ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงคราม

โดย
นางสาวศุภานัน เหลาคำ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร แผน ก แบบ ก 2 ปริญญามหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยศิลปากร
ปีการศึกษา 2565

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศิลปากร

ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงคราม

โดย
นางสาวศุภานัน เหลาคำ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร แผน ก แบบ ก 2 ปริญญามหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยศิลปากร
ปีการศึกษา 2565

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศิลปากร

FACTORS AFFECTING HEALTH LITERACY AND DEMENTIA KNOWLEDGE AMONG ELDERLY IN SAMUT SONGKHRAM PROVINCE

By

MISS Subhanan LAOKHAM

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for Master of Pharmacy (SOCIAL AND ADMINISTRATIVE PHARMACY)
Silpakorn University
Academic Year 2022

Copyright of Silpakorn University

หัวข้อ	ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงคราม
โดย	นางสาวศุภานัน เหลาคำ
สาขาวิชา	เภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร แผน ก แบบ ก 2 ปริญญามหาบัณฑิต
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารณี บุญช่วยเหลือ

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้รับพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต

.....คณบดีคณะเภสัชศาสตร์
(ศาสตราจารย์ ดร. พรศักดิ์ ศรีอมรศักดิ์)

พิจารณาเห็นชอบโดย

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. น้ำฝน ศรีบัณฑิต)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารณี บุญช่วยเหลือ)

.....ผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภานุพัฒน์ พุ่มพฤกษ์)

.....ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก
(รองศาสตราจารย์ ดร. สงวน ลือเกียรติบัณฑิต)

60362309 : เภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร แผน ก แบบ ก 2 ปริญญามหาบัณฑิต
คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ความรู้, ภาวะสมองเสื่อม, ผู้สูงอายุ

นางสาว ศุภานัน เหลาคำ: ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงคราม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารณี บุญช่วยเหลือ

งานวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติของความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงคราม และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติของความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงคราม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ยังไม่เป็นโรคสมองเสื่อมและอาศัยอยู่ในจังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 300 คน ใช้การเลือกตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามพื้นที่ที่ศึกษา เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2565 ถึง มกราคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพชนิดรายการคำที่มีคำถามทดสอบความเข้าใจฉบับภาษาไทย (THLA-W+) ซึ่งแบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเพียงพอและไม่เพียงพอ และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมเป็นสูงและต่ำ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับเพียงพอ ร้อยละ 72 และพบว่าประวัติการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม (Odds ratio= 8.29, 95% CI: 4.33-15.86) และความสามารถในการเขียน (Odds ratio= 3.61 , 95% CI: 1.41-9.28) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 56.7 ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประวัติการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม (Odds ratio=0.52, 95% CI: 0.28-0.96) ความสามารถในการเขียน (Odds ratio=0.20, 95% CI: 0.08-0.51) ความสามารถในการอ่าน (Odds ratio=3.68, 95% CI: 1.45-9.36) รายได้ต่อเดือน (Odds ratio= 3.15, 95% CI: 1.32-7.51) โรคประจำตัว (Odds ratio=2.13, 95% CI: 1.06-4.28) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Odds ratio=0.36, 95% CI: 0.19-0.71) ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมต่อไป

60362309 : Major (SOCIAL AND ADMINISTRATIVE PHARMACY)

Keyword : health literacy, knowledge, dementia, elderly

MISS Subhanan LAOKHAM : Factors Affecting Health Literacy and Dementia Knowledge among Elderly in Samut Songkhram Province Thesis advisor : Assistant Professor Waranee Bunchuailua

This research aimed to examine health literacy and dementia knowledge and factors related to health literacy and dementia knowledge among the elderly in Samut Songkhram province. Three hundred elderly people without dementia were chosen by stratified sampling method according to study area. Data were gathered through interviews between November 2022 and January 2023 using the Thai Health Literacy Assessment Using Word List with Extended Questions to Test Comprehension (THLA-W+) and dementia knowledge questionnaires. Health literacy was measured as inadequate and adequate levels, and dementia knowledge was measured as low and high levels. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean and standard deviation. The Chi-square test and logistic regression were used as inferential statistics. The results found that 72% of the elderly had adequate health literacy and receiving information about dementia (Odds ratio (OR)=8.29, 95% CI: 4.33-15.86) and writing ability (OR=3.61, 95% CI: 1.41-9.28) were statistically significantly associated with health literacy. Regarding dementia knowledge, a high level of dementia knowledge was present in 56.7% of the elderly. Receiving information about dementia (OR=0.52, 95% CI: 0.28-0.96), writing ability (OR= 0.20, 95% CI: 0.08-0.51), reading ability (OR=3.68, 95% CI: 1.45-9.36), income (OR=3.15, 95% CI: 1.32-7.51), having underlying disease (OR=2.13, 95% CI: 1.06-4.28) and health literacy (OR=0.36, 95% CI: 0.19-0.71) were factors that significantly affected knowledge about dementia. The findings could be applied to the development of dementia awareness and health literacy learning programs suitable for the elderly population as well as used to alter health behaviors to further lower the risk of dementia.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก เภสัชกรหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารณี บุญช่วยเหลือ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ขอขอบพระคุณอาจารย์เป็นอย่างสูงที่ได้ให้คำแนะนำต่างๆ รวมถึงช่วยตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องในระหว่างดำเนินงานวิจัยจนสำเร็จอย่างสมบูรณ์ รวมถึงเภสัชกรหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.น้ำฝน ศรีบัณฑิต ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ เภสัชกร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภานุพัฒน์ พุ่มพฤกษ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ในงานวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่สละเวลาในการให้ข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณครอบครัวที่สนับสนุน ให้กำลังใจ และคอยช่วยเหลือเสมอมา จนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

นางสาว ศุภานัน เหลาคำ

มหาวิทยาลัยศิลปากร

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....จ
กิตติกรรมประกาศ.....ฉ
สารบัญ.....ช
สารบัญตาราง.....1
บทที่ 1 บทนำ.....1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....1
วัตถุประสงค์งานวิจัย.....4
สมมติฐานงานวิจัย.....4
ขอบเขตของงานวิจัย.....4
กรอบแนวคิดงานวิจัย.....5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....6
บทที่ 2 เอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....7
1. ภาวะสมองเสื่อม.....8
1.1 ระบาดวิทยาของภาวะสมองเสื่อม.....8
1.2 ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันภาวะสมองเสื่อม.....9
1.3 การวินิจฉัยและการรักษาภาวะสมองเสื่อม.....10
1.4 นโยบายที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อม.....11
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ.....13
2.1 ความหมายและองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ.....13
2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ.....16

2.3 เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ 18
3.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 20
3.1 งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 20
3.2 งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในผู้สูงอายุ 21
3.3 งานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มอื่นๆ 23
3.4 งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม 25
3.5 งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม 26
บทที่ 3 วิธีดำเนินงานวิจัย 28
รูปแบบงานวิจัย 28
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 28
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย 30
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ 31
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล 33
การวิเคราะห์ข้อมูล 33
ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 36
บทที่ 4 ผลการศึกษา 37
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม 38
ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 42
ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม 45
ส่วนที่ 4 ปัจจัยส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ 48
ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม 52
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผลการศึกษา 57
สรุปผลการศึกษา 57

อภิปรายผลการศึกษา 58
ข้อจำกัดของงานวิจัย 60
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ 61
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป 61
รายการอ้างอิง 63
ภาคผนวก 69
ภาคผนวก ก 70
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา 70
ภาคผนวก ข 82
หนังสืออนุญาตให้ใช้ลิขสิทธิ์เครื่องมือวิจัย THLAW+ 82
ภาคผนวก ค 84
รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย 84
ภาคผนวก ง 86
หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 86
ประวัติผู้เขียน 89

มหาวิทยาลัยศิลปากร

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล 41

ตารางที่ 2 ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความสามารถในการมองเห็น ได้ยิน การพูด อ่าน เขียน.....43

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และการมีประวัติคนในครอบครัวเป็นภาวะสมองเสื่อม 45

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ตอบแบบสอบถาม THLAW+ ได้ถูกต้องในแต่ละข้อ 46

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ตอบแบบสอบถาม THLAW+ ถูกต้อง ในแต่ละช่วงคะแนน.... 47

ตารางที่ 6 ความถี่และร้อยละผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 47

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมถูกต้อง ในแต่ละข้อ..... 48

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม 50

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมถูกต้อง ในแต่ละช่วงคะแนน 50

ตารางที่ 10 ระดับของความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม 51

ตารางที่ 11 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ..... 52

ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติก (logistic regression) 55

ตารางที่ 13 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม 56

ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติก (logistic regression)..... 59

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากร่างกายเริ่มเสื่อม ในปัจจุบันโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มขึ้น คาดการณ์ว่าจะมีจำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น จาก 1 พันล้านคน ในปี 2020 เพิ่มเป็น 1.4 พันล้านคนในปี 2030 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นถึง 2.1 พันล้านคน ในปี 2050 (1) สำหรับประเทศไทยในปี 2564 มีประชากรสูงอายุสูงถึง 12.5 ล้านคน จากประชากรทั้งหมด 66.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19 (2) และเพิ่มเป็นร้อยละ 19.2 ในปี 2565 (3)

ถอยลง นำมาสู่ปัญหาด้านสุขภาพไม่ว่าจะเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases; NCDs) โรคจิตเวช รวมถึงภาวะสมองเสื่อมที่พบได้มากขึ้นสัมพันธ์กับอายุประชากรที่เพิ่มขึ้น ซึ่งในปัจจุบันมีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมากกว่า 55 ล้านคนทั่วโลก และทุกปีมีผู้ป่วยรายใหม่เกือบ 10 ล้านคน โดยภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 7 และเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของความพิการและการพึ่งพาอาศัยในหมู่ผู้สูงอายุทั่วโลก (4) ผลกระทบที่เกิดจากภาวะสมองเสื่อมที่สำคัญมาจากการที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจอยู่ในภาวะทุพพลภาพ ภาวะพึ่งพิง จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จำนวนมาก (5) ทั้งนี้ ในปี 2010 มีผู้ป่วยสมองเสื่อมจำนวน 101 ล้านคนหรือร้อยละ 29 ของประชากรทั่วโลกต้องอยู่ในภาวะพึ่งพึง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 277 ล้านคนหรือร้อยละ 45 ในปี 2050 (6) สำหรับประเทศไทยในปี 2563 ความชุกของโรคสมองเสื่อมตามกลุ่มอายุ พบว่า ช่วงอายุ 60-69 ปี มีความชุกร้อยละ 7.10 ส่วนช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 14.70 และอายุ 80 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 32.50 โดยคาดว่าในอนาคตผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยอาจมีถึงกว่าล้านคน (7) จะเห็นได้ว่าภาวะสมองเสื่อมไม่เพียงแต่ส่งผลโดยตรงต่อผู้ป่วย ครอบครัว และญาติผู้ดูแล แต่ยังส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศอีกด้วย

ในปี 2560 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้มีแผนการจัดการด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ในปี พ.ศ. 2560-2568 ขึ้น โดยมีจุดประสงค์หลักเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ครอบครัว ผู้ดูแล และลดผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมต่อชุมชนในแต่

ละประเทศทั่วโลก (4) นอกจากนี้ในหลายประเทศได้จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อให้ประชาชนเกิดการรับรู้และตระหนักเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น รวมถึงประเทศไทยที่ได้ให้ความสำคัญของภาวะ

มหาวิทยาลัยศิลปากร

สมองเสื่อม โดยมีการกำหนดแนวทางดำเนินการเรื่องภาวะสมองเสื่อม ในปี พ.ศ.2560-2569 ภายใต้หลักการ “สร้างความสมดุลในการป้องกัน การค้นหา การรักษา และการดูแล” ที่สอดคล้องต่อแผนปฏิบัติการขององค์การอนามัยโลก (8)

ภาวะสมองเสื่อม (dementia) คือ ภาวะที่สมรรถภาพการทำงานของสมองถดถอยบกพร่องในด้านปริชาน (cognitive) ได้แก่ ความจำ การตัดสินใจ การวางแผน การรับรู้ด้านมิติสัมพันธ์ (visuospatial function) การใช้ภาษา สมาธิหรือความใส่ใจ ความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว โดยมีผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การทำงาน และการเข้าสังคม (9) ด้านปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อม มีทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ อายุที่มากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ปัจจัยด้านพันธุกรรมหรือการมีญาติสายตรงที่มีภาวะสมองเสื่อม และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ การมีกิจกรรมทางกาย (physical activity) สม่ำเสมอ เช่น การเดิน การทำงานบ้าน การทำสวน เพื่อให้มีการใช้พลังงานมากขึ้นเหมือนกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิค (10) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (11) หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ภาวะน้ำหนักเกิน และการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน (12) โรคไขมันในเลือดสูง (13) โรคความดันโลหิตสูง (14) ในการจัดการภาวะสมองเสื่อมไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำได้เพียงชะลอการดำเนินโรคไปสู่ระยะรุนแรงด้วยการรักษาด้วยยา และการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อฝึกทักษะการเรียนรู้ การปรับพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย (15) ดังนั้น หากประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมซึ่งครอบคลุมถึงวิธีการป้องกันโดยลดความเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง ก็จะเป็นปัจจัยสำคัญในการลดจำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมในอนาคตได้

ปัจจุบันในการสร้างเสริมสุขภาพของคนไทยได้ให้ความสำคัญกับเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy ; HL) มากขึ้น เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นระดับความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมินและประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการด้านสุขภาพที่ได้รับจากบุคลากรสาธารณสุข และสื่อต่าง ๆ ที่หลากหลาย นำมาสู่แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองให้คงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีอยู่เสมอ (16, 17) ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม การควบคุมเบาหวาน การติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การใช้ยาเสพติด การสูบบุหรี่ การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ การเข้าสถานบริการสุขภาพ (18) โดยในผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ มีผลต่อการใช้ข้อมูลข่าวสารและการเข้ารับบริการสุขภาพ มีความรู้เกี่ยวกับโรคและมีความ สามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองในระดับต่ำ ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น มีอัตราการตาย การเข้า

รักษาตัวในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น (18, 19) ในขณะเดียวกันผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ ประเมินความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เข้าใจข้อมูลเรื่องโรค ปัจจัยเสี่ยง การป้องกันโรค สามารถซักถามหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพกับบุคลากรทางการแพทย์ และสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก เพิ่มขึ้นร้อยละ 25 เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม (20) ซึ่งผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่อาจหลงเชื่อบุคคลหรือแหล่ง ข้อมูลต่าง ๆ ได้ง่าย ขาดความสามารถในการกลั่นกรองข้อมูลอันนำไปสู่การติดสินใจที่ผิดพลาด นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีแนวโน้มของการมีสุขภาพที่ไม่ดี (21) การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดียิ่งขึ้น และเนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพสะท้อนถึงความสามารถและทักษะหลายมิติ จึงถือเป็นเป้าหมายและวิธีการในการพัฒนาสุขภาพที่อยู่ในกรอบนโยบายสุขภาพของประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศในประเด็นความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม พบการศึกษาความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในประเทศจีน ผลการศึกษาพบว่าความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อมโดยรวมของผู้สูงอายุในประเทศจีนมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 55.5 ของคะแนนทั้งหมด โดยเฉพาะเรื่องความชุก ธรรมชาติของโรคและการรักษาที่เหมาะสม และพบว่าเพศชาย ผู้มีรายได้ต่อปีน้อย มีการศึกษาน้อยและผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อม (22) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เรื่องความรู้ความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์และภาวะสมองเสื่อมพบว่าประชาชนมีความรู้และความเข้าใจในระดับปานกลาง และมีความเข้าใจผิดที่พบบ่อยที่สุดที่ว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นเรื่องปกติในผู้สูงอายุ โดยกลุ่มที่มีความรู้ในระดับต่ำคือกลุ่มชนกลุ่มน้อยที่มีความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคที่หลากหลาย (23) นอกจากนี้พบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เรื่องความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันและรักษาภาวะสมองเสื่อมจากงานวิจัย 34 ฉบับพบว่า ส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะปกติในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถป้องกันได้ และเป็นภาวะที่ไม่สามารถรักษาได้ (24) และการศึกษาประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศเวียดนามพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อาชีพ อายุ และปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ การดูแลเด็ก การมีกิจกรรมทางสังคม การออกกำลังกาย การดูโทรทัศน์ การใช้

อินเทอร์เน็ต การใช้สื่อออนไลน์มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (25) นอกจากนี้พบการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ในผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ในประเทศไต้หวัน ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด โดยปัจจัยที่สัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุ ประกันสุขภาพ และภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร (26) ซึ่งจะเห็นได้ว่า งานวิจัยในต่างประเทศที่ผ่านมาต่างให้ความสนใจในประเด็นของความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

สำหรับงานวิจัยในประเทศไทยที่ผ่านมา ในประเด็นความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม พบการศึกษาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อมในระดับปานกลาง (27) ส่วนการศึกษาในประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ และปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ อายุ และระดับการศึกษา (28) การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การศึกษา อาชีพ สถานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการเดินทางไปยังสถานบริการสุขภาพที่ใกล้ที่สุด และความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน (29) นอกจากนี้มีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ระดับการศึกษา ระบบการส่งเสริมการเรียนรู้ อิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน การจัดบริการสุขภาพ รายได้ต่อเดือน สื่อสาธารณะ และอายุ (30) จะเห็นได้ว่างานวิจัยในประเทศไทยที่ผ่านมาให้ความสำคัญกับการศึกษาความรอบรู้ในผู้สูงอายุ ในขณะที่การศึกษาเรื่องความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุยังมีจำกัด ซึ่งหากผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ขาดความรู้ ความตระหนักเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม อาจส่งผลให้เกิดการวินิจฉัยและการเข้าถึงการรักษาภาวะสมองเสื่อมที่ล่าช้าได้

จังหวัดสมุทรสงครามเป็นจังหวัดที่มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปในสัดส่วนที่สูง โดยคิดเป็นร้อยละ 21.8 เทียบกับจำนวนประชากรทั้งหมด (31) ที่ผ่านมาพบว่าการให้บริการผู้สูงอายุเน้นให้ความรู้และ

ประเมินผลความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ยังไม่มีข้อมูลพื้นฐานในด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำคัญในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ความตระหนักต่อภาวะสมองเสื่อมได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุ และเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมต่อไป

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติของความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงคราม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติของความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงคราม

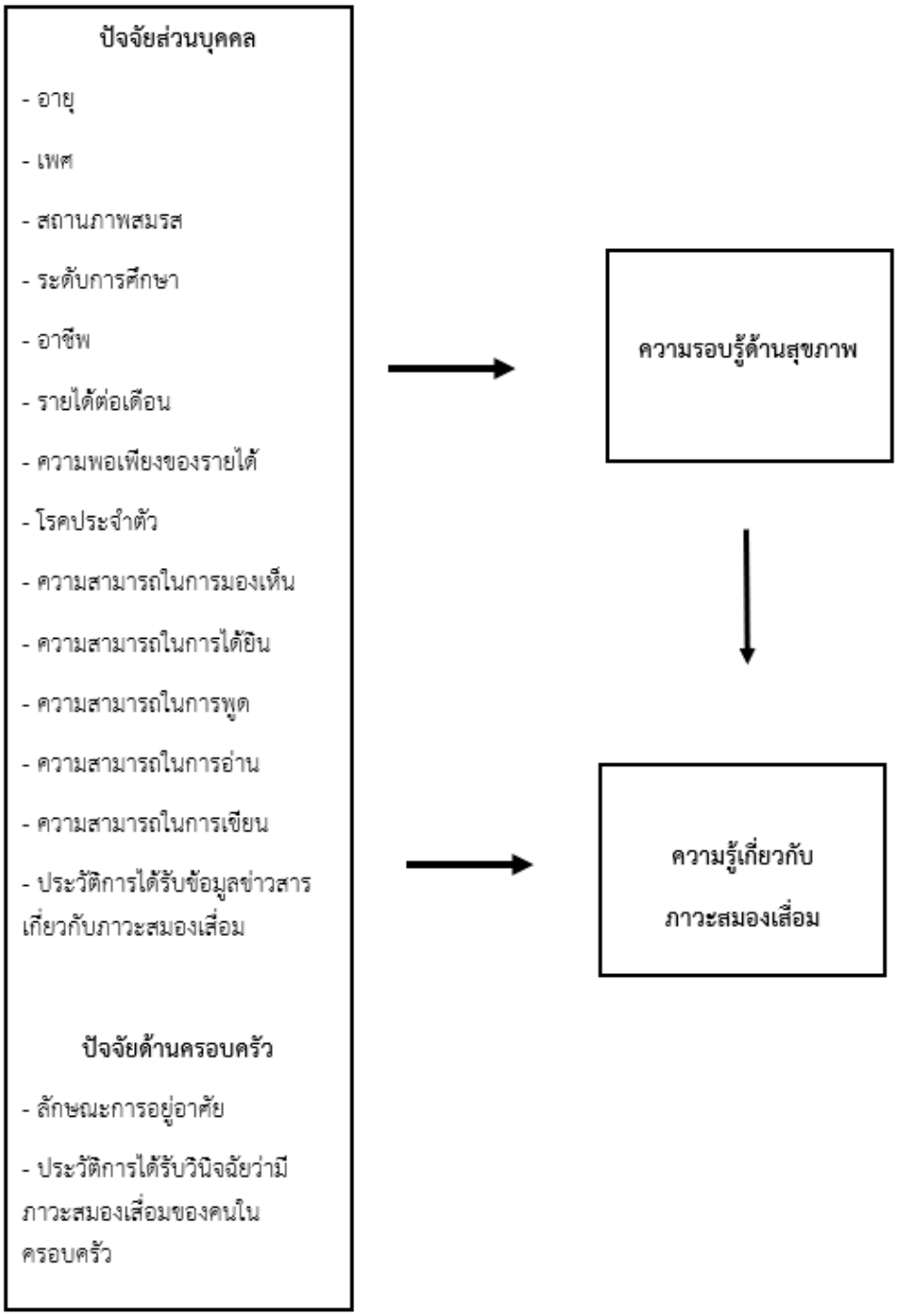
สมมติฐานงานวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

ขอบเขตของงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ทำการศึกษาโดยศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงคราม เก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2565 ถึง 31 มกราคม 2566

กรอบแนวคิดงานวิจัย



ภาพที่ 1กรอบแนวคิดงานวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ในการนำไปใช้ออกแบบการจัดกิจกรรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุ
2. สามารถนำข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมไปใช้ ในการพัฒนาแนวทางเพื่อส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุต่อไป

มหาวิทยาลัยศิลปากร

บทที่ 2

เอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงคราม ผู้วิจัยได้ค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ภาวะสมองเสื่อม

   1.1 ระบาดวิทยาของภาวะสมองเสื่อม

   1.2 ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันภาวะสมองเสื่อม

   1.3 การวินิจฉัย และการรักษาภาวะสมองเสื่อม

   1.4 นโยบายที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อม

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

   2.1 ความหมายและองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

   2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

   2.3 เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

   3.1 งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

   3.2 งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ

   3.3 งานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มอื่นๆ

   3.4 งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

   3.5 งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

1. ภาวะสมองเสื่อม

1.1 ระบาดวิทยาของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม (dementia) คือ ภาวะที่สมรรถภาพการทำงานของสมองถดถอยบกพร่องในด้านปริชาน (cognitive) ได้แก่ ความจำ การตัดสินใจ การวางแผน การรับรู้ด้านมิติสัมพันธ์ (visuospatial function) การใช้ภาษา สมาธิหรือความใส่ใจ ความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว โดยมีผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การทำงาน และการเข้าสังคม โดยผู้ป่วยต้องไม่มีอาการเพ้อ (delirium) โรคซึมเศร้า โรคทางจิตเวชเรื้อรัง หรือวิตกกังวลรุนแรงขณะวินิจฉัย (9)

ภาวะสมองเสื่อมนับเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ ซึ่งพบได้มากขึ้นสัมพันธ์กับอายุประชากรที่เพิ่มขึ้น โดยรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ปัจจุบันมีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมากกว่า 55 ล้านคนทั่วโลก และทุกปีมีผู้ป่วยรายใหม่เกือบ 10 ล้านคน โดยผู้ป่วยร้อยละ 60-70 เป็นภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ ซึ่งภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 7 และเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของความพิการและการพึ่งพาอาศัยในหมู่ผู้สูงอายุทั่วโลก (4) สำหรับสหรัฐอเมริกา ในปี 2019 มีผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์จำนวน 5.8 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปถึง 5.6 ล้านคน ซึ่งส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มากถึง 290 พันล้านดอลลาร์ นอกจากนี้ในปี 2018 ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมใช้เวลาประมาณ 18.5 พันล้านชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คิดเป็นรายได้ที่สูญเสียไปจากการทำงานถึง 234 พันล้านดอลลาร์ (32) สำหรับภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ในปี 2015 มีผู้ป่วยสมองเสื่อมประมาณ 23 ล้านคน มีค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องประมาณ 185 พันล้านเหรียญสหรัฐ และคาดว่าในอนาคตจะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 71 ล้านคนในปี 2050 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจอยู่ในภาวะทุพพลภาพ ภาวะพึ่งพิง จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งที่ผ่านมาพบว่าในปี 2010 มีผู้ป่วยสมองเสื่อมจำนวน 101 ล้านคนหรือร้อยละ 29 ของประชากรทั่วโลกต้องอยู่ในภาวะพึ่งพึง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 277 ล้านคนหรือร้อยละ 45 ในปี 2050 (33)

จากข้อมูลความชุกของภาวะสมองเสื่อมพบว่า ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ผู้สูงอายุ 60-69 ปี มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 1.6-2.6 ในช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 4.2-6.9 อายุ 80-89 ปี พบร้อยละ 11.6-18.7 และในผู้ที่อายุมากกว่า 90 ปีขึ้นไป พบได้ร้อยละ 35.4 โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลประเทศไทยในปี 2563 ช่วงอายุ 60-69 ปี มีผู้ป่วยสมองเสื่อมร้อยละ 7.10 ในช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 14.70 และ เมื่ออายุ 80 ปี ขึ้นไปร้อยละ 32.50 โดยคาด

ว่าในอนาคตผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยอาจมีถึงกว่าล้านคน (7) จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าภาวะสมองเสื่อมไม่เพียงแต่ส่งผลโดยตรงต่อผู้ป่วย ครอบครัว และญาติผู้ดูแล แต่ยังส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศอีกด้วย ดังนั้นภาวะสมองเสื่อมจึงจะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งประเทศไทยและในระดับนานาชาติ

1.2 ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย

1.2.1 ปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ ได้แก่

- อายุ ซึ่งเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ทำให้เซลล์สมองและเซลล์ประสาทลดลง ส่งผลให้การทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติช้าลง ส่งผลให้เกิดความจำเสื่อมตามมาได้
- พันธุกรรม ซึ่งหากบิดาหรือมารดามีภาวะสมองเสื่อม จะเพิ่มโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมได้มากกว่าบุคคลที่บิดาหรือมารดาปกติถึง 3 เท่า จากการมีสารพันธุกรรม Apo E4
- การมีโรคอัลไซเมอร์ พาร์กินสัน และโรคที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาท ส่งผลให้เกิดสมองฝ่อตามมาได้ (34)

1.2.2 ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่

- ภาวะอ้วนหรือน้ำหนักตัวเกิน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า ผู้ที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) ตั้งแต่ 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไปในผู้ที่อายุต่ำกว่า 65 ปี จะมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมเป็น 1.41 เท่า (35)
- การสูบบุหรี่ ซึ่งมีสารนิโคตินและคาร์บอนมอนอกไซด์จากการสูบบุหรี่ ลดความสามารถของเลือดในการขนส่งออกซิเจนและเพิ่มความหนืดของเลือด ส่งผลกระตุ้นให้เกิดลิ่มเลือด (thrombosis) ซึ่งอาจอุดตันในหลอดเลือดสมองได้ จึงพบว่าการสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดาวะสมองเสื่อมได้ถึง 2.28 เท่า (34)
- ภาวะซึมเศร้า ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคอัลไซเมอร์ได้ 1.66 เท่า และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ 1.55 เท่า เมื่อเทียบกับคนปกติ ในการป้องกันและแก้ไขภาวะซึมเศร้าจึงถือว่าเป็นอีกปัจจัยหนึ่งในการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ (34)
- ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า ผู้ที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมน้อย มีความความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นได้ 1.41 เท่า (11)

- โรคประจำตัว ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง จึงเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมตามมาได้ (34, 36)
- การออกกำลังกาย ซึ่งมีผลการวิจัยที่พบว่าวัยกลางคนที่ออกกำลังกายอย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ในวัยสูงอายุได้ร้อยละ 52 และร้อยละ 62 ตามลำดับ (36)

ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม จึงถือเป็นการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมในอนาคตได้

1.3 การวินิจฉัยและการรักษาภาวะสมองเสื่อม

1.3.1 การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

ทำได้โดยการซักประวัติและการตรวจร่างกาย โดยการพูดคุยกับผู้ป่วยโดยตรง และพูดคุยกับญาติ ผู้ดูแล หรือผู้ใกล้ชิดเกี่ยวกับความผิดปกติดังกล่าว โดยประเด็นที่ควรซักถาม ได้แก่

- การรู้ตัวว่ามีปริชานผิดปกติ (cognitive impairment)
- อาการวุ่นวายสับสน (confusion)
- ลักษณะอาการเมื่อเริ่มเป็น (onset)
- ลักษณะการดำเนินโรค (course)
- ระยะเวลาที่ผิดปกติ (duration)
- ความผิดปกติของกิจวัตรประจำวัน (activity of daily living ,ADL) ไม่ว่าจะเป็นกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์ (instrumental ADL) และกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Basic ADL)

นอกจากนี้ควรซักถามถึงประวัติการใช้ยาและสารอื่น ๆ ของผู้ป่วย ประวัติในครอบครัว ประวัติโรคประจำตัว และประวัติทางด้านจิตเวชร่วมด้วย

เครื่องมือในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (cognitive screening) ช่วยในการวินิจฉัย บ่งบอกความรุนแรง และติดตามผลการรักษาของภาวะสมองเสื่อม โดยที่นิยมใช้ในประเทศไทย ได้แก่ เครื่องมือ TMSE Thai MMSE และ MoCa test นอกจากนี้ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมยังอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาสาเหตุของปริชานบกพร่องว่ามีสาเหตุจากภาวะหรือโรคที่สามารถรักษาหายเป็นปกติหรือไม่ และเพื่อช่วยประกอบการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมว่าเข้าได้กับประเภทใด (9)

1.3.2 การรักษาภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมมีการรักษาโดยวิธีไม่ใช้ยา (non-pharmacological management) โดยจะเน้นการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองและการเสริมทักษะการเข้าสังคม เช่น การรักษาที่เน้นเรื่องอารมณ์ (emotion-oriented) การรักษาที่เน้นพฤติกรรม (behavior-oriented) (pharmacological management) เป็นต้น ร่วมกับการรักษาด้วยยา (pharmacological management) ซึ่งยามาตรฐานในการรักษาภาวะสมองเสื่อม คือ ยากลุ่ม cholinesterase inhibitors (ChEIs) ได้แก่ Donepezil , Rivastigmine , Galantamine และยาในกลุ่ม N-methyl-D-aspartate (NMDA) receptor antagonist ได้แก่ Memantine ซึ่งภาวะสมองเสื่อมไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เพียงแต่ช่วยชะลอการดำเนินไปของโรคเท่านั้น (9)

1.4 นโยบายที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อม

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รับรองแผนการจัดการด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับภาวะความจำเสื่อม ในปี พ.ศ. 2560-2568 ขึ้นในเดือนพฤษภาคม 2560 โดยมีจุดประสงค์หลักเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ครอบครัว ผู้ดูแล และลดผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมต่อชุมชมในแต่ละประเทศทั่วโลก โดยดำเนินการครอบคลุมทั้งหมด 7 ด้าน ได้แก่ การทำให้ภาวะสมองเสื่อมมีความสำคัญด้านสาธารณสุข เพิ่มความตระหนักในภาวะสมองเสื่อม การอยู่ร่วมกัน และการเป็นมิตร ลดความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม ปรับปรุงการวินิจฉัย การรักษา และการดูแล สนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม เสริมสร้างระบบข้อมูลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม และส่งเสริมการวิจัยและนวัตกรรม (4)

นอกจากนี้ในหลายประเทศได้จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อให้ประชาชนเกิดการรับรู้และตระหนักเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น โดยการให้ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม สัญญาณเตือนการเกิดโรค การเข้าถึงการวินิจฉัยที่ถูกต้องและแม่นยำ ซึ่งการรับรู้ว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะปกติในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถจัดการได้ จะส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัยและการเข้าถึงการรักษา สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกา มีแผนปฏิบัติการเพื่อสนับสนุนให้ประชาชนมีความตระหนัก สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์ และมีเป้าหมายหลักในการป้องกันและรักษาโรคอย่างมีประสิทธิภาพภายในปี 2025 ประเทศออสเตรเลียพบว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 ของประเทศ จึงได้มีการรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักแก่ประชาชนตั้งแต่ปี 2016 โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการตีตราผู้ป่วยและส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรค นำไปสู่การวินิจฉัยโรคที่รวดเร็ว ทันเวลา ขณะที่ประเทศอังกฤษมีนโยบายในการเพิ่มการรับรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของ

ประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพื่อป้องกันโรค และเน้นการวินิจฉัยโรคที่รวดเร็ว โดยมีการตรวจภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป (37) เดนมาร์ก มีการจัดทำนโยบาย National action plan on dementia 2025 มีเป้าหมายเพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างครอบคลุม(38) รัฐบาลเนเธอร์แลนด์ได้จัดทำนโยบาย National Dementia Strategy 2021-2030 โดยสรุปลำดับความสำคัญในอนาคตเกี่ยวกับนโยบายด้านภาวะสมองเสื่อมในประเทศ โดยสร้างขึ้นจาก Dementia Delta Plan ซึ่งดำเนินการระหว่างปี 2013 ถึง 2020 จุดหมายเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวสามารถมีชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมได้อย่างไม่มีอุปสรรค โดยมุ่งเน้นไปที่ประเด็นหลัก 3 ประเด็น ได้แก่ สนับสนุนการวิจัยเพื่อป้องกันหรือรักษาภาวะสมองเสื่อม การเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล และการมีสภาวะแวดล้อมที่ดีและเป็นมิตรต่อผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (39)

ประเทศญี่ปุ่นมีแผนยุทธศาสตร์เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม “New Orange Plan” ตั้งแต่ปี 2015 และมีผลบังคับใช้ไปจนถึงปี 2025 เพื่อสร้างความตระหนักเกี่ยวกับโรค ส่งเสริมให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมตั้งแต่มีอาการจนวาระสุดท้ายของชีวิตในเดือนมกราคม 2015 แผนยุทธศาสตร์สัมพันธ์กับระบบการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ มุ่งเน้นในประเด็นที่จำเป็นที่จะทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมีชีวิตอยู่อย่างน่าพึงพอใจในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย และทำให้ผู้ป่วยอยากมีชีวิตยืนยาวตามที่ควรจะเป็น พร้อมส่งเสริมสังคมสูงวัยและสังคมที่เป็นมิตรกับผู้ป่วยสมองเสื่อม ประกอบด้วย 7 ประเด็นหลัก ดังนี้

- สร้างความตระหนักและส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม
- ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพและการดูแลระยะยาวในเวลาที่เหมาะสมและทันท่วงทีเมื่อผู้ป่วยมีอาการดำเนินไปในระยะต่างๆของภาวะสมองเสื่อม
- เสริมสร้างมาตรการสำหรับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น
- สนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
- สร้างชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ รวมถึงผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
- ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนารูปแบบการป้องกัน การวินิจฉัย การรักษา รูปแบบการฟื้นฟูและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและเผยแพร่ผลการวิจัย
- จัดลำดับความสำคัญของมุมมองของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมรวมทั้งครอบครัวหรือผู้ดูแล (40)

ในประเทศจีน มีแผนปฏิบัติการเพื่อสุขภาพที่ดีปีค.ศ. 2030 ได้รับการประกาศอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2020 โดยกำหนดให้มีแผนปฏิบัติการภาวะสมองเสื่อมครอบคลุมประเด็นหลักทั้ง 7 ประเด็นของแผนปฏิบัติการระดับโลกว่าด้วยภาวะสมองเสื่อมขององค์การอนามัยโลก (WHO) ตั้งแต่การลดความเสี่ยงและชะลอการลดลงของความรู้ความเข้าใจ การสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม และสนับสนุนระบบบริการทางสังคมจิตวิทยาภายในปี 2565 มีเป้าหมายที่จะเพิ่มความตระหนักรู้ของสาธารณชนเกี่ยวกับการป้องกันและรักษาโรคอัลไซเมอร์ถึงร้อยละ 80 โดยส่วนหนึ่งมาจากโอกาสต่าง ๆ เช่น เดือนอัลไซเมอร์โลกและวันสุขภาพจิตโลก หน่วยงานด้านสุขภาพในพื้นที่นำร่องจะต้องเป็นผู้นำในการจัดตั้งคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้การสนับสนุนด้านเทคนิคและคำแนะนำ เกี่ยวกับการป้องกันและการรักษาความบกพร่องทางปริชานและโรคอัลไซเมอร์ (41)

สำหรับยุทธศาสตร์ประเทศไทย เรื่องสมองเสื่อม พ.ศ.2560-2569 ได้จัดทำแนวทางดำเนินการให้สอดคล้องต่อแผนปฏิบัติการขององค์การอนามัยโลก ภายใต้หลักการ “สร้างความสมดุลในการป้องกัน การค้นหา การรักษา และการดูแล” และได้พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรขึ้นในพื้นที่ต้นแบบ 4 แห่ง ซึ่งเป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว (Dementia on top long term care) โดยเชื่อมโยงระบบการดูแลตั้งแต่สถานบริการต่างๆไปจนถึงระดับชุมชน ครอบคลุมตั้งแต่ระบบการคัดกรอง การวินิจฉัยและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัญหาภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่หลายประเทศรวมทั้งประเทศไทยให้ความสำคัญและพยายามดำเนินการเพื่อจัดการปัญหาอย่างต่อเนื่อง (8)

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

“ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” (health literacy) มีคำที่ใช้เรียกเหมือนกันในภาษาไทยหลายคำ ได้แก่ ความแตกฉานด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาวะ ความฉลาดทางสุขภาพ และการรู้เท่าทันด้านสุขภาพ (42)

2.1 ความหมายและองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ที่ผ่านมามีผู้ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่หลากหลาย โดยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ได้รับการนำไปใช้อ้างอิงและประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลาย ได้แก่

2.1.1 แนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO) กล่าวว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางความปัญญาและสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ ทำให้บุคคลสามารถเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลที่ได้รับในการส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี (42)

2.1.2 แนวคิดของ Nutbeam D. กล่าวว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” เป็นทักษะทางความคิดและทางสังคมของบุคคล ในการเรียนรู้ เข้าถึง ทำความเข้าใจข้อมูล และใช้ข้อมูลในการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเอง โดยการให้การศึกษา สนับสนุนช่วยเหลือ (advocacy) และขับเคลื่อนทางสังคม (social mobilization) ซึ่งจะช่วยให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการสร้างเสริมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพจะขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมด้วย ซึ่งแนวคิดของ Nutbeam D. ประกอบด้วย 6 ด้าน (Conceptual model of health literacy as a risk) ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล (Access) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) การจัดการตนเอง (Self-management) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) (43)

Nutbeam D. ได้แบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1.ระดับพื้นฐาน (Basic/Functional health literacy) ได้แก่ ความสามารถในการอ่านเขียน เพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้ เช่น การอ่านฉลากยา การอ่านกำหนดการนัดหมาย

2.ระดับปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive health literacy) ประเมินจากทักษะการสื่อสาร (communication skill) เพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เช่น การสอบถามข้อมูลจากผู้รู้ การจัดการตนเอง (self-management)

3.ระดับวิจารณญาณ (Critical literacy) ประเมินจากการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) โดยการประเมินข้อมูลที่มีอยู่ เพื่อให้เกิดการตัดสินใจ (decision skill) และปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดีอยู่เสมอ (17)

2.1.3.แนวคิดของ Sorensen, K. และคณะ กำหนดให้ “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” เป็นทักษะของบุคคล 4 ด้าน (Integrated model of health literacy) ได้แก่

1.การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ (Access) หมายถึง ความสามารถในการค้นหาและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ

2.การทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับ (Understand) หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ

3. การประเมินข้อมูล (Appraise) หมายถึง ความสามารถในการอธิบาย ตีความ กลั่นกรอง และประเมินข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ

4.การนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ (Apply) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารและการใช้ข้อมูลในการจัดการสุขภาพ (42, 43)

ต่อมาในปี 2013 ได้พัฒนาโมเดลความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เป็นกรอบในการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพในยุโรปขึ้น ซึ่งเป็นโมเดลที่มีการผสมผสานองค์ประกอบทั้งด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นอยู่ในมิติของทักษะทางปัญญาในด้านความรอบรู้ทางการแพทย์ (medical health literacy) เป็นพื้นฐานของความรอบรู้ทางสาธารณสุข (public health literacy) ที่ถูกพัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดทฤษฎีทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion theory and model) โดยโมเดลชี้ให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นพลวัตรและเป็นการกระบวนการที่เริ่มต้นตั้งแต่การเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ไปจนถึงการนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ และเป็นโมเดลเชิงเหตุและผล ที่เป็นแนวทางสนับสนุนการทำงานในยุโรป เช่น การสำรวจประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและเปรียบเทียบข้อมูลที่จำเป็นของภาครัฐในยุโรป นอกจากนี้ Sorensen เสนอกรอบการนำความรอบรู้ด้านสุขภาพไปใช้กับขอบเขตงานด้านสาธารณสุขด้านการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ (44) ดังนี้

ขอบเขตงานสุขภาพ	การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	การเข้าใจในข้อมูลสุขภาพ	การประเมินข้อมูลสุขภาพ	การนำข้อมูลไปเพื่อดูแลสุขภาพ
การดูแลสุขภาพ (Health care)	ความสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการทางการแพทย์	ความสามารถทำความเข้าใจข้อมูลทางการแพทย์ และ เข้าใจความหมายที่ถูกต้อง	ความสามารถในการตีความและประเมินข้อมูลทางการแพทย์	ความสามารถในการตัดสินใจเลือกใช้บริการ ในสถานการณ์การเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพ
การป้องกันโรค (Disease prevention)	ความสามารถเข้าถึงข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ	ความสามารถในการทำความเข้าใจข้อมูลความเสี่ยงต่อสุขภาพ	ความสามารถในการตีความและประเมินข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ	ความสามารถในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพบนฐานข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ

ขอบเขตงานสุขภาพ	การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	การเข้าใจในข้อมูลสุขภาพ	การประเมินข้อมูลสุขภาพ	การนำข้อมูลไปเพื่อดูแลสุขภาพ
การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion)	ความสามารถในการเพิ่มความรู้ที่ทันสมัยด้านสภาพแวดล้อมทาง กายภาพและทาง สังคมที่เป็นตัวกำหนดปัญหาสุขภาพประชาชน	ความสามารถทำความเข้าใจข้อมูลด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่กำหนดปัญหาสุขภาพและเข้าใจความหมายที่ ถูกต้อง	ความสามารถในการตีความและ ประเมินปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดปัญหาสุขภาพ	ความสามารถในการตัดสินใจบนฐานข้อมูลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดปัญหา

โดยสรุป ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความหมายสะท้อนไปในทิศทางเดียวกันว่าเป็นความสามารถของบุคคลในการทักษะทางความคิด ทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมินข้อมูล และนำข้อมูลนั้นมาใช้จัดการสุขภาพของตนเองและผู้อื่น เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยที่เกิดจากอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ครอบครัวและสังคม ดังกรอบการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Manganello J. (45)

2.2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมีหลายปัจจัย เช่น

1.เพศ เป็นปัจจัยร่วมที่ส่งผลความรอบรู้ด้านสุขภาพในหลายการศึกษา ดังการศึกษาของวรรณศิริ นิลเนตร (46) เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี (47) พบว่าเพศชายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าเพศหญิง

2. อายุ มีผลต่อความสามารถในการเรียนรู้ ความสามารถในการทำความเข้าใจต่างๆ ดังการศึกษาของจิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ (28) และวรรณศิริ นิลเนตร (46) ที่พบว่าเมื่ออายุ

มากขึ้นจะส่งให้ผลผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยลง ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความสามารถในการเรียนรู้ที่ช้าลง

3. ระดับการศึกษา ส่งผลต่อการรับรู้ข้อมูลต่างๆรวมถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ดังการศึกษาของ วรรณศิริ นิลเนตร(46) และเบญจมาศ สุรมิตรไมตรี (47) และจิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ (28) ที่พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่า เนื่องมาจากระดับการศึกษาที่สูง ทำให้บุคคลมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ จากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การค้นคว้าข้อมูลและเข้าถึงสื่อได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยหรือผู้ไม่เรียนหนังสือ

4.รายได้ ซึ่งอาจมีความเกี่ยวข้องกับความสามารถในการเข้าถึงแหล่งความรู้ต่างๆ ได้ดีขึ้น ดังการศึกษาของทรรศนีย์ บุญมั่น (48) นพวรรณ แกมคำ และคณะ (49) ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการศึกษาของทรรศนีย์ บุญมั่น พบว่าผู้ที่มีรายได้สูงขึ้นจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากขึ้น

5. ทักษะและความสามารถส่วนบุคคล เช่น ความสามารถในมองเห็น ดังการศึกษาของ วรรณศิริ นิลเนตร (46) ที่พบว่าผู้ที่มองเห็นชัดเจน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่มองไม่เห็นเลย ซึ่งการมองเห็นเป็นประสาทสัมผัสที่มีความสำคัญ นำมาสู่ความสามารถในการอ่าน การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพต่างๆ ความสามารถในการเขียน ซึ่งพบว่าผู้ที่เขียนคล่อง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีปัญหาการเขียน

6.แรงจูงใจในตัวบุคคล ดังการศึกษาของทรรศนีย์ บุญมั่น (48) ที่พบว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม. ทำให้เกิดการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม นำมาสู่การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากขึ้น และการศึกษาของ ธัญชนกและคณะ (50) ที่พบว่าแรงจูงในภายในที่กระตุ้นให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ คือ การรับรู้อาการเตือนของโรค (perception) และความตระหนักด้านผลลัพธ์สุขภาพ (awareness)

2.2.2 ปัจจัยด้านเพื่อน ครอบครัว สังคม เช่น ระบบการส่งเสริมการเรียนรู้ อิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน การจัดบริการสุขภาพ สื่อสาธารณะ ดังการศึกษาของเทพไทย และคณะ (30) ที่พบว่าปัจจัยข้างต้น มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าปัจจัยด้านเพื่อน ครอบครัวและสังคม มีส่วนส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ การแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพที่หลากหลาย นอกจากนี้การจัดบริการสุขภาพและสื่อสาธารณะจะมีส่วนช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงสื่อและข้อมูลด้านสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น

2.3 เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2.3.1 เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของต่างประเทศ ได้แก่

1.The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)

พัฒนาขึ้นโดย Davis, T. และคณะ เป็นเครื่องมือวัดการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วสำหรับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ โดยเครื่องมือประกอบด้วยคำศัพท์ทางการแพทย์ 125 คำ วัดการอ่านและความเข้าใจศัพท์ด้านการแพทย์ในผู้ป่วยที่ไปรับบริการในสถานบริการปฐมภูมิ ต่อมามีการปรับลดคำศัพท์ทางการแพทย์ลงเหลือ 66 คำ เพื่อลดระยะเวลาในการประเมิน เรียกว่า “66-item shortened REALM” (42)

2.Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)

เป็นเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (functional health literacy) สำหรับผู้ใหญ่ พัฒนาโดย Parker RM. และคณะ ซึ่งวัดความสามารถของความเข้าใจในการอ่านและการคำนวณ ประกอบด้วยข้อคำถาม 67 ข้อ ต่อมามีการพัฒนาแบบวัดโดยลดข้อคำถามลงเหลือ 36 ข้อ เรียกว่า “Short -Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA)” (42)

3.The eHealth Literacy Scale (eHEALS)

พัฒนาโดย Norman CD. & Skinner H.A. เป็นแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการใช้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ สามารถนำมาประเมินทักษะการใช้ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล (42)

4.Newest Vital Sign (NVS)

พัฒนาโดย Weiss BD. และคณะ เป็นเครื่องมืออย่างย่อที่นำมาใช้คัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการสุขภาพที่สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิในสหรัฐอเมริกา ประเมินโดยใช้ฉลากโภชนาการของไอศกรีม วัดทักษะด้านตัวเลขและคำศัพท์ มีทั้งหมด 6 ข้อคำถาม ซึ่งเครื่องมือนี้มีความสะดวกและแม่นยำในการทดสอบผู้มีการอ่านาและการเขียนบกพร่อง (42)

5.European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q47)

พัฒนาโดย Sorensen K. และคณะ จากความหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพ 17 ความหมายและรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพ 12 รูปแบบ ได้เครื่องมือฉบับยาว (HLS-EU-Q47) 47 ข้อ และเครื่องมือฉบับสั้น (HLS-EU-Q12) 12 ข้อ (42)

6.เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านภาวะสมองเสื่อม CAAASI-Dem

The Consumer Access, Appraisal, and Application of Services and Information for Dementia (CAAASI-Dem) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นในประเทศออสเตรเลีย ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวัดความรอบรู้ด้านภาวะสมองเสื่อม โดยมีข้อคำถาม 26 ข้อ ประกอบด้วย 5 ประเด็น ได้แก่ ความมั่นใจในการมีส่วนร่วมกับข้อมูลและคำแนะนำที่เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมจากแหล่งข้อมูลต่างๆ (Evaluation and engagement) ความมั่นใจในความรู้และความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมเมื่อเกิดภาวะสมองเสื่อม (Readiness) การเข้าถึงการรองรับของชุมชนเมื่อเกิดภาวะสมองเสื่อม (Social supports) ความมั่นใจในการเข้าถึงบริการที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อม (Specific dementia services) และความมั่นใจในระบบการดูแลสุขภาพ (Practical aspects) โดยเครื่องมือวัดนี้ได้รับการตรวจสอบแล้วว่ามีคุณสมบัติในการวัดที่ดี (51, 52)

2.3.2 เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย

ในระยะแรกได้มีการพัฒนาเครื่องมือจากกรอบแนวคิดของ Nutbeam D. 6 องค์ประกอบ และต่อมามีการพัฒนาโดยใช้แนวคิดที่หลากหลายมากขึ้น โดยมีเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพต่าง ๆ ดังนี้

1.แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนไทยระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3

พัฒนาโดยนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร และเดชา เกตุฉ่ำ พัฒนาจากแนวคิดของ Nutbeam D. และวัดทักษะด้านการจัดการตนเอง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (42)

2.แบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง

พัฒนาโดยกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งวัดความรอบรู้ใน 7 องค์ประกอบ ได้แก่ ความต้องการการช่วยเหลือด้านสุขภาพ การอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ ความเข้าใจตัวเลข ความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพ วัดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติในการสื่อสารกรณีถูกซักถามปัญหาต่างๆ รวมถึงการตัดสินใจ โดยมีข้อคำถามรวม 145 ข้อ (42)

3.แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไประยะที่ 1

พัฒนาโดยกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้กรอบเนื้อหาจากชุดข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญและจำเป็นเพื่อการมีสุขภาพที่ดี 66 ข้อ (Thai health literacy 66) มาประยุกต์ใช้ โดยมีข้อคำถาม 87 ข้อ (16)

4. แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับชาวไทยชนิดรายการคำที่มีคำถามทดสอบความเข้าใจ (Thai Health Literacy Assessment Using Word List with Extended Questions to Test Comprehension,THLAW+)

พัฒนาโดยผดุง จันชูโต ซึ่งแบบวัดประกอบด้วยคำจำนวน 48 คำ และมี 4 ตัวเลือก ในแต่ละคำเพื่อทดสอบความเข้าใจตัวเลือกของคำในแบบวัด ซึ่งแบบวัดนี้ต่อยอดมาจากแบบวัด REALM โดยได้เพิ่มตัวเลือกเพื่อทดสอบความเข้าใจ มีผลการศึกษาพบว่าแบบวัดมีความเที่ยงที่ดี (ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha =0.80-098) และมีอำนาจจำแนก (Discrimination) เนื่องจากสามารถจำแนกผู้ที่มีการศึกษาในระดับที่แตกต่างกันได้ และมีความสัมพันธ์กับตัวชี้วัดความรอบรู้อื่นๆ โดยเกณฑ์การวัด คือ ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่า 37 คะแนน จากคะแนนเต็ม 48 คะแนน ถือว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ (53, 54)

โดยสรุปแล้วพบว่า เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในต่างประเทศและในประเทศไทย มี 2 แบบ คือ แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพทั่วไปและแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เฉพาะโรค ซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์ในการวัด

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับชาวไทยชนิดรายการคำที่มีคำถามทดสอบความเข้าใจ (THLAW+) ซึ่งเป็นแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพทั่วไปในงานวิจัยนี้ เนื่องจากเป็นแบบวัดที่มีคุณสมบัติในการวัดที่ดี และเหมาะสำหรับประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนทั่วไป ไม่เฉพาะเจาะจงกับประชาชนเพียงกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง และผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือที่เป็นแบบวัดความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมเพิ่มเติม โดยไม่ได้ใช้แบบวัดความรอบรู้ด้านสมองเสื่อม CAAASI-Dem เนื่องจากผู้วิจัยต้องการวัดความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านความเสี่ยงในการเกิดโรค อาการของโรค การวินิจฉัย การป้องกันและรักษาโรค ดังนั้น การใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจึงสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยมากกว่า

3.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.1 งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

3.1.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี

เยาวลักษณ์ มีบุญมาก และคณะ (55) ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี โดยการศึกษาเชิงปริมาณในผู้สูงอายุจำนวน 240 คน ในระยะที่ 1

และศึกษาเชิงคุณภาพในระยะที่ 2 ในผู้สูงอายุ 30 คน โดยใช้แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และแนวการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ผลวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

3.2 งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในผู้สูงอายุ

3.2.1 Factors Associated with Health Literacy among the Elderly People in Vietnam

Van Hoa H. และคณะ (25) ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป จำนวน 300 คน ในประเทศเวียดนาม ในด้านต่างๆ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการดูแลสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการป้องกันโรค และความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าด้านที่มีคะแนนมากที่สุด คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อาชีพ อายุ และปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ การดูแลเด็ก การมีกิจกรรมทางสังคม การออกกำลังกาย การดูโทรทัศน์ การใช้อินเทอร์เน็ต การใช้สื่อออนไลน์มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

3.2.2 Exploring the Influencing Factors of Health Literacy among Older Adults: A Cross-Sectional Survey

Chiu H-T และคณะ (26) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ในผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ในประเทศไต้หวัน จำนวน 161 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด (limited overall HL) โดยปัจจัยที่สัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุ ประกันสุขภาพ และภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร

3.2.3 ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ (28) ได้ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพฯ ใน 7 แห่ง จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 69.3 อยู่ในระดับควรปรับปรุงร้อยละ 17.8 และอยู่ในระดับดี ร้อยละ 13.0 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจและการป้องกันโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ถึงร้อยละ 86 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ

และทักษะการจัดการตนเองอยู่ ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 52 ร้อยละ 36 และร้อยละ 33.3 ตามลำดับ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา โดยอายุมีอิทธิพลเชิงลบต่อระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ ขณะที่การศึกษามีอิทธิพลเชิงบวกต่อระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

3.2.4 การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

นพวรรณ แกมคำ และคณะ (49) ได้ศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในสังคม กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 420 คน โดยใช้แบบวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่ระดับความฉลาดทางสุขภาพอยู่ ในระดับพื้นฐาน

ปัจจัยด้านเพศ อายุ รายได้ การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับระดับของความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ

3.2.5 ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

วรรณศิริ นิลเนตร (46) ได้ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ 3 ชมรมในเขตกรุงเทพฯ จำนวน 440 คน เก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย โดยผลการศึกษาพบว่าความฉลาดทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุอยู่ในระดับพื้นฐาน (ร้อยละ 99.5) และระดับปฏิสัมพันธ์ (ร้อยละ 0.5)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการเขียน ผู้ดูแล สิทธิในการรักษาพยาบาล ความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และการเดินทางมาชมรมโดยการมาเอง/มีคนมาส่ง

3.2.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก

สมสุข ภาณุรัตน์ และคณะ (56) ได้ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพในผู้สูงอายุ จำนวน 465 คน โดยแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (ฉบับปรับปรุงปี 2561) ของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า

ผู้สูงอายุในอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก มีค่าเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพ เท่ากับ 40.91 คะแนน และกึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 50.30)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลกับความฉลาดทางสุขภาพ พบว่า อายุ อาชีพ (การใช้แรงงานและผู้ที่อยู่บ้านไม่มีอาชีพ) ค่าดัชนีมวลกาย ผู้ที่มีสถานภาพในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรรมการกลุ่มชมรมและประชาชนทั่วไป มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความฉลาดทางสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2.7 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

นัชชา เรืองเกียรติกุล (29) ได้ศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ซึ่งเป็นการสำรวจออนไลน์ในกลุ่มตัวอย่าง 778 คน ในระหว่างเดือนเมษายน ถึงพฤษภาคม 2563 โดยใช้แบบสำรวจที่พัฒนาโดยสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒน์ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 52.83 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพใน ระดับปานกลาง และร้อยละ 42.28 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การศึกษา อาชีพ สถานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการเดินทางไปยังสถานบริการสุขภาพที่ใกล้ที่สุด และความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน ส่วนตัวแปร อายุ เพศ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว และสมาชิกที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

3.3 งานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มอื่นๆ

3.3.1 ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุโขทัย

ทรรศนีย์ บุญมั่น (48) ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 416 คน โดยใช้แบบสอบถามความรอบรู้ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง ผลการศึกษาพบว่า อสม.ส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี

ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

3.3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

เทพไทย โชติชัย และคณะ (30) ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสำราญอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นจำนวน 285 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีร้อยละ 43.51 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพอยู่ในระดับดีร้อยละ 53.02 ความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับมากที่สุดร้อยละ 36.14 ทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับดีร้อยละ 39.63 ทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับดีร้อยละ 44.73 ทักษะการจัดการตนเองอยู่ในระดับดีร้อยละ 41.28 และการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับดีร้อยละ 40.91

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ระดับการศึกษา ระบบการส่งเสริมการเรียนรู้ อิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน การจัดบริการสุขภาพ รายได้ต่อเดือน สื่อสาธารณะ และอายุ

3.3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง

ธัญชนก ขุมทอง และคณะ (50) ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 1,138 คน โดยใช้แบบสอบถาม และสัมภาษณ์เชิงลึกในประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง (92-114 คะแนน) จากการศึกษาพบว่าประชากรส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมากที่สุด จำนวน 714 คน คิดเป็นร้อยละ 62.7 รองลงมามีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง จำนวน 406 คน คิดเป็นร้อยละ 35.7 และมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 1.6

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ แรงจูงใจภายในตัวบุคคล การให้บริการเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และครอบครัว ญาติและเพื่อน ในการส่งเสริมให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง

3.4 งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

3.4.1 Dementia literacy in Western Pacific countries: A mixed methods study

Leung AYM. และคณะ (57) ได้ศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง (LMICs) และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม โดยศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพใน 3 ประเทศ ได้แก่ กัมพูชา ฟิลิปปินส์และฟิจิในปี 2017-2018 ในกลุ่มตัวอย่าง 476 คน การศึกษาเชิงปริมาณใช้แบบวัด Alzheimer's Disease Knowledge Scale และแบบวัด Dementia Attitude Scale ในส่วนของความรู้ ทัศนคติและความต้องการการช่วยเหลือเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อมจะอยู่ในระดับต่ำ ขณะที่กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีกับผู้ป่วยสมองเสื่อม และเมื่อมีภาวะสมองเสื่อมเกิดขึ้น ครอบครัวและบุคคลสำคัญทางศาสนาจะถูกมองว่าเป็นแหล่งความช่วยเหลือ ซึ่งสามารถสรุปผลการวิจัยได้ว่า การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวและผู้นำทางศาสนาในการให้ความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อมสามารถเพิ่มการรับรู้และเพิ่มความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมได้

3.4.2 A Systematic Review of the Public's Knowledge and Understanding of Alzheimer's Disease and Dementia

Cahill S. และคณะ (23) ได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้และความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์และภาวะสมองเสื่อม จากบทความตีพิมพ์ 40 บทความ พบว่าการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพียงการศึกษาความรู้และความเข้าใจทั่วไป ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้น้อยถึงปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจผิดมากที่สุด ว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นเรื่องปกติของคนสูงอายุ และขาดความชัดเจนเกี่ยวกับการบ่งชี้ภาวะสมองเสื่อม นอกจากนี้พบว่าชนกลุ่มน้อยทางเชื้อชาติและชาติพันธุ์จะมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในระดับต่ำ โดยเฉพาะประเด็นของสาเหตุการเกิดภาวะสมองเสื่อม ซึ่งผลวิจัยแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการให้การศึกษาและสนับสนุนโปรแกรมเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้น้อยถึงปานกลาง

3.4.3 การศึกษาภาวะสมองเสื่อม ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อม และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ

วัลลภา อันดารา และคณะ (27) ได้ศึกษาความรู้เกี่ยวกับสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปในชมรมผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ จำนวน 60 คน เครื่องมือในการวิจัยใช้แบบประเมิน

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อม พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 86.67 มีความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 10.00 และมีความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 3.333

3.5 งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

3.5.1 Dementia Literacy among Community-Dwelling Older Adults in Urban China: A Cross-sectional Study.

Zhang H. และคณะ (58) ได้ศึกษาความรู้และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนประเทศจีน โดยศึกษาในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 3,439 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึงสิงหาคม 2014 ใช้ mental health literacy questionnaire ในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความชุก อาการ ความตั้งใจและทางเลือกในการรักษาภาวะสมองเสื่อม ผลการศึกษาพบว่าความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อมโดยรวมของผู้สูงอายุในประเทศจีนมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 55.5 ของคะแนนทั้งหมด ด้านที่มีผู้ตอบถูกมากที่สุด คือ ด้านอาการของภาวะสมองเสื่อม (58.7–89.6%) และด้านที่มีผู้ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ด้านความชุกของภาวะสมองเสื่อม (22.2%) และทางเลือกในการรักษาภาวะสมองเสื่อม (22.2%)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรู้เรื่องสมองเสื่อมโดยรวม ได้แก่ เพศชาย การมีรายได้ต่อปีต่ำ การศึกษาน้อย และผู้ที่สงสัยภาวะซึมเศร้า การศึกษานี้สามารถสรุปได้ว่า ความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนประเทศจีนอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะความรู้ด้านผลกระทบของภาวะสมองเสื่อม และการรักษาที่เหมาะสม

3.5.2 Factors Associated with Dementia Knowledge and Dementia Worry in the South Korean Elderly Population

Joo SH. และคณะ (59) ได้ศึกษาความรู้และความกังวลเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยในชุมชนเมืองหนึ่ง ในประเทศเกาหลี จำนวน 1,869 คน โดยการสัมภาษณ์ออนไลน์หรือสัมภาษณ์ตัวต่อตัว ประเด็นความรู้และความกังวลเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ประชากรศาสตร์ จิตวิทยา การออกกำลังกาย กิจกรรมเกี่ยวกับการใช้ปัญญา

ผลการศึกษาพบว่าความกังวลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้เรื่องสมองเสื่อม ประวัติครอบครัวเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การศึกษา รายได้ ปัญหาการนอนหลับ อารมณ์ซึมเศร้าและการ

สูญเสียความตั้งใจ โรคเรื้อรัง และอาชีพในอดีต มีความสัมพันธ์กับความรู้หรือความกังวลเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม นอกจากนี้การอ่านหนังสือ ศิลปะหรือกิจกรรมเกี่ยวกับการรับรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกิจกรรมด้านการเขียนหรือดนตรี กิจกรรมเกี่ยวกับการรับรู้มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การศึกษานี้สรุปได้ว่าผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมที่มากขึ้น และมีความกังวลเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมน้อยลง จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมการรับรู้ที่สามารถป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยสรุปพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพื้นฐาน โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ การศึกษา รายได้ แรงจูงใจในตัวบุคคล และปัจจัยด้านสังคม เช่น การสนับสนุนทางสังคม การจัดบริการสุขภาพ เป็นต้น

ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ผลการศึกษาพบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในระดับต่ำ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม คือ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น รายได้ ระดับการศึกษา ซึ่งจะพบว่าการศึกษาเรื่องความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมยังมีจำกัด

มหาวิทยาลัยศิลปากร

บทที่ 3

วิธีดำเนินงานวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงคราม โดยมีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

รูปแบบงานวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการศึกษา คือ ผู้สูงอายุสัญชาติไทยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสมุทรสงคราม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุสัญชาติไทยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 300 คน ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1) สามารถเข้าใจและสื่อสารด้วยภาษาไทย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือมีประวัติการรักษาโรคจิตเวช

2) เป็นผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power สำหรับ logistic regression analysis (60) และกำหนดค่าต่าง ๆ ในการคำนวณ ดังนี้

- การทดสอบสมมติฐานเป็นสองทาง (Two-tailed test)
- ระดับความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (Type I error) ที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ 5%
- ค่าอำนาจทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80
- ค่าของ x distribution เป็น Binomial
- ค่า odds ratio (OR) = 1.9 ซึ่งได้จากงานวิจัยของ Joo SH. และคณะ (59) เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอาของยุ 60 ปีขึ้นไป ในประเทศเกาหลี ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของ

ผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยหรือผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ 1.9 เท่า

- ค่า Probability = 0.26 ซึ่งได้จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านระดับการศึกษากับระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นค่าที่ได้มาจากการศึกษานำร่อง (Pilot study) ของการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงคราม

จากการคำนวณด้วยโปรแกรม G*power จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 279 คน และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 เพื่อป้องกันข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 293 และผู้วิจัยได้เก็บตัวอย่างเพิ่มเติมจนครบ 300 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเลือกแบบแบ่งชั้นภูมิตามพื้นที่ ซึ่งกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละพื้นที่ตามสัดส่วนของจำนวนประชากรผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ในจังหวัดสมุทรสงคราม โดยจังหวัดสมุทรสงครามแบ่งเขตการปกครองออกเป็น 3 อำเภอ 36 ตำบล ประกอบด้วย อำเภอเมือง 11 ตำบล อำเภออัมพวา 12 ตำบล และอำเภอบางคนที 13 ตำบล ซึ่งมีผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 41,211 คน อยู่ในเขตอำเภอเมือง 20,789 คน อำเภออัมพวา 12,544 คน และอำเภอบางคนที 7,878 คน (31)

จากสัดส่วนประชากรข้างต้น ผู้วิจัยจึงเลือกเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในเขตอำเภอเมือง 160 คน อำเภออัมพวา 95 คนและอำเภอบางคนที 45 คน โดยใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มอย่างง่ายเลือกตำบลที่ศึกษาในแต่ละอำเภอ รวม 7 ตำบล (สุ่มเลือกจากอำเภอเมือง 3 ตำบล อำเภออัมพวา 3 ตำบลและบางคนที 1 ตำบล) ได้แก่ ตำบลแม่กลอง ตำบลแหลมใหญ่ ตำบลบางขันแตก ตำบลบางช้าง ตำบลท่าคา ตำบลสวนหลวงและตำบลบางยี่รงค์

ขั้นที่ 2 สุ่มอย่างง่ายเลือกศูนย์แพทย์ชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผู้สูงอายุมาใช้บริการ ในแต่ละตำบล รวม 8 แห่ง ได้แก่ ศูนย์แพทย์ชุมชนแม่กลอง ศูนย์แพทย์ชุมชนพระครูอุดมสมุทรคุณ รพสต.วัดปากสมุทร รพสต.เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี รพสต.บ้านดาวดึงษ์ รพสต.บ้านคลองพลับ รพสต.วัดวรภูมิ และ รพสต.บางยี่รงค์

ขั้นที่ 3 เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีตามสะดวก (convenience sampling) รวม 300 คน

ตำบล	ศูนย์สุขภาพชุมชน/รพสต.ที่เลือก	จำนวนตัวอย่าง (คน)
อำเภอเมืองสมุทรสงคราม		
แม่กลอง	ศูนย์แพทย์ชุมชนแม่กลอง	50
แม่กลอง	ศูนย์แพทย์ชุมชนพระครูอุดมสมุทรคุณ	50
แหลมใหญ่	รพสต.วัดปากสมุทร	30
บางขันแตก	รพสต.เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี	30
อำเภออัมพวา		
บางช้าง	รพสต.บ้านดาวดึงษ์	35
ท่าคา	รพสต.บ้างคลองพลับ	30
สวนหลวง	รพสต.วัดวรภูมิ	30
อำเภอบางคนที		
บางยี่รงค์	รพสต.บางยี่รงค์	45

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้ คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน (ภาคผนวก ก) ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ โรคประจำตัว ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการพูด ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการเขียน และประวัติการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม เป็นคำถามแบบเลือกตอบ (checklist) และคำถามปลายเปิดเติมคำในช่องว่าง จำนวน 14 ข้อ

ข้อมูลด้านครอบครัว ได้แก่ ลักษณะการอยู่อาศัย และประวัติการได้รับวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมของคนในครอบครัว เป็นคำถามแบบเลือกตอบ (checklist) จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับชาวไทยชนิดรายการคำที่มีคำถามทดสอบความเข้าใจ (THLA-W+) ฉบับภาษาไทย เพื่อใช้ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งแบบประเมินความแตกฉานนี้ได้รับการพัฒนาและทดสอบคุณภาพ โดยมีความเที่ยงที่ดี (ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach’s alpha =0.80-098) ความไวร้อยละ 77-84 ความจำเพาะร้อยละ 81-83

ความถูกต้องในการทำนายร้อยละ 77-78 และมีความตรงเนื่องจากสามารถจำแนกผู้ที่มีการศึกษาในระดับที่แตกต่างกันได้ และมีความสัมพันธ์กับตัวชี้วัดความรอบรู้อื่นๆ

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนาแบบประเมินแล้ว (ภาคผนวก ข) โดยแบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 48 ข้อ ซึ่งแต่ละข้อจะเป็นคำ 1 คำ และมี 4 ตัวเลือกในแต่ละคำ ให้ผู้ตอบเลือกตัวเลือกที่มีความหมายเหมือนหรือคล้ายกับคำในแต่ละข้อ เพื่อทดสอบความเข้าใจในความหมายของคำ ซึ่งแบบสอบถามมีความตรง ความเที่ยง และมีคุณสมบัติการวัดที่ดี

<u>เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล</u>

หากผู้ตอบเลือกตัวเลือกที่มีความหมายเหมือนหรือคล้ายกับคำในข้อนั้น ๆ จะได้ 1 คะแนน เลือกผิดหรือเลือกตอบว่าไม่รู้จะได้ 0 คะแนน ซึ่งคะแนนที่มากกว่า 37 บ่งบอกถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ และคะแนนที่ต่ำกว่า 37 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (พิสัย 0-48) (53, 54)

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

เป็นแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสารและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามแบบถูก-ผิด จำนวน 16 ข้อ โดยประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อม ด้านอาการของภาวะสมองเสื่อม ด้านการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม ด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และด้านการรักษาภาวะสมองเสื่อม

<u>เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล</u>

หากผู้ตอบตอบคำถามได้ถูกต้อง จะได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือตอบว่าไม่แน่ใจจะได้ 0 คะแนน ซึ่งคะแนนรวมที่มากกว่า 11 แสดงถึงการมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในระดับสูง ซึ่งเกณฑ์ในการกำหนดระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาความรู้และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ซึ่งกำหนดว่าผู้สูงอายุควรมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 ของคะแนนเต็ม จึงจะสรุปได้ว่าผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในระดับสูง (59)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบคุณภาพทั้งด้านความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น ดังนี้

1. **ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)** แบบสอบถามในส่วนที่ 1 และ 3 ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (รายชื่อดัง ภาคผนวก ค) เพื่อพิจารณาความ

สอดคล้องของแบบสอบถามแต่ละข้อว่าตรงตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดหรือไม่ โดยกำหนดการให้คะแนน คือ

ให้คะแนน 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ให้คะแนน -1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ให้คะแนน 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

หลังจากนั้นนำผลที่ได้ไปคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence : IOC) โดยใช้สูตรของ Rovinelli และ Hambleton (61) ดังนี้

$$\text{IOC} = \frac{\Sigma R}{N}$$

โดยที่ $\sum$R คือ ผลรวมของคะแนนจากการพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญ

N คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

เกณฑ์การพิจารณา คือ ค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไปแสดงว่าคำถามข้อนั้นมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด

2.ความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นไปทดสอบกับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มที่ศึกษา (Try out) โดยทดสอบกับผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพรงมะเดื่อ จังหวัดนครปฐม จำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้สูตร Kuder-Richardson-20 (KR-20) (61) ดังนี้

$$KR20 = \left(\frac{k}{k-1}\right)\left(1 - \frac{\sum p_i q_i}{s^2}\right)$$

โดยที่ KR-20 คือ ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ

k คือ จำนวนข้อของแบบทดสอบ

p คือ สัดส่วนของผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ

q คือ สัดส่วนของผู้ตอบผิดในแต่ละข้อ

S^2 คือ ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งแบบทดสอบ

เกณฑ์การพิจารณา คือ หากค่าความเชื่อมั่นมีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป แสดงว่าเครื่องมือที่สร้างขึ้นมีความเชื่อมั่น

จากการคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 แสดงว่าแบบสอบถามนี้มีความเชื่อมั่น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุขในสถานบริการนั้น ๆ เพื่อช่วยให้แบบสอบถามสามารถกระจายไปยังกลุ่มตัวอย่างได้ดียิ่งขึ้น โดยผู้วิจัยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์และขอบเขตของการวิจัย และจัดอบรมการเก็บข้อมูลแก่ทีมผู้ช่วยวิจัย โดยการอธิบายและสาธิตการเก็บข้อมูลในแต่ละข้ออย่างถูกต้อง เพื่อให้มีความเข้าใจที่ตรงกันก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลจริง หลังจากนั้นจะทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ที่คัดเลือก ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2565 ถึงมกราคม 2566 เมื่อเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามอีกครั้งก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ดังนี้

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ โรคประจำตัว ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการพูด ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการเขียน และประวัติการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 ลักษณะการอยู่อาศัย ประวัติการได้รับวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมของคนในครอบครัว วิเคราะห์โดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม วิเคราะห์โดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ดังนี้

2.1 Chi-square test

- หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

- หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม
- หาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

2.2 ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นและตัวแปรตามด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic regression) ด้วยวิธี Enter กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ α = 0.05 โดยผู้วิจัยมีการจัดกลุ่มของตัวแปรต้นใหม่ในบางตัวแปรเพื่อให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้ตามเงื่อนไขของสถิติ

2.2.1 หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ โดยมีตัวแปรต้นของการศึกษาจำนวน 16 ตัวแปร ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ โรคประจำตัว ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการพูด ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการเขียนประวัติการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ลักษณะการอยู่อาศัย และประวัติการได้รับวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมของคนในครอบครัว และตัวแปรตามของการศึกษา คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2.2.2 หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในระดับต่ำ โดยมีตัวแปรต้นของการศึกษาจำนวน 16 ตัวแปร ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ โรคประจำตัว ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการพูด ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการเขียน ประวัติการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ลักษณะการอยู่อาศัย และประวัติการได้รับวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมของคนในครอบครัว และตัวแปรตามของการศึกษา คือ ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

2.2.3 หาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในระดับต่ำ โดยมีตัวแปรต้น คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และตัวแปรตาม คือ ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมโดยผู้วิจัยได้กำหนดตัวแปรในการวิเคราะห์ ดังนี้

ตัวแปรที่ศึกษา	**การกำหนดตัวแปร**		
1.ตัวแปรต้น			
1.1 อายุ	60-69 ปี	=	0
	70-79 ปี	=	1
	80 ปีขึ้นไป	=	2

ตัวแปรที่ศึกษา	การกำหนดตัวแปร		
1.ตัวแปรต้น			
1.2 เพศ	ชาย	=	0
	หญิง	=	1
1.3 สถานภาพสมรส	โสด/หม้าย	=	0
	คู่	=	1
1.4 ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียนหนังสือ	=	0
	ประถมศึกษา	=	1
	มัธยมศึกษาขึ้นไป	=	2
1.5 อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	=	0
	ประกอบอาชีพ	=	1
1.6 รายได้ต่อเดือน	น้อยกว่า 5,000 บาท	=	0
	5,000-10,000 บาท	=	1
	มากกว่า 10,000	=	2
1.7 ความพอเพียงของรายได้	มีเงินพอใช้	=	0
	เงินไม่พอใช้	=	1
1.8 โรคประจำตัว	ไม่มีโรคประจำตัว	=	0
	มีโรคประจำตัว	=	1
1.9 ความสามารถในการมองเห็น	มองเห็นชัดเจน	=	0
	มีปัญหาการมองเห็น	=	1
1.10 ความสามารถในการได้ยิน	ได้ยินชัดเจน	=	0
	มีปัญหาการได้ยิน	=	1
1.11 ความสามารถในการพูด	พูดคล่อง	=	0
	มีปัญหาการพูด	=	1
1.12 ความสามารถในการอ่าน	อ่านคล่อง	=	0
	มีปัญหาการอ่าน	=	1
1.13 ความสามารถในการเขียน	เขียนคล่อง	=	0
	มีปัญหาการเขียน	=	1

ตัวแปรที่ศึกษา	การกำหนดตัวแปร
1.ตัวแปรต้น	
1.14 ประวัติการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม	ไม่เคยได้รับข้อมูล = 0 เคยได้รับข้อมูล = 1
1.15 ลักษณะการอยู่อาศัย	อยู่คนเดียว/ครอบครัวเดี่ยว = 0 อยู่เป็นครอบครัวขยาย = 1
1.16 ประวัติการได้รับวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมของคนในครอบครัว	ไม่มี = 0 มี = 1
1.17 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ความรอบรู้ไม่เพียงพอ = 0 ความรอบรู้เพียงพอ = 1
2.ตัวแปรตาม	
2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ = 0 ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ = 1
2.2 ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม	ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองในระดับสูง = 0 ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองในระดับต่ำ = 1

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศิลปากร เลขที่ REC 65.1107-184-9267 วันที่รับรอง 19 ธันวาคม 2565 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามประกาศ เฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมายข้อบังคับ และข้อกำหนดภายในประเทศ (ภาคผนวก ง)

บทที่ 4

ผลการศึกษา

งานวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติของความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงคราม และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติของความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงคราม โดยปัจจัยที่ศึกษา คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ โรคประจำตัว ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการพูด ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการเขียน และประวัติการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ลักษณะการอยู่อาศัย และประวัติการได้รับวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมของคนในครอบครัว โดยกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 300 คน เก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2565 ถึงมกราคม 2566 โดยผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษาประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

มหาวิทยาลัยศิลปากร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ในการศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลผู้สูงอายุจำนวน 300 คน ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสมุทรสงคราม 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภออัมพวา อำเภอบางคนที และอำเภอเมือง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในอำเภอเมือง จำนวน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3 และน้อยที่สุดอยู่ในอำเภอบางคนทีจำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 15.0 มีอายุเฉลี่ย 68.76±6.97 ปี อายุน้อยที่สุด 60 ปี และอายุมากสุด 90 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.7 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 54.3 อาศัยอยู่เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 41.0 ระดับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษาร้อยละ 54.3 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 36.7 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 53 มีเงินพอใช้ แต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 70.7 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 72.3 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดร้อยละ 49 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n = 300)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1.เพศ		
- หญิง	206	68.7
- ชาย	94	31.3
2.สถานภาพสมรส		
- คู่	163	54.3
- หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	96	32
- โสด	41	13.7
3.ลักษณะการอยู่อาศัย		
- อยู่เป็นครอบครัวขยาย	123	41.0
- อยู่เป็นครอบครัวเดี่ยว	66	22
- อยู่กับคู่สมรส	62	20.7
- อยู่คนเดียว	35	11.7
- อยู่กับพี่น้อง	14	4.7
4.ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้เรียนหนังสือ	21	7
- ประถมศึกษา	163	54.3
- มัธยมศึกษาตอนต้น	49	16.3

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	31	10.3
- ปวช. / ปวส. / อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	17	5.7
- ปริญญาตรี	17	5.7
- ปริญญาโทหรือสูงกว่า	2	0.7
5.ลักษณะงานหรืออาชีพ		
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	110	36.7
- เกษตรกร / ทำไร่ / ทำสวน	65	21.7
- รับจ้างทั่วไป	59	19.7
- ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	46	15.3
- รับราชการ / พนักงานราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ	20	6.7
6.รายได้ต่อเดือน		
- น้อยกว่า 5,000 บาท	159	53
- 5,000-10,000 บาท	87	29
- 10,001-15,000 บาท	34	11.3
- 15,001-20,000 บาท	8	2.7
- 20,001-25,000 บาท	3	1.0
- 25,001-30,000 บาท	2	0.7
- 30,000 บาทขึ้นไป	7	2.3
7.ความเพียงพอของรายได้		
- มีเงินพอใช้ ไม่เหลือเก็บ	212	70.7
- มีเงินพอใช้ และเหลือเก็บ	61	20.3
- เงินไม่พอใช้ และมีหนี้สิน	24	8.0
- เดือดร้อนจากภาวะหนี้สิน	3	1.0
8.โรคประจำตัว		
- ไม่มีโรคประจำตัว	67	22.3
- มีโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	217	72.3
- โรคความดันโลหิตสูง	147	49.0

มหาวิทยาลัยศิลปากร

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
- โรคไขมันในเลือดสูง	119	39.7
- โรคเบาหวาน	76	25.3
- โรคข้อเสื่อม	36	12.0
- โรคหัวใจ	25	8.3
- โรคกระเพาะอาหาร	15	5.0
- โรคภูมิแพ้	12	4.0
- โรคหลอดเลือดสมอง	6	2.0
- โรคหอบหืด/ถุงลมโป่งพอง	4	1.3
- โรคไตวาย	2	0.7
- โรคพาร์กินสัน	2	0.7
- โรคมะเร็ง	2	0.7
- โรคไทรอยด์	7	2.3
- ไม่ทราบ เพราะไม่ได้ตรวจ	16	5.3

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถในการมองเห็นชัดเจนร้อยละ 57 ความสามารถในการได้ยินชัดเจนร้อยละ 79.7 ความสามารถในการพูดคล่องร้อยละ 88 ความสามารถในการอ่านคล่องร้อยละ 61.3 และความสามารถในการเขียนคล่องร้อยละ 56 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความสามารถในการมองเห็น ได้ยิน การพูด อ่าน เขียน (n = 300)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1.ความสามารถในการมองเห็น		
- มองเห็นได้ชัดเจน	171	57.0
- มองเห็นไม่ค่อยชัด	127	42.3
- มีปัญหาการมองเห็นอย่างมาก	2	0.7

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
2.ความสามารถในการได้ยิน	239	79.7
- ได้ยินชัดเจน	56	18.7
- ไม่ค่อยได้ยิน	5	1.7
- มีปัญหาการได้ยินอย่างมาก		
3.ความสามารถในการพูด		
- พูดคล่อง	264	88.0
- พูดไม่ค่อยคล่อง	34	11.3
- มีปัญหาการพูดอย่างมาก	2	0.7
4.ความสามารถในการอ่าน		
- อ่านคล่อง	184	61.3
- อ่านไม่ค่อยคล่อง	111	37.0
- มีปัญหาการอ่านอย่างมาก	5	1.7
5.ความสามารถในการเขียน		
- เขียนคล่อง	168	56.0
- เขียนไม่ค่อยคล่อง	128	42.7
- มีปัญหาการเขียนอย่างมาก	4	1.3

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 66 โดยได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด ร้อยละ 39.7 และไม่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคสมองเสื่อมร้อยละ 85.3 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และการมีประวัติคนในครอบครัวเป็นภาวะสมองเสื่อม (n = 300)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1.ประวัติการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม		
- ไม่เคยได้รับข้อมูลมาก่อน	102	34
- เคยได้รับข้อมูล (ระบุแหล่งข้อมูล ได้มากกว่า 1 ข้อ)	198	66
- บุคลากรทางการแพทย์	119	39.7
- โทรทัศน์/วิทยุ	114	38
- อินเทอร์เน็ต / สื่อออนไลน์	63	21
- สื่อสิ่งพิมพ์ เช่น หนังสือพิมพ์ นิตยสาร	29	9.7
- บุคคลอื่น	10	3.3
2. ประวัติคนในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อม		
- ไม่มี	256	85.3
- มี	25	8.4
- ไม่แน่ใจ	19	6.3

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผลการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยแบบสอบถาม THLAW+ พบว่าคำที่มีผู้ตอบถูกมากที่สุด คือ คำว่า “วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า” มีผู้ตอบถูกร้อยละ 98.7 รองลงมาคือ คำว่า “พาราเซตามอล” คำว่า “กรรมพันธุ์” คำว่า “งูสวัด” คำว่า “ยาเหน็บ” มีผู้ตอบถูกร้อยละ 98.3 , 96.7 , 96.0 , 95.0 ตามลำดับ ซึ่งเป็นคำที่พบได้ในชีวิตประจำวัน หรือผู้ตอบแบบสอบถามมีประสบการณ์ในการรับรู้และเข้าใจความหมายของคำมาก่อน และคำที่มีผู้ตอบถูกน้อยที่สุด คือ คำว่า “จุลินทรีย์”มีผู้ตอบถูกร้อยละ 45.7 ซึ่งอาจเนื่องจากเป็นคำทางวิชาการ ที่มีเพียงคนเฉพาะกลุ่มที่จะเข้าใจความหมายของคำ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ตอบแบบสอบถาม THLAW+ ได้ถูกต้องในแต่ละข้อ (n = 300)

คำ	จำนวนคนที่ตอบถูก (ร้อยละ)	คำ	จำนวนคนที่ตอบถูก (ร้อยละ)
1.ตะคริว	268 (89.3)	25. เก็บปัสสาวะช่วงกลาง	202 (67.3)
2.แอลกอฮอล์	277 (92.3)	26.การส่องกล้องจุลทรรศน์	246 (82.0)
3.สูตรยา	224 (74.7)	27.อัณฑะ	280 (93.3)
4.เอกซเรย์	270 (90.0)	28.กรมธรรม์	274 (91.3)
5.วัคซีน	282 (94.0)	29.งูสวัด	288 (96.0)
6.มาตรฐานวิชาชีพ	224 (74.7)	30.โพแทสเซียม	234 (78.0)
7.บัญชียาหลักแห่งชาติ	192 (64.0)	31.ผลแลป	259 (86.3)
8.ฮอร์โมน	251 (83.7)	32.โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	262 (87.3)
9.วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	296 (98.7)	33.คอเลสเทอรอล	258 (86.0)
10.โซเดียม	212 (70.7)	34. แคลอรี	223 (74.3)
11.พาราเซตามอล	295 (98.3)	35.ซิฟิลิส	214 (71.3)
12.อุลตราซาวด์	263 (87.7)	36.อายุรแพทย์	174 (58.0)
13.ธาลัสซีเมีย	243 (81.0)	37.ยาสเตียรอยด์	222 (74.0)
14.มิลลิลิตร	248 (82.7)	38.วิกลจริต	270 (90.0)
15.แคลเซียม	277 (92.3)	39. กลอกลูกตา	250 (83.3)
16.จุลินทรีย์	137 (45.7)	40.ยูนิต	234 (78.0)
17.คาเฟอีน	242 (80.7)	41.หัตถการ	201 (67.0)
18.สำเนาเวชระเบียน	231 (77.0)	42.ดีซ่าน	265 (88.3)
19.ยาเหน็บ	285 (95.0)	43.ตรวจอิเล็กโทรไลต์	179 (59.7)
20.ค่าออกซิเจน	282 (94.0)	44.ฮีโมโกลบิน	164 (54.7)
21.องศาเซลเซียส	264 (88.0)	45.ไทรกลีเซอไรด์	225 (75.0)
22.กรรมพันธุ์	290 (96.7)	46.เพนนิซิลลิน	246 (82.0)

คำ	จำนวนคนที่ตอบถูก (ร้อยละ)	คำ	จำนวนคนที่ตอบถูก (ร้อยละ)
23.อินซูลิน	233 (77.7)	47.ไซ้ท้อง	248 (82.7)
24.ไทรอยด์	196 (65.3)	48.อะม็อกซิซิลลิน	203 (67.7)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนในช่วง 37-48 คะแนน ร้อยละ 72 โดยคะแนนที่น้อยที่สุด คือ 3 คะแนน และคะแนนที่มากที่สุด คือ 48 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 38.51±0.54 จากคะแนนเต็ม 48 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ตอบแบบสอบถาม THLAW+ ถูกต้อง ในแต่ละช่วงคะแนน (n = 300)

ช่วงคะแนน	จำนวนคน (ร้อยละ)
0-12	6 (2)
13-24	25 (8.3)
25-36	53 (17.7)
37-48	216 (72)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอ โดยมีคะแนนมากกว่า 37 คะแนน จากคะแนนเต็ม 48 คะแนน ร้อยละ 72 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 5 ความถี่และร้อยละผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n=300)

ผลการศึกษา	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ		
- มีความรอบรู้เพียงพอ	216	72.0
- มีความรอบรู้ไม่เพียงพอ	84	28.0

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมพบว่า ข้อที่มีผู้ตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อ 12 ซึ่งเป็นข้อคำถามด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และข้อที่มีผู้ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ข้อ 9 ซึ่งเป็นข้อคำถามด้านการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมถูกต้องในแต่ละข้อ (n = 300)

ข้อคำถาม	จำนวนคนที่ตอบถูก (ร้อยละ)
ด้านความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อม	
1.โรคสมองเสื่อม เกิดในผู้ที่มีคนในครอบครัวหรือญาติสายตรงเป็นโรคสมองเสื่อมเท่านั้น	188 (62.7)
2.อายุที่มากขึ้น เพิ่มโอกาสเป็นโรคสมองเสื่อมได้มากขึ้น	270 (90.0)
3.การใช้ยาหรือสารบางชนิด เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มโอกาสเกิดโรคสมองเสื่อมได้	246 (82.0)
4.การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มโอกาสเกิดโรคสมองเสื่อมได้	245 (81.7)
5.ภาวะความดันโลหิตสูง เพิ่มโอกาสเกิดโรคสมองเสื่อมได้	215 (71.7)
ด้านอาการของภาวะสมองเสื่อม	
6.อาการในระยะแรกของผู้ป่วยสมองเสื่อม ชนิดอัลไซเมอร์ คือ หลงลืมเรื่องที่เพิ่งเกิดขึ้น เช่น จำไม่ได้ว่าวางของไว้ที่ไหน	270 (90.0)
7. อาการในระยะสุดท้ายของผู้ป่วยสมองเสื่อม คือ จำสิ่งที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่ได้เลย จำครอบครัว ญาติพี่น้องไม่ได้ ทำกิจวัตรด้วยตนเองไม่ได้ เดินหลงทาง	274 (91.3)
8. อาการมือสั่น แขนสั่น เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อม	128 (42.7)
ด้านการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม	
9. หากเกิดความผิดปกติเรื่องความจำหรือมีภาวะสับสนเกิดขึ้นทันที หรือรวดเร็ว แสดงว่าเป็นโรคสมองเสื่อม	75 (25.0)

ข้อคำถาม	จำนวนคนที่ตอบถูก (ร้อยละ)
ด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อม	
10.การออกกำลังกายต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที อาทิตย์ละ 2 วัน ช่วยป้องกันโรคสมองเสื่อมได้	225 (75.0)
11. อาหารเสริมทุกชนิด ช่วยป้องกันโรคสมองเสื่อมได้	135 (45.0)
12. วิธีที่ช่วยป้องกันโรคสมองเสื่อม คือ ทำกิจกรรมฝึกความคิดสม่ำเสมอ เช่น เล่นดนตรี ฝึกใช้มือที่ไม่ถนัดทำกิจวัตร เล่นเกมส์ฝึกสมอง	277 (92.3)
13. การฝึกสมาธิ ควบคุมอารมณ์ ผ่อนคลายความเครียด ช่วยป้องกันโรคสมองเสื่อมได้	274 (91.3)
14. การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ช่วยป้องกันโรคสมองเสื่อมได้	255 (85.0)
ด้านการรักษาภาวะสมองเสื่อม	
15. โรคสมองเสื่อมทุกชนิด รักษาให้หายขาดได้	113 (37.7)
16.ผู้ป่วยสมองเสื่อมควรพบแพทย์ เพื่อพิจารณาการรักษาด้วยยา/การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม	264 (88.0)

ผลการศึกษาพบว่า มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 11.54±0.12 คะแนน จากคะแนนเต็ม 16 คะแนน เมื่อพิจารณาความรู้รายด้าน พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมเท่ากับ 3.89±0.06 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ด้านอาการของภาวะสมองเสื่อม เท่ากับ 2.26±0.04 จากคะแนนเต็ม 3 คะแนน ด้านการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมเท่ากับ 0.25 ±0.44 จากคะแนนเต็ม 1 คะแนน ด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อม เท่ากับ 3.89±0.05 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน และด้านการรักษาภาวะสมองเสื่อม เท่ากับ 1.26±0.54 จากคะแนนเต็ม 2 คะแนน ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

ผลการศึกษา	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมโดยรวม	16	11.54	0.12
ด้านความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อม	5	3.89	0.06
ด้านอาการของภาวะสมองเสื่อม	3	2.26	0.04
ด้านการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม	1	0.25	0.44
ด้านการป้องกันของภาวะสมองเสื่อม	5	3.89	0.05
ด้านการรักษาภาวะสมองเสื่อม	2	1.26	0.54

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนในช่วง 9-12 คะแนน ร้อยละ 56.3 โดยคะแนนที่น้อยที่สุด คือ 3 คะแนน และคะแนนที่มากที่สุด คือ 16 คะแนน ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของผู้ที่ตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมถูกต้องในแต่ละช่วงคะแนน (n = 300)

ช่วงคะแนน	จำนวนคน (ร้อยละ)
0-4	1 (0.3)
5-8	22 (7.3)
9-12	169 (56.3)
13-16	108 (36.0)

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในระดับสูงร้อยละ 56.7 โดยมีคะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 16 ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 9 ระดับของความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม (n=300)

ผลการศึกษา	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม		
- มีความรู้ระดับสูง	170	56.7
- มีความรู้ระดับต่ำ	130	43.3

ส่วนที่ 4 ปัจจัยส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ในการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) โดยได้แบ่งข้อมูลของตัวแปรออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ โรคประจำตัว ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการพูด ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการเขียน และประวัติการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

2) ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ลักษณะการอยู่อาศัย และประวัติการได้รับวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมของคนในครอบครัว

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา ($p<0.001$) รายได้ต่อเดือน ($p=0.02$) ความสามารถในการพูด ($p=0.01$) ความสามารถในการได้ยิน ($p=0.01$) ความสามารถในการอ่าน ($p<0.001$) ความสามารถในการเขียน ($p<0.001$) และประวัติการรับทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ($p<0.001$) ทั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวและความสามารถในการมองเห็น และไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านครอบครัว ซึ่งได้แก่ ลักษณะการอยู่อาศัย และประวัติการได้รับวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมของคนในครอบครัว ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 10 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n=300)

ปัจจัย	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ		
	เพียงพอ (ร้อยละ)	ไม่เพียงพอ (ร้อยละ)	P-value*
1.เพศ			0.46
- ชาย	65 (69.1)	29 (30.9)	
- หญิง	151 (73.3)	55 (26.7)	
2.อายุ (ปี)			0.27
- 60-69	144 (75.0)	48 (25.0)	
- 70-79	53 (67.9)	25 (32.1)	
- ตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป	19 (63.3)	11 (36.7)	
3.สถานภาพสมรส			0.73
- โสด/หม้าย	100 (73.0)	37 (27.0)	
- คู่	116 (71.2)	47 (28.8)	
4.ลักษณะการอยู่อาศัย			0.91
- อยู่คนเดียว/อยู่เป็นครอบครัวเดี่ยว	127 (71.8)	50 (28.2)	
- อยู่เป็นครอบครัวขยาย	89 (72.4)	34 (27.6)	
5.ระดับการศึกษา			<0.001*
- ไม่ได้เรียนหนังสือ	12 (57.1)	9 (42.9)	
- ประถมศึกษา	104 (63.8)	59 (36.2)	
- มัธยมศึกษาขึ้นไป	100 (86.2)	16 (13.8)	
6.ลักษณะงานหรืออาชีพ			0.09
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	73 (66.4)	37 (33.6)	
- ประกอบอาชีพ	143 (75.3)	47 (24.7)	
7.รายได้ต่อเดือน (บาท)			0.02*
- น้อยกว่า 5,000	105 (66.0)	54 (34.0)	
- 5,000-10,000	65 (74.7)	22 (25.3)	
- มากกว่า 10,000	46 (85.2)	8 (14.8)	

มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปัจจัย	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ		
	เพียงพอ (ร้อยละ)	ไม่เพียงพอ (ร้อยละ)	P-value*
8.ความเพียงพอของรายได้			0.48
- มีเงินพอใช้	195 (71.4)	78 (28.6)	
- เงินไม่พอใช้	21 (77.8)	6 (22.2)	
9.โรคประจำตัว			0.05
- ไม่มีโรคประจำตัว	42 (62.7)	25 (37.3)	
- มีโรคประจำตัว	174 (74.7)	59 (25.3)	
10.ความสามารถในการมองเห็น			
- มองเห็นชัดเจน	121 (70.8)	50 (29.2)	0.58
- มีปัญหาการมองเห็น	95 (73.6)	34 (26.4)	
11.ความสามารถในการได้ยิน			0.01*
- ได้ยินชัดเจน	180 (75.3)	59 (24.7)	
- มีปัญหาการได้ยิน	36 (59.0)	25 (41.0)	
12.ความสามารถในการพูด			0.01*
- พูดคล่อง	197 (74.6)	67 (25.4)	
- มีปัญหาการพูด	19 (52.8)	17 (47.2)	
13.ความสามารถในการอ่าน			<0.001*
- อ่านคล่อง	150 (81.5)	34 (18.5)	
- มีปัญหาการอ่าน	66 (56.9)	50 (43.1)	
14.ความสามารถในการเขียน			<0.001*
- เขียนคล่อง	143 (85.1)	25 (14.9)	
- มีปัญหาด้านการเขียน	73 (55.3)	39 (44.7)	

ปัจจัย	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ		
	เพียงพอ (ร้อยละ)	ไม่เพียงพอ (ร้อยละ)	P-value*
15.ประวัติการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม			<0.001*
- ไม่เคยได้รับข้อมูลมาก่อน	43 (42.2)	59 (57.8)	
- เคยได้รับข้อมูล	173 (87.4)	25 (12.6)	
16. ประวัติสมองเสื่อมในครอบครัว			0.64
- ไม่มี	197 (71.6)	78 (28.4)	
- มี	19 (76.0)	6 (24.0)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ α=0.05 โดยวิเคราะห์ด้วย Chi-square test

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการทดสอบด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติก (logistic regression) พบว่า ปัจจัยต่าง ๆ ร่วมทำนายโอกาสที่จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ไม่เพียงพอได้ ร้อยละ 40 (Nagelkerke R Square = 0.40) ซึ่งโอกาสของการทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 84.3 (Percentage correct) โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ดังนี้

ประวัติการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม พบว่า มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Odds ratio= 8.29, 95% CI: 4.33-15.86, p-value < 0.001) โดยผู้ที่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ สื่อสิ่งพิมพ์ อินเทอร์เน็ต สื่อออนไลน์ โทรทัศน์ วิทยุหรือจากบุคคลอื่น ๆ จะมีโอกาสมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

ความสามารถในการเขียน พบว่า มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Odds ratio= 3.61 , 95% CI: 1.41-9.28, p-value = 0.01) โดยผู้ที่มีปัญหาด้านการเขียนจะมีโอกาสมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่า เมื่อเทียบกับผู้ที่เขียนคล่อง ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติก (logistic regression)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	B	Wald	OR	P-value	95%CI
ประวัติการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม	2.12	40.81	8.29	<0.001	4.33-15.86
ความสามารถในการเขียน	1.29	7.15	3.61	0.01	1.41-9.28

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

ในการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) โดยได้แบ่งข้อมูลของตัวแปรออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ โรคประจำตัว ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการพูด ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการเขียน และประวัติการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

2) ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ลักษณะการอยู่อาศัย และประวัติการได้รับวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมของคนในครอบครัว

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อาชีพ (p=0.04) รายได้ต่อเดือน (p=0.04) ความสามารถในการอ่าน (p=0.01) ประวัติการรับทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม (p<0.001) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (p<0.001) ทั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส สมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการพูด ความสามารถในการเขียน และไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านครอบครัว ซึ่งได้แก่ ลักษณะการอยู่อาศัย และประวัติการได้รับวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมของคนในครอบครัว ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 12 ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม (n=300)

ปัจจัย	ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม		
	ระดับสูง (ร้อยละ)	ระดับต่ำ (ร้อยละ)	P-value*
1.เพศ			0.28
- ชาย	49 (52.1)	45 (47.9)	
- หญิง	121 (58.7)	85 (41.3)	
2.อายุ (ปี)			0.16
- 60-69	115 (59.9)	77 (40.1)	
- 70-79	37 (47.4)	41 (52.6)	
- ตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป	18 (60.0)	12 (40.0)	
3.สถานภาพสมรส			0.31
- โสด/หม้าย	82 (59.9)	55 (40.1)	
- คู่	88 (54.0)	75 (46.0)	
4.ลักษณะการอยู่อาศัย			0.87
- อยู่คนเดียว/อยู่เป็นครอบครัวเดี่ยว	101 (57.1)	76 (42.9)	
- อยู่เป็นครอบครัวขยาย	69 (56.1)	54 (43.9)	
5.ระดับการศึกษา			0.38
- ไม่ได้เรียนหนังสือ	10 (47.6)	11 (52.4)	
- ประถมศึกษา	89 (54.6)	74 (45.4)	
- มัธยมศึกษาขึ้นไป	71 (61.2)	45 (38.8)	
6.ลักษณะงานหรืออาชีพ			0.04*
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	54 (49.1)	56 (50.9)	
- ประกอบอาชีพ	116 (61.1)	74 (38.9)	
7.รายได้ต่อเดือน (บาท)			0.04*
- น้อยกว่า 5,000	86 (54.1)	73 (45.9)	
- 5,000-10,000	45 (51.7)	42 (48.3)	
- มากกว่า 10,000	39 (72.2)	15 (27.8)	

ปัจจัย	ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม		
	ระดับสูง (ร้อยละ)	ระดับต่ำ (ร้อยละ)	P-value*
8.ความเพียงพอของรายได้			0.18
- มีเงินพอใช้	158 (57.9)	115 (42.1)	
- เงินไม่พอใช้	12 (44.4)	15 (55.6)	
9.โรคประจำตัว			0.16
- ไม่มีโรคประจำตัว	43 (64.2)	24 (35.8)	
- มีโรคประจำตัว	127 (54.5)	106 (45.5)	
10.ความสามารถในการมองเห็น			0.62
- มองเห็นชัดเจน	99 (57.9)	72 (42.1)	
- มีปัญหาการมองเห็น	71 (55.0)	58 (45.0)	
11.ความสามารถในการได้ยิน			0.11
- ได้ยินชัดเจน	141 (59.0)	98 (41.0)	
- มีปัญหาการได้ยิน	29 (47.5)	32 (52.5)	
12.ความสามารถในการพูด			0.05
- พูดคล่อง	155 (58.7)	109 (41.3)	
- มีปัญหาการได้ยิน	15 (41.7)	21 (58.3)	
13.ความสามารถในการอ่าน			0.01*
- อ่านคล่อง	115 (62.5)	69 (37.5)	
- มีปัญหาการอ่าน	55 (47.4)	61 (52.6)	
14.ความสามารถในการเขียน			0.67
- เขียนคล่อง	97 (57.7)	71 (42.3)	
- มีปัญหาด้านการเขียน	73 (55.33)	59 (44.7)	
15.ประวัติการรับข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม			<0.001*
- ไม่เคยได้รับข้อมูลมาก่อน	41 (57.8)	61 (59.8)	
- เคยได้รับข้อมูลมาก่อน	129 (65.2)	69 (34.8)	

ปัจจัย	ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม		
	ระดับสูง (ร้อยละ)	ระดับต่ำ (ร้อยละ)	P-value*
16. ประวัติสมองเสื่อมในครอบครัว			0.73
- ไม่มี	155 (56.4)	120 (43.6)	
- มี	15 (60.0)	10 (40.0)	
17. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ			<0.001*
- ไม่เพียงพอ	48 (38.1)	36 (61.9)	
- เพียงพอ	122 (63.9)	94 (36.1)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ α=0.05 โดยวิเคราะห์ด้วย Chi-square test

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (logistic regression) พบว่า ปัจจัยต่าง ๆ ร่วมทำนายโอกาสที่จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในระดับต่ำได้ ร้อยละ 24.4 (Nagelkerke R Square = 0.20) ซึ่งโอกาสของการทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 68.3 (Percentage correct) โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

ประวัติการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม พบว่า มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Odds ratio= 0.52, 95% CI: 0.28-0.96, p-value=0.04) โดยผู้ที่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ สื่อสิ่งพิมพ์ อินเทอร์เน็ต สื่อออนไลน์ โทรทัศน์ วิทยุหรือจากบุคคลอื่นๆ จะมีโอกาสมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในระดับสูงที่มากกว่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

ความสามารถในการเขียน พบว่า มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Odds ratio= 0.20 , 95% CI: 0.08-0.51, p-value = 0.001) โดยผู้ที่มีปัญหาด้านการเขียน จะมีโอกาสมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในระดับสูงที่มากกว่า เมื่อเทียบกับผู้ที่เขียนคล่อง

ความสามารถในการอ่าน พบว่ามีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Odds ratio= 3.68, 95% CI: 1.45-9.36, p-value = 0.01)

โดยผู้มีปัญหาด้านการอ่าน จะมีโอกาสมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในระดับต่ำที่มากกว่า เมื่อเทียบกับผู้ที่อ่านคล่อง

รายได้ต่อเดือน พบว่ามีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Odds ratio= 3.15, 95% CI: 1.32-7.51, p-value = 0.01) โดยผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนน้อย (5,000-10,000 บาท) จะมีโอกาสมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในระดับต่ำที่มากกว่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนสูงกว่า (10,000 บาทขึ้นไป)

โรคประจำตัว พบว่ามีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Odds ratio= 2.13, 95% CI: 1.06-4.28, p-value = 0.03) โดยผู้ที่มีโรคประจำตัว จะมีโอกาสมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในระดับต่ำที่มากกว่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Odds ratio= 0.36, 95% CI: 0.19-0.71, p-value = 0.003) โดยผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอ จะมีโอกาสมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในระดับสูงที่มากกว่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติก (logistic regression)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม	B	Wald	OR	P-value	95%CI
- ประวัติการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม	-0.66	4.39	0.52	0.04	0.28-0.96
- ความสามารถในการเขียน	-1.60	11.31	0.20	0.001	0.08-0.51
- ความสามารถในการอ่าน	1.30	7.47	3.68	0.01	1.45-9.36
- รายได้ต่อเดือน	1.15	6.67	3.15	0.01	1.32-7.51
- โรคประจำตัว	0.76	4.49	2.13	0.03	1.06-4.28
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	-1.02	8.91	0.36	0.003	0.19-0.71

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงคราม เก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่ยังไม่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 300 คน โดยการสัมภาษณ์ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2565 ถึง มกราคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพชนิดรายการคำที่มีคำถามทดสอบความเข้าใจฉบับภาษาไทย (THLA-W+) ซึ่งแบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเพียงพอและไม่เพียงพอ และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมเป็นสูงและต่ำ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

สรุปผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในอำเภอเมือง จำนวน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3 และน้อยที่สุดอยู่ในอำเภอบางคนทีจำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 15.0 มีอายุเฉลี่ย 68.76±6.97 ปี อายุน้อยที่สุด 60 ปี และอายุมากที่สุด 90 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.7 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 54.3 อาศัยอยู่เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 41.0 ระดับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษาร้อยละ 54.3 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 36.7 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 53 มีเงินพอใช้ แต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 70.7 มีโรคประจำตัวร้อยละ 72.3 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดร้อยละ 49

ผลการศึกษาพบว่ามีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ย 38.51±0.54 จากคะแนนเต็ม 48 โดยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอร้อยละ 72 และมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมเฉลี่ย 11.54±0.12 คะแนน จากคะแนนเต็ม 16 คะแนน เมื่อพิจารณาความรู้รายด้าน พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมเท่ากับ 3.89±0.06 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ด้านอาการของภาวะสมองเสื่อม เท่ากับ 2.26±0.04 จากคะแนนเต็ม 3 คะแนน ด้านการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมเท่ากับ 0.25 ±0.44 จากคะแนนเต็ม 1 คะแนน ด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อม เท่ากับ 3.89±0.05 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน และด้านการรักษาภาวะสมองเสื่อม เท่ากับ 1.26±0.54 จากคะแนนเต็ม 2 คะแนน โดยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในระดับสูงร้อยละ 56.7

ผลด้านปัจจัยที่ส่งผลความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล 2 ปัจจัย ได้แก่ ประวัติการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม (Odds ratio= 8.29, 95% CI: 4.33-15.86, p-value < 0.001) และความสามารถในการเขียน (Odds ratio= 3.61 , 95% CI: 1.41-9.28, p-value = 0.01) มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ α=0.05

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ประวัติการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม (Odds ratio= 0.52, 95% CI: 0.28-0.96, p-value=0.04) ความสามารถในการเขียน (Odds ratio= 0.20 , 95% CI: 0.08-0.51, p-value = 0.001) ความสามารถในการอ่าน (Odds ratio= 3.68, 95% CI: 1.45-9.36, p-value = 0.01) รายได้ต่อเดือน (Odds ratio= 3.15, 95% CI: 1.32-7.51, p-value = 0.01) โรคประจำตัว (Odds ratio= 2.13, 95% CI: 1.06-4.28, p-value = 0.03) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Odds ratio= 0.36, 95% CI: 0.19-0.71, p-value = 0.003) ส่งผลต่อความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ α=0.05

อภิปรายผลการศึกษา

<u>ความรอบรู้ด้านสุขภาพ</u>

จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนในช่วง 37-48 คะแนน และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอร้อยละ 72 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของจิราพร เกศพิชญวัฒนาและคณะ (28) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพของวรรณศิริ นิลเนตร (46) ซึ่งผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 69.3 และแตกต่างจากผลการศึกษาของสมสุข ภาณุรัตน์และคณะ (56) ที่ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก โดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (ฉบับปรับปรุงปี 2561) ของกองสุขศึกษา โดยผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีร้อยละ 50.30 ทั้งนี้ อาจเนื่องจากลักษณะของประชากรที่ศึกษาและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความแตกต่างกัน โดยในการศึกษาสมสุข ภาณุรัตน์และคณะ มีการประเมินพฤติกรรมตามหลัก 3อ.2ส. เพิ่มเติมด้วย อาจทำให้ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ได้มีความแตกต่างกัน

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่า ระดับการศึกษามีส่งผลความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ระบุค่า Odds ratio ด้วย p<0.001) สอดคล้องกับผลการศึกษาของวรรณศิริ นิลเนตร (46) และการศึกษาจิราพร เกศพิชญวัฒนาและคณะ (28) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาน้อย ซึ่งผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า จะมีวิธีการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพและสามารถเข้าถึงสื่อได้ดีกว่า ทำให้เกิดการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพและเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีกว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยหรือผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ

ความสามารถในการเขียน มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Odds ratio= 3.61 , 95% CI: 1.41-9.28, p-value = 0.01) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณศิริ นิลเนตร (46) โดยพบว่าผู้สูงอายุที่เขียนคล่องจะมีความรอบรู้ทางสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีปัญหาด้านการเขียน อาจเนื่องมาจากความสามารถในการเขียน หรือการจดบันทึกเรื่องราวต่างๆเป็นทักษะส่วนบุคคล ที่ช่วยในการเรียนรู้ข้อมูลต่าง ๆ ได้ ดังนั้น ผู้ที่เขียนคล่องจะมีการเรียนรู้และทำความเข้าใจได้ดีกว่าผู้ที่มีปัญหาด้านการเขียน

<u>ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม</u>

ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของการศึกษานี้ มีคะแนนเฉลี่ย 11.54 ±0.12 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 72 ของคะแนนเต็ม ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Zhang H. และคณะ (58) ที่ศึกษาความรู้และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนประเทศจีนพบว่าความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อมโดยรวมของผู้สูงอายุในประเทศจีนมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 55 ของคะแนนทั้งหมด อาจเป็นเพราะลักษณะของประชากรที่ศึกษามีความแตกต่างกัน โดยการศึกษาในประเทศจีนศึกษาในประชากรขนาดใหญ่ใน 34 เมือง 20 จังหวัด และเครื่องมือที่ใช้ประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมมีความแตกต่างกัน

<u>ผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม</u>

จากการศึกษานี้พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม โดยผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ จะมีระดับความรู้ที่สูง มากกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ D Oliveira และคณะ (62) ซึ่งได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัย 5,450 ฉบับ พบว่า ในผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้มากกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเกิดโรคอัลไซเมอร์

<u>การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ</u>

การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ เป็นเรื่องที่ควรให้ความสำคัญเนื่องจากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และเกิดผลลัพธ์สุขภาพที่ดี ซึ่งในการศึกษานี้ยังพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ดังนั้น จึงควรมีการจัดกิจกรรมหรือดำเนินการเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยสามารถดำเนินการได้ในหลายรูปแบบ เช่น การพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ของผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ Uemura K. และคณะ (63) ที่ได้ศึกษาผลของ active learning program ในผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 60 คน ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ โดยให้โปรแกรมสัปดาห์ละ 90 นาที นาน 24 สัปดาห์ โดยเป็นโปรแกรมที่ส่งเสริมการออกกำลังกาย การทานอาหาร และให้กิจกรรมที่ส่งเสริมการนึกคิดในผู้สูงอาย ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรม ทำให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสื่อสารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันสุดา สืบพันธ์ และคณะ (64) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยมีกิจกรรมหลากหลาย ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการทานอาหาร และการอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้ยา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้ให้โปรแกรมจะมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ให้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1.งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงเป็นกลุ่มที่จะได้พบแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์บ่อยครั้ง ซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไปที่สุขภาพดี

2.งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการมองเห็นหรือผู้ที่มีปัญหาด้านการอ่านสามารถเข้าใจในข้อคำถามมากขึ้น อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมมากกว่าการให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.จากผลการศึกษานี้ สามารถแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุได้ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ โดยมีปัจจัยประวัติการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และความสามารถด้านการเขียนที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้นข้อมูลนี้จึงเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นนักวิชาการสาธารณสุข บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งสามารถนำผลการศึกษานี้ไปใช้ในการวางแผนและออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ยังไม่เพียงพอ และออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุกลุ่มต่าง ๆ

2.จากผลการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมแก่ประชาชนมากขึ้น เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ที่ดีเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม สามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมในอนาคตได้

3.ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ระดับเพียงพอจะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในระดับสูง ดังนั้น หากต้องการให้พัฒนาความรู้เกี่ยวกับสมองเสื่อม ผู้ที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพควบคู่ไปกับการสร้างความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรทำการศึกษาความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมโดยขยายขอบเขตของกลุ่มประชากรที่ศึกษาให้ครอบคลุมกลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่อายุน้อยกว่า 60 ปี เนื่องจากการมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในด้านตัวโรค ปัจจัยเสี่ยงและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้ ดังนั้นหากทำการศึกษาในวัยผู้ใหญ่จะทำให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้เพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยงมากขึ้น

2.ควรทำการศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของประชาชน หรือศึกษาในด้านทัศนคติ (attitude) ความตระหนักรู้ (awareness) ต่อภาวะสมองเสื่อม

3.ควรทำการพัฒนาแบบประเมินความรอบรู้เฉพาะโรคที่เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม เพื่อจะทำให้ได้ข้อมูลที่จำเพาะสามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้

มหาวิทยาลัยศิลปากร

รายการอ้างอิง

1. Ageing and health [Internet]. 2023 [cited 11 January 2023]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health.

2. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2564. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 16 ธันวาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2022/05/Elderly-Situation-2021-20220725_compressed.pdf.

3. สถิติผู้สูงอายุ. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2565].เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1962.

4. Dementia [Internet]. 2023 [cited 12 April 2023]. Available from: https://www.who.int/health-topics/dementia#tab=tab_3.

5. 2019 Alzheimer's disease facts and figures [Internet]. 2019 [cited 7 July 2021]. Available from: https://www.alz.org/media/documents/alzheimers-facts-and-figures-2019-r.pdf.

6. Alzheimer's Disease International. Dementia in the Asia Pacific Region. Available from: https://www.alz.co.uk/adi/pdf/Dementia-Asia-Pacific-2014.pdf.

7. อรุณโรจน์ รุ่งเรือง และพุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9.17(1):272-87.

8. กรมการแพทย์. แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร: บริษัท ไซเบอร์พริ้นท์กรุ๊ป จำกัด.

9. สถาบันประสาทวิทยา. กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม ฉบับสมบูรณ์ 2563. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2563. เข้าถึงได้จาก: https://w1.med.cmu.ac.th/family/knowledge/for-doctor/guideline/5042.

10. ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี แสงศุลี ธรรมไกรสร และพัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เรื่องมาตรการป้องกันโรคสมองเสื่อม 2557.เข้าถึงได้จาก: http://www.hitap.net/documents/24288.

11. Kuiper JS, Zuidersma M, Voshaar RCO, Zuidema SU, van den Heuvel ER, Stolk RP, et al. Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. Ageing research reviews. 2015;22:39-57.

12. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ และสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย. สรุปการประชุมระดมสมองเพื่อพัฒนานโยบายการป้องกัน รักษาและดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย: บริษัท เดอะ กราฟฟิกโก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2554. Available from: http://hitap.net/wp-content/uploads/2014/06/completed_dementia.pdf.

13. Meng XF, Yu JT, Wang HF, Tan MS, Wang C, Tan CC, et al. Midlife vascular risk factors and the risk of Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. Journal of Alzheimer's disease : JAD. 2014;42(4):1295-310.

14. Sharp SI, Aarsland D, Day S, Sonnesyn H, Ballard C. Hypertension is a potential risk factor for vascular dementia: systematic review. International journal of geriatric psychiatry. 2011;26(7):661-9.

15. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม: บริษัท ธนาเพรส จำกัด กรุงเทพฯ; 2557.

16. วิมล โรมา และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1): สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. เข้าถึงได้จาก: https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/11454.

17. อังศินันท์ อินทรกำแหง. รายงานฉบับสมบูรณ์ เรื่องการสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย 2560.เข้าถึงได้จาก: http://bsris.swu.ac.th/upload/268335.pdf.

18. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. ความฉลาดทางสุขภาพ: โรงพิมพ์นิวธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด กรุงเทพฯ; 2554.เข้าถึงได้จาก: http://hed.go.th/menuHome/file/413

19. วัชราพร เชยสุวรรณ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. วารสารแพทย์นาวี. 2560;44:183-97.

20. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564). [เข้าถึงเมื่อ 24 ธันวาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: http://dmsic.moph.go.th/index/download/699.

21. วิมลรัตน์ บุญเสถียร และอรทัย เหรียญทิพยะสกุล. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: สถานการณ์และผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. 2563;2:1-19.

22. Zhang H, Loi SM, Zhou S, Zhao M, Lv X, Wang J, et al. Dementia Literacy among Community-Dwelling Older Adults in Urban China: A Cross-sectional Study. Frontiers in public health. 2017;5:124.

23. Cahill S, Pierce M, Werner P, Darley A, Bobersky A. A Systematic Review of the Public’s Knowledge and Understanding of Alzheimer’s Disease and Dementia.

Alzheimer disease and associated disorders. 2015;29.

24. Cations M, Radisic G, Crotty M, Laver KE. What does the general public understand about prevention and treatment of dementia? A systematic review of population-based surveys. PLoS One. 2018;13(4):e0196085-e.

25. Van Hoa H, Giang HT, Vu PT, Van Tuyen D, Khue PM. Factors Associated with Health Literacy among the Elderly People in Vietnam. BioMed Research International. 2020;2020:3490635.

26. Chiu H-T, Tsai H-W, Kuo KN, Leung AY, Chang Y-M, Lee P-H, et al. Exploring the influencing factors of health literacy among older adults: A cross-sectional survey. Medicina. 2020;56(7):330.

27. วัลลภา อันดารา อุบลรัตน์ สิงหเสนี และปัทมา วงค์นิธิกุล. การศึกษาภาวะสมองเสื่อม ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อม และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2559;8:23-33.

28. จิราพร เกศพิชญวัฒนา สุวิณี วิวัฒน์วานิช และชาตินัย หวานวาจา. ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารประชากรศาสตร์. 2020;36(2):40-57.

29. นัชชา เรืองเกียรติกุล. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. วารสารกรมการแพทย์. 2022;47(1):80-6.

30. เทพไทย โชติชัย และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2020;7:45-56.

31. ปิรามิดประชากรจำแนกเพศ กลุ่มอายุ. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 9 มกราคม 2566].เข้าถึงได้จาก: https://skm.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0&id=db4e8d42e1234a75bd03d430c31feb2f.

32. 2019 Alzheimer's Disease Facts and Figures Report [Internet]. 2019 [cited 7 December 2019]. Available from: https://www.alz.org/media/documents/alzheimers-facts-and-figures-2019-r.pdf.

33. Dementia in the Asia Pacific Region [Internet]. 2014 [cited 6 May 2022]. Available from: https://www.alz.co.uk/adi/pdf/Dementia-Asia-Pacific-2014.pdf.

34. พรนภา นาคโนนหัน. บทบาทพยาบาลด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2560;10:36-46.

35. Pedditizi E, Peters R, Beckett N. The risk of overweight/obesity in mid-life and late life for the development of dementia: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Age and ageing. 2016;45(1):14-21.

36. สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2018;36(4):7-14.

37. National dementia action plans examples for inspiration 2017. [Internet]. 2017 [cited 3 May 2023]. Available from: https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/national-plans-examples-2017.pdf.

38. National Dementia Strategies Denmark [Internet]. 2017 [cited 2 March 2023]. Available from: https://www.alzheimer-europe.org/policy/national-dementia-strategies/denmark.

39. National Dementia Strategies Netherlands [Internet]. [cited 24 April 2023]. Available from: https://www.alzheimer-europe.org/policy/national-dementia-strategies/netherlands.

40. The New Orange Plan (2015) [Internet]. 2018 [cited 15 June 2022]. Available from: https://japanhpn.org/en/1-2/.

41. China adopts a national dementia plan [Internet]. [cited 13 August 2022]. Available from: https://www.alzint.org/news-events/news/china-adopts-a-national-dementia-plan/.

42. เกศินี สราญฤทธิชัย. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎีและประยุกต์ใช้: หจก.ขอนแก่นการพิมพ์; 2564.

43. การพัฒนาและใช้เครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยวัยผู้ใหญ่ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 6 มกราคม 2563].เข้าถึงได้จาก: http://bsris.swu.ac.th/upload/243362.pdf.

44. Sorensen K. Health literacy: the neglected European health literacy disparity., 2013. Maastricht University: Maastricht.

45. Manganello JA. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. Health education research. 2008;23(5):840-7.

46. วรรณศิริ นิลเนตร. ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.

47. เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี. การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) และสถานการณ์

การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน. 2556.

48. ทรรศนีย์ บุญมั่น. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.

49. นพวรรณ แกมคำ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลทหารบก. 2563;21(3):382-91.

50. ธัญชนก ขุมทอง วิราภรณ์ โพธิศิริ และขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง. Veridian E-Journal Science and Technology Silpakorn University สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2559;3:67-85.

51. Doherty KV, Nguyen H, Eccleston CE, Tierney L, Mason RL, Bindoff A, et al. Measuring consumer access, appraisal and application of services and information for dementia (CAAASI-Dem): a key component of dementia literacy. BMC geriatrics. 2020;20:1-10.

52. Nguyen H, Doherty KV, Eccleston CE, Bindoff A, Tierney L, Mason R, et al. Consumer Access, Appraisal, and Application of Services and Information for Dementia (CAAASI-Dem): a validation study. Aging & Mental Health. 2022;26(12):2489-95.

53. นูรไอนา ดารามาลย์ สงวน ลือเกียรติบัณฑิต และวรนุช แสงเจริญ. คุณสมบัติทางการวัดทางจิตวิทยาของแบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับชาวไทยชนิดรายการคำที่มีคำถามทดสอบความเข้าใจในผู้ป่วยชาวไทยมุสลิม. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2561;12:272-83.

54. ฮุซนา หะยีบือราเฮ็ง สงวน ลือเกียรติบัณฑิต และวรนุช แสงเจริญ. การทดสอบแบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับชาวไทยชนิดรายการคำที่มีคำถามทดสอบความเข้าใจ (THLA-W+) ในประชาชนทั่วไป. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2020;12(1):230-49.

55. เยาวลักษณ์ มีบุญมาก และคณะ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2562;6:129-41.

56. สมสุข ภาณุรัตน์ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2019;11:86-94.

57. Leung AYM, Leung SF, Ho GWK, Bressington D, Molassiotis A, Lam C, et al. Dementia literacy in Western Pacific countries: A mixed methods study. International journal of geriatric psychiatry. 2019;34(12):1815-25.

58. Zhang H, Loi SM, Zhou Sa, Zhao M, Lv X, Wang J, et al. Dementia literacy among

community-dwelling older adults in urban China: a cross-sectional study. Frontiers in public health. 2017;5:124.

59. Joo SH, Jo IS, Kim HJ, Lee CU. Factors Associated with dementia knowledge and dementia worry in the South Korean elderly population. Psychiatry Investigation. 2021;18(12):1198.

60. การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER. 2019 [เข้าถึงเมื่อ 26 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก : https://so04.tci-thaijo.org/index.php/svittj/article/view/181958.

61. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก : https://pws.npru.ac.th/pheeerathano/data/files/ระเบียบวิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์.pdf.

62. Oliveira D, Bosco A, Di Lorito C. Is poor health literacy a risk factor for dementia in older adults? Systematic literature review of prospective cohort studies. Maturitas. 2019;124:8-14.

63. Uemura K, Yamada M, Okamoto H. The effectiveness of an active learning program in promoting a healthy lifestyle among older adults with low health literacy: a randomized controlled trial. Gerontology. 2021;67(1):25-35.

64. จันสุดา สืบพันธ์ เพลินพิศ บุณยมาลิก และพัชราพร เกิดมงคล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย.14(1):109-24.

ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยศิลปากร

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

มหาวิทยาลัยศิลปากร

ID.....
ตำบล..... อำเภอ.....
วันที่.....ผู้สัมภาษณ์.....

แบบทดสอบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

คำชี้แจง

1.แบบทดสอบมี 2 ส่วน คือ ส่วนที่หนึ่ง ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่สอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งสิ้น 80 ข้อ

2.โปรดให้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ส่วนที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม จำนวน 16 ข้อ

โปรดเติมคำในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่ตรงกับข้อมูลของตัวท่าน

1. อายุ _____ ปี

2. เพศ ☐ (1) ชาย ☐ (2) หญิง

3. สถานภาพสมรสในปัจจุบัน

☐ (1) โสด ☐ (2) คู่ ☐ (3) หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

☐ (4) อื่นๆ ระบุ.....

4. ลักษณะการอยู่อาศัยของท่านในปัจจุบัน

☐ (1) อยู่คนเดียว ☐ (2) อยู่กับคู่สมรส (สามี-ภรรยา)

☐ (3) อยู่เป็นครอบครัวเดี่ยว (พ่อ แม่ ลูก) ☐ (4) อยู่เป็นครอบครัวขยาย (มีลูกหลาน)

☐ (5) อื่นๆ ระบุ .....

5. ระดับการศึกษาสูงสุด

☐ (1) ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ (2) ประถมศึกษา (ป.1-ป.6)

☐ (3) มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1-ม.3) ☐ (4) มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-ม.6)

☐ (5) ปวช./ปวส./อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ☐ (6) ปริญญาตรี

☐ (7) ปริญญาโทหรือสูงกว่า ☐ (8) อื่นๆ ระบุ.....

6. ลักษณะงานหรืออาชีพหลักของท่าน

☐ (1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ (2) รับจ้างทั่วไป

☐ (3) เกษตรกร/ทำไร่/ทำสวน ☐ (4) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว

☐ (5) พนักงานโรงงาน/บริษัทเอกชน

☐ (6) รับราชการ/พนักงานราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ

☐ (7) อื่นๆระบุ.....

7. จำนวนรายได้ต่อเดือน

☐ (1) น้อยกว่า 5,000 บาท ☐ (2) 5,000-10,000 บาท

☐ (3) 10,001-15,000 บาท ☐ (4) 15,001-20,000 บาท

☐ (5) 20,001-25,000 บาท ☐ (6) 25,001-30,000 บาท

☐ (7) 30,000 บาทขึ้นไป

8. ความพอเพียงของรายได้ ต่อเดือน

☐ (1) มีเงินพอใช้ ไม่เหลือเก็บ ☐ (2) มีเงินพอใช้ และเหลือเก็บ

☐ (3) เงินไม่พอใช้ และมีหนี้สิน ☐ (4) เดือดร้อนจากภาวะหนี้สิน

9. โรคประจำตัวของท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ (1) ไม่มีโรคประจำตัว

☐ (2) ไม่ทราบ เพราะไม่ได้ตรวจ

☐ (3) มีโรคประจำตัว

☐ โรคเบาหวาน ☐ โรคไขมันในเลือดสูง

☐ โรคความดันโลหิตสูง ☐ โรคหัวใจ

☐ โรคหลอดเลือดสมอง ☐ โรคข้อเสื่อม

☐ โรคภูมิแพ้ ☐ โรคกระเพาะอาหาร

☐ โรคหอบหืด/ถุงลมโป่งพอง ☐ โรคไตวาย

☐ โรคพาร์กินสัน ☐ โรคมะเร็ง

☐ โรคอื่นๆ ระบุ .....

10. ความสามารถในการมองเห็นของท่านในชีวิตประจำวันเป็นอย่างไร

☐ (1) มองเห็นได้ชัดเจน ☐ (2) มองเห็นไม่ค่อยชัด ☐ (3) มีปัญหาการมองเห็นอย่างมาก

11. ความสามารถในการได้ยินของท่านในชีวิตประจำวันเป็นอย่างไร

☐ (1) ได้ยินชัดเจน ☐ (2) ไม่ค่อยได้ยิน ☐ (3) มีปัญหาการได้ยินอย่างมาก

12. ความสามารถในการพูดของท่านในชีวิตประจำวันเป็นอย่างไร

☐ (1) พูดคล่อง ☐ (2) พูดไม่ค่อยคล่อง ☐ (3) มีปัญหาการพูดอย่างมาก

13. ความสามารถในการอ่านของท่านในชีวิตประจำวันเป็นอย่างไร

☐ (1) อ่านคล่อง ☐ (2) อ่านไม่ค่อยคล่อง ☐ (3) มีปัญหาการอ่านอย่างมาก

14. ความสามารถในการเขียนของท่านในชีวิตประจำวันเป็นอย่างไร

☐ (1) เขียนคล่อง ☐ (2) เขียนไม่ค่อยคล่อง ☐ (3) มีปัญหาการเขียนอย่างมาก

15. ประวัติการรับทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

☐ (1) ไม่เคยได้รับข้อมูลมาก่อน

☐ (2) เคยได้รับข้อมูล (ระบุแหล่งข้อมูล ได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ (2.1) บุคลากรทางการแพทย์ (เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข)

☐ (2.2) สื่อสิ่งพิมพ์ (เช่น หนังสือพิมพ์ นิตยสาร)

☐ (2.3) อินเทอร์เน็ต / สื่อออนไลน์

☐ (2.4) โทรทัศน์/ วิทยุ

☐ (2.5) อื่นๆ ระบุ .....

16. คนในครอบครัวของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่

☐ (1) มี

☐ (2) ไม่มี

☐ (3) ไม่แน่ใจ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม จำนวน 64 ข้อ

(1) แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพชนิดรายการคำที่มีคำถามทดสอบความเข้าใจ (THLA-W+) ฉบับภาษาไทย จำนวน 48 ข้อ

โปรดวงกลมหน้าตัวเลือกที่มีความหมายเหมือนหรือคล้ายกับคำที่อยู่ทางซ้ายมือ

ลำดับคำ	ตัวเลือก
1.ตะคริว	ก. เสมหะ ข. เครื่องชั่งน้ำหนัก ค. หดเกร็ง ง. ไม่รู้
2. แอลกอฮอล์	ก. ทำแผล ข. โรค ค. เลือด ง. ไม่รู้
3. สูตรยา	ก. ส่วนประกอบ ข. เครื่องมือ

ลำดับคำ	ตัวเลือก
	ค. วันหมดอายุ ง. ไม่รู้
4. เอกซเรย์	ก. รังสี ข. ทำความสะอาด ค. เชื้อโรค ง. ไม่รู้
5. วัคซีน	ก. เครื่องวัดความดันโลหิต ข. ป้องกันโรค ค. สมุนไพร ง. ไม่รู้
6. มาตรฐานวิชาชีพ	ก. สวยงาม ข. กำไร ค. ปลอดภัย ง. ไม่รู้
7. บัญชียาหลักแห่งชาติ	ก. กำไรขาดทุน ข. ยาที่จำเป็น ค. ยอดเงินค่ายา ง. ไม่รู้
8. ฮอร์โมน	ก. ห้องผ่าตัด ข. สารในร่างกาย ค. เครื่องมือแพทย์ ง. ไม่รู้
9. วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	ก. แคปซูล ข. ฉีดยา ค. ป้ายปาก ง. ไม่รู้
10. โซเดียม	ก. ชุดคนไข้ ข. สารในร่างกาย ค. ยาฆ่าเชื้อ

ลำดับคำ	ตัวเลือก
	ง. ไม่รู้
11. พาราเซตามอล	ก. เครื่องมือแพทย์ ข. ประวัติผู้ป่วย ค. ยา ง. ไม่รู้
12. อุลตราซาวด์	ก. ตรวจร่างกาย ข. ทำแผล ค. เลือด ง. ไม่รู้
13. ธาลัสซีเมีย	ก อวัยวะ ข. เลือด ค. น้ำลาย ง. ไม่รู้
14. มิลลิลิตร	ก. ส่วนสูง ข. ปริมาตร ค. น้ำหนัก ง. ไม่รู้
15. แคลเซียม	ก. น้ำยาฆ่าเชื้อ ข. อากาศ ค. กระดูก ง. ไม่รู้
16. จุลินทรีย์	ก. พืช ข. อาหาร ค. เชื้อโรค ง. ไม่รู้
17. คาเฟอีน	ก. เอกสาร ข. เชื้อโรค ค. นอนไม่หลับ ง. ไม่รู้

มหาวิทยาลัยศิลปากร

ลำดับคำ	ตัวเลือก
18. สำเนาเวชระเบียน	ก. ประวัติ ข. ถ่ายเอกสาร ค. ใบเสร็จรับเงิน ง. ไม่รู้
19. ยาเหน็บ	ก. เขย่าขวด ข. รับประทาน ค. สอดเข้า ง. ไม่รู้
20. ค่าออกซิเจน	ก. การหายใจ ข. การขับถ่าย ค. การกินยา ง. ไม่รู้
21. องศาเซลเซียส	ก. ความมืด ข. ความสูง ค. ความร้อน ง. ไม่รู้
22. กรรมพันธุ์	ก. ครอบครัว ข. ทีมแพทย์ ค. ประกันชีวิต ง. ไม่รู้
23. อินซูลิน	ก. ไขมัน ข. ความดันเลือด ค. เบาหวาน ง. ไม่รู้
24. ไทรอยด์	ก. สารเสพติด ข. ฮอร์โมน ค. เชื้อโรค ง. ไม่รู้

ลำดับคำ	ตัวเลือก
25. เก็บปัสสาวะช่วงกลาง	ก. ปัสสาวะทิ้งช่วงแรก ข. เก็บปัสสาวะกลางวัน ค. เก็บปัสสาวะครึ่งแก้ว ง. ไม่รู้
26. การส่องกล้องจุลทรรศ์	ก. ทำให้ปราศจากเชื้อ ข. ขยาย ค. ทำให้ร้อน ง. ไม่รู้
27. อัณฑะ	ก. อวัยวะ ข. โรค ค. ยา ง. ไม่รู้
28. กรมธรรม์	ก. โรค ข. ประกัน ค. หน่วยราชการ ง. ไม่รู้
29. งูสวัด	ก. ตุ่มใสและปวดแสบ ข. ท้องเสียเป็นน้ำเหลว ค. ไอจามและมีน้ำมูก ง. ไม่รู้
30. โพแทสเซียม	ก. อวัยวะ ข. ลายนิ้วมือ ค. เกลือแร่ ง. ไม่รู้
31. ผลแลป	ก. การตรวจเลือด ข. การตรวจเอกสาร ค. การตรวจสายตา ง. ไม่รู้
32. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	ก. แอลกอฮอล์

ลำดับคำ	ตัวเลือก
	ข. บุหรี่ ค. น้ำอัดลม ง. ไม่รู้
33. คอเลสเทอรอล	ก. ยา ข. เครื่องมือแพทย์ ค. ไขมัน ง. ไม่รู้
34. แคลอรี	ก. พลังงาน ข. ของเหลว ค. ถุงมือ ง. ไม่รู้
35. ซิฟิลิส	ก. โรค ข. เครื่องมือแพทย์ ค. อวัยวะ ง. ไม่รู้
36. อายุรแพทย์	ก. แพทย์แผนไทย ข. ความชำนาญเฉพาะทาง ค. ผู้สูงวัย ง. ไม่รู้
37. ยาสเตียรอยด์	ก. ยาบำรุง ข. ยาลดน้ำมูก ค. ยาลูกกลอน ง. ไม่รู้
38. วิกลจริต	ก. ขั้นตอนการรักษา ข. ผิดปกติ ค. แกล้งทำ ง. ไม่รู้
39. กลอกลูกตา	ก. ขยี้ตา ค. ลืมตาในน้ำสะอาด

ลำดับคำ	ตัวเลือก
	ค. กลิ้งตาไปมา ง. ไม่รู้
40. ยูนิต	ก. หน่วย ข. โรค ค. เครื่องแบบ ง. ไม่รู้
41. หัตถการ	ก. ยา ข. โรค ค. ทำแผล ง.ไม่รู้
42. ดีซ่าน	ก. โรค ข. ยา ค. เครื่องมือแพทย์ ง. ไม่รู้
43. ตรวจอิเล็กโทรไลต์	ก. ทำความสะอาด ข. เจาะเลือด ค. ช่างไฟฟ้า ง. ไม่รู้
44. ฮีโมโกลบิน	ก. กระดูก ข. อุจจาระ ค. เลือด ง. ไม่รู้
45. ไทรกลีเซอไรด์	ก. ยา ข. ไขมันในเลือด ค. เครื่องมือแพทย์ ง. ไม่รู้
46. เพนนิซิลลิน	ก. ยา ข. อวัยวะ

ลำดับคำ	ตัวเลือก
	ค. เครื่องมือแพทย์ ง. ไม่รู้
47. ไซ้ท้อง	ก. คลื่นไส้ ข. ตรวจปัสสาวะ ค. หน้ากากอนามัย ง. ไม่รู้
48. อะม็อกซิซิลลิน	ก. เจาะเลือด ข. ยา ค. โรค ง. ไม่รู้

(2) ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม จำนวน 16 ข้อ

โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อ	คำถาม	ถูก	ผิด	**ไม่แน่ใจ**
	ด้านความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อม (ข้อ 1-5)			
1.	โรคสมองเสื่อม เกิดในผู้ที่มีคนในครอบครัวหรือญาติสายตรง เป็นโรคสมองเสื่อมเท่านั้น			
2.	อายุที่มากขึ้น เพิ่มโอกาสเป็นโรคสมองเสื่อมได้มากขึ้น			
3.	การใช้ยาหรือสารบางชนิด เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มโอกาสเกิดโรคสมองเสื่อมได้			
4.	การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มโอกาสเกิดโรคสมองเสื่อมได้			
5.	ภาวะความดันโลหิตสูง เพิ่มโอกาสเกิดโรคสมองเสื่อมได้			
	ด้านอาการของภาวะสมองเสื่อม (ข้อ 6-8)			
6.	อาการในระยะแรกของผู้ป่วยสมองเสื่อม ชนิดอัลไซเมอร์ คือ หลงลืมเรื่องที่เพิ่งเกิดขึ้น เช่น จำไม่ได้ว่าวางของไว้ที่ไหน			
7.	อาการในระยะสุดท้ายของผู้ป่วยสมองเสื่อม คือ จำสิ่งที่			

ข้อ	คำถาม	ถูก	ผิด	**ไม่แน่ใจ**
	เพิ่งเกิดขึ้นไม่ได้เลย จำครอบครัว ญาติพี่น้องไม่ได้ ทำกิจวัตรด้วยตนเองไม่ได้ เดินหลงทาง			
8.	อาการมือสั่น แขนสั่น เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อม			
	ด้านการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม (ข้อ 9)			
9.	หากเกิดความผิดปกติเรื่องความจำหรือมีภาวะสับสนเกิดขึ้นทันทีหรือรวดเร็ว แสดงว่าเป็นโรคสมองเสื่อม			
	ด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อม (ข้อ 10-14)			
10.	การออกกำลังกายต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที อาทิตย์ละ 2 วัน ช่วยป้องกันโรคสมองเสื่อมได้			
11.	อาหารเสริมทุกชนิด ช่วยป้องกันโรคสมองเสื่อมได้			
12.	วิธีที่ช่วยป้องกันโรคสมองเสื่อม คือ ทำกิจกรรมฝึกความคิดสม่ำเสมอ เช่น เล่นดนตรี ฝึกใช้มือที่ไม่ถนัดทำกิจวัตร เล่นเกมส์ฝึกสมอง			
13.	การฝึกสมาธิ ควบคุมอารมณ์ ผ่อนคลายความเครียด ช่วยป้องกันโรคสมองเสื่อมได้			
14.	การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ช่วยป้องกันโรคสมองเสื่อมได้			
	ด้านการรักษาภาวะสมองเสื่อม (ข้อ 15-16)			
15.	โรคสมองเสื่อมทุกชนิด รักษาให้หายขาดได้			
16.	ผู้ป่วยสมองเสื่อมควรพบแพทย์ เพื่อพิจารณาการรักษาด้วยยา/การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม			

ภาคผนวก ข

หนังสืออนุญาตให้ใช้ลิขสิทธิ์เครื่องมือวิจัย THLAW+

มหาวิทยาลัยศิลปากร

ที่ อว ๖๘๐๑๘/๖๔.๓๖๒

อุทยานวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
วิทยาเขตหาดใหญ่ส่วนขยาย
ต.ทุ่งใหญ่ อ.หาดใหญ่
จ.สงขลา ๙๐๑๑๐

๖๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

เรื่อง อนุญาตให้ใช้ลิขสิทธิ์ในเครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

อ้างถึง หนังสือเลขที่ อว ๘๖๑๔/๐๐๐๖ ลงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๔

ตามที่ นางสาวศุภานัน เหลาคำ นักศึกษาหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยเรื่อง “แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับชาวไทยชนิดรายคำที่มีคำถามทดสอบความเข้าใจ (Thai Health Literacy Assessment Using Word List with Extended Question to Test Comprehension, THLA-W+) ” ของ เภสัชกรผดุง จันชูโต คณะเภสัชศาสตร์ และเป็นลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อประกอบการทำวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงคราม” นั้น

ในการนี้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ได้พิจารณาแล้วมีความเห็นว่าควรอนุญาตให้ทางนางสาวศุภานัน เหลาคำ ใช้ผลงานลิขสิทธิ์ดังกล่าวโดยไม่มีค่าตอบแทนและใช้สิทธิได้เฉพาะ การทำวิจัยในเรื่องดังกล่าวข้างต้น เท่านั้น ทั้งนี้จะต้องมีการอ้างถึงมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์และชื่อผู้สร้างสรรค์ผลงานให้เป็นที่ประจักษ์ในการใช้ผลงานดังกล่าวด้วย หากมีผู้ประสงค์จะใช้งานในผลงานอันมีลิขสิทธิ์ดังกล่าวนอกเหนือจากที่ได้อนุญาตไว้ จักต้องมีการขออนุญาตและได้รับการอนุญาตจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ก่อนทุกครั้ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คำรณ พิทักษ์)
รักษาการแทนผู้อำนวยการอุทยานวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภาคผนวก ค

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

มหาวิทยาลัยศิลปากร

รายนามผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบเครื่องมือวิจัยในส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย

1.รองศาสตราจารย์ ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต อาจารย์ประจำคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2.นายแพทย์พงษธร สีห์รา จิตแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จ.สมุทรสงคราม

3.นางสุชาดา โพธิ์นิ่มไทย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จ. สมุทรสงคราม

มหาวิทยาลัยศิลปากร

ภาคผนวก ง

หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยศิลปากร

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน สำนักงานบริหารการวิจัย นวัตกรรมและการสร้างสรรค์ มหาวิทยาลัยศิลปากร ภายใน 216004

ที่ อว 8603.16/6337 **วันที่** 20 ธันวาคม 2565

เรื่อง ผลการพิจารณาการขอรับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เรียน นางสาวศุภานัน เหลาคำ (นักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์)

ตามที่ท่านได้ส่งโครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงคราม (เลขที่โครงการ REC 65.1107-184-9267) ไปยังสำนักงานบริหารการวิจัย นวัตกรรมและการสร้างสรรค์ เพื่อขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศิลปากร แล้วนั้น

บัดนี้ สำนักงานบริหารการวิจัยฯ ขอแจ้งผลการพิจารณา ให้ทราบว่าโครงการวิจัยดังกล่าวเข้าข่ายโครงการวิจัยที่ได้รับการพิจารณาแบบรวดเร็ว (Expedited review) จึงออกหนังสือรับรองให้กับโครงการวิจัยดังกล่าวตามเอกสารแนบ โดยขอให้ดำเนินการ ดังนี้ รายงานฉบับสมบูรณ์เมื่อโครงการเสร็จสิ้น จำนวน 1 เล่ม และยูเอสบีแฟลชไดรฟ์ จำนวน 1 อัน หรือ QR code เพื่อดาวน์โหลดไฟล์เอกสาร

อนึ่ง เมื่อหนังสือรับรองหมดอายุและผู้วิจัยยังดำเนินการวิจัยไม่แล้วเสร็จ หากผู้วิจัยประสงค์จะขอต่ออายุเอกสารรับรองโครงการวิจัย ผู้วิจัยต้องยื่นเสนอขอต่ออายุการรับรองโครงการไม่เกิน 30 วัน หลังจากวันหมดอายุการรับรอง กรณีที่ผู้วิจัยไม่ยื่นเสนอขอต่ออายุการรับรองโครงการเกิน 30 วัน หลังจากวันหมดอายุการรับรองจะถือว่าผู้วิจัยมีความประสงค์ปิดโครงการ ซึ่งผู้วิจัยจะไม่สามารถดำเนินการวิจัยนั้นต่อไป หากผู้วิจัยต้องการดำเนินการวิจัยต่อ ต้องยื่นโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาใหม่

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ หากผู้วิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ นางสาวพัชรณัฏฐ์ เสาร์หงษ์ (เบอร์สำนักงาน) 098-5479738 ภายใน 216004

(ศาสตราจารย์ ดร.พรศักดิ์ ศรีอมรศักดิ์)
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยศิลปากร

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

รหัสโครงการ: REC 65.1107-184-9267

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย): ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงคราม

ชื่อโครงการ (ภาษาอังกฤษ): Factors Related to Health Literacy about Dementia among Elderly in Samut Songkhram Province

ผู้วิจัยหลัก: นางสาวศุภานัน เหลาคำ **สังกัด:** คณะเภสัชศาสตร์

เอกสารที่รับรอง:

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชั่น 02 ฉบับลงวันที่ 16 ธันวาคม 2565
2. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ฉบับภาษาไทย) เวอร์ชั่น 02 ฉบับลงวันที่ 16 ธันวาคม 2565
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย เวอร์ชั่น 01 ฉบับลงวันที่ 7 พฤศจิกายน 2565
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมการเข้าร่วมการวิจัย เวอร์ชั่น 01 ฉบับลงวันที่ 7 พฤศจิกายน 2565

ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศิลปากร โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศ เฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับ และข้อกำหนดภายในประเทศ โดยขอให้รายงานฉบับสมบูรณ์เมื่อโครงการเสร็จสิ้น

(ศาสตราจารย์ ดร.พรศักดิ์ ศรีอมรศักดิ์)
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยศิลปากร

หมายเลขใบรับรอง COE 65.1219-212
วันที่รับรอง: 19 ธันวาคม พ.ศ. 2565
วันหมดอายุ: 18 ธันวาคม พ.ศ. 2566

สำนักงานบริหารการวิจัย นวัตกรรมและการสร้างสรรค์
6 ถนนราชมรรคาใน ตำบลพระปฐมเจดีย์ อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000
โทร 0-3425-5808 โทรสาร (Fax) : 0-3425-5808
email : humanethics@su.ac.th

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	ศุภานัน เหลาคำ
วัน เดือน ปี เกิด	13 เมษายน 2534
สถานที่เกิด	จังหวัดสุรินทร์
วุฒิการศึกษา	เภสัชศาสตรบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาศิลปากร
ที่อยู่ปัจจุบัน	110/21 ดำรงกุลอพาร์ทเม้นท์ ซ.บางแก้ว ถ.เอกชัย ต.แม่กลอง อ.เมือง จ.สมุทรสงคราม 75000

มหาวิทยาลัยศิลปากร