วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข
ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569, 86 - 99
Nursing, Health, and Public Health Journal
Vol. 5 No. 1, January - April 2026, 86 - 99

ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ต่อความรู้ในการป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เทศบาลนครพิษณุโลก

The effects of a knowledge competency development program on knowledge in preventing dementia among older adults in Phitsanulok Municipality

สุรีรัตน์ ณ วิเชียร, กัลยรัตน์ แซ่เจี่ย, ณิชนันทน์ แทบทาม, ดวงกมล เปรมวัง, ทัยไท พุ่มเรือง, ธนภรณ์ บุญมี, ธนภัทร มั่งมี, ธนัญญา พงษ์เสมา, ธีรศักดิ์ ป้อมสีผ่อง, บัญธิตา บุมี, วรรณธกาล สุธาวา, สุภาวดี สุขสุคนธ์, สุภาวดี ชัยอินทร์, และ อิศราวุธ เกษามูล*

Sureerat Na-Wichian, Kanyarat Saejia, Nitchanan Theaptham, Doungkamon Premwang, Thaitai Phumrueang, Thanaporn Boonmee, Thanaphat Mangmee, Thananya Phongsema, Teerasak Pomsipong, Banthita Bumee, Wanthakan Suthawa, Supawadee Suksukon, Supawadee Chaiin, and Issarawut Kesamoon*

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช, คณะพยาบาลศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก

Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

***ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding) e-mail: Issarawutnurse@gmail.com**

(Received: January 14, 2026; Revised: March 15, 2026; Accepted: April 16, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้เพื่อป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ในการป้องกันโรคสมองเสื่อม โดยทำกิจกรรมจำนวน 1 ครั้ง ครอบคลุมเนื้อหา 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ด้านการออกกำลังกาย ด้านอาหารที่ส่งเสริมสมอง ด้านการกระตุ้นสมอง และด้านความสุขและการจัดการอารมณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Independent t-test และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) และ 2) ความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรนำโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้นี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะหรือความเสี่ยงคล้ายคลึงกัน เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสมองเสื่อมต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้, ความรู้, การป้องกัน, โรคสมองเสื่อม, ผู้สูงอายุ

Abstract

This quasi-experimental research employed a two-group pretest-posttest design to examine the effects of a knowledge competence enhancement program for dementia prevention among older adults in Phitsanulok Municipality. The sample consisted of 52 participants aged 60 years and older, divided into an experimental group (n = 26) and a control group (n = 26). The experimental group received the knowledge competence enhancement program through one activity session covering five domains: general knowledge about dementia, physical exercise, brain-boosting diet,

brain stimulation, and happiness and emotional management. Research instruments included the knowledge competence enhancement program, a personal information questionnaire, and a dementia prevention knowledge assessment form. Data were analyzed using an independent t-test and a paired t-test.

The findings revealed that: 1) after the intervention, the experimental group demonstrated significantly higher knowledge scores regarding dementia prevention compared to the control group ($p < .05$); and 2) the experimental group's post-intervention knowledge scores were significantly higher than their pre-intervention scores ($p < .05$).

Recommendation: The knowledge competence enhancement program should be applied to older adults with similar conditions or risk factors as a guideline to promote health and prevent dementia.

Keywords: knowledge competency development program, knowledge, prevention, dementia, older adult

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลก 1,100 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 1,400 ล้านคนในปีพ.ศ. 2573 (World Health Organization, 2025) ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ.2565 โดยมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงเกินร้อยละ 20 หรือผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด และในปีพ.ศ. 2568 มีจำนวนผู้สูงอายุ 13,826,163 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 21.31 ของจำนวนประชากรทั้งหมด และจากการสำรวจผู้สูงอายุของจังหวัดพิษณุโลกใน ปีพ.ศ. 2568 พบว่า มีจำนวน 199,353 คน คิดเป็นร้อยละ 23.86 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2568) ปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นอันดับต้นของโลกคือ โรคสมองเสื่อม จากรายงานขององค์กรอนามัยโลกพบว่าในปี พ.ศ. 2564 ทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม 57 ล้านคน ทุกปีมีผู้ป่วยรายใหม่เกือบ 10 ล้านคน ซึ่งปัจจุบันผู้สูงอายุเสียชีวิตด้วยภาวะสมองเสื่อมมีการเสียชีวิตเป็นอันดับ 7 สาเหตุหลักมาจากของความพิการและการพึ่งพาในผู้สูงอายุทั่วโลก (World Health Organization, 2025) ในประเทศไทยมีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจัดอยู่ในเป็น 5 อันดับโรคเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุด (โรงพยาบาลผู้สูงอายุเดอะซีเนียร์, 2566) ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 770,000 คน หรือประมาณร้อยละ 6 ในแต่ละปีมีจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละหนึ่งแสนคน โดยพบว่าอัตราความชุกในการเป็นโรคสมองเสื่อมเท่ากับ 6.17 (รัชนี หาญสมสกุล และ วัฒนา ชยธวัช, 2567) ดังนั้นปัญหาเรื่องสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ไม่ควรละเลยในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม (dementia หรือ major neurocognitive disorder) เป็นภาวะของสมองที่ส่งผลให้เกิดความบกพร่องด้านเชาว์ปัญญา (cognitive function) และสติปัญญา (intellectual function) พบได้มากในบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยแสดงออกถึงความผิดปกติในการรับรู้ ความจำ การคิดวิเคราะห์ การใช้เหตุผลการตัดสินใจ การคำนวณ และการใช้ภาษา ซึ่งเมื่ออาการมีความรุนแรงขึ้น จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพและระดับความรู้สึกตัว ส่งผลต่อการทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวัน (ชัชวาล วงค์สารี และ ศุภลักษณ์ พื้นทอง, 2561) ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคลและสุขภาพพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว และประวัติครอบครัวที่เคยมีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม 2) ปัจจัยด้านเศรษฐสังคมและการศึกษา ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และการอ่านหนังสือ 3) ปัจจัยพฤติกรรมและความเสี่ยงด้านสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารเสริม (พนม สุขจันทร์ และคณะ, 2565) รวมถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ที่อยู่ในระดับต่ำ มีความเชื่อมโยงกับการถดถอยของสมรรถนะในการรู้คิด และความสามารถในการตัดสินใจ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงสูงกว่าในการที่จะเกิดภาวะ สมองเสื่อม

(วิมลรัตน์ บุญเสถียร และคณะ, 2565) และจากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบแนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากความเสื่อมของเซลล์สมองให้หายขาดได้ รักษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นเพื่อชะลอความเสื่อมของสมอง เพื่อป้องกันไม่ให้ลุกลามถึงระยะรุนแรง แนวทางการดูแลรักษาสามารถแบ่งได้เป็น 2 แนวทางหลัก ได้แก่ การรักษาโดยใช้ยาและการรักษาโดยไม่ใช้ยา อย่างไรก็ตามการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีความจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมกิจกรรมควบคู่ไปกับการดูแลของครอบครัวถือเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (ชลิต เชาว์วิไร และคณะ, 2565)

การป้องกันและรักษาสมองเสื่อม จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการป้องกันโรคสมองเสื่อมมี 2 วิธี ได้แก่ 1) การรักษาโดยใช้ยา ได้แก่ ยา Donepezil, Rivastigmine หรือ Galantamin ซึ่งเป็นยาที่ออกฤทธิ์ช่วยลดอาการทางสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดูแลตนเองได้มากที่สุด ทั้งนี้ยามีผลต่อร่างกาย การออกฤทธิ์ของยาต่อร่างกายของผู้สูงอายุนานกว่าวัยอื่น 2) การรักษา โดยไม่ใช้ยา ซึ่งประกอบด้วย การฝึกสมองและการตุ้นการคิด การรับประทานอาหารที่ช่วยป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการออกกำลังกายช่วยป้องกันและชะลอภาวะสมองเสื่อมได้ (ชลิต เชาว์วิไร และคณะ, 2565) สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ต่อความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เทศบาลนครพิษณุโลก พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อมด้านความรู้ทั่วไป ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านกิจกรรมนันทนาการ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ (สุรีรัตน์ ณ วิเชียร และคณะ, 2568) จากการศึกษาของ เพ็ญศิริ โคตรพัฒน์ และคณะ (2566) ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันสมองเสื่อมถอยของผู้สูงอายุในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดสลุดโดยใช้โปรแกรมในการให้ความรู้ผ่านกิจกรรมฝึกสมอง 8 กิจกรรม ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .01$ แสดงว่า การเข้าร่วมโปรแกรมฯ สามารถเพิ่มสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมฯ โดยนำแนวคิดทฤษฎีลำดับขั้นพฤติกรรมพุทธิพิสัย (Bloom's Taxonomy of learning) เป็นทฤษฎีการจำแนกจุดมุ่งหมายการเรียนรู้ด้านสมองและสติปัญญา 6 ระดับ (จากต่ำไปสูง) คือ ความรู้ความจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้สามารถอธิบาย แปลความหมาย หรือสรุปใจความสำคัญได้ การวิเคราะห์แยกแยะข้อมูลและเข้าใจความสัมพันธ์ การสังเคราะห์รวบรวมส่วนย่อยเพื่อสร้างสิ่งใหม่หรือแนวทางใหม่ และการประเมินค่าตัดสินใจ ตีราคาหรือวิพากษ์วิจารณ์โดยใช้เกณฑ์ที่เหมาะสม การกระตุ้นให้เกิดกระบวนการคิดในแต่ละระดับจะมีส่วนช่วยในการฟื้นฟูศักยภาพสมอง และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Bloom, 1956) ทฤษฎีดังกล่าวมีความเหมาะสมอย่างยิ่งในการนำมาประยุกต์ใช้กับ การจัดโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ต่อความรู้ในการป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงสนใจนำทฤษฎีลำดับขั้นพฤติกรรมพุทธิพิสัย (Bloom's Taxonomy of Learning) มาเป็นกรอบแนวคิดในการออกแบบโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ให้ครอบคลุมใน 5 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ด้านการออกกำลังกาย ด้านอาหาร ที่ส่งเสริมสมอง ด้านการกระตุ้นสมองและด้านความสุขและการจัดการอารมณ์ โดยได้นำลำดับขั้นของ Bloom's Taxonomy of Learning มาใช้ 2 ระดับ ได้แก่ ความจำ (Remember) และ ความเข้าใจ (Understand) โดยกิจกรรมในระดับความจำเน้นการให้ผู้สูงอายุ จดจำความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสมองเสื่อม ในระดับความเข้าใจเน้นการอธิบายเหตุผลว่าทำไมพฤติกรรมบางอย่างจึงช่วยส่งเสริมสุขภาพสมองและการสร้างความรู้ด้วยตนเองเป็นการกระตุ้นการทำงานของสมองในระดับสูง และช่วยส่งเสริมให้เกิดการสร้างองค์ความรู้ใหม่จากประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ แนวคิด Bloom กล่าวว่าวิธีที่ดีที่สุดที่ทำให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตัวป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ถูกต้อง คือ การให้ความรู้ เนื่องจากขั้นแรกของการได้ความรู้คือการเรียนรู้และเกิดการจดจำ จึงนำไปสู่การปฏิบัติได้ถูกต้อง และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้การป้องกันโรคสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสมและถูกต้อง การให้ความรู้ผ่านกิจกรรมสามารถช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองและกระตุ้นประสาทสัมผัส ซึ่งช่วยให้ป้องกันความเสื่อมถอยของสมองผู้สูงอายุได้ (Bloom, 1956) และการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ พบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มจาก 8.67 เป็น 13.08 คะแนน ทัศนคติจาก 46.75 เป็น

62.25 คะแนน และพฤติกรรมจาก 46.83 เป็น 86.67 คะแนน แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิผลอย่างชัดเจนในการสร้างเสริมความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้จริง (รุ่งนภา ป้องเกียรติชัย และคณะ, 2567)

จากผลการศึกษาที่ผ่านมาให้ความสำคัญต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของการนำโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้มาปรับใช้และขยายผล โดยอาศัยกรอบแนวคิด Bloom's Taxonomy of Learning เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในระยะยาว และเทศบาลนครพิษณุโลก มีนโยบายให้ความสำคัญกับการส่งเสริมด้านการป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางสุขภาพ สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุและต้องการพัฒนาการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพิษณุโลกเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้และสามารถป้องกันหรือชะลอโรคสมองเสื่อมอย่างเหมาะสม ที่ผ่านมาเคยมีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเทศบาลนครพิษณุโลก (สุรีรัตน์ ณ วิเชียร และคณะ, 2568) พบว่ามีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลา ไม่มีการสาธิตย้อนกลับหลังจากให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคสมองเสื่อมและไม่ครอบคลุมในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งหมดเนื่องจากในเทศบาลนครพิษณุโลกมีประชากรผู้สูงอายุอยู่เป็นจำนวนมาก ส่งผลให้ยังคงมีกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมอย่างครอบคลุม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ต่อความรู้ในการป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เทศบาลนครพิษณุโลก เพื่อหาแนวทางให้ผู้สูงอายุสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคสมองเสื่อม

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้กับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้

สมมติฐาน

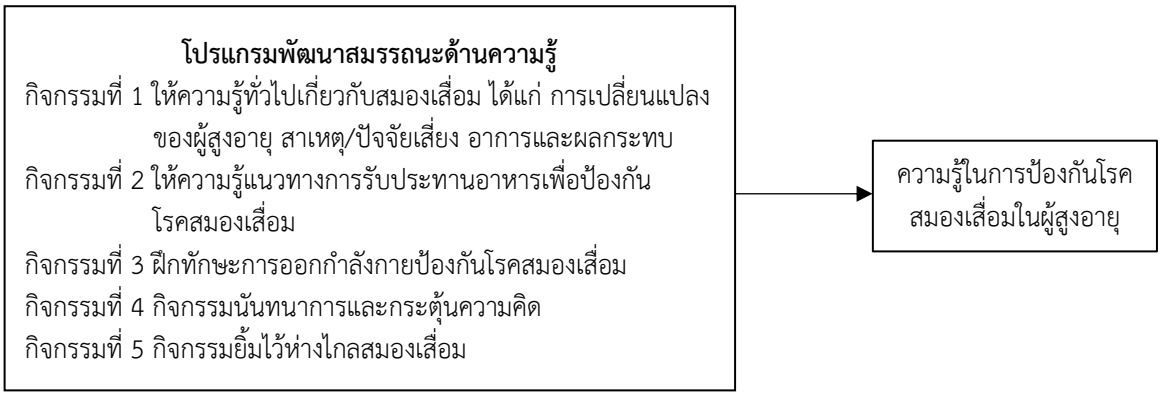
1. ความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเทศบาลนครพิษณุโลก ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเทศบาลนครพิษณุโลกของกลุ่มทดลองหลังใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้มีความรู้สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดจากทฤษฎีลำดับขั้นพฤติกรรมพุทธิพิสัย (Bloom's Taxonomy of Learning) ซึ่งพัฒนาโดยเบนจามิน บลูม (Bloom, 1956) โดยทฤษฎีนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อจัดลำดับระดับความคิดทางปัญญา (cognitive domain) ตั้งแต่ระดับพื้นฐานไปจนถึงระดับสูงสุด โดยแบ่งออกเป็น 6 ระดับ ได้แก่ ความจำ (remember) ความเข้าใจ (understand) การนำไปใช้ (apply) การวิเคราะห์ (analyze) การประเมินค่า (evaluate) และการสร้างสรรค์ (create) ซึ่งแต่ละระดับแสดงถึงกระบวนการเรียนรู้ที่ลึกซึ้งและซับซ้อนยิ่งขึ้นตามลำดับ (Bloom, 1956)

ทฤษฎีดังกล่าวมีความเหมาะสมอย่างยิ่งในการนำมาประยุกต์ใช้กับการจัดโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ต่อความรู้ในการป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเนื่องจากช่วยส่งเสริมการพัฒนาความสามารถทางสติปัญญาอย่างเป็นระบบ และครอบคลุม ทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจ และการประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่การทำงานของสมองเริ่มเสื่อมถอยการกระตุ้นให้เกิดกระบวนการคิดในแต่ละระดับตามทฤษฎี Bloom's Taxonomy of Learning มีส่วนช่วยในการฟื้นฟูศักยภาพสมอง และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ต่อความรู้ในการป้องกัน

โรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ได้รับการออกแบบให้ครอบคลุมใน 5 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ด้านการออกกำลังกาย ด้านอาหารที่ส่งเสริมสมอง ด้านการกระตุ้นสมองและด้านความสุขและการจัดการอารมณ์โดยโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ได้นำลำดับขั้นของ Bloom's Taxonomy of Learning มาใช้ 2 ระดับ ได้แก่ ความจำ (remember) และ ความเข้าใจ (understand) ได้นำมาจัดให้อยู่ในรูปแบบของการเรียนรู้ที่สอดคล้องกัน อาทิ กิจกรรมในระดับความจำเน้นการให้ผู้สูงอายุจดจำความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสมองเสื่อม เช่น อาการเบื้องต้น หรือปัจจัยเสี่ยง โดยผ่านวิธีการสอนโดยการบรรยาย และประเมินผลโดยการใช้วีดีโอกรณีศึกษาให้ผู้สูงอายุสามารถนำเอาความรู้ที่ได้จำไว้นำกลับมาใช้ใหม่ ในระดับความเข้าใจเน้นการอธิบายเหตุผลว่าทำไมพฤติกรรมบางอย่างจึงช่วยส่งเสริมสุขภาพสมองการสร้างความรู้ด้วยตนเองผ่านการพูด การเขียน การสรุป การเปรียบเทียบและการอธิบาย ซึ่งเป็นการกระตุ้นการทำงานของสมองในระดับสูงและช่วยส่งเสริมให้เกิดการสร้างองค์ความรู้ใหม่จากประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้การเรียนรู้ที่ดำเนินไปตามลำดับขั้นของ Bloom's Taxonomy of Learning ดังกล่าวช่วยกระตุ้นสมองของผู้สูงอายุให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะในสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับความคิด การตัดสินใจ และความจำ อีกทั้งยังส่งเสริมการทำงานของระบบประสาทผ่านกระบวนการส่งสัญญาณประสาทโดยมีสารสื่อประสาทเข้ามามีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความสามารถทางการเรียนรู้และความจำ นอกจากนี้จากแนวคิดด้านความยืดหยุ่นของระบบประสาทพบว่าการกระตุ้นสมองอย่างต่อเนื่อง ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ช่วยเสริมสร้างการเชื่อมต่อของเซลล์ประสาท และกระตุ้นการสร้างเซลล์ประสาทใหม่ในบางส่วนของสมอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมในระยะยาว ดังนั้น หากผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาความรู้ผ่านกิจกรรมที่ออกแบบอย่างเหมาะสมตามกรอบทฤษฎี Bloom's Taxonomy of Learning ย่อมส่งผลทำให้มีความรู้มากขึ้น ผู้สูงอายุสามารถประเมินตนเองและกำหนดแนวทางในการดูแลสุขภาพสมองได้ด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาสมองอย่างยั่งยืน และเป็นแนวทางหนึ่งในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pre-post test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิงรวมทั้งหมดจำนวน 40,903 คน (เทศบาลนครพิษณุโลก, 2567) ระยะเวลาที่เก็บข้อมูลอยู่ในระหว่างเดือน 4 กันยายน 2568 – 30 พฤศจิกายน 2568

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้แก่ ผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชนมหานุภาพ เทศบาลนครพิษณุโลก และผู้สูงอายุชมรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) และเมื่อได้รายชื่อผู้ที่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย นำมาคัดเลือก

กลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 กลุ่มทดลอง คือ ผู้สูงอายุจากศูนย์สุขภาพชุมชนมหานุภาพ จำนวน 26 คน และกลุ่มที่ 2 กลุ่มควบคุม คือ ผู้สูงอายุชมรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช จำนวน 26 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากผลการศึกษาวิจัยที่เคยมีมาก่อนของสุรีรัตน์ ณ วิเชียร และคณะ (2568) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (power test) เท่ากับ 0.80 ความคลาดเคลื่อนเท่ากับ .05 ค่าอิทธิพลในการศึกษาทางการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง (Medium effect size) เท่ากับ 0.5 (Polit & Beck, 2008) จากนั้นนำมาเปิดตารางประมาณค่าขนาดตัวอย่างแบบทดสอบสมมติฐานทางเดียว ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุม 22 คน และกลุ่มทดลอง 22 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่างหรือกรณีที่กลุ่มตัวอย่างบางคนไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Polit & Beck, 2008) ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ จึงเป็นกลุ่มควบคุม 26 คนและกลุ่มทดลอง 26 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. เป็นกลุ่มสุขภาพดี (ADLมากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน)
3. ยินยอมสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย
4. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก
5. ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องเป็นบุคคลสัญชาติไทยที่สามารถใช้ภาษาไทยได้อย่างคล่องแคล่ว ทั้งในด้านการพูด อ่าน และเขียน เพื่อให้สามารถทำความเข้าใจแบบสอบถามและสื่อสารกับผู้วิจัยได้อย่างถูกต้อง
6. ไม่มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับโรคทางสมอง เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคหลอดเลือดสมองและไม่เคยมีประวัติเคยประสบอุบัติเหตุที่ศีรษะซึ่งส่งผลกระทบต่อสมองหรือเคยเข้ารับการผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับสมอง

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือทำตามแผนการวิจัยตามที่กำหนดได้ คือ ติดธุระกระทันหันหรือการขาดการติดต่อจนไม่สามารถมาเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ต่อความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อมได้ตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความรู้ในการการป้องกันสมองเสื่อมจำนวน 30 ข้อ

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่า BMI อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วย การสูบหรี่/ยาเส้น การดื่มแอลกฮอล์ การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ

1.2 แบบประเมินความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบเลือก ตอบถูก-ผิด โดยแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ด้านความรู้ทั่วไปในการป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จำนวน 6 ข้อ ด้านอาหารในการทำงานสมอง จำนวน 6 ข้อ ด้านร่างกายและออกกำลังกาย จำนวน 6 ข้อ ด้านกิจกรรมนันทนาการ และการทำกิจกรรมกระตุ้นความคิด จำนวน 6 ข้อ ด้านความสุขและการจัดการอารมณ์ จำนวน 6 ข้อ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลความหมายการให้คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้ ความรู้ระดับสูงเท่ากับร้อยละ 80 ขึ้นไป ความรู้ระดับปานกลางเท่ากับร้อยละ 60-79 ความรู้ระดับต่ำเท่ากับน้อยกว่าร้อยละ 60

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะความรู้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี Bloom’ s Taxonomy of Learning ที่มีองค์ประกอบเกิดจากการเรียนรู้ การรับรู้เกิดการแก้ไขปัญหา การประมวลผล และการพัฒนาความรู้ความเข้าใจ สร้างองค์ความรู้ใหม่ในผู้สูงอายุ และการส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านการฝึกสมอง มุ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้และ การกระตุ้นเซลล์ประสาท โปรแกรมส่งเสริมความรู้ประกอบด้วย การป้องกันสมองเสื่อม 5 ด้าน ด้านความรู้ทั่วไปในการ ป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ด้านอาหารในการทำงานสมอง ด้านร่างกายและออกกำลังกาย ด้านกิจกรรม

นันทนาการ และการทำกิจกรรมกระตุ้นความคิดและด้านความสุขและการจัดการอารมณ์ ใช้เวลาในการสอนด้วยวิธีการบรรยาย และการสาธิตย้อนกลับ ครั้งละ 3 ชั่วโมง 1 ครั้ง

2.2 แบบประเมินการรับรู้ฉบับย่อ (a short portable mental status questionnaire: SPMSQ) ของไฟเฟอร์ แปลเป็นภาษาไทยโดยประคอง อินทรสมบัติ (2539) มีข้อคำถาม 10 ข้อ มีเกณฑ์ให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน มีคะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 10 คะแนน ผ่านเกณฑ์ 80% ต้องตอบถูกตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ และแบบประเมินความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อม แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน ได้ค่า IOC (Index of Item-Objective Congruence) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นผู้วิจัยได้นำไปหาความเชื่อมั่น โดยนำโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้และแบบประเมินความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน พบว่าโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ สำหรับแบบประเมินความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อมนำมาคำนวณโดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder -Richardson 20) เท่ากับ 0.86 และแบบประเมิน SPMSQ (Short portable mental status questionnaire) ไม่ได้ดัดแปลงเครื่องมือ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.82 (ประคอง อินทรสมบัติ, 2539)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเข้ารับการพิจารณาโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

2. หลังจากผู้วิจัยได้รับการอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์และขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลถึงนายกเทศมนตรี นครพิษณุโลก หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมหานุภาพ และประธานชมรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

ขั้นก่อนทดลอง

1. ผู้วิจัยจัดทำโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะความรู้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อม และนำเครื่องมือไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาความตรงของเนื้อหาและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ และนำมาปรับปรุงเครื่องมือ

2. ผู้วิจัยวางแผนจัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่ ห้องประชุมของศูนย์สุขภาพชุมชนมหานุภาพและชมรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช เทศบาลนครพิษณุโลก

3. ประสานหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมหานุภาพและประธานชมรมสงเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช เพื่อขออนุญาตเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และนัดหมายผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน และรูปแบบกิจกรรมของโปรแกรมฯ ประชาสัมพันธ์ผู้สูงอายุที่สนใจเข้าร่วมโครงการ ให้ลงชื่อไว้ ทั้งนี้การเข้าร่วมวิจัย ผู้สูงอายุมีความสมัครใจ ไม่บังคับ และไม่เกี่ยวข้องกับสิทธิ์ในการบริการสุขภาพหรือการเป็นสมาชิกชมรมฯ

4. เข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่สนใจเข้าร่วมโปรแกรมฯ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการ วิธีการดำเนินงาน และขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา

5. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม ชมรมส่งเสริมผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช จำนวน 26 คน และกลุ่มทดลอง ศูนย์สุขภาพชุนชนมหานุภาพ เทศบาลพิษณุโลก จำนวน 26 คน ดำเนินการวิจัยดังนี้

ขั้นทดลอง

<u>กลุ่มทดลอง</u>

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลอง ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนมหานุภาพ เทศบาลพิษณุโลก แนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัยการเข้าร่วมการวิจัย อธิบายที่มาและความสำคัญของการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการวิจัย โดยข้อมูลนำเสนอในภาพรวม ไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล (30 นาที)

2. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และทำแบบประเมินความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อม แบบประเมินเลือกตอบแบบถูก - ผิด จำนวน 30 ข้อ ครั้งที่ 1 (pre-test) (15 นาที) โดยข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามถูกเข้ารหัส เก็บในตู้ที่ล็อกกุญแจและไฟล์ที่มีรหัสผ่าน และไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือข้อมูลที่ระบุตัวตน

3. ผู้วิจัยทำกิจกรรมโดยใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ โดยมีกิจกรรมการบรรยายให้ความรู้เรื่องการป้องกันสมองเสื่อม โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ทั่วไปในการป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ด้านอาหารทำให้การทำงานของสมองดี ด้านร่างกายและออกกำลังกาย ด้านกิจกรรมนันทนาการหรือการทำกิจกรรม กระตุ้นความคิด และด้านความสุขและการจัดการอารมณ์ โดยให้ผู้สูงอายุสาธิตย้อนกลับ (2 ชั่วโมง)

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลอง ทำแบบประเมินความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อม ครั้งที่ 2 (post-test) (15 นาที)

<u>กลุ่มควบคุม</u>

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ณ ชมรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัยการเข้าร่วมการวิจัย และเข้าใจเกี่ยวกับการวิจัย ข้อมูลนำเสนอในภาพรวม ไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล (30 นาที)

2. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และทำแบบประเมินความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อม แบบประเมินเลือกตอบแบบถูก - ผิด จำนวน 30 ข้อ ครั้งที่ 1 (pre-test) (15 นาที) โดยข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามถูกเข้ารหัส เก็บในตู้ที่ล็อกกุญแจและไฟล์ที่มีรหัสผ่าน และไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือข้อมูลที่ระบุตัวตน

3. ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตตามปกติ และเข้าร่วมกิจกรรมตามปกติของชมรมฯ (2 ชั่วโมง)

4. ผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างหลังกิจกรรมของชมรมฯ เสร็จสิ้นเพื่อให้กลุ่มควบคุมทำแบบประเมินความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อม ครั้งที่ 2 (post-test) (15 นาที) และสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่สนใจโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ ผู้วิจัยได้นัดหมายให้กลุ่มควบคุมได้ใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้

5. ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา ประวัติการเจ็บป่วยของตนเอง ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว พฤติกรรมการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้สถิติการทดสอบเกี่ยวกับความน่าจะเป็นของ (Fisher exact test) และการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบระดับความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ เทศบาลนครพิษณุโลก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้กับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม ทดสอบข้อมูลด้วยวิธี Kolmogorov-Smirnov test: KS พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ *.05*

3. เปรียบเทียบระดับความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ เทศบาลนครพิษณุโลก ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง ทดสอบข้อมูลด้วยวิธี Kolmogorov-Smirnov test: KS พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ใช้สถิติ Pair t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ *.05*

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช เอกสารรับรองโครงการวิจัย CoA No. 013/2568 REC No.018/2568 วันที่รับรอง 1 กันยายน 2568 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมหานุภาพ และประธานชมรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล และแจ้งวันในการพบกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างผู้วิจัยและผู้สูงอายุ เมื่อเข้าพบกลุ่มตัวอย่างมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และให้เวลาในการตัดสินใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจอย่างอิสระ มีขอความยินยอม และให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ การเปิดเผยผลการวิจัยเป็นภาพรวม และมีมาตรการป้องกันความเสี่ยงระหว่างการเข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา ประวัติการเจ็บป่วยของตนเอง ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว พฤติกรรมการออกกำลัง การสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ (n=52)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=26)		กลุ่มทดลอง (n=26)		*p*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					*1.00*[ข]
ชาย	5	19.22	5	19.22	
หญิง	21	80.78	21	80.78	
อายุ (ปี)	(range = 60-85 ปี) (Mean=71.03, S.D.=5.65)		(rang= 60-83 ปี) (Mean 67.11, S.D.=5.70)		*.14*[ก]
60-69 ปี	9	34.62	18	69.23	
70-79 ปี	16	61.53	7	26.92	
80 ปีขึ้นไป	1	3.85	1	3.85	
อาชีพ					*.19*[ก]
แม่บ้าน	8	30.77	6	23.08	
ข้าราชการ บำนาญ	12	46.15	6	23.08	
รับจ้างทั่วไป	0	0.00	2	7.69	
ค้าขาย	2	7.69	5	19.22	
ธุรกิจส่วนตัว	2	7.69	1	3.85	
ว่างงาน	2	7.69	6	23.08	
น้ำหนัก (กิโลกรัม)					*.73*[ก]
30-50	7	26.92	4	15.38	
51-70	17	65.39	20	76.93	
71-90	2	7.69	2	7.69	
ส่วนสูง (เซนติเมตร)					*.18*[ก]
140-150	10	38.46	6	23.08	
151-160	12	46.15	14	53.84	
161-170	1	3.85	6	23.08	
171-180	3	11.54	0	0.00	

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=26)		กลุ่มทดลอง (n=26)		p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ค่าดัชนีมวลกาย (kg/m^2)					.39ก
< 18.5	3	11.54	0	0.00	
18.5-22.9	9	34.62	7	26.92	
23.0-24.9	10	38.46	10	38.46	
25.0-29.9	4	15.38	9	34.62	
ระดับการศึกษา					.04ก
ประถมศึกษา	5	19.23	10	38.46	
มัธยมศึกษา	3	11.54	8	30.77	
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร วิชาชีพขั้นสูง(ปวส.)	7	26.92	2	7.69	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	11	42.31	6	23.08	
ประวัติการเจ็บป่วยตนเอง					1.00ข
ไม่มี	7	26.92	6	23.08	
มี	19	73.08	20	76.92	
ประวัติการเจ็บป่วยครอบครัว					.04ข
ไม่มี	19	73.08	11	42.30	
มี	7	26.92	15	57.70	
พฤติกรรมการออกกำลัง					.07ก
เดิน	23	88.46	14	53.84	
วิ่ง	0	0.00	1	3.85	
ออกกำลังกายอยู่กับที่	2	7.69	2	7.69	
ปั่นจักรยาน	1	3.85	5	19.23	
โยคะ	0	0.00	3	11.54	
เล่นกีฬา	0	0.00	1	3.85	
ความถี่ในการออกกำลังกาย					1.00ก
มากกว่า 4 ครั้ง/สัปดาห์	9	34.62	20	76.92	
3-4 ครั้ง/สัปดาห์	9	34.62	5	19.23	
น้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์	8	30.77	1	3.85	
การสูบบุหรี่					.36ก
ไม่เคยสูบ	24	92.30	21	80.77	
สูบบุหรี่	1	3.85	1	3.85	
เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว	1	3.85	4	15.38	
การดื่มแอลกอฮอล์					.40ก
ไม่เคยดื่ม	18	69.24	14	53.85	
ดื่ม	4	15.38	8	30.77	
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	4	15.38	4	15.38	

ก=Fisher' Exact Test, ข= Chi-Square

จากตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา ประวัติการเจ็บป่วยของตนเอง ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว พฤติกรรมการออกกำลัง การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p > .05$ ยกเว้นระดับการศึกษาที่พบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับอนุปริญญา/ประกาศนียบัตร จำนวน 7 คน (ร้อยละ 26.92) ในขณะที่กลุ่มทดลองมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 10 คน (ร้อยละ 38.46) และพบว่า

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วย จำนวน 19 คน (ร้อยละ 73.08) ในขณะที่กลุ่มทดลองมีประวัติการเจ็บป่วย จำนวน 15 คน (ร้อยละ 57.70) ดังตาราง 1

2. ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ เทศบาลนครพิษณุโลก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้กับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบระดับความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ เทศบาลนครพิษณุโลก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้กับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

ความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ	กลุ่มควบคุม (n=26)		กลุ่มทดลอง (n=26)		t	df	*p*
	mean	S.D.	mean	S.D.			
ก่อนการทดลอง	20.42	4.35	21.08	2.82	-.64	42.89	*.52* ^{NS}
หลังการทดลอง	21.96	4.34	26.12	1.36	-4.65	50	*.00**

*$p < .05$, $^{NS}p > .05$

จากตาราง 2 แสดงให้เห็นว่าก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเทศบาลนครพิษณุโลก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่าง แต่หลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3. ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ เทศบาลนครพิษณุโลก ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง

ตาราง 3 เปรียบเทียบระดับความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ เทศบาลนครพิษณุโลก ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง

ความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	*p*
	mean	S.D.	mean	S.D.		
กลุ่มทดลอง (n=26)	21.08	2.83	26.12	1.37	-9.06	*.00**

*$p < .05$, $^{NS}p > .05$

จากตาราง 3 แสดงให้เห็นว่าหลังการทดลองใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ยมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *($p < .05$)*

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อ คือ

1. ระดับความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีลำดับขั้นพฤติกรรมพุทธิพิสัย (Bloom's Taxonomy of Learning) (Bloom, 1956) ผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ทำให้เกิดการพัฒนาความสามารถทางสติปัญญาอย่างเป็นระบบ และครอบคลุม ทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจ

แก่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่การทำงานของสมองเริ่มเสื่อมถอยการกระตุ้นให้เกิดกระบวนการคิดในแต่ละระดับตามทฤษฎี Bloom's Taxonomy of Learning จะมีส่วนช่วยในการฟื้นฟูศักยภาพสมอง และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ต่อความรู้ในการป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ได้รับการออกแบบให้ครอบคลุมใน 5 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ด้านการออกกำลังกาย ด้านอาหารที่ส่งเสริมสมอง ด้านการกระตุ้นสมองและด้านความสุขและการจัดการอารมณ์ จากตาราง 2 พบว่าคะแนนความรู้ก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยที่ 20.42 และคะแนนความรู้ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยที่ 21.08 พบว่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -.64$, $p = .52$) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระดับความรู้ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากทั้งสองกลุ่มมีการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมของกลุ่มตนเอง โดยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมของศูนย์สุขภาพชุมชนมหานุภาพ อำเภอเมืองพิษณุโลก และกลุ่มควบคุมได้เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช เป็นประจำ ทำให้ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีระดับความรู้จากการทำกิจกรรมเบื้องต้น เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้หลังการทดลองของกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ มีค่าเฉลี่ย 21.96 และคะแนนความรู้หลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ มีค่าเฉลี่ย 26.12 พบว่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.65$, $p = .00$) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ในการพัฒนาความสามารถทางสติปัญญาอย่างเป็นระบบ ทั้งด้านความรู้และความเข้าใจในกลุ่มทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของสมรรถภาพสมองผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้สูงอายุเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม จำนวน 375 คน การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว มีการจัดรูปแบบกิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้โรคสมองเสื่อม ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของโรคสมองเสื่อม อาหารบำรุงสมองเสริมความจำ กิจกรรมที่ 2 ฝึกทักษะการออกกำลังกายและการบริหารสมอง กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมต่อเนื่องให้กลุ่มตัวอย่างไปฝึกกระตุ้นสมรรถภาพสมองด้วยตนเองที่บ้านมีการจดบันทึกในแบบบันทึกในแบบกิจกรรมทุกวัน กิจกรรมที่ 4 ติดตามและกระตุ้นกิจกรรมโดยการเยี่ยมบ้าน และติดตามทางโทรศัพท์ ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้ป้องกันโรคสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ (ไอลดา มาเม่น และคณะ, 2565)

2. ระดับความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ จากตาราง 3 ในการทดสอบความรู้ก่อนและหลังการทดลอง คะแนนความรู้ของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -9.06$, $p = .00$) ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ โดยวิธีการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุสามารถช่วยเพิ่มความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อมได้ ในขณะที่กลุ่มที่ควบคุมไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ มีการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้เล็กน้อยเท่านั้น ทั้งนี้ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการใช้โปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมยังแสดงถึงความจำเป็นของการใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในด้านการป้องกันสมองเสื่อม ซึ่งมีความสำคัญในการลดความเสี่ยงในการเกิดโรคสมองเสื่อม สอดคล้องกับบทความวิชาการของชลิต เชาว์วิไร และคณะ (2565) ที่กล่าวว่าครอบครัวและชุมชนไทย ยังขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องส่งเสริมกิจกรรมครอบคลุมหลายด้าน เช่น การออกกำลังกาย และการฝึกทักษะทางเชาวน์ปัญญา เพื่อช่วยในการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มนี้อย่างมีประสิทธิภาพ ควบคู่ไปกับการดูแลครอบครัว นอกจากนี้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ ด้านความรู้ในการป้องกันโรคสมองเสื่อม ได้สอดแทรกความรู้เกี่ยวกับวิธีการฝึกสมองและกระตุ้นการคิดที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ เช่น การเล่นเกมส์จับคู่ภาพ การต่อจิ๊กซอล การเล่นจีบแอล การเต้นออกกำลังกาย เป็นการกระตุ้นการคิดและเสริมสร้างความสามารถในการทำงานของสมองในด้านต่าง ๆ เพื่อพัฒนาทักษะการคิด ความจำ และความเข้าใจ ทั้งนี้ การเล่นเกมที่มีความยากในระดับที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของสมองได้ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศิริ โคตรพัฒน์ และคณะ (2566) ผลของโปรแกรมการป้องกันสมองเสื่อมถอยของผู้สูงอายุใน

ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดสลุด จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าควรคำนึงถึงการเลือกชนิดของเกม และการกำหนดระดับความยากง่ายที่เหมาะสม รวมทั้งเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพสมองให้ครอบคลุมทั้งด้านความจำ สมาธิ การรับรู้เชิงวิชาการ การคิดเชิงบริหาร และการกระตุ้นประสาทสัมผัส

จากผลการวิจัยนี้ โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ มีช่วยเสริมสร้างความจำและความเข้าใจในการป้องกันโรคสมองเสื่อมทำให้ผู้สูงอายุมีทักษะและแนวทางในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงสามารถประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันและการดูแลผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งยังช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค สรุปได้ว่าโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างความรู้ในการป้องกันโรคสมองเสื่อม และสามารถนำไปใช้โดยบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ในการป้องกันโรคสมองเสื่อมไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุร่วมกับกิจกรรมมาตรฐานที่ทางชมรมผู้สูงอายุจัดตามปกติเพื่อเสริมสร้างความรู้และสุขภาวะชุมชนที่ดีแก่ผู้สูงอายุ

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ทั้งในระดับชุมชนและชมรมผู้สูงอายุ โดยประยุกต์รูปแบบวิธีการสอนจากโปรแกรมฯมาออกแบบกิจกรรมให้เหมาะสมและสอดคล้องกับกิจกรรม หลักที่ดำเนินการอยู่แล้ว
2. ควรเผยแพร่และขยายผลการใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ไปยังชมรมผู้สูงอายุในชุมชนอื่น ๆ เพิ่มขึ้น ในอำเภอเมืองพิษณุโลก เพื่อให้ผู้สูงอายุในพื้นที่ต่าง ๆ ได้รับประโยชน์อย่างทั่วถึง
3. ควรจัดทำคู่มือหรือสื่อการเรียนรู้ที่ได้จากโปรแกรมฯ เช่น แผ่นพับ หนังสือเล่มเล็ก หรือสื่อออนไลน์ เพื่อให้ ผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถนำไปใช้ทบทวนและปฏิบัติได้ด้วยตนเอง
4. ควรส่งเสริมให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม เนื่องจากการสนับสนุนจากครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและรักษาความต่อเนื่องในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม
5. ควรขยายผลการใช้โปรแกรมฯ ไปยังบุคลากรและแกนนำสุขภาพในชุมชน เช่น อสม. หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการถ่ายทอดความรู้และช่วยสนับสนุนการดูแลในระดับครัวเรือนและชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาผลการวิจัยในระยะยาว เช่น 3 เดือนขึ้นไป เพื่อให้เกิดประโยชน์กับผู้สูงอายุผลลัพธ์ในระยะยาวได้อย่างชัดเจนมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2568). *จำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย.* https://www.dop.go.th/th/news_hr/12/298.

ชลิต เชาว์วิไลย, วินัย พูลศรี, และ ธีรนันท์ ตันพาณิชย์. (2565). แนวทางการป้องกันผู้สูงอายุจากสมองเสื่อม. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 8*(2), 8-15.

ชัชวาล วงค์สารี และ ศุภลักษณ์ พื้นทอง. (2561). ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ: การพยาบาลและการดูแลญาติผู้ดูแล. *วารสาร มฉก. วิชาการ, 22*(43-44), 166-179.

เทศบาลนครพิษณุโลก. (2567). *ข้อมูลผู้สูงอายุในเขตเทศบาทนครพิษณุโลก*. https://phsmun.go.th/frontpage

ประคอง อินทรสมบัติ. (2539). การประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ. *รามาธิบดีพยาบาลสาร, 2*(3), 44-57.

พนม สุขจันทร์, กัษฟาร์ นิยมเดชา, และ ดีน ศรีชัยสุวรรณ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 14*(1), 276-292.

เพ็ญศิริ โคตรพัฒน์, อุบลพรรณ ธีระศิลป์, และ ชฎาภา ประเสริฐทรง. (2566). ผลของโปรแกรมการป้องกันสมองเสื่อมถอยของผู้สูงอายุในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดสลุด. *วารสารพยาบาลทหารบก, 24*(1), 470-480.

รัชนี หาญสมสกุล และ วัฒนา ชยธวัช. (2567). การพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยในด้วยโรคสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ในประเทศไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 10*(4), 74-85.

รุ่งนภา ป้องเกียรติชัย, วิวิน ปุราณา, และ ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล. (2567) ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในวัยผู้ใหญ่. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 10*(1), 43-47.

โรงพยาบาลผู้สูงอายุเดอะซีเนียร์. (2566). *5 โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่พบบ่อย หากเป็นแล้วรับมืออย่างไรแบบฉบับเนอร์สซิ่งโฮม*. https://www.senior.co.th/blogrp-เนอร์สซิ่งโฮม-senior/.

วิมลรัตน์ บุญเสถียร, เขมศ์ณริณี รื่นฤดีภิรมย์, และ สุวรีย์ เพชรแต่ง. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จังหวัดปทุมธานี. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 42*(3), 97-110.

สุรีรัตน์ ณ วิเชียร, กชพรรณ ชาติสุทธิ์, กมล ดำมินเศก, กุลวรา มีโภค, ณัฐนรี เสนา, ปทิตตา สิงห์สี, ปรียานุช จันทะคุณ, มนัสนันท์ บุญทา, วิมลวรรณ หุมห้อง, สาริน แก้วเสน, หวันยิหวา แก่นสาร, อริสา ยืนยาว, และ อัจฉฎาภรณ์ จินะวุฒิ. (2568). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ต่อความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเทศบาลนครพิษณุโลก. *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และสาธารณสุข, 4*(1), 103-114.

ไอลดา มาเม่น, ภมรทิพย์ สาสนบูรณ์, และ พลอยไพลิน บุตสา. (2565). ผลของโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่อสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน. 34*(3), 34-43.

Bloom, B. S. (1956). *Taxonomy of Educational Objectives, Handbook: The Cognitive Domain*. David McKay Publications.

Bloom, B. S. (1975). *Taxonomy of Educational Objectives: The Classification of Educational Goals: Handbook 1: Cognitive Domain* (20th ed.). David McKay Publications.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (8th ed.). Lippincott Williams & Wilkins. https://books.google.co.th/books?id=Ej3wstotgkQC&printsec=frontcover&hl=th&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

World Health Organization. (2025). *Ageing: Global Population*. https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/population-ageing