

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะ
สมองเสื่อมในผู้สูงอายุเขตเทศบาลนครพิษณุโลก
จังหวัดพิษณุโลก

The Effect of an Elderly Health-Promoting Behaviors
Program for Dementia Prevention in Phitsanulok
Municipality, Phitsanulok Province, Thailand

สัมปอัย แสนเตปิน* จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ**

Sompoi Santapin,* Chakkrapan Phetphum**

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จ.พิษณุโลก

* Student in Master Degree of Public Health Program, Faculty of Public Health, Naresuan University, Phitsanulok Province

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จ.พิษณุโลก

** Faculty of Public Health, Naresuan University, Phitsanulok Province

* Corresponding Author: spoysa_02@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดซ้ำ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน โดยการจับคู่ด้วยตัวแปร อายุ เพศ และระดับการศึกษา โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพซึ่งประยุกต์ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender โดยแต่ละสัปดาห์ในการทำกิจกรรมสร้างให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม มุ่งเน้นให้กิจกรรมมีความหลากหลายส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน คือ 1) การบริโภคอาหาร 2) กิจกรรมทางกาย 3) กิจกรรมทางปัญญา 4) กิจกรรมทางสังคม ซึ่งใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรมเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที่ใช้ทดสอบ คือ สถิติทีอิสระและสถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ประโยชน์ ด้านการรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม สูงกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนการทดลอง

Received: March 5, 2019; Revised: April 19, 2019; Accepted: June 24, 2019



อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้อุปสรรคของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ผลตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ดังนั้นจึงเสนอแนะให้บุคลากรทางด้านสาธารณสุขนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุหรือกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน และประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่นๆ โดยปรับให้เข้ากับบริบทของแต่ละพื้นที่นั้นได้

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันภาวะสมองเสื่อม

Abstract

This quasi-experimental research was to examine the effects of an elderly health – promoting behaviors program for dementia prevention in Phitsanulok Municipality, Phitsanulok Province. A purposive samples of 64 participants were recruited from community. These participants were selected by pair matching which divided into two groups, using matched pairs with age, gender, and level of education, including an experimental and a control group. The experimental group participated in health-promoting behaviors program. The intervention program by using Pender consisted in each week to create of perceived benefits, perceived barriers to action and perceived self-efficacy for dementia prevention. To focus on diverse activities to promote the four behaviors were food consumption, physical activity, cognitive activity and social activities. The duration of intervention program performed 6 weeks and the following 12 weeks. The data collection was conducted by questionnaires for the pre-test, post-test and follow-up 6, 12 week periods. The statistical analysis was performed by using percentage, mean, standard deviation, independent t-test and repeated measure ANOVA.

The mean score of perceived benefits, self-efficacy and behavior to prevent dementia of the experimental group was higher than control group and after program completion was higher than that of before ($p < .05$), the mean score of perceived barriers of the experimental group was lower than control group and after program completion was lower than that of before ($p < .05$).

Concluded that the program created by the researcher can promote healthy behaviors in order to prevent dementia to be effective according to the stated objectives. Therefore proposed public health personnel can apply this program to the elderly or similar group and apply to other areas by adapting to the context of each area.

Keywords : elderly, health promoting program, dementia prevention

≡≡≡ ความเป็นมาและความสำคัญ ≡≡≡ ของปัญหา

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติในการทำงานของสมองด้านการคิด สติปัญญา และความจำ ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพและอารมณ์¹ ซึ่งในปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ป่วยด้วยสมองเสื่อมเกือบ 35.6 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตด้วยภาวะสมองเสื่อมประมาณ 1.70 ล้านคน² สำหรับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ในปี ค.ศ. 2012 ประเมินการว่าหากไม่มีมาตรการป้องกัน จำนวนผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นจาก 2.48 ล้านคน เป็นสองเท่าและสามเท่าใน ค.ศ. 2030 และ ค.ศ. 2050 ตามลำดับ ส่วนในประเทศไทยมีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 12.4 พบมากในเพศหญิง และโอกาสการป่วยผันแปรตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยในช่วงอายุระหว่าง 60 ถึง 69 ปี มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 7.1 ในขณะที่ผู้มีอายุระหว่าง 70 ถึง 79 ปี และอายุ 80 ปีขึ้นไป มีภาวะสมองเสื่อม 14.7 และ 32.5 ตามลำดับ และผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยภาคเหนือมีความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 12.5 สูงเป็นอันดับสองรองจากภาคใต้¹

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) และโรคสมองเสื่อมที่มีสาเหตุจากเส้นโลหิตในสมอง (Vascular dementia)³ โดยภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ร้อยละ 60 - 80 เกิดจากโรคอัลไซเมอร์ รองลงมา คือ ภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือด ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมทั้งสองกลุ่มนี้⁴ ส่งผลกระทบทางด้านร่างกาย คือ ในระยะแรกทำให้เกิดการกำเริบของโรคประจำตัว ในระยะกลางอาจทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหารและน้ำ เกิดการพลัดตกหกล้มจากการมีอาการเดินไปเดินมาอย่างไร้จุดหมาย ในระยะสุดท้ายอาจเกิดภาวะ

แทรกซ้อนจากการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจนั้นในระยะแรก ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล เครียด ในระยะกลางและระยะสุดท้ายอาจถูกทำร้ายจากผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม อีกทั้งทางด้านการสังคมจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการแยกตัวออกจากสังคม และทางด้านเศรษฐกิจในระยะแรกส่งผลต่อการประกอบอาชีพในกรณีที่ผู้สูงอายุยังคงทำงานหรือประกอบอาชีพอยู่ และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ในระยะกลางและระยะสุดท้ายมีการพึ่งพิงผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัว⁵ ดังนั้นภาวะสมองเสื่อมในทุกๆระยะจึงมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม รวมทั้งครอบครัวผู้สูงอายุที่ต้องรองรับปัญหาทางพฤติกรรมของผู้ป่วย และสูญเสียโอกาสในการทำงาน และมีรายได้ลดลง⁶

ถึงแม้ว่าภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากโรคอัลไซเมอร์จะไม่สามารถรักษาให้หายได้แต่เชื่อว่าการลดปัจจัยเสี่ยงจะป้องกันการดำเนินโรค และมีผลให้อุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมลดลง⁷ ผลการศึกษาที่ผ่านมาระบุว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ การขาดกิจกรรมทางความคิด การขาดกิจกรรมทางกาย การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ภาวะอ้วน การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ระดับความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้น โรคเบาหวาน ระดับไขมันในเลือดสูง และปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ อายุ พันธุกรรม การมีประวัติในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม เพราะฉะนั้นการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัว สังคมได้อย่างมีความสุข และช่วยสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 4 ด้าน คือ

ด้านอาหารทำให้การทำงานของสมองดีขึ้น เนื่องจากสารต้านอนุมูลอิสระจะช่วยป้องกันไม่ให้เซลล์เนื้อเยื่อในสมองเสื่อมสภาพเร็วกว่าปกติ การออกกำลังกายจะช่วยให้ระบบไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้ดีขึ้นช่วยให้เซลล์ประสาทมีความแข็งแรงและนำกระแสประสาทได้ดี ช่วยลดการอักเสบของเนื้อเยื่อสมอง และส่งเสริมการสร้างเซลล์ประสาท การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นจะกระตุ้นให้สมองได้มีการคิด เซลล์ประสาทในสมองมีการทำงานส่งกระแสประสาทอยู่ตลอดเวลาส่งผลให้เซลล์ประสาทมีความแข็งแรง การทำกิจกรรมที่กระตุ้นความคิดจะช่วยให้เซลล์ประสาทภายในสมองได้มีการทำงานอยู่ตลอดเวลาซึ่งสามารถลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้⁸

ปัจจุบันภาวะสมองเสื่อมทั้งสองประเภท หากเป็นแล้วไม่สามารถรักษาให้หายกลับคืนมาได้ แต่สามารถป้องกันได้ โดยศูนย์วิจัยโรคสมองเสื่อม ความร่วมมือระหว่างประเทศ⁹ เสนอว่าการป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่ดีที่สุด คือ มุ่งไปปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตอย่างเป็นองค์รวมทั้ง 4 ด้าน คือ กิจกรรมทางกาย กิจกรรมทางปัญญา กิจกรรมทางสังคม และการบริโภคอาหาร ซึ่งจังหวัดพิษณุโลก มีจำนวนผู้สูงอายุ 140,099 คน คิดเป็นร้อยละ 16.19¹⁰ ของประชากรทั้งหมด ส่วนในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก มีจำนวนผู้สูงอายุ 13,820 คน คิดเป็นร้อยละ 20.06 ของประชาชนในเขตเทศบาล มีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในเขตเทศบาลจำนวน 199 คน¹¹ และมีความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุของอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ร้อยละ 14.5¹²

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ยังไม่พบงานวิจัยใดเลยที่ออกแบบโปรแกรมที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้านนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดนี้ ในการออกแบบโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender, Murdaugh & Parson¹³ โดย Pender กล่าวว่าไว้ว่า

การรู้คิดและอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้ความสามารถของตน จะส่งผลให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามที่พึงประสงค์ได้ ด้วยตระหนักถึงสถานการณ์การรับรู้ความสามารถของตน และผลกระทบที่รุนแรงของภาวะสมองเสื่อมที่จะส่งผลแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และประเทศ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการจัดทำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (Pender's Health Promoting Model) ในผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยผสมผสานการช่วยเหลือแบบกระบวนการกลุ่มเน้นการปรับให้เข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ร่วมกับเนื้อหาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในชุมชนอื่นๆ และยังจะช่วยป้องกันและลดอัตราภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชนได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 12

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ภายในกลุ่มทดลองก่อนการได้รับโปรแกรมกับภายหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 12

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังจากทดลองทันทีในสัปดาห์ที่ 6 และภายหลังจากทดลองสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมสูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนการรับรู้อุปสรรคต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

2. ภายหลังจากทดลองทันทีในสัปดาห์ที่ 6 และภายหลังจากทดลองสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนการทดลอง ส่วนการรับรู้อุปสรรคต่ำกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยได้นำตัวแปรจัดกระทำในกรอบแนวคิดในการวิจัยประกอบไปด้วย กิจกรรมทางกาย^{14,9} กิจกรรมทางปัญญา^{8,9} กิจกรรมทางสังคม^{15,9} การบริโภคอาหาร^{16,9} ร่วมกับประยุกต์ใช้ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของ Pender นำมาพัฒนากิจกรรมในโปรแกรมเนื่องจากทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของ Pender เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันก่อนที่จะเกิดโรคซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่จะช่วยในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้ โดยผู้วิจัยเลือกปัจจัยด้านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรมซึ่งประกอบไปด้วย การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน และการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยให้กิจกรรมสอดคล้องกับการส่งเสริมพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

เขตเทศบาลนครพิษณุโลก

- การเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการเสริมสร้างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย
 - บรรยายและแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม
 - จัดประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ชี้ให้เห็นประโยชน์ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม
- การเสริมสร้างการจัดและลดอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย
 - วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค
 - แก้ไขอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค
 - วางแผนหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาพร้อมกัน
 - สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ
- การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตน ประกอบด้วย
 - การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย
 - การสาธิตและใช้ต้นแบบที่ปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้สำเร็จ
 - การฝึกปฏิบัติและการได้รับประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง
 - กิจกรรมทางกาย : เดิน เต้นแอโรบิก รำไม้พลอง แกว่งแขน
 - กิจกรรมนันทนาการ : รว้างสัมพันธ์ สวดมนต์ นั่งสมาธิ ดนตรีบำบัด
 - กิจกรรมการบริโภคอาหาร : เกมบัตรคำแลกเปลี่ยนอาหาร วิเคราะห์อาหารจากสมุดบันทึก
 - กิจกรรมทางปัญญา : เกมกระดาน ชูโดกุ โดมิโน จิ๊กซอร์ต่อภาพ ต่อบล็อกไม้ วาดรูป

- การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม
- การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม
- การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม
- พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

== คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย ==

1. ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อยู่ในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก และยังไม่มีความเสี่ยง โดยประเมินด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)¹

2. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม หมายถึง การคาดหวังถึงข้อดีที่ผู้สูงอายุจะได้รับจากการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย การควบคุมตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกาย การมีกิจกรรมทางสังคม และการมีกิจกรรมทางปัญญา วัดโดยใช้แบบสอบถามเรื่องการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 9 ข้อ

3. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับผลเสียหรือข้อจำกัดที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม วัดโดยใช้แบบสอบถามเรื่องการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 9 ข้อ

4. การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ความเชื่อมั่นเกี่ยวกับความสามารถของตนในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกาย การมีกิจกรรมทางสังคม และการมีกิจกรรมทางปัญญา วัดโดยใช้แบบสอบถามเรื่องการรับรู้ความสามารถ

ของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 8 ข้อ

5. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม หมายถึง การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุเขตเทศบาลนครพิษณุโลกใน 4 ด้าน ประกอบด้วย กิจกรรมทางกาย กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมทางปัญญา และการบริโภคอาหาร วัดโดยใช้แบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 24 ข้อ

6. โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม หมายถึง กิจกรรมที่นำแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender มาเป็นแนวคิดหลักในการดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วย การเสริมสร้างการเรียนรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การเสริมสร้างความรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม การเสริมสร้างการจัดและลดอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตน ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์

7. ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีคะแนนที่ได้จากการคัดกรองด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย¹ ต่ำกว่าเกณฑ์กำหนด โดยผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน ผู้สูงอายุจบประถมศึกษา มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน ผู้สูงอายุจบสูงกว่าประถมศึกษา มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน

== วิธีดำเนินการวิจัย ==

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดซ้ำ (Two groups repeated measurement



design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเขตเทศบาลนครพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก โดยเจาะจงเลือกหมู่บ้าน 2 หมู่บ้าน ที่มีลักษณะทางภูมิศาสตร์และการดำเนินชีวิตที่มีความใกล้เคียงกัน หมู่บ้านที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง หมู่บ้านที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นจึงจับคู่ตัวแปรสำคัญ (Matched pair) อายุ เพศ และระดับการศึกษา เข้าตามกลุ่มคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Two sample independent group test)

ในการศึกษาครั้งนี้ขนาดตัวอย่าง 23 คน และคาดว่าจะมีการสูญเสียระหว่างการเก็บข้อมูล (Drop out) ร้อยละ 15 ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จึงมีจำนวน เท่ากับ 64 คน¹⁷ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 32 คน และจับคู่ตัวแปรสำคัญ (Matched pair) เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อน และควบคุมให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด¹⁸ โดยทั้งสองกลุ่มควบคุมให้มีอายุโดยพิจารณาคัดเลือกผู้สูงอายุที่จะเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุใกล้เคียงกันไม่เกิน 5 ปี เพศเดียวกัน และมีการศึกษาในระดับเดียวกัน (ไม่ได้รับการศึกษา ระดับประถมศึกษา และระดับสูงกว่าประถมศึกษา)

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยได้รับการประเมินจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) และมีคะแนนอยู่ในระหว่าง 0 - 12 คะแนน

2. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยพิจารณาจากผลการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นโดยใช้แบบทดสอบภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) และได้คะแนนตามที่กำหนด คือ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือต้องได้คะแนนมากกว่า 14 คะแนน ผู้สูงอายุเรียนระดับประถมศึกษาต้องได้คะแนนมากกว่า 17 คะแนน และผู้สูงอายุเรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษาต้องได้คะแนนมากกว่า 22 คะแนน

3. เป็นผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป

4. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

5. สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยประเมินจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ (Barthel ADL Index) และได้คะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

6. ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดการทดลอง

2. ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย

3. เกิดการเจ็บป่วยกะทันหันที่ไม่สามารถมาเข้าร่วมโปรแกรมได้ตามที่กำหนดได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเขตเทศบาลนครพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกัน

ภาวะสมองเสื่อม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องสำหรับการวัดการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) จนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน)

การแปลผลคะแนนการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้¹⁹

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.68 - 5.00 หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์/การรับรู้อุปสรรค/การรับรู้ความสามารถของตน อยู่ในระดับสูง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34 - 3.67 หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์/การรับรู้อุปสรรค/การรับรู้ความสามารถของตน อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 2.33 หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์/การรับรู้อุปสรรค/การรับรู้ความสามารถของตน อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกวันได้ 5 คะแนน ปฏิบัติเกือบทุกวันได้ 4 คะแนน ปฏิบัติปานกลางได้ 3 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้งได้ 2 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติเลยได้ 1 คะแนน การแปลผลคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ใช้เกณฑ์ ดังนี้ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.68 - 5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34 - 3.67 หมายถึง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ และความเหมาะสมทางภาษา เพื่อคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence : IOC) ซึ่งผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่า ทุกข้อคำถามมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.66 - 1 ซึ่งมากกว่า 0.5 ขึ้นไปเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด²⁰

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน ทำการตรวจสอบความเที่ยงโดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า แบบสอบถามด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84, 0.82, 0.87 และ 0.87 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำหนังสือจากมหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงนายกเทศมนตรี เทศบาลนครพิษณุโลกเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนการ

1. เตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัยโดยอธิบายการใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม และให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองเก็บข้อมูลจริงในผู้สูงอายุเขตเทศบาลนครพิษณุโลกที่มีความคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง



จำนวน 1 คน พร้อมผู้วิจัย จากนั้นนำผลมาเปรียบเทียบกัน และทำความเข้าใจเพื่อให้เกิดความชัดเจนในทุกข้อ และได้ผลประเมินที่ตรงกัน

2. ดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมจากผู้วิจัย โดยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม สัปดาห์ละครั้ง จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง

3. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยใช้แบบสอบถามของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ก่อนเข้าร่วมฝึกโปรแกรมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 12

ระยะดำเนินการทดลอง

1. สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง พัก 15 นาที

- ทำกิจกรรมละลายพฤติกรรม เพื่อทำความรู้จักกัน สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุด้วยกัน

- แจ้งวัตถุประสงค์และนำเสนอภาพรวมของโปรแกรมทั้งหมด ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม สถานการณ์ความเป็นมาสาเหตุ อาการ ผลกระทบที่จะเกิดขึ้น ร่วมกับการฉายวีดิทัศน์ภาวะสมองเสื่อม มีการสอบถามหลังการบรรยาย

- แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ ทำกิจกรรมจิ๊กซอร์ต่อภาพ เพื่อเป็นการฝึกสมองในด้านทักษะความจำ การวางแผน และใช้จินตนาการ

- ผู้วิจัยสาธิตการออกกำลังกายแกว่งแขนพร้อมให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติตาม โดยมีภาพวีดิทัศน์ประกอบการสาธิต

- แจกสมุดบันทึกการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมให้ผู้สูงอายุ และแนะนำ

สมุดบันทึกให้ผู้สูงอายุ จัดบันทึกกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวัน การบริโภคอาหาร การทำกิจกรรมทางกาย เพื่อนำกลับมาทบทวน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในการทำกิจกรรมประจำสัปดาห์ต่อไป

2. สัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง พัก 15 นาที

- ทบทวนกิจกรรม สอบถามพูดคุยถึง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติกิจกรรม

- ทำกิจกรรมกลุ่ม เล่นเกมซูโดกุ เพื่อฝึกทักษะในการคิดเป็นเหตุเป็นผลของสมอง

- ร้องเพลง รำวงสัมพันธ์ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลายความตึงเครียด สนุกสนาน ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย กิจกรรมทางสังคม

- สาธิต การรำไม้พลอง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้บริหารร่างกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เพิ่มระบบการไหลเวียนโลหิต ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

3. สัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง พัก 15 นาที

- ทบทวนกิจกรรม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ อุปสรรค ความรู้สึก สิ่งที่ได้รับในการปฏิบัติในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- ทำกิจกรรมรายบุคคลโดยวาดรูปบ้านของตนเอง สภาพแวดล้อมรอบบ้าน เส้นทางจากบ้านมาถึงสถานที่ที่ทำกิจกรรม เพื่อใช้กระตุ้นสมองซีกซ้าย ช่วยให้ฝึกให้คิดเป็นรูปธรรมเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างรูปร่าง ระยะทาง และพื้นที่เพื่อเชื่อมโยงกับความคิด

- เล่นเกมบัตรคำอาหารหลัก 5 หมู่ ฝึกคิดเมนูอาหาร วิเคราะห์ส่วนประกอบอาหาร ให้ประเมินภาวะโภชนาการของตนเองจากแบบบันทึกการกินอาหารประจำวันที่ผ่านมา

- สาธิตการเดินนบก้าวพร้อมให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติตาม



4. สัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง พัก

15 นาที

- การนั่งสมาธิ พร้อมดนตรีบำบัด
- ทำกิจกรรมรายบุคคลแต่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน เล่นบิงโก เป็นการฝึกสมองด้านระบบประสาทการรับรู้ การได้ยิน และระบบประสาทสั่งการ
- ทำกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการเลือกรับประทานอาหารในผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม
- สาธิตการออกกำลังกายแบบแอโรบิก พร้อมให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติตาม

5. สัปดาห์ที่ 5 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง พัก

15 นาที

- ทำกลุ่ม บอกเล่าประสบการณ์ประโยชน์และอุปสรรคในการทำกิจกรรมทางกาย ตลอด 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา
- แบ่งกลุ่ม เล่นเกมกระซิบ อ่านคำบอกต่อ เพื่อฝึกทักษะความจำและการสื่อสาร
- ทำกลุ่ม ต่อบล็อกไม้ เพื่อเป็นการฝึกสมองทั้ง 2 ด้าน ในการใช้ทักษะกระบวนการคิดและจินตนาการ

6. สัปดาห์ที่ 6 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง พัก

15 นาที

- แบ่งผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่ม 2 กลุ่ม เล่นเกมโดมิโน บล็อกไม้ เพื่อเป็นการทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา
- ให้ผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มมาสาธิตการออกกำลังกายที่ถูกต้อง
- แจกรางวัลทีมที่ได้คะแนนสูงสุดในแต่ละกิจกรรม ในแต่ละสัปดาห์ เพื่อเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมและเพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ
- ให้ผู้สูงอายุได้แสดงความรู้สึก และคำมั่นสัญญาของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม

- ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ

หลังการทดลองผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองทันทีในสัปดาห์ที่ 6 โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม

7. สัปดาห์ที่ 12

- ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม เพื่อต้องการทราบการคงอยู่ของพฤติกรรม

ในกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลจากระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลที่รับผิดชอบตามปกติ และจะได้รับกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะติดตามผลได้เสร็จสิ้นแล้วในสัปดาห์ที่ 12

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยนเรศวร เอกสารรับรองเลขที่ COA No.711/2017 IRB No.0946/60 วันที่รับรอง 15 ธันวาคม พ.ศ. 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้ ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test



และภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Repeated measures one - way ANOVA

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65.63 และส่วนใหญ่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 93.75 ทั้งสองกลุ่ม มีอายุเฉลี่ย 68.53 ปี ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 69.78 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 56.25 ในกลุ่มทดลอง

และร้อยละ 62.50 ในกลุ่มควบคุม มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 75.00 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 65.63 ในกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณสมบัติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในด้านลักษณะประชากรทั้งในด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ประวัติการมีโรคประจำตัว ($p > .05$)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 12 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง $\bar{X}$ (SD)	กลุ่มควบคุม $\bar{X}$ (SD)	t	df	p-value
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม					
ก่อนทดลอง	4.25 (0.51)	4.20 (0.40)	0.46	58.43	.651
หลังทดลองสัปดาห์ที่ 6	4.82 (0.34)	4.25 (0.47)	5.65*	56.39	< .001
หลังทดลองสัปดาห์ที่ 12	4.81 (0.33)	4.19 (0.35)	7.35*	62.00	< .001
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม					
ก่อนทดลอง	2.40 (0.74)	2.39 (0.88)	0.02	62.00	.983
หลังทดลองสัปดาห์ที่ 6	1.68 (0.44)	2.42 (0.55)	5.93*	62.00	< .001
หลังทดลองสัปดาห์ที่ 12	1.73 (0.43)	2.42 (0.50)	5.99*	62.00	< .001
การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม					
ก่อนทดลอง	3.90 (0.68)	3.88 (0.67)	0.16	62.00	.873
หลังทดลองสัปดาห์ที่ 6	4.52 (0.34)	3.78 (0.45)	7.42*	62.00	< .001
หลังทดลองสัปดาห์ที่ 12	4.53 (0.36)	3.78 (0.52)	6.76*	62.00	< .001
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม					
ก่อนทดลอง	3.65 (0.61)	3.64 (0.75)	0.05	62.00	.964
หลังทดลองสัปดาห์ที่ 6	4.22 (0.31)	3.65 (0.33)	7.07*	62.00	< .001
หลังทดลองสัปดาห์ที่ 12	4.12 (0.37)	3.61 (0.50)	4.65*	62.00	< .001

* $p < .05$

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ภายหลังจากได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 12 ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้

อุปสรรคภายหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 12 ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 12 ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	MD	p-value	MD	p-value
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม				
ก่อนทดลอง - หลังทดลองสัปดาห์ที่ 6	.574	< 0.001*	.049	1.000
ก่อนทดลอง - หลังทดลองสัปดาห์ที่ 12	.563	< 0.001*	.010	1.000
หลังทดลองสัปดาห์ที่ 6 - หลังทดลองสัปดาห์ที่ 12	.011	1.000	.059	1.000
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม				
ก่อนทดลอง - หลังทดลองสัปดาห์ที่ 6	-.716	< 0.001*	-.025	1.000
ก่อนทดลอง - หลังทดลองสัปดาห์ที่ 12	-.667	< 0.001*	-.032	1.000
หลังทดลองสัปดาห์ที่ 6 - หลังทดลองสัปดาห์ที่ 12	-.049	0.285	-.007	1.000
การรับรู้ความสามารถของตนของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม				
ก่อนทดลอง - หลังทดลองสัปดาห์ที่ 6	.618	< 0.001*	.094	1.000
ก่อนทดลอง - หลังทดลองสัปดาห์ที่ 12	.629	< 0.001*	.097	1.000
หลังทดลองสัปดาห์ที่ 6 - หลังทดลองสัปดาห์ที่ 12	.012	1.000	.003	1.000
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม				
ก่อนทดลอง - หลังทดลองสัปดาห์ที่ 6	.563	< 0.001*	.005	1.000
ก่อนทดลอง - หลังทดลองสัปดาห์ที่ 12	.468	0.003*	.036	1.000
หลังทดลองสัปดาห์ที่ 6 - หลังทดลองสัปดาห์ที่ 12	.094	0.626	.041	1.000

* p < .05 , MD = Mean Difference

จากตารางที่ 2 ผลความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมภายในกลุ่มควบคุมในแต่ละช่วงเวลา พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 6 และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12 ไม่แตกต่างกัน ส่วนภายในกลุ่มทดลองในแต่ละช่วงเวลา พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 6 และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 6 และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12 ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 6 กับสัปดาห์ที่ 12 ไม่แตกต่างกัน

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมสูงกว่ากลุ่มควบคุม และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1

2. ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนการทดลอง และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2

การอภิปรายผลการวิจัย

1. จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมตนสูงกว่ากลุ่มควบคุม และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่ำกว่ากลุ่มควบคุม สามารถอธิบายได้ว่า ในด้านการรับรู้ประโยชน์ ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender ผู้วิจัยจัดกิจกรรมโดยใช้เทคนิคที่หลากหลาย ผสมผสาน ครอบคลุมการส่งเสริมพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน คือ กิจกรรมทางกาย กิจกรรมทางปัญญา กิจกรรมทางสังคม และการบริโภคอาหาร โดยกิจกรรมประกอบไปด้วย การ

บรรยายประกอบสื่อทางคอมพิวเตอร์ เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ในสถานการณ์ปัจจุบันที่เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในเรื่องภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ สาเหตุอาการ ผลกระทบ รวมทั้งการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย การมีกิจกรรมทางสังคม และการจัดการความเครียด จัดประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ชี้ให้เห็นประโยชน์ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมให้เกิดการรับรู้ถึงประโยชน์ หรือข้อดีข้อเสีย ในการปฏิบัติพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน แทรกด้วยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมเกี่ยวกับอาหารที่ป้องกันภาวะสมองเสื่อมและปรับให้เข้ากับวิถีชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ยังมีการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมมีการแข่งขันและให้รางวัล เพื่อเป็นแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุร่วมกับคำชื่นชมจากผู้วิจัยและจากผู้สูงอายุด้วยกัน สร้างการรับรู้ประโยชน์ภายนอก ทำให้ผู้สูงอายุเพิ่มความสนใจ กระตือรือร้น เริ่มต้นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอีกทั้งผู้วิจัยปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยความสุภาพ ยอมรับความเชื่อ ค่านิยม และวิถีชีวิตที่แตกต่างกัน ในการนำกลุ่มผู้วิจัยออกแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับการเรียนรู้ สอดแทรกเรื่องราวสนุกสนานทำให้กลุ่มตัวอย่าง สนใจมีความสุข ไม่เครียด เกิดการเรียนรู้ และจดจำเนื้อหาต่างๆ ที่ถ่ายทอดจากผู้วิจัยได้ดีขึ้น ซึ่งแต่ละสัปดาห์จะมีการทำกิจกรรมกลุ่มที่สลับเปลี่ยนกลุ่มกันไปในทุกสัปดาห์ และกิจกรรมที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมไม่ซ้ำกัน สร้างการรับรู้ประโยชน์ภายในเพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดความเบื่อหน่ายพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ตลอดการเข้าโปรแกรมทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมในการเข้ากลุ่มทำโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งตรงกับทฤษฎีของ Pender ด้านการ

รับรู้ประโยชน์ บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใดขึ้นอยู่กับ การคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับหรือ ผลลัพธ์หลังการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การรับรู้ ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล เกิดขึ้นได้จากประสบการณ์ตรงที่บุคคลนั้นได้รับ โดยบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ที่ ให้ผลทางบวกต่อตนเอง ทำให้เกิดแรงจูงใจในการ ปฏิบัติพฤติกรรมทั้งภายในและภายนอก¹³

ในด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะ สมองเสื่อม อภิปรายได้ว่า จากการจัดกิจกรรมใน โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกัน ภาวะสมองเสื่อม ก่อนเริ่มกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5 ก่อนเข้าสู่กิจกรรมมีการทบทวนสอบถาม พุดคุยถึงกิจกรรมที่ผ่านมาในแต่ละสัปดาห์ พุดคุย ถึงปัญหาและอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึก และสิ่งที่ได้รับ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้แสดงความรู้สึก และชี้แจง เปิดโอกาสให้มีการซักถามและตอบข้อ สงสัยโดยวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน มีการ ประชุมกลุ่มย่อยเพื่อทบทวนความรู้ เปิดโอกาสให้ ผู้เข้าร่วมการทดลองเล่าถึงวิธีปฏิบัติตนที่ผ่านมา ทบทวนโดยสมุดบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไว้เพื่อ บันทึกรูปภาพกิจกรรมตนเองทั้ง 4 ด้าน กิจกรรมทาง กาย กิจกรรมทางปัญญา กิจกรรมทางสังคม และ การบริโภคอาหาร ทำให้ได้รู้ถึงพฤติกรรมของตนที่ ควรทำหรือยังไม่ได้ทำผ่านกระบวนการกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดความรู้สึกที่ดีต่อพฤติกรรม ที่ตนเองปฏิบัติ เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ และสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายของตนเองรวมถึง การมีส่วนร่วมทางอ้อมที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุใน การเข้าร่วมกิจกรรมที่จะได้กำลังใจจากผู้เข้าร่วม ด้วยกัน ซึ่งตรงกับทฤษฎีของ Pender ว่า การ รับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีผลต่อ ความตั้งใจที่จะปฏิบัติและการลงมือปฏิบัติ¹³

ในด้านการรับรู้ความสามารถของตนใน การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกัน ภาวะสมองเสื่อม อภิปรายได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุได้ เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม สุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย กิจกรรมให้ความรู้ การนำเสนอตัวแบบ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ กิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง การ ทำกลุ่มในเรื่องบัตรคำอาหาร การเล่นเกม กิจกรรม พัฒนาสมอง ฯลฯ ผู้วิจัยกระตุ้นให้กำลังใจ ให้ข้อมูล ที่ถูกต้องขณะปฏิบัติพฤติกรรมกิจกรรมต่างๆ ใน โปรแกรม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจ และ เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำได้ รวมทั้งการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ซึ่งกันและกัน ในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ กลุ่มทดลองบางคนมีประสบการณ์ที่สามารถ ปฏิบัติได้หรือไม่ได้แตกต่างกัน ด้วยบรรยากาศที่ เป็นกันเอง ไม่เป็นทางการส่งผลให้กลุ่มทดลองเล่า ประสบการณ์ได้มาก ทำให้ผ่อนคลาย ส่งผลให้ ตัดสินใจนำความสามารถที่ตนเองมีอยู่มาใช้ ประโยชน์ได้ เมื่อรับรู้ความสามารถแห่งตนที่เกิด จากทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ใน โปรแกรมแล้วนั้น ก็พร้อมจะปรับแก้ไขลด อุปสรรค เพิ่มความเชื่อมั่นในทางบวก และปฏิบัติ พฤติกรรมได้ ซึ่งตรงกับทฤษฎีของ Pender ด้าน การรับรู้ความสามารถของตน การที่บุคคลรับรู้ถึง ทักษะหรือความสามารถของตนเองเป็นแรงจูงใจ ให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ สมรรถนะของตนเอง เกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิด ที่สัมพันธ์กับอารมณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติ พฤติกรรม เมื่อมีอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดจาก การปฏิบัติพฤติกรรมในด้านบวกก็จะยิ่งรับรู้ สมรรถนะมากขึ้น ขณะเดียวกันยังการรับรู้ สมรรถนะของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสูง เท่าใดก็ยังรับรู้อุปสรรคน้อยลงเท่านั้น¹³

ในด้านพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อ ป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง



อภิปรายได้ว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม และผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรม ได้รับความรู้ด้านการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ทำกิจกรรมกลุ่มเกมพัฒนาสมอง ได้รับการสาธิตและปฏิบัติในเรื่องต่างๆ ด้วยตนเอง การออกกำลังกาย การแลกเปลี่ยนอาหาร การจดบันทึก การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มทดลองสามารถนำประสบการณ์กลับไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับตนเองได้ ทั้งเรื่องชีวิตประจำวัน การบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การมีกิจกรรมทางปัญญา การมีกิจกรรมทางสังคม การจัดการกับความเครียดส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนสามารถปฏิบัติเป็นพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ ซึ่งจากที่กล่าวมาทั้งด้านการรับรู้ประโยชน์ ด้านการรับรู้อุปสรรค ด้านการรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองสอดคล้องกับงานวิจัยของ เปรมใจ สุขศิริ²¹ ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมลดภาวะไขมันในเลือดที่ประยุกต์ตามแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ผลการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพิ่มขึ้น มีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติลดลง มีการรับรู้ความสามารถตนเอง ความมุ่งมั่นในการปฏิบัติตน อิทธิพลระหว่างบุคคล และการปฏิบัติตน

เพื่อลดไขมันในเลือดเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิ่นนเรศ กาศอุดม, มั่นทนา เหมชะญาตี²² ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะ จังหวัดจันทบุรี ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ จักรพงษ์ บุหริน, จินดาวัลย์ วิบูลย์อุทัย, สุริยา รัตนปริญา²³ ที่ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบแกว่งแขน ร่วมกับการควบคุมการบริโภคอาหารต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มเสี่ยง ในพื้นที่ตำบลโนนราศี จังหวัดมหาสารคาม ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตน ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล และการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้อุปสรรคหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. จากผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลองทันทีในสัปดาห์ที่ 6 และภายหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนการทดลอง ส่วนคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคต่ำกว่าก่อนการทดลอง อภิปรายได้ว่า จากการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพส่งผลให้กลุ่มทดลองนั้นมี

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเชิงบวกเนื่องมาจากกิจกรรมในโปรแกรมทำให้กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน จึงเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างสุขภาพในวิถีชีวิตประจำวันและเกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตจากการสังเกตพฤติกรรมของตนเอง พร้อมทั้งลงบันทึกข้อมูลด้านการบริโภคอาหาร การทำกิจกรรมทางกาย การมีกิจกรรมทางปัญญา และการมีกิจกรรมทางสังคม ลงในสมุดบันทึก สะท้อนข้อมูลแก่ตนเอง ทำให้ทราบถึงพฤติกรรมของตนเองว่าเป็นไปในทิศทางบวกหรือลบ เป็นการสะท้อนข้อมูลแก่ตนเอง จึงทำให้กลุ่มทดลองระมัดระวังตัวที่จะควบคุมพฤติกรรมให้เหมาะสมทำให้นำไปสู่การคงพฤติกรรมนั้นไว้ และกิจกรรมต่างๆ ดังกล่าวส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนสามารถปฏิบัติเป็นพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ กชพร อ่อนอภัย²⁴ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองการรับรู้ความสามารถภายในตนเองของผู้ป่วยในการป้องกันภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง และการปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้นก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญญา บุญเรือน, ธราดล เก่งการพานิช, มณฑา เก่งการพานิช, ประสิทธิ์ ลีระพันธ์²⁵ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์แบบจำลองการส่งเสริม

สุขภาพของเพนเดอร์ในการส่งเสริมสุขภาพตาของผู้สูงอายุ ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตา การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาเพิ่มขึ้นก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคลดลงก่อนการทดลองและต่ำกว่าผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรุตยา หาวงษ์²⁶ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยด้านความรู้ การรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้นก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์รายคู่ภายหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในสัปดาห์ที่ 12 กับภายหลังสัปดาห์ที่ 6 ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากระยะเวลาดังกล่าวไม่ได้มีการจัดกิจกรรมใดๆ และไม่มีการกระตุ้น จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองขาดความต่อเนื่องในปฏิบัติพฤติกรรมทำให้ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมลดลง



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัย ไปใช้

1. สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุหรือกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน และประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่นๆ โดยคำนึงถึงบริบทของแต่ละพื้นที่
2. เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ ให้กับกลุ่มเจ้าหน้าที่ ชุมชน และผู้ดูแล
3. โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุนั้น การทำกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ร่วมกับการฝึกปฏิบัติในกิจกรรมต่างๆ การแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคร่วมกัน รวมทั้งการกระตุ้นให้กำลังใจ การสร้างบรรยากาศให้ผ่อนคลายและไม่น่าเบื่อ การจัดกระบวนการเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ในด้านต่างๆ ได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาเพียง 12 สัปดาห์ ทำให้ทราบผลการเปลี่ยนแปลงระยะแรกเท่านั้น ควรมีขั้นตอนการติดตามประเมินความคงทนของพฤติกรรมในระยะยาวต่อไป
2. เพิ่มการมีส่วนร่วมของคนในครอบครัว และชุมชนในการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
3. เนื่องจากในระหว่างสัปดาห์ที่ 6 ถึง สัปดาห์ที่ 12 ไม่มีการทำกิจกรรมหรือมีการกระตุ้นใดๆ จึงควรมีการกระตุ้นเตือน เช่น เสียงตามสาย เยี่ยมบ้าน จากครอบครัว เพื่อให้เกิดความคงทนของพฤติกรรมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Prasat Neurological Institute. Clinical practice guidelines: dementia. Bangkok: Tanapress; 2014. (in Thai).
2. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the global burden of disease study 2013. Lancet 2015;385(9963):117-71.
3. The Alzheimer's Disease and Related Disorders Association. Dementia. [Internet]. [cited 2017 January 7]. Available from: <http://www.azthai.org/filedownload/dementia.pdf>. (in Thai).
4. Sripootorn W. The study of neuropsychological deficits and quality of life in healthy elderly people. Royal Thai Navy Medical Journal 2018;45(2):328-47. (in Thai).



5. Mahamad P. Knowledge, attitude and principle of caregiver in elderly disability care in Sungaikolok, Narathiwat. *J GerontolGeriatr Med* 2018;17(1-2):1-9. (in Thai).
6. Murray A. The effect of dementia on patients, informal carers and nurses. *Nurs Older People* 2014;26(5):27-31.
7. Larson EB, Yaffe K, Langa KM. New insights into the dementia epidemic. *N Engl J Med* 2013;369(24):2275-7.
8. Lin TW, KuoYM. Exercise benefits brain function: the monoamine connection. *Brain Sci* 2013;3(1):39-53.
9. Dementia Collaborative Research Centres. Development of dementia risk reduction guidelines for lifestyle health workers in 2010. [Internet]. [cited 2017 January 5]. Available from: https://www.dementia.org.au/sites/default/files/Guide_for_lifestyle_health_professionals_project_summary.pdf.
10. Department of Older Persons. Statistic of the number of elderly in Thailand for the year 2016. [Internet]. [cited 2016 December 9]. Available from: www.dop.go.th/th/know/1. (in Thai).
11. Buddhachinaraj Phitsanulok hospital. Annual report 2016. [Internet]. [cited 2016 December 15]. Available from: www.budhosp.go.th/home/wp-content/uploads/2018/06/Report59-1.pdf. (in Thai).
12. Oba N. Mental status activities and activities of daily life and among thailderly in Rural Area. *Journal of Nursing and Health Sciences* 2015;9(1):17-30.
13. Pender NJ, Murdaugh CL, Parson MA. Health promotion in nursing practice. 5thed. NJ: Prentice-Hall; 2006.
14. Erickson KI, Voss MW, Prakash RS, Basak C, Szabo A, Chaddock L, et al. Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 2011;108(7):3017-22.
15. Wilson RS, Krueger KR, Arnold SE, Schneider JA, Kelly JF, Barnes LL, et al. Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Archives of General Psychiatry* 2007;64(2):234-40.
16. Ritchie K, Carriere I, Ritchie CW, Berr C, Artero S, Ancelin ML. Designing prevention programmes to reduce incidence of dementia: prospective cohort study of modifiable risk factors. *British Medical Journal* 2010; 341:c3885.
17. Bernard R. Fundamentals of biostatistics. 5th ed. Duxbury: Thomson learning; 2000. p. 308.
18. Wiersma W. Research methods in education. 7th ed. Boston: Allyn and Bacon; 2000.
19. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1977.

20. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nursing Research* 1986;35:382-5.
21. Suksiri P. The application of Pender's health promotion model for reduction of serum cholesterol among the Royal Thai Navy. [Master's Thesis, Faculty of Public Health]. Mahidol University; 2008. (in Thai).
22. Gadudom P, Hemchayat M. Effects of an elderly health promotion program in Bangkaja sub-district Municipality Amphur Muang, Chanthaburi. *Journal of Phrapokklao Nursing College* 2011;22(2):61-70. (in Thai).
23. Borun J, Wibuloutai J, Ratanapinya S. The effect of arm swing exercise and food control on risk groups for preventing heart disease and cardiovascular disease Noonrasee sub-district Boarabu district Mahasarakham. *Journal of Sakon Nakhon Hospital* 2015;18(3):63-73. (in Thai).
24. Onapai K. The application of pender's health promotion model for improving behavior to reduce the risk of cerebrovascular disease among risk patients at Bantaen sub-district, Bantaen district, Chaiyapum province. [Master's Thesis, Faculty of Public Health], Khon Kaen University; 2008. (in Thai).
25. Boonruan B, Kengganpanich T, Kengganpanich M, Leerapan P. The application of pender's health promotion model for promoting eye health of the elderly. *Journal of Health Education* 2013;36(125):57-71. (in Thai).
26. Hawong S. The health promotion program for the elderly at risk group of Alzheimer's in community. *Journal of Public Health Nursing* 2017;31(1):110-26. (in Thai).