

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ผลของหลักสูตรฝึกอบรมต่อ ความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ดวงเนตร ธรรมกุล ค.ด.

อรนุช ชูศรี ปร.ด.

เรณู ชวัญยืน ค.ด.

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต กรุงเทพมหานคร

ติดต่อผู้เขียน: อรนุช ชูศรี Email: orranuch_chu@dusit.ac.th

วันรับ:	22 เม.ย. 2567
วันแก้ไข:	28 ต.ค. 2567
วันตอบรับ:	4 พ.ย. 2567

บทคัดย่อ

ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมจึงมีความสำคัญ การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ประเมินความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจในการอบรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 100 คน ใช้การเลือกตัวอย่างแบบอาสาสมัคร เครื่องมือได้แก่ คู่มืออบรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม แบบประเมินความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.67-1.00, 0.67-1.00, 0.67-1.00, และ 0.67-1.00 ตามลำดับ คู่มืออบรมฯผ่านการทดลองใช้กับผู้ดูแลจำนวน 5 คน เพื่อปรับปรุงคู่มือฯและฝึกทดลองใช้ ตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินทั้ง 3 ฉบับ แบบประเมินความรู้มีค่า KR-20 = 0.69 และอีก 2 แบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค = 0.73 และ 0.93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ดัชนีประสิทธิผล (Effectiveness Index: E.I) และ paired t-test ผลการศึกษา พบว่า คู่มือการอบรมมีประสิทธิภาพ มีค่า E.I = 0.90 คิดเป็นร้อยละ 90 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมอบรมและให้ข้อมูลครบ จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 68 มีค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนการอบรมน้อยกว่าหลังการอบรม (Mean = 16.16, และ 18.82, SD = 2.49, และ 1.80 ตามลำดับ) มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติระดับมากต่อการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม (Mean = 23.51, SD = 3.38) ผลการเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการอบรม พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความรู้หลังการอบรมสูงขึ้นกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และ อสม. มีความพึงพอใจในการอบรมระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 94.10 (Mean = 86.34, SD = 7.91)

คำสำคัญ: การอบรม; ผู้ดูแล; ผู้สูงอายุสมองเสื่อม; ความรู้; ทักษะ

บทนำ

ปัจจุบันประชากรทั่วโลกมีชีวิตร่วมกับภาวะสมองเสื่อมมากถึง 55 ล้านคน เกือบร้อยละ 60 อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง และในทุกปี มีจำนวน

คนสมองเสื่อมรายใหม่เพิ่มขึ้น 10 ล้านคน⁽¹⁾ คาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 131 ล้านคนในปี 2050⁽²⁾ ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การใช้ยามีวัตถุประสงค์เพียงยืดระยะเวลาให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ใน

ช่วงที่ดูแลตัวเองได้นานที่สุดเท่าที่นั้น ผู้มีภาวะสมองเสื่อมจะมีความเสื่อมถอยทางสติปัญญา ซึ่งส่งผลกระทบต่อความจำ ความเข้าใจ การคิด การรับรู้ การคำนวณ ความสามารถทางภาษา และการตัดสินใจ ที่อาจจะนำไปสู่การเกิดปัญหาในการควบคุมทางอารมณ์ พฤติกรรมทางสังคมหรือแรงจูงใจ และมีผลต่อการใช้ชีวิตและการทำกิจวัตรประจำวันเมื่อมีความรุนแรงของโรคในระยะแรกจะทำให้ผู้ป่วย ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มีอาการหลงลืม ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อให้เกิดความเครียดกระทบต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลหลักต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม⁽³⁾ อาจเกิดการโยนความรับผิดชอบต่อการดูแลให้กับบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด และมีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยแย่ลง เช่น ความรู้สึกที่ผู้ป่วยนั้นเป็นภาระแก่ตน⁽⁴⁾

การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาวที่บ้านมีเป้าหมายสำคัญ คือ การชะลอความเสื่อมของสมอง การชะลอการเกิดภาวะพึ่งพา และการควบคุมป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน⁽⁵⁾ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า กิจกรรมการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านนั้นเป็นกิจกรรมที่มีจำนวนมาก หนัก ยาก และซับซ้อนตามความก้าวหน้าของโรคที่เพิ่มขึ้น⁽⁶⁾ โดยครอบครัวและชุมชนจะทำหน้าที่ได้ดีและมีประสิทธิภาพนั้นต้องได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแล เช่น การได้รับการถ่ายทอดข้อมูลที่สำคัญ การกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ และการเตรียมการเพื่อการดูแล แต่สถานการณ์ปัจจุบันเครือข่ายต่างๆ กลับมีข้อจำกัดในการดูแล อาทิ สมาชิกในครอบครัวมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ เวลา และการเงิน ทำให้ดูแลได้ไม่เต็มที่หรือละเลยการดูแล⁽⁷⁾ จากปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม หากผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์เหล่านี้ได้จะนำไปสู่ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ลดลง มีการศึกษาในเรื่องผลกระทบ และความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยพบว่าผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคมของผู้ดูแล และมีความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาในการทำ

กิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้ป่วยสมองเสื่อมกับภาระของผู้ดูแลในระดับสูง ($p=0.02$) ส่วนในด้านของความ ต้องการของผู้ดูแลพบว่า ความต้องการสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การให้ความรู้และการจัดการฝึกอบรมแก่ผู้ดูแล ความต้องการให้มีเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จัดให้มีโทรศัพท์สายด่วนสำหรับการขอคำปรึกษา รวมถึงจัดการฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม และการดูแลรักษาเบื้องต้นของโรคร่วมทางกายที่สามารถเกิดได้กับผู้ป่วยสูงอายุให้กับผู้ดูแลผู้ป่วย แต่ที่มสุขภาพเชิงรุกมีจำนวนจำกัดและมีภาระงานหลายด้านมาก⁽⁸⁾ ดังนั้น เพื่อเป็นการลดภาระของสมาชิกในครอบครัวและเอื้อต่อการทำงานของพยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ จึงจำเป็นต้องสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามาทำหน้าที่ดูแลเพิ่มมากขึ้น โดยประเทศไทยได้มีมาตรการส่งเสริมให้ทีมหุ่นส่วนอย่าง อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เข้ามามีส่วนร่วมทำกิจกรรมการดูแลมากขึ้น⁽⁹⁾ แต่พบว่าจำนวนอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุดังกล่าว ยังไม่ครอบคลุมและเพียงพอกับจำนวนผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุจึงยังคงเป็นสมาชิกในครอบครัว ซึ่งการสนับสนุนการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแลในเรื่องความรู้และทักษะการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นบุคคลที่อาสาสมัครหรือได้รับการคัดเลือกจากประชาชนในชุมชนให้เข้ามาดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนนั้น โดยมีบทบาทในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ โดย อสม. 1 คน จะดูแลประชากรในละแวกใกล้เคียงจำนวน 20 หลังคาเรือน⁽¹⁰⁾ แต่จากรายงานการศึกษานำร่องเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม⁽¹¹⁾ พบว่า กลุ่ม อสม. ควรมีการเตรียมความพร้อมหรืออบรมเพิ่มเติมสมรรถนะในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นระยะๆ ดังนั้น พยาบาลชุมชนและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง จึงควรทำการเตรียมความพร้อมและพัฒนา อสม. ในการ

ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อนำไปสู่การวางแผนสนับสนุนบุคคลกลุ่มดังกล่าวให้มีสมรรถนะและสามารถปฏิบัติบทบาทได้ตามเป้าหมายที่กำหนด

จังหวัดสุพรรณบุรีเป็นที่ตั้งของศูนย์การศึกษาของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต เพื่อผนวกภารกิจของคณะด้านการศึกษาและบริการวิชาการรับใช้สังคมตามประเภทของการจัดกลุ่มมหาวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์จึงเห็นว่าการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมีความสำคัญ คณะผู้วิจัยได้ทำการเลือกพื้นที่การวิจัยในพื้นที่อำเภอสองพี่น้องในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลบางเลน เมื่อสืบค้นฐานข้อมูลประชากรปี 2564 ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดังกล่าวพบว่า มีจำนวนหลังคาเรือน 1,769 หลังคาเรือน มีประชากร 6,326 คน มีผู้สูงอายุ 1,220 คน (ร้อยละ 19.28 ของประชากร) ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 974 คนแบ่งเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 645 คน โรคเบาหวาน จำนวน 313 คน แต่ภาวะสมองเสื่อมไม่มีรายงานหรือการสำรวจข้อมูล⁽¹²⁾ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวถึงแม้ว่าจะเป็นครอบครัวขนาดเล็กและผู้ดูแลส่วนใหญ่ก็ยังเป็นบุคคลในครอบครัว ได้แก่ บุตร คู่สมรสที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกันเอง⁽⁴⁾ แม้ว่าในปัจจุบันรัฐบาลจะมีนโยบายในการสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาว (long term care) ให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีการจัดอบรมอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุแต่ก็ยังไม่เพียงพอกับจำนวนผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุจึงยังคงเป็นสมาชิกในครอบครัว ดังนั้น การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแลในเรื่องความรู้และทักษะการป้องกัน และดูแลภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

การอบรมการจัดการดูแลสุขภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นที่ต้องการ และเป็นความต้องการของชุมชนและทางสาธารณสุขอำเภอสองพี่น้อง ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงศึกษาแนวทางการจัดอบรมการจัดการดูแลสุขภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เพื่อพัฒนาคู่มือ

และการจัดการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ซึ่งในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอกำหนดถึงการเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่มีผลต่อการจัดการดูแลสุขภาพ เพราะมีการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า หากสามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคล มีแรงสนับสนุนทางสังคม และมีปัจจัยแวดล้อมที่เหมาะสมจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพ ทั้งในภาวะเรื้อรังและฟื้นฟู นอกจากนี้ยังสามารถใช้หัวใจให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดชุมชนสุขภาวะ⁽¹³⁻¹⁷⁾ และนำไปสู่การปฏิบัติบทบาทการดูแลที่มีประสิทธิภาพ สามารถช่วยเหลือและลดภาระการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมในครอบครัว ส่งผลให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลกระบวนการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม และเปรียบเทียบความรู้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมก่อนและหลังการเข้าร่วมอบรมของผู้ดูแล รวมทั้งศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม และประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลในการอบรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อน-หลังเพื่อศึกษาผลของหลักสูตรฝึกอบรมต่อความรู้ ทัศนคติ และความพึงพอใจในการอบรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมของผู้ดูแล โดยอบรมผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม 18 ชั่วโมง ด้วยมีจำนวนหัวข้อการเรียนรู้และตอบสนองความต้องการการเรียนรู้ตามทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ในชุมชนได้ในระยะเวลาเหมาะสม และทำการทดสอบความรู้ แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังและสอบถามทัศนคติ ความพึงพอใจในการอบรม ศึกษาคุณภาพของการอบรม ทั้งประสิทธิภาพ และประสิทธิผลเพื่อให้ได้คู่มือการอบรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ อสม. ขององค์การบริหารส่วนตำบล บางเลน อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 125 คน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อสม.ขององค์การบริหารส่วนตำบล บางเลน อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 100 คน ใช้การเลือกตัวอย่างแบบอาสาสมัคร (voluntary sampling)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาคู่มืออบรมการดูแลผู้สูงอายุ สมองเสื่อม โดยศึกษาวิเคราะห์สภาพ และความต้องการ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากผู้ดูแล ผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ ตำบลบางเลน ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการจัดหลักสูตร อบรมผู้ดูแลในการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสมองเสื่อม ทฤษฎีผู้สูงอายุ และคู่มือการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อมครบวงจรสำหรับอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน⁽¹⁸⁾ แล้วจึงนำมาสังเคราะห์เพื่อจัดทำคู่มือการอบรม โดยใช้ แนวคิดการพัฒนาหลักสูตรอย่างเป็นระบบของ Tyler⁽¹⁹⁾ ซึ่ง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ กำหนดจุดมุ่งหมาย กำหนด ประสพการณ์การเรียนรู้ จัดประสพการณ์การเรียนรู้ และ ประเมินผลการเรียนรู้ การจัดทำเอกสารประกอบการเรียนรู้ ประกอบด้วยหน่วย ความจำเป็นของการดูแลสุขภาพผู้สูง-อายุสมองเสื่อม การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การ จัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม และการใช้ แอปพลิเคชันในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของคู่มืออบรม ผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม และเอกสารประกอบ การเรียนรู้ วัตถุประสงค์ของการอบรม และหน่วยการ เรียนรู้ โดยผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูง-อายุ จำนวน 3 ท่าน พบว่ามีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (item objective congruence: IOC) 0.33-1.00 ผู้วิจัย ได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และให้ ผู้เชี่ยวชาญประเมินซ้ำ จนค่า IOC ≥ 0.5 และดำเนินการ สร้างเครื่องมือสำหรับใช้ในการตรวจสอบประสิทธิภาพ ในการอบรมฯ ได้แก่

แบบประเมินความรู้การดูแลสุขภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ สมองเสื่อม เป็นแบบประเมิน ถูก-ผิด หากตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน จำนวน 22 ข้อ ใช้คะแนน รวมในการแปลผล เกณฑ์ในการแบ่งระดับความรู้ถูก-ผิด มี คะแนนอยู่ระหว่าง 0-22 คะแนน แบ่งระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับในอันตรภาคชั้นที่เท่ากัน คือ มีความรู้ในระดับมาก (คะแนน 16 - 22) ปานกลาง (7 - 15) และ น้อย (0-7) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) พิจารณาความเหมาะสมและความสอดคล้องของ หลักสูตร โดยผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และ ผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน พบว่ามีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 มีการปรับปรุงข้อคำถาม 3 ข้อ และตรวจ สอบหาค่าความเที่ยง (reliability) ในกลุ่ม ผู้ดูแลและ อสม. จำนวน 24 ราย หาค่าความสอดคล้องภายใน ของแบบทดสอบ โดยใช้การหาค่าความคงที่ภายในแบบ Kuder-Richardson โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าเท่ากับ 0.69

แบบประเมินทัศนคติของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุสมองเสื่อม จำนวน 9 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ดังนี้ 4= ตรงกับความคิดเห็นมาก ที่สุด, 3= ตรงกับความคิดเห็นมาก, 2= ตรงกับความคิด เห็นน้อย, 1=ตรงกับความคิดเห็นน้อยที่สุด คะแนนอยู่ ในช่วง 9-36 ใช้คะแนนรวมในการแปลผล เกณฑ์การ ประเมินความหมายของคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ในอันตรภาคชั้นที่เท่ากัน คือ ระดับทัศนคติในการดูแล ผู้มีภาวะสมองเสื่อมมาก (28-36) ปานกลาง (19-27) และ น้อย (9-18) ปรับปรุงข้อคำถาม จำนวน 2 ข้อ และ แบบประเมินความพึงพอใจการอบรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ สมองเสื่อม จำนวน 20 ข้อ มีเกณฑ์น้ำหนักคะแนนและ มาตราประมาณค่า 5 ระดับ (5-1) จากความพึงพอใจมาก ที่สุดจนถึงน้อยที่สุด⁽²⁰⁾ คะแนนอยู่ในช่วง 20-100 เกณฑ์ การประเมินความหมายของคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ในอันตรภาคชั้นที่เท่ากัน คือ ระดับความพึงพอใจมาก (74-100) ปานกลาง (47-73) และน้อย (20-46) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

พิจารณาความเหมาะสมและความสอดคล้องของคู่มืออบรม โดยผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน หาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อด้วยวิธี index of item-objective congruence พบว่ามีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 มีการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ข้อ และทดลองใช้เครื่องมือ ตรวจสอบหาค่าความเที่ยง (reliability) ในกลุ่มผู้ดูแลและ อสม. จำนวน 30 คน หาค่าความสอดคล้องภายในของแบบประเมินโดยใช้การหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าเท่ากับ 0.73 และ 0.93 ตามลำดับ

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินคุณภาพของคู่มืออบรม ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 18 ชั่วโมง โดยการจัดกิจกรรมอบรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในเขตตำบลบางเลน อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 100 คน โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการวัดความรู้ด้วย แบบทดสอบความรู้ในระยะ ก่อน-หลังการอบรมเชิงปฏิบัติ สอบถามทัศนคติและความพึงพอใจภายหลังการอบรม และประเมินประสิทธิผลของการอบรม⁽²¹⁾ ด้วย ค่าดัชนีประสิทธิผล (Effectiveness Index: E.I.) = $\frac{\text{Epost-Epre}}{\text{Epost-Epre} + 60}$ จากสูตร

$$E.I. = \frac{\text{ผลรวมของคะแนนหลังอบรมทุกคน} - \text{ผลรวมของคะแนนก่อนอบรมทุกคน}}{(\text{จำนวนผู้เข้าอบรม} \times \text{คะแนนเต็ม}) - \text{ผลรวมของคะแนนก่อนอบรมทุกคน}}$$

กิจกรรมการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม (18 ชั่วโมง) ประกอบด้วย

1. ความจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม (1 ชั่วโมง)

การบรรยาย อภิปรายกลุ่ม และกรณีศึกษา เรื่องภาวะสมองเสื่อม: นิยามและความหมาย อาการ สาเหตุ และปัจจัยเสี่ยง

2. การป้องกันภาวะสมองเสื่อม (ภาคทฤษฎี 2 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ 3 ชั่วโมง) เป็นการบรรยาย อภิปรายกลุ่ม และการฝึกปฏิบัติ

3. การจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เป็นการบรรยาย อภิปรายกลุ่ม การแสดงบทบาทสมมติ และการฝึกปฏิบัติ ประกอบด้วย

3.1 การจัดการวิทยาการส่วนบุคคล (ADL)

3.2 การชะลอและบำบัดฟื้นฟูความสามารถของสมอง

3.3 การลดผลกระทบด้านลบที่อาจเกิดกับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ

4. การใช้แอปพลิเคชันในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม (ภาคทฤษฎี 1 ชั่วโมงและภาคปฏิบัติ 3 ชั่วโมง)

เป็นการบรรยาย อภิปรายกลุ่ม การแสดงบทบาท

สมมติ และการฝึกปฏิบัติ

ทำการประเมินผล โดยการสังเกต การซักถามและแบบทดสอบ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการโดยคณะผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 5 คน นำหลักสูตรอบรมการจัดการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ปรับปรุงแล้วมาดำเนินการจัดการอบรม 3 วัน (18 ชั่วโมง) ตามหน่วยการเรียนรู้ที่อยู่ในหลักสูตร และเก็บรวบรวมข้อมูลกับ อสม.ที่สมัครใจเข้าร่วมอบรม จำนวน 100 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าว่าต้องอบรมให้ครบจำนวน 18 ชั่วโมง สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านและเขียนได้ดีหรือมีปัญหาสายตา หรือไม่สะดวกอ่านเอง จะให้ผู้ช่วยวิจัยใช้การสัมภาษณ์ตามแบบประเมิน และให้ตอบแบบประเมิน สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่สามารถอ่านและเขียนได้ดีจะให้ตอบแบบประเมินเอง โดยก่อนอบรม ทำการประเมินความรู้การจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสมองเสื่อม ใช้เวลาประมาณ 15-25 นาที หลังการอบรมครบ จะทำการประเมินความรู้ ทัศนคติ และความพึงพอใจในการเข้าร่วมอบรมฯ ใช้เวลาประมาณ 25-35 นาที ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย อธิบาย

เรื่องการใช้แบบประเมิน และเทคนิคการสัมภาษณ์
ผู้สูงอายุก่อนลงเก็บข้อมูลจริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ จากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต เลขที่รับรอง SDU-RDI-HS 2023-013 ลงวันที่ 18 พ.ค. 2566 และผ่านคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี กระทรวงสาธารณสุข เลขที่รับรอง COA No.44/2566, REC No.52/2566 ลงวันที่ 12 กันยายน 2566 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างด้วยการแนะนำตัวเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง และแจ้งว่าแบบสอบถามทุกชุดจะไม่ระบุชื่อ-นามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทุกอย่างจะเก็บเป็นความลับ และจะได้ดำเนินการอย่างรัดกุมปลอดภัย จะทำลายเมื่อสิ้นสุดโครงการ การเผยแพร่ผลการวิจัยจะนำเสนอเชิงวิชาการ และในภาพรวมเท่านั้น และท่านจะได้รับคู่มือโปรแกรมการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสมองเสื่อม หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยนำส่งข้อมูลให้กับผู้อำนวยการองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาอสม.ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสมองเสื่อมต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

2 ข้อมูลเชิงปริมาณจากผลการหาคุณภาพของหลักสูตรอบรมด้วย ดัชนีประสิทธิผล (Effectiveness Index: E.I.)⁽²¹⁾ ซึ่งเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ ค่าดัชนีประสิทธิผลที่มีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป⁽²²⁾ ตรวจสอบระดับความรู้ ระดับทัศนคติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสมองเสื่อม และระดับความพึงพอใจในการอบรม ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสมองเสื่อมก่อนและหลังการอบรม ใช้ dependent t-test (paired t-test)

ผลการศึกษา

1. การพัฒนาคู่มืออบรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแล ประกอบด้วย การกำหนดจุดมุ่งหมาย กำหนดประสบการณ์การเรียนรู้ จัดประสบการณ์การเรียนรู้ และประเมินผลการเรียนรู้ เพื่อให้ผู้เข้าอบรมเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งความรู้และทัศนคติ และมีทักษะเบื้องต้นในการปฏิบัติจากผู้ที่มีประสบการณ์เดิมตามทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ โดยเฉพาะการฝึกอบรมของทีมสุขภาพที่เน้นการฝึกทักษะและการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการจัดการอบรมจึงมีทั้งภาคทฤษฎีและภาคทดลอง ลงมือปฏิบัติ สาธิต และให้สาธิตย้อนกลับด้วย เนื้อหาแต่ละหน่วยจะเป็นแผนการสอนประกอบด้วยวัตถุประสงค์ วิธีการสอน/สื่อ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม เนื้อหา ใบงาน และการประเมินผล จัดทำเป็นเล่มคู่มือมีองค์ประกอบของการอบรมครบ จากการหาค่าดัชนีประสิทธิผล พบว่า ดัชนีประสิทธิผล (Effectiveness Index: E.I.) = 0.90 คิดเป็นร้อยละ 90 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพหลังการอบรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสุขในการเรียนรู้เนื้อหาการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสมองเสื่อม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการออกกกำลังกายสมอง และการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม มีการฝึกปฏิบัติจริง ทำให้จดจำได้เนื้อหาไม่ยากมาก โดยเฉพาะการนำไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุรวมทั้งตนเองที่เป็นผู้สูงอายุกับการใช้ชีวิตประจำวันได้

สำหรับการนำหลักสูตรการอบรมไปใช้จัดการเรียนรู้ มีทั้งภาคบรรยายเนื้อหาเชิงทฤษฎี ได้จัดบรรยายบูรณาการไปพร้อมกับการทดลอง รวมจำนวน 3 ครั้ง 18 ชั่วโมง พร้อมแจกคู่มือที่มีภาพประกอบ สามารถทำให้ อสม. ที่เข้าอบรมมีความเข้าใจ และนำเนื้อหาไปใช้ดูแลผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ผลคูณของจำนวน อสม. กับคะแนนเต็ม	ผลรวมของคะแนนหลังอบรม	ผลรวมของคะแนนก่อนอบรม	E.I.
68x22	1,286	1,098	0.895

สมองเสื่อม และดูแลตนเองในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ รวมทั้งนำไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้

2. ระดับความรู้ ทักษะการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสมองเสื่อม และระดับความพึงพอใจในหลักสูตรอบรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแล ขอนำเสนอตามลำดับ ดังนี้ ข้อมูลทั่วไปของ อสม. ระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับความพึงพอใจในการอบรมฯ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อมูลทั่วไปของ อสม. กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. ขององค์การบริหารส่วนตำบลบางเลน อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน เข้ารับการอบรมครบ 18 ชั่วโมง จำนวน 68 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 49 คน (ร้อยละ 72.10) มีอายุเฉลี่ย 52.87 ปี (SD 7.84) มีอายุสูงสุด 74 ปี ต่ำสุด 29 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 46-55 ปี จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 48.53 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสมากที่สุด จำนวน 32 คน (ร้อยละ 47.10) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในชั้นประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 44 คน (ร้อยละ 64.70) ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร จำนวน 26 คน (ร้อยละ 38.20) ส่วนใหญ่มีลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุเกี่ยวข้องเป็นลูกมากที่สุด จำนวน 34 คน (ร้อยละ 50.00) ส่วนใหญ่มีสถานะทางการเงิน ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้สิน จำนวน 30 คน (ร้อยละ 44.10) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 35 คน (ร้อยละ 51.50) ส่วนใหญ่ดูแลผู้สูงอายุ 0-3 ปี จำนวน 47 คน (ร้อยละ 69.12) ส่วนใหญ่ใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุ ไม่เกิน 3 ชั่วโมง/วัน จำนวน 58 คน (ร้อยละ 85.30) โดยส่วนใหญ่กิจกรรมที่ดูแลผู้สูงอายุคือการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน จำนวน 24 คน (ร้อยละ 35.30) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 35 คน (ร้อยละ

51.50)

ผลการศึกษาระดับความรู้ และระดับทัศนคติการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสมองเสื่อม ของ อสม.จำนวน 68 คน ก่อนการอบรมฯ ได้ทำการประเมิน อสม. ด้วยแบบประเมินความรู้ สำหรับหลังการอบรม ได้ทำการประเมินความรู้ และประเมินทัศนคติการจัดการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ผลการประเมิน พบว่า ก่อนการอบรมระดับความรู้การจัดการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม มีค่าสูงสุด=20 คะแนน ค่าต่ำสุด = 10 คะแนน ค่าเฉลี่ย = 16.16 (SD=2.49) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ อยู่ระดับมากที่สุด จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 72.10 และระดับปานกลาง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 27.90 สำหรับหลังการอบรมระดับความรู้การจัดการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม มีค่าสูงสุด=21 คะแนน ค่าต่ำสุด = 14 คะแนน ค่าเฉลี่ย = 18.82 (SD=1.80) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอยู่ระดับมากที่สุด จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 97.10 และระดับปานกลาง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.90 สำหรับทัศนคติการจัดการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมหลังการอบรม พบว่า มีค่าสูงสุด=30 คะแนน ค่าต่ำสุด = 13 คะแนน ค่าเฉลี่ย = 23.51 (SD=3.38) และส่วนใหญ่มีทัศนคติการจัดการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลางสูงสุด จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 83.80 ระดับดี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 13.20 และระดับไม่ดี (น้อย) จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.90 แสดงดังตาราง 2 และ 3

สำหรับผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความรู้การจัดการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมของ อสม. ก่อนและหลังการอบรมฯ เมื่อนำข้อมูลคะแนนก่อนและหลังการอบรมมาทดสอบการกระจายตัวว่ามีการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution) ด้วยสถิติ one-sample

ผลของหลักสูตรฝึกอบรมต่อ ความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ตารางที่ 2 คะแนนสูงสุด ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และการแปลความหมายของคะแนนระดับความรู้ ก่อนและหลังการอบรมโปรแกรมการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ตัวแปร	ช่วงคะแนน	แปลความหมายระดับความรู้	จำนวน (คน)/(ร้อยละ)	
			ก่อนอบรม	หลังอบรม
ความรู้	14.67 – 22.00	มีมาก	49 (72.10)	66 (97.10)
	7.34 – 14.66	มีปานกลาง	19 (27.90)	2 (2.90)
			Mean=16.16, SD=2.49 Max=20, Min=10	Mean=18.82 (SD=1.80) Max=21, Min=14

ตารางที่ 3 คะแนนสูงสุด ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และการแปลความหมายของคะแนนระดับทัศนคติ การจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสมองเสื่อมหลังการอบรม (n=68 คน)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน	แปลความหมายระดับทัศนคติ	จำนวน (คน)/(ร้อยละ)
ทัศนคติ	28–36	ดี	9 (13.20)
	19–27	ปานกลาง	57 (83.80)
	9–18	ไม่ดี (น้อย)	2 (2.90)
	Max=30, Min=13 Mean=23.51, SD=3.38		

Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ได้ค่าสถิติ Kolmogorov-Smirnov Z เท่ากับ 1.013 และ 1.276 และค่า Asymp. Sig. (2-tailed) เท่ากับ 0.257 และ 0.077 ตามลำดับ ซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($\alpha=0.05$) สรุปได้ว่าคะแนนทั้งก่อนและหลังการอบรมมีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ paired t-test วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความรู้การจัดการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมของ อสม. พบว่า ก่อนการอบรมแตกต่างจากหลังการ

อบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยหลังการอบรม อสม. มีความรู้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ผลการศึกษาความพึงพอใจในการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแล พบว่าระดับความพึงพอใจในการอบรมฯ มีคะแนนความพึงพอใจอยู่ระดับมากที่สุด จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 94.10 และระดับปานกลาง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 5.90

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความรู้การจัดการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมของ อสม. ก่อนและหลังการอบรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ด้วยสถิติ paired t-test

รายการ	ก่อนการอบรม		หลังการอบรม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความรู้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม	16.16	2.49	18.82	1.80	-7.17*	<0.001

วิจารณ์

การพัฒนาหลักสูตรอบรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแล ได้เนื้อหาหลักที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ได้แก่ ความจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม การป้องกันภาวะสมองเสื่อม การจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม และการใช้แอปพลิเคชันในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ระยะเวลาในการอบรม 18 ชั่วโมง ซึ่งมีภาคทฤษฎี และภาคทดลองปฏิบัติ ให้เหมาะสมกับการเรียนรู้ตามทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ ที่มีประสบการณ์ผ่านการเรียนรู้มาแล้ว ใช้วิธีการสอน/สื่อ ใช้การบรรยาย อภิปรายกลุ่ม PowerPoint การแสดงบทบาทสมมติ กรณีศึกษา และการฝึกปฏิบัติ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม เนื่องจาก อสม./ผู้ดูแล เป็นวัยผู้ใหญ่ถึงวัยผู้สูงอายุ มีประสบการณ์ชีวิต ดังนั้น การจัดกิจกรรมในโปรแกรมจะเน้นการเรียนรู้โดยอาศัยประสบการณ์ (experiential techniques) ทำให้ผู้เรียนได้มีโอกาสผสมผสานความรู้ใหม่กับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ โดยใช้วิธีการอภิปรายกลุ่ม กิจกรรมการแก้ปัญหา กรณีศึกษา การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ทำกิจกรรมการฝึกออกกำลังกายสมอง (neurobic exercise) มีการผ่อนคลายความเครียดด้วยการนวดตนเอง เป็นต้น สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ทำให้เกิดการแสดงออก แสวงหาเหมาะสม และเป็น active learning ซึ่งการอบรมนี้สามารถเพิ่มความรู้ของผู้ดูแลหลังจากการอบรม โดยความรู้ ทักษะการปฏิบัติ การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมควรมีการจัดอบรมเป็นระยะ ๆ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีทักษะการปฏิบัติ และมีความรู้ที่เกิดการเนื้อหาอบรม และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เกิดจากการจัดกิจกรรมให้^(23,24) นอกจากนี้การอบรมจิตศึกษาให้ผ่อนคลายความเครียด สามารถนำมาจัดอบรมให้กับผู้ดูแลที่ให้การดูแลซับซ้อนกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม⁽²³⁾ ซึ่งในหน่วยการเรียนรู้ เรื่องการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสมองเสื่อม จะมีการเพิ่มเติมความรู้การลดผลกระทบด้านลบที่อาจเกิดกับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวด้วย

ทั้งนี้ยังพบว่า หลักสูตรอบรมมีค่าดัชนีประสิทธิผลอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ โดยสามารถเพิ่มความรู้ และทำให้ผู้ดูแลมีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง โดยการพัฒนาหลักสูตรอบรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมนั้นมีความสำคัญสำหรับประเทศไทยที่เข้าสู่สังคมสูงวัยแบบสมบูรณ์ สถาบันการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Academy) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับ มูลนิธิสังคมและสุขภาพ และ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ลงนามบันทึกข้อความตกลงความร่วมมือทางวิชาการ (MOU) เรื่อง การพัฒนาหลักสูตร และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ที่เข้ากับบริบทสังคมไทย⁽²⁴⁾ และพบว่าเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพได้เผยแพร่แนวปฏิบัติ และใช้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมไม่เพียงพอ จึงเป็นอุปสรรคสำคัญในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และจำเป็นต้องมีการฝึกอบรมเพิ่มเติมมากขึ้น⁽²⁵⁾ ซึ่งหลักสูตรการจัดการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแลนั้น ควรประกอบไปด้วยชุดความรู้ที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ กระบวนการ/วิธีการอบรมที่เหมาะสมกับวัยของผู้ดูแล ระยะเวลา กิจกรรมในการอบรมที่สอดคล้องกับบริบทในชุมชน มีการอบรมการลดผลกระทบด้านลบที่อาจเกิดกับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวด้วย ซึ่งการคำนึงถึงเรื่องสภาพจิตใจของผู้ดูแลในการเผชิญกับความเศร้าโศก การสร้างทักษะการสื่อสารที่ดี จะช่วยลดความเหนื่อยหน่าย และเศร้าโศกลงได้⁽²⁶⁾

ในการจัดอบรมครั้งนี้ใช้ระยะเวลา 18 ชั่วโมง จำนวน 3 วัน มีการจัดกิจกรรมภาคทดลองให้มี active learning มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบ่งปันประสบการณ์ และฝึกปฏิบัติเนื้อหาความรู้ที่อบรมเรื่องการเล่นเกมพัฒนาสมอง มีการออกกำลังกายสมอง ใช้ 3 ขั้นตอนในการดูแลรักษาและพัฒนาสมองเพื่อป้องกันสมองเสื่อม ฝึกทักษะเพิ่มการสื่อสารกับผู้ป่วยสมองเสื่อม เทคนิคการสื่อสารกับผู้ป่วยสมองเสื่อม และข้อควรปฏิบัติให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมทานอาหารได้ง่ายขึ้น สามารถช่วย

กระตุ้นผู้ดูแลให้เกิดทักษะ ความรู้ และเข้าใจผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้มากขึ้น ทั้งนี้ผู้ดูแลเป็นผู้มีส่วนได้เสียในประชากรผู้สูงอายุสมองเสื่อม ซึ่งมีความต้องการหลายอย่าง ได้แก่ ต้องการได้รับความช่วยเหลือ การสร้างขีดความสามารถของบุคคลในการดูแลสุขภาพ สิ่งสนับสนุนช่วยเหลือสำหรับผู้ดูแลและครอบครัว รวมถึงการส่งเสริมชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแล⁽²⁷⁾ ซึ่งหลักสูตรนี้สามารถตอบโจทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ในบางส่วน

การทำให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมถือเป็นสิ่งสำคัญ ด้วยการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นเวลานานๆ จะก่อให้เกิดความเบื่อหน่าย เหนื่อย และท้อแท้ เครียด จากหลักฐานงานวิจัยเชิงประจักษ์นำเสนอถึงความเครียดเรื้อรังและความเสี่ยงอื่นๆ ของผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการดูแล โดยหากทำให้ผู้ดูแลยอมรับเปิดใจ มีความยืดหยุ่นในการดูแล⁽²⁸⁾ จะช่วยเหลือผู้ดูแลในการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางด้านลบที่เกิดขึ้นได้นอกจากนี้ความเต็มใจของผู้เรียนต่อการฝึกอบรม จะช่วยให้เกิดการยอมรับ เข้าใจผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม อันจะช่วยให้ความเข้าใจและทัศนคติด้านบวกต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้นได้^(29,30) ทั้งนี้การจัดอบรมสำหรับผู้ดูแล ควรมีการจัดอบรมเป็นระยะๆ เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน และควรประเมินความต้องการจำเป็นในการฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อทำให้เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเกิดประสิทธิภาพ จะพบว่าความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสบการณ์การทำงาน ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพที่ดี และระยะเวลาในการฝึกอบรมภายใน 1 ปี⁽³¹⁾ ดังนั้น การพัฒนาและให้ความรู้กับผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสมองเสื่อมเป็นสิ่งที่ไม่ควรละเลย ควรมีการจัดอบรมเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะที่เพิ่มขึ้น สร้างความตระหนักและสร้างคุณค่าของผู้ดูแล อันจะช่วยให้เกิดทัศนคติในการดูแลผู้อื่นดีขึ้น

จากผลการศึกษาดังกล่าวยืนยันว่าหลักสูตรอบรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแลนั้นมีคุณภาพและ

เหมาะสมในการนำไปพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนต่อไป

ผลการศึกษาความพึงพอใจในการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแล พบว่าระดับความพึงพอใจในการอบรมฯ มีคะแนนความพึงพอใจอยู่ระดับมากที่สุด และพบว่าการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความสำคัญในการดูแล ความยืดหยุ่น และความเข้าใจในสถานการณ์ เป็นตัวแปรพยากรณ์เชิงบวกที่จะทำให้เกิดความพึงพอใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และเป็นแนวทางการสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ดูแล⁽³¹⁾ ซึ่งหลักสูตรการอบรมที่พัฒนาขึ้นนี้มีเนื้อหาหลักที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม และการจัดอบรมมีกิจกรรม active learning ใช้วิธีการออกกำลังกาย “สมอง” ป้องกันภาวะสมองเสื่อม ฝึกทักษะเพิ่มการสื่อสารกับผู้ป่วยสมองเสื่อม การใส่ใจกับกิจกรรมเพิ่มพูนทักษะความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม มีการใช้คำถามกระตุ้นความรู้เดิม และส่งเสริมการตอบคำถาม สร้างแรงจูงใจด้วยการให้รางวัลเล็กๆ น้อยๆ จึงทำให้ผลของความพึงพอใจในการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแลอยู่ในระดับมากที่สุด ถึงร้อยละ 94.10 นอกจากนี้การประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมต่อโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางไกลและการเฝ้าติดตามทางไกล (telerehabilitation program and remote monitoring) ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุมได้รับเฉพาะการตรวจติดตามระยะไกลพบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีมุมมองเชิงบวกต่อการจัดกระทำที่ได้รับความรู้ในการตรวจติดตามระยะไกลทั้งคุณภาพเสียงและวิดีโอการแนะนำที่ดี โดยกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมที่ได้รับ ซึ่งแสดงถึงศักยภาพของโครงการที่ให้การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมและผู้ดูแล⁽³²⁾ เช่นเดียวกับการพัฒนาหลักสูตรอบรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแลในงานวิจัยนี้ ที่สามารถสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ดูแลที่เข้าร่วมอบรมได้

สรุป การพัฒนาหลักสูตรอบรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแลจำนวน 18 ชั่วโมง มีเนื้อหาครบ 4 หัวเรื่อง มีวิธีการสอนที่หลากหลาย ผ่านการตรวจสอบหาคุณภาพของหลักสูตรอบรมและทดลองใช้อบรมกับผู้ดูแล สามารถนำมาใช้อบรมผู้ดูแลและผู้มีส่วนได้เสียให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้ ทักษะ และเกิดความพึงพอใจในหลักสูตรการอบรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแลได้ ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้ประโยชน์ ทีมสุขภาพสามารถนำหัวข้อบางเรื่อง เช่น การป้องกันภาวะสมองเสื่อม การใช้แอปพลิเคชันในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมไปใช้กับโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชน ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป หลักสูตรอบรมสามารถนำเสนอประเด็นที่ทันสมัย เพิ่มเนื้อหากระบวนการจัดอบรมตามสถานการณ์ปัจจุบันที่เหมาะสมในแต่ละชุมชน โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา และทำการวิจัยเชิงทดลองติดตามผลระยะยาวของหัวข้อย่อยเรื่องการป้องกันภาวะสมองเสื่อม

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยนวัตกรรม การดูแลและพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนทุนการวิจัย รวมถึงสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต และกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากองค์การบริหารส่วนตำบลบางเลน อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ที่มีส่วนทำให้งานวิจัยสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization: Dementia [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 17]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
2. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer report 2016: improving healthcare for people living with dementia: coverage, quality and costs now and in the future [Internet]. 2016 [cited 2022 Mar 19]. Available from: <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2016/>
3. ภาวดี เหมทานนท์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยสมองเสื่อม. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2562;6(2):163-75.
4. ภูษณิศา ยังอยู่, สุภัทรา จันทรคำ, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, ปิณฑิรา สิทธิพากร, ดุจปรารณา พิศาลสารกิจ, นภาพร เพ็งสอน, และคณะ. ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. วารสารพญาวินิจฉัยและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2017;16:57-69.
5. ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์. ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการพยาบาล: บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2560;25(1):1-12.
6. Weisbrod N. Primary palliative care in dementia. Neurotherapeutics 2022;19:143-51.
7. Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali GC, Wu YT, Prina M. World Alzheimer report 2015: the global impact of dementia: an analysis of prevalence, incidence, cost and trends. London: Alzheimer's Disease International, University of Cambridge; 2015.
8. กามัน เจ๊ะอาร, ชญานิศา ศรีวิชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงานกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาลทหารบก 2560;18(suppl 2): 299-305.
9. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข. ปัน อสม. เชี่ยวชาญ 10 สาขา รวมด้านยาเสพติด 2.7 แสนคน. หนังสือพิมพ์เพื่อน ผสส.-อสม 2555;30(5):2.
10. กรุงเทพมหานครออนไลน์. คุณภาพชีวิต-สังคม, พลัส "อสม." รากฐานแห่งความสำเร็จ "สาธารณสุขไทย" [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 19 ม.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://www.bangkokbiznews.com/social/877773>

11. ณัฐรา แสคำ, วรณรัตน์ ลาวัง, สมสมัย รัตนกริธากุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2563;13(4):1-17.
12. สถิติสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสองพี่น้อง. ฐานข้อมูลประชากรปี 2564 ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี; 2564. สุพรรณบุรี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสองพี่น้อง; 2564.
13. Talbot L, Verrinder G. Promoting health: the primary health care approach. Chatswood, NSW: Elsevier; 2014.
14. Machado DA, Opaleye DTC, Campos TP, Laks J, Ferri CP. Identification of dementia in primary care in Brazil: adaptation and validation of a protocol for training community health workers. Alzheimer's & Dementia 2018;14(Suppl 7):945.
15. Fava GA, Cosci F, Sonino N, Guidi J. Understanding health attitudes and behavior. American Journal of Medicine 2022;136(3):252-9.
16. Yang T, Gong D, Peng Y, Yang Y. Effects and influencing factors of Internet-based training on primary prevention of dementia among primary health care workers. Nurse Education Today 2022;116:105454.
17. McCabe DE. Promoting older adult mental health through integrated care. Geriatric Nursing 2023;52:215-8.
18. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. คู่มือการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร สำหรับอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน. กรุงเทพมหานคร: สันติภาพพิมพ์; 2563.
19. Tyler RW. Basic principles of curriculum and instruction. Chicago: The University of Chicago Press; 1949.
20. Best JW, Kahn JV. Research in education: Pearson new international edition. 10^{ed} ed. Essex, UK: Pearson Education; 2014.
21. Knowles M. Andragogy in action. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1984.
22. เจริญ กิจระการ, สมนึก ภัททิยธนี. ดัชนีประสิทธิผล (effectiveness index: E.I.). วารสารการวัดผลการศึกษามหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2545;8:30-6.
23. Meyer K, Glassner A, Norman R, James D, Sculley R, LealVasquez L, et al. Caregiver self-efficacy improves following complex care training: results from the learning skills together pilot study. Geriatric Nursing 2022;45:147-52.
24. สำนักข่าวสร้างสุข. ลงนาม MOU พัฒนานวัตกรรมความรู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม หลักสูตรจากวิจัยโรงเรียนแพทย์ฮาร์วาร์ด รับสังคมสูงวัยสมบูรณ์แบบประชาชนทั่วไปเรียนรู้ได้ พร้อมผลักดันต้นแบบผู้ดูแลในเขต กทม. ลงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2566. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2566.
25. Yang T, Gong D, Peng Y, Yang Y. Effects and influencing factors of internet-based training on primary prevention of dementia among primary health care workers. Nurse Education Today 2022;116:105454.
26. Testoni I, Biancalani G, Ronconi L, Pedrini A, Romanelli S, Melendugno A. Ambiguous loss and disenfranchised grief in formal caregivers of people with dementia: Effectiveness of a training intervention with psychodrama. Arts in Psychotherapy 2023;85:102037.
27. Shi C, Wong GHY, Choy JCP, Wong KKY, Lum TYS, Yu DSF. Are we on the same page? Multiple stakeholders and service users priorities for dementia care and policy: a Delphi study. International Journal of Nursing Studies 2022;133:104300.
28. Atefi GL, de Vugt ME, van Knippenberg RJM, Levin ME, Verhey FRJ, Bartels SL. The use of acceptance and commitment therapy (ACT) in informal caregivers of people with dementia and other long-term or chronic conditions: a systematic review and conceptual integration. Clinical Psychology Review 2023;105:102341.

29. Wang Y, Liu Y, Tian J, Jing M, Zhang K. Analysis on nursing competence and training needs of dementia caregivers in long-term care institutions. *International Journal of Nursing Sciences* 2020;7:198–205.
30. Brown B, Kang G, Schwartz A, Rink A, Gallant N, Magpantay-Monroe E, et al. Cognition and dementia with Raymond and Brain: curriculum development and evaluation using interactive animated flipped-classroom modules to impact nursing students' attitude toward dementia care. *Nurse Education in Practice* 2023; 71:103696.
31. Sarabia-Cobo C, Sarria E. Satisfaction with caregiving among informal caregivers of elderly people with dementia based on the salutogenic model of health. *Applied Nursing Research* 2021;62:151507.
32. Gerassi RC, de Andrade LP, Tsen C, Simões AB, Norberto G, Aily JB, et al. Family caregivers' satisfaction with telerehabilitation and follow-up intervention for older people with dementia: randomized clinical trial. *Geriatric Nursing* 2023;54:66–75.

Developing a Program to Promote the Ability of Caregivers to Care for the Elderly with Dementia

Doungnetre Thummakul, Ph.D.; Orranuch Chusri, Ph.D.*; Renu Kwanyuen, Ph.D.

Faculty of Nursing, Suan Dusit University, Thailand

Journal of Health Science of Thailand 2025;34(3):488–500.

Corresponding author: Orranuch Chusri, Email: orranuch_chu@dusit.ac.th

This article is part of a research project on innovative approaches to caring for and developing the cognitive abilities of elderly individuals through community involvement.

Abstract: The increasing dependency of elderly individuals with dementia highlights the importance of enhancing the capabilities of their caregivers. This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of training for caregivers of elderly individuals with dementia. It evaluated the knowledge, attitudes, and satisfaction regarding the dementia care training among 100 village health volunteers (VHVs). A voluntary sampling method was used, and the tools included a training manual for dementia care and assessment forms for knowledge, attitudes, and satisfaction, which were validated by three experts, yielding content validity indices of 0.67–1.00 for all forms. The training manual underwent a pilot test with five caregivers for refinement and practical use. Reliability for the assessment forms was checked: the knowledge assessment had a KR-20 value of 0.69, while the other two assessments had Cronbach's alpha coefficients of 0.73 and 0.93, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Effectiveness Index (E.I), and paired t-test. The research findings indicated that the training manual is effective, with an E.I of 0.90, equating to 90%. Among the 100 volunteers, 68 completed the training and provided complete data, representing 68%. The average knowledge score before training was lower than after training (Mean= 16.16 and 18.82, SD = 2.49 and 1.80, respectively). The average attitude score towards caring for individuals with dementia was high (Mean = 23.51, SD = 3.38). Comparison of knowledge before and after training revealed a statistically significant increase in the average knowledge level post-training ($p < 0.05$). Moreover, volunteers expressed high satisfaction with the training, with 94.10% satisfaction (Mean = 86.34, SD = 7.91).

Keywords: training course; caregiver; elderly with dementia; knowledge; attitude