

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อ พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในตำบลกันทรารมย์ อำเภوخุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

พนมกร อินทนนท์¹

บทคัดย่อ

การเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการช่วยคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมนับเป็นอีกวิธีหนึ่งซึ่งช่วยให้การทำงานเชิงรุกในชุมชนความสำเร็จโดยสามารถคัดกรองผู้สูงอายุให้เข้ารับการรักษาอย่างทันเวลาที่ การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในตำบลกันทรารมย์ อำเภوخุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 35 คน ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม และแบบประเมินทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ที่มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังทดลองด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนความรู้เกี่ยวกับสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การรับรู้สมรรถนะ และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะ / พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม / อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกโพธิ์ E-mail: Panomkorn59@hotmail.com

Effects of Self-efficacy Enhancement Program for the Village Health Volunteers in Caring for Older People at the Risk of Dementia in Kantararom sub-district, Khukhan District, Sisaket Province

Panomkorn Intanon¹

Abstract

Enhancing Self-efficacy Enhancement of Health Volunteers Promoting Screening and in Caring for Older People at the Risk of Dementia. This quasi-experimental research aimed to study the effects of the self-efficacy promoting program on The Village Health Volunteers Dementia in Kantararom Sub-district, Khukhan District, Srisaket Province. A random sampling was used to recruit 35 village health volunteers. Data were carried out from May to August 2023. Experimental instrument was the self-efficacy promoting program. The research instrument was a questionnaire of knowledge about the risk of dementia, self-efficacy, and skills of health promotion of dementia. which their reliabilities were. 83 respectively Descriptive statistics and Paired Sample t-test.

The results reveal that after the experiment the experimental group had a higher average score of knowledge about risk of dementia, self-efficacy, and skills of health promotion of risk of dementia patients than that of the before the experiment with statistical significance at the 0.001 level.

KEYWORDS: Effects of self-efficacy enhancement program / Caring for older People at Risk of dementia / The village health volunteers

¹Public Health Technical Officer, Professor level, Khukhan district, Sisaket province, Email: Panomkorn59@hotmail.com

บทนำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2564 โดยพบว่าประชากรผู้สูงอายุมีมากถึง 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ประมาณการว่า ในปีพ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงถึง 20.5 ล้านคน หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 32 ของจำนวนประชากรไทยทั้งหมด และยังพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาทางสุขภาพมากถึงร้อยละ 95 การเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุยังสะท้อนให้เห็นว่าเกิดภาระทางการคลังเพิ่มขึ้น เกิดวัยพึ่งพิงทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ นอกจากนี้ปัญหาด้านสุขภาพแล้วนั้นผู้สูงอายุยังต้องเผชิญปัญหาสุขภาพชีวิตความเป็นอยู่และระบบการดูแลที่ไม่ได้มาตรฐาน รวมถึงความมั่นคงทางรายได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุจากครอบครัวยากจน (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2564) การเตรียมความพร้อมทั้งสังคมผู้สูงอายุในชุมชนถือเป็นหนึ่งในความท้าทายของบุคลากรด้านหน้าในการตั้งรับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องมีทักษะการทำงานให้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลก ถือเป็นภาระเตรียมความพร้อมผู้ดูแล ญาติ และทีมสุขภาพในชุมชน และเป็นการลดค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุเพื่อให้ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพในชุมชนก่อนเกิดผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนในชุมชน

วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยด้านร่างกายมีการ เสื่อมและความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงของระบบต่าง ๆ ทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บตามมา ดังต่อไปนี้ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 41) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 18) ข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 9) เป็นผู้พิการ (ร้อยละ 6) โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 1) และผู้ป่วยนอนติดเตียง (ร้อยละ 1) ขณะที่มียังมีเพียงร้อยละ 5 ที่ไม่มีโรคหรือปัญหาสุขภาพ (กรมอนามัย, 2556) ภาวะ

สมองเสื่อมเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการผู้สูงอายุที่มักเกิดขึ้นในผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่มักเกิดในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป พบได้ประมาณร้อยละ 6 - 8 ของผู้สูงอายุ อุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในทุกๆ 5 ปี หลังจากอายุ 60 ปีขึ้นไป ทำให้พบภาวะสมองเสื่อมได้สูงถึง ร้อยละ 45 ในกลุ่มประชากรที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 85 ปี ในปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีจำนวน 617,000 คน โดยพบในประชากร อายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 8 ในประชากรอายุ 70-79 ปี และร้อยละ 50 หรือครึ่งหนึ่งของประชากรที่อายุ 85 ปีขึ้นไป ซึ่งคาดว่า ในปี พ.ศ. 2580 จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น จำนวน 1,350,000 คน ประกอบกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม 1 คน ต้องใช้ผู้ดูแลอย่างน้อย 2 คน หากญาติในครอบครัวเป็นผู้ดูแลกันเองจะมีค่าใช้จ่ายในการดูแลประมาณ 4,000 - 6,000 บาทต่อเดือน ทั้งนี้ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายทางอ้อมของผู้ดูแล เช่น ต้องลาออกจากงานมาดูแล รวมทั้งค่าเสียโอกาสต่าง ๆ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

ภาวะสมองเสื่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป จำเป็นต้องได้รับการดูแลในกิจวัตรประจำวันและต้องการผู้ติดตามดูแล ส่งผลกระทบต่อ การประกอบอาชีพ และการเข้าสังคมทำให้ค่าใช้จ่ายในครอบครัวสูงขึ้น ทั้งค่าใช้จ่ายทางตรง เช่น ค่ายา หรือ ค่ารักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายทางอ้อมของญาติผู้ดูแลที่ต้องลาออก จากงาน ผู้ดูแลเกิดความเครียดที่ต้องรับภาระหนัก เบื่อหน่าย ซึมเศร้า หรือขัดแย้งในครอบครัว เมื่อญาติ ผู้ดูแลมีความเครียดสูงอาจกลายเป็นผู้ป่วย ส่งผลให้คุณภาพการดูแลลดลง การป้องกันภาวะสมองเสื่อม จึงมีความสำคัญ การรณรงค์ค้นหาผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรกเพื่อช่วยฟื้นฟูสมองและชะลอการตาย ของสมองให้ช้าลง ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงการได้รับการสนับสนุน และการเตรียมความพร้อม สำหรับอนาคตได้ดียิ่งขึ้น

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชุมชนและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ที่มีจิตอาสา เสียสละจนได้รับการยอมรับจากสังคม และยกฐานะเป็นหมอปประจำบ้าน มีบทบาทในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562) ส่งเสริมสุขภาพและแก้ปัญหาสุขภาพที่สำคัญและมีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุในชุมชน เห็นการเปลี่ยนแปลงสุขภาพด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุได้ชัดเจนกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสามารถค้นหาผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือมีอาการระยะเริ่มแรกก่อนที่จะมีอาการแสดงของโรคสมองเสื่อม

การเสริมสร้างสมรรถนะ อสม. ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการคัดกรองผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เป็นการสร้างเครือข่ายคนในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้น นำสู่ความร่วมมือและแก้ไขปัญหาที่ตรงประเด็น ส่งผลให้ประชาชนได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดภาวะเสี่ยงต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม ที่ผ่าน มา อสม. ได้รับการอบรมให้ความรู้ที่จำเพาะเจาะจงเฉพาะเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ยังมีน้อย เนื่องจากปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุมีความหลากหลายจากความเสื่อมของร่างกาย ดังนั้นการเสริมสร้างสมรรถนะและเพิ่มบทบาทของ อสม. ในการช่วยคัดกรองผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมนับเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ การทำงานเชิงรุกในชุมชนให้มีความสำเร็จสามารถคัดกรองผู้สูงอายุให้เข้ารับการรักษาทันท่วงทีเพื่อชะลอความเสื่อมของสมองที่อาจยากต่อการแก้ไขได้หากปล่อยทิ้งไว้ระยะยาว

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อธิบายว่าบุคคล จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมหรือไม่นั้น ส่วนหนึ่งมาจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่าจะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมายหรือตามความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectation) ที่เกิดขึ้น หากตนกระทำพฤติกรรมแล้วจะนำไปสู่ผลลัพธ์

ตามที่ต้องการ ผ่านกระบวนการเรียนรู้จากแหล่ง ข้อมูล 4 แหล่ง คือ (1) การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (3) การใช้คำพูดชักจูง (4) การส่งเสริมสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ดังนั้น ควรส่งเสริมให้อสม.มีความรู้และทักษะทักษะในคัดกรองผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม โดยมีความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความคาดหวังในผลลัพธ์จากการคัดกรองผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม และเกิดพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่อง

การจัดโปรแกรมโดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อกระบวนการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ผ่านมาไปใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเน้นเฉพาะโรค ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (ชูชาติ พันเต็ม, 2565) โรคหลอดเลือดสมอง (วีรวัดน์ จิตจุง, 2561) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน (ปิยนุช ภิญโย และคณะ, 2560) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมถึงการคัดกรองโรคจิตในชุมชน การคุ้มครองผู้บริโภค (สุภาวดี สุขมาก และคณะ, 2559) การศึกษาส่วนใหญ่พบในเขตเมือง กทม. และเป็นการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะตนเองของ อสม. ในการคัดกรองผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม แต่ยังไม่ได้มีการประเมินพฤติกรรมที่สะท้อนความสามารถในการคัดกรองในการปฏิบัติงานจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (วิไล ตั้งปนิธานดี และคณะ, 2563) สภาพปัญหาของผู้สูงอายุในชนบทท้องถิ่นมีความแตกต่างทางด้านภาษาและวัฒนธรรม รวมถึง อสม.ยังขาดทักษะในการคัดกรองและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ถึงแม้ อสม.จะได้รับความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมมาบ้างแล้วนั้นซึ่งยังไม่เพียงพอต่อการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนผ่าน กระบวนการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง คือ (1) การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ โดยให้ประเมินตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมฯร่วมกันค้นหาปัญหาที่เป็นอุปสรรค พร้อม ทั้งหาแนวทางในการแก้ไข (2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น โดยการวิเคราะห์จากการชมวีดีทัศน์ และฟังประสบการณ์การคัดกรองการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจาก CG ที่มีประการณ์การทำงาน (3) การใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้เชื่อว่าตนสามารถประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ ได้ (4) การส่งเสริมสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ให้มีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 5 สัปดาห์ จำนวน 6 ครั้ง ผลการวิจัยครั้งนี้ จะได้โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสหวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนและ พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทักษะ มีความมั่นใจและสามารถคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุให้ได้รับการรักษาที่ทัน่วงทีและได้รับการดูแลจากครอบครัว ชุมชนอย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สมมุติฐานการวิจัย

ภายหลังการทดลองค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิด

โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) สามารถทำได้จากการเรียนรู้ของแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง คือ (1) การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ โดยให้ประเมินตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมฯร่วมกันค้นหาปัญหาที่เป็นอุปสรรค พร้อม ทั้งหาแนวทางในการแก้ไข การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น โดยการวิเคราะห์จากการชมวีดีทัศน์ และฟังประสบการณ์การคัดกรองและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจาก CG ที่มีประการณ์การทำงานสภาวะทางกายและอารมณ์ (3) การใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้เชื่อว่าตนสามารถประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ ได้ (4) การส่งเสริมสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ให้มีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ดังภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) โดยใช้แหล่งสนับสนุนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจาก 4 แหล่ง ดังนี้

1. การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ โดยให้ประเมินตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ ร่วมกันค้นหาปัญหาที่เป็นอุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น
2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น โดยการวิเคราะห์จากการชมวีดิทัศน์ และฟังประสบการณ์การคัดกรองและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจาก CG ที่มีประสบการณ์การทำงาน
3. การใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้เชื่อว่าตนสามารถประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ ได้
4. การส่งเสริมสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ให้มีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ

พฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ตำบลกันทรารมย์ อำเภوخุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 104 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกันทรารมย์ อำเภوخุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยจับการสุ่มฉลาก ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา(Bandura, 1997) จากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง คือ (1) การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (3) การใช้คำพูดชักจูง (4) การส่งเสริมสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ส่วนที่

2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ส่วนที่
3 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ
อาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุ ที่เสี่ยงต่อ
ภาวะสมองเสื่อม ส่วนที่ 4 แบบประเมินทักษะของ
อาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อ
ภาวะสมองเสื่อม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมกรรมการดูแล
ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ผ่านการตรวจสอบ
ความเหมาะสมของเนื้อหา(Content Validity) โดย
ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา
(Content validity index = CVI) ผลการหาค่าความ
ตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .78 และแบบสอบถามข้อมูล
พื้นฐาน แบบวัดความรู้เกี่ยวกับสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ
แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัคร
สาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมอง
เสื่อม แบบประเมินทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขใน
การดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมวิเคราะห์หา
ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ด้วยวิธีหาค่า
สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha
Coefficient) ได้เท่ากับ 0.83

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา
(Descriptive statistic) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
โดยใช้สถิติ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้
การรับรู้สมรรถนะ และทักษะของอาสาสมัคร
สาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมอง
เสื่อม ก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ
Paired Sample t-test

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านคณะกรรมการพิจารณา
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ศรีสะเกษ ให้การรับรองผ่านการพิจารณาเห็นชอบ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ศรีสะเกษ เอกสารเลขที่ SPPH 2023-089 ลงวันที่ 12
พฤษภาคม 2566

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า
ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.0) มีอายุระหว่าง
41-50 ปี (ร้อยละ 40.0) รองลงมาอายุระหว่าง 51-60
ปี (ร้อยละ 28.6) โดยมีอายุเฉลี่ย 49.26 ปี (SD = 9.15)
มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษา (ร้อยละ 40.0)
รองลงมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 34.3) สถานภาพ
สมรสส่วนใหญ่สมรส/คู่ (ร้อยละ 77.1) กลุ่มตัวอย่าง
ทั้งหมดประกอบอาชีพเกษตรกร เช่น ทำไร่ ทำนา
ทำสวน ระยะเวลาของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน (อสม.) มากกว่า 15 ปี (ร้อยละ 40.0)
รองลงมา 6-10 ปี (ร้อยละ 28.6) ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับสมองเสื่อม ใน
ผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
หลังได้รับโปรแกรม ฯ คะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง
มีความรู้เกี่ยวกับสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ยกเว้น
ข้อที่ 3 ภาวะสมองเสื่อมทำให้อาบน้ำเองไม่ได้ ใส่เสื้อ
กลับด้านคะแนนก่อนและหลังการทดลอง ไม่
เปลี่ยนแปลง หลังการทดลองข้อที่มีผู้ตอบถูกสูงสุด
ร้อยละ 100 ได้แก่ ผู้สูงอายุมีโอกาสมีภาวะสมองเสื่อม
การออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยให้ความคิด ความจำดี
ขึ้น ช่วยให้สมองเสื่อมช้า และผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมใน
ระยะรุนแรงต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอด 24
ชั่วโมง

ส่วนที่ 3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ
อาสาสมัครสาธารณสุขก่อนการทดลองทั้งของกลุ่ม
ทดลองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.76

SD = 0.59 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า เกือบทุกข้อของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นการรับรู้สมรรถนะด้านความสามารถประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้ พบว่าอยู่ในระดับมาก ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.31 SD = 0.27) ยกเว้น สามารถส่งเสริมผู้สูงอายุฝึกสมองด้วยการฝึกบวกเลขบ่อย ๆ จำให้สมองเสื่อมช้าลงยังอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดิม

ส่วนที่ 4 ทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมก่อนการ

ทดลองของกลุ่มทดลอง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.34 SD = 0.40) ภายหลังการทดลองทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 2.72 SD = 0.19) เมื่อพิจารณากลุ่มทดลองรายด้าน พบว่าเกือบทุกด้านอยู่ในระดับดีมาก ยกเว้น การแนะนำญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสังเกตอาการผิดปกติของผู้สูงอายุ เช่น เริ่มมีปัญหาเรื่องทิศทาง เช่น ถ้าเคยขับรถก็หลงทางบ่อยจำทิศทางไม่ได้ขับรถอันตราย หรือเลิกขับรถไปเลยก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.29 SD = 0.50) ภายหลังการทดลองยังอยู่ในระดับปานกลางเท่าเดิม (ค่าเฉลี่ย = 2.29 SD = 0.50) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนและหลังทดลอง (n= 35)

ตัวแปร	Mean	SD	t	df	P-value
ความรู้เกี่ยวกับสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ					
ก่อนการทดลอง	10.42	5.03	4.63	34.00	<.001*
หลังการทดลอง	13.48	1.63			
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุข					
ก่อนการทดลอง	27.65	5.92	7.43	34.00	<.001*
หลังการทดลอง	33.17	2.72			
ทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุข					
ก่อนการทดลอง	35.14	6.09	8.7	34.00	<.001*
หลังการทดลอง	40.85	2.94			

จากตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.42 (SD = 5.03) ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม มีผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.48 (SD= 1.63) เมื่อ

เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับสมองเสื่อมในผู้สูงอายุด้วยสถิติ Paired Sample t-test ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= 4.63, p-value < .001)

ผลการวิเคราะห์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 27.65 (SD = 5.92) ภายหลังการ

ทดลองกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมงดดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม มีผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 33.17 (SD= 2.72) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยสถิติ Paired Sample t-test หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.43, p\text{-value} < .001$)

ผลการวิเคราะห์ทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 35.14 (SD = 6.09) ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมงดดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม มีผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 40.85 (SD= 2.94) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยสถิติ Paired Sample t-test หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.70, p\text{-value} < .001$)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมงดดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในตำบลกันทรารมย์ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ สามารถอภิปรายผลการทดลองได้ดังนี้

1. ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนความรู้เกี่ยวกับสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) นั่นคือ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนความรู้เกี่ยวกับสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนทดลอง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997) ผ่านกระบวนการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูล 4

แหล่ง คือ (1) การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ โดยให้ประเมินตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมฯร่วมกันค้นหาปัญหาที่เป็นอุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไข (2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น โดยการวิเคราะห์จากการชมวิดิทัศน์ และฟังประสบการณ์การคัดกรองการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจาก CG ที่มีประสิทธิภาพการทำงาน (3) การใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้เชื่อว่าตนสามารถประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ ได้ (4) การส่งเสริมสภาพด้านร่างกายและอารมณ์ ให้ความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 5 สัปดาห์ จำนวน 6 ครั้ง โดยชี้แจงบทบาทผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามกระตุ้นเตือนให้เกิดพฤติกรรมงดดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม พร้อมทั้งชมเชย ให้กำลังใจ ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้การดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภาวิณี พรหมบุตร เอื้อจิต สุขพูล กิตติภูมิ ภิญโย และปิยะนุช ภิญโย (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนพบว่า ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรภรณ์ สิมศิริวัฒน์, สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ, และนิสากร กรุงไกรเพชร (2560) ศึกษาผลการสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อความรู้ และการรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมงดส่งเสริมการควบคุมโรคธาลัสซีเมีย ของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคธาลัสซีเมียสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ภายหลังจากทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุข หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = .001$) ซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่าเป็นผลมาจากโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่จัดขึ้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura,1997) เป็นตัวกำหนดการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะ จัดการและนำไปสู่การตัดสินใจในการแสดงพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่คาดหวัง ซึ่งปัจจัยที่ ทำให้เกิดความสามารถของตนเองเพื่อช่วยส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอยู่ 4 แห่ง คือ 1. ประสบการณ์ที่ ประสบความสำเร็จ (Mastery Experience) คือ การได้ เรียนรู้ จากความสำเร็จ จากการปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมนั้น ตั้งแต่อดีตเชื่อมโยงเข้าสู่การตัดสินใจที่จะกระทำกิจกรรมในปัจจุบัน ถือเป็นปัจจัยที่จะช่วยให้ตัดสินใจทำโดยจะคาดหวังว่าตนเองสามารถทำได้ และจะสำเร็จลุล่วงได้ 2. การได้เห็นตัวแบบ (Modeling) หรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experience) การที่บุคคลได้เห็นผู้อื่นกระทำพฤติกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแล้วประสบกับความสำเร็จจะทำให้ตนเองรู้สึกว่ายเองสามารถทำได้เหมือนตัวแบบ และน่าจะประสบความสำเร็จได้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองได้ หากปฏิบัติได้เหมือนตัวแบบ 3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการพูดให้คำแนะนำ อธิบาย ชักชวน หรือใช้คำพูดชื่นชมผู้อื่น เพื่อให้เห็นความสามารถของตนเองที่มีอยู่ และ 4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Rousal) การมีความพร้อมทั้งสภาพร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ จะเป็นอีกหนึ่งหนทางที่จะทำให้ตนเองสามารถกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ได้สำเร็จ เช่น มีความสุขที่จะกระทำภาคภูมิใจ

การศึกษาครั้งนี้ได้จัดโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้น รูปแบบกิจกรรมในการเสริมสร้างความสามารถมีความมั่นใจที่จะกระทำพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมให้ครบทั้ง 4 แห่ง ได้แก่ (1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยประเมินตนเองและสำรวจตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติ แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมร่วมกับค้นหาปัญหาที่เป็นอุปสรรคของการปฏิบัติ ฝึกทักษะการปฏิบัติตนในพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม โดยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ หลังจากฝึกทักษะแล้วประเมินตนเองและพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการได้ปฏิบัติพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมว่าตนสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ (2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น ชมวิดิทัศน์เกี่ยวกับสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การฟังเรื่องเล่าจาก CG ที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ฯ ได้เห็นวิธีการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เกิดการเรียนรู้และนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันของตนเอง พร้อมทั้งร่วมกันวิเคราะห์การปฏิบัติตนจากสิ่งที่ได้ดูจากตัวแบบ (3) การใช้คำพูดชักจูง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ CG ช่วยสร้างความตระหนัก กระตุ้นเตือนให้เห็นความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม และเสริมแรงให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุ (4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ จัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ในการสร้างสัมพันธ์ภาพ เดินตามจังหวะเพลง ร้องเพลง จัดกิจกรรม เล่นเกมสัปดาห์ ประกวดการเขียนความภูมิใจของฉันทเมื่อได้ปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เพื่อส่งเสริมให้เกิดความไว้วางใจ รู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล เพื่อ

เตรียมพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ต่อการเรียนรู้ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวัชรารักษ์ สิมศิริวัฒน์ และคณะ (2560, น.94-104) ศึกษาผลของการสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อความรู้ และการรับรู้ความสามารถของตน และ พฤติกรรมการส่งเสริมการควบคุมโรคธาลัสซีเมียของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของภาวิณี พรหมบุตร เอื้อจิต สุขพูล กิตติภูมิ ภิญโย และปิยนุช ภิญโย (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในชุมชน พบว่า หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอาสาสมัครสาธารณสุขมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ภายหลังจากทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้ง ทั้งนี้มาจากโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้เพิ่มขึ้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ ร่วมกับรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น เกิดความมั่นใจ เชื่อมมั่นในตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของเอี่ยมเดือน เตชะมา และคณะ (2557) ที่ศึกษาผล ของโปรแกรมเสริมสร้างความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านที่บ้านในอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านหลัง เสร็จสิ้นโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรารักษ์

สิมศิริวัฒน์ และคณะ (2560, น.94-104) ศึกษาผลของการสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อความรู้ และการรับรู้ความสามารถของตน และ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมโรคธาลัสซีเมีย ของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า หลังได้รับการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย การเปลี่ยนแปลงความรู้ การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมการส่งเสริมการควบคุม โรคธาลัสซีเมียสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. บุคลากรสาธารณสุขในทีมสุขภาพสามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนให้เกิดพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่น ๆ ได้
2. พยาบาลชุมชน จัดประชุมนำเสนอโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมให้แก่ผู้นำชุมชนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมให้มีความต่อเนื่องในชุมชน
3. ด้านการวิจัย พยาบาลและนักวิจัยสามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ในการวิจัยครั้งต่อไปเป็นแนวทางในการวิจัยและพัฒนา รูปแบบหรือพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ ควรมีการติดตามผลหลังการทดลองอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2562). คู่มือ อสม. หมอประจำบ้าน. สืบค้น 16 เมษายน 2566 จาก <http://xn--y3cri.com/document> ชลिया ศิริกาล และคณะ. (2564). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์, 4 (2).
ชูชาติ ผืนเต็ม. (2565). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ระดับตำบล ของจังหวัดอุตรดิตถ์. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์.
ชัชวาล วงศ์สารี และศุภลักษณ์ พันทอง. (2561). ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ : การพยาบาลและการดูแลญาติผู้ดูแล. วารสาร มจร.วิชาการ, 22 (43-44), 166-179.
บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. (2553). ระเบียบวิจัยทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

ปิยนุช ภิญโย, กิตติภูมิ ภิญโย, สายสุตา จันทวนา, วชิรศักดิ์ อภิพัทธ์กานต์, ธรรณิศ สายวัฒน์, และอมรรัตน์ อัครเศรษฐกุล.(2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตนต่อความรู้ ทักษะคิดและพฤติกรรมดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนจังหวัดขอนแก่น. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 37(3), 109-120.

ภาวิณี พรหมบุตร, เอื้อจิตร์ สุขพูล, กิตติภูมิ ภิญโย, และปิยนุช ภิญโย. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนของจังหวัดแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลสงขลานครินทร์, 35 (2), 113-120.

วีไล ตั้งปนิธานดี และคณะ. (2563). ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม: กรณีศึกษา กรุงเทพมหานคร. วารสารสภาการพยาบาล, 35(1), 46-60.

วีรวัฒน์ จิตจุง. (2561). การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต, คณะศิลปศาสตร์, มหาวิทยาลัยเกริก.

วัชรภรณ์ สิมศิริวัฒน์, สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ, และ
นิสากร กรุงไกรเพชร. (2560). ผลการสร้างเสริม
สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้ การรับรู้ความ
สามารถของตน และพฤติกรรมการส่งเสริมการ
ควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียของอาสาสมัคร
สาธารณสุขกรุงเทพมหานคร. วารสารคณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 25 (2),
94-104.

ศรุตยา หวางษ์ วิณา เทียงธรรม และสุธรรม นันทมง-
คลชัย. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชน
โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว. วารสาร
พยาบาลสาธารณสุข, 31(1), 110-128.

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อ
ผู้สูงอายุ. (2563). คู่มือการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่
มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร สำหรับอาสาสมัคร
ผู้ดูแลในชุมชน. กรุงเทพฯ: บริษัทสินทวีการ
พิมพ์ จำกัด.

สุภาวดี สุขมาก, ยินดี พรหมศิริไพบูลย์ และสาโรจน์
เพชรมณี. (2559). ผลของโปรแกรมการพัฒนา
สมรรถนะแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้านด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ตำบลบ้าน
เสด็จ อำเภอกะเนียง จังหวัดสุราษฎร์ธานี,
วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 4(1), 1-19.

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. (2564) รายงาน
ประจำปีสำนักอนามัยผู้สูงอายุ ประจำปี
งบประมาณ พ.ศ. 2564. สืบค้น 16 เมษายน
2566 เข้าถึงได้จาก: <https://eh.anamai.moph.go.th/th/anniversary->

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. (2564). คู่มือ
แนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีววัยยืน
ยาว (Health Promotion & Prevention
Individual Wellness Plan) สำหรับเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การ
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วัตราดุลย์, วรณิชา
พั่วไพโรจน์, กนกพร แจ่มสมบุญ, ลัดดาวัลย์
เต ช่างกูร, และยุพา อยู่เย็น. (2558). ผลของ
โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้แบบมี
ส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้านต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย
โรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด.
วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 26 (1),
191-132.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise
of control. New York: W.H.Freeman.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: Toward a
unifying theory of behavioral change.
Psychological Review, 84(2), 191-215.