

## บทวิจัย

# ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

## THE HEALTH PROMOTION PROGRAM FOR THE ELDERLY AT RISK GROUP OF ALZHEIMER'S IN COMMUNITY

ศรุตยา หวางษ์\*

วีณา เทียงธรรม\*\*

สุธรรม นันทมงคลชัย\*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-75 ปี จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 32 คน โดยมีระยะเวลาในการศึกษา 6 สัปดาห์ แบ่งเป็นระยะทดลอง 4 และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ โดยประยุกต์ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief Model) และแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square, Repeated Measure ANOVA, Bonferroni และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพตนเองและการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.05$ )

การวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมดีขึ้น ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับประชากรกลุ่มโรคที่มีลักษณะใกล้เคียงกันได้

**คำสำคัญ:** ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ / การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ/ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ / แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม

\* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\* ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\*รองศาสตราจารย์ ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

## ABSTRACT

## THE HEALTH PROMOTION PROGRAM FOR THE ELDERLY AT RISK GROUP OF ALZHEIMER'S IN COMMUNITY

Sarutaya Hawong\*

Weena Thaingtham\*\*

Sutham Nanthamongkolchai\*\*\*

The purpose of this is Quasi-experiment study was for the health promotion program for the elderly risk at risk of Alzheimer's in the community. The samples were of the elderly between 60-75 years old; The 64 participants were divided into two groups, an experimental group and a comparison group which consisted of 32 people in each group. The research was conducted for a period of 6 weeks. 4weeks was allotted for the intervention and another 2 weeks provided for the follow up. The data collection was conducted by questionnaires for the pre-test, post-test and follow-up periods. The Statistical analysis was performed by using percentage, mean, standard deviation, Chi-square, Repeated measure ANOVA, Bonferroni method and Independent t-test.

Results revealed the experimental group had a significantly higher mean score of knowledge of Alzheimer's, perceived severity, perceived susceptibility to Alzheimer's, perceived benefits and barriers to health care and practice self care of the elderly, Alzheimer's prevention behaviors then the pre-test stage and those in the comparison group (p-value < 0.05)

This research's result, for the health promotion program for the elderly at risk of Alzheimer's in the community, shows the beneficial in positive changes for the experimental group's behavior in preventing Alzheimer's disease, which can be applied to other similar groups of chronic disease populations.

KEY WORDS: ELDERLY WITH ALZHAIMER/ HEALTH BELIEF MODEL/ SOCIAL SUPPORT/ HEALTHPROMOTION PROGRAMS FOR THE ELDERLY

\* Student,M.N.S. (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER) ,Mahidol university.

\*\* Responsible person Associate Professor,Department of Public Health Nursing. Mahidol university.

\*\*\* Associate Professor, Department of Family Health. Mahidol university

## ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสถานการณ์ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลกเกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ประเทศไทยมีแนวโน้มการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มจาก 1.7 ล้านคน (ร้อยละ 4.9 ของประชากรทั้งประเทศ) ในปีพ.ศ.2513 เป็น 5.9 ล้านคน (ร้อยละ 9.5) ในปีพ.ศ.2543 และเพิ่มเป็นร้อยละ 13.2 ในปีพ.ศ.2553 และคาดประมาณการณ์ว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 16.8 ในปีพ.ศ. 2563 และ 27.1 ในปีพ.ศ.2595 คาดว่าในอีก 20 ปีข้างหน้าไทยจะเป็นสังคมสูงอายุในระดับสูง (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556)

ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นตามอายุขัย โดยมีอัตราเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าทุก 5 ปีของอายุที่มากกว่า 60 ปี คือประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุที่อายุ 85 ปี ยังมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้แก่ ปัจจัยด้านพันธุกรรม การป่วยเป็นโรคเรื้อรังได้แก่โรคเกี่ยวกับระบบหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไชมันในเลือดสูง ภาวะอ้วน การถูกกระทบกระเทือนที่ศีรษะ เป็นต้น การดำเนินของภาวะสมองเสื่อมมักจะค่อยเป็นค่อยไปโดยที่มีระดับความรู้สึกลับตกติดจนรุนแรงถึงขั้นเป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตในสังคมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลดลง (สุทธิชัย จิตะพันธ์ กุล และ คณะ, 2542; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552; Alzheimer's Association, 2012)

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแล้วและศึกษาในกลุ่มผู้ดูแล ส่วนการศึกษาเพื่อค้นหาแนวทาง

ส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมยังไม่พบและผู้สูงอายุและครอบครัวยังมีการรับรู้เกี่ยวกับการเกิดภาวะสมองเสื่อมไม่ถูกต้อง โดยส่วนใหญ่ยังมองว่าอาการหลงลืมเป็นภาวะปกติที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ส่งผลให้ขาดความตระหนักกลัว ทำให้ขาดการเฝ้าระวังและไม่สังเกตอาการแสดงเบื้องต้นของภาวะสมองเสื่อมทำให้เข้ามาพบแพทย์เมื่อมีอาการแสดงที่เด่นชัดหรืออยู่ในระยะที่รุนแรงดังนั้นผู้วิจัยมีความสนใจที่จะทำการศึกษานำแนวทางส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมโดยได้นำแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและโรคนั้นต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตหากมีพฤติกรรมป้องกันโรคนั้นจะทำให้ลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคนั้นได้และเมื่อเปรียบเทียบอุปสรรคที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมจะต้องได้รับประโยชน์มากกว่า นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Concept) มาประยุกต์ใช้ร่วมด้วยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยได้รับความช่วยเหลือ ได้รับการยอมรับความรัก ความเข้าใจคำแนะนำและได้รับการป้องกันกลับข้อมูลต่างๆทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆได้ดีขึ้น (เวินา เทียงธรรมและคณะ, 2554) ประยุกต์ใช้ในกิจกรรมเพื่อที่จะนำไปสู่การปฏิบัติส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อลดปัจจัยการทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้และทำให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้ตระหนักกลัวและได้เฝ้าระวังการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโดยมีส่วนร่วมของครอบครัว

## สมมติฐานการวิจัย

1) ภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผลภายในกลุ่มทดลองมีค่าของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม และการปฏิบัติดูแลส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

2) ภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีค่าของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม และการปฏิบัติดูแลส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

## กรอบแนวคิดในงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้จัดทำขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่ปรับปรุงโดย โรเซนสต็อกและคณะ (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1984) เป็นกรอบแนวคิดของการวิจัยซึ่งแบบแผนความเชื่อนี้ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านภูมิหลัง (background) ด้านการรับรู้ (perception) และด้านการกระทำ (action) โดยองค์ประกอบด้านภูมิหลัง ประกอบไปด้วยปัจจัยด้านสังคมและประชากร เช่น อายุ

เพศ เชื้อชาติ ศาสนา การศึกษา เป็นต้น องค์ประกอบด้านการรับรู้ประกอบด้วยปัจจัย 2 ปัจจัย ได้แก่ ภาวะคุกคาม (threat) และความคาดหวัง (expectations) โดยภาวะคุกคามเป็นการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity of ill-health condition) ในขณะที่ความคาดหวังประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ (perceived benefits) การรับรู้อุปสรรค (perceived barriers) และการรับรู้ความสามารถในตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค (perceived self-efficacy to perform action) ส่วนองค์ประกอบด้านการกระทำ (action) ประกอบด้วย การชักนำสู่การกระทำ ได้แก่ สื่อกลาง (media) อิทธิพลจากบุคคล (personal influence) และสิ่งเตือนใจ (reminders) ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ด้าน จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดการเกิดโรคนอกจากนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Concept) มาประยุกต์ใช้ร่วมด้วยเนื่องจากในสังคมไทยเป็นสังคมที่มีการอยู่ร่วมกันแบบครอบครัวขยายบุคคลภายในครอบครัวมีความสำคัญในการดูแล ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน หากมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการเจ็บป่วยสมาชิกภายในครอบครัวต้องมึบทบาทที่ในการดูแล ช่วยเหลือผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตและมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้ดียิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาความรู้และการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถมีความรู้ มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม รับรู้

ถึงประโยชน์และอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม นำไปสู่การมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่ได้สร้างขึ้นได้จัดกระทำกับตัวแปรในด้านารรับรู้ความคุกคาม คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม

และความคาดหวังคือการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม ร่วมกับองค์ประกอบด้านการชักนำสู่การกระทำ คือ การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลสุขภาพส่งเสริมให้การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม ดังแผนภูมิ กรอบแนวคิดในการวิจัย

**โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม  
ในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว**

**กิจกรรม รู้เท่าทันภาวะสมองเสื่อม**

- ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม
- ส่งเสริมความตระหนักต่อโอกาสที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อมและความรุนแรง
- สร้างแรงจูงใจให้มีการเฝ้าสังเกตอาการเบื้องต้นของภาวะสมองเสื่อม

**กิจกรรมกินอย่างสบายกาย อยู่อย่างสบายใจ**

- ส่งเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับอาหาร นำเสนอตัวอย่างอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม
- นำเสนอวิธีการผ่อนคลายความเครียด

**กิจกรรม ออกกำลังกาย บริหารสมอง**

- ส่งเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการออกกำลังกายและการบริหารสมอง
- สาธิตและฝึกทักษะการออกกำลังกายที่เหมาะสม

**กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์**

- กระตุ้นการปฏิบัติดูแลสุขภาพ
- กระตุ้นครอบครัวให้มีส่วนร่วมกำหนดเป้าหมายการดูแลสุขภาพ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

- ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม
- การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม
- การรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพ
- การรับรู้อุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพ
- การปฏิบัติตัวดูแลสุขภาพตนเอง

**แผนภูมิที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัยผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดซ้ำ (The two-Group Pretest-Posttest Design) แบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มเปรียบเทียบ **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือเป็นผู้สูงอายุทั้งเพศชาย หญิง มีอายุช่วง 65-70 ปี มีประวัติโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไชมันในเลือดสูง มีประวัติการได้รับอุบัติเหตุกระดูกกระแทกที่ศีรษะอย่างรุนแรง โดยจะต้องมีปัจจัยร่วมเหล่านี้เพียงอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่าก็ได้โดยมีสมาชิกครอบครัวผู้ที่จะเข้าร่วมกิจกรรมงานวิจัยเป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปและอายุน้อยกว่า 60 ปีจะมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดโดยหน้าที่ได้แก่ สามีภรรยาบุตรหลาน พี่น้องเป็นผู้ดูแลหลักซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในการให้ความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่บ้านอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนการดูแลในรูปแบบของค่าจ้างมีความสามารถในการสื่อความหมาย อ่านเขียนหนังสือได้และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางค่าอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) ค่าขนาด effect size (d) จากสูตร (Glass, 1974) กำหนดค่า Alpha เท่ากับ 0.05, Power เท่ากับ 0.80 ค่าขนาดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จากค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาจากผลงานวิจัยผลของสภักษา โลหิตไทย (2553) เกี่ยวกับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรม

(Comparison Group) เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง หลังการทดลองและในระยะติดตามผล ในทั้งสองกลุ่มตัวอย่างดำเนินศึกษาในเขตพื้นที่อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ ได้ทำการศึกษาในช่วงเดือน กันยายน ถึง ตุลาคม 2558

การป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้เท่ากับ 1.37 เมื่อเปิดตาราง Cohen Table (Cohen, 1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละได้กลุ่มตัวอย่าง 26 คนเพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายระหว่างการวิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 20 รวม ได้ตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวนกลุ่มละ 32 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64 คน

ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ทำการสุ่มแบบง่ายด้วยวิธีจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without Replacement) จากจำนวน 7 ตำบล ในเขตอำเภอปทุมราชวงศา ซึ่งมีลักษณะโครงสร้างประชากรคล้ายคลึงกัน โดยจับฉลากครั้งแรกได้ตำบลถือเป็นกลุ่มทดลองและครั้งที่สองได้ตำบลโนนงามเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจากข้อมูลในเวชระเบียน ทำการทดสอบแบบทดสอบ MMSE-Thai 2002 และทดสอบแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ของไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) และไปพบผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเพื่อคัดกรองกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมแยกกลุ่มที่มีอาการผิดปกติทางสมองออก โดยใช้เกณฑ์วัดเท่ากับกลุ่มที่มีระดับการศึกษาระดับประถมเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับประถมโดยเลือกกลุ่มที่มีค่าคะแนนการทดสอบตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไปเข้าร่วมการวิจัยและใช้แบบวัดภาวะ

ซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) เพื่อแยกกลุ่มที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตหรือมีภาวะซึมเศร้าออก โดยเลือกผู้ที่มีค่าคะแนนการทดสอบ 0-12 คะแนนเข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยที่จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมจึงจำเป็นต้องคัดกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสมองและสภาวะจิตใจที่อยู่ในเกณฑ์ปกติเข้าร่วมงานวิจัยจากนั้นทำการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without Replacement) จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ กลุ่มละ 32 คน

### เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองจากการศึกษาจากตำราและการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม โดยการผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะและตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบทดสอบที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขไปทดสอบใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน เพื่อดูความสมบูรณ์ของเครื่องมือด้านการสื่อความหมายให้เข้าใจตรงกันและการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา โรคประจำตัว การตรวจรักษา ระยะเวลาที่เป็น ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ จำนวนสมาชิกครอบครัวจำนวน 10 ข้อ

**ส่วนที่ 2** แบบวัดความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ปัจจัย

สาเหตุ อาการและอาการแสดงการรักษาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ มีค่า CVI เท่ากับ 0.73 และค่า Reliability เท่ากับเท่ากับ 0.79

**ส่วนที่ 3** แบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมจำนวน 9 ข้อ มีค่า CVI เท่ากับ 0.85 และค่า Reliability เท่ากับ 0.87

**ส่วนที่ 4** แบบประเมินการรับรู้ความรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม จำนวน 8 ข้อ มีค่า CVI เท่ากับ 0.83 และค่า Reliability เท่ากับ 0.91

**ส่วนที่ 5** แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม จำนวน 5 ข้อ มีค่า CVI เท่ากับ 0.80 และค่า Reliability เท่ากับ 0.83

**ส่วนที่ 6** แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมจำนวน 5 ข้อ มีค่า CVI เท่ากับ 0.73 และค่า Reliability เท่ากับ 0.63

**ส่วนที่ 7** แบบประเมินการปฏิบัติส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมได้แก่การส่งเสริมด้านอาหาร การออกกำลังกาย การบริหารสมองการช่วยทบทวนความจำ การผ่อนคลายความเครียด และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของสมาชิกครอบครัว จำนวน 10 ข้อ มีค่า CVI เท่ากับ 0.90 และค่า Reliability เท่ากับ 0.73

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้วิจัยได้ประยุกต์รูปแบบกิจกรรมจากการศึกษาตำราและทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ

(Health Belief Model) และแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support concept) ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วยกิจกรรม 4 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1** กิจกรรมที่ 1 “รู้เท่าทันภาวะสมองเสื่อม” สร้างความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม โดยการบรรยายประกอบสไลด์ ดูวีดิทัศน์หนังสือเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ปัจจัยสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม อาการและอาการแสดง แนวทางการป้องกันและการนำส่งต่อการดูแลเบื้องต้นของภาวะสมองเสื่อม และการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม และกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

**สัปดาห์ที่ 2** กิจกรรมที่ 2 “กินอย่างสบายกาย อยู่อย่างสบายใจ” สร้างความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับวัยสูงอายุ และอาหารที่ช่วยบำรุงสมอง และการผ่อนคลายความเครียดโดยการบรรยาย และกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

**สัปดาห์ที่ 3** กิจกรรมที่ 3 “ออกกำลังกาย บริหารสมอง” สร้างความรู้เกี่ยวกับ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยสูงอายุ และการบริหารสมอง และฝึกทักษะการออกกำลังกาย โดยการบรรยายร่วมกับชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับการบริหารสมอง และกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

**สัปดาห์ที่ 4** กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมเรียนรู้ประสบการณ์ เป็นกิจกรรมออกเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และสอบถามแลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์

**สัปดาห์ที่ 5 และ 6** เป็นระยะติดตามผล ไม่มีกิจกรรมใดๆ

ในส่วนของสมาชิกครอบครัว จะเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกับฝึกทักษะการให้แรงสนับสนุนทางสังคม เช่น การพูดกระตุ้นเตือน และการให้กำลังใจกับผู้สูงอายุในสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4

กลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการรักษาในระบบบริการตามนัดของรพ.สต. ที่รับผิดชอบตามปกติ และจะได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองภายหลังการเก็บรวบรวมระยะติดตามผลได้เสร็จสิ้นแล้วในสัปดาห์ที่ 6 ซึ่งในส่วนการให้บริการของรพ.สต. ในด้านส่งเสริมป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมมีการตรวจคัดกรองโรคในกลุ่มผู้สูงอายุโดยแบบคัดกรองด้วย MMSE อย่างน้อยปีละครั้ง หากพบว่ามีค่าคะแนนที่ได้รับอยู่กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมจะส่งต่อเพื่อวินิจฉัยจากแพทย์

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 3 ครั้ง คือ (1) เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลในสัปดาห์ที่ 1 (2) ระยะหลังการทดลองเก็บข้อมูลเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมทันทีในสัปดาห์ที่ 4 และ (3) ระยะติดตามผลเก็บรวบรวมข้อมูลในสัปดาห์ที่ 6 โดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หรือได้รับการสัมภาษณ์จากผู้วิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square Repeated Measure ANOVA โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของแต่ละช่วงเวลาก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตามของแต่ละ

ละกลุ่มโดยการประมาณค่าเฉลี่ยด้วยวิธี Bonferroni method และ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

## ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.5, ร้อยละ 53.1 ตามลำดับ) มีช่วงอายุเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน คือกลุ่มทดลองมีช่วงอายุเฉลี่ย 64.25 และกลุ่มเปรียบเทียบมีช่วงอายุเฉลี่ย 64.03 มีระดับการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 96.9 , ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 93.8, ร้อยละ 84.4) มีประวัติการเจ็บป่วยกลุ่มทดลองเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 25.3 โรคเบาหวานร้อยละ 28.1 กลุ่มเปรียบเทียบเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 40.6 โรคเบาหวานร้อยละ 12.5 และมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค คือมีทั้งโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูงรวมมีจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 46.9) ลักษณะครอบครัวทั้งสองกลุ่มเป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 68.8, ร้อยละ 84.4) คุณลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติทั้งในด้านเพศอายุระดับการศึกษาสถานภาพสมรสคู่ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ลักษณะครอบครัวผู้ดูแลหลัก ( $p$ -value > 0.05)

2. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงเวลาที่แตกต่างกันโดยทดสอบด้วย Repeated Measure ANOVA โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ เพื่อ

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของแต่ละช่วงเวลาก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตามโดยการประมาณค่าเฉลี่ยด้วยวิธี Bonferroni method พบว่าภายในกลุ่มทดลองด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ( $F=11.33, p$ -value=0.002) การรับรู้โอกาสเสี่ยง ( $F=43.61, p$ -value < 0.001) การรับรู้ความรู้แรง ( $F=43.00, p$ -value < 0.001) การรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพ ( $F=43.07, p$ -value < 0.001) การรับรู้อุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพ ( $F=83.59, p$ -value < 0.001) และการปฏิบัติดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ( $F=59.32, p$ -value < 0.001) มีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.05) แต่หลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p$ -value > 0.05)

ภายในกลุ่มเปรียบเทียบด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ( $F=1.7, p$ -value=0.196) หลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p$ -value > 0.05) แต่ระยะหลังทดลองกับระยะติดตามผลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.05) สำหรับการรับรู้โอกาสเสี่ยง ( $F=0.61, p$ -value=0.914) การรับรู้ความรู้แรงของภาวะสมองเสื่อม ( $F=0.61, p$ -value=0.914) การรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ( $F=1.07, p$ -value=0.307) การรับรู้อุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ( $F=0.89, p$ -value=0.351) ไม่แตกต่างกันทางสถิติในแต่ละช่วงเวลาและการปฏิบัติดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ( $F=33.26, p$ -value < 0.001) หลังการทดลองและระยะติดตามผลค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.05) แต่หลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p$ -value > 0.05) ดังที่แสดงตามตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติดูแลสุขภาพภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง(n=32)			กลุ่มเปรียบเทียบ(n=32)		
	MD	Std.Error	P-value	MD	Std.Error	p-value
<b>ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม</b>						
ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	-1.23	0.36	0.006 <sup>a*</sup>	0.19	0.52	1.000 <sup>a</sup>
ติดตามผล						
ก่อนทดลอง-ระยะติดตามผล	-1.38	0.41	0.006 <sup>a*</sup>	-0.63	0.47	0.587 <sup>a</sup>
หลังทดลอง-ระยะติดตามผล	-0.15	0.08	0.172 <sup>a</sup>	-0.81	0.26	0.013 <sup>a*</sup>
( F=11.33,df=1,p-value=0.002)( F=1.74,df=1,p-value=0.196)						
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม</b>						
ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	-4.22	0.64	<0.001 <sup>a*</sup>	-0.91	0.76	0.721 <sup>a</sup>
ติดตามผล						
ก่อนทดลอง-ระยะติดตามผล	-4.28	0.65	<0.001 <sup>a*</sup>	-0.09	0.86	1.00 <sup>a</sup>
หลังทดลอง-ระยะติดตามผล	-0.06	0.04	0.482 <sup>a</sup>	0.81	0.43	0.212 <sup>a</sup>
( F=43.61,df=1,p-value<0.001)( F=0.61,df=1,p-value=0.914)						

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติดูแลสุขภาพภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง(n=32)			กลุ่มเปรียบเทียบ(n=32)		
	MD	Std.Error	P-value	MD	Std.Error	p-value
<b>การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม</b>						
ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	-3.78	0.56	<0.001 <sup>a*</sup>	-0.81	0.86	1.000 <sup>a</sup>
<b>ติดตามผล</b>						
ก่อนทดลอง-ระยะ	-4.38	0.67	<0.001 <sup>a*</sup>	-0.63	0.82	1.000 <sup>a</sup>
<b>ติดตามผล</b>						
หลังทดลอง-ระยะ	-0.59	0.30	0.172 <sup>a</sup>	0.19	0.35	1.000 <sup>a</sup>
( F=43.00,df=1,p-value<0.001)( F=0.58,df=1,p-value=0.449)						
<b>การรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ</b>						
ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	-2.88	0.44	<0.001 <sup>a*</sup>	-0.81	0.47	0.285 <sup>a</sup>
<b>ติดตามผล</b>						
ก่อนทดลอง-ระยะ	-2.96	0.45	0.000 <sup>a*</sup>	-0.41	0.39	0.921 <sup>a</sup>
<b>ติดตามผล</b>						
หลังทดลอง-ระยะ	-0.09	0.08	0.790 <sup>a</sup>	0.41	0.37	0.852 <sup>a</sup>
( F=43.07,df=1,p-value<0.001)( F=1.07,df=1,p-value=0.307)						
<b>การรับรู้อุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ</b>						
ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	-3.09	0.34	<0.001 <sup>a*</sup>	0.22	0.23	1.000 <sup>a</sup>
<b>ติดตามผล</b>						
ก่อนทดลอง-ระยะ	-3.15	0.34	<0.001 <sup>a*</sup>	0.19	0.19	1.000 <sup>a</sup>
<b>ติดตามผล</b>						
หลังทดลอง-ระยะ	-0.06	0.063	0.975 <sup>a</sup>	-0.03	0.21	1.000 <sup>a</sup>
( F=83.59,df=1,p-value<0.001)( F=0.89,df=1,p-value=0.351)						

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติดูแลสุขภาพภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง(n=32)			กลุ่มเปรียบเทียบ(n=32)		
	MD	Std.Error	P-value	MD	Std.Error	p-value
<b>การปฏิบัติดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ</b>						
ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	-4.96	1.206	0.001 <sup>a*</sup>	-2.72	1.37	0.169 <sup>a</sup>
ก่อนทดลอง-ระยะติดตามผล	-6.12	0.863	<0.001 <sup>a*</sup>	6.41	1.11	<0.001 <sup>a*</sup>
หลังทดลอง-ระยะติดตามผล	-1.15	0.632	0.231 <sup>a</sup>	9.13	1.08	<0.001 <sup>a*</sup>

(F=59.32,df=1,p-value=<0.001)( F=33.26,df=1,p-value<0.001)

\*P-value <.05 ,<sup>a</sup>Bonferroni's method

3.เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงเวลาที่แตกต่างกันโดยทดสอบด้วย Independent t-test พบว่าก่อนการทดลองด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม(t=0.373,p-value=0.710)การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม(t =-1.340,p-value =0.185) การรับรู้ความรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม(t=-1.332,p-value<0.05)ดังที่แสดงตามตารางที่2

value=0.188)การรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ(t=-1.323,p-value=0.191)การรับรู้อุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ(t=-0.152,p-value=0.879)และการปฏิบัติดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (t=-0.841,p-value=0.404)ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ แต่พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติดูแลสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อน ทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล (n=64)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง(n=32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=32)		t	P-value
	X̄	S.D.	X̄	S.D.		
<b>ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม</b>						
ก่อนทดลอง	13.44	2.57	13.65	2.08	-0.373	0.710
หลังทดลอง	14.65	0.35	13.47	2.02	3.062	0.003*
ระยะติดตามผล	14.81	0.54	14.28	1.57	1.811	0.75
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม</b>						
ก่อนทดลอง	21.03	5.01	22.56	4.07	-1.340	0.185
หลังทดลอง	25.25	2.16	23.47	3.93	2.246	0.028*
ระยะติดตามผล	25.31	2.13	22.65	4.19	3.199	0.002*
<b>การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม</b>						
ก่อนทดลอง	18.69	4.23	20.00	3.65	-1.332	0.188
หลังทดลอง	22.47	1.74	20.81	4.14	2.087	0.041*
ระยะติดตามผล	23.06	1.44	20.63	3.64	3.521	0.001*
<b>การรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพ</b>						
ก่อนทดลอง	11.87	2.62	12.68	2.28	-1.323	0.191
หลังทดลอง	14.75	0.57	13.50	2.08	3.281	0.002*
ระยะติดตามผล	14.84	0.45	13.09	2.08	4.643	<0.001*
<b>การรับรู้อุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพ</b>						
ก่อนทดลอง	11.25	2.00	11.31	1.18	-0.152	0.879
หลังทดลอง	14.34	1.06	11.09	1.74	8.890	<0.001*
ระยะติดตามผล	14.40	1.01	11.13	1.29	11.329	<0.001*
<b>การปฏิบัติดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ</b>						
ก่อนทดลอง	19.87	5.77	21.12	6.10	-0.841	0.404
หลังทดลอง	26.00	2.15	23.84	5.52	2.057	0.044*
ระยะติดตามผล	24.84	2.35	14.71	2.08	18.210	<0.001*

Independent t-test,\*P-value<0.05



เรียนรู้ได้มากขึ้นมีการกระตุ้นให้กลุ่มผู้สูงอายุได้มีการแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม รวมถึงหลักการสังเกตอาการแสดงเบื้องต้นของภาวะสมองเสื่อม ซึ่งช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่หลากหลาย สามารถเข้าใจและจดจำเนื้อหาได้นานและนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้และเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ยั่งยืนต่อไปสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อสุขภาพRosenstock,1974(อ้างถึงในสุรินธร กลัมพากรและคณะ,2554)ที่ว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรค บุคคลนั้นต้องเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และสอดคล้องกับการศึกษาวัลลยา ทองน้อย(2554)การรับรู้โอกาสเสี่ยงนั้นเกิดจากความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพมากนักน้อยเพียงใดการรับรู้ชนิดนี้เป็นผลมาจากการเข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้ประกอบการบรรยายวิถีทัศน์ ซึ่ง ในสื่อชี้ให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสกลับเป็นซ้ำ ได้ซึ่งสื่อมีอิทธิพลต่อความเชื่อของบุคคลทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค นอกจากนี้สื่อวิถีทัศน์ประกอบการบรรยายภาพแล้ว อิทธิพลที่มีผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยง คือ กลุ่มเพื่อนผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนความรู้ วิทยากรเปิดโอกาสให้ซักถามกลุ่มทดลองให้ความสนใจ ซักถามเป็นอย่างดีรวมถึงการได้รับฟังข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ประกาศโดยผู้นำชุมชนและการออกเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขทำให้เกิดการกระตุ้นความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค

## การรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

หลังการทดลองและระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ( $p$ -value $<0.05$ ) แต่คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองกับระยะติดตามผลไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ( $p$ -value $>0.05$ ) เป็นผลมาจากการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม โดยการบรรยายประกอบการทำกิจกรรมกลุ่มอภิปรายเนื้อหาเกี่ยวกับการ การเลือกประเภทอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การผ่อนคลายความเครียด การออกกำลังกายและการบริหารสมอง แนวทางการดูแลสุขภาพเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง เหมาะสมตามวัย โดยให้ความรู้เรื่องอาหารที่เหมาะสมกับวัยสูงอายวมถึงอาหารที่ช่วยบำรุงสมอง การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับวัยสูงอายุโดยการบรรยาย และการดูวีดิทัศน์เกี่ยวกับการออกกำลังกายและการบริหารสมองและผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ และได้ฝึกออกกำลังกายและการบริหารสมองด้วยท่าทักษะที่ง่ายและสะดวก ช่วยสร้างความมั่นใจให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจว่าตนสามารถทำได้ รวมถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวคอยให้ความช่วยเหลือทำให้กลุ่มทดลองเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของRosenstock,1974 (สุรินธร กลัมพากรและคณะ ,2554)การที่บุคคลรับรู้โอกาสที่จะเป็นโรค และรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นตัวผลักดันให้เกิดการกระทำบางอย่างโดยบุคคลมีความเชื่อว่าทางเลือกการกระทำนั้นมีประโยชน์ เพียงใดสำหรับตัวเขาในการลดความเสี่ยงและความรุนแรงของการเจ็บป่วยและนำไปสู่การลดภาวะที่คุกคามจากโรค และ

สอดคล้องกับจีระภา มหาวงค์และคณะ(2551)การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำนั้นขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของการปฏิบัตินั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อ และรับรู้ถึงประโยชน์หรือผลดีที่ได้จากการปฏิบัติดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างก็จะมีความโน้มที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นๆได้

### การรับรู้อุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

หลังการทดลองและระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ( $p\text{-value}<0.05$ ) แต่คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองกับระยะติดตามผลไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ( $p\text{-value}>0.05$  ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดPender,2006(อ้างถึงใน จีระภา มหาวงค์,2553)ที่ว่า ถ้าบุคคลรับรู้ว่ามีอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก ก็จะไม่มีการปฏิบัติหรือมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง หรือเมื่อบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมต่ำและรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติสูง การปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ก็จะไม่เกิด ในขณะเดียวกันหากบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูงการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติต่ำ บุคคลก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมนั้นๆมากขึ้น

### การปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

หลังการทดลองและระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ( $p\text{-value}<0.05$ ) แต่คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองกับระยะติดตามผลไม่มีความแตกต่างกัน

กันทางสถิติ( $p\text{-value}>0.05$ ) ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อสุขภาพ(Rosenstock,1974)ที่ว่าบุคคลจะมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคและเชื่อว่าโรคนั้นมีผลกระทบที่รุนแรงหรือมีผลเสียต่อตนเอง จะแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยต้องมีความเชื่อว่าเป็นการปฏิบัติที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำนั้นขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของการปฏิบัตินั้น ซึ่งบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าขอเสียหรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันและรักษาโรคต้องไม่น้อยกว่าประโยชน์ที่ได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภัชชา โสहितไทย. (2553:56) ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่2ในญาติสายตรงได้จัดกิจกรรม การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและครอบครัว การให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน การให้ความรู้เน้นให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความเสี่ยงของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการเกิดโรคเบาหวานและเห็นประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ซึ่งเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีขึ้นก็ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) มาใช้ในกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำแก่สมาชิก

ครอบครัว(ผู้ดูแลหลัก)เกี่ยวกับหลักการสังเกตอาการแสดงเบื้องต้นของภาวะสมองเสื่อม การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านอาหาร การออกกำลังกายในรูปแบบกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ เพื่อให้สมาชิกได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมรวมถึงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ถูกต้อง การที่สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลที่ถูกต้อง จะช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุปฏิบัติได้ถูกต้องมากขึ้น นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัวจะทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของพรพิมล ว่องไว(2554:123) ศึกษาการรับรู้ความสามารถตนเองและการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจังหวัดสระแก้ว พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมาก จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียดที่ดี และสอดคล้องกับงานวิจัยของสุวิมล สังฆะมณี(2549)พบว่าการศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เพิ่มขึ้นและได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ถูกต้อง เหมาะสมเพิ่มมากขึ้นสอดคล้องกับ อรรวรธณ แผนคง และสุนทรีย์ คำเพ็ง (2551)ศึกษาเกี่ยวกับผลของการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยศึกษาในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอดอนพุด จังหวัดสระบุรีซึ่งได้มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยโดยการประเมินความต้องการ

ส่งเสริมสุขภาพของชุมชนและสร้างเครือข่าย สร้างพันธกิจร่วม ระหว่าง แพทย์ พยาบาล ผู้นำชุมชนอาสาสมัครชุมชนโดยผู้วิจัยสร้างแรงบันดาลใจจากประชาชน ให้คณะผู้แทนของชุมชนร่วมกันพิจารณาปัญหา กำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ วางแผนการดำเนินงาน และร่วมกันลงมือปฏิบัติ จนกระทั่งผลักดันให้เกิดโครงการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนได้แก่ โครงการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และโครงการอบรมผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุระยะหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าระยะก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และพบว่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าระยะก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1)ด้านบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรังหรือกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน

2)ด้านบริการส่งเสริมสุขภาพสามารถนำแรงสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและควรสร้างแกนนำผู้สูงอายุหรืออาสาสมัคร เพื่อเป็นแนวทางในการให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาเพียง 6 สัปดาห์ ทำให้ทราบผลการเปลี่ยนแปลงระยะแรกเท่านั้นควรมีขั้นตอนการติดตามประเมินความคงทนของพฤติกรรมในระยะยาวต่อไป

2) รูปแบบการจัดกิจกรรมกลุ่มควรจัดลักษณะกลุ่มย่อย เพื่อควบคุมจุดสนใจของผู้สูงอายุ และเพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการปฏิบัติ และเป็นการสร้างความสามารถในการดูแลตนเองที่ยั่งยืน

3) ควรเพิ่มการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการวางแผนดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

### เอกสารอ้างอิง

จิรภา มหาวงค์.(2551).ผลของโปรแกรมให้

ความรู้ร่วมกับแรงสนับสนุนจากสามีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในหญิงที่เป็นเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด,บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล,85

วีณา เทียงธรรม,สุนีย์ ละกำป็น,อาภาพร เผ่าวัฒนา.(2554).การพัฒนาศักยภาพชุมชน แนวคิดและการประยุกต์ใช้.กรุงเทพฯ:แคเน็กซ์อินเตอร์คอปอเรชั่น

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2552). ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุและการป้องกัน.ใน ประเสริฐอัสสันตชัย (บรรณาธิการ), ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน.กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น,125-157

สุภัชชา โลหิตไทย.(2553).ผลของโปรแกรมสร้าง

เสริมสุขภาพต่อการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกัน

โรคเบาหวานชนิดที่2ในญาติสายตรง.วิทยานิพนธ์พยาบาล

ศาสตรมหาบัณฑิต(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน),บัณฑิต

วิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล,56

พรพิมล ว่องไว.(2554).การรับรู้ความสามารถ

ตนเองและการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดสระแก้ว.วิทยานิพนธ์วิทยา

ศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.

วัลลยา ทองน้อย.(2012).การประยุกต์แบบแผน

ความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางด้านสังคม ในการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อ

ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตำบลโนนพะยอม อำเภอนบพ

จังหวัดขอนแก่น.วารสารวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ.5,37-

49.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2556). สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล. ปีที่ 23.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์  
กระทรวงสาธารณสุข. (2545).  
แบบทดสอบ สมรรถภาพสมอง  
เบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-  
Thai 2002.

อรรรรณ แผนคงและ สุนทรีย์ คำเพ็ง.(2553).ผล  
ของการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้  
ชุมชนเป็นฐานต่อพฤติกรรม  
การสร้างเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุ  
และความพึงพอใจในการมีส่วนร่วม  
ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ.รามาศิบัติ  
พยาบาลสาร,16,1-13.

อภาพร เผ่าวัฒนา,สุรินธร กลัมพากร,สุนีย์ ละ  
กำปັນ,และขวัญใจ อำนาจสัตย์  
เชื้อ.(2554).การเสริมสร้าง  
สุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน:  
การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่  
การปฏิบัติ.คณะสาธารณสุข  
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล:หจก.  
โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

Alzheimer's Association.(2012)  
.Alzheimer's disease facts  
and figures. Alzheimers  
Dement 2012;8:131-68.

Cohen, J. (1988). Statistical power  
analysis for the behavioral  
sciences (2nd edition).  
Hillsdale, NJ: Lawrence  
Erlbaum Associates.

Rosenstock, I. M., Strecher,V. J., & Becker,  
M. H. (1984).Social learning  
theory and the health  
belief model. Health  
Education  
Quarterly,15(2),175-183