

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

อนงนาถ ศรีไชโยรักษ์, พย.บ.*

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental study) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ในเขตโรงพยาบาลหนองหาน อำเภอนหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้ ระหว่างเดือนมกราคม-กันยายน 2567 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลและผู้ป่วยกลุ่มละ 40 คน เครื่องมือที่ใช้มีผลการทดสอบ ดังนี้ ภาวะสุขภาพและแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น CVI= 1 แบบสอบถามความรู้ KR-20= 0.85 ค่าเชื่อมั่น (alpha) ดังนี้ การปฏิบัติการของผู้ดูแล = 0.89 แบบคัดกรองสภาพสมอง (AMT) =0.97 แบบทดสอบศักยภาพสมองเบื้องต้น (TMSE) =0.93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Paired t-test และ Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการศึกษา พบว่า ผลของการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองผู้สูงอายุ ทั้งหมด 6 กิจกรรม ได้แก่ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับความรู้และเห็นความสำคัญในการฝึกกิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมองของผู้สูงอายุ ดังนี้ 1) การเชื่อมโยงใบหน้าและชื่อ 2) ความใส่ใจทบทวนความจำระยะยาว และกระตุ้นการรับรู้ 3) มิติสัมผัส 4) ความจำจากการมองเห็น 5) ทักษะการจัดการ 6) กระตุ้นศักยภาพสมองในภาพรวม และการประเมินผลการจัดกลุ่มให้ความจำที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุ ผลการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล พบว่า หลังพัฒนาผู้ดูแลมีความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -5.188$, $p=0.001$) การปฏิบัติการของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมหลังโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t= -4.143$, $p < 0.001$) ประสิทธิภาพของรูปแบบการเพิ่มศักยภาพสมองผู้สูงอายุ พบว่า หลังดำเนินการผู้สูงอายุมีคะแนนศักยภาพสมองโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z= -2.333$, $p=0.020$)

ข้อเสนอแนะ: ผลการพัฒนารูปแบบการเพิ่มศักยภาพสมองผู้สูงอายุโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางทำให้ผลลัพธ์ศักยภาพสมองผู้สูงอายุดีขึ้น

คำสำคัญ: แนวทางการดูแลผู้สูงอายุ โรคสมองเสื่อม ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

*โรงพยาบาลหนองหาน อำเภอนหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

Developing guidelines for family-centered care for elderly with dementia

Nong Han Hospital, Udon Thani Province

Anongnart srichaiyork, B.N.S.*

Abstract

This Quasi experimental study aims to study the effect of developing guidelines for family-centered care for elderly with dementia Nong Han Hospital, Udon Thani Province. Between January and September 2024, the sample group consisted of caregivers and patients, 40 people per group. Tools used had test results as follows: Health status and basic brain condition test CVI= 1, Knowledge questionnaire KR-20= 0.85. Confidence values (alpha) as follows: Caregiver performance = 0.89, brain condition screening form (AMT) = 0.97 and basic brain potential test (TMSE) =0.93 Data analysis using statistics, percentages, mean, standard deviations, Paired t-test and Wilcoxon Signed Ranks Test.

Results: It was found that effect of participating in a total of 6 activities in the program to develop the brain potential of the elderly: Participants received knowledge and saw the importance of practicing activities to develop the brain potential of the elderly as follows: 1) connecting faces and names, 2) paying attention to reviewing long-term memory and stimulating perception, 3) relative dimensions, 4) visual memory, 5) management skills, 6) stimulating overall brain potential and evaluating memory grouping for betterment of the elderly. Results of developing the potential of caregivers found that after developing the caregivers' knowledge about caring for the elderly with dementia, the overall population increased significantly ($Z = -5.188$, $p = 0.001$). Overall performance of caregivers of elderly people with post-dementia disease increased significantly ($t = -4.143$, $p < 0.001$). Effectiveness of the model for increasing the brain potential of the elderly was found. After operation, elderly's overall brain potential score increasing with statistical significance ($Z = -2.333$, $p = 0.020$).

Suggestions: The results of developing family-centered model for increasing the brain potential of elderly had resulted increase in brain potential of the elderly.

Keywords: Elderly Care Guidelines, Family-Centered, Dementia

* Nong Han Hospital, Nong Han District, Udon Thani Province

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่เริ่มพบมากในผู้สูงอายุ ซึ่งจากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลกในระยะเวลาอีกสองทศวรรษข้างหน้า พ.ศ.2560 ภาวะสมองเสื่อมจะเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด อาการที่เด่นที่สุดของภาวะสมองเสื่อมคือ การสูญเสียความทรงจำและสมรรถนะสมองส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวัน สาเหตุที่สำคัญ 2 ลำดับแรกที่ทำให้เกิดสมองเสื่อมคือ โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) ซึ่งเกิดจากการเสื่อมสลายของเซลล์สมองโดยตรง ยังไม่สามารถรักษาให้กลับเป็นปกติตามเดิม และสมองเสื่อมจากปัญหาหลอดเลือดสมอง (vascular dementia) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังที่พบบ่อยมากในปัจจุบัน ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง อ้วนลงพุง และเครียด ภาวะสมองเสื่อมเหล่านี้ อาการอาจจะคงที่หรือเลวลง ถ้าหากได้มีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้นอย่างมีประสิทธิภาพ¹ สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง ความสัมพันธ์กับสังคมลดลง เกิดภาวะพึงพิง ปลีกตัวออกจากสังคม²

ปัจจุบัน การคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยด้วยการประเมินการรู้คิด เป็นหนึ่งในสิบตัวชี้วัดสำคัญของผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 60 ปี ที่ต้องรายงานในโปรแกรม JHCIS, HosxP และ ฐานข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เป็นการคัดกรองเพื่อประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุประจำปี ในช่วงต้นปีงบประมาณในเดือนตุลาคม ถึงธันวาคมของทุกปีแบบทดสอบ Abbreviated Mental Test (AMT) และ The Thai Version of the Mini Mental State Examination (TMSE) เป็นแบบคัดกรองการรู้คิด ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) รายงานผลโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะเป็นผู้ประเมินเบื้องต้น หากได้ค่าคะแนน AMT ต่ำกว่า 8 แสดงว่า ผู้สูงอายุเริ่มมีภาวะการรู้คิดผิดปกติต้องส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. คัดกรองเพิ่มเติม ด้วย แบบคัดกรอง MMSE³ โดยในประเทศไทยสามารถคัดกรองภาวะความเสี่ยงต่อสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นมาก จากร้อยละ 14.07 ในปี พ.ศ.2559 เป็นร้อยละ 72.69 ในปี 2562⁴ ส่งผลให้การทำงานของสมองด้านความจำมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อยสามารถช่วยเหลือตนเองได้นานที่สุด⁵ กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพสมอง ซึ่งสมองของผู้สูงอายุในระบบประสาทนั้น มักจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างช้าๆ ในด้านกระบวนการคิดและรับรู้อย่างต่อเนื่อง การศึกษาพบว่า การดูแลสุขภาพตนเองด้วยภูมิปัญญาควรเลือกใช้วิธีการถ่ายทอดด้วยการพูดและการประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน จะส่งผลดีต่อสุขภาพตนเองได้ยิ่งขึ้น⁶

โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานีในช่วงปี พ.ศ.2564-2566 มีผู้สูงอายุจำนวน 16,311 คน, 17,417 คน และ 18,306 คน ตามลำดับ มีการคัดกรองสภาพสมอง (Abbreviated Mental Test: AMT) ผิดปกติ จำนวน 13,517 คน, 9,670 คน และ 17,950 คน พบผู้สูงอายุมี AMT ผิดปกติ จำนวน 338 คน (ร้อยละ 2.50), 280 คน (ร้อยละ 2.90) และ 277 คน (ร้อยละ 1.54) ตามลำดับ⁷ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมี AMT ผิดปกติลดลง ตามลำดับ เนื่องจากทางโรงพยาบาลหนองหาน ได้มีการดำเนินการโครงการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเริ่มมาตั้งแต่ ปี พ.ศ.2565 แต่ยังไม่เข้าถึงการดูแลเฉพาะทาง จึงทำให้ญาติหรือผู้ดูแลไม่เข้าใจเรื่องโรคและการดูแล ทำให้ไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมไม่เหมาะสมของผู้ป่วยได้ รวมทั้งแต่ละครั้งของการมาตามนัดญาติที่พามาบางครั้งจะเป็นคนละคน ขาดองค์ความรู้ที่อธิบายถึงกระบวนการจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ครอบคลุมตลอดระยะการเจ็บป่วยอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่องตามบริบทของครอบครัว ดังนั้น เพื่อที่จะดึงเอาครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากครอบครัวเป็นผู้ดูแลที่มีความใกล้ชิดและเข้าใจผู้ป่วยมากที่สุด จึงเป็นเหตุผลให้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ในโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และ โปรแกรมการเพิ่มศักยภาพสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โรงพยาบาลหนองหาน
2. เพื่อประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลหนองหาน

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ตัวแปรต้น

1. กลุ่มผู้ดูแล จะได้เข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กิจกรรม 12 ด้าน ดังนี้ 1) ทำความเข้าใจญาติผู้ดูแลในครอบครัว 2) ให้ความรู้คำแนะนำญาติผู้ดูแล 3) จุดหมายการดูแล 4) การดูแลอารมณ์ดี 5) ดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย 6) จัดสิ่งแวดล้อม 7) จัดการดูแลสม่ำเสมอ 8) การสื่อสาร 9) กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรม 10) พาผู้ป่วยไปเที่ยวนอกบ้าน 11) การแก้ไขปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ 12) ปัญหาด้านกฎหมาย

2. กลุ่มผู้ป่วย จะได้เข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการเพิ่มศักยภาพสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีจำนวน 6 ครั้ง ประกอบด้วย 1) ให้ความรู้เรื่องสมองและความสำคัญในการฝึกความจำ 2) การทบทวนความจำระยะยาวและกระตุ้นการรับรู้ 3) มิติสัมพันธ์ สังเกตรายละเอียด หาจุดสังเกต เชื่อมโยงมองภาพเป็นมิติ 4) จินตนาการภาพความจำภาพและความจำตัวเลข 5) การฝึกความจำที่เป็นภาพ 6) การจัดของ การซื้อของ และการตัดสินใจ

การประเมินผลลัพธ์ ดังนี้ กลุ่มผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม และกลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ การคัดกรองสภาพสมอง (AMT) และ การทดสอบศักยภาพสมองเบื้องต้น (TMSE)

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) ศึกษาในโรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนมกราคม-กันยายน 2567

ประชากรที่ศึกษา ตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ยกลุ่มประชากรที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน⁸

1. กลุ่มผู้ป่วย จำนวน 40 คน อายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี คือ ผู้สูงอายุที่มีผลการทดสอบ Abbreviated Mental Test (AMT) ภาวะการรู้คิดผิดปกติ (≤ 7 คะแนน) เลือกกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย ที่ให้มีพื้นฐาน อายุ เพศ การศึกษา ใกล้เคียงกัน และมีผู้ดูแล ไม่มีปัญหาหูตึง หรือการได้ยิน สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง สามารถเข้าร่วมโครงการได้โดยสมัครใจ

2. กลุ่มผู้ดูแล จำนวน 40 คน อายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุตามเกณฑ์คัดเลือก ศึกษา ข้อ 1 ที่ไม่มีปัญหาหูตึง หรือการได้ยิน สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. กลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาโรคทางร่างกายที่มีผลต่อการเคลื่อนไหว
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาทางสายตาและการได้ยิน หรือไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ชุดเครื่องมือ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ดังนี้

1.1 โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กิจกรรม 12 ด้าน ดังนี้ 1) ทำความเข้าใจญาติผู้ดูแลในครอบครัว 2) ให้ความรู้คำแนะนำญาติผู้ดูแล 3) จุดหมายการดูแล 4) การดูแลอารมณ์ดี 5) ดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย 6) จัดสิ่งแวดล้อม 7) จัดการดูแลสม่ำเสมอ 8) การสื่อสาร

9) กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรม 10) พาผู้ป่วยไปเที่ยวนอกบ้าน 11) การแก้ไขปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ 12) ปัญหาด้านกฎหมาย

1.2 กิจกรรมโปรแกรมการเพิ่มศักยภาพสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โรงพยาบาลหนองหาน ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองของ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ⁹ มีจำนวน 6 ครั้ง ประกอบด้วย 1) ให้ความรู้เรื่องสมองและความสำคัญในการฝึกความจำ 2) การทบทวนความจำระยะยาวและกระตุ้นการรับรู้ 3) มิติสัมพันธ์ สังเกตรายละเอียด หาดูสังเกตเชื่อมโยงมองภาพเป็นมิติ 4) จินตนาการภาพความจำภาพและความจำตัวเลข 5) การฝึกความจำที่เป็นภาพ 6) การจัดของ การซื้อของ และการตัดสินใจ

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามและแบบทดสอบศักยภาพสมอง ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแล

ส่วนที่ 1 ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 20 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามการศึกษาความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล¹⁰ คะแนนการตอบ คือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ไม่ได้คะแนน การแปลผลคะแนนเฉลี่ย 20 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ¹¹ คือ

ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (< 12 คะแนน) ระดับต่ำ

ได้คะแนนร้อยละ 60-79 (12-15 คะแนน) ระดับพอใช้

ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (16 คะแนนขึ้นไป) ระดับดี

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 22 ข้อ ประยุกต์จากการศึกษาการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม¹² การตอบมี 1-5 ระดับ¹³ คือ 1= น้อยที่สุด ถึง 5= มากที่สุด การแปลผลคะแนนรวม 110 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁴ คือ คะแนน 22.0-51.33 ระดับต่ำ 51.34-80.66 ระดับปานกลาง 80.67-110.0 ระดับสูง

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ ภาวะสุขภาพโดยรวม การหกล้ม โรคประจำตัว ประวัติการได้รับความกระทบกระเทือนทางสมอง รับประทานอาหารเสริมนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง ประวัติพี่น้องที่มีภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ พี่น้องภาวะสมองเสื่อมจากอัลไซเมอร์ร่วมกับปัญหาหลอดเลือดสมอง พี่น้องที่มีปัญหาหลอดเลือดภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง และแบบแผนการดำเนินชีวิต

ส่วนที่ 2 การคัดกรองสภาพสมอง (Abbreviated Mental Test: AMT) จำนวน 10 ข้อ (ผู้วิจัยเป็นผู้คัดกรอง) การศึกษาเกี่ยวกับการคัดกรองสภาพสมอง โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมอง AMT Abbreviated Mental Test¹⁵ การตอบ ผิด ให้ 0 ตอบถูก ให้ 1 คะแนนเต็ม 10 คะแนน

การแปลผลภาวะการรู้คิดผิดปกติ (≤ 7 คะแนน) ปกติ (> 7 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบทดสอบศักยภาพสมองเบื้องต้น MMSE (Mini Mental State Examination) จำนวน 25 ข้อ (ผู้วิจัยเป็นผู้ทดสอบ) แบบทดสอบศักยภาพสมองเบื้องต้น MMSE¹⁵ สำหรับการประเมินปัญหาด้านการรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล ความใส่ใจ และความจำ ในการจำแนกความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมอง 6 ด้าน ดังนี้ Orientation for Time, Orientation for place, Registration, Attention, Calculation, Visuo-construction และ Recall การให้คะแนน 0 - 30 คะแนน ผู้ป่วยที่ได้คะแนน MMSE ต่ำกว่า 23 ถือว่าผิดปกติใช้เวลาในการทำแบบทดสอบประมาณ 5 - 10 นาที⁵

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ของแบบสอบถามความตรงที่ได้ไม่สามารถแสดงได้ด้วยค่าสถิติหรือ คำนวณออกมาเป็นตัวเลข แต่เป็นความเห็นพ้องต้องกันของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน การวิจัยครั้งนี้ คือ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ค่า CVI = 1

2. การหาค่าอำนาจจำแนกความยากง่ายของแบบทดสอบความรู้ จำนวน 20 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน ได้ค่า KR-20 = 0.85

3. การหาค่าเชื่อมั่น (Reliability) แบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (try out) กับ ประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่กลุ่มประชากรในเขตอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ทำการปรับปรุงเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง ผลการทดสอบค่าเชื่อมั่น (alpha) ดังนี้ การปฏิบัติการของผู้ดูแล = 0.89 แบบคัดกรองสภาพสมอง (AMT) = 0.97 แบบทดสอบศักยภาพสมองเบื้องต้น (TMSE) = 0.93

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่างจริง รับข้อมูลแบบสอบถามกลับ ตรวจสอบความถูกต้องลงรหัส ทำการวิเคราะห์ประมวลผล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ โดยสถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t – test และ Wilcoxon Signed Ranks Test

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 5467 ลงวันที่ 3 มกราคม 2567

ผลการศึกษา

1. ผลของการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองผู้สูงอายุ ทั้งหมด 6 กิจกรรม ได้แก่ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับความรู้และเห็นความสำคัญในการฝึกกิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมองของผู้สูงอายุทั้ง 6 กิจกรรม ดังนี้ 1) การเชื่อมโยงใบหน้าและชื่อ 2) ความใส่ใจทบทวนความจำระยะยาว และกระตุ้นการรับรู้ 3) มิติสัมพันธ์ 4) ความจำจากการมองเห็น 5) ทักษะการจัดการ 6) กระตุ้นศักยภาพสมองในภาพรวม และการประเมินผลการจัดกลุ่มให้ความจำดีขึ้น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลของการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองผู้สูงอายุ โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

ความสามารถของสมองที่กระตุ้น	รายละเอียดของกิจกรรม	ผลการพัฒนาศักยภาพสมองผู้สูงอายุ
ขั้นเตรียมการ	การจัดกิจกรรมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองผู้สูงอายุ ดังนี้	
ครั้งที่ 1 การเชื่อมโยงใบหน้าและชื่อ	ฝึกการจำชื่อและใบหน้าผู้เข้าร่วมกิจกรรมด้วยกันด้วยการสังเกตจุดเด่นบนใบหน้ารวมกับการจำชื่อด้วยเทคนิคต่างๆ ใช้กระตุ้นความจำ ความตั้งใจเวลารับรู้ข้อมูล การทบทวนซ้ำๆ	1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับความรู้และเห็นความสำคัญในการฝึกความจำ
ครั้งที่ 2 ความใส่ใจทบทวนความจำระยะยาว และกระตุ้นการรับรู้	การฝึกทบทวนความจำระยะยาว และกระตุ้นการรับรู้ (Attention) ร่วมกับฝึกตาราง 9 ช่อง เป็นการกระตุ้นความจำ ความตั้งใจเวลารับรู้ข้อมูล การทบทวนซ้ำๆ (Memory) ความตั้งใจเวลารับรู้ข้อมูล และส่วนของความใส่ใจในสิ่งที่สนใจ	2. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับการฝึกทบทวนความจำระยะยาว และกระตุ้นการรับรู้ ความจำ
ครั้งที่ 3 มิติสัมพันธ์	การฝึกดูภาพที่มีมิติต่างๆ ฝึกการสังเกตสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะเส้นทางเดิน ถนนและเขียนแผนที่บอกเส้นทางได้ กระยะได้	3. ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ได้ฝึกการมองเห็นแบบมิติสัมพันธ์
ครั้งที่ 4 ความจำจากการมองเห็น	ฝึกการคิดเป็นภาพ จับประเด็นสำคัญของภาพที่เห็นและฝึกจำรายละเอียดภาพที่เห็น	4. ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ได้ฝึกให้มีความใส่ใจในด้านต่างๆ
ครั้งที่ 5 ทักษะการจัดการ	กระตุ้นการคิด ตัดสินใจด้วยกิจกรรมจัดของในบ้าน คำนวณค่าใช้จ่ายในการซื้อของใช้ต่างๆ และการจัดกลุ่มเพื่อช่วยให้ความจำดีขึ้น (Executive function)	5. ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ได้ฝึกความจำที่เป็นภาพ และฝึกกระบวนการคิด

ตารางที่ 1 ผลของการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองผู้สูงอายุ โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี (ต่อ)

ความสามารถของสมองที่กระตุ้น	รายละเอียดของกิจกรรม	ผลการพัฒนาศักยภาพสมองผู้สูงอายุ
ครั้งที่ 6 กระตุ้นศักยภาพสมองในภาพรวม	ทัศนศึกษาบริเวณใกล้เคียง และจดจำรายละเอียดของสถานที่นั้น รวมถึงเส้นทางเดินถนนต่างๆ และสรุปกิจกรรม	ครั้งที่ 6 ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกการจัดของ ชื่อของ

2. ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม พบว่า หลังพัฒนาผู้ดูแลมีความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมมากที่สุดคือ อาการในระยะแรกของผู้ป่วยสมองเสื่อม ชนิดอัลไซเมอร์ คือ หลงลืมเรื่องที่เพิ่งเกิดขึ้น เช่น จำไม่ได้ว่าวางของไว้ที่ไหน จาก ร้อยละ 97.5 เป็น ร้อยละ 100 รองลงมาคือ อาการในระยะสุดท้ายของผู้ป่วยสมองเสื่อม คือ จำสิ่งที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่ได้เลย จำครอบครัวญาติพี่น้องไม่ได้ ทำกิจวัตรด้วยตนเองไม่ได้ เดินหลงทาง จาก ร้อยละ 92.5 เป็น ร้อยละ 100.0 และน้อยที่สุดคือ การดูแลรักษาผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเกิดได้ในผู้ที่มีฐานะยากจน จาก ร้อยละ 22.5 เป็น ร้อยละ 32.5 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม รายข้อตอบถูก ก่อนและหลังพัฒนา (n=40)

ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. โรคสมองเสื่อม เกิดในผู้ที่มีคนในครอบครัวหรือญาติสายตรง เป็นโรคสมองเสื่อมเท่านั้น	26	65.0	31	77.5
2. อายุที่มากขึ้น เพิ่มโอกาสเป็นโรคสมองเสื่อมได้มากขึ้น	32	80.0	37	92.5
3. การใช้ยาหรือสารบางชนิด เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มโอกาสสมองเสื่อม	30	75.0	35	87.5
4. ภาวะความดันโลหิตสูง ไม่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคสมองเสื่อม	21	52.5	26	65.0
5. อาการในระยะแรกของผู้ป่วยสมองเสื่อม ชนิดอัลไซเมอร์ คือ หลงลืม	39	97.5	40	100.0
6. อาการในระยะสุดท้ายของผู้ป่วยสมองเสื่อม คือ จำสิ่งที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่ได้เลย	37	92.5	40	100.0
7. อาการมือสั่น แขนสั่น ไม่ใช่เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อม	30	75.0	35	87.5
8. ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่พบได้เฉพาะในผู้สูงอายุเท่านั้น	35	87.5	40	100.0
9. หากเกิดความผิดปกติเรื่องความจำหรือมีภาวะสับสนเกิดขึ้นทันทีหรือรวดเร็ว แสดงว่าเป็นโรคสมองเสื่อม	34	85.0	38	95.0
10. พฤติกรรมและอาการทางจิตใจที่ไม่เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม เช่น ซึมเศร้า	35	87.5	40	100.0
11. การออกกำลังกายแบบต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที อาทิตย์ละ 2 วัน ช่วยป้องกันโรคสมองเสื่อมได้	31	77.5	35	87.5
12. อาหารเสริมทุกชนิด ช่วยป้องกันโรคสมองเสื่อมได้	27	67.5	31	77.5
13. วิธีที่ช่วยป้องกันโรคสมองเสื่อม คือ ทำกิจกรรมฝึกความคิดสม่ำเสมอ	36	90.0	40	100.0
14. การฝึกสมาธิ ควบคุมอารมณ์ ผ่อนคลายความเครียดป้องกันโรคสมองเสื่อม	32	80.0	36	90.0
15. การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ช่วยป้องกันโรคสมองเสื่อมได้	31	77.5	36	90.0
16. นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อมิให้สมองทำงานหนักหรือเหนื่อยล้ามากเกินไปช่วยป้องกันโรคสมองเสื่อมได้	33	82.5	38	95.0
17. ผู้ป่วยสมองเสื่อมควรพบแพทย์ เพื่อพิจารณาการรักษาด้วยยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม	33	82.5	38	95.0
18. การดูแลรักษาผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเกิดได้ในผู้ที่มีฐานะยากจน	9	22.5	13	32.5
19. การออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพสมองเสื่อมได้	36	90.0	40	100.0
20. การส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยไม่ได้ช่วยให้สมองเสื่อมดีขึ้น	32	80.0	36	90.0

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม พบว่า หลังพัฒนาผู้ดูแลมีความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -5.188, p = 0.001$) โดยเพิ่มจาก 12.58 คะแนน ($SD=2.43$) เป็น 17.62 คะแนน ($SD=1.55$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยรวม ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา ($n = 40$)

ความรู้	คะแนนเต็ม	Mean	SD	Z	P-value
ก่อนการพัฒนา	20	12.58	2.43	-5.188	0.001*
หลังการพัฒนา		17.62	1.55		

* $p < 0.05$, Wilcoxon Signed Ranks Test

3. การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม พบว่า หลังพัฒนาผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมมากที่สุดคือ ดำเนินการส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน เจ็บป่วย หรือบาดเจ็บเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตามระบบการส่งต่อและวิธีการอย่างถูกต้อง จาก 4.00 ± 0.50 เป็น 4.13 ± 0.33 รองลงมาคือ การดูแลสภาพแวดล้อม ในห้องน้ำ ห้องนอน และภายในบ้านให้ปลอดภัย ถูกสุขลักษณะเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จาก 3.43 ± 0.50 เป็น 3.55 ± 0.50 และน้อยที่สุดคือ มีการคัดกรองโรคซึมเศร้า จาก 1.65 ± 0.97 เป็น 1.78 ± 0.94 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ก่อนและหลังพัฒนา ($n=40$)

การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
	Mean \pm SD	Mean \pm SD
การจัดการปัญหาของผู้ป่วย		
1. แก้ไขอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย ที่เป็นปัญหามากที่สุดก่อน	3.38 \pm 0.70	3.50 \pm 0.71
2. ท่านใช้สัญญาณและจินตนาการ โดยไม่ยึดติดกับความถูกต้องทั้งหมด	2.98 \pm 0.66	3.10 \pm 0.74
3. ท่านพยายามจัดรูปแบบการดูแลที่สม่ำเสมอ ไม่เปลี่ยนไปเปลี่ยนมา	2.80 \pm 0.56	2.93 \pm 0.69
4. จัดการให้ผู้ป่วยมีเวลาที่ค่อนข้างคงที่ ทำด้วยวิธีเดิม ๆ ในเวลาเดียวกันในแต่ละวัน	2.73 \pm 0.55	2.85 \pm 0.70
5. ท่านสื่อสาร พูดสั้น กระชับ ได้ใจความ และมีน้ำเสียงที่นุ่มนวล	2.78 \pm 0.62	2.93 \pm 0.76
6. ใส่สร้อยหรือสร้อยข้อมือที่มีป้ายบอกว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านความจำและหมายเลขติดต่อกลับ	2.03 \pm 0.42	2.15 \pm 0.53
7. ท่านฝึกความจำที่เป็นภาพ การจำรายละเอียดของเรื่องที่สร้างขึ้นเป็นระยะสั้น	2.28 \pm 0.67	2.40 \pm 0.87
8. ท่านช่วยให้ผู้ป่วยมีการจัดของ ชื่อของ และการตัดสินใจเรื่องเล็กๆ น้อยๆ	2.38 \pm 0.54	2.50 \pm 0.75
ด้านสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน		
9. ท่านให้การดูแลสภาพแวดล้อม ในห้องน้ำ ห้องนอน และภายในบ้านให้ปลอดภัย ถูกสุขลักษณะเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	3.43 \pm 0.50	3.55 \pm 0.50
10. ท่านปรับสิ่งรอบตัวให้เรียบง่าย เช่น ไม่เคลื่อนย้ายเฟอร์นิเจอร์ในบ้านบ่อยๆ	3.15 \pm 0.58	3.28 \pm 0.64
ฝึกให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวัน		
11. พยายามพูดสื่อสารกับผู้ป่วยเป็นประจำ อธิบายสั้น ๆ ว่ากำลังทำอะไรเป็นขั้น ๆ	2.55 \pm 0.55	2.68 \pm 0.73
12. ท่านจะให้ผู้ป่วยมีส่วนในการตัดสินใจในกิจวัตรประจำวัน	3.03 \pm 0.57	3.15 \pm 0.66
13. ท่านฝึกให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวัน	2.53 \pm 0.50	2.63 \pm 0.66
14. ท่านดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้ทำอาหารที่ชอบรับประทานเอง	2.70 \pm 0.51	2.83 \pm 0.67
15. ท่านได้กล่าวคำชมเชย เมื่อผู้สูงอายุปฏิบัติตนหรือมีอาการที่ดีขึ้น	2.33 \pm 0.65	2.53 \pm 0.50

ตารางที่ 4 การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ก่อนและหลังพัฒนา (n=40)

การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
	Mean±SD	Mean±SD
16. ท่านดำเนินการส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน เจ็บป่วย หรือบาดเจ็บเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตามระบบการส่งต่อและวิธีการอย่างถูกต้อง	4.00±0.50	4.13±0.33
การดูแลจิตใจผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม		
17. ท่านมีการคัดกรองโรคซึมเศร้า : 2 คำถาม (2Q)	1.65±0.97	1.78±0.94
18. ท่านหากิจกรรมทางเลือกเพื่อการผ่อนคลายให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น ดนตรีบำบัด การนวดบำบัด นั้งสมาธิ สวดมนต์ เป็นต้น	1.83±0.78	1.95±0.71
19. หมั่นแสดงออกทางคำพูด สีหน้า และการสัมผัสต่อผู้สูงอายุว่า ครอบครัวยังรักและเป็นกำลังใจให้อยู่เสมอ	2.50±0.50	2.60±0.67
20. ช่วยเหลือและให้กำลังใจ ผู้ป่วยในการฝึกออกกำลังกาย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมฟื้นฟูความจำที่สามารถทำได้	2.33±0.57	2.45±0.59
21. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ชอบบ่อยๆ ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่า ทำอะไรได้เอง หลากอย่าง และมีคุณค่าในตนเอง	2.78±0.69	2.90±0.63
22. ท่านมีสรุปรายงานภาวะสุขภาพ สภาพปัญหาและความต้องการ การช่วยเหลือของผู้ป่วย ทุกเดือน	1.95±0.50	2.08±0.61

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม หลังการพัฒนา พบว่า ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.143$, $p < 0.001$) การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมมากที่สุดคือ การดูแลจิตใจผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ($t = -4.223$, $p < 0.001$) รองลงมาคือ การจัดการปัญหาของผู้ป่วย ($t = -3.681$, $p = 0.001$) และน้อยที่สุดคือ ด้านสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ($t = -2.508$, $p = 0.016$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความแตกต่างค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยรวมและรายด้าน ระหว่างก่อน-หลังการพัฒนา (n=40)

ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ	ก่อน	หลัง	t	p-value
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
การจัดการปัญหาของผู้ป่วย	21.33±2.44	22.35±3.33	-3.681	0.001*
ด้านสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน	6.58±0.95	6.83±1.01	-2.508	0.016*
ฝึกให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวัน	17.13±1.82	17.93±2.31	-3.361	0.002*
การดูแลจิตใจผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม	13.03±2.60	13.75±2.91	-4.223	<0.001*
รวม	58.05±5.80	60.85±7.63	-4.143	<0.001*

*p < 0.05, Paired t-test

4. ผลการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุ พบว่า หลังดำเนินการผู้สูงอายุตอบถูกต้องมากที่สุดคือ คนนี้คือใคร จากร้อยละ 85.0 เป็นร้อยละ 97.5 รองลงมาคือ อายุเท่าไร จากร้อยละ 87.5 เป็นร้อยละ 97.5 และน้อยที่สุดคือ เหตุการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 เกิดขึ้นช่วงแรกเมื่อปี พ.ศ. อะไร จากร้อยละ 0.0 เป็นร้อยละ 2.5 ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 กิจกรรมทดสอบศักยภาพสมองผู้สูงอายุ รายข้อตอบถูกระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา (n=40)

กิจกรรมการทดสอบศักยภาพสมอง	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ..เท่าไร	35	87.5	39	97.5
2. ขณะนี้เวลา..อะไร	11	27.5	15	37.5
3. ที่อยู่ปัจจุบันของท่านคือ..	21	52.5	25	62.5
4. ปีนี้..ปีอะไร	4	10.0	7	17.5
5. สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร..	24	60.0	28	70.0
6. คนนี้คือใคร..(ชี้ที่คนสัมภาษณ์) และ คนนี้คือใคร..(ชี้ที่คนใกล้ๆ)	34	85.0	39	97.5
7. วันเดือนปีเกิดของท่านคือ..	5	12.5	9	22.5
8. เหตุการณ์ระบาดโรคโควิด 19 เกิดขึ้นช่วงแรกๆ เมื่อปี พ.ศ. อะไร	0	0.0	1	2.5
9. พระมหากษัตริย์องค์ปัจจุบันมีพระนามว่าอะไร	25	62.5	28	70.0
10. ให้นับถอยหลัง จาก 20 จนถึง 1	23	57.5	27	67.5

5. ประสิทธิภาพของรูปแบบการเพิ่มศักยภาพสมองผู้สูงอายุ พบว่า หลังดำเนินการผู้สูงอายุ มีคะแนนศักยภาพสมองเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ ถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร” จาก ร้อยละ 92.5 เป็น ร้อยละ 97.5 รองลงมาคือจังหวัดอะไร จากร้อยละ 82.5 เป็น ร้อยละ 95.0 และน้อยที่สุดที่ไม่เพิ่มขึ้น ได้แก่ คิดเลขในใจ และ วาดภาพเหมือน ตามลำดับ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนศักยภาพสมอง รายข้อตอบถูก ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา (n=40)

แบบทดสอบศักยภาพสมองเบื้องต้น	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บอกเวลา (Orientation for Time)				
1. วันนี้ วันที่เท่าไร	0	0.0	2	5.0
2. วันนี้ วันอะไร	0	0.0	1	2.5
3. เดือนนี้ เดือนอะไร	8	20.0	9	22.5
4. ปีนี้ ปีอะไร	10	25.0	11	27.5
5. ฤดูนี้ ฤดูอะไร	25	62.5	27	67.5
6. คนที่เห็นในภาพคือ ใคร	37	92.5	39	97.5
บอกชื่อสถานที่ (Orientation for place)				
7. สถานที่ตรงนี้ เรียกว่าอะไร (บ้าน) และ.....ชื่อว่าอะไร	13	32.5	14	35.0
8. ขณะนี้ อยู่ที่ชั้นเท่าไรของตัวบ้าน	21	52.5	24	60.0
9. ที่นี้อยู่ใน ตำบล-อำเภอ อะไร	33	82.5	37	92.5
10. ที่นี้จังหวัดอะไร	33	82.5	38	95.0
11. ที่นี้ภาคอะไร	4	10.0	5	12.5
ทดสอบความจำ (Registration)				
12. ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ	5	12.5	37	92.5
13. ต้นไม้ ทะเล รถยนต์	10	25.0	12	30.0
14. ต้นไม้ มือ รถยนต์	8	20.0	10	25.0
สะกดคำ (Attention/Call)				
15. ให้อ่านวันอาทิตย์-วันเสาร์ ย้อนหลังให้ครบสัปดาห์	10	25.0	11	27.5
16. “ข้อนี้คิดในใจ เอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ	0	0.0	0	0.0
17. “เดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่ามะนาว	0	0.0	1	2.5

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนศักยภาพสมอง รายข้อตอบถูก ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา (n=40)

แบบทดสอบศักยภาพสมองเบื้องต้น	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การฟัง (Repetition)	2	5.0	3	7.5
การใช้นิ้วเคลื่อนไหว (Verbal)	14	35.0	15	37.5
หลับตาฟัง (Written)				
20. ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ	31	77.5	34	85.0
21. ข้อความนี้เป็นคำสั่งให้คุณ (ตา,ยาย,...) 1 ประโยค	5	12.5	6	15.0
การวาดภาพเหมือน ((Visuospatial function: การมองเห็น แบบมิติสัมพันธ์))				
22. ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดให้เหมือนภาพตัวอย่าง”ในที่ว่างด้านข้างของภาพตัวอย่าง	0	0.0	0	0.0
Recall (ทบทวน)				
23. “เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหม มีอะไรบ้าง” ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ	0	0.0	2	5.0
24. ยืนดินสอ ให้ผู้สูงอายุ แล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”	0	0.0	3	7.5
25. ขึ้นาฬิกาข้อมือ ให้ผู้สูงอายุ ดู แล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”	37	92.5	39	97.5

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนศักยภาพสมองของผู้สูงอายุ หลังการพัฒนา พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนศักยภาพสมองโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.333$, $p = 0.020$) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 คะแนนศักยภาพสมองผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา (n=40)

ศักยภาพสมอง	คะแนนเต็ม	Mean	SD	Z	P-value
ก่อนการพัฒนา	30	14.25	3.05	-2.333	0.020*
หลังการพัฒนา	30	22.18	2.01		

*p-value<0.05, Wilcoxon Signed Ranks Test

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

1. โปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองผู้สูงอายุ โรงพยาบาลหนองหาน ที่พัฒนาขึ้น มีทั้งหมด 6 กิจกรรม เป็นชุดกิจกรรมกลุ่มที่กระตุ้นการทำงานของสมองด้านที่สำคัญ 6 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง ดังนี้ 1) ให้ความรู้เรื่องสมอง 2) การทบทวนความจำระยะยาว และกระตุ้นการรับรู้ 3) มิติสัมพันธ์ สังเกตรายละเอียด หาจุดสังเกตเชื่อมโยงมองภาพเป็นมิติ 4) จินตนาการภาพความจำ 5) การฝึกความจำที่เป็นภาพ 6) การจัดของชื่อของ และการตัดสินใจ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผลของการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองผู้สูงอายุ คือ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับความรู้และเห็นความสำคัญในการฝึกกิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมองของผู้สูงอายุทั้ง 6 กิจกรรม ดังนี้ 1) การเชื่อมโยงใบหน้าและชื่อ 2) ความใส่ใจทบทวนความจำระยะยาว และกระตุ้นการรับรู้ 3) มิติสัมพันธ์ 4) ความจำจากการมองเห็น 5) ทักษะการจัดการ 6) กระตุ้นศักยภาพสมองในภาพรวม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วาริ กังใจ และคณะ¹⁶ ศึกษาการพัฒนาแบบและเทคโนโลยีเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน พบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ คือ 1) การคัดกรองและประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยบุคลากรด้านสุขภาพ 2) การส่งเสริม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้กับผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ประชาชน แกนนา อาสาสมัครสาธารณสุขและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง 3)การส่งเสริมทักษะเกี่ยวกับการ

ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้กับผู้สูงอายุ และผู้ดูแล ที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 4) วิธีการดูแล ประกอบด้วย การส่งเสริมการรู้คิด เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้วัน เวลา สถานที่ การดูแลที่เน้นด้านอารมณ์ การดูแลที่เน้นพฤติกรรม 5) ระบบสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ 6) ระบบสนับสนุนจากชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง และ 7) ระบบอุปกรณ์ช่วยเหลือ และการศึกษาของ Tesky, et al¹⁷ การศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรมกลุ่มพัฒนาศักยภาพสมองและผลลัพธ์ของโปรแกรมกลุ่มเพื่อป้องกันภาวะความจำบกพร่องเบื้องต้น ทำการฝึกกิจกรรมประจำวัน พบว่า โปรแกรมนี้เหมาะสมสำหรับฝึกกิจกรรมพัฒนาสมองในผู้ป่วยที่มีภาวะความจำบกพร่องเบื้องต้น

2. ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม พบว่า หลังพัฒนาผู้ดูแลมีความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมมากที่สุดคือ อาการในระยะแรกของผู้ป่วยสมองเสื่อม ชนิดอัลไซเมอร์ คือ หลงลืมเรื่องที่เพิ่งเกิดขึ้น เช่น จำไม่ได้ว่าวางของไว้ที่ไหน อาการในระยะสุดท้ายของผู้ป่วยสมองเสื่อม คือ จำสิ่งที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่ได้เลย จำรอบครัวญาติพี่น้องไม่ได้ ทำกิจวัตรด้วยตนเองไม่ได้ เดินหลงทาง และการดูแลรักษาผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเกิดได้ในผู้ที่ฐานะยากจนเป็นส่วนใหญ่ ตามลำดับ อธิบายได้ว่า การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมหลังพัฒนาของผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมมากที่สุดคือ ด้านการดำเนินการส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน เจ็บป่วย หรือบาดเจ็บเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตามระบบการส่งต่อและวิธีการอย่างถูกต้อง การดูแลสภาพแวดล้อม ในห้องน้ำ ห้องนอน และภายในบ้านให้ปลอดภัย ถูกสุขลักษณะเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และ มีการคัดกรองโรคซึมเศร้า ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจาก ผลการศึกษาที่พบว่าหลังการพัฒนาผู้ดูแลหลังพัฒนาผู้ดูแลมีความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยรวมเพิ่มขึ้น จึงทำให้ผลการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินการดูแลการพัฒนาและฝึกกิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมองของผู้สูงอายุที่ดีเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ซาลินี สุวรรณยศ และ ดาราวรรณ ตะปินตา¹⁸ ศึกษาการลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม พบว่า การดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมเกิดผลกระทบมากมายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ที่มีผลต่อตัวผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมเองและครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย ผู้ดูแลจะเกิดความเครียดจากการที่ต้องดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมตลอดเวลาเป็นระยะเวลานาน และ อชรา ภาฯ และคณะ¹⁹ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

3. ผลการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุ พบว่า หลังดำเนินการผู้สูงอายุตอบถูกต้องมากที่สุดคือ ด้านการจำชื่อคนนี่คือใคร รองลงมาคือ ด้านการจำอายุเท่าไร และน้อยที่สุดคือ ด้านการจำเหตุการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 เกิดขึ้นช่วงแรกเมื่อปี พ.ศ. อะไร ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจาก ผลการศึกษาที่พบว่าหลังการพัฒนาผู้ดูแลหลังพัฒนาผู้ดูแลมีความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำให้ผลการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินการดูแลการพัฒนาและฝึกกิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมองของผู้สูงอายุที่ดีเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดาวชมพู นาคะวิโรและคณะ²⁰ การศึกษาการกระตุ้นความสามารถสมองด้านทักษะการจัดการ ความใส่ใจ ความจำและมิติสัมพันธ์ในผู้ที่มีสมรรถภาพความจำบกพร่องเบื้องต้น พบว่า กลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนครั้งที่ 2 เพิ่มขึ้น การศึกษาผลของโปรแกรมบริหารสมองต่อการเพิ่มความจำในผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเบื้องต้น ที่พบว่า พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความจำในผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเบื้องต้น หลังจากที่ได้รับโปรแกรมการบริหารสมองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม²¹

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านคุณภาพบริการ จากผลการวิจัยพบว่า กิจกรรมรูปแบบการเพิ่มศักยภาพสมองช่วยให้ผู้สูงอายุโรงพยาบาลหนองหาน ทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยคะแนนศักยภาพสมองที่เพิ่มขึ้น แสดงได้ว่ากลุ่มตัวอย่างจากการวิจัยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อม จึงควรให้ความสำคัญกับการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงของโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม

2. ด้านผู้รับบริการ ควรมีการบูรณาการจัดกิจกรรมกลุ่มให้มีความเหมาะสมกับบริบทนั้นๆ ที่จะนำไปใช้ อาจใช้เวลาในการทดลองที่มากกว่า 6 ครั้งและติดตามวัดผลลัพธ์ในระยะที่ 3, 6 และ 12 เดือน (3 ครั้ง) เพื่อติดตามผลความคงอยู่ของคะแนนศักยภาพสมองหลังจากการลดความถี่ในการทำกิจกรรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีระบบการจัดการโครงการขยายผลในพื้นที่ชุมชนและการศึกษาวิจัยการติดตามผลลัพธ์ของการดำเนินโครงการป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่อการคงความสามารถในศักยภาพของสมองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. บรรลุ ศิริพานิช. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2560.
2. เพชรรัตน์ พิบาลวงศ์, จตุพร จันทะพุกษ์, ภาวิณี แพงสุข. การศึกษาสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ราชวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ 2561; 8(2): 46-57.
3. Department of Medical Services Ministry of Public Health Thailand. Geriatric Screening and Assessment Tool Kit. Bangkok: WVO Officer of Printing Mill; 2015.
4. Ministry of Public Health. Health Data Center. Retrieved November 17th. [Internet]. 2019 Available from <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report>.
5. กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, เบนจามิน แฮมสเตท, โรเบิร์ต เพลธา ซโนเดอร์, แคทเทอรีน โพเทมป้า, นพพร จันทรเสนา, สุริภรณ์ สีสิงห์ และคณะ. การพัฒนากระบวนการคัดกรองการรู้คิดของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2563; 99-114.
6. ปัญญาเดช พันธุ์วัฒน์, สมศักดิ์ลีลา, สมโภชน์เนกสุข. กระบวนการถ่ายทอดทางสังคมด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัย มสค สาขาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ 2560; 13(1) :149-70.
7. โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี. สรุปรายงานสถานการณ์ผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2567 โรงพยาบาลหนองหาน. [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 24 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงจาก: <https://www.nonghanhospital.go.th>
8. อรุณ จิรวรรณกุล. สถิติในงานวิจัย เลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์; 2557.
9. อรรวรรณ์ คูหา. คู่มือการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยสำหรับบุคลากรสุขภาพ; Hand book of cognitive training in older persons with mild cognitive impairment for health care personnel. นนทบุรี : สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. สันทิตีพิมพ์การพิมพ์; 2563.

10. ศุภานัน เหลาคำ. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสมุทรสงคราม. [วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2565.
11. Bloom BS, Madaus GF, Hastings JT. Hand Book on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw Hill; 1997.
12. นงนุช พูลเพิ่ม. การชะลอความเสื่อมของสมองในผู้สูงอายุ : โปรแกรมเสริมสร้างความจำใช้งานด้วยทฤษฎีการยอมรับและพันธะสัญญาสำหรับผู้สูงอายุ. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาสมองจิตใจและการเรียนรู้ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2565.
13. Likert R. "The Method of Constructing an Attitude Scale," Reading in Attitude Theory and Measurement. edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son; 1967.
14. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc.; 1977.
15. อรวรรณ คูหา, นัตตา คำนิยม, นิตกุล ทองน่วม. เครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2564; 39(4): 26-34.
16. วารี กังใจ, รัชนิกรณ์ ทรัพย์กรานนท์, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, สิริวรรณ นิลมาร. การพัฒนารูปแบบและเทคโนโลยีเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน. แผนงานวิจัย การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในเขตภาคตะวันออก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2564.
17. Tesky VA, Kobe TA, Witte V, Floel A, Schuchard JP, Hahn A, Pantel J. Feasibility and first results of a group program to increase the frequency of cognitively stimulating leisure activities in people with mild cognitive impairment (AKTIVA-MCI). CIA Drovepress 2017; 12: 1459-69.
18. ชาลินี สุวรรณยศ, ดาราวรรณ ต๊ะปินตา. การลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2563; 34(2) : 1-17.
19. อัครา ฤๅชา, สุบิน สมิน้อย, วิภาดา คณะไชย, สาคร บุบผาเห้า, รัชชะภา ธารจันทร์. ประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม. วารสารป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย 2563; 1(1) : 41-56.
20. ดาวชมพู นาคะวิโร, สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, อรพรรณ แอบไธสง, ภัทรา สุดสาคร, จารุณี วิทยาจักษ์, ภัทรพร วิสาจันทร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2560; 62(4): 337-48.
21. จารุวรรณ ก้านศรี, ดลใจ จองพานิช, นภัทร เตียนอนุกุล, ภัทรวดี ศรีนวล, รังสิมันต์ สุนทรไชยา. ผลของโปรแกรมบริหารสมองต่อการเพิ่มความจำในผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2560; 27(3): 176-87.