

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง*

Effects of Dementia Prevention Program for Older Adults at Risk

ณัฐศิวัช ชุมผาง**

Natshiwat Chumfang

พัชรพร เกิดมงคล***

Patcharaporn Kerdmongkol

ทศนีย์ รวีวรกุล***

Tassanee Rawiworrakul

สุธรรม นันทมงคลชัย***

Sutham Nanthamongkolchai

*ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

*A part of Thesis of Master of Nursing Science, Community Nurse Practitioner Program Faculty of Public Health, Mahidol University

**คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ 10300

**Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok, 10300 Thailand

***คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10400

***Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, 10400 Thailand

Corresponding author, E-mail: tassanee.raw@mahidol.ac.th

Received: March 9, 2020; Revised: May 1, 2020; Accepted: May 29, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง อายุ 60 - 69 ปี กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง รวม 56 คน โดยการสุ่มกลุ่มทดลอง 27 คน ได้รับโปรแกรมตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรครวมระยะเวลา 7 สัปดาห์ ประกอบด้วย การให้ความรู้ ชมวิดีโอทัศน์ ประเมินความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม แลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติตัว การฝึกสมอง กิจกรรมทางกาย และผ่อนคลายอารมณ์ การเสริมสร้างกำลังใจในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยกิจกรรมกลุ่ม 3 ครั้ง และโทรศัพท์เยี่ยม 1 ครั้ง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ 29 คน ได้รับกิจกรรมตามปกติ เก็บข้อมูลในสัปดาห์ที่ 1, 4 และ 7 โดยใช้แบบสอบถามแรงจูงใจในการป้องกันโรค มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นเท่ากับ .96 และ .92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบค่าที และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ

ผลการวิจัยพบว่า สัปดาห์ที่ 4 และ 7 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ผลการศึกษานี้สามารถประยุกต์ใช้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนหรือชมรมผู้สูงอายุได้ตามบริบทของชุมชน

คำสำคัญ: ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

Abstract

The quasi-experimental research aimed to examine the effects of a dementia prevention program in elderly people at risk aged 60 - 69 years old. The 56 subjects were elderly club members from two health promoting hospitals. The experimental group was randomly about 27 subjects. They received the program based on the Protection Motivation Theory for seven weeks. This included providing education, watching video, doing risk assessment of dementia, sharing experience of brain training with relaxation, and encouraging dementia prevention behavior by a group activity for three times and one telephone visiting. For the control group was 29 subjects who received a usual care. Data were collected at the 1st, 4th, and 7th week by using questionnaires based on the Protection Motivation Theory the content validity and reliability were .96 and .92 respectively. Descriptive statistics, Independent t-test and Repeated measure one - way ANOVA were employed for data analysis.

The research results revealed that the mean scores of perceived severity, perceived susceptibility, response-efficacy, self-efficacy and health promotion behavior of the experimental group both at the 4th week and at the 7th week were significantly higher than those at pre-test and higher than those of the comparison group ($p\text{-value} < .05$). The results of this study could be applied to prevent dementia for the elderly in community or the elderly club based on community context.

Keywords: Protection Motivation Theory, Dementia, Older adults at risk

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 13.00 ของประชากรโลกทั้งหมด สำหรับประเทศไทย เป็นสังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และ ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 18.00¹ ในส่วน

กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ร้อยละ 13.30 โดยเฉพาะจังหวัดนนทบุรี มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด ในกลุ่มปริมณฑลเท่ากับร้อยละ 16.84² ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้เกิดปัญหาการดำรงชีวิตตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านสุขภาพ เนื่องจากเป็นผู้ที่มี

ความเสื่อมถอยในหลายด้าน และเกิดปัญหาเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังตามมา³ ซึ่งภาวะสมองเสื่อมเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่มาพร้อมกับสังคมผู้สูงอายุ โดยพบว่า อำเภอไทรน้อย มีผู้สูงอายุร้อยละ 14.94 และมีอัตราผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมสูงที่สุดในจังหวัดนนทบุรีถึงร้อยละ 2.67⁴ ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรคจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ สุขภาพที่ดี ลดการพึ่งพาผู้อื่น ลดภาระค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของประเทศได้อีกทางหนึ่ง

ภาวะสมองเสื่อม เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่มาพร้อมกับสังคมผู้สูงอายุ เป็นภาวะที่ยังไม่พบการรักษาให้หายขาดได้ สามารถส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ภาวะพึ่งพิงในระยะยาว และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว สังคม ประเทศชาติตามไปด้วย⁴ ปัจจุบันมีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทั่วโลก จำนวนกว่า 50 ล้านคน⁵ โดยพบผู้ป่วยในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ระดับต่ำถึงปานกลาง มากกว่ากลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว⁶ ประเทศไทยแถบอาเซียนมีอัตราความชุกผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 6.30 ของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป⁵ โดยความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยเท่ากัร้อยละ 12.40⁷ สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2558 พบผู้ป่วยสมองเสื่อมประมาณ 600,000 คน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จำนวนจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1,117,000 คน^{1,8-9} และพบผู้ป่วยนอกเขตเทศบาลสูงกว่าในเขตเมือง⁸ จากข้อมูลอัตราผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในอำเภอไทรน้อยร่วมกับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม และการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า เสี่ยงภาวะสมองเสื่อม และมีความเข้าใจว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นการหลงลืมที่เกิดขึ้นเมื่อมีอายุสูงขึ้น เสี่ยงไม่ได้ อีกทั้งกิจกรรมการให้ความรู้การป้องกันภาวะสมองเสื่อมยังไม่ชัดเจน ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุขาดแรงจูงใจในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้

การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังของสังคมผู้สูงอายุ เป็นแนวทางเพื่อป้องกันภาวะ

สมองเสื่อมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี¹⁰ ซึ่งนอกจากจะมีการดำเนินการโดยบุคลากรสุขภาพแล้ว ชุมชนผู้สูงอายุก็มีส่วนสำคัญเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ดูแลตนเอง¹¹ การสร้างเสริมแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (protection motivation theory) ที่รวมทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีความสามารถของตนเองไว้ด้วยกัน¹² เพื่อการกระตุ้นให้เกิดความกลัวต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม เพิ่มการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสาร การให้ความสำคัญกับสิ่งคุกคามต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และกระบวนการจัดการสิ่งคุกคามนั้น รวมถึงการประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลให้บุคคลมีโอกาสตอบสนองต่อสิ่งคุกคามทางสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ดังนั้น การสร้างเสริมการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมสู่การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม จึงเป็นบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ในด้านการป้องกันสุขภาพของประชาชนที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ต่อการรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ประสิทธิผลของ

ผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และ

การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

1. ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม โดยการบรรยายให้ความรู้ เกี่ยวกับปัจจัย สาเหตุ ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม
2. ส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม โดยการอภิปราย และประเมินปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมภายในกลุ่ม
3. ส่งเสริมการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยอภิปรายเกี่ยวกับประโยชน์จากการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม เช่น ออกกำลังกาย การทำสมาธิ การฝึกสมอง และการควบคุมโรคเรื้อรัง
4. ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมตามแนวคิด self-efficacy theory โดยปฏิบัติด้วยตนเอง เช่นการออกกำลังกาย การทำสมาธิ การฝึกสมอง และการควบคุมโรคเรื้อรัง การโทรติดตามประเมินอุปสรรคและให้กำลังใจ

ตัวแปรตาม

1. การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม
3. การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม
4. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม
5. การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ (two groups pre – posttest with 2 weeks follow up)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอไทรน้อย สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ซึ่งกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน¹³ โดยคำนวณค่า $d = 4.80$ ประมาณขนาดตัวอย่างได้ขนาดใหญ่ จึงกำหนดค่า $d = .80$, $\alpha = .05$ และ $\text{power} = .80$ ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน¹⁴ และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20.00 ได้กลุ่มตัวอย่างใน

กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 32 คน รวมเป็น 64 คน ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลาก ได้ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดปลายคลองขุนศรีเป็นกลุ่มทดลอง และชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองลากค้อนเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ต่อมาจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของแต่ละชมรมตามเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา ดังนี้ 1) อายุ 60 - 69 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงสัญชาติไทย 2) ไม่มีภาวะซึมเศร้า 3) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม 4) ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต และ 5) สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยลงนามยินยอมหรือประทับลายนิ้วมือในหนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัย

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้คัดกรอง ได้แก่

1.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai geriatric depression scale: TGDS ค่าปกติ ≤ 12 คะแนน¹⁵)

1.2 แบบประเมิน mini-cognitive assessment Instrument (mini-cog) เป็นแบบประเมินภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย 3-item recall และ clock drawing ค่าปกติรวมทั้งสองส่วน ≥ 3 คะแนน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกคนตอบ 3-item recall ถูกต้องทั้งหมด จึงไม่ต้องประเมิน clock drawing test และใช้ประเมินทั้งก่อน และหลังการทดลอง¹⁶

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล

2.2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยประยุกต์จากแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจ

ในการป้องกันโรค ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีระยะเวลา 7 สัปดาห์ ซึ่งกิจกรรมที่ 1, 2 และ 3 เป็นกิจกรรมกลุ่ม รวมถึงการเก็บข้อมูลทุกระยะจัดที่หอประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง ส่วนกิจกรรมที่ 4 เป็นรายบุคคล ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 เก็บข้อมูลระยะก่อนการทดลอง จากนั้นจัดกิจกรรม “สมองเสื่อมภัยเงียบใกล้ตัว” เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่ม โดยการสอบถามประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม และชมสื่อวีดิทัศน์ และยกตัวอย่างเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ร่วมกับการบรรยายประกอบสไลด์เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม สุดท้ายมอบคู่มือสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม แนะนำวิธีการป้องกันภาวะสมองเสื่อม

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2 “สมองเสื่อมเราป้องกันได้” เพื่อส่งเสริมการรับรู้ประสิทธิภาพของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยกิจกรรมเป็นกิจกรรมกลุ่มที่แสดงให้เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยใช้ตัวแบบและการพูดชักจูงการส่งเสริมประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ รวมถึงการสังเกตการเปลี่ยนแปลงภายในตัวเองหลังการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การฝึกสมอง และฝึกการเรียนรู้สิ่งใหม่ ได้แก่ การฟ้อนเล็บตามจังหวะดนตรี การคิดรายการอาหาร ฝึกคิดคำนวณโดยการเล่นเกมบิงโก การสวดมนต์ และการทำสมาธิ

สัปดาห์ที่ 4 เก็บข้อมูลระยะหลังการทดลอง

สัปดาห์ที่ 5 - 6 กิจกรรมที่ 4 ประเมินอุปสรรค และปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยสอบถามทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง ประมาณ 15 นาที เพื่อประเมินปัญหาอุปสรรค สอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันสมองเสื่อม อุปสรรค การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม การร่วมกันหาทางแก้ปัญหา การพูดคุยชมเชยให้คำปรึกษา และให้กำลังใจ ในการปฏิบัติต่อไป

สัปดาห์ที่ 7 เก็บข้อมูลระยะติดตามผล คุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เป็นคำถามแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ .96 และมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) ทั้งฉบับเท่ากับ .92 โดยค่าความเชื่อมั่นด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม (จำนวน 7 ข้อ) เท่ากับ .74 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (จำนวน 8 ข้อ) เท่ากับ .80 ด้านการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม (จำนวน 11 ข้อ) เท่ากับ .88 ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม (จำนวน 11 ข้อ) เท่ากับ .86 และด้านการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม (จำนวน 12 ข้อ) เท่ากับ .65

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับเอกสารรับรอง เลขที่ MUPH 2018-150 ลงวันที่ 9 ตุลาคม 2561 และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี หนังสืออนุมัติเลขที่

นบ.0032.010/94 ลงวันที่ 7 มกราคม 2562 ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลา 7 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 2 ท่าน ซึ่งผ่านการชี้แจงการใช้แบบสอบถามแล้วเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามภายในห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพฯ ทั้ง 2 แห่ง ทั้งในระยะก่อนการทดลอง (สัปดาห์ที่ 1) หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 4) และระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 7) ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามระยะเวลาที่กำหนดเช่นเดียวกัน และดำเนินกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และมอบคู่มือสุขภาพเรื่องภาวะสมองเสื่อมและการป้องกัน เมื่อสิ้นสุดการวิจัยในสัปดาห์ที่ 7

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Independent t-test และ repeated measure ANOVA และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคู่ ด้วยวิธี Bonferroni โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

เมื่อสิ้นสุดกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างยุติการเข้าร่วมในระหว่างการศึกษา (drop out) จำนวน 8 คน กลุ่มทดลอง 5 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 3 คน อัตราการสูญหาย (attrition rate) เท่ากับร้อยละ 15.60 และ ร้อยละ 9.40 ตามลำดับ คงเหลือกลุ่มทดลอง 27 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 29 คน

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ

85.20 และ 62.10 ตามลำดับ อายุระหว่าง 60 - 69 ปี ($\bar{X}$ = 63.85, S.D = 2.69 และ $\bar{X}$ = 63.76, S.D = 3.00 ตามลำดับ) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 92.60 และ 72.40 ตามลำดับ สำเร็จการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 92.60 และ 89.70 ตามลำดับ มีภาวะอ้วน ร้อยละ 77.80 และ 69.00 ตามลำดับ ออกกำลังกายเป็นประจำ ร้อยละ 74.10 และ 86.20 ตามลำดับ มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ส่วนน้อยมีประวัติบิดามารดาหรือครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 11.10 และ 10.30 ตามลำดับ เคยดื่มสุรา ร้อยละ 14.80 และ 34.50 ตามลำดับ เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 14.80 และ 17.20 ตามลำดับ เคยประสบอุบัติเหตุศีรษะกระทบกระเทือน ร้อยละ 7.40 และ 10.30

ตามลำดับ และมีประวัติการรับประทานยานอนหลับหรือยาแก้แพ้เป็นประจำ ร้อยละ 22.20 และ 27.60 ตามลำดับ

การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม หลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .05) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปรที่ศึกษา	ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	df	p-value
		$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D			
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม	ก่อนการทดลอง	22.70	2.71	23.00	3.59	.34	51.85	.728
	หลังการทดลอง	25.78	3.04	20.28	3.38	6.38	54.00	.001
	ติดตามผล	25.37	2.72	21.14	2.57	5.98	54.00	.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม	ก่อนการทดลอง	26.11	2.92	23.72	2.89	3.07	54.00	.003
	หลังการทดลอง	28.22	3.58	23.07	2.65	6.07	47.78	.001
	ติดตามผล	27.81	2.97	23.48	2.47	5.94	54.00	.001
การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม	ก่อนการทดลอง	36.67	3.25	35.28	5.24	1.18	54.00	.242
	หลังการทดลอง	39.15	4.24	34.38	3.82	4.42	54.00	.001
	ติดตามผล	38.22	4.58	33.52	3.41	4.32	47.95	.001
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม	ก่อนการทดลอง	35.26	4.01	36.10	5.40	.66	51.54	.508
	หลังการทดลอง	38.81	3.94	32.59	4.36	5.59	54.00	< .001
	ติดตามผล	37.22	4.15	34.52	2.86	2.81	45.753	.007

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	df	p-value
		$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D			
การปฏิบัติพฤติกรรมการ	ก่อนการทดลอง	36.74	4.52	36.07	5.19	.51	54.00	.609
ป้องกันภาวะสมองเสื่อม	หลังการทดลอง	40.33	4.95	35.21	4.55	4.03	54.00	< .001
ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง	ติดตามผล	41.63	4.41	38.52	4.73	2.54	54.00	.014

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยของตัวแปรทั้ง 5 ตัว ได้แก่ การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ประสิทธิภาพของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังพบการมีปฏิสัมพันธ์ (interaction effect) ระหว่างวิธีการทดลองกับช่วงเวลาการวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าวิธีการทดลองในแต่ละช่วงเวลาการวัดทำให้ตัวแปรทั้ง 5 ตัว มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน ดังตารางที่ 2 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเปรียบเทียบการมีปฏิสัมพันธ์โดยทำการทดสอบเป็นรายคู่ต่อไปดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของแต่ละตัวแปร ใน 3 ช่วงเวลาทั้งระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่ม

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	415.16	1.00	415.16	32.67	< .001
ความคลาดเคลื่อน	306.30	26.00	11.78		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	2.086	1.47	1.41	.12	.824
ความคลาดเคลื่อน	448.58	38.34	11.69		
ปฏิสัมพันธ์ของ กลุ่ม*เวลา					
กลุ่ม*เวลา	233.19	2.00	116.59	18.70	< .001
ความคลาดเคลื่อน	324.13	52.00	6.23		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	104780.27	1.00	104780.20	5828.35	< .001
ความคลาดเคลื่อน	467.42	26.00	17.97		

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของแต่ละตัวแปร ใน 3 ช่วงเวลาทั้งระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่ม (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ภายในกลุ่ม					
เวลา	13.86	2.00	6.93	1.29	.281
ความคลาดเคลื่อน	277.46	52.00	5.33		
ปฏิสัมพันธ์ของ กลุ่ม*เวลา					
กลุ่ม*เวลา	19.64	1.61	12.16	1.32	.272
ความคลาดเคลื่อน	385.02	41.97	9.17		
การรับรู้ประสิทธิภาพของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	211322.22	1.00	211322.22	6379.37	< .001
ความคลาดเคลื่อน	861.27	26.00	33.12		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	10.82	2.00	5.41	.44	.641
ความคลาดเคลื่อน	628.17	52.00	12.08		
ปฏิสัมพันธ์ของ กลุ่ม*เวลา					
กลุ่ม*เวลา	101.81	2.00	50.90	3.48	.038
ความคลาดเคลื่อน	628.17	52.00	12.08		
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	206510.22	1.00	206510.22	6330.85	< .001
ความคลาดเคลื่อน	848.11	26.00	32.62		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	6.48	2.00	3.24	.23	.791
ความคลาดเคลื่อน	715.18	52.00	13.75		
ปฏิสัมพันธ์ของ กลุ่ม*เวลา					
กลุ่ม*เวลา	359.86	1.57	228.98	10.70	< .001
ความคลาดเคลื่อน	874.46	40.86	21.40		
การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	231502.32	1.00	231502.32	4630.00	< .001
ความคลาดเคลื่อน	1300.01	26.00	50.00		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	440.34	2.00	220.17	21.71	< .001
ความคลาดเคลื่อน	527.32	52.00	10.14		

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของแต่ละตัวแปร ใน 3 ช่วงเวลาทั้งระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่ม (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ปฏิสัมพันธ์ของ กลุ่ม*เวลา					
กลุ่ม*เวลา	100.34	2.00	50.17	3.78	.029
ความคลาดเคลื่อน	689.98	52.00	13.26		

จากตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคู่ของกลุ่มทดลองด้วยวิธี Bonferroni พบความเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลาของคะแนนเฉลี่ยตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม และการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่สูงขึ้นตามช่วงเวลาก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล ส่วนตัวแปรการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม พบการเปลี่ยนแปลง โดยมีค่าเฉลี่ยที่สูงขึ้นหลังการทดลอง

เท่านั้น ส่วนในระยะติดตามผลไม่พบการเปลี่ยนแปลงสำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคู่ด้วยวิธี Bonferroni พบเพียงความเปลี่ยนแปลงตามช่วงของคะแนนเฉลี่ยตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่สูงขึ้นในระยะหลังการทดลองเท่านั้น ส่วนตัวแปรการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม พบว่า สูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบระหว่างหลังการทดลองและระยะติดตามผล ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ไม่พบการเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลา

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยตัวแปรตามช่วงเวลาการวัดจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวิธีการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่โดยใช้วิธี Bonferroni

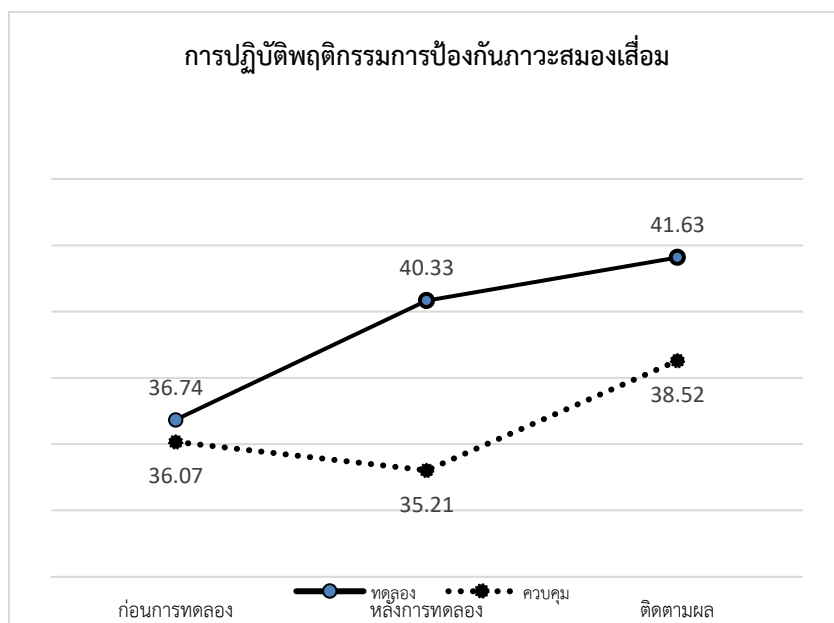
ตัวแปรที่ศึกษา	ผลต่างคะแนนเฉลี่ย			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	MD	p-value	MD	p-value
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม				
หลังการทดลอง - ก่อนทดลอง	3.07	.001	-2.72	.019
ระยะติดตามผล - ก่อนทดลอง	2.66	.008	-1.86	.052
ระยะติดตามผล - หลังทดลอง	-.40	.407	.86	.269
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม				
หลังการทดลอง - ก่อนทดลอง	2.11	.003	-.65	.657
ระยะติดตามผล - ก่อนทดลอง	1.70	.051	-.24	1.000
ระยะติดตามผล - หลังทดลอง	-.40	1.000	.41	1.000

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยตัวแปรตามช่วงเวลาการวัดจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวิธีการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่โดยใช้วิธี Bonferroni (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	ผลต่างคะแนนเฉลี่ย			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	MD	p-value	MD	p-value
การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม				
หลังการทดลอง - ก่อนทดลอง	2.48	.010	-.89	1.000
ระยะติดตามผล - ก่อนทดลอง	1.55	.369	-1.75	.433
ระยะติดตามผล - หลังทดลอง	-.92	.736	-.86	1.000
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม				
หลังการทดลอง - ก่อนทดลอง	3.55	.002	-3.51	.020
ระยะติดตามผล - ก่อนทดลอง	1.96	.058	-1.58	.448
ระยะติดตามผล - หลังทดลอง	-1.59	.077	1.93	.157
การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม				
หลังการทดลอง - ก่อนทดลอง	3.59	< .001	-.86	.968
ระยะติดตามผล - ก่อนทดลอง	4.88	< .001	2.44	.093
ระยะติดตามผล - หลังทดลอง	1.29	.371	3.31	.002

โดยสรุปผลการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงที่พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค มีประสิทธิผลทำให้การปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันภาวะสมองเสื่อมดีขึ้น และเมื่อวัด ในระยะติดตามผล กล่าวคือหลังจบโปรแกรมฯ

ไปแล้วพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในกลุ่ม ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยไม่ลดลง ซึ่งหมายความว่า โปรแกรมฯ นี้ส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันภาวะ สมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีความคงทน ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติพฤติกรรมฯ ตามช่วงเวลา

การอภิปรายผลการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานจากกิจกรรมที่จัดขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค โดยการให้ความสำคัญกับสิ่งคุกคามสุขภาพ และกระบวนการเรียนรู้ของบุคคล¹² ทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีการรับรู้ด้านต่าง ๆ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยมีการบรรยายประกอบสไลด์ให้ความรู้ และยกตัวอย่างเกี่ยวกับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม

การประเมินถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม การอ่านทบทวนความรู้จากคู่มือเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมที่ผู้วิจัยมอบให้ ทำให้เกิดการเรียนรู้ และมีการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับประสบการณ์การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้แลกเปลี่ยน และรับฟังความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ กว้างขวางยิ่งขึ้น¹⁷ การได้ทราบถึงประโยชน์ของผลลัพธ์ที่จะเกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็น การสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยมีบุคคลต้นแบบ การใช้คำพูดจูงใจ รวมถึงการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อสอบถามอุปสรรคและให้กำลังใจในการปฏิบัติ รวมทั้งการฝึกทักษะเฉพาะด้าน เช่น การออกกำลังกาย การออกกำลังกายสมอง จากการประยุกต์โดยใช้เสียงเพลงประกอบการฟ้อนเล็บ เพื่อฝึกการประสานกันของประสาทสัมผัสร่วมกับการออกกำลังกาย การเล่นเกมบิงโก คำวนฝึกสมอง และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเรื้อรังที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ได้แก่

แนวทางโภชนาการเพื่อหยุดความดันโลหิตสูง (อาหาร Dietary approaches to stop hypertension Diet :DASH) สำหรับโรคความดันโลหิตสูง อาหารเบาหวาน ลดหวาน ลดไขมัน เป็นต้น รวมถึงอาหารที่ช่วยในการทำงานของสมอง การให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้คิดรายการอาหาร และการผ่อนคลายอารมณ์ สมาธิ สวดมนต์ เป็นต้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่ใกล้เคียงกัน คือ ผลการศึกษาของ ศรุตยา หวางษ์ และคณะ ที่ใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว จังหวัดอำนาจเจริญ มีผลทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ¹⁸ และการศึกษาของ ชื่นชม สมพล และคณะ ที่ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมาใช้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกรุงเทพมหานคร โดยใช้การบรรยายประกอบสไลด์ ชมวีดิทัศน์ ร่วมกับให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีการใช้ต้นแบบผู้สูงอายุ การพูดจูงใจ การฝึกทักษะเฉพาะด้าน และการติดตามเยี่ยม ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ¹⁹ และการศึกษาของ วลัยลักษณ์ สิทธิบรรณ และคณะ ที่ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนความดันโลหิตสูง ตำบลร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีกิจกรรมการบรรยายให้ความรู้ด้วยสไลด์ ให้ดูวีดิทัศน์ การจัดบอร์ด และอภิปรายกลุ่มย่อย การฝึกทักษะเฉพาะด้าน การติดตามเยี่ยม ทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ²⁰ ส่วนการใช้โทรศัพท์เพื่อให้กำลังใจ และให้คำแนะนำนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Goode และคณะ²¹ ที่ใช้โทรศัพท์สนับสนุนการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุทหารผ่านศึกที่มี

อาการปวดหลังเรื้อรัง พบว่า วิธีการนี้เป็นที่ยอมรับและปลอดภัย สามารถนำไปใช้ร่วมกับกิจกรรมอื่นได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชื่นชม สมพล และคณะ ที่ใช้โทรศัพท์ในการให้คำแนะนำ สอบถามปัญหา และให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรม โดยผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และมีพฤติกรรมปฏิบัติดีกว่าก่อนทดลอง¹⁹ อีกทั้งโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงนี้ยังส่งผลให้เกิดพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงไม่เปลี่ยนแปลง นั่นคือพฤติกรรมมีความคงทนแม้จะวัดในระยะติดตามผล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กิจกรรม เช่น เกมบิงโก และการสวดมนต์ รวมถึงฟอนเล็ปที่เป็นวัฒนธรรมประจำถิ่น ควรปรับให้เหมาะสมกับเพศ และวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ที่จะนำไปใช้ และการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุแต่ละครั้งควรกระชับเวลาให้สั้นลง ไม่ควรเกินครึ่งละ 1 ชั่วโมง
2. กิจกรรมสร้างเสริมให้เกิดการรับรู้ ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม เป็นกิจกรรมที่สำคัญอันดับแรกในการสร้างเสริมการรับรู้ด้านอื่น และการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่อไป
3. บุคลากรด้านสาธารณสุขหรือชมรมผู้สูงอายุ สามารถนำรูปแบบกิจกรรมไปปรับใช้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มที่มีสุขภาพดี และกลุ่มที่มีโรคประจำตัวได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาลงโปรแกรมฯ ในระยะยาว (longitudinal study) เพื่อดูผลกระทบและความเปลี่ยนแปลงของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมจากโปรแกรมฯ ด้วยการวิจัยเชิงพัฒนาการ ร่วมกับการศึกษาเชิงคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute and Institute for Population and Social Research Mahidol University. Situation of the Thai elderly 2018. Bangkok: Printery Company Limited; 2018. (in Thai)
2. Nonthaburi Provincial Social Development and Human Security Office. Social situation reports in Nonthaburi province budget year 2018 [Internet]. 2018 [cited 2018 Sep 17]. Available from: <https://drive.google.com/file/d/1UwjG3nl-zO5ycA6K-9SXJfYuKsCgKXFK/view> (in Thai)
3. Thongcharoen W. Science and art elderly nursing. 2nd ed. Bangkok: Faculty of Nursing Mahidol University; 2015. (in Thai)
4. Provincial Public Health Office Nonthaburi. Screening for the elderly, 10 subjects, health area 4, Nonthaburi province, fiscal year 2018 [Internet]. 2018 [cited 2021 Jun 30]. Available from: https://nbi.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatated/format1.php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=df0700e8e3c79802b208b8780ab64d61 (in Thai)
5. Muangpaisan W. Dementia prevention, assessment and care. Bangkok: Parbpim; 2013. (in Thai)
6. Institute of Neurology, Department of Medical Services. Clinical practice guidelines: dementia. Bangkok: Tana Press; 2014. (in Thai)
7. Alzheimer's association. Mild cognitive impairment (MCI) [Internet]. 2017 [cited 2017 Nov 10]. Available from: https://www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-dementia/related_conditions/mild-cognitive-impairment
8. Phanakorn L, Nanthamongkolchai S, Pitikunthang S, Munsawaengsub C, Taechaboonsermsak P. Factors influencing dementia in elderly women in Lumphun province. Journal of Public Health 2015;45(2):197-209. (in Thai)
9. Ekparakorn W. Report of the 5th Thai health survey by physical exam 2014. Nonthaburi: Aksorn Graphic and Design; 2016. (in Thai)
10. Bureau of Information Office of The Permanent Secretary of MOPH. MOPH reveals that there are 600,000 people with Alzheimer's disease in Thailand, urgently screening and organizing care systems [Internet]. 2016 [cited 2017 Sep 10]. Available from: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/04/86580>
11. Senior Citizens Council of Thailand. Elderly club guide [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 12]. Available from: http://www.dop.go.th/download/knowledge/knowledge_th_20161706104732_1.pdf (in Thai)
12. Rogers RW. Cognitive and physiological process in fear appeas and attitude change: a revised thery of protection motivation. New York: The Guilford Perss; 1983.

13. Nonthaburi Provincial Office. Information briefing of Nonthaburi province [Internet]. 2016 [cited 2016 Jul 20]. Available from: http://www.nonthaburi.go.th/Downloads/brief_nonthaburi.pdf (in Thai)
14. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Lawrence Erlbaum Association; 1988.
15. Phuangwarin N, Thongtang O, Asasantathai P. Thai geriatric depression scale - TGDS. Siriraj Hospital Gazette 1994;46(1):1-9. (in Thai)
16. Kusalarak P, Nakaviro D. The validity study of the mini - cog test in Thai dementia patients. Ramathibodi Medical Journal 2012;35(4):264-71. (in Thai)
17. Kaewwannarat A. Methods of health education. 2nd ed. Chiang Mai: Unity and Progress Solutions; 2010. (in Thai)
18. Hawong S, Thaingtham W, Nanthamongkolchai S. The health promotion program for the elderly at risk group of Alzheimer's in community. Journal of Public Health Nursing 2017; 31(1):110-28. (in Thai)
19. Sompol C, Rawiworakul T, Kirdmongkol P. Effects of a stroke prevention program for older adults with hypertension. Journal of Public Health Nursing 2017;31:57-74. (in Thai)
20. Sittibun W, Kaewsawat S. Effect on self-efficacy perception to hypertension disease prevention among people with pre-hypertension in Rhonphibul sub-district, Rhonphibul district, Nakhon Si Thammarat province. Journal of Health Science 2019;(28):116-24. (in Thai)
21. Goode AP, Taylor SS, Hastings SN, Stanwyck C, Coffman CJ, Allen KD. Effects of a home-based telephone-supported physical activity program for older adult veterans with chronic low back pain. Physical Therapy 2018;98(5):369-80.