

## นิพนธ์ต้นฉบับ

## Original Article

# ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแกนนำสุขภาพครอบครัวต่อความรู้ และความมั่นใจในการดูแลสุขภาพทางจิตใจจากภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

## Outcome of self-efficacy enhancement program in family health leaders on knowledge and confidence in mental health care for the elderly affected by dementia

กรรณิกา เจิมเทียนชัย

Kunnika Jermtienchai

ประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์

Prapaiwan Danpradit

วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ

College of Nursing and Health,

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Suan Sunandha Rajabhat University

DOI: 10.14456/dcj.2023.44

Received: June 21, 2022 | Revised: January 12, 2023 | Accepted: January 31, 2023

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความรู้และความมั่นใจของแกนนำสุขภาพครอบครัวในการดูแลสุขภาพทางจิตใจจากภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะรูปแบบการวิจัยเป็นวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนมัธยมวัดสุทธดาราม กรุงเทพมหานคร ที่มีผู้สูงอายุวัยมากกว่า 70 ปี อยู่ในบ้านเดียวกัน ในฐานะปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ หรือญาติพี่น้อง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงจำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา และแบบสอบถาม ดำเนินการทดลองจำนวน 3 วัน (15 ชั่วโมง) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test ผลการวิจัย พบว่า ในภาพรวม แกนนำสุขภาพครอบครัวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความรู้ในการดูแลสุขภาพทางจิตใจจากภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในระดับดี และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความรู้ในระดับดีเช่นกัน แต่หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความรู้ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความมั่นใจการดูแลสุขภาพทางจิตใจจากภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในระดับปานกลาง หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความมั่นใจในระดับปานกลางเช่นกัน แต่หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความมั่นใจมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำกิจกรรมการดำเนินงานนี้ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ได้

ติดต่อผู้พิมพ์ : ประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์

อีเมล : prapaiwan.da@ssru.ac.th

## Abstract

This research aims to study and compare knowledge and confidence in providing mental health care for the elderly with dementia of family health leaders before and after participation on the self-efficacy enhancement program. This is a quasi-experimental research with one group pretest-posttest design. The samples were secondary school students of Wat Sutharam School, Bangkok, who had the elderly aged >70 years living in the same household. The elderly were grandparents, parents or relatives. There were 30 samples who were selected by purposive sampling. Research tools included modified program of Self-Efficacy Theory (Bandura), program monitoring tool, and data collection forms. The program was implemented for 15 hours during three days. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, and paired t-test. The results showed that the samples of family health leaders had high level of knowledge in mental health care for the elderly suffering from dementia both before and after participating in the program. However, the level of knowledge after program participation was higher than the level of knowledge before program participation with statistical significance ( $p < 0.05$ ). The samples had average level of confidence in mental health care for the elderly affected by dementia before and after participating in the program. However, the level of confidence after program participation was higher than the level of confidence before program participation with statistical significance ( $p < 0.05$ ). Therefore, activities related to this program can be applied and replicated by relevant agencies in other areas.

**Correspondence:** Prapaiwan Danpradit

E-mail: prapaiwan.da@ssru.ac.th

### คำสำคัญ

แกนนำสุขภาพครอบครัว, ผู้สูงอายุ,  
การดูแลสุขภาพทางจิตใจ, ภาวะสมองเสื่อม

### Keywords

family health leaders, elderly,  
mental health care, dementia

### บทนำ

ในปี 2564 ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์แล้ว ซึ่งหมายถึงประเทศไทยมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในปี 2574 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด คือ มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด จากสถิติพบว่า ในปี 2560 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุจำนวนทั้งสิ้น 11,312,447 คน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 57.4 กลุ่มวัยกลาง (70-79 ปี) ร้อยละ 29 และกลุ่มวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 13.6<sup>(1-3)</sup> ผู้สูงอายุกลุ่มวัยมากกว่า 70 ปี ยังมีอายุยืนยาวมากจะมีปัญหาทางจิตใจจากภาวะสมองมากขึ้น ภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ อัลไซเมอร์

(Alzheimer's disease: AD) พบได้ ร้อยละ 60-70<sup>(4)</sup> ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีอาการของอัลไซเมอร์ จะต้องการผู้ดูแลมากขึ้น เพราะจะหลงลืม ทำอะไรที่แปลกๆ จากคนปกติ เช่น หลงทาง ร้องไห้คนเดียว เปลื้องผ้า เสร้า เพื่อคลั่ง ฯลฯ<sup>(5-6)</sup> การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงถือเป็นความท้าทายอย่างมาก เนื่องจากปกติผู้สูงอายุมีปัญหาและความต้องการที่ซับซ้อนมากอยู่แล้ว โดยจะต้องได้รับการดูแลที่ต่างจากผู้ป่วยอื่นๆ ปัจจุบันพบว่าครอบครัวใดที่มีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในความดูแลและครอบครัวนั้นไม่มีความพร้อมในการดูแลหรือประสบปัญหาในการดูแล จะส่งผลกระทบในด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจ ตลอดจนปัญหาของผู้ดูแลเอง ปัจจุบันรัฐบาลไทยพยายามสร้างระบบ

คุ้มครองทางสุขภาพและสังคมให้กับผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แต่ยังไม่มีการดูแลที่เป็นรูปธรรมชัดเจนทั้งในทางปฏิบัติและในระดับนโยบายสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งเรื่องการช่วยเหลือทางสังคมและการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ<sup>(4)</sup> ฉะนั้นการดูแลที่น่าจะดีที่สุด คือ การส่งเสริมให้บุคลากรในครอบครัวตนเองมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผู้ดูแลที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในครอบครัวหรือเรียกว่าแกนนำสุขภาพของครอบครัว มีสองกลุ่ม คือ ผู้รับจ้าง และเครือญาติ ส่วนใหญ่เป็นสามี ภรรยา บุตร พี่น้อง ซึ่งเป็นผู้ดูแลที่ดี เพราะเป็นผู้ใกล้ชิด คั่นเคย ดูแลได้ยาวนาน และประหยัด ไม่ต้องลงทุนมาก ซึ่งรัฐบาลไทยได้ตระหนักถึงเรื่องนี้ ได้มีแผนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ โดยภาคเอกชน สถาบันการศึกษาและภาคประชาสังคม ร่วมมือกันสร้างแผนการดำเนินงานให้เป็นจริง ร่วมกันสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้สูงอายุ คู่ขนานไปกับการเตรียมความพร้อมผู้ที่อยู่วัยทำงาน วัยเด็กและเยาวชนให้มีความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักในการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่ผู้ใหญ่วัย<sup>(1-2)</sup> ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะส่งเสริมนักเรียนมัธยมปลายที่เป็นเยาวชนและในครอบครัวมีผู้สูงอายุอายุมากกว่า 70 ปี ให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางจิตใจจากภาวะสมองเสื่อม โดยผ่านการทดลองด้วยโปรแกรมการประยุกต์ใช้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura<sup>(7)</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของประเทศไทยย้อนหลัง 10 ปี (ปี 2554-2563) ยังไม่พบการทดลองที่ส่งเสริมสมรรถนะการดูแลสุขภาพทางด้านจิตใจจากภาวะสมองเสื่อมให้กับแกนนำที่เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เพื่อดูแลผู้สูงอายุวัยมากกว่า 70 ปี ด้วยโปรแกรมการประยุกต์ใช้การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Bandura<sup>(7)</sup> แต่พบการวิจัยที่คล้ายคลึงกันที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้านหรือผู้ดูแล และใช้กรอบแนวคิดของแนวคิดหรือทฤษฎีผู้อื่น เช่น โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิตจากกลุ่มสมองเสื่อม<sup>(8)</sup> โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน

ต่อความมั่นใจและพฤติกรรมการจัดกิจกรรมบริหารสมองของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ<sup>(9)</sup> โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน<sup>(10)</sup> จากตัวอย่างงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นนั้น น่าจะแสดงให้เห็นว่าถ้าให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมการทดลองเพื่อส่งเสริมให้มีความรู้และความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยกรอบแนวคิดของทฤษฎีต่างๆ สามารถนำไปใช้ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางจิตใจจากภาวะสมองเสื่อมได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาและทดลองการดูแลสุขภาพทางจิตใจจากภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura) ในพื้นที่ของกรุงเทพมหานคร เพราะจากสถิติของประเทศไทยพบว่า กรุงเทพมหานครมีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดในประเทศไทย<sup>(11)</sup> การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความรู้และความมั่นใจของแกนนำสุขภาพครอบครัวที่เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในการดูแลสุขภาพทางจิตใจจากภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ

## วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนมัธยมวัดสุทธาราม กรุงเทพมหานคร ที่ได้มาจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 30 คน ตามคุณลักษณะที่กำหนด คือ กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในโรงเรียนมัธยมวัดสุทธาราม สังกัดกรุงเทพมหานคร ไม่จำกัดเพศ และมีผู้สูงอายุวัยมากกว่า 70 ปี พักอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ในฐานะ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่หรือ ญาติพี่น้อง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณในตารางประมาณ ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโพลิตและเบ็ค (Polit DF, Beck CT)<sup>(12)</sup>

## เครื่องมือวิจัย

### 1. โปรแกรมการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura)<sup>(7)</sup> ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อส่งเสริมสมรรถนะแกนนำสุขภาพครอบครัวต่อความรู้และความมั่นใจในการดูแลสุขภาพทางจิตใจจากภาวะสมองเสื่อม ของผู้สูงอายุวัยมากกว่า 70 ปี ประกอบด้วย 1) การสร้างประสบการณ์ความสำเร็จจากการบรรยายความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทางจิตใจของผู้สูงอายุจากภาวะสมองเสื่อม 2) การสร้างประสบการณ์ความสำเร็จ จากการนำเสนอตัวแบบ โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ภาวะสมองเสื่อมและอัลไซเมอร์ 4 ชุด 3) การใช้คำพูดจูงใจ และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

1) แผนกำหนดเวลาในการทดลอง จำนวน 3 วัน ๆ ละ 5 ชั่วโมง สถานที่ คือ โรงเรียนวัดสุทธาราม กรุงเทพมหานคร

2) กำหนดตัวแบบเพื่อสร้างประสบการณ์ความสำเร็จในการส่งเสริมให้เกิดสมรรถนะตนเองในด้านความรู้และความมั่นใจในการดูแลสุขภาพทางจิตใจจากภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ สื่อเอกสาร คู่มือความรู้และการดูแลสุขภาพทางจิตใจจากภาวะสมองเสื่อมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และตัวแบบจากสื่อวีดิทัศน์ 4 ชุด

1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและสื่อเอกสารภาวะสมองเสื่อม<sup>(4-5,13-15)</sup> ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง  
ตอนที่ 2 แบบสอบถามประเมินความรู้สุขภาพทางจิตใจจากภาวะสมองเสื่อม ลักษณะของแบบสอบถามแต่ละข้อมีข้อความให้เลือกตอบว่า ถูก หรือ ผิด มีจำนวนทั้งหมด 25 ข้อ และตอนที่ 3 แบบสอบถามประเมินความมั่นใจในการดูแลสุขภาพทางจิตใจจากภาวะสมองเสื่อมเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากภาวะสมองเสื่อมและอัลไซเมอร์ของผู้สูงอายุวัยมากกว่า 70 ปี ลักษณะของ

แบบสอบถามมีข้อความให้เลือกตอบว่า มั่นใจ มาก ปานกลาง หรือ น้อย มีจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ โดยเครื่องมือวิจัยได้ผ่านการหาคุณภาพด้วยการหาค่าตรงตามเนื้อหาและความเที่ยง แบบสอบถามประเมินความรู้ในการดูแลสุขภาพทางจิตใจจากภาวะสมองเสื่อม ด้วยสูตร Kuder-Richardson=KR-20 ได้ค่าความเที่ยง ( $r$ )=0.89 และแบบสอบถามและความมั่นใจในการดูแลสุขภาพทางจิตใจจากภาวะสมองเสื่อม หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง ( $r$ )=0.91

### แปลความหมายของคะแนน ดังนี้

1. คะแนนความรู้ด้านสุขภาพทางจิตใจ ผู้สูงอายุจากภาวะสมองเสื่อม คือ มีความรู้ ในระดับดีมาก คือ คะแนน 20.00-25.00 (ร้อยละ 80-100) ระดับ ดี คือ คะแนน 17.50-19.90 (ร้อยละ 70.00-79.90) ระดับปานกลาง คือ คะแนน 15.00-17.49 (ร้อยละ 60.00-69.90) ระดับน้อย คือคะแนน 12.50-14.99 (ร้อยละ 50.00-59.90) และระดับน้อยมาก คือ คะแนนต่ำกว่า 12.50 คะแนน (ต่ำกว่าร้อยละ 50.00)<sup>(16)</sup>

2. ความมั่นใจในการดูแลสุขภาพทางจิตใจ ผู้สูงอายุจากภาวะสมองเสื่อม กำหนดการแปลความหมาย คือ มีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพทางจิตใจในระดับ มาก คือ ค่าเฉลี่ย 2.51-3.00 ระดับปานกลาง คือ ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 และระดับน้อย คือ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50<sup>(17)</sup>

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน 2564 ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 3 ครั้ง ใช้เวลา รวม 15 ชั่วโมง ดังนี้

กิจกรรม ครั้งที่ 1 วันที่ 1 (เวลา 5 ชั่วโมง)  
กิจกรรมประกอบด้วย

1. สร้างประสบการณ์ความสำเร็จจากการบรรยายความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางด้านจิตใจผู้สูงอายุจากภาวะสมองเสื่อม โดยใช้สื่อเอกสาร คู่มือความรู้ ประกอบการบรรยายและให้ไปทบทวนที่บ้าน ในหัวข้อ

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ และ ความรู้เรื่องสมองเสื่อมและอัลไซเมอร์

2. สร้างประสบการณ์โดยนำเสนอตัวแบบจาก สื่อวีดิทัศน์ 2 ชุด โดยให้ชมวีดิทัศน์ชุดที่ 1 ‘อัลไซเมอร์’ ไม่ใช่แค่ความจำเสื่อม หนังสือ (โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์)<sup>(18)</sup> และสื่อวีดิทัศน์ ชุดที่ 2 อัลไซเมอร์กับผู้สูงอายุ...สู้อย่างมั่นใจ คนใกล้ตัว (โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์)<sup>(19)</sup> หลังชมวีดิทัศน์ แต่ละชุดอธิบายซ้ำ เน้นให้เห็นภาพพฤติกรรมที่เป็น ปัญหาจากภาวะสมองเสื่อม อาการแสดงของโรคอัลไซเมอร์

### กิจกรรม ครั้งที่ 2 วันที่ 2 (เวลา 5 ชั่วโมง)

กิจกรรมประกอบด้วย

1. สร้างประสบการณ์ความสำเร็จจากการ บรรยายความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

2. สร้างประสบการณ์จากการนำเสนอตัวแบบ จากสื่อวีดิทัศน์ โดยให้ชมสื่อวีดิทัศน์ 2 ชุด คือ ชุดที่ 3 สมองเสื่อม...เรื่องใกล้ตัวที่ควรใส่ใจ<sup>(20)</sup> สื่อวีดิทัศน์ ชุดที่ 4 การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นสมองเสื่อม/อัลไซเมอร์ (Rama Square: อัลไซเมอร์ของผู้สูงอายุที่ต้องดูแลด้วย หัวใจ)<sup>(21)</sup> หลังชมวีดิทัศน์จบแต่ละชุด ผู้วิจัยอธิบายซ้ำ โดยเน้นปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

### กิจกรรมครั้งที่ 3 วันที่ 3 (เวลา 5 ชั่วโมง)

กิจกรรมประกอบด้วย

1. สร้างประสบการณ์ความสำเร็จจากการ บรรยายความรู้เกี่ยวกับ 1) พฤติกรรมที่เป็นปัญหาจาก ภาวะสมองเสื่อม/อัลไซเมอร์ 2) ความเครียดของผู้ดูแล ผู้สูงอายุวัยมากกว่า 70 ปี และการช่วยเหลือ

2. สร้างประสบการณ์ความสำเร็จจากการ สะท้อนคิดเรื่องจริงที่พบจากเพื่อนบ้านและสังคม โดยให้ กลุ่มตัวอย่างเล่าเรื่องพฤติกรรมที่เคยพบของผู้สูงอายุวัย มากกว่า 70 ปี ที่บ้านตนเอง เพื่อนบ้านและสังคม และ ร่วมกันแสดงบทบาทการช่วยเหลือ

ในระหว่างบรรยายในกิจกรรมของแต่ละวัน ใช้คำพูดโน้มน้าว ชักชวน และกระตุ้นทางอารมณ์ เพื่อให้ เกิดความตระหนัก ความสำคัญและความจำเป็นที่ต้องมี ความรู้ด้านสุขภาพทางจิตใจของผู้สูงอายุวัยมากกว่า 70 ปี ที่มีภาวะสมองเสื่อมและอัลไซเมอร์

## สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วย ค่าร้อยละ

2. ข้อมูลศึกษาและเปรียบเทียบความรู้และ ความมั่นใจ ของแกนนำสุขภาพครอบครัวที่เป็นนักเรียน โรงเรียนมัธยมวัดสุทธิธาราม ในการดูแลสุขภาพทางจิตใจ จากภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุวัยมากกว่า 70 ปี ก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test โดยกำหนดนัย สำคัญในการทดสอบการเปรียบเทียบความรู้และความ มั่นใจก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ที่ระดับ 0.05

## การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยฉบับนี้ ได้รับใบรับรองจริยธรรม รหัส COA.1-046/2021 มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา และผู้วิจัยดำเนินการวิจัย โดยคำนึงถึงการรักษาความลับ และผลกระทบที่มีต่อผู้ให้ข้อมูลตลอดการดำเนินการวิจัย

## ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแกนนำ สุขภาพครอบครัวที่เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนมัธยมวัดสุทธิธาราม กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่ กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 17 คน (ร้อยละ 56.67) เพศชาย 16 คน (ร้อยละ 53.33) มีผลการเรียน GPA 3.01-3.50 (ร้อยละ 40.00) ระดับการศึกษาของ บิดา จบชั้นมัธยมศึกษา จำนวน 13 คน (ร้อยละ 43.33) อาชีพของบิดา รับจ้างจำนวน 19 คน (ร้อยละ 63.33) ระดับการศึกษาของมารดา จบชั้นประถมศึกษาจำนวน 14 คน (ร้อยละ 46.67) อาชีพของมารดา รับจ้างจำนวน 21 คน (ร้อยละ 70.00) รายได้ครอบครัว พอใช้จำนวน 21 คน (ร้อยละ 70.00)

1. ความรู้ในการดูแลสุขภาพทางจิตใจจากภาวะ สมอง ผลการศึกษา พบว่า ในภาพรวม แกนนำสุขภาพ ครอบครัวที่เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ก่อนเข้า ร่วมโปรแกรม ฯ มีความรู้ในการดูแลสุขภาพทางจิตใจ จากภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ในระดับดี ( $\bar{x}=17.76$ ,  $SD=2.90$ ) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความรู้ในระดับดี

( $\bar{X}$ =18.43, SD=2.86) เช่นกัน แต่หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความรู้ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

เมื่อพิจารณาความรู้ในการดูแลสุขภาพทางจิตใจจากภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ในรายชื่อ พบว่า

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างตอบข้อคำถามถูกต้องในระดับดีมากและดี จำนวน 14 คน จาก 30 คน (ร้อยละ 46.67) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้องในระดับดีมากและดีมีจำนวน 17 คน จาก 30 คน (ร้อยละ 56.67)

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ของแกนนำสุขภาพครอบครัวในการดูแลสุขภาพทางจิตใจจากภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=30)

**Table 1** Knowledge level of family health leaders on mental health care from dementia in the elderly before and after joining the program (n=30)

รายการ	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	SD	แปลผล	Paired t-test
ความรู้การดูแลสุขภาพทางจิตใจจากภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ					
หลังการทดลอง	25	18.43	2.86	ดี	4.81*
ก่อนการทดลอง	25	17.76	2.90	ดี	p<0.001

\*แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ความมั่นใจในการดูแลสุขภาพทางจิตใจจากภาวะสมองเสื่อม ผลการศึกษา พบว่า ในภาพรวมแกนนำสุขภาพครอบครัว ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความมั่นใจการดูแลสุขภาพทางจิตใจจากภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$ =2.30, SD=0.35) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความมั่นใจในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$ =2.34, SD=0.38) เช่นกัน แต่หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความมั่นใจมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

เมื่อพิจารณาข้อคำถามความมั่นใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในรายชื่อ โดยเรียงลำดับจากคะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ข้อที่แกนนำสุขภาพครอบครัวมีความมั่นใจสูงสุด อันดับแรกจาก 10 ข้อ คือ ฉันสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ล้มรับประทานยาบ่อย ๆ ได้โดยหากล่องใส่ยาและบรรจุยาตามวัน เวลา หรือตั้งนาฬิกาปลุก ( $\bar{X}$ =2.53) และข้อที่มีความมั่นใจต่ำสุด คือ ฉันสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ชอบเปื้อนเสื้อผ้าในที่สาธารณะได้ โดยค้นหาสิ่งที่ผู้สูงอายุเข้าใจผิด และใส่เสื้อผ้าให้ ( $\bar{X}$ =2.00) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ระดับความมั่นใจของแกนนำสุขภาพครอบครัวในการดูแลสุขภาพทางจิตใจจากภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=30)

**Table 2** Confidence level of family health leaders in mental health care from dementia in the elderly before and after joining the program (n=30)

รายการ	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	SD	แปลผล	Paired t-test
ความมั่นใจในการการดูแลสุขภาพทางจิตใจจากภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ					
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ การทดลอง	3.00	2.34	0.38	ปานกลาง	3.06*
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ การทดลอง	3.00	2.30	0.35	ปานกลาง	p<0.005

\*แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 ระดับความมั่นใจของแกนนำสุขภาพครอบครัวในการดูแลสุขภาพทางจิตใจจากภาวะสมองเสื่อม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ จำแนกรายข้อและเรียงลำดับจากคะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (คะแนนเต็ม=3.0)

Table 3 Confidence level of family health leaders in mental health care from dementia before and after joining the program, classified by items and sorted by score after joining the program (full score=3.0)

ลำดับ ที่	รายการ	หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ			ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ		
		$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1	ฉันสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ลืมรับประทานยา บ่อย ๆ ได้ โดยหากส่องใส่ยาและบรรจุยาตามวัน เวลา หรือตั้งนาฬิกาปลุก	2.53	0.63	มาก	2.50	0.63	มาก
2	ฉันสามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมแต่งตัวไปทำงานในเวลากลางวันได้ โดยมีป้าย วันที่ และมีนาฬิกาตั้งไว้ในจุดที่เห็นได้ง่าย	2.47	0.57	ปานกลาง	2.40	0.56	ปานกลาง
3	ฉันสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหาการพูดสื่อสาร เช่น พูดได้คำเดียว เข้าไปเข้ามา ได้ โดยช่วยพูดแทน ด้วยประโยคง่าย ๆ	2.47	0.57	ปานกลาง	2.43	0.57	ปานกลาง
4	ฉันสามารถป้องกันผู้สูงอายุในบ้านของตนที่หลงทางกลับบ้านไม่ถูกได้ โดยป้องกันไม่ให้ไปไหนคนเดียว หรือมีบัตรประชาชน มีชื่อ สกุล บ้านเลขที่ เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อญาติได้ ไว้ติดตัวในกระเป๋าตลอด	2.40	0.56	ปานกลาง	2.33	0.55	ปานกลาง
5	ฉันสามารถดูแลผู้สูงอายุที่สอบถามซ้ำ บ่อย ๆ ในประโยคเดิมได้ โดยตอบคำถามทุกครั้ง ไม่แสดงความเบื่อหน่าย	2.37	0.61	ปานกลาง	2.33	0.61	ปานกลาง
6	ฉันสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่ยอมนอนกลางวันให้น้อยที่สุด	2.37	0.72	ปานกลาง	2.33	0.71	ปานกลาง
7	ฉันสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวจากภาวะสมองเสื่อมและอัลไซเมอร์ ได้ โดยการโต้ตอบตามหลักที่เป็นจริง ด้วยความนุ่มนวล เพราะเขาไม่ได้แกล้งทำ	2.37	0.72	ปานกลาง	2.30	0.70	ปานกลาง
8	ฉันสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอนหรือพูดคนเดียวได้ โดยซักถามเรื่องราวที่เขาเห็น ไม่ต้องแสดงความขัดแย้ง ถ้าไม่มีอันตราย	2.30	0.65	ปานกลาง	2.27	0.64	ปานกลาง
9	ฉันสามารถดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ชอบอาบน้ำได้ โดยการทำบรรยากาศการอาบน้ำให้ง่าย ๆ ไม่ใช่บังคับ	2.17	0.53	ปานกลาง	2.13	0.51	ปานกลาง
10	ฉันสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ชอบเปลี่ยนผ้าในที่สาธารณะได้ โดยค้นหาสิ่งให้ผู้สูงอายุเข้าใจผิด และใส่เสื้อผ้าให้	2.00	0.69	ปานกลาง	1.97	0.67	ปานกลาง

## วิจารณ์

จากผลการศึกษาในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างที่เป็นแกนนำสุขภาพครอบครัวของผู้สูงอายุในครอบครัวตนเอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความรู้ในการดูแลสุขภาพทางจิตใจจากภาวะสมองเสื่อม ในระดับดี และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความรู้ในระดับดีเช่นกัน แต่หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความรู้ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพทางจิตใจจากภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในระดับปานกลาง และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความมั่นใจในระดับปานกลางเช่นกัน แต่หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความมั่นใจมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า เยาวชนที่เป็นนักเรียนของสังคมไทย สนใจ ดูแล และยังห่วงใยผู้สูงอายุในครอบครัวตนเอง ในระดับที่ยังไม่น่าเป็นห่วง อาจจะเป็นเพราะว่าสถาบันครอบครัวไทย มีขนบธรรมเนียมและประเพณีที่ดั่งงามมาตั้งแต่สมัยดั้งเดิม ในครอบครัวยังมีสัมพันธภาพที่ดีปานกลาง และปัจจุบันก็ยังไม่เปลี่ยนแปลงตามวัตถุนิยมและเทคโนโลยียุคโลกาภิวัตน์มากนัก<sup>(22)</sup> ยังสนใจเรียนรู้ตลอดว่าถ้าผู้สูงอายุมีปัญหาพฤติกรรมทางด้านจิตใจจะดูแลอย่างไร โดยดูตัวอย่างจากบิดามารดาที่ปฏิบัติต่อ ปู่ ย่า ตา ยาย ในครอบครัวตนเองเป็นประจำทุกวัน ทำให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ในระดับเบื้องต้น เป็นการเพิ่มความรู้ให้กับแกนนำสุขภาพครอบครัวที่เป็นนักเรียนโดยไม่ตั้งใจ ส่งผลให้แกนนำสุขภาพครอบครัวที่เป็นนักเรียน ตอบแบบสอบถามความรู้ได้ในระดับดี หลังเข้าร่วมโครงการมีความรู้เพิ่มขึ้นไม่มาก แต่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะว่าการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมสมรรถนะให้กับแกนนำสุขภาพครอบครัว ครั้งนี้เป็นการดูแลสุขภาพทางจิตใจจากภาวะสมองเสื่อม ให้กับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายนั้น เป็นการส่งเสริมด้านจิตใจ เป็นนามธรรมจับต้องไม่ได้ จึงยากต่อการรับรู้และเข้าใจ เพราะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ถือเป็นความท้าทายอย่างมาก เนื่องจากปกติผู้สูงอายุก็มีปัญหาและความต้องการ

ที่ซับซ้อนมากอยู่แล้ว จะต้องได้รับการดูแลที่ต่างจากผู้ป่วยอื่นๆ เมื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วย ก็ยิ่งต้องการความดูแลมากขึ้น<sup>(6)</sup> ประกอบกับแกนนำสุขภาพครอบครัวที่เป็นนักเรียนยังอยู่ในวัยเยาว์หรือวัยรุ่น ยังเป็นผู้ใหญ่ที่ยังไม่สมบูรณ์แบบ เพราะสมองยังไม่เจริญเท่ากับผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีวุฒิภาวะทางสมองที่พัฒนาตามวัยแล้ว ส่งผลให้มีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพทางจิตใจจากภาวะสมองเสื่อมหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้นไม่มาก แต่มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งถ้าเปรียบเทียบกับการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตใจจากภาวะสมองเสื่อมของบุคลากรที่มสุขภาพ จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มหลังสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีด้วยเช่นกัน จึงจะเรียกว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญ ผลงานวิจัยครั้งนี้ คล้ายคลึงกับการทดลองที่ใช้กรอบแนวคิดของ Bandura<sup>(7)</sup> แต่ทดลองกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอื่น เช่น วาริ กังใจ และคณะ<sup>(23)</sup> ได้พัฒนาแกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข (ปีที่ 2) ด้วยโปรแกรมสมรรถนะตนเองแก่แกนนำนิสิตเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ผลการวิจัย พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนา แกนนำนิสิตมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในระดับปานกลาง และหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในระดับดีมาก ภาวิณี พรหมบุตร และคณะ<sup>(24)</sup> ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชมรมของจังหวัดแห่งหนึ่ง ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังทดลองมีความรู้ในระดับมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70 เป็นร้อยละ 93.30 มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33.30 เป็นร้อยละ 56.70 และพบว่า ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคล้ายคลึงกับงานวิจัยที่ทดลองเพื่อส่งเสริมความรู้ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น อัจฉรา ภาษา และคณะ<sup>(8)</sup> ได้ศึกษา

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิตจากกลุ่มสมองเสื่อม ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจและคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการณ์ดูแลผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการปรึกษาและบำบัดทางจิตสังคมตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สุภาวดี เทียงธรรม และคณะ<sup>(9)</sup> ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความมั่นใจและพฤติกรรมการจัดกิจกรรมบริหารสมองของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้วยการศึกษาระยะกึ่งทดลอง ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความมั่นใจในการจัดกิจกรรมบริหารสมอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และวิภา เพ็งเสงี่ยม และคณะ<sup>(10)</sup> ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติการณ์ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติตัวการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุปผลการวิจัยที่สำคัญ ผลการทดลองการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความรู้และความมั่นใจในการดูแลสุขภาพทางจิตใจจากภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ในระดับปานกลาง และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความมั่นใจมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อนำผลการศึกษานี้เปรียบเทียบกับผลการศึกษานักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีจำนวนน้อยมาก ส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัคร และได้ผลการศึกษาดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หลังทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนั้น การนำโปรแกรมฯ ไปใช้เป็นต้น

แบบในการส่งเสริมความรู้และความมั่นใจการดูแลสุขภาพ ทางจิตใจจากภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ควรต้องปรับโปรแกรมการทดลอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็นอาการแสดงทางจิตใจผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในสถานการณ์จริงด้วย เพราะผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 70 ปี และพักอาศัยบ้านเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอาการทางจิตใจจากภาวะสมองเสื่อมไม่ชัดเจน ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงวัยรุ่น ประสบการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุยังมีน้อย จึงจำเป็นต้องมีการสร้างประสบการณ์จริง ด้วยตัวแบบจริงที่บ้านหรือในชุมชนหรือในสถานพยาบาลด้วย จะช่วยเพิ่มความรู้และความมั่นใจการดูแลสุขภาพทางจิตใจจากภาวะสมองเสื่อม หลังการทดลองให้อยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น

#### ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากสถานการณ์ประเทศไทยเป็นสังคมสูงวัย แกนนำครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีอาการทางจิตใจจากภาวะสมองเสื่อม ในปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นเครือญาติและอาสาสมัคร เพื่อเพิ่มความรู้และความมั่นใจการดูแลสุขภาพทางจิตใจจากภาวะสมองเสื่อม ควรสร้างสื่อเอกสารการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการทางจิตใจจากภาวะสมองเสื่อม สำหรับเครือญาติที่เป็นผู้ดูแลหลัก และอาสาสมัครที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนเมืองและชุมชนต่างจังหวัดด้วย และสำหรับอาจารย์ที่สอนสุขศึกษาในโรงเรียน เพื่อใช้เป็นเอกสารประกอบการสอนสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายด้วย

#### กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัย ขอขอบคุณ อธิการบดี ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา อาจารย์และเจ้าหน้าที่ทุกคนของสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ที่ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนแหล่งทุนวิจัยที่ได้รับ และอำนวยความสะดวกทุกเรื่องๆ เกี่ยวกับงานวิจัย

คณะผู้วิจัย ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงเรียนมัธยมวัดสุทธาราม และ อาจารย์ปณิตทัต ข้าเปรม ที่อำนวยความสะดวก ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Social Development and Human Security (TH), Department of Older Persons. Measures to drive the National Agenda on Aging Society (Revised Edition). 2<sup>nd</sup> ed. Bangkok: Amarin Printing and Publishing; 2019. p. 8-10. (in Thai)
2. Anantakoon A. Aged society...the challenge of Thailand; 2017 [Internet]. 2017. [cited 2020 Aug 20]. Available from: <http://legacy.orst.go.th/?p=17718>. (in Thai)
3. Siripanich B. Situation of the Thai elderly 2018. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI); 2019. (in Thai)
4. Department of Medical Service (TH). Study Report of Health and Social Protection System for Persons with Problems Dementia and Needs for Long-Term Care in a Rural [Internet] Institute of Geriatric Medicine; 2017. [cited 2021 Jan 23]. Available from: [http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2021/01/book\\_10.pdf](http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2021/01/book_10.pdf) (in Thai)
5. Chansirikanjana S. Knowledge of Dementia [Internet]. 2021. [cited 2021 Jan 23]. Available from: <http://www.rxrama.com/article003.html> (in Thai)
6. Bumrungrad Hospital. Alzheimer [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 23]. Available from: <https://www.bumrungrad.com/th/health-blog/september-2018/alzheimer-disease> (in Thai)
7. Bandura A. Social learning theory. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
8. Luecha A, Sminoy S, Kanachai V, Sako Bupha-hou S, Tarachun R. The effectiveness of group empowerment program on caregivers of the elderly with dementia. Journal of Suicide Prevention of Thailand. 2020;1(1):41-56. (in Thai)
9. Thientham S, Leethong-in M, Piyawattanapong S, Sommongkol S, Khunbutsri N. Effects of self-efficacy enhancement program on perceived self-efficacy and Brain-Gym-Activity behavior of the elderly home care volunteers. J of the Office DPC 7 Khon Kaen. 2019;26(1):87-96. (in Thai)
10. Pengsa-ium V, Chaiyasong P, Yakasem P. Outcome of Empowerment Program on Perceived Empowerment and Caregiving Practice of Health Volunteers to Dementia of Elderly. J of Nursing and Education. 2015;8:152-65. (in Thai)
11. Department of Older Persons (TH). Statistics of the elderly in Thailand 77 as of December 31, 2019 [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 3]. Available from: [www.dop.go.th/th/know/1/275](http://www.dop.go.th/th/know/1/275)
12. Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
13. Ministry of Public Health (TH), Department of Health, Bureau of Elderly Health. Elderly Care-giver Training Guideline 420-Hour Course. 2nd ed. Bangkok: Printing Business Office, The War Veterans Organization of Thailand; 2014. p. 19-30. (in Thai)
14. Bureau of Mental Health Promotion and Development (TH). Guidelines for promotion and prevention mental health problems in the elderly for community hospitals and health promoting hospital at sub-district level. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2017. p. 1-30. (in Thai)

15. Ministry of Public Health (TH), Department of Health, Bureau of Elderly Health. Elderly health promotion and dementia prevention manual for health care personnel. “Don’t fall, don’t forget, don’t be depressed, eat delicious food.” 2<sup>nd</sup> ed. Bangkok: Printing Business Office, The War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage of His majesty the King; 2018. p. 8–19. (in Thai)
16. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: Mc Graw–Hill; 1971.
17. Best JW. Research in education. 3<sup>rd</sup> ed. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
18. Bumrungrad International Hospital. Video media set 1, Alzheimer’s is not just memory loss, short film [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 3]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=8BoKtxph3WQ>
19. Bumrungrad International Hospital. Video media set 2, Alzheimer’s and the elderly...Fight with the strength of those close to you [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 3]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=tceO0zy-w1mE>
20. Muangpaisan W. Dementia...Close things you should pay attention to. Video media set 3. Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 3]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=FoOaC7Ghpvc>
21. Rama Channel. Alzheimer’s of the elderly who need heart care. Video media set 4 [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 3]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=-19jcvqCvytE>
22. Suthisukon K, Chompikul J, Thamma–Aphiphol. K. Factors Affecting Relationships in Thai Families. Local Administration Journal. 2017;10(2):151–68. (in Thai)
23. Kangchai W, Subgranon R, Sumngern C, Chantakeeree C. Development of Student Leader for Caring the Elderly in Saensuk Municipality. Chonburi: Faculty of Nursing, Burapha University; 2015. (in Thai)
24. Prombutr P, Sookpool A, Phinyo K, Phinyo P. The Effect of Self–efficacy Program toward Knowledge and Self–efficacy of Village Health Volunteers in Diabetic and Hypertension Patient Care in Community in Northeast Province. Songklanagarind Journal of Nursing. 2015;35(2):113–28. (in Thai)