

## ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจต่อความสามารถการรู้คิด สุขภาพจิตและปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม

วิจิตร วรรณะวุฒิ\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจต่อความสามารถการรู้คิด สุขภาพจิตและปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลนครชัยศรี ที่ได้รับการคัดกรองด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย TMSE น้อยกว่า 24 คะแนน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจทั้งหมด 6 ครั้งติดต่อกัน 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (TMSE) สำหรับใช้ประเมินการรู้คิด แบบประเมินสุขภาพจิตของผู้สูงอายุฉบับสั้น (T-GMHA-15) เพื่อใช้ประเมินสุขภาพจิต และแบบประเมินอาการทางระบบประสาทและอาการทางจิตของภาวะสมองเสื่อมฉบับภาษาไทย (NPI-Q) เพื่อใช้ประเมินอาการทางระบบประสาทและอาการทางจิตของภาวะสมองเสื่อม วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติที่แบบไม่เป็นอิสระ (Paired t-test)

ผลการวิจัย พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถด้านการรู้คิด ( $\bar{X}$ =26.53, S.D.=2.79) และสุขภาพจิต ( $\bar{X}$ =46.50, S.D.=4.78) ของผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจสูงขึ้นาก่อนทดลอง ( $\bar{X}$ =23.73, S.D.=5.69;  $\bar{X}$ =44.07, S.D.=5.38) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) นอกจากนั้น คะแนนเฉลี่ยอาการทางระบบประสาทและอาการทางจิตของภาวะสมองเสื่อม ( $\bar{X}$ =0.07, S.D.=0.25) ของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจลดลงาก่อนทดลอง ( $\bar{X}$ =0.40, S.D.=0.81) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ดังนั้น พยาบาลจึงควรนำโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจไปใช้เพื่อเพิ่มความสามารถด้านการรู้คิด เสริมสร้างสุขภาพจิต และลดอาการทางระบบประสาทและอาการทางจิตของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

**คำสำคัญ :** ความสามารถในการรู้คิด, สุขภาพจิต, ปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิต, ภาวะสมองเสื่อม, ผู้สูงอายุ

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรร่วม โรงพยาบาลนครชัยศรี

Corresponding author, email: kaivijid2521@gmail.com, Tel. 086-0899987

Received : February 1, 2024; Revised : May 9, 2024; Accepted : May 14, 2024

## Effects of Older Adult Mental Efficacy Enhancement Program on Cognitive Abilities, Mental Health, Behavior and Psychological Symptoms in Older Adult Suspected Dementia

Vijid Wanthanawut\*

### Abstract

This one-group pretest-posttest quasi-experimental study aimed to examine the effect of a mental efficacy enhancement program on cognitive capacity, mental health, and neuropsychiatric symptoms among older individuals suspected of having dementia. Thirty eligible participants affiliated with Nakhon Chai Si Hospital were screened using the Thai Mini Mental State Examination (TMSE) with scores below 24 and were recruited through convenience sampling. Participants were invited to participate in the mental fitness program conducted a time a week over a period of 6 weeks. The TMSE, Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool (T-GMHA-15), and Neuropsychiatric Inventory Questionnaires (NPI-Q) were employed to assess participants' cognition, mental health, and neuropsychiatric symptoms, respectively. Descriptive statistics were employed to analyze demographic data, and paired t-test.

Results indicated that post-intervention, participants demonstrated a statistically significant increase in TMSE scores ( $\bar{X}$ =26.53, S.D. =2.79) and mental health scores ( $\bar{X}$ =46.50, S.D. =4.78), compared to pre-intervention ( $\bar{X}$ =23.73, S.D. =5.69;  $\bar{X}$ =44.07, S.D. =5.38), ( $p < .05$ ). Furthermore, participants exhibited a decrease in neuropsychiatric symptoms post intervention ( $\bar{X}$ =0.07, S.D. =0.25) compared to those observed pre-intervention ( $\bar{X}$ =0.40, S.D. =0.81) ( $p < .05$ ) respectively. Therefore, nurses should the mental efficacy enhancement program cognitive capacity, mental health, and the alleviation of neuropsychiatric symptoms in older adults.

**Keywords** : Cognitive abilities, Mental health, Behavior and psychological symptoms, Dementia, Older adult

---

\* Registered Nurse, Primary and Holistic care Department, Nakhon Chai Si Hospital

Corresponding author, email: kaivijid2521@gmail.com, Tel. 086-0899987

**Received** : February 1, 2024; **Revised** : May 9, 2024; **Accepted** : May 14, 2024

## ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

สถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วมาก จากอดีตปี พ.ศ. 2514 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุไม่ถึง 2 ล้านคน แต่ในปี 2564 จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มเป็น 12.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด และประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ภายในปี 2565 นี้ในอีก 20 ปีข้างหน้า หรือในปี 2583 ประชากรรวมของประเทศไทยจะเพิ่มซ้ำลง อัตราเพิ่มประชากรจะลดต่ำลงจนถึงขั้นติดลบ แต่ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 4 ต่อปี ผู้สูงอายุตอนปลาย 80 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นด้วยอัตราเฉลี่ยถึงร้อยละ 7 ต่อปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564) และผลกระทบของสถานะสุขภาพในปี พ.ศ. 2564 พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมในเพศชายมีจำนวน 2 แสนคน เพศหญิงมีจำนวน 4.8 แสนคน รวมทั้งหมดจำนวน 6.8 แสนคน (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2564) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดเตียง มีจำนวน 4,679 คน (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ที่ก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจของครอบครัวและของรัฐ โดยจะเพิ่มมากขึ้น 2 เท่าทุก 5 ปี หลังอายุ 65 ปี และการเพิ่มอย่างรวดเร็วถึงอายุ 90 ปี จากข้อมูลสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ปี พ.ศ. 2563 พบมีจำนวนผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้น 11,627,130 คน คิดเป็นร้อยละ 17.57 ของประชากร จึงคาดการณ์ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยอาจมีจำนวนสูงถึงกว่าล้านคน (ภรณวิทย์ อนันต์ดิลกฤทธิ์, 2564) ปัญหาที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุคือการสูญเสียการรับรู้ตนเอง (Loss of self) จากภาวะสมองเสื่อมทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุจะลดลงเรื่อย ๆ ตามระยะและความรุนแรงของโรค ส่งผลให้มีภาวะทุพพลภาพและมีภาวะพึ่งพาต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นทุกด้านอย่างต่อเนื่อง

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia หรือ Major neurocognitive disorder) เป็นภาวะที่ประสิทธิภาพการทำงานของสมองลดลง สมองสูญเสียหน้าที่การทำงานในด้านต่าง ๆ ทำให้กระบวนการรู้คิด (Cognition) บกพร่อง จนส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวันและการอยู่ร่วมกันในสังคม เป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อย และเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านพฤติกรรมและอาการทางจิตร่วมด้วย พบความชุกของปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิตในผู้สูงอายุสมองเสื่อมอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้ประเทศไทย เท่ากับร้อยละ 52.9 อาการที่พบบ่อย 5 ลำดับแรกคือ พฤติกรรมวุ่นวายในเวลากลางคืน ร้อยละ 54.8 ซึมเศร้า ร้อยละ 51.9 วิตกกังวล ร้อยละ 48.9 หงุดหงิดง่าย ร้อยละ 44.2 ขาดความยับยั้งชั่งใจและอาการหลงผิด ร้อยละ 27.9 ซึ่งอาการเหล่านี้อาจทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น รวมถึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทำให้ต้องเพิ่มสมรรถนะในการดูแลโดยเฉพาะการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิต (Veragiat et al, 2017) จากการศึกษาปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิตเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมมากกว่าร้อยละ 90 จะมีปัญหานี้ร่วมด้วย ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งของการดำเนินโรคจนรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ปัญหานี้สามารถพบได้ในทุกระดับความรุนแรงแม้กระทั่งในกลุ่มผู้ป่วยที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม เมื่อเข้าสู่ภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยจะพบภาวะสมองเสื่อมในระยะ 1-3 ปี โดยระยะที่มีอาการหลงผิด หวาดระแวงจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นภาระต่อผู้ดูแลและสังคมเป็นอย่างมาก (Hessler et al, 2018)

ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมจะเริ่มดำเนินโรคตั้งแต่ในระยะก่อนเกิดภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุจะสูญเสียความจำที่เล็กน้อย หลงลืมง่าย ไม่สามารถจดจำเรื่องราวใหม่ ๆ ได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน บุคลิกภาพ พฤติกรรม อารมณ์จนเข้าสู่ระยะสุดท้ายของภาวะสมองเสื่อมจนผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ไม่สามารถสื่อสารกับคนอื่นได้ ควบคุมการเคลื่อนไหวไม่ได้ในที่สุด ด้านอารมณ์ผู้ป่วยจะหงุดหงิดบ่อยเพราะสื่อสารไม่เข้าใจกันและบางครั้งผู้ป่วยจะไม่สามารถแยกแยะสิ่งที่ควรกระทำและสิ่งที่ไม่ควรกระทำได้ จึงเป็นภาระแก่ผู้ให้การดูแลอย่างมากในการจัดการดูแลสถานการณ์นั้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะส่งผลกระทบต่อตนเอง ญาติผู้ให้การดูแล ครอบครัวและสังคม ระบบเศรษฐกิจ ระบบสุขภาพและผลกระทบโดยภาพรวมของประเทศไทย ไม่ว่าจะเป็นปัญหา การควบคุมตนเองลดลงบางรายชอบเดินหนีออกจากบ้าน บางรายมีพฤติกรรมเล่นซุกซนเหมือนเด็กและบางรายทำสิ่งที่ไม่คาดคิดหรือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้านคนเดียวอาจถูกทารุณกรรมจากภัยทางสังคมได้ง่าย (ชัชวาล วงศ์สารี และ ศุภลักษณ์ พื้นทอง, 2561)

จากผลกระทบดังกล่าว การส่งเสริมหรือชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมให้ช้าลงจึงมีความสำคัญ การฝึกบริหารสมองและ/หรือโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดเป็นหนึ่งในวิธีป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่มีการศึกษาอย่างแพร่หลาย พบว่าผู้สูงอายุทั้งในกลุ่มที่มีความจำปกติและกลุ่มที่มีการรู้คิดพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment; MCI) ที่ได้รับโปรแกรมการบริหารสมอง และ/หรือโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อความจำเป็นระยะเวลาโดยเฉลี่ย 6-7 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดสูงขึ้น (สุนทรี โอรัตนสถาพร, ฉัตรวรรณ จำปาวัน, สุพัตรา เคนไชยวงศ์, รัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ, 2564) ส่วนปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประเทศไทยโดยกรมสุขภาพจิต ดำเนินโครงการสร้างสุขภาวะทางใจเพื่อผู้สูงวัยที่มีคุณค่าและความสุขในปี พ.ศ. 2564 จัดกิจกรรมพัฒนาระบบเฝ้าระวังผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอาการทางจิต โดยพัฒนาสื่อการคัดกรองปัญหาสุขภาพใจในผู้สูงอายุ ดำเนินการคัดกรองในผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง จำนวน 4,854 ราย พบการเข้าถึงบริการ ร้อยละ 24.3 พบปัญหามากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ปัญหาการนอน ร้อยละ 17.8 ปัญหาการรับประทานอาหาร ร้อยละ 13.6 และพฤติกรรมทำซ้ำ ร้อยละ 9.2 จึงได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะทางใจสำหรับผู้สูงอายุ (Mental efficacy enhancement program) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับกิจกรรมสุขสว่างในการสร้างสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย 12 หมวด ได้แก่ 1) คิดบวกเมื่อประสบปัญหา 2) ปฏิทินชีวิต 3) คิดสร้างสรรค์และจัดกลุ่มคำ 4) ปั่นกระดาษด้วยเท้า 5) คิดยืดหยุ่นจำตัวเลข 6) บอกเป้าหมายชีวิต 7) ชื่นชมตนเองได้ 8) เล่าเรื่องดี ๆ ที่ภาคภูมิใจ 9) ชื่นชมสิ่งดีงามครอบครัวและเพื่อน 10) รู้จุดที่ต้องปรับปรุงชัดเจน 11) กิจกรรมบริหารสมอง และ 12) ตั้งใจทำความฝันให้เป็นจริง เพื่อดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมให้ได้รับการฟื้นฟู ลดปัญหาด้านพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้สูงอายุ รวมถึงยังช่วยลดภาระการดูแลและลดความเสี่ยงต่อการเข้าอยู่ในสถานพยาบาลอีกด้วย (วิไล คุปต์นิริติศัยกุล, 2561)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะทางใจให้กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้และช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นซึ่งหากผู้สูงอายุมีจิตใจที่เข้มแข็งส่งผลให้เกิดความรู้สึกดีต่อตนเองและมีความมั่นคงทางจิตใจ (ไพจิตร พุทธรอด และกนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ, 2564) แต่ยังไม่มีการศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แต่มีระดับคะแนนจากแบบประเมินด้วยแบบคัดกรองภาวะสมอง

เสื่อมอยู่ในระดับที่ไม่ปกติ โดยผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีการดำเนินโรคอยู่ในระยะแฝงหรือระยะก่อนจะมีอาการพัฒนาไปมีความบกพร่องด้านการรู้คิดหรือมีอาการสมองเสื่อมซึ่งเป็นปัญหาที่ทำให้ผู้สูงอายุแยกตัวออกจากสังคมและเห็นคุณค่าในตนเองน้อยลง ผู้วิจัยจึงสนใจนำโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะทางใจต่อความสามารถกระตุ้นการรู้คิด สุขภาพจิตและปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้สูงอายุมาใช้ภายใต้การวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะทางใจต่อความสามารถการรู้คิด สุขภาพจิตและปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม ผลการศึกษาอาจนำมาเป็นแนวทางหนึ่งในการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมในชุมชนต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถการรู้คิดของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจของผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม
2. เพื่อเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจของผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม
3. เพื่อเปรียบเทียบปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจของผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม

### สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความสามารถการรู้คิดของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจของผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม
2. คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจของผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม
3. คะแนนปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจของผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจสำหรับผู้สูงอายุของกรมสุขภาพจิตที่ได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมดัดแปลงจากโปรแกรม Mental fitness ของ Cusack and Thompson (1995) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับกิจกรรมสุขสว่างในการสร้างสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อนำไปเสริมสร้างสมรรถนะทางใจสำหรับผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม ให้มีการรู้คิด สุขภาพจิต ปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิตมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ดังแผนภูมิที่ 1

### โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจสำหรับผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม

|                     |               |                                         |
|---------------------|---------------|-----------------------------------------|
| <b>สัปดาห์ที่ 1</b> | กิจกรรมที่ 1  | คิดบวกเมื่อประสบปัญหา                   |
|                     | กิจกรรมที่ 2  | ปฏิทินชีวิตและการบ้าน                   |
| <b>สัปดาห์ที่ 2</b> | กิจกรรมที่ 3  | ทบทวนการบ้าน คิดสร้างสรรค์จัดกลุ่มคำ    |
|                     | กิจกรรมที่ 4  | บันทึกระดาดด้วยเท้าและการบ้าน           |
| <b>สัปดาห์ที่ 3</b> | กิจกรรมที่ 5  | ทบทวนการบ้านคิดยืดหยุ่นจำตัวเลข         |
|                     | กิจกรรมที่ 6  | บอกเป้าหมายชีวิตและการบ้าน              |
| <b>สัปดาห์ที่ 4</b> | กิจกรรมที่ 7  | ทบทวนการบ้านชื่นชมตนเองได้              |
|                     | กิจกรรมที่ 8  | เล่าเรื่องดี ๆ ที่ภาคภูมิใจและการบ้าน   |
| <b>สัปดาห์ที่ 5</b> | กิจกรรมที่ 9  | ทบทวนการบ้านชื่นชมสิ่งดีงามครอบครัว     |
|                     | กิจกรรมที่ 10 | รู้จุดที่ต้องปรับปรุงของตนเองและการบ้าน |
| <b>สัปดาห์ที่ 6</b> | กิจกรรมที่ 11 | ทบทวนการบ้าน การบริหารสมอง              |
|                     | กิจกรรมที่ 12 | ตั้งใจทำตามความฝันให้เป็นจริง           |

(สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2560)

การรู้คิด สุขภาพจิต ปัญหา  
พฤติกรรมและอาการทางจิตมี  
การเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

แผนภูมิที่ 1 แสดงโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจสำหรับผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experiment research) ชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทดลอง (One group pretest posttest design)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน (ติดบ้าน ADL < 12 คะแนน) พักอาศัยในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลนครชัยศรีที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมโดยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mental State Examination : TMSE) น้อยกว่า 24 คะแนน จำนวน 57 คน

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power Analysis) ที่ .08 มีขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่าง (Effect size) ที่ .50 (Polit & Beck, 2004) ผลคำนวณได้เท่ากับ 25 เพื่อป้องกันการสูญหายผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้เท่ากับ 5 ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 30 คน โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้การจับคู่รายบุคคล (Match subjects) ตามระดับช่วงอายุ การศึกษาและระดับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้มีจำนวน 30 คน เกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมจากแบบทดสอบภาวะสมองเสื่อมด้วยเครื่องมือ TMSE น้อยกว่า 24 คะแนน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติด้านอายุ การศึกษา และระดับภาวะสมองเสื่อมจากเครื่องมือประเมินคะแนน TMSE มีค่าเฉลี่ย 23 คะแนน เกณฑ์คัดออก คือ ผู้สูงอายุกลุ่มสงสัยภาวะสมองเสื่อมประเมินภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย 2Q,9Q,8Q ผิดปกติ ขอถอนตัวออกจากการเข้าร่วมกิจกรรมหรือไม่เข้าร่วมกิจกรรม 1 ครั้ง ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจสำหรับผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ร่วมกับกิจกรรมสุขสว่างในสร้างสุข 5 มิติของผู้สูงอายุในชุมชน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การมีโรคประจำตัว ประวัติการใช้สารเสพติดและประวัติการรับประทานยาในกลุ่มที่มีฤทธิ์ Anticholinergics, Cholinesterase inhibitors หรือ Memantine

2) แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination) โดยวัดเชาว์ปัญญา 6 ด้าน 1) การรับรู้ (Orientation) 2) การจดจำ (Registration) 3) ความใส่ใจ (Attention) 4) การคำนวณ (Calculation) 5) ด้านภาษา (Language) 6) การระลึกได้ (Recall) การแปลผลคะแนน 0-23 คะแนน แสดงว่า สงสัยภาวะสมองเสื่อม คะแนน 24-26 คะแนน แสดงว่า มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม คะแนน 27-30 คะแนน แสดงว่าไม่มีภาวะสมองเสื่อม

3) แบบประเมินวัดระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ฉบับสั้น (Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool หรือ (T-GMHA-15) ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ แต่ละข้อให้เลือกตอบ โดยมีคำตอบเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 4 ระดับ คือ 1 = ไม่เลย 2 = เล็กน้อย 3 = มากและ 4 = มากที่สุด โดยมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 15-60 คะแนน ใช้เกณฑ์ดังนี้ คะแนน 50-60 หมายถึง สุขภาพจิตสูงกว่าคนทั่วไป คะแนน 43-49 หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป คะแนน 42 หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

4) แบบประเมินอาการทางระบบประสาทและอาการทางจิตของภาวะสมองฉบับภาษาไทย (Neuropsychiatric Inventory หรือ NPI-Q) เป็นการสัมภาษณ์ผู้ดูแล ประกอบด้วยอาการ 12 ด้าน ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน กระสับกระส่าย/ก้าวร้าวอารมณ์ซึมเศร้า วิดกกังวล อารมณ์ร้ายแรง เกินเหตุ ความเฉยเมยไม่สนใจสิ่งรอบตัว/ไร้อารมณ์ ความไม่ยับยั้งชั่งใจ อารมณ์หงุดหงิดอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย พฤติกรรมแปลก การนอนหลับ/ปัญหาพฤติกรรมช่วงกลางคืน ความอยากอาหารและการกินที่ผิดปกติ ในแต่ละอาการจะประเมินคะแนน 0 เท่ากับไม่มี 1 เท่ากับมีและความรุนแรง (1-3) โดยจะมีความทุกข์ใจของผู้ดูแล (0-5) ในแต่ละอาการ

### ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจสำหรับผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมก่อนนำเข้ามาใช้จริงมีการตรวจสอบคุณภาพไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสม

2. แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination) ผ่านการตรวจสอบหาความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ประกอบด้วย นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ได้คำนวณความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index-CVI) เท่ากับ 1.0 ในการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับบุคคลที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้ สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78

3. แบบประเมินวัดระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ฉบับสั้น (Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool หรือ (T-GMHA-15) ผ่านการตรวจสอบหาความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index-CVI) เท่ากับ 1.0 ในการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับบุคคลที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้ สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach 's Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

3. แบบประเมินอาการทางระบบประสาทและอาการทางจิตของภาวะสมองฉบับภาษาไทย (Neuropsychiatric Inventory หรือ NPI-Q) ผ่านการตรวจสอบหาความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน สุขภาพจิตและจิตเวช นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index-CVI) เท่ากับ 1.0 ในการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับบุคคลที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้ สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach 's Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94

### การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม และได้รับเอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่อนุมัติ IRB 32/2566 ได้รับอนุญาตวันที่ 25 เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2566 และผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวและอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือจากผู้สูงอายุและชี้แจงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของผู้สูงอายุและตัดสินใจเข้าร่วมด้วยความสมัครใจและหากต้องการหยุดการเข้าร่วมการวิจัยสามารถหยุดได้ตลอดเวลาโดยไม่จำเป็นต้องชี้แจงเหตุผลและไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการบริการที่จะได้รับเมื่อผู้สูงอายุยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ผู้สูงอายุลงนามหรือประทับลายนิ้วมือในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยเริ่มทำการสัมภาษณ์เก็บข้อมูลและดำเนินการทดลอง

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 1. ขั้นเตรียมการทดลอง

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติผู้วิจัยนำหนังสือเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครชัยศรีและผู้นำชุมชนเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตเก็บ รวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

## 2. ขั้นตอนการทดลอง

1) ผู้วิจัยประเมินความสามารถด้านการรู้คิด สุขภาพจิตและปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิต โดยให้ตอบแบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination หรือ TMSE) แบบประเมินสุขภาพจิตในผู้สูงอายุไทย (T-GMHA-15) และแบบประเมิน Neuropsychiatric Inventory (NPI-Q) และนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนจัดโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจสำหรับผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม

2) ผู้วิจัยจัดกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจสำหรับผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม ใช้ระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติ 30 นาที/ครั้ง จำนวน 1 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ตามความเหมาะสมโดยทุกครั้งจะมีกิจกรรมส่งเสริมการฝึกมีสติ การรับรู้วัน เวลา สถานที่ และการบ้านเพิ่มเติมโดยกิจกรรมครั้ง 1 และ 2 เป็นกิจกรรมหมวดทบทวนความจำเพื่อเป็นการกระตุ้นความจำให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสงสัยสมองเสื่อม ลักษณะกิจกรรมเช่น ฝึกจำตัวเลข จัดหมวดหมู่ภาพ กิจกรรมครั้งที่ 3 และ 4 เป็นกิจกรรมหมวดแก้ไขปัญหาเพื่อส่งเสริมทักษะการคิดแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้สูงอายุ ลักษณะกิจกรรมเช่น ฝึกการคิดยืดหยุ่น บันทึกระดานหนังสือพิมพ์ด้วยเท้า กิจกรรมครั้งที่ 5 และ 6 เป็นกิจกรรมหมวดบริหารสมองและเป้าหมายการใช้ชีวิตให้มีความสุข เพื่อกระตุ้นระบบประสาทสัมผัสและเชื่อมการทำงานของสมองทั้งสองซีกเข้าด้วยกัน ลักษณะกิจกรรมเช่น การบริหารร่างกายพื้นฐานเพื่อกระตุ้นสมองและฝึกเล่าเรื่องเป้าหมายในชีวิต

## 3. ขั้นตอนประเมินผล

นักกลุ่ม หลังจบโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจสำหรับผู้สูงอายุ 1 เดือน เพื่อตอบแบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination หรือ TMSE) แบบประเมินสุขภาพจิตในผู้สูงอายุไทย (T-GMHA-15) และแบบประเมิน Neuropsychiatric Inventory (NPI-Q)

## การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงบรรยาย โดยแสดงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสามารถการรู้คิดสุขภาพจิต ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจด้วยสถิติทดสอบ Paired t-test

## ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70 โดยช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ ระหว่าง 70-79 ปี จำนวน 15 คน ร้อยละ 50 รองลงมา ระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 13 คน ร้อยละ 43.3 และมากกว่า 80 ปี จำนวน 2 คน ร้อยละ 6.7 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 27 คน ร้อยละ 90 แห่ลงรายได้ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จำนวน 21 คน ร้อยละ 70 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 26 คน ร้อยละ 86.66 โรคที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 คน ร้อยละ 33.4 โรคเบาหวาน จำนวน 8 คน ร้อยละ 26.6 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่ใช้สารเสพติดและไม่มีประวัติรับประทานยาในกลุ่มที่มีฤทธิ์ Anticholinergics, Cholinesterase inhibitors หรือ Memantine

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถด้านการรู้คิดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจของผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมพบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถด้านการรู้คิดหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ( $\bar{X}$  ก่อน = 23.73, S.D. = 5.69,  $\bar{X}$  หลัง = 26.53, S.D. = 2.79,  $p = 0.026$ ) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจของผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมพบว่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ( $\bar{X}$  ก่อน = 44.07, S.D. = 5.38,  $\bar{X}$  หลัง = 46.50, S.D. = 4.78,  $p = 0.020$ ) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจของผู้สูงอายุพบว่าคะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรมและจิตใจหลังได้รับโปรแกรมลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ( $\bar{X}$  ก่อน = 0.40, S.D. = 0.81,  $\bar{X}$  หลัง = 0.07, S.D. = 0.25,  $p = 0.016$ ) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถด้านการรู้คิด สุขภาพจิต และปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจของผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงเปรียบเทียบ Paired t-test ( $n = 30$ )

| ประเด็นเปรียบเทียบ                           | ก่อนการทดลอง |             | หลังทดลอง    |             | Paired t-test | p-value       |
|----------------------------------------------|--------------|-------------|--------------|-------------|---------------|---------------|
|                                              | $\bar{X}$    | S.D.        | $\bar{X}$    | S.D.        |               |               |
| <b>คะแนนเฉลี่ยรวมความสามารถด้านการรู้คิด</b> | <b>23.73</b> | <b>5.69</b> | <b>26.53</b> | <b>2.79</b> | <b>-2.34</b>  | <b>0.026*</b> |
| การรับรู้ (Orientation)                      | 4.57         | 1.89        | 5.53         | 1.01        |               |               |
| การจดจำ (Registration)                       | 3.07         | 0.69        | 2.93         | 0.25        |               |               |
| ความใส่ใจ (Attention)                        | 3.17         | 2.29        | 4.63         | 1.19        |               |               |
| การคำนวณ (Calculation)                       | 2.10         | 1.27        | 2.10         | 1.03        |               |               |
| ด้านภาษา (Language)                          | 8.07         | 2.49        | 8.27         | 1.39        |               |               |
| การระลึกได้ (Recall)                         | 2.77         | 0.63        | 2.37         | 1.03        |               |               |
| <b>คะแนนเฉลี่ยรวมสุขภาพจิต</b>               | <b>44.07</b> | <b>5.38</b> | <b>46.50</b> | <b>4.78</b> | <b>-2.46</b>  | <b>0.020*</b> |
| 1. ท่านรู้สึกว่าคุณมีความหมาย                | 3.00         | 0.64        | 3.07         | 0.45        |               |               |
| 2. ท่านรู้สึกว่าคุณมีความสุข                 | 2.93         | 0.74        | 3.03         | 0.41        |               |               |
| 3. ท่านรู้สึกกังวลใจ                         | 1.87         | 0.97        | 1.83         | 0.75        |               |               |
| 4. ท่านพอใจกับการผูกมิตรกับผู้อื่น           | 3.00         | 0.59        | 3.07         | 0.45        |               |               |
| 5. ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน        | 2.90         | 0.66        | 3.03         | 0.32        |               |               |

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถด้านการรู้คิด สุขภาพจิต และปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจของผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงเปรียบเทียบ Paired t-test (n = 30) (ต่อ)

| ประเด็นเปรียบเทียบ                                 | ก่อนการทดลอง |             | หลังทดลอง   |             | Paired t-test | p-value       |
|----------------------------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|---------------|---------------|
|                                                    | $\bar{X}$    | S.D.        | $\bar{X}$   | S.D.        |               |               |
| 6. ท่านเห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ท่านแก้ไขได้ | 2.77         | 0.73        | 3.00        | 0.45        |               |               |
| 7. ท่านสามารถทำใจยอมรับปัญหาที่ยากได้              | 2.73         | 0.64        | 2.93        | 0.45        |               |               |
| 8. ท่านรู้สึกยินดีกับความสำเร็จของผู้อื่น          | 3.07         | 0.45        | 3.03        | 0.32        |               |               |
| 9. ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์       | 3.03         | 0.41        | 3.00        | 0.53        |               |               |
| 10. ท่านพึงพอใจกับความสามารถของตนเอง               | 3.17         | 0.46        | 3.07        | 0.45        |               |               |
| 11. ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง                        | 3.13         | 0.51        | 3.10        | 0.40        |               |               |
| 12. ท่านมีเพื่อนหรือคนในสังคมคอยช่วยเหลือ          | 2.90         | 0.61        | 2.97        | 0.41        |               |               |
| 13. ครอบครัวของท่านมีความรักและผูกพันต่อกัน        | 3.13         | 0.43        | 3.13        | 0.43        |               |               |
| 14. ถ้าท่านป่วยท่านมั่นใจว่าครอบครัวดูแลท่าน       | 3.13         | 0.51        | 3.13        | 0.43        |               |               |
| 15. สมาชิกของครอบครัวให้ความช่วยเหลือท่าน          | 3.10         | 0.40        | 3.13        | 0.43        |               |               |
| <b>คะแนนเฉลี่ยรวมปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ</b>         | <b>0.40</b>  | <b>0.81</b> | <b>0.07</b> | <b>0.25</b> | <b>2.07</b>   | <b>0.016*</b> |
| อาการหลงผิด                                        | 0.03         | 0.18        | 0.00        | 0.00        |               |               |
| ประสาทหลอน                                         | 0.03         | 0.18        | 0.03        | 0.18        |               |               |
| กระสับกระส่าย/ก้าวร้าว                             | 0.00         | 0.00        | 0.00        | 0.00        |               |               |
| อารมณ์ซึมเศร้า                                     | 0.00         | 0.00        | 0.03        | 0.18        |               |               |
| ความวิตกกังวล                                      | 0.00         | 0.00        | 0.00        | 0.00        |               |               |
| อารมณ์ร่าเริงเกินเหตุ                              | 0.03         | 0.18        | 0.00        | 0.00        |               |               |
| ความเฉยเมย                                         | 0.03         | 0.18        | 0.00        | 0.00        |               |               |
| ความไม่ยับยั้งชั่งใจ                               | 0.00         | 0.00        | 0.00        | 0.00        |               |               |
| อารมณ์หงุดหงิด                                     | 0.03         | 0.18        | 0.00        | 0.00        |               |               |
| พฤติกรรมแปลก ๆ                                     | 0.00         | 0.00        | 0.00        | 0.00        |               |               |
| ปัญหาการนอนหลับ                                    | 0.07         | 0.25        | 0.07        | 0.25        |               |               |
| ความอยากอาหารที่ผิดปกติ                            | 0.03         | 0.18        | 0.00        | 0.00        |               |               |

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

### การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้สูงอายุที่ศึกษาเป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน โดยช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ ระหว่าง 70-79 ปี จากผลการศึกษาพบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญ ( $p=0.002$ ) โดยกลุ่มอายุ 60-69 ปี ไม่พบภาวะสมองเสื่อม กลุ่มอายุ 70-79 ปี พบภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 2 และกลุ่มอายุมากกว่า 80 ปี พบภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 2 เท่ากัน ซึ่งสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงของเนื้อสมองมีเซลล์ประสาทที่ลดลง ทำให้เกิดการทำงานผิดปกติส่งผลให้เกิดภาวะสมองเสื่อม นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ของการไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (ไอรดา สายปัญญา, 2565) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้ฝึกการใช้สมอง การใช้ภาษา การคิดคำนวณและพัฒนาศักยภาพของสมองในเวลาที่เหมาะสมน่าจะเกิดประโยชน์ในการลดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุได้ในอนาคต ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อภิปรายผลดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความสามารถการรู้คิดของผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจทั้งหมด 12 หมวด ระยะเวลา 6 สัปดาห์และนำไปฝึกต่อบ้านพบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถการรู้คิดของผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยอธิบายได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจสามารถกระตุ้นการรู้คิดซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งของการรักษาด้วยการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ใช้กระบวนการประมวลข้อมูลมากกว่าความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริงเพื่อช่วยในด้านความจำ การรับรู้ การตัดสินใจและการคิดเชิงบริหารส่งผลให้ชะลอการดำเนินไปเป็นโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุได้ (ดุขฎิ อุดมอิทธิพงศ์ พิชญา ชาญนคร อติมา ณรงค์ศักดิ์ และนภาพิศ ฉิมนาคนบุญ, 2564) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สาวิตรี จิระยา ภารภัทร เสง้อุดมทรัพย์ ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และเวทิส ประทุมศรี (2561) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อความจำและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้านความจำของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องด้วยวิธีการกระตุ้นการรู้คิดแบบกลุ่มพบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความจำสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติมา ดวงแก้ว วาสนา หลวงพิทักษ์ ทิวา มหาพรหม ชุติกานุจน์ ฉัตรรุ่ง และสุภาวดี นพจุจินดา (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการรู้คิดต่อการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านการรู้คิดหลังได้รับโปรแกรมการฝึกการรู้คิดดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการฝึกการรู้คิดดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 นอกจากนี้จากการศึกษาของ สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชคและ อาทิตยา สุวรรณ (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อความสามารถในการรู้คิดและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมได้รับโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดเป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 6 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมตามปกติใช้แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทยในผู้สูงอายุที่เสี่ยงภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อยถึงปานกลางใช้เกณฑ์คือ มีคะแนน 10-24 คะแนน พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการรู้คิดของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.001$  คะแนน สอดคล้องกับการศึกษาของ Sherman, Mauser, Nuno and Sherzai (2017) ศึกษาประสิทธิภาพของการกระตุ้นการรู้คิดในผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องเล็กน้อยแบบทบทวน

วรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Meta-analysis) จากการสืบค้นงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์การศึกษามีจำนวน 26 เรื่องพบว่า การกระตุ้นการรู้คิดมีประสิทธิภาพต่อมิติด้านความจำมากกว่ามิติด้านความสนใจ การรับรู้ ด้านภาษา การคำนวณและการระลึกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจที่ประยุกต์ร่วมกับกิจกรรมสุขสว่างในสร้างสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุในชุมชนของกรมสุขภาพจิตระยะเวลา 6 สัปดาห์ต่อเนื่อง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยอธิบายได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมมีความรู้สึกสบายใจ มีความหวังและความพึงพอใจ เป็นความต้องการทางจิตใจของผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุตระหนักในคุณค่าตนเอง มีการรวมกลุ่มร่วมแบ่งปันประสบการณ์การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจริงจะทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมทางบวก (Positive action) การมองเห็นแหล่งสนับสนุนภายนอกมาช่วยเหลือส่งเสริมให้เกิดความสามารถด้านต่าง ๆ และช่วยเหลือบุคคลอื่นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัชฎาภา สมศรีและพิกุลทอง โมคมูล (2561) ศึกษาผลของกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ต่อความสุขของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลนครพนม พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ มีคะแนนเฉลี่ยระดับความสุขสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ต่อศักดิ์ กาญจนทรัพย์สิน (2561) ศึกษาแบบกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ของกรมสุขภาพจิตที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลโพธิ์ชัย อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดมหาสารคาม พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ พัทรี ฤกษ์แก้ว (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้สูงอายุ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุข 5 มิติ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนความสุขหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุข 5 มิติ มีคะแนนเฉลี่ยความสุขสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมพบว่าหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจมีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม เมื่อพิจารณาด้านความทุกข์ใจหรือความเดือดร้อนของผู้ดูแลพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความทุกข์ใจหรือความเดือดร้อนหลังได้รับโปรแกรมลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรุนแรงผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยอธิบายได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจโดยประยุกต์ใช้ร่วมกับกิจกรรมสุขสว่างในสร้างสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านให้มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกับสมาชิกโดยมีกิจกรรมคิดบวก ผูกสมาธิ ดอกไม้สร้างสุขพบว่ามีส่วนช่วยลดอารมณ์หงุดหงิด ปัญหานอนไม่หลับได้ซึ่งจะชะลอการดำเนินไปเป็นภาวะสมองเสื่อมที่จะนำไปสู่ปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิตที่รุนแรงและเป็นภาระต่อผู้ดูแลได้ จากการศึกษาพบว่าปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิตในผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลและครอบครัว กล่าวคือเมื่อผู้ป่วย

สมองเสื่อมมีปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิตมากขึ้น ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกเป็นภาระสูงมากขึ้นด้วยทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียด ซึ่งเมื่อผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระขึ้นก็จะส่งผลต่อคุณภาพในการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแลตามมา (ประวีณา ศรีบุตรดี, 2566) เช่นเดียวกับการศึกษาของอาทิตยา สุวรรณ และ สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมการกระตุ้นประสาทการรับรู้หลายด้านโดยใช้ดนตรีบรรเลงร่วมกับการปั้นดินน้ำมันและการวาดรูปต่าง ๆ ต่อความสามารถด้านการรู้คิดความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ปัญหาด้านจิตใจ พฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงรุนแรงพบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสัปดาห์ละ 4 ครั้ง ต่อเนื่องระยะเวลา 3 สัปดาห์ มีระดับคะแนนการรู้คิด ความจำ ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันเพิ่มขึ้นและพฤติกรรมก้าวร้าว กระวนกระวายมีระดับคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปได้ว่าโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจต่อความสามารถการรู้คิด สุขภาพจิตและปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม ส่งผลให้ความจำ ความสามารถในการรู้คิด สุขภาพจิตดีขึ้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเมื่อได้รับการกระตุ้นโดยมีกิจกรรมทางสังคมพบว่าช่วยลดอารมณ์หงุดหงิด ปัญหานอนไม่หลับได้ ซึ่งทำให้ผลการทดสอบด้านพฤติกรรมและอาการทางจิตที่เป็นปัญหาลดลงด้วย

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุและทีมหมอครอบครัวเพื่อเยี่ยมบ้าน
2. โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจควรนำไปใช้ในบุคคลที่มีโรคประจำตัว กลุ่มโรคเรื้อรังที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะสมองเสื่อม

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมความสามารถของผู้ดูแลในการแก้ปัญหา พฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมต่อไป
2. โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะทางใจสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมในบริบทอื่นที่ใกล้เคียงกัน
3. สามารถขยายผลการศึกษาโดยนำไปใช้ในการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านความจำในกลุ่มโรคอื่น ๆ เพิ่มเติม ได้แก่ โรคอัลไซเมอร์ โรคสมองเสื่อมจากเส้นเลือดในสมองตีบ

.....

### เอกสารอ้างอิง

- จิตติมา ดวงแก้ว, วาสนา หลวงพิทักษ์, ทิพา มหาพรหม, ชุตติกาญจน์ ฉัตรรุ่ง และ สุภาวดี นพจรจินดา. (2561). การกระตุ้นการรู้คิดสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย : บทความฟื้นฟูวิชาการ. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 15(1), 62-83.
- ชัชฎาภา สมศรี และ พิกุลทอง โมคมูล. (2561). ผลของกิจกรรมสร้าง สุข 5 มิติ ต่อความสุขของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลนครพนม. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม*, 3(2) 3-14.
- ชัชวาล วงศ์สาลี และ ศุภลักษณ์ พันทอง. (2561). ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ : การพยาบาลและการดูแลญาติผู้ดูแล. *วารสารมฉก. วิชาการ*, 22, 166-179.
- คุชฎี อุดมอิทธิพงศ์, พิชญา ชาญนคร, จิตติมา ณรงค์ศักดิ์ และ นภาพิศ ฉิมนาคนบุญ. (2564). การกระตุ้นการรู้คิดสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย : บทความฟื้นฟูวิชาการ. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 15, 62 -83.
- ต่อศักดิ์ กาญจนทรัพย์สิน. (2561). รูปแบบกิจกรรมความสุข 5 มิติของกรมสุขภาพจิตที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ชัย อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดมหาสารคาม (รายงานผลการวิจัย). บุรีรัมย์: มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์.
- ประวีณา ศรีบุตรดี. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมการทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมด้วยโปรแกรม Reducing Disability in Alzheimer (RDAD): กรณีศึกษา 2 ราย. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อม*, 8(2), 330-338.
- พัชรี ฤกษ์แก้ว. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้สูงอายุ. *วารสารวิชาการและวิจัยสังคมศาสตร์*, 13(39), 41-54.
- ไพจิตร พุทธรอด และ กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ. (2564). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า. *วารสารชุมชนวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา*, 15(1), 70-82.
- ภรณ์วิทย์ อนันต์ดีลกฤต. (2564). ภาวะสมองเสื่อม. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 15(37), 392-398.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563*. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลและมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สืบค้นจาก <https://thaitgri.org/?p=40101>
- วิไล คุปต์นิริติชัยกุล. (2561). ความสำคัญของการฟื้นฟูสภาพ. ใน วิไล คุปต์นิริติชัยกุล (บ.ก.). *การฟื้นฟูผู้สูงอายุในปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย* (น. 349-371). กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2564). *ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2564*. สืบค้นจาก <https://ipsr.mahidol.ac.th/>
- สาวิตรี จิระยา, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และ เวทิส ประทุมศรี. (2561). ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความจำในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 26(2), 30-39.

- สุนทรี โอรัตนสถาพร, ฉัตรวรรณ จำปาวัน, สุพัตรา เคนไชยวงศ์ และ รัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ. (2564). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรู้คิดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย. *วารสารชุมชนวิจัยมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา*, 29(3), 189-200.
- สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค และ อาทิตยา สุวรรณ. (2559). ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อความสามารถในการรู้คิดและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุที่เสี่ยงหรือมีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 9(2), 145-158.
- สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2560). *คู่มือวิทยากรจัดกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน*. กรุงเทพฯ: สำนักงานพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *รายงานประจำปี พ.ศ.2565*. สืบค้นจาก <https://eh.anamai.moph.go.th/th/>
- อาทิตยา สุวรรณ และ สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2563). *โครงการวิจัยผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรู้คิดโดยใช้ดนตรีบำบัดต่อความสามารถด้านการรู้คิดปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม* (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยมหาวิทยาลัยรังสิต.
- ไอรดา สายปัญญา. (2565). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมและภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุตำบลนามะเฟือง อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 30(3), 376-386.
- Cusack, S. A., & Thompson, W. J. (1995). *Mental fitness a critical component of healthy aging* (Research Report). Retrieved from [https://summit.sfu.ca/\\_flysystemfedora/sfu\\_migrate/533/GRC\\_058.pdf](https://summit.sfu.ca/_flysystemfedora/sfu_migrate/533/GRC_058.pdf)
- Hessler J. B., Schaufele M., Hendlmeier I., Junge M.N., Leonhardt S., Weber J., & Bickel H. (2018). Behavioral and psychological symptoms in general hospital patients with dementia, distress for nursing staff and complications in care: Results of the general hospital study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(3), 278-287.
- Polit D.F., & Beck T.B. (2004). *Nursing research: Principles and methods*. (7<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sherman DS, Mauser J, Nuno M, & Sherzai D. (2017). The efficacy of cognitive intervention in mild cognitive impairment (MCI): A meta-analysis of outcomes on neuropsychological. *Neuropsychol Rev*, 27(4), 440-484. doi: 10.1007/s11065-017-9363-3.
- Veragiat, S., Pensuksan, W. C., Suvanchot, K. S., Yooyen, C., Chetkhunthod, P., & Sarsanas, P. (2017). Prevalence of dementia and neuropsychiatric symptoms among elderly patients attending outpatient departments of psychiatric hospital in southern Thailand. *Walailak Journal Science and Technology*, 14(1), 43-49.

