



ระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่มีปัญหาและความต้องการการดูแลระยะยาวในชุมชนชนบท*

อรรวรรณ์ คุหา วท.ม.** นัตดา คำนิยม ปร.ด.***
นิติกุล ทองน่วม วท.ม.**** ปนิตา มุ่งกลาง พย.บ.**
พิมพ์นารา ดวงดี ส.บ.*****

(วันรับบทความ: 23 มิถุนายน พ.ศ.2563/ วันแก้ไขบทความ: 18 สิงหาคม พ.ศ.2563/ วันตอบรับบทความ: 2 กันยายน พ.ศ.2563)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานวิธี เพื่อศึกษาสถานการณ์สุขภาพและสังคมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลและครอบครัว ศึกษาทัศนคติ มติการดูแลและปัจจัยสนับสนุนการดูแลในมุมมองของบุคลากรสุขภาพและสังคม/ชุมชน และสังเคราะห์รูปแบบระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคม สำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในบริบทชุมชนชนบท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 110 คน ผู้ดูแล 110 คนและบุคลากรด้านสุขภาพ สังคมและชุมชน 212 คน ในพื้นที่โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแนวคำถามสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุเฉลี่ย 81.25 ปี ส่วนใหญ่เป็นชนิดอัลไซเมอร์ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลไม่รับทราบถึงสิทธิสวัสดิการและการช่วยเหลือที่ควรได้รับ บุคลากรด้านสุขภาพและสังคมเห็นว่า การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องมีความร่วมมือจากทุกภาคส่วน รูปแบบระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในบริบทชุมชนชนบท จึงเป็นระบบที่ครอบคลุมทั้งบริการสุขภาพและบริการสังคม เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเข้าถึงบริการและเป็นบริการที่มีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลและครอบครัวได้รับการสนับสนุนช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคม ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม การดูแลระยะยาว ชุมชนชนบท

*ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

**นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

***อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้รับผิดชอบบทความ

****นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

*****นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

***ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: nutda@kku.ac.th Tel: 081-955-3749



Health and Social Protection System for Persons with Dementia who had Problems and Needs for Long-Term Care in a Rural Community*

Orawan Kuha MS.** Nutda Kumniyom PhD***

Nitikul Thongnum MS.**** Panita Mungklang M.N.S.**

Pimnara Duangdee B.P.H.*****

(Received Date: June 23, 2020, Revised Date: August 18, 2020, Accepted Date: September 2, 2020)

Abstract

This mixed methods research aimed to examine the health and social situations of persons with dementia, their caregivers, and their families. The study explored attitudes, dimensions of care, and supporting factors from viewpoints of health, social, and community personnel. Health and social protection system for dementia in rural community contexts had also been synthesized in this study. The sample consisted of 110 dementia patients; 110 caregivers; and 212 health, social, and community personnel in the catchment area of the project for development of a comprehensive care system for older persons with dementia. Data were collected using questionnaires and focus group discussion questions. Data analysis was conducted using descriptive statistics and content analysis.

Findings revealed that persons with dementia were more females than males and had an average age of 81.25 years. Dementia from Alzheimer was the most common diagnosis. Persons with dementia and their caregivers were unaware of their rights, welfare benefits, and available support. Health and social personnel suggested that care for persons with dementia needed cooperation from all sectors. The model of health and social protection systems for persons with dementia in rural communities should be a system that covers both health and social services for people with dementia in order to access effective services as well as for caregivers and family members to obtain appropriate support.

Keywords: health and social protection system, persons with dementia, long-term care, the rural community.

*This study was funded by the Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Public Health

**Public Health Technical Officer, Professional Level of Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services

***Lecturer, Department of Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author.

****Public Health Technical Officer, Senior Professional Level of Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services

*****Public Health Technical Officer, Practitioner Level of Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services

***Corresponding Author, Email: nutda@kku.ac.th Tel: 081-955-3749



บทนำ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุความสามารถเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย ความสามารถในการจดจำและการรับรู้เสื่อมถอยลงบางรายสูญเสียความสามารถทางสมองหรือเรียกว่า “ภาวะสมองเสื่อม” ที่มีผลกระทบต่อความสามารถทางความจำและข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวัน ภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อยในผู้สูงอายุคือ อัลไซเมอร์ พบถึงร้อยละ 60-70 ของผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งหมด¹ แนวโน้มของปัญหานี้มีรุนแรงมากขึ้นตามการเพิ่มขึ้นของประชากรวัยสูงอายุ ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aged society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 มีประชากรวัยสูงอายุร้อยละ 10.4 (7.2 ล้านคน) และในปี พ.ศ.2561 จำนวนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.5 (11.6 ล้านคน) และคาดการณ์ว่าในอนาคตประชากรวัยสูงอายุจะยังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น¹ ในจำนวนนี้อาจจะมีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 1 ของประชากรวัยสูงอายุ²

รายงานองค์กรโรคอัลไซเมอร์ระหว่างประเทศ (โดย Alzheimer's Disease International: ADI) ได้ประเมินว่า ปี พ.ศ.2553 มีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมทั่วโลกมากกว่า 35 ล้านคน อยู่ในเอเชียอาคเนย์ 2.4 ล้านคน ผลการศึกษาภาวะสมองเสื่อมในภาคพื้นเอเชียแปซิฟิกในปี พ.ศ.2549 พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยสมองเสื่อมประมาณ 229,000 คน คาดว่าจะเพิ่มเป็น 450,000 คน ในอีก 20 ข้างหน้าและมีจำนวนมากกว่า 1 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2593² ขณะที่ผลการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 (2557) พบว่า ในปี พ.ศ.2559 มีจำนวนผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 617,000 คน และคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2580 จะมีจำนวนผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นเป็น 1,350,000 คน³ นอกจากนี้รายงานยังพบว่า ประเด็นการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาในเกือบทุกประเทศ เนื่องจากต้องอาศัยแพทย์เฉพาะทาง เช่น อายุรแพทย์ อายุรแพทย์ระบบประสาท อายุรแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และจิตแพทย์⁴ สอดคล้องกับผลการศึกษาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรในพื้นที่ต้นแบบ 4 พื้นที่⁵ ที่พบปัญหาด้านการวินิจฉัยมากถึงร้อยละ 1.11⁵

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมถือเป็นความท้าทายอย่างมาก เนื่องจากโดยปกติผู้สูงอายุมีปัญหาและความต้องการที่ซับซ้อน ต้องได้รับการดูแลที่แตกต่างจากผู้ป่วยอื่นๆ และหากเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยแล้วความต้องการความดูแลยิ่งมีมากขึ้น การที่มีสมาชิกใน

ครอบครัวได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม ย่อมทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความกังวลว่าจะให้การดูแลอย่างไร ด้วยลักษณะอาการมีการเปลี่ยนแปลงแบบไม่ซ้ำกันในแต่ละวันความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงและอาจมีปัญหาทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมผิดปกติที่เกิดขึ้นได้บ่อยๆ⁷ หากครอบครัวไม่มีความพร้อมที่จะให้การดูแลหรือประสบปัญหาในการดูแลและส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ ตลอดจนปัญหาของผู้ดูแลเองได้

การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจึงต้องการการดูแลระยะยาวและต่อเนื่อง จำเป็นต้องมีการเตรียมตัวรับทั้งเรื่องการป้องกัน การรักษาและการให้ความช่วยเหลือสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล⁸ อีกทั้งภาครัฐต้องมีนโยบายอย่างเป็นรูปธรรมในการดำเนินงานและการกระตุ้นให้ภาคส่วนต่างๆ ในสังคมตื่นตัว และเข้ามามีส่วนร่วม โดยเฉพาะการสร้างความรู้ตระหนักรู้ในเรื่ององค์ความรู้ การป้องกันและการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีความต้องการการดูแลที่เฉพาะและจะต้องอาศัยความรู้และความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย⁶

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่เพิ่มจำนวนขึ้นนั้น ทำให้หลายประเทศตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความคุ้มครองทางสังคม (Social protection) เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้เผชิญความเสี่ยงและ/หรือประสบความเดือดร้อนในทุกระดับ โดยแนวทางในการช่วยเหลือจะมีความแตกต่างกันไปตามการจัดลำดับความสำคัญ⁹ สำหรับประเทศไทยจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระบบคุ้มครองทางสังคมพบว่าประเด็นสำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการ ทั้งรูปแบบการให้ความช่วยเหลือทั้งก่อนและหลังการเผชิญความเสี่ยง ครอบคลุมความเจ็บป่วย การเสียชีวิต ความชราภาพและอื่นๆ โดยมีภาครัฐเป็นผู้สนับสนุนการจัดระบบหลักประกันทางสังคมให้กับประชาชนทุกคน การคุ้มครองทางสังคมจะรวมถึงการคุ้มครองทางสุขภาพ (Health protection) โดยเพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ซึ่งนโยบายหลักประกันสุขภาพเป็นฐานความคุ้มครองทางสังคมที่ประเทศไทยประสบความสำเร็จเป็นอย่างมาก⁹ แต่ทั้งนี้ระบบการคุ้มครองทางสังคมกลับพบว่ายังไม่ครอบคลุมถึงประชาชนอีกหลายกลุ่ม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ยังมีการดำเนินการค่อนข้างน้อยและจำกัดในวงแคบ ปัจจุบันภาครัฐพยายามสร้างระบบคุ้มครองทางสุขภาพและสังคมให้กับผู้สูงอายุ รวมถึงผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม แต่ดำเนินการยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจนทั้งในทางปฏิบัติและในระดับ



นโยบาย ทั้งเรื่องการช่วยเหลือทางสังคมและการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ^{4,9}

การศึกษาระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ต้องการการดูแลระยะยาวในชุมชนชนบท จึงเป็นประเด็นที่คณะผู้วิจัยให้ความสนใจศึกษา เพื่อทราบถึงสถานการณ์ด้านสุขภาพและสังคมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ทักษะการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และการสนับสนุนจากองค์กรท้องถิ่นและชุมชนในประเด็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแล ครอบครัว ระบบการจัดบริการสุขภาพที่รองรับการเจ็บป่วย และค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้น และประเด็นจากบุคลากรทางสุขภาพและสังคม และผู้ดูแล/ครอบครัว ในเรื่องทัศนคติ มิติการดูแลภาวะสมองเสื่อม เพื่อสรุปและวิเคราะห์ระบบการบริการด้านสุขภาพและสังคมให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและต้องการการดูแลระยะยาวในชุมชน รวมทั้งการเข้าถึงและได้รับการบริการทั้ง 2 ส่วนที่เหมาะสม เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแบบระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมที่เหมาะสมตามบริบทในชุมชนของประเทศไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ด้านสุขภาพและสังคมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลและครอบครัว
2. เพื่อทราบถึงทัศนคติ มิติการดูแลและปัจจัยสนับสนุนการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในมุมมองของบุคลากรสุขภาพและสังคม/ชุมชน
3. เพื่อสังเคราะห์รูปแบบระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในบริบทชุมชนชนบท

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีระบบ (System theory) มี 3 องค์ประกอบ 1) ปัจจัยนำเข้า คือ (1) การคุ้มครองด้านสุขภาพจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล สหสาขาวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุข (2) การคุ้มครองด้านสังคมจากบุคลากรด้านสังคม ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคลากรทางสังคม ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการแรงงาน นักวิชาการ การศึกษา และ (3) การคุ้มครองด้านสังคม/ชุมชนจากบุคลากรด้านชุมชน ได้แก่

ผู้นำชุมชน พระสงฆ์ ประธานชมรมผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัว จิตอาสา/อาสาสมัครผู้สูงอายุ (อผส.) และภาคเอกชน 2) กระบวนการ คือ การศึกษาการคุ้มครองทางสุขภาพและสังคมในมุมมองของสามภาคี (สุขภาพ/สังคม/ชุมชน) ในประเด็น (1) ทักษะการดูแล ประกอบด้วย ด้านสุขภาพ ด้านสังคมด้านสิ่งแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจ (ค่าใช้จ่ายในการดูแล) และ 3) ผลลัพธ์ คือ เพื่อสังเคราะห์เป็นรูปแบบระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในบริบทชุมชนชนบท

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed methods) ได้แก่ (1) วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ ใช้วิธีการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและ (2) วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการแบบการสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาทัศนคติและมิติการดูแลด้านสุขภาพและสังคมในมุมมองของบุคลากรด้านสุขภาพ/สังคม/ชุมชน พื้นที่ศึกษาเป็นพื้นที่ดำเนินโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรและบุคลากรในพื้นที่มีประสบการณ์ในการดูแล ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวมถึงมีระบบการดูแลระยะยาวซึ่งกำลังดำเนินการอยู่ในพื้นที่ จำนวน 3 พื้นที่ ได้แก่ (1) อ.บ้านฝาง จ.ขอนแก่น (2) อ.ศรีวิชัย จ.สุราษฎร์ธานี และ (3) จ.ฉะเชิงเทรา อ.เมือง จ.นครราชสีมา เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2560-เมษายน พ.ศ. 2561

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดในพื้นที่ศึกษา โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มตามวัตถุประสงค์การศึกษา ประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 110 คน และผู้ดูแลหลัก จำนวน 110 คน 2) กลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ (แพทย์ พยาบาล สหสาขาวิชาชีพ และ อสม.) จำนวน 55 คน บุคลากรด้านสังคม (องค์กรส่วนท้องถิ่น นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการแรงงาน นักวิชาการการศึกษาและปกครอง) จำนวน 18 คน และบุคลากรด้านชุมชน (ผู้นำชุมชน พระสงฆ์ ประธานชมรมผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัว จิตอาสา/อาสาสมัครผู้สูงอายุ (อผส.) และผู้แทนภาคเอกชน) จำนวน 33 คน และ 3) ผู้แทนบุคลากรด้านสุขภาพ บุคลากรด้านสังคม บุคลากรด้านชุมชน และผู้แทนบุคลากรภาคีสุขภาพ



สังคม ชุมชน และภาคเอกชน จำนวน 106 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามที่มีข้อคำถามแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุและ/หรือผู้ดูแลหลัก (กรณีผู้สูงอายุให้ข้อมูลไม่ได้) ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพ และข้อมูลด้านสังคม 2) แบบสอบถามผู้ดูแลหลัก ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพ ข้อมูลการดูแลที่จัดให้กับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ข้อมูลภาวะการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ข้อมูลสถานะสุขภาพของผู้ดูแลและข้อมูลค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล/ครอบครัว ส่วนที่ 2 เป็นแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มในประเด็นด้านทัศนคติ และมิติการดูแลด้านสุขภาพและสังคมในมุมมองของบุคลากรด้านสุขภาพ/สังคม/ชุมชน ทั้งนี้ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยทีมผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน และนำมาทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างคล้ายคลึงกันและปรับปรุงก่อนนำมาใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เอกสารเลขที่ 7/2561 ลงวันที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) การประชุมเชิงปฏิบัติการ การดำเนินงานวิจัย การพัฒนาเครื่องมือวิจัย และการเตรียมความพร้อมในการเก็บข้อมูลวิจัยร่วมกับทีมวิจัยในพื้นที่ 2) การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 3) การจัดการประชุมสนทนากลุ่ม บุคลากรด้านสุขภาพ และบุคลากรด้านสังคม/ด้านชุมชนโดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แยกตามจังหวัดในช่วงเดือนเมษายน-มิถุนายน พ.ศ.2560 จำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ (1) ครั้งที่ 1 ดำเนินการในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ รองปลัด อบต. นักพัฒนาชุมชน นักวิชาการ ประธานชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าอาวาสวัด พระภิกษุสงฆ์และผู้ดูแล จำนวน 44 คน (2) ครั้งที่ 2 ดำเนินการในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล นักวิชาการ แพทย์แผนไทย เจ้าพนักงานสาธารณสุข ปลัด อบต.

นักพัฒนาชุมชน นักสังคมสงเคราะห์ ประธานชมรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุและผู้ดูแล จำนวน 34 คน และ (3) ครั้งที่ 3 ดำเนินการในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักวิชาการ ประธานศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิต ผู้อำนวยการกลุ่มส่งเสริมการจัดการศึกษา นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการ แรงงาน ประธานชมรมผู้สูงอายุ รองประธานชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน 4) การประชุมร่วมระหว่างทีมวิจัยและทีมวิจัยในพื้นที่ เพื่อการวิเคราะห์และตรวจสอบความถูกต้องข้อมูลของมิติสุขภาพและสังคมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และระบบการคุ้มครองทางด้านสุขภาพและสังคม ตามประเด็นที่ได้จากแต่ละพื้นที่ 5) การนำเสนอข้อมูลการวิจัย และระดมสมองการสังเคราะห์รูปแบบระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในบริบทชุมชนชนบท (ภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว) ร่วมกับผู้แทน บุคลากรภาคีสุขภาพ สังคม ชุมชน และภาคเอกชน จาก 3 พื้นที่ และผู้แทนในส่วนกลาง ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักวิชาการนักจิตวิทยา นักวิชาการแรงงาน นักวิชาการศาสนา นักวิชาการการศึกษาครูเชี่ยวชาญ (ด้านการศึกษา) อาจารย์พยาบาล นักวิชาการพยาบาล นักพัฒนาสังคมผู้ประสานงานโครงการข้างถนน (มูลนิธิกระจกเงา) จำนวน 43 คน และ 6) การสรุปผลการสังเคราะห์รูปแบบระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคม และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมภายใต้ระบบการดูแลระยะยาวของไทย

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ตามประเด็นการวิจัย

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ด้านสุขภาพและสังคมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลและครอบครัว

สถานการณ์ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า 1) ลักษณะทั่วไป พบสัดส่วนในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในทุกพื้นที่ อายุเฉลี่ย 81.25 ปี อายุที่มากที่สุด 104 ปี อายุ น้อยที่สุด 60 ปี โดยอายุเฉลี่ยมากที่สุด 82.40 ปี อยู่ในพื้นที่ จ.นครราชสีมา และจ.สุราษฎร์ธานี พื้นที่ จ.ขอนแก่น มีอายุ



เฉลี่ยเพียง 78.55 ปี ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิสวัสดิการข้าราชการ/พนักงาน (รัฐวิสาหกิจ/มหาวิทยาลัย) เปรียบเทียบใน 3 พื้นที่อาศัยอยู่ที่บ้านของตนเองหรือครอบครัวเป็นเจ้าของและอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวบุตร หลานและญาติ รายได้ส่วนใหญ่มีแหล่งที่มาหลักเพื่อการดำรงชีพจากเบี้ยยังชีพจากทางราชการมากที่สุด ส่วนใหญ่เพียงพอต่อการใช้จ่ายที่เกิดขึ้น แต่ไม่มีรายได้เหลือเพียงพอที่จะเก็บออมและบางส่วนมีภาระหนี้สิน

เมื่อเปรียบเทียบการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมใน 3 พื้นที่ อายุเฉลี่ยมากที่สุดในพื้นที่ จ.สุราษฎร์ธานี คือ 78.57 ปี พื้นที่ จ.นครราชสีมา อายุเฉลี่ย 76.90 ปี และพื้นที่ จ.ขอนแก่น อายุเฉลี่ย 75.18 ปี ชนิดของภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยส่วนใหญ่เป็นภาวะสมองเสื่อมชนิด Alzheimer's disease มากที่สุดและส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 2 พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายในทุกพื้นที่ โรคเรื้อรังที่พบร่วมกับภาวะสมองเสื่อมมากที่สุดคือ โรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาในการเป็นสมองเสื่อมภายหลังได้รับการวินิจฉัยในเพศหญิงมีระยะเวลาการเป็นสมองเสื่อมยาวนานกว่าเพศชายเฉลี่ย 4.44 เดือน และช่วงปีโดยเฉลี่ย 4.64 ปี ในจำนวนนี้มีผู้ที่เป็นภาวะสมองเสื่อมยาวนานกว่า 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 1.98 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้ง 3 พื้นที่ ส่วนใหญ่อยู่ในภาวะพึ่งพา ระดับเล็กน้อย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่มีความซับซ้อน กิจกรรมที่เป็นข้อจำกัดมากที่สุดคือ กิจกรรมเกี่ยวกับการจัดการด้านการเงิน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

สถานการณ์ของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าชายอายุเฉลี่ย 56.05 ปี อายุที่มากที่สุดคือ 85 ปีและอายุน้อยที่สุดคือ 23 ปี อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 40-49 ปีมากที่สุด ส่วนใหญ่ผู้ดูแลหลักเป็นบุตรสาวของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งพบเหมือนกันทั้ง 3 พื้นที่ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพ ขณะที่ผู้ดูแลบางส่วนมีโรคประจำตัว พบมากที่สุดคือกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขข้อในเลือด พฤติกรรมการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่เป็นออกกำลังกาย ปัจจุบันผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานหรือประกอบอาชีพหรือลาออกจากงาน สาเหตุ 3 อันดับแรกคือ ลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุ บางส่วนเกษียณอายุ/ชราภาพและต้องออกมาดูแลบ้านหรือบุคคลในครอบครัว ส่วนผู้ที่ยังประกอบอาชีพ

มีอาชีพเกษตรกรรม/กิจกรรมเป็นส่วนใหญ่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเมื่อรวมจากทุกแหล่ง รายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 12,0732.57 บาท/เดือน โดยรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงสุด คือ 80,000 บาท/เดือน และต่ำที่สุดคือ 600 บาท/เดือน บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลที่จัดให้กับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมใน 3 พื้นที่พบว่าส่วนใหญ่รับผิดชอบดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพียงคนเดียวและมีผู้ช่วยในบางเวลา ส่วนใหญ่ได้รับความรู้ในการให้การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจากบุคลากรทางการแพทย์ ระยะเวลาที่ให้การดูแลเฉลี่ยอยู่ที่ 4.56 เดือน ระยะเวลา มากที่สุดคือ 8 เดือน และน้อยที่สุดคือ 1 เดือน ส่วนระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลภายใน 1 วัน (ชั่วโมงต่อวัน) โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 16.67 ชั่วโมงต่อวัน อยู่ในช่วง 19-24 ชั่วโมงต่อวัน กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแลส่วนใหญ่คือการเตรียมอาหาร การเตรียมยามากที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลมีความรู้สึกเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม สาเหตุส่วนใหญ่จากการที่ผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลและการที่ผู้สูงอายุชอบเอาแต่ใจตนเอง ไม่มีเหตุผล

ข้อมูลด้านสังคม การรับรู้เรื่องสิทธิและสวัสดิการที่ต้องการของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล ส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงสิทธิที่ควรได้รับและไม่ทราบหรือไม่รับรู้เรื่องการมีสวัสดิการให้การช่วยเหลือ ความต้องการหรือความจำเป็นที่ต้องการความช่วยเหลือในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ต้องการเรื่องเบี้ยยังชีพทางราชการโดยเฉพาะเบี้ยผู้สูงอายุมากที่สุด ในพื้นที่ จ.สุราษฎร์ธานีมีปัญหาในการจัดบ้านหรือที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุมากที่สุด

เมื่อพิจารณาตามการแบ่งกลุ่มการดูแลระยะยาว ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย สำหรับการได้รับและไม่ได้รับชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวนั้นพบว่าทั้ง 8 บริการที่จัดให้ ส่วนใหญ่จำนวนผู้ที่ได้รับบริการมีสัดส่วนมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับบริการ ได้แก่ การประเมินวางแผนการรักษาและการดูแลทางการแพทย์การดูแลทางการแพทย์การดูแลด้านสุขภาพจิตการดูแลด้านสุขภาพช่องปากการดูแลด้านโภชนาการ และการดูแลด้านการแพทย์แผนไทย/ทางเลือก เมื่อพิจารณาการจัดบริการภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวพบว่า บริการด้านสุขภาพที่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับเป็นส่วนใหญ่คือ



การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวม และการประเมินและติดตามการปฏิบัติตามการรักษาขณะที่บริการสุขภาพที่ส่วนใหญ่ไม่ได้รับคือการประเมินเรื่องทางกฎหมาย ส่วนบริการด้านสังคมที่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับเป็นส่วนใหญ่คือ บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม เช่น เบี้ยยังชีพ/พิการ ที่พัก เป็นต้น ขณะที่บริการสังคมที่ไม่ได้รับส่วนใหญ่คือ กิจกรรมนอกบ้านไปชมรมผู้สูงอายุ ไปวัด

2. ทศนคติ มิติการดูแลและปัจจัยสนับสนุนการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในมุมมองของบุคลากรสุขภาพและสังคม/ชุมชน

ทศนคติของบุคลากรด้านสุขภาพและสังคม/ชุมชนต่อภาวะสมองเสื่อมและการดูแลนั้นฉายภาพที่คล้ายคลึงกันคือ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นผู้ที่มีกรรมมีเวร เป็นผีบ้า วิกลจริต เป็นผู้ที่ไม่สามารถดำรงตนให้อยู่ในภาวะปกติได้ มีพฤติกรรมที่หลงลืม ก้าวร้าว กลับไปเป็นเด็ก และเป็นผู้ที่น่าสงสาร น่าเบื่อหน่าย สร้างปัญหาและภาระมากมายแก่ครอบครัวและชุมชน และต้องการผู้ดูแลเป็นพิเศษ แต่เดิมเรียกว่า คนหลง คนบ้า คนขวัญเสีย โดยเชื่อว่าเกิดจากความสูงอายุหรือเป็นธรรมชาติของคนเมื่อสูงอายุ บางส่วนของเชื่อว่าเกิดจากการพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี คือ ดื่มสุรา และสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี และทัศนคติต่อผู้ให้การดูแลหลักบุคลากรทั้งสุขภาพและสังคมมองว่า ยังคงเป็นบทบาทของครอบครัว ภายใต้คำที่ว่า “ด้วยเป็นกตัญญูที่คลั่งคอง” และ “ทำไปเผื่อจะได้บุญ” และเข้าใจถึงทุกขภาวะที่ผู้ดูแลต้องแบกรับอย่างมากจนถือเป็นเวรกรรมของผู้ดูแล เนื่องจากผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความต้องการการดูแลที่เหมาะสม/พิเศษและต่อเนื่องยาวนาน ส่วนทัศนคติต่อการดูแลสมองเสื่อมในภาพรวม มองว่าต้องการให้เป็นบทบาทของทุกคนทุกฝ่ายในสังคมและในชุมชน และเห็นตรงกันว่าส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ทั้งเรื่องสมองเสื่อมและการดูแลที่เหมาะสม อีกทั้งฝ่ายบุคลากรด้านสุขภาพ มองว่าสมองเสื่อมเป็นเรื่องใหม่ที่ต้องพัฒนา เป็นโรคที่รักษาไม่หาย การดูแลที่จะให้ก็ยุ่งยากซับซ้อน แต่ถือเป็นเรื่องท้าทายและต้องพัฒนาให้เกิดขึ้นในสังคมสูงวัย ฝ่ายบุคลากรด้านสุขภาพและสังคม/ชุมชนมองว่าเมื่อรักษาไม่หาย ต้องพัฒนาผู้ดูแลที่มีความรู้และดูแลได้ ต้องปรับทัศนคติต่อสมองเสื่อม ต้องมีช่องทางให้คำปรึกษา และจัดงบประมาณสนับสนุนการดูแลให้มากขึ้น ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าทัศนคติต่อการดูแลสมองเสื่อมในภาพ

รวมของบุคลากรด้านสุขภาพและสังคม คือ บุคลากรทั้งสองฝ่ายยังขาดความรู้ความเข้าใจภาวะสมองเสื่อม แต่รับรู้ทุกขภาวะและทุกขภาวะที่เกิดขึ้น มีความเห็นต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ ต้องร่วมกันดูแลทั้งสุขภาพและสังคมโดยมีครอบครัวเป็นหลัก มีมาตรฐานการดูแลและมีระบบสนับสนุนการดูแล

มิติการดูแลหรือรูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนที่มีอยู่ บุคลากรด้านสุขภาพสะท้อนภาพงานที่ดำเนินการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมว่า จุดเริ่มต้นอยู่ที่การตระหนักถึงการคุกคามของภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นในปัจจุบันของทีมสุขภาพ ซึ่งการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมควรนำภาคสังคมเข้ามามีส่วนร่วม ทั้งการคัดกรอง/การคัดแยก การวินิจฉัยบำบัดรักษา และการดูแลต่อเนื่อง ที่เป็นรูปแบบการดูแลในเชิงรุก ครอบคลุมทุกระยะของการดำเนินโรค เป็นรูปแบบการดูแลที่ได้ให้การคุ้มครองที่ครอบคลุมทั้งผู้ที่มีความเสี่ยง ผู้ที่มีปัญหาด้านความจำเล็กน้อยจนถึงผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม การให้การดูแลตามรูปแบบนี้ไม่เพียงเป็นการดูแลตามมาตรฐานบริการ ด้านสุขภาพหรือสาธารณสุขที่พึงมีให้กับประชาชนเท่านั้น แต่ยังสะท้อนถึงการคุ้มครองและให้สิทธิประชาชนในการได้รับการดูแลด้วย ส่วนบุคลากรด้านสังคมสะท้อนว่า โดยทั่วไปสายงานการดำเนินงานด้านสังคมนั้น ไม่มีรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม มีเพียงการสนับสนุนการดูแลคุณภาพชีวิตประชาชนทั่วไปตามการร้องขอของประชาชน หรือการขอความร่วมมือจากทีมสุขภาพ และต้องให้ความสำคัญกับครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยครอบครัวต้องเป็นหลัก ชุมชนสนับสนุน และมีท้องถิ่นหรือองค์กรบริหารส่วนตำบลของพื้นที่นั้นเป็นผู้จัดการหลัก หรือประสานให้มีผู้ดูแล มีทุนสนับสนุน ช่วยเหลือในการดูแลในชุมชนนั้นๆ ส่วนหน่วยงานด้านสังคมอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงแรงงาน นั้นบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับชุมชนนั้นไม่ชัดเจน

3. การสังเคราะห์รูปแบบระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในบริบทชุมชนชนบท

รูปแบบระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในบริบทชุมชนชนบท



(ภาพที่ 1) สามารถสรุปคำนิยามที่ได้จากการศึกษาว่า หมายถึง การจัดระบบบริการทางการแพทย์และสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถเข้าถึงระบบบริการได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลและ

ครอบครัวได้รับการสนับสนุนและให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม รวมทั้งชุมชนมีความตระหนักรู้และเกิดการช่วยเหลือและดูแลกันในชุมชน

ระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม : ชุมชนไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว



ภาพที่ 1 ผลการศึกษาสังเคราะห์รูปแบบระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม: ชุมชนไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว¹⁰

ระบบการคุ้มครองทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะเน้นการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ โดยเริ่มจากการค้นหาผู้สูงอายุที่มีปัญหาในพื้นที่ผ่านระบบการคัดกรอง ซึ่งปัจจุบันทางกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายระดับกระทรวงในเรื่องการคัดกรองกลุ่มโรคในผู้สูงอายุ สถานบริการสุขภาพทุกพื้นที่ต้องมีการคัดกรองกลุ่มโรคผู้สูงอายุทางความจำและจิตทำข้อมูลการคัดกรอง เมื่อผ่านระบบการคัดกรองเพื่อนำผู้สูงอายุเข้าสู่ ระบบการวินิจฉัย จะดำเนินการในระดับสถานบริการสุขภาพ ซึ่งจากข้อมูลในพื้นที่ต้นแบบที่มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีการดำเนินการใน 3 รูปแบบตามบริบทและศักยภาพของสถานบริการ และการดูแลรักษาต่อเนื่องในชุมชนภายใต้การบูรณาการกับระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนที่มีการดำเนินการอยู่ เป็นระบบการคุ้มครองทางสุขภาพที่มีคุณลักษณะเป็นกระบวนการหรือการดูแลทาง

สุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาได้เข้าถึงระบบการจัดบริการทางการแพทย์ เชื่อมโยงกับระบบการคุ้มครองทางสุขภาพที่ทางภาครัฐได้ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันคือระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึง

ระบบคุ้มครองทางสังคม/ชุมชน สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะต้องให้เกิดการคุ้มครองทางสังคมในบุคคล 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลและครอบครัว และชุมชน และสามารถเข้าถึงการคุ้มครองทางสังคมได้อย่างทั่วถึง โดยภาครัฐจะต้องเข้ามาให้การช่วยเหลือและสนับสนุนเพื่อให้เกิดระบบการคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ และเชื่อมโยงกับนโยบายหรือโครงการในภาครัฐโดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ที่รับผิดชอบดูแลและได้มีการจัดการบริการทางสังคมไว้คือ เบี่ยงชีฟผู้สูงอายุและเบี่ยง



ผู้พิการ การคุ้มครองทางสังคมที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันยังไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้ดูแล/ครอบครัว และชุมชน พบว่าการดำเนินในปัจจุบันเป็นลักษณะการช่วยเหลือทางสังคม การสงเคราะห์และให้ความช่วยเหลือ ยังไม่มีระบบการคุ้มครองในเชิงนโยบายหรือกฎระเบียบของหน่วยงาน ในการดูแลอย่างชัดเจน และชุมชนการคุ้มครองทางสังคมยังไม่ชัดเจน แต่มีรูปแบบการดำเนินการเป็นการตั้งกองทุนช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ และยังเป็นการดำเนินงานของชุมชนและท้องถิ่นเอง เช่น ชมรมผู้สูงอายุ อบต. เป็นต้น ยังไม่มีนโยบายหรือโครงการของภาครัฐที่จะมาดำเนินการและสนับสนุน

การอภิปรายผล

การคุ้มครองทางสุขภาพและสังคม สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในบริบทชุมชนชนบทจะสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ประเด็นสำคัญคือ ทักษะติดต่อภาวะสมองเสื่อมและผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลครอบครัว บุคลากรภาคสุขภาพและสังคม ด้วยการมีทักษะที่ดี มีความรู้ความเข้าใจและมองว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคที่ต้องได้รับการดูแลรักษา การปรับเปลี่ยนทัศนคติจะเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษาและสวัสดิการที่เหมาะสม เนื่องจากที่ผ่านมามีความเข้าใจว่าเป็นโรคโรคที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติในวัยสูงอายุและไม่ต้องรักษา ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกลุ่มนี้เข้าไม่ถึงระบบบริการทางการแพทย์และสวัสดิการทางสังคม

ในปัจจุบันระบบการคุ้มครองทางสุขภาพและสังคมภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมแม้ว่ายังไม่มีการดำเนินการที่ชัดเจน แต่พบว่าภาครัฐมีการดำเนินโครงการนโยบายหรือกฎระเบียบ มาตรการต่างๆ ที่ให้การดูแลคุ้มครองทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ คือ ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) และการคุ้มครองทางสังคม เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และเบี้ยผู้พิการ แต่ก็ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท ยังเข้าไม่ถึงระบบบริการทางสุขภาพและสังคม

พื้นที่ศึกษาเป็นพื้นที่ที่มีการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร¹⁰ มีเป้าหมายเพื่อสนับสนุนให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ บริการทางสุขภาพเริ่มต้นจากระบบการคัดกรอง ค้นหาผู้ที่มีปัญหาด้านความจำเข้าสู่ระบบการ

วินิจฉัย เชื่อมโยงบริการกับคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ และการดูแลรักษาต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้ชุมชนเป็นฐานหลัก ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการดูแลเมื่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านในชุมชน หากชุมชนตระหนักและมีความรู้ความเข้าใจ เชื่อมโยงการดูแลร่วมกับระบบการดูแลระยะยาวที่มีอยู่จะทำให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนได้รับการดูแลช่วยเหลือได้เป็นอย่างดี ตัวอย่างในพื้นที่ อ.บ้านฝาง จ.ขอนแก่น¹¹ มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร โดยทีมไตรภาคี (ภาคสุขภาพ ภาคสังคมและภาคชุมชน) ผลการพัฒนาก่อให้เกิดระบบคัดกรอง คัดแยก คัดกลุ่ม วินิจฉัย บำบัดรักษา การส่งเสริมฟื้นฟูสภาพสมองและการดูแลในชุมชน บูรณาการระบบเข้าเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำและเกิดการดูแลในพื้นที่ที่เรียกว่า ชุมชนเป็นหัวและเป็นที่พักของผู้สูงอายุ สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการคุ้มครองทางสังคมนั้น ยังไม่มีการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมและชัดเจน ทั้งในระดับนโยบายและโครงการ ซึ่งในพื้นที่ที่มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ก็ยังไม่พบการดำเนินการที่ชัดเจนเช่นกัน มีเฉพาะการดำเนินการตามนโยบายของภาครัฐด้านจัดบริการทางสังคมในคือ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยผู้พิการ และการช่วยเหลือทางสังคมที่เน้นเรื่องการสงเคราะห์ ขณะที่การช่วยเหลือทางสังคมโดยชุมชน มีการดำเนินการในรูปแบบจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือทางสังคมในรูปแบบต่างๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุมีกองทุนออมเงินวันละบาท เป็นต้น

โดยสรุประบบการคุ้มครองทางสุขภาพและทางสังคมในปัจจุบันยังไม่มีการดำเนินการทั้งในระดับนโยบาย โครงการหรือการจัดบริการของภาครัฐที่จะรองรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีเพียงการดำเนินการในเรื่องการดูแลทางสุขภาพและการช่วยเหลือทางสังคมที่เกิดขึ้นเท่านั้น ดังนั้นหากมีการดำเนินการพัฒนาและขยายการดำเนินการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้มีบริการที่ครอบคลุมทั้งบริการด้านสุขภาพและบริการด้านสังคม จะช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาด้านความจำและผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถเข้าถึงและได้รับการที่เหมาะสม โดยการสนับสนุนด้านนโยบายและกฎระเบียบในการรองรับมาตรการต่างๆ ของภาครัฐ อันนำไปสู่การกำหนดนโยบายและการพัฒนาระบบคุ้มครองทางสุขภาพและสังคมที่ชัดเจนของประเทศต่อไป



ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาหรือการดำเนินโครงการเพื่อขยายและพัฒนาระบบการคุ้มครองทางสุขภาพและทางสังคม ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ภาวะสมองเสื่อมครบวงจรภายใต้ระบบการดูแลระยะยาวที่บูรณาการความร่วมมือกันจากทุกภาคส่วน ตามความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้ผู้ที่มีปัญหาด้านความจำและผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถเข้าถึงและได้รับบริการที่เหมาะสม

2. ควรมีการศึกษาติดตามผลลัพธ์ของการดำเนินการโครงการพัฒนาระบบการคุ้มครองทางสุขภาพและทางสังคม ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ภาวะสมองเสื่อมครบวงจรภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว เพื่อนำสู่การจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและพัฒนานโยบายให้ชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ที่ให้การสนับสนุนทุนการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณคณะทำงานวิจัยจากหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านฝาง จ.ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จ.นครราชสีมา และโรงพยาบาลศิริราช จ.สุราษฎร์ธานี ที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนจนทำให้โครงการวิจัยสำเร็จลงไปด้วยดี รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลและครอบครัวที่เข้าร่วมการศึกษาและให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาร่วมด้วย

References

1. Prasartkul P. editor. The situation in 2016. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI); 2017.
2. Statistical Forecasting Bureau. Some of the uses of statistics in 2012. Bangkok: National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society; 2012.
3. Aekplakorn W. editor. Thai National Health Examination Survey, NHES V 2014. Bangkok: Health Systems Research Institute (HSRI); 2016.
4. Damrikarnlerd L. Elderly health care system: future directions. Paper presented at the 3rd Thailand Elderly Health Service Forum 2018; 2018 June 13-15; Chaeng Watthana Convention Centre Building, Bangkok, Thailand.
5. Institute of Geriatric Medicine. Model and dementia care system in Thailand. Model and care system for dementia patients in the Thai context. Nonthaburi: Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2017.
6. Meenanan S. Light at the end of the tunnel of Alzheimer's disease solution. Health Intervention and Technology Assessment Program 2009; 2(6): 8-9.
7. Muangpaisan W. editor. Prevention, assessment, and care for dementia patients. (4th ed.). Bangkok, Thailand: Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University; 2015.
8. Barrientos A. Social protection and poverty: United Nations Research Institute for Social Development. Social policy and Development Program paper. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development; 2010.
9. International Labor Organization Regional and United Nations Working Group of Thailand. Assessing the social protection of consultations at the national level to move towards social protection in Thailand. Bangkok: International Labor Organization Regional Office for Asia & the Pacific in Bangkok (ASIA); 2013.
10. Kuha O, Kumniyom N, Prasitsiriphon O, Thongnum N, Mungklang P, Duangdee P, Vanichvarotm C. Health and social protection system of persons with dementia with problems and need for long-term care in the rural community. Nonthaburi: The Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2018.
11. Sritanyarat W, Aroonsang P, Leetongin M, Piyawattanapong S, Subindee S, Kumniyom N, et al. Development of comprehensive care system for older persons with dementia a case study of Ban Fang District, Khon Kaen Province. Nonthaburi: The Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2017.