

ประสบการณ์และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการชะลอการรู้คิดถดถอยในผู้สูงอายุ
โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน จังหวัดอุดรธานี:
การศึกษาเชิงคุณภาพแบบพหุมุมมอง

Experiences and Needs in Developing a Family- and Community-Based Model
for Delaying Cognitive Decline Among Older Adults in Uttaradit Province,
Thailand: A Multi-Perspective Qualitative Study

ไพฑูรย์ มาพิว (Paitoon Mapiw)¹

รพีแพทย์ ประสิทธิ์ราพันธ์ (Raphiphaet Prasitnarapun)^{1*}

สิตานันท์ ศรีใจวงศ์ (Sitanan Srijaiwong)¹

สุกัญญา ม่วงเลี้ยง (Sukanya Muangliang)¹

ประการ เข้มแข็ง (Prakarn Khemkhaeng)²

ชนาพร ชุมภูกา (Chanaporn Chumpuka)³

Corresponding author E-mail: boonrid@unc.ac.th *

(Received: March 10, 2026; Revised: June 19, 2026;

Accepted: June 30, 2026)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการชะลอการรู้คิดถดถอยในผู้สูงอายุ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ผ่านมุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายกลุ่มใน จังหวัดอุดรธานี คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักโดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ ญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว บุคลากรด้านสุขภาพ บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมจำนวนทั้งสิ้น 70 คน รวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกต ตั้งแต่เดือนมีนาคม-ตุลาคม 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณหาค่า IOC รายข้อ ระหว่าง .60-1.00 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

Uttaradit Provincial Public Health Office

3 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่ล้อม

Phai Lom Health Promoting Hospital

ผลการศึกษาข้อค้นพบสำคัญ 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ครอบครัวและชุมชนมองว่าอาการเริ่มต้นของการรู้คิดถดถอย เช่น หลงลืม ถามคำถามซ้ำ ๆ และอารมณ์แปรปรวน เป็นเรื่องปกติของความชรา ทำให้มองข้ามสัญญาณเตือนเหล่านี้และส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าสู่การคัดกรองและการดูแลล่าช้ากว่าที่ควร 2) การคัดกรองสุขภาพสมองผ่านแอปพลิเคชัน Smart อสม. ยังไม่ถูกนำไปใช้ต่อในระดับครอบครัว กล่าวคือ หลังจากคัดกรองแล้วข้อมูลเพียงถูกบันทึกไว้เพื่อรายงานผลงานเชิงนโยบาย แต่ไม่ได้ถูกส่งกลับไปให้ครอบครัวผู้ดูแลนำไปวางแผนดูแลผู้สูงอายุแต่ละคนอย่างเหมาะสม และ 3) ครอบครัวและชุมชนต้องการให้การชะลอการรู้คิดถดถอยเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันไม่ใช่กิจกรรมที่แยกออกไปต่างหาก โดยอยากให้นำงานอาชีพและวัฒนธรรมที่ผู้สูงอายุคุ้นเคยอยู่แล้ว เช่น งานจักสาน งานเกษตร และการร่ำวง มาใช้กระตุ้นความคิดความจำ เพราะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าและยังมองว่าเป็นผู้ช่วย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการชะลอการรู้คิดถดถอยในพื้นที่ควรปรับเปลี่ยนจากการคัดกรองเชิงปริมาณไปสู่ระบบการจัดการรายกรณีที่มีการส่งต่อข้อมูลจากการคัดกรองสู่แผนการดูแลรายบุคคลในครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรม ควบคู่กับการบูรณาการกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดเข้ากับงานอาชีพและวัฒนธรรมท้องถิ่นที่ผู้สูงอายุคุ้นเคย โดยอาศัยทุนทางสังคมของครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในการดำเนินงานอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การรู้คิดถดถอย, การชะลอการรู้คิดถดถอย, ผู้สูงอายุ, ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน, การศึกษาเชิงคุณภาพ

ABSTRACT

This qualitative study aimed to explore the experiences and needs regarding the development of a family- and community-based model for delaying cognitive decline among older adults, through the perspectives of multiple stakeholder groups in Uttaradit Province, Thailand. Key informants were purposively selected based on pre-defined criteria, comprising older adults who were members of senior citizen schools, family caregivers, healthcare professionals, local government organization personnel, the officer responsible for older adult affairs at the Provincial Office of Social Development and Human Security, and the officer responsible for older adult affairs at the Provincial Public Health Office, yielding a total of 70 participants. Data were collected from March to October 2025 through in-depth interviews, focus group discussions, and observations. The research instrument was a question guide for in-depth interviews and focus group discussions, developed by the researcher and validated

for content validity by experts, yielding an Item-Objective Congruence (IOC) index ranging from .60 to 1.00. Data were analyzed using content analysis.

Three key findings emerged. First, families and communities perceived early signs of cognitive decline such as forgetfulness, repetitive questioning, and emotional changes as a normal part of aging, leading them to overlook these warning signs and resulting in delayed screening and care. Second, cognitive screening conducted through the Smart VHV (Village Health Volunteer) mobile application was not subsequently utilized at the family level; screening results were merely recorded for policy reporting purposes rather than being communicated back to family caregivers to inform individualized care planning. Third, families and communities expressed a desire for cognitive-decline interventions to be embedded within daily life rather than delivered as separate, standalone activities, favoring the integration of cognitive stimulation into familiar occupational and cultural practices such as basket weaving, farming, and traditional folk dance as a means of preserving older adults' sense of self-worth and avoiding the stigma of being labeled as patients.

These findings suggest that models for delaying cognitive decline in this context should shift from quantity-based screening toward a case management approach that concretely links screening data to individualized family-level care plans, while integrating cognitive stimulation with local occupational and cultural practices familiar to older adults. Such an approach should be grounded in the social capital of families and communities to ensure long-term sustainability.

Keywords: Cognitive Decline, Delaying Cognitive Decline, Older Adults,
Family- and Community-Based, Qualitative Study

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลกได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) โดยองค์การสหประชาชาติรายงานว่าสัดส่วนประชากรโลกที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.5 ในปี ค.ศ. 1974 เป็นร้อยละ 10.3 ในปี ค.ศ. 2024 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าหรือร้อยละ 20.7 ภายในปี ค.ศ. 2074 (United Nations, 2024) เช่นเดียวกับประเทศไทยที่มีแนวโน้มเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่าง

รวดเร็ว โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2569 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 21.99 ของประชากรทั้งหมด (Department of Older Persons, 2026) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะปัญหาภาวะการรู้คิดถดถอยและภาวะสมองเสื่อมที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนประชากรสูงอายุทั่วโลก องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นจากประมาณ 55 ล้านคนในปัจจุบันเป็น 139 ล้านคนภายในปี ค.ศ. 2050 โดยมีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นประมาณทุก 3 วินาที (World Health Organization [WHO], 2021) สำหรับประเทศไทยมีรายงานว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีจำนวนกว่า 770,000 คน หรือคิดเป็นความชุกประมาณร้อยละ 6.17 ของประชากรสูงอายุ (Harnsomskul & Jayathavaj, 2024) นอกจากนี้กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment: MCI) ซึ่งถือเป็นระยะเสี่ยงก่อนเกิดภาวะสมองเสื่อม ยังมีอัตราการเปลี่ยนผ่านไปสู่ภาวะสมองเสื่อมสูงถึงร้อยละ 20 ภายในระยะเวลา 3 ปี (Chiracharasporn & Tangwongchai, 2025) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นของการค้นหาและจัดการปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เพื่อชะลอการเสื่อมของสมรรถภาพสมองและลดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ

ภาวะการรู้คิดถดถอย (Cognitive Decline) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของการทำงานทางสมองตามวัย โดยผู้สูงอายุอาจรับรู้ถึงความสามารถด้านความจำ การคิด หรือการประมวลผลลดลงจากเดิม (Chiracharasporn & Tangwongchai, 2025; Jost & Kujach, 2025) หากไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม ภาวะดังกล่าวอาจพัฒนาไปสู่ภาวะ MCI และภาวะสมองเสื่อมในที่สุด ทั้งนี้หลักฐานเชิงประจักษ์จากการศึกษาในผู้สูงอายุไทยชี้ให้เห็นว่าปัจจัยด้านสุขภาพและพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะ MCI อย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่าภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะ MCI ได้ถึง 3.4 เท่า และภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน (BMI มากกว่า 25) เพิ่มความเสี่ยงประมาณ 3 เท่า (Lumveeraprasert, Moolphate, & Jaitae, 2025) ขณะที่การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำก็มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเกิดภาวะ MCI เช่นกัน (Praison & Chuajedton, 2017) ดังนั้นการป้องกันและชะลอภาวะสมองเสื่อมจึงจำเป็นต้องอาศัยแนวทางที่ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ พฤติกรรม สังคม และสิ่งแวดล้อม

แม้ว่าปัจจุบันจะมีการพัฒนาแนวทางคัดกรองและการแทรกแซงเพื่อชะลอความเสื่อมของสมอง โดยเฉพาะแนวทางทางชีวการแพทย์ (Biomedical interventions) แต่การดำเนินงานส่วนใหญ่ยังคงอยู่ภายใต้กรอบมุมมองของผู้ให้บริการสุขภาพ (Health provider perspective) ซึ่งมุ่งเน้นผลลัพธ์ทางคลินิกและตัวชี้วัดของระบบบริการเป็นหลัก ส่งผลให้การดูแลบางส่วนมีลักษณะแยกส่วน (Fragmented care) และอาจไม่ครอบคลุมประสบการณ์ชีวิตจริง (Lived experience) ความต้องการ และบริบททางสังคมของผู้สูงอายุ และครอบครัว (Henderson, Martin, Patnode, & Henrikson, 2023) ขณะที่ Levy et al. (2022) เสนอว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ MCI ควรมุ่งเน้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ความสามารถในการดำรงชีวิต และการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้ มากกว่าการมุ่งประเมินเพียงระดับคะแนน

สมรรถภาพสมอง นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนถือเป็นกลไกสำคัญ เนื่องจากเป็นหน่วยทางสังคมที่ใกล้ชิดและมีบทบาทต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

สำหรับบริบทประเทศไทยโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทปัญหาการรู้คิดถดถอยและภาวะสมองเสื่อมมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่ซับซ้อน การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุชุมชนชนบทจังหวัดเชียงใหม่พบว่าความชุกของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) สูงถึงร้อยละ 35.6 ซึ่งสะท้อนว่าปัญหานี้แพร่หลายในระดับที่น่ากังวลแม้ในพื้นที่ที่มีทรัพยากรสุขภาพจำกัด (Kitro et al., 2024) โดยการศึกษาเดียวกันยังพบว่าภาวะเปราะบาง (Frailty) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะ MCI ในผู้สูงอายุชนบท ซึ่งให้เห็นว่าสภาวะทางกายที่เสื่อมถอยและการรู้คิดถดถอยมีความเชื่อมโยงกันอย่างใกล้ชิดในบริบทชุมชน (Kitro et al., 2024) นอกจากนี้ปัจจัยทางสังคมที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะดังกล่าว ได้แก่ ระดับการศึกษาต่ำ การอยู่อาศัยเพียงลำพัง และการขาดกิจกรรมทางสังคม (Saipanya, 2022) ขณะที่อายุที่เพิ่มขึ้นก็เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญเช่นกัน โดยพบว่าผู้สูงอายุช่วงอายุ 75–79 ปี มีความเสี่ยงต่อ MCI สูงกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่าถึง 9 เท่า (Lumveeraprasert et al., 2025) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนว่าการจัดการปัญหาภาวะสมองเสื่อมไม่ควรจำกัดอยู่เฉพาะระบบบริการสุขภาพ แต่จำเป็นต้องพัฒนารูปแบบที่เชื่อมโยงกับวิถีชีวิต ครอบครัว และศักยภาพของชุมชน อย่างไรก็ตามการจะบรรลุเป้าหมายดังกล่าวยังคงเผชิญกับอุปสรรคสำคัญทางสังคม ดังเช่นที่ Bian et al. (2025) พบว่าการมองภาวะสมองเสื่อมเป็นเรื่องน่าอายหรือผิดปกติร้ายแรง (Stigma) กลายเป็นกำแพงที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่กล้าเข้าสู่กระบวนการดูแลหรือฟื้นฟูสมองตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างสำคัญในการเข้าถึงมุมมองของผู้สูงอายุและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับครอบครัวและชุมชนสู่การจัดการปัญหาดังกล่าวอย่างแท้จริงและยั่งยืน

จังหวัดอุดรธานีเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีสัดส่วนประชากรสูงอายุสูง โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณร้อยละ 27.30 และเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Department of Older Persons, 2026) โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุตอนกลางและตอนปลายซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด MCI และภาวะสมองเสื่อม แม้พื้นที่ดังกล่าวจะมีการพัฒนาระบบสนับสนุน เช่น คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน และการนำนวัตกรรมดิจิทัลมาใช้ติดตามผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Pornudomthap, Somthawinpongsai, & Piphitpakdee, 2022) แต่การดำเนินงานส่วนใหญ่ยังคงขับเคลื่อนจากระบบบริการสุขภาพเป็นหลัก และยังมีข้อจำกัดในการนำมุมมองประสบการณ์ และความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และชุมชนมาใช้ในการออกแบบระบบดูแลอย่างเป็นรูปธรรมทั้งนี้ Henderson et al. (2023) ได้สังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพระดับนานาชาติและพบว่าประสบการณ์ของผู้ป่วยและผู้ดูแลในกระบวนการคัดกรองและวินิจฉัยมักถูกมองข้ามจากระบบสุขภาพที่ขับเคลื่อนโดยบุคลากรทางการแพทย์เป็นหลัก ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ในจังหวัดอุดรธานีที่ยังขาดการดึงมุมมองของครอบครัวและชุมชนเข้าสู่กระบวนการออกแบบการดูแลอย่างเป็นระบบ

ดังนั้น การขาดความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ การรับรู้ การปรับตัว และเงื่อนไขทางสังคมที่มีผลต่อการป้องกันและชะลอภาวะสมองเสื่อมในบริบทชุมชน โดยเฉพาะจากมุมมองของผู้สูงอายุ ครอบครัว และภาคีชุมชน การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์ดังกล่าว และสังเคราะห์องค์ประกอบที่จำเป็นสำหรับการพัฒนารูปแบบการดูแลโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน (Family and Community-Based Care Model) เพื่อส่งเสริมการป้องกันและชะลอการเสื่อมของสมองในผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี อันจะนำไปสู่ระบบการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และมีความยั่งยืนในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการชะลอการรู้คิดถดถอยในผู้สูงอายุ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ผ่านมุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายกลุ่มในจังหวัดอุดรธานี

คำถามการวิจัย

1. ผู้สูงอายุ ญาติหรือผู้ดูแล บุคลากรด้านสุขภาพ และบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีประสบการณ์เกี่ยวกับการรู้คิดถดถอยและการชะลอการรู้คิดถดถอยในผู้สูงอายุอย่างไร
2. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการชะลอการรู้คิดถดถอยโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในจังหวัดอุดรธานีมีอะไรบ้าง
3. ความต้องการในการพัฒนารูปแบบการชะลอการรู้คิดถดถอยในผู้สูงอายุโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในจังหวัดอุดรธานีคืออะไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Descriptive Qualitative Research) โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดพหุมุมมอง (Multi-perspective Framework) (Larkin et al., 2019) เป็นหลักในการออกแบบกระบวนการเก็บข้อมูล โดยครอบคลุมมุมมองจาก 5 กลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลในครอบครัว บุคลากรสุขภาพในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้รับผิดชอบนโยบายระดับจังหวัด เพื่อให้ได้ภาพรวมของปรากฏการณ์ที่ครบถ้วนและสามารถสะท้อนช่องว่างระหว่างระดับนโยบาย การปฏิบัติ และประสบการณ์จริง (Lived Experience) ในบริบทชุมชนชนบทจังหวัดอุดรธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการชะลอการรู้คิดถดถอยในผู้สูงอายุโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานผ่านมุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายกลุ่มในจังหวัดอุดรดิตถ์ และเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์และตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา มีรายละเอียดแต่ละขั้นตอน ดังต่อไปนี้

พื้นที่และเกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่

การวิจัยนี้ดำเนินการในพื้นที่โรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ 2 แห่งในจังหวัดอุดรดิตถ์ ได้แก่ โรงเรียนประชารัฐร่วมใจห่วงใยผู้สูงอายุ ตำบลน้ำหมัน อำเภอกำแพงแสน และโรงเรียนผู้สูงอายุองค์การบริหารส่วนตำบลแม่พูล อำเภอลับแล การคัดเลือกพื้นที่ดังกล่าวเป็นการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) โดยพิจารณาจากเกณฑ์ 3 ประการ ได้แก่ 1) ความเป็นพื้นที่ที่มีโรงเรียนผู้สูงอายุที่ดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม 2) การมีบริบทสังคมชนบทที่สะท้อนลักษณะของจังหวัดอุดรดิตถ์ในภาพรวม และ 3) การมีเครือข่ายบุคลากรสุขภาพในชุมชนที่พร้อมให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล (Key informant)

ผู้ให้ข้อมูล (Key informant) ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่รับรู้ถึงความสามารถทางสมองของตนเองลดลงจากเดิมหรือการรู้คิดถดถอย หรือผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดถดถอย ตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดอุดรดิตถ์ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคำนึงถึงความหลากหลายของมุมมอง (Multi-perspective) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมปรากฏการณ์การชะลอการรู้คิดถดถอยในบริบทชุมชน ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การตัดสินจุดอิ่มตัวของข้อมูลโดยอาศัยกระบวนการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ (1) หลังการสัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่มแต่ละครั้ง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยร่วมกันทบทวนรหัสและประเด็นใหม่ที่ปรากฏขึ้นทันทีหลังเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูล (2) เมื่อไม่พบรหัสหรือประเด็นใหม่ติดต่อกัน 3 ครั้ง ผู้วิจัยทั้งทีมร่วมกันยืนยันการตัดสินผ่านการอภิปราย (Investigator Triangulation) และ (3) ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพภายนอกทีมให้ความเห็นยืนยันความครบถ้วนของข้อมูลก่อนสรุปว่าถึงจุดอิ่มตัว กระบวนการดังกล่าวช่วยให้การตัดสินมีความโปร่งใสและตรวจสอบได้ (Saunders et al., 2018) ซึ่งรวมจำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งสิ้น 70 คน ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของโรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษา จำนวน 24 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) คือ มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 ปี มีความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เป็นอย่างดี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมระยะรุนแรง หรือมีปัญหาด้านการสื่อสารอย่างมีนัยสำคัญ

กลุ่มที่ 2 คือ ญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 24 คน โดยคัดเลือกจากบุคคลที่อาศัยร่วมบ้านหรืออยู่ใกล้ชิดและมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดถดถอยในชีวิตประจำวันโดยตรงโดยไม่จำเป็นต้องเป็นญาติของผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 1 เสมอไป แต่ต้องมีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่ศึกษาอย่างน้อย 6 เดือน

กลุ่มที่ 3 คือ บุคลากรด้านสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 16 คน ประกอบด้วย พยาบาลชุมชนที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 12 คน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2 คน

กลุ่มที่ 4 คือ บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน

กลุ่มที่ 5 คือ ผู้รับผิดชอบการดำเนินงานนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระดับจังหวัด จำนวน 4 คน ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 2 คน และเจ้าหน้าที่กลุ่มพัฒนาสังคมและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการทำวิจัย ซึ่งมีเตรียมความพร้อมก่อนการดำเนินการวิจัยโดยผ่านการฝึกอบรมเทคนิคการวิจัยเชิงคุณภาพและเตรียมความพร้อมด้านเนื้อหาโดยการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับสถานการณ์ ประสบการณ์ และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการชะลอการรู้คิดถดถอยในผู้สูงอายุโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานเป็นอย่างดี

2. แนวคำถามการสนทนากลุ่มหรือสัมภาษณ์ (question guide for focus group discussion or in-depth interview) โดยตั้งประเด็นคำถามหลักในการวิจัยเพื่อให้ได้คำตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย มีประเด็นคำถามหลัก 6 ประเด็น ได้แก่ 1) สถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นจากผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดถดถอยของผู้สูงอายุในปัจจุบันเป็นอย่างไร 2) รูปแบบการชะลอการรู้คิดถดถอยในปัจจุบันมีอะไรบ้าง และเป็นอย่างไร 3) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการชะลอหรือป้องกันการรู้คิดถดถอยมีอะไรบ้าง และเป็นอย่างไร 4) นโยบายและแผนงานเกี่ยวกับการดำเนินการชะลอหรือป้องกันการรู้คิดถดถอยชัดเจนหรือไม่ อย่างไร 5) ความต้องการในการพัฒนารูปแบบการชะลอการรู้คิดถดถอย มีอะไรบ้าง และควรเป็นอย่างไร และ 6) ข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการชะลอหรือป้องกันการรู้คิดถดถอย มีอะไรบ้าง และควรเป็นอย่างไร

3. เครื่องบันทึกเสียง โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงแก่ผู้ให้ข้อมูลทุกรายล่วงหน้าเกี่ยวกับการบันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม พร้อมขอความยินยอมอย่างชัดเจนก่อนเริ่มบันทึกทุกครั้ง ทั้งในรูปแบบลาย

ลักษณะอักษรในแบบฟอร์มยินยอม และการยืนยันด้วยวาจาอีกครั้งในวันเก็บข้อมูลจริง กรณีที่ผู้ให้ข้อมูลรายใด ไม่ยินยอมให้บันทึกเสียง ผู้ช่วยวิจัยจะจดบันทึกด้วยลายมือแทนโดยไม่มีการกีดกันหรือบังคับใด ๆ

4. แบบบันทึกการถอดความให้สัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่ม
5. แบบบันทึกการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ที่สร้างขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิวิจัยด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย 1) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน 2) อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การพยาบาลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อม 1 ท่าน 3) อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน 4) พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 1 ท่าน และ 5) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชและระบบประสาท 1 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมของข้อคำถาม ทั้งการใช้ภาษาและลำดับคำถามและคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Indexes of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC รายข้อคำถาม ระหว่าง .60-1.00 พร้อมนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้เกิดความชัดเจนด้านภาษาและเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้จริงในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี COA No.111/2567 UPHO REC No. 109/2567 วันที่รับรอง 25 ธันวาคม 2567 ผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัดตลอดกระบวนการวิจัย ได้แก่ การชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยอย่างละเอียดก่อนการเก็บข้อมูล การขอความยินยอมโดยสมัครใจ (Voluntary Informed Consent) ดำเนินการ 2 รูปแบบ กล่าวคือ ผู้ให้ข้อมูลที่สามารถอ่านออกเขียนได้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ส่วนผู้ให้ข้อมูลที่ไม่สะดวกลงนาม ผู้วิจัยขอความยินยอมด้วยวาจาต่อหน้าพยานและบันทึกไว้ในแบบบันทึกภาคสนามอย่างชัดเจน ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลทุกรายได้รับการชี้แจงสิทธิในการถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลเสียใด ๆ ก่อนให้ความยินยอม การรักษาความลับของข้อมูลและอัตลักษณ์ของผู้ให้ข้อมูลด้วยการใช้รหัสแทนชื่อจริงตลอดกระบวนการวิเคราะห์และรายงาน ไม่เปิดเผยข้อมูลที่ระบุตัวตนได้ การให้สิทธิผู้ให้ข้อมูลในการถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลเสียใดๆ และการจัดเก็บข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ที่มีความปลอดภัยและมีรหัสผ่านเข้าถึงข้อมูลได้เฉพาะทีมวิจัยเท่านั้นลบหรือทำลายข้อมูลเมื่อครบ 1 ปี และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ใช้เทคนิคหลายแบบในการรวบรวมข้อมูล คือ การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) สนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และการสังเกต (Observation) ซึ่งเป็น

วิธีการที่อาศัยการติดต่อสื่อสารกับผู้ให้ข้อมูลโดยตรง ทำให้เข้าถึงและเข้าใจข้อมูล สถานการณ์ ปัญหา ความคิด ความรู้สึก ประสบการณ์ และความต้องการในการดูแลหรือชะลอการรู้คิดถดถอย ตลอดจนปัจจัยเชิงลึกสำหรับการพัฒนารูปแบบการชะลอการรู้คิดถดถอยในผู้สูงอายุโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่การทำวิจัยในจังหวัดอุดรดิตถ์ ประกอบด้วย 1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำหมัน อำเภอน้ำโสม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่พูล อำเภอลับแล 2) นายกองค์การบริหารส่วนตำบล 2 แห่ง ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำหมัน อำเภอน้ำโสม และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลแม่พูล อำเภอลับแล 3) ผู้สูงอายุที่เป็นแกนนำโรงเรียนผู้สูงอายุ 2 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนประชารัฐร่วมใจท่งใหญ่ผู้สูงอายุ ตำบลน้ำหมัน อำเภอน้ำโสม และโรงเรียนผู้สูงอายุองค์การบริหารส่วนตำบลแม่พูล อำเภอลับแล 4) ผู้รับผิดชอบการดำเนินงานนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ และ 5) เจ้าหน้าที่กลุ่มพัฒนาสังคมและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรดิตถ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขออนุญาตรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักการวิจัย

2. ภายหลังได้รับอนุญาตในการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งสอบถามความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยเริ่มต้นรวบรวมข้อมูลโดยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยมีอิสระในการให้ข้อมูล และการออกจากกรวิจัยเมื่อต้องการ และข้อมูลที่ได้อาจถือเป็นความลับ นำเสนอได้ในภาพรวมเท่านั้น ตลอดจนเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ ที่จะเป็นผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้นให้เซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ที่จะสัมภาษณ์ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 1 สัปดาห์ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีความพร้อมในการให้ข้อมูล และอธิบายวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัย ดังนี้

2.1 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ดำเนินการโดยผู้วิจัยหลักเป็นผู้สัมภาษณ์ โดยตรงในรูปแบบไม่เป็นทางการ (Informal) โดยมีผู้ช่วยวิจัยร่วมจดบันทึกข้อมูลภาคสนามและสังเกตพฤติกรรมทั้งในลักษณะ Verbal และ Non-verbal ตลอดการสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ 1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2) พยาบาลวิชาชีพ 3) ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข อบต. 4) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ สสจ. อุดรดิตถ์ 5) เจ้าหน้าที่งานผู้สูงอายุ พมจ.อุดรดิตถ์โดยดำเนินการสัมภาษณ์ที่บ้านหรือสถานที่ที่แต่ละคนคุ้นเคย ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้สึกที่ดี มีความเป็นส่วนตัว ผ่อนคลาย และเต็มใจให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ ใช้เวลาประมาณ 45-90 นาที รายละเอียด ดังนี้

1) เข้าพบผู้ให้ข้อมูลตามเวลาที่นัดหมายโดยไปถึงบ้านล่วงหน้าก่อนเวลานัดประมาณ 15 นาที และสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล

2) เมื่อถึงเวลานัดหมาย เริ่มชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ของการวิจัยและวิธีการวิจัย ตลอดจนระหว่างการสัมภาษณ์จะมีการบันทึกเทปและการจดบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ซึ่งการบันทึกดังกล่าวได้รับอนุญาตจากผู้ถูกสัมภาษณ์ทุกราย

3) ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว เพื่อให้ได้ภาพรวมเกี่ยวกับประสบการณ์และความต้องการในการดูแลหรือชะลอการรู้คิดถดถอย และการพัฒนารูปแบบการชะลอการรู้คิดถดถอยในผู้สูงอายุของแต่ละบุคคล โดยใช้แนวคำถามที่พัฒนาขึ้น ระหว่างการสัมภาษณ์ได้มีการบันทึกเทปและการจดบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

4) นำเทปที่บันทึกข้อมูลไว้ไปทำการถอดเทปคำต่อคำ ตรวจสอบความ ถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลจากการฟังเทป ภายหลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ทุกครั้ง ตลอดจนการจดบันทึกประเด็นสำคัญของเหตุการณ์ขณะสัมภาษณ์ทั้งในลักษณะ Verbal และ Non verbal เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ ครบถ้วน และข้อมูลที่เป็นประเด็นเด่นที่สงสัยต้องสัมภาษณ์เพิ่มเติมในครั้งถัดไป และเป็นการเตรียมข้อมูลให้พร้อมสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

2.2 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้วิจัยทำการสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6-8 คน เพื่อรวบรวมข้อมูลภาพรวมเกี่ยวกับสถานการณ์ ประสบการณ์การดูแลและชะลอการรู้คิดถดถอย ตลอดจนความต้องการในการพัฒนารูปแบบการชะลอการรู้คิดถดถอยในผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่ม ระหว่างการสนทนากลุ่มได้มีการบันทึกเทปและการจดบันทึกประเด็นสำคัญของเหตุการณ์ขณะสนทนากลุ่มทั้งในลักษณะ Verbal และ Non verbal โดยผู้ช่วยวิจัย ใช้เวลาประมาณ 90-120 นาที หลังจากนั้นนำเทปที่บันทึกข้อมูลไว้ไปทำการถอดเทปคำต่อคำเพื่อเตรียมข้อมูลให้พร้อมสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

3. ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness)

ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการควบคุมคุณภาพและสร้างความน่าเชื่อถือของกระบวนการวิจัยตามเกณฑ์มาตรฐานของการวิจัยเชิงคุณภาพ (Guba & Lincoln, 1989) ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยสร้างความเชื่อมั่นในผลการวิจัย (Credibility) ผ่านการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data Triangulation) จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่หลากหลาย และใช้วิธีการสะท้อนข้อมูลกลับ (Member Checking) เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบและยืนยันว่าประเด็นสำคัญที่ผู้วิจัยสรุปนั้นตรงกับประสบการณ์และเจตนารมณ์ที่แท้จริง พร้อมทั้งมีการปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อร่วมพิจารณาการให้รหัสและตีความข้อมูล

3.2 ผู้วิจัยใช้วิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมิติของปรากฏการณ์และเน้นการบรรยายข้อมูลบริบท (Thick Description) ของพื้นที่จังหวัดอุดรดิตถ์ รวมถึง

ลักษณะเฉพาะของผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างละเอียด เพื่อเป็นฐานข้อมูลให้ผู้อ่านสามารถพิจารณาเปรียบเทียบและนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ (Transferability) ในบริบทที่ใกล้เคียงกันได้อย่างเหมาะสม

3.3 ผู้วิจัยสร้างความเชื่อมั่นในด้านความสอดคล้องคงเส้นคงวา (Dependability) โดยการบันทึกกระบวนการวิจัยและลำดับการตัดสินใจทุกขั้นตอนอย่างละเอียดเป็นระบบ ตั้งแต่การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล การรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการถอดเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ (Verbatim) เพื่อให้สามารถตรวจสอบย้อนกลับถึงที่มาของผลสรุปได้ในทุกระยะ ควบคู่ไปกับการยืนยันผลจากข้อมูลจริง (Confirmability) โดยการเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบประเด็นสำคัญให้ตรงกับประสบการณ์จริงของตนเอง และให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุและด้านการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมยืนยันความถูกต้องระหว่างข้อมูลดิบกับผลการวิเคราะห์เชิงตีความ ซึ่งกระบวนการนี้ช่วยให้มั่นใจได้ว่าสิ่งที่ค้นพบนั้นเป็นภาพสะท้อนจากมุมมองและประสบการณ์ตรงของผู้ให้ข้อมูลอย่างแท้จริง โดยปราศจากอคติหรือการตีความเพียงมุมมองของผู้วิจัยอย่างเดียว

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพแบบดั้งเดิม (Conventional Content Analysis) ตามแนวคิดของ Hsieh & Shannon (2005) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยแต่ละท่านอ่านข้อมูลจากบทถอดสัมภาษณ์อย่างละเอียดซ้ำหลายรอบเพื่อให้เกิดความเข้าใจข้อมูลอย่างถ่องแท้ (Data Immersion) ในทุกประเด็น
2. วิเคราะห์ข้อมูลที่ละบรรทัดเพื่อกำหนดรหัส (Coding) โดยใช้วลีหรือแนวคิดที่ปรากฏจากข้อมูลโดยตรง
3. ทีมผู้วิจัยร่วมกันอภิปรายเพื่อเปรียบเทียบและจัดกลุ่มรหัสที่มีความหมายสอดคล้องกันเข้าเป็นหมวดหมู่ (Categories)
4. เชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างหมวดหมู่เพื่อยกระดับเป็นประเด็นหลัก (Themes) พร้อมกำหนดนิยามที่ครอบคลุมปรากฏการณ์ ทั้งนี้กระบวนการวิเคราะห์เน้นการตีความบนพื้นฐานของบริบทและการหาข้อสรุปร่วมกันของทีมผู้วิจัย (Investigator Triangulation) เพื่อความเที่ยงตรงของผลการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุ จำนวน 24 คน เป็นเพศหญิง 18 คน เพศชาย 6 คน 2)ญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 24 คน เป็นเพศหญิง 20 คน เพศชาย 6 คน 3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ Care giver) จำนวน 12 คน เป็นเพศหญิง 12 คนทั้งหมด 4) ผู้อำนวยการ รพ.สต. จำนวน 2 คน เป็นเพศชาย 1 คน เพศหญิง 1 คน 5) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน เป็นเพศชาย 1 คน เพศหญิง 1 คน 6) ผู้บริหารกองสาธารณสุขสุข

อบต. 2 คน เป็นเพศชาย 1 คน เพศหญิง 1 คน 7) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ พมจ. ซึ่งเป็นเพศหญิง จำนวน 2 คน และ 7) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ สสจ. จำนวน 2 คน เป็นเพศชาย 1 คน เพศหญิง 1 คน

2. ผลวิเคราะห์ข้อมูล

จากข้อมูลเชิงคุณภาพแบบพหุมุมมอง ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ข้อค้นพบโดยกำหนดรหัสทั้งหมด 80 รหัส จัดหมวดหมู่ได้เป็น 3 ประเด็นหลัก (Theme) ได้แก่ (1) การละเลยสัญญาณเตือนจากมุมมองที่ว่าความคิดถดถอยเป็นเรื่องปกติตามธรรมชาติ (2) นโยบายมีแต่ขาดการนำสู่การปฏิบัติที่ชัดเจน และ (3) ความต้องการบูรณาการการชะลอการรู้คิดให้สอดคล้องประสานกับกิจวัตรและอาชีพ โดยนำเสนอในรูปแบบการเขียนเชิงพรรณนา (Descriptive narrative) พร้อมอ้างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลประกอบ โดยใช้รหัส AG = ผู้สูงอายุ, FC = ผู้ดูแลในครอบครัว, CG = ผู้ดูแลในชุมชน/อสม., HP = บุคลากรด้านสุขภาพ และ FG = กลุ่มสนทนา

ประเด็นหลักที่ 1 ละเลยสัญญาณเตือนจากมุมมองการรู้คิดถดถอยเป็นเรื่องปกติตามธรรมชาติ

แม้ผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่มได้สะท้อนตามมุมมองและประสบการณ์ว่าสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในพื้นที่ของตนเองได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) ดังการระบุ “อายุ 70 ขึ้นไป... ก็เริ่มจะมีภาวะหลงลืมบ้าง น่าจะประมาณสัก 30 ถึง 40% ได้” (HP1) “ชุมชน...มีผู้สูงอายุประมาณ 1,500 คน จาก 5,003 คน คิด ๆ แล้วก็เกิน 25% ถือเป็นผู้สูงอายุสมบูรณ์แบบละครับ” (HP2) โดยประเด็นที่เด่นชัด คือ จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น มักมาพร้อมกับภาวะการรู้คิดถดถอย ดังการระบุ “คนไข้ที่เป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาความจำถดถอยมีเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรัง” (HP3) “การรู้คิดถดถอยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น” (HP4)

แต่ประเด็นที่น่าเป็นห่วง คือ ประเด็นปัญหาสุขภาพ “การรู้คิดถดถอย” กลับถูกมองข้ามหรือละเลย โดยไม่รู้ตัว กล่าวคือ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มองว่า “การรู้คิดถดถอยเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติในผู้สูงอายุ” ถือเป็นมุมมองที่สะท้อนความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนอย่างมาก ทำให้ “ปัญหาถูกซุกไว้ใต้พรม” และค่อย ๆ ทำลายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ของครอบครัวและชุมชน ดังการระบุ “ชาวบ้านยังคิดว่าการหลงลืมคือเรื่องปกติของคนแก่ ไม่ใช่อาการโรค...” (HP4) “...ความเข้าใจของชาวบ้านยังไม่เข้าถึงว่ามันเป็นภาวะที่ชะลอได้” (HP2) “หลงลืมเป็นธรรมชาติของอายุ 70-80... เป็นตามวัยเขาแหละ” (FG2) “บางคนก็ยอมรับไม่ได้ว่าตัวเองสมองเสื่อม” (HP6) “ก็คิดว่าแก่แล้วก็ต้องลืมเป็นธรรมดา ไม่ได้คิดว่ามันเป็นโรคอะไร...” (AG11) “...ลืมของวางไว้แล้วหาไม่เจอ ก็นึกว่าความจำไม่ดีตามอายุ” (CG4) “บางทีก็ไม่ว่าแค่หลงลืมธรรมดาหรือว่าเริ่มเป็นสมองเสื่อม เพราะผู้สูงอายุแก้มบ้าง จำได้บ้าง ก็เลยนึกว่าปกติ ยังไม่ได้พาไปหาหมอ” (FG4) “ถ้าเค้าบ่ยอมรับ (ไม่ยอมรับ) อะ เฮากะเข้าไปดูแลได้ ถูกไหม?...จะบ่ค่อยสนใจเท่าไร...”

คิดว่าเป็นเรื่องธรรมดาของคนแก่” (HP1) “มันก็เป็นอย่างนี้แหละ ทศนคติครอบครัวมอง (อาการหลงลืม) เป็นเรื่องปกติ” (HP3)

มุมมองการรู้คิดถดถอยของสมองเป็นเพียงปรากฏการณ์ตามธรรมชาตินั้น นอกจากจะสะท้อนปัจจัยหลักที่ทำให้ครอบครัวและชุมชนละเลยสัญญาณเตือนที่สำคัญแล้ว ยังส่งผลให้ครอบครัวและชุมชนมองข้ามปัจจัยแวดล้อมที่กระตุ้นให้อาการรุนแรงขึ้น ส่งผลให้การเข้าถึงระบบคัดกรองและการดูแลรักษาล่าช้ากว่าที่ควรจะเป็น ดังนั้นเพื่อให้เห็นภาพรวมของภาวะดังกล่าว จึงสามารถจำแนกรายละเอียดของสัญญาณเตือนที่มักถูกมองข้ามและปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อการรู้คิดได้ ดังนี้

1.1 สัญญาณเตือนการรู้คิดถดถอยที่ถูกละเลย

สัญญาณเตือนของการรู้คิดถดถอยในผู้สูงอายุ มักไม่ปรากฏให้เห็นเด่นชัดในทันที แต่จะค่อย ๆ ปรากฏขึ้นในรูปแบบของพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนไปทีละน้อย จนบางครั้งถูกกลืนหายไปกับความคุ้นชินของผู้สูงอายุและผู้ดูแล จากข้อค้นพบข้างต้นผู้วิจัยได้วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลพบว่า สัญญาณเตือนแรกเริ่มของการสูญเสียความสามารถทางสมองของผู้สูงอายุ มีดังนี้

1) อาการหลงลืม โดยผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่มได้สะท้อนไปในทิศทางเดียวกันและสามารถตีความเป็นสัญญาณเตือนแรกที่สำคัญ กล่าวคือ การรู้คิดถดถอยจะค่อย ๆ เกิดในชีวิตประจำวันทีละน้อย และถูกมองข้าม ด้วยความเข้าใจว่าเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติตามความสูงอายุที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังการระบุ “บางทีก็ไม่ว่า แค่หลงลืมธรรมดาหรือว่าเริ่มเป็นสมองเสื่อม เพราะผู้สูงอายุแก่มากบ้าง จำได้บ้าง ก็เลยนึกว่าปกติ ยังไม่ได้พาไปหาหมอ” (FG4) “..วางของแล้วหาไม่เจอ..ความจำไม่ดี ก็ตามปะสาผู้สูงอายุเนาะ..” (AG1) “วางของแล้วลืมว่าวางไว้ไหน ลืมปิดน้ำ ปิดไฟ บางทีเดินไปแล้วลืมนว่าจะไปเอาอะไร” (AG2) “ลืมชื่อคนรู้จักที่เห็นหน้ากันบ่อย ๆ นึกชื่อไม่ออก ติดอยู่ที่ปาก” (AG2) “จำวันเวลาไม่ได้ ลืมว่าวันนี้นะอะไร เดือนอะไร” (FG3) “ลืมชื่อคนรู้จักที่เห็นหน้ากันบ่อย ๆ นึกชื่อไม่ออก ติดอยู่ที่ปาก” (AG4) “ตามหาแว่นตาที่คาดไว้บนศีรษะ หรือเดินมาหยิบของแล้วคนทัก ก็ลืมทันทีว่าเดินมาทำอะไร” (AG5) “นำรีโมททีวีไปใส่ในตู้เย็น” (AG6) “กินข้าวแล้วก็บอกว่ายังไม่ได้กิน กินข้าวแล้วซ้ำอีก พอเอามาให้ก็บอกกินแล้วจะเอามาให้ทำไมอีก” (FG6) “เริ่มเห็นชัดในกลุ่มโรคเรื้อรังที่มารักษา ทำไมยาเหลือ พอถามว่ากินยังงี้ก็ตอบผิด ๆ ถูก ๆ หรือกินยาซ้ำ” (HP4) “เรื่องอดีตจำได้แม่น แต่เรื่องปัจจุบันต้องคิดก่อน บางทีถามชื่อหลานก็ต้องนึกก่อนถึงจะบอกได้” (CG1)

2) พฤติกรรมถดถอยและอารมณ์เปลี่ยนแปลง ถือเป็นอีกหนึ่งสัญญาณเตือนที่พบได้ นอกเหนือจากอาการหลงลืมที่เป็นสัญญาณเตือนทางกายแล้ว ยังพบว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างมากด้วยเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ อีกทั้งยังเป็นสิ่งที่สร้างความลำบากใจและความเหนื่อยล้าสะสมให้แก่ผู้ดูแล (Caregiver Burden) มากที่สุด โดยสามารถจำแนกพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปได้ใน 3 ลักษณะหลัก ดังนี้

ประการแรก คือ พฤติกรรมถามคำถามซ้ำ ๆ หรือการถามคำถามเดิมซ้ำ ๆ วนไปมารวมถึงการแสดงออกที่ตื้อรั้นหรือไม่ยอมฟังเหตุผล ซึ่งผู้ดูแลมองว่าเป็นสภาวะที่ผู้สูงอายุ “กลับไปเป็นเด็ก” อีกครั้ง ดังการระบุ “เริ่มหงุดหงิดง่ายขึ้น พูดซ้ำ ๆ เรื่องเดิม ๆ ถามแล้วถามอีก จนคนดูแลเหนื่อย” (FG1) “ผู้สูงอายุเริ่มมีพฤติกรรมกลับไปเหมือนเด็ก เช่น ตื้อเรื่องการกินข้าว กินซ้ำแล้วซ้ำอีก” (FG6) “กินข้าวแล้วก็กินซ้ำแล้วซ้ำอีก... พอหามาให้ก็บอกไม่หิว ไม่กิน... พอเราเอามาให้ก็ด่าว่ากินแล้วจะเอามาให้ทำไมอีก” (FG7) “บางทีก็ร้องขอ ออกไปเก็บนั้นเก็บนี้ รื้อจนหลานต้องคอยเดินตามดูว่าเอาอะไรไปบ้าง” FG8) “ถามอยู่นั่นแหละ ลูกใครเนี่ย... มาทำไม..ถามซ้ำ ๆ จนเราไม่รู้จะตอบยังไง” (CG2)

ประการต่อมา คือ ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย และแสดงอาการฉุนเฉียวเมื่อถูกขัดใจ หรือในบางรายอาจมีอาการสับสนจนพูดจาไม่อยู่กับร่องกับรอย ดังการระบุ “ลักษณะอาการคือจะดูแปลกไปจากเดิมที่เคยเป็น บางทีก็พูดเพ้อเจ้อ” (CG3) “อาการคือจะดูแปลกไปจากเดิมที่เคยเป็น...บางทีก็พูดเพ้อเจ้อ พูดจาไม่รู้เรื่องเหมือนเมื่อก่อน” (CG4) “บางคนก็ไม่ไหว บ่นลูกหลานที่ไปทำงานว่าทิ้งให้อยู่บ้านคนเดียว...บ่นน้อยใจจนกลายเป็นเรื่องทะเลาะกัน” (CG5) “เวลาเค้าโกรธ เค้าจะตื้อมาก บอกอะไรไม่ฟังเลย ไม่เหมือนตอนปกติที่เคยคุยกันรู้เรื่อง” (FG8)

ประการสุดท้าย คือ ภาวะเฉื่อยชาและการแยกตัวจากสังคม พฤติกรรมการนั่งเฉยหรืออยู่เฉย ๆ เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลมักมองข้ามในตอนแรก แต่เป็นสัญญาณของความเสื่อมถอยที่น่ากังวล ดังการระบุ “เขาก็นั่งเฉย...นั่งอยู่บ้านคนเดียว บ่นอยากทำอย่างนั้นอย่างนี้ แต่ก็นั่งมองออกไปนอกบ้านเฉย ๆ” (CG6) “บางคนก็นั่งเหม่อลอย เป็นซึมเศร้าไปเลย...ไม่ยอมออกมาคุยกับเพื่อนบ้านเหมือนแต่ก่อน” (CG7) “ความจำปัจจุบันมันหายไปหมด นั่งนึกอะไรได้ ก็พูดออกมาผิดหนึ่งแล้วก็นั่งไป ลืมไปเลยว่ากำลังคุยอะไรอยู่” (CG9)

1.2 ปัจจัยเร่งให้เกิดการรู้คิดถดถอยในผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์เชิงลึก พบว่า ภาวะการรู้คิดถดถอย (Cognitive Decline) ในผู้สูงอายุไม่ได้เกิดจากความเสื่อมทางชีวภาพเพียงอย่างเดียว แต่ยังเกิดจากปัจจัยเร่งอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดการรู้คิดถดถอยในผู้สูงอายุ มีดังนี้

1) ขาดการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมหรือการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นน้อย ไม่ว่าจะเป็นทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้สมองของผู้สูงอายุขาดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมภายนอก และนำไปสู่ความเสื่อมถอยของการรู้คิดที่รวดเร็วขึ้น ดังการระบุ “สิ่งแวดล้อมอยู่คนเดียวเนี่ย อยู่คนเดียววันวันเค้าคิดว่าดี...แต่มันจะไม่ดีนะคะ...มันต้องพบปะ” (FG10) “การอยู่คนเดียวเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้สมองเสื่อมเร็วขึ้นนำไปสู่ภาวะหวาดระแวง” (HP6) “สาเหตุ (การรู้คิดถดถอย) หลัก คือ ความเครียด การไม่พูดคุยกับใคร และการไม่เข้าสังคม” (CG8) “..ปัจจัยที่ทำให้หลงลืมนะเธอ ก็น่าจะเป็นการไม่เข้าสังคม บางทีก็ทำให้เครียด” (CG9) “...อยู่บ้านคนเดียวค่ะ ไม่ได้คุยกับใคร ลูกหลานไปทำงานหมด ความอยู่คนเดียวนี้แหละทำให้เขาคิดมาก ซึมเศร้า และก็สมองเสื่อม” (CG10) “การมาร่วมกิจกรรมกลุ่มหรือกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุช่วยให้ผู้สูงอายุ

สนุกสนาน อารมณ์ดี และลดภาวะหลงลืม” (CG1) “ความใส่ใจของลูกหลานค่ะ ถ้าเราไม่คุยกับเขา เขาจะเหงา และคิดว่า ไม่มีใครรัก” (FG1) “เกษียณปั๊บเค้าก็มาเป็นประธานชมรม...มันไม่มีเวลาที่จะมานั่งเครียด...สมองเค้าดีกว่าเราซะอีก” (HP5) “การมีบทบาทในสังคมอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยป้องกันสมองเสื่อมอย่างดี” (CG1)

2) ความเครียดสะสม โดยผู้ให้ข้อมูลส่วนมากได้สะท้อนว่า ผู้สูงอายุในชุมชนส่วนมากอยู่บ้านเลี้ยงหลานเพียงลำพัง เนื่องจากลูกซึ่งเป็นวัยแรงงานต้องเคลื่อนย้ายแรงงานเข้าสู่เขตเมืองใหญ่ ปรากฏการณ์เช่นนี้ เรียกว่า “ภาวะครอบครัวแห่งกลาง” ซึ่งภาวะดังกล่าวจะก่อให้เกิดความเครียดสะสมและความเหนื่อยล้าทางกาย ตลอดจนการคิดวนซ้ำ ๆ ไปมา หรือคิดมากเกี่ยวกับการจัดการชีวิตหรือแก้ปัญหาตามบทบาทและภาระหน้าที่ที่หนักที่รับทั้งที่เป็นวัยสูงอายุแล้ว เป็นเหตุปัจจัยทำให้สมองทำงานหนัก สมองล้า และเสื่อมเร็วขึ้น ดังการระบุ “ส่วนใหญ่มีภาระในการเลี้ยงหลาน ลูกหลานแรงงานจะไปทำงานในต่างจังหวัด จึงต้องแบกรับภาระในการเลี้ยงดูหลานอยู่” (HP2) “ลูกหลานวัยแรงงานจะไปทำงานต่างจังหวัด จึงต้องแบกรับภาระในการเลี้ยงดูหลานอยู่...ผู้สูงอายุเหนื่อยและเครียด” (CG10) “พ่อแม่เขาไปทำงานกรุงเทพกันหมด ทั้งลูกไว้ให้ตากับยายเลี้ยง... มันเป็นความเครียดสะสม” (CG5) “...เกี่ยวกับความคิดค่ะ คิดหนัก คิดเรื่องในครอบครัวจนมันดึงดูดสมองไปหมด” (AG2)

3) พฤติกรรมสุขภาพ จากการสังเคราะห์ข้อมูลพบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระบบประสาทและสมอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดื่มสุราเป็นประจำ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าเป็นตัวเร่งที่ทำให้พยาธิสภาพของโรคปรากฏชัดเจนและรวดเร็วยิ่งขึ้น ดังหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า “ปัจจัยที่ทำให้คนเราเฝ้าหลงลืม...คนใช้กินเหล้า...กินเหล้าหนัก” (HP2) และในบางกรณีความเสื่อมถอยรุนแรงจนถึงขั้นสูญเสียความจำในบุคคลรอบข้าง ดังที่ผู้ดูแลระบุว่า “ผู้สูงอายุบางคนติดเหล้า กินเหล้าเยอะ ต่อมาก็เป็นสมองเสื่อมเลย” (FG3) “...เรื่องกินเหล้าด้วยค่ะ กินเหล้าหนักจนจำใครไม่ได้เลย” (FG12)

ประเด็นหลักที่ 2 นโยบายมี แต่ขาดนำสู่การปฏิบัติที่ชัดเจน

จากข้อมูลเชิงลึกที่สะท้อนจากผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่ม พบว่าการชะลอการรู้คิดถดถอยที่เกิดขึ้นนั้นยังขาดความเป็นรูปธรรมที่เฉพาะเจาะจง หรือพุ่งเป้าสู่การชะลอการรู้คิดถดถอยอย่างชัดเจน เป็นเพียงกิจกรรมการชะลอการรู้คิดถดถอยแบบกว้าง ๆ ตามนโยบายด้านสุขภาพที่มีอยู่ การนำนโยบายสู่การปฏิบัติในพื้นที่ยังขาดความชัดเจน ครบถ้วน กล่าวคือหน่วยงานด้านสุขภาพและชุมชนมีแนวทางการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน โดยความคิดความจำเป็นหนึ่งในการประเมิน 9 ด้าน ภายใต้การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย คือ สมาร์ท อสม. ซึ่งเป็นแอปพลิเคชันให้ความรู้และคำแนะนำสำหรับอาสาสมัครประจำหมู่บ้านแต่เส้นทางการดำเนินงานกลับพบช่องว่างขนาดใหญ่ในขั้นตอนปฏิบัติหลังการคัดกรอง ซึ่งกลายเป็นเพียงการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเชิงนโยบาย

รายปีที่ขาดความต่อเนื่องในการพัฒนาสมรรถนะสมองรายบุคคล สภาวะดังกล่าวสอดคล้องกับข้อสะท้อนของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ระบุว่า ระบบมักหยุดชะงักลงหลังจากขั้นตอนการตรวจคัดกรอง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า "ใช้ อสม. คัดกรองผ่านแอปพลิเคชัน Smart อสม. ครอบครัวสุขภาพ 9 ด้าน" (HP1) "นโยบายมันขัดแค่ตอนตรวจ แต่ไม่ขัดตอนจะทำต่อ...ส่งต่อแล้วมันเจิบไปเลย ไม่มีการตอบกลับข้อมูลสุขภาพ มาให้เราดูแลต่อในพื้นที่" (HP1) "พอคัดกรองเสร็จ ข้อมูลมันก็ค้างอยู่ในระบบ เราที่เป็นคนทำงานในพื้นที่ บางทีก็เข้าไม่ถึงข้อมูลว่าใครเสี่ยงระดับไหน จะให้ไปตามต่ออย่างไรมันก็เลยติดขัด" (HP4) "มันขาดการเชื่อมโยงระหว่างรพ.สต.กับโรงพยาบาลใหญ่ พอส่งตัวไปแล้วเหมือนตัดขาดกัน ข้อมูลไม่ไหลกลับมาที่ชุมชนเพื่อวางแผนดูแลต่อ" (HP2)

นอกจากนี้ความยั่งยืนของการฟื้นฟูสมรรถภาพสมองยังถูกจำกัดด้วยเงื่อนไขทางงบประมาณที่มีลักษณะเป็นโครงการชั่วคราว ดังคำระบุที่ว่า "งบประมาณเนี่ยมันมีขีดจำกัด...ทำโครงการจบไปแล้วก็คือจบไปเลย ไม่มีความต่อเนื่อง" (HP4) "ส่วนใหญ่จะเป็นงบประมาณโครงการกองทุนสุขภาพตำบล พอปีไหนไม่ได้เสนอหรือเปลี่ยนคณะกรรมการ งบตรงนี้ก็หายไป กิจกรรมที่เคยทำก็ต้องหยุด" (HP5) "เราอยากทำต่อเนื่องนะ แต่ติดที่งบประมาณมันมาเป็นงวด ๆ พอหมดช่วงโครงการ เจ้าหน้าที่ก็ต้องไปทำเรื่องอื่นตามนโยบายใหม่ที่สั่งลงมา" (HP6) ส่งผลให้รูปแบบการดูแลในปัจจุบันมีลักษณะเป็นเพียงกิจกรรมนันทนาการเพื่อรักษาสภาพทางสังคมมากกว่าการฝึกสมองอย่างมีแบบแผนเชิงวิชาการ ดังความเห็นที่ว่า "กิจกรรมส่วนใหญ่ก็คือการเรียกเขามารวมกลุ่มกัน... ให้เขาไม่เหงา แต่จะให้มานั่งฝึกสมองจริงจังแบบที่เป็นขั้นตอนนะยังไม่มี" (HP5) "ส่วนมากก็มาชวนกันร้องเพลง รำวง ออกกำลังกายตามนัด มันก็ได้แค่ความสนุก แต่ถามว่าช่วยเรื่องสมองโดยตรงไหม เรายังไม่แน่ใจว่าต้องทำท่าไหนถึงจะถูกหลัก" (CG11) "กิจกรรมมันยังเป็นแบบเหมาเข่ง คือทุกคนทำเหมือนกันหมด ไม่ได้แยกเลยว่าคนเริ่มหลงลืมต้องทำแบบไหน คนปกติทำแบบไหน มันเลยไม่เห็นผลชัดเจน" (CG12)

ด้วยเหตุนี้การชะลอการรู้คิดถดถอยในพื้นที่จึงยังติดอยู่ในกับดักของการทำงานตามตัวชี้วัดเชิงปริมาณ เช่น จำนวนคนได้รับการคัดกรอง แต่ยังคงขาดความชัดเจนในเชิงคุณภาพที่จะนำไปสู่การจัดการรายกรณี (Case Management) ที่พุ่งเป้าและตอบโจทย์ปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละรายได้อย่างแท้จริง

ประเด็นหลักที่ 3 บุรณาการชะลอการรู้คิดถดถอยกับกิจวัตรและอาชีพ

แม้การสังเคราะห์ข้อมูลโดยภาพรวมดังกล่าวมาข้างต้นจะไม่พบรูปแบบการชะลอการรู้คิดถดถอยที่พบในพื้นที่ชัดเจนหรือพุ่งเป้าสู่การชะลอการรู้คิดถดถอยในผู้สูงอายุ ดังการระบุ "ปัจจุบันกิจกรรมชะลอสมองเสื่อมยังไม่มีเฉพาะ ก็จะมีกระตุ้นสมองทั่ว ๆ ไป เช่น สมุดภาพกระตุ้นสมอง และกิจกรรมนันทนาการ เช่น กายบริหาร ประกอบเพลง การฝึกบวกเลข อะไรประมาณนี้" (HP4) อย่างไรก็ตามผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้ว่า จุดเน้นที่สำคัญของการชะลอการรู้คิดถดถอยในบริบทจังหวัดอุดรธานี คือ การเปลี่ยน

“กิจกรรมบำบัด” ที่เป็นทางการให้กลายเป็น “ส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต” โดยเน้นการสร้างเสริมผ่านงานอาชีพ และกิจวัตรประจำวัน ซึ่งสามารถจำแนกได้ ดังนี้

3.1 การกระตุ้นการรู้คิดผ่านงานอาชีพและงานฝีมือ ผู้วิจัยพบว่างานอาชีพที่คุ้นเคย เช่น การจักสาน หรือทำดอกไม้จันทน์ ทำหน้าที่เป็นกิจกรรมบำบัดต้องครอบคลุมที่กระตุ้นทั้งกล้ามเนื้อเล็กและการจดจ่อ สิ่งที่น่าสนใจ คือ การเปลี่ยน “ภาระงาน” ให้กลายเป็น “เครื่องมือสร้างคุณค่า” ซึ่งช่วยลดภาวะซึมเศร้าและปัจจัยเสี่ยงทางอารมณ์ที่ส่งผลกระทบต่อสมอง ดังการระบุ “ส่งเสริมเรื่องอาชีพ...ทำดอกไม้จันทน์...จักสาน...เขาได้เงิน เขาก็แบ่งกัน ทำให้รู้สึกว่ามีค่า” (CG3) “งานฝีมือทำให้เขานิ่งขึ้น มีสมาธิอยู่กับสิ่งที่ทำ ไม่ฟุ้งซ่านไปคิด เรื่องหนี้สินหรือเรื่องเครียด ๆ” (CG4)

3.2 การใช้กิจวัตรและนันทนาการทางวัฒนธรรมเป็นฐานการจำ โดยรูปแบบที่ได้ผลดี คือ การบูรณาการความจำเข้ากับจังหวะชีวิตและศิลปวัฒนธรรมท้องถิ่น เช่น การรำวงหรือการออกกำลังกายที่มีท่าจำ ซึ่งเป็นการฝึกการทำงานของสมองส่วนการสั่งการและการบริหารจัดการผ่านกิจกรรมที่สนุกสนาน หรือ อาจนิยามได้ว่าเป็น “กิจกรรมบันเทิงเชิงจดจำ” ดังการระบุ “ออกกำลังกายเนี่ย มันได้นับเลข ได้มีท่าจำ....มัน จะจำได้แม่น” (CG5) “รำกลองยาว รำวงย้อนยุค...เป็นการกระตุ้นสมองที่สมบูรณ์และยั่งยืนที่สุด” (CG6) “..การใช้ดนตรีบำบัด ชวนเขามาร้องเพลงย้อนยุคที่เขาชอบ เพื่อให้เขาถึงความจำเก่า ๆ ออกมา” (CG7)

3.3 การสื่อสารในชีวิตประจำวันในฐานะเครื่องมือกิจกรรมบำบัด ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า การชะลอการรู้คิดที่ยั่งยืนที่สุดเริ่มจาก “บ้าน” ผ่านการใช้การสื่อสารในชีวิตประจำวันเป็นเครื่องมือกระตุ้น ความจำ (Reminiscence Therapy) โดยเฉพาะในกลุ่มที่เริ่มมีอาการหลงลืม ดังการระบุ “ใช้การสื่อสารเชิงรุก กระตุ้นให้ญาติชวนพูด ชวนคุย เป็นการดูแลแบบบ้าน ๆ ที่ช่วยไม่ให้เหงา ไม่ซึมเศร้า แล้วก็จำดี” (HP5) “ชวน คุยเรื่องอดีต เล่าเรื่องราวเก่า ๆ ที่เขามีความสุข ช่วยกระตุ้นความจำได้ดีมาก” (CG8)

3.4 การบูรณาการมิติจิตวิญญาณเพื่อลดสถานะสมองล้า การปฏิบัติธรรมและสมาธิถูก นำมาใช้เป็นเครื่องมือจัดการกับภาวะ “สมองล้า” จากความเครียดสะสม ซึ่งเป็นปัจจัยเร่งให้เกิดการรู้คิด ถดถอย โดยการใช้กิจวัตรทางศาสนาเข้ามาช่วยจัดสิ่งรบกวนทางใจ ดังการระบุ “เน้นการนั่งสมาธิและปฏิบัติ ธรรมที่วัด เพื่อฝึกให้จิตใจสงบและไม่คิดฟุ้งซ่าน” (CG9) “เอาธรรมะเข้ามาในจิตใจ...แก้ปัญหาด้านเหตุ...รู้จัก จิตสำนึกของเรา สมองไม่เสื่อม” (CG10)

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนมุมมองเกี่ยวกับประสบการณ์และความต้องการที่เกี่ยวข้องกับ การพัฒนารูปแบบการชะลอการรู้คิดถดถอยในผู้สูงอายุ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน จังหวัดอุดรธานี สามารถสรุปเป็นข้อค้นพบ 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การละลายสัญญาณเตือนจากมุมมองการรู้คิดถดถอย เป็นเรื่องปกติตามธรรมชาติของผู้สูงอายุ 2) นโยบายการชะลอการรู้คิดถดถอยในผู้สูงอายุ ยังขาดนាំสู่การ

ปฏิบัติที่ชัดเจน และ 3) ควรบูรณาการกระบวนการชะลอการรู้คิดถดถอยให้สอดคล้องกับกิจวัตรและอาชีพของผู้สูงอายุ ซึ่งรายละเอียดแต่ละประเด็นสามารถอธิบายได้ ดังนี้

1. การละเลยสัญญาณเตือนจากมุมมองการรู้คิดถดถอยเป็นเรื่องปกติตามธรรมชาติของผู้สูงอายุ จากมุมมองนี้สามารถอธิบายได้ว่า “การรู้คิดถดถอยเป็นเรื่องปกติตามธรรมชาติของผู้สูงอายุ” เป็นความเสี่ยงของสมองที่เกิดขึ้น ถือเป็นเรื่องปกติหรือธรรมดาที่เป็นไปตามธรรมชาติอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ได้แก่ อาการหลงลืม ถามคำถามเดิมซ้ำ ๆ ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ตนเองลดลง ทำให้ผู้ใกล้ชิดมองว่าเป็นคนหงุดหงิดง่าย อารมณ์ฉุนเฉียวเมื่อถูกขัดใจ ตลอดจนเฉื่อยชา หรือนิ่งเงียบอยู่ลำพัง ซึ่งอาการดังกล่าวล้วนเป็นสัญญาณเตือนของการรู้คิดถดถอยอย่างมีนัยสำคัญที่เรียกว่า การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ซึ่งอยู่ระหว่างการหลงลืมตามปกติในผู้สูงอายุกับการเป็นโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น (Anandilokrit, 2023; Rattanabannakit, 2023) หรืออาจกล่าวได้ว่า การรู้คิดถดถอยเป็นอาการนำหรือสัญญาณเตือนให้ทราบว่า ผู้สูงอายุดังกล่าวอาจกำลังเข้าสู่ภาวะโรคสมองเสื่อมในไม่ช้า ดังนั้นด้วยเหตุและมุมมองแบบเหมารวมว่า การรู้คิดถดถอย เช่น หลงลืม ถามคำถามซ้ำ ๆ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุโดยธรรมชาติ มิได้ผิดปกติอะไร มุมมองดังกล่าวนำไปสู่การมองข้ามสัญญาณเตือนภาวะสมองเสื่อมโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ เปรียบเสมือนปัญหาที่ถูกชกไว้ใต้พรม ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความล่าช้าในการคัดกรองและเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในระยะที่สมองยังสามารถฟื้นฟูหรือชะลอความเสี่ยงได้ เพราะสัญญาณเตือนต่าง ๆ จะถูกปล่อยให้เสื่อมถอยลงเรื่อย ๆ จนเปลี่ยนผ่านกลายเป็นโรคสมองเสื่อมในที่สุด (Chiracharasporn & Tangwongchai, 2025) ซึ่งมีความยุ่งยากและซับซ้อนในการบำบัดรักษาให้ดีขึ้นได้ คล้ายกับรายงานอัลไซเมอร์โลกประจำปี 2024 (World Alzheimer Report 2024) ที่ระบุว่าร้อยละ 80 ของประชาชนทั่วไป และร้อยละ 65 ของบุคลากรด้านสุขภาพที่เชื่อว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นตามความสูงอายุ ความเชื่อดังกล่าวทำให้เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัยและการเข้าถึงการดูแล (Alzheimer’s Disease International, 2024) สอดคล้องการวิจัยเชิงคุณภาพของ Bian et al. (2025) เรื่อง ปัจจัยกำหนดที่มีอิทธิพลต่อการจัดการสุขภาพะชุมชนสำหรับผู้ที่มีการรู้คิดถดถอย พบว่าอุปสรรคการดำเนินงานที่สำคัญ คือทัศนคติของผู้ดูแลที่ตีตรา (Stigma) ว่าโรคสมองเสื่อมเป็นเรื่องน่าอับอาย จนปฏิเสธการคัดกรอง ประกอบกับความเข้าใจผิดที่มองว่าความจำเสื่อมเป็นเพียงเรื่องปกติของวัย (Ageism) ขณะเดียวกันการปฏิเสธความจริงของครอบครัว (Denial) เพราะความเป็นห่วงที่ผิดทางยิ่งทำให้ผู้ป่วยพลาดโอกาสในการรักษาตั้งแต่วัยเริ่มแรก ดังนั้นหัวใจสำคัญของการแก้ปัญหาจึงไม่ใช่แค่การมีเครื่องมือทางการแพทย์ที่ดี แต่คือการเร่งสร้างความเข้าใจใหม่ เพื่อเปลี่ยนจาก “ความกลัวและการปิดบัง” เป็น “ความเข้าใจและการรักษา” เพื่อคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืนของผู้สูงอายุ

2. นโยบายมีแต่ขาดนำไปสู่การปฏิบัติที่ชัดเจน ประเด็นนี้สามารถอธิบายได้ว่า นโยบายการชะลอการรู้คิดถดถอยที่เกิดขึ้นนั้นยังเป็นในลักษณะกว้าง ๆ ที่มุ่งเน้นเฉพาะการป้องกันภาวะสมองเสื่อม แต่ขาดความจำเพาะจงในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดถดถอยหรือภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment:

MCI) ซึ่งเป็นระยะรอยต่อที่สำคัญที่อาจจะเปลี่ยนผ่านกลายเป็นโรคสมองเสื่อม โดยผู้ให้ข้อมูลยืนยันว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี ได้รับการถ่ายทอดและปฏิบัติตามนโยบาย “สมาร์ท อสม.” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐาน โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ได้แก่ แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. (Smart อสม.) เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงานและรายงานผลการปฏิบัติงาน เพื่อให้คนไทยได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐาน โดยปฏิบัติการในแอปพลิเคชันที่สำคัญ คือ การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน ซึ่งหนึ่งในนั้นก็คือ การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุด้านความคิดความจำ (Department of Health Service Support, 2024) นอกจากนี้ ยังมีนโยบายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แผนแม่บทหรือแนวทางการดำเนินงาน เรื่องสมองเสื่อม (ยุทธศาสตร์สมองเสื่อมประเทศไทย) ฉบับที่ 1 กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ.2561-2570) (Ministry of Public Health, 2018) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุม ดูแล และพัฒนาสุขภาพสมอง 3 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มปกติ มุ่งเน้นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพสมอง กลุ่มที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) เป็นกลุ่มรอยต่อสำคัญ มุ่งเน้นการชะลอไม่ให้เป็นโรคสมองเสื่อม และกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อม (Dementia) มุ่งเน้นการดูแล รักษา และเพิ่มคุณภาพชีวิต นั้นก็หมายความว่า นโยบายการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสมองนั้น มีความชัดเจน แต่ประเด็นที่เป็นปัญหา คือ การนำนโยบายสู่การปฏิบัติจริงนั้นยังขาดความชัดเจน ต่อเนื่อง และครบวงจร โดยเฉพาะการนำข้อมูลคัดกรองที่ได้สู่การวางแผนปฏิบัติการ ส่งผลให้ระบบขาดความต่อเนื่อง เชื่อมโยงกันอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะในขั้นตอนหลังการคัดกรองที่มักสิ้นสุดลงเพียงการบันทึกคะแนนลงในแอปพลิเคชันเพื่อตอบสนองต่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ แต่ข้อมูลเหล่านั้นกลับไม่ถูกส่งสะท้อนกลับมายังครอบครัวหรือผู้ดูแลเพื่อออกแบบ “แผนการดูแลรายบุคคล” (Individualized Care Plan) ที่จำเพาะเจาะจง สภาพการณ์ดังกล่าวทำให้กลุ่มเป้าหมายในระยะ MCI ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ชราภาพ รัตนบรรณกิจ (Rattanabannakit, 2023) เรียกว่าเป็นระยะหัวเลี้ยวหัวต่อสำคัญ ไม่ได้รับการกระตุ้นสมองในรูปแบบที่เข้มข้นเพียงพอ สอดคล้องกับข้อสังเกตของ Levy et al. (2022) ที่ระบุว่าการจัดการภาวะ MCI ให้มีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องใช้แนวทางแบบหลายองค์ประกอบ (Multicomponent Program) ซึ่งรวมถึงการฝึกทักษะการชดเชยความจำ (Memory Compensation) และการศึกษาด้านสุขภาพที่ต้องอาศัยการสนับสนุนจากคู่ดูแล (Partner Support) อย่างใกล้ชิด แต่ในทางปฏิบัติระดับพื้นที่ กิจกรรมส่วนใหญ่ยังคงเป็นเพียงกิจกรรมนันทนาการในชมรมผู้สูงอายุในลักษณะภาพรวม (Broad-based) ที่ขาดการฝึกสมองเชิงพฤติกรรมที่จำเพาะเจาะจง

นอกจากนี้ช่องว่างในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุโดย วิวิธ ปุณณะ (Purana, 2024) สะท้อนว่าผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านความจำมักเผชิญกับความเครียดและความไม่มั่นใจในตนเอง การที่นโยบายขาดกลไกการนำข้อมูลคัดกรองมาปฏิบัติจริง จึงเปรียบเสมือนการปล่อยให้ผู้สูงอายุเผชิญภาวะถดถอยเพียงลำพัง โดยขาดเข็มทิศในการดูแลตนเอง สอดรับกับแนวคิดของ Jost & Kujach (2025) ที่ย้ำว่ากลยุทธ์การบรรเทาความเสื่อม (Mitigation Strategies) จะได้ผลดีที่สุดเมื่อมีการจัดการอย่าง

มีระบบตั้งแต่ระยะเริ่มแรกเท่านั้น ดังนั้นแม้ประเทศไทยจะมีแผนแม่บทหรือยุทธศาสตร์สมองเสื่อมที่วางโครงสร้างไว้อย่างดีเยี่ยม แต่หากขาดการเชื่อมโยงข้อมูลจากการคัดกรองสู่การปฏิบัติการในวิถีชีวิตจริง นโยบายเหล่านี้ก็อาจเป็นเพียงกลไกที่สร้างสถิติในระบบดิจิทัล แต่ไม่สามารถเข้าถึงการกู้คืนสมรรถนะสมองของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานีได้อย่างแท้จริง

3. บูรณาการชะลอการรู้คิดถดถอยกับกิจวัตรและอาชีพ ประเด็นนี้สะท้อนถึงความต้องการแนวทางการปฏิบัติที่สามารถทำได้จริงและไม่แปลกแยกจากวิถีชีวิตดั้งเดิมของผู้สูงอายุ โดยผู้ให้ข้อมูลเห็นตรงกันว่า การชะลอการรู้คิดไม่ควรจำกัดอยู่เพียงในโรงพยาบาลหรือการทำแบบฝึกหัดในกระดาษ แต่ควรแทรกซึมอยู่ในกิจกรรมที่สร้างรายได้หรือกิจวัตรประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับ ชัชวาล รัตนบรรณกิจ (Rattanabannakit, 2023) ที่แนะนำว่าการฝึกใช้สมองผ่านงานอดิเรกและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการลดโอกาสดำเนินโรคสู่ภาวะสมองเสื่อม อีกทั้งการนำกิจกรรมทางอาชีพ เช่น การทำเกษตรกรรม การจักสาน หรือการประกอบอาหารพื้นบ้านมาออกแบบใหม่ให้เป็นกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive Stimulation) จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองและไม่ถูกตีตราว่าเป็นผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ พัชรา ลิขหรรค์ และคณะ (Leelahavarong, et al., 2021) ที่เสนอว่าควรมีมาตรการการดูแลแบบไม่ใช้ยา (Non-pharmacological interventions) โดยเฉพาะการสนับสนุนการสร้างอาชีพที่เหมาะสมกับสมรรถนะสมอง ซึ่งนอกจากจะช่วยชะลอความเสื่อมผ่านการใช้ทักษะการวางแผน (Executive Function) และการประสานงานของมือและสายตาแล้วยังช่วยลดภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัวได้อีกทางหนึ่ง

งานวิจัยนี้ค้นพบในบริบทจังหวัดอุดรธานี คือ ทิศทางวัฒนธรรมและอาชีพของชุมชนชนบทถือเป็นกลไกเชิงโครงสร้างที่มีศักยภาพสูงในการรองรับรูปแบบการชะลอการรู้คิดถดถอยที่ยั่งยืน กล่าวคือ ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านหัตถกรรม เกษตรกรรม และศิลปวัฒนธรรม เช่น การจักสาน การทำดอกไม้จันทน์ และการรำวง ล้วนเป็นกิจกรรมที่ฝังรากลึกในอัตลักษณ์ของผู้สูงอายุในพื้นที่ หากนำมาออกแบบใหม่ให้เป็นกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดอย่างเป็นระบบจะสามารถลดการตีตรา ลดต้นทุน และเพิ่มความสม่ำเสมอในการฝึกได้พร้อมกัน อย่างไรก็ตามอุปสรรคเชิงโครงสร้างของครอบครัวในพื้นที่ที่สำคัญคือ ปรากฏการณ์ "ครอบครัวแห่วงกลาง" ซึ่งบุตรหลานวัยแรงงานอพยพออกไปทำงานในเขตเมือง ทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนจำนวนมากต้องรับภาระเลี้ยงหลานเพียงลำพัง ส่งผลให้ครอบครัวในฐานะ "ฐาน" ของการดูแลมีความเปราะบาง การพัฒนารูปแบบการชะลอการรู้คิดโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงข้อจำกัดด้านกำลังคนในครอบครัวด้วย โดยอาจเสริมบทบาทของอาสาสมัครสุขภาพชุมชน (อสม.) และโรงเรียนผู้สูงอายุให้ทำหน้าที่เป็น "ครอบครัวขยาย" ในเชิงหน้าที่ (Functional Extended Family) สอดรับกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ที่ Henderson et al. (2023) เน้นว่าเป็นปัจจัยวิกฤตในการเข้าถึงการดูแลระยะเริ่มต้น

นอกจากนี้ Levy et al. (2022) ยังเน้นย้ำถึงความสำคัญของระบบสนับสนุนความจำในสภาพแวดล้อมจริง (Real-world environment) การบูรณาการกระบวนการชะลอการรู้คิดเข้ากับกิจวัตรประจำวัน จึงเป็นการ

สร้าง "คลังสำรองของการรู้คิด" (Cognitive Reserve) ที่ยั่งยืนกว่าการฝึกในห้องตรวจ สอดคล้องกับแนวคิดของ Jost & Kujach (2025) ที่ระบุว่า การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (Lifestyle modification) คือกลยุทธ์การบรรเทาความเสื่อมที่มีประสิทธิภาพที่สุด ดังนั้น รูปแบบการชะลอการรู้คิดถดถอยของจังหวัดอุดรดิตถ์จึงควรเปลี่ยนผ่านจากการเป็นภาระที่ต้องทำให้กลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตที่ส่งเสริมทั้งสุขภาพสมองและศักยภาพในการประกอบอาชีพไปพร้อมกัน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในระดับชุมชนอย่างแท้จริง

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การวิจัยนี้ดำเนินการในพื้นที่โรงเรียนผู้สูงอายุ 2 แห่งในจังหวัดอุดรดิตถ์ ซึ่งมีบริบทเฉพาะของชุมชนชนบท ผลการวิจัยจึงอาจไม่สามารถถ่ายโอน (Transferability) ไปยังพื้นที่กึ่งเมืองหรือเขตเมืองได้โดยตรง
2. กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุซึ่งมีระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมค่อนข้างสูง อาจไม่ครอบคลุมมุมมองของผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมใด ๆ หรือที่อยู่โดดเดี่ยวในชุมชน
3. การศึกษาเชิงคุณภาพครั้งนี้มุ่งเน้นการทำความเข้าใจปรากฏการณ์เชิงลึก มิใช่การวัดขนาดของปัญหาเชิงปริมาณ จึงไม่สามารถสรุปความชุกหรือสัดส่วนของภาวะ MCI ในพื้นที่ได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและชุมชนควรวางแผนร่วมกันในการปรับทัศนคติของผู้สูงอายุและผู้ดูแลเพื่อทลายความเชื่อแบบเหมารวมที่มองว่าความจำเสื่อมเป็นเรื่องปกติ โดยใช้การสื่อสารที่สร้างความเข้าใจว่าระยะ MCI เป็นระยะที่สามารถฟื้นฟูหรือชะลอได้
2. ควรพัฒนาแนวทางการจัดการกลุ่มที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) ให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยเปลี่ยนจากระบบคัดกรองเพื่อรายงานผลเป็นระบบคัดกรองเพื่อส่งต่อการบำบัด โดยมีการออกแบบโปรแกรมการกระตุ้นสมองที่จำเพาะเจาะจงต่อระดับการรู้คิดถดถอยที่ตรวจพบ
3. ควรพัฒนารูปแบบการชะลอการรู้คิดถดถอยที่บูรณาการกิจกรรมกระตุ้นสมองเข้ากับกิจวัตรประจำวันและทุนทางอาชีพของผู้สูงอายุในพื้นที่ เช่น การออกแบบโปรแกรมจักสานหรือทำดอกไม้จันทน์ที่มีขั้นตอนการฝึกความจำ การวางแผน และการประสานงานมือและตาอย่างเป็นระบบ โดยให้โรงเรียนผู้สูงอายุและ อสม. ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดการตีตราจากการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ขยายผลการศึกษาโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณเพื่อสำรวจความชุกของภาวะ MCI และศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (Social Determinants of Health) เช่น ลักษณะการประกอบอาชีพ ระดับการศึกษา และทุนทางวัฒนธรรม กับความรุนแรงของภาวะการรู้คิดถดถอยในระดับจังหวัดหรือภาค ต่อไป
2. สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลชุมชนหรือบุคลากรด้านสุขภาพชุมชนเพื่อนำเข้าสู่การพัฒนาแบบการชะลอการรู้คิดถดถอยในผู้สูงอายุที่เน้นการสอดประสานกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดเข้ากับกิจวัตรประจำวันและอาชีพตามบริบทจริงของผู้สูงอายุ เพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระและเพิ่มความยั่งยืนในการฝึกปฏิบัติ
3. ควรมีการพัฒนานวัตกรรมหรือแอปพลิเคชันที่สามารถเชื่อมต่อข้อมูลการคัดกรองจาก Smart อสม. เข้าสู่ระบบการวางแผนการดูแลของครอบครัวได้โดยตรง เพื่อลดช่องว่างการสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพและผู้ดูแล

References

- Alzheimer's Disease International. (2024). World Alzheimer report 2024: Global changes in attitudes to dementia. <https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2024.pdf>
- Anandilokrit, P. (2023). Mild cognitive impairment. Regional Health Promotion Center 9 Journal, 17(1), 312-326. (in Thai).
- Bian, D., Zhang, W., Yu, C., Han, X., Zhao, B., Abulikemu, P., Shi, C., Wang, Y., & Li, G. (2025). Determinants influencing the implementation of community health management for cognitive impairment: A qualitative study. BMC Geriatrics, 25(246), 1-13. doi.org/10.1186/s12877-025-05867-z
- Chiracharasorn, N., & Tangwongchai, S. (2025). Three-year conversion rate and associated factors of mild cognitive impairment to dementia in Thai tertiary care outpatient populations. Journal of the Medical Association of Thailand, 108(2), 113-120.
- Department of Health Service Support. (2024). Guidelines for providing basic primary health services by village health volunteers Ministry of Public Health. (in Thai).
- Department of Older Persons. (2026). Statistics of the elderly. Ministry of Social Development and Human Security. https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2594 (in Thai).
- Guba, E., & Lincoln, Y. (1989). Fourth generation evaluation. Newbury Park, CA: Sage.

- Harnsomskul, R., & Jayathavaj, V. (2024). Forecasting the number of inpatients with dementia and Alzheimer's disease in Thailand. *Academic Journal of Community Public Health*, 10(4), 74–85. (in Thai).
- Henderson, J. T., Martin, A., Patnode, C. D., & Henrikson, N. B. (2023). A synthesis of qualitative studies on patient and caregiver experiences with cognitive impairment screening and diagnosis. *Aging & Mental Health*, 27(8), 1506–1517.
doi.org/10.1080/13607863.2022.2128929
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288. doi.org/10.1177/1049732305276687
- Jost, Z., & Kujach, S. (2025). Understanding cognitive decline in aging: Mechanisms and mitigation strategies - A narrative review. *Clinical Interventions in Aging*, 20, 459–469.
doi.org/10.2147/CIA.S511947
- Kitro, A., Panumasvivat, J., Sirikul, W., Wijitraphan, T., Promkutkao, T., & Sapbamrer, R. (2024). Associations between frailty and mild cognitive impairment in older adults: Evidence from rural Chiang Mai Province. *PLOS ONE*, 19(4), e0300264.
doi.org/10.1371/journal.pone.0300264
- Larkin, M., Shaw, R., & Flowers, P. (2019). Multiperspectival designs and processes in interpretative phenomenological analysis research. *Qualitative Research in Psychology*, 16(2), 182–198. doi.org/10.1080/14780887.2018.1540655
- Leelahavarong, P., Srisenonprasert, W., Phraonjaeng, J., Angkab, P., Promjan, T., Ponrakdee, K., Kallaya, H., Pattana, P., Jedsadapon, P., Chuanwan, S., Thianlai, K., Abhipornchaisakul, K., Muensakda, P., Thuenklin, P., Wattanawitookoon, P., Tantirittisak, T., Rochanawudthasart, A., Khiakhajee, J., Loharchun, B., . . . Meephiw, K. (2021). A situation analysis of the dementia care system to develop recommendations for an appropriate service system for older adults in Thailand (Policy Brief). Siriraj Health Policy, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University; Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (in Thai).
- Levy, S. A., Smith, G., De Wit, L., DeFeis, B., Ying, G., Amofa, P., Locke, D., Shandera-Ochsner, A., McAlister, C., Phatak, V., & Chandler, M. (2022). Behavioral interventions in Mild

- Cognitive Impairment (MCI): Lessons from a multicomponent program. *Neurotherapeutics*, 19, 117–131. doi.org/10.1007/s13311-022-01225-8
- Lumveeraprasert, S., Moolphate, S., & Jaitae, S. (2025). Factors associated with the risk of dementia in the elderly in Hang Dong Subdistrict Municipality, Hang Dong District, Chiang Mai Province. *Academic Journal of Community Public Health*, 11(4), 268-283. (in Thai).
- Ministry of Public Health. (2018). Master plan or operational guidelines for dementia (Thailand Dementia Strategy) Vol. 1 Ministry of Public Health (B.E. 2561 – 2570). Department of Medical Services. (in Thai).
- Pornudomthap, S., Somthawinongsai, C., & Piphitpakdee, P. (2022). The application development of dementia / Alzheimer patients in daily life. *Journal of Management Science*, Ubon Ratchathani University, 11(1), 121-136. (in Thai).
- Praison, P., & Chuajedton, P. (2017). Factors related to mild cognitive impairments in elderly people in Chiang Rai Province. *Thai Journal of Nursing Council*, 32(1), 64-80.
- Purana, W. (2024). The lived experiences of cognitive impairment in older adults. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 39(1), 95–104. (in Thai).
- Rattanabannakit, C. (2023). Mild cognitive impairment. Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University.
https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/sirirajonline2021/Article_files/1558_1IDpOC.pdf (in Thai)
- Saipanya, A. (2022). Prevalence and factors associated with dementia and mild cognitive impairment (MCI) among elderly in Na-Mafuang Subdistrict, Amphur Muang, Nongbua Lamphu Province. *Udonthani Hospital Medical Journal*, 30(3), 376–386. (in Thai).
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334–340.
- Saunders, B., Sim, J., Baker, S., Waterfield, J., Burroughs, H., Jinks, C., Kingstone, T., & Bartlam, B. (2018). Saturation in qualitative research: Exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & Quantity*, 52(4), 1893–1907.
doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8.

United Nations. (2024). World population prospects 2024: Summary of results. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. <https://population.un.org/wpp/>

World Health Organization. (2021). Global status report on the public health response to dementia. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/344701>

World Health Organization. (2024). Ageing and health: Fact sheets. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>