



ปัจจัยทำนายความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองและป้องกัน
ภาวะสมองเสื่อมในชุมชน จังหวัดชลบุรี

สุกฤทัย พงษ์โลกา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ปัจจัยทำนายความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองและป้องกัน
ภาวะสมองเสื่อมในชุมชน จังหวัดชลบุรี



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2567
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

FACTORS PREDICTING THE READINESS OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS FOR
SCREENING AND PREVENTION OF DEMENTIA IN COMMUNITY, CHONBURI
PROVINCE



SUKONTIP PHPLLOKA

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR MASTER DEGREE OF NURSING SCIENCE
IN COMMUNITY NURSE PRACTITIONER
FACULTY OF NURSING
BURAPHA UNIVERSITY

2024

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ สุกลทิพย์ พลโลกา ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัย
บูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ)

..... ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร.รักษนก กชไกร)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิสากร กรุงไกรเพชร)

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของ
มหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิทวัส แจ่มเยี่ยม)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

63910049: สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
 คำสำคัญ: ความพร้อม, การคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อม, อาสาสมัครสาธารณสุข
 ประจำหมู่บ้าน

สุคลทิพย์ พลโลกา : ปัจจัยทำนายความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
 หมู่บ้านในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน จังหวัดชลบุรี. (FACTORS
 PREDICTING THE READINESS OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS FOR SCREENING
 AND PREVENTION OF DEMENTIA IN COMMUNITY, CHONBURI PROVINCE)
 คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วรณรัตน์ ลาวัง, ปร.ด., ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ, ปร.ด. ปี พ.ศ.
 2567.

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา
 ความพร้อมและปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความพร้อมของ อสม.ในการคัดกรองและป้องกันภาวะ
 สมองเสื่อมในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม.ในจังหวัดชลบุรีที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ได้จากการ
 สุ่มหลายขั้นตอนจำนวน 192 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.
 2565 เครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยแบบสอบถามความพร้อม
 แบบสอบถามการให้ความหมาย แบบสอบถามทัศนคติ และแบบสอบถามการสนับสนุนทาง
 สังคม (Cronbach's alpha=0.97, 0.89, 0.82, 0.93 ตามลำดับ) และแบบทดสอบความรู้ (KR-20=0.73)
 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัย
 พบว่า อสม.กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 54.17, SD = 11.54,$
 $M_{adj} = 3.01$) โดยมีปัจจัยการให้ความหมาย ($\beta = 0.32, p < .001$) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.20,$
 $p < .01$) ภาวะสุขภาพ ($\beta = 0.18, < .01$) และทัศนคติ ($\beta = 0.13, p < .05$) สามารถร่วมทำนายความพร้อม
 ได้ร้อยละ 30.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2_{adj} = 0.292, p < .05$) ดังนั้น ผลการวิจัยนี้เสนอแนะว่า
 พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานในชุมชน ควรให้ความสำคัญกับการยกระดับความ
 พร้อมของ อสม.ในการปฏิบัติบทบาทการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน ผ่านการ
 พัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อมที่เน้นเสริมสร้างการให้ความหมายที่ดีต่อตนเองและบทบาทและ
 เพิ่มทัศนคติทางบวกต่อภาวะสมองเสื่อม ร่วมกับการดูแลสุขภาพและพัฒนาระบบสนับสนุน เพื่อ
 ความพร้อมของ อสม. ที่นำไปสู่ ผลลัพธ์ที่ดีต่อไป

63910049: MAJOR: COMMUNITY NURSE PRACTITIONER; M.N.S.
(COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

KEYWORDS: READINESS SCREENING AND PREVENTING DEMENTIA VILLAGE
HEALTH VOLUNTEER(S)

SUKONTIP PHPLLOKA : FACTORS PREDICTING THE READINESS OF
VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS FOR SCREENING AND PREVENTION OF
DEMENTIA IN COMMUNITY, CHONBURI PROVINCE. ADVISORY COMMITTEE:
WANNARAT LAWANG, Ph.D. CHANANDCHIDADUSSADEE TOONSIRI, Ph.D. 2024.

This predictive correlational research aimed to describe readiness and to determine factors predicting the readiness of village health volunteers for screening and preventing dementia in community. Multi-stage random sampling was used to recruit 192 village health volunteers in Chonburi province. Data collection was carried out from August to November 2022 using self-administered questionnaires consisted of personal data, readiness for screening and preventing dementia, meaning of self and role, attitudes towards dementia and role, social support (Cronbach's alpha coefficient = 0.97, 0.89, 0.82, 0.93 respectively) and knowledge about dementia and role (KR-20=0.73). Descriptive statistics and stepwise multiple regression statistics were performed to analyze the data. The study revealed that the overall of the readiness among the village health volunteers was rated at a moderate level ($M = 54.17$, $SD = 11.54$, $M_{adj} = 3.01$). The meaning of self and role ($\beta = 0.32$, $p < .001$), social support ($\beta = 0.20$, $p < .01$), health status ($\beta = 0.18$, $p < .01$), and attitudes towards dementia and role ($\beta = 0.13$, $p < .05$) could predict 30.6% of the variance accounted. ($R_{adj}^2 = .292$, $p < .05$). These findings suggest that nurses, and other health personnel who work in communities should address for enhancing the readiness among the village health volunteers, through preparedness program by focusing on promoting meaning of self and role, increasing attitudes towards dementia and role, taking care of health, and also developing a support system for the readiness that will lead to good results in the future.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยการสนับสนุนจากผู้ที่มีอุปการะคุณ ขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และท่านรองศาสตราจารย์ชัชฌิมา คุษฎี ทูลศิริ ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษารอง ที่คอยให้การช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำตลอดจนให้กำลังใจในการดำเนินการเป็นอย่างดี รวมไปถึงขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิผู้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และขอบคุณความอนุเคราะห์ความช่วยเหลือประสานงานจากเจ้าหน้าที่ ทั้งในมหาวิทยาลัยบูรพา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ท่านที่ทำงานในชุมชนหรือในส่วนปฐมภูมิ และ อสม.ที่เสียสละเวลามาให้ข้อมูล ขอบพระคุณพ่อและคุณแม่ที่สนับสนุนและทำให้มีวันนี้ ขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมฉบังและเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือ ขอบพระคุณเพื่อนที่คอยอยู่เคียงข้างให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจ ทั้งเพื่อนในห้องเรียนทุกท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คุณนัสระาสตร์ ยูหนู รวมไปถึงเพื่อนที่อยู่ในที่ทำงาน ทั้งคุณนพรัตน์ ธนันท์รัฐนากุล, คุณรตน พันธุ์เพ็ง, คุณรัตนา ทูมมา และโดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณสุภาภรณ์ เนื่องจำนงค์ และสุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณ Mr. Charles James Stark ผู้ที่ช่วยเหลือในทุกเรื่อง ทั้งเป็นที่ปรึกษา รวมไปถึงประทับประครองจนกระทั่งการศึกษานี้สำเร็จไปด้วยดี ในการนี้ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณอีกครั้งในการให้การสนับสนุน ให้ความร่วมมือและเอื้ออำนวยความสะดวกในการดำเนินวิจัยในครั้งนี้

สุคลทิพย์ พลโลกา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
สมมุติฐานการวิจัย	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย	7
ขอบเขตการวิจัย	8
นิยามศัพท์เฉพาะ	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
ภาวะสมองเสื่อม	12
การคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน	27
อสม.กับการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน	32
ความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน	43
ปัจจัยทำนายความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อม	45
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	58
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	58

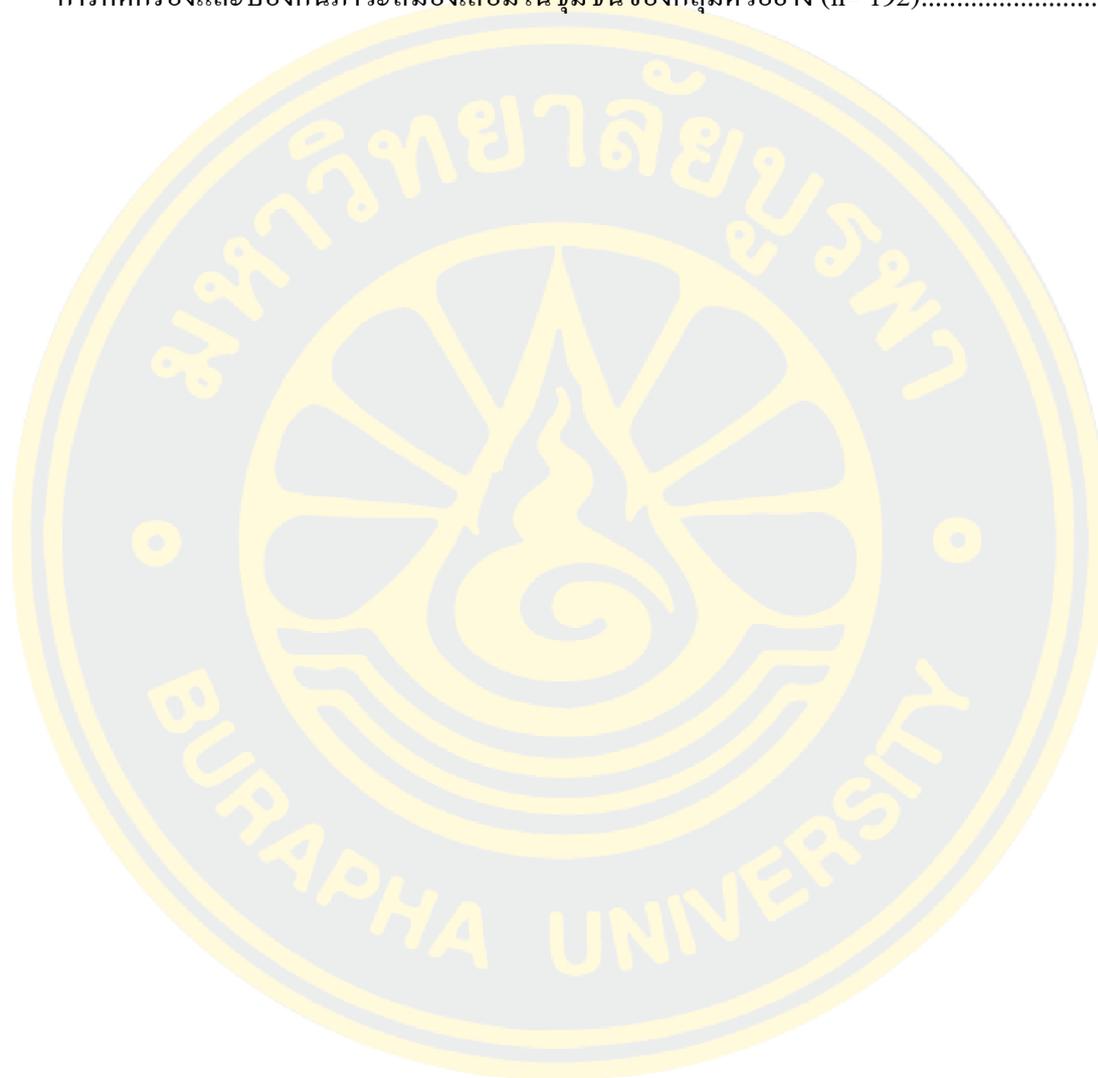
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	62
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	66
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	67
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	68
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	72
ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง.....	72
ส่วนที่ 2 ความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน.....	75
ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อม.....	79
ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน.....	80
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	82
สรุปผลการวิจัย.....	82
สรุปผลการวิจัย.....	83
การอภิปรายผลการวิจัย.....	84
ข้อเสนอแนะ.....	91
บรรณานุกรม.....	93
ภาคผนวก.....	97
ภาคผนวก ก.....	98
ภาคผนวก ข.....	100
ภาคผนวก ค.....	102
ภาคผนวก ง.....	106
ภาคผนวก จ.....	114
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	121

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ประสิทธิภาพของยารักษาโรคสมองเสื่อมต่อสภาวะการรับรู้	16
ตารางที่ 2 ภาวะสมองเสื่อมแบ่งระยะตามระดับความรุนแรง 7 ระยะ	18
ตารางที่ 3 การดูแลในแต่ละระยะของภาวะสมองเสื่อม	21
ตารางที่ 4 ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมกับผู้ป่วย	23
ตารางที่ 5 จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนที่คำนวณได้แยกตามอำเภอและตำบล ในจังหวัดชลบุรี	60
ตารางที่ 6 ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม	67
ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของ อสม.กลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลพื้นฐาน (n= 192)	73
ตารางที่ 8 ค่าที่เป็นไปได้ ค่าจริง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับของ อสม.กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความพร้อม ภาพรวมและรายด้าน (n= 192)	76
ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของ อสม.กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความพร้อม (n= 192)	76
ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อันดับ และระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความพร้อมของ อสม.กลุ่มตัวอย่าง โดยแยกเป็นรายชื่อในแต่ละด้าน (n= 192)	78
ตารางที่ 11 ค่าที่เป็นไปได้ คะแนนจริง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยปรับฐาน และการแปลผลตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (n= 192)	80
ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายความพร้อมของ อสม.กลุ่มตัวอย่าง ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน (n= 192)	81
ตารางที่ 13 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อันดับ และระดับของการให้ความหมายต่อตนเองและบทบาทของ อสม.กลุ่มตัวอย่าง แยกเป็นรายชื่อ (n= 192)	115
ตารางที่ 14 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อันดับ และระดับความคิดเห็นที่สอดคล้องต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาทของ อสม.กลุ่มตัวอย่าง แยกเป็นรายชื่อ (n= 192)	116
ตารางที่ 15 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อันดับ และระดับความรู้ด้านผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.กลุ่มตัวอย่าง แยกเป็นรายชื่อ (n= 192)	117

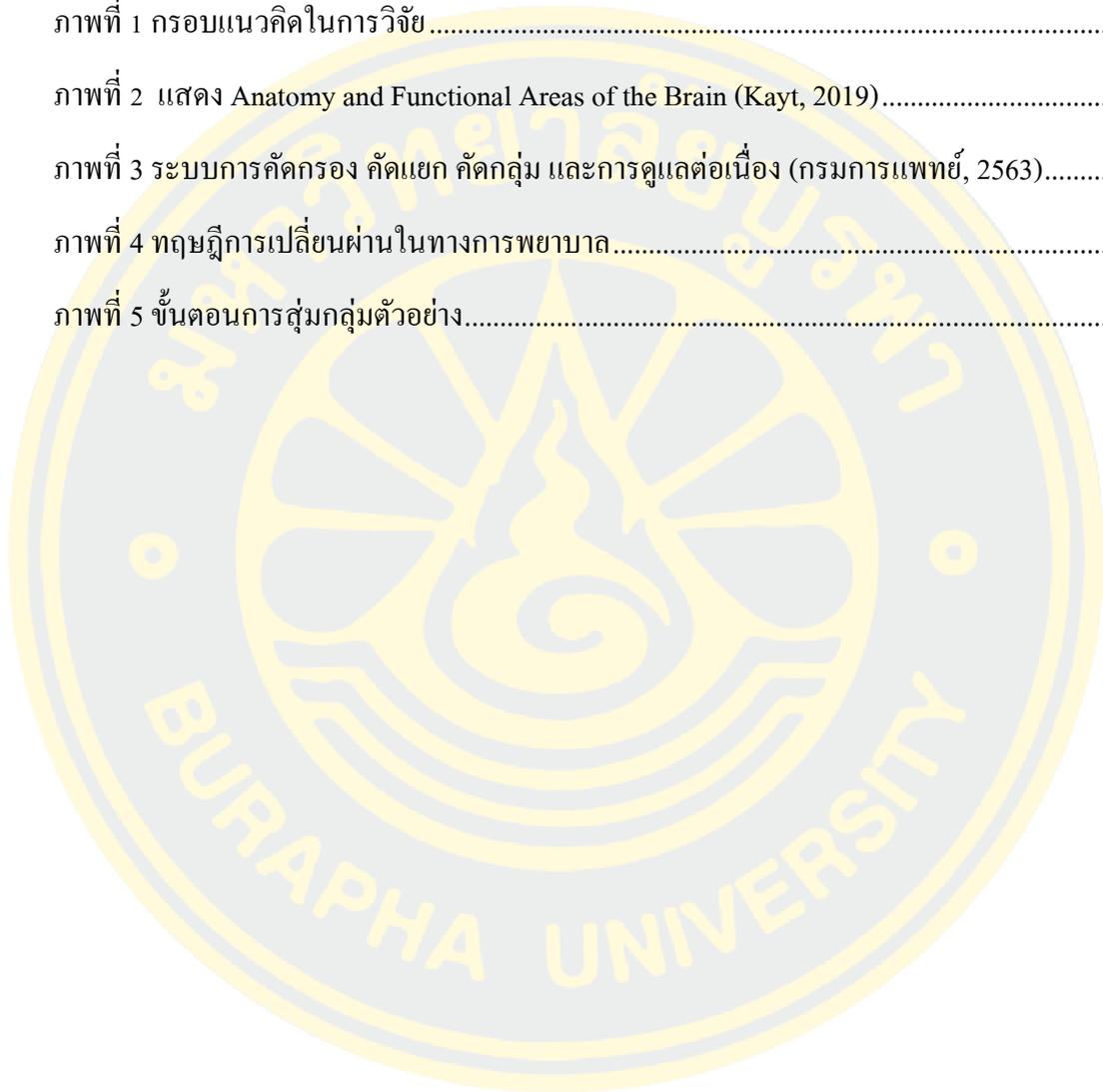
ตารางที่ 16 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อันดับ และระดับการสนับสนุนทางสังคมในแต่ละด้านของ อสม.กลุ่มตัวอย่าง แยกเป็นรายข้อ (n= 192).....119

ตารางที่ 17 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง (n= 192).....120



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
ภาพที่ 2 แสดง Anatomy and Functional Areas of the Brain (Kayt, 2019).....	13
ภาพที่ 3 ระบบการคัดกรอง คัดแยก คัดกลุ่ม และการดูแลต่อเนื่อง (กรมการแพทย์, 2563).....	42
ภาพที่ 4 ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านในทางการพยาบาล.....	52
ภาพที่ 5 ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง.....	61



บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่สมรรถภาพของสมองมีความบกพร่อง ทำให้ความสามารถของสมองด้านการรู้คิดลดลง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรม เกิดผลกระทบทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานในชีวิตประจำวันได้ (Dementia Australia, 2019; คุยฎี อุคมอทธิพงษ์, 2564) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุที่สำคัญของการตาย ความพิการ และการพึ่งพิงของประชากรทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ จากสถิติในปี พ.ศ. 2562 ประชากรโลกที่มีภาวะสมองเสื่อมมีจำนวน 55.2 ล้านคน โดยร้อยละ 83 ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 7.8 ของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก) (WHO, 2021) เมื่อเทียบกับข้อมูลแนวโน้มผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2564 ประชากรโลกที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีประมาณ 59 ล้านคน และคาดประมาณว่าจะเพิ่มจำนวนมากถึง 125 ล้านคนในปี พ.ศ. 2593 (United Nations: UN) สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 มีจำนวนผู้ที่มีสมองเสื่อมประมาณ 9 แสนคน โดยร้อยละ 76 ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 8.1 ของประชากรผู้สูงอายุ) ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์โลก (กรมอนามัย, 2562) เมื่อคาดประมาณตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น พบว่า จำนวนผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเป็น 1.3 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2580 เนื่องจากก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2565)

ภาวะสมองเสื่อมเป็นความผิดปกติที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งเป้าหมายของการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมคือการชะลอความเสื่อมของสมอง การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และการลดภาวะพึ่งพิง (Thipsut et al., 2022) อย่างไรก็ตาม ผู้มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนมีภาวะสมองเสื่อม จึงเริ่มรับการรักษาเมื่อมีอาการมาก จึงชะลอความเสื่อมได้ยาก มีอาการรุนแรง และเกิดภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด (คุยฎี อุคมอทธิพงษ์ และคณะ, 2564) ซึ่งการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีคุณภาพ 1 คน ต้องอาศัยผู้ดูแลอย่างน้อย 2 คน เพราะมีกิจกรรมการดูแลจำนวนมาก ยุ่งยาก และซับซ้อน โดยมีค่าใช้จ่ายในการดูแลที่บ้านประมาณ 4,000-6,000 บาทต่อเดือน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวง, 2563) หากโรครุนแรงจะทำให้ค่าใช้จ่ายของครอบครัวและระบบสุขภาพเพิ่มขึ้นตามมา (อำไพ พิมพิไกร และคณะ, 2563) จะเห็นได้ว่า ผลกระทบที่เกิดขึ้นไม่ได้มีแค่ต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเท่านั้น หากแต่ยังส่งผลให้

ครอบครัว ชุมชน และรัฐที่ต้องแบกรับภาระ (WHO, 2021) ดังนั้น การคัดกรองเพื่อค้นหาผู้มีภาวะสมองเสื่อมตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจึงเป็นอีกทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ที่เสี่ยงหรือผู้มีภาวะสมองเสื่อมแล้วได้รับการป้องกัน รักษา และชะลอการเสื่อมของสมอง เพื่อคงไว้ซึ่งการพึ่งพาตนเองได้

จากสถานการณ์และผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมข้างต้น องค์การอนามัยโลกตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการภาวะสมองเสื่อมครอบคลุมทุกระยะของโรค ทั้งการจัดการก่อนเกิดโรคและหลังเกิดโรค โดยเน้นการประสานความร่วมมือตามบริบทพื้นที่ของแต่ละประเทศ และเรียกร้องให้หน่วยงานภาครัฐที่ดูแลด้านสาธารณสุขจัดทำแผนการปฏิบัติการในเรื่องของภาวะสมองเสื่อมในแต่ละระดับ (WHO, 2018) แม้ในช่วงของสถานการณ์การระบาดด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จะเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการ ส่งผลให้ระบบการดูแลต้องชะลอตัวและการเข้าถึงบริการนั้นยากมากขึ้น แต่ถึงอย่างไรองค์การอนามัยโลกยังคงพยายามผลักดันการดำเนินการให้เป็นไปตามข้อตกลงที่วางไว้ (WHO, 2021) ในส่วนของประเทศไทยตอบสนองต่อนโยบายดังกล่าวผ่านการผลักดันนโยบายการดูแลภาวะสมองเสื่อม ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ประเทศไทยเรื่องสมองเสื่อม (พ.ศ. 2560 - 2569) โดยบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับทุกภาคส่วน ทั้งจากองค์กรภาครัฐและภาคเอกชน ตลอดจนพัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกระดับ โดยเฉพาะระดับปฐมภูมิ ภายใต้หลัก “การสร้างสมดุลในการป้องกัน การค้นหา การรักษา และการดูแลภาวะสมองเสื่อม (Balancing prevention, detection, cure, and care)” (กรมอนามัย, 2561) เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองและป้องกัน ร่วมกับผู้ที่มีการภาวะสมองเสื่อมได้รับการรักษาและดูแลที่เหมาะสม รัฐบาลจึงกำหนดมาตรการการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเป็นรูปธรรม โดยเชื่อมต่อกับระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีอยู่เดิม พร้อมประสานความร่วมมือจากภาคส่วนในชุมชนมากขึ้นซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพต้องได้รับความไว้วางใจและการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ ทั้งนี้ ทรัพยากรทางสุขภาพด้านหน้าของระบบสาธารณสุขที่ได้รับการยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสังคม (ณฐนนท์ บริสุทธิ์, 2563) และมีส่วนสำคัญยิ่งในการคัดกรองและการป้องกันผู้มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

อสม. เป็นตัวแทนของประชาชนที่อาศัยในแต่ละพื้นที่และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งมีบทบาทในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ อนามัย สื่อสารข่าวสาธารณสุข แนะนำเผยแพร่ความรู้ ประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขอื่น ๆ (กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ, 2560) เป็นนักจัดการสุขภาพชุมชนที่ช่วยดำเนินการสร้างทีมสุขภาพสำรวจปัญหา เพื่อวางแผนการดำเนินงาน จัดกิจกรรม ควบคุม กำกับ ให้คำชี้แนะ และบันทึกผล ตลอดจนส่งต่อปัญหา รวมไปถึงประเมิน

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการสร้างเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคในชุมชน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2556; ฅฐนนท์ บริสุทธี, 2563) จากข้างต้น อสม.ในฐานะตัวแทนที่มีความรู้ความสามารถและมีความใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่จึงมีบทบาทในระบบการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมเริ่มตั้งแต่การคัดกรองและค้นหาผู้ที่มีความผิดปกติ การส่งต่อข้อมูลผลการคัดกรองให้ทีมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพสมองและป้องกันภาวะสมองเสื่อม ตลอดจนการดูแลผู้ที่มีเจ็บป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่องในชุมชนร่วมกับทีมสุขภาพ โดย อสม. จะเน้นที่บทบาทของการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อม (กรมการแพทย์, 2563)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับบทบาทของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนสามารถสรุปเป็น 6 ด้าน (กรมการแพทย์, 2563; ฅฐนนท์ บริสุทธี, 2563) ได้แก่ 1) การสำรวจและจัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย 2) การร่วมวางแผนและจัดทำแผนการดำเนินงาน 3) การคัดกรองและคัดแยก 4) การบันทึกผลการคัดกรองและส่งต่อข้อมูล 5) การร่วมดำเนินการป้องกันเชิงรุก และ 6) การติดตามและสรุปข้อมูล ซึ่งการทำบทบาทของ อสม. นั้นตั้งอยู่บนสถานการณ์และนโยบายทางสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอด ถือเป็นารเปลี่ยนแปลงผ่านนโยบายหรือระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงและแนวทางปฏิบัติการจัดการสมองเสื่อมในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งการเปลี่ยนผ่านบทบาทดังกล่าวจะมีประสิทธิภาพ อสม. ต้องมีความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล ซึ่งรัฐได้วางแผนการเตรียม อสม. ในการทำบทบาท แต่ช่วงของการระบาดโรค COVID-19 เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการ ส่งผลต่อความพร้อมของ อสม. จากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยในกิจกรรมการคัดกรองผู้สูงอายุตามนโยบาย พบว่า อสม. จะส่งต่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินการทำบทบาทดังกล่าวและขอช่วยในกิจกรรมอื่นแทน ด้วยเหตุผลขาดความมั่นใจ มองเห็นว่าเป็นเรื่องยากและซับซ้อน อีกทั้งยังรู้สึกกลัวว่าเป็นคนในชุมชนอาจไม่พอใจ เนื่องด้วยประชาชนยังคิดว่า ผู้มีภาวะสมองเสื่อมเป็นภาระ ซึ่งสะท้อนว่า ความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนเป็นสิ่งสำคัญ

ความพร้อม (Readiness) เป็นการรับรู้หรือความมั่นใจของบุคคลว่าตนเองมีศักยภาพเพียงพอที่จะปฏิบัติงานได้ตามบทบาทที่กำหนดไว้มากนักน้อยเพียงใด เกิดจากการเตรียมตัวก่อนการกระทำหรือทำงานที่จะทำหรือได้รับมอบหมาย ถ้ามีความพร้อมมากจะส่งผลให้ทำงานด้วยความราบรื่นและประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย (โสภภาพรณ สุริยะมณี, 2561) ความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน จึงเป็นการรับรู้หรือความมั่นใจของ อสม. ว่าตนเองมีศักยภาพเพียงพอที่จะปฏิบัติบทบาทการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนมากนักน้อยเพียงใด ถ้า อสม. มีความพร้อมมากจะนำไปสู่การเปลี่ยนผ่านสู่บทบาทใหม่ได้ดี เพื่อผลสำเร็จที่วางไว้ (Woldie et al., 2018; อุไรวรรณ ทองอร่าม, 2562) จากการทบทวนวรรณกรรมความพร้อม

ของ อสม. พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทการจัดการโรคอื่น เช่น โรคความดันโลหิตสูง (อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ และ กัทระ แสนไชยสุริยา, 2564) และการประเมินศักยภาพของระบบสุขภาพในความพร้อมรับมือการระบาดของโรค COVID-19 ในพื้นที่ชายแดน จังหวัดเชียงราย ซึ่ง อสม. เป็นเพียงส่วนหนึ่งในระบบเท่านั้น (อนุสรณ์ อุบลี้อง, 2565) ขณะที่ความพร้อมเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมเป็นความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายของโรค (ณัฐรดา แสคำ และคณะ, 2563) จากข้างต้น ความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้องจึงเป็นองค์ความรู้ที่ต้องการการศึกษาเพิ่มเติม

จากทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความพร้อม พบว่า มีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทของ อสม. หรือผู้ที่อาสาเข้ามาดูแลสุขภาพผู้อื่น ได้แก่ การรับรู้บทบาทการดูแล (ณัฐรดา แสคำ และคณะ, 2563) ภาวะสุขภาพ (ณัฐรดา แสคำ, 2563; นิษารีย์ พิริยจรัสชัย, 2561) การให้ความหมาย (Lazarus et al., 2021; อโนชา ทิศนาชนชัย, 2563) ความรู้ (ณัฐรดา แสคำ, 2563; นิษารีย์ พิริยจรัสชัย, 2561; นิชนันท์ สุวรรณภูมิ, 2564) ทักษะ (ณัฐรดา แสคำ, 2563; นิษารีย์ พิริยจรัสชัย, 2561; วรรณรัตน์ ลาวัจ, 2564) การสนับสนุนทางสังคม (ณัฐรดา แสคำ, 2563; นิษารีย์ พิริยจรัสชัย, 2561; นิชนันท์ สุวรรณภูมิ, 2564) ความเครียดและปัจจัยความเชื่ออำนาจภายใน-นอก (นิษารีย์ พิริยจรัสชัย, 2561; นิชนันท์ สุวรรณภูมิ, 2564) เมื่อพิจารณาพร้อมกับกรอบแนวคิดที่กล่าวถึงความพร้อมในการทำบทบาทตามเปลี่ยนแปลงหรือการเปลี่ยนผ่านตามนโยบายที่วางแผนดำเนินการ การศึกษานี้จึงประยุกต์ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis, 2010) มาเป็นกรอบแนวคิดในการอธิบายความพร้อมของ อสม. ในสถานการณ์นโยบายที่เริ่มมีขึ้น ซึ่งเปรียบเสมือนการเปลี่ยนผ่านตามระบบหรือนโยบายขององค์กร (Organizational transition) โดยบุคคลจะมีรูปแบบการตอบสนองหรือมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนผ่านที่แตกต่างกัน ภายใต้เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านทั้งที่เอื้ออำนวยและที่ยับยั้ง ซึ่งประกอบด้วยเงื่อนไขด้านบุคคล เงื่อนไขด้านชุมชน และเงื่อนไขด้านสังคม จากการประยุกต์เงื่อนไขตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis, 2010) ซึ่งสามารถสรุปปัจจัยที่คาดว่าจะร่วมทำนายความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ การให้ความหมายต่อตนเองและบทบาท ทักษะต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและบทบาท และภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ส่วนปัจจัยด้านสังคมพบว่า ภาวะสมองเสื่อมไม่ใช่โรคติดต่อหรือคุกคามผู้อื่น และผู้มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ สังคมจึงมีการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยและการดูแลปกติ (Chan, 2010) จึงเป็นปัจจัยที่ไม่มีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงไม่นำมาศึกษา

ปัจจัยดังกล่าวเป็นได้ทั้งเงื่อนไขที่เอื้ออำนวยให้การเปลี่ยนผ่านนั้นเป็นไปได้โดยง่าย หรือเป็นเงื่อนไขที่เป็นอุปสรรคให้การเปลี่ยนผ่านนั้นเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก การศึกษานี้ปัจจัยด้านบุคคล จึงเริ่มจากการให้ความหมายต่อตนเองและบทบาท เป็นความรู้สึกของ อสม. ต่อคำจำกัดความ ความสำคัญหรือคุณค่าของตนเองในฐานะ อสม. และบทบาทการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเกิดจากการรับรู้และประสบการณ์ส่วนบุคคล หาก อสม. ให้ความหมายทางบวกหรือให้คุณค่าที่สูง จะรู้สึกดีต่อตนเองและการปฏิบัติ ซึ่งเป็นเงื่อนไขที่เอื้ออำนวยให้ อสม. มีความพร้อมมากขึ้น (อโนชา ทศนาชนชัย, 2563) ปัจจัยทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท เป็นความคิดเห็นของ อสม. เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและบทบาทการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อม ในทางด้านบวกหรือลบ เมื่อ อสม. มีทัศนคติที่ดี มองเห็นว่าการปฏิบัติบทบาทการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนนั้นเป็นไปได้และเหมาะสม จะทำให้ อสม. ตัดสินใจทำบทบาทนั้นด้วยความเต็มใจ เป็นเงื่อนไขที่เอื้ออำนวยที่ส่งผลต่อความพร้อมในการกระทำของบุคคล (ณัฐรดา แสคำ, 2563; นิชชาธิย์ พิริยจรัสชัย, 2561; วรรณรัตน์ ลาวัณ, 2564)

ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและบทบาท เป็นความเข้าใจของ อสม. ที่ผ่านกระบวนการคิดเปรียบเทียบสารสนเทศที่ได้รับมาเชื่อมโยงกับความรู้อื่น จนเข้าใจและนำไปใช้ประโยชน์ในการสรุปและตัดสินใจ เมื่อ อสม. มีความรู้จะส่งผลให้มีความพร้อมที่จะคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนมากขึ้น (ณัฐรดา แสคำ, 2563; นิชชาธิย์ พิริยจรัสชัย, 2561; นิชนันท์ สุวรรณภู, 2564) และปัจจัยภาวะสุขภาพของ อสม. เป็นการรับรู้ของ อสม. ถึงสุขภาพที่ร่างกายและจิตใจของตนเองว่ามีความสมบูรณ์มากน้อยเพียงใด หาก อสม. รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพที่ดีส่งผลให้มีความกังวลและความเครียดในการปฏิบัติบทบาทลดลง ทำให้เกิดความพร้อมในการปฏิบัติงาน ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพร้อมและหาก อสม. มีปัญหาทางสุขภาพจะส่งผลให้ความพร้อมลดลงในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (ณัฐรดา แสคำ, 2563; นิชชาธิย์ พิริยจรัสชัย, 2561)

สำหรับปัจจัยด้านชุมชน คือ การสนับสนุนทางสังคม ที่เป็นการรับรู้ของ อสม. ถึงการได้รับการช่วยเหลือต่าง ๆ จากบุคคลรอบข้างหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติบทบาท เมื่อ อสม. รับรู้ได้ถึง การช่วยเหลือสนับสนุนไม่ว่าจะเป็นกำลังใจ คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสาร วัสดุ อุปกรณ์ หรืองบประมาณ จะทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์กันด้วยความมั่นคง เป็นเงื่อนไขที่เอื้ออำนวยให้ อสม. มีความพร้อมที่จะปฏิบัติบทบาทนี้ด้วยความมั่นใจ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. (ณัฐรดา แสคำ, 2563; นิชชาธิย์ พิริยจรัสชัย, 2561; นิชนันท์ สุวรรณภู, 2564)

จากข้อมูลข้างต้น อสม.มีความสำคัญต่อความสำเร็จของนโยบายการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน โดยการปฏิบัติบทบาทใหม่ให้เต็มศักยภาพอย่างประสิทธิภาพและประสิทธิผลนั้น อสม. ต้องมีความพร้อมในการปฏิบัติ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงศึกษา “ปัจจัยทำนายความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน” ในบริบทจังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่ในพื้นที่เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออกเขตภาคตะวันออกที่มีลักษณะภูมิประเทศที่หลากหลายทั้งพื้นที่ราบ พื้นที่ริมทะเล และพื้นที่เนินเขา/สูงชัน จึงสะท้อนให้เห็นถึงความหลากหลายของบริบทของการปฏิบัติบทบาทของ อสม. จังหวัดชลบุรี โดยการวางแผนดำเนินการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน ที่อยู่ภายใต้ความร่วมมือของ อสม. ที่ขึ้นทะเบียนโดยประมาณทั้งสิ้น 13,789 คน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2564) มีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเพียงร้อยละ 13 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2563) การคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นนโยบายที่ต้องเร่งดำเนินการซึ่งจะสำเร็จได้ต้องอาศัยความร่วมมือของ อสม. ที่ต้องมีความพร้อม ทั้งนี้ ผลของการการศึกษานี้จะได้มาซึ่งข้อมูลพื้นฐานที่นำไปพัฒนาเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปพัฒนาความพร้อมที่นำไปสู่การปฏิบัติบทบาทของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของคนในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ร่วมทำนายความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน จังหวัดชลบุรี

สมมุติฐานการวิจัย

การให้ความหมายต่อตนเองและบทบาท ทักษะคติต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาทความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและบทบาท ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน จังหวัดชลบุรี

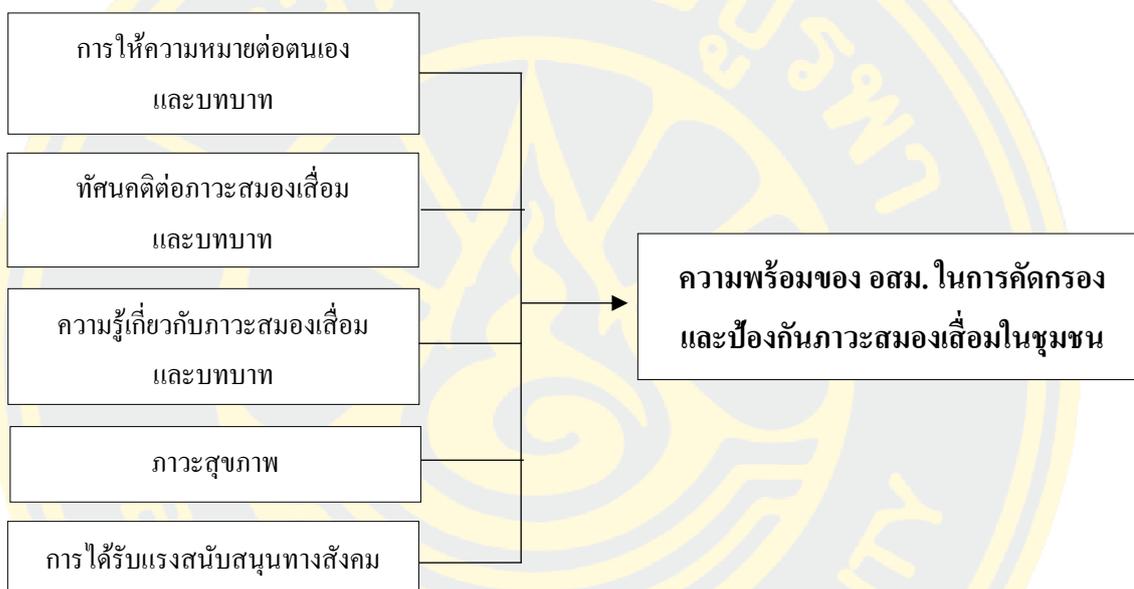
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การอธิบายความพร้อมของ อสม. ต่อการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในครั้งนี จำเป็นต้องใช้กรอบแนวคิดที่กล่าวถึงความพร้อมในการทำบทบาท ตามการเปลี่ยนแปลงหรือการเปลี่ยนผ่านที่นโยบายที่วางแผนดำเนินการไว้ ผู้วิจัยได้บูรณาการ กรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition) ของ Afaf Ibrahim Meleis (Meleis, 2010) ร่วมกับการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบแนวคิด โดยทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition) เป็น การตอบสนองของบุคคลในช่วงระยะที่มีการเปลี่ยนแปลง ในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นย่อมมี กระบวนการของการเปลี่ยนผ่านเป็นกลไกสำคัญให้บุคคล ครอบครัว ชุมชนและองค์กร สามารถ เผชิญหรืออยู่กับการเปลี่ยนแปลงจากสถานะเดิมที่ไม่สมดุลสู่สถานะใหม่ได้ (Meleis, 2010) ซึ่ง เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (Transition conditions) ประกอบด้วย เงื่อนไขด้านบุคคล เงื่อนไขด้าน ชุมชน และเงื่อนไขด้านสังคมที่ทั้งเอื้ออำนวยหรือยับยั้งการเปลี่ยนผ่านที่เกิดหรือกำลังจะเกิดขึ้นนั้น ให้ผ่านพ้นไปได้โดยง่ายหรือมีความยากลำบาก (บุญมี ภูค่านัจว, 2557) ทฤษฎีเปลี่ยนผ่านจึงเป็น ทฤษฎีที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่กำลังเกิดขึ้น ในแง่ของบทบาทของ อสม. ที่มีการปรับเปลี่ยน เพื่อน้อมนำนโยบายสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง ให้เท่าทันกับสถานการณ์ของประเทศที่กำลังเปลี่ยนไป

ในการประยุกต์ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Afaf Ibrahim Meleis (Meleis, 2010) เพื่อการ อธิบายความพร้อมของ อสม. ต่อการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนและปัจจัยที่ เกี่ยวข้อง ซึ่งเปรียบเสมือนการดำเนินการเปลี่ยนผ่านตามระบบขององค์กร (Organizational transition) โดยบุคคลจะมีรูปแบบการตอบสนองหรือมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนผ่านที่แตกต่างกัน ภายใต้อำนาจของการเปลี่ยนผ่านทั้งที่เอื้ออำนวยและที่ยับยั้งการเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย 1) ปัจจัย ด้านบุคคล (Personal conditions) ได้แก่ การให้ความหมาย (Meanings) วัฒนธรรม ความเชื่อและ ทักษะคติ (Cultural beliefs and attitudes) สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (Socioeconomic status) และการได้รับการเตรียมตัวและความรู้ (Preparation and knowledge) 2) เงื่อนไขด้านชุมชน (Community conditions) จำแนกเป็นเงื่อนไขที่เอื้อต่อการเปลี่ยนผ่าน เช่น การได้รับการสนับสนุน จากผู้ครอง ครอบครัวยุคและชุมชน การได้รับข้อมูลจำเป็นจากแหล่งข้อมูลทางสุขภาพที่น่าเชื่อถือ คำแนะนำจากบุคคลที่น่าเชื่อถือ บุคคลที่ถือเป็นแบบอย่าง 3) ปัจจัยด้านสังคม (Society conditions) เช่น การยอมรับ ค่านิยม ความไม่เท่าเทียมทางเพศ หรือตราบาปที่สังคมสะท้อน และส่งผลต่อการ รับรู้และการแสดงออกของบุคคล

เมื่อพิจารณาจากเงื่อนไขข้างต้นร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจึงสรุปปัจจัยที่คาด ว่าจะร่วมทำนายความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย ปัจจัยด้าน บุคคล ได้แก่ การให้ความหมายต่อตนเองและบทบาท ทักษะคติต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท

ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและบทบาท และภาวะสุขภาพ และ ปัจจัยด้านชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ส่วนปัจจัยด้านสังคม พบว่า ภาวะสมองเสื่อมไม่ใช่โรคติดต่อหรือคุกคามผู้อื่น และผู้มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ สังคมจึงมีการรับรู้หรือมุมมองที่มีต่อผู้ที่เจ็บป่วย และการดูแลในทิศทางเดียวกัน ประกอบกับการศึกษานี้ได้ทำการศึกษาในระยะส่งเสริมป้องกัน จึงไม่นำมาพิจารณาเป็นปัจจัยที่ศึกษา ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวคาดว่าจะนำไปสู่ความพร้อมในการจัดการการเปลี่ยนผ่าน หรือในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนของ อสม. จึงสรุปได้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน และปัจจัยที่สามารถทำนายความพร้อมดังกล่าวในพื้นที่จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นอสม. จำนวน 217 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เก็บข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 โดยมีตัวแปรในการศึกษา ดังนี้

1. ตัวแปรต้น คือ การให้ความหมายต่อตนเองและบทบาท ทักษะคิดต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและบทบาท ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม
2. ตัวแปรตาม คือ ความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

นิยามศัพท์เฉพาะ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง ตัวแทนของประชาชนที่อาศัยในชุมชน ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุระหว่าง 20 ปี – 59 ปี และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2564) โดยมีบทบาทในการดูแล ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพของประชาชนร่วมกับภาคีเครือข่ายที่รับผิดชอบในชุมชน

ความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อม หมายถึง การรับรู้ของ อสม. ว่าตนเองมีศักยภาพเพียงพอและมั่นใจที่จะปฏิบัติได้ตามขอบเขตและบทบาทการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนอย่างน้อยเพียงใด ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการสำรวจและจัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย 2) ด้านการวางแผนและจัดทำแผนการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย 3) ด้านการคัดกรองและคัดแยก 4) ด้านการบันทึกผลการคัดกรองและส่งต่อข้อมูล 5) ด้านการดำเนินการป้องกันเชิงรุก และ 6) ด้านการติดตามและสรุปข้อมูล ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยวัดเป็น 5 ระดับ คือ พร้อมน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด หากค่าคะแนนสูง หมายถึง อสม.มีความพร้อมมาก

การให้ความหมายต่อตนเองและบทบาท หมายถึง ความรู้สึกของ อสม. เกี่ยวกับคำจำกัดความ คุณค่า หรือความสำคัญของสิ่งต่าง ๆ ต่อตนเองหรือเหตุการณ์ ครอบคลุม 2 ด้าน 1) การให้ความหมายต่อตนเองในฐานะ อสม. และ 2) การให้ความหมายต่อบทบาทการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามการให้ความหมายต่อตนเองและบทบาทที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยวัดเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด หากค่าคะแนนสูง หมายถึง อสม.ให้ความหมายตนเองและบทบาทในทางบวก

ทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท หมายถึง ความคิดเห็นของ อสม. ที่มีต่อสิ่งต่างๆ ในทางลบหรือทางบวก เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย ซึ่งแตกต่างกันตามพื้นที่และบริบทของสังคม ครอบคลุม 2 ด้าน ได้แก่ 1) ทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อม และ 2) ทัศนคติต่อบทบาทการปฏิบัติการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาประเมินโดยใช้แบบสอบถามทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยวัดเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด หากค่าคะแนนสูง หมายถึง อสม.มีทัศนคติที่ดีต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท

ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและบทบาท หมายถึง ความเข้าใจของ อสม. เกี่ยวกับการทำหน้าที่ตามบทบาทการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อม ครอบคลุม 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านผู้มี

ภาวะสมองเสื่อม และ 2) ด้านการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง หากค่าคะแนนสูง หมายถึง อสม.มีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและบทบาทดี

ภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของ อสม. ที่มีต่อภาวะสุขภาพภาพรวมของตนเอง ครอบคลุมถึงความแข็งแรงของสุขภาพทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ประเมินด้วยแบบสอบถาม ภาวะสุขภาพ โดยประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้เป็นตัวเลข 0 - 10 (Numerical rating scales: NRS) หากค่าคะแนนสูง หมายถึง อสม.มีการรับรู้ว่าคุณภาพของตนเองแข็งแรงมาก

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของ อสม. ที่มีต่อการได้รับความช่วยเหลือ หรือสนับสนุนในการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนจากเครือข่ายทางสังคมว่ามีมากน้อยเพียงใด ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และด้านการประเมินผล ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถาม การสนับสนุนทางสังคม พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยวัดเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด หากค่าคะแนนสูง หมายถึง อสม.ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรอง และป้องกันภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน จังหวัดชลบุรี ซึ่งได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎี รวมไปถึงผลการศึกษาวิจัยจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องรวมถึงข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ประกอบด้วยเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. ภาวะสมองเสื่อม
 - 1.1 คำจำกัดความของภาวะสมองเสื่อม
 - 1.2 สาเหตุและปัจจัยของภาวะสมองเสื่อม
 - 1.3 การรักษาและการดูแลตามระยะของภาวะสมองเสื่อม
 - 1.4 ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อม
2. การคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน
 - 2.1 นโยบายการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน
 - 2.2 แนวทางการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน
 - 2.3 เครื่องมือการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน
3. อสม. กับการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน
 - 3.1 คำจำกัดความของ อสม.
 - 3.2 บทบาทของ อสม. ในระบบบริการสุขภาพ
 - 3.3 บทบาทของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน
4. ความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน
 - 4.1 คำจำกัดความความพร้อม
 - 4.2 องค์ประกอบความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อม ในชุมชน
5. ปัจจัยทำนายความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน
 - 5.1 ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน
 - 5.2 ปัจจัยทำนายความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม

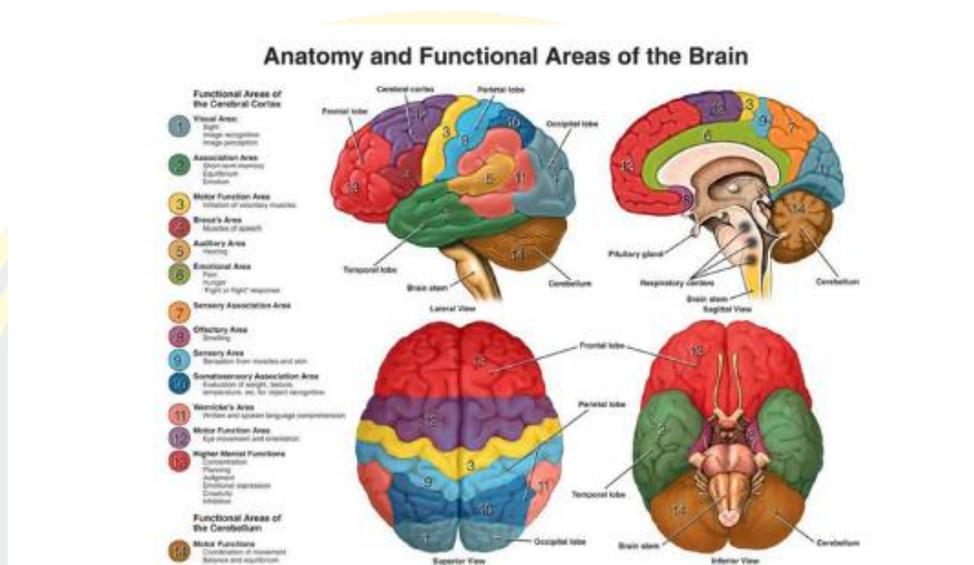
คำจำกัดความของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม หรือ Dementia มาจากคำว่า “demens” ซึ่งมาจากภาษาละติน แปลว่า ภาวะที่หลุดออกไปจากโลกของความเป็นจริง (Being out of mind) โดยภาวะสมองเสื่อมนั้นเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติต่าง ๆ ที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากโรคใดโรคหนึ่งโดยเฉพาะ ซึ่งทำให้เกิดความผิดปกติในการทำงานของสมอง ส่งผลให้มีการสูญเสียหน้าที่ของสมองหลายด้านพร้อมกันแบบค่อยเป็นค่อยไป (Dementia Australia, 2019) โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่า ภาวะสมองเสื่อม คือ โรคเรื้อรังที่มีการดำเนินของโรคที่นำไปสู่การเสื่อมสมรรถภาพทางปัญญา (กล่าวคือความสามารถในการประมวลผลความคิด) ซึ่งแตกต่างจากกระบวนการการแก่ชราทางชีววิทยาตามปกติ ส่งผลต่อความจำ การคิด การปฐมนิเทศ ความเข้าใจ การคำนวณ ความสามารถในการเรียนรู้ ภาษา และการตัดสินใจ การควบคุมสติ ความบกพร่องในการทำงานของการรับรู้ และมักจะตามมาด้วยการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ การควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมหรือแรงจูงใจ (WHO, 2021)

สำหรับประเทศไทย สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ระบุว่า โรคสมองเสื่อม คือ ภาวะที่มีการเสื่อมของการทำงานของสมองไปจากเดิม ส่งผลทำให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อม “มีปัญหาสมาธิจดจ่อ มีปัญหาความจำ และการเรียนรู้ มีปัญหาการใช้ภาษา มีปัญหาการรับรู้ต่อมิติสัมพันธ์ เช่น การรับรู้ทิศทาง การวางตำแหน่งสิ่งของ มีปัญหาการบริหารจัดการวางแผนและการตัดสินใจ มีปัญหาการรับรู้ สังคมรอบตัว การควบคุมพฤติกรรม” ซึ่งมักมีอาการเกิดขึ้นหลาย ๆ อาการร่วมกัน โดยความผิดปกติที่กล่าวมานั้นอาการเริ่มต้นผู้มีภาวะสมองเสื่อมเองมักไม่รู้ตัว อาการดังกล่าวจะค่อยเป็นค่อยไปและเป็นรุนแรงมากขึ้นกระทั่งผู้ป่วยมีปัญหาในการทำงานและความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน (กรมการแพทย์, 2563) สอดคล้องกับนักวิชาการได้กล่าวไว้ว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีความบกพร่องด้านสมรรถภาพทางสมอง ทั้งในด้านความจำและการรู้คิด (Cognition) เช่น การใช้ภาษา ทักษะในการดำรงชีวิตประจำวันการรับรู้ สิ่งแวดล้อม การตัดสินใจวางแผน โดยความผิดปกติที่เกิดขึ้น มีผลต่อการดำรงชีวิตประจำวันสังคมและอาชีพ ซึ่งอาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งต่างจากภาวะเพ้อ (Delirium) ที่มักเกิดอย่างรวดเร็วและมีสาเหตุโรคทางกายอื่น ๆ เป็นสาเหตุหลัก (ก้องเกียรติ ภูณัทกัณฑ์, 2561)

ทั้งนี้ ภาวะสมองเสื่อมจึงไม่ใช่โรคแต่เป็นคำจำกัดความแบบกว้าง ๆ เพื่ออธิบายถึงกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมีความจำกระบวนการความคิดและสติปัญญาด้อยลงจนส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ ซึ่งผู้มีภาวะสมองเสื่อมมากกว่าร้อยละ 90 พบว่า จะมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ เช่น โมโหร้าย อาละวาด หงุดหงิด

ง่าย วุ่นวาย ไม่นอน หลงผิด หวาดระแวง ทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น ไม่รับประทานอาหาร รับประทานอาหารที่ไม่ใช่อาหาร เป็นต้น (สุทิสภา ปิติญาณ, 2562) ซึ่งอาการจะแสดงออกอย่างไรนั้นจึงขึ้นอยู่กับอาการเกิดความเสียหายในสมองส่วนใด และส่งผลให้สมองส่วนนั้นทำงานลดลง ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดง Anatomy and Functional Areas of the Brain (Kayt, 2019)

จากข้างต้นจะเห็นได้ว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่ทำให้การทำงานของหน้าที่ของสมองถดถอย ซึ่งมาจากหลายสาเหตุ มีผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านความจำและการรู้คิด (Cognition) เกิดปัญหาของการมีสมาธิจดจ่อ มีปัญหาความจำและการเรียนรู้ มีปัญหาการใช้ภาษา มีปัญหาการรับรู้ต่อมิติสัมพันธ์ เช่น การรับรู้ทิศทาง การวางตำแหน่งสิ่งของ มีปัญหาการบริหารจัดการวางแผนและการตัดสินใจ มีปัญหาการรับรู้ สังคมรอบตัว การควบคุมพฤติกรรม อาการเหล่านี้จะดำเนินแบบค่อยเป็นค่อยไป จนกระทั่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ที่เจ็บป่วย จนถึงขั้นที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในระยะท้ายของโรค ซึ่งจะต่างจากภาวะทางจิตเวชที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ภาวะสมองเสื่อมโดยส่วนมากเกิดในผู้สูงอายุแต่กระบวนการเกิดจะแตกต่างจากกระบวนการการแก่ชราทางชีววิทยาตามปกติ

การศึกษานี้จึงให้คำจำกัดความว่า ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง กลุ่มอาการของโรคเรื้อรังที่มาจากหลายสาเหตุ และส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมอง การทำงานที่ของสมอง เกิดการถดถอยทั้งในด้านความจำและการรู้คิด (Cognition) เช่น การจดจำ การคิด สมาธิ การรับรู้ การวางแผนและการตัดสินใจ รวมไปถึงความสามารถควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ ทำให้เกิดปัญหาในการดำเนิน

ชีวิตประจำวัน ถึงแม้ว่าการดำเนินโรคจะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป แต่เมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของโรคผู้ที่เจ็บป่วยจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และจะเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงซึ่งต้องพึ่งพาผู้อื่นในที่สุด

สาเหตุและปัจจัยของภาวะสมองเสื่อม

สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมเกิดได้จากหลายสาเหตุ ซึ่งบางรายมีสาเหตุของสมองเสื่อมได้มากกว่า 1 สาเหตุ ดังนี้ (ก้องเกียรติ คุณท์กันทรากร, 2561; ภาณุวิทย์ อนันต์คิลกฤทธิ, 2564)

1. การสลายของเนื้อสมอง สาเหตุยังไม่ทราบชัดเจน โดยจากการศึกษาพบว่ามิโปรตีนสะสมในเซลล์สมอง ทำให้เซลล์สมองเสื่อมสลายไป ตัวอย่างโรคในกลุ่มนี้ ได้แก่ โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) ซึ่งเป็นภาวะสมองเสื่อมที่พบมากที่สุดประมาณร้อยละ 60-70

2. โรคหลอดเลือดสมอง (Vascular dementia) เป็นได้จากทั้งโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic stroke) หรือโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) โดยโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้เซลล์ประสาทขาดสารอาหาร เกิดเซลล์ประสาทเสียหายและตายในที่สุด หากเกิดขึ้นในตำแหน่งที่เกี่ยวกับการรับรู้ ก็จะทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมเกิดขึ้น สาเหตุนี้พบประมาณร้อยละ 20

3. ภาวะสมองอักเสบจากการติดเชื้อ (Infectious encephalitis) เกิดได้ทั้งจากเชื้อไวรัส เชื้อแบคทีเรียหรือเชื้อรา ตัวอย่างเช่น โรคซิฟิลิสขึ้นสมอง โรคเชื้อหุ้มสมองอักเสบเรื้อรัง โรคเอดส์

4. ภาวะสมองอักเสบจากภูมิคุ้มกันผิดปกติ (Autoimmune encephalitis)

5. ความผิดปกติทางโภชนาการ เช่น ภาวะขาดวิตามินบี 12 และโฟเลต วิตามินอื่น ๆ ที่พบไม่บ่อย ได้แก่ ธาตุเหล็ก วิตามินบี 1 ไนอะซิน

6. ความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม เช่น ภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน (Hypothyroidism)

7. การได้รับสารหรือยาบางชนิด เช่น ยากล่อมประสาท (Tranquilizer) หรือ ยาในกลุ่ม

Anticholinergics

8. เนื้องอกในสมอง

9. น้ำในสมองขยายใหญ่ขึ้นจากน้ำเลี้ยงสมองคั่งจนเบียดเนื้อสมอง ทำให้ทำงานผิดปกติ ผู้ป่วยจะมีการชอยเท้าก้าวสั้น ๆ ปัสสาวะราดเข้าห้องน้ำไม่ทันร่วมด้วย

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมมีปัจจัยเสี่ยง 2 กลุ่ม (ภาณุวิทย์ อนันต์คิลกฤทธิ, 2564) ดังนี้

1. ปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น อายุ เพศ พันธุกรรม

1.1 อายุ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากเมื่อเวลาผ่านไป จะพบการเปลี่ยนแปลงของเนื้อสมองที่มีเซลล์ประสาทลดลงทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมเกิดขึ้น

1.2 พันธุกรรม ในผู้ที่มียีนผิดปกติบางชนิดจะเพิ่มโอกาสที่จะเป็นโรคสมองเสื่อม ยกตัวอย่างเช่น ในผู้ที่มีความผิดปกติของ APOE4 นั้นจะส่งเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อม Alzheimer's เพิ่มมากกว่าคนปกติได้ร้อยละ 20 ถึง 90 เป็นต้น

2. ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้

2.1 การมีกิจกรรมทางกาย ผู้ที่มีกิจกรรมทางกายมาก จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับคนที่มีกิจกรรมทางกายน้อย และพบว่า การออกกำลังกายแบบ Aerobic (ซึ่งเป็นการออกกำลังกายแบบต่อเนื่องนานประมาณ 30 นาทีและมีอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ที่ 220 - อายุ ครั้งต่อนาที โดยความถี่ในการออกกำลังกายอยู่ที่ 3 - 4 ครั้งต่อสัปดาห์) สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับการที่ไม่ได้ออกกำลังกาย

2.2 การรับประทานอาหารแบบ Mediterranean diet ผู้ที่รับประทานอาหารแบบ Mediterranean diet (อาหารที่มีส่วนประกอบของ ผัก ผลไม้ ธัญพืช ปลา ไวน์แดง) มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่รับประทานอาหารแบบ Mediterranean diet เป็นประจำจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม Alzheimer disease และภาวะสมองเสื่อมจากโรค Parkinson ลดลงร้อยละ 13 เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ รับประทานอาหารแบบ Mediterranean diet

2.3 การดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณน้อย (ประมาณ 1-6 drinks/สัปดาห์) สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณน้อยจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมลดลงร้อยละ 37 (95% CI: 25% - 47%) เมื่อเทียบกับคนที่ไม่ดื่มหรือดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมาก

2.4 การสูบบุหรี่ พบว่าผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม แต่มีงานวิจัยพบว่าผู้สูบบุหรี่ที่อายุเกิน 60 ปี หากหยุดสูบบุหรี่นานกว่า 4 ปี จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเมื่อเทียบกับผู้ที่ยังสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง

2.5 ดัชนีมวลกาย ผู้ที่มีดัชนีมวลกายปกติจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับผู้ที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน (Overweight: BMI > 23 kg/m²)

2.6 โรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อม รวมถึงโรคเบาหวานก็เป็นความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมเช่นกัน

2.7 การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม พบว่า ผู้ที่มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมน้อย เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และพบว่าผู้ที่สูงอายุมีการเข้าสังคมอย่างต่อเนื่องในช่วงวัยกลางคนนั้นสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้

การรักษาภาวะสมองและการดูแลตามระยะ

การรักษาภาวะสมองเสื่อม

แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อมแบ่งการรักษาภาวะสมองเสื่อมเป็น 2 ประเภท (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2557) ดังนี้

1. การรักษาโดยใช้ยา (Pharmacological management)

แม้ว่าในปัจจุบันจะยังไม่มียาที่รักษาโรคสมองเสื่อมให้หายขาดได้ แต่ก็มียาที่ช่วยควบคุมอาการต่าง ๆ ให้น้อยลง เพื่อรักษาปัญหาทางสมองและความจำ ของผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยยาที่ใช้รักษาจะช่วยเพิ่มสารเคมีในสมองบางอย่างที่ขาดไป ช่วยในเรื่องความจำ และช่วยปรับอาการทางพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น ความกระวนกระวาย หรืออาการทางจิตให้ดีขึ้น สำหรับผู้ป่วยบางราย การใช้ยาอาจมีผลข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย และนอนไม่หลับ ผู้ป่วยและญาติอาจจะเตรียมรับมือกับอาการที่อาจเกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม แนวทางในการรักษาผู้ป่วยจะต้องเป็นไปในทุกด้านประกอบกันและควรคำนึงถึงปัจจัยทางจิตสังคมร่วมด้วย ทั้งการรักษาที่จำเพาะกับตัวโรค การบรรเทาอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การให้การรักษาระดับประคับประคองและการรักษาที่ไม่ใช้ยาร่วมกัน (ก้องเกียรติ คุญท์กันทรากร, 2561) ยาที่สามารถชะลอความผิดปกติด้านความจำ ได้แก่ สารยับยั้งการทำลายสารสื่อประสาท (Cholinesterase inhibitors) เช่น ยาโดเนเพซิล (Donepezil), ริวาสติกมีน (Rivastigmine), กาแลนตามีน (Galantamine) และเมแมนทีน (Memantine) โดยจากหลักฐานทางวิชาการพบว่า โรคสมองเสื่อมที่สามารถให้ยาได้ ได้แก่ สมองเสื่อมอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) สมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (Vascular dementia) สมองเสื่อมในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease with dementia) โดยผลของยาต่อสภาวะการรับรู้ดังตารางที่ 1 (ภรัญวิทย์ อนันต์ติลลภุทธิ์, 2564)

ตารางที่ 1 ประสิทธิภาพผลของยารักษาโรคสมองเสื่อมต่อสภาวะการรับรู้

	Donepezil	Rivastigmine	Galantamine	Memantine
Alzheimer's disease	ดี	ดี	ดี	ดี (ในผู้ป่วยอาการปานกลาง และอาการรุนแรงมาก)
Vascular dementia	ดี	พอใช้	ดี	ดี
Parkinson's disease with dementia	ไม่ได้ผล	ดี	ไม่ได้ผล	พอใช้

2. การรักษาโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological management)

การรักษาและบำบัดโดยไม่ใช้ยา เป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นมากที่จะต้องนำมาใช้ควบคู่กับการใช้ยา เพื่อให้ได้ผลดีที่สุดในการรักษาโรคสมองเสื่อม ซึ่งมีอยู่หลายรูปแบบ จำเป็นต้องเลือกให้เหมาะสมกับภาวะความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมและขีดความสามารถในการเรียนรู้ซึ่งเป็นพลวัต (Dynamic process) และเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาการดำเนินของโรค ก่อนที่จะทำการรักษาโดยไม่ใช้ยา ควรเตรียมผู้ป่วยให้พร้อม ประเมินและแก้ไขปัญหเกี่ยวกับประสาท การรับรู้ (เช่น ต้อกระจก การได้ยิน) บำบัดโรคทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษา ตลอดจนปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ควรสื่อสารกับญาติและผู้ดูแลให้เข้าใจและยอมรับเรื่องขีดจำกัด ความสามารถในการรับรู้และการเรียนรู้ของผู้ป่วยสมองเสื่อม การฝึกสอนผู้ป่วยโรคนี้อาศัยความเข้าใจความอดทนและความพยายามมากเป็นพิเศษ การดูแลให้ผู้ดูแลมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นส่วนที่สำคัญและจำเป็นของขบวนการรักษาแบบนี้ เพื่อบรรเทาอาการผิดปกติทางพฤติกรรมหรือชะลอความเสื่อมของความจำ โดยเริ่มจากการหาสาเหตุหรือเหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมที่ผิดปกติ และผลกระทบจากพฤติกรรมที่อาจก่อความรุนแรงต่อตัวผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2560) ทั้งนี้ รูปแบบการรักษาโดยไม่ใช้ยาประกอบด้วย (ภรัญวิทย์ อนันต์ฉิลกฤทธิ, 2564)

2.1 การรักษาที่เน้นการรับรู้ (Cognition-oriented) เช่น การฝึกรับรู้วันเวลาสถานที่ จากรายการทีวี ปฏิทิน การฝึกฝนความจำจากการฝึกจำหน้าคนร้องเพลง สวดมนต์ เกมสลับตาทายสิ่งของ การฝึกทักษะการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น การวาดภาพ การเดินรำ การแต่งตัว การเดินแอโรบิก การรำไทเก๊ก เป็นต้น

2.2 การรักษาที่เน้นเรื่องอารมณ์ (Emotion-oriented) เช่น การกระตุ้นความจำและอารมณ์ โดยใช้ประสบการณ์ในอดีตของผู้สูงอายุ การทำจิตบำบัด การผสมผสานการรับรู้เพื่อให้มีการแสดงอารมณ์ต่อผู้อื่น เป็นต้น

2.3 การรักษาที่เน้นการกระตุ้น (Stimulation-oriented) เป็นการรักษาที่เน้นกิจกรรมสันทนาการ (recreation therapy) เช่น การเล่นเกม เล่นไพ่ เล่นหมากรุกกระดาน การทำงานฝีมือ ศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด การเขียนบันทึกประจำวัน

2.4 การรักษาที่เน้นพฤติกรรม (Behavior-oriented) เช่น การชื่นชมหรือให้รางวัลเมื่อทำกิจกรรมที่เหมาะสม หรือเบี่ยงเบนความสนใจของผู้มีภาวะสมองเสื่อม เมื่อมีพฤติกรรมก้าวร้าว

2.5 การรักษาที่เน้นผู้ดูแล (Caregiver-oriented) เช่น การทำจิตบำบัด การทำกลุ่มศึกษา การให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล รวมถึงการส่งผู้ป่วยไปอยู่สถานบริบาลระยะสั้น เพื่อให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนเป็นครั้งคราว

การดูแลตามระยะภาวะสมองเสื่อม

ระยะของอาการและการแสดงผู้มีภาวะสมองเสื่อมจะแตกต่างกันตามระดับความรุนแรงของโรค การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมนั้น สามารถแบ่งระยะตามระดับความรุนแรงได้ 7 ระยะ (ัชชวาล วงศ์สา, 2561) ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ภาวะสมองเสื่อมแบ่งระยะตามระดับความรุนแรง 7 ระยะ

ระยะ	อาการวิทยาของภาวะสมองเสื่อม
1 ความจำ/ รู้คิดปกติ	ระยะนี้จะเหมือนคนปกติ ไม่มีปัญหาเรื่องการสูญเสียความจำ หรืออาการของโรคสมองเสื่อม แต่อาจพบการหลงลืมที่สัมพันธ์ในชีวิตประจำวัน เช่น ลืมกุญแจที่โต๊ะทำงาน ลืมโทรศัพท์ที่โต๊ะอาหาร เป็นต้น
2 การหลงลืม ตามอายุ	ระยะนี้จะเริ่มพบการหลงลืมในชีวิตประจำวันบ่อยขึ้น เช่น จำชื่อบุคคลที่รู้จักคุ้นเคยกันไม่ได้ หรือต้องใช้เวลาในการคิดแต่เมื่อมีคนช่วยจะคิดออกได้ ระยะนี้จะไม่ปรากฏอาการทางคลินิกและไม่มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน
3 ก่อนเกิดภาวะ สมองเสื่อม	ระยะนี้คนใกล้ชิดเริ่มสังเกตเห็นอาการที่คล้ายจะผิดปกติหลายด้านเกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เช่น การใช้ภาษา การคิดคำนวณ การบอกเส้นทาง การบริหารงาน การจำชื่อคน การลืม เนื้อหาที่ฟังอ่านหรือพบการหลงลืมที่ไม่เหมาะสมกับการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น ลืมกุญแจหรือลืมโทรศัพท์มือถือไว้ที่ตู้เย็น เป็นต้น ระยะนี้หากมีบุคคลช่วยทบทวนเหตุการณ์ความจำจะดีขึ้นและดำเนินงานต่อไปได้เมื่อคิดทบทวนความจำตนเองได้
4 สมองเสื่อม ระยะเริ่มต้น	ระยะนี้จะพบความผิดปกติที่ชัดเจนหลายด้านเกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เช่น ระดับความรู้และความจำที่เป็นปัจจุบันลดลง ลืมประวัติบุคคลที่คุ้นเคย สูญเสียด้านเซาว์ปัญญา (ลบเลขถอยหลังทีละ 7) สูญเสียทักษะที่ซับซ้อน (เตรียมอาหาร ทอนเงิน ใช้เครื่องไฟฟ้า) มีอารมณ์หงุดหงิดง่ายหรือเริ่มแยกตัว
5 สมองเสื่อม ระยะปาน กลาง	ระยะนี้ผู้ป่วยเป็นโรคที่มีความรุนแรงปานกลาง จะพบความเสื่อมของสมองจนไม่สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง ญาติจะสังเกตเห็นชัดเจนเกี่ยวกับเรื่องการสูญเสียความจำ ความคิด การพูดปรากฏชัดเจน เนื่องจากไม่สามารถนึกหาคำที่จะสื่อออกมาได้ การเคลื่อนไหวที่ซับซ้อนจะลดลง ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันส่วนใหญ่ได้ปกติ ได้แก่ จำบ้านเลขที่หรือเบอร์โทรศัพท์ไม่ได้ สับสนวัน/เวลา แต่ยังจำชื่อคนและบุคคลในครอบครัวได้ ระยะนี้ผู้ป่วยต้องได้รับความช่วยเหลือในการเลือกเสื้อผ้าให้เหมาะสมกับอากาศหรือโอกาส

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ระยะ	อาการวิทยาของภาวะสมองเสื่อม
6 สมองเสื่อม ระยะปานกลางถึงรุนแรง	ระยะนี้อาการรุนแรงมากขึ้น สูญเสียความจำมากขึ้น เช่น จำชื่อตนเองและคนในครอบครัวไม่ได้ ผู้ป่วยจะพูดประโยคหรือวลีซ้ำ จนกระทั่งไม่สามารถพูดได้เลย แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่สามารถพูดจา ตอบโต้เป็นภาษาได้ แต่อาจจะตอบสนองด้วยการแสดงอารมณ์หงุดหงิดบ่อย โมโหง่าย ก้าวร้าว เป็นต้น มีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เช่น การหนีออกจากบ้าน หลงทางบ่อย นอนหลับตอนกลางวันมากขึ้นและไม่นอนตอนกลางคืน สวมใส่เสื้อผ้าไม่ถูก (ใส่ชุดชั้นในมาอยู่ข้างนอก) ใส่รองเท้าผิดด้าน ต้องมีคนช่วยพาเข้าห้องน้ำ ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้หรือถ่ายไม่เป็นที่ เป็นทาง เป็นต้น ระยะนี้เริ่มมีความรู้สึกผิดปกติ สับสน หรือเห็นภาพหลอนในเวลากลางคืน มีความแปรปรวนทางอารมณ์ง่าย เช่น ร้องไห้ ก้าวร้าวอย่างไม่มีเหตุผลหรือคือต่อผู้ดูแล มีพฤติกรรมซ้ำ เช่น เปิด-ปิดลิ้นชักเพื่อค้นหาสิ่งของซ้ำ ๆ บอกหิวข้าวซ้ำ ๆ และรับประทานหมดทุกครั้งที่มีคนเสิร์ฟให้ เป็นต้น
7 สมองเสื่อม ระยะรุนแรง	ระยะนี้ผู้ป่วยจะไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ไม่สามารถสื่อสารกับคนอื่นได้ ควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ มักจะพูดประโยคหรือวลีซ้ำ ๆ ระยะนี้จะต้องมีคนดูแลทุกเรื่อง การเคลื่อนไหวร่างกายมีปัญหาชัดเจน เช่น เดิน-นั่งเองไม่ได้ รับประทานอาหารเองไม่ได้ กลืนอาหารลำบาก ไม่ยิ้ม สีหน้านิ่งเฉย ราบเรียบ ในระยะสุดท้ายนี้ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงพฤติกรรมได้เลย

จากระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป แบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้ (ัชชาล วงศ์สารี, 2562)

1. ระยะเริ่มต้น (Mild dementia) เป็นระดับยังไม่รุนแรงเป็นการบกพร่องของการรู้คิดเล็กน้อย (Mild cognitive impairment) พบได้ร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุทั่วไป แม้ว่าจะมีความผิดปกติเกิดขึ้นหลายด้านแต่ยังสามารถดำเนินชีวิตทำหน้าที่ด้วยตนเองในชีวิตประจำวันได้ ผู้สูงอายุจะเริ่มมีความบกพร่องในด้านการปฏิบัติหน้าที่ที่งานและด้านสังคมอย่างเด่นชัด แต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีอาการหลงลืมไม่มาก ดูแลรักษาสุขภาพอนามัยของตนเองได้และสามารถตัดสินใจเรื่องทั่ว ๆ ไปได้ด้วยตนเอง แต่อาจมีข้อบกพร่องบ้างในการแก้ปัญหาชีวิตประจำวัน

2. ระยะกลาง (Moderate dementia) ระยะนี้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมจะช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง เริ่มมีปัญหาในการเรียนรู้และการจดจำสิ่งแปลกใหม่ สถานที่หรือบุคคลใหม่ ๆ ไม่ได้ต่อมาจะลืมประวัติส่วนตัวและรับรู้เหตุการณ์ที่เป็นปัจจุบันลดลง ความรู้สึกจะเริ่มสูญเสีย สับสนเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ ตลอดจนเรื่องสำคัญของชีวิต ระยะนี้มักพบปัญหาของจิตเวชและพฤติกรรม เช่น การหลงผิด ประสาทหลอน การทำกิจกรรมซ้ำ ๆ และเดินหลงทาง เป็นต้น ถ้าหากปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวตามลำพังหรือตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ด้วยตนเอง อาจเกิดอันตรายได้ จึงจำเป็นต้องมีผู้ที่คอยช่วยเหลือดูแลใกล้ชิด ระยะนี้อันตรายมักมาจากการเดินหลงทาง การเกิดอุบัติเหตุในบ้าน การตัดสินใจ อารมณ์และอันตรายจากการสื่อสารจะเริ่มลดลง เพราะผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะนี้จะมีศักยภาพด้านสังคมลดลง แต่กิจวัตรประจำวันที่ไม่ซับซ้อนจะยังคงปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เช่น การรับประทานอาหารเอง การอาบน้ำ ปัสสาวะ อุจจาระ เป็นต้น แต่จะเริ่มมีปัญหาเรื่องการเลือกเสื้อผ้าที่ไม่เหมาะสมกับสภาพอากาศและกาลเทศะ ต่อมาจะเริ่มสูญเสียความรู้คิด การใช้ภาษา การเคลื่อนไหวจะเริ่มลดลง แต่ในรายที่ยังเดินได้ปัญหาเรื่องการเดินหลงทางต้องดูแลต่อเนื่อง จนเข้าระยะสุดท้ายผู้สูงอายุจะสูญเสียความจำทั้งหมดปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองไม่ได้ สูญเสียความสามารถด้านการสื่อสาร มีปัญหาด้านการนอน มีปัญหาข้อติดและการกลืน ต้องดูแลหรือให้คำแนะนำแก่ญาติผู้ให้การดูแล เพื่อส่งเสริมกิจกรรมที่ยังปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

3. ระยะสุดท้ายของโรค (Severe or advanced dementia) ระยะนี้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมจะมีระดับรุนแรง มีอาการสมองเสื่อมรุนแรงมาก จนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ระดับความรู้สึกจะสูญเสียอย่างรุนแรง จะไม่สามารถจำเหตุการณ์แม้เหตุการณ์นั้นจะเกิดขึ้นเฉพาะหน้าได้ จำญาติพี่น้องไม่ได้ อาจมีอาการซึมเศร้าและในที่สุดคือไม่รับรู้ตนเอง ไม่รับรู้การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและจะไม่ทราบว่าตนเองมีการสูญเสียการเคลื่อนไหวของร่างกายอาจเป็นอัมพาต เคลื่อนไหวไม่ได้หรือมีความผิดปกติจากความพิการของระบบประสาทส่วนในในระยะสุดท้ายของภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากผู้มีภาวะสมองเสื่อมในระยะกลางและระยะสุดท้ายนั้น มีปัญหาการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมาก ทั้งด้านความจำและความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ที่เกิดจากการรู้คิดที่ถดถอย รวมไปถึงความผิดปกติทางด้านเคลื่อนไหวที่มีมากขึ้น ทำให้ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ด้วยเหตุนี้จึงส่งกระทบอย่างมากทั้งผู้มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว รวมไปถึงส่งผลกระทบต่อส่วนรวมด้วย

เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมมีการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป จึงต้องให้ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดสังเกตเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการประเมินระยะของโรค นำไปสู่การให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การดูแลในแต่ละระยะของภาวะสมองเสื่อม

ระยะ	เป้าหมายการดูแล	การดูแล
Stage 1-4 (ระยะแรก)	ลดความรุนแรงหรือชะลอความรุนแรงของอาการทางสมอง โดยเฉพาะในระยะแรกเริ่มมีอาการสมองเสื่อมหรือระยะไม่รุนแรง	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษา ทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ชนิดยาที่ให้และผลข้างเคียง 2. เตรียมผู้ดูแลหลักและรอง (ถ้ามี) เนื่องจากการดูแลที่ยาก ซ้ำซ้อน ยาวนาน ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้ดูแลได้พักผ่อน ฟื้นฟูสุขภาพทั้งกายและใจ ผ่อนคลายความเครียด ความรู้สึกเป็นภาระที่เกิดจากการดูแล 3. วางแผนร่วมกันกับญาติหรือผู้ดูแลในระยะยาว ทั้งด้านสุขภาพ การเงิน สิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย การรับมือกับปัญหาด้านพฤติกรรม และอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ตลอดจนการวางแผนดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต 4. พุดคุยวางแผนประเด็นการมอบอำนาจหรือการตั้งผู้อภิบาล
Stage 5-6 (ระยะปานกลาง)	เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้มีสมองเสื่อม ทั้งที่มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรงและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด และกลุ่มที่ไม่มี ความรุนแรงและ ต้องการดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันทั่วไป	<ol style="list-style-type: none"> 1. การดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 2. การจัดการกับพฤติกรรม อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง 3. การดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ (Maintaining well-being and living well with dementia) และจัดการกับโรคร่วมของผู้ป่วย (Co-morbidities) 4. ประเมินความรู้สึกเป็นภาระ (Caregiver burden) ความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma) และความเครียด (Stress/Strain) ของผู้ดูแล ตลอดจนภาวะสุขภาพกายของผู้ดูแล

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ระยะ	เป้าหมายการดูแล	การดูแล
Stage 7 (ระยะ สุดท้าย)	ลดผลกระทบจากการ ดูแลผู้มีสมองเสื่อมใน ครอบครัวระดับชุมชน และระดับประเทศ โดยเฉพาะผู้ดูแล	1. การดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 2. Palliative Care 3. การเตรียมตัวก่อนตาย (Good death)

ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อม

1. ผลกระทบต่อผู้ป่วย

ผู้มีภาวะสมองเสื่อม เป็นผู้ได้รับผลกระทบโดยตรงที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมองทุกระยะ เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ มีการสูญเสียการรับรู้แบบสมบูรณ์ จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิง บางรายอาจต้องดูแลใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง (กรมอนามัย, 2561) ภาวะสมองเสื่อมส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถหลายด้านดังนี้ (ปิติพร สิริทิพากร, 2558)

ตารางที่ 4 ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมกับผู้ป่วย

ด้าน	ผลกระทบที่เกิดขึ้น
Cognitive effects	<ul style="list-style-type: none"> - ลืมสนเวลา สถานที่ บุคคล - สูญเสียความจำระยะสั้น ขาดสมาธิพูดซ้ำถามซ้ำ - ลืมสนทิศทาง หลงทางกลับบ้านไม่ถูก - มีความยากลำบากในการเรียนรู้สิ่งใหม่ - ความสามารถในการคิด การใช้เหตุผล การตัดสินใจเพื่อการแก้ปัญหาแย่ง
Function effects	<ul style="list-style-type: none"> - มีความยากลำบากในการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ดำเนินชีวิตประจำวัน - สูญเสียการจัดการทางการเงิน - มีความยุ่งยากในการรักษาความปลอดภัยจากการใช้เครื่องใช้ไฟฟ้าและเครื่องครัว เพราะขาดความระมัดระวัง เช่น เปิดแก๊สต้มน้ำร้อน เปิดเตารีดทิ้งไว้ เป็นต้น - มีปัญหาในการสื่อสาร นึกคำพูดไม่ได้ พูดหยาบ พูดไม่ถูกกาลเทศะ - ฟังคำพูดไม่เข้าใจหรือเข้าใจไปเอง
Behavioural effects	<ul style="list-style-type: none"> - สูญเสียทักษะทางสังคม - มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าอย่างไม่สมเหตุสมผล - มีพฤติกรรม วาจาก้าวร้าวรุนแรง
Psychological effects	<ul style="list-style-type: none"> - หงุดหงิดง่าย อารมณ์แปรปรวน โกรธตัวเองและคนอื่น - วิตกกังวล ซึมเศร้า - ระวัง เห็นภาพหลอน นอนไม่หลับ - เฉยเมย ไม่สนใจกับสิ่งต่าง ๆ

2. ผลกระทบต่อผู้ให้การดูแล

ภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อด้านลบต่อญาติผู้ดูแลในหลายด้าน อาทิ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านอารมณ์ จนกระทั่งส่งผลมากที่สุดถึงด้านสังคมและหน้าที่การงาน ผลกระทบต่อญาติหรือผู้ดูแลแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ (ปิติพร สิริทิพากร, 2558)

2.1 ผลกระทบด้านร่างกาย การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมนั้นต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ เริ่มตั้งแต่ตื่นนอนจนเข้านอน ในระยะยาวนั้นผู้ดูแลจะทำให้สุขภาพทางกายของญาติหรือผู้ดูแลทรุดโทรมลง อาการที่พบบ่อยได้แก่ ปวดหลัง ปวดกล้ามเนื้อตามตัว ปวด

ศีรษะ เหนื่อยล้า พักผ่อนไม่เพียงพอ เมื่ออาหาร มีปัญหาาระบบขับถ่าย น้ำหนักตัวลดใจสั่น หน้ามืด เวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น จนเกิดการเจ็บป่วยทางกายขึ้น เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและโรคปวดศีรษะเรื้อรัง โดยเฉพาะญาติหรือผู้ดูแล ที่เป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วยซึ่งทั้งคู่จะอยู่ในวัยสูงอายุหรือญาติหรือผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวอยู่ แล้วจะส่งผลให้ญาติหรือผู้ดูแลยิ่งไม่มีเวลาในการดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเองทั้งในยามปกติ และเมื่อเจ็บป่วยสุขภาพของญาติหรือผู้ดูแลจึงเสื่อมมากขึ้น เนื่องจากการดูแลที่ต้องให้การดูแล ผู้ป่วยสมองเสื่อมอยู่ตลอดเวลาอาจทำให้ผู้ดูแล ไม่ได้รับประทานยาและอาหารตามเวลา ไม่มีเวลามาพบแพทย์ตามนัด

2.2 ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ให้การดูแลส่วนใหญ่จะมีความเครียดจากภาระการดูแลที่หนักและวิตกกังวล จากการทำผู้ดูแลต้องรับผิดชอบผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมตลอดเวลา และต้องรับภาระหนัก อยู่อย่างโดดเดี่ยว ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดในการดำเนินชีวิต เกิดความรู้สึกถูกทอดทิ้ง ความรู้สึกเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกโกรธ ผิดหวัง เบื่อหน่าย ท้อแท้วิตกกังวล หงุดหงิด

2.3 ผลกระทบกับผู้ดูแลในด้านของการเข้าสังคม จากภาระในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ทำให้ญาติหรือผู้ดูแลไม่สามารถที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ เช่น ออกไปรับประทานอาหารสังสรรค์ไปเที่ยว พักผ่อนกับสมาชิกครอบครัว เป็นต้น ญาติหรือผู้ดูแล จะเสมือนถูกตัดขาดจากสังคมภายนอกเกือบทั้งหมด เพราะไม่มีเวลาในการเข้าสังคม และญาติหรือผู้ดูแลบางรายที่มีบทบาทหน้าที่ในครอบครัว อาจทำให้เกิดความพร่องในบทบาทหน้าที่ เช่น ภรรยาที่ดูแลมารดาที่เจ็บป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์ ทำให้ไม่มีเวลาดูแลครอบครัว ส่งผลกระทบให้เกิดความขัดแย้งกับสามีได้ และการที่มีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน ทำให้เกิดความไม่เข้าใจกันระหว่างญาติพี่น้อง และยังสร้างความรำคาญให้แก่เพื่อนบ้าน ได้ จึงถูกญาติและเพื่อนฝูงลี้มที่ละน้อยแม้แต่ญาติที่ จะมาเยี่ยมก็น้อยลง ทำให้ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมขาดความมั่นใจ รู้สึกโดดเดี่ยว

2.4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ญาติหรือผู้ดูแลส่วนใหญ่ ต้องปรับเปลี่ยนการทำงานของตนเองให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น เปลี่ยนจากการเต็มเวลาเป็นทำงานบางเวลา หรือ บางรายต้องลาออกจากงาน เพื่อมาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา ซึ่งทำให้รายได้ลดลงและบางรายอาจเป็นหนี้สินเพิ่มขึ้นจากการดูแล ซึ่งจากราคาขายที่มีราคาที่สูง ครอบครัวที่ไม่มีสิทธิในการเบิกค่ายาได้ จะต้องรับภาระในการใช้จ่ายในการดูแลค่อนข้างมาก ซึ่งยังไม่รวมค่าใช้จ่ายอื่น ๆ อีก เช่น ฝารอง ชับ การตรวจรักษา อาหารหรือสารอาหารทางการแพทย์ เป็นต้น

3. ผลกระทบต่อชุมชนและสังคม

เมื่อจำนวนผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีมากขึ้น จะส่งผลกระทบต่อทั้งระบบบริการสุขภาพ ผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศ ที่ต้องใช้เงินจำนวนมากสำหรับการรักษาผู้มีภาวะสมองเสื่อม รวมไปถึงในส่วนด้านอัตราค่าเลี้ยงคนของประเทศที่ต้องใช้เงินจำนวนมากเพื่อให้การดูแล

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง ต่อญาติ ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชนและเศรษฐกิจ รวมถึงนโยบายสาธารณะ และเนื่องจากภาวะสมองเสื่อมเกิดในผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ ปัญหานี้จะเพิ่มสูงขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น จากการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงจำเป็นต้องมีการจัดการภาวะสมองเสื่อมที่เหมาะสม โดยเฉพาะการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน ซึ่งมีความสำคัญในการลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

การป้องกันภาวะสมองเสื่อม

ปัจจุบันยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ว่าเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสูงอายุ อาการ อาการแสดงไม่ชัดเจน ญาติมักจะคิดว่าเป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุจึงไม่ได้พามาพบแพทย์เพื่อรับการรักษา ดังนั้นผู้ให้การดูแลสุขภาพบุคคลในชุมชนซึ่งมีความใกล้ชิดกับประชาชน จึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการให้กลุ่มเสี่ยงนี้ ซึ่งกำลังจะมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม และเนื่องจากภาวะสมองเสื่อมไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีแต่ยาบรรเทาอาการของโรค ดังนั้นจึงควรเน้นการป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยมีการคัดกรองและการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ที่มีความเสี่ยงและครอบครัว ดังนี้ (สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2562)

1. การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม

1.1 จัดระบบการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในชุมชน โดยใช้แบบประเมิน 2Q เพื่อคัดแยกผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าออกไป หลังจากนั้นจึงคัดกรองด้วยแบบประเมินภาวะสมองเสื่อม Abbreviated Mental Test (AMT) โดยกระบวนการดำเนินงานเป็นของ อสม. และนำผลการคัดกรองมาจัดกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย ปานกลางและมาก เพื่อจัดระบบการดูแลที่เหมาะสม เช่น กลุ่มที่ปกติ และกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม นำมาเข้าโปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม กลุ่มมีภาวะ สมองเสื่อมเล็กน้อย ปานกลาง และมาก ดำเนินการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่เหมาะสม (Thipsut et al., 2022) โดยแบบประเมินที่นิยมใช้ที่บุคลากรสาธารณสุขใช้มากที่สุด คือ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai : MMSE-Thai) เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้มากที่สุดในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม สามารถคัดกรองภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้รับความนิยมสูง มีความไวร้อยละ 80 และความจำเพาะ ประกอบด้วย orientation for time, orientation for place, registration, attention/calculation, recall, naming, repetition, verbal command, written command, writing, visual construction มีข้อคำถาม 11 ข้อ มีคะแนน รวม 0 - 30 คะแนน ใช้จุดตัดสำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมที่คะแนน 14 คะแนน ในผู้ปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ 17 คะแนน ในที่เรียนระดับประถมศึกษา และ 22 คะแนน ในผู้ที่เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา

2. การจัดกิจกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม

2.1 ส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางกาย โดยเฉพาะการออกกำลังกาย เช่น การเดิน การเดิน แอโรบิก โยคะ รำไทชิ เพื่อให้หลอดเลือดมีความยืดหยุ่น การไหลเวียนของเลือดไปยังสมองดี ลดโอกาสของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท โดยสนับสนุนให้มีการจัดตั้งกลุ่มออกกำลังกาย และกระตุ้นให้ผู้ที่มีความเสี่ยงเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ จากการศึกษา พบว่า การออกกำลังกายสามารถป้องกันการเสื่อมของความรู้คิดได้อย่างมีนัยสำคัญ การออกกำลังกายแบบ High level exercise เป็นการป้องกันที่ดีที่สุด กลุ่มที่มีการออกกำลังกายสูงที่สุดมีความเสี่ยงต่อการเกิดสมองเสื่อมและอัลไซเมอร์ น้อยกว่ากลุ่มที่มีการออกกำลังกายน้อยที่สุด (RR= 1.72, 0.55 ตามลำดับ) และพบว่าการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กันในเชิงลบกับความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษาว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิก แบบมีแรงต้านหรือรำไทชิ มีผลลัพธ์ดีขึ้นของสมองในด้านการจัดการความจำ

2.2 ให้ความรู้แก่ผู้ที่มีความเสี่ยงและครอบครัว ในการเลือกรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม คือ อาหารที่เน้น ผัก ผลไม้ ถั่วเปลือกแข็ง ธัญพืช งดการรับประทานเนื้อแดง เพิ่มการรับประทานปลา และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันทรานส์

2.3 จัดกิจกรรมการฝึกสมอง เพื่อกระตุ้นการรู้คิดของสมอง การได้รับการกระตุ้นอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยลดและป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ อาจจัดในรูปแบบเกมส์ฝึกสมองหรือการฝึกสมาธิ โดยนิมนต์พระมาเป็นผู้นำกิจกรรมหรือเป็นกิจกรรมตามวันสำคัญทางศาสนา โดยนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลป้องกันภาวะสมองเสื่อม

2.4 จัดให้มีการรวมกลุ่มการทำกิจกรรม เช่น จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมบริเวณใกล้ ๆ บ้าน เช่น วัด โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสนับสนุนการทำกิจกรรม ให้กลุ่มรวมตัวกันอย่างเข้มแข็ง มีการชักชวนผู้มาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ออกมานอกบ้าน เข้าสังคมพบปะผู้คนในสังคม กระตุ้นสมองในการรู้คิดและเป็นการป้องกันภาวะซึมเศร้า

2.5 จัดบริการครบวงจรแก่ผู้สูงอายุในชุมชน เช่น คลินิกป้องกันสมองเสื่อม การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคที่จะนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อม การจัดคลินิกกระตุ้นความจำในสถานดูแลผู้สูงอายุกลางวัน (Day care) และ รพ.สต.

2.6 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) การป้องกันภาวะสมองเสื่อม ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การบริหารสมอง เป็นระยะ

2.7 แนะนำให้งดสูบบุหรี่ หรือแนะนำวิธีเลิกสูบบุหรี่ เพื่อป้องกันสารนิโคติน ที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว อีกทั้งนิโคตินและคาร์บอนมอนอกไซด์จะไปเพิ่มความหนืดของเกร็ดเลือดที่เกิด

จากการแข็งตัวของเลือดและกระตุ้นให้ เกิดลิ่มเลือด ส่งผลให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดในสมองทำให้เซลล์สมองขาดเลือดได้ จึงพบว่าการสูบบุหรี่ทำให้มีโอกาสเพิ่มอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ถึง 2 เท่า และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ถึง 2.28 เท่า

2.8 จัดให้มีคลินิกการให้คำปรึกษาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในทุก รพ.สต. เนื่องจากการดูแลสุขภาพนั้นเป็นการดูแลในหลายมิติและต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอในระยะยาว อาจพบปัญหาหรือมีข้อสงสัยในการปฏิบัติ การได้รับคำแนะนำ การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เพื่อนำไปปฏิบัติ เป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่เติบโตอย่างรวดเร็ว โดยเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากผลกระทบที่มีมากมายหลายด้าน การคัดกรองป้องกันจึงเป็นมาตรการที่สำคัญที่ต้องดำเนินการและมีความเร่งด่วนเพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้น และเพื่อความสำเร็จของการดำเนินการ จึงจำเป็นต้องมีนโยบายที่ชัดเจนและความร่วมมือจะทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของภาคประชาชนในชุมชน จึงจะสามารถตอบสนองความต้องการตามความเหมาะสมของบริบทในแต่ละพื้นที่นั้น ๆ

การคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

นโยบายการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

นโยบายการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมระดับโลก

องค์การอนามัยโลก ได้จัดทำแผนปฏิบัติการของโลก (Global Action Plan) ค.ศ. 2017-2025 ในการตอบสนองของการสาธารณสุขต่อภาวะสมองเสื่อม โดยได้จัดทำข้อตกลงการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการโลก ในการตอบสนองต่อสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อม เรียกร้องให้หน่วยงานภาครัฐที่ดูแลด้านการสาธารณสุขของนานาประเทศได้มีการจัดทำแผนการปฏิบัติการในเรื่องของภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายทั้งในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลหรือครอบครัว สังคม และเครือข่าย ประกอบด้วยดำเนินการ ใน 7 ประเด็น ดังนี้ (WHO, 2017)

1. การจัดให้เรื่องภาวะสมองเสื่อมเป็นนโยบายสาธารณะลำดับแรก
2. การตระหนักและการเป็นมิตรกับภาวะสมองเสื่อม
3. การลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม
4. การวินิจฉัย การรักษา การดูแล และการสนับสนุนเรื่องภาวะสมองเสื่อม
5. การสนับสนุนผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
6. ระบบสารสนเทศเรื่องภาวะสมองเสื่อม
7. การวิจัยและนวัตกรรมเรื่องภาวะสมองเสื่อม

จะเห็นได้ว่าแผนปฏิบัติการนี้โลกที่จัดทำขึ้น มุ่งเน้นการดูแลภาวะสมองเสื่อมให้ครอบคลุมทุกระยะ รวมไปถึงระยะที่สำคัญคือการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อม ในประเด็นของการลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (Dementia risk reduction) และการวินิจฉัย การรักษา การดูแล และการสนับสนุนเรื่องภาวะสมองเสื่อม (Dementia diagnosis, treatment, care and support) ความร่วมมือจากพื้นที่ตามบริบทของแต่ละประเทศ เป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้

นโยบายการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมระดับประเทศไทย

สำหรับประเทศไทยได้ตอบสนองต่อแผนปฏิบัติการขององค์การอนามัยโลก โดยมีการจัดทำแนวทางการดำเนินงานเรื่องภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วยหลากหลายหน่วยงานทั้งจากองค์กรภาครัฐและภาคเอกชนร่วมดำเนินงานในเรื่องนี้ และจากสถานการณ์ปัจจุบันร่วมกับแนวโน้มการพัฒนาระบบบริหารจัดการภาครัฐ ระบบบริการด้านสาธารณสุขและสังคม การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ภายใต้หลักการ “สร้างสมดุลในการป้องกัน การค้นหา การรักษา และการดูแลภาวะสมองเสื่อม (Balancing prevention, detection, cure and care)” การผลักดันให้เกิดการดำเนินการตามแนวทางยุทธศาสตร์พัฒนาจากสิ่งที่มีการดำเนินการอยู่เดิมและคำนึงถึงหลักฐานทางวิชาการที่เป็นที่ยอมรับ เกิดการทำงานที่เป็นระบบ มีการบูรณาการและการมุ่งสู่การสร้างนโยบายสาธารณะ (Public policy) ที่สอดคล้องกับการปฏิรูปประเทศ แผนยุทธศาสตร์หรือแผนงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และข้อตกลงและความร่วมมือระหว่างประเทศ ยุทธศาสตร์ประเทศไทยเรื่องสมองเสื่อม (พ.ศ.2560 - 2569) ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ดังต่อไปนี้ (กรมอนามัย, 2561)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาและบริหารกลไกระดับนโยบายสาธารณะเรื่องสมองเสื่อม

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเพิ่มความตระหนักรู้ ความเข้าใจในการป้องกันและลดภาวะเสี่ยง รวมถึงความเป็นมิตรต่อผู้มีภาวะสมองเสื่อม

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบบริการทางสังคมและสุขภาพที่บูรณาการอย่างเชื่อมโยง ครอบคลุม และเข้าถึงได้ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาศักยภาพครอบครัวและผู้ดูแล โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การพัฒนาระบบข้อมูลและสารสนเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การพัฒนาการวิจัยและนวัตกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย และภูมิปัญญาไทย

ประเทศไทยได้ทำการศึกษารูปแบบและระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข และร่วมมือกับสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ชมรมพยาบาล ผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย และภาคีเครือข่ายการทำงานในระดับพื้นที่และสถานบริการ ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรขึ้น โดยมีเป้าหมายคือให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลที่ไม่ขาดตอนจนจบซึ่งตลอดทั้งกระบวนการ (กรมการแพทย์, 2562)

จากยุทธศาสตร์ที่ 3 และยุทธศาสตร์ที่ 4 ของประเทศไทย ที่เป็นแนวทางผลักดันให้เกิดระบบการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ โดยเน้นการประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดการพัฒนาบูรณาการระบบบริการอย่างเชื่อมโยง ครอบคลุมและเข้าถึงได้และเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ชุมชน

แนวทางการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

เมื่อพิจารณาจากระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรในพื้นที่ต้นแบบที่กล่าวไว้ในข้างต้นนั้น ได้รูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ดำเนินการในประเทศขณะนี้ 2 รูปแบบ ดังนี้

1. การจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในเขตเมือง ที่หมายถึงรูปแบบการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่ดำเนินการอยู่ในพื้นที่เขตเมือง โดยโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) หรือโดยโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) ที่มีศักยภาพในการวินิจฉัยรักษาภาวะสมองเสื่อมและหน่วยบริการปฐมภูมิหรือ PCU
2. การจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในเขตชนบท ที่หมายถึงรูปแบบการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่ดำเนินการให้กับผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่เขตชนบท โดยโรงพยาบาลชุมชน (ทุติยภูมิ) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และหน่วยบริการปฐมภูมิหรือ PCU ในสังกัดของโรงพยาบาลทุติยภูมินั้น โดยการสนับสนุนความร่วมมือของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิผู้เชี่ยวชาญภาวะสมองเสื่อมหรือสถาบันทางการศึกษา

รูปแบบระบบการดูแลภาวะสมองเสื่อมทั้ง 2 บริบทพื้นที่ เป็นบริการที่ครบวงจร คือมีระบบการคัดกรอง ระบบการวินิจฉัยและการดูแล และระบบการดูแลต่อเนื่อง ทั้งในสถานบริการสุขภาพและชุมชน ซึ่งในการจัดการภาวะสมองเสื่อมในชุมชนต้องจัดการอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้มาซึ่งผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ประกอบด้วย 3 ระบบ คือ ระบบการคัดกรอง/คัดแยก ระบบการวินิจฉัย (คัดกลุ่ม) และบำบัดรักษา ซึ่งในการศึกษานี้จะอธิบาย 2 ระบบ คือ ระบบการคัดกรอง/คัดแยก ระบบการวินิจฉัย (คัดกลุ่ม) มีรายละเอียดดังนี้ (กรมอนามัย, 2561)

1. ระบบคัดกรอง/คัดแยก เริ่มจากการระบบการคัดกรองผู้สูงอายุ ดำเนินการโดย อสม. มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการคัดกรอง โดยใช้เครื่องมือการคัดกรอง คือแบบคัดกรองสมรรถภาพ ความจำ 14 ข้อคำถาม และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q) หลังจากการคัดกรองจะได้ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติและกลุ่มผิดปกติ หลังจากนั้นกลุ่มที่ผิดปกติ จะเข้าสู่ระบบการคัดแยกโดยพยาบาลวิชาชีพ หรือทีมสุขภาพ คัดแยกโดยใช้แบบประเมินสภาพสมอง MMSE-Thai 2002 แบบประเมิน MoCA และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (TGDS) สามารถแยกได้ 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) 2) กลุ่มที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม เมื่อผู้สูงอายุที่ผ่านระบบคัดกรอง/คัดแยก จะสามารถแบ่งได้ทั้งหมด 3 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ กลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และกลุ่มที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม

2. ระบบวินิจฉัย (คัดกลุ่ม) และบำบัดรักษา กลุ่มที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมจะเข้าสู่ระบบวินิจฉัยหรือที่เรียกว่าคัดกลุ่มและบำบัดรักษา โดยไตรภาคี ซึ่งประกอบด้วยภาคสุขภาพ ภาคสังคม รวมถึงภาคท้องถิ่นและชุมชนซึ่ง อสม. มีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญตั้งแต่การติดต่อประสานงาน รวมไปถึงการดูแลภายใต้การกำกับของหน่วยบริการ เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ ระหว่างภาคสุขภาพ สังคม ท้องถิ่นและชุมชน

เครือข่ายการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

การคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน ทุกภาคส่วนต้องเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะภาคประชาชน ในการดำเนินงานการดูแลภาวะสมองเสื่อมระดับชุมชนนี้ ดำเนินการโดยให้พื้นที่ต่าง ๆ บูรณาการระบบการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ให้สามารถเข้าสู่งานประจำ ที่มีการดำเนินการอยู่แล้ว เพื่อให้การดำเนินงานได้สะดวกและมีประสิทธิภาพ และมีการเทียบเคียงหลักการระบบการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมกับระบบการดูแลโรคเรื้อรัง ที่มีการดำเนินอยู่ตามนโยบายของประเทศ ได้แนวทางที่เป็นไปได้ในการบูรณาการการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม รวมเข้าในงานระบบการดูแลโรคเรื้อรังที่มีอยู่แล้ว (กรมการแพทย์, 2563) การมีนโยบายการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมที่ชัดเจนมากขึ้น และมีการพัฒนาความรู้เฉพาะของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีต่อผู้มีภาวะสมองเสื่อม กลุ่มเสี่ยง ผู้ดูแลและครอบครัว อีกทั้งถึงเครื่องมือที่ใช้ที่เหมาะสม ทำให้พื้นที่สามารถปรับดำเนินการการดูแลสมองเสื่อมในทิศทางเดียวกันกับการดูแลโรคเรื้อรังอื่นได้และดำเนินการได้ในทุกระดับของสถานบริการ ด้วยเครือข่ายการดูแลที่มีในพื้นที่ ทั้งนี้ เครือข่ายในการคัดกรองป้องกันสมองเสื่อมในชุมชน มีดังนี้

1. เครือข่ายการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยครอบครัว

ปัญหาและผลกระทบด้านลบต่าง ๆ ที่เกิดจากภาวะสมองเสื่อม จะกลายเป็นภาระของครอบครัวและผู้ดูแลนั้น เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้ดูแลปฏิเสธที่จะดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต่อเพราะ

จะต้องเผชิญกับผลกระทบด้านลบอย่างต่อเนื่อง (ัชชวาล วงศ์สา, 2561) เพราะฉะนั้นหากมีการคัดกรองเพื่อค้นหาและพบผู้มีภาวะสมองเสื่อมตั้งแต่เริ่มแรก จะสามารถป้องกันช่วยเหลือและลดภาระของญาติหรือผู้ดูแลได้มาก แต่ในการคัดกรองหรือการสังเกตโดยญาตินั้น ยังมีความเข้าใจที่ไม่เพียงพอหรือไม่เข้าใจ อาจเนื่องจากการคิดว่าอาการที่พบเป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุ ดังนั้นญาติจึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนทั้งทางด้านความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และกำลังใจกำลังใจจากผู้ที่เขาเหล่านั้นไว้วางใจในสถานบริการสาธารณสุขหรือในชุมชน

2. เครือข่ายการคัดกรองและป้องกัน โดยบุคลากรทางการแพทย์

พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คือผู้ที่คอยดูแลระบบทั้งหมด และเป็นผู้ประสานงานในระบบ รวมถึงการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมที่มีความซับซ้อนมาก (ัชชวาล วงศ์สา, 2561) จากภาระงานที่มีอยู่มาก การเข้าถึงอย่างใกล้ชิดของผู้มีภาวะสมองเสื่อมทุกคนนั้นจึงเป็นเรื่องยาก ในส่วนของการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่จึงมีบทบาทเป็นผู้จัดระบบการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในชุมชน ผ่านกระบวนการดำเนินงานของ อสม. และนำผลการคัดกรองมาจัดกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย ปานกลางและมาก นำไปจัดระบบการดูแลที่เหมาะสม เช่น จัดกิจกรรมส่งเสริมสมรรถภาพสมองให้แก่กลุ่มที่ปกติและกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ใช้โปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มมีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย ดำเนินการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลเพื่อการดูแลที่เหมาะสม เป็นต้น (สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2562)

3. เครือข่ายการคัดกรองและป้องกันโดยภาคประชาชน

ผู้มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองมีความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม ปล่อยจนเกินกว่าจะรักษาได้ (คุชฎี อุดมอทธิพิงศ์ และคณะ, 2564) ซึ่งสัญญาณแรกที่บ่งบอกภาวะสมองเสื่อม แม้จะมองเห็นได้ยากมาก ไม่ชัดเจน และอาการจะค่อยเป็นค่อยไปจนไม่สามารถมองเห็นได้ในทันที ซึ่ง อสม. ถือเป็นผู้อยู่ใกล้ชิดกับคนชุมชน จึงเป็นผู้ที่เหมาะสมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน โดยบทบาทของ อสม. ในการระบบการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมนั้น เริ่มตั้งแต่ด้านการคัดกรองและค้นหาผู้ที่มีปัญหาด้านความจำและการคิด บันทึกและส่งต่อข้อมูลผลการคัดกรองค้นหาผู้ที่มีพฤติกรรมสงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมให้ทีมสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพสมองและป้องกันสมองเสื่อม ตลอดจนการดูแลภาวะสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่องในชุมชนตามแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกับทีมสุขภาพ (กรมการแพทย์, 2563)

อย่างไรก็ตามภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และข้อจำกัดที่มีอยู่มาก จึงทำให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนั้น ยังไม่สามารถดำเนินการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้อย่างทั่วถึง โดยญาติผู้ดูแลยังไม่มีความรู้หรือ

ความเข้าใจที่เพียงพอ เพื่อเป็นการตอบสนองนโยบายที่มีขึ้นอย่างชัดเจน จึงจำเป็นต้องประสานความร่วมมือจากภาคประชาชนผ่านบทบาทความเข้มแข็งของ อสม. ผู้มีความใกล้ชิดและได้รับความไว้วางใจจากประชาชนในพื้นที่ และเป็นผู้ที่ดูแลสุขภาพในชุมชนมาอย่างยาวนาน นำไปสู่ผลสำเร็จในการดูแลภาวะสมองเสื่อมตั้งแต่ระยะแรก เพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในระยะยาวที่จะเกิดขึ้น

อสม.กับการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

คำจำกัดความของ อสม.

อสม. เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละหมู่บ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย การสื่อสารข่าวสารสุขภาพ การแนะนำเผยแพร่ความรู้ ประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ (กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ, 2560) สำหรับการรับสมัครขอคัดเลือกครัวเรือนในหมู่บ้านหรือชุมชน กำหนดจำนวน อสม. ในหมู่บ้านหรือชุมชน โดยเฉลี่ย 1 คน รับฝึกชอบ 10 - 15 หลังคาเรือน

คุณสมบัติ อสม.

1. อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์
2. มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่เป็นการประจำในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประสงค์จะเป็น อสม. ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
3. สามารถอ่านออกเขียนได้
4. สมัยใจและเสียสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานสาธารณสุข
5. ประสงค์จะเข้าร่วมหรือเคยเข้าร่วมการดำเนินงานสาธารณสุขและต้องการพัฒนาชุมชนของตนเอง
6. ประพฤติอยู่ในกรอบศีลธรรมอันดี ได้รับความไว้วางใจและยกย่องจากประชาชน
7. มีสุขภาพดีทั้งกายและใจและมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่เป็นแบบอย่าง มีเวลาให้กับการทำงานในบทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สถานภาพของการเป็น อสม. เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือก ผ่านการอบรมและได้รับการประเมินความรู้ความสามารถ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐานและกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบอายุบัตรและสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

1. วาระกำหนดให้มีวาระคราวละ 4 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อบัตรประจำตัว โดยดูจากผลการดำเนินงานร่วมกับการพิจารณาของประชาชนและองค์กรของหมู่บ้าน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ควรที่จะเป็นผู้ถอดถอน อสม. ด้วยตนเอง เพราะ อสม. เป็นอาสาสมัครที่เสียสละของประชาชนหากมีความจำเป็นก็ควรใช้การประชุมและปรึกษาหารืออย่างเป็นทางการเป็นกันเองกับ อสม. ที่มีอยู่รวมทั้งกรรมการหมู่บ้านเพื่อป้องกันความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้น)

2. การฟื้นฟูสภาพ

(1) ตาย

(2) ลาออก

(3) เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถแล้วแต่กรณี

(4) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมีคำสั่งให้ฟื้นฟูสภาพ ตามที่หัวหน้าครัวเรือนหรือผู้แทนจำนวนไม่น้อยกว่า 2 ใน 3 ของหลังคาเรือนที่ อสม. รับผิดชอบ ร่วมกันลงลายมือชื่อยื่นหนังสือต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแล้วแต่กรณี และอาจตั้งคณะกรรมการเพื่อพิจารณาตรวจสอบข้อเท็จจริงก่อนมีคำสั่งให้ฟื้นฟูสภาพการเป็น อสม. หากปรากฏข้อเท็จจริงตามรายงานการตรวจสอบข้อใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ 1) อสม. ผู้นั้นไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานของรัฐจัดขึ้น โดยไม่มีเหตุผลหรือความจำเป็น 2) อสม. ผู้นั้นไม่รักษาจรรยาบรรณของ อสม. หรือประพฤติดีเสียหายที่อาจนำมาซึ่งความเสื่อมเสียศักดิ์ศรีขององค์กร อสม. กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขไว้ในหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปีพุทธศักราช 2550 ดังนี้

1. สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่

2. สามารถเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น ตลอดจนการเฝ้าระวังสุขภาพและคัดกรองผู้ป่วย

3. สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน

4. สามารถรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคมให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชนและสภาวะแวดล้อม

5. สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ๆ ที่จะมีผลต่อการขจัดและลดปัญหาทางสุขภาพ

6. สามารถสร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ

7. สามารถสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน

บทบาทของ อสม. ในระบบบริการสุขภาพ

ประเทศไทย เป็นประเทศที่ประสบปัญหาเช่นเดียวกับอีกหลายประเทศที่กำลังพัฒนา ผู้คนยากจนจำนวนมาก ต้องทุกข์ทรมานกับความเจ็บป่วยหรือล้มตาย เพราะเข้าไม่ถึงการรักษา พื้นที่ที่ยังห่างไกล การรักษาพยาบาลแบบสมัยใหม่ยิ่งไกลเกินเข้าถึง แต่ประเทศไทยยังเดินหน้าไปสู่เป้าหมาย เพื่อสร้างระบบสุขภาพที่ดี โดยเชื่อว่าระบบสุขภาพที่แข็งแกร่งไม่อาจพึ่งพาเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุขเท่านั้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 กว่า 4 ทศวรรษ อสม. ได้มีบทบาทในการดูแลไปตามปัญหาที่เผชิญตามยุคสมัย (ณฐนนท์ บริสุทธิ์, 2563)

ระยะที่ 1: 2520-2539 ระยะการสร้างเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข งานหลักของ อสม. คือการแก้ไขปัญหาเร่งด่วนเฉพาะหน้า ความยากจน ความห่างไกล ความทุรกันดาร เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม ทำให้ทุกคนได้เข้าถึงสิทธิการรักษาและได้รับความรู้เพื่อดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

ระยะที่ 2: 2540-2559 ระยะการส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ปัญหาอันเนื่องมาจากความยากจน และความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในประเทศไทยล้วนคลี่คลาย เพราะ อสม. สามารถเข้าไปทุกพื้นที่ ช่วงเวลานี้ อสม. ยังได้เพิ่มบทบาทที่มากกว่าจิตอาสาบริการสังคม แต่ยังเป็นนักจัดการสุขภาพให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดี เพราะวิกฤตสุขภาพในอนาคตรุดรุมมาจากสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนไป อุบัติเหตุ โรคหลอดเลือดสมองและ โรคหัวใจ เป็นแนวโน้มที่กำลังคุกคามชีวิตคนไทยต่อปีมากขึ้นเรื่อย ๆ และอีกหนึ่งภารกิจที่สำคัญ คือการสนับสนุนให้ทุกคนในประเทศเข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อันเป็นแนวนโยบายที่สำคัญของภาครัฐบาล ที่ไม่ต้องการให้คนไทยสิ้นเนื้อประดาตัวเพียงเพราะพวกเขาเจ็บป่วย

ระยะที่ 3: 2560 - ปัจจุบัน ระยะของนวัตกรรมและเทคโนโลยี คือช่วงเวลาแห่งการปรับตัวอีกครั้งเพื่อสร้าง อสม. ที่สามารถรับกับสถานการณ์ใหม่ ๆ ได้ด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีสมัยใหม่ นี่คือนโยบายของ อสม. 4.0 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2563 อสม. ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐบาลให้สามารถใช้แอปพลิเคชัน smart อสม. อย่างชำนาญปีละ 300,000 คน และมีการนำระบบ อสม. ออนไลน์มาใช้สำหรับการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขชุมชนเชิงรุก ทำให้ครอบคลุมมากขึ้น

บทบาทตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 หมวด 3 กำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ข้อ 27 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทและหน้าที่ (ณฐนนท์ บริสุทธิ์, 2563) ดังนี้

- (1) ปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข
 - (2) เผยแพร่ประชาสัมพันธ์หรือจัดการรณรงค์และให้ความรู้ด้านสาธารณสุขมูลฐาน
 - (3) ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขหรือบทบัญญัติของกฎหมายอื่น ๆ
 - (4) จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสถานะสุขภาพของท้องถิ่น
 - (5) เป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และประสานแผนการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและแหล่งอื่น ๆ
 - (6) ให้ความรู้ด้านการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนและการมีส่วนร่วมในการเสนอความเห็นของชุมชนเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ
 - (7) ศึกษาพัฒนาตนเองและเข้าร่วมประชุมตลอดจนปฏิบัติงานตามที่หน่วยงานอื่นร้องขอ
 - (8) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องดำเนินการตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 - (9) ประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนและปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงองค์กรพัฒนาชุมชนอื่น ๆ ในท้องถิ่น
- บทบาท อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชน ตามคู่มือ อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชน ปีงบประมาณ 2556 จัดทำโดยกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ได้กำหนดให้ อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชนเป็นต้นแบบในการสร้างสุขภาพ และเป็นผู้ร่วมดำเนินการ ส่งการ ควบคุม กำกับ ให้คำชี้แนะ ในกระบวนการจัดการด้านสุขภาพ 4 ด้าน เพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน นำไปสู่การพัฒนาการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนที่พึ่งตนเองได้ มีบทบาท ดังนี้ (ณฐนนท์ บริสุทธิ์, 2563)
- (1) เป็นผู้ปฏิบัติตนและนำพาบุคคลในครอบครัวปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส.
 - (2) เป็นผู้ร่วมดำเนินการส่งการ ควบคุมกำกับ ให้คำชี้แนะในกระบวนการจัดการด้านสุขภาพ 4 ด้าน
- 1) การจัดทำแผนด้านสุขภาพ ระดมพลังความคิดเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดแผนสร้างเสริมสุขภาพสู่ การปฏิบัติและแผนการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
 - 2) การจัดการงบประมาณ เป็นแกนนำในการระดมทุนด้านงบประมาณและทรัพยากรที่จำเป็นในการขับเคลื่อนแผนการสร้างเสริมสุขภาพ

3) การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ เป็นแกนนำจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เช่น การเฝ้าระวังโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ และเป็นบุคคลตัวอย่างในการนำออกกำลังกายด้วยรูปแบบที่เหมาะสมตามวัย สัปดาห์ละอย่างน้อย 5 วัน เป็นต้น

4) การประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม

(3) เป็นแกนนำในการสร้างเสริมสุขภาพให้คนในชุมชนตื่นตัว และรับผิดชอบต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

(4) เป็นแกนนำในการริเริ่มและสนับสนุนให้เกิดมาตรการทางสังคมด้านสุขภาพ บทบาท อสม. 4.0 ปีงบประมาณ 2561 กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแนวทางการพัฒนา อสม. 4.0 และกำหนดคุณลักษณะที่สำคัญของ อสม. 4.0 (ณฐนนท์ บริสุทธิ์, 2563) ดังนี้

(1) มีทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัล สามารถใช้เครื่องมือสื่อสาร เช่น application “Smart อสม.” หรือ โปรแกรมอื่น ๆ ที่กำหนดได้ในการปฏิบัติงานในชุมชน เช่น รายงานตามแบบ อสม.

(2) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การชวนคนเลิกบุหรี่ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU: rational drug use)

(3) มีจิตอาสาและเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ ทำหน้าที่เป็นนักจัดการสุขภาพชุมชน และมีความพร้อมในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (CPR: Cardiopulmonary Resuscitation)

สถานการณ์สาธารณสุขในแต่ละยุคนั้นก็มียุคเฉพาะที่แตกต่างกันออกไป บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสม. จึงถูกกำหนดให้เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพอนามัยในยุคนั้น ๆ ฉะนั้นบทบาทของ อสม. จึงตั้งอยู่บนสถานการณ์สุขภาพแบบหนึ่ง เมื่อเกิดการเปลี่ยนผ่านด้านระบาดวิทยาที่ทำให้ปัญหาสาธารณสุขและบริบทการทำงานเปลี่ยนแปลงไป โรคเรื้อรังและโรคระบาดที่เกิดขึ้นใหม่ สิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ ทำให้เกิดปัญหาที่หลากหลายมากขึ้น อย่างไรก็ตามรูปแบบการปฏิบัติงานในการพัฒนางานสุขภาพที่มีความหลากหลายเท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น รวมถึงบริบทเชิงนโยบายที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งในระดับโลก ระดับประเทศ และระดับท้องถิ่น ทำให้ อสม. ซึ่งถือได้ว่าเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีความสำคัญด้านสุขภาพ เป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสังคม จึงควรได้รับการสนับสนุนให้มีบทบาทมากขึ้น ในการพัฒนาสุขภาพในอนาคต ดังนั้นการเปลี่ยนผ่านที่กำลังเกิดขึ้น ความพร้อมของ อสม. ต่อการปรับเปลี่ยนเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงจึงสำคัญ

บทบาทของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

ภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญและมีผลกระทบหลายด้าน จึงมีนโยบายเพื่อดูแลปัญหานี้ โดยเน้นการคัดกรองและป้องกันทั้งในระดับโลกมาสู่แผนพัฒนาในระดับประเทศไทย นำไปสู่การดำเนินงานในระดับพื้นที่ โดยการขับเคลื่อน

ในระดับพื้นที่นั้น เน้นกิจกรรมที่ชุมชนมีส่วนร่วม ผ่านบทบาทความเข้มแข็งของ อสม. จากการพัฒนาวรรณกรรมสามารถสรุปบทบาทของ อสม. ในการจัดการภาวะสมองเสื่อม ดังนี้ (กรมการแพทย์, 2563; กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2556; ธรรมนูญ บริสุทธี, 2563)

1. บทบาทการสำรวจและคัดกรอง

กลุ่มเสี่ยงโรคว่าสมองเสื่อมทุกราย ได้แก่ ผู้สูงอายุและผู้ที่มีเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ต้องได้รับการคัดกรองและคัดแยกความเสี่ยงของการเป็นภาวะสมองเสื่อมโดย อสม. ซึ่ง อสม. มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

1.1 การสำรวจและจัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย การสามารถจำแนกจำนวนกลุ่มเสี่ยงในชุมชน เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น ซึ่งการทราบข้อมูลเบื้องต้นและจำนวนของผู้ที่ต้องได้รับการคัดกรองในความรับผิดชอบของตนนั้น และลงทะเบียนในแบบฟอร์มให้ชัดเจน จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนรูปแบบการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมร่วมกับเครือข่าย

1.2 การคัดกรองปัญหาสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง เริ่มตั้งแต่การเตรียม วัสดุ อุปกรณ์ และเครื่องมือ รวมไปถึงแบบประเมินที่ต้องใช้ โดยในการคัดกรองต้องใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q) เพื่อแยกภาวะซึมเศร้าก่อนการคัดแยกภาวะสมองเสื่อม และใช้เครื่องมือการคัดกรอง คือ แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ มีข้อความที่ต้องตอบจำนวน 14 ข้อ ต้องถามคำถามเหตุการณ์ตามข้อความทีละข้อ และถามความถี่บ่อยของการเกิดในทุกข้อ และพิจารณาตามคะแนนที่ได้

1.3 สรุปข้อมูลโดยการบันทึกข้อมูลลงในรูปแบบเอกสารหรือฟอร์ม โดยระบุแยกว่าผู้ใดปกติและผู้ใดที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการร่วมกันวางแผนการป้องกัน ส่งต่อ และดูแล ทั้งในระดับชุมชน ระดับครอบครัว และระดับบุคคล เพื่อให้ได้มาซึ่งรูปแบบการดูแลและป้องกันที่เหมาะสมทั้งในรูปแบบรายกลุ่มและรายบุคคล

2. บทบาทการคัดแยกและส่งต่อ

2.1 การคัดกรองของ อสม. โดยใช้แบบประเมิน 2Q เพื่อคัดแยกผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าออก หลังจากนั้นจึงคัดกรองด้วยแบบประเมินภาวะสมองเสื่อม Abbreviated Mental Test (AMT) ทำให้สามารถคัดแยกกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

(1) กลุ่มปกติ 14-19 คะแนน สมรรถภาพทางสมองอยู่ในเกณฑ์ดี อสม.สามารถให้ความรู้หรือคำแนะนำเบื้องต้นเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม รวมถึงกิจกรรมกระตุ้นสมองและความจำได้ (เช่น อาหารที่ควรรับประทาน การออกกำลังกายที่เหมาะสม การพักผ่อนรวมถึงการผ่อนคลายความเครียด การงดหรือลดการสูบบุหรี่และดื่มสุรา เป็นต้น) รวมไปถึง ประสานงาน เข้าร่วม และส่งเสริมหรือกระตุ้นทั้งกลุ่มเสี่ยงและครอบครัวในการเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์และ กิจกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน หลังการเข้าร่วมกิจกรรม อสม.สามารถติดตามหรือ

ประเมินการปฏิบัติตัว และประเมินการความต่อเนื่องของการปฏิบัติตัวหลังการเข้าร่วมกิจกรรม รวมถึงประเมินกลุ่มเสี่ยงที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้เป็นระยะ พร้อมทั้งประเมินความพึงพอใจของกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมเพื่อป้องกันภาวะเสื่อมอย่างต่อเนื่องได้

(2) กลุ่มมีอาการของภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย 20-29 คะแนน สมรรถภาพทางสมองอยู่ในระดับปานกลาง ควรเข้ารับคำแนะนำเพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางสมอง และติดตามต่อเนื่อง

(3) กลุ่มที่สงสัยว่ามีอาการของภาวะสมองเสื่อมมาก 30-39 คะแนน สมรรถภาพทางสมองอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ควรเข้ารับคำแนะนำเพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางสมอง และ 40-56 คะแนนสมรรถภาพทางสมองต่ำ ควรพบแพทย์

2.2 สรุปข้อมูลโดยการบันทึกข้อมูลลงในรูปแบบเอกสารหรือฟอร์ม และส่งต่อข้อมูลการคัดกรองทั้งหมดแก่ภาคีเครือข่าย เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการร่วมกันวางแผนการป้องกันและดูแลทั้งในระดับชุมชน ระดับครอบครัว และระดับบุคคล เพื่อให้ได้มาซึ่งรูปแบบการดูแลและป้องกันที่เหมาะสมทั้งในรูปแบบรายกลุ่มและรายบุคคล

2.3 สำหรับกลุ่มผิดปกติทุกรายต้องได้รับการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัย อสม. มีบทบาทหน้าที่สำคัญ โดยส่งต่อข้อมูลกลุ่มผิดปกติให้พยาบาล (หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) คือกลุ่มที่กลุ่มมีอาการของภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อยและกลุ่มที่สงสัยว่ามีอาการของภาวะสมองเสื่อมมาก หลังจากนั้นกลุ่มที่ผิดปกติ จะเข้าสู่ระบบการคัดแยกโดยพยาบาลวิชาชีพหรือทีมสุขภาพ คัดแยกโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) เพื่อแยกผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าออกจากภาวะสมองเสื่อมก่อน โดยแปลผลการประเมินจากค่าคะแนน ได้แก่ 6 คะแนนขึ้นไปบ่งบอกว่ามีภาวะซึมเศร้า ควรติดตามหรือส่งพบแพทย์ประเมินอาการทางคลินิก 11 คะแนนขึ้นไปมีภาวะซึมเศร้าแน่นอน ควรพบจิตแพทย์ หลังการประเมินและไม่พบภาวะซึมเศร้าจึงประเมินภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบประเมินสภาพสมอง MMSE-Thai 2002 (Mini-Mental State Examination) และแบบประเมิน MoCA (The Montreal Cognitive Assessment) เมื่อผู้สูงอายุที่ผ่านระบบคัดกรอง/คัดแยก จะสามารถแบ่งได้ทั้งหมด 3 กลุ่ม คือ (กรมการแพทย์, 2563)

(1) กลุ่มปกติ ประเมินด้วยแบบประเมินสภาพสมอง MMSE-Thai 2002 (Mini-Mental State Examination) ในผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้) คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน (เต็ม 23 คะแนนต้องไม่ทำข้อ 4,9,10) ในผู้ที่เรียนระดับประถมศึกษา คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน (เต็ม 30 คะแนน) และในผู้ที่เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 24 คะแนน (เต็ม 30 คะแนน) ประเมินด้วยแบบประเมิน MoCA (The Montreal Cognitive Assessment) เกณฑ์การประเมินคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน

(2) กลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment; MCI) ประเมินด้วยแบบประเมิน MoCA (The Montreal Cognitive Assessment) เกณฑ์การประเมิน คะแนนตั้งแต่ 18 คะแนน ถึง 24 คะแนน

(3) กลุ่มที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม ประเมินด้วยแบบประเมินสภาพสมอง MMSE-Thai 2002 (Mini-Mental State Examination) ในผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้) คะแนนน้อยกว่า 14 คะแนน (เต็ม 23 คะแนนต้องไม่ทำข้อ 4,9,10) ในผู้ที่เรียนระดับประถมศึกษา คะแนนน้อยกว่า 17 คะแนน (เต็ม 30 คะแนน) และในผู้ที่เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา คะแนนน้อยกว่า 24 คะแนน (เต็ม 30 คะแนน) ประเมินด้วยแบบประเมิน MoCA (The Montreal Cognitive Assessment) เกณฑ์การประเมิน คะแนนน้อยกว่า 24 คะแนน

ส่วนกลุ่มที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมจะถูกส่งต่อพบแพทย์ เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัย บำบัดและรักษาที่เหมาะสม

3. บทบาทการป้องกันภาวะสมองเสื่อม

สำหรับกลุ่มปกติและกลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยต้องได้รับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดย อสม. มีบทบาทหน้าที่สำคัญ ดังนี้

3.1 การประเมินสมรรถภาพของสมองเป็นประจำทุกปี รวมทั้งให้ข้อมูลอาการที่สงสัยว่าเริ่มมีภาวะสมองเสื่อมแก่ผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถสังเกตและติดตามอาการ หากสงสัยว่ามีความผิดปกติให้แจ้ง อสม. ประจำบ้าน

3.2 การจัดทำฐานข้อมูล เพื่อรวบรวมและส่งต่อข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดูแลป้องกัน ร่วมกับภาคีเครือข่าย ทั้งเทศบาล อบต. ประชาชน ชุมชน แกนนำต่าง ๆ เครือข่ายอื่น ๆ รวมไปถึงเป็นข้อมูลในการจัดสรรงบประมาณ เพื่อใช้ในการดำเนินกิจกรรมป้องกันในชุมชน

3.3 เข้าร่วมการจัดทำแผนการป้องกันของภาคีเครือข่าย โดยร่วมวางแผนจัดกิจกรรมส่งเสริมการชะลอความเสื่อมและเพิ่มการจำ (brain exercise) ทั้งแบบรายกลุ่มและรายบุคคล

3.4 การป้องกันเชิงรุก

(1) รายกลุ่ม

1) เข้าร่วมและสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมความจำในกลุ่มปกติ อาทิเช่น การจัดให้มีกลุ่มรำวงชาวบ้าน กลุ่มรำไทเก๊ก กลุ่มหัตถกรรม เป็นต้น

2) การประสานงานและทำงานร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ และร่วมกันออกแบบกิจกรรมความรู้ที่เป็นประโยชน์ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทักษะ ความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง โดยการสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย

3) การร่วมกลุ่มทำกิจกรรมกระตุ้นสมรรถภาพสมอง (brain training) ในกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย

(2) รายบุคคล

- 1) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกัน
- 2) ร่วมสนับสนุนและกระตุ้นในการปฏิบัติ Cognitive stimulation program รวมถึงติดตามผลร่วมกับภาคีเครือข่าย ในการสอน
- 3) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ทั้งในกลุ่มปกติและกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย ได้แก่ การควบคุมอาการของโรคประจำตัว การงดใช้สารเสพติด การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม การพักผ่อนให้เพียงพอและการผ่อนคลายความเครียด และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน

3.5 ประเมินผลกิจกรรมการป้องกันร่วมกับเครือข่าย

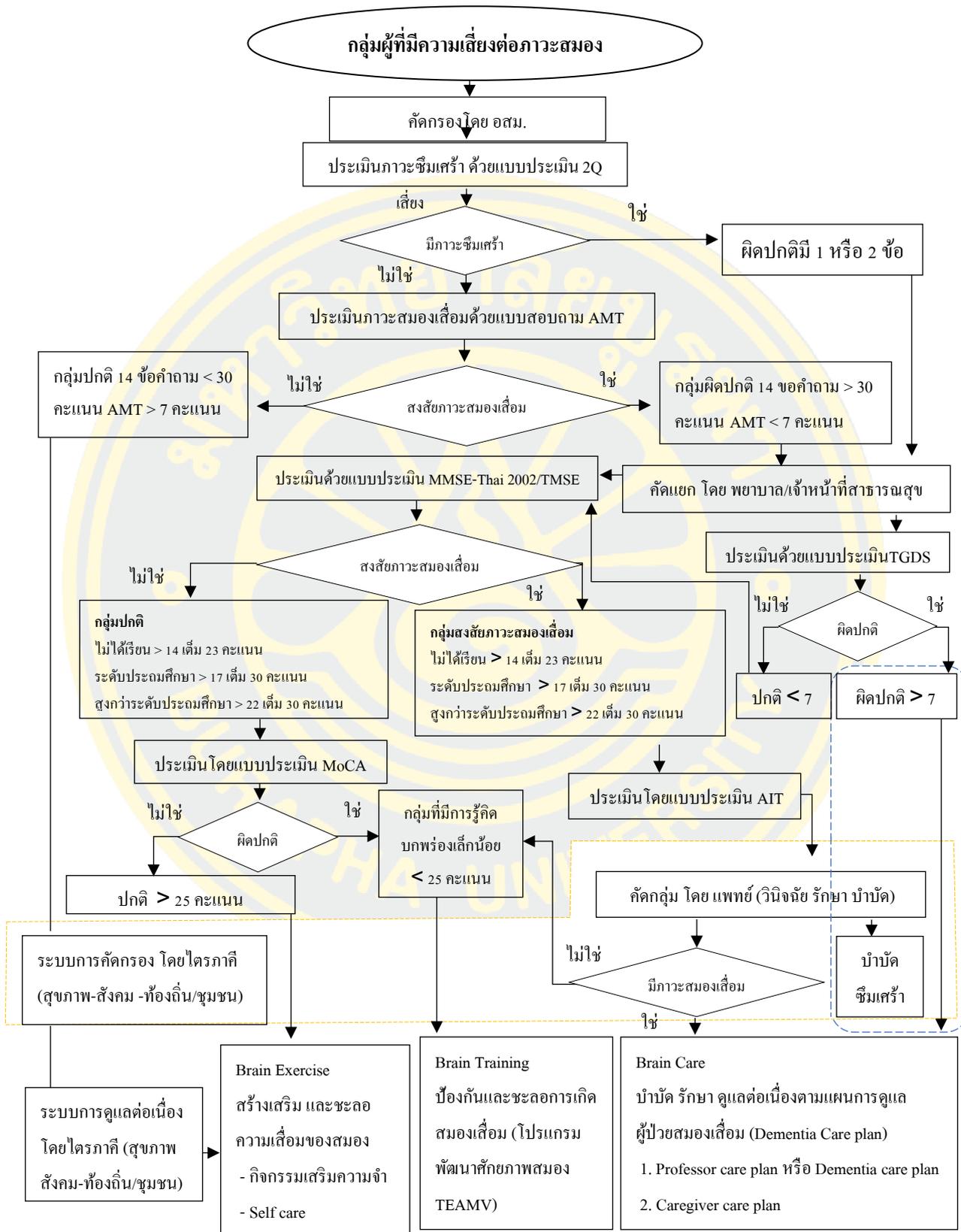
การคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน โดย อสม. ซึ่งกระบวนการทำงานที่สำคัญ เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมนั้นไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หากผู้มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการคัดกรอง เพื่อให้ได้รับการดูแลและป้องกันหรือชะลอและการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม จะสามารถช่วยลดผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมถึงลดภาระของญาติผู้ดูแลและลดภาระของสังคมได้ ดังนั้นการคัดกรองและป้องกันจึงเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดที่ต้องเร่งดำเนินการ

สำหรับในจังหวัดชลบุรี เป้าหมายการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมคือร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ในปีงบประมาณ 2563 มีผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 13 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2563) จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่บรรลุผลสำเร็จ และเพื่อให้บรรลุผลที่วางไว้จึงจำเป็นต้องจัดทำยุทธศาสตร์และกำหนดตัวชี้วัดเกี่ยวกับการประเมินคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล โดยการเน้นการดำเนินงานสาธารณสุขในระดับตำบลให้มีประสิทธิภาพ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2564) อสม. จึงเข้ามามีบทบาทที่สำคัญในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อม เพื่อตอบสนองนโยบายที่เพิ่งมีขึ้น การมีความพร้อมของ อสม. จึงเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้ อสม. สามารถเปลี่ยนผ่านเพื่อก้าวเข้าสู่บทบาทใหม่เป็นไปด้วยดี

การกำหนดมาตรฐานสมรรถนะ อสม. ของกระทรวงสาธารณสุขนั้นยังเป็นไปในลักษณะกว้าง ๆ ยังไม่มีความเฉพาะเจาะจง (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2556) เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน การพัฒนาความพร้อมของ อสม. นั้นเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญ โดยเฉพาะเรื่องที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญอย่างเช่นภาวะสมองเสื่อม ทั้งนี้ หลักสูตรการอบรมตามมาตรฐานของ

อสม. อาจยังไม่ครอบคลุมกับบทบาทใหม่ที่ต้องเริ่มปฏิบัติมากขึ้น ส่งผลให้อสม. ขาดความมั่นใจในการที่จะเริ่มคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน การเตรียมความพร้อมต่อการปฏิบัติบทบาทจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะความพร้อมจะทำให้ อสม. สามารถประเมินภาวะสมองเสื่อมได้อย่างถูกต้อง สามารถให้คำแนะนำเบื้องต้นในการป้องกันและสังเกตอาการผิดปกติได้อย่างมั่นใจ และสนับสนุนและเข้าร่วมกิจกรรมป้องกัน เพื่อการดูแลตั้งแต่กลุ่มเสี่ยงที่ยังปกติและผู้มีภาวะสมองเสื่อมในระดับเล็กน้อย





ภาพที่ 3 ระบบการคัดกรอง คัดแยก คัดกลุ่ม และการดูแลต่อเนื่อง (กรมการแพทย์, 2563)

ความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

คำจำกัดความความพร้อม

“พร้อม” ใ้ว่าเป็นคำวิเศษณ์ ที่มีความหมายว่าครบถ้วน ส่วนคำว่า “ความพร้อม” เป็นคำนาม ซึ่งมีความหมายว่า ความครบครันหรือมีทุกอย่างครบแล้ว “ความพร้อม” ยังเป็นคำแสดงกิริยาร่วม เช่น ไปพร้อมกัน ถึงพร้อมกัน โดยปริยายหมายความว่า ครบครัน หมายถึง พร้อมเพียงไม่ขาดเหลือ บริบูรณ์ เช่น งานพร้อม ดีพร้อม เตรียมพร้อมเสร็จ (ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542)

นักวิชาการ ได้อธิบายความพร้อมในมุมมองที่หลากหลาย Hersey and Blanchard (1969) เห็นว่าความสามารถ (Ability) ก็คือความรู้ (Knowledge) ประสบการณ์ (Experience) และทักษะ (Skill) ของบุคคลหรือหรือกลุ่มคนของคนเรา ความสามารถดังกล่าวนี้จะต้องเป็นความสามารถที่เกี่ยวข้องกับงานใดงานหนึ่งโดยเฉพาะ (Specific task) ส่วนความเต็มใจในการทำงานนั้น Hersey and Blanchard เห็นว่าเป็นความมั่นใจ (Confidence) ความมุ่งมั่นในการทำงาน (Commitment) และแรงจูงใจให้ทำงานประสบผลสำเร็จหรือแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ (Motivation to accomplish) หรือจะเรียกสั้น ๆ ว่าความสำเร็จในงานของบุคคลหรือกลุ่มคนของคนเราในงานใดงานหนึ่งโดยเฉพาะ ซึ่งสอดคล้องกับ Sinclair and Hanks (1987, 1995) (อ้างอิงใน โสภภาพรณ สุริยะมณี, 2561) ที่ระบุความหมายของความพร้อมไว้ว่าหมายถึง การที่บุคคล (1) ได้มีการเตรียมตัวเพื่อกระทำกิจกรรมบางอย่างให้สำเร็จตามเป้าหมาย และ (2) ความเต็มใจ ความกระตือรือร้นที่จะกระทำกิจกรรมบางอย่าง นอกจากนี้ โสภภาพรณ สุริยะมณี (2561) ยังให้ความหมายความพร้อมอีกว่า ความพร้อมในการทำงานหรือปฏิบัติงาน คือระดับของการเตรียมการหรือเตรียมการในการปฏิบัติงานใดงานหนึ่งที่เป็นเฉพาะว่ามีอย่างน้อยเพียงใด การเตรียมการดังกล่าวนี้ เป็นการเตรียมการที่เป็นไปตามองค์ประกอบของความพร้อมในแต่ละด้านซึ่งได้แก่ ด้านความสามารถที่เป็นความรู้ ประสบการณ์และทักษะในการทำงาน นอกจากนั้นยังรวมไปถึงด้านความเต็มใจในการทำงานที่ประกอบไปด้วยความมั่นใจในการทำงาน ความมุ่งมั่นในการทำงาน และแรงจูงใจในการทำงานให้ประสบผลสำเร็จหรือแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์อีกส่วนหนึ่งด้วย

จากข้างต้น ความพร้อมจึงเป็นการรับรู้ของบุคคลว่า ตนเองมีศักยภาพเพียงพอและมั่นใจที่จะปฏิบัติงานได้ตามบทบาทที่กำหนดไว้มากนักน้อยเพียงใดด้วยความเต็มใจและมุ่งมั่น เกิดจากการเตรียมตัวก่อนการกระทำหรือทำงานที่จะทำหรือได้รับมอบหมาย เป็นการทำความเข้าใจในงานที่จะทำศึกษาข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับงานที่จะร่วมปฏิบัติ ถ้ามีความพร้อมมากจะส่งผลให้ทำงานด้วยความราบรื่นและประสบกับความสำเร็จตามเป้าหมาย

ในการศึกษานี้จึงให้ความหมายของความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน หมายถึง การรับรู้ของ อสม. ว่า ตนเองมีศักยภาพเพียงพอและมั่นใจที่จะปฏิบัติได้ตามขอบเขตและบทบาทการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนมากน้อยเพียงใด เพื่อกำหนดงานเป็นไปอย่างราบรื่นและเกิดผลสำเร็จของการปฏิบัติบทบาทในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

องค์ประกอบของความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมของ อสม.

จากการทบทวนวรรณกรรมโดยพิจารณาบทบาทของ อสม. ในชุมชนต่อการจัดการด้านสุขภาพร่วมกับบทบาทการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน สามารถสรุปความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน 6 ด้าน (กรมการแพทย์, 2563; ฌฐนนท์ บริสุทธิ์, 2563) ดังนี้

1. ความพร้อมด้านการสำรวจและจัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย เป็นการรับรู้ของ อสม. ว่าตนเองมีศักยภาพเพียงพอและมั่นใจที่จะรวบรวมข้อมูลรายบุคคลของกลุ่มที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม และสรุปลงในทะเบียน เพื่อจะได้ทราบถึงจำนวนกลุ่มเสี่ยงและข้อมูลพื้นฐาน ทำให้สามารถนำมาเป็นฐานข้อมูลการทำแผนการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมร่วมกันกับภาคีเครือข่าย

2. ความพร้อมด้านการวางแผนและจัดทำแผนการดำเนินงาน เป็นการรับรู้ของ อสม. ว่าตนเองมีศักยภาพเพียงพอและมั่นใจที่จะร่วมงานกันกับภาคีเครือข่ายในการวางแผนการดำเนินกิจกรรมการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนร่วมกันกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งการดูแลรายกลุ่มและรายบุคคล เพื่อประเมินความพร้อมทั้งบุคลากร ความรู้ วัสดุอุปกรณ์ที่ต้องใช้งบประมาณ รวมไปถึงระบบการส่งต่อการวินิจฉัย

3. ความพร้อมด้านการคัดกรองและคัดแยก เป็นการรับรู้ของ อสม. ว่าตนเองมีศักยภาพเพียงพอและมั่นใจที่จะประเมินสมรรถภาพของสมองของกลุ่มเสี่ยงเป็นประจำทุกปี เพื่อการคัดแยกกลุ่ม ทำให้สามารถกำหนดกิจกรรมการดูแลและป้องกันที่เหมาะสม เป้าหมายคือการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มปกติ และการชะลอภาวะสมองเสื่อมในผู้มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย ด้านการคัดแยก หมายถึง การประเมิน โดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพสมอง 14 ข้อคำถาม ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ กลุ่มมีอาการของภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย และกลุ่มที่สงสัยว่ามีอาการของภาวะสมองเสื่อมมาก

4. ความพร้อมด้านการบันทึกผลการคัดกรองและส่งต่อข้อมูล เป็นการรับรู้ของ อสม. ว่าตนเองมีศักยภาพเพียงพอและมั่นใจที่จะนำข้อมูลผลการคัดกรองและคัดแยกมาบันทึกผลในแบบฟอร์ม เพื่อรวบรวมข้อมูลและส่งข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อไป เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม ทั้งการส่งต่อเพื่อการรักษา การจัดกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน เป็นต้น

5. ความพร้อมด้านการดำเนินการป้องกันเชิงรุก เป็นการรับรู้ของ อสม. ว่า ตนเองมีศักยภาพเพียงพอและมั่นใจที่จะดำเนินกิจกรรมในชุมชนทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล เพื่อป้องกันและดูแลภาวะสมองเสื่อมในชุมชน หรือกิจกรรมที่ช่วยชะลอการดำเนิน โรค อาทิเช่น การจัดให้มีกลุ่มร่ววงชาวบ้าน กลุ่มรำไทเก๊ก กลุ่มหัตถกรรม การประสานงานและทำงานร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ การร่วมกลุ่มทำกิจกรรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองในกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกัน ร่วมสนับสนุนการปฏิบัติ และติดตามผล ตลอดจนร่วมกับภาคีเครือข่ายในการสอน ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเบื้องต้น เป็นต้น

6. ด้านการติดตามและสรุปข้อมูล เป็นการรับรู้ของ อสม. ว่า ตนเองมีศักยภาพเพียงพอและมั่นใจที่จะประเมินการคัดกรองและกิจกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และบันทึกข้อมูลลงในรูปแบบเอกสารหรือฟอร์ม แล้วส่งต่อข้อมูลทั้งหมดแก่ภาคีเครือข่าย เพื่อการประเมินผลการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมร่วมกัน

จากข้างต้น ความพร้อมของ อสม. 6 ด้าน ได้แก่ ความพร้อมด้านการสำรวจและจัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย ด้านการวางแผนและจัดทำแผนการดำเนินงานร่วมกันกับภาคีเครือข่าย ด้านการคัดกรองและคัดแยก ด้านการบันทึกผลการคัดกรองข้อมูล ด้านการดำเนินการป้องกันเชิงรุก และด้านการติดตามและสรุปข้อมูล ซึ่งความพร้อมในด้านต่าง ๆ เหล่านี้ ล้วนแล้วแต่มีปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้ความพร้อมดังกล่าวเกิดขึ้น จึงจำเป็นต้องดำเนินการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมเหล่านั้นเพิ่มเติม เพื่อนำมาซึ่งการส่งเสริมความมั่นใจของ อสม. ให้คัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนได้อย่างเต็มศักยภาพ

ปัจจัยทำนายความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อม

ผู้วิจัยประยุกต์ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition) เนื่องจากมโนทัศน์หลักของทฤษฎีครอบคลุมไปถึงการเปลี่ยนผ่านในระบบองค์กร ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนนโยบายที่ส่งผลกระทบต่อองค์กรและผู้ปฏิบัติงานในองค์กร (Meleis, 2010) จึงทำให้ทฤษฎีนี้สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่กำลังเกิดขึ้น ในแง่ของบทบาทของ อสม. ที่มีการปรับเปลี่ยนเพื่อนำนโยบายสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง ให้เท่าทันกับสถานการณ์ของประเทศที่กำลังเปลี่ยนไป

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition)

การเปลี่ยนผ่าน (Transition) เป็นการตอบสนองของบุคคลในช่วงระยะที่มีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงของบุคคล ครอบครัว ชุมชน องค์กร เหตุการณ์และสิ่งแวดล้อม อาทิเช่น การเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการ สถานภาพ ภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงนโยบายและแนวทางปฏิบัติ เป็นต้น อันมีผลให้บุคคล ครอบครัว ชุมชนและองค์กรต้องปรับตัวจากสถานะเดิมสู่สถานะใหม่ การเปลี่ยนผ่านจึงเป็นกระบวนการที่มีจุดเริ่มต้นและ

จุดสิ้นสุด ซึ่งในแต่ละระยะของการเปลี่ยนผ่านต้องการกลวิธีเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน ดังนั้นการเปลี่ยนผ่านจึงสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลง (Change) และเชื่อมโยงโดยตรงกับพัฒนาการสถานการณ์ ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย กล่าวอีกนัยหนึ่งคือในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นย่อมมีกระบวนการของการเปลี่ยนผ่านเป็นกลไกสำคัญให้บุคคล ครอบครัว ชุมชนและองค์กร สามารถเผชิญหรืออยู่กับการเปลี่ยนแปลงจากสภาวะเดิมที่ไม่สมดุลสู่สภาวะใหม่ได้ (บุญมี ภูค่านัจว, 2557)

ในปี ค.ศ. 2000 เมลิสและคณะ (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias, and Schumacher, 2000) ได้สืบค้นและทบทวนวรรณกรรมทางการพยาบาลตั้งแต่ปี ค.ศ. 1993 ถึง ค.ศ. 1997 และได้พัฒนากรอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน โดยประกอบไปด้วยมโนทัศน์หลัก 4 มโนทัศน์ซึ่งใช้อยู่ในปัจจุบันคือ

1. มโนทัศน์ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ ประเภท รูปแบบและองค์ประกอบของการเปลี่ยนผ่าน (Meleis, 2010)

1.1 ประเภทของการเปลี่ยนผ่าน (Type of transition) มี 4 ประเภท

1.1.1 การเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการ (Developmental transition) เป็นการเปลี่ยนผ่านของบุคคลในวัยต่าง ๆ เช่น การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่วัยรุ่น การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ การเปลี่ยนผ่านเป็นมารดา การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่วัยหมดระดูและการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ เป็นต้น

1.1.2 การเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ (Situational transition) เป็นการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต เช่น การเปลี่ยนระดับการศึกษา การเริ่มเข้าสู่หรือจบออกจากโปรแกรมการศึกษาต่าง ๆ การเรียนหนังสือจบและต้องเริ่มทำงาน การเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทวิชาชีพ เช่น การเปลี่ยนบทบาทจากผู้ปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยเข้าสู่ตำแหน่ง ผู้บริหารหรือการต้องออกจากตำแหน่งผู้บริหาร เป็นต้น

1.1.3 การเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย (health/illness transition) เป็นการเปลี่ยนผ่านที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย และส่งผลกระทบต่อบุคคลและครอบครัว เช่น การเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัด การเข้าสู่บทบาทเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง การหายเครื่องช่วยหายใจการเริ่มรับประทานอาหารทางปากภายหลังจาก ที่ต้องให้อาหารทางสายยางมาเป็นเวลานาน ซึ่งจัดว่าเป็นการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสภาพการเปลี่ยนแปลง จากการรับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นกลับไปพักฟื้นที่บ้าน หรือจากโรงพยาบาลไปสู่ศูนย์ฟื้นฟูสภาพต่าง ๆ หรือการที่ป่วยจากโรงพยาบาล โรคจิต โรคประสาท กลับสู่ชุมชน เป็นต้น

1.1.4 การเปลี่ยนผ่านตามระบบขององค์กร (Organizational transition) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อชีวิตการทำงานของคนในองค์กรและผู้รับบริการ หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมของด้านสังคม เศรษฐกิจการเมืองหรือเป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง

ภายในขององค์กรและมีผลกระทบต่อบุคคลในองค์กรหรือสังคมนั้น เช่น การปรับระบบโครงสร้างขององค์กรใหม่ การเปลี่ยนแปลงผู้นำขององค์กร การเริ่มใช้นโยบายการเมืองการปกครองแบบใหม่ ๆ การเริ่มใช้เทคโนโลยีหรือรูปแบบทางการพยาบาลใหม่ ๆ ในหอผู้ป่วย เป็นต้น แม้ว่ารูปแบบของการเปลี่ยนแปลงอาจแตกต่างกัน แต่สิ่งที่มีความเหมือนกันคือการรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่ใหม่ ซึ่งผู้ที่อยู่ในระบบหรือองค์กรจะต้องปรับตัว เพื่อเรียนรู้ที่จะตอบสนองอย่างเหมาะสมด้วยกระบวนการต่างๆ บทบาทใหม่ที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ปฏิบัติมีความจำเป็นต้องวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนของตนเองให้สัมพันธ์กับการเรียนรู้และประสบการณ์ โดยมีการระบุปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคมหลายประการ ที่เอื้ออำนวยหรือขัดขวางกระบวนการเปลี่ยนผ่าน การเปลี่ยนผ่านที่ได้รับปัจจัยที่เอื้ออำนวย จะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นมากขึ้น กระตือรือร้นต่อการเผชิญกับความท้าทายใหม่ ๆ ตระหนักถึงการเรียนรู้ในด้านบวก ทั้งทางด้านบุคลิกภาพ เช่น รู้สึกถึงความสามารถ ทำให้มีความคิดที่เปิดกว้างและยืดหยุ่น ทำให้เกิดความเชี่ยวชาญ แม้ว่าอาจต้องใช้เวลาสักระยะและไม่ได้ราบรื่นเสมอไป ซึ่งนอกจากตัวบุคคลแล้ว ยังต้องอาศัยการสนับสนุนที่ดีจากทั้งบุคคลและหน่วยงานในองค์กร ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ ความมั่นใจ และการเปลี่ยนแปลงเชิงบวก ซึ่งมีความสำคัญในการเปลี่ยนผ่านสู่บทบาทและอัตลักษณ์ใหม่

1.2 รูปแบบของการเปลี่ยนผ่าน (Pattern of transition) การเปลี่ยนผ่านมีรูปแบบที่สลับซับซ้อนและมีหลากหลายรูปแบบประกอบด้วยรูปแบบเดี่ยว (Single) รูปแบบหลากหลาย (Multiple) รูปแบบที่มีลำดับขั้นตอน (Sequential) รูปแบบที่เกิดขึ้นพร้อมกัน (Simultaneous) และรูปแบบที่ไม่สัมพันธ์กัน (unrelated) ในความเป็นจริง การเปลี่ยนผ่านอาจเกิดขึ้นในบุคคลพร้อม ๆ กัน เช่น การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่วัยรุ่นที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นการเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการ คือ การเข้าสู่วัยรุ่นและการเปลี่ยนผ่านตามภาวะการเจ็บป่วย โดยเข้าสู่การเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งการเปลี่ยนผ่านทั้งสองชนิดซับซ้อนกันอยู่ในบุคคลและเกิดในเวลาเดียวกัน

1.3 องค์ประกอบของการเปลี่ยนผ่าน (Properties of transition) ประกอบด้วย การตระหนักรู้ต่อการเปลี่ยนผ่าน (Awareness) การยอมรับการเปลี่ยนผ่าน (engagement) ความเปลี่ยนแปลงและรู้สึกแตกต่างไปจากเดิม (Change and difference) ช่วงเวลาของการเปลี่ยนผ่าน (Transition time span) และความเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์สำคัญ (Critical point and events)

1.3.1 ความตระหนักรู้ต่อการเปลี่ยนผ่าน หมายถึงการรับรู้ (Perception) ความรู้ (knowledge) และการสำนึก (recognition) ของบุคคลต่อการเปลี่ยนผ่านทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมการเปลี่ยนผ่านเป็นปรากฏการณ์ส่วนบุคคล โดยกระบวนการและผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่านมีความเกี่ยวข้องกับการให้ความหมายของการเปลี่ยนผ่าน การที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ในภาวะของการเปลี่ยนผ่าน บุคคลจะต้องมีความตระหนักรู้ ว่ากำลังมีการเปลี่ยนแปลง

เกิดขึ้น โดยทั่วไประดับความตระหนักรู้จะสัมพันธ์กับระดับของความรู้เกี่ยวกับกระบวนการตอบสนองต่อการเปลี่ยนผ่าน

1.3.2 การยอมรับการเปลี่ยนผ่านเป็นการแสดงออกของบุคคลที่เข้าไปเกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์กับการเปลี่ยนผ่าน และยอมรับการเปลี่ยนผ่านเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน โดยระดับของการตระหนักรู้ต่อการเปลี่ยนผ่าน จะมีความสัมพันธ์กับระดับของการยอมรับการเปลี่ยนผ่าน การยอมรับการเปลี่ยนผ่านจะเกิดขึ้น ไม่ได้ถ้าไม่มีการตระหนักรู้ เช่น สตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรก ถ้าไม่ตระหนักรู้และยอมรับการเปลี่ยนผ่าน หรือขาดความสนใจต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้น อาจไม่ได้ระวังตนเองในการรับประทานยาบางชนิดที่ อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อทารกในครรภ์ได้

1.3.3 ความเปลี่ยนแปลงและรู้สึกแตกต่างไปจากเดิม กล่าวคือการเปลี่ยนผ่านเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยมีการเคลื่อนผ่านจากจุดหนึ่งหรือสถานะหนึ่ง ไปยังอีกจุดหนึ่งหรืออีกสถานะหนึ่ง โดยการเกิดการเปลี่ยนผ่านจะเกิดขึ้นอย่างมีทิศทางและมีการเปลี่ยนแปลงในคุณลักษณะบทบาทความสัมพันธ์ ความสามารถและแบบแผนของพฤติกรรม ความรู้สึกแตกต่างไปจากเดิม อธิบายได้โดยการไม่เคยมีประสบการณ์หรือพบเจอกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Unmet) ความรู้สึกที่แตกต่าง (Feeling different) การยอมรับความแตกต่าง (Being perceived as different) มุมมองที่เปลี่ยนไป (Seeing the world and others in different ways) เป็นต้น

1.3.4 ช่วงเวลาของการเปลี่ยนผ่าน การเปลี่ยนผ่านมีคุณลักษณะของการเคลื่อนไหวหรือไม่อยู่นิ่ง (Flowing and moving over time) โดยการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องใดก็ตาม จะมีโครงสร้างของกระบวนการที่เกิดขึ้นนี้เหมือนกัน คือเริ่มจากระยะที่ 1 ซึ่งเป็นจุดเริ่ม (Entry) ของกระบวนการปรับเปลี่ยนผ่านตามด้วยระยะที่ 2 ซึ่งเป็นระยะการพยายามปรับเปลี่ยนเข้าสู่สถานะใหม่ (Passage) และสิ้นสุดด้วยระยะที่ 3 ซึ่งเป็นระยะสุดท้ายที่เป็นทางออก (Exit) ของกระบวนการเปลี่ยนผ่าน

1.3.5 ความเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์สำคัญ หมายถึงการเปลี่ยนผ่านนั้นเกิดขึ้นพร้อมกับเหตุการณ์สำคัญในชีวิตอื่น ๆ เช่น การเกิดการเจ็บป่วย การเสียชีวิต การหย่าร้าง ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้มีผลต่อองค์ประกอบกล่าวมาข้างต้น ได้แก่ ระดับความตระหนักรู้ต่อการเปลี่ยนผ่าน การเข้าสู่การเปลี่ยนผ่านของบุคคลในกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นในช่วงต่าง ๆ ของชีวิต

2. มโนทัศน์เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (Transition conditions) ประกอบด้วยเงื่อนไขด้านบุคคล ชุมชน และสังคมทั้งเอื้ออำนวยหรือยับยั้งการเปลี่ยนผ่านที่เกิดหรือกำลังจะเกิดขึ้นนั้นให้ผ่านพ้นไปได้โดยง่ายหรือมีความยากลำบาก (Li, 2021; Meleis, 2010)

2.1 เงื่อนไขด้านบุคคล (Personal conditions) ตัวอย่างเช่น

(1) การให้ความหมาย (Meanings) เป็นการตัดสินใจการเปลี่ยนผ่าน ว่า มีผลทางบวกหรือทางลบต่อชีวิตตน ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการเปลี่ยนผ่าน อาจเป็นส่วนเอื้ออำนาจหรือเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนผ่าน

(2) วัฒนธรรม ความเชื่อและทัศนคติ (Cultural beliefs & attitudes) เป็นสิ่งที่แตกต่างกันตามพื้นที่และบริบทของสังคม ซึ่งเงื่อนไขดังกล่าวเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อการตัดสินใจกระทำ ดังนั้นจึงอาจเป็นทั้งส่วนเอื้ออำนาจหรือเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนผ่านได้เช่นกัน

(3) สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (Socioeconomic status) โดยบุคคลที่มีฐานะการเงินที่ดี มีสังคมคอยสนับสนุน ย่อมส่งผลให้บุคคลสามารถผ่านกระบวนการเปลี่ยนผ่านได้โดยง่ายกว่าบุคคลที่มีฐานะที่ยากจนและไม่ได้รับการสนับสนุน

(4) การเตรียมตัวและความรู้ (Preparation & knowledge) เมื่อบุคคลได้รับความรู้จะเป็นแนวทางในการจัดการกับเหตุการณ์ ส่งเสริมให้มีการเปลี่ยนผ่านที่ดี เมื่อบุคคลมีการเตรียมความพร้อมที่ดีและมีความรู้ที่ดี ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความสอดคล้องกับสิ่งที่กำลังเผชิญหรือกำลังเปลี่ยนแปลง บุคคลนั้นจะสามารถผ่านกระบวนการเปลี่ยนผ่านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 เงื่อนไขด้านชุมชน (Community conditions) เป็นการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ย่อมส่งผลให้การเปลี่ยนผ่านประสบความสำเร็จ ก้าวไปข้างหน้าด้วย อุตสาหกิจเชิงบูรณาการที่เหมาะสม ด้วยความสัมพันธ์ที่ดีและการเชื่อมโยงทั้งจากบุคคลและองค์กร สามารถจำแนกเป็น

(1) เงื่อนไขที่เอื้อต่อการเปลี่ยนผ่าน เช่น การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ครอบครัวยุคใหม่และชุมชน การได้รับข้อมูลจำเป็นจากแหล่งข้อมูลทางสุขภาพที่น่าเชื่อถือ คำแนะนำจากบุคคลที่เชื่อถือ บุคคลที่ถือเป็นแบบอย่าง

(2) เงื่อนไขที่ยับยั้งการเปลี่ยนผ่าน เช่น ความจำกัดของทรัพยากร ปัจจัยเอื้อที่ไม่เหมาะสม

2.3 เงื่อนไขด้านสังคม (Society conditions) เป็นลักษณะของสังคมนั้น ซึ่งมีอิทธิพลต่อบุคคล เป็นได้ทั้งการเอื้ออำนาจและอุปสรรคต่อการเปลี่ยนผ่าน เช่น ค่านิยมความไม่เท่าเทียมทางเพศ การมองการเปลี่ยนผ่านว่าเป็นการตีตราจากสังคม ส่งผลต่อการรับรู้และการแสดงออกของบุคคลต่อการดูแลสุขภาพ

3. มโนทัศน์รูปแบบการตอบสนอง (Pattern of response) ประกอบด้วยตัวบ่งชี้เชิงกระบวนการ (Process indicators) และตัวบ่งชี้เชิงผลลัพธ์ (Outcome indicators) เป็นตัวบ่งชี้ว่าการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ว่าเป็นไปได้อย่างสมบูรณ์หรือไม่อย่างไร (Meleis, 2010)

3.1 ตัวบ่งชี้เชิงกระบวนการ (Process indicators) ประกอบด้วยความรู้สึกเชื่อมโยง
ผูกพัน (Feeling connected) การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน (Interacting) สถานที่และการดำรงอยู่
(Location and being situated) และการสร้างความเชื่อมั่นและการจัดการการเปลี่ยนผ่าน
(Developing confidence and coping)

3.1.1 ความรู้สึกเชื่อมโยงผูกพันเป็นหัวใจสำคัญในการเปลี่ยนผ่านในสถานการณ์
ต่าง ๆ เช่น ความรู้สึกเชื่อมโยงผูกพันกับบุคลากรสุขภาพที่สามารถเป็นที่ปรึกษา และไว้วางใจ
เป็นตัวบ่งชี้ส่งเสริมการเปลี่ยนผ่าน

3.1.2 การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลจะก่อให้เกิดสภาพการณ์ที่
ส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเอง และการให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

3.1.3 สถานที่และการดำรงอยู่เป็นความคุ้นชินต่อสถานที่ใหม่หรือสภาวะการณ์
ใหม่ มีความสำคัญอย่างมากต่อประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านของบุคคล ในบางคนหรือบาง
สถานการณ์

3.1.4 การสร้างความเชื่อมั่นและจัดการความเครียด ความเชื่อมั่นเกิดจากความ
เข้าใจการวินิจฉัยการรักษาการฟื้นฟู และการดำรงชีวิตอยู่กับข้อจำกัดตลอด จนแหล่งประ โยชน์
และกลยุทธ์ในการจัดการกับการเปลี่ยนผ่าน

3.2 ตัวบ่งชี้เชิงผลลัพธ์ (Outcome indicators) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากประสบการณ์ การ
เปลี่ยนผ่านประกอบ ด้วย 2 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ การมีทักษะและความชำนาญ (Mastery) และการสร้างอัต
ลักษณ์ใหม่ (Fluid integrative identities)

3.2.1 การมีทักษะและความชำนาญ บ่งชี้การเปลี่ยนผ่านที่ดำเนินไปด้วยดี โดย
บุคคลจะสามารถแสดงพฤติกรรมและทักษะความชำนาญของตน ในการจัดการกับสถานการณ์ใหม่
ซึ่งแสดงถึงความสามารถในการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถจัดการกับอารมณ์ ต่าง ๆ
ได้หรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความรู้สึกแจ่มใสเบิกบานมากขึ้น รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและรู้สึกมี
พลัง สามารถอยู่บทบาทใหม่ได้อย่างแข็งแกร่ง สุขสบายและมีพฤติกรรมที่เป็นปกติ (Mastery of
new behaviors) ซึ่งสามารถใช้ประเมินได้ทั้งการเปลี่ยนผ่านที่เกิดในระดับบุคคลและระดับองค์กร

3.2.2 การสร้างอัตลักษณ์ใหม่ เป็นความสามารถของบุคคลในด้านทักษะ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสถานการณ์ใหม่ และสามารถแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้ มีการ
ปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านของแต่ละบุคคล เป็นความ
ผูกพันของการกระทำใหม่ที่ต่อเนื่องจากการกระทำเก่า เมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นก็จะมีพัฒนา
พฤติกรรม อย่างเปิดเผย ชัดเจน และยอมรับในการเปลี่ยนผ่านเป็นการทำความเข้าใจในชีวิตที่
เกิดขึ้นในสถานที่ใหม่โดยเปรียบเทียบกับอดีต เป็นการแสดงถึงระดับของความเข้าใจของบุคคลใน

การเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น เป็นผลมาจากการหลอมรวมลักษณะของตนเองอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่
 อยู่นิ่งเปลี่ยนแปลงได้

4. มโนทัศน์การบำบัดทางการพยาบาล (nursing therapeutic) เป็นบทบาทของพยาบาลที่
 จะสามารถจัดการช่วยเหลือเพื่อให้ บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ได้อย่างสมบูรณ์และ
 ง่ายขึ้น ประกอบด้วย 3 บทบาท ได้แก่ การประเมินความพร้อมของบุคคล ในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่
 สภาวะใหม่ (Assessment of readiness) การเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ (Preparation
 for transition) และการใช้บทบาทเสริม (role supplementation) (Meleis, 2010)

4.1 การประเมินความพร้อมของบุคคลในการเปลี่ยนผ่าน (Assessment of readiness)
 จะต้องมีความเข้าใจในความเป็นปัจเจกบุคคลว่าบุคคลมีความแตกต่างกัน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ
 อารมณ์สังคมจิตวิญญาณ เศรษฐฐานะ การศึกษา ภูมิหลังและบริบท โดยต้องทำการประเมินทุก
 เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ การประเมินปัจจัยส่วนบุคคลและแหล่งประโยชน์ที่จะเอื้อต่อการ
 เปลี่ยนผ่านเพื่อจะได้ให้การพยาบาลที่เหมาะสมที่จะทำให้บุคคลดำเนินการเปลี่ยนผ่านไปได้ด้วยดี

4.2 การเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ (Preparation for transition)
 ประกอบด้วย 2 ส่วน

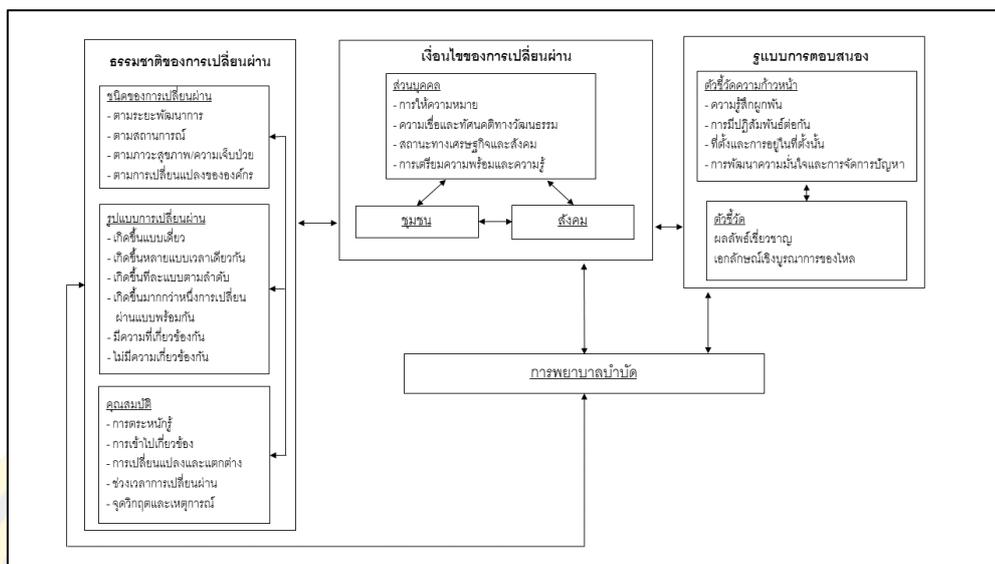
4.2.1 การศึกษา (education) การให้ความรู้หรือพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องกับการ
 เปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่นั้น เป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างภาวะการณ์ที่ดีที่สุด ในการเตรียมเพื่อ
 การเปลี่ยนผ่าน การเตรียมที่ดีจำเป็นต้องมีเวลาเตรียมที่มีประสิทธิภาพที่จะพอให้มองเห็นความ
 รับผิดชอบใหม่และมีทักษะในการปฏิบัติต่อสภาวะการณ์นั้น

4.2.2 สภาพแวดล้อม (environment) เป็นส่วนที่สามารถสร้างขึ้นเพื่อเตรียมความ
 พร้อม ช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่เป็นไปได้อย่างขึ้น

4.3 การใช้บทบาทเสริม (role supplementation) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างจงใจ
 เมื่อบุคคลที่ทำหน้าที่ และมีความสำคัญในเรื่องนั้นมองว่าเกิดการแสดงบทบาทนั้น ๆ ไม่เต็มที่
 หรือไม่ เต็มความสามารถ ซึ่งการใช้บทบาทเสริมประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่

4.3.1 ความชัดเจนของบทบาท (role clarification)

4.3.2 การแสดงบทบาท (role taking)



ภาพที่ 4 ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านในทางการพยาบาล

ที่มา; Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. (Meleis, 2010)

การประยุกต์ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านกับความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะเสื่อมของ อสม.

เมื่อพิจารณาถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ในมโนทัศน์หลักของทฤษฎีการเปลี่ยน จะเห็นได้ว่า มโนทัศน์หลักของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านครอบคลุมปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่กำลังเกิดขึ้นในระบบสุขภาพ ทั้งในระดับประเทศ ระดับชุมชนและระดับบุคคล และสามารถนำไปพัฒนางานวิจัยได้ กล่าวคือ มโนทัศน์ที่ 1 ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน มีส่วนที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของ อสม. ใน ส่วนของประเภทของการเปลี่ยนผ่านตามระบบขององค์กร (Organizational transition) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ภายใต้เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน โดยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (Transition conditions) ประกอบด้วยเงื่อนไขจากบุคคล ชุมชน และสังคมที่ทั้งเอื้ออำนวยหรือยับยั้งการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นนั้น ให้ผ่านพ้นไปได้โดยง่ายหรือมีความยากลำบาก (Meleis, 2010) การตอบสนองต่อการเปลี่ยนผ่านของแต่ละบุคคลนั้นมีความแตกต่างกัน โดยขึ้นอยู่กับเงื่อนไขต่าง ๆ ได้แก่ เงื่อนไขด้านบุคคล (Personal conditions) เช่น การให้ความหมาย (Meanings) ทักษะ (Attitudes) การเตรียมตัวและความรู้ (Preparation & knowledge) เป็นต้น และยังมีเงื่อนไขด้านชุมชน (Community conditions) จำแนกเป็นเงื่อนไขที่เอื้อต่อการเปลี่ยนผ่าน เช่น การได้รับการสนับสนุนจากคู่ครอง ครอบครัวและชุมชน การได้รับข้อมูลจำเป็นจากแหล่งข้อมูลทางสุขภาพที่น่าเชื่อถือ และเงื่อนไขที่เป็นอุปสรรค เช่น ความเครียด เป็นต้น ในการประเมินความ

พร้อมของบุคคลในการเปลี่ยนผ่าน (Assessment of readiness) จะต้องมีความเข้าใจในความเป็นปัจเจกบุคคลว่าบุคคลมีความแตกต่างกัน โดยต้องทำการประเมินเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน ในการศึกษาที่เจื้อนใจที่นำมาประเมิน ได้แก่ การประเมินปัจจัยส่วนบุคคลและแหล่งประโยชน์ที่จะเอื้อต่อการเปลี่ยนผ่าน เพื่อจะได้ให้การสนับสนุนที่เหมาะสมที่จะทำให้ อสม. นั้น ดำเนินการเปลี่ยนผ่านไปได้ด้วยดี

ถึงแม้ว่าทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านจะถูกนำมาใช้อธิบายในหลาย ๆ งานวิจัย ในการเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการและการเจ็บป่วย ซึ่งนำไปสู่การขยายบทบาทการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล แต่การนำไปใช้อธิบายบทบาทในการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ที่เปลี่ยนแปลงตามสภาพสังคมและนโยบายนั้นยังมีไม่มากนัก ซึ่งนโยบายการดูแลภาวะสมองเสื่อมในชุมชนนั้นมีความเฉพาะเจาะจง ซึ่งการเปลี่ยนผ่านตามนโยบายใหม่นี้ อสม. จึงจำเป็นต้องมีความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทดังกล่าว ในการศึกษาที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน โดยใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านมาเป็นกรอบแนวคิด จึงสามารถสรุปปัจจัยที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนได้ทั้งหมด 5 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ การให้ความหมายต่อตนเองและบทบาท ทักษะคิดต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและบทบาท และภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ส่วนปัจจัยด้านสังคม พบว่าภาวะสมองเสื่อมไม่ใช่โรคติดต่อหรือคุกคามผู้อื่น และผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ สังคมจึงมีการรับรู้หรือมุมมองที่มีต่อผู้ที่เจ็บป่วยและการดูแลในทิศทางเดียวกัน ประกอบกับการศึกษานี้ได้ทำการศึกษาในระยะส่งเสริมป้องกัน จึงไม่นำมาพิจารณาเป็นปัจจัยที่ศึกษา ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวคาดว่าจะนำไปสู่ความพร้อมในการจัดการการเปลี่ยนผ่าน หรือในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนของ อสม. ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

การให้ความหมายต่อตนเองและบทบาท

การให้ความหมาย เป็นการให้คำจำกัดความ ให้คุณค่า หรือให้ความสำคัญของบุคคลกับสิ่งต่าง ๆ ที่กำลังเผชิญหรือที่เปลี่ยนแปลงว่า มีผลทางบวกหรือทางลบต่อตนเอง หรือต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นที่มาจากประสบการณ์ของบุคคลนั้น จึงเป็นเงื่อนไขด้านบุคคลที่อาจเป็นส่วนเอื้ออำนวยหรือเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนผ่าน (Meleis, 2010) ซึ่งการให้ความหมายต่อตนเองและบทบาทจึงเป็นความรู้สึกรู้สึกของ อสม. เกี่ยวกับคำจำกัดความ คุณค่า หรือความสำคัญต่อตนเองหรือเหตุการณ์ครอบคลุม 2 ด้าน 1) การให้ความหมายต่อตนเองในฐานะ อสม. และ 2) การให้ความหมายต่อบทบาทการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนที่มาจากประสบการณ์ส่วนบุคคล ซึ่งหากการให้ความหมายนั้นทางบวกหรือเหมาะสมจะเป็นเงื่อนไขสนับสนุนให้มีความพร้อม ในการ

คัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น แต่หากให้ความหมายทางลบหรือไม่เหมาะสมจะเป็นอุปสรรคขัดขวางการดำเนินงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Lazarus et al. (2021) ที่ศึกษาความเต็มใจที่จะเป็นอาสาสมัครและความพร้อมในการปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์ระดับปริญญาตรี ในช่วงการ ระบาดใหญ่ของโควิด-19 ในประเทศอินโดนีเซีย จำนวน 657 ราย พบว่า เมื่อนักศึกษาแพทย์ให้คุณค่าและสำนึกในหน้าที่ ตระหนักว่างานอาสาสมัครในช่วงโควิดนั้นเป็นงานสำคัญ โดยการให้ความหมายไปในทิศทางลบ ส่งผลต่อความเต็มใจที่จะเป็นอาสาสมัครและมีความพร้อมลดลง ($P < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษา อโนชา ทศนาธนะชัย และคณะ (2563) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจังหวัดชลบุรี จำนวน 310 ราย พบว่า การให้ความหมายในมุมมองเชิงบวกเกี่ยวกับตนเองการดูแลสามารถร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลได้ ($\beta = .153, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาวรรณ พุทธิรักษ์ (2564) ที่ศึกษาความพร้อมของผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จำนวน 120 ราย พบว่า การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในด้านลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.328, p < .001$)

ทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท

ทัศนคติ เป็นความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ ทั้งในทางลบหรือทางบวก เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย ซึ่งแตกต่างกันตามพื้นที่และบริบทของสังคม ซึ่งเงื่อนไขด้านบุคคลที่ส่งผลต่อความพร้อมที่จะตัดสินใจกระทำ (Meleis, 2010) ทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาทของ อสม. จึงเป็นความคิดเห็นของ อสม. ที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ ในทางลบหรือทางบวก เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย ซึ่งแตกต่างกันตามพื้นที่และบริบทของสังคม ครอบคลุม 2 ด้าน ได้แก่ 1) ทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อม และ 2) ทัศนคติต่อบทบาทการปฏิบัติการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน เมื่อ อสม. มีทัศนคติที่ดี มองเห็นว่าการปฏิบัติบทบาทการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนนั้นดี และมีประโยชน์ จะทำให้ อสม. ตัดสินใจกระทำบทบาทนั้นด้วยความเต็มใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐรดา แสคำ และคณะ (2563) ที่ศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะ สมองเสื่อมของ อสม. จำนวน 240 ราย พบว่า ทัศนคติของ อสม. ที่มีต่อการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ($r = .344, p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ วรณรัตน์ ลาวัจ และคณะ (2564) ความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชนใน จังหวัดชลบุรี จำนวน 197 ราย พบว่าทัศนคติต่อโรคจิตเวชสามารถร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชน ($\beta = .367, p < .001$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของของ นิษชาธิ์ พิริยจรัสชัย (2561) ศึกษาความพร้อมของผู้ดูแลใน

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน จำนวน 117 ราย พบว่าทัศนคติของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .220, p < .05$)

ความรู้ต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท

ความรู้ เป็นความเข้าใจของบุคคลต่อเรื่องนั้น ๆ เมื่อบุคคลได้รับความรู้จะเป็นแนวทางในการจัดการกับเหตุการณ์ ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความสอดคล้องกับสิ่งที่กำลังเผชิญหรือกำลังเปลี่ยนแปลง และส่งเสริมให้มีการเปลี่ยนผ่านที่ดี (Meleis, 2010) ความรู้ต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาทของ อสม. จึงเป็นความเข้าใจของ อสม. เกี่ยวกับการทำหน้าที่ตามบทบาทการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อม เป็นสิ่งที่ส่งสมมาจากการศึกษาค้นคว้าหรือประสบการณ์รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะ ความเข้าใจหรือสารสนเทศ ที่ได้รับมาจากสิ่งที่ได้รับมาจากการได้ยินได้ฟัง การคิดหรือการปฏิบัติที่ผ่านกระบวนการคิดเปรียบเทียบเชื่อมโยงกับความรู้อื่นจนเกิดเป็นความเข้าใจและนำไปใช้ประโยชน์ในการสรุปและตัดสินใจในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐรดา แสคำ (2563) ศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะ สมองเสื่อมของ อสม. จำนวน 240 ราย พบว่า ความรู้ในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ($r = .170, p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิษชาธิ์ พริยจรัสชัย (2561) ศึกษาความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 117 ราย ที่พบว่า ความรู้ในการดูแลทำให้ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ($r = .348, p < .05$) และยังสอดคล้องกับ นิชนันท์ สุวรรณกฎ และคณะ (2564) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดอุบลราชธานี ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 ราย ที่พบว่า ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของ อสม.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .228, < .01$) ถึงแม้ว่าความรู้จะไม่สามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของ อสม.ได้ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ DSK Cheung (2022) ที่ศึกษาผลของการเข้าร่วมอบรมและอาสาสมัครกับครอบครัวของผู้มีภาวะสมองเสื่อมต่อความรู้และทัศนคติของอาสาสมัครต่อภาวะสมองเสื่อม จำนวน 107 ราย พบว่า ความรู้ทำให้ระดับแรงจูงใจในการเป็นอาสาสมัครต่อภาวะสมองเสื่อมลดลง ($\beta = -.18, p = .038$)

ภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพ ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของ อสม. ที่มีต่อภาพรวมของภาวะสุขภาพของตนเอง ทั้งร่างกายและจิตใจว่ามีความสมบูรณ์มากน้อยเพียงใด หาก อสม. รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพที่ดีส่งผลให้มีความกังวลและความเครียดในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมลดลง

ทำให้เกิดความพร้อมในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรดา แสคำ และคณะ (2563) ที่ศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. จำนวน 240 ราย พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ($r = .173$, $p < .01$) แต่หาก อสม. มีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีจะทำให้เกิดความกังวลและความเครียดขึ้น ซึ่งความเครียดส่งผลทำให้เกิดความพร้อมลดลงในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ นิชชารีย์ พิริยจรัสชัย (2561) ที่ศึกษาความพร้อมของผู้ดูแลในกำดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน จำนวน 117 ราย พบว่า ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางลบกับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.429$, $p < .05$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อโนชา ทศนาชนชัย และคณะ (2563) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชของญาติผู้ดูแลจังหวัดชลบุรี จำนวน 310 ราย พบว่า ปัญหาสุขภาพกายของผู้ดูแลมีผลทำให้ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลลดลง ($\beta = -.237$, $p < .001$)

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของบุคคลว่า ตนเองได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุน เช่น การได้รับข้อมูลจำเป็นจากแหล่งข้อมูลทางสุขภาพที่น่าเชื่อถือ คำแนะนำจากบุคคลที่เชื่อถือ บุคคลที่ถือเป็นแบบอย่างจากคนรอบข้าง ทั้งจากคู่มือ ครอบครัว และชุมชนในการทำสิ่งต่าง ๆ หากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคม ย่อมส่งผลให้การเปลี่ยนผ่านประสบความสำเร็จก้าวไปข้างหน้าด้วย แต่หากมีข้อจำกัดของทรัพยากรหรือการสนับสนุน จะไม่เอื้อให้บุคคลดังกล่าวพร้อมและไม่สามารถเปลี่ยนได้ (Meleis, 2010) การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นการรับรู้ของ อสม. ที่มีต่อการได้รับความช่วยเหลือหรือสนับสนุนในการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติกรบทบาทการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนจากเครือข่ายทางสังคมว่ามีมากน้อยเพียงใด

กรอบคิด 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และด้านการประเมินผล

เมื่อ อสม. รับรู้ได้ถึงความช่วยเหลือสนับสนุนจะทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์กันด้วยความมั่นคง ส่งให้อสม. มีความพร้อมที่จะปฏิบัติบทบาทนี้ด้วยความมั่นใจ สอดคล้องกับการศึกษา ฉัตรดา แสคำ (2563) ที่ศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะ สมองเสื่อมของ อสม. จำนวน 240 ราย พบว่า การสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ($r = .525$, $p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิชนันท์ สุวรรณกฎ และคณะ (2564) ที่ศึกษาสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 397 ราย พบว่า การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ ($\beta = .188$, $p < .01$) และการสนับสนุนของครอบครัว ($\beta = .160$, $p < .01$) สามารถทำนาย

สมรรถนะของ อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ ฉิมชาวีร์ พิริยจรัสชัย (2561) ศึกษาความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน จำนวน 117 ราย ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ

สรุป

ภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อสมองทำให้การทำหน้าที่ลดลง ส่งผลให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน และหากการดำเนินโรคไปถึงระยะสุดท้าย จะทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงและจำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด มีผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน จากความรุนแรงของปัญหาจึงจำเป็นต้องมีการจัดการภาวะสมองเสื่อมที่เหมาะสม โดยเฉพาะการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ ผ่านความร่วมมือของ อสม. ที่ได้รับการยอมรับและมีความใกล้ชิดกับประชาชน การพัฒนาความพร้อมของ อสม. จึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญ เพราะเมื่อ อสม. มีความพร้อมจะทำให้ประเมินผู้มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างถูกต้องและมั่นใจ สามารถให้คำแนะนำเบื้องต้นแก่ประชาชนในการป้องกันและสังเกตอาการผิดปกติ เพื่อการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมได้ตั้งแต่ระยะการเกิดความรู้คิดบกพร่องในระดับเล็กน้อย รวมถึงสามารถส่งต่อเพื่อการประเมินเพิ่มเติมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ในการอธิบายความพร้อมในการศึกษานี้ จึงประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านมาเป็นกรอบแนวคิด ซึ่งมีโน้ตหลักของทฤษฎีนั้นครอบคลุมการเปลี่ยนผ่านของระบบองค์กร ถึงแม้ว่าทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านจะถูกนำมาใช้อธิบายในหลาย ๆ งานวิจัยในการเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการและการเจ็บป่วย แต่การนำไปใช้อธิบายบทบาทในการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ที่เปลี่ยนแปลงตามสภาพสังคมและนโยบายนั้นยังมีไม่มากนัก ในการปฏิบัติบทบาทตามการเปลี่ยนผ่านตามนโยบายใหม่นี้ จากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษานี้สรุปปัจจัยที่คาดว่าจะร่วมทำนายความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ การให้ความหมายต่อตนเองและบทบาท ทักษะคิดต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและบทบาท และภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรอง และป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน จังหวัดชลบุรี ซึ่งมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population)

เป็น อสม. ที่ขึ้นทะเบียนแล้วและผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐาน อสม. ของ กระทรวงสาธารณสุขและยังคงปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดชลบุรี ณ วันที่ 26 ตุลาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 13,789 คน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2564)

กลุ่มตัวอย่าง (Sample)

เป็น อสม. ขึ้นทะเบียนแล้วและผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐาน อสม. ของ กระทรวงสาธารณสุขและยังคงปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดชลบุรีที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 20 – 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ปฏิบัติงานในหน้าที่ อสม. อย่างน้อย 1 ปี

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ มีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้เพียงพอต่อการหาอิทธิพล โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Regression analysis) ผู้วิจัยคำนึงถึงการควบคุมความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 ด้วยวิธีการวิเคราะห์อำนาจในการทดสอบ (Power analysis) จากโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power 3.1.9.4 (Faul, Erdfelder, Buchner and Lang, 2009) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Alpha) ที่ .01 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .95 และค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.13 โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากผลการศึกษาที่ผ่านมาของฉัตรดา แสคำ (2563) ที่พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับความพร้อมของ อสม. ในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม เมื่อนำมาคำนวณที่จำนวนตัวแปรอิสระ 5 ตัว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 181 ราย เนื่องจากผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ตอบด้วยตัวเอง จึงมีโอกาสไม่สมบูรณ์และคลาดเคลื่อนได้มาก เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์และความคลาดเคลื่อนของข้อมูล จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 20 ของที่คำนวณได้ (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2553) ดังนั้น การศึกษานี้จึงวางแผนเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 217 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน(Multi-stage Sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มอำเภอตัวอย่าง

ในจังหวัดชลบุรี ครอบคลุมพื้นที่ 10 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองชลบุรี อำเภอพนัส นิคม อำเภอพานทอง อำเภอบ้านบึง อำเภอสรีราชา อำเภอเกาะจันทร์ อำเภอบ่อทอง อำเภอหนองใหญ่ อำเภอบางละมุง และอำเภอสัตหีบ เนื่องจาก อสม.ของทั้ง 10 อำเภอ มีบริบทที่ใกล้เคียงกัน ด้วยจังหวัดชลบุรีมีทั้งนิคมอุตสาหกรรม เมืองท่องเที่ยว ชุมชนเกือบทั้งหมดจึงตั้งอยู่ในเขตเมือง จึงมีนโยบายและแนวทางการจัดการภาวะสมองเสื่อมเป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมทั้งลักษณะการปฏิบัติงานของ อสม.ที่คล้ายคลึงกัน แต่ไม่นับรวมอำเภอเกาะสีชังเนื่องจากบริบทความเฉพาะแตกต่างออกไป (ไพเราะ ภัทรธรรมกุล, 2562) หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากชื่ออำเภอร้อยละ 50 ของอำเภอทั้งหมดได้ 5 อำเภอ ตัวอย่าง ได้แก่ อำเภอเมืองชลบุรี อำเภอพนัสนิคม อำเภอสรีราชา อำเภอบางละมุง และอำเภอสัตหีบ

ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มหน่วยปฐมภูมิตัวอย่าง

จากขั้นตอนที่ 1 หน่วยปฐมภูมิที่รับผิดชอบดูแล อสม.ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ผู้วิจัยดำเนินการเลือกหน่วยปฐมภูมิอำเภอละ 2 แห่ง คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากชื่อหน่วยปฐมภูมิ ได้หน่วยปฐมภูมิตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 10 แห่ง จากหน่วยงานปฐมภูมิทั้งในและนอกระบบราชการ ซึ่งถึงแม้ว่าจะมีโครงสร้างที่แตกต่างกัน แต่มีนโยบายและระบบการทำงานมีความเหมือนกัน ได้แก่ รพ.สต.บ้านสวน และ รพ.สต.เหมือง (อำเภอเมืองชลบุรี) ศูนย์บริการสาธารณสุขเมืองพนัสนิคม และ รพ.สต.ท่าข้าม (อำเภอพนัสนิคม) ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครแหลมฉบัง และ รพ.สต.บางพระ (อำเภอสรีราชา) รพ.สต.โรงโม่ และ รพ.สต. ตะเคียนเตี้ย (อำเภอบางละมุง) ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลสัตหีบ และ รพ.สต. บางเสร่ (อำเภอสัตหีบ)

ขั้นตอนที่ 3 การสุ่ม อสม.ตัวอย่าง

จากขั้นตอนที่ 2 แต่ละหน่วยปฐมภูมิตัวอย่างมีทะเบียน อสม.ที่ปฏิบัติหน้าที่ ผู้วิจัยดำเนินการโดยประสานงานพยาบาลผู้รับผิดชอบงาน อสม. เพื่อพิจารณาคัดเลือก อสม.ในพื้นที่ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นจึงดำเนินการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากตามสัดส่วนของ อสม.ในแต่ละหน่วยปฐมภูมิตัวอย่าง และประสานกลุ่ม อสม. ตัวอย่าง เพื่อถามความสมัครใจในเบื้องต้น และดำเนินการเก็บข้อมูลตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 217 คน ตามแผนที่วางไว้

ตารางที่ 5 จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนที่คำนวณได้แยกตามอำเภอและตำบล ในจังหวัดชลบุรี

อำเภอ ตัวอย่าง	หน่วยปฐมภูมิตัวอย่าง	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
		อสม.	อสม.
เมืองชลบุรี	รพ.สต. บ้านสวน	301	32
	รพ.สต. เหมือง	197	21
พนัสนิคม	ศูนย์บริการสาธารณสุขเมืองพนัสนิคม	99	11
	รพ.สต. ท่าข้าม	60	6
ศรีราชา	ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครแหลมฉบัง	401	42
	รพ.สต. บางพระ	134	15
บางละมุง	รพ.สต. โรงโป๊ะ	198	21
	รพ.สต. ตะเคียนเตี้ย	188	20
สัตหีบ	ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลสัตหีบ	320	35
	รพ.สต. บางเสร่	133	14
รวม		2,031	217

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ให้ อสม. กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง (Self-report questionnaire) ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน

เป็นแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว และภาวะสุขภาพ 2) ข้อมูลประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในครอบครัว ได้แก่ การมีหรือเคยมีสมาชิกในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อม และประสบการณ์การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในครอบครัว และ 3) ข้อมูลประสบการณ์เกี่ยวกับการเป็น อสม. และการดูแลภาวะสมองเสื่อมในชุมชน ได้แก่ ระยะเวลาการทำงาน ประสบการณ์การดูแลภาวะสมองเสื่อมในชุมชน และการอบรมเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

เป็นแบบประเมินการรับรู้ของ อสม. ว่า ตนเองมีศักยภาพเพียงพอและมั่นใจที่จะปฏิบัติได้ตามขอบเขตและบทบาทการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนมากน้อยเพียงใด ซึ่งสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการสำรวจและจัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย 2) ด้านการวางแผนและจัดทำแผนการดำเนินงานร่วมกันกับภาคีเครือข่าย 3) ด้านการคัดกรองและคัดแยก 4) ด้านการบันทึกผลการคัดกรองและส่งต่อข้อมูล 5) ด้านการดำเนินการป้องกันเชิงรุก และ 6) ด้านการติดตามและสรุปข้อมูล ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ กำหนดคะแนน ตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- | | | |
|---------------------------|---------|---|
| 1 คะแนน = พร้อมน้อยที่สุด | หมายถึง | อสม. รับรู้ว่า ตนเองมีศักยภาพเพียงพอและมั่นใจที่จะปฏิบัติตามข้อคำถามนั้นน้อยที่สุดหรือไม่ได้เลย |
| 2 คะแนน = พร้อมน้อย | หมายถึง | อสม. รับรู้ว่า ตนเองมีศักยภาพเพียงพอและมั่นใจที่จะปฏิบัติตามข้อคำถามนั้นน้อย |
| 3 คะแนน = พร้อมปานกลาง | หมายถึง | อสม. รับรู้ว่า ตนเองมีศักยภาพเพียงพอและมั่นใจที่จะปฏิบัติตามข้อคำถามนั้นปานกลาง |
| 4 คะแนน = พร้อมมาก | หมายถึง | อสม. รับรู้ว่า ตนเองมีศักยภาพเพียงพอและมั่นใจที่จะปฏิบัติตามข้อคำถามนั้นมาก |

5 คะแนน = พร้อมมากที่สุด หมายถึง อสม. รับรู้ว่าคุณภาพเพียงพอและ
มั่นใจที่จะปฏิบัติตามข้อกำหนดนั้นมากที่สุด

การแปลผล คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 18 - 90 คะแนน หากคะแนนสูง หมายถึง อสม. มีความพร้อมการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนมาก เกณฑ์การแปลผลเพื่อการ
พรรณนาแบ่งเป็น 5 ระดับ (รัตนศิริ ทาโต, 2561) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง อสม. มีความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง อสม. มีความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง อสม. มีความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง อสม. มีความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง อสม. มีความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

3.1 แบบสอบถามการให้ความหมายต่อตนเองและบทบาท เป็นแบบประเมินความรู้สึก
ของ อสม. เกี่ยวกับคำจำกัดความ คุณค่า หรือความสำคัญต่อตนเองหรือเหตุการณ์ ซึ่งประเมินโดย
ใช้แบบสอบถามการให้ความหมายต่อตนเองและบทบาท ที่สร้างขึ้นจากการการทบทวน
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ครอบคลุม 2 ด้าน ได้แก่ 1) การให้ความหมาย
ต่อตนเองฐานะ อสม. และ 2) การคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน ลักษณะคำตอบ
เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ กำหนดคะแนน ตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดยมี
เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1 คะแนน = น้อยที่สุด หมายถึง อสม. รู้สึกตรงกับ ข้อคำถามนั้นน้อยที่สุด

2 คะแนน = น้อย หมายถึง อสม. รู้สึกตรงกับ ข้อคำถามนั้นน้อย

3 คะแนน = ปานกลาง หมายถึง อสม. รู้สึกตรงกับ ข้อคำถามนั้นปานกลาง

4 คะแนน = มาก หมายถึง อสม. รู้สึกตรงกับ ข้อคำถามนั้นมาก

5 คะแนน = มากที่สุด หมายถึง อสม. รู้สึกตรงกับ ข้อคำถามนั้นมากที่สุด

การแปลผล คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10 - 50 คะแนน หากคะแนนสูง หมายถึง อสม. ให้
ความหมายและคุณค่าต่อตนเองและการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนอยู่ในระดับ
มากหรือทิศทางบวก เกณฑ์การแปลผลเพื่อใช้ในการพรรณนาข้อมูล ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง อสม. ให้ความหมายต่อตนเองและบทบาทในระดับ
น้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง อสม. ให้ความหมายต่อตนเองและบทบาทในระดับ
น้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50	หมายถึง อสม. ให้ความหมายต่อตนเองและบทบาทในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50	หมายถึง อสม. ให้ความหมายต่อตนเองและบทบาทในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00	หมายถึง อสม. ให้ความหมายต่อตนเองและบทบาทในระดับมากที่สุด

3.2 แบบสอบถามทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท เป็นการประเมินความรู้สึกหรือความคิดเห็นของ อสม. ว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย ซึ่งสร้างขึ้นจากการการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกจำนวน 5 ข้อ และเป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางลบจำนวน 5 ข้อ ครอบคลุม 2 ด้าน ได้แก่ 1) ทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อม และ 2) ทัศนคติต่อการปฏิบัติการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ กำหนดคะแนน ตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1 คะแนน = น้อยที่สุด	หมายถึง อสม. เห็นด้วยกับข้อคำถามนั้นน้อยที่สุด
2 คะแนน = น้อย	หมายถึง อสม. เห็นด้วยกับข้อคำถามนั้นน้อย
3 คะแนน = ปานกลาง	หมายถึง อสม. เห็นด้วยกับข้อคำถามนั้นปานกลาง
4 คะแนน = มาก	หมายถึง อสม. เห็นด้วยกับข้อคำถามนั้นมาก
5 คะแนน = มากที่สุด	หมายถึง อสม. เห็นด้วยกับข้อคำถามนั้นมากที่สุด

การแปลผล คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10 - 50 คะแนน หากคะแนนสูง หมายถึง อสม. มีต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาทการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนอยู่ในระดับดีหรือทางบวก ส่วนเกณฑ์การแปลผลเพื่อการพรรณนาแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50	หมายถึง อสม. มีทัศนคติที่ดีต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาทน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50	หมายถึง อสม. มีทัศนคติที่ดีต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาทน้อย
คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50	หมายถึง อสม. มีทัศนคติที่ดีต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาทปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50	หมายถึง อสม. มีทัศนคติที่ดีต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาทมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง อสม. มีทัศนคติที่ดีต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาทมากที่สุด

3.3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและบทบาท เป็นการประเมินความเข้าใจของ อสม. เกี่ยวกับการทำหน้าที่ตามบทบาทการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ครอบคลุม 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านผู้มีภาวะสมองเสื่อม และ 2) ด้านการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อม การตอบแบบทดสอบให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความเข้าใจมากที่สุด ลักษณะคำตอบมี 2 ตัวเลือก และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบถูก ให้ 1 คะแนน

ตอบผิด ให้ 0 คะแนน

การแปลผล คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 10 คะแนน หากคะแนนสูง แสดงว่า อสม. มีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและบทบาทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมดีเกณฑ์ในการแปลผลเพื่อการพรรณานาความรู้ แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ (Best & Khan, 2006) มีดังนี้

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง อสม. มีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและบทบาทในระดับต่ำ

คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 หมายถึง อสม. มีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและบทบาทในระดับปานกลาง

คะแนนอย่างน้อยร้อยละ 80 หมายถึง อสม. มีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและบทบาทในระดับสูง

3.4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เป็นการประเมินการรับรู้ของ อสม. ต่อการได้รับความช่วยเหลือหรือสนับสนุนต่อการเตรียมความพร้อม ในการปฏิบัติการบทบาทการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนจากเครือข่ายทางสังคม โดยมีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมินผล ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับกรรับรู้มากที่สุด มีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1 คะแนน = น้อยที่สุด หมายถึง อสม. เห็นด้วยกับข้อคำถามนั้นน้อยที่สุด

2 คะแนน = น้อย หมายถึง อสม. เห็นด้วยกับข้อคำถามนั้นน้อย

3 คะแนน = ปานกลาง หมายถึง อสม. เห็นด้วยกับข้อคำถามนั้นปานกลาง

4 คะแนน = มาก หมายถึง อสม. เห็นด้วยกับข้อคำถามนั้นมาก

5 คะแนน = มากที่สุด หมายถึง อสม. เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด
 การแปลผล คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 16 - 80 คะแนน หากคะแนนสูง หมายถึง อสม. ระบุว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนอยู่ในระดับมาก ส่วนเกณฑ์การแปลผลเพื่อการพรรณนาแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50	หมายถึง	อสม. ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อยมาก
คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50	หมายถึง	อสม. ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50	หมายถึง	อสม. ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50	หมายถึง	อสม. ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00	หมายถึง	อสม. ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมดจะถูกนำไปตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) เพื่อให้ได้สาระตรงกับสิ่งที่ต้องการมากที่สุด โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาผู้สูงอายุจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาเวชปฏิบัติชุมชน หรือพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในชุมชนจำนวน 2 ท่าน โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเรียบร้อย ความชัดเจนของภาษาให้ตรงตามนิยามศัพท์ของการศึกษา และความตรงตามเนื้อหา ภายหลังจากตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและให้ข้อเสนอแนะแล้ว ผู้วิจัยจึงจะนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำไปคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index [CVI]) โดยเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2553) ดังตารางที่ 6 ก่อนการนำไปทดลองใช้และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน

30 ราย แล้วจึงนำมาคำนวณเพื่อวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) และใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ซึ่งเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ 0.70 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร, 2553) ดังตารางที่ 9 และ 10 ก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล

ตารางที่ 6 ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	ค่าความตรงของเนื้อหา (CVI)	ค่าความเชื่อมั่น
แบบสอบถามความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน	0.94	0.97
แบบสอบถามการให้ความหมายต่อตนเองและบทบาท	0.98	0.89
แบบสอบถามทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท	0.98	0.82
แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและบทบาท	0.92	0.73*
แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	0.99	0.93

หมายเหตุ ค่าความเชื่อมั่นคำนวณด้วยสูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้มีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยทำหน้าที่ดำเนินการในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้ระยะเวลา 4 เดือน (เดือนสิงหาคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565) ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

หลังจากผู้วิจัยเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เครื่องมือการวิจัยและได้รับการอนุมัติจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

1.1 ดำเนินการส่งจดหมายจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีเพื่อดำเนินการตามระบบ หลังจากที่ผู้อำนวยการหน่วยปฐมภูมิตัวอย่างได้รับหนังสือขออนุญาตลงเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยจึงเข้าพบเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการทำการศึกษาวิจัยในพื้นที่ที่ขอความร่วมมือ เพื่อการอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลของ อสม.กลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ตามวันและเวลาที่วางแผนไว้

1.2 หลังจากนั้นผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่หน่วยปฐมภูมิตัวอย่างด้วยตนเองและการโทรศัพท์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนรายละเอียดของแบบสอบถาม

และขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่หน่วยปฐมภูมิในการสุ่ม อสม.ตัวอย่างในบัญชีรายชื่อของแต่ละหน่วยปฐมภูมิตัวอย่าง รวมไปถึงประสานงานภายในชุมชนเพื่อการนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง โดยสอบถาม อสม.ตัวอย่างถึงช่วงวันและเวลาที่สะดวก แล้วนัดหมายการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

2. ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บข้อมูล

2.1 ในการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูล เริ่มจากผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ตามวันและเวลาที่นัดหมายไว้ และแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล อธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามและชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามข้อสงสัย และเมื่อกลุ่มตัวอย่างให้การยินยอมแล้วจึงให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยและหลังจากนั้นจึงเริ่มทำแบบสอบถาม

2.2 ผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามในซองที่ปิดแสงสีน้ำตาลให้กับกลุ่มตัวอย่าง แล้วให้แต่ละคนทำแบบสอบถามด้วยตนเอง ชี้แจงส่วนประกอบและรายละเอียดของแบบสอบถามที่ใช้ โดยใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที ซึ่งตอบคำถามทั้งหมดให้ครบในครั้งเดียวเมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเสร็จสมบูรณ์จึงนำแบบสอบถามใส่ซองปิดผนึกคืนให้ผู้วิจัย

2.3 ผู้วิจัยตรวจสอบแบบสอบถามโดยทั้งหมด เพื่อให้ได้ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ 217 ราย ภายหลังจากตรวจสอบข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์ มีความสมบูรณ์จำนวน 192 ราย (ร้อยละ 88.5 ของกลุ่มตัวอย่าง) แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติตามขั้นตอนต่อไป

ทั้งนี้ ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างทุกคน ต้องปฏิบัติตนในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 ดังนี้

1. ก่อนการเก็บข้อมูลต้องดำเนินการคัดกรองความเสี่ยง โรค COVID-19 เบื้องต้นก่อนการเก็บข้อมูล ทั้งการวัดอุณหภูมิกายและสอบถามประวัติเสี่ยง
2. ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างทุกคนต้องสวมหน้ากากอนามัยก่อนและขณะการให้ข้อมูล
3. ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างเว้นระยะห่าง 2 เมตร ในขณะที่เก็บข้อมูล
4. ผู้วิจัยเตรียมแอลกอฮอล์เจล สำหรับกลุ่มตัวอย่างและผู้เกี่ยวข้องทุกคน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัยและเครื่องมือวิจัย เพื่อขอรับความเห็นชอบในการดำเนินการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา
2. แนะนำตัวผู้วิจัย รวมทั้งชี้แจงข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย การเคารพสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยชี้แจง ให้ทราบถึง

สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ตามความสมัครใจว่าจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงานแต่อย่างใด และสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล ข้อมูลจะเก็บไว้เป็นความลับโดยจะใช้เลขรหัสแทนชื่อนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ขอความร่วมมือลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. การรักษาความลับของข้อมูล โดยข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับตลอดช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยและวิเคราะห์ผล โดยข้อมูลการแสดงผลและข้อมูลส่วนบุคคลนั้นผู้วิจัยจะเก็บไว้ในตู้ที่มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่มีกุญแจเปิดได้ และข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัย ซึ่งมีเพียงผู้วิจัยเข้าถึงเพียงผู้เดียว การนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นแบบภาพรวม โดยคำตอบนั้นจะนำมาใช้เฉพาะในการศึกษานี้เท่านั้น การทำลายข้อมูลจะกระทำหลังจากผลการวิจัยมีการเผยแพร่และตีพิมพ์แล้ว เว้นแต่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลดังกล่าวโดยได้อนุญาตไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ได้มาซึ่งผลลัพธ์หลักของการวิจัย ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน และข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อแจกแจงความถี่ ช่วงคะแนน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean, M) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, SD)

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การให้ความหมายต่อตนเองและบทบาท ทักษะคิดต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและบทบาท และภาวะสุขภาพ ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ (Stepwise multiple regression) โดยกำหนดนัยสำคัญ ที่ระดับ .05 ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดคสัญลักษณ์แต่ละตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ดังนี้

X1	หมายถึง	การให้ความหมายต่อตนเองและบทบาท
X2	หมายถึง	ทักษะคิดต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท
X3	หมายถึง	ความรู้ต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท
X4	หมายถึง	ภาวะสุขภาพ
X5	หมายถึง	การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

Y	หมายถึง	ความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อม
R	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ
R ²	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย
Adjusted R ²	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยที่มีการเปลี่ยนจากค่าเดิมเมื่อเพิ่มตัวแปรอิสระทีละตัว
SE. B	หมายถึง	ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์การถดถอย
B	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรอิสระในรูปของคะแนนมาตรฐาน
β	หมายถึง	ค่ามาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอย
T	หมายถึง	ค่าสถิติและค่าความน่าจะเป็นของการทดสอบ T สำหรับทดสอบว่าตัวแปรอิสระใดควรนำไปใช้ในสมการได้บ้าง

เมื่อทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ดังนี้

2.1 ตัวแปรตาม คือ ความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อม เป็นระดับอันดับภาคชั้น (Interval scale) และมีการแจกแจงปกติ (Normal distribution)

2.2 ตัวแปรต้น ทั้งหมด 5 ตัวแปร ได้แก่ การให้ความหมายต่อตนเองและบทบาททัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและบทบาท และภาวะสุขภาพ เป็นระดับอันดับภาคชั้น (Interval scale) และมีการแจกแจงปกติ (Normal distribution)

2.3 ตัวแปรต้นเป็นอิสระต่อกันไม่มีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูงจนเกิดภาวะ Multicollinearity โดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) พบว่า ไม่มีตัวแปรต้นคู่ใดมีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง (ค่า $r < .85$) ดังตารางที่ 17 ที่แสดงรายละเอียดในภาคผนวก

2.4 ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบความคลาดเคลื่อนด้วย Plot normal curve ของค่า Residual มีการกระจายปกติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.0

2.5 ค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน (ไม่มี Autocorrelation) ด้วยการวิเคราะห์ค่า Durbin-watson ถ้ามีค่าอยู่ระหว่าง 1.5 – 2.5 แสดงว่า ค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน สำหรับการวิจัยนี้มีค่า Durbin-watson เท่ากับ 1.69

2.6 ไม่มี Multivariate outliers พิจารณาการกระจายระหว่างค่าทำนายที่ได้จากสมการแล้วแปลงเป็น Z-score กับค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการทำนาย และแปลงเป็น Z-score ทุกค่าอยู่ในช่วง ± 3

2.7 ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนเป็นค่าคงที่ (Homoscedasticity) โดยพิจารณาจากแผนภาพการกระจาย Scatterplot ระหว่างค่าความคลาดเคลื่อน (Regression standardized residual) กับค่าที่ทำนายได้ (Regression standardized predicted value) พบว่า การกระจายของจุดมีความสมมาตร และทุกค่าอยู่ในช่วง ± 3



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็น อสม. ที่ยังปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดชลบุรีและที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ภายหลังจากตรวจสอบข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์ มีความสมบูรณ์จำนวน 192 ราย (ร้อยละ 88.5 ของกลุ่มตัวอย่างที่วางแผน) ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอผลเป็นแบบบรรยายประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลพื้นฐานของ อสม. ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างนำเสนอเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร 2) ข้อมูลประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในครอบครัว 3) ข้อมูลประสบการณ์เกี่ยวกับการเป็น อสม. และการดูแลภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

1.1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร

อสม. ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 26 – 59 ปี ($M = 52.3$, $SD = 5.9$) ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย อายุอยู่ในช่วง 45 – 59 ปี (ร้อยละ 91.1) และเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.7) โดยมีสถานภาพสมรส/คู่มากที่สุด (ร้อยละ 62) รองลงมาคือ สถานภาพโสด (ร้อยละ 19.8) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 44.1) รองลงมาคือ ประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 33.9) ประกอบอาชีพค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด (ร้อยละ 37) รองลงมาคือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน (ร้อยละ 26) โดยเกือบ 2 ใน 5 ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 61.5) รายละเอียดดังตารางที่ 7

2. ข้อมูลประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคย/ไม่มีสมาชิกในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 93.2) และส่วนใหญ่ไม่เคย/ไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมในครอบครัว (ร้อยละ 91.7) ดังตารางที่ 7

3. ข้อมูลประสบการณ์เกี่ยวกับการเป็น อสม.และการดูแลภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติบทบาทการเป็น อสม.อยู่ระหว่าง 1 – 35 ปี ($M = 9.8$, $SD = 7.1$) โดยปฏิบัติงานน้อยกว่า 6 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 37.5) และรองลงมาปฏิบัติงานในช่วง 6 - 10 ปี (ร้อยละ 29.7) ทั้งนี้ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การดูแลภาวะสมองเสื่อมในชุมชน (ร้อยละ 81.3) และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม/คัดกรอง/ป้องกัน/ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมมาก่อน (ร้อยละ 81.8) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของ อสม.กลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลพื้นฐาน ($n = 192$)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
19-29 ปี (ผู้ใหญ่ตอนต้น)	1	0.5
30-44 ปี (ผู้ใหญ่ตอนกลาง)	16	8.3
45-59 ปี (ผู้ใหญ่ตอนปลาย)	175	91.1
(Min = 26, Max = 59, M = 52.3, SD = 5.9)		
เพศ		
หญิง	176	91.7
ชาย	16	8.3
สถานภาพสมรส		
สมรส/คู่	119	62.0
โสด	38	19.8
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	19	9.9
หม้าย	16	8.3
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา แต่สามารถอ่านออกเขียนได้	2	1.0
ประถมศึกษา	65	33.9

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
มัธยมศึกษา	81	44.1
อนุปริญญา/ ปวส.	17	8.9
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	27	14.1
อาชีพ		
ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว	71	37.0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/เป็นแม่บ้าน	50	26.0
รับจ้างทั่วไป	36	18.8
รับจ้างประจำ (พนักงานโรงงาน/บริษัท/เอกชน)	16	8.3
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงานของรัฐ	10	5.2
เกษตรกร/ประมง เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน เป็นต้น	9	4.7
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	118	61.5
มีโรคประจำตัว	74	38.5
มี/เคยมีสมาชิกในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อม		
ไม่มี/ไม่เคยมี	179	93.2
มี/เคยมี	13	6.8
ประสบการณ์การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในครอบครัว		
ไม่เคย	176	91.7
เคย	16	8.3
ระยะเวลาการเป็น อสม.		
1 - 5 ปี	72	37.5
6 - 10 ปี	57	29.7
11 - 15 ปี	25	13.0
15 - 20 ปี	22	11.5
21 ปีขึ้นไป	16	8.3
(Min = 1, Max = 35, M = 9.8, SD = 7.1)		

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์การดูแลภาวะสมองเสื่อมในชุมชน		
ไม่มีประสบการณ์	156	81.3
มีประสบการณ์	36	18.8
การอบรมเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม/คัดกรอง/ป้องกัน/ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม		
ไม่เคย	157	81.8
เคย	35	18.2

ส่วนที่ 2 ความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

อสม.ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M_{adj} = 3.0$) โดยมากกว่าครึ่งมีความพร้อมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 56.3) รองลงมาระดับน้อย (ร้อยละ 21.9) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความพร้อมด้านการดำเนินการป้องกันเชิงรุกมากที่สุด ($M_{adj} = 3.2$) รองลงมาคือ ด้านการติดตามและสรุปข้อมูล ($M_{adj} = 3.1$) ด้านการวางแผนและจัดทำแผนการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ($M_{adj} = 3.0$) ด้านการบันทึกผลการคัดกรองและส่งต่อข้อมูล ($M_{adj} = 3.0$) ด้านการคัดกรองและคัดแยก ($M_{adj} = 2.9$) และด้านการสำรวจและจัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย ($M_{adj} = 2.7$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 8 และ 9

ตารางที่ 8 ค่าที่เป็นไปได้ ค่าจริง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับของ อสม. กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความพร้อม ภาพรวมและรายด้าน (n= 192)

ความพร้อม	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าจริง	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยปรับฐาน	การแปลผล
ภาพรวม	18 - 90	19 - 90	54.17	11.54	3.01	ปานกลาง
การสำรวจและจัดทำทะเบียน	3 - 15	3 - 15	8.23	2.34	2.74	ปานกลาง
การวางแผนและจัดทำแผน	2 - 10	2 - 10	6.02	1.89	3.01	ปานกลาง
การคัดกรองและคัดแยก	2 - 10	2 - 10	5.71	1.61	2.85	ปานกลาง
การบันทึกผลและส่งต่อข้อมูล	2 - 10	2 - 10	5.96	1.74	2.98	ปานกลาง
การดำเนินการป้องกันเชิงรุก	5 - 25	5 - 25	15.78	3.32	3.16	ปานกลาง
การติดตามและสรุปข้อมูล	4 - 20	4 - 20	12.47	3.13	3.12	ปานกลาง

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของ อสม.กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความพร้อม (n= 192)

ความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อม	จำนวน	ร้อยละ
พร้อมมาก	40	20.8
พร้อมปานกลาง	108	56.3
พร้อมน้อย	42	21.9
พร้อมน้อยมาก	2	1.0

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อของแต่ละด้านของความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน โดยเรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย มีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านการสำรวจและจัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย พบว่า มีความพร้อมในการสำรวจมากที่สุด ($X = 2.79$, $S.D. = 0.85$) รองลงมาคือการจำแนกหรือระบุกลุ่มเสี่ยง ($X = 2.75$, $S.D. = 0.93$) และการจัดทำทะเบียน มีความพร้อมต่ำสุด ($X = 2.69$, $S.D. = 0.95$) ตามลำดับ

2. ด้านการวางแผนและจัดทำแผนการดำเนินงานร่วมกันกับภาคีเครือข่าย พบว่า กลุ่มตัวอย่างความพร้อมในการร่วมวางแผน ($X = 3.09$, $S.D. = 1.00$) มากกว่าการจัดเตรียมอุปกรณ์ ($X = 2.92$, $S.D. = 1.02$)

3. ด้านการคัดกรองและคัดแยก พบว่า กลุ่มตัวอย่างความพร้อมในการคัดกรองโดยใช้แบบคัดกรอง ($X = 2.91$, $S.D. = 0.89$) มากกว่าการแปลผลการคัดกรอง ($X = 2.80$, $S.D. = 0.89$) ตามลำดับ

4. ด้านการบันทึกผลการคัดกรองและส่งต่อข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างความพร้อมในการประสานงาน ($X = 3.00$, $S.D. = 0.92$) มากกว่าการบันทึกผลการคัดกรอง ($X = 2.96$, $S.D. = 0.88$) ตามลำดับ

5. ด้านการดำเนินการป้องกันเชิงรุก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการส่งเสริมครอบครัวมีส่วนร่วมมากที่สุด ($X = 3.28$, $S.D. = 0.79$) รองลงมาคือ การให้ความรู้หรือคำแนะนำเบื้องต้น ($X = 3.19$, $S.D. = 0.89$) การร่วมจัดกิจกรรม ($X = 3.15$, $S.D. = 0.84$) การส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรม ($X = 3.10$, $S.D. = 0.81$) และการประสานงาน ($X = 3.06$, $S.D. = 0.76$) มีความพร้อมต่ำที่สุด ตามลำดับ

6. ด้านการติดตามและสรุปข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการร่วมสรุปและประเมินผลมากที่สุด ($X = 3.17$, $S.D. = 0.94$) รองลงมาคือ การบันทึกผล ($X = 3.16$, $S.D. = 0.90$) การประเมินความคิดเห็นและความพึงพอใจ ($X = 3.12$, $S.D. = 0.88$) และการติดตามการปฏิบัติตัวหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ($X = 3.02$, $S.D. = 0.83$) มีความพร้อมต่ำสุด ตามลำดับ

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อันดับ และระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความพร้อม
ของ อสม.กลุ่มตัวอย่าง โดยแยกเป็นรายชื่อในแต่ละด้าน (n= 192)

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
ด้านการสำรวจและจัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย			
การจำแนกหรือระบุกลุ่มเสี่ยง	2.75	0.93	ปานกลาง
การสำรวจ	2.79	0.85	ปานกลาง
การจัดทำทะเบียน	2.69	0.95	ปานกลาง
ด้านการวางแผนและจัดทำแผนการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย			
การร่วมวางแผน	3.09	1.00	ปานกลาง
การจัดเตรียมอุปกรณ์	2.92	1.02	ปานกลาง
ด้านการคัดกรองและคัดแยก			
การคัดกรองโดยใช้แบบคัดกรอง	2.91	0.89	ปานกลาง
การแปลผลการคัดกรอง	2.80	0.88	ปานกลาง
ด้านการดำเนินการป้องกันเชิงรุก			
การบันทึกผลการคัดกรอง	2.96	0.88	ปานกลาง
การประสานงาน	3.00	0.92	ปานกลาง
ด้านการดำเนินการป้องกันเชิงรุก			
การให้ความรู้หรือคำแนะนำเบื้องต้น	3.19	0.89	ปานกลาง
การประสานงาน	3.06	0.76	ปานกลาง
การร่วมจัดกิจกรรม	3.15	0.84	ปานกลาง
การส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรม	3.10	0.81	ปานกลาง
การส่งเสริมครอบครัวมีส่วนร่วม	3.28	0.79	ปานกลาง
ด้านการติดตามและสรุปข้อมูล			
การติดตามการปฏิบัติตัวหลังการเข้าร่วมกิจกรรม	3.02	0.83	ปานกลาง
การประเมินความคิดเห็นและความพึงพอใจ	3.12	0.88	ปานกลาง
การบันทึกผล	3.16	0.90	ปานกลาง
การร่วมสรุปและประเมินผล	3.17	0.94	ปานกลาง

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อม

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อม 5 ตัว ได้แก่ การให้ความหมายต่อตนเองและบทบาท, ทักษะดีต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท, ความรู้ต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท, ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม มีรายละเอียดข้อมูลดังนี้

1. การให้ความหมายต่อตนเองและบทบาท

กลุ่มตัวอย่างมีการให้ความหมายต่อตนเองและบทบาทภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($M = 42.52$, $SD = 4.65$, $M_{adj} = 4.26$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทั้ง 2 ด้านอยู่ในระดับดีมาก โดยด้านการให้ความหมายต่อบทบาทการเป็น อสม.มีคะแนนมากกว่าด้านการให้ความหมายต่อการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อม ($M = 22.21$, $SD = 2.19$, $M_{adj} = 4.44$, $M = 20.39$, $SD = 2.97$, $M_{adj} = 4.08$ ตามลำดับ)

2. ทักษะดีต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท

กลุ่มตัวอย่างมีทักษะดีที่ดีต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาทภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 33.28$, $SD = 3.70$, $M_{adj} = 3.33$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทักษะดีที่ดีต่อด้านการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมมีคะแนนมากกว่าทักษะดีที่ดีต่อภาวะสมองเสื่อม โดยทั้ง 2 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 16.55$, $SD = 1.77$, $M_{adj} = 3.31$, $M = 16.73$, $SD = 2.64$, $M_{adj} = 3.35$ ตามลำดับ)

3. ความรู้ต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ต่อการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 7.43$, $SD = 1.29$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าความรู้ทั้งสองด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยความรู้ด้านการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมมากกว่าความรู้เกี่ยวกับโรคภาวะสมองเสื่อมมีคะแนน ($M = 3.83$, $SD = 0.86$, $M = 3.60$, $SD = 0.86$ ตามลำดับ)

4. ภาวะสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับดี ($M = 7.50$, $SD = 1.58$)

5. การสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมภาพรวมในระดับปานกลาง ($M = 56.62$, $SD = 8.17$, $M_{adj} = 3.54$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า อสม.มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับดี ได้แก่ ด้านอารมณ์ ($M = 14.55$, $SD = 2.24$, $M_{adj} = 3.64$) ด้านข้อมูลข่าวสาร ($M = 14.55$, $SD = 2.47$, $M_{adj} = 3.64$) และด้านการประเมินผล ($M = 14.34$, $SD = 2.48$, $M_{adj} = 3.59$) ตามลำดับ โดยด้านการสนับสนุนทรัพยากรอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 13.16$, $SD = 2.70$, $M_{adj} = 3.29$)

ตารางที่ 11 ค่าที่เป็นไปได้ คะแนนจริง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยปรับฐาน และการแปลผลตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (n= 192)

ข้อมูล	ค่าที่เป็นไปได้	คะแนนจริง	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย*ปรับฐาน	การแปลผล
การให้ความหมาย	10 - 50	30 - 50	42.52	4.65	4.26	ดี
ด้านตนเองในฐานะ อสม.	5 - 25	15 - 25	22.21	2.19	4.44	ดี
ด้านการปฏิบัติบทบาท	5 - 25	10 - 25	20.39	2.97	4.08	ดี
ทัศนคติ	10 - 50	23 - 48	33.28	3.70	3.33	ปานกลาง
ด้านภาวะสมองเสื่อม	5 - 25	11 - 23	16.55	1.77	3.31	ปานกลาง
ด้านบทบาท	5 - 25	10 - 25	16.73	2.64	3.35	ปานกลาง
ความรู้	0 - 10	2 -10	7.43	1.29	-	ปานกลาง
ด้านภาวะสมองเสื่อม	0 - 5	1 - 5	3.60	0.90	-	ปานกลาง
ด้านบทบาท	0 - 5	0 - 5	3.83	0.86	-	ปานกลาง
ภาวะสุขภาพ	0 - 10	3 - 10	7.50	1.59	-	ดี
การสนับสนุนทางสังคม	16 - 80	37 -80	56.62	8.17	3.54	ดี
ด้านอารมณ์	4 - 20	8 - 20	14.55	2.24	3.64	ดี
ด้านข้อมูลข่าวสาร	4 - 20	8 - 20	14.55	2.47	3.64	ดี
ด้านการประเมินผล	4 - 20	8 - 20	14.34	2.48	3.59	ดี
ด้านทรัพยากร	4 - 20	6 - 20	13.16	2.70	3.29	ปานกลาง

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

การวิเคราะห์อำนาจทำนายร่วมกันของตัวแปรต้นต่อความพร้อมของ อสม.ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยการให้ความหมายต่อตนเองและบทบาท ทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและบทบาท ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ต่อความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมของ อสม. จังหวัดชลบุรี โดยใช้สถิติวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ซึ่งผู้วิจัยได้ทดสอบพบว่า ข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ (ดังรายละเอียดในบทที่ 3)

ผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรที่ร่วมทำนายความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างมี 4 ตัวแปร ได้แก่ การให้ความหมายต่อตนเองและบทบาท ($\beta = 0.320, p < .001$) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.200, p < .01$) ภาวะสุขภาพ ($\beta = 0.1811, p < .01$) และทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท ($\beta = 0.130, p < .05$) โดยสามารถร่วมทำนายความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 30.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 12 และสามารถนำมาสร้างสมการการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบได้ ดังนี้

$$\text{ความพร้อมของ อสม.} = -18.864 + 0.320 (\text{การให้ความหมายต่อตนเองและบทบาท}) + 0.200 (\text{การสนับสนุนทางสังคม}) + 0.181 (\text{ภาวะสุขภาพ}) + 0.130 (\text{ทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท})$$

ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายความพร้อมของ อสม. กลุ่มตัวอย่าง ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน (n= 192)

ตัวทำนาย	B	SE	β	t	p-value
การให้ความหมายต่อตนเองและบทบาท	0.794	0.175	0.320	4.527	.000
การสนับสนุนทางสังคม	0.282	0.097	0.200	2.895	.004
ภาวะสุขภาพ	1.313	0.456	0.181	2.880	.004
ทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท	0.405	0.201	0.130	2.011	.046
Constant	-18.864	8.629		-2.186	.030

$$R^2 = .306, R^2_{adj.} = .292, F = 9.714 (P\text{-value} < .05)$$

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน จังหวัดชลบุรี เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้คืออายุตั้งแต่ 20 – 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ปฏิบัติงานในหน้าที่ อสม. อย่างน้อย 1 ปี และยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ (1) แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน (2) แบบสอบถามความพร้อม และ (3) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของ (1) แบบสอบถามความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน (2) แบบสอบถามการให้ความหมายต่อตนเองและบทบาท (3) แบบสอบถามทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท (4) ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและบทบาท และ (5) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (ค่า CVI เท่ากับ 0.94, 0.98, 0.98, 0.92 และ 0.99) และในส่วน of ค่าความเชื่อมั่น ใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของ (1) แบบสอบถามความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน (2) แบบสอบถามการให้ความหมายต่อตนเองและบทบาท (3) แบบสอบถามทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท และ (4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (ค่าเท่ากับ 0.965, 0.886, 0.822 และ 0.932) ในส่วน of แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและบทบาท ใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ 0.73

เมื่อดำเนินการการตรวจสอบข้อมูล โดยนำแบบสอบถามที่ได้รับมาทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์และได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ จำนวน 192 ราย (ร้อยละ 88.5 ของกลุ่มตัวอย่าง) ทั้งนี้ผู้วิจัยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อหาการแจกแจงความถี่ ช่วงคะแนน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านชุมชน ซึ่งในส่วน of ปัจจัยทำนายผู้วิจัยได้ทดสอบอำนาจการทำนายของตัวแปร โดยวิธีการวิเคราะห์การ

ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) และกำหนดนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลง

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.7) มีอายุระหว่าง 26 – 59 ปี ($M = 52.3$, $SD = 5.9$) และส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายอายุอยู่ในช่วง 45 – 59 ปี (ร้อยละ 91.1) ทั้งนี้มีสถานภาพสมรส/คู่มากที่สุด (ร้อยละ 62) จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 33.9) ประกอบอาชีพค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด (ร้อยละ 37) และไม่มีโรคประจำตัวมากที่สุด (ร้อยละ 61.50) ส่วนใหญ่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 93.20) ไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในครอบครัว (ร้อยละ 91.70) ระยะเวลาการเป็น อสม. อยู่ระหว่าง 1 – 35 ปี ($M = 9.81$, $SD = 7.05$) โดยปฏิบัติงานอยู่ในช่วงน้อยกว่า 6 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 37.50) ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การดูแลภาวะสมองเสื่อมในชุมชน (ร้อยละ 81.30) และไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม/มาก่อน (ร้อยละ 81.80)

กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 54.17$, $SD = 11.54$, $M_{adj} = 3.01$) โดยมากกว่าครึ่งมีความพร้อมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 56.3) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมด้านการดำเนินการป้องกันเชิงรุกมากที่สุด ($M = 15.78$, $SD = 3.32$, $M_{adj} = 3.16$) รองลงมาคือ ด้านการติดตามและสรุปข้อมูล ($M = 12.47$, $SD = 3.13$, $M_{adj} = 3.12$) ด้านการวางแผนและจัดทำแผนการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ($M = 6.02$, $SD = 1.89$, $M_{adj} = 3.01$) ด้านการบันทึกผลการคัดกรองและส่งต่อข้อมูล ($M = 5.96$, $SD = 1.74$, $M_{adj} = 2.98$) ด้านการคัดกรองและคัดแยก ($M = 5.71$, $SD = 1.61$, $M_{adj} = 2.85$) และด้านการสำรวจและจัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย ($M = 8.23$, $SD = 2.34$, $M_{adj} = 2.74$) ทั้งนี้ การให้ความหมายต่อตนเองและบทบาท ($\beta = 0.320$, $p < .001$) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.200$, $p < .01$) ภาวะสุขภาพ ($\beta = 0.1811$, $p < .01$) และทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท ($\beta = 0.130$, $p < .05$) สามารถร่วมทำนายความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนได้ร้อยละ 30.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .306$, $R^2_{adj} = .292$, $F = 9.714$, $p\text{-value} < .05$) สามารถนำมาสร้างสมการการพยากรณ์ได้ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความพร้อมของ อสม.} = & -18.864 + 0.320 (\text{การให้ความหมายต่อตนเองและบทบาท}) + \\ & 0.200 (\text{การสนับสนุนทางสังคม}) + 0.181 (\text{ภาวะสุขภาพ}) + \\ & 0.130 (\text{ทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท}) \end{aligned}$$

การอภิปรายผลการวิจัย

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในปัจจุบันและจะส่งผลกระทบต่อมากเพิ่มขึ้นในอนาคต จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น นโยบายการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน จึงถูกกำหนดขึ้นตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (กรมนานามัย, 2561) ที่สอดคล้องกับนโยบาย Global Dementia Observatory ของ WHO (WHO, 2017) โดย อสม. เป็นบุคลากรที่สำคัญในการร่วมขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าวให้ประสบผลสำเร็จ ดังนั้นความพร้อมของ อสม. ผู้คัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนได้ถูกศึกษา บนสมมุติฐานที่ว่า ปัจจัยการให้ความหมายต่อตนเองและบทบาท ทักษะคิดต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท ความรู้ต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท ภาวะสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะสามารถร่วมกันทำนายความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน จังหวัดชลบุรี ได้ ทั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

อสม. มีความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 53.50$, $SD = 12.57$, $M_{adj} = 2.97$) อาจเนื่องจาก อสม. กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์เป็น อสม. เฉลี่ยประมาณ 10 ปี ($M = 9.8$, $SD = 7.1$) ซึ่งในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัยและนักรณรงค์สุขภาพในชุมชนต้องดำเนินกิจกรรมเชิงรุกต่าง ๆ ในการคัดกรองและป้องกันโรคต่าง ๆ ในชุมชน เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ดังสะท้อนจากด้านการดำเนินการป้องกันเชิงรุกที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ, 2560) จึงมีความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันอยู่พอสมควรหรือระดับปานกลาง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาความพร้อมของ อสม. ในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ของณัฐธาดา แสคำ และคณะ (2563) ที่พบว่า อสม. กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมภาพรวมอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องมาจากการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนเป็นบทบาทใหม่ที่ อสม. ต้องเริ่มกระทำ โดยการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้ อสม. ส่วนมาก (ร้อยละ 81.8) ไม่เคยอบรมเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ประกอบกับส่วนใหญ่ไม่เคย/ไม่มีสมาชิกในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 93.2) และส่วนใหญ่ไม่เคย/ไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในครอบครัว (ร้อยละ 91.70) และไม่มีประสบการณ์การดูแลภาวะสมองเสื่อมในชุมชน (ร้อยละ 81.3) ดังสะท้อนจากด้านการสำรวจและจัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย ด้านการคัดกรองและคัดแยก และด้านการบันทึกผลการคัดกรองและส่งต่อข้อมูล ที่ได้คะแนนต่ำ อาจเนื่องจากระดับการศึกษาของ อสม. อยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ

33.9) ส่งผลให้ความเข้าใจในด้านดังกล่าวยังมีไม่เพียงพอ ส่งผลให้ อสม.มีความมั่นใจในการปฏิบัติ น้อยตามไปด้วย

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านมีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ความพร้อมด้านการดำเนินการป้องกันเชิงรุก ($M = 15.65$, $SD = 3.60$, $M_{adj} = 3.13$) เป็นด้านที่มีความพร้อมมากที่สุด อาจเนื่องจากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาของ อสม.เกือบทั้งหมดเป็นงานเชิงรุก ทำให้มีความเชี่ยวชาญในด้านนี้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมหรือกระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมร่วมกับกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม เพราะ อสม.เป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับประชาชน เป็นผู้ที่ประชาชนให้ความเคารพนับถือ จึงง่ายต่อการเข้าถึงคนในชุมชน นอกจากนี้ยังมีความมั่นใจว่าสามารถให้ความรู้หรือคำแนะนำเบื้องต้น การร่วมจัดกิจกรรมป้องกัน การส่งเสริมให้คนในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรม รวมไปถึงการประสานงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรดา แสคำ และคณะ (2563) ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ในด้านการดูแลเชิงรุก และด้านส่งเสริมการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับที่มาก

ด้านการติดตามและสรุปข้อมูล ($M = 12.30$, $SD = 3.42$, $M_{adj} = 3.08$) เป็นความพร้อมที่เป็นด้านรองลงมา อาจเนื่องมาจาก อสม.เป็นตัวแทนของชาวบ้านที่ได้รับการไว้วางใจ จึงมีการติดต่อสื่อสารประสานงานกับหน่วยงานต่างๆอยู่เป็นประจำ จึงส่งผลให้มีความพร้อมในการร่วมสรุปและประเมินผลมากที่สุด รองลงมาคือการบันทึกผล ทั้งนี้การปฏิบัติงานของ อสม.ในชุมชนในแต่ละงาน มีการติดตามผลของการปฏิบัติงานอยู่แล้ว ทำให้ อสม.มีความมั่นใจว่าสามารถประเมินความคิดเห็นและความพึงพอใจ และการติดตามการปฏิบัติตัวหลังการเข้าร่วมกิจกรรมได้ดีพอสมควรเมื่อต้องปฏิบัติ เกี่ยวข้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรดา แสคำ และคณะ (2563) ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ในด้านการประเมินผลการดำเนินงานอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกับด้านการดูแลเชิงรุกและด้านส่งเสริมการมีส่วนร่วมในข้างต้น

ด้านการวางแผนและจัดทำแผนการดำเนินงานร่วมกันกับภาคีเครือข่าย ($M = 5.94$, $SD = 1.91$, $M_{adj} = 2.97$) ในด้านนี้ที่ อสม.มีความพร้อมอยู่พอสมควร โดยจากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัย อาจเนื่องมาจากเมื่อต้องจัดกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน อสม.นั้นเป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญ เพราะ อสม.เป็นผู้ที่รู้จักคนในพื้นที่และบริบทของชุมชนมากที่สุด จึงทำให้สามารถที่จะนำเสนอแนวทางที่เป็นไปได้ เมื่อต้องร่วมกันวางแผนการดำเนินงานเพื่อจัดกิจกรรมต่างๆ และทำได้ดีมากกว่าการร่วมจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมในการดำเนินกิจกรรมได้

ด้านการบันทึกผลการคัดกรองและส่งต่อข้อมูล ($M = 5.86, SD = 1.74, M_{adj} = 2.93$) ในด้านนี้ อสม.ก็มีความพร้อมอยู่พอสมควรเช่นกัน อาจเนื่องจากเป็นบทบาทที่นักจัดการสุขภาพได้กระทำในเรื่องอื่น ๆ อยู่ในงานประจำที่กระทำ โดยจากการตอบแบบสอบถาม อสม.มีความพร้อมในการประสานงานมากกว่าการบันทึกผลการคัดกรอง นั่นอาจหมายความว่า อสม.อาจมีความถนัดด้านการปฏิบัติมากกว่าการทำเอกสาร

ด้านการคัดกรองและคัดแยก ($M = 5.63, SD = 1.70, M_{adj} = 2.82$) โดยจากการตอบแบบสอบถามจะเห็นได้ว่า อสม.มีความพร้อมในการคัดกรองโดยใช้แบบคัดกรองมากกว่าการแปลผลการคัดกรอง อาจเนื่องมาจากเครื่องมือที่ใช้เป็นเครื่องมือที่ออกแบบมาเพื่อให้เข้าใจและใช้งานได้ง่าย อีกทั้ง อสม.มีความมั่นใจว่าหากไม่เข้าใจในหัวข้อหรือประเด็นใด จะสามารถสอบถามเจ้าหน้าที่ได้เสมอ ซึ่งแตกต่างจากการคัดแยกที่อาจต้องมีความรู้และความเข้าใจเพื่อใช้ในการพิจารณาที่มากกว่า

ด้านการสำรวจและจัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย ($M = 8.11, SD = 2.49, M_{adj} = 2.70$) เป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด อาจเนื่องมาจาก อสม. ส่วนมากมีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษา จึงยังมีความเข้าใจและความชำนาญในด้านงานเอกสารนั้น ไม่เพียงพอ และจากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัย อสม.ยังเห็นว่างานเอกสารเป็นเรื่องที่ยาก ส่งผลให้มีความกังวลเมื่อต้องจัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย จะเห็นได้จากผลการวิเคราะห์ ที่พบว่า อสม.มีคะแนนเฉลี่ยในการสำรวจมากที่สุด รองลงมาคือการจำแนกหรือระบุกลุ่มเสี่ยง และการจัดทำทะเบียนมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ดังนั้นด้านการสำรวจและจัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย จึงเป็นด้านที่ต้องให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก

เมื่อพิจารณาจากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า อสม.ค่อนข้างที่จะมีความพร้อมในงานด้านการปฏิบัติมากกว่างานที่ต้องพิจารณาและประเมินหรืองานเอกสารและการบันทึก สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐรดา แสคำ และคณะ (2563) ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ในด้านการประเมินความต้องการและด้านการจัดทำฐานข้อมูล ที่แม้ว่าจะอยู่ในระดับปานกลาง แต่เป็นด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ดังนั้น การสร้างความเข้าใจทั้งในบทบาทการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อม และความเข้าใจภาวะสมองเสื่อม รวมไปถึงการสนับสนุนด้านงานเอกสารและการบันทึกจึงเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญ ถึงกระนั้น อสม.ก็ยังมีความพร้อมในการดำเนินงานในเรื่องของการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนในระดับปานกลาง และเป็นระดับที่ทำให้เห็นว่า ยังมีโอกาสในการพัฒนาความพร้อมของ อสม. ในการปฏิบัติบทบาทดังกล่าวให้มีมากขึ้นได้ เพราะความพร้อมที่มีมากขึ้น ส่งผลให้ อสม.สามารถคัดกรองได้อย่างมั่นใจ มีการตัดสินใจที่ดีและเหมาะสม ส่งผลให้เอื้ออำนวยต่อการเปลี่ยนผ่านในการ

ปฏิบัติการบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งความพร้อมด้านการสำรวจและจัดทำทะเบียน กลุ่มเป้าหมาย ด้านการวางแผนและจัดทำแผนการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ด้านการคัดกรองและคัดแยก ด้านการบันทึกผลการคัดกรองข้อมูล ด้านการดำเนินการป้องกันเชิงรุก และด้านการติดตามและสรุปข้อมูล การทราบถึงปัจจัยที่ร่วมทำนายทำให้เกิดความพร้อมจึงเป็นพื้นฐานข้อมูลในการวางแผนการพัฒนาศักยภาพและความมั่นใจของ อสม. ในการปฏิบัติการ ดังกล่าว

2. การอภิปรายเกี่ยวกับปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนของ อสม. กลุ่มตัวอย่างมี 4 ปัจจัย ได้แก่ การให้ความหมายต่อตนเองและบทบาท ($\beta = 0.320, p < .001$) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.200, p < .01$) ภาวะสุขภาพ ($\beta = 0.1811, p < .01$) และทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท ($\beta = 0.130, p < .05$) โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 30.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .306, R^2_{adj.} = .292, F = 9.714, p < .05$) สอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis, 2010) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะเปลี่ยนผ่านได้มีเงื่อนไขด้านบุคคล (Personal conditions) ประกอบด้วย การให้ความหมาย (Meanings) วัฒนธรรม ความเชื่อและทัศนคติ (Cultural beliefs & attitudes) สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (Socioeconomic status) และการเตรียมตัวและความรู้ (Preparation & knowledge) และเงื่อนไขด้านชุมชน (Community conditions) จำแนกเป็นเงื่อนไขที่เอื้อต่อการเปลี่ยนผ่าน เช่น การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน การได้รับข้อมูลจำเป็นจากแหล่งข้อมูลทางสุขภาพที่น่าเชื่อถือ คำแนะนำจากบุคคลที่เชื่อถือ บุคคลที่ถือเป็นแบบอย่าง และเงื่อนไขที่ยับยั้งการเปลี่ยนผ่าน เช่น ความจำกัดของทรัพยากร ปัจจัยเอื้อที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นจะเห็นว่าปัจจัยทั้ง 4 ในข้างต้นได้ทีกล่าวมา เป็นเงื่อนไขที่เอื้ออำนวยให้ อสม. มีความพร้อมที่จะก้าวผ่านไปสู่บทบาทการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนตามนโยบายที่จะมีขึ้น โดยสามารถอธิบายรายละเอียดได้ดังนี้

ปัจจัยด้านการให้ความหมายต่อตนเองและบทบาท เป็นปัจจัยด้านบุคคล (Personal conditions) ของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis, 2010) พบว่า สามารถร่วมกันทำนายความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างได้ อาจเนื่องมาจากหาก อสม. ให้ความหมายหรือมีความรู้สึกที่ตนเองนั้นมีคุณค่าในฐานะ อสม. และการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน จะส่งผลให้การให้ความหมายเป็นไปในทางที่ดี มีความเต็มใจในการปฏิบัติหน้าที่ เกิดความภาคภูมิใจในการปฏิบัติและความสำเร็จของงาน และทำให้เกิดความรู้สึกว่าบทบาทที่จะทำนั้นเป็นการพัฒนาตนเอง ส่งผลให้ปัจจัยด้านการให้ความหมายนี้เป็นเงื่อนไขที่เอื้ออำนวยให้

อสม.มีความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทดังกล่าวมากขึ้น จะเห็นได้จากการตอบแบบสอบถามการให้ความหมาย ซึ่ง อสม. กลุ่มตัวอย่างมีการให้ความหมายต่อตนเองและบทบาทอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งทำให้เกิดความเต็มใจในการปฏิบัติหน้าที่ สอดคล้องกับการศึกษาของความพร้อมและความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชนเขตจังหวัดชลบุรี ที่พบว่า การให้ความหมายในมุมมองเชิงบวกเกี่ยวกับการดูแลสามารถร่วมกันทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลได้ (อโนชา ทัศนารชชัย และคณะ, 2563)

เมื่อ อสม. ให้ความหมายที่ดีต่อตนเองและบทบาทและเห็นว่ามีความคุ้มค่าแล้ว ร่วมกับได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ซึ่งเป็นปัจจัยด้านชุมชน (Community conditions) ของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis, 2010) จะทำให้ อสม. มีความเชื่อมั่นหรือการรับรู้ในศักยภาพของตนเองมากขึ้น และจากผลการศึกษา ที่พบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายความพร้อมปฏิบัติบทบาทดังกล่าวของ อสม. ได้ อาจเนื่องมาจากเมื่อ อสม.รับรู้ได้ถึงความช่วยเหลือสนับสนุนจะทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์กันด้วยความมั่นคง ทั้งทางด้านอารมณ์ โดยได้รับการรับรู้ที่ดี ความช่วยเหลือต่าง ๆ ความห่วงใย และการให้ความยอมรับ ด้านทรัพยากร โดยได้รับการสนับสนุนเครื่องมืออย่างเพียงพอและทันสมัย การดูแลความเหมาะสมของค่าตอบแทนและงบประมาณ ด้านการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร โดยมีช่องทางในการติดต่อเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องครอบคลุมทุกช่องทาง การได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยและเพียงพอ การอธิบายข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย และการสนับสนุนด้านการประเมินผล โดยได้รับการชื่นชม การประเมินระหว่างการทำงาน รวมไปถึงการได้รับคำปรึกษาหรือคำชี้แนะ การท้วงติง หรือคำเตือน การสนับสนุนทางสังคมเหล่านี้ ส่งผลให้ อสม. มีความพร้อมที่จะปฏิบัติบทบาทนี้ด้วยความมั่นใจ สอดคล้องกับการศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ที่พบว่า การสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. (ณัฐรดา แฮคำ และคณะ, 2563) และสอดคล้องกับการศึกษาสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. ในจังหวัดอุบลราชธานี ที่พบว่า การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ การสนับสนุนของครอบครัว สามารถทำนายสมรรถนะของ อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุ (นิชนันท์ สุวรรณกัญญา และคณะ, 2564)

เมื่อ อสม. มีการให้ความหมายที่ดีต่อตนเองและการปฏิบัติบทบาทการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนแล้ว ประกอบกับการสนับสนุนที่ดีทางสังคม จะนำไปสู่ความพร้อมที่มากขึ้นของ อสม. หากร่วมกับมีการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเองที่ดี ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคล (Personal conditions) ของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis, 2010) ซึ่งการศึกษาพบว่า สามารถร่วมทำนายความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนของ อสม.

ได้ อาจเนื่องมาจาก เมื่อ อสม.มีการรับรู้ว่าคุณภาพที่ดี จะส่งผลให้มีความวิตกกังวลและความเครียดในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมลดลง สอดคล้องกับการศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. (ณัฐรดา แสคำ และคณะ, 2563) และยังสอดคล้องกับการศึกษาการศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลผู้เจ็บป่วยทางจิตเวชของญาติผู้ดูแลจังหวัดชลบุรี ที่พบว่าปัญหาสุขภาพกายผู้ดูแลมีผลทำให้ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลลดลง (อโนชา ทศนาธนะชัย และคณะ, 2563) ดังนั้น การให้ความหมายที่ดีต่อตนเองและบทบาท การสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพ เมื่อ อสม.มีส่วนร่วมแล้ว จะนำมาสู่การเสริมสร้างให้ อสม. มีความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทดังกล่าวมากขึ้นอย่างตั้งใจ

ปัจจัยทั้งหมดที่กล่าวมาเป็นความรู้สึกรู้สึกหรือการรับรู้ภายใน ทั้งความรู้สึกรู้สึกถึงคุณค่า การรับรู้ถึงการสนับสนุน การรับรู้ถึงภาวะสุขภาพ สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความนึกคิดต่อบทบาทที่จะเริ่มกระทำ ว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยและตัดสินใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบทบาทนั้น จึงพบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติ ซึ่งเป็นปัจจัยเป็นปัจจัยส่วนบุคคล (Personal conditions) ของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis, 2010) สามารถร่วมทำนายความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนของ อสม.กลุ่มตัวอย่างได้ ดังที่กล่าวไว้ในบทที่ 1 จากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยในกิจกรรมการคัดกรองผู้สูงอายุตามนโยบาย พบว่า อสม. รู้สึกกลัวว่าเป็นคนในชุมชนอาจไม่พอใจ เนื่องด้วยประชาชนยังคิดว่าผู้มีภาวะสมองเสื่อมเป็นภาระ ทำให้ อสม.ขาดความมั่นใจและตัดสินใจที่จะไม่กระทำบทบาทดังกล่าว ดังนั้นหาก อสม.มีทัศนคติที่ดี ทั้งต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมว่าเป็นผู้ที่ความได้รับการช่วยเหลือ เพื่อการชะลอการดำเนินของโรค รวมไปถึงเห็นด้วยกับบทบาทการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน มีความคิดเห็นต่อบทบาทนั้นว่าเป็นไปได้ที่จะกระทำ และมีความคิดว่าเครื่องมือที่ใช้ไม่เกินความสามารถและบทบาทที่จะใช้ได้ ส่งผลให้มีการตัดสินใจที่จะกระทำบทบาทนั้นด้วยความเต็มใจ ดังนั้น ทัศนคติที่ดีจึงมีความสำคัญต่อความพร้อมของ อสม. สอดคล้องกับการศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.ที่พบว่า ทัศนคติของ อสม.ที่มีต่อการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. (ณัฐรดา แสคำ และคณะ, 2563) และสอดคล้องกับการศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชนในจังหวัดชลบุรี ที่พบว่าทัศนคติต่อโรคจิตเวชสามารถร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่าย (วรรณรัตน์ ลาวัจ และคณะ, 2564) และยังสอดคล้องกับการศึกษาความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ที่

พบว่า ทักษะคิดของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ (นิชชากรีย์ พิริยจรัสชัย, 2561)

จากการอภิปรายผลข้างต้น เป็นคำอธิบายเหตุผลของการร่วมกันทำนายของปัจจัยทั้ง 4 ซึ่งได้แก่ การให้ความหมายต่อตนเองและบทบาท การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ และทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท สอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งการที่อสม.จะมีความพร้อมที่จะเปลี่ยนผ่าน ไปกระทำบทบาทการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนได้นั้น มีเงื่อนไขที่เอื้ออำนวยทั้งด้านบุคคล (Personal conditions) ประกอบด้วย การให้ความหมายต่อตนเองและบทบาท ภาวะสุขภาพ ทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท และเงื่อนไขด้านชุมชน (Community conditions) คือการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นการตามระบบขององค์กร (Organizational transition) ในการเริ่มใช้ นโยบายดังกล่าว (Meleis, 2010)

สำหรับปัจจัยด้านความรู้ต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท ซึ่งเป็นปัจจัยด้านบุคคล (Personal conditions) พบว่า ไม่สามารถทำนายความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนของ อสม. ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิชนันท์ สุวรรณภู และคณะ (2564) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. ในจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งพบว่าปัจจัยด้านความรู้ด้านความรู้ด้านนั้นไม่สามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. ได้ ถึงแม้ว่าความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของ อสม.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก็ตาม ($r = .228, < .01$) เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ที่แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ต่อการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 7.43, SD = 1.29$) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก อสม.มีประสบการณ์การทำงานเชิงรุกในชุมชนเป็นอย่างดี และได้รับความรู้ข่าวสารข้อมูลด้านสุขภาพมาโดยตลอดอย่างสม่ำเสมอ และเมื่อต้องการความรู้ อสม.จึงมีความมั่นใจว่าจะได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ ทั้งการให้คำปรึกษา การชี้แนะแนะนำ รวมไปถึงข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัย และเมื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลจึงไม่มีความแตกต่างที่มากพอที่จะทำให้เกิดความแตกต่างกันทางสถิติ ทั้งนี้จากผลการวิเคราะห์พบว่า อสม.กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในครอบครัวและชุมชน และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมมาก่อน จากข้อจำกัดที่ อสม.ยังไม่ได้รับการอบรมและยังมีประสบการณ์ที่ไม่เพียงพอนี้ จึงอาจเป็นเงื่อนไขที่ขัดขวางการเปลี่ยนผ่าน

แต่อย่างไรก็ตามอาจยังไม่สามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านความรู้ต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาทนั้นส่งผลต่อความพร้อมของ อสม.ในการปฏิบัติบทบาทดังกล่าวอย่างไร ซึ่งอาจต้องประเมินหลังจากการให้ความรู้ จึงจะทำให้เห็นว่าความรู้จะเป็นปัจจัยที่เป็นเงื่อนไขที่เอื้อให้ อสม.

เกิดความพร้อมหรือไม่ สอดคล้องการศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ที่พบว่า ความรู้ในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. (ณัฐรดา แสคำ และคณะ, 2563) หรืออาจเป็นเงื่อนไขที่ชัดเจนให้ความพร้อมของ อสม. ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาผลของการเข้าร่วมอบรมและอาสาสมัครกับครอบครัวของผู้มีภาวะสมองเสื่อมต่อความรู้และทัศนคติของอาสาสมัครต่อภาวะสมองเสื่อม ที่พบว่า ความรู้ทำให้ระดับแรงจูงใจในการเป็นอาสาสมัครต่อภาวะสมองเสื่อมลดลง (DSK Cheung, 2022) ซึ่งแตกต่างจากปัจจัยที่สามารถทำนายได้ ได้แก่ การให้ความหมายต่อตนเองและบทบาท ภาวะสุขภาพ ทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาทและการสนับสนุนทางสังคม ที่เป็นไปตามแนวคิดของการเปลี่ยนผ่านอย่างชัดเจน จึงทำให้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนให้มีมากขึ้น เกิดการปฏิบัติงานที่เต็มศักยภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการวิจัยสามารถนำเสนอเป็นข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้และเพื่อการทำวิจัยต่อไป ได้ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 จากการวิจัยพบว่า ความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง จึงจำเป็นต้องมีนโยบาย/แผน/แนวทางการส่งเสริมความพร้อมในทุกด้านก่อนปฏิบัติบทบาท โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การสำรวจและจัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย

1.2 ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยทั้ง 4 ปัจจัย ได้แก่ การให้ความหมายต่อตนเองและบทบาท การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ และทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท ดังนั้น พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ควรพัฒนาโปรแกรมยกระดับความพร้อมของ อสม. โดยมุ่งเน้นการสร้างความหมายที่ดีต่อตนเองและบทบาทการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อม และสร้างทัศนคติทางบวกต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและบทบาทดังกล่าว รวมไปถึงการสนับสนุนการส่งเสริมในการดูแลภาวะสุขภาพของ อสม. และให้การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ทั้งจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง บุคคลสำคัญ และบุคคลในครอบครัว เพื่อเป็นการเสริมสร้างความพร้อมให้แก่ อสม. ในกระทำบทบาทใหม่ที่ อสม. จะเริ่มกระทำ ให้เต็มศักยภาพที่ควรจะมี เพื่อประโยชน์ต่อชุมชนต่อไป

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการทำวิจัยต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาหรือการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและบทบาทการคัดกรองป้องกันที่มีประสิทธิภาพ และตอบสนองต่อบริบทการทำงานในยุคสมัยปัจจุบันของ อสม. ในแต่ละพื้นที่ อาทิ โปรแกรมการเพิ่มความพร้อมต่อบทบาทการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อม โปรแกรมการส่งเสริมการให้ความหมายที่ดีต่อการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อม โปรแกรมการสร้างทัศนคติทางบวกต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและบทบาท และการพัฒนาแบบระบบสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทและการมีสุขภาพที่ดีของ อสม. เป็นต้น

2.2 ควรมีการศึกษาความพร้อมของ อสม. เกี่ยวกับการดูแลภาวะสมองเสื่อมในชุมชน โดยแยกกลุ่มที่ไม่เคยได้รับการอบรมหรือไม่เคยมีประสบการณ์ และกลุ่มที่ได้รับการอบรมหรือมีประสบการณ์แล้ว

บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์. (2562). *แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร*. บริษัท ไชเบอร์พรีนซ์กรุ๊ป จำกัด.
- กรมการแพทย์. (2563). *คู่มือการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร สำหรับอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน*. บริษัทสินทวิการพิมพ์จำกัด.
- กรมอนามัย. (2561). *แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร*. ไชเบอร์พรีนซ์กรุ๊ป จำกัด.
- กรมอนามัย. (2562). *คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กรมอนามัย*. บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ. (2560). *คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงาน Standard Operating Procedure : SOP*.
- ก้องเกียรติ ภูมัทธ์กันทรกร. (2561). ภาวะสมองเสื่อมและ โรคอัลไซเมอร์. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 18(3), 442-468.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวง. (2563). *แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563*. โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2556). *คู่มือ อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชน*. โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2564). *รายงานแสดงรายชื่อประธาน อสม. สืบค้นจาก* <http://www.thaiphc.net/thaiphcweb/index.php?r=staticContent/show&id=1>
- ��ชวาล วงศ์สา. (2561). สถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย ประเด็นและแนวโน้มการดูแลทางการแพทย์. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 12 (1), 47-58.
- ��ชวาล วงศ์สารี. (2562). บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมครอบครัวในการชะลอภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นในผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*, 4(2), 102-111.
- ณฐนนท์ บริสุทธี. (2563). *การศึกษาศาสนาการณและทิศทางการพัฒนา อสม. ในยุคประเทศไทย 4.0* นนทบุรี.

- ณัฐรดา แสคำ, วรรณรัตน์ ลาวัง, สมสมัย รัตนกรिताกุล. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 13(4), 1-17.
- ณิชชากริชย์ พิริยจรัสชัย. (2561). ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- ศุภฤกษ์ อุดมอทิธิพงศ์, พิชญา ชาญนกร, ธิตติมา ณรงค์ศักดิ์, และนภาพิศ ฉิมนาคบุญ. (2564). การกระตุ้นการรู้คิดสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย: บทควมฟื้นฟูวิชาการ. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 15(1), 63-82.
- นิชนันท์ สุวรรณกัญ, สุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์, อมรรัตน์ นระสนธิ์, และวุฒิชัย ลำดวน. (2564). ปัจจัยทำนายสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 23 (2), 18-26.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. ยูแอนดีไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุญมี ภูด่านจัว. (2557). ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน: การประยุกต์ใช้ในการพยาบาลครอบครัว. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(4), 107-120.
- ปิตพร สิริทิพากร. (2558). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 63(4), 12-19.
- ไพเราะ ภัทรธรรมกุล. (2562). *รายงานคุณภาพชีวิตคนชลบุรี ปี 2562*. กลุ่มงานสารสนเทศการพัฒนาชุมชน สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดชลบุรี.
- ภรณ์วิทย์ อนันต์ดิลลฤทธิ. (2564). บทควมพิเศษ ภาวะสมองเสื่อม. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 15 (37), 392-398.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). *การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง)* (Vol. 4). โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรรณรัตน์ ลาวัง, พิชามณัฐ ปุณ โนนทก, อโนชา ทศนาชนชัย, สุรภา สุขสวัสดิ์, และรัชณี สรรเสริญ. (2564). ปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชนในจังหวัดชลบุรี. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 37(1), 321-327.
- วิลาวรรณ พุทธรักษ์. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก. *โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต*.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม Clinical Practice Guidelines : Dementia*. สถาบันประสาทวิทยา.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2565). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564*. กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2563). *สรุปผลการดำเนินงานตามประเด็นการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2563*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2564). *รายละเอียดตัวชี้วัดการป้องกันการปฏิบัติราชการและบันทึกข้อตกลงความร่วมมือการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564*. กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. (2560). *คู่มือส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับเจ้าหน้าที่ “ไม่ลืม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”*. บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.
- สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2562). การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(4), 6-14.
- สุทิส ปิติญาณ. (2562). *คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์*. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โสภภาพรณ สุริยะมณี. (2561). *การวิเคราะห์ความพร้อมในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนกรณีศึกษาหน่วยงานเลขานุการผู้บริหาร*. กรุงเทพมหานคร.
- อนุสรณ์ อุดปล้อง, ธวัชชัย อภิเดชกุล, และฟาติมา ยีหมาด. (2565). *การประเมินศักยภาพของระบบสุขภาพในความพร้อมรับมือการระบาดของโรค COVID-19 ในพื้นที่ชายแดน จังหวัดเชียงราย*. มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง.
- อโนชา ทศนาชนชัย, พิชามณัฐ ปุณโณทก, วรณรัตน์ ลาวัง สุรภา, และสุขสวัสดิ์ รัชณี สรรเสริญ. (2563). ปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลผู้เจ็บป่วยทางจิตเวชของญาติผู้ดูแลจังหวัดชลบุรี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(2), 106-121.
- อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ และภัทรธะ แสนไชยสุริยา. (2564). การศึกษาความพร้อมการจัดบริการคัดกรองโดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตที่สามารถส่งข้อมูลผ่านระบบออนไลน์แบบอัตโนมัติในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารควบคุมโรค*, 47(2), 278-288.
- อำไพ พิมพ์ไกร, พรรณพิศา นันตาวัง, รัชภูมิ เมืองแก้ว, อติศร ตริทิพย์รักษ์, และนิภาพรรณ ทิพย์จักร์. (2563). *ต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมในการรักษาโรคสมองเสื่อมในเขตจังหวัดเชียงใหม่ Cost of Dementia Disease in Chiangmai Province*. โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่.
- อุไรวรรณ ทองอร่าม. (2562). *อิทธิพลของความพร้อมในการดูแล การะในการดูแล และรางวัลจากการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.

- Dementia Australia. (2019). *Dementia Guide For people living with dementia, their families and carers*. Lifeview.
- DSK Cheung, LYW Ho, RKH Kwok, DLL Lai, & CKY Lai. (2022). The effects of involvement in training and volunteering with families of people with dementia on the knowledge and attitudes of volunteers towards dementia. *BMC Public Health*, 22(1), 1-12.
- Kayt, S. (2019). *Neuroanatomy-a primer*. <http://www.dana.org/News/Details.aspx?id=43515>, [Online; accessed 27-May-2019].
- Lazarus, G., Findyartini, A., Putera, A. M., Gamalliel, N., Nugraha, D., Adli, I., Phowira, J., Azzahra, L., Ariffandi, B., & Widyahening, I. S. (2021). Willingness to volunteer and readiness to practice of undergraduate medical students during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey in Indonesia. *BMC Medical Education*, 21(1), 1-12.
- Li, L. S., & Patricia H. (2021). Transitioning to adult services for youth with medical complexity: A practice issue viewed through the lens of transitions theory. *Nursing Science Quarterly*, 34(3), 301-308.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory : middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Thipsut, T., Munluan, K., & Bonkhunthod, P. (2022). ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย. *Journal of Roi Et Rajabhat University*, 16(3), 253-264.
- United Nations. (2023). *World social report 2023: Leaving no one behind in an ageing world*. United Nations publication.
- Woldie, M., Feyissa, G. T., Admasu, B., Hassen, K., Mitchell, K., Mayhew, S., McKee, M., & Balabanova, D. (2018). Community health volunteers could help improve access to and use of essential health services by communities in LMICs: an umbrella review. *Health Policy and Planning*, 33(10), 1128-1143.
- World Health Organization. (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025*.
- World Health Organization. (2018). *The global dementia observatory reference guide*.
- World Health Organization. (2021). *Global status report on the public health response to dementia*.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย รัตนกริธากุล อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ดร.สมพร รักความสุข อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
ชลบุรี
3. ดร.วีชรา ตาบุตรวงศ์ ประธานสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ
มหาวิทยาลัยบูรพา
4. นางแอนนา สุมะโน หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ
และองค์กรร่วม โรงพยาบาลแหลมฉบัง
5. นางญาตา แก่นเผือก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (เวชปฏิบัติ)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเขาหิน



ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์

สำเนา

ที่ IRB3-057/2565



เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS055/2565

โครงการวิจัยเรื่อง : บัณฑิตทำนายความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองและป้องกันภาวะ
สมองเสื่อมในชุมชน จังหวัดชลบุรี

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวสุศุทธิภรณ์ พลโลกา

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัย
ดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ไม่มีการ
ล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฉบับที่ 1 วันที่ 6 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
2. เอกสารโครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับที่ 1 วันที่ 6 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 6 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 6 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
5. เอกสารแสดงรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 6 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
6. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) ฉบับที่ - วันที่ - เดือน - พ.ศ. -

วันที่รับรอง : วันที่ 6 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565

วันที่หมดอายุ : วันที่ 6 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566

ลงนาม นางสาวมรร แยมประทุม

(นางสาวมรร แยมประทุม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)



ภาคผนวก ค

เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Participant Information Sheet)

รหัสโครงการวิจัย : G-HS055/2565

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยทำนายความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน จังหวัดชลบุรี
เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาวสุกตทิพย์ พลโลกา นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน จังหวัดชลบุรี ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

วิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน จังหวัดชลบุรี และเพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน จังหวัดชลบุรี หลังจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้ให้ความยินยอม ผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามให้ทำแบบสอบถามด้วยตนเอง และชี้แจงส่วนประกอบและรายละเอียดของแบบสอบถามที่ใช้ โดยให้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที ซึ่งต้องตอบคำถามทั้งหมดให้ครบในครั้งเดียว

ทั้งนี้ ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมทุกคนต้องปฏิบัติตามในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 ดังนี้

1. ก่อนการเก็บข้อมูลต้องดำเนินการคัดกรองความเสี่ยงโรค COVID-19 เบื้องต้นก่อนการเก็บข้อมูล ทั้งการวัดอุณหภูมิกายและสอบถามประวัติเสี่ยง
2. ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างทุกคนต้องสวมหน้ากากอนามัยก่อนและขณะการให้ข้อมูล
3. ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างเว้นระยะห่าง 2 เมตร ในขณะที่เก็บข้อมูล
4. ผู้วิจัยเตรียมแอลกอฮอล์เจล สำหรับกลุ่มตัวอย่างและผู้เกี่ยวข้องทุกคน

การวิจัยนี้อาจจะไม่เป็นประโยชน์กับผู้ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยตรง แต่มีประโยชน์ทางอ้อมคือผู้ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยได้มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลพื้นฐานที่จะเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลในการวางแผนเพื่อการศึกษาและพัฒนาความพร้อมต่อการคัดกรองและป้องกัน

ภาวะสมองเสื่อมในชุมชน นำไปสู่ผลลัพธ์การปฏิบัติบทบาทดังกล่าวที่มีประสิทธิภาพ และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของคนในชุมชน

ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ตามความสมัครใจ โดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงานแต่อย่างใด และสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล ซึ่งข้อมูลจะเก็บไว้เป็นความลับโดยจะใช้เลขรหัสแทนชื่อนามสกุลของท่าน เมื่อท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัย ขอความกรุณาลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับตลอดช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยและวิเคราะห์ผล โดยข้อมูลการแสดงเจตนาและข้อมูลส่วนบุคคลนั้นผู้วิจัยจะเก็บไว้ในตู้ที่มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นมีกุญแจเปิดได้ และข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัย ซึ่งมีเพียงผู้วิจัยเข้าถึงเพียงผู้เดียว การนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นแบบภาพรวม โดยคำตอบนั้นจะนำมาใช้เฉพาะในการศึกษานี้เท่านั้น การทำลายข้อมูลจะกระทำภายหลังจากผลการวิจัยมีการเผยแพร่และตีพิมพ์แล้ว เว้นแต่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลดังกล่าวโดยได้อนุญาตไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

หากมีข้อสงสัยในกระบวนการวิจัย สามารถติดต่อผู้วิจัย นางสาวสุกมลทิพย์ พลโลกา ด้วยหมายเลขโทรศัพท์มือถือ 089-5447873 หรือ e-mail 63910049@go.buu.ac.th หรืออาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง หมายเลขโทรศัพท์ 092-9625354 หรือ e-mail lawang@go.buu.ac.th ที่ยินดีตอบคำถามและข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ

หากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-620 หรืออีเมล buuethics@buu.ac.th



เอกสารแสดงความยินยอม
ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย :G-HS0552565.....

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองและป้องกัน
ภาวะสมองเสื่อมในชุมชน จังหวัดชลบุรี

ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึง
วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่างๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วม
โครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัย
รับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจน
ข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้
เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบต่อการทำงานแต่อย่างใด

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุป
ผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดง
ความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดงความยินยอม
ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในเอกสารแสดงความ
ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนามผู้ยินยอม

(.....)

ลงนามพยาน

(.....)

หมายเหตุ กรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยให้ความยินยอมด้วยการประทับลายนิ้วหัวแม่มือ ขอให้พยานลงลายมือชื่อ
รับรองด้วย



ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง “ปัจจัยทำนายความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรอง
และป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน” จังหวัดชลบุรี

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยบูรพา โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้เพื่อให้
ทราบถึงปัจจัยทำนายความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการคัดกรองและ
ป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ในชุมชน ขอความกรุณาท่านตอบ
แบบสอบถามฉบับนี้ ตามความคิดเห็นและตรงตามความเป็นจริงมากที่สุดให้ครบทุกข้อ ข้อมูลที่
ตอบทั้งหมดถือเป็นความลับ โดยจะนำผลไปวิเคราะห์ในภาพรวม และนำเสนอในเชิงวิชาการ
เท่านั้น ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตัวท่านแต่อย่างใด

แบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพร้อม จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

- | | |
|--|--------------|
| 3.1 การให้ความหมายต่อตนเองและบทบาท | จำนวน 10 ข้อ |
| 3.2 ทศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท | จำนวน 10 ข้อ |
| 3.3 ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและบทบาท | จำนวน 10 ข้อ |
| 3.4 การสนับสนุนทางสังคม | จำนวน 16 ข้อ |

ขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ สำหรับความอนุเคราะห์ของท่านที่ได้ให้ความร่วมมือ
ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นต่อไป

สุกฤทัย พงษ์โลกา

นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

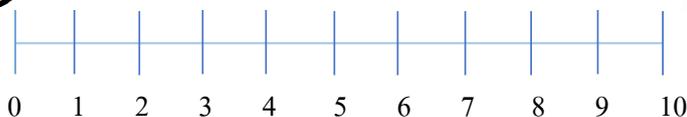
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน

คำชี้แจง; กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง () หรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงตามความเป็นจริงในตัวท่าน

1.1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและสุขภาพ

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ..... ปี (เกิน 6 เดือนนับเป็น 1 ปีเต็ม)
3. ท่านมีสถานภาพสมรส
- () 1. โสด () 2. สมรส/คู่
- () 3. หม้าย () 4. หย่าร้าง/แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษาสูงสุดที่ท่านได้รับ
- () 1. ไม่ได้ได้รับการศึกษา () 2. ประถมศึกษา
- () 3. มัธยมศึกษาตอนต้น () 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.
- () 5. อนุปริญญา/ ปวส. () 6. ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
5. อาชีพหลักของท่าน
- () 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ/เป็นแม่บ้าน
- () 2. ประมง/เกษตรกร เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน เป็นต้น
- () 3. รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงานของรัฐ
- () 4. รับจ้างประจำ เช่น ลูกจ้าง พนักงานของโรงงาน/บริษัท/เอกชน เป็นต้น
- () 5. รับจ้างทั่วไป
- () 6. ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว
- () 7. อื่น ๆ โปรดระบุ.....
6. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่
- () 1. ไม่มีโรคประจำตัว () 2. มีโรคประจำตัว (โปรดระบุชื่อโรค).....
7. ท่านรับรู้ว่าคุณภาพโดยรวมของท่านเป็นอย่างไร (โดยให้ทำเครื่องหมายวงกลม O ตัวเลขที่ท่านเลือก) หาก ตัวเลข 0 หมายถึง สุขภาพของท่านไม่แข็งแรงเลย/ไม่ดีเลย/แย่มาก ๆ ตัวเลข 10 หมายถึง สุขภาพของท่านแข็งแรงมากที่สุด/ดีที่สุด/ดีเยี่ยม



ไม่ดี



ดีมาก

1.2 ข้อมูลประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมในครอบครัว

1. ท่านมี/เคยมีสมาชิกในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่

() 1. ไม่มี/ไม่เคยมี () 2. มี/เคยมี

2. ท่านมีประสบการณ์การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมในครอบครัวหรือไม่

() 1. ไม่เคย () 2. เคย

1.3 ข้อมูลประสบการณ์เกี่ยวกับการเป็น อสม. และการดูแลภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

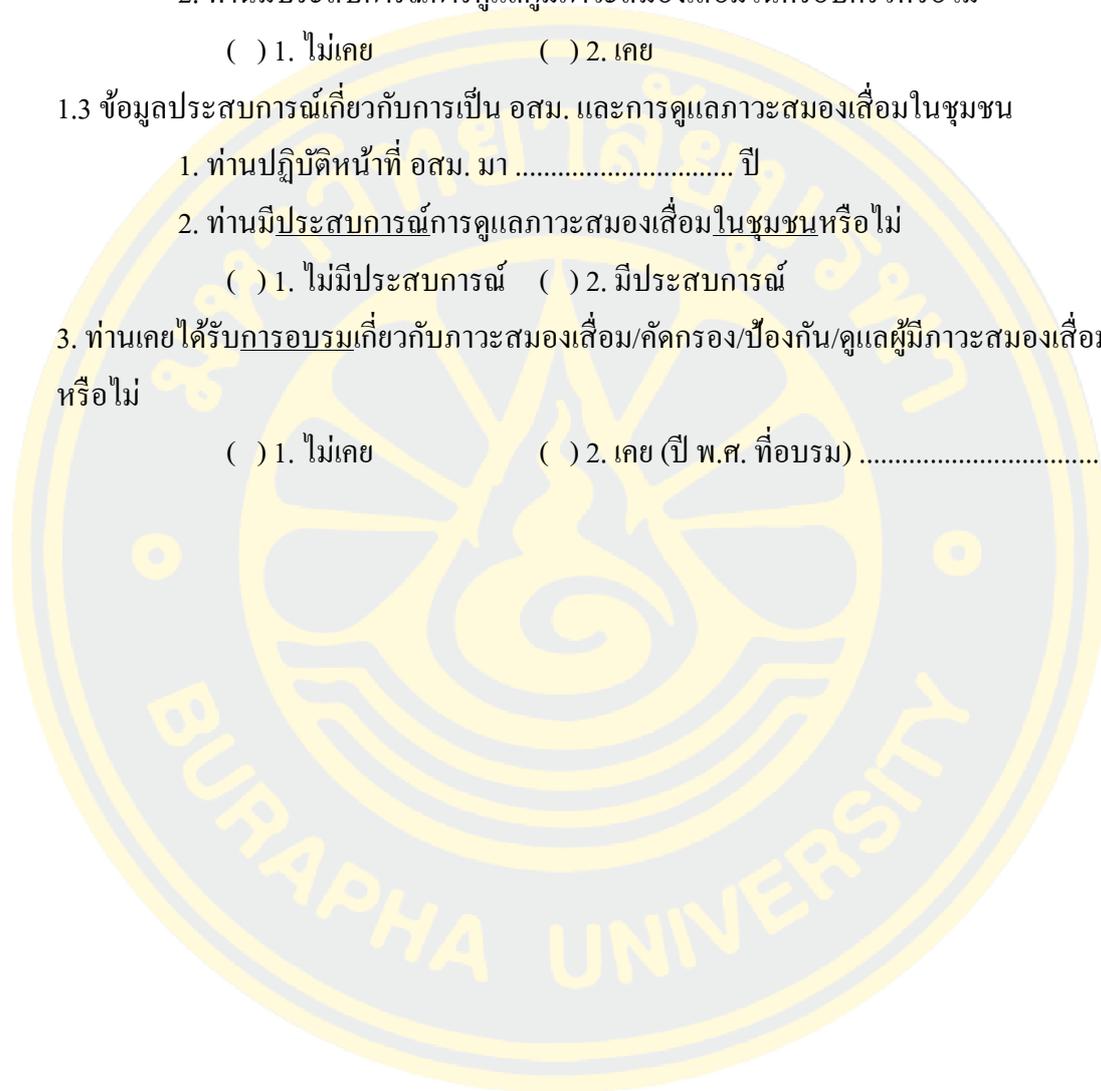
1. ท่านปฏิบัติหน้าที่ อสม. มา ปี

2. ท่านมีประสบการณ์การดูแลภาวะสมองเสื่อมในชุมชนหรือไม่

() 1. ไม่มีประสบการณ์ () 2. มีประสบการณ์

3. ท่านเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม/คัดกรอง/ป้องกัน/ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่

() 1. ไม่เคย () 2. เคย (ปี พ.ศ. ที่อบรม)



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพร้อม

คำชี้แจง; กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคะแนนที่ตรงกับตัวท่าน

ข้อ	ท่านมีความพร้อมที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่อไปนี้ อย่างน้อยเพียงใด	ระดับความพร้อม				
		น้อย ที่สุด (1)	น้อย (2)	ปาน กลาง (3)	มาก (4)	มาก ที่สุด (5)
1	การจำแนกหรือระบุกลุ่มเสี่ยง					
2	.....				
3	.....				
4	.....				
5	การจัดเตรียมอุปกรณ์					
6	.....				
7	.....				
8	.....				
9	.....				
10	การให้ความรู้หรือคำแนะนำเบื้องต้น					
11	.....				
12	.....				
13	.....				
14	.....				
15	.....				
16	.....				
17	.....				
18	การร่วมสรุปและประเมินผล					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

คำชี้แจง; กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคะแนนที่ตรงกับตัวท่าน

3.1 แบบสอบถามการให้ความหมายต่อตนเองและบทบาท

ข้อ	ข้อความต่อไปนี้ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านมากน้อยเพียงใด	ระดับคิดเห็นของท่าน				
		น้อยที่สุด (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
1	การเป็น อสม. ได้พัฒนาตนเอง					
2	.....				
3	.....				
4	.....				
5	ความภาคภูมิใจเมื่อเป้าหมาย					
6	.....				
7	.....				
8	.....				
9	.....				
10	เป้าหมายการคัดกรองต่อบทบาท อสม.					

3.2 ทักษะคิดต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท

ข้อ	ข้อความต่อไปนี้ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านมากน้อยเพียงใด	ระดับคิดเห็นของท่าน				
		น้อยที่สุด (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
1	ความสำคัญของภาวะสมองเสื่อม					
2	.....				
3	.....				
4	.....				
5	การมีส่วนร่วมของชุมชน					
6	.....				

ข้อ	ข้อความต่อไปนี้ตรงกับความคิดเห็น หรือความรู้สึกของท่านมากน้อยเพียงใด	ระดับความเห็นของท่าน				
		น้อย ที่สุด (1)	น้อย (2)	ปาน กลาง (3)	มาก (4)	มาก ที่สุด (5)
7	.....				
8	.....				
9	.....				
10	ความยากของการป้องกันภาวะสมองเสื่อม					

3.3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและบทบาท

ข้อ	ข้อความคำถาม	ความคิดเห็นของท่าน	
		ถูก	ผิด
1	การดำเนินโรคของภาวะสมองเสื่อม		
2	.....	
3	.....	
4	.....	
5	กลุ่มที่มีความเสี่ยง		
6	.....	
7	.....	
8	.....	
9	.....	
10	กิจกรรมกระตุ้นเตือนการรับรู้		

3.4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ข้อ	ในขณะที่ปฏิบัติบทบาท อสม. ท่านได้รับการสนับสนุนสิ่งต่อไปนี้จากบุคคลรอบข้างมากน้อยเพียงใด	ระดับความเห็นของท่าน				
		น้อยที่สุด (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
1	การสนับสนุนด้านอารมณ์					
2	.....				
3	.....				
4	.....				
5	การสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์					
6	.....				
7	.....				
8	.....				
9	.....				
10	การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร					
11	.....				
12	.....				
13	.....				
14	.....				
15	.....				
16	การสนับสนุนด้านการประเมิน					



ภาคผนวก จ

ผลการวิเคราะห์จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความสัมพันธ์ต่อความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกัน
ภาวะสมองเสื่อมในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างรายชื่อ

ผลการวิเคราะห์จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 13 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อันดับ และระดับของการให้ความหมายต่อตนเองและบทบาทของ อสม.กลุ่มตัวอย่าง แยกเป็นรายชื่อ (n= 192)

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ด้านการให้ความหมายต่อตนเองในฐานะ อสม.			
ความเต็มใจในการปฏิบัติหน้าที่	4.61	0.55	ดีมาก
ความภาคภูมิใจในการปฏิบัติ	4.55	0.56	ดีมาก
ความภาคภูมิใจเมื่อปฏิบัติบทบาทสำเร็จ	4.42	0.56	ดี
คุณค่าของ อสม.	4.41	0.57	ดี
การได้พัฒนาตนเอง	4.21	0.55	ดี
ด้านการให้ความหมายในการปฏิบัติบทบาท			
เป้าหมายของบทบาท	4.15	0.73	ดี
คุณค่าของบทบาท	4.12	0.70	ดี
ความเต็มใจในการปฏิบัติบทบาท	4.12	0.67	ดี
คุณค่าของการเป็นส่วนหนึ่ง	4.08	0.68	ดี
บทบาททำให้ได้พัฒนาตนเอง	3.92	0.75	ดี

เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อของแต่ละด้านของทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาทของ อสม.ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน มีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อม

จากการพิจารณาเป็นรายชื่อของแต่ละด้านของทัศนคติที่ดีต่อภาวะสมองเสื่อม โดยเรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย พบว่า ความตระหนักต่อภาวะสมองเสื่อม ($X = 4.10$, S.D. = 0.71) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ มีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกัน ($X = 3.73$, S.D. = 0.82) การคัดกรอง ($X = 3.71$, S.D. = 0.82) ข้อ 4 กิจกรรมกระตุ้นสมอง เป็นการป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่ทำให้ได้ยาก ($X = 2.67$, S.D. = 0.86) การป้องกัน ($X = 2.33$, S.D. = 0.88) มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ตามลำดับรายละเอียดดังตารางที่ 16

2. ด้านทัศนคติต่อบทบาท

จากการพิจารณาเป็นรายชื่อของทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน โดยเรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย พบว่า บทบาทโดยรวม ($X = 3.82$, $S.D. = 0.80$) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ บทบาทการคัดกรอง ($X = 3.31$, $S.D. = 1.08$) ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติบทบาทการป้องกัน ($X = 3.26$, $S.D. = 0.09$) บทบาทการป้องกัน ($X = 3.19$, $S.D. = 1.09$) และการใช้เครื่องมือ ($X = 3.15$, $S.D. = 1.05$) มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ตามลำดับ

ตารางที่ 14 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อันดับ และระดับความคิดเห็นทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาทของ อสม.กลุ่มตัวอย่าง แยกเป็นรายชื่อ ($n = 192$)

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ด้านทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อม			
ภาวะสมองเสื่อม	4.10	0.71	ดี
มีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกัน	3.73	0.82	ดี
การคัดกรอง	3.71	0.82	ดี
การป้องกัน	2.67	0.86	น้อย
ผู้มีภาวะสมองเสื่อม	2.33	0.88	น้อย
ด้านทัศนคติต่อบทบาท			
บทบาทโดยรวม	3.82	0.80	ดี
ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติบทบาทการป้องกัน	3.26	1.09	ปานกลาง
บทบาทการคัดกรอง	3.31	1.08	ปานกลาง
บทบาทการป้องกัน	3.19	1.05	ปานกลาง
การใช้เครื่องมือ	3.15	1.05	ปานกลาง

เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อของแต่ละด้านของความรู้ต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาทของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน มีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านผู้มีภาวะสมองเสื่อม

จากการพิจารณาเป็นรายชื่อของความรู้ด้านผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. โดยเรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย พบว่า อาการของโรค ($X = 0.94$, S.D. = 0.24) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ กลุ่มเสี่ยง ($X = 0.91$, S.D. = 0.29) ระยะของโรค ($X = 0.87$, S.D. = 0.34) การรักษา ($X = 0.94$, S.D. = 0.24) และสาเหตุของโรค ($X = 0.28$, S.D. = 0.45) มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ตามลำดับ

2. ด้านบทบาทการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อม

จากการพิจารณาเป็นรายชื่อของความรู้ด้านบทบาทการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมของ อสม. โดยเรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย พบว่า กิจกรรมกระตุ้นเตือนการรับรู้ ($X = 0.92$, S.D. = 0.27) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ เมื่อคัดกรองแล้วพบผู้สงสัย ($X = 0.89$, S.D. = 0.31) ข้อ 9 การดูแล ($X = 0.84$, S.D. = 0.36) เมื่อคัดกรองแล้วพบผู้สงสัย ($X = 0.83$, S.D. = 0.37) และความรู้เกี่ยวกับแบบคัดกรอง ($X = 0.28$, S.D. = 0.45) มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ตามลำดับ

ตารางที่ 15 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อันดับ และระดับความรู้ด้านผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. กลุ่มตัวอย่าง แยกเป็นรายชื่อ ($n = 192$)

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ความรู้ด้านผู้มีภาวะสมองเสื่อม			
ระยะของโรค	0.87	0.34	สูง
สาเหตุ	0.28	0.45	ต่ำ
อาการ	0.94	0.24	สูง
การรักษา	0.60	0.49	ปานกลาง
กลุ่มเสี่ยง	0.91	0.29	สูง
ความรู้ด้านผู้มีภาวะสมองเสื่อม			
แบบคัดกรอง	0.34	0.47	ต่ำ
การใช้แบบคัดกรอง	0.83	0.37	สูง
เมื่อคัดกรองแล้วพบผู้สงสัย	0.89	0.31	สูง
การดูแล	0.84	0.36	สูง
กิจกรรมกระตุ้นเตือนการรับรู้	0.92	0.27	สูง

จากการพิจารณาเป็นรายชื่อของการสนับสนุนทางสังคมในแต่ละด้านของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน มีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านอารมณ์

จากการพิจารณาเป็นรายชื่อของการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมของ อสม. โดยเรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย พบว่า การให้ความรู้สึกที่ดี ($X = 3.80$, $S.D. = 0.72$) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ การให้ความช่วยเหลือ ($X = 3.64$, $S.D. = 0.75$) การห่วงใย ($X = 3.57$, $S.D. = 0.72$) และการยอมรับ ($X = 3.55$, $S.D. = 0.65$) มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 21

2. ด้านทรัพยากร

จากการพิจารณาเป็นรายชื่อของการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมของ อสม. โดยเรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย พบว่า การสนับสนุนเครื่องมือที่ทันสมัย ($X = 3.42$, $S.D. = 0.78$) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ความเพียงพอของการสนับสนุนเครื่องมือ ($X = 3.41$, $S.D. = 0.73$) ความเหมาะสมของค่าตอบแทน ($X = 3.29$, $S.D. = 0.84$) และการสนับสนุนทางการเงิน ($X = 3.04$, $S.D. = 0.84$) มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ตามลำดับ

3. ด้านข้อมูลข่าวสาร

จากการพิจารณาเป็นรายชื่อของการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมของ อสม. โดยเรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย พบว่า การติดต่อเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ($X = 3.88$, $S.D. = 0.71$) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ การสนับสนุนข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัย ($X = 3.66$, $S.D. = 0.79$) การอธิบายข้อมูลข่าวสาร ($X = 3.55$, $S.D. = 0.74$) และความเพียงพอของข้อมูลข่าวสาร ($X = 3.47$, $S.D. = 0.75$) มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ตามลำดับ

4. ด้านการประเมินผล

จากการพิจารณาเป็นรายชื่อของการสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผล ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมของ อสม. โดยเรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย พบว่า การชื่นชม ($X = 3.82$, $S.D. = 0.67$) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ การประเมินระหว่างการปฏิบัติงาน ($X = 3.76$, $S.D. = 0.73$) คำปรึกษาหรือคำชี้แนะ ($X = 3.50$, $S.D. = 0.89$) และการท้วงติงหรือคำเตือน ($X = 3.26$, $S.D. = 0.87$) มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ตามลำดับ

ตารางที่ 16 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อันดับ และระดับการสนับสนุนทางสังคมในแต่ละด้านของ อสม.กลุ่มตัวอย่าง แยกเป็นรายชื่อ (n= 192)

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์			
การให้ความรู้สึกที่ดี	3.80	0.72	ดี
การให้ความช่วยเหลือ	3.64	0.75	ดี
การห่วงใย	3.57	0.72	ดี
การยอมรับ	3.55	0.65	ดี
การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร			
การสนับสนุนเครื่องมือที่ทันสมัย	3.42	0.78	ปานกลาง
ความเพียงพอของการสนับสนุนเครื่องมือ	3.41	0.73	ปานกลาง
ความเหมาะสมของคำตอบแทน	3.29	0.84	ปานกลาง
การสนับสนุนทางการเงิน	3.04	0.84	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร			
การติดต่อเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง	3.88	0.71	ดี
การสนับสนุนข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัย	3.66	0.79	ดี
การอธิบายข้อมูลข่าวสาร	3.55	0.74	ดี
ความเพียงพอของข้อมูลข่าวสาร	3.47	0.75	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผล			
การชื่นชม	3.82	0.67	ดี
การประเมินระหว่างการทำงาน	3.76	0.73	ดี
คำปรึกษาหรือคำชี้แนะ	3.50	0.89	ดี
การท้วงติงหรือคำเตือน	3.26	0.87	ปานกลาง

ส่วนนี้เป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นที่มีระดับการวัดเป็นค่าต่อเนื่องมีมาตราวัดแบบอัตราส่วน (Ratio scale) และมาตราวัดแบบอันตรภาคชั้น (Interval scale) กับตัวแปรตามคือความพร้อมของ อสม. ในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อม และมีคุณสมบัติตรงตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) ซึ่งผล

การวิเคราะห์พบว่าปัจจัยหรือตัวแปรต้นทั้ง 5 ปัจจัย ได้แก่ การให้ความหมายต่อตนเองและบทบาททัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท ความรู้ต่อภาวะสมองเสื่อมและบทบาท ภาวะสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกหรือในทิศทางเดียวกันกับความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.467, 0.252, 0.201, 0.250 และ 0.397 ตามลำดับ

ตารางที่ 17 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการคัดกรองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 192$)

ตัวแปร	Y	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅
1. ความพร้อมของ อสม. (Y)	1					
2. การให้ความหมายต่อ ตนเองและบทบาท (X1)	0.467***	1				
3. ทัศนคติต่อภาวะสมอง เสื่อมและบทบาท (X2)	0.252***	0.322***	1			
4. ความรู้ต่อภาวะสมอง เสื่อมและบทบาท (X3)	0.250***	0.101	-0.054	1		
5. การรับรู้ภาวะสุขภาพ (X4)	0.134*	0.146*	0.109	0.164*	1	
6. การสนับสนุนทาง สังคม (X5)	0.397***	0.433***	0.144*	0.222**	0.078	1

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	สุกมลทิพย์ พลโลกา
วัน เดือน ปี เกิด	17 มกราคม 2529
สถานที่เกิด	สกลนคร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	188/36 หมู่ 6 ตำบลทุ่งสุขลา อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแหลมฉบัง
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

