

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้สูงอายุ
ที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

The Effectiveness of a Holistic Health Care Program in Older Adults Risking to Dementia

Received: Jan 9, 2019
Revised: Mar 28, 2019
Accepted: Apr 19, 2019

พิศมัย วรรณขาม พย.บ (Pitsamai Wannakham, B.N.S.)¹
สุทธิพร มุลศาสตร์ ส.ด. (Sutteepon Moolsart, Dr.P.H.)²
กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา ปร.ด. (Kitsanaporn Tipkanjanarakha, Ph.D)³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อภาวะสมองเสื่อม ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในอำเภอภูผาจำป จังหัดอุดรธานี จำนวน 50 คน กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power 3.1 สุ่มตัวอย่างแบบง่าย ตามคุณสมบัติที่กำหนดเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 25 คน รวมจำนวน 50 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดตามแบบจำลอง กาย-จิต-สังคม มีระยะเวลา 8 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย (1) การอบรมเชิงปฏิบัติการ การบรรยายให้ความรู้ กิจกรรมกลุ่มฝึกทักษะการบริหารสมอง ฝึกสมาธิและทักษะการเดิน บาสโลป (2) กิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุและแกนนำสุขภาพครอบครัว โดยพยาบาลเวชปฏิบัติร่วมกับอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2) คู่มือการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม 3) สมุดแบบฝึกหัดบริหารสมอง 4) แบบสอบถาม มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .96 และ 1 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราก เท่ากับ .77 และ .76 5) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .96 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราก เท่ากับ .70 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีภาวะสมองเสื่อม ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม, ภาวะสมองเสื่อม, ผู้สูงอายุ

¹นักศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช E-mail: wannakhammai@gmail.com

²Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช E-mail: sutteepon@gmail.com

³อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ E-mail: kitsanaporn.t@bcn.ac.th

^{1,2}Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand

³Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Bangkok, Thailand

Abstract

The purposes of a quasi-experimental study with two-group pre-test and post-test design were to study the effects of a holistic health care program on dementia, health status, and social support of older adult risking to dementia.

The sample was the older adult risking to dementia in Kutchap district, Udonthani province. The sample size total 50 were calculated by G*Power 3.1. The subjects were randomized into the experimental group and comparison group with 25 in each group. The research instruments consisted of 1) the holistic health care program developed based on the concept of bio-psycho-social model. The duration was 8 weeks, and activities consisted of (1) workshop: health education, brain management exercises, meditation practice, and Basalop dancing, (2) home visit for older adult and family health leader by nurse practitioners and elderly caregivers. 2) A handbook of holistic health care for dementia prevention, 3) a brain exercise handbook, and 4) the questionnaire was used. The content validity indexes of health status and social support questionnaire were .96 and 1, and the Cornbrash's alpha coefficients were .77 and .76, respectively. 5) The content validity index of mini-mental state examination-Thai version (MMSE-Thai 2002) was .96, and Cornbrash's alpha coefficient was .70. Data were analyzed by descriptive statistics and t-test.

The study results revealed that after enrolling the holistic health care program, dementia, health status, and social support of elderly risking to dementia in the experimental group were significantly better than before enrolling the program and better than the comparison group at p-value .05.

Keywords: dementia, holistic health care program, older adult

บทนำ

ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกมีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ทำให้โครงสร้างของประชากรทั่วโลกกำลังเปลี่ยนแปลงสู่ภาวะประชากรผู้สูงอายุ (population ageing) โดยพบว่าใน พ.ศ. 2559 ทั่วโลกมีประชากรทั้งหมดประมาณ 7,433 ล้านคน มีประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 929 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.50 ของประชากรทั้งหมด และประชาคมอาเซียนก็กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน ใน พ.ศ. 2559 มีประเทศสมาชิก 3 ประเทศกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ได้แก่ สิงคโปร์ ไทย และเวียดนาม โดยมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 18.70, 16.50 และ 10.70 ตามลำดับ¹

โดยตั้งแต่ พ.ศ. 2548 ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มสถานการณ์ผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งจำนวนและสัดส่วน โดยพบว่าประชากรของประเทศไทยมีอายุมากที่สุดในาเซีย คือ มีอายุ 65 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 7.40 หรือ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 12.00 มีการคาดการณ์ว่าอีก 20 ปีข้างหน้าประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด ซึ่งหมายถึง มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 20.00 ขึ้นไป หรืออาจกล่าวได้ว่าใน พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (aged society) โดยจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 22.90 ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่าตัว²

เนื่องจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยหลายด้าน การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายของแต่ละคนจะเกิดขึ้นไม่เท่ากัน เกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุจะมีสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงดีมาก อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของเพศชายจะเพิ่มเป็น 75 ปี ส่วนเพศหญิงจะเพิ่มเป็น 80 ปี ดังนั้นการที่ประชากรไทยมีชีวิตยืนยาวขึ้นจะเป็นช่วงชีวิตที่มีการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นด้วย³ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างที่สำคัญ ได้แก่ พันธุกรรม โรคหรือความเจ็บป่วยสิ่งแวดล้อมที่ปฏิบัติอยู่ เช่น การรับประทานอาหาร อาชีพ ความเครียด การออกกำลังกาย การพักผ่อน ฯลฯ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคหัวใจและโรคความดันโลหิตสูง ข้อเสื่อม รongลงมา คือ โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ เช่น เบาหวาน ไนมันในเลือดสูง ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปรับตัวได้ไม่ดีนัก อาจเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจควบคุมกันไป เนื่องจากในสภาพการณ์ปัจจุบันสมาชิกในครอบครัวมีภาระต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านเพียงลำพัง รู้สึกโดดเดี่ยว คิดว่าตัวเองด้อยคุณค่า⁴ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา เช่น โรคซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น ซึ่งภาวะเจ็บป่วยเหล่านี้ส่งผลต่อครอบครัวและสังคมโดยรวม โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมซึ่งต้องมีคนดูแลตลอดเวลาทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียรายได้เมื่อต้องมาดูแล และประชากรวัยแรงงานจะมีภาระที่ต้องเกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เนื่องจากอัตราส่วนวัยแรงงานต่อผู้สูงอายุจะมีแนวโน้มลดลง⁵ ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก⁶ ได้ประมาณการไว้ว่าใน พ.ศ. 2563 จะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกจำนวน 40 ล้านคน และใน พ.ศ. 2583 จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นเป็น 81 ล้านคน นักวิชาการคาดการณ์ว่ามีผู้สูงอายุทั่วโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เกิดภาวะสมองเสื่อม 35.6 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในปี พ.ศ. 2573 และ 2593 เป็น 65.7 และ 115.4 ล้านคน ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าอายุที่เพิ่มขึ้นจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมด้วย โดยทุกๆ ปี จะมีผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมรายใหม่เกิดขึ้นจำนวน 4-6 ล้านคน หรือ 1 คนในทุกๆ 7 วินาที⁷ นอกจากนี้ในประเทศไทยยังสำรวจพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในปี พ.ศ. 2559 จะมีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมสูงถึง 617,000 คน และคาดการณ์ว่าใน

พ.ศ. 2580 จะเพิ่มเป็น 1,350,000 คน⁸

ความชุกของภาวะสมองเสื่อม เป็นปัญหาที่พบได้เพิ่มขึ้นตามอายุ โดยความชุกเพิ่มขึ้นสองเท่าทุกๆ อายุที่เพิ่มขึ้น 5 ปี ในผู้ที่อายุเกิน 65 ปีขึ้นไป ซึ่งพบมากในประเทศที่ด้อยพัฒนาหรือกำลังพัฒนา ในประเทศไทยพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประชากรที่อายุมากกว่า 55 ปี ร้อยละ 1.80-2.09 ส่วนในประชากรที่อายุมากกว่า 60 ปี พบความชุกภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 11.40-12.30 โดยแยกเป็นเพศชาย ร้อยละ 8.00-8.90 และเพศหญิง ร้อยละ 13.93-15.00 ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุ 60-69 ปี 70-79 ปี 80 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 7.10, 14.70, 32.50 ตามลำดับ ความชุกของภาวะสมองเสื่อมยังแปรตามระดับการศึกษาและเขตที่อยู่อาศัยโดยพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่รู้หนังสือ มีความชุกของภาวะสมองเสื่อมสูงที่สุด ร้อยละ 26.70 ผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตเทศบาลมีความชุกสูงกว่าผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาล โดยพบร้อยละ 13.60 และ 9.70 ตามลำดับ

แผนยุทธศาสตร์ชาติในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 เน้นการเข้าถึงการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ โรคเรื้อรัง โรคซึมเศร้า และโรคสมองเสื่อม โดยการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม พร้อมให้การดูแลช่วยเหลือทางสังคมและจิตใจแก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหา มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพจิตและเฝ้าระวังปัญหาผ่านกระบวนการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพพระดับตำบล สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สามารถดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ตลอดจนให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีการจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (long term care) มีการนำร่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ มีการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง และมีการจัดระบบบริการด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมแก่ทุกกลุ่ม

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า งานวิจัยที่ศึกษาค้นคว้าในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอย่างแพร่หลาย ส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

ซึ่งผลการศึกษพบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ มีร้อยละ 18.60 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ และจากการศึกษาปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องและเป็นตัวทำนายภาวะสมองเสื่อมได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพหรือโรคประจำตัวและปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม โดยอายุที่เพิ่มมากขึ้นจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นด้วย ส่วนปัจจัยเรื่องเพศพบว่า เพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมได้มากกว่าเพศชาย ทั้งนี้เพราะว่าเพศหญิงมีอายุยืนกว่าเพศชาย หรือมีความผิดปกติของฮอร์โมนร่วมด้วย¹¹ การศึกษาองค์ความรู้ การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมยังมีไม่มากนัก และยังขาดรูปแบบการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการป้องกันและชะลอภาวะสมองเสื่อม งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นด้านการรู้คิดด้านเดียว แต่ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มที่เปราะบาง มีความเสี่ยงในทุกด้านทั้งด้าน กาย-จิต-สังคม ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีตามแบบจำลองกาย-จิต-สังคม (Bio psychosocial model) ของ Spector และ Orrell¹² มาใช้ในการจัดกิจกรรม ให้เกิดการดูแลตนเองและมีเครือข่ายสังคม ครอบครัว เข้ามาร่วมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอันจะนำไปสู่การชะลอความเสี่ยงของสมองและการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรู้คิด สุขภาพแข็งแรงทั้งกาย-จิต-สังคม ทำให้มีความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
3. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะ

สมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีตามแบบจำลองกาย-จิต-สังคม (Bio psychosocial model) ของ Spector และ Orrell¹² แนวคิดนี้เชื่อว่าเมื่อบุคคลเข้าสู่กระบวนการสูงอายุ ร่างกายเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอยลงก่อให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ด้านต่างๆ ของร่างกาย รวมถึงการรู้คิด จิตสังคม เมื่อสูญเสียการรู้คิดมากขึ้นก่อให้เกิดภาวะสมองเสื่อมตามมาและเมื่อเข้าสู่การวินิจฉัย รักษา ภาวะสมองเสื่อม การพึ่งพาครอบครัวและสังคมเพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดการดูแลในระยะยาว และเมื่อระยะของโรครุนแรงยาวนานขึ้นก็จะเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตและทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเสียชีวิตในที่สุด Spector และ Orrell¹² เชื่อว่าการจัดกระทำตามแบบจำลองกาย-จิต-สังคม โดยการจัดกิจกรรมที่เป็นแนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม นำมาจัดทำเป็นแนวปฏิบัติการจัดกระทำทางชีวภาพและจิตสังคม

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ในอำเภอภูดง จังหวัดอุดรธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ยังเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในอำเภอภูดง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 993 คน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในอำเภอภูดง จังหวัดอุดรธานี ซึ่งกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power 3.1 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล ค่า effect size เท่ากับ 0.78 (SD. = 9.47) และค่าแอลฟา (alpha) ที่ .05 ใช้ค่าอำนาจทดสอบ (power) ที่ .95 จากผลการวิจัยของ Sutthisi และ Artitaya¹³ และได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการ

สุ่มอย่างง่าย รวมทั้งหมด 50 คน เป็นกลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 25 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองจำนวน 25 คน เป็นผู้สูงอายุในตำบลเมืองเพีย อำเภอภูคดจับ และกลุ่มเปรียบเทียบ เป็นผู้สูงอายุตำบลปะโค อำเภอภูคดจับ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 25 คน ในการเลือกตำบลปะโค เป็นกลุ่มเปรียบเทียบเนื่องจากเป็นพื้นที่ใกล้เคียงตำบลเมืองเพีย มีความเป็นอยู่วิถีชีวิต และวัฒนธรรมใกล้เคียงกัน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มถูกจับคู่ (match pair) ตัวแปรอายุและปัจจัยเสี่ยง โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้ (1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) (1) ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป (2) ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) และมีคะแนนการคัดกรองเป็นกลุ่มเสี่ยง โดยไม่รวมกลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษาด้วยคือ มากกว่า 17 คะแนน ในผู้ที่เรียนระดับประถมศึกษา และมากกว่า 22 คะแนน ในผู้ที่เรียนมากกว่าระดับประถมศึกษา (3) ไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยได้รับการคัดกรอง 2Q, 9Q ผลปกติ (4) มีคะแนนการคัดกรอง ADL มากกว่า 11 คะแนน (5) สื่อสารด้วยภาษาไทย และสามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินเสียง (6) มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองตีบ หรือมีภาวะอ้วน BMI มากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (7) ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม (2) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้ (1) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ต่อเนื่องตามที่กำหนด (2) มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันเกิดขึ้นระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือการวิจัย มี 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือดำเนินการวิจัยและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ (1) โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลสุขภาพแบบกาย-จิต-สังคม ของ Spector และ Orrell¹² โปรแกรมมีเครื่องมือย่อย จำนวน 3 ชุด ได้แก่ แผนการสอน สไลด์การสอนเรื่อง “ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม” และเรื่อง “การบริหารสมอง” สื่อการสอน วิดีทัศน์เรื่อง “การออก

กำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ” และ “การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ” (2) คู่มือการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม (3) สมุดแบบฝึกหัดบริหารสมอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม มีแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และ การออกกำลังกาย โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิด ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพ (General Health Questionnaire) ฉบับภาษาไทยสำหรับ Thai GHQ-30 เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ขอใช้ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่พัฒนามาจาก GHQ ของ Goldberg (1972)¹⁴ สามารถคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตได้ดีโดยบอกได้ว่าบุคคลนั้นจะมีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกการวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคทางจิตเวชชนิดใด แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงสภาวะสุขภาพของท่านในระยะสองสัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันว่าเป็นอย่างไร โดยข้อคำถามของ Thai GHQ ที่นำมาใช้เป็นข้อคำถาม 30 ข้อ ครอบคลุมปัญหาใหญ่ๆ 4 ด้าน คือ ความรู้สึกไม่มีความสุข (Unhappiness) ความวิตกกังวล (Anxiety) ความบกพร่องเชิงสังคม (Social impairment) และความคิดว่ามีโรคทางกายโรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรค (Hypochondriasis) ใช้จุดตัดคะแนนต่ำ 3/4 โดยคะแนนตั้งแต่ 4 ขึ้นไปถือว่าผิดปกติ การให้คะแนนของ GHQ Goldberg คิดคะแนนแบบมาตรฐานค่า rating scale (0-0-1-1)

ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดของ House¹⁵ ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับการเอาใจใส่เมื่อประสบปัญหา แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุ สิ่งของ และแรงงาน มีจุดประสงค์เพื่อใช้วัดความรู้สึกผู้สูงอายุต่อการได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวและชุมชน เป็นลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) จำนวน 12 ข้อ มี 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด ค่อนข้างน้อย

ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยให้เลือกระดับความคิดเห็นที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .96-1 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .70-79 (2) เครื่องมือตรวจประเมินร่างกาย ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ ชนิดพกพา สายวัดรอบเอว เครื่องชั่งน้ำหนัก และที่วัดส่วนสูง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาในครั้งนี้ได้รับเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมศาสตร์ เลขที่อนุมัติ 22/2561 ณ วันที่ 24 กรกฎาคม 2561 ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้ลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยก่อนเริ่มเก็บข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง

1. ระยะก่อนการทดลอง การประเมินผลก่อนทดลอง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดของการเข้าร่วมโปรแกรมและให้กลุ่มตัวอย่างเช่นในยินยอมเข้าร่วมการวิจัยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

2. ระยะดำเนินการทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 อบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 บรรยายเรื่อง “ความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุและความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม” “การบริหารสมองและการกระตุ้นการรู้คิดกิจกรรมกลุ่มเรื่อง “การบริหารสมอง” ฝึกทักษะการบริหารสมองการจดจำและการคิดคำนวณ การจดจำ และการสื่อสารใช้ภาษา ฝึกทักษะการบริหารสมอง อบรม 3 ชั่วโมง ฝึกกิจกรรมที่บ้านเองทุกวัน

สัปดาห์ที่ 2 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ประกอบด้วยการติดตามเรื่องการฝึกบริหารสมองและการออกกำลังกาย ดูปันทีกสมุดแบบฝึกหัดบริหารสมอง ให้แกนนำสุขภาพครอบครัวผู้สูงอายุสอนทักษะการบริหารสมองให้แกนนำสุขภาพครอบครัวให้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุทบทวนทำบริหารสมองให้ผู้สูงอายุและแกนนำสุขภาพครอบครัว ให้แกนนำสุขภาพครอบครัวกระตุ้นให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตาม แนะนำและสาธิตเรื่องการฝึก

สมาธิให้แกนนำสุขภาพครอบครัว ให้ผู้สูงอายุและแกนนำสุขภาพครอบครัวปฏิบัติการฝึก

สัปดาห์ที่ 4 อบรมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 2 ประกอบด้วยกิจกรรมนันทนาการเพื่อกระชับความสัมพันธ์ กิจกรรมกลุ่มเรื่อง “อดีตชีวิตของฉัน” ให้ทุกคนเขียนประวัติตามแบบฟอร์มที่แจก ฝึกทักษะการเล่าประวัติหรือความทรงจำ การเผชิญปัญหาให้เพื่อนในกลุ่มฟังและให้ทุกคนเปลี่ยนกันเล่าเรื่องให้ครบทุกคนกิจกรรมกลุ่มเรื่อง “การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ” ชมวีดิทัศน์ “การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ” ฝึกทักษะการทำสมาธิ ทบทวนการบริหารสมอง ฝึกการออกกำลังกายด้วยการเดินบาสโลป

สัปดาห์ที่ 6 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ทีมผู้วิจัยเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดตามการทำกิจกรรมบริหารสมอง การออกกำลังกาย และการทำสมาธิ ติดตามการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะการจัดบ้านสำหรับผู้สูงอายุ โดยแกนนำสุขภาพครอบครัว ผู้สูงอายุ ร่วมกับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ช่วยกันจัดบ้านให้เหมาะสม ทบทวนฝึกทักษะการทำสมาธิและการบริหารสมอง ผู้สูงอายุและแกนนำสุขภาพครอบครัวร่วมกันทบทวนการฝึกทักษะ การออกกำลังกาย โดยมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุช่วยในการทำกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 8 สรุปผลการจัดการตนเองในเรื่องการดูแลสุขภาพของสมาชิกในกลุ่ม ที่เกิดขึ้นในการเข้าร่วมโปรแกรม วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคพร้อมทั้งเสนอแนะข้อที่ควรปรับปรุงแก้ไขประกอบด้วยกิจกรรมการบริหารสมอง การทำสมาธิ การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพ กาย-จิต-สังคม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การนันทนาการ ออกกำลังกายด้วยการเดินบาสโลป

สัปดาห์ที่ 3 5 7 ให้ผู้สูงอายุฝึกกิจกรรมเองที่บ้าน และทำกิจกรรมบริหารสมองในสมุดการบ้าน โดยมีผู้ดูแลและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุไปช่วยแนะนำการทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 3 วัน

3. ระยะหลังการทดลอง การประเมินผลหลังทดลอง ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

กลุ่มเปรียบเทียบ

สัปดาห์ที่ 1 ประชุมชี้แจงการจัดทำโปรแกรมการ

ดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม และให้กลุ่มเปรียบเทียบตอบแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสมองเสื่อม

ลัปดาห์ที่ 8 ตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและแจกคู่มือการป้องกันภาวะสมองเสื่อม บรรยายและสาธิต การฝึกบริหารสมอง การฝึกสมาธิ สาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย ด้วยการเดินบาสโลบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics)
2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติ Independent t-test

โดยมีการทดสอบการกระจายแบบโค้งปกติของตัวแปรก่อนทดลองตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.00 กลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.00 กลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 71 ปี (SD. = 6.48) กลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุเฉลี่ย 70 ปี (SD. = 5.36) กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 96.00 กลุ่มทดลองมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 56.00 กลุ่มเปรียบเทียบมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 68.00 ทั้งสองกลุ่มไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้ของ

ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5,000 บาท กลุ่มทดลอง ร้อยละ 88.00 กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 92.00 ที่มาของรายได้มาจากเบี้ยผู้สูงอายุ และบุตรหลานให้ ข้อมูลสุขภาพและการออกกำลังกายที่ใกล้เคียงกัน ดังนี้ 1) มีญาติสายตรงเป็นภาวะสมองเสื่อม กลุ่มทดลอง ร้อยละ 100.00 และกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 84.00 2) โรคประจำตัว กลุ่มทดลองมีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.00 และกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 80.00 3) การออกกำลังกายส่วนใหญ่ออกกำลังกาย กลุ่มทดลอง ร้อยละ 96.00 กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 54.00

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยภาวะสมองเสื่อมโดยรวมของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมีค่าเฉลี่ยภาวะสมองเสื่อมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน ดังตารางที่ 1
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปกติ ซึ่งผลดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน ดังตารางที่ 2
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมหลังเข้าร่วมโปรแกรมดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ภาวะสมองเสื่อม	n	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		Paired t-test	p-value
		Mean	SD.	Mean	SD.		
กลุ่มทดลอง	25	19.98	3.23	23.56	3.51	6.719	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	25	19.80	3.17	19.72	2.79	.700	.491
Independent t-test		t=5.75, p= .191		t=3.99, p< .001			

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของภาวะสุขภาพระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ภาวะสุขภาพ	n	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			Paired t-test	p-value
		Mean	SD.	ระดับ	Mean	SD.	ระดับ		
กลุ่มทดลอง	25	1.84	6.69	ปกติ	1.07	4.98	ปกติ	3.119	< .001
กลุ่มเปรียบเทียบ	25	5.62	11.62	ผิดปกติ	5.41	12.11	ผิดปกติ	.565	.456
Independent t-test		t= 1.831, p< .682		t= 45.48, p< .001					

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคม ในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

การสนับสนุนทางสังคม	n	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			Paired t-test	p-value
		Mean	SD.	ระดับ	Mean	SD.	ระดับ		
กลุ่มทดลอง	25	3.62	1.19	มาก	4.76	0.19	มากที่สุด	6.719	< .001
กลุ่มเปรียบเทียบ	25	3.53	1.40	มาก	3.37	0.78	ปานกลาง	1.130	.267
Independent t-test		t= .011, p=.917		t= 8.83, p< .001					

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยภาวะสมองเสื่อมโดยรวมของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมีค่าเฉลี่ยภาวะสมองเสื่อมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เนื่องจากกิจกรรมการฝึกสมองจากเกมลับสมองในสมุดที่บ้านและทำบริหารสมองในกิจกรรมการฝึกสมองที่มีการฝึกและกระตุ้นอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของ Spector และ Orrell¹² เชื่อว่าการจัดกระทำตามแบบจำลองกาย-จิต-สังคม โดยการจัดกิจกรรมที่เป็นแนวปฏิบัติ ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม นำมาจัดทำเป็นแนวปฏิบัติการจัดกระทำทางชีวภาพและจิตสังคม โดย 1) การจัดกระทำทางจิตสังคม (Psychosocial interventions) ประกอบด้วย การจัดกระทำทางพุทธิปัญญา ได้แก่ การกระตุ้นการรู้คิด การจัดกระทำทางพฤติกรรม การจัดกระทำทางสังคม เช่น การสนับสนุนผู้ดูแล การมีเพื่อนช่วย และการกระตุ้นประสาทสัมผัสในทุกด้าน และให้ความสำคัญกับการกระตุ้น

สมองด้วยการกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive stimulation therapy, CST) ในการบริหารสมอง 2) การจัดกระทำทางชีวภาพ (Biological interventions) ประกอบด้วย การยับยั้งสารโคโรสทิน เครื่องช่วยประสาทสัมผัส เช่น การสวมแว่น การออกกำลังกาย การช้ยา เช่น ยาต้านเศร้า การใช้ยารักษาอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย ในการศึกษาครั้งนี้มีการจัดกระทำทางจิตสังคม ได้แก่ การกระตุ้นประสาทสัมผัสโดยการทำกิจกรรมกลุ่ม การกระตุ้นการรู้คิดโดยฝึกทักษะการคิดด้านความจำ การมีสมาธิจดจ่อ การคิดคำนวณ และการใช้ภาษา โดยทำกิจกรรมกลุ่มและกระตุ้นอย่างต่อเนื่องที่บ้าน การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาและการสื่อสาร โดยทำกิจกรรมกลุ่มและติดตามโดยการเยี่ยมบ้าน การสร้างเครือข่ายโดยการทำกิจกรรมกลุ่ม การให้ความรู้ในการดูแลแก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) โดยการเยี่ยมบ้าน และการกระตุ้นให้ครอบครัวปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Rachanee¹⁶, Sutthisi และ Artitaya¹³ ซึ่งพบว่าการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง (Reality orientation therapy; ROT) และการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิดช่วยให้ภาวะ

สมองเสื่อมดีขึ้น

2. การศึกษาพบว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปกติ ซึ่งมีคะแนนรวมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ในการศึกษาครั้งนี้ได้จัดกิจกรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลสุขภาพ โดยการจัดกิจกรรมการฝึกสมาธิและการเจริญสติ การทำกลุ่มและการออกกำลังกายโดยการเดินบาสโลป ทำให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาสุขภาพให้แข็งแรงทั้งด้านร่างกายจิตใจ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Lutfi, Plermpit และ Wipawee¹⁷ ศึกษาผลของโปรแกรมฝึกสมองตามหลักปรัชญามอนเตสซอร์บนฐานวิถีชีวิตมุสลิมต่อการเสริมสร้างพุทธิปัญญาในผู้สูงอายุมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมด้านประสาทสัมผัส ด้านวิชาการ และด้านการเคลื่อนไหว กลยาพรนันท์ชัย¹⁸ ซึ่งได้นำแนวคิดหลักปรัชญามอนเตสซอร์รี่ จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความจำในผู้สูงอายุ โดยแบ่งการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านประสบการณ์ชีวิต เพื่อคงการทำกิจกรรมในลักษณะที่ผู้สูงอายุเคยปฏิบัติ 2) ด้านประสาทสัมผัส เพื่อเชื่อมโยงการรับรู้ความรู้สึกไปยังสมองและสะท้อนออกมาเป็นการแสดงออก 3) ด้านวิชาการโดยการฝึกการคิดคำนวณ และ 4) ด้านการเคลื่อนไหวเชื่อมโยงความคิดออกมาเป็นการกระทำในรูปแบบการเคลื่อนไหว นอกจากนี้ยังพบว่าผลการศึกษาของ Spector, Orrell, Aguirre, Hoare, Woods และ Streater¹⁹ ได้ทำกิจกรรมกลุ่มแต่ครั้งเดียว กิจกรรมอ่อนเครื่อง คือ การออกกำลังกายเบาๆ ก่อนเริ่มต้นทำกิจกรรมอื่นๆ ที่กระตุ้นการรู้คิด และการกระตุ้นประสาทรับรู้สัมผัสหลายๆ ทาง (multi-sensory) ร่วมด้วยในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นเวลา 7-8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง พบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรม CST มีคะแนนการรู้คิดที่วัดโดย MMSE และ ADAS-Cog (Alzheimer's Disease Assessment Scale- Cognition) และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sorutra, Weena และ Sutham²⁰ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การออกกำลังกาย การทำกิจกรรมกลุ่ม ผลการศึกษา พบว่า ทำให้เกิด

การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ Jaroonsak²¹ ได้ศึกษาโปรแกรมการออกกำลังกาย ด้วยการเดินบาสโลป และการเดินไลน์แดนซ์ ที่มีผลต่อความดันโลหิต ความอดทนของระบบไหลเวียนเลือดและการหายใจ การทรงตัว และการรู้คิดของผู้สูงอายุ

3. การศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายช้อของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer, Coyne และ Lazarus²² โดยได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ ได้แก่กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์และการเดินบาสโลปประกอบเพลง การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านสิ่งของ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้จัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นการสนับสนุนทางสังคม ดังต่อไปนี้ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) โดยทำกิจกรรมกลุ่ม การให้ความสำคัญกับผู้เข้าร่วมกลุ่มทุกคนเท่าเทียมกันเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกว่าได้ได้รับความรักหรือความเอาใจใส่ มีการจัดกิจกรรมที่ต่อเนื่องในชุมชน มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุมาช่วยดูแลและสนับสนุนการทำกิจกรรมในชุมชน ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน จัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน มีการรวมกลุ่มเดินบาสโลป รวมกลุ่มฝึกสมอง 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) โดยทำกิจกรรมกลุ่ม ให้การช่วยเหลือ โดยการให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การปฏิบัติตน การช่วยเหลือโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในการนัดทำกิจกรรม การเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรมและให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการปฏิบัติตนของบุคคล 3) การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มให้อุปกรณ์ในการกระตุ้นสมองด้วยแบบฝึกหัดบริหารสมอง และการให้การบริการในการออกไปช่วยฝึกสมองในชุมชนโดยเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sorutra, Weena และ Sutham²⁰ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

ในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมมีความจำที่ดีขึ้น

สรุปได้ว่า โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อภาวะสมองเสื่อม ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม โดยการจัดกิจกรรม 1) การจัดกระทำทางจิตสังคม ได้แก่ การกระตุ้นประสาทสัมผัสโดยการทำกิจกรรมกลุ่ม การกระตุ้นการรู้คิดโดยฝึกทักษะการคิดด้านความจำ การมีสมาธิจดจ่อ การคิดคำนวณ และการใช้ภาษา โดยทำกิจกรรมกลุ่มและกระตุ้นอย่างต่อเนื่องที่บ้าน การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาและการสื่อสาร โดยทำกิจกรรมกลุ่มและติดตามโดยการเยี่ยมบ้าน การสร้างเครือข่าย โดยการทำกิจกรรมกลุ่ม การให้ความรู้ในการดูแลแก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) โดยการเยี่ยมบ้าน และ 2) การจัดกระทำทางชีวภาพ (Biological interventions) ได้แก่ การออกกำลังกายด้วยการเดินบาสโลป การป้องกันด้านชีวภาพ ทำให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมมีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ทำให้ผลการทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นดีขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลกับผู้สูงอายุอื่นที่บริบทใกล้เคียงกัน
2. โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับประชาชนทั่วไปและเป็นแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการเสื่อมถอยอื่นๆ เช่น ภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ใช้ระยะเวลาทำการทดลอง 8 สัปดาห์ ซึ่งพบว่า มีผลคะแนนทดสอบภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มระยะเวลาของโปรแกรมให้ยาวนานขึ้นมากกว่าเดิม
2. โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ควรกำหนดช่วงอายุในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งช่วงอายุไม่ห่างเกินไป
3. โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ควรนำไปศึกษาในบุคคลที่มีโรคประจำตัวอื่นๆ กลุ่มโรคเรื้อรัง ที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

References

1. Thai Elderly Research and Development Institute Foundation. Guide to Preventing Alzheimer's Disease in the Elderly, Nonthaburi: The Fairy Caravan Co., Ltd.; 2016. (in Thai).
2. Bureau of Mental Health Promotion and Development, Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Instructor's Guide 5 Dimensional Happiness Activities for Seniors in Nonthaburi Community: Office Printing National Buddhism; 2017. (in Thai).
3. Wiphan P. "Overview of Thai seniors" in reviewing and synthesizing knowledge Thai elderly 2002-2007. Bangkok: Foundation for Research and Development Institute Thai Elderly (M.Sc.); 2009. (in Thai).
4. Wikipedia. Dementia. Available from https://en.wikipedia.org/wiki/Dementia/dementia_2012041; 2015.

5. Napas K, Benjaporn S. Integrated Elderly Health Care, Bangkok: Veterans Organization Publishing House under Royal Patronage; 2011. (in Thai).
6. World Health Organization. Dementia cases set to triple by 2050 but still largely ignored. Retrieved from http://www.who.int/media centre/news/releases/2012/dementia_2012041_1/en/;2012.
7. Neurology Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Guidelines for brain practice Decay. Bangkok: Thanaphan; 2014
8. Thai Elderly Research and Development Institute Foundation (PSU). The situation of Thai elderly in 2014. [Internet] [Quote on January 18, 2016]. Available From: <http://www.thaigri.org/>;2014.
9. Phawute M., Surin S. Thailand Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2010; (2)101-110 (in Thai).
10. Artitaya S, Sutthisi T. The effect of the cognitive stimulation program cognitive ability And the ability to do daily activities In the elderly risk or alzheimer's disease. Journal of the Thai Red Cross Society 2015.9(2):45-58. (in Thai).
11. Whanlaw N. Alzheimer's disease: The most common dementia in the elderly and trends disease situation in Thailand. Available from <http://www.bangkokhealth.com.>;2012.
12. Spector A, Orrell M, Using a biopsychosocial model of dementia as a tool to guide clinical practice International Psychogeriatric 2010; 22:6:957-65.
13. Sutthisi T, Artitaya S, Effects of a cognitive stimulation program on the cognitive abilities and ability to perform the activities of daily living in elders who are at risk of or have dementia. Thai Red Cross Nursing Journal 2016;9(2):145-58. (in Thai).
14. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. Maudsley Monograph No 21. London: Oxford University Press, 1972
15. House JS. Work stress and social support. Reading, MA: Addison- Wesley. 1981.
16. Rachanee N. Rehabilitation of elders with dementia. Journal of Academic Affairs 2010;14(27): 137-50. (in Thai).
17. Lutfi S, Plernpit T, Wipawee K. The results of the Montessori philosophy training program based on the Muslim way of life on the enrichment of cognition in elderly Muslims with dementia risk groups. Princess of Naradhiwas University Journal, 2016.8(2):16-27. (in Thai).
18. Kalaya P, Rawiwan N, Khamkaew K. The efficacy of memory training using motessori philosophy – based activities in mild dementia elderly. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2009;54(2):197 -201. (in Thai).
19. Spector A, Orrell M, Aguirre P, Hoare R, Woods B, Streater AE, et al. Maintenance cognitive stimulation therapy for dementia: single-blind, multicentre, pragmatic randomized controlled trial. Br J Psychiatry 2014;204(6):454-61.

20. Sorutra H, Weena T, Sutham N. The results of the promotion program Elderly health at risk of dementia in the community by participation of Family. *Journal of Public Health Nursing* 2017;31(1):110-28. (In Thai).
21. Jaroonsak P. The development of baslop dancing and line dancing exercise program on blood pressure cardiorespiratory endurance system and balance of elderly persons in the elderly society of nongkhai manicipality. *Science, Khon Kaen University* 2018;41(1):101-17. (in Thai).
22. Schaeffe C, Coyne JC, Lazarus RS. The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine* 1981;4(4):381-405.