

ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโคกยาง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

อุษณา โกเอียน¹, บุบผา รักษานาม², สุขุมภรณ์ ศรีวิศิษฐ์², ภาณุพงศ์ สยังกุล², ปรีชา ถิ่นนัยธร¹, เกริกพล ดิสสระ³

¹โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง

²วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพลูเถื่อน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินประสิทธิผลของผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) โคกยาง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง **วิธีการ:** การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองในตัวอย่างกลุ่มเดียวที่วัดผลก่อนและหลังการแทรกแซง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบของ รพสต. โคกยาง จำนวน 50 คน การศึกษาดำเนินการตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึง ธันวาคม 2567 กิจกรรมหลักของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ 1) กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ โดยตรวจคัดกรองและตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ ให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม และสร้างเครือข่ายออกกำลังกายผ้าขาวม้า 2) กิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในชุมชนและบัดดี้ผู้สูงวัย และ 3) กิจกรรมออกกำลังกายป้องกันภาวะสมองเสื่อม เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบทดสอบสมรรถภาพของสมองเบื้องต้น (Thai Mini-Mental State Examination หรือ TMSE-Thai) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม การประเมินทำก่อนให้การแทรกแซงและหลังให้การแทรกแซงเป็นเวลา 6 สัปดาห์ **ผลการศึกษา:** คะแนนเฉลี่ยของสมรรถภาพของสมองหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (29.10 ± 1.58 และ 28.25 ± 1.89 ตามลำดับ; $P < 0.05$) คะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม (13.92 ± 1.07 และ 8.72 ± 6.29 ตามลำดับ) และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม (2.14 ± 0.35 และ 1.96 ± 0.19 ตามลำดับ) มีลักษณะเช่นเดียวกัน **สรุป:** การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นส่วนสำคัญในการเสริมสร้างศักยภาพของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพของตนเอง ผู้เกี่ยวข้องสามารถนำรูปแบบการดำเนินการในการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในบริบทของชุมชนอื่นได้ต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ การป้องกันภาวะสมองเสื่อม การมีส่วนร่วมของชุมชน ภาวะสมองเสื่อม

รับต้นฉบับ: 15 ก.พ. 2568, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 17 มี.ค. 2568, รับผิดชอบพิมพ์: 18 มี.ค. 2568

ผู้ประสานงานบทความ: สุขุมภรณ์ ศรีวิศิษฐ์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง 89 หมู่ 2 ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง 92110

E-mail: sukhumaphorn@scphtrang.ac.th

Effectiveness of a Community-Based Elderly Care Model for Dementia Prevention in Khok Yang Subdistrict, Kantang District, Trang Province

Ausana Koaien¹, Buppha Raksanam², Sukhumaphorn Sriwisit^{2*}, Panupong Sayoungkul²
Preecha Tinnaitorn¹, Krekpon Dissara³

¹Kantang Hospital, Trang Province

²Sirindhorn College of Public Health, Trang, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,
Praboromarajchanok Institute

³Phlu Thuan Subdistrict Health Promoting Hospital, Surat Thani Province

Abstract

Objective: To evaluate the effectiveness of an elderly care model for dementia prevention by community participation in the catchment area of Koke Yang Sub-district Health Promoting Hospital (SDHPH), Kantang District, Trang Province. **Methods:** This research was a quasi-experimental study research with a pretest and posttest design in a single group of subject. The subjects were 50 elderlies aged 60 and older residing in the villages within the catchment area of Koke Yang SDHPH. The study was conducted from June to December 2024. Main activities in the elderly care model for dementia prevention included: 1) Relationship-building activities such as screening and health checks for elderly, providing knowledge on elderly care to prevent dementia, and creating an exercise network using loincloth (Pha Khao Ma), 2) Home visit activities for elderly in the community, as well as buddy activities for elderly, and 3) Exercise activities for dementia prevention. Data collection tools included the Thai Mini-Mental State Examination (TMSE-Thai), a dementia knowledge test, and a dementia prevention behavior assessment. The study assessed the outcomes before the intervention and after implementing the intervention for 6 weeks. **Results:** Average score on brain function after implementing the elderly care model for dementia prevention were statistically significant higher than that measured before the intervention (29.10 ± 1.58 and 28.25 ± 1.89 , respectively; $P < 0.05$). Average scores on dementia knowledge (13.92 ± 1.07 and 8.72 ± 6.29 , respectively; $P < 0.05$), and dementia prevention behavior (2.14 ± 0.35 and 1.96 ± 0.19 , respectively; $P < 0.05$) shared the change. **Conclusion:** Community participation plays a crucial role in empower the elderly for self-care. Relevant parties could apply the model in this study to implement an elderly care model in other community contexts.

Keywords: elderly care model, dementia prevention, community participation, dementia

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบในปี พ.ศ. 2572 การเปลี่ยนแปลงสัดส่วนประชากรนี้จะนำมาซึ่งความจำเป็นเร่งด่วนในด้านบริการสาธารณสุขและการสนับสนุนด้านสุขภาพที่ครอบคลุม ประเทศไทยถูกคาดการณ์ว่าจะเป็นประเทศกำลังพัฒนาประเทศแรกของโลกที่ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุแบบสมบูรณ์ เนื่องจากอัตราการเกิดของคนไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องโดยมีจำนวนการเกิดเพียงประมาณ 6 แสนคนต่อปี ซึ่งหากสถานการณ์ยังเป็นเช่นนี้ต่อไปแล้ว นอกจากจำนวนประชากรไทยโดยรวมจะเริ่มลดลงแล้ว ประเทศไทยจะขยับขึ้นเป็นสังคมสูงอายุแบบสุดยอด ซึ่งมีสัดส่วนประชากรที่อายุมากกว่า 65 ปีถึงร้อยละ 20.00 หรือมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปีกว่าร้อยละ 30.00 ภายในปี พ.ศ. 2584 (1)

ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญ คือ ภาวะสมองเสื่อม คาดการณ์ว่ามีผู้สูงอายุทั่วโลกเกิดภาวะสมองเสื่อม 35.60 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในปี พ.ศ. 2573 และ 2593 เป็น 65.70 และ 115.40 ล้านคน ตามลำดับ (2) จากข้อมูลของสมาคมผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอาการสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 10 และมีแนวโน้มจะพบมากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น (3) ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านสมรรถภาพทางสมองทั้งในด้านความจำและการรู้คิด การตัดสินใจ การเคลื่อนไหว ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม บุคลิกภาพ และอารมณ์ รวมถึงมีความสามารถในการคิดเชิงซ้อนลดลง เช่น การใช้ภาษาทักษะในการดำรงชีวิตประจำวัน การรับรู้สิ่งแวดล้อม การตัดสินใจวางแผน ทำให้มีผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน สังคม และอาชีพ เป็นภาระต่อญาติและครอบครัว และส่งผลเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป (4)

ในปี 2566 จังหวัดตรังมีผู้สูงอายุ จำนวน 109,520 คน จากประชากรทั้งหมด 505,183 คน คิดเป็นร้อยละ 21.68 อำเภอกันตังมีผู้สูงอายุจำนวนทั้งหมด 12,704 ราย (ร้อยละ 18.26 ของประชากรในอำเภอ) ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) โคกยาง มีผู้สูงอายุจำนวนทั้งหมด 677 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.06 ของประชากร การคัดกรองผู้สูงอายุ 10 เรื่องพบว่า

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีมากถึง 25 รายหรือร้อยละ 3.70 ของผู้สูงอายุทั้งหมด (5)

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุช่วยเสริมสร้างความร่วมมือในการตัดสินใจ การทำงาน และการตรวจสอบความโปร่งใสในการบริการทางการแพทย์ ซึ่งสามารถสร้างความมั่นคงในระบบสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุในพื้นที่ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะในด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อมจำเป็นต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้การดูแลสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน (6)

การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมเป็นเรื่องจำเป็น แม้ว่าชุมชนในเขต รพสต. โคกยาง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง จะมีการดูแลผู้สูงอายุตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข แต่ยังไม่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างเต็มที่ เพราะขาดการบูรณาการปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และบริบทของชุมชน ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะยาว รูปแบบการดูแลที่คำนึงถึงปัจจัยที่กล่าวมา จะสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน และช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและสามารถพึ่งพาตนเองได้ การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็น งานวิจัยที่ผ่านมาชี้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถช่วยส่งเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมผ่านกิจกรรมทางกายและสังคม (6) แต่การศึกษาเชิงทดลองที่ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลที่อาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในประเทศไทย โดยเฉพาะในบริบทของ รพสต. ยังคงมีอยู่อย่างจำกัด งานวิจัยส่วนใหญ่ยังขาดการวิเคราะห์ผลลัพธ์เชิงปริมาณที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงด้านความสามารถทางสมอง ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน การศึกษานี้มุ่งพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในตำบลโคกยาง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ยังไม่มีการศึกษาในประเด็นนี้มาก่อน การศึกษานี้ใช้หลักการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเป็นระบบ

เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมตั้งแต่ระยะเริ่มต้น โดยเน้นการดำเนินงานแบบครบวงจร เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ อีกทั้งผลการวิจัยจะถูกนำไปใช้เป็นแนวทางพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่สามารถประยุกต์ใช้ในชุมชนอื่นต่อไป

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองที่ดำเนินการตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึง ตุลาคม 2567 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพสต. โคกยาง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง โครงการวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง P084/2567 ระยะเวลารับรอง คือ 17 มิถุนายน 2567 – 17 มิถุนายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ใน 8 หมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบของ รพสต. โคกยาง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง จำนวน 667 คน กลุ่มเป้าหมาย คือ ประชากร จำนวน 50 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ อาศัยอยู่ในหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบของ รพสต. โคกยาง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ที่อ่านหนังสือออกและสามารถเขียนภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีคุณลักษณะบางประการที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัย เช่น ไม่สะดวกใจให้ข้อมูล ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดโครงการ 2) ผู้ที่ไม่อยู่ในพื้นที่ในวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล และ 3) ผู้ที่ป่วยจากโรคติดต่อหรือโรคติดเชื้อที่เป็นอันตรายในระหว่างการวิจัย

การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power (7) ใช้สูตรสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน โดยกำหนดให้เป็นการเปรียบเทียบแบบสองทาง ความคลาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่งเท่ากับ 0.05 ความคลาดเคลื่อนชนิดที่สองเท่ากับ 0.20 และขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับปานกลาง คือ 0.50 ผลการคำนวณได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 34 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ 50 คน การเลือกตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบเชิงระบบ (systematic random sampling) จากรายชื่อในบัญชีประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในตำบลโคกยาง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง โดยเลือกทุกรายที่ 2

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในการวิจัย

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในการศึกษานี้ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 4 กิจกรรม ดังแสดงในตารางที่ 1 กิจกรรมที่หนึ่งเป็นการสร้างสัมพันธภาพกับชุมชน ณ โรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลโคกยาง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง กิจกรรมประกอบด้วย 1. การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม โดยการอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม 2. การให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม 3. การให้ความรู้เรื่องการดูแลจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ 4. การตรวจคัดกรองและการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ และ 5. การสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือในชุมชน โดยอบรมความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสม และฝึกออกกำลังกาย เช่น การเดิน การแกว่งแขน การใช้ผ้าขาวม้า และจัดวันออกกำลังกายในชุมชน ทั้งนี้ กิจกรรมที่หนึ่งดำเนินการใน 2 สัปดาห์แรกของการแทรกแซง โดยใช้เวลา 1.5 วัน

กิจกรรมที่ 2 เป็นกิจกรรมการเยี่ยมบ้านการผู้สูงอายุในชุมชนและการจัดบัดดี้ผู้สูงวัย ณ บ้านผู้สูงอายุในชุมชน กิจกรรมนี้เป็นความร่วมมือกันระหว่างผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเครือข่ายตัวตัวแทนผู้สูงอายุ และประธานชมรมผู้สูงอายุ การดำเนินการทำโดยแต่งตั้งคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ หมู่บ้านละ 1 ชมรมอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อให้เป็นผู้ดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุของชุมชน แบ่งกลุ่มกันเป็นบัดดี้ของผู้สูงอายุ และออกเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้านเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะสมองเสื่อม การเยี่ยมบ้านประกอบด้วย การพูดคุยและสอบถามเกี่ยวกับสภาพจิตใจ ความรู้สึก และความสุขของผู้สูงอายุ เช่น สอบถามถึงอารมณ์หรือความรู้สึกในแต่ละวัน สอบถามเกี่ยวกับปัญหาความจำ การคิด หรือการตัดสินใจ หากผู้สูงอายุมีปัญหาหลงลืมบ่อยครั้งหรือรู้สึกวิตกกังวลมากเกินไป ควรแนะนำให้ไปพบแพทย์เพื่อการประเมินเพิ่มเติม

การเยี่ยมบ้านช่วยให้สามารถประเมินสภาพแวดล้อมและสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างตรงจุด และสามารถเสนอแนะแนวทางการดูแลที่เหมาะสมได้อย่างทันทั่วทั้งที่ ประโยชน์ของกิจกรรมบัดดี้เพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์มีวัตถุประสงค์เพื่อทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีคนดูแลใกล้ชิดและรู้สึกไม่โดดเดี่ยว ช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการป้องกันปัญหาสุขภาพในระยะยาว

ช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี มีการกระตุ้นสมองและการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อช่วยลดความเสี่ยงจากภาวะสมองเสื่อม กิจกรรมนี้เริ่มในสัปดาห์ที่ 3 และดำเนินการอย่างต่อเนื่องทุกเดือนจนสิ้นสุดโครงการในเดือนที่ 6

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมออกกำลังกายป้องกันภาวะสมองเสื่อม ณ ลานกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลโคกยาง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง การจัดกิจกรรมเป็นความร่วมมือระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายและป้องกันภาวะสมองเสื่อม กิจกรรมนี้มุ่งเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย และช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองเพื่อลดความเสี่ยงจากการเกิดภาวะสมองเสื่อม กิจกรรมเริ่มด้วยการทบทวนความรู้ที่ได้รับในสัปดาห์แรก และมีฝึกการออกกำลังกายหลายรูปแบบ เช่น การเดิน การแกว่งแขน การออกกำลังกายด้วยผ้าขาวม้า และการจัดวันออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น เพื่อให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการออกกำลังกาย กิจกรรมดำเนินการในสัปดาห์ที่ 4-6 ของการวิจัย โดยเน้นให้มีการออกกำลังกายที่บ้าน และมาพบปะออกกำลังกายร่วมกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

เครื่องมือเก็บข้อมูล

เครื่องมือเก็บข้อมูลประกอบด้วย 4 ตอน ตอนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ผู้ดูแลหลัก และการเจ็บป่วย และโรคประจำตัว คำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ตอนที่ 2 เป็นแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (Thai Mini-Mental State Examination หรือ TMSE-Thai) (8) เพื่อใช้ทดสอบการทำงานของสมองด้านความรู้ความเข้าใจ ซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลายในการคัดกรองผู้ป่วยสมองเสื่อม และใช้จำแนกความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองด้านความรู้ความเข้าใจและอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย TMSE-Thai มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน โดยประเมินใน 6 ด้าน คือ การรับรู้ (orientation) 6 คะแนน การจดจำ (registration) 3 คะแนน ความใส่ใจ (attention) 5 คะแนน การคำนวณ (calculation) 3 คะแนน ด้านภาษา (language) 10 คะแนน และการระลึกได้ (recall) 3 คะแนน ผู้วิจัยเป็นผู้ทดสอบและสังเกตผู้สูงอายุตามคำถามในแบบวัดและบันทึกข้อมูล จุดตัดคะแนนในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนน

24-26 แสดงว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ส่วนผู้ที่ได้คะแนน 27-30 หมายถึง ไม่มีภาวะสมองเสื่อม

ตอนที่ 3 เป็นแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม จำนวน 15 ข้อที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม (9) คำตอบเป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือ ถูกหรือผิด พิสัยของคะแนนที่เป็นไปได้ของคะแนนคือ 0-15 และตอนที่ 4 เป็นแบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม จำนวน 25 ข้อ ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม (9) ตัวเลือกของคำถามมี 5 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยมีความหมายถึงความถี่ของพฤติกรรมนั้น ๆ ต่อสัปดาห์ ดังนี้ 7 วัน, 5-6 วัน, 3-4 วัน, 1-2 วัน และ 0 วัน ตามลำดับ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือทำโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน ด้านการพยาบาล 1 ท่าน และด้านสาธารณสุข 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญประเมินความสอดคล้องของเนื้อหาในคำถามและวัตถุประสงค์ของการวัดการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) ของคำถามแต่ละข้อ อยู่ในช่วง 0.67-1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (10)

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ดำเนินการโดยทดลองใช้เครื่องมือในตัวอย่างจำนวน 30 คนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพสต. คลองลู่ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมายของการศึกษา การประเมินพบว่า แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม มีค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.83 ซึ่งอยู่ในระดับดี แบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.81 ซึ่งอยู่ในระดับน่าเชื่อถือ (11)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม สมรรถภาพของสมองเบื้องต้น และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมทำโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุสองครั้ง คือ 1) ก่อนการให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยประเมินที่เขตพื้นที่รับผิดชอบ รพสต. ตำบลคลองลู่ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง และ 2) การประเมินหลังทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น 6 สัปดาห์ ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 และ 2 เป็นกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพกับชุมชน โดยอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ณ โรงเรียนผู้สูงอายุ

ตำบลโคกยาง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ระยะเวลา 1 วัน (เช้า-บ่าย) และ 3 ชั่วโมง ตามลำดับ ผู้รับผิดชอบ คือ วิทยากร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สัปดาห์ที่ 3 เป็น กิจกรรมการเยี่ยมบ้านการผู้สูงอายุในชุมชนและการจัดบัดดี้ ผู้สูงวัย ณ บ้านผู้สูงอายุในชุมชนตามเขตพื้นที่รับผิดชอบ ดำเนินการอย่างต่อเนื่องทุกเดือน ผู้รับผิดชอบ คือ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเครือข่ายตัวแทนผู้สูงอายุ และสัปดาห์ที่ 4, 5 และ 6 เป็นกิจกรรมออกกำลังกาย ป้องกันภาวะสมองเสื่อม ณ ลานกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลโคกยาง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ระยะเวลา 1-2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ผู้รับผิดชอบ คือ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และภาคี เครือข่าย โดยผู้สัมภาษณ์ คือ ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยที่ได้รับการฝึกอบรม เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนดำเนินการวิจัย รายละเอียดของกิจกรรม และสามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างราบรื่น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาใช้สถิติเชิงพรรณนาในการสรุปข้อมูลทั่วไปและผลลัพธ์การวิจัยที่สนใจ การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม สมรรถภาพทางสมอง และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่ประเมินในช่วงก่อนและหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ใช้ paired t-test การเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในช่วงก่อนและหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ใช้ McNemar's test

ผลการวิจัย

ลักษณะของตัวอย่าง

ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 43 คน (ร้อยละ 86.00) อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 67.60±7.63 ปี (พิสัย 60-92 ปี) ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 70.00)

รองลงมาคือ 70-79 ปี (ร้อยละ 20.00) ตัวอย่างส่วนใหญ่ สมรส (ร้อยละ 80.00) อาชีพหลักของตัวอย่างคือ เกษตรกรรม (ร้อยละ 58.00) รายได้เฉลี่ยของตัวอย่างอยู่ที่ 4,344±2,959 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 1,001-5,000 บาท (ร้อยละ 46.00) และ 0-1,000 บาท (ร้อยละ 24.00) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับ คู่สมรส (ร้อยละ 30.00) หรือบุตร/หลาน (ร้อยละ 30.00) ผู้ดูแลหลักของตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ คู่สมรส (ร้อยละ 56.00) ตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 78.00) โรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 40.00) และโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 40.00)

สมรรถภาพทางสมอง

จากตารางที่ 1 หลังใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผู้สูงอายุ มีคะแนน TMSE-Thai สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบดังกล่าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) อย่างไรก็ตาม ก่อนการแทรกแซง ผู้สูงอายุ 8 คน (ร้อยละ 16.00) มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น 6 เดือนพบ ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด 6 คน (ร้อยละ 12.00) สัดส่วนของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในช่วงก่อนการการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นและหลังจากใช้แล้ว 6 เดือน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.50$)

ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

หลังใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม (13.92 ± 1.07 จากคะแนนเต็ม 15) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบดังกล่าว (8.72 ± 6.29 จากคะแนนเต็ม 15) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) ตารางที่ 2 แสดงผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมเป็นรายข้อคำถาม ก่อนใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ตัวอย่างตอบคำถามแต่ละข้อถูกต้องอยู่ในช่วง ร้อยละ 82-92 คำถามข้อที่มีผู้ซึ่ง

ตารางที่ 1. ผลการประเมินผู้สูงอายุด้วย TMSE-Thai ในช่วงก่อนและหลังใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น 6 เดือน (n=50)

คะแนน TMSE-Thai	ก่อน		หลัง		P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
คะแนน 24 - 26 (มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม)	8	16.00	6	12.00	0.50 ¹
คะแนน 27 - 30 (ไม่มีภาวะสมองเสื่อม)	42	84.00	44	88.00	
ค่าเฉลี่ย (คะแนนเต็ม 30)	28.25±1.89		29.10±1.58		< 0.001 ²

1: McNemar's test

2: paired t test

ตารางที่ 2. จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่ตอบคำถามวัดความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมได้ถูกต้องในช่วงก่อนและหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น 6 สัปดาห์ (n=50)

คำถาม	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การฝึกสมองด้วยการคิดเลขบ่อย ๆ ช่วยป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้	46	92.00	50	100.00
2. การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะสมองเสื่อม	41	82.00	49	98.00
3. การกินอาหารให้ครบ 5 หมู่และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยชะลอความเสื่อมของสมองได้	45	90.00	48	96.00
4. การบริหารสมองโดยการเล่นเกมกรุก เกมบิงโก เกมจับผิดภาพ ช่วยป้องกันภาวะสมองเสื่อม	45	90.00	48	96.00
5. ภาวะสมองเสื่อมมักพบในทุกวัยตั้งแต่เด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ	39	78.00	47	94.00
6. การดื่มสุราสามารถทำลายเนื้อสมอง อาจนำไปสู่การเกิดภาวะสมองเสื่อมได้	44	88.00	47	94.00
7. โรคอัลไซเมอร์เป็นโรคที่พบบ่อยในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม	44	88.00	47	94.00
8. อาการเตือนของภาวะสมองเสื่อม เช่น สูญเสียความทรงจำโดยเฉพาะเรื่องที่เพิ่งเกิดขึ้น ทำกิจวัตรที่เคยทำไม่ได้	45	90.00	46	92.00
9. การคลายเครียดด้วยการฝึกสมาธิ เข้าวัดทำบุญ ช่วยป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้	42	84.00	46	92.00
10. ภาวะสมองเสื่อมคือภาวะที่มีการสูญเสียความสามารถทางสมอง เช่น ความจำ การรับรู้ความเข้าใจ การใช้ภาษา ทิศทาง การใช้เหตุผล และการแก้ปัญหา	41	82.00	45	90.00
11. ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์เป็นคนเฉื่อย ๆ ซึม ไม่กระตือรือร้น เช่น นิ่งเหม่อลอยเป็นชั่วโมง ไม่ใช่อาการของภาวะสมองเสื่อม	42	84.00	45	90.00
12. ปัญหานอนไม่หลับในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเกิดจากการรับรู้ลดลง ส่งผลให้วงจรการนอนสับสน	45	90.00	45	90.00
13. ภาวะสมองเสื่อมไม่ได้เกิดจากการขาดสารอาหาร เช่น วิตามิน B1 หรือ วิตามิน B2	40	80.00	45	90.00
14. ภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคที่ไม่สามารถป้องกันได้	44	88.00	44	88.00
15. การชะลอภาวะสมองเสื่อมเมื่อมีอาการหลงลืม คือให้อยู่กับบุคคลหรือสถานที่คุ้นเคย ชักชวนทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อทบทวนความจำ	43	86.00	44	88.00

ตอบถูกมากที่สุด คือ การฝึกสมองด้วยการคิดเลขบ่อย ๆ ช่วยป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ (ร้อยละ 92.00) รองลงมา คือ การกินอาหารให้ครบ 5 หมู่และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยชะลอความเสื่อมของสมองได้ (ร้อยละ 90.00) ปัญหานอนไม่หลับในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเกิดจากการรับรู้ลดลง ส่งผลให้วงจรการนอนสับสน (ร้อยละ 90.00) อาการเตือนของภาวะสมองเสื่อม เช่น สูญเสียความทรงจำ โดยเฉพาะเรื่องที่เพิ่งเกิดขึ้น ทำกิจวัตรที่เคยทำไม่ได้ (ร้อยละ 90.00) และการบริหารสมองโดยการเล่นเกมกรุก เกมบิงโก เกมจับผิดภาพ ช่วยป้องกันภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ

90.00) ก่อนใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ข้อที่มีผู้ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ภาวะสมองเสื่อมมักพบในทุกวัยตั้งแต่เด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ (ร้อยละ 78.00)

หลังใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบว่า ข้อที่มีผู้ตอบถูกมากที่สุด คือ การฝึกสมองด้วยการคิดเลขบ่อย ๆ จะช่วยป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ ซึ่งมีตัวอย่างตอบถูกทุกราย (จากเดิมตอบถูกร้อยละ 92.00) หัวข้อที่มีผู้ตอบถูกเพิ่มขึ้นมากที่สุด ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อมมักพบในทุกวัยตั้งแต่เด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 78.00 เป็นร้อยละ 94.00 และการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็น

สาเหตุหนึ่งของภาวะสมองเสื่อม โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 82.00 เป็นร้อยละ 98.00 (ตารางที่ 2) ส่วนคำถามข้อที่มีผู้ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคที่ไม่สามารถป้องกันได้ และการชะลอภาวะสมองเสื่อมเมื่อมีอาการหลงลืม คือให้อยู่กับบุคคลหรือสถานที่คุ้นเคย ชักชวนทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อทบทวนความจำ โดยในทั้งสองข้อ ตัวอย่างร้อยละ 88 ตอบถูก

พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม

หลังใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผู้สูงอายุมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม (2.14 ± 0.35 จากคะแนนเต็ม 5) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบดังกล่าว (1.96 ± 0.19 จากคะแนนเต็ม 5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.002$) ตารางที่ 3 แสดงคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของตัวอย่างจำแนกตามรายการคำถาม ก่อนใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น คำถามข้อที่เป็นพฤติกรรมเชิงลบที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ข้อ 4.3 ท่านอยู่หนึ่ง ๆ เกิน 2 ชั่วโมง (ไม่นับรวมการนอนหลับ) เช่น การนั่งเล่น โทรศัพท์มือถือ การนั่งทำงาน การนอนดูทีวี (3.72 ± 0.64) ส่วนคำถามข้อที่เป็นพฤติกรรมเชิงลบที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 1.5 ท่านดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 3 วัน/สัปดาห์ (1.88 ± 0.77) คำถามที่เป็นพฤติกรรมเชิงบวกที่มีคะแนนมากที่สุด คือ ข้อ 5.1 ใน 1 สัปดาห์ ท่านมีอาการเย็น อารมณ์เย็น ยิ้มง่าย หัวเราะบ่อยแค่ไหน (3.68 ± 0.59) ส่วนคำถามที่เป็นพฤติกรรมเชิงบวกที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 1.1 ท่านใช้เวลาในการคิด ทบทวนเรื่องต่าง ๆ เสมอ (2.50 ± 1.45) หลังใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น คำถามข้อที่เป็นพฤติกรรมเชิงลบที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ข้อ 3.1 ท่านรับประทานไขมันของทอด (2.30 ± 0.86) ส่วนคำถามข้อที่เป็นพฤติกรรมเชิงลบที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 1.5 ท่านดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 3 วัน/สัปดาห์ (1.56 ± 0.91) คำถามที่เป็นพฤติกรรมเชิงบวกที่มีคะแนนมากที่สุด คือ ข้อ 1.2 ท่านมักมีกิจกรรมร่วมกันกับคนในครอบครัวและชุมชน (4.32 ± 1.01) ส่วนคำถามที่เป็นพฤติกรรมเชิงบวกที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 2.3 ท่านทานยาหรือปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม (3.40 ± 1.01)

คำถามข้อที่เป็นพฤติกรรมเชิงลบที่มีคะแนนลดลงมากที่สุด (มีพฤติกรรมที่ดีขึ้น) คือ ข้อ 4.3 ท่านอยู่หนึ่ง ๆ เกิน 2 ชั่วโมง (คะแนนลดลงเฉลี่ย -1.66 คะแนน) คำถาม

ข้อที่เป็นพฤติกรรมเชิงบวกที่มีคะแนนเพิ่มมากที่สุด (มีพฤติกรรมที่ดีขึ้น) คือ ข้อ 1.1 ท่านใช้เวลาในการคิด ทบทวนเรื่องต่าง ๆ เสมอ (คะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย $+1.16$ คะแนน)

การอภิปรายและสรุปผล

ก่อนการพัฒนาแบบฯ พบผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด 8 คน (ร้อยละ 16.00) หลังการพัฒนาแบบฯ พบผู้ที่มีความเสี่ยงลดลงเหลือ 6 คน (ร้อยละ 12.00) แต่ความแตกต่างยังไม่มีความสำคัญทางสถิติ คะแนนสมรรถภาพของสมองเบื้องต้นหลังใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) ผลการศึกษาโดยรวมใกล้เคียงกับการศึกษาในอดีตที่กระตุ้นศักยภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้นด้วยโปรแกรม TEAM-V (12) ซึ่งพบว่า คะแนนความสามารถทางการจำของผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นเวลา 6 เดือนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบก่อนการวิจัย ซึ่งบ่งบอกว่าการทำกิจกรรมกลุ่มสามารถปรับปรุงความสามารถด้านความจำและการรู้คิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในทำนองเดียวกันการศึกษาที่พัฒนารูปแบบของกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติในผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเบื้องต้นของโรงพยาบาลนครพนม พบว่า หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อส่งเสริมการรับรู้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะแรกมีคะแนนจากการทดสอบสมรรถภาพสมองที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (13)

ก่อนการพัฒนาแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับต่ำ (8.72 ± 6.29 จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน) และหลังการพัฒนาแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับที่สูงขึ้นมากและมีนัยสำคัญทางสถิติ (13.92 ± 1.07 จากคะแนนเต็ม 15) ผลการศึกษาโดยรวมใกล้เคียงกับการศึกษาในอดีตที่พบว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ทำให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) (14) ในทำนองเดียวกันการศึกษาบทบาทของผู้ช่วยเหลือในชุมชนที่ทำหน้าที่ส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุและการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมพบว่า การให้ข้อมูลและการสนับสนุนจากผู้ช่วยเหลือสุขภาพในชุมชน มีบทบาทสำคัญในการช่วยเพิ่มความรู้และตระหนักรู้เกี่ยวกับภาวะสมอง

ตารางที่ 3. คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มตัวอย่างที่ประเมินในช่วงก่อนและหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น 6 สัปดาห์ (n=50)

พฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ	
	เฉลี่ย	S.D.	เฉลี่ย	S.D.
1. การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง				
1.1 ท่านใช้เวลาในการคิด ทบทวนเรื่องต่าง ๆ เสมอ	2.50	1.45	3.66	1.48
1.2 ท่านมักมีกิจกรรมร่วมกันกับคนในครอบครัวและชุมชน	3.50	0.65	4.32	1.01
1.3 ท่านไม่ชอบทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน*	2.82	0.85	2.08	0.75
1.4 ท่านสูบบุหรี่/อยู่ใกล้ชิดกับบุคคลที่สูบบุหรี่*	2.24	0.66	1.78	0.82
1.5 ท่านดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 3 วัน/สัปดาห์*	1.88	0.77	1.56	0.91
2. การเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่อง				
2.1 หากท่านมีโรคประจำตัว ท่านจะเข้ารับการรักษารักษาโรคประจำตัวอยู่เสมอ	2.56	1.13	3.68	1.06
2.2 ท่านทานยารักษาโรคประจำตัวอย่างต่อเนื่อง	3.18	0.85	3.86	0.90
2.3 ท่านทานยาหรือปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม	2.76	0.69	3.40	1.01
2.4 ท่านปฏิบัติตามแผนการรักษาระยะยาว เช่น การรับประทานยาที่ตรงต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย หรือการฝึกสมอง	3.02	0.82	3.98	0.84
2.5 ท่านสังเกตความผิดปกติของร่างกายตนเองอยู่เสมอ	3.50	0.68	3.92	0.78
3. การเลือกรับประทานอาหาร				
3.1 ท่านรับประทานไขมันของทอด*	3.04	0.73	2.30	0.86
3.2 ท่านรับประทานผักสดมีโอละ 2 ฝ่ามือพูน	3.12	0.66	3.82	0.75
3.3 ท่านเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว กะปิ ผงชูรสในอาหาร*	2.62	0.81	1.84	0.86
3.4 ท่านดื่มนม ผลิตภัณฑ์จากนม และกินปลาเล็กปลาน้อย	2.86	0.83	3.78	1.13
3.5 ท่านรับประทานน้ำตาลไม่เกินวันละ 6- 8 ช้อนชา	3.10	0.74	3.72	0.88
4. การออกกำลังกาย				
4.1 ท่านออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อย 30 นาที/วัน	3.10	0.79	3.68	0.94
4.2 ท่านขยับเคลื่อนไหวร่างกายทั้งหมดในชีวิตประจำวัน เมื่อมีเวลาว่าง เช่น หน้าที่วีระหว่างการทำงาน	3.40	0.70	3.94	0.84
4.3 ท่านอยู่นิ่ง ๆ เกิน 2 ชั่วโมง (ไม่นับรวมการนอนหลับ) เช่น การนั่งเล่นโทรศัพท์มือถือ การนั่งทำงาน การนอนดูทีวี*	3.72	0.64	2.06	0.98
5. การจัดการความเครียด				
5.1 ใน 1 สัปดาห์ ท่านมีอารมณ์เย็น อารมณ์ขัน ยิ้มง่าย หัวเราะ บ่อยแค่ไหน	3.68	0.59	3.88	0.39
5.2 ใน 1 สัปดาห์ ท่านเป็นคนจริงจังและเข้มงวด หงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี บ่อยแค่ไหน*	3.04	0.78	2.06	0.87
5.3 ท่านไปร่วมกิจกรรมทางศาสนาเพื่อผ่อนคลายความเครียด	2.92	0.78	3.80	0.97
5.4 ท่านมักจะจัดสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ให้สะดวกสบายผ่อนคลายความเครียด	3.44	0.73	4.10	0.54
5.5 ท่านเป็นคนมองโลกในแง่บวกเสมอ	3.64	0.66	3.90	0.79

*: ข้อที่ต้องกลับชี้คะแนนก่อนรวมคะแนนกับข้ออื่น

เสื่อมในชุมชน (15) การทบทวนวรรณกรรมในอดีตยังพบว่า เมื่อผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนเกี่ยวกับการให้ความรู้เกี่ยวกับสมองเสื่อม ความรู้ของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (16)

กิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของตัวอย่างเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในด้านปัจจัยเสี่ยง วิธีการป้องกัน และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์ อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในบางหัวข้อยังไม่สมบูรณ์ โดยเฉพาะในคำถามว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้หรือไม่ ยังมีผู้ตอบผิดอยู่ร้อยละ 12 จึงควรมีการพัฒนาแนวทางการให้ความรู้ที่เน้นการเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางป้องกันภาวะสมองเสื่อม เช่น การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และการบริหารสมองผ่านกิจกรรมทางปัญญา นอกจากนี้ ควรมีการติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมมีประสิทธิภาพในการเพิ่มพูนความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง อย่างไรก็ตาม ควรมีการพัฒนากลยุทธ์การสื่อสารที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมความเข้าใจเชิงลึกและการนำไปปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน

หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ระดับพฤติกรรม การป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง สูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาโดยรวมใกล้เคียงกับการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวในเขตอำเภอนำยีน จังหวัดอุบลราชธานีที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่ดีขึ้น (17) ในทำนองเดียวกันการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองสำหรับผู้สูงอายุต่อการรู้คิดและพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมและการรู้คิด มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการรู้คิดในช่วงก่อนและหลังการแทรกแซงในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (18) นอกจากนี้การศึกษาในจังหวัด

มหาสารคามพบว่า หลังการดำเนินโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน พบว่า มีการปรับปรุงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เช่น การกระตุ้นสมองและการสร้างกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงการจัดการกับสภาพแวดล้อมที่ช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิตและสมอง การมีส่วนร่วมจากครอบครัวและชุมชนช่วยเสริมประสิทธิภาพการดูแลให้ดียิ่งขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (19)

ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน สามารถนำรูปแบบและแนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนของการศึกษานี้ ไปวางแผนและจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับชุมชน เพื่อให้เกิดกลไกการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน ผลการศึกษานี้ยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอน ทั้งในแง่ของระเบียบวิธีวิจัย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และความเข้าใจในเรื่องสมองเสื่อม รวมทั้งการใช้ผลการศึกษาเป็นกรณีศึกษาเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ในกระบวนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุแบบครบวงจร นอกจากนี้หน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่สนใจและเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ สามารถนำผลการศึกษาไปพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุ และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำนโยบายเพื่อป้องกันและดูแลภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในอนาคต

การศึกษาในอนาคตควรนำรูปแบบและแนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน ไปทดสอบประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุทั้งในชุมชนและในสถานพยาบาลว่าสามารถดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนหรือไม่ นอกจากนี้ ควรมีการวิจัยเพื่อเสนอแนวทางสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนเพื่อจัดหาทุนหรือทรัพยากรสำหรับโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Older Persons. Elderly statistics: Thai elderly statistics 2022 by the Policy and Strategy Group, Department of Older Persons. Bangkok: Department of Older Persons; 2022.

2. Suwan A. Role of nurses in caring for elderly individuals with dementia. *Journal of Nursing and Health Care*. 2017; 35: 6-15.
3. Khemapech S, Homdee R. Health promotion for dementia prevention. *Journal of Police Nursing*. 2020; 12: 23-56.
4. Elderly Nutrition Promotion Group, Bureau of Nutrition, Department of Health. Guidelines for dementia prevention in the elderly: "How to eat... to stay away from dementia" Vol. 1 [online]. 2023 [cited Feb 9, 2024]. Available from: nutrition2.anamai.moph.go.th/th/elderly-doc/download?id=47684&mid=32225&mkey=m_document&lang=th&did=15636
5. Ministry of Public Health. Population pyramid by gender and age group, Trang Province [online]. 2023 [cited Feb 9, 2024]. Available from: trg.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0&id=db4e8d42e1234a75bd03d430c31feb2f
6. Kraanual S, Prasitphatthawet A, Piban A, Mata A, Klaisim R, Kraanual C, et al. Elderly care model through integrated community participation in a multicultural society: Yupo Subdistrict Municipality, Mueang District, Yala Province. Yala: Yala Rajabhat University: 2020.
7. Cohen J, Uphoff N. Rural development participation: Concept and measures for project design implementation and evaluation. New York: Cornell University; 1977.
8. Thai Nurses Association. Dementia screening tool (TMSE) [online]. 2019 [cited Feb 9, 2024]. Available from: www.thainurse.org/wordpress/?p=12039
9. Faimuenwai R, Kimsungnuen N, Rueanrudipiom K. The elderly care model: The answer is the community health system. *Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health* 2021; 44(3): 11-22.
10. Sireci SG, Witty MR. Construct validity: A primer. *J Educ Meas* 2007; 44: 315-37.
11. Sijtsma K. On the use, the misuse, and the very limited usefulness of Cronbach's alpha. *Psychometrika* 2009; 74: 107-20.
12. Kuha O, Vidhyachak C, Phatcharapisitgul P, Kumniyom N, Mungklang M, Wisajun P, et al. Cognitive training for the elderly with mild neurocognitive disorder: utilizing TEAM-V program in urban and rural areas with a six-month follow-up. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2023; 68: 102-14.
13. Somsri C. The development of a 5-dimensional happiness model for the elderly with mild cognitive impaired Nakhon Phanom Hospital. *Journal of Nakhon Phanom Hospital*. 2021; 8: 78-93.
14. Hawong S, Thaingtham W, Nanthamongkolchai S. The health promotion program for the elderly at risk group of alzheimer's in community. *Journal of Public Health Nursing* 2017; 31: 110-28.
15. World Health Organization. Community health workers: A resource for healthy aging and addressing dementia [online]. 2019 [cited Feb 9, 2024]. Available from: www.alz.org/media/Documents/community-health-workers-a-resource-for-healthy-aging-and-addressing-dementia.pdf
16. Hung L, Leitch S, Hung R, Phinney A. Creating dementia-friendly and inclusive communities for social inclusion: A scoping review protocol. *BMJ Open* 2020; 10: e035028. doi:10.1136/bmjopen-2019-035028.
17. Chankam K, Raksin M, Songserm N. Development of dementia prevention model for the elderly through the participation of family public health volunteers in Nam Yeun district, Ubon Ratchathani province. *Journal of MCU Ubon Review* 2020; 5: 255-66.
18. Samruamchit K, Lagampan S, Amnatsatsue K. Effects of a brain function promoting program on cognitive function and dementia prevention behaviors for older adults. *Journal of Health and Nursing Research*. 2019; 35: 34-45.

19. Sritumna P, Ruangrit R. Development of caring model for older adults with dementia in community through family and community participation. Journal

of Health Research and Innovation Development. 2023; 4: 192-202.