

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อม
 - 1.1 ความหมายของภาวะสมองเสื่อม
 - 1.2 สาเหตุของโรคสมองเสื่อม
 - 1.3 การดำเนินโรคของภาวะสมองเสื่อม
 - 1.4 การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม
 - 1.5 การป้องกันและลดความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม
2. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบ
 - 2.1 ความหมายของรูปแบบ
 - 2.2 การพัฒนารูปแบบ
 - 2.3 การประเมินคุณภาพรูปแบบ
3. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ
 - 3.1 ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ
 - 3.2 ความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ
 - 3.3 วิธีการส่งเสริมสุขภาพ
4. ทักษะ เทคนิค ทฤษฎี และกิจกรรมที่นำมาบูรณาการในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ
 - 4.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 4.2 ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ
 - 4.3 ทักษะการกำหนดเป้าหมาย
 - 4.4 ทักษะการเอื้ออำนวย
 - 4.5 ทักษะการให้ข้อมูล
 - 4.6 ทักษะการสนับสนุน
 - 4.7 ทักษะการประเมิน
 - 4.8 ทักษะการเสนอแนะ
 - 4.9 ทักษะการยุติ
 - 4.10 ทฤษฎีการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม
 - 4.11 ทฤษฎีการปรึกษาแบบเกสตัลท์

บูรณาการ

4.12 ทฤษฎีการปรึกษาแบบเผชิญความจริง

4.13 กิจกรรมเสริมสร้างและฝึกสมอง

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยในประเทศ

5.2 งานวิจัยต่างประเทศ

1. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อม

1.1 ความหมายของภาวะสมองเสื่อม

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ (2557; อ้างถึงใน พลอย เรื่องสิทธิมนุษย และ วีรศักดิ์ เมืองไพศาล 2561, น.161) ได้ให้ความหมายของ ภาวะสมองเสื่อม คือ ภาวะที่สมรรถภาพ การทำงานของสมอง ถดถอยบกพร่องลงในการรู้คิด (cognition) ได้แก่ ความจำ การบริหารจัดการ ความสามารถด้านทิศทาง สิ่งแวดล้อม ภาษา สมาธิจดจ่อ ความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังครอบตัว โดยส่งผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน แต่ต้องไม่มีภาวะซึม สับสนเฉียบพลัน (delirium) โรคซึมเศร้า โรคทางจิตเวชเรื้อรัง หรือวิตกกังวลรุนแรงขณะวินิจฉัย

องค์การอนามัยโรค (2564, ออนไลน์) ได้ให้ความหมายของภาวะสมองเสื่อมว่า เป็นกลุ่มอาการ ที่โดยธรรมชาติของโรคมักจะเรื้อรังและเป็นมากขึ้น มีความเสื่อมถอยลงในการทำหน้าที่ด้านความรู้คิดของสมอง เช่น ความสามารถในการคิด เกินกว่าที่จะคาดได้จากความเสื่อมจากวัยชรา มีผลต่อความจำ การคิด การกำหนดทิศทางหรือตำแหน่ง ความเข้าใจ การคำนวณ ความสามารถในการเรียนรู้ ภาษาและการตัดสินใจ แต่ระดับความรู้สึกรู้ตัวยังปกติ ความเสื่อมถอยในด้านการรู้คิดมักจะเกิดร่วมกันกับความผิดปกติของการควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมทางสังคมหรือการจูงใจ และบางครั้งอาจมีความผิดปกติของการควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมทางสังคมหรือการจูงใจนำมาก่อน

สรุปได้ว่า ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการผิดปกติของสมอง ที่มีการทำงานด้อยลงจากเดิม โดยธรรมชาติของโรคมักจะเรื้อรังและเป็นมากขึ้น โดยมีความบกพร่องทั้งในด้านความคิด ความจำ สติปัญญา ความเข้าใจ การคำนวณ ความสามารถในการเรียนรู้ สมาธิ การวางแผน การตัดสินใจ การใช้ภาษา การเคลื่อนไหว การกำหนดทิศทางหรือตำแหน่ง มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมบุคลิกภาพและอารมณ์ มีผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และการเข้าสังคม

1.2 สาเหตุของโรคสมองเสื่อม

โรคสมองเสื่อมเกิดจากหลายสาเหตุ ในทางการแพทย์ได้จำแนกประเภทของโรคสมองเสื่อมตามสาเหตุของโรคสมองเสื่อม (Ulep, Saraon, & McLea, 2018; เอมอร์ แสงศิริ และคณะ, 2558; Ladika, & Gurevitz, 2011; Tweed, 2018) ดังนี้

1) การเสื่อมสลายของเซลล์ประสาทและเนื้อสมอง ได้แก่ โรคอัลไซเมอร์ ซึ่งพบว่า มี Extracellular amyloid protein และ Intracellular neurofibrillary tangles ทำให้เนื้อสมองฝ่อเป็นหย่อมๆ มีการสร้างสารสื่อประสาทอะซิติลโคลีน (acetylcholine) ลดลง ส่งผลให้การไซแนปส์ของเซลล์สมองลดลง ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของสมองลดลงอย่างช้าๆ ผู้ป่วยจะเริ่มมีปัญหาเรื่องความจำ โดยเฉพาะความจำระยะสั้น จากนั้นความเสียหายที่เกิดขึ้นจะแพร่กระจายไปสู่สมองส่วนอื่นๆ และส่งผลต่อการเรียนรู้ ความรู้สึกนึกคิด ภาษา และพฤติกรรม การมีอายุมากขึ้นและพันธุกรรมมีความสัมพันธ์กับการเกิดอัลไซเมอร์ แต่การเกิดอัลไซเมอร์ก็พบในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 30-65 ปี ซึ่งเชื่อว่าน่าจะมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่สามารถป้องกันได้ อาทิ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ความอ้วน การมีอุบัติเหตุที่ศีรษะ การสูบบุหรี่ และวิถีการใช้ชีวิตแบบนั่งนอนมาก

2) การมีโรคของหลอดเลือดหัวใจ เมื่อร่างกายมีภาวะหลอดเลือดแข็ง ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดอักเสบ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื้อสมองขาดเลือดและเกิดภาวะสมองเสื่อมตามมา ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคของหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ พันธุกรรม อายุ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานความอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์มาก การออกกำลังกายน้อย และสภาพจิตใจเชิงลบ อาทิ เครียด ซึมเศร้า หดหู่

3) การมีโรคทางสมองและระบบประสาท ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน ไฮโดรเซฟาตัส (มีน้ำเลี้ยงสมองคั่ง) การบาดเจ็บที่ศีรษะ สมองอักเสบ เนื้องอกของสมอง ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง อุบัติเหตุ

4) การเจ็บป่วยทางร่างกายและภาวะขาดออกซิเจนเรื้อรัง อาทิ โรคเบาหวาน โรคของอวัยวะตับ ไต ตับอ่อน ปอดอุดกั้นเรื้อรัง

5) การติดเชื้อในร่างกาย อาทิ การติดเชื้อเอดส์ และซิฟิลิส

6) ภาวะทุพโภชนาการ ได้แก่ การขาดวิตามิน B₁ B₆ B₁₂ และโฟเลทนอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักตัวลดลง และมีหูดัง มีแนวโน้มที่จะมีภาวะสมองเสื่อมได้มากกว่า

7) ยา แอลกอฮอล์ และสารพิษ อาทิ ตะกั่ว สารโลหะหนัก

โรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์พบได้มากกว่าร้อยละ 60 ของโรคสมองเสื่อมทั้งหมด และมักมีอาการรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ และไม่หายคืนดีได้ แตกต่างจากโรคสมองเสื่อมอื่นๆ ที่อาการดีขึ้นได้ หากได้รับการรักษา และแก้ไขสาเหตุที่นำสู่โรคสมองเสื่อมได้ สาเหตุของโรคสมองเสื่อม สามารถจำแนกออกเป็นสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ และสาเหตุที่ไม่สามารถเลี่ยงได้ สาเหตุที่สามารถป้องกันได้ มีดังนี้

1) โรคของต่อมธัยรอยด์ มักพบภาวะสมองเสื่อมร่วมกับภาวะขาดฮอร์โมนธัยรอยด์

2) การขาดวิตามินบี ทั้ง B₁, B₆ และ B₁₂ ซึ่งอาจเกิดจากการมีความผิดปกติของการดูดซึม วิตามินบีสิบสองเป็นสารสำคัญในการสร้างสารสื่อประสาทในสมอง การขาดวิตามินบีสิบสองมีผลทำให้เกิดอาการหลงลืมง่าย อารมณ์แปรปรวน และประสิทธิภาพในการทำงานของระบบประสาทลดลง

- 3) ภาวะซึมเศร้า พบได้ว่าผู้มีโรคสมองเสื่อมมักมีความรู้สึกรำคาญ มีความคิดในทางลบ ขาดความสนใจตนเอง นอนไม่หลับ ไม่อยากอาหาร รู้สึกไม่มีเรี่ยวแรง มีความวิตกกังวล
- 4) ผลข้างเคียงของยา จากการใช้ยาหลายชนิด การทำงานของตับ และไตมีประสิทธิภาพลดลง ผลข้างเคียงของยา อาทิ ยาต้านอาการทางจิต ยารักษาอาการพาร์คินสัน ยาลดความวิตกกังวล ยาคอร์ติโคสเตอโรยด์ และยาสลบ
- 5) ความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายหรือกลไกในการแข็งตัวของเลือด ทำให้มีการอักเสบของหลอดเลือด รวมทั้งหลอดเลือดสมอง มักเกิดร่วมกับอาการไข้ น้ำหนักลด
- 6) การมีน้ำคั่งในกะโหลกศีรษะ (hydrocephalus) อาจเกิดหลังจากมีภาวะสมองอักเสบ การมีอุบัติเหตุที่ศีรษะหรือหลังผ่าตัดสมอง มักพบร่วมกับปัญหาการทรงตัว ความจำเสื่อม และกลั้นปัสสาวะไม่ได้
- 7) การติดเชื้อของสมองส่วนกลาง จากการติดเชื้อในร่างกาย อาทิ ซิฟิลิส เอชส์ ตับอักเสบ สมองอักเสบ
- 8) การมีก้อนในสมอง อาจเป็นเนื้องอก หรือก้อนเลือดในสมอง อาทิ การมีเลือดออกในสมอง ชั้นดูราเมเตอร์แบบเรื้อรัง
- 9) โรคเบาหวาน หรือการมีน้ำตาลสูงในเลือด เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคสมองเสื่อม การลดอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล รวมทั้งเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงสามารถป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อม
- 10) การนอนหลับไม่เพียงพอ การอดนอน การนอนน้อยทำให้หลงลืมง่าย การนอนหลับอย่างเพียงพอและมีคุณภาพช่วยป้องกันโรคสมองเสื่อม
- 11) การไม่ออกกำลังกาย โดยการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้งช่วยป้องกันโรคสมองเสื่อม
- 12) การอยู่ตามลำพัง และการขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมช่วยป้องกันโรคสมองเสื่อม และการสูญเสียการได้ยินทำให้รู้สึกมีปัญหาการสื่อสาร

นอกจากนี้ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อมครอบคลุมถึงผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคปอด โรคตับ โรคไต โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดแข็ง (atherosclerosis) โรคพาร์คินสัน กลุ่มอาการดาวน์ซินโดรม ผู้ติดเชื้อเรื้อรัง (ทำให้ขาดไทอามีนหรือวิตามิน B₁) ผู้สูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงหรือมีไขมันชนิด LDL (low-density lipoprotein) สูง และ ผู้ที่มีภาวะทุพโภชนาการ ภาวะสมองเสื่อมในคนอายุน้อย (Dementia in younger) เริ่มพบมากขึ้นถึง 6.9% ของจำนวนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมทั้งหมด ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าจากการทำงาน ลักษณะการทำงานที่นั่งนานๆ ไม่ค่อยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ

จากที่กล่าวมาข้างต้น เห็นได้ว่าสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมจะแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (unmodifiable risk factors) และปัจจัยที่สามารถ

ปรับเปลี่ยนได้ (modifiable risk factors) โดยปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ อายุ พันธุกรรม การขาดออกซิเจนในช่วงคลอด เป็นต้น ส่วนปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ การศึกษา อาหาร ลักษณะการดำรงชีวิต การออกกำลังกาย โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมองโรคซึมเศร้า เป็นต้น หากสามารถปรับปรุงและแก้ไขปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ จะนำไปสู่การป้องกันและชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ ทั้ง 3 ด้าน คือ 1) การเพิ่มศักยภาพการรู้คิด เช่น ทำกิจกรรมฝึกสมอง ส่งเสริมการศึกษาและเรียนรู้ ส่งเสริมการได้ยิน 2) การลดการทำลายสมอง เช่น หยุดสูบบุหรี่ ควบคุมน้ำหนักตัว อาหาร รักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ลดอุบัติเหตุที่สมอง และ 3) การลดการอักเสบของสมอง เช่น การออกกำลังกาย เป็นต้น รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์และเครือข่ายสังคม การป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ การป้องกันภาวะสมองเสื่อม ควรดำเนินการ โดยหลายวิธีร่วมกัน (Multidomain Intervention) และทำตั้งแต่อายุยังไม่มาก ถึงจะได้ผลสูงสุด (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2560) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมุ่งแก้ไขปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้

1.3 การดำเนินโรคของภาวะสมองเสื่อม

ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมต่อแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับโรคที่เป็นสาเหตุหรือปัจจัย และบุคลิกภาพเดิมก่อนเจ็บป่วย การดำเนินโรคของภาวะสมองเสื่อม จะดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง แต่โดยทั่วไปจะแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมออกเป็น 3 ระดับ คือ ระยะอาการเล็กน้อย ระยะอาการปานกลาง จนถึงระยะรุนแรง (องค์การอนามัยโลก,ออนไลน์ ; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล 2559, น.264-265) ซึ่งในแต่ละระยะมีพัฒนาการของโรคจากน้อยไปหามาก ดังนี้

1) ระยะอาการเล็กน้อย (Early stage)

ผู้ป่วยยังสามารถดำเนินชีวิต ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ยังพอมีการคิดตัดสินใจได้อย่างพอมีเหตุมีผล อาจมีปัญหาด้านความจำระยะสั้นจำเรื่องที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่ได้ จำเวลาและสถานที่ไม่ได้ ซึ่งผู้ป่วยเองก็รับรู้ถึงปัญหาความจำที่ลดลงของตนเอง แต่อาจพยายามกลบเกลื่อน แม้แต่สมาชิกครอบครัวก็อาจดูไม่ออกว่าผู้ป่วยมีปัญหา และคิดว่าอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามอายุ อาจมีอาการหงุดหงิด ซึมเศร้าแยกตัวบ้าง ความสามารถในการทำงานและการเข้าสังคมลดลง

2) ระยะอาการปานกลาง (Middle stage)

ผู้ป่วยมีอาการสับสนมากขึ้น ไม่สามารถปกปิดความผิดปกติของความจำได้ จนสมาชิกในครอบครัวเห็นการเปลี่ยนแปลงได้อย่างชัดเจน ความจำระยะสั้นผิดปกติ จำชื่อบุคคลไม่ได้ หายตัวออกจากบ้านเพราะหลงทาง สื่อสารไม่ได้ พุดซ้ำในเรื่องที่พูดไปแล้ว พุดเรื่อยเปื่อยและถามซ้ำซาก จนผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกับสิ่งต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ความสามารถในการจัดการกับกิจวัตรประจำวันผิดปกติไป เช่น เดิมเคยเป็นคนเรียบร้อย จัดข้าวของเป็นที่ที่เป็นทาง กลายเป็นวางของระเกะระกะ ไม่ทำงานอดิเรกเหมือนเดิม และอาจแยกตัวจากครอบครัวสังคม

3) ระยะรุนแรง (Late stage)

ผู้ป่วยเริ่มมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร การพูดโต้ตอบได้ลดลง มีปัญหาความทรงจำอย่างมาก จำญาติและเพื่อนไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีผู้ช่วยเหลือเกือบทั้งหมดในการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถอยู่คนเดียวได้ พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงและก้าวร้าว การเคลื่อนไหวลำบากขึ้น จนไม่สามารถเดินหรือยืนทรงตัวได้ จนกระทั่งต้องนอนอยู่กับที่ในที่สุด

1.4 การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จะพบปัญหาทั้งด้านการรู้คิด (Cognitive function) ปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ (Behavioral and Psychological Symptoms) และปัญหาจากโรคประจำตัวต่างๆ เนื่องจากส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจึงมีความซับซ้อน และต้องใช้ความรู้ทักษะในการบริหารจัดการการดูแลที่เหมาะสมอย่างครบวงจร (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล 2562, น.81-89, 118-119; ปิยะภัทร เดชพระธรรม 2562,น. 132-133; รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ 2562,น. 175-182) สรุปได้ดังนี้

1) การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป เป็นการดูแลรักษาโรคประจำตัวของผู้ป่วย ความบกพร่องของสติปัญญา ภาวะแทรกซ้อนการอยู่ติดเตียง อาการปัสสาวะราด ภาวะโภชนาการ และการประเมินการใช้ยาของผู้ป่วย เป็นต้น

2) การดูแลเรื่องการรู้คิด เป็นการรักษาภาวะสมองเสื่อมที่ไ้ช้ยา และการรักษาโดยไม่ไ้ช้ยา ได้แก่ กิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy) และกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive Intervention)

3) การดูแลเรื่องพฤติกรรมและอารมณ์ เป็นการรักษาที่ไ้ช้ยา และการรักษาที่ไม่ไ้ช้ยา เพื่อแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย ใน 3 ประเภทหลัก ได้แก่ อาการพลุ่งพล่านกระวนกระวาย อาการโรคจิต และความผิดปกติของอารมณ์ ซึ่งปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ ความเฉยเมย ขาดความกระตือรือร้น ไม่แสดงออกซึ่งอารมณ์ อาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวล ปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์นี้ จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลลดลง เกิดภาวะในการดูแลมากขึ้น ผู้ป่วยมีการลดลงของการรู้คิดอย่างรวดเร็ว ต้องเข้ารับการดูแลในสถานพยาบาลเร็วขึ้นและเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแล

การดูแลรักษาที่ไ้ช้ยา ได้แก่ การให้ยารักษาโรคจิต ยาแก้อันชัก และยาต้านเศร้า เป็นต้น สำหรับการดูแลรักษาที่ไม่ไ้ช้ยา ได้แก่ การให้ความรู้ของโรคและการดูแลแก่ผู้ป่วยและญาติ (Psychoeducation) กิจกรรมบำบัด (Activity Therapy) การบำบัดด้วยความทรงจำ(Reminiscence Therapy) การบำบัดด้วยการให้เหตุผล (Validation Therapy) จิตบำบัดระยะสั้น (Brief Therapy) การฝึกให้รับรู้เวลาสถานที่และบุคคล (Reality Orientation) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy) ศิลปะบำบัด (Art Therapy) สุนทรบำบัด (Aroma Therapy) ดนตรีบำบัด (Music Therapy) การบำบัดด้วย

แสงสว่าง (Bright-Light Therapy) การออกกำลังกาย และสัตว์เลี้ยงบำบัด (Pet Therapy) เป็นต้น ซึ่งข้อดีของการดูแลรักษาแบบไม่ใช้ยา คือ เกิดผลข้างเคียงน้อย และสามารถประยุกต์เข้ากับการดูแลในชีวิตประจำวัน

4) การดูแลในกิจวัตรประจำวัน เป็นการดูแลการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การสื่อสาร การรับประทานอาหารและดื่มน้ำ การอาบน้ำ การแต่งตัว การเคลื่อนไหว ทั้งนี้ควรใช้หลักการเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ยืดหยุ่น พยายามให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลตนเอง สอบถามความต้องการและความชอบของผู้ป่วย

5) การดูแลด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู เป็นการดูแลที่เน้นความสามารถทางกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหวและเคลื่อนไหวที่ และความสามารถในการดูแลตนเอง ในกิจวัตรประจำวัน ช่วยให้ผู้ป่วยคงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ไว้ให้นานที่สุด และเพื่อป้องกันภาวะแก่ครอครวในการดูแลผู้ป่วย

6) การดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อม เป็นการจัดที่พักรักษาและสภาพแวดล้อม สำหรับผู้ป่วย โดยคำนึงถึง การหกล้ม การหลงทางหายสาบสูญ การได้รับอันตรายจากไฟฟ้า ไฟไหม้ ของมีคม และแก๊ส รวมทั้งการรับประทานสิ่งที่เป็นพิษต่างๆ

7) การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาและป้องกันความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัว และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น เป็นการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีการรู้คิดเสื่อมถอยลงอย่างมาก จนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานด้วยตนเองได้ จำเป็นต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา มักมีปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ร่วมด้วย มักมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน และมักเสียชีวิตจากปอดอักเสบติดเชื้อ และการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ การขาดน้ำ การขาดสารอาหารและแผลกดทับ การดูแลในระยะท้ายนี้ จะเน้นการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับแผนการรักษาในระยะสุดท้าย การดูแลรักษาอาการทางกาย การจัดการกับปัญหาพฤติกรรมผู้ป่วย การจัดการทรัพย์สินและประเด็นทางกฎหมาย รวมทั้งการดูแลประคับประคองจิตใจของครอบครัว

8) การประเมินและดูแลผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วย เป็นการดูแลผู้ที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้ป่วยทั้งหมดในครอบครัว ซึ่งหมายถึงญาติและผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ โดยการประเมินภาวะของผู้ดูแล การอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และการผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น

9) การดูแลประเด็นด้านกฎหมาย เป็นการดูแลเพื่อป้องกันปัญหาด้านกฎหมายที่เกิดจากความเสื่อมถอยของการรู้คิด ความจำ การตัดสินใจ และปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรม ที่ส่งผลต่อการบริหารจัดการในหน้าที่การงาน ทรัพย์สิน หนี้สิน และการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง

จากที่กล่าวมาข้างต้น เห็นได้ว่า การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมนั้น จะต้องครอบคลุมในหลายด้าน แบบองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ จิตใจ พฤติกรรม และสังคม ทั้งการดูแลตัวผู้ป่วยและ

ครอบครัวตลอดจนผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่ใช่ญาติโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือและการประสานงานที่ดี ต้องใช้ทรัพยากรทั้งบุคคลงบประมาณและวัสดุ อุปกรณ์ เป็นจำนวนมาก และเวลาในการให้การดูแลรักษาอย่างยาวนาน ดังนั้นการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นและสำคัญยิ่ง

1.5 การป้องกันและลดความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม

ปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วย ครอบครัว และแพทย์ยังไม่ค่อยมีความตระหนักในการชะลอการเปลี่ยนแปลงของโรคหรือการป้องกันโรค จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ซึ่งผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ที่เป็นภาวะสมองเสื่อมที่พบมากที่สุด จะมีระยะเวลาการดำเนินของโรคประมาณ 8-10 ปี ตั้งแต่เริ่มมีอาการของโรค ดังนั้น หากมีการชะลอการเปลี่ยนแปลงของโรค ก็จะเป็นการลดความเสี่ยงและความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นได้อย่างมาก

มาตรการในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม แบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล 2562, น.17-18) สรุปได้ดังนี้

1) การป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) หมายถึง การป้องกันโรคก่อนที่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงในระดับชีวภาพ หรือการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของโรค โดยควรมีการรณรงค์ป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาจนถึงวัยสูงอายุ

2) การป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) หมายถึง การตรวจคัดกรองโรคตั้งแต่ผู้ป่วยยังไม่แสดงอาการรุนแรง เพื่อการแก้ไขตั้งแต่ระยะแรก เพื่อชะลอการเกิดโรคออกไป แต่ปัจจุบันค่อนข้างยากที่จะบอกได้ว่าผู้ป่วยรายใดมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมในอนาคต ยกเว้นผู้ที่มีความเสี่ยงทางพันธุกรรมหรืออยู่ในสภาพแวดล้อมที่อาจเป็นสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมได้

3) การป้องกันโรคระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) หมายถึง การชะลอการดำเนินโรคเมื่อผู้ป่วยมีอาการแสดงของโรคชัดเจนแล้ว ได้แก่ การให้ยาบางชนิด การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำซ้อน การแก้ไขปัญหาทางจิตเวชและพฤติกรรม การทำกายภาพบำบัด และการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยเป็นต้น

แนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล 2559, น.275) มีดังนี้

1) รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว และคอเลสเตอรอลสูง ใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันมะกอกแทนน้ำมันหมู กล้วยไม้แห้ง เมล็ดฟักทอง ถั่วเหลือง รับประทานปลาทะเลให้มาก รับประทานอาหารที่มีวิตามินซี วิตามินอีและกรดโฟลิกสูง

2) ควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้ดัชนีมวลกายเกิน 25

3) หลีกเลี่ยงยาหรือสารที่ทำอันตรายแก่สมอง เช่น สุรา รับประทานยาโดยไม่จำเป็น

4) ไม่สูบบุหรี่หรืออยู่ในที่ๆมีควันบุหรี่

- 5) พยายามฝึกให้สมองได้คิดบ่อยๆ เช่น อ่านหนังสือ คิดเลข เกมตอบปัญหา ฝึกหัดการใช้ อุปกรณ์ใหม่ๆ
- 6) ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง เช่น ปั่นจักรยาน วิ่งเหยาะ เดินเล่น รำมวยจีน
- 7) พุดคุยพบปะผู้อื่นบ่อยๆ เช่น ไปวัด งานเลี้ยง เข้าชมรมต่างๆ
- 8) ตรวจสุขภาพประจำปี รักษาโรคประจำตัว และตรวจหาโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ
- 9) ถ้ามีอาการเจ็บป่วยควรปรึกษาแพทย์แต่เนิ่นๆ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุเพื่อลดโอกาสเกิดอาการ สับสนเฉียบพลัน
- 10) ระวังระวังอุบัติเหตุต่อสมอง การหกล้ม
- 11) มีสติในการทำสิ่งต่างๆ และฝึกสมาธิ
- 12) ไม่คิดมาก ไม่เครียด หากิจกรรมทำเพื่อคลายเครียด เนื่องจากความเครียดและอาการซึมเศร้า อาจทำให้จำอะไรได้ไม่ดี

2. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบ

ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบหรือโมเดล ดังนี้

2.1 ความหมายของรูปแบบ นักวิชาการได้กล่าวถึงความหมายของโมเดลหรือรูปแบบ ดังนี้

มหาวิทยาลัยเคมบริดจ์ (2021,online) กล่าวว่า รูปแบบหมายถึง วัตถุประสงค์ แผนงาน กฎระเบียบ ที่เป็นแบบอย่างที่ดีและสามารถเลียนแบบได้

อุทุมพร จามรมาน (2541,น.22) กล่าวว่า รูปแบบหมายถึง โครงสร้างของความสัมพันธ์ของหน่วยต่างๆ หรือตัวแปรต่างๆ ดังนั้น รูปแบบจึงน่าจะมีมากกว่าหนึ่งมิติ หลายตัวแปร และตัวแปรต่างๆ มีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกันในเชิงความสัมพันธ์และเชิงเหตุผล

ทิตินา แซมมณี (2545, น.218) กล่าวว่า รูปแบบเป็นรูปธรรมของความคิดที่เป็นนามธรรม ซึ่งบุคคลแสดงออกมาในลักษณะใดลักษณะหนึ่งเช่น เป็นคำอธิบาย เป็นแผนผัง ไดอะแกรมหรือแผนภาพ เพื่อช่วยให้ตนเองและบุคคลอื่นสามารถเข้าใจได้ชัดเจนขึ้น รูปแบบเป็นเครื่องมือทางความคิดที่บุคคลใช้ในการสืบสอบหาคำตอบความรู้ ความเข้าใจในปรากฏการณ์ทั้งหลาย

วาโร เฟ็งสวีสต์ (2553, น.2-3) กล่าวว่า รูปแบบ หมายถึง กรอบความคิดทางด้านหลักการ วิธีการดำเนินงาน และเกณฑ์ต่างๆ ของระบบ ที่สามารถยึดถือเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้

สรุปได้ว่า โมเดลหรือรูปแบบ หมายถึง กรอบความคิดของบุคคล ที่แสดงออกมาเป็นรูปธรรม เพื่อช่วยต่อการเข้าใจ ในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ได้แก่ คำอธิบาย หลักการ วิธีการดำเนินงาน เกณฑ์ แผนผัง

แผนภาพ สมการทางคณิตศาสตร์ ซึ่งเป็นเครื่องมือทางความคิด ที่ใช้ในการสืบสอบหาคำตอบความรู้ และความเข้าใจในปรากฏการณ์ต่างๆ

2.2 การพัฒนารูปแบบ บุญชม ศรีสะอาด (2535, น. 104-106) กล่าวถึงการพัฒนารูปแบบว่า อาจทำได้ 2 ขั้นตอน คือ

1) การสร้างหรือการพัฒนารูปแบบ โดยผู้วิจัยจะสร้างรูปแบบตามสมมุติฐานขึ้นมา ก่อนจากการศึกษาค้นคว้าทฤษฎี แนวคิดของรูปแบบที่มีผู้พัฒนาไว้แล้วและจากผลการศึกษาหรือผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์สภาพ สถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้สามารถกำหนดองค์ประกอบหรือตัวแปรต่างๆ ภายในรูปแบบ รวมทั้งลักษณะความสัมพันธ์ต่าง ๆ ระหว่างองค์ประกอบหรือตัวแปรนั้น หรือลำดับก่อนหลังของแต่ละองค์ประกอบในรูปแบบ ในการพัฒนารูปแบบจะต้องใช้หลักเหตุผลเป็นพื้นฐานและการศึกษาค้นคว้าซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบ ผู้วิจัยอาจคิดโครงสร้างของรูปแบบขึ้นมา ก่อนแล้วปรับปรุง โดยอาศัยข้อเสนอแนะจากการศึกษาค้นคว้าทฤษฎี แนวความคิด รูปแบบ หรือผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2) การทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบหลังจากได้พัฒนารูปแบบในขั้นต้นแล้ว ต้องทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ เพราะรูปแบบที่พัฒนามันแม้จะตั้งอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีแนวคิดหรือรูปแบบของผู้อื่นและผลการวิจัยที่ผ่านมาหรือแม้แต่ได้รับการกลั่นกรองจากผู้เชี่ยวชาญแล้วก็ตาม แต่ก็ยังเป็นเพียงรูปแบบตามสมมุติฐาน จำเป็นต้องเก็บข้อมูลในสถานการณ์จริง หรือทดลองนำไปใช้ในสถานการณ์จริง เพื่อทดสอบความเหมาะสม ซึ่งบางครั้งเรียกว่า การทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบ

สรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบ มี 2 ขั้นตอน คือ การสร้างหรือการพัฒนา และการทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ

2.3 การประเมินคุณภาพรูปแบบ

กาญจนา วัฒนสุนทร (2550, น.3-9) ได้เสนอวิธีตรวจสอบหรือประเมินคุณภาพรูปแบบ สรุปได้ดังนี้

1) การประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ (Consensus appraisal) เป็นการให้ผู้เชี่ยวชาญในด้านที่ศึกษา เป็นผู้ตัดสินถึงความเหมาะสมของรูปแบบที่สร้างขึ้น เครื่องมือช่วยในการตัดสินใจ คือ ตัวรูปแบบ ผลการตรวจสอบวรรณกรรม นิยามศัพท์ กรอบแนวคิดทฤษฎีในการศึกษาและแบบสอบถามในความเหมาะสมความเป็นไปได้ในการนำไปใช้และแง่มุมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่ทำให้ได้ข้อมูลตามที่กำหนดในกรอบการศึกษา หรือปัญหาวิจัยที่ระบุ แบบแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลอาจเป็นการสำรวจความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ จากผู้ใช้ระบบในรูปแบบหรืออาจใช้เทคนิคกลุ่ม เช่น เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus group) เป็นต้น

2) ทดลองนำโมเดลไปใช้ เป็นการออกแบบการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อให้ได้ความเหมาะสมในเชิงการปฏิบัติในภาคสนาม

3) การทดลองด้วยข้อมูลที่จำลองขึ้น (Simulation) เป็นการจำลองข้อมูลของตัวแปรที่ประกอบอยู่ในรูปแบบ ใช้ในกรณีที่ไม่สามารถนำไปใช้ในการทดลองภาคสนาม หรือไม่สมารถที่จะใช้การประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ หรือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ หรือต้องการควบคุมตัวแปรที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ที่ไม่สามารถควบคุมได้ในสนาม ตัวอย่าง เช่น การนำฟังก์ชันทางคณิตศาสตร์ไปใช้ในการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน เป็นต้น

4) การทดสอบด้วยวิธีการทางสถิติจากแบบแผนการวิจัยที่ได้นำเสนอไว้ เป็นการรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อทดสอบความเหมาะสมของรูปแบบตามทฤษฎี โดยการวัดตัวแปรที่อยู่ในรูปแบบแล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมทางสถิติ เช่น รูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงสาเหตุ ฟังก์ชันการพยากรณ์ตัวแปรหนึ่งหรือหลายตัว ด้วยตัวแปรหนึ่งหรือหลายตัว เป็นต้น

พลสุข หิงคานนท์ (2540, น.53-55) กล่าวไว้เกี่ยวกับการประเมินคุณภาพรูปแบบ ดังนี้ เป็นการประเมินคุณภาพรูปแบบด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยการประมาณค่าพารามิเตอร์ของรูปแบบ รูปแบบที่สร้างขึ้นควรมีความชัดเจนและเหมาะสม การวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์มักจะดำเนินการประเมินคุณภาพรูปแบบด้วยวิธีการทางสถิติ ผลของการประเมินจะนำไปสู่การยอมรับหรือปฏิเสธรูปแบบนั้น และนำไปสู่การสร้างทฤษฎีใหม่ต่อไป

รุ่งนภา จิตรโรจนรักษ์ (2548, น.17-18) สรุปว่าการตรวจสอบหรือการประเมินคุณภาพ รูปแบบมีเป้าหมายสำคัญเพื่อตรวจสอบความเหมาะสม ความตรง และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้ โดยแบ่งลักษณะของการตรวจสอบออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1) การตรวจสอบ โดยการพิสูจน์ หรือตรวจสอบด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งมักจะใช้ในการทดสอบรูปแบบทางวิทยาศาสตร์และคณิตศาสตร์

2) การตรวจสอบรูปแบบทางสังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์ ซึ่งอาจทดสอบโดยวิธีการทางสถิติ หรือการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ

อีสนอร์ (Eisner 1976, pp.192-193) ได้เสนอแนวคิดของการประเมินคุณภาพรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ อีสนอร์กล่าวไว้เกี่ยวกับการวิจัยทางการศึกษาส่วนใหญ่ดำเนินการตามหลักการทางวิทยาศาสตร์หรือเชิงปริมาณมากเกินไป ซึ่งในบางเรื่องต้องการความละเอียดอ่อนมากกว่าการได้ตัวเลขแล้วสรุป การประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญจะเน้นการวิเคราะห์ วิจัยอย่างลึกซึ้งซึ่งเฉพาะในประเด็นที่ถูกนำมาพิจารณา ซึ่งไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์หรือกับผู้เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเสมอไป แต่อาจจะผสมผสานปัจจัยในการพิจารณาต่างๆ เข้าด้วยกันตามวิจาร์ณญาณ ประสบการณ์และความชำนาญของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับคุณภาพ ประสิทธิภาพ หรือความเหมาะสมของสิ่งที่ทำการประเมิน

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการประเมินคุณภาพรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ความเข้าใจ และประสบการณ์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากการต้องมีการวิเคราะห์ วิจัยอย่างลึกซึ้ง เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่มีคุณภาพ และเหมาะสม อีกทั้งมีการตรวจสอบความตรงภายนอก จากผู้ใช้โดยการวัด ก่อนและหลังการทดลอง

3. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

3.1 ความหมายและความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion)

การส่งเสริมสุขภาพ คือกระบวนการในการเพิ่มความสามารถให้กับบุคคลเพื่อให้สามารถควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเองได้ (WHO, 1986) รวมถึงการเสริมพลังให้กับชุมชนให้สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขทาง สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่จะส่งผลกระทบต่อชุมชน และบุคคลอีกด้วย การมีส่วนร่วมจึงเป็นสิ่งสำคัญในการทำให้เกิดความยั่งยืนของกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

3.2 วิธีการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบไปด้วย

1) Enabling หมายถึงการเสริมพลังในระดับบุคคลหรือกลุ่มคนโดยภาคีเครือข่ายหรือพันธมิตร ด้วยการขับเคลื่อนทรัพยากรทั้งทรัพยากรบุคคล หรือสิ่งของ เพื่อที่จะส่งเสริม (promote) หรือคุ้มครอง (protect) สุขภาพของบุคคลหรือกลุ่มคนเหล่านั้น จุดเน้นของนิยาม Enabling คือ การเสริมพลังด้วยภาคีเครือข่าย และการขับเคลื่อนทรัพยากร จะมุ่งเน้นบทบาทที่สำคัญของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จะต้องเป็นตัวสนับสนุนให้เกิดการดำเนินการในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ยกตัวอย่าง การจัดเตรียมข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ เป็นตัวประสานให้เกิดการพัฒนาทักษะ หรือการสนับสนุนกระบวนการเพื่อจัดทำนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ วางแผนแผนกลยุทธ์การตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม หรือดำเนินการในด้านสังคมและวัฒนธรรม

2) Mediate หมายถึง การเจรจาต่อรองในด้านการส่งเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการในการเจรจาเพื่อไกล่เกลี่ยเพื่อให้ความสนใจหรือผลประโยชน์ ของบุคคลหรือชุมชน หรือภาคส่วนต่างๆ (ราชการกับ เอกชน) ที่มีความแตกต่างกัน ให้สามารถหาจุดร่วมกันได้ในแนวทางที่จะส่งเสริมหรือปกป้องสุขภาพของบุคคลหรือชุมชน

3) การเจรจาต่อรอง (mediation) เป็น 1 ใน 3 กลยุทธ์หลักของการส่งเสริมสุขภาพตาม Ottawa Charter เนื่องจากการทำให้คนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น มักจะหลีกเลี่ยงข้อขัดแย้ง (conflict) ได้ยาก ระหว่างภาคส่วนที่แตกต่างกัน หรือความสนใจหรือผลประโยชน์ของประชาชน ตัวอย่างของความขัดแย้งได้แก่ ความกังวลในการเข้าถึง ใช้ หรือกระจายทรัพยากร ข้อจำกัดของบุคคลหรือองค์กรในการปฏิบัติตามสิ่งที่จะมีการเปลี่ยนแปลง การไกล่เกลี่ย เพื่อให้ไปสู่แนวทางในการส่งเสริม หรือ ปกป้องสุขภาพ

นั้นจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลจากผู้ให้บริการ รวมถึงความสามารถในการให้ข้อเสนอแนะแบบมีเทคนิคที่ชวนเชื่อให้เกิดการยอมรับแบบมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์

4) Advocate เป็นการให้ข้อเสนอแนะเพื่อสุขภาพ คือ ผลรวมของ Personal Action และ Social Action ที่ออกแบบเพื่อให้ได้มาซึ่ง ความมุ่งมั่นทางการเมือง การสนับสนุนทางนโยบายการยอมรับของสังคม และการสนับสนุนระบบเพื่อให้บรรลุเป้าหมายทางสุขภาพ (Health Goal) หรือ โปรแกรมสุขภาพ (Program) การให้ข้อเสนอแนะเพื่อสุขภาพ สามารถดำเนินในนามของบุคคล หรือในนามของกลุ่ม เพื่อ สร้างสภาพความเป็นอยู่ (Living condition) ที่จะนำไปสู่สุขภาพดี และ เกิดการปรับเปลี่ยนไปสู่วิถีดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพ (Healthy Life style) การให้ข้อเสนอแนะเป็น 1 ใน 3 กลยุทธ์ของการส่งเสริมสุขภาพตาม Ottawa Charter ซึ่งสามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบ เช่น การใช้สื่อสารมวลชน (Mass Media) หรือ Multimedia การ lobby โดยตรงกับภาคการเมือง (ทั้งระดับชาติหรือระดับท้องถิ่น) ซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบาย หรือใช้การเคลื่อนไหวทางชุมชน (Community Mobilization) เช่น การสร้างเอกภาพภายในกลุ่มเพื่อเรียกร้องในประเด็นที่เป็นที่สนใจร่วมกันหรือเป็นประโยชน์ร่วมกัน เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของวิชาชีพทางด้านสุขภาพที่จะต้องทำบทบาทของการให้ข้อเสนอแนะเพื่อสุขภาพในทุกระดับของสังคม

การปฏิบัติที่สนับสนุน 3 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
3. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
4. การสร้างความเข้มแข็งของกิจกรรมชุมชนเพื่อสุขภาพ
5. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล
6. การปรับระบบบริการสุขภาพ (มาเน้นการสร้างนำซ่อม)

การส่งเสริมสุขภาพในศตวรรษที่ 21 มีลำดับความสำคัญ 5 เรื่องที่จะต้องดำเนินการดังนี้

1. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านสุขภาพ
2. เพิ่มการลงทุนในการพัฒนาสุขภาพ
3. ขยายพันธมิตรในด้านการส่งเสริมสุขภาพ
4. เสริมพลังของชุมชนและบุคคล
5. พัฒนาความยั่งยืนของโครงสร้างพื้นฐานทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ

4. ทักษะ เทคนิค ทฤษฎี และกิจกรรมที่นำมาบูรณาการในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุ

เพื่อให้การสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมีคุณภาพ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ ทักษะ เทคนิคทฤษฎี กิจกรรม วิธีการ

ที่นำมาบูรณาการในรูปแบบฯ ดังนี้

4.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model, HBM)

คิดค้นขึ้นในปีคริสต์ศักราช 1950 โดยนักสังคมศาสตร์ ของศูนย์บริการสาธารณสุข สหรัฐอเมริกา เพื่อนำมาใช้อธิบายและเข้าใจพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยมีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมทางสุขภาพ จะถูกกำหนดโดยความเชื่อ (Belief) หรือการรับรู้ (Perception) ส่วนบุคคลเกี่ยวกับโรคนั้นๆ และวิธีการที่จะจัดการโรคนั้น จะมีปัจจัยภายในตัวบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อส่วนบุคคล ปัจจุบันมีทั้งหมด 6 องค์ประกอบ (LaMorte, Online; ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, ออนไลน์) สรุปได้ ดังนี้

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) เป็นการรับรู้หรือความเชื่อของบุคคลในความเสี่ยงที่จะเกิดการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคนั้น ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อที่แตกต่างกัน ความเชื่อมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะที่เป็นปกติและภาวะเจ็บป่วยซึ่งแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล บุคคลจึงมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน

2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นการประเมินและรับรู้ความรุนแรงหรืออันตรายของการเจ็บป่วยหรือโรคนั้น ที่อาจรักษาให้หายขาด ไม่สามารถรักษา มีความพิการ หรืออาจเสียชีวิตได้ รวมทั้งการพิจารณาถึงผลกระทบของโรคต่อครอบครัวและความสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค

3) การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefits) เป็นการรับรู้ ประโยชน์หรือประสิทธิผลของการป้องกันและรักษาความเจ็บป่วยหรือโรค โดยการพิจารณาและประเมินทั้งความเสี่ยงของการเกิดโรคและการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค การเปรียบเทียบ ข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค เลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นำไปสู่การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหรือให้หายจากโรค

4) การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) เป็นความคิดเห็นของบุคคลต่ออุปสรรคหรือสิ่งที่จะมาขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำใหม่ มีการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและประโยชน์ที่ได้รับเปรียบเทียบ ผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมใหม่นั้น เช่น เสียค่าใช้จ่ายสูง อันตราย มีผลข้างเคียง ไม่เป็นที่พอใจ เจ็บปวด เสียเวลาหรือไม่สะดวก เป็นต้น การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วย สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

5) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) เป็นสิ่งกระตุ้นความต้องการในการตัดสินใจให้บุคคลต้องการที่จะยอมรับและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำ ซึ่งแบ่งออกเป็นสิ่งกระตุ้นภายใน ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก อาการหายใจมีเสียงหวีด และสิ่งกระตุ้นภายนอก ได้แก่ การแนะนำจากผู้อื่น การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ข้อมูล และข่าวสารจากสื่อต่างๆ เป็นต้น

6) การรับรู้ความสามารถของตน (Self-efficacy) เป็นระดับความเชื่อมั่นของบุคคลต่อความสามารถของตนที่จะประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพนั้น องค์ประกอบนี้ได้ถูกเพิ่มเติมในกลางปี 1980 การรับรู้ความสามารถของตนเองนี้ เป็นโครงสร้างในทฤษฎีทางพฤติกรรมต่างๆมากมาย เพราะมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับการกระทำของบุคคลตามพฤติกรรมที่ตนต้องการ

4.2 ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ (Rapporting Skill)

เป็นทักษะพื้นฐานของการปรึกษาเชิงจิตวิทยา (สุخورุณ วงษ์ทิม 2557) ที่มีการสื่อสารของผู้ให้บริการปรึกษาทั้งภาษาพูดและภาษาท่าทาง ที่แสดงออกมาอย่างจริงใจ ใส่ใจ อ่อนน้อม และเป็นมิตร ในลักษณะที่มีการเอาใจเขามาใส่ใจเรา มีความสอดคล้องต้องกันระหว่างภาษาพูด และภาษาท่าทาง ให้การยอมรับผู้สูงอายุในทางบวกอย่างไม่มีเงื่อนไขโดยปราศจากอคติและการตัดสิน จะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจ อ่อนน้อม และคุ้นเคย กล้าที่จะเปิดเผยเรื่องราวของตนเองออกมาอย่างอิสระ มีความสำคัญสำหรับการสร้างความรู้สึกละวางใจ ปลอดภัย และการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และข้อตกลงร่วมกันของกลุ่ม

4.3 ทักษะการกำหนดเป้าหมาย (Setting Goals)

เป็นทักษะพื้นฐานของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม (Corey, 2018) มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้กำหนดเป้าหมายหรือสิ่งที่ได้รับจากกระบวนการให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นกลุ่มอย่างชัดเจน โดยเริ่มตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นของการให้บริการและมีการปรับเปลี่ยนเป้าหมายอย่างเป็นรูปธรรมอย่างเหมาะสมอยู่ตลอดเวลาของการให้บริการ ทั้งนี้เพื่อให้การปรึกษาประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย

4.4 ทักษะการเอื้ออำนวย (Facilitating)

เป็นทักษะพื้นฐานของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม (Corey 2018) มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์ในการดำเนินกลุ่มของผู้นำกลุ่ม และช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้บรรลุเป้าหมาย เป็นทักษะที่เกี่ยวข้องกับการเปิดเผยตนเองอย่างชัดเจนของสมาชิกกลุ่ม มีการสื่อสารกันโดยตรงระหว่างสมาชิกกลุ่ม และการช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความรับผิดชอบต่อทิศทางของกลุ่มเพิ่มมากขึ้น

4.5 ทักษะการให้ข้อมูล (Informing Skill)

เป็นทักษะพื้นฐานของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล (สุخورุณ วงษ์ทิม, 2557) โดยให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง และให้ข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้อง เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ในการรับรู้ เพื่อให้บุคคลเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อม มีการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เหมาะสม และใช้ประกอบในการพิจารณาตัดสินใจเลือก เช่น การควบคุมอาหารเพื่อป้องกันภาวะอ้วน ภาวะไขมัน

ในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง การตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ และดื่มสุรา เพื่อเป็นการลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น

4.6 ทักษะการสนับสนุน (Supporting Skill)

เป็นทักษะพื้นฐานของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม (Corey, 2018) มีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการกระตุ้นและเสริมแรงแก่ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองในเวลาที่เหมาะสม โดยเฉพาะในเวลาที่สูงอายุ มีการเปิดเผยเรื่องราว โดยการฟังอย่างกระตือรือร้น ควบคุมประคองจิตใจ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจ ที่จะต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ ในการดำเนินชีวิต หรือก้าวต่อไปข้างหน้า และทำให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกัน และกัน

4.7 ทักษะการประเมิน (Evaluating Skill)

เป็นทักษะพื้นฐานของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม (Corey, 2018) มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินตนเองของผู้นำกลุ่ม และสิ่งที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมกลุ่มของผู้สูงอายุทั้งนี้เพื่อการปรับปรุง เปลี่ยนแปลง และแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม จะช่วยส่งเสริมการตระหนักรู้ในตนเองและเข้าใจ ในทิศทางของกลุ่มแก่สมาชิก ควรประเมินอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ในช่วงเวลาของการให้บริการปรึกษาเชิง จิตวิทยาเป็นกลุ่ม โดยกระทำภายหลังจากที่เสร็จสิ้นภารกิจการให้บริการปรึกษาในแต่ละครั้ง

4.8 ทักษะการเสนอแนะ (Suggesting Skill)

เป็นทักษะพื้นฐานของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม (Corey, 2018) มีวัตถุประสงค์ เพื่อช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ได้เกิดการพัฒนาทางเลือกอื่นที่หลากหลายสำหรับความคิดและ การกระทำ โดยการให้ข้อมูลและคำแนะนำ มอบหมายการบ้าน การให้ผู้สูงอายุพยายามทดลองกระทำ พฤติกรรมทั้งภายในและภายนอกกลุ่ม การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมองสถานการณ์ในมุมมองที่แตกต่าง ออกไป จะเป็นการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุเกิดความก้าวหน้าในการเข้าร่วมกลุ่มเร็วขึ้นและการให้ข้อเสนอแนะนี้ อาจมาจากผู้สูงอายุอื่นภายในกลุ่มได้ ไม่เพียงแต่เป็นการเสนอแนะจากผู้นำกลุ่มเท่านั้น

4.9 ทักษะการยุติ (Terminating)

เป็นทักษะพื้นฐานของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม (Corey 2018) เป็นทักษะที่ผู้นำกลุ่มใช้ในการ ยุติกระบวนการกลุ่ม และใช้ในแต่ละครั้งของการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การให้ข้อเสนอแนะใน การประยุกต์ใช้สิ่งที่ได้เรียนรู้ภายในกลุ่มกับชีวิตประจำวัน การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุในการจัดการ กับปัญหาต่างๆ ที่จะต้องพบภายนอกกลุ่ม มีการประเมินและติดตามผลการบริการ แนะนำแหล่งช่วยเหลือ อื่น และมีความพร้อมสำหรับการเป็นที่ปรึกษา ให้แก่ผู้สูงอายุแต่ละคน เมื่อสมาชิกมีความต้องการที่จะรับ

4.10 ทฤษฎีการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy) ได้แก่

1) **เทคนิคการศึกษาเชิงจิตวิทยา (Psychoeducational Technique)** เป็นเทคนิคด้านความคิดของทฤษฎีแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (สุขอรุณ วงษ์ทิม, 2561) จะเป็นการสอนหรือให้การศึกษาด้านจิตวิทยาเกี่ยวกับทฤษฎีบุคลิกภาพ A-B-C แก่ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง โดยให้รู้จักวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล เพื่อให้เข้าใจในความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความเชื่อ อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม เพื่อปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ ให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญและสร้างความตระหนักในการลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม และเป็นการให้ความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

2) **ทฤษฎีบุคลิกภาพ ABC** เป็นทฤษฎีที่สำคัญของทฤษฎีการปรึกษาตามแนวทฤษฎีแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (สุขอรุณ วงษ์ทิม, 2561) สารสำคัญของทฤษฎีบุคลิกภาพ A-B-C สรุปได้ว่า ความคิด ความเชื่อ อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลมีความสัมพันธ์กันและเป็นผลซึ่งกันและกัน การเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อของบุคคลโดยการโต้แย้ง จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นใหม่

ทฤษฎีนี้เชื่อว่า อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่คนเราแสดงตอบโต้ออกมา นั้น เป็นผลมาจาก ความคิด ความเชื่อของบุคคล (B) ไม่ได้เป็นผลมาจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหรือเหตุการณ์ที่มากระตุ้น (A) นั่นคือ อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมของบุคคลจะแสดงออกตามระบบความเชื่อของแต่ละบุคคลที่มีความคิดต่อเหตุการณ์นั้น และ หากมีการโต้แย้งอย่างมีเหตุผล (D) ก็จะทำให้เกิดผล (E) และการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ความรู้สึกใหม่ (F)

3) **เทคนิคการโต้แย้งกับความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล (Disputing Irrational Beliefs Technique)** เป็นเทคนิคด้านความคิดของทฤษฎีการปรึกษาตามแนวทฤษฎีแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (สุขอรุณ วงษ์ทิม 2561) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้บริการปรึกษาใช้การโต้แย้งเพื่อขจัด หรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล โดยให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง คิด พิจารณาและตรวจสอบด้วยการใช้เหตุผล และให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเข้าใจว่าปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุผลของเขา ไม่ใช่เป็นเพราะเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น ด้วยการซักถามเพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองฉุกคิดอย่างมีสติ

4) **เทคนิคการให้คิดเป็นการบ้าน (Cognitive Homework)** เป็นเทคนิคด้านความคิดของทฤษฎีการปรึกษาตามแนวทฤษฎีแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (สุขอรุณ วงษ์ทิม 2561) เป็นการมอบหมายการบ้านเพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองฝึกการคิดอย่างสมเหตุผล นำไปสู่การมีอารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น เช่น การมอบหมายให้ฝึกคิดอย่างสมเหตุผลเกี่ยวกับสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของตนเอง เป็นต้น

5) **เทคนิคการเสริมแรงและการปรับโทษ (Reinforcements and penalties)** เป็นเทคนิคด้านความคิดของทฤษฎีการปรึกษาตามแนวทฤษฎีแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การเสริมแรงแก่ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง เช่น การมอบรางวัล สิ่งของ หรือกล่าวคำชมเชย ยกย่อง เมื่อผู้สูงอายุสามารถกระทำสิ่งต่างๆได้อย่างสำเร็จตามกำหนดเวลา และอาจมีการปรับโทษเมื่อผู้สูงอายุไม่กระทำสิ่งต่างๆได้อย่างสำเร็จ รวมทั้งการสอนให้ผู้สูงอายุให้การเสริมแรงและการปรับโทษแก่ตนเองด้วยเช่นกัน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป้าหมายให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

6) **เทคนิคการใช้ประโยคที่มีพลัง (Forceful Statements)** เป็นเทคนิคอารมณ์ความรู้สึกของทฤษฎีการปรึกษาตามแนวทฤษฎีแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (สุخورณ วงษ์ทิม, 2561) มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยนประโยคการพูดของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองแต่ละคน ที่เป็นความคิดที่ไม่สมเหตุผลและทำให้เกิดอารมณ์ท้อแท้ สิ้นหวัง ให้เป็นประโยคการพูดที่เป็นความคิดที่สมเหตุผล เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้มแข็งและมีพลังมากยิ่งขึ้น

7) **เทคนิคการเสนอตัวแบบ (Modeling)** เป็นเทคนิคด้านความพฤติกรรมของทฤษฎีการปรึกษาตามแนวทฤษฎีแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (สุخورณ วงษ์ทิม 2561) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บริการปรึกษาเป็นตัวอย่างที่ดีแก่ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ในการแสดงพฤติกรรมต่างๆ ต่อผู้สูงอายุ ในช่วงของการให้บริการ เช่น การตรงต่อเวลา การรักษาความลับ การมีความจริงใจ การให้เกียรติผู้อื่น การมีความเอื้ออาทร และยินดีช่วยเหลือ โดยแสดงออกทางสีหน้า วาจา กิริยา และท่าทาง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้จากตัวอย่างที่ดี สำหรับการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมขึ้น จากการมีความคิดความเชื่อที่สมเหตุผล หรืออาจนำเสนอตัวแบบจากบุคคลอื่นในสังคมที่มีพฤติกรรมที่เหมาะสม และเป็นแบบอย่างที่ดีแก่บุคคลอื่น

4.11 ทฤษฎีการปรึกษาแบบเกสตัลท์ (Gestalt Counseling) เทคนิคที่ใช้มีดังนี้

1) เทคนิคการอยู่กับความรู้สึก (Stay with the Feeling)

เป็นเทคนิคด้านอารมณ์ความรู้สึกของทฤษฎีการปรึกษาแบบเกสตัลท์ (สุخورณ วงษ์ทิม, 2561) มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองรับรู้ความรู้สึกของตนเองในสภาวะปัจจุบันให้ได้ ให้บุคคลกล้าเผชิญกับความรู้สึกนั้น โดยไม่เลี่ยงหนี ไม่รีบกระโดดข้ามไปเรื่องอื่นโดยเร็ว เพราะไม่อยากเผชิญกับความรู้สึก ความรู้สึกที่บุคคลไม่ยอมสัมผัสและรับรู้ มักเป็นความรู้สึกค้างค้ำต่อประสบการณ์ต่างๆ ในอดีตที่ยังมีผลต่ออารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมในปัจจุบัน เช่น อารมณ์ความเศร้าสะเทือนใจ ความเจ็บปวด และบางครั้งอาจเป็นความรู้สึกทางด้านบวก ที่ไม่กล้าแสดงออกมา เช่น ความรู้สึกชื่นชม รักใคร่ ความรู้สึกยินดี ฯลฯ

2) เทคนิคเก้าอี้ว่าง (The Empty Chair Technique)

เป็นเทคนิคด้านอารมณ์ความรู้สึกของทฤษฎีการปรึกษาแบบเกสตัลท์ (Gestalt Counseling) (สุซอรุณ วงษ์ทิม, 2561) มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยทำให้การรับรู้ความรู้สึกที่ขัดแย้งกันภายในตัวของผู้อายุแต่ละคนกระจ่างขึ้น โดยผู้ให้บริการปรึกษา ใช้เก้าอี้ 2 ตัวตั้งประจันหน้ากันทีละคน แล้วให้ผู้อายุแสดงบทบาท และคำพูดที่เป็นส่วนของตัวเองที่บอกว่าจะทำอะไร แล้วให้ผู้อายุย้ายไปนั่งที่เก้าอี้ตรงกันข้าม และสวมบทบาทเป็นส่วนของตัวเองที่ขัดแย้งอยู่แล้วโต้ตอบกลับไป เทคนิคนี้จะช่วยให้ผู้อายุเข้าใจความรู้สึกทั้งสองอย่างที่ตนเองมีอยู่ได้กระจ่าง ไม่ต้องพยายามกดหรือปฏิเสธความรู้สึกที่มีอยู่

4.12 ทฤษฎีการปรึกษาแบบเผชิญความจริง (Reality Counseling)

ผู้วิจัยใช้หลักการ WDEP (Corey 2018) ของทฤษฎีการปรึกษาแบบเผชิญความจริง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุวางแผนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามที่ตนต้องการได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยให้ผู้สูงอายุแต่ละคน ประเมินความต้องการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม (Wants,W) ให้อธิบายวิถีชีวิตปัจจุบัน (Describe,D) ให้ประเมินพฤติกรรมตนเอง (Self Evaluation,E) และให้วางแผนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง (Planning,P) แล้วนำแผนไปปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน

4.13 กิจกรรมเสริมสร้างและฝึกสมอง ที่นำมาบูรณาการในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุ

เพื่อให้การพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุมีคุณภาพ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างสมองที่นำมาบูรณาการในรูปแบบฯ ดังนี้

1) การรับประทานอาหารบำรุงสมอง (แพรว จันทรศิลป์ 2563) อาหารที่ไม่เหมาะสมถือเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะอัลไซเมอร์ โดยก่อให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคอ้วน อาหารเมดิเตอร์เรเนียน มีส่วนช่วยลดการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อาหารแดชช่วยต้านความดันโลหิตสูง อาหารเมดิเตอร์เรเนียนที่ผสมผสานอาหารเมดิเตอร์เรเนียนและ อาหารแดชเพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อม หลักสำคัญของการกินอาหารบำรุงสมอง คือ กินให้เพียงพอ และ กินอย่างพอเพียง กินอาหารที่มาจากพืชเป็นหลัก จำกัดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง

2) การออกกำลังกายเพื่อฝึกสมองและป้องกันโรคร่วม (พงษ์ศักดิ์ ยุกตะนันท์ 2563) การออกกำลังกายทุกรูปแบบจะเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจซึ่งจะทำให้เลือดไหลเวียนไปที่สมองจึงทำให้ความจำเฉียบคม ออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30-45 นาที เช่น วิ่ง ว่ายน้ำ เต้นรำหรือปั่นจักรยาน จะมีประโยชน์ต่อสุขภาพสมอง และยังช่วยขยายสมองส่วนฮิปโปแคมปัสซึ่งเป็นตัวเร่งความจำระยะยาวในสมอง

เมื่อมีการทำทายสมองและสัมผัสกับสิ่งใหม่ ๆ มันจะช่วยกระตุ้นสมอง ดังนั้นไม่ควรทำกิจวัตรเดิม ๆ ใช้เส้นทางอื่นในการทำงาน อ่านส่วนหนึ่งของหนังสือพิมพ์ที่มักจะไม่ค่อยอ่าน ลองทำอาหารเย็นสูตรอื่น

เรียนภาษาใหม่และทำสิ่งที่ไม่ธรรมดา การปรับโครงสร้างสมองช่วยสร้างเส้นทางประสาทใหม่ ซึ่งจะเพิ่มพลังสมองได้ การออกกำลังกายไม่เพียงป้องกันภาวะสมองเสื่อม แต่อาจช่วยการรักษาด้วย จากงานวิจัยของ Okonkwo พบว่า การออกกำลังกายจนมีการเพิ่มของการใช้ออกซิเจนของร่างกาย (aerobic capacity) ทำให้มีการกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสมอง ทำให้สมองส่วนการใช้เหตุผล(reasoning) และการจัดการ (executive function) ทำงานดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่เพิ่มขึ้นยังช่วยทำให้มีการปรับโครงสร้างของสมองและทำให้ความจำ (cognition) ดีขึ้น

การออกกำลังกายทำให้การปรับอารมณ์ดีขึ้น และ พบว่าการออกกำลังกายยังช่วยลดการเปลี่ยนแปลงของสมองที่เกี่ยวกับความทรงจำ ช่วยเพิ่มระดับสารปรับการทำงานของสมอง (BDNF) สารนี้ช่วยซ่อมแซมและป้องกันเซลล์สมองจากการเสื่อมสภาพ และทำให้เซลล์ สมองและระบบประสาทงอกงามเพิ่มขึ้น

การปั่นจักรยานอยู่กับที่เพิ่มเลือดไปเลี้ยงสมอง และพบสาร growth factors ที่ช่วยกระตุ้นการเจริญเติบโตของเซลล์ และทำให้สมองทำงานดีขึ้นช่วยบรรเทาความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการใช้ชีวิตประจำวันที่มีผลกระทบต่อสมอง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง

การเพิ่มการทำงานของสมอง ควรเริ่มมาจากการเพิ่มความฟิตของระบบหัวใจและหลอดเลือด การฝึกกำลังกล้ามเนื้อ และ ลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น ความอ้วน ดังนั้นการออกกำลังกายควรเป็นส่วนหนึ่งของการใช้ชีวิตประจำวัน

3) ภาษากับการพัฒนาศักยภาพของสมอง อภิรักษ์ อนุมาน (2563) กล่าวว่า การใช้ภาษา เพื่อการสื่อสาร คือ การคิด การคิดต้องใช้สมอง ภาษากับการคิดสัมพันธ์กัน ภาษากับสมองจึงเกี่ยวข้องกัน

คำคม คือ ถ้อยคำที่หลักแหลมชวนให้คิด หรือถ้อยคำหรือข้อความที่มีความหมายอยู่ในตัวด้วยการกล่าวซ้ำคำ บางคำในข้อความนั้นๆ ให้มีความหมายเกี่ยวกับเนื้อความเดิม คำคมที่ดีต้องแสดงถึงการใช้ความคิด หรือแสดงให้เกิดความรู้สึกอย่างใดอย่างหนึ่งอย่างชัดเจนเพื่อให้ผู้อ่านเกิด ความลึกซึ้งเมื่อได้อ่าน

คำขวัญ คือ คำพูดหรือข้อความที่มุ่งให้กำลังใจ มักจะมีข้อคิดที่ผู้อ่านสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตได้

คำคล้องจอง คือ คำที่มีสระเสียงเดียวกันหรือคำที่มีเสียงสระและตัวสะกดในมาตราเดียวกัน ข้อสำคัญในการแต่งคำประพันธ์ทุกชนิดคือคำคล้องจอง ผู้ฝึกหัดแต่งต้องฝึกฝนเรื่องการเลือกคำที่ความหมายคล้องจองกัน มีความไพเราะด้วยพยัญชนะ เสียงสระควรมีความหมายเจาะจง กินความได้ลึกซึ้งด้วย

บทร้อยกรอง หมายถึง คำประพันธ์ที่เรียบเรียงขึ้นโดยข้อบังคับ จำกัดคำและวรรคตอนให้สัมพันธ์กันไพเราะตามเกณฑ์ที่ได้วางไว้ในฉันทลักษณ์ คำว่า “บทร้อยกรอง” มีคำที่ใช้เรียกแตกต่างกัน หลากๆ อย่าง เช่น คำประพันธ์ คำประพันธ์ร้อยกรอง กาพย์กลอน กวีนิพนธ์ หรือบทกวี เป็นต้น

4) การฝึกสมาธิ จากการศึกษาที่ตีพิมพ์ใน Psychiatry Research: Neuroimaging โดยนักวิจัยได้วัดสมองของคน 16 คนที่ไม่เคยทำสมาธิมาก่อน จากนั้นจึงวัดสมองอีกครั้ง หลังจากทำสมาธิครบ 8 สัปดาห์ ในช่วงเวลานั้นกลุ่มนี้ใช้เวลาฝึกสมาธิโดยเฉลี่ย 27 นาที ต่อวัน การทดสอบในกลุ่มหลังจากโปรแกรมพบว่ามีความหนาแน่นของเนื้อสมองสีเทาเพิ่มขึ้น ในฮิปโปแคมปัส พื้นที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้และความจำ และแม้แต่ในโครงสร้างสมองอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตนเอง ความเห็นอกเห็นใจและการวิปัสสนา นอกจากนี้ยังมีการลดขนาดของ amygdala ซึ่งเป็นส่วนของสมองที่ควบคุมความวิตกกังวลและความเครียด การทำสมาธิไม่เพียงช่วยลดระดับความเครียดของคุณเท่านั้น แต่ยังช่วยเพิ่มพลังสมองและความจำอีกด้วย การทำสมาธิอย่างมีสติช่วยชะลอการรับรู้และป้องกันโรคเกี่ยวกับระบบประสาท เช่น ภาวะสมองเสื่อมอัลไซเมอร์และพาร์กินสัน (พงษ์ศักดิ์ ยุทธะนันท์, 2563)

5) การฝึกสมองด้วยการร้องเพลง การศึกษาวิจัยบางส่วนกล่าวถึงประโยชน์ของเสียงเพลงที่ส่งผลดีต่อสมองไว้ (Pobpad,2564) ดังนี้

การเรียนดนตรีทำให้ฉลาดยิ่งขึ้น การเรียนดนตรีช่วยให้สมองได้ฝึกแก้ไขปัญหาผู้ใหญ่ก็อาจได้รับประโยชน์จากการเรียนดนตรีได้เช่นเดียวกัน เพียงแค่หมั่นใช้งานสมองส่วนความจำระยะสั้นที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ ความเข้าใจ และการใช้เหตุผล ก็อาจช่วยให้ระบบการเรียนรู้ในสมองเสื่อมสภาพช้าลงได้

การเล่นดนตรีช่วยให้จดจำสิ่งต่าง ๆ ได้ดีขึ้น และยังช่วยรักษาความทรงจำให้คงอยู่เมื่อมีอายุมากขึ้นด้วย โดยการทำกิจกรรมที่ซับซ้อนอย่างการอ่านโน้ตดนตรี หรือการวางมือบนสายเครื่องดนตรีจะช่วยเพิ่มความจุของความจำระยะสั้นให้กับสมอง และเมื่อเวลาผ่านไปสมองจะเรียนรู้เกี่ยวกับการทำงานหลายอย่างไปพร้อมกันโดยไม่รู้สึกว่าข้อมูลล้นจนเกินไป รวมถึงช่วยให้สมองจดจำข้อมูลได้นานขึ้นด้วย นอกจากนี้การเล่นดนตรีเป็นกลุ่มยังช่วยเพิ่มความสามารถในการแยกแยะข้อมูลเล็กๆ ในพื้นที่ที่ซับซ้อนภายในสมองอีกด้วย ซึ่งช่วยพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในระยะยาวได้

เสียงเพลงช่วยกักเก็บความทรงจำใหม่ ๆ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่สุขภาพแข็งแรงทำคะแนนข้อสอบด้านความจำและการใช้เหตุผลได้ดีหลังจากเข้าเรียนเป็นเวลาหลายสัปดาห์

การตีกลองอาจช่วยบำบัดโรคอัลไซเมอร์ พบว่าเสียงกลองมีประโยชน์ต่อสุขภาพมากมาย โดยเป็นผลดีต่อ ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ ผู้ที่เผชิญกับความเครียดหลังผ่านเหตุการณ์ร้ายแรง ผู้ที่มีปัญหาในการจัดการกับความเครียด หรือผู้ที่มีอาการเสพติดสิ่งใดสิ่งหนึ่ง นอกจากนี้ นักบำบัดโรคยังได้นำเสียงกลองไปใช้รักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมขั้นรุนแรงและผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ ที่ไม่ตอบสนองต่อ สิ่งเร้าภายนอกอีกด้วย รวมทั้งมีงานวิจัยอีกหลายชิ้นชี้ว่า การตีกลองช่วยให้คนที่มีความแข็งแรงอ่อนคลายความเครียดได้เป็นอย่างดี

การร้องเพลงเป็นประโยชน์กับผู้ที่มีอาการป่วยทางสมอง ความสามารถในการร้องเพลงของคนเรานั้นส่วนหนึ่งมีผลมาจากสมองซีกขวา ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับความคิดแบบองค์รวมสัญชาตญาณ

ศิลปะ จังหวะ หรือจินตนาการ การร้องเพลงจึงอาจเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยบางราย โดยนักวิจัยพบว่า การร้องเพลงอาจมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ที่กำลังฟื้นตัวจากโรคหลอดเลือดสมอง หรือจากอาการบาดเจ็บทางสมองที่ทำให้สมองซีกซ้ายซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับ คำพูดเกิดความเสียหาย โดยผู้ป่วยอาจใช้สมองซีกขวาในการเรียนรู้ที่จะพูดในสิ่งที่ตนเองคิดออกมาเป็นเพลงก่อน จากนั้น จึงค่อย ๆ ละทำนองเพลงทิ้ง นอกจากนี้ การร้องเพลงยังช่วยให้คนที่มีความสุขที่ดีเรียนรู้เกี่ยวกับคำพูดและวลีได้เร็วขึ้นด้วยเช่นกัน

ส่วนงานวิจัยอื่น ๆ ก็ได้ชี้ถึงประโยชน์ของเสียงเพลงที่มีต่อสุขภาพด้านต่าง ๆ ด้วย เช่น ช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้า ช่วยลดความเจ็บปวดทางร่างกาย หรืออาจช่วยรักษาภาวะสมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคปอดอักเสบเรื้อรัง เป็นต้น

ผู้ที่ต้องการฟังเพลงเพื่อพัฒนาสมองควรเลือกฟังเพลงตามแนวที่ชื่นชอบจะช่วยให้ร่างกายหลั่งสารแห่งความสุขอย่างโดพามีนออกมา อาจเลือกฟังเพลงแจ๊สที่เพิ่มสารเอ็นดอร์ฟินและสารอิมมูโนโกลบูลินที่ช่วยป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย หรืออาจเลือกฟังดนตรีออร์เคสตราจะช่วยให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความมั่นใจในตนเองและอารมณ์ดีขึ้น ส่วนเพลงคลาสสิกก็อาจช่วยให้อัตราการเต้นของหัวใจและชีพจรช้าลง ช่วยลดความดันโลหิต และลดฮอร์โมนความเครียดได้อีกด้วยอย่างไรก็ตาม ไม่ควรฟังเพลงในระดับเสียงที่ตั้งเกินไป เพราะอาจทำให้สูญเสียการได้ยิน

6) การฝึกสมองด้วยศิลปะ เป็นการช่วยให้สมองเกิดความคิดสร้างสรรค์ จากการศึกษา และตัดสินใจในผลงานของตนเองอย่างอิสระ กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทและสมอง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัลไซเมอร์ ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของตนเอง จากการสร้างสรรค์ผลงาน และนำเทคนิคที่ได้จากการอบรมไปสร้างสรรค์ผลงานต่อ ใช้เวลาว่างอย่างเกิดประโยชน์ (ภัทรภาพร แสนสิ่ง, 2563)

7) การฝึกสมองด้วยงานประดิษฐ์ เป็นการช่วยให้สมองเกิดความคิดสร้างสรรค์ เกิดจินตนาการ ผ่อนคลาย มีความสุขใจ ภาคภูมิใจในผลงานของตน กระตุ้นความทรงจำ คิดวิเคราะห์ พิจารณา วางแผน ตัดสินใจเลือก เพื่อสร้างงานประดิษฐ์ที่เป็นผลงานของตนอย่างสวยงาม (แสงเดือน จอมใจเหล็ก, 2563)

8) หัวเราะบำบัด การหัวเราะจะกระตุ้นให้สมองหลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน ซึ่งทำให้บุคคลมีอารมณ์ดี มีความคิดสร้างสรรค์ มีการคิดและแก้ปัญหาในเชิงสร้างสรรค์ (พิเชษฐ์ ตีมาก, 2564)

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศ

สายใจ พันแพง (2566) ศึกษาแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ชุมชน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเด่นเหล็ก อำเภอหน้าป่าด จังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมพลังอำนาจ แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม และแนวคิดภาคีเครือข่าย มี 3 องค์ประกอบ คือ 1) แรงสนับสนุนทางสังคมจากภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน มี 4 ขั้นตอน คือ การมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน การมีส่วนร่วม การส่งเสริมสนับสนุน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2) การป้องกันภาวะสมองเสื่อม (การฝึกสมอง รู้ทันโรคสมองเสื่อม การ

ออกกำลังกาย การรับประทานยาและอาหารบางชนิด การฝึกสติปัญญา การควบคุมอารมณ์) และ 3) การเห็นคุณค่าในตัวเอง

พัชรินทร์ จำปานนท์(2562) ได้ศึกษารูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาความฉลาดทางจิตวิญญาณของนักเรียน ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสาธิตในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้ผลการวิจัย คือ 1) องค์ประกอบของความฉลาดทางจิตวิญญาณของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ตอนปลาย โรงเรียนสาธิตในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า มี 5 องค์ประกอบ คือ ด้านการตระหนักรู้ตนเอง ด้านความเป็นธรรมชาติ ด้านความเห็นอกเห็นใจ ด้านการรับรู้แบบองค์รวมและด้านการมีวิสัยทัศน์ และการเห็นคุณค่า 2) รูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางจิตวิญญาณ ที่ได้จากการวิเคราะห์องค์ประกอบ 5 องค์ประกอบ นำมาบูรณาการกับเทคนิคจากทฤษฎีการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยา 5 ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีการปรึกษาแบบเน้นผู้รับ บริการเป็นศูนย์กลาง ทฤษฎีการปรึกษาแบบเกสตัลท์ทฤษฎีการปรึกษา แบบภวนิยม ทฤษฎีการปรึกษาแบบเผชิญความจริง และทฤษฎีการปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพ ซึ่งรูปแบบประกอบด้วย 9 กิจกรรมแต่ละกิจกรรม มี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเริ่มต้น ขั้นดำเนินการ และขั้นยุติ โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพรูปแบบจากผู้เชี่ยวชาญ และ 3) การเปรียบเทียบผลการใช้รูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ เพื่อพัฒนาความฉลาดทางจิตวิญญาณของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสาธิตในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความฉลาดทางจิตวิญญาณสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

พัชราภรณ์ อนุพันธ์ พรรณงาม วรณพฤกษ์ และจินตนา เต็นสันติกุล (2563) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยประยุกต์ใช้ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุชุมชนบ้านนาคำ ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านนาคำ ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 32 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการให้สุขศึกษาเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามก่อนและหลังการให้สุขศึกษา โดยใช้แบบสอบถามมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบวิลคอกชัน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการให้สุขศึกษาเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและการรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพก่อนและหลังได้รับสุขศึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม การรับรู้อุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพก่อนและหลังได้รับสุขศึกษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กัมปนาท ส้ารวมจิต สุนีย์ ละกำป็น ขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื่อ (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองสำหรับผู้สูงอายุ ต่อการรู้คิดและพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 5 กิจกรรม โดยมี

การประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับกิจกรรมปกติของโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยมีระยะเวลาในการศึกษา จำนวน 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ข้อคำถาม ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง วิเคราะห์ผลด้วยสถิติเชิงพรรณนา chi-square, paired t-test และ independent t-test ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมและการรู้คิดมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศรุตยา หวางษ์ วิณา เทียงธรรม และสุธรรม นันทมงคลชัย (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยประยุกต์ ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief Model) และแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้การรับรู้ความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยต่างประเทศ

อันเวอร์แซคต์ (Unverzagt,2007) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการฝึกทักษะด้านความรู้ ความเข้าใจ โดยใช้กรอบแนวคิดของ Advanced cognitive training for independent and vital elderly หรือ ACTIVE ทำการศึกษาในผู้สูงอายุทั่วไป และมีภาวะสมองเสื่อมระยะแรก (Mild Cognitive Impairment: MCI) จำนวน 2,832 คน (MCI จำนวน 193 คน) และติดตามผลเป็นเวลา 5 ปี โดยแบ่ง ผู้สูงอายุออกเป็น 4 กลุ่ม ประกอบด้วยกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม และกลุ่มทดลอง 3 กลุ่ม โดยกลุ่มทดลอง แต่ละกลุ่มได้รับการฝึกด้าน ความจำ ความสนใจจดจ่อ และการใช้เหตุผล กลุ่มทดลอง 1 ฝึกความจำ เช่น กลยุทธ์ช่วยจำ การจัดกลุ่ม และการจัดหมวดหมู่ กลุ่มทดลอง 2 ฝึกความสนใจจดจ่อ เช่น การฝึกใช้ สายตาในการค้นหา และฝึกการทำงานสองอย่างสลับไปมา กลุ่มทดลอง 3 ฝึกการใช้เหตุผล เช่น การเดาคำหรือตัวอักษรที่อยู่ในลำดับถัดไป ของรูปแบบที่กำหนดขึ้น กลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่ม จะได้รับการฝึกซ้ำในช่วง 11 เดือนหลังการฝึกครั้งแรก และมีการติดตาม ผลการศึกษา พบว่า เมื่อติดตามผลหลังการฝึกระยะเวลา 1 ปี และ 2 ปี กลุ่มทดลองมีทักษะด้านความสนใจจดจ่อแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บริก และฟิชเชอร์ (Bryck & Fisher, 2012) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการฝึกการรู้คิด (Cognitive Training) ในผู้สูงอายุ จำนวน 34 คน โดยกลุ่มทดลองจำนวน 16 คน ฝึกกิจกรรมครั้งละ 2 ชั่วโมง 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ประเมินก่อนและหลังฝึก โปรแกรมการฝึกประกอบด้วย การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล โดยใช้อุปกรณ์ช่วยจำ เช่น ปฏิทิน หนังสือพิมพ์ การจำชื่อ ใบหน้า โดยการแนะนำชื่อของผู้ บำบัดและผู้เข้าร่วมวิจัย ให้แต่ละคนแนะนำตนเอง พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดของตนเอง และลักษณะของ

บุคคลนั้น ความสนใจจดจ่อทางสายตาและการได้ยินโดยการหาตัวอักษรที่กระจายอยู่บนกระดาษ การหาจุดที่แตกต่างกันของภาพสองภาพที่คล้ายคลึงกัน และการหาคำจากการฟังเพลง การจดจำจากการมองเห็น และอื่น ๆ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลอง มีการรับรู้เวลา ความสนใจจดจ่อ และความจำแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ริชชี (Ritche, 2010) ศึกษาการออกแบบโปรแกรมการป้องกันเพื่อป้องกันอุบัติเหตุของภาวะสมองเสื่อม: การศึกษาไปข้างหน้าของปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ สํารวจกลุ่มผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 1433 คน ในประเทศฝรั่งเศส ติดตามเป็นเวลา 7 ปี พบว่า การรับประทานผักผลไม้ที่มากกว่า 2 ส่วนต่อวัน จะลดอุบัติเหตุการเกิดภาวะสมองเสื่อม และลดการเสื่อมของสมองได้ร้อยละ 6.46

นูชิ (Nouchi, 2012) ศึกษาผลของเกมส์ฝึกสมองต่อหน้าที่บริหารจัดการของสมอง (Executive Functions) และความเร็วในการประมวลผลในผู้สูงอายุ 28 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เล่นเกม Brain age 14 คน และ กลุ่มที่เล่น Tetris 14 คน โดยกลุ่มผู้สูงอายุนั้นจะต้องเป็นกลุ่มที่ไม่เคยเล่นเกมมากกว่า 1 ชั่วโมงในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา ซึ่งในการศึกษากลุ่มตัวอย่างจะต้องเล่นเกมประมาณ 15 นาทีต่อวัน อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า หลังการฝึกกลุ่มตัวอย่างที่เล่นเกม Brain age และกลุ่มที่เล่นเกม Tetris มีหน้าที่บริหารจัดการของสมองและความเร็วในการประมวลผลแตกต่างจากก่อนฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่า ทั้ง 2 เกม ไม่สามารถพัฒนาความสามารถในการใช้เหตุผลได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่มีความสำคัญมากต่อสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมบางประเภทรักษาไม่ได้ สำหรับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมนั้น หากเกิดจากบางสาเหตุก็จะไม่สามารถป้องกันได้ ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรค จึงเป็นสิ่งจำเป็นยิ่ง การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งทางด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม ทั้งในประเทศและต่างประเทศที่มีอยู่ก็จะปฏิบัติตามบริบทของวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ แต่งานวิจัยที่นำแนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยาและการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม มาบูรณาสร้างเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ร่วมกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ฝึกฝนดูแลตนเอง โดยปราศจากการพึ่งพาผู้อื่นหรือพึ่งพาน้อยที่สุด โดยมีนักจิตวิทยาเป็นผู้นำการฝึก ร่วมกับการเข้าร่วมกลุ่ม เสริมพลังทางบวก ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเท่าที่พบว่ามีการใช้แนวคิดและรูปแบบเดียวกันนี้มีเพียงงานวิจัยของ พัชรินทร์ จำปานนท์ (2562) และ พัชรภรณ์ อนุพันธ์ พรธงาม วรรณพฤกษ์ และจินตนา เต่นสันติกุล (2563) แต่งานวิจัยลำดับหลังนี้ เป็นการศึกษาด้านการศึกษามีใช้ด้านสุขภาพ ดังนั้น หากมีการศึกษาวิจัยสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่กำลังเป็น

ปัญหาอยู่ในปัจจุบัน ด้วยแนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่ม โดยการใช้เทคนิค ทักษะ วิธีการและกิจกรรมบำบัดต่างๆ ที่ผู้วิจัยมีความเชี่ยวชาญ ก็น่าจะเกิดประโยชน์เพิ่มขึ้นต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงวัยและผู้ป่วยสมองเสื่อม

