

การสร้างความรู้ด้านสุขภาพภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุบ้านบุญยืน
ตำบลนาปรัง อำเภองียง จังหวัดพะเยา

Health Literacy Building Of Dementia Among Ban-Boonyeun Elderly,
Naprang Subdistrict, Pong District, Phayao Province.

เพียรพิชญ์ คุสุวรรณ์ (พย.บ.)

Pienpit Kusuwan (B.N.S.)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ/กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลปง

Expert professional nurse /Primary and Holistic care Department, Pong Hospital

Email: banpitch@hotmail.com

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วในประชากรผู้สูงอายุและพบมากขึ้นตามอายุ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เกิดภาวะพึ่งพาส่งผลด้านลบต่อครอบครัว ญาติ ผู้ดูแลและระบบบริการสุขภาพของประเทศ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุบ้านบุญยืน ตำบลนาปรัง อำเภองียง จังหวัดพะเยา ซึ่งประกอบไปด้วยแผนการสร้างความรู้ด้านสุขภาพและแผนสร้างเสริมการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุบ้านบุญยืน จำนวน 60 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์คัดเข้า เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมิน MMSE-Thai 2002 แบบประเมิน MoCA และแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบ Paired Sample t-test ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุบ้านบุญยืนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง(ร้อยละ 70.00) มีอายุเฉลี่ย 64.70 ปี (SD = 3.84) ส่วนใหญ่มีสถานภาพหม้าย หย่า/แยกกันอยู่ ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา(ร้อยละ 50.00) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 83.33) ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 5,001 – 10,000 บาท อยู่อาศัยเป็นครอบครัวขยาย ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา ผลการประเมินภาวะสมองเสื่อมโดย MMSE-Thai 2002 พบว่า มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 20.00 และผลการประเมิน MoCA มีความเสี่ยงภาวะบกพร่องทางพุทธิปัญญาร้อยละ 4.92 ผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมหลังการทดลองมีคะแนนเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังนั้น การสร้างความรู้ด้านสุขภาพภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุบ้านบุญยืน สามารถเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพและช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามควรมีการส่งเสริมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพดังกล่าวอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, ภาวะสมองเสื่อม, ผู้สูงอายุ

Abstract

Dementia tends to increase rapidly in the elderly population and becomes more common with age. This condition reduces the quality of life of the elderly and hurts families, relatives, caregivers, and the country's health care system. It consists of a health literacy plan and a plan to promote practices for preventing dementia in the Elderly. This quasi-experimental research was a one-group pre - post-test design. The objective is to study the effectiveness of promoting health literacy regarding dementia in the Elderly at Ban Bun Yuen, Na Prang Subdistrict, Pong District, Phayao Province. The participants were 60 elderly people at Baan Boonyuen. Purposive sampling was done with the inclusion criteria being Elderly people must not have dementia or cognitive problems. Research measurement included the MMSE-Thai 2002, MoCA, and health literacy questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and a Pair Sample t-test. The results showed that the Elderly at Ban Boon Yuen was more female than male (70.00%), age average of 64.70 years (SD=3.84), status widowed/divorced/separated, primary school (50.00%), unemployed(83.33%), average income of 5,001 - 10,000 baht, live with family, most have high blood pressure, they don't smoke and drink. Dementia assessment results are as follows: the Elderly have 20.00% risk of dementia by the MMSE-Thai 2002 and 4.92 % risk of cognitive impairment by MoCA. The Knowledge, health literacy, and dementia prevention behaviors all had higher scores after the experiment and were statistically significant at the 0.01 level. Therefore, health literacy building of dementia among BAN-BOONYEUN elderly can increase health literacy and enable the elderly to have better dementia prevention behaviors. However, these should be promoted regularly to ensure continuity in self-care of the elderly.

Keywords: Health literacy, Dementia, Elderly

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia หรือ Major neurocognitive disorder) เป็นภาวะที่ประสิทธิภาพการทำงานของสมองลดลงทำให้กระบวนการรู้คิด (cognition) บกพร่องเกิดการเสื่อมถอยความสามารถของสมอง เช่น สูญเสียความจำ สมาธิ ความสามารถทางสติปัญญาลดลง คิดและจำเรื่องที่เป็นปัจจุบันไม่ได้ มีอาการหลงลืมส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน¹ ภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วในประชากรผู้สูงอายุและพบมากขึ้นตามอายุ² จากสถิติขององค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 2015 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมถึง 47.47 ล้านคน และประมาณการณ์ว่าจะเพิ่มสูงถึง 75

ล้านคนในปี ค.ศ.2030 สำหรับประเทศไทย พบความความชุกของภาวะสมองเสื่อมโดยเฉลี่ยร้อยละ 2 ถึง 10³ หากภาวะสมองเสื่อมเกิดขึ้นแล้วจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะทุพพลภาพและมีภาวะพึ่งพาต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นๆ ทุกๆ ด้าน อย่างต่อเนื่องอันเป็นผลกระทบด้านลบต่อครอบครัว ญาติ ผู้ดูแลและระบบบริการสุขภาพของประเทศ³

สาเหตุของการเกิดภาวะสมองเสื่อมมีสาเหตุทั้งจากสิ่งที่แก้ไขไม่ได้ เช่น เพศ อายุ กรรมพันธุ์ และสาเหตุที่สามารถควบคุมแก้ไขได้ เช่น ระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย เป็นต้น ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ลดลงและเกิดภาวะสมองเสื่อมที่สำคัญ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย ขาดกิจกรรมที่กระตุ้นการใช้ความคิดและภาวะซึมเศร้า การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการทำลายหลอดเลือดในระยะเวลายาวนานนั้นจึงเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของโอกาสในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในอนาคต การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่สำคัญได้แก่ การมีกิจกรรมทางกาย การมีกิจกรรมที่ได้ฝึกการคิดวิเคราะห์ มีกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น รับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวต่ำ เพิ่มการรับประทานอาหารที่มีผักและผลไม้ เลิกสูบบุหรี่และป้องกันการบาดเจ็บที่ศีรษะที่นำไปสู่การสูญเสียสติสัมปชัญญะการควบคุมความดันโลหิต ระดับน้ำตาลและคอเลสเตอรอลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมภาวะสมองเสื่อมแม้จะยังไม่สามารถรักษาให้หายได้การป้องกันจึงเป็นวิธีการที่สำคัญมาก⁴

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ทำให้บุคคลมีความสามารถในการรับและค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ต้องการตีความหมาย ตรวจสอบ และทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ได้รับรวมถึงการวิเคราะห์ เปรียบเทียบ และตัดสินใจใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพอย่างเหมาะสม ซึ่ง Nutbeam⁵ แบ่งความรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล (Access) 2) ทักษะ skill) 5) การจัดการตนเอง (Self-management) และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และแบ่งความรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ ผลการศึกษาที่ผ่านมา⁶ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุโดยทุกปีที่อายุเพิ่มขึ้นค่าคะแนนความรู้ด้านสุขภาพซึ่งวัดจากทักษะพื้นฐานจะลดลงปีละ 1.3 คะแนน การศึกษาผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐานหรือระดับต่ำถึงพอใช้โดยความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำหรือไม่เพียงพอ⁶ มีความสัมพันธ์กับการลดลงของความสามารถในการคิดรู้ (cognitive function) และสมรรถนะในการตัดสินใจของผู้สูงอายุมารวมทั้งพบว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำหรือไม่เพียงพอจะมีโอกาสเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้ด้านสุขภาพระดับเพียงพอ⁶ ดังนั้น การสร้างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่ถูกต้องเหมาะสม

ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนนาปรัง อำเภอบึง จังหวัดพะเยา มีพื้นที่รับผิดชอบตำบลนาปรัง อำเภอบึง จังหวัดพะเยา จำนวน 9 หมู่บ้าน มีผู้สูงอายุ จำนวน 1,149 คน ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม AMT ปี 2566 พบภาวะเสี่ยง 51 คน โดยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากปี 2565 (31 คน) สูงถึงร้อยละ 64.51 หากผู้สูงอายุในพื้นที่ไม่ได้รับการดูแลส่งเสริมพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม อาจทำให้ผู้สูงอายุในพื้นที่ มีโอกาสก้าวสู่โรคสมองเสื่อมเร็วขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพและปัญหาด้านสังคมตามมา ในอนาคต ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุในพื้นที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่เหมาะสม ช่วยชะลอการดำเนินโรคและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาผลของการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุบ้านบุญยืน ตำบลนาปรัง อำเภอบึง จังหวัดพะเยา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุบ้านบุญยืน ตำบลนาปรัง อำเภอบึง จังหวัดพะเยา
- 2) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ก่อนและหลังการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุบ้านบุญยืน ตำบลนาปรัง อำเภอบึง จังหวัดพะเยา
- 3) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุบ้านบุญยืน ตำบลนาปรัง อำเภอบึง จังหวัดพะเยา
- 4) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุบ้านบุญยืน ตำบลนาปรัง อำเภอบึง จังหวัดพะเยา

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมดีกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพดีกว่าก่อนการทดลอง
3. หลังการทดลองพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมดีกว่าก่อนการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การสร้างความรู้ด้านสุขภาพภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุบ้านบุญยืน ตำบลนาปรัง อำเภอบึง จังหวัดพะเยา เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The one group pre – post test design)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านบุญยืนหมู่ที่ 2 ตำบลนาปรัง อำเภอบึง จังหวัดพะเยา จำนวน 191 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านบุญยืนหมู่ที่ 2 ตำบลนาปรัง อำเภอบึง จังหวัดพะเยา คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามวิธีของแดเนียล ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ($Z=1.96$) ค่าความคาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้กำหนดเท่ากับ 0.05 (d) กำหนดสัดส่วนความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจากการศึกษาของไอรดา สายปัญญา¹³ ที่มีอัตราร้อยละ 0.7 (p) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเลือก คือ เป็นผู้ที่มีอายุ 60-79 ปี เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุบ้านบุญยืน เป็นกลุ่มติดสังคม /อ่าน เขียนภาษาไทยได้/สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ/ไม่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมหรือมีปัญหาด้านพุทธิปัญญาอย่างใดอย่างหนึ่ง

ระยะเวลาการดำเนินงานวิจัย ระหว่างวันที่ 29 กันยายน 2566 – 16 ตุลาคม 2566

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย แผนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุบ้านบุญยืน ตำบลนาปรัง อำเภอบึง จังหวัดพะเยา ผู้วิจัยจัดทำแผนกำหนด กิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ บ้านบุญยืน ตำบลนาปรัง อำเภอบึง จังหวัดพะเยา โดยประยุกต์แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพและแนวคิดทฤษฎีภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุ นำไปกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้จำนวน 2 แผนหลัก ดังนี้

แผนที่ 1 สร้างความรู้ด้านสุขภาพ ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และจดจำประเด็นเนื้อหาสำคัญของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ดำเนินการให้ความรู้ด้วยการบรรยายพร้อมทั้งจัดประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม มุ่งเน้นการเข้าถึงข้อมูล การตัดสินใจ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ ดำเนินการด้วยการจัดอบรมบรรยายให้ความรู้ ระยะเวลาการทำกิจกรรม 6 ชั่วโมง โดยมีเนื้อหา การจัดกิจกรรมได้แก่ 1. ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม 2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุ 3. การชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ 4. การออกกำลังกายสมอง ประลองความจำ 5. การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม 6. การปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะสมองเสื่อม และ 7. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม

แผนที่ 2 สร้างเสริมการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เพื่อชะลอ และบำบัดฟื้นฟูความสามารถของสมอง โดยเป็นกิจกรรมที่ครอบคลุมกิจกรรมทางกาย กิจกรรมทางปัญญา และกิจกรรมทางสังคม โดยประยุกต์กิจกรรมจากคู่มือการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ของกองกิจการผู้สูงอายุ¹ โดยจัดเป็นกิจกรรมกลุ่มนัดพบ ณ ที่ทำการชมรมผู้สูงอายุบ้านบุญยืน ระยะเวลา 16.30 – 17.30 น. ดำเนินกิจกรรม 30 – 60 นาทีติดต่อกัน 5 วัน กำหนดกิจกรรม 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 ออกกำลังกายป้องกันสมองเสื่อม กิจกรรมที่ 2 รู้ทันสมองเสื่อม กิจกรรมที่ 3 กินอย่างไรห่างไกล สมองเสื่อม กิจกรรมที่ 4 อยู่อย่างไรให้ใจเป็นสุข และกิจกรรมที่ 5 ทบทวนความรู้ โดยในแต่ละกิจกรรม จะสอดแทรกการให้ความรู้ เกมฝึกสมอง การคิดวิเคราะห์ การเล่าเรื่อง และการฝึกออกกำลังกาย

3.2 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination ฉบับภาษาไทย หรือ MMSE-Thai 2002) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ⁸ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 11 ข้อ การประเมินผลในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4 9 และ 10 ประเมินผลจากจุดตัด (Cut-Off Point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (Cognitive Impairment) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เกณฑ์การแปลผลคะแนนการคัดกรองตรวจหาความบกพร่องในการทำงานของสมอง

ระดับการศึกษา	คะแนนเต็ม	Cut-Off Point
ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้)	23 คะแนน (ไม่ต้องทำข้อ 4,9,10)	14 คะแนน
ผู้สูงอายุที่จบระดับประถมศึกษา	30 คะแนน	17 คะแนน
ผู้สูงอายุที่จบระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา	30 คะแนน	22 คะแนน

การแปลผล: ถ้าคะแนนน้อยกว่าจุดตัด คือ “สงสัย”ว่ามีภาวะสมองเสื่อม (Cognitive Impairment)”

3.3 แบบประเมินพุทธิปัญญา (Montreal Cognitive Assessment, MoCA) ฉบับภาษาไทย⁸ มีคะแนนรวมทั้งหมด 30 คะแนน การแปลผลคะแนน ให้บวกคะแนนรวมเพิ่ม 1 คะแนน สำหรับผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่าเท่ากับ 6 ปี โดยคะแนนรวม 25 คะแนนขึ้นไป ถือว่าปกติ คะแนนรวมน้อยกว่า 25 ถือว่ามีปัญหาเรื่อง cognitive impairment หรือภาวะความรู้คิดบกพร่อง

3.4 แบบสอบถาม ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามและแบบทดสอบความรู้ แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรม และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้รวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การอยู่อาศัย โรคประจำตัว การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ Check list

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบถูก ผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน การแบ่งระดับความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ คือระดับความรู้ต่ำ ปานกลาง สูง แบ่งระดับโดยอิงเกณฑ์ของ Bloom ดังนี้

คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 มีความรู้ระดับต่ำ

คะแนนร้อยละ 60 - 79 มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนร้อยละ 80 - 100 มีความรู้ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของ Ishikawa⁹ ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ 2) ด้านปฏิสัมพันธ์ มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ และ 3) ด้าน

วิจารณ์ญาณ มีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ ทั้งหมดเป็นคำถามแบบ Rating Scale 4 ระดับ ตามความคิดเห็น ดังนี้

สิ่งนั้นไม่เคยเกิดขึ้นกับท่าน ให้ 1 คะแนน

สิ่งนั้นเกิดขึ้นนานๆ ครั้ง (1 -2 วัน/สัปดาห์) ให้ 2 คะแนน

สิ่งนั้นเกิดขึ้นบ่อย (3 -4 วัน/สัปดาห์) ให้ 3 คะแนน

สิ่งนั้นเกิดเป็นประจำ (5 -7 วัน/สัปดาห์) ให้ 4 คะแนน

คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 14-56 คะแนน แปลความดังนี้

คะแนน 14-27 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ

คะแนน 28 - 41 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง

คะแนน 42 - 56 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ครอบคลุมข้อคำถามด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการฝึกความจำ โดย แบบสอบถามที่ใช้เป็นมาตราส่วนประเมินค่าคะแนนตามแบบ Likert Scale โดยประยุกต์ใช้วิธีการสร้างของลิเคิร์ต แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ คือ

คะแนน 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลย/ไม่เกิดขึ้น

คะแนน 2 หมายถึง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์)

คะแนน 3 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยๆ (3-4 ครั้ง/สัปดาห์)

คะแนน 4 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยมาก (5-6 ครั้ง/สัปดาห์)

คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 10 - 40 คะแนน แปลความดังนี้ดังนี้

คะแนน 10 - 20 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 21 - 30 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 31 - 40 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับสูง

3.5. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.5.1 การทดสอบความเที่ยงตรง (Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือการวิจัยทั้งสองแบบ ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความตรงของโครงสร้าง ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความตรงตามวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมสอดคล้องของแต่ละกิจกรรม โดยความสอดคล้องด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of Congruence; IOC) ซึ่งกำหนดค่าดัชนีความสอดคล้องที่รับได้ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป¹⁰ ผลการพิจารณาได้ค่าความสอดคล้องของเครื่องมือการวิจัยทั้งสองแบบอยู่ระหว่าง 0.67-1.00

3.5.2 ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ นำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองกับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน (Try out) โดยหาค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

(1) หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบทดสอบความรู้ ใช้สูตร Kuder-Richardson-20 (KR-20) ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน ผลการทดสอบพบว่า ค่า KR-20 เท่ากับ 0.847

(2) หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการภาวะสมองเสื่อม ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยยอมรับค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป ผลการทดสอบพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ของแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.847 และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการภาวะสมองเสื่อมมีค่าเท่ากับ 0.865

4. ขั้นตอนการวิจัย

4.1 ประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุบ้านบุญยืน ตำบลนาปรัง อำเภอปง จังหวัดพะเยา โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) และแบบประเมินภาวะสมองเสื่อมหรือแบบประเมินพุทธิปัญญา (MoCA) ฉบับภาษาไทย เพื่อหาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุบ้านบุญยืน เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 30 กันยายน ถึง วันที่ 3 ตุลาคม 2566

4.2 ดำเนินการตามแผนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุบ้านบุญยืน ตำบลนาปรัง อำเภอปง จังหวัดพะเยา ระยะเวลา ระหว่างวันที่ 29 กันยายน 2566 - วันที่ 16 ตุลาคม 2566

4.3 เก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามและแบบทดสอบความรู้ แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังสิ้นสุดการดำเนินการทดลอง

5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมทางคอมพิวเตอร์โดยใช้สถิติทางการวิจัยดังนี้

5.1 สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ค่าความถี่ และค่าร้อยละ สำหรับอธิบายผลการทดสอบจากแบบประเมิน MMSE, MoCA ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผลคะแนนจากแบบทดสอบวัดความรู้ก่อน-หลังการอบรม และค่าเฉลี่ย (\bar{x}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สำหรับอธิบายผลจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ

5.2 สถิติเชิงอนุมาน สำหรับทดสอบสมมติฐานการวิจัย โดยเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Pair Sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา หมายเลขรับรองการวิจัยเลขที่ 034/2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุบ้านบุญยืน จำนวน 60 คน พบว่า เป็นเพศชาย จำนวน 18 คน (ร้อยละ 30.00) เพศหญิง จำนวน 42 คน (ร้อยละ 70.00) มีอายุเฉลี่ย 64.70 ปี (SD = 3.84) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 60 – 64 ปี (ร้อยละ 48.30) มีสถานภาพ หม้าย หย่า/แยกกันอยู่ มากที่สุด (ร้อยละ 50.00) ระดับการศึกษาสูงสุด ประถมศึกษา (ร้อยละ 50.00) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 83.33) มีรายได้เฉลี่ยในครอบครัว 5,001 – 10,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 83.33) การอยู่อาศัย ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย (มีลูกหลาน) (ร้อยละ 41.67) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 53.33) โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 87.50) ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 66.67) และเคยดื่มสุราแต่เลิกแล้ว (ร้อยละ 95.00)

2. ผลการตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุบ้านบุญยืน ตำบลนาปรัง อำเภอบง จังหวัดพะเยา ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อมทั้งสิ้น 122 คน คิดเป็นร้อยละ 63.87 ของประชากร ผู้สูงอายุทั้งหมด ผลการประเมินโดยใช้แบบทดสอบ MMSE-Thai 2002 พบว่า มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม จำนวน 24 คน (คิดเป็นร้อยละ 20.00) และผลการประเมินตามแบบประเมิน MoCA พบว่า ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงภาวะพร่องพุทธิปัญญา จำนวน 6 คน (ร้อยละ 4.92) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการประเมินภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุบ้านบุญยืน (n=122)

แบบประเมิน	มีความเสี่ยง		ไม่มีความเสี่ยง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
MMSE-Thai 2002	24	20.00	98	80.33
MoCA	6	4.92	116	95.08

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม พบว่า ก่อนเข้าร่วมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพภาวะสมองเสื่อมกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุบ้านบุญยืน มีความรู้ในระดับสูง จำนวน 18 คน (ร้อยละ 30.00) หลังเข้าร่วมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุบ้านบุญยืนมีความรู้ในระดับสูงจำนวน 54 คน (ร้อยละ 90.00) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

ระดับความรู้	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีความรู้ระดับต่ำ	21	35.00	1	1.70
มีความรู้ระดับปานกลาง	21	35.00	5	8.30
มีความรู้ระดับสูง	18	30.00	54	90.00
รวม	60	100.00	60	100.00

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1 พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม (\bar{X} = 8.56, SD = 1.01) ดีกว่าก่อนการทดลอง (\bar{X} = 6.80, SD = 1.08) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม	\bar{X}	SD	df	t	p-value
ก่อนทดลอง	6.80	1.08	59	-10.080	0.000*
หลังทดลอง	8.56	1.01			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

4. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ก่อนเข้าร่วมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพภาวะสมองเสื่อมกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุบ้านบุญยืน มีความรู้ด้านสุขภาพระดับสูงจำนวน 3 คน (ร้อยละ 5.00) หลังเข้าร่วมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพภาวะสมองเสื่อมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพ ในระดับสูงจำนวน 37 คน (ร้อยละ 61.67) ดังตารางที่ 6

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (คะแนน 14 – 27)	2	3.33	0	0
ระดับปานกลาง (28 – 41)	55	91.67	23	38.33
ระดับสูง (42 -56)	3	5.00	37	61.67
รวม	60	100.00	60	100.00

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 2 หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ (\bar{X} = 40.41, SD = 5.45) ดีกว่าก่อนการทดลอง (\bar{X} = 34.68, SD = 5.23) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้ด้านสุขภาพ	\bar{X}	SD	df	t	p-value
ก่อนทดลอง	34.68	5.23	59	- 6.283	0.000*
หลังทดลอง	40.41	5.45			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

5. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม พบว่า ก่อนเข้าร่วมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพภาวะสมองเสื่อมกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุบ้านบุญยืน มีระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมระดับสูง จำนวน 2 คน (ร้อยละ 3.30) หลังเข้าร่วมการสร้างเสริมความรู้

ด้านสุขภาพภาวะสมองเสื่อมกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุบ้านบุญยืนมีระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระดับสูง จำนวน 14 คน (ร้อยละ 23.30) ดังตารางที่ 8

การทดสอบสมมติฐานที่ 3 หลังการทดลองพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม (\bar{X} = 28.90, SD = 3.09) ดีกว่าก่อนการทดลอง (\bar{X} = 18.00, SD = 3.89) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 8 ระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังการทดลอง

ระดับพฤติกรรม	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (คะแนน 10 – 20)	53	88.30	0	0
ระดับปานกลาง (21 -30)	5	8.30	46	76.70
ระดับสูง (31 - 40)	2	3.30	14	23.30
รวม	60	100.00	60	100.00

ตารางที่ 9 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม	\bar{X}	SD	df	t	p-value
ก่อนทดลอง	18.00	3.89	59	-16.748	0.000*
หลังทดลอง	28.90	3.09			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

อภิปรายผลการวิจัย

1. ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุบ้านบุญยืน จากผลการประเมินภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบทดสอบ MMSE-Thai 2002 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 20.00 ซึ่งมีอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าผลการสำรวจในประเทศไทย³ ผลการศึกษาค้นคว้านี้ใกล้เคียงการศึกษาในผู้สูงอายุตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี² ที่พบว่า มีความชุกภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 18.6 และการศึกษาในผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดเพชรบุรี¹¹ ที่พบว่ามีความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 24.35 ส่วนผลการประเมินพุทธิปัญญาด้วยแบบประเมิน MoCA พบว่า ผู้สูงอายุบ้านบุญยืนมีความเสี่ยงภาวะบกพร่องทางพุทธิปัญญาร้อยละ 4.92 ใกล้เคียงกับการศึกษาในผู้สูงอายุอำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี¹² (ร้อยละ 5.2) และการศึกษาในผู้สูงอายุตำบลนามะเฟือง อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู¹³ (ร้อยละ 3.4) จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุบ้านบุญยืนมีความชุกต่อภาวะสมองเสื่อมค่อนข้างสูง หากไม่มีการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหรือเตรียมความพร้อมในการรับมือกับภาวะสมองเสื่อมอาจทำให้ผู้สูงอายุบ้านบุญยืนมีโอกาสเกิดโรคสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น จึงต้องมีการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อป้องกันและชะลอการดำเนินโรคของภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งมีการเตรียมความพร้อมหากผู้สูงอายุเกิดภาวะสมองเสื่อมขึ้น

2. ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุบ้านบุญยืน หลังเข้าร่วมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุบ้านบุญยืนมีระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เป็นผลมาจากการจัดกิจกรรมตามแผนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุบ้านบุญยืน ซึ่งมีแผนการฝึกอบรมให้ความรู้และแผนการสร้างเสริมการปฏิบัติตนซึ่งได้จัดเป็นกิจกรรมกลุ่มนัดพบ ณ ที่ทำการชมรมผู้สูงอายุบ้านบุญยืน โดยประยุกต์กิจกรรมจากคู่มือการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกองกิจการผู้สูงอายุ⁶ ซึ่งในแต่ละกิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้ การทบทวนความรู้ การเล่นเกมฝึกสมอง การออกกำลังกาย ครอบคลุมกิจกรรมทางกาย กิจกรรมทางปัญญา และกิจกรรมทางสังคม จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ มีทักษะการดูแลตนเอง เพิ่มมากขึ้น ทำให้คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมเพิ่มสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การฝึกสมองด้วยเทคนิคการฟื้นฟูความจำ อันประกอบด้วย การคำนวณโจทย์คณิตศาสตร์แบบง่าย การเชื่อมโยง การจินตนาการ การจัดระเบียบ การใช้รหัสช่วยจำ การออกแบบเกม ที่มีความชัดเจนและสามารถเข้าใจง่าย ทำให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน ได้เกิดบรรยากาศสนุกสนานมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน¹³ การที่ผู้สูงอายุได้พูดคุยตอบโต้กับคนอื่นทำให้สมองได้คิดผ่อนคลายจากความเครียดและมีความสุขทางใจ ส่งผลให้สมองมีสุขภาพดี¹ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความรู้ด้านสุขภาพ เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01^{15,16}

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุบ้านบุญยืน หลังการเข้าร่วมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุบ้านบุญยืนมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากการกำหนดแผนและกิจกรรมที่ทำการศึกษาครอบคลุมกิจกรรมทางกาย กิจกรรมทางปัญญา และกิจกรรมทางสังคมทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูล ฝึกทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ ฝึกทักษะทางปัญญา การจัดการตนเอง ฝึกทักษะการสื่อสาร จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดทักษะ มีความมั่นใจในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเพิ่มสูงขึ้นหลังจากเข้ารับการศึกษาโดยการให้การศึกษานับสนับสนุนช่วยเหลือและขับเคลื่อนทางสังคมซึ่งจะช่วยให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการสร้างเสริมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง⁷ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05^{18,19}

4. พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุบ้านบุญยืน หลังการเข้าร่วมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุบ้านบุญยืนมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับปานกลาง ผู้วิจัยเห็นว่า การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในการศึกษานี้ เป็นการจัดการเรียนรู้ในผู้ใหญ่ เป็นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและเรียนรู้ได้ตลอดเวลาจากประสบการณ์ของผู้ใหญ่

ซึ่งใช้เรื่องในชีวิตจริงมาเป็นแนวทางการจัดการ เช่น กิจกรรมทบทวนให้เล่าเรื่องราวเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน การเล่าเรื่องตนเอง การเล่นเกมฝึกสมอง ฝึกทักษะการออกกำลังกาย เป็นต้น ล้วนเป็นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ ได้รับการพัฒนาทักษะที่เหมาะสมเพียงพอ ย่อมส่งผลให้การตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมเป็นไปในทางที่เหมาะสมด้วย²⁰ ดังนั้น ผลการศึกษาจึงแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพมีพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05^{16,19,21}

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1) จากผลการวิจัยที่พบว่า การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุบ้านบุญยืน ตำบลนาปรัง อำเภอปง จังหวัดพะเยา มีความเหมาะสมในการนำไปใช้เป็นแนวทางการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจากการศึกษานี้ขยายผลไปยังหมู่บ้านอื่นในพื้นที่ตำบลนาปรัง ทั้งนี้ต้องมีบริบทชุมชนที่คล้ายคลึงกับบ้านบุญยืน

2) ควรบูรณาการกับการให้สุขศึกษา หรือการจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุเพื่อให้การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพภาวะสมองเสื่อมเกิดความยั่งยืน และเกิดประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้สูงอายุในพื้นที่

3) ควรมีการติดตาม สนับสนุนองค์ความรู้ เสริมพลังและกระตุ้นเป็นระยะ เพื่อสร้างความต่อเนื่องในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุบ้านบุญยืน ตำบลนาปรัง อำเภอปง จังหวัดพะเยาเพิ่มเติม เพื่อรับฟังความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง ในการเพิ่มความสมบูรณ์ของผลการวิจัยครั้งนี้มากยิ่งขึ้น

2) ควรศึกษาเกี่ยวกับมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุบ้านบุญยืน ตำบลนาปรัง อำเภอปง จังหวัดพะเยา ในกลุ่มญาติหรือผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุ ที่บ้านเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. กองกิจการผู้สูงอายุ. คู่มือการป้องกันภาวะสมองเสื่อม. มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีร่วมกับกองกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.[อินเทอร์เน็ต].2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.preaging.ubu.ac.th/pdf/brain_handout.pdf.
2. อาทิตยา สุวรรณและสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. สหาคมนสถาบันอุดมศึกษา

- เอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี 2559; 5(2):21-32.
3. ภัทรวิทย์ อนันต์ดีลฤทธิ. ภาวะสมองเสื่อม. วารสารศุนย์อนามัยที่ 9 2564; 15.
 4. พัชรารภรณ์ อนุพันธ์และคณะ. ผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านนาคำ ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. ใน(In): การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 5; วันที่ 29 พฤษภาคม 2563; มหาวิทยาลัยราชธานี; 2563. หน้า 80-89.
 5. วรจรรชฎาร์ มงคลดิษฐ์และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุข้อเขาเสื่อม. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา แห่งชาติ ครั้งที่ 20. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://app.gs.kku.ac.th/gs/th/publicationfile/item/20th-ngrc-2019/MMP33/MMP33.pdf>.
 6. วิมลรัตน์ บุญเสถียรและคณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ที่อาศัยในชุมชน จังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2565; 42:97-110.
 7. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. โครงการการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2020/07/book_14.pdf.
 8. โสฬพัทธ์ เหมรัญชโรจน์. แบบประเมินพุทธิปัญญา Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ฉบับภาษาไทย.[อินเทอร์เน็ต]. 2550 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://readgur.com/doc/2215241/แบบประเมินพุทธิปัญญา-montreal-cognitive-assessment---moca...>
 9. Ishikawa H, Takeuchi T, & Yano E. Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. Diabetes Care 2008;31:S874-879.
 10. Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. Tijdschrift voor Onderwijs research 1977; 2: S49-60.
 11. จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, ดวงหทัย ยอดทอง, พิศสมร เดชดวง. ความชุกและปัจจัยทำนายภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2563 ;3(2):133-148.
 12. ชวนนท์ อิมอาบ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางปัญญาในผู้สูงอายุ อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี.วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562; 28(5): 782-791.

13. ไอรดา สายปัญญา. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมและภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุตำบลนามะเฟือง อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู.วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2565; 30(3).
14. สุพรรณิ ศรีปาน. เกมฝึกสมองสำหรับผู้สูงอายุผ่านโปรแกรมประยุกต์เว็บเพื่อส่งเสริมความจำและสุขภาพจิต. [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2555.
15. ศรุตยา หวางษ์,วีณา เทียงธรรม,และสุธรรม นันทมงคลชัย.ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2560;31(1): 110-128.
16. พยาบาลวิชาชีพกลุ่มกรุงเทพเหนือ. ประสิทธิผลของโปรแกรมกระตุ้นสมองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://phn.bangkok.go.th/images/PDF/R2R_2562.pdf
17. ศุภานัน เหลาคำ. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัด สมุทรสงคราม. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://ithesis-ir.su.ac.th/dspace/bitstream/123456789/4468/1/60362309.pdf>
18. มนต์ชัย โฉมวรรณพันธ์. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2564; 17(1): 15-22.
19. สดุดิ ภูห่องไสยและคณะ. การพัฒนาความรอบรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ: เขตสุขภาพที่ 7. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://203.157.71.148/hpc7data/Res/ResFile/2564000701.pdf>
20. กองสุขศึกษา. ระบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ.กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข.[อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hed.go.th/linkHed/429>.
21. นิตยา ทองประพาพ. ผลของโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของแกนนำผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 2. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://hpc2service.anamai.moph.go.th/kmhpc2/myfile/r18.pdf>.