเสื่อม

- การออกกำลังกาย การสร้างสัมพันธ์ภาพ การเข้าร่วมสังคม
- เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม
- สรุปรการเรียนรู้

ขั้นที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพในการป้องกันการเกิดการป้องกัน

โรคสมองเสื่อม

- ดูโฆษณา วิเคราะห์ผลดีของโฆษณา
- สรุปรการเรียนรู้

ขั้นที่ 7 การเสริมสร้างพลังอำนาจ

ผู้วิจัย: ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม และ สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคสมองเสื่อมโดยให้ผู้สูงอายุสะท้อนปัญหาและสาเหตุของการเกิดโรคสมองเสื่อมโดยการเขียนและ

#### ตัวแปรตาม

#### 1. ความรู้ด้านสุขภาพ

1.1 การเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารการป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

1.2 การสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อม

1.3 การจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการป้องกันโรคสมองเสื่อม

1.4 การมีทักษะตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคสมองเสื่อม

1.5 การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพในการป้องกันการเกิดการป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

1.6 การจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการป้องกันโรคสมองเสื่อม

#### 2. พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคสมองเสื่อม

#### 3. ภาวะซึมเศร้า

## ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยมีคะแนน ADL (Activities of Daily Living) มากกว่า 11 ขึ้นไป อายุระหว่าง 60-80 ปี กลุ่มทดลอง (Experimental group) อาศัยอยู่ชุมชนบ้านโนนชัย ตำบลในเมือง จังหวัดขอนแก่น ได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) อาศัยอยู่ชุมชนแห่งหนึ่ง ตำบลในเมือง จังหวัดขอนแก่น ได้รับการบริการจากสถานบริการสุขภาพตามปกติ ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ ประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest - posttest design) โดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป การเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเพื่อป้องกันโรคมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ความรู้ความเข้าใจข้อมูลการป้องกันโรคมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมองเสื่อม การจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันตนเองจากการป้องกันโรคมองเสื่อมที่ถูกต้อง การมีทักษะตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคมองเสื่อมได้อย่างถูกต้อง การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และ ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 ผู้วิจัยกล่าวแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและสร้างสัมพันธภาพแบบเป็นกันเองระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มทดลองโดยใช้กิจกรรมทักษะฝึกสมองพร้อมทั้งดำเนินกิจกรรมความรู้ความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคมองเสื่อมที่ส่งผลให้เกิดโรคมองเสื่อมโดยการบรรยายประกอบสื่อและรับชมวิดีโอตัวอย่างผู้สูงอายุสมองเสื่อม พร้อมกับการตรวจประเมินภาวะซึมเศร้าจัดให้มีบริการรับคำปรึกษาภาวะซึมเศร้าในวันพฤหัสบดีของแต่ละสัปดาห์ในสัปดาห์ที่ 1

กิจกรรมครั้งที่ 2 การเสริมสร้างความรู้ ความรู้ความเข้าใจข้อมูลการป้องกันโรคมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่ถูกต้อง โดยการการอบรมและบรรยายประกอบสไลด์ ให้ความรู้และผลกระทบที่เกิดจากโรคมองเสื่อมและกิจกรรมการฝึกสมอง หนังสือผู้ป่วยสมองเสื่อมในสัปดาห์ที่ 2

กิจกรรมครั้งที่ 3 การเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารการป้องกันโรคมองเสื่อมในผู้สูงอายุและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยการบรรยายประกอบสไลด์รับชมวิดีโอโมเดลสมอง เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในสัปดาห์ที่ 3

กิจกรรมครั้งที่ 4 การสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมองเสื่อม โดยการฝึกทักษะในการสื่อสารและการสร้างปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน บรรยายและสาธิตอาหารต้านสมองเสื่อม การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อตอบคำถาม สรุปลแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในสัปดาห์ที่ 4

กิจกรรมครั้งที่ 5 การส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันตนเองจากการป้องกันโรคมองเสื่อมที่ถูกต้อง โดยการบรรยายให้ความรู้และทัศนคติที่ดีในการจัดการตนเอง สู่การเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การทำกิจกรรมทางสังคม ออกกำลังกาย สรุปลแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ในสัปดาห์ที่ 5

กิจกรรมครั้งที่ 6 การส่งเสริมการมีทักษะ ตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคมองเสื่อมได้อย่างถูกต้อง โดยการออกกำลังกาย การสร้างสัมพันธภาพ การเข้าร่วมสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และสรุปลแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ในสัปดาห์ที่ 6

กิจกรรมครั้งที่ 7 การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพในการป้องกันการเกิดการป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ดูโฆษณา วิเคราะห์ผลดีของโฆษณา และวิเคราะห์ผลเสียของโฆษณา ว่ามีความเหมาะสม และน่าเชื่อถือหรือไม่ และสรุปแลกเปลี่ยน เรียนรู้ในสัปดาห์ที่ 7

กิจกรรมครั้งที่ 8 กิจกรรมการลงเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการออกกำลังกาย ทบทวนท่าออกกำลังกาย สัปดาห์ที่ 8

กิจกรรมครั้งที่ 9 กิจกรรมการลงเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการออกกำลังกาย ทบทวนท่าออกกำลังกาย สัปดาห์ที่ 9

กิจกรรมครั้งที่ 10 กิจกรรมการลงเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการออกกำลังกาย ทบทวนท่าออกกำลังกาย สัปดาห์ที่ 10

กิจกรรมครั้งที่ 11 การเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันโรคสมองเสื่อมโดยการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม และ สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคสมองเสื่อมโดยให้ผู้สูงอายุสะท้อนปัญหาและสาเหตุของการเกิดโรคสมองเสื่อมโดยการ เขียนและออกมาแปะและรวบรวมประเด็น และได้แจกแผ่นพับสำหรับผู้สูงอายุ และ ถุงกันลิ่ม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้นำกลับไป ฝึกฝนที่บ้าน ในสัปดาห์ที่ 11

กิจกรรมครั้งที่ 12 กิจกรรมประเมินผลหลังการจัดกิจกรรมด้วยการ พร้อมประเมินภาวะซึมเศร้าเปรียบเทียบกับ ก่อนและหลังการทดลอง รวมถึงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การป้องกันโรคสมองเสื่อมกิจกรรมทางกายที่ได้สอดแทรก ตลอดระยะเวลา 11 สัปดาห์เปิดโอกาสซักถามและตอบประเด็นสงสัยเพิ่มเติม ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้สูงอายุกลุ่มทดลองทุกคนที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมวิจัยครั้งนี้ในสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยจะมีการประเมินผลหลังสัปดาห์ที่ 12

#### 5.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ ผู้สูงอายุที่ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุระหว่าง 60-80 ปี ในเขต รับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 3 (โนนชัย) ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นโดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria)

- 1) มีอายุระหว่าง 60-80 ปี
- 2) เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยมีคะแนน ADL (Activities of Daily Living) มากกว่า 11 ขึ้นไป
- 3) ไม่มีปัญหาการได้ยิน ไม่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว
- 4) สมัยครใจ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

- 1) เป็นโรคอัลไซเมอร์
- 2) กลุ่มตัวอย่างย้ายที่อยู่อาศัย
- 3) กลุ่มตัวอย่างขอลอนตัวจากการวิจัย
- 4) กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามกำหนด

## 5.2 การคำนวณขนาดตัวอย่าง

จากการศึกษาของ กัมปนาท ส้ารวมจิต<sup>12</sup> เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองสำหรับผู้สูงอายุต่อการรู้คิดและพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยการศึกษาที่มีตัวอย่างที่ใช้ศึกษารวมทั้งสิ้น 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 28 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 28 คน โดยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองระยะมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคสมองเสื่อม 47.01 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.81 กลุ่มเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคสมองเสื่อม 42.92 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.83

การคำนวณขนาดตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเป็นการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ระหว่างกลุ่ม 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน<sup>13</sup> จากสูตร

$$\text{สูตรที่ใช้คำนวณ } n/\text{group} = \frac{2 (Z_\alpha + Z_\beta)^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

เมื่อกำหนดให้

$n$  = จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

$Z_\alpha$  = ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนั้น  $\alpha = 0.05$ ,  $Z_\alpha = 1.64$

$Z_\beta$  = กำหนดอำนาจการทดสอบ 90% ดังนั้น  $\beta = 0.10$ ,  $Z_\beta = 1.28$

$\sigma^2$  = ความแปรปรวนที่นำมาใช้ คือ ค่าความแปรปรวนร่วม (pool variance)

$\mu_1 - \mu_2$  = ค่าความต่างของตัวแปรผล โดยคำนวณจากคะแนนเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม

การคำนวณหาค่าความแปรปรวนร่วม (อรุณ จิรวินท์กุล, 2551) ดังนี้

สูตรที่ใช้คำนวณ

$$\sigma^2 = \frac{(n_1 - 1) Sd_1^2 + (n_2 - 1) Sd_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

เมื่อกำหนดให้

$n_1$  หมายถึง ขนาดตัวอย่างกลุ่มทดลอง

$n_2$  หมายถึง ขนาดตัวอย่างกลุ่มเปรียบเทียบ

$S_1^2$  หมายถึง ค่าความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนกลุ่มทดลอง

$S_2^2$  หมายถึง ค่าความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนกลุ่มเปรียบเทียบ

$$\text{แทนค่าในสูตร } \sigma^2 = \frac{(28 - 1)5.81^2 + (28 - 1)4.83^2}{(28 + 28) - 2}$$

$$\sigma^2 = 28.54$$

คำนวณค่าความต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (Effect size)

$$(\mu_1 - \mu_2) = 4.09$$

แทนค่าเพื่อหาขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าในสูตร} \quad n/\text{group} &= \frac{2(Z_\alpha + Z_\beta)^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2} \\ n/\text{group} &= \frac{2(28.54)(1.64+1.28)^2}{(47.01 - 42.92)^2} \\ n/\text{group} &= 29.09 \\ n/\text{group} &= 30 \text{ คน} \end{aligned}$$

ในการศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 30 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จำนวน 60 คน แต่ในสถานการณ์จริงในการกระบวนการศึกษาเชิงทดลองอาจมีการสูญหายของข้อมูลระหว่างการศึกษาก็จะมีการเพิ่มขนาดตัวอย่างโดยการนำอัตราการสูญหายจากการติดตาม (Drop out) มาใช้ในการคำนวณปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างโดยการตัดผู้สูญหายจากการติดตามออกจากการวิเคราะห์<sup>13</sup> ดังนั้นผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างขนาดกลุ่มตัวอย่างต่อกลุ่มโดยปรับเพิ่มร้อยละ 10 ซึ่งมีสูตรคำนวณต่อไปนี้

$$\text{สูตรที่ใช้คำนวณ } N_{\text{adj}} = n / (1 - R)^2$$

เมื่อ  $n_{\text{adj}}$  คือ ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

$n$  คือ ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตร

$R$  คือ สัดส่วนการตกสำรวจหรือผู้สูญหายจากการติดตาม

ดังนั้น เมื่อ  $n = 30$ ,  $R = 0.10$

$$\begin{aligned} \text{แทนค่า } n_{\text{adj}} &= 30 / (1 - 0.10)^2 = 30 / 0.90 \\ &= 33.33 \\ &\approx 34 \end{aligned}$$

ดังนั้นขนาดตัวอย่างหลังได้ปรับเพื่อป้องกันการตกสำรวจหรือสูญหายจากการติดตามแล้วจึงได้ขนาดตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำนวนกลุ่มละ 34 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนทั้งหมด 68 คน

## ผลการวิจัย

### 4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 68.7 และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.0 กลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 69-80 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.2 อายุเฉลี่ย 72.3 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.57 (Max = 80, Min = 69) กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุระหว่าง 69-80 ปี คิดเป็นร้อยละ 68.7 อายุเฉลี่ย 74.5 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.63 (Max = 80, Min = 69) สถานภาพสมรสมากที่สุด กลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 78.0 และกลุ่มเปรียบเทียบ คิดเป็นร้อยละ 74.8 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.5 และร้อยละ 56.1 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเบาหวานและความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 68.7 และร้อยละ 56.2 ตามลำดับ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 5,000- 9,999 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 31.1 (Max = 30,000, Min = 2,000) และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 5,000-9,999 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 34.2 (Max = 40,000, Min = 3,000) และประวัติการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีประวัติการไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 56.2 และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีประวัติการไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 68.7 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 68.7 และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 84.4 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 43.4 และร้อยละ 84.4 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมครั้งสุดท้ายภายใน 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.3 และร้อยละ 37.5 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสาเหตุของโรคสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 68.7 และร้อยละ 84.4 ตามลำดับทั้งนี้มีการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคสมองเสื่อม ดังตารางที่ 1 และ 2 และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าสัดส่วนการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนทดลอง (n = 34)					หลังทดลอง (n = 34)				
	$\bar{X}$	S.D.	Mean Diff.	95%CI	P - value	$\bar{X}$	S.D.	Mean Diff.	95%CI	P - value
<b>ความรู้ ความเข้าใจ</b>										
กลุ่มทดลอง	5.59	1.37				8.56	1.51			
หลังทดลอง	5.65	4.20	0.06	-0.71 ถึง 0.59	0.858	5.59	4.47	2.97	2.24 ถึง 3.65	< 0.001
<b>การเข้าถึงข้อมูล</b>										
<b>ข่าวสาร</b>										
กลุ่มทดลอง	5.62	1.35				7.79	1.01			
หลังทดลอง	5.76	1.37	0.15	-0.81 ถึง 0.51	0.657	5.62	1.35	2.37	1.82 ถึง 2.95	< 0.001
<b>การสื่อสารข้อมูล</b>										
กลุ่มทดลอง	5.29	1.14				7.59	0.89			
หลังทดลอง	5.15	1.81	0.15	-0.42 ถึง 0.71	0.604	5.32	1.09	2.27	0.24 ถึง 1.53	0.008
<b>การจัดการตนเอง</b>										
กลุ่มทดลอง	8.50	1.60				11.85	1.84			
หลังทดลอง	8.35	1.63	0.15	-0.64 ถึง 0.93	0.709	8.47	1.66	3.38	2.69 ถึง 4.08	< 0.001
<b>ทักษะตัดสินใจ</b>										
กลุ่มทดลอง	11.26	1.83				12.97	1.77			
หลังทดลอง	11.59	1.74	0.32	-1.19 ถึง 0.54	0.458	11.18	1.91	1.79	0.86 ถึง 2.38	< 0.001
<b>การรู้เท่าทันสื่อ</b>										
กลุ่มทดลอง	8.47	2.74				9.88	1.54			
หลังทดลอง	8.35	1.46	0.12	0.49 ถึง 2.57	0.936	8.50	1.35	1.38	0.49 ถึง 2.57	0.005
<b>พฤติกรรม</b>										
กลุ่มทดลอง	29.82	3.27				44.85	3.30			
หลังทดลอง	30.00	3.25	0.03	-1.62 ถึง 1.56	0.971	29.82	3.03	14.85	13.29 ถึง 16.38	< 0.001

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคสมองเสื่อม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n = 34)					กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 34)				
	$\bar{X}$	S.D.	Mean Diff.	95%CI	P - value	$\bar{X}$	S.D.	Mean Diff.	95%CI	P - value
<b>ความรู้ ความเข้าใจ</b>										
ก่อนทดลอง	5.59	1.37	2.97	2.28 ถึง 3.66	< 0.001	5.65	1.32	0.06	-0.13 ถึง 0.25	0.535
หลังทดลอง	8.56	1.51				5.59	1.37			
<b>การเข้าถึงข้อมูล</b>										
<b>ข่าวสาร</b>										
ก่อนทดลอง	5.62	1.35	2.17	1.62 ถึง 2.73	< 0.001	5.76	1.37	0.15	-0.02 ถึง 0.27	0.203
หลังทดลอง	7.79	1.01				5.62	1.35			
<b>การสื่อสารข้อมูล</b>										
ก่อนทดลอง	5.29	1.14	2.29	1.80 ถึง 2.80	< 0.001	5.15	1.81	0.17	-0.14 ถึง 0.49	0.263
หลังทดลอง	7.59	0.89				5.32	1.09			
<b>การจัดการตนเอง</b>										
ก่อนทดลอง	8.50	1.60	3.35	2.56 ถึง 4.15	<0.001	8.35	1.63	0.12	-0.26 ถึง 0.50	0.535
หลังทดลอง	11.85	1.84				8.47	1.66			
<b>ทักษะตัดสินใจ</b>										
ก่อนทดลอง	11.26	1.83	1.71	0.69 ถึง 2.72	0.002	11.59	1.74	0.41	-0.12 ถึง 0.94	0.124
หลังทดลอง	12.97	1.77				11.18	1.91			
<b>การรู้เท่าทันสื่อ</b>										
ก่อนทดลอง	9.88	1.54	1.41	0.29 ถึง 2.53	0.015	8.50	1.35	0.15	-0.08 ถึง 0.38	0.201
หลังทดลอง	8.47	2.74				8.35	1.46			
<b>พฤติกรรม</b>										
ก่อนทดลอง	29.82	3.27	15.03	13.29 ถึง 16.77	<0.001	30.00	3.03	0.15	-1.02 ถึง 0.73	0.735
หลังทดลอง	44.85	3.30				29.82	3.03			

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบความแตกต่างค่าสัดส่วนการประเมินภาวะซีมเซร่าในผู้สูงอายุที่อยู่ระดับปลอดภัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การประเมินภาวะซีมเซร่าในผู้สูงอายุ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
กลุ่มทดลอง					
ปกติ	9	16.7	24	80.0	<0.001
เครียด	25	83.3	10	20.0	
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ปกติ	9	16.7	9	16.7	1.000
เครียด	25	83.3	25	83.3	

### อภิปรายผลการวิจัย

ผลการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ความเข้าใจสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 2.97 ; 95% CI : 2.28 ถึง 3.65,  $p < 0.001$ ) และสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 2.97; 95 % CI : 2.28 ถึง 3.66,  $p < 0.001$ ) ผลของการเปลี่ยนแปลงสืบเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อม ได้แก่ กิจกรรม “ให้ความรู้เรื่องสมองเสื่อมและการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม เน้นส่งเสริมด้านความจำ ด้านการสนใจจดจ่อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ วงจันทร์<sup>14</sup> ได้ศึกษาผลของโปรแกรมบริหารสมองต่อการรู้คิดในผู้สูงอายุ ผลการศึกษา พบว่า หลังการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อม เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) เนื่องจาก กิจกรรมให้ความรู้เรื่องสมองเสื่อมและการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมให้เฉพาะกิจกรรมครั้งที่ 1 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง เน้นส่งเสริมการรู้คิดด้านความจำ ด้านการสนใจจดจ่อ และด้านการรับรู้เกี่ยวกับสังครรอบตัว และสอดคล้องกับการศึกษาของ มุสลินท์ โตะแปเราะ<sup>15</sup> ได้ศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตามวิถีพหุวัฒนธรรม โดยใช้แอปพลิเคชัน เพื่อกระตุ้นพุทธิปัญญาของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม จังหวัดนราธิวาสผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพุทธิปัญญาหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูง กว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตามวิถีพหุวัฒนธรรมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.001 ( $t = 13.59$ ,  $p < 0.001$ ) เนื่องจากได้รับกิจกรรมที่เน้นประสบการณ์ กิจกรรมที่เน้นความรู้ความเข้าใจ และกิจกรรมที่เน้นการสะท้อนความคิดและอภิปราย

จากผลการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ (Mean difference = 2.37 ; 95% CI : 1.82 ถึง 2.95,  $p < 0.001$ ) และสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 2.17; 95 % CI : 1.62 ถึง 2.73,  $p < 0.001$ ) ผลของการเปลี่ยนแปลงสืบเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการเข้าถึงสุขภาพแบบองค์รวม ประกอบด้วย การบรรยายภาพตัวอย่างอาการของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และรับชมวิดีโอ ผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ร่วมกลุ่มฝึกทักษะการบริหารสมอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิศมัย วรณชาม และคณะ<sup>16</sup> ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ผลการศึกษา พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมใน กลุ่มทดลองมีภาวะสมองเสื่อม ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการบรรยายให้ความรู้ กิจกรรมกลุ่มฝึกทักษะการบริหารสมอง ฝึกสมาธิและทักษะการเดิน บาสโลบ กิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุและแกนนำสุขภาพครอบครัว โดยพยาบาลเวชปฏิบัติร่วมกับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรีย์ สิมพลี และคณะ<sup>17</sup> ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายโดยทำบริหารมณีเวชประยุกต์เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษา พบว่า พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม ในด้านต่างๆ มีการปฏิบัติตัวในการป้องกันการหกล้มดีขึ้นก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ซึ่งส่งผลให้ระดับความสามารถในการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ( $p < 0.001$ ) ดังนั้น สามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายโดยทำบริหารมณีเวชประยุกต์เพื่อป้องกันการหกล้มไปใช้กับผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยให้ผู้สูงอายุเขียนในกระดานโน้ต ที่แจกให้และนำมาติดไว้ในมุมความรู้ที่กำหนดไว้

จากผลการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อมที่ถูกต้องสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 2.27 ; 95% CI : 0.24 ถึง 1.53,  $p = 0.008$ ) และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 2.29 ; 95 % CI : 1.80 ถึง 2.80,  $p < 0.001$ ) ผลของการเปลี่ยนแปลงสืบเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อมที่ถูกต้อง ได้แก่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กัมปนาท ส้ารวมจิต และคณะ<sup>18</sup> ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองสำหรับผู้สูงอายุต่อการรู้คิดและพฤติกรรมป้องกันการภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการภาวะสมองเสื่อม และการรู้คิด มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และผลต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการภาวะสมองเสื่อม และการรู้คิด มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการให้ความรู้ “อาหารด้านสมองเสื่อม” วัตถุประสงค์เพื่อให้

ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเช้าช่วยบำรุงสมอง เลือกรับประทานอาหารเช้าที่เหมาะสมกับวัย และสอดคล้องกับการศึกษาของ แวนใจ นาคะสุวรรณ<sup>19</sup> ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตัวอย่างวิจัยโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพมีสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $Z = -2.339, p = 0.019$ ) เนื่องจากได้รับกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อหา แนวทางป้องกัน โดยตัวผู้สูงอายุเองและ และครอบครัว วิเคราะห์สาเหตุการทกล้ม การได้รับอันตรายทั้งจากภายในและภายนอกบ้าน จัดกิจกรรมกลุ่มวิเคราะห์ปัญหาต่างๆ ให้กลุ่มทดลองแสดงความคิดเห็น

จากผลการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคสมองเสื่อมที่ถูกต้องสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 3.38 ; 95% CI : 2.69 ถึง 4.08,  $p < 0.001$ ) และสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 3.35 ; 95 % CI : 2.56 ถึง 4.15,  $p < 0.001$ ) ผลของการเปลี่ยนแปลงสืบเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการให้ความรู้และทัศนคติที่ดีในการจัดการตนเอง สู่การเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นฤนาท ยืนยง และคณะ<sup>20</sup> ได้ศึกษาผลโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ จังหวัดปทุมธานี หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ดังนี้ ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ อยู่ในระดับมากเพิ่มขึ้นหลังจากการได้รับโปรแกรมจากร้อยละ 80 เป็นร้อยละ 85 (ก่อน Mean = 2.70, S.D. = .50, หลัง Mean = 2.90, S.D. = .40) และทดสอบค่าที พบว่าทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพก่อนและหลังได้รับโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 2.04, p = .01$ )

จากผลการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีทักษะตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมได้อย่างถูกต้องสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 1.79 ; 95% CI : 0.86 ถึง 2.54,  $p < 0.001$ ) และสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 1.71 ; 95% CI : 0.69 ถึง 2.72,  $p = 0.002$ ) ผลของการเปลี่ยนแปลงสืบเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการมีทักษะ ตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมได้อย่างถูกต้อง ประกอบด้วย กิจกรรมการออกกำลังกาย การสร้างสัมพันธ์ภาพการเข้าร่วมสังคม เพื่อนำมาปรับใช้ พิจารณาประกอบการตัดสินใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา สุวิตรา สร้างนา<sup>21</sup> ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ตำบลนาเสียวอำเภอมือเมือง จังหวัดชัยภูมิ ผลการศึกษา พบว่า หลังทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเรื่องการรับประทานอาหารเช้า การออกกำลังกาย การจัดการ

ความเครียดของผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ( $p$ -value < 0.001) เนื่องจากเป็นกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการออกกำลังกาย เน้นความคิดรวบยอดเพื่อประกอบการตัดสินใจ

จากผลการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่ถูกต้องสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 1.38 ; 95% CI : 0.49 ถึง 2.57,  $p$  - value = 0.005) และสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 1.41 ; 95 % CI : 0.29 ถึง 2.53,  $p$  = 0.015) ผลของการเปลี่ยนแปลงสืบเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่ถูกต้อง ด้วยวิธีการดูโฆษณา โจรขโมยความจำ วิเคราะห์ผลดีของโฆษณา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สัมป่อย แสนเตปิน<sup>22</sup> ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเขตเทศบาลนครพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษา พบว่า หลังการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$  < 0.05) เนื่องจากได้รับกิจกรรมการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมและผลกระทบที่เกิดขึ้นภายในตัวผู้ป่วยและครอบครัว โดยการดูหนังสือ และวิเคราะห์ผลดีผลเสีย

จากผลการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการโรคสมองเสื่อมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 14.85 ; 95% CI : 13.33 ถึง 16.38,  $p$  < 0.001) และสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 15.03 ; 95% CI : 13.29 ถึง 16.77,  $p$  - value < 0.001) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4.2 ผลของการเปลี่ยนแปลงสืบเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมติดตามพฤติกรรมป้องกันการโรคสมองเสื่อมและการกระตุ้นให้ครอบครัวได้เข้ามามีบทบาทและสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจากการป้องกันการโรคสมองเสื่อมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีตยา หวางษ์ และคณะ<sup>23</sup> ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพตนเองและการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P$  - value < 0.05)

จากผลการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนการคัดกรองภาวะซึมเศร้าแบบ 2 คำถาม (2Q) อยู่ในเกณฑ์ปกติสูงกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$  - value < 0.001) ผลของการเปลี่ยนแปลงสืบเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกิจกรรมทางสังคมในการป้องกันการโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารการป้องกันการโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ความรู้ความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรค

สมองเสื่อมที่ถูกต้อง การสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อม การจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุ “ผ่านการให้ความรู้และทัศนคติที่ดีในการจัดการตนเอง สู่การเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การมีทักษะตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคมองเสื่อมได้อย่างถูกต้อง และการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ผุสดี ชูชีพ<sup>24</sup> ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุจังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่า ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ กานดาวลี มาลีวงษ์ และคณะ<sup>25</sup> ได้ศึกษาความรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” กรณีศึกษาเขตดอนเมือง ผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 90 ชมรมผู้สูงอายุอยู่ในหมู่บ้านจัดสรร จัดตั้งระหว่าง 5-10 ปี สมาชิกน้อยกว่า 50 คน ช่วงอายุของสมาชิก 70-79 ปี จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยชมรมเองโดยการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุเป็นไปตามศักยภาพของผู้นำ กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพตัวเองและไม่ต่อเนื่อง ยังไม่มีความเข้าใจการเป็นองค์ความรู้ของผู้สูงอายุ มุ่งทำกิจกรรมในมิติ “ไม่ซึมเศร้า”

## สรุป

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากทดลองจะเห็นได้ว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการภาวะสมองเสื่อม สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับกิจกรรมทางสังคมสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการโรคมองเสื่อมเพิ่มขึ้น หน่วยงานสาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมได้

## ข้อเสนอแนะ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มวัยที่ต้องได้รับการดูแลและมีผู้ดูแล ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการสนับสนุนให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมและได้รับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคมองเสื่อมของผู้สูงอายุได้ หรือมีการประยุกต์ใช้การสนับสนุนทางสังคม (Social support) โดยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้สนับสนุนทางสังคมร่วมด้วย

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุนอุดหนุนและส่งเสริมการทำวิทยานิพนธ์จากศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 3 (โนนชัย) และศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 5 (หนองใหญ่) และกลุ่มวิจัยผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. ชัชวาล วงศ์สาร. ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ: การพยาบาลและการดูแลญาติผู้ดูแล. วารสาร มฉก. วิชาการ. 2561; 43(1): 166-179.
2. มุกดา หนูศรี. การป้องกันภาวะสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2559; 8(1): 228-240.
3. อาทิตยา สุวรรณ, สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. 2559; 2(1): 21-32.
4. พิศมัย วรรณขาม, ทวีพร มูลศาสตร์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม. วารสารวิจัยและการพยาบาล. 2562; 35(3): 1-12.
5. สุรีย์ สิมพลี, พรณิ บัญชรหัตถกิจ. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายโดยทำ บริหารมณีเวชประยุกต์เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์. 2562; 42(2): 149-159.
6. ลลิตา พนากร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุหญิงจังหวัดลำพูน. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2558; 45(2): 197-209.
7. มุสลินท์ โตะแปเราะ, อัญญภัคสร ใจสมคม, ประเสริฐ ไพบูลย์รุ่งโรจน์. และคณะ. ผลของโปรแกรมป้องกัน ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตามวิถีพหุวัฒนธรรมโดยใช้แอปพลิเคชันเพื่อกระตุ้นด้านพุทธิปัญญาของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์. 2564; 13(1): 73-90.
8. พัชรภรณ์ ไชยสังข์. ภาวะสมองเสื่อมและอาหารที่ป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูง. วารสารพยาบาล. 2560; 70(3): 39-48.
9. อชรา ภาขา, สุบิน สมิน้อย, วิภาดา คณะไชย. ประสิทธิภาพของโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม. วารสารป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย. 2560; 1(1): 41-56.
10. ศรุตยา หวางษ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2560; 31(1): 111-128.
11. กมลรัตน์ กิตติพิมพ์พานนท์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้มกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. วารสารพยาบาล. 2564; 27(3): 331-342.
12. กัมปนาท ส้ารวมจิต. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองสำหรับผู้สูงอายุ ต่อการรู้คิดและพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2562; 35(3): 34-45.

13. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย.(พิมพ์ครั้งที่ 2).กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์วิทยาพัฒน์ จำกัด; 2553.
14. จุฑามาศ วงจันทร์, มยุรี ลีทองอิน. ผลของโปรแกรมบริหารสมองต่อการรู้คิดในผู้สูงอายุ.วารสารสภาการพยาบาล. 2563; 35(2): 70-84.
15. มุสลินท์ โตะแปเราะ. ผลของโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตามวิถีพหุวัฒนธรรมโดยใช้แอปพลิเคชัน เพื่อกระตุ้นด้านพุทธิปัญญาของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม จังหวัดนราธิวาส.วารสารมหาวิทยาลัย นราธิวาสราชนครินทร์.2564; 13(1): 73-90.
16. พิศมัย วรรณขาม. ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม .วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล.2562; 35(3): 1-12.
17. สุรีย์ สิมพลี, พรรณี บัญชรหัตถกิจ. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกับการออกกำลังกาย โดยท่า บริหารมณีเวชประยุกต์เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์. 2562; 42(2): 149-159.
18. กัมปนาท สำรวมจิต. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองสำหรับผู้สูงอายุ ต่อการรู้คิดและพฤติกรรม การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ.วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2562; 35(3): 34-45.
19. แฉ้วนใจ นาคะสุวรรณ. ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน.วารสาร พยาบาลตำรวจ. 2563; 12(1): 171-180.
20. นฤนาท ยืนยง. โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ จังหวัดปทุมธานี.วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยี แห่งสุวรรณภูมิ. 2563; 12(2): 390-400.
21. สุวิตรา สร้างนา. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ.วารสารงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2563; 27(1): 63-71.
22. สัมป่อย แสนเตปิน. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเขตเทศบาล นครพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก.วารสารแพทยนาวิ. 2562; 46(3): 621-539.
23. ศรุตยา หวางษ์, วิณา เทียงธรรม. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโดย การมีส่วนร่วมของครอบครัว.วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2560; 31(1): 111-128.
24. ผุสดี ชูชีพ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ จังหวัด ปทุมธานี.วารสารพยาบาลสาธารณสุข.2564; 35(2): 110-124.
25. กานดาวลี มาลีวงศ์. ความรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กิน ข้าวอร่อย”: กรณีศึกษาเขตดอนเมือง.วารสารเกื้อการุณย์.2561; 25(2): 119-136.