

การพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ ของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

The Development of care model for elderly people with Sufficient Care for Dementia Program in Primary Health Care, Namphong District, Khon Kaen Province.

(Received: December 11,2024 ; Revised: December 27,2024 ; Accepted: December 28,2024)

ดังการ พลลาภ¹, ศิราณี ศรีหาคาศ², ประครอง ชันบำรุง³
Dangkan Ponlap¹, Siranee Sihapark², Prakrong Khunbamrung³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาวโดยโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ(Sufficient Care for Dementia : SCD) ของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างในระยะการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 350 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมในกระบวนการพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 1 กลุ่ม 2 ในระบบการดูแลระยะยาว จำนวน 33 คน และผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 32 คน ในช่วงเวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือน ส.ค. 2565 – ก.ค. 2566 แล้ววิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired T-Test และ Mac Nemar Test

ผลการศึกษาพบว่า 1. การคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชนพบมีผู้สูงอายุที่มีสงสัยภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 16.8 และพบปัญหาพฤติกรรมผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 60.0 2. กระบวนการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในระบบการดูแลระยะยาว พบว่าประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ การออกแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอภายใต้โปรแกรมการดูแลระยะยาว การพิจารณาแผนการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอโดยคณะกรรมการกองทุนระบบการดูแลระยะยาว การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบเพียงพอในชุมชน และ การประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ 3. ผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในระบบการดูแลระยะยาว หลังวิจัย 3 เดือน และ 6 เดือน พบว่าพฤติกรรมผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) คะแนนเฉลี่ยภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลง ($P=0.048$) ด้านผู้ดูแลพบว่าภาระการดูแลของผู้ดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และความพึงพอใจของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.002$)

คำสำคัญ : การดูแลภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ, สมองเสื่อม, ผู้สูงอายุ

Abstract

This Research and Development aimed to develop a care model of long term care system by using The Sufficient Care for elderly people with dementia in Primary Health Service, Namphong District, Khon Kaen Province. The sample group 350 elderly who aged 60 and above, were screened for dementia in communities. Also, participants 33 elderly and 32 family caregivers who were classified as dependency groups 1 and 2 in the long-term care system, were provided the Sufficient Care for Dementia program that

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
corresponding author

³ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดน้ำใส

conducted over 12 sessions within 12 weeks and consisted of 24 weeks. The study's follow-up was performed between August 2022 and July 2023. Descriptive statistics were used, and compared the results by Paired T-Test and Mac Nemar Test.

The results followed by; 1. The screening revealed that 60.0% of the elderly had short-term memory and cognition issues, and 16.8% of them had probable dementia. 2. The process of developing of the Sufficient Care for Dementia program (SCD) in the long-term care system involved five steps such as developing the potential of the caregiver, creating a care plan for the SCD program in the long-term care system, proposing a plan for the SCD program by the Long-Term Care Fund committee, providing SCD care services in community, and evaluating the program's results. 3. The outcomes of the SCD program in the long-term care system after 12 weeks and 24 weeks found that the BPSD in for the elderly with dementia were significantly decreased ($P < 0.001$). The average dementia score (TMSE) was significantly improved ($P < 0.001$). Additionally, there was a substantial decrease significantly ($P = 0.048$). Regarding caregivers, it was shown that the burden of caregivers was significantly reduced ($P < 0.001$). And their satisfaction was significantly increased ($P = 0.002$).

Keywords: Sufficient Care for Dementia Care, Dementia, Elderly

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (dementia) เป็นปัญหาที่รุนแรงมากขึ้นทั้งระดับโลกและในสังคมไทย ส่งผลต่อสุขภาพ การใช้ชีวิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของครอบครัวและประเทศชาติ¹ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตามจำนวนอายุที่เพิ่มขึ้น² จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ.2015 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลก 47.47 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มสูงถึง 75 ล้านคน ในปี 2030³ ถือเป็นการเพิ่มอย่างทวีคูณ⁴

สำหรับประเทศไทย พ.ศ.2557 พบความชุกร้อยละ 8.1⁵ ซึ่งจะมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอีกใน 20 ปีข้างหน้า และผู้สูงอายุที่มีภาวะพืงพืงจะเพิ่ม เป็น 1.3 ล้านคน การป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่ม เป็น 1.4 ล้านคน⁶ โดยเฉพาะจังหวัดขอนแก่น มีประชากรผู้สูงอายุ มากเป็นอันดับ 2 ของประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ 21.90 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งจากการประมาณการดัชนีการสูงวัย พบว่า ในปี 2563 จังหวัดขอนแก่น จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (Completed aged Society)⁷ และในปี พ.ศ.2563 พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพืงพืงระยะยาว เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 9.29⁸ โดยอำเภอโนนสูงซึ่งเป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัด พบความชุกภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชน ร้อยละ

10.8⁹ และพบความชุกภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ที่นอนรับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 19.4 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่นอนโรงพยาบาล คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน¹⁰

ภายใต้สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น ของจังหวัดขอนแก่น ภาวะพืงพืงระยะยาวของผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ความต้องการการดูแลระยะยาวจึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาเพื่อรองรับสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาว ซึ่งการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะยาว ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแล อีกทั้งเป็นสาเหตุที่ต้องลาออกจากงาน พบร้อยละ 11 และทำให้เกิดภาระแก่ผู้ดูแล¹¹ นอกจากนี้พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีความเข้าใจภาวะสมองเสื่อมอย่างจำกัด การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นเพียงการ “เฝ้าดู” และดูแลแต่ด้านร่างกายเท่านั้น¹³ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดแผนปฏิบัติการดูแลโรคสมองเสื่อมโลก โดยเป้าหมาย 2 ใน 7 เป้าหมายที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมคือ การวินิจฉัย การรักษา การดูแล การประคับประคอง เป็นบทบาทสำคัญของหน่วยบริการทางสาธารณสุข และการ

ดูแลผู้ให้การดูแล เพื่อลดผลกระทบเรื่องความเครียด การสนับสนุนทรัพยากรดูแล¹³ อย่างไรก็ตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นและจำนวนผู้สูงอายุสมองเสื่อมเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบสุขภาพของประเทศไทยยังคงเป็นช่องว่างของการดูแลทั้งรูปแบบการดูแลที่เหมาะสม และข้อจำกัดด้านองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของบุคลากร^{11,1}

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาว โดยโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ (Sufficient Care for Dementia Program : SCD)¹⁴ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน ทำให้ลดปัญหาและผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน ของเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมภูมิ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในระบบการดูแลระยะยาวของเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมภูมิ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในระบบการดูแลระยะยาวของเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมภูมิ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ ของเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมภูมิ อำเภอน้ำพอง จังหวัด

ขอนแก่นมีช่วงระยะเวลาศึกษา จากเดือนสิงหาคม 2565 - กรกฎาคม 2566 โดยแบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน ประกอบด้วย

1. อบรมการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ IQCODE และ NPI-Q ให้ผู้ดูแลในชุมชน จำนวน 50 คน
2. การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายของการวิจัยในชุมชน โดยผู้ดูแลในชุมชน
3. การประเมินภาวะสมองเสื่อม ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ที่มีผลบวกจากแบบคัดกรอง IQCODE และ NPI-Q โดยผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (CM)
4. ตรวจประเมินเพื่อยืนยันภาวะสมองเสื่อม โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่รพ.สต. ในกรณีประเมินภาวะสมองเสื่อมผิดปกติ

ระยะที่ 2 ศึกษากระบวนการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในระบบการดูแลระยะยาว (LTC) ประกอบด้วย

1. การพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ พร้อมกับเอกสารคู่มือการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ สำหรับผู้ดูแลในชุมชน (CG) จำนวน 11 คน และผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (CM)
2. ออกแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอรายบุคคลในโปรแกรมระบบการดูแลระยะยาว (SCD) จำนวน 33 แผนการดูแล
3. เสนอแผนการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอรายบุคคล (Care plan) ต่อคณะกรรมการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (LTC)
4. จัดบริการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมด้วยโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ (SCD) ประกอบ 12 กิจกรรมหลัก ในระยะเวลา 12 สัปดาห์

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในระบบการดูแลระยะยาว (LTC) หลังดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์ และ 24 สัปดาห์ โดยการประเมินผลลัพธ์การดูแลจากผู้สูงอายุ และ ผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย

พื้นที่การวิจัยและประชากรกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่การวิจัยนี้ คือ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่อำเภอหนอง จังหวัดขอนแก่น ประชากรกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่วิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามระยะการศึกษา 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion) คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเขตพื้นที่วิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion) คือ ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ด้วยโรคด้านจิตเวช และ ภาวะซึมเศร้า

ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คำนวณจากโปรแกรม G*power โดยใช้โปรแกรม G*power รุ่น 3.1 จากผลการศึกษาของ วิชัย เอกพลกร และคณะ (2557)⁵ จากผลความชุกของภาวะสมองเสื่อม ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 268 คน โดยกำหนด Design effect 30% ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 มีจำนวน 350 คน

ระยะที่ 2 ศึกษากระบวนการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ (SCD) ในระบบ LTC และ ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ (SCD) ในระบบการดูแลระยะยาว (LTC)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบดูแลระยะยาว (LTC) กลุ่ม 1 และ กลุ่ม 2 ซึ่งเป็นกลุ่มที่คาดว่าจะมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อม

เกณฑ์ คัด เข้า (Inclusion) ได้แก่ 1)

ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในทะเบียนบ้านในเขตเทศบาลตำบลของพื้นที่วิจัย 2) มี

รายชื่ออยู่ในทะเบียนกองทุนระบบการดูแลระยะยาวของพื้นที่วิจัยในกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 3) ผ่านการยืนยันการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion) 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง กลุ่มที่ 3 และ กลุ่มที่ 4 2) ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ด้วยโรคด้านจิตเวชและภาวะซึมเศร้า

ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คำนวณจากโปรแกรม G*power รุ่น 3.1 จากผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อม ปีพ.ศ.2565 ในจังหวัดขอนแก่น¹⁵ จากผล NPI-Q โดยคำนวณขนาดตัวอย่างทางประชากรครั้งนี้ กำหนดอำนาจในการทำนายร้อยละ 80.0 ที่ระดับอัลฟา .05 เพื่อให้มีอำนาจในการทำนายเพียงพอ ขนาดกลุ่มเป้าหมายที่จะรับสมัครอย่างน้อย 24 คู่ (ผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้ดูแลในครอบครัว)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้ของโครงการสร้างความร่วมมือเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อม สูงอายุ (PRISM)¹⁴ มีรายละเอียดดังนี้

แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุ (IQCODE) ใช้สอบถามผู้ดูแล โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา กับความเป็นอยู่ในตอนนี้ มี 16 ข้อ คำตอบ 5 ตัวเลือก คือ ดีขึ้นมาก ดีขึ้นเล็กน้อย ไม่เปลี่ยนแปลง แย่ลงเล็กน้อย แย่ลงมาก กรณีผลบวก คือมีคะแนนเฉลี่ย ≥ 3.47 หมายถึง เป็นไปได้ที่จะมีภาวะสมองเสื่อม¹⁶

แบบประเมินพฤติกรรมและความผิดปกติทางจิตใจ (NPI-Q) ใช้ประเมินพฤติกรรมของผู้สูงอายุจากผู้ดูแล โดยประเมินการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แต่ละข้อที่มีพฤติกรรมให้ตอบว่า มี หรือ ไม่มี จำนวน 12 ข้อ การแปลผลถ้ามีเพียง 1 พฤติกรรม ก็ถือว่าเข้าเกณฑ์มีภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ¹⁷

แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (TMSE) ใช้ทดสอบสภาพสมอง เพื่อประเมินระดับการรับรู้ความทรง

จำ สมาธิ การคิดคำนวณในใจ ภาษา และความจำระยะสั้น ประกอบด้วย 6 ข้อ รวมทั้งหมด 30 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน การแปลผลใช้จุดตัดคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน หมายถึง สงสัยมีภาวะสมองเสื่อม¹⁸

แบบประเมินกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิต (Barthel ADL Index ADL) ประเมินโดยใช้ดัชนี Barthel 10 ข้อ คะแนนรวม 20 คะแนนสำหรับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน มีจุดตัดคะแนนการพึ่งพิงระยะยาว คือคะแนน น้อยกว่า 12 คะแนน เครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์ ของอัลฟา (Alpha) เท่ากับ 0.84¹⁹

แบบประเมินโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (GDS) สอบถามผู้ดูแล เพื่อประเมินความรู้สึกของผู้สูงอายุ ในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก เชิงลบ คะแนนเต็ม 15 คะแนน การแปลผล คะแนนจุดตัด 7 หมายถึง สงสัยมีภาวะซึมเศร้า^{20,21}

แบบประเมินพฤติกรรมและความผิดปกติทางจิตใจ (NPI-Q) เป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมที่มีปัญหา ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แต่ละข้อที่มีพฤติกรรมให้ตอบว่า มีหรือ ไม่มีอาการ ซึ่งในข้อที่ตอบถูก ให้ระบุระดับความรุนแรงของพฤติกรรม ซึ่งมี 3 ระดับ คือ เล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง และระบุนความทุกข์ที่เกิดจากพฤติกรรมของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ที่มี 5 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีเล็กน้อย-มีปานกลาง มีรุนแรง และมีรุนแรงมาก²²

แบบประเมินการดูแล (ZBI) ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์การดูแล Zarit ฉบับ 12 ข้อ (ZBI-12) ซึ่งได้รับการตรวจสอบความถูกต้องในประเทศไทย²³ โดยประเมินเกี่ยวกับความรู้สึกต่อภาระในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ในช่วงระยะเวลา 12 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งแบ่งความรู้สึก

ออกเป็น 5 ระดับ ให้เลือกตอบ คือ ไม่เคยเลย นาน ๆ ครั้งเป็นบางครั้ง ค่อยข้างบ่อย หรือเกือบจะเป็นประจำ จุดตัดคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน หมายถึง รู้สึกเป็นภาระ

แบบประเมินคุณภาพชีวิต (QoL) วัดโดยใช้แบบวัด QoL-AD สำหรับผู้ดูแล มีคะแนนระหว่าง 13-52 คะแนน คะแนนมากขึ้น แสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องในประเทศไทย²⁴

แบบประเมินความพึงพอใจ ใช้สอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรม SCD มีจำนวน 8 ข้อ ระดับความพึงพอใจ มี 5 ระดับ คะแนน 1 พึงพอใจน้อยที่สุด จนถึง คะแนน 5 คะแนน พึงพอใจมากที่สุด¹⁴

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นเครื่องมือภายใต้โครงการสร้างความร่วมมือเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุ (PRISM) ซึ่งถูกคัดเลือกและตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้เชี่ยวชาญของประเทศไทย ร่วมกับประเทศสหรัฐอเมริกา¹⁴

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ข้อมูลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม วิเคราะห์และนำเสนอผลด้วย สถิติเชิงพรรณนา ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยหรือ ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังการวิจัย ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิต (ADL) ภาวะสมองเสื่อม พฤติกรรมผู้สูงอายุสมองเสื่อม และคะแนนภาระการดูแล ภาวะซึมเศร้าคุณภาพชีวิต และความพึงพอใจ ของผู้ดูแลในครอบครัว วิเคราะห์เชิงอ้างอิงด้วย Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครขอนแก่น เลขที่ IRB- BCNKK-5-2022 วันที่รับรอง 2 พฤษภาคม 2565

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน จากการคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 350 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.1 อายุเฉลี่ย 73.9 ปี จบประถมศึกษา ร้อยละ 87.7 เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 55.1 จำนวนสมาชิกใน ครอบครัว 2-5 คน ร้อยละ 66 อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ดูแลหลักในครอบครัวมากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 75.4 ไม่มีผู้ดูแลอยู่ร่วมด้วย ร้อยละ 5.4 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังพบมากที่สุด คือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.9 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 30.3 ผลการประเมินเพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (IQCODE) พบว่า ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 23.7 มีปัญหาพฤติกรรมผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (NPI-Q) ร้อยละ 60.0 และพบผลบวก 2 ด้าน ร้อยละ 16.8

2. กระบวนการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในระบบการดูแลระยะยาว การวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน และการสำรวจผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาว เพื่อนำมาสู่กระบวนการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2 พบว่า การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในระบบการดูแลระยะยาว ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1) การพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ สำหรับผู้ดูแลในชุมชน (CG) และผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (CM) เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ (SCD) โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ จากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และผู้วิจัยที่ผ่านการอบรมโปรแกรมการดูแลสมองเสื่อมอย่างเพียงพองบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล

2) ออกแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอรายบุคคล ในระบบดูแลระยะยาว (LTC) โดยผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (CM) ประเมินปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุและญาติ แล้วนำมากำหนดเป้าหมาย และกิจกรรมการดูแลตามโปรแกรมการดูแลสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ (SCD) 12 กิจกรรม

3) เสนอแผนการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอรายบุคคล ต่อคณะอนุกรรมการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (LTC) เพื่ออนุมัติการนำใช้แผนการดูแล

4) จัดบริการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบเพียงพอ โดยการเยี่ยมบ้านของทีมผู้ดูแลในชุมชน ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (CM) และทีมสหวิชาชีพ ตามแผนการดูแลภาวะสมองเสื่อมรายบุคคล จำนวน 12 ครั้ง ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ดูแลต่อเนื่องจนครบ 24 สัปดาห์

5) ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในระบบการดูแลระยะยาว (LTC) โดยผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (CM) และผู้วิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลในผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว หลังได้รับการดูแลในสัปดาห์ที่ 12 และสัปดาห์ที่ 24 สัปดาห์

3. ประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในระบบการดูแลระยะยาว (LTC)

3.1 สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในการดูแลระยะยาว (LTC)

จากการสำรวจสถานการณ์ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาว กลุ่ม 1 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.8 อายุเฉลี่ย 78.2 ปี สถานภาพหม้าย ร้อยละ 66.6 จบประถมศึกษา ร้อยละ 87.9 เป็นครอบครัวเดี่ยว (2-4 คน) ร้อยละ 51.5 อยู่เพียงลำพัง ร้อยละ 3 มีโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 39.4 ตามลำดับ ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.4 มีอายุเฉลี่ย 53.7 ปี จบประถมศึกษา ร้อยละ 65.6 สถานภาพสมรสคู่ ร้อย

ละ 59.4 ความสัมพันธ์เป็นบุตร ร้อยละ 59.4 ภาวะสุขภาพ พบว่า มีโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 9.4 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 3.1

3.2 ผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในระบบการดูแลระยะยาว

หลังดำเนินการวิจัยในระยะเวลา 12 สัปดาห์ และ 24 สัปดาห์ พบว่าคะแนนภาวะสมองเสื่อม (TMSE) ก่อนการวิจัยมีคะแนนเฉลี่ย 16.82 หลังการวิจัย 12 สัปดาห์ และ 24 สัปดาห์ พบมีคะแนนค่าเฉลี่ยภาวะสมองเสื่อมดีขึ้นเป็น 19.42 และ 20.00 ตามลำดับ และผลการเปรียบเทียบคะแนนภาวะสมองเสื่อมพบว่าหลังการวิจัยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนพฤติกรรมผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์ (NPI-Q) ก่อนการวิจัยพบว่ามีจำนวนพฤติกรรมเฉลี่ย 1.48 พฤติกรรมหลังการดูแล 12 สัปดาห์และ 24 สัปดาห์ พบมีคะแนนเฉลี่ยจำนวนพฤติกรรมลดลงเหลือ 0.36 และ 0.15 ตามลำดับ และผลการเปรียบเทียบจำนวนพฤติกรรมผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์พบว่าหลังการวิจัยจำนวนพฤติกรรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนภาวะซึมเศร้า พบว่าก่อนการวิจัย มีคะแนนเฉลี่ย 4.21 หลังการวิจัย 12 สัปดาห์ และ 24 สัปดาห์ มีคะแนนค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าดีขึ้นเป็น 3.94 และ 3.45 ตามลำดับ และผลการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าหลังการวิจัยพบว่าคะแนนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.048$) อย่างไรก็ตามพบว่าความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันของ

ผู้สูงอายุก่อนการดูแล มีคะแนนเฉลี่ย 15 คะแนน หลังการดูแล 12 สัปดาห์และ 24 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพิ่มขึ้นเป็น 17 คะแนน และ 16 คะแนนตามลำดับ ซึ่งผลการเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในปฏิบัติกิจกรรมประจำวันพบว่าก่อนและหลังการวิจัยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับจำนวนวันนอนบนเตียง และจำนวนการหกล้มไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านผลลัพธ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่าภาระการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมก่อนการวิจัย มีคะแนนเฉลี่ย 0.83 หลังการวิจัย 12 สัปดาห์ และ 24 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลลดลงเป็น 0.73 และ 0.16 ตามลำดับ และผลการเปรียบเทียบภาระการดูแลหลังการวิจัยพบว่าคะแนนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้พบว่าความพึงพอใจต่อโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอของผู้ดูแลก่อนการวิจัย มีคะแนนเฉลี่ย 4.20 หลังการวิจัย 12 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยลดลง เป็น 4.18 และ 24 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เป็น 4.47 และผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจการวิจัยก่อนการวิจัย และหลังวิจัย 24 สัปดาห์พบว่าคะแนนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.002$) อย่างไรก็ตามพบว่าภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลก่อนและหลังการวิจัย ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก ผู้สูงอายุสมองเสื่อม และผู้ดูแลในครอบครัว ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแล (SCD) 3 เดือนและ 6 เดือน

การประเมิน ผลลัพธ์ทางคลินิก	Baseline (n=33) mean (SD)	3 month (n=33)			6 month (n=33)		
		Mean (SD)	t	P- value	mean (SD)	t	P- value
ผู้สูงอายุสมองเสื่อม							
1. ภาวะสมองเสื่อม (TMSE)	16.82 (7.45)	19.42 (7.24)	4.24	<0.001*	20 (7.7)	5.45	<0.001*

2. จำนวนพฤติกรรมผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์ (NPI-Q)	1.48 (1.56)	0.36 (0.78)	-2.23	0.03*	0.15 (0.44)	-5.06	<0.001*
3. ภาวะซึมเศร้า (GDS)	4.21 (2.27)	3.94 (1.99)	0.7	0.48	3.45 (1.82)	1.97	0.048*
4. ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน (ADL)	15 (3.8)	17 (3.9)	1.5	0.12	16 (5.05)	1.55	0.53
5. จำนวนวันนอนบนเตียง	0 (0)	0.03 (0.17)	1.00	0.32	0 (0)	1.00	0.325
6. จำนวนครั้งการหกล้ม	0.06 (0.24)	0.06 (0.24)	1.00	0.16	0.03 (0.17)	1.00	0.325
ผู้ดูแลในครอบครัว							
1. ภาระการดูแล	0.83 (0.46)	0.73 (0.35)	-9.32	<0.001*	0.16 (0.24)	11.01	<0.001*
2. ภาวะซึมเศร้า	0.17 (0.25)	0.18 (0.25)	1.43	-1.44	0.16 (0.24)	0.81	0.429
3. คุณภาพชีวิต	2.77 (0.50)	2.77 (0.48)	1.02	0.32	2.79 (0.50)	1.88	0.07*
4. ความพึงพอใจ	4.20 (0.51)	4.18 (0.55)	3.56	0.001*	4.47 (0.61)	3.30	0.002*

สรุปและอภิปรายผล

1. สถานการณ์ความชุกความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน

ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชน ด้วยเครื่องมือ IQCODE และ NPI-Q พบว่าผู้สูงอายุมีเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 16.8 ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาในปีพ.ศ.2562 ในพื้นที่เขตสุขภาพเดียวกันด้วยเครื่องมือ IQCODE ชนิดเดียว พบความชุกความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 6.44 (95 % CI 5.4 – 7.7)²⁵ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากความแตกต่างการจำนวนเครื่องมือที่ใช้ และความแตกต่างทางด้านประชากรของจังหวัดขอนแก่น ที่พบว่าเป็นจังหวัดที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากเป็นอันดับสองของประเทศ²⁶ จึงอาจส่งผลให้ความชุกของความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในการศึกษานี้เพิ่มสูงขึ้น

2. กระบวนการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในระบบการดูแลระยะยาว

พบว่ากระบวนการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในระบบการดูแลระยะยาว 5 ขั้นตอน ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ การออกแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ รายบุคคล ในระบบดูแลระยะยาว เสนอแผนการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอต่อคณะกรรมการกองทุนระบบการดูแลระยะยาว จัดบริการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบเพียงพอ และประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ ในระบบการดูแลระยะยาวเป็นกระบวนการที่สอดคล้องกับกระบวนการดูแลการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยในระบบการดูแลระยะยาว²⁷ ซึ่งทำให้การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลของผู้สูงอายุสมองเสื่อมภายใต้โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ สามารถบันทึกได้สอดคล้องในโปรแกรมระบบการดูแลระยะยาวทุกประเด็นได้ ทำให้การปฏิบัติงานของผู้จัดการดูแลไม่ซ้ำซ้อน และมีความสะดวกในการจัดทำแผนรายบุคคล รวมทั้งมี

ความจำเพาะสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือสงสัยมีภาวะสมองเสื่อม และสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลเป็นการดูแลแบบทั่วไป ไม่มีมาตรฐานเฉพาะโรค²⁵ นอกจากนี้พบว่า การพัฒนาศักยภาพผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาว ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชน ทำให้เกิดการเข้าถึงและการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้พบผู้ป่วยสมองเสื่อมรายใหม่ จำนวน 3 คน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และทัศนคติในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม²⁵

3. การประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในระบบการดูแลระยะยาว

หลังการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ (SCD) 3 เดือน และ 6 เดือน พบว่าภาวะสมองเสื่อม (TMSE) ของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในระบบการดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในพื้นที่ จังหวัดมหาสารคาม เช่นเดียวกับพฤติกรรมผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมพบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอประกอบด้วยกิจกรรมส่วนหนึ่งที่พัฒนาจากโปรแกรม RDAD ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ถูกพัฒนาโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ และเป็นโปรแกรมที่ประกอบด้วยกิจกรรมหลายองค์ประกอบ ที่พบว่ากิจกรรมที่มีหลายองค์ประกอบจะสามารถทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลภาวะสมองเสื่อม²⁸ นอกจากนี้ผลการวิจัยนี้พบว่าโปรแกรมกิจกรรมการวิจัยครั้งนี้สามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.048$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกิจกรรมสร้างสุขในโปรแกรมการดูแล

ผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอที่จัดให้สำหรับผู้สูงอายุทุกสัปดาห์เป็นกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมอดิเรก หรือ กิจกรรมที่ชื่นชอบ เพื่อคงความสามารถในการดำรงกิจกรรมและช่วยลดพฤติกรรมผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์ ส่วนความสามารถในปฏิบัติกิจกรรมประจำวันในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในพื้นที่จังหวัดมหาสารคามพบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันดีขึ้น²⁹ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว การเปลี่ยนแปลงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันทำได้ยากและต้องใช้ระยะเวลา

ผลลัพธ์ด้านผู้ดูแลในครอบครัวจากการวิจัยนี้ พบว่าภาระการดูแลของผู้ดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) หลังการวิจัย 12 สัปดาห์ และ 24 สัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอสามารถลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว³⁰ และพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.07$) หลังการวิจัย 24 สัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าหลังผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับความรู้ภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้ป่วย การจัดการกับพฤติกรรมและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม การสนับสนุนการดูแลตนเอง การจัดการความเครียดหรือความเศร้า ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น³¹ ในด้านร่างกายและด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอเป็นโปรแกรมที่กำหนดการจัดกิจกรรมเพื่อสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวอย่างชัดเจน จึงมีผลทำให้ผู้ดูแลรับรู้ประโยชน์ของโปรแกรม และทำให้หลังการวิจัย 12 สัปดาห์และ 24 สัปดาห์ผู้ดูแลผู้ป่วยจึงมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.002$)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนากระบวนการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุทุกรายเพื่อให้เข้าถึงระบบการรักษาภาวะสมองเสื่อมอย่างครอบคลุมจากระดับปฐมภูมิและเชื่อมต่อด้านทุติยภูมิ
2. ขยายผลโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ (SCD) ในการดูแลกับผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน
3. ขยายผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ (SCD) สู่การจัดระบบบริการในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนเพื่อการสนับสนุนการดูแลในระดับครัวเรือน และเกิดการเข้าถึงบริการทางสวัสดิการสังคม

กิตติกรรมประกาศ

บทความวิจัยฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยการสร้างความร่วมมือเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7: การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ และได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลกุดน้ำใส และความร่วมมือของผู้ดูแลในชุมชน ผู้ดูแลในครอบครัว และผู้สูงอายุทุกท่าน ขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- 1.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และธนวรรณ สารรัมย์. (2566). ภาวะสมองเสื่อม: จากการวิจัยสู่การดูแลให้ได้ผลลัพธ์. กรุงเทพฯ: พีเอ็นเอส ครีเอชั่น.
2. Ferri, C. P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., & Ganguli, M. (2005). Global prevalence of dementia: A Delphi consensus study. *Lancet*, 366(9503), 2112- 2117.
3. Alzheimer's Disease International. (2013). Policy brief for G8 head to government: The global impact of dementia 2013-2050. London: Alzheimer's Disease International.
4. เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง และคณะ. (2564). ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลบ้านจั่น อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี*, 29(2), 193-203.
5. วิชัย เอกพลากร (บรรณาธิการ). (2557). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
6. บรรลุ ศรีพานิช. (2559). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. 2564. ม.ป.ท.
8. ศิราณี ศรีหาภาค, วชิร อมรโรจน์วรุตติ, ณรงค์ คำอ่อน, พัฒน์ ศรีโอสถ, พลอยลดา ศรีหานู, ทิพวรรณทับซ้าย. สถานการณ์ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนภายใต้กองทุนระบบ การดูแลระยะยาว จังหวัดขอนแก่น. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*. 2564;15(36):44-62.
9. วิลาสิณี สุวรรณ. (2560). ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 10(2), 58-69.
10. นฤปดินทร์ รอดปั่น และคณะ. (2567). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 18(2), 459-472.
11. ศิราณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, & คณิศร เต็งรัง. (2557). ผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
12. จิรนนท์ สุริยะ, ศิวพร อังวัฒนา, และวราภรณ์ บุญเสียง. (2562). การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ. *พยาบาลสาร*, 46(22), 47-58.
13. World Health Organization. (2017, February 27). Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. <https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017-2025>.

14. ศิราณี ศรีหาภาค, และรัชชัย กฤษณะประกรกิจ. (2565). สมอองเกี่ยวกับการดูแลระดับปฐมภูมิ: คู่มือพัฒนาศักยภาพผู้จัดการ ดูแลและบุคลากรสุขภาพ การดูแลผู้สูงอายุสมอองเสื่อมอย่างเพียงพอ (Sufficient Care for Dementia: SCD). นนทบุรี: มูลนิธิสังคมและสุขภาพ.
15. Ladson Hinton, Kaipeng Wang, Sue Levkoff, Komatra Chuengsatiansup, Siranee Sihapark, Thawatchai Krisanaprakornkit, Pariyasoot Intasuwan, Sirina Satthapisit, Dolores Gallagher-Thompson, Hongtu Chen. (2022). Dementia Neuropsychiatric Symptom Frequency, Severity, and Correlates in Community-Dwelling Thai Older Adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 30 (8) : 883-891
16. Senanarong,V.,Assavisaraporn,S., Sivasiriyononds, N., Printarakul, T., Jamjumrus, P., Udompunthuruk, S., & Pongvarin, N. (2001). The IQCODE: An Alternative Screening Test for Dementia for Low Educated Thai Elderly. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 84(5), 648-655.
17. Cummings, J L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S.,Carusi,D. A., & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44(12), 2308-2314.
18. กลุ่มฟื้นฟูสภาพสมอง. (2536). แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. สารศิริราช, 45(6), 359-374.
19. Wade, D. T., & Collin, C. (1988). The Barthel ADL Index: A standard measure of physical disability. *International Disability Studies*, 10(2), 64-67.
20. Borson, S., Scanlan, J. M., Chen, P., & Ganguli, M. (2003). The Mini-Cog as a screen for dementia: Validation in a population-based sample. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(10), 1451-1454.
21. Trongsakul, S., Lambert, R., Clark, A., Wongpakaran, N., & Cross, J. (2015). Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. *Geriatrics & Gerontology International*, 15(5), 594-600.
22. Cummings, J.L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S.,Carusi, D.A., & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44(12), 2308-2314.
23. Bedard, M., Molloy, D. W., Squire, L., Dubois, S., Lever, J. A., & O'Donnell, M. (2001). The Zarit Burden Interview: A new short version and screening version. *The Gerontologist*, 41(5), 652-657.
24. Logsdon, R.G., Gibbons, L. E., McCurry, S. M., & Teri, L. (1999). Quality of life in Alzheimer's disease: Patient and caregiver reports. *Journal of Mental Health and Aging*, 5, 21-32.
25. ศิราณี ศรีหาภาค และคณะ. (2567). การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชนโดยเครื่องมือ IQCODE. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 16 (2), 295- 313
26. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 กรุงเทพฯ: สำนักงาน
27. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
28. Teri, L., Logsdon, R. G., McCurry, S. M., Pike, K. C., & McGough, E. L. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413-446.
29. ฤทธิรงค์ เรื่องฤทธิ และพิสมัยศรีทำนา. (2567). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลผู้ สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในการสนับสนุนผู้ดูแลหลักในครอบครัว. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น*, 16(1), 77-92.
30. พิสมัย ศรีทำนา, และฤทธิรงค์ เรื่องฤทธิ. (2566). พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาว โดยความร่วมมือของครอบครัวและชุมชน จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 4(3), 192-202.
31. ดุจปรารณา พิศาลสารกิจ, ปิติพร สิริทิพากร และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล (2563) ผลของโปรแกรมการอบรมผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(2), 63-72.