



การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

Development of Caregiver Capacity by Community Participation in Screening for Dementia Among Older Persons

จิรนนท์	สุริยะ*	Jiranan	Suriya*
ศิวพร	อึ้งวัฒนา**	Siwaporn	Aungwattana**
วรารณณ์	บุญเชียง**	Waraporn	Boonchiang**

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมกำลังเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุทั่วโลก การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ และศึกษาความเป็นไปได้ของแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มตัวอย่างในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ คือ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในฝ่ายสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ ประธานชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน รวมทั้งสิ้นจำนวน 27 คน 2) กลุ่มตัวอย่างในระยะดำเนินงานและระยะประเมินผล คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ จำนวน 27 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 57 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างและแบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้แผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้แผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.92 การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของ (Cohen & Uphoff, 1980) มีการดำเนินการวิจัย 3 ระยะ คือ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะดำเนินงาน และระยะประเมินผล

การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ทำให้ได้แผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ และความเป็นไปได้ของการใช้แผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุมีความเห็นว่าการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลนี้สามารถใช้ได้ง่าย ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติมีความชัดเจน (เป็นที่เข้าใจ

* นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Master of Nursing Science (Community Nurse Practitioner), Chiang Mai University, cheerfullady_1828@hotmail.com

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



ตรงกัน) ความเหมาะสมที่จะให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุนำไปใช้ มีความประหยัดในด้านไม่เสียค่าใช้จ่ายในการคัดกรอง ความประหยัดเวลาในการคัดกรอง และมีความเป็นไปได้ที่จะนำแผนการพัฒนาศักยภาพไปใช้ในทางปฏิบัติ กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ในส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการมีความเห็นว่า แผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลนี้มีความเหมาะสมที่จะให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุนำไปใช้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 60 และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติมีความชัดเจนอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 70

ผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าควรให้มีการนำแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุนี้นำไปปฏิบัติจริงแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุและ ติดตามประเมินผลต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพ ผู้ดูแล การมีส่วนร่วมของชุมชน การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุ

Abstract

Dementia is a major public health problem for older people across the world. Therefore, the purpose of this study was to develop caregiver capacity in the community by enabling them to participate in screening for dementia in older people and, to study the possibility of creating a training program to develop caregiver capacity in the community for screening for dementia in older people. The sample size of this study was 57 people divided into two groups. The research had three phases which were 1) the situation analysis phase, 2) the operation phase, and 3) the evaluation phase. The first group of 27 people were in the situation analysis phase which included persons who have been involved in screening for dementia among older persons. The second group of 30 caregivers were in the operation phase and evaluation phase that included persons who have been involved in screening for dementia among older persons. This was the same as the first group and 30 caregivers. The research instruments were a vertical semi-structured interview questions and a questionnaire about the possibility of a training program for developing caregiver capacity through community participation in screening for dementia in older people. The reliability of the questionnaire was 0.92. The concept of community participation by Cohen and Uphoff (1980) was used as a model.

The development of caregiver capacity by community participation in screening for dementia in older people have been a training program for community members who are screening for dementia in older people and the possibility of training program of developing the caregiver capacity by community participation in screening for dementia in older people were easy to use, appropriate to apply, save time and money and the clarity and understanding were very good.



These result show that a training program for community members who are screening for dementia in older people should be applied when taking care of older people and should be assessed further.

Key word: Development capacity, Caregiver, Community participation, Screening for dementia, Older persons

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันภาวะสมองเสื่อมกำลังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งมักพบมากในผู้สูงอายุ จากอุบัติการณ์ในปี พ.ศ. 2556 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลก ประมาณ 44,400,000 คน ในปี พ.ศ. 2573 คาดว่าจะมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเป็น 75,600,000 คน และในปี พ.ศ. 2593 จะเพิ่มขึ้นเป็น 135,500,000 คน ถือเป็นการเพิ่มอย่างทวีคูณ (Alzheimer's Disease International, 2013a) เช่นเดียวกับประเทศไทยภาวะสมองเสื่อมถือเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ (Department of Medical Services, 2009) พบว่าในปี พ.ศ. 2543 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 229,000 คน มีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเป็นในปี พ.ศ. 2563 เป็น 450,000 คน และในปี พ.ศ. 2593 จะเพิ่มขึ้นเป็น 1,000,000 คน (Aorpitchaya, and Sirinthorn, 2009) ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ร้อยละ 12.4 (Department of Medical Services, 2009a)

ภาวะสมองเสื่อมนำมาซึ่งผลกระทบหลายด้าน ได้แก่ ทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ ไม่สามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันได้เอง (Sirinthip, Krishnan, Canlika and Penpitcha, 2014) อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (World Health Organization [WHO], 2015) ครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมประมาณ 600,000-800,000 บาทต่อปี ชุมชนต้องรับภาระการดูแลด้านสวัสดิการสังคมเพิ่มมากขึ้นและเป็นการเพิ่มความรับผิดชอบในการดูแลจากองค์กรด้านสุขภาพชุมชน (Sikri, Gakmee & Kanitang, 2014)

จากสถานการณ์และผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อม ประเทศไทยจึงได้มีการกำหนดแผนงานยุทธศาสตร์

สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (8 Flagship Project) ปี พ.ศ. 2556 คือ การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีการส่งเสริมและสนับสนุนการคัดกรองโรคภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่มีปัญหาด้านความจำ มีบุคคลในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อมและผู้สูงอายุ (Department of Medical Services, 2009b) อย่างไรก็ตามการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในชุมชนให้ครอบคลุมในทุกพื้นที่นั้นเป็นไปด้วยความล่าช้า (Sikri, Gakmee & Kanitang, 2014) เนื่องจากข้อจำกัดของระบบการบริการสุขภาพยังคงประสบกับปัญหากำลังบุคลากรด้านสุขภาพ (National Health Development Plan Board volume 11 (2012 -2516). Ministry of Public Health., 2012) ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเริ่มเข้ารับการตรวจวินิจฉัยในสถานบริการสุขภาพเมื่อปรากฏอาการชัดเจนแล้ว ทำให้ขาดโอกาสในการบำบัดรักษาที่เหมาะสม (Sikri, Gakmee and Kanitang, 2014) ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

ผู้ดูแลถือเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด (Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 2007) อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมอย่างจำกัด ส่งผลให้การดูแลเป็นเพียงการ “เฝ้าดู” และให้การดูแลแต่เพียงด้านร่างกายเท่านั้น (Sikri, Gakmee and Kanitang, 2014) ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุขึ้น เนื่องจากการพัฒนาศักยภาพนั้นช่วยเสริมสร้างความรู้และพฤติกรรมที่ดีให้แก่ผู้ดูแล (Orawan, 2009) และช่วยเสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ (Adisak, 2005) และการดำเนิน



งานด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคแก่ผู้สูงอายุในชุมชนที่มีประสิทธิภาพสูงสุดจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน เนื่องจากบริบทของชุมชนนั้นมีความเป็นพลวัต ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนจะส่งเสริมให้เกิดองค์ความรู้ที่มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่นั้น ๆ ช่วยกระตุ้นให้ชุมชนมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันจากคนในชุมชนเพื่อคนในชุมชนเอง (Narinchai, 2004) ก่อให้เกิดการแก้ปัญหาทางด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน (Weena, 2011) เมื่อมีการดำเนินการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุได้แล่นั้น ย่อมส่งผลให้การป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนมีประสิทธิภาพเพิ่มสูงขึ้น

การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคแก่ผู้สูงอายุในชุมชนที่มีประสิทธิภาพสูงสุดจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน เนื่องจากบริบทของชุมชนนั้นมีความเป็นพลวัต ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนจะส่งเสริมให้เกิดองค์ความรู้ที่มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่นั้น ๆ ช่วยกระตุ้นให้ชุมชนมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันจากคนในชุมชนเพื่อคนในชุมชนเอง (Narinchai, 2004) ก่อให้เกิดการแก้ปัญหาทางด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน (Weena, 2011) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Butterfoss (2006); Wright, Parry, & Mathers (2005) พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนถือเป็นกระบวนการที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน ทำให้ชุมชนมีจิตสำนึกที่ดีต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา มีความรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ ก่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของ Srisuda (2007) พบว่า เมื่อมีการดำเนินการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุได้แล่นั้น ย่อมส่งผลให้การป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนมีประสิทธิภาพเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งมีสมรรถนะในการพัฒนาจัดการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคแก่

บุคคล ครอบครัว และชุมชน จึงได้นำรูปแบบการวิจัยเชิงพัฒนาและกรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของ Cohen & Uphoff (1980) มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมขึ้น เพื่อเสริมสร้างให้ประชาชนมีความตระหนักและนำไปสู่การป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมตามบริบท และนำไปสู่การแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้แผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

คำถามการวิจัย

1. การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร
2. ความเป็นไปได้ของการใช้แผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของ Cohen & Uphoff (1980) มาเป็นกรอบแนวคิด ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ร่วมกับกระบวนการวิจัยและพัฒนา ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระดมสมองร่วมกันในการออกแบบกิจกรรมเพื่อสร้างแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุขึ้น ระยะการดำเนิน



งาน เป็นการจัดกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ และระยะ
การประเมินผล เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำไป
ใช้จริงและสรุปผลการดำเนินงาน

การพัฒนาแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการ
มีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของ
ผู้สูงอายุ คาดว่าจะทำให้ผู้ดูแลสามารถนำไปใช้กับผู้สูง
อายุในชุมชนได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในการคัด
กรองภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา
(Developmental research design) เพื่อพัฒนา
ศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัด
กรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ และศึกษาความเป็น
ไปได้ของการใช้แผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมี
ส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของ
ผู้สูงอายุ โดยทำการศึกษาในตำบลยางน่อง อำเภอสาร์ภ
จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558 ถึง
เดือนมกราคม พ.ศ. 2559 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่ง
ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มตัวอย่างในระยะวิเคราะห์
สถานการณ์ คือ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุ
ภาพตำบลที่รับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ที่รับ
ผิดชอบงานผู้สูงอายุในฝ่ายสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัคร
สาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ
ประธานชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน รวมทั้งสิ้นจำนวน 27
คน 2) กลุ่มตัวอย่างในระยะดำเนินงานและระยะประเมิน
ผล คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรองภาวะสมอง
เสื่อมของผู้สูงอายุ จำนวน 27 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ
จำนวน 30 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 57 คน โดยทำการคัด
เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลในประกอบด้วย

1. แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ซึ่ง
ครอบคลุมถึงสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อม ผลกระทบ
จากภาวะสมองเสื่อม และการดำเนินการคัดกรองภาวะ
สมองเสื่อมในพื้นที่ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวน

วรรณกรรมที่ 2 เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล

2. ภาวะความเป็นไปได้ของการใช้แผนการพัฒนา
ศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัด
กรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง
จากการทบทวนวรรณกรรม โดยแนวคำถามประกอบ
ด้วยประเด็นต่าง ๆ ดังนี้ ความสะดวกในการนำไปใช้
ความชัดเจนของข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ ความเหมาะ
สมเกี่ยวกับการนำไปใช้ ความประหยัด ความเป็นไปได้
ของการใช้แผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมี
ส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้
สูงอายุโดยมีตัวเลือกให้เลือก 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ระดับ
ปานกลาง ระดับมาก แล้วนำแนวคำถามเสนอให้ผู้ทรง
คุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมของ
สำนวนภาษา ความชัดเจน ความถูกต้องของข้อความ
และความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วคำนวณหาค่าดัชนี
ความเที่ยงตรง (Content Validity Index) ได้มากกว่า
หรือเท่ากับ 0.82 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้
ดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างใน
พื้นที่ตำบลยางน่องที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ได้
ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.92 (Burns & Grove, 2009)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ
จริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่ ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัด
กรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ เพื่อดำเนินการ
รวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ (การประชุมครั้งที่ 1-2)
ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้
สูงอายุร่วมกับผู้วิจัยได้จัดการประชุมกลุ่ม เพื่อร่วมกัน
วิเคราะห์สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมและการคัดกรอง
ภาวะสมองเสื่อมในชุมชน จากนั้นร่วมสร้างแบบคัดกรอง
ภาวะสมองเสื่อมที่มีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชน

ระยะดำเนินการ (การประชุมครั้งที่ 3) ผู้ที่มี
ส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูง
อายุร่วมกับผู้วิจัยได้จัดการประชุมกลุ่ม เพื่อร่วมกันสร้าง
แผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของ
ชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ และ



มอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบ นอกจากนี้ได้ร่วมกันวิเคราะห์ผลประโยชน์ที่เกิดจากการดำเนินการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

ระยะประเมินผล ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกันประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ภายหลังการนำแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลนี้ไปทดลองใช้โดยการจัดการอบรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัย

ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ทั้งหมด 27 คน ประกอบด้วย เพศหญิง 17 คน เพศชาย 10 คน คิดเป็นร้อยละ 63 และ ร้อยละ 37 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 42-76 ปี อายุเฉลี่ย 58.44 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 44.4 ประถมศึกษา ร้อยละ 33.3 และปริญญาตรี ร้อยละ 14.9 ตามลำดับ ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 29.7 เกษตรกรรม ร้อยละ 18.5 และข้าราชการ ค้าขาย ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีร้อยละที่เท่ากันคือ 14.8 ตามลำดับ

การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในตัดสินใจ (decision making) โดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อม และการดำเนินการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในตำบลยางน้ำ อำเภอสารภ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ในชุมชนมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่และคาดว่าภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ซึ่งชุมชนมีความเห็นว่าเป็นการเพิ่มภาระการดูแลให้กับชุมชน ในส่วนของการดำเนินงานในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่ผ่านมาได้มีการคัดกรองในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทุกปี โดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ลงพื้นที่ประเมินผู้สูงอายุที่บ้าน และพบปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญ คือ การคัดกรองยัง

ไม่ครอบคลุมในทุกพื้นที่ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลล่าช้าและไม่ทั่วถึง อสม. เกิดความเข้าใจในการใช้แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมไม่ชัดเจน นอกจากนี้ อสม.และผู้สูงอายุบางส่วนไม่ได้รับการศึกษาทำให้ไม่เข้าใจความหลายของการลบเลขตามแบบประเมิน MMSE-Thai 2002 จึงนำมาสู่การมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในการพัฒนาแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่มีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชน โดยปรับด้านภาษาเป็นการใช้ภาษาท้องถิ่น (คำเมือง) ปรับด้านรูปแบบการคิดคำนวณโดยการลบเลขเป็นโจทย์สถานการณ์การจ่ายตลาดแทนโดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนเดียวกัน และสร้างเป็นคู่มือปฏิบัติการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (implementation) ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมร่วมกันเขียนแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ โดยทุกภาคส่วนในชุมชนจะเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการขับเคลื่อนแผนนี้ด้วยตนเอง โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การทำความรู้จักกับภาวะสมองเสื่อม โดยเป็นกิจกรรมการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับความหมาย อาการแสดง และผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมผ่านการร่วมวิเคราะห์และแสดงความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้สูงอายุภายหลังการชมสื่อวีดิทัศน์ และการถ่ายทอดประสบการณ์จากครอบครัวในชุมชนที่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในบ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ดูแลในชุมชนยังขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม กิจกรรมที่ 2 การบริหารสมองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติและนำไปเผยแพร่แก่ผู้สูงอายุได้ กิจกรรมที่ 3 การสื่อสารเพื่อนำเข้าสู่การประเมินภาวะสมองเสื่อมเพื่อเป็นแนวทางเบื้องต้นให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในการสื่อสารเพื่อเข้าสู่การประเมินภาวะสมองเสื่อม กิจกรรมที่ 4 การใช้เครื่องมือการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมสำหรับ



ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถใช้แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมร่วมกันสร้างขึ้นได้ โดยการจัดกิจกรรมในรูปแบบวิชาการและการทดลองฝึกปฏิบัติ และกิจกรรมที่ 5 สถานการณ์จำลองเกี่ยวกับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสถานการณ์จำลองนี้เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมได้ร่วมกันออกแบบขึ้น ซึ่งกิจกรรมเป็นรูปแบบการบูรณาการความรู้จากกิจกรรมทั้งหมดมาใช้ในการวางแผนแก้ไขสถานการณ์จำลองของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 2) คำขวัญเพื่อสร้างความตระหนักในการดูแลผู้สูงอายุ และ 3) การสร้างเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการจัดตั้งศูนย์การให้ความช่วยเหลือดูแล และควบคุมการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชน โดยชุมชนต้องการให้เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ดูแลด้วยกัน และระหว่างผู้ดูแลกับบุคลากรทางสาธารณสุข

ต่อมาผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมได้ร่วมกันจัดกิจกรรมการอบรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ในวันศุกร์ ที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2558 โดยกิจกรรมที่ 1 การทำความรู้จักกับภาวะสมองเสื่อม ผู้รับผิดชอบคือ พยาบาลวิชาชีพ และตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน กิจกรรมที่ 2 การบริหารสมอง ผู้รับผิดชอบ คือ อสม. กิจกรรมที่ 3 การสื่อสาร ผู้รับผิดชอบคือ พยาบาลวิชาชีพ กิจกรรมที่ 4 การใช้เครื่องมือการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม และกิจกรรมที่ 5 สถานการณ์จำลองผู้รับผิดชอบคือ พยาบาลวิชาชีพและอสม. โดยจัดให้กับผู้ดูแล จำนวน 30 คน

ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (benefit) โดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุร่วมกันประเมินผลประโยชน์ที่

เกิดขึ้นจากการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) เป็นการประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุภายหลังการนำแผนมาปฏิบัติจริงผ่านการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ มีความเห็นว่า แผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลนี้สามารถใช้ได้ง่าย อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 74.1 ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติมีความชัดเจน (เป็นที่เข้าใจตรงกัน) อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 81.5 ความเหมาะสมที่จะให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุนำไปใช้อู่ในระดับมาก ร้อยละ 81.5 มีความประหยัดในด้านไม่เสียค่าใช้จ่ายในการคัดกรองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 66.7 ความประหยัดเวลาในการคัดกรองในระดับมาก ร้อยละ 48.1 และมีความเป็นไปได้ที่จะนำแผนการพัฒนาศักยภาพไปใช้ในทางปฏิบัติกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 92.6 ในส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการและได้นำแนวทางการคัดกรองไปปฏิบัติกับผู้สูงอายุที่บ้านมีความเห็นว่า แผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลนี้สามารถใช้ได้ง่าย อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติมีความชัดเจน (เป็นที่เข้าใจตรงกัน) อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 70.0 ความเหมาะสมที่จะให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุนำไปใช้อู่ในระดับมาก ร้อยละ 60.0 ความประหยัดในด้านไม่เสียค่าใช้จ่ายในการคัดกรองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 ประหยัดเวลาในการคัดกรองน้อยในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.7 และความเป็นไปได้ที่จะนำแผนการพัฒนาศักยภาพไปใช้ในทางปฏิบัติกับผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.7 ดังแสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ จำแนกตามความคิดเห็นที่มีต่อความเป็นไปได้ของแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ (n=27)

ความเป็นไปได้ของแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะ สมองเสื่อมของผู้สูงอายุ	ระดับความคิดเห็น					
	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. แผนการพัฒนาศักยภาพฯสามารถนำไปใช้ได้ง่าย	20	74.1	7	25.9	-	-
2. ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติมีความชัดเจน (เป็นที่เข้าใจตรงกัน)	22	81.5	5	18.5	-	-
3. แผนการพัฒนาศักยภาพฯมีความเหมาะสมที่จะให้ผู้ดูแลนำไปใช้	22	81.5	5	18.5	-	-
4. ความประหยัด						
4.1. ผู้ดูแลไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม	18	66.7	9	33.3	-	-
4.2. ใช้เวลาในการคัดกรองน้อย	13	48.1	12	44.4	2	7.4
5. แผนการพัฒนาศักยภาพฯมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้จริงในทางปฏิบัติ	25	92.6	2	7.4	-	-

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการอบรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ จำแนกตามความคิดเห็นที่มีต่อความเป็นไปได้ของแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ (n=30)

ความเป็นไปได้ของแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะ สมองเสื่อมของผู้สูงอายุ	ระดับความคิดเห็น					
	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. แผนการพัฒนาศักยภาพฯสามารถนำไปใช้ได้ง่าย	14	46.7	15	50.0	1	3.3
2. ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติมีความชัดเจน (เป็นที่เข้าใจตรงกัน)	21	70.0	9	30.0	-	-
3. แผนการพัฒนาศักยภาพฯมีความเหมาะสมที่จะให้ผู้ดูแลนำไปใช้	18	60.0	11	36.7	1	3.3
4. ความประหยัด						
4.1. ผู้ดูแลไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม	11	36.7	15	50.0	4	13.3
4.2. ใช้เวลาในการคัดกรองน้อย	12	40.0	17	56.7	1	3.3
5. แผนการพัฒนาศักยภาพฯมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้จริงในทางปฏิบัติ	13	43.3	14	46.7	3	10.0



การอภิปรายผล

การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ได้ ดังนี้

1. การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ตำบลยางนึ่ง อำเภอสарภัก จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอนของการดำเนินการสามารถอธิบายได้ว่า

ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในตัดสินใจ (decision making) โดยชุมชนจากทุกภาคส่วนที่ได้รับผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อม และตัดสินใจหาแนวทางแก้ไขปัญหามองหาภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นในชุมชน และขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (implementation) โดยชุมชนร่วมกันจัดทำแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในมุมมองที่ต่างกันไปตามบริบทของแต่ละภาคส่วน (Orathai, 2009) เกิดองค์ความรู้ที่มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ กระตุ้นให้ชุมชนมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน (Narinchai, 2004) เพิ่มโอกาสต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน แผนงานที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดการแก้ปัญหาอย่างครอบคลุม ลดผลกระทบในด้านลบ และผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนจะมีส่วนร่วมช่วยสนับสนุนความสำเร็จของแผนงานที่ได้ร่วมกันดำเนินการ (Technology Promotion Association (Thai Japan), 2009) ก่อให้เกิดการแก้ปัญหาทางด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน (Weena, 2011) และสามารถช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงได้ (Aumporn, 2015) ดังนั้นย่อมส่งผลให้การป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนมีประสิทธิภาพเพิ่มสูงขึ้น และนำไปสู่การพัฒนาเชิงนโยบายของทางท้องถิ่น และในระดับต่าง ๆ ต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (benefits) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า เป็นการมีส่วนร่วมของชุมชนร่วมกันวิเคราะห์ถึงผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น คือ

แผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ และคู่มือปฏิบัติการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลงานที่ชุมชนสร้างขึ้นและดำเนินการขับเคลื่อนด้วยคนของชุมชนเอง โดยสามารถอธิบายได้ว่า การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ทำให้ชุมชนเกิดความเป็นเจ้าของ และเมื่อมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานเป็นการสร้างสภาพการณ์ให้สมาชิกในชุมชนเกิดการรับรู้ว่าตนเองมีความสำคัญต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน เกิดแรงจูงใจในการทำงาน และความร่วมมือร่วมใจเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมาย (Tisana, 2511) เพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีภาวะสุขภาพดี เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจให้ครอบครัวเกิดความเข้มแข็ง และรากฐานชุมชนมีความแข็งแกร่งพร้อมเปิดรับสู่การพัฒนาคุณภาพชุมชนด้านอื่น ๆ ได้อย่างเต็มที่

2. ความเป็นไปได้ของการใช้แผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ นั้นตรงกับขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชนขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) โดยใช้แนวคำถามความเป็นไปได้ของการใช้แผนฯ พบว่า ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า แผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลนี้สามารถใช้ได้ง่าย ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติมีความชัดเจน (เป็นที่เข้าใจตรงกัน) ความเหมาะสมที่จะให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุนำไปใช้ มีความประหยัดในด้านไม่เสียค่าใช้จ่ายในการคัดกรองและประหยัดเวลาในการคัดกรอง และมีความเป็นไปได้ที่จะนำแผนการพัฒนาศักยภาพไปใช้ในทางปฏิบัติกับผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก สามารถอธิบายได้จากบริบทของชุมชนนั้นมีความเป็นพลวัต การดำเนินงานบนพื้นฐานกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนส่งเสริมให้เกิดองค์ความรู้ที่มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่นั้น ๆ ช่วยกระตุ้นให้ชุมชนมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันจากคนในชุมชนเพื่อคนในชุมชนเอง (Narinchai, 2004) ก่อให้เกิดการแก้ปัญหาทางด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน (Weena, 2011) เมื่อมีการดำเนินการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดย



การมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุได้แล้วนั้น ย่อมส่งผลให้การป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนมีประสิทธิภาพเพิ่มสูงขึ้น แผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

เมื่อใช้แนวคำถามความเป็นไปได้ของการใช้แผนฯ ประเมินผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ในประเด็นของความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของการนำแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลนี้ไปใช้ในทางปฏิบัติจริง บางส่วนมีความคิดเห็นในระดับน้อย เนื่องจากสภาพสังคมของชุมชนตำบลยางเนิ้งที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุตรหลานต้องออกไปทำงานนอกบ้านส่งผลให้ไม่มีเวลาในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของจากการศึกษาของ Samrit & Kanitha. (2010) พบว่า ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทางกระแสังคมและวัฒนธรรมอย่างรวดเร็ว วัยทำงานมีการออกทำงานนอกบ้านเพิ่มมากขึ้น เพื่อแสวงหาความก้าวหน้าและรายได้ในการจุนเจือครอบครัว ดังนั้นแผนฯ นี้มีความเป็นไปได้ที่จะนำมาใช้ในการปฏิบัติในกลุ่มของผู้ดูแลที่อยู่กับผู้สูงอายุตลอดเวลา และในอนาคตควรมี

การพัฒนาต่อยอดแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองของผู้สูงอายุเพื่อให้เข้ากับบริบทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นวัยทำงานต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุไปพัฒนาและใช้ดำเนินการต่อการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้งชุมชน

2. สามารถนำแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุไปพัฒนาและเข้าสู่แผนสุขภาพตำบล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพของการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- Adisak, P. (2005). Development model of village health volunteers in public health Koh Samui, Surat Thani (Thesis of Master of Arts Department (Social Sciences for Development)). Graduate School, Suratthani Rajabhat University. Retrieved from <http://www.graduate.sru.ac.th/en/research.html> (In Thai)
- Alzheimer's Disease International. (2013a). Dementia statistics. Retrieved from <http://www.alz.co.uk/research/statistics.html>
- Alzheimer's Disease International. (2013b). Sensual architecture for people with cognitive problems. Paper presented at the 30th International Conference of Alzheimer's Disease International, Australia. Retrieved from <https://www.facebook.com/azthai2013?fref=ts>
- Aorpichaya, K., and Sirinthorn, S. (2009). Thai people risk dementia. Retrieved from <http://www.thaihealth.or.th/Content/12120.html> (In Thai)
- Aumporn, W. (2015). Development of Hypertension Prevention Program among People at Risk by Community Participation. *Nursing Journal Vol 42, 58(4)*, 12-24. (In Thai)
- Butterfoss, F. D. (2006). Process evaluation for community participation. *Annual Review of Public Health, 27*, 323-340.



- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. *World Development*, 8(3), 213-235.
- Department of Medical Services. (2009a). Public Health Survey by Physical Examination #4 (2008-2009). Nonthaburi: Ministry of Public Health. (In Thai)
- Department of Medical Services. (2009b). The situation of elderly in Thailand. Retrieved from http://www.moph.go.th/show_hotnew.php?idHot_new=24145 (In Thai)
- Institute for Population and Social Research. (2007). Thai Health (Printed at 1). Bangkok: Mahidol University. (In Thai)
- National Health Development Plan Board volume 11 (2012 -2516). Ministry of Public Health. (2012). National Health Development Plan in the Eleventh National Economic and Social Development Plan (2012 - 2016). Retrieved from <http://bps.ops.moph.go.th/Plan/Plan11.pdf> (In Thai)
- Narinchai, P. (2004). Participation Basic principles Technical and Case Studies (Printed at 2). Chiangmai: Sirilak Printing. (In Thai)
- Orathai, K. (2009). Public Participation Guide for Local Administrators (Printed at 2). Nonthaburi: King Prajadhipok's Institute. (In Thai)
- Orawan, M. (2009). Effects of the discharge planning program with caregivers participation on nursing service satisfaction and self-efficacy in caring for acute diarrhea pediatric patients of caregivers (Independent study of Master of Nursing Science (Pediatric Nursing). Graduate School, Khon Kaen University. Retrieved from <http://tdc.thailis.or.th/tdc/browse.php?> (In Thai)
- Paivut, M. and Surin, S. T. (2013). Caregiver Burden among Thai Dementia Patients' Caregivers. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2013; 58(1), 101-110. (In Thai)
- Samrit, S., and Kanitha, B. (2010). Synthesis of Long-term Care System for the Elderly in Thailand. Bangkok: Foundation for Thai Elderly Research and Development Institute. (In Thai)
- Sikri, S., Gakmee, S. and Kanitang, D. (2014). *The effects and caregiving burdens of older persons in long-term care based on Thai culture*. Retrieved from <http://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/5535> (In Thai)
- Sirinthip, K., Krishnan, C., Canlika, C., and Penpitcha, K. M. (2014). *Screening of Dementia and Self-Care Burden Among the Elderly in Mae Chan District, Chiang Rai Province*. *Srinagarind Medical Journal*, 29(4), 389-393. Retrieved from http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/showpdf.php?file_pdf=1888_11_sirintip.pdf&art_id=1888 (In Thai)
- Srisuda, L. (2007). Improvement of diabetes mellitus screening system at a primary care unit (Independent study of Master of Nursing Science (Public Health Nursing). Graduate School, Khon Kaen University Retrieved from http://gsmis.gs.kku.ac.th/student/student_detail/475060031 (In Thai)
- Technology Promotion Association (Thai Japan). (2009). *Stakeholder Analysis*. Retrieved from http://www.tpa.or.th/publisher/pdfFileDownloadS/FQ145_p40-43.pdf
- Tisana, B. (2511). Teaching Science. Bangkok: Publisher of Chulalongkorn University. (In Thai)



- Weena, T. (2011). Community Participation in Community Empowerment: Concepts and Applications (135-156). Bangkok: Denex Inter Corporation. (In Thai)
- World Health Organization. (2015). Dementia. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>
- Wright, J., Parry, J., Mathers, J. (2005). Participation in health impact assessment: Objectives, methods and core values. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(1), 58-63.