

**ผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยประยุกต์ใช้
ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุชุมชนบ้านนาคำ
ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี**

**Effects of Health Education on Prevention of Dementia Program
of the Application by Health Belief Model in Ban Na Kham Community,
Kham Yai Sub-district, Mueang District, Ubon Ratchathani.**

พัชรภรณ์ อนุพันธ์¹, พรณงาม วรรณพฤษ² และจินตนา เด่นสันติกุล³

¹สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี
โทรศัพท์ 082-1300439 e-mail: poompuiwongsabut@gmail.com

²กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
โทรศัพท์ 089-8126481 e-mail: panngam0927@reru.ac.th

³สาขาวิชาการพยาบาลพื้นฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี
โทรศัพท์ 081-9908189 e-mail: jintana-d@hotmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (one - group pretest – posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุชุมชนบ้านนาคำ ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 32 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการให้สุขศึกษาเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามก่อนและหลังการให้สุขศึกษาโดยใช้แบบสอบถามมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานคือ Wilcoxon Matched-pairs Signed rank test กำหนดนัยสำคัญที่ 0.05 ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการให้สุขศึกษาเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและการรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพ ก่อนและหลังได้รับสุขศึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม การรับรู้อุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพก่อนและหลังได้รับสุขศึกษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ภาวะสมองเสื่อม, โปรแกรมการให้สุขศึกษา, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

Abstract

This is a quasi-experimental research on groups pretest-posttest design aimed to explore effects of health education on prevention of dementia program by applying the Health Belief Model. The samples were elderly people in Ban Na Kham Community, Kham Yai Sub-district, Mueang District, Ubon Ratchathani. The sample consisted of 32 specific samples. The tools employed in the research were the use of a health education on prevention of dementia program questionnaire with a reliability of 0.83. The descriptive statistics and Wilcoxon Matched-pairs signed rank test were used for data analysis. The significant was set

at p -value < 0.05 The results showed that the samples had scores of perceived susceptibilities of dementia and the perceived benefits before and after receiving health education, there were statistically significant differences. And perceived severity of dementia perceived barriers before and after receiving health education in the elderly were not significantly different at the .05 level.

Keywords: elderly, dementia, health education program, Health Belief Model,

1. บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อความจำ ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ พฤติกรรม และมีผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคล เป็นสาเหตุหลักของความไร้สมรรถภาพ และต้องกลายเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุทั่วโลก อีกทั้งยังมีผลกระทบต่อผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชนและสังคม (Brizuela, Ortiz, Ventura-Castro, Árias-Merino, Moisés & Islas, 2014; Fagundes, Pereira, Bueno & Assis, 2017) ซึ่งในปัจจุบันภาวะสมองเสื่อมยังไม่มีวิธีการรักษา จึงมีความพยายาม ที่จะป้องกันและชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมในช่วงปลายของชีวิตเพื่อลดผลกระทบดังกล่าว ในปี 2558 ภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อ 47 ล้านคนทั่วโลก หรือประมาณร้อยละ 5 ของประชากรสูงอายุของโลก ซึ่งเป็นตัวเลขที่คาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 75 ล้านใน 2573 และ 132 ล้านภายในปี 2593 และล่าสุดประเมินว่าเกือบ 9.9 ล้านคนทั่วโลก มีภาวะสมองเสื่อมเกิดขึ้นในแต่ละปี (WHO, 2017)

ภาวะสมองเสื่อมยังไม่สามารถรักษาให้หายได้ ดังนั้นการป้องกันจึงเป็นวิธีการที่สำคัญ สาเหตุของการเกิดภาวะสมองเสื่อมมีสาเหตุทั้งจากสิ่งที่แก้ไขไม่ได้และสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้ ทั้งนี้จากการสำรวจปัจจัยเสี่ยงของประชากรโลกที่ทำให้ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ลดลงและเกิดภาวะสมองเสื่อมได้แก่ โรคเบาหวาน โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย ขาดกิจกรรมที่กระตุ้นการใช้ความคิด และภาวะซึมเศร้า โดยสาเหตุส่วนใหญ่มีผลทำลายผนังหลอดเลือดขนาดเล็ก ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงเซลล์สมองลดลง เกิดภาวะเซลล์สมองขาดออกซิเจนเรื้อรัง ทำให้เซลล์ประสาทสมองเสื่อมเสียหายหรือฝ่อในที่สุด การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการทำลายหลอดเลือดในระยะเวลานั้นนั้นจึงเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของโอกาสในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในอนาคต (Tariq & Barber, 2018) การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่สำคัญได้แก่ การมีกิจกรรมทางกาย การมีกิจกรรมที่ได้ฝึกการคิดวิเคราะห์ มีกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น รับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวต่ำ เพิ่มการรับประทานอาหารที่มีผักและผลไม้ เลิกสูบบุหรี่และป้องกันการบาดเจ็บที่ศีรษะที่นำไปสู่การสูญเสียสติสัมปชัญญะ ควบคุมความดันโลหิต ระดับน้ำตาล และคอเลสเตอรอลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม (Srisuwan Patsri, 2013)

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ประกอบด้วยหลักการพื้นฐานหลายหลักการที่ช่วยทำนายว่าเพราะเหตุใดบุคคลจึงกระทำการเพื่อป้องกัน ตรวจสอบ หรือเพื่อควบคุมการเจ็บป่วย หลักการต่างๆ เหล่านี้ได้แก่ การรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคดังกล่าวมีความรุนแรง คุณค่าต่อชีวิต ความเชื่อทั้งสองนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีประโยชน์ที่จะกระทำเพื่อลดโอกาสป่วยหรือลดความรุนแรงของโรค แต่ทั้งนี้การกระทำเพื่อการดูแลสุขภาพอาจไม่เกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นอย่างไม่เพียงพอเมื่อบุคคลรับรู้ว่าการจะกระทำสิ่งที่มีประโยชน์นั้นมีอุปสรรคมากกว่า (Glanz, Rimer, Viswanath, 2008) การศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความต่อเนื่องในการกินยาควบคุมความดันโลหิตพบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค และรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคในระดับสูงมีความต่อเนื่องในการกินยาควบคุม

ความดันโลหิตดีกว่ากลุ่มที่มีคะแนนการรับรู้ในด้านต่างๆ ต่ำ (Kamran, Ahari, Biria, Malpour, & Heydari, 2014) และจากการศึกษาของ Hamid Reza, Hamid, Mahmud และ Mohsen ในปี 2013 เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ที่มีภาวะ multiple sclerosis ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นฐานพบว่า ผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

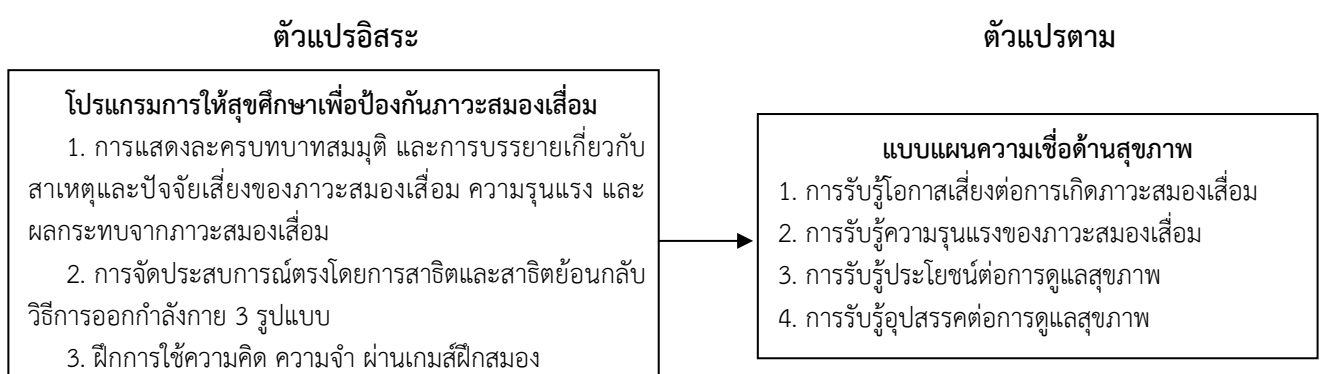
จากการศึกษาของ Park และคณะ (2016) เกี่ยวกับการตระหนักรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในชุมชนของวัยผู้ใหญ่ที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในชุมชนมีความสัมพันธ์ในระดับสูงในผู้ที่มีความสนใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การเพิ่มขึ้นของการตระหนักรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมช่วยลดต้นทุนทางเศรษฐกิจและสังคมเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การสอนเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมที่เหมาะสม สอดคล้องกับระดับการศึกษา และความสนใจถือเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในชุมชน การมีกิจกรรมร่วมกันของคนในชุมชนช่วยเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย และเพิ่มการมีกิจกรรมทางสังคม คนในชุมชนได้พบปะพูดคุยกัน ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม (Collins, Silarova & Clare, 2019)

ผู้สูงอายุชุมชนบ้านนาคำ ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 51.72) เบาหวาน (ร้อยละ 27.58) ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 17.24) และโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 13.79) ตามลำดับ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการทำลายผนังหลอดเลือดขนาดเล็ก เลือดจึงไปเลี้ยงเซลล์สมองลดลง ทำให้เซลล์สมองฝ่อและเสื่อมการทำงานที่ ทั้งนี้ผู้สูงอายุยังอาศัยอยู่ในชุมชนเมืองที่มีการมีกิจกรรมทางสังคมลดลง และกิจกรรมทางกายลดลง จึงเป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ด้วยเล็งเห็นปัญหาดังกล่าว จึงได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในผู้สูงอายุชุมชนบ้านนาคำ ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดยคาดหวังว่าการให้สุขศึกษาในรูปแบบดังกล่าวจะช่วยนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันและชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในผู้สูงอายุชุมชนบ้านนาคำ ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

สมมติฐานการวิจัย ภายหลังจากทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม และการรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น และมีคะแนนการรับรู้อุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพลดลง

กรอบแนวคิดการวิจัย กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Marshall H. Becker



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (one - group pretest – posttest design) เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ก่อนทดลองและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป้าหมายคือ ผู้สูงอายุชุมชนนาคำ ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 209 คน กลุ่มตัวอย่างทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ยังไม่มีภาวะสมองเสื่อม หรือมีสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย เมื่อทดสอบด้วย Mini-Mental State Examination: MMSE สามารถเข้าใจภาษาไทยและภาษาถิ่นได้ มีการรับรู้ที่ดี สามารถสื่อความหมายเข้าใจกันได้ ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และเข้าร่วมโปรแกรมครบตามที่กำหนด การวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 32 ราย

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ เช่น เพศ อายุ โรคประจำตัว ระดับการศึกษา Barthel ADL index ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต เป็นต้น

2. แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบสอบถามแบบ rating scale คือ 1 คะแนนเห็นด้วยน้อย 2 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง และ 3 คะแนนหมายถึง เห็นด้วยมาก จำนวนทั้งสิ้น 16 ข้อ ประกอบด้วยหมวดย่อยตามทฤษฎี คำถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม จำนวน 4 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบจำนวน 1 ข้อ และข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 3 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม จำนวน 4 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบจำนวน 1 ข้อ และข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 3 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม จำนวน 4 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 4 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม จำนวน 4 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 4 ข้อ ได้นำแบบสอบถามหาความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ 3 ท่าน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาได้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index : IOC) เท่ากับ 0.83 และนำไปทดลองใช้กับผู้มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -coefficient) ตามวิธีของครอนบัค (Cronbach) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

3. โปรแกรมการให้สุขศึกษาเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย

3.1 การแสดงละครบทบาทสมมติ และการบรรยายเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม ความรุนแรง และผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อม

3.2 การจัดประสบการณ์ตรงโดยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับวิธีการออกกำลังกาย 3 รูปแบบที่แตกต่างกัน

3.3 ฝึกการใช้ความคิด ความจำ ผ่านเกมส์ฝึกสมอง จำนวน 5 เกมส์ เป็นเกมส์ที่ต้องเล่นเป็นทีม เพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พร้อมสะท้อนคิดทุกกิจกรรม

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย และการเก็บข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ และการนำเสนอข้อมูลจะกระทำในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. สัปดาห์ที่ 1 ประเมินภาวะสมองเสื่อม โรคประจำตัว ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิตและการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และจัดกิจกรรมโปรแกรมการให้สุขศึกษาเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม

2. สัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรมโปรแกรมการให้สุขศึกษาเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม และประเมินการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้แล้วนำมาวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐาน นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพ ก่อนและหลังการให้สุขศึกษาโดยใช้ Wilcoxon matched pair single rank test กำหนดนัยสำคัญที่ 0.05

2. ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 32 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.25) มีอายุระหว่าง 60-84 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 75) อายุเฉลี่ย 70 ปี มีสถานภาพสมรส มากที่สุด (ร้อยละ 78.13) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และเกือบครึ่งจบการศึกษาระดับชั้นประถม (ร้อยละ 46.88) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 81.25) เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจ และไขมันในเลือดสูง และกลุ่มตัวอย่างทุกรายมีดัชนีบาร์ธเอลดีแอล (Barthel ADL index) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม) คือเป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้

กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56.30) มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (18.5-22.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.40) มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงสุดหลังอาหารน้อยกว่า 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับน้ำตาลเฉลี่ย 151 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56.30) มีค่าความความดันโลหิตซิสโตลิกน้อยกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.40) มีค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกน้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย 133/74 มิลลิเมตรปรอท

ตารางที่ 1 คะแนนต่ำสุด คะแนนมากที่สุด ค่าเฉลี่ยคะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนและหลังการให้สุขศึกษาเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (N = 32)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	การให้สุขศึกษา	Min	Max	Mean	SD
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม	ก่อน	1.50	2.75	2.14	0.38
	หลัง	1.50	2.50	1.94	0.33
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม	ก่อน	1.75	3.00	2.41	0.28
	หลัง	2.00	2.50	2.28	0.22
การรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพ	ก่อน	1.75	3.00	2.73	0.48
	หลัง	2.75	3.00	2.94	0.11
การรับรู้อุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพ	ก่อน	1.00	3.00	1.83	0.70
	หลัง	1.00	3.00	1.48	0.58

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการให้สุขศึกษาเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (N = 32)

ตัวแปร	ก่อนให้สุขศึกษา- หลังให้สุขศึกษา	N	Mean rank	Wilcoxon matched pair single rank test	
				z	p
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ สมองเสื่อม	คะแนนลดลง	18	12.83	-2.346	.019
	คะแนนเพิ่มขึ้น	6	11.50		
	เท่าเดิม	8			
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมอง เสื่อม	คะแนนลดลง	16	17.50	-1.787	.079
	คะแนนเพิ่มขึ้น	12	10.50		
	เท่าเดิม	4			
การรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพ	คะแนนลดลง	4	2.50	-2.294	.022
	คะแนนเพิ่มขึ้น	8	8.50		
	เท่าเดิม	20			
การรับรู้อุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพ	คะแนนลดลง	16	15.38	-1.804	.071
	คะแนนเพิ่มขึ้น	10	10.50		
	เท่าเดิม	6			

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

จากตารางที่ 1 แสดงผลการศึกษาคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังการให้สุขศึกษา ในผู้สูงอายุจำนวน 32 คน มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมก่อนการให้สุขศึกษาเท่ากับ 2.14 คะแนน (SD = 0.38) และหลังการให้สุขศึกษาเท่ากับ 1.94 คะแนน (SD = 0.33)

จากตารางที่ 2 ค่าผลรวมลำดับที่ของผลต่างระหว่างค่าในแต่ละคู่ของข้อมูลที่วัดโดยไม่คิดเครื่องหมายของกลุ่มที่มีค่าคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหลังการให้สุขศึกษามากกว่าก่อนการให้สุขศึกษา จำนวน 6 ค่า มีคะแนนเท่ากับ 11.50 ค่าผลรวมลำดับที่ของผลต่างระหว่างค่าในแต่ละคู่ของข้อมูลที่วัดโดยไม่คิดเครื่องหมายของกลุ่มที่มีค่าคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหลังการให้สุขศึกษาน้อยกว่าก่อนการให้สุขศึกษา จำนวน 18 ค่า มีคะแนนเท่ากับ 12.83

การแสดงผลการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังการให้สุขศึกษา โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test จากตารางได้ค่าได้ค่า Z = -2.346 ค่า p = 0.019 (p < 0.05) จึงสรุปผลการทดสอบครั้งนี้ได้ว่า คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังได้รับสุขศึกษาในผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม

จากตารางที่ 1 แสดงผลการศึกษาคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังการให้สุขศึกษา มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ก่อนการให้สุขศึกษาเท่ากับ 2.14 คะแนน (SD = 0.28) และหลังการให้สุขศึกษาเท่ากับ 2.28 คะแนน (SD = 0.22)

จากตารางที่ 2 ค่าผลรวมลำดับที่ของผลต่างระหว่างค่าในแต่ละคู่ของข้อมูลที่วัดโดยไม่คิดเครื่องหมายของกลุ่มที่มีค่าคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมหลังการให้สุขศึกษามากกว่าก่อนการให้สุขศึกษา จำนวน 12 ค่า มีคะแนนเท่ากับ 10.50 ค่าผลรวมลำดับที่ของผลต่างระหว่างค่าในแต่ละคู่ของ

ข้อมูลทีวัดโดยไม่คิดเครื่องหมายของกลุ่มที่มีค่าคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมหลังการให้สุขศึกษาน้อยกว่าก่อนการให้สุขศึกษา จำนวน 16 ค่า มีคะแนนเท่ากับ 17.50

การแสดงผลการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังการให้สุขศึกษา โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test จากตารางได้ค่าได้ค่า $Z = -1.787$ ค่า $p = .079$ ($p > 0.05$) จึงสรุปผลการทดสอบครั้งนี้ได้ว่า คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังได้รับสุขศึกษาในผู้สูงอายุไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพ

จากตารางที่ 1 แสดงผลการศึกษาคะแนนการรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพก่อนและหลังการให้สุขศึกษา มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพก่อนการให้สุขศึกษาเท่ากับ 2.73 คะแนน (SD = 0.48) และหลังการให้สุขศึกษาเท่ากับ 2.94 คะแนน (SD. = 0.11)

จากตารางที่ 2 ค่าผลรวมลำดับที่ของผลต่างระหว่างค่าในแต่ละคู่ของข้อมูลที่วัดโดยไม่คิดเครื่องหมายของกลุ่มที่มีค่าคะแนนการรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพหลังการให้สุขศึกษามากกว่าก่อนการให้สุขศึกษา จำนวน 8 ค่า มีคะแนนเท่ากับ 8.50 ค่าผลรวมลำดับที่ของผลต่างระหว่างค่าในแต่ละคู่ของข้อมูลที่วัดโดยไม่คิดเครื่องหมายของกลุ่มที่มีค่าคะแนนการรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพหลังการให้สุขศึกษาน้อยกว่าก่อนการให้สุขศึกษา จำนวน 4 ค่า มีคะแนนเท่ากับ 2.50

การแสดงผลการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนการรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพก่อนและหลังการให้สุขศึกษา โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test จากตารางได้ค่าได้ค่า $Z = -2.294$ ค่า $p = .022$ ($p < .05$) จึงสรุปผลการทดสอบครั้งนี้ได้ว่า คะแนนการรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพก่อนและหลังได้รับสุขศึกษาในผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การรับรู้อุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพ

จากตารางที่ 1 แสดงผลการศึกษาคะแนนการรับรู้อุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพก่อนและหลังการให้สุขศึกษา มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพก่อนการให้สุขศึกษาเท่ากับ 1.83 คะแนน (SD. = 0.70) และหลังการให้สุขศึกษาเท่ากับ 1.48 คะแนน (SD = 0.58)

จากตารางที่ 2 ค่าผลรวมลำดับที่ของผลต่างระหว่างค่าในแต่ละคู่ของข้อมูลที่วัดโดยไม่คิดเครื่องหมายของกลุ่มที่มีค่าคะแนนการรับรู้อุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพหลังการให้สุขศึกษามากกว่าก่อนการให้สุขศึกษา จำนวน 10 ค่า มีคะแนนเท่ากับ 10.50 ค่าผลรวมลำดับที่ของผลต่างระหว่างค่าในแต่ละคู่ของข้อมูลที่วัดโดยไม่คิดเครื่องหมายของกลุ่มที่มีค่าคะแนนการรับรู้อุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพหลังการให้สุขศึกษาน้อยกว่าก่อนการให้สุขศึกษา จำนวน 16 ค่า มีคะแนนเท่ากับ 15.38

การแสดงผลการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนการรับรู้อุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพก่อนและหลังการให้สุขศึกษา โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test จากตารางได้ค่าได้ค่า $Z = -1.804$ ค่า $p = .071$ ($p > .05$) จึงสรุปผลการทดสอบครั้งนี้ได้ว่า คะแนนการรับรู้อุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพก่อนและหลังได้รับสุขศึกษาในผู้สูงอายุไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในผู้สูงอายุชุมชนบ้านนาคำ ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหลังการให้สุขศึกษาน้อยกว่าก่อนการให้สุขศึกษา ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่าก่อนเข้าร่วม

โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีโอกาสป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมจะมากขึ้นตามอายุ จะสังเกตว่าคะแนนก่อนให้สุขศึกษาในข้อคำถามที่ถามว่าภายใน 10 ปีข้างหน้า ฉันอาจจะป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดที่ 2.50 คือเห็นด้วยมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธินันท์ สุบินดี และบำเพ็ญจิต แสงชาติ (2561) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของชุมชนเกี่ยวกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคของคนเฒ่าคนแก่ คนโดยทั่วไปมองว่าเป็นสิ่งปกติของทุกคนที่เมื่อสูงวัยจะมีอาการหลงลืม จำอะไรไม่ได้ ในการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างให้คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมที่ค่าเฉลี่ย 2.14 แต่เมื่อภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าค่าเฉลี่ยลดลง (mean = 1.94) นั่นอาจเพราะกลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ว่ามีปัจจัยเสี่ยงอื่นนอกจากอายุที่ส่งผลให้เกิดภาวะสมองเสื่อม และหลายปัจจัยสามารถป้องกัน และควบคุมเพื่อชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมระดับความดันโลหิต การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการรับประทานไขมันต่ำ เน้นการรับประทานผักและผลไม้ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลทั่วไปที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ดี และทุกรายเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ทำให้ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างจึงรับรู้ว่ามีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมลดลง

จากผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมก่อนเข้ารับโปรแกรมอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการพบเห็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ชุมชนมีการรับรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมว่ามีอาการเหมือนคนบ้า คนประสาธ เช่น เดินหลงทาง พุดไม่รู้เรื่อง เดินแก้ม้า มีวุฒิภาวะเหมือนเด็ก สัมผัสวิธีการกิน วิธีการอยู่ จำสิ่งที่เคยทำในชีวิตประจำวันไม่ได้ รับประทานอาหารเองไม่เป็น ทำความสะอาดหลังขับถ่ายไม่สะอาด ประกอบอาชีพที่เคยทำไม่ได้ ครอบครัวจึงต้องช่วยกันดูแล เช่น ต้องปั่นข้าวเหนียวใส่มือให้จึงกิน ดูแลรดน้ำหลังการขับถ่าย อีกทั้งการศึกษานี้ยังระบุว่าชุมชนรับรู้ว่าการมีภาวะสมองเสื่อมนั้นเป็นภาระและเป็นทุกข์ (สุทธินันท์ สุบินดี และคณะ, 2561) จากประสบการณ์ดังกล่าวจึงอาจทำให้การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกัน

และพบว่าค่าคะแนนการรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนการให้สุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นเป็นเพราะรูปแบบการให้สุขศึกษาส่วนใหญ่ได้จัดประสบการณ์ตรงให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้มีส่วนร่วม กิจกรรมมีความหลากหลาย แต่ไม่ซับซ้อนหรือนานจนเกินไป คำนึงถึงความเหมาะสมกับวัย และวัฒนธรรม ลำดับของกิจกรรมจะเรียงตามระดับการมีส่วนร่วม และความสนุกที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตอนท้ายกิจกรรมมีการทบทวนประโยชน์ของแต่ละกิจกรรมที่จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และด้วยกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างทดลองทำ ทำให้เห็นผลด้วยตนเองในขณะนั้นจึงส่งผลให้เกิดความเชื่อในประสิทธิภาพของการแนะนำ ที่จะกระทำเพื่อลดความเสี่ยงหรือความร้ายแรงของโรค ทั้งนี้จากการสะท้อนคิดกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่า รูปแบบกิจกรรมในภาพรวมดี มีความสนุกสนาน ทำให้จิตใจแจ่มใสและช่วยให้ไม่เหงา กิจกรรมช่วยให้เกิดการสร้างสัมพันธ์ที่ดีต่อกันของผู้สูงอายุในชุมชน และต้องการให้มีกิจกรรมในรูปแบบนี้ในทุกๆ เดือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Collins และคณะ (2019) เกี่ยวกับนโยบายและกลยุทธ์การป้องกันโรคสมองเสื่อมในปฐมภูมิและการปฏิบัติการในชุมชน ระบุว่าการสอนเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมที่เหมาะสม สอดคล้องกับความสนใจถือเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในชุมชน การมีกิจกรรมร่วมกันของคนในชุมชนช่วยเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย และเพิ่มการมีกิจกรรมทางสังคม คนในชุมชนได้พบปะพูดคุยกัน ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม ทั้งนี้คนในชุมชนจะรู้จักกันสัปดาห์กันเป็นอย่างดีว่าจะวางตัวต่อกันอย่างไรการทำกิจกรรมร่วมกันจึงเป็นไปด้วยความสนุกสนาน และได้รับความ

ร่วมมือเป็นอย่างดี และในการศึกษาครั้งนี้ก่อนเริ่มทำกิจกรรมในแต่ละวันจะกำหนดให้มีกิจกรรมละลายพฤติกรรมก่อนเริ่มกิจกรรมหลักของการให้สุขศึกษา เช่น การพ่อนรำในเพลงของท้องถิ่น กิจกรรมเข้าจังหวะ เพื่อให้เกิดความตื่นตัว และอยากมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม

จากการเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้อุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยลดลงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้จะพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายมีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองทุกด้าน เมื่อประเมินด้วย ADL กลุ่มตัวอย่างทุกรายอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอุปสรรคด้านร่างกายที่จะกระทำการดูแลตนเอง อีกทั้งกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมยังเป็นกิจกรรมที่ไม่มีความซ้ำเติมเพิ่มเติมจึงเป็นผลให้การรับรู้อุปสรรคที่ขัดขวางการกระทำการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมลดลง

4. ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ในการให้สุขศึกษาแก่ประชาชน ควรเพิ่มการให้ข้อมูลเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมควบคู่กับโรคเรื้อรังของผู้ป่วย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น เพื่อเพิ่มความเข้าใจในโรคและนำไปสู่การป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมต่อไป

ด้านการวิจัย

ควรมีการศึกษาติดตามพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระยะยาว ภายหลังเข้ารับโปรแกรมการให้สุขศึกษาเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม

5. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ร่วมการวิจัยทุกท่านที่สละเวลามาให้ข้อมูล และให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

6. เอกสารอ้างอิง

- สุทธินันท์ สุบินดี และบำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2562). การรับรู้ของชุมชนเกี่ยวกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม Community's perception of the older persons with dementia. *วารสารพยาบาลศาสตร์ และสุขภาพ Journal of Nursing Science & Health* ปีที่ 41 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม- กันยายน) 2561 Volume 41 No.3 (July-September) 2018
- Collins R, Silarova B, Clare L (2019) Dementia primary prevention policies and strategies and their local implementation: A scoping review using England as a case study. *J Alzheimers Dis* 70, S283–S291.
- Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, eds. (2008). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass. 4th ed. Describes theoretical frameworks for health behavior and their application in research and practice.
- HamidReza, Z, Hamid, C, Mahmud, A, et al. The effect of intervention based on health belief model on improving the quality of life in patients with multiple sclerosis. *Life Sci J* 2013; 10 (Suppl. 4): 84–89.

- Kamran, A., Ahari, S. S., Biria, M., Malpour, A., & Heydari, H. (2014). Determinants of patient's adherence to hypertension medications: application of health belief model among rural patients. *Annals of medical and health sciences research*, 4(6), 922-927.
- Fagundes, T. A., Danielle, A. G. P., Kátia, M. P., Bueno, & Assis, M. G. (2017). Functional disability in elderly with dementia. *Cadernos de Terapia Ocupacional*, 25(1), 159-169. doi: 10.4322/0104-4931.ctoAO0818
- Park, Kim, Park, Lee, and Suk. (2016). Awareness and Understanding of Dementia in Community-Dwelling Adults Without Dementia and Stroke. *Annals of Geriatric Medicine and Research*, 20(4):204-208. Doi: org/10.4235/agmr.2016.20.4.204
- Srisuwan, Patsri. (2013). Primary prevention of dementia: Focus on modifiable risk factors. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmai het thangphaet*. 96. 251-8.
- Tariq, S., & Barber, P. A. (2018). Dementia risk and prevention by targeting modifiable vascular risk factors. *Journal of Neurochemistry*, 144, 565–581. doi:10.1111/jnc.14132
- Velazquez-Brizuela, I. E., Ortiz, G. G., Ventura-Castro, L., Arias-Merino, E. D., Pacheco-Moises, F. P., Macias-Islas, M. A. (2014). Prevalence of dementia, emotional state and physical performance among older adults in the metropolitan area of Guadalajara, Jalisco, Mexico. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2014, Article 387528. doi:10.1155/2014/387528
- WHO. (2017). Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017-2025. Geneva: *World Health Organization*.