

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรม การป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ตำบลแม่นาเรื่อ อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา

THE EFFECTIVENESS OF THE DEMENTIA PREVENTION BEHAVIOR IMPROVEMENT AMONG OLDER ADULTS IN MAE NA RUEA SUB-DISTRICT, MUEANG PHAYAO DISTRICT, PHAYAO PROVINCE

ธนัชพา ใจบุญ, จุฑาทิพย์ ประเสริฐสุข, ชาลิส่า กุลีน้อย, ญาณพัฒน์ กองดี,
ณัฐชา คำตัน, ธนพร โกฏแก้ว, นาราภทธร ทองเอี่ยม, มณูเชษฐ ะโนธรรม*

Tanatchapha Jaiboon, Jutatip Prasertsuk, Chalisa Guleenoy, Yanaphat Kongdee,
Natcha Kumtan, Thanaporn Kotkaeo, Naraphat Thong-lam, Manuchet Manotham*

สาขาวิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

Department of Community Health, School of Public Health, University of Phayao

*Corresponding author E-mail: manuchet.ma@up.ac.th

Received: 10 Sep., 2025 Revised: 18 Nov., 2025 Accepted: 12 Dec., 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุตำบลแม่นาเรื่อ อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุจำนวน 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 28 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568 รวมทั้งสิ้น 2 เดือน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ และ 2) แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ทักษะคิดในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน คือ Paired t-test และ Independent t-test ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพ หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรสนับสนุนประยุกต์ใช้โปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; ภาวะสมองเสื่อม; โปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม

Abstract

This quasi-experimental study with a two-group pretest-posttest design aimed to examine the effectiveness of a behavioral development program for dementia prevention among older adults in Mae Na Ruea Sub-district, Mueang District, Phayao Province. The sample consisted of 56 older adults, divided into an experimental group and a control group, with 28

participants in each. Data were collected over a two-month period from June to July 2025. The research instruments included (1) an eight-week behavioral development program for dementia prevention and (2) a questionnaire comprising sections on personal information, knowledge, attitudes, and preventive behaviors toward dementia. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including paired t-test and independent t-test. The study found that, after the intervention, the experimental group demonstrated significantly higher mean scores in knowledge, attitudes, and dementia-prevention behaviors compared to both their pre-intervention scores and the control group ($p < 0.05$). These findings indicate that the program was effective. Public health agencies should consider supporting the adoption and application of this program to promote behavior change and concretely reduce the risk of dementia among older adults.

Keywords: Older adults; Dementia; Dementia prevention program

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่ส่งผลกระทบต่อความจำ กระบวนการคิด เหตุผล การตัดสินใจ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งมักเกิดขึ้นในผู้สูงอายุและมีแนวโน้มอาการแย่ลงตามกาลเวลา ภาวะดังกล่าวไม่เพียงเป็นปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว และสังคมโดยรวม (World Health Organization, 2023) ในระดับโลก ปัจจุบันมีผู้ป่วยภาวะ สมองเสื่อม ประมาณ 55-57 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 78 ล้านคนภายในปี ค.ศ. 2030 และมากถึง 139-152 ล้านคนภายในปี ค.ศ. 2050 (World Health Organization, 2021; Nichols et al., 2022) การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนี้สะท้อนให้เห็นว่า ภาวะสมองเสื่อมได้กลายเป็นวิกฤตสุขภาพระดับโลก โดยเฉพาะในประเทศรายได้ปานกลางและประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งคาดว่าจะมีผู้ป่วยสูงถึงร้อยละ 71 ของจำนวนทั้งหมดภายในปี ค.ศ. 2050 (Alzheimer's Disease International, 2023) ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดภาวะ สมองเสื่อม ได้แก่ อายุที่มากขึ้น ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะซึมเศร้า การขาดการออกกำลังกาย และการแยกตัวทางสังคม ซึ่งหากไม่ได้รับการป้องกันอย่างเหมาะสม ย่อมส่งผลให้เกิดความเสื่อมของสมอง

เร็วขึ้นและเพิ่มภาระทางสังคมและเศรษฐกิจในวงกว้าง (Livingston et al., 2020)

สำหรับประเทศไทย ปัจจุบันมีประชากร ผู้สูงอายุ คิดเป็นประมาณร้อยละ 19-20 ของประชากรทั้งหมด หรือราว 12-13 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28 ภายในปี พ.ศ. 2574 ซึ่งจะทำให้ประเทศไทย เข้าสู่ “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (Super-aged society) อย่างสมบูรณ์ (กองอนามัยผู้สูงอายุ, 2566) ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุไทยมีอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมประมาณ ร้อยละ 3.3 คิดเป็นจำนวนผู้ป่วยราว 400,000-450,000 คน ในปัจจุบัน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นกว่า 1.1 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2573 และกว่า 2 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2593 (Siriraj Medical Journal, 2565) สะท้อนให้เห็นถึงภาระสุขภาพที่เพิ่มขึ้นตามสัดส่วนของผู้สูงอายุในสังคมไทย จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2560 พบว่า ประมาณ ร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุมีปัญหาด้านระบบประสาทและความจำ ซึ่งอยู่ในช่วงของความเสื่อมก่อนเกิด ภาวะสมองเสื่อมอย่างชัดเจน หากไม่ได้รับการดูแล หรือส่งเสริมสุขภาพสมองอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ การเกิดโรคสมองเสื่อมในอนาคต ซึ่งจะเพิ่มภาระ ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาและกระทบต่อคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างมาก การดูแล สมองสามารถทำได้ผ่านกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

เช่น การรับประทานอาหารที่มีโภชนาการเหมาะสม การออกกำลังกาย การฝึกสมาธิ และการควบคุมอารมณ์ ซึ่งมีส่วนช่วยชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของสมอง (กัญญา จันทร์พล และสศุติ ภูทองไสย, 2567)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับความสนใจ เนื่องจากโรคนี้ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลแม่ณาเรือ อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นกรอบแนวคิดในการออกแบบกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม ซึ่งอธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพผ่านการรับรู้ของบุคคลใน 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived susceptibility) ผู้สูงอายุจะเริ่มตระหนักและปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค เช่น การออกกำลังกายสมอง เมื่อรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม 2) การรับรู้ความรุนแรง (Perceived severity) เมื่อผู้สูงอายุเข้าใจถึงผลกระทบที่รุนแรงของภาวะสมองเสื่อม เช่น การสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง จะเกิดแรงจูงใจในการป้องกันมากขึ้น 3) การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefits) ผู้สูงอายุจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเห็นว่าการกระทำดังกล่าวให้ผลดี เช่น การออกกำลังกายช่วยให้ความจำดีขึ้น 4) การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) ผู้สูงอายุที่สามารถจัดการกับอุปสรรค เช่น ขาดเวลา หรือไม่มั่นใจในตนเองจะมีแนวโน้มดำเนินพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง 5) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ผู้สูงอายุเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้สำเร็จโดยมี 6) สิ่งกระตุ้น (Cues to action) บังคับหรือแรงผลักดันที่กระตุ้นให้เกิดการลงมือทำพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การได้ยินบุคลากรสาธารณสุข

หรือชมรมผู้สูงอายุ เชิญเข้าร่วมกิจกรรม (Rosenstock, 1974)

ดังนั้นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพจึงมีความเหมาะสมอย่างยิ่งในการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ เพราะสามารถอธิบายพฤติกรรมเชิงป้องกันได้อย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทั้งด้านการรับรู้ แรงจูงใจ และปัจจัยสนับสนุน อีกทั้งยังสามารถใช้เป็นกรอบในการออกแบบกิจกรรมและประเมินผลก่อนหลังการดำเนินโปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ตำบลแม่ณาเรือ อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยรูปแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยระยะเวลาการดำเนินโปรแกรมใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลแม่ณาเรือ อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา ปี พ.ศ. 2567 จำนวน 9,016 คน (องค์การบริหารส่วนตำบลแม่ณาเรือ, 2567)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ค่าอำนาจทดสอบ (Power of test) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power Version 3.1.9.7 (Kang, H., 2021) โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.32 ค่าความคลาดเคลื่อน (α) ที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจในการทดสอบเท่ากับ 0.8 test family คือ t test และ statistical test ที่ใช้ในการแทนค่าสูตร คือ t-test: Means difference between two independent means ผลการวิเคราะห์พบว่า การวิจัยครั้งนี้ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมจำนวน 56 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง (Experimental group) จำนวน 28 คน และกลุ่มควบคุม (Control group) จำนวน 28 คน ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มตัวอย่างแบบแยกกลุ่มไม่ส่งถึงกัน (Non-contaminated grouping) โดยสุ่มกลุ่มทดลองจากชุมชน A และกลุ่มควบคุมจากชุมชน B ซึ่งทั้งสองชุมชนอยู่ห่างกันและไม่มีการติดต่อหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่ม

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และมีภูมิลำเนาหรืออาศัยอยู่ในตำบลแม่มาเร็ว อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา
2. ให้ความยินยอมโดยสมัครใจ เข้าร่วมการวิจัย โดยลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม (Informed Consent Form)
3. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น ภาวะสมองเสื่อม โรคทางจิตเวช
2. เข้าร่วมกิจกรรมไม่ได้ตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ เป็นข้อคำถามลักษณะปลายเปิดและปลายปิด ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว รายได้ ศาสนา/ความเชื่อ ประวัติการรับประทานยาเป็นประจำ การมองเห็น การได้ยิน การพลัดตกหกล้ม และสิทธิการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (สาคร บุญสูงเนิน, และศินาท แขนอก, 2554) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่/ตอบใช่ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ 0 คะแนน โดยมีคะแนนเต็ม 15 คะแนน กำหนดเกณฑ์ในการแปลผลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (≤ 9 คะแนน) ระดับปานกลาง (10-11 คะแนน) และระดับสูง (≥ 12 คะแนน) (Bloom, 1971)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามทัศนคติในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (สาคร บุญสูงเนิน, และศินาท แขนอก, 2554) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด 5 คะแนน เห็นด้วยมาก 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อยที่สุด 1 คะแนน โดยมีคะแนนเต็ม 75 คะแนน กำหนดเกณฑ์ในการแปลผลความหมายของคะแนนเป็นคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-25.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 26.00-50.00) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 51.00-75.00) (Best, 1997)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันภาวะสมอง

เสื่อมในผู้สูงอายุ (สาคร บุญสูงเนิน, และศินาท แชนอก, 2554) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง 4 คะแนน บ่อยครั้ง 3 คะแนน บางครั้ง 2 คะแนน นาน ๆ ครั้ง 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติ 0 คะแนน โดยมีคะแนนเต็ม 60 คะแนน กำหนดเกณฑ์ในการแปลผลความหมายของคะแนนเป็นคะแนนเฉลี่ยคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-20.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 21.00-40.00) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 41.00-60.00) (Best, 1997)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสม และความชัดเจนของภาษา จากผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วยอาจารย์ในสาขาวิชาอนามัยชุมชน ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยและการพัฒนาแบบสอบถาม จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุ ประสงค์ (Item-Objective Congruence index: IOC) มีค่าเฉลี่ยทุกด้านเท่ากับ 0.98 จึงนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยแบบสอบถามความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรคูเตอร์ริชาร์ดสัน Kuder-Richardson 20 (KR-20) (Kuder & Richardson, 1937) มีค่าเท่ากับ 0.72 ส่วนแบบสอบถามทัศนคติและพฤติกรรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม หาค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach, 1970) มีค่าเท่ากับ 0.74 และ 0.80 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมกำบังภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย สิทธิในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยและสิทธิในการตอบรับ

หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจและลงลายมือชื่อเข้าร่วมโครงการอย่างอิสระ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกปกปิดเป็นความลับ ไม่เชื่อมโยงถึงผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้นและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

1) กลุ่มทดลอง (Experimental group)

ดำเนินการวิจัยกับกลุ่มทดลองตามโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมกำบังภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุจำนวน 8 สัปดาห์ ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568 ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การประเมินก่อน

การทดลอง (Pre-test & Awareness Phase) เพื่อสร้างความเข้าใจพื้นฐานและกระตุ้นการรับรู้ในระดับ “ตระหนักรู้” ว่าตนเองมีความเสี่ยงและควรเริ่มเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

- แนะนำโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ และแนวทางการเข้าร่วมโปรแกรมแก่ผู้สูงอายุ
- อธิบายเรื่อง “ภาวะสมองเสื่อมคืออะไร” และผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ
- ประเมินความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมกำบังภาวะสมองเสื่อมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

- ประเมินความตระหนักรู้เกี่ยวกับอันตราย การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม (Perceived severity & Perceived susceptibility)

- ให้ผู้สูงอายุสะท้อนความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุและพฤติกรรมที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อโรค

สัปดาห์ที่ 2 การส่งเสริมการรับรู้

ความรุนแรงของโรคและปัจจัยเสี่ยง (Perceived severity & Perceived susceptibility) เพื่อสร้างความเข้าใจในความรุนแรงของโรคและกระตุ้นแรงจูงใจในการเริ่มต้นปรับพฤติกรรม ดังนี้

- บรรยายให้ความรู้เรื่อง “ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยเสี่ยง”
- แนะนำแนวทางการลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การควบคุมความดันโลหิต การเลิกสูบบุหรี่ และการลดการดื่มแอลกอฮอล์
- ชมวิดีโอที่เกี่ยวกับชีวิตผู้ป่วยสมองเสื่อมเพื่อกระตุ้นการรับรู้ผลกระทบทางอารมณ์
- จัดกิจกรรมกลุ่มย่อยให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความจำเสื่อมในชีวิตประจำวัน

สัปดาห์ที่ 3 การส่งเสริมการรับรู้

ประโยชน์ของการปฏิบัติ (Perceived Benefits) เพื่อให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเกิดความเชื่อมั่นว่า “สามารถป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้จริง” ดังนี้

- อภิปรายเรื่อง “ประโยชน์ของการดูแลสมองในชีวิตประจำวัน”
- แนะนำกิจกรรมง่าย ๆ เช่น การฝึกสมาธิ 5 นาที การอ่านหนังสือ การจำคำศัพท์ หรือฝึกคิดเลข เพื่อกระตุ้นสมอง
- ให้ผู้สูงอายุเขียนหรือเล่าประสบการณ์ “สิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นหลังดูแลสุขภาพ”
- ใช้การเสริมแรงเชิงบวก (Positive reinforcement) เพื่อสร้างแรงจูงใจในกลุ่ม

สัปดาห์ที่ 4 การพัฒนาการรับรู้

ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุในการดูแลตนเองและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

- จัดกิจกรรมฝึกปฏิบัติ “ออกกำลังกายเพื่อสมองและร่างกาย” เช่น การบริหารร่างกายเบา ๆ แบบ Brain Gym หรือโยคะสำหรับผู้สูงอายุ
- สาธิตการบริโภคอาหารส่งเสริมสมอง เช่น ปลาทะเล ถั่ว ธัญพืช ผักผลไม้
- ให้ผู้สูงอายุฝึกวางแผน “การดูแลสุขภาพประจำวันของตนเอง”
- ใช้เทคนิคกลุ่มสนับสนุน (Support group) เพื่อเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 5 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

และการจัดการตนเอง (Cues to action) เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจต่อเนื่องและสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเองได้ ดังนี้

- จัดเวทีแลกเปลี่ยน “เคล็ดลับดูแลสมองไม่ให้เสื่อม”
- ให้ผู้สูงอายุแบ่งปันปัญหาและอุปสรรคในการเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมช่วยกันเสนอแนวทางแก้ไข
- ใช้สื่ออินโฟกราฟิกและภาพจำง่ายเกี่ยวกับ “อาหาร-การออกกำลังกาย-การพักผ่อน-การจัดการความเครียด”

- สรุปองค์ความรู้ทั้งหมดในช่วงครึ่งแรกของโปรแกรม

สัปดาห์ที่ 6 การประเมินระหว่าง

โปรแกรม (Mid-program evaluation) เพื่อติดตามความก้าวหน้าและประเมินผลระหว่างทาง รวมถึงเสริมพลังใจให้ผู้สูงอายุดำเนินต่อในช่วงท้ายของโปรแกรม ดังนี้

- ประเมินซ้ำพฤติกรรมสุขภาพและระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม
- ใช้แบบประเมิน Dementia Risk Scorecard เพื่อประเมินความเสี่ยงรายบุคคล
- ให้ข้อเสนอแนะรายบุคคลแก่ผู้สูงอายุเกี่ยวกับแนวทางปรับพฤติกรรมเพิ่มเติม
- เสริมกิจกรรมฝึกความจำและการคิดเชิงวิเคราะห์ เช่น เกมคำศัพท์ เกมจับคู่ หรือกิจกรรม “เล่าเรื่องจากภาพ”

สัปดาห์ที่ 7 การอภิปรายกลุ่มและ

ทบทวนการจัดการตนเอง (Reinforcement & Reflection) เพื่อทบทวนความรู้ สร้างแรงจูงใจภายใน และเสริมพลังชุมชนในการดูแลสุขภาพสมอง ดังนี้

- จัดกิจกรรมกลุ่มอภิปราย “การดูแลสมองในชีวิตจริง”

- ให้ ผู้สูงอายุ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การเลิกบุหรี่ การออกกำลังกาย การปรับอารมณ์
- ใช้วิธี “เพื่อนช่วยเพื่อน (Peer support)” เพื่อสร้างแรงสนับสนุนระหว่างผู้สูงอายุในชุมชน
- สรุปความรู้และแนวทางการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน

สัปดาห์ที่ 8 การประเมินหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (Post-test & Reflection) เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ของโปรแกรม เปรียบเทียบก่อน-หลังการเข้าร่วม และสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง ดังนี้

- ประเมินผลหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยแบบสอบถามความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม
- ประเมินความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม (Dementia Risk Scorecard) ซ้ำหลังจบโปรแกรม
- สรุปผลการเรียนรู้ และให้ข้อเสนอแนะรายบุคคล
- มอบคู่มือ “ดูแลสมองไม่ให้เสื่อม” เพื่อเป็นแนวทางต่อยอดในชีวิตประจำวัน

2) กลุ่มควบคุม (Control group)

ดำเนินการวิจัยกับกลุ่มควบคุม จำนวน 2 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ทำแบบสอบถาม

สัปดาห์ที่ 8 ทำแบบสอบถาม

กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ (Standard care) ซึ่งเป็นการบริการทั่วไปที่ผู้สูงอายุในชุมชนได้รับอยู่แล้วจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือหน่วยบริการสุขภาพประจำ เช่น การให้บริการตรวจสุขภาพประจำปี การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ หรือกิจกรรมชุมชนประจำเดือน เป็นต้น แต่ไม่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมใด ๆ จากผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ประกอบด้วย Paired t-test และ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา เลขที่โครงการวิจัย HREC-UP-HSST 1.2/090/68 วันที่รับรอง 3 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 สิ้นสุดวันที่ 3 พฤษภาคม พ.ศ. 2569 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยแนะนำตนเองชี้แจงและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย สิทธิในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจและลงลายมือชื่อเข้าร่วมโครงการอย่างอิสระ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกปกปิดเป็นความลับ ไม่เชื่อมโยงถึงผู้ให้ข้อมูลและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 70 ปี (S.D.=7.60) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.71 อยู่ในช่วงอายุ 60-70 ปี ร้อยละ 53.57 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ (18.50-22.99 กิโลกรัม/เมตร²) ร้อยละ 46.43 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 57.14 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 35.71 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 46.43 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 64.29 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 53.57 รายได้พอเพียง ร้อยละ 60.71 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.86 รับประทานยาเป็นประจำ

ร้อยละ 60.71 มีการมองเห็นชัด ร้อยละ 53.57 การได้ยินชัด 85.71 ไม่เคยพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 82.14 และมีสิทธิการรักษาพยาบาลคือ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 85.72

กลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 70 ปี (S.D.=7.59) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.86 อยู่ในช่วงอายุ 60-70 ปี ร้อยละ 57.14 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ (18.50-22.99 กิโลกรัม/เมตร²) ร้อยละ 60.72 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 67.86 มีการศึกษาระดับ

ประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 39.29 ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 53.57 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 60.71 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 53.57 รายได้พอเพียง ร้อยละ 71.43 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 รับประทานยาเป็นประจำ ร้อยละ 60.71 มีการมองเห็นชัด ร้อยละ 75.00 การได้ยินชัด 96.43 ไม่เคยพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 71.43 และมีสิทธิการรักษาพยาบาลคือ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 85.72 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 56 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 28 คน)		กลุ่มควบคุม (n = 28 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	4	14.29	9	32.14
หญิง	24	85.71	19	67.86
อายุ (ปี)				
60-70	15	53.57	16	57.14
71-80	11	39.29	8	28.57
> 80	2	7.14	4	14.29
อายุเฉลี่ย (S.D.)	70.22 (S.D.=7.60)		70.68 (S.D.=7.59)	
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร²)				
ผอม (<18.50)	0	0.00	3	10.71
ปกติ (18.50-22.99)	13	46.43	17	60.72
น้ำหนักเกิน (23.00-24.99)	8	28.57	4	14.29
อ้วน (25.00-29.99)	6	21.43	3	10.71
อ้วนมาก (≥30.00)	1	3.57	1	3.57
สถานภาพสมรส				
โสด	6	21.43	4	14.28
สมรส	16	57.14	19	67.86
หย่า/แยกกันอยู่/หม้าย	6	21.43	5	17.86
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้ศึกษา	4	14.29	0	0.00
ประถมศึกษาตอนต้น	10	35.71	9	32.14
ประถมศึกษาตอนปลาย	8	28.57	11	39.29
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	21.43	2	7.14

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 28 คน)		กลุ่มควบคุม (n = 28 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มัธยมศึกษาตอนปลาย	0	0.00	5	17.86
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	0	0.00	1	3.57
อาชีพ				
ไม่มีอาชีพ	10	35.71	15	53.57
เกษตรกรกรรม	13	46.43	5	17.86
รับจ้างทั่วไป	4	14.29	3	10.71
ค้าขาย	0	0.00	3	10.71
ธุรกิจส่วนตัว	0	0.00	1	3.57
ข้าราชการ	1	3.57	1	3.57
โรคประจำตัว				
ไม่มี	10	35.71	11	39.29
มี	18	64.29	17	60.71
โรคความดันโลหิตสูง	15	53.57	15	53.57
โรคเบาหวาน	7	25.00	6	21.43
โรคไขมันในเลือดสูง	12	42.86	5	17.86
โรคไตเรื้อรัง	0	0.00	1	3.57
โรคหัวใจ	0	0.00	1	3.57
โรคเกาต์	1	3.57	0	0.00
โรคจากการทำงาน	3	10.71	1	3.57
โรคอื่น ๆ	1	3.57	3	10.71
รายได้				
ไม่พอเพียง	7	25.00	6	21.43
พอเพียง	17	60.71	20	71.43
เหลือเก็บ	1	3.57	2	7.14
ไม่มีรายได้	3	10.71	0	0.00
ศาสนา/ความเชื่อ				
ศาสนาพุทธ	26	92.86	28	100.00
นับถือบรรพบุรุษ	2	7.14	0	0.00
ประวัติการรับประทานยาเป็นประจำ				
ไม่มี	11	39.29	11	39.29
มี	17	60.71	17	60.71
ยาแผนปัจจุบัน	14	50.00	20	71.43
ยาสมุนไพร/แผนโบราณ	0	0.00	2	7.14
ยาชุด	3	10.71	0	0.00
ยาอื่น ๆ	2	7.14	2	7.14

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 28 คน)		กลุ่มควบคุม (n = 28 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การมองเห็น				
มองเห็นชัด	15	53.57	21	75.00
มองเห็นไม่ชัด	13	46.43	7	25.00
การได้ยิน				
ได้ยินชัด	24	85.71	27	96.43
ได้ยินไม่ชัด	4	14.29	1	3.57
การพลัดตกหกล้ม				
ไม่เคย	23	82.14	20	71.43
เคย	5	17.86	8	28.57
สิทธิการรักษาพยาบาล				
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	24	85.72	24	85.72
ประกันสังคม	3	10.71	3	10.71
ข้าราชการ	1	3.57	1	3.57

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 8.86 (S.D.=1.43) ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะ 58.40 (S.D.=5.92) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม 39.79 (S.D.=8.36) ส่วนหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 12.21 (S.D.=1.47) ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะ 66.71 (S.D.=2.46) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม 46.93 (S.D.=5.74) โดยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนแต่ละด้านไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 56 คน)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	df	p-value
	โปรแกรม		โปรแกรม				
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.			
ความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ							
กลุ่มทดลอง	8.86	1.43	12.21	1.47	10.999	27	<0.001*
กลุ่มควบคุม	7.93	2.29	8.68	4.73	1.000	27	0.323
ทักษะในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ							
กลุ่มทดลอง	58.40	5.92	66.71	2.46	6.706	27	<0.001*
กลุ่มควบคุม	52.71	5.95	53.07	5.86	3.382	27	0.002

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		t	df	p-value
	โปรแกรม		โปรแกรม				
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.			
พฤติกรรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ							
กลุ่มทดลอง	39.79	8.36	46.93	5.74	5.989	27	<0.001*
กลุ่มควบคุม	33.79	7.91	34.00	7.90	2.714	27	0.011

*p-value < 0.05

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะและพฤติกรรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 56 คน)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.			
ความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	8.86	1.43	7.93	2.29	1.818	54	0.760
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	12.21	1.47	8.68	2.19	3.813	54	0.001*
ทัศนคติในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	58.39	5.92	52.71	5.95	3.580	54	0.001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	66.71	2.46	53.07	5.86	11.354	54	<0.001*
พฤติกรรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	39.79	8.36	33.79	7.91	2.759	54	0.008*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	46.93	5.74	34.00	7.90	7.004	54	<0.001*

*p-value < 0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุตำบลแม่ณาเรือ อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่เป็นเช่นนี้เพราะผลลัพธ์ด้านความรู้ที่เพิ่มขึ้นนี้

อาจเป็นเพราะกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2-5 ที่เน้นการให้ความรู้ผ่านสื่อที่หลากหลาย ซึ่งไปกระตุ้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ รุ่งนภา ป้องเกียรติชัย และคณะ (2567) ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ต่ำบลมหาสวัสดิ์ อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐมพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

ทัศนคติในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลง แสดงให้เห็นว่าการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการภาวะสมองเสื่อมช่วยให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติที่ดีขึ้นต่อการดูแลสุขภาพและการป้องกันภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น เช่น การตระหนักถึงความสำคัญของการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การฝึกสมอง และการพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับงานวิจัยของณิชาภัทร มณีพันธ์ และคณะ (2565) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาชุดกิจกรรมภูมิปัญญาปราชญ์ชาวบ้านต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนพบว่า การใช้ชุดกิจกรรมพัฒนาสมองแบบผสมผสาน ภูมิปัญญาชาวบ้านในผู้สูงอายุสามารถสร้างความตระหนักในการป้องกันปัญหา กระตุ้นสมองในรูปแบบต่าง ๆ ช่วยป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้

พฤติกรรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการภาวะสมองเสื่อมมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการดูแลสุขภาพสมองมากขึ้น ได้แก่ มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ลดอาหารไขมันสูงและหวานจัด หมั่นฝึกสมองและทำ

กิจกรรมที่ กระตุ้นความจำ พฤติกรรมเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า การให้ความรู้ควบคู่กับการมีส่วนร่วมและการสร้างแรงจูงใจในโปรแกรมมีผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอดคล้องกับงานวิจัยของกัมปนาท สารรวมจิต และคณะ (2562) ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองสำหรับผู้สูงอายุต่อการรู้คิดและพฤติกรรมป้องกันการภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการภาวะสมองเสื่อมมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมป้องกันการภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แสดงว่าผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีระดับความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับใกล้เคียงกันก่อนการดำเนินโปรแกรม ซึ่งสะท้อนว่า ทั้งสองกลุ่มมีความเท่าเทียมกันในด้านความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และวิธีการป้องกันโรคสมองเสื่อม เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย หรือการฝึกสมอง หลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นและแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการภาวะสมองเสื่อมมีประสิทธิภาพในการเพิ่มพูนความรู้ของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองอย่างชัดเจน ในขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้รับโปรแกรมยังคงมีระดับความรู้ใกล้เคียงกับระดับเดิม สอดคล้องกับงานวิจัยของนพมาศ โกศล และคณะ (2568) ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกัน

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ

ทัศนคติในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมพบว่ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และหลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แสดงว่าผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีมุมมองและความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ไม่เหมือนกันตั้งแต่เริ่มต้น ซึ่งอาจเกิดจากประสบการณ์ชีวิตเดิม ความใกล้ชิดกับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในครอบครัว หรือระดับความตระหนักรู้ที่ได้รับจากหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ที่แตกต่างกัน เมื่อหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรม การป้องกันภาวะสมองเสื่อมพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้สูงอายุให้มีแนวโน้มที่ดีขึ้นต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นมากขึ้นว่าการปฏิบัติตนที่เหมาะสม เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่ดีต่อสมอง และการฝึกสมองด้วยกิจกรรมต่าง ๆ สามารถลดความเสี่ยงของโรคได้จริง สอดคล้องกับงานวิจัยของรุ่งนภา ปองเกียรติชัย และคณะ (2567) ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ตำบลมหาสวัสดิ์ อำเภอบางพลี จังหัดนครปฐมพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

พฤติกรรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมพบว่ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และหลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แสดงว่ากลุ่มผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีรูปแบบพฤติกรรมที่แตกต่างกันตั้งแต่เริ่มต้น อาจเกิดจากลักษณะเฉพาะของชุมชน ความพร้อมด้านสุขภาพ การรับข้อมูลข่าวสาร หรือกิจกรรมด้านสุขภาพที่แต่ละกลุ่มเคยได้รับมาก่อน เช่น การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ หรือการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรม การป้องกันภาวะสมองเสื่อมสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทิศทางที่ดีขึ้นได้จริง โดยผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น เช่น ออกกำลังกายเป็นประจำ เลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพสมอง ทำกิจกรรมฝึกสมอง เช่น อ่านหนังสือ เล่นเกมฝึกความจำ เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น ลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับงานวิจัยของนพมาศ โกศล และคณะ (2568) ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมนี้มีประสิทธิผลอย่างชัดเจน โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนด้านความรู้ ทัศนคติ และ

พฤติกรรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม โปรแกรมนี้สามารถกระตุ้นให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความเสี่ยงและเห็นประโยชน์ของการดูแลสมอง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหาร และการฝึกสมอง ซึ่งผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับหลักการของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล สามารถนำโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมไปประยุกต์ใช้เป็นกิจกรรมสุขภาพประจำปีใน “โรงเรียนผู้สูงอายุ” หรือ “ชมรมผู้สูงอายุ” เพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชน สามารถแนะนำแนวทางของโปรแกรมไปปรับใช้ในการจัดกิจกรรมกลุ่มย่อย เช่น การออกกำลังกาย การฝึกความจำ หรือการทำอาหารสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง

3. ครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถใช้ผลการวิจัยเป็นแนวทางในการเฝ้าระวังและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น ลดพฤติกรรมเสี่ยง (การดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่) และเพิ่มพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพสมอง (ฝึกสมาธิ เข้าร่วมกิจกรรมสังคม)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาติดตามผลระยะยาว (Longitudinal study) ควรติดตามผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูงอายุในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี หลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์และหาแนวทางสนับสนุนเพิ่มเติมหากพบว่าพฤติกรรมเชิงบวกเริ่มลดลง

2. การเพิ่มตัวชี้วัดเชิงพฤติกรรมจริง (Objective behavior) งานวิจัยครั้งนี้ใช้การประเมินตนเองเป็นหลัก ดังนั้นควรเพิ่มเติมการวัดผลเชิงพฤติกรรมจริง เช่น การบันทึกกิจกรรมการออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพสมองโดยแพทย์หรือข้อมูลจากครอบครัวเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมคิด จูหว่า คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมชาย จาดศรี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประจวบ แหลมหลัก และอาจารย์เนตรนภาพรพรมมา รวมถึงคณาจารย์และบุคลากรสายสนับสนุนสาขาวิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยาทุกท่าน ขอขอบพระคุณอาสาสมัครผู้สูงอายุตำบลแม่เนาเรือ อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยาทุกท่านที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัย ทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กัมปนาท ส้ารวมจิต, สุนีย์ ละกำปัน, และขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองสำหรับผู้สูงอายุต่อการรู้คิดและพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 35(3), 34-45.
- กัญญา จันทรพล, และสฤติ ภูห่องไสย. (2567). การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ: เขตสุขภาพที่ 7. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 47(1), 54-67.

- กองอนามัยผู้สูงอายุ. (2566). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2566. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- ณิชากัทร มณีพันธ์, ศรีนรัตน์ จันทพิมพ์, และ ณรงค์กร ชัยวงศ์. (2565). การพัฒนาชุดกิจกรรมภูมิปัญญาปราชญ์ชาวบ้านต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 15(3), 85-98.
- นพมาศ โกลล, อลงกรณ์ เปกาตี, และมณีรัตน์ วีระวิวัฒน์. (2568). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ. วารสารควบคุมโรค. 51(2), 280-292.
- รุ่งนภา ป้องเกียรติชัย, วิวิธน์ ปุณณะ, และศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล. (2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ตำบลมหาสวัสดิ์ อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 10(1), 38-48.
- สาคร บุญสูงเนิน, และศินาท แขนอก. (2554). การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม. วารสารศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา.
- องค์การบริหารส่วนตำบลแม่ณาเรือ. (2567). จำนวนประชากรผู้สูงอายุประจำปี พ.ศ. 2567. [สืบค้นเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2567]; แหล่งข้อมูล: https://maenarua.go.th/mnr_v1/
- Alzheimer's Disease International. (2023). World Alzheimer Report 2023: Reducing dementia risk—never too early, never too late. [cited 2025 October 15]; Available from: <https://www.alzint.org>
- Best, J. W. (1997). Research in education. New York: Prentice-Hall. Englewood Cliffs. Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. McGraw-Hill.
- Cronbach, L. J. (1970). Essentials of psychological testing. New York: Harper & Row.
- Kang, H. (2021). Sample size determination and power analysis using the G*Power software. Journal of Educational Evaluation for Health Professions, 18(17). <https://doi.org/10.3352/jeehp.2021.18.17>
- Kuder, G. F., & Richardson, M. W. (1937). The theory of the estimation of test reliability. Psychometrika, 2(3), 151-160. [cited 2024 November 25]; Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02288391>
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., & Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. The Lancet. 396(10248), 413-446.
- Nichols, E., Steinmetz, J. D., Vollset, S. E., Fukutaki, K., Chalek, J., Abd-Allah, F., & Vos, T. (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: An analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The

- Lancet Public Health. 7(2), e105–e125.
- Rosenstock, (1974). Social learning theory and the Health Belief Model [cited 2024 November 17]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3378902/>
- Siriraj Medical Journal. (2565). สถานการณ์โรคสมองเสื่อมในประเทศไทยและแนวทางการดูแลรักษา. สถาบันการแพทย์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- World Health Organization. (2021). Global status report on the public health response to dementia. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2023). Dementia fact sheet. [cited 2025 October 15]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>