ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะต่อสมรรถนะในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ชลธร มงคลศรี[1] สุทธินันท์ สุบินดี[2] นัดดา คำนิยม[2]
[1]สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
[2]สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Received: May 23, 2024
Revised: July 30, 2024
Accepted: August 5, 2024

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุและภาระการดูแลของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นับว่ามีบทบาทสำคัญในการมีส่วนร่วมป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะต่อสมรรถนะในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. จำนวน 58 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 29 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะ 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 3) แบบวัดความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ 4) แบบวัดทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม และ 5) แบบวัดทักษะการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย การทดสอบไคสแควร์ การทดสอบของฟิชเชอร์ การทดสอบแมน-วิทนีย์ยู การทดสอบค่าทีสำหรับกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน และการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยสรุป โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะต่อสมรรถนะในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะ และทัศนคติของ อสม. ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อม; ผู้สูงอายุ; ชุมชน; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผู้นิพนธ์ประสานงาน:
สุทธินันท์ สุบินดี
สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
123 หมู่ 16 ถนนมิตรภาพ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002
อีเมล: ssuttin@kku.ac.th

Effects of the competency promotion program on dementia prevention competency for community-dwelling older people among village health volunteers

Chonlathorn Mongkonsri[1], Suttinan Subindee[2], Nutda Kumniyom[2]
[1]Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Khon Kaen University
[2]Gerontological Nursing Department, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

Abstract

Dementia in the older people population is on the rise. It significantly affects the daily living activities of older people and increases the caregiving burden on their caregivers. Village health volunteers play a crucial role in preventing dementia among older people in the community. This research is a quasi-experimental study using a two-group pretest-posttest design. The purpose of the study is to examine the effect of a competency promotion program on village health volunteers' ability to prevent dementia in community-dwelling older people by applying experiential learning theory and participatory learning concepts. The sample consisted of 58 village health volunteers, divided into an experimental group and a control group, with 29 participants in each group. The research instruments included: 1) a competency promotion program for dementia prevention in older people, 2) a demographic data questionnaire, 3) a knowledge questionnaire about dementia in older people, 4) an attitude questionnaire towards caring for older people to prevent dementia, and 5) a skills questionnaire for caring for older people to prevent dementia. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, Fisher's exact test, Mann-Whitney U test, paired t-test, and Analysis of Covariance (ANCOVA). The results showed that after the intervention, the experimental group had significantly higher mean scores in knowledge, skills, and attitudes toward preventing dementia in community-dwelling older people than before the experiment. Furthermore, the experimental group had significantly higher mean scores in these areas compared to the control group. In conclusion, the competency promotion program for dementia prevention among community older people can enhance the knowledge, skills, and attitudes of village health volunteers.

Keywords: dementia; older people; community; village health volunteer

Corresponding Author:
Suttinan Subindee
Gerontological Nursing Department, Faculty of Nursing, Khon Kaen University
123 Village No.16, Mittraphap Road, Nai-Muang Sub-district, Muang District, Khon Kaen 40002, Thailand
E-mail: ssuttin@kku.ac.th

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการการทำหน้าที่ของสมองเสื่อมถอยลงอย่างต่อเนื่อง (progressive degenerative brain syndromes)[1] โดยเฉพาะในด้านการรู้คิด (cognitive) ได้แก่ ความตั้งใจสมาธิจดจ่อ (complex attention) ความจำและการเรียนรู้ (memory and learning) การใช้ภาษา (language) ทักษะการบริหารจัดการ (executive function) มิติสัมพันธ์ (visuospatial function) และความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว (social cognition)[2] อาจพบร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ พฤติกรรม และการควบคุมอารมณ์[3] โดยเฉพาะในผู้สูงอายุพบว่าเป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งมีการคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าทุกๆ 20 ปี โดยในปี พ.ศ. 2593 จะมีจำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมถึง 152 ล้านคน[4] สำหรับประเทศไทยก็พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน โดยในปี พ.ศ. 2563-2565 มีผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม 6.5, 6.8 และ 7.7 แสนคน ตามลำดับ[5] และยังพบว่ามีร้อยละ 75 ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลก เป็นผู้สูงอายุในชุมชนที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและเข้าไม่ถึงการบำบัดรักษาที่เหมาะสม[3]

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรกอาจพบความผิดปกติด้านการรู้คิดเพียงเล็กน้อย เช่น อาการหลงลืมเหตุการณ์ที่พึ่งเกิดขึ้นแต่จะสามารถนึกได้ภายหลัง[1] ความสามารถในการทำกิจวัตรวัตรประจำวันขั้นสูงบกพร่อง แต่ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้เป็นปกติ[6] เมื่อการดำเนินโรคมีความรุนแรงขึ้น ความผิดปกติด้านการรู้คิดจะยิ่งชัดเจนขึ้น ผู้สูงอายุจะสูญเสียความจำ ทั้ง วัน เวลา สถานที่และบุคคล อาจมีปัญหาหลงทางเมื่อออกจากบ้าน ปัญหาในการใช้ภาษาสื่อสาร การเคลื่อนไหว[1,7] ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานจะแย่ลงด้วย[6] ในระยะรุนแรงจะมีอาการรุนแรงขึ้นจนส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ[1,8,9] และมีโอกาสเกิดภาวะพึ่งพิงได้[6] นอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุแล้วยังส่งผลต่อผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว คือ ผู้ดูแลมีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพขึ้นได้ เนื่องจากไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพราะต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้สูงอายุ การรับบทบาทในการดูแลเป็นระยะเวลานานส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแล โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีปัญหาทางด้านพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิต[10] และยังส่งผลกระทบในด้านเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากมีปัญหาทางด้านพฤติกรรม อารมณ์และความผิดปกติทางจิตร่วมด้วย และอาจเป็นสาเหตุของการกระทำทารุณกรรมในผู้สูงอายุ[7] และถูกตีตราจากสังคม นำไปสู่การถูกปฏิเสธ ถูกเลือกปฏิบัติและการกีดกันทางสังคมในการมีส่วนร่วมกิจกรรมในด้านต่างๆ ของชุมชน[11] นอกจากนี้ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ยังเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวในการดูแลบำบัดรักษาเพิ่มมากขึ้น[8,10] ผู้ดูแลบางรายต้องลาออกจากงาน ก่อให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจการเงินของครอบครัว[12] และประเทศยังต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่เพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัว ดังนั้น การป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมจึงมีความสำคัญและยังช่วยลดผลกระทบดังกล่าวได้ การเตรียมบุคลากรด้านสุขภาพในชุมชน เพื่อรองรับจำนวนผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคตจึงมีความจำเป็น[7]

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด มีหน้าที่ช่วยเหลือและรับผิดชอบดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน[13] มีบทบาทสำคัญในการประเมิน คัดกรอง เพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนตั้งแต่ระยะเริ่มต้น[14] จากการศึกษาปรากฏการณ์ พบว่า รูปแบบการจัดอบรมยังไม่ครอบคลุมประเด็นการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เช่น ความรู้เกี่ยวกับการประเมินและคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบประเมิน Mini-Cog การฝึกบริหารสมองด้านต่างๆ การมีกิจกรรมทางกาย เป็นต้น

ส่วนรูปแบบการอบรมเป็นการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมโดยการบรรยายให้ความรู้ทั่วไป ยังไม่ครอบคลุมถึงทักษะต่างๆ ที่จำเป็น เช่น การใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น อีกทั้งระยะเวลาในการอบรมค่อนข้างจำกัด ไม่มีการฝึกภาคปฏิบัติ ทำให้ อสม. ยังมีสมรรถนะไม่เพียงพอ และขาดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์ และคณะ[15] ที่พบว่าปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของ อสม. คือไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน เนื่องจากขาดความรู้และทักษะการปฏิบัติงานขาดที่ปรึกษาเมื่อพบปัญหาไม่สามารถแก้ไขได้ และการศึกษาของณัฐรดา แฮคำ และคณะ[16] ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ การรับรู้บทบาทการดูแล การสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท ทัศนคติต่อการดูแล ภาวะสุขภาพของ อสม. และความรู้เกี่ยวกับการดูแล ดังนั้น การพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลประชาชน โดยเน้นให้มีความรู้เฉพาะในเรื่องที่จะดูแล มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ จะส่งผลให้มีการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนดีขึ้น[17]

McClelland อธิบายไว้ว่า สมรรถนะ (competency) คือ บุคลิกลักษณะที่ซ่อนอยู่ภายในปัจเจกบุคคล ซึ่งสามารถผลักดันให้ปัจเจกบุคคลนั้นสร้างผลการปฏิบัติงานที่ดีหรือตามเกณฑ์ที่กำหนดในงานที่ตนรับผิดชอบ ประกอบด้วยการส่งเสริมให้บุคคลมีองค์ประกอบที่จำเป็นต่อการพัฒนาสมรรถนะ ได้แก่ ความรู้ (knowledge) ทักษะ (skill) และทัศนคติ (attitude)[28] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมนั้น อสม. จำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ[18] การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในชุมชน[14,19] มีความรู้ความเข้าใจ ฝึกปฏิบัติจริงในการใช้เครื่องมือสำหรับการคัดกรอง[19] โดยใช้เครื่องมือ Mini-Cog ซึ่งมีค่าความไว (76%) และค่าความจำเพาะ (89%) ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมและภาวะการรู้คิดบกพร่องที่ค่อนข้างสูง[20] การจัดกิจกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมให้แก่ผู้สูงอายุ[18] กิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด เช่น การคำนวณตัวเลข การเล่นเกมกระตุ้นสมอง[14,19,21] การฝึกให้ผู้สูงอายุบริหารสมองด้วยตนเอง การส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย[22] การกระตุ้นศักยภาพสมองด้วยโปรแกรม TEAM-V ในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย[23] และการส่งเสริมให้ อสม. มีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ[18] สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ที่ผ่านมามีการศึกษาการพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ในประเด็นต่างๆ ได้แก่ การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน[24] ความรู้และทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง[25] ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง[26] ความรู้และความสามารถในการคัดกรองปัญหาการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุในชุมชน[27] โดยการศึกษาดังกล่าวมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ซึ่งพบว่าสามารถเพิ่มสมรรถนะของ อสม. หลังจากได้รับโปรแกรม

อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในประเด็นการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และมีภาวะสมองเสื่อมแล้ว ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดปกติ และจากสถานการณ์ในพื้นที่ที่ศึกษา พบว่า มีการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมแก่ อสม. แต่เนื้อหาสาระยังไม่ครอบคลุมประเด็นการคัดกรอง การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ รูปแบบการอบรมเป็นการบรรยายอย่างเดียว ไม่มีการฝึกทักษะเกี่ยวกับการประเมิน การป้องกันภาวะสมองเสื่อม ทำให้ อสม. ยังมีสมรรถนะไม่เพียงพอและขาดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้เป็นการ

ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะต่อสมรรถนะในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของ อสม. โดยประยุกต์ใช้แนวคิดสมรรถนะของ McClelland[28] โดยเน้นการพัฒนาทางด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นองค์ประกอบของสมรรถนะ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยให้บุคคลเกิดการพัฒนาศักยภาพในด้านต่างๆ และสามารถทำงานให้ประสบความสำเร็จและมีประสิทธิผล และทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) ของ Kolb[29] ร่วมกับการใช้เทคนิคการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning)[30] ที่เน้นกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอน กระตุ้นให้ อสม. มีส่วนร่วมกับกิจกรรมอย่างเต็มที่ และมีผู้วิจัยให้การสนับสนุนและเป็นที่ปรึกษาในแต่ละกระบวนการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยส่งเสริมสมรรถนะของ อสม. ในการคัดกรอง ป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อลดภาระของครอบครัวหรือผู้ดูแล และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) ของ Kolb[29] ร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning)[30] มาใช้เป็นกรอบการพัฒนารูปแบบกิจกรรมในโปรแกรมฯ ประกอบด้วย วงจรการเรียนรู้เฉพาะบุคคลที่จะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้สิ่งต่างๆ ได้ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นสร้างประสบการณ์ (concrete experience) ได้แก่ ส่งเสริมให้มีการร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และใช้ประสบการณ์เดิมของตนเองในการแก้ปัญหา 2) ขั้นการสะท้อนความคิดและอภิปราย (reflective observation) ได้แก่ ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน พิจารณาปัญหา เพื่อนำไปสู่แนวทางในการแก้ปัญหา 3) ขั้นความคิดรวบยอด (abstract conceptualization) เป็นการสรุปข้อตกลง หลักการหรือแนวทางในการจัดการกับปัญหา และ 4) การทดลองหรือประยุกต์แนวคิด (active experimentation) เป็นการส่งเสริมให้มีการฝึกทักษะ รวมถึงการติดตามและประเมินผล ร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นการใช้กระบวนการหรือเทคนิคการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เช่น การกระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้ หรือข้อมูลผ่านกระบวนการกลุ่ม ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้ให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีมากขึ้น เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะตามที่คาดหวัง

สำหรับแนวคิดสมรรถนะ มีองค์ประกอบด้านความรู้ (knowledge) ทักษะ (skill) และทัศนคติ (attitude) ผู้วิจัยนำมาใช้ออกแบบเครื่องมือเพื่อวัดผลลัพธ์หลังจากที่ อสม. เข้าร่วมโปรแกรมฯ ครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค

สมองเสื่อมและการป้องกันในผู้สูงอายุ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ดังแสดงในรูปที่ 1 (Figure 1)

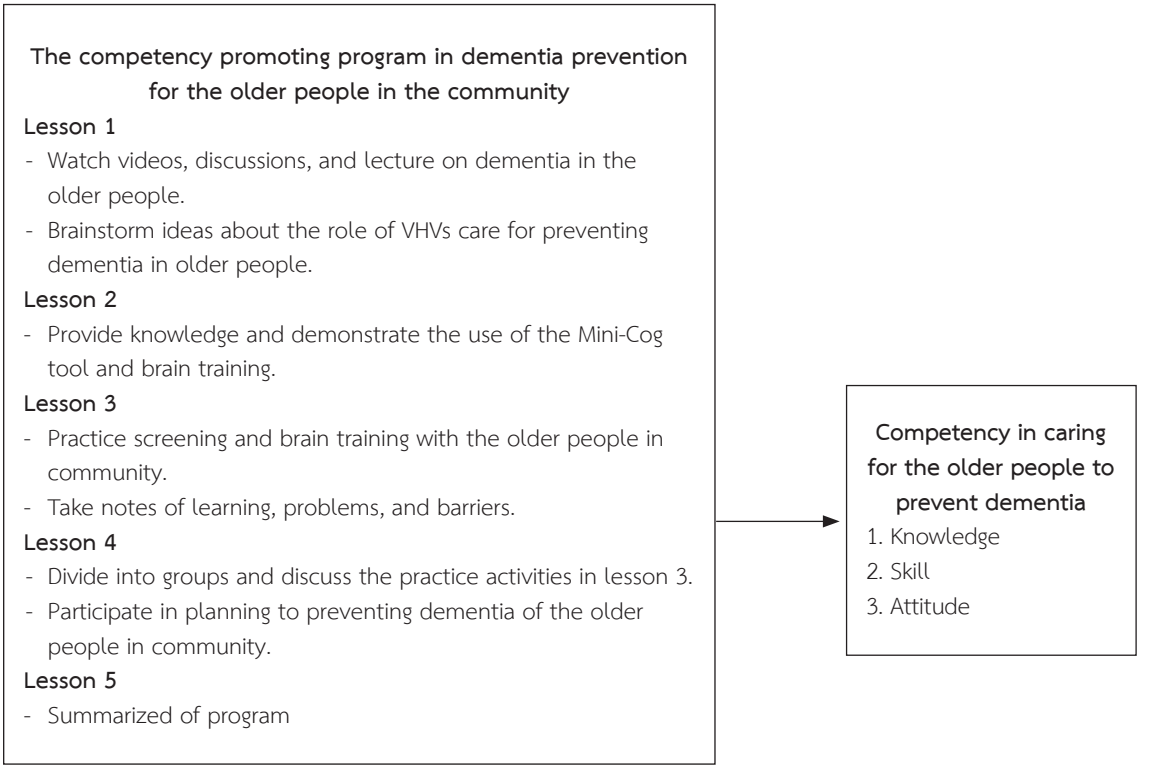

Figure 1 Conceptual framework of the study

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อสม. ตำบลกุดขอนแก่น และตำบลบ้านเรือ อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ตำบลกุดขอนแก่นและตำบลบ้านเรือ อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (inclusion criteria) คือ 1) เป็น อสม. 2) อายุระหว่าง 20-59 ปี 3) ปฏิบัติงานเป็น อสม. มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี 4) ไม่มีปัญหาสุขภาพ 5) สามารถอ่าน เขียนภาษาไทยได้และสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ 6) ไม่มีความเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าจากการประเมิน 2Q และ 7) สมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากศึกษา (exclusion criteria) คือ 1) เคยผ่านการอบรม อสม. หมอประจำบ้าน และ 2) เข้าร่วมโครงการวิจัยเกี่ยวกับสมองเสื่อมที่จัดขึ้นในชุมชนแล้ว และเกณฑ์การถอนกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (withdrawal criteria) คือ 1) ตัดสินใจขอยุติ/ขอถอนตัวออกจากการศึกษาวิจัย และ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมจนสิ้นสุด

คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.7 โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) 0.80 ค่านัยสำคัญทางสถิติ (α) 0.05 ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) 0.71 โดยอ้างอิงจากงานวิจัยของจินตนา และคณะ[26] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 26 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการวิจัย ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 จะได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 29 คน รวมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 58 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) เป็นแบบคัดกรองโดยการสอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันที่ทำการประเมิน ในแต่ละข้อให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ “มี” หรือ “ไม่มี” ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบ “มี” อย่างน้อย 1 ข้อ ถือว่ามีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะมีโรคซึมเศร้า[31]

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์[29] ร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม[30] ประกอบด้วย

2.1 คู่มืออาสาป้องกันภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชน สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีเนื้อหาประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่สมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม และการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในชุมชน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.91

2.2 วีดิทัศน์ เรื่อง ความทรงจำใหม่ของยายพา เป็นภาพยนตร์สั้นในหัวข้อ “โรคสมองเสื่อม: อยากจำ-กลับลืม” มีเนื้อหาสะท้อนลักษะอาการผิดปกติของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และความรู้ความเข้าใจของคนในครอบครัวต่ออาการดังกล่าว[32]

2.3 แผนการดำเนินโปรแกรม ระยะเวลาดำเนินโปรแกรม 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.94 ผู้วิจัยปรับปรุงเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับ อสม. ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 5 คน พบว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการใช้ โดยโปรแกรมฯ มีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ฟังไว้ใช้ประโยชน์ (สัปดาห์ที่ 1) ส่งเสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยการให้กลุ่มตัวอย่างรับชมวีดิทัศน์ ร่วมอภิปรายและให้ข้อสรุปประเด็นที่ได้เรียนรู้จากวีดิทัศน์ ผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญในวีดิทัศน์ บรรยายเพิ่มเติมเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับบทบาทของ อสม. ใช้ประสบการณ์เดิมมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ โดยใช้องค์ความรู้จากประสบการณ์เดิมและประสบการณ์ใหม่ (concrete experience) และมอบคู่มืออาสาป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน สำหรับ อสม.

กิจกรรมที่ 2 จำได้ใช้เป็น (สัปดาห์ที่ 2) ส่งเสริมประสบการณ์ใหม่ (concrete experience) โดยการให้ความรู้การใช้เครื่องมือ Mini-Cog ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในชุมชน การป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยการฝึกบริหารสมองด้วยกิจกรรมเกมบริหารสมอง 4 ด้าน และการบริหารกายด้วยการยืดเหยียดและการบริหารกายจิตชี่กง ผู้วิจัยสรุปการเรียนรู้ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย

และมอบหมายกลุ่มตัวอย่างนำแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม Mini-Cog ไปประเมินผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ตนเองรับผิดชอบอย่างน้อยคนละ 3 ราย รวมทั้งการฝึกใช้เกมบริหารสมอง 4 ด้าน และการบริหารกาย

กิจกรรมที่ 3 ลองทำจะจำได้ (สัปดาห์ที่ 3) ผู้วิจัยลงพื้นที่ร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อฝึกปฏิบัติการประเมิน คัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยใช้แบบทดสอบ Mini-Cog ฝึกการใช้เกมบริหารสมอง 4 ด้าน และฝึกบริหารกาย แนะนำการจดบันทึกการเรียนรู้ ปัญหา และอุปสรรคในการฝึกปฏิบัติเพื่อนำไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 4 เป็นการเรียนรู้จากการสังเกตการณ์จริงและสะท้อนการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติ (reflective observation)

กิจกรรมที่ 4 ทบทวนชวนวางแผน (สัปดาห์ที่ 4) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างแบ่งกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสะท้อนผลการเรียนรู้ (reflective observation) เกี่ยวกับกิจกรรมการฝึกปฏิบัติในกิจกรรมที่ 3 ร่วมกันสรุปการเรียนรู้ที่ได้จากการปฏิบัติ (reflective observation) และผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมวางแผนการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ (active experimentation)

กิจกรรมที่ 5 สรุปความคิดพิชิตเป้าหมาย (สัปดาห์ที่ 4) ผู้วิจัยสรุปการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้ ชื่นชม ให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง และปิดกิจกรรม

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ชุด ดังนี้

3.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็น อสม. ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ช่องทางการเข้าถึงความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม มีค่า CVI เท่ากับ 1

3.2 แบบวัดความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 29 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 17 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 12 ข้อ ประเด็นคำถามประกอบด้วย ความหมาย อาการ อาการแสดง สาเหตุ ปัจจัย การประเมินและคัดกรอง และการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ “ใช่” และ “ไม่ใช่” ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูกได้ 0 คะแนน มีค่า CVI เท่ากับ 0.90 มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของคูเดอร์ - ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) เท่ากับ 0.81

3.3 แบบวัดทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 20 ข้อ ข้อคำถามทางบวก 12 ข้อ ข้อคำถามทางลบ 8 ข้อ เป็นแบบมาตรวัดลิเคอร์ท (Likert rating scale) 5 ระดับ ที่ตรงกับความคิดเห็นท่านดังนี้ ระดับ 5 ตรงกับความคิดเห็นท่านมากที่สุด ระดับ 4 ตรงกับความคิดเห็นท่านมาก ระดับ 3 ตรงกับความคิดเห็นท่านปานกลาง ระดับ 2 ตรงกับความคิดเห็นท่านน้อย ระดับ 1 ตรงกับความคิดเห็นท่านน้อยที่สุด มีค่า CVI เท่ากับ 1 มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) เท่ากับ 0.94

3.4 แบบวัดทักษะการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 20 ข้อ ข้อคำถามทางบวก 11 ข้อ ข้อคำถามทางลบ 9 ข้อ ประเด็นคำถาม ประกอบด้วย การประเมินทักษะการสังเกต ทักษะการใช้เครื่องมือคัดกรอง ทักษะการบริหารสมอง ทักษะการออกกำลังกาย ทักษะการส่งเสริมกิจกรรมทางสังคม และทักษะการให้คำแนะนำ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ “ใช่” และ “ไม่ใช่” ซึ่งเป็นข้อคำถามที่สะท้อนถึงพฤติกรรมหรือทักษะในการปฏิบัติ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูกได้ 0 คะแนน มีค่า CVI เท่ากับ 1 มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของคูเดอร์ - ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) เท่ากับ 0.83

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE662275 เมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน 2567

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและดำเนินการวิจัย และมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยสำหรับการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนดำเนินโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 1) และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 4) และได้ดำเนินการ ดังนี้

1. กลุ่มควบคุม ได้รับการอบรมพัฒนาสมรรถนะตามปกติ ซึ่งไม่มีเนื้อหาสาระเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และในระหว่างการศึกษาในพื้นที่ไม่มีการจัดอบรมเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลในแบบประเมินสมรรถนะในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน 2 ครั้ง ได้แก่ สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 4 ช่วงเวลาเดียวกันกับกลุ่มทดลอง

2. กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมฯ โดยดำเนินการ ดังนี้

2.1 ก่อนดำเนินโปรแกรมฯ ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการ ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินสมรรถนะในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม

2.2 สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามแผนการดำเนินโปรแกรมฯ กิจกรรมที่ 1 ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีองค์ความรู้จากการใช้ประสบการณ์เดิมและสร้างประสบการณ์ใหม่ เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

2.3 สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามแผนการดำเนินโปรแกรมฯ กิจกรรมที่ 2 สร้างองค์ความรู้จากการใช้ประสบการณ์เดิมและสร้างประสบการณ์ใหม่ เกี่ยวกับการใช้แบบประเมิน Mini-Cog ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้ และเรียนรู้วิธีการบริหารสมอง เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

2.4 สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามแผนการดำเนินโปรแกรมฯ กิจกรรมที่ 3 ส่งเสริมการเรียนรู้จากการสังเกตการณ์จริงและสะท้อนการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติ การเรียนรู้ ปัญหา และอุปสรรคในการฝึกปฏิบัติ โดยผู้วิจัยลงพื้นที่ร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ข้อแนะนำในการปฏิบัติที่ถูกต้อง และประเมินทักษะการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลา 1 สัปดาห์

2.5 สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ กิจกรรมที่ 4 และ 5 โดยการสะท้อนคิดและอภิปรายผลจากการทดลองปฏิบัติจริง เกิดองค์ความรู้จากการสรุปความคิด การนำองค์ความรู้ที่ได้มาวางแผนการปฏิบัติในบริบทจริง และสรุปภาพรวมกิจกรรม ระยะเวลา 2 ชั่วโมง 40 นาที

2.6 หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยประเมินสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนของกลุ่มทดลอง หลังเสร็จสิ้นการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าน้อยที่สุด ค่ามากที่สุด และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Chi-Square test, Fisher's exact test และ Mann-Whitney U test

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม หลังการ

ทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Analysis of Covariance (ANCOVA) โดยใช้ตัวแปรประสบการณ์การเป็น อสม. เป็นตัวแปรร่วมในการวิเคราะห์

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 58 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 29 ราย กลุ่มควบคุม 29 ราย อายุเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ไม่เคยมีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สามารถเข้าถึงความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมได้โดยระยะเวลาเฉลี่ยที่เป็น อสม. กลุ่มทดลอง 11.21 ปี กลุ่มควบคุม 7.9 ปี เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติงานเป็น อสม. มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.028) จึงนำมาเป็นตัวแปรร่วมในการวิเคราะห์ทางสถิติ ส่วนข้อมูลทั่วไปด้านอื่นๆ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1 (Table 1)

Table 1 Comparison of demographics data between the experimental and control groups

Demographic characteristics	Experimental group (n = 29)		Control group (n = 29)		*p*-value
	n	%	n	%	
Gender					
Male	2	6.9	7	24.1	0.144[b]
Female	27	93.1	22	75.9	
Average age (years)					
Mean ± SD (Min. - Max.)	46.70 ± 9.96 (24 - 59)		50.97 ± 7.50 (33 - 59)		0.100[c]
Marital status					
Single	1	3.4	3	10.3	0.265[b]
Married	23	79.3	25	86.2	
Divorced/Widowed	4	13.8	1	3.4	
Separated	1	3.4	0	0	
Educational qualification					
Primary school	5	17.2	8	27.6	0.743[b]
Junior high school	5	17.2	6	20.7	
Senior high school/Vocational certificate	17	58.6	13	44.8	
Bachelor's degrees or higher	2	6.9	2	6.9	
Occupation (In addition to being a VHV)					
Not working	1	3.4	0	0	0.071[b]
Agriculture	26	89.7	20	69.0	
Merchant	0	0	4	13.8	
Employee	2	6.9	3	10.3	
Government official	0	0	2	6.9	

Table 1 Continued

Demographic characteristics	Experimental group (n = 29)		Control group (n = 29)		*p*-value
	n	%	n	%	
Period of working as a village health volunteer					
Mean ± SD (Min. - Max.)	11.21 ± 6.44 (1 - 20)		7.90 ± 6.43 (2 - 30)		0.028[c]
Experience caring for older people with dementia					
Never	29	100.0	27	93.1	0.491[b]
Ever	0	0	2	6.9	
Ability to access knowledge about dementia					
Can't access yourself	9	31.0	5	17.2	0.258[a]
Can access yourself	20	69.0	24	82.8	

[a] = Chi-Square test, [b] = Fisher's exact test, [c] = Mann-Whitney U test

สมมุติฐานที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ความรู้ $p<0.001$, Mean difference = 4.86, 95% CI = 3.58 to 6.14 ทักษะ $p<0.001$, Mean difference = 4.38, 95% CI = 3.34 to 5.43 ทัศนคติ $p<0.001$, Mean difference = 21.53, 95% CI = 16.98 to 26.07) ดังแสดงในตารางที่ 2 (Table 2)

Table 2 Comparison of average scores of knowledges, skills, and attitudes between experimental and control groups after experimental analyzed by ANCOVA (Experimental group = 29, Control group = 29) and using the period of working as a village health volunteer are a covariate

Competency in dementia prevention	$\overline{X}$	SD	Mean difference	95% CI of mean difference	F	*p*-value
Knowledges						
Experimental group	25.79	1.99	4.86	3.58 to 6.14	57.49	<0.001
Control group	20.83	2.66				
Skills						
Experimental group	18.55	2.01	4.38	3.34 to 5.43	70.60	<0.001
Control group	14.31	1.83				
Attitudes						
Experimental group	90.03	10.23	21.53	16.98 to 26.07	90.10	<0.001
Control group	68.90	5.80				

สมมุติฐานที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ความรู้ $p<0.001$, Mean difference = 6.75, 95% CI = 5.03 to 8.49 ทักษะ $p<0.001$, Mean difference = 5.66, 95% CI = 4.27 to 7.04 ทัศนคติ $p<0.001$, Mean difference = 22.59, 95% CI = 17.63 to 27.54) ดังแสดงในตารางที่ 3 (Table 3)

Table 3 Comparison of average scores of knowledges, skills, and attitudes before and after experiment within experimental group analyzed by Paired t-test (n = 29)

Competency in dementia prevention	$\bar{X}$	SD	t	df	*p*-value
Knowledges					
Before	19.03	4.46	7.99	28	<0.001
After	25.79	1.99			
Skills					
Before	12.90	2.80	8.37	28	<0.001
After	18.55	2.01			
Attitudes					
Before	67.45	8.27	9.34	28	<0.001
After	90.03	10.23			

อภิปรายผล

ผลการวิจัยสนับสนุนสมมุติฐานทั้ง 2 ข้อ คือ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ที่ผู้วิจัยพัฒนาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning)[29] ร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning)[30] ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ส่งเสริมให้ อสม. มีสมรรถนะในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ในขั้นการสร้างประสบการณ์ (concrete experience) การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความหมายของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อาการและอาการแสดง สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุและผู้ดูแล การค้นหาผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนด้วยแบบคัดกรอง Mini-Cog การมีมุมมองที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยการฝึกบริหารสมองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ทั้ง 4 ด้าน ที่ดัดแปลงจากโปรแกรม TEAMV[33] ซึ่งแตกต่างจากโปรแกรมการอบรมพัฒนาศักยภาพที่ อสม. ได้รับในปัจจุบัน เนื่องจากโปรแกรมเดิมขาดการให้ความรู้ในประเด็นการป้องกันภาวะสมองเสื่อมดังที่กล่าวมา รวมถึงการเปลี่ยนแปลงการใช้แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมจาก AMT มาเป็น Mini-Cog ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ อสม. ที่ได้

เข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้รับข้อมูลและเกิดการเรียนรู้ ส่งผลให้สมรรถนะในด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Cheung et al.[34] โดยมีกิจกรรมหลักเป็นการ workshop และให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การสื่อสารกับผู้ที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง มีกรณีศึกษาให้ผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลการศึกษาพบว่า หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมอาสาสมัครมีคะแนนความรู้เรื่องโรคอัลไซเมอร์สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.009) คะแนนทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) และให้กลุ่มตัวอย่างรับชมวิดีโอ ภาพยนตร์เรื่องสั้น เรื่อง “ความทรงจำใหม่ของยายพา” ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อม ความเข้าใจของผู้ดูแลหรือสมาชิกภายในครอบครัว และการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อม เพื่อส่งเสริมสมรรถนะด้านความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ดังเช่น การศึกษาโปรแกรมการพัฒนาความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม โดยมีกิจกรรมการบรรยายให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการชมภาพยนตร์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เรื่อง “ปู่ดำ จำไม่” ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)[14] ขั้นการสะท้อนความคิดและอภิปราย (reflective observation) โดยการให้ อสม. เรียนรู้จากการสังเกตการณ์จริงและสะท้อนการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติจากฝึกปฏิบัติการใช้แบบคัดกรอง Mini-Cog และฝึกบริหารสมองด้วยเกมบริหารสมองทั้ง 4 ด้าน จดบันทึกการเรียนรู้ ปัญหา และอุปสรรคในการทดลองปฏิบัติจริงเพื่อนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ส่งผลให้มีสมรรถนะในด้านทักษะการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Premwadee Karuhadej et al.[35] เรื่อง ผลของโปรแกรมเพิ่มความสามารถของ อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในชุมชน โดยการให้ความรู้สาธิต และเน้นการฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 12 ชั่วโมง และเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง 2 วัน พบว่า หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ อสม. มีระดับความรู้เพิ่มขึ้นเป็นระดับดีมาก และระดับทักษะในการดูแลเพิ่มขึ้นเป็นระดับดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.01, p<0.001 ตามลำดับ) ขั้นการสร้างความคิดรวบยอด (abstract conceptualization) โดยการสรุปประเด็นการเรียนรู้เกี่ยวกับกิจกรรมที่ได้ฝึกปฏิบัติ ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถสรุปความคิดรวบยอดและเกิดองค์ความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และขั้นการทดลองหรือประยุกต์แนวคิด (active experimentation) โดยการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ที่เกิดจากการเรียนรู้ในกระบวนการที่ผ่านมา ในการปฏิบัติจริง ได้แก่ การวางแผนการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วย Mini-Cog ทุก 6 เดือน และการจัดกิจกรรมบริหารสมองและส่งเสริมกิจกรรมทางกายแก่ผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้น กระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ สามารถส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเกิดสมรรถนะในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติ

นอกจากนี้ การใช้เทคนิคการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ได้แก่ การนำเสนอประสบการณ์ส่วนตัว การอภิปราย การระดมสมอง การวิเคราะห์ประเด็นปัญหา การทำกิจกรรมกลุ่ม การใช้วิดีโอหรือรูปภาพ จะส่งผลให้การเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Wilesmith & Major[36] ที่เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมโดยให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ ร่วมแลกเปลี่ยนและแบ่งปันประสบการณ์กับอาสาสมัครคนอื่นๆ ซึ่งส่งผลให้อาสาสมัครมีความรู้และความมั่นใจในการทำงานกับผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น และเพิ่มความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย

สรุปผล

การวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถประยุกต์ใช้ในโปรแกรมการอบรม อสม. ในพื้นที่เพื่อให้ อสม. มีสมรรถนะครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยเฉพาะการฝึกทักษะการใช้แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (Mini-Cog)

2. มีการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะฯ ในการดูแลผู้สูงอายุประเด็นอื่นๆ และศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนกลุ่มอื่นๆ เช่น อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาบริบาลผู้สูงอายุ หรือจิตอาสา เป็นต้น

ข้อจำกัดงานวิจัย

งานวิจัยนี้ไม่ได้ใช้แบบสังเกตในการประเมินสมรรถนะด้านทักษะของ อสม. แต่ใช้แบบประเมินทักษะการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน โดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเอง เป็นแบบเลือกตอบ “ใช่” และ “ไม่ใช่” ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูกได้ 0 คะแนน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอาจเลือกคำตอบตามการรับรู้ว่าเป็นทักษะที่ควรปฏิบัติ แต่อาจไม่ใช่ทักษะที่ปฏิบัติได้จริง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการค้นคว้าวิจัยจากงบประมาณสนับสนุนจากทุนสนับสนุนมูลฐาน Fundamental Fund : FF ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น กองทุนส่งเสริม ววน. ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมคุณภาพชีวิตวัยแรงงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [WHO]. Dementia [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 8]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Edition: DSM-5. 5th edition. Washington, D.C: American Psychiatric Publishing; 2013. p. 991.
3. Alzheimer’s Disease International. ADI - Over 41 million cases of dementia go undiagnosed across the globe – World Alzheimer report reveals [Internet]. 2021 [cited 2024 Jan 14]. Available from: https://www.alzint.org/news-events/news/over-41-million-cases-of-dementia-go-undiagnosed-across-the-globe-world-alzheimer-report-reveals/.
4. Alzheimer’s Disease International. Numbers of people with dementia worldwide: An update to the estimates in the World Alzheimer Report 2015 [Internet]. 2020 Nov [cited 2022 Dec 2]. Available from: https://www.alzint.org/resource/numbers-of-people-with-dementia-worldwide/.
5. Prasartkul P, Prakongsai P. Situation of the thai older persons 2022. Bangkok: Amarin Corporations Public Company Limited; 2023.

6. Srisuwan P. Holistic care plan for dementia. KKU J Med 2018;4:27-35. (in Thai)
7. Wongsaree C. Effect of dementia on older adult in Thailand. Christ Univ J 2017;23: 680-9. (in Thai)
8. Limpawattana P. Aging syndromes and interesting health issues. 2nd edition. Khon Kaen: Klung Na Na Vithya Press Limited Partnership; 2018.
9. Pattapat W. Nurses' roles for behavioral and psychological symptoms of dementia; BPSD. Chonburi Hosp J 2021;16:159-64. (in Thai)
10. Wawrziczny E, Duprez C, Antoine P. Predictors of caregiver distress among spouses, adult children living with the person with dementia, and adult children not living with the person with dementia. Psychogeriatrics. 2020;20:594-601.
11. Rewerska-Juśko M, Rejdak K. Social stigma of people with dementia. J Alzheimers Dis 2020;78:1339-43.
12. Wongsaree C, Phunthong S. Dementia syndrome in the elderly: Nursing care and caring for relatives caregiver. HCU J Health Sci 2018;22:166-79. (in Thai)
13. Jewjinda C. The development model village health volunteers (VHV) with participation. J Adm Manag 2018;6:1-9. (in Thai)
14. Tangpanithandee V, Deepradi S, Wongsrida P, et al. Impacts of public health volunteers' competency development program on their knowledge and perceived self-efficacy in caring for older people at the risk of dementia: A Bangkok-based case study. J Thai Nurse midwife Counc 2020;35:46-60. (in Thai)
15. Danpradit P, Kittichottipanich B, Sribhen R. Problems and needs in basic elderly care of health volunteers in Nakorn Pathom province. Vajira Nurs J 2019;11: 22-33. (in Thai)
16. Heakham N, Lawang W, Rattanagreethakul S. Factors related to care readiness for persons with dementia among village health volunteers. J Nurs Educ 2020;13:1-17. (in Thai)
17. Hu R, Lai B, Ma W, et al. How formal caregiver's BPSD knowledge influences positive aspects of caregiving: The mediating role of attitude and the moderating role of self-efficacy. BMC Geriatr 2022;22:731.
18. Chankam K, Raksin M, Songserm N. Development of dementia prevention model for the elderly through the participation of family public health volunteers in Nam Yuen district, Ubonratchathani province. J MCU Ubon Rev 2020;5:255-66. (in Thai)
19. Wongsrida P, Sakunhongsophon S, Kraithaworn P, et al. Effects of a self-Efficacy promoting program on village health volunteers' knowledge and perceived self-Efficacy for dementia screening in older persons: A case study at Sakon Nakhon province. BKK Med J 2019;15:57-62. (in Thai)
20. Borson S, Scanlan JM, Chen P, et al. The Mini-Cog as a screen for dementia: Validation in a population-based sample. J Am Geriatr Soc 2003;51:1451-4.

21. Handajani YS, Aryani A, Schröder-Butterfill E, et al. Impact of trained volunteers' services in caring for older persons with dementia: A systematic review. Jpn Psychogeriatrics Society. 2023;n/a:1-12.
22. Thiengtham S, Leethong-in M, Piyawattanapong S, et al. Effects of self-efficacy enhancement program on perceived self-efficacy and Brain-Gym-Activity behavior of the elderly home care volunteers. JDPC 7 (Khon Kaen) 2019;26: 87-96. (in Thai)
23. Kuha O, Vidhyachak C, Phatcharapisitgul 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. J Psychiatr Assoc Thailand 2023;68:102-14. (in Thai)
24. Nguanjairak R, Phrongkhonburi N, Somboonnadee W, et al. Developing a training program of village health volunteers' competency enhancement using the new approach of 4E(s) for managing NCDs,Takhob Sub-district, Pakthongchai District, Nakhon Ratchasima Province. Th J of Health Edu 2022;45:40-55. (in Thai)
25. Petmaneechote K, Pongpumma L, Arunkeeree A, et al. Effectiveness of participatory learning program on knowledge and practice of village health volunteers for taking care of hypertension patients. NJPH 2021;31:28-41. (in Thai)
26. Tongpeth J, Butphum C, Dechpoonyachit P, et al. The effect of participatory learning with PBRI model 2022 program on knowledge attitude and stroke prevention behavior among village health volunteers. JRTAN 2022;23:227-37. (in Thai)
27. Seesawang J, Thongtaeng P. The effects of capacity building program for village health volunteers on knowledge and ability to screen elder abuse in community. Nurs Sci J Thai 2023;41:17-32. (in Thai)
28. McClelland DC. Testing for competence rather than for "intelligence." American Psychologist. 1973;28:1-14.
29. Kolb DA. Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development. 2rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1984.
30. Domínguez RG. Participatory Learning. In: Seel NM, editor. Encyclopedia of the Sciences of Learning. Boston, MA: Springer US; 2012. p. 2556-60.
31. Ministry of Public Health. Manual for screening and health assessment of the elderly 2021. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2021.
32. Muangma S. Kwam Song Cham Mai Kong Yai Pa [video]: Short film and video clip contest on International Day of the older persons 2011 Subject: "Dementia: Want to remember - forget". Lampang Province: Lampang; 2011.

33. Nakawiro D, Chansirikarn S, Srisuwan P, et al. Group-based training of executive function, attention, memory and visuospatial function (Team-V) in patients with mild neurocognitive disorder. J Psychiatr Assoc Thailand 2017;62:337-48. (in Thai)
34. Cheung DSK, Ho LYW, Kwok RKH, et al. The effects of involvement in training and volunteering with families of people with dementia on the knowledge and attitudes of volunteers towards dementia. BMC Public Health. 2022;22:1-12.
35. Karuhadej P, Popijan M, Danpradit P. Effectiveness of increase health volunteer ability program in basic care for the dependent elderly in the communities, Nakhon Pathom Province, Thailand. J Health Res 2019;33:219-27.
36. Wilesmith K, Major R. Evaluation of a course to prepare volunteers to support individuals with dementia in the community. Nurse Educ Pract 2020;48:1-6.