

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการคัดกรองความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน*

นัฐพงษ์ แดงโชติ พย.บ.** มยุรี ถีทองอิน พร.ด.***

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แม้จะมีการคัดกรองโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผ่านแอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. แต่ยังพบความคลาดเคลื่อนในการแปลผล Mini-Cog เนื่องจากขาดทักษะและความเชื่อมั่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการล่าช้า การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อน-หลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการคัดกรองความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมของ อสม. อำเภอบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร

กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. จำนวน 51 คน เป็นกลุ่มทดลอง 24 คน และกลุ่มควบคุม 27 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรม 2 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง โปรแกรมมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.98 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองและแบบสอบถามทักษะการคัดกรองความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.91 และ 0.91 ตามลำดับ ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.94 และ 0.87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ t-test

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทักษะการคัดกรองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.136, p < 0.001$; $t = 17.424, p < 0.001$) ตามลำดับ และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทักษะการคัดกรองหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.19, p < 0.001$; $t = 12.73, p < 0.001$) ตามลำดับ

ดังนั้น โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการคัดกรองความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งนี้ควรบูรณาการโปรแกรมและนวัตกรรมสู่ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พร้อมผลักดันด้านนโยบายและงบประมาณ รวมถึงติดตามผลระยะยาวเพื่อประเมินความคงอยู่ของทักษะร่วมกับการรับรู้ความสามารถในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของ อสม.

คำสำคัญ: การรับรู้ความสามารถของตนเอง โปรแกรม การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เลขที่จริยธรรมการวิจัย HE672253 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน

วันที่รับบทความ 2 ธันวาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 19 กุมภาพันธ์ 2569 วันที่ตอบรับบทความ 19 กุมภาพันธ์ 2569

*แหล่งทุนสนับสนุนงานวิจัยเรื่องนี้ได้รับการสนับสนุนจากโครงการการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับคนวัยแรงงานทุกช่วงวัย ภายใต้งบประมาณสนับสนุนจากทุนสนับสนุนมูลฐาน Fundamental Fund : FF ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น จากกองทุนส่งเสริม ววน. และทุนสนับสนุนการสร้างนวัตกรรม/สิ่งประดิษฐ์ทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล mayuree@kku.ac.th

Effects of a self-efficacy enhancement program on self-efficacy and dementia risk screening skills among village health volunteers*

Natthapong Daengchot B.N.S.** Mayuree Leethong-In Ph.D.***

Abstract

Dementia significantly impacts the quality of life among the elderly. However, despite the implementation of screening initiatives by Village Health Volunteers (VHVs) via the Smart VHV mobile application, inaccuracies in interpreting Mini-Cog assessments persist, primarily due to a deficit in technical skills and self-efficacy. Consequently, this leads to delayed access to healthcare services for at-risk individuals. This quasi-experimental, two-group pretest–posttest study aimed to investigate the effects of a self-efficacy enhancement program on the self-efficacy and dementia risk screening skills of VHVs in Ban Muang District, Sakon Nakhon Province.

Sample were 51 VHVs, with 24 participants in the experimental group and 27 in the control group. The experimental group attended two three-hour program sessions. The program demonstrated a content validity index of 0.98. The data collection instruments included a self-efficacy questionnaire and a dementia-risk screening skill questionnaire. Validity test by five experts revealed content validity index values of 0.91 and 0.91, respectively. The reliability of the instruments was assessed using Cronbach's alpha, which yielded coefficients of 0.94 and 0.87, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

The findings indicated that the experimental group showed significantly higher mean scores of self-efficacy and screening skills than those of the control group ($t = 6.136$, $p < 0.001$; $t = 17.424$, $p < 0.001$, respectively). Additionally, the mean scores of self-efficacy and screening skills in the experimental group after the intervention were significantly higher than those before the intervention ($t = 11.19$, $p < 0.001$; $t = 12.73$, $p < 0.001$), respectively.

Therefore, the self-efficacy enhancement program can be applied for enhancing self-efficacy and dementia-risk screening skills among village health volunteers. Furthermore, the program and associated innovations should be integrated into primary health care systems, alongside policy and budget advocacy, with long-term follow-up to evaluate the retention of screening skills and self-efficacy among VHVs.

keywords: self-efficacy; program; dementia-risk screening; village health volunteers

Ethical approval: HE672253, Plagiarism checked, 2 Reviewers.

Received 2 December 2025, Revised 19 February 2026, Accepted 19 February 2026

*This research was supported by The Development of Health Promotion for Prevention of Non Communicable Disease for Working All Aged People, funded by the Fundamental Fund of Khon Kaen University from National Science, Research and Innovation Fund or NSRF, Thailand

**A student of Master of Nursing Science in Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***Associated professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author, E-mail: mayuree@kku.ac.th

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมจัดเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญโดยเฉพาะในกลุ่มวัยสูงอายุและกำลังทวีความรุนแรงมากขึ้นทั่วโลก ซึ่งได้มีการคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 82 ล้านคนในปี 2030 และ 152 ล้านคนในปี 2050¹ ประเทศไทยกำลังเผชิญปัญหาเช่นเดียวกัน ในปี พ.ศ. 2580 ได้คาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงถึง 1.3 ล้านคน² และแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยทุก ๆ 5 ปี ในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า³ โรคสมองเสื่อมนี้เป็นภาวะที่มีความบกพร่องของสมรรถภาพของสมองทั้งด้านการรู้คิด ด้านความจำ พฤติกรรมและการตัดสินใจ การดำเนินของโรคจะเกิดขึ้นเป็นเดือน เป็นปี อย่างช้า ๆ⁴ ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการเข้าสังคมของผู้สูงอายุลดลง รวมถึงการมีภาวะพึ่งพิงบุคคลอื่นเพิ่มสูงขึ้น⁵ ทำให้ครอบครัวรวมไปถึงผู้ดูแลเกิดความเครียดและความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแล ค่าใช้จ่าย และคุณภาพชีวิตตกด้อยลง ทั้งนี้ผลกระทบและความรุนแรงมักจะสัมพันธ์กับระยะการดำเนินของโรคที่มีความรุนแรงมากขึ้น⁶ โรคสมองเสื่อมจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญและเร่งด่วนของไทย การจัดบริการเพื่อตรวจคัดกรองค้นหาผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการดูแลในระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมในระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยช่วยชะลอการดำเนินของโรค และยังช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในระยะรุนแรงลงได้⁷

การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment: MCI) เป็นภาวะที่เริ่มมีการสูญเสียความจำหรือความสามารถทางการรู้คิดด้านอื่น ๆ⁷ ซึ่งเป็นจุดตัดที่อยู่ระหว่างการเสื่อมถอยของการรู้คิดตามปกติหรือวัยสูงอายุกับการเสื่อมถอยที่มีความรุนแรงขึ้นจนการดำเนินโรคเป็นภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น โดยจะเริ่มแสดงอาการของการเสื่อมถอยของความสามารถด้านการรู้คิด แต่อาการยังไม่รุนแรงถึงขั้นที่ส่งผลกระทบในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ⁸ การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยนี้หากตรวจพบได้เร็วจะช่วยให้ผู้สูงอายุในกลุ่มเสี่ยงได้เข้ารับการตรวจวินิจฉัยและดูแลรักษาได้อย่างทันท่วงทีในระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วย รวมถึงการดูแลสุขภาพและการกระตุ้นสมองอย่างสม่ำเสมอ อาจช่วยชะลอการดำเนินของโรคไม่ให้เข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมได้⁷ จากเหตุผลและความสำคัญของการค้นหาผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงดังกล่าว การคัดกรองความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นกุญแจสำคัญ และถูกกำหนดให้เป็น 1 ในมาตรฐานที่สำคัญของคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ⁹⁻¹⁰

จากสถิติผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการเพื่อทำการคัดกรองความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ โรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต อำเภอบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร ในปี พ.ศ. 2565-2566 มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 853 คน เป็น 1,106 คน คิดเป็น ร้อยละ 29.66 เป็นผู้สูงอายุที่ส่งต่อมาด้วยระบบการคัดกรองคัดแยกจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล มีเพียงร้อยละ 1.74 ซึ่งระบบการคัดกรองนี้เป็นขั้นตอนแรกที่คัดกรองจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นำไปสู่การคัดแยกโดยพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ก่อนจะนำผู้ที่มีความเสี่ยงเข้าสู่ระบบการคัดกลุ่มหรือวินิจฉัยและระบบการดูแลต่อเนื่องตามลำดับ ดังนั้นการคัดกรองความเสี่ยงของผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นกุญแจสำคัญในการตรวจพบความเสี่ยงของโรคได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

การคัดกรองความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมที่ถูกต้องและแม่นยำมากพอ จะช่วยลดความล่าช้าในการวินิจฉัยโรคนี้ได้ แต่ในทางตรงกันข้ามหากกระบวนการคัดกรองที่ไม่ถูกต้องหรือคลาดเคลื่อน ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงจำนวนมากอาจไม่ได้รับการดูแลที่จำเป็นจนกว่าอาการของโรคสมองเสื่อมจะแสดงออกอย่างชัดเจนและมีผลต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุได้¹¹ ดังนั้นอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. ในพื้นที่ จึงมีบทบาทสำคัญในการคัดกรองความเสี่ยงตั้งแต่กระบวนการแรกในชุมชน โดยเฉพาะการประเมินความเสี่ยงด้านความคิดความจำในผู้สูงอายุ ด้วยแบบทดสอบ Mini Cog ในแอปพลิเคชัน SMART อสม.¹² เพื่อให้การวางแผนการดูแลที่เหมาะสมกับความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมได้

จากการศึกษาปรากฏการณ์ในคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ โรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต อำเภอบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร พบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่เคยได้รับการคัดกรองความจำด้วยแอปพลิเคชัน SMART อสม. และแปลผลว่า ปกติ นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์ อสม. จำนวน 5 ราย เกี่ยวกับการใช้แบบคัดกรองความจำ พบว่า “ในการคัดกรองสมองเสื่อมผ่านแอปต้องทำอย่างไร” “การวาดนาฬิกาให้วาดแบบไหน” “ในตัวแอปไม่ได้บอกวิธีวาด” “ให้คะแนนอย่างไร” “ถ้าคัดกรองแล้วผิดปกติต้องทำอะไรต่อ” “ก็ไม่มีใจ ถ้าวาดนาฬิกาไม่ได้ แต่ตอบคำถามได้ผมจะให้ผ่าน แปลผลปกติ” ซึ่งเป็นประเด็นด้านเทคนิคในการคัดกรอง อุปกรณ์ การแปลผลและการส่งต่อ อสม. ผู้ดำเนินการคัดกรองยังไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง จนส่งผลต่อพฤติกรรมในการคัดกรองตามมาและอาจนำไปสู่ผลลัพธ์ในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงจริงเข้าถึงการบริการที่ล่าช้า เนื่องจากต้องรอรอบการประเมินในนัดต่อไปและไม่ได้ติดตามประเมินกลุ่มเสี่ยงขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า อสม. มีบทบาทสำคัญคัดกรองความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในระยะเริ่มต้น และเชื่อมโยงผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ¹³⁻¹⁴ ทั้งนี้ ยังคงเผชิญข้อจำกัดด้านการฝึกอบรมที่เป็นระบบและขาดแคลนทรัพยากรสนับสนุน¹⁵ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการพัฒนากระบวนการช่วยด้านสุขภาพที่เข้มแข็ง¹⁶ การส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของ อสม. เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยยกระดับทักษะหรือสมรรถนะ¹⁷⁻²⁰ รวมถึงทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ¹⁸ และยังพบว่าการใช้เครื่องมือ เช่น แอปพลิเคชันมือถือ ยังช่วยอำนวยความสะดวกในการทำงานของ อสม.²¹ การมีส่วนร่วมของ อสม. ในการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมได้ในระยะเริ่มต้นจะช่วยให้สามารถเข้าถึงการรักษาได้เร็วขึ้น^{13,15} การให้คำปรึกษาและสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะช่วยลดภาระและเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล²² และสามารถช่วยเชื่อมโยงผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้ากับระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นได้¹³

จากการวิจัยด้านปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของ อสม. แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) ปัจจัยภายใน ได้แก่ ประสบการณ์²³ ความรู้ ทัศนคติ ภาวะสุขภาพของ อสม.²⁴ แรงจูงใจ²⁵ 2) ปัจจัยภายนอก ประกอบด้วย การสนับสนุนทั้งจากหน่วยงานและสังคม ได้แก่ การจัดอบรม การให้ข้อมูล และการจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับเป็นตัวช่วยหรือสนับสนุนการดำเนินงานจะช่วยเพิ่มขีดความสามารถของ อสม. ในการปฏิบัติงาน^{24,26} การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เป็นปัจจุบันและมีความถูกต้อง^{23,25} รวมทั้งครอบครัว ชุมชน และเพื่อนร่วมงานเป็นหนึ่งในแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีส่วนช่วยในการเสริมสร้างขวัญกำลังใจให้กับ อสม. ในการปฏิบัติงาน การฝึกอบรมจากผู้เชี่ยวชาญ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การสื่อสารนโยบายต่าง ๆ²⁵ ผลการวิจัยที่ผ่านมา ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาสมรรถนะ อสม. จำเป็นต้องพิจารณาทั้งปัจจัยภายในและภายนอกควบคู่กันไป ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรม อสม. เพื่อเพิ่มสมรรถนะโดยใช้ผลจากการทบทวนวรรณกรรมตามที่กล่าวมาข้างต้น ร่วมกับการสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องถือเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างความเชื่อมั่นและการรับรู้ความสามารถในตนเองของ อสม. ให้สูงขึ้น ซึ่งการพัฒนาสมรรถนะดังกล่าวจะส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน โดยเฉพาะด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อม อันจะช่วยลดภาระของระบบสาธารณสุขในระยะยาว พร้อมทั้งสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่นให้มีความเข้มแข็งและยั่งยืนขึ้น

ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน (self-efficacy) ของอัลเบิร์ต แบนดูรา เป็นการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมที่จำเพาะนั้นได้ ถึงแม้จะมีอุปสรรคในสถานการณ์นั้น ๆ²⁷ แนวคิดนี้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายสำหรับการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตน โดยใช้แหล่งสนับสนุนสำคัญ 4 ประการ ประกอบด้วย 1) การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (mastery experiences) 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (modeling) 3) การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) และ 4) การควบคุมอารมณ์ (emotional-physiological arousal) เนื่องด้วยแนวคิดนี้ เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลไม่ได้ขึ้นอยู่กับทักษะที่มีอยู่เพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับความรู้และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการและกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของ อสม. ในปัจจุบันที่ต้องเผชิญกับความซับซ้อนของโรคสมองเสื่อม อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาที่ประยุกต์แนวคิด self-efficacy เพื่อพัฒนาทักษะการใช้ Mini-Cog ผ่านระบบ SMART อสม. ในบริบทชุมชนระดับอำเภอในประเทศไทย การวิจัยครั้งนี้จะช่วยเติมเต็มองค์ความรู้ด้านการพัฒนาสมรรถนะ อสม. ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเชิงรุก และสามารถใช้เป็นต้นแบบในการขยายผลเชิงนโยบายและการปฏิบัติในพื้นที่อื่น ที่มีบริบทใกล้เคียงกันทั่วประเทศ ซึ่งเป็นส่วนช่วยในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของ อสม. รวมถึงทักษะการคัดกรองให้มีความแม่นยำสูงขึ้น

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสามารถเข้าถึงการบริการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุได้อย่างทันทั่วถึง ช่วยชะลอการดำเนินของโรคสมองเสื่อม ลดค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขด้านการดูแลรักษา ทั้งยังลดความรู้สึกละอายใจของผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการคัดกรองของ อสม.

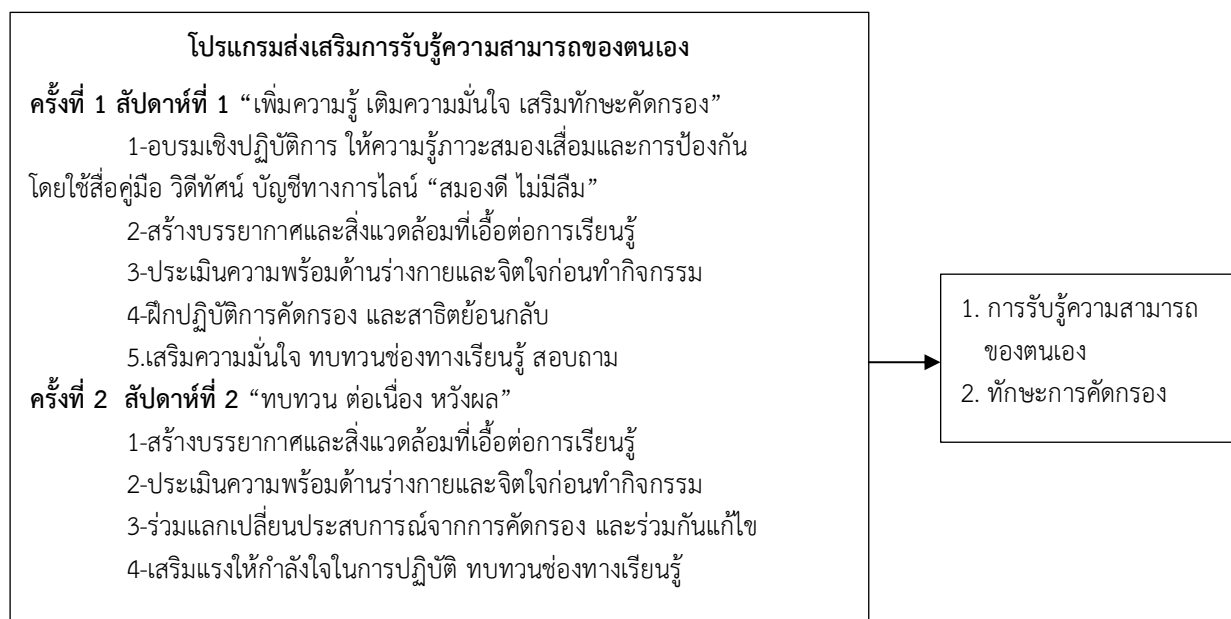
สมมติฐาน

1. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง และคะแนนเฉลี่ยทักษะการคัดกรองมากกว่ากลุ่มควบคุม
2. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการคัดกรองมากกว่าก่อนทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิด การรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ของอัลเบิร์ต แบนดูรา²⁷ มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรม เพื่อเพิ่มสมรรถนะการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยอาศัยแหล่งสนับสนุนสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (mastery experiences) ผ่านกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยฝึกทักษะการคัดกรอง ร่วมกับการสาธิตย้อนกลับจนเกิดความชำนาญ พร้อมมอบหมายให้ฝึกคัดกรองกับผู้สูงอายุในพื้นที่เพื่อให้เกิดการสะท้อนคิดความสำเร็จและสร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานจริง 2) การใช้ตัวแบบ (modeling) โดยเรียนรู้ผ่านตัวแบบเชิงสัญลักษณ์

ได้แก่ สื่อวีดิทัศน์ คู่มือ นวัตกรรมแผ่นช่วยจำ และบัญชีทางการไลน์ “สมองดี ไม่มีลืม” ร่วมกับการสังเกตตัวแบบที่มีชีวิตโดยให้อสม. ที่ปฏิบัติได้ดีร่วมแบ่งปันเทคนิค เพื่อสร้างความมั่นใจว่าบุคคลที่มีระดับศักยภาพใกล้เคียงกันสามารถปฏิบัติได้สำเร็จ 3) การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) การให้ข้อมูลสะท้อนกลับเชิงบวก (positive feedback) ทันทีที่ปฏิบัติถูกต้อง และการกล่าวชื่นชมความพยายามเพื่อเสริมสร้างกำลังใจ 4) การควบคุมอารมณ์ (emotional-physiological arousal) จัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่ผ่อนคลาย ประเมินความพร้อมก่อนเริ่มกิจกรรม และเปิดพื้นที่สำหรับระบายความกังวลจากการปฏิบัติงานจริง เพื่อลดความเครียดสะสมและเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อการทำงาน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 1,642 คน²⁸ ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (two group independent sample t-test) โดยใช้โปรแกรม G-Power 3.1 (Franz Faul Düsseldorf, Germany) กำหนดเป็นการทดสอบแบบทางเดียว (one-tailed test) นัยสำคัญทางสถิติ (α) .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) .80 จากผลการศึกษาที่ผ่านมา เรื่อง “ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม”²⁰ คำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 1.088 เป็นค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ จึงใช้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ใหญ่ของโปรแกรมเท่ากับ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 คน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่า อาจมีกลุ่มตัวอย่างสูญหายไปหรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนจบโปรแกรม (drop out) จึงคำนวณเพื่อให้

ยังคงได้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอกรณีมีการสูญเสีย ร้อยละ 15²⁹ ตามสูตรการวิเคราะห์ปรับขนาดต่อกลุ่ม³⁰ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร (inclusion criteria) กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. ที่อาศัยอยู่ใน อำเภอ บ้านม่วง จังหวัดสกลนคร มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้ 1) ปฏิบัติหน้าที่เป็น อสม. ในอำเภอบ้านม่วงมาแล้ว 6 เดือนขึ้นไป 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป 3) อาศัยอยู่ในอำเภอบ้านม่วง จังหวัดสกลนครมากกว่า 1 ปี 4) มี Application SMART อสม. 5) สามารถสื่อสารภาษาไทยและภาษาท้องถิ่นได้ 6) สมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ได้แก่ 1) อสม. อายุ ≥ 60 ปี ที่มีคะแนนแบบทดสอบ Mini-Cog ≤ 3 คะแนน 2) มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การนำอาสาสมัครออกจากการทดลอง (withdrawal of participant criteria) ได้แก่ 1) ตอบแบบสอบถามไม่ครบ 2) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบ 3) เสียชีวิต 4) ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในขณะที่ยังดำเนินการวิจัยไปแล้ว 5) ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่อำเภออื่น

ผู้วิจัยสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เริ่มจากสุ่มเลือกตำบลที่เป็นกลุ่มทดลองได้ ตำบลม่วง และกลุ่มควบคุมได้ตำบลดงหม้อทองใต้ สุ่มเลือก 3 หมู่บ้านจากแต่ละตำบล และสุ่มเลือก อสม. ตามสัดส่วนของ อสม. ในแต่ละหมู่บ้าน โดยการนำรายชื่อ อสม. ในแต่ละหมู่บ้านที่มีลักษณะตามเกณฑ์คัดเข้า ทำฉลาก และสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยการจับฉลากแบบไม่คืนที่ ตามสัดส่วนของ อสม. ในแต่ละหมู่บ้าน กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยสุ่มอาสาสมัครในหมู่ 6, 7 และ 8 มี อสม. จำนวน 19, 10 และ 17 คนตามลำดับ นำมาคำนวณค่าสัดส่วนได้จำนวนอาสาสมัครในหมู่ 6, 7 และ 8 จำนวน 12, 7 และ 11 คน ตามลำดับ รวม 30 คน และกลุ่มควบคุม สุ่มอาสาสมัครในหมู่ หมู่ 1, 3 และหมู่ 5 มี อสม. จำนวน 13, 22 และ 31 คน ตามลำดับ นำมาคำนวณค่าสัดส่วนได้จำนวนอาสาสมัครในหมู่ 1, 3 และ 5 จำนวน 6, 10 และ 14 คน รวม 30 คน รวมทั้ง 2 กลุ่มเป็น 60 คน และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองเหลือตัวอย่าง จำนวน 24 คน เนื่องจากเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบ 3 คน ตอบแบบสอบถามไม่ครบ 3 คน และกลุ่มควบคุมเหลือตัวอย่าง จำนวน 27 คน เนื่องจากตอบแบบสอบถามไม่ครบ 3 คน คงเหลือกลุ่มตัวอย่างหลังการศึกษารวมทั้งสิ้น 51 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มอาสาสมัครที่มีอายุ ≥ 60 ปี ได้แก่ แบบประเมิน Mini-Cog และแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

2) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้วิจัยพัฒนาจากกรอบแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy theory) ของอัลเบิร์ต แบนดูรา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย ชุดกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 2 ครั้ง โดยใช้เวลา 2 สัปดาห์ ๆ ละ 3 ชั่วโมง ประกอบด้วย ครั้งที่ 1 “เพิ่มความรู้ เติมความมั่นใจ เสริมทักษะคัดกรอง” และ ครั้งที่ 2 “ทบทวน ต่อเนื่อง หวังผล” โดยมีสื่อการสอนและอุปกรณ์ที่ใช้ ได้แก่ คู่มือ “ป้องกัน/ชะลอโรคสมองเสื่อม สำหรับ อสม.” นวัตกรรม “แผ่นช่วยจำ” สื่อวีดิทัศน์ จำนวน 4 เรื่อง และบัญชีทางการไลน์ “สมองดี ไม่มีลืม”

3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (rating-scale 0-10 คะแนน) จำนวน 16 ข้อ

รวม 160 คะแนน และแบบสอบถามทักษะการคัดกรองสำหรับ อสม. (rating scale 0-5 คะแนน) จำนวน 20 ข้อ รวม 100 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และมีค่าดัชนีความตรงเนื้อหาเท่ากับ 0.98

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง และแบบสอบถามทักษะการคัดกรอง แบบสอบถามทั้ง 2 ชุด มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.91 และมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.94 และ 0.87 ตามลำดับ และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินร่วมกับผู้ช่วยวิจัย 1 คน โดยใช้กลุ่มอาสาสมัครจำนวน 5 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยหลังจากอนุมัติจริยธรรม ระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าดำเนินการเก็บข้อมูล ณ โรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต และ รพ.สต. โคกสง่า อำเภอบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร ใช้ระยะเวลาในการวิจัย 4 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 สอบถามข้อมูลทั่วไป ประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการคัดกรอง มอบของที่ระลึก พร้อมนัดหมายครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 4

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 สอบถามข้อมูลทั่วไป ประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการคัดกรอง หลังสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการนัดหมาย เพื่อจัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ แนะนำการใช้บัญชีทางการไลน์ “สมองดี ไม่มีลืม” การทบทวนความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ มอบคู่มือ นวัตกรรมแผ่นช่วยจำ

กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 สอบถามข้อมูลทั่วไป ประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการคัดกรอง

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง สร้างบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ร่วมกับประเมินความพร้อม ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ก่อนดำเนินการกิจกรรม (physiological states) ร่วมกับการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ประกอบด้วย การให้ อสม. ฝึกปฏิบัติจนชำนาญ (mastery experiences) ผ่านกิจกรรมจับคู่ฝึกปฏิบัติการคัดกรอง โดยแบ่งเป็นส่วนย่อย ๆ (step-by-step) ให้ อสม. ลองทำจากง่ายไปยาก และมีการสาธิตย้อนกลับจนสามารถทำได้ถูกต้อง 100% เพื่อให้เกิดความรู้สึกว่า “ฉันทำได้จริง” ร่วมกับการสะท้อนกลับเชิงบวก (verbal persuasion) วิทยากรให้คำแนะนำ (feedback) ทันทีที่ทำถูกต้อง ชื่นชมในจุดที่ทำดี และให้คำแนะนำในการปรับปรุงด้วยทัศนคติเชิงบวก พร้อมเรียนรู้จากต้นแบบ (modeling) โดยให้วิทยากรสาธิตวิธีการคัดกรองที่ถูกต้อง โดยมีสื่อที่ใช้ ได้แก่ นวัตกรรมแผ่นช่วยจำ คู่มือ “ป้องกัน/ชะลอโรคสมองเสื่อมสำหรับ อสม.” และสื่อวีดิทัศน์ 4 เรื่อง ประกอบด้วย 1) ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม 2) การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมสำหรับ อสม. 3) การให้คำแนะนำผู้สูงอายุกลุ่มปกติ 4) การให้คำแนะนำกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม แนะนำช่องทางติดต่อสื่อสารและให้ความรู้ผ่านบัญชีทางการไลน์ “สมองดี ไม่มีลืม” พร้อมทั้งมีกิจกรรมต่อเนื่องผ่านการคัดกรองผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบอย่างน้อย 3 คน เพื่อทบทวนความรู้ และส่งเสริมความมั่นใจในการคัดกรอง และทบทวนผ่านช่องทางการเรียนรู้ต่าง ๆ

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 จัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2 ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง โดยจัดกิจกรรมทบทวนการฝึกทักษะการคัดกรองด้วยนวัตกรรมแผ่นช่วยจำ การสะท้อนคิดภายหลังการคัดกรองผู้สูงอายุในพื้นที่ถดถอยการเรียนรู้ความสำเร็จโดยให้ อสม. เล่าถึงผู้สูงอายุที่ตนเองไปคัดกรองมาแล้วประสบความสำเร็จ หรือปัญหาที่พบที่แก้ไขได้ด้วยตัวเอง เพื่อให้ อสม. ได้รับความรู้ความสามารถของตนเองและมีความมั่นใจเพิ่มขึ้น (mastery experiences) ร่วมกับให้ อสม. ที่ทำได้ดีในสัปดาห์แรก (modeling) ร่วมแบ่งปันเทคนิคให้กลุ่มฟังการเห็นคนระดับเดียวกันทำได้ จะช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองได้ดีกว่าผู้เชี่ยวชาญ ร่วมกับให้กำลังใจซึ่งกันและกันและกล่าวชื่นชมความพยายามและการนำไปใช้จริงในสัปดาห์ที่ผ่านมา (verbal persuasion) ทบทวนเรียนรู้ต่อเนื่องผ่านบัญชีทางการไลน์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการคัดกรองเปิดพื้นที่ให้ระบายความกังวลที่เจอจากการลงพื้นที่จริง และช่วยกันแก้ไขและหาทางออกเพื่อลดความเครียดสะสมในการทำงาน (physiological states)

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 4 สอบถามข้อมูลทั่วไป ประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการคัดกรอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการคัดกรองหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Independent sample *t*-test และในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงใช้สถิติ paired *t*-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตามเลขที่โครงการ HE672253 เมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.50 อายุเฉลี่ย 52.30 ปี ($\pm SD = 1.44$) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 95.80 ระยะเวลาที่อาศัยอยู่บ้านม่วงเฉลี่ย 49.25 ปี ($\pm SD = 9.59$) ระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่เป็น อสม. เฉลี่ย 14.16 ปี ($\pm SD = 10.05$) ส่วนใหญ่ปฏิบัติหน้าที่ อสม. > 20 ปี ร้อยละ 37.50 จำนวนครัวเรือนที่อยู่ในความดูแลโดยเฉลี่ย 13.21 ครัวเรือน ($\pm SD = 3.48$) จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลเฉลี่ย 7.79 คน ($\pm SD = 2.62$) และร้อยละ 70.80 มีจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล 6-10 คน ส่วนใหญ่เคยผ่านการอบรมการคัดกรอง 9 ด้าน ร้อยละ 70.80 ทุกคนใช้แอปพลิเคชัน SMART อสม. และมีความถี่ในการใช้งาน 3-4 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 70.80 ใช้มานานเฉลี่ย 1.71 ปี ($\pm SD = 0.46$) ในแต่ละรายใช้ระยะเวลาที่ใช้ในการคัดกรองความจำผู้สูงอายุมากกว่า 10 นาที ร้อยละ 79.20 เฉลี่ย 17.88 นาที ($\pm SD = 7.87$) ให้ อสม. ประเมินตนเองด้านความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมและการป้องกันคะแนนเต็ม 100 เฉลี่ย 55.00 คะแนน ($\pm SD = 8.85$) และประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมได้ถูกต้องเต็ม 100 คะแนน เฉลี่ย 55.00 คะแนน ($\pm SD = 7.80$) ก่อนการทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการคัดกรองอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 95.83 และ 87.50 ตามลำดับหลังการทดลอง พบว่ามีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 75.00 และ 79.17 ตามลำดับ

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.07 อายุเฉลี่ย 53.30 ปี ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.80 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 96.30 ระยะเวลาที่อาศัยอยู่บ้านม่วงเฉลี่ย 49.70 ปี ($\pm$ SD = 8.13) ระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่เป็น อสม.เฉลี่ย 9.34 ปี ($\pm$ SD = 8.48) ปฏิบัติหน้าที่ > 1-10 ปี ร้อยละ 59.30 จำนวนครัวเรือนที่อยู่ในความดูแลโดยเฉลี่ย 11.59 ครัวเรือน ($\pm$ SD = 2.87) จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลเฉลี่ย 7.11 คน ($\pm$ SD = 2.87) และร้อยละ 74.10 มีจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล 6-10 คน เคยผ่านการอบรมคัดกรอง 9 ด้าน ร้อยละ 48.10 ทุกคนใช้แอปพลิเคชัน SMART อสม. ส่วนใหญ่มีความถี่ในการใช้ 3-4 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 63.00 ใช้นานเฉลี่ย 1.70 ปี ($\pm$ SD = 0.49) ในแต่ละรายใช้ระยะเวลาที่ใช้ในการคัดกรองความจำผู้สูงอายุมากกว่า 10 นาที ร้อยละ 51.90 เฉลี่ย 16.52 นาที ($\pm$ SD = 9.71) ให้ อสม. ประเมินตนเองด้านความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมและการป้องกันเต็ม 100 เฉลี่ย 52.30 คะแนน ($\pm$ SD = 15.97) และประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมได้ถูกต้องเต็ม 100 เฉลี่ย 60.37 คะแนน ($\pm$ SD = 17.86) ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการคัดกรองอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 74.07 และ 100.00 ตามลำดับ เช่นเดียวกับหลังการทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการคัดกรองอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 77.78 และ 100.00 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองและทักษะการคัดกรองหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 24) และกลุ่มควบคุม (n = 27) โดยใช้สถิติ Independent t-test

ตัวแปร	Mean	SD	Mean difference	95% CI		t-test
				Lower	Upper	
การรับรู้ความสามารถของตนเอง						
กลุ่มทดลอง (n = 24)	131.54	14.68	43.69	29.38	58.00	6.136***
กลุ่มควบคุม (n = 27)	87.85	31.99				
ทักษะการคัดกรอง						
กลุ่มทดลอง (n = 24)	56.88	6.00	33.80	29.90	37.70	17.424***
กลุ่มควบคุม (n = 27)	23.07	7.81				

***p-value < 0.001

จากการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการคัดกรองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการคัดกรองก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง (n = 24) โดยใช้สถิติ pair t-test

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		d	SD _d	t-test
	Mean	SD	Mean	SD			
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	85.67	11.19	131.54	14.68	45.88	20.09	11.188***
ทักษะการคัดกรอง	37.33	5.88	56.88	6.00	19.54	7.52	12.734***

***p-value < .001

จากตารางที่ 2 ในกลุ่มทดลอง พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง และคะแนนเฉลี่ยทักษะการคัดกรองมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. การเปรียบเทียบผลของโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการคัดกรองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งอธิบายได้ว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มทักษะการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม และการรับรู้ความสามารถของตนเองให้กับ อสม. ได้จริง แม้ว่ากลุ่มทดลองจะมีระยะเวลาการเป็น อสม. มากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ผลการวิเคราะห์ก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มไม่พบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการคัดกรองอย่างมีนัยสำคัญ โดยโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม การจัดกิจกรรมอบรมที่เน้นการมีส่วนร่วม การใช้นวัตกรรม “แผ่นช่วยจำ” ที่พัฒนาขึ้นสำหรับให้ อสม. ใช้ในการคัดกรอง และคู่มือ “ป้องกัน/ชะลอโรคสมองเสื่อมสำหรับ อสม.” ขนาด A5 ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura²⁷ ที่ระบุว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมและการลงมือปฏิบัติ นอกจากนี้ การใช้สื่อและเทคโนโลยีสารสนเทศที่เข้าถึงได้ง่าย เช่น บัญชีทางไลน์ “สมองดี ไม่มีลืม” ซึ่งมีวิดีโอและคู่มือ ทำให้อสม. สามารถใช้เป็นช่องทางในการทบทวนความรู้ได้อย่างต่อเนื่องและครบถ้วน ส่งผลให้การรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการคัดกรองของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นและแตกต่างจากกลุ่มควบคุม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของวรรัตน์ มากเทพพงษ์ และคณะ²¹ ที่พบว่า การใช้โมบายแอปพลิเคชันช่วยเพิ่มความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ ทั้งนี้ อสม. คือประตูด่านแรกที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นในชุมชนผ่านแอปพลิเคชัน SMART อสม. ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Alam และคณะ¹³ ที่ระบุว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญโดยเฉพาะด้านการให้ความรู้ การสร้างความตระหนัก และการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุ

2. การเปรียบเทียบผลของโปรแกรมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลอง ผลการวิจัยได้ชี้ให้เห็นว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการคัดกรองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมนี้ในการพัฒนาความสามารถของ อสม. ซึ่งออกแบบโดยใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura²⁷ เป็นกรอบแนวคิด โดยมีกิจกรรมที่เน้นการปฏิบัติจริง เช่น การฝึกคัดกรองโดยใช้ นวัตกรรมแผ่นช่วยจำ ที่ใช้งานง่าย พกพาสะดวก และสามารถใช้ซ้ำได้ กิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมทั้งจากการทำกิจกรรมกลุ่มและการสะท้อนปัญหาที่พบจากการลงพื้นที่ในคัดกรองผู้สูงอายุในพื้นที่ของตนช่วยให้ อสม. เกิดทักษะและมีความชำนาญ ซึ่งจะส่งผลให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น ร่วมกับการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ผ่อนคลาย และการให้กำลังใจ ทำให้อสม. มีแรงจูงใจในการทำงานเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura ที่เน้นความสำคัญของการให้กำลังใจและการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง แม้ว่าโปรแกรมจะประสบความสำเร็จในการเพิ่มความมั่นใจและทักษะ แต่ก็พบข้อจำกัดบางประการในระหว่างกระบวนการปฏิบัติจริง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหาการคัดกรองในผู้สูงอายุพื้นที่อำเภอบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร ซึ่งเป็นบริบทชุมชนชนบทผู้สูงอายุในพื้นที่บางรายอาจไม่คุ้นเคยหรือคุ้นชินกับการดูนาฬิกาที่เป็นแบบหน้าปัด ทำให้การวาดนาฬิกาที่ต้องอาศัยทั้งความจำและความเข้าใจเป็นเรื่องที่ท้าทาย ปัญหานี้จึงสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการปรับปรุง

เครื่องมือคัดกรองให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุในชุมชนชนบทต่อไป ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยหลายฉบับที่พบว่าความรู้และประสบการณ์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสมรรถนะของ อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุ^{23,25} และการสร้างขวัญและกำลังใจมีผลต่อสมรรถนะการทำงานอย่างมีนัยสำคัญ²⁶ ส่งผลให้ อสม. สามารถคัดกรองภาวะสมองเสื่อมมีความแม่นยำและถูกต้องมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Alinaitwe และคณะ¹⁵ ที่พบว่าหลังการฝึกอบรม อสม. สามารถระบุผู้ที่มีความบกพร่องทางการรู้คิดได้แม่นยำสูงถึงร้อยละ 96.4 เมื่อเทียบกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งนี้การที่ อสม. ในอำเภอบ้านม่วง มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น สนับสนุนการศึกษาของ Masoud และคณะ¹⁶ ซึ่งพบว่าโปรแกรมการฝึกอบรมช่วยเพิ่มคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการโรคสมองเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญ ด้านทัศนคติและการลดอุปสรรค จากการศึกษาของ Karungi และคณะ¹⁴ ที่พบว่าการฝึกอบรมช่วยให้ อสม. เข้าใจโรคพื้นฐานและรู้สึกพึงพอใจในการทำงานร่วมกับผู้ป่วยมากขึ้น แม้จะยังมีอุปสรรคเรื่องความเชื่อทางไสยศาสตร์ในบางพื้นที่ก็ตาม

การประยุกต์ใช้แนวคิด self-efficacy ของอัลเบิร์ต แบนดูรา²⁷ เป็นฐานรากสำคัญในการขับเคลื่อนโปรแกรม ความสำเร็จของโปรแกรมนี้นี้เกิดจากการใช้แหล่งสนับสนุน 4 ประการ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาศักยภาพด้านการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ซึ่งประกอบด้วย ประสบการณ์ที่สำเร็จโดยการฝึกใช้ นวัตกรรมแผ่นช่วยจำ ร่วมกับการลงพื้นที่จริงช่วยสะสมการรับรู้ความสามารถ จนเกิดความชำนาญและลดความกังวลการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ การเห็นเพื่อน อสม. คัดกรองสำเร็จ ช่วยสร้างทัศนคติเชิงบวกว่างานนี้สามารถทำได้จริง ร่วมกับการเสริมแรงด้วยวาจา คำแนะนำและแรงใจช่วยเพิ่มความพยายามและความอดทนในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า การปรับสภาวะอารมณ์โดยบรรยากาศที่ผ่อนคลายช่วยลดความกลัวและวิตกกังวลต่อเครื่องมือคัดกรอง ทำให้เปิดรับการพัฒนาศักยภาพได้อย่างเต็มที่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง คือแรงผลักดันสำคัญที่ทำให้ อสม. มั่นใจในการเป็นด่านแรกของการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมอย่างแม่นยำ โดยมีนวัตกรรมและระบบสนับสนุนเป็นเครื่องมือช่วยรักษาความเชื่อมั่นนี้ให้ยั่งยืนในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อมั่นในตนเองส่งผลเชิงบวกต่อการเพิ่มขึ้นของทักษะการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญ¹⁸⁻¹⁹ ทั้งนี้ จุดที่สร้างความแตกต่างให้กับงานวิจัยชิ้นนี้ คือ การนำ “นวัตกรรมแผ่นช่วยจำ” และ “บัญชีทางการไลน์” เข้ามาเป็นเครื่องมือเสริมในกระบวนการสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (mastery experience) และการใช้ตัวแบบเชิงสัญลักษณ์ (symbolic modeling) ซึ่งแตกต่างจากรูปแบบเดิมที่เน้นการฝึกอบรมในห้องเรียนเป็นหลัก¹⁴ การใช้สื่อดิจิทัลนี้ช่วยปิดช่องว่างความคลาดเคลื่อนในการแปลผลแบบทดสอบ Mini-Cog และตอบสนองต่อข้อจำกัดด้านทรัพยากรสนับสนุนที่ Alinaitwe และคณะ¹⁵ ได้ตั้งข้อสังเกตไว้ในบริบทชุมชน

แม้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะสอดคล้องกับงานวิจัยตามที่กล่าวมาข้างต้น ในแง่ของการใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเพื่อพัฒนาสมรรถนะของ อสม. แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่างานวิจัยนี้มีความต่างเชิงกลยุทธ์ในการดำเนินการที่สำคัญ 3 ด้าน คือ 1) การแก้ปัญหาคความคลาดเคลื่อนเฉพาะด้าน จากการศึกษาของพนมกร อินทนนท์¹⁹ มีจุดเน้นตรงการเพิ่มสมรรถนะการดูแลโดยภาพรวมหรืองานคัดกรองทั่วไป แต่งานวิจัยนี้มุ่งไปที่การแก้ปัญหาคความคลาดเคลื่อนในการแปลผลเครื่องมือ Mini-Cog ซึ่งเป็นจุดวิกฤต (pain point) ในระบบ “SMART อสม.” โดยการใช้ “นวัตกรรมแผ่นช่วยจำ” เข้ามาเสริมกระบวนการสร้างความสำเร็จ (mastery experience) ซึ่งเป็นการแปลงทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติที่จำเพาะต่อปัญหาเชิงระบบมากกว่าการอบรมทักษะพื้นฐานทั่วไป 2) การบูรณาการสื่อดิจิทัลในฐานะตัวแบบเชิงสัญลักษณ์ จากการศึกษาของชลธร มงคลศรี และคณะ¹⁸ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์เป็นหลักในการส่งเสริม

สมรรถนะ แต่การวิจัยครั้งนี้ได้ก้าวข้ามไปสู่การใช้ “นวัตกรรมแผ่นช่วยจำ” ร่วมกับ บัญชีทางการไลน์ “สมองดี ไม่มีลืม” ซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวแทนเชิงสัญลักษณ์ที่ อสม. สามารถเข้าถึงได้ซ้ำแบบ real-time แตกต่างจากการใช้คู่มือหรือการอบรมแบบดั้งเดิมในงานวิจัยที่ผ่านมา ทำให้การสร้างเชื่อมั่นไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะช่วงเวลาอบรม แต่เป็นการสร้างแหล่งสนับสนุนทางปัญญาที่ติดตัว อสม. ไปในพื้นที่จริง 3) บริบทของการสร้างแรงจูงใจและการควบคุมอารมณ์ การศึกษาที่ผ่านมาเน้นที่กระบวนการกลุ่ม¹⁸ แต่งานวิจัยนี้ให้ความสำคัญกับการลดความประหม่าและความเครียดในการใช้เทคโนโลยีผ่านตัวกลางที่ทำหน้าที่เชื่อมต่อที่คุ้นเคย (LINE application) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเป็นปัจจัยทำนายสมรรถนะที่สำคัญ ($\beta = 0.27 \text{ } p \leq 0.001$)²⁵ การวิจัยครั้งนี้ จึงเป็นการพิสูจน์ว่าการประยุกต์ใช้แนวคิด self-efficacy ในยุคดิจิทัลต้องคำนึงถึงความสะดวกในการเข้าถึงเทคโนโลยีควบคู่ไปกับกระบวนการทางจิตวิทยา

อย่างไรก็ตาม แม้จะใช้ฐานทฤษฎีเดียวกัน แต่การเลือกใช้เครื่องมือเชิงนวัตกรรมที่สอดคล้องกับปัญหาจริงในพื้นที่ ทำให้งานวิจัยนี้สามารถปิดช่องว่างความคลาดเคลื่อนในการคัดกรองได้แม่นยำกว่าการพัฒนาสมรรถนะในมิติกว้างเพียงอย่างเดียว ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในอนาคต ควรบูรณาการ “ทฤษฎี นวัตกรรม และนโยบายดิจิทัล” เข้าด้วยกัน เพื่อสร้างสมรรถนะที่จับต้องได้และลดข้อผิดพลาดในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างยั่งยืน ทั้งนี้แม้ว่าโปรแกรมจะประสบความสำเร็จในระยะสั้น แต่จากการวิเคราะห์แล้ว ยังพบว่าข้อจำกัดเชิงบริบทที่ส่งผลต่อความยั่งยืนของโปรแกรม ซึ่งงานวิจัยนี้เน้นเพียงสมรรถนะรายบุคคล แต่ยังขาดการพิจารณา การเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม และ บรรยากาศองค์กร ซึ่งเป็นปัจจัยทำนายสำคัญ ($\beta = 0.24 \text{ } p \leq 0.001$)²⁵ หากขาดการสนับสนุนเชิงนโยบายอาจส่งผลการคงอยู่ของทักษะและการรับรู้ความสามารถของ อสม. นอกจากนี้ ความเชื่อท้องถิ่นบางประการที่ทับซ้อนกับอาการสมองเสื่อม¹⁴ ยังเป็นตัวแปรแทรกซ้อนที่ต้องแก้ไขด้วยการเรียนรู้เชิงวัฒนธรรมเพื่อเพิ่มความแม่นยำในการคัดกรอง

ข้อจำกัดในการวิจัย

ระยะเวลาในการศึกษาที่ค่อนข้างจำกัดซึ่งอาจไม่สะท้อนความยั่งยืนของผลการศึกษาในระยะยาว นอกจากนี้ ขอบเขตการวิจัยยังไม่ได้ครอบคลุมตัวแปรด้านทัศนคติ และผลการวิจัยอาจมีข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงหรือประยุกต์ใช้ในบริบทพื้นที่ที่มีลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการบูรณาการกับแผนการฝึกอบรมประจำปีของ อสม. ร่วมกับสนับสนุนให้ อสม. ใช้นวัตกรรมแผ่นช่วยจำและสื่อวีดิทัศน์ผ่านช่องทางไลน์ เพื่อให้สามารถทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเองทุกที่ทุกเวลา ลดปัญหาความไม่มั่นใจในการแปลผล รวมถึงพัฒนาระบบฐานข้อมูลการคัดกรองให้เป็นรูปแบบการติดตามภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ผู้สูงอายุปกติ เริ่มมีอาการผิดปกติจนกระทั่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม เพื่อให้เกิดระบบติดตามและส่งต่อข้อมูลที่มีประสิทธิภาพระหว่างชุมชนกับโรงพยาบาล

2. ด้านนโยบาย การสะท้อนปัญหาไปยังภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เห็นความสำคัญและสนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอ สำหรับกิจกรรมการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมอย่างเป็นระบบ ผนวกโปรแกรมนี้เข้ากับระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับปฐมภูมิ เพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งของการบริการสุขภาพพื้นฐานในชุมชน

3. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาวในระยะ 6 เดือน หรือ 1 ปีก่อนวงจรรอบการประเมินในปีถัดมา เพื่อดูว่า อสม. ยังคงรักษาทักษะการคัดกรองและยังรับรู้ความสามารถของตนด้านการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมไว้นานเพียงใดหลังจากจบโปรแกรมไปแล้ว ร่วมกับการประเมินทักษะการคัดกรองโดยใช้แบบสังเกตการณ์ร่วมด้วยเพื่อให้สามารถประเมินด้านทักษะได้ครอบคลุมมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เพราะได้รับความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มตัวอย่าง อสม. และผู้สูงอายุอำเภอบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต รพ.สต. หนองกุ่ม และ รพ.สต. โคกสง่า ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย ตลอดจนอาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้คำแนะนำและแนวทางแก้ไขรวมทั้งแหล่งสนับสนุนทุนจากโครงการการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับคนวัยแรงงาน ทุกช่วงวัย ภายใต้งบประมาณสนับสนุนจากทุนสนับสนุนมูลฐาน Fundamental Fund : FF ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น จากกองทุนส่งเสริม ววน. และทุนสนับสนุนการสร้างนวัตกรรม/สิ่งประดิษฐ์ทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

References

1. Gauthier S, Webster C, Servaes S, Morais JA, Rosa-Neto P. World Alzheimer Report 2022: life after diagnosis: navigating treatment, care and support. London: Alzheimer's Disease International; 2022.
2. Lertkratoke S, Kerdmongkol P, Nanthamongkolchai S, Amnatsatsue K. Effectiveness of Thai integrated care program for older adults with dementia in the community: a quasi-experimental study. Pacific Rim Int J Nurs Res 2021;25(4):510-24. (in Thai)
3. Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services. Guideline for the treatment of geriatric syndromes. 4th ed. Nonthaburi: Is August; 2018. (in Thai)
4. Neurological Institute, Department of medical services. clinical practice guideline for dementia. Bangkok: Thanapress; 2021. (in Thai)
5. Kulkantrakorn K. Dementia and alzheimer's disease. Thammasat Med J 2018;18(3):442-68. (in Thai)
6. Chaowilai C, Poolsri W, Tanpanich T. Guidelines for protecting the elderly from dementia. J Community Public Health Acad 2022;8(2):8-15. (in Thai)
7. The Alzheimer's Association. More than normal aging: understanding mild cognitive impairment [Internet]. 2022 [cited 2024 Aug 20]. Available from: https://www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-dementia/related_conditions/mild-cognitive-impairment
8. Khuha O. Hand Book of cognitive training in older persons with mild cognitive impairment for health care personnel. 2nd ed. Nonthaburi: Sintavee Printing; 2020. (in Thai)

9. Somdet Phra Sangkharaj Yannasangvorn Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Handbook of cognitive training in older persons with mild cognitive impairment for health care personnel. Nonthaburi: Sintavee Printing; 2020. (in Thai)
10. Somdet Phra Sangkharaj Yannasangvorn Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services. Manual and guideline for the operation of quality geriatric clinics and key issues in geriatric medicine in the outpatient department. Nonthaburi: CG Tool; 2022. (in Thai)
11. Somdet Phra Sangkharaj Yannasangvorn Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services. Manual for comprehensive dementia care management for volunteer caregivers in the community. Bangkok: Sintavee Printing; 2020. (in Thai)
12. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Manual for training course staff: smart village health volunteer (vhv) and family doctor vhw, fiscal year 2022 [Internet]. Nonthaburi: Department of Health Service Support, Ministry of Public Health; 2022 [cited 2024 Aug 11]. p. 1–110. Available from: https://hss.moph.go.th/HssDepartment/file_reference/202204252089496483.pdf (in Thai)
13. Alam RB, Ashrafi SA, Pionke JJ, Schwingel A. Role of Community Health Workers in Addressing Dementia: a scoping review and global perspective. *Journal of Applied Gerontology* 2021 Dec 1;40(12):1881-92.
14. Karungi CK, Wakida EK, Rukundo GZ, Talib ZM, Haberer JE, Obua C. Lay health workers in community-based care and management of dementia: a qualitative “pre” and “post” intervention study in southwestern Uganda. *Biomed Res Int* 2022;2022:9443229. doi:10.1155/2022/9443229.
15. Alinaitwe R, Musisi S, Mukunya D, Wibabara Y, Mutamba BB, Nakasujja N. Feasibility of screening for cognitive impairment among older persons and referral by community health workers in Wakiso district, Uganda. *BMC Psychiatry* 2023;23(1):1-10.
16. Masoud SS, Escareño JT, Flores B, Lesser J, Choi BY, White CL. Project ECHO Brain Health: assessing the impact of a pilot program to promote self-efficacy among community health workers. *Fam Community Health* 2024 Jul-Sep;47(3):191-201. doi:10.1097/FCH.0000000000000404.
17. Chompoopan W, Chompoopan W, Seedaket S, Nitkhamhan B, Yomseeken J, Khonroochinnapong K, et al. Effects of village health volunteers competency development program on management skills, critical thinking skills and communication skills. *Journal of Health Science Research* 2022;16(3):39-50. (in Thai)
18. Mongkonsri C, Subindee S, Kumniyom N. Effects of the competency promotion program on dementia prevention competency for community-dwelling older people among village health volunteers. *Journal of Medicine and Health Sciences* 2024;31(2):29-45. (in Thai)

19. Inthanon P. Effects of a competency enhancement program for village health volunteers on caregiving behaviors for older adults at risk of dementia in Kantralom Subdistrict, Khukhan District, Sisaket Province *Sisaket Res Dev Health J* 2023;2(Extra):102-14. (in Thai)
20. Tangpanithandee W, Deepradit S, Wongsrida P, Sakunhongsophon S. Impacts of public health volunteers' competency development programme 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(1):46–60. (in Thai)
21. Magteppong W, Triamlumlerd S, Kongsuwan P. The Development the mobile application for assessment dementia and educating for prevention and caring dementia patients. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2022;15(3):87-103. (in Thai)
22. Huggins M, Puurveen G, Pesut B, Rush K, McArthur C. Competency development for a volunteer navigation program to support caregivers of people living with dementia: a modified e-Delphi method. *Dementia* 2024;23(1):69–90.
23. Niyomvech P, Wongsawang N. The study of competencies in community health management among village health volunteers in Samut Songkhram District, Samut Songkhram Province. *The Academic and Nursing Journal of Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj* 2024;4(1):E001189. (in Thai)
24. Haekham N, Lawang W, Rattanagreethakul S. Factors related to care readiness for persons with dementia among village health volunteers. *Journal of Nursing and Education* 2020;13(4):1-17. (in Thai)
25. Leecharoen P, Aramrom Y, Warahat J, Sangkapinyo N, Wadpet L. Factors predicting dementia care competency among village health volunteers of an urban primary care unit, Songkhla province. *Journal of Boromrajonani College of Nursing, Surin* 2023;13(2):115–31. (in Thai)
26. Kongbun C. The factors affecting on competency standard village health volunteers (VHVs) Nakhon Phanom Province. *Journal of Research and Health Innovative Development* 2023;4(1):139-49. (in Thai)
27. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977;84(2):191-215.
28. Division of Community Health Support. Report on the number of village health volunteers (VHVs) by sub-district, Sakon Nakhon province [Internet]. 2024 [cited 2024 Aug 29]. Available from: <https://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/Report/OSMRP000S8.php> (in Thai)
29. Grove SK, Burns N, Gray JR. *The Practice of nursing research appraisal, synthesis, and generation of evidence*. 7th ed. St. Louis: Elsevier Saunders; 2013.
30. Chanabun S. *Research methodology [lecture notes]*. Khon Kaen: Faculty of Nursing, Khon Kaen University; 2021. (in Thai)