

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในชุมชนเพื่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุอย่างเพียงพอ เขตชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น

บุศรา อนุพันธ์¹, อรรพรรณ ศรีเกิน², ศิราณี ศรีหาภาค³

(วันที่รับบทความ 23 สิงหาคม 2566, วันที่แก้ไข 5 กันยายน 2566, วันที่ตอบรับ 5 กันยายน 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในชุมชนเพื่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุอย่างเพียงพอ เขตชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น การวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ (1) ศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาในปัจจุบัน และ (2) พัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 376 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 10 คน ผู้นำชุมชน 5 คน ผู้จัดการระบบดูแลผู้สูงอายุ 5 คน และหัวหน้าศูนย์แพทย์ 6 แห่งๆละ 1 คน และ (3) ประเมินผลรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 96 คน และผู้สูงอายุสมองเสื่อม จำนวน 60 คน เครื่องมือเป็นแบบสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย กิจกรรมการอบรมการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม การจัดทำคู่มือในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแลในชุมชน การออกคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง การประเมินผลการคัดกรองซ้ำโดยผู้จัดการระบบดูแลผู้สูงอายุ การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม มีการติดตามการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยผู้จัดการระบบดูแลผู้สูงอายุ และมีการประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นระยะ โดยมีข้อเสนอแนะว่า ทุกภาคส่วนควรให้ความร่วมมือ และให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหา และที่สำคัญคือการให้ความสำคัญและเอาใจใส่ผู้สูงอายุในความดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผลการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ พบว่า คะแนนความรู้เฉลี่ยหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.036$)

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุ, การพัฒนาศักยภาพ, ผู้ดูแลในชุมชน

^{1,2}โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ³วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

Corresponding Author: บุศรา อนุพันธ์, e-mail: busara508@gmail.com

The Development Model of Community Care Givers' Competency for Sufficient Care of the Elderly with Dementia in an Urban Area, Khon Kaen Province

Busara Anuphan¹, Orawan Srikoen², Siranee Sihapark³

(Received 23rd August 2023, Revised 5th September 2023, Accepted 5th September 2023)

Abstract

This action research aims to determine the development model of community care givers' competency for sufficient care of the elderly with dementia in an urban area in Khon Kaen province. This study was divided into three phases as follows. Phase I: Situation analysis of taking care of the elderly with dementia. Phase II: Development of development model of the elderly care givers' competency, with community participation. The samples included 376 elderly people from six medical centers, ten representative elderly people, five community leaders, five elderly care managers (CM), and six heads of medical center from each of the center. Phase III: Intervention of the development model and evaluation. The samples included care givers (CG) and the elderly with a total of 96 people, and 60 elderly people with dementia. The research tools included the group discussion form, the in-depth interview questionnaire. Data were analyzed and represented as frequency, percentage, mean, SD, Paired t-test statistic and analyzed for content.

The results revealed that included receipt of knowledge or training regarding taking care of dementia elderly people, demands for supports and service for the dementia elderly from the government. The proposed suggestions were that all related sectors should take part in and prioritize problems of the elderly with dementia. Also, there should be care givers in a community and family as a key person for the right solution. Moreover, prioritization and proper taking care of the elderly also could improve their quality of life. According to phase III, post-model intervention, it was found that the comparison showed a statistical significant increase (p-value <0.001). Moreover, post-model intervention, it was found that the attitude was a statistical significant increase (p-value=0.036), when compared to pre-model intervention.

Keywords: dementia elderly care, competency development, community care giver

^{1,2}Khon Kaen Hospital ³Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen

Corresponding Author: Busara Anuphan, e-mail: busara508@gmail.com

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุ จากสถิติของกระทรวงมหาดไทย พ.ศ. 2559 ประเทศไทย มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 9.9 ล้านกว่าคน คิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากร ทั้งประเทศที่มี 65.9 ล้านคน ปัญหาที่ตามมาและมักพบในสังคมผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ คือ ภาวะสมองเสื่อม (dementia) โดยผู้ป่วยจะมีการเสื่อมถอยความสามารถของสมองในหลายๆด้าน เช่น สูญเสียความจำ สมาธิ ความสามารถทางสติปัญญาลดลง คิดและจำเรื่องที่เป็นปัจจุบันไม่ได้ มีอาการหลงลืม ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งอาการหลงลืมนั้นสามารถเกิดขึ้นในคนทั่วไปที่มีความเครียดวิตกกังวลหรือเร่งรีบได้ เรียกว่าสมองเสื่อมเทียม อาการจะเกิดขึ้นชั่วคราวแล้วจะค่อยๆ นึกได้ในภายหลัง แต่ในผู้ที่สมองเสื่อมจะจำไม่ได้เลย ผลสำรวจของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขโดยการตรวจร่างกายครั้งล่าสุดในปี 2557 พบผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 8.1 คาดว่าขณะนี้ประมาณ 8 แสนกว่าคนทั่วประเทศ พบในผู้หญิงมากกว่าชาย อายุยิ่งมากยิ่งพบมาก⁽¹⁾ ภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของสาเหตุการเสียชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป จากข้อมูลสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย ณ ปี พ.ศ.2563 พบมีจำนวนผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้น 11,627,130 คน คิดเป็น ร้อยละ 17.57 ของประชากรทั้งหมด จึงคาดการณ์ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยอาจมีจำนวนสูงถึงกว่าล้านคน โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ความชุกของภาวะสมองเสื่อม

จะเพิ่มขึ้น ตามลำดับ ร้อยละ 7.10 ในช่วงอายุ 60-69 ปี ได้เพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 14.70 ในช่วงอายุ 70-79 ปี และเมื่อ ถึงอายุ 80 ปีขึ้นไป ความชุกของภาวะสมองเสื่อมก้าวกระโดดขึ้นไปมากกว่าเท่าตัวถึงร้อยละ 32.50 ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยทั้งด้านการสาธารณสุข การเมือง เศรษฐกิจ และสังคม⁽²⁾

ผลจากภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งของผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลภาระที่เกิดขึ้นจากโรคสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นตามระยะของโรคที่รุนแรงขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมจะทำให้ ผู้สูงอายุมีการเสื่อมในหน้าที่ของการเรียนรู้และเข้าใจปัญหาอย่างรุนแรง ประกอบกับมีปัญหาด้านการสื่อสารเพื่อให้บุคคลอื่นเกิดความเข้าใจ จำไม่ได้ว่าตนพูดหรือทำอะไรไปบ้าง ลืมสิ่งของที่วาง ไว้ จนเกิดอาการหวาดระแวงว่าคนอื่นจะมาขโมย สิ่งของของตน อาการดังกล่าวนี้ผู้สูงอายุจะไม่สามารถควบคุมอาการของตนได้ เกิดการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ โดยอารมณ์โรคซึมเศร้า จัดเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ⁽³⁾ จะเห็นได้ว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาที่สำคัญและเป็นปัญหาใหญ่ระดับประเทศที่มีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ การเมือง และสาธารณสุข โดยจะเป็นปัญหาในอนาคตของประเทศไทยเช่นกัน เนื่องจากคนไทยมีอายุที่ยืนยาวขึ้น หากได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมแล้วจะส่งผลกระทบต่อ

ดำเนินชีวิตทั้งของผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัว ตลอดจนญาติผู้ดูแล จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบมีหลายการศึกษาที่ได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งรูปแบบที่นำมาใช้มีความเหมาะสมกับแต่ละบริบทของพื้นที่ เน้นการมีส่วนร่วม การกำหนดนโยบายของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการได้รับความร่วมมือและการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน ทำให้เกิดความต่อเนื่องของการนำรูปแบบต่างๆ ที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในกลุ่มเป้าหมาย^(3,4,5,6) ซึ่งในบริบทของพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่น จะมีความต่างกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาและยังไม่ปรากฏรายงานการวิจัยที่มีการศึกษาประเด็นดังกล่าวนี้ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายอย่างเพียงพอในเขตชุมชน โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานการดูแลผู้สูงอายุและส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายในเขตชุมชนเมือง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายอย่างเพียงพอในเขตชุมชน
3. เพื่อทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายอย่างเพียงพอ เขตชุมชนเมือง

สมมติฐานการวิจัย

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายอย่างเพียงพอ เขตชุมชนเมืองที่พัฒนาขึ้นส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาว

ระยะที่ 2 ศึกษารูปแบบการดำเนินการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในชุมชน ใช้ระยะเวลา 3 เดือน และการเก็บข้อมูลพื้นฐานช่วงก่อนเริ่มดำเนินการแทรกแซง

ระยะที่ 3 ดำเนินกิจกรรมการแทรกแซงและศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายอย่างเพียงพอ เขตชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น ใช้ระยะเวลา 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาระยะที่ 1 และระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจากศูนย์แพทย์ 6 แห่ง จำนวน 376 คน ตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver : CG) ในชุมชน 10 คน ผู้นำชุมชน 5 คน ผู้จัดการระบบดูแลผู้สูงอายุ 5 คน และหัวหน้าศูนย์แพทย์ 6 แห่งๆ ละ 1 คน และระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 96 คน และผู้สูงอายุสมองเสื่อม จำนวน 60 คน คัดเลือกแบบ

เจาะจง (Purposive sampling) สำหรับกลุ่มผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Care giver) เป็นผู้ที่มิพบทาบรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาวของพื้นที่เขตชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น มีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลักสูตร 70 ชั่วโมง และมีบทบาทรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาวของพื้นที่เขตชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ เป็นข้อคำถามแบบปลายปิดและปลายเปิด ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพในอดีต บทบาทในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว การอาศัยอยู่กับผู้ดูแลหลักในครอบครัว ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ประวัติการป่วยด้วยโรคเรื้อรังรวม 11 ข้อ โดยข้อคำถามฉบับนี้จะสอบถามจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2) แบบประเมินเพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมิน Informant Questionnaire on Cognitive Decline (IQCODE) ในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่สั้น ผ่านการตรวจสอบความตรงในพื้นที่ ได้จากการรายงานของผู้ดูแลที่ประเมินความบกพร่องทางการรับรู้ในผู้สูงอายุ (ตามที่ญาติที่ใกล้ชิดหรือเพื่อนสังเกตเห็น) กรณีผลบวก

คือมีคะแนนเฉลี่ย ≥ 3.47 หมายถึงเป็นไปได้ที่จะมีภาวะสมองเสื่อม โดยข้อคำถามฉบับนี้จะสอบถามจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ

3) แบบประเมินการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมิน Neuropsychiatric Inventory (NPI-Q) ที่อาศัยการรายงานของผู้ดูแลที่ประเมินการเกิดความรู้แรงและผลกระทบของอาการพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยที่อาจมีภาวะสมองเสื่อม และการทดสอบการเคลื่อนไหวใช้ประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการเดินอย่างอิสระหรือด้วยอุปกรณ์ช่วยเหลือแต่ปราศจากผู้ให้การช่วยเหลือทางกายภาพจากบุคคลอื่น โดยข้อคำถามฉบับนี้จะสอบถามจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ พฤติกรรมและอาการทางจิตใจที่เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม (เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวลกระสับกระส่ายนอนไม่หลับ) ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Neuropsychiatric Inventory-Q (NPI-Q)

4) แบบประเมินความรู้ เป็นคำถามความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจำนวน 20 ข้อ เป็นลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ กำหนดให้คะแนนผู้ ที่ตอบถูกได้ข้อละ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน แบ่งคะแนนระดับความรู้เป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักการแบ่งความรู้แบบอิงเกณฑ์⁽¹⁴⁾ ผู้ดูแลมีความรู้ระดับสูง คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป ผู้ดูแลมีความรู้ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 50-79 ผู้ดูแลมีความรู้ระดับต่ำ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50

5) แบบประเมินทัศนคติ การประเมินทัศนคติของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังการฝึกอบรมได้รับการประเมินระดับคะแนน 16 คำถามสำหรับทัศนคติเชิงบวกและ 14 คำถามสำหรับทัศนคติเชิงลบที่ถูกตัดระดับทัศนคติออกจากคะแนนเฉลี่ย ระดับทัศนคติสูงสุด (คะแนน 4.50 - 5.00) ระดับทัศนคติสูง (คะแนน 3.50 - 4.49) ระดับทัศนคติปานกลาง (คะแนน 2.50 - 3.49) ระดับทัศนคติต่ำ (คะแนน 1.50 - 2.49) และระดับทัศนคติต่ำสุด (1.00 - 1.49 คะแนน)⁽¹⁵⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์และนำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพโดยใช้สถิติ Paired t-test

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การตีความและสรุปความ

ผลการวิจัย

จากการดำเนินการเก็บข้อมูลกับตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Care giver : CG) 10 คน ผู้นำชุมชน 5 คน ผู้จัดการระบบดูแลผู้สูงอายุ (Care manager: CM) 5 คน หัวหน้าศูนย์แพทย์ 6 แห่งๆ ละ 1 คน โดยเลือกกลุ่มที่ศึกษาแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) กับผู้จัดการระบบดูแลผู้สูงอายุ และหัวหน้าศูนย์แพทย์

ผลการศึกษา ข้อมูลสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุในเขตชุมชนเมืองซึ่งประกอบด้วยเขตศูนย์แพทย์ประชาสโมสร ศูนย์แพทย์ชาตะผดุง ศูนย์แพทย์วัดหนองแขง ศูนย์แพทย์มิตรภาพ ศูนย์แพทย์บ้านหนองกุง และศูนย์แพทย์หัวทุ่ง ในปัจจุบัน พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 376 คน ปัญหาทางด้านสุขภาพที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง (Multiple disease) ร้อยละ 82.3 (เศรษฐกิจ การมีผู้ดูแล การเข้าถึงบริการ ฯลฯ)

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาในปัจจุบัน ในการดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน จากการสนทนากลุ่ม สามารถสรุปประเด็นที่ได้จากการศึกษาแบ่งออกเป็น 5 ประเด็น ดังนี้ (1) ประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในความดูแล (2) การได้รับความรู้หรือผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม (3) ความต้องการในการได้รับสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและบริการที่ทางราชการควรให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติม (4) แนวทางการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในอนาคต (5) ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ซึ่งผลจากการศึกษาในระยะนี้มีข้อเสนอแนะว่าทุกภาคส่วนควรให้ความร่วมมือและให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุสมองเสื่อม การมีผู้ดูแลในชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัวจะเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้รับการแก้ไขปัญหาที่ตรงจุด และการให้ความรู้แก่ประชาชน จิตอาสา หรือคนในครอบครัว จะทำให้ชุมชนเกิดความ

ตื่นตัว คอยดูแลและตรวจสอบสภาพสมองตนเอง ว่าเสี่ยงต่อการเป็นผู้ป่วยสมองเสื่อม หรือไม่ และที่สำคัญคือการให้ความสำคัญและเอาใจใส่ ผู้สูงอายุในความดูแล ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ระยะที่ 2 การศึกษาการดำเนินการ พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในชุมชน จากผลการศึกษาในระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนของ Cohen & Uphoff⁽⁸⁾ มาเป็นกรอบแนวคิดซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์และขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมิน ผลร่วมกับกระบวนการวิจัยและพัฒนาซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ระดมสมองร่วมกันในการออกแบบกิจกรรม เพื่อสร้างแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุขึ้น ระยะการดำเนินงานเป็นการจัดกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้และระยะการประเมินผลเพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริงและสรุปผลการดำเนินงาน การพัฒนาแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ คาดว่าจะทำให้ผู้ดูแลสามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุในชุมชนได้ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น และผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาจากระยะที่ 1 มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบ พบว่า ได้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในชุมชนในการดูแล

ผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุอย่างเพียงพอ เขตชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่นที่เหมาะสม ซึ่งประกอบด้วยกรอบการอบรมการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยมีการประเมินความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน การจัดทำคู่มือในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแลในชุมชน การออกคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) กลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 การประเมินผลการคัดกรองซ้ำโดยผู้จัดการผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Care manager : CM) การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม มีการติดตามการปฏิบัติงานของ CG โดย CM และมีการประเมินผลการปฏิบัติงานของ CG เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์การพัฒนา ศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุอย่างเพียงพอ เขตชุมชนเมือง ในระยะนี้เป็นการประเมินผลลัพธ์การพัฒนา ศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุอย่างเพียงพอ เขตชุมชนเมืองจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยมีผลการศึกษา ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.6 อายุเฉลี่ย 50.1 ปี (SD. = 8.9) ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 37.7 สถานภาพสมรสในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นคู่ ร้อยละ 57.3 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 60.4 อาชีพปัจจุบันเป็นเกษตรกร (ทำนา ทำไร่ เลี้ยงสัตว์) ร้อยละ 42.8 เคยเป็นอสม. ร้อยละ 91.6 โดยส่วนใหญ่เป็น อสม.

มาไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 41.3 เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 87.5 โดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุมาไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 56.5 ทุกคน (ร้อยละ 100.0) ผ่านการอบรมเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง (Care Giver) มาแล้ว โดยส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลในชุมชน 25 – 36 เดือน ร้อยละ 31.3

2. ผลการประเมินความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในภาพรวม พบว่า ก่อนอบรม กลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี

ร้อยละ 64.6 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 34.4 และระดับต่ำ ร้อยละ 1.0 ตามลำดับ โดยมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 11.8 คะแนน (SD.=1.5) ต่ำสุด 7 คะแนน และสูงสุด 15 คะแนน และหลังอบรมส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 72.9 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 27.1 ตามลำดับโดยไม่มีระดับต่ำมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 12.4 คะแนน (SD.=1.4) ต่ำสุด 9 คะแนน และสูงสุด 15 คะแนน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรม

ระดับความรู้	ก่อนอบรม		หลังอบรม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0-7 คะแนน)	1	1.0	0	0
ระดับปานกลาง (8-11 คะแนน)	33	34.4	26	27.1
ระดับดี (12-15 คะแนน)	62	64.6	70	72.9
Mean, SD., Min, Max	11.8, 1.5, 7, 15		12.4, 1.4, 9, 15	

3. ผลการประเมินความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ตอบถูกต้อง รายข้อ พบว่า ก่อนอบรม ส่วนใหญ่ตอบถูกต้องในคำถาม “ภาวะสมองเสื่อมมีผลทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุลดลง” และ “การประเมินคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นมีความสำคัญต่อการเข้าถึงบริการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน” ตอบถูกต้องเท่ากัน ร้อยละ 99.0 รองลงมาคำถาม “การประเมินภาวะสมองสามารถสอบถามพฤติกรรมของผู้สูงอายุได้จาก

ผู้ดูแลในครอบครัว” ร้อยละ 97.9 และ “ภาวะสมองเสื่อมมีระดับความรุนแรงหลายระดับ ตั้งแต่ระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง” ร้อยละ 96.9 และหลังอบรม ส่วนใหญ่ตอบถูกต้องในคำถาม “การประเมินคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นมีความสำคัญต่อการเข้าถึงบริการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน” ตอบถูกต้อง ร้อยละ 99.0 รองลงมาคำถาม “พฤติกรรมที่แสดงออกที่เปลี่ยนแปลงผิดปกติเป็นสัญญาณบอกการเกิดภาวะสมองเสื่อมใน

ผู้สูงอายุ” และ “ภาวะสมองเสื่อมมีระดับความรุนแรงหลายระดับตั้งแต่ระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง” ตอบถูกต้องเท่ากัน ร้อยละ 97.9 ตามลำดับ

4. ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในภาพรวม เปรียบเทียบก่อนและหลังอบรม พบว่า ก่อนอบรม กลุ่มที่ศึกษา จำนวน 96 คนมีคะแนนความ

รู้เฉลี่ย 11.82 คะแนน (SD.=1.46) และหลังการอบรมมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 12.42 คะแนน (SD.=1.41) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการอบรม พบว่า คะแนนความรู้เฉลี่ยหลังการอบรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) โดยมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.59 คะแนน (95% ช่วงเชื่อมั่นของผลต่าง = 0.33 ถึง 0.86) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในภาพรวม เปรียบเทียบก่อนและหลังอบรม โดยใช้สถิติ paired t-test

กลุ่มศึกษา	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	SD.	ผลต่างของ ค่าเฉลี่ย	95% ช่วงเชื่อมั่น ของผลต่างของ ค่าเฉลี่ย	p-value
ก่อนอบรม	96	11.82	1.46	0.59	0.33 ถึง 0.86	< 0.001*
หลังอบรม	96	12.42	1.44			

*ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

5. ผลการประเมินทัศนคติที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในภาพรวม พบว่า ก่อนอบรมกลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 89.6 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 10.4 ตามลำดับ โดยมีคะแนนทัศนคติเฉลี่ย 4.17

คะแนน (SD.=0.44) ต่ำสุด 2.77 และสูงสุด 4.93 คะแนน และหลังอบรมส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 79.2 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 20.8 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.09 คะแนน (SD.=0.48) ต่ำสุด 2.93 และสูงสุด 5.00 คะแนน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละระดับทัศนคติที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในภาพรวม เปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรม

ระดับทัศนคติ	ก่อนอบรม		หลังอบรม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33)	0	0	0	0
ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.66)	10	10.4	20	20.8
ระดับดี (ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00)	86	89.6	76	79.2
Mean, SD., Min, Max	4.17, 0.44, 2.77, 4.93		4.09, 0.48, 2.93, 5.00	
	(แปลผล : ระดับดี)		(แปลผล : ระดับดี)	

6. ผลการประเมินทัศนคติที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน หลังอบรม รายข้อ เมื่อพิจารณาข้อคำถามทัศนคติที่เป็นข้อคำถามเชิงบวก ผลการศึกษา พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่ระบุ “มากที่สุด” ได้แก่ ข้าพเจ้าคิดว่าผู้สูงอายุควรมีโอกาสได้ใช้วาระสุดท้ายของชีวิต กับครอบครัว ร้อยละ 68.8 รองลงมา คือ การถกเถียงกับผู้สูงอายุโดยใช้ถ้อยคำรุนแรง ข้าพเจ้าคิดว่า เป็นเรื่องไม่สมควร ร้อยละ 62.5 และข้าพเจ้าคิดว่าผู้ดูแลที่ทำงานกับผู้สูงอายุควรได้รับการอบรม การดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 58.3 ตามลำดับ และสำหรับข้อคำถามที่ กลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่ระบุ “มาก” ได้แก่ ข้าพเจ้าคิดว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีคุณค่าของสังคม ร้อยละ 56.3 และข้าพเจ้ารู้สึกสบายใจ เมื่อได้พูดคุยกับผู้สูงอายุ ร้อยละ 54.2 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาข้อคำถามทัศนคติที่เป็นข้อคำถามเชิงลบ ผลการศึกษาพบว่า ข้อคำถามที่ กลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่ระบุ

“น้อยที่สุด” ได้แก่ เมื่อเห็นสภาพร่างกายของผู้สูงอายุแล้วข้าพเจ้ารู้สึกรังเกียจ ร้อยละ 60.4 รองลงมา คือ ข้าพเจ้ารู้สึกว่าการที่รัฐและหน่วยงานต่างๆช่วยจัดหางาน ให้แก่ผู้สูงอายุ นั้นเป็นการแย่งงานของคนวัยแรงงานไป ร้อยละ 52.1 และข้าพเจ้ารู้สึกหงุดหงิดเมื่อรับฟังปัญหาจากผู้สูงอายุที่ระบายความในใจ ร้อยละ 47.9 ตามลำดับ

7. ผลการเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในภาพรวม เปรียบเทียบก่อนและหลังอบรม พบว่า ก่อนอบรมกลุ่มที่ศึกษาจำนวน 96 คนมีคะแนนทัศนคติฯ เฉลี่ย 4.17 คะแนน (SD.=0.44) และหลังการอบรมมีคะแนนทัศนคติฯ เฉลี่ย 4.09 คะแนน (SD.=0.48) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติฯ เฉลี่ยก่อนและหลังการอบรม พบว่า แม้ว่าจะคะแนนเฉลี่ยหลังการอบรมจะลดลง แต่คะแนนทัศนคติก่อนและหลังการอบรมก็แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.036) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนทัศนคติที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในภาพรวมเปรียบเทียบก่อนและหลังอบรม โดยใช้สถิติ paired t-test

กลุ่มศึกษา	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	SD.	ผลต่างของ ค่าเฉลี่ย	95% ช่วง เชื่อมั่นของ ผลต่างของ ค่าเฉลี่ย	p-value
ก่อนอบรม	96	4.17	0.44	0.082	0.005 ถึง 0.158	0.036*
หลังอบรม	96	4.09	0.48			

*ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุอย่างเพียงพอเขตชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น ที่เน้นการจัดกิจกรรมการอบรมการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยมีการประเมินความรู้ ทักษะ และทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน การจัดทำคู่มือในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแลในชุมชน การออกคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในระบบกระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) กลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 การประเมินผลการคัดกรองซ้ำโดย Care manager (CM) การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม การติดตามการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดย CM และการประเมินผลการปฏิบัติงานของ CG เป็นระยะ โดยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ส่งเสริมความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เรลเอดีแอล (ADL) ภายใต้กระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

และสมองเสื่อม ช่วยส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมดีขึ้นได้สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งลาวัลย์ รัตนพันธ์⁽⁹⁾ ที่ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ผลการศึกษาพบว่าก่อนการพัฒนาไม่มีระบบการจัดบริการระยะยาวด้านสาธารณสุขที่ชัดเจน ผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่มีแนวทางการทำงานที่เหมาะสม ไม่เป็นที่รู้จักของชุมชนและขาดความมั่นใจในการทำงานในชุมชน หลังพัฒนาระบบและนำไปใช้ พบว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาระบบการจัดบริการผู้สูงอายุมีความพึงพอใจจากกิจกรรมที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้มีการพัฒนาศักยภาพ เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา^(3,4,5,6) ที่พบว่าการพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care giver : CG) แสดงให้เห็นงานบริการ

ที่ต้องดำเนินการให้เกิดความเชื่อมโยงกัน ทั้งแบบทำเดี่ยว ผ่านระบบการจัดการ แผนการดูแล งานที่ต้องทำร่วมกัน และการศึกษาของ อารมณ ร่มเย็น⁽¹⁰⁾ ที่ได้ศึกษาผลของการ พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ จังหวัดชุมพร ผลการศึกษาพบว่า ทำให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในระดับสูงและเครือข่ายมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ ไกรสร จุลโยธา⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดบึงกาฬ หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ แรงจูงใจในการจัดการช่วยเหลือดูแล ผู้สูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแล ผู้สูงอายุ และคุณลักษณะในการเป็นอาสาสมัคร บริบาลท้องถิ่นสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของเนติยา แจ่มทิม สินีพร ยืนยง และปริญทร์ ศรีศลักษณ์⁽¹²⁾ ที่พบว่าภายหลังการทดลอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในการศึกษามีระดับคะแนนความรู้ และการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มควบคุม และการศึกษาของ ขวัญสุมาณา พิณราช และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่า หลังการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการอบรมในด้านความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะการดูแล ผู้สูงอายุ จิตสำนึกสาธารณะการ ดูแลผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้ประโยชน์

สามารถนำรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในชุมชนเพื่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุอย่างเพียงพอ เขตชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น ไปพัฒนาและใช้ดำเนินการต่อการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลให้ครอบคลุมในเขตอื่นๆ ของจังหวัดขอนแก่น หรือในพื้นที่ที่มีบริบทที่ใกล้เคียงกับการศึกษานี้ รวมทั้งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อการพัฒนาและนำเข้าสู่แผนสุขภาพของเมืองขอนแก่นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาศักยภาพการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเด็นต่างๆ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัว ศักยภาพของชุมชน ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม และการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมหลังจากได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต “ไทยอันดับ2” “เด็กรังแกกันในโรงเรียน” พบเหยื่อปีละ 6 แสนคน”. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27485>
2. กรมสุขภาพจิต. ก้าวอย่างของประเทศไทยสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 12 มกราคม 2566]; เข้าถึงได้จาก <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30453>

3. ยุทธพล เดชารัตนชาติ และยิ่งศักดิ์ คชโคตร. รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารวิชาการธรรมทรศน์. 2565; 22(3): 63-80.
4. นนทรี เมืองศรี และพิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566; 8(2): 200-209.
5. อรวรรณ ศรีเก็น, มิ่งขวัญ ภูหงส์ทอง และพรณิภา ไชยรัตน์. การพัฒนาแนวทางอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2562; 8(2): 39-54.
6. ศศินันท์สายแวว และวรพจน์พรหมสัตยพรด. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564; 7(4): 197-212.
7. Chinman M, McCarthy S, Mitchell-Miland C, Daniels K, Youk A and Edelen M. Early stages of development of a peer specialist fidelity measure. Psychiatr Rehabil J. 2023; 39(3): 256-65. doi: 10.1037/prj0000209.
8. John M C, & Norman U. Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. World development 1980; 8(3), 213-235. doi:10.1016/0305-750X(80)90011-X
9. รุ่งลาวัลย์ รัตนพันธ์. การพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2564; 15(37), 250-261.
10. อารมณ รมเย็น. ผลของการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ จังหวัดชุมพร. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์. 2563; 10(1): 307-320.
11. ไกรสร จุลโยธา. ผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดบึงกาฬ หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง (กรมอนามัย). วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2565; 8(3): 172-182.
12. เนติยา แจ่มทิม, สินีพร ยืนยง และปริญทร์ ศรีศัลลักษณ์. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแล ผู้สูงอายุ ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัด สุพรรณบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2559; 25(3): 108-119.
13. ขวัญสุมาณา พิณราช และคณะ. การพัฒนารูปแบบผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีจิต สาธารณะ. รายงานสืบเนื่องประชุมวิชาการ และนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติครั้งที่ 12: การวิจัย นวัตกรรมสร้างสรรค์เศรษฐกิจไทย. มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น. 2561; 455-46
14. มานี หาทรัพย์, มงคลชัย หาทรัพย์, ทศนีย์ นะแสง. ความรู้ความสามารถของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุกระดุก

สะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดรักษาที่
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสาร
พยาบาลสงขลานครินทร์ 2557; 34(2):
53-66.

15. บุษบา วงษ์ขวลิตกุล และ คณะ. (2559).
ความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

กรณีศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์
คนชราบ้านธรรมปกรณ์โพธิ์กลาง และ
สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านธรรมปกรณ์
วัดม่วงจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการ
บริหารธุรกิจ สมาคมสถาบันอุดมศึกษา
แห่งประเทศไทย, 5(2), 74-92.