



รายงานการวิจัยชุดโครงการ
เรื่อง

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ
เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

Development of Integrated Model for Health Promotion to
Prevent Risks for Dementia in Older People, Nonthaburi Province

โดย

รองศาสตราจารย์ พันตำรวจโทหญิง ดร.สุขอรุณ วงษ์ทิม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยประจำปีงบประมาณ 2564

(ทุนวิจัยเพื่อเสริมสร้างศักยภาพการวิจัย)

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

รายงานการวิจัยชุดโครงการ

เรื่อง

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ
เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

Development of Integrated Model for Health Promotion to
Prevent Risks for Dementia in Older People, Nonthaburi Province

โดย

รองศาสตราจารย์ พันตำรวจโทหญิง ดร.สุขอรุณ วงษ์ทิม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด

ชื่อเรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

ชื่อผู้วิจัย รองศาสตราจารย์ พันตำรวจโทหญิง ดร.สุชอรุณ วงษ์ทิม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย และ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด

ปีที่แล้วเสร็จ 2567

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อ 1) ศึกษาความชุก ปัจจัยเสี่ยง และแนวทางการป้องกันความเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี 2) สร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบฯ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูล แบ่งเป็น 1) กลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เป็นผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 401 คน ได้มาโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน 2) ผู้ให้ข้อมูลเพื่อศึกษาแนวทางการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เป็นผู้สูงอายุและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 10 คน 3) กลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบฯ เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 40 คนได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง แล้วจับคู่ตามตัวแปร อายุ และภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัยโครงการย่อย ที่ 1 เพื่อเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำตามปกติ เครื่องมือ ได้แก่ 1) แบบสอบถามความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม 2) แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมฉบับภาษาไทย 3) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม 4) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ 5) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และ 6) แบบประเมินการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม สถิติ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าไครสแควร์ การถดถอยโลจิสติก การวิเคราะห์เนื้อหา การทดสอบวิลคอกซันและแมนวิทนี

ผลการศึกษาพบว่า 1) ความชุกของภาวะสมองเสื่อมมีจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 4.49 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และเพิ่มโอกาสการเกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูงเพิ่มขึ้น 3.99 เท่า ความไม่สามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเพิ่มขึ้น 2.54 เท่า และ อายุเพิ่มขึ้น 1.1 เท่า แนวทางการป้องกันความเสี่ยง ได้แก่ ข้อเสนอแนะสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ บุคลากรทีมสุขภาพและผู้บริหารระดับนโยบาย 2) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ เป็นนวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีการบูรณาการจาก 3 แนวคิด ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม 3) ประสิทธิภาพภายหลังการใช้รูปแบบฯ ผู้สูงอายุมีความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 รวมทั้งมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมได้ดีมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ : ความชุก ปัจจัยเสี่ยง ภาวะสมองเสื่อม รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ ผู้สูงอายุ

Title : Development of Integrated Model for Health Promotion to Prevent Risks for Dementia in Older People, Nonthaburi Province

Researchers: Associate Professor, Police Lieutenant Colonel, Dr.Sukaroon Wongtim and Assistant Professor Dr. Premruetai Noimuenwai and Assistant Professor Dr. Renukar Thongkhamrod

Year: 2024

Abstract

The objectives of this research were to 1) study prevalence, risk factors, and guidelines to reduce risks of dementia in older people at Nonthaburi Province, 2) develop an integrated health promotion model to reduce risks of dementia, and 3) study effectiveness of the model to reduce risks of dementia. The sample was composed of 3 groups. The sample and informants were 1) 401 older people for studying prevalence and predicting factors of dementia, recruited by stratified random sampling, 2) 10 older people and experts who involved in dementia care for proposing the guidelines, and 3) 40 people for studying effectiveness of the model were, obtained from purposive selection and matching by age and hyperlipidemia, the significant risks for dementia from the pilot project. Then, they were divided into 2 groups: an experimental group and a control group with 20 subjects in each group. The experimental group received the integrated model and the control group received the regular information. The instruments were 1) dementia risks questionnaires, 2) Mini-Mental State Examination (Thai), 3) focus group questions, 4) the model of integrated health promotion, 5) questionnaire on knowledge about dementia, and 6) assessment form about self-caring to decrease risks for dementia. Data were analyzed by means, standard deviation, chi-square, logistic regression, content analysis, Wilcoxon Test and Mann-Whitney Test.

The research findings were as follows 1) The prevalence of dementia was 4.49% with the significant correlation factors were hyperlipidemia (3.99 times), inability to perform daily activities on their own (2.54 times), age (1.1 times), respectively and the guidelines for reducing the risk of dementia in the elderly included the suggestions for older people, dementia older people caregiver, healthcare team members, and executive administrators of health care organizations. 2) The health promotion model was innovative integrated from 3 concepts, including the concept of dementia in the elderly, health belief model, and group counseling theories. 3) Effectiveness after using model, the elderly had knowledge about dementia and self-caring to decrease risks for dementia higher than before with statistical significance at .01 level, and the experimental group had knowledge about dementia and self-caring to decrease risks for dementia higher than those of the control group with statistical significance at .01 level,

Keywords: Prevalence Rate, Risk factors, Dementia, Integrated Health Promotion Model, Dementia, Older People

คำนำ

ปัจจุบันมีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุรายใหม่ทั่วโลก เพิ่มขึ้นกว่าปีละหนึ่งแสนราย สำหรับประเทศไทยพบมากถึงราวเจ็ดแสนคน โดยผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถทางสมอง ความจำระยะสั้น รวมถึงความเฉลียวฉลาด การใช้เหตุผล ภาษา การคิดตัดสินใจ และอาจมีอาการทางจิตร่วมด้วย ซึ่งมีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน โดยผู้ป่วยจะต้องใช้ชีวิตในภาวะทุพพลภาพ ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัวอย่างยาวนาน และเป็นภาระของสังคมด้วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด จึงต้องนำเข้ายาจากต่างประเทศที่มีราคาแพง ทำให้สูญเสียรายได้ของประเทศชาติ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ด้วยการบูรณาการแนวคิดทฤษฎีการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ผสมผสานกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการเสริมสร้างสมองของผู้สูงอายุให้แข็งแรง พร้อมกับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม เป็นหนทางหนึ่งที่สามารถป้องกัน และชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้อย่างดี ตั้งแต่ในระยะต้น ซึ่งจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ต่อไป

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดี เนื่องจากผู้วิจัยได้รับความอนุเคราะห์เป็นอย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.นิรนาท แสนสา ที่ปรึกษางานวิจัย ซึ่งได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่มีคุณค่ามาตั้งแต่ต้นจนงานวิจัยชิ้นนี้เสร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตาเป็นอย่างยิ่งและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ ที่นี้ รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ได้แก่ รองศาสตราจารย์ ดร.มณฑิรา จารุเพ็ง รองศาสตราจารย์ ดร.พัชราภรณ์ ศรีสวัสดิ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร บัวทอง ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบคุณผู้บริหารจังหวัดนนทบุรี ผู้สูงอายุ ในจังหวัดนนทบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการอนุญาตให้ทำการวิจัย และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถามและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งขอขอบคุณ อาจารย์วัชร ลิ้มกฐร ที่กรุณาอ่านตรวจทานและปรับแก้ให้งานวิจัยนี้มีความชัดเจนสมบูรณ์

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ที่ได้ให้ความกรุณาสนับสนุน ในการทำวิจัยครั้งนี้แก่คณะผู้วิจัย เพื่อส่งเสริมและปลูกจิตสำนึกให้ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงคุณค่าของการทำงานวิจัยต่อไปในอนาคต

สุขอรุณ วงษ์ทิม
เปรมฤทัย น้อยหมั่นไวย
เรณูการ์ ทองคำรอด
เมษายน 2567

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
คำนำ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	จ
สารบัญภาพ	ฉ
1. ชื่อชุดโครงการ	1
2. ชื่อโครงการวิจัยย่อย	1
3. คณะนักวิจัย และหน่วยงานที่สังกัด	1
4. บทนำ	1
5. วัตถุประสงค์การวิจัย	3
6. กระบวนการวิจัยโดยสรุป	3
7. สรุปผลการวิจัยของชุดโครงการ	8
8. บทเรียนจากการวิจัย และการนำไปใช้ประโยชน์	14
9. เอกสารอ้างอิง	19



สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำแนกตามอำเภอในจังหวัดนนทบุรี	8
ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม	9
ตารางที่ 3 สรุปรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ	12
ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีความรู้และการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม ก่อนการใช้รูปแบบ	13
ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีความรู้และการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ	14
ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลองใช้รูปแบบ	14
ตารางที่ 7 โครงสร้างกระบวนการตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี	17

สารบัญภาพ

ภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4



1. ชื่อชุดโครงการ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

2. ชื่อโครงการวิจัยย่อย

2.1 โครงการที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงและแนวทางการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

2.2 โครงการที่ 2 ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการเพื่อป้องกัน ความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

3. คณะนักวิจัย และหน่วยงานที่สังกัด

3.1 รองศาสตราจารย์ พันตำรวจโท หญิง ดร.สุพรรณ วงษ์ทิม

สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

3.2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

3.3 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

4. บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมพบมากในผู้สูงอายุปัจจุบัน โดยพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นปีละกว่าหนึ่งแสนรายและในผู้สูงวัย ที่อายุ 80 ปีขึ้นไปจะพบมากถึงร้อยละ 50 ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการของโรคที่มีการสูญเสียความสามารถทางสมอง โดยเฉพาะความจำระยะสั้นที่เสียไป รวมถึงความเฉลียวฉลาด การใช้เหตุผล ภาษา การคิด การตัดสินใจ และอาจมีอาการทางจิตร่วมด้วย โดยอัลไซเมอร์ เป็นโรคสมองเสื่อมชนิดหนึ่งที่พบมากที่สุด ซึ่งคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้สูงอายุป่วยเป็นอัลไซเมอร์เพิ่มสูงขึ้น เป็น 1,177,000 คน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2564) ภาวะสมองเสื่อมมีผลกระทบที่ซับซ้อนและรุนแรงต่อผู้สูงอายุ โดยหลังเกิดอาการผู้ป่วยจะต้องใช้ชีวิตในภาวะทุพพลภาพยาวนาน 10-20 ปี ซึ่งนอกจากจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอง จนอาจนำไปสู่การสูญเสียชีวิต จากสาเหตุของการติดเชื้อแทรกซ้อน หรืออุบัติเหตุจากการจมน้ำ และถูกรถชนได้ (กรมสุขภาพจิต, 2563) อีกทั้ง ภาวะสมองเสื่อมยังเพิ่มภาระในการดูแลของสังคม เนื่องจากต้องนำเข้ายาจากต่างประเทศที่มีราคาแพง ทำให้สูญเสียรายได้ของประเทศชาติอีกด้วย และด้วยภาวะสมองเสื่อม เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด จึงไม่ได้มีผลกระทบแค่ต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น หากแต่ยังส่งผลกระทบเป็นเวลานานตามระยะอาการของโรค ต่อผู้ดูแลและครอบครัวที่ผู้ป่วยต้องพึ่งพา ที่มีจำนวนใกล้เคียงกับผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลเหล่านี้มักได้รับผลกระทบทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม เช่น ไม่สามารถปรับตัวได้กับสภาวะอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาของผู้ป่วยได้

และมีแนวโน้มที่จะแย่ลงไปเรื่อยๆ จนอาจทำให้ผู้ป่วยถูกละเลยการดูแล หรือได้รับการปฏิบัติในลักษณะที่ต้องรองรับอารมณ์ขุ่นมัวโกรธเกรี้ยวของผู้ดูแล โดยมีข้อมูลระบุว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 3 มีปัญหา จนส่งผลกระทบต่อทั้งสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล รวมทั้งสัมพันธภาพในครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลกลุ่มนี้อาจกลายเป็นผู้ป่วยเสียเองด้วยโรคซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวลถึงร้อยละ 5-10 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2564)

สำหรับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมนั้น มีทั้งสาเหตุที่ป้องกันได้และสาเหตุที่ป้องกันไม่ได้ สาเหตุที่ไม่สามารถป้องกันได้ เช่น สาเหตุจากพันธุกรรม และเนื้องอกสมอง ส่วนสาเหตุที่ป้องกันได้ เช่น การดูแลรักษาโรคร่วมที่เป็นโรคไม่ติดต่อ อาทิ โรคหัวใจ มะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ โรคทางเดินหายใจ เรื้อรัง ภาวะอ้วนหรือน้ำหนักตัวเกิน ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะซึมเศร้า ฯลฯ ซึ่งทำได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ให้กลายเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจังสม่ำเสมอ จนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต อาทิ การรับประทานอาหารที่ดี หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมที่ส่งเสริมสุขภาพสมองให้ดีขึ้น ซึ่งเป็นแนวทางการดูแลตนเองผสมผสานกับการฟื้นฟูสภาพสมองและชะลอความเสื่อมของสมองได้ตั้งแต่เนิ่นๆ แต่สำหรับในผู้สูงอายุนั้นการดูแลตนเองอาจทำได้ยากด้วยสภาพความเสื่อมของร่างกาย จึงอาจจำเป็นต้องมีผู้นำการฝึกฝนและเข้าร่วมกลุ่มเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

ทั้งนี้ การประเมินคัดกรองผู้ป่วยเพื่อหาความชุกของภาวะสมองเสื่อม และค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เพื่อนำไปสู่แนวทางการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม หรือ การชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมแก่กลุ่มผู้สูงอายุ รวมทั้งให้มีการรักษาตั้งแต่ในระยะแรก จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นยิ่ง หากแต่การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความชุก ปัจจัยเสี่ยง และแนวทางการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่พัฒนาจนเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ในแต่ละบริบทของพื้นที่ พบว่ายังมีจำกัด และยังไม่พบรูปแบบที่ครอบคลุมในทุกมิติทั้งทางด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ฝึกฝนและปฏิบัติตนอย่างสม่ำเสมอ ในการชะลอความเสื่อมและป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ตรงจุดตั้งแต่เนิ่นๆ

และด้วยจังหวัดนนทบุรีซึ่งเป็นพื้นที่ตั้งของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช เคยมีเพียงการศึกษาถึงอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี โดย เตือนเพ็ญ ศิลปะอนันต์ เมื่อปี 2557 เท่านั้น อีกทั้งบริบททางสังคมของจังหวัดนนทบุรียังมีความเหมาะสม ด้วยความเป็นชุมชนเมืองผสมผสานกับความเป็นชุมชนชนบท ผนวกกับผลสำรวจจำนวนประชากร โดยมีจำนวนผู้สูงอายุถึง 269,785 คน (ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565) ที่จัดว่ามากเป็นกลุ่มจังหวัดลำดับอันดับแรกของประเทศ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565) และคาดว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นตามสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่สูงขึ้นด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษานำร่องของผู้นักวิจัยที่ได้ทำการคัดกรองโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี โดยการใช้แบบคัดกรองสมองเสื่อม (Dementia Screening Tool, DST) ที่พบว่าผู้สูงอายุ

จำนวนร้อยละ 50 อาจมีปัญหาการทำงานของสมอง (สุขอรุณ วงษ์ทิม, 2563) อันจะนำไปสู่ผลกระทบต่างๆ ตั้งแต่ระดับตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล สังคมในถิ่นพำนัก และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังที่กล่าวมาข้างต้น

ด้วยความสำคัญดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงต้องการที่จะศึกษา การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ผ่านกระบวนการวิจัยและพัฒนา โดยมุ่งหวังผลลัพธ์การศึกษาในครั้งนี้ คือ เพื่อให้ได้องค์ความรู้ในส่วนที่ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ และสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Model of Care) เพื่อนำมาพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยบูรณาการระหว่างองค์ความรู้ด้านภาวะสมองเสื่อม แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ซึ่งเป็นศาสตร์ที่คณะผู้วิจัยมีความเชี่ยวชาญสำหรับใช้สนับสนุนการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้ผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรีได้ใช้ในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นโอกาสให้หน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี หรือ ในจังหวัดอื่นๆ ได้นำรูปแบบนี้ไปใช้ในทางวิชาการ หรือบริการวิชาการแก่สังคม ด้วยการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ และต่อยอดพัฒนาไปสู่รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรคกลุ่มอื่น อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ ที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ถือเป็นเตรียมสังคมไทยให้พร้อมรับมือกับปัญหาที่มากับภาวะสมองเสื่อมต่อไป

5. วัตถุประสงค์การวิจัย

5.1 เพื่อศึกษาความชุก ปัจจัยเสี่ยง และแนวทางการป้องกันความเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

5.2 เพื่อสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

5.3 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

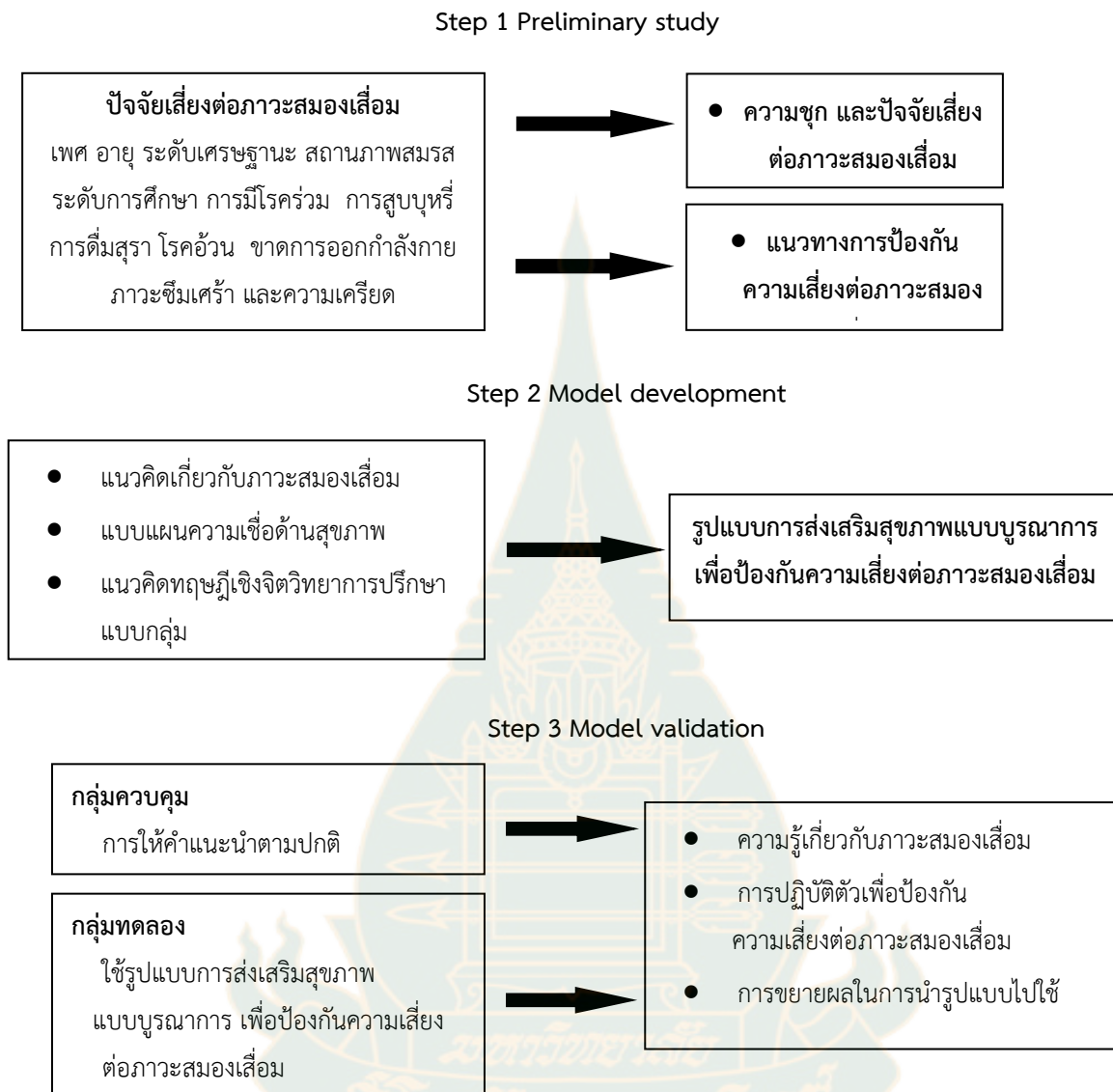
6. กระบวนการวิจัยโดยสรุป

6.1 แบบแผนการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research & Development) ดำเนินการวิจัยในลักษณะชุดโครงการ ประกอบด้วย 2 โครงการย่อย ได้แก่ โครงการย่อยที่ 1 “ปัจจัยเสี่ยงและแนวทางการลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี” และโครงการย่อยที่ 2 “ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี” (ดูรายละเอียดในเอกสารโครงการย่อย) โดยมีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) ความหมาย สาเหตุ อาการของโรคสมองเสื่อม ปัจจัยเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง และการป้องกันความเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมและการดูแล ผู้ป่วยสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ 2) แนวทางการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะ

สมองเสื่อมในผู้สูงอายุ 3) ความหมาย การพัฒนา และการประเมินคุณภาพรูปแบบ 4) แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ 5) ทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา 6) กิจกรรมการฝึกสมอง และ 7) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.2 กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

6.3 นิยามศัพท์ปฏิบัติการ

6.3.1 **ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ** หมายถึง ความผิดปกติของสมองผู้สูงอายุ ที่มีการทำงานด้อยลงจากเดิม มีความบกพร่องทั้งในด้านความคิด ความจำ สติปัญญา สมาธิ การวางแผน การตัดสินใจ การใช้ภาษา การเคลื่อนไหว มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม บุคลิกภาพ และอารมณ์

6.3.2 **ความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ** หมายถึง โอกาสในการเกิดภาวะสมองเสื่อมที่เพิ่มมากขึ้นของผู้สูงอายุ ที่มาจากการขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเกิดโรค

6.3.3 **ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม หมายถึง** การมีความรู้ ความเข้าใจของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับ สาเหตุของโรค อาการของโรค ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และการปฏิบัติตัวป้องกัน ความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

6.3.4 **การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม หมายถึง** การกระทำของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การป้องกัน และดูแลรักษาโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง การงดสูบบุหรี่และงดการดื่มสุรา การออกกำลังกายเพื่อฝึกสมอง และป้องกันโรคร่วม การฝึกสมาธิ การฝึกคิดและตัดสินใจ การใช้เหตุผลและภาษา การทำกิจกรรมที่กระตุ้น การรู้คิด ดนตรีบำบัด ศิลปะบำบัด และหัตถะบำบัด

6.3.5 **รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ เพื่อการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ หมายถึง** แบบแผนของการส่งเสริมสุขภาพ ที่สร้างจากการบูรณาการแนวคิดเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแนวคิดทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา แบบกลุ่ม ร่วมกับวิธีการ กิจกรรม เทคนิคที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความรู้ และปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรม สามารถปฏิบัติตัวในการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมได้ด้วยตนเอง จัดในลักษณะการฝึกอบรมทางจิตวิทยาทั้งแบบเผชิญหน้าและแบบออนไลน์

6.3.6 **ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ หมายถึง** ผลการเปรียบเทียบความรู้ที่ได้รับ การนำความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและวิธีปฏิบัติตัวไปใช้ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองภายหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพตามปกติ

6.3.7 **การให้คำแนะนำตามปกติ หมายถึง** การให้ความรู้และการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุของบุคลากรทีมสุขภาพและบุคลากรของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องที่ปฏิบัติกันเป็นปกติ

6.3.8 **ผู้สูงอายุ หมายถึง** ผู้ที่มีอายุ ตั้งแต่ 60- 65 ปี ทั้งเพศชายและหญิง อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดนนทบุรี

6.4 **ขั้นตอนการวิจัย** อิงแนวคิดของ Febriana (2016) ประกอบด้วย 3 steps ได้แก่

1) Preliminary study 2) Model development และ 3) Model validation ดำเนินการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน (Preliminary study) เป็นการศึกษาความชุก ปัจจัยเสี่ยง และแนวทางการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ใช้แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination: MMSE-Thai) และแบบสอบถามความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ที่ประกอบด้วยข้อมูลส่วนตัว และปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม ที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มมาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 401 คน เพื่อหาอัตราความชุก และปัจจัยเสี่ยงของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในจังหวัดนนทบุรี ในภาพรวมและจำแนกเป็นพื้นที่ในแต่ละอำเภอ และใช้แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ที่ประกอบด้วยคำถามปลายเปิด

เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม และแนวทางการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ที่ใช้กับผู้ให้ข้อมูล 5 คน และผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน สำหรับนำข้อมูลมาเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินการในขั้นตอนที่ 2 ต่อไป โดยขั้นตอนที่ 1 นี้ เนื้อหาและกระบวนการโดยละเอียดบรรจุในโครงการย่อยที่ 1

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาโมเดลต้นแบบ (Model development) เป็นการสร้าง “รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี” จากการนำผลการศึกษาที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ในส่วนแนวทางการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม มาเป็นส่วนหนึ่งในการออกแบบการสร้างรูปแบบ ที่คณะผู้วิจัยบูรณาการขึ้นมาจาก 3 แนวคิด ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และเทคนิคทฤษฎีการศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ร่วมกับวิธีการและกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง จัดทำในลักษณะการฝึกอบรมทางจิตวิทยา 14 ครั้ง เพื่อทดลองในกลุ่มทดลอง 20 คน สำหรับดำเนินการต่อไปในขั้นตอนที่ 3 โดยขั้นตอนที่ 2 นี้ และขั้นตอนที่ 3 ที่จะกล่าวต่อไป เนื้อหาและกระบวนการโดยละเอียดการบรรจุในโครงการย่อยที่ 2

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบประสิทธิผลของโมเดล (Model validation) เป็นการประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการฯ ที่พัฒนาขึ้น โดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และแบบประเมินการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ให้กลุ่มทดลองตอบก่อน (Pre Test) และหลังการทดลองใช้ ครั้ง (Post Test) รวมทั้งให้ตอบแบบสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฯ ด้วย ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ ให้ตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และแบบประเมินการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เมื่อสิ้นสุดการฝึกอบรมครั้งที่ 14 ซึ่งเป็นครั้งสุดท้ายของการฝึกอบรม

6.5 ระเบียบวิธีวิจัย

6.5.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-92 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนนทบุรี พ.ศ. 2565 จำนวน 1,078,071 คน ครอบคลุมพื้นที่ 6 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอปากเกร็ด อำเภอบางใหญ่ อำเภอบางบัวทอง อำเภอบางกรวย และอำเภอไทรน้อย กลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลแบ่งตามขั้นตอนการวิจัย โดยขั้นตอนที่ 1 กลุ่มแรกเป็นผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี สุ่มแบบหลายขั้นตอน จำแนกเป็นสัดส่วนตามพื้นที่พำนักอาศัยใน 6 อำเภอรวม 401 คน กลุ่มที่สองเป็นผู้สูงอายุที่คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 5 คน ตามเกณฑ์คัดเข้า (อายุ 60 ปีขึ้นไป สามารถพูดคุย อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และไม่มีปัญหาความจำเสื่อม) กลุ่มที่สามเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน ขั้นตอนที่ 2 ไม่มีกลุ่มตัวอย่าง และขั้นตอนที่ 3 เป็นผู้สูงอายุจำนวน 40 คน คัดเลือกแบบเจาะจง จากกลุ่มตัวอย่างแรกในขั้นตอนที่ 1 แล้วแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

โดยการจับคู่ตามตัวแปร อายุ และภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อภาวะสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 เพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีความเท่าเทียมกัน กำหนดให้กลุ่มทดลองได้รับการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำตามปกติ

6.5.2 เครื่องมือการวิจัย แบ่งตามขั้นตอนการวิจัย คือ ขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ 1) แบบสอบถามความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม 2) แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination: MMSE-Thai) และ 3) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ขั้นตอนที่ 2 ได้แก่ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และ ขั้นตอนที่ 3 ได้แก่ 1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ 2) แบบประเมินการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม 3) แบบสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ และ 4) แบบสอบถามการใช้ประโยชน์และการขยายผล โดยเครื่องมือทุกฉบับผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากการหาประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ

6.5.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มแรกตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างที่สอง และกลุ่มตัวอย่างที่สาม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ขั้นตอนที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลองรวม 14 ครั้ง และ ขั้นตอนที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามก่อนและหลังการทดลอง

6.5.4 การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการดังนี้ 1) การศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม สถิติที่ใช้ ได้แก่ Chi-square 3) การศึกษาแนวทางการลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สถิติที่ใช้ ได้แก่ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) 4) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง สถิติที่ใช้ ได้แก่ การทดสอบวิลคอกซัน (The Wilcoxon Matched Pairs Signed Ranks Test) และ 5) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สถิติที่ใช้ ได้แก่ การทดสอบแมนวิทนี (Mann-Whitney U Test)

7. สรุปผลการวิจัยของชุดโครงการ

ผลการวิจัยเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ทั้ง 3 ข้อ สรุปดังนี้

7.1 ผลการศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยเสี่ยง และแนวทางการป้องกันความเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

7.1.1 ผลการศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อม

จากการตรวจคัดกรองกลุ่มตัวอย่างทั้ง 401 คน ด้วยแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (MMSE) และยืนยันอีกครั้งด้วยแบบทดสอบประเมินภาวะสมองเสื่อม (MoCA) พบ ความชุกของการเกิด ภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุใน 6 อำเภอของจังหวัดนนทบุรี จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 4.49 โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 66.70 มีอายุเฉลี่ย 74 ปี (S.D.= 7.72) มีสถานภาพสมรส จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 61.10 มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษาจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 66.70 และส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 72.20 เมื่อพิจารณาตามบริบทสังคมของพื้นที่อยู่อาศัย ทั้ง 3 กลุ่ม พบอัตราความชุกเฉลี่ยในเขตสังคมเมืองเท่ากับ 4.69 สังคมกึ่งชนบทเท่ากับ 3.73 และ สังคมชนบทเท่ากับ 4.49 ตามลำดับ โดยพื้นที่ที่มีอัตราความชุกของการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากที่สุดคือ อำเภอไทรน้อยซึ่งเป็นพื้นที่สังคมชนบทเท่ากับ 7.41 ในขณะที่อำเภอบางใหญ่ซึ่งเป็นพื้นที่สังคมกึ่งชนบทไม่พบความชุกของการเกิดภาวะสมองเสื่อมเลย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำแนกตามอำเภอในจังหวัดนนทบุรี (n=401)

ชื่ออำเภอ	จำนวน กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อม	อัตราความชุก
สังคมเมือง (อัตราความชุกเฉลี่ย 4.69)			
1. เมืองนนทบุรี	153	8	5.23
2. ปากเกร็ด	60	2	3.33
สังคมกึ่งชนบท (อัตราความชุกเฉลี่ย 3.73)			
3. บางใหญ่	43	0	0.00
4. บางบัวทอง	77	5	6.49
5. บางกรวย	41	1	2.44
สังคมชนบท (อัตราความชุกเฉลี่ย 4.49)			
6. ไทรน้อย	27	2	7.41
รวม	401	18	4.49

7.1.2 ผลการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และปัจจัยด้านพฤติกรรม ซึ่งได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ออกกำลังกาย การไม่เข้าสังคม การบริโภคอาหารไขมันสูง การไม่บริโภคผักสดผลไม้ และปัจจัยของการเจ็บป่วยด้วยโรคร่วม ได้แก่ โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุที่ศีรษะ โรคซึมเศร้า

สมองเสื่อม หรือ อัลไซเมอร์ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ด้วยสถิติ Chi-square พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ (1) อายุ เพิ่มโอกาสการเกิดภาวะสมองเสื่อม 1.1 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (2) ความไม่สามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเพิ่มโอกาสการเกิดภาวะสมองเสื่อม 2.54 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และ(3) ภาวะไขมันในเลือดสูงเพิ่มโอกาสการเกิดภาวะสมองเสื่อม 3.99 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (n=401)

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม	ภาวะสมองเสื่อม				Odd Ratio (95%CI)	p
	เป็น		ไม่เป็น			
	จำนวน/ ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ/ ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	จำนวน/ ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ/ ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน		
อายุ	74.00	7.72	69.50	6.40	1.10	.006**
ความไม่สามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง	1.33	.97	1.08	.29	2.54	.01**
ภาวะไขมันในเลือดสูง	207	51.60	194	48.40	3.99	.01

7.1.3 ผลการศึกษาแนวทางการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

จังหวัดนนทบุรี

จากการสนทนากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้ข้อมูลและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 10 คน ได้แนวทางการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี สรุปเป็น 4 แนวทางสำหรับผู้เกี่ยวข้อง ดังนี้

1) แนวทางสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่

(1) การให้ความสำคัญกับการตรวจสุขภาพประจำปี และหมั่นสังเกตอาการผิดปกติที่ควรต้องพบแพทย์ เพื่อจะได้ป้องกันภาวะสมองเสื่อมไว้แต่เนิ่นๆ และรับการรักษาตามอาการได้ทันทีที่พบ

(2) การหมั่นศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกัน และการรักษา รวมทั้งให้ความสำคัญกับการปรับพฤติกรรมที่ดีด้านสุขภาพของร่างกายและสมองอย่างเคร่งครัด ในปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม เช่น และ รับประทานที่ช่วยบำรุงสมอง มีวินัยในการออกกำลังกายและพักผ่อนให้พอเพียง ระมัดระวังอุบัติเหตุที่จะเกิดการกระทบกระเทือนต่อสมอง เพื่อชะลออาการและยืดคุณภาพชีวิตให้นานที่สุด

(3) การทำกิจกรรมกระตุ้นและฝึกสมอง เพื่อให้สมองยังคงมีการทำงานได้ดี เช่น ทำงานอดิเรกต่างๆ

(4) การฝึกการมีสติและปล่อยวางในการดำเนินชีวิต เพื่อลดความเครียดและความกังวลทางด้านจิตใจ

(5) การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทางสังคมในรูปแบบต่างๆ เพื่อสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม หลีกเลียงภาวะซึมเศร้า และมีการเตรียมการก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุในด้านอื่นๆ

2) แนวทางสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม แบ่งเป็น 2 ระยะ ตามอาการป่วย คือ

(1) ระยะก่อนผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมรุนแรง ได้แก่ การให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีสม่ำเสมอ การดูแลเรื่องโภชนาการให้ได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ครบทุกหมู่ การพูดคุยรักษาสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การพาผู้สูงอายุออกทำกิจกรรมสังคม เพื่อเป็นการป้องกันภาวะสมองเสื่อมรุนแรง ทั้งด้านกาย จิต และสังคม

(2) ระยะเมื่อผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมเริ่มรุนแรง ได้แก่ การสังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง พร้อมกับพาไปพบแพทย์ให้ได้รับยาตรงตามอาการ การจัดการสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยทำซ้ำและจำได้ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ การพาทำกิจวัตรประจำวันทั้งการออกกำลังกายและการเล่นบริหารสมอง เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกายและการทำงานของสมอง การให้เครือข่ายชุมชนรับรู้สภาพการป่วยและเข้าร่วมเฝ้าระวังดูแล การจัดหาสร้อยคอหรือกำไลข้อมือระบุชื่อ-นามสกุล และหมายเลขโทรศัพท์ของญาติ หรือผู้ดูแล ใส่ให้กับผู้สูงอายุที่ป่วยสมองเสื่อม เพื่อเป็นเบาะแสในการติดตามตัวได้ในกรณีพลัดหลงหรือหายออกไปจากบ้าน

3) แนวทางสำหรับบุคลากรที่มสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

แบ่งเป็น 3 ระยะ ตามอาการป่วย คือ

(1) ระยะก่อนผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจและทักษะการใช้แบบคัดกรองได้อย่างถูกต้อง การมีบทบาทเป็นผู้ให้การอบรมและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ทั้งต่อผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ญาติ อสม. และแกนนำชมรมผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเพิ่มพูนองค์ความรู้และทักษะในระดับบุคคล

(2) ระยะเริ่มมีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมแก่ผู้สูงอายุใน OPD ของทุกโรงพยาบาล การจัด“คลินิกผู้สูงอายุ” ในโรงพยาบาลชุมชนระดับ M ขึ้นไป และการส่งเสริมสนับสนุนให้ทีมงานวิจัยและนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชนและในหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ เพื่อเพิ่มพูนองค์ความรู้และทักษะในระดับองค์กร

(3) ระยะการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การพัฒนาระบบการเข้าถึงยารักษาผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีประสิทธิภาพ การขยายการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมในโรงพยาบาลชุมชน การจัดให้มีการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพในคลินิกผู้สูงอายุ การจัดตั้งชมรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการจัดช่องทางสื่อสารโดยทีมบุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งการจัดสรรทุนแพทย์ในหลักสูตรแพทย์เฉพาะทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อบูรณาการการทำงานระหว่างองค์กร

4) **แนวทางสำหรับผู้บริหารระดับกำหนดนโยบายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม** เพื่อขยายการทำงานระดับนโยบายขององค์กร ได้แก่

(1) **กระทรวงสาธารณสุข** มีการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างกรมการแพทย์ กรมอนามัย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ การกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมให้แก่สถานดูแลผู้สูงอายุในสังกัดกระทรวงอื่นและโรงพยาบาลเอกชน

(2) **กระทรวงมหาดไทย** มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลและฟื้นฟูผู้สูงอายุในชุมชน (Day care) โดยบูรณาการการทำงานร่วมกันของเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล สาธารณสุขในพื้นที่ และโรงพยาบาลชุมชน และการสนับสนุนการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ชมรมสร้างสุขภาพ

(3) **กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์** มีการจัดช่องทางการส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุ ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และการสนับสนุนงบประมาณและสถานที่ สำหรับการดูแลผู้สูงอายุป่วยสมองเสื่อมที่ขาดผู้ดูแลและยากจน

7.2 ผลการสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการที่สร้างขึ้นนี้ พัฒนาจากการบูรณาการใน 3 แนวคิด ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เทคนิคทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา แบบกลุ่มร่วมกับวิธีการ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องเข้าด้วยกันอย่างเหมาะสม โดยมีนักจิตวิทยาการปรึกษาเป็นผู้นำกลุ่มการฝึกอบรม เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตัวในการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมได้ด้วยตัวเอง ออกแบบเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และวิธีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม การปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม ดำเนินการทั้งหมด 14 ครั้ง รวม 5 สัปดาห์ๆ ละ 2-3 ครั้งๆ ละ ประมาณ 120-180 นาที ที่ประกอบด้วย ชื่อกิจกรรมที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ พร้อมกับรายละเอียดของการ บูรณาการเทคนิค ทักษะ วิธีการ และกิจกรรมที่ใช้ในทุกครั้ง จะดำเนินการผ่าน 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเริ่มต้น ขั้นดำเนินการ และ ขั้นยุติ โดยมีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุ ดังสรุปในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สรุปรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

ครั้งที่	ชื่อกิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ทักษะ /เทคนิค/ทฤษฎี	วิธีการ
ครั้งที่ 1-2	การสร้างความร่วมมือ ความไว้วางใจ และความตระหนักรู้ ในความสำคัญของการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม	ทักษะสร้างสัมพันธ์ภาพ การละลายพฤติกรรม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เทคนิคการโต้แย้งกับความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล เทคนิคการปรับโครงสร้างความคิด เทคนิคการให้คิดเป็นการบ้าน เทคนิคการให้การศึกษาเชิงจิตวิทยา	การให้การศึกษาเชิงจิตวิทยาโดยใช้ไลน์กลุ่ม การนำเสนอไฟล์เนื้อหา ความสำคัญของการลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม การนำเสนอคลิปวิดีโอทัศนภาวะสมองเสื่อม การใช้วิดีโอคอลตอบข้อซักถาม เพื่อให้ผู้สูงอายุตระหนักใน ความสำคัญของการลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม
ครั้งที่ 3	การปรับเปลี่ยนอารมณ์ และความรู้สึก ในการตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม	เทคนิคการอยู่กับความรู้สึก และเทคนิคแก้แ้วงของทฤษฎีการปรึกษาแบบเกสตัลท์	การบรรยายและฝึกปฏิบัติ หัวเราะบำบัดเพื่อคลายความเศร้า การฝึกสมาธิ การอภิปรายกลุ่ม และกรณีศึกษา
ครั้งที่ 4-6	การให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ การป้องกัน การดูแลรักษาภาวะสมองเสื่อม การดูแลสมองและสุขภาพจิต	เทคนิคการศึกษาเชิงจิตวิทยา	การให้การศึกษาเชิงจิตวิทยาโดยใช้ไลน์กลุ่ม การนำเสนอไฟล์เนื้อหา ของสาเหตุ การป้องกันและการดูแลรักษาภาวะสมองเสื่อม การดูแลตนเองเพื่อให้มีสมองและสุขภาพจิตที่ดี การวิดีโอคอลตอบข้อซักถาม การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม ระดมสมอง และกรณีศึกษา
ครั้งที่ 7-12	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมและการฝึกสมอง	เทคนิคการให้การศึกษาเชิงจิตวิทยา ทฤษฎีการปรึกษาแบบเผชิญความจริง เทคนิคการเสนอตัวแบบ เทคนิคการเสริมแรงในทางบวก เทคนิคการใช้ประโยคที่มีพลัง ทักษะการให้กำลังใจ	การให้การศึกษาเชิงจิตวิทยา โดยใช้ไลน์กลุ่ม การออกกำลังกายเพื่อฝึกสมอง และป้องกันโรคร่วมด้วยกิจกรรมและงานประดิษฐ์ การพัฒนาศักยภาพของสมองด้วยภาษาการร้องเพลง การวาดรูปและระบายสี การนำเสนอไฟล์เนื้อหา หลักการของ WDEP การฝึกสมาธิ การบรรยายและฝึกปฏิบัติ การ

ครั้งที่	ชื่อกิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ทักษะ /เทคนิค/ทฤษฎี	วิธีการ
			อภิปรายกลุ่ม และการวิดีโอคอล ตอบข้อซักถาม
ครั้งที่ 13- 14	การประยุกต์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการ ยุติกลุ่ม	ทักษะการสนับสนุน ทักษะการ ประเมิน ทักษะการเสนอแนะเทคนิค การเสริมแรงทางบวก และทักษะการ ยุติ	การเล่าและประยุกต์ประสบการณ์ สู่การปฏิบัติในชีวิตจริง และการ ขยายผล รวมทั้งการแลกเปลี่ยน ความคิด อารมณ์ความรู้สึกซึ่งกัน และกัน และยุติการใช้รูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพ

7.3 ผลการศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ เพื่อป้องกัน ความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

จากการนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ไปใช้กับกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยมีจุดเด่นที่สำคัญ คือ มีการแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ตาม อายุ และภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสมองเสื่อม ทำให้ทั้งสองกลุ่มมีความเท่าเทียมกัน สามารถเปรียบเทียบผลการทดลองใช้รูปแบบฯ ได้อย่างเที่ยงตรงและน่าเชื่อถือ ซึ่งผลการทดลอง พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบฯ ผู้สูงอายุทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 4 แต่เมื่อให้มีการทดลองใช้รูปแบบฯ กับกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบฯ ทั้งคะแนนเฉลี่ยการมีความรู้ และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของกลุ่มทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1 ดังแสดงในตารางที่ 5 และยังพบอีกว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบฯ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ยังคงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ที่ไม่แตกต่างกัน หากแต่ คะแนนเฉลี่ยในการปฏิบัติตัวของกลุ่มทดลองสูงขึ้น แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีความรู้และการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันความเสี่ยง
ต่อภาวะสมองเสื่อม ระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม ก่อนการใช้รูปแบบ (n=20)

ก่อนการทดลอง	Mdn	Q.D.	Mann-Whitney U Test	p-value
คะแนนความรู้				
กลุ่มทดลอง	6.25	3.08	0.288	.387
กลุ่มควบคุม	6.35	1.00		
คะแนนการปฏิบัติตัว				
กลุ่มทดลอง	5.85	2.75	0.590	.277
กลุ่มควบคุม	6.10	1.275		

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบเฉลี่ยคะแนนการมีความรู้และการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ (n=40)

กลุ่มทดลอง	Mdn	Q.D.	The Wilcoxon Matched Pairs Signed Ranks Test	p-value
คะแนนความรู้				
ก่อนการทดลอง	6.25	3.08	2.524**	.000
หลังการทดลอง	8.40	0.75		
คะแนนการปฏิบัติตัว				
ก่อนการทดลอง	5.85	1.00	3.914**	.000
หลังการทดลอง	8.20	1.00		

**p < .01

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลองใช้รูปแบบ

หลังการทดลอง	Mdn	Q.D.	Mann-Whitney U Test	p-value
คะแนนความรู้				
กลุ่มทดลอง	5.85	2.75	0.590	.277
กลุ่มควบคุม	6.10	1.75		
คะแนนการปฏิบัติตัว				
กลุ่มทดลอง	8.20	1.00	4.455**	.000
กลุ่มควบคุม	6.25	1.00		

**p < .01

8. บทเรียนจากการวิจัย และการนำไปใช้ประโยชน์

บทเรียนและประโยชน์ที่นำไปใช้จากการวิจัยชุดโครงการนี้ ที่ช่วยให้เกิดความเข้าใจเนื้อหาและผลที่ได้จากการวิจัย รวมทั้งสามารถแบ่งปันและส่งเสริมความรู้แก่ผู้ที่สนใจได้ มีดังนี้

8.1 กระบวนการวิจัย ออกแบบเป็นประเภท R & D ในลักษณะ Mix method ที่ผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ทั้งโครงการย่อยที่ 1 และ โครงการย่อยที่ 2 โดยอิงแนวคิดของ Febriana (2016) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 Preliminary study ขั้นตอนที่ 2 Model development และ ขั้นตอนที่ 3 Model validation

8.2 การสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ใช้การบูรณาการระหว่าง 3 แนวคิด ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เทคนิคทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มร่วมกับวิธีการ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องเข้าด้วยกันอย่างเหมาะสม ในลักษณะการฝึกอบรมทางจิตวิทยาทั้งแบบออนไลน์และเผชิญหน้า โดยมีนักจิตวิทยาการปรึกษาเป็นผู้นำการฝึกอบรม เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตัวในการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมได้ด้วยตัวเองอย่างสม่ำเสมอ ดังโครงสร้างกระบวนการตามรูปแบบ แสดงในตารางที่ 7 ถือเป็นนวัตกรรมทางจิตวิทยาแบบบูรณาการ เพื่อพัฒนาศักยภาพการป้องกันและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และยังสามารถประยุกต์ใช้กับในการป้องกันโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ ได้อีก

ตารางที่ 7 โครงสร้างกระบวนการตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

<p>ความหมาย เป็นรูปแบบการฝึกอบรมทางจิตวิทยาแบบกลุ่มที่มีการบูรณาการระหว่างแนวคิดเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับเทคนิคของทฤษฎีพฤติกรรมทางจิตวิทยา การปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่ม ในรูปแบบออนไลน์และเผชิญหน้าโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพการป้องกัน และดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ดำเนินการผ่าน 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเริ่มต้น ขั้นดำเนินการ และขั้นยุติ</p>		<p>ระยะเวลาในการใช้นวัตกรรม 14 ครั้ง</p>
		<p>ระยะเวลาในการดำเนินการแต่ละครั้ง 120-180 นาที</p>
<p>ชื่อกิจกรรม/การสร้างสัมพันธภาพ</p>		
ครั้งที่ 1	<p>ทฤษฎี/เทคนิค/ทักษะ/วิธีการ</p>	
	<p>ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการกำหนดเป้าหมายและละลายพฤติกรรม และการอภิปรายกลุ่ม</p>	
<p>ชื่อกิจกรรม/การดูแลฟื้นฟูด้านร่างกาย</p>		
ครั้งที่ 2-4	<p>ทฤษฎี/เทคนิค/ทักษะ/วิธีการ</p>	
	<p>ทฤษฎีการปรึกษาแบบการศึกษาเชิงจิตวิทยา เทคนิคการให้การศึกษาระดับจิตวิทยา ผ่านแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม</p>	

ชื่อกิจกรรม/การดูแลสมองและด้านความคิด	
	วิธีการ/ทฤษฎี/เทคนิค/ทักษะ
ครั้งที่ 5	ทฤษฎีการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ทฤษฎีการบำบัดเชิงความคิด กรณีศึกษา การอภิปรายกลุ่ม
ครั้งที่ 6	ทฤษฎีการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม
ครั้งที่ 7	ทฤษฎีการปรึกษาแบบเผชิญเหตุผล
ชื่อกิจกรรม/การดูแลด้านอารมณ์ความรู้สึก	
	วิธีการ/ทฤษฎี/เทคนิค/ทักษะ
ครั้งที่ 8	ทักษะการถาม ทักษะการฟังอย่างกระตือรือร้น ทักษะการเจียบ ทักษะการสะท้อนความรู้สึก ทักษะการกระจำความ และทักษะการสรุปความ
ครั้งที่ 9	ทักษะการปรึกษาแบบเกสตัลท์
ครั้งที่ 10	ทักษะการปรึกษาแบบเกสตัลท์ ทฤษฎีการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม บทบาทสมมติ
ชื่อกิจกรรม/การดูแลด้านพฤติกรรม	
	วิธีการ/ทฤษฎี/เทคนิค/ทักษะ
ครั้งที่ 11	ทฤษฎีการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม การระดมสมอง
ครั้งที่ 12	ทฤษฎีการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม การระดมสมอง เทคนิคการเสนอตัวแบบ และบทบาทสมมติ
ชื่อกิจกรรม/การประเมินผลและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	
	วิธีการ/ทฤษฎี/เทคนิค/ทักษะ
ครั้งที่ 13	เทคนิคการเสริมแรงบวก ทักษะการประเมิน ทักษะการเสนอแนะ
ชื่อกิจกรรม/ การยุติการฝึก	
	วิธีการ/ทฤษฎี/เทคนิค/ทักษะ
ครั้งที่ 14	เทคนิคการเสริมแรงบวก ทักษะการประเมิน ทักษะการเสนอแนะ และทักษะการสนับสนุน

8.3 องค์ความรู้ใหม่ที่พบและต้องการนำเสนอ

ร้อยละ 4.49 เป็นอัตราความชุกเฉลี่ยในภาพรวมของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ในจังหวัดนนทบุรี และเป็นปัจจุบัน ณ ปี พ.ศ. 2566 และยังพบค่าความชุกในอำเภอ ไทรน้อยซึ่งเป็นพื้นที่สังคมชนบทมีค่าสูงกว่าพื้นที่สังคมเมือง อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุในสังคมชนบทมีการศึกษาน้อย และสภาพแวดล้อมในสังคมชนบทมีการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมน้อยกว่าสังคมเมือง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความรู้ในด้านโภชนาการ จึงมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และยังไม่มีกรปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมเท่าที่ควรซึ่งเป็นความสอดคล้องกับการค้นพบ 3 ปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในจังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อันได้แก่ อายุ ความไม่สามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง และภาวะไขมันในเลือดสูง ที่สามารถอธิบายได้จากการที่มีอายุมากขึ้นทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้าง และหน้าที่ของ

สมอง และเซลล์ประสาทลดลง เกิดการตายของเซลล์ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาท ทำให้ความสามารถในการสื่อสาร และการจดจำลดลงส่งผลต่อการช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน หรือไม่ได้เลย และภาวะไขมันในเลือดสูงยังเป็นสาเหตุให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่ส่งผลให้ความสามารถของสมองพร่องลง และยังทำให้เกิดโรคอัลไซเมอร์ ได้มากกว่าร้อยละ 50 ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม สำหรับการดำเนินโรค จะเร็วช้าอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับสุขภาพของผู้ป่วย และวิธีการดูแลรักษาโรคของผู้ป่วยเป็นหลักซึ่งแต่ละคนก็ไม่เหมือนกัน

และด้วยภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ยาที่ใช้รักษาอยู่ในปัจจุบันมีราคาแพง และช่วยเพียงชะลออาการของผู้ป่วยให้อยู่ในระยะที่ช่วยตัวเองได้นานที่สุด แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในปัจจุบันจึงไม่ควรมุ่งเน้นที่การใช้ยาเป็นหลัก แต่ควรใช้วิธีการดูแลที่หลากหลายผสมผสานกันตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการที่ได้จากการพัฒนาในครั้งนี้ ที่ครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิต สังคม และมีนักจิตวิทยาการให้การปรึกษาเป็นผู้นำการฝึกที่เหมาะสม เพื่อกระตุ้นให้เกิด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตัวของผู้ป่วยเองให้มากที่สุด เช่น การฝึกสมอง พฤติกรรมบำบัด กิจกรรมบำบัด ร่วมกับการดูแลชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยให้สะดวก สะอาด และปลอดภัยก็ได้ผลดีเช่นกัน

ซึ่งเมื่อรวมกับข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม คณะผู้วิจัยได้นำมากำหนดเป็นแนวทางการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ที่แบ่งเป็น 4 แนวทาง ได้แก่ แนวทางสำหรับผู้สูงอายุ แนวทางสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ แนวทางสำหรับบุคลากรที่มสุขภาพ และแนวทางสำหรับผู้บริหารระดับกำหนดนโยบาย คณะผู้วิจัยยังได้นำมาประยุกต์ให้สามารถปรับเข้าสู่การแบ่งแนวทางเป็นระยะตามนโยบายการป้องกัน รักษา และดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย (2554) ได้ ดังนี้

แนวทางในระยะสั้น นอกจากตัวผู้สูงอายุเอง ที่ต้องเน้นการเพิ่มสมรรถนะทางกายด้วยการออกกำลังกายและเคลื่อนไหวร่างกายอย่างสม่ำเสมอ การบริหารสมอง หรือ ประลองเชาว์ เพื่อเพิ่มการทำงานของสมองในผู้สูงอายุ และชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่มีผลการศึกษาแล้วทุกปัจจัยและยังต้องร่วมกับการกระตุ้นความสามารถของครอบครัว ในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม ด้วยการสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมที่ผู้สูงอายุกำลังเผชิญ เพิ่มทักษะในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง ที่ต้องได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้เอง โดยพึ่งพิงหน่วยบริการสาธารณสุขเท่าที่จำเป็น รวมถึงให้มีการสร้างเสริมสุขภาพจิต และการนำผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม โดยต้องไม่ละเลยการดูแลสุขภาพและความเครียดของผู้ดูแลไม่ให้กลายเป็นคนป่วยไปอีกคน

ในระยะกลาง เป็นการกระจายความรับผิดชอบในระยะยาวจากกระทรวงมหาดไทยลงสู่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในชุมชน โดยเป็นเจ้าของภาพร่วมกับเครือข่ายในชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ และการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ด้วยการส่งเสริมการปรับพฤติกรรมทางสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีดัชนีมวลกายตามเกณฑ์ และส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ มีกิจกรรมบำบัด ในหน่วยบริการในชุมชน เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ผ่านศูนย์ Day Care และ อสม. ร่วมกับบุคลากรที่สุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่จะดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

และในระยะยาว มีการบูรณาการของหน่วยงานภาครัฐในระดับกระทรวง สำหรับการสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมแบบไม่ใช้ยาให้เหมาะสมกับวัฒนธรรม และความเป็นอยู่ของคนไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้สร้างกลไกที่เอื้อต่อการสร้างความชำนาญให้บุคลากรสาขาวิชาชีพที่มีสุขภาพ และอาสาสมัครที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม กระทรวงการพัฒนา สังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ดำเนินการจัดสร้างระบบเพื่อการเข้าถึงสิทธิ์สวัสดิการของผู้สูงอายุทุกกลุ่มโรค และให้การสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมให้มีความรู้ และทักษะในการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และดำเนินการควบคุมคุณภาพมาตรฐาน และให้การสนับสนุนแก่หน่วยบริการทั้งภาครัฐ และเอกชนที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ซึ่งจะมีความต้องการมากขึ้น ตามสภาพสังคมไทยที่มีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น

และจากการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ที่มีผลดีขึ้นกว่าก่อนใช้ทั้งความรู้และการปฏิบัติตัวสอดคล้องเป็นไปในทางเดียวกับผลการศึกษาก่อนการใช้รูปแบบเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่เคยมีมา จึงเป็นข้อยืนยันว่า การกำกับการใช้รูปแบบฯ และกระตุ้นโดยนักจิตวิทยา โดยเสริมพลังบวกด้วยเทคนิคต่างๆ เพื่อสร้างความเชื่อมั่น ที่จะประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยปราศจากการพึ่งพาผู้อื่น หรือ พึ่งพาน้อยที่สุด ทำให้มีผลโดยตรงต่อผู้สูงอายุในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ แม้ว่า จะมีความเสื่อมของร่างกาย และสมองซึ่งก็เป็นไปตามวัยของผู้สูงอายุ

8.4 การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ในบทบาทของนักวิจัย ขอเสนอ ดังนี้

8.4.1 ด้วยรัฐมีนโยบายให้มีการสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (model of health care) อย่างครบวงจรที่หลากหลายตามบริบทของครอบครัวและชุมชนในแต่ละพื้นที่ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่พัฒนาครั้งนี้ จึงเป็นการตอบสนองนโยบายของรัฐโดยตรง อีกทั้งใช้เป็นเครื่องมือสำหรับบุคลากรในสถาบันการศึกษา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ โครงการบริการวิชาการแก่สังคม เพื่อขยายผลให้เกิดประโยชน์ในการป้องกันความเสี่ยง และลดอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในทุกเขตพื้นที่ของจังหวัดนนทบุรี นอกจากนั้นยังควรนำไปเป็นข้อมูลและเครื่องมือสำหรับบุคลากรในสถาบันการศึกษาได้นำไปสร้างหลักสูตรหรือบทเรียนในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งสนับสนุนให้นักวิจัยรายอื่นที่สนใจได้นำไปศึกษาต่อยอดพัฒนาการดูแลรักษา และ การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในแนวทางอื่น หรือศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนในการใช้แก้ปัญหาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุและผู้ป่วยทั่วไปได้

8.4.2 แม้ว่าอัตราความชุกของการเกิดภาวะสมองเสื่อมที่พบในการศึกษานี้จะค่อนข้างต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาในหลายจังหวัดของทุกภาคในประเทศไทย ซึ่งอาจเนื่องจากโครงสร้างของประชากร ระดับการศึกษา และวัฒนธรรม ในแต่ละภาคและแต่ละพื้นที่ของประเทศไทย มีความแตกต่างกัน แต่ก็เป็นสิ่งที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี และผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐใน

ระดับนโยบาย ต้องเริ่มต้นด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม อย่างจริงจังต่อเนื่อง และเพิ่มการใช้เทคโนโลยี พร้อมระดมสรรพกำลังในการนำความรู้ และวิถีปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ให้เข้าถึงประชาชนได้ง่ายและทั่วถึงยิ่งขึ้น และการยิ่งพบโรคได้เร็วและได้รับการรักษาในระยะแรกของอาการ ก็จะสามารถช่วยชะลอการดำเนินโรค และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ยาวนานขึ้น ดังนั้น การคัดกรองเพื่อหาความชุกต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในทุกอำเภอของจังหวัด ถือเป็นความใส่ใจที่ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ หรือ ประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะสมองเสื่อม ซึ่งจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมให้บุคลากรที่มีสุขภาพ ได้รับความรู้ทั้งเชิงทฤษฎีและเชิงปฏิบัติในการเรียนรู้การใช้แบบคัดกรองอย่างถูกต้อง

8.4.3 แนวทางการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่เป็นผลของการวิจัยครั้งนี้ ควรถูกนำเสนอเป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุของจังหวัดนนทบุรี เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักในความสำคัญของการป้องกันความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งมีศักยภาพประยุกต์ใช้ความรู้ประสบการณ์ที่ได้รับจากการใช้รูปแบบฯ ในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ พร้อมกับผลักดันให้เกิดการขยายผลเผยแพร่ในวงกว้าง เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุทั่วประเทศ

9. เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2565). สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ.วันที่ 31 ธันวาคม 2565 สืบค้นจาก <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1766>
- กรมอนามัย. (2559). การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง: คู่มือสำหรับครอบครัว และผู้ดูแล. นนทบุรี: แก้วเจ้าจอม.
- กัมปนาท สාරวมจิต สุณีย์ ละกะ ปิ่น ขวัญใจ อำ นางสัจย์ชื้อ .(2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองสำหรับผู้สูงอายุ ต่อการรู้คิดและพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. **วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล**. ปีที่ 35 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม :34-45.
- กาญจนา วิธสุนทร. (2550). การออกแบบวิจัยเพื่อพัฒนาโมเดล. ใน**เอกสารการสอนชุดระเบียบวิจัยขั้นสูง ประเด็นสาระหลักที่ 3 (น. 8-9)**. นนทบุรี: สาขาศึกษาศาสตรมหาวิทาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร. (2557). **คู่มือผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). **คู่มือการคัดกรอง/ ประเมินผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก.
- กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. (2552). **ความรู้เรื่องโรคอัลไซเมอร์**. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต, กรมการแพทย์กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2555). **คู่มือการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสำหรับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล** กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด.

ขวัญเรือน กำวิตุ. (2556). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง. *วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)*, สาขาวิชาโรคติดเชื้อและวิทยาการระบาด มหาวิทยาลัยมหิดล.

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. (2554). เอกสารสรุปการประชุมระดับกรม เพื่อพัฒนานโยบายการป้องกัน รักษา และดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย. สืบค้นจาก https://www.hitap.net/wp-content/uploads/2014/09/completed_dementia.pdf ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. Health Belief Model (HBM). สืบค้นจาก http://doh.hpc.go.th/data/bse_manual/BC12_HealthBelieveModel.pdf, สืบค้น เมื่อ 29 มิถุนายน 2564.

ชลิต เขาวีไฉย , วินัย พูลศรี, ธีรพันธ์ ต้นพานิขย์. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน* ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2565.

เดือนเพ็ญ ศิลปะอนันต์. (2557). *ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี*.

ทิตินา แคมมณี. (2545). *รูปแบบการเรียนการสอนทางเลือกที่หลากหลาย*. กรุงเทพฯ: ด้านสุทธาการพิมพ์.

ฉัตรพันธ์ ธาณรัตน์, อุบุญรัตน์ ฐีรราช, บุญลือ เพ็ชรรักษ์, ปิยนุช กิมเสาว์, ขวัญชนก หงษ์ชูเกียรติ และ

บุญธรรม ดีดวง. (2560). การพัฒนาเครื่องมือแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2; 62(2): 177-186.

บุญชม ศรีสะอาด. (2535). *การวิเคราะห์งานวิจัยทางการวัดผลและประเมินผล*. มหาสารคาม:

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาสารคาม.

บุษบา คำสวน. (2554). ความชุกของภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อม และปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ตำบลน้ำร้อน อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่. *รายงานการค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต*, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปิยะภัทร เดชพระธรรม. (2561). การดูแลด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล.

ใน *ประเด็นท้าทายและทางแก้สำหรับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี : Challenges and Solutions for Healthy Aging*. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล บรรณาธิการ. สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ :ภาพพิมพ์.

พัชราภรณ์ อนุพันธ์ พรรณงาม วรณพฤกษ์ และจินตนา เต็นสันติกุล.(2563). ผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยประยุกต์ใช้ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุชุมชนบ้านนาคำ ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. *เอกสารการประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 5 “การวิจัยเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Research to Make A CHANGE)”*.

พรรณปพร ลีวิโรจน์. (2564). *การถอดบทเรียนรู้เรื่อง การวิจัยและพัฒนา*. เอกสารรายงานการถอดบทเรียน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. สืบค้นจาก <http://qa.hcu.ac.th/km/fileuploads/2563-km-sw-res.pdf>

- พลอย เรื่องสิทธิสัญญา และ วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2561). การป้องกันภาวะสมองเสื่อม. ใน *ประเด็นท้าทายและทางแก้สำหรับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี : Challenges and Solutions for Healthy Aging*.
- พลสุข ทิงคานนท์. (2540). การพัฒนารูปแบบการคัดกรองของวิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราช พยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. (2562). การป้องกันการประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม : *Dementia : Prevention ,Assessment and Care*. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2558*. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2564*. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- วรารัตน์ ทิพย์รัตน์, สายพิน เม่งเอียด, โสภิต สุวรรณเวลา, และเบญจวรรณ ช่วยแก้ว. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*. 27 (1). (ม.ค. - มี.ค.)
- วาโร เพ็งสวัสดิ์. (2553,กรกฎาคม - ธันวาคม). การวิจัยพัฒนารูปแบบ. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร*. 2 (4),2.
- วิชัย เอกพลากร. (บรรณาธิการ). (2557) *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2559). *การดำเนินโรคของภาวะสมองเสื่อม. รู้จริงและเข้าใจสุขภาพผู้สูงวัยและภาวะสมองเสื่อม*. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดดูเคชั่น.
- รุ่งนรินทร์ ประดิษฐสุวรรณ. (2561). การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในระยะท้ายของชีวิต. ใน *ประเด็นท้าทายและทางแก้สำหรับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี : Challenges and Solutions for Healthy Aging*. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล บรรณาธิการ. สมาคมพุดชาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ :ภาพพิมพ์.
- ศรุตยา ทวางษ์, วิณา เทียงธรรม และสุธรรม นันทมงคลชัย. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2560, 110-128.
- ศิริณา ฉัตรเงิน, อุไรวรรณชัยชนะวิโรจน์ และอุมาพร ทานรุ่งชโรทร. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ* .34 (1).
- ศิริมา เขมะเพชร และ รจนาถ หอมดี. (2563). การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม . *วารสาร*

- พยาบาลตำรวจ ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2563.
- ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ.(2554). **คู่มือความรู้และการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมสำหรับญาติและผู้ดูแล**. กรุงเทพฯ:บริษัท ปิยอนต์ พับลิชชิ่ง จำกัด.
- สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. (2548). ปัญหาพฤติกรรมในผู้สูงอายุ. ค้นคืน 10 กันยายน 2563 จาก http://www.psychiatry.or.th/home/index.php?option=com_content&view=article&id=60:news7&catid=1:latest&Itemid=96
- สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย. **บทความเกี่ยวกับสมองเสื่อม**. ค้นคืน 10 กันยายน 2563 จาก http://www.azthai.org/menu_artical.html
- สถาบันประสาทวิทยา, กรมการแพทย์. (2557). แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ :บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สืบค้นจาก <https://thaitgri.org/?p=38965>., สืบค้น เมื่อ 16 มีนาคม 2564.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (ม.ป.ป.). **การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมสำหรับประชาชน**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. (2559). **คู่มือการพัฒนาศักยภาพสมองของผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องในระยะต้น**. นนทบุรี : บริษัท ไชเบอร์พริ้นท์กรุ๊ป จำกัด.
- สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. (2558). **คู่มือปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสำหรับประชาชน**. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. (ม.ป.ป.). **รายงานการวิจัยการพัฒนาศักยภาพสมองของผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องในระยะต้น**. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ.(ม.ป.ป.). **รายงานการศึกษาการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่จังหวัดลำปาง**. สืบค้นจาก <http://agingthai.dms.go.th/agingthai/>
- สายสุนีย์ เลิศกระโทก, สุธรรม นันทมงคลชัย, และศุภชัย ปิติกุลตั้ง. (2556). ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลอรพิมพ์ อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา. **วารสารสาธารณสุขศาสตร์**, 43(1), 42-47.
- สุขพัชรา ชิมเจริญ. (2553). การบริหารสมอง (Brain Activation).ค้นคืน 10 พฤศจิกายน 2558 จาก <https://www.doctor.or.th/article/detail/10955>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). **รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุประเทศไทย พ.ศ.2557**. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2556). **การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว**. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม. (2558). **การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). **คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ
หลักสูตร 70 ชั่วโมง**. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยสวนสุนันทา.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.. (2554). **คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแล
ผู้สูงอายุหลักสูตร 420 ชั่วโมง**. กรุงเทพฯ:สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
อาทิตยา สุวรรณ, สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค(2559). ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับ
ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิชาการ สมาคม
สถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 5, 2* (ก.ค.-ธ.ค. 2559).
- อุทุมพร จามรมาน. (2541,มีนาคม). “โมเดลคืออะไร”. *วารสารวิชาการ*. 1(2), 22.
- อรรธรณ ศิลปกิจ. (2556). บทความพื้ฟูวิชาการ :การคัดกรองโรคสมองเสื่อม. *วารสารสุขภาพจิตแห่ง
ประเทศไทย* ปีที่ 21 ฉบับที่ 1.
- เอมอร แสงศิริ, ดวงมล วัตราดุลย์, สุธานี กาญจนกุล, ศรีรัตน์ ณ์ฐ์อึ้งกุล, สถิตพร นพพลับ, สะอาด
วงศ์อนันต์นนท์. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 26 (1), 104-18.
- องค์การอนามัยโรค (WHO), <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia/>, สืบค้น
เมื่อ 28 มิถุนายน 2564.
- ไอรดา สายปัญญา. (2565). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมและภาวะความสามารถ
ของสมองบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ ตำบลนามะเฟือง อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสาร
การแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี* ปีที่ 30 ฉบับที่ 3 ประจำเดือน กันยายน – ธันวาคม 2565.
- Brodsky, H., Low, L.F., Gibson, L. & Burns, K. (2006). What is the best dementia screening instrument for general practitioners to use?. *Am J Geriatr Psychiatry*. May;14(5):391-400. Review. PubMed PMID: 16670243.
- Borson, S., Scanlan, J. M., Chen, P. & Ganguli, M. (2003). The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. *J Am Geriatr Soc*. ;51:1451-4.
- Bryck, R. L., & Fisher, P. A. (2012). Training the brain: Practical applications of neural plasticity from the Intersection of cognitive neuroscience, developmental psychology and prevention science. *American Psychologist*,67(2),87-100.
- Eisner, E. (1976). Education connoisseurship and criticism : Their form and functions in educational evaluation. *Journal of Aesthetic Education*. 57(10), pp.192-193.
- Febriana, R. (2016). Research and Development (R&D) Method as A Model Design in Educational Research and its Alternatives. *Holistics Journal*, Volume 11, Number 2, December 2019.
- IJsselsteijn, W., De Kort, Y., Poels, K., Jurgelionis, A., & Bellotti, F.(2007). “Characterising and measuring user experiences in digital games,” in Proceedings of the International

- Conference on Advances in ComputerEntertainment Technology, Vol. 2, Salzburg.
- Ladika, D.J., Gurevitz, S.L. (2011). Identifying the most common causes of reversible dementias: a review. : *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 24 (3), 28–31.
- Lazarus, A. A. สืบค้นจาก <https://neupsykey.com/technical-eclecticism-and-multimodal-therapy/>, สืบค้น เมื่อ 29 มีนาคม 2564.
- LaMorte, W.W. The Health Belief Model. สืบค้นจาก <https://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/MPH-Modules/SB/BehavioralChangeTheories/BehavioralChangeTheories2.html>, Boston University School of Public Health. สืบค้น เมื่อ 29 มิถุนายน 2564.
- Nouchi, R., Taki, Y., Takeuchi, H., Hashizume, H., Akitsuki, Y., Shigemune, Y., Sekiguchi, A.,Kotozaki, Y., Tsukiura, T., Yomogida, Y., & Kawashima, R. (2012). Brain training game improves executive functions and processing speed in the elderly: A randomized controlled trial. *PLoS ClinicalTrials*,7(1),4-9.
- Ritche, K., Carrirere, I., Richie, C.W., Berr, C., Artero, S.,& Ancelln, M.L. (2010). Designing p prevention programmes to reduce incidence of dementia: Prospective cohort study of modifiable risk factors. *British Medical Journal*, 341, c3885.
- Tweed, V. (2018). 10 reversible causes of dementia. *Better Nutrition*, March 1, 50-54.
- Ulep, M.G., Saraon, S.K., & McLea, S. (2018). Alzheimer disease. *The Journal for Nurse Practitioner*, 14 (3), 683-694.
- Unverzagt, F.W., Smith, D. M., Rebok, G. W., Marsiske, M., Morris, J. N., Jones, R., Willis, S.L.,Ball, K., King, J. W., Koepke, K. M, Stoddard, A., & Tennstedt, S. L. (2009). The Indiana Alzheimer disease center's symposium on mild cognitive impairment. Cognitive training in older adults: lessons from the ACTIVE Study. *Current Alzheimer Research*, 6(4),375-83. http://doh.hpc.go.th/hl/topic_glossary.php?cat=a02., สืบค้น เมื่อ 16 มีนาคม 2564.