

การพัฒนาแบบจำลองการชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายในชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

Development of a Model to Delay and Prevent Dementia in the Elderly through
Community Network Participation: Yang Sisurat District, Maha Sarakham Province.

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

พัชรมาศ คุณวงศ์¹กาญจนา จันทนุย์¹,อารีร่า สว่างไสง¹,จันจิรา เพ็ชรนาค¹ กำพร ดานา² อนุชา ไทยวงศ์²
Patcharamas Khunwong¹, Kanchana Chanthanui¹, Arira Sawangthaisong¹, Janjira Phetnak¹ Kamthorn
Dana² Anucha Thaiwong²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา พัฒนารูปแบบการชะลอและ
ป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน และประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการระหว่าง
เดือนตุลาคม 2566-กันยายน 2567 ในอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยผู้สูงอายุจำนวน
150 คน และภาคีเครือข่ายในชุมชนจำนวน 45 คน ได้แก่ ผู้สูงอายุและครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำ
ชุมชน บุคลากรสาธารณสุข/พยาบาล และผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระบวนการพัฒนาใช้วงจร PAOR จำนวน 2
วงจรรอบ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (AMT) แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะ
สมองเสื่อม แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก
วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาสถานการณ์ พบว่า ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะบกพร่องทางสติปัญญาร้อยละ 65.33 และชุมชนยังขาด
ความรู้และระบบการดูแลเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเป็นระบบ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเรียกว่า “อึกแพง เบ่งแฉง สมองดี
ยางสีสุราช” ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) แผนการเรียนรู้ 5 ด้าน คือ การออกกำลังกาย การฝึกกระตุ้นการทำงานของ
สมอง โภชนาการ สุขภาพจิต และการนอนหลับ 2) แผนการดูแล (Care Plan) สำหรับการเยี่ยมบ้านตามระดับความเสี่ยง
และ 3) ระบบการดูแลแบบผสมผสานระหว่างการเยี่ยมบ้าน (Onsite Home Visit) และการพยาบาลทางไกล (Telenursing)
โดยมีครอบครัว อสม. ทีมพยาบาล และภาคีเครือข่ายร่วมดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ประเมินผลจำนวน 150 คน Manuscript
พัชรมาศ หลังใช้รูปแบบเป็นเวลา 6 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ย AMT เพิ่มขึ้นจาก 7.85 ± 0.90 เป็น 8.53 ± 0.89 คะแนน
สัดส่วนกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมลดลงจากร้อยละ 65.33 เป็นร้อยละ 32.67 คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 15.42 ± 3.21 เป็น
 22.18 ± 2.87 คะแนน และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นจาก 4.10 ± 0.95 เป็น 4.52 ± 0.73 คะแนน โดย
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean =
4.79, SD = 0.45)

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ภาวะสมองเสื่อม, การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

Abstract

This participatory action research aimed to examine the problem situation, develop a model to delay and prevent dementia through the participation of community network partners, and evaluate the developed model. The study was conducted between October 2023 and September 2024 in Yang Sisurat District, Maha Sarakham Province. The target group consisted of 150 elderly individuals and 45 community network partners, including the elderly and their families, Village Health Volunteers (VHVs), community leaders, public health personnel/nurses, and representatives from local administrative organizations. The development process utilized two cycles of the PAOR (Plan, Act, Observe, Reflect) framework. Research

¹ โรงพยาบาลยางสีสุราช

² วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

instruments included the Abbreviated Mental Test (AMT), assessments for dementia prevention knowledge and behaviors, an assessment of the ability to perform activities of daily living (ADL), a satisfaction assessment, and an in-depth interview guide. Data were analyzed using descriptive statistics, the paired t-test, and content analysis.

A situational analysis revealed that 65.33% of the elderly were at risk of cognitive impairment, and the community lacked the knowledge and systems required for systematic dementia prevention. The developed model, named "Hug Paeng Bueng Ngaeng Samong Dee Yang Sisurat" (Cherishing, Caring for, and Promoting Brain Health in Yang Sisurat), comprises three components: 1) a learning plan covering five areas—physical exercise, brain stimulation, nutrition, mental health, and sleep; 2) a care plan for home visits tailored to risk levels; and 3) an integrated care system combining onsite home visits and telenursing, involving families, Village Health Volunteers (VHVs), nursing teams, and network partners. The study evaluated the model using a sample of 150 participants. After implementing the model for six months, the mean AMT score increased from 7.85 ± 0.90 to 8.53 ± 0.89 . The proportion of the group at risk for dementia decreased from 65.33% to 32.67%. Knowledge scores rose from 15.42 ± 3.21 to 22.18 ± 2.87 , and desirable health behavior scores increased from 4.10 ± 0.95 to 4.52 ± 0.73 ; these changes were statistically significant ($p < .001$). Participants reported the highest level of overall satisfaction with the model (Mean = 4.79, SD = 0.45).

Keywords: Elderly, Dementia, Network partner participation

บทนำ

ปัจจุบันประชากรโลกมีอายุยืนยาวขึ้นอย่างต่อเนื่อง ใน พ.ศ. 2566 โลกมีประชากรประมาณ 8 พันล้านคน โดยมีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 1.14 พันล้านคน หรือร้อยละ 14.22 ของประชากรโลก และองค์การสหประชาชาติ คาดการณ์ว่าภายใน พ.ศ. 2593 จะมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปีสูงถึงประมาณ 2 พันล้านคน หรือร้อยละ 20 ของประชากรโลก สำหรับประเทศไทย ได้เข้าสู่สังคมสูงวัย (Aged Society) เนื่องจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งในเชิงขนาดและสัดส่วน โดยในปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้สูงอายुर้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) คือมีประชากรผู้สูงอายुर้อยละ 28¹

จากแนวโน้มดังกล่าว ปัญหาความเสื่อมของระบบประสาทสมองในผู้สูงอายุได้กลายเป็นประเด็นสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก รายงานขององค์การอนามัยโลก² พบว่าผู้สูงอายุทั่วโลกมีปัญหาระบบประสาทสมองสูงถึงร้อยละ 20 โดยในระยะเริ่มต้นมักเกิดอาการที่เรียกว่าภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเริ่มต้น (Mild Cognitive

Impairment: MCI) ซึ่งเป็นความผิดปกติที่อยู่ระหว่างการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชรา ตามปกติกับภาวะสมองเสื่อมเต็มรูปแบบ และหากไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม จะนำไปสู่การเกิดโรคสมองเสื่อมได้ภายในระยะเวลา 3 ปี โดยมีอัตราการเกิดมากถึงร้อยละ 43³

ภาวะสมองเสื่อมเป็นการสูญเสียการทำงานหน้าที่ของสมองชั้นสูง (higher cortical function) อย่างต่อเนื่องและรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะทุพพลภาพและต้องพึ่งพาผู้อื่น มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พฤติกรรม และบุคลิกภาพ กระทั่งต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน และการเข้าสังคม ก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อครอบครัว ผู้ดูแล และระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับประเทศ⁴ โดยในประเทศไทยพบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปมีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 8–12 และอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในทุก ๆ 5 ปี หลังจากอายุ 60 ปีขึ้นไป จนสูงถึงร้อยละ 45 ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 85 ปี และในปี พ.ศ. 2559 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 617,000 คน โดย

คาดว่าใน พ.ศ. 2580 จะเพิ่มขึ้นเป็น 1,350,000 คน⁵

สมองที่แข็งแรงในผู้สูงอายุมีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การรับรู้ที่ดี ความจำ เหตุผล สมาธิ การใช้ภาษา และการมีมิติสัมพันธ์ที่เหมาะสมสำหรับการดูแลสมองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมสามารถทำได้โดยการรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ การออกกำลังกายเพิ่มความจำ การฝึกสมาธิควบคุมอารมณ์และจิตใจ การบริหารสมอง และการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ⁴ งานวิจัยหลายชิ้นยืนยันว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobic exercise) สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของสมองได้อย่างมีนัยสำคัญ⁶ ขณะที่การฝึกทางปัญญา (cognitive training) สามารถชะลอการเสื่อมถอยของสมองในผู้สูงอายุได้⁷ นอกจากนี้ภาวะเครียด ความวิตกกังวล และปัญหาการนอนหลับยังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เร่งให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้เร็วขึ้น⁸

การดำเนินกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นกลไกสำคัญที่เกิดจากการดำเนินงานหลายภาคส่วนเพื่อส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยเกิดจากแนวคิดที่ตระหนักถึงคุณค่า ความสำคัญ และพลังของผู้สูงอายุ บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านโรงเรียนหรือชมรมผู้สูงอายุมีความสำคัญที่จะช่วยชะลอความเสื่อม ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป แต่ที่ผ่านมายังเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทั่วไปที่ไม่เฉพาะเจาะจง ไม่ชัดเจนในแนวทางปฏิบัติ และบทบาทของการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งยังขาดการประเมินผลอย่างเป็นระบบ⁹

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เป็นแนวทางที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชุมชน เนื่องจากเป็นกระบวนการที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินการ และประเมินผลตั้งแต่ต้นจนจบ

ก่อให้เกิดความเป็นเจ้าของและความยั่งยืนของการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ การดึงความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ได้แก่ อสม. จิตอาสา ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นกลไกหลักที่ช่วยสร้างระบบเฝ้าระวังและสนับสนุนทางสังคม ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพของการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน¹⁰

สำหรับพื้นที่อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม จากการสำรวจเบื้องต้นพบว่าชุมชนยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ส่งผลให้การเข้าถึงบริการล่าช้าและการดูแล ไม่เหมาะสม ประกอบกับยังไม่เคยมีการศึกษาหรือพัฒนารูปแบบการชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุมาก่อน ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนารูปแบบที่เป็นระบบ เฉพาะเจาะจง และเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนในเขตรับผิดชอบของกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลยางสีสุราช เพื่อนำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research:

PAR) ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2566 – กันยายน 2567 ในพื้นที่ตำบลยางสีสุราช อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม **เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่ม** ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบในช่วงที่มีการใช้รูปแบบตลอดช่วงการศึกษาวิจัย สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ **เกณฑ์การแยกออก** ได้แก่ เสียชีวิตหรือย้ายถิ่นที่อยู่ระหว่างการศึกษ ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมเกินกว่าร้อยละ 50 หรือไม่สามารบประเมินภาวะสุขภาพในช่วงก่อนหรือหลังดำเนินการได้ และมีระยะดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนารูปแบบในระยะต่อไป ดังนี้

1.1 การศึกษาภาวะสมองเสื่อมและกลุ่มเสี่ยงในผู้สูงอายุ ดำเนินการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมตามมาตรฐาน ร่วมกับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับการรู้คิด ผลการคัดกรองพบว่าผู้สูงอายุมีระดับการรู้คิดปกติเพียงร้อยละ 34.67 ขณะที่มีส่วนผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมสูงถึงร้อยละ 65.33 ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาแนวทางป้องกันและชะลอภาวะสมองเสื่อมในระดับชุมชน

1.2 การศึกษาสถานการณ์และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้นำชุมชน อสม. และบุคลากรสาธารณสุข เพื่อศึกษาบริบทสถานการณ์ และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน รวมถึงค้นหาจุดแข็ง ข้อจำกัด และช่องว่างของรูปแบบการดูแลที่มีอยู่ในชุมชน

1.3 การศึกษาความต้องการในการพัฒนารูปแบบฯ ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อสำรวจความต้องการ ความคาดหวัง และข้อเสนอแนะ โดยการสนทนากลุ่ม ต่อการพัฒนารูปแบบเพื่อชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมในการระบุประเด็นปัญหาและแนวทางการแก้ไขที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะถูกนำไปใช้ในการออกแบบรูปแบบในระยะที่ 2 ต่อไป

2. ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบ ผู้ร่วมวิจัยและผู้ให้ข้อมูลหลักในระยะนี้ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม จำนวน 150 คน และ (2) ภาคีเครือข่ายในชุมชน ประกอบด้วย ตัวแทนผู้สูงอายุและครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข/พยาบาล และผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต.) จำนวน 45 คน ระยะนี้เป็น การนำประเด็นสถานการณ์ที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 มาประชุมร่วมกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อสร้างความตระหนักรู้ถึงสภาพปัญหา และก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการออกแบบและพัฒนารูปแบบ **"ฮักแพง เบ่งแวง สมองดี ยางสีสุราช"** ร่วมกัน โดยดำเนินการตามวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR Cycle) จำนวน 2 วงรอบ ดังนี้

วงรอบที่ 1

ขั้นวางแผน (Planning) ผู้วิจัยร่วมกับภาคีเครือข่ายประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) เพื่อออกร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดโครงการอบรมเพื่อชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมตามแผนการเรียนรู้เพื่อชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อม ครอบคลุม 5 ประเด็นหลัก (การออกกำลังกาย การฝึกกระตุ้นการทำงานของสมอง โภชนาการ สุขภาพจิต และการนอนหลับ) พร้อมทั้งออกแบบโครงร่าง แผนการดูแล (Care Plan) สำหรับการเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงต่ำและกลุ่มที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระยะต้น (Mild Cognitive Impairment: MCI)

ขั้นปฏิบัติ (Action) นำแผนการเรียนรู้ 5 ประเด็นไปจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในโรงเรียน ผู้สูงอายุและในชุมชน ควบคู่กับการนำ Care Plan ไปทดลองใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมาย (กลุ่มโดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย

ขั้นสังเกต (Observation) ทีมผู้วิจัยและภาคีเครือข่ายร่วมติดตามและบันทึกผลการดำเนินกิจกรรม ทั้งด้านความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุ

ขั้นสะท้อนผล (Reflection) จัดประชุมร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อทบทวนผลการดำเนินงาน ในวงรอบที่ 1 พบว่าแผนการเรียนรู้และ Care Plan สามารถใช้ได้ผลดีในระดับหนึ่ง แต่ยังมีข้อจำกัดด้านความต่อเนื่องของการติดตามดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มที่ต้องพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) ในช่วงเวลาที่ไม่มีการเยี่ยมบ้าน จึงนำไปสู่การพัฒนา ในวงรอบที่ 2

วงรอบที่ 2 จากข้อค้นพบในวงรอบที่ 1 ผู้วิจัยร่วมกับทีมพยาบาล ภาคีเครือข่ายและครอบครัวผู้สูงอายุวางแผนพัฒนา คือ การจัดบริการพยาบาลเยี่ยมบ้านแบบผสมผสาน (Onsite) ร่วมกับการบริการพยาบาลทางไกล (Telenursing) สำหรับติดตามดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่ต้องการการดูแลระยะยาว (LTC) ในครอบครัวที่สามารถใช้สมาร์ทโฟนได้ พร้อมทั้งปรับปรุงแผนการเรียนรู้และ Care Plan ให้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากวงรอบแรก หลังจากนั้น ดำเนินการเยี่ยมบ้านแบบผสมผสานควบคู่กัน โดยทีมพยาบาล ลงเยี่ยมบ้านโดยตรง (Onsite) ในกรณีจำเป็น และใช้ระบบ Telenursing ผ่านสมาร์ทโฟนในการติดตาม ให้คำปรึกษา และประเมินอาการของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงพร้อมทั้งให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ร่วมกันกับครอบครัวอย่างต่อเนื่องระหว่างรอการเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้ทีมผู้วิจัยติดตามผลการดำเนินงาน โดยเก็บข้อมูลด้านการรู้คิด พฤติกรรมสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) และความพึงพอใจของ

ผู้สูงอายุและครอบครัวต่อระบบ Telenursing รวมทั้งจัดประชุมร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อสรุปผลการดำเนินงานในวงรอบที่ 2 พบว่า การผสมผสานบริการแบบ Onsite และ Telenursing ช่วยเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลลดข้อจำกัดด้านระยะทาง และเวลา และได้รับการตอบรับที่ดีจากครอบครัว จึงนำไปสู่การสรุปเป็นรูปแบบ **"ฮักแพง เบิ่งแจง สมองดี ยางสี่สุราข"** ทั้ง 3 องค์ประกอบ ซึ่งมีความเหมาะสมและนำไปใช้กับบริบทของพื้นที่

3. ระยะเวลาประเมินผล การประเมินผลในระยะนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1) การประเมินผลระหว่างดำเนินการพัฒนา เป็นการประเมินผลที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวงรอบปฏิบัติการ (PAOR Cycle) ทั้ง 2 วงรอบ โดยใช้เครื่องมือประเมินทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (Abbreviated Mental Test: AMT) แบบประเมิน TMSE (Thai Mental State Examination) แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและขั้นซับซ้อน (Barthel Index และ Lawton IADL) และแบบสอบถามความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายต่อการดำเนินงานในแต่ละวงรอบ ผลการประเมินที่ได้ในแต่ละวงรอบถูกนำมาใช้สะท้อนทั้งความสำเร็จ ปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินการดำเนินงาน เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาแผนปฏิบัติการให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้นในวงรอบถัดไป ที่เน้นการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

2) การประเมินผลโดยรวมเมื่อสิ้นสุดการวิจัย เป็นการประเมินผลรูปแบบ **"ฮักแพง เบิ่งแจง สมองดี ยางสี่สุราข"** โดยใช้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพร่วมกัน ในด้านเชิงปริมาณเป็นการเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการดำเนินรูปแบบ ได้แก่ คะแนนการรู้คิด (TMSE) สัดส่วนกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม คะแนนความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ และความสามารถในการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวัน (ADL) โดยใช้สถิติ Paired t-test ในด้านเชิงคุณภาพเป็นการจัดประชุมถอดบทเรียนร่วมกับทีมพยาบาล ภาควิชาอายุรศาสตร์ ผู้สูงอายุ และครอบครัว เพื่อสรุปภาพรวมของกระบวนการพัฒนา พร้อมทั้งวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากข้อมูลการสนทนากลุ่มและการสะท้อนผล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. แบบทดสอบสภาพสมองย่อ (Abbreviated Mental Test: AMT) เป็นแบบทดสอบมาตรฐานที่ใช้คัดกรองสภาพสมองเบื้องต้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ครอบคลุมการรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล ความจำระยะสั้น และการคำนวณเบื้องต้น การแปลผลใช้เกณฑ์ตอบถูกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ข้อ แสดงว่ามีภาวะการรู้คิดผิดปกติ (cognitive impairment) AMT มีความเชื่อมั่น (reliability) ที่ยอมรับได้ และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชผู้สูงอายุ มีความไว (sensitivity) ร้อยละ 85 และค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 82 ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในประชากรไทย (กรมอนามัย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, 2559)

2. แบบทดสอบสภาพสมองไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) เป็นแบบทดสอบที่พัฒนาและปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมไทย มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ (1) การรับรู้เวลาและสถานที่ (Orientation) 10 คะแนน (2) การจดจำ (Registration) 3 คะแนน (3) ความตั้งใจและการคำนวณ (Attention and Calculation) 5 คะแนน (4) การระลึก (Recall) 3 คะแนน (5) ภาษา (Language) 8 คะแนน และ (6) การลอกแบบ (Construction) 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผลสำหรับผู้ที่มีการศึกษาดำรงระดับประถมศึกษา ใช้คะแนนตัดที่ 17 คะแนน หากต่ำกว่าเกณฑ์ถือว่ามีความเสี่ยงสมองเสื่อม TMSE มีความสัมพันธ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.87 และมี

ความตรงตามเกณฑ์ (criterion validity) เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยทางคลินิกอยู่ในระดับดี

3. แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ Barthel ADL Index ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วย การประเมิน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้ายตัว การทำความสะอาดตนเอง การใช้ห้องน้ำ การอาบน้ำ การเดิน การขึ้น-ลงบันได การแต่งกาย การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ คะแนนเต็ม 20 คะแนน เกณฑ์แปลผล: 20 คะแนน = ปกติ 12-19 คะแนน = พึ่งพาผู้อื่นเล็กน้อย 9-11 คะแนน = พึ่งพาผู้อื่นปานกลาง น้อยกว่า 9 คะแนน = พึ่งพาผู้อื่นมาก เครื่องมือนี้มีค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) สูงถึง 0.89-0.99 และผ่านการใช้งานอย่างแพร่หลายในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของไทย

4. แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญผู้สูงอายุ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และนักวิชาการสาธารณสุข ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.87 แบบประเมินความรู้ประกอบด้วยข้อคำถามแบบถูก-ผิด จำนวน 30 ข้อ ครอบคลุมสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงอาการ การป้องกัน และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ได้ค่าความเชื่อมั่น Kuder-Richardson 20 (KR-20) เท่ากับ 0.82 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเป็นมาตรวัดแบบ Rating Scale 5 ระดับ จำนวน 6 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.79

5. แบบคัดกรองความเสี่ยงซึมเศร้า (9Q) และแบบคัดกรองความเสี่ยงโรคซึมเศร้า (2Q) โดย 2Q เป็นแบบคัดกรองเบื้องต้น 2 ข้อ ใช้ระบุผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า หากผลเป็นบวกจะ

ส่งต่อประเมินด้วย 9Q ซึ่งเป็นแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 ข้อตามเกณฑ์ DSM-5 ค่าความเชื่อมั่นของ 9Q อยู่ที่ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.84 และมีความตรงในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในระดับดี เครื่องมือทั้งสองชุดพัฒนาและรับรองโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ใช้ในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของภาวะสมองเสื่อม

6. แบบประเมินความพึงพอใจ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพ ประกอบด้วย 9 รายการ วัดด้วยมาตราวัด 5 ระดับ ตั้งแต่ ปรับปรุง (1) ถึง มากที่สุด (5) ครอบคลุมด้านเนื้อหา กิจกรรม วิทยาการ ระยะเวลา สถานที่ และประโยชน์ที่ได้รับ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.83 และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.89

7. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) เป็นคำถามกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview guide) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการศึกษาบริบทชุมชน สภาพปัญหา และสรุปบทเรียนจากการดำเนินงานในแต่ละวงรอบ P-A-O-R ครอบคลุมประเด็น ได้แก่ ความรู้และทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อม บริบทการดำรงชีวิตและปัจจัยเสี่ยงในชุมชน การเข้าถึงบริการสุขภาพ และข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการเรียนรู้ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และทดลองใช้ก่อนการเก็บข้อมูลจริง บันทึกโดยการจดบันทึกและการบันทึกเสียงโดยได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามประเด็นที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test

และ (3) การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ กำหนดค่า p-value น้อยกว่า 0.05 เป็นนัยสำคัญทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยางสีสุราช เลขที่ EC 18/2566 เมื่อวันที่ 9 สิงหาคม 2566 ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างทุกคน

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหา

การศึกษาในระยะที่ 1 ซึ่งเป็นระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนารูปแบบในระยะต่อไป โดยมีรายละเอียดผลการศึกษาดังนี้

1.1 ผลการศึกษาภาวะสมองเสื่อมและกลุ่มเสี่ยงในผู้สูงอายุ จากการคัดกรอง/ประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายจำนวน 150 คน โดยใช้แบบประเมินภาวะสมองเสื่อมตามมาตรฐาน TMSE (Abbreviated Mental Test) ร่วมกับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับการรู้คิด พบว่าผู้สูงอายุมีระดับการรู้คิดปกติเพียงร้อยละ 34.67 ขณะที่มีส่วนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับต้น (Mild Cognitive Impairment: MCI) สูงถึงร้อยละ 65.33 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยที่พบในระดับประเทศ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุ พบว่าอัตราความเสี่ยงต่อ MCI เพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยกลุ่มอายุ 70-74 ปี มีความเสี่ยงร้อยละ 69.77 และกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงสูงถึงร้อยละ 78.95 ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาแนวทางป้องกันและชะลอภาวะสมองเสื่อมในระดับชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยเฉพาะ

1.2 ผลการศึกษาสถานการณ์และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ร่วมกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ พบว่าชุมชนยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุและแนวทางการป้องกันที่ควรดำเนินการในระดับชุมชน โดยผู้สูงอายุและครอบครัวส่วนใหญ่มักเข้าใจว่าอาการหลงลืม สับสน หรือการพูดวนซ้ำเป็นเรื่องปกติของวัยชราที่ไม่จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ จึงไม่ได้พาผู้สูงอายุเข้ารับการคัดกรองหรือตรวจประเมินจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งผลให้การเข้าถึงบริการมีความล่าช้า และการดูแลในระดับครอบครัวไม่ถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้ ยังพบว่ากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสมองที่จัดขึ้นในโรงเรียนผู้สูงอายุของพื้นที่ยังขาดความเป็นระบบ ไม่มีแผนการเรียนรู้ที่ชัดเจน และไม่ได้นำนโยบายหรือข้อแนะนำของกรมส่งเสริมสุขภาพสมองโดยตรง ซึ่งสะท้อนถึงช่องว่างสำคัญของรูปแบบการดูแลที่มีอยู่ในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุขาดโอกาสในการพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพสมองด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

1.3 ผลการศึกษาความต้องการในการพัฒนารูปแบบฯ จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนผ่านกระบวนการสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วม พบว่า ผู้สูงอายุ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายในพื้นที่มีความต้องการให้มีการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่มีความเป็นระบบ มีแผนการเรียนรู้ที่ชัดเจน และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในวิถีชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุในชุมชน โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการระบุประเด็นปัญหาและร่วมกำหนดแนวทางการแก้ไขที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาความต้องการดังกล่าว

จะถูกนำไปใช้เป็นแนวทางในการออกแบบและพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2 ต่อไป

2. ผลการศึกษาในระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบ

ระยะดำเนินการพัฒนาเป็นการนำประเด็นสถานการณ์ปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์ในระยะที่ 1 มาสู่กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมจำนวน 150 คน และภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข/พยาบาล และผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อร่วมกันสร้างความตระหนักรู้ถึงสภาพปัญหาและออกแบบพัฒนารูปแบบ "ฮักแพง เบิ่งแรงสมองดี ยางสีสุราช" โดยใช้วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR Cycle) จำนวน 2 วงรอบ ผลการดำเนินงานสรุปได้ดังนี้

ผลการศึกษาในวงรอบที่ 1

ผู้วิจัยร่วมกับภาคีเครือข่ายดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการ ส่งผลให้เกิดโครงการอบรมเพื่อชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยแผนการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นครอบคลุม 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ การออกกำลังกาย การฝึกกระตุ้นการทำงานของสมอง โภชนาการ สุขภาพจิต และการนอนหลับ พร้อมทั้งออกแบบโครงสร้างแผนการดูแล (Care Plan) สำหรับการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่ำและกลุ่มที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ระยะต้น (MCI) จากนั้นได้นำแผนการเรียนรู้ทั้ง 5 ประเด็น ไปจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในโรงเรียนผู้สูงอายุ และในชุมชน ดังนี้

แผนการเรียนรู้ที่ 1 การออกกำลังกายป้องกันสมองเสื่อม เน้นหลักการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบท โดยใช้การเดินบาสโลปประยุกต์ให้เข้ากับบริบทวัฒนธรรมอีสาน จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที ในพื้นที่โรงเรียนผู้สูงอายุตำบล โดยมี อสม. และจิตอาสาทำหน้าที่เป็นผู้นำออกกำลังกายประจำหมู่บ้าน

แผนการเรียนรู้ที่ 2 การฝึกและบริหารสมอง ให้ผู้สูงอายุได้ทำความรู้จักกับโรคสมองเสื่อม ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันที่พบในชุมชน โดยใช้กิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ได้แก่ เพลงพื้นบ้าน ประกอบท่าเต้นฝึกสมอง การเล่านิทานพื้นบ้านเล่าสู่กันฟัง การหัดเล่นดนตรีพื้นเมือง (เช่น โปงลาง แคน) และการฝึกนับตัวเลข จับคู่ภาพ และเกมความจำ ซึ่งออกแบบให้เหมาะกับผู้สูงอายุที่มีการศึกษาดำกว่าระดับประถมศึกษา

แผนการเรียนรู้ที่ 3 ความสุขและการจัดการอารมณ์ มุ่งส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยอาศัยกิจกรรมทางศาสนา และวัฒนธรรมท้องถิ่น เช่น การทำสมาธิตามแนวพุทธ การร้องเพลงหมู่ การจัดกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิต และการสอนเทคนิคการจัดการความเครียดเบื้องต้น โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและจิตอาสาร่วมติดตามภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรอง 9Q เป็นระยะ

แผนการเรียนรู้ที่ 4 โภชนาการ เน้นหลักการรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในบริบทชุมชนเกษตรกรรม โดยใช้วัตถุดิบอาหารท้องถิ่นที่หาได้ง่ายในพื้นที่ เช่น ผักพื้นบ้าน สมุนไพร และปลาน้ำจืด เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคให้ห่างไกลโรคสมองเสื่อม มีการสาธิตการประกอบอาหารเพื่อสุขภาพในชุมชน และการจัดทำเมนูอาหารสุขภาพราคาประหยัดสำหรับผู้สูงอายุรายครัวเรือน

แผนการเรียนรู้ที่ 5 การนอนหลับ ให้ความรู้เรื่องความสำคัญของการนอนหลับที่มีคุณภาพต่อสุขภาพสมองและเทคนิคการนอนหลับที่ถูกต้องสำหรับผู้สูงอายุ

โดยผู้สูงอายุทุกกลุ่มจะได้รับแผนการเรียนรู้เพื่อชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อม หลักสูตร 1 วัน

แผนการดูแล (Care Plan) สำหรับการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม
โครงการพัฒนารูปแบบ “ฮักแพง เบ่งแวง สมองดี ยางสีสุราช” อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มที่ 1 : ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่ำ

ความถี่การเยี่ยมบ้าน : ทุก 1 เดือน จนครบ 6 เดือน โดย จากอสม. ทุก 1 เดือน รวม 6 ครั้ง และ จากทีมพยาบาล ทุก 3 เดือน (เดือนที่ 3, 6) รวม 2 ครั้ง

กลุ่มที่ 2 : กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับต้น (Mild Cognitive Impairment: MCI) โดยการติดตาม เสริมพลังให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว เพื่อชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อม ตาม 5 ประเด็นหลัก

ความถี่การเยี่ยมบ้าน : ทุก 1 เดือน จนครบ 6 เดือน โดย จากอสม. ทุก 1 เดือน รวม 6 ครั้ง และ จากทีมพยาบาล ทุก 2 เดือน (เดือนที่ 2,4, 6) รวม 3 ครั้ง

จากการประชุมร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อทบทวนผลการดำเนินงาน พบว่าแผนการเรียนรู้ และ Care Plan ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้ผลดีในระดับหนึ่ง แต่ยังมีข้อจำกัดสำคัญคือ ความไม่ต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ต้องพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) ในช่วงเวลาที่ไม่มีการเยี่ยมบ้าน ข้อค้นพบนี้ จึงเป็นจุดตั้งต้นนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบในวงรอบที่ 2

ผลการศึกษาในวงรอบที่ 2

จากข้อค้นพบในวงรอบที่ 1 ผู้วิจัยร่วมกับทีมพยาบาล ภาคีเครือข่ายสุขภาพ และครอบครัวผู้สูงอายุ ได้ร่วมกันสะท้อนผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนพัฒนารูปแบบการดูแลในวงรอบที่ 2 โดยมุ่งเน้นการเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลและการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุในชุมชน การพัฒนาในวงรอบที่ 2 ได้ปรับรูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) โดยบูรณาการการเยี่ยมบ้านแบบ Onsite Home Visit ร่วมกับการพยาบาลทางไกล (Telenursing) เพื่อให้การดูแลมีความ

ต่อเนื่องและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น กำหนดให้มีการเยี่ยมบ้านโดย อสม. เดือนละ 1 ครั้ง รวม 6 ครั้ง และการเยี่ยมบ้านโดยทีมพยาบาลเดือนละ 1 ครั้ง รวม 6 ครั้ง ควบคู่กับการติดตามผ่านระบบ Telenursing อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 6 เดือน ดังตารางที่ 2 ในช่วงระหว่างรอบการเยี่ยมบ้านแบบ Onsite ทีมพยาบาลได้ใช้ระบบ Telenursing ผ่านสมาร์ทโฟนในการติดตามอาการ ประเมินภาวะสุขภาพ ให้คำปรึกษา เสริมพลัง และสนับสนุนการดูแลร่วมกับครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแล ลดข้อจำกัดด้านระยะทางและเวลาในการเข้าถึงบริการ รวมทั้งลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการเสื่อมถอยของสมรรถภาพสมองและการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะและประเด็นปัญหาที่ค้นพบจากการดำเนินงานในรอบที่ 1 มาปรับปรุงแผนการดูแลรายบุคคล (Individual Care Plan) และแผนการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว ให้มีความสอดคล้องกับบริบท ปัญหา และความต้องการเฉพาะรายมากยิ่งขึ้น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว อสม. และภาคีเครือข่ายในชุมชนตลอดกระบวนการดูแล ผลการ

สรุปบทเรียนจากการประชุมร่วมกับภาคีเครือข่ายในรอบที่ 2 พบว่า รูปแบบการดูแลแบบผสมผสานระหว่างการเยี่ยมบ้านแบบ Onsite และการพยาบาลทางไกล (Telenursing) ช่วยเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ลดข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และได้รับการยอมรับในระดับดีจากผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

การดำเนินงานทั้ง 2 รอบ นำไปสู่การสังเคราะห์เป็นรูปแบบ “ฮักแพง เบ่งแ่ง สมอง ดี ยางสีสุราช” : รูปแบบการชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ (1) แผนการเรียนรู้เพื่อชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อม (2) แผนการดูแล (Care Plan) สำหรับการเยี่ยมบ้าน และ (3) ระบบการดูแลแบบผสมผสานระหว่าง Onsite Home Visit และ Telenursing โดยมี อสม. ครอบครัว ทีมพยาบาล และภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบ “ฮักแพง เบ็งแงง สมองดี ยางสีสุราช” : รูปแบบการชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน อำเภออย่างสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

3. ประเมินผลรูปแบบการชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน อำเภออย่างสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

3.1 ผลลัพธ์การดูแล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 150 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 62.67 มีอายุระหว่าง 60–70 ปี ร้อยละ 45.52 สถานภาพสมรสร้อยละ 76.45 การศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษาร้อยละ 76.14 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 91.33 และมีโรคประจำตัวร้อยละ 35.33

หลังการดำเนินการใช้ รูปแบบ "ฮักแพง เบ็งแงง สมองดี ยางสีสุราช" เป็นระยะเวลา 6 เดือน

ในพื้นที่อำเภออย่างสีสุราช พบว่าคะแนนเฉลี่ยการคัดกรองสภาพสมองเบื้องต้น (AMT) เพิ่มขึ้นจาก 7.85 ± 0.90 เป็น 8.53 ± 0.89 คะแนน ($t = 8.24$, $p < .001$) และร้อยละของกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมลดลงอย่างชัดเจนจากร้อยละ 65.33 เหลือร้อยละ 32.67 ($p < .001$) หมายความว่าผู้สูงอายุที่ขยับจากกลุ่มเสี่ยงได้ถึง 49 คน นอกจากนี้คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นจาก 15.42 ± 3.21 เป็น 22.18 ± 2.87 คะแนน และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์โดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 4.10 ± 0.95 เป็น 4.52 ± 0.73 คะแนน ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n = 150)

ตัวแปร	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
คะแนนสภาพสมอง AMT (คะแนนเต็ม 10)	7.85	0.90	8.53	0.89	8.24	< .001
กลุ่มเสี่ยงสมองเสื่อม (AMT ≤ 7 ข้อ) (ร้อยละ)	65.33		32.67		-	< .001
คะแนนความรู้การป้องกันภาวะสมองเสื่อม	15.42	3.21	22.18	2.87	19.63	< .001
คะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	4.10	0.95	4.52	0.73	5.18	< .001

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์พบว่าพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นมากที่สุดจากร้อยละ 68.0 เป็นร้อยละ 87.3 ($p < .001$) การออกกำลังกายสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 72.0 เป็นร้อยละ 85.3 ($p = .004$) การดื่มน้ำอย่างน้อย 8 แก้วต่อวันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 54.7 เป็นร้อยละ 72.0 ($p = .003$) และการนอนหลับพักผ่อนเพียงพอเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 61.3 เป็นร้อยละ

ละ 78.7 ($p = .002$) ส่วนพฤติกรรมการรับประทานผักและผลไม้และการไม่สูบบุหรี่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .071$ และ $p = .629$ ตามลำดับ) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเหล่านี้ในระดับสูงอยู่แล้วก่อนการดำเนินการ ด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบ พบว่าผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.86 $\pm$ 0.83 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบร้อยละพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์รายข้อก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเรียนรู้
(n = 150)

พฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์	ก่อนการทดลอง (ร้อยละ)	หลังการทดลอง (ร้อยละ)	p-value
ออกกำลังกายสม่ำเสมอ	72.0	85.3	0.004*
รับประทานผักและผลไม้	80.7	88.7	0.071
ดื่มน้ำอย่างน้อย 8 แก้วต่อวัน	54.7	72.0	0.003*
ไม่สูบบุหรี่	94.0	95.3	0.629
ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	68.0	87.3	< .001*
นอนหลับพักผ่อนเพียงพอ (6-8 ชั่วโมง)	61.3	78.7	0.002*

ด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบ ดังแสดงในตารางที่ 4 พบว่าผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.79, SD=0.45) ความพึงพอใจสูงสุด คือ ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการโดยรวม (Mean=4.87, SD=0.37) รองลงมาคือความพึงพอใจต่อวิทยากรและครูผู้สอน (Mean=4.85, SD=0.40) และความสามารถนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ (Mean=4.84, SD=0.41) ตามลำดับ ส่วนคะแนนความพึงพอใจต่ำสุด คือ ความพึงพอใจต่อสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก (Mean=4.67, SD=0.56) แต่ยังอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบ "ฮักแพง เบ่งแ่ง สมองดี ยางสีสุราช" ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วยแผนการเรียนรู้ 5 ด้าน ได้แก่ การออกกำลังกาย การฝึกบริหารสมอง สุขและจัดการอารมณ์ โภชนาการ และการนอนหลับ แผนการดูแล (Care Plan) สำหรับการเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงต่ำและกลุ่มที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ระดับต้น (Mild Cognitive Impairment: MCI) ร่วมกับระบบการดูแลแบบผสมผสานระหว่างการเยี่ยมบ้าน (Onsite) และการพยาบาลทางไกล (Telenursing) สามารถชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้

อย่างมีประสิทธิภาพ สะท้อนจากคะแนนเฉลี่ยสภาพสมอง (AMT) ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสัดส่วนกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมที่ลดลงจากร้อยละ 65.33 เหลือร้อยละ 32.67 ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญา จันทร์พล และสดดี ภูทองไสย (2567) ที่พัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในโรงเรียนผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งพบว่าคะแนน AMT เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน แม้ฐานความเสี่ยงเริ่มต้นของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานั้นจะต่ำกว่าพื้นที่ยางสีสุราชอย่างชัดเจน ซึ่งอาจสะท้อนว่าความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนเกษตรกรรมที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ อย่างอำเภอยางสีสุราชมีความรุนแรงของปัญหาในระดับที่สูงกว่าพื้นที่ทั่วไป และต้องอาศัยรูปแบบการดูแลที่เข้มข้นกว่า จึงจะเห็นผลลัพธ์ในทิศทางเดียวกันได้

เมื่อพิจารณาเป็นรายแผนการเรียนรู้ ผลลัพธ์ด้านการออกกำลังกายที่ทำให้คะแนนสภาพสมองดีขึ้นนั้นสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Angevaren และคณะ⁶ ที่ระบุว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิกสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของสมองในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Carvalho และคณะ³ ที่ระบุว่าผู้ที่มีการออกกำลังกายในระดับสูงมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีกิจกรรมทางกาย ทั้งนี้การที่แผนการออกกำลังกาย

ภายในการศึกษาครั้งนี้ถูกปรับให้สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรมอีสาน เช่น การเดินบาสโลบประยุกต์ น่าจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุยอมรับและปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่อง มากกว่าการนำโปรแกรมออกกำลังกายมาตรฐานทั่วไปมาใช้โดยไม่ปรับให้เข้ากับบริบทพื้นที่

ในด้านการฝึกบริหารสมอง ผลการศึกษาสอดคล้องกับ Valenzuela และ Sachdev⁷ ที่พบว่าการฝึกการทำงานของสมอง (cognitive training) ส่งผลให้คะแนนการรู้คิดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของจากรวรรณ ก้านศรี และคณะ¹¹ ที่พบว่าโปรแกรมบริหารสมองช่วยเพิ่มความจำของผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องเล็กน้อยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่ควรกล่าวถึงเพิ่มเติมคือ การออกแบบกิจกรรมฝึกสมองในครั้งนี้ใช้สื่อพื้นถิ่น เช่น เพลงพื้นบ้าน นิทานพื้นบ้าน และดนตรีพื้นเมือง ซึ่งเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ การเลือกใช้สื่อที่คุ้นเคยในวิถีชีวิตจึงอาจเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องและเกิดผลลัพธ์ทางบวกต่อคะแนนการรู้คิด มากกว่าการใช้เครื่องมือฝึกสมองมาตรฐานที่อาจไม่สอดคล้องกับพื้นฐานทางภาษาและวัฒนธรรมของกลุ่มตัวอย่าง

สำหรับแผนการเรียนรู้ด้านโภชนาการที่เน้นการรับประทานผักผลไม้และการดื่มน้ำให้เพียงพอ ผลการศึกษาที่พบว่าพฤติกรรมการดื่มน้ำเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของธัญญารัตน์ อโนทัยสินทวี และคณะ¹² ที่ระบุว่า การรับประทานอาหารตามแบบเมดิเตอร์เรเนียน (Mediterranean diet) ซึ่งเน้นผัก ผลไม้ และไขมันดี มีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ ทั้งนี้ที่น่าสนใจคือพฤติกรรมการรับประทานผักผลไม้ของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก่อนและหลังดำเนินการ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่ากลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและอยู่ในพื้นที่ที่มีผักพื้นบ้านอยู่แล้วตามวิถีชีวิตปกติ ทำให้พฤติกรรมด้านนี้อยู่ในระดับสูงตั้งแต่ก่อนดำเนินการ จึงไม่มีช่องว่างมากพอที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ

ในด้านความสุขและการจัดการอารมณ์ รวมถึงการนอนหลับ ผลการศึกษาที่พบว่า พฤติกรรมการนอนหลับพักผ่อนเพียงพอเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีความสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Wennberg และคณะ¹³ และ Franks และคณะ⁸ ที่ระบุว่าปัญหาการนอนหลับและภาวะเครียดเรื้อรังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เร่งให้เกิดภาวะสมองเสื่อมเร็วขึ้น การที่แผนการเรียนรู้ในครั้งนี้ผูกโยงกิจกรรมทางศาสนาและวัฒนธรรมท้องถิ่น เช่น การทำสมาธิตามแนวพุทธและการร้องเพลงหมู่ เข้ากับการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ สะท้อนแนวคิดที่ว่า การส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุไทยควรอาศัยทุนทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีอยู่แล้วในชุมชน มากกว่าการนำเข้าโปรแกรมสุขภาพจิตแบบสากล ที่อาจไม่สอดคล้องกับวิถีความเชื่อของกลุ่มตัวอย่าง

ประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่งของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้ คือระบบการดูแลที่แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับความเสี่ยงออกเป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำและกลุ่มที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระยะต้น (MCI) โดยกำหนดความถี่การเยี่ยมบ้านที่แตกต่างกัน คือทุก 2 เดือนสำหรับกลุ่มเสี่ยงต่ำ และทุก 1 เดือนสำหรับกลุ่ม MCI การจัดสรรทรัพยากรตามระดับความเสี่ยงเช่นนี้ สอดคล้องกับหลักการของ Wagner's Chronic Care Model ที่เสนอให้ระบบบริการสุขภาพ จัดสรรความเข้มข้นของการดูแลให้สัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ เพื่อให้การใช้ทรัพยากรบุคลากรทางการแพทย์ที่มีอยู่อย่างจำกัด ในพื้นที่ชนบทเกิดประสิทธิภาพสูงสุด มากกว่าการให้บริการในความเข้มข้นเดียวกันกับผู้สูงอายุทุกคน โดยไม่คำนึงถึงระดับความเสี่ยง

นอกจากนี้ การพัฒนาระบบบริการแบบผสมผสานระหว่าง Onsite และ Telenursing ที่

เกิดขึ้นในวงรอบที่ 2 ของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ถือเป็นข้อค้นพบที่มีความสำคัญในเชิงการบริหารระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เนื่องจากข้อจำกัดด้านความต่อเนื่องของการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงในช่วงที่ไม่มีการเยี่ยมบ้านซึ่งพบในวงรอบที่ 1 เป็นปัญหาที่มักเกิดขึ้นทั่วไปในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของพื้นที่ชนบทที่มีบุคลากรจำกัดและภูมิประเทศกว้างขวาง การนำระบบ Telenursing เข้ามาเสริมการเยี่ยมบ้านแบบดั้งเดิมจึงเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดโทรเวชกรรมขององค์การอนามัยโลก (WHO Telemedicine Framework) ซึ่งเสนอว่าเทคโนโลยีการสื่อสารทางไกลสามารถช่วยลดข้อจำกัดด้านระยะทางและเวลาในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ โดยไม่จำเป็นต้องทดแทนการดูแลแบบเผชิญหน้าทั้งหมด แต่ทำหน้าที่เป็นส่วนเสริมที่ช่วยให้ทีมพยาบาลสามารถติดตามอาการและให้คำปรึกษากับครอบครัวได้อย่างต่อเนื่องในช่วงระหว่างรอบการเยี่ยมบ้าน ซึ่งสะท้อนจากผลการศึกษาที่พบว่าครอบครัวผู้สูงอายุให้การตอบรับที่ดีต่อระบบดังกล่าว ทั้งนี้การที่ระบบ Telenursing ถูกจำกัดเฉพาะครอบครัวที่สามารถใช้สมาร์ทโฟนได้ ยังเป็นข้อจำกัดสำคัญที่อาจทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการระหว่างครอบครัวที่มีความพร้อมด้านเทคโนโลยีกับครอบครัวที่ไม่มีความพร้อม ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรนำไปพัฒนาต่อเพื่อให้รูปแบบการดูแลมีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

พลังของภาคีเครือข่ายเป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้ การที่อสม. จิตอาสา ผู้นำชุมชน และทีมสหวิชาชีพไม่ได้เป็นเพียงผู้ช่วยดำเนินกิจกรรม แต่เป็นผู้ร่วมออกแบบและร่วมดำเนินการตลอดกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมทั้งสองวงรอบ ทำให้ชุมชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของรูปแบบและมีความพร้อมที่จะดำเนินกิจกรรมต่อไปอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับ

การศึกษาของกมลทิพย์ จันทรคำ และคณะ¹⁰ ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขส่งผลให้พฤติกรรมป้องกันการภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญอีกประการคือ รูปแบบนี้ไม่จำเป็นต้องอาศัยงบประมาณหรือทรัพยากรพิเศษเพิ่มเติมจากภายนอก แต่อาศัยการบูรณาการกิจกรรมเข้ากับโครงสร้างที่มีอยู่แล้วในชุมชน เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ ร่วมกับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งในด้านนโยบายและงบประมาณ ซึ่งเป็นการวางรากฐานสำคัญที่ช่วยให้กิจกรรมการชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมสามารถดำเนินต่อไปได้ในระยะยาวโดยไม่ต้องพึ่งพาโครงการพิเศษจากภายนอกอย่างต่อเนื่อง

สำหรับข้อจำกัดของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวที่วัดผลก่อนและหลังการดำเนินการ โดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงยังไม่สามารถยืนยันได้อย่างชัดเจนว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพียงอย่างเดียว หรือมีปัจจัยอื่นร่วมเกี่ยวข้อง การศึกษาในอนาคตจึงควรออกแบบให้มีกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบให้ชัดเจนยิ่งขึ้น นอกจากนี้ระยะเวลาการประเมินผล 6 เดือนยังเป็นระยะสั้นเมื่อเทียบกับธรรมชาติของภาวะสมองเสื่อมที่มีการดำเนินโรคในระยะยาว จึงควรมีการติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความคงทนของพฤติกรรมสุขภาพและความต่อเนื่องของการลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหารโรงพยาบาลยางสีสุราชที่ให้การสนับสนุนการดำเนินการวิจัย ภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลทุกท่านที่ร่วมพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. (2023). World population ageing 2023: Highlights. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division.
2. World Health Organization. (2023). Mental health and older adults. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
3. Carvalho, A., Rea, I. M., Parimon, T., & Cusack, B. J. (2014). Physical activity and cognitive function in individuals over 60 years of age: A systematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 661–682. <https://doi.org/10.2147/CIA.S55520>
4. กรมอนามัย สำนักงานผู้สูงอายุ. (2561). คู่มือส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุและป้องกันสมองเสื่อม. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
5. วิชัย เอกพลากร (บรรณาธิการ). (2557). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
6. Angevaren, M., Aufdemkampe, G., Verhaar, H. J., Aleman, A., & Vanhees, L. (2008). Physical activity and enhanced fitness to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD005381. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005381.pub2>
7. Valenzuela, M., & Sachdev, P. (2009). Can cognitive exercise prevent the onset of dementia? Systematic review of randomized clinical trials with longitudinal follow-up. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(3), 179–187.
8. Franks, K. H., Bransby, L., Saling, M. M., & Pase, M. P. (2021). Association of stress with risk of dementia and mild cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Alzheimer's Disease*, 82(4), 1573–1590. <https://doi.org/10.3233/JAD-210094>
9. ภัฏญญา จันทร์พล, และสฤติ ภูทองไสย. (2567). การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ: เขตสุขภาพที่ 7. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 47(1), 54–67.
10. กมลทิพย์ จันทร์คำ, มณฑิชา รักศิลป์, และนพรัตน์ ส่งเสริม. (2563). การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในเขตอำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสาร มจร อุบลปริทรรศน์*, 3(5), 255–265.
11. จารุวรรณ ก้านศรี, ดลใจ จงพานิช, นภัทร เตียอนุกุล, ภัทรวดี ศรีนวล, และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2560). ผลของโปรแกรมบริหารสมองต่อการเพิ่มความจำในผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องเล็กน้อย. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 44(ฉบับพิเศษ), 12–21.
12. ธัญญารัตน์ โอนทัยสินทวี, แสงสุลี ธรรมไกร, และพัฒนศิริ ศรีสุวรรณ. (2567). รายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องมาตรการการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. <https://www.hitap.net/documents/24288>
<https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181953b57>
13. Wennberg, A. M. V., Wu, M. N., Rosenberg, P. B., & Spira, A. P. (2017). Sleep disturbance, cognitive decline, and dementia: A review. *Seminars in Neurology*, 37(4), 395–406. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1604351>