

การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยการมี
ส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว
ในเขตอำเภอน้ำเย็น จังหวัดอุบลราชธานี
DEVELOPMENT OF DEMENTIA PREVENTION MODEL FOR THE
ELDERLY THROUGH THE PARTICIPATION OF FAMILY PUBLIC
HEALTH VOLUNTEERS IN NAM YUEN DISTRICT, UBON
RATCHATHANI PROVINCE



¹กมลทิพย์ จันทร์คำ, ²มณฑิชา รักศิลป์และ ³นพรัตน์ ส่งเสริม

¹Kamontip Chankam, ²Monticha Raksin and ³Nopparat Songserm

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, ประเทศไทย

Ubon Ratchathani Rajabhat University, Thailand.

¹Kamontip_ch@hotmail.com

Received September 10,2020; Revised November 2, 2020; Accepted December 24,2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว 3) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ทัศนคติ พฤติกรรม ด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ (1) การวางแผน (Plan) (2) การดำเนินงาน (Action) (3) การสังเกต (Observation) (4) การสะท้อนกลับ (Reflection) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มติดสังคม สังกัดชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์สุขภาพชุมชนคำข่า ตำบลสีวิเชียร อำเภอน้ำเย็น จังหวัดอุบลราชธานี เลือกสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 40 คน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยจำนวน 15 คน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ผู้แทนชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น เจ้าหน้าที่

สาธารณสุข) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปความรู้ ทักษะ พฤติกรรม วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ ข้อมูลเชิงคุณภาพ สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน ทดสอบ Paired t-Test ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อม 3 อ. 2 ส. ลำลองป้องกันป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมี ค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะ พฤติกรรม การป้องกันภาวะสมองเสื่อม สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} < 0.05$) ข้อเสนอแนะสามารถนำรูปแบบการ ป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ ครอบครัวไปปรับใช้และดำเนินงานในแต่ละบริบทของพื้นที่หรือการพัฒนารูปแบบกับ กลุ่มเป้าหมายอื่น

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อม, ผู้สูงอายุ, อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำครอบครัว

Abstract

The purposes of this research were: 1) To study the health problems of the elderly; 2) To study the process of the development of dementia prevention model for the elderly by the participation of family public health volunteers; 3) To compare knowledge, attitudes and behaviors in preventing dementia of the elderly. Action research methodology was used in this research including 4 steps as the followings: (1) Planning; (2) Action; (3) Observation; and (4) Reflection. The sampling groups used in this study were the elderly at 60 years of age and above within social groups under the elderly club, Chum Kam Kha Health Center, Si Wichian sub-district, Nam Yuen district, Ubon Ratchathani province. The 40 samples were selected through purposive random. Other 15 related persons in this research included family public health volunteers, representatives of the elderly club, community leaders, local leaders and public health officers. Data were collected through questionnaires including general information, knowledge, attitude and behavior. Data were analyzed by using statistics, qualitative data, descriptive statistics and inferential statistics Paired t-Test. The study found that the development of dementia prevention model by using Lam Long (northeastern-style folk songs) with abbreviations of words for dementia prevention for the elderly had helped the experimental group have higher average of knowledge, attitude and behavior in preventing dementia than pre experiment with statistical significance at the level of 0.05 ($P\text{-value} < 0.05$) This research suggested that the model be applied for dementia prevention in the elderly by the participation of family public health volunteers to adapt

and operate according to the context of each area or to develop the model with other target groups.

Keywords: Development of Dementia Prevention Model, the Elderly, Family Public Health Volunteers

บทนำ

การสูงวัยของประชากร (Population ageing) เป็นปรากฏการณ์ทางประชากรที่เกิดขึ้นในประเทศต่างๆ ทั่วโลก สืบเนื่องจากสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น ในปี พ.ศ.2559 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 929 ล้านคน ปี 2561 เป็น 1,020 ล้านคน ตามการคาดประมาณของสหประชาชาติโลกของเราจะมีสัดส่วนประชากรสูงอายุ สูงขึ้นถึง ร้อยละ 20 ในปี 2567 เท่ากับว่าโลกจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอีก 26 ปี ข้างหน้า (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย 2561: 16-17) เหลือแอฟริกาอีกเพียง ทวีปเดียวที่ยังไม่เป็นสังคมสูงอายุ โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพียงร้อยละ 5 ของ ประชากรทั้งหมด ในขณะที่ยุโรปมีอัตราผู้สูงอายุสูงสุด คือ ร้อยละ 25 ประเทศที่มีอัตรา ผู้สูงอายุสูงสุด 10 ประเทศอันดับแรกได้แก่ ญี่ปุ่น 33.6% อิตาลี 29.8% เยอรมนี 28.4% โปรตุเกส 28.3% ฟินแลนด์ 28.1% บัลแกเรีย 27.9% โครเอเชีย 27.2% กรีซ 26.9% สโลวีเนีย 26.8% ลัตเวีย 26.6% ตามลำดับ

สัดส่วนประชากรในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงใน ปี 2559 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 11 ล้านคน ร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมด ปี 2560 พบว่า มีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 11.7 ล้านคน ร้อยละ 17 ของประชากรทั้งหมด 65.5 ล้านคน ในปี 2561 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด (ไม่รวมแรงงานข้ามชาติ) 66 ล้านคน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย 2561: 36-38) ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุ 12 ล้านคน ร้อยละ 18 ของ ประชากรทั้งหมด ประชากรไทยกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ปี พ.ศ. 2580 ผู้สูงอายุจะ เพิ่มขึ้นอีกเกือบเท่าตัวจาก 11 ล้านคน เป็น 20 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 30 ของประชากร โดยในเขตจังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวนผู้สูงอายุ ปี 2560 จำนวน 220,202 คน ปี 2561 จำนวน 227,224 คนและปี 2562 จำนวน 231,208 คน ตามลำดับ โดยมีการคัดกรอง จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) กลุ่มติดสังคม พบว่า ในปี 2560 จำนวน 219,669 (78.31) ปี 2561 จำนวน 226,741 (84.62) และ ปี 2562 จำนวน 197,764 (85.71) ตามลำดับ ผู้สูงอายุในเขตอำเภอน้ำยืน ปี 2560 จำนวน 6,591 คน ปี 2561 จำนวน 6,760 คนและปี 2562 จำนวน 7,018 คน ตามลำดับโดยมีการคัดกรอง จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL)กลุ่มติดสังคม ในปี 2560 จำนวน

5,802 คน (88.02) ปี 2561 จำนวน 5,944 คน (87.92) และปี 2562 จำนวน 6,047 คน (86.16) ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2562)

เมื่อสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพ ซึ่งภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการของโรคเรื้อรังทางระบบประสาทที่พบได้บ่อยในคนวัยสูงอายุ (Ebersole, Hess and Luggen, 2004) ที่เป็นปัญหาสำคัญระดับโลกและประเทศ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ทำการสำรวจข้อมูลคาดการณ์ในปี พ.ศ.2583 พบผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 81 ล้านคน (Ferri et al, 2005) และคาดการณ์ว่ามีผู้สูงอายุทั่วโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เกิดภาวะสมองเสื่อม 35.6 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในปี พ.ศ. 2573 และ 2593 เป็น 65.7 และ 115.4 ล้านคน (อาทิตยา สุวรรณ, 2559: 6) จากการศึกษาของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ความชุกอาการภาวะสมองเสื่อมใน ปี 2553 พบประมาณ 4.7 ล้านคน ในกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปี และคาดการณ์ปี 2593 เพิ่มขึ้น 13.80 ล้านคน (อาทิตยา สุวรรณ, 2559: 2) เมื่อเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุแสดงอาการในภาพรวมออกเป็น 3 ลักษณะความผิดปกติทางด้านความทรงจำผิดปกติทางด้านอารมณ์และพฤติกรรม (Behavior) ความผิดปกติในการทำกิจวัตรในชีวิตประจำวัน (Activity in Daily Life)

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นภาวะอาการที่สามารถป้องกันได้ในกลุ่มผู้สูงอายุ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องมาตรการการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ มาตรการที่ช่วยเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของสมองได้ คือ การออกกำลังกายแบบ aerobic exercise อย่างน้อย ครั้งละ 30 นาที 2 ครั้งต่ออาทิตย์และการฝึกการใช้สมอง (cognitive activity training) (ธัญญรัตน์ อินทชัยสินทวี, 2557: 7-11) ในการดูแลสุขภาพด้านร่างกายจิตใจ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การผ่อนคลายความเครียด การเข้าสังคมและทำกิจกรรมร่วมกับคนในชุมชน (อภิญา จีรานุรักษ์, 2557: 54) การป้องกันภาวะสมองเสื่อมต้องควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด รับประทานอาหารบำรุงสมองหลีกเลี่ยงยาอาหารหรือกิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อสมองทำกิจกรรมสม่ำเสมอ เข้าสังคม ฝึกสติปัญญา และตรวจสุขภาพประจำปี

ประเทศไทยจึงได้มีระบบการสร้างความรู้ในชุมชน เพื่อให้คนมีความรู้เรื่องสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพของประชาชนในระดับชุมชนได้เป็นอย่างดีด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในรูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ดีที่สุดแห่งหนึ่งของโลกจากนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการดำเนินงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว (อสค.) ให้ความสำคัญในระดับครอบครัวที่ซึ่งเป็นแกนกลางของสังคมและเป็นรากฐานสำคัญต่อการดำรงชีวิต (คู่มืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข: 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมมีหลายปัจจัย แต่สามารถป้องกันได้ด้วยปัจจัยภายนอกในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม เช่น การรับประทานอาหาร

อาหาร การออกกำลังกาย การฝึกสมอง การมีส่วนร่วม เป็นต้น ซึ่งในเขตพื้นที่อำเภอน้ำยืนมีชมรมผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมร่วมกับเครือข่ายด้านสุขภาพ อำเภอน้ำยืนจึงได้มีการขึ้นทะเบียน อสค. ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2561-2562 จำนวน 1,598 คน ในฐานะผู้วิจัยเป็นนักวิชาการสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานด้านนโยบายและแผนงานในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนจึงได้มีความสนใจและเห็นความสำคัญในการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวในเขตอำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถช่วยเหลือพึ่งพาตนเองได้ อันจะทำให้ชุมชน สังคมมั่นคงยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในเขตอำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในเขตอำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ ทักษะ พฤติกรรม ด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในเขตอำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ระหว่างเดือน มกราคม 2563-พฤษภาคม 2563

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มติดสังคม สังกัดชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์สุขภาพชุมชนคำข่า ตำบลสิริเขียร อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี โดยเลือกกลุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คนเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เกณฑ์การคัดเลือก ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม สังกัดชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาด้านการพูด ผู้สูงอายุยินดีเข้าร่วมทำการวิจัยด้วยความสมัครใจและ

ยินยอมตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการได้ยิน ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการพูด ผู้สูงอายุขอสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยระหว่างดำเนินการวิจัย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย จำนวน 15 คน ประกอบด้วย

1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว (อสม.) โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามหน้าที่ จำนวน 10 คน ยินดีเข้าร่วมทำการวิจัยด้วยความสมัครใจและยินยอม

2) ชุมรมผู้สูงอายุโดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามหน้าที่จำนวน 1 คน คือ ประธานชมรมผู้สูงอายุหรือตัวแทน ยินดีเข้าร่วมทำการวิจัยด้วยความสมัครใจและยินยอม

3) ผู้นำชุมชน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามหน้าที่ จำนวน 1 คน คือ กำนันหรือตัวแทน ยินดีเข้าร่วมทำการวิจัยด้วยความสมัครใจและยินยอม

4) ผู้นำท้องถิ่น โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามหน้าที่ จำนวน 1 คน คือ ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานประจำกองสาธารณสุขหรือตัวแทน ยินดีเข้าร่วมทำการวิจัยด้วยความสมัครใจและยินยอม

5) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามหน้าที่ จำนวน 2 คน คือ พยาบาลวิชาชีพหรือนักวิชาการสาธารณสุข ยินดีเข้าร่วมทำการวิจัยด้วยความสมัครใจและยินยอม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1) กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงโดยใช้สื่อการสอน คู่มือความรู้

- ภาวะสมองเสื่อมคืออะไรร่วมกับลักษณะอาการภาวะสมองเสื่อม
- ความเสี่ยงในผู้สูงอายุกับการเกิดภาวะสมองเสื่อม
- ผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อมและแนวทางการดูแลรักษา

2) กิจกรรม 3 อ. 2 ส. โดยใช้สื่อการสอน คู่มือความรู้

- การบริโภคอาหาร
- การออกกำลังกาย
- อารมณ์
- การสูบบุหรี่
- การดื่มสุรา

3) กิจกรรมพ่อนรำประกอบกลอนลำพื้นบ้านชื่อ “ลำล่องป้องกันภาวะสมองเสื่อม” โดยการใช้สื่อการสอนทำรำจีบแอลประกอบเพลงลำล่อง

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้อธิบายข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิการ-รักษาพยาบาล โรคประจำตัว บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย บุคคลผู้ดูแลหลัก

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) หลังจากมีการสนทนากลุ่มของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Focus Group Discussion) เสร็จสิ้น

3.3 สถิติเชิงอนุมาน ใช้ทดสอบสมมติฐาน Paired t-Test ใช้ทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนความรู้ ทักษะและพฤติกรรม

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวในเขตอำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี สรุปผล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 47.5 เพศหญิง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 52.5 อายุ 60-64 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 อายุ 65-69 ปี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 อายุ 70-74 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 45.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 ค้าขาย จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 มีสถานภาพคู่ จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 57.5 หม้าย จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 27.5 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 75.0 ไม่ได้รับการศึกษา จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 มีรายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 1,000 บาท จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 27.5 1,000 บาท-5,000 บาท จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 45.2 สิทธิการรักษาพยาบาล สิทธิบัตรทอง จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 92.5 สิทธิข้าราชการ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 7.5 ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 28 คน มีโรคประจำตัว 12 คน โรคความดันโลหิตสูง 5 คน คิดเป็นร้อยละ 41.7 โรคเบาหวาน จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 41.7 โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 8.3 ไขมันในเลือดสูง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 8.3 บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย เป็นคู่สมรส จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 65.5 บุตรหลาน จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 30.5 มีผู้ดูแลหลัก คู่สมรส จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 บุตรหรือหลาน จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 35.0

2. การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครัว ในเขตอำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี

2.1 ผลการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ขั้นตอนการวางแผนวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะสมองในผู้สูงอายุโดยการสนทนาแบบมีส่วนร่วม การประชุมเชิงปฏิบัติการ และการวางแผนเชิงปฏิบัติการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยเพื่อการพัฒนา รูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

2.1.2 ระยะเวลาการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว

1) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 15 คน ประกอบด้วย

- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว (อสค.) จำนวน 10 คน
- ชุมรมผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน
- ผู้นำชุมชน จำนวน 1 คน
- ผู้นำท้องถิ่น จำนวน 1 คน
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 2 คน

2) ปัญหาที่พบจากการสนทนาแบบมีส่วนร่วม 7 ด้าน ประกอบด้วย

(1) การรับประทานอาหาร (2) การควบคุมอารมณ์ (3) การออกกำลังกาย (4) การร่วมกิจกรรมในชุมชน (5) การออกกำลังกาย (6) การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา และ(7) การฝึกบริหารสมอง

3) ปัญหาที่เลือกมาประชุมเชิงปฏิบัติการ คือ (1) การรับประทานอาหาร (2) การควบคุมอารมณ์ (3) การออกกำลังกาย (4) การร่วมกิจกรรมในชุมชน (5) การออกกำลังกาย (6) การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา และ(7) การฝึกบริหารสมอง

4) แผนงานกิจกรรมจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ คือ (1) จัดทำคู่มือ 3 อ 2 ส ลำลองป้องกันภาวะสมองเสื่อม (2) กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูง (3) กิจกรรม 3 อ.2 ส. (4) กิจกรรมพ่อนำจิบแอลประกอบกลอนลำพื้นบ้านชื่อ “ลำลองป้องกันภาวะสมองเสื่อม” (5) ปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในเขตอำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี

3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองเท่ากับ 6.25 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.899 และมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุหลังการทดลองเท่ากับ 8.55 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.677 เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value}<0.05$)

4. การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุก่อนการทดลองเท่ากับ 19.98 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.468 และมีค่าเฉลี่ยทัศนคติกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ หลังการทดลองเท่ากับ 23.98 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.259 เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อม สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value}<0.05$)

5. การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองเท่ากับ 31.75 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.360 และมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ หลังการทดลองเท่ากับ 40.08 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.455 เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value}<0.05$)

อภิปรายผล

จากการศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวในเขตอำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value}<0.05$) สอดคล้องกับผลการวิจัยของวัลลภา อันดาราและคณะ (2559) ศึกษาภาวะสมองเสื่อมความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อมและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.67

จากการศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวในเขตอำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value}<0.05$) สอดคล้องกับวิจัยของอภิญญา จินานุรักษ์ (2557) ศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตำบลหนองหอย อำเภอเมืองเชียงใหม่ พบว่า ทัศนคติต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมี

ทั้งทัศนคติด้านบวกและด้านลบ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยการดูแลสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ การออกกำลังกายเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารบำรุงสมอง การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง การไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุรา การฝึกสมอง การหลีกเลี่ยงความเครียด การเข้าสังคมและทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นและศรุตยา หวางษ์ (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพตนเองและการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$)

จากการศึกษาการพัฒนาแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวในเขตอำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับวิจัยของณัฐรพี ใจงาม (2561) ศึกษา รูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนเขตตลิ่งชันกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนเขตตลิ่งชันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในภาพรวมอยู่ในระดับดี โดยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับดีที่สุด รองลงมา ได้แก่ ด้านการฝึกสติปัญญา ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนและด้านการควบคุมอารมณ์

องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษา

ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมมีหลายปัจจัย แต่สามารถป้องกันได้ด้วยปัจจัยภายนอกในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การฝึกสมอง การมีส่วนร่วม สามารถนำรูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ไปปรับใช้และดำเนินงานในแต่ละบริบทของพื้นที่หรือการพัฒนาแบบกับกลุ่มเป้าหมายอื่น

เอกสารอ้างอิง

- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2561). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2561*: กรุงเทพฯ :บริษัท พรินเทอรี่ จำกัด.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2562). *ประชากรแยกตามเพศและกลุ่มอายุ จังหวัดอุบลราชธานี* : กระทรวงสาธารณสุข.
- อาทิตยา สุวรรณ. (2560). *บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, ปีที่ 35 (ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2560). หน้า6-15.*
- ธัญญารัตน์ โอนทัยสินทวี. (2557). *รายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่อง มาตรการการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ.*
- อภิญา จินานุรักษ์. (2557). *การวิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตำบลหนองหอย อำเภอเมืองเชียงใหม่. บัณฑิตวิทยาลัย :มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.*
- คู่มืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์เกษตรแห่งประเทศไทย.*
- วัลลภา อันดารา, อุบลรัตน์ สิงห์เสนีและปัทมา วงศ์นิธิกุล. (2559). *การศึกษาภาวะสมองเสื่อมความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อมและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลตำรวจ วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ. ปีที่ 8 (ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2559).หน้า 23 – 33.*
- ศรุตยา หวางษ์, วิณา เทียงธรรมและสุธรรม นันทมงคลชัย. (2560). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว. วารสารพยาบาล สาธารณสุข, ปีที่ 31 (ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2560). หน้า 110-128*
- ณัฐรพี ใจงาน. (2561). *รูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนเขต ดลิ่งชัน กรุงเทพมหานคร. บัณฑิตวิทยาลัย :มหาวิทยาลัยสวนดุสิต.*
- Ebersole, P., Hess, P., &Luggen, S.A. (2504). *Toward Healthy Aging*. 6thed. USA : Mosby.
- Ferri, C.P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., & Scazufca, M. (2005).Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *The Lancet Journal*, 2112-2117.

