

## นิพนธ์ต้นฉบับ

## Original Article

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม  
ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

Effects of dementia preventive behaviours promotion program based  
on health belief model among older people at risk

นพมาศ โกศล

Noppamas Koson

อลงกรณ์ เปกาณี

Alongkorn Pekalee

มนิรัตน์ ธีระวิวัฒน์

Manirat Therawiwat

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Faculty of Public Health, Mahidol University

DOI: 10.14456/dcj.2025.24

Received: April 11, 2025 | Revised: May 17, 2025 | Accepted: May 27, 2025

## บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุชาวไทย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถป้องกันได้ การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม จำนวน 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละเท่ากัน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมแบบเผชิญหน้าและกิจกรรมผ่านทางระบบออนไลน์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลสุขภาพตามปกติ รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน ประกอบด้วย การทดสอบไคสแควร์ และการทดสอบที (t-test) ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมป้องกันการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมที่สามารถส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

ติดต่อผู้นิพนธ์ : อลงกรณ์ เปกาณี

อีเมล : alongkorn.pek@mahidol.ac.th

## Abstract

Dementia is a significant problem among Thai older adults. Behavior modification is one possible prevention approach. This quasi-experimental research with two-group pretest-posttest design aimed to study

the effectiveness of a dementia preventive behaviors promotion program among at-risk older adults, by integrating the concept of Health Belief Model and social support theory. The sample consisted of 62 older adults who were at risk for dementia, was equally divided into an experimental and a comparison group. The experimental group received an 8-week dementia preventive behaviors promotion program, consisting of face-to-face and online activities. The comparison group received routine health care. Data was collected using interview questionnaires Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics including Chi-square test and t-test. The results showed that after the experiment, the experimental group had significantly higher mean scores of perceived susceptibilities to dementia, perceived severity of dementia, perceived benefits of preventive behaviors, cues to action, perceived self-efficacy, and dementia preventive behaviors than before the experiment and the comparison group ( $p < 0.05$ ). Meanwhile, perceived barriers to performing dementia preventive behaviors were significantly lower than before the experiment and the comparison group ( $p < 0.05$ ). The findings highlight the effectiveness of the program in encouraging dementia preventive behaviors among older adults at risk.

**Correspondence:** Alongkorn Pekalee

E-mail: alongkorn.pek@mahidol.ac.th

### คำสำคัญ

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ, การป้องกันภาวะสมองเสื่อม, ผู้สูงอายุ, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, การสนับสนุนทางสังคม

### Keywords

health promotion program, dementia prevention, older adults, health belief model, social support

### บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและส่งผลกระทบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิต โดยผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปจะมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 5-8 และเพิ่มเป็นร้อยละ 20 เมื่ออายุเกิน 80 ปี<sup>(1)</sup> ในประเทศไทยพบผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 11.4<sup>(2)</sup> ภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อแรงทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ในประเทศไทย เฉลี่ย 151,000 บาทต่อคนต่อปี และผู้ดูแลต้องใช้เวลาเฉลี่ย 13.5 ชั่วโมงต่อวันในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลต่อการทำงานและรายได้ของครอบครัว<sup>(3)</sup> อีกทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องเผชิญกับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในระดับสูง โดยพบว่าร้อยละ 40-60 ของผู้ดูแลมีภาวะเครียดและซึมเศร้า<sup>(4)</sup> สำหรับผู้ป่วยเองภาวะสมองเสื่อมไม่เพียงส่งผลกระทบต่อความสามารถทางสติปัญญาเท่านั้น แต่ยังมีส่งผลต่อ

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การสื่อสาร และสัมพันธภาพทางสังคม ซึ่งนำไปสู่การลดลงของคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ<sup>(5)</sup>

จังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นอีกหนึ่งจังหวัดที่มีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงขาดข้อมูลด้านการดูแลและป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่เป็นระบบ การศึกษาวิจัยเลือกจังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นพื้นที่ศึกษาเพื่อเติมเต็มช่องว่างความรู้ดังกล่าว ข้อมูลระบุว่าประชากรสูงอายุในจังหวัดเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 17.5 ในปี 2564 เป็นร้อยละ 21.2 ในปี 2566<sup>(6)</sup> ข้อมูลจากการคัดกรองด้านความคิดและความจำในผู้สูงอายุระหว่างปี 2564-2566 พบความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 1.44, 0.76 และ 2.09 ตามลำดับ และในปี 2567 พบความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.27 ปัญหาสำคัญเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช คือ ประชาชนในพื้นที่ยังขาดความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม โดยมองว่าเป็นเพียง

อาการปกติของผู้สูงวัยทำให้ขาดการเตรียมพร้อมในการป้องกันและชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม อีกทั้งเมื่อผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมแล้วจะขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัวและชุมชน<sup>(7)</sup> ซึ่งแตกต่างจากพื้นที่อื่นที่มีแนวทางการป้องกันและดูแลที่ชัดเจนกว่า การศึกษาภาวะสมองเสื่อมและความพิการในผู้สูงอายุแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น การขาดการออกกำลังกายที่เพียงพอ การไม่ทำกิจกรรมกระตุ้นสมอง และการขาดการติดตามตรวจสุขภาพเป็นระยะ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย<sup>(8)</sup> นอกจากนี้ ยังพบว่าภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้นยังคงเป็นความท้าทาย เนื่องจากผู้สูงอายุและผู้ดูแลมักมีความเข้าใจที่จำกัดเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างการเปลี่ยนแปลงปกติของวัยและภาวะสมองเสื่อม ประกอบกับการขาดการคัดกรองที่เป็นระบบในชุมชน<sup>(9)</sup> ซึ่งความเชื่อดังกล่าวส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแนวคิดสำคัญที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล<sup>(10-11)</sup> แนวคิดนี้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ รวมถึงพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยการศึกษาของ Merrilees และคณะ<sup>(12)</sup> ที่พัฒนาระบบการดูแลแบบครอบครัว (Care Ecosystem) แสดงให้เห็นว่าการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของ Health Belief Model ส่งผลในการดูแลในครอบครัวผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม และการศึกษาของ Lertkratoke และคณะ<sup>(13)</sup> ในบริบทไทย พบว่าโปรแกรมการดูแลแบบบูรณาการที่ประยุกต์หลักการส่งเสริมความเชื่อมั่นและความรู้ในการดูแลส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

นอกจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแล้ว การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ยังเป็นอีกหนึ่งแนวคิดสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ของผู้สูงอายุ การศึกษาของ Wang และคณะ<sup>(14)</sup> พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุเนื่องจากช่วยลดความเครียด เพิ่มแรงจูงใจ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่การให้ความรู้เป็นหลัก แต่ยังขาดการพัฒนาทักษะและการสร้างความตระหนักในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม<sup>(15)</sup> รวมทั้งยังเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเผชิญหน้าเป็นหลัก ซึ่งอาจเป็นภาระในการเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ

การศึกษาค้นคว้านี้ได้พัฒนาโปรแกรมที่บูรณาการแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงผ่านการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพ และการการสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และใช้กิจกรรมที่หลากหลายจัดกิจกรรมทั้งแบบเผชิญหน้าร่วมกับกิจกรรมแบบออนไลน์เพื่อลดภาระในการเดินทางเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ

## วัสดุและวิธีการศึกษา

### รูปแบบวิจัยและพื้นที่ศึกษา

การศึกษาค้นคว้านี้เป็น การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design) โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ

### ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ที่ได้รับการคัดกรองเบื้องต้นแล้ว พบผู้ที่มีความเสี่ยง จำนวน 3,628 คน ในจังหวัดนครศรีธรรมราช (ฐานข้อมูล HDC สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดนครศรีธรรมราช ข้อมูล ณ วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2567) การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 31 คน รวม เป็น 62 คน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมกับการศึกษาในพื้นที่ที่มีประชากรกระจายตัวในหลายระดับ โดยขั้นที่ 1 สุ่มอย่างง่ายจากรายชื่ออำเภอทั้งหมดในจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้อำเภอรัตนพิบูลย์ ขั้นที่ 2 สุ่มอย่างง่ายจากรายชื่อตำบลในอำเภอรัตนพิบูลย์ ได้ตำบลเสาชิง และเลือกแบบเฉพาะเจาะจงสำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ ได้ตำบลหินตก โดยพิจารณาจากลักษณะทางประชากรและระยะห่างที่เพียงพอเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของการทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) พักอาศัยในพื้นที่อำเภอรัตนพิบูลย์ไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3) มีคะแนนจากแบบคัดกรอง Mini-Cog  $\leq 3$  คะแนน<sup>(16)</sup> 4) สามารถสื่อสารและปฏิบัติตามคำสั่งได้ 5) ไม่มีความพิการหรือโรคประจำตัวรุนแรง 6) ไม่มีภาวะซึมเศร้า สมองเสื่อมหรือความผิดปกติทางจิตเวช 7) มีโทรศัพท์มือถือและสามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ 8) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

#### ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารเลขที่ MUPH 2024-172 (ลงวันที่ 3 มกราคม 2025) กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาได้รับ การชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิในการถอนตัวหากไม่สมัครใจ ตลอดจนการนำเสนอในภาพรวม

#### เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ 3 ส่วน ซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะ

ส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ เกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และประวัติการเจ็บป่วย ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์วัดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จำนวน 6 ข้อ (เช่น "ท่านคิดว่าผู้สูงอายุมีโอกาสเป็นโรคสมองเสื่อมมากกว่าคนวัยอื่น") การรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 8 ข้อ (เช่น "ท่านคิดว่าโรคสมองเสื่อมทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้") การรับรู้ประโยชน์ จำนวน 7 ข้อ การรับรู้อุปสรรค จำนวน 7 ข้อ การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง-ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) และส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์วัดพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม 3 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสมอง จำนวน 8 ข้อ (เช่น "ท่านรับประทานผักและผลไม้สดทุกวัน") การมีกิจกรรมทางกายประจำ จำนวน 7 ข้อ และการทำกิจกรรมกระตุ้นการทำงานของสมอง จำนวน 8 ข้อ โดยถามความถี่ในการปฏิบัติในรอบ 1 สัปดาห์ แบบสอบถามทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน และอาจารย์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ 1 ท่าน และทดสอบความเที่ยง (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงได้ค่าความเที่ยง 0.79 การรับรู้ความรุนแรงได้ค่าความเที่ยง 0.82 การรับรู้ประโยชน์ได้ค่าความเที่ยง 0.85 การรับรู้อุปสรรคได้ค่าความเที่ยง 0.81 การรับรู้สิ่งชักนำได้ค่าความเที่ยง 0.83 การรับรู้ความสามารถตนเองได้ค่าความเที่ยง 0.87 และพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ค่าความเที่ยง 0.92

การดำเนินการวิจัย การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยประสานงานกับพื้นที่ที่ศึกษา และเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยดึงจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) จากนั้นประชุมชี้แจงโครงการวิจัยแก่ผู้บริหารและทีมสุขภาพในพื้นที่ และคัดเลือกผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยจัดอบรมการใช้เครื่องมือวิจัย โดยมีเกณฑ์คัดเลือกผู้ช่วยวิจัยคือต้องเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ที่มีประสบการณ์ทำงานกับผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ปี และมีประสบการณ์การใช้แบบคัดกรอง Mini-Cog หาก

ผู้สูงอายุมีปัญหาระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม จะมีเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำตำบลให้การช่วยเหลือทันที

**ขั้นตอนทดลอง** ก่อนเริ่มการทดลอง ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pretest) ในสัปดาห์แรกของเดือนกุมภาพันธ์ 2568 กลุ่มทดลอง เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม 8 สัปดาห์ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่	กิจกรรม
1	กิจกรรมแบบพบหน้าครั้งที่ 1 (150 นาที) : ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธ์ภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม สาเหตุ อาการ และปัจจัยเสี่ยง ด้วยวิธีการบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ การวิเคราะห์ความเสี่ยงของตนเอง การอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับผลกระทบของภาวะสมองเสื่อม และการฝึกปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น
2	กิจกรรมผ่านแอปพลิเคชัน : การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารที่มีประโยชน์ต่อสมอง การส่งเสริมให้แชร์ประสบการณ์การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสมอง และการติดตามการบันทึกอาหารที่รับประทาน
3	กิจกรรมผ่านแอปพลิเคชัน : การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การส่งวิดีโอสาธิตการออกกำลังกายอย่างง่าย และการติดตามการออกกำลังกาย
4	กิจกรรมแบบพบหน้าครั้งที่ 2 (90 นาที) : การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม การวิเคราะห์อุปสรรคและแนวทางการแก้ไข การสาธิตการออกกำลังกายและกิจกรรมฝึกสมองเพิ่มเติม และการให้กำลังใจ
5	กิจกรรมผ่านแอปพลิเคชัน : การให้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมฝึกสมอง การส่งคลิปวิดีโอและเกมฝึกสมอง และการส่งเสริมให้แชร์ประสบการณ์การทำกิจกรรมฝึกสมอง
6	กิจกรรมผ่านแอปพลิเคชัน : การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความเครียด การส่งคลิปเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด และการติดตามการปฏิบัติ
7	กิจกรรมผ่านแอปพลิเคชัน : การทบทวนพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด การส่งเสริมให้แชร์ความก้าวหน้าและประสบการณ์ และการให้กำลังใจ
8	กิจกรรมแบบพบหน้าครั้งที่ 3 (90 นาที) : การสรุปประสบการณ์การเข้าร่วมโปรแกรม การตั้งเป้าหมายระยะยาวในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม การมอบประกาศนียบัตรและของที่ระลึก และการประเมินผล

หลังการทดลอง ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลทั้งหมดภายใน 1 สัปดาห์หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมหลังสิ้นสุดการวิจัย

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลคุณลักษณะประชากรของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองโดยใช้สถิติ Chi-square test และ Independent Samples t-test

วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงในตัวแปรผลลัพธ์ภายในกลุ่มเดียวกัน (ก่อนและหลังการทดลอง) ด้วยสถิติ Paired Samples t-test และวิเคราะห์ความแตกต่างของตัวแปรผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Independent Samples t-test กำหนดความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$

**ผลการศึกษา**

**คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง**

กลุ่มตัวอย่างซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 31 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.4) โดยกลุ่มทดลองมีสัดส่วนเพศหญิง

มากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 80.6 และ 58.1 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่  $66.73 \pm 5.13$  ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 66.1) และจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 69.4) ด้านสถานภาพสมรสและอาชีพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 85.5) และประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 74.2) โดยมีรายได้เฉลี่ย  $3,914.52 \pm 3,250.97$  บาทต่อเดือน ซึ่งมาจากการประกอบอาชีพเป็นหลัก (ร้อยละ 67.7) และได้รับเงินสนับสนุนจากภาครัฐ (ร้อยละ 61.3) ลักษณะการอยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่พบว่าอาศัยอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 74.2) และมีผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 83.9) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส (ร้อยละ 61.5) และบุตร (ร้อยละ 32.7) ในด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 83.9) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 85.5 และ 80.6 ตามลำดับ) ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร ( $p > 0.05$ ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=62)

Table 1 General characteristics of the sample classified by experimental and control groups (n=62)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	p-value
	(n=31) จำนวน (ร้อยละ)	(n=31) จำนวน (ร้อยละ)	
<b>เพศ<sup>a</sup></b>			0.097
ชาย	6 (19.4)	13 (41.9)	
หญิง	25 (80.6)	18 (58.1)	
<b>อายุ<sup>b</sup></b>			0.142
60-69	19 (61.3)	22 (71.0)	
70-79	10 (32.3)	7 (22.6)	
80 ขึ้นไป	2 (6.4)	2 (6.4)	
<b>การศึกษา<sup>a</sup></b>			0.459
ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า	23 (74.2)	23 (74.2)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	5 (16.1)	6 (19.4)	
มัธยมศึกษาตอนปลายและสูงกว่า	3 (9.7)	2 (6.4)	
<b>สถานภาพ<sup>a</sup></b>			0.355
โสด	1 (3.2)	2 (6.5)	
สมรส	28 (90.3)	25 (80.6)	
หม้าย/หย่า/แยก	2 (6.5)	4 (12.9)	
<b>อาชีพ<sup>a</sup></b>			0.372
เกษตรกร	25 (80.6)	21 (67.7)	
รับจ้างทั่วไป	4 (12.9)	7 (22.6)	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2 (6.5)	3 (9.7)	
<b>แหล่งรายได้หลัก<sup>c</sup></b>			
รายได้จากการประกอบอาชีพ	22 (71.0)	20 (64.5)	0.781
เงินสนับสนุนจากรัฐ	18 (58.1)	20 (64.5)	0.792
เงินช่วยเหลือจากครอบครัว	15 (48.4)	13 (41.9)	0.797

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=62) (ต่อ)

**Table 1** General characteristics of the sample classified by experimental and control groups (n=62) (Continue)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=31)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=31)		p-value
	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)		
<b>ลักษณะที่อยู่อาศัย<sup>c</sup></b>					
อยู่กับคู่สมรส	24 (77.4)		22 (71.0)		0.462
อยู่กับบุตร/หลาน	14 (45.2)		12 (38.7)		0.611
มีผู้ดูแลหลัก	27 (87.1)		25 (80.6)		0.732
<b>โรคประจำตัว<sup>c</sup></b>					
มี	25 (80.6)		27 (87.1)		
ไม่มี	6 (19.4)		4 (12.9)		
<b>พฤติกรรมเสี่ยง</b>					
สูบบุหรี่	3 (9.7)		6 (19.4)		0.420
ดื่มแอลกอฮอล์	5 (16.1)		7 (22.6)		0.316

หมายเหตุ <sup>a</sup>วิเคราะห์ด้วย Chi-square test; <sup>b</sup>วิเคราะห์ด้วย Independent Samples t-test; <sup>c</sup>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

**การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม**

การเปรียบเทียบภายในในกลุ่ม (ก่อนและหลังการทดลอง) พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการ

รับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ขณะที่คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมลดลงจาก 15.03 เป็น 10.18 ( $p < 0.001$ ) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยรวมพบว่าเพิ่มจาก 63.00 เป็น 77.06 ( $p < 0.001$ ) ในกลุ่มควบคุมพบว่าทุกตัวแปรที่ศึกษาไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

**Table 2** Comparison of mean scores of health beliefs and dementia preventive behaviors within experimental and control groups, before and after the experiment

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		t (p-value)	กลุ่มเปรียบเทียบ		t (p-value)
	n=31			n=31		
	ก่อนทดลอง mean (SD)	หลังทดลอง mean (SD)		ก่อนทดลอง mean (SD)	หลังทดลอง mean (SD)	
<b>ความเชื่อด้านสุขภาพ</b>						
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	8.11 (2.28)	10.06 (2.55)	6.071 ( $< 0.001$ )	8.11 (2.28)	8.14 (2.30)	0.118 (0.907)
การรับรู้ความรุนแรง	11.21 (2.98)	13.76 (4.11)	6.022 ( $< 0.001$ )	11.21 (2.98)	11.25 (3.00)	0.092 (0.928)
การรับรู้ประโยชน์	17.69 (3.39)	20.00 (3.44)	3.908 ( $< 0.001$ )	17.69 (3.39)	17.75 (3.41)	0.124 (0.902)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (ต่อ)

Table 2 Comparison of mean scores of health beliefs and dementia preventive behaviors within experimental and control groups, before and after the experiment (Continue)

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		t (p-value)	กลุ่มเปรียบเทียบ		t (p-value)
	n=31			n=31		
	ก่อนทดลอง mean (SD)	หลังทดลอง mean (SD)		ก่อนทดลอง mean (SD)	หลังทดลอง mean (SD)	
การรับรู้อุปสรรค	15.03 (3.95)	10.18 (1.86)	-8.129 ( $<0.001$ )	15.03 (3.95)	15.10 (3.97)	0.116 (0.908)
การรับรู้ความสามารถตนเอง	16.45 (3.25)	19.76 (2.24)	5.872 ( $<0.001$ )	16.45 (3.25)	16.50 (3.28)	0.127 (0.899)
พฤติกรรม	21.83 (4.65)	26.39 (3.42)	5.241 ( $<0.001$ )	21.83 (4.65)	21.90 (4.68)	0.082 (0.935)
รับประทานอาหาร	19.76 (5.12)	24.83 (3.96)	5.628 ( $<0.001$ )	19.76 (5.12)	19.82 (5.15)	0.093 (0.926)
ออกกำลังกาย	21.41 (4.86)	25.84 (3.75)	5.019 ( $<0.001$ )	21.41 (4.86)	21.48 (4.89)	0.108 (0.914)
การฝึกสมอง	21.83 (4.65)	26.39 (3.42)	5.241 ( $<0.001$ )	21.83 (4.65)	21.90 (4.68)	0.082 (0.935)

ผลการวิเคราะห์ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ประโยชน์ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.05$ ) ขณะที่มีการรับรู้อุปสรรคต่ำกว่า ( $p<0.001$ ) พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมโดยรวมและคะแนน

ในทุกด้านสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ ) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง

Table 3 Comparison of mean scores of health beliefs and dementia preventive behaviors between experimental and control groups after the experiment

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง	mean	SD	t	df	p-value
ความเชื่อด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง	10.06	2.55	3.248	60	0.002
	กลุ่มเปรียบเทียบ	8.14	2.30			
การรับรู้ความรุนแรง	กลุ่มทดลอง	13.76	4.11	2.792	60	0.007
	กลุ่มเปรียบเทียบ	11.25	3.00			
การรับรู้ประโยชน์	กลุ่มทดลอง	20.00	3.44	2.627	60	0.011
	กลุ่มเปรียบเทียบ	17.75	3.41			
การรับรู้อุปสรรค	กลุ่มทดลอง	10.18	1.86	-6.313	60	$<0.001$
	กลุ่มเปรียบเทียบ	15.10	3.97			

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากทดลอง (ต่อ)

Table 3 Comparison of mean scores of health beliefs and dementia preventive behaviors between experimental and control groups after the experiment (Continue)

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง	mean	SD	t	df	p-value
การรับรู้ความสามารถตนเอง	กลุ่มทดลอง	19.76	2.24	4.524	60	<0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	16.50	3.28			
การรับประทานอาหาร	กลุ่มทดลอง	36.42	3.65	4.135	60	<0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	32.10	4.75			
การออกกำลังกาย	กลุ่มทดลอง	32.65	2.84	6.685	60	<0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	28.19	2.52			
การฝึกสมอง	กลุ่มทดลอง	27.74	2.48	6.326	60	<0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	23.19	3.24			

## วิจารณ์

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม มีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยผลวิจัยแสดงให้เห็นความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ถึงแม้ว่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในบางตัวแปรจะไม่แตกต่างกันมากนัก แต่ผลลัพธ์ที่ได้แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจนในกลุ่มทดลอง จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ให้เกิดการปฏิบัติและพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม การที่ผลการศึกษาในกลุ่มทดลองแม้จะมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ค่าเฉลี่ยที่เปลี่ยนแปลงไม่สูงมากนัก อาจเนื่องมาจากระยะเวลาของโปรแกรมที่ค่อนข้างสั้น (8 สัปดาห์) และลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเป็นเอกพันธ์สูง (Homogeneous) ทั้งด้านการศึกษาและอาชีพ โดยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและประกอบอาชีพเกษตรกร การเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงและ

การรับรู้ความรุนแรงในกลุ่มทดลองเป็นผลมาจากกิจกรรมในโปรแกรมที่มุ่งเน้นการให้ความรู้และการสร้างความตระหนักผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบของภาวะสมองเสื่อม การใช้สื่อวีดิทัศน์และอินโฟกราฟิกที่สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม รวมถึงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มเกี่ยวกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยงของตนเองและผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมได้ชัดเจนขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Merrilees และคณะ<sup>(12)</sup> ที่พบว่าระบบการดูแลแบบครอบครัว (Care Ecosystem) ที่มุ่งเน้นการให้ข้อมูล การเชื่อมโยงทรัพยากรชุมชน และการสนับสนุนทางอารมณ์ช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ดูแลครอบครัวผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม และการศึกษาของ Lertkratoke และคณะ<sup>(13)</sup> ที่พบว่าโปรแกรมการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีประสิทธิภาพในการรักษาคุณภาพชีวิตและสถานะของผู้ดูแล ในส่วนของการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์เพิ่มขึ้น ขณะที่คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคลดลง เป็นผลมาจากกิจกรรมในโปรแกรมที่มุ่งเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันภาวะสมอง

เสื่อมและการฝึกทักษะการแก้ปัญหา เพื่อลดอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแชร์ความสำเร็จในกลุ่มไลน์ การสาธิตและฝึกปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันที่หลากหลาย เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสมอง การออกกำลังกาย และการฝึกสมอง ช่วยให้ผู้สูงอายุเห็นประโยชน์และเรียนรู้วิธีการจัดการกับอุปสรรคได้อย่างเหมาะสม ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดหลักของ Health Belief Model ที่ว่าเมื่อคุณรับรู้ประโยชน์มากกว่าอุปสรรค จะมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Cooper และคณะ<sup>(17)</sup> ที่พบว่าทำให้การศึกษาแบบเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ร่วมกับการฝึกทักษะการสื่อสารของผู้ให้บริการช่วยปรับปรุงการรับรู้และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในกลุ่มทดลองเป็นผลมาจากกิจกรรมในโปรแกรมที่มุ่งเน้นการกระตุ้นและติดตามอย่างต่อเนื่องผ่านกลุ่มไลน์ การใช้สื่อเตือนความจำ เช่น ปฏิทินบันทึกกิจกรรม คู่มือการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการส่งข้อความกระตุ้นเตือนเป็นประจำ โดยในการศึกษานี้ได้จัดให้มีการสนับสนุนทางสังคมครบทั้ง 4 ด้านตามแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House<sup>(18)</sup> ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และด้านการประเมินผ่านกิจกรรมกลุ่ม การติดตามทางโทรศัพท์ และกลุ่มไลน์ รวมถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัว การสนับสนุนด้านอารมณ์ผ่านการให้กำลังใจการรับฟัง และการแสดงความเห็นอกเห็นใจช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Murayama และคณะ<sup>(19)</sup> ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และการศึกษาของ Fratiglioni และคณะ<sup>(20)</sup> ที่พบว่า การมีเครือข่ายทางสังคมและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีงานนำเสนอ

ต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม การให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จ การให้คำชมเชยและให้กำลังใจเมื่อปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย และการฝึกปฏิบัติจนสามารถทำได้ด้วยตนเอง ซึ่งช่วยเพิ่มความมั่นใจในความสามารถของตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura<sup>(21)</sup> ที่ระบุว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมาจากแหล่งที่มา 4 ประการ ได้แก่ 1) การได้รับประสบการณ์ตรง 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การได้รับคำชมเชยหรือการใช้คำพูดชักจูง และ 4) การได้รับการกระตุ้นทางอารมณ์ รวมถึงการศึกษาของ Gitlin และคณะ<sup>(22)</sup> ที่พบว่า การใช้โปรแกรมการปรับสภาพแวดล้อมในบ้าน ร่วมกับการให้การศึกษาและการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคม ช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองและลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะในผู้หญิงและกลุ่มชาติพันธุ์ส่วนน้อย

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรม ที่มี การเปลี่ยนแปลงมากที่สุด คือ การทำกิจกรรมกระตุ้นการทำงานของสมอง รองลงมา คือ การมีกิจกรรมทางกายเป็นประจำ และการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสมอง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยเพิ่มความสามารถของบุคคลในการเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ<sup>(23)</sup> ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Ngandu และคณะ<sup>(24)</sup> ที่พบว่า การฝึกสมองและการออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุให้ความสนใจและปฏิบัติได้ง่ายกว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้า เนื่องจากการฝึกสมองสามารถทำได้หลากหลายรูปแบบ เช่น การเล่นเกมฝึกสมอง การอ่านหนังสือหรือการทำงานฝีมือ ซึ่งสอดคล้องกับความชอบและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ในขณะที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้ามีข้อจำกัดมากกว่า เช่น ความเคยชินในการรับประทานอาหาร การเข้าถึงอาหารที่มีประโยชน์ต่อสมอง และอิทธิพลของครอบครัวต่อการเตรียมอาหาร

## ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมสามารถเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงได้ อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษา ในระยะติดตามผลในระยะสั้น คือ 8 สัปดาห์ ไม่ได้ดำเนินการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว และการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทจังหวัด นครศรีธรรมราช ที่มีความเฉพาะเจาะจงทางวัฒนธรรม ที่อาจจำกัดการนำผลการวิจัยไปใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มี ลักษณะแตกต่างออกไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต ได้แก่ การศึกษาติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืน ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการศึกษาประสิทธิผล ของโปรแกรมในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะแตกต่างกัน เช่น ผู้สูงอายุในเขตเมืองและชนบท ผู้สูงอายุที่มีระดับ การศึกษาแตกต่างกัน หรือผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวต่าง ๆ นอกจากนี้ การออกแบบโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม ป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ควรเน้นการสนับสนุน จากครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาคนในครอบครัว ให้สามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ เนื่องจาก การศึกษาครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เป็นส่วนสำคัญในการทำให้ผู้สูงอายุสามารถมีพฤติกรรม การป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้อย่างต่อเนื่องและมี ประสิทธิภาพ

## สรุป

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะสมอง เสื่อมที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม มีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง โดยกิจกรรมในโปรแกรมที่ครอบคลุมการ ปรับเปลี่ยนในทุกองค์ประกอบ ของแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมที่ครบ ทั้ง 4 ด้าน เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้โปรแกรมประสบ

ความสำเร็จ การนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการ ส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมใน ผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง ควรคำนึงถึงการปรับให้เหมาะสม กับบริบทและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงการ พัฒนากลไก เพื่อส่งเสริมความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมในระยะยาว

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on the public health response to dementia. Geneva: World Health Organization; 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245>
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). Situation of the Thai Older Persons 2022. Bangkok: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2022. (in Thai)
3. Office of the National Economic and Social Development Council. The 13<sup>th</sup> National Economic and Social Development Plan (2023–2027). Bangkok: NESDC; 2022. (in Thai)
4. World Health Organization. World Report on Ageing and Health. Geneva: World Health Organization; 2015.
5. National Statistical Office. Survey of Elderly in Thailand 2021. Bangkok: NSO; 2022. (in Thai)
6. Health Insurance System Research Office. Report on Healthcare Expenditure for Elderly Population in Thailand. Bangkok: HISRO; 2023. (in Thai)
7. Ministry of Public Health. Thailand Healthy Ageing Strategic Plan (2023–2027). Nonthaburi: MoPH; 2022. (in Thai)
8. Senanarong V, Harnphadungkit K, Pongvarin N, Vannasaeng S, Chongwisal S, Chakorn T, et

- al. The dementia and disability project in Thai elderly: rational, design, methodology and early results. *BMC Neurol.* 2013;13:3.
9. Tanglakmankhong K, Hampstead BM, Prasun-nakarn S, Seesing S, Potempa K. Cognitive screening assessment in Thai older adults: a prospective study of the reliability and validity of the Abbreviated Mental Test. *J Health Res.* 2022; 36(6):1027-37.
10. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice.* 5<sup>th</sup> ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2015.
11. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. *Health Educ Monogr.* 1974;2 (4):328-35.
12. Merrilees JJ, Bernstein A, Dulaney S, Heunis J, Walker R, Rah E, et al. The Care Ecosystem: Promoting self-efficacy among dementia family caregivers. *Dementia (London).* 2020;19(6) :1955-73.
13. Lertkratoke S, Amnatsatsue K, Kerdmongkol P, Nanthamongkolchai S. Effectiveness of Thai integrated care program for older adults with dementia in the community: a quasi-experimental study. *Pacific Rim Int J Nurs Res.* 2021;25 (4):510-524. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/249108>
14. Wang HX, Jin Y, Hendrie HC, Liang C, Yang L, Cheng Y, et al. Late life leisure activities and risk of cognitive decline. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2013;68(2):205-13.
15. Chaiwong P, Sungkarat S, Rattakorn P, Munk-hetvit P. Cognitive assessment and intervention in occupational therapy for Thai older adults with neurocognitive disorders. *J Associated Med Sci.* 2022;55(2):16-22.
16. Borson S, Scanlan J, Brush M, Vitaliano P, Dokmak A. The Mini-Cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2000;15(11):1021-7.
17. Cooper LA, Roter DL, Carson KA, Bone LR, Larson SM, Miller ER 3rd, et al. A randomized trial to improve patient-centered care and hypertension control in underserved primary care patients. *J Gen Intern Med.* 2011;26(11):1297-304.
18. House JS. *Work stress and social support.* Reading, MA: Addison-Wesley; 1981.
19. Murayama H, Nishi M, Matsuo E, Nofuji Y, Shimizu Y, Taniguchi Y, et al. Do bonding and bridging social capital affect self-rated health, depressive mood and cognitive decline in older Japanese? A prospective cohort study. *Soc Sci Med.* 2013;98:247-52.
20. Fratiglioni L, Paillard-Borg S, Winblad B. An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *Lancet Neurol.* 2004;3(6):343-53.
21. Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control.* New York: W.H. Freeman; 1997.
22. Gitlin LN, Corcoran M, Winter L, Boyce A, Hauck WW. A randomized, controlled trial of a home environmental intervention: effect on efficacy and upset in caregivers and on daily function of persons with dementia. *Gerontologist.* 2001;41(1):4-14.
23. Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: a decade later. *Health Educ Q.* 1984;11(1):1-47.

24. Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, Levalahti E, Ahtiluoto S, Antikainen R, et al. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2015;385(9984):2255-63.