

The Development of a Health Literacy Promotion Model for the Elderly to Prevent Dementia in the Area of Ban Nong Ra Wiang Subdistrict Health Promoting Hospital, Phayakkhaphum Phisai District, Maha Sarakham Province

Saipin Thupseeruk¹, Yutthasart Keawwiset², Sunisa Thiemmuang³, Waraporn Khukham⁴
Naphalai Poonsiri⁵, and Rongreung Sankosa⁶

¹Ban Nong Ra Wiang Tambon Health Promotion Hospital, Mahasarakham Province, Thailand

^{2,3,4,5}Phayakkhaphum Phisai District Public Health Office Phayakkhaphum Phisai District, Mahasarakham Province, Thailand

⁶Mahasarakham Province Public Health Office, Thailand

¹E-mail: Pum.saipin@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0000-9078-8548>

²E-mail: yut.sart2517@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0001-6882-8790>

³E-mail: sunisa.tal1991@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0009-3064-621X>

⁴E-mail: noogoy88@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0001-1396-1754>

⁵E-mail: naphalai17339@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0002-6252-4734>

⁶E-mail: rongreung_san@hotmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0009-5686-0150>

Received 28/09/2024

Revised 06/11/2024

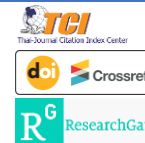
Accepted 06/12/2024

Abstract

Background and Aims: Thailand has entered an aging society, with more than 20% of the population being elderly in 2024, and it is projected that by 2031, Thailand will reach the highest level of an aging society, with over 28% of the population being elderly. Elderly individuals over the age of 65 often face dementia. Promoting health literacy among the elderly to prevent dementia is a method that can enhance the elderly's ability to care for their health. Developing and enhancing people's potential encompasses fostering health literacy. Therefore, the researcher is interested in developing a health literacy enhancement model to prevent dementia in the elderly, with the objectives of 1) studying the current problems and health literacy for dementia prevention in the elderly; 2) developing a health literacy enhancement model for preventing dementia in the elderly; and 3) studying the effectiveness of the health literacy enhancement model for preventing dementia in the elderly.

Methodology: This action research comprised four steps: (1) Planning; (2) Action; (3) Observation; and (4) Reflection. The sample group consisted of 102 elderly individuals aged 60 and above, without dementia, selected through purposive sampling. The research involved 20 stakeholders. Data was collected using general information questionnaires, health literacy, and health behavior surveys for dementia prevention. The data were analyzed using qualitative data, descriptive statistics, inferential statistics, and the Paired t-test.

Results: The results indicated that (1) the health literacy and health behaviors of the elderly for dementia prevention in the sample group had a pre-test average at a sufficient level with some



correct practices ($M = 80.15$, $SD = 11.62$), and health behaviors were at a moderate level ($M = 42.35$, $SD = 6.87$). After the intervention, the average health literacy and health behaviors were at a sufficient level with some correct practices ($M = 89.34$, $SD = 10.45$), and health behaviors were at a high level ($M = 50.09$, $SD = 6.87$). When analyzing the differences in the average scores on knowledge about dementia prevention in the elderly before and after the intervention, it was found that the experimental group's knowledge about dementia in the elderly was significantly higher after the intervention at the 0.05 level ($t = 3.213$, $p = 0.003$). (2) The attitudes of village health volunteers (VHV) towards dementia in the elderly in the sample group showed that the pre-test average attitude score about dementia in the elderly was ($M = 60.76$, $SD = 9.82$) and the post-test average attitude score was ($M = 72.16$, $SD = 10.62$). The average attitude score after the intervention was significantly higher at the 0.05 level ($P\text{-value} < 0.05$). Regarding knowledge of health care to prevent dementia in the elderly, the sample group of VHVs had a pre-test average health behavior score for dementia prevention at a sufficient level with some correct practices ($M = 68.15$, $SD = 12.26$), and after the intervention, the score was at a good level with some correct practices ($M = 84.15$, $SD = 10.45$). (3) When analyzing the differences in the average scores of health care knowledge for dementia prevention in the elderly among the VHVs before and after the intervention, it was found that the experimental group's knowledge on health care for dementia prevention in the elderly was significantly higher at the 0.05 level ($t = 2.324$, $p = 0.001$).

Conclusion: The health literacy enhancement model for long-term dementia prevention among the elderly, with family and community participation, revealed that a significant approach to care is the participation process of the family as the primary caregiver. They should possess skills and knowledge in promoting the health of the elderly. Village health volunteers in the community play a role in home visits and reporting health status information. The model of dementia prevention among the elderly through the participation of family health volunteers can be applied and implemented in various contexts or developed for other similar target groups.

Keywords: Development of Dementia Prevention Model; Elderly; Family Health Volunteers



การพัฒนาแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองระเวียง อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

สายพิน ทับสิริก¹, ยุทธศาสตร์ แก้ววิเศษ², สุนิสา เทียมมวง³, วราภรณ์ คุณคำ⁴, นภลัย พูนศิริ⁵ และรุ่งเรือง แสนโกษา⁶

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองระเวียง ต.เวียงชัย อ.พยัคฆภูมิพิสัย จ.มหาสารคาม

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย อ.พยัคฆภูมิพิสัย จ.มหาสารคาม

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

บทคัดย่อ

ภูมิหลังและวัตถุประสงค์: ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ พบว่า ใน พ.ศ.2567 ประชากรมากกว่า ร้อยละ 20 เป็นผู้สูงอายุและคาดการณ์ว่าใน พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสูงสุด คือ มีผู้สูงอายุมากกว่า ร้อยละ 28 ของประชากร ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 65 ปี มักพบภาวะสมองเสื่อม (Dementia) การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมเป็นวิธีการที่จะเพิ่มความสามารถของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดี การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนรอบครอบครัวสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ 2) พัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

ระเบียบวิธีการวิจัย: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ (1) การวางแผน (Plan) (2) การดำเนินงาน (Action) (3) การสังเกต (Observation) (4) การสะท้อนกลับ (Reflection) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีภาวะสมองเสื่อม สุ่มแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 102 คน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยจำนวน 20 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพ สถิติเชิงพรรณนาสถิติเชิงอนุมานทดสอบ Paired t-Test

ผลการวิจัย: พบว่า (1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง อยู่ในระดับเพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนถูกต้องบ้าง ($M = 80.15$, $SD = 11.62$) และพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 42.35$, $SD = 6.87$) และมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ หลังการทดลองอยู่ในระดับเพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนถูกต้องบ้าง ($M = 89.34$, $SD = 10.45$) และพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ($M = 50.09$, $SD = 6.87$) เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 3.213$, $p = 0.003$) (2) ทักษะคิดของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยทักษะคิดเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุก่อนการทดลอง ($M = 60.76$, $SD = 9.82$) และมีค่าเฉลี่ยทักษะคิดกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ หลังการทดลองเท่ากับ ($M = 72.16$, $SD = 10.62$) และพบว่า ค่าเฉลี่ยทักษะคิดต่อภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} < 0.05$) ส่วนความรู้ในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ของอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย

พฤติกรรมกำบังกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองอยู่ในระดับเพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนถูกต้องบ้าง ($M = 68.15$, $SD = 12.26$) หลังการทดลอง อยู่ในระดับดีและอาจจะมีการปฏิบัติตนถูกต้อง ($M = 84.15$, $SD = 10.45$) (3) เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 2.324$, $p = 0.001$)

สรุปผล: รูปแบบการดูแลสุขภาพการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระยะยาว โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน พบว่า แนวทางที่สำคัญในการดูแลสุขภาพคือ กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ที่เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว มีทักษะและความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน มีการเยี่ยมบ้านและรายงานข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ สามารถนำรูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวไปปรับใช้และดำเนินงานในแต่ละบริบทของพื้นที่หรือการพัฒนาารูปแบบกับกลุ่มเป้าหมายอื่นที่ใกล้เคียงกัน

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อม; ผู้สูงอายุ; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว

บทนำ

ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกต่างกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุรวมทั้งประเทศไทย พบว่า ใน พ.ศ.2564 ประชากรมากกว่า ร้อยละ 20 เป็นผู้สูงอายุและคาดการณ์ว่าใน พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุนับสูงสุด คือ มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 65 ปี มักพบภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ซึ่งเป็นอาการทางคลินิกที่มีลักษณะเฉพาะจากความบกพร่องทางสติปัญญา หมายถึง การลดลง จากระดับการทำงานที่เคยมีมาก่อนหน้าและมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการทำงานของ สติปัญญาลดลง และในหลายกรณีมีการรบกวนกิจวัตรประจำวันและจิตใจ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) มีการลดลงอย่างชัดเจนของประสิทธิภาพ การทำงานของศูนย์กลางการบริหารหรือภาษา ตาม แบบจำลองความจำใช้งานของแบดเดลีย์ (Baddeley) ทำให้สูญเสียความสามารถของกระบวนการรู้คิด (Cognitive Function) ของสมองหลายๆ ด้านซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการทำงานและการประกอบกิจวัตรประจำวัน

ภาวะสมองเสื่อม ยังไม่สามารถรักษาให้หายได้ ดังนั้นการป้องกันจึงเป็นวิธีการที่สำคัญ สาเหตุของการเกิดภาวะสมองเสื่อมมีสาเหตุทั้งจากสิ่งที่แก้ไขไม่ได้และสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้ ทั้งนี้จากการสำรวจปัจจัยเสี่ยงของประชากรโลกที่ทำให้ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ลดลงและเกิดภาวะสมองเสื่อมได้แก่ โรคเบาหวาน โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย ขาดกิจกรรมที่ กระตุ้นการใช้ความคิด การตระหนักรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในชุมชนของวัยผู้ใหญ่ที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในชุมชน มีความสัมพันธ์ในระดับสูงในผู้ที่มีความสนใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การเพิ่มขึ้นของการตระหนักรู้เกี่ยวกับ ภาวะสมองเสื่อมช่วยลดต้นทุนทางเศรษฐกิจและสังคมเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การสอนเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมที่เหมาะสม สอดคล้องกับระดับการศึกษา และความสนใจถือเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในชุมชน การมีกิจกรรมร่วมกันของคนในชุมชนช่วยเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย และเพิ่มการมี

กิจกรรมทางสังคม คนในชุมชน ได้พบปะพูดคุยกัน ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม (อาทิตยา สุวรรณ, 2560)

ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะที่จำเป็นในการควบคุมภาวะสุขภาพ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถเฉพาะของบุคคล ในการอ่าน เข้าใจ เข้าถึง เลือกใช้ข้อมูล รวมถึงมีการพัฒนาความรู้ ทำความเข้าใจในข้อมูลแต่ละบริบท มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมให้ถูกต้องเหมาะสมกับตนเอง (Nutbeam, 2008) ประกอบด้วย ความสามารถของบุคคล 3 ด้านคือ 1) ความรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน (Functional Health Literacy/Basic Skills and Understanding) เป็นความสามารถในการอ่าน และเขียนทักษะในการเข้าถึงข้อมูลและความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ 2) ความรู้ด้านสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์/การติดต่อสื่อสาร (Interactive /Communication Health Literacy) เป็นความสามารถในการฟัง พูด ทักษะการติดต่อสื่อสาร กับบุคลากรทางสุขภาพหรือบุคคลทั่วไป เพื่อเพิ่มความสามารถในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และจัดการภาวะสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) ความรู้ด้านสุขภาพด้านวิจลนญาณ (Critical Health Literacy) เป็นความสามารถในการประเมินข้อมูลสารสนเทศ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ เพื่อสามารถตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม โดยถ้าหากผู้สูงอายุขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองจำนวนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมก็จะเพิ่มขึ้น (วรรัตน์ ทิพย์รัตน์, และโสภิต สุวรรณเวลา, 2560)

จังหวัดมหาสารคามมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 805 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.48 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองระเวียง มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 652 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.65 แบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม 621 คน คิดเป็นร้อยละ 95.24 กลุ่มติดบ้าน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 4.14 กลุ่มเตียง 4 คน คิดเป็นร้อยละ 0.61 ของผู้สูงอายุทั้งหมด จากผลการสำรวจภาวะสมองเสื่อมพบว่ามีกลุ่มภาวะสมองเสื่อม จำนวน 57 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.72 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2565) ส่งผลให้เกิดเป็นภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด จังหวัดมหาสารคามยังไม่พบว่ามีการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนการ สร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพพบว่า ในการสร้างเสริมสุขภาพเป็นวิธีการหนึ่งที่จะเพิ่มความสามารถของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดี การแสวงหาความรู้และการเพิ่มพูนความรู้ การนำความรู้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้จะก่อให้เกิดพลังในการปฏิเสธหรือควบคุมปัจจัยที่เสี่ยงต่อสุขภาพในบริบทที่ตนอาศัยอยู่ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตการเข้าถึงระบบบริการในด้านต่างๆ และลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมของผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาเป็นชุมชนต้นแบบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วม ในชุมชน การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนครอบคลุมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองระเวียง

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองระเวียง

3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองระเวียง

การทบทวนวรรณกรรม

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ เนื่องจากปัจจุบันยังไม่สามารถระบุสาเหตุแท้จริงที่เป็นต้นกำเนิดของภาวะสมองเสื่อม และยังขาดการรักษาทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ จึงพบอุบัติการณ์และความชุกของการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น

แนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) กล่าวว่า “ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะทางปัญญา และสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ ทำให้บุคคลสามารถเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลที่ได้รับในการส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี

แนวคิดของ Nutbeam D. กล่าวว่า “ความรู้ด้านสุขภาพ” เป็นทักษะ ทางความคิดและทางสังคมของบุคคล ในการเรียนรู้ เข้าถึง ทำความเข้าใจข้อมูล และใช้ข้อมูลในการ ดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเอง โดยการให้การศึกษา สนับสนุนช่วยเหลือ (Advocacy) และขับเคลื่อนทางสังคม (Social Mobilization) ซึ่งจะช่วยให้บุคคลเกิดแรงจูงใจใน การสร้างเสริมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยความรู้ด้านสุขภาพจะขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมด้วย Nutbeam D. ได้แบ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1. ระดับพื้นฐาน (Basic/Functional Health Literacy) ได้แก่ ความสามารถในการอ่าน เขียน เพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้ เช่น การอ่านฉลากยา การอ่านกำหนดการนัดหมาย

2. ระดับปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive Health Literacy) ประเมินจากทักษะ การสื่อสาร (Communication Skill) เพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เช่น การสอบถามข้อมูล จากผู้รู้ การจัดการตนเอง (Self-Management)

3. ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Literacy) ประเมินจากการรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) โดย ประเมินข้อมูลที่มีอยู่ เพื่อให้เกิดการตัดสินใจ (Decision Skill) และปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดีอยู่เสมอ

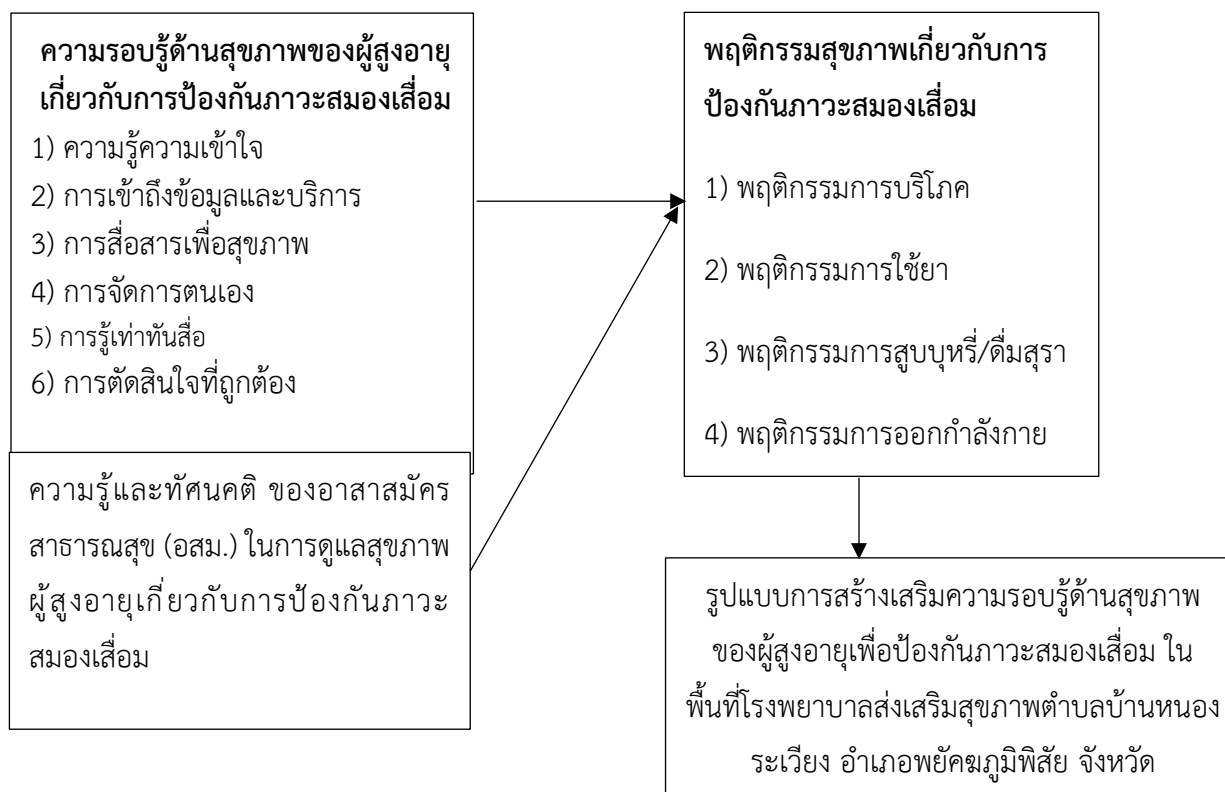
ความรู้ด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยเน้นให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตและการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมได้ หนึ่งในแนวทางสำคัญคือการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่อง เช่น การรับประทานอาหารที่สมดุล ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และมีการกระตุ้นสมองด้วยกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การเล่นเกมฝึกสมอง หรือการเข้าสังคม นอกจากนี้ การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ การลดความเครียด และการเลิกสูบบุหรี่ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้อีกด้วย ดังนั้น การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุยังต้องการความร่วมมือจากคนรอบข้าง เช่น ครอบครัวและผู้ดูแล เพื่อช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม ตลอดจนการเข้ารับการตรวจสุขภาพเป็นประจำ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งได้กล่าวไว้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ขึ้นาก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจ 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการ 3) การสื่อสารเพื่อสุขภาพ 4) การจัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อ และ 6) การตัดสินใจที่ถูกต้อง โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานระดับสูงหรือเพียงพอจะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีขึ้น สำหรับพฤติกรรมสุขภาพได้จากการทบทวนวรรณกรรมพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยแบ่งพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) พฤติกรรมการบริโภค 2) พฤติกรรมการใช้ยา 3) พฤติกรรมการสูบบุหรี่/ดื่มสุรา และ 4) พฤติกรรมการออกกำลังกาย ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพพื้นฐานระดับสูงหรือเพียงพอ ซึ่งมีความเป็นไปได้ว่าจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดียิ่งขึ้นและความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ดังแสดงในกรอบแนวคิดตามภาพ 1

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ระหว่างเดือน ตุลาคม 2566- กันยายน 2567

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์

ผู้วิจัยได้มีการวิเคราะห์สถานการณ์และกำหนดรูปแบบการพัฒนาการดำเนินการกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ช่วงต้นเดือน ธันวาคม 2566 ดังนี้ - การคัดเลือกชุมชนที่กำหนดตามเกณฑ์ - การเตรียมความพร้อมชุมชน โดยการสร้างความเข้าใจและความตระหนักแก่คนในชุมชน ประกอบด้วย ประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลภาวะสมองเสื่อม ผู้นำชุมชน เพื่อสร้างความตระหนักและให้ความร่วมมือในการวิจัย - การสำรวจข้อมูลฐานแนวทางการสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และกำหนดแผนในการดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือน เมษายน ถึง สิงหาคม 2567 ตามขั้นตอนดังนี้

- ขั้นการวางแผน (Planning) ผู้วิจัยได้วางแผนการดำเนินการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว บุคลากรด้านสุขภาพ
- ขั้นปฏิบัติการ (Action) เลือกพื้นที่นำร่องในการดำเนินการ 1 ชุมชน
- ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) ติดตามผลการดำเนินงานในชุมชน
- การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) นำปัญหาที่พบมาสะท้อนการดำเนินงานแก้ที่มเครือข่าย เพื่อนำมาสู่การวางแผนดำเนินงานและปรับปรุงระบบ

โดยใช้เครื่องมือแนวทางการสนทนากลุ่มการดำเนินงานด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองระเวียง อำเภอยักษ์ภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) คำถามในการสนทนากลุ่ม Focus group 2) คำถามในการสนทนากลุ่มในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ และ แนวทางการสังเกต ติดตาม และบันทึกการเปลี่ยนแปลง ใช้ในการประเมินตลอด ช่วงของการดำเนินกิจกรรมทุกระยะ สังเกตสิ่งต่างๆ รวมทั้งพฤติกรรมของผู้ร่วมวิจัย และมีการบันทึก การสังเกตการดำเนินงานทุกขั้นตอนของการวิจัย โดยมีแนวทางการสังเกต ประกอบด้วย การสังเกตการมีส่วนร่วม อุปกรณ์ที่ใช้ในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เทปบันทึกเสียง ช่วยให้มีข้อมูลที่ถูกต้องและครอบคลุมทุกประเด็น ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบ

การประเมินผลรูปแบบและประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังดำเนินการช่วงเดือนสิงหาคม 2567

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้สูงอายุ อายุ 60 ปี ขึ้นไปไม่มีภาวะสมองเสื่อม ต.เวียงชัย อ.ยักษ์ภูมิพิสัย จ.มหาสารคาม จำนวน 102 คน
2. กลุ่มผู้ให้การดูแล ที่มีบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักและอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน

3. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับชุมชน

โดยใช้เครื่องมือแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) และดัดแปลงจากเครื่องมือแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยวัยผู้ใหญ่ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 36 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน มีคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 5 – 114 คะแนน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-Test ใช้ทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนความรู้ ทักษะคิดและพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น เพื่อตรวจสอบการกระจายแบบปกติ (Normality) ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) ค่าความแปรปรวนคงที่ (Homoscedasticity) ความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) และความเป็นอิสระ ของค่าความคลาดเคลื่อน (Autocorrelation) ผลการตรวจสอบพบว่า ไม่มีปัญหาละเมิดข้อตกลงเบื้องต้น (Violation of Assumptions)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล และพยาบาล ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) แบบสอบถามทั้ง 3 เครื่องมือ ได้แก่ แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม และสอบถามเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม สำหรับ อสม. มีค่า CVI เท่ากับ 0.98, 0.96 0.96 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .88 และ .92 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม สำหรับ อสม. ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์คูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .94

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลพัยคณภูมิพิสัย จ.มหาสารคาม IRB เลขที่ 7/2566 ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

จากผลการวิจัยครั้งนี้ การศึกษาครั้งนี้เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองระเวียง อำเภอยักษ์ภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคามโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวในเขตอำเภอยักษ์ภูมิพิสัย จ.มหาสารคาม สรุปผล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุจำนวน 102 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 52 เพศชาย จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 48 อายุ 60-69 ปี จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 59.8 อายุ 70-79 ปี จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 31.4 อายุ 80 ปี ขึ้นไป จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 8.8 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 95.1 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 67.6 และจบระดับชั้นประถมศึกษา จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 94.1 มีรายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 80.4 ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 50 คน มีโรคประจำตัว 52 คน โรคความดันโลหิตสูง 26 คน คิดเป็นร้อยละ 25.5 โรคเบาหวาน จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 มีผู้ดูแลหลัก คู่สมรส จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 บุตรหรือหลาน จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 35.0

2. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองระเวียง อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

2.1 ผลการวางแผนแบบมีส่วนร่วมขั้นตอนการวางแผนวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยการสนทนาแบบมีส่วนร่วม การประชุมเชิงปฏิบัติการ และการวางแผนเชิงปฏิบัติการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

2.2 ระยะเวลาการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว

1) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 15 คน ประกอบด้วย-อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว (อสค.) จำนวน 10 คน - ผู้นำชุมชน จำนวน 1 คน -ผู้นำท้องถิ่น จำนวน 1 คน -เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 2 คน

2) ปัญหาที่พบจากการสนทนาแบบมีส่วนร่วม 7 ด้าน ประกอบด้วย -การรับประทานอาหาร - การควบคุมอารมณ์ -การออกกำลังกาย -การร่วมกิจกรรมในชุมชน -การออกกำลังกาย -การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา และ -การฝึกบริหารสมอง

3) ปัญหาที่เลือกมาประชุมเชิงปฏิบัติการคือ -การรับประทานอาหาร - การควบคุมอารมณ์ -การออกกำลังกาย -การร่วมกิจกรรมในชุมชน -การออกกำลังกาย -การสูบบุหรี่และการดื่มสุราและ -การฝึกบริหารสมอง

4) แผนงานกิจกรรมจากการประชุมเชิงปฏิบัติการคือ (1) จัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพ 3 อ 2 ส และคู่มือป้องกันภาวะสมองเสื่อม (2) กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุทั้งผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และ อสม. (3) กิจกรรม 3 อ.2 ส. (4) กิจกรรมเต้นจิบL เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม

5) ปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองระเวียง อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง อยู่ในระดับเพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนถูกต้องบ้าง ($M = 80.15$, $SD = 11.62$) และพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 42.35$, $SD = 6.87$) และมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ หลังการทดลองอยู่ในระดับเพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนถูกต้องบ้าง ($M = 89.34$, $SD = 10.45$) และพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ($M = 50.09$,

SD = 6.87) เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 3.213$, $p = 0.003$)

4. การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุก่อนการทดลอง ($M = 60.76$, $SD = 9.82$) และมีค่าเฉลี่ยทัศนคติกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ หลังการทดลองเท่ากับ ($M = 72.16$, $SD = 10.62$) เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} < 0.05$)

5. การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ของอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองอยู่ในระดับเพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนถูกต้องบ้าง ($M = 68.15$, $SD = 12.26$) หลังการทดลอง อยู่ในระดับดีและอาจจะมีการปฏิบัติตนถูกต้อง ($M = 84.15$, $SD = 10.45$) เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 2.324$, $p = 0.001$)

อภิปรายผล

จากการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองระเวียง อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับผลการวิจัยของวัลลภา อันดาราและคณะ (2559) ศึกษาภาวะสมองเสื่อมความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อมและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.67

จากการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองระเวียง อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของอภิญญา จินานุรักษ์ (2557) ที่ได้ทำการวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตำบลหนองหอย อำเภอเมืองเชียงใหม่ พบว่าทัศนคติต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ โดยผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมผ่านการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจ เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพสมอง หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ฝึกทักษะการใช้สมอง หลีกเลี่ยงความเครียด และมีส่วนร่วมในสังคม นอกจากนี้ ผลการศึกษาโดยศุทธยา หวางษ์ และคณะ (2560) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพใน

ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม โดยมีการสนับสนุนจากครอบครัว พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้ การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการทดลองและกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$)

จากการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองระเวียง อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของณัฐพี ใจงาม และคณะ (2561) ที่ได้ศึกษารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนเขตตลิ่งชัน กรุงเทพมหานคร โดยพบว่าผู้สูงอายุในพื้นที่ดังกล่าวมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในภาพรวมอยู่ในระดับดี โดยมีพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับดีที่สุด รองลงมาคือพฤติกรรมการฝึกสมอง การมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน และการควบคุมอารมณ์

ความรู้ในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ของอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 2.324$, $p = 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐดา แหคำ วรณรัตน์ ลาวัณ สมสมัย รัตนกริยากุล (2563) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่าความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการดูแลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ในระดับต่ำ ($r = .170$, $p < .01$) แสดงว่าเมื่อ อสม. มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นก็จะส่งผลให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเช่นกัน (สุปราณี บุญมี, ชัยวุฒิ บัวเนียว, และสุพิศรา เศวตพัฒนกุล, 2562) เนื่องมาจากบุคคลที่มีความรู้เกิดจากประสบการณ์ที่ได้รับข้อมูลและได้เรียนรู้มาจะเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ว่าสิ่งใดถูก/สิ่งใดผิด สิ่งใดควรทำ/สิ่งใดไม่ควรทำ จนนำไปสู่ความมั่นใจในการเลือกปฏิบัติจนเกิดความพร้อมในการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ความรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งเสริมการกระทำในการปฏิบัติงานตามความรับผิดชอบเพื่อให้เกิดความมั่นใจ การเลือกวิธีปฏิบัติและการนำไปใช้ได้อย่างเหมาะสม (สายใจ พันแพง, 2562) ซึ่งอาจได้รับมาจากการฟัง การอ่าน หรือการมองเห็นจะทำให้บุคคลพยายามที่จะทำความเข้าใจกับความรู้ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม และส่งผลทำให้ไปสู่ความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทได้ ดังนั้น เมื่อ อสม. ได้ข้อมูลและเรียนรู้จนมีความรู้ที่ดี หรือสูง

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ขอเสนอแนะการวิจัย ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้

1.1 ควรมีการพัฒนาหลักสูตรการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว (อสม.) เพื่อให้ความรู้ด้านการป้องกันภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น โดยเน้นที่กิจกรรมที่เป็นประโยชน์ เช่น การออกกำลังกาย, การบริหารสมอง และการส่งเสริมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม

1.2 ควรจัดทำคู่มือและสื่อประชาสัมพันธ์ที่เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลสามารถเข้าถึงข้อมูลที่เป็นประโยชน์ได้ง่ายขึ้น รวมถึงการเผยแพร่สื่อเหล่านี้ผ่านชุมชนและสื่อออนไลน์

1.3 การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนมีผลต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อม จึงควรสร้างกลไกสนับสนุนให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้น เช่น การจัดกิจกรรมร่วมกันในชุมชนเพื่อส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ

1.4 การพัฒนาและปรับปรุงนโยบายสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใช้รูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการวิจัยในครั้งนี้

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรขยายขอบเขตการวิจัยให้ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างจากหลากหลายภูมิภาคและชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนถึงความหลากหลายของวิถีชีวิตและวัฒนธรรม ซึ่งอาจมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

2.2 ควรมีการติดตามผลระยะยาวหลังการทดลองเพื่อประเมินว่าความรู้และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงจากการวิจัยสามารถคงอยู่และส่งผลต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระยะยาวหรือไม่ รวมถึงศึกษาถึงความต่อเนื่องของการปฏิบัติ

2.3 ควรใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสานระหว่างการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งในด้านสถิติและมุมมองเชิงลึกเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุและผู้ดูแล

2.4 การศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวและชุมชน: เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้พบว่าครอบครัวและชุมชนมีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนที่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้

2.5 การวิเคราะห์ผลกระทบของปัจจัยอื่นๆ: ควรทำการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม เช่น สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สถานะทางสังคม และการเข้าถึงบริการสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

ณัฐรา แสคำ วรรณรัตน์ ลาวัณ สมสมัย รัตนกริธากุล (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 13(4), 1-17.

ณัฐพร ใจงาม, ชุตินา ทองวชิระ, และสุชาดา โทผล. (2562). รูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนเขตตลิ่งชัน กรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น, 19(3), 96-103.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2565). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2565. กรุงเทพฯ: บริษัท พรินเทอรี่ จำกัด.

วรารัตน์ ทิพย์รัตน์, และโสภิต สุวรรณเวลา. (2560). ความฉลาดทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดตรัง. รายงานการวิจัย. ตรัง: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิตรัง.

วัลลภา อันดา, อุบลรัตน์ สิงห์เสนี, และปัทมา วงศ์นิธิกุล. (2559). การศึกษาภาวะสมองเสื่อม ความรู้เรื่องโรค และการป้องกันโรคสมองเสื่อม และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุชุมชนผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ. วารสารพยาบาลตำรวจ, 8(1), 23-33.



- ศรุตยา หาวงษ์, วิณา เทียงธรรม, และสุธรรม นันทมงคลชัย. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 31(1), 110-128.
- สายใจ พันแพง. (2562). รูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย สุขภาพชุมชน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเด่นเหล็ก อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์. *ศูนย์อนามัยที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก*
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). *สำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย*. Retrieved on 15 July 2024 from: https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey_detail/iM.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. (2565). *รายงานการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดมหาสารคาม ปี 2665*. Retrieved on 15 July 2024 from: <http://mkho.moph.go.th/ltc-advanced/frontend/web/index.php/module/person/functional/report1>
- สุปราณี บุญมี, ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว, และสุพิตรา เศลวัฒน์กุล. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนเปือย อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์. *วารสารสาธารณสุขชุมชน*, 5(4), 38-49.
- อภิญา จินานุรักษ์. (2557). *การวิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตำบลหนองหอย อำเภอเมืองเชียงใหม่. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.
- อาทิตยา สุวรรณ. (2560). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(1), 6-15.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-8078.
- WHO. (1998). Health Promotion Glossary. Division of Health Promotion, Education and Communications, Health Education and Health Promotion Unit, World Health Organization. Geneva, 1-10.

