

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรก ของเครือข่ายสุขภาพตำบลทรายมูล จังหวัดสกลนคร

The Effects of an Elderly Health promoting Behaviors Program for Early Dementia Prevention Sai Mun District Health Network, SaKon Nakhon

ทองอ่อน สายคำภา*

Tang-on saykumpa

Corresponding author: E-mail: Tongonsaykumpa@gmail.com

(Received: November 30, 2023; Revised: December 8, 2023; Accepted: January 8, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถแห่งตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรก

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64 คน เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมอายุ 60 ปี ขึ้นไป แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ Assumption โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk Test และ เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยโดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidence Interval

ผลการวิจัย : หลังการทดลอง ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์มากกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2.05 คะแนน; คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2.02 คะแนน; คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2.04 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรกมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 1.32 คะแนน ตามลำดับ

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรกเพิ่มขึ้น ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำไปใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ; ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ; การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรก

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร

ABSTRACT

Purposes : To compare mean scores of perceived benefits, perceived barriers, perceived self-efficacy and health promoting behaviors to prevent dementia in early stages.

Study design : Quasi-experimental research.

Materials and Methods : A total of 64 subjects were elderly without dementia aged 60 years and over, divided into an experimental group and a control group, 32 subjects per group. Data were collected using a questionnaires. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation. Assumption was analyzed using Shapiro-Wilk test statistics, and differences in mean scores were compared using Independent t-test. Statistical significance was set at 95% confidence Interval.

Main findings : After the experiment, the elderly in the experimental group had a higher average score of perceived benefits than those in control group. With mean score of more than 2.05; mean score of perceived obstacles was higher than control group; mean score of more than 2.02; mean self-efficacy score was higher than that of control group. with an average score of more than 2.04 and mean score of health promoting behaviors to prevent dementia in early stages than control group with an mean score of more than 1.32, respectively.

Conclusion and recommendations : The results of this research resulted in sample having increased awareness and behavior to prevent dementia in early stages. Relevant agencies should use it to promote the health of elderly.

Keywords : Elderly; Heath promoting Behaviors; Early Dementia Prevention

บทนำ

แผนปฏิบัติการของโลก (Global Action Plan) ปี ค.ศ. 2017-2025 ในการตอบสนองของการสาธารณสุขต่อภาวะสมองเสื่อม โดยองค์การอนามัยโลกได้จัดทำข้อตกลงการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการโลกในการตอบสนองต่อสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อม เรียกร้องให้หน่วยงานภาครัฐที่ดูแลด้านการสาธารณสุขของนานาประเทศได้มีการจัดทำแผนการปฏิบัติการในเรื่องของภาวะสมองเสื่อมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายทั้งในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแล/ครอบครัว สังคมและ เครือข่าย รวมไปถึงการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมประกอบด้วยกำหนดยุทธศาสตร์ในการดำเนินการในประเด็นการจัดให้เรื่องภาวะสมองเสื่อมเป็นนโยบายสาธารณะลำดับแรก (Dementia as a public priority) การตระหนักและการเป็นมิตรกับภาวะสมองเสื่อม (Dementia awareness and friendliness) และการลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (Dementia risk reduction) การวินิจฉัย การรักษา การดูแล และการสนับสนุนเรื่องภาวะสมองเสื่อม (Dementia diagnosis, treatment, care and support) การสนับสนุนผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Support for dementia carers) ระบบสารสนเทศเรื่องภาวะสมองเสื่อม (Information systems for dementia) และการวิจัยและนวัตกรรมเรื่องภาวะสมองเสื่อม¹

จากความสำคัญและแนวโน้มของปัญหาภาวะสมองเสื่อมที่จะมีเพิ่มขึ้นในอนาคตและเพื่อตอบสนองต่อแผนปฏิบัติการขององค์การอนามัยโลก ประเทศไทยได้มีการจัดทำแนวทางการดำเนินงานเรื่องภาวะสมองเสื่อมของประเทศไทย ประกอบด้วยหลากหลายหน่วยงานทั้งจากองค์การภาครัฐและภาคเอกชนร่วมดำเนินงานในเรื่องนี้ และจากสถานการณ์ปัจจุบันร่วมกับแนวโน้มการพัฒนาระบบบริหารจัดการภาครัฐระบบบริการด้านสาธารณสุขและสังคม การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ภายใต้หลักการ “สร้างความสมดุลในการป้องกัน การค้นหา การรักษา และการดูแลภาวะสมองเสื่อม การผลักดันให้เกิดการดำเนินการตามแนวทางยุทธศาสตร์ ก่อนจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

อย่างสมบูรณ์ พัฒนาจากสิ่งที่มีการดำเนินการอยู่เดิม และคำนึงถึงหลักฐานทางวิชาการ ที่เป็นที่ยอมรับเกิดการทำงานที่เป็นระบบ มีการบูรณาการ และการมุ่งสู่การสร้างนโยบายสาธารณะ (Public policy) ที่สอดคล้องกับการปฏิรูปประเทศ แผนยุทธศาสตร์หรือแผนงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และข้อตกลงและความร่วมมือระหว่างประเทศ โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการมาตั้งแต่ ปี พ.ศ.2560 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการ 3 ชุด ประกอบด้วย คณะกรรมการอำนวยการ คณะกรรมการพิจารณา ร่าง และ คณะกรรมการวิชาการ/ยกย่อง โดยได้จัดทำเป็นยุทธศาสตร์ประเทศไทย เรื่อง สมองเสื่อม (พ.ศ.2560 - 2569) ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ คือ การพัฒนาและบริหารกลไกระดับนโยบายสาธารณะ เรื่องสมองเสื่อม การเพิ่มความตระหนักรู้ ความเข้าใจในการป้องกันและลดภาวะเสี่ยง รวมถึงความเป็นมิตรต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม การพัฒนาระบบบริการทางสังคมและสุขภาพที่บูรณาการอย่างเชื่อมโยง ครอบคลุม และเข้าถึงได้ ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ การพัฒนาศักยภาพครอบครัวและผู้ดูแลโดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การพัฒนาระบบข้อมูลและสารสนเทศ และการพัฒนาการวิจัยและนวัตกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยและภูมิปัญญาไทย²

ทั้งนี้ปัจจุบันสังคมไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็น “สังคมผู้สูงอายุ” โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ ได้รวบรวมข้อมูลสถิติในปี พ.ศ.2560 พบว่า ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 10,325,322 คน คิดเป็นร้อยละ 15.45 ของประชากรทั้งหมด ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 โดยมีประชากรสูงอายुर้อยละ 10.40 (7.2 ล้านคน) ในปี พ.ศ. 2561 ปัจจุบันมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 17.50 (11.6 ล้านคน) ในปี พ.ศ. 2562 จะเป็นครั้งแรกที่ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าประชากรวัยเด็ก และจะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอีกมาก ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (Complete aged society) ในปี พ.ศ. 2564 และคาดว่าในปี พ.ศ.2574

ประเทศจะกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) คือมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 28 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรของไทย ทำให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ใช้บริการในระบบบริการสาธารณสุขมากที่สุด นอกจากการเปลี่ยนแปลงจากความสูงวัยแล้ว พบว่า ผู้สูงอายุมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมากกว่าวัยอื่นถึง 4 เท่า และมีรายงานว่าผู้สูงอายุประมาณ 4 ใน 5 จะมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค มีเพียงร้อยละ 27.50 ของผู้สูงอายุเท่านั้นที่จะรู้สึกสุขภาพดีไม่ปรากฏโรค ในกรณีการเกิดภาวะทุพพลภาพ เช่น พบว่าผู้ป่วยหนึ่งโรคมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพร้อยละ 18.30 และ จะเพิ่มเป็นร้อยละ 61.80 หากพบโรคมากกว่าหรือเท่ากับ 5 โรค จากการประมาณการพบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพจะมีการเพิ่มจำนวนขึ้นจาก 980,000 คน ในปี พ.ศ.2543 เป็น 2,010,000 คนในปี พ.ศ.2563

นอกจากนั้นยังพบว่า อุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ ที่เป็นสาเหตุหลักของภาวะสมองเสื่อมนี้สูงขึ้นเรื่อย ๆ ตามอายุของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าทุกๆ 5 ปี ของอายุ ที่เพิ่มขึ้นจาก 60 ปี จำนวนผู้ป่วยทั่วโลกจะเพิ่มเป็น 2 เท่าทุก 20 ปี จนถึง 81.1 ล้านคน ในปี ค.ศ.2040 ส่วนใหญ่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนาในทวีปเอเชีย ในประเทศไทยมีการสำรวจในชุมชนพบประมาณร้อยละ 44.82 ในประชากรอายุมากกว่า 50 ปี โรคสมองเสื่อมร้อยละ 90.00 จะเกิดกับวัยสูงอายุ 60-65 ปี และมักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายสำหรับสมองเสื่อมก่อนวัยอันควรจะพบได้ร้อยละ 10.00 ในผู้ป่วยอายุก่อน 65 ปี เช่น โรคสมอง ฟรอนโตเทมพอร์ล (สมองเสื่อมชนิดกลีบสมองส่วนหน้าและกลีบขมับผ่อ) และโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ สมองเสื่อมก่อนวัยอันควรมักเกิดจาก พันธุกรรม โดยพบได้ในครอบครัวที่มีสารพันธุกรรมผิดปกติ เช่น พ่อหรือแม่ เป็นลูกก็มีโอกาสเป็นได้ เนื่องจากมีความเครียดสูงเมื่อมีการถดถอยทางสมองมากระทบต่อการดำเนินชีวิต³

อย่างไรก็ตามภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการที่เป็นคำกล่าวรวมของภาวะโรคเรื้อรังที่มีผลต่อการลดลงของความจำ ความสามารถในการรู้คิดและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง จนเกิดผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของบุคคล พบว่า

ส่วนใหญ่หรือประมาณร้อยละ 60-70 ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีสาเหตุจากโรคอัลไซเมอร์ สาเหตุหลักอื่นๆ เกิดจากภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (Vascular dementia) ภาวะสมองเสื่อมที่มีเลวียบอดี (Dementia with Lewy bodies) และภาวะสมองเสื่อมจากกลุ่มโรคในส่วนหน้าและส่วนด้านข้างของสมอง (Frontotemporal dementia) ซึ่งการเกิดโรคอาจแยกจากกันได้ไม่ชัดเจน และมักพบเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน แม้จะมีการค้นคว้าหาวิธีการรักษาภาวะสมองเสื่อมอย่างมาก แต่ในปัจจุบันยังไม่มียาที่ใช้ในการรักษาภาวะสมองเสื่อมหรือหยุดการเสื่อมลงของสมองหรือรักษาให้หายขาดได้โดยเฉพาะโรคอัลไซเมอร์ ดังนั้นการรักษาส่วนใหญ่จึงเป็นแบบประคับประคอง และเพื่อชะลอการเสื่อมลงเท่านั้น ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม มีทั้งปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ และปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงแต่ละปัจจัยมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกัน⁴

เช่นเดียวกับข้อมูลสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย ในปี พ.ศ.2563 พบมีจำนวนผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้น 11,627,130 คน คิดเป็นร้อยละ 17.57 ของประชากรทั้งหมด คาดว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยอาจมีถึงกว่าล้านคน โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ ความชุกของภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามลำดับร้อยละ 7.10 ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 14.70 ในช่วงอายุ 70-79 ปี และร้อยละ 32.50 เมื่ออายุ 80 ปีขึ้นไป ปัจจุบันการวินิจฉัยและรักษาภาวะสมองเสื่อมที่ถูกต้อง ยังเป็นปัญหาของการสาธารณสุขไทย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงการรักษา แพทย์ทั่วไปยังไม่สามารถวินิจฉัยแยกโรคหรือสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมได้อย่างถูกต้อง ภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นซึ่งผลกระทบอย่างมาก ทั้งทางกายทางจิตใจ และชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย รวมทั้งภาระในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว ความรู้ความเข้าใจในการวินิจฉัยและการดูแลรักษาจะมีส่วนช่วยบรรเทาปัญหาต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมระดับเขตสุขภาพที่ 8

ปี พ.ศ.2565 มีผู้สูงอายุ จำนวน 838,128 คน มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม 59,859 คน คิดเป็นร้อยละ 7.14 จังหวัดสกลนคร มีผู้สูงอายุจำนวน 174,871 คน มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม 14,869 คน คิดเป็นร้อยละ 8.50 อำเภอสว่างแดนดิน มีผู้สูงอายุ จำนวน 24,009 คน มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม 190 คน คิดเป็นร้อยละ 0.79 ในทำนองเดียวกับสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมตำบลทรายมูล อำเภอส่วนแดนดิน จังหวัดสกลนคร ตั้งแต่ พ.ศ.2561-2565 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 9 ราย จากรายงานการคัดกรองผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 920 ราย พบผู้สูงอายุ ที่มีความเสี่ยงโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 6.90 อย่างไรก็ตาม ถ้าผู้สูงอายุมีความรู้และวิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้องก็สามารถชะลอเพื่อลดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้⁵

ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมด้านค่าใช้จ่าย ภาวะสมองเสื่อม นอกจากจะส่งผลให้บุคคลสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง สูญเสียสถานภาพทางสังคม ก่อให้เกิดภาระต่อผู้ดูแลและครอบครัวหลายด้านรวมถึงเสียค่าใช้จ่ายในการดูแล รายงานผลการประเมินค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั่วโลกในปีพ.ศ.2553 พบว่า มีค่าใช้จ่ายสูงถึง 604 พันล้านดอลลาร์ และจากการศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้ศึกษาภาระการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลหลักในพื้นที่ที่ได้รับการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรโดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังฉบับภาษาไทย (ฉบับ 12 ข้อ) เมื่อพิจารณาค่าคะแนนภาระการดูแลตามช่วงอายุของผู้ดูแล พบว่า ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลกลุ่มอายุน้อยกว่า 30 ปีมากที่สุด มิติที่ 1 ผลกระทบที่มีสัดส่วนมากที่สุด คือ ความรู้สึกที่ไม่มีเวลาสำหรับตัวผู้ดูแลเองเพราะต้องใช้เวลาดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม มิติที่ 2 ความเครียดที่มีสัดส่วนมากที่สุด คือ ความรู้สึกเหนื่อยล้าเมื่อต้องอยู่ใกล้กับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และมิติที่ 3 ความรู้สึกเอาใจใส่มีสัดส่วนมากที่สุด คือ ความรู้สึกว่าควรจะทำหน้าที่ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ดีกว่านี้ซึ่งแสดงให้เห็นว่าภาวะสมองเสื่อม ไม่ได้ส่งผลกระทบโดยตรงกับผู้ป่วยเพียงผู้เดียว

แต่ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวทั้งกาย ใจ สังคม และเศรษฐกิจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมหนึ่งคน ซึ่งการดูแลอย่างครอบคลุมและมีคุณภาพต้องใช้ผู้ดูแลอย่างน้อยสองคน นำมาสู่ปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงมากขึ้น หากญาติในครอบครัวเป็นผู้ดูแลจะมีค่าใช้จ่ายในการดูแลประมาณ 4,000-6,000 บาทต่อเดือน ทั้งนี้ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายทางอ้อมของผู้ดูแล เช่น ต้องลาออกจากงานมาดูแล ค่าเสียโอกาสค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิต ของผู้ดูแลและผู้ป่วยเอง และจากรายงานของ HITA พบว่าต้นทุนส่วนใหญ่ของการรักษาโรคอัลไซเมอร์ เกิดจากค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลที่เป็นญาติและค่าจ้างผู้ดูแล ซึ่งจัดเป็นต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ มีค่าใช้จ่ายประมาณ 4,100-5,300 บาทต่อเดือน ด้านค่าใช้จ่ายในการดูแล หรือคอยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันก็เพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของโรค โดยการศึกษานี้ได้คำนวณค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ ซึ่งรวมทั้งในกรณีที่เป็นการดูแลโดยญาติในครอบครัว และกรณีจ้างผู้ดูแล พบว่า ค่าใช้จ่ายในส่วนนี้เฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 8,000 บาทต่อเดือน ค่าใช้จ่ายส่วนนี้อาจสูงถึง 50,000 บาทต่อเดือน ในกรณีที่จ้างผู้ดูแลมากกว่าหนึ่งคนหรือไปใช้บริการของสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ดังนั้นจึงควรมีการดำเนินการเพื่อลดผลกระทบต่างๆ จากภาวะสมองเสื่อม⁴

การป้องกันภาวะสมองเสื่อมปัจจุบันยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมว่าเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสูงอายุ อาการอาการแสดงไม่ชัดเจนญาติมักจะคิดว่าเป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุจึงไม่ได้พามาพบแพทย์เพื่อรับการรักษา ดังนั้น ผู้ให้การดูแลสุขภาพบุคคลในชุมชนซึ่งมีความใกล้ชิดกับประชาชน จะเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการให้ผู้สูงอายุซึ่งกำลังจะมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม และเนื่องจากภาวะสมองเสื่อมไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีแต่ยาบรรเทาอาการของโรค ดังนั้นพยาบาลจึงควรเน้นการป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยมีการคัดกรองและการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัว เช่น การประเมินและคัดกรองและจัดระบบการคัดกรอง ภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

ผ่านกระบวนการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุข และนำผลการคัดกรองมาจัดกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย ปานกลาง และมาก นำไปจัดระบบการดูแลที่เหมาะสม กระบวนการจัดกิจกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม มีกิจกรรมทางกาย โดยเฉพาะการออกกำลังกาย เช่น การเดิน การเต้นแอโรบิก โยคะ และรำไทชิ เพื่อให้หลอดเลือด มีความยืดหยุ่น การไหลเวียนของเลือดไปยังสมองดี ลดโอกาสของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทโดยสนับสนุนให้มีการจัดตั้ง กลุ่มการออกกำลังกาย และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเข้าร่วม กิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ และให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ และ ครอบครัวในการเลือกรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันภาวะ สมองเสื่อม คือ อาหารที่เน้น ผัก ผลไม้ ถั่วเปลือกแข็ง ธัญพืช งดการรับประทานเนื้อแดง เพิ่มการรับประทานปลา และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันทรานส์รับประทานอาหาร ครบหมู่ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอล สูงรับประทานปลาทะเลให้มากรับประทานอาหารที่มี วิตามินซีวิตามินอี และกรดโฟลิกสูง รักษาน้ำหนักตัวไม่ให้ เกินเกณฑ์โดยไม่ให้ดัชนีมวลกายเกิน 25 kg/m^2 หลีกเลี่ยง ยาหรือสารที่จะทำให้เกิดอันตรายแก่สมอง เช่น การดื่มเหล้า จัดหรือการรับประทานยาโดยไม่จำเป็น ไม่สูบบุหรี่หรือ อยู่ในที่ ๆ มีควันบุหรี่ การฝึกฝนสมองได้แก่การฝึกให้สมอง ได้คิดบ่อยๆ เช่น อ่านหนังสือเขียนหนังสือบ่อยๆ ฝึกคิดเลข เล่นเกมส่ตอบปัญหาแบบฝึกหัด เป็นต้น⁶

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรก ของเครือข่ายสุขภาพตำบลทรายมูล จังหวัดสกลนคร เพื่อป้องกันผลกระทบของภาวะสมองเสื่อม เช่น ด้านค่าใช้จ่าย ภาวะสมองเสื่อม นอกจากจะส่งผลให้บุคคลสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง สูญเสียสถานภาพทางสังคม ก่อให้เกิดภาระต่อผู้ดูแลและครอบครัวหลายด้านรวมถึง เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถแห่งตน และ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรม ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพฯ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม (Two groups pretest posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุเขตตำบลทรายมูล อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัด สกลนคร โดยมีรูปแบบของการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมอายุ 60 ปี ขึ้นไปที่มีภูมิลำเนาเขตตำบลทรายมูล อำเภอ สว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร จำนวน 8 หมู่บ้าน ทั้งหมด 920 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตตำบล ทรายมูลที่ได้จากการสุ่มอย่างง่ายจำนวนหมู่บ้าน 2 หมู่บ้าน ที่มีลักษณะทางภูมิศาสตร์และการดำเนินชีวิตที่มีความใกล้เคียงกัน หมู่บ้านที่ 1 เป็นกลุ่มทดลองหมู่บ้านที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุมหลังจากนั้นจึงจับคู่ตัวแปรสำคัญ (Matched pair) อายุ เพศ และระดับการศึกษา เข้าตามกลุ่ม คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Two sample independent group test) การศึกษาครั้งนี้ขนาดตัวอย่าง 23 คน และคาดว่าจะมีผู้สูญหายจากการติดตาม (Drop out) ร้อยละ 15.00 ดังนั้น ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการ ศึกษาครั้งนี้ จึงมีจำนวนเท่ากับ 64 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 32 คน และจับคู่ตัวแปรสำคัญ (Matched pairs) เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อน และ ควบคุมให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกัน มากที่สุด⁷ โดยทั้งสองกลุ่มควบคุมให้มีอายุโดยพิจารณา คัดเลือกผู้สูงอายุที่จะเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุ

ใกล้เคียงกันไม่เกิน 5 ปี เพศเดียวกัน และมีการศึกษาในระดับเดียวกัน

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

1) ไม่มีภาวะซึมเศร้าโดยได้รับการประเมินจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยและมีคะแนนอยู่ในระหว่าง 0-12 คะแนน 2) ต้องไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยพิจารณาจากผลการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นโดยใช้แบบทดสอบภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) และได้คะแนนตามที่กำหนด คือ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือต้องได้คะแนน มากกว่า 14 คะแนน ผู้สูงอายุเรียนระดับประถมศึกษาต้องได้คะแนน มากกว่า 17 คะแนน และผู้สูงอายุเรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษาต้องได้คะแนน มากกว่า 22 คะแนน 3) เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมอายุ 60 ปี ขึ้นไป 4) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี 5) สามารถช่วยเหลือตนเองได้โดยประเมินจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ (Barthel ADL Index) และได้คะแนน ตั้งแต่ 12 คะแนน ขึ้นไป และ 6) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1) ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดการทดลอง 2) ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย 3) เกิดการเจ็บป่วยกะทันหันที่ไม่สามารถมาเข้าร่วมโปรแกรมได้ตามที่กำหนดได้ และ 6) ยินดี และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

(1) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทยพัฒนาขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุประกอบด้วย 5 ส่วน 11 ข้อคำถาม และทำการทดสอบใน 6 ด้าน ได้แก่ การมีสมาธิ ภาษาและการเคลื่อนไหวที่สมดุล การรับรู้เวลา สถานที่ ความจำ และความสนใจแบบประเมินมีคะแนนเต็มทั้งหมด 30 คะแนน มีเกณฑ์ของคะแนนที่สงสัยการเกิดภาวะสมองเสื่อมตามระดับการศึกษาดังนี้ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือจะมีคะแนนเต็ม 24 คะแนน หากคะแนนน้อยกว่า 14 คะแนน แสดงว่ามีความผิดปกติ ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาจะมีคะแนนเต็ม 30 หากคะแนนน้อยกว่า 17 คะแนน แสดงว่าผิดปกติ ผู้สูงอายุ

ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาจะมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน หากคะแนนน้อยกว่า 22 คะแนน แสดงว่ามีความผิดปกติ (2) แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยพัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตรประเมินแบบถูก - ผิด (0 และ 1 คะแนน) จำนวน 30 ข้อ ใช้ทดสอบผู้สูงอายุทั่วไป โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคะแนนรวมของแบบสัมภาษณ์อยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน และ (2) แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ (Barthel ADL Index) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของดัชนี บาร์เธลเอดีแอล ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนั้น ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนน ขึ้นไป) ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พักพิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ข้อคำถามเป็นลักษณะเลือกคำตอบ และเติมข้อความแบบสั้น จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา น้ำหนัก ส่วนสูงสถานภาพ ระดับการศึกษาที่อยู่อาศัย สถานะในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัวรายได้ของครอบครัว ผู้ดูแลเมื่อมีอาการเจ็บป่วยสถานพยาบาลเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย ผู้รับผิดชอบในค่ารักษาพยาบาล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมจำนวน 50 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย การหาความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ และความเหมาะสมทางภาษา เพื่อกำหนดค่าดัชนีความสอดคล้อง ซึ่งผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่า ทุกข้อคำถาม มีค่า IOC มากกว่า 0.5 ขึ้นไป เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด และการหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ทำการทดสอบเครื่องมือโดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีความคล้ายคลึงกับที่ศึกษา จำนวน 30 คน ทำการตรวจสอบความเที่ยงโดยวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach's Coefficient Alpha พบว่าแบบสอบถามด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถแห่งตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84, 0.82, 0.87 และ 0.87 ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดคือมากกว่าหรือเท่ากับ 0.70

การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอน ดังนี้ผู้วิจัยนำหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างแดนดินถึงนายกองค์การบริหารส่วนตำบลทรายมูลเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการโดย (1) เตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัยโดยอธิบายการใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม และให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองเก็บข้อมูลจริงในผู้สูงอายุเขตตำบลทรายมูลที่มีความคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 คน พร้อมผู้วิจัยจากนั้นนำผลมาเปรียบเทียบกันและทำความเข้าใจเพื่อให้เกิดความชัดเจนในทุกข้อ และได้ผลประเมินที่ตรงกัน (2) ดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม จากผู้วิจัยโดยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม จำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง และ (3) ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในกลุ่มควบคุม และ

กลุ่มทดลอง โดยใช้แบบสอบถามของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรกก่อนเข้าร่วมฝึกโปรแกรมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ 6 และสัปดาห์ที่ 14

ระยะดำเนินการทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง พัก 15 นาที โดย (1) กิจกรรมละลายพฤติกรรม เพื่อทำความรู้จักกัน สร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้สูงอายุและผู้สูงอายุด้วยกัน (2) แจ้งวัตถุประสงค์และนำเสนอภาพรวมของโปรแกรมทั้งหมด ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม สถานการณ์ความเป็นมา สาเหตุ อาการ ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นร่วมกับการฉายวิดีโอที่ภาวะสมองเสื่อมมีการสอบถามหลังการบรรยาย (3) แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ ทำกิจกรรมจิ๊กซอร์ต่อภาพ เพื่อเป็นการฝึกสมองในด้านทักษะความจำ การวางแผนและใช้จินตนาการ (4) ผู้วิจัยสาธิตการออกกำลังกายแกว่งแขน พร้อมให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติตามโดยมีภาพวีดิโอประกอบการสาธิต และแจกสมุดบันทึกการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และแนะนำสมุดบันทึกให้กับผู้สูงอายุ จดบันทึกกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวัน การบริโภคอาหาร การทำกิจกรรมทางกาย เพื่อนำกลับมาทบทวน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในการทำกิจกรรมประจำสัปดาห์ต่อไป

สัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง พัก 15 นาที โดย (1) ทบทวนกิจกรรม สอบถามพูดคุยถึง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติกิจกรรม (2) ทำกิจกรรมกลุ่มเล่นเกมสัจใจ เพื่อฝึกทักษะในการคิดเป็นเหตุเป็นผลของสมอง (3) ร้องเพลง รวบรวมสัมพันธ์ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลายความตึงเครียด สนุกสนานส่งเสริมกิจกรรมทางกาย กิจกรรมทางสังคม และ (4) สาธิต การรำไม้พลอง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้บริหารร่างกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อเพิ่มระบบการไหลเวียนโลหิต ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

สัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง พัก 15 นาที โดย (1) ทบทวนกิจกรรม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ อุปสรรคความรู้สึก สิ่งที่ได้รับในการปฏิบัติในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (2) ทำกิจกรรมรายบุคคลโดยวาดรูปบ้านของตนเอง

สภาพแวดล้อมรอบบ้านเส้นทางจากบ้านมาถึงสถานที่
ที่ทำการกิจกรรม เพื่อใช้กระตุ้นสมองซีกซ้าย ช่วยให้ฝึกให้คิด
เป็นรูปธรรมเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างรูปร่าง ระยะทาง
และพื้นที่เพื่อเชื่อมโยงกับความคิด (3) เล่นเกมสับคำ
อาหารหลัก 5 หมู่ ฝึกคิดเมนูอาหาร วิเคราะห์ส่วนประกอบ
อาหาร ให้ประเมินภาวะโภชนาการของตนเองจากแบบ
บันทึกการกินอาหารประจำวันที่ผ่านมา และ (4) สาธิตการ
เดินนับก้าวพร้อมให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติตาม

สัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง พัก 15 นาที โดย
(1) การนั่งสมาธิ พร้อมดนตรีบำบัด (2) ทำกิจกรรม
รายบุคคล แต่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน หรือเล่นบิงโกเป็นการฝึก
สมองด้านระบบประสาทการรับรู้ การได้ยินและระบบ
ประสาทสั่งการ (3) ทำกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการ
เลือกรับประทานอาหารในผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะ
สมองเสื่อม และ (4) สาธิตการออกกำลังกายแบบแอโรบิก
พร้อมให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติตาม

สัปดาห์ที่ 5 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง พัก 15 นาที โดย
(1) ทำกลุ่ม บอกเล่าประสบการณ์ ประโยชน์และอุปสรรค
ในการทำกิจกรรมทางกายตลอด 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา
(2) แบ่งกลุ่ม เล่นเกมกระซิบ อ่านคำบอกต่อ เพื่อฝึกทักษะ
ความจำและการสื่อสาร และ (3) ทำกลุ่ม ตอบสื่อกไม้
เพื่อเป็นการฝึกสมองทั้ง 2 ด้าน ในการใช้ทักษะกระบวนการ
ความคิด และจินตนาการ

สัปดาห์ที่ 6 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง พัก 15 นาทีโดย
(1) แบ่งผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่ม 2 กลุ่ม เล่นเกมส่ โดมิโน
บล็อกลไม้ เพื่อเป็นการทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมาให้ผู้สูงอายุ
แต่ละกลุ่ม มานำเสนอสาธิตการออกกำลังกายที่ถูกต้อง
(2) แจกรางวัลทีมที่ได้คะแนนสูงสุดในแต่ละกิจกรรม
ในแต่ละสัปดาห์ เพื่อเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม
และเพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ (3) ให้ผู้สูงอายุได้แสดงความรู้สึก
และคำมั่นสัญญาของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรม
หลังจากสิ้นสุดโปรแกรม และ (4) ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ

สัปดาห์ที่ 7-13 การเยี่ยมบ้านและให้กำลังใจผู้สูงอายุ
โดยให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมเช่น เล่นเกมส่ โดมิโน
บล็อกลไม้ เพื่อเป็นการทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมาให้ผู้สูงอายุ
แต่ละคนมานำเสนอสาธิตการออกกำลังกายที่ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 14 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล
หลังการทดลอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์
การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน
และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างงานวิจัย พร้อมเครื่องมือวิจัย
ต่อคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาล
สมเด็จพระพุทธราชสว่างแดนดิน เลขที่ SWDCPH 2023-019
ภายหลังได้รับการอนุมัติแล้ว จึงดำเนินการวิจัยโดยผู้วิจัย
แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน
การรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัยประโยชน์ และ
ความเสี่ยงต่างๆ พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ของ
กลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย
ครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา
และลงนามในใบยินยอมเพื่อเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อมูล
จากนั้นนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมทั้งหมดไปวิเคราะห์ด้วย
โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อทดสอบสมมติฐานทางสถิติ
โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางที่ 95% Confidence
interval ดังนี้ (1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive
statistics) ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ (2) สถิติเชิงอนุมาน
(Inferential statistics) ข้อมูลจากจากแบบวัดคะแนนการ
รับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถ
ของตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกัน
เปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม
ควบคุม (Independent t- test)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้มี 64 คน แบ่งเป็น
กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม
สุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระยะ
เริ่มแรก 32 คน และกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับการดูแล

ตามปกติ 32 คน โดยมีลักษณะทางประชากร **กลุ่มทดลอง** ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (65.63%) อายุเฉลี่ย 68.53 ปี (SD.=6.72) ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 2 ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.16 kg/m² (SD.=4.03) ได้รับการศึกษา (93.70%) สถานภาพการสมรสคู่ (56.30%) พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน และญาติ (90.60%) ไม่ได้ทำงาน (62.50%) รายได้ใช้จ่ายต่อเดือนเพียงพอ (65.60%) และมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง (75.00%) **กลุ่มควบคุม** ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (63.60%) อายุเฉลี่ย 69.78 ปี (SD.=8.72) ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 1 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.58 kg/m² (SD.=3.82) ได้รับการศึกษา (73.70%) สถานภาพการสมรสคู่ (62.50%) อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน และญาติ (100.00%) ทำงาน (59.40%) รายได้ใช้จ่ายต่อเดือนเพียงพอ (78.10%) และมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง (65.6%)

2. หลังการทดลองพบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม 2.05 คะแนน (95%CI: 1.62, 2.49) ; คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม 2.02 คะแนน (95%CI: 1.65, 2.38); คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม 2.04 คะแนน (95%CI: 1.67, 2.39) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรก มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม 1.32 คะแนน (95%CI: 1.04, 1.60) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถแห่งตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรกหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean difference(SE.)	95%CI	p
การรับรู้ประโยชน์					
กลุ่มทดลอง	32	4.37(0.87)	2.05(0.21)	1.62, 2.49	<.001
กลุ่มควบคุม	32	2.31(0.85)			
การรับรู้อุปสรรค					
กลุ่มทดลอง	32	4.24(0.67)	2.02(0.18)	1.65, 2.38	<.001
กลุ่มควบคุม	32	2.23(0.79)			
การรับรู้ความสามารถแห่งตน					
กลุ่มทดลอง	32	4.26(0.63)	2.04(0.18)	1.67, 2.39	<.001
กลุ่มควบคุม	32	2.22(0.80)			
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม					
กลุ่มทดลอง	32	4.33(0.51)	1.32(0.14)	1.04, 1.60	<.001
กลุ่มควบคุม	32	30.01(0.61)			

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับงานวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนที่มีอายุ 60-75 ปี จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 32 คน โดยมีระยะเวลาในการศึกษา 6 สัปดาห์ แบ่งเป็นระยะทดลอง 4 และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ โดยประยุกต์ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief Model) และแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ การวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมดีขึ้น ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับประชากรกลุ่มโรคที่มีลักษณะใกล้เคียงกันได้¹⁰ และสอดคล้องกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมนั้นเป็นการจัดกิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้กระทำหรือปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งการมีภาวะสุขภาพที่ดี หลีกเลี่ยงปัจจัยส่งเสริมการเกิดภาวะสมองเสื่อม และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขการศึกษาครั้งนี้หมายถึงการปฏิบัติดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมประกอบด้วยกิจกรรม

- 1) การส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสม
- 2) การส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น การเดินเหยาๆ การแกว่งแขนขารำมวยจีน หรืออาจวิ่งเล่นตามสวนสาธารณะ ซึ่งการออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็นการเพิ่มระดับคอเลสเตอรอล ประเภท HDL ช่วยลด LDL ลดภาวะไขมันในเลือด ทำให้เลือดสูบฉีดได้ดี จะทำให้การเป็นความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจลดลง ลดการเป็นความดันโลหิตสูงซึ่งจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้อีกด้วย 3) การส่งเสริมสุขภาพด้านการผ่อนคลายความเครียดเป็นการที่ผู้สูงอายุได้

รับการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งผู้สูงอายุสามารถเลือกวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง และ 4) การส่งเสริมกิจกรรมที่ช่วยบริหารสมองหมายถึงกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบสมอง เช่น การเล่นเกมที่ช่วยกระตุ้นการทำงานของสมอง เช่น เกมสโตนีโน การต่อจิ๊กซอว์ หมากรุก การคิดเลข การเล่นเกม¹¹

พบผลเช่นเดียวกับงานวิจัยของ Brooker D et al.¹² ได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการดูแลที่ยืดผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นศูนย์กลาง 4 องค์ประกอบ (VIPS) ในโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Enriched Opportunities Programmed: EOP) โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในสถานบริบาล โปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ เช่น การฝึกอบรมทีมผู้ดูแล การประเมินสภาพและดูแลที่เฉพาะเป็นรายบุคคล การประสานงานกับทีมการรักษา การจัดกิจกรรม และนันทนาการ โดยผลการศึกษาพบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในหลายด้าน เช่น ระยะเวลาที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ ค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับภาวะสมองเสื่อม และระดับของการพึ่งพาโดยสรุปโปรแกรมดังกล่าวสามารถเพิ่มระดับความผาสุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และทำให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมที่หลากหลายขึ้น พึ่งพาตนเองได้เพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับความรุนแรงของโรคน้อย

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาใช้ในกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำแก่สมาชิกครอบครัว (ผู้ดูแลหลัก) เกี่ยวกับหลักการสังเกตอาการแสดงเบื้องต้นของภาวะสมองเสื่อม การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านอาหาร การออกกำลังกายในรูปแบบกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ เพื่อให้สมาชิกได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมรวมถึงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ถูกต้อง การที่สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลที่ถูกต้องจะช่วยกระตุ้นให้

ผู้สูงอายุปฏิบัติได้ถูกต้องมากขึ้น นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัวจะทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการปฏิบัติ และผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรกเพิ่มขึ้น ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำไปใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

(1) ด้านบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรังหรือกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน และ (2) ด้านบริการส่งเสริมสุขภาพสามารถนำแรงสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและควรสร้างแกนนำผู้สูงอายุหรืออาสาสมัคร เพื่อเป็นแนวทางในการให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป (1) การศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาเพียง 14 สัปดาห์ทำให้ทราบผลการเปลี่ยนแปลงระยะแรกเท่านั้นควรมีขั้นตอนการติดตามประเมินความคงทนของพฤติกรรมในระยะยาวต่อไป (2) รูปแบบการจัดกิจกรรมกลุ่มควรจัดลักษณะกลุ่มย่อยเพื่อควบคุมจุดสนใจของผู้สูงอายุ และเพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการปฏิบัติและเป็นการสร้างความสามารถในการดูแลตนเองที่ยั่งยืน และ (3) ควรเพิ่มการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.); 2560.
2. อรพรรณ คุหา, นัตตา คำนิม, อรพรรณ ประสิทธิศิริผล, พิมพ์นารา ดวงดี, ปนิตา มุ่งกลาง, นิติกุล ทองน่วม, และคนอื่นๆ. รายงานผลการศึกษาระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ในชุมชนชนบท. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุกรมการแพทย์ กรุงเทพฯ: บริษัทไซเบอร์พริ้น จำกัด; 2561.

3. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.); 2561.
4. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง, ราตรี ปันแก้ว, วรัญญา เพ็ชรคง. วิถีชุมชนคู่มือการเรียนรู้ที่ทำให้งานชุมชนง่าย ได้ผล และสนุก. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2545.
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างแดนดิน. สรุปผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ พ.ศ.2565. สกลนคร; 2565.
6. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. การป้องกันการประเินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ : ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.
7. Wiersma W. Research methods in education (7th ed.) Boston: Allyn and Bacon; 2000.
8. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. การประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์เรื่องการเปรียบเทียบความสัมพันธัแบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination: TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: ซีจีทู; 2551.
9. Waltz C, Strickland O, Lenz E. Measurement in nursing and health research (3rd ed.). New York: Springer Publishing Company; 2005.
10. ศรุตยา หวางษ์, วิมา เทียงธรรม, สุธรรม นันทมงคลชัย. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2560; 31(1):110-28.
11. Becker M H. The health belief model and sick role behavior. Health Education Monographs. 1974;2:25-32.

12. Brooker D. Woolley R. Lee D. Enriching opportunities for people living with dementia in nursing homes: An evaluation of a multi-level activity-based model of care. *Aging Mental Health*. 2007;11(4):361-70.