



ผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาและตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุ ที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

วรเดช พึงประเสริฐ¹, เยาวเรศ ก้านมะลิ², พิชชา คนกาญจน์^{3*}

¹กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

²กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

Effect of Using the Visiting and Consulting Program for High-risk Elderly with Dementia in Mueang District, Kalasin Province

Woradet Puengprasert¹, Yaowaret Kanmali², Picha Konkanghana^{3*}

¹Social Medicine Department, Kalasin Hospital

²Nursing Research and Development Department, Kalasin Hospital

³Faculty of Nursing, Ramkhamhaeng University

Received: 15 February 2024 /Review: 9 April 2024 / Revised: 29 May 2024 /

Accepted: 30 May 2024

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: การศึกษาครั้งนี้มีต้นแบบจากการออกเยี่ยมบ้านของทีมเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า จำนวนผู้สูงอายุในชุมชนที่เริ่มมีภาวะสมองเสื่อมมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เป็นผลให้ทีมเยี่ยมตรวจจึงได้จัดทำโปรแกรมการให้คำปรึกษาและตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาและตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และเปรียบเทียบผล

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่างสุ่มอย่างง่ายจากกลุ่มที่ผ่านการทดสอบด้วย montreal cognitive assessment: MOCA และพบว่ามีความเสี่ยง จึงถูกคัดเลือกแบบสุ่มอย่างง่ายด้วยการใช้คะแนน activities of daily living : ADL อีกครั้ง จากผู้สูงอายุซึ่งได้รับวินิจฉัยว่ามีภาวะเสี่ยงสูงต่อภาวะสมองเสื่อม โดยภาวะสมองเสื่อม MOCA ประเมินภาวะสมองเสื่อมจากการใช้แบบวัดภาวะสมองเสื่อมของเขตอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนเมษายนถึงกันยายน 2566 ประกอบด้วย กลุ่มทดลองที่ได้รับการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาและตรวจเยี่ยม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเยี่ยมบ้านด้วยวิธีปกติกลุ่มละ 153 ราย เครื่องมือที่ใช้คือ แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม สมรรถภาพสมอง ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการการดูแล ความเสี่ยงพลัดตกจากที่สูง และหกล้ม ภาวะซึมเศร้า และความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS สถิติที่ใช้คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที่

ผลการศึกษา: คะแนนเฉลี่ยของการเกิดภาวะสมองเสื่อมและสมรรถภาพสมองเบื้องต้นระหว่างกลุ่มที่ใช้โปรแกรมฯ กับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สำหรับความพึงพอใจ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง และภาวะซึมเศร้าของทั้งสองกลุ่มค่าคะแนนเฉลี่ยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน

สรุป: คะแนนเฉลี่ยการเกิดสมองเสื่อม สมรรถภาพสมอง ความพึงพอใจ ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการการดูแล และภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ใช้โปรแกรมฯ แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้คำปรึกษาและการตรวจเยี่ยม, ภาวะสมองเสื่อม, ผู้สูงอายุ

*Corresponding author: Picha Konkanghana E-mail: pkk68@gmail.com

Abstract

Background and Objective: This research was based on the home visits of the social medicine team at Kalasin Hospital. It was found that the number of elderly who were high-risk elderly with dementia was increasing in the community. As a result, the visiting team has established a counseling program and visits for elderly people who are at high risk of developing dementia. The purpose of this research was to study the effect of using the visiting and consulting program for high-risk elderly with dementia and compare the results.

Methods: A quasi-experimental study and simple sample sampling method was used, elderly people in Kalasin province, consisting of an experimental group and a control group, each of 153. Conducting on January - June 2023. Recording results from was used the tool in 8 parts, including personal information, Montreal cognitive assessment, MMSE, Barthel activities of daily, living, Karnofsky scale, MORSE, depressive scale and satisfaction scale. Data was analyzed by SPSS software compute programs. Statistics are frequency, percentage, arithmetic mean, standard deviation and Independent t-test.

Results: Dementia and brain function mean score were significantly different at the $p=.01$ level. Satisfaction, ability to activities daily living, care needs and depression were significantly different at the $p=.05$ level. The risk of falls was not different. The satisfaction of the experimental group was very high. Both groups had dementia, cognitive impairment, care needs, and the risk of falls is normal levels. Ability daily living does not require dependency.

Conclusion: Mean scores of dementia, brain function, satisfaction, ability to activities daily living, care needs and depression in the group using the program different from the control group.

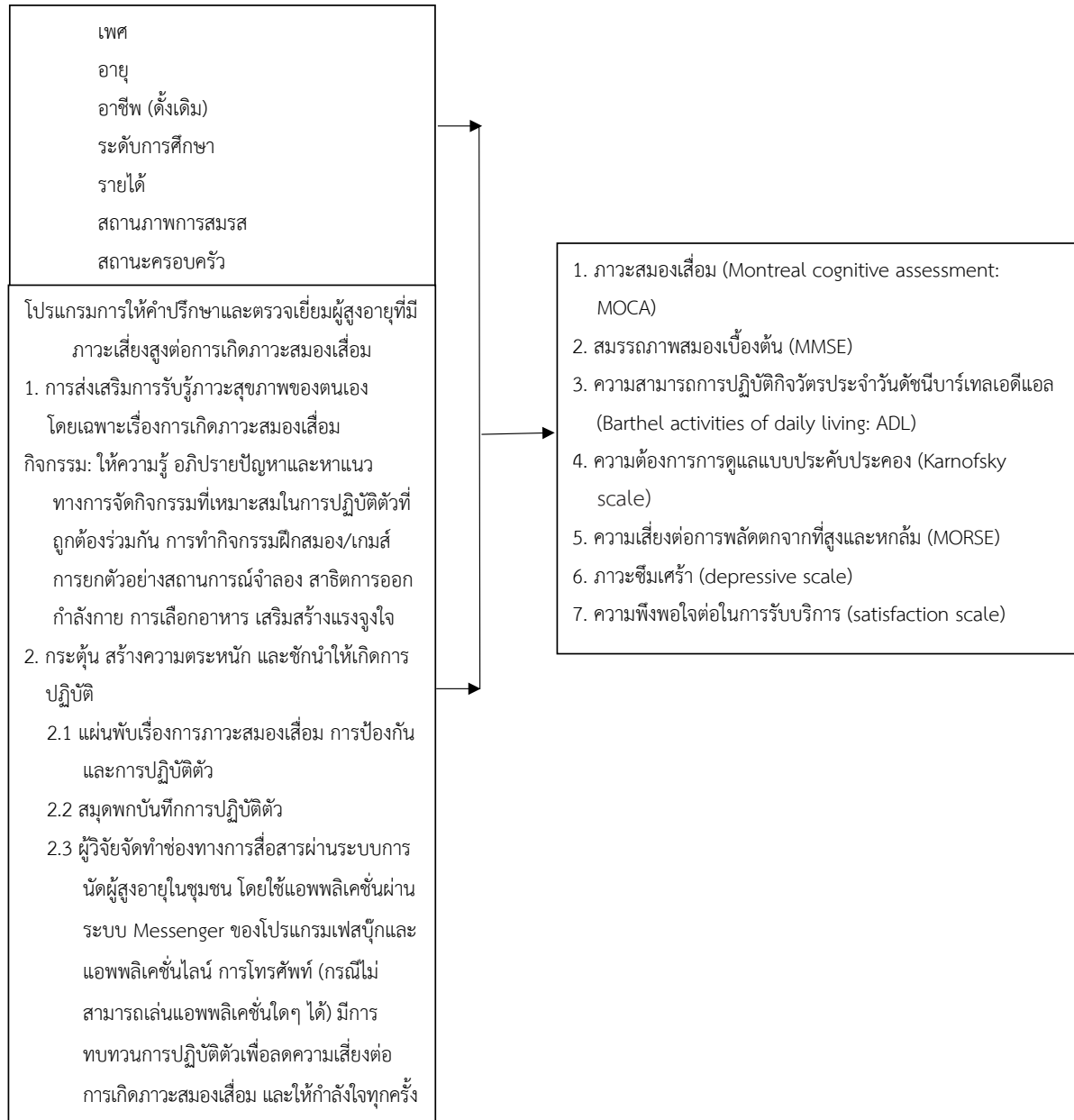
Keywords: visiting and consulting program, dementia, elderly

บทนำ

ปัจจุบันการเกิดขึ้นของสังคมผู้สูงอายุ (ageing society) ทั้งนี้การคาดการณ์ว่าอีก 20 ปีข้างหน้า จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มสัดส่วนเป็น 1 ใน 5 ของประชากรทั่วโลก ทำให้มีจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ถึง 1,200 ล้านคนในปี พ.ศ. 2568 และ 2,000 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 หรือคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรโลก ทั้งหมด¹ สำหรับประเทศไทยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2578 จะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 28.55 ของประชากรทั้งหมด^{2,3} จากปรากฏการณ์ของการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุ จำนวนวัยทำงาน และวัยเด็กแรกเกิด ลดลงย่อมส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย อัตราการพึ่งพิง ในปี พ.ศ. 2560 พบว่า ประชากรวัยทำงาน 100 ราย จะต้องรับภาระประชากรสูงอายุ และวัยเด็ก 51 ราย และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 64 ราย ในปี พ.ศ. 2570¹ ผลการประเมินและคัดกรองสุขภาพจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยกระทรวงสาธารณสุข ผ่านระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ และสุขภาพ (health data center : HDC) ในปี พ.ศ. 2565 พบว่า เป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.66 ติดบ้าน ร้อยละ 2.73 และติดเตียง ร้อยละ 0.62 ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่พบ มักเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 15.55 โรคเบาหวาน ร้อยละ 9.84 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 7.72 ภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 0.88 และหกล้ม ร้อยละ 3.12 ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้เสียชีวิตจากการพลัดตกจากที่สูงและหกล้มสูงถึง 2,018 ราย หรือเฉลี่ยวันละ 6 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุมากถึง 1,046 ราย หรือเฉลี่ยวันละ 3 ราย และร้อยละ 50 ผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาจากการหกล้มเสียชีวิตใน 1 ปี⁴ นอกจากนี้พบว่า ร้อยละ 20 ของการหกล้มเกิดขึ้นในชุมชน และร้อยละ 50 ผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาจากการหกล้มเสียชีวิตครึ่งหนึ่ง ใน 1 ปี กอปรกับสถิติของการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2562) ได้รายงานว่าการพลัดตกจากที่สูงและหกล้ม/อุบัติเหตุ/เจ็บปวด ปีงบประมาณ 2560 - 2562 พบว่า มีการเรียก 1669 ด้วยอาการเหล่านี้ จำนวน 414,710 ครั้ง และพบว่าเป็นกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 136,015 ราย ซึ่งในแต่ละปีนั้นจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่าวัยอื่นๆ ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพ⁵ ภาวะสมองเสื่อม (dementia) คือ ภาวะผิดปกติอย่างหนึ่งที่พบได้บ่อยมากในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบได้ถึง ร้อยละ 6-12 ของผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งส่งผลกระทบอย่างมากต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้ป่วย รวมทั้งเป็นภาระ

ในการดูแลของครอบครัว ดังนั้น ความรู้ความเข้าใจในการวินิจฉัย รวมทั้งการดูแลรักษาและการติดตามผลการรักษา จะมีส่วนช่วยในการที่จะบรรเทาปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งในด้านปัญหาสุขภาพ การเจ็บป่วยด้วยโรค การเกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง⁵ ผลจากการคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน (basic/community screen STEP1) เขตอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ภาวะสมองเสื่อม มีผลกับความจำ ความคิด การหลงๆ ลืมๆ ทำให้ผู้ที่มีอาการดังกล่าวไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างเต็มที่ เช่น ตื่นขึ้นมาลืมน้ำที่จะอาบน้ำ หรือ การไม่ระมัดระวังตนเองในขณะเดินหรือเปลี่ยนอิริยาบถจากภาวะหลังล้มว่าตนเองเริ่มสูงอายุน่าจะทำอะไรให้เหมือนตอนเป็นวัยรุ่นหนุ่มสาว เช่น เดินเร็วๆ หรือวิ่ง ซึ่งทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้

ปีงบประมาณ 2566 กลุ่มเป้าหมายที่คัดกรองด้านความจำมีจำนวน 20,749 ราย ผลการคัดกรองพบกลุ่มเสี่ยงด้านความผิดปกติในการจำมีจำนวน 1,581 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.62 ของกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการคัดกรองครบทั้ง 9 ด้าน มีจำนวน 18,691 ราย พบกลุ่มเสี่ยงด้านความจำ 649 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.47 จากข้อมูลดังกล่าว ในฐานะแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านเวชกรรมสังคม จึงได้พัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาและตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ขึ้น เพื่อสร้างกระบวนการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเหล่านี้ให้มีความต่อเนื่อง มีการติดตามประเมินผลการตรวจเยี่ยมและผลของการให้คำปรึกษาของแพทย์รวมทั้งการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุตามอัตภาพตน และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขโดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อ 1) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาและตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย ภาวะสมองเสื่อมและสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (mini-mental state examination: MMSE) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เทล เอ็ดดัล (barthel activities of daily living) ความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ความเสี่ยงต่อการพลัดตกจากที่สูงและหกล้ม ภาวะซึมเศร้า และ 2) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสมองเสื่อม สมรรถภาพสมองเบื้องต้น และความพึงพอใจในการรับบริการ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาและเยี่ยมตรวจผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ภายใต้ทฤษฎีเชิงระบบโดยกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้ (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองวัดเปรียบเทียบผลหลังการทดลอง โดยกรอบแนวคิดที่ผู้วิจัยและคณะนำมาใช้ในการศึกษานี้ คณะผู้วิจัยบูรณาการทฤษฎีระบบ (system theory) และการจัดการเชิงกระบวนการของ Henri⁷ ร่วมกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender และคณะ⁷ เป็นกรอบในการวิเคราะห์ปัญหาและสร้างรูปแบบการตรวจเยี่ยมและให้คำปรึกษา ประกอบด้วย (1) ปัจจัยนำเข้า (input) ด้านคน (men) คือ สมาชิกทีมเยี่ยมบ้าน ด้านอุปกรณ์ (material) คือ เอกสาร คู่มือที่ใช้ในการตรวจเยี่ยม ด้านเงิน (money) คือ ค่าใช้จ่ายจัดซื้ออุปกรณ์ ด้านระบบงาน

(method) คือ โครงสร้าง นโยบายการเยี่ยมบ้านของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (2) ปัจจัยกระบวนการ (process) ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมแบบระหว่างผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจเยี่ยมและทีมเยี่ยมบ้าน (3) ผลลัพธ์ (output) คือ ผลการประเมินภาวะสมองเสื่อม ผลการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น การวัดความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เทิลเอดีแอล การประเมินความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ความเสี่ยงต่อการพลัดตกจากที่สูงและหกล้ม ภาวะซึมเศร้า และความพึงพอใจต่อการรับบริการ กลุ่มประชากร คือ ผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ผ่านการคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน และได้รับการวินิจฉัยว่ามีความเสี่ยงต่อการ

เกิดภาวะสมองเสื่อมหรืออาจเกิดความผิดปกติของระบบความจำ จำนวน 1,581 ราย ระหว่างเดือนเมษายน – กันยายน 2566 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในเขตอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้ตรวจเยี่ยมว่า มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรืออาจเกิดความผิดปกติของระบบความจำโดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากผู้ที่ผ่านการคัดกรองในเบื้องต้นซึ่งมีคุณสมบัติเป็นไปตามที่กำหนด จากนั้นคณะผู้วิจัยจึงได้สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามลำดับที่สลับกันไป โดยการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของ Krejcie และ Morgan⁸ ได้จำนวน 306 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 153 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 153 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ 1) อายุ 60 ปีขึ้นไปที่สามารถอ่านออกเขียนได้ 2) คะแนน activities of daily living: ADL มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน หมายถึง ปกติ/สามารถช่วยเหลือตนเองได้ 3) มีสติสัมปชัญญะ รับรู้ด้านการมองเห็น ได้ยินเสียงปกติ 4) มีโรคประจำตัวไม่เกิน 2 โรคที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการวิจัย และ 5) ยินดีเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ 1) มีประวัติเป็นโรคจิตเภท วิตกกังวล และ 2) ไม่ได้รับการยินยอมจากผู้ดูแลให้เข้าร่วมวิจัย เกณฑ์สิ้นสุดการวิจัย ได้แก่ เกิดอุบัติเหตุจากกิจกรรมของการวิจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ หรือการเกิดการล่าเหยียดของการดำเนินการวิจัยด้วยเหตุใดๆ ก็ตาม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมให้คำปรึกษาและตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม การพัฒนาโปรแกรมนี้เป็นไปตามลำดับขั้นตอนที่นำเสนอไว้ในบทความ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้รับความร่วมมือกับทีมงานเยี่ยมบ้านในการหาแนวทางการติดต่อสื่อสารต่างๆ กับผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งระบุในขั้นตอนที่ 1, 2 และ 3 ปรากฏรายละเอียดโปรแกรมเพิ่มเติมในกรอบแนวคิดการวิจัยประกอบด้วย การดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ทบทวนปัญหาที่พบจากการให้คำปรึกษาและตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

ขั้นตอนที่ 2 ประสานงานกับบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่แผนกเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ร่วมกันทบทวนหาสาเหตุของปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหา เพื่อการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาและ

ตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเป็นการพัฒนาโปรแกรมฯ โดยสรุปควบคู่กับการดำเนินการวิจัยปรากฏรายละเอียดโปรแกรมเพิ่มเติมในกรอบแนวคิดการวิจัย โดยมีกิจกรรมดังนี้ 1) ระบบการนัดผู้สูงอายุในชุมชน ผู้วิจัยจัดทำช่องทางการนัดโดยใช้แอปพลิเคชันผ่านระบบ messenger ของโปรแกรมเฟสบุ๊กและแอปพลิเคชันไลน์ เพราะเป็นแพลตฟอร์มที่ค่อนข้างเสถียรสำหรับการทำงานในการติดต่อสื่อสารแบบออนไลน์ ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่มีแอปพลิเคชันเหล่านี้ ผู้วิจัยดำเนินการโทรศัพท์และนัดหมายเพื่อตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุผ่านกลุ่มงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 17 แห่งในพื้นที่รับผิดชอบของอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ 2) ผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจเยี่ยมและให้คำปรึกษาจะได้รับคำแนะนำตามคู่มือการปฏิบัติตัวตามหลัก 5 อ ประกอบด้วย อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อดิเรก และอนามัย มีการสาธิตผ่านการชมวิดีโอที่ค้นการปฏิบัติตัวสำหรับผู้สูงอายุเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของตนเอง การนัดทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกัน ประกอบด้วย เกมสื่ กิจกรรมละลายพฤติกรรม แบบฝึกสมองประลองปัญญาสำหรับผู้สูงอายุ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้ชีวิตในแต่ละวัน ทั้งนี้ผู้ป่วยหรือญาติสามารถสแกนคิวอาร์โค้ด (QR code) วิดีทัศน์เก็บไว้ได้ และ 3) การให้ข้อมูลตรวจเยี่ยมและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ก่อน ขณะ และหลังการทดลองใช้โปรแกรมโดยแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ในทีมเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

จำนวนครั้งของการตรวจเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการวิจัยครั้งนี้ ภายหลังการเยี่ยมในครั้งที่ 3 คณะผู้วิจัยจึงทำการวัด และดำเนินการติดตามผลอีกครั้งในระยะเวลา 4 สัปดาห์ถัดไป

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ (ดั้งเดิม) ระดับการศึกษา รายได้ (ปัจจุบันโดยรวม) สถานภาพการสมรส และสถานะครอบครัว

ตอนที่ 2 แบบเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (MOCA) ประกอบด้วย กิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุทั้งหมด 8 ด้าน คะแนนเต็ม 30 คะแนน 2) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 ประกอบด้วย ข้อคำถาม 11 ข้อ คะแนนเต็ม 23 คะแนน 3) แบบวัดความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชชีบาร์เทิลเอ็ดแอล ประกอบด้วย ข้อคำถาม 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน 4) แบบประเมินความต้องการการดูแลแบบ ประคับประคอง (Karnofsky performance scale) ประกอบด้วย

ด้วย 3 ระดับ คะแนนเต็ม 100 คะแนน 5) แบบวัดความเสี่ยงต่อการพลัดตกจากที่สูงและหกล้ม (MORSE) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 6 ข้อ คะแนนต่ำกว่า 24 คะแนนถือว่าไม่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกจากที่สูงและหกล้ม 6) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 Q (depressive scale) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ คะแนนระหว่าง 7-12 ถือว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำหรือไม่มีเลย และ 7) แบบวัดความพึงพอใจในการรับบริการ (satisfaction scale) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็น rating scale คะแนนรวม 50 คะแนน ผลการหาคุณภาพของเครื่องมือด้าน validity ของเครื่องมือชุดที่ 7 ทุกข้อมีค่า IOC มากกว่า 0.5 และการหาค่า reliability ด้วยวิธีคอนบาคแอลฟา มีค่าเท่ากับ 0.79 (สำหรับเครื่องมือชุดที่ 1-6 เป็นเครื่องมือมาตรฐาน)

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS กำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ $p=.05$ และใช้สถิติดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพดั้งเดิม ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพการสมรส และสถานะครอบครัว นำมาวิเคราะห์ด้วยความถี่และร้อยละ 2) แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม สมรรถภาพสมองเบื้องต้นความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เทิลเอ็ดดีแอล ความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ความเสี่ยงต่อการพลัดตกจากที่สูงและหกล้ม ภาวะซึมเศร้า และความพึงพอใจต่อการรับบริการ วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนแบบประเมินภาวะสมองเสื่อม สมรรถภาพ สมองเบื้องต้น (MMSE) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เทิลเอ็ดดีแอล ความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ความเสี่ยงต่อการพลัดตกจากที่สูงและหกล้ม (MORSE) ภาวะซึมเศร้า (depressive scale) และความพึงพอใจต่อการรับบริการ ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ independent t-test

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย โครงร่างวิจัยและเครื่องมือวิจัยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เลขที่ 023-2023 เมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2566

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 30 กันยายน 2566 ผู้วิจัยบันทึกข้อความถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ดำเนินการประชุมทีมเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยขอความอนุเคราะห์ในการช่วยเหลือเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล ในขณะดำเนินการให้คำปรึกษาและตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชนหรือที่บ้าน ผู้วิจัยและทีมได้แจ้งวัตถุประสงค์การตรวจเยี่ยมและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลรวมทั้งการใช้สถานที่

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 28.11 และ 29.41 ตามลำดับ ระดับการศึกษาของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับอนุปริญญา/ปวส. ร้อยละ 16.67 กลุ่มควบคุมระดับปริญญาตรี ร้อยละ 19.28 สถานภาพสมรสคู่ทั้งสองกลุ่มร้อยละ 41.83 และ 37.58 ตามลำดับ สถานภาพครอบครัวขยายร้อยละ 43.14 และ 45.75 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 29.74 และ 27.45 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=306)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=153) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=153) จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	67 (21.89)	63 (20.59)
หญิง	86 (28.11)	90 (29.41)
อายุ (ปี)		
≤ 60	12 (3.92)	10 (3.27)
61 – 65	65 (21.24)	64 (20.92)
66 - 70	58 (18.95)	55 (17.97)
≥ 71	18 (5.88)	24 (7.84)
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	7 (2.29)	5 (1.63)
มัธยมศึกษาตอนต้น	14 (4.58)	12 (3.92)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	29 (9.48)	25 (8.17)
อนุปริญญา/ปวส.	51 (16.67)	47 (15.36)
ปริญญาตรี	49 (16.01)	59 (19.28)
สูงกว่าปริญญาตรี	3 (0.98)	5 (1.63)
สถานภาพสมรส		
โสด	10 (3.27)	18 (5.88)
คู่	128 (41.83)	115 (37.58)
หม้าย	14 (4.58)	20 (6.54)
หย่าร้าง	1 (0.33)	0 (0.00)
สถานภาพครอบครัว		
เดี่ยว	21 (6.86)	13 (4.25)
ขยาย	132 (43.14)	140 (45.75)
โรคประจำตัว		
มี	91 (29.74)	84 (27.45)
ไม่มี	62 (20.26)	69 (22.54)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่วิจัย (n=153)

	Mean±SD	ความหมาย
ความพึงพอใจ		
กลุ่มทดลอง	4.54±0.27	สูงมาก
กลุ่มควบคุม	4.47±0.27	สูง
ภาวะสมองเสื่อม		
กลุ่มทดลอง	24.35±1.00	ปกติ
กลุ่มควบคุม	23.84±1.16	ปกติ
สมรรถภาพสมองเบื้องต้น		
กลุ่มทดลอง	29.11±1.07	ปกติ
กลุ่มควบคุม	28.42±1.36	ปกติ
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		
กลุ่มทดลอง	19.64±0.69	ไม่พึ่งพา
กลุ่มควบคุม	19.46±0.80	ไม่พึ่งพา
ความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง		
กลุ่มทดลอง	0.30±0.66	ปกติ
กลุ่มควบคุม	0.50±0.80	ปกติ
ภาวะซึมเศร้า		
กลุ่มทดลอง	0.33±0.95	น้อยมาก
กลุ่มควบคุม	0.61±1.16	น้อยมาก
ความเสี่ยงต่อการพลัดตกจากที่สูง หกล้ม		
กลุ่มทดลอง	0.85±5.34	การดูแลปกติ
กลุ่มควบคุม	1.96±8.08	การดูแลปกติ

จากตารางที่ 2 พบว่า ความพึงพอใจต่อทีมเยี่ยมตรวจที่บ้านอยู่ในระดับสูงถึงสูงมากโดยเฉพาะในกลุ่มทดลอง ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงมาก (4.54±0.27) ด้านภาวะสมองเสื่อม สมรรถภาพสมองเบื้องต้น และความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปกติ

ทั้งสองกลุ่ม ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทั้งสองกลุ่มอยู่ในเกณฑ์ของการไม่ต้องการการพึ่งพา สำหรับความเสี่ยงต่อการพลัดตกจากที่สูงและหกล้มมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับการดูแลปกติทั้งสองกลุ่ม

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=153)

	Mean± SD	t	df	p-value
ความพึงพอใจ				
กลุ่มทดลอง	4.54±0.27	2.30	304	.02*
กลุ่มควบคุม	4.47±0.27			
ภาวะสมองเสื่อม				
กลุ่มทดลอง	24.35±1.00	4.15	297.31	.00**
กลุ่มควบคุม	23.84±1.16			
สมรรถภาพสมองเบื้องต้น				
กลุ่มทดลอง	29.11±1.07	4.90	288.37	.00**
กลุ่มควบคุม	28.42±1.36			
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน				
กลุ่มทดลอง	19.64±0.69	2.15	296.59	.03*
กลุ่มควบคุม	19.46±0.80			
ความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง				
กลุ่มทดลอง	0.30±0.66	2.33	292.85	.02*
กลุ่มควบคุม	0.50±0.80			
ภาวะซึมเศร้า				
กลุ่มทดลอง	0.33±0.95	2.27	292.18	.02*
กลุ่มควบคุม	0.61±1.16			
ความเสี่ยงต่อการพลัดตกจากที่สูงและหกล้ม				
กลุ่มทดลอง	0.85±5.34	1.42	263.69	.16
กลุ่มควบคุม	1.96±8.08			

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการเกิดภาวะสมองเสื่อมและสมรรถภาพสมองเบื้องต้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=.00$ ($t= 4.15$, $df= 297.31$ และ $t= 4.90$, $df= 288.37$ ตามลำดับ) สำหรับความพึงพอใจความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง และภาวะซึมเศร้าของทั้งสองกลุ่ม ค่าคะแนนเฉลี่ยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=.02$ ($t= 2.30$, $df= 304$, $t= 2.15$, $df= 296.59$, $t= 2.33$, $df= 292.85$, และ $t= 2.27$, $df= 292.18$ ตามลำดับ) ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกจากที่สูงและหกล้มพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน

วิจารณ์

ผลการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาและตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม อำเภอเมืองจังหวัดกาฬสินธุ์ จากผลการศึกษาพบว่า ภาวะสมองเสื่อมสมรรถภาพสมองเบื้องต้น และความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปกติทั้งสองกลุ่ม และผลเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของการเกิดภาวะสมองเสื่อมและสมรรถภาพสมองเบื้องต้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=.00$ อธิบายได้ว่า เพราะการเปลี่ยนแปลงของสมองที่มีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น⁹ จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า อายุโดยเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและควบคุมมีความแตกต่างเพราะอายุมีผลต่อประสิทธิภาพของการรับรู้และความจำของผู้สูงอายุ หากอยู่ในภาวะที่ลดลง

มีโอกาสพัฒนาไปสู่ภาวะสมองเสื่อมได้เร็วยิ่งขึ้นผลการศึกษาที่เกิดจากการกลุ่มอายุที่มีอายุเฉลี่ยที่แตกต่างกันจะทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมที่แตกต่างกันได้ ความรู้การป้องกันภาวะสมองเสื่อม พบว่า ภาพรวมระดับความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 77.48 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Thiprat และคณะ¹⁰ พบว่า การมีความรู้ที่อยู่ในระดับเพียงพอที่จะสามารถในการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง ซึ่งภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคของผู้สูงอายุ คนทั่วไปมองว่าเป็นสิ่งปกติของทุกคนที่เมื่อสูงวัยจะมีอาการหลงลืมจำอะไรไม่ได้เมื่ออายุมากขึ้นโอกาสป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมจะมากขึ้นตามอายุ และผลการศึกษาของ Anuphan และ Densantisakul¹¹ พบว่า คะแนนก่อนให้สุศึกษาในข้อคำถามที่ถามว่าภายใน 10 ปีข้างหน้าฉันอาจจะป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ เห็นด้วยมาก และผลการศึกษาของ Subindee และ Saengchart¹² พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างให้คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมที่ค่าเฉลี่ย 2.14 แต่เมื่อภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าค่าเฉลี่ยลดลง อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ว่ามีปัจจัยเสี่ยงอื่นนอกจากอายุที่ส่งผลให้เกิดภาวะสมองเสื่อมและหลายปัจจัยสามารถป้องกัน และควบคุมเพื่อชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ เช่น การควบคุมระดับสัญญาณชีพ ไขมัน และน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการรับประทานอาหารไขมันต่ำ เน้นการรับประทานผักและผลไม้ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองในด้านสุขภาพและการป้องกันอุบัติเหตุต่างๆ เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ดี และเกือบทุกรายเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมและติดบ้าน ทำให้ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองได้รับทราบว่า ตนเองมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ผลการศึกษาของ Bunmee และคณะ¹³ พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย คือ การมีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การให้บริการด้วยจิตอาสาและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ การออกกำลังกายร่วมกัน และกิจกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การฝึกสมอง ประกอบด้วยการคำนวณ การใช้ภาษา การระลึกได้รู้ทันโรคสมองเสื่อม การออกกำลังกาย การรับประทานยา และอาหารบางชนิด การฝึกสติปัญญา การควบคุมอารมณ์ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมองเห็นคุณค่าในตัวเอง การส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตัวเองเป็นการเสริมพลังอำนาจให้กับตนเอง เพื่อให้สามารถ

ดูแลสุขภาพตนเองได้ โดยมีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยตรง จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ทั้งสองกลุ่มอยู่ในเกณฑ์ของการไม่ต้องการการพึ่งพา

ด้านความพึงพอใจ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง และภาวะซึมเศร้าของทั้งสองกลุ่มค่าคะแนนเฉลี่ยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=.05$ เนื่องจากผู้สูงอายุได้ทราบถึงประโยชน์ของการเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาและตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสูง มีการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตอย่างเป็นระบบ การให้คำปรึกษาได้ตลอดเวลาทั้งระบบ onsite และ online เป็นรูปแบบการให้ความรู้และการจัดประสบการณ์ตรงให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทุกคนได้มีส่วนร่วม กิจกรรมกลุ่มที่มีความหลากหลาย แต่ไม่ซับซ้อนหรือนานจนเกินไปโดยเหมาะสมกับความสูงอายุ ลำดับของกิจกรรมจะเรียงตามระดับการมีส่วนร่วม และความสนุกสนานสนุกสนานท้ายภายหลังการจัดกิจกรรม มีการทบทวนประโยชน์ของแต่ละกิจกรรมที่จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และด้วยกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างทดลองทำให้เห็นผลด้วยตนเองในขณะนั้น ส่งผลให้เกิดความเชื่อในประสิทธิภาพของการแนะนำ ที่จะกระทำเพื่อลดความเสี่ยงหรือความร้ายแรงของโรค ทั้งนี้จากการสะท้อนคิดกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่า รูปแบบกิจกรรมในภาพรวมดี มีความสนุกสนานทำให้จิตใจแจ่มใสและช่วยให้ไม่เหงา กิจกรรมช่วยให้เกิดการสร้างสรรค์ที่ติดต่อกันของผู้สูงอายุในชุมชน และต้องการให้มีกิจกรรมในรูปแบบนี้ในทุกๆ เดือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Collins และคณะ¹⁴ เกี่ยวกับนโยบายและกลยุทธ์การป้องกันหรือชะลอภาวะสมองเสื่อมในปทุมภูมิและการปฏิบัติการในชุมชน ระบุว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมที่เหมาะสมสอดคล้องกับความสนใจ ถือเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในชุมชน การมีกิจกรรมร่วมกันของคนในชุมชนช่วยเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย และเพิ่มการมีกิจกรรมทางสังคม ผู้สูงอายุจะต้องทราบถึงวิธีการวางตัวต่อกันอย่างไร การทำกิจกรรมร่วมกันจึงเป็นไปด้วยความสนุกสนาน และได้รับการตอบรับ ความร่วมมือ ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี และในการศึกษาครั้งนี้ก่อนเริ่มทำกิจกรรมในแต่ละวันจะกำหนดให้มีกิจกรรมละลายพฤติกรรมก่อนเริ่มกิจกรรมหลักของการให้ความรู้ เช่น กิจกรรมเข้าจังหวะ การเล่นเกมฝึกสมองเพื่อให้เกิดความตื่นตัว และอยากมีส่วนร่วมทุกกิจกรรม

สำหรับความเสี่ยงต่อการพลัดตกจากที่สูงและหกล้มมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับการดูแลปกติทั้งสองกลุ่ม และมีค่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน เพราะกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มพักอาศัยอยู่ที่บ้านหรือที่พำนักถาวร เนื่องจากผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีการทำงานบ้าน เล็กๆ น้อยๆ การเดินและออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรง ของกล้ามเนื้อ บางรายใช้เครื่องพยุงร่างกายช่วยในขณะ เคลื่อนไหวร่างกาย การสวมใส่เสื้อผ้า และรองเท้าที่มีขนาดพอดี ควรเลือกรองเท้าส้นเตี้ย พื้นรองเท้าควรเกาะพื้นได้ดี ไม่ลื่น ด้านการจัดสภาพแวดล้อมของที่พักอาศัยลูกหลานและญาติ จะดำเนินการเป็นส่วนใหญ่โดยป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและ เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ^{15,16} ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิด อุบัติเหตุพลัดตกจากที่สูงและหกล้มได้ ส่วนใหญ่เป็นบ้าน ชั้นเดียวหรือชั้นครึ่ง บ้านทรงสูงแบบโบราณมักจะพบว่า มีการต่อเติมให้ผู้สูงอายุพักอาศัยได้ถนัดบ้าน มีราวจับหรือ สำหรับการพยุงตัวเป็นบางจุดของบ้าน ไฟฟ้าภายในบ้าน มีความสว่างมากพอ เพียง โตะ แก้วสำหรับผู้สูงอายุ มีความสูงพอดีกับการลุก ยืนหรือนั่ง มีการจัดห้องน้ำที่สะดวก สบายแก่การใช้งานของผู้สูงอายุโดยอยู่ไม่ไกล พื้นห้องน้ำไม่ลื่น ไม่มีสิ่งกีดขวาง ไม่มีน้ำขัง ในบางบ้านมีราวจับและมีแก้ว นิ่งอาบน้ำ อย่างไรก็ตามพบว่า แทบทุกบ้านจะมีธรณีประตู ทำให้ผู้สูงอายุต้องเพิ่มความระมัดระวังในการเดิน บางบ้าน ใช้วัสดุมาเป็นพื้นรองกันการสะดุดธรณีประตูของผู้สูงอายุ ทั้งหมดเหล่านี้เป็นผลให้การเกิดอุบัติเหตุและการพลัดตก จากที่สูงและหกล้มในระดับต่ำของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองไม่ แตกต่างกัน

สรุป

คะแนนเฉลี่ยการเกิดสมองเสื่อม สมรรถภาพสมอง ความพึงพอใจ ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการ การดูแล และภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ใช้โปรแกรมฯ แตกต่าง จากกลุ่มควบคุม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ทีมงานเวชกรรมสังคม ผู้ทรงคุณวุฒิ คณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์และกลุ่มตัวอย่าง ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Saloni D, Lucas RG, Hannah R, Esteban OO, Max R. Life Expectancy. 2019. [Cited Feb 12, 2023] Available from: <https://ourworldindata.org/>.
2. ESCAP. Economic and social survey of Asia and the Pacific 1999 : Asia and the Pacific into the twenty-first century: information technology, globalization, economic security and development. 1999. [Cited Feb 12, 2023] Available from: <https://www.unescap.org/publications/economic-and-social-survey-asia-and-pacific-1999-asia-and-pacific-twenty-first-century>.
3. Department of Elderly Affairs Ministry of Social Development and Human Security. Statistics on the elderly. 2022. [Cited Jan 1, 2023] Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1794>.
4. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Meeting documents for develop network capacity to prevent injuries from falls in the elderly forum. 2022. [Cited Feb 12, 2023] Available from: <https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=23495&deptcode=dip>.
5. Jenjitr J. Preventive Long Term Care Project 2022. Ministry of Public Health. 2022. [Cited January 1, 2023] Available from: <https://doc.anamai.moph.go.th/index.php?r=str-project/view&id=5431>.
6. Henri F. General and Industrial Management. London : Sir Isaac Pitman & Sons., 1949.
7. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. (4rd ed.). USA: Appleton & Lange., 2011.
8. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970;30(3):607-10. doi:10.1177/001316447003000308
9. Somkid M. Nursing care in promoting nutritional status in the elderly with cognitive impairment. Christian University Journal 2021;27(1):121-33.

10. Thiprat W, Meng-iad S, Suwanwela S, Chuaykaew B. Factors predicting dementia prevention behavior in elderly at-risk groups. *Journal of the Faculty of Nursing. Burapha University* 2019;27(1):100 -8 :
11. Anuphan P, Densantisakul J. Results of the health education program to prevent dementia by applying the theory of health belief patterns in the elderly, Ban Na Kham community, Kham Yai Subdistrict, Mueang District. Ubon Ratchathani Province. Documents for academic conferences and national research presentations. 5th Rajathani Academic Conference “Research to Make A CHANGE”. Ubonratchathani: Rajathani University; 2020.
12. Subindee S, Saengchart B. Community perception of elderly people with dementia. *Journal of Nursing and Health* 2018;41(3):54-64.
13. Bunmee S, Buaniao C, Selawattanakul S. Development of health care models for the elderly with the participation of network partners. Subdistrict Health Promoting Hospital, Ban Non Puei, Sanom District, Surin Province. *Community Public Health Journal* 2019;5(4):38 – 49.
14. Collins R, Silarova B, Clare L. Dementia Primary Prevention Policies and Strategies and Their Local Implementation: A Scoping Review Using England as a Case Study. *J Alzheimers Dis* 2019;70(s1):S30 3-18. doi:10.3233/JAD-180608.
15. Waichompu N, Boontud R, Singweratham N. Elderly Health Promotion by Three Main Concepts. *The Southern College Network Journal Nursing and Public Health* 2019;6(2):262 –9.
16. Godfrey A, Lord S, Galna B, Mathers JC, Burn DJ, Rochester L. The association between retirement and age on physical activity in older adults. *Age Ageing* 2014;43(3):386-93. doi:10.1093/ageing/aft168.