

## ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อการรู้คิดและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

นฤมล ศิริมี\*, ศาकुล ช่างไม้\*\*, สุปราณี แดงวงษ์\*\*<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง การทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อการรู้คิดและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 49 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 23 คน ได้รับโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการติดตามผ่านไลน์แอปพลิเคชัน และกลุ่มควบคุมจำนวน 26 คน ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของชมรมผู้สูงอายุ เก็บข้อมูล ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568 เครื่องมือที่ใช้ทดลองคือ โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ร่วมกับการติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และเครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบที่ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรู้คิดและคุณภาพชีวิตหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดที่ใช้ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพสมองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งสามารถนำไปปรับใช้ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์ผู้สูงอายุ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยสามารถบูรณาการกิจกรรมการฝึกสมองเข้ากับการติดตามต่อเนื่องผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เช่น LINE เพื่อเพิ่มความสะดวกและต่อยอดการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุสามารถฝึกฝนได้อย่างต่อเนื่องแม้อยู่ที่บ้าน เป็นการส่งเสริมสมรรถภาพทางสมองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมและยั่งยืน

**คำสำคัญ:** ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย, ผู้สูงอายุ, การรู้คิด, คุณภาพชีวิต, โปรแกรม TEAM-V

\* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

\*\*<sup>1</sup> Corresponding author, email: supraneet2512@gmail.com, Tel. 089-1769561

## Effects of a Cognitive Stimulation Program on Cognition and Quality of Life in Older Adults with Mild Cognitive Impairment

Narumon Sirimee\*, Sakul Changmai\*\*, Supraneer Tangwong\*\*<sup>1</sup>

### Abstract

This quasi-experimental study with a two-group pretest–posttest design was conducted to evaluate the effectiveness of a cognitive stimulation program on cognitive function and quality of life among older adults with mild cognitive impairment. A total of 49 community-dwelling older adults were recruited from an elderly club and were assigned to either an experimental group (n = 23) or a control group (n = 26). In the experimental group, a cognitive stimulation program combined with systematic follow-up through the LINE application was administered, while standardized routine elderly-club services were provided to the control group. Data were collected between February and May 2025. Experiment tools included the Cognitive Stimulation Program for Older Adults with MCI combined with systematic follow-up through the LINE application. Data collection tools were the Thai version of the Mild Cognitive Impairment Assessment, and the World Health Organization Quality of Life–BREF (Thai version). Descriptive statistics and paired and independent-sample t-tests were employed for data analysis, with the significance level set at  $\alpha = 0.05$ . It was found that post-intervention cognitive function and quality of life scores were significantly higher in the experimental group than before the experiment and the control group ( $p < 0.05$ ). Evidence was therefore revealed that a cognitive stimulation program integrated with LINE-based follow-up is effective in enhancing cognitive performance and improving quality of life among older adults with mild cognitive impairment. The program is recommended for implementation in elderly clubs, senior centers, and primary health-care settings, where it can be integrated with continuous remote support to promote long-term cognitive health and overall well-being in the aging population.

**Keywords:** Mild cognitive impairment, Older adults, Cognition, Quality of life, TEAM-V program

---

\* Master's student, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, College of Nursing, Christian University of Thailand

\*\* Assistant Professor, College of Nursing, Christian University of Thailand

\*\*<sup>1</sup> Corresponding author, email: supraneet2512@gmail.com, Tel. 089-1769561

## ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 และมีแนวโน้มจะเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอดในปี พ.ศ. 2574 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566) สถานการณ์เมื่อมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นก่อให้เกิดความกังวลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุที่อาจเกิดการเสื่อมสภาพตามวัยร่วมกับการมีโรคประจำตัวต่างๆ เช่นการพลัดตกหกล้ม กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment: MCI) หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมได้อย่างรวดเร็ว (Cash, 2023; World Health Organization [WHO], 2023) ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยคือการลดลงของความสามารถทางการรู้คิดด้านใดด้านหนึ่ง ที่ยังไม่กระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันอย่างชัดเจน อยู่ระหว่างการรู้คิดตามปกติตามวัยกับภาวะสมองเสื่อม และมีความเสี่ยงสูงในการพัฒนาเป็นภาวะสมองเสื่อมอย่างรวดเร็วหากไม่ได้รับการฟื้นฟูอย่างเหมาะสม (นิสาพร สलगสิงห์ และคณะ, 2565; Langa & Levine, 2014) ทั้งนี้หากการเปลี่ยนแปลงดำเนินเป็นภาวะสมองเสื่อมจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุให้มีปัญหาในด้านความจำบุคคล สถานที่ ปัญหาในการใช้เหตุผลหรือการแก้ไขปัญหา ปัญหาการใช้คำและภาษาในการสื่อสาร (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2563) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทั้งทางร่างกาย จิตใจ เช่น มีความเครียด ซึมเศร้า ภูมิคุ้มกันต่ำ และเกิดภาวะไร้อารมณ์รวมถึงปัญหาค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Brooks et al., 2015; Gupta et al., 2014) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยสามารถป้องกันหรือชะลอการพัฒนาเป็นภาวะสมองเสื่อมได้ หากได้รับการกระตุ้นหรือฟื้นฟูอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในช่วงต้นของภาวะนี้ (Xue et al., 2019) จากการศึกษาของ German AgeCoDe พบว่าร้อยละ 42 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยสามารถกลับมามีการรู้คิดปกติได้ ร้อยละ 15 อาการยังคงเดิม และร้อยละ 22 ดำเนินโรคเป็นภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 21 มีการดำเนินโรคไม่แน่นอน (Kaduszkiewicz et al., 2014) ในช่วงที่ผ่านมาพบว่าการนำโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดมาใช้กับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่ออกแบบมาเพื่อฝึกสมองในหลายด้าน เช่น ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และการรับรู้เชิงมิติสัมพันธ์ ซึ่งมีงานวิจัยที่สนับสนุนว่าโปรแกรมเหล่านี้สามารถเพิ่มคะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยได้อย่างมีนัยสำคัญ และให้ผลลัพธ์ที่ทำให้การรู้คิดของผู้สูงอายุดีขึ้น (Spector et al., 2010; Sangvanich et al., 2023) อีกทั้งยังพบว่าเมื่อผู้สูงอายุมีการรู้คิดที่ดีขึ้นจะส่งผลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย (Hussenoeder et al., 2020; Song et al., 2023) ซึ่งคุณภาพชีวิตเป็นดัชนีสำคัญที่สะท้อนถึงความสำเร็จในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ (Whoqol Group, 1995) อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่ศึกษายังมีข้อจำกัด ส่วนใหญ่ศึกษาในโรงพยาบาลหรือเขตเมือง แต่ไม่ค่อยพบว่ามีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน อีกทั้งยังไม่มีการใช้เทคโนโลยีมาบูรณาการร่วมในโปรแกรมอย่างเป็นระบบ

ผู้วิจัยซึ่งมีบทบาทร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลอนนทยายหอม อำเภอเมืองจังหวัดนครปฐม พบว่าในชมรมยังไม่มีมาตรการรองรับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยอย่างเป็นระบบ และยังไม่เคยมีการนำโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดมาใช้ในชุมชนนี้มาก่อน ผู้วิจัยจึงทำการคัดกรองภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเบื้องต้นในผู้สูงอายุในชมรมจำนวน 24 คน พบว่ามีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยถึงร้อยละ 25 ซึ่งคาดว่าเป็นเพียงส่วนหนึ่งของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในชมรมผู้สูงอายุ สะท้อนว่าอาจมีแนวโน้มเกิด

เพิ่มขึ้นในอนาคตหากไม่ได้รับการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพสมองในผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม ทำให้ผู้วิจัยสนใจดำเนินการศึกษาภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ในกลุ่มผู้สูงอายุ ในพื้นที่ตำบลดอนยายหอมอย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เพื่อนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุและชะลอการเสื่อมของสมองในระยะยาว โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีพหุพลัง (Active aging) กล่าวคือมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดี อาจมีโรคประจำตัว แต่สามารถควบคุมโรคได้ อยู่ในกลุ่มติดสังคม และเป็นผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเท่านั้น จึงเกิดเป็นโปรแกรมที่มีชื่อว่าโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และเพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ และความต่อเนื่องของกิจกรรม ผู้วิจัยจึงใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นเครื่องมือสนับสนุนกิจกรรมในระหว่างการทำกิจกรรมในโปรแกรม เพราะปัจจุบันการบูรณาการเทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น แอปพลิเคชันไลน์เข้ากับโปรแกรมสุขภาพได้รับความนิยมมากขึ้นในทุกเพศทุกวัยรวมถึงผู้สูงอายุด้วย จากผลการสำรวจของสำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (องค์การมหาชน) (Electronic Transactions Development Agency [ETDA], 2017) เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตในปี พ.ศ.2560 พบว่าการใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นที่นิยมในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีการใช้สูงถึงร้อยละ 94.9 และในปี พ.ศ. 2565 พบว่า ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตทางสมาร์ทโฟนถึงร้อยละ 96 ส่วนใหญ่ใช้เพื่อการติดต่อสื่อสาร (ETDA, 2022) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นประจำอย่างน้อย 1-4 ชม.ต่อวัน เพื่อใช้ในการรับข่าวสารที่มีประโยชน์ และคิดว่าทำให้ตัวเองทันสมัยมากขึ้นด้วย (จิรศักดิ์ จันดีและคณะ, 2566) อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่นำเทคโนโลยีมาสนับสนุนโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดอย่างเป็นระบบในระดับชุมชนยังมีจำกัด จากข้อมูลนี้ผู้วิจัยจึงเลือกแอปพลิเคชันไลน์มาบูรณาการร่วมกับการใช้โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดในครั้งนี้เพื่อให้การทำกิจกรรมมีความต่อเนื่องเกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพสมอง ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุเชิงรุกตามแนวคิดพหุพลัง ที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพลังในการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี มีสุขภาพกายจิตใจ และสังคมที่ดี ส่วนในมิติ การรู้คิด เน้นให้ผู้สูงอายุสามารถคงไว้ซึ่งสมรรถภาพสมอง ไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ยังคงมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ได้ และเป็นการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล โดยใช้แพลตฟอร์มที่ผู้สูงอายุไทยคุ้นเคยอยู่แล้ว เช่น แอปพลิเคชันไลน์ ที่เป็นที่นิยมในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นสื่อกลางที่ช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถติดตามและส่งเสริมกิจกรรมได้โดยไม่จำกัดสถานที่ สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพผู้สูงอายุในยุคดิจิทัลของประเทศไทย

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อการรู้คิดและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

1.1 เพื่อเปรียบเทียบการรู้คิดและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดในกลุ่มทดลอง

1.2 เพื่อเปรียบเทียบการรู้คิดและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิด

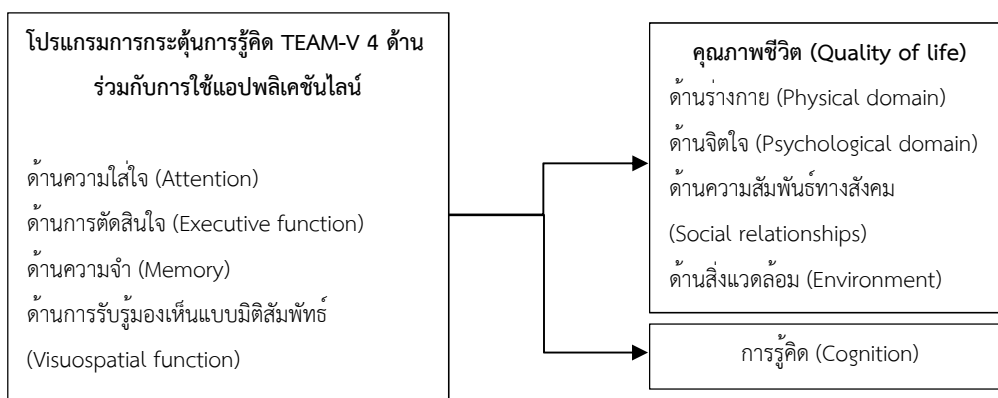
## สมมุติฐานการวิจัย

1. การรู้คิดและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในกลุ่มทดลองหลังเข้าโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดดีกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิด
2. การรู้คิดและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยที่เข้ารับโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการบูรณาการแนวคิดเกี่ยวกับการกระตุ้นการรู้คิดโดยใช้โปรแกรมการฝึกสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย หรือมีชื่อว่า TEAM-V (Training of Executive function, Attention, Memory and Visuo- spatial function) เป็นโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมองของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2563) และนำมาใช้ร่วมกับวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ที่สามารถฟื้นฟูสมองได้ 4 ด้าน คือ ด้านความใส่ใจ (Attention) ด้านการตัดสินใจ (Executive function) ด้านความจำ (Memory) และด้านการรับรู้มองเห็นแบบมิติสัมพันธ์ (Visuospatial function)

โปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดที่นำมาใช้นี้ ดำเนินการในรูปแบบกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง ทุก 2 สัปดาห์ ดำเนินการโดยผู้วิจัย ในกิจกรรมแต่ละครั้งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะเริ่มกิจกรรม ระยะที่ 2 ระยะดำเนินกิจกรรม (Cognitive training) ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่มในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะมอบหมายการบ้านให้ผู้สูงอายุนำกลับไปฝึกต่อในระหว่างที่ไม่ได้มาทำกิจกรรมเป็นกิจกรรมต่อเนื่อง เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมทั้ง 6 ครั้ง ผู้วิจัยประเมินการรู้คิดผู้สูงอายุกลุ่มนี้ด้วย แบบประเมินภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MoCA test) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตตามหลักขององค์การอนามัยโลก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (Physical domain) ด้านจิตใจ (Psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) (สุวัฒน์ มหัตถ์นรินทร์กุล และคณะ, 2540; Whoqol Group, 1995) ทั้งนี้ ระหว่างการทำโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดผู้วิจัยนำแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ในการติดตามและกระตุ้นผู้สูงอายุให้ทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องในโปรแกรมด้วย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design: Two groups pretest-posttest) ลักษณะแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุองค์การบริหารส่วนตำบลดอนยายหอม จำนวน 91 คน และชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลดอนยายหอม จำนวน 80 คน ในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

### กลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุองค์การบริหารส่วนตำบลดอนยายหอม และในชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลดอนยายหอม อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ได้จากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากรายชื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ทำการสุ่มอย่างง่ายโดยใช้วิธีจับฉลากเพื่อกำหนดให้หนึ่งชมรมเป็นกลุ่มทดลอง และอีกชมรมหนึ่งเป็นกลุ่มควบคุม แล้วนำมาทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched pairs) ให้มีลักษณะเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยพิจารณาจาก เพศ อายุ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม G power กำหนดค่าระดับความเชื่อมั่นที่ .05 ( $\alpha = .05$ ) ค่าอำนาจในการทดสอบ (Power analysis) เท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจำนวน 21 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Kirkwood & Sterne., 2003) ได้กลุ่มทดลองจำนวน 26 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 26 คน แต่ขณะดำเนินการวิจัย ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้จนครบจำนวน 3 คน จึงเหลือผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง 23 คน

### เกณฑ์การคัดเข้า-คัดออก

กำหนดเกณฑ์คัดเข้า มีดังนี้ (1) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (2) มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย โดยผ่านการประเมินการรู้คิดบกพร่องด้วยแบบประเมินภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MoCA test) แล้วมีคะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน (Hemrungronj, 2011) ไม่มีภาวะสมองเสื่อมจากการประเมินด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination: MMSE 2002) มีคะแนนมากกว่า 25 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) และไม่มีภาวะซึมเศร้าจากการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q ต้องได้คะแนน 0 คะแนน จากคะแนนเต็ม 2 คะแนน และ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q ต้องได้คะแนนน้อยกว่า 7 คะแนน จากคะแนนเต็ม 27 คะแนน (กรมสุขภาพจิต, 2557) (3) ยินดีเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ (1) มีการเจ็บป่วยด้านร่างกายหรือมีการเจ็บป่วยทางจิตขั้นรุนแรง และ (2) ขอดอนตัวออกจากการเข้าร่วมกิจกรรม หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบ

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ส่วน ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลสร้างโดยผู้วิจัย จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และ โรคประจำตัว

2) แบบประเมินภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MoCA test) แปลโดยโสฬพัทธ์ เหมรัมย์โรจน์ มีจำนวน 11 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน หากได้คะแนน 0-24 คะแนน หมายถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และหากได้คะแนน 25 คะแนนขึ้นไป หมายถึงผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดปกติ มีค่าความไวและความจำเพาะเท่ากับ 80 และ .80 ตามลำดับ (Hemrungronj, 2011)

3) เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย (Physical domain) ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24 2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25 และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 ส่วนข้อ 1 และ ข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้ หากได้คะแนน 26-60 คะแนน หมายถึงมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61-95 คะแนน หมายถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ และคะแนน 96-130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เครื่องมือได้รับการทดสอบแล้วว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.65 ค่าความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84 (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2540)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดสำหรับผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากการประยุกต์ตามแนวคิดจาก โปรแกรม TEAM-V (Training of Executive function, Attention, Memory and Visuo- spatial function) ของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2563) พัฒนาโดย ดาวชมพู นาคะวิโร และคณะ (2560) โดยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.93 (วุฒิไกร กรพิมาย, 2567) ครอบคลุมการทำงานของสมอง 4 ด้าน คือ 1) ด้านความใส่ใจ (Attention) 2) ด้านการตัดสินใจ (Executive function) 3) ด้านความจำ (Memory) และ 4) ด้านการรับรู้มองเห็นแบบมิติสัมพันธ์ (Visuospatial function) จัดขึ้นในรูปแบบกลุ่ม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และนำแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ในการติดตามการทำกิจกรรม มีขั้นตอนดำเนินกิจกรรม 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะเริ่มกิจกรรม เตรียมพร้อมผู้สูงอายุ สร้างสัมพันธ์ภาพ กิจกรรมเคลื่อนไหวเพื่อสร้างความตื่นตัวของร่างกายผู้สูงอายุเช่น ออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เต้นตาราง 9 ช่อง ผีกกล้ามเนื้อมัดเล็ก ใช้เวลา 30 นาที 2) ระยะดำเนินกิจกรรม ใช้เวลา 100 นาที 3) ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม สรุปภาพรวมกิจกรรมสั้นๆ ให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนข้อคิดที่ได้จากการทำกิจกรรม การนำไปใช้ประโยชน์ในชีวิตจริงและการนำไปทำเป็นกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้าน ใช้เวลา 20 นาที

ใช้ระยะเวลาการทดลอง 12 สัปดาห์ จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 180 นาที (3 ชั่วโมง) ห่างกันทุก 2 สัปดาห์ โดยกิจกรรมทั้ง 6 มีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่	กิจกรรม	ความสามารถของสมองที่ส่วนถูกกระตุ้น
1	กิจกรรมฝึกจำหน้าจำชื่อ -กิจกรรม“ฉันคือใคร”ให้ทำความรู้จักกับเพื่อนๆ โดยบอกชื่อ จุดเด่น และงานอดิเรกที่ชอบทำ จุดบันทึกลงในกระดาษและจำให้ได้ จากนั้น เล่นเกมส์กล่องสุ่ม “จำฉันได้ไหม”โดยส่งกล่องที่มีคำถามใส่ไว้ข้างใน ไปรอบๆ เป็นวงกลมประกอบเพลง เพลงหยุดที่ใคร ให้จับคำถามในกล่องและบอกรายละเอียดของเพื่อนที่จับคำถามได้ เป็นการทวนความจำระยะสั้น -ให้ทำอัตชีวประวัติของตนเอง เพื่อกระตุ้นความจำระยะยาว	กระตุ้นด้านความใส่ใจ (Attention) ด้านความจำ (Memory) ระยะสั้น ระยะยาว และด้านการเข้าสังคมและการใช้ภาษา
2	กิจกรรมจุดเริ่มต้นของความจำ และความจำระยะยาว - กิจกรรมอยู่กับปัจจุบัน ให้ฟังเรื่องราวประกอบบทเพลง แยกเสียงต่างๆ ในเรื่องที่ได้ฟัง - กิจกรรมชีวิตของฉัน โดยให้เล่าเรื่องราวที่ประทับใจในชีวิต แลกเปลี่ยนกันในกลุ่ม เพื่อกระตุ้นความจำระยะยาว	กระตุ้นด้านความใส่ใจ (Attention) ด้านความจำ (Memory) ทั้งระยะสั้นและระยะยาว และด้านการเข้าสังคมและการใช้ภาษา
3	กิจกรรม“มิติสัมพันธ์” - ให้ดูภาพจำนวนบล็อกไม้ จากนั้นให้นับและเรียงบล็อกไม้ให้เหมือนภาพตัวอย่าง - ให้จับคู่ และหนึ่งคนดูแผนที่และบอกเส้นทาง ให้อีกคนเขียน ให้ถูกต้อง	กระตุ้นด้านความใส่ใจ (Attention) ด้านความจำ (Memory) ด้านการรับรู้มองเห็นแบบมิติสัมพันธ์ (Visuospatial function) และด้านการเข้าสังคมและการใช้ภาษา
4	กิจกรรม “ความจำภาพและตัวเลข” - ให้จับคู่ หนึ่งคนจำภาพวาดไว้ จากนั้นบอกให้เพื่อนจินตนาการและวาดภาพตามคำบอก - ให้เขียน เลขที่บ้าน วัน/เดือน/ปี เกิด เบอร์โทรศัพท์ญาติลงในกระดาษ หากจำไม่ได้ ให้ดูได้ และฝึกจำโดยเขียนไว้ในฝ่ามือ จากนั้น จินตนาการในสมองถึงเลขที่เขียนในฝ่ามือ	กระตุ้นด้านความใส่ใจ (Attention) ด้านความจำ (Memory) และด้านการตัดสินใจ (Executive function) ด้านการเข้าสังคมและการใช้ภาษา
5	กิจกรรม“ทักษะด้านการจัดการ” - กิจกรรม "จัดของ" วางแผนจัดห้องซื้อของเข้าบ้าน ตามงบประมาณ การจัดวางตามความเหมาะสม จากนั้น ในกลับไปจัดของที่บ้านของตนเอง	กระตุ้นด้านความใส่ใจ (Attention) ด้านความจำ (Memory) ด้านการตัดสินใจ (Executive function) ด้านการเข้าสังคมและการใช้ภาษา
6	กิจกรรม “การบริหารจัดการ” กิจกรรม "ซื้อของ ทำสมุดดำ" โดยให้งบประมาณที่จำกัด ให้คิดคำนวณ ค่าใช้จ่ายในการซื้อวัตถุดิบ และวางแผนร่วมกันกับเพื่อนในกลุ่ม ในการบริหารเงินให้เพียงพอ	กระตุ้นด้านความใส่ใจ (Attention) ด้านความจำ (Memory) ด้านการตัดสินใจ (Executive function)และ ด้านการเข้าสังคมและการใช้ภาษา

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q และ 9Q แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม MMSE แบบประเมินการรู้คิด MoCA test เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานและได้มีการศึกษาในผู้สูงอายุแล้ว จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และไม่ได้นำมาหาค่าความเชื่อมั่น ส่วนแบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL – BREF มีงานวิจัยที่นำไปใช้กับผู้สูงอายุในจังหวัดสระบุรีจำนวน 44 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.895 (พัชราภรณ์ พัฒนะ, 2561) และ โปรแกรม TEAM V ก่อนนำไปใช้ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมฯ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วยแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 1 คน พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 คน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 คน พิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและกิจกรรมที่สอดคล้องกับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงให้เหมาะสมและนำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกันจำนวน 5 ราย ไม่พบปัญหาในการทำกิจกรรม จึงนำไปใช้จริง

### การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน เมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 เอกสารเลขที่ น. 18/2567 ก่อนการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการทำงานวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ ขั้นตอนของกิจกรรมในโปรแกรมการทดลอง และการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะใช้เฉพาะงานวิจัยนี้เท่านั้น ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมวิจัยไว้เป็นหลักฐาน ระหว่างดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้ที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่าง เดือนกุมภาพันธ์ ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2568 หลังได้รับการเห็นชอบและอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลา และการพิทักษ์สิทธิ หลังการลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลองตามโปรแกรมฯ จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง แต่แต่ละครั้งประกอบไปด้วย 3 ระยะเวลาห่างกันทุก 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ และประเมินด้วยแบบประเมิน MoCA Test และ WHOQOL – BREF – THAI เมื่อครบ 12 สัปดาห์

สำหรับกลุ่มควบคุมผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา การพิทักษ์สิทธิและการลงนามเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและทำกิจกรรมเคลื่อนไหวตามเพลง ให้ความรู้เรื่องสมองและภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย จากนั้นให้ได้รับกิจกรรมตามปกติของชมรมผู้สูงอายุและประเมินด้วยแบบประเมิน MoCA Test และ WHOQOL – BREF – THAI เมื่อครบ 12 สัปดาห์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา อธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเนื่องจากข้อมูลคะแนนการรู้คิดและคุณภาพชีวิต ทดสอบด้วยสถิติ Shapiro-Wilk Test พบว่ามีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ จึงเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรตามทั้ง 2 ตัวแปร ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ก่อน และหลังการทดลองด้วยสถิติ Dependent t-test และ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value} \leq 0.05$

### ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.60 มีอายุเฉลี่ย 68.52 ส่วนมากมีสถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 52.20 มีอาชีพแม่บ้านร้อยละ 65.40 การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษา ร้อยละ 87.00 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5521.74 บาท ส่วนใหญ่พักอาศัยกับครอบครัว ร้อยละ 95.70 มีโรคประจำตัว และมียาที่ใช้รับประทานประจำคิดจำนวนเท่ากันคือร้อยละ 60.90

ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 92.30 มีอายุเฉลี่ย 65.34 ส่วนมากมีสถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 53.80 มีอาชีพแม่บ้านร้อยละ 61.50 การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ถึงมัธยมศึกษา ร้อยละ 92.30 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 4669.23 บาท ส่วนใหญ่พักอาศัยกับครอบครัวร้อยละ 92.30 มีโรคประจำตัวร้อยละ 65.40 และมียาที่ใช้รับประทานประจำร้อยละ 69.20 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในคุณสมบัติทางด้าน เพศ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว และยาที่ต้องใช้ประจำ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนด้านอายุ พบว่ามีความแตกต่างกัน

ทั้งนี้ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรู้คิด 19.52 (SD = 3.04) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต 88.65 (SD=5.90) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรู้คิด 19.92 (SD = 2.33) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต 85.85 (SD = 6.37) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนทดลองพบว่ามีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรู้คิดและค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรู้คิดและค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตหลังได้รับโปรแกรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) (ดังตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบคะแนนการรู้คิดและคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด ในกลุ่มทดลอง ( $n = 23$ )

	กลุ่มทดลอง				t	p-value
	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม			
	(n=23)		(n=23)			
	M	SD	M	SD		
การรู้คิด	19.52	3.04	25.91	2.67	-10.179	0.000
คุณภาพชีวิต	88.65	5.91	100.74	6.76	-10.585	0.000

เมื่อเปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่มหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรู้คิดและค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) (ดังตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบคะแนนการรู้คิดและคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยหลังได้รับโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดระหว่างกลุ่มทดลอง ( $n=23$ ) กับกลุ่มควบคุม ( $n=26$ )

	กลุ่มทดลอง ( $n=23$ )		กลุ่มควบคุม ( $n=26$ )		t	p-value
	M	SD	M	SD		
การรู้คิด	25.91	2.66	20.04	2.14	8.550	0.000
คุณภาพชีวิต	100.74	6.76	86.88	6.45	7.341	0.000

### การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมุติฐานทางการวิจัยทั้ง 2 ข้อ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. กลุ่มทดลองมีการรู้คิดและคุณภาพชีวิตหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า ก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองได้รับการทำกิจกรรมจากชมรม ทุก 1- 2 เดือน และเป็นกิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบชัดเจน ไม่เฉพาะเจาะจงด้านความรู้คิด ทำให้เมื่อเข้ารับโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดและทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องทั้ง 6 ครั้ง เป็นกิจกรรมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีการรู้คิดที่เพิ่มมากขึ้นทั้ง 4 ด้าน มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้มีความสนใจ ใส่ใจเรื่องราว ผูกเรื่องความจำระยะสั้น ระยะยาว ผูกการรับรู้ข้อมูลผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า ผูกการรับรู้ทางสายตา การกระยะ ผูกการคิดวางแผน และการใช้เหตุผลในการตัดสินใจ อีกทั้งยังเน้นการมีส่วนร่วม การแสดงออก การพูด การเขียน และในช่วงท้ายของกิจกรรมมีการบ้านให้ผู้สูงอายุกลับไปทำระหว่างสัปดาห์อีกด้วย จึงทำให้ภายหลังได้รับโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนการรู้คิดและคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นและดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรม สอดคล้องกับแนวคิดของแคลร์ และวูดส์ (Clare and Woods, 2004) ที่พบว่าการฝึกการรู้คิด และการกระตุ้นการรู้คิดสามารถช่วยเพิ่มพูนสมรรถภาพการทำงานของสมองและชะลอความเสื่อมของสมองได้ โดยเฉพาะด้านความจำเชิงคำพูด (Verbal memory) การจัดการเวลาที่สามารถประยุกต์ใช้ทักษะที่เรียนรู้กับชีวิตจริงได้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ บาบาสาเดห์และคณะ (Babazadeh et al., 2025) และโอลาซารัน และคณะ (Olazarán et al., 2010) ที่ระบุว่าโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดสามารถเสริมสร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดความวิตกกังวล และเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุในบริบทของชมรมผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมกลุ่มที่มีโครงสร้างที่เหมาะสม มีความสนุก และกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วม จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกเชื่อมโยงกับผู้อื่น ลดภาวะโดดเดี่ยว และเกิดทัศนคติเชิงบวกต่อชีวิตตนเอง ส่งผลต่อการประเมินคุณภาพชีวิตในทางที่ดีขึ้น

2. กลุ่มทดลองมีการรู้คิดและคุณภาพชีวิตหลังการทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าเพราะในกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมที่มีรูปแบบในการกระตุ้นการรู้คิดโดยตรงและได้รับการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 6 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบไปด้วย 3 ระยะของกิจกรรม ในระยะแรกเป็นกิจกรรมที่เน้นการเคลื่อนไหว และระยะที่ 2 เป็นการ

ฝึกสมอง และในระยะที่ 3 เป็นการมอบหมายการบ้านให้ผู้สูงอายุกลับไปทำระหว่างสัปดาห์ นอกจากนี้ผู้วิจัยสร้างกลุ่มในแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อเป็นการติดต่อสื่อสารเรื่องต่างๆ ระหว่างการทำกิจกรรม เช่น กระตุ้นเรื่องการทำกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้าน แจ้งวันทำกิจกรรมล่วงหน้า และยังได้มีการทักทายระหว่างผู้วิจัยและผู้สูงอายุประจำทุกวันผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ส่วนในกลุ่มควบคุมผู้สูงอายุได้รับการทำกิจกรรมจากชมรมผู้สูงอายุตามปกติ เดือนละ 1 ครั้ง และกิจกรรมที่ได้รับมีลักษณะแตกต่างกันออกไป แบบองค์รวมทั้งด้านกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ ไม่เฉพาะเจาะจงในเรื่องด้านความรู้คิด ส่งผลให้หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดมีคะแนนการรู้คิดและคะแนนคุณภาพชีวิต ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฌองและคณะ (Jean et al., 2010) และเรϊนเดอร์สและคณะ (Reijnders et al., 2013) ที่กล่าวเกี่ยวกับการรู้คิดว่าการกระตุ้นการรู้คิดส่งผลดีต่อการทำงานของสมอง โดยเฉพาะด้านความจำ (Memory) และหน้าที่บริหาร (Executive function) มีผลในการชะลอการเสื่อมของสมองและเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยนอกจากกิจกรรมในโปรแกรมฯ จะทำให้การรู้คิดของผู้สูงอายุดีขึ้นแล้วยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นในทุกๆ ด้าน เช่น คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จากการทำกิจกรรมมีผู้สูงอายุกล่าวว่า กิจกรรมการเคลื่อนไหว เช่น การทำท่าทางประกอบเพลง และให้ร้องเพลงตามไปด้วยนั้น ในช่วงแรกๆ รู้สึกว่าตนเองจะทำไม่ได้ คิดว่าคงจำเพลงไม่ได้ แต่เมื่อผู้วิจัยค่อยๆ สอน ทำให้ดู จากนั้นให้ตัวอย่างท่าทางกลับไปทำที่บ้าน เมื่อได้ตั้งใจและมีสมาธิในการฝึก เมื่อจำเนื้อร้องได้และคิดท่าทางประกอบไปด้วยทำให้จำได้ง่ายขึ้น แต่ต้องฝึกหลายครั้ง ระหว่างพูดคุยผู้สูงอายุยิ้มอย่างมีความสุข และบอกว่ารู้สึกว่าร่ากายกระฉับกระเฉงขึ้นกว่าเดิมด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยของซง และคณะ (Song et al., 2023) พบว่าสมรรถภาพทางกาย (การทรงตัว การเคลื่อนไหว) และความรู้ความเข้าใจเป็นตัวทำนายที่สำคัญของคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่มีความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ความเข้าใจมีผลทางอ้อมในการสร้างความสมดุลอย่างมีนัยสำคัญต่อองค์ประกอบทางกายภาพของคุณภาพชีวิต ในคุณภาพชีวิตด้านจิตใจผู้สูงอายุที่เข้ารับโปรแกรมฯ กล่าวว่ารู้สึกมีความสุขทุกครั้งที่ได้มาทำกิจกรรม ดีใจที่ได้เจอเพื่อนได้หัวเราะและชอบกิจกรรมเคลื่อนไหว อย่างเช่นการเคลื่อนไหวตามตาราง 9 ช่อง สามารถนำไปฝึกที่บ้านได้ และเมื่อทำกิจกรรมสำเร็จรู้สึกภูมิใจในตัวเองและรู้สึกตนเองมีค่า สอดคล้องกับงานวิจัยของอับดุลซาลามและเอลโคลี (AbdElsalam and ElKholly, 2024) ที่กล่าวว่า การที่ผู้สูงอายุสามารถคงความสามารถในการคิด การจดจำ และการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ไว้ได้ ทำให้พวกเขาู้สึกว่าตนเองยังคงมีคุณค่า มีความสามารถ และสามารถพึ่งพาตนเองได้ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน (Self-efficacy) เป็นรากฐานสำคัญของความสุข ซึ่งส่งผลต่อมุมมองเชิงบวกต่อชีวิตคุณภาพชีวิต ในด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ในการทำกิจกรรมทั้ง 6 ครั้ง ผู้สูงอายุกล่าวว่าสามารถร่วมกิจกรรมทำให้ได้กลับมาพบปะกับเพื่อนๆ และมีเพื่อนใหม่เพิ่มขึ้น ได้ฝึกสมองคิดเรื่องต่างๆ ฝึกการมีสติอยู่กับปัจจุบัน กิจกรรมการทำสมาธิได้คิดวางแผนในการบริหารเงิน รู้สึกสนุก หรือกิจกรรมการจัดบ้าน ได้กลับไปจัดการกับสิ่งของที่บ้าน ทำให้หาของง่ายขึ้น การสัมผัสของน้อยลง รวมถึงทำให้ภายในบ้านโล่งเป็นสัดส่วนชัดเจนไม่เกิดอุบัติเหตุขึ้นอีกด้วย และคิดว่าหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมจะติดต่อกับเพื่อนๆ ในกลุ่มทางแอปพลิเคชันไลน์ต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ฮุสเซนโอเดอร์ และคณะ (Hussenoeder et al., 2020) ที่พบว่าการทำกิจกรรมด้านความรู้คิดสามารถส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน กิจกรรมทางสังคม และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดที่พัฒนาขึ้นนี้มีศักยภาพในการนำไปปรับใช้ในสถานที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์ผู้สูงอายุ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยสามารถบูรณาการกิจกรรมการฝึกสมองเข้ากับการติดตามต่อเนื่องผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เช่น LINE เพื่อเพิ่มความสะดวกและต่อยอดการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุสามารถฝึกฝนได้ต่อเนื่องแม้อยู่ที่บ้าน นอกจากนี้ ควรมีการพัฒนา คู่มือกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive stimulation manual) ที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุไทย เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมสมรรถภาพทางสมองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างกว้างขวางและยั่งยืน
2. ผลการศึกษาสะท้อนประสิทธิภาพและประสิทธิผลของโปรแกรมฯ พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสามารถประยุกต์โปรแกรมนี้นี้สำหรับผู้สูงอายุเพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อมได้
3. จัดทำรูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยให้เป็นการดูแลที่ยั่งยืน โดยการประสานงานกับองค์กรในชุมชน เช่น นายกเทศบาลตำบล หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล และทีมสุขภาพในชุมชน ฝึกอบรมการใช้โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด ให้สามารถดำเนินการได้ และนำไปใช้กับผู้สูงอายุในชุมชนได้
4. พิจารณาขยายผลและประยุกต์ใช้ในกลุ่มประชากรที่หลากหลายขึ้น เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่ตามบ้านหรือในสถานดูแล

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ทั้งการรู้คิดและคุณภาพชีวิต
2. ในผู้สูงอายุที่ยังไม่สามารถเข้าถึงแอปพลิเคชันไลน์อาจนำการเยี่ยมทางโทรศัพท์ มาใช้ในการทำกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้าน

### เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2557). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด* (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3/2557). [https://www.thaidepression.com/www/58/navtrng\\_3.pdf](https://www.thaidepression.com/www/58/navtrng_3.pdf)
- จิระศักดิ์ จันดี, สมพิศ ซอกกลม, อตุลย์ศักดิ์ ศรีละโคตร, สนุก สิงห์มาตร, และพิทักษ์ แสนจันทร์. (2566). การศึกษาพฤติกรรมการใช้สื่อแอปพลิเคชันไลน์ของผู้สูงอายุในบ้านกุดไกรสร ตำบลหนองหม้อ อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร. *วารสารรัตนบุศย์*, 5(1), 271-282.

- ดาวชมพู นาคะวิโร, สิรินทร ฉันทศิริกาญจน์, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, อรพรรณ แอบไธสง, ภัทรา สุดสาคร, จารุณี วิทยาจักษ์, และภัทรพร วิสาจันทร์. (2560). การกระตุ้นความสามารถสมองด้านทักษะการจัดการ ความใส่ใจ ความจำ และมีติสัมพันธ์ในผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 62(4), 337-348.
- นิสาพร สلاغสิงห์, ตฤณ ทิพย์สุทธิ, กัลยา มั่นล้วน, และปณิตทัต บนขุนทด. (2565). ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด*, 16(3), 253-264.
- พัชราภรณ์ พัฒนะ. (2561). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4. *พุทธชินราชเวชสาร*, 36(1), 21-33.
- วุฒิกกร กรพิมาย. (2567). ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อยในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลปากช่องนานา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 18(2), 755-768.
- สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. (2563). *คู่มือการพัฒนาศักยภาพสมองของผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่องในระยะต้นเล็กน้อยสำหรับประชาชน*. บริษัทไซเบอร์พรีนทร์กรุ๊ป จำกัด.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2540). *เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด*. โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). *รายงานประชากรสูงอายุ พ.ศ. 2566*. สำนักงานสถิติ.
- AbdElsalam, R. M. M., & ElKholly, S. E. A. E. (2024). Pilot testing cognitive stimulation intervention on older adults' cognitive function, cognitive self-efficacy, and sense of happiness. *Geriatric Nursing*, 56, 191-203. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.02.012>
- Babazadeh, T., Ranjbaran, S., Pourrazavi, S., Maleki Chollou, K., Nadi, A., & Tazekand, E. S. (2025). Self-efficacy, self-esteem, and happiness in older adults: A cross-sectional study. *PLoS One*, 20(3), e0319269. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0319269>
- Brooks, D., Ross, C., & Beattie, E. (2015). Caring for someone with dementia: The economic, social, and health impacts of caring and evidence-based supports for carers. *Canberra*, 42, 1-19.
- Cash, J. C. (Ed.). (2023). *Adult-gerontology practice guidelines*. Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826159311>
- Clare, L., & Woods, R. T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 14(4), 385-401. <https://doi.org/10.1080/09602010443000074>
- Electronic Transactions Development Agency. (2017). *Report on the survey results of internet user behavior in Thailand in 2017*. [https://digital.library.tu.ac.th/tu\\_dc/frontend/Info/item/dc:26365](https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:26365)
- Electronic Transactions Development Agency. (2022). *Thailand Internet user behavior 2022*. <https://www.eta.or.th/en/Useful-Resources/Thailand-Internet-User-Behavior.aspx>

- Gupta, S., Fukuda, T., Okumura, Y., & Stankus, A. P. (2014). Alzheimer's disease caregiver burden in Japan and the 5 EU. *Value in Health, 17*(7), A809. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2014.08.542> External Link
- Hemrungronj, S. (2011). *MoCA Thai version 2007*. MoCA Montreal-Cognitive Assessment.
- Hussenoeder, F. S., Conrad, I., Roehr, S., Fuchs, A., Pentzek, M., Bickel, H., & Riedel-Heller, S. G. (2020). Mild cognitive impairment and quality of life in the oldest old: A closer look. *Quality of Life Research, 29*(1), 1675-1683. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02425-5>
- Jean, L., Simard, M., Wiederkehr, S., Bergeron, M.-É., Turgeon, Y., Hudon, C., Tremblay, I., & van Reekum, R. (2010). Efficacy of a cognitive training programme for mild cognitive impairment: Results of a randomised controlled study. *Neuropsychological Rehabilitation, 20*(3), 377-405. <https://doi.org/10.1080/09602010903343052>
- Kaduszkiewicz, H., Eisele, M., Wiese, B., Prokein, J., Lupp, M., Luck, T., Jessen, F., Bickel, H., Mösch, E., Pentzek, M., Fuchs, A., Eifflaender-Gorfer, S., Weyerer, S., König, H.-H., Brettschneider, C., van den Bussche, H., Maier, W., Scherer, M., Riedel-Heller, S. G., & The Study on Aging, Cognition, and Dementia in Primary Care Patients (AgeCoDe) Study Group. (2014). Prognosis of mild cognitive impairment in general practice: Results of the German AgeCoDe study. *Annals of Family Medicine, 12*(2), 158-165. <https://doi.org/10.1370/afm.1596>
- Kirkwood, B. R., & Sterne, J. A. C. (2003). *Calculation of required sample size. Essential medical statistics* (2nd ed.). Blackwell Science.
- Langa, K. M., & Levine, D. A. (2014). The diagnosis and management of mild cognitive impairment: A clinical review. *Jama, 312*(23), 2551-2561. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.13806>
- Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., del Ser, T., Woods, B., Beck, C., Auer, S., Lai, C., Spector, A., Fazio, S., Bond, J., Kivipelto, M., Brodaty, H., Rojo, J. M., Collins, H., Teri, L., Mittelman, M., Orrell, M., Feldman, H. H., & Muñoz, R. (2010). Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: A systematic review of efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 30*(2), 161-178. <https://doi.org/10.1159/000316119>
- Reijnders, J., van Heugten, C., & van Boxtel, M. (2013). Cognitive interventions in healthy older adults and people with mild cognitive impairment: A systematic review. *Ageing Research Reviews, 12*(1), 263-275. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.07.003>

- Sangvanich, K., Tawankanjanachot, I., & Tangwongchai, S. (2023). Arts-based interventions to enhance the quality of life and cognition of the elderly with mild cognitive impairment. *Journal of Urban Culture Research*, 26, 280-297. <https://doi.org/10.14456/jucr.2023.17>
- Song, R., Fan, X., & Seo, J. (2023). Physical and cognitive function to explain the quality of life among older adults with cognitive impairment: Exploring cognitive function as a mediator. *BMC Psychology*, 11(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01087-5>
- Spector, A., Orrell, M., & Woods, B. (2010). Cognitive Stimulation Therapy (CST): Effects on different areas of cognitive function for people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(12), 1253-1258. <https://doi.org/10.1002/gps.2464>
- Whoqol Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
- World Health Organization. (2023). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Xue, H., Hou, P., Li, Y., Mao, X. e., Wu, L., & Liu, Y. (2019). Factors for predicting reversion from mild cognitive impairment to normal cognition: A meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(10), 1361-1368. <https://doi.org/10.1002/gps.5159>

