



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

ระบบการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย
CARE SYSTEM FOR ELDERLY WITH DEMENTIA IN THAILAND

หทัยรัฐณ์ วารินทร์

คุณูปการนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (การบริหารสวัสดิการสังคม)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
พ.ศ. 2561

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ระบบการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย
CARE SYSTEM FOR ELDERLY WITH DEMENTIA IN THAILAND

หทัยรัฐณ์ วารินทร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ตรวจสอบและอนุมัติให้
คุณฐิณิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (การบริหารสวัสดิการสังคม)
เมื่อวันที่ 22 มีนาคม พ.ศ. 2561

ศาสตราจารย์ศศิพัฒน์ ยอดเพชร
ประธานกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

อาจารย์ ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล
อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.ชัตติยา กรรณสูต
กรรมการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุรงค์ บุญรัตนสุนทร
กรรมการ

อาจารย์ ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล
กรรมการ

อาจารย์ ดร.ปิยฉัตร กลิ่นสุวรรณ
กรรมการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุรงค์ บุญรัตนสุนทร
ประธานหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
(การบริหารสวัสดิการสังคม)

รองศาสตราจารย์อัสยา จันทรวินยานุชิต
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

อาจารย์นวลโย วัฒนกุล
คณบดีคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม

ระบบการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย

หทัยรัฐณ์ วารินทร์ 576087

ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (การบริหารสวัสดิการสังคม)

คณะกรรมการที่ปรึกษาคุณิพนธ์: ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล, Ph.D.

บทคัดย่อ

การวิจัยระบบการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทยเป็นการวิจัยแบบผสมวิธี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ปัญหาการดูแลในปัจจุบัน และพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทยที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ล่าช้า ไม่มีการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในชุมชน ผู้ดูแลต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมโดยเฉพาะ มิติในการดูแลในประเทศไทย คือ มีการดูแลแบบมีโครงสร้าง และไม่มีโครงสร้าง รูปแบบในการดูแลมี 3 แบบ คือ การดูแลโดยสมาชิกในครอบครัว การดูแลโดยชุมชน และการดูแลโดยหน่วยงาน

จากผลการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะต่อแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทยที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ 5 ประการ คือ 1) กำหนดให้การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเป็นนโยบายระดับชาติ 2) รมรณรงค์ให้สังคมเกิดความตระหนักในเรื่องโรคสมองเสื่อม 3) มีการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมอย่างเป็นระบบ 4) จัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม และ 5) จัดตั้งกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน

คำสำคัญ: สมองเสื่อม ผู้ดูแล ระบบการดูแล

CARE SYSTEM FOR ELDERLY WITH DEMENTIA IN THAILAND

HATAIRAT WARIN 576087

DOCTOR OF PHILOSOPHY (SOCIAL WELFARE ADMINISTRATION)

DISSERTATION ADVISORY COMMITTEE: THIPAPORN PROTAWIN, Ph.D.

ABSTRACT

The research methodology on Care System for Elderly with Dementia in Thailand utilized a mixed method. The research objectives were to study and analyze the situation of elderly individuals with dementia in Thailand, with attention to the care system, current care problems and development of future care systems.

The research revealed that many elderly individuals with dementia are female. Access to medical services was hindered by delays in care and lack of dementia screening in many communities. In many instances, caregivers needed to retired from work in order to take care of elderly family members with dementia. Care systems for elderly individuals with dementia included home care, community care and institutional care.

Based on the finding, the researcher has made five recommendations for the care system elderly with dementia in Thailand: 1) make the development of a care system for elderly with dementia as a national policy initiative 2) campaign to raise awareness of dementia 3) systemize a database of elderly with dementia 4) establish a social service center for elderly individuals with dementia and 5) set up groups for caregivers in communities.

Keywords: Dementia, Caregiver, Care system

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยเรื่อง ระบบการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยการจุดประกายทางวิชาการ การถ่ายทอดความรู้ การหนุนเสริม และกำลังใจตลอดจนการให้ความช่วยเหลือต่าง ๆ จากคณาจารย์ เจ้าหน้าที่ คณะสังคมสงเคราะห์ และสวัสดิการสังคม และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ทุกท่าน ผู้ศึกษา ขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้ ขอขอบพระคุณเป็นพิเศษ แต่ ศาสตราจารย์ศศิพัฒน์ ยอดเพชร ประธานกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ อาจารย์ ดร.ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล อาจารย์ที่ปรึกษาคุณุณีนิพนธ์ พร้อมด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุรงค์ บุญยรัตนสุนทร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภูงศ์ เสนานุช รองศาสตราจารย์ ดร.ชัตติยา กรรณสูต และอาจารย์ ดร.ปิยฉัตร กลิ่นสุวรรณ อาจารย์ประจำหลักสูตรและกรรมการ สอบคุณุณีนิพนธ์ฉบับนี้ ที่ได้สละเวลาอันมีค่ายิ่งต่อการให้ข้อเสนอแนะด้วยดีเสมอมา

ขอขอบพระคุณผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม บุคลากรทางการแพทย์ แกนนำชุมชน องค์กรต่าง ๆ ประกอบด้วย โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลประสาท เชียงใหม่ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลมหาสารนครราชสีมา โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระยาอนุบาลติดถรณ์ ที่ให้ความร่วมมือในการให้ผู้วิจัยได้เข้าไปศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลอันเป็นประโยชน์ ในการทำการศึกษาคั้งนี้ และขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ที่ให้คำแนะนำในการวิจัยและ ตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยคั้งนี้ คือ นางเพลินพิศ จันทรศักดิ์ นายกสมาคมักสังคมสงเคราะห์จิตเวช นางสาวนันทา แก้วสุข พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และนางสาวรัตนภัส คงพันธุ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา ท้ายสุดและสำคัญอย่างยิ่ง คือ ขอขอบคุณสำหรับความเสียสละ กำลังใจ การสนับสนุนต่าง ๆ จากทางครอบครัวของผู้วิจัยจนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปอย่างสมบูรณ์

ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านทั้งหลายเหล่านี้ จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง และขอขอบคุณทุกท่านที่มีได้กล่าวนามที่มีส่วนเกี่ยวข้องในความสำเร็จคั้งนี้

หทัยรัฐณ์ วารินทร์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภูมิ	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามในการวิจัย	9
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	10
1.4 ขอบเขตการวิจัย	10
1.5 คำนียามศัพท์	11
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	12
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 แนวคิดผู้สูงอายุและภาวะผู้สูงอายุ	13
2.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	14
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ	22
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลและการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	38
2.5 สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย และต่างประเทศ	60
2.6 แนวคิดเครือข่ายทางสังคม	84
2.7 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม	98
2.8 การเยี่ยมบ้าน (Home visit)	102
2.9 กระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม Appreciation-Influence-Control (A-I-C)	111
2.10 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	113
2.11 กรอบแนวคิดในการวิจัย	118

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3	
ระเบียบวิธีการวิจัย	
3.1 การศึกษาเอกสาร (Documentary research)	119
3.2 การศึกษาภาคสนาม	119
3.3 พื้นที่ศึกษา	119
3.4 ประชากร (Population) และกลุ่มตัวอย่าง (Sampling)	121
3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	127
3.6 การทดสอบเครื่องมือ	130
3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)	134
3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล	137
3.9 การขอรับรองจริยธรรมในการวิจัย	137
บทที่ 4	
ผลการวิจัย	
4.1 มุมมองของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	142
4.2 การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชนและปัญหาในการดูแลในปัจจุบัน	144
4.3 การวางแผนดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน	180
บทที่ 5	
สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการวิจัย	196
5.2 อภิปรายผล	203
5.3 ข้อเสนอแนะ	218
บรรณานุกรม	221
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย	236
ภาคผนวก ข เครื่องมือเชิงปริมาณและการสนทนากลุ่ม	247
ภาคผนวก ค แบบประเมินคุณภาพของเครื่องมือวิจัยสำหรับผู้เชี่ยวชาญ	255
ประวัติผู้เขียน	263

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 สัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุ	1
2 การคาดการณ์อัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป แบ่งตามภูมิภาคโลก (GBD) (*) Age – standardized prevalenc	3
3 การเปรียบเทียบความชุกของโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุระหว่างการศึกษ ของ Ritchie K. lancet กับการศึกษาของประเทศไทย	4
4 จำนวนผู้ป่วยในกับอัตราป่วยต่อประชากร 100,000 คน เฉพาะการวินิจฉัย โรคสมองเสื่อมจำแนกตาม เพศ (หน่วยนับ : ราย)	5
5 พื้นที่ศึกษา	10
6 การศึกษาด้านความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย	63
7 ความแตกต่างของผลแหล่งข้อมูลของการวิจัยทางระบาดวิทยา	65
8 การมารับบริการรักษาในระบบสาธารณสุข	68
9 ข้อดีข้อเสียของการตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อม	69
10 เครือข่ายที่ให้การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	76
11 สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมในต่างประเทศ	82
12 ประชากรผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมระดับประเทศและระดับภาค	121
13 การแบ่งกลุ่มประชากรผู้ดูแลในแต่ละภาค	122
14 พื้นที่และจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในข้อมูลเชิงปริมาณ	125
15 ภาพรวมของพื้นที่และจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในข้อมูลเชิงคุณภาพ	126
16 ภาพรวมของพื้นที่ในการศึกษาจำนวนกลุ่มประชากร	127
17 การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม	132
18 ผลของการรับรองจริยธรรมในการวิจัยของแต่ละหน่วยงาน	140
19 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	145
20 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	151
21 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	153
22 การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	156
23 กระบวนการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	157
24 ผลกระทบต่อผู้ดูแลที่ได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	161
25 ปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	163

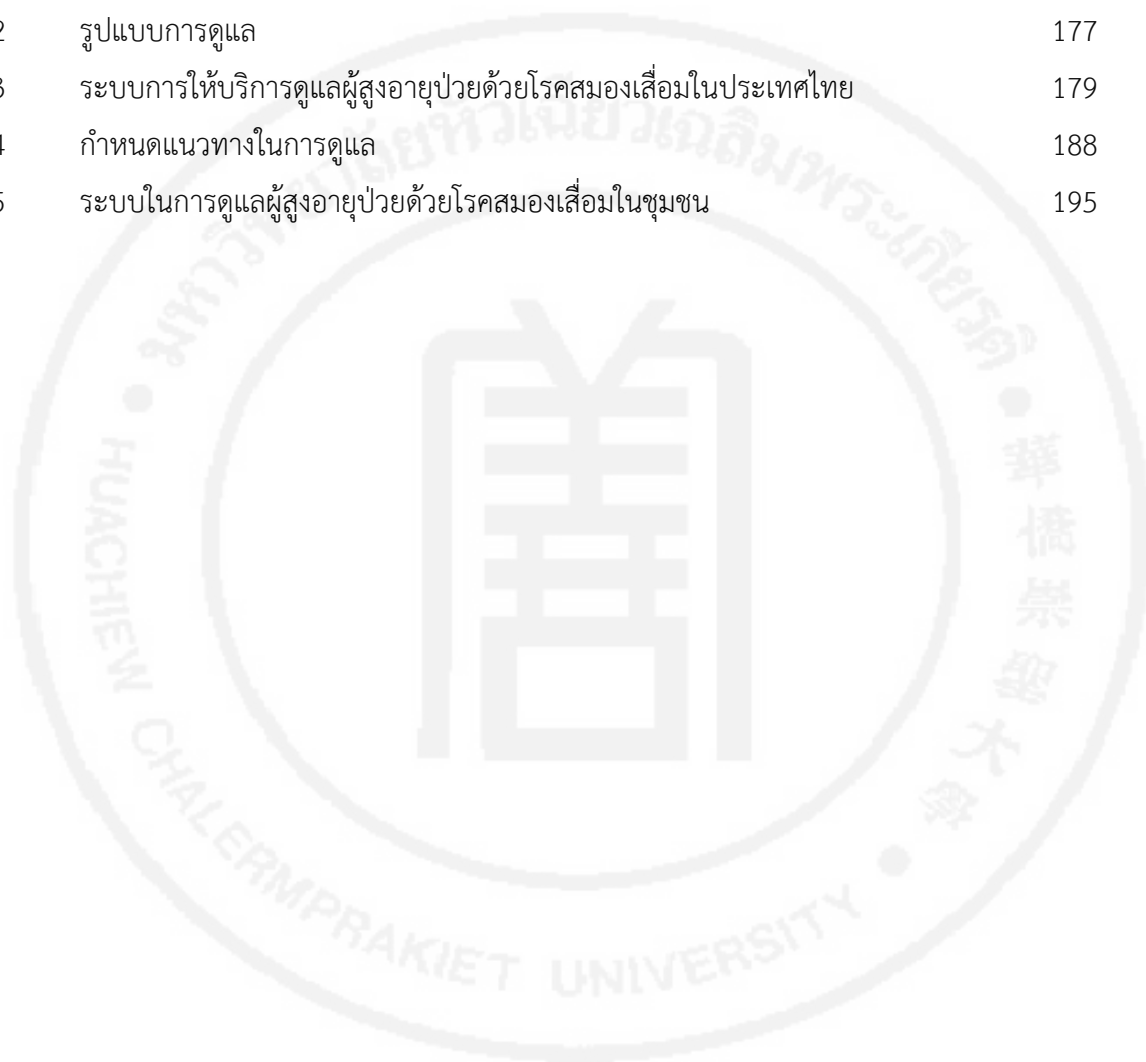
สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
26	ความต้องการของผู้ดูแล	164
27	ความต้องการสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	166
28	ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม (Focus Group)	167



สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	118
2	รูปแบบการดูแล	177
3	ระบบการให้บริการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย	179
4	กำหนดแนวทางในการดูแล	188
5	ระบบในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน	195



สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	เปรียบเทียบภาวะสมองปกติกับภาวะสมองเสื่อม	24
2	รายการณีที่ 1	181
3	รายการณีที่ 2	182
4	รายการณีที่ 3	183
5	มุมมองต่อผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	186
6	แผนการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน	189



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการพัฒนาสังคมไทยในยุคปัจจุบันมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรอันเนื่องมาจากการพัฒนาประเทศทางด้านเศรษฐกิจ อุตสาหกรรม และความก้าวหน้าทางด้านสาธารณสุขที่ส่งผลให้ประชากรไทยมีสุขภาพที่ดีขึ้น จากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ประจำปี 2557 พบว่า ประเทศไทยมีผู้สูงอายุจำนวน 10,014,699 คน คิดเป็นร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งหมด เป็นเพศชาย 4,514,812 คน คิดเป็นร้อยละ 45.1 และเป็นเพศหญิง 5,499,887 คน คิดเป็นร้อยละ 54.9 ของผู้สูงอายุทั้งหมด (กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2557 : 11) ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุอย่างเต็มตัว ตั้งแต่ ปี 2553 ซึ่งหมายถึง สังคม/ประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุ ร้อยละ 13.18 ของจำนวนประชากรและคาดว่าในปี 2583 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 32.13 โดยเฉพาะผู้สูงอายุช่วงกลางและช่วงปลาย (70 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.9 เป็นร้อยละ 18.1 ทำให้เกิดปัญหาภาระพึ่งพิงทางสังคมของผู้สูงอายุ (Social dependency) โดยอัตราการพึ่งพิงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.7 ในปี 2553 เป็นร้อยละ 58.3 ในปี 2583 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2551 : 18)

ตารางที่ 1 สัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุ

ช่วงอายุ	2553	2563	2573	2583
60 – 64 ปี	4.10	6.13	7.45	7.08
65 – 69 ปี	3.16	4.86	6.55	6.94
70 – 79 ปี	4.25	5.57	8.91	11.96
80 ปีขึ้นไป	1.68	2.56	3.66	6.14
อัตราพึ่งพิงผู้สูงอายุ	19.7	29.8	45.3	58.3

หมายเหตุ : อัตราพึ่งพิงผู้สูงอายุ (จำนวนผู้สูงอายุ/จำนวนแรงงาน * 100)

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2551 : 18.

จากตารางที่ 1 แนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุจะมีเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในแต่ละปีซึ่งเป็นสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดและทำให้เกิดอัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้เกิดการเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและมีปัญหาต่าง ๆ ตามมา เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของผู้สูงอายุอาจก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพโรคเรื้อรังต่าง ๆ จากรายงานสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุขระบุว่า สำหรับประชากรไทยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า โรคที่ทำให้ผู้สูงอายุเสียชีวิต 5 อันดับแรกในผู้ชาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน และโรคมะเร็งตับ ส่วนเพศหญิง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ สมองเสื่อม และโรคซึมเศร้า ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต. 2556 : 1) ซึ่งการป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ จากข้อมูลระบาดวิทยาที่รายงานประชาคมโลกของสมาคมโรคสมองเสื่อมของสหรัฐอเมริกา กล่าวว่า ภาวะโรคสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญอันดับแรกของผู้สูงอายุ โดยประมาณการว่าจะมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นตามระยะของการเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล ซึ่งความชุกและอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นในประชากรที่อายุต่ำกว่า 65 ปี จะเป็นโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 4 ประชากรที่อายุระหว่าง 65-74 ปี จะเป็นโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 6 ประชากรที่อายุระหว่าง 75-84 ปี จะเป็นโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 44 และประชากรที่อายุมากกว่า 85 ปีขึ้นไป จะเป็นโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 46 ในปี พ.ศ. 2555 พบว่าโรคสมองเสื่อมเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 6 ของสาเหตุการตายทั้งหมดในสหรัฐฯ และเป็นอันดับ 5 ของสาเหตุการตายในกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป (Alzheimer's Association. 2012 : 14 อ้างถึงใน นนทชา แหวนหล่อ. 2555 : ออนไลน์) และประมาณการงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมากถึง 200,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (World Health Organization. 2012 อ้างถึงใน นนทชา แหวนหล่อ. 2555 : ออนไลน์) และคาดการณ์ว่าทุก 20 ปี จะมีปริมาณผู้ป่วยเพิ่มขึ้นถึง 2 เท่า และภายในปี พ.ศ. 2583 จะมียอดผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมรวมกว่า 81.1 ล้านคน ทั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาโดยมีอัตราเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60 ในปี พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 71 ในปี พ.ศ. 2583 และอัตราการเพิ่มขึ้นไม่มีรูปแบบที่แน่นอน โดยการศึกษาที่คาดการณ์ว่าอัตราการเพิ่มของจำนวนผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้วจะเป็นร้อยละ 100 จากปี พ.ศ. 2544 ถึง พ.ศ. 2583 ขณะที่ประเทศอินเดีย จีน เอเชียใต้ และประเทศในแถบฝั่งตะวันตกของมหาสมุทรแปซิฟิกจะเพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 300 จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2555 ระบุว่า ความชุกของภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นแบบพุงทะยานตามปริมาณประชากรที่มีอายุยืนยาวขึ้นในแต่ละภูมิภาคของโลก โดยความชุกของภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ในทุก ๆ 5.5 ปี ของอายุที่เพิ่มขึ้น (องค์การอนามัยโลก. 2555 : ออนไลน์) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การคาดการณ์อัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป
แบ่งตามภูมิภาคโลก (GBD) (*) Age – standardized prevalence

ภูมิภาคโลก (GBD)	อัตราความชุกร้อยละปรับตามโครงสร้างอายุ และเพศของประชากร (Aged and sex-standardized prevalence %)
ทวีปเอเชีย	
ภูมิภาคออสเตรเลีย	6.91
ภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก (ที่มีรายได้สูง)	6.30
ภูมิภาคเอเชียตะวันออก	4.98
ภูมิภาคเอเชียใต้	5.65
ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้	6.38
ภูมิภาคเอเชียกลาง	5.75*
ภูมิภาคโอเชียเนีย (Oceania)	6.46*
ทวีปยุโรป	
ภูมิภาคยุโรปตะวันตก	7.29
ภูมิภาคยุโรปกลาง	5.78*
ภูมิภาคยุโรปตะวันออก	5.70*
ทวีปอเมริกา	
ภูมิภาคสหรัฐอเมริกา	6.77
ภูมิภาคละตินอเมริกา	8.50
ภูมิภาคแคริบเบียน (Caribbean)	8.12*
ทวีปแอฟริกา	
ภูมิภาคแอฟริกาเหนือและตะวันออกเฉียงกลาง (North Africa/Middle East)	5.85*
ภูมิภาคแอฟริกาใต้สะฮาราแถบตอนกลาง (Sub-Saharan Africa, Central)	3.25*
ภูมิภาคแอฟริกาใต้สะฮาราแถบตะวันออก (Sub-Saharan Africa, East)	4.00*
ภูมิภาคแอฟริกาใต้สะฮาราแถบตอนใต้ (Sub-Saharan Africa, Southern)	3.51*
ภูมิภาคแอฟริกาใต้สะฮาราแถบตะวันตก (Sub-Saharan Africa, West)	2.07*

(*) Age – standardized prevalence

จากตารางที่ 2 พบว่า ในทวีปอเมริกามีแนวโน้มพบอัตราความชุกของโรคสมองเสื่อมมากกว่าทวีปอื่น ๆ และจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ยอดสะสมของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมทั่วโลกมีแนวโน้มสูงขึ้นเนื่องจากอายุขัยเฉลี่ยของประชากรที่เพิ่มสูงขึ้นและการแพทย์ที่เจริญก้าวหน้ามากขึ้น ทำให้จำนวนประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย โดยคาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2593 จะมีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ประมาณร้อยละ 22 ของประชากรทั้งหมดทั่วโลก และ 4 ใน 5 ของประชากรผู้สูงอายุนี้อาศัยอยู่ในแถบเอเชีย ละตินอเมริกา และแอฟริกา ด้วยการคาดการณ์ความเสี่ยงตลอดช่วงชีวิตหลังอายุ 65 ปีขึ้นไป (Remaining lifetime risk) ที่จะเกิดโรคอัลไซเมอร์ที่สูงถึงร้อยละ 6.3 ในเพศชาย และร้อยละ 12 ในเพศหญิง

การสำรวจปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2551 พบว่า โรคเรื้อรังที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมาก คือ โรคทางสมองและจิตเวช โดยเฉพาะภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ประมาณการว่า ปี พ.ศ. 2543 มีผู้ป่วยสมองเสื่อมทั่วโลก 25 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นเป็น 63 และ 114 ล้านคน ใน ปี พ.ศ. 2573 และ 2593 ตามลำดับ (รัชนี้ นามจันทร์, 2553 : 139) จากการศึกษา ระหว่าง Ritchie K. lancet กับประเทศไทยได้ศึกษาการเปรียบเทียบความชุกของโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความชุกของโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุระหว่างการศึกษาระหว่างการศึกษาของ Ritchie K. lancet กับการศึกษาของประเทศไทย

Ritchie K		การศึกษาในประเทศไทย	
60 ปี	พบความชุก = 1%	60 – 69 ปี	พบความชุก = 1%
65 ปี	พบความชุก = 2%	70 – 79 ปี	พบความชุก = 3%
70 ปี	พบความชุก = 4%	80 – 89 ปี	พบความชุก = 10%
75 ปี	พบความชุก = 8%	90 ปีขึ้นไป	พบความชุก = 30%
80 ปี	พบความชุก = 16%		

ที่มา: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2547 : 2.

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มขึ้นจะพบความชุกสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ทั้งผลการศึกษาของ Ritchie K และผลการศึกษาของประเทศไทย โอกาสที่จะพบคนไทยป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะโรคอัลไซเมอร์มีมากขึ้นตามไปด้วย การศึกษาด้านระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชของ กรมสุขภาพจิต (2556 : 49) พบว่า ได้มีการสำรวจผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในพื้นที่

จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดน่าน จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่ามีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 2,195 คน แต่สามารถเข้าถึงบริการเพียง 37 คน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเข้าถึงบริการในการรักษาของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเป็นอัตราที่น้อยมาก ข้อมูลสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2555–2557 มีจำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนผู้ป่วยในกับอัตราป่วยต่อประชากร 100,000 คน เฉพาะการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม จำแนกตาม เพศ (หน่วยนับ : ราย)

ปี 2555			ปี 2556			ปี 2557		
จำนวน (ราย)	เพศชาย (ราย)	เพศหญิง (ราย)	จำนวน (ราย)	เพศชาย (ราย)	เพศหญิง (ราย)	จำนวน (ราย)	เพศชาย (ราย)	เพศหญิง (ราย)
1,234 (1.92%)	565 (1.79%)	669 (2.05%)	1,245 (1.93%)	586 (1.84%)	659 (2.01%)	8,342 (12.84%)	3,579 (11.21%)	4,763 (14.42%)

ที่มา: สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กระทรวงสาธารณสุข. 2557

พบว่า ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี เพศหญิงป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมมากกว่าเพศชาย การเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมจะทำให้เกิดความต้องการทางการแพทย์จะเพิ่มมากขึ้นด้วย ความต้องการในการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างก็จะมากขึ้นตามความสำคัญของปัญหาในที่สุดจะกลายเป็นปัญหาสำคัญและเกิดภาวะวิกฤติได้ในอนาคต ดังนั้นโรคสมองเสื่อมจึงเป็นปัญหาสำคัญของประชากรผู้สูงอายุและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งตัวผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัว ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จึงเกิดการพึ่งพิงจากบุคคลอื่นทั้งในเรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวัน การรักษาทางการแพทย์ การดำเนินชีวิตในสังคม เป็นต้น ดังนั้นบุคคลที่มาดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจำเป็นที่จะต้องมีความเข้าใจในการดูแล อดทน เสียสละเวลาส่วนตัวในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ภาวะโรคสมองเสื่อมจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแลอย่างมาก การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยในหลาย ๆ ด้าน เพื่อให้เกิดการดูแลที่เหมาะสม เช่น การบริการระบบด้านสุขภาพ การดูแลจากครอบครัว ชุมชน เป็นต้น โรคสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของสมองในส่วนของเปลือกสมอง (Cerebral cortex) หรือวิถีประสาทที่เกี่ยวข้อง ลักษณะของกลุ่มอาการสมองเสื่อมที่สำคัญ คือ มีอาการผิดปกติของการทำงานของเปลือกสมองหลาย ๆ ส่วน เช่น

ความจำไม่ดี อารมณ์เปลี่ยนแปลง การใช้ภาษาผิดปกติไป ทั้งนี้ เนื่องจากการทำงานของเปลือกสมอง เสียไปอย่างกระจัดกระจาย นอกจากนี้ โดยทั่วไปแล้วกลุ่มอาการสมองเสื่อมมักจะเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ และเกิดขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีอาการเด่น ๆ คือ ความผิดปกติของความทรงจำ การเสื่อมลงของความเฉลียวฉลาดการเปลี่ยนแปลงในบุคลิกภาพ การเปลี่ยนแปลงในอารมณ์ จากการศึกษา ของ กรมสุขภาพจิต (2548 : 12) พบว่า ภาวะโรคสมองเสื่อมเป็นอุบัติการณ์ที่พบเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนอายุที่มากขึ้นด้วย โดยสังเกตว่าจะพบภาวะสมองเสื่อมได้บ่อยที่สุดในส่วนที่เป็นโรคที่ทำให้เกิดทุพพลภาพแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งอาการของโรคสมองเสื่อมจะแสดงออกมาในรูปของความเสื่อมทางสติปัญญาและบุคลิกภาพ อาการจะมีความแตกต่างกันในแต่ละระยะของโรค (กรมสุขภาพจิต. 2552 : 12) ลักษณะอาการของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม มี 3 ระยะ คือ

ระยะแรกของโรคสมองเสื่อม ผู้สูงอายุจะดูปกติเหมือนคนทั่วไป ผู้สูงอายุยังช่วยเหลือตนเองได้ จะสังเกตเห็นความผิดปกติค่อนข้างยาก ระยะนี้ผู้สูงอายุจะมีการสูญเสียความจำระยะสั้น มักมีการถามซ้ำซากจนผิดสังเกตและผู้สูงอายุจะจำเหตุการณ์ในอดีตได้ดีกว่า มีปัญหาการใช้ภาษา การใช้คำต่าง ๆ ในการพูดอาการเริ่มแรกของโรคสมองเสื่อมที่สามารถสังเกตได้และพบบ่อยที่สุด ได้แก่ อาการหลงลืม โดยเฉพาะการลืมเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นได้ไม่นานและไม่น่าลืมได้ เช่น รับประทานอาหารกลางวันไปแล้ว ก็บอกว่ายังไม่ได้รับประทาน เล่าเรื่องนี้ไปให้บุคคลหนึ่งฟังไปแล้ว ก็เล่าซ้ำให้บุคคลเดิมฟังอีก เพราะจำไม่ได้ว่าเคยเล่าไปแล้ว หรือหาของใช้ในบ้านไม่พบ หมดความคิดริเริ่ม ไม่ทำอะไร นั่งเฉย ๆ อยู่ทั้งวัน แยกตัวไม่เข้าสังคม ขวนไปไหนก็ปฏิเสธ หรือเฉยเมย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ระยะนี้ผู้สูงอายุจำนวนมากจะเริ่มรับรู้ว่าตนเองผิดปกติ จะพยายามไปพบแพทย์ด้วยความจำไม่ดี

ระยะกลางของโรคสมองเสื่อม ผู้สูงอายุเริ่มมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป มีปัญหาด้านพฤติกรรม และปัญหาสุขภาพจิต อาจมีอาการทางจิต เช่น หูแว่ว เห็นภาพหลอน หรือหลงผิด อาจมีอาการแปรปรวนโดยไม่มีสาเหตุที่ชัดเจน หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย โกรธรุนแรงในเรื่องเล็กน้อย เวลาโกรธอาจพูดจาหยาบคายมาก ๆ แบบคาดไม่ถึง หรืออาจมีปฏิกิริยาทำร้ายร่างกาย ทบตี หรือกัดคนอื่น รวมทั้งไม่เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของคนอื่นหรือสถานการณ์รอบตัวขณะนั้น ไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากขึ้น

ระยะท้ายของโรคสมองเสื่อม ผู้สูงอายุจะมีการสูญเสียการรับรู้ เวลา สถานที่ และบุคคล ทำให้พลัดหลง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย และไม่สามารถบอกความต้องการได้ ทำให้ขับถ่ายเลอะเทอะ ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมดในการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง (กรมสุขภาพจิต. 2547 : 3)

ดังนั้น การรักษาผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมต้องรีบกระทำโดยเร็วและทันการรักษาตามอาการแบบประคับประคองนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ญาติ/ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีความสุข ไม่วุ่นวายหรือเกิดอุบัติเหตุอันตรายต่าง ๆ ได้ ในรายที่มีอาการทางอารมณ์รุนแรง เอะอะว๊ววาย

หรือุ่นวายมาก ๆ ก็จำเป็นต้องให้ยาช่วยระงับจิตใจแต่ต้องอยู่ในความควบคุมของแพทย์ พบว่าประมาณ ร้อยละ 10-15 ของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะมีอาการซึมเศร้าหรือท้อแท้ร่วมด้วยการให้ยาจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง สำหรับการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมนั้น ต้องครอบคลุมในด้านต่าง ๆ (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. 2556 : 81-90) ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพโดยทั่วไปเนื่องจากผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวหลายอย่าง การดูแลสุขภาพโดยองค์รวม ต้องครอบคลุมทั้งการดูแลสุขภาพทางกาย ทางจิตใจ สิ่งแวดล้อมจึงเป็นเรื่องสำคัญ
2. การดูแลเรื่องการรู้คิด
3. การดูแลปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์
4. การดูแลด้านการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน
5. การดูแลด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู
6. การดูแลเรื่องความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม
7. การดูแลในระยะท้ายของชีวิต
8. การประเมินและดูแลผู้ดูแล/ครอบครัวของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม
9. การดูแลประเด็นด้านกฎหมาย

การที่จะให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นนั้น ต้องมีการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคม โดยได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน ชุมชน ในขณะเดียวกันได้รับบริการทางสังคมในด้านต่าง ๆ เช่น บริการทางการแพทย์ บริการทางกฎหมาย บริการให้ความช่วยเหลือต่าง ๆ ทั้งจากองค์กรภาครัฐและภาคเอกชน จึงเป็นความร่วมมือของทุกภาคส่วนอย่างเป็นระบบในสังคมที่มีความเกี่ยวข้อง เชื่อมโยงกันตั้งแต่ระดับนโยบายในการดูแลด้านสุขภาพจนถึงในระดับปฏิบัติการ ดังนั้น การดูแลจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเพราะจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ภาวะสมองเสื่อมนั้นส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจต่อผู้ดูแลในครอบครัวอย่างมาก เมื่อเทียบกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ (ประภา ชีวีโรจน์ และคณะ. 2553 : 74) โดยพบว่า ผู้ดูแลมีอาการปวดหลัง อ่อนเพลีย มีปัญหาสุขภาพกายเพิ่มขึ้น ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในแต่ละวันเฉลี่ยประมาณ 17.3 ชั่วโมง ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยประมาณ 3.9 ปี (สาธิตา แรกคำนวน และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. 2555 : 339) ถ้าผู้ดูแลมีงานและรายได้ประจำอาจทำให้เกิดความตึงเครียดทางด้านภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลไม่มากนัก หากผู้ดูแลมีภาระในการดูแลมากผู้ดูแลจะเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแล (Burnout : ภาวะหมดไฟ) เกิดความเครียด หดหู่ หงุดหงิด ก้าวร้าว ร่างกายอ่อนแรง จนรู้สึกว่าการให้การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเป็นหน้าที่อันแสนทรมาณผู้ดูแลจะมีความรู้สึกที่ไม่มีความสุข ซึ่งจะส่งผลให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมลดลงด้วยเช่นกัน ผู้ดูแลบางคนอาจจะทั้ง

หรือทำร้ายผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอันมีผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมควรต้องมีความรู้ความเข้าใจต่อโรคสมองเสื่อม ถ้าไม่เข้าใจถึงภาวะของโรคสมองเสื่อมแล้วก็จะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแลจะทำให้เกิดความเครียดทั้ง 2 ฝ่าย ประเทศไทยมีหลายหน่วยงานที่ให้บริการทั้งทางตรงและทางอ้อมแก่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมดังนี้

1. กระทรวงสาธารณสุข นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเน้นให้ประชาชนเข้าถึงบริการและให้บริการแบบไร้รอยต่อ โดยมีการแบ่งผู้สูงอายุ เป็น 3 ลักษณะ คือ

- (1) ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมหรือกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี
- (2) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง
- (3) ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง กลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการดูแล

ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมยังไม่มี การดูแลในรูปแบบเชิงรุกยังคงเป็นการตั้งรับในสถานพยาบาลจึงอาจเป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเข้าไม่ถึงบริการ ญาติอาจไม่เข้าใจว่าเป็นการเจ็บป่วยหรือเป็นการเสื่อมถอยด้านความจำของผู้สูงอายุ

หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม คือ

1.1 กรมสุขภาพจิต ได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์ในการพัฒนาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัยโดยแบ่งเป็นสตรีและเด็กปฐมวัย วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ และกลุ่มผู้พิการ สำหรับการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมนั้นจะมีการให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุและระบบประสาท ซึ่งก็ยังคงเป็นการให้บริการเชิงตั้งรับทำให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการจะมาด้วยอาการป่วยในระยะกลาง ๆ ขึ้นไป และบางรายอาจมีปัญหาทางจิตเวชร่วมด้วยทำให้มีผลต่อการดูแลมาก

1.2 กรมอนามัย (สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2558 : 2) มีนโยบายส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพ โดยการคัดกรองผู้ป่วยสมองเสื่อมเบื้องต้น การพัฒนาและจัดทำฐานข้อมูล การอบรมอาสาสมัคร การพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การพัฒนาระบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การจัดสภาพแวดล้อมให้มั่นคงปลอดภัย เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รู้จักตนเองและสิ่งรอบตัวตามความเป็นจริง เช่น การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (ตำบล Long Term Care) การพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีเข้าถึงระบบบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียมและเตรียมความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงของสังคมผู้สูงอายุกับภาวะสมองเสื่อม

2. กรมกิจการผู้สูงอายุ (Department of Older Persons) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ยังไม่มีบริการเฉพาะด้านในด้านการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีเพียง

บริการด้านการจัดสวัสดิการบ้านพัก (สถานสงเคราะห์) สำหรับผู้สูงอายุเท่านั้น (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2558 : ออนไลน์)

3. สมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย (2553 : ออนไลน์) เป็นสมาคมที่เน้นการส่งเสริมวิชาการให้กับบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การจัดอบรม สัมมนา เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมเพื่อนำมาพัฒนาองค์ความรู้ในกระบวนการรักษา

4. สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย (2553 : ออนไลน์) เน้นการส่งเสริมองค์ความรู้ด้านวิชาการต่าง ๆ แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม โดยมีกิจกรรม เช่น การประชุมร่วมกันระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม การสัมมนา การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ เป็นต้น ใช้การสื่อสารหลายช่องทาง เช่น จดหมายข่าวของสมาคมฯ เว็บไซต์สมาคมฯ

ถึงแม้ว่าประเทศไทยมีหลายหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนได้จัดบริการการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม แต่การบริการส่วนใหญ่ยังเป็นการให้บริการแบบตั้งรับ คือ ให้บริการในหน่วยงานตนเองเท่านั้น ยังไม่มีการให้บริการในเชิงรุก เช่น สืบหาภาวะความชุกของการเจ็บป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและนำเข้าสู่ระบบการรักษาหรือรับบริการด้านต่าง ๆ ในสังคม จึงทำให้มีผลต่อการเข้าถึงบริการต่าง ๆ ของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ด้วย ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทยยังคงเป็นการดูแลแบบแยกส่วนจึงเป็นผลทำให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเข้าสู่ระบบการรักษาได้ช้ายังรักษาช้าภาวะการดูแลก็จะมากขึ้น ซึ่งการเจ็บป่วยโรคสมองเสื่อมนั้นจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบเฉพาะทางเพื่อได้รับการดูแลที่เหมาะสม ดังนั้น การเจ็บป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก จึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงเป็นเหตุให้ผู้วิจัยเลือกศึกษาเรื่องระบบการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย (Care System for Elderly with Dementia in Thailand) เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมที่เหมาะสมต่อไป

1.2 คำถามในการวิจัย

1. ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมากน้อยเพียงใด แนวโน้มในอนาคตของความชุกของโรคมักมีการเพิ่มขึ้นหรือลดลงหรือไม่
2. การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม และปัญหาการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ในปัจจุบันเป็นอย่างไร
3. แนวทางการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทยที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพควรเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

การศึกษาระบบการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย (Care System for Elderly with Dementia in Thailand) มีวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ

1. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและปัญหาการดูแลในปัจจุบัน
3. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทยที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

1.4 ขอบเขตการวิจัย

1.4.1 ขอบเขตพื้นที่ศึกษา

พื้นที่ศึกษาพิจารณาจากการแบ่งตามเขตการปกครองของประเทศไทย และการคัดเลือกจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมากที่สุด รวมทั้งการคัดเลือกโรงพยาบาลฝ่ายการสังกัดกรมการแพทย์ และโรงพยาบาลฝ่ายจิต สังกัดกรมสุขภาพจิต ที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่ได้รับการคัดเลือก ทำให้ได้พื้นที่ศึกษาดังนี้

ตารางที่ 5 พื้นที่ศึกษา

ภาค	จังหวัด	โรงพยาบาลที่คัดเลือก	
		โรงพยาบาลฝ่ายการ	โรงพยาบาลฝ่ายจิต
ภาคเหนือ	เชียงใหม่	โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่	โรงพยาบาลสวนปรุง
ภาคกลาง	นนทบุรี	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	นครราชสีมา	โรงพยาบาล มหาราชนครราชสีมา	โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชนครินทร์
ภาคใต้	นครศรีธรรมราช	โรงพยาบาล มหาราชนครศรีธรรมราช	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

1.4.2 ขอบเขตด้านประชากร กลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแล (Caregiver) ของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมซึ่งอาจจะเป็นสมาชิกในครอบครัว เครือข่ายในชุมชน เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน ผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

1.4.3 ขอบเขตด้านเนื้อหาในการวิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตเนื้อหาในการวิจัย 3 ประเด็น ดังนี้

- 1) สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย
- 2) การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและปัญหาการดูแลในปัจจุบัน
- 3) แนวทางในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทยที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

1.5 คำนิยามศัพท์

1. **โรคสมองเสื่อม** หมายถึง กลุ่มอาการต่าง ๆ ที่เกิดจากการทำงานของสมองที่เสื่อมทำให้สมองมีการสูญเสียความจำและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม อารมณ์ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจนส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การหลงลืม จำวัน เวลา สถานที่ หรือบุคคลรอบข้างไม่ได้ จำเป็นต้องไปพบแพทย์ เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

2. **ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม** หมายถึง ผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไปและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อมตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorder, IV : DSM-IV TR) ว่าเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางด้านความจำผิดปกติด้านการรับรู้ การใช้ภาษา ไม่สามารถจำหรือรู้จักสิ่งต่าง ๆ และมีความผิดปกติในหน้าที่เชิงบริหาร โดยก่อให้เกิดความบกพร่องทางสังคมหรือการทำงาน

3. **ผู้ดูแล** หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมทั้งในเรื่องกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลช่วยแต่งตัว ป้อนอาหาร หรือให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดแผล ช่วยในการขับถ่าย จัดเตรียมให้ผู้สูงอายุรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น อาจจะเป็นบุคคลในครอบครัว/ญาติ/คนใกล้ชิด

4. **บทบาทของผู้ดูแล** หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ในการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมโดยดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวันจนถึงการรับบริการทางสังคม เช่น การอาบน้ำ การพาเข้าห้องน้ำ เตรียมอาหารให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม การพาไปพบแพทย์ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน

5. **สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม** หมายถึง การระบอดิทยาของโรคสมองเสื่อม แนวโน้มการเจ็บป่วยของโรคสมองเสื่อมในสังคมไทย การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ เครือข่ายบริการในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

6. **การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมแบบองค์รวม** หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน มี 5 องค์ประกอบ คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม กระบวนการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ผลกระทบจากการดูแล

ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ปัญหาความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและการสนับสนุนของเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

7. ผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม หมายถึง ผลที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม แล้วส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลใน 3 ด้าน คือ ด้านความรู้สึก ด้านปัญหาในการดูแล และด้านความต้องการของผู้ดูแล

8. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม 3 รูปแบบ คือ การดูแลโดยสมาชิกในครอบครัว การดูแลโดยสถาบัน และการดูแลโดยชุมชน

9. การดูแลโดยสมาชิกในครอบครัว หมายถึง เป็นการให้อำนาจครอบครัวเข้าไปมีส่วนร่วมกับการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น คือ การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ เพื่อให้เกิดความเป็นอยู่ที่ดี เกิดความปลอดภัย มั่นคง และมีความรู้สึกที่ดีทั้งทางอารมณ์และจิตใจ

10. การดูแลโดยสถาบัน หมายถึง การดูแลในหน่วยบริการ โดยมีบุคลากรและ/หรือทีมสหวิชาชีพเป็นผู้ดูแล เป็นการจัดการบริการเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ดูแลและผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม มีหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน วัตถุประสงค์ของบริการการดูแลในสถาบันที่สำคัญ คือ การให้ที่อยู่อาศัยแก่บุคคลเหล่านี้ ให้มีที่พักพิงและพึ่งพิง การอำนวยความสะดวกในด้านต่าง ๆ และบริการพื้นฐานด้านปัจจัย 4

11. การดูแลโดยชุมชน หมายถึง การใช้แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานในการจัดการมีส่วนร่วมในชุมชน โดยเป็นการดำเนินงานร่วมกับชุมชนมักจะเริ่มต้นจากกลุ่มผู้นำชุมชนจะมีการรวมกลุ่มเป็นชมรม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ มีการจัดกิจกรรมในช่วงกลางวัน จะเป็นลักษณะนันทนาการ และเสริมสร้างความรู้ในชุมชนร่วมกัน มีการเยี่ยมเยียนกันในแต่ละบ้าน

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบสถานการณ์ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย
2. ทราบถึงการดูแลต่อผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและปัญหาการดูแลในปัจจุบัน
3. ได้แนวทางการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทยที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง ระบบการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย (Care System for Elderly with Dementia in Thailand) ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

- 2.1 แนวคิดผู้สูงอายุและภาวะผู้สูงอายุ
- 2.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ
- 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลและการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม
- 2.5 สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทยและต่างประเทศ
- 2.6 แนวคิดเครือข่ายทางสังคม
- 2.7 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม
- 2.8 การเยี่ยมบ้าน (Home visit)
- 2.9 กระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม (Appreciation-Influence-Control)
- 2.10 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.11 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 แนวคิดผู้สูงอายุและภาวะผู้สูงอายุ

นักวิชาการหลายท่านได้ให้คำนิยามเกี่ยวกับ “ผู้สูงอายุ” ดังนี้

ธานี รวยบุญส่ง (2552 : 10) ได้ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุ (Elderly) หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี หรือ 65 ปีขึ้นไป อาจแตกต่างกันเล็กน้อยในเรื่องอายุของแต่ละกลุ่มชน ลักษณะของวัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสภาวะทางสังคม วัยนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอยลงกว่าวัยที่ผ่านมา การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก การเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุที่เหมาะสมจะช่วยลดปัญหาทางสุขภาพกายและจิตใจได้มาก

เบญญาภา ชูรังษี (2553 : 10) ได้ให้คำนิยามของผู้สูงอายุว่า เป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นช่วงวัยสุดท้ายของวงจรชีวิตและมีการเสื่อมสภาพทางด้านร่างกายอย่างเห็นได้ชัดและอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ตามมา

เฉลิมพล แจ่มจันทร์ (2555 : 132) กล่าวว่า นิยามที่ใช้ในการกำหนดหรือบ่งชี้ว่าบุคคลได้เข้าสู่ความเป็น “ผู้สูงอายุ” แล้วนั้น ไม่มีกำหนดเกณฑ์อายุหรือเหตุผลอธิบายที่เป็นมาตรฐานทั่วไป แต่แตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละสังคมและระดับการพัฒนา

องค์การสหประชาชาติ (United Nations) ไม่มีเกณฑ์อายุมาตรฐานของนิยามผู้สูงอายุเพียงยอมรับโดยทั่วไปในการใช้อายุที่ 60 ปีขึ้นไป เป็นเกณฑ์กำหนด หลายประเทศที่พัฒนาแล้วใช้เกณฑ์อายุที่ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นอายุเดียวกับเกณฑ์อายุเริ่มต้นในการรับสิทธิประโยชน์ชราภาพหรือบำนาญหลังเกษียณของแรงงานในประเทศ (Pensionable age)

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2550 : 1-3) ให้ความหมายว่า ภาวะผู้สูงอายุ (Aging) เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคมทั่ว ๆ ไปเมื่อสมาชิกของสังคมที่มีอายุมากขึ้น บุคคลผู้อยู่ในสภาวะสูงอายุ ก็คือบุคคลที่มีชีวิตอยู่ในช่วงวัยสุดท้ายของชีวิตซึ่งเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจิตใจและหน้าที่การงานทางสังคมและใช้เกณฑ์อายุ 60 ปี เป็นเกณฑ์สากล มีความเสื่อมถอยตามสภาพ มีกำลังลดลงเรื่อยๆ

พิรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ (2550 : 4-8) ให้ความหมายไว้ว่า วัยสูงอายุ คือ วัยที่คนมีอายุยืนนานจนสังขารเริ่มเสื่อมถอยลง ความชราเป็นผลของการสูญเสียอย่างช้า ๆ และไปเรื่อย ๆ ของความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมของร่างกายรวมทั้งเนื้อเยื่อต่าง ๆ เกณฑ์ที่กำหนดว่าใครคือคนชรา คืออายุ ซึ่งวัดโดยคำนวณปีที่ได้มีชีวิตอยู่ การจำแนกขึ้นอยู่กับแต่ละสังคมและเวลาที่อ้างอิงในสังคมที่มีลักษณะสังคมสมัยใหม่ (Modernized) ก็จะกำหนดคนที่อายุมากเป็นคนชรา ส่วนสังคมล้าหลังหรือดั้งเดิมก็จะกำหนดอายุ จำแนกว่าคนชราไว้ต่ำ เช่น ประเทศไทย คนชราคือ คนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในประเทศสหรัฐอเมริกากำหนดให้คนชรา คือ ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป

สรุปได้ว่า นิยามของผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีความเสื่อมถอยทั้งสภาพร่างกายและจิตใจอารมณ์ ในด้านสภาพร่างกายจะมีผิวพรรณที่เหี่ยวย่น สภาพจิตใจ อารมณ์จะเป็นคนที่มีน้อยใจง่าย มีความต้องการทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม – เศรษฐกิจ และเป็นช่วงวัยสุดท้ายของวงจรชีวิต ที่เป็นวัยที่เริ่มต้นในการรับสิทธิประโยชน์ชราภาพ หรือบำนาญหลังเกษียณของแรงงานในประเทศ (Pensionable age)

2.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ (กษิตตา พานทอง. 2552 : 11-13) สามารถแบ่งออกได้ดังนี้

2.2.1 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

1) ทฤษฎีความผิดพลาด (Genetic programming and Errors) ภายในนิวเคลียสของเซลล์จะมีรหัสพันธุกรรม ซึ่งเป็นโครงสร้างของโมเลกุลของ DNA รหัสพันธุกรรมจะถูกคัดลอกและแปลอีกหลายขั้นตอนจึงได้โมเลกุลของโปรตีนหรือเอนไซม์ตัวสุดท้าย โปรตีนที่เกิดขึ้นจะประกอบด้วยกรดอะมิโน ซึ่งจะมีการสร้างไรโบโซม (Ribosome) รหัสพันธุกรรมจาก DNA ที่จะถ่ายทอดไปยังไรโบโซมจะต้องอาศัยโมเลกุลที่เรียกว่า m-RNA ฉะนั้น ถ้ามีความผิดพลาดเกิดขึ้นในขั้นตอนของการถ่ายทอดข้อความในการสังเคราะห์โปรตีนหรือเอนไซม์ ซึ่งมีลักษณะและคุณสมบัติผิดไปจากเดิมและไม่สามารถ

ทำหน้าที่ดั้งเดิมได้เป็นเหตุให้เซลล์ตายในที่สุด นอกจากนี้ พบว่า เอนไซม์บางชนิดจะทำหน้าที่ได้มากขึ้น การเปลี่ยนแปลงจะเกิดได้มากในวัยหนุ่มสาว อัตราการเกิดจะเป็นเร็วขึ้นทำให้เซลล์ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติต่อมาเซลล์ก็จะตายความสูงอายุเกิดจากการสะสมความผิดพลาดหรือความบกพร่องเกี่ยวกับส่วนประกอบระดับโมเลกุลของเซลล์ ซึ่งเกิดในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการทางชีวเคมีของการสร้างโปรตีนในเซลล์ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดขึ้นในวัยหนุ่มสาวต่อมาเมื่อสูงอายุมากขึ้น อัตราการเกิดจะเป็นเร็วขึ้น ถ้าความผิดพลาดสะสมถึงระดับหนึ่งเซลล์หรือเนื้อเยื่อจะค่อย ๆ เสื่อมสภาพและตายหรือเซลล์อาจไม่ตาย แต่การทำหน้าที่อาจจะหยุดชะงักทำให้เสียสมดุลการควบคุมของร่างกาย โดยเฉพาะเซลล์สำคัญเช่นเซลล์สมอง เป็นต้น

ความชราเป็น “ภาวะถดถอยของร่างกาย (Senescence)” ซึ่งเป็นสภาวะที่ร่างกายล่องเข้าสู่วัยชรา คำว่า Senescence มาจากภาษาละตินว่า “Senex” ซึ่งหมายถึง “คนสูงอายุ” หรือ “วัยชรา” ภาวะถดถอยของร่างกายเป็นกระบวนการที่เซลล์ต่าง ๆ ภายในร่างกายเสื่อมสภาพลงจากการที่มีอายุมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยจะปรากฏออกมาในสภาวะที่ร่างกายทำงานไม่เป็นปกติและถดถอยลงเรื่อย ๆ ตามเวลาที่ผ่านไป ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติหรือความผิดพลาดของกระบวนการทางเคมีที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในร่างกายของเรา สภาวะแก่ก่อนวัยเกิดขึ้นเมื่ออวัยวะต่าง ๆ เสื่อมสภาพเร็วกว่าปกติส่งผลให้การทำงานของร่างกายบกพร่องก่อนถึงช่วงอายุที่ควรจะเป็นตามธรรมชาติ

สรุปได้ว่า ความชราเป็น “ภาวะถดถอยของร่างกาย” ที่เกิดจากความเสื่อมสภาพของร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงในระดับเซลล์ที่มีการหยุดชะงักการเติบโตมีผลต่อการเสียสมดุลการควบคุมของร่างกายจนถึงเซลล์สมองทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะบกพร่องทางความจำ

2) ทฤษฎีเชื่อมตามขวาง (Cross-Linking of Collagen and Other proteins) จากการศึกษา พบว่า มีเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่เรียกว่า Collagen ถึงร้อยละ 30 ของจำนวนโปรตีนในร่างกายทั้งหมด และ Collagen เป็นส่วนประกอบที่สำคัญในกระดูกอ่อน Tendon และ Ligaments เมื่อเส้นใย Collagen ถูกนำเข้าไปในเนื้อเยื่อครั้งแรกโมเลกุลจะเกาะกันหลวม ๆ ทำให้เนื้อเยื่อมีความยืดหยุ่น แต่เมื่อเวลาผ่านไปโมเลกุลจะเกาะกันใกล้ชิดมากขึ้นทำให้เนื้อเยื่อมีความยืดหยุ่นลดลงและจากการศึกษา พบว่า การมีน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) เป็นสาเหตุที่ส่งเสริมการเกาะกันของโปรตีน (Cross linkage) ซึ่งจะชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการมีน้ำตาลในเลือดสูงและการสูญเสียความยืดหยุ่นของเซลล์ ทฤษฎีนี้ยังบอกว่าการเชื่อมตามขวาง (Cross-Linking) ของ Collagen และโปรตีนโมเลกุลใหญ่ ๆ ในเซลล์ไม่เพียงแต่จะทำให้เนื้อเยื่อตึง (Stiffening of tissue) เท่านั้น แต่ยังทำให้จำนวนเม็ดเลือดขาวลดลง มีการใช้สารอาหารลดลงมีการต่อต้านการเจริญเติบโตของเซลล์ (Cell growth) ทำให้เกิดการผิดพลาดในการขับสารพิษจากกระบวนการ Metabolism ออกมา ถึงแม้ว่ามีบางกระบวนการที่ช่วยป้องกันการเกิด Cross-Linking ในวัยหนุ่มสาว แต่เมื่ออายุมากขึ้นกระบวนการนี้จะปล่อยให้ Cross-Linking เพิ่มขึ้น

3) ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (The free radical theory) ความชราเป็นเพียงความเปลี่ยนแปลงที่สะสมเข้ามาเรื่อย ๆ โดยมีสาเหตุมาจากตัวดักจับภายในร่างกายที่อาศัยออกซิเจนเป็นหลัก ทฤษฎีอนุมูลอิสระเป็นกลุ่มของอะตอมที่ไม่คงสภาพและกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาภายในร่างกาย หากมีอนุมูลอิสระเข้าไปเกาะเซลล์ภายในร่างกายมากเกินไป ตลอดจนทำลายอิเล็กตรอนภายในเนื้อเยื่ออันละเอียดอ่อน และโครงสร้างทางพันธุกรรมจะทำให้เซลล์เสียหายและทำงานผิดปกติ ซึ่งจะเป็นการไปกระตุ้นให้ระบบภูมิคุ้มกันภายในร่างกายพยายามจะเข้าไปทำลายเซลล์ที่เสียหายดังกล่าว อนุมูลอิสระเกิดจากอาหาร น้ำ อากาศ การสูบบุหรี่ การสัมผัสกับสารเคมีและแม้กระทั่งการออกกำลังกายจึงถือเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้ยาก ดังนั้น จึงจำเป็นที่เราจะต้องรับประทานสารอาหารเพื่อเข้าไปต่อสู้กับอนุมูลอิสระเหล่านี้โดยผ่านสารต้านอนุมูลอิสระ ซึ่งเป็นสารที่ระงับกระบวนการออกซิเดชันโดยในขณะที่อนุมูลอิสระกำลังดักจับอิเล็กตรอนจากร่างกายสารต้านอนุมูลอิสระจะเข้าไปขัดขวางกระบวนการดังกล่าว โดยสละอิเล็กตรอนของตัวเองเข้าไปในอนุมูลอิสระเพื่อยุติการดักจับและแปลงให้เป็นโมเลกุลที่ไม่มีอันตราย ด้วยวิธีการดังกล่าวสารต้านอนุมูลอิสระจึงปกป้องเซลล์ของเราไม่ให้เสียหายจากการทำปฏิกิริยากับออกซิเจนที่มีอนุมูลอิสระเป็นต้นเหตุ ซึ่งจะนำไปสู่ความชราและโรคภัยไข้เจ็บที่ตามมา ทั้งนี้มีงานวิจัยเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจำนวนมากซึ่งได้วิเคราะห์และรับรองประสิทธิภาพของอาหารและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในการต่อสู้กับอนุมูลอิสระในร่างกาย สรุปได้ว่า ความชราเกิดจากมีอนุมูลอิสระเข้าไปเกาะเซลล์ภายในร่างกายมากเกินไปตลอดจนทำลายอิเล็กตรอนภายในเนื้อเยื่อและโครงสร้างทางพันธุกรรมจะทำให้เซลล์เสียหายและทำงานผิดปกติจึงอาจเป็นเหตุให้นำไปสู่ความชราและเกิดความเจ็บป่วยได้

4) ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Auto – Immune theory) โดยปกติแล้วร่างกายจะสร้าง Antibodies ในการต่อต้านสิ่งแปลกปลอมต่าง ๆ หรือ Antigen ระบบภูมิคุ้มกันนี้เองจะสร้างโปรแกรมที่จะจำและไม่ทำร้ายเนื้อเยื่อ (Tissue) ของร่างกาย แต่จะต่อต้านสิ่งแปลกปลอมต่าง ๆ เท่านั้น ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายกลับต่อต้านกันเองเกิดขึ้นเนื่องมาจากร่างกายสูญเสียความสามารถในการแยกแยะระหว่างเนื้อเยื่อของร่างกายซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นโปรตีนและสิ่งแปลกปลอม ดังนั้น ระบบภูมิคุ้มกันจึงโจมตีและทำลายเนื้อเยื่อของตนเองและจะมีความถี่มากขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อมีความผิดปกติของภูมิคุ้มกันต่อตนเอง (Autoimmune disorder) เพิ่มขึ้น ประกอบกับการเสื่อมถอยลงของการตอบสนองของภูมิคุ้มกันในผู้สูงอายุทำให้ผลิต T-Cells ลดลง และ B-Lymphocyte (สร้าง Antibodies) มีประสิทธิภาพต่ำลงในผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามหากสามารถปรับเปลี่ยนภูมิคุ้มกันได้ก็อาจสามารถชะลอกระบวนการสูงอายุได้เช่นกันและอาจจะช่วยลดอัตราการตายและโรคร้ายซึ่งมักจะพบ คือ การติดเชื้อ (Infection) หรือโรคที่เกี่ยวกับภูมิคุ้มกันต่อต้านตนเอง เช่น Myasthenia gravis ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังมีอาการอ่อนเพลีย หมดเรื้อยวมดแรงผิดปกติ (Abnormal fatigability) และมีกล้ามเนื้อบางมัดอ่อนแรง (Weakness of Selected muscles)

สรุปได้ว่า ความชราในผู้สูงอายุเกิดจากภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง ซึ่งเกิดจากร่างกายสูญเสียความสามารถในการแยกระหว่างเนื้อเยื่อของร่างกาย ระบบภูมิคุ้มกันจึงโจมตีและทำลายเนื้อเยื่อของตนเองและจะมีความถี่มากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเกิดโรคเรื้อรังได้ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุทั้ง 4 ทฤษฎี เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงความชราในด้านการเปลี่ยนแปลงทางสภาพร่างกาย จิตใจ เกิดจากเซลล์ที่มีความเสื่อมสลายลงมีผลต่อภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลงด้วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านธรรมชาติทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา สรีรวิทยามีมากขึ้นมีความเหนื่อยอ่อน สภาพจิตใจก็จะอ่อนแอไปด้วย จะมีความน้อยใจคนรอบข้าง ขาดความมั่นใจในตนเอง มักจะมีการเรียกร้องความสนใจจากคนรอบข้างเป็นผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

2.2.2 ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุได้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อลักษณะบุคลิกภาพ รูปแบบการดำเนินชีวิต การเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ (วันเพ็ญ เชาว์เชิง. 2544 : 7-8) ต้องเผชิญกับภาวะความรู้สึกต่าง ๆ ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ 5 ประการ คือ

1) เกิดความรู้สึกเหงา (Loneliness) ผู้สูงอายุจะรู้สึกเหงา อ้างว้าง รู้สึกไม่มีใครเข้าใจ และเห็นใจ รู้สึกถูกทอดทิ้งให้เผชิญภาวะทุกข์ทรมานใจโดยลำพัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียว เนื่องจากคู่ชีวิตตายจากไป หรือลูกหลานแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น

2) เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ ขาดเสถียรภาพความมั่นคงทางจิตใจ (Insecure) ภาวะไม่มีเสถียรภาพทางจิตใจ เกิดจากการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านเศรษฐกิจ ด้านการคุ้มครองให้ความปลอดภัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าหากผู้ที่อาศัยอยู่ในภาวะที่ไม่มั่นคงให้กับผู้สูงอายุมากขึ้น ภาวะขาดเสถียรภาพความมั่นคงทางจิตใจทำให้ผู้สูงอายุหงุดหงิดง่าย โมโหง่าย สะเทือนใจง่าย ด้วยเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ ภาวะไม่มั่นใจทำให้กลายเป็นคนหุยมหิม ใจน้อย ฉุนเฉียว โกรธง่ายและวุ่นวายกิจการของผู้อื่น อันเป็นสาเหตุนำไปสู่การขัดแย้งกับลูกหลานหรือผู้ดูแลได้

3) เกิดความรู้สึกกลัวตาย เมื่อสูงวัยขึ้นโรคร้ายไข้เจ็บที่มาพร้อมกับวัยคุกคาม สวัสดิภาพ ความปลอดภัยของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะกลัวตายซึ่งก็ดูสมเหตุสมผลเพราะว่าความตายเป็นอย่างไร ทุกข์ทรมานหรือไม่ เป็นสิ่งที่ไม่มีการบอกได้ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล ความกลัวตาย ทำให้กังวลกับความเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่เกิดขึ้น

4) เกิดความรู้สึกหมดหวัง สิ้นหวัง (Helplessness and Hopelessness) ความรู้สึกหมดหวังและสิ้นหวังเกิดขึ้นเพราะความเสื่อมสมรรถภาพด้านร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุอาจจะอยากกระทำตนให้เป็นประโยชน์ให้แก่สังคม แต่ถูกจำกัดด้วยความเสื่อมดังกล่าว ความรู้สึกหมดหวังทำให้เกิดความรู้สึกโกรธตนเองกลายเป็นภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด

5) เกิดความรู้สึกหดหู่และเศร้าใจ เกิดขึ้นจากสาเหตุหลาย ๆ สาเหตุ และหลายระดับ ภาวะเศร้านักเกิดจากความสูญเสีย เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต สูญเสียความสมบูรณ์ของร่างกาย สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง หน้าที่การงาน ฯลฯ ภาวะเศร้าในผู้สูงอายุอาจเป็นสาเหตุการตายที่ค่อนข้างสูงในผู้สูงอายุที่เป็นเพศชาย การมีความรู้สึกในคุณค่าของตน (Self esteem) ลดน้อยลง ทำให้เกิดความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าได้ง่าย

ผู้สูงอายุนอกจากเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางสภาพร่างกายแล้วได้ส่งผลกระทบต่ออารมณ์และความรู้สึกของผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ด้วย ผู้สูงอายุจะมีสภาพจิตใจที่อ่อนไหวได้ง่าย จะมีความน้อยใจง่าย ต้องการให้ผู้อื่นมาสนใจและดูแล ซึ่งในวัยสูงอายุยังต้องการการตอบสนองในด้านต่าง ๆ เพื่อความมั่นคงในชีวิต จึงทำให้เกิดปัญหาที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ และความต้องการของผู้สูงอายุ

2.2.3 ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

1) ปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ปัญหาที่สำคัญเกี่ยวกับผู้สูงอายุ (United Nations, ESCAP. 1995 อ้างถึงใน กษิตตา พานทอง. 2552) มีดังนี้

1.1) ปัญหาบริการด้านสุขภาพอนามัยและการเกื้อหนุนจากสังคมผู้สูงอายุ และผู้ที่ จะเข้าสู่วัยสูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาสำคัญ คือ ปัญหาสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจ แต่ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงอย่างมากในด้านสุขภาพมีความสามารถเข้าถึงบริการต่าง ๆ ในการรักษาพยาบาล ได้น้อยมาก รัฐบาลจำเป็นต้องให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ในการปฏิบัติตนในด้านสุขภาพอนามัย และการรักษาพยาบาลทางการแพทย์เช่นเดียวกับคนหนุ่มสาว และจะต้องเน้นในเรื่องการป้องกันและดูแลตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพดีตลอดไปด้วย ซึ่งรัฐจะต้องใช้จ่ายงบประมาณเป็นเงินจำนวนมากในการดำเนินงาน ดังนั้นองค์กรด้านศาสนาและสังคมควรมีส่วนช่วยรัฐในด้านงบประมาณ

1.2) ปัญหาความพิการ ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะพิการมากเนื่องจากมีอายุมาก ซึ่งทำให้ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพอ่อนแออยู่แล้ว มีสุขภาพแยลงอีก ยิ่งผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นเท่าใด จำนวนผู้พิการ ในหมู่ผู้สูงอายุก็ยิ่งมากขึ้นเท่านั้น รัฐจะต้องเตรียมการป้องกันและการรักษา ตลอดจนโครงการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเพื่อป้องกันอุบัติเหตุและลดอุบัติเหตุของความพิการ รวมทั้งต้องฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ ด้านสุขภาพอนามัยสำหรับดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและพิการด้วย

1.3) ปัญหาความปลอดภัยของชีวิตและทรัพย์สิน ผู้สูงอายุได้รับความกดดันจาก สภาพสังคมสมัยใหม่และการย้ายถิ่นออกของคนหนุ่มสาวเพื่อไปประกอบอาชีพในท้องถิ่นที่มีโอกาส ดีกว่า ผู้สูงอายุจึงถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังในท้องถิ่นเดิมและสถานการณ์อาจเลวร้ายลงหากผู้สูงอายุ ต้องสูญเสียคู่สมรสไปและต้องอยู่ตามลำพังซึ่งทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่ปลอดภัยทั้งชีวิตและทรัพย์สิน ส่วนผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนรวมทั้งผู้สูงอายุที่ได้รับความบ่าบุญต้องเผชิญกับปัญหาเศรษฐกิจ เช่น ปัญหา

เงินเพื่อ ปัญหาความยากจน และผลกระทบในทางลบของสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากสังคมอุตสาหกรรมสมัยใหม่ที่มีต่อผู้สูงอายุมีมากขึ้นทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท

1.4) ปัญหาผู้สูงอายุสตรี สตรีสูงอายุมีแนวโน้มที่จะเป็นหม้าย เนื่องจากคู่สมรสเสียชีวิตก่อนรวมทั้งมีแนวโน้มที่จะหย่าร้าง และต้องดำรงชีวิตอยู่ตามลำพังเป็นจำนวนมาก สภาพเศรษฐกิจและสังคมทำให้สตรีสูงอายุต้องเผชิญปัญหาหนัก การสมรสใหม่ในสตรีสูงอายุมีเป็นจำนวนน้อย สตรีสูงอายุจึงต้องเป็นภาระพึ่งพิงสมาชิกในครัวเรือนหรือบุคคลอื่นมาก โดยเฉพาะในเขตที่สตรีประกอบกิจกรรมทางเศรษฐกิจน้อย ผู้ที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นสตรีจึงต้องมีทรัพยากรทางการเงินที่พอเพียง

1.5) ปัญหาของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2549 : 14 อ้างถึงใน กษิตตา พานทอง. 2552) กล่าวว่า ปัญหาของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมีดังต่อไปนี้

- (1) ปัญหาความเหงา ว้าเหว่ ขาดคนคุย วิตกกังวล
- (2) ปัญหาไม่มีคนดูแลเวลาที่เจ็บป่วย
- (3) ปัญหาการดูแลสุขภาพตนเองในชีวิตประจำวันเช่นการบริโภคอาหารและการทำงานบ้าน
- (4) ปัญหาทางเศรษฐกิจ ไม่มีเงินต้องหาเลี้ยงชีพตนเอง

จากปัญหาดังกล่าวในผู้สูงอายุทั่วไปและผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวต่างก็เป็นปัญหาที่มีความสำคัญเหมือน ๆ กัน ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยทางด้านร่างกายและจิตใจ ปัญหาทางความพิการ ปัญหาเรื่องความมั่นคงในชีวิต มั่นคงทางด้านอารมณ์ มั่นคงทางทางสังคม ปัญหาเหล่านี้จะต้องมีการดำเนินการแก้ไขและให้การช่วยเหลือ โดยทั้งจากทุกภาคส่วนและจะต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุร่วมด้วย

2) ความต้องการของผู้สูงอายุ

วันชัย ชูประดิษฐ์ (2555 : 11) กล่าวว่า ความต้องการของผู้สูงอายุ (Need of the elderly) สามารถจำแนกความต้องการของผู้สูงอายุออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

(1) ความต้องการพื้นฐาน คือ ความต้องการสากลที่ผู้สูงอายุในโลกต้องแสวงหาให้ได้มาเท่ากับเป็นเส้นเลือดใหญ่ที่หล่อเลี้ยงชีวิตของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะอยู่ในสังคมวัฒนธรรมใด ๆ ก็ตาม จากการสำรวจความต้องการพื้นฐานในวัฒนธรรมต่าง ๆ กัน อาจจะสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุในโลกต่างมีความต้องการตรงกันที่จิตใจ กล่าวคือ

(1.1) ผู้สูงอายุพยายามมีชีวิตอยู่นานเท่าที่จะเป็นไปได้หรืออย่างน้อยก็อยู่ไปจนกว่าความพึงพอใจในสิ่งรอบตัวนั้นไม่มีความหมายหรือเมื่อถึงแก่ความตาย

(1.2) ผู้สูงอายุพยายามรักษาพลังและศักยภาพทางร่างกายและทางสมองให้คงอยู่ให้มากที่สุดและใช้ประโยชน์จากพลังและศักยภาพดังกล่าวอย่างสูงสุดเท่าที่จะทำได้

(1.3) ผู้สูงอายุพยายามป้องกันและธำรงไว้ซึ่งสิทธิพิเศษที่เคยเป็นในชีวิตวัยต้น เช่น ความรู้ความชำนาญ ทักษะสมบัติ เกียรติคุณ และอำนาจ

(2) ความต้องการขั้นสูง คือ ความต้องการซึ่งมีลักษณะเปลี่ยนแปลงง่ายอาจเป็น ความต้องการเฉพาะหน้า หรือระยะยาว หรือเป็นจุดหมายปลายทางของผู้สูงอายุ เป็นความต้องการที่สอดคล้องกับลักษณะสังคมและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุและจะถูกปรุงแต่งโดยวัฒนธรรมนั้น ๆ ด้วย เป็นลักษณะที่เข้ากับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลจากการขัดเกลาของแบบแผนและบรรทัดฐานของสังคม

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2550 : 3) ได้แบ่งความต้องการของผู้สูงอายุเป็น 3 ส่วน ดังนี้

(1) ความต้องการด้านร่างกายของผู้สูงอายุ

(1.1) ต้องการมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์

(1.2) ต้องการมีช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิด

(1.3) ต้องการที่อยู่อาศัยอากาศดีสิ่งแวดล้อมดี

(1.4) ต้องการอาหารการกินที่ถูกสุขลักษณะตามวัย

(1.5) ต้องการมีผู้ดูแลเมื่อยามเจ็บไข้ได้ป่วย

(1.6) ต้องการได้รับการตรวจสุขภาพรักษาพยาบาลที่สะดวกรวดเร็ว

(1.7) ต้องการได้รับบริการรักษาพยาบาลแบบให้เปล่าจากรัฐ

(1.8) ต้องการได้พักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ

(1.9) ต้องการบำรุงรักษาร่างกายและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

(1.10) ความต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

(2) ความต้องการทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนทางด้านร่างกายและสังคมทำให้จิตใจของผู้สูงอายุเปลี่ยนไปด้วย ผู้สูงอายุจะปรับจิตใจและอารมณ์ไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสิ่งแวดล้อม จะเห็นว่า ผู้สูงอายุจะปรับปรุงและพัฒนาจิตใจตัวเองไปในทางที่ดีงามมากขึ้นและสามารถควบคุมจิตใจได้ดีกว่าหนุ่มสาว ผู้สูงอายุจะมีความสุขเยือกเย็นมากขึ้น แต่การแสดงออกขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละบุคคล การศึกษา ประสบการณ์ และสิ่งแวดล้อมของคนคนนั้น ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของจิตใจที่พบ ได้แก่

(2.1) การรับรู้ ผู้สูงอายุจะยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตัวเอง การรับรู้สิ่งใหม่ ๆ จึงเป็นไปได้ยาก ความจำก็เสื่อมลง

(2.2) การแสดงออกทางอารมณ์จะเกี่ยวกับการตอบสนองของจิตใจต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ผู้สูงอายุจะรู้สึกต่อตนเองในแง่ต่าง ๆ เช่น เกิดความท้อแท้ น้อยใจ รู้สึกว่าสังคมไม่ให้ความสำคัญกับตนเอง มีอารมณ์ไม่มั่นคง หงุดหงิด หรือโกรธง่าย ผู้สูงอายุต้องการยอมรับและเคารพยกย่องนับถือ การแสดงออกถึงความมีคุณค่าของผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัว

(2.3) ความสนใจสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุจะสนใจสิ่งแวดล้อมเฉพาะที่ทำให้เกิดความพึงพอใจและตรงกับความต้องการของตนเองเท่านั้น

(2.4) การสร้างวิถีชีวิตของตนเอง การมีอายุมากขึ้นทำให้เกิดการยอมรับกับสภาพดังกล่าวบางคนมุ่งสร้างความสวยงามให้แก่ตนเองมากขึ้น

(2.5) ความผิดปกติในจิตใจและในวัยผู้สูงอายุแบ่งแยกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

- กลุ่มอาการทางจิตเนื่องจากสมองเสื่อม ได้แก่ สมองเสื่อมมีอาการเพ้อคลั่ง กลุ่มอาการหลงลืม กลุ่มอาการทางอารมณ์
- กลุ่มอาการผิดปกติทางด้านจิตใจและอารมณ์

(3) ความต้องการทางด้านสังคม-เศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ได้แก่

(3.1) ต้องการได้รับความสนใจจากผู้อื่น

(3.2) ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวสังคมและหมู่คณะ

(3.3) ต้องการช่วยเหลือสังคมและมีบทบาทในสังคมตามความถนัด

(3.4) ต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคมทั้งทางด้านความเป็นอยู่ รายได้ บริการจากรัฐ

(3.5) ต้องการมีชีวิตร่วมในชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน และสังคม

(3.6) ต้องการพึ่งพาคนอื่นให้น้อยลงไม่ต้องการความเมตตาสงสาร

(3.7) ต้องการประกันรายได้และประกันความชราภาพ ปัญหาความต้องการและความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อบริการสวัสดิการสังคมต่าง ๆ นั้น พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพมากที่สุด ดังนั้นความต้องการของผู้สูงอายุ คือ การได้รับการรักษาฟรีไปตลอดชีวิต และการรักษาที่ดีจากภาครัฐ ปัญหารองลงมา ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยากจนจึงต้องการและคาดหวังให้รัฐเป็นผู้จ่ายค่าเลี้ยงดูตลอดชีวิตหรือเรียกว่าเบี้ยยังชีพ

จากที่กล่าวมาข้างต้นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม สรุปได้ว่าความต้องการของผู้สูงอายุนั้น สามารถแยกเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานทั้งทางร่างกายและทางด้านจิตใจ ต้องการมีชีวิตให้นานขึ้น ต้องการการยอมรับจากคนรอบข้างโดยเฉพาะบุตรหลาน การยอมรับในสังคม การได้รับสวัสดิการทางสังคมต่าง ๆ อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และถ้าผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะเรื่องการเจ็บป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมจำเป็นต้องได้รับการรักษาและดูแลที่เหมาะสม

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

2.3.1 คำนิยามภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มอาการหรือสมองเสื่อมไม่ใช่โรคแต่เป็นอาการของโรคที่มีสาเหตุต่าง ๆ ซึ่งมีทั้งกลุ่มที่สามารถหาสาเหตุได้ และหาสาเหตุไม่ได้ พยาธิสภาพของโรคส่วนใหญ่อยู่ที่สมองใหญ่ (Cerebellum) ซึ่งมีผลจากการทำงานที่ผิดปกติทางสมองก่อให้เกิดผลกระทบต่อการทำงาน กิจกรรมประจำวัน และสังคมของผู้สูงอายุ (กรมสุขภาพจิต. 2547) โรคนี้มักพบในผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสรุปคำนิยามของภาวะสมองเสื่อมดังนี้

กรมสุขภาพจิต (2547 : 3) อธิบายว่า ภาวะสมองเสื่อม คือ ภาวะที่มีกลุ่มอาการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งมีผลมาจากการทำงานที่ผิดปกติของสมอง ประกอบด้วยลักษณะดังต่อไปนี้

1) มีการเสื่อมลงของความจำเรื่อย ๆ (ซึ่งเป็นลักษณะอาการที่มักจะนำผู้สูงอายุมาพบแพทย์) ร่วมกับการทำงานที่ลดลงของสมองขั้นสูง (Cognitive function) อันประกอบด้วย ส่วนของสมาธิ ความจำ ความคิด การตัดสินใจ เป็นต้น และอาจมีผลทำให้เกิดอาการผิดปกติทาง Neuropsychiatric symptoms

2) มีผลกระทบต่อการทำงานต่าง ๆ ตามปกติของผู้ป่วย อาทิ กิจกรรมประจำวัน (Activities of daily living) และสังคม เป็นต้น

3) เป็นมาอย่างน้อย 6 เดือน American Psychiatric Association (2000 : 123-155) อธิบายว่า ภาวะสมองเสื่อม คือ ภาวะที่สมองมีการสูญเสียระดับของความจำ (Memory function) สติปัญญา (Cognitive function) ในขณะที่สติสัมปชัญญะปกติ (Bourgeois, Seaman & Servis. 2003 cited in Townsend. 2008) ความหมายของโรคสมองเสื่อมส่วนใหญ่ต้องใช้ตามระบบการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual Forth Edition ; DSM - IV) หมายถึง ภาวะที่สมองมีความบกพร่องของความจำหลายด้านโดยแสดงออก ได้แก่ 1) ความจำเสื่อม โดยไม่สามารถเรียนรู้ข้อมูลใหม่ หรือระลึกสิ่งที่เคยเรียนมาแล้วได้ และ 2) มีความผิดปกติของความรู้คิดของสมองหนึ่งข้อหรือมากกว่าหนึ่ง คือ 2.1) ความผิดปกติด้านภาษาเสีย ความสามารถในการใช้ภาษาพูด เช่น ไม่สามารถบอกชื่อคนและสิ่งของ 2.2) บกพร่องในการประกอบกิจกรรมถึงแม้มีความสามารถในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อปกติ ไม่สามารถทำตามคำสั่งได้ 2.3) ไม่สามารถจำหรือรู้จักสิ่งต่าง ๆ แม้จะมีประสาทรับรู้ปกติ และ 2.4) เสียหน้าที่ในเชิงบริหาร ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ความคิดแบบนามธรรม ก่อให้เกิดความบกพร่องด้านสังคมหรือการทำงานและแสดงถึงความสามารถที่ลดลงอย่างชัดเจน การดำเนินของโรคเริ่มอย่างช้า ๆ และมีสติปัญญาเสื่อมลงอย่างต่อเนื่อง

นำพล กิ่งก้าน (2553 : 9) กล่าวว่า โรคสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของสมอง โดยมีความบกพร่องของความจำหลายด้าน โดยแสดงออกทั้งความจำเสื่อม และมีความผิดปกติด้านการรับรู้ การใช้ภาษา ไม่สามารถจำหรือรู้จักสิ่งต่าง ๆ และมีความผิดปกติในหน้าที่เชิงบริหารโดยก่อให้เกิดความบกพร่องทางสังคมหรือการทำงานและแสดงถึงความสามารถที่ลดลงอย่างชัดเจน การดำเนินของโรคเริ่มอย่างช้า ๆ และมีความจำที่เสื่อมลงอย่างต่อเนื่อง

รัชณี นามจันทร์ (2553 : 140) กล่าวว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของสมองด้านการรู้คิดและสติปัญญา โดยมีการเสื่อมของความจำเป็นอาการเด่น ไม่มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว มีความผิดปกติทางด้านความคิด การตัดสินใจ การเคลื่อนไหวร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมบุคลิกภาพและอารมณ์มีความสามารถในการคิดเชิงซ้อน (Abstract thinking) ลดลง

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543 อ้างถึงใน นำพล กิ่งก้าน. 2553 : 9) กล่าวว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นการทำงานด้านสติปัญญาลดลง เกิดจากเนื้อเยื่อในสมองหรือระบบประสาทเสื่อมคุณภาพ อาการมักดำเนินอย่างช้า ๆ ทำให้ขาดความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ แสดงอาการที่เด่นชัด คือ การสูญเสียความจำร่วมกับการสูญเสียความสามารถบางอย่างที่เคยทำได้มาก่อน

สรุปได้ว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการของโรคที่มีสาเหตุต่าง ๆ จากพยาธิสภาพที่มีผลต่อการทำงานที่ผิดปกติของสมองที่มีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของสมองต้องป่วยอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป โดยมีความบกพร่องของความจำในหลายด้านโดยแสดงออกทั้งความจำเสื่อมและมีความผิดปกติด้านการรับรู้ การใช้ภาษา ไม่สามารถจำหรือรู้จักสิ่งต่าง ๆ และมีความผิดปกติในหน้าที่เชิงบริหารโดยก่อให้เกิดความบกพร่องทางสังคมหรือการทำงานและแสดงถึงความสามารถที่ลดลงอย่างชัดเจนโดยที่ความเสื่อมถอยจะดำเนินอย่างช้า ๆ แบบค่อยเป็นค่อยไป

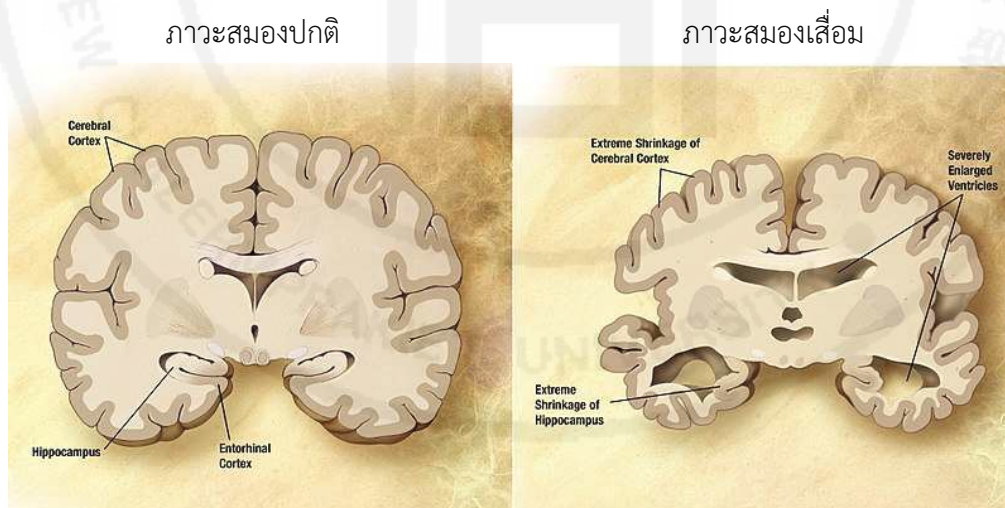
2.3.2 ชนิดของโรคสมองเสื่อม

โรคสมองเสื่อมสามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ

1) โรคสมองเสื่อมชนิดปฐมภูมิ (Primary dementia) คือ โรคสมองเสื่อมที่มีสาเหตุเกิดจากการเสื่อมสลายของเนื้อสมอง (Degenerative change) พบว่า มีการลดลง การผลิตสารสื่อประสาทที่เรียกว่า Acetylcholine ลดลง ซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการปลุกเร้า (Arousal) การเรียนรู้ (Learning) และความจำ (Memory) การเกิด (Beta-Myeloid proteins) ในสมองมากขึ้น ทำให้ Neuron ถูกทำลาย ทำให้เลือดหมุนเวียนไปเลี้ยงสมองน้อยลง หรือ Neuron ที่เหลืออยู่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติจึงเกิดอาการบกพร่องทางสมอง ส่วนใหญ่ถ้าไม่ได้รับการรักษาลักษณะอาการจะค่อย ๆ เสื่อมลงอย่างช้า ๆ ในระยะท้าย ๆ จะมีอาการมากขึ้น โรคสมองเสื่อมชนิดปฐมภูมิมิมีสาเหตุมาจากโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease) เป็นชนิดที่พบมากที่สุด คือ ร้อยละ 60-70 ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease : AD) เป็นภาวะสมองเสื่อมที่พบได้บ่อย (ราชบัณฑิตยสถาน. 2524) โรคนี้จัดเป็นโรคความเสื่อมที่รักษาไม่หายและจัดเป็นอาการป่วยระยะสุดท้าย โดยทั่วไปแล้วสามารถวินิจฉัยโรคอัลไซเมอร์ได้ในผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปี อาการแรกสุดที่พบคือ ความเครียด ซึ่งมักจะเข้าใจผิดว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นเองตามอายุ อาการที่พบในระยะแรก คือ การสูญเสียความจำ เช่น พยายามจำข้อมูลที่เรียนรู้เมื่อไม่นานมานี้ไม่ได้ เมื่อแพทย์สงสัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์จะยืนยันการวินิจฉัยโดยการประเมินพฤติกรรมและทดสอบการรู้ และมักตามด้วยการสแกนสมอง เมื่อโรคดำเนินไประยะหนึ่งผู้ป่วยจะมีอาการสับสน หงุดหงิดง่าย และก้าวร้าว อารมณ์แปรปรวน เสียความสามารถ ทางภาษา สูญเสียความทรงจำระยะยาว และเพิกเฉยต่อสิ่งต่าง ๆ เนื่องจากผู้ป่วยเสียการรับรู้สึกและต่อมาจะสูญเสียการทำงานต่าง ๆ ของร่างกายและเสียชีวิต ในที่สุด การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยแต่ละรายนั้นทำได้ยากเนื่องจากระยะเวลาของโรคมีความหลากหลาย การดำเนินโรคของโรคนี้จะมีช่วงระยะเวลาที่ไม่แสดงอาการแน่ชัดก่อนจะปรากฏอาการชัดเจน การคาดหมายคงชีพหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์ โดยเฉลี่ยอยู่ประมาณ 7 ปี มีผู้ป่วยน้อยกว่าร้อยละ 3 ที่มีชีวิตอยู่ได้มากกว่า 14 ปี หลังได้รับการวินิจฉัย

ภาพที่ 1 เปรียบเทียบภาวะสมองปกติกับภาวะสมองเสื่อม



ที่มา: มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. 2560 : ออนไลน์.

2) โรคสมองเสื่อมชนิดทุติยภูมิ (Secondary dementia) คือ โรคสมองเสื่อมที่มีสาเหตุมาจากโรคหรือสาเหตุอื่น ๆ เช่น โรคสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (Vascular dementia) พบร้อยละ 15-25 ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โรคสมองเสื่อมจากภาวะความผิดปกติจากกระบวนการเมตาบอลิกของร่างกายหรือจากต่อมไร้ท่อ (Endocrine) เช่น ภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำ โรคสมองเสื่อมจากการขาดวิตามินจากการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เช่น ภาวะขาดวิตามินบี 1

วิตามินบี 2 และขาดโพแทสเซียม โรคสมองเสื่อมที่เกิดจากการเจ็บป่วยทางกายอื่น ๆ เช่น โรคน้ำในช่องสมอง (Normal pressure hydrocephalus) ภาวะเนื้องอกในสมอง โรคสมองเสื่อมจากโรคเอดส์ (Dementia due to HIV disease) โรคสมองเสื่อมจากสมองอักเสบจากการติดเชื้อและโรคสมองเสื่อมจากการได้รับสารพิษ เช่น ยา สุรา โลหะหนัก ซึ่งส่วนใหญ่ถ้าได้รับการรักษาแล้วอาการจะดีขึ้น

สรุปได้ว่า ชนิดของโรคสมองเสื่อมมี 2 ชนิด ทั้งปฐมภูมิและทุติยภูมิ ในระดับปฐมภูมิจะมีสาเหตุเกิดจากการเสื่อมสลายของเนื้อสมองที่มักพบได้บ่อย คือ โรคอัลไซเมอร์ ส่วนในระดับทุติยภูมิจะเกิดจากสาเหตุที่มาจากโรคหลอดเลือดสมองขาดวิตามินไปบำรุงสมองไม่เพียงพอ บางรายอาจเกิดจากภาวะเนื้องอกในสมองหรือจากการติดเชื้อแล้วส่งผลต่อภาวะการเจ็บป่วยที่สมอง ซึ่งทั้ง 2 ชนิด มีสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคสมองเสื่อมได้หลายสาเหตุ

2.3.3 สาเหตุของการเกิดโรคสมองเสื่อม

มีลักษณะพยาธิสภาพที่สำคัญ (นำพล กิ่งก้าน. 2553 : 19-21) ได้แก่

1) การเสื่อมของเซลล์สมอง (Neuropathology) มีการฝ่อ เที้ยวของสมองใหญ่ โดยเฉพาะในบริเวณสมองส่วนหน้า (Frontal lobe) และสมองส่วน Hippocampus gyros ร่วมกับบริเวณ Parietal lobe, Temporal lobe และ Cerebellum เซลล์ประสาทลดจำนวนลงประมาณร้อยละ 5-10 จากจำนวนทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าผู้สูงอายุปกติ เซลล์ประสาทที่เหลือมีลักษณะเปลี่ยนแปลงไป คือ จำนวน Dendrite ลดลง การเปลี่ยนแปลงของเซลล์สมองจะเริ่มก่อนปรากฏอาการ 10-20 ปี

2) Beta-Amyloid plaques เกิดจาก Amyloid precursor protein โดย Amyloid precursor protein จะไปจับบริเวณเยื่อหุ้มเซลล์ประสาทและจะมีเอนไซม์มาตัด Amyloid precursor protein ออกเป็นโปรตีนชิ้นเล็ก ๆ เรียกว่า Beta-Amyloid plaques และจะรวมกันเป็นก้อนที่เรียกว่า Plaques เหล่านี้จะรบกวนการทำงานของเซลล์ประสาทกระทบต่อสมองส่วนความจำ (Hypo campus) และบริเวณเปลือกสมอง

3) Neurofibrillary Tangles (NFT) ภายในโครงสร้างของเซลล์ประสาท ประกอบด้วย Microtubules จำนวนมาก โปรตีนที่ชื่อว่า Tau protein ในสภาวะปกติ Tau protein ทำหน้าที่ช่วยในโครงสร้างของ Microtubules คงอยู่ได้ ในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์มีการเปลี่ยนแปลงของ Tau protein ทำให้การพันงของ Microtubules ซึ่งทำให้โครงสร้างของ Microtubules ผิดปกติมีผลต่อการส่งต่อของระบบ Neurotransmitters ตาม Axon ต่าง ๆ ทำให้ Cell ตายในที่สุด ซึ่ง Tau protein รวมกันเป็นก้อนที่เรียกว่า Neurofibrillary tangles

4) สารสื่อประสาท ที่มีส่วนอย่างมากเกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพของโรคอัลไซเมอร์ คือ Acetylcholine และ Nor epinephrine ทั้งคู่เป็นสารกระตุ้นประสาทพาราซิมพาธेटิก โดยกระตุ้นผ่าน Acetylcholine ที่ปลายเซลล์ประสาท โดยพบว่าการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท Acetylcholine ดังนี้

4.1) การลดลงของสารสื่อประสาท Acetylcholine ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับความจำและการเรียนรู้ของสมอง (Hogan et al. 2008 อ้างถึงใน นำพล กิ่งก้าน. 2553 : 19-21) พบว่า ความสามารถของเนื้อเยื่อสมองที่จะสังเคราะห์ Acetylcholine ลดลง ปริมาณของ Cholinergic cell ในสมองลดลง การทำหน้าที่ของ Choline acetyltransferase ลดลง ทำให้การสังเคราะห์ Acetylcholine ลดลง ข้อมูลอื่น ๆ ที่สนับสนุนของการขาดสารกระตุ้นระบบประสาทซิมพาแธติกในผู้ป่วยอัลไซเมอร์ (Alzheimer's) ที่แสดงออกของการลดลงของ Acetylcholine และ Choline acetyltransferase นั้นพบว่า ความเข้มข้นในสมองของ Choline acetyltransferase ซึ่งเป็นเอนไซม์ (Enzyme) ในการสังเคราะห์ Acetylcholine ลดลงทำให้มีการลดลงของ Acetylcholine และจำนวน Cholinergic neuron ลดลงทำให้เกิดอาการของโรค

4.2) การลดลงของสารสื่อประสาทที่เรียกว่า Nor epinephrine การเกิดโรคอัลไซเมอร์ สันนิษฐานว่าเกิดจากการลดจำนวนลงของ Nor epinephrine ในเซลล์ประสาท (Neuron) ของสมอง บริเวณ Locus coeruleus ซึ่งพบได้จากการตรวจพยาธิสภาพของสมองในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ (Sadock & Sadock. 2007 : 329)

4.3) สารสื่อประสาทตัวอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในพยาธิสภาพของโรคอัลไซเมอร์ คือ การทำงานของระบบประสาท Peptides ที่เรียกว่า Somatostatin และ Corticotrophin ซึ่งพบความเข้มข้นของทั้งสองลดลง ในบุคคลที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ (Sadock & Sadock. 2007 : 329 อ้างถึงใน นำพล กิ่งก้าน. 2553 : 19-21)

5) สาเหตุอื่น ๆ ของโรคอัลไซเมอร์ คือ ความผิดปกติที่เกิดขึ้นในเยื่อหุ้มเซลล์ ได้แก่

5.1) ความผิดปกติของระบบการควบคุมการเผาผลาญที่เยื่อหุ้มเซลล์ส่งผลให้เยื่อหุ้มเซลล์มีน้ำน้อยลงและไม่ยืดหยุ่นเหมือนปกติ

5.2) สารอลูมิเนียมเป็นพิษ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์มีระดับอลูมิเนียมในสมองสูง แต่ในปัจจุบันแนวคิดนี้ถูกมองว่าไม่ใช่สาเหตุที่สำคัญของการเกิดโรคอัลไซเมอร์

5.3) การที่เซลล์ถูกกระตุ้นอย่างมากจากสารสื่อประสาทกลูตาเมต (Glutamate) ซึ่งทำให้เกิดความเสียหายกับเซลล์ประสาท

สรุปได้ว่า สาเหตุของการเกิดโรคสมองเสื่อมเกิดจากลักษณะพยาธิสภาพต่าง ๆ คือ การเสื่อมของเซลล์สมองที่มีการฝ่อเหี่ยวของสมอง มีผลต่อเซลล์ประสาทที่กระทบต่อสมอง มีผลต่อสารสื่อประสาทในการทำงานกับสมอง มีผลต่อความทรงจำของผู้สูงอายุ ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อม

2.3.4 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อม (นำพล กิ่งก้าน. 2553 : 21)

1) อายุ ความชุกเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า หลังอายุ 60 ปี คือ อายุ 60 ปี ความชุก ร้อยละ 5 อายุ 75 ปี ความชุก ร้อยละ 15 อายุ 85 ปี ความชุก ร้อยละ 50

2) พันธุกรรม ในชนิด Early-onset มีความเสี่ยง ร้อยละ 10 ในชนิด Late-onset จะมีการถ่ายทอดทางยีนส์ เช่น อะโปไลโปโปรตีน อี-4 (Apo E4) Down syndrome, Amyloid ยีนส์จะถ่ายทอดในโครโมโซมที่ 21

3) เซวาน์ปัญญาต่ำชนิดดาวน์ซินโดม

4) เพศ พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เพศหญิงมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เป็น 1.70 เท่า ของเพศชาย และจากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เรียนหนังสือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เป็น 3.10 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้เรียนหนังสือ

5) ปัจจัยเสี่ยงจากการดำเนินชีวิต เช่น การได้รับความกระทบกระเทือนที่ศีรษะ จากการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้ที่มีประวัติบาดเจ็บที่ศีรษะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม เป็น 2.19 เท่า ของกลุ่มที่ไม่มีประวัติบาดเจ็บที่ศีรษะ โรคหัวใจ อากาศไม่ได้เป็นสาเหตุแต่มีส่วนทำให้เกิดความเสี่ยงยิ่งขึ้น ซึ่งอาหารที่เพิ่มความเสี่ยง ได้แก่ อาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง อาหารที่มีคาเฟอีน และอาหารที่มี แอนติออกซิแด้นท์ต่ำ ความอ้วนและความพร่องการกระตุ้นทางสมอง

สรุปได้ว่า ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคสมองเสื่อม มี 5 ข้อ ดังนี้

- 1) อายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
- 2) พันธุกรรม จะมีการถ่ายทอดทางยีนส์
- 3) เซวาน์ปัญญาต่ำชนิดดาวน์ซินโดม
- 4) เพศ จะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย
- 5) ปัจจัยเสี่ยงจากการดำเนินชีวิต เช่น การกระทบกระเทือนทางศีรษะ การทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง

2.3.5 การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม

การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม ในทางคลินิกประเมินจากการตรวจร่างกายทั่วไป การตรวจทางระบบประสาท การตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาการและอาการแสดง เช่น ความทรงจำ การคิด การรับรู้ ความเข้าใจการตัดสินใจแย่งลง (นำพล กิ่งก้าน. 2553 : 11) โดยประเมินความบกพร่องทางสติปัญญาในด้านต่าง ๆ ใช้แบบทดสอบ เช่น Mini Mental State Examination (MMSE) ซึ่งมีคำถามเพื่อประเมิน Orientation, Recall, Registration, Calculation, Language และ Visuospatialability มีคะแนนทั้งหมด เท่ากับ 30 คะแนน โดยแบ่งความรุนแรงตามการให้คะแนน กล่าวคือ คะแนนในช่วง 27-30 หมายถึง คะแนนปกติ คะแนนในช่วง 25-26 คะแนน หมายถึง อาจจะมีสมองเสื่อม คะแนนในช่วง 10-24 คะแนน หมายถึง สมองเสื่อมระยะต้นถึงปานกลาง คะแนนในช่วง 6-9 คะแนน หมายถึง สมองเสื่อมปานกลางถึงรุนแรง และคะแนนในช่วงน้อยกว่า 6 คะแนน หมายถึง สมองเสื่อมรุนแรง โดยเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมใช้ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder ; DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association. 2000 อ้างถึงใน นำพล กิ่งก้าน. 2553 : 21-27) คือ

1) มีความบกพร่องของสติปัญญาในหลายด้านโดยแสดงออก ได้แก่

1.1) ความจำเสื่อมโดยไม่สามารถเรียนรู้ข้อมูลใหม่ หรือระลึกสิ่งที่เคยเรียนมาแล้วได้

1.2) มีความผิดปกติของสติปัญญาหนึ่งข้อ หรือมากกว่า ได้แก่

(1) ความผิดปกติด้านภาษา

(2) บกพร่องในการประกอบกิจกรรม ถึงแม้ความสามารถในการเคลื่อนไหว

กล้ามเนื้อปกติ

(3) ไม่สามารถจำหรือรู้จักสิ่งต่าง ๆ แม้จะมีประสาทรับรู้

(4) ผิดปกติในความคิดเชิงบริหาร เช่น การวางแผน การประมวล การวาง

ลำดับการคิดเชิงนามธรรม

2) ก่อความบกพร่องด้านสังคมหรือการทำงานและแสดงถึงความสามารถที่ลดลงอย่างชัดเจน

การดำเนินของโรคเริ่มอย่างช้า ๆ และมีสติปัญญาเสื่อมลงอย่างต่อเนื่อง

3) ซึ่งไม่ได้เกิดจากสาเหตุต่อไปนี้

3.1) สภาพของระบบประสาทส่วนกลางอื่นที่ทำให้เกิดการสูญเสียความจำและสติปัญญาอย่างต่อเนื่อง เช่น Cerebrovascular disease, Parkinson's disease, Huntington's disease, Subdural hematoma, Normal pressure hydrocephalus, Brain tumor

3.2) โรคที่ส่งผลต่อร่างกายทั่วไป เช่น Hypothyroidism, Vitamin B12 or Folic deficiency, Niacin deficiency, Hypercalcemia, Neurosyphilis, HIV infection

3.3) ภาวะ Substance Induced

4) ความบกพร่องนี้ไม่ได้เกิดเฉพาะในช่วงภาวะเพื่อและความผิดปกติไม่เข้ากับโรคอื่นใน Axis I ได้ดีกว่า เช่น Major depressive disorder, Schizophrenia (American Psychiatric Association. 2000 อ้างถึงใน น้าพล กิ่งก้าน. 2553 : 21-27)

2.3.6 การวินิจฉัยแยกโรค (น้าพล กิ่งก้าน. 2553 : 21 - 27)

การวินิจฉัยแยกโรคดังนี้

1) ประเมินแยกโรคในกลุ่มโรคสมองเสื่อม Alzheimer's disease และ Vascular dementia จัดเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยในการวินิจฉัย Progressive, Irreversible dementia

2) ประเมินแยกโรคในกลุ่มอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดอาการสมองเสื่อม นอกจากสาเหตุโรคสมองเสื่อมที่เกิดจากโรคต่าง ๆ ของโรคสมองเสื่อมแล้วยังมีสาเหตุอื่น ๆ อีกที่ทำให้เกิดอาการของโรคสมองเสื่อมได้ และส่วนหนึ่งของกลุ่มนี้จะเป็นโรคสมองเสื่อมที่สามารถรักษาได้

3) ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุบางครั้งจะมีลักษณะคล้ายโรคสมองเสื่อม ที่เรียกว่า Pseudo dementia คือ มีความจำลดลง เช่น ความจำ สมาธิ การใช้สติปัญญาลดลง

4) ภาวะเพื่อ การมีความจำและสติปัญญาลดลงสามารถพบได้ทั้งในโรคสมองเสื่อม และภาวะเพื่อ แต่ในภาวะเพื่อจะมีอาการขึ้น ๆ ลง ๆ สมารถจะเสีย ระดับความรู้สึกรู้จักตัวเองจะเปลี่ยนไป ในขณะที่โรคสมองเสื่อมจะมีลักษณะอาการจะไม่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วแต่จะค่อย ๆ เสื่อมลงและ ลักษณะเด่นจะเป็นความจำและสติปัญญาเสียไป อย่างไรก็ตาม พบภาวะเพื่อเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยที่เป็น โรคสมองเสื่อม

การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมจะอาศัยจากการตรวจร่างกาย การตรวจทางระบบประสาท การตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยจะมีการทดสอบใช้เครื่องมือ MMSE เพื่อจะวัดในด้านความผิดปกติ ของภาษา ความบกพร่องในการประกอบกิจกรรม ความจำต่าง ๆ เพื่อประกอบการวินิจฉัย การวินิจฉัย โรคสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมองทำโดยการซักประวัติ การเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน โดยเฉพาะ ประวัติโรคหลอดเลือด ประวัติครอบครัว โรคที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ การใช้สารเสพติด หรือยาบางชนิด อาการและอาการแสดง เช่น ความทรงจำ การคิด การรับรู้ ความเข้าใจ การตัดสินใจแย่งลง การตรวจ ภาพถ่ายสมอง (PET scan) ในการตรวจวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมนั้น ถ้ามีการเจ็บป่วยจากโรคอื่นร่วมด้วย จึงจำเป็นต้องมีการวินิจฉัยแยกโรค เพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงของโรคสมองเสื่อมในการคัดกรองโรคสมองเสื่อม จะมีการใช้เครื่องมือในการช่วยประเมินภาวะสมองเสื่อม

2.3.7 ลักษณะอาการของโรคสมองเสื่อม

อาการและอาการแสดงของโรคสมองเสื่อม แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ อาการด้าน ความจำเสื่อม อาการด้านพฤติกรรม และอาการทางจิตเวชของโรคสมองเสื่อม (นำพล กิ่งก้าน. 2553 : 12-15)

1) อาการด้านความจำเสื่อม อาการด้านความจำเสื่อมของโรคสมองเสื่อม ได้แก่

1.1) ความจำบกพร่องจะมีความบกพร่องทางด้านความจำหลายอย่าง ได้แก่ บกพร่องด้านความจำเฉพาะหน้า (Immediate recall) หากทดสอบโดยให้พูดตัวเลข 5 ตัว ตามทันที จะไม่สามารถพูดตามได้ครบ ต่อมาความจำปัจจุบันที่เพิ่งผ่านมาเร็ว ๆ นี้ เสียจะเสียไป (Recent memory) หากทดสอบโดยให้จำของ 3 สิ่ง ในเวลา 5 นาที แล้วกลับมาถามใหม่จะพบว่าผู้ป่วยจะนึกไม่ออก ในที่สุด จะจำเรื่องราวในอดีตไม่ได้ (Remote memory) เช่น จำบุคคลที่เคยรู้จักหรือคุ้นเคยไม่ได้

1.2) มีความบกพร่องของการรับรู้ การเข้าใจ แสดงออกโดยอาการ คือ

(1) ความสามารถในการใช้ภาษาพูดเสียไป (Aphasia) ไม่สามารถบอกชื่อคน หรือสิ่งของได้ คำพูดจะมีลักษณะคลุมเครือและววนหรือพูดไม่ได้เลย เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ Dominate hemisphere ทั้ง ๆ ที่ความสามารถในการพูดปกติและยังเข้าใจภาษาพูดภาษาเขียนอยู่

(2) ไม่สามารถลงมือกระทำหัตถกรรมต่าง ๆ ได้เมื่อถูกบอกให้ทำทั้ง ๆ ที่ ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย แขน ขา ปกติ (Apraxia) ที่พบบ่อย คือ Ideational apraxia หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถทำตามคำสั่งได้ เช่น บอกให้หิวผม หรือเขียนหนังสือจะทำไม่ได้ และ Gait

apraxia หมายถึง การเดินของผู้ป่วยผิดปกติโดยเดินลักษณะไม่มั่นคงและหกล้มง่าย อาการอาจส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการทำอาหาร การแต่งตัว และการวาดรูปเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ Corpus callosum หรือ Sub cortex

(3) ไม่ทราบว่ามีสิ่งใดที่มองเห็น ได้ยินหรือสัมผัสเป็นอะไร (Agnosia) โดยที่ประสาทสัมผัสต่าง ๆ ยังดีอยู่ชนิดที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยไม่ทราบว่ามีสิ่งใดที่มองเห็นเป็นอะไร (Visual agnosia) เช่น ให้อาหารแก่คนจนจะบอกไม่ได้ เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ Occipital lobe ผู้ป่วยไม่ทราบว่ามีเสียงที่ได้ยินเป็นเสียงอะไร (Auditory agnosia) เช่น ให้อาหารแก่คนจนจะบอกไม่ได้ว่าเป็นเสียงอะไร เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ Temporal lobe ผู้ป่วยไม่ทราบว่ามีสิ่งใดที่สัมผัสเป็นอะไร (Tactile agnosia) เช่น ให้อาหารแก่คนจนจะบอกไม่ได้ เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ Parietal lobe

(4) บกพร่องหน้าที่ในเชิงบริหาร (Executive function) แสดงออกโดยมีอาการ คือ

(4.1) ไม่สามารถใช้ความคิดแบบนามธรรม

(4.2) ไม่สามารถวางแผนในการทำงาน

(4.3) ขาดการริเริ่มและการติดตามวัตถุประสงค์

(4.4) ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่เหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่ Frontal lobe หรือ Subcortical pathways

2) อาการด้านพฤติกรรมและอาการทางจิตเวชของโรคสมองเสื่อม (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia : BPSD) หรือ Non-Cognitive Features) ถึงแม้ว่าอาการด้านความจำเสื่อมจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมากกว่าแต่อาการด้านพฤติกรรมและอาการทางจิตเวชสามารถพบได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อม ร้อยละ 90 อาการ BPSD แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ได้แก่

2.1) อาการทางจิตใจ (Psychological symptoms) ได้แก่ อาการหลงผิด (Delusion) ร้อยละ 40 ถึง 75 ของผู้ป่วยกับโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ พบมีภาวะหลงผิด เช่น หวาดระแวง อาการหลงผิดที่พบบ่อย คือ แบบ Paranoid delusion โดยเฉพาะรู้สึกว่ามีคนมาขโมยของ บางรายหลงผิดคิดว่าคนอื่นปลอมเป็นคนที่ตนเองรู้จัก คู่ครองหรือผู้ดูแลเป็นคนอื่นที่ปลอมตัวมา คิดว่ามีคนแปลกหน้าอยู่ในบ้าน บางรายอาจพูดกับตนเองในกระจกเพราะคิดว่าเป็นอีกคนหนึ่งไม่ใช่ตนเอง บ้านที่อาศัยอยู่ไม่ใช่บ้านของตน ญาติวางแผนทิ้งตน และคู่ครองไม่ซื่อสัตย์กับตน ในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจะพบพฤติกรรมก้าวร้าวได้ สัมพันธ์กับความจำที่เสื่อมลงและพฤติกรรมก้าวร้าวที่เพิ่มขึ้น และอาการหลงผิดอาจพบมีการฝ่อของสมอง

อาการประสาทหลอน (Hallucination) พบได้รองลงมา คือ ร้อยละ 14-49 และมักจะพบได้บ่อยที่สุดในระยะกลางของการป่วย คือ ประสาทหลอนทางตา (Visual hallucination) มักจะเห็นว่ามีคนอื่นอยู่ในบ้านตนเอง ส่วนประสาทหลอนทางหู (Auditory hallucination) จะได้ยิน

เสียงหูแว่ว ซึ่งทำให้มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งอาการเหล่านี้ อาจทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว กระวนกระวาย นอนไม่หลับ ทำร้ายตนเองหรือผู้ดูแลและอาจมีอุบัติเหตุเกิดขึ้นได้

อารมณ์เศร้า (Depression) ระยะแรกอาจมีอาการซึมเศร้า (Chiu, 2009 อ้างถึงใน นำพล กิ่งก้าน, 2553 : 12-15) เมื่อรู้ว่าตนเองสูญเสียความสามารถด้านสติปัญญาต่าง ๆ ไป หรือภาวะเศร้าและภาวะสมองเสื่อมอาจเกิดร่วมกันได้ การวินิจฉัยอาการซึมเศร้าจะทำได้ยากในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่อยู่ในระดับกลางและระดับรุนแรงมากเนื่องจากความสามารถทางภาษาและการสื่อสารเสียไป โดยระยะเริ่มแรกของอาการซึมเศร้าจะสังเกตได้จากการที่ผู้ป่วยบ่นว่ามีอารมณ์เศร้า หมดความสนใจในกิจกรรมที่เคยชอบ พูดถึงเรื่องความตายและมีประวัติการป่วยในครอบครัว ความชุกของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมพบได้ตั้งแต่ 2.9-3.28 ต่อประชากร 1,000 คน

อาการไร้อารมณ์ เฉยชา (Apathy) พบได้ถึง 50-70% ของผู้ป่วยสมองเสื่อม เราจะพบว่าผู้ป่วยจะมีลักษณะไม่กระตือรือร้นที่จะทำอะไร จะชอบนั่งนิ่ง ๆ อยู่เฉย ๆ ความคิดริเริ่มใหม่ ๆ จะลดลง พบได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะต้นและกลาง อาจมีอาการไม่สนใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แยกตัว สีหน้าไม่แสดงอารมณ์ การตอบสนองทางอารมณ์ลดลง

ความวิตกกังวล (Anxiety) มักเกิดร่วมกับภาวะซึมเศร้า พบในระยะแรกของภาวะสมองเสื่อมที่ผู้ป่วยรู้ความสามารถของตนเองลดลง ครุ่นคิด ไม่มีสมาธิ อาการวิตกกังวลอาจมีเมื่อผู้ป่วยต้องอยู่ร่วมกันหมู่่มากหรือเดินทางไปแปลกถิ่นหรืออยู่ในความมืด อาจมีอาการหงุดหงิดง่าย ร้องไห้ไม่มีเหตุผล

ปัญหาการนอน (Sleep problems) พบได้ร้อยละ 15-70 โดยผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะการนอนหลับ หลับและตื่นไม่เป็นเวลา วงจรการหลับและการตื่นมากกว่า 24 ชั่วโมง เช่น หลับ 1 วัน สลับกับการตื่น 1 วัน หรือนอนไม่หลับ หลับยาก หลับไม่สนิท ผู้ป่วยมักไม่ยอมนอนในตอนกลางคืนจะลุกมาเดินรุ่มร้อนในบ้าน หรือเดินออกนอกบ้าน เนื่องจากมีอาการสับสนเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บุคคล จึงเป็นปัญหาอย่างมากกับญาติหรือผู้ดูแล

ภาวะอารมณ์แปรปรวน (Catastrophic reaction) เช่น ทำร้ายตัวเองหรือผู้อื่น เมื่อถูกขัดใจ

2.2) อาการที่แสดงออกทางพฤติกรรม (Behavioral symptoms) พบในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะแรก (Mild dementia) ร้อยละ 18 ในระยะท้ายหรือระยะรุนแรงพบได้ถึงร้อยละ 50 ประกอบด้วยอาการ คือ

การเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย (Wandering) เป็นหนึ่งในอาการที่สร้างปัญหาอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยและเป็นสาเหตุหนึ่งทำให้ญาตินำผู้ป่วยมารับการรักษาทางจิตเวช ลักษณะอาการ Wandering เช่น เดินหาข้าวของ เดินไปมา พยายามจะทำงาน (ซึ่งไม่ประสบความสำเร็จ) เดินไม่มีจุดหมาย พยายามหนีออกจากบ้าน อาการเหล่านี้พบได้ ร้อยละ 3-53

อาการกระวนกระวาย (Agitation) แสดงออกมาในลักษณะของการกรี๊ดร้องหรือพฤติกรรมและการพูดที่ไม่เหมาะสม ซึ่งต้องแยกจากอาการสับสน (Delirium) และการกระทำเมื่อถูกขัดใจ ลักษณะก้าวร้าว กระวนกระวาย พบได้ร้อยละ 16-64

การแสดงออกทางพฤติกรรมที่ผิดปกติอื่น ๆ เช่น ความผิดปกติด้านความอยากอาหารและพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (Appetite and Eating disorder) พบได้ร้อยละ 10-80 และพฤติกรรมทางสังคมที่ไม่เหมาะสม (Socially improper behaviors) การแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม และไม่ระงับอารมณ์ทางเพศของตน (Sexual disinhibition) พบได้ร้อยละ 2 – 17 การกลั่นแกล้ง ปัสสาวะไม่ได้ พบได้ร้อยละ 10-80 (Chiu. 2009 อ้างถึงใน นำพล กิ่งก้าน. 2553 : 12-15) ปัจจัยเสี่ยงในการเกิด คือ อายุมากขึ้นจะมี Severe cognitive impairment และ Premorbid personality trait ผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาเกรี้ยวกราด ก้าวร้าวรุนแรงต่อสิ่งเร้า เช่น อารมณ์โกรธรุนแรง ตะโกนด่าว่า ช่มชู้ทำร้าย พฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น พบได้ร้อยละ 16-64

สรุปได้ว่า อาการและอาการแสดงออกของโรคสมองเสื่อมจะมีการแสดงออกทั้งทางด้านความจำเสื่อม ด้านพฤติกรรม และอาการทางจิตเวช โดยมีอาการในเรื่องความจำบกพร่อง การรับรู้ในด้านต่าง ๆ บกพร่องด้วย ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมบางรายมีปัญหาทางด้านพฤติกรรม และอาการทางจิตเวชร่วมด้วย เช่น อาการประสาทหลอน หลงผิด อารมณ์เศร้า ความวิตกกังวล การไม่นอนเพราะสับสนวันเวลาหรือการเดินทางไปมาอย่างไร้จุดหมายอาจเป็นผลให้ผู้สูงอายุที่ป่วยโรคสมองเสื่อมมีการเดินออกจากบ้านแบบไม่รู้ตัวและกลับเองไม่ถูก ซึ่งอาการเหล่านี้จะขึ้นอยู่กับระยะความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมด้วย

2.3.8 ระยะความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม

ได้แบ่งระยะความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมออกเป็น 3 ระยะ (กรมสุขภาพจิต. 2547 : 9) ได้แก่ ระยะแรกหรือระยะที่ไม่รุนแรง (Mild dementia) ระยะเวลากการป่วยตั้งแต่ 1-3 ปี คุณลักษณะที่พบในระยนี้

- Short - Term memory impairment เช่น กินข้าว อาบน้ำ ลืมว่าวางของไว้ที่ไหน
- Agnosia ใช้คำเรียกชื่อต่าง ๆ ไม่ถูกต้อง
- Paraphasia เรียกชื่อใหม่
- Visuospatial disorientation หลงทาง กลับที่ผิด
- Executive function คิดบัญชี ซ่อมบ้าน ดูแลงาน-เงิน ทำไม่ได้
- อาจพบ Irritable mood sadness depression และ Apathy ในช่วงนี้

ระยะกลาง (Moderate dementia) ระยะเวลากการป่วยตั้งแต่ 3-10 ปี ระยะกลางของโรคผู้ป่วยเริ่มมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปมีปัญหาด้านพฤติกรรมและปัญหาด้านสุขภาพจิต คุณลักษณะที่พบในระยนี้

- Impaired memory มากขึ้น โดย กินข้าว ของหาย จำญาติไม่ได้
- Impaired language มากขึ้น โดย พูดจาซ้ำ สั้น พูดยาว ไม่รู้เรื่อง
- Impaired daily function เช่น การแปรงฟัน หวีผม ล้างหน้า ขับถ่าย
- Psychiatric symptoms ภาพหลอน หูแว่ว ก้าวร้าว มักพบมากในช่วงนี้

ระยะท้ายหรือระยะรุนแรงมาก (Severe dementia) ระยะเวลาการป่วยตั้งแต่ 3-12 ปี เป็นระยะสุดท้ายของโรคโดยระยะนี้ผู้ป่วยสูญเสียการรับรู้ เวลา สถานที่และบุคคล ผู้ป่วยจะไม่สามารถ จำคนข้างเคียงได้จนถึงจำชื่อตนเองไม่ได้จนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่ได้ ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้และไม่สามารถบอกความต้องการได้ ทำให้ขับถ่ายเลอะเทอะ กลืนอาหารโดย ไม่เคี้ยว ไม่สามารถพูดได้เป็นคำ ๆ นอนซึม แขนขาอเกร็งไม่เคลื่อนไหว ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดในการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง และต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลากระทั่งเสียชีวิต คุณลักษณะที่พบในระยะนี้

- จำตัวเอง และคนรอบข้างไม่ได้
- ดูแลตัวเองไม่ได้
- Motor system : ลืมกลืนอาหาร ขับถ่ายไม่ได้ มีปัญหาด้านการพูด
- Dead : โดยพบสาเหตุบ่อยจาก Pneumonia infection

การแบ่งระยะความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมของกรมสุขภาพจิต แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรก ระยะกลาง และระยะรุนแรง จะเห็นได้ว่าช่วงระยะเวลาการเจ็บป่วยจะเหลื่อมล้ำกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสาเหตุและปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย

Towsend (2008 อ้างถึงใน นำพล กิ่งก้าน. 2553 : 16-15) ได้แบ่งระยะความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมออกเป็น 7 ระยะ เรียกว่า FAST Staging หรือ Global Deterioration Scale (GDS) ดังนี้ คือ

ระยะที่ 1 ระยะไม่ปรากฏอาการชัดเจน (No Apparent symptoms) การเจ็บป่วยในระยะแรกยังไม่ปรากฏอาการความจำเสื่อมให้พบ อาจจะมีอาการหลงลืมแต่อาการยังไม่เด่นชัดที่ทำให้ตัวผู้ป่วยและคนรอบข้างสังเกตเห็น

ระยะที่ 2 ระยะหลงลืม (Forgetfulness) ผู้ป่วยจะเริ่มต้นด้วยการลืมสิ่งของ ลืมชื่อคน จะมีการสูญเสียความทรงจำระยะสั้น ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวว่ามีการเสื่อมถอยเกี่ยวกับสติปัญญา จะมีความรู้สึกอับอาย วิทกกังวล และเศร้ากับอาการที่เป็น ซึ่งจะชัดเจนด้วยการจดรายการสิ่งของต่าง ๆ อาการเหล่านี้ผู้อื่นยังสังเกตเห็นไม่พบ

ระยะที่ 3 ระยะความจำเสื่อมเล็กน้อย (Mild cognitive decline) ผู้ป่วยจะเริ่มมีภาวะสับสนปรากฏขึ้น ระยะนี้จะมีการรบกวนประสิทธิภาพการทำงาน ซึ่งผู้ร่วมงานจะสังเกตเห็นได้ ผู้ป่วยอาจขับรถยนต์หลงทาง สมาชิกจะถูกรบกวน มีความยากลำบากในการเรียกชื่อคน การใช้คำ จนคนในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดสามารถสังเกตเห็นได้ ความสามารถในการวางแผนจะลดลง

ระยะที่ 4 ระยะความจำเสื่อมเล็กน้อยถึงปานกลาง (Mind to moderate cognitive decline) ผู้ป่วยจะลืมเหตุการณ์สำคัญส่วนตัวในอดีต เช่น ลืมวันเกิด ความสามารถในการปฏิบัติงานลดลง เช่น การซื้อของ การจัดการเรื่องการเงิน ไม่สามารถเข้าใจเหตุการณ์ใหม่ในปัจจุบันได้ ระยะนี้ผู้ป่วยมักไม่ยอมรับว่าตนเองความจำเสียไป มีความพยายามโดยกุเรื่องขึ้นมาใหม่ (Confabulation) ผู้ป่วยจะมีภาวะซึมเศร้าและแยกตัวออกจากสังคม

ระยะที่ 5 ระยะความจำเสื่อมปานกลางหรือภาวะสมองเสื่อมเริ่มต้น (Moderate cognitive decline, Early dementia) ระยะนี้ถือว่าเป็นระยะแรกของโรคสมองเสื่อม ผู้ป่วยจะไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADLs) ได้ด้วยตนเอง เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว ผู้ป่วยต้องการคนช่วยเหลือในการทำกิจกรรมเหล่านี้ ผู้ป่วยจะมีการลืมที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ และชื่อญาติใกล้ชิด ผู้ป่วยเริ่มสับสนเกี่ยวกับ เวลา และสถานที่ แต่ยังสามารถจำรายละเอียดเกี่ยวกับตนเองได้ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกคับข้องใจ แยกตัว และหมกมุ่นเกี่ยวกับตัวเอง

ระยะที่ 6 ระยะความจำเสื่อมปานกลางถึงรุนแรงหรือภาวะสมองเสื่อมปานกลาง (Moderate to severe cognitive decline, Middle dementia) ระยะนี้ผู้ป่วยจะไม่สามารถจำเหตุการณ์ส่วนตัวในอดีต ไม่สามารถจำชื่อของคู่สมรสได้ มีภาวะสับสน การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมเสียไป โดยผู้ป่วยไม่สามารถบอก วัน เดือน ปี หรือฤดูกาลได้ ไม่สามารถตนเองได้ต้องมีคนช่วยเหลือ ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระบบปัสสาวะและอุจจาระได้ มีปัญหาในการนอน มีความผิดปกติในการเคลื่อนไหว เช่น การเดินอย่างไร้จุดหมาย (Wandering) ทำอะไรซ้ำ ๆ สับสนวุ่นวาย และพฤติกรรมก้าวร้าว อาการเหล่านี้จะเป็นมากขึ้นในช่วงบ่ายและเย็น เรียกว่า Sun downing นอกจากนี้ผู้ป่วยจะมีความยากลำบากในการสื่อสาร สูญเสียทักษะการใช้ภาษา ระยะนี้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลในโรงพยาบาล

ระยะที่ 7 ระยะความจำเสื่อมรุนแรงหรือภาวะสมองเสื่อมระยะสุดท้าย (Severe cognitive decline, Late dementia) ระยะนี้ผู้ป่วยไม่สามารถจำคนในครอบครัวได้ ส่วนใหญ่ต้องนอนอยู่กับเตียง สูญเสียความสามารถในการพูด กลั้นอุจจาระปัสสาวะไม่ได้ จะพบปัญหาที่เกิดจากการไม่เคลื่อนไหว เช่น แผลกดทับ และข้อติด ระยะนี้ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะนอนติดเตียง กล้ามเนื้อจะแข็งเกร็ง ข้อติด และจะมีโรคแทรกซ้อน คือ ปอดบวม ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ระยะนี้ผู้ดูแลต้องดูแลกิจวัตรทั้งหมด มีความผิดปกติในการนอนหลับ วงจรการนอนหลับและตื่นเปลี่ยนแปลง และส่วนใหญ่จะเสียชีวิตจากการติดเชื้อ การสำลักอาหาร (Stanley, Blair & Beare. 2005 cited in Townsend. 2008 อ้างถึงใน น้าพล กิ่งก้าน. 2553 : 16-15)

จะเห็นได้ว่า การแบ่งระยะของโรคสมองเสื่อมของ กรมสุขภาพจิต Townsend แบ่งได้ 7 ระยะ ในระยะแรกจะยังไม่ปรากฏอาการที่ชัดเจน อาการจะเริ่มเด่นชัดมากขึ้นในระยะ 2 เป็นต้นไป จนถึงระยะที่ 7 ที่เป็นอาการรุนแรงที่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะช่วยเหลือตนเองไม่ได้ นอนติดเตียง ภาวะภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลงมีโอกาสทำให้ติดเชื้อง่ายขึ้นจนมีผลทำให้เสียชีวิตได้ เมื่อนำการแบ่งระยะ

ความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม ทั้งสองแบบมาเปรียบเทียบกัน พบว่า ในระยะแรก (Mild dementia) ตรงกับระยะ 1-5 ใน FAST Staging ค่าคะแนน MMSE (Mini Mental State Exam) ซึ่งเป็นเครื่องมือในการประเมินภาวะสมองเสื่อม ในระยะนี้จะน้อยกว่า 18 ระยะกลาง (Moderate dementia) ของกรมสุขภาพจิต ตรงกับระยะ 6 ใน FAST Staging ค่าคะแนน MMSE อยู่ระหว่าง 10-18 ระยะท้ายหรือระยะรุนแรงมาก (Severe dementia) ของกรมสุขภาพจิต ตรงกับระยะ 7 ใน FAST Staging ค่าคะแนน MMSE น้อยกว่า 10 (American Psychiatric Association. 2007 : 123-155) ซึ่งอาการเหล่านี้เกิดจากหลาย ๆ สาเหตุด้วยกัน ภายหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเรียบร้อยแล้ว จำเป็นต้องเข้าสู่กระบวนการรักษาเพื่อจะได้รับการรักษาที่ถูกต้องและป้องกันการเสื่อมถอยของสมองได้

2.3.9 การรักษาโรคสมองเสื่อม

ปัจจุบันแนวทางในการดูแลรักษาโรคสมองเสื่อม แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การรักษาโดยการให้ยาและไม่ให้ยา (สถาบันประสาทวิทยา. 2557 : 26)

1) การรักษาโดยการให้ยา ส่วนใหญ่มุ่งเน้นเพื่อรักษาตามอาการเนื่องจากปัญหาสมองเสื่อมในผู้ป่วยอัลไซเมอร์ เกิดจากการขาดสารเคมี Acetylcholine จึงมีการให้ยาเพื่อเพิ่ม Acetylcholine การให้ยาเพื่อช่วยควบคุมความผิดปกติทางพฤติกรรมและรักษาอาการทางจิต เช่น หลงผิดหรือเห็นภาพหลอน อาการกระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง วุ่นวาย การให้ยาในกลุ่มยารักษาโรคจิต แต่ต้องระวังการเกิดผลข้างเคียงต้องประเมินอย่างรอบด้าน (American Psychiatric Association. 2007) การรักษาด้วยยาในผู้ป่วยสมองเสื่อมจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนการรักษาโดยการให้ยายังไม่สามารถรักษาหรือหยุดขบวนการเสื่อมของสมองให้หายขาดได้เพียงช่วยควบคุมรักษาอาการให้ดีขึ้น

2) การรักษาโดยไม่ให้ยา (Non-pharmacological interventions) การรักษาโดยไม่ให้ยา (Pharmacological) เป็นการบำบัดอีกชนิดหนึ่งที่สามารถช่วยผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและผู้ดูแลได้ (สถาบันประสาทวิทยา. 2557 : 23) การรักษาโดยไม่ให้ยาเพื่อให้ได้ผลดีที่สุดในการรักษาโรคสมองเสื่อมเป็นการบำบัดช่วยเหลือด้านพฤติกรรมและด้านความรู้คิดสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เหมาะสมที่ใช้รักษาในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะแรกถึงระยะกลางที่มีความวิตกกังวล โดยการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งอาจทำได้หลายรูปแบบมีทั้งการบำบัดแบบกลุ่มและการบำบัดแบบรายบุคคลทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแลมีดังนี้

2.1) การรักษาที่เน้นเชาว์ปัญญา (Cognition-Oriented) เช่น การฝึกเพื่อคงไว้ซึ่งเชาว์ปัญญา (Cognitive training) การฝึกความจำ (Memory training) และการฝึกทักษะที่จำเป็น

(1) Cognitive training : Reality orientation คือ การฝึกฝนด้านความรู้คิด การให้ผู้ป่วยฝึกหัดทำกิจกรรมตามที่กำหนดและใช้ข้อเท็จจริงประกอบด้านสติปัญญาต่าง ๆ ทั้งด้านการรับรู้

การคิดและการจำอาจทำได้เป็นหลายรูปโดยใช้สถานการณ์ เหตุการณ์ประจำวัน เช่น หนังสือพิมพ์ รายการทีวี ปฏิทิน หรือบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล รวมทั้งพฤติกรรมการแสดงออกของตนเอง รวมทั้งทำให้ความจำดีขึ้น (สถาบันประสาทวิทยา. 2557) ทำวันละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 5 วัน เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ผู้รักษาอาจใช้วิธีการเป็นกลุ่มหรือตัวต่อตัวญาติหรือบุคคลรอบข้างอาจใช้การพูดคุยเหตุการณ์ประจำวันหรือให้ข้อมูลในเรื่องเดียวกันในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ญาติหรือผู้ดูแลช่วยกระตุ้นผู้ป่วยด้วยการพูดคุย ชักถามที่เหมาะสมขณะที่มีกิจกรรม เช่น การทำกิจกรรมที่ฝึกการอ่านหนังสือ การเล่นเกม

(2) Memory training หมายถึง การฝึกความจำใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความจำที่ยังใช้ได้โดยต้องประเมินความสามารถด้านระบบประสาทสัมผัสเบื้องต้นของผู้ป่วยก่อน เช่น การฝึกจำหน้าคน เล่นเกมหลับตาทายสิ่งของ ฟังเพลงที่คุ้นเคย ร้องเพลง สวดมนต์

(3) Skill training หมายถึง การฝึกทักษะที่จำเป็น โดยการเรียนรู้และฝึกทักษะด้วยวิธีการใหม่ ๆ ที่ง่าย ๆ เช่น การวาดภาพการปั้นดินน้ำมัน การเดินรำ การแต่งตัว เพื่อเป็นการช่วยให้ผู้พัฒนาความสามารถในบริบทของชีวิตประจำวัน

2.2) การรักษาที่เน้นเรื่องอารมณ์ (Emotion-Oriented)

(1) Reminiscence therapy หมายถึง การกระตุ้นความจำและอารมณ์โดยใช้ประสบการณ์ชีวิตในอดีตของผู้ป่วย รูปแบบอาจทำเป็นกลุ่มควรจะมีญาติร่วมด้วย ใช้อุปกรณ์ เช่น รูปภาพ ดนตรี บุคคลที่เกี่ยวข้องกับอดีตของผู้ป่วยนำไปสู่การฟื้นความจำจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้ว่าตัวเองมีความสัมพันธ์กับสิ่งที่มากระตุ้นเป็นการช่วยปรับพฤติกรรม อารมณ์ และความจำให้ดีขึ้น

(2) วิธีการอื่น ๆ เช่น การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive psychotherapy) การใช้เทคนิคหลาย ๆ อย่างเพื่อการสื่อสารกับผู้ป่วย (Validation therapy) เป็นการบำบัดผู้ป่วยบนพื้นฐานความเป็นจริง การเข้าใจความเป็นจริงในชีวิตของผู้ป่วย โดยใช้เทคนิคการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้สื่อสารเกี่ยวกับความเข้าใจและยอมรับความเป็นจริงที่เกี่ยวข้องกับตัวเองและบุคคลอื่น

2.3) การรักษาที่เน้นการกระตุ้น (Stimulation oriented) หมายถึง การรักษาด้วยกิจกรรมที่มุ่งเน้นการส่งเสริมการกระตุ้นที่เหมาะสมกับความบกพร่องของผู้ป่วย ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลเป็นการรักษาด้วยกิจกรรมสันทนาการ (Recreation therapy) ช่วยทำให้ Cognition บบาทาหน้าที่และอารมณ์ผู้ป่วยดีขึ้นซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันตาม que ผู้ป่วยควรได้รับ

2.4) การรักษาที่เน้นพฤติกรรม (Behavior-Oriented) หมายถึง การรักษาเพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาพฤติกรรม ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมและเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือตัวกระตุ้นเพื่อลดปัญหาเหล่านั้น และผลกระทบนั้น ๆ เช่น การทำให้ดูเป็นตัวอย่าง การให้แรงจูงใจ การให้รางวัล เมื่อผู้ป่วย มีพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น ถ่ายปัสสาวะหรือถ่ายอุจจาระในห้องน้ำได้เอง

พบว่า การใช้พฤติกรรมบำบัดสามารถช่วยเพิ่มระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้ และลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้

2.5) การรักษาที่เน้นผู้ดูแล (Caregiver-Oriented) เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลให้มีสุขภาพจิตและอารมณ์ที่ดีทำให้เกิดผลดีต่อพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมได้เช่นเดียวกัน เมื่อผู้ดูแลมีสุขภาพกาย จิต และอารมณ์ที่ดี ทำให้พฤติกรรมและอารมณ์ของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมดีขึ้นด้วย วิธีการช่วยเหลือผู้ดูแล เช่น การทำกลุ่มสนับสนุนญาติ (Supportive psychotherapy) ให้กำลังใจ (Emotional support) ให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนเป็นครั้งคราว โดยส่งผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไปอยู่สถานบริบาล (Respite care) การทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Psycho education group) การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมเป็นภาระที่หนักของผู้ดูแล เนื่องจากการในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นการดูแลที่ยากยิ่งและซับซ้อนต้องดูแลตลอด 24 ชั่วโมง และการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมใช้ระยะเวลายาวนาน เฉลี่ย 3-12 ปี พบว่า ผู้ดูแลได้รับผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ผู้ดูแลจะมีความเครียด ท้อแท้ หมดเรี่ยวแรง มีอารมณ์เศร้า รู้สึกผิด รู้สึกโกรธ และรู้สึกอับอาย และพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ขาดความสามารถในการเผชิญปัญหา ขาดความรู้ความเข้าใจในโรคสมองเสื่อมและวิธีการดูแล ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้า และมีผลต่อระดับความเครียดเพิ่มขึ้น ความพึงพอใจลดลงนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าตามมา และเนื่องจากอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม คือ การขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และการขาดประสบการณ์ดูแล การทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Psycho education group) มีรูปแบบของการทำกลุ่มเป็นการให้ความรู้ อันประกอบด้วย การให้ความรู้ โดยมีเป้าหมายการให้ข้อมูล การเพิ่มทักษะการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม และการเผชิญความเครียด การประคับประคองทางอารมณ์ และการขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง จึงเห็นได้ว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Psycho education group) เป็นวิธีการบำบัดและช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่มีความเหมาะสมกับปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมวิธีหนึ่ง

กล่าวโดยสรุป การรักษาโรคสมองเสื่อม มี 2 แบบ คือ การรักษาแบบใช้ยา และการรักษาโดยไม่ใช้ยา การรักษาแบบใช้ยาจะเน้นในการรักษาผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเป็นหลักซึ่งจะอยู่ในความดูแลของแพทย์เพื่อปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยให้อยู่ในความเหมาะสม และการรักษาโดยไม่ใช้ยาจะเน้นทั้งตัวผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและผู้ดูแล มีการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลและการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

2.4.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลและการดูแล

ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจำเป็นต้องได้รับการดูแลและให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสม ผู้ที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมต้องเข้าใจกระบวนการดูแล

1) นิยามผู้ดูแล

นำพล กิ่งก้าน (2553 : 41) ผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกในครอบครัวหรือญาติ ได้แก่ บิดา มารดา และญาติพี่น้องที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมอย่างใกล้ชิด เป็นผู้ดูแลหลักที่ปฏิบัติต่อตัวผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมโดยตรงซึ่งเป็นผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) โดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลใด ๆ

กรรณิภา รักษ์ยิ่งเจริญ (2556 : 91) ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น มักเป็นสมาชิกในครอบครัว เป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางกฎหมายหรือทางสายเลือดในขณะที่ Secondary caregiver จะเป็นบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแลเท่านั้น อาจจะช่วยทำกิจกรรมบางอย่างแต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

Zarit et al (1998 : 276) ผู้ดูแล หมายถึง

1. ญาติหรือบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย อาจเป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่ น้อง
2. ผู้รับการดูแล (Care receiver) ต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรคความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพ ด้านร่างกายจิตใจ รวมทั้งอารมณ์และสติปัญญา การรู้จักคิด ตัดสินใจต่าง ๆ ที่มีผลทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการการดูแลและบำบัดรักษา โดยความต้องการดังกล่าวต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือตลอดไป

3. มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความช่วยเหลือ โดยไม่รับการตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

4. สถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นที่บ้าน หรือชุมชน แหล่งอาศัย

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2547 : 13-21) ได้จำแนกความหมายของผู้ดูแล การให้ความหมายในมิติของการดำเนินการที่เป็นประโยชน์ต่อบุคคลอื่น เป็นการให้ความหมายตามความสามารถในการช่วยเหลือผู้อื่นไม่ว่าผู้นั้นจะอยู่ในภาวะที่ปกติหรือไม่ปกติมีสภาพร่างกายที่ช่วยตนเองไม่ได้ เช่น นักวิชาการในประเทศได้กล่าวว่า “ผู้ดูแล” คือ “ผู้” หรือบุคคลที่เป็นผู้กระทำหรือให้และ “ผู้ดูแล” หรือการกระทำทำให้หรือการดำเนินการอันเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่ได้รับการดูแลโดย “ผู้” หรือบุคคลที่เป็นผู้กระทำหรือให้ อาจครอบคลุมถึงบุคคลที่เป็นญาติ บุคคลในครัวเรือน เพื่อนบ้าน กลุ่มคนหรือองค์กรในชุมชน บุคลากรในสถานบริการทั้งที่เป็นสถานบริการระยะสั้นและระยะยาวของภาครัฐและ/เอกชน ตลอดจนบุคลากรของรัฐที่ร่วมในการบริการชุมชน อาทิ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด หรืออาสาสมัครผู้ดูแล (ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2545 อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547 : 13-14)

Orem D. E. (1980 อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547 : 15) กล่าวถึง ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพาโดยการให้การดูแลบุคคลนั้นมีส่วนร่วมในการช่วยส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

สมจิต หนูเจริญกุล (2536 อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547 : 15) กล่าวถึง ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่อยู่ภายในครอบครัว เพื่อนหรือเพื่อนบ้านที่ให้การดูแลช่วยเหลือด้วยความรัก ความผูกพันแก่ผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้ที่มีความพิการโดยเน้นเป็นการดูแลผู้ป่วย

นงลักษณ์ พันชมพู่ (2538 อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547 : 15) กล่าวถึง ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องการพึ่งพาโดยการให้การดูแลบุคคลนั้นเป็นการดำเนินการที่บุคคลที่เป็นผู้ใหญ่มีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้เกิดความอยู่รอด ความมีสุขอนามัยและสวัสดิภาพของ บุคคลที่ต้องการพึ่งพา ผู้ดูแลจึงอาจเป็นไปได้ทั้งบุคคลในวิชาชีพหรือนักวิชาชีพ รวมทั้งสมาชิกใน ครอบครัว

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2547 : 15) กล่าวถึง ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ดูแลเอาใจใส่ผู้อื่น ไม่ว่าจะ เป็นเพื่อนหรือญาติที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตหรือพิการและต้องการความช่วยเหลือ

นอกจากนี้ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ยังหมายถึง บุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวอยู่ คราวเรือนเดียวกันหรือต่างครัวเรือนแต่อยู่ในบริเวณเดียวกันกับผู้สูงอายุทำหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลือ ผู้สูงอายุเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานด้านใดด้านหนึ่งหรือทุกด้านอย่างใกล้ชิดและประกอบ กิจกรรมในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานมากที่สุด

สรุปได้ว่า ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลในสมาชิกครอบครัว อาจจะเป็นบุตร สามี ภรรยา หรือคู่สมรสของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมที่ให้การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในเรื่อง กิจวัตรประจำวัน การพาไปพบแพทย์ และการดูแลในด้านอื่น ๆ โดยไม่หวังผลตอบแทน

2) นักวิชาการ ได้กล่าวถึง แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลดังนี้

2.1) แนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจในการช่วยเหลือ

แนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจในการช่วยเหลือ (Monitoring for helping) สามารถนำมาอธิบายแรงจูงใจในการดูแลผู้อื่น ประกอบด้วย 2 แนวคิด คือ (Schulz R et al. 1989 อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547 : 10-11)

(1) แรงจูงใจเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล (Egoistic motivation) เป็นแรงจูงใจที่ผลักดันให้บุคคลช่วยเหลือผู้อื่นเพื่อหวังผลตอบแทนจากการกระทำนั้น ๆ ได้แก่ การได้รับ ค่าจ้างตอบแทน การได้รับคำชมจากบุคคลอื่นและสังคมหรือการสำนึกต่อความผิดหากไม่ช่วยเหลือผู้อื่น

(2) แรงจูงใจที่เกิดจากความเอื้ออาทรต่อกัน (Altruistic motivation) เป็นแรงจูงใจที่เกิดจากความเห็นอกเห็นใจกัน ความสงสารที่มีต่อผู้ที่ต้องการพึ่งพิง โดยอาจมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น เป็นคนในครอบครัวเดียวกัน เกี่ยวข้องเป็นญาติหรือมีบุญคุณต่อกันมาก่อน จึงทำให้เกิดความผูกพันและรู้สึกอยากช่วยเหลือ

สรุปได้ว่า แนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจ มี 2 แนวคิด คือ แรงจูงใจเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล และแรงจูงใจที่เกิดจากความเอื้ออาทรต่อกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน จึงทำให้เกิดความผูกพันและอยากช่วยเหลือ

2.4.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับทักษะของบุคคลและสังคมต่อการดูแล

เพ็ญแข ชีวยะพันธ์ (2545 อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2547 : 11-12) ได้กล่าวไว้คือ แนวคิดเกี่ยวกับทักษะของบุคคลและสังคมต่อการดูแลว่าแบ่งเป็น 5 ทักษะ ได้แก่

1) ดูแลเป็นลักษณะประจำของมนุษยชาติเพื่อให้มนุษย์สามารถรักษาเผ่าพันธุ์ไว้แต่จะแตกต่างกันตามศักยภาพของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับประสบการณ์การได้รับการดูแลมาก่อน ลักษณะเฉพาะของตัวบุคคลและขนบธรรมเนียมประเพณีในสังคมนั้น ๆ

2) การดูแลเป็นเรื่องของศีลธรรม จริยธรรมตามค่านิยมพื้นฐานของบุคคลหรือสังคม การดูแลแสดงออกโดยพฤติกรรมภาพลักษณ์และลักษณะทางอารมณ์ เช่น การแสดงความเห็นอกเห็นใจ ความอ่อนโยนให้กำลังใจ จะพบมากในผู้ดูแลในครอบครัวเดียวกัน

3) การดูแลเป็นการแสดงความสนใจห่วงใยการดูแลมีความเกี่ยวข้องเก็บอารมณ์มีความรู้สึกเอาใจเขามาใส่ใจเรา สนใจ เป็นห่วง ต้องการปกป้องและอุทิศให้การดูแลที่พัฒนาขึ้นในบุคคลมี 3 ระยะ คือ

3.1) ความผูกพัน

3.2) ความพยายามที่จะให้ความใกล้ชิด

3.3) การแสดงยืนยันความห่วงใย

ถ้าการพัฒนาไม่ครบทั้ง 3 ระยะนี้ จะไม่ถือว่าเป็นการดูแล

4) การดูแลเป็นการแสดงสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลจึงเป็นการดูแลที่เกิดขึ้นในครอบครัวระหว่างคนใกล้ชิด

5) การดูแลเป็นการปฏิบัติการเพื่อการรักษาพยาบาลการอธิบายกิจกรรมที่ดูแลต้องใช้องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ การพยาบาล การแพทย์และศาสตร์อื่น ๆ ผู้ดูแลในทักษะนี้จะต้องมีความรู้และทักษะในการนำความรู้ดังกล่าวมาใช้เพื่อให้ผู้รับบริการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีหรือพ้นจากความเจ็บป่วยตลอดจนสามารถถ่ายทอดความรู้ให้การปรึกษาแก่บุคคล สามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและมีความรู้ความเข้าใจในการประสานงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพได้

ดังนั้น แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติของบุคคลและสังคมต่อการดูแล คือ การดูแลที่แสดงความห่วงใยกัน เป็นการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อาจจะเริ่มจากคนในครอบครัว ในการดูแลเหล่านี้อยู่ในศีลธรรม จริยธรรมตาม ค่านิยมของบุคคลขั้นพื้นฐาน ในขณะเดียวกันเป็นการดูแลด้านการรักษาพยาบาลที่ต้องอาศัยความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้รับบริการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีหรือพ้นจากความเจ็บป่วย

การให้ความหมายในมิติของการดำเนินการในลักษณะการให้ความช่วยเหลือกับบุคคลที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น บุคคลที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น หมายถึง ผู้เจ็บป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคคลอื่น ในที่นี้หมายถึง ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

สรุปได้ว่า ผู้ที่ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นในที่นี้ ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลอาจจะเป็นบุคคลในครอบครัวหรือเป็นบุคลากรทางวิชาชีพที่ให้การช่วยเหลือเพื่อให้บุคคลนั้นได้รับการดูแลที่ดีกว่า รู้สึกปลอดภัย มีสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้น

การจำแนกประเภทผู้ดูแลตามระดับขอบเขต ความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและการใช้เวลาในการดูแล และระบุสถานภาพว่าเป็นญาติผู้ดูแล (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2547 : 17-18) ซึ่งประกอบด้วย

1) ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลช่วยแต่งตัว ป้อนอาหาร หรือให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดแผล ช่วยในการขับถ่าย จัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น

2) ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชนหรืองานสังคม จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษา เป็นต้น หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ให้การดูแลน้อยกว่า

สรุปได้ว่า ผู้ดูแลจะมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม โดยเป็นญาติหรือเป็นบุคคลใกล้ชิดของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งผู้ดูแลจะเป็นผู้ให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในด้านต่าง ๆ อาจแบ่งเป็นผู้ดูแลหลัก คือ เป็นผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ให้กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม และผู้ดูแลรอง หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในบางครั้ง เช่น การพาไปพบแพทย์ การเป็นตัวแทนในการติดต่อกับบุคคลอื่นแทนผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

2.4.3 ประเภทของผู้ดูแลในมิติของรูปแบบการดูแล

การแบ่งประเภทของผู้ดูแลตามมิติของรูปแบบการดูแล สามารถแบ่งผู้ดูแลเป็น 2 ประเภท คือ ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal caregiver) และผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal caregiver)

1) ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่มีใบอนุญาตหรือเพื่อน เพื่อนบ้าน แต่มีหน้าที่ดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพิงโดยได้รับค่าตอบแทนหรือผู้ดูแลที่มาจากสถานพยาบาลหรืออาสาสมัครที่เคยได้รับการฝึกฝนมาก่อน และได้รับเงินเป็นค่าตอบแทนจากหน่วยงานราชการ ซึ่งอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล รวมทั้งพนักงานหรือเจ้าหน้าที่จากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Health care assistant) (ศศิปวัฒน์ ยอดเพชร. 2547 : 20 อ้างถึงใน นำพล กิ่งก้าน 2553 : 41)

2) ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) บางครั้งเรียกว่า ผู้ดูแลตามขนบธรรมเนียม หมายถึง ผู้ให้การดูแลโดยไม่ต้องรับค่าตอบแทนให้กับผู้สูงอายุที่อ่อนแอที่ต้องพึ่งพาหรือมีความต้องการความช่วยเหลือ (ศศิปวัฒน์ ยอดเพชร. 2547 : 20) ดังนั้นผู้ดูแลตามขนบธรรมเนียม ได้แก่ ญาติ เพื่อนหรือผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ของผู้รับการดูแลที่ไม่ได้เสียค่าบริการ แต่เป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ผู้ที่อ่อนแอ หรือผู้ที่ต้องการที่พึ่งในบ้านหรือในชุมชน ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) อาจเรียกอีกอย่างหนึ่งได้ว่า “ญาติผู้ดูแลที่บ้าน” (Family caregiver) หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลที่บ้าน ซึ่งอาจเป็นผู้ดูแลที่ไม่เคยได้รับการฝึกฝนมาก่อน การดูแลอาจนานถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน มักพบว่ามีความสัมพันธ์แบบ 1 ต่อ 1 ทั้งนี้ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการนั้น อาจไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทนแต่ให้การดูแลเนื่องจากสำนึกในบุญคุณ

สรุปได้ว่า ผู้ดูแลมี 2 แบบ คือ 1) ผู้ดูแลแบบเป็นทางการ โดยจะอยู่ในรูปแบบของการดูแลทางการแพทย์แบบทีมสหวิชาชีพ โดยมีค่าตอบแทนในการดูแล และ 2) ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ คือ บุคคลที่ใกล้ชิด/ญาติ/บุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม โดยทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่องใช้เวลาในการดูแลมากกว่าบุคคลอื่นโดยไม่หวังผลตอบแทนเป็นรางวัลหรือเงินอาจจะเป็นญาติหรือไม่เป็นญาติทางสายตรงกันก็ได้

2.4.4 รูปแบบการดูแล

ศศิปวัฒน์ ยอดเพชร (2547 : 22-32) ได้แบ่งการดูแลผู้สูงอายุ เป็น 4 รูปแบบ คือ

1) รูปแบบการดูแลในครอบครัว (Home care) เป็นบริการที่พยายามใช้ความแข็งแกร่งของครอบครัว เป็นเครื่องมือในการให้การดูแล เป็นการให้อำนาจครอบครัวเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นโดยคำนึงถึงพื้นฐานหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวที่พึงมีต่อสมาชิกครอบครัวด้วยกันเอง ดังนั้น การดูแลในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ คือ การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่สามารถไปใช้บริการที่จัดขึ้นในหน่วยงานต่าง ๆ ได้ เป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุและครอบครัวใช้ศักยภาพที่มีอยู่ทั้งความรู้ ความสามารถ ทักษะ และสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างกันให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุอย่างเต็มที่

เป้าหมายของการดูแลในครอบครัว ระบุว่า การบริการดูแลในครอบครัวต้องเป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดความเป็นอยู่ที่ดี ปลอดภัย มั่นคงและมีความรู้สึกที่ดีทั้งทางอารมณ์และจิตใจ วัตถุประสงค์ของการดูแลในครอบครัวมีดังนี้

1.1) เพื่อเป็นการป้องกัน โดยจะช่วยให้บุคคลรู้สึกผาสุกอบอุ่น และช่วยลดผลกระทบทางลบที่เกิดจากความเครียดในชีวิตประจำวัน

1.2) เพื่อเป็นการบำบัดรักษา จะช่วยแบ่งเบาภาระงานของนักวิชาชีพที่ให้บริการ แก่ผู้มีปัญหาต่าง ๆ โดยทั้งนักวิชาชีพและสมาชิกในครอบครัวสามารถพัฒนาการทำงานร่วมกันเพื่อก่อให้เกิดบริการที่เหมาะสมและเพียงพอทั้งในปัจจุบันและอนาคต

1.3) เพื่อเป็นการฟื้นฟู เปรียบเสมือนสภาวะแวดล้อมที่จะช่วยให้ผู้รับบริการปรับตัวได้ดีและรวดเร็วยิ่งขึ้น หลังจากพ้นภาวะวิกฤตโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจ

2) รูปแบบการดูแลในสถาบัน (Institution care) เป็นการจัดการบริการเพื่ออำนวยความสะดวกในสถานที่พักอาศัย โดยจัดเป็นศูนย์ที่ให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและสังคม ผู้ที่รับบริการเป็นบุคคลที่แยกจากครอบครัวหรือไร้ที่พึ่งพิงทั้งจากครอบครัวและชุมชน จำเป็นต้องเข้ารับบริการการดูแลจากสถาบันต่าง ๆ ที่ให้บริการด้านนี้ ทั้งภาครัฐและเอกชน วัตถุประสงค์ของการบริการดูแลในสถาบันที่สำคัญ คือ การให้ที่อยู่อาศัยแก่บุคคลเหล่านี้ให้มีที่พักพิงและพึ่งพิง การอำนวยความสะดวกในต่าง ๆ และบริการพื้นฐานด้านปัจจัย 4

การดูแลในสถาบัน แบ่งเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

2.1) การดูแลในสถานสงเคราะห์ (Elderly home care) เป็นบริการที่จัดสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน ฐานะยากจน ไร้ญาติ ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้ให้การเลี้ยงดู ไม่มีที่อยู่อาศัย หรือไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้อย่างมีความสุข การบริการดูแลในสถานสงเคราะห์ ประกอบด้วย บริการพื้นฐานปัจจัย 4 ตามความจำเป็น ชั้นพื้นฐานของมนุษย์และบริการอื่นเพื่อเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้แก่ การรักษาพยาบาล กายภาพบำบัด งานอดิเรก ศาสนกิจ สังคมสงเคราะห์ กิจกรรมส่งเสริมประเพณี วัฒนธรรม กิจกรรมนันทนาการและฅาปนกิจ บริการเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นการจัดแบบให้เปล่าโดยหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน

2.2) การดูแลในสถานพยาบาลหรือสถานที่รับดูแลเฉพาะผู้สูงอายุ (Nursing home care) ผู้สูงอายุโดยทั่วไปไม่สามารถหลีกเลี่ยงการเข้ารับการรักษาและดูแลในสถานพยาบาลได้ ผู้สูงอายุที่มีสภาพร่างกายไม่แข็งแรง เช่น มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง โรคไขข้อ ความจำเสื่อม และโรคเรื้อรังอื่น ๆ จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาล ซึ่งการอยู่รักษาในสถานพยาบาลเป็นเวลานาน อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสภาพจิตใจหรืออารมณ์ของผู้สูงอายุได้ ดังนั้น นอกจากบริการด้านการรักษาพยาบาลแล้ว ยังมีบริการอื่น ๆ อีก ได้แก่ บริการให้คำปรึกษาแนะนำ เพื่อช่วยให้กระบวนการบำบัดรักษาเป็นไปอย่างราบรื่น ลดภาวะการณ์ต่อต่าง ๆ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งในการต่อสู้

กับโรคภัยไข้เจ็บ และปัญหาต่าง ๆ ช่วยประสานและเชื่อมโยงกระบวนการรักษาของแพทย์ให้เกิดผลต่อผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ กรณีที่มีความจำเป็นต้องส่งต่อ (Referral) ผู้สูงอายุไปยังสถานบริการอื่น สถานพยาบาลก็จะดำเนินการให้

กล่าวโดยสรุป การดูแลในสถานพยาบาล ประกอบด้วย

(1) การดูแลเพื่อบำบัด ฟันฟูร่างกาย

(2) การดูแลเพื่อให้เกิดความสุขทางใจและรื่นเริง ได้แก่ บริการด้านทัศนศึกษาด้านนันทนาการและศาสนา

(3) การดูแลด้านอื่น ๆ ที่มีความจำเป็น เช่น บริการสังคมสงเคราะห์ กฎหมาย และการติดต่อญาติ

3) รูปแบบการดูแลโดยชุมชน (Community care) แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานในการให้บริการเป็นแนวคิดที่ได้แรงจูงใจและพัฒนามาจากแนวคิดการลดการพึ่งพิงจากบริการภายนอก ดังนั้น แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานในการให้บริการจึงหมายถึงการปฏิบัติงานที่มุ่งใช้คุณลักษณะของชุมชนและทรัพยากรในชุมชนเป็นเครื่องมือเพื่อสร้างจิตสำนึกร่วมของประชาชนในการดำเนินงานเพื่อชุมชนโดยชุมชน ซึ่งมีจุดมุ่งหมายดังนี้

3.1) เพื่อสร้างจิตสำนึกและพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชน

3.2) เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาและพัฒนาบริการต่าง ๆ โดยชุมชน

3.3) เพื่อระดมความร่วมมือในลักษณะการประสานงานระหว่างองค์กรภายนอกชุมชนและบุคลากรภายในชุมชน

โดยรูปแบบการจัดบริการหรือการดูแลโดยชุมชน มักเริ่มต้นจากกลุ่มผู้นำชุมชนเป็นแกนสำคัญในการวางแผนและการดำเนินการให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุภายในชุมชน รวมทั้งทำหน้าที่ผู้ประสานงานการให้การดูแลและบริการผู้สูงอายุทั้งในระดับภายในชุมชนหรือระหว่างชุมชนโดยคนหนุ่มสาวเป็นกำลังสำคัญ ทั้งทางด้านกำลังกาย กำลังความคิด และสติปัญญาในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุจะเป็นกลุ่มที่มีบทบาทในการช่วยกำหนดแนวทางและสะท้อนความต้องการและปัญหาของผู้สูงอายุในอนาคต สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุเอง มีประสบการณ์ ภูมิปัญญา ความชำนาญที่สามารถถ่ายทอดหรือนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเองต่อผู้สูงอายุอื่น ๆ และชุมชนส่วนรวมได้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2547 : 27-30) เป้าหมายหลักทางสังคมของการดูแลในชุมชนคือ การให้ผู้สูงอายุยังคงได้อาศัยภายในบ้านจนถึงวาระสุดท้าย ภายใต้การมีคุณภาพชีวิตที่ดี บริการที่จัดขึ้นในชุมชนซึ่งมีหลายลักษณะดังนี้

(1) บริการเพื่อดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวันเป็นบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการดูแล ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม โดยอาจให้ที่อยู่อาศัยชั่วคราวหรือช่วงที่สมาชิกในครอบครัวไม่อาจให้ความดูแลได้

การรับดูแลในเวลากลางวันเพื่อแบ่งเบาภาระความรับผิดชอบของครอบครัว รวมทั้งบริการด้านการฟื้นฟู และบำบัดรักษาทางกายและทางจิต (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2547 : 28)

(2) บริการเพื่อนันทนาการและสังสรรค์เป็นบริการที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุได้พบปะกับ บุคคลในวัยเดียวกัน มีการสังสรรค์และกิจกรรมต่าง ๆ เป็นสถานที่ที่มีผู้สูงอายุอยู่ร่วมกัน เพื่อทำกิจกรรม บางอย่างตามความต้องการของตน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อผ่อนคลายความเหงาและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ได้มีพัฒนาการด้านการมีส่วนร่วมกับชุมชน เรียนรู้การเข้าสมาคมและบทบาทใหม่ของตน ลักษณะ บริการดังกล่าวนี้จัดขึ้นในรูปศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ (Multi – Purpose service center)

(3) บริการที่จัดโดยผู้สูงอายุ เป็นบริการที่ผู้สูงอายุได้จัดขึ้นเพื่อผู้สูงอายุด้วยกัน โดยชุมชนมีส่วนร่วมในลักษณะของชมรมที่เรียกว่า ชมรมผู้สูงอายุ (Senior citizen club) โดยมี วัตถุประสงค์และแนวคิดร่วมกันในการพัฒนาตนเอง ทั้งในด้านสุขภาพอนามัย โภชนาการ การศึกษา ฯลฯ

(4) บริการดูแลเยี่ยมเยียนและช่วยเหลือ เป็นบริการที่ชุมชนจัดขึ้นโดยมีเพื่อนบ้าน และอาสาสมัครเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน การจัดหาอาหารและส่งอาหาร การเป็นเพื่อน พูดคุย ลักษณะบริการเช่นนี้ ได้แก่ บริการดูแลจากเพื่อนบ้าน (Neighborhood care) และบริการ จากอาสาสมัคร (Voluntary service)

4) รูปแบบการดูแลในสถานการณพิเศษ หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้าย ของชีวิต โดยให้ความสำคัญในการควบคุม บรรเทาความเจ็บปวดมากกว่าการรักษาโรค ให้ผู้สูงอายุ สามารถเผชิญกับความตายได้อย่างมั่นใจ มีศักดิ์ศรี โดยปราศจากความเจ็บป่วยและความเศร้าเสียใจ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความเจ็บปวด ลดความทุกข์ทรมานในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยตอบสนอง ความต้องการทางอารมณ์ สังคม จิตใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุขท่ามกลางญาติมิตรและสภาพแวดล้อม ที่เหมาะสม (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2547 : 31)

การบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานการณพิเศษหรือในระยะสุดท้ายของชีวิต แบ่งเป็น 4 ลักษณะ คือ

4.1) การดูแลผู้ป่วยใน (In – Patient unit) เป็นการดูแลและตอบสนองความต้องการ ของผู้ป่วยสูงอายุนระยะสุดท้ายภายในโรงพยาบาล โดยจะเป็นการบรรเทาอาการเจ็บป่วยมากกว่า การรักษาพยาบาลและบริการนี้จะให้การดูแลในระยะสั้น ๆ เพราะผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มีชีวิตอีกไม่นาน เนื่องจากมีอาการบาดเจ็บเรื้อรังและรุนแรงและอยู่ในวัยสุดท้ายของชีวิต

4.2) การบริการดูแลที่บ้าน (Home care service) เป็นการให้บริการผู้สูงอายุและ ครอบครัวเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัวสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข โดยเป็น การทำงานร่วมกันของวิชาชีพ คือ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์และวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

4.3) การควบคุมอาการเจ็บป่วยด้วยทีมสุขภาพ (Symptom control team) เป็นทีมที่มีแพทย์เป็นผู้ควบคุมดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยทั้งภายในโรงพยาบาลและภายในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้ตายอย่างสมศักดิ์ศรี

4.4) บริการให้คำปรึกษาและแนะนำแก่ครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งบางครั้งครอบครัวอยู่ในอาการตกใจและไม่สามารถปรับตัวรับการเปลี่ยนแปลงครั้งยิ่งใหญ่ที่จะเกิดขึ้น นักสังคมสงเคราะห์และนักจิตวิทยาจะเป็นผู้ที่ทำหน้าที่นี้ ซึ่งกรณีที่มีภาวะการเจ็บป่วยไม่สามารถรักษาให้หายได้ บริการด้านนี้จะครอบคลุมการให้คำแนะนำในภาวะใกล้ตายของผู้สูงอายุด้วย

สรุปได้ว่า รูปแบบในการดูแลสามารถแบ่งได้เป็น 4 รูปแบบ คือ

(1) รูปแบบการดูแลในครอบครัว โดยสมาชิกในครอบครัวจะช่วยกันดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ทั้งในเรื่องการช่วยฟื้นความจำ การดูแลในเรื่องต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีความปลอดภัย และมีการพาไปพบแพทย์ เพื่อรักษาให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น

(2) รูปแบบการดูแลในสถาบัน เป็นการจัดสถานที่พักอาศัย เพื่อให้การดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งการดูแลแบบนี้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมต้องแยกออกจากครอบครัว มาอยู่ในความดูแลของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐหรือภาคเอกชน โดยมีการดูแลแบบสถานสงเคราะห์ สำหรับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมที่ไม่มีญาติ หรือฐานะยากจน ขาดผู้เลี้ยงดู หรือการดูแลในสถานพยาบาลที่รับดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม โดยเฉพาะ ในปัจจุบันมีสถานบริการของเอกชนที่รับดูแลเฉพาะผู้สูงอายุในลักษณะ Nursing care คือ ให้บริการที่พัก อาหาร ดูแลความสะอาด เสื้อผ้า ที่พักและจัดเจ้าหน้าที่ดูแลให้ผู้สูงอายุอาบน้ำ เช็ดตัว สระผม แปรงฟัน แต่ไม่ได้ให้บริการรักษาพยาบาลหากผู้สูงอายุเจ็บป่วยต้องส่งไปรักษาที่โรงพยาบาล ดำเนินงานโดยแพทย์และผู้ที่ไม่ใช่แพทย์คิดค่าบริการที่หวังผลกำไร โดยส่วนใหญ่พบในกรุงเทพมหานคร (วาทีณี บุญชะลิกขมี. 2541 : 210)

(3) รูปแบบการดูแลโดยชุมชนเป็นการใช้แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานในการจัดการมีส่วนร่วมในชุมชน โดยเป็นการดำเนินงานร่วมกับชุมชนมักจะเริ่มต้นจากกลุ่มผู้นำชุมชนจะมีการรวมกลุ่มเป็นชมรม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ มีการจัดกิจกรรมในช่วงกลางวัน จะเป็นลักษณะนันทนาการ และเสริมสร้างความรู้ในชุมชนร่วมกัน มีการเยี่ยมเยียนกันในแต่ละบ้าน

(4) รูปแบบการดูแลในสถานการณพิเศษ เป็นการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ในช่วงบั้นปลายสุดท้ายของชีวิต การที่จะให้บริการดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายเป็นไปอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพนั้น บุคลากรที่ให้บริการต้องประกอบด้วยนักวิชาชีพหลายกลุ่มที่จะทำให้การบริการบรรลุผล นอกจากนี้ บุคลากรที่ทำงานให้บริการยังต้องใช้ทักษะความชำนาญเฉพาะด้านมากขึ้น รวมทั้งการประยุกต์แนวคิดในการทำงานเชิงสหวิทยาการเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการเหมาะสมอย่างแท้จริง

2.4.5 บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

กรมสุขภาพจิต (2548 : 25) กล่าวถึง ความสัมพันธ์ของการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจำเป็นต้องมีผู้ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง มีบทบาทในการดูแลเกี่ยวกับ

1) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมที่ยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ในบางเรื่อง ควรได้รับการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ส่วนในรายที่ไม่สามารถปฏิบัติได้โดยผู้ดูแลควรให้การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมกระทำกิจวัตรให้นานที่สุดเพื่อรักษาความมีคุณค่าของผู้สูงอายุอาหารที่ควรให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมควรเป็นอาหารเหลวหรือตัดอาหารเป็นชิ้นเล็ก ๆ ในการดูแลทำความสะอาดร่างกายควรให้อาบน้ำ เข้าห้องน้ำ ชักถ่ายตรงตามเวลา

2) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ อาการทางจิตและพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเป็นปัญหาที่อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เช่น อาการตื่นเต้น วุ่นวาย (Agitation) เดินออกจากบ้านและหลงทาง (Wandering) อาการจิตประสาทหลอน (Hallucination) อาการหลงผิด (Delusion) และความจำเสื่อม การให้การดูแลช่วยเหลือ ผู้ดูแลควรจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยและมั่นคงเหมาะสมกับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม โดยเก็บของที่อาจเกิดอันตราย เช่น ไม้ ไม้ หรือของต่าง ๆ เก็บใส่ตู้หรือเก็บไว้ชั้นบนที่สูงไม่ให้ผู้สูงอายุหยิบได้ บรรยากาศภายในบ้านต้องมีแสงสว่างเพียงพอ มีป้ายชื่อ เบอร์โทรศัพท์ติดตัวผู้สูงอายุ เพื่อป้องกัน การพลัดหลง

3) ในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การป้องกันการปอดอักเสบ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุการตายในผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในระยะสุดท้าย โดยมีสาเหตุมาจากการสำลักอาหารหรือจากการที่ร่างกายไม่ได้รับความอบอุ่นอย่างเพียงพอ การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ สาเหตุจากการที่ปัสสาวะไม่ออกหรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ผู้ดูแลต้องหมั่นทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ให้กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม และฝึกให้ชักถ่าย เป็นเวลา การป้องกันการเกิดแผลกดทับ จากการได้รับยานอนหลับในขนาดสูงจนทำให้เกิดการสะสมของยาเกิดผลเสียต่อสุขภาพด้วย จะทำให้เกิดการง่วงซึมตลอดเวลาทำให้เกิดแผลกดทับบริเวณผิวหนังกลายเป็นแผลตามมาได้

4) ในการคงไว้ซึ่งความจำผู้ดูแลควรให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมได้รู้จักตนเอง และสิ่งแวดล้อมรอบตัวตามความเป็นจริง (Reality orientation) ให้มากที่สุด ฝึกให้รู้ว่าตนเองเป็นใคร อยู่ที่ไหน รู้วัน เดือน ปี เวลา รู้ว่าตนเองรับประทานอาหารหรือยัง รู้สภาพอากาศอาจใช้วิธีให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมได้ระลึกถึงอดีต เพราะเหตุการณ์ในอดีตจะลืมหลังสุด โดยวิธีการต่าง ๆ เช่น ตีนาฬิกาที่มีตัวเลขขนาดใหญ่และชัดเจน ตีปฏิทินแสดง วัน เดือน ปี ตีกระดานแสดง วัน วันที่ เดือน ปี หน้าห้องให้เขียนชื่อผู้สูงอายุด้วยอักษรตัวใหญ่ พร้อมติดรูปของผู้สูงอายุไว้ด้วย แขนงป้ายชื่อ บุตร ชื่อสมาชิกคนในครอบครัว เพื่อกระตุ้นความจำ

สิรินทร ฉันทศิริกาญจน (2555 : 1-7) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นจะต้องให้ครอบคลุมปัญหาทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านสติปัญญา ด้านพฤติกรรมบุคลิกภาพ และด้านอาการทางจิตประสาท การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจากประสบการณ์ที่ผ่านมา พบว่า อาการและสุขภาพของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมนั้นต้องขึ้นกับความพร้อมของสมอง ความรู้ และการปรับตัวของครอบครัว และผู้ดูแลเป็นสำคัญ ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมหลายรายมาจากครอบครัวที่มีเศรษฐกิจดีแต่ไม่สามารถให้การดูแลโดยบุคคลในครอบครัวต้องจ้างบุคคลภายนอกหรือญาติอื่น ๆ เพื่อดูแลซึ่งถ้าได้ผู้ดูแลที่ไม่ยึดหยุ่นและปรับตัวเข้ากับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมักจะก่อให้เกิดปัญหามากกว่าผลดี การดูแลในส่วนนี้ควรดำเนินการ 2 ส่วนใหญ่ คือ ทางด้านผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและผู้ดูแล

บทบาทของผู้ดูแลจะทำหน้าที่ในการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันให้กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมคอยป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางกายและอุบัติเหตุเพื่อป้องกันการหกล้มหรือการบาดเจ็บต่าง ๆ ถ้าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมที่มีภาวะติดเตียงผู้ดูแลจะต้องคอยดูแลความสะอาดร่างกายและภาวะแผลกดทับแก่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม บทบาทในการคงไว้ซึ่งความจำโดยผู้ดูแลจะเป็นผู้ที่คอยกระตุ้นความทรงจำให้กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมให้คงศักยภาพไว้ไม่ให้เสื่อมลงไปกว่าเดิม ในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมนั้นต้องให้ครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านสติปัญญา ด้านพฤติกรรมบุคลิกภาพ และด้านอาการทางจิตประสาท ซึ่งในการดูแลนั้นบางครั้งผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมดังนี้

2.4.6 ผลกระทบของผู้ดูแลที่ได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมได้รับผลกระทบจากการดูแลในหลาย ๆ ด้าน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมได้รับผลกระทบใน 3 ด้าน คือ ด้านจิตใจ ด้านร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (นำพล กิ่งก้าน 2553 : 43) ดังนี้

1) ผลกระทบทางด้านจิตใจ (Psychological) (นำพล กิ่งก้าน. 2553 : 44) ผู้ดูแลได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจอันเนื่องมาจากอาการของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเป็นภาระที่เกิดจากการดูแลเนื่องจากยี่งนานวันภาระในการดูแลก็ยิ่งมากขึ้น ผลกระทบทางด้านจิตใจมีความสัมพันธ์กับอาการทางพฤติกรรมและความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม กล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีความพร้อมในพฤติกรรมดูแลตนเองมากขึ้น ผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบทางจิตใจเพิ่มขึ้นเช่นกัน ซึ่งผลกระทบทางจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกสูญเสียผู้ที่ตนรักจากการที่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปกลายเป็นบุคคลที่มีความรุนแรงส่งผลให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวเกิดความรู้สึกสูญเสียผู้ที่ตนรักไปทั้ง ๆ ที่ยังมีชีวิตอยู่ ผู้ดูแลจะเกิดอารมณ์เศร้า ไม่มีกำลังใจ รู้สึกไม่มีแรง รู้สึกผิด รู้สึกไม่สุขสบาย บางครั้งผู้ดูแลจะโกรธทะเลาะกับ

ผู้สูงอายุเนื่องจากผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ และจะเกิดความรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเองภายหลัง ผู้ดูแลอาจโกรธผู้สูงอายุ โกรธตนเอง หรือโกรธทางเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ พยาบาล หรือโกรธทางสถานพยาบาลที่ไม่สามารถช่วยรักษาให้ผู้สูงอายุดีขึ้นได้ ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม นอกจากมีปัญหาด้านความจำแล้ว ยังมีปัญหาทางด้านพฤติกรรม บางครั้งผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไปแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ ทำให้เกิดความอับอายได้ ด้วยภาระที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้สูงอายุตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสพบปะเพื่อนฝูงทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว

2) ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Physical) จากการศึกษาของ ซาบาเลคกี และคณะ (Zabalegui et al. 2008 อ้างถึงใน นำพล กิ่งก้าน. 2553 : 45) พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 29% ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายไม่มีเวลาพักผ่อน และ 23% ไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง มีร่างกายอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เกิดโรคแทรกซ้อนได้ทำให้มีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น (Increase health problem)

3) ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socio-economic problem) อาจเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน (Change in working pattern) มีผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมหลายรายที่ต้องปรับลักษณะการทำงานของตนเองให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เช่น อาจเปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลามาทำงานบางเวลา หรือบางรายอาจต้องเสียสละออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา ทำให้รายได้ลดลง การศึกษา ของซาบาเลคกี และคณะ (Zabalegui et al. 2008 อ้างถึงใน นำพล กิ่งก้าน. 2553 : 45) พบว่า ผู้ดูแล จำนวน 27% ไม่สามารถทำงาน และบางรายอาจเป็นหนี้สินเพิ่มขึ้นด้วย นอกจากนี้ อาจพบความขัดแย้งในครอบครัว เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมต้องมีค่าใช้จ่ายสูง เช่น ค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ค่ายา ค่าอุปกรณ์ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ค่าจ้างผู้ดูแล เป็นต้น ส่งผลให้เกิดภาวะความตึงเครียดภายในครอบครัวและกลายเป็น ความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัว

สรุปได้ว่า ผลกระทบที่ผู้ดูแลได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม คือ ผลกระทบทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลจะรู้สึกวุ่นวายเสียคนที่ตนรัก เนื่องจากผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจากเดิม บางคนจะมีอารมณ์รุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกบุคคลอันเป็นที่รักคนเดิมหายไปทำให้ผู้ดูแลเกิดอารมณ์เศร้า ไม่มีกำลังใจ บางทีก็จะมีปัญหาทะเลาะกับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ผลกระทบทางด้านร่างกาย เนื่องจากผู้ดูแลจะไม่ค่อยมีเวลาพักผ่อน ไม่มีเวลาเป็นของตนเอง จึงอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแล ผลกระทบทางด้านสังคม เศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ดูแลบางคนต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมโดยเฉพาะหรือ

บางรายต้องขาดรายได้เพราะต้องแบ่งเวลามาดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะกลายเป็นปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล

2.4.7 ปัญหาที่เกิดกับการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2547 : 61-64) คือ ปัญหาในการดูแล เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ในการดูแล โดยสรุปได้ ดังนี้ ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องโรคและการดูแลปัญหาทางด้านพฤติกรรม เช่น อาการกระวนกระวาย ไม่อยู่นิ่ง (Agitation) ของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดในผู้ดูแลมากที่สุด ระดับความช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (Activity of Daily Living หรือ ADL) จากการศึกษา พบว่า ยิ่งผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยเท่าไร ยิ่งต้องการเวลาในการดูแลมากยิ่งขึ้นทำให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียดมากขึ้น ระดับความเจ็บป่วย (Level of Illness) จากการศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์ ADL ของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและภาวะเครียดในผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด กล่าวคือ ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมที่มีภาวะป่วยมากขึ้น ยิ่งต้องการการดูแลช่วยเหลือมากขึ้นทำให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียดมากขึ้น ความเชื่อและทัศนคติ (Belief and Attitude) ผู้ดูแลมักจะเชื่อว่าอาการสมองเสื่อมนั้นเป็นผลมาจากกรรมเก่าของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและผู้ดูแล เพื่อนบ้านและชุมชนก็คิดว่า เป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแลจึงมีการหยิบยื่นความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม และผู้ดูแลค่อนข้างน้อย ภาวะขาดแคลนผู้ดูแลเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวต้องออกไปทำงานและไม่มีผู้ดูแลจะจ้างเจ้าหน้าที่จากศูนย์ต่าง ๆ มาช่วยก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก บางครอบครัวไม่มีศักยภาพในการจ้างทำให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ไม่มีผู้ดูแล ปัญหาด้านการเงินเนื่องจากผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องมีค่าใช้จ่ายมากและต้องใช้เงินมาก

สรุปได้ว่า ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม คือ การขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม ปัญหาด้านพฤติกรรมเนื่องจากถ้าผู้สูงอายุมีการช่วยเหลือตนเองน้อยเท่าไรผู้ดูแลก็ต้องดูแลมาก ความเชื่อและทัศนคติ ผู้ดูแลจะมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยเรื่องสมองเสื่อมเกิดจากกรรมเก่าการดูแลจึงเป็นหน้าที่ของครอบครัวเป็นหลักมากกว่าเป็นหน้าที่ของเพื่อนบ้านหรือชุมชน

2.4.8 ความต้องการ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล

ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมี 5 ประการ คือ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2547 : 78-81) คือ

1) ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (Demands on Information) ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทางร่างกายของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม การพยากรณ์โรค การดำเนินโรค ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุเอง

2) ความต้องการด้านเวลา (Demands on Time) ระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่เรื้อรังมานานกับระยะเวลาการดำเนินโรคที่เกิดขึ้นยาวนานนั้น ทำให้เกิดผลกระทบกับเวลาของการดูแลที่มากขึ้น ผู้ดูแลจึงต้องมีการจัดตารางประจำวันและบทบาทที่ต้องการให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุหลายชั่วโมงในหนึ่งวัน โดยให้การดูแลทั้งในด้านอารมณ์และด้านร่างกาย

3) ความต้องการการช่วยเหลือในการดูแล (Assistance with care) การได้รับการช่วยเหลืออย่างเป็นทางการหรือจากการช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม จะสามารถลดภาระของผู้ดูแลได้ โดยเฉพาะกับผู้ดูแลที่มีบทบาทในหลาย ๆ ด้าน ทั้งงานนอกบ้านในบ้านในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาจึงจำเป็นต้องมีทั้งผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง รวมทั้งผู้ให้การช่วยเหลือเป็นครั้งคราว ได้แก่ คำแนะนำและความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมสิ่งอำนวยความสะดวกและอุปกรณ์ที่ช่วยในการดูแลที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน รวมทั้งการแนะนำแหล่งที่เป็นประโยชน์ที่สามารถแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นในระหว่างการดูแลผู้ป่วย

4) ความต้องการทางด้านรายได้ (Demands on Finances) การให้การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมที่อยู่ในภาวะพึ่งพานั้น ผู้ดูแลต้องมีค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแล เช่น ค่าเดินทาง ค่ารักษา ค่ายา ค่าอาหาร ค่าเครื่องนุ่งห่ม ค่าอุปกรณ์ ค่าน้ำ ค่าไฟและค่าโทรศัพท์ ทั้งนี้ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลส่วนมากจะมีบทบาทในเรื่องช่วยเหลือค่าใช้จ่ายแก่ผู้สูงอายุ

5) ความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจเพื่อช่วยเหลือและบรรเทาความกลัวต่าง ๆ ได้แก่ กลัวความรับผิดชอบที่ต้องดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม กลัวการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิต รวมทั้งต้องการพูดคุยกับเพื่อนหรือญาติเพื่อลดความตึงเครียด

สรุปได้ว่า ความต้องการของผู้ดูแล คือ ต้องการด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื่องโรคสมองเสื่อม ความต้องการด้านเวลา ผู้ดูแลต้องมีการจัดตารางเวลาให้เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและแบ่งเวลาในการพักผ่อนของผู้ดูแล ความต้องการในการช่วยเหลือดูแล ดังนั้น ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีทั้งผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง เพื่อที่จะได้สลับกันทำบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ความต้องการด้านรายได้ ผู้ดูแลอาจจำเป็นต้องมีรายได้เพิ่มเพื่อนำมาดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและความต้องการได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีการลดความเครียด และเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะกล่าวในลำดับต่อไป

2.4.9 การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ด้านผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีเป้าหมายเพื่อคงสมรรถภาพสมองไว้มากและนานที่สุด ต้องให้คำแนะนำต่าง ๆ คือ ช่วยเหลือ

1) สุขภาพส่วนตัวที่ดี ด้วยการดูแลเรื่อง อาหาร การออกกำลังกายและรักษาโรคอื่น ๆ อย่างเหมาะสม

2) ป้องกันปัจจัยที่จะทำให้สุขภาพและการทำงานของสมองลดลงแนะนำการจัดการปัญหาพฤติกรรมอาการซึมเศร้าและระมัดระวังการใช้ยาอย่างเหมาะสมตามความจำเป็น

3) กระตุ้นการทำงานของสมองส่วนที่เหลืออยู่

3.1) แนะนำการจัดกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม

3.2) จัดสภาพที่อยู่อาศัยให้คุ้นเคยและช่วยคงสภาพความจำการคงสภาพความจำโดยไม่ใช้ยา ด้านผู้ดูแลควรจัดเตรียมความพร้อมและให้คำแนะนำในเรื่องต่อไปนี้

(1) เทคนิคการติดต่อสื่อสารกับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

(2) ปรับสถานที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัยเก็บสิ่งของอันตรายใช้เฟอร์นิเจอร์ที่มั่นคง แสงสว่างเหมาะสม หน้าต่าง/ประตูที่ยากต่อการเปิด ไฟฟ้า/แก๊ส/น้ำร้อนของชิ้นเล็ก ๆ อาจเอาเข้าปากแล้วสำลัก ระวังไฟไหม้ ปลั๊กไฟ

(3) เตรียมแผนสำรองในกรณีที่ตนเองมีภารกิจส่วนตัวจำเป็น เจ็บป่วย

(4) คำแนะนำสำหรับผู้ดูแล

- ดูแลตัวเองด้วย

- ทุกคนในครอบครัวต้องมีส่วนร่วมไม่ทิ้งภาระทั้งหมดให้กับผู้ดูแลหลัก

เพียงคนเดียว

2.4.10 หลักของการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

โรงพยาบาลเซ็นทรัลเอนเนอร์ล (2556 : ออนไลน์) กล่าวว่า หลักการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ประกอบด้วย

1) ผู้ดูแล ญาติ คนรอบข้างต้องเข้าใจภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นโดยยึดหลักไม่โกรธหรือโมโห ถ้าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมทำอะไรไม่เหมาะสมอาการหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นให้เข้าใจว่าเกิดจากโรคที่ทำให้มีอาการเช่นนั้น ไม่หัวเราะ หรือขำพฤติกรรมต่าง ๆ เพราะอาจกระตุ้นอาการได้ ไม่พยายามบังคับให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจำหรือทำในสิ่งที่ไม่คุ้นเคย ถ้าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีอาการหงุดหงิดควรหยุดพฤติกรรมทันที ยืดหยุ่น ปรับตัว และยอมรับการเปลี่ยนแปลงลดความคาดหวังในตัวผู้สูงอายุลง

2) ให้การดูแลเหมือนผู้ใหญ่ท่านหนึ่งที่ต้องให้ความเคารพ (ให้เกียรติในการตัดสินใจ บางอย่าง) ขอความเห็น บอกให้ทราบ ความเอาใจใส่ (ถามความรู้สึก พูดคุยเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม ดูแลความเป็นอยู่) มีกิจกรรมร่วมกัน (ไปเที่ยว เดินเล่น ร้องเพลง ดูโทรทัศน์)

3) มองหาความสามารถของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมที่ยังคงอยู่ (มองหาส่วนดี เพื่อเสริมไม่ให้เสื่อมลงเร็ว) เช่น จัดสวนทำกับข้าว ประดิษฐ์สิ่งของ ทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ เลี้ยงสัตว์

4) การจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมอยู่ในที่คุ้นเคย เช่น บ้าน เครื่องใช้ในบ้าน ไม่ควรมีการเคลื่อนย้ายบ่อย หรือไม่เป็นที่เรียบร้อย สิ่งแวดล้อมปลอดภัย ไม่ลื่นล้มง่าย

การเปิดวิญญู โทรทัศน์ไม่ควรมียิ่งดัง ควรมีผู้ดูแลประจำ ระวังการตกระเบียง ระวังเรื่องไฟ ทางเดิน ไปห้องน้ำควรสะดวก ชัดเจน แสงสว่างเพียงพอในที่ที่เดินไปถึง ระวังแสงที่ทำให้เกิดเงา กระจกควรมี เฉพาะที่แต่งตัวและที่อาบน้ำ

5) สภาพแวดล้อมทางกายภาพมีแสงที่นุ่มนวลและสีที่ดูสงบ เช่น สีครีม จัดสถานที่ ให้เรียบร้อย ไม่รกรุงรัง การใช้กระจกตกแต่งภายในอาจเกิดเงาและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรค สมองเสื่อมถาวร การออกแบบที่อยู่ที่ซับซ้อน การเปลี่ยนสภาพห้องบ่อย ๆ ทำให้สับสนได้ง่าย เสียงกริ่ง ดังเกินไปกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลัวและตกใจได้

6) การดูแลทั่วไปมีการพักผ่อนและกิจกรรมที่เหมาะสม ความหิวและภาวะขาดสารอาหาร ทำให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมถาวรได้ การขับถ่ายผิดปกติ การแต่งตัว และสุขอนามัย การกระตุ้น การเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย การสัมผัสทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นสบายให้ความมั่นใจแก่ผู้สูงอายุป่วย ด้วยโรคสมองเสื่อมถาวร ว่าอยู่ที่ไหนและมีความปลอดภัย การพบผู้คนที่และการเข้าสังคมมีญาติหรือ เพื่อนที่เข้าใจมาเยี่ยม ทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว

7) พฤติกรรมบำบัดจัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้เจ็บหรือดังเกินไป พูดคุยกับผู้สูงอายุป่วยด้วย โรคสมองเสื่อมถาวร ด้วยเสียงเรียบ ๆ พูดช้า ๆ วางของให้เป็นที่ เปิดไฟในห้องให้สว่าง บอกสถานที่ต่าง ๆ อยู่เสมอเพื่อลดความสับสน ชมเชย ให้รางวัลเมื่อผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมถาวรมีพฤติกรรมที่เหมาะสม

8) การบำบัดโดยอื่น ๆ เช่น ดนตรีบำบัด การเลี้ยงสัตว์ ศิลปะบำบัด กิจกรรมการเคลื่อนไหว พฤติกรรมบำบัด การช้ยา

จะเห็นได้ว่า การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมถาวรนั้น ผู้ดูแลจะเป็นผู้ที่ได้รับการระหนัก เพราะต้องดูแลตลอด 24 ชั่วโมง และต้องเข้าใจอาการ ลักษณะของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ในแต่ละระยะ ต้องเรียนรู้วิธีต่างในการช่วยเหลือผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เช่น การทำอาหารปั่น หรืออาหารเหลว การอาบน้ำให้ผู้สูงอายุ การกระตุ้นความจำในหลาย ๆ วิธี การจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย หรือการจัดยาให้ทานตามเวลาที่แพทย์สั่ง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามความอดทนและ พร้อมเสียสละเวลาส่วนตัวให้กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

2.4.11 องค์ประกอบในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

1) การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมักมีโรคประจำตัว หลายอย่าง การดูแลสุขภาพโดยรวมจึงมีความสำคัญที่จะต้องครอบคลุมทางด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ในด้านปัญหาทางกายนั้นนอกจากจะมีการประเมินโรคประจำตัวของผู้สูงอายุป่วยด้วย โรคสมองเสื่อมแล้วควรต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่องในขณะเดียวกันผู้ดูแลต้องมีการประเมิน การเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เพื่อป้องกันการหกล้ม หรือเกิดอุบัติเหตุ ในกรณีที่ ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีภาวะติดเตียง ผู้ดูแลต้องมีการป้องกันภาวะการถลอกจากการอยู่ ติดเตียง เช่น แผลกดทับ หลอดเลือดดำอุดตัน ข้อยึดติด หรือการสำลักอาหาร เป็นต้น

2) การดูแลเรื่องการรู้คิด (Cognitive function) ผู้ดูแลควรมีหน้าที่รับฟังเวลา ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมพูดเพื่อวิเคราะห์ว่าการนึกคิดของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมว่ามีความผิดปกติหรือไม่

3) การดูแลปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ (Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia : BPSD)

4) การดูแลด้านการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living : ADLs) การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเป็นสิ่งสำคัญด้วยผู้ดูแลควรทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมด้วยอารมณ์สนุกสนาน มีการพูดคุยเป็นระยะ ๆ อธิบายสั้น ๆ ให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมทราบว่าขณะนี้กำลังทำอะไร สอบถามถึงความรู้สึกและความต้องการของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมพยายามให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด กิจกรรมในการดูแลควรเป็นรูปแบบการดูแลที่สม่ำเสมอ ไม่เปลี่ยนแปลงไปเปลี่ยนมา โดยมีหลักในการดูแลดังนี้

4.1) การสื่อสาร

- พูดกับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม โดยสบตาผู้สูงอายุ
- พูดช้า ๆ สั้น ๆ บอกทีละขั้นตอน
- น้ำเสียงที่พูดต้องชัดเจน อ่อนโยน แสดงถึงความเคารพ
- หากต้องการให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมทำอะไร ผู้ดูแลควรระวังอย่าใช้เป็นประโยคคำสั่ง แต่ใช้เป็นประโยคเชิญชวนแทน
- แสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง อย่างเหมาะสม
- ให้ความกับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมนึกคิด หรือตอบสนอง อาจต้องพูดซ้ำ ถ้าผู้สูงอายุไม่เข้าใจ

4.2) การรับประทานอาหารและดื่มน้ำ

- ไม่ควรรีบเร่ง ควรมีเวลาให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมรับประทาน อาหารอย่างพอสมควร และไม่ควรมีสิ่งเบี่ยงเบนความสนใจของผู้สูงอายุ เช่น การเปิดทีวี/ฟังวิทยุ พร้อมกับการรับประทานอาหารไปด้วย เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุสนใจสิ่งอื่นมากกว่าทานอาหาร
- ถ้าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม มีภาวะกระวนกระวาย หงุดหงิด ก้าวร้าว อย่าพยายามฝืนให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมรับประทานหรือดื่มน้ำ จึงควรให้ ภาวะอารมณ์ของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมสงบลงก่อนจึงค่อยทานอาหาร
- อย่าให้รับประทานอาหารในขณะที่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีภาวะง่วง หรือนอนในแนวราบเพราะจะทำให้สำลักอาหาร

- อย่าให้ทานอาหารที่ร้อนจัด เนื่องจากผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไม่สามารถแยกได้ว่าอาหารร้อนหรือไม่ร้อน

- ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมบางรายที่มีภาวะการรับรู้ของสมองที่มาก อาจไม่สามารถจำได้ว่าต้องใช้ช้อนในการรับประทานอาหารอย่างไร เพราะฉะนั้น ผู้ดูแลควรมีการยึดหยุ่นให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมสามารถรับประทานอาหารโดยใช้นิ้วมือได้

4.3) การอาบน้ำ

- ระวังพื้นห้องน้ำลื่น

- ระวังประตูห้องน้ำถูกล็อค เพราะผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมอาจถูกขังไว้ในห้องน้ำควรเปลี่ยนลูกบิดประตูเป็นแบบที่สามารถไขเปิดจากภายนอกได้

- อย่าทิ้งผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไว้ในห้องน้ำคนเดียวเพราะอาจทำหกลื่นล้มและเกิดอุบัติเหตุได้

- อย่าให้มีอุปกรณ์ในห้องน้ำรวมถึงผลิตภัณฑ์ในห้องน้ำหลายอย่าง เพราะอาจทำให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเกิดความสับสนในการเลือกใช้

- หากอากาศเย็น ต้องให้อาบน้ำอุ่น หรือเช็ดตัวและใช้เวลาไม่มาก

- อย่าให้มีผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดอยู่ในห้องน้ำ เพราะผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมอาจแยกไม่ออก

- ถ้าเป็นไปได้ ควรมีการปรับห้องน้ำให้มีราวเกาะจับ แผ่นยางกันลื่น แก้วอาบน้ำ

- ในขณะที่อาบน้ำ ผู้ดูแลควรให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมช่วยตนเองด้วย เช่น ให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมถูสบู่เอง เช็ดตัวเองเมื่ออาบน้ำเสร็จ

- ผู้ดูแลควรตรวจเช็กผิวหนังว่ามีแผลหรือร่องรอยอะไรหรือไม่

- เช็ดตัวให้แห้ง โดยเฉพาะบริเวณที่มีผิวหนังพับย่น เพราะความชื้นอาจทำให้ผิวหนังเปื่อยหรือเกิดเชื้อราได้

- ทาครีมหรือโลชั่นบำรุงผิวหลังอาบน้ำ เพื่อป้องกันผิวหนังแห้ง

- การสระผมให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ควรเลือกแชมพูสระผมแบบที่ไม่ระคายเคืองตา และใช้ฝักบัวในการช่วยสระผม

- หวีผมในลักษณะที่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมชอบ

- ถ้ากลิ้งปัสสาวะไม่ได้ อาจกำหนดเวลาไปห้องน้ำเป็นระยะ แม้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะยังไม่รู้สึกปวดปัสสาวะ

- อาจเลือกกระดาษชำระแบบขึ้นแทนแบบแห้ง เพราะจะช่วยให้ทำความสะอาดหลังขับถ่ายได้ดีกว่า

4.4) การแต่งตัว

- ให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีส่วนร่วมในการเลือกเสื้อผ้าที่สวมใส่
 - เตรียมเสื้อผ้าที่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมชอบสวมใส่บ่อย ๆ ไว้ในที่ ๆ หยิบง่าย

- วางเสื้อผ้าตามลำดับชั้นที่ต้องสวมใส่
 - กลับเสื้อผ้าให้ใส่ได้เลย ปลดกระดุมและซิปไว้
 - แนะนำการสวมใส่เสื้อผ้าที่ละชั้นตอนสั้น ๆ บางครั้งอาจต้องแสดงวิธีให้ดู
 - แปะหรือแขวนป้ายที่ลิ้นชักหรือฝาตู้เสื้อผ้าที่มีทั้งรูปและคำแสดงถึงสิ่งที่

อยู่ข้างใน

- หากอากาศหนาวเย็น ต้องมั่นใจว่ามีส่วนช่วยในการฟื้นฟูความจำให้กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไม่หนาวเกินไปในการเปลี่ยนเสื้อผ้า

- ปิดม่านหรือที่กำบังเมื่อมีส่วนช่วยในการฟื้นฟูความจำให้กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเปลี่ยนเสื้อผ้า

- สวมใส่เสื้อผ้าบาง ๆ หลายชั้นดีกว่าการสวมเสื้อผ้าหนา ๆ เพียงชั้นเดียว เพราะถ้ารู้สึกร้อนผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมยังสามารถถอดออกได้ที่ละชั้น

- บางครั้งผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะสวมใส่เสื้อผ้าเก่าที่สวมใส่แล้วอาจใช้วิธีต่าง ๆ เช่น เมื่อผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมถอดเสื้อผ้าไปอาบน้ำให้เอาเสื้อผ้าใหม่ไปวางแทนที่เสื้อผ้าเก่า บางครั้งผู้ดูแลอาจต้องบอกว่ามีคนจะมาเยี่ยมให้เปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่หรือผู้ดูแลต้องบอกว่าชอบเห็นผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมใส่เสื้อผ้าใหม่

- ยอมรับการแต่งกายของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ถ้าไม่ทำให้เกิดอันตรายใด ๆ เช่น อาจสวมหมวกนอน

- ถ้ามีโอกาสไปซื้อเสื้อผ้าใหม่ให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีส่วนร่วมในการเลือกเสื้อผ้าและสีสันทที่ชอบ

- บางทีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมอาจจำเสื้อผ้าที่ซื้อใหม่ไม่ได้ ดังนั้นผู้ดูแลอาจพิจารณาเลือกเสื้อผ้าที่ไม่แตกต่างจากเสื้อผ้าเดิม

4.5) การเคลื่อนไหว

- การเดิน ทดสอบความสามารถในการยืน การเดินและการทรงตัวก่อน
 - ต้องมั่นใจว่าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมสวมใส่รองเท้าที่พอดี สบายเท้า
 ถ้าเป็นไปได้ควรเป็นรองเท้าหุ้มส้น พื้นรองเท้าไม่ลื่น สวมแว่นตาและอุปกรณ์ช่วยฟังถ้ามีปัญหา และสวมใส่เสื้อผ้าที่ไม่รกรุงรังกรอมเท้า

- หากต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น ไม้เท้า คอกเดิน (Walking frame) ควรฝึกให้มั่นใจว่าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมใช้ได้อย่างถูกต้อง

- ถ้าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมที่เดินไม่ได้ ก็ควรออกกำลังเคลื่อนไหวบนเก้าอี้หรือเตียงนอน

5) การดูแลด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู

6) การดูแลด้านความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อม

6.1) ทกล้ม ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในแต่ละระยะจะมีความเสี่ยงของการทกล้มเพิ่มขึ้นจากสาเหตุต่าง ๆ ได้ดังนี้

ระยะที่มีความรุนแรงน้อย (Mild dementia) ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมอาจหงุดหงิดต้องการทำอะไรเอง ต้องการให้ได้ตั้งใจด้วยความรวดเร็ว โดยไม่รับรู้ถึงสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป หรือไม่รับรู้ถึงการที่เดินได้ไม่ปกติของตนเอง เดินช้า เอื้อมหยิบจับวัตถุได้ช้าลง ไม่สามารถทำกิจกรรมพร้อมกันในเวลาเดียวกัน ถ้าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (Delirium) อาจจากการติดเชื้อหรือยาบางชนิด เป็นต้น ความเสี่ยงในการทกล้มยิ่งสูงมากขึ้น

ระยะรุนแรงปานกลาง (Moderate dementia) ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมสูญเสียการประสานงานการเคลื่อนไหวมากขึ้น เริ่มดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันไม่ได้ ไม่สามารถรับรู้ถึงอันตรายของสิ่งแวดล้อมได้ เช่น พื้นลื่น พื้นไม่สม่ำเสมอ ในเวลากลางคืนอาจมีอาการสับสนตื่นขึ้นมาท่ามกลางความมืดและหาตำแหน่งที่เปิดไฟไม่พบ เป็นต้น หรืออาจเกิดในผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมที่มีอาการพลุ่งพล่าน กระวนกระวาย (Agitation) หรือเดินออกนอกบ้านอย่างไร้จุดหมาย (Wandering) หรือไม่แสดงออกถึงอาการที่ทำให้เสี่ยงต่ออาการทกล้มได้ เช่น น้ำตาลในเลือดต่ำ ความดันลดลงในท่าลุกยืน (Orthostatic hypotension) เป็นต้น

ระยะที่มีความรุนแรงมาก (Severe dementia) ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมที่มีปัญหาในการเคลื่อนไหวมากขึ้น เกิดจากการที่มี Muscle tone เปลี่ยนแปลงไป มี Gait apraxia ทำให้เดินลำบากและไม่สามารถสื่อสารได้ดีกับผู้ดูแลที่ให้คำแนะนำในการเดิน

6.2) หลงทาง หายสาบสูญ ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมอาจเดินเร่ร่อนออกนอกบ้านหรือเดินไปมาในบ้านได้จากหลายสาเหตุ เช่น จากภาวะทางกายบางอย่าง เช่น หิว กระหายน้ำ หรือต้องการเข้าห้องน้ำถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ หรือบางคนอาจมีอาการเจ็บปวดบางอย่าง แต่ไม่สามารถสื่อหรือแสดงถึงอาการปวดได้ แต่แสดงออกมาโดยการเดินวุ่นวาย การเดินไปมา ถ้าเพิ่งเกิดขึ้นใหม่ อาจเกิดจากความผิดปกติทางกายที่ทำให้เกิดอาการสับสน เฉียบพลัน เช่น มีการติดเชื้อในร่างกาย ได้ยาบางชนิดที่ทำให้เกิดอาการสับสน เป็นต้น นอกจากนั้นการเดินไปมาอาจเกิดจากการที่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจำไม่ได้ สิวว่าตัวเองอยู่ที่ไหน ถามหาบ้าน ถามหาครอบครัวและพยายามออกหา

หรือเกิดจากการที่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีปัญหาในด้านการสื่อสาร ไม่เข้าใจภาษาหรือไม่สามารถบอกเล่าให้ใครเข้าใจถึงความต้องการของตนเอง จึงต้องออกเดินทางสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ

สาเหตุอื่น ๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมออกเดินได้ อาจมีอาการเห็นภาพหลอนหรือหูแว่วทำให้เดินออกนอกบ้านตามเสียงหรือภาพที่เห็นหรือหลงผิดอะไรบางอย่างทำให้เดินออกนอกบ้าน นอกจากนั้น สิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่ทำให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไม่ชอบ เช่น สิ่งแวดล้อมอีกทีก็ ร้อนหรือหนาวเกินไป ทำให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไม่ยอมอยู่ในสภาพนั้น ๆ หรืออาจเกิดจากปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เช่น ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมถูกปล่อยให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมอยู่คนเดียว หรือไม่ชอบผู้ดูแลจึงพยายามหลีกเลี่ยงนี้ เป็นต้น

6.3) อันตรายที่อาจเกิดขึ้นในห้องครัว ได้แก่ เปิดเตาแก๊สแล้วลืมปิด ของมีคมบาด เป็นต้น ในปัจจุบันมีอุปกรณ์เครื่องมือใหม่ ๆ ที่อาจช่วยลดอันตรายในห้องครัวที่อาจเกิดกับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมได้ เช่น หัวเตาแก๊สตั้งเวลา กาน้ำต้มน้ำตัดไฟอัตโนมัติ สัญญาณดักควันไฟ เป็นต้น

6.4) รับประทานสิ่งที่รับประทานไม่ได้ เช่น เนื้อสัตว์ดิบ ฟองน้ำ เป็นต้น อาจเกิดจากการที่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไม่สามารถแยกแยะได้ว่าอะไรเป็นอะไร ควรเอาสิ่งที่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมหยิบรับประทานออกพ้นสายตาหรือถ้าเกิดจากการที่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมหิว ควรเตรียมอาหารให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมรับประทาน ให้สามารถเข้าถึงและเห็นได้ง่าย

7) การดูแลระยะท้ายของชีวิต

8) การประเมินและดูแลผู้ดูแลและครอบครัวของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เนื่องจากผู้ดูแลเป็นกุญแจสำคัญที่สุดของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม แพทย์ผู้รักษาจะให้ความสำคัญในการประเมินดังนี้

8.1) การประเมินผู้ดูแล โดยประเมินด้านต่าง ๆ ดังนี้

- คุณลักษณะทั่วไป เช่น อายุ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เวลาที่มีในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม อาชีพ รายได้ ครอบครัวยังมีชีวิต เป็นต้น

- บุคลิกภาพ

- ความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

- สุขภาพกายและสุขภาพจิต

- ภาระของผู้ดูแล (Caregiver burden)

8.2) การอบรมผู้ดูแล โดยอบรมผู้ดูแลให้ทราบเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การดำเนินโรค พยากรณ์โรค ปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและการแก้ไขเบื้องต้น

ตลอดจนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมกับผู้ดูแลคนอื่น ๆ ตลอดจนฝึกการผ่อนคลายความเครียด ฝึกทักษะการทำกิจกรรม กระตุ้นการรู้คิดด้านต่าง ๆ การทำกายภาพบำบัด การดูแลกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น

9) การดูแลประเด็นด้านกฎหมาย เนื่องจากผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะมีปัญหาในการรู้คิด ความจำ การตัดสินใจ ตลอดจนปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ซึ่งอาจส่งผลต่อการบริหารจัดการกับหน้าที่การงาน ทรัพย์สิน หนี้สิน ตลอดจนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ดังนั้นแพทย์ผู้รักษาควรดำเนินการ (สถาบันประสาทวิทยา. 2551) ดังนี้

9.1) แจ้งผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ญาติ/ผู้ดูแลถึงการวินิจฉัย การดำเนินโรค และพยากรณ์โรค โดยบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในเวชระเบียน

9.2) แจ้งผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและญาติ ถึงข้อควรระวังในการขับรถ

9.3) แจ้งผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ญาติผู้รับผิดชอบและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทางกฎหมายเกี่ยวกับปัญหาทางกฎหมายที่อาจเกิดขึ้นเมื่ออาการสมองเสื่อมเป็นมากขึ้น เช่น

(1) ปัญหาทางคดีแพ่ง ได้แก่ ปัญหาหนี้สินจากการทำสัญญาการยกให้โดย สิ้นเหินหา โดยพยานเอกสารหรือเวชระเบียนเป็นหลักฐานสำคัญ ในการที่ศาลจะพิจารณาคัดสินการทำนิติกรรมสัญญาของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเป็นโมฆียะหรือโมฆะ ตามประมวลกฎหมายแพ่ง มาตรา 29 และ 30

(2) ปัญหาคดีอาญา เป็นปัญหาเกี่ยวกับการละเมิดที่กฎหมายลงโทษตั้งแต่ ลหุโทษ จำคุกและประหารชีวิต ปัญหาที่พบบ่อยเกิดจากปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) ได้แก่ การลักขโมยของ การทำร้ายร่างกาย การลวนลามทางเพศ การดูหมิ่น ซึ่งคดีเหล่านี้ศาลจะสั่งไม่ลงโทษ ถ้าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมอยู่ในภาวะวิกลจริต ตามหลักฐานทางการแพทย์

9.4) แพทย์ควรให้ความเห็นในใบรับรองแพทย์ว่าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เป็นระยะใด มีทุพพลภาพระดับใด

9.5) แพทย์อาจต้องเป็นพยานศาลตามหมายเรียกเพื่อเป็นพยานในฐานะแพทย์ ผู้รักษาในฐานะแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ

9.6) แนะนำผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมญาติผู้รับผิดชอบและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทางกฎหมายเพื่อดำเนินการทางกฎหมายโดยปรึกษากับทนายความหรือนักกฎหมายในเรื่อง

- การตั้งผู้พิทักษ์
- การจัดการทรัพย์สินของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและการทำพินัยกรรม
- การตัดสินใจในการรักษาพยาบาลและการทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต (Living wills)

สรุปภาพรวมแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ดังนี้ การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีเป้าหมายเพื่อคงสมรรถภาพสมองไว้ให้มากที่สุด ผู้ดูแลจะต้องคำนึงในประเด็นต่าง ๆ คือ ยอมรับ เข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม เพื่อจะได้เข้าใจผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จะได้ไม่โกรธหรือน้อยใจผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ผู้ดูแลต้องมองหาความสามารถของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและให้ผู้สูงอายุคงศักยภาพนั้นไว้พร้อมกับจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมอยู่ในที่คุ้นเคย มีการวางตัวของให้เป็นระเบียบ หยิบจับง่าย วางของให้เป็นที่แสงไฟในบ้านต้องสว่าง มีราวจับในบ้าน ในการดูแลทั่วไปมีการจัดกิจกรรมที่เหมาะสม ผู้ดูแลต้องหมั่นคุยกับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมรับฟังผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม บางครั้งผู้สูงอายุอาจจะพูดคุยเรื่องเดิมซ้ำไปซ้ำมา ผู้ดูแลจะต้องพูดซ้ำ ๆ สั้น ๆ สื่อสารให้ชัดเจนเพื่อผู้สูงอายุจะได้เข้าใจเรื่องที่จะต้องสื่อสาร ในการดูแลนั้นถ้าผู้ดูแลสามารถเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะยิ่งทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลได้ดีมากขึ้น ซึ่งมีการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในต่างประเทศ

2.5 สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทยและต่างประเทศ

ผู้วิจัยจะมีการนำเสนอ 2 ประเด็น คือ สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย และสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมในต่างประเทศดังนี้

2.5.1 สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย

การศึกษาสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย วิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย ได้แก่ การระบาดวิทยาของภาวะสมองเสื่อม การเข้าถึงบริการทางการแพทย์และเครือข่ายที่ให้การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีรายละเอียดดังนี้

1) การระบาดวิทยาของภาวะสมองเสื่อม

สภาพสังคมไทยในยุคปัจจุบันได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวทำให้จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุและผู้ดูแล โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมมีผลกระทบต่อความจำ ต่อการคิด ต่อพฤติกรรมและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุบางรายมีภาวะอาการทางจิตร่วมด้วย ปัจจุบันมีจำนวนผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมากกว่า 30 ล้านคน และมีการคาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าทุก ๆ 20 ปีที่ผ่านมา ทั้งนี้เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วภาวะสมองเสื่อมเป็นภาระเรื้อรังที่พบมากที่สุดในผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ ภาวะสมองเสื่อมนอกจากจะมีผลกระทบโดยตรงกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลหรือครอบครัวอีกด้วย

โรคสมองเสื่อมส่วนใหญ่เกิดจากความผิดปกติหรือจากการเสื่อมของเซลล์สมอง (Primary dementia) ซึ่งยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) และโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้แก่ โรคเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือดรวมทั้งโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สมองและการทำงานของสมองผิดปกติต่าง ๆ รวมถึงด้านการรับรู้ ดังนั้น โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (Travers CM, Martin-Khan MG, & Lie DC. 2009) โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อม 2.8 เท่า และหากไม่ได้รับการรักษา จะเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อมถึง 4.3 เท่า (Tzourio C et al. 1999 : 10) เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงทำให้มีการเพิ่มขึ้นของเส้นใยคอลลาเจนและการเชื่อมตามขวางของเส้นใยคอลลาเจนกับอีลาสติน จึงส่งผลให้เกิดการหนาและแข็งตัวของผนังหลอดเลือดแดงเพิ่มขึ้น ส่วนปริมาณของอีลาสตินที่ลดลงทำให้มีความต้านทานของหลอดเลือดสูงขึ้นแต่ความยืดหยุ่นนั้นก็กลับลดลงส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้น้อยกว่าปกติจึงเกิดพยาธิสภาพความดันโลหิตสูงจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (Tadic, Cuspid & Hering. 2016 : 208) โรคสมองเสื่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตบุคคลในครอบครัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงประเทศชาติที่ต้องมีการระดมมากขึ้นในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา เยียวยาและการดูแล ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม (Polidori, Nelles & Pientka. 2010 : 1-9) ทำให้ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมเกิดการพึ่งพาผู้ดูแล ถ้าระยะเวลาในการเจ็บป่วยมากขึ้น ภาวะพึ่งพามากขึ้น ในขณะที่เดียวกันผู้ดูแลต้องอยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมตลอด 24 ชั่วโมง

โรคสมองเสื่อมจัดเป็นภาวะสมองเสื่อม (Dementia syndrome) ประกอบด้วยโรคต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ Alzheimer Disease (AD), Dementia with Lewy Bodies (DLB) Frontotemporal Dementia (FTD), Vascular (Multi-infarct) Dementia (VAD) และ Parkinson Disease with Dementia (PDD) พบว่า Alzheimer disease เป็นภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อยที่สุด ประมาณ 60-80% ของผู้ป่วยสมองเสื่อมจะถูกวินิจฉัยว่าเป็น Alzheimer disease จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization. 2012) พบว่า ความชุกและอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมทั่วโลก มีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมประมาณ 24.3 ล้านคน โดยมีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้น 4.6 ล้านคนต่อปี หรือพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 1 รายในทุก ๆ 7 วินาที และคาดการณ์ว่าทุก 20 ปี จะมีปริมาณผู้ป่วยเพิ่มขึ้นถึง 2 เท่า และภายในปี ค.ศ. 2040 จะมียอดผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมรวมกว่า 81.1 ล้านคน ทั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยมีอัตราเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60 ในปี ค.ศ. 2001 เป็นร้อยละ 71 ในปี ค.ศ. 2040 และอัตราการเพิ่มขึ้นไม่มีรูปแบบที่แน่นอน โดยการศึกษาที่คาดการณ์ว่า อัตราการเพิ่มของจำนวนผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้วจะเป็นร้อยละ 100 จากปี ค.ศ. 2001-2040 ในขณะที่ในประเทศอินเดีย จีน เอเชียใต้ และประเทศในแถบฝั่งตะวันตกของมหาสมุทรแปซิฟิกจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 300 ในประเทศไทย พบว่า ความชุกของภาวะสมองเสื่อมอยู่ที่ 1% ในผู้

ที่อายุ 60-64 ปี แต่ความชุกจะเพิ่มเป็น 30% ในผู้ที่อายุมากกว่า 90 ปี จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า Alzheimer disease เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรทั่วโลก จากการศึกษาของ รัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี (2558 : 1) มีการประมาณการค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลผู้ป่วย Alzheimer disease ต่อคนต่อปี สูงถึง 40,000 U.S. dollar โดยการรักษา Alzheimer disease ไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคและไม่ได้ช่วยให้อาการของโรคดีขึ้น แต่ทำได้เพียงชะลอการดำเนินของโรคให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงช้าลงเท่านั้น ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของ Alzheimer disease คือ อายุ กล่าวคือ อายุที่มากขึ้นจะมีโอกาสเป็น Alzheimer disease มากขึ้น และคาดการณ์ว่าอุบัติการณ์และความชุกของ Alzheimer disease จะเพิ่มสูงขึ้นในอนาคตเนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุในอนาคตจะเพิ่มขึ้น การศึกษาทางระบาดวิทยาโรคสมองเสื่อมของ นำพล กิ่งก้าน (2553 : 10) มีดังนี้

1.1) อุบัติการณ์ตามเพศ พบว่า เพศหญิงมีอุบัติการณ์มากกว่าเพศชายในโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ และเพศชายมากกว่าเพศหญิงในโรคสมองเสื่อมจากหลอดเลือด

1.2) ตามช่วงอายุ พบว่า อุบัติการณ์ของโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 2-4 ประชากรอายุ 70-84 ปี พบความชุก ร้อยละ 3.9-20 ประชากรอายุมากกว่า 85 ปีขึ้นไป พบความชุก ร้อยละ 20-40 การประมาณจำนวนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมนั้น ในประเทศสหรัฐอเมริกาคาดว่าในปี ค.ศ. 2047 จะมีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จำนวนมากกว่า 9 ล้านคน และในปี ค.ศ. 2050 จะมีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 11 ถึง 16 ล้านคน เมื่อปี พ.ศ. 2551 จากการศึกษาของ อรพิชญา ไกรฤทธิ์ และสิรินทร ฉันทศิริกาญจน (2555) พบว่า กระทรวงสาธารณสุขได้เคยคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยไว้ว่า มีจำนวนประมาณ 229,000 คน และมีแนวโน้มสูงขึ้นเป็น 450,000 คน และ 1,200,000 คน ในปี พ.ศ. 2563 และในปี พ.ศ. 2593 ตามลำดับ

อย่างไรก็ตามประเทศไทยยังขาดตัวเลขที่แน่นอนเรื่องความชุกและอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมเนื่องจากมีข้อจำกัดหลายประการในการทำการศึกษารวบรวมเรื่องดังกล่าว ไม่ว่าจะเป็นระเบียบวิธีวิจัยที่ต้องใช้กลุ่มประชากรจำนวนมาก ระยะเวลาการศึกษาที่ยาวนาน การเก็บรวบรวมและการรายงานข้อมูลผู้ป่วยในสถานพยาบาลที่ไม่เป็นระบบ ตลอดจนหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคให้ได้ตั้งแต่ระยะต้นของโรคที่ยังไม่ชัดเจนล้วนเป็นปัญหาต่อการศึกษารูปแบบงานวิจัย จากการศึกษาของ WHO Press (2004) ; J Med Assoc Thai (2010 : 224-230 อ้างถึงใน วีรศักดิ์ เมืองไพศาล 2556 : 1) ได้มีการศึกษาด้านความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยของนักวิจัยทั้ง 4 กลุ่ม มีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียดในการศึกษาดังนี้

กัมมันต์ พันธุมจินดา และคณะ (2534) ได้ศึกษากลุ่มผู้สูงอายุในเขตสลัม กรุงเทพมหานคร พบว่า จำนวนผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มี 500 คน อายุส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย 60-64 ปี ร้อยละ 41.0 จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.6 ความสามารถทางสมองบกพร่อง T-MMSE \leq 21 ร้อยละ 58.2 ใช้เกณฑ์ในการวินิจฉัย DSM IIR และความชุกของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 1.8

วรพรรณ เสนาณรงค์ และคณะ 2542) ได้ศึกษากลุ่มผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม ลำปาง สกลนคร ระนอง พบว่า จำนวนผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มี 3,177 คน อายุส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย 60-64 ปี ร้อยละ 32.2 จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.8 ความสามารถทางสมองบกพร่อง T-MMSE \leq 23 ร้อยละ 52.1 ใช้เกณฑ์ในการวินิจฉัย TMSE $<$ 25th percentile and impaired ADLs และความชุกของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 9.9

สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล และคณะ (2544) ได้ศึกษากลุ่มผู้สูงอายุทั่วประเทศ พบว่า จำนวนผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มี 4,048 คน อายุส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย 60-69 ปี ร้อยละ 57.4 อ่านไม่ออก ร้อยละ 28.3 เขียนไม่ได้ ร้อยละ 30.8 ความสามารถทางสมองบกพร่อง CMT $<$ 15 ร้อยละ 16.5 ใช้เกณฑ์ในการวินิจฉัย Low CMT score and impaired self – care ADLs และความชุกของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 3.3

ศุภรัตน์ วังทองคำ และคณะ (2551) ได้ศึกษากลุ่มผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า จำนวนผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มี 706 คน อายุส่วนใหญ่มากกว่า 70 ปี มี 328 คน ศึกษาคนที่อ่านออกเขียนได้เท่านั้น จบในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 91.2 ความสามารถทางสมองบกพร่อง TMSE $<$ 24 : 9.58 ($>$ 45 ปี) ใช้เกณฑ์ในการวินิจฉัย DSM IV, NINDS-AIREN และความชุกของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 3.82 ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มากกว่า 60 ปี

โดยการศึกษาของนักวิจัยทั้ง 4 กลุ่ม มีการศึกษาจากผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป มีระดับการศึกษาพื้นที่ที่ศึกษา จำนวนกลุ่มที่แตกต่างกัน พบว่า ความสามารถทางสมองบกพร่องใกล้เคียงกัน อัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การศึกษาด้านความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย

ชื่อ – สกุล ผู้วิจัย ปีที่ศึกษา	กัมมันต์ พันธุจินดา และคณะ. 2534	วรพรรณ เสนาณรงค์ และ คณะ. 2542	สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล และคณะ. 2544	ศุภรัตน์ วังทองคำ และคณะ. 2551
สถานที่	เขตสลัม ในกรุงเทพมหานคร	นครปฐม ลำปาง สกลนคร ระนอง	ทั่วประเทศ	เชียงใหม่
จำนวนผู้ที่มีอายุ มากกว่า 60 ปี (อายุ%)	500	3,177	4,048	706
60 – 64 ปี	41.0	32.2	60 – 69 ปี : 57.4	45 – 49 ปี : 306
65 – 69 ปี	26.4	27.4	70 – 79 ปี : 31.0	50 – 54 ปี : 276
70 – 74 ปี	17.4	19.9	80 ปีขึ้นไป : 11.6	55 – 59 ปี : 204
75 – 79 ปี	9.0	11.5		60 – 64 ปี : 206

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ชื่อ - สกุล ผู้วิจัย ปีที่ศึกษา	กัมมันต์ พันธุ์จินดา และคณะ. 2534	วรพรรณ เสนาณรงค์ และ คณะ. 2542	สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล และ คณะ. 2544	ศุภรัตน์ วังทองคำ และคณะ. 2551
สถานที่	สลัม ในกรุงเทพมหานคร	นครปฐม ลำปาง สกลนคร ระนอง	ทั่วประเทศ	เชียงใหม่
80 ปีขึ้นไป	6.2	9.1		65 – 69 ปี : 172
				มากกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี : 328
ระดับการศึกษา (%)				
ไม่ได้เรียน	40.8	25.0	อ่านไม่ออก : 28.3	ศึกษาในคนที่อ่าน ออกเขียนได้เท่านั้น
1 – 4 ปี	46.6	68.0	เขียนไม่ได้ : 30.8	
ประถมศึกษา	มากกว่า 4ปี	3.0		91.2
มัธยมศึกษา	11.6%	0		6.5
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า		1.0		ก่อนมหาวิทยาลัย 0.8 มหาวิทยาลัย 1.5
ความสามารถ ทางสมองบกพร่อง	T-MMSE \leq 21 = 58.2%	TMSE \leq 23 = 52.1%	CMT <15 = 16.5%	TMSE <24 : 9.58 (>45 ปี)
เกณฑ์การวินิจฉัย ภาวะสมองเสื่อม	DSM IIR	TMSE <25 th percentile and impaired ADLs	Low CMT score and impaired self-care ADLs	DSM IV, NINDS-AIREN
ความชุกของ ภาวะสมองเสื่อม	1.8%	9.9%	3.3%	2.35% (>45 ปี) 3.82% (>60 ปี)

ที่มา: กัมมันต์ พันธุ์จินดา และคณะ. 2534 ; วรพรรณ เสนาณรงค์ และคณะ. 2542 ; สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล และคณะ. 2544 ; ศุภรัตน์ วังทองคำ และคณะ. 2551 อ้างถึงใน วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. 2556 : 2.

หมายเหตุ : แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม

TMSE : Thai mental state examination

CMT : Chula mental test

ADLs : activities of daily living

DSM : Diagnostic and statistical manual of mental disorders

NINDS-AIREN : National Institute of Neurological Disorders and Stroke and Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences

การศึกษาทางระบาดวิทยาด้านความชุกและอุบัติการณ์ในโรคภาวะสมองเสื่อมมักอาศัยข้อมูลจาก 2 แหล่ง คือ ข้อมูลจากการตรวจทุกบ้านในชุมชน (door-to-door survey) และการอาศัยข้อมูลของระบบลงทะเบียนผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ (registry-based study) ซึ่งทั้ง 2 แบบ มีข้อดีและข้อเสียที่แตกต่างกัน วีรศักดิ์ เมืองไพศาล (2556 : 5-6) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความแตกต่างของผลแหล่งข้อมูลของการวิจัยทางระบาดวิทยา

ความแตกต่าง	Door – to – door survey	Registry-based study
ความแม่นยำของความชุกและอุบัติการณ์	อัตราการเข้าร่วมงานวิจัยมีส่วนในการทำให้ข้อมูลน่าเชื่อถือ	ได้ความชุกและอุบัติการณ์ที่น้อยกว่าความเป็นจริง ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น การเข้าถึงระบบสาธารณสุข คุณภาพเวชระเบียน
ลักษณะผู้ป่วย	ผู้ป่วยตั้งแต่การน้อยจนถึงอาการมาก	ผู้ป่วยอาการมากกว่าและอาจเป็นผู้ป่วยที่มีอาการของโรคที่ไม่ตรงไปตรงมา (Atypical case)
การประยุกต์ใช้	ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้กับประชาชนทั่วไปได้มากกว่า	ข้อมูลที่ได้อาจไม่ตรงกับความเป็นจริง เนื่องจากผู้ป่วยในระบบทะเบียนอาจมีลักษณะที่แตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป
ความถูกต้องของการวินิจฉัยโรค	การวินิจฉัยมีโอกาสผิดพลาดได้มากกว่า	การวินิจฉัยมีความแม่นยำมากกว่า
ความสะดวก	ต้องใช้เวลา กำลังงาน	ใช้เวลา กำลังงานน้อยกว่า
งบประมาณ	ใช้งบประมาณมากกว่า	ใช้งบประมาณน้อยกว่า

ที่มา: กัมมันต์ พันธุ์จินดา และคณะ. 2534 ; วรพรรณ เสนาณรงค์ และคณะ. 2542 ; สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล และคณะ. 2544 ; ศุภรัตน์ วังทองคำ และคณะ. 2551 อ้างถึงใน วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. 2556 : 2.

ปัญหาการศึกษาทางระบาดวิทยาของภาวะสมองเสื่อม

การศึกษาทางด้านระบาดวิทยาของภาวะสมองเสื่อม มีความยากลำบากกว่าการศึกษาทั่วไปและมีประเด็นที่ควรคำนึงถึงดังนี้

(1) เกณฑ์การวินิจฉัยมีการเปลี่ยนแปลงตามเวลาที่ผ่านไป และเกณฑ์การวินิจฉัยในแต่ละการศึกษาอาจแตกต่างกัน

(2) ประชากรที่ศึกษามีความแตกต่างกัน เช่น เกณฑ์การคัดเลือกประชากรเข้าเกณฑ์การคัดเลือกประชากรออก แตกต่างกัน

(3) การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมอาศัยประวัติเป็นสำคัญและผู้ป่วยที่มีสมองเสื่อมหรือมีอาการทางจิตประสาทมักให้ประวัติได้ไม่ดีและบ่อยครั้งที่ไม่สามารถซักประวัติจากคนใกล้ชิดได้ โดยเฉพาะภาวะสมองเสื่อมที่เกิดในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยไม่มีญาติผู้ใกล้ชิดอยู่ด้วยทำให้การซักประวัติการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทำได้ลำบาก

(4) การวินิจฉัยโรคกลุ่มนี้มักต้องใช้เวลาในการทำได้ยากในประชากรจำนวนมาก นอกจากนั้น การวินิจฉัยโรคโดยการประเมินเพียงครั้งเดียว มีโอกาสผิดพลาดได้สูงกว่ามีการติดตามประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ

(5) การวินิจฉัยโรคในกลุ่มนี้ต้องอาศัยการตรวจเพิ่มเติมเพื่อช่วยการยืนยันการวินิจฉัย (Nelson LM และคณะ. 2004 อ้างถึงใน วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. 2556 : 3-4) ซึ่งการตรวจนั้นใช้ค่าใช้จ่ายสูงอาจทำให้ผู้ป่วยลำบากจากการตรวจและเพิ่มภาระงาน โดยที่อาจไม่เปลี่ยนแปลงการรักษา เช่น อาจต้องตรวจทดสอบทางจิตประสาทเพิ่มเติม ตรวจเลือดหรือตรวจภาพถ่ายรังสีสมอง เป็นต้น

(6) การวินิจฉัยที่แน่นอนต้องใช้การตรวจขึ้นเนื้อหลังผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว เช่น โรคอัลไซเมอร์บ่อยครั้งที่การวินิจฉัยโดยผู้เชี่ยวชาญก่อนผู้ป่วยเสียชีวิตไม่ตรงกับการวินิจฉัยหลังการตรวจพยาธิวิทยาหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

(7) การวินิจฉัยในช่วงที่ยังมีชีวิตอยู่มักต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในโรคนั้น ๆ แต่โดยส่วนใหญ่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคมีโอกาสดำเนินการวิจัยทางระบาดวิทยาไม่มาก การวินิจฉัยโดยผู้ประเมินหลายคนอาจทำให้มีความแปรปรวนระหว่างบุคคลได้ (Inter-rater variability) แม้กระทั่งการวินิจฉัยโดยผู้ประเมินคนเดียวกันคนละเวลากันยังอาจมีความแปรปรวนได้ (Intra-rater variability) นอกจากนั้น หลายการศึกษา ยังแสดงให้เห็นว่าแม้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคก็ยังมีโอกาสในการวินิจฉัยโรคกลุ่มนี้ผิดพลาดได้ค่อนข้างมาก

(8) ภาวะสมองเสื่อมที่ยังจัดว่ามีความชุกและอุบัติการณ์น้อยเมื่อเทียบกับโรคอื่น ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง ทำให้ความชุกที่ได้จากการศึกษาในประชากรจำนวนไม่มากนัก อาจคลาดเคลื่อนได้มาก จึงจำเป็นต้องตรวจในประชากรจำนวนมากซึ่งทำให้ทำได้ยากขึ้น

(9) ระยะเวลาที่เริ่มมีป่วยเป็นโรคมักไม่ชัดเจน และขึ้นกับการบอกเล่าของผู้ป่วยหรือญาติเป็นสำคัญ

(10) มีระยะปลอดอาการก่อนเกิดโรคนาน ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าปกติแท้จริงแล้วอาจมีโรค

(11) โรคหลายอย่างมีอาการและอาการแสดงเป็นระยะ ๆ การตรวจประเมินเพียงครั้งเดียวอาจผิดพลาดได้

(12) มีระบบลงทะเบียนผู้ป่วยอย่างเป็นระบบน้อยไม่เหมือนกับบางโรค เช่น โรคมะเร็งและการศึกษาความชุกของโรคโดยดูการลงทะเบียนอย่างเป็นระบบ (Registry based study) ได้ความชุกที่ต่ำกว่าความเป็นจริงเป็นอย่างมากเนื่องจากผู้ป่วยที่อาการน้อยอาจไม่ได้มาพบแพทย์ นอกจากนี้ พบว่าผู้ป่วยจำนวนมากไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือญาติไม่ได้ตระหนักว่าเป็นอาการผิดปกติ เช่น ภาวะสมองเสื่อม

(13) โครงสร้างของประชากรที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ โรคทางระบบประสาทและจิตประสาทจำนวนมากมักพบในผู้สูงอายุทำให้ความชุกและอุบัติการณ์ที่ได้แตกต่างกัน ทั้งที่ความจริงอาจไม่แตกต่าง

สามารถสรุปได้ว่า ในการศึกษาเชิงระบาดวิทยาด้านการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมนั้น จะมีความแตกต่างในหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น รูปแบบงานวิจัยที่มีความแตกต่างกัน กลุ่มประชากรที่ศึกษา การใช้แบบประเมินที่มีความต่างกัน การวินิจฉัยโรคของแพทย์ หรือช่วงเวลาที่ใช้ในการศึกษา เป็นต้น วิธีการที่ได้ข้อมูลนั้นจะมี 2 แบบ คือ เคาะประตูตามบ้านแล้วสำรวจหรืออาศัยข้อมูลจากระบบลงทะเบียนที่มารับการรักษาตามสถานพยาบาล ดังนั้น ข้อมูลจะมีความแตกต่างกันหรือบางข้อมูลก็จะมีใกล้เคียงกัน แต่ทั้งนั้นข้อมูลเหล่านี้สามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเพราะภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชนอีกด้วย เนื่องจากการทราบอุบัติการณ์การเกิดโรคจะนำไปสู่รายละเอียดข้อมูลความเสี่ยงและสาเหตุการเกิดโรคตลอดจนนำไปพัฒนายุทธศาสตร์ในการดูแลป้องกัน และเฝ้าระวังโรคนั้น ๆ ดังนั้น ปัญหาเรื่องโรคอัลไซเมอร์หรือภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ นอกจากจะเป็นสาเหตุของความทุพพลภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมแล้ว ยังเป็นปัญหาใหญ่สำหรับผู้ให้การดูแลเป็นอย่างมาก จึงควรมีการศึกษาทางการแพทย์มากขึ้นทั้งด้านการวินิจฉัยและการเก็บข้อมูลที่เป็นระบบจะทำให้สะท้อนต่อนโยบายของรัฐที่มีต่อผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในอนาคตได้ เพื่อให้เกิดการวางแผนนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยเฉพาะการส่งเสริมให้มีการวินิจฉัยโรคที่รวดเร็วตั้งแต่ระยะแรก (Early diagnosis) เพิ่มความใส่ใจในด้านการฝึกอบรมความรู้ด้านการดูแลตัวผู้ป่วยและสังคมนวมถึงความเพิ่มความเข้มแข็งในระบบสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มแพทย์หรือบุคลากรด้านการแพทย์ปฐมภูมิที่จะมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการดูแลและวินิจฉัยผู้ป่วยเหล่านี้ให้ได้โดยเร็วเนื่องจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านนี้ยังมีน้อยและไม่เพียงพอกับปริมาณผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ดังนั้น การเพิ่มพูนความรู้ความสามารถของบุคลากรด้านนี้ควรมีอย่างต่อเนื่อง การช่วยเหลืออย่างเป็นระบบทั้งในด้านสุขภาพ สังคม การเงิน และกฎหมาย ทั้งในส่วนตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลจะต้องถูกนำมาศึกษาและกำหนดทิศทางให้ชัดเจนตลอดจนการส่งเสริมการศึกษาวิจัยภายในประเทศและการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างองค์กรภายในและต่างประเทศ

2) การเข้าถึงบริการทางการแพทย์

ในปัจจุบันผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่การทำงานของสมองด้านการรู้คิด (Cognitive function) และสติปัญญา (Intellectual function) เสื่อมถอยลงและมีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่เกิดร่วมได้ ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะทุพพลภาพและมีภาวะพึ่งพาซึ่งต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นและต้องการการดูแลและพยาบาลซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัว ผู้ดูแล และระบบบริการสุขภาพ ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญสองในสามของผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคในระดับปฐมภูมิโดยเฉพาะ ร้อยละ 91 ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะแรก จะไม่ได้รับการวินิจฉัย (Valcour VG et al. 2000 : 160) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจะได้รับการวินิจฉัยเมื่อผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง หรือระดับรุนแรงแล้ว ในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชนไม่ได้รับการวินิจฉัยถึง ร้อยละ 95.6 (JitapunkulS, ChansirikanjanaS & Thamarpirat J. 2009 : 47-53) ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่วิกฤตอย่างหนึ่งของประเทศ

จากการศึกษาเอกสารด้านสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมที่มีผู้สูงอายุมารับบริการรักษาในระบบสาธารณสุขตั้งแต่ปี 2558–2559 ในหน่วยงานของกรมสุขภาพจิต และกรมการแพทย์ พบว่า ในปี 2558 มีผู้สูงอายุที่มารับบริการรักษาเกี่ยวกับสมองเสื่อมจากหน่วยงานกรมการแพทย์ จำนวน 3,609 คน จากหน่วยงานกรมสุขภาพจิต จำนวน 7,156 คน และ ในปี 2559 จากหน่วยงานกรมการแพทย์ จำนวน 8,252 คน จากหน่วยงานกรมสุขภาพจิต จำนวน 11,514 คน จะเห็นว่าแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การมารับบริการรักษาในระบบสาธารณสุข

หน่วยงาน	ปี 2558 (คน)	ปี 2559 (คน)
การแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC)	3,609	8,252
กรมสุขภาพจิต	7,156	11,514
รวม	10,756	19,766

ที่มา: ระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต ข้อมูลจากคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC) ข้อมูล ณ วันที่ 11 พ.ศ. 2560

การเข้าถึงระบบการบริการดูแลรักษาในระบบสาธารณสุข พบว่า การเข้าถึงระบบบริการรักษายังมีความล่าช้า เนื่องจากญาติ/ผู้ดูแล/ผู้สูงอายุเองไม่ทราบว่าเป็นการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม เพราะผู้ดูแลไม่สามารถแยกแยะว่าเป็นการเจ็บป่วยด้วยภาวะสูงอายุหรือภาวะสมองเสื่อมที่จำเป็นต้องรักษา ดังนั้น การเข้าถึงระบบบริการรักษาก็ต่อเมื่อผู้สูงอายุมีภาวะที่วุ่นวายหรือสร้างความเดือดร้อน

ให้กับผู้ดูแล โดยเฉพาะการหลงลืมอย่างรุนแรงจนส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุเอง เช่น การเดินออกนอกบ้านแล้วกลับไม่ถูก การรื้อของในบ้านตลอดเวลา บางรายอาจมีอาการทางจิตร่วมด้วย เช่น ระวังกลัวคนจะมาเอาสมบัติ เห็นภาพหลอน เป็นต้น จากพฤติกรรมเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลตัดสินใจพาผู้สูงอายุกลุ่มนี้เข้ารับการรักษาส่งเมื่อได้เข้าสู่กระบวนการรักษาแล้วแพทย์จึงวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม แต่ระยะการดำเนินของโรคจะดำเนินไปในระยะกลางสู่ระยะปลายแล้วจึงเป็นเหตุให้การเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุกลุ่มนี้กลายเป็นกลุ่มที่พึ่งพิงต่อผู้ดูแล/ครอบครัว ในกระบวนการรักษานั้น ทีมให้บริการทางการแพทย์จะให้ความสำคัญกับผู้ดูแลตั้งแต่เริ่มกระบวนการรักษาเพราะการประเมินวินิจฉัยแพทย์ต้องอาศัยประวัติของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ดังนั้น ผู้ดูแลจึงมีความสำคัญอย่างมาก กระบวนการรักษาจำเป็นต้องมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น แพทย์ทางอายุรกรรม แพทย์ทางระบบประสาทและจิตแพทย์ มีทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักกายภาพ นักกิจกรรมบำบัด บุคลากรดังกล่าวนี้จำเป็นต้องได้รับการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม มีการคัดกรองหรือประเมินภาวะสมองเสื่อมตั้งแต่ในระดับชุมชน จะทำให้มีการป้องกันและนำเข้าสู่กระบวนการรักษาได้ทันที่และสามารถทำให้มีการค้นพบผู้ป่วยรายใหม่ที่ยังมีอาการไม่มาก อย่างไรก็ตาม การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งทั้งข้อดีและข้อเสียที่ควรพิจารณา ร่วมกัน ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ข้อดีข้อเสียของการตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อม

ข้อดีของการตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อม	ข้อเสียของการตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อม
1. ได้มีโอกาสในการพูดคุยถึงธรรมชาติของโรคและการพยากรณ์โรค	1. อาจทำให้เกิดความวิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้า
2. ได้มีโอกาสในการวางแผนการสำหรับอนาคต เช่น การดูแลสุขภาพ ความปลอดภัย การเงิน การแสดงเจตนากรณีล่วงหน้าก่อนตาย (Advance directive) และการมอบอำนาจ หรือการตั้งผู้อภิบาล	2. อาจถูกจำกัดหรือกีดกันจากการประกอบธุรกรรมหรือกิจวัตรต่าง ๆ เช่น การเข้าระบบประกันสุขภาพระยะยาว การทำกิจกรรมบางชนิด
3. อาจได้รับประโยชน์จากการใช้ยารักษาสมองเสื่อมในการชะลอการดำเนินโรค	3. อาจได้รับผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาสมองเสื่อมและค่าใช้จ่ายของยาที่สูง
4. อาจค้นพบภาวะสมองเสื่อมที่อาจแก้ไขหรือยับยั้งได้ (Potentially reversible dementia)	4. เวลาและค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองโรคสูง
	5. ลดการมีระบบบริการสุขภาพที่จัดขึ้นสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์งบประมาณและเวลาได้ถูกทุ่มไปในการตรวจคัดกรองโรค

ที่มา: วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. 2556 : 26.

3) เครือข่ายที่ให้การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

เครือข่ายที่ให้การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีทั้งภาครัฐและภาคเอกชน โดยแต่ละหน่วยงานมีการให้บริการแต่ละด้านมีรายละเอียดดังนี้

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (สุวรรณชัย วัฒนา ยิ่งเจริญชัย. 2560 : ออนไลน์) โรคอัลไซเมอร์เป็นสาเหตุสำคัญของกลุ่มอาการสมองเสื่อม โดยพบได้ถึงร้อยละ 60-70 ทุก ๆ 68 วินาที จะมีผู้ป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์เพิ่มขึ้นหนึ่งรายในโลกคาดว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยกว่า 50 ล้านคน เป็นความท้าทายสำคัญของระบบสาธารณสุขโลกในการเตรียมพร้อมรองรับผู้ป่วยโรคนี้ ทุกวันที่ 21 กันยายน ของทุกปี เป็นวันอัลไซเมอร์โลก (World Alzheimer's Day) เพื่อให้ประชาชนและผู้เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงความสำคัญและผลกระทบของโรคนี้ สำหรับในประเทศไทย พบความชุกประมาณร้อยละ 3-5 โดยความชุกจะพบมากขึ้นตามอายุซึ่งอาจพบสูงถึงร้อยละ 30 ในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 85 ปี ในปี 2558 มีผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ ประมาณ 600,000 คน และคาดว่าในปี 2573 จำนวนจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1,117,000 คน กระทรวงสาธารณสุข ได้มอบให้กรมการแพทย์พัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์ ด้านการป้องกัน รักษา และการดูแลระยะยาว เพื่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีเครื่องมือคัดกรองโรคสมองเสื่อม สำหรับผู้สูงอายุ จัดทำคู่มือสำหรับบุคลากรในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิให้สามารถดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ และสมองเสื่อมได้ในชุมชน พัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุสมองเสื่อมในผู้ที่เพิ่งเริ่มมีอาการในระยะต้น เพื่อชะลอโรคให้เป็นสมองเสื่อมช้าลง บูรณาการการป้องกันสมองเสื่อมเข้าไปในแผนงานป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) สุขภาพจิต ผู้สูงอายุและแผนการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพตลอดชีวิต ทั้งนี้ โรคอัลไซเมอร์ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แต่การตรวจพบในระยะเริ่มต้นจะช่วยชะลอความเสื่อมของสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากผู้สูงอายุมีอาการหลงลืม เช่น จำเหตุการณ์หรือคำพูดที่เพิ่งผ่านมาไม่ได้ สับสนเรื่องต่าง ๆ มีปัญหาการพูด ออกนอกบ้านกลับบ้านไม่ถูก ก้าวร้าว ทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้ ตามปกติ ควรรีบพาไปพบประสาทแพทย์หรือแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ การรักษามีแบบประคับประคอง โรคทางกายและปัญหาทางจิต การป้องกันโรคแทรกซ้อน การดูแลบำบัดด้านจิตใจและปัญหาพฤติกรรม ฟื้นฟูสุขภาพกายและจิต สร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เน้นคุณภาพชีวิต โดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วม ปัจจุบันยังไม่มียาเฉพาะมีเพียงการใช้ยาเพื่อเพิ่มระดับสารสื่อประสาทในสมองที่ช่วยเพิ่มความจำให้ดีขึ้น และลดปัญหาด้านพฤติกรรมที่เกิดจากตัวโรค นอกจากนี้ การฝึกบริหารสมอง เป็นประจำจะลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจึงควรหากิจกรรมฝึกความจำให้แก่ผู้สูงอายุให้ได้ใช้สมองในการทำกิจกรรม เช่น การฝึกถามตอบความรู้ทั่วไป เล่นดนตรีไทย วาดภาพ คิดเลข จะช่วยชะลอความเสื่อมของสมองได้ สิ่งสำคัญคือ การดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรคและตัวผู้ป่วย การให้ความรัก ไม่ถือโทษหรือข่มขู่ ให้ความดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด ร่วมมือกับแพทย์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดูแลเรื่องอาหาร ออกกำลังกาย กระตุ้นให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองให้ได้มากที่สุด ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของโรคอัลไซเมอร์ เช่น การสำลักอาหาร อุบัติเหตุ เป็นต้น

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต. 2560 : ออนไลน์) มุ่งมั่นที่จะพัฒนาไปสู่การเป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพจิตชั้นนำในระดับอาเซียนและสนับสนุนให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนในทุกกลุ่มวัย ทั้งในสภาวะปกติและสภาวะวิกฤตเพื่อให้สอดคล้องกับบริบท การพัฒนางานสาธารณสุขของประเทศที่มุ่งเน้น การพัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืนอันจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย ประชาชนมีสุขภาพจิตดี มีความสุข มีนโยบายในเรื่องการพัฒนาตามกลุ่มวัย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ เน้นการเข้าถึงการดูแลสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ โรคเรื้อรัง โรคซึมเศร้าและโรคสมองเสื่อม สำหรับการรักษาภาวะสมองเสื่อมนั้น บางกลุ่มรักษาอาการไม่ได้ แต่ก็มีบางกลุ่มที่สามารถรักษาอาการได้ ถ้าค้นพบสาเหตุได้ชัดเจน การวินิจฉัยโรคที่รวดเร็วและแม่นยำจึงสำคัญยิ่ง ทั้งนี้ สามารถป้องกันได้ โดยบริหารสมอง บริโภคอาหาร รักษาร่างกาย ผ่อนคลายความเครียด บริหารสมองโดยการฝึกทักษะการใช้มือ เท้า และประสาทสัมผัสทั้ง 5 ให้สามารถรับรู้และเคลื่อนไหวในรูปแบบต่าง ๆ ให้ระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาท และสมองส่วนต่าง ๆ ทำงานประสานสัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบ เช่น เดินรำ เล่นหมากรุก หมากล้อม โยคะ รำมวยจีน ต่อจิ๊กซอว์ อ่านหนังสือ เขียนหนังสือ ทำงานบ้านหรืองานอดิเรกที่ชอบ เป็นต้น

บริโภคอาหาร โดยรับประทานอาหารครบหมู่ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลสูง รักษาน้ำหนักตัวไม่ให้เกินเกณฑ์ หลีกเลี่ยงยาหรือสารที่จะทำให้เกิดอันตรายแก่สมอง เช่น การดื่มเหล้าจัดหรือการรับประทานยาโดยไม่จำเป็น เลือกรับประทานอาหารที่บำรุงสมอง เช่น ธัญพืชหรือถั่วผักใบเขียวทุกชนิด ถั่วเหลืองอัลมอนด์ เมล็ดฟักทอง ผลไม้รสเปรี้ยว ปลาทะเลน้ำลึก ปลาทูน่า เป็นต้น

รักษาร่างกาย โดยการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ตรวจสุขภาพประจำปี หรือถ้ามีโรคประจำตัวอยู่เดิมก็ต้องติดตามการรักษาเป็นระยะ หากมีอาการเจ็บป่วยควรปรึกษาแพทย์แต่เนิ่น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เพื่อลดโอกาสเกิดอาการสับสนเฉียบพลัน ที่สำคัญระมัดระวังเรื่องอุบัติเหตุต่อสมอง ระวังการหกล้ม เป็นต้น

ผ่อนคลายความเครียด โดยการหารูปแบบที่เหมาะสมกับตนเองให้มากที่สุดและสามารถนำมาใช้ได้กับชีวิตจริง เช่น การฝึกหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ การฝึกสมาธิ การพูดคุย หรือพบปะผู้อื่นบ่อย ๆ เช่น ไปวัด ไปงานเลี้ยงต่าง ๆ หรือเข้าชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น

ทั้งนี้ เพื่อรองรับปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ กรมสุขภาพจิตได้เตรียมความพร้อมในการให้บริการคลินิกสุขภาพจิตกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ในสังกัดกรมสุขภาพจิต โดยการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและให้การดูแลช่วยเหลือทางสังคมจิตใจแก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่มาใช้บริการในคลินิกป้องกันและดูแลโรคที่ติดต่อเรื้อรัง NCD/คลินิกสูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน การเสริมสร้างสุขภาพทางจิตให้กับผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุโดยพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพจิตตนเองผ่าน

กิจกรรมการสร้างสุข 5 มิติ ร่วมกับหลัก WLWL (Walking Laughing Working Learning) สำหรับผู้สูงอายุที่ติดบ้าน/ติดเตียงมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพจิต และเฝ้าระวังปัญหาภาวะซึมเศร้าผ่านกระบวนการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับตำบล ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครชุมชน เครือข่ายจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care manager, Care giver) สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขให้สามารถดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ตลอดจนให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งปัจจุบันนี้ โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต บางแห่งมีแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเฉพาะทางจิตเวชผู้สูงอายุอยู่แล้ว อาทิ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลศรีธัญญา เป็นต้น นอกจากนี้ ได้ดำเนินการตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มมีปัญหา โดยในกลุ่มเสี่ยงจัดให้มีการคัดกรองผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียงที่มีภาวะซึมเศร้าและให้คำแนะนำในการจัดการตนเองเมื่อเกิดโรคซึมเศร้า เชื่อมโยงกับระบบช่วยเหลือในโรงพยาบาลและจัดโปรแกรมดูแลสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุ ขณะที่กลุ่มมีปัญหาจะมีบริการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคไต โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น และให้บริการดูแลรักษาโรคซึมเศร้าต่อเนื่องที่ได้มาตรฐาน ตลอดจนในปี 2557 มีแผนการดำเนินงานดูแลสังคม จิตใจกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอีกด้วย

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร. 2552 : 8) กรมการแพทย์ สร้างระบบดูแลผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบทแบบบูรณาการ กรมการแพทย์จับมือทุกภาคส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ เน้นความเชื่อมโยงในรูปแบบภาคีเครือข่าย ชุมชน ครอบครัว และการจัดบริการภาครัฐ พร้อมเผยแพร่แบบการดูแลผู้สูงอายุที่หลากหลาย อาทิ การจัดบริการผู้สูงอายุช่วงกลางวัน การจัดหอผู้ป่วยสำหรับผู้สูงอายุ การจัดหน่วยดูแลผู้สูงอายุระยะกลางก่อนส่งกลับบ้าน การจัดหน่วยดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และการจัดทีมติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน รองรับสังคมผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันมีการจัดการระบบบริการดูแลผู้สูงอายุหลายรูปแบบซึ่งมีจุดเด่นและจุดด้อยแตกต่างกัน โดยจะต้องได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและมีการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดบ้านเป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพทำให้ไม่สามารถออกไปใช้ชีวิตในสังคมได้ กลุ่มติดเตียงเป็นผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงต้องรับการรักษาพยาบาลตลอดเวลา และกลุ่มติดสังคมเป็นผู้ที่สามารถเดินเองและใช้ชีวิตในสังคมได้ จะเน้นการดูแลส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้หลักการบริหารจัดการแบบบูรณาการที่มีอยู่ในปัจจุบัน เน้นความเชื่อมโยงในรูปแบบภาคีเครือข่าย ชุมชน ครอบครัว และการจัดบริการภาครัฐ โดยมีศูนย์ประสานงาน Home health care เป็นจุดเชื่อมระหว่างสถานบริการทุกระดับกับชุมชน ทางกรมการแพทย์ได้มีหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ คือ

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ตระหนักถึงความสำคัญในการบริหารจัดการดังกล่าวจึงได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (เขตเมืองและเขตชนบท) เพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ จัดทำคู่มือ/แนวทางการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการและสร้างภาคีเครือข่ายการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการร่วมกับเขตบริการสุขภาพและหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้องตลอดจนพัฒนาระบบการที่จะนำไปสู่การจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการ กรมการแพทย์ จึงต้องประสานเชื่อมโยงความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงระบบโดยเฉพาะส่วนเชื่อมต่อให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยมีสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุเป็นหน่วยงานหลัก มีหน้าที่จัดการความรู้เพื่อนำมาใช้ในระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทย โดยการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญ เช่น สถาบันอุดมศึกษาด้านวิชาชีพสุขภาพ สภาวิชาชีพ สมาผู้สูงอายุ สภาวิจัย สถาบันวิจัยร่วมจัดระบบการบริการต้นแบบ เพื่อการวิจัยการเป็นแหล่งเรียนรู้และประสานกับหน่วยงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุทุกฝ่ายเพื่อนำระบบที่มีคุณภาพไปใช้ในการทำงาน ติดตามประเมินผล และปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง การจัดบริการผู้สูงอายุได้พัฒนาบริการในโรงพยาบาลและหน่วยงานต่าง ๆ ของกรมการแพทย์ เพื่อเป็นต้นแบบและได้จัดตั้งโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี รวมทั้งมีโครงการจัดตั้งสถานพยาบาลต้นแบบที่อาคารกรมการแพทย์ 6 ในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข และจะจัดบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน เพื่อเป็นต้นแบบและเพื่อการวิจัยในโรงพยาบาล สังกัดกรมการแพทย์ รวมทั้งกำหนดขีดความสามารถของโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อจัดเครือข่ายการส่งต่อตาม Service plan และมีการกำหนดโรคสำคัญต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นโรคหัวใจ โรคเส้นเลือดในสมอง โรคข้อเสื่อม เพื่อกำหนดรูปแบบการดูแลรักษาและการส่งต่อผู้ป่วย โดยลงรายละเอียดเฉพาะโรคเพื่อให้มีคุณภาพมากที่สุด ที่ผ่านมามีการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่หลากหลายไปใช้ในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขทั้งในเขตเมืองและชนบทแต่ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ได้แก่ การจัดบริการผู้สูงอายุช่วงกลางวัน การจัดหอบุคลากรสำหรับผู้สูงอายุ การจัดหน่วยดูแลผู้สูงอายุระยะกลางก่อนส่งกลับบ้าน การจัดหน่วยดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และการจัดทีมติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน นอกจากนี้ ได้มีการลงนามความร่วมมือกับสถาบันอุดมศึกษาเพื่อร่วมกันจัดการความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ วิจัย พัฒนาระบบการดูแล และกำหนดแนวทางการผลิตบุคลากรเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล แพทย์แผนไทย ศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งการพัฒนาความรู้ให้แก่อาสาสมัครในชุมชน สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัวที่ต้องรับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน การดำเนินงานของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุเน้นการดูแลในภาพรวมของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม กล่าวคือ โรคที่ป้องกันได้อย่างโรคสมองเสื่อม

ที่เกิดจากหลอดเลือดในสมอง (Vascular dementia) ก็รุนแรงทำให้ประชาชนมีการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม รวมถึงการดูแลบำรุงสุขภาพด้วยอาหารที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์ตั้งแต่ยังไม่ก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุเพื่อลดโอกาสการเป็นโรคสมองเสื่อมเมื่ออายุมากขึ้นนั่นเอง ในส่วนของโรคที่ป้องกันได้เพียงเล็กน้อยด้วยการออกกำลังสมองอย่างโรคอัลไซเมอร์นั้นก็จะเน้นให้ความรู้เพื่อให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการออกกำลังสมองอย่างเป็นประจำและต่อเนื่อง ด้านการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ให้บริการในระดับชุมชนที่เข้าถึงสถานพยาบาลได้ยากกว่าในเขตเมืองนั้น มีการจัดอบรมให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม.) ใช้แบบคัดกรองหาผู้ที่มีแนวโน้มเป็นอัลไซเมอร์ในเบื้องต้นเพื่อส่งต่อเข้าสู่ระบบการตรวจอย่างละเอียดและวินิจฉัยโรคต่อไป นอกจากนี้ ยังมีภาพที่น่าจะให้เห็นกันในอีก 5-6 ปีข้างหน้า ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ก็คือ การให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ กับผู้ดูแลซึ่งตามแผนจะแบ่งเป็น 2 ส่วน ด้วยกัน ได้แก่ ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal caregivers) คือ ผู้ดูแลที่เป็นลูกหลานหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยเอง และผู้ดูแลแบบเป็นทางการ (Formal caregivers) คือ ผู้รับจ้างดูแล ด้านผู้รับจ้างดูแลนั้นรัฐบาลจะมีบทบาทเป็นผู้ควบคุมติดตามและประเมินผลการดำเนินการ ให้บริการของเอกชนโดยกำหนดเป็นมาตรฐานต่าง ๆ ไว้ซึ่งอาจจะต้องแบ่งเป็นหลายระดับเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงอย่างเช่นในต่างจังหวัด ก็อาจจะต้องมีหลักสูตรอบรมผู้ดูแลในท้องถิ่นและอาจจะมีการใช้สถานีนามัยเป็นเสมือนบ้านที่ดูแลกันเองในชุมชนเป็นที่พึ่งของผู้ป่วยที่ถูกทอดทิ้งหรือไม่มีผู้ดูแลเป็นต้น

มูลนิธิโรคอัลไซเมอร์แห่งประเทศไทย (นันทิกา ทวิชาชาติ. 2552 : 9) มีวัตถุประสงค์คือ สนับสนุนและส่งเสริมการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์ที่นำไปสู่การรักษาโรคอัลไซเมอร์ที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เป็นศูนย์กลางในการประสานงานของหน่วยงาน องค์กร และสถาบันต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ ในการระดมทุนเพื่อการศึกษาวิจัยและการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ เป็นศูนย์กลางการแลกเปลี่ยนข้อมูลและองค์ความรู้โรคอัลไซเมอร์และช่วยเหลือผู้ป่วยอัลไซเมอร์ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมไทยอย่างปกติสุขและร่วมมือกับสถาบันหรือองค์กรอื่น ๆ เพื่อการกุศลหรือสาธารณะประโยชน์ โดยไม่เกี่ยวข้องกับการเมือง มีการจัดอบรมพยาบาลของศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 68 แห่ง ที่กรุงเทพมหานคร ในการคัดกรองความจำผู้สูงอายุโดยใช้แบบสอบถามที่เป็นแบบคัดกรองมาตรฐาน “แบบสอบถามตรงนี้จะตัดคะแนนออกมาได้ว่าเป็นผู้ที่มีความจำปกติ มีความจำบกพร่องแบบอ่อน ๆ หรือเป็นอัลไซเมอร์แล้วถ้ายังมีความจำปกติอยู่ก็จะให้ความรู้และการป้องกัน มีการแนะนำให้ไปตรวจทุก 6 เดือน เพราะถ้าความจำบกพร่องแบบอ่อน ๆ นี้ก็หายไปเป็นโรคอัลไซเมอร์ ถ้าเจอได้เร็วรักษาเร็ว ทำให้สภาวะสมองของผู้ป่วยเสื่อมถอยช้าลง” โครงการนี้จะขยายไปทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2553 โดยร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข ทำการอบรมพยาบาลในสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีที่กระจายอยู่ในพื้นที่ต่าง ๆ เกือบ 100 แห่ง ให้ใช้แบบสอบถามเพื่อคัดกรองความจำผู้สูงอายุด้วย ยิ่งไปกว่านั้น

มูลนิธิยังมีโครงการที่จะสร้าง Day care หรือสถานรับดูแลช่วงกลางวันสำหรับผู้ป่วยอัลไซเมอร์ โดยเฉพาะเป็นแห่งแรกของประเทศไทยด้วย

สมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย (The Dementia Association of Thailand : ออนไลน์) เป็น “สมาคมลูก” แยกตัวออกจากสมาคมแม่ คือ สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย แยกออกมาเพื่อช่วยสมาคมแม่ตั้งรับและเปิดแนวรุกเพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในคนไทยซึ่งนับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้นทุกปี ๆ เนื่องจากค่าอายุเฉลี่ยของประชากรไทยสูงขึ้นเรื่อย ๆ อย่างต่อเนื่อง จนปัจจุบันเกิน 70 ปี ค่า Mean ของการพบภาวะสมองเสื่อมในคนไทย ทั้งเพศชายและหญิง ชมรมโรคสมองเสื่อมไทยได้เริ่มก่อตั้งขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2545 และปัจจุบันได้รับอนุญาตจดทะเบียนเป็นสมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย มีวัตถุประสงค์ คือ

(1) บำรุงและส่งเสริมวิชาการด้านสมองเสื่อมในประเทศไทย เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ ประชาชน และญาติผู้ป่วย ได้รับความรู้ความเข้าใจโรค มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

(2) ส่งเสริมพัฒนา และเผยแพร่การศึกษา ค้นคว้าวิจัย ด้านภาวะสมองเสื่อม

(3) ร่วมมือกับองค์กรทั้งในประเทศและต่างประเทศในการพัฒนาทางวิชาการอันเกี่ยวข้องกับภาวะหรือโรคสมองเสื่อม

(4) ส่งเสริมพัฒนาและทำนุบำรุง การแพทย์ การสาธารณสุขและสิทธิประโยชน์ เพื่อผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ญาติ และภาคสังคมในประเทศไทยที่เกี่ยวข้อง

ชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย พยาบาลเป็นบุคลากรที่เป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเห็นความก้าวหน้าของภาวะสมองเสื่อมที่ผู้ป่วยประสบ สามารถให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้อย่างทันที่ ประกอบกับเป็นบุคลากรที่มีจำนวนมากที่สุดในทีมสุขภาพสามารถพัฒนาศักยภาพของครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตราและสามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยแบบครบวงจรได้ ดังนั้น พยาบาลกลุ่มหนึ่งได้ตระหนักถึงปัญหาสำคัญเหล่านี้โดยการสนับสนุนของ แพทย์หญิงสิรินทร ฉันทศิริกาญจน นายกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จึงได้ก่อตั้งชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย (Thai Nurses Society for People with Dementia) โดยคณะผู้ร่วมก่อตั้งชมรมมีการประชุมครั้งแรก เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ. 2555 ที่โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วัตถุประสงค์ของชมรม คือ

(1) เป็นศูนย์กลางพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อม

(2) เป็นศูนย์กลางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อม

(3) สร้างเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อม

(4) เผยแพร่ความรู้ความเข้าใจในการพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมสู่สังคม

- (5) สนับสนุนการสร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อม
- (6) ให้คำปรึกษา แนะนำ ช่วยเหลือ และเสริมสร้างขวัญและกำลังใจแก่สมาชิกในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
- (7) ประสานงานและให้ความร่วมมือกับองค์กรต่าง ๆ ทั้งด้านวิชาการ วิจัย และการบริการวิชาการในเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งในและต่างประเทศ ทั้งนี้โดยไม่เกี่ยวข้องกับการเมือง
- สรุปได้ว่าหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทยมีทั้งหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน มีเป้าหมายร่วมกัน คือ การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น พร้อมทั้งให้การดูแลผู้ดูแลหรือครอบครัว โดยมีการจัดการอบรมให้ความรู้ และในชุมชนได้มีการรณรงค์ให้เกิดการคัดกรองในชุมชน สามารถสรุปการให้บริการ ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 เครื่องข่ายที่ให้การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

หน่วยงาน	ประเภทหน่วยงาน		วัตถุประสงค์	การบริการ
	รัฐบาล	เอกชน		
1. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	✓		รณรงค์ให้ประชาชนมีการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม	เน้นให้ความรู้เพื่อให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการออกกำลังกายอย่างเป็นประจำและต่อเนื่อง ด้านการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ให้บริการในระดับชุมชน
2. มูลนิธิโรคอัลไซเมอร์แห่งประเทศไทย		✓	การอบรมพยาบาลในสถานเอนาเมย์	การอบรมพยาบาลของศูนย์บริการสาธารณสุข ทั้ง 68 แห่ง ทั่วกรุงเทพฯ
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	✓		พัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์ด้านการป้องกันรักษาและการดูแลระยะยาวเพื่อผู้สูงอายุสมองเสื่อม	จัดทำคู่มือสำหรับบุคลากรในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิให้สามารถดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์และสมองเสื่อมได้ในชุมชน พัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุสมองเสื่อม ในผู้ที่เพิ่งเริ่มมีอาการในระยะต้น เพื่อชะลอโรคให้เป็นสมองเสื่อมช้าลงโดยบูรณาการการป้องกันสมองเสื่อมเข้าไปในแผนงานป้องกันและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

ตารางที่ 10 (ต่อ)

หน่วยงาน	ประเภทหน่วยงาน		วัตถุประสงค์	การบริการ
	รัฐบาล	เอกชน		
4. สมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย		✓	<p>1) บำรุงและส่งเสริมวิชาการด้านสมองเสื่อมในประเทศไทย เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ ประชาชนและญาติผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจโรคมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>2) ส่งเสริมพัฒนา แลกเปลี่ยน การศึกษาค้นคว้าวิจัย ด้านภาวะสมองเสื่อม</p> <p>3) ร่วมมือกับองค์กรทั้งในประเทศและต่างประเทศ ในการพัฒนาทางวิชาการอันเกี่ยวข้องกับภาวะหรือโรคสมองเสื่อม</p> <p>4) ส่งเสริมพัฒนาและทำนุบำรุง การแพทย์ การสาธารณสุข และ สิทธิประโยชน์เพื่อผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ญาติและภาคสังคม ในประเทศไทยที่เกี่ยวข้อง</p>	ตั้งรับและเปิดแนวรุก เพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในคนไทย
ชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย		✓	<p>1) เป็นศูนย์กลางพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อม</p> <p>2) เป็นศูนย์กลางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อม</p> <p>3) สร้างเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อม</p> <p>4) แลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจในการพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมสู่สังคม</p> <p>5) สนับสนุนการสร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมทางการแพทย์ผู้ป่วยสมองเสื่อม</p>	อบรมพยาบาล

ตารางที่ 10 (ต่อ)

หน่วยงาน	ประเภทหน่วยงาน		วัตถุประสงค์	การบริการ
	รัฐบาล	เอกชน		
			6) ให้คำปรึกษา แนะนำ ช่วยเหลือและเสริมสร้างขวัญและกำลังใจแก่สมาชิกในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 7) ประสานงานและให้ความร่วมมือกับองค์กรต่าง ๆ ทั้งด้านวิชาการ วิจัย และการบริการวิชาการในเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งในและต่างประเทศ ทั้งนี้โดยไม่เกี่ยวข้องกับการเมือง	
กรมสุขภาพจิต	✓		“ประชาชนมีสุขภาพจิตดี มีความสุข”	การคัดกรองภาวะซึมเศร้าและให้การดูแลช่วยเหลือทางสังคมจิตใจแก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่มาใช้บริการในคลินิก NCD/คลินิกสูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนการเสริมสร้างสุขภาพทางจิตให้กับผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุโดยพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพจิตตนเองผ่านกิจกรรมการสร้างสุข 5 มิติ ร่วมกับหลักWLWL (Walking Laughing Working Learning) สำหรับผู้สูงอายุที่ติดบ้าน/ติดเตียงมุ่งเน้นการ

2.5.2 สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมในต่างประเทศ

1) การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในสาธารณรัฐเกาหลี

มีโครงการตรวจภาวะสมองเสื่อมในระยะแรกเริ่ม (Early dementia detection project) (Adelina Comas-Herrera & Martin Knapp. 2016 : 100) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม และสมาชิกในครอบครัวโดยการดำเนินการตรวจสอบภาวะสมองเสื่อมสำหรับคนอายุ 60 ปี หรือมากกว่าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

และทำให้การตรวจหาโรคและรักษาภาวะสมองเสื่อมตั้งแต่ระยะแรกเริ่มรวมถึงการมีโครงการสนับสนุนทางการเงินสำหรับการรักษาภาวะสมองเสื่อมและการจัดการ (Financial support project for dementia treatment and management) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการของภาวะสมองเสื่อมหรือการป้องกันการเสื่อมสภาพซึ่งส่งผลให้เกิดอาการที่รุนแรงขึ้น โดยการรักษาภาวะสมองเสื่อมในเวลาเร็วที่สุดเพื่อวัตถุประสงค์ที่ดีที่สุดของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี หน่วยงานหลักในการดูแล คือ กระทรวงสุขภาพและสวัสดิการ (Ministry of Health and Welfare) ด้วยความเข้มแข็งในวัฒนธรรมความกตัญญูจนทำให้เกิดการไม่เข้าถึงบริการหรือไม่ยินดียินยอมรับบริการจากรัฐจึงต้องมีมาตรฐานการดำรงชีวิตกลุ่มที่มีบทบาทมาก คือ องค์กรพัฒนาเอกชนที่เข้ามากำหนดนโยบายและโครงการสำหรับผู้สูงอายุ ผสมผสานงานบริการสุขภาพกับการบริหารส่วนท้องถิ่นคล้ายกับการกระจายอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขไทย มีกิจกรรมการจรรโลงวัฒนธรรม การยกย่องลูกตัวอย่าง ครอบครัวตัวอย่าง นอกจากนี้ ยังควบคุมคุณภาพของ Nursing home และสถานพยาบาลที่ดำเนินการโดยเอกชนในส่วนของบริการดูแลระยะยาว มีโรงพยาบาลเฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไปมีบริการรักษาโรคเรื้อรังและ Nursing home ส่วนชุมชนให้บริการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันบ้านพักระยะสั้น และพยาบาลเยี่ยมบ้าน

2) การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในประเทศญี่ปุ่น

ประเทศญี่ปุ่นมีสัดส่วนประชากรสูงอายุ 65 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 25 ในการดูแลผู้สูงอายุนั้นจะมีการเชื่อมโยงกับหน่วยบริการอื่น ๆ ในชุมชน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล สวัสดิการแรงงาน พัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ให้ประชากรมีชีวิตที่ยืนยาว และได้รับการจ้างงาน สร้างชีวิตให้มีคุณค่า ปัจจุบันมีจำนวนผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงและป่วยเป็นสมองเสื่อมจำนวนมากเป็นภาวะพึ่งพิงผู้อื่นและต้องการการดูแลระยะยาว ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุ คือ ประเด็นที่ยิ่งใหญ่สำหรับการมีชีวิตในวัยสูงอายุของคนในประเทศญี่ปุ่น โครงสร้างการประกันสุขภาพและการดูแลระยะยาว ประกอบด้วย

- 2.1) การบริการระยะยาวที่บ้านและการบริการที่ใกล้ชิดกับชุมชน
- 2.2) การบริการสิ่งสนับสนุน และ
- 2.3) การบริการเชิงป้องกัน

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล (2559: 1-2) กล่าวถึง การบริการของระบบประกันการดูแลระยะยาวในประเทศญี่ปุ่น (Long term care insurance) มี 2 ส่วน ได้แก่

1. Institutional care ได้แก่ Nursing home, Elderly health facility และโรงพยาบาล ผู้สูงอายุโดยทั่วไปจะให้การดูแลไม่เกิน 3 เดือน แล้วหลังจากนั้นต้องไปอยู่ที่ Home care services

2. Home care services ประกอบไปด้วย
 - Respite care สำหรับพักชั่วคราว

- Visiting service ได้แก่ Visiting help service, Visiting nurse, Visiting bathing service และ Visiting rehabilitation
- Day service, Day care service และ Short stay
- Part-house reconstruction
- Group home
- Private residential home
- อื่น ๆ ได้แก่ Welfare goods เป็นคลังอุปกรณ์ เช่น รถเข็นนั่ง ราวจับ อุปกรณ์เสริมในห้องน้ำ

ประเทศญี่ปุ่นมีการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม (สมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย. 2559 : 2-3) ทำโดยรัฐบาลและรัฐบาลท้องถิ่นร่วมกันโดยอบรมผู้ป่วยทั้งที่ในโรงพยาบาลและที่คลินิกครอบครัวผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในระบบการดูแลนักเรียน นักศึกษา จิตอาสา Dementia supporter เจ้าของร้านค้า ตำรวจ เป็นต้น มีการดูแลเป็นระบบที่ชัดเจนทั่วประเทศ เช่น ตำรวจจะได้รับการสอนให้ทราบว่าผู้ป่วยรายใดน่าจะสมองเสื่อมหากพบผู้ป่วยหลงทางและคิดว่าเป็นสมองเสื่อมจะต้องทราบและนำไปส่งได้ หรือผู้ป่วยสมองเสื่อมในท้องที่ใดหลงทางออกจากบ้านจะมีการแจ้งเข้าระบบ E-mail ของจิตอาสา และ Dementia supporter ในท้องที่นั้นให้ช่วยกันตามหาและนำส่งสถานี่ตำรวจหรือศูนย์ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในพื้นที่ นอกจากนี้ เจ้าของร้านหรือพนักงานขายของที่ร้านจะต้องทราบการพูดคุยและการจัดการกับกรณีผู้ป่วยสมองเสื่อมมาซื้อของที่ร้านได้ สำหรับด้านการแพทย์ เช่น Advanced imaging techniques ในการช่วยการวินิจฉัยโรค (SPECT, PET, amyloid PET, tau PET) มี Biomarker ต่าง ๆ ทั้งในเลือดและในน้ำไขสันหลังรวมถึงการตรวจทางพันธุกรรม การวิจัยทางวิทยาศาสตร์ ฟรีคลินิก การใช้อุปกรณ์หุ่นยนต์ช่วยในการดำเนินชีวิตอย่างปลอดภัย สำหรับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมทางรัฐบาลญี่ปุ่นมีการนำแนวคิดให้ครอบครัวและชุมชนเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยรัฐบาลให้ทุกชุมชนมี Dementia care path ในชุมชน ซึ่งคาดว่าจะในอีก 2-3 ปี จะมีทั่วประเทศ คือ

1. Reminiscence center ในชุมชนโดยการจัดพิพิธภัณฑ์ของเก่าให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมในการระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีต
2. Dementia coffee shop เป็นร้านกาแฟที่ผู้ป่วยและครอบครัวมานั่งคุยกันเป็นกลุ่ม โดยอาจมีผู้นำกลุ่มเป็นนักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด จิตอาสา หรือนักเรียน นักศึกษาที่ได้รับการฝึกอบรมมา มีการจัด 1 ครั้งต่อเดือน ในชุมชน

ซึ่งแนวคิดนี้จะไม่มีการส่งผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไปอยู่สถานสงเคราะห์หรือโรงพยาบาล คนญี่ปุ่นจึงมีการส่งเสริมการอยู่อาศัยที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในชุมชน เช่น โครงการที่เป็นมิตรกับผู้ป่วยสมองเสื่อมเพราะผู้ป่วยโรคนี้ยังคงต้องการเพื่อน โดยได้รับการสนับสนุนจาก

รัฐบาลญี่ปุ่นให้ดำเนินการในทุกชุมชนทั่วประเทศโดยมีการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น จัดแข่งขันกีฬาซอฟต์บอลสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม จัดตั้งเป็นร้านกาแฟ Dementia (Café' Dementia) สำหรับเป็นแหล่งพบปะสังสรรค์กันโดยเฉพาะ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) โดยให้ผู้เข้าประชุมได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผู้ป่วยขาดการติดต่อกับสังคมรวมทั้งให้ความรู้และลดทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยสมองเสื่อมและยังมีโครงการรับสมัครบุคคลทั่วไป ทั้งวัยรุ่นและผู้สูงอายุที่อาสาทำหน้าที่เป็นเพื่อนกับผู้ป่วย จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและการดูแลผู้ป่วย ผู้ที่ผ่านการอบรมสามารถอาสาไปพูดคุยเป็นเพื่อนกับผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชน และชวนทำกิจกรรมง่าย ๆ ที่ไม่จำเป็นต้องใช้ทักษะทางการแพทย์ เช่น อ่านหนังสือ เล่นเกมส์ ร้องเพลง เล่นดนตรี เป็นต้น มีบริการให้เช่าที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคความจำเสื่อม ซึ่งมีลักษณะเป็นอพาร์ทเมนต์แต่ละชั้นประกอบไปด้วย 8 ยูนิต ผู้สูงอายุจะประกอบอาหารเช้า กลางวันด้วยตัวเองและรับประทานอาหารด้วยกัน โดยการช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่ ห้องครัว และห้องอาหารจะใช้ร่วมกัน ผู้สูงอายุจะต้องรับผิดชอบในการทำความสะดวกบริเวณที่พักของตนเองและเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้นเท่าที่สามารถจะทำได้ โดยการดูแลของเจ้าหน้าที่ ผู้สูงอายุสามารถนำเฟอร์นิเจอร์มาใช้ได้เท่าที่พื้นที่มีให้ในแต่ละยูนิต ห้องนอนจะเป็นห้องสไตล์ญี่ปุ่นและมีห้องน้ำส่วนตัว (ภุขงค์ เสนานุช และกรรณิกา ขวัญอารีย์. 2552)

3) การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในประเทศแคนาดา

ประเทศแคนาดา มีจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี (Adelina Comas-Herrera & Martin Knapp. 2016 : 84) จึงมีการจัดตั้งสมาคมโรคอัลไซเมอร์แห่งชาติใน ค.ศ. 2016 ระบบการดูแลสุขภาพในประเทศแคนาดาจะมีโรงพยาบาลหรือศูนย์บริการทางการแพทย์ที่ให้การรักษาเรื่องโรคสมองเสื่อมที่มีโปรแกรมการรักษาในโรงพยาบาล การดูแลที่บ้าน และให้การรักษาร่วมกับผู้สูงอายุที่ต้องการมีการดูแลในระยะยาว สำหรับการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและครอบครัวจะมีนโยบายการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลระยะยาว มีโปรแกรมการบริการที่บ้านและในชุมชน มีการลดหย่อนภาษีให้กับผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม และมีโปรแกรมการประกันภัยจ้างงานให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม (Adelina Comas-Herrera & Martin Knapp. 2016 : 84-87)

4) การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในประเทศอินโดนีเซีย

ประเทศอินโดนีเซียมีประชากรมากเป็นอันดับ 4 ของโลก (Adelina Comas Herrera & Martin Knapp. 2016 : 91) ในปี 2015 มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม โดยเฉพาะการเจ็บป่วยเป็นอัลไซเมอร์ ประเทศอินโดนีเซียมีประชากรที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ มากกว่า 556,000 คน และแนวโน้มในปี 2030 จะมีประชากรป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ใกล้เคียงประมาณ 2.3 ล้านคน ซึ่งอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมดังนี้

- ตระหนักในเรื่องสุขภาพ ส่งเสริมการดูแลสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ
- ให้การพิทักษ์สิทธิกับบุคคลที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมและครอบครัว
- การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการที่มีคุณภาพ
- ป้องกันและวินิจฉัยโรคเร็วขึ้น และมีบริการในการดูแลแบบองค์รวม
- มีงานวิจัยเรื่องโรคสมองเสื่อมรองรับ

ในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมนั้น ทางรัฐบาลจะให้ความสำคัญกับครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมโดยจะมีการจัดตั้งกลุ่มสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมซึ่งจะมีการแลกเปลี่ยนข่าวสารด้านความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมและวิธีการในการดูแล (Adelina Comas-Herrera & Martin Knapp. 2016 : 92-96)

การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในต่างประเทศ พบว่า เรื่องสมองเสื่อมถูกจัดลำดับเป็นเรื่องสำคัญในระดับประเทศ มีนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมชัดเจน มีการร่วมมือระหว่างรัฐบาลหลักของประเทศ รัฐบาลท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายภาคประชาชน ตำรวจ ภาคธุรกิจ เป็นต้น มีการจัดบริการทางการแพทย์ในเชิงรุก เพื่อให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเข้าถึงบริการทางการแพทย์มากขึ้น คัดกรองภาวะสมองเสื่อมให้กับผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม และคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ มีการจัดระบบสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม คือ โครงสร้างประกันสุขภาพและการดูแลระยะยาว มีการจัดโรงพยาบาลเฉพาะทางสำหรับบริการรักษาโรคเรื้อรัง และมี Nursing home และให้การรักษาฟรีกับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมที่ต้องมีการดูแลระยะยาว มีการลดหย่อนภาษีให้กับผู้ดูแล ที่ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม มีการพิทักษ์สิทธิกับบุคคลที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม ในขณะเดียวกันได้มีการให้ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมกับประชาชนทุกระดับ ทุกอาชีพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมได้ มีการจ้างงานให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีงานทำในชุมชน เป็นการเสริมคุณค่าให้กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมด้วย ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมในต่างประเทศ

ประเทศ	หัวข้อ			
	แนวคิด	องค์กรที่เกี่ยวข้อง	การบริการ	สวัสดิการ
เกาหลี	-	- กระทรวงสุขภาพและสวัสดิการ - องค์กรเอกชน - องค์กรส่วนท้องถิ่น	- คัดกรองภาวะสมองเสื่อมสำหรับคน อายุ 60 ปี - โครงการสนับสนุนทางการเงินสำหรับการรักษาภาวะสมองเสื่อม และการจัดการ	-

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ประเทศ	หัวข้อ			
	แนวคิด	องค์กรที่เกี่ยวข้อง	การบริการ	สวัสดิการ
			<ul style="list-style-type: none"> - สถานบริการที่ดูแลแบบระยะยาว - โรงพยาบาลเฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุ - Nursing home 	
ญี่ปุ่น	ให้ครอบครัวและชุมชนเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุกันเอง	-	การเชื่อมโยงกับหน่วยบริการอื่น ๆ ในชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> - จ้างงาน - โครงการการประกันสุขภาพและการดูแลระยะยาว - การส่งเสริมการอยู่อาศัยที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในชุมชนโครงการรับสมัครบุคคลทั่วไป ทั้งวัยรุ่น และผู้สูงอายุที่อาสาทำหน้าที่เป็นเพื่อนกับผู้สูงอายุ
แคนาดา		สมาคมโรคอัลไซเมอร์แห่งชาติ	ศูนย์บริการทางการแพทย์ที่ให้การรักษาเรื่องโรคสมองเสื่อม	<ul style="list-style-type: none"> - มีนโยบายการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลระยะยาว - มีโปรแกรมการบริการที่บ้านและในชุมชน - มีการลดหย่อนภาษีให้กับผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม - และมีโปรแกรมการประกันภัยจ้างงานให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ประเทศ	หัวข้อ			
	แนวคิด	องค์กรที่เกี่ยวข้อง	การบริการ	สวัสดิการ
อินโดนีเซีย	<p>- ตระหนักในเรื่องสุขภาพ ส่งเสริมการดูแลสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ</p> <p>- รัฐบาลจะให้ความสำคัญกับครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม</p>		<p>- ให้การพิทักษ์สิทธิ์กับบุคคลที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมแลครอบครัว</p> <p>- การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการที่มีคุณภาพ</p> <p>- ป้องกันและวินิจฉัยโรคเร็วขึ้น และมีบริการในการดูแลแบบองค์รวม</p> <p>- มีงานวิจัยเรื่องโรคสมองเสื่อมรองรับจัดตั้งกลุ่มสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม</p>	

2.6 แนวคิดเครือข่ายทางสังคม

2.6.1 คำนิยามเครือข่ายทางสังคม

เครือข่ายทางสังคม เป็นการติดต่อสัมพันธ์กับคน หรือในองค์กรทั้งแนวตั้งและแนวนราบแต่ละแนวทางการพัฒนาจะมีทรัพยากรที่จะดำเนินงานตามที่องค์กรของตนจะได้รับประโยชน์หรือทำให้รัฐบาล องค์กร และชุมชนรับฟังข้อเสนอแนะขององค์กรของตนได้อยู่แล้ว เมื่อมีปัญหาในการดำเนินงานทางเครือข่ายทางสังคมสามารถช่วยแก้ไขปัญหาได้ด้วยการเปิดโอกาสให้บุคคลและองค์กรได้แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารรวมทั้งบทเรียนและประสบการณ์กับบุคคลหรือองค์กรที่อยู่นอกหน่วยงานหรือองค์กรของตนและให้ความร่วมมือซึ่งกันและกันตลอดจนทำความเข้าใจแนวคิดเครือข่ายทางสังคมจะได้กล่าวถึงคำนิยาม องค์กรประกอบ ระดับ ประเภท และรูปแบบเครือข่ายทางสังคมในลำดับต่อไป

มนุษย์เป็นสัตว์สังคมที่มีความต้องการตามธรรมชาติที่จะอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่มเป็นชุมชน และสังคม การอยู่ร่วมกันของมนุษย์เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้สามารถดำรงชีวิตและเผ่าพันธุ์ให้อยู่รอดได้ในโลก มนุษย์จึงต้องมีการปะทะสังสรรค์หรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีการพึ่งพาอาศัยกัน เอกลักษณ์ของสังคมไทย คือ “การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน” (วันทนี วาสิกะสิน, สุรางค์รัตน์ วตินารมย์ และกิติพัฒน์ นนทปัทมกุล. 2538 : 97-98) การมีน้ำใจใส่ใจที่จะช่วยเหลือผู้ตกทุกข์ได้ยากซึ่งเป็นวัฒนธรรมของสังคมไทยที่มีมาแต่อดีต ในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมนั้นยังจำเป็นต้องมีการติดต่อกับบุคคลอื่นเพื่อขอความช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ในด้านต่าง ๆ ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น นอกจากขอความช่วยเหลือภายในครอบครัวแล้วจึงต้องรู้จักหน่วยงานต่าง ๆ ในสังคมที่เป็นเครือข่าย ในการให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งการรู้จักหรือขอความช่วยเหลือจากแหล่งต่าง ๆ ถือว่าเป็นเครือข่ายแบบหนึ่ง เครือข่ายเป็นรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างหนึ่งที่แตกต่างไปจากกลุ่มโดยที่กลุ่มจะมีขอบเขตที่ชัดเจน รู้ว่าใครเป็นสมาชิก ใครไม่ใช่สมาชิก มีความเป็นรูปธรรม มองเห็นได้ มีโครงสร้างทางสังคมในระดับหนึ่ง แต่เครือข่ายเป็นรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่มีขอบเขต การเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกเครือข่ายอาจจะมองเห็นและมองไม่เห็นเป็นรูปธรรมก็ได้ สาระของการเชื่อมโยงระหว่างกันที่จะช่วยให้มองเห็นรูปธรรมของเครือข่ายมี 3 ลักษณะ คือ เครือข่ายการแลกเปลี่ยน เครือข่ายการติดต่อสื่อสาร และเครือข่ายความสัมพันธ์ในการอยู่ร่วมกัน เครือข่ายไม่มีโครงสร้างที่แน่นอนตายตัวอาจมีการออกแบบโครงสร้างขึ้นมาทำหน้าที่สานความสัมพันธ์ระหว่างคน/กลุ่มองค์กรให้ต่อเนื่อง แต่ในเครือข่ายไม่มีใครบังคับให้ใครทำอะไรได้ แต่ละคน/กลุ่มองค์กรต่างก็เป็นศูนย์กลางของเครือข่ายได้เท่า ๆ กัน ดังนั้นรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมของเครือข่ายจึงมีความซับซ้อนกว่ากลุ่ม/องค์กรมากนัก (Boissevain and Mitchell. 1973)

Maguire (1983 : 119) กล่าวว่า การที่บุคคลมาสัมพันธ์กันเป็นเครือข่ายทางสังคม มีวัตถุประสงค์เพื่อดำรงไว้ซึ่งสถานภาพทางสังคมของตนเอง การตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร ด้านการจัดการเพื่อให้ได้รับข้อมูลความรู้เพิ่มเติม และเพื่อการได้เข้าสู่สังคมใหม่ ๆ ซึ่งก็คือ การสนับสนุนทางสังคม หรือการเกื้อกูลกันทางสังคม

สนธยา พลศรี (2550 : 207) ให้ความหมายของเครือข่ายว่า หมายถึง ความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงระหว่างสมาชิกซึ่งอาจจะเป็นบุคคลต่อบุคคล บุคคลต่อกลุ่ม กลุ่มต่อกลุ่ม เครือข่ายต่อเครือข่าย กลายเป็นเครือข่ายย่อยภายใต้เครือข่ายใหญ่ ในการเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายไม่ได้เป็นการรวมตัวกันโดยทั่วไปแต่มีเป้าหมายในการทำกิจกรรมร่วมกันทั้งที่เป็นครั้งคราวหรือกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

Paul Starkey (1997) ให้ความหมายของ “เครือข่าย” ว่า คือ กลุ่มของคนหรือองค์กรที่สมัครใจแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลระหว่างกัน หรือทำกิจกรรมร่วมกันในลักษณะที่บุคคลหรือองค์กรสมาชิกยังคงมีความเป็นอิสระในการดำเนินกิจกรรมของตน การสร้างเครือข่ายเป็นการทำให้บุคคลและองค์กรที่กระจัดกระจายได้ติดต่อและแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและการร่วมมือกันด้วย

ความสมัครใจอีกทั้งให้สมาชิกในเครือข่ายมีความสัมพันธ์กันฉันท์เพื่อนที่ต่างก็มีความเป็นอิสระมากกว่าสร้างการคบค้าสมาคมแบบพืงพืง

Adam Burke (1999 : 76-79) กล่าวว่า การที่เครือข่ายดำรงอยู่ได้ก็ด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเพื่อเป็นศูนย์รวมของการสนับสนุนเพื่อให้เกิดประโยชน์จากการมีประสบการณ์แตกต่างกันเพื่อเป็นช่องทางสำหรับแหล่งทุน เครือข่ายเป็นเวทีในการเจรจาต่อรองกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่น ๆ หน่วยงานส่งเสริมสนับสนุนการสร้างเครือข่ายด้วยเป้าหมาย 2 ประการ คือ 1) เพื่อเสริมสร้างศักยภาพและสนับสนุนการเสริมสร้างอำนาจแก่ประชาชน และ 2) เพื่อเป็นช่องทางสำหรับการให้บริการแก่ประชาชน

พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และวาทีณี บุญชะลัทธิ (2536 : 347-348 อ้างถึงใน สนธยา พลศรี. 2550 : 206) ให้ความหมายของเครือข่ายว่า หมายถึง สายใยของความสัมพันธ์ทางตรงและทางอ้อม ระหว่างบุคคลคนหนึ่งกับอีกหลายคน หรือความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างกันและกัน ของบุคคลต่าง ๆ ที่อยู่ในเครือข่าย เป็นความสัมพันธ์ทั้งหมดในเครือข่ายได้ ติดต่อกัน โดยมีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ คือ การไปหามาสู่ เยี่ยมเยียนกัน การปรึกษาหารือกัน การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นต้น

พระดาวเหนือ บุตรสีทา (2557 : 12-15) กล่าวว่า เครือข่าย (Network) หรือ เครือข่ายทางสังคม (Social network) หมายถึง

- 1) ตาข่าย (Net) ที่โยงใยถึงกันและพร้อมที่จะ “Work” เมื่อต้องการใช้งาน
- 2) รูปแบบหนึ่งของการประสานงานของบุคคล กลุ่มหรือองค์กรหลายองค์กร ที่ต่างก็มีทรัพยากรของตัวเอง มีเป้าหมาย มีวิธีการทำงานและมีกลุ่มเป้าหมายของตัวเอง บุคคล กลุ่มหรือองค์กรเหล่านี้ได้เข้ามาประสานงานกันอย่างมีระยะเวลาอันพอสมควร แม้อาจจะไม่ได้มีกิจกรรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอก็ตาม แต่ก็จะมีการวางรากฐานเอาไว้เมื่อฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีความต้องการที่จะขอความช่วยเหลือหรือขอความร่วมมือจากกลุ่มอื่น ๆ เพื่อแก้ปัญหาที่สามารถติดต่อไปได้

- 3) การเชื่อมโยงร้อยรัดเอาความพยายามและการดำเนินงานของฝ่ายต่าง ๆ เข้าด้วยกัน อย่างเป็นระบบและอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อปฏิบัติภารกิจอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกัน โดยที่แต่ละฝ่ายยังคงปฏิบัติภารกิจหลักของตนต่อไปอย่างไม่สูญเสียเอกลักษณ์และปรัชญาของตนเอง การเชื่อมโยงนี้อาจเป็นรูปของการรวมตัวกันแบบหลวม ๆ เฉพาะกิจตามความจำเป็นหรืออาจอยู่ในรูปของการจัดองค์กรที่เป็นโครงสร้างของความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจน

- 4) สายใยของความสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมระหว่างบุคคลหนึ่งกับบุคคลอื่น ๆ อีกหลาย ๆ คน

- 5) ระบบความสัมพันธ์ในสังคมมนุษย์ที่ว่าด้วยความสัมพันธ์เชิงวัฒนธรรม ความสัมพันธ์เชิงอำนาจและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

6) ความสัมพันธ์ที่อิงอาศัยที่เป็นไปตามกฎของการไหลเลื่อนไปมาระหว่างความไร้ระเบียบกับการจัดระเบียบ และระหว่างการแตกดับกับการเกิดขึ้นใหม่ที่พร้อมจะสานต่อกับสิ่งต่าง ๆ โดยมุ่งเน้นการสานต่อกับปัจเจกบุคคล กลุ่มและองค์กรเครือข่ายเพื่อเข้ามาสร้างสรรค์คุณค่าใหม่ ความรู้ใหม่หรือสังคมใหม่อย่างเหมาะสม โดยยึดหลักของความไว้วางใจที่มีต่อกันในฐานะที่ทุกกระบวนการเป็นระบบเปิดที่มีการเชื่อมโยงต่อกันและเพื่อให้เกิดการกระทำตามภารกิจนั้นๆจนบรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7) สายใย (Web) ของความสัมพันธ์ทางสังคมมีความเป็นเอกภาพ มีพลังความยึดโยง (Cohesive) และการสนับสนุนเกื้อกูลซึ่งกันและกัน

8) การที่คนมาพบปะกัน มาประชุมกัน และทำสิ่งที่เป็ประโยชน์ต่อกัน เพราะมีสิ่งที่ยึดโยงใจระหว่างสมาชิกเข้าด้วยกัน คือ สัมพันธภาพของสมาชิกในเครือข่ายโดยบุคคลจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างกันบนพื้นฐานของความเท่าเทียมในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านโอกาสในการสื่อสาร การเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารและการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ร่วมกัน

9) การเชื่อมต่อระหว่างมนุษย์กับมนุษย์แล้วขยายผลออกไปเป็นวงกว้างเพื่อให้สังคมเกิดการพัฒนาไปในทิศทางที่ดีขึ้นและในการเชื่อมต่อระหว่างมนุษย์นั้นจะเป็นความสัมพันธ์กลับในเชิงบวกที่จะส่งผลให้เกิดพลังวิคุณ (Reinforcing) เกิดการขยายผลแบบก้าวกระโดด (Quantum leap) เป็นพลังสร้างสรรค์ที่เปลี่ยนคุณภาพอย่างฉับพลัน (Emergence) โดยเป้าหมายที่ปรารถนาในการสร้างเครือข่าย คือ การนำเอาจิตวิญญาณที่สร้างสรรค์ของมนุษย์มาถักทอเชื่อมโยงกันซึ่งการสร้างเครือข่ายนั้นสามารถพิจารณาได้จากระบบสิ่งมีชีวิตที่มีความสัมพันธ์ต่อกันดังนั้นจะต้องสร้างโอกาสในการเชื่อมโยงเครือข่ายและมีการเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา (ลองผิด-ลองถูก) โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบการสื่อสารจะต้องเข้ามามีบทบาทที่สำคัญในการสร้างเครือข่าย

10) ความร่วมมือที่เป็นไปได้ทั้งในระบบบุคคลองค์กรและสถาบันอาจมีขอบข่ายและขนาดตั้งแต่เล็ก ๆ ภายในชุมชนไปจนถึงระดับจังหวัดภูมิภาค ประเทศ และระหว่างประเทศ เป็นสายใยของความสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมระหว่างบุคคลหนึ่งกับบุคคลอื่น ๆ และอีกหลาย ๆ คน ซึ่งเป็นการมองในมิติของการจัดโครงสร้างทางสังคมที่เอื้อต่อการเสริมสร้างและความสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของกลุ่มคนในสังคมที่มีต่อกัน

11) ชุมชนแห่งสำนึก (Conscious community) ที่สมาชิกต่างเป็นส่วนหนึ่งของระบบโดยรวมที่มีความสัมพันธ์กันอย่างแนบแน่นอาจจะด้วยพื้นฐานของระบบคุณค่าเก่าหรือเป้าประสงค์ใหม่ของการเข้ามาทำงานร่วมกันซึ่งมีลักษณะเป็นพลวัตรที่บุคคลและกลุ่มคนต่างมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมที่สนใจร่วมกันมีความสัมพันธ์และการตัดสินใจร่วมกันโดยมีพันธะเชื่อมโยงระบบใหญ่บนพื้นฐานแห่งความเป็นอยู่ที่ดีร่วมกันและมีการติดต่อสื่อสารด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้กลุ่มหรือเครือข่ายมีความยั่งยืน (Communication and network)

12) เครื่องมือทางสังคมในรูปแบบของประชาสังคมที่ผู้คนในสังคมเห็นวิกฤตการณ์หรือสภาพปัญหาในสังคมที่สลับซับซ้อนที่ยากแก่การแก้ไขมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มารวมตัวกันเป็นกลุ่มหรือองค์กร (Civic group/Organization) ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชน หรือภาคสังคม (ประชาชน) ในลักษณะที่เป็นหุ้นส่วนกัน (Partnership) เพื่อร่วมกันแก้ปัญหาหรือกระทำการบางอย่างให้บรรลุวัตถุประสงค์ ทั้งนี้ ด้วยความรัก ความสมานฉันท์ ความเอื้ออาทรต่อกันภายใต้ระบบการจัดการ โดยมีการเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายและประชาคมที่รวมกลุ่มขององค์กรอิสระ สาธารณประโยชน์ ปังเจกชน และสาธารณชนเข้าด้วยกัน โดยในเครือข่ายประชาคมนั้นกระบวนการเชื่อมประสาน การถ่ายทอดความคิดเห็น ทศนคติและประสบการณ์ทางการเมืองจะยกระดับจิตสำนึกของปัจเจกบุคคลจากการเป็นฝ่ายถูกกระทำมาเป็นฝ่ายกระทำต่อสังคม

13) การที่ปัจเจกบุคคล องค์กร หน่วยงานหรือสถาบันใดได้ตกลงที่จะประสานเชื่อมโยงเข้าหากันภายใต้วัตถุประสงค์หรือข้อตกลงอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกันอย่างเป็นระบบ โดยมีจุดหมายเพื่อกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การปฏิรูปการศึกษา โดยกลุ่มเครือข่ายนี้ต้องมีการแสดงออก เป็นการลงมือกระทำกิจกรรมร่วมกัน

14) รูปแบบการประสานงานกลุ่มของคนหรือองค์กรที่สมัครใจแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างกัน หรือกิจกรรมร่วมกัน ช่วยเหลือกันโดยการติดต่อสื่อสารอาจทำได้ทั้งการผ่านศูนย์กลางหรือแม่ข่ายและการติดต่อโดยตรงระหว่างกลุ่ม ซึ่งมีการจัดรูปแบบหรือจัดระเบียบที่ยังคงความอิสระโดยมีรูปแบบการรวมตัวแบบหลวม ๆ ตามความจำเป็นหรือเป็นโครงสร้างที่มีความชัดเจน

15) ความร่วมมือและการเปิดรับของฝ่ายต่าง ๆ ที่จะมีข้อตกลงร่วมกันในการทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งข้อกำหนดที่เกิดขึ้นนั้นเป็นความพยายามที่จะระดมทรัพยากร กระบวนการความรู้และวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งความสำเร็จจากการร่วมมือและการเปิดรับในสิ่งใหม่ ๆ นั้นเสมอ

16) การสร้างสัมพันธ์ภาพทางสังคมในการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อยกระดับแนวคิดและกิจกรรมที่ทำร่วมกันให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อสังคมที่ตนเป็นสมาชิกอยู่โดยเป็นการเชื่อมโยงสายสัมพันธ์อย่างหลวม ๆ ของปัจเจกบุคคล กลุ่ม องค์กร และสถาบัน ซึ่งสมาชิกในเครือข่ายเข้าร่วมกิจกรรมตามความเหมาะสมภายใต้กฎเกณฑ์หรือเป้าหมายร่วมและมีการปฏิบัติอย่างไม่สูญเสียเอกลักษณ์และปรัชญาของตนรวมทั้งมีการทำงานร่วมกันทั้งในงานเฉพาะหน้าและการประสานผลประโยชน์ที่ขยายวงกว้างออกไป

17) สังคมแห่งกัลยาณมิตรหรือเครือข่ายสังคมแห่งการเรียนรู้ (Learning social networks) โดยเครือข่ายสังคมจะต้องมีความสามารถในการเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่อง หรือมีการขยายแนวคิดกระบวนการออกไปจึงจะสามารถปรับตัวให้อยู่ในดุลยภาพได้

18) ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในชุมชนที่กว้างขวางเพื่อสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม ที่ยุติธรรมและกาสร้างเครือข่ายที่กว้างขวางมากกว่าในอดีตเพื่อสอดคล้องกับกระบวนการพัฒนาที่ ส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชนและเครือข่ายหรือเพื่อรู้เท่าทันการเชื่อมโยงเครือข่ายของเทคโนโลยี สมัยใหม่ที่ไร้พรมแดน

สรุปได้ว่า เครือข่ายทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างบุคคลกับบุคคล บุคคลกับกลุ่ม กลุ่มกับกลุ่ม การที่มีการรวมกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันทั้งทางตรงและทางอ้อม มีการช่วยเหลือ เกื้อกูลกัน แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารร่วมกัน และดำรงอิสระต่อกัน เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน มีกิจกรรม ร่วมกัน เป็นสังคมแห่งกัลยาณมิตรที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการสร้างสัมพันธ์ภาพในการเรียนรู้ ร่วมกัน ยอมรับซึ่งกันและกัน มีการทำกิจกรรมร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารร่วมกันเกิดเป็น เครือข่ายที่เชื่อมโยงกัน มีการตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร ด้านการจัดการ โดยต่างเป็นอิสระต่อกัน ซึ่งอาจจะเป็นได้ทั้งเครือข่ายขนาดใหญ่หรือเครือข่ายขนาดเล็กก็ได้ ขึ้นอยู่กับ วัตถุประสงค์ของกลุ่มในการดำเนินงานร่วมกันซึ่งเป็นลักษณะของเครือข่ายทางสังคม

2.6.2 ลักษณะของเครือข่ายทางสังคม

สนธยา พลศรี (2550 : 264-265) ได้กล่าวถึง ลักษณะสำคัญของเครือข่าย ประกอบด้วย

- 1) มีแกนนำและสมาชิกที่เข้มแข็งสามารถดำเนินงานและขยายกิจการของเครือข่ายได้ และมีประสิทธิภาพ
- 2) มีภูมิปัญญาและองค์ความรู้ของเครือข่ายที่อาจเกิดจากสมาชิก หรือชุมชน ท้องถิ่นที่สมาชิกอาศัยอยู่ หรือจากภายนอกชุมชน หรือจากการบูรณาการภูมิปัญญาอย่างเหมาะสม กับเครือข่าย
- 3) มีสัมพันธ์ภาพที่ดี เครือข่ายมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกและภายนอกทำให้ การดำเนินงานของเครือข่ายราบรื่นเป็นที่ยอมรับและประสบความสำเร็จ
- 4) การเรียนรู้ร่วมกันระหว่างสมาชิกเครือข่ายมีช่องทางให้สมาชิกได้มีเวทีสำหรับการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้และสามารถดำเนินการได้อย่างสะดวก ทำให้สมาชิกได้รับความรู้และประสบการณ์ ตลอดเวลา
- 5) การทำกิจกรรมและความต่อเนื่องเครือข่ายสามารถคิดและดำเนินกิจกรรมได้ด้วยตนเอง สม่าเสมอและต่อเนื่องไม่ขาดตอน ไม่ต้องพึ่งพาจากภายนอก
- 6) ทรัพยากรและการแบ่งปัน เครือข่ายมีทรัพยากรในการดำเนินงานอย่างเพียงพอ อาจจะเป็นการจัดการของเครือข่ายเองหรือการแบ่งปันกับองค์กร และเครือข่ายอื่น ๆ ทำให้เครือข่าย สามารถดำเนินกิจกรรมได้และมีประสิทธิภาพ
- 7) การเรียนรู้และนวัตกรรม สมาชิกของเครือข่ายมีการเรียนรู้ผ่านกระบวนการต่าง ๆ สามารถสร้างนวัตกรรมทั้งที่เป็นความรู้และเทคโนโลยีใหม่ ๆ มาใช้ประโยชน์ได้

8) การสื่อสาร เครือข่ายสามารถสื่อสารระหว่างเครือข่ายกับสมาชิกได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว ทำให้สมาชิกได้ทราบข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยและเป็นประโยชน์

9) การบริหารจัดการที่ดีเครือข่ายมีการบริหารจัดการที่ดีเหมาะสมกับการดำเนินงานของเครือข่ายทำให้เครือข่ายดำเนินกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล

10) ระบบการติดตามและประเมินงาน เครือข่ายมีระบบการติดตามและประเมินงานที่มีประสิทธิภาพ มีฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเครือข่ายอย่างเพียงพอสามารถให้การสนับสนุน ช่วยเหลือสมาชิกได้ทันเวลาและเหมาะสม

สรุปได้ว่า ลักษณะของเครือข่ายทางสังคม หมายถึง การมีแกนนำ มีภูมิปัญญาและองค์ความรู้ของเครือข่าย มีสัมพันธภาพที่ดี การเรียนรู้ร่วมกันระหว่างสมาชิกเครือข่าย การทำกิจกรรมและความต่อเนื่องเครือข่าย ทรัพยากรและการเรียนรู้และนวัตกรรม การสื่อสาร การบริหารจัดการที่ดีและระบบการติดตามและประเมินงาน เกิดเครือข่ายที่เข้มแข็ง มีภูมิปัญญาพื้นบ้าน องค์ความรู้ มีความสัมพันธ์กันที่ดี มีการทำกิจกรรมร่วมกันเกิดความร่วมมือกัน มีการสื่อสารและเรียนรู้ร่วมกัน มีการร่วมวางแผนบริหารจัดการร่วมกันพร้อมทั้งมีระบบติดตามและประเมินงานพร้อมกับการช่วยเหลือสมาชิกได้ทันเวลาและความต้องการ

2.6.3 องค์ประกอบที่สำคัญของเครือข่ายทางสังคม

1) ขนาดของกลุ่มสังคม (Size) หมายถึง จำนวนบุคคลในกลุ่มสังคมซึ่งจะต้องเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันจริง ๆ จำนวนมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ประเภทของความสัมพันธ์ ความห่างไกลทางภูมิศาสตร์ วัยของแต่ละบุคคล ซึ่งอาจมาจากขณะเป็นทารก จะมีความต้องการการดูแลคุ้มครองจากพ่อแม่และบุคคลในครอบครัวเท่านั้น เมื่อพัฒนาเจริญวัยขึ้นเป็นเด็กก็จะขยายวง มีความสัมพันธ์ออกไปสู่บุคคลที่โรงเรียน ไม่ว่าจะเป็นครู เจ้าหน้าที่ของโรงเรียน เมื่อเป็นวัยรุ่น วงเครือข่ายความสัมพันธ์นี้จะขยายวงออกไปสู่สังคมกว้างขึ้น

2) ระดับความหนาแน่นของความสัมพันธ์ในเครือข่ายทางสังคม ระดับความหนาแน่น หมายถึง ระดับที่สมาชิกในเครือข่ายบุคคลมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ในเชิงของการติดต่อสื่อสารที่เกิดขึ้นทั้งในด้านปริมาณและชนิดของข้อมูลที่แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ในการพิจารณาความหนาแน่นของเครือข่ายทางสังคม

สรุปได้ว่าองค์ประกอบของเครือข่ายทางสังคม หมายถึง ขนาดของกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์กัน มีจำนวนสมาชิกในกลุ่มสมาชิกจะมากหรือน้อยมักจะขึ้นอยู่กับประเภทความสัมพันธ์ และระดับความหนาแน่นของความสัมพันธ์ในการติดต่อสื่อสารทั้งในด้านปริมาณของข้อมูลและชนิดของข้อมูลที่มีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน

2.6.4 ระดับของเครือข่ายสังคม

เครือข่ายสังคมเป็นระบบย่อยของสังคมที่สนับสนุนโดยเครือข่ายของสื่อ (Media network) มีในทุกระดับ จำแนกได้เป็น 4 ระดับ (น้ำทิพย์ วิภาวิน. 2558 : 123-124) ดังนี้

1) ระดับความสัมพันธ์ของแต่ละบุคคล (Individual relations) โดยแต่ละคนจะสร้างจุดเชื่อมกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อน คนคุ้นเคย เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และอื่น ๆ ระดับนี้จะได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายของสื่อและอินเทอร์เน็ต

2) ระดับความสัมพันธ์ของกลุ่มและองค์กร (Group and organizational relations) เป็นการเชื่อมโยงของกลุ่มถาวรและชั่วคราว

3) ระดับความสัมพันธ์ของสังคม (Societal relations) เป็นระดับความสัมพันธ์ระดับบุคคล ระดับกลุ่ม และระดับองค์กรที่ทำให้เกิดสังคมที่มีการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของระดับนี้ทำให้เกิดเศรษฐกิจเครือข่าย หรือเศรษฐกิจใหม่

4) ระดับความสัมพันธ์ของโลก (Global relations) เป็นระดับความสัมพันธ์ของสังคมทั่วโลกและองค์การระหว่างประเทศ

สรุปได้ว่า ระดับของเครือข่ายสังคมมีทั้งหมด 4 ระดับ คือ ระดับระดับความสัมพันธ์ของแต่ละบุคคล เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคล ระดับความสัมพันธ์ของกลุ่มและองค์กร เป็นความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงในองค์กรที่อาจมีความสัมพันธ์แบบถาวรหรือชั่วคราว ระดับความสัมพันธ์ของสังคมเป็นความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับสังคม เศรษฐกิจ และระดับความสัมพันธ์ของโลกเป็นความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงระหว่างประเทศกับประเทศ ซึ่งจะเห็นได้ว่าแต่ละระดับจะมีความสัมพันธ์ที่ต่างกัน

2.6.5 การสร้างเครือข่าย

การสร้างเครือข่าย หมายถึง การทำให้มีการติดต่อและการสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและการร่วมมือกันด้วยความสมัครใจในทัศนะของ Starkey (Paul Starkey. 1997 : 98) การสร้างเครือข่ายควรสนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้สมาชิกในเครือข่ายมีความสัมพันธ์ฉันทน์ที่เพื่อนที่ต่างก็มีความเป็นอิสระมากกว่าทำให้เกิดการคบค้าสมาคมแบบฟุ้งฟิง นอกจากนี้ การสร้างเครือข่ายต้องไม่ใช่การสร้างระบบการติดต่อเผยแพร่ข่าวสารแบบทางเดียว เช่น การถ่ายทอดข่าวสารทางสื่อสารมวลชน การส่งนิตยสารจดหมายข่าวให้กับสมาชิกเหล่านี้ไม่ใช่เครือข่าย เครื่องมือของการสื่อสารมวลชนอาจนำมาใช้ในเครือข่ายได้แต่การใช้เครื่องมือเหล่านี้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถเรียกได้ว่าเป็นการสร้างเครือข่าย ดังนั้น เครือข่ายจึงไม่ใช่การส่งจดหมายข่าวไปให้สมาชิกตามรายชื่อเท่านั้น แต่ต้องมีการแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลระหว่างกัน

2.6.6 ประเภทและรูปแบบของเครือข่าย

1) เครือข่ายเชิงพื้นที่ (Area network) หมายถึง การรวมตัวของกลุ่ม องค์กรเครือข่ายที่อาศัยพื้นที่ดำเนินการเป็นปัจจัยหลักในการทำงานร่วมกัน เป็นกระบวนการพัฒนาที่อาศัยกิจกรรม

ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ เป็นเป้าหมายนำทาง และเป็นการพัฒนาแบบบูรณาการที่ไม่แยกส่วนต่าง ๆ ออกจากกัน โดยยึดเอาพื้นที่เป็นที่ตั้งแห่งความสำเร็จในการทำงานร่วมกันของทุกฝ่าย ลักษณะและโครงสร้างของเครือข่ายเชิงพื้นที่ที่สามารถจัดได้หลายระดับตามพื้นที่และกิจกรรมที่เกิดขึ้น อาทิ

1.1) การแบ่งเครือข่ายตามระบบการปกครองของภาครัฐ เช่น

- เครือข่ายระดับหมู่บ้าน ตำบล และอำเภอ เช่น เครือข่ายประชาคม อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

- เครือข่ายระดับจังหวัด เช่น เครือข่ายประชาคม จังหวัดน่าน

- เครือข่ายระดับภูมิภาค เช่น เครือข่ายป่าชุมชนภาคเหนือ

- เครือข่ายระดับประเทศ เช่น เครือข่ายสมาพันธ์เกษตรกรแห่งประเทศไทย

- เครือข่ายองค์กรระหว่างประเทศ เช่น เครือข่ายการพัฒนาของ UNDP เป็นต้น

1.2) การแบ่งพื้นที่ตามความสำคัญของทรัพยากรธรรมชาติเช่น

- เครือข่ายลุ่มน้ำปิง

- เครือข่ายอ่าวปัตตานี ฯลฯ

2) เครือข่ายเชิงประเด็นกิจกรรม (Issue network) หมายถึง เครือข่ายที่ใช้ประเด็น

กิจกรรมหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นปัจจัยหลักในการรวมกลุ่มองค์กร โดยมองข้ามมิติในเชิงพื้นที่ มุ่งเน้นการจัดการในประเด็นกิจกรรมนั้น ๆ อย่างจริงจังและพัฒนาให้เกิดความร่วมมือกับภาคีอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องลักษณะและโครงสร้างของเครือข่ายเชิงประเด็นกิจกรรม สามารถแบ่งได้อย่างมากมายตามประเด็นกิจกรรมและความสนใจที่เกิดขึ้นของฝ่ายต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน โดยไม่ยึดติดกับพื้นที่ดำเนินการ แต่ใช้หลักของกิจกรรมที่เกิดขึ้นเป็นตัวกำหนดความเป็นเครือข่าย เช่น

- เครือข่ายป่าชุมชน

- เครือข่ายภูมิปัญญาชาวบ้าน

- เครือข่ายธนาคารหมู่บ้าน

- เครือข่ายผู้สูงอายุ

- เครือข่ายด้านคุ้มครองผู้บริโภค

- เครือข่ายสิ่งแวดล้อม

- เครือข่ายปฏิรูปการศึกษา

- เครือข่ายสิทธิมนุษยชน

- เครือข่ายสุขภาพ ฯลฯ

3) เครือข่ายแบ่งตามโครงสร้างหน้าที่ หมายถึง เครือข่ายที่เกิดขึ้นโดยอาศัยภารกิจ/

กิจกรรมและการก่อตัวของกลุ่มผลประโยชน์ในสังคมเป็นแนวทางในการแบ่งเครือข่าย ซึ่งอาจแบ่งเป็นเครือข่ายภาครัฐ ภาคประชาชน ภาคธุรกิจเอกชน และภาคองค์กรพัฒนาเอกชน โดยเครือข่ายต่าง ๆ

ดังกล่าวมุ่งเน้นการดำเนินการภายใต้กรอบแนวคิด หลักการ วัตถุประสงค์และเป้าหมายหลักของหน่วยงานหรือโครงสร้างหลักของกลุ่มผลประโยชน์ นั้น ๆ ลักษณะและโครงสร้างของเครือข่ายประเภทนี้ สำหรับสังคมไทยอาจแบ่งกลุ่มผลประโยชน์ได้ 4 ภาคส่วนใหญ่ ๆ ได้แก่

3.1) เครือข่ายภาครัฐ เช่น เครือข่ายสถาบันการศึกษา เครือข่ายกรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย เครือข่ายองค์กรอิสระของภาครัฐ เช่น สถาบันพระปกเกล้า สถาบันที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นต้น

3.2) เครือข่ายภาคธุรกิจเอกชน เช่น สภาหอการค้า สภาอุตสาหกรรม สมาคมผู้ส่งออก เครือข่าย SME ฯลฯ

3.3) เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน เช่น เครือข่ายเพื่อนตะวันออก เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนภาคเหนือ เครือข่ายด้านแรงงานสวัสดิการสังคม เครือข่ายมูลนิธิ YMCA ฯลฯ

3.4) เครือข่ายภาคประชาชน เช่น เครือข่ายปราชญ์อีสาน เครือข่ายประมงพื้นบ้าน เครือข่ายสมัชชาคนจน เป็นต้น

2.6.7 รูปแบบของเครือข่าย

เครือข่ายมีรูปแบบมากมายและมีบางคนพยายามจำแนกโดยใช้คุณลักษณะของสมาชิกพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ กิจกรรมหลัก วัตถุประสงค์ และโครงสร้างของเครือข่ายเป็นเกณฑ์

1) จำแนกตามคุณลักษณะของสมาชิก เครือข่ายอาจจำแนกตามประเภทของสมาชิก เช่น ชาวนา นักวิจัย หรือวิศวกร บางคนรวมคนที่ทำงานในระดับเดียวกันเป็นประเภทเดียวกันหรือเน้นเครือข่ายแนวราบ เช่น เครือข่ายชาวนา ประกอบด้วย คนที่เป็นชาวนาเท่านั้น บางคนก็รวมคนที่ทำงานสาขาเดียวกันแต่ต่างระดับกันเข้าด้วยกัน หรือเน้นเครือข่ายแนวตั้ง เช่น ชาวนา นักวิจัยด้านการเกษตร หน่วยงานกำหนดนโยบายการเกษตร และหน่วยงานระหว่างประเทศที่ทำงานเกี่ยวข้องกับเกษตรกร เป็นต้น บางเครือข่ายมีสมาชิกแบบบุคคล แต่บางแห่งก็มีสมาชิกเป็นองค์กรหรือสถาบันและบางแห่งมีปะปนกัน

2) จำแนกตามพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ เป็นการจำแนกเป็นเครือข่ายที่ดำเนินงานในพื้นที่หนึ่ง บางแห่งก็เป็นเครือข่ายระดับประเทศ บางแห่งเป็นเครือข่ายระดับภูมิภาค บางเครือข่ายก็เป็นเครือข่ายระดับชุมชนลุ่มน้ำ เช่น เครือข่ายเกษตรกรภาคเหนือ เป็นต้น หรืออาจแบ่งตามเขตที่มีระบบนิเวศทางการเกษตรเหมือนกัน เช่น เครือข่ายข้อมูลข่าวสารในพื้นที่แห้งแล้ง (Arid lands information network)

3) จำแนกตามวัตถุประสงค์ของเครือข่าย เครือข่ายจำนวนมากตั้งขึ้นเพื่อปรับปรุงการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างสมาชิก และการแบ่งปันข้อมูลข่าวสารเป็นวัตถุประสงค์หลักของเครือข่าย บางเครือข่ายตั้งขึ้นเพื่อความร่วมมือในการวิจัยศึกษา ฝึกอบรม หรือตลาด บางเครือข่ายมุ่งเพื่อแลกเปลี่ยนเครื่องมือในการประกอบอาชีพ (เช่น เครือข่ายเครื่องจักรกลทางการเกษตร) บางเครือข่าย

มุ่งเป็นกลุ่มพลังกระตุ้นความตระหนักของสังคมและเข้าไปมีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบายของรัฐ เพื่อพิทักษ์ผลประโยชน์ของสมาชิก เครือข่ายหลายแห่งมีวัตถุประสงค์หลายด้าน ทั้งแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร ทั้งร่วมมือกันในการจัดการฝึกอบรมและวิจัยรวมทั้งผลักดันนโยบาย

4) จำแนกตามการจัดการเครือข่าย บางเครือข่ายมีรูปแบบเป็นทางการและรวบอำนาจ โดยมีการส่งข่าวถึงกันผ่านองค์กรแทนที่เป็นศูนย์กลางเครือข่ายที่มีความเข้มแข็ง แต่บางแห่งก็รวมเป็นเครือข่ายแบบไม่เป็นทางการและกระจายอำนาจ โดยเน้นการติดต่อกันโดยตรงระหว่างสมาชิกเครือข่าย ไม่เป็นทางการมักจะเกิดขึ้นจากระดับรากหญ้าหรือในองค์กรที่ให้ความสำคัญกับการตัดสินใจขององค์กรระดับล่างแต่ก็มีแนวโน้มที่พัฒนาเป็นเครือข่ายที่รวมศูนย์มากขึ้น

เครือข่าย 4 ภาคส่วนในสังคมไทย รูปแบบของเครือข่ายจำแนกตามภาคส่วน หรือประเภทขององค์กร มี 4 รูปแบบ คือ

1) เครือข่ายภาครัฐ ภาครัฐเป็นพลังขับเคลื่อนสังคมให้ดำเนินไปอย่างเป็นระบบด้วยนโยบายของภาครัฐแต่ละช่วงเวลาแต่ด้วยระบบที่มีมาอย่างยาวนานนั้น ได้สร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจและการรวมศูนย์ที่ยากแก่การนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม เพราะเป็นการวางรากฐาน/การวางแผนที่มาจากส่วนบนหรือผู้ที่มีอำนาจการสร้างอำนาจนิยมของภาครัฐดังกล่าวได้กลายเป็นการสะสมปัญหาเชิงโครงสร้างให้เกิดขึ้นอีกต่อกระบวนการพัฒนาในสังคมไทยในช่วงที่ผ่านมา แต่อย่างไรก็ตามในระยะต่อมาภาครัฐเองก็ได้มีการปรับตัว/ปฏิรูปกระบวนการทำงานโดยการสนับสนุนกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมมากขึ้น เช่น การส่งเสริมให้ภาคประชาชนมีการรวมกลุ่มเป็นเครือข่ายและมีการปรึกษาหารือกันมากขึ้น โดยผ่านช่องทางด้านกฎหมายและกระบวนการทำงานโดยกระบวนการส่งเสริม การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการพัฒนาภาครัฐนั้นจะมีการดำเนินการในลักษณะของงานด้านการพัฒนาชุมชนที่ภาครัฐเป็นผู้ให้แนวคิดกระบวนการทำงานมากกว่ากระบวนการส่งเสริมการเรียนรู้ของภาคประชาชนและการส่งเสริมความเป็นเครือข่ายของภาครัฐนั้นมักจะเป็นการจัดตั้งมากกว่าเน้นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของภาคประชาชน

เครือข่ายภาครัฐจะมีหลากหลายประเภทตามโครงสร้างและภารกิจของหน่วยงาน เช่น เครือข่ายสถาบันการศึกษา เครือข่ายกระทรวงมหาดไทย เครือข่ายเกษตรกรเพื่อการผลิตของกรมการพัฒนาชุมชน เครือข่ายกองทุนหมู่บ้านและเครือข่ายหนึ่งตำบล หนึ่งผลิตภัณฑ์ หรือ OTOP เป็นต้น

กลุ่ม องค์กร เครือข่ายที่เกิดขึ้นจากการจัดตั้งภาครัฐเหล่านี้ส่วนใหญ่มุ่งเน้นกระบวนการพัฒนาและการเข้าไปส่งเสริมการทำงานในระดับชุมชน อำเภอ และจังหวัด โดยเป็นการเชื่อมประสานการทำงานระหว่างภาครัฐกับภาคประชาชนที่มีลักษณะทั้งที่เป็นแนวดิ่ง คือ จากบนลงล่าง และแนวนอน คือ การทำงานร่วมกันในระดับพื้นที่เป็นผู้ให้มากกว่าผู้รับ ขาดการวางแผนร่วมกันระหว่างชาวบ้านและรัฐ ดังนั้น กลุ่มองค์กรเครือข่ายของรัฐหรือโครงการต่าง ๆ ที่ภาครัฐสนับสนุน

เหล่านี้เมื่อโครงการตามภารกิจนั้น ๆ สิ้นสุดลงความสัมพันธ์และความต่อเนื่องรวมทั้งการเรียนรู้ก็สิ้นสุดลงด้วยเช่นกัน เป็นความไม่ต่อเนื่องและไม่ก่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาเป็นเครือข่ายที่ยั่งยืน

จากสถานการณ์ดังกล่าว ภาครัฐจึงได้มีการปรับตัวในการที่จะปฏิบัติงานร่วมกับชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมากขึ้น โดยจะเห็นได้จากในปัจจุบันมีองค์กรอิสระใหม่ของภาครัฐมากมายซึ่งองค์กรเหล่านี้ต่างก็มุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของฝ่ายต่าง ๆ เช่น สถาบันพระปกเกล้า สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) กองทุนเพื่อสังคม (SIF) หรือแม้กระทั่งกองทุนหมู่บ้านซึ่งแสดงให้เห็นว่าภาครัฐได้มีแนวทางในการขับเคลื่อนสังคมร่วมกับภาคประชาชนให้เป็นไปในทิศทางที่เหมาะสมกับสถานการณ์มากขึ้น

ข้อจำกัด คือ กระบวนการดำเนินการ เช่น เป็นการวางแผนที่มีได้มาจากการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ขาดความยืดหยุ่นในกระบวนการทำงาน ขาดการกระจายความรับผิดชอบให้กับชุมชนท้องถิ่นอย่างแท้จริง และขาดการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของผู้คนในสังคมรวมทั้งปัญหาการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่บางส่วน

2) เครือข่ายภาคธุรกิจเอกชน ในภาคธุรกิจเอกชนเป็นที่ยอมรับกันว่าการประสานผลประโยชน์เพื่อลดต้นทุนการผลิตและเพิ่มผลตอบแทนเป็นสิ่งที่ภาคธุรกิจเอกชนได้ดำเนินการอยู่เสมอภายใต้ความร่วมมือในฐานะความเป็นหุ้นส่วนต่อกัน โดยความเป็นหุ้นส่วนนั้นเป็นทั้งในรูปแบบของความร่วมมือในการผลิต การค้าขาย การประสานผลประโยชน์ และการรวมพลังเพื่อพัฒนาสังคม โดยเครือข่ายในภาคธุรกิจนั้นส่วนใหญ่จะเป็นการรวมตัวของผู้ทำงานในธุรกิจประเภทเดียวกันซึ่งจะเห็นได้จากการที่กลุ่มองค์กรในภาคธุรกิจต่าง ๆ มารวมตัวกันเป็นเครือข่ายภาคธุรกิจ เช่น สภาหอการค้า สภาอุตสาหกรรม และเครือข่ายองค์กรธุรกิจเอกชนอื่น ๆ ที่ภาครัฐส่งเสริม เช่น สมาคมผู้ส่งออก สมาคมผู้ประกอบการค้า เป็นต้น โดยเครือข่ายภาคธุรกิจเหล่านี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการประสานผลประโยชน์และสนับสนุนเพื่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของการดำเนินการทางธุรกิจและการคืนกำไรให้กับสังคม

กระบวนการเกิดเครือข่ายภาคธุรกิจเอกชนดังกล่าว เป็นการแสดงให้เห็นถึงความสามัคคีที่จะประสานและร่วมกันรักษาผลประโยชน์ในทางธุรกิจและนำไปสู่การพัฒนาสังคมในด้านอื่น ๆ โดยในช่วงที่ผ่านมาวงการธุรกิจถูกมองว่าฉกฉวยผลประโยชน์จากภาคประชาชนและใช้ทรัพยากรอย่างสิ้นเปลือง มีการผูกขาดทางการค้า ฯลฯ ซึ่งจากการมองดังกล่าวและก่อกวนการเกิดวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจทำให้ภาคธุรกิจเอกชนมีการปรับตัวเป็นธุรกิจเพื่อสังคมและมีแนวโน้มในการทำธุรกิจที่สามารถรับใช้และคืนประโยชน์ให้กับสังคมมากขึ้นโดยเฉพาะบริษัทขนาดใหญ่ ดังนั้น เครือข่ายในภาคธุรกิจจึงมีการพัฒนากระบวนการทำงานร่วมกับภาครัฐและภาคประชาชนในลักษณะของการเข้าร่วมเป็นเครือข่าย เช่น เครือข่าย SME เพื่อการพัฒนาผลิตภัณฑ์ เครือข่ายธุรกิจเพื่อปฏิรูปการศึกษา เครือข่ายภาคธุรกิจเพื่อการพัฒนาชุมชน เป็นต้น

จุดแข็งของเครือข่ายภาคธุรกิจ คือ มีกระบวนการทำงานที่รวดเร็ว มีความสามารถในการระดมทุนเพื่อการจัดการ และมีความสามารถในการพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัด คือ คำนึงถึงผลประโยชน์ตอบแทนมากเกินไป ทำให้ไม่สามารถทำการลงทุนในการพัฒนาสังคมได้ อย่างไรก็ตาม กระบวนการพัฒนาความเป็นเครือข่ายของภาคธุรกิจเอกชนมีความน่าสนใจตรงที่การเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้ การพัฒนาศักยภาพขององค์กร และการรักษาผลประโยชน์ของเครือข่ายรวมทั้งมีความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

3) เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน (NGO)

องค์กรพัฒนาเอกชนเป็นอีกภาคส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาสังคม โดยมีพัฒนาการมาจากการช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมขององค์กรระหว่างประเทศที่เข้ามาสนับสนุนการทำงานและการเรียนรู้ของภาคประชาชน หลังจากนั้น จึงมีการสนับสนุนให้องค์กรและภาคประชาชนให้ดำเนินการจัดการในประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคมโดยมีเป้าหมาย เพื่อร่วมคลี่คลายปัญหาในสังคม เป็นภาคส่วนที่มีแนวทางในการทำงานที่หลากหลายและมีความพยายามที่จะแสวงหาและเสนอทางเลือกในการพัฒนาประเทศเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการพัฒนาและมีความสามารถในการพึ่งตนเอง โดยมีบทบาทที่สำคัญ คือการนำเสนอและผลักดันการแก้ไขปัญหาของผู้ด้อยโอกาสในสังคมให้ปรากฏขึ้น เช่นในด้านสิทธิมนุษยชน การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สวัสดิการและแรงงาน เป็นต้น ซึ่งลักษณะงานขององค์กรพัฒนาเอกชน คือ การเน้นการเสริมสร้างกระบวนการพัฒนาการสร้างความจิตสำนึก การรวมกลุ่ม และการเผยแพร่ให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนโดยมีขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมอย่างต่อเนื่องตามภารกิจที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลา

ที่ผ่านมาเครือข่ายขององค์กรพัฒนาเอกชนได้มีการพัฒนาเครือข่ายเพิ่มขึ้นอย่างมากในสังคมไทย บางเครือข่ายก็ประสบผลสำเร็จในฐานะองค์กรที่ให้การสนับสนุนกระบวนการเรียนรู้ บางองค์กรเครือข่ายก็เป็นฐานทุนให้กับภาคประชาชน แต่ก็มีบางเครือข่ายที่ยังต้องพึ่งพาทุนจากต่างประเทศที่นำมาซึ่งความสงสัยในกระบวนการทำงานในที่นี่จะยกตัวอย่างองค์กรพัฒนาเอกชนที่รวมตัวกันเป็นเครือข่ายและสร้างสรรค์สังคมให้ดีขึ้น เช่น เครือข่ายด้านแรงงานสัมพันธ์ เครือข่ายด้านทรัพยากรธรรมชาติ/สิ่งแวดล้อมเครือข่ายสิทธิมนุษยชน ฯลฯ

จุดแข็งของภาคองค์กรพัฒนาเอกชน คือ การมุ่งเน้นในการเสนอทางเลือกในการพัฒนาสังคม การส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการพึ่งพาตนเอง และการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศ ในขณะที่เดียวกันก็มีข้อจำกัดทั้งในเรื่องของงบประมาณในการดำเนินการ การขาดจิตสำนึกของกลุ่มผลประโยชน์บางกลุ่ม รวมทั้งการดำเนินงานที่ขัดผลประโยชน์ต่อกลุ่มอิทธิพล จึงทำให้กระบวนการทำงานขององค์กรพัฒนาเอกชนเป็นที่สงสัยเคลือบแคลงของภาครัฐและภาคประชาชน และบางครั้งการใช้กิจกรรมบางประเภทเป็นเครื่องมือในการทำงานเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสมกับบริบทในสังคมไทยยิ่งทำให้การยอมรับในการทำงานขององค์กรพัฒนาเอกชนมีข้อจำกัดมากขึ้น

ดังนั้นกระบวนการพัฒนาในรูปแบบของเครือข่ายจึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญประการหนึ่งของการพัฒนาองค์กร และการพัฒนาสังคม ความเป็นเครือข่ายอยู่ที่ความไว้วางใจ ความสามัคคี และการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันเครือข่ายจะประสบผลสำเร็จมิได้ ถ้าขาดการทำภารกิจ และการประสานผลประโยชน์ร่วมกัน เพราะฉะนั้น เครือข่ายต่าง ๆ จึงควรมีการรักษาสัมพันธภาพและการรักษาผลประโยชน์ร่วมกันอย่างต่อเนื่องบนพื้นฐานของความเท่าเทียม

4) เครือข่ายภาคประชาชน

เครือข่ายภาคประชาชนเป็นการรวมตัวของภาคประชาชนในพื้นที่ต่าง ๆ โดยเฉพาะในชุมชนชนบทเป็นการรวมของปัจเจกบุคคล กลุ่มคนและเครือข่าย โดยอาศัยวัฒนธรรมชุมชน กระบวนการทำงานร่วมกับภาคีอื่น ๆ และระบบเทคโนโลยีเป็นเครื่องหนุนเสริมให้เกิดการรวมตัว โดยเครือข่ายภาคประชาชนเกิดขึ้นทั้งจากการเห็นความจำเป็นในการรวมพลัง เพื่อแก้ไขปัญหาเกิดจากการเรียนรู้และการถ่ายทอดประสบการณ์ร่วมกันโดยเป็นกระบวนการที่เป็นไปตามธรรมชาติ และเกิดขึ้นจากการส่งเสริมโดยหน่วยงานภาครัฐหรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่ต้องการให้องค์กร ชุมชน และสังคมมีความเข้มแข็ง มีศักยภาพในการที่จะพัฒนาตนเองตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของภาครัฐหรือหน่วยงานที่กำหนดไว้

กระบวนการทำงานของเครือข่ายภาคประชาชนนั้นสามารถจำแนกเป็น 2 ระดับใหญ่ ๆ คือ ระดับแรก เป็นการเพิ่มความเข้มแข็งให้กับชุมชนในการปรับเปลี่ยนเรียนรู้และการจัดการตัวเองของชุมชน และระดับที่ 2 เป็นการสร้างโอกาส สร้างศักยภาพของเครือข่ายและขยายกลุ่มองค์กรชุมชนไปยังเครือข่ายอื่น ๆ จนถึงระดับจังหวัด และระดับประเทศหรือข้ามพรมแดนนอกเขตการปกครองที่ยังไยกันอย่างทั่วถึง การรวมตัวของภาคประชาชนเหล่านี้เป็นพลังที่ช่วยเสริมสร้างให้เกิดการพึ่งพาตนเองและการพัฒนาสังคม โดยมีเป้าหมายหลัก คือ การเรียนรู้การสืบทอดภูมิปัญญาและการปรับตัวของชุมชนรวมทั้งการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนท้องถิ่นและการพัฒนาประเทศโดยเครือข่ายภาคประชาชนจะมีการกำหนดความเป็นเครือข่ายผ่านกิจกรรมฐานอาชีพและกระบวนการเชื่อมโยง เช่น เครือข่ายป่าชุมชน เครือข่ายกลุ่มสัจจะสะสมทรัพย์ เครือข่ายประมงพื้นบ้าน เครือข่ายอุตสาหกรรมชุมชน เครือข่ายวิทย์ชุมชน เป็นต้น องค์กรเครือข่ายภาคประชาชนเหล่านี้มีกิจกรรมและความต่อเนื่องบนพื้นฐานของการพึ่งพาตนเองและวัฒนธรรมชุมชนกระบวนการทำงานส่วนใหญ่จึงเป็นไปเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน การจัดการทรัพยากรในชุมชน และการทำงานร่วมกับภาครัฐ ซึ่งเป็นรากฐานให้เกิดแนวร่วมในระดับที่สูงขึ้นไป เช่น การเป็นส่วนหนึ่งของกองทุนหมู่บ้าน กลุ่มอาชีพในระดับตำบล และการเข้าร่วมเป็นภาคประชาชนสังคมระดับจังหวัด กระบวนการเครือข่ายภาคประชาชนนี้นับว่ามีบทบาทที่สำคัญต่อการพัฒนาประเทศเพราะว่าเป็นพลังของแผ่นดินที่เกี่ยวข้องกับประชาชนจำนวนมาก

ข้อจำกัดของเครือข่ายภาคประชาชนอยู่ที่ขาดการเรียนรู้ในเชิงมหภาคและระดับโลก การปรับตัวของชุมชน การจัดระบบการจัดการตัวเอง การสนับสนุนอย่างเป็นระบบ ทั้งจากภาครัฐ และภาคเอกชน การขาดผู้นำ รวมทั้งการขาดระบบการจัดการเครือข่ายที่จะทำให้เครือข่ายมีกิจกรรมที่ต่อเนื่อง

ข้อดีหรือจุดแข็ง คือ การใช้ระบบวัฒนธรรมความเชื่อ ความไว้วางใจและการเข้าใจถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในระดับชุมชนเป็นเครื่องมือในการเชื่อมโยงและการสานสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน รวมทั้งการพัฒนาบนพื้นฐานแห่งความเข้าใจและความสอดคล้องในวิถีชีวิตและธรรมชาติของสรรพสิ่งซึ่งในมิติหลัง คือการสร้างวัฒนธรรมของตนเองในการดำรงอยู่ในสังคม

2.7 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

การทำความเข้าใจแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมจะได้กล่าวถึงนิยาม แหล่งการสนับสนุนทางสังคม ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม กลไกของการสนับสนุนทางสังคมต่อไปนี้

2.7.1 นิยามการสนับสนุนทางสังคม

Wallston et al (สุริย์ กาญจนวงศ์. 2551 : 88 อ้างถึงใน Wallston et al 1983 : 107-117) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความสุขสบาย ความช่วยเหลือและ/หรือข่าวสาร ข้อมูลที่บุคคลได้รับจากบุคคลอื่นหรือกลุ่มบุคคลอื่นที่ตนเองมีการติดต่อสัมพันธ์อย่างเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ

Thoits (สุริย์ กาญจนวงศ์.2551 : 88 อ้างถึงใน Thoits.1986) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การทำหน้าที่ของบุคคลที่มีความสำคัญต่อบุคคลอื่นที่มีความทุกข์ในใจ เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงานญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน

พิชามญชุ์ โตโฉมงาม (2552 : 37) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การแสดงถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ผู้ให้การสนับสนุนจะแสดงออกถึงความสนใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ ข้อมูลข่าวสารหรืออารมณ์ โดยที่มีลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์กัน ประกอบด้วยการถ่ายทอดข้อมูลสาระสำคัญที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีคนเอาใจใส่และมีความรัก ความหวังดีและรู้สึกว่าคุณค่า เป็นที่ยอมรับในสังคมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและเป็นประโยชน์แก่สังคม

ไพศาล แยมวงศ์ (2555 : 10) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในรูปแบบต่าง ๆ กับแหล่งเอื้ออำนวยทางสังคมของตน เช่น ครอบครัว เพื่อน ครู อาจารย์ หรือหน่วยทางสังคมอื่น ๆ ในช่วงเวลาหนึ่งและสามารถตัดสินคุณค่าในเชิงปริมาณของการมีปฏิสัมพันธ์ ความช่วยเหลือ การดูแลเอาใจใส่ความรัก เคารพให้เกียรติ รวมถึงข่าวสารข้อมูลทั้งหมดที่บุคคลควรได้รับ

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างบุคคล ที่ให้การช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น วัตถุ สิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร เพื่อเอื้ออำนวยในด้านต่าง ๆ ทางสังคม เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคง เป็นที่รัก เป็นที่ต้องการ เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตหรือมีความเครียดเกิดขึ้น การสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจากแหล่งสนับสนุนที่บุคคลนั้นมีอยู่จะช่วยบรรเทาความรุนแรง หรือเป็นการป้องกันไม่ให้ความเครียดนั้นมากระทบจนเกิดความผิดปกติ

2.7.2 แหล่งสนับสนุนทางสังคม (Source of social support)

แหล่งสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ที่มาของการสนับสนุนการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ซึ่งมีทั้งที่เป็นบุคคล กลุ่มบุคคล หรือองค์กร ได้มีการกล่าวถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

แคปแลน และคณะ (Kaplan et al. 1977 อ้างถึงใน อินทุกานต์ กุลไวย. 2552 : 26) กล่าวว่า กลุ่มบุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Spontaneous or natural supportive system) ประกอบด้วย บุคคล 2 ประเภท ประเภทบุคคลที่อยู่ในครอบครัวมีความเกี่ยวพันเป็นญาติสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย และลูกหลาน และประเภทของบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนรู้จัก คนคุ้นเคย คนที่ทำงานเดียวกัน

2) องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน หมายถึง กลุ่มบุคคลที่รวมกันเป็น หน่วยชมรม ซึ่งมีใช้กลุ่มที่จัดโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ องค์กร ศาสนา ซึ่งส่วนใหญ่ จะได้รับการช่วยเหลือ การประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์

3) กลุ่มช่วยเหลือทางวิชาชีพ หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวงการสุขภาพส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนโดยอาชีพ

สตีวาร์ท (Stewart. 1989 อ้างถึงใน จุฬารักษ์ โสตะ. 2554) ได้แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1) ครอบครัว เพื่อนสนิท ญาติคู่สมรส

2) กลุ่มคนในระดับชุมชน เช่น เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางวิชาชีพ อาสาสมัคร หรือชมรมต่าง ๆ ที่มีการจัดตั้งขึ้นในสังคม เพื่อให้การช่วยเหลือบุคคลที่อาศัยอยู่ในชุมชนนั้น

จึงสรุปได้ว่าแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม เป็นการแบ่งตามระยะความสัมพันธ์ คือถ้าสัมพันธ์ใกล้ชิด จะได้มาจากครอบครัว เครือญาติ แต่ถ้าความสัมพันธ์ห่างออกไป จะได้จากคนในระดับชุมชน สังคม

2.7.3 ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม (Type of social support)

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม คือ การสนับสนุนประเภทต่าง ๆ ได้มีการแบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

แคปแลน (Caplan. 1977 อ้างถึงใน อินทุกานต์ กุลไวย. 2552 : 27) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1) การสนับสนุนทางสังคมที่เป็นรูปธรรม (Tangible support) เป็นการสนับสนุนซึ่งอาจอยู่ในรูปของการช่วยเหลือด้านการเงินหรือการช่วยเหลือด้านร่างกาย (Financial or physical)

2) การสนับสนุนทางสังคมที่เป็นนามธรรม (Intangible support) ซึ่งอยู่ในรูปของการให้กำลังใจ ให้ข้อมูลข่าวสาร ให้ความรักความอบอุ่นทางอารมณ์

คานน์ (Kahn. 1980 อ้างถึงใน พรพิมล เพ็ชรบุรี. 2559 : 27) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ชนิด ได้แก่

1) ความผูกพันด้านอารมณ์และความคิด (Affection) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ด้านบวกของบุคคล โดยแสดงออกมาในรูปของความผูกพัน การยอมรับ การเคารพด้วยความรัก

2) การยืนยันและรับรองในพฤติกรรมของกันและกัน (Affirmation) เป็นการแสดงออกถึงความเห็นด้วยและยอมรับการกระทำและความคิดของบุคคลว่าถูกต้องเหมาะสม

3) การให้การช่วยเหลือ (Aid) เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยการให้สิ่งของหรือช่วยเหลือโดยตรง การช่วยเหลือนั้นอาจเป็นวัตถุ สิ่งของ เงินทอง ข้อมูลข่าวสารหรือเวลา

เฮาส์ (House. 1981 อ้างถึงใน พรพิมล เพ็ชรบุรี. 2559 : 28) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion support) หมายถึง การแสดงออกถึงการยกย่องให้คุณค่า เป็นการทำให้รู้สึกว่าได้รับความรัก ความไว้วางใจ การเอาใจใส่ดูแล ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ แสดงความห่วงใย สอบถามความรู้สึกและรับฟัง

2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal support) หมายถึง การทำให้ได้เรียนรู้ด้วยตนเอง การส่งเสริมให้ประเมินความสามารถตนเองเพื่อนำไปใช้ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับหรือเปรียบเทียบกับสังคมหรือเป็นการนำข้อมูลมาประเมินตนเอง เช่น ข้อมูลภาวะสุขภาพจิตของตนเองอันเป็นผลมาจากการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุ

3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อชี้แจง การชี้แนะแนวทาง ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อให้สามารถเผชิญหรือจัดการกับสถานการณ์ปัญหาได้ของบุคคลนั้นได้

4) และการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ (Instrumental support) หมายถึง การให้การช่วยเหลือและสนับสนุนในรูปแบบต่าง ๆ โดยตรงต่อบุคคล เช่น วัสดุ สิ่งของ เงิน แรงงาน เวลา รวมถึงการให้บริการ

2.7.4 กลไกของการสนับสนุนทางสังคม

โทอิส (Thoits. 2011 อ้างถึงใน พรพิมล เพ็ชรบุรี. 2559 : 29) กล่าวว่า ผลดีของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต และที่สำคัญ คือ การสนับสนุนทางสังคมเป็นเหมือนกันชน (Buffer) สำหรับความเครียดและภาวะวิกฤตในชีวิตซึ่ง โทอิส ได้อธิบายถึงกลไกด้านบวกของการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

1) อิทธิพลของสังคมและการเปรียบเทียบ (Social influence/social comparison) กลไกของการสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นจากกฎ วัฒนธรรม (Norm) ของคนในสังคมที่ตัดสินว่าดีเหมาะสม หรือไม่เหมาะสม จะส่งผลให้บุคคลเลือกปฏิบัติพฤติกรรมในด้านที่สังคมประเมินว่าถูกต้องเหมาะสม เป็นการอ้างอิงไปสู่กลุ่มใหญ่ (Reference group member)

2) ในสังคมจะมีการควบคุม (Social control) ซึ่งเกิดขึ้นเองในกลุ่มสมาชิก เครือข่ายของสังคม กลุ่มของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันจะมีการห้ามปราม การเฝ้าระวังในเรื่องที่เป็นความเสี่ยงหรืออันตรายต่อสุขภาพและมีการแนะนำ ส่งเสริม ชักชวน เพื่อนในกลุ่มเครือข่ายให้ยึดถือในการปฏิบัติที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ

3) มีการชี้แนะพฤติกรรมที่เหมาะสมทำให้บุคคลมีพฤติกรรมมีการดำเนินชีวิตอย่างมีความหมาย (Behavioral guidance, Purpose and Meaning) รวมทั้งการสนับสนุนและควบคุมซึ่งกันและกันตามบทบาทและความสัมพันธ์ เช่น สามี-ภรรยา หมอ-คนไข้ เพื่อน-เพื่อน จะส่งผลด้านบวกต่อพฤติกรรมที่เป็นผลดีต่อสุขภาพกายและจิต (House. 1987 ; Berman et al. 2000 ; Brissette et al. 2000 ; Cohen. 2004 ; Taylor and Turner. 2001 cited in Thoits. 2011)

4) การสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลเพิ่มความภูมิใจในตนเอง (Self-esteem/Self worth) ซึ่งความภูมิใจนี้ช่วยทำให้บุคคลลดความซึมเศร้า ลดความวิตกกังวล เพิ่มความสุข และความพึงพอใจในชีวิตส่งผลดีต่อสุขภาพจิต

5) ความรู้สึกเป็นเจ้าของและทุกคนในชุมชนมีมิตรภาพต่อกัน (Belonging and companionship) ส่งผลให้เกิดการดูแลช่วยเหลือกัน ความรู้สึกว่าตนเองมีมิตรภาพ มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อบุคคลอื่นช่วยลดความรู้สึกเหงาโดดเดี่ยวลดช่องว่างระหว่างกลุ่มคนในสังคมซึ่งมีความสัมพันธ์เกี่ยวโยงไปถึงความซึมเศร้า ความวิตกกังวลรวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมตลอดจนความเจ็บป่วยต่าง ๆ จึงกล่าวได้ว่าความรู้สึกเป็นเจ้าของและทุกคนในชุมชนมีมิตรภาพต่อกันนั้นมีผลต่อสุขภาพกายและจิต (Cacioppo et al. 2002 ; Stroebe and Stroebe. 1996 ; Uchino. 2004 cited in Thoits. 2011 : 145 -161)

6) การรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมที่ตนเองได้รับ (Perceived social support) ซึ่งจะส่งผลดีต่ออารมณ์และจิตใจ ถึงแม้ว่าจะมีการสนับสนุนเกิดขึ้นจริงแต่บุคคลไม่รับรู้ถึงการสนับสนุนนั้นก็จะไม่ส่งผลดีต่อสุขภาพกายและใจแต่อย่างใด

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เพราะการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเป็นการได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลต่าง ๆ ในสังคม ตั้งแต่ในระดับครอบครัว ชุมชน สังคมที่อยู่รอบด้าน โดยอาจมีหลายระดับในความสัมพันธ์ ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับบริบทของชุมชนนั้น ๆ ซึ่งจะมีผลในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

2.8 การเยี่ยมบ้าน (Home visit)

การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้านถือเป็นกิจกรรมที่เป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นกิจกรรมเชิงรุกและเชิงลึกที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้ (วิโรจน์ วรรณภริระ. 2555 : 17-35)

2.8.1 ความหมายของ “การเยี่ยมบ้าน”

การเยี่ยมบ้าน (Home visit) เป็นกิจกรรมการดูแลสุขภาพชนิดหนึ่งที่ใช้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และใช้ “บ้าน” เป็นฐานในการดูแลแทนการใช้สถานพยาบาลซึ่งดำเนินงานโดยทีมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวและ/หรือบุคลากรทางการแพทย์ และควรมีรูปแบบและวิธีการที่ดีจึงจะก่อให้เกิดผลที่คุ้มค่ามากที่สุด การเยี่ยมบ้านต้องมีทั้งความรู้ทักษะและเจตคติที่ดีจึงจะประสบความสำเร็จ ดังนั้น การเยี่ยมบ้านจึงไม่ใช่การเยี่ยมเยียนกันทั่วไปแต่เป็นการเยี่ยมเพื่อการดูแลรักษาและสนับสนุนครอบครัวนั่นเอง

2.8.2 องค์ประกอบที่สำคัญของการเยี่ยมบ้าน

- 1) ผู้ป่วยและครอบครัว
- 2) วิธีการดูแลรักษาที่บ้าน
- 3) การออกเยี่ยมบ้าน
- 4) บทบาทของทีมรักษาพยาบาล
- 5) เทคโนโลยีที่เหมาะสม
- 6) ประโยชน์และความคุ้มค่า

2.8.3 แนวคิดของการเยี่ยมบ้าน (Rationale for home visit)

การเยี่ยมบ้านจะช่วยเพิ่มคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยได้ในประเด็นต่อไปนี้

- 1) ทำให้ทีมสุขภาพได้ข้อมูลเพิ่มเติมจากการสังเกตหรือสอบถามผู้ป่วยที่บ้านจึงมองปัญหาของผู้ป่วยเป็นองค์รวมมากขึ้น
- 2) ค้นพบปัญหาหรือโรคหรือความเจ็บป่วยอื่นเพิ่มเติม เช่น ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงอาจมีปัญหานอนไม่หลับหรือปัญหาครอบครัว เป็นต้น
- 3) เสริมสร้างความพึงพอใจและให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง เช่น รับประทานยาครบและตรงเวลามากขึ้น

- 4) รับทราบความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยมากขึ้น
- 5) การดูแลรักษาบางอย่าง เช่น การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุต้องทำที่บ้านเท่านั้น หรือผู้ป่วยที่ติดบ้านหรือเดินทางไปตรวจรักษาที่สถานพยาบาลลำบากจึงจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุด
- 6) เจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์และปฏิบัติงานด้านการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอจะมีความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าผู้ไม่เคยปฏิบัติหรือปฏิบัติน้อยครั้ง
- 7) การเยี่ยมที่มีประสิทธิภาพเจ้าหน้าที่ต้องมีการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องและมีระบบให้ความช่วยเหลือ หรือให้คำปรึกษาสำหรับการให้ความรู้ควรเริ่มตั้งแต่ก่อนจบการศึกษาหรือก่อนปฏิบัติงาน

ในสังคมไทยปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้นความต้องการการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจะเพิ่มมากขึ้นหลายเท่าตัวและอาจมีหลายครอบครัวที่ต้องการให้ทีมบุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้ดูแลประจำครอบครัว ทั้งนี้ ไม่จำกัดพื้นที่อาจเป็นในเขตเมืองหรือในชนบท ดังนั้น การเตรียมความพร้อมเพื่อรับสถานการณ์ดังกล่าวจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งทั้งด้านบุคลากร ระบบบริการ กิจกรรมดูแล การประสานและร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ทั้งนี้ เพื่อจัดให้มีบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างแท้จริง

2.8.4 ชนิดของการเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านแบ่งออกเป็น 4 ชนิด ได้แก่

- 1) การเยี่ยมเพื่อดูแลความเจ็บป่วย (Illness home visits) สามารถแบ่งย่อยออกเป็น 3 แบบ ดังนี้

1.1) การเยี่ยมเพื่อดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency care) การเยี่ยมบ้านประเภทนี้ มักจะเป็นการให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินกับผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับครอบครัว เช่น หมดสติ หายใจหอบมาก ได้รับบาดเจ็บ เป็นต้น เมื่อเกิดเหตุการณ์เหล่านี้มักจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือ หรือดูแลเบื้องต้นที่บ้าน หรือ ณ ที่เกิดเหตุอย่างทันทีทันใด ต้องมีระบบการติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ เพื่อความรวดเร็วในการให้ความช่วยเหลือ ทีมช่วยเหลือควรจะมีความรู้และทักษะในการบริหารเบื้องต้นในที่เกิดเหตุเป็นอย่างดี ในประเทศไทยการให้ความช่วยเหลือลักษณะนี้มักจะใช้กับอุบัติเหตุตามท้องถนน ผู้ช่วยเหลือควรมีความรู้หรือทักษะที่ดีเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายซ้ำเติมและช่วยดูแลรักษาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีก่อนที่จะส่งต่อไปโรงพยาบาล เมื่อจำเป็นการพัฒนากระบวนการพยาบาลฉุกเฉินที่บ้าน ทั้งด้านบุคลากร การสื่อสาร รถพยาบาลฉุกเฉิน และความร่วมมือของผู้ป่วยและครอบครัวจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งยวดและควรมีการเตรียมการแต่เนิ่น ๆ

1.2) การเยี่ยมเพื่อดูแลผู้ป่วยเฉียบพลัน (Acute illness care) เป็นการดูแลโรคฉับพลัน เช่น ปวดท้องรุนแรง ท้องร่วง ไข้เลือดออก ไข้หวัดใหญ่ระบาด เป็นต้น การเยี่ยมบ้านจะช่วยประเมินให้การช่วยเหลือเบื้องต้น การจัดการสิ่งแวดล้อม การสืบสวนโรคและติดตาม/เฝ้าระวังโรค

1.3) การเยี่ยมเพื่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic illness care) โรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาต แผลกดทับ เป็นต้น การเยี่ยมบ้านชนิดนี้ทำเพื่อประเมินและวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยญาติหรือประสานกับหน่วยงานอื่นเพื่อร่วมดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะโรคที่มีความรุนแรงหรือเกินความสามารถของครอบครัว การเยี่ยมบ้านในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคได้ จะช่วยให้ทีมงานค้นพบปัจจัยหรือสาเหตุที่เป็นต้นเหตุจากการสังเกตหรือสอบถามคนในครอบครัว หรือเพื่อนบ้าน

2) การเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลผู้ป่วยใกล้ตายหรือระยะสุดท้าย (Dying care home visits) จุดประสงค์ที่สำคัญในการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต เช่น ผู้ป่วย โรคมะเร็งระยะสุดท้าย โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นต้น ได้แก่

- (1) ให้การดูแลแบบประคับประคอง บรรเทาทุกข์ หรือความเจ็บป่วย (Palliative care)
 - (2) ให้การดูแลรักษาระยะสุดท้ายของชีวิตที่จำเป็น
 - (3) เตรียมครอบครัวให้พร้อมรับมือกับภาวะโศกเศร้า
 - (4) ประกาศการเสียชีวิต
- การดูแลรักษาระยะสุดท้าย กิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่

(1) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสำหรับวาระสุดท้ายอาจเป็นกิจกรรมทางสังคม ศาสนา หรือด้านอื่น ๆ ไม่เน้นกิจกรรมทางการแพทย์ ทั้งนี้อาจมีผู้รู้ในชุมชนเข้ามาช่วยสนับสนุน

(2) ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยหรือการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยเหล่านี้มักจะทรมานจากอาการปวดมาก บวม หรือหอบ เช่น ให้อาหารบรรเทาอาการปวด ลดอาการบวม ให้ผู้ป่วย เจาะดูต น้ำในช่องท้อง ให้ออกซิเจน เป็นต้น

เตรียมครอบครัวให้พร้อมรับมือกับภาวะโศกเศร้า แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวและ ทีมสามารถให้การดูแลประคับประคองทั้งร่างกายและจิตใจแก่สมาชิกในครอบครัวตั้งแต่วาระที่รู้ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต (ก่อนเสียชีวิต) จนถึงผู้ป่วยเสียชีวิต (หลังเสียชีวิต) โดยการ

- (1) ประเมินสภาพอารมณ์และจิตใจของสมาชิกในครอบครัว
- (2) ประเมินความสามารถในการแก้ปัญหาของสมาชิกในครอบครัวและให้การช่วยเหลือ ได้แก่ ความโศกเศร้า อารมณ์ สิ่งแวดล้อม แหล่งช่วยเหลือ หรือแม้แต่ปัญหาสุขภาพที่ซ่อนเร้นอยู่ ตลอดจนการเตรียมทำศพ เช่น การจองวัด หรือขั้นตอนทางศาสนา เป็นต้น

(3) แก้อัศจรรย์ของญาติ

ประกาศการเสียชีวิต

- (1) ประกาศการเสียชีวิตเมื่อเกิดการเสียชีวิตในบ้าน
- (2) การเยี่ยมบ้านโดยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวและทีมจะช่วยบอกสาเหตุการเสียชีวิต และทำให้สาเหตุการเสียชีวิตที่บันทึกไว้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น การบอกหรือหาสาเหตุของการเสียชีวิตซึ่งอาจจะ

ผิดพลาดถ้าได้ข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัวเพียงด้านเดียว บอกแนวโน้มหรือคาดการณ์การเสียชีวิต และวางแผนป้องกันโรคเหล่านี้ในครอบครัวและชุมชน

3) การเยี่ยมบ้านเพื่อการประเมิน (Assessment home visits)

การเยี่ยมบ้านประเภทนี้สามารถประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจมีผลต่อการเจ็บป่วย เช่น ตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยได้ จึงถือเสมือนการสืบค้นโรควิธีหนึ่งแต่ไม่ใช่การเยี่ยมบ้านเพื่อเป็นการประเมินหรือทราบความต้องการบริการของผู้ป่วย การเยี่ยมบ้านเพื่อการประเมินที่เหมาะสมสำหรับกรณีต่อไปนี้

- 3.1) ผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรักษา
- 3.2) ผู้ป่วยที่ขาดการติดตามการรักษา
- 3.3) ไม่สามารถควบคุมโรคของตนเองได้ เช่น ปัญหาด้านพฤติกรรม ปัญหาครอบครัว
- 3.4) มีปัญหาในการใช้ยา เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่ใช้ยาหลายตัว
- 3.5) มารับบริการบ่อยเกินไป
- 3.6) ผู้ป่วยเคลื่อนไหวหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้
- 3.7) ผู้ป่วยอยู่คนเดียวหรือชอบแยกตัวออกจากสังคม
- 3.8) สงสัยว่าจะมีการทารุณหรือล่วงละเมิดหรือความรุนแรงในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน
- 3.9) ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการเรียนรู้ เช่น หลงลืม ปฏิบัติตัวไม่ได้ ไม่เข้าใจ

คำแนะนำ ซึ่งจำเป็นต้องให้คนในครอบครัวช่วย

- 3.10) มีอาการแ่ลงหรือปัญหาทางจิตใจ
- 3.11) ผู้ป่วยที่ต้องการการพยาบาลที่บ้าน หรือสถานบริการเฉพาะทาง (Nursing home care)
- 3.12) การเยี่ยมประเมินร่วมกับหน่วยงานอื่น เช่น ทีมจากโรงพยาบาล หรือทีมสังคมสงเคราะห์
- 3.13) ต้องการประเมินปัจจัยแวดล้อมที่อาจมีผลต่อกระบวนการดูแลตนเอง เช่น การเลี้ยงสัตว์ในบ้านและฝุ่นในผู้ป่วยโรคหอบหืด
- 3.14) ประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของสมาชิกในครอบครัวหรือติดตามความก้าวหน้า

4) การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Hospitalization Follow-Up Home Visits)

การเยี่ยมบ้านประเภทนี้ ทำหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือมาตรวจที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ซึ่งจะมีประโยชน์สำหรับกรณีที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนชีวิตของผู้ป่วยและเตรียม/ช่วยเหลือครอบครัว ได้แก่

4.1) โรคเฉียบพลัน เช่น หลังได้รับอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บ เช่น การผ่าตัดหรือหลังการรักษาขั้นสูง การเยี่ยมบ้านที่ปฏิบัติก่อนบ้อย ได้แก่ ได้รับอุบัติเหตุ การผ่าตัด หรือผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคต่าง ๆ ที่มีความซับซ้อน (เช่น โรคหลอดเลือดสมอง) หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยบางรายอาจมีความจำเป็นต้องติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามผลการรักษาหรือความก้าวหน้าของโรค เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและให้กลับบ้านได้แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวและ/หรือทีมงานสามารถติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อดูอาการหรือปัจจัยบางอย่างที่มีผลต่อโรคผู้ป่วย (Prognostic factors) ดังต่อไปนี้

(1) ในผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเป็นการติดตามเพื่อประเมินอาการผู้ป่วย ประเมินแหล่งที่จะเป็นที่วางไข่ของยุง ให้ความรู้แก่ครอบครัวและชุมชนรอบ ๆ เป็นต้น

(2) ในกรณีผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือผ่าตัดการติดตามการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินบาดแผล การทำแผลผู้ป่วย การตัดไหม

(3) ประเมินผู้ดูแล เช่น ความสามารถและประสิทธิภาพของคนในครอบครัว ที่ช่วยการดูแลผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อน หรือประเมินสิ่งแวดล้อม เป็นต้น การเยี่ยมบ้านจึงมีประโยชน์ในด้าน

(1) การปรับตัวและพฤติกรรมของผู้ป่วย

(2) การปรับตัวและพฤติกรรมของครอบครัว

(3) การประเมินประสิทธิภาพของการดูแลในโรงพยาบาล

(4) ประเมินผลการให้คำแนะนำของผู้ให้บริการ

(5) ติดตามการดำเนินตามแผนการรักษา

(6) ประเมินผู้ดูแล

(7) ประเมินที่พัก ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อมจริง

4.2) มารดาและทารกหลังคลอด การเยี่ยมบ้านสำหรับครอบครัวที่มีลูกเกิดใหม่ เพื่อช่วยเหลือพ่อแม่และครอบครัวที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลลูก รวมถึงการประเมินสิ่งแวดล้อมในครอบครัวเพื่อให้เกิดการปรับตัวอย่างดี ให้แนะนำด้านการป้องกันโรค และเสริมสร้างพัฒนาการของลูก รวมทั้งประเมินสุขภาพของแม่และลูก

4.3) ผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด (หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) การเยี่ยมบ้านจะช่วยประเมินสาเหตุหรือเหตุผลของผู้ป่วยที่ไม่สามารถมาตามนัดได้ หรือมีเหตุการณ์ฉุกเฉินที่ผู้ป่วยไม่สามารถมารับการตรวจรักษาเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการรักษา

2.8.5 กระบวนการเยี่ยมบ้าน

ความสำเร็จของการเยี่ยมบ้านมักเกิดจากการวางแผนและการเตรียมตัวของผู้เยี่ยมที่มีความพร้อมที่ดีโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านความชัดเจนของข้อบ่งชี้ในการเยี่ยมบ้าน หรืออาจจะเป็น

เป้าหมายในการเยี่ยมบ้าน และการยินยอมพร้อมใจของผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อเลือกครอบครัวที่จะเยี่ยมแล้ว โดยแบ่งได้เป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่

1) ระยะก่อนเยี่ยมบ้าน

ระยะก่อนเยี่ยมบ้านมีความสำคัญมากและมักนิยมใช้เป็นเครื่องมือในการทำนายความสำเร็จของการปฏิบัติงานและการดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้าน แต่อย่างไรก็ตาม ผู้เยี่ยมมักจะมองข้ามหรือข้ามขั้นตอนนี้ไป โดยไม่ให้ความสำคัญหรืองดการทำกิจกรรมในขั้นตอนนี้ หรือทำอย่างไม่มีระบบหรือไม่สม่ำเสมอ เพราะขั้นตอนนี้จะเป็นการวางแผนเตรียมความพร้อมและกำหนดขั้นตอนที่สำคัญก่อนที่จะออกไปเยี่ยมบ้าน กระบวนการที่สำคัญประกอบด้วย

1.1) ระบุข้อบ่งชี้หรือประเภทของการเยี่ยมบ้านเพราะแต่ละประเภทจะมีการกำหนดวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่แตกต่างกัน

1.2) กำหนดวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้านให้ชัดเจน เช่น การเยี่ยมบ้านครั้งแรกหรือการติดตามเพื่อทำอะไรบ้าง ถ้ามีหลายวัตถุประสงค์ให้จัดลำดับความสำคัญ ทั้งนี้ ต้องไม่มากเกินไป วัตถุประสงค์จะช่วยให้การเตรียมการ เช่น จะให้ใครไปเยี่ยมบ้าง เตรียมอุปกรณ์อะไรบ้าง เป็นต้น

1.3) วางแผนการเยี่ยมบ้าน

(1) การเตรียมตัว

- ศึกษาประวัติหรือข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนผังครอบครัวเท่าที่มีอยู่ (ซึ่งอาจจำเป็นต้องปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันในภายหลังเยี่ยมบ้าน)

- ประชุมทีมผู้รักษา/ทีมเยี่ยมบ้าน ถ้าต้องการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ควรเชิญประชุมหรือเข้าพบเพื่อปรึกษา ในประเทศไทยมีการขาดแคลนแพทย์ ดังนั้น บุคลากรอื่น ๆ จึงมีบทบาทเยี่ยมบ้าน การประชุมก่อนเยี่ยม นอกจากจะประโยชน์ในการเตรียมการแล้วยังมีประโยชน์ด้านการเรียนรู้และสร้างระบบให้การปรึกษา โดยมีแพทย์เป็นผู้นำในที่ประชุม

- ฟื้นฟูความรู้เท่าที่จำเป็น เป็นการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองหรืออาจไปปรึกษาหรือขอความเห็นจากผู้รู้ก็ได้

- ประสานขอความช่วยเหลือจากผู้เกี่ยวข้อง เช่น นักกายภาพเมื่อต้องเยี่ยมบ้านผู้ป่วย Stroke หรือโภชนาการในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นต้น

- เตรียมอุปกรณ์ในการเยี่ยมบ้าน เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก ยารักษาโรคที่จำเป็น เป็นต้น ทั้งนี้ควรมีรายการพื้นฐานและรายการเสริมตามสถานการณ์

- กำหนดวันและเวลาเยี่ยมและประสานงานเพื่อขออนุญาตเยี่ยมบ้าน รวมคาดการณ์ระยะเวลาที่จะใช้เยี่ยม ทั้งนี้ ต้องให้เหมาะสมกับลักษณะงานของเราและของผู้ป่วยด้วย โดยทั่วไปนิยมเยี่ยมบ้านในช่วงบ่าย เพราะช่วงเช้ามักติดภารกิจให้บริการรักษาที่ รพ.สต. ช่วงและ

ระยะเวลาเยี่ยมให้ปรับตามสถานการณ์ การขออนุญาตเยี่ยมบ้าน เช่น แจ้งผ่าน อสม. โทรศัพท์
จดหมายนัด

- แหล่งที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ป่วย (ควรทำแผนที่เดินทางไว้
ล่วงหน้า หรือถ้าไม่มี ควรทำไว้หลังจากเยี่ยมบ้าน) การไปครั้งแรกอาจให้ อสม. พาไป

- แผนที่และยานพาหนะที่ใช้เดินทาง

- เตรียมข้อมูล หรือคำแนะนำ (เช่น แผ่นพับ) เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจ
มากขึ้น

- กำหนดจำนวนเจ้าหน้าที่และระบุหน้าที่ของแต่ละคน (ตาม สหวิชาชีพ
ซึ่งแต่ละครั้งอาจมีจำนวนแตกต่างกัน ทั้งนี้ ขึ้นกับวัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้าน)

- เป้าหมายของการเยี่ยมบ้าน รวมทั้งจำนวนผู้ป่วย/ครอบครัวที่จะเยี่ยม
ในวันหรือสัปดาห์นั้น ทั้งนี้ ต้องคำนึงถึงการเดินทางและพื้นที่ที่อยู่ใกล้เคียงกัน

- ปัญหาเฉพาะหน้าที่อาจมีได้และแนวทางแก้ไข

- การป้องกันหรือจัดการความเสี่ยงหรืออันตรายต่อผู้เยี่ยม (Risk management)
เช่น การเยี่ยมบ้านในแหล่งอันตรายอาจต้องขอกำลังตำรวจหรือผู้ใหญ่บ้านร่วมไปด้วย หลีกเลี่ยงการเยี่ยมบ้าน
คนเดียวหรือในเวลาวิกาล เป็นต้น

- เตรียมการด้านอื่น ๆ เช่น การแต่งกาย (ที่แสดงว่าเราเป็นใคร) เตรียมพร้อม
อาหาร กล้องถ่ายรูป โทรศัพท์หรือวิทยุสื่อสาร

(2) การเตรียมข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัว

- แฟ้มอนามัยครอบครัว (Family folder)

- แบบบันทึกสุขภาพผู้ป่วยหรือการให้บริการ (Home visit record)

- ข้อมูลการเยี่ยมบ้านครั้งก่อน (ถ้ามี)

2) ระยะเวลาเยี่ยมบ้าน

เป็นระยะของการปฏิบัติให้การประเมินทั้งด้านร่างกายจิตใจและสิ่งแวดล้อมของ
ครอบครัวเพื่อวินิจฉัยโรค/ปัญหาเบื้องต้นและให้การช่วยเหลือ โดยดำเนินการตามแผนที่วางไว้ หรือปรับได้
ตามสภาพการณ์ จะช่วยให้การเยี่ยมบ้านประสบความสำเร็จและราบรื่นมากยิ่งขึ้น ดังนั้น ผู้เยี่ยมที่ดี
ผู้เยี่ยมต้องมีทักษะที่สำคัญดังนี้

2.1) ทักษะในการสื่อสาร (Communication skills) เพื่อสร้างความสัมพันธ์และ
ความไว้วางใจ และต้องหลีกเลี่ยงการวิพากษ์วิจารณ์ในสิ่งที่ พบเห็น

2.2) ทักษะในการค้นหาและแก้ปัญหา (Problem tracing and solving skills)
โดยเน้นการจัดการแบบองค์รวม

2.3) การให้บริการดูแลด้านจิตวิทยาและสังคม (Psychosocial care)

2.4) การใช้เครื่องมือทางเวชศาสตร์ครอบครัว (Family tools) ได้แก่

- (1) ชีวประวัติ (History taking)
- (2) ผังครอบครัว (Family genogram)
- (3) การบันทึกความเจ็บป่วย (Illness episode record)
- (4) แนวทางการเยี่ยมบ้านแบบ INHOMESSS ที่มีองค์ประกอบดังนี้

I = Immobility ประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองว่าทำได้หรือไม่ อย่างไร ทำได้ดีมากน้อยเพียงใด ต้องอาศัยคนอื่นหรือไม่ หรือต้องใช้อุปกรณ์ใดช่วยบ้าง คุณภาพของอุปกรณ์มีความเหมาะสมหรือไม่ รวมทั้งประวัติการหกล้มหรือบาดเจ็บจากการเดินหรือเคลื่อนไหว ถ้าไม่สามารถเดินได้ต้องประเมินเกี่ยวกับกระดูกและข้อหรือแผลกดทับเพิ่มเติม การช่วยเหลือตนเองจะมีผลต่อสภาพจิตใจและคุณภาพชีวิต

N = Nutrition ประเมินภาวะโภชนาการอาหารรวมทั้งคุณค่าและค่านิยมในการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับโรค และระยะของโรค โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตลอดจนสอบถามถึงความสามารถในการเข้าถึงหรือจัดหาอาหาร เพราะบางครั้งอาจมีอุปสรรคจากฐานะหรือต้องพึ่งพาคนอื่นในครอบครัว

H = Home environment ประเมินสภาพสิ่งแวดล้อมในบ้านและบริเวณรอบ ๆ บ้านที่อาจมีผลต่อวิธีการดูแลหรือความเจ็บป่วย

O = Other people ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายในบ้าน เพื่อนบ้าน และแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในชุมชน เช่น จิตอาสา

M = Medications ประเมินการใช้ยา อายุของยา และการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพ ตลอดจนยาหรือวิธีการรักษาที่แสวงหามาด้วยตนเองหรือตามความเชื่อ

E = Examination ประเมินสุขภาพด้วยการตรวจร่างกาย

S = Safety ประเมินความปลอดภัยภายในบ้านที่อาจมีผลต่อผู้อยู่อาศัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็ก คนพิการ และคนชรา

S = Spiritual health ประเมินจิตวิญญาณ ได้แก่ ความเชื่อ ทศนคติ วัฒนธรรมและประเพณี ความมุ่งมั่น ความทุกข์ สิ่งยึดเหนี่ยวที่สำคัญ ความศรัทธา หรือบุคคลที่ผู้ป่วยเชื่อและนับถือ

S = Service ประเมินการบริการที่ได้รับ ความพึงพอใจต่อบริการ และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

หมายเหตุ : การใช้แนวทางการเยี่ยมบ้านแบบ INHOMEMESS นั้น ไม่จำเป็นต้องทำทั้งหมดในครั้งเดียว แต่ขึ้นกับวัตถุประสงค์ที่วางไว้หรือตามสถานการณ์เฉพาะหน้า เช่น การดูแลแผลกดทับ อาจใส่ใจด้าน Immobility และ Examination มากเป็นพิเศษ

3) ระยะเวลาเยี่ยมบ้าน

หลังจากที่มีการเยี่ยมบ้านทุกครั้งผู้เยี่ยมจะต้องกิจกรรมที่สำคัญดังนี้

3.1) การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านในแฟ้มครอบครัว หรือ OPD Card หรือในระบบอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอาจใช้รูปแบบ SOAP ได้แก่

- Subjective ข้อมูลที่ได้รับคำบอกเล่าของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

- Objective ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและตรวจพบโดยผู้เยี่ยม

- Assessment ประเมินและระบุปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว

- Plan management เป็นการแก้ปัญหาอย่างครอบคลุม เบ็ดเสร็จ ผสมผสานต่อเนื่องและแบบองค์รวม

3.2) การวิเคราะห์และการวางแผนแก้ปัญหา โดยแบ่งตามระดับของการดูแลดังนี้

(1) ระดับบุคคล (Individual) ซึ่งมีวิธีการดูแลที่แตกต่างกัน ได้แก่

- Case approach ซึ่งมักเน้นการรักษาโรค (Biomedical care)

- Whole person approach เน้น Biomedical และ Psychological care

- Holistic approach เป็นแบบองค์รวม มีทั้ง Biomedical psychological และ Social care

(2) ระดับครอบครัว แบ่งออกเป็น 2 ระดับย่อย ได้แก่

- Family-oriented care เน้นหาข้อมูลสุขภาพและความสัมพันธ์ในครอบครัว

- Family as a unit เน้นการให้การดูแลบุคคลและแก้ปัญหากลุ่ม โดยยึดในครอบครัวเป็นศูนย์กลางและแก้ปัญหายังเป็นระบบ

3.3) วางแผนติดตามหรือเยี่ยมครั้งต่อไประบุจำนวนครั้งของการเยี่ยมบ้านหรืออาจยุติการเยี่ยมบ้านถ้าภารกิจสิ้นสุด อนึ่ง ภายหลังจากการเยี่ยมบ้านอาจจะจัดให้มีการประชุมสรุปการเยี่ยมบ้าน (Post-visiting conference) เช่นเดียวกับการประชุมก่อนเยี่ยมบ้านหรืออาจทำในวันเดียวกันเพื่อให้การดำเนินการครบวงจร

ประโยชน์ของการเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านก่อให้เกิดประโยชน์ที่ชัดเจน 3 ประการ คือ

- ส่งเสริมการดูแลสุขภาพของตนเองที่บ้าน (Home health care)

- เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อบริการ

- เสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยและญาติ

สรุปได้ว่า การเยี่ยมบ้านมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยและครอบครัว วิธีการดูแลรักษาที่บ้าน การออกเยี่ยมบ้าน บทบาทของทีมนักสหวิชาชีพ เทคโนโลยีที่เหมาะสม ประโยชน์และความคุ้มค่า ชนิดของการเยี่ยมบ้าน แบ่งออกเป็น 4 ชนิดใหญ่ ๆ ได้แก่ การเยี่ยมเพื่อดูแลความเจ็บป่วย (Illness home visits) การเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลผู้ป่วยใกล้ตายหรือระยะสุดท้าย (Dying care home visits) การเยี่ยมบ้านเพื่อการประเมิน (Assessment home visits) และการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Hospitalization follow-up home visits) โดยมีกระบวนการเยี่ยมบ้าน 3 ขั้นตอน ได้แก่ ระยะเวลาเยี่ยมบ้าน ระยะเวลาเยี่ยมบ้าน ระยะเวลาหลังเยี่ยมบ้าน จะเห็นได้ว่าการเยี่ยมบ้านจึงมีความสำคัญอย่างมากเพราะเป็นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องทำให้ทราบถึงสถานการณ์ปัญหาของโรค การดูแลตนเองของผู้ป่วย และความพร้อมของครอบครัวในการดูแล ในขณะเดียวกัน การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมนั้น การดูแลหลักที่สำคัญไม่ใช่ที่ครอบครัวเพียงอย่างเดียว แต่จะเป็นการดูแลร่วมกันของคนในชุมชนจึงมีกระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม

2.9 กระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม Appreciation-Influence-Control (A-I-C)

AIC เป็นเทคนิคที่พัฒนามาจากแนวคิดของสถาบันเอกชนชื่อ Organization for Development an International Institute (ODII) ตั้งขึ้นโดย Ms. Turid Sato และ Dr. William E. Smith กระบวนการนี้ได้นำมาทดลองและเผยแพร่ในประเทศไทยโดยสถาบัน ODII ร่วมกับสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) และสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน (PDA) (ครรชิต พุทธโกษา. 2558 : ออนไลน์) จากการศึกษาได้พบว่า กระบวนการเทคนิค AIC เป็นกระบวนการที่มีศักยภาพในการสร้างพลังและกระตุ้นการยอมรับของชาวบ้านให้ร่วมพัฒนาชุมชนและยังมีศักยภาพที่จะขยายผลได้ เทคนิค AIC ที่นำมาประยุกต์สำหรับการประชุมระดมความคิดเห็นในการพัฒนาหมู่บ้าน คือ เทคนิคการระดมความคิดเห็นที่ให้ความสำคัญต่อความคิดและการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนบนพื้นฐานแห่งความเสมอภาคเป็นกระบวนการที่นำเอาคนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา เป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันเพื่อจัดทำแผน โดยเป็นวิธีการที่จะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์นำเสนอข้อมูลข่าวสารที่จะทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหาความต้องการข้อจำกัด และศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ โดยใช้กระบวนการ A-I-C เป็นกระบวนการที่ช่วยให้มีการระดมพลังสมองในการศึกษา วิเคราะห์พัฒนาทางเลือกเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนา เกิดการตัดสินใจร่วมกัน เกิดพลังของการสร้างสรรค์และรับผิดชอบต่อการพัฒนาชุมชนท้องถิ่น เพราะกระบวนการ A-I-C มีขั้นตอนสำคัญ คือ

1) ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation : A)

คือ ขั้นตอนการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ขั้นตอนนี้จะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนแสดงความคิดเห็นรับฟังและหาข้อสรุปร่วมกันอย่างสร้างสรรค์เป็นประชาธิปไตย

ยอมรับในความคิดของเพื่อนสมาชิก โดยใช้การวาดรูปเป็นสื่อในการแสดงความคิดเห็น และแบ่งเป็น 2 ส่วน

A1 : การวิเคราะห์สภาพการของหมู่บ้าน ชุมชน ตำบลในปัจจุบัน

A2 : การกำหนดอนาคตหรือวิสัยทัศน์ อันเป็นภาพพึงประสงค์ในการพัฒนาว่าต้องการอย่างไร

2) ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I)

คือ ขั้นตอนการหาวิธีการและเสนอทางเลือกในการพัฒนา ตามที่ได้สร้างภาพพึงประสงค์ หรือที่ได้ช่วยกันกำหนดวิสัยทัศน์ (A2) เป็นขั้นตอนที่จะต้องช่วยกันหามาตรการ วิธีการ และค้นหาเหตุผลเพื่อกำหนดทางเลือกในการพัฒนา กำหนดเป้าหมาย กำหนดกิจกรรม และจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมโครงการ โดยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ

I1 : การคิดเกี่ยวกับกิจกรรมโครงการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ ตามภาพพึงประสงค์

I2 : การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมโครงการ โดย

(1) กิจกรรม หรือโครงการที่หมู่บ้าน ชุมชน ท้องถิ่นทำเองได้เลย

(2) กิจกรรมหรือโครงการที่บางส่วนต้องการความร่วมมือหรือการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานที่ร่วมทำงานสนับสนุนอยู่

(3) กิจกรรมที่หมู่บ้าน ชุมชน ตำบล ไม่สามารถดำเนินการได้เอง ต้องขอความร่วมมือ เช่น ดำเนินการจากแหล่งอื่น ทั้งภาครัฐและเอกชน

3) ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C)

คือ ยอมรับและทำงานร่วมกัน โดยนำเอาโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ มาสู่การปฏิบัติและจัดกลุ่มผู้ดำเนินการ ซึ่งจะรับผิดชอบโครงการโดยขั้นตอนกิจกรรมประกอบด้วย

C1 : การแบ่งความรับผิดชอบ

C2 : การตกลงใจในรายละเอียดของการดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติ นอกจากนี้ ผลลัพธ์ที่ได้จากการประชุม คือ

(1) รายชื่อกิจกรรม หรือโครงการที่กลุ่ม องค์กรชุมชนดำเนินการได้เอง ภายใต้ความรับผิดชอบและเป็นแผนปฏิบัติการของหมู่บ้าน ชุมชน

(2) กิจกรรม โครงการที่ชุมชน หรือองค์กรชุมชน เสนอขอรับการส่งเสริมสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานภาครัฐที่ทำงานหรือสนับสนุนชุมชน

(3) รายชื่อกิจกรรม โครงการที่ชาวบ้านต้องแสวงหาทรัพยากร และประสานงานความร่วมมือจากภาคีความร่วมมือต่าง ๆ ทั้งจากภาครัฐหรือองค์กรเอกชน เป็นต้น

วิธีดำเนินการ เป็นการอบรมพัฒนาศักยภาพผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning : PL) : ซึ่ง David A. Kolb (1984 : 300 -314) พัฒนาขึ้น ถือเป็นรูปแบบ

การจัดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล อาสาสมัครชุมชน ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทักษะ โดยทีมผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยเอื้ออำนวยให้เกิดการสร้างความรู้โดยการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและอาสาสมัครในชุมชนจนเกิดความคิดรวบยอดจากประสบการณ์เดิมมากกว่าถ่ายทอดความรู้จากผู้วิจัยโดยตรงและสามารถนำไปประยุกต์ใช้จนเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น ขั้นตอนการอบรม ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็นไปอย่างมีพลวัตร ได้แก่

1. ประสบการณ์ (Concrete experience)
2. การสะท้อนและอภิปราย (Reflective observation)
3. ความคิดรวบยอด (Abstract conceptualization)
4. การทดลอง/ประยุกต์แนวคิด (Active experimentation)

สรุปเทคนิค AIC เป็นเทคนิคที่ระดมความคิดเห็นของประชาชนในชุมชนเพื่อช่วยกัน วางแผนเพื่อการพัฒนาชุมชนเป็นเทคนิคที่มีศักยภาพในการสร้างพลังและกระตุ้นการยอมรับของชาวบ้าน ให้มีส่วนร่วมในการคิดการวางแผนเพื่อการพัฒนาชุมชนของตนเอง ซึ่งผู้วิจัยจะนำเทคนิค AIC ไปใช้ในการวางแผนในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับชุมชน

2.10 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วรพรรณ เสนานรงค์ และคณะ (2542) ได้ทำการศึกษาเรื่องการศึกษาสาเหตุ วิธีวินิจฉัย มาตรฐานการรักษาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (Study of Dementia on Etiology, Diagnostic Screening Method and Proper Management in Thai Elderly) ผลการศึกษา พบว่า ปัญหา ยุ่งยากในการดูแลของญาติ ได้แก่ ผู้ป่วยจะมีปัญหาหลงลืมบ่อยมาก จำอะไรไม่ได้ มีอารมณ์หงุดหงิด วิตกกังวล หวาดระแวง กลัวคนแปลกหน้า โมโหง่าย พูดคุยไม่รู้เรื่อง ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ญาติต้องคอยดูแลตลอดเวลาเพราะเกรงว่าผู้ป่วยจะได้รับอันตราย บางรายชอบถามซ้ำ ๆ เดินออกนอกบ้านแล้วกลับบ้านไม่ถูก กลางคืนไม่นอน ไม่ยอมรับประทานยา ส่วนผู้ดูแลมักจะมีอาการเครียด เนื่องจากการพักผ่อนน้อยลงมีภาระแบกรับอย่างอื่นด้วยนอกจากการดูแลผู้ป่วย เช่น ภาระค่าใช้จ่าย ภายในบ้านและในการรักษา วิธีการแก้ไขปัญหาคือผู้ดูแลเผชิญอยู่ ได้แก่ การคอยเฝ้าดูแลตลอดเวลา กรณีที่ไม่ยอมรับประทานยาก็จะผสมยาลงในอาหาร พูดหลอกล่อให้ผู้ป่วยรับประทานยา ช่วยกันจับ ผู้ป่วยอาบน้ำ กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหลงลืมบ่อยจะใช้วิธีการพูดเตือนบ่อย ๆ ไม่พยายามโต้เถียงกับ ผู้ป่วยขณะมีอาการโกรธ

ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ (2547) ศึกษาเรื่องผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม : กรณีศึกษา ผลการศึกษา พบว่า ญาติผู้ดูแลเกิดปัญหาและได้รับผลกระทบในทุกด้านโดยปัจจัยที่มีผล เสริมให้เกิดความตึงเครียดกับผู้ดูแล ได้แก่ การที่ผู้ดูแลอายุมากและมีปัญหาด้านสุขภาพไม่มีการแบ่งเบา

ภาระรับผิดชอบ ปัจจัยด้านลบ ได้แก่ ความจำเป็นต้องดูแลไม่มีเวลาส่วนตัว ส่วนการสนับสนุนทางบวก คือ ความเต็มใจในการดูแล ความรักความผูกพันสัมพันธ์ภาพเดิม การมีรายได้ที่เพียงพอ การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในครอบครัว ส่วนปัญหาและผลกระทบต่อผู้ดูแลและผู้ดูแลเป็นวัยผู้ใหญ่-ผู้สูงอายุจึงมีโรคประจำตัวและปัญหาด้านสุขภาพ ส่วนด้านจิตใจและสังคมเป็นผลมาจากความเหนื่อยล้าความเครียด

ภาศิษฏา อ่อนดี (2547) ศึกษาเรื่องภาระการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมประเด็นสำคัญและการช่วยเหลือ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลได้รับผลกระทบ คือ ปัญหาด้านร่างกายจิตใจ ด้านสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ด้านเศรษฐกิจส่วนตัว ด้านความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ต้องมีการประเมินความต้องการของผู้ดูแล ได้มีข้อเสนอแนะรูปแบบการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เช่น การจัดกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต ศึกษาแก่กลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล การมีโปรแกรมจัดการความเครียดบริการครอบครัวบำบัด

สิรินทร ฉันทศิริกาญจน (2552) ศึกษาเรื่องอัลไซเมอร์ : ต้นทุนที่รัฐควรช่วยแบกรับ? ผลการศึกษาพบว่า ผลการสำรวจภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542-2544 โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE Thai, 2002) ในผู้สูงอายุ 4 ภาค 23 จังหวัด จำนวน 37,157 คน โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 11.4 โดยพบอัตราการเกิดโรคในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ประมาณร้อยละ 8.8 และอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 41.4 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี นอกจากนั้น ยังพบว่า ในผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย คือ ร้อยละ 13.9 ในขณะที่ผู้สูงอายุเพศชายมีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 8 ต้นทุนส่วนใหญ่ของการรักษาโรคอัลไซเมอร์เกิดจากค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย ค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลที่เป็นญาติและค่าใช้จ่ายผู้ดูแลซึ่งจัดเป็นต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ (Direct non-medical care costs) รองลงมา เป็นค่ายาในการรักษาโรคอัลไซเมอร์ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายประมาณ 4,100-5,300 บาทต่อเดือน และจากการที่ราคายาที่ใช้รักษาโรคอัลไซเมอร์ยังมีราคาแพงและไม่จัดอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ จึงทำให้เกิดปัญหาเรื่องการเข้าถึงยาที่ไม่เท่าเทียมกันของผู้ป่วยที่มีสิทธิในโครงการประกันสุขภาพต่าง ๆ กัน

กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ์ (2554) ศึกษาเรื่องปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD) : แนวคิดและการรักษา ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม ไม่ว่าจะภาวะสมองเสื่อมนั้นจะเกิดจากเหตุใด ผู้ป่วยสมองเสื่อม กว่าร้อยละ 90 จะมีปัญหานี้ร่วมด้วยในระยะเวลาใดเวลาหนึ่งของการดำเนินโรคและรุนแรงจนจำเป็นต้องได้รับการรักษา ปัญหานี้สามารถพบได้ในทุกระดับความรุนแรงแม้กระทั่งในกลุ่มผู้ป่วย Mild Cognitive Impairment (MCI) แต่จะพบปัญหานี้บ่อยที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อมขั้นรุนแรง โดยอาการมักจะขึ้น ๆ ลง ๆ เกิดซ้ำได้บ่อย ๆ และปัญหาดังกล่าวมักจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของ

ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นอย่างมาก ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาและอัตราการรักษาของผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงมากเมื่อเทียบกับผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ไม่มีปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย (2555) ศึกษาเรื่องสรุปการประชุมระดมสมองเพื่อพัฒนานโยบายการป้องกันรักษาและดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับกลไกการดูแลเมื่อเป็นผู้สูงอายุแต่ไม่ได้ลงรายละเอียดเมื่อต้องเป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อม ดังนั้น สำหรับประเทศไทย ข้อเสนอในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะสั้น คือ รัฐต้องเริ่มที่การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมอย่างจริงจังและเข้าถึงประชาชน หน่วยบริการมีกลไกที่เอื้อต่อการสร้างความชำนาญ/ศักยภาพในการดูแลของบุคลากรอาสาสมัครรวมถึงการเสริมสร้างสุขภาพจิตสนับสนุนความรู้/อุปกรณ์แก่ผู้ดูแลที่บ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลนั้นสามารถให้การดูแลที่บ้านได้เองโดยไม่ต้องพึ่งพิงหน่วยบริการ

สำหรับข้อเสนอในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะยาว คือ หน่วยบริการต้องมีโครงสร้างวิชาชีพที่เหมาะสมกับภารกิจมีบริการที่จำเป็นต่อความเจ็บป่วยและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย การดึงเครือข่ายให้ร่วมเป็นเจ้าของในการดูแลรวมถึงการพิจารณาเพิ่ม/ลดเงื่อนไขของการก้าวเข้าสู่หน่วยบริการของผู้สูงอายุ เช่น ภาวะความเจ็บป่วยและการมีส่วนร่วมของญาติ เป็นต้น และรัฐต้องมีการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานให้เป็นระบบเดียวกันทั้งในหน่วยบริการดูแลของรัฐและเอกชน สำหรับการป้องกันภาครัฐเองต้องทบทวนการเตรียมความพร้อมในการดูแลสังคมผู้สูงอายุ เช่น การสร้างระบบเงินออมให้ผู้สูงอายุรวมถึงการสร้างระบบแรงจูงใจให้ผู้ดูแลในการมีสิทธิพิเศษต่าง ๆ ที่รัฐ/เอกชน ดำเนินการให้ได้ผ่านกฎหมายที่เอื้อให้เกิดการดูแลระหว่างกันอย่างเข้มแข็งในระดับฐานราก เช่น คริวเรือนซึ่งเป็นสถานที่ที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ

พาวฒิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง (2556) ศึกษาเรื่องผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม 66 ราย มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 73.4 ± 8.5 ปี ในจำนวนนี้ 39 ราย ร้อยละ 59.1 ต้องการความช่วยเหลือจากการทำกิจวัตรประจำวัน สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม 66 ราย มีอายุเฉลี่ย 50.8 ± 12.5 ปี ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.3 CBI มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.6 ± 12.6 คะแนน เมื่อแจกแจงแต่ละด้าน พบว่า ผลกระทบด้านเวลาของผู้ดูแลมากที่สุด ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองการดูแลผู้ป่วยที่มีระดับเข่าปัญญาต่ำการเป็นคู่สมรส และระดับการศึกษาต่ำ

รัชนี นามจันทร์ (2553) ศึกษาเรื่องการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Rehabilitation of Elders with Dementia) ผลการศึกษา พบว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่พบมากในผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของสมองด้านการรู้คิดและสติปัญญา โดยมีการเสื่อมของความจำเป็นอาการเด่นและมีอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม บุคลิกภาพ และอารมณ์ ในผู้สูงอายุไทยสามารถประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นได้จากแบบประเมินภาวะสมองเสื่อม

แบบประเมินสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน (Activity of Daily Living Index) และแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai) การศึกษาวิจัยในระยะหลังได้พัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และพบว่าการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง (Reality Orientation Therapy ; ROT) และการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive Stimulation Therapy ; CST) แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ช่วยเพิ่มความสามารถทางการรู้คิด (Cognitive ability) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ การบำบัดด้วยวิธีการเหล่านี้เป็นการฟื้นฟูสภาพและป้องกันสมองเสื่อมมากขึ้น ซึ่งจะได้ผลดีสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ควรมีการประยุกต์หลักการของการบำบัดเหล่านี้ในการดูแลผู้สูงอายุทั้งในระดับครอบครัวชุมชนองค์กรต่าง ๆ และสถานบริการสุขภาพและควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูภาวะสมองเสื่อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทยและมีความเฉพาะกับผู้สูงอายุที่มีระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมต่างกันรวมถึงโปรแกรมสำหรับป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง

ศรุตยา หวางษ์, วิภา เทียงธรรม และสุธรรม นันทมงคลชัย (2560) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว THE HEALTH PROMOTION PROGRAM FOR THE ELDERLY AT RISK GROUP OF ALZHEIMER'S IN COMMUNITY เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-75 ปี จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 32 คน โดยมีระยะเวลาในการศึกษา 6 สัปดาห์ แบ่งเป็นระยะทดลอง 4 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ โดยประยุกต์ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square, Repeated Measure ANOVA, Bonferroni และ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพตนเองและการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value 0.05)

Huang HL Shyu Yi และคณะ (2015) ศึกษาเรื่องบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในแต่ละระยะ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในแต่ละระยะ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระยะแรก บทบาทของญาติจะช่วยในเรื่องของการอำนวยความสะดวกเรื่องการเดินทางไปพบแพทย์ และเรื่องการจัดบ้านผู้ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมในระยะกลาง บทบาทของญาติจะช่วยดูแลเรื่องการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุและการป้องกันสำหรับผู้ที่มีผู้ป่วย

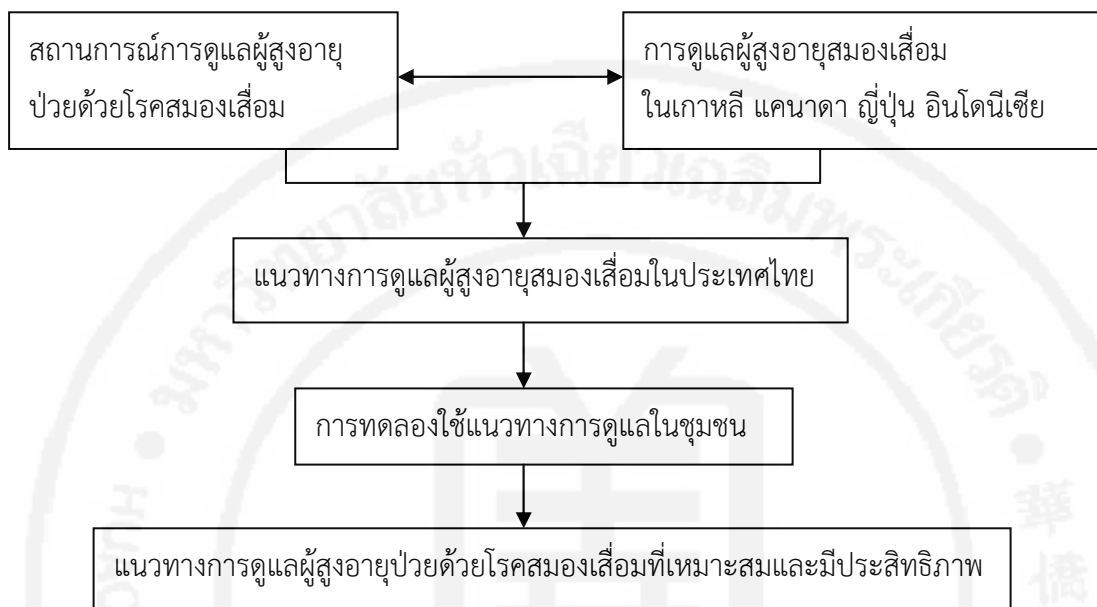
เป็นโรคสมองเสื่อม ในระยะรุนแรงญาติจะดูแลในทุก ๆ เรื่อง ไม่ว่าจะในเรื่องของการเคลื่อนไหว การพาไปพบแพทย์และการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของผู้สูงอายุ

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ คือ ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเนื่องจากจะมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมซึ่งมีผลมาจากการทำงานที่ผิดปกติของสมองจะทำให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีความจำที่เสื่อมลงช่วยเหลือตนเองน้อยลง ยิ่งมีการเจ็บป่วยมากการพึ่งพิงผู้ดูแลก็มากด้วย ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมบางรายอาจมีปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วย เช่น หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว รื้อของ พฤติกรรมอยู่ไม่สุข ซึ่งการรักษาจะมี 2 แบบ คือ รักษาโดยการทานยา และรักษาโดยการไม่ทานยา แต่จะเป็นการทำกลุ่มบำบัดร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและผู้ดูแล ซึ่งจะมีทีมนักวิชาชีพให้การปรึกษาในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ผู้ดูแลต้องมีความเข้าใจ อดทน เสียสละเวลาส่วนตัวเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ดังนั้น ในการดูแลจะได้มีเฉพาะสมาชิกครอบครัวเท่านั้นแต่จะต้องมีการดูแลร่วมกันในทุกภาคส่วนของสังคมไทย ซึ่งการดูแลจะแบ่งรูปแบบการดูแลเป็น 2 ประเภท คือ ผู้ดูแลแบบทางการและผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ โดยบทบาทของผู้ดูแลจะดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเป็นพื้นฐาน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการคงไว้ซึ่งความจำ ในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมได้ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านจิตใจ ทางด้านร่างกาย ทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของต่างประเทศ พบว่า ต่างประเทศมีนโยบายและระบบในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมที่ชัดเจน มีการร่วมมือกันทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน มีการอบรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ผู้ดูแล ผู้ที่สนใจ เพื่อให้เกิดการดูแลร่วมกัน มีการเสริมคุณค่าให้กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม โดยการจ้างงานผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน เป็นต้น

จากการศึกษาแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยได้ทำการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยจะทำการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม พร้อมกับศึกษาจากเอกสารต่างประเทศที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม พร้อมนำข้อมูลมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อหาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม และนำไปทดลองการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน โดยใช้กระบวนการ AIC พร้อมกับนำข้อมูลมาสังเคราะห์หาข้อสรุปแนวทางการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในประเทศไทยที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ดังแผนภูมิที่ 1

2.11 กรอบแนวคิดในการวิจัย

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3 ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ระบบการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย (Care System for Elderly with Dementia in Thailand) เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed method) ประกอบด้วย

3.1 การศึกษาเอกสาร (Documentary research)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม โดยการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

3.2 การศึกษาภาคสนาม

โดยมีการศึกษาในเชิงปริมาณและการศึกษาเชิงคุณภาพดังนี้

1) การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research)

โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลใน 5 ประเด็น คือ

- 1.1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม
- 1.2) กระบวนการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม
- 1.3) ผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม
- 1.4) ปัญหาความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม
- 1.5) การสนับสนุนของเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

2) การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ใช้การสนทนากลุ่มในการศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน ปัญหาการดูแลในปัจจุบันและเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชนให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

หลังจากการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ทำการทดลองแนวทางการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชนเพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

3.3 พื้นที่ศึกษา

การเลือกพื้นที่ศึกษาตามรายภาค โดยแบ่งตามการปกครองของประเทศ เป็น 4 ภาค

3.3.1) พื้นที่ศึกษาเชิงปริมาณ

ในการคัดเลือกพื้นที่ศึกษามีหลักเกณฑ์และขั้นตอนในการดำเนินการ คือ การคัดเลือกพื้นที่ศึกษาตามรายภาค คัดเลือกจังหวัดในแต่ละภาค คัดเลือกโรงพยาบาลในจังหวัดที่เป็นพื้นที่ศึกษา และคัดเลือกพื้นที่ทดลอง

คัดเลือกจังหวัดของแต่ละภาคที่มีจำนวนผู้ป่วยในที่มีรับการรักษาโรคสมองเสื่อมมากที่สุด ในสถานพยาบาลที่สังกัดสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จังหวัดที่เลือก คือ ภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่ ภาคกลาง จังหวัดนนทบุรี และกรุงเทพมหานคร ภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช และจังหวัดสุราษฎร์ธานี และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดนครราชสีมา

หมายเหตุ : จำนวนผู้ป่วยในกับอัตราป่วยต่อประชากร 100,000 คน เฉพาะการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม

3.3.2) คัดเลือกโรงพยาบาลในจังหวัดที่เป็นพื้นที่ศึกษา

1) คัดเลือกโรงพยาบาลเพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยกำหนดหลักเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ โรงพยาบาล สังกัดกรมการแพทย์ และโรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต ได้แก่

- โรงพยาบาล สังกัดกรมการแพทย์ เลือกโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไป ในแต่ละจังหวัดที่เลือก

- โรงพยาบาลจิตเวช เลือกโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ในแต่ละจังหวัดที่เลือก

โรงพยาบาลที่ได้รับการคัดเลือกเพื่อลงเก็บข้อมูลในครั้งนี้ ได้แก่

- ภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ และโรงพยาบาลสวนปรุง
- ภาคกลาง กรุงเทพมหานคร และจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าและสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

- ภาคใต้ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และจังหวัดนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดนครราชสีมา โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

2) พื้นที่ศึกษาเพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ในชุมชนสำหรับในการจัดทำสนทนากลุ่ม (Focus group) ในจังหวัดที่เป็นพื้นที่ศึกษาตามคำแนะนำบุคลากรของโรงพยาบาลที่ทำการเก็บข้อมูล สังกัดกรมสุขภาพจิต/กรมการแพทย์ ดังนี้ ภาคเหนือ ชุมชนทรายมูล อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ ภาคกลาง ชุมชนหนองแขม เขตหนองแขม กรุงเทพมหานคร ภาคใต้ ชุมชนท่าเสม็ด อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ชุมชนโนนรัง อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา

3) คัดเลือกพื้นที่ศึกษา (ข้อมูลเชิงคุณภาพ) การวางแผนดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกชุมชนเลือกพื้นที่จังหวัดนนทบุรี

3.4 ประชากร (Population) และกลุ่มตัวอย่าง (Sampling)

ประชากร (Population) และกลุ่มตัวอย่าง (Sampling) ในการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ

3.4.1 ประชากร (Population) ในการศึกษาเชิงปริมาณ

ตารางที่ 12 ประชากรผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมระดับประเทศและระดับภาค

ระดับประเทศ / ระดับภาค	จำนวน
ระดับประเทศ	2,868 คน
ระดับภาค	
- ภาคเหนือ	661 คน
- ภาคกลาง	971 คน
- ภาคใต้	300 คน
- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	936 คน

ที่มา: สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

จากตารางที่ 12 ประชากรที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ คือ ผู้ดูแล (Care giver) ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมทั่วประเทศ โดยผู้วิจัยได้พิจารณาจากฐานข้อมูลของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมากที่สุด ในช่วงปี 2555 – 2557 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2558) มีข้อมูลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมทั่วประเทศ จำนวน 2,868 คน แบ่งตามรายภาค คือ ภาคเหนือ 661 คน ภาคกลาง 971 คน ภาคใต้ 300 คน และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 936 คน

การดำเนินการในแต่ละภาคเลือกจังหวัดที่มีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมากที่สุดในช่วงปี 2555 – 2557 ภาคเหนือ ผู้วิจัยเลือกจังหวัดเชียงใหม่ มีจำนวนประชากรที่เป็นผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 466 คน ภาคกลาง เลือกเขตกรุงเทพมหานคร มีจำนวนประชากรที่เป็นผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 1,002 คน จังหวัดนนทบุรี มีจำนวนประชากรที่เป็นผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 499 คน ภาคใต้ เลือกจังหวัดนครศรีธรรมราช มีจำนวนประชากรที่เป็นผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 211 คน และจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีจำนวนประชากรที่เป็นผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 147 คน และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เลือกจังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนประชากรที่เป็นผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 712 คน

หมายเหตุ : จำนวนผู้ป่วยในกับอัตราป่วยต่อประชากร 100,000 คน เฉพาะการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม

3.4.2 กลุ่มตัวอย่าง (Sampling) ในการศึกษาเชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่าง (Sampling) คือ ผู้ดูแล (Caregiver) ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในการศึกษาคั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการคำนวณโดยกำหนดเป็นค่าร้อยละของจำนวนประชากร (ธีรภูมิ เอกะกุล. 2543) เนื่องจากจำนวนประชากรมีค่าเป็นหลักพันควรใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 10% ของจำนวนประชากรทั้งหมดได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 287 คน

สูตรการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากรทั้งหมด

e = ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมให้มีได้

$$n = \frac{2868}{1 + 2868(0.05)^2}$$

$$n = 287$$

การสุ่มแบบหลายขั้นตอน

1) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่เป็นผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2557 ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 2,868 คน ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 287 คน

2) จำแนกประชากรออกเป็นกลุ่ม ๆ จังหวัดตามภาคเขตการปกครองของประเทศไทย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2557) โดยแบ่งออกเป็น 4 ภาค คือ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 การแบ่งกลุ่มประชากรผู้ดูแลในแต่ละภาค

ภาค	จำนวนประชากร	จำนวนตัวอย่าง	จำนวนตัวอย่างที่สุ่ม
เหนือ	661	66.1	66
กลาง	971	97.1	97
ใต้	300	30.0	30
ตะวันออกเฉียงเหนือ	936	93.6	94
รวมทั้งสิ้น	2868	286.8	287

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้ดังนี้

1) ภาคเหนือ ตั้งเป้ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 66 คน และผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้ดังนี้

1.1) โรงพยาบาลสวนปรุง เก็บข้อมูลได้ 37 คน

1.2) โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ เก็บข้อมูลได้ 20 คน

รวมทั้งสิ้น 57 คน คิดเป็นร้อยละ 86.36 ของเป้าหมายที่ตั้งไว้

2) ภาคกลาง ตั้งเป้ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 97 คน และผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้ดังนี้

2.1) โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จำนวน 40 คน

2.2) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 57 คน

รวมทั้งสิ้น 97 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ของเป้าหมายที่ตั้งไว้

3) ภาคใต้ ตั้งเป้ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้ดังนี้

3.1) โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 15 คน

3.2) โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 15 คน

รวมทั้งสิ้น 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ของเป้าหมายที่ตั้งไว้

4) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งเป้ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 94 คน และผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้ดังนี้

4.1) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน 47 คน

4.2) โรงพยาบาลนครราชสีมาราชชนรินทร์ จำนวน 47 คน

รวมทั้งสิ้น 94 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ของเป้าหมายที่ตั้งไว้

ดังนั้น ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้ ทั้งหมด 278 คน จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 287 คน คิดอัตราการตอบกลับของข้อมูลคืน เป็นร้อยละ 96.86 โดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria)

1) เป็นผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไม่น้อยกว่า 2 เดือน ทั้งเพศหญิงและเพศผู้ชาย

2) ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เช่น กิจวัตรประจำวัน พาไปพบแพทย์การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม เป็นต้น

3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

1) ไม่ใช่ผู้ดูแลหลัก และดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไม่ถึง 2 เดือน

2) ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

3.4.3 ผู้ให้ข้อมูล (Population) ในการศึกษาเชิงคุณภาพ

การศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มมีผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน ประกอบด้วย ผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม แกนนำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จิตอาสา จากทั้ง 4 ภาค โดยคัดเลือกแต่ละจังหวัดและคัดเลือกในแต่ละอำเภอที่มีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม มีจำนวนทั้งสิ้น 35 คน ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเป็นหลักจะเป็นเพศหญิงหรือเพศชายก็ได้
- 2) เป็นแกนนำในชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จิตอาสา
- 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และให้ความร่วมมือในการตอบข้อมูล
- 4) มีความสมัครใจในการให้ข้อมูล

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ไม่ใช่ผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม
- 2) ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้และไม่ให้ความร่วมมือในการตอบข้อมูล

การได้มาซึ่งผู้ให้ข้อมูลนั้น ผู้วิจัยค้นหาผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนดด้วยการดำเนินการดังนี้

- 1) ค้นหาผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจากการประสานกับทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- 2) ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย
- 3) ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจและขอความร่วมมือจากผู้ให้ข้อมูล

ในการวางแผนดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชนภายหลังจากการทราบผลการศึกษาทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาไปวางแผนในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชนได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการทดลอง คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในครอบครัวและชุมชน ได้แก่ ผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม แกนนำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จิตอาสา จำนวน 21 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 4 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 13 คน พยาบาลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระยาอนุนบาลดิตรกรรรม จำนวน 1 คน ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1) เป็นผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขด้านผู้สูงอายุและงานสุขภาพจิต
- 2) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเป็นหลักจะเป็นหญิงหรือเพศชายก็ได้
- 3) ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม
- 4) แขนงในชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จิตอาสา
- 5) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และให้ความร่วมมือในการตอบข้อมูล
- 6) มีความสมัครใจในการให้ข้อมูล

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ไม่ใช่ผู้ดูแล/ไม่ได้รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม
- 2) ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และไม่ให้ความร่วมมือในการตอบข้อมูล
- 3) ไม่สมัครใจและไม่ให้ความร่วมมือ

การศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยสรุปพื้นที่ในการเก็บข้อมูลและจำนวนกลุ่มตัวอย่างข้อมูลเชิงปริมาณ

ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 พื้นที่และจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในข้อมูลเชิงปริมาณ

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ				
ภาค	จังหวัด	โรงพยาบาล	กลุ่มเป้าหมายที่กำหนด (เชิงปริมาณ)	
เหนือ	เชียงใหม่	ประสาทเชียงใหม่	66	20
		สวนปรุง		37
กลาง	นนทบุรี	พระนั่งเกล้า	97	40
	กรุงเทพมหานคร	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา		57
ใต้	นครศรีธรรมราช	มหาราชนครศรีธรรมราช	30	15
	สุราษฎร์ธานี	สวนสราญรมย์		15
ตะวันออกเฉียงเหนือ	นครราชสีมา	มหาราชนครราชสีมา	94	47
		จิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์		47

จากตารางที่ 14 ภาคเหนือ เลือกจังหวัดเชียงใหม่ กำหนดกลุ่มเป้าหมายไว้ 66 คน แต่ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จำนวน 20 คน และโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 37 คน ภาคกลาง เลือกจังหวัดนนทบุรี และกรุงเทพมหานคร กำหนดกลุ่มเป้าหมายไว้ 97 คน ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลจาก โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จำนวน 40 คน และจากสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 57 คน ภาคใต้ เลือกจังหวัดนครศรีธรรมราช และจังหวัดสุราษฎร์ธานี กำหนดกลุ่มเป้าหมายไว้ 30 คน ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 15 คน และจากโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 15 คน และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เลือกจังหวัดนครราชสีมา กำหนดกลุ่มเป้าหมายไว้ 94 คน ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาล มหาราชนครราชสีมา จำนวน 47 คน และจากโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์ จำนวน 47 คน

ผู้วิจัยสรุปพื้นที่ในการเก็บข้อมูลและจำนวนกลุ่มตัวอย่างข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ภาพรวมของพื้นที่และจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในข้อมูลเชิงคุณภาพ

ภาค	จังหวัด	ชุมชน	ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ (การสนทนากลุ่ม)
เหนือ	เชียงใหม่	ทรายมูล	10
กลาง	กรุงเทพมหานคร	หนองแขม	10
ใต้	นครศรีธรรมราช	ท่าเสม็ด	8
ตะวันออกเฉียงเหนือ	นครราชสีมา	โนนรัง	7
รวม			35

จากตารางที่ 15 พื้นที่ในการเก็บข้อมูลและจำนวนกลุ่มตัวอย่างข้อมูลเชิงคุณภาพ ภาคเหนือ เลือกจังหวัดเชียงใหม่ ชุมชนทรายมูล มีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม 10 คน ภาคกลาง เลือก กรุงเทพมหานคร ชุมชนหนองแขม มีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม 10 คน ภาคใต้ เลือกจังหวัดนครศรีธรรมราช ชุมชนท่าเสม็ด มีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม 8 คน และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เลือกจังหวัดนครราชสีมา ชุมชนโนนรัง มีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม 7 คน

ผู้วิจัย สรุปภาพรวมของพื้นที่ในการศึกษาจำนวนกลุ่มประชากร ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ภาพรวมของพื้นที่ในการศึกษาจำนวนกลุ่มประชากร

ภาค	จังหวัด	พื้นที่ศึกษาเชิงปริมาณ		พื้นที่ศึกษาเชิงปริมาณ	
		โรงพยาบาล	จำนวนประชากร	ชุมชน	จำนวนประชากร
เหนือ	เชียงใหม่	ประสาทเชียงใหม่	20	ทรายมูล	10
		สวนปรุง	37		
กลาง	นนทบุรี	พระนั่งเกล้า	40	-	-
	กรุงเทพมหานคร	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา	57	หนองแขม	10
ใต้	นครศรีธรรมราช	มหาราช นครศรีธรรมราช	15	ท่าเสม็ด	8
	สุราษฎร์ธานี	สวนสราญรมย์	15	-	-
ตะวันออก เฉียงเหนือ	นครราชสีมา	มหาราชนครราชสีมา	47	โนนรัง	7
		จิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์	47		

3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

3.5.1 เครื่องมือสำหรับการศึกษาเชิงปริมาณ

ใช้แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือข้อมูลสำหรับผู้ดูแล (Caregiver) ประกอบด้วย คำถามจำนวน 82 ข้อ ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม มีคำถาม จำนวน 16 ข้อ โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวนผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมที่ดูแล โรคประจำตัวของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม การมีผู้ช่วยในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม มีลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบ (Check list) จำนวน 12 ข้อ เริ่มตั้งแต่ข้อ 1 ถึงข้อ 12

2) ข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา มีลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบ (Check list) เริ่มตั้งแต่ข้อ 1 – 4 จำนวน 4 ข้อ

ตอนที่ 2 การประเมินระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมิน ADL การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) มีคำถาม จำนวน 10 ข้อ โดยมีการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ ภาควิชาอายุรศาสตร์และผู้ทรงคุณวุฒิได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนน ขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด หรือ ทูพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

ตอนที่ 3 ข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบ (Check list) กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 21 ข้อ เริ่มตั้งแต่ข้อ 1 ถึงข้อ 21 และมีการกำหนดเกณฑ์ในการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ ไม่ได้ทำ ทำให้น้อย ทำให้บ้าง และทำให้ทั้งหมดโดยมีการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความพึงพอใจ 4 ระดับ ได้แก่

4 คะแนน หมายถึง ทำให้ทั้งหมด

3 คะแนน หมายถึง ทำให้บ้าง

2 คะแนน หมายถึง ทำให้น้อย

1 คะแนน หมายถึง ไม่ได้ทำ

วิธีการแปลผลแบบสอบถามส่วนนี้ได้ใช้ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ตามเกณฑ์คะแนนโดยใช้สูตร คำนวณความกว้างของชั้นเพื่อใช้ในการอภิปรายผล (บุญชมศรีสะอาด. 2542 : 82) ดังนี้

ความกว้างของอันตรภาคชั้น = คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด (4 - 1 = 3)

ความกว้างของอันตรภาคชั้น = 3 = 0.75

จำนวนของช่วงชั้น = 4

การแปลผลความหมายของระดับกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ค่าเฉลี่ย 3.28 – 4.03 หมายถึง มาก

ค่าเฉลี่ย 2.52 – 3.27 หมายถึง ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.76 – 2.51 หมายถึง น้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.75 หมายถึง น้อยที่สุด

ตอนที่ 4 ข้อมูลผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมคำถามทั้งหมดจำนวน 15 ข้อ เริ่มตั้งแต่ ข้อ 1 – ข้อ 15 และมีการกำหนดเกณฑ์คำตอบให้เลือก คือ ไม่จริง จริงเล็กน้อย จริงปานกลาง จริงมาก จริงมากที่สุด โดยมีการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

การแปลความหมายของระดับความคิดเห็น 5 ระดับ ได้แก่

5 คะแนน หมายถึง จริงมากที่สุด

4 คะแนน หมายถึง จริงมาก

3 คะแนน หมายถึง จริงปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง จริงเล็กน้อย

1 คะแนน หมายถึง ไม่จริง

วิธีการแปลผลแบบสอบถามส่วนนี้ได้ใช้ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ตามเกณฑ์คะแนนโดยใช้สูตรคำนวณความกว้างของชั้นเพื่อใช้ในการอภิปรายผล (บุญชมศรีสะอาด. 2542 : 82) ดังนี้

ความกว้างของอันตรภาคชั้น = คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด ($5 - 1 = 4$)

ความกว้างของอันตรภาคชั้น = $4 = 0.8$

จำนวนของช่วงชั้น = 5

การแปลผลความหมายของระดับผลกระทบของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง มากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง มาก

ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง น้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง น้อยที่สุด

ตอนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับเครือข่ายการดูแล

มีคำถาม ทั้งหมด 3 ข้อใหญ่ และในแต่ละข้อจะมีข้อย่อย 3 ข้อ รวมทั้งหมด 9 ข้อ โดยแบ่งเป็น 3 ประเด็น คือ ความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพ ความช่วยเหลือจากครอบครัว/ญาติ และความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน/ชุมชนซึ่งเป็นคำถามแบบปลายเปิด

ตอนที่ 6 ปัญหา ความต้องการสนับสนุน และข้อเสนอแนะ

เป็นคำถามแบบปลายเปิดถามเกี่ยวกับการจัดลำดับความต้องการได้รับการสนับสนุน/ช่วยเหลือ โดยมีคำตอบทั้งหมด 11 ข้อ และให้ผู้ตอบแบบสอบถามจัดลำดับตามความต้องการของตนเอง

3.5.2 เครื่องมือสำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group)

ใช้การสนทนากลุ่มกับผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน การสนทนากลุ่มสำหรับผู้เกี่ยวข้องในชุมชน เป็นการเก็บข้อมูลเชิงลึก ประกอบด้วย คำถาม จำนวน 11 ข้อ แบ่งเป็น

- 1) คำถามด้านสถานการณ์ จำนวน 4 ข้อ
- 2) คำถามด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 2 ข้อ
- 3) คำถามด้านกระบวนการในการดูแล จำนวน 5 ข้อ

3.5.3 การวางแผนดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน

การวางแผนดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชนใช้กระบวนการ AIC (Appreciation Influence Control)

แนวคิด AIC : เป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันเพื่อจัดทำแผน โดยเป็นวิธีการที่จะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยน ความรู้ประสบการณ์ นำเสนอข้อมูลข่าวสารที่จะทำให้เกิดความเข้าใจ ถึงสภาพปัญหา ความต้องการข้อจำกัด และศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้มีการระดมพลังสมองในการศึกษา วิเคราะห์ พัฒนาการเลือก เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนา เกิดการตัดสินใจร่วมกัน เกิดพลังของการสร้างสรรค์และรับผิดชอบต่อการพัฒนาชุมชนท้องถิ่น

เครื่องมือสำหรับการทดลองแนวทางการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย ที่ผู้วิจัยใช้ คือ

- 1) คู่มือทดลองแนวทางการจัดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน
- 2) แบบประเมินวัดความรู้ ก่อน - หลัง
- 3) ใบความรู้
- 4) ใบงาน

หมายเหตุ : คู่มือการวางแผนดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน

3.6 การทดสอบเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed method) ทั้งในการศึกษาเอกสารและศึกษาภาคสนาม โดยใช้เครื่องมือเชิงปริมาณ เครื่องมือเชิงคุณภาพและนำผลวิจัยไปทดลองใช้ในชุมชน ซึ่งจะมีการทดสอบเครื่องมือดังนี้

3.6.1 ทดสอบจากการศึกษาเอกสาร

- 1) พิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหาจากการศึกษาเอกสารกับวัตถุประสงค์ในการศึกษา
- 2) มีการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) (สุภางค์ จันทวานิช. 2550 : 129) คือ การพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ได้นั้นถูกต้องหรือไม่ โดยการตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูล ความเหมาะสมและความน่าเชื่อถือในเรื่องของ แหล่งเวลา แหล่งสถานที่ และแหล่งบุคคล

3.6.2 ทดสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability) ของเครื่องมือเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงปริมาณที่สร้างขึ้นจากผลการทบทวนวรรณกรรมและนำมากำหนดขอบเขตและเนื้อหาของแบบสอบถามจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ดังนี้

- 1) การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับโดยใช้สูตรการหาสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) (กัลยา วานิชย์บัญชา. 2548 : 449)

$$\alpha = \frac{k \left[\frac{\text{covariance}}{\text{variance}} \right]}{1 + \left[\frac{(k-1) \text{covariance}}{\text{variance}} \right]}$$

เมื่อ α แทน ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น

k แทน จำนวนข้อคำถาม

covariance แทน ค่าเฉลี่ยของค่าแปรปรวนร่วมระหว่างคำถาม

variance แทน ค่าเฉลี่ยของค่าแปรปรวนของคำถาม

- 2) นำแบบสอบถามที่ได้พัฒนาแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน คือ นางเพลินพิศ จันทศักดิ์ ตำแหน่ง นักสังคมสงเคราะห์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลศรีธัญญา และนายกสมาคมนักสังคมสงเคราะห์จิตเวช นางสาวนันทา แก้วสุข ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ประจำหอผู้ป่วยประสาทวิทยา โรงพยาบาลศรีธัญญา และเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse : APN) ด้านผู้สูงอายุสมองเสื่อม และนางสาวรัตนภัศ คงพันธุ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานบริการสุขภาพจิตและพัฒนาเครือข่าย โรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาในข้อคำถามและนำข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญไปคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

- 3) แก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้วไปดำเนินการทดสอบกับกลุ่มที่ไม่ใช่ตัวอย่าง จำนวน 2 ครั้ง ดังนี้

- ทดสอบกับกลุ่มที่ไม่ใช่ตัวอย่าง จำนวน 20 คน ที่โรงพยาบาลชลประทาน โดยหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS/PC (Statistical Package for the Social

Sciences) ซึ่งสามารถวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นได้ของแบบสอบถามเท่ากับได้ค่าทดสอบ คือ 0.65 ผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงแบบสอบถามและนำไปทดสอบกับกลุ่มที่ไม่ใช่ตัวอย่างอีกครั้ง

- ในการทดสอบ ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการทดสอบกับกลุ่มที่ไม่ใช่ตัวอย่าง จำนวน 20 คน จากโรงพยาบาลปากเกร็ด การค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีการใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS/PC (Statistical Package for the Social Sciences) ซึ่งสามารถวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นได้ของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.80 เพื่อสรุปว่าแบบสอบถามมีความเหมาะสมสามารถสรุปได้ดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)	หน่วยงาน	
	โรงพยาบาลชลประทาน (ครั้งที่ 1)	โรงพยาบาลปากเกร็ด (ครั้งที่ 2)
ผลของการทดสอบ	0.65	0.80

ปรับปรุงแบบสอบถามอีกครั้งแล้วนำเสนอผู้เชี่ยวชาญชุดเดิมจนได้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพและนำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

3.6.3 การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Validity) ของเครื่องมือเชิงคุณภาพ

เป็นการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาของแนวคำถาม สนทนากลุ่ม มีวิธีการดังนี้

1) การสนทนากลุ่ม

1.1) ผู้วิจัยได้ประเมินหาค่า (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) ตรวจสอบด้านเนื้อหาภาษาที่ใช้และความครอบคลุม โดยคำนึงถึงดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์และนำผลการทดสอบมาปรับปรุงให้สมบูรณ์แบบสนทนากลุ่มก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์หรือเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) ใช้สถิติที่ใช้หาคุณภาพเครื่องมือ โดยใช้สูตร IOC (ปราณี หล้าเบ็ญสะ. 2559 : 2-4)

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC คือ ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์

R คือ คะแนนของผู้เชี่ยวชาญ

$\sum R$ คือ ผลรวมของคะแนนผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน

N คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

1.2) การสนทนากลุ่มสำหรับผู้เกี่ยวข้องในชุมชนเป็นการเก็บข้อมูลเชิงลึก ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 11 ข้อ แบ่งเป็น

- (1) คำถามด้านสถานการณ์ จำนวน 4 ข้อ
- (2) คำถามด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 2 ข้อ
- (3) คำถามด้านกระบวนการในการดูแล จำนวน 5 ข้อ

ผู้วิจัยใช้แบบสนทนากลุ่มในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชนเป็นเครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งได้มีการทดสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Validity) ดังนี้

1. โดยนำแบบสนทนากลุ่มไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาและตรวจสอบความเหมาะสมของเครื่องมือและนำไปแก้ไข

2. นำแบบสนทนากลุ่มไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความเหมาะสมของเครื่องมือและนำไปแก้ไข ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน คือ

- นางเพลินพิศ จันทศักดิ์ ตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลศรีธัญญา และนายกสมาคมนักสังคมสงเคราะห์จิตเวช
- นางสาวนันทา แก้วสุข ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ประจำหอผู้ป่วยประสาทวิทยา โรงพยาบาลศรีธัญญา และเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse : APN) ด้านผู้สูงอายุสมองเสื่อม
- นางสาวรตนภัส คงพันธุ์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานพัฒนาเครือข่ายบริการ โรงพยาบาลศรีธัญญา

2) ผลการทดสอบ โดยมีผลการประเมินหาค่า (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) พบว่า ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.90 ซึ่งหมายถึง แนวคำถามการสนทนากลุ่มมีความเหมาะสม

3) การวางแผนดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน

3.1) การทดลองแนวทางการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทยที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยมีการดำเนินการดังนี้

- เหตุผลที่ผู้วิจัยเลือกพื้นที่จังหวัดนนทบุรี เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีการให้บริการในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมทั้งโรงพยาบาลทางกาย และโรงพยาบาลทางจิตเวช พร้อมกับการได้รับการตอบรับจากสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยได้เข้าไปวางแผนดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน โดยผู้วิจัยเลือกพื้นที่ อำเภอบางกรวย ชุมชนวัดสวนใหญ่ เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชนและแกนนำชุมชนมีความเข้มแข็ง

- การประมวลผลจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ นำมา (ร่าง) “แนวทางการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทยที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ”

- เชิญผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ช่วยตรวจเครื่องมือและให้ความคิดเห็น เพื่อนำไปปรับปรุงและพัฒนาโดยนำคู่มือเรื่องการทดลอง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน คือนางเพลินพิศ จันทระศักดิ์ ตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลศรีธัญญา และนายกสมาคมนักสังคมสงเคราะห์จิตเวช นางสาวนันทา แก้วสุข ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการประจำหอผู้ป่วยประสาทวิทยา โรงพยาบาลศรีธัญญาและเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse : APN) ด้านผู้สูงอายุสมองเสื่อม และนางสาวรัตนภัส คงพันธ์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานบริการสุขภาพจิตและพัฒนาเครือข่าย โรงพยาบาลศรีธัญญา

- ขอจริยธรรมในการวิจัยจากสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

- ประสานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี สาธารณสุขอำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระยาอนุบาลติดถรณ์

- ทดลองแนวทางการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทยที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

3.2) ผู้วิจัยใช้การทดลองแนวทางการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทยที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เป็นเครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งได้มีการทดสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Validity)

จากการทดสอบหาค่าความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) พบว่า ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.80 ซึ่งหมายถึง คู่มือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย สามารถนำไปใช้ได้ในการนำไปทดลองใช้ในชุมชนพิจารณาความเหมาะสมและนำมาปรับปรุง จากนั้นจึงนำแนวทางการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทยที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพไปทดลอง กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วม จำนวน 21 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 4 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน จำนวน 13 คน พยาบาลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระยาอนุบาลติดถรณ์ จำนวน 1 คน แล้วนำผลการทดสอบมาวิเคราะห์และปรับปรุงเครื่องมือการทดลองให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้มีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 278 คน จากผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ทั้ง 4 ภาค ที่เป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ จากการสนทนากลุ่มกับผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม แกนนำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ทั้งหมด 35 คน จากตัวแทนของแต่ละอำเภอ ทั้ง 4 จังหวัด ในแต่ละภาคที่เป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ระยะที่ 3 การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน โดยผู้วิจัยเข้าไปทดลอง ในชุมชนวัดสวนใหญ่ มีกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม แกนนำชุมชน พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ทั้งหมด 21 คน ในชุมชน วัดสวนใหญ่ อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี

โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังต่อไปนี้

3.7.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ไปยื่นต่อ ผู้อำนวยการแต่ละโรงพยาบาล เพื่อขออนุมัติในการดำเนินการวิจัย ติดต่อกับงานจริยธรรมการวิจัย เพื่อขอจริยธรรมการวิจัย โดยจะต้องเสนอโครงร่างการวิจัยแก่คณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัย และคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งผู้วิจัยได้มีการดำเนินการแก้ไขโครงร่างตามมติของคณะกรรมการ ทั้ง 2 ชุด จนผ่านเกณฑ์ตามมติของคณะกรรมการฯ และดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลกับผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม โดยผู้วิจัยแจกแบบสอบถามและเก็บแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง

ผลลัพธ์ ได้รับการอนุมัติจากหน่วยงานในการให้เข้าไปเก็บข้อมูล

ปัญหาอุปสรรค มีการแก้ไขโครงร่างหลายครั้งตามกำหนดที่คณะกรรมการพิจารณา ซึ่งใช้ระยะเวลานานกว่าจะได้รับการพิจารณา

แนวทางแก้ไข ผู้วิจัยต้องมีการประสานกับคณะกรรมการวิจัยของแต่ละหน่วยและจัดทำตารางการดำเนินงานของแต่ละพื้นที่ศึกษา

3.7.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพการสนทนาแบบกลุ่ม (Focus group)

ใช้วิธีในการสนทนากลุ่มร่วมกับการสังเกตการณ์ บันทึกข้อมูลด้วยเทปบันทึกเสียง หรือจดบันทึกทุกครั้งในระหว่างการสนทนาจนกระทั่งได้ข้อมูลครบถ้วน

ผลลัพธ์ ได้รับความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูล

ปัญหาอุปสรรค ต้องให้ทางโรงพยาบาลแนะนำพื้นที่ในการเก็บข้อมูลในชุมชน ทำให้ต้องใช้เวลาในการประสานหน่วยงานค่อนข้างนาน

แนวทางแก้ไข ผู้วิจัยต้องสร้างสัมพันธภาพส่วนตัว ในการประสานกับบุคลากรของพื้นที่ศึกษา และวางแผนในการเก็บข้อมูล

3.7.3 กระบวนการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน

1) ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยได้มีการศึกษาชุมชนและเยี่ยมบ้านร่วมกับพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระยาอนุกูลดิตรกรรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน (อสม.) หลังการศึกษาชุมชนได้มีการประชุมปรึกษาในการวางแผนการดำเนินการร่วมกับพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระยาอนุกูลดิตรกรรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน (อสม.) แกนนำชุมชน ประธานชมรมผู้สูงอายุ ประธานชมรมคนพิการทางจิต

2) ขั้นดำเนินการ

2.1) ประสานนายแพทย์สาธารณสุขอำเภอบางกรวย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระยาอนุกูลดิตรกรรม เพื่อกำหนดวันในการทำกิจกรรม

2.2) คัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ผู้ดูแลแกนนำในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน (อสม.) ประธานชมรมผู้สูงอายุ ประธานชมรมคนพิการทางจิตและผู้สนใจ

2.3) ใช้กระบวนการ AIC ในการประชุมเชิงปฏิบัติการก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันเพื่อจัดทำแผนโดยเป็นวิธีการที่จะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ นำเสนอข้อมูลข่าวสารที่จะทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหา ความต้องการข้อจำกัด และศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้มีการระดมพลังสมองในการศึกษาวิเคราะห์พัฒนาทางเลือกเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนา เกิดการตัดสินใจร่วมกัน เกิดพลังของการสร้างสรรค์และรับผิดชอบต่อการพัฒนาชุมชนท้องถิ่น

2.4) การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เพื่อประเมินครอบครัวและชุมชน ผู้วิจัยได้มีการลงเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 3 ราย จากในการเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยลงเยี่ยมบ้านร่วมกับพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระยาอนุกูลดิตรกรรมมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลและผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ผลลัพธ์ ได้รับความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินกิจกรรม

ปัญหาอุปสรรค ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมบางรายไม่อนุญาตให้คนแปลกหน้าเข้าบ้านเพราะระแวงว่าจะมีคนมาเอาสมบัติ

แนวทางแก้ไข ผู้วิจัยต้องสร้างสัมพันธภาพส่วนตัวในการประสานกับบุคลากรของพื้นที่ศึกษา วางแผนในการเก็บข้อมูลและการดำเนินกิจกรรม ต้องกระชับ และสื่อสารอย่างง่าย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจ

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed method) ทั้งในการศึกษาเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดยมีการรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร มีการวิเคราะห์เนื้อหาโดยอิงตามกรอบแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC⁺ (Statistical Package for the Social Sciences) ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ในการหาค่าร้อยละ (Percentage) ความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

- 1) ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) นำข้อมูลที่ได้มาสรุปและจำแนกข้อมูล (Typological analysis) และจัดหมวดหมู่ข้อมูลตามแต่ละประเภททำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Methodological triangulation)

- 2) การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus group) นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมารวบรวมแยกประเภท จัดหมวดหมู่เพื่อง่ายกับการวิเคราะห์ที่อยู่ในรูปการจดบันทึก บันทึกเทปมาเรียบเรียงข้อมูลให้มีใจความที่สมบูรณ์ตามคำบอกเล่าของกลุ่มตัวอย่างทบทวนข้อมูลที่ได้และเขียนบันทึกและนำมาสรุปข้อค้นพบและพิจารณาความหมายของข้อมูลให้ชัดเจนยิ่งขึ้น พร้อมกับดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กัน

3.9 การขอรับรองจริยธรรมในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องขอจริยธรรมในการวิจัยจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เข้าเก็บข้อมูล โดยนำเสนอโครงการวิจัยผ่านกรรมการ 2 ชุด คือ คณะกรรมการวิจัยของหน่วยงาน และ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน การขอจริยธรรมในการวิจัยในคนเป็นการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิและสวัสดิภาพของอาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัยภายในความรับผิดชอบของกรมสุขภาพจิตและกรมการแพทย์ เพื่อให้การดำเนินการวิจัยดังกล่าวเป็นไปอย่างถูกต้องตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นที่ยอมรับในระดับสากล กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม แก่นนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน และมีการเข้าไปเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต และสังกัดกรมการแพทย์ จึงจำเป็นต้องขอจริยธรรมในการวิจัยเพื่อเป็นการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิและสวัสดิภาพของกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้มีการดำเนินการดังนี้

3.9.1 การเตรียมเพื่อขอรับรองจริยธรรมในการวิจัย

1) การขอรับรองจริยธรรมในการวิจัยจากหน่วยงาน คู่คุ้มครองสิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1.1) ผู้วิจัยผ่านการอบรมการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH Good Clinical Practice : ICH GCP) และได้รับใบประกาศนียบัตร

1.2) ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

1.3) ประสานหน่วยงานเพื่อขอเข้าเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลตามพื้นที่เป้าหมาย โดยเตรียมเอกสารดังนี้

- สรุปรูปโครงการวิจัยและผลการศึกษาวิจัย
- เอกสารแนวทางในการจัดกิจกรรมในชุมชน
- สำเนาใบประกาศนียบัตรการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH Good Clinical Practice : ICH GCP)
- สำเนาใบประกาศนียบัตรจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
- หนังสือจากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ลงนามโดยคณบดี คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม

โดยส่งเอกสารที่เตรียมไว้ทั้งหมด จำนวน 10 ชุด ให้กับหน่วยงานที่จะขอจริยธรรมในการวิจัยพร้อมกับชำระค่าธรรมเนียมพิจารณาโครงการวิจัย (Submission fee) 500 บาท

1.4) นำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ให้แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์ เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล

1.5) ซึ่งคณะกรรมการวิจัยจะมีการพิจารณาจากเอกสารโครงการวิจัย ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการวิจัยมาปรับปรุงและส่งกลับเข้าสู่กระบวนการพิจารณาจนกระทั่งได้รับการตอบรับจากคณะกรรมการวิจัยโดยมีเงื่อนไขระยะเวลาในการแก้ไข 15-30 วัน หลักฐานที่ตอบรับคือ ผลการประเมินจริยธรรมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงสามารถเข้าเก็บข้อมูลได้

1.6) เมื่อได้รับการอนุญาตแล้วจึงประสานไปยังเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยงาน เพื่อขอความร่วมมือ ประสาน ติดต่อไปยังกลุ่มตัวอย่าง เชิญชวนและสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วม

โครงการวิจัยที่มีเงื่อนไขสอดคล้องกับงานวิจัย โดยเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยงานเป็นผู้พาผู้วิจัยไปพบ และทำความเข้าใจกับผู้สนใจเข้าร่วมในงานวิจัยก่อนในเบื้องต้น

1.7) เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยผู้วิจัยจะเป็นผู้อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัยและแจ้งสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยให้ทราบ พร้อมทั้งนำเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลได้อ่านและอธิบายข้อสงสัยต่าง ๆ จนเกิดเป็นความเข้าใจอย่างดี

คณะกรรมการวิจัยของหน่วยงานและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จะมีการประชุม เดือนละ 1 ครั้ง หลังการนำเสนอโครงร่างการวิจัย ทางคณะกรรมการวิจัยจากหน่วยงานต่าง ๆ จะแจ้งผลไปที่ผู้วิจัยภายใน 1 เดือน เมื่อผู้วิจัยได้รับผลหรือข้อคิดเห็นจากคณะกรรมการวิจัยแล้ว ถ้ามีต้องปรับแก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อมูลการวิจัย ให้ผู้วิจัยต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน และส่งข้อมูลกลับไปทีกลุ่มงานวิจัยของหน่วยงานนั้น ๆ พร้อมกับถ่ายเอกสาร 10 ชุด ให้กับคณะกรรมการวิจัยร่วมกันพิจารณาอีกครั้ง ในกรณีผลการพิจารณายังไม่เป็นที่พอใจ ถ้าทางคณะกรรมการวิจัยจะให้ผู้วิจัยดำเนินการแก้ไขทางหน่วยงานจะแจ้งและส่งเอกสารการรับรองจริยธรรมการวิจัยให้กับผู้วิจัย ผู้วิจัยจึงสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ เอกสารรับรองการวิจัยจะมีอายุเพียง 1 ปี ถ้าผู้วิจัยไม่สามารถเข้าไปเก็บข้อมูลตามช่วงระยะเวลาที่ตกลงกับทางคณะกรรมการวิจัยของหน่วยงานนั้น ต้องรีบแจ้งต่อคณะกรรมการวิจัยพร้อมชี้แจงเหตุผล ถ้าเก็บข้อมูลยังไม่เสร็จแต่ใบรับรองการวิจัยหมดอายุผู้วิจัยต้องยื่นเรื่องและขอรับรองการวิจัยใหม่อีกครั้ง

2) การขอรับรองจริยธรรมในการวิจัยสำหรับไปทดลองในชุมชน

เพื่อให้คณะกรรมการวิจัยในคนและกรรมการจริยธรรมในการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ตรวจสอบว่างานวิจัยนี้ได้มีการเกี่ยวข้องหรือสนับสนุนพรรคการเมืองใดหรือไม่ เนื่องจากจังหวัดนนทบุรีเป็นจังหวัดที่ติดกรุงเทพมหานคร ซึ่งในการขอรับรองจริยธรรมในการวิจัย ผู้วิจัยได้มีขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้ ผู้วิจัยผ่านการอบรมการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH Good Clinical Practice : GCP) และได้รับใบประกาศนียบัตรผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ และประธานนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เพื่อขอเข้าถึงข้อมูลในพื้นที่ อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี โดยเตรียมเอกสาร ดังนี้ สรุปโครงร่างการวิจัยและผลการศึกษาวิจัย เอกสารแนวทางในการจัดกิจกรรมในชุมชน สำเนาใบประกาศนียบัตรการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH Good Clinical Practice : GCP) สำเนาใบประกาศนียบัตรจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ หนังสือจากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ลงนามโดยคณบดีคณะสังคมศาสตร์และสวัสดิการสังคม

3.9.2 ผลของการขอจริยธรรมในการวิจัย

- 1) ได้ไปรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
- 2) ได้ไปรับรองจริยธรรมการวิจัยของแต่ละหน่วยงาน ดังตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ผลของการรับรองจริยธรรมในการวิจัยของแต่ละหน่วยงาน

หน่วยงาน	วันที่ ในการรับรอง	วันที่หมดอายุ ในการรับรอง	เลขที่รับรอง
1. มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ	23 มิ.ย. 2559	22 มิ.ย. 2561	อ.408/2559
2. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	27 ต.ค. 2559	27 ต.ค. 2560	108/2559
3. โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	31 ต.ค. 2559	31 ต.ค. 2560	16/2559
4. โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช	7 พ.ย. 2559	6 พ.ย. 2560	02/2560
5. โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์	9 ธ.ค. 2559	9 ธ.ค. 2560	17190
6. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	19 ม.ค. 2560	18 ม.ค. 2561	006/2017
7. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	1 ก.พ. 2560	1 ก.พ. 2561	012/2560
8. โรงพยาบาลสวนปรุง	23 ก.พ. 2560	23 ก.พ. 2561	1/2560
9. โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่	18 พ.ค. 2560	17 พ.ค. 2561	EC006-60

หมายเหตุ : ทุกหน่วยงานมีเงื่อนไขว่าผู้วิจัยต้องเป็นผู้เก็บข้อมูลเอง

3) ผลของการรับรองจริยธรรมในการทดลองแนวทางการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน ได้รับการอนุญาตจากสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี และสาธารณสุขอำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี

3.9.3 ปัญหาอุปสรรคในการขอรับรองจริยธรรมในการวิจัย

1) การพิจารณาโครงสร้างการวิจัยของแต่ละหน่วยงานจะมีการประชุม เดือนละ 1 ครั้ง บางหน่วยงานถ้าคณะกรรมการวิจัย/หน่วยงานไม่พร้อม เช่น การรับการตรวจเยี่ยมเรื่อง HA อาจมีการขอเลื่อนระยะเวลาการพิจารณา

2) ระยะเวลาในการแก้ไขงานตามมติคณะกรรมการวิจัยของแต่ละหน่วยงานจะไม่เหมือนกัน ดังนั้น ผู้วิจัยต้องวางแผนในการดำเนินงานให้เหมาะสม

3) หน่วยงานที่ขอเก็บข้อมูลจะอยู่คนละภาค ดังนั้นผู้วิจัยต้องเดินทางไปในแต่ละพื้นที่ ตั้งแต่การนำเสนอโครงสร้างการวิจัย และการเก็บข้อมูล ทำให้มีค่าใช้จ่ายสูง

4) การขอจริยธรรมการวิจัยของสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ตรวจสอบว่างานวิจัยได้มีการตอบสนองนักการเมืองคนไหนบ้าง เนื่องจากพื้นที่จังหวัดนนทบุรี เป็นพื้นที่ติดกรุงเทพมหานคร และเป็นพื้นที่ที่มีนักการเมืองท้องถิ่นมาก

3.9.4 ข้อเสนอแนะในการขอจริยธรรมในการวิจัย

- 1) ผู้วิจัยต้องไปอบรมการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH Good Clinical Practice : ICH GCP)
- 2) ผู้วิจัยต้องมีความเข้าใจในเรื่องการวิจัย
- 3) ผู้วิจัยต้องสรุปโครงร่างการวิจัยให้ครอบคลุมทุกประเด็น
- 4) ผู้วิจัยต้องมีการวางแผนการดำเนินงาน และแผนสามารถยืดหยุ่นตามความเหมาะสมในแต่ละช่วงเวลาได้



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการวิจัยเรื่อง ระบบการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย (Care System for Elderly with Dementia in Thailand) แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

- 4.1 มุมมองของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม
- 4.2 การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชนและปัญหาในการดูแลในปัจจุบัน
- 4.3 การวางแผนดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน

4.1 มุมมองของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมนั้น ผู้ดูแลแต่ละคนจะมีมุมมองที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ประสบการณ์ในการดูแลและระยะเวลาในการดูแล ดังคำกล่าวที่สะท้อนความรู้สึกหรือมุมมองของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม และการทำหน้าที่ดูแลของตน

“...การที่แม่ป่วยเป็นสมองเสื่อมมันก็ตืออย่าง ทำให้แม่ไม่ต้องคิดมาก จำไม่ได้ด้วยว่าพ่อเสียชีวิต แม่ไม่ต้องเสียใจ...”

“...บางทีก็รู้สึกท้อ ว่าทำไมอาการพ่อไม่หายสักที...”

“...ดูแลคุณยายบางทีก็มีหงุดหงิด เหมือนดูแลคนบ้า...”

“...ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีพฤติกรรมเหมือนย้อนวัยไปในตอนเด็ก เพราะมีพฤติกรรมหลงลืม เอาไปไม่มาเก็บ คิดว่าไปไม้เป็นเงิน เล่นแบบเด็ก ๆ...”

ผลการศึกษาเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรม ด้านความคิด และด้านความทรงจำ ผลการศึกษามีดังนี้

4.1.1 สภาวะการเจ็บป่วยด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ผลการศึกษาเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วยพฤติกรรมของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม พบว่า ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะมีพฤติกรรมคล้ายกับเด็กเล็กมีการเรียกร้องความสนใจจากผู้ดูแล จะเรียกหาผู้ดูแลตลอดเวลาจนผู้ดูแลไม่มีเวลาเป็นของตนเองเมื่ออยากได้อะไรก็ต้องเอาให้ได้ มีพฤติกรรมวุ่นวาย ไม่อยู่กับที่ รื้อของในบ้าน ชอบเดินออกนอกบ้าน เปิด-ปิดแก๊สทิ้งไว้ มีพฤติกรรมกระวนกระวาย ตูกลุกลุกนอนทั้งวัน บางทีจะมีการแกะ/รื้อของใช้ในบ้าน เช่น แกะเม็ดกระดุมจากเสื้อผ้า รื้อเสื้อผ้า หาของทั้งวันจะเรียกผู้ดูแลทั้งวัน จึงทำให้ผู้ดูแลต้องอยู่ในบริเวณสายตาของผู้สูงอายุตลอดเวลา ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมส่วนใหญ่ไม่ชอบอาบน้ำ ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามต่าง ๆ

ในการขอให้ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการอาบน้ำบางที่ต้องใช้ของกินเป็นสื่อกลางหรือใช้วิธีให้หลานที่เป็นเด็ก ๆ มาชวนไปอาบน้ำ ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะมีพฤติกรรมเอาแต่ใจตนเองเมื่ออยากได้อะไรต้องเอาให้ได้ ถ้าโดนขัดใจจะโวยวายต่อผู้ดูแล ทั้งนี้ การดูแลช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะน้อยลง ผู้ดูแลจะต้องช่วยดูแลในบางอย่าง เช่น การใส่เสื้อผ้าให้กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม บางรายหาไม่มีแรงผู้ดูแลต้องคอยพยุงพาเข้าห้องน้ำ จากการที่ผู้วิจัยได้เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและได้สนทนากับผู้ดูแล ผู้ดูแลกล่าวว่า

“...ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมอยากจะนอนแต่สมองไม่ยอมปิดสวิทช์ ร่างกายไม่ยอมหลับ ผู้ดูแลต้องให้ยาช่วยเพื่อให้นอนหลับ...”

“...ตอนที่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม มีแรงก็จะเดินไปเรื่อยเดินภายในบ้าน...”

“...ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม มีหลงลืม คือ เวลาปวดอุจจาระจะลืมการเบ่ง ต้องกระตุ้นโดยการล้วงอุจจาระให้ในเวลาอาบน้ำ...”

“...มีทานข้าวแล้วบอกว่ายังไม่ได้ทาน...”

“...จะมีการลืมวิธีกลืน กลืนที่ไรก็จะสำลักอาหาร วันนั้นกินเฉาก๊วย ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะดูดเข้าปากจนสำลักเวลาสำลักดูน่ากลัว...”

“...มีอาการหลงลืม ดูแลมาได้ 6 เดือน ต้องอาบน้ำให้ตลอด...”

“...ในช่วงที่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม มีอาการ จะมีพฤติกรรมรื้อของในบ้านไปหมด วุ่นวาย คือ ไม่ฟังใคร...”

“...เอาไปไม่มาเก็บ คิดว่าไปไม่เงิน เล่นแบบเด็ก ๆ...”

“...แกไม่ค่อยรู้เรื่องแล้ว มีเดินออกนอกบ้าน อี/ฉี่เรี่ยราด ไม่รู้สึกตัว ล้างทำความสะอาดไม่ไหว...”

“...สื่อสารไม่รู้เรื่อง จะไม่อยู่นิ่ง จะมุดลุกมุดนั่ง ชอบรื้อของ...”

“...ในช่วงนี้เวลามีอาการมักจะไม่นอน ระวัง กังวล...”

4.1.2 สถานะการเจ็บป่วยด้านความคิดของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ผลการศึกษาเกี่ยวกับสถานะการเจ็บป่วยด้านความคิดของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมพบว่า ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมที่มีความคิดผิดปกติจากคนทั่วไปจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและมีอาการทางจิตร่วมด้วย โดยจะมีความคิดที่แปลก ๆ คือ คิดว่าจะมีคนมาทำร้าย ซึ่งเป็นคนที่เคยขัดแย้ง/ทะเลาะกันในอดีต โดยผู้ดูแลเล่าว่า ปัจจุบันไม่มีปัญหาเกี่ยวกับใครแต่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมยังคงฝังใจกับเรื่องนี้อยู่ บางทีจะหวงของหวงสมบัติไม่ไว้ใจใครแม้กระทั่งบุตรหลานกลัวคนจะมาเอาสมบัติ โดยจะมีพฤติกรรมจะถือกระเป๋าเสื้อผ้าของใช้ติดตัวตลอดเวลา บางทีผู้สูงอายุ

ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะมีบุคคลเดียวจะมีเสียงหูแว่วร่วมด้วย จึงทำให้ผู้ดูแลจะต้องมีการดูแลอย่างใกล้ชิดต้องทานยาต้านจิตเวชร่วมด้วยผู้สูงอายุก็จะไม่ยอมทานยาผู้ดูแลจะมีการบดยาในอาหารร่วมด้วย ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมบางรายเมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย เช่น การป่วยเป็นโรคไทรอยด์ พอเกิดความไม่สบายผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมก็จะคิดมากจนป่วยเป็นซึมเศร้า

4.1.3 สถานะการเจ็บป่วยด้านความทรงจำของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ผลการศึกษาเกี่ยวกับสถานะการเจ็บป่วยความทรงจำของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมพบว่า ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะมีปัญหาเรื่องความทรงจำจะจำเรื่องราวในอดีตได้ดีกว่าปัจจุบัน มีหลงลืมจำบุตร หลาน/คนในครอบครัวไม่ได้ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรำสึกล้นน้อยใจผู้สูงอายุที่จำตนเองไม่ได้ ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะเดินออกนอกบ้านแล้วกลับไม่ได้ บางครอบครัวลักษณะบ้านอยู่ติดกับแม่น้ำ เช่น อาศัยอยู่ใน อำเภอเกาะเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ต้องสัญจรทางเรือเท่านั้น ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะนั่งเรือข้ามฟากไปแต่กลับบ้านไม่ถูกเพื่อนบ้านจำได้จึงพามาส่ง บางครอบครัวผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะเดินออกนอกบ้าน แล้วหายไป 3 วัน ญาติตามหากก็ไม่เจอต้องไปแจ้งความไว้ที่สถานีตำรวจและบอกเพื่อนบ้านช่วยตามหาจนในที่สุดพบผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเดินเร่ร้อนตามถนน เดินเรื่อยเปื่อย สภาพร่างกายทรุดโทรม ไม่ได้ทานอาหาร และจำใครไม่ได้ บางครอบครัวจะเปิดเป็นร้านขายของชำ ผู้ดูแลจะให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมช่วยขายของเพื่อจะได้มีกิจกรรมทำ ไม่เบื่อ ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมสามารถขายของได้ แต่มักจะทอนเงินให้ลูกค้าผิดเป็นประจำ บางทีก็ให้เงินลูกค้าเพิ่มหรือให้สินค้าเพิ่ม

4.2 การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชนและปัญหาในการดูแลในปัจจุบัน

4.2.1 การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน

การศึกษาคู่มือผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชนและปัญหาในการดูแลปัจจุบัน เป็นผลการศึกษาจากภาคสนามทั้งการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการวิจัยเพื่อให้ตรงตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชนและปัญหาการดูแลในปัจจุบัน ผลการศึกษาคู่มือผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชนและปัญหาในการดูแลปัจจุบัน ประกอบด้วย 6 ประเด็น ได้แก่

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม
- 2) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม
- 3) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม
- 4) การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม
- 5) กระบวนการในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม
- 6) ผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ ค่าใช้จ่าย ความสัมพันธ์ต่อผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวนผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม โรคประจำตัวของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวนคนที่ช่วยในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม บุคคลที่เป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม และการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม จากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 278 คน ดังนี้

ตารางที่ 19 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N = 278)	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	56	20.1
- หญิง	222	79.9
อายุ		
- น้อยกว่า 30 ปี	28	10.1
- อายุระหว่าง 31 – 40 ปี	58	20.9
- อายุระหว่าง 41 – 50 ปี	95	34.2
- อายุระหว่าง 51 – 60 ปี	53	19.1
- อายุมากกว่า 61 ปี	44	15.8
สถานภาพการสมรส		
- โสด	79	28.4
- สมรส	184	66.2
- หย่าร้าง/หม้าย	15	5.4
ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้เรียน	9	3.2
- ประถมศึกษา	94	33.8
- มัธยมต้น/ปวส.	18	6.5
- มัธยมปลาย/ปวช.	44	15.8
- ปริญญาตรี	96	34.5
- สูงกว่าปริญญาตรี	17	6.1

ตารางที่ 19 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N = 278)	ร้อยละ
ประกอบอาชีพ		
- อาศัย/ว่างงาน	66	23.7
- รับจ้าง	28	10.1
- ค้าขาย	52	18.7
- เกษตรกรรม/ทำสวน	27	9.7
- รับราชการ	38	13.7
- บริษัทเอกชน	11	4.0
- อาชีพอิสระ	56	20.1
รายได้ของผู้ดูแล		
- ต่ำกว่า 10,000 บาท	129	46.4
- 10,001 – 20,000 บาท	44	15.8
- 20,001 – 30,000 บาท	51	18.3
- >30,001 บาท	54	19.4
ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม		
- ต่ำกว่า 5,000 บาท	244	87.8
- 5,001 – 10,000 บาท	25	9.0
- 10,001 – 15,000 บาท	0	0
- 15,001 – 20,000 บาท	9	3.2
ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม		
- บุตร	171	61.5
- บุตรสะใภ้	33	11.9
- บุตรเขย	21	7.6
- ภรรยา	27	9.7
- สามี	3	1.1
- พี่	13	4.7
- น้อง	6	2.2
- รับจ้าง	4	1.4
ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม		
- ระยะเวลา 2 – 4 ปี	68	24.5
- ระยะเวลา 4 – 6 ปี	35	12.6
- มากกว่า 6 ปีขึ้นไป	55	19.8

ตารางที่ 19 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N = 278)	ร้อยละ
จำนวนผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมที่ต้องดูแล		
- จำนวน 1 คน	267	96.0
- จำนวน 2 คน	11	4.0
สถานะของบุคคลที่ต้องดูแล		
- บิดา	77	27.7
- มารดา	115	41.4
- สามี	35	12.6
- ภรรยา	8	2.9
- ญาติ	18	6.5
- มารดาของสามี	9	3.2
- นายจ้าง	4	1.4
- พี่	3	1.1
- น้อง	9	3.2
โรคประจำตัวของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม		
- ไม่มีโรคประจำตัว	52	18.7
- ความดันโลหิตสูง	130	46.8
- มะเร็งต่อมลูกหมาก	1	0.4
- เบาหวาน	14	5.0
- ความดันและเบาหวาน	81	29.1
จำนวนคนที่ช่วยในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	218	78.4
- มี		
- ไม่มี	60	21.6
บุคคลที่ช่วยดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม		
- ไม่มี	41	14.7
- พี่	71	25.5
- น้อง	83	29.9
- บุตร	49	17.6
- ญาติ	18	6.5
- จ้างผู้ดูแล	2	0.7
- มารดา	14	5.0

ตารางที่ 19 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N = 278)	ร้อยละ
เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม		
- เคยทราบ	65	23.4
- ไม่เคยทราบ	213	76.6
รวม	278	100

จากตารางที่ 19 พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 222 คน คิดเป็นร้อยละ 79.9 และเป็นเพศชาย 56 คน คิดเป็นร้อยละ 20.1

ด้านอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม พบว่า อายุเฉลี่ยของผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 41-50 ปี จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 34.2 รองลงมาตามลำดับ คือ ช่วงอายุ 31-40 ปี จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 20.9 รองลงมา อายุ 51-60 ปี จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 19.1 รองลงมา อายุ 61 ปีขึ้นไป จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 15.8 และอายุน้อยสุด คือ อายุน้อยกว่า 30 ปี จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 10.1

ด้านสถานภาพการสมรสของผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 278 คน พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสแล้ว จำนวน 184 คน คิดเป็นร้อยละ 66.2 รองลงมา สถานภาพโสด จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 28.4 และสถานภาพหย่าร้าง/หม้าย จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 5.4

ด้านระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 34.5 รองลงมา ระดับประถมศึกษา จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 33.8 ระดับมัธยมปลาย/ปวช. จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 15.8 ระดับมัธยมต้น/ปวส. จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 6.5 สูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 6.1 และไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 3.2 ตามลำดับ

ด้านการประกอบอาชีพของผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 23.7 ซึ่งจากเดิมผู้ดูแลกลุ่มนี้จะมีการประกอบอาชีพ แต่ได้ลาออกจากการมาเพื่อดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม โดยเฉพาะ รองลงมา ประกอบอาชีพอิสระ จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 20.1 ประกอบอาชีพค้าขาย จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 18.7 รับราชการ จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 13.7 รับจ้าง จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 10.1 ตามลำดับ ข้อมูลเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลบางคนมารับจ้างดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมตามบ้านนั้นจะอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยญาติจะจ้าง

คนมาดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งผู้ดูแลที่รับจ้างนั้นเป็นบุคคลที่รับจ้างมาดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้าน มาจากศูนย์ที่รับดูแลผู้สูงอายุ (จากศูนย์ดูแลผู้สูงอายุบางแค) ทางศูนย์จะมีการสอนการดูแลปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำให้ผู้สูงอายุ การให้อาหารทางสายยาง การทำแผลเบื้องต้น เป็นต้น คุณสมบัติของผู้รับจ้างต้องสามารถปรับตัวเข้ากับเจ้าของบ้านให้ได้ ถ้าปรับตัวเข้ากันได้ก็จะอยู่ได้นาน ได้ค่าจ้าง 13,000 บาท/เดือน หยุดทุกวันอาทิตย์ ถ้าวันอาทิตย์ไม่ได้หยุดก็จะได้รายได้เพิ่มวันละ 600 บาท อาชีพรองถัดมา คือ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม/ทำสวน จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 9.7 และอาชีพพนักงานบริษัทเอกชน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 4.0

ด้านรายได้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม พบว่า รายได้ของผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท จำนวน 129 คน คิดเป็นร้อยละ 46.4 รองลงมา มีรายได้ 30,001 บาทขึ้นไป จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 19.4 มีรายได้ระหว่าง 20,001 – 30,000 บาท จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 18.3 และมีรายได้ระหว่าง 10,001 – 20,000 บาท มีจำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 15.8 ตามลำดับ

ด้านค่าใช้จ่าย ในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมของผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม พบว่า มีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 244 คน คิดเป็นร้อยละ 87.8 เนื่องจากใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) หรือสิทธิเบิกข้าราชการ สิทธิประกันสังคม สิทธิส่วนใหญ่เบิกได้ รองลงมา มีค่าใช้จ่าย ระหว่าง 5,001-10,000 บาท จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 9.0 และมีค่าใช้จ่ายระหว่าง 15,001-20,000 บาท จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 3.20 เป็นการจ่ายค่ายานออกบัสซึ่งข้อมูลเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลสามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในส่วนต่างได้ เนื่องจากต้องการให้อาการของผู้สูงอายุดีขึ้น ไม่ให้สมองเสื่อมลงไปกว่านี้

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม พบว่า ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 171 คน คิดเป็นร้อยละ 61.5 รองลงมา มีความสัมพันธ์เป็นบุตรสะใภ้ของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 11.9 เป็นภรรยาของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 9.7 เป็นบุตรเขย จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 7.6 เป็นพี่ของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 4.7 เป็นน้องของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 2.2 เป็นผู้รับจ้าง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.4 และเป็นสามีของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.1 ตามลำดับ

ด้านระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเป็นระยะเวลา น้อยกว่า 2 ปี มีจำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 43.2 รองลงมา ดูแลในช่วงระยะเวลา 2-4 ปี มีจำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 24.5 ผู้ดูแลที่

ดูแลมากกว่า 6 ปีขึ้นไป จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 19.8 และดูแลในช่วง 4-6 ปี มีจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 12.6 ตามลำดับ

จำนวนผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมผู้ดูแลต้องรับผิดชอบในครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่แต่ละครอบครัวมีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมต้องดูแลครอบครัวละ 1 คน จำนวน 267 คน คิดเป็นร้อยละ 96.0 และต้องดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในครอบครัว จำนวน 2 คน มีจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 4.0 ตามลำดับ

สถานะของบุคคลที่ต้องดูแล พบว่า ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีสถานะเป็นมารดาของผู้ดูแล จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 41.4 รองลงมา เป็นบิดา จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 27.7 และเป็นสามี จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 12.6 เป็นญาติ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 6.5 เป็นมารดาของสามีผู้ดูแลและเป็นน้องของผู้ดูแลเอง มีจำนวนเท่ากัน คือ มี 9 คน คิดเป็นร้อยละ 3.2 รองลงมา เป็นภรรยาของผู้ดูแล จำนวน 8 คน คิดเป็น 2.9 และเป็นนายจ้างที่ญาติของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเป็นคนว่าจ้าง มีจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.4 และเป็นพี่ของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.1 ตามลำดับ

ด้านโรคประจำตัวของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม พบว่า ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 46.8 รองลงมา มีโรคประจำตัว คือ ป่วยเป็นโรคความดันและเบาหวาน จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 29.1 และไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 18.7 ป่วยเป็นเบาหวาน จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 5.0 และเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.4 ตามลำดับ

ข้อมูลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม พบว่า ในแต่ละครอบครัวมีคนในครอบครัวที่ช่วยดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 218 คน คิดเป็นร้อยละ 78.4 และไม่มีคนในครอบครัวช่วยดูแลร่วมด้วย จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 21.6 ตามลำดับ

บุคคลที่เป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม พบว่า คือ น้องของผู้ดูแล จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 29.9 รองลงมา เป็นพี่ของผู้ดูแล จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 25.5 เป็นบุตรของผู้ดูแล จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 17.6 ไม่มีผู้ช่วยในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 14.7 เป็นญาติของผู้ดูแล จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 6.5 มารดาของผู้ดูแล จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 5.0 และเป็นผู้ช่วยผู้รับจ้าง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.7 ตามลำดับ

ด้านการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยทราบข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 213 คน คิดเป็นร้อยละ 76.6 ข้อมูลเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล พบว่า ช่วงที่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในระยะแรก ๆ ผู้ดูแลเข้าใจว่าเป็นการเจ็บป่วยของภาวะผู้สูงอายุทั่วไป จึงดูแลตามศักยภาพของครอบครัวจนกระทั่ง

ไปพบแพทย์ถึงจะทราบข้อมูลในการดูแลและทราบข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 23.4 ข้อมูลเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมจากการพาผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไปโรงพยาบาลและจะได้คำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลที่ให้การรักษาหรือจากเอกสารต่าง ๆ ที่เป็นแผ่นพับของโรงพยาบาล ผู้ดูแลบางคนมีการค้นหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต

2) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ผลการศึกษา ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 278 คน ดังนี้

ตารางที่ 20 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N = 278)	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	96	34.5
- หญิง	182	65.5
อายุ		
- อายุต่ำกว่า 60 ปี	16	5.8
- อายุ 61 – 70 ปี	52	18.7
- อายุ 71 – 80 ปี	154	55.4
- อายุมากกว่า 81 ปีขึ้นไป	56	20.1
สถานภาพการสมรส		
- โสด	12	4.3
- สมรส	150	54.0
- หม้าย/หย่าร้าง	116	41.7
ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้เรียน	99	35.6
- ประถมศึกษา	141	50.7
- มัธยมต้น /ปวส.	11	4.0
- มัธยมปลาย/ปวช.	12	4.3
- ปริญญาตรี	15	5.4
รวม	278	100

จากตารางที่ 20 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม พบว่า ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เป็นเพศหญิง จำนวน 182 คน คิดเป็นร้อยละ 65.5 และเป็นเพศชาย จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 34.5

ด้านอายุของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม พบว่า อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม อยู่ในช่วงอายุ 71-80 ปี จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 55.4 อายุมากกว่า 81 ปีขึ้นไป จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 20.1 อายุ 61-70 ปี จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 18.7 และมีอายุต่ำกว่า 60 ปี มีจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 5.8 ตามลำดับ

ด้านสถานภาพการสมรสของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม พบว่า ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีสถานภาพสมรส จำนวน 150 คน คิดเป็นร้อยละ 54.0 รองลงมา มีสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 41.7 และสถานภาพโสด จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 4.3 ตามลำดับ

ด้านการศึกษาของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม พบว่า ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 50.7 รองลงมา ไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 35.6 และระดับปริญญาตรี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 5.4 ระดับมัธยมปลาย/ปวช. จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 4.3 และระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/ปวส. จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 4.0 ตามลำดับ

3) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

จากการสัมภาษณ์และสนทนากับผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 278 คน เกี่ยวกับลักษณะความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร (Feeding) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด (Grooming) การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) การอาบน้ำ (Bathing) การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels) การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับกลุ่มผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำแนกตามความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผลการศึกษาดังนี้

ตารางที่ 21 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ความสามารถของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	จำนวน (N=278)	ร้อยละ
1. รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding)		
- ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้	11	4
- ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นคำเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า	142	51.1
- ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	125	45
2. ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-28 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming)		
- ต้องการความช่วยเหลือ	30	10.8
- ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	248	89.2
3. ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer)		
- ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น	19	6.8
- ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรง หรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คน พยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้	13	4.7
- ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย	129	46.4
4. ใช้ห้องน้ำ (Toilet use)		
- ช่วยตัวเองไม่ได้	12	4.3
- ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง	100	36.0
- ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	166	59.7
5. เคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility)		
- เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้	4	1.4
- ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้	38	13.7

ตารางที่ 21 (ต่อ)

ความสามารถของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	จำนวน (N=278)	ร้อยละ
- เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย	112	40.3
- เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	124	44.6
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing)		
- ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย	11	4.0
- ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย	83	29.9
- ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	184	66.2
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs)		
- ไม่สามารถทำได้	19	6.8
- ต้องการคนช่วย	119	42.8
- ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้)	140	50.4
8. การอาบน้ำ (Bathing)		
- ต้องมีคนช่วยหรือทำให้	29	10.4
- อาบน้ำเองได้	249	89.6
9. การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels)		
- กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ	21	7.6
- กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)	126	45.3
- กลั่นได้เป็นปกติ	131	47.1
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder)		
- กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้	21	7.6
- กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)	118	42.4
- กลั่นได้เป็นปกติ	139	50.0
รวม	278	100

จากตารางที่ 21 พบว่า ด้านความสามารถในการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมสามารถรับประทานอาหารตนเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตัก เตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นคำเล็ก ๆ ว่างหน้า จำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 51.1 รองลงมา สามารถรับประทานอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 45 และไม่สามารถรับประทานอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 4 ตามลำดับ

ด้านความสามารถในการล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมสามารถทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้) จำนวน 248 คน คิดเป็นร้อยละ 89.2 รองลงมา ต้องการความช่วยเหลือ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 10.8 ตามลำดับ

ด้านความสามารถในการลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย จำนวน 129 คน คิดเป็นร้อยละ 46.4 รองลงมา ทำได้เอง จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 42.1 ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 6.8 และต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คน พยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 4.7 ตามลำดับ

ด้านความสามารถในการใช้ห้องน้ำ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย) จำนวน 166 คน คิดเป็นร้อยละ 59.7 รองลงมา ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 36.0 และช่วยตัวเองไม่ได้ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 4.3 ตามลำดับ

ด้านความสามารถในการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง จำนวน 124 คน คิดเป็นร้อยละ 44.6 โดยจะมีอุปกรณ์ช่วยพยุง คือ Walker หรือไม้เท้า รองลงมา เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตามหรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 40.3 รองลงมา ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 13.7 และเคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.4 ตามลำดับ

ด้านความสามารถในการสวมใส่เสื้อผ้า พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้) จำนวน 184 คน คิดเป็นร้อยละ 66.2 รองลงมา ช่วยตัวเองได้ประมาณ ร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย จำนวน 83 คน

คิดเป็นร้อยละ 29.9 และต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 4.0 ตามลำดับ

ด้านความสามารถในการขึ้นลงบันได 1 ชั้น พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย) จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 50.4 รองลงมา ต้องการคนช่วย จำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 42.8 และไม่สามารถทำได้ จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 6.8 ตามลำดับ

ด้านความสามารถในการอาบน้ำ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมสามารถอาบน้ำเองได้ จำนวน 249 คน คิดเป็นร้อยละ 89.6 รองลงมา ต้องมีคนช่วยหรือทำให้จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 10.4 ตามลำดับ

ด้านความสามารถในการกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม สามารถกลั่นได้เป็นปกติ จำนวน 131 คน คิดเป็นร้อยละ 47.1 รองลงมา กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 45.3 และกลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 7.6 ตามลำดับ

ด้านความสามารถในการกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมสามารถกลั่นได้เป็นปกติ จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมา กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า วันละ 1 ครั้ง) จำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 42.4 และกลั่นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 7.6 ตามลำดับ

4) การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว โดยใช้เกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน สามารถจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้างช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) และผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) ดังนี้

ตารางที่ 22 การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	จำนวน	ร้อยละ
- ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม)	236	84.9
- ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน)	27	9.7
- ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง)	15	5.4
รวม	278	100

จากตารางที่ 22 จากกลุ่มผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจำนวน 278 คนพบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนน ขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม)จำนวน 236 คน คิดเป็นร้อยละ 84.9 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุ ที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน (กลุ่มติดบ้าน) จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 9.7 และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน (กลุ่มติดเตียง) จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 5.4

5) กระบวนการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

กระบวนการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมโดย กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ การดูแลทางกาย ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และการดูแลทางจิตใจ จากการศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 278 คน เกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ดังนี้

ตารางที่ 23 กระบวนการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ข้อมูล	กิจกรรมการดูแล				\bar{X}	S.D.	แปลผล
	ไม่ได้ทำ	ทำให้น้อย	ทำใบบ้าง	ทำทั้งหมด			
ด้านการดูแลทางกาย							
1. ช่วยอาบน้ำให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	70 (25.2)	39 (14.0)	78 (28.1)	91 (32.7)	2.68	1.17	ปานกลาง
2. พาผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเข้าห้องน้ำ เช่น ปัสสาวะ อุจจาระ	123 (44.2)	33 (11.9)	29 (10.4)	93 (33.5)	2.33	1.33	น้อย
3. ช่วยแต่งกายให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	102 (36.7)	34 (12.2)	31 (11.2)	111 (39.9)	2.54	1.33	ปานกลาง
4. ช่วยเตรียมอาหารให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	50 (18.0)	20 (7.2)	10 (3.6)	198 (71.2)	3.28	1.19	มาก
5. ช่วยเหลือผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในการรับประทานอาหาร	142 (51.1)	19 (6.8)	20 (7.2)	97 (34.9)	2.25	1.38	น้อย
6. ช่วยผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมลุกออกจากเตียง	167 (60.1)	40 (14.4)	40 (14.4)	31 (11.2)	1.76	1.06	น้อย
7. ช่วยจัดยาให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	43 (15.5)	39 (14.0)	36 (12.9)	160 (57.6)	3.12	1.15	ปานกลาง
8. ช่วยพยุงเดินให้กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	84 (30.2)	20 (7.2)	76 (27.3)	98 (35.3)	2.67	1.23	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม					2.58	1.23	ปานกลาง

ตารางที่ 23 (ต่อ)

ข้อมูล	กิจกรรมการดูแล				\bar{X}	S.D.	แปลผล
	ไม่ได้ทำ	ทำให้น้อย	ทำให้บ้าง	ทำให้ทั้งหมด			
ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม							
9. พาผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไปพบแพทย์	13 (4.7)	6 (2.2)	31 (11.2)	228 (82.0)	3.70	0.73	มาก
10. ช่วยดำเนินการเรื่องเอกสารทางกฎหมายให้กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	76 (27.3)	17 (6.1)	21 (7.6)	164 (59.0)	2.98	1.32	ปานกลาง
11. มีส่วนช่วยปรับทางเดิน/ราวจับในบ้านให้เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	160 (57.6)	8 (2.9)	17 (6.1)	93 (33.5)	2.15	1.39	น้อย
12. มีส่วนช่วยปรับทางเดิน/ราวจับในห้องน้ำให้เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	209 (75.2)	10 (3.6)	7 (2.5)	52 (18.7)	1.64	1.18	น้อยที่สุด
13. มีส่วนช่วยปรับแสงสว่างภายในบ้านให้เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	192 (69.1)	28 (10.1)	19 (6.8)	39 (14.0)	1.65	1.09	น้อยที่สุด
14. เก็บสิ่งของที่จะเป็นอันตรายแก่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เช่น มีด/ของมีคม ไขว่ในที่ปลอดภัยและพื้นมือผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	196 (70.5)	22 (7.9)	11 (4.0)	49 (17.6)	1.68	1.16	น้อยที่สุด
15. ได้มีการปรับห้องพักให้เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	177 (63.7)	26 (9.4)	24 (8.6)	51 (18.3)	1.81	1.19	น้อย
16. ช่วยพาผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม	27 (9.7)	14 (5.0)	26 (9.4)	211 (75.9)	3.51	0.96	มาก
17. มีส่วนช่วยในการพาผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม สวดมนต์/ไปทำบุญ/ไปวัด	17 (6.1)	12 (4.3)	34 (12.2)	215 (77.3)	3.60	0.83	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม					2.53	1.09	ปานกลาง

ตารางที่ 23 (ต่อ)

ข้อมูล	กิจกรรมการดูแล				\bar{X}	S.D.	แปลผล
	ไม่ได้ทำ	ทำให้น้อย	ทำให้บ้าง	ทำให้ทั้งหมด			
ด้านจิตใจ							
18. ได้มีการจัดสรรเวลาที่เหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	40 (14.4)	18 (6.5)	16 (5.8)	204 (73.4)	3.38	1.11	มาก
19. มีส่วนร่วมในกิจกรรมพักผ่อนกับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เช่น การดูโทรทัศน์ การพาไปเที่ยว	13 (4.7)	16 (5.8)	18 (6.5)	231 (83.1)	3.67	0.78	มาก
20. เป็นเพื่อนพูดคุยกับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	18 (6.5)	10 (3.6)	22 (7.9)	228 (82.0)	3.65	0.83	มาก
21. มีส่วนช่วยในการฟื้นฟูความจำให้กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	3 (1.1)	10 (3.6)	24 (8.6)	241 (86.7)	3.80	0.54	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม					3.63	0.81	มาก

จากตารางที่ 23 พบว่า ด้านการดูแลทางกายผู้ดูแลสามารถดูแลทางกายของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมโดยภาพรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.58$, S.D.=1.23) โดยมีกิจกรรมที่สามารถดูแลได้มีค่าเฉลี่ยในระดับมาก คือ การเตรียมอาหารให้ผู้สูงอายุ ($\bar{X}=3.28$, S.D.=1.19) กิจกรรมที่สามารถดูแลได้มีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง คือ การช่วยอาบน้ำให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ($\bar{X}=2.68$, S.D.=1.17) ช่วยแต่งกายให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ($\bar{X}=2.54$, S.D.=1.33) การช่วยจัดยาให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ($\bar{X}=3.12$, S.D.=1.15) ช่วยพยุงเดินให้กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ($\bar{X}=2.67$, S.D.=1.23) และกิจกรรมที่สามารถดูแลได้มีค่าเฉลี่ยในระดับน้อย คือ พาผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเข้าห้องน้ำ เช่น ปัสสาวะ อุจจาระ ($\bar{X}=2.33$, S.D.=1.33) การช่วยเหลือผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในการรับประทานอาหาร ($\bar{X}=2.25$, S.D.=1.38) ช่วยผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมลุกออกจากเตียง ($\bar{X}=1.76$, S.D.=1.06)

ด้านการดูแลทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ผู้ดูแลสามารถดูแลทางสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมโดยภาพรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.53$, S.D.=1.09) โดยมีกิจกรรมที่สามารถดูแลได้มีค่าเฉลี่ยในระดับมาก คือ การพาผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไปพบแพทย์ ($\bar{X}=3.70$, S.D.=0.73) พาผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมสวดมนต์/ไปทำบุญ/ไปวัด ($\bar{X}=3.60$, S.D.=0.83) พาผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม ($\bar{X}=3.51$, S.D.=0.96) รองลงมา คือ กิจกรรมที่สามารถดูแลได้มีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง

การช่วยดำเนินการเรื่องเอกสารทางกฎหมายให้กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ($\bar{X}=2.98$, $S.D.=1.32$) ดูแลในระดับน้อย คือ ได้มีการปรับห้องพักให้เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ($\bar{X}=1.81$, $S.D.=1.19$) มีส่วนช่วยปรับทางเดิน/ราวจับในบ้านให้เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ($\bar{X}=2.15$, $S.D.=1.39$) และกิจกรรมที่สามารถดูแลได้ มีค่าเฉลี่ยในระดับน้อยที่สุด คือ การเก็บสิ่งของที่จะเป็นอันตรายแก่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เช่น มีด/ของมีคมไว้ในที่ปลอดภัย และพื้นมือผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ($\bar{X}=1.68$, $S.D.=1.16$) ช่วยปรับแสงสว่างภายในบ้านให้เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ($\bar{X}=1.65$, $S.D.=1.09$) และปรับทางเดิน/ราวจับในห้องน้ำให้เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ($\bar{X}=1.64$, $S.D.=1.18$)

ด้านการดูแลทางจิตใจ ในภาพรวมผู้ดูแลสามารถดูแลทางกายของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.63$, $S.D.=0.81$) โดยมีกิจกรรมที่สามารถดูแลได้มีค่าเฉลี่ยในระดับมาก คือ การจัดสรรเวลาที่เหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ($\bar{X}=3.38$, $S.D.=1.11$) มีส่วนร่วมในกิจกรรมพักผ่อนกับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เช่น การดูโทรทัศน์ การพาไปเที่ยว ($\bar{X}=3.67$, $S.D.=0.78$) เป็นเพื่อนพูดคุยกับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ($\bar{X}=3.65$, $S.D.=0.83$) และมีส่วนช่วยในการฟื้นฟูความจำให้กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ($\bar{X}=3.80$, $S.D.=0.54$)

6) ผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ผลการศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเกี่ยวกับผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม โดยแบ่งเป็น 4 ประเด็น ได้แก่ ผลกระทบต่อผู้ดูแลที่ได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ความต้องการของผู้ดูแล และความต้องการสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม มีรายละเอียดดังนี้

6.1) ผลกระทบต่อผู้ดูแลที่ได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

การศึกษาผลกระทบต่อผู้ดูแลที่ได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ได้แก่ รู้สึกเครียด ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเป็นภาระ รู้สึกโกรธ รู้สึกเหนื่อย มีผลกระทบต่อการทำงานโดยการเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 278 คน ดังนี้

ตารางที่ 24 ผลกระทบต่อผู้ดูแลที่ได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ข้อมูล	ระดับผลกระทบ					\bar{X}	S.D.	แปลผล
	ไม่จริง	จริงเล็กน้อย	จริงปานกลาง	จริงมาก	จริงมากที่สุด			
ด้านผลกระทบของผู้ดูแล								
1. รู้สึกเครียดที่ต้องดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	(25.2) 70	(21.2) 59	(12.6) 35	(22.3) 62	(18.7) 52	2.88	1.47	ปานกลาง
2. รู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเป็นภาระอย่างมาก	(42.1) 117	(32.4) 90	(7.2) 20	(7.6) 21	(10.8) 30	2.12	1.32	น้อย
3. ในบางครั้งรู้สึกโกรธ/ทะเลาะกับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เนื่องจากผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ	(23.0) 64	(43.5) 121	(15.5) 43	(1.4) 4	(16.5) 46	2.44	1.31	น้อย
4. รู้สึกเหนื่อย ไม่มีเวลาพักผ่อน จากการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	(33.5) 93	(34.9) 97	(9.4) 26	(12.9) 36	(9.4) 26	2.29	1.30	น้อย
5. การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีผลกระทบต่อการทำงานของผู้ดูแล	(37.1) 103	(29.9) 83	(11.9) 33	(7.9) 22	(13.3) 37	2.30	1.38	น้อย
รวมค่าเฉลี่ย						2.41	1.36	น้อย

จากตารางที่ 24 พบว่า การศึกษาผลกระทบต่อผู้ดูแลที่ได้จากการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ได้แก่ ด้านความเครียด การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเป็นภาระอย่างมากผู้ดูแลที่รู้สึกโกรธ/ทะเลาะกับผู้สูงอายุผู้ดูแลที่รู้สึกเหนื่อย ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมโดยรวม อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=2.41$, S.D.=1.36) โดยแบ่งเป็น

ผลกระทบของผู้ดูแลที่รู้สึกเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.88$, S.D.=1.47) กล่าวคือ ผู้ดูแลรู้สึกเครียดที่ต้องดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม มีความคิดเห็นไม่จริงจำนวน 70 คน ร้อยละ 25.2 รองลงมา มีความเครียดในระดับจริงมาก จำนวน 62 คน ร้อยละ 22.3 มีความเครียดในระดับจริงเล็กน้อย จำนวน 59 คน ร้อยละ 21.2

ผลกระทบต่อผู้ดูแลที่รู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเป็นภาระอย่างมาก อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=2.12$, $S.D.=1.32$) กล่าวคือ ผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเป็นภาระอย่างมาก มีความคิดเห็นที่ไม่จริง จำนวน 117 คน ร้อยละ 42.1 รองลงมา มีความคิดเห็นว่าเป็นภาระเล็กน้อย จำนวน 90 คน ร้อยละ 32.4 มีความคิดเห็นว่าเป็นภาระอย่างมากที่สุด จำนวน 30 คน ร้อยละ 10.8

ผลกระทบต่อผู้ดูแลที่รู้สึกโกรธ/ทะเลาะกับผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=2.44$, $S.D.=1.31$) กล่าวคือ ในบางครั้งผู้ดูแลรู้สึกโกรธ/ทะเลาะกับผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มีความคิดเห็นว่าเป็นจริงเล็กน้อย จำนวน 121 คน ร้อยละ 43.5 มีความคิดเห็นที่ไม่จริง จำนวน 64 คน ร้อยละ 23.0 มีความคิดเห็นว่าเป็นจริงมากที่สุด จำนวน 46 คน ร้อยละ 16.5

ผลกระทบต่อผู้ดูแลที่รู้สึกเหนื่อย ไม่มีเวลาพักผ่อนจากการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=2.29$, $S.D.=1.30$) กล่าวคือ ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อย ไม่มีเวลาพักผ่อน จากการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม มีความคิดเห็นว่าเป็นจริงเล็กน้อย จำนวน 97 คน ร้อยละ 34.9 รองลงมา มีความคิดเห็นไม่จริง จำนวน 93 คน ร้อยละ 33.5 คิดเห็นจริงมากที่สุด จำนวน 36 คน ร้อยละ 12.9

การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีผลกระทบต่อการทำงานของผู้ดูแล อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=2.30$, $S.D.=1.38$) กล่าวคือ ความคิดเห็นที่ไม่จริง จำนวน 103 คน ร้อยละ 37.1 มีความคิดเห็นเป็นจริงเล็กน้อย จำนวน 83 คน ร้อยละ 29.9 และมีความคิดเห็นเป็นจริงมากที่สุด จำนวน 37 คน ร้อยละ 13.3

6.2) ปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ผลการศึกษาปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ได้แก่ ไม่มีความรู้ในการดูแล มีปัญหาในการหาผู้ดูแล ปัญหาทางการเงิน ไม่มีเวลาในการดูแลและมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแล โดยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 278 คน ดังนี้

ตารางที่ 25 ปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ข้อมูล	ระดับผลกระทบ					\bar{X}	S.D.	แปลผล
	ไม่จริง	จริงเล็กน้อย	จริงปานกลาง	จริงมาก	จริงมากที่สุด			
ด้านปัญหาในการดูแล								
1. ผู้ดูแลไม่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคสมองเสื่อม	(21.6) 60	(27.7) 77	(14.0) 39	(6.8) 19	(29.9) 83	2.95	1.55	ปานกลาง
2. ครอบครัวของผู้ดูแลมีปัญหาในการหาผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	(37.8) 105	(24.5) 68	(15.5) 43	(12.9) 36	(9.4) 26	2.31	1.34	น้อย
3. มีปัญหาด้านการเงินในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	(51.4) 143	(12.2) 34	(28.8) 80	(6.1) 17	(1.4) 4	1.93	1.08	น้อย
4. ไม่มีเวลาในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	(61.9) 172	(24.5) 68	(5.4) 15	(5.8) 16	(2.5) 7	1.62	0.99	น้อย
5. การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมส่งผลต่อภาวะสุขภาพของท่าน	(29.9) 83	(25.9) 72	(15.1) 42	(13.3) 37	(15.8) 44	2.59	1.43	น้อย
รวมค่าเฉลี่ย						2.28	1.28	น้อย

จากตารางที่ 25 ผลการศึกษาปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเกี่ยวกับ ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม การหาผู้มาดูแล การเงิน ไม่มีเวลาในการดูแลและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=2.28$, S.D.=1.28) โดยแบ่งเป็น

ผู้ดูแลไม่มีความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.95$, S.D.=1.55) กล่าวคือ ระดับผลกระทบจริงมากที่สุด จำนวน 83 คน ร้อยละ 29.9 รองลงมา จริงเล็กน้อย จำนวน 77 คน ร้อยละ 27.7 มีความคิดเห็นที่ไม่จริง จำนวน 60 คน ร้อยละ 21.6

ครอบครัวของผู้ดูแลมีปัญหาในการหาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=2.31$, $S.D.=1.34$) กล่าวคือ ระดับผลกระทบไม่จริง จำนวน 105 คน ร้อยละ 37.8 จริงเล็กน้อย จำนวน 68 คน ร้อยละ 24.5 และจริงปานกลาง จำนวน 43 คน ร้อยละ 15.5

มีปัญหาด้านการเงินในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=1.93$, $S.D.=1.08$) กล่าวคือ ระดับผลกระทบไม่จริง จำนวน 143 คน ร้อยละ 51.4 จริงปานกลาง จำนวน 80 คน ร้อยละ 28.8 จริงเล็กน้อย จำนวน 34 คน ร้อยละ 12.2

ไม่มีเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=1.62$, $S.D.=0.99$) กล่าวคือ ระดับผลกระทบไม่จริง จำนวน 172 คน ร้อยละ 61.9 จริงเล็กน้อย จำนวน 68 คน ร้อยละ 24.5 และ จริงมาก จำนวน 16 คน ร้อยละ 5.8

การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=2.59$, $S.D.=1.43$) กล่าวคือ ระดับผลกระทบไม่จริง จำนวน 83 คน ร้อยละ 29.9 จริงเล็กน้อย จำนวน 72 คน ร้อยละ 25.9 และจริงมากที่สุด จำนวน 44 คน ร้อยละ 15.8

6.3) ความต้องการของผู้ดูแล

ผลการศึกษาความต้องการ ได้แก่ ความต้องการทราบข้อมูลข่าวสาร เวลาในการพักผ่อน ให้ญาติ/คนในครอบครัวมาช่วยแบ่งเบาภาระ ความช่วยเหลือจากชุมชนและมีรายได้เพิ่มขึ้น โดยมีระดับข้อมูลเชิงปริมาณจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 278 คน ดังนี้

ตารางที่ 26 ความต้องการของผู้ดูแล

ข้อมูล	ระดับผลกระทบ					\bar{X}	S.D.	แปลผล
	ไม่จริง	จริงเล็กน้อย	จริงปานกลาง	จริงมาก	จริงมากที่สุด			
ความต้องการของผู้ดูแล								
1. ต้องการทราบข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	(22.3) 62	(18.0) 50	(7.9) 22	(13.3) 37	(38.5) 107	3.27	1.63	ปานกลาง
2. ต้องการเวลาในการพักผ่อนมากขึ้นกว่าเดิม	(26.3) 73	(25.5) 71	(9.0) 25	(15.5) 43	(23.7) 66	2.84	1.54	ปานกลาง
3. ต้องการให้ญาติ/คนในครอบครัวมาช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	(28.1) 78	(32.0) 89	(16.2) 45	(12.9) 36	(10.8) 30	2.46	1.31	น้อย

ตารางที่ 26 (ต่อ)

ข้อมูล	ระดับผลกระทบ					\bar{X}	S.D.	แปลผล
	ไม่จริง	จริงเล็กน้อย	จริงปานกลาง	จริงมาก	จริงมากที่สุด			
4. ต้องการความช่วยเหลือจากชุมชนต่อการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	(43.9) 122	(31.3) 87	(7.9) 22	(7.2) 20	(9.7) 27	2.07	1.29	น้อย
5. ต้องการมีรายได้เพิ่มขึ้นเพื่อนำมาดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	(47.1) 131	(21.9) 61	(9.4) 26	(9.7) 27	(11.9) 33	2.17	1.41	น้อย
รวมค่าเฉลี่ย						2.56	1.44	น้อย

จากตารางที่ 26 ผลการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลเกี่ยวกับข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เวลาพักผ่อนมากขึ้นกว่าเดิม ให้ญาติ/คนในครอบครัวมาช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลความช่วยเหลือจากชุมชนต่อการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม มีรายได้เพิ่มขึ้น โดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=2.56$, S.D.=1.44) โดยแบ่งเป็น

ต้องการข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.27$, S.D.=1.63) กล่าวคือ ระดับความต้องการจริงมากที่สุด จำนวน 107 คน ร้อยละ 38.5 ไม่จริงจำนวน 62 คน ร้อยละ 22.3 จริงเล็กน้อย จำนวน 50 คน ร้อยละ 18.0

ต้องการเวลาพักผ่อน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.84$, S.D.=1.54) กล่าวคือ ระดับความต้องการไม่จริง จำนวน 73 คน ร้อยละ 26.3 จริงเล็กน้อย จำนวน 71 คน ร้อยละ 25.5 และจริงมากที่สุด จำนวน 66 คน ร้อยละ 23.7

ต้องการให้ญาติ/คนในครอบครัวมาช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=2.46$, S.D.=1.31) กล่าวคือ ระดับความต้องการจริงเล็กน้อยจำนวน 89 คน ร้อยละ 32.0 ไม่จริง จำนวน 78 คน ร้อยละ 28.1 จริงปานกลาง จำนวน 45 คน ร้อยละ 16.2

ความช่วยเหลือจากชุมชนต่อการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=2.07$, S.D.=1.29) กล่าวคือ ระดับความต้องการไม่จริง จำนวน 122 คน ร้อยละ 43.9 จริงเล็กน้อย จำนวน 87 คน ร้อยละ 31.3 และมากที่สุด จำนวน 27 คน ร้อยละ 9.7

ต้องการมีรายได้เพิ่มขึ้นเพื่อนำมาดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=2.17$, S.D.=1.41) กล่าวคือ ระดับความต้องการไม่จริง จำนวน 131 คน ร้อยละ 47.1 จริงเล็กน้อย จำนวน 61 คน ร้อยละ 21.9 และจริงมากที่สุด จำนวน 33 คน ร้อยละ 11.9

6.4) ความต้องการสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ความต้องการสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม โรคเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ อาการของโรค อาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากโรค ความรู้ในการดูแล แหล่งบริการ สถานดูแลผู้สูงอายุและให้ชุมชนมีสถานบริการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะจากข้อมูลเชิงปริมาณจากผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 278 คน ดังนี้

ตารางที่ 27 ความต้องการสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ลำดับ	ข้อความ	จำนวน (N=278)	ร้อยละ
1	ความรู้เรื่องโรคที่เกี่ยวกับสมองเสื่อม	92	33.09
2	ความรู้เรื่องโรคที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ	27	9.71
3	ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	47	16.90
4	ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรค	43	15.47
5	ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากโรค	31	11.15
6	ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	19	6.83
7	แหล่งบริการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	16	5.79
8	ศูนย์/สถานดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมของภาครัฐบาล	2	0.71
9	ต้องการให้ชุมชนมีสถานบริการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมโดยเฉพาะ	1	0.35
	รวม	278	100

จากตารางที่ 27 พบว่า ความต้องการสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม พบว่า ผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนเรื่องความรู้เรื่องโรคที่เกี่ยวกับสมองเสื่อม จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 33.09 รองลงมา ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 16.90 ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรค จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 15.47 ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากโรค จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 11.15 ความรู้เรื่องโรคที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 9.71 ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 6.83 แหล่งบริการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 5.79 ศูนย์/สถานดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมของภาครัฐบาลจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.71 และต้องการให้ชุมชนมีสถานบริการดูแลผู้สูงอายุด้วยโรคสมองเสื่อมโดยเฉพาะ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.35

ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

จากการสนทนากลุ่ม (Focus group) มีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จำนวน 35 คน ประกอบด้วย ผู้ดูแล จำนวน 12 คน อาสาสมัครประจำชุมชน จำนวน 12 คน แกนนำชุมชน จำนวน 6 คน และ เพื่อนบ้าน จำนวน 5 คน จัดให้มีขึ้น จำนวน 4 ครั้ง ได้แก่

ภาคเหนือ : ชุมชนทรายมูล อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่

ภาคกลาง : ชุมชนหนองแขม เขตหนองแขม จังหวัดกรุงเทพมหานคร

ภาคใต้ : ชุมชนท่าเสม็ด อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ : ชุมชนโนนรัง อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ได้แก่ เพศ อายุ ของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จำนวน 35 คน ดังนี้

ตารางที่ 28 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N=35)	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	7	20
- หญิง	28	80
อายุ		
- อายุ 40 – 50 ปี	25	71.42
- อายุ 51 – 60 ปี	7	20
- อายุมากกว่า 61 ปีขึ้นไป	3	8.57

จากตาราง ที่ 28 พบว่า ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 80 เพศชาย จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ส่วนอายุผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่ อายุระหว่าง 40-50 ปี จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 71.42 อายุระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 20 และอายุ 61 ปีขึ้นไป จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 8.57 ตามลำดับ

2) กระบวนการในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้รับผิดชอบกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ในด้านกิจวัตรประจำวันเป็นพื้นฐานตั้งแต่ตื่นนอนจนกระทั่งเข้านอน ซึ่งผู้ดูแลจะต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เพราะผู้สูงอายุจะเรียกหาผู้ดูแลตลอดเวลา

ทำให้ผู้ดูแลจะไม่ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอส่งผลกระทบต่อการใช้เวลาส่วนตัวในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลเอง เพราะบทบาทและภาระในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ยิ่งผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ผู้ดูแลต้องรับภาระหนักมากขึ้น บางทีผู้ดูแลจะมีการบ่นหรือท้อในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมบ้าง ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์เป็นสมาชิกในครอบครัวกับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม คือ เป็นบุตร/ภรรยา กล่าวว่า

“...ซักเสื้อผ้าด้วยมือไม่ไหวแล้ว บางทีต้องใช้เท้าซักให้ เพราะจะ
อูจจาจะเรียกรวด...”

เวลาจะพาผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเข้าห้องน้ำนั้น ผู้ดูแลจะต้องคอยพยุง
“...เพราะขาพ่อไม่มีแรง ต้องคอยพยุง พาเข้าห้องน้ำ...”

บางทีในการดูแลจำเป็นต้องมีคนมาช่วยเปลี่ยนผลิตภัณฑ์ในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเพราะจะได้ผลดีกันพัก

“...ในการดูแลก็จะมีพี่สาวมาช่วยบ้าง แต่ตนเองเป็นหลักในการดูแลพ่อ
จะไปไหนไม่ได้ เพราะพ่อจะไม่ชอบอยู่คนเดียว ดังนั้นจะทำอะไรก็
ต้องทำให้อยู่ในสายตาของพ่อ...”

การดูแล ถ้าผู้ดูแลเป็นผู้รับจ้างที่สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม
จ้างมาเพื่อดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมนั้น ผู้รับจ้างจะได้รับการฝึกเกี่ยวกับทักษะในการดูแล
ให้กับผู้สูงอายุในเบื้องต้น จากศูนย์ที่ดูแลผู้สูงอายุเมื่อมาอยู่ที่บ้านของผู้ดูแลจึงสามารถดูแลผู้สูงอายุ
ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมได้ในเบื้องต้น โดยจะดูแล

“...การอาบน้ำให้ผู้สูงอายุ การให้อาหารทางสายยาง การทำแผล
เบื้องต้น...”

ในบางครั้งที่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไม่เชื่อฟัง ไม่ยอมอาบน้ำ ผู้ดูแลที่เป็น
ผู้รับจ้างก็จะมีวิธีในการหลอกล่อให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมปฏิบัติตามได้

“...การดูแลคุณยายจะยุ่งยากตอนพาไปอาบน้ำ ไม่ยอมอาบน้ำ ต้อง
หลอกให้ยายไปฉี่ พอฉี่เสร็จก็จะจับถอดเสื้อผ้า แล้วอาบน้ำให้เลย
จะชวนยายคุยทั้งวัน ยายชอบคุย...”

ในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน (อสม.) จะมีการดูแลผู้สูงอายุ
ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม โดยการไปเยี่ยมตามบ้าน

“...บางทีเราไปเยี่ยมแต่ละบ้านและเห็นว่าผู้สูงอายุบางคนมีอาการ
หลงลืม เราก็คิดว่าน่าจะใช่สมองเสื่อมแต่จะรู้ได้ คือ หมอต้องตรวจก่อน
บางทีพวกเราก็แยกไม่ออกว่าเป็นสมองเสื่อม หรือหลงลืม ตามวัย
ผู้สูงอายุ...”

ในการดูแลบางครั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน (อสม.) จะไม่สามารถคัดกรองในเบื้องต้นได้ ต้องให้แพทย์วินิจฉัยอาการของผู้สูงอายุว่าเข้าข่ายการป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมหรือไม่

“...พวกเราจะต้องเมื่อเค้าไปหาหมอ แล้วหมอบอกอีกที...”

ในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะมีการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ มีการแบ่งเขตพื้นที่ในการดูแล

“...พวกเราจะมีการทำงานกันเป็นทีม เราจะมีการแบ่งเขตในการดูแล โดยจะเริ่มจากพื้นที่ใกล้บ้านพวกเราเอง เพื่อความสะดวก รวดเร็ว ในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม...”

ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน (อสม.) จะช่วยในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เวลาที่เดินออกจากบ้านแล้วญาติไม่เห็น

“...ตอนนี้พวกเราที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน (อสม.) ก็จะคอยเป็นหูเป็นตาให้ ถ้าตาแก่เดินออกนอกบ้านมา เราก็จะช่วยพาแกลงมาส่งบ้าน...”

หรือเวลาที่ชุมชนมีงานบุญในชุมชน ทางอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน (อสม.) จะเป็นผู้พาผู้ดูแลไปร่วมกิจกรรมในชุมชน

“...เวลาในชุมชนมีกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ทำบุญ ฟ่อหลวงก็จะให้พวกเรา มารับ ยาย แยกไปวัดด้วย เปลี่ยนบรรยากาศให้ยายแก่ได้พัก ไปเจอไปคุยกับคนอื่นบ้าง อย่างเมื่อเช้าก็มารับยายแยกไปวัดก่อน บางทีฟ่อหลวงแก่ก็มารับไปเอง แล้วแต่ว่าใครว่าง...”

จะเห็นได้ว่าในชุมชนมีการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมร่วมกัน

4.2.2 ปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ได้แก่ ด้านสุขภาพของผู้ดูแล ด้านค่าใช้จ่ายในการดูแล ด้านเวลาของผู้ดูแล ด้านอารมณ์ของผู้ดูแล ด้านการเข้าถึงสังคมของผู้ดูแล และด้านความต้องการการสนับสนุนของเครือข่ายในชุมชน พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีปัญหา ดังนี้

1) ด้านสุขภาพของผู้ดูแล

ผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะมีปัญหาทางสุขภาพร่างกาย คือ ปวดเมื่อยตามร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณเอวกับหลัง/เข่า เนื่องจากต้องพยุงหรืออุ้มผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เวลาอาบน้ำ หรือพาไปห้องน้ำ ถ้าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีลักษณะร่างกายที่อ้วน รูปร่างใหญ่ และผู้ดูแลมีลักษณะรูปร่างที่เล็กต่างกัน การดูแลก็จะลำบาก ผู้ดูแลบางรายที่มีโรคประจำตัวแต่ไม่มีเวลา

ไปพบแพทย์เนื่องจากต้องดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมตลอดเวลาทำให้มีเวลาพักผ่อนน้อย และอาจทำให้ร่างกายทรุดโทรมได้ง่าย

2) ด้านค่าใช้จ่ายในการดูแล

ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จะมีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล จากสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) หรือจากสิทธิเบิกข้าราชการและผู้ดูแลจะมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น นอกเหนือจากสิทธิที่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีอยู่แล้ว คือ ในการไปรักษาแล้วแพทย์จ่ายยา ที่เป็นยานอกบัญชีทำให้มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นและยาก่อนข้างแพง แต่ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้ผู้สูงอายุป่วย ด้วยโรคสมองเสื่อมทานเพราะทานยากกลุ่มนี้แล้วอาการของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมดีขึ้น

3) ด้านเวลาของผู้ดูแล

ผู้ดูแลต้องดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมตลอดเวลาทำให้ไม่มีเวลาเป็นของตนเอง ไม่สามารถที่จะทำกิจกรรมตามที่ผู้ดูแลวางแผนได้ทั้งหมด ทั้งนี้ ต้องขึ้นอยู่กับสภาพของผู้สูงอายุป่วยด้วย โรคสมองเสื่อมหรือมีญาติ/คนอื่นมาช่วยผลัดเปลี่ยน จากการลงเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม พบว่า บางครอบครัวผู้ดูแลต้องทำงานไม่มีเวลาในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ดังเช่น ครอบครัวนี้ที่บุตรสาวทำงานไม่มีเวลาดูแลมารดาจึงจ้างคนให้มาดูแล โดยใช้วิธีติดกล้องวงจรปิดไว้ที่บ้าน บุตรสาวไม่ได้พักบ้านเดียวกับมารดาที่ป่วยเป็นสมองเสื่อมแต่บ้านบุตรสาวจะอยู่ในละแวกใกล้เคียงกัน

4) ด้านอารมณ์ของผู้ดูแล

ผู้ดูแลจะมีปัญหาทางด้านอารมณ์กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมโดยแบ่งได้ดังนี้ อารมณ์โกรธ พบว่า ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเอาแต่ใจตนเอง ตื้อรั้น ไม่ฟังผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกหงุดหงิด ไม่พอใจอาจทำให้มีพฤติกรรมดัง ตวาดใส่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไม่ได้

อารมณ์น้อยใจ ผู้ดูแลจะรู้สึกน้อยใจเมื่อผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจำผู้ดูแลไม่ได้ หรือผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเรียกหาบุตร หลาน ญาติที่อยู่ห่างไกลที่ไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน บางที ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะชื่นชมคนอื่นมากกว่าผู้ดูแลที่ดูแลใกล้ชิด ทำให้ผู้ดูแลเกิดอารมณ์น้อยใจ

อารมณ์อับอาย ผู้ดูแลจะรู้สึกอับอายเวลาที่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมทำ พฤติกรรมบางอย่างไม่เหมาะสม เช่น ตะโกนเสียงดัง โวยวายในที่สาธารณะ รื้อของในร้านขายของ แล้วไม่เก็บ ผู้สูงอายุบางคนกลั่นแกล้งปัสสาวะไม่ได้ก็จะมีอาการขับถ่ายในที่สาธารณะ

อารมณ์รู้สึกผิด บางทีผู้ดูแลก็มีภาวะอารมณ์ที่รู้สึกผิดกับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ด้วยเช่นกัน เช่น ปล่อยให้บิดาทางอารมณ์กับผู้สูงอายุ โกรธหรือเถียงผู้สูงอายุ บางทีแสดงพฤติกรรม ที่ไม่เหมาะสมด้วยกริยา วาจา ท่าทาง แต่พอผู้ดูแลรู้สึกตัว/ปลดปล่อยทางอารมณ์ไปแล้วก็จะรู้สึกโกรธ และโทษตนเอง พอมีเหตุการณ์เกิดขึ้นอีกก็จะควบคุมตนเองไม่ได้ เผลอแสดงทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ไปทั้งที่ ๆ พยายามระวังและเตือนตนเอง เมื่อเป็นเช่นนี้บ่อย ๆ ผู้ดูแลก็จะคิดวนเวียนไปมาจนทำให้ ตนเองไม่มีความสุข

อารมณ์หดหู่และเศร้าจากการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเกิดขึ้นตลอดเวลา มีปัญหาต่าง ๆ เกิดขึ้นตลอดให้ผู้ดูแลต้องแก้ปัญหาและลักษณะพฤติกรรม อารมณ์ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมแสดงออกมานั้น ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเศร้า

5) ด้านการเข้าถึงสังคมของผู้ดูแล

แต่เดิมผู้ดูแลมีอาชีพอื่นและต้องลาออกจากงานมาเพื่อมาทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมโดยเฉพาะทำให้การเข้าถึงสังคมการไปสังสรรค์กับเพื่อน ๆ น้อยลง จนแทบไม่ได้พบปะ/เข้าถึงสังคมเลย เพราะต้องดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมตลอดเวลา ถ้าผู้ดูแลไม่มีผู้ช่วยหรือญาติมาช่วยผลัดเปลี่ยนเวรในการดูแลจะยิ่งทำให้ผู้ดูแลไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างที่ผ่านมาเลย

6) ด้านความต้องการการสนับสนุนของเครือข่ายในชุมชน

ความต้องการสนับสนุนของเครือข่ายในการดูแล แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพ ด้านความช่วยเหลือจากครอบครัว/ญาติ และด้านความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน/ชุมชน และความต้องการในการสนับสนุนจากผู้ดูแลเรื่องความต้องการการสนับสนุนจากผู้ดูแลพร้อมข้อเสนอแนะมีข้อค้นพบดังนี้

6.1) ความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพ

บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในทางการแพทย์ คือ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล บริษัทฯ โดยให้การช่วยเหลือแต่ละด้านตามสายวิชาชีพ ได้แก่

แพทย์ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมให้กับผู้ดูแลพร้อมกับให้คำแนะนำในการดูแลแก่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ผู้สูงอายุบางรายมาหาแพทย์ด้วยอาการปวดขาเพราะเคยผ่าเข่ามาก่อนเมื่อแพทย์ทางศัลยกรรมกระดูกตรวจแล้วพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องความจำจึงมีการประสานกับแพทย์ทางอายุรกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาโรคสมองเสื่อม ผู้สูงอายุบางรายแพทย์ต้องให้ทานยาป้องกันสมองฝ่อ มีการทานยาเพื่อควบคุมให้เกิดการสมดุล ไม่ให้ซึมเศร้ามากเกินไปไม่ให้ Active มากไป

พยาบาล ทำหน้าที่คัดกรองภาวะสมองเสื่อมให้กับผู้สูงอายุในเบื้องต้นให้คำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เรื่องการทานยาต่อเนื่อง อธิบายให้ญาติเข้าใจในอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม มีการทำกลุ่มบำบัดร่วมกับผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมร่วมกันและเกิดการเรียนรู้ใหม่ ๆ

นักสังคมสงเคราะห์ ให้การแนะนำในเรื่องการใช้สิทธิในการรักษาของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม พร้อมทั้งร่วมทีมสหวิชาชีพในการทำกลุ่มบำบัด กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและผู้ดูแล

นักจิตวิทยา ทำการประเมินคัดกรองผู้สูงอายุเบื้องต้น เพื่อคัดกรองว่าป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมหรือไม่

นักกิจกรรมพิเศษ ทำหน้าที่ในเรื่องการฟื้นฟูความจำของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ในโรงพยาบาลจะมีการทำกิจกรรมสำหรับญาติ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อให้ญาติได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน เรียนรู้ร่วมกัน และได้รับคำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจากทีมสหวิชาชีพ ซึ่งการให้บริการแบบนี้ทำให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุพอใจอย่างมาก ผู้สูงอายุบางรายแพทย์ต้องให้ทานยาป้องกันสมองฝ่อมีการทานยาเพื่อควบคุมให้เกิดการสมดุลไม่ให้ซึมเศร้ามากเกินไป ไม่ให้ Active มากไป

ศูนย์บริการสาธารณสุข/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำหน้าที่ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม มีการเยี่ยมบ้าน ให้การอบรม ให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในเบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในขั้นพื้นฐาน เช่น การวัดความดัน การคัดกรองเบาหวาน เป็นต้น หรือส่งไปอบรมร่วมกับโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่เป็นเครือข่ายกัน มีการจำแนกผู้สูงอายุ เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง และกลุ่มติดสังคม มีการเยี่ยมบ้านโดยทีมพยาบาลจากศูนย์บริการสาธารณสุข/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน

6.2) ความช่วยเหลือจากครอบครัว/ญาติ

ผู้ดูแลที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม คือ เครือญาติในครอบครัว ประกอบด้วย บุตร หลานของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะเป็นหลักในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและถ้าผู้ดูแลหลักไม่ว่างก็จะมีผลัดให้ญาติคนอื่นมาดูแลแทน อาจจะเป็น พี่ น้อง หรือญาติใกล้ชิด โดยทำหน้าที่ช่วยเรื่องค่าใช้จ่าย ช่วยในการพาไปพบแพทย์ บางครั้งพาผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไปเที่ยว เป็นเพื่อนคุยให้กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม และจะผลัดกันมาดูแลบางครั้งที่มีฐานะเศรษฐกิจดีจะมีการจ้างผู้ดูแลมาทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมที่บ้าน และจะมีการติดตามการดูแลการทำงานของผู้รับจ้างผ่านกล้องวงจรปิด ถ้ามีปัญหาในการดูแลส่วนใหญ่ในครอบครัวจะปรึกษากัน นอกจากนี้ในรายที่มีสภาวะความเจ็บป่วยมาก จะใช้วิธีโทรศัพท์คุยกับแพทย์ และเวลาไปรับยาผู้ดูแลจะไปรับยาแทน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลในการสนทนากลุ่มท่านหนึ่งว่า

“...ให้พี่เลี้ยง ที่เป็นผู้รับจ้าง พาผู้สูงอายุ ไปเดินตามห้างสรรพสินค้า โดยให้นั่ง TAXI ไป และผู้ดูแลที่เป็นญาติ เป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด...”

“...ถ้าจำเป็นต้องไปธุระ ก็จะโทรบอกพี่สาวให้ช่วยมาดูแลแม่ให้...”

6.3) ความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน/ชุมชน

สำหรับการช่วยเหลือจากชุมชน มีเพื่อนบ้านและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนช่วยในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม โดยอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนจะมีการแบ่งความรับผิดชอบพื้นที่การดูแล มีการแบ่งเขตการดูแล โดยจะเลือกเขตที่ใกล้บ้านของอาสาสมัครชุมชน ในขณะที่ปฏิบัติหน้าที่ ถ้าทำงานแล้วมีปัญหาจะปรึกษาพยาบาลพี่เลี้ยงจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์บริการสาธารณสุข

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์บริการสาธารณสุข มีการประชุมเดือนละ 1 ครั้ง จะมาแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน มาเรียนรู้ร่วมกัน ทำให้ได้ประสบการณ์ใหม่ ๆ อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนทำงาน ไม่มีวันหยุด มีการดูแลเรื่องสุขภาพทั่วไป เยี่ยมผู้สูงอายุตามบ้าน เป็นเพื่อนพูดคุยให้กำลังใจ ถ้าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเดินออกนอกบ้านแล้วกลับไม่ได้ เพื่อนบ้านจะเป็นคนพาผู้สูงอายุมาส่งที่บ้านอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนช่วยวัดความดัน ทำให้เห็นว่าสังคมไทยมีการช่วยเหลือเอื้อเฟื้อต่อกัน ดังคำกล่าวจากการสนทนากลุ่มจากผู้ดูแลและแกนนำชุมชน กล่าวว่า

“...เพื่อนบ้านก็จะมาเยี่ยม เวลาไปไหนมา ก็จะมีของมาเยี่ยม...”

“...ทีมจากศูนย์บริการสาธารณสุข กทม. จะมีพยาบาล อสส. ในชุมชน แวะมาเยี่ยม มาวัดความดันที่บ้าน...”

“...ในการทำงานอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ต้องผ่านการอบรมจากทีมสาธารณสุขที่ศูนย์บริการสาธารณสุขก่อน จะได้มีการประเมินคัดกรองแต่ละโรคเป็นในเบื้องต้น หรือบางรายจะรู้ว่าใครป่วย ไม่ป่วย ก็ต่อเมื่อผู้สูงอายุไปพบแพทย์แล้ว...”

“...ไปเยี่ยมแต่ละบ้าน และเห็นว่าผู้สูงอายุบางคนมีอาการหลงลืม เราก็คิดว่าน่าจะใส่สมองเสื่อม แต่จะรู้ได้ คือ หมอต้องตรวจก่อน...”

“...ถ้าในชุมชนหรือหมอนามัยแจ้งมาว่าไม่มีรถพาผู้ป่วยไปหาหมอ ทางองค์การบริหารตำบลส่วนท้องถิ่นก็จะสนับสนุนจัดรถบริการให้ โดยจะทำหน้าที่แบบผู้เอื้อประโยชน์ให้เวลาที่มีการจัดกิจกรรมในชุมชน...”

4.2.3 วิเคราะห์ผลการศึกษาข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและการสนทนากลุ่ม

ผลการศึกษาในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ทั้งในการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ยประมาณ 40-50 ปี มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุจะอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมด้วยกัน แต่จะมีความแตกต่างในเขตหนองแขม กรุงเทพมหานคร ที่ผู้ดูแลจะเป็นผู้รับจ้างที่มาจากศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นหน่วยงานเอกชน โดยจะส่งผู้ดูแลมาดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมตามบ้านของผู้ว่าจ้าง ซึ่งในการว่าจ้างนั้น ผู้ว่าจ้าง คือ บุตรของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ที่ไม่มีเวลาในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเพราะต้องไปทำงาน ซึ่งการดูแลระหว่างบุคคลใกล้ชิดที่เป็นสมาชิกในครอบครัวกับผู้ดูแลที่มาจากการรับจ้าง กระบวนการดูแลทั่วไปไม่ต่างกันแต่จะต่างที่ความรู้สึกของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเองเพราะผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมต้องการให้บุตรมาอยู่ใกล้ ๆ หรือมาคุยด้วยจะได้รู้สึกที่ตนเองไม่ถูกทอดทิ้ง สำหรับครอบครัวส่วนใหญ่ที่บุตรเป็นคนดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อนั้น ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะรู้สึกที่ตนปลอดภัยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ทรัพย์สินเพราะเป็นคนที่ตนเองรู้จักและคุ้นเคยมีความอบอุ่นที่บุตรหลานอยู่ใกล้ซัด ไม่ทอดทิ้ง ทำให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจึงมีพฤติกรรมเรียกหาผู้ดูแลตลอดเวลาจึงทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาส่วนตัวเป็นของตนเอง การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อนั้นผู้ดูแลต้องดูแลเกือบ 24 ชั่วโมง จะได้พักต่อเมื่อผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมหลับ ในขณะที่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมหลับนั้น ผู้ดูแลจะต้องรีบไปทำงานบ้านหรืองานอื่น ๆ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลต้องพยายามจัดสรรเวลาของตนเองควบคู่ไปกับการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ข้อค้นพบจากการศึกษา พบว่า ถ้าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีการเจ็บป่วยที่มากการช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงจะทำให้เกิดการพึ่งพาผู้ดูแลมากขึ้น

บทบาทของผู้ดูแลในกิจกรรมการดูแลนั้น พบว่า ไม่มีความต่างกันเพราะผู้ดูแลต้องดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในกิจวัตรประจำวันเป็นพื้นฐาน เช่น การอาบน้ำ การทานอาหารหรือการเข้าห้องน้ำ เมื่อต้องไปพบแพทย์ผู้ดูแลจะเป็นผู้พาผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไปพบแพทย์เองเพื่อสอบถามหรือขอข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมต่อไป บทบาทของแกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน จะมีส่วนช่วยในเรื่องการดูแลสุขภาพทางกายทั่วไป เช่น การวัดความดัน บางครั้งจะมีการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม พบว่า ถึงแม้ผู้ดูแลบอกว่าไม่เป็นปัญหาแต่เมื่อได้สนทนากลุ่มและคุยในประเด็นที่ลึกลง พบว่า ปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อนั้น ปัญหาส่วนใหญ่เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพเนื่องจากผู้ดูแลจะมีปัญหาในการปวดหลังเคล็ดตามร่างกายซึ่งเกิดจากการอุ้มผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมลุกออกจากเตียงหรือพาเข้าห้องน้ำ อาบน้ำ บางที่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมจะทำให้ตัวแข็งบ้างหรือทำตัวอ่อนแรงทำให้ผู้ดูแลต้องออกแรงในการดูแลมากขึ้น จึงส่งผลกระทบต่ออารมณ์ผู้ดูแลได้เช่นกัน บางทีมีอาการเมื่อยโห้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมพูดเสียงดัง ตวาด ในขณะเดียวกันผู้ดูแลก็จะรู้สึกผิดต่อการทำพฤติกรรมแบบนั้น ส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้ดูแลทั้งน้อยใจ รู้สึกผิดซึ่งภาวะอารมณ์เหล่านี้จะเกิดขึ้นตามสถานการณ์ปัญหาในช่วงนั้น ๆ ในชุมชนไม่มีการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมให้กับผู้สูงอายุในเบื้องต้น ผู้ดูแลไม่เข้าใจถึงลักษณะของโรคและการดูแลจึงดูแลตามกำลังศักยภาพของครอบครัว

4.2.4 ประเภทมิติของรูปแบบการดูแล

มีการแบ่งมิติในการดูแลเป็น 2 แบบ คือ การดูแลอย่างมีโครงสร้าง และดูแลอย่างไม่มีโครงสร้าง

1) การดูแลอย่างมีโครงสร้าง

หมายถึง ผู้ดูแลที่มีโชัญชาติแต่เป็นการดูแลโดยสถานพยาบาล หรือศูนย์ที่รับจ้างดูแล ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม กลุ่มผู้ดูแลเหล่านี้ จะได้รับการอบรมเฉพาะทางในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

1.1) สถานพยาบาล ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะได้รับการดูแลจากสถานพยาบาลของโรงพยาบาลที่สังกัด กรมการแพทย์ และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยญาติของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะพาผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไปพบแพทย์เพื่อรักษา โดยจะเริ่มจากอาการหลงลืม จำคนในครอบครัวไม่ได้ หรือเดินออกจากบ้านแล้วกลับไม่ถูก ทางผู้ดูแลจะพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์อายุรกรรมหรือแพทย์ทางระบบประสาท แต่ถ้าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีอาการทางจิตร่วมด้วย เช่น มีพฤติกรรมวุ่นวาย เดินไปมา หูแว่ว เห็นภาพหลอน เป็นต้น ทางครอบครัวของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะพาผู้สูงอายุไปพบจิตแพทย์เพื่อให้การดูแลตามความเหมาะสมในการรักษาในสถานพยาบาลจะมีทีมสหวิชาชีพที่ให้การดูแลร่วมด้วย คือ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ นักกายภาพ นักกิจกรรมบำบัด ฯลฯ ซึ่งทีมสหวิชาชีพจะมีการฝึกอบรมเฉพาะทางในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและแต่ละวิชาชีพจะมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในแต่ละหน่วยบริการจะมีการทำกลุ่มบำบัดให้กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเพื่อฟื้นฟูความทรงจำ โดยมีการกระตุ้นกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเองมีการทำกลุ่มนันทนาการบำบัดจากทีมสหวิชาชีพ ในส่วนของญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมนั้น จะมีกิจกรรมกลุ่มสำหรับญาติเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมร่วมกันพร้อมจะมีทีมสหวิชาชีพให้ข้อมูลหรือองค์ความรู้ต่าง ๆ แก่ญาติในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ความถี่ในการจัดกิจกรรมกลุ่มเหล่านี้จะขึ้นอยู่กับการจัดบริการของแต่ละหน่วยบริการอาจจะเป็น 1 ครั้ง/สัปดาห์ หรือเดือนละ 1 ครั้ง

ในชุมชนที่มีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะมีการขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในชุมชนของตนเองไว้หลายรายแต่ส่วนใหญ่จะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดก่อน เช่น โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ เป็นต้น มีบางรายที่มีอาการทางจิตก็จะถูกส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช เช่น โรงพยาบาลนครราชสีมาราชชนครินทร์ โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก็จะมีติดตามเยี่ยมบ้าน มีการนัดพบแพทย์เป็นระยะ ๆ บางรายไม่สามารถ

พามาหาหมอได้ทางพยาบาลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก็จะลงเยี่ยมที่บ้านให้จะมีในบางครั้ง ที่มีทีมจากโรงพยาบาลจิตเวชมาเยี่ยมผู้ป่วยในพื้นที่ก็จะลงกันไปเป็นทีมก็จะมีการให้คำแนะนำแก่ญาติ เบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม เช่น การทำความสะอาดร่างกายให้ระวัง แผลกดทับในกรณีกับผู้สูงอายุนอนติดเตียงในขณะเดียวกันพยาบาลก็จะให้การปรึกษาแก่ญาติเพราะ การดูแลผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมต้องใช้ความเข้าใจอย่างมากใช้ความอดทนและเสียสละ เพราะญาติหลายคนที่ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องออกจากงานมาดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้โดยเฉพาะ

1.2) การบริการจากศูนย์ที่ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรค สมองเสื่อมจะเป็นศูนย์เอกชนซึ่งค่าใช้จ่ายในการดูแลค่อนข้างสูงการเลือกศูนย์ต่าง ๆ ที่ดูแลผู้สูงอายุ จะขึ้นอยู่กับความพร้อมงบประมาณของญาติ ซึ่งผู้ดูแลจากศูนย์ที่ดูแลผู้สูงอายุจะได้รับการอบรมใน การดูแลผู้สูงอายุในเบื้องต้น ศูนย์จะสอนการดูแลปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำให้ผู้สูงอายุ การให้อาหารทางสายยาง การทำแผลเบื้องต้น เป็นต้น ศูนย์จะส่งผู้ดูแลไปดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วย โรคสมองเสื่อมตามบ้านของผู้ว่าจ้าง คุณสมบัติของผู้รับจ้างที่เป็นผู้ดูแลต้องสามารถปรับตัวเข้ากับ เจ้าของบ้านให้ได้ ถ้าปรับตัวเข้ากันได้ก็จะอยู่ได้นาน ได้ค่าจ้าง 13,000 บาท/เดือน หยุดทุกวันอาทิตย์ ถ้าวางอาทิตย์ไม่ได้หยุดก็จะได้รายได้เพิ่มวันละ 600 บาท การจ้างผู้ดูแลจากศูนย์ที่ดูแลผู้สูงอายุมาดูแล ผู้สูงอายุ เนื่องจากญาติของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไม่มีเวลาในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วย โรคสมองเสื่อมเพราะต้องทำงานจึงจำเป็นต้องว่าจ้างจากศูนย์มาดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมแทน

2) การดูแลอย่างไม่มีโครงสร้าง การดูแลผู้สูงอายุในลักษณะนี้ผู้ดูแลจะไม่ได้รับ ค่าตอบแทนใด ๆ จากการดูแล

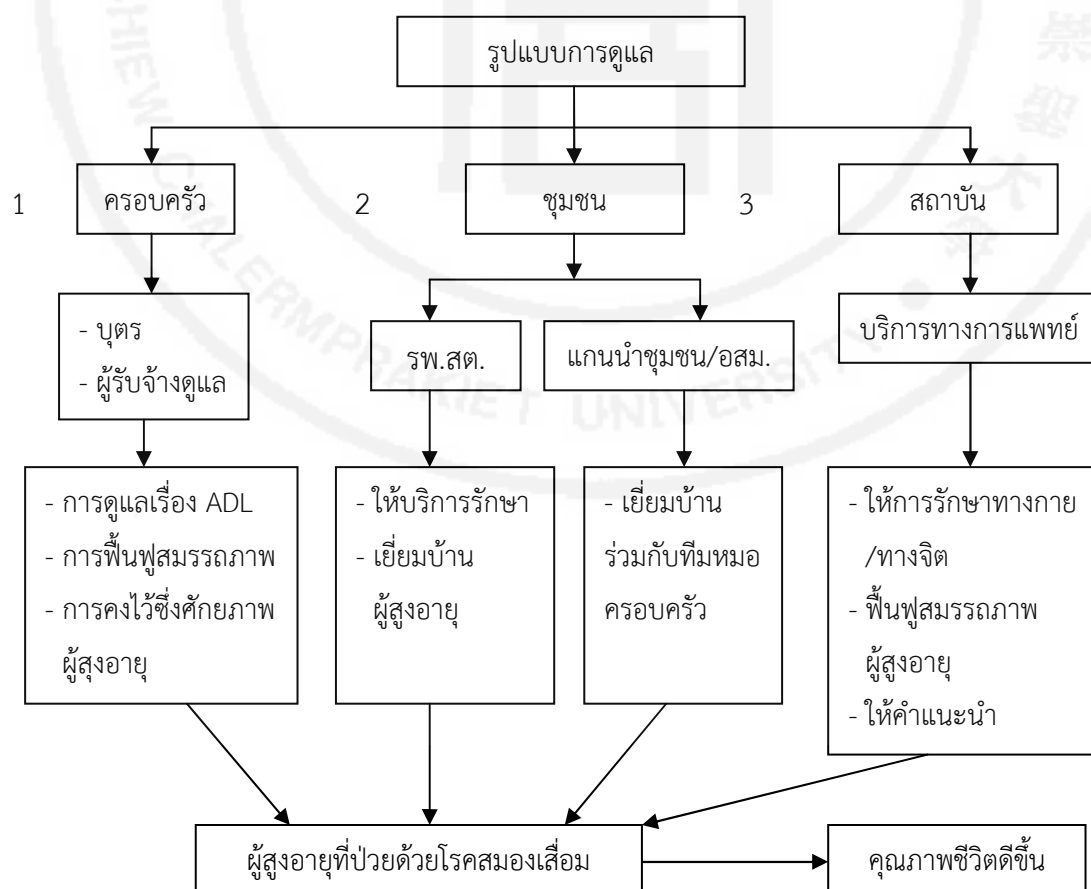
2.1) การดูแลจากสมาชิกในครอบครัวที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เช่น บุตร คู่สมรสของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม บุตรสะใภ้ บุตรเขย เป็นต้น จากผลการศึกษาวิจัย ในครั้งนี้ ผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้สูงอายุป่วยด้วย โรคสมองเสื่อม การดูแลแบบนี้เป็นการดูแลตามขนบธรรมเนียมวัฒนธรรมในสังคมไทยที่บุตรต้องดูแล บิดา มารดา ในการดูแลแบบนี้ผู้ดูแลจะไม่เสียค่าบริการในการดูแลแต่จะเป็นกำลังสำคัญในการดูแล ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งผู้ดูแลกลุ่มนี้ในระยะแรกของการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม อาจยังไม่มีความรู้ในการดูแลเรื่องโรคสมองเสื่อมโดยตรงแต่จะใช้ความรู้ตามศักยภาพของตนเองหรือ ศักยภาพทางครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในเบื้องต้น ญาติบางคนที่มีความรู้ หรือใช้เครื่องมือเทคโนโลยีได้ก็จะมีการแสวงหาความรู้ด้านโรคสมองเสื่อมต่าง ๆ จากอินเทอร์เน็ต หรือสอบถามจากผู้รู้ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ลักษณะในการดูแล อาจมีการดูแลนานถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน

2.2) การดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน (อสม.) จะเป็นการทำงาน แบบจิตอาสา โดยจะมีการช่วยเหลือในชุมชนซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชนจะเป็นกลุ่มบุคคล ภายใตชุมชนที่ได้รับการอบรมความรู้ในด้านการดูแลสุขภาพจากทีมบุคลากรสาธารณสุข โดย

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน (อสม.) จะมีบทบาทหน้าที่ในการดูแล ให้คำแนะนำ ในเรื่องการดูแลสุขภาพ ตลอดจนให้การช่วยเหลือขั้นพื้นฐาน ผู้ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน (อสม.) จะต้องเกิดจากความสมัครใจ มีความเสียสละ พร้อมทำงานเพื่อสังคมโดยรวม กรอบในการทำงาน จะยึดตาม “องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน” คือ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพอนามัย การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ จะมีการแบ่งเขตการดูแลโดยแบ่งเป็นครัวเรือนจะยึดตามบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นหลัก เพื่อจะได้สะดวกในการดูแลสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมนั้น ทางอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีการไปช่วยวัดความดัน ให้กับผู้สูงอายุที่บ้าน มีการแวะไปเยี่ยมหรือพูดคุยที่บ้าน เวลาเข้าไปก็จะชวนผู้สูงอายุกับญาติพูดคุย ทัก ๆ ไป ถ้ามถึงเรื่องสุขภาพเป็นหลัก เช่น ผู้สูงอายุไม่ยอมทานยา ก็จะไปเกลี้ยกล่อมให้ทานยา บางทีผู้สูงอายุไม่ค่อยเชื่อคนในบ้านแต่จะเชื่อคนนอกบ้านมากกว่าอาจจะคุ้นเคยกันมาก่อน

รูปแบบการดูแล แบ่งเป็นการดูแลโดยครอบครัว (Home care) การดูแลโดยชุมชน (Community care) การดูแลโดยสถาบัน (Institution care) ดังนี้

แผนภูมิที่ 2 รูปแบบการดูแล



รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมดังนี้

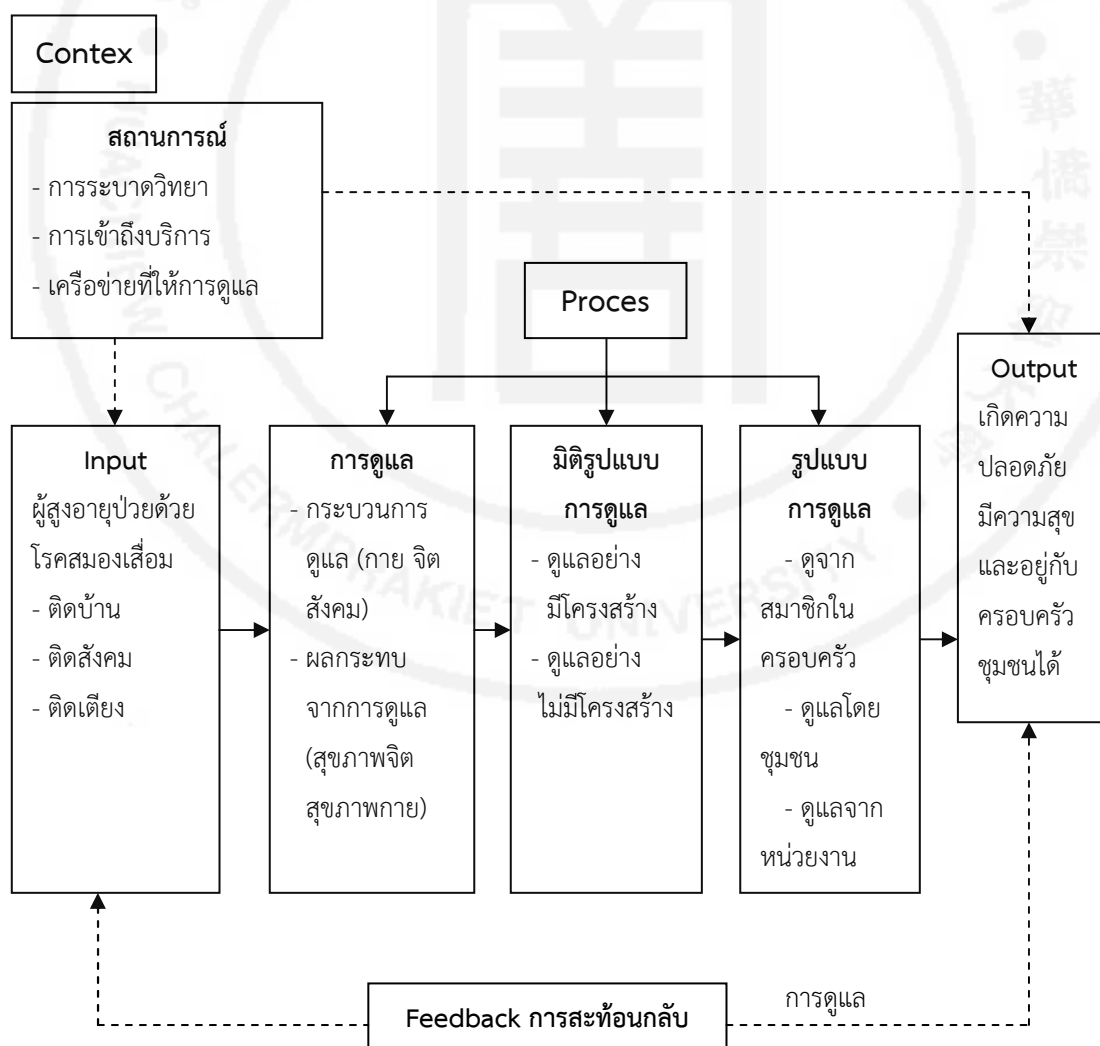
1. การดูแลโดยสมาชิกในครอบครัว เป็นการดูแลโดยสมาชิกในครอบครัวช่วยกันดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเป็นความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งบางครอบครัวผู้ดูแลต้องลาออกจากงานเพื่อมาทำหน้าที่ดูแลเฉพาะ การดูแลในรูปแบบครอบครัวเป็นการแสดงถึงความแข็งแกร่งของครอบครัว ในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมทำให้เห็นศักยภาพของครอบครัวในการให้ความช่วยเหลือและการจัดการปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งการดูแลแบบนี้เป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เกิดความอบอุ่นและเป็นการดูแลที่ใช้สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบด้านช่วยในเรื่องฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ทั้งทางด้านการปรับตัว การฟื้นฟูความทรงจำ การดูแลเรื่องพฤติกรรม เป็นต้น การดูแลแบบครอบครัวเป็นการดูแลแบบความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดเป็นคนที่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไว้วางใจโดยครอบครัวจะช่วยเหลือดูแลในด้านกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ช่วยในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อคงศักยภาพของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไว้

2. การดูแลโดยชุมชน (Community care) เป็นแนวคิดที่ได้แรงจูงใจและพัฒนามาจากแนวคิดการลดการพึ่งจากการบริการภายนอก เป็นการให้ชุมชนเป็นพื้นฐานในการให้บริการใช้ทรัพยากรในชุมชนเป็นเครื่องมือเพื่อสร้างจิตสำนึกร่วมของประชาชนในการดำเนินงานเพื่อชุมชนโดยชุมชน ซึ่งลักษณะการดูแลแบบนี้มีจุดมุ่งหมาย คือ เพื่อสร้างจิตสำนึกและพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชนเกิดการแก้ปัญหา พัฒนาบริการต่าง ๆ ในชุมชน และเกิดความร่วมมือในชุมชน จากการศึกษาวิจัยที่ได้มีการนำผลการทดลองไปทดลองในชุมชน โดยใช้แนวคิด AIC (Appreciation Influence Control) ทำให้ชุมชนเกิดการตระหนักเรื่องการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เกิดการบริการในชุมชนมากขึ้น เช่น มีบริการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นให้กับผู้สูงอายุ จัดบริการเยี่ยมบ้านนำผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น การดูแลแบบชุมชนโดยจะเกิดความร่วมมือร่วมแรงร่วมใจของชุมชนที่ร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุข คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในการช่วยกันคัดกรองผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ช่วยกันค้นหาผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมรายใหม่ พร้อมกับจัดทำฐานของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน และการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและผู้ดูแล

3. การดูแลจากหน่วยงานเป็นการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จากผลการศึกษา พบว่า ทุกครอบครัวจะไปใช้บริการในรูปแบบสถาบันต่อเมื่อผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยทั้งทางกายและทางจิตในการดูแลรูปแบบสถาบันเป็นการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม นอกจากการบำบัดรักษาแล้วจะได้รับ

คำแนะนำ/การปรึกษาในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม บางครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีจะมีการจ้างผู้ดูแลจากศูนย์การดูแลผู้สูงอายุมาช่วยดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมที่บ้าน ในการดูแลรูปแบบสถาบันนี้ผู้ดูแลจะได้ค่าตอบแทนการดูแลจากหน่วยงานจะพบที่เห็นได้ชัด คือ การเข้ารับบริการทางการแพทย์ไม่ว่าจะเป็นการรักษาโรคทางกายหรือโรคทางจิตเวชในขณะเดียวกันมีบริการทางสังคมในด้านต่าง ๆ คือ หน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่ให้บริการเฉพาะเกี่ยวกับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม แต่ปัญหาที่พบส่วนใหญ่หน่วยบริการเหล่านี้มักจะตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครเท่านั้น ทำให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและผู้ดูแลอาจเข้าไม่ถึงบริการเหล่านี้ ดังนั้น ระบบการให้บริการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย ดังแผนภูมิที่ 3

แผนภูมิที่ 3 ระบบการให้บริการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย



4.3 การวางแผนดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน

ในส่วนนี้เป็นการศึกษาเพื่อตอบวัตถุประสงค์ ข้อ 3 ของการวิจัย คือ แนวทางการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทยที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยการนำผลจากการศึกษาในส่วนที่ 4.2 ไปวางแผนกับชุมชนเพื่อค้นหาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทยที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

4.3.1 การประเมินชุมชน

การประเมินชุมชน ผู้วิจัยได้มีการประเมินชุมชนโดยแบ่งประเด็นดังนี้

1) การสำรวจชุมชน

ผลการศึกษา พบว่า ลักษณะชุมชนจะเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ชื่อชุมชน วัดส่วนใหญ่ ตั้งอยู่ที่ ตำบลวัดชะลอ อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี สภาพภูมิทัศน์โดยรอบจะมีพื้นที่บางส่วนที่เป็นสวนผลไม้ และมีหมู่บ้านจัดสรรเกิดขึ้นหลายพื้นที่ ชุมชนเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในรูปแบบเทศบาล เนื่องจากพื้นที่ตั้งอยู่ใกล้กับตัวเมืองชั้นในของกรุงเทพมหานคร และมีประชาชนอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น มีตลาดนัดในชุมชนทุกวันอังคาร มีร้านอาหารเล็ก ๆ หลาย ๆ ร้าน มีโรงงานอุตสาหกรรม ชุมชนใกล้กับโรงไฟฟ้าบางกรวย อาชีพเดิมของประชาชนในพื้นที่ คือ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ชาวสวนผลไม้ สมัยก่อนการคมนาคมใช้เรือเป็นพาหนะในการเดินทาง ปัจจุบันชุมชนมีความเจริญมากขึ้น การคมนาคมเจริญมากขึ้น มีการสร้างถนนโดยตัดพื้นที่ที่เป็นสวนผลไม้ของประชาชนเพื่อใช้เป็นเส้นทางหลักในการคมนาคม ประชาชนบางกลุ่มยังคงมีการใช้ชีวิตแบบดั้งเดิม โดยปลูกที่พักอาศัยตามริมคลองบางกรวย มีประชาชนต่างถิ่นเข้ามาอาศัยมากขึ้น เนื่องจากมีหมู่บ้านจัดสรรเพิ่มมากขึ้น ในพื้นที่ชุมชนวัดสวนใหญ่ จะมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระยาอนุบาลติดถกรรม (เสน โกศะโยดม) เป็นสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในวัดสวนใหญ่ ซึ่งประชาชนในพื้นที่จะมาใช้บริการในการตรวจสุขภาพเบื้องต้น จะมีโรงพยาบาลบางกรวย เป็นโรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอที่ให้บริการ และโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัดที่ให้บริการทางด้านสาธารณสุข ดังนั้นเมื่อประชาชนเกิดการเจ็บป่วย จึงสามารถเลือกใช้บริการทางการแพทย์ได้หลากหลาย ขึ้นอยู่กับความพร้อมของแต่ละครอบครัว

2) การเยี่ยมบ้าน

ผู้วิจัย ได้มีการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระยาอนุบาลติดถกรรม (เสน โกศะโยดม) และแกนนำในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ ประเมินครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 3 ราย ผลการศึกษา สรุปได้ดังนี้

ภาพที่ 2 รายการที่ 1



รายชื่อ 1	
ผู้ดูแล	บุตรสาวของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม อายุ 54 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ปัจจุบันไม่ได้ทำงาน เพราะต้องดูแลผู้สูงอายุเดิมเคยทำงานบริษัทแล้วต้องลาออกมา
ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม อายุ 81 ปี จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา
ลักษณะผู้สูงอายุ	กลุ่มติดบ้าน
ลักษณะที่อยู่อาศัย	เป็นบ้านกึ่งไม้กึ่งตึก 2 ชั้น จะยกพื้นแบบใต้ถุนสูง ชั้นล่างจะมีเพียงโต๊ะทานข้าว ทีวี และมีห้องนอนสำหรับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ลักษณะการจัดบ้านค่อนข้างเป็นระเบียบ
ลักษณะการเจ็บป่วย	หลงลืม จำคนในบ้านไม่ได้ เดินออกจากบ้านแล้วกลับไม่ถูก ไม่พูดกับใคร ไม่ยอมอาบน้ำ เหม่อลอย ไม่ยอมออกจากบ้านป่วยได้ 3 ปีกว่า รักษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ
การดูแล	บุตรสาวเป็นหลักในการดูแล เดิมบุตรสาวเคยทำงานแล้วต้องลาออกจากงานมาเพื่อดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ผู้ดูแล เล่าให้ฟังว่า เดิมที่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะเป็นคนชอบเข้าสังคม ช่างพูด ร่าเริง ในการดูแล ผู้ดูแลจะต้องอยู่กับผู้สูงอายุตลอดเวลา เพราะผู้สูงอายุเคยเดินออกจากบ้านแล้วหายไป กลับบ้านไม่ถูก
การมีส่วนร่วมของชุมชน	เคยมี อสม. มาเยี่ยมที่บ้าน มาช่วยวัดความดันให้ผู้สูงอายุ แต่ไม่มีการดูแลเฉพาะทางของชุมชน
ปัญหาของผู้ดูแล	ไม่มีเวลาส่วนตัวของตนเอง เวลาในการพักผ่อนน้อยลง

ภาพที่ 3 รายการที่ 2



รายการที่ 2	
ผู้ดูแล	คือ บุตรของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม อายุ 45 ปี จบการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ทำงานบริษัท
ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม อายุ 78 ปี จบการศึกษาระดับชั้น ประถมศึกษา
ลักษณะผู้สูงอายุ	กลุ่มติดบ้าน
ลักษณะที่อยู่อาศัย	เป็นบ้านตึก 2 ชั้น ชั้นล่างจะมีของวางไว้ไม่เป็นระเบียบ จะมีเตียง สำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ไว้นอนกลางวัน บนโต๊ะจะมี อาหารหลากหลายวางไว้ใกล้ ๆ สำหรับผู้สูงอายุ จะมีมด บนโต๊ะ
ลักษณะการเจ็บป่วย	ไม่พูดกับใคร ไม่ยอมอาบน้ำ เหม่อลอย ไม่ยอมออกจากบ้าน ป่วยได้ 2 ปีกว่า รักษาที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วย มีภาวะสมองเสื่อมและมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย
การดูแล	บุตรเป็นหลักในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งในช่วงกลางวันผู้สูงอายุป่วยด้วย โรคสมองเสื่อมจะอยู่บ้านตามลำพัง เพราะบุตรต้องออกไปทำงาน โดยบุตรจะเตรียมอาหารวางไว้โต๊ะใกล้ ๆ ของผู้สูงอายุจะกลับมาดูแล ผู้สูงอายุในช่วงตอนเย็น ซึ่งในบริเวณบ้านจะมีกลิ่นเหม็นของปัสสาวะ หรืออุจจาระ เนื่องจากผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไม่สามารถ กลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระได้ ซึ่งห้องน้ำจะอยู่ไกล
การมีส่วนร่วมของชุมชน	ไม่มี อสม. มาเยี่ยมที่บ้าน ผู้สูงอายุไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน
ปัญหาของผู้ดูแล	ไม่มีเวลาในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม
ความต้องการของผู้ดูแล	มีคนช่วยดูแลผู้สูงอายุในช่วงเวลากลางวันต้องการให้มีทีมแพทย์มา เยี่ยมบ้านบ่อย ๆ

ภาพที่ 4 รายการที่ 3



รายการที่ 3	
ผู้ดูแล	คือ บุตรชายของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม อายุ 47 ปี และ ภรรยาของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม อายุ 80 ปี บุตรชาย ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เป็น อสม.ประจำชุมชน และ ภรรยาของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จะเปิดร้านเสริมสวย
ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม	ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม อายุ 92 ปี จบระดับการศึกษาชั้น มัธยมศึกษาตอนปลาย เคยรับราชการเป็นทหารและลาออก จากงาน มาทำงานรัฐวิสาหกิจ จนเกษียณ
ลักษณะผู้สูงอายุ	กลุ่มติดบ้าน
ลักษณะที่อยู่อาศัย	เป็นบ้านตึก 2 ชั้น ชั้นล่างจะเปิดเป็นร้านเสริมสวย บ้านอยู่ฝั่ง ตรงข้ามกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ลักษณะการเจ็บป่วย	หลงลืม ไม่พูดกับใคร ไม่ยอมอาบน้ำ เหม่อลอย ไม่ยอมออกจากบ้าน ป่วยได้ 3 ปีกว่า รักษาที่สถาบันประสาทวิทยา
การดูแล	บุตรชายเป็นหลักในการดูแล โดยจะดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา เนื่องจากผู้ป่วยจะเรียกหาผู้ดูแล เป็นประจำ
การมีส่วนร่วมของชุมชน	ไม่มีการคัดกรองเกี่ยวกับเรื่องสมองเสื่อม
ปัญหาของผู้ดูแล	ผู้สูงอายุไม่ฟังใคร คือ เอาแต่ใจตนเอง ไม่มีมีความรู้เกี่ยวกับ โรคสมองเสื่อม
ความต้องการของผู้ดูแล	ต้องการเรื่องความรู้ในการดูแลเรื่องโรคสมองเสื่อม และต้องการให้มีทีมแพทย์มาเยี่ยมบ้าน

ผลการศึกษาในการเยี่ยมบ้านทั้ง 3 ราย พบว่า ในช่วงกลางวันจะพบผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมอยู่บ้านตามลำพัง เพราะบุตรหลานออกไปทำงาน บางครอบครัวบุตรต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมโดยเฉพาะผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน ส่วนใหญ่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป มีการป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมา 2-3 ปี ทั้ง 3 ราย สมาชิกครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลักคือ บุตรของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเป็นผู้ดูแลหลัก ครอบครัวเป็นหลักในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่ในบริเวณละแวกใกล้เคียงมาช่วยดูแลในบางครั้ง ทางครอบครัวจะดูแลกันเองตามศักยภาพของแต่ละครอบครัว ปัญหาที่พบเกี่ยวกับการดูแล คือ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคสมองเสื่อม วิธีการดูแลที่เหมาะสม บางครอบครัวจะปล่อยให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมอยู่ตามลำพังในช่วงเวลากลางวัน เนื่องจากผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้านแต่จะเตรียมอาหารไว้ให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ในการมีส่วนร่วมของชุมชนจะมีอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนมาเยี่ยมที่บ้านแต่เป็นการติดตามผู้สูงอายุที่ติดเตียงโดยมาดูแลเรื่องสุขภาพทั่วไป ยังไม่มีการดูแลเฉพาะด้านโรคสมองเสื่อม ไม่มีการคัดกรองเรื่องสมองเสื่อมให้กับผู้สูงอายุในชุมชนเบื้องต้น สำหรับการรักษาโรคสมองเสื่อมนั้นผู้ดูแลแต่ละครอบครัวจะพาผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไปรับบริการในโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร เนื่องจากผู้ดูแลมีความศรัทธาและเชื่อว่าโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ในเมืองจะมีหมอที่เก่งรักษาได้ทุกโรคจึงทำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระยาอนุกูลดิตรกรรม ไม่มีข้อมูลอยู่ในฐานระบบว่ามีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชนทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระยาอนุกูลดิตรกรรมจะมีข้อมูลต่อเมื่อญาติมาแจ้งเท่านั้น จึงจะจัดทีมอาสาสมัครประจำชุมชน (อสม.) ลงเยี่ยมตามบ้านโดยพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระยาอนุกูลดิตรกรรมร่วมกับแกนนำในชุมชนจะมีการติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มแรก ซึ่งผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไม่ออกไปพบปะใคร ไม่ร่วมกิจกรรมในชุมชนผู้สูงอายุบางคนมีภาวะโรคซึมเศร้าร่วมด้วยจึงทำให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมกลุ่มนี้จึงไม่ได้รับการคัดกรองจากชุมชนในเบื้องต้นทำให้การดูแลจึงเป็นภาระหลักของครอบครัวซึ่งแต่ละครอบครัวจะดูแลกันตามศักยภาพของตนเองทำให้ส่งผลต่ออาการของโรคสมองเสื่อมเนื่องจากผู้ดูแลไม่สามารถแยกออกว่าการหลงลืมของผู้สูงอายุเกิดจากหลงลืมตามธรรมชาติหรือเกิดจากภาวะสมองเสื่อมทำให้การดำเนินของโรคเป็นมากขึ้นกว่าจะได้รับการรักษาพยาบาล บางครอบครัวเล่าว่า

“...แม่จะเดินออกจากบ้าน แล้วกลับไม่ถูก...”

“...อยู่ดี ๆ ก็บอกว่าตนไม่ใช่ลูก กลายเป็นคนแปลกหน้าเข้ามาในบ้าน

ไล่คนในบ้านออกไปอยู่นอกบ้าน..”

พฤติกรรมเหล่านี้ของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว จึงทำให้ต้องพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์เพื่อรักษา

สรุปได้ว่า ในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมนั้น ผู้ดูแลหลัก คือ บุตรของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะรับภาระหลักในการดูแล ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีภาวะที่พึ่งพาผู้ดูแลตลอดเวลา การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ค่อนข้างล่าช้าและการบริการทางสาธารณสุขยังเป็นการตั้งรับในการให้บริการทางพยาบาลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระยาอนุนาบาลติดถรณ์และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน (อสม.) จะมีการเยี่ยมบ้านกับกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง จึงไม่มีการคัดกรองเรื่องสมองเสื่อมให้กับผู้สูงอายุในระดับปฐมภูมิ และทางชุมชนไม่มีการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมกลุ่มนี้โดยเฉพาะ

4.3.2 การวางแผนดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชนตามกระบวนการ AIC (Appreciation Influence Control)

1) การดำเนินการตามกระบวนการ AIC (Appreciation Influence Control)

1.1) ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation : A)

คือ ขั้นตอนการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ระดมความรู้สึกร่วมของคนในชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เพื่อให้คนในชุมชนเกิดความรับผิดชอบร่วมกันที่จะดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

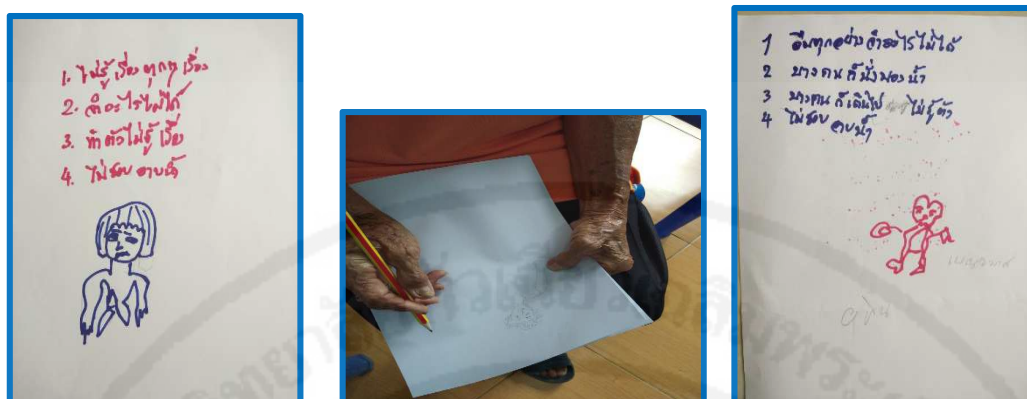
- การวัดความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม

ผลการศึกษาของการวัดความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมก่อนและหลังการให้ความรู้มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 21 คน ผู้ที่สามารถทำแบบประเมินวัดความรู้ได้คือ ผู้ดูแลของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน (อสม.) จำนวน 13 คน ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 1 คน พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้มากขึ้นหลังการอบรม จำนวน 11 คน ร้อยละ 64.70 และมีความรู้ก่อนและหลังเท่ากัน จำนวน 6 คน ร้อยละ 35.29 จากการสังเกตของผู้วิจัย พบว่า การประเมินวัดความรู้ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยต้องการวัดความรู้จากผู้ดูแลกับอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนเท่านั้น แต่ระหว่างประเมินความรู้หลังการทำกิจกรรมมีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมที่เข้าร่วมกิจกรรมมีความสนใจจะทำแบบประเมินวัดความรู้ด้วยโดยให้ผู้ดูแลเป็นคนอ่านแบบประเมินให้ฟัง ผลของการประเมิน พบว่า ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมสามารถทำแบบประเมินได้คะแนนเต็ม 10 คะแนน ซึ่งจากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมยังคงมีศักยภาพ ความสามารถในด้านต่าง ๆ ซึ่งผู้ดูแลต้องมีการเปิดใจและให้โอกาสผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมแสดงศักยภาพหรือความสามารถของตนเองจะทำให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเกิดความภาคภูมิใจในตนเองเพิ่มความมีคุณค่าให้กับตนเองได้ด้วย

- การประเมินทัศนคติของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ผลการศึกษา การประเมินทัศนคติของผู้เข้าร่วมกิจกรรม เกี่ยวกับมุมมองต่อผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม โดยสื่อผ่านการวาดภาพ/เขียน สามารถสรุปได้ดังนี้

ภาพที่ 5 มุมมองต่อผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม



มุมมองของคนในชุมชนมีมุมมองต่อผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมองว่า
 “...โรคนี้อาจจะเป็นกับคนสูงอายุเท่านั้น...”
 “...พออายุมากขึ้นจะค่อย ๆ ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม...”
 “...การป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมเป็นโรคที่น่ากลัว...”
 “...ใครป่วยเป็นสมองเสื่อมถือว่าเป็นโรคที่น่าสงสาร เหมือนเป็นโรค
 เวิร์กกรรม...”

ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเป็นเหมือนคนที่คิดมากอยู่ตลอดเวลา ใจลอย
 ไม่รู้จะไปทางไหนดี สมองทำงานช้าลงเลยส่งผลให้เกิดการหลงลืม ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม
 เป็นผู้ที่มีความหลงลืมเรื่องทุกอย่างจำอะไรไม่ได้ จำใครไม่ได้จากที่เคยทำมาแล้ว เรียงลำดับเหตุการณ์
 ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นไม่ได้ แต่จะยังคงจำความทรงจำเก่า ๆ ได้ แต่ความจำใหม่ ๆ จำไม่ได้ฝังใจใน
 เหตุการณ์ในอดีตจำบุตรหลานไม่ได้ จำเวลาไม่ได้ ทานข้าวก็บอกไม่ได้ทาน จะออกไปหยิบของพ้อออกไป
 นึกไม่ออกว่าตัวเองจะไปเอาอะไร การรับรู้ช้าลง ต้องพูดบ่อย ๆ ช่วยตัวเองไม่ได้ ผู้สูงอายุป่วยด้วย
 โรคสมองเสื่อมมีพฤติกรรมที่ช่วยตัวเองไม่ได้ เช่น ลืมวิธีการกิน พูดไม่ได้ สื่อสารบอกความต้องการ
 ตนเองไม่ได้ เดินออกจากบ้านไปแล้วกลับบ้านไม่ถูก เดินไปไม่รู้ตัว ไม่สนใจตนเอง ไม่อาบน้ำ แต่จะนั่ง
 มองน้ำ มีอาการเหม่อลอย ไม่รู้วิธีการใช้เงิน ไม่รู้ค่าของเงิน บางที่มีพุดคนเดียว

1.2) ขั้นตอนการสร้างแนวทางในการพัฒนา (Influence : I)

- ลักษณะชุมชน

ชุมชนวัดสวนใหญ่ ตั้งอยู่ที่ตำบลวัดชะลอ อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี
 ลักษณะของชุมชนเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในรูปแบบเทศบาล เนื่องจากพื้นที่ตั้งอยู่ใกล้กับตัวเมือง
 ชั้นในของกรุงเทพมหานคร และมีประชาชนอาศัยอยู่อย่างหนาแน่นทั้งในรูปแบบชุมชน หมู่บ้าน
 จัดสรร มีตลาด ร้านอาหารเล็ก ๆ หลาย ๆ ร้าน มีโรงงานอุตสาหกรรม ชุมชนจะมีโรงไฟฟ้าบางกรวย
 แต่ในขณะเดียวกันก็ยังมีสวนผลไม้ทั่วไปในพื้นที่ เดิมประชาชนในพื้นที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม

ชาวสวนผลไม้มีการใช้เรือเป็นพาหนะในการเดินทาง เมื่อชุมชนมีความเจริญมากขึ้นมีหมู่บ้านจัดสรรมากขึ้นลักษณะชุมชนจะเป็นแบบกึ่งเมืองกึ่งชนบทการคมนาคมเจริญมากขึ้น มีการสร้างถนนโดยตัดพื้นที่ที่เป็นสวนผลไม้ของประชาชนเพื่อเป็นเส้นทางหลักในการคมนาคม ประชาชนบางกลุ่มยังคงมีการใช้ชีวิตแบบดั้งเดิมโดยปลูกที่พักอาศัยตามริมคลองบางกรวยมีประชาชนต่างถิ่นเข้ามาอาศัยมากขึ้น เนื่องจากมีหมู่บ้านจัดสรรเพิ่มมากขึ้น ในพื้นที่ชุมชนวัดสวนใหญ่จะมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระยาอนุบาลดิตถกรรม (เสน โกศะโยดม) เป็นสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในวัดสวนใหญ่ ประชาชนในพื้นที่จะมาใช้บริการในการตรวจสุขภาพเบื้องต้น จะมีโรงพยาบาลบางกรวยเป็นโรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอที่ให้บริการและโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าเป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัดที่ให้บริการทางด้านสาธารณสุข ดังนั้น เมื่อประชาชนเกิดการเจ็บป่วยจึงสามารถเลือกใช้บริการทางการแพทย์ได้หลากหลายขึ้นอยู่กับความพร้อมของแต่ละครอบครัวในการเจ็บป่วยเรื่องสมองเสื่อมนั้น ครอบครัวทั้ง 3 ราย เลือกที่จะไปรักษาโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลระดับจังหวัด เพราะชุมชนนี้จะเป็นชุมชนที่ติดกับพื้นที่ของกรุงเทพมหานคร การคมนาคมสะดวกและทางผู้ดูแลมีมุมมองว่าการรักษาที่โรงพยาบาลใหญ่จะช่วยให้หายได้

- สภาวะการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ในชุมชนวัดสวนใหญ่ มีผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมแต่ไปรับการรักษาจากโรงพยาบาลอื่น เช่น โรงพยาบาลรามาริบัติ สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เป็นต้น เนื่องจากญาติแต่ละครอบครัวจะพาผู้สูงอายุไปรักษาตามความสะดวกของครอบครัวจึงทำให้ไม่มีข้อมูลอยู่ในฐานข้อมูลในการเจ็บป่วยด้วยสมองเสื่อมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระยาอนุบาลดิตถกรรม ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระยาอนุบาลดิตถกรรม จะมีข้อมูลต่อเมื่อญาติมาแจ้งกับทางโรงพยาบาล ทางโรงพยาบาลจึงจัดทีม อสม. ลงเยี่ยมตามบ้าน การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ครอบครัวยังคงเป็นหลักในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งแต่ละครอบครัวจะดูแลกันตามศักยภาพของครอบครัว จนทำให้ระยะการดำเนินของโรครอยู่ในระดับกลาง เพราะ ผู้ดูแลไม่สามารถแยกออกว่า เป็นการหลงลืมของภาวะสูงอายุ หรือภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ซึ่งเดิมเคยมีกิจกรรมทางสังคมร่วมกับชุมชน แต่พอป่วยเป็นสมองเสื่อม ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่ออกไปพบปะใคร ไม่ร่วมกิจกรรมในชุมชน ผู้สูงอายุบางคนมีภาวะโรคซึมเศร้าร่วมด้วย ในช่วงกลางวันจะพบผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมอยู่บ้านตามลำพัง เพราะบุตรหลานออกไปทำงาน บางครอบครัวบุตรต้องออกจากงาน เพื่อมาดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมโดยเฉพาะ

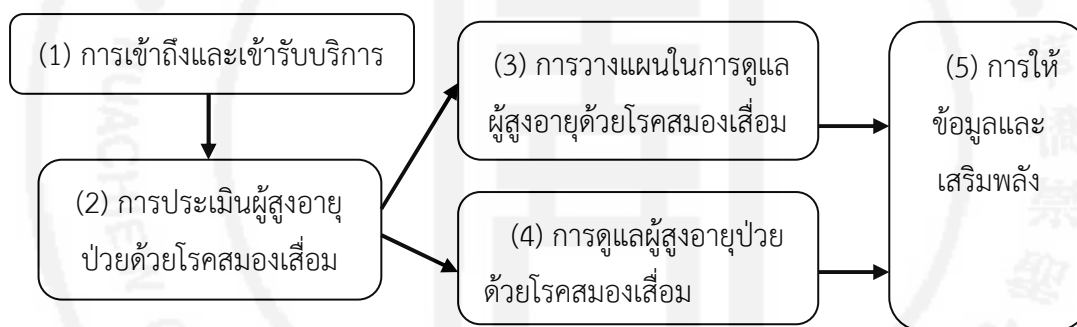
จากการศึกษาชุมชน พบว่า ในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมนั้น ผู้ดูแลหลัก คือบุตรของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะรับภาระหลักในการดูแล ทางผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จะเกิดภาวะที่พึ่งพาผู้ดูแลตลอดเวลา ในด้านการเข้าถึงบริการทางการแพทย์

พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมนั้นมีการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ค่อนข้างล่าช้า และการบริการทางสาธารณสุขยังเป็นการตั้งรับในการให้บริการ ทางพยาบาลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จะมีการเยี่ยมบ้านหรือวัดความดันเฉพาะผู้สูงอายุทั่วไป ไม่มีการคัดกรองเรื่องสมองเสื่อมให้กับผู้สูงอายุในระดับปฐมภูมิ การมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เมื่อเกิดการเจ็บป่วย มักจะไม่ได้ออกไปร่วมกิจกรรมในชุมชน ส่วนใหญ่จะอยู่ติดบ้าน และทางชุมชนเองก็ไม่มีการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้โดยเฉพาะ

- การกำหนดแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมของชุมชน
- ผลการศึกษา การกำหนดแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ในชุมชนมีประเด็นดังนี้

แผนภูมิที่ 4 กำหนดแนวทางในการดูแล



(1) การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

มีการจัดทำระบบลงทะเบียนผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม พร้อมกับมีการค้นหาผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม โดยจะมีการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมให้กับผู้สูงอายุในชุมชนเป็นพื้นฐาน และมีการประชาสัมพันธ์องค์ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม โดยทำเป็นแผ่นพับหรือเสียงตามสายในชุมชนเพื่อรณรงค์ให้ผู้สูงอายุตระหนักในการดูแลสุขภาพมากขึ้น ให้ผู้ดูแลได้มีการสังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของผู้สูงอายุจะได้มีการประเมินในเบื้องต้น ทำให้เข้าสู่การรักษาได้ไวขึ้น ในขณะที่เดียวกันจะมีช่องทางในหลาย ๆ ช่องทางในการรับข่าวสารหรือติดต่อกับบุคลากรทางการแพทย์ เช่น เสียงตามสายในชุมชน การจัดตั้งกลุ่ม Line สำหรับผู้ดูแล การจัดกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น

(2) การประเมินผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ในเบื้องต้น ญาติ/ผู้ดูแลต้องหมั่นสังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุว่ามีพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิมหรือไม่ และให้มาแจ้งกับพยาบาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พระยาอนุบาลดิตรกรรม (เสน โกศะโยตม) เพื่อมีการประเมินคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในเบื้องต้น

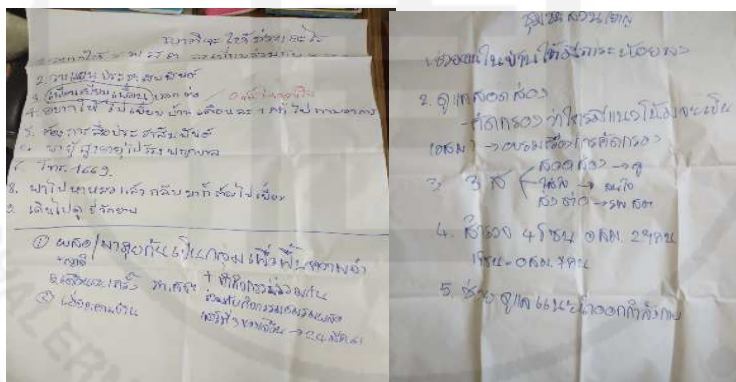
โดยทางพยาบาลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระยาอนุบาลติดถาวรกรรม (เสน โภชะโยดม) จะมีการเยี่ยมบ้านร่วมกับแกนนำชุมชนเพื่อคัดกรองผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม และมีการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม โดยจะมีการจัดทำระบบฐานข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องโรคสมองเสื่อมในชุมชน เพื่อการค้นหากลุ่มเสี่ยง ค้นหาผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมรายใหม่

1.3) ขั้นตอนการสร้างแนวทางในการปฏิบัติ (Control : C)

- แผนที่จะดำเนินการในชุมชน

ผู้ดูแลต้องการให้ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระยาอนุบาลติดถาวรกรรมลงเยี่ยมบ้านร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต้องการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ต้องการให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และช่วยให้ครอบครัวของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมลดภาระในการดูแลให้น้อยลง

ภาพที่ 6 แผนการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน



โดยจะมีการวางแผนในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมร่วมกับครอบครัวของผู้ดูแลพยาบาลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระยาอนุบาลติดถาวรกรรม (เสน โภชะโยดม) และแกนนำในชุมชนเพื่อช่วยกันดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม มีการกำหนดแผนกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีการนำผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมาเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งมีการจัดเดือนเว้นเดือน เพื่อให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ได้พบปะคนในวัยเดียวกัน และผู้ดูแลสามารถใช้ช่วงเวลานี้ในการพักผ่อนได้ ซึ่งในกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุจะมีการสวดมนต์ ร้องเพลง ออกกำลังกายและการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเองเป็นประจำ บางครั้งเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลของแต่ละครอบครัว หรือมีการเชิญวิทยากรจากภายนอกมาถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพต่าง ๆ

(1) กิจกรรมดูแลสอดส่องการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมโดยมีรายละเอียด ดังนี้ ควรมีการประชุมสัมพันธในชุมชนเพื่อให้คนในชุมชนได้ทราบถึงโรคสมองเสื่อม โดยจะใช้ช่องทางในการสื่อสารผ่านเสียงตามสายของชุมชนหรือการแจกแผ่นพับ การประชุมของหมู่บ้าน เป็นต้น และควรมีการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นเพื่อป้องกันคนที่ยังไม่ป่วยจะได้ดูแลตนเอง สำหรับคนที่ป่วยโรคสมองเสื่อมแล้วจะได้มีวิธีดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและญาติจะได้เข้าใจถึงวิธีในการดูแล

(2) กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน สามารถแบ่งได้ เป็น 2 ลักษณะ คือ

(2.1) ลักษณะการเยี่ยมบ้านแบบเพื่อนเยี่ยมเพื่อน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน (อสม.) จะไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม มีการบูรณาการการดูแลร่วมกับการดูแลด้านสุขภาพ เช่น การตรวจเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ร่วมกับการดูแลโรคสมองเสื่อม

(2.2) ลักษณะการเยี่ยมบ้านเต็มรูปแบบ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน (อสม.) จะเยี่ยมบ้านร่วมกับพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระยาอนุบาล ดิตถกรรม (เสน โกศะโยตม) จะมีการไปวัดความดัน ดูแลเรื่องยา หรือให้ความรู้ในการดูแลแก่ครอบครัวของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

(3) กิจกรรมการพบแพทย์ ในกรณีที่ยาตีไม่วาง หรือไม่สะดวกในการพาผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไปพบแพทย์ ทางอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชนจะมาช่วยพาไปพบแพทย์เพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุขาดนัดพบแพทย์ ถ้าผู้ดูแลหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน (อสม.) ไม่สามารถหาพาหนะในการพาผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไปพบแพทย์ได้จะมีการประสานกับหน่วยงานต่าง ๆ ในการอำนวยความสะดวกจัดหาพาหนะ เช่น จากหน่วยงานเทศบาลบางกรวย รถยนต์ของผู้ใหญ่บ้าน หรือรถฉุกเฉิน 1669 เป็นต้น

(4) การให้ข้อมูลและเสริมพลัง มีการให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมโดยให้สมาชิกแต่ละคนกล่าวชื่นชมสมาชิกด้วยกัน ให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมบอกกล่าวถึงความรู้สึกของตนเองที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกว่าตนเองโดดเดี่ยวที่ต้องเผชิญปัญหาเพียงลำพัง ในขณะเดียวกันชุมชนเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมากขึ้น และเข้าใจถึงความรู้สึก ปัญหา ความกังวล ความต้องการของผู้ดูแลมากขึ้น ผลการศึกษา พบว่า เมื่อสมาชิกได้มีการบอกกล่าวความรู้สึกของตนเอง และบอกกล่าวชื่นชมกันทำให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมรู้สึกถึงการได้รับการยอมรับจากสมาชิกในชุมชน และผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณเองมีพลังในการที่จะดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมต่อไป รับรู้ถึงความห่วงใยของแต่ละคน กิจกรรมที่สมาชิกเสนอขึ้นระหว่างการดำเนินกิจกรรม คือ การกอดบำบัด เนื่องจาก “การกอด” เป็นการส่งถ่ายพลังจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่ง และทำให้เกิดการกระชับความสัมพันธ์มากขึ้น เพราะบางครั้งครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ไม่เคยกอดหรือสัมผัสกับผู้สูงอายุมาก่อนได้

แต่ดูแลทางด้านร่างกาย สังคม เมื่อเกิดกิจกรรมนี้เกิดขึ้นทำให้ทุกคนมองเห็นความสำคัญในการดูแลทางจิตใจเพราะภาวะทางจิตใจจะเป็นกลไกอย่างหนึ่งในการขับเคลื่อนให้เกิดพลังแห่งความสุขได้

2) ผลการดำเนินการตามกระบวนการ AIC (Appreciation Influence Control)

ผู้วิจัยได้มีการติดตามผลการดำเนินการหลังจากจัดกิจกรรม AIC ไป 1 เดือน พบว่า

2.1) Appreciation : A

ประชาชนในชุมชนมีมุมมองต่อผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเปลี่ยนไปมีความเข้าใจเกี่ยวกับการป่วยสมองเสื่อมมากขึ้น เดิมครอบครัวจะเป็นหลักในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเพียงลำพัง ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนเมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมทำให้ครอบครัวต้องแก้ปัญหาหรือจัดการโดยลำพังตามศักยภาพของครอบครัว หลังการดำเนินกิจกรรมเกิดการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมร่วมกันไม่มองว่าโรคนี้เป็นโรคเวรโรคกรรมแต่เป็นการเจ็บป่วยทางสุขภาพ ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจในภาวะการเจ็บป่วยมากขึ้น เกิดการยอมรับในพฤติกรรมผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมากขึ้น เช่น จำคนในบ้านไม่ได้หรือเอาของในบ้านไปทิ้ง ถ้าเป็นแบบเดิมผู้ดูแลจะโมโห ตวาดเสียงดังใส่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมรู้สึกน้อยใจผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมากขึ้น ทำให้ไม่พูดคุยหรือมีพฤติกรรมประชดผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมได้ แต่ในครั้งนี้ผู้ดูแลยอมรับว่า ใจเย็นมากขึ้น เข้าใจพฤติกรรมของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมได้ คำเป็นแปบ ๆ เตี้ยวก็ยิ้ม จึงทำให้ลดความตึงเครียดในครอบครัวมากขึ้น ทางด้านอาสาสมัครชุมชนหรือคนในชุมชนก็จะเข้ามาทักทายผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมกับผู้ดูแลมากขึ้นทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว เป็นทุกข์เหมือนแต่ก่อน

2.2) Influence : I

ชุมชนมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันมากขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีการให้บริการสาธารณสุขในเชิงรุกมากขึ้น มีการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมหมอครอบครัวในชุมชน เดิมจะเยี่ยมบ้านเฉพาะผู้สูงอายุติดเตียงหลังจกดำเนินกิจกรรมมีการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุทุกรายในชุมชน มีการทำทะเบียนผู้สูงอายุในระบบสาธารณสุขและการวินิจฉัยโรค ทำให้เป็นฐานข้อมูลในการดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชนได้ ในชุมชนเกิดความตระหนักเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยสมองเสื่อมมากขึ้น มีการรณรงค์ในการดูแลสุขภาพในชุมชน มีการออกเสียงตามสายในชุมชนเกี่ยวกับเรื่องการดูแลสุขภาพและสอดแทรกความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมไปด้วย สิ่งที่ยังไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ คือ เรื่องการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในเบื้องต้นให้กับผู้สูงอายุในชุมชนเพราะต้องมีการเชิญวิทยากรมาให้ความรู้แก่อาสาสมัครชุมชนในการคัดกรองซึ่งต้องใช้งบประมาณในการดำเนินการทางชุมชนจึงจะเขียนของงบประมาณในการดำเนินงานในปี 2562

2.3) Control : C

มีการประชาสัมพันธ์ในชุมชนผ่านเสียงตามสายของชุมชนเกี่ยวกับเรื่องการดูแลสุขภาพ มีการนำหัวข้อเรื่องสมองเสื่อมและการดูแลไปแลกเปลี่ยนในการประชุมของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ซึ่งจะมีการจัดประชุมเดือนละ 1 ครั้ง แก่นนำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนและจิตอาสา มีการจัดทีมในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมโดยจะแบ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน (อสม.) เป็นโซนละ 7 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน (อสม.) จะอยู่บ้านใกล้กับบ้านผู้สูงอายุเพื่อจะได้สะดวกในการดูแล โดยจะมีการบูรณาการการดูแลร่วมกับการดูแลด้านสุขภาพ เช่น การตรวจเบาหวาน ความดันโลหิตสูงร่วมกับการดูแลโรคสมองเสื่อม มีการพาผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุในชุมชน

หลังการติดตามผลในการดำเนินงานเรื่องการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในชุมชน ยังไม่มีการดำเนินการ ทางผู้วิจัยได้มีการนำประเด็นนี้ไปปรึกษาวางแผนร่วมกับพยาบาลสาธารณสุขที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จึงได้มีการประสานไปทำงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลบางกรวยเพื่อมาเป็นวิทยากรในวันที่มีการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อฝึกอบรมให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน มีการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมให้กับผู้สูงอายุในชุมชนเบื้องต้นได้

3) ระบบในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน

ผู้วิจัยสรุปผลการศึกษจากการวางแผนร่วมกับชุมชนและติดตามผลในอีก 1 เดือนต่อมา สามารถสรุประบบการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชนที่เหมาะสมได้ดังนี้

ปัจจัยนำเข้า

1. บุคคล

1.1 จากผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเนื่องจากผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเป็นผู้ที่ได้รับผลจากการดูแล ดังนั้น ถ้าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษาที่ถูกวิธีในเบื้องต้นจะช่วยทำให้ชะลอความเสื่อมของสมองได้ ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมสามารถคงศักยภาพความสามารถของตนเองได้ ช่วยเหลือตัวเองได้

1.2 ผู้ดูแล จากสมาชิกในครอบครัวเพราะจะเป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ถ้าผู้ดูแลมีความเข้าใจถึงสถานะของโรคสมองเสื่อม และเข้าใจถึงวิธีในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมอย่างถูกต้องจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1.3 ชุมชนหรือสังคม ทักษะคิดหรือมุมมองของคนในชุมชนต่อผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมซึ่งมีความสำคัญเช่นกัน เนื่องจากผู้ดูแลและผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมต้องอยู่ร่วมกับคนในชุมชน ดังนั้น ปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันจะช่วยทำให้คนในชุมชนช่วยดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในทางอ้อมได้ด้วย เช่น ถ้าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเดินหลงทาง คนในชุมชนพบ

ก็สามารถนำมาส่งที่บ้านของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมได้ การที่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมได้รับการยอมรับจากคนในชุมชนจะทำให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมรู้สึกว่าคุณค่า

2. งบประมาณ

กิจกรรมบางกิจกรรมในชุมชน อาจต้องใช้งบประมาณในการดำเนินการโดย อาจจะมาจกงบประมาณของหน่วยงานของรัฐหรือมาจากที่สมาชิกในชุมชน มีการรวมตัวกันและเขียนโครงการไปขอสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานต่าง ๆ บางกิจกรรมไม่มีการใช้งบประมาณ แต่เป็นการร่วมมือร่วมใจของคนในชุมชน ในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การประชุมของชุมชน ประจำเดือน

3. วัตถุประสงค์

สถานที่ที่ใช้ในการประชุม หรือทำกิจกรรม คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลพระยาอนุบาล สมาชิกชุมชนใช้เสียงตามสายประจำชุมชนเป็นการสื่อสารร่วมกัน

กลไกทางสังคม

1. วิถีความเป็นอยู่ของชุมชน ลักษณะชุมชนจะเป็นแบบกึ่งเมืองกึ่งชนบท คนในชุมชน ยังมีความผูกพันร่วมกัน ส่วนใหญ่จะรู้จักกันในแต่ละครัวเรือน มีลักษณะการดูแลเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน มีการปกครองแบบกำนัน ผู้ใหญ่บ้านแต่ละหมู่ มีการประชุมร่วมกันของคนในชุมชนโดยใช้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นศูนย์กลางในการพบปะ/ประชุมร่วมกัน

2. การมีส่วนร่วมของชุมชน มีการดำเนินการร่วมกับผู้นำชุมชน โดยมีการแบ่งความรับผิดชอบในการดำเนินกิจกรรมในชุมชน มีการจัดตั้งชมรมต่าง ๆ เพื่อเป็นการขับเคลื่อนงานในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมญาติผู้ป่วยจิตเวช ชมรม To be Number One เป็นต้น

3. แรงจูงใจในการรวมกลุ่ม เป็นการรวมกลุ่มของสมาชิกในชุมชนโดยไม่หวังผลตอบแทนซึ่งเป็นการช่วยกันดูแลชุมชนของตนเองให้ปลอดภัยและน่าอยู่มากขึ้น แต่ละชมรมจะมีการรับสมัครกลุ่มสมาชิกกันเอง มีการวางแผนการทำงานโดยอยู่ภายใต้การดูแลของทีมสาธารณสุขในชุมชน การรวมกลุ่มนี้จะช่วยทำให้สมาชิกในชุมชนเข้าถึงบริการได้เร็วขึ้น เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

4. ความเข้มแข็งของชุมชน เกิดจากแกนนำชุมชน สมาชิกในชุมชนมีความร่วมมือในการแก้ปัญหาของชุมชน มีทัศนคติที่ดีร่วมกัน

กระบวนการ

1. การประชุมร่วมกับแกนนำชุมชน พยาบาลสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระยาอนุบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน เพื่อวิเคราะห์ปัญหา และกำหนดกิจกรรมในการดำเนินงาน

2. การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและผู้ดูแล

3. การศึกษาบริบทของชุมชนร่วมกับแกนนำชุมชน พยาบาลสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระยาอนุบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน เพื่อประเมินชุมชน วัฒนธรรมของชุมชน ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

4. การดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการ AIC ตามแผนที่กำหนดไว้

5. มีการติดตามผลการดำเนินการร่วมกันแกนนำชุมชน พยาบาลสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระยาอนุบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนในการดำเนินการต่อไป

ผลผลิต

1. เกิดกิจกรรมการรณรงค์เรื่องสุขภาพในชุมชน
2. มีการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม
3. มีการเยี่ยมบ้าน
4. มีการพาผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไปพบแพทย์

ผลลัพธ์

1. ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมได้รับการยอมรับจากคนรอบข้าง และได้เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุของชุมชน

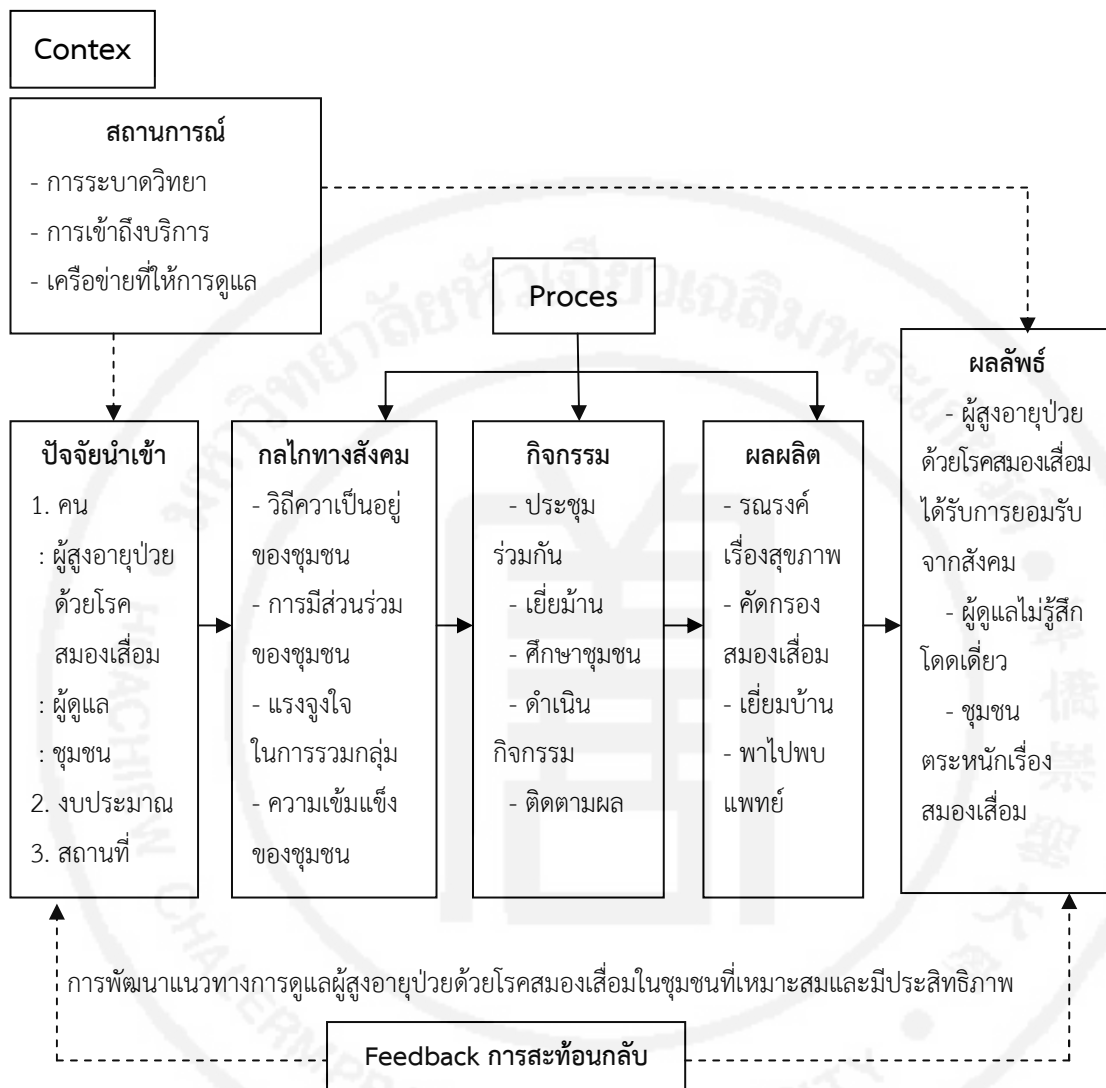
2. ผู้ดูแล รู้สึกไม่โดดเดี่ยวในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมต่อไปมีเพื่อนบ้านหรืออาสาสมัครในชุมชนช่วยในการดูแล

3. ชุมชน เกิดการตระหนักเรื่องโรคสมองเสื่อมมากขึ้น เกิดความร่วมมือในการดูแลการสะท้อนกลับ

ผลที่เกิดขึ้นจากการวางแผนร่วมกับชุมชน ได้นำไปพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

สิ่งที่เกิดขึ้นในชุมชนสามารถสรุปเป็นระบบในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน ตามแผนภูมิที่ 5

แผนภูมิที่ 5 ระบบในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยเรื่อง ระบบการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย (Care System for Elderly with Dementia in Thailand) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ปัญหาการดูแลในปัจจุบัน และพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทยที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed method) ประกอบด้วย การศึกษาเอกสาร (Documentary research) การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) และการทดลองแนวทางการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วย โรคสมองเสื่อมในประเทศไทยที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถสรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 มุมมองของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ผู้ดูแลแต่ละคนจะมีมุมมองที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ประสบการณ์ในการดูแล และระยะเวลาในการดูแล ผู้ดูแลให้มุมมองเกี่ยวกับสถานะการเจ็บป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมดังนี้

1) สถานะการเจ็บป่วยด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม พบว่า ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะมีพฤติกรรมคล้ายกับเด็กเล็กมีการเรียกร้องความสนใจจากผู้ดูแลและเรียกหาผู้ดูแลตลอดเวลาจนผู้ดูแลไม่มีเวลาเป็นของตนเองเมื่ออยากได้อะไรก็ต้องเอาให้ได้มีพฤติกรรมวุ่นวายไม่อยู่กับที่ รื้อของในบ้าน ชอบเดินออกนอกบ้าน

2) สถานะการเจ็บป่วยด้านความคิดของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม พบว่า ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมที่มีความคิดผิดปกติกจากคนทั่วไปจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและมีอาการทางจิตร่วมด้วย โดยจะมีความคิดที่แปลก ๆ คือ คิดว่าจะมีคนมาทำร้าย ซึ่งเป็นคนที่เคยขัดแย้ง/ทะเลาะกันในอดีต บางทีจะหวงของหวงสมบัติ ไม่ไว้ใจใครแม้กระทั่งบุตรหลาน

3) สถานะการเจ็บป่วยด้านความทรงจำของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม พบว่า ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะมีปัญหาเรื่องความทรงจำจะจำเรื่องราวในอดีตได้ดีกว่าปัจจุบัน มีหลงลืมจำบุตรหลาน/คนในครอบครัวไม่ได้ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกน้อยใจผู้สูงอายุที่จำตนเองไม่ได้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะเดินออกนอกบ้านแล้วกลับไม่ได้ บางครอบครัวผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะเดินออกนอกบ้านแล้วหายไป 3 วัน ญาติตามหากก็ไม่เจอต้องไปแจ้งความไว้ที่สถานีตำรวจและบอกเพื่อนบ้านช่วยตามหา

5.1.2 การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชนและปัญหาในการดูแลในปัจจุบัน

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

1.1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม มีจำนวนทั้งหมด 278 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.9 เป็นเพศชาย ร้อยละ 20.1 อายุเฉลี่ยของผู้ดูแลอยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 34.2 ช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 20.9 สถานภาพสมรส ร้อยละ 65.6 สถานะโสด ร้อยละ 28.8 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 34.5 ประถมศึกษา ร้อยละ 33.8 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 23.7 อาชีพอิสระ ร้อยละ 20.1 รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 46.4 รายได้ 30,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 19.4 ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 87.8 เนื่องจากใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) หรือสิทธิเบิกข้าราชการ สิทธิประกันสังคม สิทธิส่วนใหญ่เบิกได้ ค่าใช้จ่ายระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 9.0 มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 61.5 บุตร สะใภ้ ร้อยละ 11.9 ผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเป็นระยะเวลาน้อยกว่า 2 ปี ร้อยละ 43.2 ดูแลในช่วงระยะเวลา 2-4 ปี ร้อยละ 24.5 แต่ละครอบครัวมีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมที่ต้องดูแลครอบครัวละ 1 คน ร้อยละ 96.0 มีคนช่วยดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 78.4 และไม่มีช่วยดูแล ร้อยละ 21.6 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยทราบข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 76.6 ทราบข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 23.4

1.2) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวนทั้งหมด 278 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.5 เป็นเพศชาย ร้อยละ 34.5 อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม อยู่ในช่วงอายุ 71-80 ปี ร้อยละ 55.4 อายุมากกว่า 81 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20.1 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 54.0 สถานภาพ หม้าย/หย่าร้าง ร้อยละ 41.7 จบในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.7 ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 35.6 มีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.8 ป่วยเป็นโรคความดันและเบาหวาน ร้อยละ 29.1

2) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ในด้านความสามารถในการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม สามารถรับประทานอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นคำเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า ร้อยละ 51.1 ด้านความสามารถในการล้างหน้า อาบน้ำ แปรงฟัน โกนหนวด สามารถทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้) ร้อยละ 89.2 ด้านความสามารถในการลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย ร้อยละ 46.4 ด้านความสามารถในการใช้ห้องน้ำจากกลุ่มผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมช่วยตัวเองได้ดี

(ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย) ร้อยละ 59.7 ด้านความสามารถในการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้านส่วนใหญ่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง ร้อยละ 44.6 โดยจะมีอุปกรณ์ช่วยพยุง คือ Walker หรือไม้เท้า ด้านความสามารถในการสวมใส่เสื้อผ้าช่วยเหลือตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้) ร้อยละ 66.2 ด้านความสามารถในการขึ้นลงบันได 1 ชั้น ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย) ร้อยละ 50.4 ด้านความสามารถ ในการอาบน้ำสามารถอาบน้ำเองได้ ร้อยละ 89.6 ด้านความสามารถในการกลั่นกรองถ่ายอุจจาระ ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาสามารถกลั่นได้เป็นปกติ ร้อยละ 47.1 ด้านความสามารถในการกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา สามารถกลั่นได้เป็นปกติ ร้อยละ 50.0

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) พบว่า ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเป็นกลุ่มที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) ร้อยละ 84.9 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) ร้อยละ 9.7 และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพล (กลุ่มติดเตียง) ร้อยละ 5.4

3) กระบวนการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ด้านการดูแลทางกาย ผู้ดูแลสามารถดูแลทางกายของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีกิจกรรมที่สามารถดูแลได้ในระดับมาก คือ การเตรียมอาหารให้ผู้สูงอายุ รองลงมา ในระดับปานกลาง คือ การช่วยอาบน้ำให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ช่วยแต่งกาย ให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม การช่วยจัดยาให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและช่วยพยุงเดิน ให้กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ด้านการดูแลทางสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีกิจกรรมที่สามารถดูแลได้ในระดับมาก คือ การพาผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ไปพบแพทย์ พาผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมสวดมนต์/ไปทำบุญ/ไปวัด พาผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม รองลงมา คือ การดูแลในระดับปานกลาง การช่วยดำเนินการเรื่องเอกสารทางกฎหมายให้กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ด้านการดูแลทางจิตใจ ในภาพรวมผู้ดูแลสามารถดูแลทางกายของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม อยู่ในระดับมาก โดยมีกิจกรรมที่สามารถดูแลได้ในระดับมากการจัดสรรเวลาที่เหมาะสม ให้แก่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม มีส่วนร่วมในกิจกรรมพักผ่อนกับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เช่น การดูโทรทัศน์ การพาไปเที่ยว เป็นเพื่อนพูดคุยกับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม และมีส่วนช่วย ในการฟื้นฟูความจำให้กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

4) ผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

เป็นการศึกษาผลกระทบต่อผู้ดูแลที่ได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ความต้องการของผู้ดูแล พบว่า ด้านผลกระทบของผู้ดูแลที่ได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ได้แก่ ด้านความเครียด การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเป็นภาระอย่างมาก ผู้ดูแลที่รู้สึกโกรธ/ทะเลาะกับผู้สูงอายุผู้ดูแลที่รู้สึกเหนื่อย ผลการศึกษา พบว่า ในภาพรวมผู้ดูแลมีผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม อยู่ในระดับน้อย

ด้านปัญหาของผู้ดูแลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม การหาผู้มาดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม การเงิน ไม่มีเวลาในการดูแลผู้สูงอายุส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ผลการศึกษา พบว่า ในภาพรวมผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมอยู่ในระดับน้อย

ด้านความต้องการของผู้ดูแลเกี่ยวกับข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เวลาพักผ่อน ความช่วยเหลือจากชุมชนต่อการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ต้องการมีรายได้เพิ่มขึ้นเพื่อนำมาดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ผลการศึกษา พบว่า ในภาพรวมผู้ดูแลมีความต้องการจากการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมอยู่ในระดับน้อย

5.1.3 ปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

1) ปัญหาด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จะมีปัญหาทางด้านสุขภาพร่างกาย คือ จะปวดเมื่อยตามร่างกายโดยเฉพาะบริเวณเอวกับหลัง/เข่าเนื่องจากต้องพยุงหรืออุ้มผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เวลาอาบน้ำ หรือพาไปห้องน้ำ ผู้ดูแลบางรายที่มีโรคประจำตัว แต่ไม่มีเวลาไปพบแพทย์เนื่องจากต้องดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมตลอดเวลา ทำให้มีเวลาพักผ่อนน้อยและอาจทำให้ร่างกายทรุดโทรมได้ง่าย

2) ปัญหาของผู้ดูแลด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะมีสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลจากสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) หรือจากสิทธิเบิกข้าราชการ และผู้ดูแลจะมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น นอกเหนือจากสิทธิที่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีอยู่แล้ว คือ ในการไปรักษาแล้วแพทย์จ่ายยาที่เป็นยานอกบัญชีทำให้มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น และเป็นยาก่อนข้างแพง

3) ปัญหาด้านเวลาของผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมตลอดเวลา ทำให้ไม่มีเวลาเป็นของตนเอง ไม่สามารถที่จะทำกิจกรรมตามที่ผู้ดูแลวางแผนได้ทั้งหมด ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับสภาพของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมหรือมีญาติ/คนอื่นมาช่วยผลัดเปลี่ยน

4) ปัญหาด้านอารมณ์ของผู้ดูแล คือ มีอารมณ์โกรธที่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เอาแต่ใจตนเอง ตื้อรั้น ไม่ฟังผู้ดูแล อารมณ์น้อยใจ ผู้ดูแลและรู้สึกน้อยใจผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ที่จำผู้ดูแลไม่ได้หรือผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะเรียกหาบุตรหลานญาติที่อยู่ อารมณ์อับอาย ผู้ดูแลจะรู้สึกอับอายเวลาที่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมทำพฤติกรรมบางอย่างไม่เหมาะสม เช่น ตะโกนเสียงดัง โวยวายในที่สาธารณะ อารมณ์รู้สึกผิด บางทีผู้ดูแลก็มีภาวะอารมณ์ที่รู้สึกผิดกับ ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมด้วยเช่นกัน เช่น ผลตอบโต้ทางอารมณ์กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม โกรธ เถียง บางทีแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมด้วยกริยา วาจา ท่าทาง แต่พอผู้ดูแลรู้สึกตัว/ปลดปล่อย ทางอารมณ์ไปแล้วก็จะมารู้สึกโกรธและโทษตนเอง อารมณ์หดหู่ เศร้า จากการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วย โรคสมองเสื่อมตลอดเวลา บางทีมีปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตลอดและผู้ดูแลต้องแก้ปัญหา

จากการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม พบว่า การดูแล ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ช่วงอายุ 71-80 ปี การเข้าถึงบริการทางการแพทย์จะค่อนข้างล่าช้า ไปพบแพทย์เมื่อมีภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง หรือระดับรุนแรงแล้ว เนื่องจากผู้ดูแลไม่ทราบว่าเป็นการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม เพราะผู้ดูแล ไม่สามารถแยกแยะว่าเป็นการเจ็บป่วยด้วยภาวะสูงอายุหรือภาวะสมองเสื่อมที่จำเป็นต้องรักษา ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกในครอบครัวโดยมีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม รองลงมาเป็นบุตรสะใภ้ เป็นการดูแลในระบบเครือญาติตามลักษณะวัฒนธรรมสังคมไทยที่บุตรหลาน ต้องดูแลบิดามารดาเมื่อแก่ชรา การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ยังมีส่วนร่วมน้อย การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในชุมชนยังมีไม่ทั่วถึงจึงไม่สามารถคัดกรองกลุ่มเสี่ยง หรือเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงได้และไม่มีการค้นหาผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมรายใหม่ได้ในฐานข้อมูล ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่มีฐานข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน

5.1.4 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม จำนวนทั้งหมด 35 คน ประกอบด้วย ผู้ดูแล จำนวน 12 คน อาสาสมัครประจำชุมชน จำนวน 12 คน แกนนำชุมชน จำนวน 6 คน และเพื่อนบ้าน จำนวน 5 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 เพศชาย ร้อยละ 20 อายุระหว่าง 40-50 ปี ร้อยละ 71.42 อายุ 51 – 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 20 และอายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 8.57

1) กระบวนการในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจากการสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้รับผิดชอบกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในด้าน กิจวัตรประจำวันเป็นพื้นฐานตั้งแต่ตื่นนอนจนกระทั่งเข้านอนซึ่งผู้ดูแลจะต้องสละเวลาส่วนใหญ่อยู่กับ ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเพราะผู้สูงอายุจะเรียกหาผู้ดูแลตลอดเวลาทำให้ผู้ดูแลจะไม่สามารถ พักผ่อนที่เพียงพอส่งผลกระทบต่อการใช้เวลาส่วนตัวในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลเอง ในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน (อสม.) จะมีการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม โดยการไปเยี่ยมตามบ้าน

5.1.5 ประเภทมิติของรูปแบบการดูแล

การแบ่งประเภทของผู้ดูแลตามมิติของรูปแบบการดูแล สามารถแบ่งผู้ดูแลเป็น 2 ประเภท คือ ผู้ดูแลอย่างเป็นมีโครงสร้าง และผู้ดูแลอย่างไม่มีโครงสร้าง

1) การดูแลอย่างมีโครงสร้าง หมายถึง ผู้ดูแลที่มีโช้ญาติแต่เป็นการดูแลโดยสถานพยาบาล หรือศูนย์ที่รับจ้างดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม กลุ่มผู้ดูแลเหล่านี้ จะได้รับการอบรมเฉพาะทางในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

1.1) สถานพยาบาล ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะได้รับการดูแลจากสถานพยาบาลของโรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทีมสหวิชาชีพจะมีการฝึกอบรมเฉพาะทางในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและแต่ละวิชาชีพจะมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน มีกิจกรรมกลุ่มสำหรับญาติเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมร่วมกันพร้อมจะมีทีมนักวิชาชีพให้ข้อมูลหรือองค์ความรู้ต่าง ๆ แก่ญาติในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ความถี่ในการจัดกิจกรรมกลุ่มเหล่านี้ จะขึ้นอยู่กับการจัดบริการของแต่ละหน่วยบริการ อาจจะเป็น 1 ครั้ง/สัปดาห์ หรือเดือนละ 1 ครั้ง

1.2) การบริการจากศูนย์ที่ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะเป็นศูนย์เอกชนซึ่งค่าใช้จ่ายในการดูแลค่อนข้างสูง การเลือกศูนย์ต่าง ๆ ที่ดูแลผู้สูงอายุจะขึ้นอยู่กับความพร้อมงบประมาณของญาติ ซึ่งผู้ดูแลจากศูนย์ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะได้รับการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุในเบื้องต้น ศูนย์จะสอนการดูแลปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น การอาบน้ำให้ผู้สูงอายุ การให้อาหารทางสายยาง การทำแผลเบื้องต้น

2) การดูแลอย่างไม่มีโครงสร้าง การดูแลผู้สูงอายุในลักษณะนี้ผู้ดูแลจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ จากการดูแล

2.1) การดูแลโดยสมาชิกในครอบครัว เช่น บุตร คู่สมรสของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม การดูแลแบบนี้เป็นการดูแลตามขนบธรรมเนียมวัฒนธรรมในสังคมไทยที่บุตรต้องดูแลบิดา มารดา ในการดูแลแบบนี้ผู้ดูแลจะไม่เสียค่าบริการในการดูแลแต่จะเป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

2.2) การดูแลโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน (อสม.) จะเป็นการทำงานแบบจิตอาสาโดยจะมีการช่วยเหลือในชุมชน ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชนจะเป็นกลุ่มบุคคลภายในชุมชนที่ได้รับการอบรมความรู้ในด้านการดูแลสุขภาพจากทีมบุคลากรสาธารณสุข

5.1.6 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

1) การดูแลโดยสมาชิกในครอบครัวเป็นการดูแลโดยสมาชิกในครอบครัวช่วยกันดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เป็นการแสดงถึงความแข็งแกร่งของครอบครัวทำให้เห็นศักยภาพของครอบครัวในการให้ความช่วยเหลือซึ่งการดูแลแบบนี้เป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

เกิดความอบอุ่นและเป็นการดูแลที่ใช้สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบด้านช่วยในเรื่องฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ทั้งทางด้านการปรับตัว การฟื้นฟูความทรงจำ การดูแลเรื่องพฤติกรรม เป็นต้น

2) การดูแลโดยชุมชน เป็นแนวคิดที่ได้แรงจูงใจและพัฒนามาจากแนวคิดการลดการพึ่งจากการบริการภายนอก เป็นการให้ชุมชนเป็นพื้นฐานในการให้บริการ ใช้ทรัพยากรในชุมชนเป็นเครื่องมือเพื่อสร้างจิตสำนึกร่วมของประชาชนในการดำเนินงานเพื่อชุมชนโดยชุมชน ซึ่งลักษณะการดูแลแบบนี้มีจุดมุ่งหมาย คือ เพื่อสร้างจิตสำนึกและพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชน เกิดการแก้ปัญหาพัฒนาบริการต่าง ๆ ในชุมชน และเกิดความร่วมมือในชุมชน

3) การดูแลโดยหน่วยงาน เป็นการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เป็นการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

5.1.7 การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน

มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 21 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 4 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน จำนวน 13 คน และพยาบาลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระยาอนุบาลติดถรณ์ จำนวน 1 คน

1) ดำเนินการตามกระบวนการ AIC (Appreciation Influence Control)

Appreciation : A พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้มากขึ้นหลังการอบรมมองต่อผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเปลี่ยนไป มีความเข้าใจเกี่ยวกับการป่วยสมองเสื่อมมากขึ้น ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจในภาวะการเจ็บป่วยมากขึ้น เกิดการยอมรับในพฤติกรรมผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมากขึ้น “ใจเย็นมากขึ้น” ทางด้านอาสาสมัครชุมชน หรือ คนในชุมชนก็จะเข้ามาทักทายผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมกับผู้ดูแลมากขึ้นทำให้ไม่รู้สึกลำบากใจ เป็นทุกข์เหมือนแต่ก่อน

Influence : I ชุมชนมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันมากขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม มีการให้บริการสาธารณสุขในเชิงรุกมากขึ้น มีการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมหมอครอบครัวในชุมชน เกิดความตระหนักเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยสมองเสื่อม

Control : C มีการประชาสัมพันธ์ในชุมชนผ่านเสียงตามสายของชุมชนเกี่ยวกับเรื่องการดูแลสุขภาพ การนำหัวข้อเรื่องสมองเสื่อม และการดูแลไปแลกเปลี่ยนในการประชุมของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน จัดทีมในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

2) ระบบในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน

ผู้วิจัยสรุปผลการศึกษาจากการวางแผนร่วมกับชุมชน ระบบการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน ดังนี้ ปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ผู้ดูแลชุมชน งบประมาณ สถานที่ที่ใช้ในการประชุม มีกลไกทางสังคม คือ วิถีความเป็นอยู่ของชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชน แรงจูงใจในการรวมกลุ่ม ความเข้มแข็งของชุมชน มีการประชุมร่วมกับแกนนำ

ชุมชน การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและผู้ดูแล ศึกษาบริบทของชุมชนร่วมกับแกนนำชุมชน ดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการ AIC ตามแผนที่กำหนดไว้และมีการติดตามผลการดำเนินการร่วมกันแกนนำชุมชน ผลผลิตที่ได้รับ มีกิจกรรมการรณรงค์เรื่องสุขภาพในชุมชน การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม การเยี่ยมบ้าน การพาผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไปพบแพทย์ ทำให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมได้รับการยอมรับจากคนรอบข้าง และได้เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุของชุมชน ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยวในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมต่อไป มีเพื่อนบ้านหรืออาสาสมัครในชุมชนช่วยในการดูแลชุมชน เกิดการตระหนักเรื่องโรคสมองเสื่อมมากขึ้น เกิดความร่วมมือในการดูแลร่วมกันระหว่างครอบครัวของผู้ดูแลและสมาชิกในชุมชน

5.2 อภิปรายผล

5.2.1 มุมมองของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ผู้ดูแลแต่ละคนจะมีมุมมองที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ประสบการณ์ในการดูแลและระยะเวลาในการดูแล ผู้ดูแลให้มุมมองเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม สภาวะการเจ็บป่วยด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม พบว่า ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะมีจะมีพฤติกรรมคล้ายกับเด็กเล็กมีการเรียกร้องความสนใจจากผู้ดูแล จะเรียกหาผู้ดูแลตลอดเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของ นำพล กิ่งก้าน (2553) ที่พบว่า การแสดงออกทางพฤติกรรมที่ผิดปกติอื่น ๆ เช่น ความผิดปกติด้านความอยากอาหารและพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (Appetite and Eating disorder) พบได้ร้อยละ 10-80 และพฤติกรรมทางสังคมที่ไม่เหมาะสม (Socially improper behaviors) การแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสมและไม่ระงับอารมณ์ทางเพศของตน (Sexual disinhibition) พบได้ร้อยละ 2-17 การกลั่นแกล้งจรรยาปัสสาวะไม่ได้ พบได้ร้อยละ 10-80 Chiu (2009) อ้างถึงใน นำพล กิ่งก้าน (2553) ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดคือ อายุมากขึ้นจะมี Severe cognitive impairment และ Premorbid personality trait ผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาเกรี้ยวกราด ก้าวร้าวรุนแรงต่อสิ่งเร้า เช่น อารมณ์โกรธรุนแรง ตะโกนด่าว่า ช่มชู้ทำร้ายพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น พบได้ร้อยละ 16-64 ผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะแรก (Mild dementia) ร้อยละ 18 ในระยะท้ายหรือระยะรุนแรง พบได้ถึงร้อยละ 50 ประกอบด้วย อาการ คือ การเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย (Wandering) เป็นหนึ่งในอาการที่สร้างปัญหาอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยและเป็นสาเหตุหนึ่งทำให้ญาตินำผู้ป่วยมารับการรักษาทางจิตเวช ลักษณะอาการ Wandering เช่น เดินหาข้าวของเดินไปมา พยายามจะทำงาน (ซึ่งไม่ประสบผลสำเร็จ) เดินไม่มีจุดหมาย พยายามหนีออกจากบ้าน อาการเหล่านี้ พบได้ร้อยละ 3-53

ด้านความคิด พบว่า ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมที่มีความคิดผิดปกติกจากคนทั่วไป จะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและมีอาการทางจิตร่วมด้วย โดยจะมีความคิดที่แปลก ๆ คือ คิดว่าจะมีคนมาทำร้าย สอดคล้องกับการศึกษาของ นำพล กิ่งก้าน (2553) พบว่า อาการทางด้านจิตใจ (Psychological symptoms) ได้แก่ อาการหลงผิด (Delusion) ร้อยละ 40-75 ของผู้ป่วยกับโรคสมองเสื่อม ชนิดอัลไซเมอร์ พบมีภาวะหลงผิด เช่น หวาดระแวง อาการหลงผิดที่พบบ่อย คือ แบบ Paranoid delusion โดยเฉพาะรู้สึกว่ามีคนมาขโมยของ บางรายหลงผิดคิดว่าคนอื่นปลอมเป็นคนที่ตนเองรู้จัก คู่ครอง หรือผู้ดูแลเป็นคนอื่นที่ปลอมตัวมา คิดว่ามีคนแปลกหน้าอยู่ในบ้าน บางรายอาจพูดกับตนเองในกระจก เพราะคิดว่าเป็นอีกคนหนึ่งไม่ใช่ตนเอง บ้านที่อาศัยอยู่ไม่ใช่บ้านของตน ญาติวางแผนทิ้งตน และคู่ครอง ไม่เชื่อสัตย์กับตน ในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจะพบพฤติกรรมก้าวร้าวได้สัมพันธ์กับความจำที่เสื่อมลง และพฤติกรรมก้าวร้าวที่เพิ่มขึ้น และอาการหลงผิดอาจพบมีการผ่อของสมอง อาการประสาทหลอน (Hallucination) พบได้ รองลงมา คือ ร้อยละ 14-49 และมักจะพบได้บ่อยที่สุดในระยะกลางของการป่วย คือ ประสาทหลอนทางตา (Visual hallucination) มักจะเห็นว่ามีคนอื่นอยู่ในบ้านตนเอง ส่วนประสาทหลอนทางหู (Auditory hallucination) จะได้ยินเสียงหูแว่ว ซึ่งทำให้มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งอาการเหล่านี้อาจทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว กระวนกระวาย นอนไม่หลับ ทำร้ายตนเองหรือผู้ดูแลและอาจมีอุบัติเหตุเกิดขึ้นได้ อารมณ์เศร้า (Depression) ระยะแรกอาจมีอาการซึมเศร้า Chiu (2009 อ้างถึงใน นำพล กิ่งก้าน. 2553) เมื่อรู้ว่าตนเองสูญเสียความสามารถด้านสติปัญญาต่าง ๆ ไป หรือภาวะเศร้าและภาวะสมองเสื่อมอาจเกิดร่วมกันได้ การวินิจฉัยอาการซึมเศร้าจะทำได้ยากในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่อยู่ในระดับกลางและระดับรุนแรงมาก เนื่องจากความสามารถทางภาษาและการสื่อสารหายไป อาการไร้อารมณ์ เฉยชา (Apathy) พบได้ถึง 50-70% ของผู้ป่วยสมองเสื่อม เราจะพบว่าผู้ป่วยจะมีลักษณะไม่กระตือรือร้นที่จะทำอะไร จะชอบนั่งนิ่ง ๆ อยู่เฉย ๆ ความคิดริเริ่มใหม่ ๆ จะลดลง พบได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะต้นและกลาง อาจมีอาการไม่สนใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แยกตัว สีหน้า ไม่แสดงอารมณ์ การตอบสนองทางอารมณ์ลดลง ความวิตกกังวล (Anxiety) มักเกิดร่วมกับภาวะซึมเศร้า พบในระยะแรกของภาวะสมองเสื่อมที่ผู้ป่วยรู้ว่าความสามารถของตนเองลดลง ครุ่นคิด ไม่มีสมาธิ อาการวิตกกังวลอาจมีเมื่อผู้ป่วยต้องอยู่ร่วมกันหมู่มากหรือเดินทางไปแปลกถิ่น หรืออยู่ในความมืด อาจมีอาการหงุดหงิดง่าย ร้องไห้ไม่มีเหตุผล ปัญหาการนอน (Sleep problems) พบได้ร้อยละ 15-70 โดยผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะการนอนหลับ หลับและตื่นไม่เป็นเวลา วงจรการหลับและการตื่นมากกว่า 24 ชั่วโมง เช่น หลับ 1 วัน สลับกับการตื่น 1 วัน ภาวะอารมณ์แปรปรวน (Catastrophic reaction) เช่น ทำร้ายตัวเองหรือผู้อื่นเมื่อถูกขัดใจ อาการกระวนกระวาย (Agitation) แสดงออกมาในลักษณะของการกรีดร้องหรือพฤติกรรมและการพูดที่ไม่เหมาะสม ซึ่งต้องแยกจากอาการสับสน (Delirium) และการกระทำเมื่อถูกขัดใจ ลักษณะก้าวร้าว กระวนกระวาย พบได้ร้อยละ 16-64

ด้านความทรงจำ พบว่า ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะมีปัญหาเรื่องความทรงจำ จะจำเรื่องราวในอดีตได้ดีกว่าปัจจุบัน มีหลงลืมจำบุตรหลาน/คนในครอบครัวไม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นำพล กิ่งก้าน (2553) พบว่า อาการด้านความจำเสื่อม ได้แก่ จำบุคคลที่เคยรู้จักหรือคุ้นเคยไม่ได้ มีความบกพร่องของการรับรู้ การเข้าใจ แสดงออกโดยอาการ คือ ความสามารถในการใช้ภาษาพูดเสียไป (Aphasia) ไม่สามารถบอกชื่อคนหรือสิ่งของได้ คำพูดจะมีลักษณะคลุมเครือและวกวนหรือพูดไม่ได้เลย ความสามารถในการใช้ภาษาพูดเสียไป (Aphasia) ไม่สามารถบอกชื่อคนหรือสิ่งของได้ คำพูดจะมีลักษณะคลุมเครือและวกวนหรือพูดไม่ได้เลย ไม่สามารถทำตามคำสั่งได้ เช่น บอกให้หิวหม หรือเขียนหนังสือจะทำไม่ได้ และ Gait apraxia หมายถึง การเดินของผู้ป่วยผิดปกติ โดยเดินลักษณะไม่มั่นคงและหกล้มง่าย

การศึกษาของ นำพล กิ่งก้าน (2553) และกรมสุขภาพจิต (2547) ได้กล่าวว่า ภาวะสมองเสื่อม เป็นภาวะที่มีกลุ่มอาการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมซึ่งมีผลมาจากการทำงานที่ผิดปกติของสมองที่มีความบกพร่องของความจำหลายด้าน โดยแสดงออกทั้งความจำเสื่อมและมีความผิดปกติด้านการรับรู้ การใช้ภาษา ไม่สามารถจำหรือรู้จักสิ่งต่าง ๆ และมีความผิดปกติในหน้าที่เชิงบริหารโดยก่อให้เกิดความบกพร่องทางสังคมหรือการทำงานและแสดงถึงความสามารถที่ลดลงอย่างชัดเจน การดำเนินของโรคเริ่มอย่างช้า ๆ และมีความจำที่เสื่อมลงอย่างต่อเนื่อง พบว่า ในระยะแรกของโรคสมองเสื่อมผู้สูงอายุจะดูปกติเหมือนคนทั่วไป ผู้สูงอายุน่าจะช่วยเหลือตนเองได้จะสังเกตเห็นความผิดปกติค่อนข้างยาก ระยะนี้ผู้สูงอายุน่าจะมีการสูญเสียความจำระยะสั้นมักมีการถามซ้ำซากจนผิดสังเกตและผู้สูงอายุจะจำเหตุการณ์ในอดีตได้ดีกว่า มีปัญหาการใช้ภาษา การใช้คำต่าง ๆ ในการพูด อาการเริ่มแรกของโรคสมองเสื่อมที่สามารถสังเกตได้และพบบ่อยที่สุด ได้แก่ อาการหลงลืม ในระยะกลางของโรคสมองเสื่อม ผู้สูงอายุเริ่มมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป มีปัญหาด้านพฤติกรรมและปัญหาสุขภาพจิต อาจมีอาการทางจิต เช่น หูแว่ว เห็นภาพหลอนหรือหลงผิด อาจมีอาการแปรปรวนโดยไม่มีสาเหตุที่ชัดเจน หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย โกรธรุนแรงในเรื่องเล็กน้อย เวลาโกรธอาจพูดจาหยาบคายมาก ๆ แบบคาดไม่ถึง หรืออาจมีปฏิกิริยาทำร้ายร่างกาย ทบตี หรือกัดคนอื่น รวมทั้งไม่เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของคนอื่น หรือสถานการณ์รอบตัวขณะนั้น ไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากขึ้น ในระยะท้ายของโรคสมองเสื่อม ผู้สูงอายุจะมีการสูญเสียการรับรู้ เวลา สถานที่ และบุคคลทำให้พลัดหลงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย และไม่สามารถบอกความต้องการได้ทำให้ขับถ่ายเลอะเทอะ ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมดในการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี (2557) ที่พบว่า โรคสมองเสื่อมเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรทั่วโลก ภาวะสมองเสื่อมเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มอาการหรือสมองเสื่อมไม่ใช่โรค แต่เป็นอาการของโรคที่มีสาเหตุต่าง ๆ ซึ่งมีทั้งกลุ่มที่สามารถหาสาเหตุได้ และหาสาเหตุไม่ได้ พยาธิสภาพของโรคส่วนใหญ่อยู่ที่สมองใหญ่

(Cerebellum) ซึ่งมีผลจากการทำงานที่ผิดปกติทางสมองก่อให้เกิดผลกระทบต่อการทำงาน กิจกรรมประจำวัน การศึกษาของ กรมสุขภาพจิต (2547) ระบุว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่มีกลุ่มอาการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมซึ่งมีผลมาจากการทำงานที่ผิดปกติของสมอง มีการเสื่อมลงของความจำเรื่อย ๆ (ซึ่งมักจะนำผู้สูงอายุมาพบแพทย์) ร่วมกับการทำงานที่ลดลงของสมองขั้นสูง (Cognitive function) อันประกอบด้วย ส่วนของสมาธิ ความจำ ความคิด การตัดสินใจ เป็นต้น และอาจมีผลทำให้เกิดอาการผิดปกติทาง Neuropsychiatric symptoms มีผลกระทบต่อการทำงานต่าง ๆ ตามปกติของผู้ป่วย อาทิ กิจกรรมประจำวัน (Activities of daily living) และสังคม ป่วยมาอย่างน้อย 6 เดือน

5.2.2 การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชนและปัญหาในการดูแลในปัจจุบัน

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ พาวูตมิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง (2556) พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในเพศหญิง ร้อยละ 13.93 -15.0 เพศชาย ร้อยละ 8.0 - 8.90 สำหรับด้านอายุของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จากการศึกษาวิจัย พบว่า อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมอยู่ในช่วงอายุ 71-80 ปี ร้อยละ 55.4 อายุมากกว่า 81 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20.1 อายุ 61-70 ปี ร้อยละ 18.7 และมีอายุต่ำกว่า 60 ปี ร้อยละ 5.8 สอดคล้องกับการศึกษาของ พาวูตมิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง (2556) นำพล กิ่งก้าน (2553) และอาทิตยา สุวรรณ และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2559) พบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มอายุ 70-79 ปี พบร้อยละ 14.70 และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 32.50 อุบัติการณ์ตามเพศ พบว่า เพศหญิงมีอุบัติการณ์มากกว่าเพศชายในโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และเพศชายมากกว่าเพศหญิงในโรคสมองเสื่อมจากหลอดเลือดในประชากรอายุมากกว่า 85 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 20-40 ปัจจุบันเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมพันธุกรรมจะมีการถ่ายทอดทางยีนส์ กลุ่มคนที่มีเขาวนปัญญาต่ำชนิดดาวน์ซินโดม และการได้รับผลกระทบกระเทือนทางศีรษะ และจากการศึกษาของ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2551) พบว่า ประชากรทั้งประเทศโดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุ ร้อยละ 13.18 ของจำนวนประชากรและคาดว่าในปี 2583 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 32.13 โดยเฉพาะผู้สูงอายุช่วงกลางและช่วงปลาย (70 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.9 เป็นร้อยละ 18.1 ทำให้เกิดปัญหาภาระพึ่งพิงทางสังคมของผู้สูงอายุ (Social dependency) การศึกษาของ กรมสุขภาพจิต (2547) กล่าวว่า อัตราการพึ่งพิงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.7 ในปี 2553 เป็นร้อยละ 58.3 ในปี 2583 ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาระเรื้อรังที่พบมากที่สุดและผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ

2) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

ผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.9 เป็นเพศชาย ร้อยละ 20.1 มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 61.5 บุตรสะใภ้ ร้อยละ 11.9 สอดคล้องกับการศึกษาของ นำพล กิ่งก้าน (2553) กรรณิกา รักยิ่งเจริญ (2556) และ Zarit et al (1998) กล่าวว่า ผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกในครอบครัวหรือญาติเป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น มักเป็นสมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางกฎหมายหรือทางสายเลือด ญาติหรือบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วยอาจเป็น คู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่ น้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมอย่างใกล้ชิด เป็นผู้ดูแลหลักที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยสูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมโดยตรงโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็น ค่าจ้างหรือรางวัลใด ๆ และผู้ดูแลที่เป็นผู้รับจ้างนั้นถือว่าเป็น Secondary caregiver จะเป็นบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแลเท่านั้น อาจจะช่วยทำกิจกรรมบางอย่างแต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ตามการศึกษาของ Zarit et al (1998) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Schulz R., et al (1989 อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2547) ที่กล่าวว่า เป็นแรงจูงใจที่เกิดจากความเอื้ออาทรต่อกัน (Altruistic motivation) เป็นแรงจูงใจที่เกิดจากความเห็นอกเห็นใจกัน ความสงสารที่มีต่อผู้ที่ต้องการพึ่งพิงโดยอาจมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น เป็นคนในครอบครัวเดียวกัน เกี่ยวข้องเป็นญาติหรือมีบุญคุณต่อกันมาก่อน จึงทำให้เกิดความผูกพันและรู้สึกอยากช่วยเหลือ สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญแข ชิวะพันธ์ (2545 อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2547) ได้กล่าวไว้ว่า การดูแลเป็นการแสดงความสนใจห่วงใยการดูแลมีความเกี่ยวข้องเก็บอารมณ์มีความรู้สึกเอาใจเขามาใส่ใจเรา สนใจ เป็นห่วง ต้องการปกป้องและอุทิศให้การดูแลที่พัฒนาขึ้นในบุคคลมี 3 ระยะ คือ 1) ความผูกพัน 2) ความพยายามที่จะให้ความใกล้ชิด และ 3) การแสดงยืนยันความห่วงใย ถ้าการพัฒนาไม่ครบทั้ง 3 ระยะนี้ จะไม่ถือว่าเป็นการดูแล มุมมองของการดูแลแล้วเป็นลักษณะประจำของมนุษยชาติ การดูแลมีความเกี่ยวข้องเก็บอารมณ์ มีความรู้สึกเอาใจเขามาใส่ใจเรา สนใจ เป็นห่วง ต้องการปกป้องและอุทิศให้การดูแล การดูแลเป็นการแสดงสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลจึงเป็นการดูแลที่เกิดขึ้นในครอบครัวระหว่างคนใกล้ชิด การดูแลเป็นการปฏิบัติการเพื่อการรักษาพยาบาล การอธิบายกิจกรรมที่ดูแลต้องใช้ข้อเท็จจริงทางวิทยาศาสตร์ การพยาบาล การแพทย์ และศาสตร์อื่น ๆ ผู้ดูแล ในทัศนะนี้ จะต้องมีความรู้และทักษะ จากการศึกษาวิจัยนี้ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพซึ่งจากเดิม ผู้ดูแลกลุ่มนี้จะมีการประกอบอาชีพแต่ได้ลาออกจากงานมาเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม โดยเฉพาะ ระยะเวลาในการดูแลน้อยกว่า 2 ปี บางครอบครัวใช้ระยะเวลาในการดูแล 2-4 ปี ผู้ดูแล จะมีการดูแลใน 3 ด้าน คือ ด้านทางกาย ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และทางจิตใจ ซึ่งจะสอดคล้องกับการศึกษาของ กรมสุขภาพจิต (2548) กล่าวถึงบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ต้องดูแลในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้ 1) ดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลจะสนับสนุนให้ผู้สูงอายุป่วยด้วย

โรคสมองเสื่อมปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ส่วนในรายที่ไม่สามารถปฏิบัติได้เลยผู้ดูแลควรให้การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมกระทำกิจวัตรให้นานที่สุดเพื่อรักษาความมีคุณค่าของผู้สูงอายุ 2) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ อาการทางจิตและพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเป็นปัญหาที่อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เช่น อาการตื่นเต้น วุ่นวาย (Agitation) เดินออกจากบ้าน และหลงทาง (Wandering) อาการจิตประสาทหลอน (Hallucination) อาการหลงผิด (Delusion) และความจำเสื่อม การให้การดูแลช่วยเหลือ ผู้ดูแลควรจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยและมั่นคงเหมาะสมกับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม โดยเก็บของที่อาจเกิดอันตราย เช่น มีด ไม้ หรือของต่าง ๆ เก็บใส่ตู้หรือเก็บไว้ชั้นบนที่สูง บรรยากาศภายในบ้านต้องมีแสงสว่างเพียงพอ มีป้ายชื่อ เบอร์โทรศัพท์ติดตัวผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการพลัดหลง 3) การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การป้องกันการปอดอักเสบ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุการตายในผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในระยะสุดท้าย โดยมีสาเหตุมาจากการสำลักอาหารหรือจากการที่ร่างกายไม่ได้รับความอบอุ่นอย่างเพียงพอ การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะสาเหตุจากการที่ปัสสาวะไม่ออกหรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ผู้ดูแลต้องหมั่นทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ให้กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม และฝึกให้ขับถ่ายเป็นเวลา การป้องกันการเกิดแผลกดทับ จากการได้รับยานอนหลับในขนาดสูงจนทำให้เกิดการระงับของยา เกิดผลเสียต่อสุขภาพด้วยจะทำให้เกิดการง่วงซึมตลอดเวลาทำให้เกิดแผลกดทับบริเวณผิวหนัง กลายเป็นแผลตามมาได้ และ 4) การคงไว้ซึ่งความจำ ผู้ดูแลควรให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมได้รู้จักตนเองและสิ่งแวดล้อมรอบตัวตามความเป็นจริง (Reality orientation) ให้มากที่สุด ฝึกให้รู้ว่าตนเองเป็นใคร อยู่ที่ไหน รู้วัน เดือน ปี เวลา รู้ เพราะเหตุการณ์ในอดีตจะลืมหลังสุด โดยวิธีการต่าง ๆ เช่น ดินนาฬิกาที่มีตัวเลขขนาดใหญ่และชัดเจน ดัดปฏิทินแสดง วัน เดือน ปี หน้าห้องให้เขียนชื่อผู้สูงอายุด้วยอักษรตัวใหญ่พร้อมติดรูปของผู้สูงอายุไว้ด้วย แหวนป้ายชื่อบุตร ชื่อสมาชิกคนในครอบครัวเพื่อกระตุ้นความจำ

5.2.3 การเข้าถึงบริการทางการแพทย์

จากการศึกษาสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมที่มีผู้สูงอายุมารับบริการรักษาในระบบสาธารณสุขตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558–2559 ในหน่วยงานของกรมสุขภาพจิตและกรมการแพทย์ พบว่า ในปี 2558 มีผู้สูงอายุที่มารับบริการรักษาเกี่ยวกับสมองเสื่อมจากหน่วยงานกรมการแพทย์ จำนวน 3,609 คน จากหน่วยงานกรมสุขภาพจิต จำนวน 7,156 คน และในปี 2559 จากหน่วยงานกรมการแพทย์ จำนวน 8,252 คน จากหน่วยงานกรมสุขภาพจิต จำนวน 11,514 คน จะเห็นว่าแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมจะเกิดภาวะทุพพลภาพและมีภาวะพึ่งพาซึ่งต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นและต้องการการดูแลระยะยาวซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัว ผู้ดูแล และระบบบริการสุขภาพ ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ สองในสามของผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคในระดับปฐมภูมิโดยเฉพาะ

ร้อยละ 91 ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะแรกจะไม่ได้รับการวินิจฉัย เพราะในช่วงระยะแรก ๆ ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและผู้ดูแลคิดว่าไม่ใช่ปัญหาจึงยังไม่เข้าสู่กระบวนการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Valcour VG et al (2000) พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมจะมาพบแพทย์ และได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นสมองเสื่อมในระดับปานกลาง หรือระดับรุนแรงแล้ว การเข้าถึงระบบบริการดูแลรักษาในระบบสาธารณสุข พบว่า การเข้าถึงระบบบริการรักษายังมีความล่าช้า เนื่องจากญาติ/ผู้ดูแล/ผู้สูงอายุเองไม่ทราบว่าเป็นการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมเพราะผู้ดูแลไม่สามารถแยกแยะว่าเป็นการเจ็บป่วยด้วยภาวะสูงอายุหรือภาวะสมองเสื่อมที่จำเป็นต้องรักษา ดังนั้นการเข้าถึงระบบบริการรักษาก็ต่อเมื่อผู้สูงอายุมีภาวะที่วุ่นวายหรือสร้างความเดือดร้อนให้กับผู้ดูแลโดยเฉพาะการหลั่งมึนอย่างรุนแรงจนส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุเอง เช่น การเดินออกนอกบ้านแล้วกลับไม่ถูก การรื้อของในบ้านตลอดเวลา บางรายอาจมีอาการทางจิตร่วมด้วย เช่น ระวังแก้วคนจะมาเอาสมบัติ เห็นภาพหลอน เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชณี นามจันทร์ (2553) ที่พบภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของสมองด้านการรู้คิดและสติปัญญา โดยมีการเสื่อมของความจำเป็นอาการเด่น จากพฤติกรรมเหล่านี้จึงทำให้ผู้ดูแลจึงตัดสินใจพาผู้สูงอายุกลุ่มนี้เข้ารับการรักษาซึ่งเมื่อได้เข้าสู่กระบวนการรักษาแล้วแพทย์จึงวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมแต่ระยะการดำเนินของโรคจะดำเนินไปในระยะกลางสู่ระยะปลายแล้ว จึงเป็นเหตุให้การเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงกลายเป็นกลุ่มที่พึ่งพิงต่อผู้ดูแล/ครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธาณี รวยบุญส่ง (2552) ระบุว่า วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสภาวะทางสังคม การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก ในขณะที่วัยผู้สูงอายุยังมีความต้องการใน 3 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ และด้านสังคม เศรษฐกิจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2550) กล่าวถึงความต้องการของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความต้องการด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ความต้องการทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ และความต้องการทางด้านสังคม เศรษฐกิจของผู้สูงอายุ และการศึกษา ของ กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ์ (2554) ศึกษาเรื่อง ปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD) : แนวคิดและการรักษา ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่ว่าภาวะสมองเสื่อมนั้นจะเกิดจากเหตุใด ผู้ป่วยสมองเสื่อมกว่าร้อยละ 90 จะมีปัญหานี้ร่วมด้วยในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งของการดำเนินโรคและรุนแรงจนจำเป็นต้องได้รับการรักษา ปัญหานี้สามารถพบได้ในทุกระดับความรุนแรงแม้กระทั่งในกลุ่มผู้ป่วย Mild Cognitive Impairment (MCI) แต่จะพบปัญหานี้บ่อยที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อมขั้นรุนแรง โดยอาการมักจะขึ้น ๆ ลง ๆ เกิดซ้ำได้บ่อย ๆ และปัญหาดังกล่าวมักจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นอย่างมาก ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาและอัตราการรับตัวของผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงมาก เมื่อเทียบกับผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ไม่มีปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ

การศึกษาของ นำพล กิ่งก้าน (2553) กล่าวว่า ในการวินิจฉัยโรค จะมีการประเมินแยกโรคในกลุ่มโรคสมองเสื่อม Alzheimer's disease และ Vascular dementia ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ บางครั้งจะมีลักษณะคล้ายโรคสมองเสื่อม คือ มีความจำลดลง เช่น ความจำ สมาธิ การใช้สติปัญญา ลดลง มีภาวะเพ้อ การมีความจำและสติปัญญาลดลงสามารถพบได้ทั้งในโรคสมองเสื่อมและภาวะเพ้อ แต่ในภาวะเพ้อจะมีการขึ้น ๆ ลง ๆ สมาธิจะเสีย ระดับความรู้สึกตัวจะเปลี่ยนไปในขณะที่โรคสมองเสื่อม มีลักษณะอาการจะไม่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว แต่จะค่อย ๆ เสื่อมลง และลักษณะเด่นจะเป็น ความจำและสติปัญญาเสียไปพบภาวะเพ้อเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคสมองเสื่อม ปัญหาที่พบในการศึกษาทางระบาดวิทยาของภาวะสมองเสื่อมจะเกิดจากเกณฑ์การวินิจฉัยมีการเปลี่ยนแปลงตามเวลาที่ผ่านไป และเกณฑ์การวินิจฉัยในแต่ละการศึกษาอาจแตกต่างกันประชากรที่ศึกษามีความแตกต่างกัน การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมอาศัยประวัติเป็นสำคัญและผู้ป่วยที่มีสมองเสื่อมหรือมีอาการทางจิตประสาทมักให้ประวัติได้ไม่ดี และบ่อยครั้งที่ไม่สามารถซักประวัติจากคนใกล้ชิดการวินิจฉัยโรคกลุ่มนี้มักต้องใช้เวลา การวินิจฉัยโรคในกลุ่มนี้ต้องอาศัยการตรวจเพิ่มเติมเพื่อช่วยการยืนยันการวินิจฉัยที่แน่นอน การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมจะอาศัยจากการตรวจร่างกาย การตรวจทางระบบประสาท การตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยจะมีการทดสอบใช้เครื่องมือ MMSE เพื่อจะวัดในด้านความผิดปกติของภาษา ความบกพร่องในการประกอบกิจกรรม ความจำต่าง ๆ เพื่อประกอบการวินิจฉัย การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมองทำโดยการซักประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน การรักษาโรคสมองเสื่อมมี 2 แบบ คือ การรักษาแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา การรักษาแบบใช้ยาจะเน้นในการรักษาผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเป็นหลัก ซึ่งจะอยู่ในความดูแลของแพทย์เพื่อปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยให้อยู่ในความเหมาะสม และการรักษาโดยไม่ใช้ยาจะเน้นทั้งตัวผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและผู้ดูแล โดยจะมีการทำกลุ่มสุขศึกษาเพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะเกิดภาวะการณืพึ่งพาผู้อื่นตั้งแต่เรื่องการดำเนินชีวิตประจำวัน การพาไปรักษาทางการแพทย์ตลอดจนการดำรงชีวิตในสังคมในขณะเดียวกันในการช่วยการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสมองให้กับผู้สูงอายุไม่ให้เสื่อมถอยไป ผู้ดูแลจะมีบทบาทอย่างมากในการฟื้นฟูสมรรถภาพ คือ เรื่องการฟื้นฟูความทรงจำ การกระตุ้นในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น

กระบวนการดูแลรักษาบริการทางการแพทย์ จะให้ความสำคัญกับผู้ดูแลตั้งแต่เริ่มกระบวนการรักษาเพราะการประเมินวินิจฉัยแพทย์ต้องอาศัยประวัติของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีความสำคัญอย่างมากในกระบวนการรักษาจำเป็นต้องมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ผลการศึกษาของ สถาบันประสาทวิทยา (2557) พบว่า ปัจจุบันแนวทางในการดูแลรักษาโรคสมองเสื่อมในปัจจุบัน แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การรักษาโดยการให้ยา และไม่ใช้ยา คือ

1) การรักษาโดยใช้ยา ส่วนใหญ่มุ่งเน้นเพื่อรักษาตามอาการเนื่องจากปัญหาสมองเสื่อมในผู้ป่วยอัลไซเมอร์เกิดจากการขาดสารเคมี การใช้ยาเพื่อช่วยควบคุมความผิดปกติทางพฤติกรรมและรักษาอาการทางจิต เช่น หลงผิดหรือเห็นภาพหลอน อาการกระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง วุ่นวาย การใช้ยาในกลุ่มยารักษาโรคจิตแต่ต้องระวังการเกิดผลข้างเคียงต้องประเมินอย่างรอบด้าน (American Psychiatric Association. 2007) การรักษาด้วยยาในผู้ป่วยสมองเสื่อมจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรักษาโดยใช้ยายังไม่สามารถรักษาหรือหยุดขบวนการเสื่อมของสมองให้หายขาดได้เพียงช่วยควบคุมรักษาอาการให้ดีขึ้น

2) การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological interventions) การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Pharmacological) เป็นการบำบัดช่วยเหลือด้านพฤติกรรมและด้านการรู้คิดสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม เหมาะที่ใช้อยู่ในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะแรกถึงระยะกลางที่มีความวิตกกังวลโดยการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งอาจทำได้หลายรูปแบบมีทั้งการบำบัดแบบกลุ่มและการบำบัดแบบรายบุคคลทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแล มีรูปแบบการบำบัด คือ การรักษาที่เน้นความรู้ปัญญา (Cognition oriented) การรักษาที่เน้นเรื่องอารมณ์ (Emotion oriented) การรักษาที่เน้นการกระตุ้น (Stimulation oriented) การรักษาที่เน้นพฤติกรรม (Behavior oriented) และ การรักษาที่เน้นผู้ดูแล (Caregiver oriented)

นอกจากการดูแลทางการแพทย์แล้ว ผู้ดูแลจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเนื่องจากผู้ดูแลต้องเป็นหลักในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมอย่างมากในเรื่องการเตรียมอาหารให้ผู้สูงอายุ รongลงมา คือ เป็นการช่วยอาบน้ำให้ ช่วยแต่งกายให้ แต่เป็นการเตรียมอาหาร เตรียมอุปกรณ์สำหรับผู้สูงอายุเท่านั้น ผู้ดูแลจะพยายามให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดเพื่อคงไว้ซึ่งศักยภาพของผู้สูงอายุเอง ไม่ให้เสื่อมไปตามสมรรถภาพทางด้านสังคม ผู้ดูแลจะเป็นหลักในการพาผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไปพบแพทย์ซึ่งจากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลให้ความสำคัญเรื่องการพบแพทย์หรือเรื่องรักษาอย่างมากเพราะต้องการให้ผู้สูงอายุหายหรืออาการดีขึ้น ทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลจะพยายามจัดสรรเวลาให้กับผู้สูงอายุให้มากที่สุด ผู้ดูแลบางครอบครัวจำเป็นต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งสิ่งเหล่านี้ได้ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเองด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญแข ชิวยะพันธ์ (2545 อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2547) ที่มีการแบ่งผู้ดูแล เป็น 2 แบบ คือ ผู้ดูแลอย่างมีโครงสร้าง และผู้ดูแลอย่างไม่มีโครงสร้าง คือ

1) การดูแลจากสมาชิกในครอบครัว เป็นบริการที่พยายามใช้ความแข็งแกร่งของครอบครัว เป็นเครื่องมือในการให้บริการ เป็นการให้อำนาจครอบครัวเข้าไปมีส่วนร่วมกับการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยคำนึงถึงพื้นฐานหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว

2) การดูแลจากหน่วยงานเป็นการจัดบริการเพื่ออำนวยความสะดวกในสถานที่พักอาศัย โดยจัดเป็นศูนย์ที่ให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและสังคม วัตถุประสงค์ของการดูแลในสถาบันที่สำคัญ คือ การให้ที่อยู่อาศัย ให้มีที่พึ่งพิง การอำนวยความสะดวกในด้านต่าง ๆ และบริการพื้นฐานด้านปัจจัย 4

การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมนั้น จะเป็นการดูแลแบบองค์รวม คือ ด้านทางกาย ทางจิตใจ และสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิรินทร ฉันทศิริกาญจน (2555) กล่าวว่า การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมนั้น จะต้องให้ครอบคลุมปัญหาทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านสติปัญญา ด้านพฤติกรรมบุคลิกภาพ และด้านอาการทางจิตประสาท การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจากประสบการณ์ที่ผ่านมา พบว่า อาการและสุขภาพของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมนั้น ต้องขึ้นกับความพร้อมของสมอง ความรู้ และการปรับตัวของครอบครัวและผู้ดูแลเป็นสำคัญ

ผลกระทบจากการดูแลในหลาย ๆ ด้าน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมได้รับผลกระทบใน 3 ด้าน คือ ด้านจิตใจ ด้านร่างกาย และด้านสังคม และเศรษฐกิจ สอดคล้องกับการศึกษาของ นำพล กิ่งก้าน (2553) คือ ผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ (Psychological) อันเนื่องมาจากอาการของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเป็นภาวะที่เกิดจากการดูแลเนืองจากยี่งนานวันภาวะในการดูแลก็ยิ่งมากขึ้น ผลกระทบทางด้านจิตใจมีความสัมพันธ์กับอาการทางพฤติกรรมและความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีความพร้อมในพฤติกรรมดูแลตนเองมากขึ้น ผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบทางจิตใจเพิ่มขึ้นเช่นกัน ซึ่งผลกระทบทางจิตใจ คือ ความรู้สึกสูญเสียผู้ที่ตนรักจากการที่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป กลายเป็นบุคคลที่มีความรุนแรงส่งผลให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวเกิดความรู้สึกสูญเสียผู้ที่ตนรักไปทั้ง ๆ ที่ยังมีชีวิตอยู่ ผู้ดูแลจะเกิดอารมณ์เศร้า ไม่มีกำลังใจ รู้สึกไม่มีแรง รู้สึกผิด รู้สึกไม่สุขสบาย บางครั้งผู้ดูแลจะโกรธทะเลาะกับผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ และจะเกิดความรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเองภายหลังทำให้ผู้ดูแลต้องดูแลผู้สูงอายุตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสพบปะเพื่อนฝูง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Physical) ผลการศึกษาของ ซาบาเลกกี และคณะ (Zabalegui et al. 2008 อ้างถึงใน นำพล กิ่งก้าน. 2553) พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมได้รับผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายไม่มีเวลาพักผ่อน และไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง มีร่างกายอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เกิดโรคแทรกซ้อนได้ ทำให้มีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น (Increase health problem) ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socio economic problem) อาจเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน (Change in working pattern) มีผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมหลายรายที่ต้องปรับลักษณะการทำงานของตนเองให้เข้ากับภาวะในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เช่น อาจเปลี่ยนจากการทำงาน

เต็มเวลา มาทำงานบางเวลา หรือบางรายอาจต้องเสียสละออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลาทำให้ รายได้ลดลง และบางรายอาจเป็นหนี้สินเพิ่มขึ้นด้วย นอกจากนี้ อาจพบความขัดแย้งในครอบครัว เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมต้องมีค่าใช้จ่ายสูง เช่น ค่าใช้จ่ายในการดำเนิน ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ค่ายา ค่าอุปกรณ์ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ค่าจ้างผู้ดูแล เป็นต้น

ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล ผลการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2547) เรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุ : การสังเคราะห์องค์ความรู้ กล่าวถึง ปัญหาของผู้ดูแล คือ ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องโรค และการดูแล ปัญหาทางด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เช่น อาการกระวนกระวาย ไม่อยู่นิ่ง (Agitation) ของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดในผู้ดูแล มากที่สุด ความเชื่อและทัศนคติ (Belief and Attitude) ผู้ดูแลมักจะเชื่อว่าอาการสมองเสื่อมนั้นเป็นผล มาจากกรรมเก่าของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและผู้ดูแล เพื่อนบ้านและชุมชนก็คิดว่าเป็นหน้าที่ ของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแลจึงมีการหยิบยื่นความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม และผู้ดูแล ค่อนข้างน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลีวรรณ อุณนาภิรักษ์ (2547) ที่กล่าวว่า ญาติผู้ดูแลเกิดปัญหาและได้รับผลกระทบในทุกด้านโดยปัจจัยที่มีผลเสริมให้เกิดความตึงเครียดกับ ผู้ดูแล ได้แก่ การที่ผู้ดูแลอายุมากและมีปัญหาด้านสุขภาพไม่มีการแบ่งเบาภาระ

ด้านความต้องการของผู้ดูแล ผลการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2547) เรื่อง ผู้ดูแลผู้สูงอายุ : การสังเคราะห์องค์ความรู้ กล่าวถึง ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (Demands on information) ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทางร่างกายของ ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม การพยากรณ์โรค การดำเนินโรค ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับ ผู้สูงอายุเอง ความต้องการด้านเวลา (Demands on time) ระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่เรื้อรังมานาน กับระยะเวลาการดำเนินโรคที่เกิดขึ้นยาวนานนั้น ทำให้เกิดผลกระทบกับเวลาของการดูแลที่มากขึ้น ผู้ดูแลจึงต้องมีการจัดตารางประจำวันและบทบาทที่ต้องการให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุหลายชั่วโมง ในหนึ่งวัน โดยให้การดูแลทั้งในด้านอารมณ์และด้านร่างกาย ความต้องการการช่วยเหลือในการดูแล (Assistance with care) การได้รับการช่วยเหลืออย่างเป็นทางการหรือจากการช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม จะสามารถลดภาระของผู้ดูแลลงได้ โดยเฉพาะกับผู้ดูแลที่มีบทบาทในหลาย ๆ ด้าน ทั้งงานนอกบ้าน ในบ้าน ในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมนั้น ซึ่งอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาจึงจำเป็นต้องมี ทั้งผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง รวมทั้งผู้ให้การช่วยเหลือเป็นครั้งคราว ได้แก่ คำแนะนำและความรู้ในการดูแล ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม สิ่งอำนวยความสะดวกและอุปกรณ์ที่ช่วยในการดูแลที่เหมาะสมกับ สภาพแวดล้อมภายในบ้านรวมทั้งการแนะนำแหล่งที่เป็นประโยชน์ที่สามารถแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วย และผู้ดูแลเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นในระหว่างการดูแลผู้ป่วย ความต้องการทางด้านรายได้ (Demands on finances) การให้การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมที่อยู่ในภาวะพึ่งพานั้น ผู้ดูแลต้องมี

ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแล เช่น ค่าเดินทาง ค่ารักษา ค่ายา ค่าอาหาร ค่าเครื่องนุ่งห่ม ค่าอุปกรณ์ ค่าน้ำ ค่าไฟ และค่าโทรศัพท์ ทั้งนี้ ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลส่วนมากจะมีบทบาทในเรื่องช่วยเหลือค่าใช้จ่ายแก่ผู้สูงอายุ ความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจเพื่อช่วยเหลือและบรรเทาความกลัวต่าง ๆ ได้แก่ กลัวความรับผิดชอบที่ต้องดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม กลัวการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตรวมทั้งต้องการพูดคุยกับเพื่อนหรือญาติเพื่อลดความตึงเครียด

5.2.4 การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน

กระบวนการในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน เป็นการทำงานโดยใช้เครือข่ายภาคประชาชน โดยอาศัยวัฒนธรรมชุมชน กระบวนการทำงานร่วมกับภาคีอื่น ๆ และระบบเทคโนโลยีเป็นเครื่องหนุนเสริมให้เกิดการรวมตัวโดยเครือข่ายภาคประชาชนเกิดขึ้น ทั้งจากการเห็นความจำเป็นในการรวมพลังเพื่อแก้ไขปัญหาเกิดจากการเรียนรู้และการถ่ายทอดประสบการณ์ร่วมกัน ในการทำงานภาคประชาชนนั้น เป็นการเพิ่มความเข้มแข็งให้กับชุมชนในการปรับเปลี่ยนเรียนรู้และการจัดการตัวเองของชุมชนและเป็นการสร้างโอกาสสร้างศักยภาพของเครือข่าย และขยายกลุ่มองค์กรชุมชนไปยังเครือข่ายต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชนนั้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนในการขับเคลื่อนกิจกรรมที่เกิดจากแนวความคิดและมุมมองของคนในชุมชนในการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นการติดต่อสัมพันธ์กับคนหรือในองค์กรทั้งแนวตั้งและแนวนอน มีการพึ่งพาอาศัยกัน เอกลักษณะของสังคมไทย คือ การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ วันทนีย์ วาสิกะสิน, สุรางค์รัตน์ วศินารมย์ และกิติพัฒน์ นนทปัทมดูล (2550) การมีน้ำใจใส่ใจที่จะช่วยเหลือผู้ตกทุกข์ได้ยาก ซึ่งเป็นวัฒนธรรมของสังคมไทยที่มีมาแต่อดีต ผลการศึกษา ผู้วิจัยได้ใช้จุดแข็งของชุมชน คือ ระบบวัฒนธรรม ความเชื่อ ความไว้วางใจและการเข้าใจถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในระดับชุมชนเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนกิจกรรมต่าง ๆ โดยให้เครือข่ายภาคประชาชนมองปัญหาในมุมเดียวกัน และมีเป้าหมายร่วมกันในการพัฒนาโดยมีการกำหนดกิจกรรมร่วมกัน คือ มีการจัดทำระบบลงทะเบียนผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมพร้อมกับการค้นหาผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม มีการประชาสัมพันธ์องค์ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม โดยทำเป็นแผ่นพับ หรือเสียงตามสายในชุมชน เพื่อรณรงค์ให้ผู้สูงอายุตระหนักในการดูแลสุขภาพมากขึ้น มีการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมโดยเยี่ยมบ้านแบบไม่เป็นทางการกับเป็นทางการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิโรจน์ วรรณภีระ (2555) ที่กล่าวว่า การเยี่ยมบ้านจะเป็นการเยี่ยมเพื่อดูแลความเจ็บป่วยทั้งในภาวะฉุกเฉินกับไม่ฉุกเฉิน เพื่อเป็นการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและครอบครัว โดยมีกระบวนการในการเยี่ยมบ้านดังนี้

1) ระยะก่อนเยี่ยมบ้าน ระยะนี้มีความสำคัญมากเพราะขั้นตอนนี้จะเป็นการวางแผนเตรียมความพร้อม และกำหนดขั้นตอนที่สำคัญก่อนที่จะออกไปเยี่ยมบ้าน

2) ระยะเยี่ยมบ้าน เป็นระยะของการปฏิบัติให้การประเมินทั้งด้านร่างกายจิตใจและสิ่งแวดล้อมของครอบครัวเพื่อวินิจฉัยโรค/ปัญหาเบื้องต้น และให้การช่วยเหลือโดยดำเนินการตามแผนที่วางไว้หรือปรับได้ตามสภาพการณ์จะช่วยให้การเยี่ยมบ้านประสบความสำเร็จและราบรื่นมากยิ่งขึ้น ดังนั้น ผู้เยี่ยมที่ดีผู้เยี่ยมต้องมีทักษะที่สำคัญ คือ ทักษะในการสื่อสาร (Communication skills) เพื่อสร้างความสัมพันธ์และความไว้วางใจและต้องหลีกเลี่ยงการวิพากษ์วิจารณ์ในสิ่งที่พบเห็น ทักษะในการค้นหาและแก้ปัญหา (Problem tracing and solving skills) โดยเน้นการจัดการแบบองค์รวม การให้บริการดูแลด้านจิตวิทยาและสังคม (Psychosocial care) และการใช้เครื่องมือทางเวชศาสตร์ครอบครัว (Family tools)

3) ระยะหลังเยี่ยมบ้าน หลังจากที่มีการเยี่ยมบ้านทุกครั้งผู้เยี่ยมจะต้องกิจกรรมที่สำคัญ คือ การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านในแฟ้มครอบครัว หรือ OPD card หรือในระบบอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอาจใช้รูปแบบ SOAP ได้แก่ Subjective ข้อมูลที่ได้รับคำบอกเล่าของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ Objective ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและตรวจพบ โดยผู้เยี่ยม Assessment ประเมินและระบุปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว Plan management เป็นการแก้ปัญหาอย่างครอบคลุม เบ็ดเสร็จ ผสมผสาน ต่อเนื่อง และแบบองค์รวม การวิเคราะห์และการวางแผนแก้ปัญหาและการวางแผนติดตามหรือเยี่ยมครั้งต่อไป ระบุจำนวนครั้งของการเยี่ยมบ้านหรืออายุการเยี่ยมบ้านถ้าภารกิจสิ้นสุด อนึ่ง ภายหลังจากการเยี่ยมบ้านอาจจะจัดให้มีการประชุมสรุปการเยี่ยมบ้าน (Post-visiting conference) เช่นเดียวกับการประชุมก่อนเยี่ยมบ้าน หรืออาจทำในวันเดียวกันเพื่อให้การดำเนินการครบวงจร

ในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมนั้น ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีการติดต่อกับบุคคลอื่นเพื่อขอความช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ในด้านต่าง ๆ ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น นอกจากขอความช่วยเหลือภายในครอบครัวแล้ว ยังต้องรู้จักหน่วยงานต่าง ๆ ในสังคมที่เป็นเครือข่ายในการให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งการรู้จักหรือขอความช่วยเหลือจากแหล่งต่าง ๆ ถือว่าเป็นเครือข่ายแบบหนึ่ง ซึ่งมีรูปแบบของเครือข่ายเป็นการสนับสนุนทางสังคมอีกรูปแบบหนึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ พิชามณูชู่ โตโหมงาม (2552 : 37) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การแสดงปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ผู้ให้การสนับสนุนจะแสดงออกถึงความสนใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ ข้อมูลข่าวสารหรืออารมณ์โดยที่มีลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์กัน ประกอบด้วย การถ่ายทอดข้อมูลสาระสำคัญที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีคนเอาใจใส่และมีความรักความหวังดีและรู้สึกว่าคุณค่า เป็นที่ยอมรับในสังคมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และเป็นประโยชน์แก่สังคม และดังคำกล่าวของ ไพศาล แยมวงศ์ (2555) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมคือ การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในรูปแบบต่าง ๆ กับแหล่งเอื้ออำนวยทางสังคมของตน เช่น ครอบครัว เพื่อน ครูอาจารย์หรือหน่วยงานสังคมอื่น ๆ ในช่วงเวลาหนึ่งและสามารถตัดสินใจคุณค่า

ในเชิงปริมาณของการมีปฏิสัมพันธ์ ความช่วยเหลือ การดูแลเอาใจใส่ความรัก เคารพให้เกียรติ รวมถึงข่าวสารข้อมูลทั้งหมดที่บุคคลควรได้รับ

ดังนั้น ระบบการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย ที่มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพจึงต้องเกิดจากความร่วมมือจากหลายฝ่าย คือ ครอบครัวของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม การมีส่วนร่วมของชุมชน หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งสถานพยาบาล หรือการให้บริการที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ตลอดจนถึงระดับนโยบายระดับชาติ ที่มีการกำหนดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม และนำไปสู่ถึงการปฏิบัติในระดับชุมชน จะทำให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เครือข่ายที่ให้การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย มีทั้งภาครัฐและเอกชนที่ให้บริการดูแล ช่วยเหลือ เช่น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มูลนิธิโรคอัลไซเมอร์แห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย ชมรมพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย เป็นต้น ซึ่งเป็นในรูปแบบในเครือข่าย 4 ภาคส่วน ในสังคมไทยที่ประกอบด้วย เครือข่ายภาครัฐ เครือข่ายภาคธุรกิจ เอกชน เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน และเครือข่ายภาคประชาชน ซึ่งในแต่ละภาคส่วนก็จะมีทั้งจุดแข็ง จุดอ่อนที่ต่างกัน ดังนั้น ในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในสังคมไทยนั้น ต้องอาศัยทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล โดยแต่ละภาคส่วนจะช่วยสนับสนุนในในแต่ละด้านต่างกัน ดังที่ ชามญชุ์ โตโฉมงาม (2552) เสนอว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การแสดงถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ผู้ให้การสนับสนุนจะแสดงออกถึงความสนใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ ข้อมูลข่าวสารหรืออารมณ์ โดยที่มีลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์กัน ประกอบด้วย การถ่ายทอดข้อมูลสาระสำคัญที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีความเอาใจใส่และมีความรักความหวังดี และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นที่ยอมรับในสังคม และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และเป็นประโยชน์แก่สังคม และการศึกษาของ แคปแลน และคณะ (Kaplan et al. 1977 อ้างถึงใน อินทุกานต์ กุลไวย. 2552) จัดกลุ่มบุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Spontaneous or natural supportive system) ประกอบด้วย บุคคล 2 ประเภท ประเภทบุคคลที่อยู่ในครอบครัวมีความเกี่ยวพันเป็นญาติสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย และลูกหลาน และประเภทของบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนรู้จัก คนคุ้นเคย คนที่ทำงานเดียวกัน 2) องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน หมายถึง กลุ่มบุคคลที่รวมกันเป็นหน่วย เป็นชมรม ซึ่งมีโชกลุ่มที่จัดโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ องค์กรศาสนา ซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับการช่วยเหลือ การประคับประคองด้านจิตใจ และอารมณ์ 3) กลุ่มช่วยเหลือทางวิชาชีพ หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวงการสุขภาพส่งเสริมป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนโดยอาชีพ

การเป็นเครือข่ายทางสังคมในการให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งสอดคล้องในการศึกษาของ พระดาวเหนือ บุตรสีทา (2557) ที่กล่าวว่า เครือข่าย (Network) หรือ เครือข่ายทางสังคม (Social network) หมายถึง ตาข่าย (Net) ที่โยงใยถึงกันและพร้อมที่จะ “Work” เมื่อต้องการใช้งานเป็นการประสานงานของบุคคล กลุ่ม หรือองค์กรหลายองค์กรที่ต่างก็มีทรัพยากร ของตัวเอง มีเป้าหมาย มีวิธีการทำงาน และมีกลุ่มเป้าหมายของตัวเอง เกิดการเชื่อมโยงและ ดำเนินงานของฝ่ายต่าง ๆ เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบและอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อปฏิบัติภารกิจอย่างใด อย่างหนึ่งร่วมกัน โดยที่แต่ละฝ่ายยังคงปฏิบัติภารกิจหลักของตนต่อไปอย่างไม่สูญเสียเอกลักษณ์และ ปรัชญาของตนเอง การเชื่อมโยงนี้อาจเป็นรูปของการรวมตัวกันแบบหลวม ๆ เฉพาะกิจตามความจำเป็นหรือ อาจอยู่ในรูปของการจัดองค์กรที่เป็นโครงสร้างของความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจนสายใยของความสัมพันธ์ ทั้งทางตรงและทางอ้อมระหว่างบุคคลหนึ่งกับบุคคลอื่น ๆ อีกหลาย ๆ คน ระบบความสัมพันธ์ใน สังคมมนุษย์ที่ว่าด้วยความสัมพันธ์เชิงวัฒนธรรม ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การที่คนมาพบปะกัน มาประชุมกันและทำสิ่งที่ประโยชน์ต่อกัน เพราะมีสิ่งที่ยึดโยงใจระหว่าง สมาชิกเข้าด้วยกัน คือ สัมพันธภาพของสมาชิกในเครือข่ายโดยบุคคลจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับ ความสัมพันธ์ระหว่างกันบนพื้นฐานของความเท่าเทียมในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านโอกาสในการสื่อสาร การเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารและการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ร่วมกันการเชื่อมต่อระหว่างมนุษย์กับ มนุษย์แล้ว ขยายผลออกไปเป็นวงกว้างเพื่อให้สังคมเกิดการพัฒนาไปในทิศทางที่ดีขึ้นและในการเชื่อมต่อ ระหว่างมนุษย์นั้นจะเป็นความสัมพันธ์กลับในเชิงบวกที่จะส่งผลให้เกิดพลังทวีคูณ (Reinforcing) เกิดการขยายผลแบบก้าวกระโดด (Quantum leap) เป็นพลังสร้างสรรค์ที่เปลี่ยนคุณภาพอย่าง ฉับพลัน (Emergence) ความร่วมมือที่เป็นไปได้ทั้งในระบบบุคคลองค์กรและสถาบันอาจมีขอบข่าย และขนาดตั้งแต่เล็ก ๆ ภายในชุมชนไปจนถึงระดับจังหวัดภูมิภาค ประเทศและระหว่างประเทศ เป็นสายใยของความสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมระหว่างบุคคลหนึ่งกับบุคคลอื่น ๆ ชุมชนแห่งสำนึก (Conscious community) ที่สมาชิกต่างเป็นส่วนหนึ่งของระบบโดยรวมที่มีความสัมพันธ์กันอย่าง แนบแน่นอาจจะด้วยพื้นฐานของระบบคุณค่าเก่าหรือเป้าประสงค์ใหม่ของการเข้ามาทำงานร่วมกัน เครือข่ายทางสังคมต่าง ๆ ที่ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะอยู่แต่ในเขต กรุงเทพมหานคร แต่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมนั้น มีการกระจายอยู่ทั่วประเทศจึงทำให้ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้และผู้ดูแลจะเข้าไม่ถึงในการขอรับบริการความช่วยเหลือ การให้ความช่วยเหลือเหล่านี้ จึงต้องเกิดจากการร่วมมือของภาคประชาชนและหน่วยบริการในชุมชน การให้บริการเกี่ยวกับ ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในต่างประเทศนั้น เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับประเทศไทยในแต่ละ ประเด็นจะทำให้เห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยยังต้องมีการพัฒนาอย่างมาก เช่น ด้านแนวคิด เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จะพบว่า ประเทศญี่ปุ่นและประเทศอินโดนีเซีย มอง ในวงกว้าง คือ ให้ความสำคัญกับครอบครัวและผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมอย่างมาก ในขณะที่

ประเทศไทยมองแต่เพียงแค่ผู้สูงอายุเท่านั้น ซึ่งจากมุมมองที่แตกต่างกันนี้ย่อมเชื่อมโยงไปถึงการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมด้วย โดยประเทศเกาหลีจะให้ความสำคัญกับการคัดกรองผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป หรือผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยง แต่ประเทศไทยมีเพียงนโยบายให้ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมแต่ในทางปฏิบัติไม่มีการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในชุมชน เนื่องด้วยภาระงานทุกอย่างจะถูกถ่ายเทไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ทั้งการดูแลด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ดูแลกลุ่มโรคเรื้อรัง ไม่เรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง เป็นต้น จึงทำให้การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในชุมชนมีไม่ทั่วถึงและเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเข้าไม่ถึงบริการ ในประเทศเกาหลี มีการจัดบริการดูแลแบบระยะยาว Nursing home ประเทศแคนาดา มีบริการจัดตั้งศูนย์บริการทางการแพทย์ที่ให้บริการรักษาเฉพาะทางเรื่องโรคสมองเสื่อม ซึ่งในประเด็นเหล่านี้ประเทศไทยยังก้าวไม่ถึงเนื่องด้วยยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับภาวะสมองเสื่อมเท่าที่ควร

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย

- 1) ควรมีการกำหนดเป็นนโยบายระดับชาติที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม โดยเฉพาะ และมีการกำกับ ติดตาม อย่างจริงจัง เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่แท้จริง
- 2) ควรให้ทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน มีการจัดบริการเฉพาะด้านให้กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมและมีการจัดบริการให้กับผู้ดูแลด้วย
- 3) มีการรณรงค์ให้สังคมเกิดความตระหนักในเรื่องโรคสมองเสื่อม เช่น การให้ความรู้แก่ประชาชน การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ค้นหาผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมรายใหม่ และกลุ่มที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมอยู่แล้วจะได้รับการดูแลจากคนในสังคมมากขึ้น
- 4) รัฐบาลต้องจริงจังเกี่ยวกับเรื่องโรคสมองเสื่อมและการเข้าถึงบริการของประชาชนได้ง่าย
- 5) รัฐบาลควรมีการจัดสวัสดิการให้กับกลุ่มผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เช่น การจ้างงานกลุ่มผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเพื่อให้ผู้สูงอายุยังคงมีคุณค่าในตนเองและเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพพร้อมกับการคงสภาพของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไม่ให้เสื่อมสภาพไปกว่าเดิม
- 6) ควรจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเนื่องจากข้อมูลที่ได้จะเป็นส่วนสำคัญต่อการวางแผนกำหนดนโยบายการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม โดยจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมที่มีศักยภาพ (กลุ่มติดสังคม) กลุ่มผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมที่พอช่วยเหลือตนเองได้ (กลุ่มติดบ้าน) และกลุ่มผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมที่ต้องการความช่วยเหลือ (กลุ่มติดเตียง)

7) ควรจัดตั้งหน่วยงานให้การปรึกษาทางกฎหมายแก่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม และผู้ดูแลเนื่องจากถ้าผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมที่มากอาจเกิดความระแวงต่อสมาชิกในบ้านซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับทรัพย์สินสมบัติ เงิน ทอง เป็นต้น

8) ควรจัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมเป็นการเตรียมความพร้อมในการรองรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อให้เกิดการช่วยเหลือทั้งตัวผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม และผู้ดูแล โดยจัดบริการแบบ One stop service

5.3.2 ข้อเสนอแนะระดับในการปฏิบัติการ

1) หน่วยบริการสาธารณสุขควรมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพควรมีการรณรงค์ในการตรวจสุขภาพทุกช่วงวัย โดยเฉพาะวัยผู้สูงอายุและต้องมีการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในเบื้องต้นจากชุมชนเพื่อคัดกรอง ป้องกัน การเกิดภาวะสมองเสื่อม และได้เข้าสู่ระบบการรักษาได้ทันที พร้อมทั้งจัดระบบบริการที่เอื้ออำนวยต่อการเข้าสู่ระบบการบริการทางการแพทย์ เช่น สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล การคมนาคมที่เอื้ออำนวยในเรื่องการเดินทางของผู้สูงอายุ

2) หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนควรมีการบริการในเชิงรุกเพื่อให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมสามารถเข้าถึงสิทธิบริการทางสังคมต่าง ๆ ได้

3) ควรมีการอบรม พัฒนาบุคลากรในหน่วยงานต่าง ๆ ให้มีความรู้เฉพาะทางเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมและการดูแล

4) ควรมีการอบรมให้กับผู้ดูแลให้มีความรู้เฉพาะทางเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมและการดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลนั้นสามารถให้การดูแลที่บ้านได้เองโดยไม่ต้องพึ่งพิงหน่วยบริการ

5) ควรมีการสร้างองค์ความรู้ให้กับประชาชนเพื่อป้องกันการป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม และมีการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมร่วมกับการประเมินภาวะผู้สูงอายุในการดูแลเบื้องต้น

6) ควรมีการสร้างสื่อเกี่ยวกับองค์ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมในรูปแบบต่าง ๆ

7) การจัดบริการในชุมชนต้องการให้มีการกิจกรรมรวมกลุ่มผู้สูงอายุและมีกิจกรรมสำหรับผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน หรือในสถานพยาบาลใกล้บ้าน เพราะผู้ดูแลจะได้มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุได้และจะได้เปลี่ยนบรรยากาศได้ออกมาพบปะคนอื่นในสังคมที่สำคัญผู้ดูแลจะได้มีการพักผ่อนด้วย

8) ควรส่งเสริมให้มีการจัดตั้งศูนย์ในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน

9) ควรจัดตั้งกลุ่มผู้ดูแล (Care helper group) สำหรับการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน

10) ควรจัดบริการแบบ Day Care Center ในชุมชน

5.3.3 ข้อเสนอแนะต่อการวิจัยในอนาคต

เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีความละเอียดรอบคอบมากขึ้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะให้ทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมอีก 5 เรื่อง คือ

- 1) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม
- 2) ศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม
- 3) ศึกษาระบบสวัสดิการทางสังคมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม
- 4) ศึกษาศูนย์ที่รับดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม
- 5) ศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมที่อยู่ในศูนย์รับดูแล



บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2547) แนวปฏิบัติการบริการสุขภาพเรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สำหรับโรงพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : คูรุสภาลาดพร้าว.
- _____. (2548) ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม. กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- _____. (2552) คู่มือการทำกลุ่มเสริมสร้างความรู้และทักษะในการดูแลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์คูรุสภาลาดพร้าว.
- _____. (2556) โครงการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตวัยสูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต.
- _____. (2556) ระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช โครงการสนับสนุนและส่งเสริม การบริการครบวงจร สำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ภายใต้ระบบประกัน สุขภาพถ้วนหน้า (โครงการบริการสุขภาพจิตครบวงจร). กรุงเทพมหานคร : สำนักส่งเสริม และพัฒนาสุขภาพจิต.
- _____. (2559) แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงครึ่งหลังของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2558-2559) และนโยบาย กรมสุขภาพจิต ประจำปี 2559. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2560) เผยผู้สูงวัยสมองเสื่อม. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27994> (7 มิถุนายน 2560)
- กรรณิกา รักษ์ยิ่งเจริญ. (กันยายน 2556-กุมภาพันธ์ 2557) “การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง Self Adaptation of Family Caregivers of Stroke Patients” วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี. 25 (1) หน้า 91.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2558) สถานการณ์ ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <https://th.wikipedia.org/wiki/> (7 มกราคม 2559)
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-พ.ศ. 2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : [http://www.oppo.opp.go.th/info/Plan2_Older%20\(1-2552\).pdf](http://www.oppo.opp.go.th/info/Plan2_Older%20(1-2552).pdf) (11 ธันวาคม 2558)
- _____. (2554) ยุทธศาสตร์กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ. 2555-2559. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานปลัดกระทรวง.
- กระทรวงมหาดไทย กรมการปกครอง. (2520) การแบ่งภูมิภาค. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.royin.go.th/th/knowledge/detail.php?ID=1378> (11 ธันวาคม 2558)

บรรณานุกรม (ต่อ)

- กระทรวงสาธารณสุข คณะอนุกรรมการสถิติสาขาสุขภาพ และคณะทำงานสถิติสาขาสุขภาพ. (2557) **แผนพัฒนาสถิติสาขาสุขภาพ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2556 – 2558.** กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- กษิตตา พานทอง. (2552) **กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว.** เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กอบบทัย สิทธิธรรณฤทธิ์. (2554) “ปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD) : แนวคิดและการรักษา” **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.** 56 (4) หน้า 455-459.
- กัมมันต์ พันธุมจินดา และศรีจิตรา บุณนาค. (2543) **สมองเสื่อมโรคหรือวัย.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : คบไฟ.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2548) **การวิเคราะห์สถิติขั้นสูง SPSS for Windows.** พิมพ์ครั้งที่ 4. ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร : ธรรมสาร.
- กุศล สุนทรธาดา. (สิงหาคม – กันยายน 2550) **สิทธิผู้สูงอายุตามกฎหมาย.** [ออนไลน์] แหล่งที่มา <http://www.popterms.mahidol.ac.th/newsletter/showarticle.php?articleid=54> (14 มกราคม 2559)
- _____. (2553) “คุณค่าด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุไทย” ใน **คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย.** สุชาดา ทวีสิทธิ์ และสวรัย บุญยमानนท์, บรรณาธิการ. หน้า 66-67. กรุงเทพมหานคร : เตือนตุลา.
- ครรชิต พุทธโกษา. (2554) **คู่มือการพัฒนาชุมชนแห่งการเรียนรู้ฉบับสมบูรณ์.** [ออนไลน์] แหล่งที่มา : http://www.1.nrct.go.th/downloads/sci_adviser/manual_develop_community.pdf (2 กุมภาพันธ์ 2558)
- จอม สุวรรณโณ. (2541) “ญาติผู้ดูแล : แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง” **วารสารพยาบาล.** 47 (3) หน้า 147-157.
- จุฬารกรณ์ โสตะ. (2554) **แนวคิดทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.** ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วิทยาลัยประชากรศาสตร์. (2558) **นโยบายการวางแผนและบทบาทของผู้สูงอายุ.** [ออนไลน์] แหล่งที่มา : http://www.cps.chula.ac.th/cpa/pop_Info/thai/nop7/aging/policy23.html (2 กุมภาพันธ์ 2558)
- เฉลิมพล แจ่มจันทร์. (กันยายน 2555-กุมภาพันธ์ 2556) “ข้อพิจรรย์นามโนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ และอายุเกษียณ ในประเทศไทย” **วารสารประชากร.** 4 (1) หน้า 131-147.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2541) **เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร : เทพเนรมิต.
- ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล. (23 ตุลาคม 2550) **สุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health)**. [ออนไลน์]
แหล่งที่มา : <http://www.oknation.net/blog/tonrak> (2 กุมภาพันธ์ 2559)
- ทงศักดิ์ คุ่มไข่น้ำ และคณะ. (2534) **การพัฒนาชุมชนเชิงปฏิบัติการ**. กรุงเทพมหานคร : บพิธการพิมพ์.
- ธัญญรัตน์ โอนทัยสินทวี. (2557) **คู่มือป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ**. นนทบุรี : สำนักอนามัย
ผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- ธานี รวยบุญส่ง. (2552) **การเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของ
ผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศรีธัญญา**. การค้นคว้าอิสระ วท.ม. (สาขาจิตวิทยา
ชุมชน) กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ธีรวุฒิ เอกะกุล. (2543) **ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์**. อุบลราชธานี :
สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.
- นงลักษณ์ พันชมพู่. (2538) **การรับรู้ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยที่รักษา
โดยวิธีล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่)
นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นนทชา แหวนหล่อ. (2555) **ภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุและแนวโน้มสถานการณ์โรค
ในประเทศไทย**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : [http://www.bangkokhealth.com/index.php/
/health/health-system/brain/2220-2012-10-19-09-06-28.html](http://www.bangkokhealth.com/index.php/health/health-system/brain/2220-2012-10-19-09-06-28.html) (22 มกราคม 2560)
- นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร. (กรกฎาคม-กันยายน 2552) “ศึกษาเรื่องแสงสว่างที่ปลายอุโมงค์ของ
การแก้ปัญหาโรคอัลไซเมอร์” **HITAP จุลสาร**. 2 (6) หน้า 8.
- นันทิกา ทวิชาชาติ. (กรกฎาคม – กันยายน 2552) “ศึกษาเรื่องแสงสว่างที่ปลายอุโมงค์ของ
การแก้ปัญหาโรคอัลไซเมอร์” **HITAP จุลสาร**. 2 (6) หน้า 9.
- นันทิกา ทวิชาชาติ, พวงสร้อย วรกุล และเพชรวุฒิ กายจนนาคินทร์. (2545) “แบบประเมินโรคสมองเสื่อม
อัลไซเมอร์ : ฉบับภาษาไทย” **วารสารพดุมหาวิทยาลัยและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย**.
3 (1) หน้า 21-31.
- น้ำทิพย์ วิภาวิน. (กรกฎาคม – ธันวาคม 2558) “ศึกษาเรื่อง เครือข่ายสังคมในสังคมเครือข่าย”
วารสารวิจัยสมาคมห้องสมุด. 8 (2) หน้า 123-124.
- นำพล กิ่งก้าน. (2553) **การวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแล
ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- นิพาวรรณ แสงพรหม และสุภาพร ชินสมพล. (2558) “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของมารดาที่มารับบริการแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา” ใน การประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ : สร้างสรรค์และพัฒนาเพื่อก้าวหน้าสู่ประชาคมอาเซียน ครั้งที่ 2. 18-19 มิถุนายน 2558 ณ วิทยาลัยนครราชสีมา. นครราชสีมา : สำนักวิจัยและพัฒนา วิทยาลัยนครราชสีมา.
- เบญญาภา ชูรังสี. (2553) การเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางพูด อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. การค้นคว้าอิสระ วท.ม. (สาขาจิตวิทยาชุมชน) กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ประดิษฐ์พงษ์ อภิรัชติกุล. (2549) กระบวนการมีส่วนร่วมในการสร้างพลังอำนาจของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมกรณ์เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประภา ชีวีโรจน์ และคณะ. (2553) “ผลของโปรแกรมการพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม” วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 18 (ฉบับเพิ่มเติม) หน้า 72-88.
- ปราณี หล้าเบ็ญสะ. (2559) การหาคุณภาพของเครื่องมือวัดและประเมินผล โครงการบริการวิชาการท่าสาปโมเดล. ยะลา : คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา.
- พรพิมล เพ็ชรบุรี. (2559) ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) ปทุมธานี : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พระดาวเหนือ บุตรสีทา. (2557) การสร้างเครือข่ายและการจัดการเครือข่ายในการเผยแพร่พระพุทธศาสนาของชุมชนบ้านพชรธรรมนำสุข อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย. วิทยานิพนธ์ ศ.ม. (สาขาวิชาการบริหารการพัฒนาสังคม) กรุงเทพมหานคร : คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- พาวุฒิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง. (2556) “ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย” วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 58 (1) หน้า 101-110.
- พิชามญชุ์ โดโหมงาม. (2552) ปัจจัยทางจิตและการสนับสนุนทางสังคมที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการยอมรับนวัตกรรมด้านการป้องกันโรคเอดส์ของเด็กเร่ร่อนในศูนย์สร้างโอกาสเด็ก กรุงเทพมหานคร. ปริญญาโท วท.ม. (สาขาวิชาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. (2530) การดูแลสุขภาพตนเอง ทักษะทางสังคม และวัฒนธรรม. นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ. (2550) การประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ. ขอนแก่น : พระธรรมขันธ์.
- เพ็ญแข ชีวยะพันธ์. (2545) คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา : กรณีศึกษาในเขตอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์) นครปฐม : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไพโรชล ต้นอุต. (2549) การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภายในชุมชนหัวฝาย. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (สาขาวิชาการศึกษานอกระบบ) เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ไพรัตน์ เดชะรินทร์. (2524) การบริหารการพัฒนาชุมชน. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.
- ไพศาล แยมวงษ์. (2555) การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. สารนิพนธ์ กศ.ม. (สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ภาศิษฏา อ่อนดี. (2547) ภาระการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมประเด็นสำคัญและการช่วยเหลือ. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : www.hitap.net/wp-content/uploads/2014/09/brain-press.pdf (22 มกราคม 2561)
- ภุชงค์ เสนานุช และกรรณิกา ขวัญอารีย์. (2552) รูปแบบการจัดบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชน : กลุ่มพึ่งพา (Group Home) และบริการดูแลที่บ้าน (Home Care). [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://swhcu.net/km/mk-articles/sw-km/105-pc-kn.html> (22 มกราคม 2561)
- มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. (2560) ภาวะสมองเสื่อม. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <https://med.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/07072014-1302> (13 มีนาคม 2561)
- มหาวิทยาลัยรามคำแหง. (2549) แผนนโยบายด้านผู้สูงอายุ. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : http://oppo.opp.go.th/info/policy_plan1.htm (2 กุมภาพันธ์ 2559)
- มาลินี วงษ์สิทธิ์. (2542) “ชุมชนกับการบริการผู้สูงอายุ : บทเรียนจากประสบการณ์” ใน รายงานการประชุมวิชาการว่าด้วยผู้สูงอายุ : ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ. หน้า 169-177. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ยุพา วงศ์ไชย. (2536) **การบริหารองค์การสังคมสงเคราะห์เอกชน**. กรุงเทพมหานคร : กองการสังคมสงเคราะห์เอกชน กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539) “ญาติผู้ดูแลที่บ้าน แนวคิด และปัญหาการวิจัย” **รามาศิลปศาสตร์**. 2 (1) หน้า 84-93.
- รัชนิ นามจันทร์. (กรกฎาคม-ธันวาคม 2553) “การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม Rehabilitation of Elders with Dementia” **วารสาร มจร.วิชาการ**. 14 (27) หน้า 139.
- รัชนิกร เศรษฐสุใส. (2522) **สังคมวิทยาชนบท**. กรุงเทพมหานคร : คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2524) **พจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยา อังกฤษ -ไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน**. กรุงเทพมหานคร : ราชบัณฑิตยสถาน.
- รุจิราพร ศรีพิทยากร. (2555) **แนวทางการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลบึงใหม่ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดอุดรธานี**. วิทยานิพนธ์ รม. (สาขาวิชา รัฐประศาสนศาสตร์) อุดรธานี : คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุดรธานี.
- เรณูการ์ ทองคำรอด. (2545) **การชะลอภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : http://www.stou.ac.th/stoukc/elder/main1_7.html (13 เมษายน 2560)
- โรงพยาบาลเซ็นทรัลเอนเนอรัล. (2556) **การดูแลผู้สูงอายุซึ่งมีโรคสมองเสื่อม**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : http://www.cgh.co.th/index.php?option=com_content&view (13 เมษายน 2560)
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. (2531) **หลักการวิจัยทางการศึกษา**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ศึกษาพร.
- ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์ และวิไลวรรณ ทองเจริญ. (2547) “ผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมกรณีศึกษา” **วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. 5 (1) หน้า 43-48.
- วรพรรณ เสนาณรงค์ และคณะ. (2542) **การศึกษาสาเหตุวิธีวินิจฉัย มาตรฐานการรักษาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- วรรณภา สมนาวรรณ. (2537) **การสำรวจภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้าน**. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขาวิชาสุขภาพจิต) กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันชัย ชูประดิษฐ์. (2555) **การศึกษาความต้องการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลลำทับ อำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่**. ค้นคว้าอิสระ รม. (สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- วันทนี วาสิกะสิน, สุรางค์รัตน์ วศินารมย์ และกิติพัฒน์ นนทปัทมะดุล. (2550) **ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วันเพ็ญ เขาว์เชิง. (2554) “การศึกษาอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ภาวะสุขภาพทั่วไป และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา” ใน **รายงานการวิจัย โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา**. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต.
- วาทีนี บุญชะลัทธิ. (2541) “การมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ” ใน **รายงานการอบรมและการประชุมวิชาการด้านผู้สูงอายุและความชรามุ่งสู่การดูแลที่มีคุณภาพ**. หน้า 210. กรุงเทพมหานคร : ปีปีการพิมพ์และบรรจุกัมภ์.
- วิรัตน์ คำศรีจันทร์. (2544) **สุขภาพชุมชน**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <https://www.gotoknow.org/posts/428764> (2 กุมภาพันธ์ 2559)
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2556) **การป้องกัน การประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม Dementia : Prevention, Assessment and Care**. กรุงเทพมหานคร : ภาพพิมพ์.
- ศุภรัตน์ วังทองคำ และคณะ. (2551) “ความชุกของสมองเสื่อมในจังหวัดเชียงใหม่ในกลุ่มประชากรอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป” **วารสารจดหมายเหตุทางแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์**. 91 (11) หน้า 1685-1690.
- ศรุตยา หวางษ์, วิณา เทียงธรรม และสุธรรม นันทมงคลชัย. (มกราคม-เมษายน 2560) “ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว” **วารสารพยาบาลสาธารณสุข**. 31 (1) หน้า 111-128.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547) **ผู้ดูแลผู้สูงอายุ : การสังเคราะห์องค์ความรู้**. กรุงเทพมหานคร : คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- _____. (2548) **รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว เครือข่ายวิจัยสุขภาพ สกว**. กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์. (2544) **ทุกภาวะของผู้ดูแล**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- _____. (2549) **การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล**. กรุงเทพมหานคร : แอกทิฟพรีน.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2545) “ผู้ดูแล” ใน **ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย**. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล นภาพร ชัยวรรณ และศศิพัฒน์ ยอดเพชร, บรรณาธิการ. หน้า 1-8. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สนธยา พลศรี. (2550) **เครือข่ายการเรียนรู้ในงานพัฒนาชุมชน**. กรุงเทพมหานคร : โอ.เอส.พรีนติ้งเฮาส์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536) **การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : วี.เจ.พรีนติ้ง.
- สมทรง จุไรทัศน์ย์. (2550) “การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม” ใน **การสัมมนาทางวิชาการเรื่องการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม**. วันที่ 13-15 ธันวาคม 2560 สถานที่จัด ชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ณ โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์. หน้า 1- 6. กรุงเทพมหานคร : สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย.
- สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. (2550) **แนวคิดเกี่ยวกับภาวะผู้สูงอายุ**. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยแม่โจ้.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2557) **แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม Clinical Practice Guild lines : Dementia**. กรุงเทพมหานคร : ธนาเพรส.
- สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย. (2553) **The Alzheimer’s Disease and Related Disorders Association ; ARDA**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.azthai.org/> (7 มกราคม 2559)
- สมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย. (2553) **ประวัติความเป็นมา**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : http://www.thaidementia.org/home.php?fileN=about_us.php (7 มกราคม 2559)
- สรศักดิ์ภูมย์ ดวงคำสวัสดิ์. (2539) **การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว**. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สาธิตา แรกคำนวน และพีรพนธ์ ลีบุญธวัชชัย. (2555) “ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และภาระการดูแลของผู้ดูแลที่แผนกจิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์” **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**. 57 (3) หน้า 335-346.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2551) **รายงานวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการพัฒนาประเทศ**. กรุงเทพมหานคร : ออนป้า.
- _____. (2551) **บทสรุปผู้บริหาร : การสังเคราะห์งานวิจัยสังคมผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร : สำนักนายกรัฐมนตรี.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2558) ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัดและแนวทางการจัดเก็บข้อมูล. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557) การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร : เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558) **ภาวะสมองเสื่อมพบในผู้สูงอายุมากที่สุด.** [ออนไลน์] แหล่งที่มา : www.thaihealth.or.th/Content-fb/ (22 เมษายน 2560)
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. (ตุลาคม-ธันวาคม 2557) “ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง : กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม” **วารสารการพยาบาล.** 29 (4) หน้า 22-31.
- สินีนุช ขำดี, มณีอาภา นันทิกุล และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (ตุลาคม-ธันวาคม 2557) “การปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” **วารสารการพยาบาล.** 29 (4) หน้า 45-63.
- สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. (กรกฎาคม-กันยายน 2552) “ศึกษาเรื่องอัลไซเมอร์ : ต้นทุนที่รัฐควรช่วยแบกรับ?” **HITAP จุลสาร.** 2 (6) หน้า 5-6.
- _____. (2555) **Comprehensive care for dementia.** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์รามาศิบัติ.
- สุภัศตรา เก้าประดิษฐ์. (2535) **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลสุขภาพตนเองของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม ศึกษาเฉพาะกรณีโรงงานร่วมแสงพัฒนาอุตสาหกรรม.** วิทยานิพนธ์ ส.ม. (สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์) กรุงเทพมหานคร : คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2550) **วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ 15. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรีย์ กาญจนวงศ์. (2551) **จิตวิทยาสุขภาพ.** นครปฐม : โรงพิมพ์มูลนิธิมหามกุฏราชวิทยาลัย นครปฐม.
- สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญ. (2560) **เจาะลึกระบบสุขภาพ.** [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <https://www.hfocus.org/content/2016/09/12770> (22 เมษายน 2560)
- องค์การอนามัยโลก. (2555) **โรคอัลไซเมอร์ : ภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุและแนวโน้มสถานการณ์โรคในประเทศไทย.** [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.bangkokhealth.com/index.php/health/health-system/brain/2220-2012-10-19-09-06-28.html> (2 กุมภาพันธ์ 2559)

บรรณานุกรม (ต่อ)

- อรพิชญา ไกรฤทธิ และสิรินทร ฉันทศิริกาญจน. (2555) **ภาวะสมองเสื่อม มหันตภัยใกล้ตัว**.
 นนทบุรี : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- อัมพรพรรณ อีรานูตร และคณะ. (2552) “การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องแบบเป็นองค์รวม
 สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง : กรณีศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์” **วารสารสมาคมพยาบาล
 สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. 27 (2) หน้า 65-77.
- อาทิตยา สุวรรณ และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (กรกฎาคม-ธันวาคม 2559) “ความชุกของภาวะ
 สมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลหลักหก อำเภอเมือง
 จังหวัดปทุมธานี” **สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย**. 5 (2) หน้า 21-32.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543) **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : แนวปฏิบัติตามพยาธิสภาพ**.
 กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อินทุกานต์ กุลไวย. (2552) **ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนและการสนับสนุนทางสังคม
 กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาล
 สุขภาพจิตและจิตเวช) ปทุมธานี : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Adelina Comas-Herrera, Martin Knapp. (2016) **Improving healthcare for people
 living with dementia coverage quality and costs now and in the future**.
 World Alzheimer Report 2016.
- Alzheimer’s Association. (2012) **Alzheimer’s disease fact and figures**. Alzheimer’s &
 Dementia.
- American Psychiatric Association. (2000) “Delirium, Dementia, and Amnesic and
 other Cognitive Disorder” In **Diagnostic and Statistical Manual of Mental
 Disorder**. 4th ed. Page 123-155. Washington, DC : Authur.
- Berkman LF & Syme LS. (1979) “Social networks, host resistance, and mortality :
 a nine-year follow-up study of Alameda County residents” **Am. J. Epidemiol**.
 109 (2) page 186-204.
- Boissevain, Jeremy and J. Clyde Mitchell. (1973) **Network Analysis : Studies in
 Human Interaction**. Netherlands : Mouton & Co.
- Boissevain, J. (1974) **Friends of Friends**. Networks Manipulators and Coalitions
 Oxford : Basil Blackweel.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Burgio L. (1996) "Interventions for the behavioral complications of Alzheimer's disease : Behavioral approaches" **Int Psychogeriatr.** 8 (Suppl 1) page 45-52.
- Burke, Adam. (1999) **Communications & Development : a practical guide.** London : Social Development Division Department for International Development.
- Caplan RD et al. (1976) **Adhering to Medical Regimens : Pilot Experimental in patient Education and Social Support.** Ann arbour : University of Macihigan.
- Chaoum W. (1996) "Care burden and general well-being in family caregiver of dependent elderly" **RamaNurs J.** 2 page 16-25.
- Cobb S. (September-October 1976) "Social Support as a Moderated of Life Stress" **Psychosomatic Medicine.** 38 page 300-314.
- Ferguson, George A. (1981) **Statistical Analysis in Psychology and Education.** 3rd ed. New York : McGraw-Hill.
- Ferri, C. P. et al. (2005) "Global Prevalence of Dementia : A Delphi Concensus Study" **Lancet.** 366 page 2112-17.
- Gottlieb Benjamin H. (1985) "Social Network and Social Support : An over view of Research, Practice and Policy Implication" **Health Education Quarterly.** 12 (1) page 5-22.
- Grant, JS. (1996) "Home care problems experienced by stoke survivors and their family caregiver" **Home Healthcare Nurse.** 14 (14) page 883-902.
- Horowitz, A. (1985) " Family Caregiving to the frail elderly" In **C. Eisdorfer (ED).** Annual Review of Gerontology & Geriatrics. 5 page 194-246.
- House J. S. (1981) **Work Stress and Social Support.** Reading, Mass : Addison-Wesley.
- Huang HL Shyu YI Chen MC Kuo HC Chen ST and Hsu WC. (2015) "Family caregivers' role implementation at different stage of dementia" **Clinic Intervention Aging.** 5 (10) page 135-46.
- Jacobson, Louise C. And Charles L. Schwartz. (1988) **Social Welfare : A Response to Human Need.** Boston, Massachusetts : Allyn and Bacon.
- Jalowice A and Power, M. J. (1981) "Stress and coping in hypertensive and emergency patients" **Nursing Research.** 30 page 10-15

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Jitapunkul S, Chansirikanjana S and Thamarpirat J. (2009) “Undiagnosed dementia and value of serial cognitive impairment screening in developing countries : a population – based study” **GeriatrgerontolInt.** 9 page 47-53.
- Kahn, R. L. (1979) “Aging and Social Support” In **Aging From Birth to Death : Interdisciplinary Perspectives.** ed. M.M. Riley. Colorado : Westview Press.
- Lambert Maguire. (1983) “Understanding Social Networks” **Sage Publications.** 119 page £6.25.
- Mangpaisan Veerasak. (2017) **The future of the prevention of dementia.**
The Dementia Association of Thailand.
- Matilda A Goldberg And Naomi Connoly. (1982) **The Effectiveness of Social Care for the Elderly.** London ; Heinemann Educational Books.
- MiharuNakanishi and Taeko Nakashima. (2014) “Features of the Japanese national dementia strategy in comparison with international dementia policies : How should a national dementia policy interact with the public health and social care systems?” **Alzheimer’s & Dementia.** 10 (4) page 468–476.
- OliveEvans . (2006) **Group Living for the Elderly.** [Online] Available : <http://guery.nytimes.com/gst/fullpage.html>, (10 December 2018)
- Orem., D. E. (1980) **Nursing : Concepts of Practices.** New York : Mc Graw-Hill.
- Phantumchinda K, Jitapunkul S, Sitthi-amorn C et al. (1991) “Prevalence of dementia in an urban slum population in Thailand : Validity of screening methods” **Int J Geriatric Psychiat.** 6 page 639-646.
- Pilisuk M. (1982) “Dilivery of Social Support : The Social Innovation” **American Journal Orthoppsychiatry.** 52 (20) page 15-18.
- Sadock BJ, Sadock VA Kaplan & Sadock’s. (2007) **Synopsis of Psychiatry.** 10th edition. Philadelphia, Wolters Kluwer/Lippincott, Williams & Wilkins.
- Schulz R., Bagel D., Moryez, E., and Visintiner, P. (1989) “Psychological paradigms of understanding caregiving” In **Light, E. & Lebowitz, B.D (Eds).** Alzheimer’ Disease Treatment and Family Stress : Directions for Research. Rockville : Us Department of Health and Human Services.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- S. H. Matthew & T.T. Rosner. (1988) "Shared Filial Responsibility : The Family as the Primary Caregiver" **Journal of Marriage and the Family**. 50 (1) page 185-190.
- Starkey, Paul. (1997) **Networking for Development**. IFRTD (The International Forum for Rural Transport and Development).
- Suthida Phongphangam. (2003) **Effects of a Home-Based Management Intervention Program for Family caregiver of Elderly patients undergoing Hip Arthroplasty on Caregivers Adaptation, and Satisfaction**. Dissertation M.S.N. (Adult Nursing) Nakhon Pathom : Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Thompson EH et al. (1993) "Social support and caregiving burden in family caregivers of frail elders" **J Gerontol**. 48 (5) page 245-54.
- Tornatore, J. B. & Grant, L. A. (2002) "Burden among Family Caregivers of Persons with Alzheimer's Disease in Nursing Homes" **The Gerontologist**. 42 (4) page 497-506.
- Travers CM, Martin-Khan MG, Lie DC. (2009) "Dementia risk reduction in primary care : what Australian initiatives can teach us" **Aust Health Rev**. 33 (3) page 461-6.
- Tzourio C, et al. (1999) "Cognitive decline in individuals with high blood pressure : a longitudinal study in the elderly. EVA Study Group. Epidemiology of Vascular Aging" **Neurology**. 53 (9) page 1948-52.
- United Nations, ESCAP. (1995) **Population Ageing and Development**. Asian Population Studies Series.
- Valcour VG et al. (2000) "The detection of dementia in the primary care setting" **Arch Intern Med**. 160 (19) page 2964-8.
- William, A. (1994) "What bothers caregivers of stroke victims" **J Neurosci Nurs**. 26 page 155-161.
- World Health Organization and Alzheimer's Disease International. (2012) **Dementia : a public health**. Priority.
- World Health organization. (2004) **The global burden of disease 2004 updated**. Geneva : WHO Press.

บรรณานุกรม (ต่อ)

Zabalegui, A et al. (2008) “Informal Caregiving : Perceived Needs” **Nursing Science Quarterly**. 21 (2) page 166-172.

Zarit, S. H., et al. (1998) “Stress reduction for family caregiver: Effects of adult day Care use” **J GerontolBSocSci**. 53 (5) page 276-277.





ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

เอกสารรับรอง

(Certificate of Exemption)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่ 23 มิถุนายน 2559

ชื่อเรื่อง ระบบการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย

ชื่อนักวิจัย/หัวหน้าโครงการ นางหทัยรัฐณ์ วารินทร์
 คณะวิชา/หลักสูตร หลักสูตร ปรัชญาคุณภักดิ์บัณฑิต
 สาขาวิชาการบริหารสวัสดิการสังคม

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ขอรับรองว่า งานวิจัยดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับประกาศ
 เขตเชิงก จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.จริยวัตร คมพัคฆ์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่รับรอง

วันที่ 23 มิถุนายน 2559

เลขที่รับรอง

อ.408/2559

วันที่ให้การรับรอง: 23 มิถุนายน 2559

วันหมดอายุใบรับรอง: 22 มิถุนายน 2561



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

สำนักงานสนับสนุนการศึกษาริยทางคลินิก: ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 49 ถ.ช้างเผือก ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

Maharat Nakhon Ratchasima Hospital Institution Review Board (MNRH IRB)

Clinical Research Support Office: Medical Education, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, 49 Chang Phueak Rd.,
Mueang District, Nakhon Ratchasima Province, 30000, THAILAND Tel. & Fax: +66 44 295614-5 Email irb@mnrh.in.th

เลขที่ใบรับรอง 006/2017

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน

โครงการวิจัยเรื่อง : ระบบการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย
ผู้วิจัย : นางหทัยรัฐณ์ วารินทร์
หน่วยงานที่สังกัด : การบริหารสวัสดิการสังคม คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

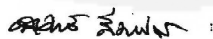
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้ผ่านการรับรองในแง่จริยธรรม โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และหลักเกณฑ์การปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP) โดยให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้

โดยให้ผู้วิจัยรับเงื่อนไขที่เสนอตั้งต่อไปนี้

1. ให้ส่งรายงานความก้าวหน้าทุก 6 เดือน
2. ให้แจ้งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ในกรณีที่แก้ไขเปลี่ยนแปลง โครงการวิจัยหรือหยุดโครงการก่อนกำหนด
3. รายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงหรือที่ไม่คาดคิด
4. รายงานเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด
5. รายงานข้อมูลข่าวสารที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนควรได้รับระหว่างดำเนินการวิจัย
6. ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์เมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย

รับรองวันที่ : 19 มกราคม 2560

หมดอายุวันที่ : 18 มกราคม 2561



(นายนิพัทธ์ สิมจอร์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน



(นายสมชัย อัสสุคสาคร)
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา



เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

โครงการวิจัยเรื่อง : ระบบการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย

ผู้ดำเนินการวิจัยโดย : นางหทัยรัษฎ์ วารินทร์

สถานที่ดำเนินการวิจัย : สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลาดำเนินการ : กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ - กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

เอกสารที่อนุมัติ

๑. โครงการวิจัย
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
๓. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้พิจารณาอนุมัติ
ในแง่จริยธรรมการวิจัยแล้วนั้น จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นได้

(นายพตล วาณิชฤดี)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ รักษาการแทน

ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

เอกสารรับรองโครงการที่ ๐๑๒/๒๕๖๐ วันที่อนุมัติ ๑ กพ. ๒๕๖๐

เอกสารรับรองโครงการ
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม และการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

หมายเลข 16/2559

ชื่อโครงการภาษาไทย : ระบบการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย
 Care System For Elderly with Dementia in Thailand

รหัสโครงการ : 5929

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางหทัยวีรณี วารินทร์ นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรปรัชญาดุษฎี
 บัณฑิต สาขาการบริหารสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

สถานที่ทำวิจัย : โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

เอกสารที่รับรอง :

- โครงร่างการวิจัย
- หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
- แบบสอบถาม

วันที่รับรอง : 31 ตุลาคม 2559

วันหมดอายุ : 31 ตุลาคม 2560

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม และการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตาม
 แนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS
 Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม.....

31 ตุลาคม 2559

(นางชวีร รุจิโมระ)

วันที่

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและการศึกษาวิจัยในมนุษย์

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
โรงพยาบาลสวนปรุง

โครงร่างวิจัย ระบบการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย

ผู้ดำเนินการวิจัยหลัก นางหทัยรัฐณ์ วารินทร์

สถานที่ดำเนินการวิจัย โรงพยาบาลสวนปรุง

เอกสารที่พิจารณา 1. โครงร่างวิจัย ระบบการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลสวนปรุง ได้พิจารณาโครงร่างวิจัยแล้ว
คณะกรรมการฯ พิจารณาในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ ทั้งนี้โดยยึดตามเอกสาร
โครงร่างวิจัยเป็นหลัก

(นายสุรเชษฐ ผ่องธัญญา)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(นายปรีทรรศ ศิลปกิจ)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ รักษาราชการแทน

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง

หมายเลขใบรับรอง : ๑ / ๒๕๖๐
วันที่ให้การรับรอง : ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐
วันหมดอายุใบรับรอง : ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑



เอกสารรับรอง
โดย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

ชื่อโครงการ	ระบบการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย
หัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	นางหทัยรัฐณ์ วารินทร์ นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการบริหารสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
สถานที่ทำวิจัย	โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่
ระยะเวลาดำเนินการ	๑ ปี
เอกสารที่รับรอง	- โครงการวิจัย - เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย - แบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย - แบบสัมภาษณ์/แบบสอบถาม
ให้การรับรองเมื่อวันที่	๑๘ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๐
การรับรองมีผลถึงวันที่	๑๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑


 (นางสาวนภาพรพรณ ทพยจักร์)
 เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย



รหัสโครงการวิจัยที่ 03/2560
เอกสารรับรองเลขที่ 02/2560

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลมหाराชนครศรีธรรมราช

โครงการวิจัย (ภาษาไทย)	ระบบการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย
(ภาษาอังกฤษ)	Care System for Elderly with Dementia in Thailand
ผู้วิจัยหลัก	นางพัทธ์รัฐณ์ วารินทร์
ตำแหน่ง / สถานะ	นักศึกษาระดับปริญญาเอก หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร สวัสดิการสังคม คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม
สถาบัน	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหाराชนครศรีธรรมราช ได้พิจารณาเห็นชอบให้ดำเนินการศึกษาวิจัยดังกล่าวได้ เมื่อวันที่ 7 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 และรับรองเป็นระยะเวลา 1 ปี สิ้นสุดระยะการรับรอง วันที่ 6 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2560

ผู้วิจัยต้องรายงานสถานะของโครงการให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหाराชนครศรีธรรมราชทราบตามที่คณะกรรมการฯ กำหนด เพื่อขออนุมัติดำเนินการต่อจนกว่าจะสิ้นสุดระยะการรับรอง

ลงนาม.....*ดงสงฆ์*.....

(นางสาวคันสนีย์ ทองสงค์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลมหाराชนครศรีธรรมราช

ลงนาม.....*Onu*.....

(นายคำรพ เศรษฐินวิไชย)

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ ปฏิบัติราชการแทน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหाराชนครศรีธรรมราช



กรมสุขภาพจิต
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
สุราษฎร์ธานี

เอกสารรับรองด้านจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์

เลขที่ ๑๐๘/๒๕๕๙

คณะกรรมการวิจัย และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
ขอให้การรับรองว่า

ชื่องานวิจัย : ระบบการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย (Care System for Elderly with
Dementia in Thailand)

ผู้วิจัยหลัก : นางหทัยรัฐณ์ วารินทร์

หน่วยงาน : คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

เอกสารที่เกี่ยวข้อง :

๑. โครงร่างงานวิจัย
๒. ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์
๓. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
๔. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

เป็นการวิจัยที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์ของ International Guidelines for Human Research Protection ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization's Good Clinical Practice (ICH-GCP) ทุกประการ

วันที่ยื่นพิจารณา : ๒๗ กันยายน ๒๕๕๙

เลขที่งานวิจัยที่ยื่นพิจารณา : ๑๑๕/๒๕๕๙

วันที่ได้รับการรับรอง : ๒๗ ตุลาคม ๒๕๕๙

ลงนามประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

(นายอรรถพงศ์ ถนิมพาสน์)

ลงนามผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

(นายแพทย์จุมภฏ พรหมสีดา)



แบบเสนอเค้าโครง งานวิจัย การศึกษาอิสระ วิทยานิพนธ์
เพื่อมาศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชธานี

วันที่ ...4... เดือน...ตุลาคม..... พ.ศ.....2559.....

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชธานี

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).นางทศวิมล วารินทร์.....ตำแหน่ง.นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงาน/หน่วยงาน.....สังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลศรีธัญญา

มีความประสงค์ของเสนอเค้าโครง งานวิจัย การศึกษาอิสระ วิทยานิพนธ์
ชื่อเรื่อง ภาษาไทย..ระบบการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย

ภาษาอังกฤษ..... Care System for Elderly with Dementia in Thailand

และได้แนบเค้าโครงมาพร้อมนี้จำนวน ๓ ชุด เพื่อมาศึกษาใน โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชธานี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ลงชื่อ ผู้เสนอเค้าโครง
(ทศวิมล วารินทร์)

คณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชธานี

เห็นควรอนุมัติ

ความเห็นอื่น.....

ลงชื่อ ประธานคณะกรรมการวิจัย
(พระ อธิส อธิพนธ์)

วันที่ 9, 09, 2559

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ
(นางสาววิมล วารินทร์)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชธานี

วันที่ 9, 09, 2559



Certificate of Attendance

ทศัยรัฐฉฉฉฉ วารฉฉฉฉ

has successfully completed

“Basic ICH GCP Training Course”

The course included the following topics:

- Introduction to the principles of ethics in human research and ICH GCP
- Role and responsibilities of investigator, sponsor and IRB/IEC
- Protocol and investigator’s brochure
- Informed consent document and informed consent process
- Subject recruitment and subject retention
- Case report form, sources documents and data quality management
- Handling of investigational product
- Safety reporting
- Essential documents for the conduct of a clinical study
- Quality control and quality assurance in a clinical study
- Addendum to ICH GCP

Meeting Date: June 30 – July 1, 2016

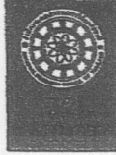
Venue: Srithanya Hospital

Sirisak Thitidilokrat

Sirisak Thitidilokrat, MD.
Srithanya Hospital Director

Pravich Tanyasittisuntorn

Pravich Tanyasittisuntorn, MD.
Direct, Medical Research Network
Medical Research Foundation



MedResNet
THE THAILANDS MEDICAL RESEARCH NETWORK



Certificate of Attendance

Hatairat Warin

has successfully completed

**Ethical principles for research involving humans
(Human subject protection)**

The course included the following topics:

- Module 1 History, principles, laws & regulations & international guidelines
- Module 2 Informed consent process
- Module 3 Privacy & confidentiality
- Module 4 Risk & benefit assessment and risk minimization
- Module 5 The ethics of research participant recruitment
- Module 6 Research in vulnerable subjects/populations
- Module 7 Institutional review board/Ethics committee
- Module 8 Responsible conduct for research and research misconduct

During 26 - 27 February 2018 At Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

S. Songsivilai

Prof. Sirirung Songsivilai, M.D., Ph.D.

Secretary-General

National Research Council of Thailand

Pravich Tanyasittisuntorn

Pravich Tanyasittisuntorn, M.D.

Director, Medical Research Network,

Medical Research Foundation

Tada Sueblinvong

Prof. Tada Sueblinvong, M.D.

Chairperson

Forum for Ethical Review Committees in Thailand

ภาคผนวก ข

เครื่องมือเชิงปริมาณและการสนทนากลุ่ม

ภาค.....

โรงพยาบาล..... จังหวัด.....

แบบสอบถามชุดที่.....

เครื่องมือเชิงปริมาณและการสนทนากลุ่ม

1. แบบสอบถามผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

โครงการระบบการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาด้านการดูแลและแนวโน้มของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในสังคมไทย ศึกษากระบวนการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในสังคมไทยที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ศึกษาปัญหาการเข้าถึงระบบการดูแลและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในสังคมไทย และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในสังคมไทยให้มีประสิทธิภาพ

ด้วยเหตุที่ท่านเป็นผู้หนึ่งที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นผู้แทนในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงขอความกรุณาจากท่านได้โปรดตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ข้อมูลที่ได้จากท่านมีความสำคัญอย่างมากต่อการศึกษา ในการตอบแบบสอบถามจะไม่ส่งผลกระทบต่อตัวท่านและผู้อื่น ซึ่งคณะผู้วิจัยจะต้องรวบรวมและเก็บรักษาคำตอบไว้เป็นความลับโดยจะเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

ผู้วิจัยขอขอบคุณในความร่วมมืออย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

นางหทัยรัฐณ์ วารินทร์

นักศึกษาระดับปริญญาเอก

หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (การบริหารสวัสดิการสังคม)

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

แบบสอบถาม

คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ตามความเป็นจริง

ตอนที่ 1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

1. ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ของผู้ดูแล

1.1 เพศ ชาย หญิง

1.2 อายุ.....ปี

ความสัมพันธ์ของท่านกับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม.....

1.3 สถานภาพสมรส

โสด สมรส หย่าร้าง/หม้าย

1.4 ระดับการศึกษา

ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมต้น/ปวส.
 มัธยมปลาย/ปวช. ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี

1.5 ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพ

อาศัย/ว่างงาน รับจ้างระบุ..... ค้าขาย
 เกษตรกรรม/ทำสวน รับราชการ บริษัทเอกชน
 อื่น ๆ ระบุ.....

1.6 รายได้ของท่านต่อเดือน.....บาท

1.7 ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมต่อเดือน.....บาท

1.8 ระยะเวลาที่ท่านดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

1.9 จำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมที่ท่านดูแลมีทั้งหมด.....คน

สถานะของบุคคลที่ต้องดูแล.....

1.10 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมที่ท่านดูแลมีโรคประจำตัวอะไรบ้าง

.....

1.11 มีใครช่วยท่านในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมบ้าง

ไม่มี มี โปรดระบุ.....

1.12 ท่านเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมาก่อน

หรือไม่

ไม่เคย เคย จากที่ไหนโปรดระบุ.....

2. ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

2.1 เพศ ชาย หญิง

2.2 อายุ.....ปี

2.3 สถานภาพสมรส

 โสด สมรส หย่าร้าง/หม้าย

2.4 ระดับการศึกษา

 ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมต้น/ปวส.
 มัธยมปลาย/ปวช. ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี

2.5 ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพ

 อาศัย/ว่างงาน รับจ้างระบุ..... ค้าขาย
 เกษตรกรรม/ทำสวน รับราชการ บริษัทเอกชน
 อื่น ๆ ระบุ.....

2.6 ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม.....

2.7 ปัญหาของท่านที่เกิดจากการดูแล.....

ตอนที่ 2 ข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ตามความเป็นจริง

หน้าที่ผู้ดูแล ท่านได้ดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในระดับใดบ้าง

ข้อความ	ระดับการทำ			
	ไม่ได้ทำ	ทำให้น้อย	ทำให้บ้าง	ทำให้ทั้งหมด
1. ท่านช่วยอาบน้ำให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม				
2. ท่านพาผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเข้าห้องน้ำ เช่น ปัสสาวะ อุจจาระ				
3. ท่านช่วยแต่งกายให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม				
4. ท่านช่วยเตรียมอาหารให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม				
5. ท่านช่วยเหลือผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในการรับประทานอาหาร - การรับประทานอาหารปกติ เช่น ป้อนอาหาร - การรับประทานอาหารทางสายยาง				
6. ท่านช่วยผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมลุกออกจากเตียง				
7. ท่านช่วยจัดยาให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม				

ตอนที่ 2 (ต่อ)

ข้อความ	ระดับการทำ			
	ไม่ได้ทำ	ทำให้น้อย	ทำให้บ้าง	ทำให้ทั้งหมด
8. ท่านพาผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไปพบแพทย์				
9. ท่านช่วยพยุงเดินให้กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม				
10. ท่านช่วยดำเนินการเรื่องเอกสารทางกฎหมายให้กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม				
11. ท่านมีส่วนช่วยปรับทางเดิน/ราวจับในบ้านให้เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม				
12. ท่านมีส่วนช่วยปรับทางเดิน/ราวจับในห้องน้ำให้เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม				
13. ท่านมีส่วนช่วยปรับแสงสว่างภายในบ้านให้เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม				
14. ท่านเก็บสิ่งของที่จะเป็นอันตรายแก่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เช่น มีด/ของมีคมไว้ในที่ปลอดภัยและพ้นมือผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม				
15. ท่านได้มีการปรับห้องพักให้เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม				
16. ท่านได้มีการจัดสรรเวลาที่เหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม				
17. ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมพักผ่อนกับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม เช่น การดูโทรทัศน์ การพาไปเที่ยว				
18. ท่านเป็นเพื่อนพูดคุยกับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม				
19. ท่านช่วยพาผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม				
20. ท่านมีส่วนช่วยในการพาผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม สวดมนต์/ไปทำบุญ/ไปวัด				
21. ท่านมีส่วนช่วยในการฟื้นฟูความจำให้กับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม				
22. ท่านมีหน้าที่พาผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไปพบแพทย์				

ตอนที่ 3 ผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ลงใน ตามความเป็นจริง ใน 1-2 เดือนที่ผ่านมา

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	ไม่จริง	จริงเล็กน้อย	จริงปานกลาง	จริงมาก	จริงมากที่สุด
ด้านผลกระทบของผู้ดูแลที่ได้รับจากการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม					
1. ท่านรู้สึกเครียดที่ต้องดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม					
2. ท่านรู้สึกว่าภาระการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเป็นภาระอย่างมาก					
3. ในบางครั้งท่านรู้สึกโกรธ/ทะเลาะกับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมเนื่องจากผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ					
4. ท่านรู้สึกเหนื่อย ไม่มีเวลาพักผ่อน จากการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม					
3. การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมีผลกระทบต่อการทำงานของท่าน					
ด้านปัญหาในการดูแล					
6. ท่านไม่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคสมองเสื่อม					
7. ครอบครัวของท่านมีปัญหาในการหาผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม					
8. ท่านมีปัญหาด้านการเงินในการผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม					
9. ท่านไม่มีเวลาในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม					
10. การดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของท่าน					
ด้านความต้องการของผู้ดูแล					
11. ท่านต้องการทราบข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม					
ด้านความต้องการของผู้ดูแล					
12. ท่านต้องการเวลาในการพักผ่อนมากขึ้นกว่าเดิม					
13. ท่านต้องการให้ญาติ/คนในครอบครัวมาช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม					
14. ท่านต้องการความช่วยเหลือจากชุมชนต่อการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม					
15. ท่านต้องการมีรายได้เพิ่มขึ้นเพื่อนำมาดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม					

ตอนที่ 4 การประเมินระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ตามความเป็นจริง

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในครอบครัวของท่านสามารถปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานต่อไปนี้

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ			หมายเหตุ
	ช่วยตัวเอง ไม่ได้	ช่วยตัวเอง ได้บ้าง	ช่วยตัวเอง ได้ทั้งหมด	
1. การอาบน้ำ				
2. การใช้ห้องสุขา				
3. การแต่งกาย				
4. การรับประทานอาหาร				
5. การลุกออกจากเตียง				
6. การเคลื่อนที่ภายในห้อง/บ้าน				
7. การกลั้นถ่ายอุจจาระ				
8. การกลั้นปัสสาวะ				
9. การพูดคุยกับผู้อื่น				
10. การจัดการรับประทาน				

ตอนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับเครือข่ายการดูแล

1. ความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพ

1.1 บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือท่านในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมคือใครบ้าง
โปรดระบุ

.....
.....

1.2 จากคำตอบในข้อ 1.1 บุคคลดังกล่าวช่วยเหลือท่านอย่างไร

.....
.....

1.3 ท่านพึงพอใจหรือไม่อย่างไร โปรดระบุ

.....
.....

2. ความช่วยเหลือจากครอบครัว/ญาติ

2.1 ญาติที่ให้ความช่วยเหลือท่านในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมคือใครบ้าง
โปรดระบุ

.....

2.2 จากคำตอบในข้อ 2.1 บุคคลดังกล่าวช่วยเหลือท่านอย่างไร

.....

2.3 ท่านพึงพอใจหรือไม่อย่างไร โปรดระบุ

.....

3. ความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน/ชุมชน

3.1 บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือท่านในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมคือใครบ้าง
โปรดระบุ

.....

3.2 จากคำตอบในข้อ 3.1 บุคคลดังกล่าวช่วยเหลือท่านอย่างไร

.....

ตอนที่ 6 ปัญหา ความต้องการสนับสนุน และข้อเสนอแนะ

1. ปัญหาของท่านในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมคืออะไรบ้าง

.....

.....

.....

2. ท่านต้องการได้รับการสนับสนุน/ช่วยเหลืออะไรบ้างในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

คำชี้แจง ขอให้ท่านจัดลำดับตามความต้องการ (1.1 – 1.11)

1.1 ความรู้เรื่องโรคที่เกี่ยวกับสมองเสื่อม

1.2 ความรู้เรื่องโรคที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

1.4 ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรค

1.5 ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากโรค

1.6 ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

1.7 แหล่งบริการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

1.8 ศูนย์/สถานดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมของภาคเอกชน

1.9 ศูนย์/สถานดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมของภาครัฐบาล

1.10 ต้องการให้ชุมชนมีสถานบริการดูแลผู้สูงอายุฯ โดยเฉพาะ

1.11 อื่น ๆ ระบุ.....

.....

3. ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอบคุณที่ช่วยตอบแบบสอบถาม

ผู้วิจัย

ภาคผนวก ค

แบบประเมินคุณภาพของเครื่องมือวิจัยสำหรับผู้เชี่ยวชาญ

เรื่อง การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน

คำชี้แจง

1. แบบประเมินนี้ใช้เพื่อประเมินโปรแกรมการอบรมเชิงปฏิบัติการการเรียนรู้เพื่อเสริมพลังให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม
2. เกณฑ์ในการลงความเห็นมีดังนี้
 - 2.1 ให้ความเห็น +1 เมื่อท่านแน่ใจว่าประเด็นนั้นเหมาะสมหรือสอดคล้องกับเนื้อหา
 - 2.2 ให้ความเห็น 0 เมื่อท่านไม่แน่ใจว่าประเด็นนั้นเหมาะสมหรือสอดคล้องกับเนื้อหาหรือไม่
 - 2.3 ให้ความเห็น -1 เมื่อท่านแน่ใจว่าประเด็นนั้นไม่เหมาะสมหรือไม่สอดคล้องกับเนื้อหา
3. โปรดทำเครื่องหมาย/ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน
4. หากท่านมีข้อเสนอแนะใด ๆ โปรดเขียนลงในช่องว่างที่ตรงกับประเด็นนั้น ๆ

นางหทัยรัฐณ์ วารินทร์

นักศึกษาปริญญาเอก

หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (การบริหารสวัสดิการสังคม)

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

แนวคิด AIC

เป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันเพื่อจัดทำแผน โดยเป็นวิธีการที่จะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยน ความรู้ประสบการณ์ นำเสนอข้อมูลข่าวสารที่จะทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหา ความต้องการข้อจำกัดและศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ โดยใช้กระบวนการ A-I-C (Ms. Turid และ Dr. William E. Smith ได้พัฒนาขึ้นและนำมาใช้ในประเทศไทย) เป็นกระบวนการที่ช่วยให้มีการระดมพลังสมองในการศึกษา วิเคราะห์ พัฒนาทางเลือก เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนา เกิดการตัดสินใจร่วมกัน เกิดพลังของการสร้างสรรค์และรับผิดชอบต่อการพัฒนาชุมชนท้องถิ่น เพราะกระบวนการ A-I-C มีขั้นตอนที่สำคัญ คือ

1. ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation : A)

คือ ขั้นตอนการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ขั้นตอนนี้จะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนแสดงความคิดเห็น รับฟัง และหาข้อสรุปร่วมกันอย่างสร้างสรรค์ เป็นประชาธิปไตยยอมรับในความคิดของเพื่อนสมาชิกโดยใช้การวาดรูปเป็นสื่อในการแสดงความคิดเห็นและแบ่งเป็น 2 ส่วน

A1 : การวิเคราะห์สภาพการของหมู่บ้าน ชุมชน ตำบลในปัจจุบัน

A2 : การกำหนดอนาคตหรือวิสัยทัศน์ อันเป็นภาพพึงประสงค์ในการพัฒนาว่าต้องการอย่างไร

2. ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I)

คือ ขั้นตอนการหาวิธีการและเสนอทางเลือกในการพัฒนาตามที่ได้สร้างภาพพึงประสงค์หรือที่ได้ช่วยกันกำหนดวิสัยทัศน์ (A2) เป็นขั้นตอนที่จะต้องช่วยกันหามาตรการ วิธีการ และค้นหาเหตุผลเพื่อกำหนดทางเลือกในการพัฒนา กำหนดเป้าหมาย กำหนดกิจกรรม และจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมโครงการ โดยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ

I1 : การคิดเกี่ยวกับกิจกรรมโครงการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ ตามภาพพึงประสงค์

I2 : การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมโครงการ โดย

1) กิจกรรม หรือโครงการที่หมู่บ้าน ชุมชน ท้องถิ่นทำเองได้เลย

2) กิจกรรมหรือโครงการที่บางส่วนต้องการความร่วมมือหรือการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานที่ร่วมทำงานสนับสนุนอยู่

3) กิจกรรมที่หมู่บ้าน ชุมชน ตำบล ไม่สามารถดำเนินการได้เอง ต้องขอความร่วมมือ เช่น ดำเนินการจากแหล่งอื่น ทั้งภาครัฐและเอกชน

3. ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C)

คือ ยอมรับและทำงานร่วมกัน โดยนำเอาโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ มาสู่การปฏิบัติและจัดกลุ่มผู้ดำเนินการ ซึ่งจะรับผิดชอบโครงการโดยขั้นตอนกิจกรรมประกอบด้วย

C1 : การแบ่งความรับผิดชอบ

C2 : การตกลงใจในรายละเอียดของการดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติ นอกจากนี้ ผลลัพธ์ที่ได้จากการประชุม คือ

1) รายชื่อกิจกรรม หรือโครงการที่กลุ่ม องค์กรชุมชนดำเนินการได้เอง ภายใต้ความรับผิดชอบ และเป็นแผนปฏิบัติการของหมู่บ้าน ชุมชน

2) กิจกรรม โครงการที่ชุมชน หรือองค์กรชุมชน เสนอขอรับการส่งเสริม สนับสนุนจากองค์กรปกครองท้องถิ่น และหน่วยงานภาครัฐที่ทำงานหรือสนับสนุนชุมชน

3) รายชื่อกิจกรรม โครงการที่ชาวบ้านต้องแสวงหาทรัพยากร และประสานงานความร่วมมือจากภาคีความร่วมมือต่าง ๆ ทั้งจากภาครัฐหรือองค์กรเอกชน เป็นต้น

วิธีดำเนินการ

เป็นการอบรมพัฒนาศักยภาพผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning : PL) : ซึ่ง David A. Kolb (1984) พัฒนาขึ้น ถือเป็นรูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล อาสาสมัครชุมชน ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทักษะ โดยทีมผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยเอื้ออำนวยให้เกิดการสร้างความรู้ โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม และอาสาสมัครในชุมชนจนเกิดความคิดรวบยอดจากประสบการณ์เดิมมากกว่าถ่ายทอดความรู้จากผู้วิจัยโดยตรง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้จนเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น ขั้นตอนการอบรม ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็นไปอย่างมีพลวัตร ได้แก่

1. ประสบการณ์ (Concrete experience)
2. การสะท้อนและอภิปราย (Reflective observation)
3. ความคิดรวบยอด (Abstract conceptualization)
4. การทดลอง/ประยุกต์แนวคิด (Active experimentation)

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม อาสาสมัครในชุมชน จำนวน 7-10 คน

ระยะเวลา

1 วัน

กิจกรรมที่	ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์การเรียนรู้	ตัวแปรที่ต้องการวัด
ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation : A)		ขั้นตอนการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์	
1	ประเมินก่อนลง โปรแกรม (Pre - test)	เพื่อวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่อง สมองเสื่อมก่อนการอบรม	- Knowledge
2	กิจกรรมที่ 1 ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคสมองเสื่อม	เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ เรื่องสมองเสื่อม	- Attitude - Community Assessment - Knowledge
ขั้นตอนการสร้างแนวทาง ในการพัฒนา (Influence : I)		เพื่อหาวิธีการและเสนอทางเลือกในการพัฒนา	
3	กิจกรรมที่ 2 กระบวนการดูแล ผู้สูงอายุป่วยด้วย โรคสมองเสื่อม	1. เพื่อทราบถึงการดูแลผู้สูงอายุ ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมอย่างถูกวิธี 2. ตระหนักถึงความสำคัญของการ ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม 3. มีทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับการดูแล	- Motivation - Ability - Activity
ขั้นตอนการสร้างแนวทางในการปฏิบัติ (Control : C)		การยอมรับและการทำงานร่วมกัน	
4	กิจกรรมที่ 3 - แนวทางในการ พัฒนาระบบการดูแล ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรค สมองเสื่อมในชุมชน	1. เพื่อให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุป่วย ด้วยโรคสมองเสื่อมร่วมกันในชุมชน 2. มีกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่อง ในชุมชน	- Goal - Team work - Project
5.	กิจกรรมที่ 4 - การฝึกผ่อนคลาย ความเครียด	เพื่อเสริมพลังกาย พลังใจ แก่ผู้ดูแล ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ในชุมชน	- Empowerment
6.	ประเมินก่อนลง โปรแกรม (Post - test)	เพื่อวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่อง สมองเสื่อมหลังการอบรม	- Knowledge

กิจกรรมที่ 1 ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม

คำสั่ง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น			ข้อเสนอแนะ
	+ 1	0	- 1	
1. สารระสำคัญ				
2. วัตถุประสงค์ในการเรียนรู้				
3. ระยะเวลา				
4. กิจกรรมการเรียนรู้				
5. สื่อ/อุปกรณ์				
6. ใบงาน				

หมายเหตุ :

- +1 เมื่อท่านแน่ใจว่าประเด็นนั้นเหมาะสมหรือสอดคล้องกับเนื้อหา
- 0 เมื่อท่านไม่แน่ใจว่าประเด็นนั้นเหมาะสมหรือสอดคล้องกับเนื้อหาหรือไม่
- 1 เมื่อท่านแน่ใจว่าประเด็นนั้นไม่เหมาะสมหรือไม่สอดคล้องกับเนื้อหา

กิจกรรมที่ 2 กระบวนการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

คำสั่ง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น			ข้อเสนอแนะ
	+ 1	0	-1	
1. สารระสำคัญ				
2. วัตถุประสงค์ในการเรียนรู้				
3. ระยะเวลา				
4. กิจกรรมการเรียนรู้				
5. สื่อ / อุปกรณ์				
6. ใบงาน				

หมายเหตุ :

- +1 เมื่อท่านแน่ใจว่าประเด็นนั้นเหมาะสมหรือสอดคล้องกับเนื้อหา
- 0 เมื่อท่านไม่แน่ใจว่าประเด็นนั้นเหมาะสมหรือสอดคล้องกับเนื้อหาหรือไม่
- 1 เมื่อท่านแน่ใจว่าประเด็นนั้นไม่เหมาะสมหรือไม่สอดคล้องกับเนื้อหา

กิจกรรมที่ 3 แนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน
คำสั่ง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น			ข้อเสนอแนะ
	+ 1	0	-1	
1. สาระสำคัญ				
2. วัตถุประสงค์ในการเรียนรู้				
3. ระยะเวลา				
4. กิจกรรมการเรียนรู้				
5. สื่อ / อุปกรณ์				
6. ใบงาน				

หมายเหตุ :

- +1 เมื่อท่านแน่ใจว่าประเด็นนั้นเหมาะสมหรือสอดคล้องกับเนื้อหา
- 0 เมื่อท่านไม่แน่ใจว่าประเด็นนั้นเหมาะสมหรือสอดคล้องกับเนื้อหาหรือไม่
- 1 เมื่อท่านแน่ใจว่าประเด็นนั้นไม่เหมาะสมหรือไม่สอดคล้องกับเนื้อหา

กิจกรรมที่ 4 การเสริมพลังให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมในชุมชน

คำสั่ง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น			ข้อเสนอแนะ
	+ 1	0	-1	
1. สารสำคัญ				
2. วัตถุประสงค์ในการเรียนรู้				
3. ระยะเวลา				
4. กิจกรรมการเรียนรู้				
5. สื่อ / อุปกรณ์				
6. ใบงาน				

หมายเหตุ :

- +1 เมื่อท่านแน่ใจว่าประเด็นนั้นเหมาะสมหรือสอดคล้องกับเนื้อหา
- 0 เมื่อท่านไม่แน่ใจว่าประเด็นนั้นเหมาะสมหรือสอดคล้องกับเนื้อหาหรือไม่
- 1 เมื่อท่านแน่ใจว่าประเด็นนั้นไม่เหมาะสมหรือไม่สอดคล้องกับเนื้อหา

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ - สกุล	นางหทัยรัฐณ์ วารินทร์
วัน เดือน ปีเกิด	10 มกราคม 2515
ที่อยู่ปัจจุบัน	35 หมู่ 1 ตำบลบางโพธิ์เหนือ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี 12160
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2533 – 2536	คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ สังคมสงเคราะห์ศาสตรบัณฑิต
พ.ศ. 2538 – 2540	คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารนโยบายและสวัสดิการสังคม)
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2536 – 2537	นักสุขศึกษา โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท 1 และโรงพยาบาลกล้วยน้ำไท 2
พ.ศ. 2536 – ปัจจุบัน	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศรีธัญญา