

ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว ในเขตสุขภาพที่ 7

Prevalence of Dementia Among Older Adults in the Long-Term Care System in Health Service Region 7

วิไลวรรณ วัฒนานนท์ พย.ม. (การพยาบาลชุมชน)*

Wilaiwan Wattananon M.N.S. (Community)*

ศิราณี ศรีหาคาด ปร.ด. (การพัฒนาสุขภาพชุมชน)**

Siranee Sihapark Ph.D. (Community Health Development) **

ศักดิ์ขรินทร์ นรสาร ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์)**

Sakkharin Norrasan Ph.D. (Nursing Science)**

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

* Faculty of Nursing, Northeastern University

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

**Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen,

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Received: November 25, 2025

Revised: May 18, 2026

Accepted: July 1, 2026

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในสังคมสูงอายุของประเทศไทย โดยเฉพาะในระบบการดูแลระยะยาวที่ต้องรองรับผู้สูงอายุพึ่งพิงจำนวนมาก การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและลักษณะการกระจายตัวในผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนในระบบการดูแลระยะยาว เขตสุขภาพที่ 7 ด้วยการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลทุติยภูมิจากทะเบียนผู้สูงอายุปี 2568 ระหว่างเดือนเมษายน-ตุลาคม 2568 จำนวน 4,121 คน ซึ่งได้รับการประเมินภาวะสมองเสื่อมตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 2,751 คน (ร้อยละ 66.76) อายุเฉลี่ย 71.80 ปี (S.D.= 7.90) มีภาวะพึ่งพิง ระดับน้อย 2,000 คน (ร้อยละ 48.53) ปานกลาง 1,500 คน (ร้อยละ 36.40) และมาก 621 คน (ร้อยละ 15.07) ความชุกของกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมเท่ากับร้อยละ 6.75 และผู้สูงอายุได้รับการยืนยันผลสมองเสื่อม ร้อยละ 62.23 คิดเป็นความชุกภาวะสมองเสื่อม 4.20 โดยจังหวัดที่พบมากที่สุดคือ ขอนแก่น (ร้อยละ 4.97) รองลงมาคือร้อยเอ็ด (ร้อยละ 3.58) มหาสารคาม (ร้อยละ 3.52) และกาฬสินธุ์ (ร้อยละ 1.74) ซึ่งสะท้อนความแตกต่างด้านโครงสร้างประชากรและความพร้อมของระบบบริการปฐมภูมิในแต่ละพื้นที่ การศึกษานี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของการคัดกรองเชิงรุก การติดตามต่อเนื่อง และการเชื่อมโยงระบบบริการในระดับจังหวัด เพื่อสนับสนุนการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุ ลดภาระผู้ดูแล และเสริมความเข้มแข็งของระบบ LTC ในการรองรับภาวะภาวะสมองเสื่อมในอนาคต

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุ ระบบการดูแลระยะยาว

Abstract

Dementia is an increasingly significant health burden in Thailand's aging society, particularly within the Long-term Care system, which supports a large number of dependent older adults. This study aimed to examine the prevalence and distribution of dementia among older adults registered in the Long-term Care system in Health Service Region 7. A cross-sectional descriptive study design was employed utilizing secondary data from the 2025 LTC registry collected from April to October 2025, which comprises 4,121 older adults assessed for dementia according to the Ministry of Public Health's screening protocols. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The findings showed that most older adults were female, totaling 2,751 individuals (66.76 %), with a mean age of 71.80 years (S.D. = 7.90). Regarding dependency levels, 2,000 older adults (48.53 %) had mild dependency, 1,500 (36.40%) had moderate dependency, and 621 (15.07%) had severe dependency. The prevalence of older adults identified as being at risk for dementia was 6.75%, and 62.23% of those at risk were clinically confirmed, with a prevalence of confirmed 4.20%. Khon Kaen had the highest prevalence of confirmed dementia among older adults (4.97%), followed by Roi Et (3.58%), Maha Sarakham (3.52%), and Kalasin (1.74%). These findings reflect differences in population structure and the readiness of primary care service systems across provinces. This study highlights the importance of proactive screening, continuous monitoring, and strong linkage with provincial health services to support appropriate care planning, reduce caregiver burden, and strengthen the LTC system's readiness to address the growing burden of dementia among older adults.

Keywords: Dementia, Older adults, Long-Term Care

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมถือเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก เนื่องจากเป็นโรคที่มีการดำเนินโรคนาน ส่งผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้เพิ่มภาระทั้งต่อผู้ดูแล ครอบครัว และระบบสุขภาพ⁽¹⁻³⁾ องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกจะเพิ่มจากจำนวน 55 ล้านคนในปี ค.ศ.2021 เป็น 78 ล้านคนในปี ค.ศ.2030 และมากกว่า 139 ล้านคนในปี ค.ศ.2050 ซึ่งสัดส่วนสูงที่สุดอยู่ในประเทศรายได้ปานกลาง เช่น ประเทศไทย⁽⁴⁾ ภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย ได้แก่ อายุที่มากขึ้น เพศ โดยพบความสัมพันธ์กับเพศหญิง การศึกษาที่พบว่า มีความสัมพันธ์กับการศึกษาระดับต่ำ โรคประจำตัวเรื้อรัง และสภาพเศรษฐกิจสังคมที่จำกัด⁽⁵⁻⁷⁾ ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ภาระโรคเรื้อรังและภาวะพึ่งพิงเพิ่มสูงขึ้นตามลำดับ หนึ่งใน

ปัญหาสำคัญคือภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ซึ่งภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นผลลัพธ์ของหลายปัจจัย ทั้งด้านชีวภาพ สังคม และระบบสุขภาพ ที่ส่งผลต่อการเสื่อมของสมองและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและภาคตะวันออก เฉียงเหนือ ซึ่งมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากกว่าพื้นที่อื่น กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (Long-term Care: LTC) โดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นได้รับการดูแลที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดสุขภาวะที่ดี ผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนในระบบ LTC มีระดับภาวะพึ่งพิงแตกต่างกันและมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าประชากรทั่วไป ปัจจัยพื้นฐานสำคัญ ประกอบด้วย เพศ อายุ และระดับพึ่งพิง เป็นตัวบ่งชี้ด้านระบาดวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹⁻⁵⁾

เขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย จังหวัดขอนแก่น ร้อยเอ็ด มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ พบแนวโน้มผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ละจังหวัดมีความแตกต่างด้านโครงสร้างประชากรและความพร้อมของระบบบริการ เป็นปัจจัยเชิงบริบทที่อาจส่งผลต่อรูปแบบการคัดกรอง และค้นหาผู้ป่วย นอกจากนี้ ความเข้มแข็งของบุคลากร การสนับสนุนชุมชน และแนวทางคัดกรองในแต่ละพื้นที่ ยังมีผลต่อความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ⁽⁶⁻⁹⁾ ซึ่งผู้สูงอายุทุกคนที่ขึ้นทะเบียนระบบ LTC ถูกกำหนดให้ต้องได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม⁽⁸⁻⁹⁾ ในขณะที่การดูแลผู้สูงอายุแบบ LTC ในระดับชุมชนต้องบูรณาการดำเนินงานหลายส่วน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนหลักประกันสุขภาพ สถานพยาบาลสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีพยาบาล รพ.สต. และ อสม. ตลอดจนบุคคลในครอบครัวเป็นกลไกสำคัญ ดังนั้น การพิจารณาทั้งปัจจัยระดับบุคคลและระดับจังหวัดร่วมกันจะช่วยให้เข้าใจสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในระบบ LTC ได้รอบด้านยิ่งขึ้น และสามารถใช้เป็นฐานข้อมูลสำคัญในการวางแผนระบบคัดกรอง การเฝ้าระวัง และการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในระดับจังหวัดและระดับเขตได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม การรายงานข้อมูลยังขาดความชุก โดยเฉพาะข้อมูลรายจังหวัดหรือรายเขตสุขภาพยังมีจำกัด อีกทั้งยังไม่มีรายงานเชิงระบาดวิทยาที่ครอบคลุมทั้งเขตสุขภาพมาก่อน ข้อมูลความชุกที่ชัดเจนจะช่วยให้จังหวัดและเขตสุขภาพมีข้อมูลที่นำเชื่อถือ ทราบขนาดปัญหาสามารถนำไปออกแบบจัดทำแผนบริการรายพื้นที่ จัดลำดับความสำคัญของกลุ่มเป้าหมาย กำหนดภาระงานของทีมปฐมภูมิ วางแผนสนับสนุนผู้ดูแล จัดสรรทรัพยากร การส่งต่อและติดตามดูแลได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ทั้งนี้ระบบคัดกรองใน LTC ไม่ใช่แค่ข้อมูลระบาดวิทยา แต่เป็นกลไกการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน โดยเชื่อมโยงผู้สูงอายุ ผู้ดูแล พยาบาลปฐมภูมิ และระบบส่งต่ออีกด้วย⁽¹⁰⁻¹¹⁾

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุภายใต้ระบบ LTC เขตสุขภาพที่ 7 เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการวางแผนบริการ การบริหารทรัพยากร และการกำหนดทิศทาง

การพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุทั้งในระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพ และระดับประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่อยู่ภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว ในเขตสุขภาพที่ 7 ประเทศไทย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7 ดำเนินการเก็บข้อมูลเดือนเมษายนถึงตุลาคม พ.ศ.2568

นิยามเชิงปฏิบัติการ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Confirmed Dementia) หมายถึง ประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่ในระบบการดูแลระยะยาว (LTC) มีผลคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผิดปกติจากแบบคัดกรอง 4 คำถาม และ/หรือแบบประเมิน IQCODE และได้รับการประเมินซ้ำหรือยืนยันผลโดยแพทย์หรือพยาบาลเวชปฏิบัติตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข⁽¹¹⁻¹³⁾

กลุ่มเสี่ยงสมองเสื่อม (Suspected dementia) หมายถึง ประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่ในระบบการดูแลระยะยาว (LTC) และมีผลคัดกรองเบื้องต้นผิดปกติจากแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม 4 คำถาม และ/หรือแบบประเมิน IQCODE โดยการคัดกรองของบุคลากรสาธารณสุขหรือผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม และถูกส่งต่อเพื่อประเมินยืนยันผลโดยแพทย์หรือพยาบาลเวชปฏิบัติ ระดับภาวะพึ่งพิง (Dependency level) จำแนกเป็น น้อย ปานกลาง และมาก ตามเกณฑ์ ADL ที่ใช้ในระบบ LTC⁽⁷⁾

ระดับภาวะพึ่งพิง (Dependency level) หมายถึง ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่ในระบบ LTC⁽⁷⁾

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา คือผู้สูงอายุทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนในระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7 ปี พ.ศ. 2568 จำนวน 4,121 คน ดำเนินการศึกษาครอบคลุมประชากรทั้งหมด (Population-based analysis) จึงไม่ทำการสุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่วิจัยการศึกษา ได้แก่ 1) มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนระบบการดูแลระยะยาว ณ วันที่เก็บข้อมูล และ 2) มีข้อมูลครบถ้วน ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับภาวะพึ่งพิง และผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม⁽⁹⁾

แหล่งข้อมูลและเครื่องมือ

การวิจัยนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลระบบ LTC เขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งเป็นข้อมูลที่หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่บันทึกไว้ตามระบบบริการปกติ และเป็นข้อมูลที่เกิดจากการดำเนินงานระบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมตามแนวทางมาตรฐานระบบ LTC ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ประกอบด้วย ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปผู้สูงอายุ เพศ อายุ จังหวัด ระดับภาวะพึ่งพิง ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ผลการจำแนกกลุ่มเสี่ยง ผลการส่งต่อ และผลการยืนยันภาวะสมองเสื่อม

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิของผู้สูงอายุในระบบ LTC ที่พัฒนาขึ้นขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูล 6 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ 2) ข้อมูลระดับภาวะพึ่งพิง 3) ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น 4) ผลการประเมินด้วย IQCODE 5) ผลการส่งต่อเพื่อยืนยันภาวะสมองเสื่อม และ 6) ผลการวินิจฉัยยืนยันภาวะสมองเสื่อม ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์หรือพยาบาลเวชปฏิบัติ

การประเมินผู้สูงอายุใช้เครื่องมือมาตรฐานตามแนวทางดูแลผู้สูงอายุ ประเทศไทย ได้แก่ 1) แบบประเมิน ADL ใช้ประเมินระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ

และจำแนกเป็นพึ่งพิงน้อย พึ่งพิงปานกลาง และพึ่งพิงมาก⁽¹⁰⁾ 2) แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น 4 คำถาม ใช้คัดกรองความผิดปกติด้านความจำหรือพฤติกรรมในผู้สูงอายุ และ 3) แบบประเมิน IQCODE ใช้ประเมินการเปลี่ยนแปลงความสามารถด้านความจำและการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันจากข้อมูลของผู้ดูแล⁽¹¹⁻¹³⁾

การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ

การวิจัยนี้ไม่ได้พัฒนาเครื่องมือคัดกรองหรือแบบประเมินใหม่ แต่ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลระบบ LTC ซึ่งบันทึกจากเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ในระบบบริการ ได้แก่ แบบประเมิน ADL แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น 4 คำถาม และแบบประเมิน IQCODE โดยเครื่องมือดังกล่าวมีแนวทางการใช้และเกณฑ์การแปลผลตามเอกสารมาตรฐานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง⁽¹⁰⁻¹³⁾

แบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิของผู้สูงอายุ ได้ผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องของรายการข้อมูลกับวัตถุประสงค์การวิจัย ความครบถ้วน ความถูกต้องของข้อมูลที่จะนำไปวิเคราะห์ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ระดับภาวะพึ่งพิง ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ผลการประเมิน IQCODE ผลการส่งต่อ และผลการวินิจฉัยยืนยันภาวะสมองเสื่อม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ดำเนินการประสานหน่วยบริการระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และหน่วยปฐมภูมิ 4 จังหวัด
2. รวบรวมข้อมูลในแบบบันทึก ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล
3. กำหนดโค้ดตัวแปรและตรวจสอบข้อมูลผิดพลาดหรือข้อมูลซ้ำซ้อน การเก็บรักษาข้อมูลทั้งหมดเป็นความลับและใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการวิจัยเท่านั้น
4. นำข้อมูลเข้าสู่โปรแกรมสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบาย ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ ระดับภาวะพึ่งพิง สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม และผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยยืนยันภาวะสมองเสื่อม การคำนวณความชุกของภาวะสมองเสื่อม ดังนี้

ความชุก =
$$\frac{\text{จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการยืนยันว่ามีภาวะสมองเสื่อม}}{\text{จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่อยู่ในระบบ LTC ในช่วงเวลาที่ศึกษา}} \times 100$$

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น เลขที่ IRB-BCNKK-42-2024 เมื่อวันที่ 18 เมษายน พ.ศ.2568

ผลการวิจัย

1. ลักษณะพื้นฐานของผู้สูงอายุในระบบ LTC ผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนในระบบ LTC เขตสุขภาพที่ 7 ทั้งหมด จำนวน 4,121 คน พบว่า เป็นเพศหญิง จำนวน 2,751 คน (ร้อยละ 66.77) เพศชาย จำนวน 1,370 คน (ร้อยละ 33.23) อายุเฉลี่ย 71.80 ปี (S.D. = 7.90) เมื่อจำแนกตามระดับภาวะพึ่งพิง พบว่า ร้อยละ 48.6 อยู่ในกลุ่มพึ่งพิงน้อย ร้อยละ 36.50 อยู่ในกลุ่มพึ่งพิงปานกลาง และร้อยละ 15.10 อยู่ในกลุ่มพึ่งพิงมาก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของผู้สูงอายุในระบบ LTC เขตสุขภาพที่ 7 (n = 4,121)

ลักษณะพื้นฐานของผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1,370	33.24
หญิง	2,751	66.76
อายุ (ปี)		
60-70	1,832	44.45
70-80	1,509	36.62
80-90	622	15.09
มากกว่า 90	158	3.83
อายุเฉลี่ย 71.80 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.90 ปี		
ระดับภาวะพึ่งพิง		
พึ่งพิงน้อย	2,000	48.53
พึ่งพิงปานกลาง	1,500	36.40
พึ่งพิงมาก	621	15.07

การดำเนินการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม เขตสุขภาพที่ 7 ครอบคลุมทุกจังหวัด เมื่อจำแนกรายจังหวัดพบว่าขอนแก่น มีผู้สูงอายุในระบบ LTC มากที่สุดจำนวน 2,112 คน (ร้อยละ 51.24) รองลงมาคือ ร้อยเอ็ด จำนวน 1,223 (ร้อยละ 29.67) มหาสารคาม จำนวน 614 คน

(ร้อยละ 14.90) และกาฬสินธุ์จำนวน 172 คน (ร้อยละ 4.17) โดยเพศหญิงมีส่วนของผู้เข้ารับการคัดกรองสูงกว่าเพศชายในทุกจังหวัด สัดส่วนเพศหญิงรวมร้อยละ 66.76 เพศชาย ร้อยละ 33.24 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง จำแนกตามจังหวัดและเพศ (n = 4,121)

จังหวัด	ชาย		หญิง		จำนวนรวม	สัดส่วนระดับเขตสุขภาพ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ขอนแก่น	679	32.15	1,433	67.85	2,112	51.25
ร้อยเอ็ด	440	35.98	783	64.02	1,223	29.68
มหาสารคาม	193	31.43	421	68.57	614	14.90
กาฬสินธุ์	58	33.72	114	66.28	172	4.17
รวมทั้งสิ้น	1,370	33.24	2,751	66.76	4,121	100.0

3. ความชุกภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในระบบ LTC ผลคัดกรองพบว่า ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมจำนวน 278 คน คิดเป็นความชุก ร้อยละ 6.75 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และได้รับการวินิจฉัยยืนยันภาวะสมองเสื่อมโดยแพทย์หรือพยาบาลเวชปฏิบัติ จำนวน 173 คน คิดเป็น ร้อยละ 62.23 ของกลุ่มเสี่ยง ความชุกของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 4.20

เมื่อพิจารณาความชุกรายจังหวัด พบว่า จังหวัดขอนแก่น มีผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมสูงสุด

จำนวน 154 คน ความชุก ร้อยละ 7.29 รองลงมาคือ จังหวัดร้อยเอ็ด 85 คน ความชุก ร้อยละ 6.95 จังหวัดมหาสารคาม 32 คน ความชุก ร้อยละ 5.21 และจังหวัดกาฬสินธุ์ 7 คน ความชุก ร้อยละ 4.07 การวินิจฉัยยืนยันภาวะสมองเสื่อม สูงที่สุดในจังหวัดขอนแก่น 105 คน ความชุก ร้อยละ 4.97 รองลงมาคือ จังหวัดมหาสารคาม 22 คน ความชุก ร้อยละ 3.58 จังหวัดร้อยเอ็ด 43 คน ความชุก ร้อยละ 3.52 และจังหวัดกาฬสินธุ์ 3 คน ความชุก ร้อยละ 1.74 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความชุกของภาวะสมองเสื่อม ในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 7 พ.ศ. 2568

จังหวัด	ความชุกภาวะเสี่ยง		ความชุกภาวะสมองเสื่อม						ผู้สูงอายุทั้งหมด
			ชาย		หญิง		วินิจฉัยยืนยันรวม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ขอนแก่น	154	7.29	41	6.04	64	4.47	105	4.97	2,112
ร้อยเอ็ด	85	6.95	13	2.95	30	3.83	43	3.52	1,223
มหาสารคาม	32	5.21	10	5.18	12	2.85	22	3.58	614
กาฬสินธุ์	7	4.07	1	1.72	2	1.75	3	1.74	172
รวมทั้งสิ้น	278	6.75	65	4.74	108	3.93	173	4.20	4,121

เมื่อพิจารณาสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ที่ได้รับการวินิจฉัยยืนยันภาวะสมองเสื่อมพบว่า จังหวัดขอนแก่น ได้รับการยืนยัน 105 คน จาก 154 คน (ร้อยละ 68.18) จังหวัดร้อยเอ็ด 43 คน จาก 85 คน (ร้อยละ 50.59) จังหวัดมหาสารคาม 22 คน

จาก 32 คน (ร้อยละ 68.75) และจังหวัดกาฬสินธุ์ 3 คน จาก 7 คน (ร้อยละ 42.86) รวมทั้งเขตสุขภาพที่ 7 มีการยืนยัน 173 คน จาก 278 คน (ร้อยละ 62.23) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุในระบบ LTC เขตสุขภาพที่ 7 ที่ได้รับการยืนยันภาวะสมองเสื่อม (n = 173)

จังหวัด	ภาวะเสี่ยง			การวินิจฉัยยืนยันภาวะสมองเสื่อม				วินิจฉัยยืนยันรวม	
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	ร้อยละ	หญิง	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ขอนแก่น	58	96	154	41	70.69	64	66.67	105	68.18
ร้อยเอ็ด	22	63	85	13	59.09	30	47.62	43	50.59
มหาสารคาม	12	20	32	10	83.33	12	60.00	22	68.75
กาฬสินธุ์	3	4	7	1	33.33	2	50.00	3	42.86
รวม	95	183	278	65	68.42	108	59.02	173	62.23

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการยืนยันในผู้สูงอายุระบบ LTC เขตสุขภาพที่ 7 ร้อยละ 4.20 และพบกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 6.75 โดยในกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวมีผู้ได้รับการยืนยันภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 62.23 ข้อค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นว่า ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุภายใต้ระบบ LTC มิใช่เพียงปัญหาทางคลินิกของผู้สูงอายุรายบุคคลเท่านั้น แต่เป็นประเด็นสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิ ครอบครัว ผู้ดูแล และการบริหารจัดการทรัพยากรด้านการดูแลระยะยาวในระดับพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดระดับสากลที่มองว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องอาศัยระบบบริการสุขภาพและสังคมร่วมกันในการดูแลระยะยาว^(1-3,10) ผลการศึกษาจึงมีนัยสำคัญต่อการออกแบบระบบคัดกรอง การส่งต่อ การยืนยันผล และการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงหรือมีภาวะสมองเสื่อมในเขตสุขภาพที่ 7

ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในระบบ LTC สะท้อนภาระโรคที่ต้องติดตามฐานประชากรและบริบทพื้นที่

เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่าจังหวัดขอนแก่นมีความชุกของภาวะสมองเสื่อมสูงสุด ร้อยละ 4.97 รองลงมาคือ จังหวัดมหาสารคาม ร้อยละ 3.58 จังหวัดร้อยเอ็ด ร้อยละ 3.52 และจังหวัดกาฬสินธุ์ ร้อยละ 1.74 ความแตกต่างนี้ควรตีความร่วมกับจำนวนผู้สูงอายุในระบบ LTC โครงสร้างประชากร และความพร้อมของเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละจังหวัด เนื่องจากพื้นที่ที่มีจำนวนผู้สูงอายุในระบบมากและมีการคัดกรองต่อเนื่องย่อมมีโอกาสตรวจพบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากกว่า ดังนั้นความชุกที่พบจึงสะท้อนทั้งภาระโรคและศักยภาพของระบบบริการในการค้นหาและยืนยันผล ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาระบบ LTC ที่เน้นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนและการเชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิ⁽⁷⁾ ทั้งนี้ ค่าความชุกในการศึกษานี้เป็นข้อมูลของผู้สูงอายุในระบบ LTC ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงและมีความเสี่ยงสุขภาพสูง จึงไม่ควรเปรียบเทียบโดยตรงกับประชากรผู้สูงอายุทั่วไป หากไม่พิจารณาความแตกต่างของฐานประชากร วิธีคัดกรอง เครื่องมือ เกณฑ์ยืนยันผล

และระบบส่งต่อ งานวิจัยในผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชนบทของประเทศไทยยังสะท้อนว่า ภาวะสมองเสื่อมสัมพันธ์กับความต้องการดูแลระยะยาวและการของผู้ดูแล⁽⁸⁾ สำหรับงานพยาบาลผู้สูงอายุ ข้อมูลความชุกรายจังหวัดสามารถนำไปใช้จัดกลุ่มเสี่ยง วางแผนเยี่ยมบ้าน ติดตามผู้สูงอายุพึ่งพิง ให้คำแนะนำผู้ดูแล และประสานแพทย์หรือพยาบาลเวชปฏิบัติเพื่อยืนยันผลในรายที่สงสัยได้อย่างเหมาะสม จึงควรตีความผลการศึกษานี้ในฐานะข้อมูลเชิงระบบสำหรับการวางแผนดูแลผู้สูงอายุในระบบ LTC มากกว่าค่าความชุกของผู้สูงอายุทั้งหมดในชุมชน

การเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยและความชุกตามเพศให้ภาพทางระบาดวิทยาที่แตกต่างกัน ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีจำนวนมากกว่าเพศชายทั้งในระบบ LTC และในกลุ่มที่ได้รับการยืนยันภาวะสมองเสื่อมสอดคล้องกับโครงสร้างประชากรสูงอายุที่เพศหญิงมักมีอายุชียืนยาวกว่า และมีโอกาสเข้าสู่วัยที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น⁽¹⁻³⁾ อย่างไรก็ตามเมื่อคำนวณความชุกแยกตามเพศ พบว่าเพศชายมีความชุกร้อยละ 4.74 ขณะที่เพศหญิงมีความชุกร้อยละ 3.93 สะท้อนว่า “จำนวนผู้ป่วย” และ “ความชุก” อาจให้ภาพสถานการณ์ต่างกัน หากพิจารณาเฉพาะจำนวนอาจเข้าใจว่าภาวะโรคอยู่ในเพศหญิงมากกว่า แต่เมื่อใช้ตัวหารตามจำนวนผู้สูงอายุแต่ละเพศ จะเห็นความเสี่ยงเชิงสัดส่วนได้ชัดเจนขึ้น สำหรับงานพยาบาลผู้สูงอายุ ข้อมูลดังกล่าวช่วยให้พยาบาลและทีมปฐมภูมิสามารถกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการเฝ้าระวังได้เหมาะสม ทั้งในกลุ่มเพศหญิงที่มีจำนวนมากและกลุ่มเพศชายที่มีความชุกเชิงสัดส่วนสูงกว่า การวางแผนบริการจึงควรใช้ทั้งจำนวนผู้ป่วยและความชุก ร่วมกับข้อมูลอายุ ภาวะพึ่งพิง และโรคร่วม เพื่อจัดลำดับการติดตาม เยี่ยมบ้าน ประเมินความจำ และให้คำแนะนำผู้ดูแลอย่างเหมาะสม^(6,10)

ภาวะพึ่งพิงเป็นตัวบ่งชี้การดูแลและต้นทุนของครอบครัวและระบบบริการ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในระบบ LTC เขตสุขภาพที่ 7 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มพึ่งพิงน้อย ร้อยละ 48.6 รองลงมาคือพึ่งพิงปานกลาง ร้อยละ 36.5 และพึ่งพิงมาก ร้อยละ 15.1 โดยกลุ่มพึ่งพิงปานกลางและพึ่งพิงมากรวมกันมีสัดส่วน

ร้อยละ 51.6 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องการการติดตาม ดูแล และสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากครอบครัว ผู้ดูแล อสม. และหน่วยบริการปฐมภูมิ เมื่อภาวะสมองเสื่อมเกิดร่วมกับภาวะพึ่งพิง ย่อมทำให้การดูแลซับซ้อนมากขึ้น ทั้งด้านกิจวัตรประจำวัน การป้องกันอุบัติเหตุ การจัดการพฤติกรรม การใช้ยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการสนับสนุนผู้ดูแล ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม⁽¹¹⁾ บทบาทของพยาบาลจึงควรเน้นการประเมินระดับ ADL ร่วมกับผลคัดกรองภาวะสมองเสื่อม เพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนของการเยี่ยมบ้าน วางแผนดูแลรายบุคคล ให้คำแนะนำผู้ดูแลในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ป้องกันการพลัดตกหกล้ม จัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง แม้ข้อมูลครั้งนี้ยังไม่สามารถจำแนกกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง หรือระดับความรุนแรงรายบุคคลได้ แต่ผลการศึกษาชี้ว่าควรเชื่อมโยงข้อมูล ADL ภาวะติดบ้านติดเตียง ผลคัดกรอง และผลยืนยันทางคลินิก เพื่อประเมินภาวะการดูแลและจัดสรรทรัพยากรได้แม่นยำยิ่งขึ้น⁽⁸⁾

สัดส่วนการยืนยันผลจากกลุ่มเสี่ยงสะท้อนคุณภาพของระบบคัดกรองและการส่งต่อการศึกษาที่พบว่ากลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมได้รับการยืนยันภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 62.23 สะท้อนว่าการคัดกรองเบื้องต้นในระบบ LTC สามารถค้นหาผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติด้านความจำ พฤติกรรม หรือการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน และนำเข้าสู่การประเมินยืนยันได้ในระดับหนึ่ง ระบบคัดกรองที่มีคุณภาพจึงไม่ควรจบเพียงการระบุกลุ่มเสี่ยง แต่ควรเชื่อมต่อสู่การประเมินซ้ำ การยืนยันผล การวางแผนดูแล และการติดตามต่อเนื่อง โดยอาศัยเครื่องมือคัดกรองและแนวทางเวชปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน^(4,6) ในระบบ LTC พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการกำกับคุณภาพการคัดกรองสนับสนุนผู้ดูแลและ อสม. ให้ใช้เครื่องมืออย่างถูกต้อง เช่น IQCODE รวมทั้งติดตามผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติให้เข้าสู่กระบวนการประเมินยืนยันโดยแพทย์หรือพยาบาลเวชปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง⁽¹²⁾ ความแตกต่างของสัดส่วนการยืนยันผลระหว่างจังหวัดอาจสะท้อนความครอบคลุมของการคัดกรอง ความพร้อมของบุคลากรกระบวนการนัดหมาย และระบบติดตามหลังคัดกรอง

ดังนั้น การพัฒนาระบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมใน LTC ควรเน้นบทบาทพยาบาลในการประสานการส่งต่อ ติดตามผลยืนยัน จัดทำแผนดูแล และป้องกันผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงตกหล่นจากระบบบริการ

ความแตกต่างรายจังหวัดควรใช้เพื่อพัฒนาระบบบริการ ไม่ใช่เพียงจัดอันดับปัญหา ข้อมูลความชุกที่คำนวณจากตัวหารรายจังหวัดช่วยให้เห็นขนาดปัญหาเชิงสัดส่วนชัดเจนกว่าการรายงานจำนวนผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว จังหวัดที่มีความชุกสูง เช่น ขอนแก่น อาจสะท้อนทั้งภาระโรคและความพร้อมของระบบบริการในการคัดกรอง และยืนยันผล ขณะที่จังหวัดที่มีความชุกต่ำ เช่น กาฬสินธุ์ ไม่ควรสรุปทันทีว่ามีภาระโรคต่ำกว่า แต่อาจเกี่ยวข้องกับจำนวนประชากรในระบบ LTC ความครอบคลุมของการคัดกรอง หรือข้อจำกัดของระบบส่งต่อ และยืนยันผล การประเมินระบบบริการจึงควรพิจารณาทั้งการเข้าถึง ประสิทธิภาพ การนำไปใช้จริง การดำเนินงาน และความยั่งยืนของระบบ ไม่ใช่พิจารณาเฉพาะผลลัพธ์ปลายทาง⁽¹³⁻¹⁴⁾ ในเชิงการพยาบาล ข้อมูลรายจังหวัดสามารถใช้วางแผนพัฒนาระบบบริการให้เหมาะกับบริบทพื้นที่โดยจังหวัดที่มีความชุกหรือสัดส่วนการยืนยันสูงควรเพิ่มการดูแลต่อเนื่อง การจัดการรายกรณี การให้ความรู้ผู้ดูแล และการเชื่อมโยงบริการเฉพาะทาง ส่วนจังหวัดที่มีความชุกต่ำควรทบทวนความครอบคลุมของการคัดกรอง ฐานข้อมูล และการติดตามหลังคัดกรอง บทบาทของพยาบาลจึงครอบคลุมทั้งการใช้ข้อมูลเพื่อวางแผนบริการ การประสานเครือข่ายปฐมภูมิ การกำกับติดตามกลุ่มเสี่ยง และการเสริมพลังผู้ดูแลในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระดับปฐมภูมิและชุมชนที่เน้นความต่อเนื่อง เพียงพอ และเชื่อมโยงเครือข่ายบริการในพื้นที่⁽¹⁵⁻¹⁶⁾

นัยสำคัญต่อการบริหารระบบ LTC และการลดภาระผู้ดูแลระยะยาว ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าข้อมูลความชุกของภาวะสมองเสื่อมในระบบ LTC สามารถใช้เป็นฐานในการบริหารจัดการบริการผู้สูงอายุระดับเขตสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งจำนวนกลุ่มเสี่ยง จำนวนผู้ได้รับการยืนยันผล ความแตกต่างรายจังหวัด เพศ และระดับภาวะพึ่งพิง ล้วนเป็นข้อมูลสำคัญต่อการวางแผน

กำลังคน การเยี่ยมบ้าน การจัดการรายกรณี การอบรมผู้ดูแล การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการสนับสนุนครอบครัว การตอบสนองต่อภาวะสมองเสื่อมจึงควรเชื่อมโยง การคัดกรอง การดูแลต่อเนื่อง การสนับสนุนผู้ดูแล และการพัฒนาระบบบริการระยะยาวตามเป้าหมายระดับสากล^(1,3,10) ในมุมมองการพยาบาลผู้สูงอายุ การดูแลภาวะสมองเสื่อมในระบบ LTC ควรเป็นการดูแลต่อเนื่องและบูรณาการ ไม่ใช่การคัดกรองเป็นครั้งคราว พยาบาลและทีมปฐมภูมิควรมีบทบาทในการประเมินความเสี่ยง วางแผนดูแลร่วมกับครอบครัว ติดตามความจำ พฤติกรรม และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน รวมถึงให้คำแนะนำผู้ดูแลเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อม การลดอุบัติเหตุ การจัดการพฤติกรรม การใช้ยา และการดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลควบคู่กัน เนื่องจากอาการด้านพฤติกรรมและจิตประสาทในผู้สูงอายุสมองเสื่อมสัมพันธ์กับความรุนแรงและภาระการดูแล⁽¹⁷⁾ ดังนั้น การพัฒนาระบบข้อมูลเชิงพื้นที่และการติดตามตัวชี้วัดอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้พยาบาลสามารถลดภาระผู้ดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระยะยาวได้อย่างเป็นระบบ

โดยสรุปผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุระบบ LTC เขตสุขภาพที่ 7 เป็นประเด็นสำคัญที่พยาบาลผู้สูงอายุและทีมปฐมภูมิต้องให้ความสำคัญทั้งในระดับรายบุคคล ครอบครัว และระบบบริการ ข้อมูลความชุก กลุ่มเสี่ยง เพศ จังหวัด และระดับภาวะพึ่งพิง ช่วยให้พยาบาลสามารถใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการจัดกลุ่มเสี่ยง วางแผนเยี่ยมบ้าน ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ติดตามอาการเปลี่ยนแปลงด้านความจำและพฤติกรรม รวมถึงประสานการส่งต่อเพื่อยืนยันผลอย่างต่อเนื่อง ในมิติการดูแลระยะยาว บทบาทของพยาบาลมิได้จำกัดอยู่ที่การคัดกรองเท่านั้น แต่ครอบคลุมถึงการวางแผนดูแลรายบุคคล การสนับสนุนผู้ดูแล การจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การให้คำแนะนำครอบครัว และการเชื่อมโยงบริการสุขภาพในชุมชนกับบริการเฉพาะทาง ข้อค้นพบจากการศึกษานี้จึงสนับสนุนให้พัฒนาระบบคัดกรอง ส่งต่อยืนยันผล และวางแผนดูแลในระบบ

LTC โดยมีพยาบาลเป็นกลไกสำคัญในการประสานข้อมูล กำกับคุณภาพการดูแล และลดความเสี่ยงที่ผู้สูงอายุ สมองเสื่อมหรือกลุ่มเสี่ยงจะตกหล่นจากระบบบริการ ดังนั้น การนำข้อมูลความชุกและภาวะพึ่งพิงมาใช้ในการพยาบาลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ จะช่วยเพิ่ม ประสิทธิภาพการดูแล ลดภาระผู้ดูแล และส่งเสริม คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน ได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน^(7,12,15,16)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ด้านการพยาบาลและการจัดบริการในระบบ LTC พยาบาลและทีมปฐมภูมิควรนำข้อมูลความชุก กลุ่มเสี่ยง ระดับภาวะพึ่งพิง และความแตกต่างรายจังหวัด ไปใช้ในการจัดกลุ่มเสี่ยงและวางแผนดูแลผู้สูงอายุใน ระบบ LTC อย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการวางแผน เยี่ยมบ้าน การติดตามผู้สูงอายุที่มีผลคัดกรองผิดปกติ การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การเฝ้าระวังอาการด้านความจำและพฤติกรรม รวมทั้ง การประสานแพทย์หรือพยาบาลเวชปฏิบัติเพื่อยืนยันผล ในรายที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม

2. ด้านการสนับสนุนผู้ดูแลและครอบครัว ควร พัฒนาระบบสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยง โดยพยาบาลควรมีบทบาทในการ ให้คำแนะนำเรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวัน การจัด สิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย การป้องกันการพลัดตกหกล้ม การจัดการพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง การสังเกตอาการ ผิดปกติ และการดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแล เพื่อลดภาระ การดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและ ครอบครัว

3. ด้านระบบข้อมูลและการวิจัยในอนาคต ควร พัฒนาระบบข้อมูลผู้สูงอายุในระบบ LTC ให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลผลคัดกรองภาวะสมองเสื่อม คะแนน ADL ภาวะติดบ้านติดเตียง โรคร่วม ผลการส่งต่อ และผลยืนยัน ทางคลินิกได้อย่างครบถ้วน เพื่อให้พยาบาลและทีม สุขภาพสามารถใช้ข้อมูลในการวางแผนบริการและ ติดตามผลลัพธ์การดูแลได้แม่นยำยิ่งขึ้น การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูง

อายุระบบ LTC รวมทั้งประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการ พยาบาลหรือระบบติดตามต่อเนื่องที่ช่วยลดภาระผู้ดูแล และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

เอกสารอ้างอิง

1. Prince M, Comas-Herrera A, Knapp M, Guerchet M, Karagiannidou M. World Alzheimer Report 2016: Improving healthcare for people living with dementia. London: Alzheimer's Disease International; 2016.
2. World Health Organization. Dementia: a public health priority. Geneva: WHO; 2012.
3. Alzheimer's Disease International. From plan to impact: Progress towards targets of the global action plan on dementia. London: Alzheimer's Disease International; 2021.
4. กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรอง และประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
5. คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมอง เบื้องต้นฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542. แบบทดสอบ สภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย = MMSE-Thai 2002. กรุงเทพฯ: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
6. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. แนวทางเวช ปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส; 2564.
7. กระทรวงสาธารณสุข. ร้อยละของตำบลที่มีระบบ การส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
8. Chuakhamfoo NN, Phanthunane P, Chansirikarnjana S, Pannarunothai S. Health and long-term care of the elderly with dementia in rural Thailand: A cross-sectional survey through their caregivers. BMJ Open 2020;10: e032637. doi:10.1136/bmjopen-2019-032637.

9. Tantanokit T, Bosittipichet T, Leesri T. The Study of Prevalence and Associated Factors of Dementia in the Elderly. *Siriraj Med J* 2021;73(4): 224–35. doi:10.33192/Smj.2021.30.
10. World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. Geneva: WHO; 2017.
11. Prorok JC, Horgan S, Seitz DP. Health care experiences of people with dementia and their caregivers: a meta-ethnographic analysis of qualitative studies. *CMAJ* 2013;185(14): E669–80.
12. ศิราณี ศรีหาคาค, รัศมี ลือฉาย, สุกพัฒนา อรุณไพร, วิภาวดี บรรพบุตร, เพ็ญพิภักตร์ ไชยฤทธิ์, กุลนรี หาญพัฒนชัยกูร, และคณะ. การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชนโดยเครื่องมือ IQCODE. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์* 2567;16(2):295–313.
13. Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *Am J Public Health* 1999;89(9):1322–7. doi: 10.2105/ajph.89.9.1322.
14. Peters DH, Adam T, Alonge O, Agyepong IA, Tran N. Implementation research: what it is and how to do it. *BMJ* 2013;347:f6753. doi: 10.1136/bmj.f6753.
15. ศิราณี ศรีหาคาค, ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ. สมองเสื่อมกับการดูแลระดับปฐมภูมิ: คู่มือพัฒนาศักยภาพผู้จัดการดูแลและบุคลากรสุขภาพ การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ (Sufficient Care for Dementia: SCD). *นนทบุรี: มูลนิธิสังคมและสุขภาพ; 2565.*
16. ดังการ พลลาภ, ศิราณี ศรีหาคาค, ประครอง ชันบำรุง. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอของเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมภูมิ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน* 2567;9(6):493–503.
17. Hinton L, Wang K, Levkoff S, Chuengsatiansup K, Srihapark S, Krisanaprakornkit T, et al. Dementia neuropsychiatric symptom frequency, severity, and correlates in community-dwelling Thai older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2022; 30(8): 883–91. doi: 10.1016/j.jagp.2022.05.005.