

**การพัฒนาระบบบริการคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะสมองเสื่อมของคลินิกโรคเรื้อรัง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองนาท
อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา***

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ
Journal of Nursing Science & Health
ปีที่ 40 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) 2560
Volume 40 No.3 (July-September) 2017

**Development of care and screening service for dementia
at risk elders at chronic care clinic, Mueang Nat health promotion hospital,
Nakhon-Ratchasima Province, Thailand**

สุรชัย ศิเศษชุกุล พย.ม.** อรสา กงตาล Ph.D.***

Surachai Sisettakul, M.S.N.** Orasa Kongtalin, Ph.D.***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการคัดกรองและจัดการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่คลินิกโรคเรื้อรังระดับปฐมภูมิ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจำนวน 320 คน ผู้ดูแลแกนนำชุมชน 70 คน และทีมสุขภาพ 13 คน เก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์เชิงลึกและสังเกตก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาสมอง จำนวน 52 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาและใช้สถิติ Chi-Square และ Paired t-test ผลวิจัยพบว่าทีมบริการมีความรู้ทักษะเพิ่มขึ้น พัฒนาระบบบริการคัดกรองสมองเสื่อมที่คลินิกโรคเรื้อรังและในชุมชนได้ครอบคลุมผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม คือ (1)กลุ่มปกติ (2)กลุ่มเสี่ยง โดยจัดกิจกรรมพัฒนาสติภาพสมอง 6 ครั้ง ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทุกด้าน (ทั้งความสนใจ ความจำ และการรับรู้) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \leq 0.000$) (3) กลุ่มผู้ป่วยได้รับการส่งต่อ มีการดูแลต่อเนื่องระยะยาว (Long Term Care) ครบวงจร และมีเครือข่ายชุมชนร่วมสนับสนุนพัฒนาบริการ

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบบริการคลินิกโรคเรื้อรังระดับปฐมภูมิ, การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม การจัดการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน

Abstract

This mutual action research focused on development of dementia screening and care management for elders with dementia at risk at chronic care clinic and in community under primary care unit. Participants consisted of 320 chronically ill elders, 70 caregivers and community leaders, and 13 health teams. Data was collected through in-depth interviews and observations. Content analysis and chi-squared and paired t-test were performed for data analysis. 320 Elders in chronic care clinic were screened and 52 dementia at risk were cared for divided into 3 groups: normal, high-risk, and dementia. 6 rounds of brain stimulating

*Research funded by Health Funds, Mueang Nat Local Administrative Organization, Nakhon-Ratchasima Province, Thailand.

**Master of Nursing science in Community Nurse Practitioner Program, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University (Corresponding Author)

activities were performed. The research found that health care team and caregivers obtained more knowledge and improved skills toward dementia screening and care. The activity results showed that the mean scores of attention, delayed recall, and orientation were statistically significant higher than before intervention ($p \leq 0.000$). Elders with dementia were appropriately referred and continuously care by community-based long term care team. Systematic dementia screening and care management was developed to reach out all elders in the community.

Keywords : development of primary chronic care clinic, dementia screening service, community based care and management for elderly dementia

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทยในปัจจุบันนับวันทวีความรุนแรงของปัญหามากขึ้น จากจำนวนที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งส่งผลให้โครงสร้างประชากรของไทยเปลี่ยนแปลงเป็นโครงสร้างแบบผู้สูงอายุ หรือสังคมสูงวัย (aging society) โดยจากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุปี 2537, 2545, 2550, 2554 และครั้งล่าสุดในปี 2557 พบว่าสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมด มีจำนวนร้อยละ 6.8, 9.4, 10.7, 12.2 และ 14.9^{1,2} ตามลำดับ คาดการณ์ว่าในปี 2568 ไทยจะก้าวสู่การเป็น “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” (aged society) และประมาณการว่า อีก 10 ปีข้างหน้า ไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (super-aged society)² การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุไทยแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพในอนาคตของประเทศ และย่อมส่งผลกระทบต่อสถานะทางเศรษฐกิจ สังคม และระบบบริการด้านสุขภาพของประเทศ โดยเฉพาะปัญหาด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งกำลังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และพบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังนั้นมักมี “ภาวะสมองเสื่อม” ตามมาเป็นจำนวนมากขึ้น^{3,4} อุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกในปี 2015 พบผู้ป่วย 46.8 ล้านคน ในทวีปเอเชียพบ 22.9 ล้านคนโดยมีอัตราสูงถึง 1 ใน 8 ราย และเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 7 โดยมีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2050 ทั่วโลกจะมีผู้ป่วยภาวะสมอง

เสื่อมเพิ่มขึ้นเป็น 131.5 ล้านคน⁵ ประเทศไทยภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุพบความชุกที่ร้อยละ 12.3 (ในผู้สูงอายุชาย ร้อยละ 8.9 และในผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 15.0) ซึ่งจะมีอัตราการความชุกเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในทุก 5 ปีในส่วนของผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องในระยะต้น (mild cognitive impairment: MCI) ซึ่งเป็นกลุ่มที่อยู่ในช่วงรอยต่อระหว่างผู้สูงอายุปกติกับภาวะสมองเสื่อมระยะแรก (early dementia) พบว่าผู้สูงอายุกลุ่ม MCI มีอัตราการพัฒนาไปสู่โรคอัลไซเมอร์และภาวะสมองเสื่อมชนิดอื่น ๆ ร้อยละ 10 – 15 ต่อปี และร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุที่มี MCI จะพัฒนาไปสู่โรคอัลไซเมอร์ภายใน 6 ปี^{2,6,7}

ภาวะสมองเสื่อม (dementia) คือกลุ่มอาการ (syndrome) โรคที่เป็นสาเหตุหลักที่สำคัญของภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ โรคอัลไซเมอร์ (alzheimer's disease :AD) และโรคหลอดเลือดสมอง (vascular dementia : VaD) ภาวะสมองเสื่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีการบกพร่องหลายด้าน ได้แก่ การรับรู้ (perception) การรู้คิด (cognitive function) ความจำ (memory) การใช้ภาษา (using language) การตัดสินใจ (Making decisions) การเข้าสังคม (social skill) การเดินเรื่อยเปื่อย ออกนอกร้าน (wandering) และการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (behavioral symptoms) หรือที่เรียกทั่วไปว่า BPSD (behavioral psychological symptom in dementia) โดยสังเกตได้จากพฤติกรรมและความสามารถที่เปลี่ยนแปลงไป^{2,7,8}

จากการทบทวนวรรณกรรม สถานการณ์และสภาพปัญหาเบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังและการเกิดภาวะสมองเสื่อมร่วมกับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชนพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อมมากที่สุด คือ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และโรคหลอดเลือดสมอง^{6,9} ความผิดปกติที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในด้านของความจำที่บกพร่องไปจะส่งผลต่อการดูแลตนเองและผลกระทบต่อครอบครัว^{10,11} การให้บริการคลินิกโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ เน้นบริการดูแลเฉพาะโรคเรื้อรังที่เป็นโรคประจำตัวหลักของผู้สูงอายุเท่านั้น ยังขาดการเชื่อมโยงการดูแลปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ “กลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes)” โดยเฉพาะภาวะสมองเสื่อม บุคลากรจำนวนไม่น้อยมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอ โดยเฉพาะการใช้แบบคัดกรองต่างๆ ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม และการประเมินการเสื่อมถอยทางด้านร่างกายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุ สถานบริการหลายแห่งเริ่มดำเนินการจัดเก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แต่ยังไม่นำมาใช้ในการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องในชุมชน การดูแลไม่ครอบคลุมตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ¹² ขาดการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมตั้งแต่ระยะแรกและการป้องกัน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และผู้ดูแลหลัก และไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการนำผลการคัดกรองที่ได้มาใช้ในการดูแลเพื่อป้องกันในกลุ่มปกติ การจัดกิจกรรมฟื้นฟูการรู้คิดให้แก่กลุ่มผู้สูงอายุที่เริ่มมีความผิดปกติด้านความจำเล็กน้อยและกลุ่มป่วยยังมีน้อยมาก เหล่านี้ จึงเป็นช่องว่างของการจัดบริการที่เป็นผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่สามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสม และพบว่าผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นเครือข่ายสุขภาพที่สำคัญในชุมชนส่วนใหญ่ยังมีความรู้ไม่เพียงพอและขาด

ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งการประเมินและการคัดกรองเบื้องต้น

ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาระบบการคัดกรองและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยมีส่วนร่วมของชุมชน ในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองนาทซึ่งเป็นสถานบริการปฐมภูมิที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาวางแผนการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง การจัดการดูแลทั้งในระดับสถานบริการและในชุมชนที่เชื่อมโยงเป็นเครือข่าย ที่เน้นการบำบัดรักษาโดยไม่ใช้ยา (non - pharmacological approach) และมีความสอดคล้องกับบริบทสังคมวัฒนธรรมในพื้นที่ รวมถึงการพัฒนาการดูแลที่มีความต่อเนื่องและยั่งยืน ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการของคลินิกโรคเรื้อรัง และพัฒนาบริการคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองนาท อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Mutual Collaborative Approach Action Research)^{13,14,15} เพื่อพัฒนาบริการคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยประยุกต์แนวคิดต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย (expanded chronic care model)¹⁶ ที่เน้นการพัฒนาทั้ง 4 องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัญหาได้แก่ 1) ระบบสารสนเทศทางคลินิก 2) การสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ 3) การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและผู้ดูแล 4) การเชื่อมโยง

ประสานแหล่งประโยชน์และสนับสนุนการใช้ทรัพยากรชุมชน เป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหาและการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการ โดยดำเนินการศึกษาเป็น 2 วงรอบ วงรอบที่ 1 การพัฒนาบริการคัดกรอง วงรอบที่ 2 การพัฒนาการดูแลระยะเวลาการศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม 2559 – พฤษภาคม 2560

พื้นที่ศึกษา ได้เลือกพื้นที่ในการศึกษา แบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection) ในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองนาท อำเภอลำปาง จังหวัดน่าน

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4 ระยะได้แก่ ระยะที่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ระยะที่ 2) วางแผนพัฒนาบริการคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยเน้นการพัฒนาทั้ง 4 องค์ประกอบ ระยะที่ 3) ปฏิบัติตามแผน สะท้อนผลการปฏิบัติและปรับปรุงการปฏิบัติ ระยะที่ 4) ประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการพัฒนาบริการคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ตามแนวคิดต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย มีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ผู้ให้ข้อมูลหลักได้แก่ผู้บริหาร จำนวน 4 คน ทีมสุขภาพจำนวน 9 คน ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังจำนวน 320 คน ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุจำนวน 50 คน แกนนำชุมชนจำนวน 20 คน เครื่องมือวิจัยโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ทำการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ในการสัมภาษณ์รายบุคคลและการสนทนากลุ่มย่อยเพิ่มเติมประกอบด้วย 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างตามองค์ประกอบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยายที่นำมาปรับใช้ทั้ง 4 องค์ประกอบ ส่วนที่ 3 ความคิดเห็น ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหา

ระยะที่ 2 วางแผนการพัฒนาบริการคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยเน้นการพัฒนาทั้ง 4 องค์ประกอบเพื่อให้ได้แนวทางการพัฒนาบริการคัดกรองและวางแผนในการดูแลผู้สูงอายุตามกลุ่มต่างๆที่เชื่อมโยงเครือข่ายในพื้นที่ โดยการจัดทำ focus group discussion ร่วมกันกำหนดเป้าหมายการพัฒนาโดยใช้เทคนิค mind map ในการจัดระบบความคิดของกลุ่มและการวิเคราะห์ประเมินสถานการณ์และร่วมกันกำหนดกิจกรรมการดำเนินงานตามปัญหาที่พบ

ระยะที่ 3 ปฏิบัติตามแผน สะท้อนผลการปฏิบัติและปรับปรุงการปฏิบัติ โดยมีกิจกรรม 1) การอบรมพัฒนาศักยภาพและทักษะการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมแก่อาสาสมัครและทีมสุขภาพ 2) อบรมพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้กับผู้ดูแลหลัก แกนนำชุมชน เครือข่ายต่างๆในชุมชน 3) ดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มารับบริการของคลินิกโรคเรื้อรัง โดยใช้เครื่องมือคัดกรองในชุมชน ได้แก่ ADL, IADL, AMT, (2Q) การคัดกรองในคลินิก ได้แก่ MMSE, MoCA, TGDS พบผู้สูงอายุกลุ่มปกติจำนวน 253 คนร้อยละ 79.06 กลุ่มเสี่ยงจำนวน 52 คนร้อยละ 16.25 และกลุ่มป่วยจำนวน 6 คนร้อยละ 1.87 4) จัดกิจกรรมการดูแลตามกลุ่มกลุ่มปกติมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ/รร.ผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง มีการจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมองจำนวน 6 ครั้ง กลุ่มป่วย ได้รับการส่งต่อและการจัดการดูแลต่อเนื่องในชุมชน มีการสะท้อนผลการปฏิบัติหลังได้ดำเนินกิจกรรมตามแผน

ระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการพัฒนาบริการคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 1) การประเมินผลกระบวนการโดยการสังเกตการมีส่วนร่วม 2) การประเมินผลลัพธ์ตามองค์ประกอบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยายทั้ง 4 องค์ประกอบหลังการพัฒนา เพื่อวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในวงรอบที่ 2 ภายหลังจากดำเนินการวิจัย

ทั้ง 4 ระยะผู้วิจัยได้ทำการสังเคราะห์ภาพรวมของผลการศึกษา (แผนภาพที่ 1)

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เลขที่วิจัย HE 592263) และได้รับอนุญาตจากองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องในการเข้าศึกษาในชุมชนพื้นที่ที่ศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยค่าความถี่และร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและการสร้างข้อสรุป ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรม SPSS วิเคราะห์ทางสถิติโดยการทดสอบ Chi Square , paired t-test

ผลการศึกษา ผลการศึกษาประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้ 1) บริบทของพื้นที่ที่ศึกษาและหน่วยบริการสุขภาพ 2) สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ที่ศึกษา 3) กระบวนการพัฒนาระบบบริการคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1) บริบทของพื้นที่ที่ศึกษา พบว่าชุมชนมีความเข้มแข็ง ภาคีเครือข่ายต่างๆ ในชุมชน มีวิสัยทัศน์และความต้องการพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ในส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ข้อมูลการให้บริการยังไม่มีการจัดบริการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังอย่างเป็นระบบในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ไม่มีบริการเชิงรุกในค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมกับชุมชน

2) สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ที่ศึกษา

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก กลุ่มผู้บริหารจำนวน 4 คนเพศชายร้อยละ 75 เพศหญิงร้อยละ 25 ยังไม่มีแผนงานที่เฉพาะในการคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่มีสุขภาพจำนวน 9 คน ร้อยละ 76.7 ไม่ผ่านการอบรมการคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 33.3 ที่ผ่านการอบรม ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังจำนวน 320 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 79.1 เพศชายร้อยละ 20.9

โดยมีอายุเฉลี่ย 68 ปี อายุมากที่สุด 84 ปี และน้อยที่สุด 61 ปี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 44.7 มีโรคประจำตัว 2 โรคได้แก่โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ระยะเวลาการเจ็บป่วยร้อยละ 57.8 อยู่ในช่วง 5-9 ปี เฉลี่ย 7 ปี รองลงมาร้อยละ 24.1 อยู่ในระยะ 10 - 14 ปี ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป มีแนวโน้มของการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น และการใช้ยาที่เพิ่มมากขึ้นเช่นยา ลดปวด ยาคลายกล้ามเนื้อ ยาสมุนไพร ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุจำนวน 50 คน เพศหญิงร้อยละ 74.0 อายุของผู้ดูแลส่วนใหญ่อายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 40.0 ส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุด้วยตนเองในสถานะของสามี ภรรยา ร้อยละ 44.0 พบว่าผู้ดูแลมีโรคประจำตัว ร้อยละ 40.0 ไม่มีผู้ช่วยดูแลส่งผลทำให้ผู้ดูแลหลักคนเดียวเกิดความเหนื่อยล้า ท้อแท้ เครียด แขนงนำชุมชนจำนวน 20 คนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 75.0 อายุอยู่ระหว่าง 45 - 59 ปี ร้อยละ 65.0 ร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่ของแกนนำชุมชนของตำบลอยู่ในช่วงวัยทำงานและมีบทบาทที่สำคัญในชุมชน

2.2 สถานการณ์และปัญหาก่อนการพัฒนาตามองค์ประกอบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย

1) ระบบข้อมูลข่าวสารและเวชระเบียน พบว่ายังไม่มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนในการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ตรวจพบความผิดปกติ

2) การสนับสนุนการตัดสินใจ ผู้ให้บริการสุขภาพส่วนใหญ่มีความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการพัฒนาระบบบริการคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การประเมินปัญหาของผู้สูงอายุได้ไม่ครอบคลุมในกลุ่มอาการ (geriatric syndromes) ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติ

3) การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและผู้ดูแล พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การป้องกันปัจจัยเสี่ยง การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

ของตนเอง ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุยังขาดความตระหนัก ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

4) การเชื่อมโยง ประสานแหล่ง ประโยชน์และสนับสนุนการใช้ทรัพยากรในชุมชนพบว่าชุมชนมีความรู้ไม่เพียงพอ ไม่มีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

5) กระบวนการพัฒนาระบบบริการคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามรูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีการจัดกิจกรรมการดูแลตามกลุ่ม ในการวิจัยครั้งนี้เน้นให้การดูแลในกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ โดยมีการจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมองของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 6 ครั้ง ผลการศึกษาผู้สูงอายุกลุ่ม MCI พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ร่วมกิจกรรมมีอายุอยู่

ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 51.9 (เฉลี่ย 64 ปี) รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 40.4 ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 7.7 (อายุมากที่สุด 84 ปี) ผลเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยของแบบทดสอบ MoCA ในผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมโดยพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.000$) เมื่อพิจารณาตามรายชื่อของแบบทดสอบ MoCA พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในหัวข้อ attention, delayed recall, orientation แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \leq 0.000$) และในหัวข้อ visuospatial/executive, naming, abstraction, language ไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา น้อยกว่า 6 ปี มีอาชีพเกษตรกรกรรม วิธีชีวิตชนบท อีสานเป็นส่วนใหญ่ การทำกิจกรรมที่เกี่ยวกับการใช้มือ การวาดภาพ การเขียน มิติสัมพันธ์ ภาษา การแปลความหมาย จะมีข้อจำกัดในผู้สูงอายุ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าคะแนนเฉลี่ยรายชื่อของแบบทดสอบ MoCA เปรียบเทียบผลในระย Pre-test และ Post-test

| แบบทดสอบ MoCA | Pre-test | Post-test | p-value |
|---------------------------|----------|-----------|---------|
| visuospatial/executive(5) | 3.72 | 3.86 | 0.303 |
| naming(3) | 2.87 | 2.89 | 0.733 |
| attention(6) | 4.28 | 5.37 | 0.000* |
| language(3) | 1.53 | 1.58 | 0.065 |
| abstraction(2) | 1.25 | 1.37 | 0.122 |
| delayed recall(5) | 3.55 | 4.18 | 0.000* |
| orientation(6) | 4.34 | 5.08 | 0.000* |
| รวม | 3.07 | 3.47 | |

ค่าเฉลี่ยคะแนน MoCA เปรียบเทียบก่อน และหลังการทำกิจกรรมจำแนกทางเพศและอายุ พบว่าระดับค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบทดสอบ MoCA ในกลุ่มอายุ 60-69 ปีและกลุ่มอายุ 70-79 ปี มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นภายหลังการทำกิจกรรม ยกเว้นในกลุ่ม

อายุ 80 ปีระดับคะแนนไม่มีความเปลี่ยนแปลง จึงสรุปได้ว่าเมื่ออายุมากขึ้นการกระตุ้นสมรรถภาพสมองไม่มีความเปลี่ยนแปลงเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุน้อยหรือระดับปานกลาง¹⁶ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนน MoCA เปรียบเทียบก่อนและหลังการทำกิจกรรมจำแนกทางเพศและอายุ

| กลุ่มอายุ | Pre-test | | Post-test | |
|--------------|----------|-------|-----------|-------|
| | ชาย | หญิง | ชาย | หญิง |
| 60- 69 ปี | 24.32 | 23.45 | 25.20 | 25.86 |
| 70 -79 ปี | 23.65 | 20.53 | 24.93 | 25.83 |
| 80 ปี ขึ้นไป | 20.61 | 19.58 | 20.63 | 19.61 |
| รวม | 22.86 | 21.19 | 23.59 | 23.77 |

ด้านของระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรม 3 เดือน เกิดการเปลี่ยนแปลงของศักยภาพสมองเฉพาะด้าน ที่เห็นความเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือด้าน attention และพบว่ามีการมีกิจกรรมทางกาย (physical activity) เช่น ตาราง 9 ช่อง การออกกำลังกายในผู้สูงอายุการฝึกสมอง 2 ซีก กิจกรรมที่เกี่ยวกับการใช้ความคิด (cognitive activity) การทำกิจกรรมทางสังคม (social activity) อย่างต่อเนื่อง ลดพฤติกรรมที่มีความเสี่ยง(การสูบบุหรี่หรือลดการดื่มแอลกอฮอล์) ส่งเสริมการออกกำลังกาย การควบคุมภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพสมองให้สามารถฟื้นตัวกลับสู่ปกติและชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้

การอภิปรายผล การพัฒนาทั้ง 4 องค์ประกอบตามแนวคิดต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย (expanded chronic care model) สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้ (1) ระบบสารสนเทศทางคลินิก ทำให้ได้แนวทางการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุ การตรวจสอบความถูกต้อง การนำข้อมูลมาใช้วางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามกลุ่ม สอดคล้องกับงานวิจัยของ อาคม รั้ววงษา¹⁷ เพราะฐานข้อมูลมีความสำคัญในการดำเนินงานป้องกันโรค และสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (2) การสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ โดยจัดอบรมพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพทั้งด้านองค์ความรู้เกี่ยวกับโรค การใช้เครื่องมือคัดกรองชนิดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง การแปลผลการคัดกรอง การใช้แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อมมาใช้

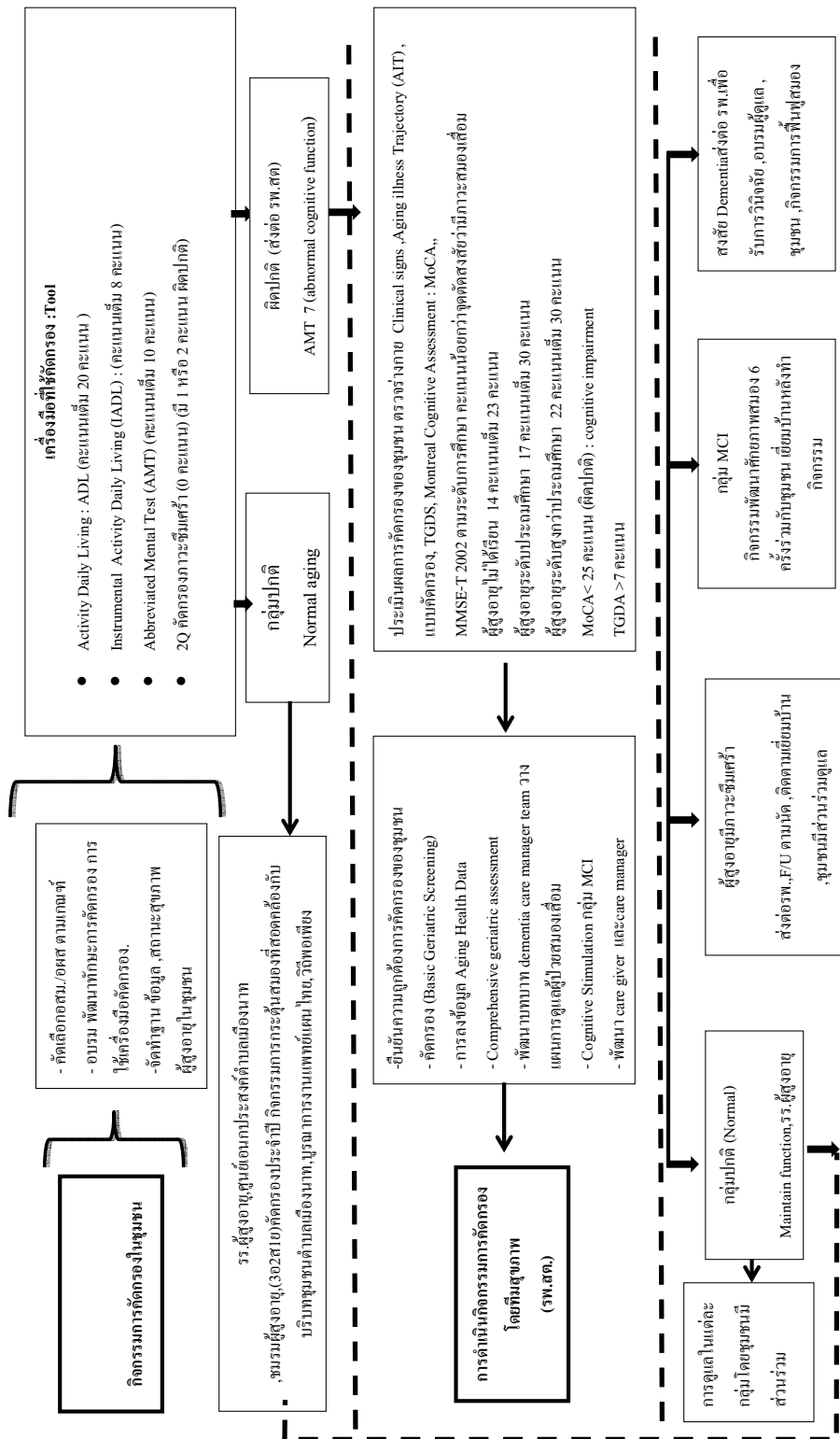
วางแผนการดูแลที่มีคุณภาพ ระบบการส่งต่อ มีการสร้างช่องทางสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้ดูแลให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล แกนนำชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลร่วมกัน (case conferences) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ วรณภา ศรีธัญรัตน์ และคณะ และศุภลักษณ์ เอกอุเวชกุล และคณะ^{18,19} พบว่าการประเมินปัญหาและวางแผนการดูแลร่วมกันเพื่อให้เกิดกิจกรรมที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในพื้นที่ (3) การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและผู้ดูแล จากการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพสมองจำนวน 6 ครั้ง พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมกระตุ้นและพัฒนาสมองมีความสนใจ ความจำ และการรับรู้ดีขึ้น นอกจากนี้การที่ส่งเสริมให้ครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม¹⁷ พบว่าผู้ดูแลมีทักษะดีขึ้น และผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย รวมทั้งกลุ่มปกติที่มีภาวะโรคเรื้อรัง มีความรู้และทักษะการดูแลตนเองดีขึ้น สามารถจัดการดูแลกันในครอบครัวและในชุมชนได้ดีขึ้น (4) การเชื่อมโยง ประสานแหล่งประโยชน์และสนับสนุนการใช้ทรัพยากรชุมชนในการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ชุมชนได้รับรู้สถานการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมของชุมชน เกิดความตื่นตัว ร่วมรับรู้และให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ กิ่งกาญจนา เมืองโคตร²⁰ ที่เน้นกระบวนการทำงานแบบเป็นเครือข่าย โดยทำงานร่วมกับชมรมผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญประการหนึ่งในการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาระบบการคัดกรองและการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในการออกแบบบริการเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
2. เน้นการสร้างควมตระหนักและรณรงค์เผยแพร่รูปแบบกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพสมอง

เพื่อนำไปปฏิบัติได้จริงในงานประจำและชุมชนเพื่อช่วยชะลอและป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม

3. การจัดบริการของคลินิกโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ต้องตระหนักถึงมิติโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุมีรูปแบบบูรณาการที่ต้องเน้นกลุ่มอาการเฉพาะและสุขภาพภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุ



ภาพที่ 1 สรุปผลกิจกรรมการพัฒนาระบบการคัดกรอง การดูแลผู้สูงอายุตามกลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย) การคัดแยก ระบบการส่งต่อ ภายหลังการพัฒนา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองนาท อำเภอลำปาง จังหวัดนครราชสีมาที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการวิจัยครั้งนี้

References

1. National Statistical Office. The elderly population survey in Thailand, 1st edition. Bangkok: National Statistical Office; 2014. (in Thai)
2. Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Health. Provide health services for the elderly in health care facilities. 1st edition. Bangkok: Isagaki Company Limited; 2013. (in Thai)
3. Kanitha N. Knowledge management elderly care by local community. Health Promotion Foundation; 2013. (in Thai)
4. Department of Medicine, Ministry of Public Health. Guide to screening / evaluating the elderly. 1st edition, Bangkok: The Veterans Administration Publishing House; 2013. (in Thai)
5. World Health organization. World Alzheimer report. Retrieved [online] 2013 [cited 2016 Feb 20]. Available from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/index.html>.
6. Verasuk M. (Ed). Prevention and evaluation of alzheimer's disease. Bangkok Printing Limited Partnership; 2012.(in Thai)
7. Sirintorn S. Couple of approaches to providing health services for the elderly in servicecenters. Health Insurance Office; 2013. (in Thai)
8. Prasarn A. Basic principles of elderly medicine health problems found frequently in the elderly and prevention. 4th ed., Bangkok Union Creation; 2012. (in Thai)
9. Panita L. (Ed). Elderly with common diseases. Khon Kaen University Press, 2011; (in Thai)
10. Malone et al. The Global impact of Dementia analysis of prevalence, incidencecost & trends. World Alzheimer Report. [online] 2016 [Retrieved 2016 April 23] from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs455/en/index.html>.
11. Prince M. Acosta D. Albanese E. Arizaga R. Ferri CP. Guerra M. et al. World Alzheimer Report updates data on the prevalence. [online] 2015 [Retrieved 2016 Feb 20] from http://www.who.world_alzheimerreport /index.html.
12. Nakhon Ratchasima Provincial Health Office. Long-term care assessment Nakhon Ratchasima, Office Copie 2015; (in Thai)
13. Brown LD. Tandon R. Ldeology and political economy in inquiry: Action research and participatory research. The Journal of Applied Behavioral Science 1983; 19, 277-94.
14. Kemmis S. McTaggart R. Participatory action research. In: Denzin NK, Lincoln ys, aditors, Handbook of qualitive research, 2thed. Thousand Oaks: Sage. 2001, p.567-605.
15. Holter IM Schawartz BD. Action research: What is it? How has it been used and how can it be used in nursing? J Adv Nurs 1993; 18(2): 298-304.
16. Wagner EH. Austin BT. Davis C. Hindmarsh M. Schaefer J. Bonomu A. Improving chronic illness care: Translating evidence into

- action. *Health Affairs* 2001; 20(6): 64–78.
17. Akom R. The development of a continuous service approach in the community for Stroke patients of Kosum Phisai Hospital and the network. [Independent Study Report Master of Nursing Science Department of Community Nursing] Khon Kaen, Faculty of Nursing, Khon Kaen University; 2011. (in Thai)
 18. Wanapa S. et al. Complete report system development research elderly care for dementia. A case study of Ban Fang District . Khon Kaen: Dept. of Anthropology; 2016. (in Thai)
 19. Aekuwetchakul S, Kongtaln O, Saranrittichai K. Development of the community participatory palliative care for stroke survivors in primary care network, *Khon Kaen & Health* 2014; 37(3): 84–93.
 20. Kingkanjana M. The development of the prototype of the elderly health promotion network. In the community of Ban Fang Khon Kaen. [Independent Study Report Master of Nursing Science Department of Community Nursing], Khon Kaen : Faculty of Nursing, Khon Kaen University;2010. (in Thai)