

# ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขต่อ ความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อ ภาวะสมองเสื่อม: กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร

วิไล ตั้งปณิธานดี กศ.ม. (จิตวิทยาแนะแนวและปรึกษา)\*

สายสุนีย์ ดีประดิษฐ์ พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)\*\*

ภัชรินทร์ วงศ์ศรีตา พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)\*\*\*

สมนึก สกุลหงส์โสภณ Ph.D. (Nursing)\*\*\*\*

## บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชน การออกแบบวิจัย: เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

การดำเนินการวิจัย: คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) ในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 58 คน โดยสุ่มชุมชนอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 29 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับเอกสารการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมและแบบประเมินสมรรถนะสมอง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อม การคัดกรองเบื้องต้น และการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย: กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนทดลอง ( $p < .001$ ,  $p < .001$ ) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ,  $p = .024$ ) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลและทีมสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะ อสส. ไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมความรู้และสมรรถนะตนเองของ อสส. ในการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

วารสารสภาการพยาบาล 2563; 35(1) 46-60

คำสำคัญ: โปรแกรมการพัฒนาความรู้ / การรับรู้สมรรถนะตนเอง / ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม / อาสาสมัครสาธารณสุข

วันที่ได้รับ 14 มิย. 62 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 30 พย. 62 วันที่รับตีพิมพ์ 2 ธค. 62

\*ผู้ประสานการพิมพ์เผยแพร่ อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: vilai.tan@mahidol.ac.th

\*\*อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\*พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครสกลนคร งานเทศบาลนครสกลนคร

\*\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

# Impacts of Public Health Volunteers' Competency Development Programme on Their Knowledge and Perceived Self-Efficacy in Caring for Older People at the Risk of Dementia: A Bangkok-Based Case Study

Vilai Tangpanithandee M.Ed.(Guidance and Counseling)\*

Saisunee Deepradit M.N.S.(Community Nurse Practitioner)\*\*

Patcharin Wongsrida M.N.S.(Community Nurse Practitioner)\*\*\*

Somnuk Sakunhongsofphon Ph.D.(Nursing)\*\*\*\*

## Abstract:

**Objective:** To examine the impacts of a competency development programme for public health volunteers on their knowledge and perceived self-efficacy in caring for older people at the risk of dementia in Bangkok.

**Design:** Two-group quasi-experimental research with a pretest and a posttest.

**Methodology:** Fifty-eight public health volunteers in Bangkok were recruited from different communities chosen by means of simple random sampling. The volunteers were then equally assigned to an experimental group and a control group. The experimental group participated in the competency development programme for public health volunteers for 8 weeks, while the control group was given documentary materials on cognitive impairment screening and on caring methods for people at the risk of dementia. Data were collected using a demographic questionnaire, a dementia knowledge assessment questionnaire, and a perceived self-efficacy assessment questionnaire focusing on caring for older people at the risk of dementia. The data were analysed using descriptive statistics (namely, frequency, percentage, mean and standard deviation), comparative paired t-test, and independent t-test.

**Results:** The experimental group's mean posttest scores on knowledge and perceived self-efficacy were significantly higher than their pretest scores ( $p < .001$ ,  $p < .001$ ), and significantly higher than the control group's scores ( $p < .001$ ,  $p = .024$ ).

**Recommendations:** It is suggested that this programme be used to improve public health volunteers' knowledge and perceived self-efficacy in screening and caring for older community members at the risk of dementia.

*Thai Journal of Nursing Council 2020; 35(1) 46-60*

**Keywords:** competency development programme; perceived self-efficacy; older people at the risk of dementia; public health volunteers

Received 14 June 2019, Revised 30 November 2019, Accepted 2 December 2019

---

\*Corresponding Author, Lecturer, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Email: vilai.tan@mahidol.ac.th

\*\*Lecturer, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

\*\*\* Registered Nurse, Sakon Nakhon Municipality Public Health Service Center, Mueng., Sakon Nakhon

\*\*\*\*Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั้งระดับนานาชาติและระดับชาติ จากรายงานผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในปี ค.ศ. 2015 (พ.ศ. 2560) มีจำนวน 47.5 ล้านคนทั่วโลก และ คาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นประมาณสองเท่า หรือ 75.6 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2030 (พ.ศ. 2573) และเพิ่มเป็น 135.5 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2050 (พ.ศ. 2593)<sup>1</sup> ทั้งนี้อาจเนื่องจากปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมที่สำคัญ คืออายุที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของเซลล์สมองที่ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการสื่อสารและความจำลดลง<sup>2</sup> สำหรับประเทศไทย ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากสถิติในปี 2560 พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 17 ของประชากรไทยและคาดว่าจะเพิ่มจำนวนสูงขึ้นถึงร้อยละ 20 ในอีก 4 ปีข้างหน้า<sup>3</sup> ซึ่งพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุร้อยละ 8.14 จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 5 ในปี พ.ศ.2557<sup>4</sup> สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นพบว่า ร้อยละ 33 ของผู้สูงอายุในญี่ปุ่นมีอุบัติการณ์เสี่ยงต่อสมองเสื่อม<sup>5</sup>

ผลกระทบที่เกิดขึ้นของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นมีทั้งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวและการสูญเสียเชิงเศรษฐกิจในระดับชาติ นอกจากนี้ภาวะสมองเสื่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป จำเป็นต้องได้รับการดูแลในกิจวัตรประจำวันและต้องการผู้ติดตามดูแล ส่งผลกระทบต่อการประกอบอาชีพและการเข้าถึงสังคม<sup>6</sup> ทำให้ค่าใช้จ่ายในครอบครัวสูงขึ้น ทั้งค่าใช้จ่ายทางตรง เช่น ค่ายา หรือค่ารักษาพยาบาล<sup>7</sup> และค่าใช้จ่ายทางอ้อมของญาติผู้ดูแลที่ต้องลาออกจากงาน ผู้ดูแลเกิดความเครียดที่ต้องรับภาระหนัก เบื่อหน่าย ซึมเศร้า หรือขัดแย้งในครอบครัว เมื่อญาติผู้ดูแลมีความเครียดสูงอาจกลายเป็นผู้ป่วย ส่งผลให้

คุณภาพการดูแลลดลง<sup>8</sup> การป้องกันภาวะสมองเสื่อมจึงมีความสำคัญ การรณรงค์ค้นหาผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรกเพื่อช่วยฟื้นฟูสมองและชะลอการตายของสมองให้ช้าลง ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึง การได้รับการสนับสนุนและการเตรียมความพร้อม สำหรับอนาคตได้ดีขึ้น<sup>9</sup>

การป้องกันผู้สูงอายุด้วยการค้นหาผู้ที่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม หรือมีอาการระยะเริ่มแรกก่อนที่จะมีอาการแสดงของโรคสมองเสื่อมจึงมีความสำคัญ อย่างไรก็ตามการคัดกรองส่วนใหญ่มักทำในโรงพยาบาลเมื่อผู้สูงอายุมีอาการสมองเสื่อมแล้ว การคัดกรองผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนพบว่า ยังจำกัด<sup>9</sup> อาสาสมัครสาธารณสุข (ออสส.) เป็นกลุ่มบุคคลสำคัญที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชนระดับปฐมภูมิภายใต้การกำกับดูแลของทีมสุขภาพ<sup>10</sup> สำหรับกรุงเทพมหานคร สำนักงานมัย และศูนย์บริการสาธารณสุข ได้มีการจัดอบรมและพัฒนาศักยภาพ ออสส. เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสำคัญคือ คนไทยมีสุขภาพดีอายุยืนยาว คนในชุมชนได้รับการดูแลสุขภาพอย่างใกล้ชิด และลดการเจ็บป่วยของคนไทย จาก 5 โรคสำคัญคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ อัมพาตจากหลอดเลือดสมอง และมะเร็ง<sup>11</sup> คณะผู้วิจัยตระหนักว่า การพัฒนาศักยภาพ ออสส. ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการคัดกรองผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เป็นการสร้างเครือข่ายคนในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้น นำสู่ความร่วมมือและแก้ไข ปัญหาที่ตรงประเด็น ส่งผลให้ประชาชนได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดภาวะเสี่ยงต่างๆ อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมามี ออสส. ได้รับการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมยังมีน้อย ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพ และเพิ่มบทบาทของ ออสส. ในการช่วยคัดกรองผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม นับเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้การทำงานเชิงรุกในชุมชนประสบความสำเร็จ

จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาจำนวนมากได้ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อกระบวนการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รวมถึงนำไปใช้ในการศึกษากลุ่มอาสาสมัครที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น การดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมถึงการคัดกรองโรคจิตในชุมชน<sup>12-14</sup> แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะในตนเอง เป็นปัจจัยที่ช่วยให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นและปฏิบัติพฤติกรรมได้เป็นอย่างดีและช่วยผู้ป่วยให้ควบคุมภาวะของโรคได้ดีขึ้น การทบทวนงานวิจัยเรื่อง อสส. ในต่างประเทศพบว่า อสส. มีส่วนช่วยผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังต่าง ๆ ลดภาวะซึมเศร้า กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายและความคิดความจำดีขึ้น และการศึกษาติดตามพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลจาก อสส. พบอัตราการตายน้อยกว่าร้อยละ 22 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีอาสาสมัคร โดยมีความพึงพอใจมีสุขภาพจิตที่ดี<sup>15</sup> แต่การศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะของ อสส. ในการคัดกรองผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมยังมีน้อยมาก ผู้วิจัยคาดว่า การศึกษาดังนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาสมรรถนะของ อสส. ให้เข้าถึงผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและมีส่วนร่วมในป้องกันผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมในชุมชน ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพ อสส. ตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเอง (Self-efficacy theory) ของแบนดูรา<sup>16</sup> เพื่อพัฒนา อสส. ให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และมั่นใจในการปฏิบัติคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมต่อไป

### กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเอง (Self-efficacy theory) ของแบนดูรา<sup>16</sup> ซึ่งกล่าวว่าการรับรู้สมรรถนะตนเอง หมายถึง ความเชื่อมั่นของ

บุคคลว่า ตนมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการนั้นจนประสบผลสำเร็จและได้ผลลัพธ์ตามต้องการ โดยอธิบายและทำนายการกระทำพฤติกรรมของบุคคลว่า เกิดจากความเชื่อและความคาดหวัง 2 ส่วนคือ 1) การรับรู้สมรรถนะในตนเอง (perceived self-efficacy) เป็นความเชื่อของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะทำพฤติกรรมนั้นได้จนสำเร็จตามเป้าหมาย และ 2) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancies) เป็นความเชื่อที่บุคคลประเมินไว้ว่า พฤติกรรมที่ตนกระทำสามารถนำไปสู่สิ่งที่ตนคาดหวังไว้ การรับรู้สมรรถนะตนเอง เกิดจากข้อมูล 4 แหล่ง ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดดังกล่าวมาสร้างเป็นโปรแกรมการพัฒนาศมรรถนะของ อสส.

1) ประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือกระทำ (Enactive mastery experience) เป็นการเรียนรู้ของบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการกระทำกิจกรรมที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งเป็นแหล่งเรียนรู้ที่สำคัญในการรับรู้ความสามารถของตนเอง โปรแกรมนี้จึงจัดกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อม การคัดกรองเบื้องต้น และการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ประกอบกับการเรียนรู้ผ่านการฝึกการสัมภาษณ์ในการใช้แบบประเมินสมรรถภาพสมอง กิจกรรมที่ช่วยในการกระตุ้นการทำงานของสมอง ได้แก่ การคิดเลข การพับใบเตย การปั่นบอลด้วยเท้า และนำไปทดลองปฏิบัติในการคัดกรองและให้คำแนะนำผู้สูงอายุและผู้ดูแลในพื้นที่รับผิดชอบ พร้อมทั้งให้เอกสารการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมเพื่อทบทวนความรู้

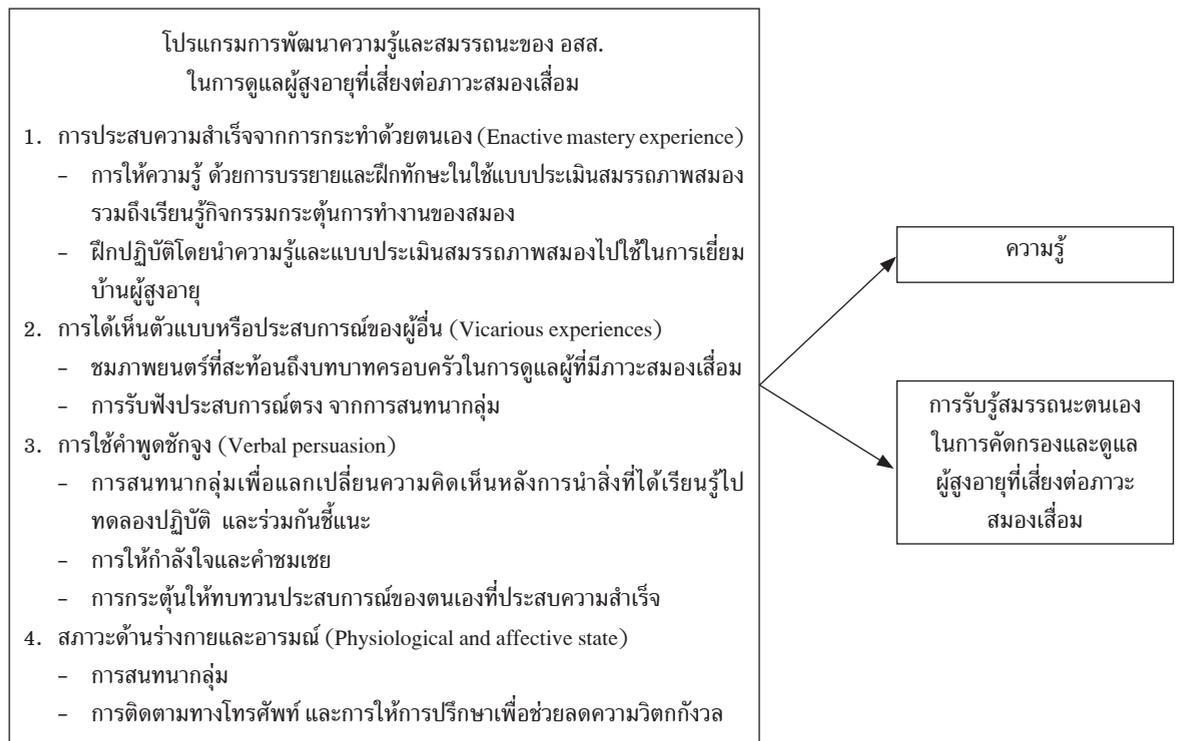
2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) เป็นการเรียนรู้โดยสังเกตผ่านพฤติกรรมที่ประสบความสำเร็จของผู้อื่น ซึ่งมีลักษณะหรืออยู่ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน จะทำให้ผู้สังเกตรู้สึกที่ตนเองจะสามารถประสบความสำเร็จได้เช่นกัน โปรแกรมนี้จึงให้ อสส.ชมภาพยนตร์ที่สะท้อนถึงปัญหาของภาวะสมองเสื่อมที่ส่งผลต่อผู้ป่วย

ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเอง  
ในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม: กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร

และครอบครัว รวมถึงบทบาทของครอบครัวในการดูแล ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมถึงการรับฟังประสบการณ์ตรง ของเพื่อน อสส. จากการฝึกปฏิบัติจากการสนทนากลุ่ม

3) การใช้คำพูดชักจูงหรือชี้แนะด้วยวาจา (Verbal persuasion) หมายถึง การที่มีบุคคลซึ่งเป็นผู้ที่มีความ น่าเชื่อถือ ได้แสดงออกโดยคำพูดในการโน้มน้าวให้ เชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำกิจกรรมประสบ ความสำเร็จได้ จะส่งผลให้การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะ ตนเองเพิ่มขึ้น จึงจัดให้มีการสนทนากลุ่มโดยมีผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ดำเนินการกลุ่มภายหลังฝึกปฏิบัติ ในการนำความรู้และแบบประเมินไปใช้ โดยให้ อสส. พูดถึงความรู้สึกในความสำเร็จและประโยชน์ในการ ดูแลผู้สูงอายุ เปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึง แนวทางการปฏิบัติงาน รวมถึงการให้กำลังใจซึ่งกัน และกัน

4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective states) การเผชิญกับสถานการณ์ที่กระตุ้น ให้เกิดความรู้สึกที่ถูกคุกคามทำให้การรับรู้ความสามารถ ในตนเองลดลง ไม่สามารถแสดงพฤติกรรมที่ต้องการได้ ดังนั้นการลดภาวะที่กระตุ้นอารมณ์ความเครียดหรือ วิตกกังวลลง จะทำให้การรับรู้และแสดงออกถึง ความสามารถได้ดีขึ้น โปรแกรมนี้จึงใช้การสนทนากลุ่มร่วมกับ การติดตามทางโทรศัพท์ และให้คำปรึกษารายบุคคล เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้อารมณ์และความรู้สึกของ อสส. เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรครวมถึงได้ระบายอารมณ์และ ความรู้สึกต่าง ๆ เนื่องจากในการทดลองปฏิบัติอาจ มีปัญหาอุปสรรคที่ทำให้เกิดความกังวล และไม่มั่นใจ ในการสนทนาและให้การปรึกษาเป็นวิธีการที่จะช่วยให้ อสส. ได้ตระหนักรู้ในตนเองและหาแนวทางในการ จัดการอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม ดังแสดงแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิด

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะ อสส. ต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

## สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมอาสาสมัคร สาธารณสุขกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯ

2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมอาสาสมัคร สาธารณสุขกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงภาวะสมองเสื่อมสูงกว่ากลุ่มควบคุม

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วกก่อนและหลังการทดลอง ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) ในเขตพื้นที่รับผิดชอบชุมชนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีในเขตราชเทวี และ ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ อสส. ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีในเขตราชเทวี และ อสส. ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 โดยมีเกณฑ์คัดเลือก (inclusion criteria) คือ 1) เป็น อสส. ที่ผ่านการอบรมตามระเบียบของกรุงเทพมหานคร และขึ้นทะเบียนกับศูนย์บริการสาธารณสุข 2) มีชื่อในทะเบียนบ้าน และอาศัยอยู่เป็นการประจำในเครือข่ายศูนย์บริการสาธารณสุข 2 ปฏิบัติงานในชุมชนมาแล้ว

6 เดือนขึ้นไป 3) อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์ และ 4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ เกณฑ์คัดออก (exclusive criteria) คือ อสส. อายุ > 60 ปี ที่มีคะแนนแบบทดสอบสมรรถภาพสมอง  $\geq 40$  คะแนน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\* Power<sup>17</sup> กำหนดค่าขนาดอิทธิพลจากการศึกษาของวิภา เพ็งเสงี่ยม และคณะ<sup>18</sup> ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของ อสส. ได้ค่าขนาดอิทธิพล (d) = 2.79 ค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ จึงใช้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) = 0.80 กำหนดให้ค่าระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) = .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) = 0.8 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 21 คนต่อกลุ่มเพื่อป้องกันการสูญหาย (drop out) ของตัวอย่างระหว่างการทดลองผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 40% เป็นกลุ่มละ 30 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มเลือกชุมชน ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน กลุ่มตัวอย่างขาดหายไปกลุ่มละ 1 คนคงเหลือกลุ่มละ 29 คน

## เครื่องมือวิจัยที่ใช้การวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน รายละเอียดเครื่องมือ ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาความรู้ของ อสส. ในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเอง (self-efficacy theory) ของแบนดูรา<sup>16</sup> และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องรูปแบบโปรแกรมประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม การชมภาพยนตร์

ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเอง  
ในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม: กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร

กิจกรรมวอล์คแรลลี่ (walk rally) ใช้เวลาทั้งหมด 8 ชั่วโมง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 การบรรยายให้ความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อมและการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม และการคัดกรองเบื้องต้นโดยใช้เวลา 1 ชั่วโมง ประกอบด้วยเนื้อหาสาเหตุ อาการ การวินิจฉัย การรักษา การดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยเสี่ยง และการคัดกรองเบื้องต้น

1.2 เอกสารการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมเพื่อให้ อสส.สามารถนำไปศึกษาทบทวนความรู้เพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความมั่นใจมากยิ่งขึ้น

1.3 การชมภาพยนตร์ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง เป็นภาพยนตร์ที่เผยแพร่ต่อสาธารณะ ผลิตในปี พ.ศ. 2556 โดยสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมประเทศไทย บริษัทเอโซ (ประเทศไทย) มาร์เก็ตติ้ง จำกัด และสมาคมผู้กำกับภาพยนตร์ไทย เรื่อง ปู่ดำ จำไม สะท้อนถึงความต้องการของผู้ป่วย และบทบาทของครอบครัว เพื่อให้ อสส. เห็นตัวอย่างของผู้ป่วยสมองเสื่อม และปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และบทบาทความสำคัญของครอบครัวและผู้ดูแล

1.4 กิจกรรม walk rally 4 ฐาน สลับเปลี่ยนฐาน ๆ ละ 30 นาทีรวม 2 ชั่วโมง โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ๆ ละ 7-8 คน เพื่อให้เกิดประสบการณ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การใช้ความคิด วิเคราะห์ ทำให้เกิดทักษะเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน เพื่อให้ อสส. ลดความวิตกกังวลในการไปคัดกรองและนำความรู้เพื่อให้เกิดความมั่นใจเรื่องวิธีการกระตุ้นความคิดผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมผ่านการทำกิจกรรมประกอบด้วย ฐานที่ 1 การประเมินสมรรถภาพสมอง 14 ข้อคำถาม ฐานที่ 2 คัดเลข/วาดภาพ ฐานที่ 3 การพับใบเตย และฐานที่ 4 ปั่นบอลด้วยเท้า

1.5 กิจกรรมการสนทนากลุ่ม เป็นการใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก แสดงความคิดเห็นถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการไปคัดกรองผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะ สมองเสื่อม และกระตุ้นให้ อสส. ตระหนักถึงความสามารถของตนเองที่สามารถกระทำได้

2. แบบทดสอบสมรรถภาพสมอง เป็นแบบประเมินสมรรถภาพสมอง แปรจากบทความใน British Medical Association โดยชาญกัญญา ตันตลีปิกร และโสภณ เกริกไกร<sup>19</sup> ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเกิต (Likert scale) 4 ระดับ คือ เกิดนาน ๆ ครั้งในระยะเวลา 1 ปี หรือไม่เคยเกิดเลย เท่ากับ 1 คะแนน เกิด 1-2 ครั้ง ในระยะเวลา 1 เดือน เท่ากับ 2 คะแนน เกิดค่อนข้างบ่อยหรือเกิดทุกสัปดาห์ เท่ากับ 3 คะแนน เกิดขึ้นทุกวัน เท่ากับ 4 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น

14-19 คะแนน มีความจำดีเยี่ยม ไม่มีปัญหาโรคสมองเสื่อมเลย

20-29 คะแนน มีความจำดีปานกลาง ซึ่งสามารถฝึกฝนเพื่อปรับปรุงความจำให้ดีขึ้น เช่น ทบทวนบ่อย ๆ จดช่วยจำ มีสติในขณะที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ ก็จะช่วยให้อาจำได้ดีขึ้น

30-39 คะแนน ความจำไม่ค่อยดีเท่าไรอาจจะ เป็นเพราะสมรรถภาพสมองลดลงจริง ๆ หรืออาจเป็น เพราะมีการกิจกรรมมากมายชีวิตวุ่นวายยุ่งเหยิงตลอดเวลา จนไม่มีโอกาสจดจำสิ่งที่กำลังทำอยู่ เพราะฉะนั้นควรฝึกตัวเองเพื่อพัฒนาความจำให้ดีขึ้น

40-56 คะแนน ถ้าคะแนนอยู่ในระดับนี้ น่าจะมีปัญหาเรื่องการจดจำสิ่งต่าง ๆ ควรไปปรึกษาแพทย์ เพื่อตรวจวินิจฉัยว่าเกิดจากสาเหตุไหนและช่วยแก้ไขให้ได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 3 ชุด

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของ อสส. ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ ระยะเวลาที่เป็น อสส. ระยะเวลาในการอาศัยอยู่ในพื้นที่ จำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบ

2.2 แบบประเมินความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อม การคัดกรองเบื้องต้น และการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ให้เลือกคำตอบที่ถูกเพียงข้อเดียว จาก 2 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมแบ่งเป็น 6 หัวข้อหลัก ได้แก่ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยเสี่ยง การคัดกรองเบื้องต้น การดูแลผู้สูงอายุ แนวทางป้องกัน และการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อกับบุคลากรทางการแพทย์ รูปแบบข้อคำถามให้เลือกคำตอบที่ถูกที่สุดเพียงข้อเดียว คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง อสส. มีความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อม การคัดกรองเบื้องต้น และการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมมาก

2.3 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการรับรู้สมรรถนะตนเองตามทฤษฎีของแบนดูรา<sup>16</sup> ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านความรู้เรื่องสมองเสื่อม ด้านภาวะเสี่ยงในการเกิดโรค ด้านการคัดกรองเบื้องต้น และด้านการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเกิร์ต (Likert scale) 5 ระดับคือ ไม่มั่นใจเลย หมายถึง 1 คะแนน มั่นใจมากที่สุด หมายถึง 5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 25-125 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึงมีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมมาก

2.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการพัฒนาความรู้ อสส. ในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมต่อความรู้ และการรับรู้สมรรถนะตนเอง ประกอบด้วย เนื้อหาการอบรม เอกสารการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อม ภาพยนตร์เรื่องปู่ดำ จำไม และกิจกรรม walk rally 4 ฐาน ได้แก่ ฐานที่ 1 การประเมินสมรรถภาพสมอง 14 ข้อคำถาม ฐานที่ 2 คิดเลข/วาดภาพ ฐานที่ 3 พบใบเตย ฐานที่ 4 ปั่นบอลด้วยเท้า ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อม และด้านการพยาบาลอนามัยชุมชนที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อม เพื่อตรวจสอบและพิจารณาความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสม ความชัดเจนของภาษาที่ใช้และภาพประกอบ จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้

#### การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1. โปรแกรมการบรรยายให้ความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อม การคัดกรองเบื้องต้นและการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วยสไลด์ให้ความรู้ แผนการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบและพิจารณาความเข้าใจด้านภาษา ความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหา

2. แบบประเมินความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อม การคัดกรองเบื้องต้นและการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเองนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจของภาษาที่ใช้ ความสอดคล้องของข้อคำถามกับตัวแปรที่ใช้ในการ

ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเอง  
ในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม: กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร

วิจัย และความครอบคลุมของเนื้อหา ภายหลังจากผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดแล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI: content validity index) เท่ากับ 1 และ 0.95 ตามลำดับ

### การหาความเที่ยงเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ แบบประเมินการรับรู้ แล้วนำไปทดลอง (try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ในชุมชนเขตราชเทวี แล้วนำมาข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) แบบประเมินความรู้ ได้ค่า KR-20 = 0.8 แบบประเมินการรับรู้ ได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient = 0.96

### การพิทักษ์สิทธิของตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เลขที่ (04-59-51ว) และคณะกรรมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานครเลขที่ (S003h/60\_EXP) ผู้วิจัยชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการให้ทราบสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งการอธิบายถึงการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมโครงการ และการทำลายข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การอภิปรายหรือเผยแพร่ข้อมูลกระทำในภาพรวมและเฉพาะการนำเสนอทางวิชาการ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินโปรแกรม แบ่งตามขั้นตอน ดังนี้

1. **ขั้นเตรียมการ** โดยเตรียมความพร้อมคณะผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยมีการประชุมร่วมกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน และประสานงานกับศูนย์บริการสาธารณสุข 2 สุ่มตัวอย่างชุมชนที่เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมคนละชุมชน เพื่อป้องกันการถ่ายทอด

ข้อมูลระหว่างทั้งสองกลุ่ม หลังจากนั้นจับคู่กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีลักษณะใกล้เคียงกัน ด้านเพศและประสบการณ์ในการทำงานกลุ่มละ 30 คน โทรศัพท์นัดหมายกลุ่มทดลองทั้งหมด 4 ครั้งในสัปดาห์ที่ 1, 2, 5-6 และ 8 ส่วนกลุ่มควบคุมนัด 2 ครั้งในสัปดาห์ที่ 1 และ 8

2. **ขั้นดำเนินการ** ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์และระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จะให้ลงนามในแบบฟอร์มการยินยอมให้ทำการวิจัย และพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัย

**กลุ่มทดลอง** ได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้ และสมรรถนะของ อสส.ในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเอง มีกิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง รวมระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

**กิจกรรมครั้งที่ 1** สัปดาห์ที่ 1 ทีมวิจัยสร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ของกิจกรรมต่างๆ เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ประเมินความรู้ และการรับรู้สมรรถนะตนเองก่อนเข้าโปรแกรม (Pre-test) และนัดหมายสำหรับกิจกรรมครั้งที่ 2

**กิจกรรมครั้งที่ 2** สัปดาห์ที่ 2 ประกอบด้วยกิจกรรมให้ความรู้และกิจกรรม walk rally

1. กิจกรรมให้ความรู้โดยการบรรยาย การชมภาพยนตร์ปู้ดำ จำไม ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

2. กิจกรรม walk rally 4 ฐาน สับเปลี่ยนฐานๆ ละ 30 นาที 4 กลุ่มๆ ละ 7-8 คน เพื่อให้เกิดประสบการณ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความคิดเห็น การใช้ความคิดวิเคราะห์ ประกอบด้วย

ฐานที่ 1 การประเมินสมรรถภาพสมอง 14 ข้อคำถาม เป็นการฝึกการสัมภาษณ์ในการใช้แบบ

ประเมินสมรรถภาพสมอง ทำความเข้าใจข้อคำถาม แต่ละข้อรวมถึงการรวมคะแนนและเกณฑ์การประเมินผล เพื่อนำไปฝึกปฏิบัติในการคัดกรองผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบ

ฐานที่ 2 คิดเลข/วาดภาพ ให้ฝึกคิดเลข เรียนรู้ และทำความเข้าใจในการสังเกต จดจำตัวเลขและจับคู่กับภาพ

ฐานที่ 3 พบใบเตย โดยให้ฝึกพับใบเตยเป็นดอกกุหลาบ

ฐานที่ 4 ปั่นบอลด้วยเท้า โดยให้ขยำกระดาษ และปั้นให้เป็นลูกบอลสลับกับคลี่กระดาษออกโดยใช้เท้าเปล่า

ภายหลังการเรียนรู้ ผู้วิจัยมอบหมายให้ อสส. ฝึกปฏิบัติโดยการนำความรู้และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไปใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบ คนละ 2-3 ราย พร้อมเอกสารการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เพื่อนำกลับไปทบทวนเนื้อหา

นัดหมายสำหรับกิจกรรมครั้งที่ 3

กิจกรรมครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 5-6 กิจกรรมการสนทนากลุ่ม ใช้เวลา 2 ชั่วโมง มีผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ดำเนินการกลุ่ม โดยจัดวันเวลาให้ อสส. เลือกตามความสะดวก แบ่งออกเป็น 4 ครั้ง ๆ ละ 6-10 คน ในการเข้ากิจกรรม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ได้อย่างทั่วถึง โดยให้อสส. แสดงความรู้สึกในความสำเร็จและประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุ จากการนำความรู้และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไปทดลองปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 2 เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ถึงปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยมีเพื่อน อสส. รับฟังและร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนให้ข้อเสนอแนะ พุดคุยให้คำชื่นชมและกำลังใจซึ่งกันและกัน เพื่อกระตุ้นให้อสส. เกิดความตระหนักถึงความสามารถของตนเอง

ที่สามารถปฏิบัติได้ ภายหลังจากสนทนากลุ่มมีการโทรศัพท์ติดตามเพื่อติดตามผลและให้คำปรึกษาเพิ่มเติม

นัดหมายสำหรับกิจกรรมครั้งที่ 4

กิจกรรมครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 8 หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ผู้ช่วยวิจัยประเมินความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเอง (Post-test)

กลุ่มควบคุม

กิจกรรมครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ทีมวิจัยสร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ของกิจกรรมต่างๆ เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ประเมินความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเองก่อนเข้าโปรแกรม (Pre-test) โดยอธิบายถึงความสำคัญในการคัดกรองผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมและให้นำเอกสารและแบบประเมินไปศึกษาทบทวนเนื้อหาและทดลองนำไปปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบ

นัดหมายสำหรับกิจกรรมครั้งที่ 2

กิจกรรมครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 8 ผู้ช่วยวิจัยประเมินความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเอง (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์ Chi-square, Independent t-test และ Mann-Whitney U Test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะทางประชากรของตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเนื่องจากข้อมูลคะแนนความรู้และคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองมีการกระจายแบบโค้งปกติจึงวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเองหลังเข้าโปรแกรมฯ ภายในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ

ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเอง  
ในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม: กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร

Paired t-test และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม  
ด้วยสถิติ Independent t-test

**ผลการศึกษา**

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสองในสามของทั้งสองกลุ่มเป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 62.1 และ 72.4 กลุ่มทดลองพบว่าอายุเฉลี่ย 58 ± 21.25 ปี กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 63 ปี ± 14.7 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 44.8 และ 41.4 และมีระดับการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 51.7 และ 41.4 ตามลำดับ กลุ่มทดลองนับถือศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 65.5 กลุ่มควบคุมนับถือศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 58.6 มากกว่าครึ่งของทั้งสองกลุ่มที่ทำงานร่วมกับการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขคิดเป็นร้อยละ 56.2 และ 62.1 นอกจากนี้

หนึ่งในสามของทั้งสองกลุ่มเป็นแม่บ้านคิดเป็นร้อยละ 34.5 และ 22.1 ระยะเวลาเฉลี่ยการเป็น อสส. ใกล้เคียงกัน = 16.69 ± 6.72 ปีและ 16.69 ± 7.22 ปี และระยะเวลาในการอาศัยอยู่ในพื้นที่ของกลุ่มทดลอง 41.76 ± 22.69 ปี ขณะที่กลุ่มควบคุม 40 ± 21.46 ปี จำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบกลุ่มทดลอง 28.79 ± 50.45 หลังคาเรือน ขณะที่กลุ่มควบคุม 30.38 ± 46.13 หลังคาเรือน เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลคุณลักษณะประชากรทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเอง ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	
ความรู้	14.41	2.38	14.10	2.743	0.327
การรับรู้สมรรถนะตนเอง	79.49	23.85	77.93	24.93	0.615

2.1 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯ

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และการรับรู้สมรรถนะตนเอง

ในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) โดยใช้สถิติ Paired t- test และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังโปรแกรมในกลุ่มควบคุม (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
กลุ่มทดลอง						
ความรู้	14.41	2.38	17.10	1.89	-4.84	<.001
การรับรู้สมรรถนะตนเอง	79.48	23.85	101.21	20.03	-4.374	<.001
กลุ่มควบคุม						
ความรู้	14.10	2.73	14.62	2.61	-.982	.334
การรับรู้สมรรถนะตนเอง	77.98	24.93	86.83	26.61	-1.829	.078

2.2 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงภาวะสมองเสื่อมสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงภาวะสมองเสื่อมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความรู้	17.10	1.89	14.62	2.61	4.144	<.001
การรับรู้สมรรถนะตนเอง	101.21	20.03	86.83	26.61	2.324	.024

### การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมของ อสส. ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนความรู้ที่สูงขึ้นในกลุ่มทดลอง อธิบายได้จากการที่ อสส. ได้รับการพัฒนาความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อม การคัดกรองเบื้องต้น และการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมผ่านกิจกรรมการให้ความรู้โดยการบรรยาย รวมถึงการชมภาพยนตร์ที่เป็นภาพเคลื่อนไหว และมีเอกสารการ

ดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เพื่อนำกลับไปทบทวนเนื้อหาเพิ่มเติมทำให้ อสส. มีความรู้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในการเพิ่มความรู้แก่ อสส. เช่น การเพิ่มพลังอำนาจในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โดยให้ความรู้ร่วมกับการให้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม<sup>20</sup> หรือการนำแนวคิดสมรรถนะตนเองมาประยุกต์เพื่อเพิ่มความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงใน อสส.<sup>12</sup> หรือการเพิ่มความรู้เรื่องเบาหวาน<sup>13</sup> สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีส่วนช่วยพัฒนาความรู้ของ อสส.

ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเอง  
ในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม: กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร

สำหรับการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจาก อสส. มีความรู้เพิ่มขึ้น รวมทั้งสามารถนำแบบประเมินสมรรถภาพสมองไปใช้และให้คำแนะนำในการกระตุ้นการทำงานของสมองด้วยกิจกรรมที่ได้จากการเรียนรู้ไปฝึกปฏิบัติในผู้สูงอายุ ประกอบกับการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์กับเพื่อน อสส. นำไปสู่กระบวนการเรียนรู้ ตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะตนเอง<sup>16</sup> ทำให้เกิดความมั่นใจจากประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือกระทำ (enactive mystery experience) ในการปฏิบัติจริง นอกเหนือจากการชมภาพยนตร์ ยังได้รับประสบการณ์จากการฟังและสังเกตการณ์เพื่อน อสส. ที่มาร่วมสนทนากลุ่มทำให้มีโอกาสได้เห็นตัวแบบที่เป็นบุคคลและการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง (vicarious experience) อีกทั้งยังได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อน อสส. และผู้วิจัยถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติ (verbal persuasion) ส่วนปัญหาอุปสรรคและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในการฝึกปฏิบัติ ได้รับการช่วยเหลือในการหาแนวทางแก้ไขจากการสนทนากลุ่มและการติดตามทางโทรศัพท์ในการให้การปรึกษา (physiological and affective states) ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาของกรวิภา บวชชุมและคณะ<sup>14</sup> พบว่าการให้ความรู้สามารถเพิ่มระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคัดกรองโรคจิตของ อสส. และการศึกษาของภาวิณี พรหมบุตรและคณะ<sup>12</sup> ในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะตนเองทำให้ อสส. มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในชุมชน การจัดสถานการณ์สิ่งแวดล้อมให้ อสส. มีประสบการณ์ในการเป็นผู้นำในการเยี่ยมบ้าน เป็นผู้ให้คำแนะนำและช่วยเหลือขณะเยี่ยมบ้าน หรือ

การศึกษาการเพิ่มความมั่นใจของ อสส. ในการดูแลลดความเครียดของสตรีในชุมชนโดยประชุมเชิงปฏิบัติการ ทำให้เพิ่มความรู้เรื่องการจัดการความเครียดพร้อมทั้งคู่มือและแผ่นพับที่มอบให้แก่ อสส. เพื่อนำไปใช้ในการช่วยเหลือสตรีในชุมชน<sup>18</sup>

จากผลการวิจัยอาจสรุปได้ว่าโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุข ทำให้ อสส. มีความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเองเพิ่มขึ้น มีความเชื่อมั่นในการประเมินและดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนได้

### ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการพัฒนารับรู้สมรรถนะตนเองของ อสส. ในการคัดกรองผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม แต่ยังไม่ได้มีการประเมินพฤติกรรมการสะท้อนความสามารถในการคัดกรองในการปฏิบัติงานจริง

### ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลและทีมสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะ อสส. ไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมความรู้และสมรรถนะในตนเองของ อสส. ในการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงความสามารถในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมและติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

### กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีที่ได้สนับสนุนทุนวิจัยในปีงบประมาณ 2559 ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องและเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 ที่ได้สนับสนุนตลอดการศึกษาในครั้งนี้

## References

1. World Health Organization. 10 facts on dementia [internet]. 2017 [cited 2018 Jan16]; Available from: <http://www.who.int/features/factfiles/dementia/en/>
2. Muangpaisan W. Gerontology and geriatrics for primary care practice. Nonthaburi: pabpim; 2017
3. Department of Older Persons. Elderly Statistics 2017 [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 6]; Available from: <http://www.dog.go.th/th/know/1>. (in Thai)
4. Aekplakorn W. Thai National Health Examination Survey V. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2016 (in Thai)
5. Asada T, Sasaki M, Yamashita F, Kuinoshita T, Kodama C, Miyamoto M, et al. Prevalence of pre-dementia in tone town, Japan: an importance notice of the coexisting of pre-dementia and depression. *Alzheimers Dement* 2005;1(1):S102
6. Chansirikanchana S. Dementia Situation: A brainstorming session to develop a policy to prevent, treat and care dementia in Thailand. Nonthaburi: The Graphic Systems ; 2012. (in Thai)
7. Rungruang K, Kanjanasilp J, Ploylearmsang C, Dudsadeprasert. Pharmaceutical care in outpatients with dementia at Nakhon Ratchasima. Rajanagarinda psychiatric hospital. *IJPS* 2011;7:62-75. (in Thai)
8. American Academy of Neurology. Practice guideline update summary: mild cognitive impairment [internet]. 2017 [cited 2018 Jan16]; Available from : [http://www.aan.com/Guidelines/home/Guideline\\_detail/881/](http://www.aan.com/Guidelines/home/Guideline_detail/881/)
9. Muangpaisan W, Petcharat C, Srinonprasert V. Prevalence of potentially reversible conditions in dementia and mild cognitive impairment in a geriatric clinic. *Geriatr Gerontol Int* 2012;12:59-64.
10. Whangmahaporn P, Whangmahaporn B, Simmonds P. Care-for-the-older person-at-home volunteers's citizenship affecting participation in the older persons care of Thailand. *PSAKUIJIR* 2018;7(2): 39-50.
11. The Bureau of the Budget, Office of the Prime Minister. Annual report 2013: the health volunteers' promotion project [internet]. 2014 [cited 2019 Nov 6]; Available from: <http://www.bb.go.th/webTemp/25610312/ovghg045suddijya5fucqz45111223.pdf>.(in Thai)
12. Phrombutr P, Sookpool A, Phinyo K, Phinyo P. The effect of self-efficacy program toward knowledge and self-efficacy of village health volunteers in diabetic and hypertension patient care in community in Northeast Province. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2015; 35(2):113-28. (in Thai)
13. Srisarakhama P, Amnatsatsueb K., Kerdmongkolb P, Leerapanb P. Development of a capacity building program for village health volunteers to support self-management in a high risk population for diabetes in a rural community in northeast Thailand. *Asian Pac Isl Nurs J* 2016;1(2):46-54.
14. Buatchum K, Chetchaovalit T, Christraksa W, Soonsim P, Chanrat S. The Effect of knowledge provision on perceived self-efficacy in psychotic screening of village health volunteers. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 2018;38(2):33-42.(in Thai)
15. Jenkinson CE, Dicken AP, Jone K, Thompson CJ, Taylor RS, Rogers M, et al. Is volunteering a public health intervention? A systematic review and meta-analysis of the health and survival of volunteers. *BMC Public Health* 2013;13(73):1-10.
16. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997.

ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเอง  
ในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม: กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร

17. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A-G. Statistical power analyses using G\*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. Behav. Res. Methods 2009; 41:1149-60
18. Phengsangam W, Chaisung P, Yakasem P. The effectiveness of an effectiveness of an empowerment program on perceived empowerment and practice of health volunteers to dementia of elderly. Journal of Nursing and Education 2015;8(1):152-65. (in Thai)
19. Alzheimer's Disease and Related Disorders Association of Thailand. Dementia assessment [internet]. 2014 [cited 2015 Jan 5]; Available from <http://www.thaimemorytest.com>. (in Thai)
20. Kavh M, Rokhbin M, Mani A, Maghsoudi A. The role of health volunteers in training women regarding coping strategies using self-efficacy theory: barriers and challenges faced by health volunteers in empowerment of women. Asian Pac J Cancer Prev 2017;18(9):2419- 24.