



ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น ในชุมชน  
อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

The Effect of a Cognitive Stimulation Program on Older Adults with Mild Cognitive  
Impairment in the Community, the Mueang District, Maha Sarakham Province

ภัชชนก เดชชวพงษ์<sup>1</sup>, วิศรุดา ตีเมืองซ้าย<sup>2</sup>, สุนันต์ทา พิรุน<sup>3</sup>

Patchchanok Dechchavapong<sup>1</sup>, Wisaruda Teemueangsai<sup>2</sup>, Sunanta Pilun<sup>3</sup>

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<sup>1,2,3</sup> กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 44000

Registered Nurse, Subdivision of Out-Reach Health Services, Mahasarakham Hospital, Mahasarakham  
provice, 44000

Corresponding Author: E-mail: patchchanok@gmail.com

Received: 25 September 2025 Revised: 13 November 2025 Accepted: 20 November 2025

#### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดและความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง  
ในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น ก่อน-หลังเข้าร่วม  
โปรแกรม

**รูปแบบและวิธีวิจัย :** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง  
ศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรมกระตุ้นศักยภาพสมองด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย  
ในชุมชน จำนวน 50 ราย โดยใช้โปรแกรมกระตุ้นศักยภาพสมองด้านการรู้คิด กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรม  
กระตุ้นศักยภาพสมองด้านการรู้คิดครั้งละ 90-120 นาที จำนวน 6 ครั้ง จัดเดือนละ 2 ครั้ง ห่างกัน  
ครั้งละ 2 สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 3 เดือนต่อเนื่องกัน

**ผลการศึกษา :** พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนทดลองเท่ากับ 22.80  
(SD = 9.03) และระยะหลังทดลองเท่ากับ 36.76 (SD = 13.64) ส่วนความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง  
ในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในระยะก่อนทดลองเท่ากับ 18.44 (SD = 0.54) และระยะหลังทดลอง  
เท่ากับ 19.62 (SD = 0.63) ซึ่งสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.005$ )



**สรุปผลการศึกษา :** การใช้โปรแกรมเพิ่มศักยภาพสมอง (Training of Executive Function, Attention, Memory and Visuospatial Function: TEAM-V) ในผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น มีผลช่วยเพิ่มค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และช่วยเพิ่มความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในชุมชนได้จริง

**คำสำคัญ :** ผู้สูงอายุ, การรู้คิด, การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย, โปรแกรมกระตุ้นศักยภาพสมองด้านการรู้คิด



## ABSTRACT

**Objective :** This study aimed to compare cognitive function and self-care abilities in activities of daily living (ADL) among older adults with mild cognitive impairment before and after participation in the program.

**Methods :** This study employed a one-group quasi-experimental design with pre- and post-test assessments. The objective was to evaluate the feasibility of a cognitive stimulation program for community-dwelling older adults with mild cognitive impairment. Fifty participants were enrolled in the study. Each participant attended six sessions of the cognitive stimulation program, lasting 90–120 minutes per session, held twice per month at two-week intervals over a continuous three-month period.

**Results :** Results showed that the mean cognitive function score of the older adult participants increased from 22.80 (SD = 9.03) before the intervention to 36.76 (SD = 13.64) after the intervention. Similarly, the mean score for activities of daily living (ADL) self-care ability improved from 18.44 (SD = 0.54) at the pre-test to 19.62 (SD = 0.63) at the post-test. Both improvements were statistically significant ( $p = 0.005$ ).

**Conclusion :** The implementation of the Training of Executive Function, Attention, Memory and Visuospatial Function (TEAM-V) program among older adults with mild cognitive impairment was found to effectively enhance cognitive function scores compared to pre-intervention levels. The program also significantly improved the ability of community-dwelling older adults with mild cognitive impairment to perform activities of daily living independently.

**Keywords :** Older adults, Cognitive function, Mild cognitive impairment, Cognitive training program



## ความสำคัญของปัญหา

โรคสมองเสื่อมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ เนื่องจากเป็นโรคที่พบในผู้สูงอายุและมีจำนวนเพิ่มขึ้นตามค่าอายุเฉลี่ยของประชากร โดยพบอัตราการเกิดโรคในผู้สูงอายุเป็นแบบทวีคูณ คือ ร้อยละ 1-2 ในประชากรอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 8 ในประชากรอายุ 70-79 ปี และร้อยละ 50 หรือ 1 ใน 2 ของผู้สูงอายุที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป<sup>(1)</sup>

องค์การอนามัยโลก (WHO) ประเมินการณ์ว่า ภายในปี 2040 จะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเป็น 81 ล้านคน และในอีกสองทศวรรษข้างหน้า ภาวะสมองเสื่อมจะกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับสองรองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด<sup>(2)</sup> นอกจากนี้ รายงานของ Alzheimer's Disease International (ADI) ในปี 2005 พบว่าภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกมีผู้ป่วยสมองเสื่อม 13.7 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 64.6 ล้านคนภายใน 50 ปีข้างหน้า<sup>(3)</sup>

การศึกษาจากสหรัฐอเมริกาในปี 2012 รายงานว่ามีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Alzheimer's disease ประมาณ 5.2 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 6.7 ล้านคนในปี 2025<sup>(4)</sup> ในขณะที่ Ferri และคณะ รายงานว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมประมาณ 24 ล้านคน โดยมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 4.3 ล้านคนต่อปี หรือคิดเป็น 1 รายใหม่ทุก 7 วินาที และคาดการณ์ว่าภายในปี 2583 จะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 81 ล้านคน<sup>(5)</sup>

สำหรับประเทศไทย พบความชุกของภาวะสมองเสื่อม 229,000 คน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 450,000 คนในปี 2573 และมากกว่า 1 ล้านคนในปี 2593<sup>(1)</sup> ข้อมูลจากจังหวัดมหาสารคามในช่วงปี 2563 -2566 พบว่าจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 146,526 คน เป็น 184,278 คน คิดเป็นร้อยละ 15.22-19.50 และมีผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมร้อยละ 4.0 (HDC จังหวัดมหาสารคาม, ข้อมูล 5 กรกฎาคม 2566)<sup>(6)</sup> ส่วนผลการศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุโดยใช้ MMSE Thai 2002 ในผู้สูงอายุ 4 ภาค 23 จังหวัด จำนวน 37,157 คน พบว่ามีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 11.4<sup>(7)</sup>

จะเห็นได้ว่า ภาวะสมองเสื่อมถือเป็นภัยเงียบที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ การดูแลผู้ป่วยหนึ่งคนต้องใช้ผู้ดูแลอย่างน้อยสองคน และมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 4,000-6,000 บาทต่อเดือน<sup>(8-10)</sup> ในระยะก่อนสมองเสื่อมหรือภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment: MCI) ผู้สูงอายุอาจรับรู้ได้ว่าความจำหรือประสิทธิภาพการทำงานลดลง แต่ยังไม่กระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันมากนัก หากไม่ได้รับการดูแลอาจนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมในอนาคตได้<sup>(11)</sup>

ดังนั้น ผู้วิจัยในบทบาทพยาบาลวิชาชีพ จึงตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น โดยประยุกต์ใช้โปรแกรม Training of Executive Function, Attention, Memory and Visuospatial Function (TEAM-V) ร่วมกับแนวคิด Cognitive Stimulation และ Reality Orientation ของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ



กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อคงและเพิ่มสมรรถภาพการรู้คิด ชะลอความเสื่อมของสมอง และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีและมีคุณค่า<sup>(12)</sup>

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

### วิธีการศึกษา

#### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest–posttest design) ดำเนินกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 90 –120 นาที จัดเดือนละ 2 ครั้ง ต่อเนื่องเป็นเวลา 3 เดือน โดยแต่ละกิจกรรมแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเริ่มกิจกรรม (15 นาที) ระยะดำเนินกิจกรรมหลัก (65 นาที) ระยะปิดกลุ่ม (10 นาที) และมีการพักระหว่างการทำกลุ่ม (15 นาที) ทุก ๆ 1 ชั่วโมง โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มแต่ละครั้งจะเริ่มต้นด้วยระยะเริ่มกิจกรรม และระยะปิดกลุ่ม แยกต่างกันจนครบ 6 ครั้ง โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้

1. ระยะเริ่มกิจกรรม (15 นาที) เป็นการนำเข้าสู่กิจกรรมโดยการกล่าวต้อนรับ แนะนำสมาชิกกลุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์การทำกิจกรรมโดยใช้แนวคิดการบำบัดโดยการรับรู้ความเป็นจริง เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุรับรู้สภาพแวดล้อมและสังครรอบตัว พร้อมทั้งส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายเพื่อกระตุ้นผู้สูงอายุโดยการร้องเพลงและทำท่าทางประกอบร่วมกันโดยใช้ผ้าขาวม้าที่มีในทุกวันหรือประคบทำออกกำลังกายทำเช่นเดียวกันทุกครั้ง เรียกกิจกรรมการออกกำลังกายนี้ว่า “ผ้าขาวม้า...ผาสุก” ส่วนในระยะดำเนินกิจกรรมหลักจะมีรูปแบบการทำกิจกรรมที่กระตุ้นสมองด้านการรู้คิด

2. ระยะดำเนินกิจกรรมหลักระยะเวลา (65 นาที)

ครั้งที่ 1 ชื่อกิจกรรม “ชื่อนั้นสำคัญไฉน/แนะนำตัว” จัดเป็นกิจกรรมการรับรู้ช่วงชีวิตที่ผ่านมา ความจำระยะยาวด้วยเรื่องราวในอดีตร่วมกับกิจกรรมการรับรู้ใบหน้า (Face/Scene) โดยให้เขียนกิจกรรมที่ประทับใจของตนเอง และกิจกรรมที่ทำเป็นประจำของตนเอง และการวาดภาพใบหน้า โดยประยุกต์ใช้หลักการบำบัดด้วยการรับรู้ความเป็นจริง และการกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึก มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นความคิดและความสามารถด้านการจดจำ โดยการแบ่งกลุ่มให้ผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่มละ 10 คน โดยให้ทายภาพบุคคลและกิจกรรมตามภาพ กลุ่มใดชนะมีรางวัล

ครั้งที่ 2 ชื่อกิจกรรม “ความจำสั้นและยาว/ชีวิตของฉันและอยู่กับปัจจุบัน” จัดกิจกรรมการรับรู้ความรู้สึกอยู่กับปัจจุบัน กับสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่ข้างหน้าที่ได้รับรู้ได้ทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 โดยบำบัดด้วยการ



รับรู้ความเป็นจริง มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นการรู้คิดด้านจิตใจ และความรู้สึกที่เกิดขึ้นเป็นประสาทสัมผัสที่ 6 โดยให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรม ปรบมือฝึก Attention ทำท่าทาง สัญลักษณ์ กรรไกร ไข่ ผ้าไหม แล้วเพิ่มระดับความเร็วขึ้นเรื่อย ๆ

ครั้งที่ 3 ชื่อกิจกรรม “ไม่หลงทางถ้าสังเกต/การรับรู้ทางมิติสัมพันธ์ อ่าน-เขียนแผนที่” จัดกิจกรรมการรับรู้ช่วงชีวิตที่ผ่านมาในอดีต (Childhood) และการส่งเสริมการรับรู้วัน/เวลา/สถานที่ (Orientation) โดยบำบัดด้วยการรับรู้ความเป็นจริง และการระลึกความหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นการรู้คิดด้านความจำ และความสามารถด้านการรับรู้ก่อนมิติสัมพันธ์ โดยให้ผู้สูงอายุนำสิ่งของที่มีความสุขในอดีต และร่วมกันอภิปรายเปรียบเทียบสภาพแวดล้อมตามความคิดสร้างสรรค์ของตนเอง สังคม การเดินทางในอดีตและปัจจุบัน และฝึกการรับรู้ทิศทางโดยการวาดแผนที่

ครั้งที่ 4 ชื่อกิจกรรม “นับดี ๆ ...มีเท่าไร” จัดเป็นกิจกรรมการรับรู้เหตุการณ์ปัจจุบัน (Current affairs) โดยบำบัดด้วยการรับรู้ความเป็นจริง มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นการรู้คิดด้านความจำ และความสามารถด้านการวิเคราะห์และแยกแยะ โดยให้ผู้สูงอายุนับสิ่งของในรูปภาพของกิจกรรม จำแนกตามความต่างของรูปภาพ ลักษณะ และรูปร่าง

ครั้งที่ 5 ชื่อกิจกรรม “เธอจำได้ไหม...จำได้หรือเปล่า” จัดเป็นกิจกรรมส่งเสริมการใช้ภาษา (Word association) และกิจกรรมเกมคำศัพท์ (Word game) โดยบำบัดด้วยการรับรู้ความคิด ความจำด้านทักษะภาษาไทย ผ่านสื่อรูปภาพให้ผู้สูงอายุทายคำศัพท์ มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นการรู้คิดด้านการใช้ภาษา โดยให้ผู้สูงอายุดูรูปภาพ และทายคำศัพท์จากบัตรคำกิจกรรม

ครั้งที่ 6 ชื่อกิจกรรม “บิงโก” จัดเป็นกิจกรรมการจัดประเภทการคิดคำนวณ โดยใช้หลักการประยุกต์การบำบัดด้วยการรับรู้ความเป็นจริงและการระลึกความหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นการรู้คิดด้านความจำ และความสามารถด้านการจดจำตัวเลข การนับเลข และการคิดคำนวณ โดยจัดให้ผู้สูงอายุเล่นเกมบิงโก

### พื้นที่ดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ดำเนินการในพื้นที่ตำบลเขวา อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นชุมชนกึ่งเมือง มีประชากรผู้สูงอายุจำนวนมาก และมีระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เข้มแข็ง เหมาะสมต่อการดำเนินโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน การวิจัยดำเนินการในช่วงเดือนมกราคม 2567 – ธันวาคม 2567

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

#### 1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เชียงเหียน ตำบลเขวา อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม และมีสมรรถภาพสมอง



บกพร่องระยะต้น โดยได้รับการทดสอบตามแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE Thai 2002) และมีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน จำนวน 150 คน

## 2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม และมีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น โดยได้รับการทดสอบตามแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE Thai 2002) และมีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการทดสอบสมมุติฐาน (Hypothesis Testing) โดยใช้โปรแกรม G\*Power 3.1.9.7 (Statistical power analysis for the behavioral sciences, Cohen, 1988) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ( $\alpha$ ) อำนาจการทดสอบ (Power) 0.96 และขนาดอิทธิพล (Effect size) 0.5 จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 50 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย จึงกำหนดจำนวนที่ต้องการเพิ่มร้อยละ 5 รวมเป็น 10 คน ผู้วิจัยทำการคัดออกตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด และสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับสลากจนครบจำนวน 50 คน

## เกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่โครงการ

### เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. อายุ 60 ปีขึ้นไป
2. มีความจำบกพร่องหรือเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (subjective memory impairment)
3. ได้รับการตรวจประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE: Thai version 2002 และมีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน
4. มีผลการวินิจฉัยทางคลินิกและผลทดสอบ Neuropsychological test ตรวจพบว่ามี MCI มากกว่า 6 เดือน
5. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทย
6. สื่อสารกับผู้วิจัยได้
7. ยินดีเข้าร่วมโครงการ

### เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. มีโรคประจำตัวเรื้อรังทางกายหรือโรคทางจิตเวชที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น มีภาวะซึมเศร้า
2. ไม่อยู่ร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมจนครบทุกกิจกรรม
3. ไม่สมัครใจที่จะอยู่ในการวิจัยต่อไป



### การพิทักษ์สิทธิทางจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม รหัสโครงการวิจัย MSKH\_REC 67-01-081 เพื่อพิทักษ์สิทธิและปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัคร ผู้วิจัยรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ โดยใช้รหัสแทนชื่อ-สกุล และจัดเก็บเอกสารในสถานที่ปลอดภัย เป็นส่วนตัว ภายในตู้เก็บเอกสารที่มีกุญแจล็อก ซึ่งมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงได้ ในการตีพิมพ์ผลการศึกษา จะรายงานเฉพาะข้อมูลภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยชื่ออาสาสมัครหรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลได้ในทุกกรณี เพื่อป้องกันความเสียหายต่ออาสาสมัครอย่างเคร่งครัด

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเติมคำ และแบบเลือกตอบ ประกอบด้วยข้อมูลเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และประวัติการเจ็บป่วย

2. แบบประเมินความสามารถในการรู้คิด เป็นแบบประเมินความสามารถของสมองในการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้เวลา ด้านการรับรู้สถานที่ ด้านความจำ ด้านความตั้งใจ/การคำนวณ ด้านความเข้าใจภาษาและการแสดงออกทางภาษา และด้านการระลึกได้/ความจำเฉพาะหน้า โดยใช้แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น (Mini Mental State Examination: MMSE Thai 2002)<sup>(13)</sup> ซึ่งเป็นเครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่มีการใช้ในงานวิจัยอย่างแพร่หลาย ทำความเข้าใจง่าย เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีค่าความไว (Sensitivity) ร้อยละ 87 และค่าความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 87 โดยมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน

3. แบบประเมินคัดกรองผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily: ADL) จำนวน 10 ข้อ ประยุกต์จากเกณฑ์ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ของสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข<sup>(14)</sup> แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนรวม 0 - 4 คะแนน คือ ผู้สูงอายุพึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ คะแนนรวม 5 - 11 คะแนน คือ ผู้สูงอายุดูแลตัวเองได้บางส่วน และคะแนนรวมตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป คือ ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้ สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นในชุมชนได้

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย

1. โปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมอง เป็นเครื่องมือที่ใช้ฝึกสมองแบบ Cognitive training โดยประยุกต์จาก โปรแกรม Training of Executive Function, Attention, Memory and Visuospatial Function (TEAM-V) ร่วมกับแนวคิด Cognitive Stimulation และ Reality Orientation<sup>(12)</sup> ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมครั้งที่ 1 ซ่อนนัยสำคัญ/แนะนำตัว กิจกรรมครั้งที่ 2 ความจำสั้นและยาว/ชีวิตของฉันและอยู่กับปัจจุบัน กิจกรรมครั้งที่ 3 ไม่หลงทางถ้าสังเกต/การรับรู้ทางมิติสัมพันธ์ อ่าน-เขียนแผนที่ กิจกรรมครั้งที่ 4



นับดี ๆ ... มีเท่าไร? กิจกรรมครั้งที่ 5 เธอจำได้ไหม... จำได้หรือเปล่า และกิจกรรมครั้งที่ 6 บิงโก ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง กิจกรรมละ 90-120 นาที เดือนละ 2 ครั้ง ระยะเวลา 3 เดือนต่อเนื่องกัน

2. แบบบันทึกในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ โดยเกณฑ์การเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อยร้อยละ 80 จากกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง และจะต้องเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อย 5 ครั้ง จึงผ่านเกณฑ์

### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อใช้อธิบายคุณลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและความพึงพอใจ ได้แก่ ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อใช้วิเคราะห์เปรียบเทียบ ก่อนและหลังด้วย Paired t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05

### ผลการศึกษา

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ

การวิจัยครั้งนี้สำรวจข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุจำนวน 50 คน โดยข้อมูลที่เก็บรวบรวมประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพสมอง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 88) อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 92) รองลงมาคือช่วงอายุ 70-79 ปี (ร้อยละ 8) สถานภาพครอบครัวส่วนใหญ่อาศัยอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 58) รองลงมาคือแยกกันอยู่ (ร้อยละ 38) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษา (ร้อยละ 88) รองลงมาคือมัธยมศึกษา (ร้อยละ 8) ด้านอาชีพพบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 92) ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุคือบุตรสาว (ร้อยละ 38) รองลงมาคือคู่สมรส (ร้อยละ 36) ทั้งนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีเวลาอยู่กับผู้สูงอายุน้อยกว่า 4 ชั่วโมง (ร้อยละ 94) เนื่องจากต้องประกอบอาชีพเลี้ยงครอบครัว โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 60) รองลงมาคือโรคข้อเสื่อม/ข้ออักเสบ (ร้อยละ 42) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึกหดหู่หรือท้อแท้ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ร้อยละ 94) และไม่มีความรู้สึกเบื่อหน่ายในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ร้อยละ 92) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n= 50)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	6	12
- หญิง	44	88
อายุ		
- 60-69 ปี	46	92
- 70-79 ปี	4	8
สถานภาพสมรส		
- คู่	29	58
- หม้าย/หย่าร้าง	19	38
- โสด	1	2
- แยกกันอยู่	1	2
ระดับการศึกษาสูงสุด		
- ไม่ได้เรียน	1	2
- ประถมศึกษา	44	88
- มัธยมศึกษา	4	8
- ปริญญาตรี ขึ้นไป	1	2
ศาสนา		
- พุทธ	48	96
- คริสต์	1	2
- อิสลาม	1	2
อาชีพ		
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	46	92
- ค้าขาย	2	4
- รับจ้างทั่วไป	2	4



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
บทบาทในครอบครัว		
- หัวหน้าครอบครัว	25	50
- สมาชิกในครอบครัว	14	28
- ผู้อาศัย	11	22
จำนวนสมาชิกครอบครัว		
- 1 - 2 คน	14	28
- 3 - 4 คน	17	34
- 5 - 6 คน	15	30
- 7 - 8 คน	4	8
อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ดูแลหลักในครอบครัว		
- ผู้ดูแลอยู่ร่วมด้วยน้อยกว่า 4 ชั่วโมง/วัน	47	94
- ผู้ดูแลอยู่ร่วมด้วยมากกว่า 4 ชั่วโมง/วัน	3	6
ผู้ดูแลหลักในการทำกิจวัตรประจำวัน		
- บุตรสาว	19	38
- คู่สมรส	18	36
- ญาติพี่น้อง	11	22
- หลาน	2	4
ประวัติการสูบบุหรี่		
- ไม่เคยสูบ	47	94
- เคยสูบแต่เลิกแล้ว	3	6
ประวัติการดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์		
- ไม่เคยดื่ม	46	94
- เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	3	6
ยังดื่มอยู่	1	2
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ดังต่อไปนี้		
- โรคความดันโลหิตสูง	30	60
- โรคข้อเสื่อม/ข้ออักเสบ	21	42
- โรคเบาหวาน	12	24
- ตาบอด/เป็นต้อหิน	8	16



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
- โรคหัวใจ	4	8
- โรคหอบหืด	4	8
ประวัติการเจ็บป่วยต้องนอนบนเตียงของผู้สูงอายุใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา		
- ไม่มี	50	100
- มี	0	0
ประวัติการหกล้มหรือเกือบจะหกล้มของผู้สูงอายุ ใน 3 เดือนที่ผ่านมา		
- ไม่มี	50	100
- มี	0	0
รู้สึกหุดหู่เส่ร้าหรือท่อแท้สิ้นหวัง ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา		
- ไม่มี	47	94
- มี	3	6
รู้สึกเบื่อหน่าย อะไรก็ไม่เพลิดเพลิน ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา		
- ไม่มี	46	92
- มี	4	8



ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเปรียบเทียบค่าคะแนน

ในด้านคะแนนการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้นก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ )

**ตารางที่ 2** ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดก่อน-หลังได้รับโปรแกรม TEAM-V ( $n=50$ )

ตัวแปร	ก่อน	หลัง	Mean difference	t	p-value
- ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ADL	18.44±0.58	19.62±0.63	1.51	11.87	<0.001*
- สมรรถภาพความจำ	17.04±2.08	30.58±10.11	5.05	9.42	<0.001*
- ความจำและสติปัญญาการทำงาน (IQCODE)	22.80±9.03	36.76±13.65	9.35	7.14	<0.001*
- ภาวะสมองเสื่อม (TMSE)	19.10±2.14	23.82±1.71	5.15	14.01	<0.001*

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p\text{-value} < 0.05$

### อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะความจำบกพร่องเล็กน้อยที่เข้าร่วมโปรแกรมกระตุ้นการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังแสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมกระตุ้นศักยภาพสมองด้านการรู้คิดเพื่อเพิ่มการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย เนื่องจากผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 รายมีคะแนนการรู้คิดหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าโปรแกรมกระตุ้นศักยภาพสมองด้านการรู้คิดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive Stimulation Therapy) ของ Spector<sup>(15)</sup> ซึ่งประกอบด้วย 3 หลักการ ได้แก่ การบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง การระลึกความหลัง และการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก โดยการศึกษาสำรองของโปรแกรมกระตุ้นศักยภาพสมองด้านการรู้คิดต่อการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในชุมชน รวมถึงกิจกรรมทั้ง 6 ขั้นตอน สามารถช่วยกระตุ้นการรู้คิดของผู้สูงอายุทั้ง 6 ด้าน



ได้แก่ ความใส่ใจเชิงซ้อน ความสามารถด้านการบริหารจัดการ การเรียนรู้และความจำ การใช้ภาษา ความสามารถในการรับรู้ก่อดิสัมพันธ์ และความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังครอบตัว รูปแบบของกิจกรรมทั้ง 6 ครั้งมีความเหมาะสมกับพยาธิสภาพของผู้สูงอายุ ไม่ยากหรือง่ายจนเกินไป ผู้สูงอายุได้ฝึกใช้สมองด้านต่าง ๆ มีการทบทวนความจำ มีกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุเกิดความสนุกสนาน มีการรับรู้สังครอบตัว และมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับผู้อื่นมากขึ้น ขนาดของกลุ่มจำนวน 10 คนต่อกลุ่มมีความเหมาะสมตามหลักการจัดกิจกรรมกระตุ้นสมองและกิจกรรมกลุ่มบำบัด เนื่องจากสามารถส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มได้อย่างเหมาะสม<sup>(16)</sup> กิจกรรมแต่ละครั้งจัดห่างกันอย่างน้อย 48 ชั่วโมง ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมในการจัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นสมองและการรู้คิด<sup>(17)</sup>

นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Suwanmosi P.<sup>(18)</sup> ที่ศึกษาการใช้โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจำนวน 50 คน พบว่าสามารถเพิ่มคะแนนเฉลี่ยความจำได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Phuttharod<sup>(19)</sup> ที่ศึกษาผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องจำนวน 40 ราย พบว่าสามารถเพิ่มคะแนนความจำได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เช่นเดียวกับงานวิจัยในประเทศไต้หวัน สหราชอาณาจักร และเกาหลีใต้ ที่รายงานว่าการโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดสามารถเพิ่มการรู้คิดได้จริง<sup>(20-23)</sup>

### ข้อจำกัดของการศึกษา

1. รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกลุ่มเดี่ยววัดก่อน-หลัง ไม่มีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ทำให้ไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่าการเปลี่ยนแปลงของคะแนนการรู้คิดและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเกิดจากโปรแกรมโดยตรง หรืออาจเกิดจากปัจจัยอื่น
2. การเลือกกลุ่มตัวอย่างจากพื้นที่เดียว จากตำบลเขวาสินรินทร์ อำเภอมือง จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นชุมชนกึ่งเมือง อาจทำให้ผลลัพธ์ไม่สามารถแทนผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นที่มีบริบททางสังคมหรือเศรษฐกิจแตกต่างกันได้ทั้งหมด
3. จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำกัดอาจจำกัดความสามารถในการสรุปผลทั่วไป และผู้เข้าร่วมเป็นผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ซึ่งอาจมีแรงจูงใจหรือคุณลักษณะที่แตกต่างจากผู้ไม่เข้าร่วม
4. ระยะเวลาติดตามผลจำกัด โดยการประเมินผลทำเฉพาะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที จึงไม่สามารถสรุปได้ว่าผลลัพธ์ของโปรแกรมมีผลคงอยู่ในระยะยาวหรือไม่

### สรุปผลการศึกษา

การใช้โปรแกรมเพิ่มศักยภาพสมอง (Training of Executive Function, Attention, Memory and Visuospatial Function: TEAM-V) ในผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น มีผลช่วยเพิ่มคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และช่วยเพิ่มความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในชุมชนได้จริง



## ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ด้านการบริการสุขภาพ: หน่วยบริการปฐมภูมิและรพ.สต. สามารถนำโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมองสำหรับผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้นไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหาในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

2. ด้านการพัฒนาบุคลากร: โปรแกรมนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการฝึกอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และนักวิชาการสาธารณสุข เพื่อเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้นได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ผู้วิจัยควรศึกษาการจัดการและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและชุมชนในการพัฒนาศักยภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น รวมถึงศึกษาปัจจัยหรือแนวทางที่ส่งเสริมให้การดำเนินโปรแกรมเกิดประสิทธิผลและยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

1. จารุวรรณ ก้านศรี และคณะ. สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์; 2560.
2. World Health Organization. Dementia: number of people affected to triple in next 30years. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2025 Oct 22]. Available from: <https://www.who.int/news/item/07-12-2017-dementia-number-of-people-affected-to-triple-in-next-30-years>
3. Alzheimer's Disease International. Dementia in the Asia Pacific Region: The Epidemic is Here. Singapore: Alzheimer's Disease International; 2006.
4. Alzheimer's Association. 2012 Alzheimer's Disease Facts and Figures AlzheimersDement. 2012;8(2):131-168.
5. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. Lancet. 2005;366(9503):2112-2117.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. ระบบข้อมูลสุขภาพ (HDC) จังหวัดมหาสารคาม. ข้อมูล ณ วันที่ 5 กรกฎาคม 2566.
7. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. รายงานผลการสำรวจภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2557.



8. Kasem Foundation. ต้นทุนการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย. Chiang Mai: Doctor Kasem Foundation; 2021 [Internet]. Available from: <https://www.doctorkasem-foundation.org/wp-content/uploads/2021/02/cost-1.pdf>
9. Policy Dialogue RISE Impact. โครงการนโยบายเพื่อการจัดการภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย (Dementia Thailand Policy Dialogue) [Internet]. 2023 [cited 2025 Oct 31]. Available from: <https://policy-dialogue.riseimpact.co/project/dmt>
10. My Luck Nursing Home. ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย [Internet]. 2024 [cited 2025 Oct 31]. Available from: <https://www.mylucknursinghome.com/>
11. Petersen RC. Mild Cognitive Impairment. *N Engl J Med*. 2011;364(23):2227–2234.
12. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. แนวทางการกระตุ้นการรู้คิดและการรับรู้ตามความเป็นจริงในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2565.
13. นิพนธ์ พวงวรินทร์. แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย 2545 (Mini-Mental State Examination: MMSE-Thai 2002). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2545.
14. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินคัดกรองผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index). กรุงเทพฯ: กรมอนามัย; 2558.
15. Spector A, Orrell M, Davies S, Woods B. Reality orientation and cognitive stimulation therapy: a practice guide for improving cognition and well-being in people with dementia. London: Jessica Kingsley Publishers; 2018.
16. Trakulsithichoke N. Cognitive stimulation program for older adults with mild cognitive impairment. Bangkok: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2018.
17. Dedoncker J, Brunoni AR, Baeken C, Vanderhasselt MA. A systematic review and meta-analysis of the effects of transcranial direct current stimulation (tDCS) over the dorsolateral prefrontal cortex in healthy and clinical samples: Influence of stimulation parameters. *BrainStimul*. 2016;9(4):501–517.



18. Suwanmosi P, Kaspichayawattana P. The effects of a cognitive stimulation program on memory among older adults with mild cognitive impairment. *J NursSci Health*. 2016;39(2):91–104.
19. Phuttharod K, Suwanvala S, Suppasri A. Effects of cognitive stimulation program on memory in older adults with cognitive impairment. *Thai J Nurs Res*. 2020;24(1):55–67.
20. Chao S-Y, et al. Cognitive stimulation therapy for older adults with mild cognitive impairment: A randomized controlled trial. *GeriatrNurs*. 2020;41(3):272–279.
21. Gibbor L, Yates L, Oyebode JR. Cognitive stimulation therapy as a psychosocial intervention for people with dementia: A review of the literature. *Dementia*. 2020;19(7):1959–1978.
22. Kim H, Lee Y, Park J, et al. The effects of cognitive stimulation on cognitive function in older adults: A meta-analysis. *Aging Ment Health*. 2017;21(4):391–400.
23. Rai HK, Jotheeswaran AT, Dias A, et al. The effectiveness of cognitive stimulation therapy for dementia: A systematic review. *IntPsychogeriatr*. 2018;30(6):773–785.