

The Development of Cognitive Training in Older Persons with Mild Neurocognitive Disorder in Kutpong Subdistrict, Muang Loei District, Loei Province

Preechya Termpornlerd^{1*}, Jureerat Pawanlanchakorn²

¹ Loei Hospital

² Loei Provincial Public Health Office

ABSTRACT

The prevalence of mild neurocognitive disorder among older adults is currently increasing. Effective management strategies may reduce the progression to dementia in the future. This research and development research aimed to develop and study the effects of the cognitive training model in older persons with mild neurocognitive disorder in Kutpong Subdistrict, Muang Loei District, Loei Province. The study involved 10 older adults diagnosed with mild neurocognitive disorder according to the DSM-V criteria. The research was conducted in four phases: the first phase involved in-depth interviews with healthcare professionals specializing in elderly care to gather situational data; the second phase focused on the development of the cognitive training model; the third phase assessed the effects of the model; and the fourth phase aimed to refine the model and propose it as a guideline for the province. Data collection methods included in-depth interviews, pre- and post-assessment using the MoCA-B test, and satisfaction surveys. Data analysis employed frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test methodologies.

The results from the in-depth interviews revealed a consensus that the province currently lacked a suitable cognitive training model for older adults with mild neurocognitive disorder. A new cognitive training model had been developed based on a review of the literature and the insights gained from these interviews, with the TEAMV (Training for Executive function, Attention, Memory, and Visuospatial functions) program selected for inclusion. This program involved six consecutive group sessions, each lasting three hours, conducted weekly over a six-week period. The post-test results showed a significant improvement in the average cognition score of the sample group, with a mean score of 24.60 (S.D. = 3.72) compared to a pre-test mean score of 19.70 (S.D. = 3.47), with statistical significance ($p < .001$). These findings suggest this cognitive stimulation model is likely to enhance cognitive performance in individuals with mild neurocognitive disorder. This may be utilized as a framework for advancing cognitive potential among elderly individuals with mild neurocognitive disorder in Loei Province in the future.

Keywords: Cognitive stimulation program, Elderly, Mild cognitive impairment, Mild neurocognitive disorder

***Corresponding Author:** preechya.t@gmail.com

การพัฒนาแบบการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในตำบลกุดป่อง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย

ปรีชญา เต็มพรเลิศ^{1*}, จุริรัตน์ ประवालัญญกร²

¹โรงพยาบาลเลย

²สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

บทคัดย่อ

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment หรือ Mild neurocognitive disorder) ในผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้น หากผู้สูงอายุที่มีภาวะนี้ได้รับการดูแลและกระตุ้นสมองอย่างเหมาะสม จะป้องกันไม่ให้เกิดภาวะสมองเสื่อมในอนาคตได้ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา และศึกษาผลการพัฒนาแบบการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในตำบล กุดป่อง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานด้านผู้สูงอายุจำนวน 5 คน และผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย จำนวน 10 คน การวิจัยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดรูปแบบและการตรวจสอบคุณภาพรูปแบบฯ ขั้นตอนที่ 3 การทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบฯ และขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงรูปแบบฯ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การ สัมภาษณ์เชิงลึก สนทนากลุ่ม แบบทดสอบการรู้คิดก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ และแบบประเมินความ พึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ กลุ่มตัวอย่างที่มีการวัดซ้ำด้วยสถิติทดสอบ paired t-test โดย $p < 0.05$ ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยพบว่า หลังจากกระตุ้นความคิดและยกย่องรูปแบบตั้งแต่การคัดกรอง คัดแยกผู้สูงอายุที่มีการรู้คิด บกพร่องเล็กน้อย ไปจนถึงการทำกิจกรรมกระตุ้นสมองโดยเลือกใช้โปรแกรม TEAMV (Training for Executive function, Attention, Memory and Visuospatial functions) ผลการใช้รูปแบบฯ และทดลอง ใช้โปรแกรมพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยมีคะแนนการรู้คิด (Mean = 24.60, S.D. = 3.72) มากกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ (Mean = 19.70, S.D. = 3.47) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สรุปว่า รูปแบบดังกล่าวส่งผลที่ดีต่อผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางการพัฒนา ศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยระดับจังหวัดเลยต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพสมอง, การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย, ผู้สูงอายุ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment หรือ Mild neurocognitive disorder) เป็นภาวะที่ความสามารถในการทำงานของสมองมีความผิดปกติเล็กน้อย แต่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เกือบจะปกติ (Petersen et al., 1999) โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยของ Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)-5 (American Psychiatric Association, 2013; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) คือ มีความสามารถด้านสติปัญญา (Cognitive function) ลดลงจากแต่ก่อนเพียงเล็กน้อย ตั้งแต่ 1 ด้านขึ้นไป ได้แก่ ความใส่ใจแบบซับซ้อน (Complex attention) ทักษะการจัดการ (Executive function) การเรียนรู้และความจำ (Learning and Memory) ภาษา (Language) มิติสัมผัส (Perception motor or visuospatial perception) และการรับรู้ทางสังคม (Social cognition) โดยเป็นข้อมูลจากผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเอง จากญาติ/ผู้ดูแลที่ทราบรายละเอียด/หรือแพทย์ ซึ่งความสามารถของสมองที่บกพร่องต้องไม่กระทบต่อการดูแลตนเอง อาการต้องไม่เข้าได้กับภาวะเพ้อ (Delirium) และอาการต้องไม่สามารถอธิบายด้วยอาการทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า หรือ โรคจิตเภทภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจะอยู่ระหว่างความสามารถในการทำงานของสมองปกติตามวัยกับโรคสมองเสื่อม (Dementia หรือ Major neurocognitive disorder)

มีหลายงานวิจัยที่ได้ทำการศึกษาพบว่า บุคคลที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจะมีความเสี่ยงมากกว่าคนปกติที่จะกลายเป็นโรคสมองเสื่อม

ตามมา จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ในช่วงเวลา 1 ปี มีประมาณร้อยละ 13 ของคนที่มีความสามารถ ของสมองบกพร่องเล็กน้อยนี้ มีโอกาสพัฒนาไปเป็น โรคสมองเสื่อม ในขณะที่คนปกติที่ไม่มีภาวะการรู้คิดของสมองบกพร่องเล็กน้อยมีแค่ ประมาณร้อยละ 3 เท่านั้นที่พัฒนาไปเป็นโรคสมองเสื่อมในช่วงเวลา 1 ปีเท่ากัน (Farias, 2009) จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่าในผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ในช่วง 1 ปี มีประมาณร้อยละ 18.4 ได้พัฒนาไปเป็นโรคสมองเสื่อม (Thaipsisuttikul, 2022)

ถึงแม้ว่า ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย อาจยังส่งผลกระทบไม่มากต่อผู้สูงอายุ ญาติ หรือ ผู้ดูแล แต่หากเกิดโรคสมองเสื่อมในอนาคต จะส่งผลกระทบได้หลายประการ ไม่ว่าจะเป็น ผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง ที่ต้องสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผลกระทบต่อญาติผู้ให้การดูแลที่ต้องช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้น ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย เช่น อาการเหนื่อยล้า สุขภาพจิตใจ เช่น เกิดความเครียด ซึมเศร้าและวิตกกังวล ผลกระทบต่อระบบครอบครัว ชุมชนและสังคม เช่น เมื่อผู้ป่วยมีความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรม อาจทำให้เสี่ยงต่อการถูกคุกคามหรือทารุณกรรมในสังคม ผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจเกิดค่าใช้จ่ายจากการดูแลที่มากขึ้น และสูญเสียรายได้จากการทำงาน และผลกระทบต่อระบบสุขภาพ ที่ต้องได้รับการดูแลจากทีมบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องเพราะความผิดปกติที่เรื้อรังและยาวนาน (ชัชวาล, 2560)

จังหวัดเลยเป็นหนึ่งในจังหวัดที่เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) จากรายงานผลการดำเนินงานการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดเลย มีผู้สูงอายุจำนวน 119,810 คน คิดว่าร้อยละ 23.38 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ได้รับการคัดกรองจำนวน 116,998 คน (ร้อยละ 97.65) พบมีปัญหาด้านความคิดความจำ 7,317 คน (ร้อยละ 6.25) ผู้สูงอายุในอำเภอเมืองเลยมีจำนวน 24,069 คน ได้รับการคัดกรอง 22,875 คน (ร้อยละ 95.04) พบมีปัญหาด้านความคิดความจำ 2,211 คน (ร้อยละ 9.67) ผลการคัดกรองผู้สูงอายุในตำบลกุดป่อง มีผู้สูงอายุจำนวน 4,124 คน ได้รับการคัดกรองด้านความคิดความจำ จำนวน 3,479 คน (ร้อยละ 84.36) พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านความคิดความจำคิดเป็นร้อยละ 21.99 ของทั้งหมด(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย, 2567) ซึ่งมีแนวโน้มพบเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ในปัจจุบันการแนะนำเป็นเพียงแค่การแนะนำให้ออกกำลังกายและบริหารสมองเบื้องต้นด้วยจิต-แอล แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์หรือโปรแกรมที่พัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ที่ชัดเจน จึงได้ทำการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในเขตตำบลกุดป่อง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และเป็นรูปแบบให้แก่พื้นที่อื่น ๆ ในจังหวัดเลยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในตำบลกุดป่อง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย

2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในตำบลกุดป่อง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย

สมมติฐาน

เมื่อนำรูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยไปทดลองในกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดที่ดีขึ้นหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development Design) โดยดำเนินการดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ขั้นตอนที่ 2 กำหนดและเลือกรูปแบบและการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในตำบลกุดป่อง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย ขั้นตอนที่ 3 การทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบในกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบเพื่อนำไปใช้ในกลุ่มประชากร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

การวิจัยศึกษาในครั้งนี้กลุ่มประชากรคือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในปีงบประมาณ 2567 ด้วยเครื่องมือ Mini-Cognitive assessment Instrument (Mini-Cog) ซึ่งแปลและ validate เป็นภาษาไทย

โดย Kusalaruk, Nakawiro (2012) ผลจากการดำเนินคัดกรองผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุในตำบลกุดป่อง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย ได้คะแนนเข้าเกณฑ์จำนวน 788 คน

กลุ่มตัวอย่าง

1.กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

คือผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในตำบลกุดป่อง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.7 (วีระศักดิ์ ปัญญาพรวิทยา, 2567) โดยกำหนด t-tests ในช่อง Test Family และกำหนด Mean: Difference between two dependent means (matched pairs) ในช่อง Statistical test และเลือก A priori : Compute required sample size-given α , power, and effect size ในช่อง Type of power analysis กำหนดค่า Tails เป็น Two ค่า α err prob เท่ากับ 0.05 และค่า Power เท่ากับ 0.95 ใช้ข้อมูลที่มีการศึกษามาก่อน (Preliminary study) เพื่อเป็นค่า Effect size กำหนดค่า effect size เท่ากับ 2.455 (ผกา มาศพิมพ์ธรา และคณะ, 2565) จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างไว้จำนวน 15 คน สุ่มจากกลุ่มประชากรเป็นกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

เกณฑ์การคัดเข้า คือ

1) เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย Mild neurocognitive disorder ของ DSM-5 ไม่เกิน 6 เดือน

2) ประเมินต่อเนื่องจากข้อ 1 ด้วย MoCA-B ได้น้อยกว่า 25 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน (เพิ่ม 1 คะแนนถ้าผู้ถูกทดสอบมีระดับการศึกษาน้อยกว่า 4 ปี และบวกเพิ่ม 1 คะแนน

หากผู้ถูกประเมินอ่านไม่ออกหรือเขียนไม่ได้ โดยไม่คำนึงถึงระดับการศึกษา)

3) Barthel ADL index > 12 คะแนน

4) สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้

5) สามารถมองเห็น ได้ยิน พูด และอ่านออกเขียนภาษาไทยได้

6) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ

1) มีภาวะซึมเศร้า โดยประเมินจากแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ (TGD-15) ได้คะแนนเกิน 6 คะแนน

2) มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการวิจัย เช่น โรคไตวายเรื้อรังที่อยู่ในระยะฟอกไต โรคหัวใจที่มีอาการแน่นหน้าอกไม่เกิน 1 เดือน โรคตับแข็ง โรคหลอดเลือดสมองที่ยังมีอาการอ่อนแรง โรคพาร์กินสัน เป็นต้น

3) เคยถูกวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม หรือโรคอื่น ๆ ที่มีปัญหาต่อการตัดสินใจ

4) ผู้ป่วยโรคทางจิตเวชซึ่งกำลังมีอาการชัดเจนและที่มีผลต่อความร่วมมือในการเข้ากลุ่ม

5) ย้ายที่อยู่หรือเข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่า 5 ครั้ง

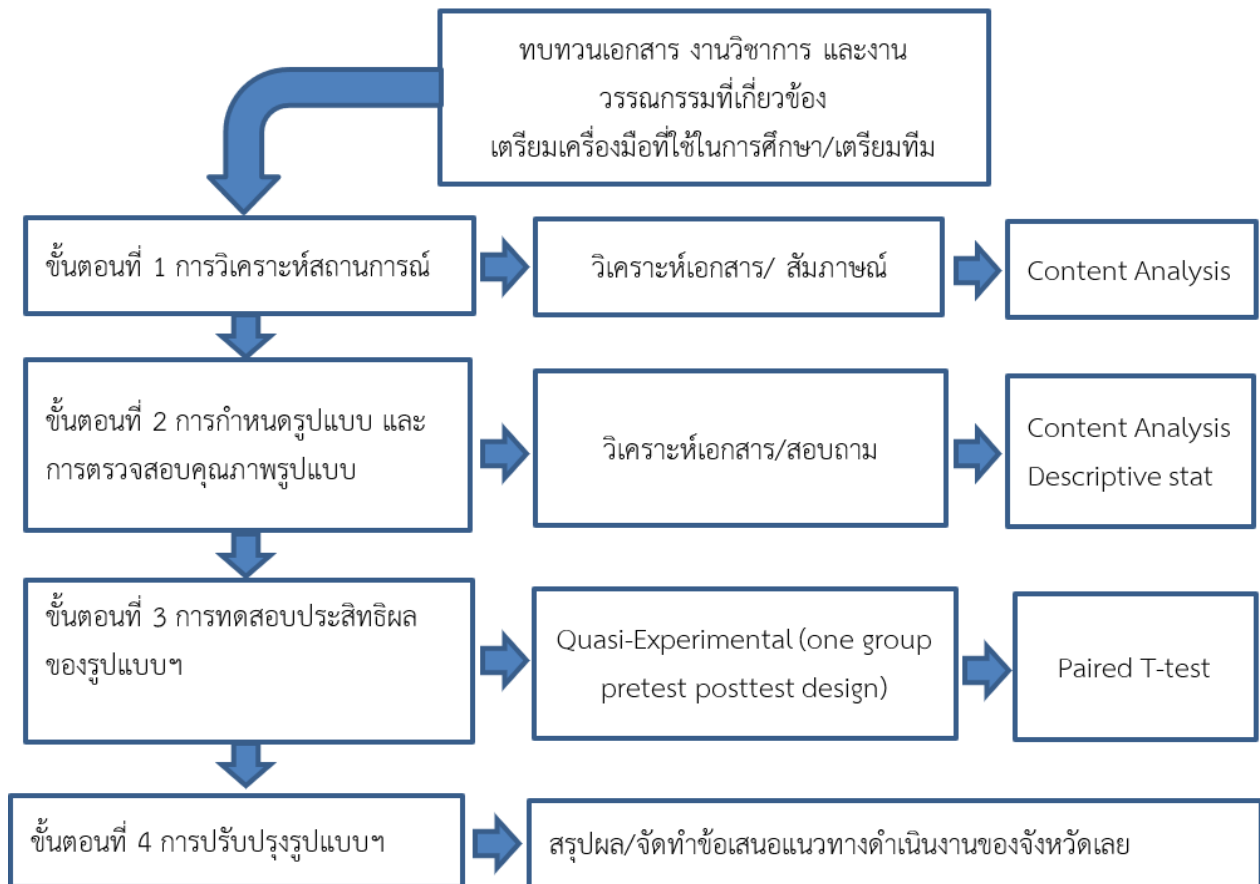
6) ขอดอนตัวจากการเข้าร่วมกิจกรรม

2.กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิง

คุณภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือกลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยรวม 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลวิชาชีพดูแลงานผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิง

ปริมาณ

- ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ บุคคลที่ผู้สูงอายุอยู่ด้วย โรคประจำตัว ประวัติยาที่ใช้ประจำ ประวัติการเจ็บป่วยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ประวัติภาวะสมองเสื่อมในครอบครัว ประวัติสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และการออกกำลังกาย
- เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ตาม DSM-V (American Psychiatric Association, 2013; มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) มีดังนี้

ก. มีหลักฐานซึ่งแสดงให้เห็นว่าความสามารถด้านสติปัญญา (cognitive function) ลดลงจากแต่ก่อน ตั้งแต่ 1 ด้านขึ้นไป (ได้แก่ ด้านสมาธิจดจ่อ ด้านบริหารจัดการ ด้านภาษา ด้านการเรียนรู้สิ่งใหม่และความจำ ด้านการเคลื่อนไหวและทิศทาง หรือด้านการเข้าสังคม)

1) เป็นความกังวลของผู้ป่วยที่รู้สึกถึงความความสามารถของสมองบกพร่อง หรือผู้เชี่ยวชาญพบว่ามีความสามารถของสมองบกพร่อง

2) ความสามารถของสมองบกพร่องต้องมีการทดสอบด้วยมาตรฐานทางประสาทจิตวิทยา

ข. ความสามารถของสมองที่บกพร่องต้องไม่กระทบกับการทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน

เช่น การจ่ายเงิน การจัดยา แต่มีการใช้ความพยายามทำกิจวัตรมากขึ้น

ค. อาการต้องไม่เข้าได้กับภาวะเพ้อ (Delirium)

ง. อาการต้องไม่สามารถอธิบายด้วยอาการทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า หรือ โรคจิตเภท

- แบบประเมิน The Montreal Cognitive Assessment Basic [MoCA-B] ของ Nasreddine et al.(2005) ที่พัฒนาเป็นภาษาไทย โดย Julayanont et al. (2015) ใช้ประเมินศักยภาพสมองเบื้องต้นสำหรับภาวะสมองเสื่อมระยะแรกเริ่ม สามารถประเมินหน้าที่ของการทำงานของสมองด้านต่าง ๆ ได้แก่ ความตั้งใจ (Attention) สมาธิ (Concentration) การบริหารจัดการ (Executive function) ความจำ (Memory) ภาษา (Language) มิติสัมพันธ์ (Visuoconstruction) ความคิดรวบยอด (Conceptual thinking) การคิดคำนวณ (Calculation) และการรับรู้สภาวะรอบตัว (Orientation) ใช้เวลาประเมินประมาณ 10 นาที แปลผลโดย หากได้คะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน หมายถึงมีภาวะการรู้คิดบกพร่อง โดยจะบวกเพิ่ม 1 คะแนน หากผู้ถูกประเมินมีระดับการศึกษาน้อยกว่า 4 ปี และบวกเพิ่ม 1 คะแนน หากผู้ถูกประเมินอ่านไม่ออกหรือเขียนไม่ได้ โดยไม่คำนึงถึงระดับการศึกษา

- แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) พัฒนาขึ้นโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2558) เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADLs) ของผู้สูงอายุ มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร สุวิทยาสวนบุคคล

การสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย การเดินการขึ้นลงบันได การใช้ห้องสุขา การกลั้นปัสสาวะ กลั้นการถ่ายอุจจาระ เป็นต้น มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน คะแนน >12 หมายถึง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มาก

- แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS-15) ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ เพื่อประเมินอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมในระยะเวลา 1 สัปดาห์ก่อนทำแบบประเมิน มีจุดตัดคะแนน 6 คะแนน จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน บ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้า (Shiekh and Yesavage, 1986)

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) บุคลากรสุขภาพสำหรับการวิเคราะห์สถานการณ์

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมอง

- แบบประเมิน The Montreal Cognitive Assessment Basic [MoCA-B] ของ Nasreddine et al.(2005) ที่พัฒนาเป็นภาษาไทย โดย Julayanont et al. (2015) ใช้ในการเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

- โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมองผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย จากโปรแกรม TEAM-V (Wongpakaran and Wongpakaran, 2012) สำหรับผู้สูงอายุในเขตเมืองของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ และคณะ, 2563)

- แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อกิจกรรมของรูปแบบทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์

1. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

2. สัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยรวม 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลวิชาชีพดูแลงานผู้สูงอายุจำนวน 2 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 1 คน ประเด็นเกี่ยวกับแนวทางการประเมินคัดกรองและรูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยควรมีลักษณะอย่างไร

3. สังเคราะห์เนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรม และวิเคราะห์เนื้อหาจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม

4. ยกร่างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดรูปแบบและการตรวจสอบคุณภาพรูปแบบ

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 1 มาวิเคราะห์ จัดหมวดหมู่ ได้ประเด็นหลักในการกำหนดโครงสร้างของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย โดยเครื่องมือต่าง ๆ ที่อยู่ในรูปแบบฯ เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการคัดกรองและวินิจฉัยจากกรมการแพทย์และกรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข จึงไม่ได้มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือหรือรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ขั้นตอนที่ 3 การทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

ผู้วิจัยทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย โดยได้ดำเนินการตามระเบียบวิธีการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) แผนแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Designs) ใช้การวิจัยแบบกึ่งทดสอบแบบ 1 กลุ่มวัดผลก่อน-หลัง (One group pretest - posttest design) ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในตำบลกุดป่อง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 15 คน โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 15 คน และพบกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งผู้ดูแลหรือญาติเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ชี้แจงสิทธิในการเข้าร่วมหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลหรือญาติตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จึงให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลหรือญาติลงนามยินยอมในการวิจัย

2. วัดระดับคะแนน MoCA-B ก่อนการใช้รูปแบบ

3. นำรูปแบบไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย โดยจัดกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มละ 5 คน และดำเนินกิจกรรมโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตามรูปแบบ 6 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง แต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 ให้ความรู้เรื่องสมอง เห็นความสำคัญในการฝึกความจำชื่อ ตั้งสติ ใส่ใจ กับภาพ เสียง และตัวอักษร การทำอัตชีวประวัติ ทบทวนความจำระยะยาว เรื่องที่เป็นความ ภาควิชาจิต ความรู้สึกดีกับตนเอง สิ่งที่ยอยากจะ ปรับเปลี่ยนตนเองให้ดีขึ้นในปัจจุบัน

ครั้งที่ 2 การทบทวนความจำระยะยาว และกระตุ้นการรับรู้

ครั้งที่ 3 มิติสัมผัส สัมผัสรายละเอียด หาดูสิ่งเกิด เชื่อมโยงมองภาพเป็นมิติ เช่น การ เขียนแผนที่ การอ่านแผนที่ โดยกิจกรรมส่วนนี้ฝึก การมองเห็นแบบมิติสัมพันธ์ ระยะยะได้ (Visuo-spatial)

ครั้งที่ 4 จินตนาการภาพความจำภาพ และความจำตัวเลข ให้จำจาก ตาราง 9 ช่อง โดย กิจกรรมส่วนนี้ฝึกให้มีความใส่ใจในด้านต่างๆ ความตั้งใจเวลาเรียนรู้ข้อมูล การทบทวนซ้ำๆ และการดึงข้อมูลที่จำเป็นมาใช้ได้

ครั้งที่ 5 การฝึกความจำที่เป็นภาพ การจำ รายละเอียดของเรื่องที่สร้างขึ้นเป็นระยะสั้น และการวางแผนสร้างเรื่องราว โดยกิจกรรมส่วนนี้ฝึก ความจำ และฝึกกระบวนการคิด การตัดสินใจ

ครั้งที่ 6 การจัดของ ชื่อของ และการ ตัดสินใจ โดยการวางแผน จัดกลุ่มสิ่งของ และการ ตัดสินใจ โดยกิจกรรมส่วนนี้ฝึกกระบวนการคิด การตัดสินใจ การจัดกลุ่มเพื่อช่วยให้ความจำดีขึ้น

4. วัดระดับคะแนน MoCA-B หลังการใช้ โปรแกรม

5. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนน MoCA-B โดยใช้สถิติ paired T-test ภายหลัง ทดสอบการกระจายของข้อมูลทุกชุดและพบว่า เป็นโค้งปกติ

6. สัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม เกี่ยวกับความคิดเห็นต่อกิจกรรมของรูปแบบทั้งเชิง ปริมาณและคุณภาพ โดยนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ เนื้อหา

ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงรูปแบบการ พัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิด บกพร่องเล็กน้อย

1. ผู้วิจัยนำผลการดำเนินงานและ ข้อเสนอแนะต่าง ๆ จากผู้เกี่ยวข้องมาปรับปรุง รูปแบบการพัฒนา ศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

2. จัดทำข้อเสนอแนวทางดำเนินงานของ จังหวัดเลย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ เชิงลึกและการสังเกต จัดประเภทหมวดหมู่ของ ข้อมูลเพื่อให้ง่ายกับการวิเคราะห์ จากนั้น ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล เพื่อให้ง่ายกับการวิเคราะห์ข้อมูล

2. ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิง พรรณนา (Descriptive statistic) รายงานด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)

3. วิเคราะห์ค่าคะแนนระดับการรู้คิดระยะ ก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง โดยการ แจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย (mean) และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

4. ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผล คะแนนก่อนและหลังใช้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพ สมอง ประเมินการกระจายของข้อมูลโดยดูจากค่า

mean และ S.D. โดยข้อมูลที่เป็น Normal distribution ใช้ Paired t-test ส่วนข้อมูลที่ไม่ได้เป็น Normal distribution ใช้ Wilcoxon signed ranks test ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha=0.05$

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เอกสารรับรองเลขที่ ECLOEI 012/2567 ลงวันที่ 3 เมษายน 2567 ก่อนดำเนินการวิจัย

ผลการศึกษา

จากการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) และสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยกับบุคลากรทางสาธารณสุขที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

ในปัจจุบันทุกคนต่างเห็นด้วยที่แนวโน้มของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยและสมองเสื่อมมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ

หลายคนที่เข้าถึงการรักษา มักจะมาพบแพทย์ด้วยภาวะสมองเสื่อมที่เริ่มมีความบกพร่องในกิจวัตรประจำวันแล้ว ผู้สูงอายุและครอบครัวมักขาดความตระหนักในภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยที่มีโอกาสกลายเป็นภาวะสมองเสื่อมได้ในอนาคต

การดูแลรักษาหลักของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย คือ การไม่ใช้ยา ถึงแม้ว่าในปัจจุบันโรงพยาบาลเลยจะยังไม่มีจิตแพทย์ และอายุรแพทย์ทางระบบประสาท แต่หากมีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยที่

ชัดเจน มีการฝึกต่อเนื่องที่บ้าน ผลลัพธ์ก็จะดีขึ้นได้

ถึงแม้จะมีแนวทางการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุด้วยเครื่องมือ Mini-cog เป็นประจำทุกปี และมีแนวทางการส่งไปยังคลินิกผู้สูงอายุเพื่อคัดแยก แต่ยังขาดการเข้าถึงในบางกลุ่มและกระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในชุมชนที่เป็นรูปแบบชัดเจน ทำให้ปัจจุบันจะมีเพียงการแนะนำการบริหารสมองในภาพรวม เช่น การสอนทำจิบ-แอล บวกเลข เป็นต้น รูปแบบเดิมการดูแลรักษาในกลุ่มคัดกรองแล้วพบว่าที่สภาพสมองปกติและสงสัยการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ไม่มีความแตกต่างกัน และไม่มี Intervention ที่เป็นรูปธรรมชัดเจนสำหรับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดรูปแบบและคุณภาพของรูปแบบ

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม สัมภาษณ์และสนทนากลุ่มกับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับงานผู้สูงอายุทั้งในระดับหน่วยบริการและสาธารณสุขจังหวัด เพื่อระดมความคิดพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยตำบลกุดป่อง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย เพื่อเป็นตัวอย่างในภาพรวมของจังหวัดเลย ตั้งแต่การคัดกรองในระดับปฐมภูมิ การคัดแยกและการพัฒนาศักยภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย โดยใช้โปรแกรมเป็น intervention ที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุในจังหวัดเลย

จากการระดมความคิดพบว่ามีตัวอย่างมากมายของโปรแกรมที่เป็น Intervention กิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมองสำหรับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ผู้วิจัยได้เลือกใช้โปรแกรม TEAMV หรือมาจากคำว่า Training for

Executive function, Attention, Memory and Visuospatial functions เป็นโปรแกรมฝึกสมอง ผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดพ่องเล็กน้อยที่ริเริ่มขึ้นโดย ผศ.พญ.สิรินทร ฉันทศิริกาญจน ร่วมกับสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ใช้เพื่อพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย โดยกิจกรรมมีทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง แต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ เป็นโปรแกรมมีรูปแบบของกิจกรรมชัดเจน และสามารถปรับได้เข้ากับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ และคณะ, 2563) อีกทั้งผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมหลักสูตรระยะสั้น โปรแกรมการกระตุ้นสมองในผู้สูงอายุกลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย จัดโดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อนำมาทดลองใช้รูปแบบดังกล่าวกับกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้พื้นที่ของตำบลกุดป่อง อำเภอเมือง จังหวัดเลย เป็นพื้นที่นำร่องในการทดสอบรูปแบบ

ขั้นตอนที่ 3 การทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบ

เมื่อได้ยกร่างของรูปแบบการพัฒนา ศักยภาพสมองผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยตำบลกุดป่อง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย ได้มีการทดสอบการใช้รูปแบบดังกล่าว โดยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างด้วยเครื่องมือเพื่อคัดกรองและคัดแยก จนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และนำมาเข้าสู่โปรแกรมการกระตุ้นสมองในผู้สูงอายุกลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย TEAMV

กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์เข้าร่วมโปรแกรม TEAMV จำนวน 15 คน แต่เข้ากิจกรรมไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนดเนื่องจากปัญหาสุขภาพ และติดภารกิจส่วนตัว คงเหลือสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามเกณฑ์จำนวน 10 คน ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน มีอายุระหว่าง 61-78 ปี (Mean = 66.80, S.D. = 5.49) เป็นเพศหญิงจำนวน 7 คน (ร้อยละ 70) และเพศชายจำนวน 3 คน (ร้อยละ 30) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส 5 คน (ร้อยละ 50) รองลงมาคือหม้ายและหย่าร้าง จำนวน 4 คน (ร้อยละ 40) ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาจำนวน 8 คน (ร้อยละ 80) รองลงมาคือมัธยมศึกษาและไม่ได้เรียน จำนวนละ 1 คน (ร้อยละ 10) ปัจจุบันส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย จำนวน 5 คน (ร้อยละ 50) ปัจจุบันส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรสหรือลูกหลาน จำนวน 8 คน (ร้อยละ 80) ด้านสุขภาพส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง จำนวน 7 คน (ร้อยละ 70) ส่วนใหญ่สุขภาพดี ทุกคนไม่มีประวัติโรคสมองเสื่อมในครอบครัว ไม่มีประวัตินอนโรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 8 คน (ร้อยละ 80) ทุกคนไม่สูบบุหรี่ แต่ไม่ดื่มสุราและดื่มตามเทศกาลในสัดส่วนที่เท่ากัน (ร้อยละ 50) ส่วนใหญ่ออกกำลังกายมากกว่าหรือเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์ ด้วยวิธีการเดิน จำนวน 5 คน (ร้อยละ 50) ทุกคนสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ ได้ Barthel ADL index = 20 คะแนน และไม่มีภาวะซึมเศร้า (TGDS-15 ได้น้อยกว่า 6 คะแนน)

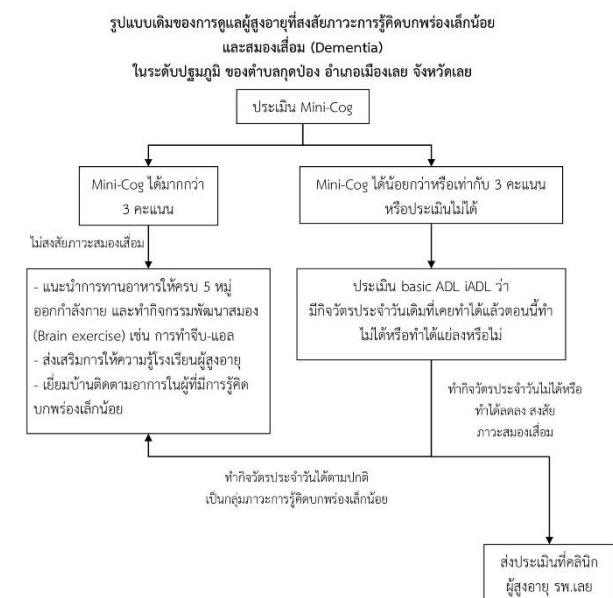
เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t-test ผลการศึกษาพบว่า

ข้อมูลมีการกระจายปกติทั้งก่อนและหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 19.70 (S.D. = 3.47) และหลังการทดลองเท่ากับ 24.60 (S.D. = 3.72) สรุปว่าค่าเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในระยะหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนและหลังเข้าโปรแกรม TEAMV

	ระยะก่อนเข้าโปรแกรม		ระยะหลังเข้าโปรแกรม		p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
การรู้คิดของผู้สูงอายุ	19.70	3.47	24.60	3.72	< .001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

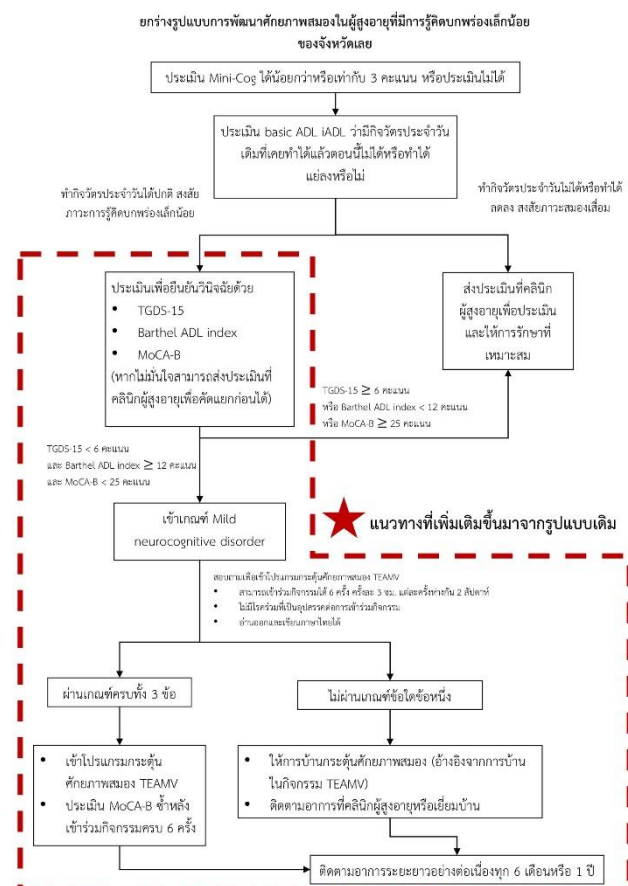


แผนภาพที่ 1 เปรียบเทียบรูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยแบบเดิมและแบบใหม่ ของจังหวัดเลย

- จากการประเมินความพึงพอใจหลังเข้าร่วมกิจกรรมพบว่า มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดร้อยละ 99 พบว่ากิจกรรมสนุก เข้าใจง่าย และมีข้อเสนอแนะอยากให้ทำกิจกรรมนี้ต่อไป เพราะมีประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงรูปแบบ

หลังจากเสร็จสิ้นการทดลองใช้รูปแบบผู้วิจัยได้มีการประชุมร่วมกับผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเลย และกลุ่มงานส่งเสริมคุณภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เพื่อนำเสนอผลการใช้รูปแบบในกลุ่มตัวอย่าง ยกย่องรูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยดังแผนภาพที่ 1 และวางแผนการดำเนินการในภาพรวมของจังหวัดต่อไป



การอภิปรายผล

การวิจัยนี้ทำให้มีรูปแบบการพัฒนา ศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในตำบลกุดป่อง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย ผลการพัฒนารูปแบบแสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบดังกล่าวในการเพิ่มการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 รายมีคะแนนการรู้คิดหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของศศิณี อภิชนกิจและคณะ (2562) ที่ทำการศึกษาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องระยะแรก ของศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลอุดรธานี ได้ทำวิจัยเชิงทดลองโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 90 คน เปรียบเทียบศักยภาพสมองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อน-หลัง การใช้โปรแกรม TEAM-V โดยใช้ Paired T-test พบว่ากลุ่มทดลองหลังการใช้โปรแกรม TEAM-V มีผลทำให้คะแนนศักยภาพสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของชญานิศา มณีวรรณ (2566) ที่ทำการศึกษาศักยภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (TEAM-V) อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 50 คน พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฝึกสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยมีคะแนนการรู้คิดเฉลี่ยรวมหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รูปแบบการพัฒนา ศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในวิจัยนี้เกิด

จากการวิเคราะห์สถานการณ์และระดมความคิดของบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับงานผู้สูงอายุ ออกแบบจากหลักฐานทางวิชาการและเวชปฏิบัติ ทำให้เกิดรูปแบบที่ชัดเจนเพื่อพัฒนา ศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และสามารถนำมาใช้เป็นรูปแบบการพัฒนา ศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยระดับจังหวัดเลยต่อไป

ในเชิงนโยบายเพื่อการใช้รูปแบบฯ อย่างมีประสิทธิภาพ เสนอแนะให้มียุทธศาสตร์ในภาพรวมของจังหวัด จัดการอบรมพัฒนา ศักยภาพบุคลากรในเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดเลย เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในรูปแบบฯ รวมไปถึงกระบวนการคัดกรองและกระบวนการ Cognitive training ในโปรแกรม TEAM-V

สรุปผลการศึกษา

รูปแบบการใช้โปรแกรมพัฒนา ศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยส่งผลดีต่อผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางการพัฒนา ศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยระดับจังหวัดเลยต่อไป

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

แนวทางการพัฒนาการศึกษาเรื่องนี้ คือ การติดตามผลของการใช้รูปแบบการพัฒนา ศักยภาพสมองในระยะยาว เช่น ติดตามผลต่อไปอีก 6 เดือน หรือ 1 ปี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ คุณสุณิสา คำประสิทธิ์

คุณชุลีกร ทาทอง คุณจันทร์ทิพา เทพา
คุณญาณภัทร อุบแก้ว และคุณทรงกลด อาจแก้ว

เอกสารอ้างอิง

1. ชัชวาล วงศ์สารี. (2560). ผลกระทบการเกิดภาวะสมองเสื่อมต่อผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 23, 680-689.
2. ชญานิศา มณีวรรณ. (2566). ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมฝึกสมองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดพ่องเล็กน้อย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 17(3), 1147-1160.
3. ผกามาศ พิมพ์ธารา, พรชัย จุลเมตต์ และนัยนา พิพัฒน์วนิชชา. (2565). การศึกษานำร่องผลของโปรแกรมกระตุ้นศักยภาพสมองด้านการรู้คิดต่อการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในชุมชน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 30(3), 1-12.
4. มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (บ.ก.). (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4). คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
5. วีระศักดิ์ ปัญญาพรวิทยา. (2567). *การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม Gpower สำหรับงานวิจัยที่มีการใช้สูตร**.
6. ศศิณี อภิชนกิจ, อาภาพรณ นเรนทร์พิทักษ์, อุไรลักษณ์ หมดคง, ปิณัณณา อเวรา, ภาคนันท์ ผลประเสริฐ และอริศรา พิชัยภูษิต. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องระยะแรกของศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 27(2), 138-149.
7. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. (2563). *คู่มือการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย สำหรับบุคลากรสุขภาพ*. สันทติการพิมพ์.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. (2567). *ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) ระดับจังหวัด*.
9. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2558). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
10. American Psychiatric Association. (2013). Neurocognitive disorder. In *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., pp. 591-643). American Psychiatric Association.
11. Farias, S. T., Mungas, D., Reed, B. R., Harvey, D., & DeCarli, C. (2009). Progression of mild cognitive impairment to dementia in clinic- vs community-based cohorts. *Archives of Neurology*, 66(9), 1151-1157.
12. Julayanont, P., Tangwongchai, S., Hemrungron, S., Tunvirachaisakul, C., Phanthumchinda, K., Hongswat, J., Brousseau, M., Nasreddine, Z., Belleville, S., & Chertkow, H. (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, 2550-2554.
13. Kusalaruk, P., & Nakawiro, D. (2012). A validity study of the Mini-Cog test in Thai dementia patients. *Rama Medical Journal*, 35, 264-271.
 14. Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Tangalos, E. G., & Kokmen, E. (1999). Mild cognitive impairment: Clinical characterization and outcome. *Archives of Neurology*, 56, 303-308.
 15. Shiekh, J., & Yesavage, J. (1986). Geriatric Depression Scale: Recent findings and development of a short version. *Clinical Gerontologist*, 5(1-2), 165-173.
 16. Thaipisuttikul, P., Jaikla, K., Satthong, S., & Wisajun, P. (2022). Rate of conversion from mild cognitive impairment to dementia in a Thai hospital-based population: A retrospective cohort. *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*, 8, Article e12272.
 17. Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2012). Prevalence of major depressive disorders in long-term care facilities: A report from northern Thailand. *Psychogeriatrics*, 12(1), 11-17.