ผลของโปรแกรมการกระตุ้นสมองผ่านศิลปะบำบัดต่อความเสี่ยงสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน[1]

พิสันต์ ประชาชู พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ)[1]
สุรศักดิ์ มุลศรีสุข พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ)[2]

บทคัดย่อขยาย

บทนำ ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในผู้สูงอายุทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกประมาณ 55 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 78 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2573 ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ผู้สูงอายุในชุมชนที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และขาดการกระตุ้นสมองอย่างต่อเนื่อง การกระตุ้นสมองผ่านกิจกรรมสร้างสรรค์ เช่น ศิลปะบำบัด สามารถส่งเสริมการทำงานของสมอง พัฒนาความจำ ลดความเครียดและความวิตกกังวล เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และลดความโดดเดี่ยวทางสังคม ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่เชื่อมโยงกับการลดความเสี่ยงสมองเสื่อม อย่างไรก็ตาม การศึกษาศิลปะบำบัดในผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวในบริบทชุมชนของประเทศไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด

วัตถุประสงค์ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในชุมชนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการกระตุ้นสมองผ่านศิลปะบำบัด

การออกแบบการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง พัฒนาโปรแกรมโดยบูรณาการทฤษฎี Cognitive Reserve ของ Stern ทฤษฎี Neuroplasticity และแนวคิดศิลปะบำบัดของ Judith A. Rubin ประกอบด้วยกิจกรรม 4 รูปแบบ ได้แก่ เรื่องราวสีสันของฉัน สัมผัสปั้นแต่งความรู้สึก ประดิษฐ์จากใจฉัน และภาพสะท้อนชีวิต ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60–90 นาที รวม 10 สัปดาห์

การดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 40 คน ที่มีคะแนน Barthel ADL Index 5–11 คะแนน ขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ระหว่างเดือนกันยายนถึงธันวาคม พ.ศ. 2568 คัดเลือกแบบเจาะจงโดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ คะแนนความเสี่ยงสมองเสื่อม (Ascertain Dementia 8, AD8) มากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย

[1]อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี
[2]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ พยาบาลวิชาชีพ (ผู้ชำนาญการพิเศษ) หน่วยตรวจโรคแพทย์เวร-ฉุกเฉิน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร E-mail: Surasak.mol@mahidol.ac.th

https://doi.org/10.60099/jtnmc.v41i04.279488

คู่มือโปรแกรม แบบประเมิน Barthel ADL Index และแบบประเมินคัดกรองภาวะสมองเสื่อม AD8 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายนถึงธันวาคม พ.ศ. 2568 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดทางภาคกลาง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบทีแบบคู่

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60) มีอายุเฉลี่ย 72.3 ปี (SD = 7.24) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 45) เป็นโรคความดันโลหิต (ร้อยละ 65) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าคะแนน AD8 หลังการทดลอง (M = 2.22, SD = 1.08) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (M = 2.82, SD = 0.89) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.958$, $p < .001$) ค่า Cohen's d = 0.673 อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ผู้ที่มีคะแนน AD8 ลดลงร้อยละ 55 คงที่ร้อยละ 37.5 และเพิ่มขึ้นร้อยละ 7.5

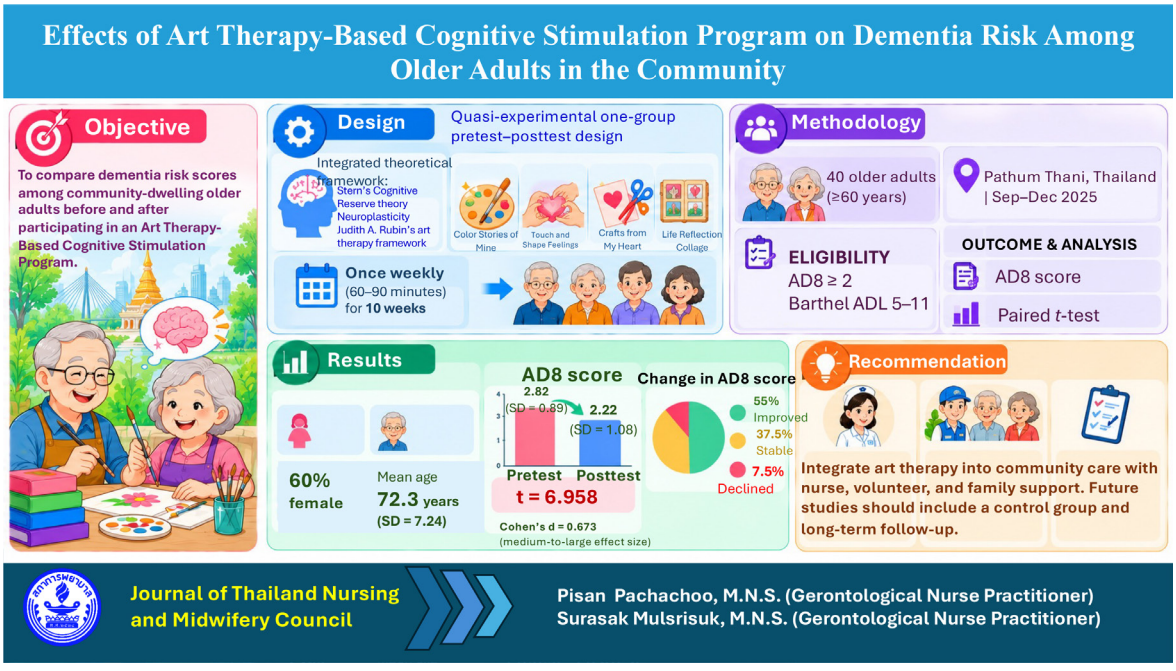
ข้อเสนอแนะ พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถนำโปรแกรมทั้ง 4 กิจกรรมไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยอาจอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็นผู้อำนวยความสะดวก และส่งเสริมให้ครอบครัวนำกิจกรรมไปใช้กระตุ้นสมองที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ การศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มกลุ่มควบคุมและติดตามผลระยะยาว

คำสำคัญ ผู้สูงอายุในชุมชน ศิลปะบำบัด ภาวะสมองเสื่อม การกระตุ้นสมรรถภาพสมอง

วันที่ได้รับ 25 ธ.ค. 68 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 12 มี.ค. 69 วันที่รับตีพิมพ์ 9 ก.ค. 69

Effects of Art Therapy–Based Cognitive Stimulation Program on Dementia Risk Among Older Adults in the Community[1]

Pisan Pachachoo, M.N.S. (Gerontological Nurse Practitioner)[1]
Surasak Mulsrisuk, M.N.S. (Gerontological Nurse Practitioner)[2]



Extended Abstract

Introduction Dementia is a major public health concern among older adults worldwide. The World Health Organization reports that approximately 55 million people are currently living with dementia, and this number is projected to rise to 78 million by 2030. Thailand has officially entered a complete aged society since 2021. Older adults in community settings who experience declines in their ability to perform activities of daily living are at heightened risk of dementia due to limitations in mobility, reduced social interaction, and insufficient cognitive stimulation. Cognitive stimulation through creative activities, such as art therapy, has been shown to enhance brain function, improve memory, reduce stress and anxiety, foster self-esteem, and alleviate social isolation, all of which are factors associated with lowering dementia risk. Nevertheless,

[1]*Lecturer, Faculty of Nursing, Pathumthani University, Pathumthani, Thailand*
[2]*Corresponding author, Registered Nurse (Senior Professional Level), Emergency Department, Nursing Department, Siriraj Hospital, Bangkok, Thailand; E-mail: Surasak.mol@mahidol.ac.th*

research on the application of art therapy among older adults with mobility limitations in community contexts in Thailand remains scarce.

Objective This study aimed to compare dementia risk scores among community-dwelling older adults before and after participating in an Art Therapy-Based Cognitive Stimulation Program.

Design A quasi-experimental one-group pretest-posttest design was employed to test a program integrating Stern's Cognitive Reserve theory, the concept of Neuroplasticity, and Judith A. Rubin's art therapy framework. The intervention comprised four types of activities: Color Stories of Mine, Touch and Shape Feelings, Crafts from My Heart, and Life Reflection Collage. Sessions were conducted once weekly, lasting 60-90 minutes each, over a total period of 10 weeks.

Methodology The study sample consisted of 40 older adults aged 60 years and above who scored between 5 and 11 on the Barthel ADL Index. All participants were registered at a subdistrict health-promoting hospital in Mueang Pathum Thani District, Pathum Thani Province, between September and December 2025. Purposive sampling was used, with inclusion criteria including an AD8 score ≥ 2, the ability to communicate in Thai, and willingness to participate in the study. Research instruments included the program manual, the Barthel ADL Index, and the AD8 Dementia Screening Interview. Data were collected between September and December 2025 at a subdistrict health-promoting hospital located in a central province of Thailand. Data were then analyzed using Descriptive statistics and Paired t-test.

Results The majority of participants were female (60%), with a mean age of 72.3 years (SD = 7.24). Most identified as Buddhist (94%) and had completed primary education (45%). Hypertension was the most prevalent chronic condition (65%). Following participation in the program, the mean AD8 score decreased significantly from 2.82 (SD = 0.89) at baseline to 2.22 (SD = 1.08) post-intervention ($t = 6.958$, $p < .001$). Cohen's $d = 0.673$ indicated a medium-to-large effect size. AD8 Score decreased in 55% of participants, 37.5% remained stable, and increased in 7.5%.

Recommendation Nurses and healthcare personnel can apply the four program activities in community-based care for older adults. Village health volunteers may be trained to serve as facilitators, while families can be encouraged to implement activities at home regularly to promote cognitive stimulation. Future studies should incorporate a control group and include long-term follow-up to strengthen the evidence base.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2026; 41(4) 656-670

Keywords community-dwelling older adults/ art therapy/ dementia/ cognitive stimulation

Received 25 December 2025, Revised 12 March 2026, Accepted 9 July 2026

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของผู้สูงอายุทั่วโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่า มีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกประมาณ 55 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 78 ล้านคน ภายในปี ค.ศ. 2030 (พ.ศ.2573)[1] ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2567 โดยมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด[2] สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละประมาณ 1 แสนคน ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม นอกจากผู้ที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Barthel Activity of Daily Living Index) เพียงบางส่วนและต้องการความช่วยเหลือในบางกิจกรรม[3] แล้ว ยังรวมถึงผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่นร่วมด้วย ได้แก่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด การสูญเสียการได้ยินที่ไม่ได้รับการแก้ไข ภาวะซึมเศร้า การขาดกิจกรรมทางกาย ระดับการศึกษาที่น้อย และการแยกตัวทางสังคม ซึ่ง Livingston และคณะ[4] ได้ระบุว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ (modifiable risk factors) ที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุกลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านการทำกิจวัตรประจำวันมักมีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ร่วมด้วย เนื่องจากมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทางกาย การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง ขาดการกระตุ้นสมองอย่างต่อเนื่อง และการแยกตัวทางสังคม[4,5]

ทฤษฎี Cognitive Reserve ของ Stern[6] อธิบายว่าสมองมีความสามารถในการสำรองการทำงานของสมองไว้ เมื่อได้รับการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยชะลอการเกิดอาการของภาวะสมองเสื่อมได้ ร่วมกับทฤษฎี Neuroplasticity ที่อธิบายว่าสมองมีความสามารถในการปรับโครงสร้างและสร้างเส้นใยประสาทใหม่ได้ตลอดชีวิต แม้ในวัยสูงอายุ[7] ศิลปะบำบัด (Art therapy) ตามแนวคิดของ Rubin[8] เป็นการใช้กระบวนการสร้างสรรค์ทางศิลปะเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและพัฒนาการทำงานของสมอง โดยเน้นกระบวนการสร้างสรรค์ การแสดงออกอย่างอิสระ และการใช้ศิลปะเป็นสื่อกลางในการสื่อสาร แนวคิดทั้งสามจึงเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ไม่ต้องอาศัยการเคลื่อนไหวมาก เหมาะกับผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และยังกระตุ้น Cognitive domain หลายด้านพร้อมกัน ทั้งด้านความจำ การรับรู้ สมาธิ และการวางแผน สอดคล้องกับกลไกของทั้ง Cognitive Reserve และ Neuroplasticity ที่คาดว่าจะส่งผลให้คะแนนความเสี่ยงจากการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมแบบสั้น (Ascertain Dementia 8, AD8) ลดลง อีกทั้งการใช้ศิลปะเป็นสื่อในการสื่อสารยังช่วยลดความโดดเดี่ยวทางสังคมซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของภาวะสมองเสื่อม[5]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาของ นงนาถ จวนแจ้ง[9] เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดต่อการป้องกันและชะลอภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พบว่าคะแนนการประเมินสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ Zhao และคณะ[7] พบว่ากิจกรรมศิลปะบำบัดสามารถพัฒนาความจำและการทำงานของสมองในผู้สูงอายุได้ รวมถึง Lee[10] พบว่าโปรแกรมศิลปะบำบัดกลุ่มสามารถเพิ่มความสุขและลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม การใช้ศิลปะบำบัดในผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวในบริบทของชุมชนในประเทศไทยยังมีการศึกษาอยู่อย่างจำกัด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการกระตุ้นสมองผ่านศิลปะบำบัดต่อความเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้พัฒนาการดูแลสุขภาพสมองของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงสมองเสื่อมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการกระตุ้นสมองผ่านศิลปะบำบัดของผู้สูงอายุในชุมชน

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการกระตุ้นสมองผ่านศิลปะบำบัด ผู้สูงอายุในชุมชนมีคะแนนความเสี่ยงสมองเสื่อมน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการกระตุ้นสมองผ่านศิลปะบำบัด (Art Therapy–Based Cognitive Stimulation Program) โดยบูรณาการทฤษฎีหลัก 2 ทฤษฎี ร่วมกับแนวคิดศิลปะบำบัด ดังนี้ ทฤษฎี Cognitive Reserve ของ Stern[6] อธิบายว่าสมองมีความสามารถในการสำรองการทำงานไว้ เมื่อได้รับการกระตุ้นอย่างต่อเนื่องจะช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของสมองและชะลอการเกิดอาการของภาวะสมองเสื่อมได้ ทฤษฎี Neuroplasticity[7] เชื่อว่าสมองมีความสามารถในการปรับโครงสร้างและสร้างเส้นใยประสาทใหม่ได้ตลอดชีวิต แม้ในวัยสูงอายุ การกระตุ้นสมองซ้ำ ๆ ผ่านกิจกรรมสร้างสรรค์จึงสามารถกระตุ้นการเชื่อมต่อของเซลล์ประสาทและเสริมสร้างการทำงานของสมองในหลายด้านได้ และแนวคิดศิลปะบำบัดของ Rubin[8] ที่เน้นกระบวนการสร้างสรรค์ การแสดงออกอย่างอิสระ และการใช้ศิลปะเป็นสื่อกลางในการส่งเสริมสุขภาพจิตและการทำงานของสมอง โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 4 รูปแบบ รวม 10 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60–90 นาที ดังนี้ กิจกรรมรูปแบบที่ 1 เรื่องราวสีสันของฉัน (color stories of mine) ครั้งที่ 1–2 ผู้เข้าร่วมระบายสีและเล่าเรื่องราวผ่านสีที่เลือก กระตุ้น cognitive domain ด้านความจำ (memory) การรับรู้ (orientation) และการสื่อสาร กิจกรรมรูปแบบที่ 2 สัมผัสปั้นแต่งความรู้สึก (touch and shape feelings) ครั้งที่ 3–4 ผู้เข้าร่วมปั้นดินน้ำมันเพื่อแสดงความรู้สึก กระตุ้น cognitive domain ด้านสมาธิ (attention) ทักษะกล้ามเนื้อมัดเล็กและการควบคุมอารมณ์ กิจกรรมรูปแบบที่ 3 ประดิษฐ์จากใจฉัน (crafts from my heart) ครั้งที่ 5–7 ผู้เข้าร่วมประดิษฐ์ชิ้นงานตามแนวคิดของตนเอง กระตุ้น cognitive domain ด้านการวางแผน การตัดสินใจ และการทำงานบริหารจัดการ (executive function) และกิจกรรมรูปแบบที่ 4 ภาพสะท้อนชีวิต (life reflection collage) ครั้งที่ 8–10 ผู้เข้าร่วมทำ collage เล่าเรื่องราวในชีวิต กระตุ้น cognitive domain ด้านความจำระยะยาว ความสามารถในการเรียนรู้ (learning ability) และการเชื่อมโยงเรื่องราว เมื่อผู้สูงอายุได้รับการกระตุ้นสมองผ่านกิจกรรมศิลปะบำบัดอย่างต่อเนื่องตามกลไกของทฤษฎีทั้งสอง กิจกรรมเหล่านี้จะช่วยเสริมสร้างความสำรองทางสมอง (cognitive reserve) ส่งเสริมความยืดหยุ่นของเส้นใยประสาท (neuroplasticity) ลดความเครียดและความโดดเดี่ยวทางสังคม ส่งผลให้คะแนนความเสี่ยงสมองเสื่อม (AD8) ลดลง (Figure 1)

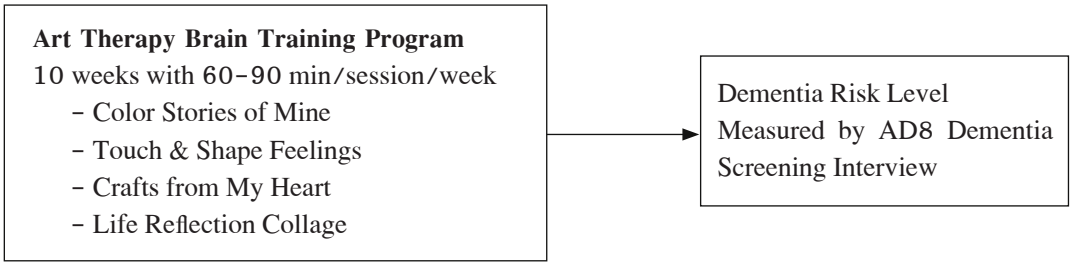


Figure 1 Conceptual Framework

การดำเนินการวิจัย

แบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-posttest design) การออกแบบดังกล่าวมีข้อจำกัด คือ ไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้ไม่สามารถตัดตัวแปรแทรกซ้อนจากปัจจัยภายนอกได้อย่างสมบูรณ์ อย่างไรก็ตาม การออกแบบนี้มีความเหมาะสมกับบริบทการวิจัยในชุมชน เนื่องจากข้อจำกัดด้านจำนวนประชากรในพื้นที่และความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ผู้วิจัยจึงควบคุมความสม่ำเสมอของการดำเนินกิจกรรมและการเก็บข้อมูลอย่างเคร่งครัดเพื่อลดโอกาสเกิดความเสี่ยงหรือการไม่สะท้อนความสัมพันธ์เชิงเหตุผลที่แท้จริงระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม (threats to internal validity)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพียงบางส่วนและต้องการความช่วยเหลือในบางกิจกรรม ขึ้นทะเบียนสิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและรับบริการในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพียงบางส่วนและต้องการความช่วยเหลือในบางกิจกรรม ขึ้นทะเบียนสิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และรับบริการในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางพูน อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานีจำนวน 40 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) อายุ 60 ปีขึ้นไป 2) มีคะแนน Barthel ADL Index อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน 3) มีคะแนน AD8 ≥ 2 คะแนน 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงระหว่างเข้าร่วมการวิจัย เช่น เจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และ 2) เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่า 8 ใน 10 ครั้ง (ร้อยละ 80)

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้โปรแกรม G*Power version 3.1[11] กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ .80 โดยค่าขนาดอิทธิพล (effect size) 0.44 คำนวณจากค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนก่อนและหลังการทดลองในงานวิจัยของนงนาถ จวนแจ้ง[9] ซึ่งศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน ได้ขนาดตัวอย่าง 35 คน และเพิ่มร้อยละ 15 เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการศึกษา ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 40 คน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. คู่มือโปรแกรมการกระตุ้นสมองผ่านศิลปะบำบัด (Art Therapy-Based Cognitive Stimulation Program) จัดทำเป็นรูปเล่มคู่มือสำหรับผู้ดำเนินกิจกรรม พัฒนาโดยผู้วิจัยโดยบูรณาการแนวคิดของ Rubin[8] ทฤษฎี Cognitive Reserve[6] และทฤษฎี Neuroplasticity[7] ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ของโปรแกรม หลักการและเหตุผล แผนการจัดกิจกรรมรายครั้ง อุปกรณ์ที่ใช้ และแนวทางการประเมินผลการมีส่วนร่วม ระยะเวลาโปรแกรม 10 สัปดาห์กำหนดจากหลักฐานเชิงประจักษ์ของการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Masika และคณะ[12] ซึ่งพบว่าโปรแกรมศิลปะบำบัดที่มีระยะเวลา 8-12 สัปดาห์ให้ผลลัพธ์ต่อการทำงานของสมองอย่างมีนัยสำคัญ โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 4 รูปแบบ รวม 10 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ดังนี้

ครั้งที่ 1-2 เรื่องราวสีสันของฉัน (Color Stories of Mine) ผู้เข้าร่วมระบายสีและเล่าเรื่องราวผ่านสีที่เลือก กระตุ้น cognitive domain ด้านความจำและการรับรู้

ครั้งที่ 3-4 สัมผัสปั้นแต่งความรู้สึก (Touch and Shape Feelings) ผู้เข้าร่วมปั้นดินน้ำมันเพื่อแสดงความรู้สึก กระตุ้น cognitive domain ด้านสมาธิและทักษะกล้ามเนื้อมัดเล็ก

ครั้งที่ 5-7 ประดิษฐ์จากใจฉัน (Crafts from My Heart) ผู้เข้าร่วมประดิษฐ์ชิ้นงานตามแนวคิดของตนเอง กระตุ้น cognitive domain ด้านการวางแผนและ executive function

ครั้งที่ 8-10 ภาพสะท้อนชีวิต (Life Reflection Collage) ผู้เข้าร่วมทำ Collage เล่าเรื่องชีวิต กระตุ้น cognitive domain ด้านความจำระยะยาวและ learning ability

กิจกรรมทุกครั้งมีกระบวนการสะท้อนคิดและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กลุ่ม (group reflection) ระยะเวลาประมาณ 15 นาที เพื่อส่งเสริมการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ทางสังคม คู่มือโปรแกรมผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index, CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านศิลปะบำบัด 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยทางการพยาบาล 1 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ .89

2. แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมและการสังเกตพฤติกรรม พัฒนาโดยผู้วิจัย บันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม ระยะเวลา ระดับการมีส่วนร่วมและพฤติกรรม 9 ด้าน ได้แก่ การแสดงออกทางอารมณ์เชิงบวก การพูดถึงความสุข ความผ่อนคลาย สมาธิ การทำตามคำแนะนำ การแสดงความทรงจำ การสบตา การเริ่มพูดคุย และทักษะกล้ามเนื้อมัดเล็ก ข้อมูลพฤติกรรม 9 ด้านที่บันทึกทุกครั้งนำมาสรุปแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงตลอด 10 ครั้ง และนำเสนอเป็นหลักฐานเสริมประกอบการอภิปรายผล เพื่อแสดงพัฒนาการของ cognitive domain ในแต่ละด้านที่สอดคล้องกับคะแนน AD8 ที่เปลี่ยนแปลง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลและสุขภาพ พัฒนาโดยผู้วิจัย ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพก่อนเกษียณ โรคประจำตัว และยาที่ใช้ประจำ

2. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL Index พัฒนาโดย Mahoney และ Barthel (1965) มีคะแนนรวม 0-20 คะแนน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม (12-20 คะแนน) กลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว (5-11 คะแนน) และกลุ่มติดเตียง (0-4 คะแนน)[13] เป็นแบบประเมินที่ใช้แพร่หลายในระดับสากลและในประเทศไทย เผยแพร่โดยกรมการแพทย์ให้ใช้ได้โดยทั่วไป[3]

3. แบบประเมินคัดกรองภาวะสมองเสื่อม AD8 (AD8 Dementia Screening Interview) พัฒนาโดย Galvin และคณะ[14] ประกอบด้วย 8 ข้อคำถามสำหรับผู้ดูแลหรือผู้ใกล้ชิด ประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านความจำ การแก้ปัญหา การบอกวัน/เวลา/สถานที่ และความสามารถในการทำกิจกรรม ตอบได้ 3 ตัวเลือก ได้แก่ มีการเปลี่ยนแปลง ไม่มีการเปลี่ยนแปลง และไม่ทราบ คะแนนรวม 0-8 คะแนน การศึกษาครั้งนี้ใช้จุดตัด ≥ 2 คะแนน ตามเกณฑ์ต้นฉบับซึ่งมีความไว (sensitivity) ร้อยละ 85 และความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 86 เนื่องจากบริบทของการศึกษาเป็นการคัดกรองในชุมชน จึงให้ความสำคัญกับความไวสูงเพื่อไม่พลาดกลุ่มเสี่ยง ฉบับภาษาไทยพัฒนาและตรวจสอบความตรงโดย Thaipisuttikul และคณะ[15] คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยแปลตามหลักการ Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation

Process พบความไวร้อยละ 95.5 และความจำเพาะร้อยละ 89.5 ที่จุดตัด ≥ 3 เผยแพร่ภายใต้ Creative Commons License ซึ่งอนุญาตให้ใช้เพื่อการวิจัยได้โดยทั่วไป

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี เลขที่ 046/2568 เมื่อวันที่ 4 กันยายน 2568 ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย และประโยชน์ที่คาดหวังให้กับกลุ่มตัวอย่างอย่างครบถ้วน รวมถึงชี้แจงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ ความเหนื่อยล้าจากการทำกิจกรรมต่อเนื่อง และความรู้สึกไม่สบายใจจากการแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมแนวทางรับมือไว้โดยอนุญาตให้หยุดพักได้ตลอดเวลาและมีผู้ช่วยวิจัยดูแลอย่างใกล้ชิด กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารความยินยอมโดยความสมัครใจ (informed consent form) ก่อนเข้าร่วมการวิจัยทุกราย พร้อมทั้งได้รับแจ้งสิทธิ์ในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อ และนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางพูนซึ่งเป็นพื้นที่ศึกษา เพื่อขอรายชื่อผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนสิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในคลินิกผู้สูงอายุ จากนั้นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในพื้นที่ทำหน้าที่ประสานงานการนัดหมายและรับ-ส่งผู้สูงอายุในแต่ละครั้งของการทำกิจกรรม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดด้านการเดินทาง ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวจึงเป็นผู้ดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างมาร่วมกิจกรรม ณ สถานที่ที่กำหนด

ในการคัดกรองเบื้องต้นพบผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกผู้สูงอายุทั้งสิ้น 58 คน ไม่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 18 คน เนื่องจากคะแนน AD8 < 2 จำนวน 11 คน และมีภาวะสมองเสื่อมรุนแรงที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วจำนวน 7 คน จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์ทั้งสิ้น 40 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนกันยายนถึงธันวาคม พ.ศ. 2568 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี โดยดำเนินการ 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ก่อนการทดลอง: ผู้วิจัยประเมินข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลและสุขภาพ ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วย Barthel ADL Index และประเมินความเสี่ยงสมองเสื่อมด้วยแบบประเมิน AD8

ขั้นตอนที่ 2 ระหว่างการทดลอง: ดำเนินกิจกรรมศิลปะบำบัดตามคู่มือโปรแกรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที รวม 10 สัปดาห์ พร้อมบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมและสังเกตพฤติกรรมทุกครั้ง

ขั้นตอนที่ 3 หลังการทดลอง: ประเมินความเสี่ยงสมองเสื่อมด้วยแบบประเมิน AD8 เมื่อครบ 10 สัปดาห์หลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ Paired t-test ดังนี้ 1) ข้อมูลเป็นระดับอัตราส่วน (ratio scale) ซึ่งคะแนน AD8 เป็นไปตามเงื่อนไขนี้ 2) ข้อมูลได้จากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกันในสองเวลา (paired

measurement) และ 3) ผลต่างของคะแนน AD8 ก่อนและหลังการทดลองมีการแจกแจงปกติ ตรวจสอบด้วย Shapiro-Wilk test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

3. เปรียบเทียบคะแนน AD8 ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยคือ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้สูงอายุมีคะแนนความเสี่ยงสมองเสื่อม (AD8) น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

4. คำนวณค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ด้วยค่า Cohen's d โดยค่า d = 0.20-0.49 ตีความว่าขนาดอิทธิพลเล็ก d = 0.50-0.79 ขนาดอิทธิพลปานกลาง และ d ≥ 0.80 ขนาดอิทธิพลใหญ่ เพื่อประเมินขนาดของผลลัพธ์จากโปรแกรมเสริมจากการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติในข้อ 3

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 40) อายุ 60-89 ปี อายุเฉลี่ย 72.3 ปี (SD = 7.24) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 95 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 45 และหม้ายร้อยละ 42.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 45 ประกอบอาชีพเกษตรกรก่อนเกษียณร้อยละ 35 มีโรคประจำตัวโดยโรคความดันโลหิตสูงพบมากที่สุดร้อยละ 65 รองลงมาคือโรคเบาหวานร้อยละ 35 และโรคหัวใจร้อยละ 25 คะแนน Barthel ADL เฉลี่ย 8.2 คะแนน (SD = 1.89) อยู่ในกลุ่มติดบ้านทุกคน มีอัตราการเข้าร่วมกิจกรรมเฉลี่ย 8.8 ครั้งจาก 10 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 88 ระยะเวลาเฉลี่ยของการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง 72.5 นาที ระดับการมีส่วนร่วมเฉลี่ย 3.8 จาก 5 คะแนน อยู่ในระดับดี (Table 1)

Table 1 Demographic characteristics of participants (n=40)

Characteristics	n	%
Gender		
Male	16	40.0
Female	24	60.0
Religion		
Buddhist	38	95.0
Others	2	5.0
Education		
No formal education	8	20.0
Primary education	18	45.0
Secondary or higher	14	35.0
Previous Occupation		
Farmer	14	35.0
Laborer/Employee	16	40.0
Merchant/Others	10	25.0
Chronic Diseases*		
Hypertension	26	65.0
Diabetes	14	35.0
Heart disease	10	25.0
Age (years), M (SD)	72.3 (7.24)	
Barthel ADL, M (SD)	8.2 (1.89)	

*Multiple responses

ผลการเปรียบเทียบคะแนน AD8 ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนน AD8 หลังการทดลอง (M = 2.22, SD = 1.08) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (M = 2.82, SD = 0.89) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.958$, $p < .001$) โดยมีค่า Cohen's d = 0.673 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง-สูง (medium-large effect) (Table 2) ผู้ที่มีคะแนน AD8 ลดลงมีจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 55 ผู้ที่มีคะแนน AD8 คงที่มีจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 และผู้ที่มีคะแนน AD8 เพิ่มขึ้นมีจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 7.5

Table 2 Comparisons of AD8 scores before and after the intervention (n=40)

AD8	M	SD	t	p	Cohen's d
Before	2.82	0.89	6.958	<.001	0.673
After	2.22	1.08			

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนที่เข้าร่วมโปรแกรมการกระตุ้นสมองผ่านศิลปะบำบัดมีคะแนน AD8 หลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่า Cohen's d = 0.673 อยู่ในระดับปานกลาง-สูง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิผลในการลดความเสี่ยงสมองเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย

ประสิทธิผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ผ่านกลไกของทฤษฎีหลักทั้งสองที่ใช้เป็นกรอบแนวคิด กล่าวคือ ทฤษฎี Cognitive Reserve ของ Stern[6] อธิบายว่าการกระตุ้นสมองอย่างต่อเนื่องผ่านกิจกรรมสร้างสรรค์ช่วยเพิ่มความสำรองทางสมอง ทำให้สมองมีความยืดหยุ่นและสามารถชดเชยความเสียหายได้ดีขึ้น ควบคู่กับทฤษฎี Neuroplasticity[7] ที่สนับสนุนว่าสมองสามารถปรับโครงสร้างและสร้างเส้นใยประสาทใหม่ได้แม้ในวัยสูงอายุ เมื่อได้รับการกระตุ้นซ้ำ ๆ อย่างสม่ำเสมอ โปรแกรมการกระตุ้นสมองผ่านศิลปะบำบัดในการศึกษาครั้งนี้ออกแบบให้กระตุ้น cognitive domain หลายด้านพร้อมกันในแต่ละครั้ง ดังนี้ กิจกรรมเรื่องราวสีสันของฉัน (ครั้งที่ 1-2) กระตุ้นด้าน memory และ orientation ผ่านการเชื่อมโยงสีกับความทรงจำและเรื่องราวในชีวิต กิจกรรมสัมผัสปั้นแต่งความรู้สึก (ครั้งที่ 3-4) กระตุ้นด้าน attention และทักษะกล้ามเนื้อมัดเล็กผ่านการปั้นดินน้ำมันซึ่งต้องอาศัยสมาธิและการประสานงานของมือ-ตา กิจกรรมประดิษฐ์จากใจฉัน (ครั้งที่ 5-7) กระตุ้นด้าน executive function ผ่านกระบวนการวางแผนและตัดสินใจในการสร้างชิ้นงาน และกิจกรรมภาพสะท้อนชีวิต (ครั้งที่ 8-10) กระตุ้นด้าน learning ability และ long-term memory ผ่านการทบทวนและเล่าเรื่องชีวิตในรูปแบบ Collage นอกจากนี้กระบวนการสะท้อนคิดกลุ่มที่จัดขึ้นทุกครั้งยังช่วยส่งเสริมการสื่อสารและลดความโดดเดี่ยวทางสังคม ซึ่งหลักฐานจากการวิเคราะห์อภิมานพบว่าการแยกตัวทางสังคมเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมถึง 1.26 เท่า[5] การที่โปรแกรมสามารถกระตุ้น cognitive domain ได้ครอบคลุมหลายด้านพร้อมกับลดความโดดเดี่ยวทางสังคม จึงน่าจะเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้คะแนน AD8 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ในหลายการศึกษา การศึกษาของ นงนาถ จวนแจ้ง[9] ในบริบทประเทศไทยพบว่าโปรแกรมศิลปะบำบัดสามารถเพิ่มคะแนนสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Masika และคณะ[12] ที่รวบรวมหลักฐานจากหลายประเทศและพบว่าศิลปะบำบัดมีผลเชิงบวกต่อการทำงานของสมอง

ในผู้สูงอายุ โดยโปรแกรมระยะ 8-12 สัปดาห์ ให้ขนาดอิทธิพลในระดับปานกลาง นอกจากนี้ Lin และคณะ[16] และ Hsiao และคณะ[17] ยังพบว่าโปรแกรมที่ใช้กิจกรรมสร้างสรรค์ทางศิลปะช่วยลดปัญหาพฤติกรรม เพิ่มอารมณ์เชิงบวก และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในผู้สูงอายุ ซึ่งสะท้อนกับผลการสังเกตพฤติกรรมในการศึกษาครั้งนี้ที่พบแนวโน้มการแสดงออกทางอารมณ์เชิงบวก สมาธิ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอด 10 ครั้ง อันเป็นหลักฐานเสริมที่สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงของคะแนน AD8 ที่ลดลง

สำหรับการศึกษาของ Zhao และคณะ[18] ที่พบว่า creative expression therapy ช่วยพัฒนาการทำงานของสมองด้านความจำ ความใส่ใจ และ executive function ในกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะบกพร่องทางปัญญาระดับเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment: MCI) ทางคลินิก มีความแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ในประเด็นสำคัญ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คัดกรองด้วยคะแนน AD8 ≥ 2 ซึ่งเป็นเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้น ยังไม่ได้รับการยืนยันการวินิจฉัย MCI ทางคลินิก ดังนั้นจึงไม่อาจสรุปว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองเหมือนกัน อย่างไรก็ตามทิศทางของผลลัพธ์ที่พบในการศึกษาทั้งสองต่างสนับสนุนว่ากิจกรรมสร้างสรรค์ทางศิลปะมีศักยภาพในการส่งเสริมการทำงานของสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และ Lee[10] ซึ่งศึกษาในผู้สูงอายุที่ใช้บริการศูนย์ดูแลกลางวัน พบว่าโปรแกรมศิลปะบำบัดกลุ่มช่วยลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิต ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าศิลปะบำบัดส่งผลดีต่อสุขภาพจิตและอาจส่งผลต่อเนื่องต่อการทำงานของสมองในเชิงบวก แม้จะดำเนินการในบริบทที่แตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้

จุดเด่นของโปรแกรมในการศึกษาครั้งนี้ที่ควรพิจารณาในการนำไปขยายผล ได้แก่ การออกแบบกิจกรรม 4 รูปแบบที่ครอบคลุม cognitive domain หลายด้านพร้อมกัน ความเหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมไทย ความเป็นไปได้ในการดำเนินการโดยพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ และการที่กระบวนการสะท้อนคิดกลุ่มช่วยเสริมสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมควบคู่กับการกระตุ้นสมองในคราวเดียวกัน

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ประการแรก การใช้รูปแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังโดยไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้ไม่สามารถตัดปัจจัยภายนอกที่อาจส่งผลต่อคะแนน AD8 ได้อย่างสมบูรณ์ เช่น ปัจจัยด้านฤดูกาล หรือเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน ประการที่สอง การประเมินผลเฉพาะทันทีหลังสิ้นสุดโปรแกรม ยังไม่ทราบว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมีความคงทนในระยะยาวเพียงใด ประการที่สาม กลุ่มตัวอย่างคัดกรองด้วย AD8 ซึ่งเป็นเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้น ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย MCI ทางคลินิก ทำให้ไม่อาจระบุได้ชัดเจนว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะใดของความบกพร่องทางการรู้คิด และประการสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างจำกัดเฉพาะพื้นที่การดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพียงแห่งเดียว อาจมีข้อจำกัดในการสรุปอ้างอิงไปยังบริบทอื่น

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยที่พบว่าโปรแกรมการกระตุ้นสมองผ่านศิลปะบำบัดสามารถลดคะแนนความเสี่ยงสมองเสื่อม (AD8) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง-สูง และโปรแกรมมีจุดเด่น ได้แก่ กิจกรรมทั้ง 4 รูปแบบสามารถ

ดำเนินการได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ราคาแพง ใช้เวลาครั้งละ 60–90 นาที เหมาะกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว และมีผู้สูงอายุที่มีคะแนน AD8 ดีขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงถึงร้อยละ 55 จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและบริการสุขภาพปฐมภูมิ พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถนำโปรแกรมทั้ง 4 กิจกรรม ได้แก่ เรื่องราวสีสันของฉัน สัมผัสปั้นแต่งความรู้สึก ประดิษฐ์จากใจฉัน และภาพสะท้อนชีวิต ไปจัดในคลินิกผู้สูงอายุสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยอาจบูรณาการเข้ากับวันนัดตรวจโรคประจำตัว เพื่อลดภาระการเดินทาง นอกจากนี้ควรอบรม อสม. ให้มีทักษะการดำเนินกิจกรรมตามคู่มือโปรแกรม เพื่อขยายการเข้าถึงผู้สูงอายุในชุมชนที่ไม่สามารถเดินทางมารับบริการได้ โดยจัดกิจกรรมในรูปแบบกลุ่มเล็กระดับหมู่บ้านในอัตราส่วนผู้ดำเนินกิจกรรม 1 คนต่อกลุ่มตัวอย่างไม่เกิน 10 คน เพื่อให้การดูแลมีความทั่วถึง

2. ด้านครอบครัวและผู้ดูแล ผู้ดูแลควรได้รับการสาธิตกิจกรรมศิลปะบำบัดแบบง่ายอย่างน้อย 2 รูปแบบ ซึ่งคัดเลือกจากกิจกรรมที่ใช้อุปกรณ์และขั้นตอนไม่ซับซ้อน ไม่ต้องอาศัยการวางแผนหรือการกำกับดูแลเฉพาะทาง เหมาะกับการดำเนินการโดยผู้ดูแลที่ไม่มีพื้นฐานด้านศิลปะบำบัด ได้แก่ เรื่องราวสีสันของฉัน และสัมผัสปั้นแต่งความรู้สึก เพื่อนำไปกระตุ้นสมองผู้สูงอายุที่บ้านในวันที่ไม่มีกิจกรรมกลุ่ม ความสม่ำเสมอในการทำกิจกรรมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งมีความสำคัญต่อการสะสม cognitive reserve ตามทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบแนวคิด

3. ด้านการคัดกรองและติดตาม บุคลากรสาธารณสุขควรใช้แบบประเมิน AD8 ฉบับภาษาไทยคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชนที่มีคะแนน Barthel ADL Index 5–11 คะแนน ปีละ 1 ครั้ง เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงที่มีคะแนน AD8 ≥ 2 และเชิญเข้าร่วมโปรแกรมโดยเร็ว ทั้งนี้ ตามหลักการของทฤษฎี Cognitive Reserve การกระตุ้นสมองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของความเสี่ยงซึ่งยังมีความสำรองทางสมองเหลืออยู่มาก น่าจะมีโอกาสชะลอการดำเนินโรคได้ดีกว่าการเข้าแทรกแซงเมื่อความเสี่ยงอยู่ในระดับสูงแล้ว จึงควรให้ความสำคัญกับการคัดกรองเชิงรุกเพื่อค้นพบกลุ่มเสี่ยงในระยะแรกเริ่ม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. นักวิจัยหรือคณาจารย์สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุควรศึกษาโดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) เพื่อยืนยันว่าการเปลี่ยนแปลงของคะแนน AD8 เกิดจากโปรแกรมโดยตรง

2. นักวิจัยควรติดตามผลระยะยาวที่ 3 และ 6 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อประเมินความคงทนของผลลัพธ์และกำหนดความถี่ที่เหมาะสมในการจัดโปรแกรมซ้ำ

3. นักวิจัยควรเพิ่มการประเมิน cognitive domain แต่ละด้านด้วยเครื่องมือที่ครอบคลุมมากขึ้น เช่น MoCA หรือการทดสอบทางจิตวิทยาประสาท เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงในแต่ละด้านอย่างละเอียด

4. นักวิจัยควรขยายกลุ่มเป้าหมายไปยังผู้สูงอายุกลุ่มอื่น เช่น ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีคะแนน AD8 ≥ 2 หรือผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัย MCI ทางคลินิก เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมในบริบทที่หลากหลายในการศึกษาครั้งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานีที่สนับสนุนการวิจัย ขอบคุณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางพูนที่อนุเคราะห์สถานที่ และขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่เสียสละเวลาเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

Declaration Statements

Conflict of Interest: No conflict of interest

Author Contribution: Pisan Pachachoo: Conceptualization, Methodology, Data curation, Project administration, Writing – original draft.; Surasak Mulsrisuk: Supervision, Writing – Reviewing and Editing, Formal analysis, Visualization.

AI Use Disclosure: The authors use ChatGPT through OpenAI only for editing purposes.

References

1. World Health Organization. Global status report on the public health response to dementia. Geneva: World Health Organization; 2021.
2. National Statistical Office (TH). The 2024 survey of the older persons in Thailand. Ministry of Digital Economy and Society; 2024. (in Thai)
3. Department of Health, Ministry of Public Health. Handbook for screening and health assessment of the elderly. Bangkok: Department of Health; 2021. (in Thai)
4. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. Lancet 2020; 396(10248):413-46.
5. Penninkilampi R, Casey AN, Singh MF, Brodaty H. The association between social engagement, loneliness, and risk of dementia: a systematic review and meta-analysis. J Alzheimers Dis. 2018; 66(4):1619-1633. https://doi.org/10.3233/JAD-180439
6. Stern Y. Cognitive reserve in ageing and alzheimer's disease. Lancet Neurol 2012;11(11):1006-12. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(12)70191-6
7. Zhao Y, Li T, Wang H, Li C. Visual art therapy for cognitive and emotional enhancement in aging and dementia: A structured narrative review. J Alzheimers Dis Rep 2025;9:25424823251383728. https://doi.org/10.1177/25424823251383728
8. Rubin JA. Introduction to art therapy: Sources & resources. New York: Routledge; 2010.
9. Chuancheang N. The effectiveness of art therapy program on preventing and slowing the progression of dementia among older adult. JPMAT 2024;14(1): 161-74. (in Thai)
10. Lee Y-J. The effects of group art programs on depression and quality of life of elderly people using day care facilities. Journal of Wellbeing Management and Applied Psychology 2024;7(4):39-50.
11. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods 2009;41(4):1149-60. https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149
12. Masika GM, Yu DSF, Li PWC. Visual art therapy as a treatment option for cognitive decline among older adults: A systematic review and meta-analysis. J Adv Nurs 2020;76(8):1892-910. https://doi.org/10.1111/jan.14362
13. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med J. 1965;14:61-5.
14. Galvin JE, Roe CM, Powlishta KK, et al. The AD8: a brief informant interview to detect dementia. Neurology 2005;65(4):559-64. https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000172958.95282.2a
15. Thaipisuttikul P, Nakawiro D, Kuladee S, Chittaropas P, Sukying C. Development and validation of the Ascertain Dementia 8 (AD8) Thai version. Psychogeriatrics 2022;22(5):795-801. https://doi.org/10.1111/psyg.12884
16. Lin R, Chen HY, Li H, Li J. Effects of creative expression therapy on Chinese elderly patients with dementia: an exploratory randomized controlled trial. Neuropsychiatr Dis Treat 2019;15:2171-2180. https://doi.org/10.2147/NDT.S200045

17. Hsiao CY, Chen SL, Hsiao YS, Huang HY, Yeh SH. Effects of art and reminiscence therapy on agitated behaviors among older adults with dementia. J Nurs Res 2020;28(4):e100. https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000373

18. Zhao J, Li H, Lin R, Wei Y, Yang A. Effects of creative expression therapy for older adults with mild cognitive impairment at risk of Alzheimer's disease: a randomized controlled clinical trial. Clin Interv Aging 2018;13:1313-1320. https://doi.org/10.2147/CIA.S161861