



ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อ
การรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง

สาธิตา สืบทายาท

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อ
การรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง



สาริตา สืบทายาท

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

THE EFFECT OF COGNITIVE STIMULATION PROGRAM INTEGRATED WITH
FAMILY PARTICIPATION ON COGNITIVE FUNCTION OF HMONG OLDER ADULT



SATHITA SUEPTHAYAT

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR MASTER DEGREE OF NURSING SCIENCE
IN GERONTOLOGICAL NURSING
FACULTY OF NURSING
BURAPHA UNIVERSITY

2025

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ สาธิตา สืบทายาท ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิชรา ตามบุตรวงศ์)

..... ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญ โยภาสกุล)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิชรา ตามบุตรวงศ์)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิดาคุณฎี ทูลศิริ)

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัย
บูรพา

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิทวัส แจ่มเยี่ยม)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

64910011: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้สูงอายุ; พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง, ภาวะสมองเสื่อม, การรู้คิด, โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด, การมีส่วนร่วมของครอบครัว

สาธิตา สืบทายาท : ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อ การรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง. (THE EFFECT OF COGNITIVE STIMULATION PROGRAM INTEGRATED WITH FAMILY PARTICIPATION ON COGNITIVE FUNCTION OF HMONG OLDER ADULT) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: พรชัย จุลเมตต์, วัชรา ตาบุตรวงศ์ ปี พ.ศ. 2568.

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหากไม่ได้รับการดูแลเพื่อชะลอการเสื่อมของสมองทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น การวิจัยกึ่งทดลองนี้ (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการรู้คิดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง จำนวน 60 คน ศึกษากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองจะได้รับ โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว 14 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 7 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลแบบปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย 2002 (MMSE-Thai 2002) โดยประเมินการรู้คิดของกลุ่มตัวอย่างก่อนทดลองและหลังทดลองเสร็จสิ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรู้คิดหลังการทดลองของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดหลังการทดลองของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรร่วมโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวไปใช้เพื่อเพิ่มหรือคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการทำงานของสมองและคงไว้ซึ่งระดับการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

64910011: MAJOR: GERONTOLOGICAL NURSING; M.N.S. (GERONTOLOGICAL NURSING)

KEYWORDS: HMONG OLDER ADULT/ DEMENTIA/ COGNITIVE FUNCTION/
COGNITIVE STIMULATION PROGRAM/ FAMILY PARTICIPATION

SATHITA SUEPTHAYAT : THE EFFECT OF COGNITIVE STIMULATION PROGRAM INTEGRATED WITH FAMILY PARTICIPATION ON COGNITIVE FUNCTION OF HMONG OLDER ADULT. ADVISORY COMMITTEE: PORNCHAI JULLAMATE, Ph.D. WATCHARA TABOOTWONG, Ph.D. 2025.

The older adult with dementia, if they do not receive care to slow the deterioration of the brain, the severity of the disease increases. This quasi-experimental research aimed to investigate the effects of cognitive stimulation program integrated with family participation on cognitive in 60 Hmong older adult, randomly assigned into experimental and control group equally. The experimental group received the 14-session programmed ran twice a week for 45-60 min per session over 7 weeks, while the control group received a usual care. Instruments used consists of The Demographic Data Questionnaire, MMSE-Thai 2002, and CST program integrated with family participation program. Data collection was performed at prior to and the end. Descriptive statistics, Paired t-tests and Independent t-tests were computed for data analysis.

The results of the study showed that the mean score of the cognitive of the experimental group post intervention was significantly higher than that of the control group ($p < .001$) and the mean score of the experimental group during the pre-test and post-test were significantly different ($p < .001$).

This results of this study suggested that nurses and healthcare professionals should implement this intervention to increase or maintain the efficiency of brain function and cognitive older adult with dementia.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ดร. วัชรดา ตาบุตรวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ให้คำแนะนำชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในทุกขั้นตอนของการวิจัย รวมทั้งให้กำลังใจ จนวิทยานิพนธ์เสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์ทั้งสองท่านอย่างสูงยิ่งมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบปากเปล่าทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าของท่านในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย รวมทั้งข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยเพื่อให้เครื่องมือวิจัยมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณทุนสนับสนุนวิทยานิพนธ์จาก The Rosenberg Gerontological Nursing Scholarship ที่กรุณามอบทุนสนับสนุนเพื่อใช้ในการดำเนินการวิทยานิพนธ์นี้ให้สำเร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข็กน้อย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกท่าน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลอย่างดียิ่ง รวมถึงนายกและเจ้าหน้าที่ในองค์การบริหารส่วนตำบลเข็กน้อยทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกสถานที่ในการดำเนินวิจัย ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ และขอบคุณผู้ช่วยวิจัยที่กรุณาให้ความช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณทุกคนในครอบครัวที่ให้กำลังใจ อำนวยความสะดวก และให้การสนับสนุน จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาและความปรารถนาดีของทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้ คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์นี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตาแต่บุพการี บุรพอาจารย์ ผู้มีพระคุณ และผู้สูงอายุทุกท่านซึ่งมีส่วนร่วมในวิทยานิพนธ์นี้

สาธิตา สืบทายาท

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
สมมติฐานของการวิจัย.....	7
กรอบแนวคิดของการวิจัย	7
ขอบเขตของการวิจัย	10
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
ภาวะสมองเสื่อม	13
กลุ่มชาติพันธุ์ม้ง.....	29
แนวคิดการกระตุ้นการรู้คิด.....	35
แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว.....	46
การบูรณาการแนวคิดการกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว.....	50
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	57

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	57
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	60
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	67
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	68
การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล	69
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	89
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	90
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	90
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	90
ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม ทดลอง	93
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดในระยะก่อนทดลองและหลังทดลองระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม.....	94
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล.....	96
สรุปผลการวิจัย	96
การอภิปรายผลการวิจัย.....	97
ข้อเสนอแนะ	101
บรรณานุกรม	103
ประวัติย่อของผู้วิจัย	117
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย.....	118
ภาคผนวก ข การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.7	120
ภาคผนวก ค เอกสารอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย	122
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง	128
ภาคผนวก จ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	134

ภาคผนวก ฉ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง	137
ภาคผนวก ช เครื่องมือกำกับการทดลอง	141
ภาคผนวก ซ เอกสารแสดงการแจ้งข้อมูลลิขสิทธิ์.....	145
ภาคผนวก ฅ เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	147
ภาคผนวก ญ เอกสารผลการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์.....	154
ภาคผนวก ด ประกาศนียบัตรอบรมการฝึกการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิด	156

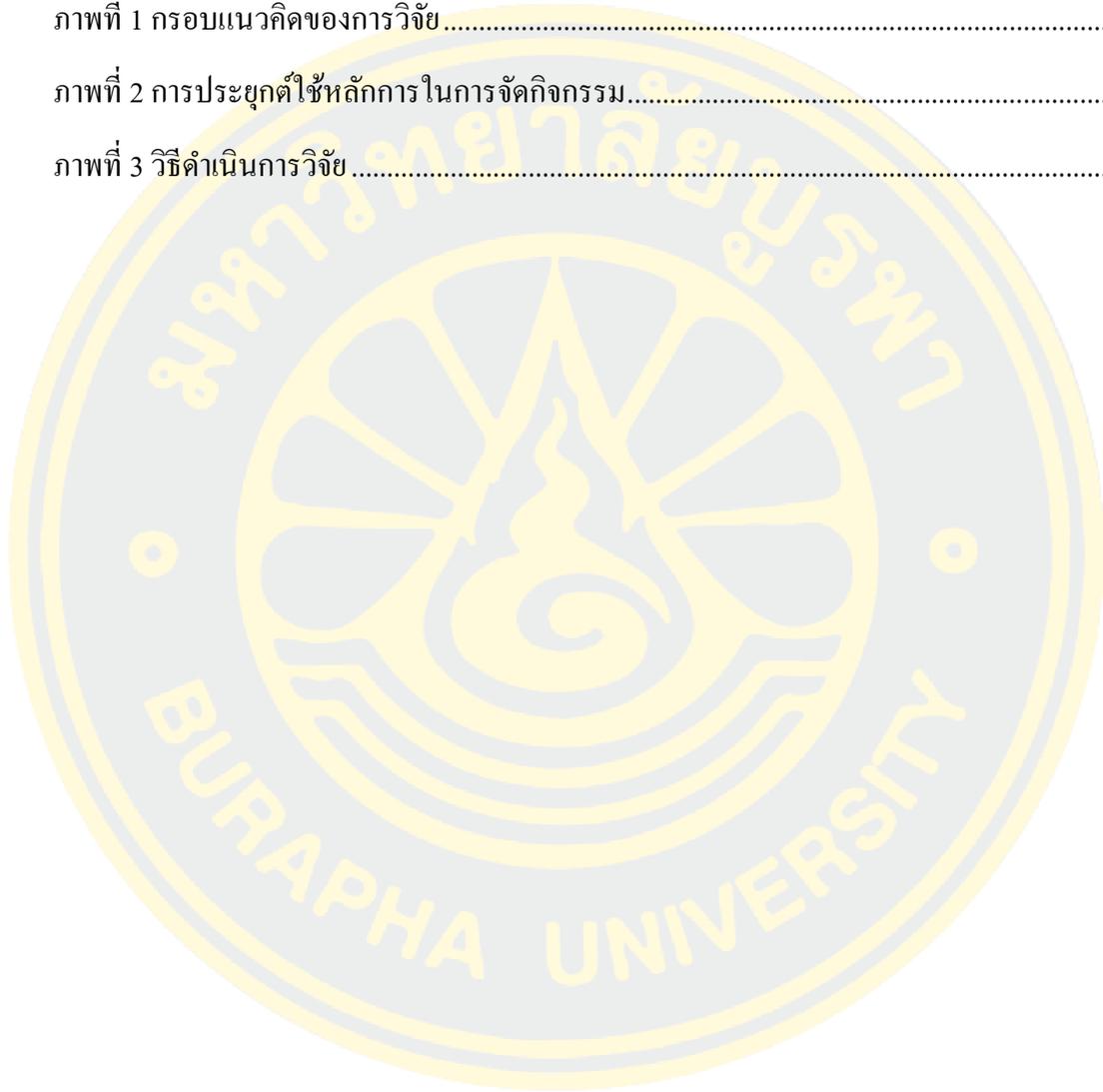


สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่มีการศึกษาในประเทศไทย.....	24
ตารางที่ 2 รูปแบบการจัดกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด	53
ตารางที่ 3 การจัดกิจกรรมโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว.....	73
ตารางที่ 4 จำนวนความถี่ ร้อยละ และ Chi-square ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 59).....	90
ตารางที่ 5 คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรู้คิดของ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 59).....	92
ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดก่อนและหลังการ ทดลองในกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired t-test (n = 30).....	93
ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดก่อนและหลังการ ทดลองในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test (n = 29).....	94
ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดในระยะก่อนทดลองระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 59).....	94
ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดในระยะหลังทดลองระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 59).....	95

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย.....	9
ภาพที่ 2 การประยุกต์ใช้หลักการในการจัดกิจกรรม.....	56
ภาพที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	88



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประชากรทั่วโลกมีอายุยืนยาวมากขึ้นเนื่องจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2563) โดยพบว่าในปี ค.ศ. 2020 ทั่วโลกมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็น 1 พันล้านคน และคาดว่าในปี ค.ศ. 2050 จะเพิ่มขึ้นเป็น 2.1 พันล้านคน (World Health Organization [WHO], 2022) ในประเทศไทย พบว่า ปี พ.ศ. 2565 มีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งหมด 12,116,199 คน คิดเป็นร้อยละ 18.3 ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565) และคาดว่าในอีก 20 ปีข้างหน้าประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีอัตราการเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 4 ต่อปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย [มส.ผส.], 2563) การที่ผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้นย่อมมีการเปลี่ยนแปลงตามวัย ในทางที่เสื่อมลงซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ (จตุพร แพงจักร และระพีพรรณ ชมแผน, 2565) โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและหน้าที่ของระบบประสาท พบว่า เซลล์สมองมีจำนวนลดลงทำให้ปริมาตรและน้ำหนักของสมองลดลง นอกจากนี้ยังมีการตายเซลล์ประสาททำให้เกิดการฝ่อของสมอง (Brain atrophy) ขณะเดียวกันสารสื่อประสาท และ Receptors ที่สมองลดลง เนื่องจากการตายของเซลล์ประสาทส่งผลกระทบต่อการทำงานของประสาทซ้าลง ทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงการรู้คิด ความจำ และมีภาวะสมองเสื่อมได้ ซึ่งภาวะสมองเสื่อมมีโอกาสเกิดตามอายุที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 5 ปี (GBD 2019 Dementia Fore-casting Collaborators, 2022; รัตริ สุตทรวง และ จุไรพร สมบุญวงศ์, 2532; ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, 2561; Peters, 2006; Anderton, 2002)

จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า มีประชากรที่มีภาวะสมองเสื่อมมากกว่า 55 ล้านคนทั่วโลก และทุกปีจะพบว่ามีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมรายใหม่เกิดขึ้นประมาณ 10 ล้านคน จากสัดส่วนการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุในแต่ละประเทศ คาดว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นเป็น 78 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 และ 139 ล้านคนในปี ค.ศ. 2050 (WHO, 2022) ส่วนในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก พบว่า มีจำนวนผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเป็น 23 ล้านคนในปี พ.ศ. 2558 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 71 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2573 (Alzheimer's Disease International [ADI], 2014) และในประเทศไทย พบว่า ปี พ.ศ. 2563 มีผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด 651,950 คน (มส.ผส., 2563) และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1,117,000 คนในปี พ.ศ. 2573 (ADI, 2014) ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงาน

ของสมองทำให้การรู้คิดและความจำบกพร่อง มีพฤติกรรมหลงลืม ไม่สามารถคำนวณตัวเลขได้ ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง มีความบกพร่องในการใช้ภาษาและการตัดสินใจที่ช้าลง นอกจากนี้ภาวะสมองเสื่อมยังส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน และความสามารถในการเข้าสังคมหรือการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง (ADI, 2021; WHO, 2022; ลิววรรณ อุณนาภิรักษ์, 2553; ปณิตา ลิมปะวัฒนะ, 2561; ภริญวิทย์ อนันต์คิลกฤทธิ, 2564)

การเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พบว่า อายุที่เพิ่มมากขึ้นเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด (WHO, 2022) นอกจากนี้ยังพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การใช้จ่าย การรับประทานอาหาร การดื่มสุรา สูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การแยกทางสังคม ความเครียดก็เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม การสูญเสียการได้ยินในวัยกลางคน พันธุกรรม โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะซึมเศร้า และภาวะสับสนเฉียบพลัน (McCullagh et al., 2001; Yaffe, 2018; Chen et al., 2009; สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2561; ภริญวิทย์ อนันต์คิลกฤทธิ, 2564) เช่นเดียวกันกับผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมเนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับอายุที่เพิ่มขึ้น การเจ็บป่วยเรื้อรัง และ การศึกษาน้อยหรือไม่ได้รับการศึกษา (Jingjing & Onkam, 2021) จากปัจจัยดังกล่าวอาจจะเป็นปัจจัยหลักต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้สำรวจด้วยแบบทดสอบสมองเสื่อม TMSE กับผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากได้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนจังหวัดตากจำนวน 331 คน พบภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด 266 คน และในจังหวัดเพชรบูรณ์จำนวน 212 คน พบภาวะสมองเสื่อมจำนวน 199 คน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงควรได้รับการป้องกันหรือการดูแลเพื่อชะลอการเสื่อมของสมอง แต่จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งมีภาษาพูด วัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ พิธีกรรม และการละเล่นที่มีเอกลักษณ์เฉพาะ (ปิยฉัตร อุดมศรี และทิพวรรณ ทังม้งมี, 2564) แม้ศูนย์สาธารณสุขได้มีการจัดเจ้าหน้าที่เข้าไปดูแลแต่มีอุปสรรคในเรื่องภาษา (นฤมล รัตนสุวรรณ, 2562) และการขาดแคลนเจ้าหน้าที่ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ 1 คน ต้องรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ 150 คน การดูแลส่วนใหญ่จึงมีรูปแบบการตั้งรับ และการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุส่วนใหญ่เน้นการดูแลโรคเรื้อรังเป็นหลัก ทำให้การคัดกรอง การให้การดูแลไม่ครอบคลุมในส่วนของ การป้องกันภาวะสมองเสื่อมหรือชะลอสมองเสื่อมให้กับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ และไม่ได้มีการดูแลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับภาวะสมองเสื่อม

กรณีกับผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลเพื่อชะลอการเสื่อมของสมองทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการรับรู้สิ่งต่าง ๆ รอบตัวและความสามารถในการปฏิบัติลดลง ซึ่งปัจจุบันภาวะสมองเสื่อมเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของความพิการและภาวะการพึ่งพิงของผู้สูงอายุทั่วโลกและเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 7 ของโรคทั้งหมด (WHO, 2022) นอกจากนี้ยัง

เพิ่มภาระของผู้ดูแล (Caregiver burden) รวมถึงเกิดความวิตกกังวลและความเครียดจากการสูญเสียความทรงจำ มีภาวะซึมเศร้า และมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ (ขวัญประภัสร์ จันทร์บุลวัชร และคณะ, 2560; ปณิตา ลิ้มปะวัฒน์, 2561) ในผู้ป่วยบางรายมีการควบคุมตนเองจะลดลง มีพฤติกรรมชอบเดินหนีออกจากบ้าน บางรายมีพฤติกรรมซุกซนเหมือนเด็กและทำสิ่งที่ไม่คาดคิด อาจถูกทารุณกรรมจากภัยทางสังคมได้ง่าย และอาจถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง (ชัชวาล วงศ์สารี, 2560) เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ร้อยละ 80 จะมีญาติเป็นผู้ดูแลหลักและส่วนใหญ่จะดูแลกันเองที่บ้าน (ชัชวาล วงศ์สารี และ สุภลักษณ์ พันทอง, 2561) ทำให้ครอบครัวหรือญาติได้รับผลกระทบ โดยเฉพาะการที่ต้องรองรับปัญหาทางจิต อารมณ์ พฤติกรรมของผู้ป่วย รวมถึงทำให้สูญเสียโอกาสในการทำงานส่งผลให้มีรายได้ลดลง แต่รายจ่ายเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น และหากผู้ดูแลเป็นคนในครอบครัวอาจเกิดปัญหาความขัดแย้งและส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ดูแลได้ (สิริมาศ ปิยะวัฒน์ พงศ์ และคณะ, 2564; ชลิต เซาว์วิไล และคณะ, 2565) ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดอาการเหนื่อยล้าและในบางรายมีการกำเริบของโรคประจำตัว (ชัชวาล วงศ์สารี และ สุภลักษณ์ พันทอง, 2561)

จากปัญหาและผลกระทบดังกล่าวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงควรได้รับการรักษาพยาบาล แต่ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาภาวะสมองเสื่อมให้หายขาด (WHO, 2022) การดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นแบบประคับประคองและได้ผลจำกัด โดยมีการให้ยาเพื่อชะลออาการเสื่อมของสมองและเพื่อยืดระยะเวลาให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถช่วยเหลือตนเองได้นานที่สุด (ชลิต เซาว์วิไล และคณะ, 2565) นอกจากนี้ยังมีการรักษาโดยไม่ใช้ยาโดยให้ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมฟื้นฟูการเสื่อมของสมอง (จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ และคณะ, 2563) ซึ่งแนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อมโดยสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ (2564) ได้แนะนำรูปแบบการรักษาภาวะสมองเสื่อมโดยไม่ใช้ยาเพื่อช่วยประคองระดับการรู้คิดไม่ให้เสื่อมถอยลงเร็ว ลดปัญหาด้านอารมณ์พฤติกรรม ประกอบด้วย การรักษาด้วยการใช้เครื่องมือกระตุ้น การรักษาที่เน้นเรื่องอารมณ์ (emotion-oriented) การรักษาที่เน้นการกระตุ้น (stimulation-oriented) การรักษาที่เน้นพฤติกรรม (behavior-oriented) การรักษาที่เน้นผู้ดูแล (caregiver-oriented) และการรักษาที่เน้นการรู้คิด (cognition-oriented) เป็นต้น เพื่อให้ได้ผลในการรักษาจึงจำเป็นต้องเลือกให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของโรค ความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยรวมถึงผู้ดูแลและเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย การฝึกสมรรถภาพสมองเพื่อชะลอการถดถอยของการรู้คิด จึงควรใช้วิธีการรักษาที่เน้นการรู้คิด (cognition-oriented) ซึ่งประกอบด้วย 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) การฝึกการรู้คิด (Cognitive training [CT]) เป็นวิธีการฝึกความรู้คิดแบบเจาะจงเฉพาะด้าน เพื่อมุ่งแก้ไขทักษะที่บกพร่องของแต่ละบุคคล 2) การฟื้นฟูการรู้คิด (Cognitive rehabilitation [CR]) เป็นวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพของสมองด้านการรู้คิดแบบครอบคลุม และ 3) การกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive stimulation [CS])

เป็นวิธีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ใช้ความคิดหรือเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ รอบตัว เน้นการเพิ่มประสิทธิภาพของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดทุกด้าน (Olazarán & Muñoz, 2018) จากการศึกษาพบว่าการกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive stimulation) เป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการเพิ่มการรู้คิดสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม (Woods et al., 2012) การจัดกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดให้ผู้สูงอายุได้มีการฝึกพัฒนาสมองสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (Yaffe, 2018; รัตนา พึงเสมา, 2563) และการทำกิจกรรมที่ต้องใช้ความคิดอย่างสม่ำเสมอช่วยเพิ่มการทำงานของสมองได้ดี โดยสามารถช่วยเสริมสร้างและกระตุ้นสมองได้ (ชลิต เชาววิไล และคณะ, 2565)

แนวคิดการกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive stimulation therapy [CST]) พัฒนาโดย Spector (2018) เป็นการบำบัดทางจิตวิทยา ซึ่งสเปคเตอร์เชื่อว่าสมองของผู้สูงอายุที่ได้รับการกระตุ้นด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดดีขึ้น โดยให้ผู้สูงอายุได้มีการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดผ่านการทำกิจกรรมทางกายและการมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งได้ประยุกต์ใช้หลักการ 3 แนวคิด คือ 1) การรับรู้ความเป็นจริง (Reality Orientation therapy) 2) การรำลึกถึงความหลัง (Reminiscence Therapy) และ 3) การกระตุ้นประสาทสัมผัส (Multi-sensory stimulation) ในการจัดกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดต่าง ๆ ซึ่งมีทั้งหมด 14 กิจกรรม และ CST ได้รับการรับรองโดยสถาบันแห่งชาติเพื่อการดูแลสุขภาพและความเป็นเลิศ (National Institute for Health and Care Excellence [NICE]) และองค์การอัลไซเมอร์ระหว่างประเทศ (ADI) ในรายงาน World Alzheimer ว่าเป็นแนวทางในการบำบัดรักษาสำหรับบำบัดผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมเล็กน้อยถึงปานกลาง (Spector et al., 2020) เนื่องจากการทำกิจกรรมช่วยให้มีการไหลเวียนเลือดไปที่สมอง และช่วยให้สมองหลั่งสารนิวโรโทรฟินส์ (Neurotrophins) ที่ทำให้เซลล์ประสาททำงานดีขึ้น รวมถึงช่วยปรับสมดุลของ neurotrophic factors ในสมอง จึงสามารถคงไว้ซึ่งการทำงานของสมอง นอกจากนี้ยังพบว่าการกระตุ้นการรู้คิดสามารถช่วยฟื้นฟูการทำงานของสมองในส่วนการรู้คิดของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อยถึงปานกลาง (Spector et al., 2003) จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิดต่อต้านการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งในและต่างประเทศ พบว่า หลังจากได้รับ โปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองหรือโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดหรือการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และความจำสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Spector et al., 2003; Sipollo et al., 2019; Triestuning & Sipollo, 2019; Young et al., 2018; ผกามาศ พิมพ์ธารา และคณะ, 2565; ไพจิตร พุทธรอด และคณะ, 2563; ปิ่นมณี สุวรรณ โมติ และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2559; ณัชชา แรมกิ่ง และคณะ, 2561; สาวิตรี จีระยา และคณะ, 2561) อย่างไรก็ตามการศึกษาที่

ผ่านมาเป็นเพียงการศึกษาในผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือมีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ยังไม่พบการให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด และยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง

ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย มีผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นบุตรหรือคู่สมรส และเนื่องจากภาวะสมองเสื่อมส่งผลต่อความสามารถในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตัวเอง อีกทั้งร้อยละ 80 ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีญาติเป็นผู้ดูแลหลักและส่วนใหญ่จะดูแลกันเองที่บ้าน (ชัชวาล วงศ์สารี และ สุภลักษณ์ พื้นทอง, 2561) ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Schepp (1995) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงไปเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น โดยผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการให้การดูแลเป็นครอบครัวของผู้ป่วย จึงได้มีการพัฒนาแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family participation) ซึ่งเป็นรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว และได้อธิบายการมีส่วนร่วมของครอบครัวไว้ 4 ด้าน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูล 2) การมีส่วนร่วมดูแลในกิจวัตรประจำวัน 3) การมีส่วนร่วมดูแลในกิจกรรมการพยาบาล และ 4) การมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแล ซึ่งจะเห็นได้ว่าครอบครัวมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางปัญญา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการทดสอบด้วยแบบประเมิน MoCA มากกว่ากลุ่มควบคุมและก่อนเริ่มโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Thongbupa et al., 2020) จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางปัญญาผู้สูงอายุได้ แต่การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางปัญญาหรือการรู้คิดในผู้สูงอายุยังมีน้อย

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้มีประสิทธิภาพควรให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล (ชลิต เชาว์วิไล และคณะ, 2565) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิดของ Spector (2018) ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Schepp (1995) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดสำหรับการวิจัยครั้งนี้ โดยให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด ทั้งหมด 14 กิจกรรม ใช้เวลา กิจกรรมละ 45 - 60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 7 สัปดาห์ ร่วมกับการให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในระหว่างทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดและการดูแลขณะอยู่บ้าน เพื่อชะลอสมองเสื่อมและคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการทำงานของสมองหรือเพิ่มการรู้คิดให้กับผู้สูงอายุ รวมถึงชะลอการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ และการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการ

ทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดส่งผลให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจหลักการรวมถึงสามารถนำไปใช้ดูแลเพื่อชะลอการเสื่อมของสมองให้กับผู้สูงอายุเมื่อกลับบ้านได้โดยผู้วิจัยได้มีการคำนึงถึง ประเพณี วัฒนธรรม การละเล่น และภาษาของกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับบริบท

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมมากขึ้นและมีการประยุกต์ใช้แนวความคิดการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อยถึงปานกลาง ซึ่งสามารถช่วยเพิ่มการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดและความจำ รวมทั้งช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต (Spector et al., 2003; Sipollo et al., 2019; ปิ่นมณี สุวรรณ โมลี และ จิราพร เกศพิชญพัฒนา, 2559; ณัชชา แรมกิ่ง และคณะ, 2561) อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่มีการสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการกระตุ้นการรู้คิด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง ที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลเข็กน้อย อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อกระตุ้นการรู้คิด 6 ด้าน ได้แก่ ความใส่ใจเชิงซ้อน ความสามารถด้านการบริหารจัดการ การเรียนรู้และความจำ การใช้ภาษา ความสามารถในการรับรู้ก่อนมิติสัมพันธ์ และความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2564) ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะช่วยการคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการทำงานของสมองหรือช่วยเพิ่มการรู้คิดให้กับผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง และเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลหรือบุคลากรสุขภาพในการนำไปใช้เป็นแนวทางดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ต่อไป

คำถามการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมหรือไม่
2. คะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง

สมมติฐานของการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม
2. คะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive Stimulation therapy) ของ Spector (2018) และแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ (Family Participation) Schepp (1995) มาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรม เนื่องจากการวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่เน้นที่การดูแลกระตุ้นการรู้คิดให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแล้ว ยังไม่มีการศึกษาให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ทั้งนี้ได้เห็นความสำคัญในการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล และยังพบว่าทำให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมสามารถช่วยเพิ่มการรู้คิดได้ (Thongbupa et al., 2020) ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยใช้หลักการรับรู้ความเป็นจริง (Reality Orientation therapy) ซึ่งช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจสิ่งแวดล้อมรอบตัวมากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลให้ช่วยฟื้นฟูการรับรู้สภาพตามความเป็นจริง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Spector et al., 2000) หลักการรำลึกถึงความหลัง (Reminiscence Therapy) เป็นการร่วมอภิปรายเกี่ยวกับกิจกรรม เหตุการณ์และประสบการณ์ในอดีต (Woods et al., 2018) และหลักการกระตุ้นประสาทสัมผัส (Multi-sensory stimulation) เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมิการใช้ประสาทสัมผัสมากที่สุดจากสิ่งเร้าแล้วประมวลข้อมูล (Burns et al., 2000) ในการพัฒนา กิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด ทั้งหมด 14 กิจกรรม (Spector et al., 2001; Spector et al., 2003; Spector, 2018) ซึ่งในแต่ละกิจกรรมมีการผสมผสานทั้ง 3 หลักการนี้เข้าด้วยกัน เพื่อกระตุ้นการรู้คิดในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ร่วมกับการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมที่ทำประจำ (Participation in Routine Care) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ช่วยชะลอการเสื่อมของ

สมองอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้สามารถคงไว้ซึ่งการทำงานของสมองได้ รวมถึงการมีส่วนร่วมดูแล
ในระหว่างการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด (Participation in Technical Care) เพื่อให้ผู้สูงอายุคลาย
ความกังวล มีความเชื่อมั่นและมีความมั่นใจในการทำกิจกรรม ส่งผลให้สามารถทำกิจกรรมกระตุ้น
การรู้คิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูล (Participation in
Information Sharing) เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีความรู้ ความมั่นใจ และทำให้ทราบถึงปัญหา
หรืออุปสรรค ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม และการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการ
ดูแล (Participation in Decision Making) ช่วยให้ทราบหรือเข้าใจถึงสถานการณ์ของผู้สูงอายุ
สามารถร่วมกันแก้ปัญหาหรืออุปสรรคที่ส่งผลต่อการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดของผู้สูงอายุส่งผล
ให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

ดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุได้รับ โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว
ทำให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดนี้อย่างสม่ำเสมอและมีความต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน
ทำให้ผู้สูงอายุได้มีการฝึกใช้สมองเป็นประจำผ่านการใช้ความคิดหรือการคิด จึงมีส่วนช่วยให้สมอง
หลังสารที่ทำให้เซลล์ประสาทมีการทำงานดีขึ้น ช่วยเพิ่มจำนวนแขนงหรือเส้นใยของเซลล์
ประสาท (axon) ทำให้การเชื่อมต่อของเซลล์สมองมีมากขึ้น ร่วมกับให้ผู้สูงอายุได้มีการเคลื่อนไหว
ของร่างกายในระหว่างการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดหรือการมีกิจกรรมทางกายขณะอยู่บ้าน
ช่วยส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมอง ทำให้เซลล์สมองแข็งแรง จึงส่งผลให้สามารถ
คงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการทำงานของสมองและสามารถคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดหรือ
ช่วยเพิ่มการรู้คิดในผู้สูงอายุได้ ซึ่งสรุปเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัยในครั้งนี้ดังภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive Stimulation therapy) ของ Spector (2018) และแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ (Family Participation) Schepp (1995) แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะเตรียมความพร้อม: ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลในกิจวัตรประจำวันหรือที่ทำประจำ (Participation in Routine Care) ซึ่งเป็นการดูแลที่ช่วยชะลอการเสื่อมของสมองขณะอยู่บ้านอย่างสม่ำเสมอ และเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุก่อนเริ่มทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด

ระยะดำเนินกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด: เป็นการดำเนินกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดที่พัฒนาขึ้นโดยใช้หลักการรู้ความเป็นจริง (Reality Orientation therapy) การรำลึกถึงความหลัง (Reminiscence Therapy) และการกระตุ้นประสาทสัมผัส (Multi-sensory stimulation) ทั้งหมด 14 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 45 - 60 นาที จัดกิจกรรม 2 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 7 สัปดาห์ ในการดำเนินกิจกรรมแบ่งออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงเปิดกลุ่มใช้เวลา 10 นาที ช่วงทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดใช้เวลา 25 - 35 นาที และช่วงปิดกลุ่มใช้เวลา 10 - 15 นาที ซึ่งให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลในกิจกรรมการพยาบาลหรือการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด (Participation in Technical Care) เพื่อให้ผู้สูงอายุคลายความกังวล มีความเชื่อมั่นและมีความมั่นใจในการทำกิจกรรม ส่งผลให้สามารถทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระยะหลังการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด: ผู้วิจัยโทรสอบถามสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุทุกคนหลังจากทำกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์เสร็จสิ้นเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล (Participation in Information Sharing) วิธีการดูแลผู้สูงอายุ และให้ข้อมูลการดูแลเพิ่มเติม รวมถึงให้ข้อมูลกิจกรรมที่จะจัดขึ้นในสัปดาห์ถัดไป เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความมั่นใจ และทำให้ทราบถึงปัญหาหรืออุปสรรค ร่วมกับการให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Participation in Decision Making) ช่วยให้ทราบหรือเข้าใจถึงสถานการณ์ของผู้สูงอายุ สามารถร่วมกันแก้ปัญหาหรืออุปสรรคที่ส่งผลต่อการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

ตัวแปรตาม

การรู้คิดของ
ผู้สูงอายุกลุ่ม
ชาติพันธุ์ม้ง

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้แบบแผนการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของ โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการรู้คิดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งผู้วิจัยได้มีการพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรืออ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้ ซึ่งทำแบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน จำนวน 60 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน และสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ ทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในตำบลเข็กน้อย อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยทำการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567

ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย ตัวแปรต้น และตัวแปรตาม ดังนี้

1. ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. ตัวแปรตาม คือ การรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่สืบเชื้อสายมาจากชาวเขาเผ่าม้งซึ่งมีสัญชาติไทยหรือม้งก็ได้ และอาศัยอยู่ในชุมชนตำบลเข็กน้อย อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์
2. สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุ
3. โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง กิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดให้ผู้สูงอายุกลุ่มพันธุ์ม้ง ซึ่งเป็นการกระตุ้นด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำให้การทำหน้าที่ด้านรู้คิดดีขึ้น โดยใช้หลักการ 3 แนวคิด คือ การรับรู้ความเป็นจริง (Reality Orientation therapy) การรำลึกถึงความหลัง (Reminiscence Therapy) และการกระตุ้นประสาทสัมผัส (Multi-sensory stimulation) ในการสร้างกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดทั้งหมด 14 กิจกรรม จัดกิจกรรมละ 45 - 60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 7 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีการฝึกใช้สมองอย่างสม่ำเสมอด้วยกิจกรรมที่กระตุ้นการรู้คิดในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ความใส่ใจเชิงซ้อน การเรียนรู้และความจำ ความสามารถด้านการบริหารจัดการ การใช้ภาษา ความสามารถด้านการรับรู้ก่อมิติสัมพันธ์ และ

ความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว (Spector et al., 2001) ร่วมกับการให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุระหว่างการดำเนินกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดตามแนวคิดของ Schepp (1995) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลโดยให้สมาชิกในครอบครัวได้แลกเปลี่ยนข้อมูลในการกระตุ้นการรู้คิดรวมถึงวิธีการชะลอการเสื่อมของสมองในผู้สูงอายุ 2) การมีส่วนร่วมดูแลในกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมที่ทำประจำ โดยให้สมาชิกครอบครัวเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุก่อนเริ่มกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดและให้การดูแลเพื่อชะลอสมองเสื่อมเมื่อกลับบ้าน 3) การมีส่วนร่วมดูแลในกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด โดยให้สมาชิกครอบครัวให้การดูแลหรือช่วยเหลือผู้สูงอายุในระหว่างการทำกิจกรรม และ 4) การมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแล โดยให้สมาชิกในครอบครัวร่วมตัดสินใจเมื่อผู้สูงอายุมีสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงและมีความจำเป็นต้องปรับการดำเนินกิจกรรมเพื่อเพิ่มการรู้คิดของผู้สูงอายุ

4. การรู้คิด หมายถึง การทำงานของสมองในระดับสูง ซึ่งเป็นการตระหนักรู้และกระบวนการคิดรวบยอด ประกอบด้วย ความใส่ใจเชิงซ้อน (complex attention) ความสามารถด้านการบริหารจัดการ (executive function) การเรียนรู้และความจำ (learning and memory) การใช้ภาษา (language) ความสามารถด้านการรับรู้ก่อดิจิตัลสัมพันธ์ (visuoconstructional-perceptual ability) และความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว (social cognition) โดยประเมินจากการทำแบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

1. ภาวะสมองเสื่อม

- 1.1 ความหมายของภาวะสมองเสื่อม
- 1.2 อุบัติการณ์และความชุกของภาวะสมองเสื่อม
- 1.3 การดำเนินโรคและความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม
- 1.4 การเปลี่ยนแปลงตามวัยในผู้สูงอายุที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อม
- 1.5 ชนิดและรูปแบบของภาวะสมองเสื่อม
- 1.6 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม
- 1.7 ผลกระทบภาวะสมองเสื่อม
- 1.8 การประเมินและคัดกรองภาวะสมองเสื่อม
- 1.9 แนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อม

2. กลุ่มชาติพันธุ์ม้ง

- 2.1 กลุ่มชาติพันธุ์ม้ง
- 2.1 ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง

3. แนวคิดการกระตุ้นการรู้คิด

- 3.1 การรู้คิด
- 3.2 แนวคิดการกระตุ้นการรู้คิด

5. แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว

6. การบูรณาการแนวคิดการกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

- 6.1 โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ภาวะสมองเสื่อม

ความหมายของภาวะสมองเสื่อม

องค์การอัลไซเมอร์ระหว่างประเทศ (ADI, 2021) กล่าวว่า คำว่า “Dementia” หรือที่เรียกกันว่า “Major neurocognitive disorder” ไม่ใช่โรคเฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่ง แต่เป็นกลุ่มของอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากโรค ซึ่งส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงต่อความจำ พฤติกรรมและความคิด ทำให้รบกวนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความสามารถทางสังคม

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2022) กล่าวว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการ ซึ่งมักมีลักษณะเรื้อรังหรือมีความก้าวหน้า ซึ่งนำไปสู่การเสื่อมสมรรถภาพทางปัญญา เช่น ความสามารถในการประมวลผลความคิด เป็นต้น เกินกว่าผลที่คาดว่ามาจากการชราภาพทางชีววิทยาตามปกติ ส่งผลต่อความจำ การคิด การรับรู้ ความเข้าใจ การคำนวณ ความสามารถในการเรียนรู้ ภาษา และการตัดสินใจ ไม่กระทบกระเทือนสติ ความบกพร่องในการทำงานของการรับรู้มักจะตามมาด้วยการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ การควบคุมอารมณ์ พฤติกรรม หรือแรงจูงใจ

ปิยศักดิ์ น่วมนา (2562) ได้กล่าวว่า ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) คือ ภาวะที่การทำงานของสมองลดประสิทธิภาพหรือมีการถดถอย หรือบกพร่องด้านปัญญา (Cognition) ประกอบด้วย ความจำ การตัดสินใจ การวางแผน การรับรู้เกี่ยวกับระยะและทิศทาง (Visuospatial Function) การใช้ภาษา สมาธิ หรือความใส่ใจ ความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังครอบตัว โดยภาวะดังกล่าวมีผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือตนเองและการเข้าสังคม

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ (2557) ได้กล่าวว่า ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุมาจากการทำงานของสมองด้านการคิดและสติปัญญาผิดปกติ โดยมีการเสื่อมของความจำ เป็นอาการเด่น มีความผิดปกติด้านความคิด การตัดสินใจ การเคลื่อนไหว ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม บุคลิกภาพ และอารมณ์ รวมถึงมีความสามารถในการคิดเชิงซ้อน (Abstract thinking) ลดลงจนรบกวนการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดผลเสียต่อการทำงาน สังคม และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

สรุปได้ว่า ภาวะสมองเสื่อมไม่ใช่โรคเฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งมักมีลักษณะเรื้อรังหรือมีการดำเนินโรคที่นำไปสู่การเสื่อมสมรรถภาพด้านการรู้คิด (Cognitive) ส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงต่อความจำ การรับรู้ พฤติกรรม การคำนวณ ความสามารถในการเรียนรู้ การใช้ภาษา การตัดสินใจ ความคิด ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พฤติกรรม รวมทั้งบุคลิกภาพ เป็นผลให้รบกวนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน ความสามารถในการเข้าสังคมหรือการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

อุบัติการณ์และความชุกของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุหรือพบได้มากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น และจะเพิ่มแบบทวีคูณในทุก ๆ 5 ปี ภายหลังจากอายุ 65 ปีขึ้นไป อาจพบสูงถึงร้อยละ 32 ใน ผู้สูงอายุ ที่มีอายุมากกว่า 85 ปี (พัชรี คมจักรพันธ์, 2563) ซึ่งมักพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย (GBD 2019 Dementia Fore-casting Collaborators, 2022) ในปี ค.ศ. 2022 องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามี ประชากรโลกที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 55 ล้านคน ร้อยละ 60 ของประชากรที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง และได้มีการคาดการณ์ว่าจำนวนผู้มี ภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นเป็น 78 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 และ 139 ล้านคนในปี ค.ศ. 2050 (WHO, 2022) ส่วนในประเทศไทยพบว่าปี พ.ศ. 2563 มีผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด 651,950 คน (มส. ผส., 2563) และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1,117,000 คนในปี พ.ศ. 2573 (ADI, 2014)

เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้น จึงทำให้อุบัติการณ์ของภาวะสมอง เสื่อมสูงขึ้นตามประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น จากการรายงานของการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 การตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 7,356 ราย โดยใช้แบบประเมิน Mini Mental State Examination ผลการทดสอบ คัดกรองผู้สูงอายุ พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 8.1 ในเพศชายพบร้อยละ 6.8 และ เพศหญิงร้อยละ 9.2 เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุและเพศจะเห็นได้ว่า ความชุกของความผิดปกติใน ผู้สูงอายุเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย ในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป ความชุกมีการเพิ่มมากขึ้นตามอายุ จนอยู่ ในระดับสูงสุด คือในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 13.6 ในเพศชาย และร้อยละ 28.5 ในเพศหญิง (วิชัย เอกพลากร, 2557) นอกจากนี้ได้มีการศึกษาในจังหวัดลำปางศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 400 คน พบความชุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 28 (ขวัญเรือน กำวิฑู, 2558) จังหวัดนนทบุรี ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 295 คน พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมสูงถึงร้อยละ 18 (Tantanokit et al., 2021) และจังหวัดเพชรบุรีได้มีการศึกษากลุ่มอย่าง 230 คน พบว่ามีความชุกของภาวะสมอง เสื่อมร้อยละ 24.35 (จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ และคณะ, 2563)

การดำเนินโรคและความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม

มีเกณฑ์การแบ่งระยะการดำเนิน โรคและความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมไว้หลาย เกณฑ์ ซึ่ง Reisberg และคณะ (1982) ได้มีการพัฒนาเกณฑ์การแบ่งระยะตาม Global Deterioration Scale (GDS) โดยได้มีการแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมออกเป็น 7 ระยะ ดังนี้
ระยะที่ 1 ไม่มีการลดลงของการรู้คิด (No Cognitive Decline) ในระยะนี้ไม่พบความ ผิดปกติ หรือไม่มีปัญหาในเกี่ยวกับความจำ

ระยะที่ 2 การรู้คิดลดลงของในระดับน้อยมาก (Very mild cognitive decline) เป็นระยะของการหลงลืม (The phase of forgetfulness) ซึ่งในระยะนี้เริ่มสังเกตเห็นว่ามีการหลงลืมเกิดขึ้น โดยผู้ป่วยจะมีปัญหาในเรื่องของการหาสิ่งของที่วางไว้ไม่พบ และลืมชื่อของคน ผู้ป่วยสามารถทำงานหรือการเข้าสังคมได้ปกติ

ระยะที่ 3 การรู้คิดลดลงเล็กน้อย (Mild cognitive decline) เป็นระยะแรกที่มีอาการแสดงทางคลินิกที่ชัดเจน ซึ่งในระยะนี้เริ่มมีปัญหากับความจำหรือหลงลืมมากขึ้น เช่น ลืมชื่อสมาชิกในกลุ่มที่เพิ่งแนะนำตัวเสร็จ และเมื่ออ่านหนังสือสามารถจำเนื้อหาได้เพียงเล็กน้อยหรือไม่สามารถจำเรื่องราวที่อ่านได้ รวมถึงความสามารถในการทำงานหรือเข้าสังคมลดลง การนึกชื่อสิ่งของหรือคิดคำพูดไม่ค่อยออก ใช้คำพูดไม่ถูกต้อง มีการวางของมีค่าผิดที่หรือสูญเสียบางอย่าง และหลงทางในที่ที่ไม่คุ้นเคยเมื่อไปครั้งแรก

ระยะที่ 4 การรู้คิดลดลงปานกลาง (Moderate cognitive decline) เป็นระยะท้ายที่มีสภาพของจิตใจ ความคิดที่บกพร่องไป (The late confusional phase) ซึ่งในระยะนี้พบการถดถอยของความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นและเหตุการณ์ปัจจุบัน รวมถึงการหลงลืมเรื่องราวของบุคคลที่รู้จัก ผู้ป่วยจะไม่สามารถทำงานที่ซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพและถูกต้อง ไม่สามารถเดินทางลำพัง หรือการจัดการเงินลดลง แต่สามารถแยกแยะใบหน้าของคนที่ไม่คุ้นเคยกับคนแปลกหน้าได้ ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานที่มีความซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพและถูกต้อง จึงมักปฏิเสธและพยายามหลีกเลี่ยงหนีจากสังคมหรือเหตุการณ์ที่มีความยากลำบาก

ระยะที่ 5 การรู้คิดลดลงรุนแรงปานกลาง (Moderately severe cognitive decline) เป็นระยะเริ่มต้นของภาวะสมองเสื่อม (The phase of early dementia) ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยมีปัญหากับความจำบกพร่องเป็นหลัก ได้แก่ ไม่สามารถจำเกี่ยวกับเรื่องที่สำคัญในปัจจุบันของตนเอง เช่น ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ เป็นต้น รวมถึงไม่สามารถจำชื่อของสมาชิกในครอบครัวที่ใกล้ชิด เช่น หลาน เป็นต้น และผู้ป่วยจะไม่มั่นใจหรือไม่รู้เวลาและสถานที่ ในผู้ที่มีการศึกษาสูงอาจมีปัญหาการนับถอยหลัง ในระยะนี้ผู้ป่วยยังรู้จักชื่อของตัวเอง คู่สมรสและบุตรของตนได้ สามารถเข้าห้องน้ำหรือรับประทานอาหาร โดยไม่ต้องช่วยเหลือ แต่มีปัญหาในการเลือกเสื้อผ้าสวมใส่ เช่น ใส่รองเท้าผิดข้าง เป็นต้น

ระยะที่ 6 การรู้คิดลดลงรุนแรง (Severe cognitive decline) เป็นระยะกลางของภาวะสมองเสื่อม (The middle phase of dementia) ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยอาจลืมชื่อคู่สมรสหรือลืมคนที่คอยดูแลใกล้ชิด ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ทราบเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดกับตนเอง แต่ยังคงจำเรื่องราวในอดีตได้ ผู้ป่วยมักไม่รู้สภาพแวดล้อม ปี หรือฤดูกาล และอาจมีปัญหาในการนับ 10 ย้อนหลังหรือไปข้างหน้า ในระยะนี้ผู้ป่วยจะต้องได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น อาจมีปัญหา

ปัสสาวะหรืออุจจาระราด นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ รวมถึงพฤติกรรมหลงผิด (Delusion) เช่น พวดคนเดี๋ยว หรือการกล่าวหาว่าคู่สมรสนอกใจ เป็นต้น รวมถึงอาการย้ำคิดย้ำทำ (Compulsion) อาการวิตกกังวล (Anxiety) วุ่นวายหรือมีภาวะกายใจไม่สงบ (Agitation) พฤติกรรมก้าวร้าว และมีความรู้สึกไม่อยากทำอะไร เนื่องจากไม่มีสมาธิพอที่จะทำกิจกรรมที่ตั้งใจได้

ระยะที่ 7 การรู้คิดลดลงรุนแรงอย่างมาก (Very severe cognitive decline) เป็นระยะสุดท้ายของภาวะสมองเสื่อม (The late phase of dementia) ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการสื่อสาร ไม่มีการพูด ทำได้เพียงส่งเสียงที่ไม่มี ความหมาย ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรทุก ๆ อย่าง เนื่องจากไม่สามารถกลืนปัสสาวะได้ ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง และสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว

จะเห็นได้ว่าภาวะสมองเสื่อมมีการดำเนินของโรคอย่างค่อยเป็นค่อยไป ในช่วงระยะเริ่มต้นของภาวะสมองเสื่อมอาการแสดงไม่ชัดเจน ผู้สูงอายุและญาติหรือบุคคลใกล้ชิดจึงไม่สามารถทราบได้ และเมื่อการดำเนินของโรครุนแรงเพิ่มมากขึ้นส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้สิ่งรอบตัว รวมถึงการเข้าสังคมของผู้ป่วยลดลง และผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในที่สุด ดังนั้น การศึกษาภาวะสมองเสื่อมช่วยให้มีความรู้ความเข้าใจในการดำเนินของโรค สามารถนำไปใช้ในการวางแผนให้กันดูแล และชะลอการเสื่อมของสมองให้กับผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มการรู้คิด รวมถึงคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และช่วยชะลอการดำเนินของโรคเข้าสู่ในระบะที่มีความรุนแรงได้อย่างเหมาะสมต่อไป

การเปลี่ยนแปลงตามวัยในผู้สูงอายุที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยรวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของ โครงสร้างและหน้าที่ของสมอง จึงส่งผลให้มีโอกาสในการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ซึ่งรายละเอียดของการเปลี่ยนแปลงตามวัยในผู้สูงอายุดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างสมอง พบว่าเซลล์ของสมองมีจำนวนลดลง ส่งผลให้ปริมาตรและน้ำหนักของสมองลดลง พร้อมกับมีปริมาตรของ Ventricle และช่องว่างน้ำไขสันหลัง (CSF) เพิ่มขึ้นจึงส่งผลกระทบต่อ Hippocampus และ Frontal lobes มากที่สุด โดยพบการสูญเสียปริมาตรร้อยละ 14 ในเปลือกสมอง (Cerebral cortex) ร้อยละ 35 ใน Hippocampus และร้อยละ 26 ใน Cerebral white matter นอกจากนี้ยังพบว่ามีการขยายออกของร่องสมอง (Gyrus) การเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้เกิดการฝ่อของสมอง (Brain atrophy) โดยจะพบที่บริเวณ Frontal lobe, Parasagittal และ Temporal lobe ซึ่งจะพบในผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม อาจมีการสูญเสียปริมาตรของเนื้อสมองบริเวณนั้น ๆ (Loss of brain volume) คือ มีภาวะสมองฝ่อ ส่งผลให้โพรงน้ำในสมองมีขนาดขยายโตขึ้นเพื่อทดแทนเนื้อสมองที่ฝ่อไปจากการสูญเสียเนื้อสมอง

บางส่วน (ราตรี สุตทรวง และ จูไรพร สมบุญวงศ์, 2532; ภัทรภัทร เสงอุดมทรัพย์, 2561; Peters, 2006; Anderton, 2002)

2. การเปลี่ยนแปลงของเซลล์ประสาท พบว่ามีจำนวนเซลล์ประสาทและปริมาณน้ำภายในเซลล์สมองลดลง นอกจากการลดลงแล้วยังเกิดการตายเซลล์ประสาท ซึ่งการตายของเซลล์เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้และสัมพันธ์กับความสูงอายุ ทำให้เกิดช่องโหว่ในสมอง เซลล์ประสาทนำกระแสประสาทได้ช้าลง ตัวเซลล์ประสาทมียขนาดเล็กลง รวมถึงมีการสูญเสียของ Dendrite spines ทำให้การเชื่อมกันระหว่างเซลล์ประสาทลดลงส่งผลต่อการทำหน้าที่ของการรู้คิด เกี่ยวกับการกู้ข้อมูลกลับ (Retrieved information) หรือการลดลงของการทำหน้าที่ด้านการบริหารจัดการ (Executive function) ซึ่งความเสื่อมสลายของการเชื่อมต่อของเซลล์ประสาท (Synaptic damage) อาจเป็นตัวทำนายการสูญเสียการทำหน้าที่ (Functional loss) การสะสมของ Lipofuscin, Amyloid plaques และ Neurofibrillary tangles ซึ่งมีผลต่อการส่งต่อของระบบสารสื่อประสาท (Neurotransmitters) ตาม Axon ต่าง ๆ โดยทำให้เซลล์ตาย (ราตรี สุตทรวง และ จูไรพร สมบุญวงศ์, 2532; ภัทรภัทร เสงอุดมทรัพย์, 2561; Peters, 2006)

3. การเปลี่ยนแปลงของระบบสารสื่อประสาท ซึ่งพบว่ามี การลดลงของสารสื่อประสาท เช่น การลดลงของระดับ Dopamine ประมาณร้อยละ 10 ทุก 10 ปี จากวัยผู้ใหญ่ตอนต้นสัมพันธ์กับการรู้คิดที่ลดลงและ Motor performance ส่วน Serotonin และระดับ Neurotrophic factor ที่ได้รับจากสมองก็ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นและอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการควบคุมของ Synaptic plasticity และ Neurogenesis นอกจากนี้ยังพบการลดลงของ Monoamine และ Acetylcholine และ มีการลดลงของ Receptors สืบเนื่องจากการตายของเซลล์ประสาทที่ทำหน้าที่ผลิตสารสื่อประสาท การปลดปล่อยของสารสื่อประสาทลดลง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของตัวรับสารสื่อประสาทบริเวณ Post synapse มีการเปลี่ยนแปลงกลไกการส่งสัญญาณ ซึ่งเป็นตัวที่แปลข้อมูลในการกระตุ้นตัวรับในเซลล์หรือเยื่อหุ้มเซลล์ในสมองของผู้ใหญ่การเปลี่ยนแปลงนี้อาจจะทำให้เกิดการสับสนของผู้สูงอายุในการตีความของข้อมูลได้ (ภัทรภัทร เสงอุดมทรัพย์, 2561; Peters, 2006)

ชนิดและรูปแบบของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเกิดได้จากหลายสาเหตุ โดยแบ่งเป็นสาเหตุจากความเสื่อมของเซลล์ประสาทสมองและหลอดเลือดสมอง ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดหรือหยุดการดำเนินโรคได้ (Irreversible dementia) และสาเหตุจากโรคทางกายหรือจิตเวช ที่จัดอยู่ในกลุ่มที่อาจจะสามารถรักษาให้หายขาดหรือหยุดการดำเนินโรคได้ (Potentially reversible dementia) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (พัชรี คมจักรพันธ์, 2563)

1. กลุ่มที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดหรือหยุดการดำเนินโรคได้ (Irreversible dementia) เป็นกลุ่มโรคที่มีสาเหตุหลักมาจากเซลล์ประสาทเสื่อม (Neurodegenerative) และโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) สาเหตุของความเสื่อมในปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัด ประกอบด้วยกลุ่มโรค ดังนี้

1.1 โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease [AD]) เป็นสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อยที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 60 - 80 ของผู้ป่วยทั้งหมด (Scott & Barrett, 2007) ซึ่งมีพยาธิสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นจากการฝ่อตัวของสมองส่วน Cortex และ Hippocampus เป็นบริเวณกว้างจากการสะสมของ Beta-amyloid plaques หรือ Neurofibrillary tangles ที่เกิดจากการสะสมของ Tau protein ซึ่งทำให้รบกวนการขนส่งของเซลล์ประสาท สารอาหารไม่สามารถไปเลี้ยงสมอง เมื่อมีการสะสมและเกิดขึ้นเรื่อย ๆ จึงนำไปสู่การตายของเซลล์ประสาท โดยจะพบที่บริเวณเซลล์ประสาท (Neuron) และจุดประสานประสาท (Synapse) ทำให้สมองส่วนหน้าถูกทำลายอย่างมาก ส่งผลให้ระดับของสารสื่อประสาทโดยเฉพาะ Acetylcholine ในสมองลดลงอย่างมาก ซึ่งมีความสำคัญต่อการเรียนรู้และความจำ จึงส่งผลให้เกิดการสูญเสียความจำและการรู้คิด (Duong et al., 2017; Emmady & Tadi, 2022; Scott & Barrett, 2007; Denning & Sandilyan, 2015)

1.2 ภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (Vascular dementia [VaD]) ซึ่งมีพยาธิสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นจากการบาดเจ็บที่สมองขาดเลือด ซึ่งภาวะขาดเลือดในสมองทำให้เกิดการแบ่งตัวของเซลล์ Glia เพิ่มขึ้น (Gliosis) เพื่อตอบสนองต่อการบาดเจ็บ และมีการสลายของปลอกไมอีลิน (Demyelination) จึงนำไปสู่การตายของเซลล์ประสาทอย่างถาวร ภาวะขาดเลือดนี้อาจเกิดขึ้นจากมีภาวะหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerosis) ลิ่มเลือดอุดตัน (Thrombosis) หรือภาวะหลอดเลือดทำงานผิดปกติ (Vasculopathy) เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นต้น (Uwagbai & Kalish, 2022; Emmady & Tadi, 2022)

1.3 โรคสมองเสื่อมที่พบลิวอี้ บอดี (Dementia with lewy bodies [DLB]) และโรคพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วย (Parkinson's diseases with dementia [PDD]) ซึ่งมีพยาธิสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นจากการสะสมของ Alpha-synuclein protein ที่เป็นองค์ประกอบหลักของ Lewy bodies ในเซลล์ประสาท มีหน้าที่ในการควบคุมการหลั่ง Vesicle และ Lipid membrane ส่วนใหญ่อยู่ในเยื่อหุ้มสมองและใต้เยื่อหุ้มสมอง โดยโรค DLB เกิดการสะสมของโปรตีน Alpha-synuclein บริเวณ Neocortex และ Limbic มีการแบ่งได้ 3 ระดับ คือ ต่ำ กลาง หรือสูง ขึ้นอยู่กับความหนาแน่นของ Lewy bodies ส่วนโรคพาร์กินสันมีการสะสมของโปรตีน Alpha-synuclein ที่บริเวณ Substantia nigra (พัชรี คมจักรพันธ์, 2563; Emmady & Tadi, 2022; Denning & Sandilyan, 2015)

1.4 โรคสมองส่วนหน้าเสื่อม (Frontotemporal Dementia) บางครั้งเรียกว่า Pick's disease หรือ Frontal lobe dementia เป็นภาวะสมองเสื่อมที่พบน้อย ซึ่งมีพยาธิสรีรวิทยาที่เกิดจากการสะสมของ Tau protein, TAR DNA-binding protein (TDP) และ เกิดจากการสะสมของ Fused-in-sarcoma (FUS) - Immunoreactive inclusions ใน Dentate gyrus ในเซลล์ประสาทบริเวณ Frontal lobe หรือ Temporal lobe ทำให้บริเวณนั้นเกิด Microvacuolation, Neuronal loss และ Astrocytic gliosis จึงส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและภาวะบกพร่องทางการสื่อสาร (Aphasia) (ประวิณัฐ เพ็ญภาสกันต์ และคณะ, 2562; Linda, 2019; Emmady & Tadi, 2022; Dening & Sandilyan, 2015)

1.5 โรคฮันติงตัน (Huntington's disease) เป็นโรคทางพันธุกรรมซึ่งมีการถ่ายทอดแบบ Autosomal dominant ที่มีลักษณะทางพยาธิสรีรวิทยาจากการกลายพันธุ์ในยีน Huntington ทำให้มีการสร้างโปรตีนที่ผิดปกติออกมา ซึ่งส่งผลทำให้เกิดความเสื่อมของระบบประสาท ส่งผลให้มีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ และมีปัญหาในการประสานงานพร้อมกับมีปัญหาด้านการรู้คิด การดำเนินของโรคมักเริ่มต้นในวัยกลางคน และมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้คิดในช่วงต้นเช่นกัน (Dening & Sandilyan, 2015)

2. กลุ่มที่อาจสามารถรักษาให้หายขาดหรือหยุดการดำเนินโรคได้ (Potentially reversible dementia) เกิดจากสาเหตุที่สามารถรักษาให้หายขาดหรือหยุดการดำเนินโรคได้ สามารถจำแนกสาเหตุของการเกิดภาวะสมองเสื่อมชนิดที่อาจสามารถรักษาให้หายขาดหรือหยุดการดำเนินโรคได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (ชลิต เชาววิไล, 2565; พัชรี คมจักรพันธุ์, 2563; Dening & Sandilyan, 2015; Draper, 1991)

2.1 ภาวะสมองเสื่อมทุติยภูมิ (Secondary dementias) หมายถึง ภาวะสมองเสื่อมที่มีสาเหตุมาจากเหตุทุติยภูมิ เช่น มีรอยโรคบริเวณสมองอันเนื่องมาจากภาวะน้ำคั่งในโพรงสมองที่มีความดันปกติ (Normal Pressure Hydrocephalus [NPH]) การบาดเจ็บที่กระทบกระเทือนเซลล์สมอง เช่น อุบัติเหตุกระแทกบริเวณศีรษะหรือเนื้องอกในสมอง หรือจากภาวะทุพโภชนาการ เช่น ภาวะพร่องวิตามินต่าง ๆ เช่น วิตามินบี 12, วิตามินบี 1 (Thiamine), วิตามินบี 3 (Niacin) และภาวะพร่องธาตุเหล็ก ซึ่งสาเหตุดังกล่าวอาจสามารถรักษาให้หายได้หรือทำให้หายขาดจากภาวะสมองเสื่อมหรือสามารถหยุดยั้งการดำเนินโรคได้

2.2 ภาวะสมองเสื่อมจากสารพิษภายนอกและความผิดปกติของโรคทางเมตาบอลิซึม เป็นภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากการได้รับสารพิษ ภาวะพิษจากแอลกอฮอล์ หรือสารเสพติด และการติดเชื้อโรคบางชนิด เช่น โรคเอดส์, ซิฟิลิส, Meningitis, Cerebral abscesses, Whipple's disease และ Lyme disease เป็นต้น รวมถึงความผิดปกติของเมตาบอลิซึม (Metabolism) บางอย่าง เช่น

ต่อมไทรอยด์ทำงานมากหรือน้อยไป การทำงานผิดปกติของต่อมหมวกไต (Adrenal gland) และต่อมใต้สมอง (Pituitary gland)

2.3 ภาวะสมองเสื่อมจากโรคทางจิตเวชและอื่น ๆ เป็นภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นโดยมีสาเหตุมาจากอารมณ์ซึมเศร้า (Depression), โรคจิตเภทชนิดที่เริ่มเกิดขึ้นเมื่ออายุมาก (Late-onset schizophrenia), โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive airways disease) และกลุ่มอาการหยุดหายใจขณะหลับ (Sleep apnea syndrome) โดยพบว่า โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุหลักที่พบได้บ่อยที่สุดที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม

ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับกลไกการเกิดภาวะสมองเสื่อมมีหลากหลาย สามารถแบ่งได้ 2 ลักษณะ ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ และ ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1 อายุ จากการศึกษาพบว่า อายุ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มอุบัติการณ์และความชุกของโรคอัลไซเมอร์เป็นสองเท่าของทุก ๆ 5 ปี (McCullagh et al., 2001; พัชรี คมจักรพันธ์, 2563) และจากการศึกษาของ จูไรรัตน์ ดวงจันทร์ และคณะ (2563) พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสมองเสื่อม (OR = 1.10, 95%CI = 1.02 - 1.19)

1.2 เพศ จากการศึกษาในประเทศจีนพบว่าหลังอายุ 85 ปีขึ้นไป เพศหญิงมีอุบัติการณ์ของโรคอัลไซเมอร์สูงกว่าเพศชาย แต่ความเสี่ยงในการเกิด VaD ไม่แตกต่างกัน ส่วนการศึกษาในประเทศสเปนและอิตาลีไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศและภาวะสมองเสื่อม (McCullagh et al., 2001; Chen et al., 2009; ภัฏญวิทย์ อนันต์ดีลฤทธิ, 2564) และมีการศึกษาภาคตัดขวาง พบว่าเพศหญิงมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่าเพศชายสองเท่า (Bich et al., 2019)

1.3 พันธุกรรม พบว่า บุคคลที่มีบิดาหรือมารดาที่มีภาวะสมองเสื่อมมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่าบุคคลปกติ 3 เท่า ถ้าหากบิดาหรือมารดาที่มีภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มโอกาสเป็นภาวะสมองเสื่อม 5 เท่า (พรนภา นาคโนนหัน, 2560) และยีนอัลลีล APOE4 (APOE4 allele gene) เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคอัลไซเมอร์เพิ่มมากกว่าคนปกติได้ร้อยละ 20 ถึง 90 หากตรวจพบสารนี้ 1 ชุด มีอัตราเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 47 แต่ถ้าตรวจพบ 2 ชุด อัตราเสี่ยงจะสูงถึงร้อยละ 91 (Chen et al., 2009; พรนภา นาคโนนหัน, 2560; ภัฏญวิทย์ อนันต์ดีลฤทธิ, 2564)

2. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ภาวะอ้วน น้ำหนักเกินในช่วงวัยกลางคนจะเพิ่มความเสี่ยงให้เกิดภาวะสมองเสื่อมเมื่ออายุมากขึ้น (มุกดา หนูยศรี, 2559) พบว่าผู้ที่มิดัชนีมวลกาย (Body mass index [BMI]) ตั้งแต่ 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป จะมีความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมเป็น 1.74 เท่า และ

ผู้ที่มีค่า BMI ระหว่าง 25 - 29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จะมีความเสี่ยง 1.35 เท่าของคนที่มีค่า BMI น้อยกว่า โดยความเสี่ยงที่เกิดขึ้นนี้จะไม่ขึ้นกับโรคที่อาจเกิดร่วมด้วยในผู้ป่วยที่น้ำหนักเกิน (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552) การศึกษาของ อาทิตยา สุวรรณ และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2559) พบว่าผู้สูงอายุที่มีค่า BMI น้อยกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 44.1 ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักตัวน้อยหรือ BMI ลดลง 1 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 35 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มี BMI ปกติ

2.2 โรคประจำตัว จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมีโอกาเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม 1.15 เท่า (พรนภา นาคโนนหัน, 2560) ส่วนผู้ที่มีความดันโลหิต SBP 180 mmHg มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม 1.6 เท่า หรือผู้ที่มีโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมทุกชนิด โดยเฉพาะ Vascular dementia รวมถึงระดับไขมันในเลือดที่เพิ่มขึ้นจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อม (Patterson et al., 2007)

2.3 การดื่มแอลกอฮอล์ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การดื่มไวน์แดง 250 - 500 มิลลิลิตรต่อวัน มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมทุกชนิด 0.56 เท่า ในขณะเดียวกัน การดื่มสัปดาห์ละครั้ง สามารถช่วยความเสี่ยงในการเกิดโรคอัลไซเมอร์ได้ (Patterson et al., 2007)

2.4 การสูบบุหรี่ พบว่าผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเป็น 2.28 เท่า (มุกดา หนูศรี, 2559) แต่มีงานวิจัยพบว่าผู้สูบบุหรี่ที่อายุเกิน 60 ปี หากหยุดสูบบุหรี่นานกว่า 4 ปี จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเมื่อเทียบกับผู้ที่ยังสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (ภรณวิทย์ อนันต์คิลกฤทธิ, 2564)

2.5 การออกกำลังกาย มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการออกกำลังกายหรือการทำกิจกรรมเป็นประจำสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อม (Chen et al., 2009) และมีการศึกษา พบว่าผู้ที่ออกกำลังกายอย่างน้อย 2 - 3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป ในวัยกลางคนช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 52 และ 62 ตามลำดับเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ (มุกดา หนูศรี, 2559; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552)

2.6 การใช้ยา จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า กลุ่มยา Benzodiazepines เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ในขณะที่เดียวกันการใช้ยา Lipid-lowering agents ในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 80 ปี การใช้ยา Nonsteroidal anti-inflammatory drugs และการได้รับวัคซีน เช่น วัคซีนไขหวัดใหญ่หรือบาดทะยักช่วยลดโอกาสเสี่ยงเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ (Chen et al., 2009)

2.7 การรับประทานอาหาร พบว่าการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงหรือมีไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลสูงจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม รวมถึงภาวะขาดวิตามินที่

พบในผู้สูงอายุไทยว่ายังไม่เพียงพอ ได้แก่ วิตามินบีหนึ่ง วิตามินบีสอง เบต้าแคโรทีน กรดโฟลิก วิตามินอี และในอาซิน ซึ่งมีการศึกษาพบว่า Oxidative stress อาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิด โรคอัลไซเมอร์ (มุกดา หนูศรี, 2559; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552)

2.8 ภาวะซึมเศร้า (Depression) มีการศึกษาพบว่าอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง 3.5 เท่าในเพศชาย และโรคอัลไซเมอร์ 4.3 เท่าในเพศหญิง (Patterson et al, 2009)

2.9 ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (Delirium) มีการศึกษาโดยการติดตามผู้ป่วยที่มีภาวะซึมสับสนเฉียบพลันในระยะยาวพบว่ามีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงขึ้นกว่าคนที่ไม่เคยเป็น โดยผู้ที่มีภาวะซึมสับสนเฉียบพลันร้อยละ 18.1 (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2555)

2.10 ความเครียด (Stress) จากการศึกษาของ อาทิตยา สุวรรณ และสุทธิศรี ตระกูล-สิทธิโชค (2559) พบว่าการจัดการกับความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 58.3 มีการจัดการกับความเครียดไม่เหมาะสม

2.11 การศึกษา จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยผู้ที่ได้รับการศึกษามากกว่า 15 ปี ช่วยลดโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมทุกชนิดรวมถึง โรคอัลไซเมอร์ (Patterson et al, 2009) ส่วนการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมเป็น 2 เท่าของคนที่ได้รับการศึกษามากกว่า 10 ปี (Chen et al., 2009)

2.12 อาชีพ การศึกษาในประเทศสวีเดน พบว่า อาชีพรับจ้างมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อม (Patterson et al, 2009) และการศึกษาในผู้สูงอายุแคนาดา พบว่า อาชีพที่ต้องสัมผัสกับสารฆ่าแมลง ปุ๋ย พลาสติกหรือยางเพิ่ม โอกาสในการเกิดภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (McCullagh et al., 2001)

ผลกระทบภาวะสมองเสื่อม

1. ผลกระทบต่อผู้สูงอายุ

ด้านร่างกาย ภาวะสมองเสื่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการรับรู้สิ่งรอบตัว และความสามารถเชิงปฏิบัติลดลง มีภาวะทุพพลภาพหรือพึ่งพิงมากขึ้น และเพิ่มภาระของผู้ดูแล (Caregiver burden) (ปณิตา ลิ้มปะวัฒน์, 2561)

ด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะเกิดความวิตกกังวลและความเครียดจากการสูญเสียความทรงจำมีภาวะซึมเศร้า มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ได้แก่ หงุดหงิดฉุนเฉียว ก้าวร้าว อีกทั้งยังพบอาการหลงผิดประสาทหลอนซึ่งอาจแสดงพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเอง

และผู้อื่นได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุสูญเสียความมีคุณค่าแห่งตนเนื่องจากรับรู้ว่าตนเป็นภาระของครอบครัว ทำให้เกิดความท้อแท้และสิ้นหวัง ดำเนินชีวิตแบบขาดเป้าหมายและความหมายในชีวิต (ขวัญประภัสร์ จันทรบุลวัชร และคณะ, 2560)

ด้านสังคม เนื่องจากผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีความผิดปกติด้านารู้คิด ความจำลดลง แต่การตอบสนองทางด้านร่างกาย และในบางรายการควบคุมตนเองจะลดลงชอบเดินหนีออกจากบ้าน บางรายมีพฤติกรรมซุกซนเหมือนเด็กและทำสิ่งที่ไม่คาดคิด อาจถูกทารุณกรรมจากภัยทางสังคมได้ง่าย และการทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง (ชัชวาล วงศ์สารี, 2560) ทั้งนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีการแยกตัวจากสังคมเพราะมีปัญหาด้านการสื่อสารไม่สามารถพูดหรือบอกในสิ่งที่จะพูดได้ (Aphasia) รวมทั้งไม่เข้าใจสิ่งที่ผู้อื่นสื่อสาร (ขวัญประภัสร์ จันทรบุลวัชร และคณะ, 2560)

2. ผลกระทบต่อครอบครัวหรือผู้ดูแล

ด้านร่างกาย เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมในระยะสุดท้ายภาระหลักจะตกอยู่กับญาติหรือผู้ดูแลเพราะผู้สูงอายุบางรายต้องพึ่งพาผู้ดูแลทุกกิจกรรม ในระยะยาวผู้ดูแลจะเกิดอาการเหนื่อยล้า มีภาวะเบื่ออาหาร การทำงานของระบบฮอร์โมนลดลง กล้ามเนื้อตึงเครียด ค่าความดันโลหิตสูงขึ้น บางรายมีอาการแสดงหัวใจกำเริบบ่อยขึ้น (ชัชวาล วงศ์สารี และ ศุภลักษณ์ พื้นทอง, 2561)

ด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ให้การดูแลส่วนใหญ่จะมีความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับการพักผ่อนของตนเอง การทำหน้าที่อื่นของตนและรู้สึกว่าตนมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ในผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะยาวพบว่าความเครียดและความซึมเศร้าจะพบมากขึ้นจนทำให้ผู้ดูแลไม่ยอมดูแลผู้ป่วยต่อไป ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการให้การดูแลผู้ป่วย (ชัชวาล วงศ์สารี, 2560)

ด้านสังคม เนื่องจากต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือปัญหาด้านสมอง ทำให้ผู้ให้การดูแลต้องเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต ใช้เวลาส่วนใหญ่ของวันเพื่อการดูแลผู้ป่วย จึงมีผลกระทบต่อบทบาทเดิม (ชัชวาล วงศ์สารี, 2560)

ด้านเศรษฐกิจ ภาวะสมองเสื่อมเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางกายอื่นง่ายขึ้น เนื่องจากมีปัญหาในการสื่อสารและความร่วมมือในการรักษา ส่งผลต่อการเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลและรักษา (ปณิตา ลิ้มปะวัฒนะ, 2561)

3. ผลกระทบต่อประเทศ

ด้านเศรษฐกิจ จากข้อมูลของ WHO (2022) ภาวะสมองเสื่อมมีผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจอย่างมีนัยสำคัญในแง่ของค่ารักษาพยาบาลและการดูแลทางสังคมโดยตรง รวมถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลนอกระบบ ในปี 2019 ค่าใช้จ่ายทางสังคมโดยรวมของภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกอยู่ที่ 1.3 ล้านล้านเหรียญสหรัฐ และค่าใช้จ่ายเหล่านี้คาดว่าจะเกิน 2.8 ล้านล้านเหรียญสหรัฐภายในปี 2030 เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ส่วนในประเทศไทย

พบว่าข้อมูลค่าใช้จ่ายที่สมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทยรายงานต่อสมาคมโรคอัลไซเมอร์นานาชาติ (ADI) ถึงจำนวนงบประมาณขั้นต่ำที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั่วประเทศไทย โดยใช้งบประมาณกว่าปีละ 1,810 ล้านบาท (ADI, 2014)

ด้านระบบสุขภาพ เนื่องจากผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีความผิดปกติที่มีความเรื้อรังและยาวนานรูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพจึงควรมีการดูแลเป็นทีมสุขภาพที่มีความเฉพาะ แต่ในประเทศไทยยังไม่มีรูปแบบการดูแลเป็นทีมที่ชัดเจน และจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ดังนั้นสิ่งที่จำเป็นต้องพัฒนาให้เกิดขึ้นคือการเตรียมทีมเพื่อการดูแลอย่างเฉพาะเจาะจง และสร้างระบบเพื่อให้การดูแลที่ชัดเจนขึ้น (ชัชวาล วงศ์สารี, 2560)

การประเมินและคัดกรองภาวะสมองเสื่อม

ในประเทศไทยได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้สำหรับประเมินหรือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมมีหลายประเภท ซึ่งเครื่องมือที่มีการนำไปใช้ในการประเมินหรือคัดกรองในผู้สูงอายุมิรายละเอียดดังตารางที่ 1 (ปณิตา ทิมปะวัฒน์, 2561)

ตารางที่ 1 แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่มีการศึกษาในประเทศไทย

แบบทดสอบ	พุทธิพิสัย (cognitive domain) ที่ประเมิน	ระดับการศึกษา	จุดตัด/คะแนนเต็ม	ความไว/ความจำเพาะ
TMSE	memory, orientation, attention, language, visuo-construction, praxis	ทุกราย	23/30	68.5-82/ 70-88
MMSE-Thai 2002	memory, orientation, attention, language, visuo-construction, praxis	อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้	14/23	35.4/76.8
		จบประถมศึกษา	17/30	56.6/93.8
		สูงกว่าประถมศึกษา	22/30	92/92.6
MoCA	memory, orientation, attention, language, executive function	ไม่เกินระดับประถมศึกษาบวก 1 คะแนน	22/30	100/98
			25/30 (MCI)	80/80
RUDAS	memory, praxis, visuospatial, visuo-construction, executive function (ในส่วนของ judgement), language	ไม่เกินประถมศึกษา	23/30	71.4/76.9
		สูงกว่าประถมศึกษา	24/30	77/70
Mini-Cog	memory, executive function, visuo-construction	ทุกราย	2/5	77.8/100

ตารางที่ 1 (ต่อ)

แบบทดสอบ	พุทธิพิสัย (cognitive domain) ที่ประเมิน	ระดับการศึกษา	จุดตัด/คะแนนเต็ม	ความไว/ความจำเพาะ
IQCODE	memory, orientation, language, other daily living function	ทุกราย	< 3.47/5	83.6/86.2
Modified IQCODE	memory, orientation, language, other daily living function	ไม่เกิน ประถม 4	< 3.56/5	81.8/90
7MS	memory, orientation, language, visuospatial, visuo-construction	ทุกราย	0.83	100/89.9
AMT	memory, orientation, attention	ทุกราย	< 8/10 (ภาวะสมองเสื่อมและภาวะสับสนเฉียบพลัน)	91/75
CDT by CCSS	visuospatial, executive function	ทุกราย	7/10 6/10	88/74 88/82
CMT	memory, orientation, attention, language, executive function (ในส่วนของ judgement, abstract thinking), calculation	ทุกราย	15/19	83.3-100/ 90-91.7

แนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อม

1. การรักษาโดยใช้ยา (pharmacological management) การรักษาด้วยยาในปัจจุบันที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ายาที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย มี 2 กลุ่ม ดังนี้

1.1 กลุ่มด้านการทำงานของเอนไซม์อะซิติลโคลีนเอสเตอเรส (Acetylcholinesterase inhibitors [AChEIs]) ได้แก่ ยา Donepezil, Rivastimine และ Galantamine ยากลุ่มนี้มีผลในการเพิ่มระดับการรู้คิดด้าน Attention และ Executive function ที่แตกต่างจากยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ประเมินโดยใช้ ADAS-Cog) แต่ขนาดของผลลัพธ์ (Effect size) อยู่ในระดับน้อยถึงน้อยมาก ทำให้ผู้ป่วยคงความสามารถของสมองในเรื่องความจำ และการช่วยเหลือตนเองได้นานขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช้ยา ผลข้างเคียงที่พบบ่อยคือ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ผื่นร่าย มึนงง หัวใจเต้นผิดปกติ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2564; ปียศักดิ์ น่วมนา, 2562; ปณิตา ลิ้มปะวัตนะ, 2561)

1.2 กลุ่มด้านตัวรับเอ็นเอ็มดีเอชนิดไม่แข่งขัน (Noncompetitive NMDA receptor antagonist) ได้แก่ยา Memantine มีข้อบ่งชี้ให้ใช้ในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ชนิดที่มีความรุนแรง

ปานกลางถึงระยะท้าย ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ มีนศีรษะ ปวดศีรษะ อาจทำให้มีอาการหลอน และหวาดระแวงมากขึ้นได้ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2564; ปิยศักดิ์ น่วมนา, 2562; ปณิตา ลิ้มปะวิณะ, 2561)

2. การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological management) เป็นการรักษาและบำบัด โดยไม่ใช้ยา ซึ่งมีหลักการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง เสริมทักษะการเข้าสังคม ก่อนที่จะเริ่มทำการรักษาโดยไม่ใช้ยาควรเตรียมความพร้อมของร่างกาย ประสาทการรับรู้ อารมณ์ ความเข้าใจของทั้งผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาและผู้ดูแล ซึ่งการรักษาโดยไม่ใช้ยามีอยู่หลายรูปแบบ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2564) ดังนี้

2.1 การรักษาที่เน้นการรู้คิด (Cognition-oriented)

2.1.1 การฝึกการรู้คิด (Cognitive training [CT]) เป็นวิธีการฝึกความรู้คิดแบบเจาะจงเฉพาะด้าน เพื่อมุ่งแก้ไขทักษะที่บกพร่องของแต่ละบุคคล ใช้กับคนที่มีสมรรถภาพสมอง ด้านการรู้คิดเพียงพอที่จะฝึกสมองส่วนที่ยังคืออยู่ให้มาช่วยสนับสนุนด้านที่บกพร่อง อาจใช้ระดับของความยากหรือน่าคอมพิวเตอร์มาใช้ ซึ่งสามารถทำเป็นกลุ่มหรือตัวต่อตัว และใช้วิธีการฝึกปฏิบัติซ้ำ ๆ เพื่อให้คงไว้ซึ่งการรู้คิดของผู้ป่วย (Olazarán & Muñiz, 2018)

2.1.2 การฟื้นฟูการรู้คิด (Cognitive rehabilitation [CR]) เป็นวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพสมองด้านการรู้คิดแบบครอบคลุม โดยใช้เทคนิคหลายอย่างร่วมกันทั้งการกระตุ้นและการฝึกสมรรถภาพภาพสมองด้านการรู้คิด การบำบัดและการฝึกทักษะเฉพาะที่ขึ้นอยู่กับความต้องการและเป้าหมายของผู้ป่วยแต่ละบุคคล เน้นการฝึกที่สามารถประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตจริง และกระตุ้นที่เน้นเพิ่มการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน ซึ่งมีรูปแบบการประเมินที่ครอบคลุม และการระบุเป้าหมายการฟื้นฟูมักจะให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้าร่วมและเป็นแบบตัวต่อตัว โดยใช้วิธีการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ การปรับตัวด้านการรู้คิดและอารมณ์ เพื่อเพิ่มการทำหน้าที่ส่วนบุคคลหรือเพิ่มการทำหน้าที่ในบริบทของชีวิตประจำวัน (Olazarán & Muñiz, 2018)

2.1.3 การกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive stimulation [CS]) เป็นวิธีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ใช้ความคิดหรือเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ รอบตัว เช่น สถานที่ เวลา สิ่งที่ทำประจำวัน โดยการส่งเสริมเข้าร่วมกิจกรรมที่มีการกระตุ้นสมองด้านการรู้คิด เช่น การพบปะและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การทำงานอดิเรก อ่านหนังสือ และเล่นเกมกีฬาต่าง ๆ รวมถึงการทำกิจกรรมใหม่ที่ต่างไปจากเดิม คือการมุ่งเน้นในการเพิ่มประสิทธิภาพทั่วไปของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด เนื่องจากการทำหน้าที่การรู้คิดในแต่ละด้านไม่ได้แยกจากกันโดยชัดเจน จึงใช้หลักการการรับรู้ตามความจริง (Reality orientation) การรำลึกถึงความหลัง (Reminiscence) และการเชื่อมโยงความหมายเข้าด้วยกัน (Semantic associations) จัดการอภิปรายหรือกิจกรรมกลุ่ม เช่น ใช้กระดานการรับรู้

(Orientation board) กิจกรรมประสาทสัมผัส และกิจกรรมที่เน้นปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Olazarán & Muñoz, 2018)

2.2 การรักษาที่เน้นเรื่องอารมณ์ (Emotion-oriented)

2.2.1 Reminiscence therapy เป็นการกระตุ้นความจำและอารมณ์โดยใช้ประสบการณ์ชีวิตในอดีตของผู้ป่วยรูปแบบอาจทำเป็นกลุ่ม ควรจะมีญาติร่วมด้วย โดยใช้อุปกรณ์ เช่น รูปภาพ คนตรี บุคคลที่เกี่ยวข้องกับอดีตของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การฟื้นความจำในอดีต จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้ว่าตัวเองมีความสัมพันธ์กับสิ่งที่มีมากระตุ้น เป็นการช่วยปรับพฤติกรรมอารมณ์และความจำให้ดีขึ้น (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2564)

2.2.2 วิธีการอื่น ๆ ได้แก่ การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive psychotherapy) การใช้เทคนิคหลาย ๆ อย่างเพื่อสื่อสารกับผู้ป่วย (Validation therapy) และการผสมผสานการรับรู้ (Sensory integration) เพื่อให้มีการแสดงอารมณ์ต่อผู้อื่นอย่างเหมาะสม รวมถึงช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายลดความเครียด เพิ่มสมาธิระบบการรับรู้และการใช้ภาษา

2.3 การรักษาที่เน้นการกระตุ้น (Stimulation-oriented)

การรักษาด้วยกิจกรรมสันทนาการ (Recreation therapy) เช่น การเล่นเกมคอมพิวเตอร์ เกมในโทรศัพท์ เกมไพ่ เกมกระดาน เช่น หมากรุก การทำงานฝีมือ ใช้งานที่ไม่เคยทำมาก่อนและงานที่คุ้นเคยมีทักษะ และศิลปะบำบัด (Art therapy) เช่น ดนตรีบำบัด (Music therapy) Multimodal หรือ Multi-modal activation therapy ซึ่ง ประกอบด้วย Motor stimulation และ Cognitive stimulation การเขียนบันทึกประจำวันเพื่อช่วยให้มีการรับรู้ตนเอง สมาธิ ความจำ ปฏิบัติการ การใช้สายตา และมิติสัมพันธ์ การปรับตัว เข้ากับสังคมรวมถึงบทบาทหน้าที่และอารมณ์ผู้ป่วยดีขึ้น (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2564)

2.4 การรักษาด้วยการใช้เครื่องมือกระตุ้น เพื่อกระตุ้นให้เซลล์สมองเฉพาะบริเวณใกล้จุดกระตุ้นมีการทำงานมากขึ้น ซึ่งมีรูปแบบการรักษา 2 ชนิด อย่างไรก็ตามยังมีข้อมูลสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพน้อย ซึ่งมีรายละเอียดของการรักษาดังนี้ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2564)

2.4.1 การกระตุ้น โดยใช้เครื่องส่งคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้ากระตุ้นสมองซ้ำ ๆ (Repetitive transcranial magnetic stimulation - rTMS) ซึ่งเป็นการใช้อุปกรณ์ปล่อยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าเหนี่ยวนำให้เกิดกระแสไฟกระตุ้นให้สมองบริเวณที่ใช้เครื่องเกิดการ ทำงานมากขึ้น ส่วนมากคือบริเวณสมองส่วนหน้ามีผลเฉพาะจุด

2.4.2 การกระตุ้น โดยใช้ไฟฟ้ากระแสตรง (Transcranial direct current stimulation - tDCS) กระตุ้นผ่านผิวหนัง ปรับให้สมองเฉพาะจุดมีการเปลี่ยนแปลงให้เกิด synaptic plasticity และผนังเส้นเลือดมี depolarization เพิ่มการไหลเวียนโลหิตภายในสมองเฉพาะบริเวณ

2.5. การรักษาที่เน้นพฤติกรรม (Behavior - oriented) เพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหา พฤติกรรม ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรม และเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือตัวกระตุ้น เพื่อลด ปัญหาเหล่านั้นและผลกระทบ หากกลยุทธ์ต่าง ๆ เพื่อพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าว เปลี่ยนเป็นพฤติกรรมที่ดีหรือทักษะที่หายไปกลับคืนมา และลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ตะโกน ปัสสาวะรด เป็นต้น โดยใช้วิธีการทำให้ผู้เป็นตัวอย่าง การให้แรงจูงใจ การให้รางวัล การชื่นชม (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2564) ดังนี้

2.5.1 ชื่นชมผู้ป่วยหรือให้รางวัล เมื่อผู้ป่วยทำพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น ถ่ายปัสสาวะ อุจจาระในห้องน้ำได้เอง

2.5.2 เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยเมื่อมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น ก้าวร้าว มักเดินออกจากบ้านหรือศูนย์ดูแลด้วยความกระวนกระวาย ดังนั้นให้กระตุ้นให้ออกกำลังกายด้วยการเดินเป็นประจำซึ่งอาจช่วยลดความรู้สึกระวนกระวายใจได้

2.5.3 การรักษาด้วยพฤติกรรมบำบัดสามารถใช้เพื่อรักษาปัญหาพฤติกรรมอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมได้ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความก้าวร้าวรุกรานและความคิดหลงผิด

2.5.4 ผู้ป่วยมักได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยเพื่อน หรือญาติที่ผ่านการฝึกอบรม (โดยปกติจะเป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว) รวมถึงผู้ดูแลที่จ้างมาสามารถอบรมได้ โดยอยู่ภายใต้การดูแลแนะนำโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

2.6 การรักษาที่เน้นผู้ดูแล (Caregiver - oriented) เมื่อผู้ดูแลมีสุขภาพกาย จิต และ อารมณ์ที่ดี ทำให้พฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยดีขึ้นได้ด้วย วิธีการช่วยเหลือผู้ดูแล เช่น การทำจิตบำบัดประคับประคอง (Supportive psychotherapy) การทำกลุ่มศึกษา (Group psychoeducation) และการให้กำลังใจ (Emotional support) รวมถึงการให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนเป็น ครั้งคราวโดยส่งผู้ป่วยไปอยู่สถานบริบาล (Respite care) หรือสถานดูแลเวลากลางวัน (Day care) เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลให้มีสุขภาพจิต อารมณ์ที่ดีลดความเครียดและความเหนื่อยล้า ทำให้พฤติกรรม อารมณ์ของผู้ป่วยดีขึ้นได้เช่นเดียวกัน (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2564)

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าภาวะสมองเสื่อมมีหลายสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง ที่ทำให้เกิดโรค เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรกอาจจะเป็นปัญหา แต่เมื่อการดำเนินของ โรครุนแรงมากขึ้นจึงส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุ ผู้ดูแลหรือครอบครัว รวมถึงเศรษฐกิจและ ระบบสาธารณสุข ซึ่งปัจจุบันสามารถเลือกใช้แบบประเมินตามความเหมาะสมในการคัดกรอง ภาวะสมองเสื่อมได้ ส่วนการรักษาภาวะสมองเสื่อมในปัจจุบันยังไม่มีวิธีรักษาหายให้ขาด รูปแบบ การรักษาด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยาส่วนใหญ่เป็นการประคับประคองผู้สูงอายุสามารถคงไว้ซึ่ง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการรู้คิด ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้

ทำการศึกษาในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อยถึงปานกลางตามการแบ่งระยะของ Reisberg และคณะ (1982) ได้แก่ ระยะที่ 5 การรู้คิดลดลงรุนแรงปานกลาง (Moderately severe cognitive decline) ซึ่งเป็นระยะเริ่มต้นของภาวะสมองเสื่อม (The phase of early dementia) และระยะที่ 6 การรู้คิดลดลงรุนแรง (Severe cognitive decline) ซึ่งเป็นระยะกลางของภาวะสมองเสื่อม (The middle phase of dementia) โดยใช้แบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย 2002 (MMSE-Thai 2002) ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมหรือประเมินการรู้คิดของผู้สูงอายุ และใช้วิธีการกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive stimulation [CS]) เพื่อชะลอการเสื่อมของสมองหรือเพิ่มประสิทธิภาพของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุ และคงไว้ซึ่งการรู้คิดของผู้สูงอายุ

กลุ่มชาติพันธุ์ม้ง

กลุ่มชาติพันธุ์ม้ง

ม้ง (Hmong) หรือคำว่า “Hmoob” เป็นชื่อที่คนในกลุ่มวัฒนธรรมนี้ใช้เรียกตนเอง ซึ่งมีบางส่วนในกลุ่มชาติพันธุ์ม้งได้ให้ความหมายของคำว่า ม้ง หมายถึง อีสระ หรืออีสระชน (Lee, 1998; Koltyk, 1995) ส่วนคำว่าแม้ว (Miao) เป็นคำที่บุคคลอื่นใช้เรียกชาวเขาเผ่านี้ (ดารณี พลอยจัน, 2559; ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร, 2022) กลุ่มชาติพันธุ์ม้งใช้ภาษาตระกูลจีน-ทิเบต (Sino-Tibetan) สาขาแม้ว-เย้า (Miao-Yao) หรือม้ง-เมี่ยน (Hmong-Mien) ในการสื่อสาร อาศัยอยู่ในบริเวณตะวันตกเฉียงใต้ของจีนและบริเวณแผ่นดินใหญ่ตอนเหนือของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เชื่อกันว่าดินแดนดั้งเดิมของม้งอยู่ในบริเวณแอ่งที่ราบแม่น้ำเหลืองและแม่น้ำแยงซี แต่การรุกรานของชาวจีนทำให้ต้องอพยพกระจัดกระจายลงมาทางตะวันตกเฉียงใต้ของจีนและตั้งบ้านเรือนในบริเวณนั้น โดยมีเมืองไกวโจว (Kweichow) เป็นศูนย์กลาง ในช่วงปลายคริสต์ทศวรรษ 1790 ถึงต้นทศวรรษ 1800 ม้งเดินทางเข้าสู่ดินแดนสิบสองจุไทยซึ่งเป็นเขตภาคเหนือของประเทศเวียดนาม และคาดว่าได้เริ่มอพยพเข้ามายังประเทศไทยตั้งแต่ปลายคริสต์ทศวรรษ 1800 โดยเข้ามาจากประเทศลาว และพม่า เส้นทางที่ม้งเดินทางจากลาวเข้ามาไทย ได้แก่ จังหวัดเชียงราย เลย และพิษณุโลก ส่วนม้งจากพม่าเข้ามาทางจังหวัดแม่ฮ่องสอนและเชียงใหม่ ในประเทศไทยปัจจุบันกลุ่มชาติพันธุ์ม้งตั้งถิ่นฐานอยู่บนที่สูงตามลาดเขาหรืออาศัยอยู่ในที่มีลักษณะเป็นเทือกเขาสลับซับซ้อน (ปิยฉัตร อุดมศรี และทิพวรรณ ทังม้งมี, 2564) และมีการกระจายทั่วไปบนที่สูง หรือเชิงเขา และที่ราบต่ำ ในจังหวัดทางภาคเหนือ บริเวณภูเขาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และบนพื้นที่สูงในจังหวัดทางภาคกลาง (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, 2555; อธิธา สุนทรโรตท, 2550) มีการปลูกบ้านเรือนรวมกันเป็นกลุ่มตามสายตระกูลซึ่ง เรียกว่า “Xeem” ตัวบ้านมีฝาที่ทำมาจากไม้ไผ่ ปัจจุบันมีการใช้อิฐ กระเบื้อง และสังกะสี ในการสร้างบ้าน มุมบ้านฝั่งซ้ายมักจะกั้นเป็นห้องนอนของพ่อแม่กับลูก

มีห้องที่ใช้เก็บพืชผลการเกษตร มีเตาไฟเล็กอยู่ภายในบ้านเพื่อประกอบอาหาร และฝังไฟใน
 ฤดูหนาว และมีเตาไฟใหญ่ที่สูงระดับเข้าใช้หุงอาหารเลี้ยงแขกจำนวนมากและใช้สำหรับต้มอาหาร
 เลี้ยงสัตว์ นอกจากนี้ยังมีแผ่นกระดาศี่เหลี่ยมติดอยู่บนฝาบ้านอยู่ตรงกันข้ามกับประตูทางเข้า
 ส่วนของบริเวณหน้าบ้าน และในบางบ้านมีครกไม้ใหญ่สำหรับตำข้าวเปลือก มีลูกโม้หินสำหรับบด
 ข้าวโพดหรือแป้ง ส่วนบริเวณรอบ ๆ ตัวบ้านมีคอกหมู เล้าไก่ ยุ้งฉางใส่ข้าวเปลือก และข้าวโพด
 ชาวเขาเผ่าม้งมีระบบเครือญาติที่มั่นคงมากจึงไม่ค่อยอพยพเคลื่อนย้ายที่อยู่บ่อย บางพื้นที่อยู่นาน
 15-20 ปี และอาจย้ายกลับมาที่เดิมอีก แม้ว่าจะมีการรับวัฒนธรรมของสังคมอื่น ๆ มา แต่เป็น
 การยากที่จะถูกกลืนโดยชนชาติอื่น ๆ (อภิชาติ ภัทรธรรม, 2551)

กลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่ได้มีการอพยพมาอาศัยอยู่ในประเทศไทยมีอยู่ 2 กลุ่มใหญ่ คือ กลุ่มที่
 เรียกตนเองว่า “Hmoob Nrsuab” หมายถึงม้งน้ำเงินหรือม้งเขียว (Blue Hmong) และกลุ่มที่เรียก
 ตนเองว่า “Hmong Der หรือ Hmoob dawb” หมายถึงม้งขาว (White Hmong) ทั้งสองกลุ่มนี้มีความ
 แตกต่างที่ปรากฏอย่างชัดเจนคือ เครื่องแต่งกาย และภาษา เช่น ผู้หญิงม้งเขียวหรือน้ำเงินนุ่ง
 กระโปรงผ้าบาติกสีน้ำเงินอัดกลีบมีลวดลาย ขณะที่ผู้หญิงม้งขาวนุ่งกางเกงสีน้ำเงินเหมือนผู้ชาย
 แต่ในช่วงงานฉลองปีใหม่จะนุ่งกระโปรงสีขาว ส่วนภาษาพบว่ามีการใช้คำศัพท์หรือการออกเสียง
 ต่างกัน แต่ก็สามารถเข้าใจกันเมื่อมีการสื่อสาร ส่วนแนวปฏิบัติตนตามความเชื่อของค่านิยมและ
 ระบบความเชื่อของเผ่าไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจมีกลุ่มชาติพันธุ์ม้งอื่น ๆ อีกที่ได้มีการอพยพเข้ามาอยู่
 ในประเทศไทย แต่เนื่องจากมีจำนวนน้อย จึงถูกผสมกลมกลืนกลายเป็นไปในสองกลุ่มนี้ ในทัศนะ
 ของกลุ่มชาติพันธุ์ม้งตามคติความเชื่อเดิมโลกมี 2 ส่วน คือ โลกแห่งแสงสว่าง ซึ่งเป็นโลกของ
 มนุษย์ส่วนหนึ่ง และโลกแห่งความมืดที่เป็นโลกของเทพเจ้าและวิญญาณ ในระบบความเชื่อเดิม
 ของกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง ฝึมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตโดยพบว่ามีฝึอยู่ตามส่วนต่าง ๆ ของบ้าน เช่น
 ประตูใหญ่หน้าบ้าน เตาไฟ ฝ้าฝับรรพบุรุษ และเสากลางบ้านหรือเสาฝั ซึ่งต้องมีการทำพิธีเช่นไหว้
 ฝัทั้งหลายเป็นประจำ ทั้งนี้การไหว้ฝับรรพบุรุษมี 3 ระดับ ได้แก่ การไหว้ฝัพ่อแม่ ทำปีละ 2 ครั้ง
 การไหว้ฝัปู่ย่า ทำทุกปีช่วงก่อนปีใหม่ 2 - 3 วัน และการไหว้ฝัทวดจะทำทุกปีก่อนวันปีใหม่ ซึ่งใน
 ปัจจุบันกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยพบว่าบางส่วนนับถือฝั แต่ในบางรายได้มีการหัน
 มานับถือศาสนาพุทธ แต่ยังคงบูชาและคงความเชื่อดั้งเดิม และบางส่วนหันมานับถือศาสนาคริสต์ซึ่ง
 ในกลุ่มนี้จะไม่มีพิธีเช่นไหว้ฝัตามหลักคำสอนทางศาสนา (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, 2555;
 อธิตา สุนทโรทก, 2550)

ชาวเขาม้งกลุ่มนี้มีวันหยุดตามประเพณีเฉพาะในวันพิธีปีใหม่หรือหยุดตามเหตุการณ์
 เช่น มีผู้เสียชีวิตในหมู่บ้าน พิธีแต่งงานหรือการประกอบพิธีกรรมของแต่ละครัวเรือน และมีสังคมที่
 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเท่านั้น กิจกรรมการเกษตรที่เกี่ยวกับไร่ข้าว ข้าวโพด พืชผัก เป็นต้น

ปัจจุบันได้เริ่มมีการทำเกษตรผสมผสานมากขึ้น และมีการประกอบอาชีพอื่นเป็นอาชีพเสริม เช่น การปักผ้า การทำเครื่องประดับทองขาว การทำเครื่องเงิน เป็นต้น สำหรับพื้นที่ทำไร่มีก้อยู่ไม่ห่างจากหมู่บ้าน พืชที่ปลูก ได้แก่ ผักกาดขาว ผักกาดเขียว หอม กระเทียม ผักหางหงส์ แดงกวางญี่ปุ่น ถั่วแดง กะหล่ำปลี และขิง เป็นต้น มีวิถีชีวิตในรอบหนึ่งปี โดยเดือนธันวาคมทำการสำรวจสวน ไร่นา ในเดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์ ทำการสำรวจที่นา ไร่ รวมถึงการถางหญ้า กรีดยาง ทำเครื่องเงิน เครื่องประดับทองขาว และปักผ้า ส่วนเดือนมีนาคมถึงเมษายนทำการเผาไร่ เก็บเศษไม้ ตอไม้ คูแลไม้ผล พ่นยา ทำเครื่องเงิน เครื่องประดับทองขาว และปักผ้า ในเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน เก็บเกี่ยวผลผลิตมะม่วง พืชผักต่าง ๆ ทำเครื่องเงิน เครื่องประดับทองขาว และปักผ้า ในเดือนกรกฎาคมถึงสิงหาคมทำการเก็บเกี่ยวผลผลิต เช่น ลิ้นจี่ ลำไย เป็นต้น และทำเครื่องเงิน เครื่องประดับทองขาว ปักผ้า ในเดือนกันยายนถึงตุลาคม ทำการตกแต่งกิ่งไม้ผล ทำเครื่องเงิน เครื่องประดับทองขาว และปักผ้า ในเดือนตุลาคมถึงพฤศจิกายน ทำการเก็บเกี่ยวข้าวนา ทำเครื่องเงิน เครื่องประดับทองขาว และเตรียมชุดขาวเขาเผ่าม้ง และในเดือนธันวาคม-มกราคม ทำการฉลองเทศกาลปีใหม่ นอกจากนี้ยังเลี้ยงและบริโรคหมูป่าเพราะไขมันน้อยและรสชาติอร่อย เดิมหมูที่เลี้ยงเป็นพันธุ์พื้นบ้านและเลี้ยงปล่อยตามป่า ตอนหลังเห็นว่าการเลี้ยงหมูควรอยู่ในคอก เพราะง่ายต่อการควบคุมและทำความสะอาด ส่วนหัตถกรรมพื้นบ้าน เช่น เลื้อผ้า เครื่องเงินเป็น รายได้เสริม ปัจจุบันได้มีการมารับจ้างในพื้นที่จังหวัดและกรุงเทพฯ (อภิชาติ ภัทรธรรม, 2551)

กลุ่มชาติพันธุ์ม้งมีประเพณี วัฒนธรรม และความเชื่อที่เป็นเอกลักษณ์ เช่น ประเพณี ปีใหม่ม้งหรือที่เรียกว่า “น่อเป็ใจว้อ (Noj peb tsaug)” แปลตรงตัวได้ว่า “กินสามสิบ” เป็นงานรื่นเริงหรืองานฉลองของชาวเขาเผ่าม้งในทุก ๆ ปี จัดขึ้นหลังจากได้เก็บเกี่ยวผลผลิตในรอบปี เรียบร้อย ซึ่งจะมีการทำพิธีบูชาถึงผีฟ้า ผีป่า ผีบ้านที่ให้ความคุ้มครองและดูแลความสุขสำราญ ตลอดทั้งปี ซึ่งแต่ละหมู่บ้านจะทำการฉลองกันอย่างพร้อมเพรียงหรือตามวันและเวลาที่สะดวกของแต่ละหมู่บ้าน ส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคมของทุกปี ซึ่งหัวหน้าครอบครัวของแต่ละบ้านจะประกอบพิธีกรรมทางศาสนา เพื่อเป็นสิริมงคลของครัวเรือน ถัดจากวันส่งท้ายปีเก่าไป 3 วัน จัดเป็นวันฉลองปีใหม่ ในช่วงวันดังกล่าวทุกคนจะหยุดหน้าที่การงานทุกอย่างและมีการละเล่น เช่น การละเล่นลูกช่วง การตีลูกข่าง การร้องเพลงม้ง เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีประเพณี กินข้าวใหม่ ซึ่งเป็นประเพณีที่สืบทอดกันมาตั้งแต่สมัยรุ่นทวด-รุ่นปู่ โดยมีความเชื่อว่าต้องเลี้ยง ผีปู่-ผีย่า เพราะช่วงเวลาในหนึ่งรอบปีหรือในหนึ่งปีที่ผ่านมาได้ให้การดูแลครอบครัวเป็นอย่างดี จึงมีการปลูกข้าวใหม่เพื่อจะเซ่นบูชา ซึ่งจะทำการในเดือนตุลาคมของทุกปี ทำการเก็บเกี่ยวโดยใช้ เลี้ยวเกี่ยวข้าวที่มีขนาดเล็กและเริ่มเมื่อรวงข้าวสุกแต่ยังไม่เหลืองมาก เมื่อเกี่ยวเสร็จจะนำมานวดให้ ข้าวเปลือกหลุดออกโดยไม่ต้องตากให้แห้ง จากนั้นนำข้าวเปลือกที่นวดเรียบร้อยแล้วมาคว่ำให้

เมื่อดำเนินการ และนำไปค้าด้วยโศกเคราะห์เครื่อง แล้วจึงนำไปหุงเพื่อเซ่นไหว้ นอกจากนี้ยังมีประเพณี การแต่งงาน ซึ่งการสู่ขอหญิงมักจะทำช่วงเวลาเย็นและหากวันนั้นมีคนตายในหมู่บ้านหรือระหว่าง การเดินทางไปสู่ขอถ้ามีสัตว์ป่าชนิดใดชนิดหนึ่งวิ่งผ่านหน้า จะต้องยกเลิกเพราะถือเป็นลางร้าย ค่าสินสอดทองหมั้นเดิมใช้เงินแถบ ปัจจุบันใช้เงินไทย ถ้าฝ่ายชายไม่เคยแต่งงานมาก่อนพ่อแม่จะ เป็นฝ่ายจัดการให้ พิธีแต่งงานจะจัดที่บ้านฝ่ายหญิงแต่อาหาร เช่น หมู ไก่ ฝ่ายชายจะจัดหามาให้ หลังจากเสร็จพิธี พ่อแม่ฝ่ายหญิงจะมอบสินสอด เช่น เงินสดกลับคืนให้ 1 เท่า รวมทั้งเสื้อผ้า ห่วงคอเงิน หมูและวัว ให้กับคู่บ่าวสาวเพื่อเป็นทุนในการดำเนินชีวิต (อภิชาติ ภัทรธรรม, 2551)

การดูแลสุขภาพอนามัยของชาวเขากลุ่มนี้มีวิธีการรักษาโรคของตนเอง ซึ่งเป็นวิธีการ รักษาแบบพื้นบ้าน เนื่องจากในสมัยโบราณกลุ่มชาติพันธุ์ม้งได้อาศัยอยู่บนภูเขาที่มีความลำบาก ยากจน ในอดีตเมื่อรู้สึกไม่สบายใจหรือเจ็บป่วยจะรักษาโรคโดยใช้หมอผี ตอนหลังมีหมอสมุนไพร จึงไปหาหมอสมุนไพรในหมู่บ้านหรือชุมชนให้ช่วยวินิจฉัยสาเหตุการเกิดอาการเจ็บป่วย และขอ ยาสมุนไพรหรือขอคำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อรักษาความเจ็บป่วย นอกจากนี้บางครั้งก็ใช้ทั้ง หมอสมุนไพรและหมอผี มีการให้หมอผีทำการ “อ้วนึ่ง” หรือการ “ลงผี” เพื่อหาสาเหตุที่ทำให้เกิด การเจ็บป่วยและแนวทางในการปฏิบัติตน เช่น ต้องอยู่กรรม (ใจ) คือเก็บตัวอยู่แต่ในบ้าน ไม่ออกมา นอกตัวบ้านตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, 2555) และจนถึงปัจจุบัน ลูกหลานของชาวม้งกลุ่มนี้ก็ยังคงรักษาความนิยมนี้อยู่ แต่ยุคสมัยที่เปลี่ยนแปลงจึงทำให้ชาวม้ง กลุ่มนี้ได้รู้จักวิธีการรักษาโรคแบบแพทย์แผนปัจจุบัน ถ้าเจ็บป่วยไม่มากก็ซื้อยามากินเอง หรือซื้อ จากกองทุนยาของหมู่บ้าน นอกจากนี้มีการใช้บริการ และได้นิยมรักษาที่โรงพยาบาลหรือ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ใกล้เคียงหมู่บ้านอย่างมากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อเกิดโรคที่ร้ายแรง ซึ่งไม่ สามารถใช้วิธีการรักษาแบบพื้นบ้านได้ ชาวบ้านจึงจะรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน ส่วนการ รับประทานอาหารมีการสืบทอดจากบรรพบุรุษจนถึงปัจจุบัน โดยมีความนิยมของอาหารที่แตกต่าง จากคนไทยทั่วไปในสังคม แต่ด้วยการผสมกลมกลืนในสังคมไทย ชาวบ้านหลายคนก็ได้นิยม รับประทานอาหารไทยมากขึ้น ในปัจจุบันกลุ่มชาติพันธุ์ม้งยังคงนิยมรับประทานอาหารม้งเหมือน เช่นในอดีต ซึ่งเป็นอาหารที่มีรสชาติจัด โดยไม่นิยมใส่เครื่องปรุงอาหารใด ๆ อีกทั้งชาวบ้านยังนิยมนำพืชผักและสัตว์เลี้ยงของตนเองมาประกอบเป็นอาหารในชีวิตประจำวัน เมนูอาหารประจำของ ชาวม้ง เช่น พักทองต้มจืด ไก่ตุ๋นสมุนไพรสูตรม้ง ผัดหรือต้มผัก หมูซีกรมคว้น เป็นต้น (Jingjing & Onkam, 2021; อภิชาติ ภัทรธรรม, 2551)

ในอดีตกลุ่มชาติพันธุ์ม้งส่วนใหญ่มีฐานะยากจน จึงไม่มีโอกาสได้รับการศึกษาที่สูง อีกทั้งยังต้องช่วยพ่อแม่ทำงานเลี้ยงชีพครอบครัว ปัจจุบันชาวบ้านที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุจึงไม่ได้มี การศึกษาที่สูงเหมือนกลุ่มคนรุ่นใหม่ แต่หลังจากหมู่บ้านได้มีการพัฒนา ชาวบ้านจึงสามารถ

ส่งลูกหลานไปเรียนหนังสือในโรงเรียน ในปัจจุบันกลุ่มรุ่นใหม่ในหมู่บ้านส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาแบบพื้นฐานจากโรงเรียน และได้มีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น จนได้มีโอกาสประกอบอาชีพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าชาวม้งในอดีต (Jingjing & Onkam, 2021)

จะเห็นได้ว่าหลังจากที่กลุ่มชาติพันธุ์ม้งอพยพเข้ามาในประเทศไทยได้มีการปลูกบ้านตามความเชื่อบนที่สูงตามลาดเขา ลักษณะของครอบครัวมีทั้งแบบครอบครัวเดี่ยวและขยาย ยังชีพและหารายได้ด้วยการเพาะปลูกพืช เนื่องจากเปลี่ยนแปลงทางสังคมจึงได้มีการประกอบอาชีพที่หลากหลาย รวมถึงมีโอกาสในการหารายได้เพิ่มขึ้น และมีการหันไปนับถือศาสนาคริสต์หรือพุทธ แต่ความเชื่อเรื่องผีบรรพบุรุษหรือการเซ่นไหว้ยังคงมีอยู่ นอกจากนี้เมื่อมีการเจ็บป่วยมีการรักษาตามความเชื่อหรือให้หมอผีรักษาอาการหรือการรักษาด้วยสมุนไพร แต่ในปัจจุบันได้มีการรักษาแพทย์แผนปัจจุบันตามหน่วยบริการใกล้บ้านมากขึ้น กลุ่มชาติพันธุ์ม้งมีการแต่งกาย และการใช้ภาษาที่เป็นเอกลักษณ์ รวมถึงมีประเพณีที่สืบทอดกันมา ถึงแม้ว่าสังคมในปัจจุบันเปลี่ยนไปแต่กลุ่มชาติพันธุ์ม้งยังคงความเชื่อ ภาษา ประเพณี และวัฒนธรรมไว้ดังเดิม ดังนั้น การศึกษากลุ่มชาติพันธุ์ม้งเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจ สามารถนำไปใช้ในการวางแผนให้การดูแลให้มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งได้ต่อไป

ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง

ความหมายของผู้สูงอายุ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ระบุในมาตรา 3 ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มีสัญชาติไทย (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ, ม.ป.ป.)

กรมกิจการผู้สูงอายุ ได้กล่าวว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ (กลุ่มกฎหมาย สลก, 2564)

ภารดี นานาศิลป์ (2558) กล่าวว่า ในสังคมไทยจะรับรู้ร่วมกันว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เพราะตามข้อกำหนดอายุราชการ การได้รับบำเหน็จบำนาญ เบี้ยยังชีพ และสวัสดิการอื่น ๆ ที่รัฐบาลหรือเอกชน กำหนดที่อายุ 60 ปี มาเป็นเวลานาน

องค์การสหประชาชาติ (United Nations [UN]) ได้ให้คำจำกัดความ “ผู้สูงอายุ (Older person)” ว่าเป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี (United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR], 2024)

จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ดังนั้น การศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงได้กำหนดให้ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งเป็นประชาชนที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่สืบเชื้อสายมาจากชาวเขาเผ่าม้งซึ่งมีสัญชาติไทยหรือม้งก็ได้ และอาศัยอยู่ในชุมชนตำบลเจ๊กน้อย อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์

ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง

ปัจจุบันกลุ่มชาติพันธุ์ม้งมีการกระจายตั้งถิ่นฐานตามพื้นที่ต่าง ๆ ของประเทศไทย โดยจังหวัดเพชรบูรณ์มีจำนวนประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ม้งมากเป็นอันดับที่ 1 ของกลุ่มชาติพันธุ์ม้งทั้งหมด และส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลเจ๊กน้อย อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ (ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ กรมอนามัย, 2559) ผู้วิจัยได้สอบถามข้อมูลจากผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง พบว่า ส่วนใหญ่ในอดีตมีฐานะยากจนจึงต้องช่วยพ่อแม่ทำงานเลี้ยงชีพครอบครัว ร่วมกับไม่มีการเปิดสถานศึกษาในชุมชน ส่งผลให้ไม่ได้เข้ารับการศึกษ ผู้สูงอายุในปัจจุบันจึงไม่สามารถอ่านออกหรือเขียนได้ ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งไม่สามารถสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์หรือสิ่งพิมพ์ได้เช่นเดียวกับผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ ที่ได้เข้ารับการศึกษ ส่วนการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่จะเรียบง่ายและใช้รูปแบบเดียวกัน คือ มีลูกหลานซื้อของ เตรียมอาหาร ซักผ้าและทำความสะอาดบ้านให้ หากลูกหลานไม่อยู่ผู้สูงอายุจึงดำเนินการเอง จากนั้นเมื่อบุตรออกไปทำงานเพื่อหารายได้ผู้สูงอายุจะอยู่ที่บ้านหรือช่วยเลี้ยงหลานอยู่บ้าน ส่วนการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นหรือการเข้าสังคมโดยปกติแล้วส่วนมากจะเป็นการเข้าร่วมผ่านงานพิธีกรรม เช่น งานแต่งงาน งานศพ งานขึ้นบ้านใหม่ เป็นต้น ผู้สูงอายุที่เป็นเพศชายซึ่งมีความรู้เกี่ยวกับพิธีกรรมนั้น ๆ หรือเป็นที่รู้จักและนับถือจะได้รับเชิญไปเป็นผู้นำในการประกอบพิธีกรรม ส่วนผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงจะให้ความช่วยเหลือเจ้าภาพในการเตรียมอาหารสำหรับแขกที่มาร่วมงาน นอกจากนี้แล้วต้องรอช่วงเทศกาลจึงจะมีโอกาสได้เดินทางพบปะกับญาติหรือบุคคลอื่น ๆ เพราะเป็นช่วงเวลาที่ลูกหลานหยุดพัก และเมื่อผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วย หากอาการไม่รุนแรงจะใช้สมุนไพรพื้นบ้านหรือวิธีการรักษาตามความเชื่อของกลุ่มชาติพันธุ์ม้งในการรักษา หากมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงจึงให้ลูกหลานพาไปรักษาที่โรงพยาบาลเขาค้อซึ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐ แต่ในบางครอบครัวก็ส่งผู้สูงอายุไปรักษาที่โรงพยาบาลของเอกชนในอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ หรือ โรงพยาบาลใหญ่ในตัวจังหวัดเพชรบูรณ์และจังหวัดพิษณุโลก นอกจากนี้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊กน้อยซึ่งตั้งอยู่ในชุมชน แต่เนื่องด้วยทางหน่วยงานมีบุคลากรทางการแพทย์น้อย ผู้สูงอายุที่เข้าใช้บริการส่วนใหญ่จึงใช้บริการเกี่ยวกับโรคประจำตัวที่มีอาการคงที่ เช่น การรับยารักษาโรคประจำตัว การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจความดันโลหิต เป็นต้น และการตรวจคัดกรองโรค รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่หน่วยงานจัดขึ้น และผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากองค์การบริหารส่วนตำบลเจ๊กน้อยซึ่งตั้งอยู่ในชุมชน โดยได้มีการจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุในทุกวันพุธให้ผู้สูงอายุได้มี

การทำกิจกรรมร่วมกัน โดยให้สมาชิกในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นผู้นำในการทำกิจกรรม และในบางกิจกรรมมีการเชิญให้แพทย์หรือพยาบาลเป็นวิทยากรให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพ

จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งในชุมชนตำบลเข็กน้อย อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษาส่งผลให้ผู้สูงอายุบางรายไม่สามารถพูดคุยกับคนไทย พื้นที่ราบด้วยภาษากลางหรือมีเพียงสำเนียงและคำบางคำเท่านั้นที่สามารถสื่อสารได้ จึงอาจทำให้ขาดแหล่งข้อมูลข่าวสาร (พัชรินทร์ สิริสุนทร, 2550) อีกทั้งสถานบริการที่เข้าใช้บริการเป็นหลัก ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเขาค้ออยู่ในลักษณะเป็นเทือกเขา ถนนสลับกันระหว่างลูกรังและลาดยาง อยู่ห่างจากชุมชนตำบลเข็กน้อย เป็นระยะทาง 40 กิโลเมตร ต้องใช้เวลาในการเดินทางประมาณ 1 ชั่วโมง (สมาคมการสำรวจและการแผนที่แห่งประเทศไทย, 2562) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของธวัชชัย อภิเดชกุล และคณะ (2559) ซึ่งพบว่าความไม่เท่าเทียมในการเข้ารับบริการทางสาธารณสุขมีแนวโน้มที่จะสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มมากขึ้น ระดับการศึกษาที่ต่ำลง และอาศัยอยู่ในเขตชนบททางภาคเหนือของประเทศไทย อาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งมีความยากลำบากในการได้รับบริการมากกว่าคนทั่วไป แม้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่อาศัยในชุมชนตำบลเข็กน้อยจะได้รับการดูแลหรือข้อมูลการดูแลสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข็กน้อย และองค์การบริหารส่วนตำบลเข็กน้อย แต่การดูแลส่วนใหญ่มุ่งเน้นเกี่ยวกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และไม่มีรูปแบบการดูแลภาวะสมองเสื่อมที่ปรับให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง ดังนั้น การศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งทำให้เกิดความเข้าใจในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือวิถีชีวิต หน่วยงานที่ใช้บริการ และการดูแลที่ได้รับ ทำให้สามารถพัฒนาวิธีการดูแลให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งได้

แนวคิดการกระตุ้นการรู้คิด

การรู้คิด

การรู้คิด (Cognition) หรืออาจใช้คำว่าปรีชา (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2564) มาจากคำว่าในภาษาละติน “Cognosco” หมายถึง รูปแบบของการรู้และความตระหนักที่เกิดจากกระบวนการทางสติปัญญา หรือกระบวนการที่เกิดขึ้นในสมองของบุคคล เช่น การรับรู้ ความสนใจ การจำ การคิด การใช้เหตุผล การตัดสินใจ การวางแผน การแก้ปัญหา และการจินตนาการ เป็นต้น โดยใช้กระบวนการรู้คิด (Cognitive process) หรือกระบวนการทำงานของสมองที่เกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการรู้คิด ได้แก่ การลงรหัส การจัดเก็บข้อมูล การได้ข้อมูลกลับคืนมา และการนำข้อมูลไปใช้อย่างสอดคล้องกับรูปแบบการรู้คิด (Cognitive styles) หรือลักษณะที่ถนัดของบุคคลที่

ใช้ในการรับรู้ เรียนรู้ แก้ปัญหา และสร้างความเข้าใจเรื่องต่าง ๆ ตามความต้องการของบุคคล (Malim & Birch, 1998; ทรภัทร เสงอุดมทรัพย์, 2561)

กระบวนการรู้คิด (Cognitive process) เป็นกระบวนการทางสมองที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล ซึ่งเป็นขั้นตอนของการนำข้อมูลที่เก็บไว้ในระบบหนึ่งไปสู่อีกระบบหนึ่ง Simon (1992 อ้างถึงใน ลักขณา สรวิวัฒน์, 2558) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การใส่ใจ (Attention) การรับรู้ (Perception) การทวนซ้ำ (Rehearsal) การเข้ารหัส (Encoding) และการค้นคืน (Retrieval) ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ เป็นสิ่งที่ช่วยให้แต่ละบุคคลควบคุมกำกับกระบวนการทางปัญญาของบุคคล

การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (Cognition function) เป็นกระบวนการทำงานของสมองทางปัญญาหลายส่วนประกอบกัน ได้แก่ การเรียนรู้ การคิด การใช้เหตุผล การจดจำ การแก้ปัญหา การตัดสินใจ และการมีสมาธิหรือการจดจ่อ ซึ่งความสามารถในการรู้คิดขึ้นอยู่กับพื้นฐานของเขาว์ปัญญาของแต่ละบุคคล ได้แก่ ความฉลาดอันติดตัวมาแต่กำเนิด (Fluid Intelligence) และความฉลาดที่เกิดจากการฝึกฝนและประสบการณ์ (Crystallized Intelligence) (Fisher et al., 2019; สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2557)

ในปัจจุบันสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ (2564) และ สมาคมจิตเวชศาสตร์สหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association [APA], 2013) ได้มีการแบ่งจำแนกองค์ประกอบของการรู้คิด (Components of cognitive) ออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ความใส่ใจเชิงซ้อน (complex attention) ความสามารถด้านการบริหารจัดการ (executive function) การเรียนรู้และความจำ (learning and memory) การใช้ภาษา (language) ความสามารถด้านการรับรู้ก่อดมิติสัมพันธ์ (visuoconstructional-perceptual ability) และความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว (social cognition) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ความใส่ใจเชิงซ้อน (Complex attention) เป็นการทำงานผ่าน Cerebral cortex และ การใช้สารสื่อประสาท เช่น Acetylcholine จาก Basal forebrain, Dopamine จาก Substantia nigra, norepinephrine จาก Locus coeruleus, Serotonin จาก Raphe nuclei ส่งผลให้เกิดความตื่นตัว กระแสประสาทจะกระตุ้นการทำงานของระบบ Ascending Reticular Activating System (ARAS) ไปกระตุ้น Cerebral cortex และ Superior temporal cortex ทำให้บุคคลมีความสามารถในการรับรู้ มีความตั้งใจจดจ่อกับงานที่ทำอยู่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งความใส่ใจเชิงซ้อน (ทรภัทร เสงอุดมทรัพย์, 2561) ประกอบด้วย ความสามารถในการใส่ใจต่อเนื่องได้นาน (Sustained attention) ความสามารถในการรับรู้ต่อ 2 สิ่งพร้อม ๆ กัน (Divided attention) การมีสมาธิอย่างต่อเนื่อง แม้มีสิ่งเร้าอื่นเกิดแทรกหรือต้องทำสิ่งอื่นไปด้วย (Selective attention) และมีความสามารถทำกิจกรรมได้ฉับไว

(Processing speed) (APA, 2013) ตัวอย่างของการถดถอยของความใส่ใจเชิงซ้อน เช่น ขาดสมาธิในการทำงานถ้าเปิดโทรทัศน์ วิทยุหรือมีคนพูดเสียงดังอยู่ใกล้ ๆ จำเบอร์โทรศัพท์ที่เพื่อนเพิ่งบอกได้ไม่นาน คิดเลขในใจไม่ได้ ใช้เวลานานขึ้นกว่าเดิมในการทำงานชิ้นหนึ่ง ๆ หรือต้องทบทวนหลายรอบกว่าจะทำงานชิ้นหนึ่งเสร็จ โดยใช้วิธีการทดสอบ ได้แก่ การลบเลขถอยหลัง การนับวันหรือเดือนถอยหลัง หรือการสะกดคำ เป็นต้น (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2564)

2. ความสามารถด้านการบริหารจัดการ (Executive function) เกี่ยวข้องกับการทำงานของสมองส่วนหน้า (Prefrontal cortex) ซึ่งมี Dorsolateral prefrontal cortex ทำหน้าที่ควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ ถ้าสมองส่วนนี้มีความบกพร่องหรือมีรอยโรคจะทำให้ผู้สูงอายุขาดความยับยั้งชั่งใจ ขาดความรู้สึกลึกซึ้ง ชอบ ชั่วดี กระทำผิดได้ง่าย และในส่วนของ Anterior cingulate cortex ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออก และแรงขับทางอารมณ์ รวมทั้งการยับยั้งการตอบสนองทางพฤติกรรม และอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม หากการทำหน้าที่ในด้านนี้มีความบกพร่องจะทำให้ผู้สูงอายุไม่มีแรงจูงใจ ขาดความกระตือรือร้น หรือมีสภาวะไม่พูด เสียการเคลื่อนไหว เป็นต้น (กรภัทร เสงอุดมทรัพย์, 2561) ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การตัดสินใจ ความจำเชิงทำงาน (Working memory) การตอบสนองต่อข้อเสนอแนะหรือการแก้ไขข้อผิดพลาด การเอาชนะนิสัยเดิม (Overriding habits) การยับยั้ง (Inhibition) และความยืดหยุ่นทางความคิด (Mental flexibility) ตัวอย่างของการถดถอยของความสามารถด้านการบริหารจัดการ เช่น ทำงาน ไม่ทำงาน โครงการที่ยุ่งยาก ต้องใช้ความพยายามมากขึ้นเพื่อทำงานที่ซับซ้อนหลายขั้นตอน ทำงานโดยต้องมีสมาธิกับงานใดงานหนึ่งได้เพียงงานเดียว ความสามารถในการสลับสับเปลี่ยนจากงานอย่างหนึ่งเป็นอีกอย่างหนึ่งลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นขึ้นขึ้นในการวางแผนงานหรือตัดสินใจ ซึ่งสามารถทดสอบความจำเพื่อใช้งาน โดยการให้พูดตามกลุ่มคำจำนวนหนึ่งที่ยกมาให้ พูดตัวเลขตามและพูดตัวเลขถอยหลัง (Forward and backward digit span) ทดสอบการเอาชนะนิสัยเดิมหรือการยับยั้ง ได้แก่ ให้บอกสีหมึกของคำที่เขียนแทนที่จะอ่านคำให้ทำตรงข้ามกับคำสั่งที่บอก และทดสอบความยืดหยุ่นทางความคิด ได้แก่ เรียงวัตถุตามขนาดแล้วเปลี่ยนเป็นเรียงวัตถุตามสีของวัตถุ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2564; APA, 2013)

3. การเรียนรู้และความจำ (Learning and memory) เป็นข้อมูลที่บุคคลเก็บรวบรวมในสมอง ซึ่งเป็นเป็นกระบวนการของความจำที่เกิดขึ้นโดยการการลงบันทึก (Registration) การคงไว้ซึ่งข้อมูล (Retention) และการเรียกข้อมูลมาใช้ (Retrieval) ซึ่งต้องอาศัยสมรรถภาพพื้นฐานของสมองด้านสมาธิภาษาและการรับรู้ (คุชฎี อุมอิทธิพงษ์ และคณะ, 2564) ซึ่งประกอบด้วย ความจำที่ใช้ทันที (Immediate memory) ซึ่งบางครั้งถูกจัดอยู่ในกลุ่มเดียวกับความจำเชิงทำงาน (Working memory) ความจำล่าสุด (Recent memory) ได้แก่ ความจำที่จำได้ด้วยตนเอง (Free recall)

ความจำที่จำได้เมื่อบอกใบ้ (Cued recall) และความจำที่จำได้โดยใช้ข้อมูลที่ให้เลือก (Recognition memory) ความจำระยะยาว (Long-term memory) ได้แก่ ความจำเชิงความหมาย (Semantic memory) และ ความจำเกี่ยวกับอัตชีวประวัติ (Autobiographical memory) และความจำโดยปริยาย (Implicit memory) เช่น ความจำเชิงกระบวนการวิธี (Procedural memory) ซึ่งเป็นทักษะที่เกิดจากการเรียนรู้ผ่านจิตใต้สำนึก เช่น ว่ายน้ำ ขับรถ จีจรรย์ยาน ตัวอย่างของการถดถอยของการเรียนรู้และความจำ เช่น พุดหรือถามซ้ำ ๆ ในการสนทนากับบุคคลเดิม จ่ายเงินซ้ำทั้งที่จ่ายไปแล้ว ไม่สามารถจดจำรายการสิ่งของที่ต้องซื้อขณะเดินซื้อของ ต้องจดรายการหรือใช้ปฏิทินช่วยเตือนความจำ เมื่อคูโทรทัศน์ต้องมีคนอธิบายให้ฟังอีกครั้งเพื่อให้ติดตามตัวละครในภาพยนตร์หรือนิยายได้ ซึ่งสามารถทดสอบความจำล่าสุดโดยให้จดจำเรื่องสั้น หรือรายการอาหาร และให้บอกรายละเอียดของเรื่องสั้น หรือรายการอาหารนั้นออกมาเอง (Free recall) รวมถึงบอกโดยใช้คำใบ้ (Cued recall) เช่น เป็นผลไม้ชนิดหนึ่ง และบอกโดยใช้ตัวเลือก (Recognition memory) เช่น มีส้มในรายการอาหารหรือไม่ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2564; APA, 2013)

4. การใช้ภาษา (Language) เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของสมองซีกซ้ายบริเวณ Broca's area ที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการพูด การเรียบเรียงคำพูด และการสร้างคำพูด (ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, 2561) ซึ่งการใช้ภาษาประกอบด้วย ความสามารถในการพูด (Expressive language) และการรับฟัง (Receptive language) เริ่มตั้งแต่ความสามารถเรียกชื่อวัตถุสิ่งของ การพูดหรือใช้ภาษาอย่างคล่องแคล่ว การใช้ไวยากรณ์และคำเชื่อมอย่างถูกต้อง (Grammar and syntax) และความเข้าใจภาษา (Comprehension) ตัวอย่างของการถดถอยของการใช้ภาษา ได้แก่ นึกคำหรือชื่อไม่ออก เรียกสิ่งของว่า ไอ้นั่น แทนที่จะใช้ชื่อของวัตถุใช้คำสรรพนามแทนชื่อ การเลือกใช้คำแปลก ๆ ไม่ถูกต้องตามหลักไวยากรณ์ไม่ค่อยพูดตอบการสนทนา (Economy of utterances) พุดซ้ำ ๆ คำเดิม (Stereotypy of speech) พุดซ้ำประโยคเดิมที่ตนพุดหรือผู้อื่นพุด (Ecolalia) พุดด้วยคำหรือวลีแทรกซ้ำ ๆ บ่อย ๆ โดยผู้พุดไม่รู้ตัว (Automatic speech, Embolalia) ลักษณะเหล่านี้มักเป็นอาการนำมาก่อนการไม่พุดจาไม่ออกเสียงเลย (Mutism) ซึ่งสามารถทดสอบความสามารถในการพูด โดยการให้เรียกชื่อสิ่งของในภาพ (Confrontation naming) ให้บอกชื่อสัตว์หรือ คำที่ขึ้นต้นด้วยตัวอักษรตัวหนึ่ง เช่น “ก” ให้ได้มากที่สุดภายใน 1 นาที (Verbal fluency) และทดสอบความเข้าใจภาษา (Comprehension) โดยให้ชี้ไปที่สิ่งของในรูปภาพ (Word finding, Object-pointing tasks) และให้ทำตามคำสั่ง (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2564; APA, 2013)

5. ความสามารถด้านการรับรู้ก่อดมิติสัมพันธ์ (Visuoconstructional-perceptual ability) ซึ่งประกอบด้วยความรู้จากการมองเห็น (Visual perception) การทำงานประสานของมือและสายตา (Visual-construction) การรับรู้การเคลื่อนไหว (Perceptual-motor) และการวางแผนการเคลื่อนไหว (Praxis) ตัวอย่างการถดถอยของความสามารถด้านการรับรู้ก่อดมิติสัมพันธ์ ได้แก่ มีปัญหาในการดูทิศทาง กระยะในการขับรถหรือจอดรถ ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือแผนที่ในการเดินทาง ต้องใช้ความพยายามมากขึ้นในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับมิติสัมพันธ์ เช่น งานไม้ การประกอบชิ้นส่วน การเย็บผ้า หรือการถักทอ เป็นต้น อาจพบว่าตัวเองหลงทางหันรีหันขวาง เมื่อไม่ได้มีสมาธิจดจ่อกับงานที่ทำ มักจะสับสนมากขึ้นในเวลาพลบค่ำเมื่อมีเงามืดหรือเมื่อมีระดับแสงสว่างน้อย สามารถทดสอบการรับรู้จากการมองเห็น โดยการให้ขีดแบ่งครึ่งเส้น จับคูโบหน้าที่เป็นคนเดียวกัน ทดสอบการทำงานประสานของมือและสายตาด้วยการให้วาดรูปหรือต่อแท่งไม้ตามที่เห็น และทดสอบการวางแผนการเคลื่อนไหว (Praxis) โดยการให้ทำท่าทางเลียนแบบหรือทำท่าทางตามบอก เช่น หวีผม แปรงฟัน (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2564; APA, 2013)

6. ความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว (Social cognition) เป็นการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น (Recognition of emotion) สามารถระบุอารมณ์จากรูปภาพของใบหน้าซึ่งแสดงอารมณ์หลากหลายทั้งเชิงดีใจเสียใจ และทฤษฎีของจิตใจ (Theory of mind) สามารถเข้าใจสภาพจิตใจหรือสันนิษฐานประสบการณ์ของบุคคลอื่นได้ ตัวอย่างการถดถอยของความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว ได้แก่ บุคลิกเปลี่ยนไปไม่ใส่ใจวัฒนธรรมของสังคม อ่านใจผู้อื่นไม่เป็น ไม่มีความเอาใจใส่ผู้อื่น สนใจแต่ตัวเอง ชอบวุ่นกับผู้อื่นเกินควรไม่ยับยั้งชั่งใจ ไม่แสดงอารมณ์ (Apathy) มีอาการกระสับกระส่าย (Restlessness) เกิดขึ้นครั้งคราว เป็นต้น ทำให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในสังคม ไม่สนใจในมาตรฐานทางสังคมในเรื่องการแต่งตัวที่เหมาะสมสนทนาในหัวข้อทางการเมือง ศาสนา หรือทางเพศมากเกินไป แม้ว่าผู้ที่ร่วมสนทนาด้วยจะไม่ชอบหรืออึดอัดในการสนทนาหัวข้อเหล่านี้ ไม่สนใจในปฏิริยาตอบสนองของผู้อื่น และไม่รู้ตัวว่าสิ่งที่กระทำนั้นไม่เหมาะสม ซึ่งสามารถทำการทดสอบโดยให้แยกแยะอารมณ์ของคนในรูปภาพ บอกความคิดหรือความต้องการของตัวเองในเรื่องสั้น (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2564; APA, 2013)

จะเห็นได้ว่าการรู้คิด จำแนกออกเป็น 6 องค์ประกอบ ซึ่งในแต่ละองค์ประกอบมีรายละเอียดของการถดถอยที่เกิดขึ้น รวมถึงวิธีการทดสอบที่แตกต่างกันไป ดังนั้น การเข้าใจองค์ประกอบของการรู้คิดจึงเป็นสิ่งสำคัญในการวางแผนกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด รวมถึงการประเมินแต่ละองค์ประกอบของการรู้คิดให้ครอบคลุมและเหมาะสม ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการกระตุ้นการรู้คิดให้ครอบคลุมทั้ง 6 องค์ประกอบ

แนวคิดการกระตุ้นการรู้คิด

แนวคิดการกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive stimulation therapy [CST]) เป็นกิจกรรมบำบัดทางจิตที่ได้มีการพัฒนาขึ้นโดยสเปคเตอร์และคณะ (Spector et al., 2003) เนื่องจากมีความสนใจในการรักษาและแนวทางในการดูแลภาวะสมองเสื่อม จึงได้มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Cochrane เกี่ยวกับประสิทธิผลของการบำบัดด้วยการรับรู้ความจริง (Reality orientation) และการรำลึกถึงความหลัง (Reminiscence therapy) ต่อผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมจากงานวิจัยการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (RCTs) พบว่าการวิจัยส่วนใหญ่มีขนาดเล็ก ไม่มีการควบคุม และมีข้อบกพร่องของระเบียบการวิจัย ขาดคุณภาพ และการวิจัยที่เป็นปัจจุบัน รวมถึงไม่มีหลักฐานหรือคู่มือการรักษาที่สามารถนำกลับมาทำซ้ำได้ การรักษาภาวะสมองเสื่อมจึงมุ่งเน้นไปทางยา นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลหลายคนไม่มั่นใจเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับภาวะสมองเสื่อม (Spector et al, 2001; Spector, 2018) จากการทบทวนวรรณกรรมและปัญหาดังกล่าว สเปคเตอร์และคณะจึงได้มีการพัฒนากิจกรรมการบำบัดทางจิตในรูปแบบกลุ่ม โดยใช้แนวคิดการบำบัดด้วยการรับรู้ความเป็นจริง (Reality orientation) และการรำลึกถึงความหลัง (Reminiscence therapy) สร้างเป็นโปรแกรมขึ้นในปี ค.ศ. 2001 รวมถึงมีการได้ศึกษานำร่อง ทำการปรับปรุงโปรแกรม (Spector et al, 2001) และในปี ค.ศ. 2003 จึงได้ดำเนินการวิจัยการทดลองโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อยถึงปานกลางแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากบ้านพักผู้สูงอายุ 18 แห่ง และศูนย์ผู้สูงอายुरายวัน 5 แห่ง ทั้งหมด 201 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 115 ราย และกลุ่มควบคุม 86 ราย หลังการทดลองพบว่าการรู้คิดและคุณภาพชีวิตของผู้มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อยถึงปานกลางที่ได้รับ โปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Spector et al, 2003) ต่อมาในปี ค.ศ. 2018 สเปคเตอร์ได้มีการเสนอให้เพิ่มหลักการกระตุ้นประสาทสัมผัส (Multi-sensory stimulation) ในการจัดกิจกรรมซึ่งเป็นการกระตุ้นผ่านระบบประสาทสัมผัสต่าง ๆ เพื่อช่วยในการกระตุ้นสมองและการรู้คิดของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น โดยหลักการ 3 แนวคิด ที่ใช้ในการพัฒนากิจกรรมมีรายละเอียดดังนี้

1. หลักการการรับรู้ความเป็นจริง (Reality Orientation therapy) ได้มีการอธิบายเป็นครั้งแรกโดย Taaulbee และ Folsom ในปี ค.ศ. 1996 ว่าเป็นวิธีการช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสน ซึ่งมีหลักการบำบัดเพื่อให้มีการรับรู้สภาพตามความเป็นจริง โดยการให้ข้อมูลและความจำเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ และบุคคล หลักการนี้ช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจสิ่งแวดล้อมรอบตัวมากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลให้ช่วยฟื้นฟูการรับรู้สภาพตามความเป็นจริงและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ต่อมาได้มีการนำไปใช้ในการดูแลภาวะสมองเสื่อม (Spector et al., 2000)

2. การรำลึกถึงความหลัง (Reminiscence Therapy) ได้มีพัฒนาโดย Butler ในปี ค.ศ. 1963 ซึ่งได้กล่าวว่าการทบทวนชีวิตเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ โดยบุคคลจะมองย้อนกลับไปในชีวิตของตนและไตร่ตรองถึงประสบการณ์ในอดีต การรำลึกถึงความหลังได้มีการแนะนำไปใช้สำหรับดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในช่วงปลาย ค.ศ. 1970 และมีรูปแบบที่หลากหลายซึ่งมีหลักการคือให้ร่วมอภิปรายเกี่ยวกับกิจกรรม เหตุการณ์และประสบการณ์ในอดีต โดยใช้อุปกรณ์ที่สามารถจับต้องได้ เช่น รูปภาพ ของใช้ในครัวเรือน สิ่งของที่คุ้นเคยในอดีต และดนตรี เป็นต้น (Woods et al., 2018)

3. การกระตุ้นประสาทสัมผัส (Multi-sensory stimulation) เป็นการบำบัดที่เกี่ยวข้องกับการกระตุ้นระบบประสาทสัมผัสของผู้สูงอายุที่มากกว่าหนึ่งระบบ ประกอบด้วย การมองเห็น การรับกลิ่น การรับรส การสัมผัส และการได้ยิน โดยการใช้สิ่งเร้า เช่น แสง สี เสียง กลิ่น เป็นต้น ผ่านอวัยวะรับสัมผัส ได้แก่ ตา หู จมูก ปาก และผิวหนัง เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการใช้ประสาทสัมผัสมากที่สุดจากสิ่งเร้าแล้วประมวลข้อมูล ซึ่งเป็นรูปแบบของการกระตุ้นการรู้คิด (Burns et al., 2000)

รูปแบบการกระตุ้นการรู้คิด โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดที่สเปคเตอร์ได้พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย กิจกรรมทั้งหมด 14 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 45 นาที จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 7 สัปดาห์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (Spector, 2018)

- | | |
|---------------|---|
| กิจกรรมที่ 1 | กิจกรรมทางกาย (Physical games) |
| กิจกรรมที่ 2 | กิจกรรมการรับรู้เสียง (Sounds) |
| กิจกรรมที่ 3 | กิจกรรมการรับรู้ช่วงวัยเยาว์ (Childhood) |
| กิจกรรมที่ 4 | กิจกรรมการรับรู้รสชาติและการทำอาหาร (Food) |
| กิจกรรมที่ 5 | กิจกรรมการรับรู้เหตุการณ์ปัจจุบัน (Current affairs) |
| กิจกรรมที่ 6 | กิจกรรมการรับรู้ใบหน้าหรือสถานที่ (Faces/scenes) |
| กิจกรรมที่ 7 | กิจกรรมการใช้ภาษา (Word association) |
| กิจกรรมที่ 8 | กิจกรรมการใช้ความคิดสร้างสรรค์ (Being creative) |
| กิจกรรมที่ 9 | กิจกรรมการจัดประเภทสิ่งของ (Categorising objects) |
| กิจกรรมที่ 10 | กิจกรรมการรับรู้วัน เวลา สถานที่ (Orientation) |
| กิจกรรมที่ 11 | กิจกรรมการใช้เงินหรือการคำนวณเงิน (Using money) |
| กิจกรรมที่ 12 | กิจกรรมเกมตัวเลข (Number games) |
| กิจกรรมที่ 13 | กิจกรรมเกมคำศัพท์ (Word games) |
| กิจกรรมที่ 14 | กิจกรรมการเล่นเกมส์เป็นทีม (Team quiz) |

หลักการสำคัญ (Key principles) ในการประยุกต์ใช้ แนวคิดการกระตุ้นการรู้คิดได้รับการรับรองโดยสถาบันแห่งชาติเพื่อการดูแลสุขภาพและความเป็นเลิศ (National Institute for Health and Care Excellence [NICE]) และ โรคอัลไซเมอร์ระดับนานาชาติของสหราชอาณาจักรในรายงาน World Alzheimer ว่าเป็นการบำบัดที่ไม่ใช่ยาสำหรับผู้ที่มิภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อยถึงปานกลาง มีการนำไปใช้อย่างกว้างขวางในระดับสากลมีการแปลหรือดัดแปลงไปใช้ประมาณ 30 ประเทศ ซึ่งการประยุกต์ใช้แนวคิดการกระตุ้นการรู้คิดมีหลักการสำคัญ (Key principles) ดังนี้ (Spector, 2018; Spector et al., 2020)

1. มีการกระตุ้นทางจิต (Mental stimulation) ซึ่งเป็นการเพิ่มการรู้คิดและการสื่อสารผ่านการอภิปรายกระตุ้นจิตใจ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมตื่นตัว และมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม
2. มีการกระตุ้นความคิดเห็นใหม่ ความคิด และความสัมพันธ์ (New ideas, thoughts and associations) ซึ่งเป็นการส่งเสริมแนวคิด ความคิดเห็นใหม่ โดยการเชื่อมโยงความหมายใหม่อย่างต่อเนื่อง แทนการนึกถึงข้อมูลที่ได้เรียนรู้ก่อนหน้านี้ผ่านการถามคำถาม เช่น คนเหล่านี้มีอะไรที่เหมือนกัน เป็นต้น ซึ่งการตอบคำถามทำให้ผู้เข้าร่วมได้ใช้ความคิดหรือแสดงความคิดเห็น
3. มีการกระตุ้นโดยใช้การรับรู้ความจริง ประสาทสัมผัส และโดยนัย (Using orientation, sensitively and implicitly) ซึ่งเป็นบูรณาการข้อมูลการรับรู้ความจริงในการอภิปราย เช่น วัน เวลา สถานที่ และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบุคคลเข้าร่วมในการอภิปราย เป็นต้น และให้ทำในตอนเริ่มต้นของแต่ละกิจกรรม
4. ให้ความสำคัญกับการแสดงความคิดเห็นมากกว่าข้อเท็จจริง (Opinions rather than facts) เป็นการให้หัวข้อในการแสดงความคิดเห็นแทนการใช้ข้อเท็จจริง ซึ่งการแสดงความคิดเห็นไม่มีถูกผิดและช่วยให้มีส่วนร่วมมากขึ้นในการอภิปราย
5. ใช้การระลึกถึงความหลังเป็นเครื่องมือในการกระตุ้นการรับรู้ปัจจุบัน (Using reminiscence as an aid to the here and now) ซึ่งเป็นการใช้ความทรงจำในอดีตหรือการรำลึกถึงประสบการณ์ในช่วงต้นของชีวิต เพื่อช่วยส่งเสริมความผาสุก และช่วยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมหันเข้าหาปัจจุบันผ่านการเปรียบเทียบ
6. กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย (Physical movement) ซึ่งเป็นการทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายและเกม โดยส่งเสริมให้เคลื่อนไหวในตอนเริ่มต้นของทุกกิจกรรมเพื่อเป็นการอบอุ่นร่างกาย ช่วยให้ตื่นตัวและมีความพร้อมในการทำกิจกรรม
7. ใช้วิธีการกระตุ้นและพูดกระตุ้นเพื่อช่วยในการทวนซ้ำและความจดจ่อในการทำกิจกรรม (Providing triggers and prompts to aid recall and concentration) ซึ่งการกระตุ้นช่วยในการจำ และเป็นส่งเสริมการเรียนรู้ โดยจัดให้มีความหลากหลายหรือมีการผสมผสานเพื่อกระตุ้น

ประสาทสัมผัสต่าง ๆ ได้แก่ การมองเห็น การสัมผัส การได้ยิน การรับรส และกลิ่น ซึ่งการกระตุ้นผ่านประสาทสัมผัสหลายทางช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของหน่วยความจำมากขึ้น

8. ให้ความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอในแต่ละกิจกรรม (Continuity and consistency between sessions) เป็นการจัดกิจกรรมให้มีความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้เกิดความต่อเนื่องและความคุ้นเคยของหน่วยความจำและการเรียนรู้ เช่น ใช้ผู้นำกิจกรรมคนเดิม ห้องเดิม และการใช้เพลงประจำกลุ่ม ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความจำที่ต่อเนื่องได้

9. ใช้การเรียนรู้โดยนัยมากกว่าความชัดเจน (Implicit rather than explicit learning) ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้มีการเรียนรู้และการจดจำเกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ หลีกเลี่ยงการถามคำถามโดยตรงเกี่ยวกับชื่อหรือข้อเท็จจริงที่เกี่ยวกับบุคคล แต่ถามคำถามทางอ้อมเพิ่มเติมเกี่ยวกับความชอบและความคล้ายคลึงกัน

10. กระตุ้นการใช้ภาษา (Stimulating language) โดยส่งเสริมการสื่อสารและการสนทนา ซึ่งทักษะทางภาษาได้รับการกระตุ้นการใช้ภาษา เช่น การตั้งชื่อบุคคลและวัตถุ การสร้างคำและการเชื่อมโยงคำ

11. การกระตุ้นความสามารถในด้านบริหารจัดการ (Stimulating executive functioning) ความสามารถในการบริหารจัดการเกี่ยวข้องกับการจัดลำดับ การวางแผน และการจัดระเบียบ สามารถส่งเสริมความสามารถด้านนี้โดยการใช้กิจกรรมที่มีการวางแผนหรือกิจกรรมที่มีขั้นตอนของการดำเนินงาน และมีการจัดระเบียบความคิด

12. ให้ความสำคัญกับศูนย์กลาง (Person-centered) ในระหว่างการกระตุ้นการรู้คิด ควรให้คุณค่ากับตัวบุคคล ให้การรักษาที่ตัวบุคคล และจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวย

13. ให้ความสำคัญเคารพ (Respect) เป็นการให้เกียรติและเคารพศักดิ์ศรีของทุกคน และให้คุณค่ากับความหลากหลายของมุมมอง ความคิดเห็นและความเชื่อภายในกลุ่ม

14. ให้สมาชิกมีส่วนร่วมและมีการเข้าร่วม (Involvement and inclusion) โดยในแต่ละกิจกรรมควรให้ทุกคนมีส่วนร่วม มีการเปิดโอกาสให้แต่ละคนมีส่วนร่วม รวมถึงดึงดูความสนใจและรวมทุกคนเข้าด้วยกัน ในกรณีที่มีบางคนเจ็บควรให้การช่วยเหลือหรือการสนับสนุน

15. ให้ทางเลือก (Choice) ควรเสนอทางเลือกภายในกิจกรรม เพื่อตอบสนองความสนใจและความสามารถของกลุ่ม

16. ควรจัดกิจกรรมให้สนุกสนานและเพลิดเพลิน (Fun) เป็นการทำกิจกรรมกลุ่มให้มีบรรยากาศการเรียนรู้ที่สนุกสนานและเพลิดเพลินกับกลุ่มเพื่อน ควรกระตุ้นสมองและประสาทสัมผัสของสมาชิก และหลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์ที่ดูเหมือนมีไว้สำหรับเด็กหรือหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมเหมือนเด็ก

17. ศักยภาพสูงสุด (Maximising potential) เป็นการปรับสภาพแวดล้อมหรือกิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับศักยภาพบุคคล เนื่องจากเมื่อบุคคลได้ทำกิจกรรมหรือสิ่งกระตุ้นช่วยเพิ่มศักยภาพของบุคคลได้ โดยกิจกรรมที่จัดมีความท้าทายพอสมควรแต่ไม่ควรยากเกินไป

18. มีการสร้างหรือกระชับความสัมพันธ์ (Building/strengthening relationships) เป็นการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก เพื่อช่วยให้สมาชิกรู้จักกันดีขึ้นและสามารถกระชับความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกและวิทยากร

แนวทางการประยุกต์แนวคิดการกระตุ้นการรู้คิดกับวัฒนธรรมอื่น

Spector และคณะ (2003) ได้มีการพัฒนาแนวคิดการกระตุ้นการรู้คิดสำหรับผู้ที่มิภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อยถึงปานกลาง ซึ่งสามารถช่วยเพิ่มการรู้คิดและคุณภาพชีวิตได้ ส่งผลให้มีการนำไปประยุกต์ใช้ในบริบททั่วโลก Spector และคณะ (2014) จึงได้มีการพัฒนาแนวทางการประยุกต์แนวคิดการกระตุ้นการรู้คิดกับวัฒนธรรมอื่น ซึ่งมีทั้งหมด 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การสร้างความรู้และการร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งเป็นการตัดสินใจว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรายใดที่จะมีส่วนในกระบวนการประยุกต์ CST ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียควรเป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับแต่ละวัฒนธรรม ได้แก่ 1) ผู้เข้าร่วมและผู้ดูแลครอบครัว 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น 3) เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพจิต เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักบำบัด ผู้ช่วยดูแลสุขภาพ เป็นต้น และ 4) ผู้สูงอายุอื่น ๆ ที่มีความรู้เกี่ยวกับประเด็นทางประวัติศาสตร์ วัฒนธรรม และศาสนาที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ควรให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ในพื้นที่เข้าร่วมด้วยเนื่องจากมีประสบการณ์ตรง ความรู้ และความเชี่ยวชาญในการทำงาน การให้บริการโดยตรงกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในวัฒนธรรมและบริบทที่รับผิดชอบ ซึ่งผู้ที่เข้าร่วมสามารถให้ข้อเสนอแนะโดยตรงเกี่ยวกับการพัฒนา การปรับใช้ ปรับปรุง CST และการดึงความคิดเห็นของผู้เข้าร่วม ในขั้นตอนนี้ควรใช้รูปแบบการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สร้างความรู้สึกของชุมชน และเสริมสร้างเครือข่ายการอ้างอิง

2. การบูรณาการข้อมูลที่สร้างขึ้นกับทฤษฎี ความรู้เชิงประจักษ์และทางคลินิก ในขั้นตอนนี้เป็นการสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนาหรือการสัมภาษณ์ ซึ่งการทำงานร่วมกันจะช่วยลดอคติส่วนบุคคลและอคติเฉพาะของแพทย์ การร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นช่วยให้แน่ใจว่าการประยุกต์ใช้กับวัฒนธรรมมีพื้นฐานมาจากระบบความเชื่อทางวัฒนธรรม นอกจากนี้ควรเลือกใช้วัสดุที่มีในท้องถิ่นหรือกลุ่มมีความคุ้นเคย รวมถึงเลือกใช้สถานที่ที่ทำให้ผู้เข้าร่วมรู้สึกสบายใจและหลีกเลี่ยงการทำให้รู้สึกว่าคุณปฏิบัติเหมือนผู้ป่วย

3. ทบทวนกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดที่ประยุกต์ใช้กับวัฒนธรรมโดยผู้มีส่วนได้เสีย และการแก้ไขเพิ่มเติม เป็นการดึงเอาความประทับใจเริ่มแรกของกิจกรรมที่ประยุกต์และข้อเสนอในการปรับปรุง โดยให้ความสนใจกับกิจกรรมที่อยู่ในคู่มือที่แก้ไขและดัดแปลง นำข้อเสนอแนะไปใช้สรุปเนื้อหาคู่มือก่อนนำไปใช้ และอาจจะเขียนคู่มือหรือแปลเป็นภาษาเฉพาะที่ต้องการ

4. การทดสอบกิจกรรมที่ปรับเปลี่ยนตามวัฒนธรรม เป็นการทดลองใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ซึ่งควรเป็นศูนย์หรือชุมชนที่ให้บริการสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อช่วยให้แน่ใจว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีความยั่งยืนและกิจกรรมนั้นมีความเป็นไปได้เมื่อเทียบกับความถี่ของแต่ละกิจกรรม จำนวนผู้เข้าร่วม จำนวนเจ้าหน้าที่ ระยะเวลาของกิจกรรม การเดินทางและข้อจำกัดทางการเงิน

5. การสังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ผู้เข้าร่วมและผู้อำนวยความสะดวก) จากการนำไปทดลองและสิ้นสุดปรับกิจกรรมตามวัฒนธรรม ในขั้นตอนนี้เป็นการสัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่มเพื่อให้ผู้เข้าร่วมในการทดลองได้เสนอแนะเกี่ยวกับประสบการณ์ สิ่งที่เป็นประโยชน์ สิ่งที่ไม่ชอบหรือควรปรับปรุง และรวมคำแนะนำไว้ในคู่มือโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นรวมถึงใช้ข้อมูลนี้ร่วมกับประสบการณ์ของตนเองเพื่อสรุปคู่มือกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดที่ดัดแปลงแล้ว

ประสิทธิผลของการกระตุ้นการรู้คิด

การกระตุ้นการรู้คิดมีส่วนช่วยให้สมองหลังสาร Neurotrophins ที่ทำให้เซลล์ประสาททำงานดีขึ้น จึงส่งผลให้สามารถช่วยเพิ่มจำนวนแขนงหรือเส้นใยของเซลล์ประสาท (Axon) และช่วยให้มีการเชื่อมต่อของเซลล์สมองเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (Increase cerebral blood flow) เพิ่มขึ้น จึงช่วยให้มีการปรับสมดุลของ Neurotrophic factors ในสมอง เมื่อเซลล์สมองส่วนใหญ่แข็งแรงจึงทำให้เกิดความจำ การรับรู้ และการรู้คิดด้านต่าง ๆ ดีขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยให้มีการฝึกความจำ การจัดระบบความคิด จึงทำให้มีการฟื้นฟูการทำงานของสมองในส่วนของการรู้คิด (Cognitive function) ส่งผลให้เพิ่มการรู้คิด หรือสามารถคงไว้ซึ่งระดับการรู้คิดและช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ (Spector et al., 2003)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้นำแนวคิดการกระตุ้นการรู้คิดไปทำการศึกษาในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมหรือมีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถด้านการรู้คิดหรือการรู้คิดเพิ่มขึ้นภายหลังได้รับการดูแลหรือโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด และมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผกามาศ พิมพ์ธารา และคณะ, 2565; สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค และ อาทิตยา สุวรรณ, 2559; ณัชชา แรมกิ่ง และคณะ, 2561; จิตติมา ดวงแก้ว และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2561;

Wenisch et al., 2007; Spector et al., 2003; Sipollo et al., 2019) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนความจำเพิ่มขึ้นภายหลังจากที่ได้รับการกระตุ้นการรู้คิด หรือกลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยการกระตุ้นการรู้คิดสามารถคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพของการรู้คิดในด้านความจำได้ (สาวิตรี จีระยา และคณะ, 2561; ปิ่นมณี สุวรรณ โมลี และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2559; Moro et al, 2015; Gates et al., 2011) รวมถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด (สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค และ อาทิตยา สุวรรณ, 2559) และมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น (Spector et al., 2003)

จะเห็นได้ว่าแนวคิดการกระตุ้นการรู้คิด (Spector et al., 2003; Spector, 2018) มีประสิทธิผลในการเพิ่มการรู้คิด รวมถึงความจำ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องหรือมีภาวะสมองเสื่อมได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้แนวคิดการกระตุ้นการรู้คิด พัฒนากิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดทั้งหมด 14 กิจกรรม ให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะที่ 5 คือ การรู้คิดลดลงรุนแรงปานกลาง (Moderately severe cognitive decline) ซึ่งเป็นระยะเริ่มต้นของภาวะสมองเสื่อม (The phase of early dementia) ตามการแบ่งระยะของ Reisberg และคณะ (1982) เพื่อคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการทำงานของสมองหรือเพิ่มการรู้คิดให้กับผู้สูงอายุ

แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว

การมีส่วนร่วมในครอบครัวได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายความหมาย ดังนี้ Friedman และคณะ (2003) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของครอบครัว คือ การที่สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแล กระตุ้น ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือ และมีส่วนในการตัดสินใจในการดูแล ซึ่งการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ ความพยายามของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพ (Family efforts at health promotion) การประเมินอาการของครอบครัว (Family appraisal of symptoms) การแสวงหาการดูแล (Care seeking) การส่งต่อและรับการดูแล (Referral and obtaining care) การตอบสนองต่อการเจ็บป่วยเฉียบพลันของผู้ป่วยและครอบครัว (Acute response to illness by client and family) และการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและการฟื้นตัว (Adaptation to illness and recovery)

Bond และคณะ (2003) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของครอบครัว คือ การที่สมาชิกในครอบครัวทำงานร่วมกันกับพยาบาล โดยสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้พิทักษ์สิทธิ์ให้กับผู้ป่วย และพยาบาลคอยให้ความช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล

Schepp (1995) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของครอบครัว คือ การที่สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในกิจกรรมที่ช่วยได้และกิจกรรมที่ปรารถนาปฏิบัติ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมใน 4 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมดูแลในกิจวัตรประจำวัน (Participation in Routine Care) การมีส่วนร่วมดูแลในกิจกรรมการพยาบาล (Participation in Technical Care) การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูล (Participation in Information Sharing) การมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแล (Participation in Decision Making)

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 6 พบว่าเมื่อมีการเจ็บป่วยผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรสาวสูงสุด รองลงมาเป็นคู่สมรส บุตรชาย และหลาน (วิชัย เอกพลากร, 2564) ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการบริการสุขภาพในปัจจุบันที่ได้เปลี่ยนจุดเน้นจากการดูแลเฉพาะผู้ป่วยอย่างเดียวเป็นการดูแลที่ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ทำให้ในปัจจุบันมีการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลตามแนวคิดของ Schepp (1995) ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลหรือกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ซึ่งภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตัวผู้สูงอายุเอง อีกทั้งร้อยละ 80 ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีญาติเป็นผู้ดูแลหลักและส่วนใหญ่จะดูแลกันเองที่บ้าน (ัชชาวล วงศ์สารี และ สุกลักษณ์ พันทอง, 2561) ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Schepp (1995) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้

Schepp (1995) ได้มีการพัฒนาแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family participation) ซึ่งเป็นรูปแบบการพยาบาลที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว โดย Schepp ได้กล่าวว่าการดูแลผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงไปเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น โดยผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการให้การดูแลเป็นครอบครัวของผู้ป่วย บทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนไปซึ่งเป็นบทบาทใหม่ และไม่มี ความชัดเจน ครอบครัวจึงไม่มีความมั่นใจในบุคคลแปลกหน้าที่เข้ามาให้การดูแล ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลหรือเครียด จึงได้หาวิธีการในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแล การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทำให้ครอบครัวคลายความวิตกกังวล ความเครียด และสามารถให้การดูแลเมื่อกลับบ้านได้ ซึ่งครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล 4 ด้าน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การมีส่วนร่วมดูแลในกิจวัตรประจำวัน (Participation in Routine Care) หมายถึง

ครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลประจำ ซึ่งการทำกิจกรรมนั้นครอบครัวหรือผู้ดูแลจะเป็นผู้กระทำเองจนเสร็จหรือเป็นผู้ช่วยในขั้นตอนการทำกิจกรรม ได้แก่ 1) มีส่วนในการช่วยหรืออยู่กับผู้ป่วยในขณะที่รับกิจกรรมที่ปฏิบัติประจำ เช่น การวัดความดันโลหิตสูง เป็นต้น 2) การช่วยในกิจกรรมอาบน้ำ 3) ให้มีการพักอยู่กับผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลตลอดเวลา 4) กิจกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วย 5) กิจกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย 6) กิจกรรมการสวมหรือเปลี่ยนเสื้อผ้า 7) กิจกรรมการเปลี่ยนที่นอนและผ้าปูที่นอน 8) กิจกรรมพิเศษที่ผู้ป่วยต้องการ เช่น เมื่อผู้ป่วยต้องการเปลี่ยนเครื่องแต่งตัว กิจกรรมนันทนาการ เป็นต้น โดยงานวิจัยนี้ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในกิจวัตรประจำวันเพื่อชะลอการเสื่อมของสมอง โดยการช่วยเหลือผู้สูงอายุในเรื่องรับประทานอาหาร ได้แก่ ดูแลให้ผู้สูงอายุลดอาหารเค็ม ไขมัน ไขมัน รับประทานเนื้อสัตว์ นม ถั่วต่าง ๆ รวมถึงเพิ่มการรับประทานผักใบสีเขียวและผลไม้ การดูแลให้รับประทานยารักษาโรคประจำตัวตามแผนการรักษา ไม่ซื้อยาแก้ปวดเมื่อยหรือแก้แสบรับประทานเอง ดูแลให้ผู้สูงอายุงดสูบบุหรี่หรือหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ งดดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการเข้าสังคมหรือทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ เช่น การออกกำลังกาย การเคลื่อนไหว ออกแรงหรือการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละรายอย่างเป็นประจำ และให้ผู้สูงอายุหางานอดิเรกทำเป็นประจำ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน และพูดคุยกับผู้สูงอายุ รวมถึงให้ผู้สูงอายุได้พบปะกับเพื่อนวัยเดียวกันหรือต่างวัย หรือให้เข้าร่วมทำกิจกรรมในชุมชน การดูแลให้ผ่อนคลายความเครียดและนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ เป็นต้น (ชุตินาทองวชิระ และคณะ, 2562; พัชราภรณ์ ไชยสังข์ และคณะ, 2564; ชลิต เชาววิไล และคณะ, 2565)

2. การมีส่วนร่วมดูแลในกิจกรรมการพยาบาล (Participation in Technical Care)

หมายถึง ครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมที่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลและการรักษา ได้แก่ การช่วยเหลือและการอยู่กับผู้ป่วยในระหว่างที่ทำกิจกรรมโดยแพทย์หรือพยาบาล เช่น เจาะเลือด เป็นต้น กรณีต้องไปปรับการตรวจที่แผนกอื่นให้ครอบครัวไปกับผู้ป่วย เช่น ตรวจเอกซเรย์ เป็นต้น และการได้ปลอบใจขณะที่ผู้ป่วยทำหัตถการต่าง ๆ ซึ่งโดยงานวิจัยนี้ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด โดยให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด ให้การดูแลเพื่อเฝ้าระวังความปลอดภัยของผู้สูงอายุในระหว่างที่ทำกิจกรรม กระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด และการให้กำลังใจผู้สูงอายุในการทำกิจกรรม

3. การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูล (Participation in Information Sharing)

หมายถึง ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีโอกาสในการได้รับและให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยกับพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ การได้รับข้อมูลหรือได้รับแจ้งอาการและแผนการรักษาที่มีการเปลี่ยนแปลงไป รวมถึงมีส่วนร่วมในการซักถามหรือการได้รับข้อมูลการตรวจพิเศษ ภาวะสุขภาพและการรักษาของผู้ป่วยตามความเป็นจริง โดยงานวิจัยนี้ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลในช่วงก่อนทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด เช่น สนทนาเกี่ยวกับกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดที่ทำในครั้งที่แล้ว และการกระตุ้นการรู้คิดให้กับผู้สูงอายุขณะอยู่ที่บ้าน เป็นต้น และการแลกเปลี่ยนข้อมูลในช่วงหลังทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด เช่น ให้สมาชิกในครอบครัวและผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับกิจกรรมที่ทำในแต่ละครั้ง รวมถึงข้อเสนอแนะที่ควรปรับปรุง ปัญหาหรืออุปสรรคที่ต้องการให้ผู้วิจัยให้ความช่วยเหลือ และโทรสอบถามแลกเปลี่ยนวิธีการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการทำงานของสมองผู้สูงอายุและให้ข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มเติมกับสมาชิกในครอบครัวทุกคนอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

4. การมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแล (Participation in Decision Making) หมายถึง

ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมเป็นผู้ตัดสินใจหรือเป็นผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญเมื่อมีสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจในการดูแลและรักษา เช่น การเลือกพยาบาลดูแลผู้ป่วย การตัดสินใจเมื่อผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจพิเศษ รวมถึงได้สอบถามพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ก่อนที่จะอนุญาตให้ปลุกผู้ป่วย และการตัดสินใจหรือช่วยเหลือในกิจกรรมที่สามารถทำได้ โดยงานวิจัยนี้ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดของผู้สูงอายุ รวมถึงมีส่วนร่วมในการเป็นผู้ให้ข้อมูลเมื่อผู้สูงอายุมีอาการเปลี่ยนแปลงไปในระหว่างทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดหรือขณะอยู่ที่บ้าน เพื่อใช้ประกอบในการตัดสินใจทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือเพื่อเพิ่มการรู้คิดของผู้สูงอายุยังมีไม่มาก และพบเพียงการศึกษาของ Thongbupa และคณะ (2020) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางปัญญาต่อผลลัพธ์การทำหน้าที่ในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนการทดสอบแบบประเมิน MoCA ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางปัญญาของผู้สูงอายุได้ และเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสามารถในการเรียนรู้หรือดูแลตนเองลดลง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Schepp (1995) ทั้ง 4 ด้าน ร่วมกับแนวคิดกระตุ้นการรู้คิดของ Spector (2018) เพื่อเพิ่มการรู้คิด หรือชะลอการเสื่อมของสมองให้กับผู้สูงอายุ

อุปสรรคของครอบครัวที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแล

การมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยลดความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และช่วยลดความเสี่ยงของอาการที่ผิดปกติ (Dehbozorgi et al., 2022) เพื่อให้การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวมีการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่เดียวกันครอบครัวยังมีอุปสรรคที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

1. การให้ข้อมูลและการสื่อสาร มีการศึกษาพบว่าวิธีการสื่อสารโดยตรงไปตรงมาและการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับผู้ป่วย อาการ การเปลี่ยนแปลงการรักษา วิธีการดูแลที่เป็นรูปธรรมในการช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ เป็นปัจจัยหลักที่ช่วยให้ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล และช่วยให้การมีส่วนร่วมเป็นไปได้อย่างมากขึ้น ส่วนการขาดข้อมูลและไม่ทราบว่าต้องขอข้อมูลจากใครเป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วม นอกจากนี้การคำนึงถึงความชอบของผู้ดูแลในการให้การดูแลก็เป็นปัจจัยที่มีประโยชน์ในการมีส่วนร่วมเช่นกัน (Bélangier et al., 2022)

2. การเข้าถึงและสภาพแวดล้อมทางกายภาพ จากการศึกษาพบว่าทำให้ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวเข้าหาผู้ป่วยหรือได้ใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ช่วยให้มีส่วนร่วมในการดูแล ส่วนการขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการเยี่ยมหรือการอยู่กับผู้ป่วยในหอผู้ป่วย และการขาดแคลนเครื่องเรือน เช่น ไม่มีเก้าอี้ในห้องผู้ป่วย เป็นต้น รวมถึงปัญหาเกี่ยวกับที่ค่าใช้จ่ายในการจอดรถล้วนเป็นอุปสรรคของการมีส่วนร่วมในการให้การดูแล (Bélangier et al., 2018)

3. ลักษณะส่วนบุคคล จากการศึกษาพบว่าลักษณะส่วนบุคคลมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลที่แตกต่างกัน หรือมีอิทธิพลต่อระดับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว รวมถึงบทบาทของผู้ดูแลหรือความรู้สึกใกล้ชิดกับผู้ป่วย อายุ เพศ และการศึกษาอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแล รวมถึงประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยในอดีต การอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาทำให้เกิดความคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ และความเต็มใจให้การช่วยเหลือทำให้เพิ่มการอำนวยความสะดวกในการมีส่วนร่วมมากขึ้น (Bélangier et al., 2018)

การบูรณาการแนวคิดการกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ความหมายของการบูรณาการ

สำนักงานราชบัณฑิตยสภา (2550) กล่าวว่า บูรณาการ มี 2 ความหมาย 1) คือ ทำให้เป็นเนื้อเดียวกัน โดยรวมหรือผสมผสานส่วนต่าง ๆ เข้าด้วยกัน และ 2) หมายถึงเชื่อมหรือประสานกับสิ่งอื่นหรือหน่วยงานอื่น

วิชัย วงษ์ใหญ่ และ มารุต พัฒนา (2562) กล่าวว่า การบูรณาการ หมายถึง การผสมผสาน องค์ความรู้ตั้งแต่ 2 องค์ความรู้ขึ้นไปเข้าด้วยกันอย่างลงตัวและเป็นระบบ ช่วยทำให้ผู้เรียนเกิดการ เรียนรู้ Concept ในลักษณะที่เชื่อมโยงกันอย่างบูรณาการ ตอบสนองธรรมชาติ ความต้องการและ ความสนใจของผู้เรียน

ราชบัณฑิตยสถาน (2557) กล่าวว่า การบูรณาการ หมายถึง กระบวนการผสมผสาน เชื่อมโยงองค์ความรู้ตั้งแต่ 2 องค์ความรู้ขึ้นไปเข้าด้วยกันอย่างสอดคล้องเป็นระบบ

สรุปได้ว่า การบูรณาการ หมายถึง การผสมผสานที่เชื่อมโยงองค์ความรู้ในเรื่องต่าง ๆ ตั้งแต่ 2 เรื่องขึ้นไปเข้าด้วยกัน นำมาจัดกระทำให้เป็นเนื้อเรื่องเดียวกันอย่างลงตัว เป็นระบบ และ สามารถนำไปปรับใช้ได้

การบูรณาการแนวคิดการกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้มีการบูรณาการแนวคิดการกระตุ้นการรู้คิดของ Spector (2018) และแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Schepp (1995) เข้าด้วยกัน โดยผู้วิจัยนำ 2 แนวคิดนี้ มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของ ครอบครัว เพื่อชะลอการเสื่อมของสมองหรือเพิ่มการรู้คิดให้กับผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง โดยใช้ หลักการรับรู้ความเป็นจริง (Reality Orientation therapy) การรำลึกถึงความหลัง (Reminiscence Therapy) และการกระตุ้นประสาทสัมผัส (Multi-sensory stimulation) ในการพัฒนากิจกรรม กระตุ้นการรู้คิด ทั้งหมด 14 กิจกรรม (Spector et al., 2001; Spector et al., 2003; Spector, 2018) ซึ่ง ในแต่ละกิจกรรมมีการผสมผสานทั้ง 3 หลักการนี้เข้าด้วยกัน เพื่อกระตุ้นการรู้คิดในด้านต่าง ๆ ของ ผู้สูงอายุ ร่วมกับการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมที่ทำประจำ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ช่วยชะลอการเสื่อมของสมองอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้สามารถคงไว้ซึ่ง การทำงานของสมองได้ รวมถึงการมีส่วนร่วมดูแลในระหว่างการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด เพื่อให้ผู้สูงอายุคลายความกังวล มีความเชื่อมั่นและมีความมั่นใจในการทำกิจกรรม ส่งผลให้ สามารถทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูล เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีความรู้ ความมั่นใจ และทำให้ทราบถึงปัญหาหรืออุปสรรค ส่งผลให้ ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม และการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลช่วยให้ทราบหรือ เข้าใจถึงสถานการณ์ของผู้สูงอายุ สามารถร่วมกันแก้ปัญหาหรืออุปสรรคที่ส่งผลต่อการทำกิจกรรม กระตุ้นการรู้คิดของผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

จะเห็นได้ว่า การบูรณาการแนวคิดการกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของ ครอบครัว เป็นรวม 2 แนวคิด เพื่อการออกแบบกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ม้งที่มีภาวะสมองเสื่อม และส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้

ครอบครัวมีความมั่นใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม เมื่อผู้สูงอายุได้รับการดูแล เพื่อชะลอสมองเสื่อมร่วมกับการกระตุ้นการรู้คิดจากสมาชิกในครอบครัวขณะอยู่บ้าน และได้เข้าร่วมการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดที่ผู้วิจัยพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ ทำให้สามารถช่วยชะลอการเสื่อมของสมอง และคงไว้ซึ่งระดับการรู้คิดหรือช่วยเพิ่มการรู้คิดให้กับผู้สูงอายุได้

โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวตามแนวคิดกระตุ้นการรู้คิดของ Spector (2018) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Schepp (1995) เพื่อเพิ่มการรู้คิดให้กับผู้สูงอายุ โดยใช้รูปแบบในการดำเนินการจัดกิจกรรมเหมือนกันในทุกสัปดาห์ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมความพร้อม ระยะดำเนินการกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด และระยะหลังการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ระยะเตรียมความพร้อม เป็นการเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ สื่อ สถานที่ การประเมินความพร้อมของผู้สูงอายุในการเข้าร่วมกิจกรรม และให้สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุมีส่วนร่วมดูแลในกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมที่ทำประจำของผู้สูงอายุ (Participation in Routine Care) ซึ่งประกอบด้วย การดูแลเพื่อชะลอสมองเสื่อมหรือส่งเสริมทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดให้กับผู้สูงอายุขณะอยู่ที่บ้านและการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุก่อนเริ่มกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด

2. ระยะดำเนินการกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด เป็นการทำการกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดทั้งหมด 14 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 45 - 60 นาที แบ่งออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงเปิดกลุ่ม ช่วงทำการกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด และช่วงปิดกลุ่ม ร่วมกับการให้สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุมีส่วนร่วมดูแลในกิจกรรมการพยาบาลหรือการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด (Participation in Technical Care) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ช่วงเปิดกลุ่ม ใช้ระยะเวลา 10 นาที ใช้รูปแบบในการเริ่มกิจกรรมเช่นเดียวกัน ทั้ง 14 กิจกรรม เป็นการกล่าวต้อนรับ ร้องเพลงประจำกลุ่ม การอภิปรายวันที่ เวลา ฤดูกาล สภาพอากาศ การพูดคุยเกี่ยวกับกิจกรรมครั้งก่อนหน้าและการทำการกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดให้กับผู้สูงอายุขณะอยู่บ้าน

2.2 ช่วงทำการกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด ใช้เวลากิจกรรมละ 25 - 35 นาที เป็นกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดที่พัฒนาขึ้นโดยใช้หลักการ 3 แนวคิดของ Spector (2018) ซึ่งมีรายละเอียดดังภาพที่ 2 และมีจัดกิจกรรม 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 7 สัปดาห์ โดยกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดมีรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 รูปแบบการจัดกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด

กิจกรรมตาม CST	การประยุกต์ใช้
สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 กิจกรรมทางกาย (Physical games)	ชื่อกิจกรรม “ป้อป้อซี้ต้อ (Pov pob sib tws)” หมายถึง โยนลูกช่วงเสี่ยงทาย หรือชื่อ “ลูกช่วงเสี่ยงทาย” เป็นกิจกรรมการโยนลูกบอลผ้าหรือลูกช่วงรอบ ๆ กลุ่ม โดยให้ผู้ที่ได้รับลูกบอลแนะนำตัวหรือตอบคำถาม ซึ่งการโยนลูกช่วงเป็นการละเล่นของกลุ่มชาติพันธุ์ม้งในเทศกาลฉลองปีใหม่ และให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลหรือเฝ้าระวังความปลอดภัย และให้ความช่วยเหลือหรือกระตุ้นผู้สูงอายุให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 กิจกรรมการรับรู้เสียง (Sounds)	ชื่อกิจกรรม “ซัวต้อปัวเป้า (Suab twg puas paub)” หมายถึง เสียงที่ได้ยินเป็นเสียงใดทราบหรือไม่ หรือชื่อ “เสียงใดใครรู้” เป็นการเปิดเสียงให้ผู้สูงอายุฟังและทายเสียง ร่วมกับจับคู่รูปภาพเสียงที่ได้ยิน ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสียงที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง ได้แก่ เสียงเป่าใบไม้ (Tshuab Nplooj) เสียงแคนม้ง (Qeej) เสียงคำข้าวเปลือก (Tuav nplej) เป็นต้น และให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลหรือเฝ้าระวังความปลอดภัย ให้ความช่วยเหลือ การชื่นชมเมื่อผู้สูงอายุทายเสียงได้ถูกต้อง และให้กำลังใจหรือปลอบใจในข้อที่ตอบไม่ได้
สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 1 กิจกรรมการรับรู้ช่วงวัยเยาว์ (Childhood)	ชื่อกิจกรรม “เป็เตาอัวซี (Peb tau ua si)” หมายถึง พวกเราเคยได้เล่น หรือชื่อ “นิกดูเคยเล่น” เป็นกิจกรรมอภิปรายของเล่นในวัยเด็ก ซึ่งของเล่นในวัยเด็กเป็นของเล่นของกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง เช่น ลูกข่าง ยิงหน้าไม้ ล้อเลื่อนไม้ เป็นต้น และให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังความปลอดภัย ให้ความช่วยเหลือหรือร่วมสาธิตการเล่นของเล่นกับผู้สูงอายุ
สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2 กิจกรรมการรับรู้รสชาติและการทำอาหาร (Food)	ชื่อกิจกรรม “ด้าจีปัวก้า (Dab tsi puas qab)” หมายถึง สิ่งนั้นคืออะไร มีรสชาติเป็นอย่างไร หรือชื่อ “อ้อมเอมรสดี” เป็นกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้เลือกใช้วัตถุดิบและประกอบอาหาร ซึ่งอาหารที่ให้ผู้สูงอายุทำเป็นอาหารที่จำลองในเทศกาลปีใหม่ม้ง และให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังความปลอดภัย ให้กำลังใจหรือชื่นชมผู้สูงอายุในการทำอาหาร และมีส่วนร่วมอภิปรายอาหารที่ผู้สูงอายุทำขึ้น
สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 1 กิจกรรมการรับรู้เหตุการณ์ปัจจุบัน (Current affairs)	ชื่อกิจกรรม “ย่าเขียฮู้น้อ (Zaj tshiab hnuv no)” หมายถึง เรื่องใหม่ในวันนี้ หรือชื่อ “เรื่องใหม่วันนี้” เป็นกิจกรรมอภิปรายเหตุการณ์ต่าง ๆ จากบัตรคำถาม และให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมกระตุ้นผู้สูงอายุให้มีส่วนร่วมและร่วมในการอภิปรายกับผู้สูงอายุ
สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 2 กิจกรรมการรับรู้ใบหน้าหรือสถานที่ (Faces/Scenes)	ชื่อกิจกรรม “เฉอฮ้อเจ็อมู (Chaw nyob txawv mus)” หมายถึง ที่อยู่อาศัยมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม หรือชื่อ “ที่อยู่แปลกไป” เป็นการอภิปรายความแตกต่างของสถานที่ในอดีตกับปัจจุบันหรือใบหน้าผ่านรูปภาพ และให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการอภิปราย กระตุ้นหรือให้กำลังใจ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการอภิปราย

ตารางที่ 2 (ต่อ)

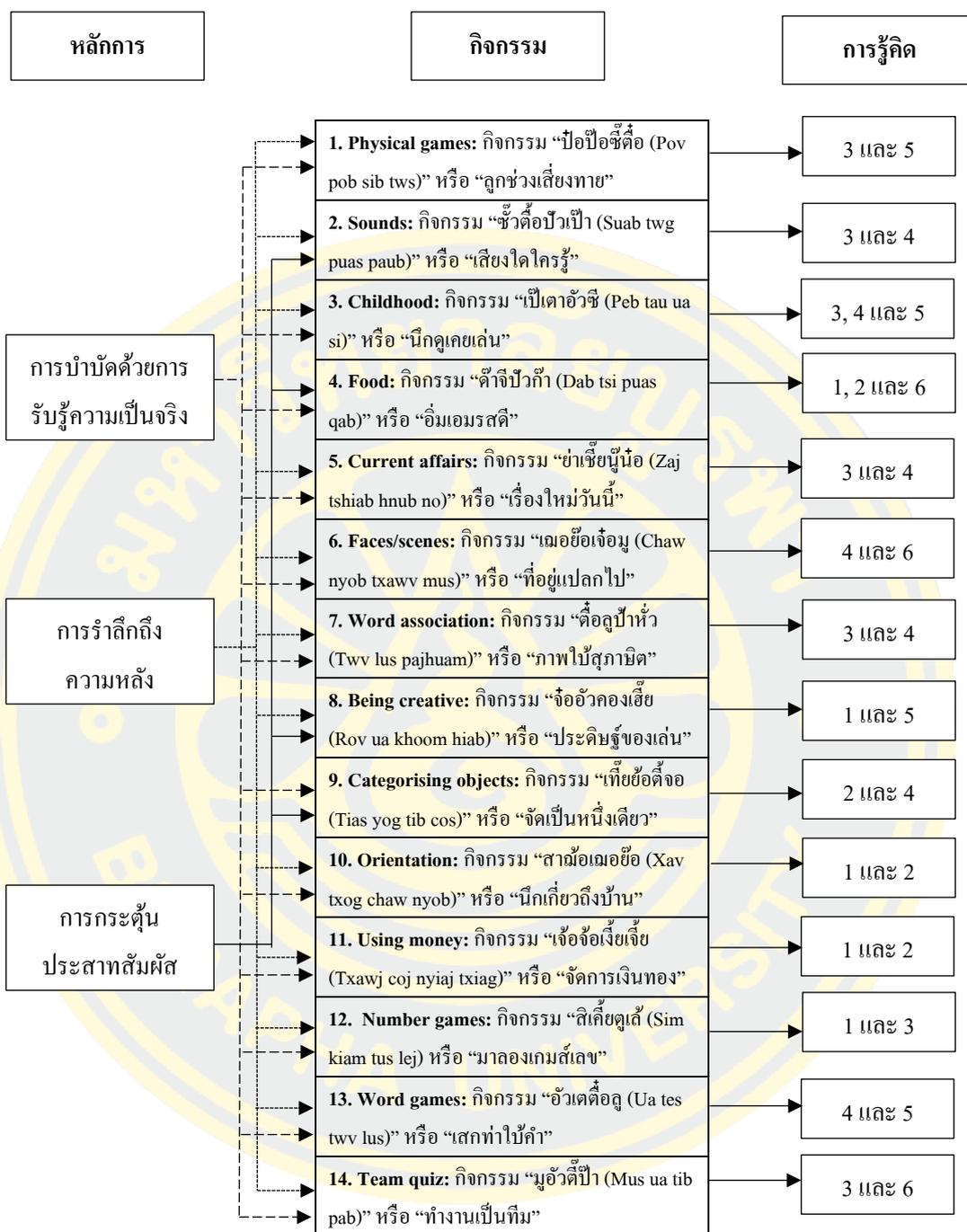
กิจกรรมตาม CST	การประยุกต์ใช้
สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 1 กิจกรรมการใช้ภาษา (Word association)	ชื่อกิจกรรม “ต้อลูป้าหั่ว (Tvw lus pajhuam)” หมายถึง ทายคำสุภาษิต หรือชื่อ “ภาพไป้สุภาษิต” เป็นกิจกรรมทายคำสุภาษิตผ่านรูปภาพ ซึ่งเป็นสุภาษิตของกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง และให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมและให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในการทายรูปภาพหรือสุภาษิต
สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 2 กิจกรรมการใช้ ความคิดสร้างสรรค์ (Being creative)	ชื่อกิจกรรม “จ้ออ้วคองเฮีย (Rov ua khoom hiab)” หมายถึง การกลับมาทำงานสาน หรือชื่อ “ประดิษฐ์ของเล่น” เป็นกิจกรรมให้ผู้สูงอายุเล็กระบายสีลูกข่างหรือประดิษฐ์ของเล่นโดยใช้วิธีการสานไม้ไผ่หรือก้านใบไม้ และให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการอภิปรายของเล่นที่ทำขึ้น
สัปดาห์ที่ 5 ครั้งที่ 1 กิจกรรมการจัด ประเภทสิ่งของ (Categorising objects)	ชื่อกิจกรรม “เทียย้อต้อจ (Tias yog tib cos)” หมายถึง จัดว่าเป็นกลุ่มเดียวกัน หรือชื่อ “จัดเป็นหนึ่งเดียว” เป็นกิจกรรมจัดหมวดหมู่โดยใช้รูปภาพหรือสิ่งของ และให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุจัดหมวดหมู่สิ่งของหรือรูปภาพ และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม
สัปดาห์ที่ 5 ครั้งที่ 2 กิจกรรมการรับรู้วัน เวลา สถานที่ (Orientation)	ชื่อกิจกรรม “ซาผ้อเหมยอ้อ (Xav txog chaw nyob)” หมายถึง ให้ผู้สูงอายุได้นึกเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย หรือชื่อ “นึกถึงข่วงบ้าน” เป็นกิจกรรมวาดแผนที่บ้าน และอภิปรายระยะเวลาหรือเวลาที่ใช้ในการเดินทาง และให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในการวาดแผนที่โดยผู้สูงอายุเป็นผู้ระบุสถานที่สำคัญหรือชี้ตำแหน่งบ้าน และให้กำลังใจผู้สูงอายุเพื่อให้มีความมั่นใจในการวาดแผนที่
สัปดาห์ที่ 6 ครั้งที่ 1 กิจกรรมการใช้เงิน หรือการคำนวณเงิน (Using money)	ชื่อกิจกรรม “เจ้อจ้อเจี้ยเจี้ย (txawj coj nyiaj txiaj)” หมายถึง รู้จักบริหารการเงิน หรือชื่อ “จัดการเงินทอง” เป็นการอภิปรายราคาและมูลค่าผ่านข้อคำถามและการซื้อของตามงบประมาณ และให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการกระตุ้นผู้สูงอายุให้มีส่วนร่วมในการอภิปราย หรือให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในการเดินเลือกซื้อสินค้า
สัปดาห์ที่ 6 ครั้งที่ 2 กิจกรรมเกมส์ตัวเลข (Number games)	ชื่อกิจกรรม “สิเคี้ยต้อเล่ (Sim kiam tus lej)” หมายถึง มาลองเล่นตัวเลข หรือชื่อ “มาลองเกมส์เลข” เป็นกิจกรรมการ์ดตัวเลข โดยการหยิบและทายว่ามีค่าสูงหรือต่ำกว่าการ์ดใบก่อนหน้า และให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุดูตัวเลขร่วมทายตัวเลขกับผู้สูงอายุ และให้กำลังใจผู้สูงอายุเมื่อทายไม่ถูก
สัปดาห์ที่ 7 ครั้งที่ 1 กิจกรรมเกมส์คำศัพท์ (Word games)	ชื่อกิจกรรม “อ้วเตต้อลู (Ua tes twv lus)” หมายถึง การทำมือหรือใช้มือทำท่าเพื่อไป้คำศัพท์ หรือชื่อ “เสกท่าไป้คำ” เป็นกิจกรรมไป้คำศัพท์โดยการท่าทาง และให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุท่าทางท่าไป้คำศัพท์ รวมถึงการกระตุ้นและให้กำลังใจในการคิดท่าทางเพื่อไป้คำศัพท์ให้กับสมาชิกในกลุ่ม

ตารางที่ 2 (ต่อ)

กิจกรรมตาม CST	การประยุกต์ใช้
สัปดาห์ที่ 7 ครั้งที่ 2 กิจกรรมการเล่นเกมส์ เป็นทีม (Team quiz)	ชื่อกิจกรรม “มูอัวตีป้า (Mus ua tib pab)” หมายถึงการทำงานเป็นทีมเดียวกัน หรือชื่อ “ทำงานเป็นทีม” เป็นกิจกรรมแบ่งกลุ่ม ให้แต่ละกลุ่มดูรูปภาพแล้วช่วยกันต่อจิ๊กซอว์ จากนั้นให้เรื่องเล่าเกี่ยวกับรูปภาพ และตอบคำถามว่า “เป็นเรื่องจริง หรือ ตำนาน” ซึ่งเรื่องราวดังกล่าวเป็นตำนานหรือเรื่องจริงของกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง และให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมอภิปรายรูปภาพหรือเรื่องราว และให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในการรวมคะแนน

2.3 ช่วงปิดกลุ่ม ใช้ระยะเวลา 10 - 15 นาที ใช้รูปแบบในการเริ่มกิจกรรม เช่นเดียวกันทั้ง 14 กิจกรรม เป็นการกล่าวขอบคุณ สรุปการทำกิจกรรม ให้ข้อมูลกิจกรรมที่จะจัดขึ้นในสัปดาห์ถัดไป และนัดหมายเวลา ให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก ความยากง่าย ความสนุกสนานในการทำกิจกรรมและ ประเมินผล พร้อมกับระบุปัญหาหรืออุปสรรคในการทำกิจกรรม และความต้องการการให้ช่วยเหลือเพื่อเพิ่มการรู้คิด

3. ระยะเวลาหลังการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด ซึ่งเป็นการดูแลผู้สูงอายุของสมาชิกในครอบครัวเมื่อกลับบ้าน โดยหลังจากทำกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์เสร็จสิ้น ผู้วิจัยโทรสอบถามสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุทุกคนเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล (Participation in Information Sharing) วิธีการดูแลผู้สูงอายุเพื่อคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการทำงานของสมอง และผู้วิจัยให้ข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มเติมกับสมาชิกในครอบครัวตามที่สมาชิกในครอบครัวต้องการหรือบกร่อง รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมที่จะจัดขึ้นในสัปดาห์ถัดไป เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Participation in Decision Making) เข้าร่วมกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดและการดูแลของผู้สูงอายุ



ภาพที่ 2 การประยุกต์ใช้หลักการในการจัดกิจกรรม

หมายเหตุ 1 คือ ความใส่ใจเชิงซ้อน

2 คือ ความสามารถด้านการบริหารจัดการ

3 คือ การเรียนรู้และความจำ

4 คือ การใช้ภาษา

5 คือ ความสามารถด้านการรับรู้ก่อดิสัมพันธ์

6 คือ ความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังครอบตัว

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest Control Group Design) คือ วัดก่อนการทดลองและหลังการทดลองทันที มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการรู้คิดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง มีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง และสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลเข็กน้อย อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ไม่ได้เรียนหนังสือ หรืออ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้ ซึ่งทำแบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน และสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในตำบลเข็กน้อย อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์

กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้สูงอายุ โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1.1 กลุ่มชาติพันธุ์ม้งทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และมีสมาชิกในครอบครัวที่สามารถเข้าร่วมการวิจัยพร้อมกับผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน

1.2 ทำแบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน (ในผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ หรืออ่านไม่ออกและเขียนไม่ได้)

1.3 สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือทำกิจกรรมด้วยตนเองได้ โดยการประเมินด้วยแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Barthel ADL Index) ได้ 12 คะแนนขึ้นไป

1.4 ไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยการประเมินด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 6 ข้อ (GDS-6) ได้คะแนนน้อยกว่า 2 คะแนน

1.5 มีความสามารถในการมองเห็นปกติ ด้วยวิธี Reading test โดยให้ผู้สูงอายุปิดตาทีละข้าง แล้ววางกระดาษที่มีตัวหนังสือหรือรูปภาพในระดับสายตา ห่างตาประมาณ 14 นิ้ว ซึ่งผู้วิจัยชี้ตำแหน่งให้อ่านหรือดูรูปภาพ เมื่ออ่านแล้วจึงเปลี่ยนไปตรวจตาอีกข้าง ถ้าใช้แว่นตาหรือคอนแทกซ์เลนส์ให้ใส่ขณะตรวจด้วย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2562)

1.7 สามารถพูดหรือสื่อสารปกติและเข้าใจภาษาไทย โดยใช้วิธีการสอบถามข้อมูลการทดสอบความเข้าใจและความสามารถทำตามคำสั่ง (สิริจิตต์ เดชอมรชัย, 2557)

1.6 การได้ยินเป็นปกติ โดยใช้วิธีการถูนิ้วมือกันเบา ๆ หน้าหูทีละข้าง (ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2553)

2. ครอบคลุมผู้สูงอายุ โดยมีคุณสมบัติดังนี้

2.1 บุคคลที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ซึ่งเป็นผู้ดูแลหรือสมาชิกครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นหลัก ที่สมัครใจหรือยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุตลอดการเข้าร่วมการวิจัย

2.2 ไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยประเมินด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

2.3 มีความสามารถในการมองเห็นปกติ ด้วยวิธี Reading test โดยให้ผู้สูงอายุปิดตาทีละข้าง แล้ววางกระดาษที่มีตัวหนังสือหรือรูปภาพในระดับสายตา ห่างตาประมาณ 14 นิ้ว ซึ่งผู้วิจัยชี้ตำแหน่งให้อ่านหรือดูรูปภาพ เมื่ออ่านแล้วจึงเปลี่ยนไปตรวจตาอีกข้าง ถ้าใช้แว่นตาหรือคอนแทกซ์เลนส์ให้ใส่ขณะตรวจด้วย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2562)

2.4 สามารถพูดหรือสื่อสารปกติและเข้าใจภาษาไทย โดยใช้วิธีการสอบถามข้อมูลการทดสอบความเข้าใจและความสามารถทำตามคำสั่ง (สิริจิตต์ เดชอมรชัย, 2557)

2.5 การได้ยินเป็นปกติ โดยใช้วิธีการถูนิ้วมือกันเบา ๆ หน้าหูทีละข้าง (ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2553)

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากงานวิจัย (Exclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวมีความประสงค์ออกจากการทำงานวิจัย
2. ในระหว่างเข้าร่วมการวิจัยผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวเกิดปัญหาหรืออุปสรรคไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามจำนวน (เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่า 14 ครั้ง)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) และขนาดอิทธิพล (Effect size) โดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 (Faul et al., 2009) เลือก Test family เป็น t test และเลือก Statistic test เป็น Means: Difference between two independent means (two groups) โดยกำหนดการทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว (One tailed Test) ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of the test) ที่ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ .05 (Cohen, 1988 อ้างถึงใน Prajapati et al., 2010) และการกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) จากการศึกษาก่อนหน้านี้ (Previous study) ของ Triestuning และ Sipollo (Triestuning & Sipollo, 2019) ที่ได้ทำการศึกษาระยะต้นการรู้คิด ซึ่งมีตัวแปรตามเป็นการรู้คิด และมีประชากรที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และมีการทดสอบด้วยสถิติค่าที (t-test) ได้ขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.8 จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด 42 คน จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุทั้งในและต่างประเทศพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างออกจากการทดลองร้อยละ 0 - 22 (ศกามาศ พิมพีธารา และคณะ, 2565; สาวิตรี จีระยา และคณะ, 2561; บุศรินทร์ หลิมสุนทร และคณะ, 2565; Gomez-Soria et al., 2020; Capotosto et al., 2016; Young et al., 2018; Apóstolo et al., 2014) อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาเฉพาะในผู้สูงอายุไม่มีการให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วม แต่การศึกษาวิจัยอื่นที่เกี่ยวกับการให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมพบว่ามีความถี่ของกลุ่มตัวอย่างออกจากการทดลองร้อยละ 6 - 44 (Ghazavi et al., 2016; Wangpitipanit et al., 2016; Gaugler et al., 2015; Hendrix et al., 2016; Walczak et al., 2017; Hou et al., 2014) ดังนั้นเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวิจัย (drop out) ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44 ได้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มจำนวน 18 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้ 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยประสานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชิงน้อย พยาบาลวิชาชีพในพื้นที่และผู้นำชุมชน เพื่อชี้แจงรายละเอียดและวัตถุประสงค์การทำวิจัย และขอเข้าคัดกรองกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุหรือสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลเชิงน้อย อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์
2. เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ซึ่งใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลาก 2 หมู่บ้าน จากทั้งหมด 12 หมู่บ้าน เมื่อได้หมู่บ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างแล้วจึงให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนำทางไปยังบ้านผู้สูงอายุ เพื่อประเมินหรือคัดกรองผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นหลัก

ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของทั้ง 2 หมู่บ้าน จากนั้นจึงนำรายชื่อผู้สูงอายุมาจับฉลากแบบไม่แทนที่หมู่บ้านละ 30 คน

3. หลังจากได้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุหมู่บ้านละ 30 คน ผู้วิจัยใช้วิธีการจับฉลาก โดยให้หมู่บ้านที่จับฉลากได้ครั้งที่ 1 เป็นกลุ่มควบคุม และหมู่บ้านที่ 2 ให้เป็นกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของรูปแบบการวิจัยของกลุ่มทดลองไปยังกลุ่มควบคุม

4. เพื่อป้องกันอิทธิพลจากตัวแปรแทรกซ้อน ผู้วิจัยใช้วิธีการจับคู่ (Matched paired) โดยนำรายชื่อกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 หมู่บ้านมาจับคู่ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เพศ อายุ และ โรคประจำตัว เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรู้คิด (Yip et al., 2006; Yaffe et al., 2009; Kim & Park, 2017; Mon et al., 2017; กนกวรรณ ศรีสุภกรกรกุล และคณะ, 2564; ปิยะภร ไพรสนธิ และ พรสวรรค์ เจ็ดคน, 2560) จึงใช้เป็นปัจจัยดังกล่าวกำหนดคุณสมบัติในการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เพศเดียวกัน 2) มีอายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี เช่น อายุ 60 - 65 ปี เป็นต้น และ 3) จำนวนโรคประจำตัว เช่น ไม่มีโรคประจำตัว และมีโรคประจำตัว 1 - 2 โรค เป็นต้น หากไม่สามารถจับคู่ได้จำนวน 30 คู่ ผู้วิจัยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนำทางไปพบผู้สูงอายุที่บ้านและทำการสุ่มอีกครั้ง เพื่อประเมินหรือคัดกรองผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเพิ่มเติมจนได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันจนครบ 30 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือกำกับการทดลอง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ดัชนีบาร์เซลฉบับภาษาไทย (Barthel Activities of Daily Living Index Thai version [Barthel ADL Index]) ได้มีการพัฒนาเป็นภาษาไทยโดย สุทธิชัย จิตะพันธกุล และคณะ (Jitapunkul et al., 1994) เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ซึ่งเป็นการวัดว่าผู้สูงอายุสามารถทำอะไรได้หรือทำได้จริง ไม่ใช่การทดสอบหรือการถามว่าสามารถทำได้หรือไม่ และเป็นการสอบถามในระยะ 24 - 48 ชั่วโมง ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ โดยการให้คะแนนแบ่งตามระดับความสามารถในแต่ละกิจกรรม ซึ่งเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) ได้แก่ 2 ระดับ คือ 0 - 1 คะแนน จำนวน 2 ข้อ, 3 ระดับ คือ 0 - 2 คะแนน จำนวน 6 ข้อ และ 4 ระดับ คือ

0 - 3 คะแนน จำนวน 2 ข้อ และมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 20 คะแนน ซึ่งมีการแปลผลคะแนนของการทำแบบประเมินตามระดับของคะแนนดังนี้

0 - 4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่ได้ต้องพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด

5 - 8 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้แต่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนมาก

9 - 11 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้และต้องพึ่งพิงผู้อื่นบ้าง

≥ 12 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติหรืออาจพึ่งพิงผู้อื่นเล็กน้อย

2. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 6 ข้อ (GDS-6) ได้มีการพัฒนาเป็นภาษาไทยโดย ณหทัย วงศ์ปการณีย์ และคณะ (Wongpakaran et al., 2019) เป็นการถามเพื่อประเมินความรู้สึกเศร้าของผู้สูงอายุในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ คือ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 6 คะแนน โดยให้ 1 คะแนน เมื่อตอบว่า “ใช่” ในข้อคำถามที่ 2, 4, 5, 6 และให้ 1 คะแนน เมื่อตอบว่า “ไม่ใช่” ในข้อคำถามที่ 1, 3 ซึ่งมีการแปลผลคะแนนของการทำแบบประเมิน คือ ตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป บ่งชี้ว่ามีภาวะซึมเศร้า

3. แบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย 2002 (Mini-Mental State Examination-Thai version [MMSE-Thai 2002]) ประกอบไปด้วยการประเมิน 6 ด้าน คือ การรับรู้สถานที่ (Orientation) การจดจำ (Registration) ความตั้งใจ (Attention) การคำนวณ (Calculation) การใช้ภาษา (Language) และการระลึกได้ (Recall) ซึ่งได้มีการพัฒนามาจากแบบทดสอบ MMSE ของ Folstein และคณะ (Folstein et al., 1975) โดยคณะกรรมการการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นและสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) ที่คงแก่นและความหมายของแบบทดสอบต้นฉบับภาษาอังกฤษไว้ โดยการเจาะลึกถึงแก่นแท้ของแต่ละข้อคำถาม มีการคงความหมายดั้งเดิมของภาษาและวัฒนธรรมทางภาษาของคำถามไว้โดยไม่มีการตัดหรือการเติมการปรับเปลี่ยนของแต่ละคำถาม (วันดี โภคะกุล และ จิตนภา วาริษฐาโรจน์, 2552) อีกทั้งเป็นเครื่องมือที่ถูกใช้มากที่สุดในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม มีความไว (Sensitivity) ร้อยละ 92 ความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 92.6 และ Efficiency เป็น 92.4 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551) โดยแบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 11 ข้อคำถาม มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 30 คะแนน ซึ่งระดับค่าคะแนนสามารถบ่งบอกถึงระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมได้ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะรุนแรง ≤ 9 คะแนน ระยะปานกลาง 10 - 18 คะแนน และระยะเล็กน้อย 19 - 23 คะแนน (Crum et al., 1993) ในการพิจารณาภาวะสมองเสื่อมมีจุดตัดของคะแนนตามความสามารถในการรู้ภาษาหรือการศึกษา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551)

ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) ได้คะแนน ≤ 14 คะแนน จาก 23 คะแนน (โดยไม่ต้องทำแบบทดสอบข้อ 4, 9, 10)

ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา ได้คะแนน ≤ 17 คะแนน จาก 30 คะแนน

ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา ได้คะแนน ≤ 22 คะแนน จาก 30 คะแนน

4. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) เพื่อคัดกรองโรคซึมเศร้าสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย 2 ข้อคำถาม และคำตอบมี 2 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่มี และ มี ซึ่งมี ความไว ร้อยละ 96.5 ความจำเพาะร้อยละ 44.6 ซึ่งมีรายละเอียดการแปลผลคะแนนดังนี้ (สุวรรณ อรุณ ไพศาล และคณะ, 2551)

ตอบ ไม่มี 2 ข้อ หมายถึง ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า

ตอบ มีข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งมีลักษณะแบบเดิมคำและให้ เลือกตอบ ซึ่งมีทั้งหมด 6 ข้อคำถาม ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอายุ เพศ ระดับการศึกษา ความสามารถในการอ่าน-เขียน โรคประจำตัว และผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกในครอบครัวที่ให้การ ดูแลผู้สูงอายุเป็นหลัก

2. แบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย 2002 (Mini-Mental State Examination-Thai version [MMSE-Thai 2002]) ที่คณะกรรมการการจัดทำแบบทดสอบสภาพ สมองเบื้องต้นและสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) แปลมาจากของ (Folstein et al., 1975) ซึ่งเป็น แบบประเมินเดียวกับแบบประเมินที่ใช้ในการคัดกรอง

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดย ประยุกต์จากแนวคิดการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive stimulation therapy) ของ Spector (2018) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family participation) ของ Schepp (1995) ซึ่งได้มีการประยุกต์ให้เข้ากับบริบทและวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง และได้มีการใช้ หลักการ 3 แนวคิด คือ การบำบัดด้วยการรับรู้ความเป็นจริง (Reality orientation) การรำลึกถึง ความหลัง (Reminiscence therapy) และการกระตุ้นประสาทสัมผัส (Multi-sensory stimulation) ในการออกแบบกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดให้ผู้สูงอายุในรูปแบบกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 14 กิจกรรม จัดกิจกรรม 2 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมทั้ง 7 สัปดาห์ และแต่ละกิจกรรมใช้ระยะเวลา 45 - 60 นาที ซึ่งการดำเนินกิจกรรมประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมความพร้อม ระยะดำเนิน กิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด และระยะหลังการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ระยะเตรียมความพร้อม ซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์หรือ สื่อและสถานที่ที่ใช้สำหรับทำกิจกรรมรวมถึงประเมินความพร้อมของผู้สูงอายุในการเข้าร่วม

กิจกรรม และให้สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุมีส่วนร่วมดูแลในกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมที่ทำประจำของผู้สูงอายุ (Participation in Routine Care) ทั้งการดูแลผู้สูงอายุขณะอยู่ที่บ้าน และการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุก่อนทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด

2. ระยะดำเนินกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด ใช้ระยะเวลา 45 - 60 นาที และแบ่งออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงเปิดกลุ่ม ช่วงทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด และช่วงปิดกลุ่ม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ช่วงเปิดกลุ่ม ใช้ระยะเวลา 10 นาที ใช้รูปแบบในการเริ่มกิจกรรมเช่นเดียวกัน ทั้ง 14 กิจกรรม ซึ่งประกอบด้วย การกล่าวต้อนรับ กล่าวคำทักทาย แนะนำตัวเอง การชี้แจงวัตถุประสงค์ ร้องเพลงพร้อมกันให้แสดงท่าทางประกอบ เพื่อกระตุ้นการมีกิจกรรมทางกายและเพื่อสร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้เข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งเป็นสร้างการบรรยากาศให้ผู้สูงอายุได้รู้จักกัน หรือเสริมสร้างความคุ้นเคยกันเมื่อแรกพบ หรือเพื่อเสริมสร้างความเป็นมิตร ร่วมกับใช้หลักการบำบัดด้วยการรับรู้ความเป็นจริงเพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุรับรู้สิ่งแวดล้อมรอบตัว ได้แก่ การให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมอภิปรายวันที่ เวลา ฤดูกาล สภาพอากาศ รวมถึงให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมครั้งก่อนหน้าและการทำกิจกรรมขณะอยู่บ้าน เพื่อคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการทำงานของสมองหรือเพิ่มการรู้คิดให้กับผู้สูงอายุ

2.2 ช่วงทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด ใช้เวลากิจกรรมละ 25 - 35 นาที ภายในระยะเวลา 7 สัปดาห์ โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลในกิจกรรมการพยาบาลหรือการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด (Participation in Technical Care) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ชื่อกิจกรรมภาษาม้ง “ป้อป้อซี้ต้อ (Pov pob sib tws)” หมายถึง โยนลูกช่วงเสียงทาย และชื่อกิจกรรมภาษาไทย “ลูกช่วงเสียงทาย” จัดเป็นกิจกรรมทางกาย (Physical games) ซึ่งการโยนลูกช่วงเป็นการละเล่นของกลุ่มชาติพันธุ์ม้งในการฉลองเทศกาลปีใหม่ โดยใช้ลูกบอลที่ทำจากผ้า โดยผู้วิจัยจะเปิดเพลงพร้อมกันให้ผู้สูงอายุ โยนลูกบอลให้กับสมาชิกในกลุ่ม และเมื่อเสียงเพลงหยุด ผู้ที่ได้รับลูกบอลผ้าอยู่ในมือแนะนำตัว และให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลหรือเฝ้าระวังความปลอดภัย และให้ความช่วยเหลือหรือกระตุ้นผู้สูงอายุให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม เพื่อกระตุ้นการรู้คิดเกี่ยวกับการเรียนรู้และความจำ และความสามารถด้านการรับรู้ก่อนมิติสัมพันธ์

กิจกรรมที่ 2 ชื่อกิจกรรมภาษาม้ง “ซัวต้อปัวปัว (Suab twg puas paub)” หมายถึง เสียงที่ได้ยินเป็นเสียงใดทราบหรือไม่ และชื่อกิจกรรมภาษาไทย “เสียงใดใครรู้” จัดเป็นกิจกรรมการรับรู้เสียง (Sounds) โดยการเปิดเสียงให้ผู้สูงอายุฟัง และจับคู่ภาพให้ตรงกับเสียงที่ได้ยิน และให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลหรือเฝ้าระวังความปลอดภัย ให้ความช่วยเหลือ การ

ชั้นชมเมื่อผู้สูงอายุทาสเสียง ได้ถูกต้อง และให้กำลังใจหรือปลอบใจในข้อที่ตอบไม่ได้ เพื่อกระตุ้นความจำ และการใช้ภาษาโดยให้บอกชื่อสิ่งที่ได้ยื่น

กิจกรรมที่ 3 ชื่อกิจกรรมภาษาม้ง “เปีเตอ้าวซี (Peb tau ua si)” หมายถึง พวกเราเคยได้เล่น และชื่อกิจกรรมภาษาไทย “นี่คุณเคยเล่น” จัดเป็นกิจกรรมการเรียนรู้ช่วงวัยเยาว์ (Childhood) โดยให้ผู้สูงอายุได้สาธิตวิธีการเล่น หรือร่วมอภิปรายผ่านของเล่นที่เคยเล่นเมื่อวัยเด็ก และให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังความปลอดภัย ให้ความช่วยเหลือหรือร่วมสาธิตการเล่นของเล่นกับผู้สูงอายุ เพื่อกระตุ้นความจำ การใช้ภาษาและความสามารถในการรับรู้ก่อนมีดิสัมพันธ์

กิจกรรมที่ 4 ชื่อกิจกรรมภาษาม้ง “ด้าจีปัวก้า (Dab tsi puas qab)” หมายถึง สิ่งนั้นคืออะไร มีรสชาติเป็นอย่างไร และชื่อกิจกรรมภาษาไทย “อิมเอมรสติ” จัดเป็นกิจกรรมการเรียนรู้รสชาติและการทำอาหาร (Food) โดยให้ผู้สูงอายุให้เลือกว่าวัตถุดิบประกอบอาหารสำหรับฉลองปีใหม่ ม้ง และร่วมกับอภิปรายรสชาติของอาหารที่ทำขึ้น และให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังความปลอดภัย ให้กำลังใจหรือชื่นชมผู้สูงอายุในการทำอาหาร และมีส่วนร่วมอภิปรายอาหารที่ผู้สูงอายุทำขึ้น เพื่อกระตุ้นความใส่ใจเชิงซ้อนและความสามารถในการบริหารจัดการ

กิจกรรมที่ 5 ชื่อกิจกรรมภาษาม้ง “ซ่าเซียบนู๋น้อ (Zaj tshiab hnub no)” หมายถึง เรื่องใหม่ในวันนี้ และชื่อกิจกรรมภาษาไทย “เรื่องใหม่ในวันนี้” จัดเป็นกิจกรรมการเรียนรู้เหตุการณ์ปัจจุบัน (Current affairs) โดยให้ผู้สูงอายุได้ร่วมอภิปรายเหตุการณ์ ผ่านข้อคำถามจากบัตรคำถาม และให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมกระตุ้นผู้สูงอายุให้มีส่วนร่วมและร่วมในการอภิปรายกับผู้สูงอายุเพื่อกระตุ้นการใช้ภาษาและความจำ

กิจกรรมที่ 6 ชื่อกิจกรรมภาษาม้ง “เฉอฮ้อเจ๋อมุ (Chaw nyob txawv mus)” หมายถึง ที่อยู่อาศัยมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และชื่อกิจกรรมภาษาไทย “ที่อยู่แปลกไป” จัดเป็นกิจกรรมการเรียนรู้ใบหน้าหรือสถานที่ (Faces/scenes) โดยให้ผู้สูงอายุดูรูปภาพใบหน้าบุคคล และสถานที่ จากนั้นให้ร่วมกันอภิปราย และให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการอภิปราย กระตุ้นหรือให้กำลังใจ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการอภิปราย เพื่อกระตุ้นการใช้ภาษา และให้แยกแยะอารมณ์ของคนในรูปภาพ เพื่อความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังครอบตัว

กิจกรรมที่ 7 ชื่อกิจกรรมภาษาม้ง “ต้อลูป้าหั่ว (Tvw lus pajhuam)” หมายถึง ทายคำสุภาษิต และชื่อกิจกรรมภาษาไทย “ภาพใบ้สุภาษิต” จัดเป็นกิจกรรมการใช้ภาษา (Word association) โดยให้ผู้สูงอายุดูรูปภาพ จากนั้นให้ตอบว่ารูปภาพดังกล่าวคือสุภาษิตใด และร่วมกันอภิปรายความหมายของสุภาษิต และให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมและให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในการทายรูปภาพหรือสุภาษิต เพื่อกระตุ้นความจำและการใช้ภาษา

กิจกรรมที่ 8 ชื่อกิจกรรมภาษาม้ง “จ้ออ้วคองเฮีย (Rov ua khoom hiab)”

หมายถึง การกลับมาทำงานสาน และชื่อภาษาไทย “ประดิษฐ์ของเล่น” จัดเป็นกิจกรรมการใช้ความคิดสร้างสรรค์ (Being creative) โดยให้ผู้สูงอายุเลือกระบายสีลูกข่างหรือประดิษฐ์ของเล่นในวัยเด็กหรือของสำหรับเด็กเล่นด้วยวิธีการสาน และให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการอภิปรายของเล่นที่ทำขึ้น เพื่อกระตุ้นความใส่ใจเชิงซ้อน และความสามารถด้านการรับรู้ก่อนมิติสัมพันธ์

กิจกรรมที่ 9 ชื่อกิจกรรมภาษาม้ง “เทียบย้อต้อจ้อ (Tias yog tib cos)” หมายถึง

จัดว่าเป็นกลุ่มเดียวกัน และชื่อกิจกรรมภาษาไทย “จัดเป็นหนึ่งเดียว” จัดเป็นกิจกรรมการจัดประเภทสิ่งของ (Categorising objects) โดยให้ผู้สูงอายุทำการจัดหมวดหมู่รูปภาพหรือสิ่งของ และให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุจัดหมวดหมู่สิ่งของหรือรูปภาพ และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม เพื่อกระตุ้นความจำและความสามารถด้านการรับรู้ก่อนมิติสัมพันธ์

กิจกรรมที่ 10 ชื่อกิจกรรมภาษาม้ง “สาม้อเฒอย้อ (Xav txog chaw nyob)”

หมายถึง ให้ผู้สูงอายุได้นึกเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย และชื่อกิจกรรมภาษาไทย “นึกเกี่ยวกับบ้าน” จัดเป็นกิจกรรมการรับรู้วัน เวลา สถานที่ (Orientation) โดยให้ผู้สูงอายวาดรูปแผนที่บ้านของตัวเองในชุมชนตำบลเล็กน้อย และให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในการวาดแผนที่โดยผู้สูงอายุเป็นผู้ระบุสถานที่สำคัญหรือชื่อตำแหน่งบ้าน และให้กำลังใจผู้สูงอายุเพื่อให้มีความมั่นใจในการวาดแผนที่ เพื่อกระตุ้นความสามารถด้านการบริหารจัดการและความใส่ใจเชิงซ้อน

กิจกรรมที่ 11 ชื่อกิจกรรมภาษาม้ง “เจ้อจ้อเจี้ยเจี้ย (Txawj coj nyiaj txiag)”

หมายถึง รู้จักบริหารการเงิน และชื่อกิจกรรมภาษาไทย “จัดการเงินทอง” จัดเป็นกิจกรรมการใช้เงินหรือการคำนวณเงิน (Using money) โดยให้ผู้สูงอายุอภิปรายเกี่ยวกับราคาหรือมูลค่าของเงิน และกำหนดงบประมาณให้ผู้สูงอายุจ่ายตลาด และให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการกระตุ้นผู้สูงอายุให้มีส่วนร่วมในการอภิปราย หรือให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในการเดินเลือกซื้อสินค้าตามที่กำหนด เพื่อกระตุ้นความใส่ใจเชิงซ้อน และความสามารถด้านการบริหารจัดการ

กิจกรรมที่ 12 ชื่อกิจกรรมภาษาม้ง “สิเคี้ยตุเล่ (Sim kiam tus lej)” หมายถึง มา

ลองเล่นตัวเลข และชื่อกิจกรรมภาษาไทย “มาลองเกมส์เลข” จัดเป็นกิจกรรมเกมส์ตัวเลข (Number games) โดยให้ผู้สูงอายุทายค่าสูงหรือต่ำของตัวเลขจากการ์ด และทายจำนวนการ์ดที่หยิบทั้งหมด และให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุดูตัวเลข รวมทายตัวเลขกับผู้สูงอายุ และให้กำลังใจผู้สูงอายุเมื่อทายไม่ถูก เพื่อความจำและความใส่ใจเชิงซ้อน

กิจกรรมที่ 13 ชื่อกิจกรรมภาษาฝรั่ง “อัวเตตือลู (Ua tes twv lus)” หมายถึง การทำมือหรือใช้มือทำทำเพื่อไปคำศัพท์ และชื่อกิจกรรมภาษาไทย “เสกทำไปคำ” จัดเป็นกิจกรรม เกมส์คำศัพท์ (Word games) โดยให้ผู้สูงอายุเลือกการ์ดบัตรคำ และทำทำทางเพื่อไปคำศัพท์ที่จับได้ และให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุทำทำไปคำศัพท์ รวมถึงการกระตุ้นและให้กำลังใจในการคิดทำทางเพื่อไปคำศัพท์ให้กับสมาชิกในกลุ่ม เพื่อกระตุ้น การใช้ภาษา และความสามารถด้านการรับรู้ก่อนมิติสัมพันธ์

กิจกรรมที่ 14 ชื่อกิจกรรมภาษาฝรั่ง “มูอัวตีป้า (Mus ua tib pab)” หมายถึง การทำงานเป็นทีมเดียวกัน และชื่อกิจกรรมภาษาไทย “ทำงานเป็นทีม” จัดเป็นกิจกรรมการเล่นเกมส์ เป็นทีม (Team quiz) โดยให้ผู้สูงอายุจับฉลากและแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ช่วยกันต่อจิ๊กซอว์ และตอบ ข้อคำถาม “เป็นเรื่องจริง หรือ ตำนาน” และให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการกระตุ้นให้ ผู้สูงอายุมมีส่วนร่วมอภิปรายรูปภาพหรือเรื่องราว และให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในการรวมคะแนน เพื่อกระตุ้นความจำและความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคครอบตัว

2.3 ช่วงปิดกลุ่ม ใช้เวลาในระยะนี้ 10 - 15 นาที ใช้รูปแบบในการปิดการทำ กิจกรรมเช่นเดียวกันทั้ง 14 กิจกรรม ประกอบด้วย การกล่าวขอบคุณ สรุปการทำกิจกรรม ให้ข้อมูล กิจกรรมที่จะจัดขึ้นในสัปดาห์ถัดไป นัดหมายเวลา และให้ผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกหรือความยากง่าย ความสนุกสนานในการทำ กิจกรรมและประเมินผล พร้อมกับระบุปัญหาหรืออุปสรรคในการทำกิจกรรม และความต้องการ การให้ช่วยเหลือเพื่อเพิ่มการรู้จัก

3. ระยะเวลาหลังการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้จัก ซึ่งเป็นการดูแลผู้สูงอายุของสมาชิกใน ครอบครัวเมื่อกลับบ้าน โดยหลังจากทำกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์เสร็จสิ้น ผู้วิจัยโทรสอบถาม สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุทุกคนเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล (Participation in Information Sharing) วิธีการดูแลผู้สูงอายุ หรือให้ข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุ และข้อมูลกิจกรรมที่จะจัดขึ้นในสัปดาห์ถัดไป เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Participation in Decision Making) เข้าร่วม กิจกรรมกระตุ้นการรู้จักของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 4 เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบบันทึกการเข้าร่วมโปรแกรมกระตุ้นการรู้จักร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว แบบบันทึกการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในระหว่างทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้จัก รวมถึงข้อดีหรือ ข้อเสียในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้ง พร้อมแนวทางในแก้ไขเพื่อให้การจัดกิจกรรมครั้งต่อไปดำเนิน ไปอย่างราบรื่น และข้อเสนอแนะในระยะหลังกิจกรรมกระตุ้นการรู้จักหรือปิดกลุ่ม โดยผู้วิจัยเป็นผู้

บันทึกในทุกครั้งที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรม สำหรับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบทั้งหมด 14 กิจกรรม ข้อมูลของผู้สูงอายุนั้นจะไม่ถูกนำไปใช้ในการวิเคราะห์ห้วงครั้งนี้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) และการตรวจสอบความเป็นไปได้ (Feasibility) ดังนี้

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย นักจิตวิทยา ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล ผู้สูงอายุสมองเสื่อม 1 ท่าน นักกิจกรรมบำบัดที่มีความเชี่ยวชาญในการจัดกิจกรรมกับผู้สูงอายุ 1 ท่าน และอาจารย์หรือพยาบาลผู้เชี่ยวชาญกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง 2 ท่าน เพื่อพิจารณาและตรวจสอบความครอบคลุม ความถูกต้องของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาและความเหมาะสมในการนำไปใช้กับบริบทกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง โดยถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันร้อยละ 80 หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิได้พิจารณาแล้ว ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดที่พัฒนาขึ้นและปรับเวลาในการจัดกิจกรรมเป็น 45 - 60 นาที เพื่อให้มีความถูกต้องและความเหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ก่อนนำไปใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองและเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ดัชนีบาร์ธเอล ฉบับภาษาไทย (Barthel Activities of Daily Living Index Thai version [Barthel ADL Index]) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 6 ข้อ (GDS-6) และแบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย 2002 (Mini-Mental State Examination-Thai version: MMSE-Thai 2002) ที่คณะกรรมการการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นและสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) แปลมาจากของ (Folstein et al., 1975) ผู้วิจัยไม่ได้นำไปทดลองใช้ ทั้งนี้เนื่องจากแบบประเมินดังกล่าวเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายในผู้สูงอายุทั่วไป ซึ่งมีค่าความเที่ยงและความตรงเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดอยู่แล้ว

การตรวจสอบความเป็นไปได้ (Feasibility)

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ไปทดลองใช้ในชุมชนตำบลเจ๊กน้อยโดยการสุ่มหมู่บ้านอื่นที่ไม่ใช่หมู่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจึงนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย และสมาชิกครอบครัวของผู้สูงอายุ จำนวน 3 ราย และเจ้าหน้าที่ในชุมชน จำนวน 2 ราย เพื่อตรวจสอบและประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดในบริบทของกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง รวมถึงระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้ง (45 นาทีต่อครั้ง) หรือระยะเวลาในการดำเนินงานเสร็จสิ้นการทดลอง (7 สัปดาห์) ปัญหาหรืออุปสรรคจากการทำกิจกรรม และข้อเสนอแนะ เพื่อนำข้อมูลจากการทดลองไปปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมกับบริบทและมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้มากที่สุด แล้วจึงนำกิจกรรมที่ปรับปรุงแก้ไขไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1. หลังจากได้รับการอนุมัติจริยธรรมจากคณะกรรมการแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยโดยแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์การทำวิจัยรวมถึงอธิบายรายละเอียดของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวทราบ และอธิบายให้เข้าใจว่าการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจที่จะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริง โดยข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง การรายงานผลการวิจัยจะเสนอผลโดยรวม และขณะทำการศึกษาวินิจฉัย ระหว่างดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถออกก่อนสิ้นสุดการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์และขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม การตอบรับเข้าร่วมการวิจัยจะมีเอกสารให้เซ็นยินยอมหรือพิมพ์ลายนิ้วมือ โดยไม่มีการบังคับใด ๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่าง ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน

2. ผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่าน การนำเสนอข้อมูลจะเป็นในภาพรวม ทั้งนี้ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านของคณะผู้วิจัยเท่านั้น ส่วนเอกสารจะเก็บไว้ในตู้เอกสารที่ใส่กุญแจไว้เป็นเวลา 2 ปี หลังการเผยแพร่ผลการวิจัยและจะถูกนำไปทำลายหลังจากนั้น

การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพาเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและการทดลองที่ชุมชนตำบลเข็กน้อย อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การเตรียมการวิจัย

1.1 การเตรียมดำเนินการวิจัย

1.1.1 ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงนายแพทย์สาธารณสุขเพชรบูรณ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการวิจัย รวมถึงเพื่อขอความร่วมมือหรือขออนุญาตเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูล และทดลองที่ชุมชน ตำบลเข็กน้อย อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์

1.1.2 เมื่อได้รับการอนุมัติจากนายแพทย์สาธารณสุขเพชรบูรณ์ สำนักงานสาธารณสุขเพชรบูรณ์แล้ว ผู้วิจัยประสานงานไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข็กน้อย บุคลากรสุขภาพที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินงานวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1.1.3 ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือถึงองค์การบริหารส่วนตำบลเข็กน้อย เพื่อขอใช้สถานที่ในการดำเนินการทดลอง

1.2 การเตรียมผู้วิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการเตรียมความพร้อมของตนเอง เพื่อมีความรู้ความสามารถในการจัดกิจกรรมกลุ่มสำหรับผู้สูงอายุ และการใช้เครื่องมือ โดยการศึกษาค้นคว้า และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกระตุ้นการรู้คิด รวมถึงเข้ารับการอบรมเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.2.1 อบรมการฝึกการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive Stimulation Therapy [CST]) โดย Dr Helen Donovan จัดขึ้นโดย The University College London (UCL) Dementia Training Academy ในวันที่ 24 - 25 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ผ่านทาง Zoom

1.2.2 อบรมโครงการผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมประจำปี 2565 วันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2565 จัดขึ้นโดยคลินิกผู้สูงอายุ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม ร่วมกับภาควิชาอายุรศาสตร์ ภาควิชาเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ผ่านทาง Zoom

1.2.3 พัฒนาทักษะในการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อกระตุ้นสมองให้กับผู้สูงอายุ ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุขั้นสูง 2 ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ภายใต้การนิเทศจากอาจารย์ประจำรายวิชา

1.2.4 อบรมหลักสูตร GCP online training (Computer based) เรื่องแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP: E6 (R2)) วันที่ 4 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ที่จัดขึ้นโดย คณะอนุกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน มธ.ชุดที่ 1 และศูนย์วิจัยทางคลินิก คณะแพทยศาสตร์

1.3 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัยเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 2 คน ที่อาศัยอยู่ในชุมชน หมู่ 4 ตำบลเข็กน้อย อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ ผู้วิจัยได้มีการชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินการจัดกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดทั้ง 14 กิจกรรม ให้กับผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัยก่อนเริ่มการวิจัย และได้มีการแบ่งบทบาทของผู้ช่วยวิจัย คือ ให้ช่วยเหลือในการบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมและเฝ้าระวังความปลอดภัย รวมถึงสังเกตภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในระหว่างการดำเนินกิจกรรม และหน้าที่ในการประเมินความเสี่ยงในการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และวัดสัญญาณชีพผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมกิจกรรม รวมถึงช่วยเตรียมอุปกรณ์ และอำนวยความสะดวกในระหว่างการดำเนินกิจกรรม ซึ่งผู้ช่วยวิจัยไม่มีบทบาทในการดำเนินกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด

2. การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยได้มีการแบ่งขั้นตอนการดำเนินการทดลองเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะหลังการทดลอง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ระยะก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลาก 2 หมู่บ้าน จากทั้งหมด 12 หมู่บ้าน และให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนำทางไปยังบ้านผู้สูงอายุ จากนั้นผู้วิจัยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ดัชนีบาร์เซลฉบับภาษาไทย (Barthel ADL Index) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 6 ข้อ (GDS-6) และแบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย 2002 (MMSE-Thai 2002) เพื่อคัดกรองผู้สูงอายุ และแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) เพื่อคัดกรองสมาชิกในครอบครัว ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หมู่บ้านละ 30 คน ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการจับสลากหมู่บ้านที่จับได้ อันดับที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง และหมู่บ้านที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน หลังจากรับการคัดกรอง ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสามารถดำเนินชีวิตประจำวันไปตามปกติ และมีการประเมินผลซ้ำในสัปดาห์ที่ 7

กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน หลังจากได้รับการคัดกรอง ผู้วิจัยจะดำเนินการแบ่งกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มย่อยสำหรับเข้าร่วมกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด ซึ่งชอร์ (Shaw, 1981) ได้กล่าวว่ากลุ่มย่อยควรมีสมาชิก 10 คน และคมเพชร ฉัตรศุภกุล (2546) กล่าวว่าขนาดของกลุ่มไม่ควรเกิน 15 คน ดังนั้น จึงแบ่งออกเป็นกลุ่มละ 10 คน ได้กลุ่มย่อยทั้งหมด 3 กลุ่ม ซึ่งในแต่ละกลุ่มมีทั้งเพศหญิงและเพศชายในจำนวนที่เท่า ๆ กัน จากนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการนัดหมายสถานที่ทำกิจกรรม คือ โดมหรือลานกิจกรรมของ อบต. เข็กน้อย และนัดหมายวันเข้าร่วมกิจกรรมเป็นทุกวันอังคารและวันศุกร์ โดยให้กลุ่มที่ 1 เข้าร่วมกิจกรรมเวลา 09.00 - 10.00 น. กลุ่มที่ 2 เข้าร่วมกิจกรรมเวลา 10.30 - 11.30 น. และกลุ่มที่ 3 เข้าร่วมกิจกรรมเวลา 13.00 - 14.00 น.

2.2 ระยะเวลาดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน จะได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพตามรูปแบบปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข็กน้อย อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ และได้เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุที่จัดขึ้นโดยองค์การบริหารส่วนตำบลเข็กน้อยในทุกวันพุธ

กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน จะได้รับโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งดำเนินการภายใต้มาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ตามประกาศคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดเพชรบูรณ์ เรื่อง มาตรการเร่งด่วนในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) จังหวัดเพชรบูรณ์ (ฉบับที่ 45) ผู้วิจัยจึงได้นำมาตรการไปใช้ในการป้องกันระหว่างดำเนินกิจกรรมอย่างเคร่งครัด โดยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทุกคนสวมหน้ากากอนามัย ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ มีประวัติการฉีดวัคซีนเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างน้อย 2 เข็ม รวมถึงไม่มีอาการผิดปกติ เช่น ไอ มีไข้ เจ็บคอ มีน้ำมูก เป็นต้น และไม่มีประวัติการสัมผัสหรือการเดินทางไปในพื้นที่เสี่ยง ส่วนผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้มีการตรวจ ATK และได้ผลเป็นลบ รวมถึงได้รับการฉีดวัคซีนครบ 2 เข็ม นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มีการจัดสถานที่ให้กลุ่มทดลองนั่งเว้นระยะห่าง 1 - 2 เมตร และมีฉากกั้นระหว่างผู้สูงอายุ ซึ่งสถานที่ที่ใช้มีอากาศถ่ายเทสะดวก ไม่มีเสียงดังรบกวน มีการใช้น้ำยาฆ่าเชื้อทำความสะอาดอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำกิจกรรมทั้งก่อนและหลังทำกิจกรรมทุกครั้ง รวมถึงมีใช้อุปกรณ์เพื่อกระตุ้นการรับรู้ เช่น นาฬิกา กระดาน เป็นต้น ซึ่งโปรแกรมที่กลุ่มทดลองจะได้รับมีรายละเอียดดังนี้

1. ระยะเวลาความพร้อม ซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์หรือสื่อและสถานที่ที่ใช้สำหรับทำกิจกรรมรวมถึงประเมินความพร้อมของผู้สูงอายุในการเข้าร่วมกิจกรรม และให้สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุมีสวนร่วมดูแลในกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมที่ทำประจำของผู้สูงอายุ (Participation in Routine Care) ทั้งการดูแลผู้สูงอายุขณะอยู่ที่บ้านและในทุก

ครั้งก่อนเริ่มกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดทั้ง 7 สัปดาห์ ซึ่งผู้วิจัยได้มีการให้ข้อมูลกับสมาชิกในครอบครัวหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมครั้งที่ 1 ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในกิจวัตรประจำวันเพื่อชะลอการเสื่อมของสมอง ได้แก่ การช่วยเหลือผู้สูงอายุในเรื่องรับประทานอาหาร เช่น ดูแลให้ผู้สูงอายุลดอาหารเค็ม ลดมัน ลดหวาน รับประทานอาหารเนื้อสัตว์ นม ถั่วต่าง ๆ รวมถึงเพิ่มการรับประทานอาหารผักใบสีเขียว และผลไม้ เป็นต้น รวมถึงการดูแลให้ผู้สูงอายุงดสูบบุหรี่หรือหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ งดและลดดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ซื้อยาแก้ปวดเมื่อยหรือแก้แอสบรับประทานเอง และดูแลให้รับประทานยารักษาโรคประจำตัวตามแผนการรักษา ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกายตามความเหมาะสมของผู้สูงอายุแต่ละราย และส่งเสริมผู้สูงอายุในการเข้าสังคมหรือทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดอย่างสม่ำเสมอ เช่น จำยตลาด วางแผนทำอาหารให้ครอบครัว ฟังเพลงหรือดูรูปภาพที่ผู้สูงอายุคุ้นเคยแล้วชวนคุยเกี่ยวกับเพลงหรือภาพ ถามวัน เวลาหรือช่วงเวลา และให้ดมกลิ่นดอกไม้หรือใบไม้แล้วบอกชื่อกลิ่นที่ตนเองดม เป็นต้น (ชุตินา ทองวชิระ และคณะ, 2562; พัทธราภรณ์ ไชยสังข์ และคณะ, 2564; ชลิต เชาววิไลย และคณะ, 2565, สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2563)

1.2 ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุให้ผ่อนคลาย ความเครียดหรือนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ

1.3 ให้สมาชิกในครอบครัวส่งเสริมผู้สูงอายุเข้าร่วมในการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดอย่างสม่ำเสมอ

1.4 ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุก่อนทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด ได้แก่ การช่วยเหลือผู้สูงอายุลงทะเลเบียน การวัดอุณหภูมิกาย การวัดความดันโลหิต ชีพจร และค่าออกซิเจนในเลือด (O_2 saturation) รวมถึงช่วยเหลือผู้สูงอายุในการเข้าห้องน้ำก่อนเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อให้สมาชิกจดจ่อในการทำกิจกรรมและเลี่ยงการเดินออกจากกลุ่มขณะทำกิจกรรม

หากผู้สูงอายุมีอุณหภูมิเกิน 37.5 องศาเซลเซียส หรือมีอาการไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก เหนื่อยหอบ ความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 mmHg ชีพจรเต้นน้อยกว่า 60 ครั้งต่อนาที หรือมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที หรือมีอาการไม่สบายอื่น ๆ ผู้วิจัยให้สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุมีส่วนร่วมตัดสินใจในการเข้าร่วมกิจกรรม และอธิบายให้ผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัวทราบว่าอาจจะต้องงดการทำกิจกรรมในครั้งนี้ แล้วส่งตัวผู้สูงอายุไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือสถานพยาบาลที่ครอบครัวมีความประสงค์เข้ารับบริการเพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

2. ระยะเวลาเนื่อกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด ใช้ระยะเวลา 45 - 60 นาที แบ่งออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงเปิดกลุ่มใช้เวลา 10 นาที ช่วงทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดใช้เวลา 25 - 35 นาที และ ช่วงที่ 3 การปิดกลุ่มใช้เวลา 10 - 15 นาที โดยช่วงเปิดกลุ่มและช่วงปิดกลุ่มใช้รูปแบบการจัด กิจกรรมเหมือนกันทั้ง 14 กิจกรรม ส่วนช่วงทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดจะแตกต่างกันไปในแต่ละ สัปดาห์นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มีการจัดกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดให้กับผู้สูงอายุโดยให้สมาชิกใน ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลในกิจกรรมการพยาบาลหรือการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด (Participation in Technical Care) ซึ่งมีรายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การจัดกิจกรรม โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

สัปดาห์/ ชื่อกิจกรรม	ช่วง/จำนวนเวลา ที่ใช้ดำเนินการ	รายละเอียดกิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 - ภาษาม้ง “ป้อป้อซี้ต้อ (Pov pob sib tws)” หมายถึง โยนลูก ช่วงเสียงท่าย - ภาษาไทย “ลูก ช่วงเสียงท่าย” - จัดเป็นกิจกรรม ทางกาย (Physical games) - ใช้หลักการรับรู้ ความเป็นจริงและ การรำลึกถึง ความหลัง	- ช่วงเปิดกลุ่ม (10 นาที) - ช่วงดำเนิน กิจกรรมกระตุ้น การรู้คิด (25 นาที) - ช่วงปิดกลุ่ม (10 นาที)	- ผู้วิจัยกล่าวคำทักทาย แนะนำตัวเอง และกล่าวต้อนรับผู้สูงอายุกับ สมาชิกในครอบครัว - พูดคุยเกี่ยวกับวัน เดือน ปี เวลา สภาพอากาศ สถานที่ที่ทำกิจกรรม - เลือกเพลงประจำกลุ่ม และร้องเพลงพร้อมกับทำท่าทางประกอบ - ผู้วิจัยเปิดเพลงม้ง จากนั้นให้ผู้สูงอายุที่มีลูกบอลผ้าอยู่ในมือโยน ให้กับสมาชิกในกลุ่ม และให้หยด โยนเมื่อเสียงเพลงหยุดลง - หลังเสียงเพลงหยุดลง ผู้ที่ได้รับลูกบอลผ้าบอกข้อมูล ชื่อ นามสกุล อายุ งานอดิเรก และอาหารที่ชื่นชอบ พร้อมระบุเหตุผลที่ชื่นชอบ - หลังจากให้ผู้สูงอายุบอกข้อมูลจนครบทุกคน จึงสุ่มให้ผู้สูงอายุบอก ชื่อและข้อมูลของกันและกัน ได้แก่ ชื่อ งานอดิเรก และอาหารที่ขึ้น ชอบ ให้สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือผู้สูงอายุในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่ สามารถบอกข้อมูลได้ - ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลหรือเฝ้าระวังความปลอดภัย ของผู้สูงอายุในระหว่างทำกิจกรรม และให้ความช่วยเหลือหรือ กระตุ้นผู้สูงอายุให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม - ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและสรุปการทำกิจกรรม - ให้ข้อมูลกิจกรรมที่จะจัดขึ้นในสัปดาห์ถัดไป และนัดหมายเวลา - ให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยน ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก ความยากง่าย ความสนุกสนาน ในการทำ กิจกรรมและประเมินผล พร้อมกับระบุปัญหาหรืออุปสรรคในการทำ กิจกรรม และความต้องการการให้ช่วยเหลือเพื่อเพิ่มการรู้คิด

ตารางที่ 3 (ต่อ)

สัปดาห์/ ชื่อกิจกรรม	ช่วง/จำนวนเวลา ที่ใช้ดำเนินการ	รายละเอียดกิจกรรม
<p>สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2</p> <p>- ภาษาม้ง “ซัว ตือปัวเป้า (Suab twg puas paub)” หมายถึง เสียงที่ได้ ยินเป็นเสียงใด ทราบหรือไม่ว่า</p> <p>- ภาษาไทย “เสียง ใดใครรู้”</p> <p>- จัดเป็นกิจกรรม การรับรู้เสียง (Sounds)</p> <p>- ใช้หลักการรำลึก ถึงความหลัง และ การกระตุ้น ประสาทสัมผัส</p>	<p>- ช่วงเปิดกลุ่ม (10 นาที)</p> <p>- ช่วงดำเนิน กิจกรรมกระตุ้น การรู้จัก (25 นาที)</p> <p>- ช่วงปิดกลุ่ม (10 นาที)</p>	<p>- ผู้วิจัยกล่าวคำทักทาย แนะนำตัวเอง และกล่าวต้อนรับผู้สูงอายุกับ สมาชิกในครอบครัว</p> <p>- ร้องเพลงประจำกลุ่มพร้อมกับทำท่าทางประกอบ</p> <p>- พุดคุยเกี่ยวกับวัน เดือน ปี เวลา สภาพอากาศ สถานที่ทำกิจกรรม</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการพุดคุยเกี่ยวกับ กิจกรรมครั้งก่อนหน้า และการทำกิจกรรมขณะอยู่บ้านเพื่อคงไว้ซึ่ง ประสิทธิภาพการทำงานของสมองหรือเพิ่มการรู้จักให้กับผู้สูงอายุ</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุฟังเสียงที่ผู้วิจัยเปิด ซึ่งเป็นเสียงที่มีความสอดคล้องกับวิถี ชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์ม้งทั้งหมด 10 เสียง ได้แก่ เสียงเป่าใบไม้ (Tshuab Nplooj) เสียงแคนม้ง (Qeej) เสียงตำข้าวเปลือก (Tuav nplej) เสียงตัดต้นไม้ (Txiav ntoo) เสียงน้ำไหล (Dej ntws) เสียงลับมีด เสียงไฟ (กองไฟ) เสียงเปิด-ปิดประตู เสียงสับหมู และเสียงเดิน</p> <p>- หลังฟังเสียงเรียบร้อย ให้ผู้สูงอายุอภิปรายถึงที่มาของเสียงจาก ประสบการณ์ของตนเอง แล้วจับคู่ภาพให้ตรงกับเสียงที่ได้ยิน</p> <p>- ผู้วิจัยเปิดเสียงทั้งหมด 10 เสียงอีกครั้ง พร้อมกับเปิดรูปภาพประกอบ เพื่อเฉลยที่มาของเสียงให้กับผู้สูงอายุ</p> <p>- ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลหรือเฝ้าระวังความปลอดภัย ของผู้สูงอายุในระหว่างทำกิจกรรม ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในการ นึกเกี่ยวกับเสียงที่ได้ยิน ชื่นชมผู้สูงอายุเมื่อมีการทายเสียงได้ถูกต้อง และให้กำลังใจหรือปลอบใจในข้อที่ตอบไม่ได้</p> <p>- ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและสรุปการทำกิจกรรม</p> <p>- ให้ข้อมูลกิจกรรมที่จะจัดขึ้นในสัปดาห์ถัดไป และนัดหมายเวลา</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยน ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก ความยากง่าย ความสนุกสนานในการทำ กิจกรรมและประเมินผล พร้อมกับระบุปัญหาหรืออุปสรรคในการ ทำกิจกรรม และความต้องการการให้ช่วยเหลือเพื่อเพิ่มการรู้จัก</p>

ตารางที่ 3 (ต่อ)

สัปดาห์/ ชื่อกิจกรรม	ช่วง/จำนวนเวลา ที่ใช้ดำเนินการ	รายละเอียดกิจกรรม
<p>สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 1</p> <p>- ภาษาม้ง “เป็เตอฮิวซี (Peb tau ua si)” หมายถึง พวกเราเคยได้เล่น</p> <p>- ภาษาไทย “นิกดูเคยเล่น”</p> <p>- จัดเป็นกิจกรรมการรับรู้ช่วงวัยเยาว์ (Childhood)</p> <p>- ใช้หลักการรับรู้ความเป็นจริงและรำลึกถึงความหลัง</p>	<p>- ช่วงเปิดกลุ่ม (10 นาที)</p> <p>- ช่วงดำเนินกิจกรรมกระตุ้นการรู้จัก (25 นาที)</p> <p>- ปิดกลุ่ม (10 นาที)</p>	<p>- ผู้วิจัยกล่าวคำทักทาย แนะนำตัวเอง และกล่าวต้อนรับผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัว</p> <p>- ร้องเพลงประจำกลุ่มพร้อมกับทำท่าทางประกอบ</p> <p>- พูดคุยเกี่ยวกับวัน เดือน ปี เวลา สภาพอากาศ สถานที่ทำกิจกรรม</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการพูดคุยเกี่ยวกับกิจกรรมครั้งก่อนหน้า และการทำกิจกรรมขณะอยู่บ้านเพื่อคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการทำงานของสมองหรือเพิ่มการรู้จักให้กับผู้สูงอายุ</p> <p>- ผู้วิจัยนำของเล่นที่ผู้สูงอายุเคยเล่นเมื่อสมัยเด็ก ได้แก่ ลูกข่าง หนังสือ สัตว์เลื้อยคลาน ไม้ไม้ตีชนไก่ ยิงหน้าไม้ ลูกข่าง ให้ผู้สูงอายุร่วมกันอภิปรายถึงของเล่น ในวัยเด็กที่ตนเองเคยเล่น โดยการบอกชื่อ สาธิตวิธีการเล่น และเล่าประสบการณ์หรือความรู้สึกเกี่ยวกับการเล่นของเล่นเมื่อวัยเด็ก</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุดูของเล่นในปัจจุบันที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ และให้ร่วมกันอภิปรายถึงความแตกต่างระหว่างของเล่นในอดีตและปัจจุบัน</p> <p>- ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังความปลอดภัยของผู้สูงอายุเมื่อสาธิตวิธีการเล่นของเล่น และให้ความช่วยเหลือหรือร่วมสาธิตการเล่นของเล่นกับผู้สูงอายุ</p> <p>- ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและสรุปการทำกิจกรรม</p> <p>- ให้ข้อมูลกิจกรรมที่จะจัดขึ้นในสัปดาห์ถัดไป และนัดหมายเวลา</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก ความยากง่าย ความสนุกสนานในการทำกิจกรรมและประเมินผล พร้อมกับระบุปัญหาหรืออุปสรรคในการทำกิจกรรม และความต้องการการให้ช่วยเหลือเพื่อเพิ่มการรู้จัก</p>

ตารางที่ 3 (ต่อ)

สัปดาห์/ ชื่อกิจกรรม	ช่วง/จำนวนเวลา ที่ใช้ดำเนินการ	รายละเอียดกิจกรรม
<p>สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2</p> <p>- ภาษาม้ง “ด้า จีปัวก้า (Dab tsi puas qab)” หมายถึง สิ่งนั้นคืออะไร มีรสชาติเป็นอย่างไร</p> <p>- ภาษาไทย “อิมออม รสดี”</p> <p>- จัดเป็นกิจกรรม การรับรู้รสชาติและการทำอาหาร (Food)</p> <p>- ใช้หลักการรับรู้ความเป็นจริงและกระตุ้นประสาทสัมผัส</p>	<p>- ช่วงเปิดกลุ่ม (10 นาที)</p> <p>- ช่วงดำเนินกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด (35 นาที)</p> <p>- ช่วงปิดกลุ่ม (15 นาที)</p>	<p>- ผู้วิจัยกล่าวคำทักทาย แนะนำตัวเอง และกล่าวต้อนรับผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัว</p> <p>- ร้องเพลงประจำกลุ่มพร้อมกับทำท่าทางประกอบ</p> <p>- พูดคุยเกี่ยวกับวัน เดือน ปี เวลา สภาพอากาศ สถานที่ทำกิจกรรม</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการพูดคุยเกี่ยวกับกิจกรรมครั้งก่อนหน้า และการทำกิจกรรมขณะอยู่บ้านเพื่อคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการทำงานของสมองหรือเพิ่มการรู้คิดให้กับผู้สูงอายุ</p> <p>- แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม กำหนดงบประมาณให้ผู้สูงอายุกลุ่มละ 500 บาท ในการเลือกซื้อวัตถุดิบสำหรับประกอบอาหารในเทศกาลฉลองปีใหม่ม้ง และให้ผู้สูงอายุแบ่งหน้าที่การทำอาหาร เพื่อให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม</p> <p>- หลังการทำอาหารเสร็จสิ้น ให้ผู้สูงอายุชิมอาหารที่ทำขึ้น และสลับกันชิมอาหารของอีกกลุ่ม จากนั้นให้ผู้สูงอายุร่วมกันอภิปรายถึงอาหารที่ทำไว้ทั้งของกลุ่มตนเองและของกลุ่มอื่น เกี่ยวกับรสชาติ กลิ่น และการจัดจาน รวมถึงร่วมอภิปรายอาหารที่ใช้ในการฉลองปีใหม่ม้งนอกเหนือจากอาหารที่ทั้ง 2 กลุ่มทำขึ้น</p> <p>- ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังความปลอดภัยของผู้สูงอายุในระหว่างการทำอาหาร ให้กำลังใจหรือชื่นชมผู้สูงอายุในการทำอาหาร และมีส่วนร่วมอภิปรายอาหารที่ผู้สูงอายุทำขึ้น</p> <p>- ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและสรุปการทำกิจกรรม</p> <p>- ให้ข้อมูลกิจกรรมที่จะจัดขึ้นในสัปดาห์ถัดไป และนัดหมายเวลา</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก ความยากง่าย ความสนุกสนานในการทำกิจกรรมและประเมินผล พร้อมกับระบุปัญหาหรืออุปสรรคในการทำกิจกรรม และความต้องการการให้ช่วยเหลือเพื่อเพิ่มการรู้คิด</p>

ตารางที่ 3 (ต่อ)

สัปดาห์/ ชื่อกิจกรรม	ช่วง/จำนวนเวลา ที่ใช้ดำเนินการ	รายละเอียดกิจกรรม
<p>สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 1</p> <p>- ภาษาม้ง “ยาเซยซุ่หน้อ (Zaj tshiab hnub no)” หมายถึงเรื่องใหม่ในวันนี้</p> <p>- ภาษาไทย “เรื่องใหม่ในวันนี้”</p> <p>- จัดเป็นกิจกรรมการรับรู้เหตุการณ์ปัจจุบัน (Current affairs)</p> <p>- ใช้หลักการรับรู้ความเป็นจริงและการรำลึกถึงความหลัง</p>	<p>- ช่วงเปิดกลุ่ม (10 นาที)</p> <p>- ช่วงดำเนินกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด (25 นาที)</p> <p>- ช่วงปิดกลุ่ม (10 นาที)</p>	<p>- ผู้วิจัยกล่าวคำทักทาย แนะนำตัวเอง และกล่าวต้อนรับผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัว</p> <p>- ร้องเพลงประจำกลุ่มพร้อมกับทำท่าทางประกอบ</p> <p>- พูดคุยเกี่ยวกับวัน เดือน ปี เวลา สภาพอากาศ สถานที่ทำกิจกรรม</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการพูดคุยเกี่ยวกับกิจกรรมครั้งก่อนหน้า และการทำกิจกรรมขณะอยู่บ้านเพื่อคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการทำงานของสมองหรือเพิ่มการรู้คิดให้กับผู้สูงอายุ</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุช่วยกันเลือกบัตรคำ ซึ่งด้านหน้าจะมีหมายเลขและด้านหลังจะเป็นหัวข้อที่ใช้ในการอภิปราย ผู้วิจัยให้กลุ่มเลือก 5 หมายเลขจากทั้งหมด 10 หมายเลข</p> <p>- การอภิปรายหัวข้อในบัตร ให้ทำการเรียงลำดับจากบัตรคำถามที่ 1 ไปจนถึงบัตรคำถามที่ 10 หรือเรียงลำดับจากบัตรคำถามตามลำดับจากน้อยไปหามาก</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุร่วมกันอภิปรายหัวข้อในด้านหลังบัตรคำตามลำดับจากหมายเลข 1 ถึง 10 พร้อมกับเปิดรูปภาพที่สอดคล้องกับบัตรคำเพื่อใช้ประกอบการอภิปราย เช่น ด้านหลังบัตรคำที่ 1 มีคำว่า “การแต่งกาย” ให้ผู้สูงอายุอภิปรายถึงการแต่งกายของกลุ่มชาติพันธุ์ม้งในปัจจุบันเป็นอย่างรวมถึงชุดม้งในปัจจุบันเป็นอย่าง</p> <p>- ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมกระตุ้นผู้สูงอายุให้มีส่วนร่วมและร่วมในการอภิปรายกับผู้สูงอายุ</p> <p>- ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและสรุปการทำกิจกรรม</p> <p>- ให้ข้อมูลกิจกรรมที่จะจัดขึ้นในสัปดาห์ถัดไป และนัดหมายเวลา</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก ความยากง่าย ความสนุกสนานในการทำกิจกรรมและประเมินผล พร้อมกับระบุปัญหาหรืออุปสรรคในการทำกิจกรรม และความต้องการการให้ช่วยเหลือเพื่อเพิ่มการรู้คิด</p>

ตารางที่ 3 (ต่อ)

สัปดาห์/ ชื่อกิจกรรม	ช่วง/จำนวนเวลา ที่ใช้ดำเนินการ	รายละเอียดกิจกรรม
<p>สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 2</p> <p>- ภาษาม้ง “เฉอฮือ เจ๋อมู (Chaw nyob txawv mus)”</p> <p>หมายถึง ที่อยู่อาศัยมี การเปลี่ยนแปลงไป จากเดิม</p> <p>- ภาษาไทย “ที่อยู่ แปลกไป”</p> <p>- จัดเป็นกิจกรรมการ รับรู้ใบหน้าหรือ สถานที่ (Faces/scenes)</p> <p>- ใช้หลักการรับรู้ ความเป็นจริงและ การรำลึกถึง ความหลัง</p>	<p>- ช่วงเปิดกลุ่ม (10 นาที)</p> <p>- ช่วงดำเนิน กิจกรรมกระตุ้น การรู้จัก (25 นาที)</p> <p>- ช่วงปิดกลุ่ม (10 นาที)</p>	<p>- ผู้วิจัยกล่าวคำทักทาย แนะนำตัวเอง และกล่าวต้อนรับผู้สูงอายุกับ สมาชิกในครอบครัว</p> <p>- ร้องเพลงประจำกลุ่มพร้อมกับทำท่าทางประกอบ</p> <p>- พูดคุยเกี่ยวกับวัน เดือน ปี เวลา สภาพอากาศ สถานที่ทำกิจกรรม</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการพูดคุยเกี่ยวกับ กิจกรรมครั้งก่อนหน้า และการทำกิจกรรมขณะอยู่บ้านเพื่อคงไว้ซึ่ง ประสิทธิภาพการทำงานของสมองหรือเพิ่มการรู้จักให้กับผู้สูงอายุ</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุดูรูปภาพของชุมชนตำบลเข็กน้อย หรือสถานที่สำคัญใน ชุมชนทั้งในอดีตและปัจจุบัน จำนวนทั้งหมด 4 รูป จากนั้นให้ผู้สูงอายุ ร่วมกันอภิปรายตามประสบการณ์ของตนเองว่าแต่ละรูปเป็นสถานที่ หรือบริเวณใดในชุมชน และมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุดูรูปที่มีใบหน้าของบุคคล จำนวน 4 รูป จากนั้นให้ ร่วมกันอภิปรายถึงใบหน้าที่เห็น ว่ามีลักษณะเป็นอย่างไร แล้วให้บอก ชื่อของบุคคลที่เห็นว่าเป็นใคร</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุดูรูปที่มีบุคคล 2 - 3 คน จำนวน 2 รูป และให้ร่วมกัน อภิปรายถึงความแตกต่างของบุคคลในรูปรวมถึงอารมณ์หรือ ความรู้สึกของบุคคลในรูป</p> <p>- ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการอภิปรายรูปภาพกับ ผู้สูงอายุ กระตุ้นหรือให้กำลังใจ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจ ในการอภิปราย</p> <p>- ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและสรุปการทำกิจกรรม</p> <p>- ให้ข้อมูลกิจกรรมที่จะจัดขึ้นในสัปดาห์ถัดไป และนัดหมายเวลา</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยน ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก ความยากง่าย ความสนุกสนานในการทำ กิจกรรมและประเมินผล พร้อมกับระบุปัญหาหรืออุปสรรคในการทำ กิจกรรม และความต้องการการให้ช่วยเหลือเพื่อเพิ่มการรู้จัก</p>

ตารางที่ 3 (ต่อ)

สัปดาห์/ ชื่อกิจกรรม	ช่วง/จำนวนเวลา ที่ใช้ดำเนินการ	รายละเอียดกิจกรรม
<p>สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 1</p> <p>- ภาษาม้ง “ตือดูป้า หั่ว (Twv lus pajhuam)” หมายถึง ทายคำสุภาษิต</p> <p>- ภาษาไทย “ภาพใบ้ สุภาษิต”</p> <p>- จัดเป็นกิจกรรมการใช้ภาษา (Word association)</p> <p>- ใช้หลักการกระตุ้น ประสาทสัมผัสและการรำลึกถึงความหลัง</p>	<p>- ช่วงเปิดกลุ่ม (10 นาที)</p> <p>- ช่วงดำเนิน กิจกรรมกระตุ้น การรู้จัก (25 นาที)</p> <p>- ช่วงปิดกลุ่ม (10 นาที)</p>	<p>- ผู้วิจัยกล่าวคำทักทาย แนะนำตัวเอง และกล่าวต้อนรับผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัว</p> <p>- ร้องเพลงประจำกลุ่มพร้อมทั้งทำท่าทางประกอบ</p> <p>- พูดคุยเกี่ยวกับวัน เดือน ปี เวลา สภาพอากาศ สถานที่ทำกิจกรรม</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการพูดคุยเกี่ยวกับกิจกรรมครั้งก่อนหน้า และการทำกิจกรรมขณะอยู่บ้านเพื่อคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการทำงานของสมองหรือเพิ่มการรู้จักให้กับผู้สูงอายุ</p> <p>- ผู้วิจัยเปิดรูปภาพให้ผู้สูงอายุดู ซึ่งมีทั้งหมด 10 รูป จากนั้นให้ผู้สูงอายุเดาว่ารูปภาพที่เห็นสื่อถึงคำสุภาษิตใด</p> <p>- หลังจากดูรูปภาพครบทั้ง 10 รูป จึงทำการเฉลยที่ละรูปว่าแต่ละรูปหมายถึงคำสุภาษิตคำใด และให้ผู้สูงอายุร่วมกันอภิปรายความหมายของคำสุภาษิตนั้น หรือการนำสุภาษิตนั้น ไปใช้</p> <p>- ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมและให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในการทายรูปภาพหรือสุภาษิต</p> <p>- ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและสรุปการทำกิจกรรม</p> <p>- ให้ข้อมูลกิจกรรมที่จะจัดขึ้นในสัปดาห์ถัดไป และนัดหมายเวลา</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก ความยากง่าย ความสนุกสนานในการทำกิจกรรมและประเมินผล พร้อมกับระบุปัญหาหรืออุปสรรคในการทำกิจกรรม และความต้องการการให้ช่วยเหลือเพื่อเพิ่มการรู้จัก</p>

ตารางที่ 3 (ต่อ)

สัปดาห์/ ชื่อกิจกรรม	ช่วง/จำนวนเวลา ที่ใช้ดำเนินการ	รายละเอียดกิจกรรม
<p>สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 2</p> <p>- ภาษาม้ง “จ้ออว คองเฮีย (Rov ua kboom hiab)”</p> <p>หมายถึง การกลับมา ทำงานสาน</p> <p>- ภาษาไทย “ประดิษฐ์ของเล่น”</p> <p>- จัดเป็นกิจกรรมการ ใช้ความคิด สร้างสรรค์ (Being creative)</p> <p>- ใช้หลักการกระตุ้น ประสาทสัมผัสและ การรำลึกถึง ความหลัง</p>	<p>- ช่วงเปิดกลุ่ม (10 นาที)</p> <p>- ช่วงดำเนิน กิจกรรมกระตุ้น การรู้จัก (25 นาที)</p> <p>- ช่วงปิดกลุ่ม (10 นาที)</p>	<p>- ผู้วิจัยกล่าวคำทักทาย แนะนำตัวเอง และกล่าวต้อนรับผู้สูงอายุกับ สมาชิกในครอบครัว</p> <p>- ร้องเพลงประจำกลุ่มพร้อมกับทำท่าทางประกอบ</p> <p>- พูดคุยเกี่ยวกับวัน เดือน ปี เวลา สภาพอากาศ สถานที่ทำกิจกรรม</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการพูดคุย เกี่ยวกับกิจกรรมครั้งก่อนหน้า และการทำกิจกรรมขณะอยู่บ้านเพื่อ คงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการทำงานของสมองหรือเพิ่มการรู้จักให้กับ ผู้สูงอายุ</p> <p>- ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุเลือกทำกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมประดิษฐ์ของ เล่นจากไม้ไผ่ที่มีการผ่าและเหลาเรียบร้อยแล้ว ใบบอง ก้านใบมัน สำปะหลัง และกิจกรรมระบายสีลูกข่าง</p> <p>- ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุระบายสีลูกข่างหรือประดิษฐ์ของเล่น จากวัสดุ ตามที่เลือกไว้และเปิดดนตรีคลาสสิกในระหว่างทำกิจกรรม</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุร่วมกันอภิปรายถึงลูกข่างที่ระบายสีและของเล่น ที่ ประดิษฐ์ เช่น ให้ผู้สูงอายุบอกถึงเหตุผลในการระบายสีหรือการ ประดิษฐ์ของเล่นชิ้นนี้ และประสบการณ์เกี่ยวกับของเล่นนี้</p> <p>- ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจผู้สูงอายุใน การสานของเล่น ชื่นชมผู้สูงอายุถึงของเล่นที่ทำขึ้นและการกระตุ้น ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการอภิปรายของเล่นที่ทำขึ้น</p> <p>- ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและสรุปการทำกิจกรรม</p> <p>- ให้ข้อมูลกิจกรรมที่จะจัดขึ้นในสัปดาห์ถัดไป และนัดหมายเวลา</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยน ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก ความยากง่าย ความสนุกสนานในการทำ กิจกรรมและประเมินผล พร้อมทั้งระบุปัญหาหรืออุปสรรคในการ ทำกิจกรรม และความต้องการการให้ช่วยเหลือเพื่อเพิ่มการรู้จัก</p>

ตารางที่ 3 (ต่อ)

สัปดาห์/ ชื่อกิจกรรม	ช่วง/จำนวน เวลาที่ใช้ ดำเนินการ	รายละเอียดกิจกรรม
<p>สัปดาห์ที่ 5 ครั้งที่ 1</p> <p>- ภาษาม้ง “เพียงย้อตี๋จ้อ (Tias yog tib cos)” หมายถึง จัดว่าเป็นกลุ่มเดียวกัน</p> <p>- ภาษาไทย “จัดเป็นหนึ่งเดียว”</p> <p>- จัดเป็นกิจกรรมการจัดประเภทสิ่งของ (Categorising objects)</p> <p>- ใช้หลักการรับรู้ความเป็นจริงและการกระตุ้นประสาทสัมผัส</p>	<p>- ช่วงเปิดกลุ่ม (10 นาที)</p> <p>- ช่วงดำเนินการกระตุ้นการรู้คิด (25 นาที)</p> <p>- ช่วงปิดกลุ่ม (10 นาที)</p>	<p>- ผู้วิจัยกล่าวคำทักทาย แนะนำตัวเอง และกล่าวต้อนรับผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัว</p> <p>- ร้องเพลงประจำกลุ่มพร้อมกับทำท่าทางประกอบ</p> <p>- พูดคุยเกี่ยวกับวัน เดือน ปี เวลา สภาพอากาศ สถานที่ทำกิจกรรม</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการพูดคุยเกี่ยวกับกิจกรรมครั้งก่อนหน้า และการทำกิจกรรมขณะอยู่บ้านเพื่อคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการทำงานของสมองหรือเพิ่มการรู้คิดให้กับผู้สูงอายุ</p> <p>- ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุดูรูปภาพหรือสิ่งของ จากนั้นให้ผู้สูงอายุทำการจัดหมวดหมู่ตามความเห็นของผู้สูงอายุ และร่วมกันอภิปรายการจัดหมวดหมู่ เช่น มีการจัดหมวดหมู่อะไรบ้าง เพราะอะไรจึงจัดหมวดหมู่แบบนี้ ในแต่ละหมวดหมู่ประกอบไปด้วยอะไรบ้าง</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุดูรูปภาพ 4 รูป จากนั้นให้คัดรูปภาพที่ไม่เข้าพวกออก ซึ่งมีทั้งหมด 5 ชุด</p> <p>- ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในการจัดหมวดหมู่สิ่งของหรือรูปภาพ และการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับสมาชิกในกลุ่ม</p> <p>- ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและสรุปการทำกิจกรรม</p> <p>- ให้ข้อมูลกิจกรรมที่จะจัดขึ้นในสัปดาห์ถัดไป และนัดหมายเวลา</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก ความยากง่าย ความสนุกสนานในการทำกิจกรรมและประเมินผล พร้อมกับระบุปัญหาหรืออุปสรรคในการทำกิจกรรม และความต้องการการให้ช่วยเหลือเพื่อเพิ่มการรู้คิด</p>

ตารางที่ 3 (ต่อ)

สัปดาห์/ ชื่อกิจกรรม	ช่วง/จำนวนเวลา ที่ใช้ดำเนินการ	รายละเอียดกิจกรรม
<p>สัปดาห์ที่ 5 ครั้งที่ 2</p> <p>- ภาษาม้ง “ซาฆ้อ เถอฮ้อ (Xav txog chaw nyob)”</p> <p>หมายถึง ให้ผู้สูงอายุ ได้นึกเกี่ยวกับที่อยู่ อาศัย</p> <p>- ภาษาไทย “นึก เกี่ยวกับบ้าน”</p> <p>- จัดเป็นกิจกรรมการ รับรู้วัน เวลา สถานที่ (Orientation)</p> <p>- ใช้หลักการรับรู้ ความเป็นจริงและ การรำลึกถึง ความหลัง</p>	<p>- ช่วงเปิดกลุ่ม (10 นาที)</p> <p>- ช่วงดำเนิน กิจกรรมกระตุ้น การรู้คิด (35 นาที)</p> <p>- ช่วงปิดกลุ่ม (15 นาที)</p>	<p>- ผู้วิจัยกล่าวคำทักทาย แนะนำตัวเอง และกล่าวต้อนรับผู้สูงอายุกับ สมาชิกในครอบครัว</p> <p>- ร้องเพลงประจำกลุ่มพร้อมกับทำท่าทางประกอบ</p> <p>- พูดคุยเกี่ยวกับวัน เดือน ปี เวลา สภาพอากาศ สถานที่ทำกิจกรรม</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการพูดคุย เกี่ยวกับกิจกรรมครั้งก่อนหน้า และการทำงานขณะอยู่บ้านเพื่อ คงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการทำงานของสมองหรือเพิ่มการรู้คิดให้กับ ผู้สูงอายุ</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุวาดรูปแผนที่แสดงเส้นทางจากบ้านมายังสถานที่จัด กิจกรรม รวมถึงให้ระบุสถานที่สำคัญหรือจุดสังเกตที่อยู่ใกล้บ้าน กรณีที่ผู้สูงอายุวาดรูปไม่ได้ ให้สมาชิกครอบครัวเป็นคนวาดตามที่ ผู้สูงอายุระบุรายละเอียด</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุร่วมกันอภิปรายระยะทาง รวมถึงระยะเวลาในการเดิน กิโลนาทึ เมื่อเดินทางจากบ้านมายังสถานที่ที่จัดกิจกรรม</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวร่วมกันอภิปรายป้ายไวเนล แผนที่ชุมชนตำบลเข็กน้อย เช่น ระบุสถานที่สำคัญ</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุร่วมกันอภิปรายระยะทาง รวมถึงระยะเวลาในการเดินกิโล นาทึ เมื่อเดินทางจากบ้านมายังสถานที่ที่จัดกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด</p> <p>- ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือ ผู้สูงอายุในการวาดแผนที่ โดยผู้สูงอายุเป็นผู้ระบุสถานที่สำคัญหรือ ชี้บอกตำแหน่งบ้าน และให้กำลังใจผู้สูงอายุเพื่อให้มีความมั่นใจใน การวาดแผนที่</p> <p>- ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและสรุปการทำกิจกรรม</p> <p>- ให้ข้อมูลกิจกรรมที่จะจัดขึ้นในสัปดาห์ถัดไป และนัดหมายเวลา</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยน ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก ความยากง่าย ความสนุกสนานในการทำ กิจกรรมและประเมินผล พร้อมกับระบุปัญหาหรืออุปสรรคในการ ทำกิจกรรม และความต้องการการให้ช่วยเหลือเพื่อเพิ่มการรู้คิด</p>

ตารางที่ 3 (ต่อ)

สัปดาห์/ ชื่อกิจกรรม	ช่วง/จำนวน เวลาที่ใช้ ดำเนินการ	รายละเอียดกิจกรรม
<p>สัปดาห์ที่ 6 ครั้งที่ 1</p> <p>- ภาษาม้ง “เจ้อจ้อเจี้ยเจี้ย (Txawj coj nyiaj txiag)” หมายถึง รู้จักบริหารการเงิน</p> <p>- ภาษาไทย “จัดการเงินทอง”</p> <p>- จัดเป็นกิจกรรมการให้เงินหรือการคำนวณเงิน (Using money)</p> <p>- ใช้หลักการรับรู้ความเป็นจริงและการรำลึกถึงความหลัง</p>	<p>- ช่วงเปิดกลุ่ม (10 นาที)</p> <p>- ช่วงดำเนินกิจกรรม กระตุ้นการรู้จัก (25 นาที)</p> <p>- ช่วงปิดกลุ่ม (10 นาที)</p>	<p>- ผู้วิจัยกล่าวคำทักทาย แนะนำตัวเอง และกล่าวต้อนรับผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัว</p> <p>- ร้องเพลงประจำกลุ่มพร้อมกับทำท่าทางประกอบ</p> <p>- พูดคุยเกี่ยวกับวัน เดือน ปี เวลา สภาพอากาศ สถานที่ที่ทำการกิจกรรม</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการพูดคุยเกี่ยวกับกิจกรรมครั้งก่อนหน้า และการทำกิจกรรมขณะอยู่บ้านเพื่อคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการทำงานของสมองหรือเพิ่มการรู้จักให้กับผู้สูงอายุ</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุดูเงินธนบัตรหรือเหรียญทั้งในอดีตและปัจจุบัน จากนั้นให้ผู้สูงอายุอภิปรายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของราคาและมูลค่าโดยใช้ผ่านข้อคำถาม เช่น ถ้ามีเงิน 100 บาทสามารถซื้อของอะไรได้ และ ข้าวหนึ่งจานราคาเท่าไร เป็นต้น</p> <p>- ให้เงินผู้สูงอายุคนละ 100 บาท เพื่อใช้สำหรับซื้อสินค้า โดยซื้อสินค้าทั้งหมดให้พอดีกับเงิน 100 บาท โดยที่ไม่ต้องถอนเงิน</p> <p>- ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการกระตุ้นผู้สูงอายุให้มีส่วนร่วมในการอภิปราย และให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในการเดินเลือกซื้อสินค้าตามที่กำหนด</p> <p>- ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและสรุปการทำกิจกรรม</p> <p>- ให้ข้อมูลกิจกรรมที่จะจัดขึ้นในสัปดาห์ถัดไป และนัดหมายเวลา</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก ความยากง่าย ความสนุกสนานในการทำกิจกรรมและประเมินผล พร้อมกับระบุปัญหาหรืออุปสรรคในการทำกิจกรรม และความต้องการการให้ช่วยเหลือเพื่อเพิ่มการรู้จัก</p>

ตารางที่ 3 (ต่อ)

สัปดาห์/ ชื่อกิจกรรม	ช่วง/จำนวน เวลาที่ใช้ ดำเนินการ	รายละเอียดกิจกรรม
<p>สัปดาห์ที่ 6 ครั้งที่ 2</p> <p>- ภาษาอังกฤษ “สิเคียตูเล่ (Sim kiam tus lej)” หมายถึง มาลองเล่นตัวเลข</p> <p>- ภาษาไทย “มาลองเกมตัวเลข”</p> <p>- จัดเป็นกิจกรรมเกมตัวเลข (Number games)</p> <p>- ใช้หลักการรับรู้ความเป็นจริงและการรำลึกถึงความหลัง</p>	<p>- ช่วงเปิดกลุ่ม (10 นาที)</p> <p>- ช่วงดำเนินกิจกรรม กระตุ้นการรู้คิด (25 นาที)</p> <p>- ช่วงปิดกลุ่ม (10 นาที)</p>	<p>- ผู้วิจัยกล่าวคำทักทาย แนะนำตัวเอง และกล่าวต้อนรับผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัว</p> <p>- ร้องเพลงประจำกลุ่มพร้อมกับทำท่าทางประกอบ</p> <p>- พูดคุยเกี่ยวกับวัน เดือน ปี เวลา สภาพอากาศ สถานที่ทำกิจกรรม</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการพูดคุยเกี่ยวกับกิจกรรมครั้งก่อนหน้า และการทำกิจกรรมขณะอยู่บ้านเพื่อคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการทำงานของสมองหรือเพิ่มการรู้คิดให้กับผู้สูงอายุ</p> <p>- ผู้วิจัยเดินไปรอบ ๆ กลุ่ม โดยให้ผู้สูงอายุแต่ละคนผลัดกันหยิบการ์ดตัวเลขไปต่อ ไปออกจากกองการ์ด แล้วให้ทายตัวเลขจากการ์ดว่ามีค่าสูงกว่าหรือต่ำกว่าการ์ดใบก่อนหน้านี</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุทายว่าการ์ดที่หยิบไป ซึ่งอยู่ในกล่องมีทั้งหมดกี่ใบ</p> <p>- นับจำนวนการ์ดที่อยู่ในกล่องเพื่อดูว่าใครทายได้ใกล้เคียงที่สุด</p> <p>- ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในการดูตัวเลข ร่วมทายการ์ดตัวเลขกับผู้สูงอายุ และให้กำลังใจผู้สูงอายุเมื่อทายไม่ถูก</p> <p>- ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและสรุปการทำกิจกรรม</p> <p>- ให้ข้อมูลกิจกรรมที่จะจัดขึ้นในสัปดาห์ถัดไป และนัดหมายเวลา</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก ความยากง่าย ความสนุกสนานในการทำกิจกรรมและประเมินผล พร้อมกับระบุปัญหาหรืออุปสรรคในการทำกิจกรรม และความต้องการการให้ช่วยเหลือเพื่อเพิ่มการรู้คิด</p>

ตารางที่ 3 (ต่อ)

สัปดาห์/ ชื่อกิจกรรม	ช่วง/จำนวนเวลา ที่ใช้ดำเนินการ	รายละเอียดกิจกรรม
<p>สัปดาห์ที่ 7 ครั้งที่ 1</p> <p>- ภาษาอังกฤษ “อวัตต์ คือดู (Ua tes tw lus)” หมายถึง การ ทำมือหรือใช้มือ ทำท่าเพื่อใบ้คำศัพท์</p> <p>- ภาษาไทย “เสกทำ ใบ้คำ”</p> <p>- จัดเป็นกิจกรรม เกมสื่คำศัพท์ (Word games)</p> <p>- ใช้หลักการรำลึกถึง ความหลังและการ รับรู้ความเป็นจริง</p>	<p>- ช่วงเปิดกลุ่ม (10 นาที)</p> <p>- ช่วงดำเนิน กิจกรรมกระตุ้น การรู้คิด (25 นาที)</p> <p>- ช่วงปิดกลุ่ม (10 นาที)</p>	<p>- ผู้วิจัยกล่าวคำทักทาย แนะนำตัวเอง และกล่าวต้อนรับผู้สูงอายุกับ สมาชิกในครอบครัว</p> <p>- ร้องเพลงประจำกลุ่มพร้อมกับท่าทางประกอบ</p> <p>- พูดคุยเกี่ยวกับวัน เดือน ปี เวลา สภาพอากาศ สถานที่ทำกิจกรรม</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการพูดคุย เกี่ยวกับกิจกรรมครั้งก่อนหน้า และการทำกิจกรรมขณะอยู่บ้านเพื่อ คงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการทำงานของสมองหรือเพิ่มการรู้คิดให้กับ ผู้สูงอายุ</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุเลือกบัตรคำ คนละ 1 ใบ จากทั้งหมด 20 ใบ จากนั้นให้ ทำท่าทาง เพื่อใบ้คำศัพท์ที่อยู่ในบัตรคำให้กับสมาชิกในกลุ่ม ผ่าน ประสบการณ์หรือการรับรู้ของตนเองที่มีเกี่ยวกับคำศัพท์นี้ จากนั้น ให้สมาชิกในกลุ่มทายว่าท่าทางนั้นคือคำศัพท์ใดหรือแสดงถึงสิ่งใด</p> <p>- หลังจากสมาชิกในกลุ่มทายคำศัพท์แล้วให้ผู้สูงอายุที่ทำท่าทาง เป็นผู้เฉลยคำศัพท์ที่ตนเองแสดงให้กับสมาชิกในกลุ่ม</p> <p>- ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือ ผู้สูงอายุทำท่าทางใบ้คำศัพท์ รวมถึงการกระตุ้นและให้กำลังใจใน การคิดท่าทางเพื่อใบ้คำศัพท์ให้กับสมาชิกในกลุ่ม</p> <p>- ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและสรุปการทำกิจกรรม</p> <p>- ให้ข้อมูลกิจกรรมที่จะจัดขึ้นในสัปดาห์ถัดไป และนัดหมายเวลา</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยน ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก ความยากง่าย ความสนุกสนานในการทำ กิจกรรมและประเมินผล พร้อมกับระบุปัญหาหรืออุปสรรคในการ ทำกิจกรรม และความต้องการการให้ช่วยเหลือเพื่อเพิ่มการรู้คิด</p>

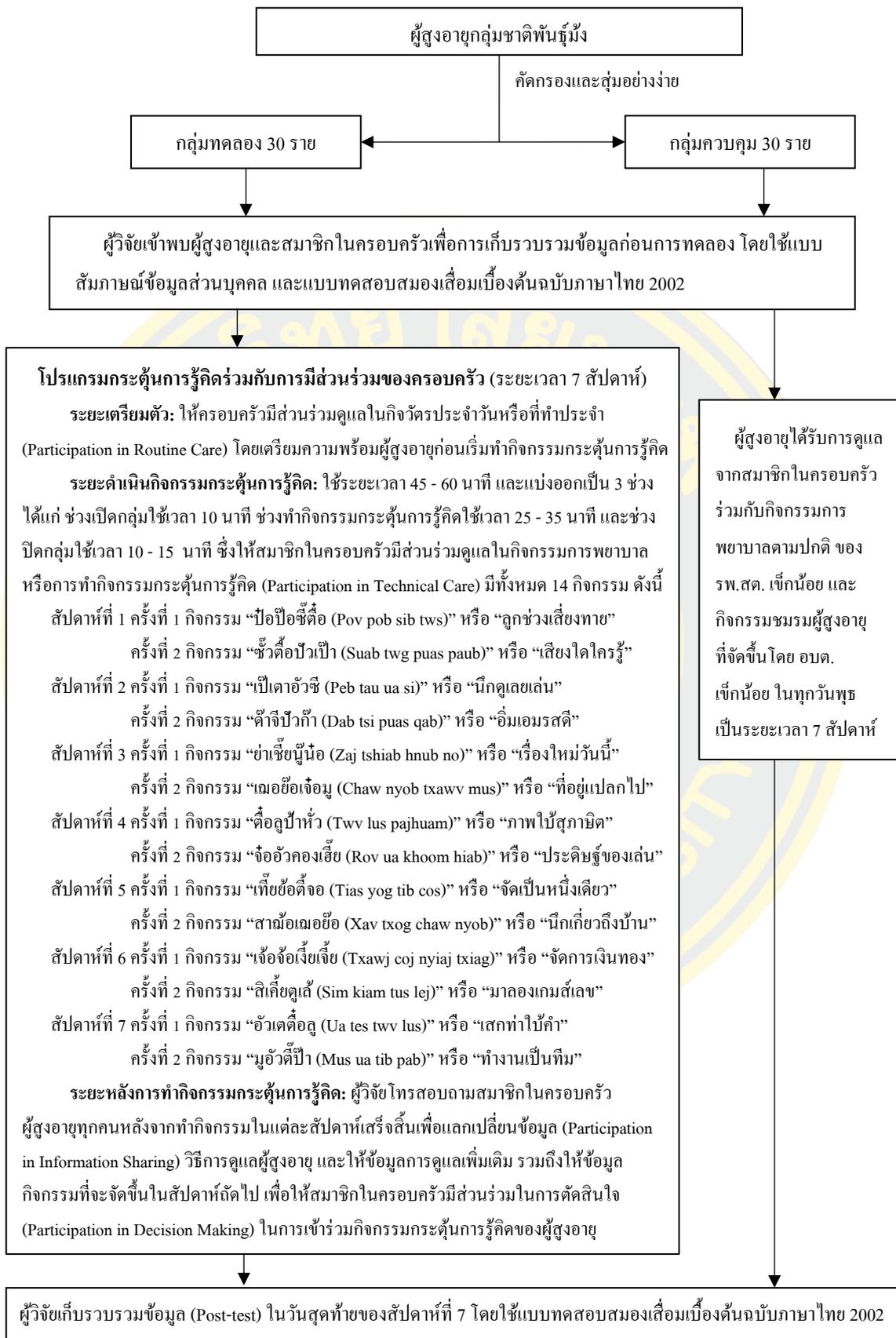
ตารางที่ 3 (ต่อ)

สัปดาห์/ ชื่อกิจกรรม	ช่วง/จำนวนเวลา ที่ใช้ดำเนินการ	รายละเอียดกิจกรรม
<p>สัปดาห์ที่ 7 ครั้งที่ 2</p> <p>- ภาษาอังกฤษ “มูอัตปีปา (Mus ua tib pab)”</p> <p>หมายถึง การทำงานเป็นทีมเดียวกัน</p> <p>- ภาษาไทย “ทำงานเป็นทีม”</p> <p>- จัดเป็นกิจกรรมการเล่นเกมส์เป็นทีม (Team quiz)</p> <p>- ใช้หลักการรับรู้ความเป็นจริงและการรำลึกถึงความหลัง</p>	<p>- ช่วงเปิดกลุ่ม (10 นาที)</p> <p>- ช่วงดำเนินกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด (25 นาที)</p> <p>- ช่วงปิดกลุ่ม (10 นาที)</p>	<p>- ผู้วิจัยกล่าวคำทักทาย แนะนำตัวเอง และกล่าวต้อนรับผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัว</p> <p>- ร้องเพลงประจำกลุ่มพร้อมกับทำท่าทางประกอบ</p> <p>- พูดคุยเกี่ยวกับวัน เดือน ปี เวลา สภาพอากาศ สถานที่ทำกิจกรรม</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการพูดคุยเกี่ยวกับกิจกรรมครั้งก่อนหน้า และการทำกิจกรรมขณะอยู่บ้านเพื่อคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการทำงานของสมองหรือเพิ่มการรู้คิดให้กับผู้สูงอายุ</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุจับฉลากเพื่อแบ่งเป็น 2 กลุ่ม จากนั้นให้สมาชิกในแต่ละกลุ่มช่วยกันเลือกหัวหน้ากลุ่ม และให้หัวหน้าของทั้ง 2 กลุ่ม ดูรูปภาพเรื่องเล่าหรือตำนานกลุ่มชาติพันธุ์มีจำนวน 3 รูป แล้วเลือกรูปภาพสำหรับต่อจิ๊กซอว์ จากนั้นให้ทั้ง 2 กลุ่ม แข่งขันกันต่อจิ๊กซอว์</p> <p>- ให้ทั้ง 2 กลุ่ม ดูรูปภาพร่วมกับฟังเรื่องราวเกี่ยวกับรูปภาพ และช่วยกันอภิปรายหรือตอบว่าเรื่องดังกล่าว “เป็นเรื่องจริง” หรือ “เรื่องเล่าขานและเป็นตำนาน”</p> <p>- ให้สมาชิกในแต่ละกลุ่มรวมคะแนน เพื่อสรุปผลการแข่งขัน และมอบของรางวัลให้กับทั้ง 2 กลุ่ม</p> <p>- ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมอภิปรายรูปภาพหรือเรื่องราว และให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในการรวมคะแนน</p> <p>- ผู้วิจัยกล่าวสรุปการทำกิจกรรม</p> <p>- ให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก ความยากง่าย ความสนุกสนาน ในการทำกิจกรรมและประเมินผล พร้อมกับระบุปัญหาหรืออุปสรรคในการทำกิจกรรม และความต้องการการให้ช่วยเหลือเพื่อเพิ่มการรู้คิด</p> <p>- กล่าวขอบคุณและกล่าวคำอำลา</p>

3. ระยะเวลาหลังการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด ซึ่งเป็นการดูแลผู้สูงอายุของสมาชิกในครอบครัวเมื่อกลับบ้าน โดยหลังจากทำกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์เสร็จสิ้น ผู้วิจัยโทรสอบถามสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุทุกคนเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล (Participation in Information Sharing) วิธีการดูแลผู้สูงอายุเพื่อคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการทำงานของสมอง และผู้วิจัยให้ข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มเติมกับสมาชิกในครอบครัวตามที่สมาชิกในครอบครัวต้องการหรือบกร่อง รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมที่จะจัดขึ้นในสัปดาห์ถัดไป เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Participation in Decision Making) ในการเข้าร่วมทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดของผู้สูงอายุ และปัญหาหรืออุปสรรคที่ส่งผลให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดได้

2.3 ระยะเวลาหลังการทดลอง เป็นการประเมินการรู้คิดของผู้สูงอายุ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ กลุ่มควบคุม จะได้รับการประเมินด้วยแบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย 2002 (MMSE-Thai 2002) ในสัปดาห์ที่ 7

กลุ่มทดลอง จะได้รับการประเมินหลังจากการดำเนินกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด กิจกรรมที่ 2 ของสัปดาห์ที่ 7 เสร็จสิ้นทันที โดยใช้แบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย 2002 (MMSE-Thai 2002) เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม หลังจากการทำประเมินการรู้คิดของผู้สูงอายุเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยส่งต่อข้อมูลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือการรู้คิดลดลงให้กับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข็กน้อย จากนั้นผู้วิจัยมอบของที่ระลึกให้กับผู้สูงอายุ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเพื่อขอบคุณสำหรับการให้ความร่วมมือในการวิจัยและกล่าวคำอำลาผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ



ภาพที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลของแบบประเมินที่ได้รวบรวมทั้งก่อนและหลังการทดลองมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป SPSS โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลและรายละเอียดดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และทดสอบความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-square

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยใช้สถิติทดสอบค่าทีชนิดที่ไม่เป็นอิสระจากกัน (Dependent t-test หรือ Paired t-test) ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ Paired t-test ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างมีการสุ่มมาจากประชากร (Randomness)
 2. คะแนนทั้ง 2 ชุด ไม่เป็นอิสระต่อกัน
 3. ระดับการวัดของตัวแปรตาม เป็น Interval หรือ Ratio scale
 4. คะแนนความแตกต่าง (ค่า d) มีการแจกแจงเป็นแบบปกติ (Normal distribution)
- หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ Paired t-test ผู้วิจัยจึงใช้สถิติ

Wilcoxon signed rank test ในการวิเคราะห์ข้อมูลแทนสถิติ Paired t-test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดในระยะก่อนทดลองและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าทีชนิดที่เป็นอิสระจากกัน (Independent t-test) ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ Independent t-test ดังนี้

1. ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างมีการสุ่มมาจากประชากร (Randomness)
2. ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีความเป็นอิสระต่อกัน (Independence)
3. ระดับการวัดของตัวแปรตาม เป็น Interval หรือ Ratio scale
4. ข้อมูลของทั้ง 2 กลุ่ม มีการแจกแจงเป็นแบบปกติ (Normal distribution)
5. ความแปรปรวนของประชากรทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน (Homogeneity of variance)

หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ Independent t-test ผู้วิจัยจึงใช้สถิติ Mann-Whitney U test ในการวิเคราะห์ข้อมูลแทนสถิติ Independent t-test

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ และ Chi-square

ส่วนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยการรู้คิดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบค่าที่ชนิดที่ไม่เป็นอิสระจากกัน (Dependent t-test หรือ Paired t-test)

ส่วนที่ 3 คะแนนเฉลี่ยการรู้คิดในระยะก่อนทดลองและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที่ชนิดที่เป็นอิสระจากกัน (Independent t-test)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความสามารถในการอ่าน-เขียน โรคประจำตัว และผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลหลักของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ และ Chi-square ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนความถี่ ร้อยละ และ Chi-square ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 59)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 29)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		χ^2	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	เพศ					
ชาย	2	6.90	2	6.70		
หญิง	27	93.10	28	93.30		

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 29)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		χ^2	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	อายุ (ปี)					
60 - 65 ปี	11	37.90	12	40		
66 - 70 ปี	10	34.50	10	33.33		
71 - 75 ปี	1	3.40	1	3.33		
76 - 80 ปี	7	24.10	7	23.33		
(X̄ = 68.31, SD = 6.70, Max = 80, Min = 60) (X̄ = 68.07, SD = 6.75, Max = 80, Min = 60)						
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	29	100	30	100		
ความสามารถในการอ่าน-เขียน					5.65	.06
อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้	24	82.80	30	100		
อ่านออก-เขียนไม่ได้	3	10.30				
อ่านไม่ออก-เขียนได้	2	6.90				
โรคประจำตัว					.01	.91
ไม่มี	13	44.80	13	43.30		
มี	16	55.20	17	56.70		
โรคความดันโลหิตสูง	14	48.30	15	50.00		
โรคเบาหวาน	9	31.00	10	33.33		
โรคไขมันในเลือดสูง	5	17.20	5	16.70		
โรคเก๊าต์/ปวดกระดูก/ข้อ	1	3.40	1	3.30		
(ตอบได้มากกว่า 1 โรค)						
ผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลหลัก					5.07	.41
บุตรชาย	13	44.80	14	46.70		
คู่สมรส	10	34.50	9	30.00		
บุตรสาว	1	3.40	4	13.30		

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	P-value
	(n = 29)		(n = 30)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
พี่น้อง	2	6.90	3	10.00		
บุตรหลาน	2	6.90				
ลูกสะใภ้	1	3.40				

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกลุ่มทดลองจำนวน 29 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 27 คน (ร้อยละ 93.10) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 68.31 ปี ไม่ได้เรียนหนังสือ 29 คน (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้ 24 คน (ร้อยละ 82.80) มีโรคประจำตัว 16 คน (ร้อยละ 55.20) และมีผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลหลักเป็นบุตรชาย 13 คน (ร้อยละ 44.80)

สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 28 (ร้อยละ 93.30) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 68.07 ปี ไม่ได้เรียนหนังสือ 30 คน (ร้อยละ 100) อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้ 30 คน (ร้อยละ 100) มีโรคประจำตัว 17 คน (ร้อยละ 56.70) และมีผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลหลักเป็นบุตรชาย 14 คน (ร้อยละ 46.70)

จากการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ความสามารถในการอ่าน-เขียน โรคประจำตัว และผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลหลักของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 5 คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 59)

กลุ่ม	ระยะการทดลอง	คะแนนการรู้คิด			
		Min	Max	\bar{X}	SD
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	9	14	12.45	1.27
	หลังการทดลอง	14	20	16.45	1.74
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	9	14	12.67	1.47
	หลังการทดลอง	9	17	11.50	1.87

จากตารางที่ 5 พบว่า คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรู้คิดของผู้สูงอายุในระยะก่อนทดลองและหลังการทดลอง คือ 9, 14, 12.45 ($SD = 1.27$) และ 14, 20, 16.45 ($SD = 1.74$) ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมมีคะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรู้คิดในระยะก่อนทดลองและหลังการทดลอง คือ 9, 14, 12.67 ($SD = 1.47$) และ 9, 17, 11.50 ($SD = 1.87$) ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดก่อนและหลังการทดลองของผู้สูงอายุ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบค่าทีชนิดที่ไม่เป็นอิสระจากกัน (Paired t-test) และได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติก่อนการวิเคราะห์ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างมีการสุ่มมาจากประชากร (Randomness) คะแนนทั้ง 2 ชุด ไม่เป็นอิสระต่อกัน ระดับการวัดของตัวแปรตามเป็น Interval และการทดสอบคะแนนความแตกต่าง (ค่า d) มีการแจกแจงเป็นแบบปกติ (Normal distribution) จึงสามารถใช้สถิติ Paired t-test ในการวิเคราะห์ได้ดังตารางที่ 6 และ 7

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired t-test ($n = 30$)

คะแนนด้านการรู้คิด	M	SD	\bar{D}	t	df	p -value
ก่อนการทดลอง	12.67	1.47	-1.17	-4.436	29	< .001
หลังการทดลอง	11.50	1.87				

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดในระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 12.67 ($SD = 1.47$) ซึ่งสูงกว่าระยะหลังการทดลอง 11.53 ($SD = 1.87$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{29} = -4.436, p < .001$) จากผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่าหลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดลดลง

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test (n = 29)

คะแนนด้านการรู้คิด	<i>M</i>	<i>SD</i>	\bar{D}	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i>
ก่อนการทดลอง	12.45	1.27	4.00	14.476	28	< .001
หลังการทดลอง	16.45	1.74				

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดในระยะหลังการทดลองเท่ากับ 16.45 (*SD* = 1.74) ซึ่งสูงกว่าระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 12.45 (*SD* = 1.27) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{28} = 14.476, p < .001$) จากผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดเพิ่มขึ้น และแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่มีภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดในระยะก่อนทดลองและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบค่าทีชนิดที่เป็นอิสระจากกัน (Independent t-test) และได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติก่อนการวิเคราะห์ ได้แก่ ข้อมูลได้มีการสุ่มมาจากระชากร ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม เป็นอิสระต่อกัน มีระดับการวัดของตัวแปรตามเป็นมาตราอันตรภาค (Interval scale) ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ (Normal distribution) และทดสอบความแปรปรวนของทั้ง 2 กลุ่ม ด้วยวิธี Levene's test พบว่า *p* value > .05 แสดงว่าความแปรปรวนของทั้งสองกลุ่มเท่ากัน ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ จึงสามารถใช้สถิติ Independent t-test ในการวิเคราะห์ได้ดังตารางที่ 8 และ 9

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดในระยะก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 59)

คะแนนการรู้คิด	<i>M</i>	<i>SD</i>	Mean difference	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i>
กลุ่มทดลอง (n = 29)	12.45	1.27	-218	-610	57	.544
กลุ่มควบคุม (n = 30)	12.67	1.47				

จากตารางที่ 8 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดในระยะก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองเท่ากับ 12.50 ($SD = 1.28$) และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 12.67 ($SD = 1.47$) จากผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดในระยะก่อนทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{58} = -4.68, p = .641$)

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดในระยะหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 59$)

คะแนนการรู้คิด	<i>M</i>	<i>SD</i>	Mean difference	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i>
กลุ่มทดลอง ($n = 29$)	16.45	1.74	4.95	10.50	57	< .001
กลุ่มควบคุม ($n = 30$)	11.50	1.87				

จากตารางที่ 9 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดในระยะหลังการทดลองของกลุ่มทดลองเท่ากับ 16.45 ($SD = 1.74$) และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 11.50 ($SD = 1.87$) จากผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดในระยะหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{57} = 10.50, p < .001$)

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest Control Group Design) คือ วัดก่อนการทดลอง และหลังการทดลองทันที มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการรู้คิดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่อาศัยอยู่ในตำบลเข็กน้อย อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ดำเนินการทดลองในระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยกลุ่มทดลองได้รับการทำกิจกรรมพยาบาลในรูปแบบกิจกรรมกลุ่มร่วมกับการดูแลของสมาชิกครอบครัวเป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ใช้ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม 45 - 60 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข็กน้อยร่วมกับได้ทำกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุที่องค์การบริหารส่วนตำบลเข็กน้อยจัดขึ้นในทุกวันพุธ และได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งทั้ง 2 กลุ่ม จะได้รับการประเมินการรู้คิดในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองทันที จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้อง แล้วจึงดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ สถิติทดสอบค่าทีชนิดที่ไม่เป็นอิสระจากกัน (Paired t-test) และสถิติทดสอบค่าทีชนิดที่เป็นอิสระจากกัน (Independent t-test)

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง จำนวน 60 คน เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยกลุ่มทดลองสูญหายไป 1 คน เนื่องจากการเจ็บป่วย ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดได้ครบทั้งหมด 14 กิจกรรม จึงทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 59 คน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะคล้ายคลึงกันทั้งในด้านลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล คือ เป็นเพศหญิงและเพศชายในสัดส่วนที่เท่ากัน อายุเฉลี่ยต่างกันไม่เกิน 5 ปี ระดับการศึกษา ความสามารถในการอ่าน-เขียน โรคประจำตัว และผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลหลัก และเมื่อทดสอบด้วยสถิติ Chi-square พบว่า คุณสมบัติของ

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดในระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 12.67 ($SD = 1.47$) ซึ่งสูงกว่าระยะหลังการทดลอง 11.53 ($SD = 1.87$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{29} = -4.436, p < .001$)

3. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดในระยะหลังการทดลองเท่ากับ 16.45 ($SD = 1.74$) ซึ่งสูงกว่าระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 12.45 ($SD = 1.27$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{28} = 14.476, p < .001$)

4. คะแนนเฉลี่ยการรู้คิดในระยะก่อนทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{58} = -.468, p = .641$)

5. คะแนนเฉลี่ยการรู้คิดหลังการทดลองของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($t_{57} = 10.50, p < .001$)

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวนี้มีผลต่อการรู้คิดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดเพิ่มขึ้นหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และ ข้อที่ 2 ที่คาดว่าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง และมีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมหลังจากการทดลอง ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive Stimulation therapy) ของ Spector (2018) และแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ (Family Participation) ของ Schepp (1995) เพื่อเพิ่มการรู้คิดให้กับผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อกระตุ้นสมองในส่วนของการรู้คิดทั้งหมด 6 ด้าน โดยมีกิจกรรมที่ 4, 8, 10, 11 และ 12 กระตุ้นความใส่ใจเชิงซ้อน (Complex attention) กิจกรรมที่ 4, 9, 10, และ 11 กระตุ้นความสามารถด้านการบริหารจัดการ (Executive function) กิจกรรมที่ 1, 2, 3, 5, 7, 12 และ 14 กระตุ้นการเรียนรู้และความจำ (Learning and memory) กิจกรรมที่ 2, 3, 5, 6, 7, 9, และ 13 กระตุ้นการใช้ภาษา

(Language) กิจกรรมที่ 1, 3, 8 และ 13 กระตุ้นความสามารถด้านการรับรู้ก่อดิสัมพันธ์ (Visuoconstructional-perceptual ability) และกิจกรรมที่ 4, 6 และ 14 กระตุ้นความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว (Social cognition)

เนื่องจากกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดทั้งหมด 14 กิจกรรม ได้ประยุกต์ใช้หลักการ 3 แนวคิด ได้แก่ 1) หลักการรับรู้ความเป็นจริง (Reality Orientation therapy) ที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้สภาพแวดล้อมตามความเป็นจริง ผ่านการให้ข้อมูลและความจำเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บุคคล รวมถึงข้อมูลข่าวสาร และสิ่งรอบตัว (Spector et al., 2000) ทำให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และเข้าไปซ้ำมา ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการกระตุ้นสมองในส่วนต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง จึงช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด 2) หลักการรำลึกถึงความหลัง (Reminiscence therapy) เป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ใช้ความคิดทบทวนสิ่งที่ผ่านมา และบอกเล่าถึงเหตุการณ์หรือประสบการณ์ในอดีต โดยใช้อุปกรณ์ที่สามารถจับต้องได้ เช่น รูปภาพ ของใช้ในครัวเรือน สิ่งของที่คุ้นเคยในอดีต และดนตรี เป็นต้น (Woods et al., 2018) โดยผู้วิจัยใช้วิธีการบำบัดการรำลึกความหลังแบบง่าย (simple reminiscence) ซึ่งเป็นการระลึกหรือการแบ่งปันความทรงจำและเรื่องราวส่วนตัวร่วมกัน ตามที่เลือกไว้ (Woods et al., 2018) ทำให้ผู้สูงอายุทบทวนในสิ่งที่ผ่านมาและเล่าถึงเหตุการณ์ในอดีต ผ่านการใช้คำกระตุ้นที่เป็นรูปธรรมเพื่อเรียกความทรงจำกลับมา การนำความคิดต่าง ๆ หรือนำความทรงจำออกมาเพื่อสื่อความหมายเป็นการกระตุ้นการนึกคิดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการส่งสัญญาณประสาทจากเซลล์หนึ่งไปยังอีกเซลล์หนึ่งแบบซ้ำไปมาส่งผลให้มีการกระตุ้นความทรงจำ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีการรู้คิด ความจำและการเรียนรู้ดีขึ้น (Woods et al., 2005; ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552; รัชดาภรณ์ หงส์ทอง และ ศิริพันธุ์ สาสัดย์, 2558) และ 3) หลักการกระตุ้นประสาทสัมผัส (Multi-sensory stimulation) เป็นการกระตุ้นประสาทสัมผัสด้านการฟังหรือการได้ยีน การมองเห็น การรับกลิ่น การรับรสและการสัมผัส ทำให้ส่วนของประสาทที่เกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก (Sensory receptors) นำข้อมูลที่ได้รับการกระตุ้น ทำให้มีการส่งกระแสประสาทไปตามเส้นทางเฉพาะในพื้นที่สมองหลายแห่งที่เกี่ยวข้องเพื่อแปลความหมายส่งผลให้มีการรับรู้ ความจำและการรู้คิดเพิ่มขึ้น (Wall & Duffy, 2010; ราตรี สุตทรวง และ วีระชัย สิงหนิยม, 2545) ร่วมกับการให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในกิจวัตรประจำวันหรือที่ ทำประจำ (Participation in Routine Care) ซึ่งเป็นการดูแลเพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อมและส่งเสริมการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดตามข้อมูลหรือคำแนะนำที่ได้รับหลังจากเสร็จกิจกรรมครั้งที่ 1 ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุดังกล่าวช่วยลดปัจจัยเสี่ยงหรือชะลอสมองเสื่อม และการทำกิจกรรมกระตุ้น

การรู้คิดอย่างสม่ำเสมอขณะที่บ้านสามารถช่วยกระตุ้นการทำงานของสมอง ส่วนการให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลในกิจกรรมการพยาบาลหรือการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด (Participation in Technical Care) ซึ่งเป็นการให้ความช่วยเหลือ การให้กำลังใจหรือปลอบใจ ช่วยให้ผู้สูงอายุคลายความเครียด มีความมั่นใจ และมีความเชื่อมั่นในผลดีของการทำกิจกรรม ทำให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ การให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูล (Participation in Information Sharing) ผ่านการอภิปรายในการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด และการโทรสอบถามสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุทุกคนหลังจากเสร็จสิ้นการทำกิจกรรมในสัปดาห์ 1 - 6 ช่วยให้มีแนวทางในการดูแล มีความมั่นใจและสามารถให้การดูแลตามบริบท และการให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Participation in Decision Making) เมื่อผู้สูงอายุมีสถานณ์เปลี่ยนแปลงหรือเป็นผู้ให้ข้อมูลเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาหรืออุปสรรค ช่วยให้ทราบถึงสถานการณ์ของผู้สูงอายุ สามารถร่วมแก้ปัญหาหรืออุปสรรค และทำให้ผู้สูงอายุได้ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

รวมทั้งได้รับสมุดบันทึกการดูแลผู้สูงอายุเมื่อกลับบ้านเพื่อชะลอการเสื่อมของสมอง ประกอบด้วย ข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุขณะอยู่ที่บ้าน และการบันทึกการรับประทานอาหารและการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา การออกกำลังกาย การนอนหลับและผ่อนคลายความเครียด และการทำกิจกรรมเพื่อชะลอสมองเสื่อม โดยให้สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้บันทึก ซึ่งสมุดบันทึกการดูแลผู้สูงอายุเมื่อกลับบ้านนี้จะช่วยผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวทราบผลการปฏิบัติของตนเอง และสามารถวางแผนการดูแลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุได้

จากผลการวิจัยยังสามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive Stimulation therapy) ของ Spector (2018) โดยใช้หลักการรับรู้ความเป็นจริง การรำลึกถึงความหลัง และการกระตุ้นประสาทสัมผัส ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family Participation) ของ Schepp (1995) ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อมจากสมาชิกในครอบครัวร่วมกับทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดขณะอยู่บ้านอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนการได้เสนอความคิดเห็นทำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลดีต่อการดูแลและการพัฒนาทักษะการดูแล ช่วยลดความเครียด คลายความกังวล เกิดความพึงพอใจ และการให้ความช่วยเหลือหรือให้กำลังใจผู้สูงอายุในระหว่างการดำเนินกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดทั้งหมด 14 กิจกรรม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยปรับให้เข้ากับบริบทของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจ ความเชื่อมั่น และสามารถทำกิจกรรมได้อย่าง

มีประสิทธิภาพ เมื่อผู้สูงอายุได้รับการกระตุ้นการรู้คิดจึงช่วยให้สมองหลั่งสาร Neurotrophins ที่ทำให้เซลล์ประสาททำงานดีขึ้น โดยเฉพาะในส่วนของเดนไดรต์ (dendrite) ที่เชื่อมระหว่างเซลล์ จึงส่งผลให้สามารถช่วยเพิ่มจำนวนแขนงหรือเส้นใยของเซลล์ประสาท (Axon) ซึ่งมีหน้าที่ลำเลียงข้อมูลสื่อสารระหว่างเซลล์ประสาทได้ตลอดชีวิต จึงช่วยให้มีการเชื่อมต่อของเซลล์สมองเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (Increase cerebral blood flow) เพิ่มขึ้น ช่วยให้มีการปรับสมดุลของ Neurotrophic factors ในสมอง เมื่อเซลล์สมองส่วนใหญ่แข็งแรง ทำให้ความจำ การรับรู้ และการรู้คิดด้านต่าง ๆ ดีขึ้น (Spector et al., 2003; คุชฎิ อุดมอิทธิพิงศ์ และคณะ, 2564)

การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ บุครินทร์ หลิมสุนทร และคณะ (2565) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะความจำบกพร่องเล็กน้อย จำนวน 30 คน โดยโปรแกรมมีจำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง แต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดในกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิศรี ตรีภูมิลิทธิโชค และ อาทิตยา สุวรรณ (2559) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุที่เลี้ยงหรือมีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 32 คน เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Spector (2003) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 201 คน ทำกิจกรรมจำนวน 14 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 7 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนน MMSE และ ADAS-Cog หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนน MMSE และ ADAS-Cog สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

นอกจากนั้นแล้วผลการวิจัยยัง พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุหรืออายุมากขึ้นประมาณ 60-65 ปีขึ้นไป เซลล์สมองจะค่อย ๆ เสื่อมลง รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและหน้าที่ของสมอง มีการฝ่อของเนื้อสมองทำให้สมองมีขนาดเล็กลง และมีการเปลี่ยนแปลงของโปรตีน ซึ่งทำหน้าที่ในการเชื่อมต่อของร่างแหเซลล์ประสาท (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2555; Wahl et al., 2019) อีกทั้งผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งไม่ได้รับการศึกษา และชุมชนตำบลเจ๊กน้อย อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นพื้นที่ชนบท ห่างไกลจากใจกลางเมือง ผู้สูงอายุและบุตรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ผู้สูงอายุจึงต้องอาศัยอยู่บ้านตามลำพังหรืออยู่กับคู่สมรส

และมีเด็กซึ่งเป็นหลานหรือเหลนในครอบครัวที่ต้องเลี้ยงดู ส่งผลให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเองลดลงหรือไม่สามารถดูแลและส่งเสริมสุขภาพให้กับตนเองได้ ร่วมกับมีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตัวเอง (ชัชวาล วงศ์สารี และ ศุภลักษณ์ พิณฑอง, 2561) จึงทำให้ได้ผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น ดังนั้น ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง ที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว และการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เพื่อชะลอการเสื่อมของสมองหรือเพิ่มการรู้คิด และสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุควรได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำการดูแลเพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อมหรือการกระตุ้นการรู้คิด เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจ และสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุเมื่อกลับบ้าน ได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมในครอบครัวนี้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อชะลอการดำเนินของโรคและคงไว้ซึ่งระดับการรู้คิด นอกจากนี้ควรมีการฝึกทักษะการใช้แบบประเมินที่เกี่ยวข้องและการใช้โปรแกรมก่อนนำไปใช้กับผู้สูงอายุ
2. ด้านบริหารการพยาบาล ผู้บริหารและบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายหรือแนวทางในการปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในหน่วยงาน เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในหน่วยงาน ซึ่งจะเป็นการยกระดับมาตรฐานการพยาบาลต่อไป
3. ด้านการศึกษา อาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถนำโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมในครอบครัวไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอน และการให้บริการทางวิชาการแก่สังคม และนักศึกษาพยาบาลสามารถนำไปใช้ในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ เพื่อส่งเสริมการชะลอการดำเนินโรคให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้
4. ด้านการวิจัย นักวิจัยสามารถใช้โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมในครอบครัวเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเพื่อคงไว้ซึ่งระดับการรู้คิดหรือชะลอการเสื่อมของให้กับผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งในชุมชนอื่น ๆ หรือในกลุ่มประชากรอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ใช้เวลาในการศึกษา 7 สัปดาห์ โดยไม่ได้มีการติดตามผลการรู้คิดในระยะยาว ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาและติดตามผลต่อเนื่อง เพื่อทดสอบการเปลี่ยนแปลงหรือติดตามคุณภาพความคงอยู่ของโปรแกรม
2. การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวมข้อมูลก่อนการทดลองและหลังการทดลองเฉพาะในผู้สูงอายุ ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลของสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล เพื่อประเมินและติดตามผลของการให้การดูแลที่ส่งผลต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุ
3. การวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลหลักเป็นบุรุษชาย ดังนั้น ในการพัฒนาหรือออกแบบวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวครั้งต่อไปควรคำนึงถึงผู้ดูแลหลักที่เป็นเพศชาย
4. การวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่มีภาษา ประเพณี และวัฒนธรรมที่เป็นเอกลักษณ์ ผู้สูงอายุบางรายเข้าใจภาษาไทยบางคำ ดังนั้น ในการวิจัยครั้งต่อไปควรคำนึงถึงการพัฒนากิจกรรมการพยาบาลหรือการดูแลให้มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุ

ข้อจำกัดของการวิจัย

ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมการดำเนินชีวิตประจำวันหรือกิจกรรมอื่น ๆ ของผู้สูงอายุและไม่สามารถควบคุมวิธีการดูแลผู้สูงอายุของสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลที่อาจกระตุ้นสมองของกลุ่มตัวอย่างได้ แต่ผู้วิจัยได้มีการโทรศัพท์แลกเปลี่ยนข้อมูลวิธีการดูแลผู้สูงอายุและให้ข้อมูลการดูแลเพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อมหรือวิธีการกระตุ้นการรู้คิดให้กับผู้สูงอายุขณะอยู่บ้านหลังจากเสร็จสิ้นการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดในแต่ละสัปดาห์

บรรณานุกรม

- กนกวรรณ ศรีสุภกรกุล, โอปอร์ วีรพันธุ์, กัญญ์วรา ท้าวอง, เบญจพร สุภาอินทร์, อริยา พลเรียงโพน, อรุมา บุญขารมย์ และสมภิษา สมถวิล. (2564). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะพุทชิปัญญาบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31(1), 14-26.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (6 มีนาคม 2565). *สถิติผู้สูงอายุ*. <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1159>.
- กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ. (2555). *แม่่ว*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมสุขภาพจิต. (19 ตุลาคม 2563). *ก้าวอย่างของประเทศไทย สู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ*. <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30476#:~:text=ส่วนข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข,ที่ปีข้างหน้านี้>.
- กลุ่มกฎหมาย สลก. (9 มีนาคม 2564). *ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ*. <https://www.dop.go.th/th/know/15/646#:~:text=ผู้สูงอายุมีคุณสมบัติตาม,มีสัญชาติไทย>.
- ขวัญประภัสร์ จันทรบุลวัชร, ยุทธชัย ไชยสิทธิ์, ไพรวลัย โคตรระตะ, ภัชราภรณ์ วงศ์อาสา และ นภาพล สีหพันธ์. (2560). แนวคิดการบำบัดด้วยการรำลึกความหลังการประยุกต์ใช้ทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 40(4), 142-151. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/77614>.
- ขวัญเรือน ก้าววิฑู, สุคนธา ศิริ, ดุสิต สุจิรารัตน์ และ สรุตพันธ์ จักรพันธ์ ฌ อยุธยา. (2015). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง. *The national graduate research conference 34th*. 915-923.
- คมเพชร ฉัตรสุภกุล. (2546). *กิจกรรมกลุ่มในโรงเรียน*. กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- จตุพร แพงจักร และ ระพีพรรณ ชมแผน. (2565). การเพิ่มความจำและป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุด้วยการบริหารสมองและดนตรีบำบัด. *วารสารสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนาท้องถิ่น มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม*, 6(1), 275-283.
- จิตติมา ดวงแก้ว และ ศิริพันธุ์ สาสัคย์. (2561). ผลของโปรแกรมการฝึกการรู้คิดต่อการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในสถานสงเคราะห์คนชราภาครัฐ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 10(1), 12-20.

- จูไรรัตน์ ดวงจันทร์, ดวงหทัย ยอดทอง และ พิศสมร เดชดวง. (2563). ความชุกและปัจจัยทำนายภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 3(2), 133-148.
- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2555). สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS พิมพ์ครั้งที่ 2. ชลบุรี: บางแสนการพิมพ์.
- ชลิต เชาว์วิไลย, วินัย พูลศรี และ ชรินทร์ ดันพานิชย์. (2565). แนวทางการป้องกันผู้สูงอายุจากภาวะสมองเสื่อม. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 8(2), 8-15.
- ชุตินา ทองวชิระ, ณิชูรพี ใจงาม และ สุชาดา โทผล. (2562). รูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนเขตตลิ่งชันกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 19(3), 96-109.
- ชัชวาล วงศ์สารี. (2560). ผลกระทบการเกิดภาวะสมองเสื่อมต่อผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 23(4), 680-689.
- ชัชวาล วงศ์สารี และ ศุภลักษณ์ พันทอง. (2561). ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ: การพยาบาลและการดูแลญาติผู้ดูแล. *วารสาร มฉก. วิชาการ*, 22(43-44), 166-179.
- ณัชชา แรมกิ่ง, รังสิมันต์ สุนทรไชยา และ สารรัตน์ วุฒิอากาศณะ. (2561). ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองต่อการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่อง. *วารสารพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(2), 114-122.
- ดารณี พลอยจั่น. (2559). ทูทางวัฒนธรรมของชาวเขาเผ่าม้งกับกลยุทธ์ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์. *วารสารวิชาการนวัตกรรมสื่อสารสังคม*, 4(1), 6-17.
- คุษฎี อุดมอิทธิพงศ์, พิชญ์ ชาญนคร, ธิดิมา ณรงค์ศักดิ์ และ นภาพิศ นิมนาคบุญ. (2564). การกระตุ้นการรู้คิดสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย: บทควมฟื้นฟูวิชาการ. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา*, 15(1), 62-82.
- ธวัชชัย อภิเดชกุล, พิลาสินี วงษ์นุช, และฐาปกรณ์ เรือนใจ. (2559). สถานะสุขภาพชาวอาข่า จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 14(1), 77-97.
- นฤมล รัตนสุวรรณ. (11 สิงหาคม 2562). ‘ผู้สูงอายุชาติพันธุ์-ชายขอบ’ อายุขัยสั้นกว่า ‘ผู้สูงอายุในเมือง’ อุปสรรคภาษา-การเข้าถึงบริการสาธารณสุข. *มติชนรายวัน*. 7.
- บุศรินทร์ หลิมสุนทร, ภิรมภรณ์ ยิ้มศิริ และ ภราภรณ์ โถแก้ว. (2565). ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะความจำบกพร่องเล็กน้อย. *วารสารพยาบาลสภาภาคไทย*, 15(1), 192-206.

ปณิตา ทิมประวิฒนะ. (2561). *กลุ่มอาการสูงอายุและประเด็นทางสุขภาพที่น่าสนใจ* (พิมพ์ครั้งที่ 2).

ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

ปิ่นมณี สุวรรณ โมติ และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2559). ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อความจำของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการรู้คิดบกพร่อง. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 8(2), 45-57.

ประวิทย์นุช เพ็ญภาสกันต์, พัทธมน เจริญรัตน์, นันทิกา อนันต์ถาวรวงษ์ และ ภาพันธ์ ไทยพิสุทธิกุล. (2562). โรคสมองส่วนหน้าเสื่อมที่มาด้วยอาการทางพฤติกรรมและการพัฒนาการวินิจฉัยปัญหาพฤติกรรมในผู้สูงอายุ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 64(1), 99-112.

ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: ยูเนียนครีเอชั่น.

ปิยฉัตร อุดมศรี และ ทิพวรรณ ทั้งมั่งมี. (2564). จินตนาการจากนิทานพื้นบ้านชาติพันธุ์ม้ง. *วารสารวิจิตรศิลป์*, 12(2), 52-87.

ปิยศักดิ์ น่วมนา. (2562). ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. ใน มนต์ชัย ศิริบำรุงวงศ์ (บ.ก.). *Highlight in Geriatrics* (น. 81-90). กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลเลิศสิน.

ปิยะภร ไพรสนธิ์ และ พรสวรรค์ เจ็ดตน. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงราย. *วารสารสภากาชาดพยาบาล*, 32(1), 64-80.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2562). *การประเมินภาวะสุขภาพผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ : การประยุกต์ใช้ในการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 7). ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พัชรภักดิ์ ไชยสังข์, สราวิณ เทพสถิตภรณ์, นิยม มาชมภู และ จิราวรรณ ศิริโสสม. (2564).

ภาวะสมองเสื่อมและอาหารที่ป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาล*, 70(3), 39-48.

พัชรินทร์ สิริสุนทร. (2550). *ชุมชนปฏิบัติการด้านการเรียนรู้: แนวคิด เทคนิค และกระบวนการ*.

กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พัชรี คมจักรพันธ์. (2563). *การดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน : บทบาทของพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.

ไพจิตร พุทธรอด, โสภิต สุวรรณเวลา และ จินัฐตา ศุภศิริ. (2563). ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดต่อความจำและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพร่องทางการรู้คิดขั้นต้น. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขสุขภาพใต้*, 7(1), 270-280.

- พรนภา นาคโนนหัน. (2560). พยาบาลด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาล สภากาชาดไทย*, 10(2), 36-46.
- พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. (ม.ป.ป.). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546*. กระทรวงพัฒนา สังคม และความมั่นคงของมนุษย์. <http://www.oppo.opp.go.th/pages/law/law09.html>.
- ศกามาศ พิมพ์ธารา, พรชัย จุลเมตต์ และ นัยนา พิพัฒน์วณิชชา. (2565). การศึกษานำร่องผลของ โปรแกรมกระตุ้นศักยภาพสมองด้านการรู้คิดต่อการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิด บกพร่องเล็กน้อยในชุมชน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 30(3), 1-12.
- ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. (14 ตุลาคม 2553). *หูอื้อ*. <https://si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=486>.
- การดี นานาศิลป์. (2558). แขนความรู้การพยาบาลผู้สูงอายุ: ผู้สูงอายุคือ ใคร อายุ หรือ ปัจจัยใดช่วย กำหนด. *พยาบาลสาร*, 42(ฉบับพิเศษ), 156-162.
- ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์. (2561). *ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ: ความรู้ปัจจุบันและ การนำไปใช้ทางการพยาบาล*. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
- ภรณ์วิทย์ อนันต์ดิลลภทธี. (2564). ภาวะสมองเสื่อม. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริม สุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 15(37), 392-398. doi:10.14456/rhpc9j.2021.28.
- มุกดา หนูศรี. (2559). การป้องกันภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 8(1), 227-240.
- มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์สุคนิชย์. (2555). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2563). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2563*. <https://thaitgri.org/?p=39772>.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2557). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์.
- ราตรี สุตทรวง และ จุไรพร สมบุญวงศ์. (2532). ประสาทสรีรวิทยาในผู้สูงอายุ. *จุฬาลงกรณ์ เวชสาร*, 33(10), 801-806.
- ราตรี สุตทรวง และ วีระชัย สิงหนิยม. (2545). *ประสาทสรีรวิทยา*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัชดาภรณ์ หงส์ทอง และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2558). ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อการรู้คิด ของผู้สูงอายุสมองเสื่อม. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 8(1), 99-112.
- รัตนา พึ่งเสมา. (2563). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาล สภากาชาดไทย*, 13(1), 15-24.

- ลักษณะ สิริวัฒน์. (2558). *การรู้คิด (Cognition)*. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. (2553). *การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาระบบประสาทและอื่น ๆ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3).
กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- วิชัย วงษ์ใหญ่ และ มารุต พัฒนา. (2562). *การบูรณาการเชิงสร้างสรรค์ (Creative Integration)*.
กรุงเทพฯ: ศูนย์ผู้นำนวัตกรรมหลักสูตรและการเรียนรู้.
- วิชัย เอกพลากร. (2557). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- วิชัย เอกพลากร (บ.ก.). (2564). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดดีไซน์.
- วันดี โภคะกุล และ จิตนภา วาริชวโรจน์. (2547). *การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม สำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2552). *ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. ใน ประเสริฐ อัสสันตชัย (บ.ก.), *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน* (น. 109-121).
กรุงเทพฯ: ยูเนียนครีเอชั่น.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2556). *การป้องกัน การประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม*. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล: อักษรกราฟฟิกแอนดดีไซน์.
- ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ กรมอนามัย. (2559). *ข้อมูลประชากรกลุ่มชาติพันธุ์พื้นที่ 20 จังหวัด*. <http://hhdc.anamai.moph.go.th:81/ethnics>.
- สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. (19 เมษายน 2550). *บูรณาการ*. <http://legacy.orst.go.th/?knowledges=บูรณาการ-๑๕-เมษายน-๒๕๕๐#:~:text=คำว่า%20ให้เป็นหลักสูตรเดียว>.
- สิริจิตต์ เดชอมรชัย. (2557). *การวัดและประเมินความสามารถในการใช้ภาษาเพื่อการสื่อสาร*. *วารสารสมาคมครุภาษาฝรั่งเศสแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ฯ*, 127(37), 51-62.
- สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2561). *การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ*. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(4), 6-14.
- สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค และ อาทิตยา สุวรรณ. (2559). *ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดต่อความสามารถในการรู้คิด และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันในผู้สูงอายุที่เสี่ยงหรือมีภาวะสมองเสื่อม*. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 9(2), 145-158.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม*. กรุงเทพฯ: ธนาพรส.

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2564). *แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม*. กรุงเทพฯ: ธนาพรส.

สถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง. (9 สิงหาคม 2564). *วันชนเผ่าสากล 2564 : วาระการพัฒนาไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง*. <https://www.hrdi.or.th/articles/Detail/1467>.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2551). *การประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ เรื่องการเปรียบเทียบความสัมพัทธ์แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination; TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม*. กรุงเทพฯ: ซีจีทูล.

สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์, มยุรี ลีทองอิน, สุทธินันท์ สุบินดี, พชร โชติชัยสถิตย์ และ ปรัชญา สังคพัฒน์. (2564). การรับรู้ของชุมชนชนบทต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุและการป้องกัน. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 37(1), 156-167.

สาวิตรี จิระยา, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และ เวทิส ประทุมศรี. (2561). ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความจำในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 26(2), 30-39.

สมาคมการสำรวจและการแผนที่แห่งประเทศไทย. (2562). *เคล็ดลับ google maps: เรื่องของการshare ตำแหน่งและเส้นทาง*. <http://sms.or.th/sms/index.php/th/>.

สุวรรณ อรุณไพศาล, ธรณินทร์ กองสุข และ ณรงค์ มณีทอง. (2551). *การพัฒนาและความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถาม ในชุมชนไทยอีสาน*. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต. <https://suicide.dmh.go.th/abstract/details.asp?id=4901>

อาทิตยา สุวรรณ และ สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2559). ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. *สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี*, 5(2), 21-32.

อชิธา สุนทโรทก. (2550). พิธีกรรมเกี่ยวกับความตายของกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง. ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (บ.ก.), *วัฒนธรรม ความตาย กับความหลากหลายทางชาติพันธุ์* (น. 83-114). นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

อภิชาติ ภัทรธรรม. (2551). ม้ง. *วารสารการจัดการป่าไม้*, 2(4), 84-9.

Alzheimer's Disease International. (2014). *Dementia in the Asia Pacific Region*. Retrieved from <https://www.alzint.org/u/Dementia-Asia-Pacific-2014.pdf>.

- Alzheimer's Disease International. (2021). *World Alzheimer Report 2021 Journey Through the Diagnosis of Dementia*. Retrieved from <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2021/>.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Anderton, B. H. (2002). Ageing of the brain. *Mechanisms of ageing and development*, 123(7), 811–817. doi:10.1016/s0047-6374(01)00426-2
- Apóstolo, J. L. A., Cardoso, D. F. B., Rosa, A. I., & Paúl, C. (2014). The Effect of Cognitive Stimulation on Nursing Home Elders: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Nursing Scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 46(3), 157–166. doi:10.1111/jnu.12072.
- Bélangier, L., Desmartis, M., & Coulombe, M. (2018). Barriers and facilitators to family participation in the care of their hospitalized loved ones. *Patient Experience Journal*, 5(1), 56-65. doi:10.35680/2372-0247.1250.
- Bich, N. N., Dung, N. T. T., Vu, T., Quy, L. T., Tuan, N. A., Binh, N. T. T., Hung, N. T., & Anh, L. V. (2019). Dementia and associated factors among the elderly in Vietnam: a cross-sectional study. *International Journal of Mental Health Systems*, 13(57). doi:10.1186/s13033-019-0314-7.
- Bond, A. E., Draeger, R. L. C., Mandleco, B., & Michael, D. (2003). Need of family members of patients with severe traumatic brain injury Implications for evidence-based practice. *Clinical Care Nurse*, 23(4), 63-72.
- Burns, I., Cox, H., & Plant, H. (2000). Leisure or therapeutics? Snoezelen and the care of older persons with dementia. *International Journal of Nursing Practice*, 6(3), 118–126. doi:10.1046/j.1440-172x.2000.00196.x.
- Capotosto, E., Belacchi, C., Gardini, S., Faggian, S., Piras, F., Mantoan, V., Salvalaio, E., Pradelli, S., & Borella, E. (2016). Cognitive stimulation therapy in the Italian context: its efficacy in cognitive and non-cognitive measures in older adults with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(3), 331-340. doi:10.1002/gps.4521.
- Chen, J-H., Lin, K-P., & Chen, Y-C. (2009). Risk Factors for Dementia. *Journal of the Formosan Medical Association*, 108(10), 754–764. doi:10.1016/s0929-6646(09)60402-2.

- Dehbozorgi, R., Fereidooni-Moghadam, M., Shahriari, M., & Moghimi-Sarani, E. (2022). Barriers to family involvement in the care of patients with chronic mental illnesses: A qualitative study. *Frontiers in psychiatry*, *13*, 995863. doi:10.3389/fpsyt.2022.995863
- Denning, T., & Sandilyan, M. B. (2015). Dementia: definitions and types. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, *29*(37), 37–42. doi:10.7748/ns.29.37.37.e9405.
- Draper, B. (1991). Potentially reversible dementia: a review. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *25*(4), 506–518. doi:10.3109/00048679109064444.
- Duong, S., Patel, T., & Chang, F. (2017). Dementia: What pharmacists need to know. *Canadian Pharmacists Journal : CPJ / Revue des pharmaciens du Canada : RPC*, *150*(2), 118–129. doi:10.1177/1715163517690745.
- Emmady, P. D., & Tadi, P. (2022). Major Neurocognitive Disorder (Dementia). In *StatPearls*. Treasure Island (FL) : StatPearls Publishing.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behavior research methods*, *41*(4), 1149–1160. doi:10.3758/BRM.41.4.1149.
- Fisher, G. G., Chacon, M., & Chaffee, D. S. (2019). Chapter 2 - Theories of Cognitive Aging and Work. In Baltes, B. B., Rudolph, C. W., & Zacher, H. (Eds.), *Work Across the Lifespan* (pp. 17-45) : Academic Press.
- Friedman, M. M., Bowden, V.R. & Jones, E.G. (2003). *Family nursing : Research theory and practice* (5th ed.). New Jersey: Upper Saddle River.
- GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators. (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Public Health*, *7*(2), E105-E125. doi:10.1016/S2468-2667(21)00249-8.
- Gates, N. J., Sachdev, P. S., Fiatarone Singh, M. A., & Valenzuela, M. (2011). Cognitive and memory training in adults at risk of dementia: A Systematic Review. *BMC Geriatr*, *11*(55). doi:10.1186/1471-2318-11-55.
- Gomez-Soria, I., Peralta-Marrupe, P., & Plo, F. (2020). Cognitive stimulation program in mild cognitive impairment A randomized controlled trial. *Dementia & Neuropsychologia*, *14*(2), 110–117. doi:10.1590/1980-57642020dn14-020003.

- Hale, W. E. (1972). Sample size determination for the log-normal distribution. *Atmospheric Environment Pergamon Press*, 6(6), 419-422. doi:10.1016/0004-6981(72)90138-2.
- Houben, M., Brankaert, R., Bakker, S., Kenning, G., Bongers, I., & Eggen, B. (2020). The role of everyday sounds in advanced dementia care. *Proceedings of the 2020 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems*, 1-14. doi: 10.1145/3313831.3376577.
- Jingjing, G., & Onkam, I. (2021). Way of life of Hmong Ethnic Group : The case study of Ban Mae Sa Mai, Pongyang Sub-district, Maerim District, Chiangmai Province. *Liberal Arts Review*, 16(1), 27-44.
- Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., & Ebrahim, S. (1994). The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: Development of a new index. *Age and Aging*, 23, 97-101.
- Julayanont, P., Tangwongchai, S., Hemrungronj, S., Tunvirachaisakul, C., Phanthumchinda, K., Hongsawat, J., Suwichanarakul, P., Thanasirorat, S., & Nasreddine, Z. S. (2015). The Montreal Cognitive Assessment-Basic: A Screening Tool for Mild Cognitive Impairment in Illiterate and Low-Educated Elderly Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(12), 2550–2554. doi:10.1111/jgs.13820.
- Kim, M., & Park, J. M. (2017). Factors affecting cognitive function according to gender in community-dwelling elderly individuals. *Epidemiology and Health*, 39, e2017054. doi:10.4178/epih.e2017054.
- Koltyk, J. A. (1995). Hmong Means Free: Life in Laos and Americaby Sucheng Chan. *The Western Historical Quarterly*, 26(2), 219. doi:10.2307/970199.
- Krithikadatta, J. (2014). Normal distribution. *Journal of conservative dentistry : JCD*, 17(1), 96–97. doi:10.4103/0972-0707.124171.
- Kusalaruk, P., & Nakawiro, D. (2012). A Validity Study of the Mini-Cog Test in Thai Dementia Patients. *Ramathibodi Medical Journal*, 35(4), 264–271.
- Lee, M. N. M. (1998). The Thousand-Year Myth: Construction and Characterization of Hmong. *Hmong Studies Journal*, 2(2), 1-23.
- Linda, N. (2019). Dementia: prevalence and pathophysiology. *British Journal of Healthcare Assistants*, 13(6), 266–270. doi:10.12968/bjha.2019.13.6.266.
- Malim, T., & Birch, A. (1998). *Cognitive development*. In *Introductory Psychology* (pp. 459-486). London : Macmillan Education U. doi:10.1007/978-1-349-14186-9_25.

- McCullagh, C., Craig, D., McIlroy, S., & Passmore, A. (2001). Risk factors for dementia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7(1), 24-31. doi:10.1192/apt.7.1.24
- Mon, S. L., Tiraphat, S., & Jayasvasti, I. (2017). Factors associated with mild cognitive impairment among the community-dwelling elderly in the urban area of Kyauk Tan Township, Myanmar. *Journal of Public Health and Development*. 15(1), 63-79.
- Moro, V., Condoleo, M. T., Valbusa, V., Broggio, E., Moretto, G., & Gambina, G. (2015). Cognitive stimulation of executive functions in mild cognitive impairment: specific efficacy and impact in memory. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 30(2), 153-164. doi:10.1177/1533317514539542.
- Olazarán, J., & Muñoz, R. (2018). Cognitive stimulation, training, and rehabilitation. In Orrell, M., & Zarit, S. (Eds.), *Cognitive Stimulation Therapy for Dementia, History, Evolution and Internationalism* (pp.33-63). New York : Routledge/Taylor & Francis Group.
- Patterson, C., Feightner, J., Garcia, A., & MacKnight, C. (2007). General risk factors for dementia: A systematic evidence review. *Alzheimer's & Dementia : the journal of the Alzheimer's Association*, 3(4), 341–347. doi:10.1016/j.jalz. 2007.07.001.
- Peters, R. (2006). Ageing and the brain. *Postgraduate medical journal*, 82(964), 84–88. doi:10.1136/pgmj.2005.036665.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 139(9), 1136–1139. doi:10.1176/ajp.139.9.1136.
- Prajapati, B., Dunne, M., & Armstrong, R. (2010). Sample size estimation and statistical power analyses. *Optometry Today*, 16(7), 10-18.
- Schepp, K.G. (1995). *Psychometric assessment of the preferred participation scale for parents of hospitalized children*. Doctoral Dissertation, Psychosocial and Community Health Department, School of Nursing, University of Washington.
- Scott, K. R., & Barrett, A. M. (2007). Dementia syndromes: evaluation and treatment. *Expert review of neurotherapeutics*, 7(4), 407-422. doi:10.1586/14737175.7.4.407.
- Shaw, M. E. (1981). *Group Dynamic - The Psychology of Small Group Behavior*. New York: McGraw - Hill Book Company.

- Sipollo, B. V., Jullamate, P., Piphatvanitcha, N., & Rosenberg, E. (2019). Effect of a Cognitive Stimulation Therapy Program on Cognitive Ability of Demented Older Adults. *The Bangkok Medical Journal Vol, 15(1)*, 44-50.
- Spector, A. (2018). Overview of CST and related approaches : Introduction. In Yates, L. A., Yates, J., Orrell, M., Spector, A., & Wood, B. (Eds.), *Cognitive stimulation therapy for dementia: History, evaluation and internationalism*. New York : Routledge/Taylor & Francis group.
- Spector, A., Aguirre, E., & Orrell, M. (2014). Guidelines for adapting cognitive stimulation therapy to other cultures. *Clinical interventions in aging, 9*, 1003–1007. doi:10.2147/CIA.S61849.
- Spector, A., Davies, S., Woods, B., & Orrell, M. (2000). Reality orientation for dementia: a systematic review of the evidence of effectiveness from randomized controlled trials. *The Gerontologist, 40(2)*, 206–212. doi:10.1093/geront/40.2.206.
- Spector, A., Orrell, M., Davies, S., & Woods, B. (2001). Can reality orientation be rehabilitated? Development and piloting of an evidence-based programme of cognition-based therapies for people with dementia. *Neuropsychological Rehabilitation, 11(3-4)*, 377–397. doi: 10.1080/09602010143000068.
- Spector, A., Stoner, C. R., Woods, B., & Orrell, M. (2020). *Making a Difference 1*. (2nd edition). Great Britain: Printondemand-worldwide, Peterborough.
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M., & Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science, 183*, 248–254. doi:10.1192/bjp.183.3.248.
- Tantanokit, T., Bosittipichet, T., & Leesri, T. (2021). The Study of Prevalence and Associated Factors of Dementia in the Elderly. *Siriraj Medical Journal, 73*, 224-235.
- Thongbupa, S., Harnirattisai, T., & Muengtaweepongsa, S. (2020). The Effects of a Family Participation Program in Cognitive Rehabilitation on the Functional Outcomes among Acute Stroke Patients: Preliminary Analysis. *Science & Technology Asia, 25(3)*, 19–28.
- Triestuning, E., & Sipollo, B. V. (2019). COGNITIVE STIMULATION THERAPY ON ELDERLY WITH DEMENTIA IN PANTI WERDHA PANDAAN, PASURUAN. *INTERNATIONAL CONFERENCE OF KERTA CENDEKIA NURSING ACADEMY-2019, 1(1)*, 139-144.

- Uwagbai, O., & Kalish, V. B. (2022, Jan 14). Vascular Dementia. In *StatPearls*. Treasure Island (FL) : Stat Pearls Publishing.
- Wahl, D., Solon-Biet, S. M., Cogger, V. C., Fontana, L., Simpson, S. J., Le Contour, D. G., & Ribeiro, R. V. (2019). Aging, lifestyle and dementia. *Neurobiology of Disease*, 130, e104481.
- Wall, M., & Duffy, A. (2010). The effects of music therapy for older people with dementia. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 19(2), 108–113. doi:10.12968/bjon.2010.19.2.46295
- Wenisch, E., Cantegreil-Kallen, I., De Rotrou, J., Garrigue, P., Moulin, F., Batouche, F., Richard, A., De Sant'Anna, M., & Rigaud, A. S. (2007). Cognitive stimulation intervention for elders with mild cognitive impairment compared with normal aged subjects: preliminary results. *Aging clinical and experimental research*, 19(4), 316–322. doi:10.1007/BF03 324708.
- Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., & Kuntawong, P. (2019). Evaluating hierarchical items of the geriatric depression scale through factor analysis and item response theory. *Heliyon*, 5(8), e02300. doi:10.1016/j.heliyon.2019.e02300.
- Woods, B., Aguirre, E., Spector, A. E., & Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *The Cochrane database of systematic reviews*, (2), CD005562. doi:10.1002/14651858.CD005562.pub2.
- Woods, B., O'Philbin, L., Farrell, E. M., Spector, A. E., & Orrell, M. (2018). Reminiscence therapy for dementia. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD001120. doi:10.1002/14651858.CD001120.pub3.
- Woods, B., Spector, A., Jones, C., Orrell, M., & Davies, S. (2005). Reminiscence therapy for dementia. *The Cochrane database of systematic reviews*, (2), CD001120. doi:10.1002/14651858.CD001120.pub2.
- World Health Organization. (2022, October 1). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
- World Health Organization. (2022, September 20). *Dementia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.
- United Nations High Commissioner for Refugees. (2024, June 13). *Older persons*. <https://emergency.unhcr.org/protection/persons-risk/older-persons#0>.

- Yaffe, K. (2018). Modifiable Risk Factors and Prevention of Dementia What Is the Latest Evidence?. *JAMA Internal Medicine*, 178(2), 281-282. doi:10.1001/jamainternmed.2017.7299.
- Yaffe, K., Fiocco, A. J., Lindquist, K., Vittinghoff, E., Simonsick, E. M., Newman, A. B., Satterfield, S., Rosano, C., Rubin, S. M., Ayonayon, H. N., & Harris, T. B. (2009). Predictors of maintaining cognitive function in older adults: The Health ABC Study. *Neurology*, 72(23), 2029–2035. doi:10.1212/WNL.0b013e3181a92c36.
- Yip, A. G., Brayne, C., & Matthews, F. E. (2006). MRC Cognitive Function and Ageing Study, Risk factors for incident dementia in England and Wales: The Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. A population-based nested case - control study, *Age and Ageing*, 35(2), 154-160. doi:10.1093/ageing/afj030.
- Young, D. K-W., Ng, P. Y., Kwok, T., Ho, F., Cheng, D., Mak, V., & Lau, A. (2018). The effects of an expanded cognitive stimulation therapy model on the improvement of cognitive ability of elderly with mild stage Dementia living in a community - a randomized waitlist controlled trial. *Aging & Mental health*, 23(7), 855-862. doi:10.1080/13607863.2018.1471586.

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวสาธิตา สืบทายาท
วัน เดือน ปี เกิด	13 มิถุนายน 2536
สถานที่เกิด	พิษณุโลก
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	2 การ์เด้นท์ เฟลส 22 ซอยลาดกระบัง 22 แขวงลาดกระบัง เขตลาดกระบัง กรุงเทพฯ 10520
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2560-2564 พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเวชธานี กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2560 พยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับหนึ่ง) มหาวิทยาลัย นานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก



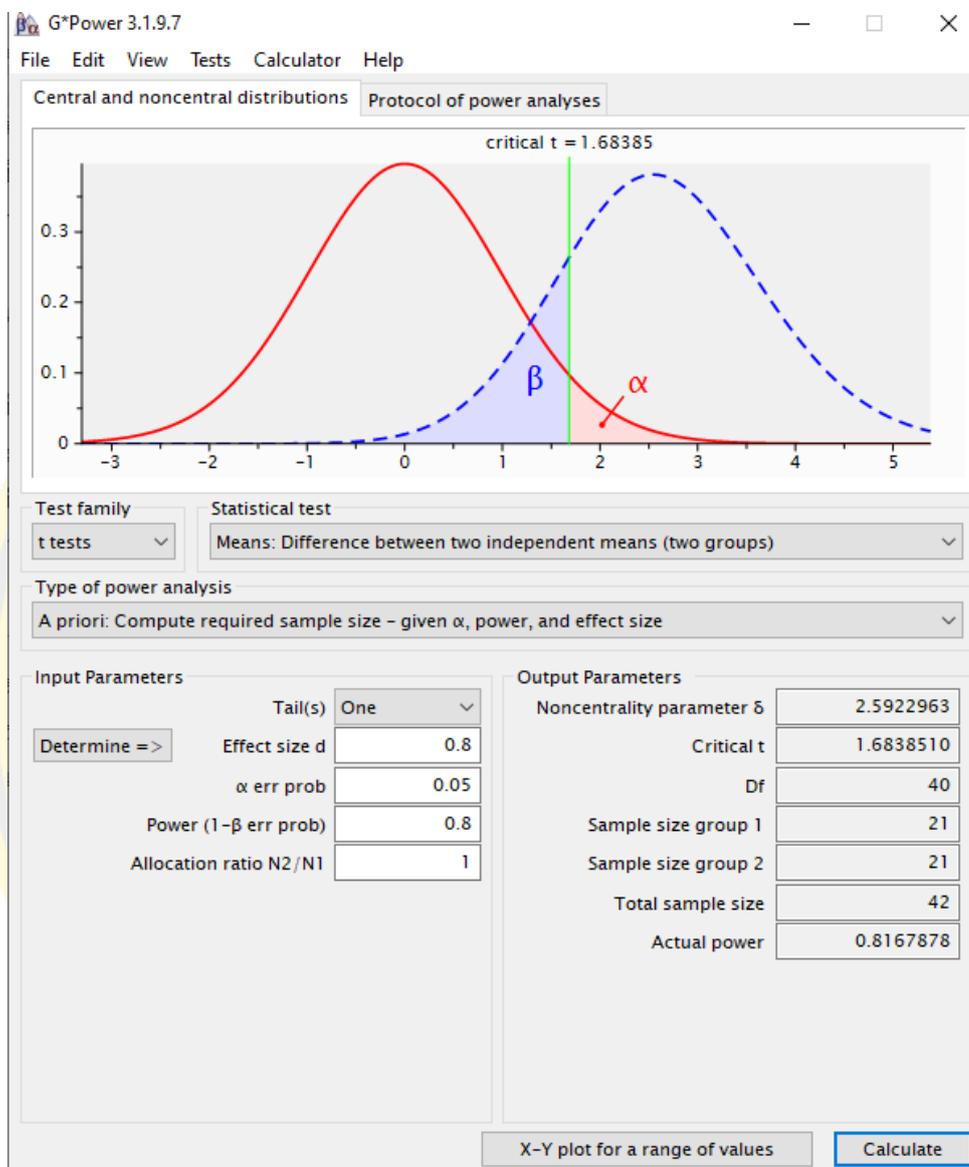
ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย



ภาคผนวก ข

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.7





ภาคผนวก ค

เอกสารอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ที่ ๐๑๖๖
วันที่ - 8 ส.ค. 2566
เวลา 16.09 น.



ที่ สธ ๐๓๑๙/ ๔๖๕

e-mail quonvrsr@bu.ac.th

สถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๗๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ อว ๘๑๓๗ / ๑๓๓๔
ลงวันที่ ๖ กรกฎาคม ๒๕๖๖

ตามที่ นางสาวสาธิตา สืบทายาท นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จัดทำวิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง” มีความประสงค์ขออนุญาตใช้ การประเมินสภาพสมองเบื้องต้นโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ปี ๒๐๐๒ ฉบับภาษาไทย (Mini – Mental State Examination (MMSE) - Thai ๒๐๐๒) จากสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ เพื่อใช้ในงานวิจัย นั้น

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ อนุญาตให้ใช้เครื่องมือ การประเมินสภาพสมองเบื้องต้นโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ปี ๒๐๐๒ ฉบับภาษาไทย (Mini – Mental State Examination (MMSE) - Thai ๒๐๐๒) หากต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม สามารถสอบถามได้ที่โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๖๒๑๑ ต่อ ๘๑๑

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางบุษกร โลหารขุน)

ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

เรียน คณบดี

๑. เพื่อโปรดทราบ

๒. เห็นควร e-mail แจ้งงานบัณฑิต (คุณพรธมนิภา)

ทราบ เพื่อดำเนินการส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

สุภาวิณี ๙ ส.ค.๖๖

กลุ่มงานวิจัย และเทคโนโลยี ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ
โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๖๒๑๑ ต่อ ๘๑๑
โทรสาร ๐ ๒๕๕๑ ๘๒๗๗

115๖๒

10 ส.ค. 66

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ที่ ๐๑๕๖
วันที่ 25 ก.ย. 2566
เวลา 15.03 น.



มหาวิทยาลัยบูรพา
รับที่ 06827
วันที่ 21 ก.ย. 2566
เวลา 14.46 น.

ที่ อว ๘๓๙๓(๘).๗/๘๓๒

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๑๕ กันยายน ๒๕๖๖

บัณฑิตวิทยาลัย
รับที่ 007981
วันที่ 22 ก.ย. 2566
เวลา 13.25 น.

e-mail คุณพรคนิภา

เรื่อง อนุญาตให้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย
เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา
อ้างถึง หนังสือเลขที่ อว ๘๓๓๗/๑๓๓๕ ลงวันที่ ๖ กรกฎาคม ๒๕๖๖
สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย ๖ ข้อ (TGDS-๖) ๑ ชุด

ตามที่ นางสาวสาธิตา สืบหาษาท รหัสประจำตัวนิสิต ๖๔๙๑๐๐๑๑ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งอยู่ระหว่างเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุ กลุ่มชาติพันธุ์ม้ง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale; TGDS-๖) นั้น

ในการนี้ข้าพเจ้า ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงณททัย วงศ์ปการันย์ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าว ทั้งนี้ได้แนบตัวอย่างแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS-๖) มาเพื่อใช้เก็บข้อมูลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

เรียน คณบดี

- เพื่อโปรดทราบ
- เห็นควรมอบหมายคุณพรคนิภา
ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

น.น.อ.
๒๒ ก.ย. ๒๕๖๖

ขอแสดงความนับถือ เรียน คณบดี

- เพื่อโปรดทราบ
- เห็นควร e-mail แจ้งงานบัณฑิต (คุณพรคนิภา)ทราบ เพื่อดำเนินการส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงณททัย วงศ์ปการันย์)
ศาสตราจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์

สุภาวีย์ ๒๕ ก.ย. ๖๖

เสนอ บัณฑิตวิทยาลัย
๒๑ ก.ย. ๒๕๖๖

น.น.อ.
๑๖/๙
25/๙/๖๖

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โทร ๐ ๕๓๙๓ ๕๔๒๒
โทรสาร ๐ ๕๓๙๓ ๕๔๒๖.

ทรง/ส่งแจ้งกรมฯ

Jinselle
๒๒ ก.ย. ๖๖

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิฑูรย์ แจ้งเยี่ยม)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

Sent Via Email: 64910011@go.buu.ac.th

October 12, 2023

Sathita Suephayath
Faculty of Nursing, Burapha University
No. 5, Garden Place 22, Soi Lat Krabang 22
Bangkok, Lat Krabang 10520
Thailand

Dear Sathita Suephayath:

In response to your recent request, permission is hereby granted to you to reproduce up to a total of 120 (paper) copies of the Thai version of the Mini-Mental State Examination (MMSE) Test Form for use only in your research titled, *The effect of cognitive stimulation program integrated with family participation on cognitive of Hmong older adult*. If additional copies are needed, it will be necessary to write to PAR for further permission.

Permission is also granted for you to include the approved Sample Items from the MMSE in the Appendix of your thesis, any further publication in a Journal (or otherwise) will require additional permission. The approved sample items are provided to you in Appendix A of this Permission Agreement. No other sample items will be allowed to be published from the MMSE. **PAR will not grant permission to publish the entire MMSE in any publication.**

This Agreement is subject to the following restrictions:

- (1) Any and all materials used will contain the following credit line:

"Reproduced by special permission of the Publisher, Psychological Assessment Resources, Inc. (PAR), 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, from the Mini Mental State Examination, by Marshal Folstein and Susan Folstein, Copyright 1975, 1998, 2001 by Mini Mental LLC, Inc. Published 2001 by PAR. Further reproduction is prohibited without permission of PAR. [Copyright@parinc.com]."
- (2) None of the material may be sold, given away, or used for purposes other than those described above.
- (3) The Forms will be supplied to all persons/sites in hard copy. The form will not be distributed by electronic means (e-mail or website download) to any person/site. Distribution of forms will be in-person or via postal mail /courier only.

MMSE Suephayath Jullamate Thai (Burapha Univ) - 10-12-2023

16204 N. Florida Ave. | Lutz, FL 33549 | 813.968.3003 | parinc.com

- (4) The Forms will not be stored on any local computer/server/ network, website/ share drive or portable device for access by any individual.
- (5) An accurate count of the total number of administrations using the translation will be kept.
- (6) You agree to pay PAR the following non-refundable fees:
- (a) Royalty/license fee of \$165.60 USD (\$1.38 USD per copy for 120 copies). This fee includes a 40% student research discount.

(b) Digital IP Delivery fee of \$25.00 USD.

Total fees to be paid to PAR: \$190.60 USD, which are due and payable upon signing of this Agreement. Pricing may be subject to change.

Licensing fees paid to PAR will be payable in US Dollars drawn on a US bank. Any taxes levied on fees by Licensee's government, or fees deducted by Licensee's bank (originating or intermediary) and/or financial institution, shall be paid by Licensee and shall not reduce the amount due to PAR.

- (7) One copy of any of the material reproduced will be sent to PAR to indicate that the proper credit line has been used.

This Permission Agreement should be signed and returned to me, along with payment of **\$190.60 USD** to indicate your agreement with the above restrictions. We will then countersign and return a fully executed copy to you for your records.

Sincerely,

Andrea Butler Fernández
Jr. Permissions Specialist
afernandez@parinc.com
1-800-331-8378 (phone)
1-800-727-9329 (fax)

ACKNOWLEDGED, ACCEPTED AND AGREED:By: Sathita Suepthayat

Sathita Suepthayat

Date: 14 October 2023By: Andrea Butler Fernandez

Andrea Butler Fernandez

Date: October 16, 2023**To be completed by PAR:**Payment Received: VISAPAR Customer No.: CU-10043236**SIGNATURE OF PROFESSOR REQUIRED:**

I hereby agree to supervise this student's use of these materials. I also certify that I am qualified to use and interpret the results of these tests as recommended in the *Standards for Educational and Psychological Testing*, and I assume full responsibility for the proper use of all materials used per this Agreement.

By: [Signature]

Assoc. Prof. Dr. Pornchai Jullamate, Ph.D.



ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

รหัส.....

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน

ดัชนีบาร์เชล ฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์สอบถามผู้สูงอายุหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ และทำเครื่องหมาย ✓
ลงในช่อง () ที่ตรงกับคำตอบของผู้สูงอายุ

ข้อคำถาม	ผู้วิจัย
<p>1. รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า</p> <p>(0) ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้</p> <p>(1) ดักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนดักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า</p> <p>(2) ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ</p>	ADL1 ()
<p>2. ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา</p> <p>(0) ต้องการความช่วยเหลือ</p> <p>(1) ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)</p>	ADL2 ()
<p>3. ลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้</p> <p>(0) ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้ 2 คนช่วยกันยกขึ้นมา</p> <p>(1) ต้องใช้คนแข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน/ใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงดันขึ้นมาจากเตียงจะนั่งอยู่ได้</p> <p>(2) ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น ช่วยพยุงเล็กน้อย/ต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย</p> <p>(3) ทำได้เอง</p>	ADL3 ()
<p>4. การใช้ห้องน้ำ</p> <p>(0) ช่วยตัวเองไม่ได้</p> <p>(1) ทำเองได้บ้าง ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง</p> <p>(2) ช่วยเหลือตนเองได้ดี</p>	ADL4 ()
<p>5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน</p> <p>(0) เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้</p> <p>(1) ใช้รถเข็นช่วยให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) เข้าออกมุงห้องหรือประตูได้</p> <p>(2) เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง</p> <p>(3) เดินหรือเคลื่อนที่เองได้</p>	ADL5 ()

ข้อคำถาม	ผู้วิจัย
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (0) ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย (1) ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย (2) ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป ใส่เสื้อผ้าที่ตัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	ADL6 ()
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (0) ไม่สามารถทำได้ (1) ต้องให้คนช่วย (2) ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)	ADL7 ()
8. การอาบน้ำ (0) ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ (1) อาบน้ำเองได้	ADL8 ()
9. การกลั่นถ่ายอุจจาระใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (0) กลั่นไม่ได้บางครั้ง หรือต้องการสวนอุจจาระอยู่เสมอ (1) กลั่นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์) (2) กลั่นได้เป็นปกติ	ADL9 ()
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (1) กลั่นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้ (2) กลั่นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง) (3) กลั่นได้เป็นปกติ	ADL10 ()

รวมคะแนน

รหัส.....

แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุไทย 6 ข้อ (GDS-6)

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์สอบถามผู้สูงอายุและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

หัวข้อ	ใช่	ไม่ใช่	ผู้วิจัย
1. โดยทั่วไปแล้วคุณพึงพอใจกับชีวิตตัวเองหรือไม่			GDS1 ()
2. คุณรู้สึกเบื่อ ๆ อยู่บ่อยครั้งหรือไม่			GDS2 ()
3. คุณอารมณ์ดีเป็นส่วนใหญ่หรือไม่			GDS3 ()
4. คุณรู้สึกหมดหนทางอยู่บ่อยครั้งหรือไม่			GDS4 ()
5. คุณรู้สึกหรือไม่ว่าชีวิตที่กำลังเป็นอยู่นี้ช่างไร้ค่าเหลือเกิน			GDS5 ()
6. คุณรู้สึกหมดหวังกับสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่หรือไม่			GDS6 ()

รวมคะแนน

รหัส.....

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q)

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์สอบถามให้ได้คำตอบทีละข้อ ถ้าไม่เข้าใจจึงถามซ้ำและไม่มีการอธิบายขยายความเพิ่มเติม และทำเครื่องหมาย “√” ในช่องที่ตรงกับคำตอบของสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ

คำถาม	มี	ไม่มี	ผู้วิจัย
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ “ท่านรู้สึกหดหูเศร้าหรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่”			2Q1 ()
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ “ท่านรู้สึกเบื่อทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่”			2Q2 ()

คำตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า

คำตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้า

รวมคะแนน

รหัส.....

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

Creating Connections.
Changing Lives. **PAR**®

Appendix A

MMSE Sample Items

Orientation to Time

"What is the date?"

Naming

"What is this?" [Point to a pencil or pen.]

Reading

"Please read this and do what it says. [Show examinee the words on the stimulus form.]
CLOSE YOUR EYES

Thai MMSE Sample Items

การรู้เวลา

วันนี้วันที่เท่าไร?

การเรียกชื่อ*

นี่คืออะไร? [ชี้ที่ดินสอดหรือปากกา]

การอ่าน

กรุณาอ่านตรงนี้และทำตามที่บอกไว้ [แสดงคำบนแบบฟอร์มกระตุ้นให้ผู้รับการตรวจ]
หลับตา

"Reproduced by special permission of the Publisher, Psychological Assessment Resources, Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, from the Mini Mental State Examination, by Marshal Folstein and Susan Folstein, Copyright 1975, 1998, 2001 by Mini Mental LLC, Inc. Published 2001 by Psychological Assessment Resources, Inc. Further reproduction is prohibited without permission of PAR, Inc. The MMSE can be purchased from PAR, Inc. by calling (813) 968-3003."



ภาคผนวก จ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

รหัส.....

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์สอบถามผู้สูงอายุหรือสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ และทำเครื่องหมาย ✓ ลง
ในช่องที่ตรงกับคำตอบมากที่สุดหรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. เพศ () 1 ชาย () 2 หญิง
2. อายุปี
3. ระดับการศึกษา

() 1 ไม่ได้เรียนหนังสือ	() 2 ระดับประถมศึกษา
() 3 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	() 4 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
() 5 ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	() 6 สูงกว่าปริญญาตรี
4. ความสามารถในการอ่าน-เขียน

() 1 อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้	() 2 อ่านออก-เขียนไม่ได้
() 3 อ่านไม่ออก-เขียนได้	
5. ท่านมีโรคประจำตัว

() 0 ไม่มี	() 1 มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
() 1 โรคเบาหวาน	() 2 โรคความดันโลหิตสูง () 3 โรคไขมันในเลือดสูง
() 4 เก๊าต์/ปวดกระดูก/ข้อ	() 5 โรคไตวายเรื้อรัง () 6 โรคหัวใจและหลอดเลือด
() 7 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	() 8 โรคพาร์กินสัน () 9 โรคหลอดเลือดสมอง
() 10 อื่น ๆ ระบุ.....	
6. ปัจจุบันท่านมีผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลหลัก

() 0 ไม่มี	() 1 มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
() 1 คู่สมรส	() 2 บุตรสาว () 3 บุตรชาย () 4 พี่น้อง () 5 บุตรหลาน
() 6 อื่น ๆ ระบุ.....	

รหัส.....

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

Creating Connections.
Changing Lives. **PAR**®

Appendix A

MMSE Sample Items

Orientation to Time

"What is the date?"

Naming

"What is this?" [Point to a pencil or pen.]

Reading

"Please read this and do what it says. [Show examinee the words on the stimulus form.]
CLOSE YOUR EYES

Thai MMSE Sample Items

การรู้เวลา

วันนี้วันที่เท่าไร?

การเรียกชื่อ*

นี่คืออะไร? [ชี้ที่ดินสอดหรือปากกา]

การอ่าน

กรุณาอ่านตรงนี้และทำตามที่บอกไว้ [แสดงคำบนแบบฟอร์มกระตุ้นให้ผู้รับการตรวจ]
หลับตา

"Reproduced by special permission of the Publisher, Psychological Assessment Resources, Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, from the Mini Mental State Examination, by Marshal Folstein and Susan Folstein, Copyright 1975, 1998, 2001 by Mini Mental LLC, Inc. Published 2001 by Psychological Assessment Resources, Inc. Further reproduction is prohibited without permission of PAR, Inc. The MMSE can be purchased from PAR, Inc. by calling (813) 968-3003."



ภาคผนวก จ
เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง



คู่มือการวัดกิจกรรม

โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีสื่อร่วม
ของครอบครัวในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง



พัฒนาขึ้นโดย: นางสาวสาธิตา สืบทายาท

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก: รองศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิชรา ตามบุตรวงศ์

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม: รองศาสตราจารย์ ดร. ชัญญชิตาคุณฎี ทูลศิริ

ลิขสิทธิ์: มหาวิทยาลัยบูรพา



แผนการจัดกิจกรรม
โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

สาธิตา สืบทายาท

แผนการจัดกิจกรรมนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่องผลของโปรแกรม
 กระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการรู้คิด
 ของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



สมุดบันทึก การดูแลผู้สูงอายุเมื่อกลับบ้าน



พัฒนาขึ้นโดย: นางสาวสาธิตา สืบทายาท

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก: รองศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิรัชดา ตาบุตรวงศ์



ภาคผนวก ข
เครื่องมือกำกับการทดลอง

กลุ่มที่.....

แบบบันทึกการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในระหว่างทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย \checkmark เมื่อผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม และ X เมื่อผู้สูงอายุไม่ได้เข้าร่วม
ให้คะแนน 1 - 4 ลงในช่องความน่าสนใจ การสื่อสาร ความสนุกสนาน และอารมณ์

รหัส/ ชื่อ-สกุล	เข้าร่วม	ความ น่าสนใจ	การสื่อสาร	ความ สนุกสนาน	อารมณ์	หมายเหตุ
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

ให้ระดับคะแนนความน่าสนใจ การสื่อสาร และความสนุกสนาน ดังนี้

1 = ไม่มี

2 = เล็กน้อย

3 = ปานกลาง

4 = มาก

ให้คะแนนอารมณ์ ดังนี้

1 = กังวล/เครียด

2 = เฉยเมย

3 = มีลักษณะอารมณ์ดีบางอย่าง

4 = มีความสุข/ผ่อนคลาย

กิจกรรมที่จัดวันนี้: _____

สิ่งที่คิดว่าดำเนินการได้ดี: _____

สิ่งที่คิดว่าดำเนินการได้ไม่ดี/การปรับปรุงในครั้งถัดไป: _____

กลุ่มที่.....

แบบบันทึกข้อเสนอแนะของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว

คำชี้แจง บันทึกความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวที่เข้าร่วมกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดโดยใช้ข้อคำถามดังต่อไปนี้

1. คุณรู้สึกสนุกสนานกับกิจกรรมในครั้งนี้มากแค่ไหน

2. มีอะไรที่เราได้ทำที่คุณชอบหรือพบเป็นพิเศษหรือไม่

3. มีอะไรที่คุณไม่ชอบหรือที่เราสามารถทำได้ดีกว่า

4. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ



ภาคผนวก ซ

เอกสารแสดงการแจ้งข้อมูลลิขสิทธิ์



ทะเบียนข้อมูลเลขที่ ว.053282

คำขอแจ้งข้อมูลเลขที่ 448284

หนังสือแสดงการแจ้งข้อมูลลิขสิทธิ์

ออกให้เพื่อแสดงว่า

มหาวิทยาลัยบูรพา

ได้แจ้งข้อมูลลิขสิทธิ์ไว้ต่อกรมทรัพย์สินทางปัญญา

เมื่อวันที่ 3 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567

ประเภทงาน วรรณกรรม ลักษณะงาน งานนิพนธ์

ชื่อผลงาน คู่มือการจัดกิจกรรมโปรแกรมกระดานสุรสีห์รวมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว
ในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง

ออกให้ ณ วันที่ 6 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

ลงชื่อ.....

(นางธนัญญา โชติดีติก)

นักวิชาการพาณิชย์ชำนาญการพิเศษ

ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการกองลิขสิทธิ์

หมายเหตุ เอกสารนี้มิได้รับรองความเป็นเจ้าของลิขสิทธิ์

ในกรณีมีข้อพิพาทศาลจะเป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาดความเป็นเจ้าของลิขสิทธิ์



ภาคผนวก ฅ

เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Participant Information Sheet)
(กลุ่มทดลอง)

รหัสโครงการวิจัย : G-HS088/2566(C1).....

(งานมาตรฐานและจริยธรรมในการวิจัย กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุ
กลุ่มชาติพันธุ์ม้ง

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาวสาธิตา สืบทายาท นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
ผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่องผลของโปรแกรม
กระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง ก่อนที่ท่านจะตกลง
เข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

การวิจัยครั้งนี้จัดทำขึ้นเพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อ
การรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน จะ
ได้รับการประเมินการรู้คิดครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 จากนั้นจะต้องเข้าร่วมโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดซึ่งเป็นกิจกรรมการ
พยาบาลที่จัดขึ้นอย่างเป็นระบบโดยใช้กระบวนการกลุ่ม จำนวน 14 ครั้ง หลังจากนั้นจะได้รับการประเมินการรู้คิด
ครั้งที่ 2

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย ตอบ
แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประเมินการรู้คิดโดยใช้แบบประเมินแบบถามตอบ ครั้งที่ 1 หลังจากนั้นท่านจะเข้าร่วม
กิจกรรมทั้งหมด 14 ครั้ง โดยเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ห่างกัน 2-3 วันต่อครั้ง แต่ละกิจกรรมจัดครั้งละ
45-60 นาที โดยการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งจะแบ่งเป็น 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงเปิดกลุ่ม 10 นาที ช่วงทำกิจกรรมกระตุ้น
การรู้คิด 25-35 นาที และช่วงปิดกลุ่ม 10-15 นาที กิจกรรมจัดขึ้น ณ โดม อบต.เข็กน้อย โดยมีรายละเอียดของ
กิจกรรมดังนี้ กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ กิจกรรมครั้งที่ 2 ฝึกการรับฟังเสียง กิจกรรมครั้งที่ 3 ระลึกถึง
ความหลังโดยใช้ของเล่นในวัยเด็ก กิจกรรมครั้งที่ 4 การจัดเตรียมอาหาร กิจกรรมครั้งที่ 5 พุดคุยเหตุการณ์ในปัจจุบัน
กิจกรรมครั้งที่ 6 ทายชื่อบุคคลจากภาพและการพิจารณาความแตกต่างของสถานที่ กิจกรรมครั้งที่ 7 ทายสุภาษิตจาก
รูปภาพ กิจกรรมครั้งที่ 8 ประดิษฐ์ของเล่นหรือระบายสีลูกข่าง กิจกรรมครั้งที่ 9 การจัดหมวดหมู่สิ่งของ กิจกรรมครั้งที่



AF 06-02/v2.1

ที่ 10 วาดแผนที่ กิจกรรมครั้งที่ 11 พุดคุยมูลค่าของเงินและจำลองการจ่ายตลาด กิจกรรมครั้งที่ 12 ทายมูลค่าตัวเลขจากการ์ด กิจกรรมครั้งที่ 13 ไขคำศัพท์ และกิจกรรมครั้งที่ 14 ต่อจิ๊กซอว์ หลังจากโปรแกรมเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยจะให้ท่านตอบแบบประเมินการรู้คิดอีกครั้งทันที โดยท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มแต่อย่างใด

การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มในห้องปิดซึ่งมีผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยดูแลอย่างใกล้ชิด มีการจัดกิจกรรมตามแนวทางการป้องกันการแพร่ระบาดของโรกระบบทางเดินหายใจ โดยผู้ช่วยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้ง และตลอดเวลา และก่อนเข้ากิจกรรมจะมีการคัดกรองประเมินอุณหภูมิร่างกาย และอาการเบื้องต้น หากไม่พบความเสี่ยงของโรคติดเชื้อทางระบบทางเดินหายใจจะเชิญผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมและจัดที่นั่งแบบเว้นระยะห่างและมีการบริการแอลกอฮอล์สำหรับล้างมือให้กับผู้สูงอายุใช้เป็นระยะในระหว่างทำกิจกรรม และในระหว่างทำกิจกรรมผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งมีอุปกรณ์การปฐมพยาบาลจะสังเกตอาการผิดปกติของผู้สูงอายุ หากท่านมีอาการผิดปกติ รู้สึกไม่สบายสามารถแจ้งผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

ประโยชน์ที่จะได้รับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้สูงอายุจะได้คำแนะนำการดูแลเพื่อชะลอสมองเสื่อม และได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้นเพื่อกระตุ้นสมองและการรู้คิด เพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อมหรือคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการทำงานของสมองและเพิ่มการรู้คิด

ผู้วิจัยได้จัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางคนละ 100 บาท/ครั้ง และของที่ระลึกให้กับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ประกอบด้วย ผ้าเช็ดหน้าคนละ 1 ผืน กระเป๋าคาดคนละ 1 ใบ แก้วน้ำคนละ 1 ใบ และสมุดบันทึกการดูแลผู้สูงอายุเมื่อกลับบ้านคนละ 1 เล่ม

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปโดยสมัครใจ ท่านมีสิทธิปฏิเสธได้ ถ้ากิจกรรมนี้ไม่ตรงกับความสนใจของท่าน และท่านสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา โดยการปฏิเสธหรือถอนตัวของท่านจะไม่ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตและสิทธิการดูแลรักษาพยาบาลประการใด ๆ ที่ท่านจะพึงได้รับ โดยข้อมูลต่าง ๆ ของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่าน การนำเสนอข้อมูลจะเป็นในภาพรวม ทั้งนี้ ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านของคณะผู้วิจัยเท่านั้น ส่วนเอกสารจะเก็บไว้ในตู้เอกสารที่ใส่กุญแจไว้เป็นเวลา 1 ปี หลังการเผยแพร่ผลการวิจัยและจะถูกนำไปทำลายหลังจากนั้น

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล วันที่ดำเนินกิจกรรมหรือสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางสาวสาธิตา สืบหาษาท หมายเลขโทรศัพท์ 090-4639055 หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 0882030059 และหากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพากองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-620 หรืออีเมล buuethics@buu.ac.th

เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมร่วมโครงการที่แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

- 2 -



BUU-IRB Approved
29 Nov 2023

ฉบับที่ (1.0) วันที่ (13 กันยายน 2566)



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Participant Information Sheet)
(กลุ่มเปรียบเทียบ)

รหัสโครงการวิจัย : G-HS088/2566(C1).....

(งานมาตรฐานและจริยธรรมในการวิจัย กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุ
กลุ่มชาติพันธุ์ม้ง

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาวสาธิตา สืบทายาท นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
ผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่องผลของโปรแกรม
กระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง ก่อนที่ท่านจะตกลง
เข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

การวิจัยครั้งนี้จัดทำขึ้นเพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อ
การรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน
จะได้รับการประเมินการรู้คิดโดยใช้แบบประเมินแบบถามตอบครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 จากนั้นจะได้รับการดูแล
ตามปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเล็กน้อยหรือใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ หลังจากนั้นจะได้รับการ
ประเมินการรู้คิดครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 7

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย ตอบ
แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประเมินการรู้คิดครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 1 และ 7 ตามลำดับ

การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย มีการจัดกิจกรรมตามแนวทางการป้องกันการแพร่ระบาดของ
ของโรคระบบทางเดินหายใจอย่างเข้มงวด โดยผู้ช่วยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้ง และตลอดเวลา
และก่อนประเมินระดับการรู้คิดจะมีการคัดกรองประเมินอุณหภูมิกาย และอาการเบื้องต้น หากไม่พบความเสี่ยงของ
โรคติดต่อทางระบบทางเดินหายใจ จะเชิญผู้สูงอายุเข้ารับการประเมินระดับการรู้คิด มีการบริการแอลกอฮอล์
สำหรับล้างมือให้กับผู้สูงอายุ และในระหว่างทำกิจกรรมผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งมีอุปกรณ์การปฐมพยาบาลจะสังเกตอาการ
ผิดปกติของผู้สูงอายุ หากท่านมีอาการผิดปกติ รู้สึกไม่สบายสามารถแจ้งผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยได้ตลอดเวลา



AF 06-02/v2.1

ประโยชน์ที่จะได้รับในการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับการคัดกรองหรือประเมินการรู้คิด และได้คำแนะนำการดูแลเพื่อชะลอสมองเสื่อม

ผู้วิจัยได้จัดของที่ระลึกให้กับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ประกอบด้วย ผ้าเช็ดหน้าคนละ 1 ผืน กระเป๋าคันคนละ 1 ใบ แก้วน้ำคนละ 1 ใบ และสมุดบันทึกการดูแลผู้สูงอายุเมื่อกลับบ้านคนละ 1 เล่ม

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปโดยสมัครใจ ท่านมีสิทธิปฏิเสธได้ ถ้ากิจกรรมนี้ไม่ตรงกับความสนใจของท่าน และท่านสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา โดยการปฏิเสธหรือถอนตัวของท่านจะไม่ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตและสิทธิการดูแลรักษาพยาบาลประการใด ๆ ที่ท่านจะพึงได้รับ โดยข้อมูลต่าง ๆ ของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่าน การนำเสนอข้อมูลจะเป็นในภาพรวม ทั้งนี้ ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านของคณะผู้วิจัยเท่านั้น ส่วนเอกสารจะเก็บไว้ในตู้เอกสารที่ใส่กุญแจไว้เป็นเวลา 1 ปี หลังการเผยแพร่ผลการวิจัยและจะถูกนำไปทำลายหลังจากนั้น

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล วันที่ดำเนินกิจกรรมหรือสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางสาวสาธิตา สืบทายาท หมายเลขโทรศัพท์ 090-4639055 หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 0882030059 และหากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-620 หรืออีเมล buuethics@buu.ac.th

เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมร่วมโครงการที่แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



BUU-IRB Approved
29 Nov 2023

- 4 -

ฉบับที่ (1.0) วันที่ (13 กันยายน 2566)

AF 06-03.1/v2.1



เอกสารแสดงความยินยอม
ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย: G-HS088/2566(C1)

(งานมาตรฐานและจริยธรรมในการวิจัย กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)
โครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุ
กลุ่มชาติพันธุ์ม้ง

ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่าง ๆ ตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดงความยินยอมให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม พยาน

(.....)

- 1 -



BUU-IRB Approved
29 Nov 2023

ฉบับที่ (1.0) วันที่ (13 กันยายน 2566)

AF 06-03.1/v2.1

หมายเหตุ กรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยให้ความยินยอมด้วยการประทับลายนิ้วหัวแม่มือ ขอให้พิมพ์ลายลงลายมือชื่อ
รับรองด้วย



BUU-IRB Approved
29 Nov 2023

- 2 -

ฉบับที่ (1.0) วันที่ (13 กันยายน 2566)



ภาคผนวก ๓

เอกสารผลการพิจารณาริขธรรมวิชัยในมนุษย์



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม งานมาตรฐานและจริยธรรมในการวิจัย โทร. ๒๖๒๐
ที่ อว ๘๑๐๐/- วันที่ ๑ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖
เรื่อง ขอส่งสำเนาเอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เรียน นางสาวสาธิตา สืบทายาท

ตามที่ท่าน ได้ยื่นเอกสารคำร้องเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย G-HS088/2566(C1) โครงการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง นั้น บัดนี้ โครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา สำหรับโครงการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาและระดับปริญญาตรี ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี) เป็นที่เรียบร้อยแล้ว กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม ในฐานะผู้ประสานงาน จึงขอส่งสำเนา เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน ๑ ฉบับ เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และเอกสารเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยประทับตรา รับรองเรียบร้อยแล้ว มายังท่าน เพื่อนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริงจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรมร แยมประทุม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรมร แยมประทุม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สำหรับโครงการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาและระดับปริญญาตรี
ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)



ภาคผนวก ด

ประกาศนียบัตรอบรมการฝึกการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิด

Certificate of Attendance

This is to certify that
Sathita Suepthayat
attended the **Cognitive Stimulation Therapy (CST)**
for dementia training day

Signed: Aimee Spector

Date: 16th Dec 2022

Professor Aimee Spector
University College London, UK

