

ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร

AWARENESS AMONG PEOPLES OF DEMENTIA IN BANGKOK METROPOLITANS

วรรณมา มุ่งทวีเกียรติ¹, วลัยนารี พรหมลา¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research Design) เพื่อศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 126 คน (Power = .80, Effect Size = .25) เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีแบบสะดวก (Convenient sampling) เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และแบบสอบถามความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือของแบบสอบถาม เท่ากับ .87 และ .80 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .83 และ .85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติเชิงพรรณนา และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า (1) พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 25.70, SD = .75) (2) ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม โดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 40.84, SD = .44) (3) พฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมที่ระดับ .05 ($r = .450$)

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ, ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม

Abstract

The purpose of this descriptive study was to examine awareness among peoples of Dementia in Bangkok Metropolitans. Samples were consisted of 126 peoples. The data were collected using the demographic data record form, the behaviors questionnaire, and the awareness of dementia questionnaire. The content validity test were conducted at .87, and .80 respectively, and the reliability test was conducted by using Cronbach's alpha were at .83, and .85 respectively. Descriptive statistics and Pearson's Product Moment Correlation coefficient were used to analyze the data.

The results of the study showed that (1) the behaviors were at moderate level. (Mean = 25.70, S.D. = .75). (2) The awareness of Dementia were at high level. (Mean = 40.84, SD = .44).

¹อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

(3) The behaviors moderate positive significant relationship with awareness of Dementia at .05 ($r = .450$).

Keywords: Awareness of Health, Dementia

บทนำ

จากรายงานของสมาคมภาวะสมองเสื่อมประเทศสหรัฐอเมริกาปี ค.ศ.2010 (Alzheimer's Association, 2010) พบว่า กลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป มีภาวะสมองเสื่อม 5.3 ล้านคน เป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 5 และคาดการณ์ว่าในปีค.ศ. 2050 จะมีผู้ที่เป็นภาวะสมองเสื่อม 11 - 16 ล้านคนและสำหรับประเทศไทย จากการสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชนชาวไทย ระหว่าง ปีพ.ศ. 2551 - 2555 โดยการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 9,210 ราย พบความชุกของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 12.3โดยพบในเพศหญิง ร้อยละ 15.0 เพศชาย ร้อยละ 8.9 และเพิ่มสูงขึ้นตามวัยโดยพบความชุกของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 7.1ในช่วงอายุ 60 - 69 ปี ได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14.7 ในช่วงอายุ 70 - 79 ปีและเมื่อถึงอายุ 80 ปีขึ้นไป ความชุกของภาวะสมองเสื่อมก้าวกระโดดขึ้นไปมากกว่าเท่าตัวถึง ร้อยละ 32.5 (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2553) ดังนั้นเมื่ออายุมากขึ้นจึงมีโอกาเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ปัญหาสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพประชากรทั่วโลกและประเทศไทยทั้งด้านการสาธารณสุข เศรษฐกิจ การเมือง และสังคม (สมจินต์ โฉมวัฒน์ชัย และสมฤติ เนียมหอม, 2552)

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการทำงานของสมองที่เสื่อมลง ทำให้ความจำ ความคิดและการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ผิดปกติ และมีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกกร่วมด้วย ทำให้มีผลกระทบต่อการทำงานหรือการใช้ชีวิตของบุคคลนั้นๆ (สมจินต์โฉมวัฒน์ชัย และสมฤติ เนียมหอม, 2552) ซึ่งสาเหตุของการเกิดภาวะสมองเสื่อมสามารถเกิดขึ้นได้จากการเสื่อมของเซลล์สมอง และผลจากโรคทางกายอื่นๆ เช่นโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และหรือมีประวัติการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น (สิรินทร ฉันทสิริกาญจน และคณะ, 2558)

ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมต่อผู้สูงอายุพบว่า ความสามารถทางกายและความสามารถในการทำกิจวัตรลดลงเรื่อยๆจนไม่สามารถดูแลตนเองได้ (สมจินต์โฉมวัฒน์ชัยและสมฤติ เนียมหอม, 2552) และยังมีปัญหาทางด้านจิตใจและพฤติกรรม ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีอาการหลงผิด อาการประสาทหลอน มีความผิดปกติในด้านการนอนหลับ อารมณ์ซึมเศร้า วิดกกังวล หลงลืมจำคนในครอบครัวหรือบ้านตนเองไม่ได้ เดินหายออกจากบ้าน รับประทานอาหารตลอดเวลา ขาดความยับยั้งชั่งใจ ทำลายข้าวของ และทำร้ายร่างกายผู้อื่น เป็นต้น (นงลักษณ์ คำบัวทอง, 2553) นอกจากนี้ปัญหาด้านสังคม เกิดความสูญเสียสถานภาพทางสังคม บทบาทหน้าที่ รวมทั้งความสัมพันธ์กับคนรอบข้างเนื่องจากไม่สามารถคิดวางแผนและจัดระบบคิดและระบบการทำงาน (สมจินต์โฉมวัฒน์ชัย และสมฤติ เนียมหอม, 2552)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ที่ผ่านมามีการศึกษาเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง โดยโรคเหล่านี้มีผลทำให้เกิดเนื้อสมองตายจากการขาดเลือดซึ่งส่งผลต่อการทำงานของสมอง (สมจินต์โฉมวัฒนะชัย และสมฤดีเนียมหอม, 2552) และปัจจัยด้านส่วนบุคคลด้าน เพศ อายุ และพันธุกรรม ก็มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคสมองเสื่อม (สิรินทร ฉันทสิริกาญจน์ และคณะ, 2558) ซึ่งโรคสมองเสื่อมจะพบในผู้สูงอายุ แต่ที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาถึงการตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมในประชาชนทั่วไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นการคัดกรองปัจจัยเสี่ยง เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลและการจัดทำโครงการและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะสมองเสื่อม ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมของประชาชนทั่วไปในเขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefits)

1. เป็นแนวทางในการวางแผนการให้ความรู้หรือจัดทำโครงการเพื่อป้องกันโรคสมองเสื่อมให้กับประชาชน

เป็นแนวทางให้ประชาชน และบุคลากรด้านสุขภาพและประชาชนตื่นตัวและเห็นความสำคัญของการป้องกันโรคสมองเสื่อม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research Design) เพื่อศึกษาได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อายุน้อย

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนทั่วไปในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนทั่วไปในเขตกรุงเทพมหานคร คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบ (Power Analysis) ประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการหาค่าความสัมพันธ์ของ โคเฮน (Cohen, 1987 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550) โดยกำหนดค่า Power เท่ากับ .80 และกำหนดค่า Effect Size จากการคำนวณได้ค่าเท่ากับ .25 ได้ค่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 126 คน โดยวิธีแบบสะดวก (Convenient sampling) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร
2. มีอายุตั้งแต่ 35 ขึ้นไป
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
4. ยินดีให้ข้อมูลในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลของประชาชนทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการออกกำลังกาย
2. แบบสอบถามพฤติกรรมการสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ
3. แบบสอบถามความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรมการรับรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการสุขภาพ และแบบสอบถามความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน มีค่าเท่ากับ .87 และ .80 ตามลำดับ
2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) มีค่าเท่ากับ .83 และ .85 ตามลำดับ ซึ่งค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ยอมรับได้โดยมีค่าตั้งแต่ .80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2550)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างงานวิจัยพร้อมเครื่องมือวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยปทุมธานี และเมื่อได้รับการพิจารณาตรวจสอบเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความเคารพในความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงใดบ้างที่จะได้รับการวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลต่างๆที่ได้ในการวิจัย จะมีเฉพาะผู้วิจัยทราบ และข้อมูลที่ได้ในการวิจัยทุกอย่างจะใช้ประโยชน์ทางวิชาการและเสนอในภาพรวมเท่านั้น ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัย หรือถอนตัวจากการวิจัยในภายหลัง ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตาม ผลจากการปฏิเสธจะไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจ แล้วให้เซ็นยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิเก็บไว้เป็นหลักฐาน

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง และมีผู้ช่วยวิจัย 3 คนโดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยที่ผ่านการพิจารณาแล้วต่อคณะกรรมการการวิจัย มหาวิทยาลัยปทุมธานี
2. ผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดการดำเนินการวิจัย

3. ผู้วิจัย จะให้กลุ่มตัวอย่างเห็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทันที ซึ่งการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างจะทำจนกว่าจะได้รับข้อมูลครบตรงตามจำนวนข้อคำถามโดยไม่จำกัดเวลาในการตอบแบบสอบถาม

4. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลหลังได้รับแบบสอบถามแล้ว ถ้าพบว่าคำตอบใดไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบเพิ่มเติมจนครบสมบูรณ์ ถูกต้อง ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง และนำไปวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์สถิติ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ค่าคะแนน พฤติกรรมสุขภาพ และความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม โดยคำนวณหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ กับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) และทดสอบระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

พบว่า กลุ่มตัวอย่าง อายุระหว่าง 35 – 45 ปี คิดเป็น ร้อยละ 65.87 เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.38 สถานภาพโสด ร้อยละ 63.49 ส่วนใหญ่มีอาชีพพนักงานบริษัทเอกชน ร้อยละ 31.75 รองพนักงานของรัฐ ร้อยละ 19.84 รายได้มากกว่า 20,001 บาท ร้อยละ 47.62 ส่วนใหญ่จบระดับปริญญาตรี ร้อยละ 46.23 รองลงมาระดับปริญญาโท ร้อยละ 17.46 ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ ร้อยละ 60.32 โดยสูบบุหรี่ 5 - 10 มวน/วัน ร้อยละ 39.47 ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 72.22 และส่วนใหญ่มีการออกกำลังกาย ร้อยละ 67.90 โดยออกกำลังกายเป็นบางครั้ง (1 – 2 ครั้ง/สัปดาห์) ร้อยละ 67.90)

1. พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 25.70, SD = .75)

3. ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม โดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 40.84, SD = .44)

4. พฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลางกับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมที่ระดับ .05 ($r = .450$)

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษา ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมของประชาชนทั่วไปในเขตกรุงเทพมหานคร

จากผลการวิจัย พบว่า ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม โดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 40.84, SD = .44) สอดคล้องกับการวิจัยของ สุภา เกตุสถิตย์ (2554) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้ภาวะสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ซึ่งแตกต่างจากการวิจัยของ อุมพร แซ่กอ และชนกพร จิตปัญญา (2552) และ พรสวรรค์ คำทิพย์ และชนกพร จิตปัญญา (2557) พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความตระหนักรู้อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาในแต่ละด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักรู้ความรุนแรงของโรค ความตระหนักรู้ประโยชน์ของการป้องกัน ความตระหนักรู้อุปสรรคการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการวิจัยของ สุทัตสา ทิจะยัง (2557) ยกเว้นด้านความตระหนักรู้โอกาสเสี่ยง อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสามารถอธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ โรสตัดอก (Rosenstock, 1974) กล่าวว่า หากบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะส่งผลให้มีการแสดงพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค และนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีได้

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม

จากผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมที่ระดับ .05 (r

= .450) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .23$ และ $r = .14$) (พรสวรรค์ คำทิพย์ และชนกพร จิตปัญญา, 2557; สุทัตสา ทิจะยัง, 2557) และผลการวิจัยของสุภา เกตุสถิตย์ (2554) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่า หากประชาชนมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม ก็จะส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่จะป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อมได้

ข้อเสนอแนะ

1. เป็นแนวทางให้สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ วิทยาลัยการบริการวิชาการและการจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมความตระหนักรู้แก่ประชาชนในการป้องกันโรคสมองเสื่อม เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี

2. ด้านการวิจัย ควรพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความตระหนักรู้แก่ประชาชนในการป้องกันโรคสมองเสื่อม

3. ศึกษาปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องเพื่อทำนายความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม

บรรณานุกรม

- นงลักษณ์ คำบัวตอง. (2553). *วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการ ที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. (การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).*
- บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร. (2550). *ระเบียบการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- พรสวรรค์ คำทิพย์ และ ชนกพร จิตปัญญา. (2557). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ และความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลตำรวจ. 6(2), 45 -55.*
- วิชัย เอกพลากร และคณะ.(บรรณาธิการ). (2553). *สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขรายงานการสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. นนทบุรี: บริษัทเดอะกราฟิโกซิสเต็มส์ จำกัด.*
- สิรินทร ฉันทศิริกาญจน และคณะ. (2558). *สมรรถนะสมองของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุไทย : ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม. วารสารพิษวิทยาไทย. 30(1). 41 – 59.*
- สุทัสสา ทิจะยัง. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน).*
- สุภา เกตุสถิตย์. (2554). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี).*
- สมจินต์โณวัฒน์ชะย, และสมฤดี เนียมหอม. (2552). *การศึกษาสภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชนจังหวัดนนทบุรี. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.*
- อุมภาพร แช่กอ และชนกพร จิตปัญญา. (2552). *การศึกษาความตระหนักรู้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 6 (2), 13 -23.*
- Alzheimer's Association. (2010). *Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer's Association Report.*
- Rosenstock, I.M. (1974) . *Historical Origin of Health Believe Model. Health Education Monographs : McGraw-Hill Book Company.*