แนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 1, 2 โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล (CG) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียงเหียน อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

Development of Dementia Prevention Guidelines for Dependent Elderly (Groups 1 and 2) through Caregiver Engagement at Ban Chiang Hian Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang Maha Sarakham District, Maha Sarakham Province.

(Received: March 21,2026 ; Revised: March 28,2026 ; Accepted: March 30,2026)

รัชนีย์ จันทำ[1]
Ratchanee Juntum[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experiment research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 1 และ 2 2) พัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล (Caregiver: CG) 3) ศึกษาผลของแนวทางการดูแลต่อสภาพสมองของผู้สูงอายุ และ 4) ศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแลต่อแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 1 และ 2 จำนวน 50 คน และผู้ดูแล (CG) จำนวน 34 คน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียงเหียน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (TMSE) แบบทดสอบความรู้ของผู้ดูแล และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบค่าที (Paired t-test)

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74) อายุระหว่าง 70–79 ปี (ร้อยละ 74) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 94) และมีโรคประจำตัวคือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 90) ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรสาวและอาศัยอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุ (ร้อยละ 86) แนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด 4 มิติ ได้แก่ การระลึกความหลังผ่านสื่อท้องถิ่น ดนตรีบำบัด กายบริหารสมอง และการจัดการอาหารและยา โดยให้ผู้ดูแลดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องที่บ้านเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ผลการประเมินพบว่า คะแนนเฉลี่ยการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (TMSE) ของผู้สูงอายุหลังการทดลอง ($\bar{x}$ = 26.54, S.D.= 3.25) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{x}$ = 25.86,S.D. = 3.14) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนความรู้ของผู้ดูแลหลังการฝึกอบรม ($\bar{x}$ = 14.65, S.D. = 0.54) สูงกว่าก่อนการฝึกอบรม ($\bar{x}$ = 13.12, S.D. = 1.45) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมในระดับมากที่สุด และผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลในระดับมากถึงมากที่สุด

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อม, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, ผู้ดูแล, การกระตุ้นการรู้คิด, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This quasi experiment research aimed to: (1) investigate the problems and needs related to dementia prevention among older adults with dependency levels 1 and 2; (2) develop a dementia prevention approach through caregiver (CG) participation; (3) examine the effects of the developed approach on cognitive status among older adults; and (4) assess the satisfaction of both older adults and caregivers with the implemented approach. The sample consisted of 50 dependent older adults and 34 caregivers from Ban Chiang Hian Health Promoting Hospital area. The research instruments included the developed dementia prevention guideline, the Thai Mental State Examination (TMSE), a caregiver knowledge questionnaire, and a satisfaction assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

Results showed that most older adults were female (74%), aged 70–79 years (74%), and had primary school education (94%). Approximately 90% had underlying diseases, mainly hypertension and diabetes mellitus. Most

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต.บ้านเชียงเหียน อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

caregivers were daughters living in the same household as the older adults (86%). The developed dementia prevention approach consisted of four cognitive stimulation activities: reminiscence using local media, music therapy, brain exercise, and food and medication management, implemented by caregivers at home for 12 weeks.The findings revealed that the mean TMSE score of older adults after the intervention ($\bar{x}$ = 26.54, S.D. = 3.25) was significantly higher than before the intervention ($\bar{x}$ = 25.86, S.D. = 3.14) at the .05 level. In addition, caregivers' knowledge scores after the training ($\bar{x}$ = 14.65, S.D. = 0.54) were significantly higher than before the training ($\bar{x}$ = 13.12, S.D. = 1.45) at the .05 level. Furthermore, older adults reported the highest level of satisfaction with the activities, while caregivers reported high to very high satisfaction with the developed guideline.

Keywords: dementia prevention, dependent older adults, caregivers, cognitive stimulation, community participation

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการเสื่อมของสมองอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อความจำ การคิด การตัดสินใจ และการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นทั่วโลกจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก[1] พบว่าในระดับโลกมีผู้ป่วยสมองเสื่อมรายใหม่เกิดขึ้นประมาณ 10 ล้านคนต่อปี หรือคิดเป็นอุบัติการณ์เฉลี่ยประมาณ 9.9 รายต่อประชากร 1,000 คน-ปี โดยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มอายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไปผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เป็นปัญหาด้านสาธรณสุข ร้อยละ 90 ของภาวะสมองเสื่อม เกิดกับวัยสูงอายุ 60-65 ปี พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข[2] พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ร้อยละ 8.10 โดยเป็นความชุกในเพศหญิงร้อยละ 9.20 เพศชาย ร้อยละ 6.80 ซึ่งความชุกของภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ความชุกในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 4.8 ในกลุ่ม 80 ปีขึ้นไป พบในเพศหญิงร้อยละ 28.50 เพศชายร้อยละ 13.60 ในปี 2566 พบผู้สูงอายุ ของประเทศไทย มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 770,000 คน หรือร้อยละ 6 ของจำนวนผู้สูงอายุรวมทั้งหมด และจะมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีเฉลี่ยปีละ 100,000 คน [3] ส่วนใหญ่เกิดจากการเสื่อมของเซลล์สมองซึ่งยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดเช่น โรคอัลไซเมอร์ โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมีหลายสาเหตุ ได้แก่ กรรมพันธุ์ การเป็นโรคเรื้อรังต่างๆ ได้แก่ โรคเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หรือถูกกระทบกระเทือนที่ศรีษะ เป็นต้น ซึ่งมีความเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อม 2.80 เท่าการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัย (Aging Society) เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก[4]คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จำนวนผู้สูงอายุจะมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็น 1 ใน 6 ของประชากรโลก ผลกระทบที่ตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้คืออุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ซึ่งปัจจุบันมีผู้ป่วยมากกว่า 55 ล้านคนทั่วโลก และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 139 ล้านคนในปี พ.ศ. 2593[5]

สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย[6]ระบุว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ "สังคมสูงวัยระดับสมบูรณ์" (Aged Society) เรียบร้อยแล้ว ภาวะสมองเสื่อมจึงกลายเป็นความท้าทายสำคัญของระบบสาธารณสุขโดยพบความชุกของโรคในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณร้อยละ 8.1 - 10.0[7] ซึ่งภาวะนี้ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อความสามารถในการรู้คิด (Cognitive Function) แต่ยังก่อให้เกิดภาวะพึ่งพิง และเป็นภาระแก่ผู้ดูแลทั้งด้านจิตใจและเศรษฐกิจผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Dependent Elderly) โดยเฉพาะกลุ่มที่ 1 และ 2 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ยังมีสมรรถภาพทางกายเหลืออยู่บ้างแต่ต้องการความช่วยเหลือในบางกิจกรรม (Activities of Daily Living: ADL) ถือเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญในการป้องกัน (Secondary Prevention) เนื่องจากหากไม่ได้รับกระตุ้นที่เหมาะสม สภาวะถดถอยของระบบ

ประสาทจะดำเนินไปอย่างรวดเร็ว งานวิจัยขนาดใหญ่โดย มหาวิทยาลัยมหิดล[8] ที่ติดตามผู้ใหญ่ไทยจำนวน 206,073 คน เป็นระยะเวลา 6 ปี พบว่าอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมอยู่ที่ 0.40 ต่อ 1,000 คน-ปี (95% CI 0.37–0.44) และมีอัตราเพิ่มขึ้นเป็น 1.37 ต่อ 1,000 คน/ปี ในกลุ่มอายุ 80–84 ปี แสดงให้เห็นว่าความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นตามอายุอย่างมีนัยสำคัญ

จากการดำเนินงานสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียงเหียน อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2568 คาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงระดับ 1 และ 2 มีสัดส่วนร้อยละ 79.20 ของกลุ่มพึ่งพิงทั้งหมด[9] เป็นหน่วยบริการสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางอย่างผู้สูงอายุ รพ.สต. สามารถดำเนินกิจกรรมเชิงรุกพบว่ามีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงทั้งหมดปี พ.ศ 2566 ,2567, 2568 จำนวน 134,152, 269 คน คิดเป็นร้อยละ 11.34,12.77, 22.60 อยู่ในกลุ่ม 1,2 จำนวน 92 ,127 ,197 คิดเป็นร้อยละ 68.65 ,83.55 ,79.20 พบผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 0.07, 0.9 ,1.85 ตามลำดับจากข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีภาวะสมองเสื่อมบางรายจะมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดัน หลอดเลือดสมองร่วมด้วยซึ่งเป็นโรคทีทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้มากว่าคนปกติและมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียงเหียนจึงได้เห็นความสำคัญของปัญหาสมองเสื่อมในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง การคัดกรองความเสี่ยง การส่งเสริมกิจกรรมกระตุ้นสมอง และการสนับสนุนผู้ดูแลให้มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยชะลอความเสื่อมของสมอง และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล (Caregiver: CG) ถือเป็นกลไกสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุในชีวิตประจำวันหากผู้ดูแลได้รับการเสริมศักยภาพจาก รพ.สต. ไม่ว่าจะเป็นองค์ความรู้ เครื่องมือ หรือการติดตามสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง จะสามารถมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมกิจกรรมที่เหมาะสม การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 1 และ 2 โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ภายใต้การสนับสนุนและดำเนินการของรพ.สต. จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน และมีศักยภาพในการขับเคลื่อนให้เกิดผลลัพธ์เชิงบวกในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 1 และ 2 ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียงเหียน
2. เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล (Caregivers: CGs) ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง
3. เพื่อศึกษาผลของแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 1 และ 2 โดยมุ่งเน้นการป้องกันภาวะสมองเสื่อม
4. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลและผู้สูงอายุของแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experiment research) มาประยุกต์ใช้ในการแนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 1,2 โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล (cg)โดยความร่วมมือของพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ Cg เพื่อให้ได้แนวทางการป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเพื่อสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติให้บริการที่เหมาะสมกับบริบทระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่ ธันวาคม 2568 – กุมภาพันธ์ 2569 มีขั้นตอนดังนี้

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มที่ 1 และ 2 และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (cg)

ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียงเหียน อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มที่ 1 และ 2 จำนวน 50 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (cg) จำนวน 34 คน คัดเลือกกลุ่มเจาะจงโดยใช้เกณฑ์

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมโครงการ ดังนี้ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการประเมินจากทีมสหวิชาชีพแล้วว่าอยู่ในกลุ่มภาวะพึ่งพิงระดับ 1 หรือ 2

กลุ่มที่ 1: ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน

กลุ่มที่ 2: ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย และต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลประจำวัน และมีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียงเหียนอำเภอเมืองมหาสารคาม มีความสามารถในการสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลในการวิจัยได้และมีความยินดีสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยครบทั้ง 12 สัปดาห์

เกณฑ์การคัดออกโครงการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือโรคร้ายแรงที่รบกวนการสื่อสารหรือมีผลต่อการประเมินสภาพสมอง ตาบอดมีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยินจนไม่สามารถสื่อสารได้

เกณฑ์การยุติการศึกษา ย้ายออกจากพื้นที่ในระหว่างการวิจัย เสียชีวิตภายหลังเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการวิจัยดังต่อไปนี้:

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ใช้สำหรับเก็บข้อมูลพื้นฐาน เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ระดับการพึ่งพิง และลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 1, 2 จำนวน 14 ข้อ

2. แบบประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น ใช้เพื่อประเมินระดับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ แบบประเมิน Thai Mental State Examination (TMSE) [10] จำนวน 6 ข้อ คะแนน 30 คะแนนก่อนและหลังการใช้แนวทาง การการแปลผลใช้แนวทางถ้าคะแนน < 24 คะแนนถือว่ามีความผิดปกติทางด้านความสามารถของสมองโดยเฉพาะความจำ

3. แบบสัมภาษณ์/แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติของผู้ดูแล ใช้เพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ก่อนและหลังการใช้แนวทางที่พัฒนา จำนวน 15 ข้อ แบบตอบคำถาม ถูก,ผิดดังนี้ตอบถูกให้คะแนนเป็น 1 และตอบผิดให้คะแนน เป็น 0 โดยการแปรผลของ Bloom[11] ดังนี้ ระดับความรู้สูง ตอบถูกร้อยละ 80 ขึ้นไป, ระดับปานกลาง ตอบถูกระหว่างร้อยละ 60–79 และระดับต่ำ ตอบถูก น้อยกว่า ร้อยละ 60

4. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ใช้หลังจากการทดลองใช้แนวทาง เพื่อวัดความพึงพอใจของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่าตามแบบของวิเคิร์ท (Likert Scale)[12] แบ่งออกเป็น 5 ระดับ 5 = พึงพอใจมากที่สุด 4 = พึงพอใจมาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย 1 = น้อยที่สุด ส่วนแปลค่าความหมายของค่าเฉลี่ยของคะแนนผู้วิจัย โดยวัดผลตามเกณฑ์การประเมินแบบช่วงของ Best[13] โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือระดับสูง ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.68 -5.00,ระดับปานกลางค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.66 และระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.33

5. แนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อม (ที่พัฒนาขึ้น) เป็นผลลัพธ์หลักของการวิจัย ใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินกิจกรรม และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity): เครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ความเชื่อมั่น (Reliability): ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)[14] ซึ่งควรมีค่ามากกว่า 0.70

วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

แนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อม: ประกอบด้วยแผนกิจกรรม 12 สัปดาห์ (เช่น กิจกรรมระลึกวันวาน, การใช้สื่อพื้นบ้าน, ดนตรีบำบัด, และกายบริหารสมอง)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย (Research Phases) ผู้วิจัยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้:

ระยะที่ 1: การสำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis)

- ศึกษาข้อมูลสุขภาพจากฐานข้อมูล รพ.สต. บ้านเชียงเหียน
- จัดสนทนากลุ่ม (Focus Group) กับ CG และญาติผู้ดูแล เพื่อค้นหาอุปสรรคและความต้องการในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในบริบทพื้นที่

ระยะที่ 2: การพัฒนาแนวทาง (Development Phase)

- นำข้อมูลจากระยะที่ 1 มายกร่างแนวทางกิจกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยเน้น "การมีส่วนร่วม" และ "ภูมิปัญญาท้องถิ่น"
- นำร่างแนวทางให้ผู้เชี่ยวชาญ 3-5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และหาค่า IOC (ต้องมากกว่า 0.50)

ระยะที่ 3: การทดลองใช้ (Implementation Phase)

- Pre-test: ประเมินสภาพสมอง (TMSE) และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มโครงการ
- Action: ดำเนินการตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น เป็นเวลา 12 สัปดาห์ โดยให้ CG ลงพื้นที่จัดกิจกรรมที่บ้านผู้สูงอายุ สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลวิชาชีพ
- Monitoring: ติดตามผลและเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอเพื่อรวบรวมปัญหาหน้างาน

ระยะที่ 4: การประเมินผลและสรุป (Evaluation Phase)

- Post-test: เมื่อครบ 12 สัปดาห์ ทำการประเมินสภาพสมอง (TMSE) และคุณภาพชีวิตซ้ำอีกครั้ง
- ประเมินความพึงพอใจและความยั่งยืนของแนวทางปฏิบัติจากมุมมองของ CG

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน,ร้อยละ,ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) การเปรียบเทียบผลลัพธ์ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสภาพสมอง (TMSE) และคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test (ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันวิจัยและพัฒนาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โครงการวิจัย เอกสารรับรองเลขที่ 11/2569 ลงวันที่ 16 ธันวาคม 2568

ผลการศึกษา

การวิจัยเรื่อง "แนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 1, 2 โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล (CG)" ได้รับข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 50 คน และผู้ดูแล (CG) 34 คน โดยมีผลการวิเคราะห์ดังนี้

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74) มีช่วงอายุระหว่าง 70-79 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 74) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 94) และส่วนใหญ่มีสถานภาพหม้าย (ร้อยละ 58) ในด้านสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุ (ร้อยละ 90) มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 (ร้อยละ 97) สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่าเป็นบุตรสาว (ร้อยละ 73.5) รองลงมาคือคู่สมรส และอาศัยอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุ (ร้อยละ 86) มีอาชีพหลักเกษตรกร (ร้อยละ 95)

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุรี่ (ร้อยละ 40) ในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุจะมีผู้ดูแลเป็นประจำ

ส่วนที่ 2: ผลการวิเคราะห์ของแนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่อสภาพสมอง (TMSE)

ตารางที่ 1: เปรียบเทียบคะแนนการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (TMSE) ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม (n=50)

การประเมิน	**คะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$)**	**S.D.**	t	P- **value**
ก่อนการทดลอง	25.86	3.14	-4.417	.000*
หลังการทดลอง	26.54	3.25		

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 1, 2 มีคะแนนเฉลี่ยสภาพสมอง (TMSE) หลังได้รับกิจกรรมตามแนวทางป้องกันฯ (x)=26.54) สูงกว่าก่อนได้รับกิจกรรม (x)=25.86) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยส่งเสริมและชะลอความเสื่อมของสมองได้จริง

ส่วนที่ 3: ผลการวิเคราะห์ด้านความรู้และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล (CG)

ตารางที่ 2: เปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล (CG) ก่อนและหลังการฝึกอบรม (n=34)

การประเมิน	**คะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$)**	**S.D.**	t	P- **value**
ก่อนการทดลอง	13.12	1.45	-6.324	.000*
หลังการทดลอง	14.65	0.54		

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ดูแล (CG) มีความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (x)=14.65) สูงกว่าก่อนการเข้าร่วม (x)=13.12) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สะท้อนถึงประสิทธิภาพของคู่มือและการฝึกอบรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

ส่วนที่ 4: ความพึงพอใจต่อแนวทางปฏิบัติ

เกณฑ์การแปลผล ระดับสูง ค่าเฉลี่ย 3.68 - 5.00,ระดับปานกลางค่าเฉลี่ย 2.34-3.66 และระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33

ตารางที่ 3. ระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อกิจกรรมตามแนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อม (n= 50)

การประเมิน	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	S.D	t	P- value
ก่อนการทดลอง	4.13	0.13	61.41	.000*
หลังการทดลอง	5.00	0.00		

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมตามแนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระดับ มากที่สุดทุกข้อหลังเข้าร่วมกิจกรรม โดยมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 5.00 (S.D.=0.00) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมที่ได้รับเป็นอย่างมาก

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจของผู้ดูแล (CG) ต่อแนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อม (n=34)

การประเมิน	ค่าเฉลี่ย($\bar{x}$)	S.D	t	p-value
ก่อนการทดลอง	3.62	0.49	7.38	.000*
หลังการทดลอง	5.00	0.00		

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ดูแล (CG) มีความพึงพอใจต่อแนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับ มากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 5.00 (S.D.=0.00) แสดงให้เห็นว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุได้จริง และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของครอบครัวในชุมชน

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง “แนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 1, 2 โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล (CG) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียงเหียน” เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experiment research) เพื่อสร้างรูปแบบการดูแลเชิงรุกในชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74) อายุระหว่าง 70–79 ปี (ร้อยละ 74) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 94) และเกือบทั้งหมดมีโรคประจำตัว คือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 90) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ประกอบกับข้อจำกัดด้านการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรสาวและอาศัยอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุ (ร้อยละ 86) ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการเสื่อมของสมรรถภาพทางสมองเพิ่มขึ้น แนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด 4 มิติ ได้แก่ การระลึกความหลังผ่านสื่อท้องถิ่น ดนตรีบำบัด กายบริหารสมอง และการจัดการอาหารและยา โดยให้ผู้ดูแลดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องที่บ้านเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ผลการประเมินพบว่าคะแนนเฉลี่ยการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (TMSE) ของผู้สูงอายุหลังการทดลอง ($\bar{x}$ = 26.54, S.D.= 3.25) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{x}$ = 25.86,S.D.=3.14) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการทดลองใช้แนวทาง แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมกระตุ้นสมองที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องโดยผู้ดูแลสามารถช่วยส่งเสริมสมรรถภาพทางการรู้คิดของผู้สูงอายุได้ และคะแนนความรู้ของผู้ดูแลหลังการฝึกอบรม ($\bar{x}$ =14.65, S.D.= 0.54) สูงกว่าก่อนการฝึกอบรม ($\bar{x}$ = 13.12, S.D.=1.45) จากคะแนนเต็ม 15 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้และการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ดูแลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุดและสามารถดำเนินกิจกรรมดูแลอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวันได้สะท้อนให้เห็นว่าการให้ความรู้และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญต่อประสิทธิผลของการดูแลผู้สูงอายุ การที่ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นช่วยให้สามารถจัดกิจกรรมกระตุ้นสมองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการกระตุ้นการทำงานของสมองอย่างสม่ำเสมอผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งระบุว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือผู้ดูแลจะช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพมากขึ้นและสามารถดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมในระดับมากที่สุดทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ใช้สื่อและกิจกรรมที่คุ้นเคยกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น เรื่องราวในอดีต เพลงพื้นบ้าน หรือกิจกรรมที่สามารถทำได้ภายในบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างสะดวกและเกิดความสนุกสนาน ส่งผลให้มีแรงจูงใจในการทำ

กิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลในระดับมากถึงมากที่สุด

ผลการศึกษาพบว่าหลังดำเนินกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดเป็นเวลา 12 สัปดาห์ คะแนนการทดสอบสภาพสมองของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าแนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยกระตุ้นและส่งเสริมการทำงานของสมองในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า กิจกรรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยการกระตุ้นการรู้คิดใน 4 มิติ ได้แก่ การระลึกความหลังผ่านสื่อท้องถิ่น ดนตรีบำบัด กายบริหารสมอง และการจัดการอาหารและยา ซึ่งเป็นกิจกรรม ที่กล่าวถึงความสำคัญของการพัฒนาเครื่องมือและกระบวนการที่มีความเชื่อถือได้ในการประเมินผลการเรียนรู้และพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งในงานวิจัยนี้ได้ใช้การประเมินผลอย่างเป็นระบบเพื่อสะท้อนการเปลี่ยนแปลงของสภาพการรู้คิดของผู้สูงอายุอย่างชัดเจน ที่กล่าวถึงความสำคัญของการพัฒนาเครื่องมือและกระบวนการที่มีความซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดแบบหลายกิจกรรมสามารถช่วยเพิ่มความสามารถด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุได้สอดคล้องกับแนวคิดของ Chuchuen & Tunvirachaisakul, 2025[15] โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิดในระยะเริ่มต้น ซึ่งกิจกรรมที่มีความหลากหลายและเน้นการมีส่วนร่วมจะช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองได้ดีกว่าการใช้กิจกรรมเพียงรูปแบบเดียว อีกทั้งกิจกรรมระลึกความหลังผ่านเรื่องราวหรือสื่อในท้องถิ่นยังช่วยกระตุ้นความจำระยะยาว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจในประสบการณ์ชีวิตของตนเอง และช่วยส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจในด้านของผู้ดูแล และการใช้กิจกรรมระลึกความหลังร่วมกับกิจกรรมทางสังคมสามารถช่วยพัฒนาความจำและคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิดได้[16] นอกจากนี้ การใช้ดนตรีบำบัดยังเป็นกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองและเพิ่มความสามารถด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Moreno-Morales et al., 2024)[17] รวมทั้งการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุยังช่วยสนับสนุนให้กิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น[18] การที่ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมยังช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ทำให้เกิดบรรยากาศการดูแลที่อบอุ่นและส่งเสริมสุขภาวะทั้งทางกายและจิตใจ จากผลการวิจัยดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าแนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในชุมชนเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพตรงกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Lin et al.[19] สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอื่น ๆ ได้ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุจำนวนมากและมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคลากรทางสาธารณสุข การส่งเสริมบทบาทของผู้ดูแลและครอบครัวจึงเป็นกลไกสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน และสามารถช่วยชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างเหมาะสม การจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่นถือเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยส่งเสริมสุขภาวะทางสมองของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรบรรจุแนวทางนี้ในแผนงาน Long Term Care ของท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนสื่อและงบประมาณให้แก่ CG

2. การบูรณาการในแผนบริการสุขภาพระดับตำบล:กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ควรบรรลุแนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมนี้ลงใน "แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุประจำปี" เพื่อสนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อสื่อกระตุ้นสมองให้แก่ CG ทุกหมู่บ้าน

3. การยกระดับบทบาทอาสาสมัคร (CG) ควรมีการกำหนดมาตรฐานทักษะ "ผู้กระตุ้นสมองชุมชน" (Community Cognitive Stimulator) โดยใช้หลักสูตรที่พัฒนาจากงานวิจัยนี้ และมีการมอบ

เกียรติบัตรหรือค่าตอบแทนพิเศษเพื่อสร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

4. นโยบายคัดกรองเชิงรุกแบบคู่ขนาน หน่วยงานสาธารณสุขควรมีนโยบายให้การคัดกรอง TMSE ต้องทำควบคู่ไปกับการตรวจ NCDs (เบาหวาน/ความดัน) ในกลุ่มผู้สูงอายุพึ่งพิง เนื่องจากมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดตามข้อมูลสุขภาพที่พบในพื้นที่

5. ระบบสนับสนุนผู้ดูแลหลัก (Caregiver Support System) รัฐควรมีนโยบายสนับสนุนวันลาหรือสวัสดิการสำหรับบุตรที่ต้องดูแลบุพการีที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อลดความเครียดและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำกิจกรรมกระตุ้นสมองที่บ้าน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างและดำเนินการศึกษาในหลายพื้นที่ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยและสามารถนำผลไปประยุกต์ใช้ในบริบทของชุมชนอื่นได้มากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความต่อเนื่องของผลลัพธ์ด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุ และศึกษาประสิทธิผลของกิจกรรมกระตุ้นสมองในการชะลอภาวะสมองเสื่อม

3. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรม เช่น ระดับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล สภาพแวดล้อมในครอบครัว และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

4. ควรพัฒนาและประเมินรูปแบบกิจกรรมหรือคู่มือการกระตุ้นสมองสำหรับผู้ดูแลให้เป็นมาตรฐาน เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในชุมชนอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียงเหียน บุคลากรสาธารณสุขและทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมการวิจัยให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี จึงขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. (2564). คู่มือปฏิบัติงาน Long Term Care สำหรับพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. นนทบุรี: กองส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข.
2. กระทรวงสาธารณสุข. (2561). สถานการณ์ผู้สูงอายุและแนวโน้มปัญหาสุขภาพในประเทศไทย.กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
3. Benjapolpitak, P. (2023). Dementia prevention and care for older persons in Thailand. Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand.
4. World Health Organization. (2021). Global status report on the public health response to dementia. Geneva: World Health Organization.
5. Alzheimer's Disease International. (2023). World Alzheimer Report 2023: Reducing the risk of dementia. London: ADI.
6. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2566). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์.
7. กรมการแพทย์. (2565). แนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ (Geriatric Clinic Guideline). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
8. Pongchaiyakul, C., et al. (2022). Situation of dementia among Thai older adults. *Institute* of Geriatric Medicine, Mahidol University.
9. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียงเหียน. (2567). รายงานสถานะสุขภาพประชากรและสถิติผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ประจำปีงบประมาณ 2567. มหาสารคาม: กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วน จังหวัดมหาสารคาม.
10. Thai Mental State Examination (TMSE) โดยคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โดยตีพิมพ์เผยแพร่ครั้งแรกในสารศิริราช ฉบับที่ 45(6) เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2536 (หน้า 359-374)
11. Bloom, B. M. (1968). Learning for Mastery. Center for the Study of Evaluation of Instructional Programs, 1, 1-12.

12. Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. Archives of Psychology,140, 1–55.
13. Best J. W.(1981), Research in Education, 4th Edition , New Delhi, Prentice Hall Of India Pvt. Ltd.
14. Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika, 16*(3), 297–334.*
15. Chuchuen, P., & Tunvirachaisakul, C. (2025). Multi-modal cognitive stimulation program improves cognition and quality of life in Thai older adults with mild cognitive impairment. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders.
16. Ni, P., Wang, F., Liu, L., Zhang, S., Li, Q., & Hu, X. (2026). Effects of reminiscence therapy for people living with cognitive impairment and their caregivers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*.
17. Moreno-Morales, C., et al. (2024). Music therapy and cognitive function in dementia: A network meta-analysis of randomized controlled trials. Journal of Personalized Medicine, 14(5), 497.
18. Suepthayat,S.,Jullmate,P., & Tabootwong,W. (2025). Development of cognitive stimulation program integrated with family participation for retarding dementia in older adults. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 26(2), 124–132.
19. Lin, Z., Yin, X., Levy, B. R., Yuan, Y., & Chen, X. (2024). Association of family support with lower modifiable risk factors for dementia among cognitively impaired older adults. American Journal of Geriatric Psychiatry, 32(10), 1187–1199.