

บทวิจัย

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม เครือข่ายจังหวัดศรีสะเกษ

คมเนตร สกุลธนะศักดิ์*

สิทธิพันธ์ จันทร์พงษ์** พูนสุข ทองเลื่อน***

บทคัดย่อ

การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุระดับชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เพียงร้อยละ 9.21 และไม่เข้าถึงการรักษาเนื่องจากไม่มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในทีมสุขภาพ ระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมยังไม่ชัดเจนจะรวมอยู่ในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นเพียงการคัดกรองโรคประจำปี ไม่มีการส่งต่อเพื่อรักษา ข้อมูลการคัดกรองโรค ไม่ถูกนำมาใช้วางแผนการดูแล ทำให้ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงมากขึ้น การวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม เครือข่ายจังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาล 46 คน ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม 30 คน และผู้ดูแล 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย และคู่มือปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างตุลาคม 2560 - กันยายน 2561 ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม คะแนนกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value .01 ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 70.94 ใช้แนวการปฏิบัติในการดูแลในเครือข่ายร้อยละ 98.7 เข้าถึงการรักษาร้อยละ 100 ระยะเวลาการเข้าสู่การรักษา ลดลงเป็น 6.9 วัน พยาบาลมีความรู้การดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value .01 ผู้ดูแลพึงพอใจร้อยละ 92.4 การทำวิจัยครั้งต่อไป ควรพัฒนารูปแบบการเพิ่มทักษะการดูแลและการแก้ปัญหาพฤติกรรมไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม เพื่อลดภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

คำสำคัญ: การพยาบาล/ ผู้สูงอายุ/ สมองเสื่อม

* ผู้รับผิดชอบหลัก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลปฏิบัติการชั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ)

ที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ E-mail: komnatnok@gmail.com

** อายุรแพทย์ระบบประสาทและสมอง โรงพยาบาลศรีสะเกษ

*** นักจิตวิทยาชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

The development of a care system for the elderly with dementia in Sisaket Province

Khomnate Sakuntanasak*

Shittipun Changprong** Poonsuk Sainthong ***

ABSTRACT

Elderly dementia care in Sisaket Province involves screening for dementia for the elderly at the community level at the Tambon Health Promotion Hospital (RPS) and the community hospitals (ARD). Some 9.21% with dementia do not have access to treatment because there are no joint practice guidelines for these patients. Elderly dementia care is not yet included in elderly health promotion activities, which only involves annual disease screenings with no referral for treatment. Disease screening information isn't being used in care plans, causing those with dementia to become more dependent.

This research was conducted between October 2017 and September 2018 involving consenting participants: 46 nurses, 30 dementia elderly and 30 caregivers. Daily routine assessments were based on a preliminary brain test, Thai version, with practice specified in the manual for nursing care for the elderly with dementia. Research results showed that daily activity scores significantly increased statistically, p-value of .01. Of the 70.94% screened for dementia, most were treated using care guidelines (98.7%), with full access to treatment. Duration of hospitalization was reduced to 6.9 days. Nurses gained knowledge of providing care more effectively at post intervention with statistical significance, p-value of .01. Also, 92.4% of caregivers expressed satisfaction with elderly patient treatment. Further research should focus on increasing skills in the community to address dementia with reduced dependency of the elderly.

Keyword: Nursing Care/ Elderly / Dementia

Article info: Received October 14, 2019; Revised January 12, 2020; Accepted April 22, 2020.

* Corresponding Author, Advance Practice Nurse, Gerontological Nurse, Sisaket Hospital

** Neurologist, Lecturer, Faculty of Medicine, Ubon Ratchathani University, Sisaket Hospital

*** Psychologist, Sisaket Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง โรคที่ทำให้เกิดการสูญเสียหน่วยความจำ และการเสื่อมสภาพทางบุคลิกภาพและพฤติกรรม ส่งผลต่อความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันเกิดขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพในสมอง ความก้าวหน้าของภาวะสมองเสื่อมขึ้นอยู่กับสาเหตุพื้นฐานของภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกัน ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่า กลุ่มอายุ 60-64 ปี, 65-69 ปี, 70-74 ปี, 75-79 ปี, 80-84 ปี, 85-89 ปี และ 90 ปีขึ้นไป มีความชุกโรคสมองเสื่อม (ร้อยละ) 1.6, 2.6, 4.2, 6.9, 11.6, 18.7 และ 35.4 ตามลำดับสำหรับประเทศไทยจากการสำรวจสุขภาพประชากรโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2555 พบว่า ความชุกโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 8.1 แยกเป็นเพศชายร้อยละ 6.8 เพศหญิงร้อยละ 9.2¹ และมีอัตราเพิ่มขึ้นตามอายุขัยของประชากรสำหรับจังหวัดศรีสะเกษ และโรงพยาบาลศรีสะเกษพบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมไม่มีข้อมูลรายงานชัดเจน แต่พบผู้ป่วยสมองเสื่อมที่รักษาตามแนวทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง มีปัญหาด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL, Instrumental Activities of Daily Living: IADL) เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงการรักษาเฉพาะด้านสมองเสื่อม ซึ่งเป็นระบบการดูแลลักษณะเฉพาะทาง เจ้าหน้าที่ที่ไม่เข้าใจภาวะของโรคและยังไม่มี การดูแลที่ชัดเจน ซึ่งสนธยา มณีรัตน์ และสมณทนา บุญชัย² ได้พัฒนาระบบการดูแลด้านจิตสังคมผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ พบว่า ช่วย

ให้ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น ลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย เช่น ก้าวร้าว เอะอะ การหลงทางกลับบ้าน เป็นต้น และสามารถเพิ่มการเข้าถึงการรักษาและลดภาวะพึ่งพาของผู้ป่วยได้ ส่วนเครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษได้มีการดำเนินการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ในชุมชนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 แต่ยังไม่เข้าถึงการดูแลเฉพาะทาง จึงทำให้ญาติหรือผู้ดูแลจัดการกับพฤติกรรมไม่เหมาะสมของผู้ป่วยไม่ได้ จำเป็นต้องพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมในโรงพยาบาลศรีสะเกษ และเครือข่าย ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน (รพ.ช.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ของจังหวัดศรีสะเกษนี้ขึ้น โดยใช้กลุ่มวิชาชีพพยาบาลที่มีความเกี่ยวข้องและกระจายในพื้นที่ครอบคลุมเครือข่ายมากที่สุด เป็นแกนหลักของการพัฒนาใช้ วิจัยและพัฒนาอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงที่ให้ความสำคัญเครือข่าย การส่งต่อแบบการมีส่วนร่วมเชิงรุก ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญในระบบบริการสุขภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมเครือข่ายจังหวัดศรีสะเกษ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและการพัฒนาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดของการวิจัยและพัฒนาทฤษฎีระบบ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ และข้อมูลป้อนกลับ รวมทั้งการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นกรอบแนวคิดในลักษณะ (R&D; Research and Development)

ระยะที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้า (Input)

ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการดูแลภาวะสมองเสื่อม ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ทำ Focus groups พยาบาล ที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายจังหวัดศรีสะเกษ เกี่ยวกับประเด็นความรู้ ทักษะ ทศนคติ ปัญหา อุปสรรค ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และแนวทางในการพัฒนา



ระยะที่ 2 กระบวนการ (Process)

- 2.1 ผู้ป่วย: ใช้กระบวนการพยาบาล: ประเมินปัญหา วินิจฉัย วางแผน ปฏิบัติ และประเมินผล
- 2.2 เครือข่าย: อบรมการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม กลุ่มอาสาสมัคร และพยาบาล รพ.สต. รพช.
- 2.3 การพัฒนาระบบ: CPG การส่งต่อในเครือข่าย/ การจัดบริการคลินิก Memory รพ. ศรีสะเกษ



ขั้นที่ 3 ผลลัพธ์ (Output)

ด้านผู้ป่วยและญาติ

- ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม TMSE
- ภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ ADL/ IADL
- ความพึงพอใจของญาติ/ผู้ดูแล

ด้านเครือข่าย

- ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญ
- ระยะเวลาการเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญ

ด้านการพัฒนาระบบ

- คะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนและหลังอบรมของพยาบาล
- ร้อยละการปฏิบัติตาม CPG
- ความพึงพอใจของทีมพยาบาลในการปฏิบัติตาม CPG

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและการพัฒนา (Research and Development) เริ่มดำเนินการเดือนตุลาคม 2560-2562 โดยมีผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ทีมพยาบาล ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากเครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ 22 แห่ง คำนวณขนาดตัวอย่าง ตามสูตรการคำนวณของดาร์ณี เทียมเพ็ชร และคณะ³ ได้จำนวน 46 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่วินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยไม่มีการคืนที่ (Sampling without replacement) จำนวน 30 คน

กลุ่มที่ 3 ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่วินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม (กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2) จำนวน 30 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่

1) เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม

2) มีลักษณะของปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ อย่างน้อย 1 ใน 4 อาการต่อไปนี้ ได้แก่ อาการกระสับกระส่ายกระวนกระวาย (Agitation) วิตกกังวล มีอารมณ์ตึงเครียด (Anxiety) นอนไม่หลับ (Insomnia) หรืออารมณ์เฉยเมย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และไร้อารมณ์ (Apathy)

3) มีความพร้อมของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานอย่างน้อย 1 ใน 10 ด้าน ตามแบบประเมิน Barthel Index of Activity of daily living

4) ญาติยินยอมให้ผู้ป่วยเข้าร่วม

โครงการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่

1) ผู้สูงอายุมีอาการอะอะอาละวาด ก้าวร้าว หรือควบคุมตัวเองไม่ได้ มีความเสี่ยงต่อการเกิด อันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

2) ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว ที่ต้องมีผู้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน อย่างน้อย 2 คน

3) ญาติไม่ยินยอมให้เข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) สำหรับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม คือ

1.1) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (TMSE)

1.2) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living: ADL)

1.3) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (Instrumental activities of daily living: IADL) ใช้เครื่องมือจากคู่มือแนวทางการจัดตั้งดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข⁴

2) สำหรับพยาบาล เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือของพิตพิร สิริทิพากร 2558⁵ คือ

2.1) คู่มือการพยาบาล การให้การดูแล และการเตรียมญาติ และผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2.2) แบบทดสอบเพื่อวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสำหรับพยาบาล

2.3) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

นำเครื่องมือดังกล่าว มาตรวจความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ นำไปตรวจความตรงจากพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานจำนวน 5 คน และนำไปทดลองหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ จากพยาบาลอายุรกรรมโรงพยาบาลศรีสะเกษที่ไม่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ด้วยวิธี Cronbach's alpha coefficient ได้ค่า Reliability = 0.74

3) สำหรับผู้ดูแลหรือญาติ คือ แบบประเมินความพึงพอใจต่อบริการการพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมและนำไปทดลองหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ จากผู้ดูแลหรือญาติผู้สูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลศรีสะเกษที่ไม่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ด้วยวิธี Cronbach's alpha coefficient ได้ค่า Reliability = 0.78

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการดูแลภาวะสมองเสื่อม ใช้วิธีการสัมภาษณ์สนทนากลุ่ม (Focus groups) พยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุใน รพช. รพ.สต. ในจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 46 คน รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นความรู้ ทักษะทัศนคติ ปัญหาอุปสรรค ข้อคิดเห็นเสนอแนะ และแนวทางในการพัฒนา

ระยะที่ 2 นำผลการศึกษาในระยะที่ 1 มาพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

2.1 ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ (โรงพยาบาลแม่ข่าย) พัฒนาการจัดตั้งคลินิก

ตามคู่มือแนวทางการจัดตั้ง ดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และประกอบด้วย

- การคัดกรองผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยอาสาสมัครผู้สูงอายุในชุมชน รพ.สต. รพช.
- การส่งต่อถึงผู้เชี่ยวชาญ
- การปรับพฤติกรรม (Behavioral Modification) การเคลื่อนไหวร่างกาย และออกกำลังกาย (Physical Activities & Exercise)
- ดนตรีบำบัด (Music Therapy) การใช้สมุนไพรบำบัด (Aroma therapy)
- กิจกรรมระลึกถึงความทรงจำในอดีต (Reminiscence) เป็นต้น

กิจกรรมเหล่านี้จะช่วยลดอาการของปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ เช่น อาการพลุ่งพล่าน กระวนกระวาย (Agitation) ปัญหาด้าน การนอน (Sleep disorder) ได้ ซึ่งการรักษาด้วยวิธีนี้สามารถดำเนินการได้โดยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง คือ นักกิจกรรมบำบัด แพทย์แผนไทย นักจิตวิทยา โดยพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาระยะการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ประกอบด้วย 1) การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล กำหนดปัญหา และแผนการพัฒนา 2) การพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการพยาบาลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม เนื้อหาการอบรมประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ กระบวนการพยาบาลด้านจิตสังคม การสาธิตการจัดกิจกรรม

ด้านจิตสังคม การฝึกปฏิบัติวิเคราะห์กรณีศึกษา และการนำไปใช้ และ 3) การพัฒนาเครื่องมือทางการพยาบาล เพื่อนำไปใช้เป็นคู่มือปฏิบัติ โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจากพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพ เป็นการวิเคราะห์เครื่องมือและสื่อที่มีอยู่ นำมาพัฒนาปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทการพยาบาล ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่ครอบคลุมขั้นตอน การประเมินสุขภาพ การกำหนดข้อวินิจฉัย แผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล ดังนี้

1) การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และญาติก่อนเข้าร่วมกิจกรรมดำเนินการโดยพยาบาลประจำคลินิก Memory

2) การประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม ครอบคลุมสุขภาพกาย จิต สังคม ความเชื่อ ประสาทสัมผัส ความสามารถพื้นฐาน ปัญหา และความต้องการของญาติในการดูแลผู้ป่วย

3) กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และแผนการพยาบาลรายบุคคลที่สอดคล้องกับ ปัญหา และความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

4) ดำเนินกิจกรรมการพยาบาลตามแผนที่กำหนด โดยดำเนินการในคลินิก Memory โรงพยาบาลศรีสะเกษในช่วงเวลา 9.00-12.00 น. ทุกสัปดาห์ที่ 3 ของเดือน เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 1 ปี ส่วนญาติจะได้รับความรู้และการให้คำปรึกษาจากพยาบาลที่เป็นทีมร่วมปฏิบัติการ

2.2 โรงพยาบาลชุมชนเป็นแม่ข่ายระดับอำเภอ พัฒนาการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุหรือช่องทางบริการที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมสามารถเข้าถึงได้ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ เน้นบทบาทรับผู้ป่วย

ที่คัดกรองจากชุมชน รพ.สต. เพื่อเตรียมความพร้อมและเตรียมผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่งต่อถึงแม่ข่ายระดับจังหวัด โดยประสานการส่งต่อก่อนถึงผู้เชี่ยวชาญ และรับผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่มีอาการคงที่และ/หรือดีขึ้น เพื่อให้การดูแลในพื้นที่ให้บริการด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ออกกำลังกาย การให้คำปรึกษา ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ เช่น อาการพลุ่งพล่าน กระวนกระวาย ปัญหาด้านการนอนเบื้องต้น

2.3 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นแม่ข่ายระดับตำบล บูรณาการการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมร่วมกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ เน้นบทบาทการคัดกรองผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยอาสาสมัครผู้สูงอายุในชุมชน รพ.สต. การส่งต่อถึง รพช. ให้การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เช่น การเคลื่อนไหวร่างกาย ออกกำลังกาย กิจกรรมทางสังคม การให้คำปรึกษาด้านสมองเสื่อมเบื้องต้น และการติดตามเยี่ยมบ้าน

ระยะที่ 3 ระยะการประเมินผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้แก่

1) ด้านผู้ป่วย และที่ญาติประเมินร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (TMSE) คะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ADL/ IADL ร้อยละความพึงพอใจของญาติ/ผู้ดูแล

2) ด้านเครือข่ายประเมินร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญ และระยะเวลาการเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญลดลง

3) ด้านการพัฒนาระบบฯ คะแนนความรู้เฉลี่ยก่อน-หลังอบรมของพยาบาล ร้อยละ

การปฏิบัติตาม CPG และความพึงพอใจของทีมพยาบาลในการปฏิบัติตาม CPG ระยะเวลาการเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาคั้งนี้ได้รับคำรับรองในการศึกษาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ เลขที่ 071

ผลการวิจัย

สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมเครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ พบว่า มีระบบการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในระดับชุมชน รพ.สต. และ รพช. แต่ยังขาดการเชื่อมโยงเพื่อให้เข้าถึงผู้เชี่ยวชาญและการรักษา ไม่มีแนว

ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยร่วมกันเป็นทีม พยาบาลยังมีความรู้ ทักษะ ไม่เพียงพอกับบทบาทการพยาบาลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม รวมถึงไม่มีแนวทางการพยาบาลภาวะสมองเสื่อมที่เป็นรูปธรรม การรักษาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในระดับชุมชน รพช. ยังไม่ชัดเจน จะรวมอยู่ในงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ไม่มีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรงจะเป็นภาระของญาติที่รักษาไปตามความเชื่อ เช่น รักษาทางไสยศาสตร์ การกักบริเวณ และไม่เข้าใจผู้ป่วยจนกระทั่งมีปัญหาการสื่อสาร การระแวงเรื่องทรัพย์สิน เป็นต้น

Table 1 Mean and standard deviation of Thai Mental State Examination (TMSE) before and after development system. (N= 30)

TMSE	\bar{x}	S.D.	Sig	95% CI	
				upper	lower
Before developing system	10.80	5.68	<.0001	8.79	12.80
After developing system	13.80	5.59		11.78	15.95

Remark: score of TMSE cut of point: cognitive Impairment about no study, <14/ primary school <17/ high primary school < 22

Table 2 Mean and stand deviation of the barthel Activity of Daily Living (ADL) before and after developing system. (n= 30)

ADL	\bar{x}	S.D.	Sig	95% CI	
				upper	lower
Before developing system	13.43	5.68	<.0001	11.68	15.92
After developing system	16.07	4.52		14.38	17.76

Remark: Score ADL= 0-20, ADL= 0-4 refer to completed dependent, ADL= 5-8 refer to severe dependent, ADL= 9-11 refer to moderated dependent and ADL=12-20 refer to no dependent

Table 3 Mean and standard deviation Instrumental Activities of Daily Living (IADL) before and after developing system. (n= 30)

IADL	\bar{x}	SD	Sig	95% CI	
				upper	lower
Before developing system	6.80	1.24	<.0001	7.22	7.96
After developing system	10.40	1.36		4.01	4.82

Remark: Score IADL= 0-12, IADL 0-2 refer to severe dependent IADL 3-5 refer to moderated dependent, IADL= 6-8 refer to mild dependent, 9-12 refer to no dependent

Table 4 The percentage of screening test, access to treatment, satisfaction of relatives, practice with CPG and satisfaction of nurses with caring system of elderly with dementia.

Variables	N	Percentage
Risk group of receiving dementia screening*	141,845	70.94
Suspected group of dementia condition*	5,524	3.89
Risk group of receiving treatment in Memory Clinic Sri Sa Kat hospital**	89	100
High satisfaction of relatives	30	92.41
High level of practice with GPG	46	98.7
High level of satisfaction of nurses	46	94.3
Duration of elderly with dementia access to expert (day)**	Before 257 day	After 6.9 Day

* Dementia Screening Sisaket Province 2018

** Memory Clinic Sisaket Hospital

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา การจำแนก และจัดกลุ่มข้อมูล ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น คะแนนความรู้ของพยาบาล ผลลัพธ์ทางการ

พยาบาลต่อผู้ป่วยและญาติ เปรียบเทียบก่อน และหลังการพัฒนาระบบฯ (paired t-test) คะแนนความพึงพอใจ การปฏิบัติตาม CPG วิเคราะห์โดยการหาค่าความถี่และร้อยละ

Table 5 Mean and standard deviation of score of knowledge of nurses before and after developing system. (n= 46)

Score	\bar{x}	SD	Sig	95% CI	
				upper	lower
Before training	4.41	1.36	<.0001	3.96	4.77
After training	7.59	1.24		7.17	7.91

ด้านเครือข่าย มีแนวทางส่งต่อที่ชัดเจน และร้อยละผู้มีอาการสงสัยภาวะสมองเสื่อมได้รับการคัดกรองและส่งต่อถึงผู้เชี่ยวชาญเพิ่มขึ้น

ด้านการพัฒนาระบบ ผลการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการพยาบาลด้านผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม พบว่า พยาบาลที่เข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ มีความรู้เพิ่มขึ้นในระดับมากถึงมากที่สุด ผลการนำคู่มือทางการพยาบาลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมไปใช้ พบว่า มีเนื้อหาที่ครอบคลุม กิจกรรม มีความเหมาะสมสามารถนำไปใช้ได้ มีรายละเอียด ดังนี้

1. ผลการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม พบลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (N 30) ดังนี้

1.1 มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ร่วมด้วย ได้แก่ อาการกระสับกระส่าย กระวนกระวาย จำนวน 11 คน มีอาการเฉยเมย ร่วมกับปัญหาการนอนหลับ จำนวน 8 คน มีปัญหาความวิตกกังวลร่วมกับปัญหาการนอนหลับ จำนวน 4 คน และมีปัญหา agitation ร่วมกับปัญหาการนอนหลับ จำนวน 6 คน

1.2 มีความพร้อมของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับ 1 ขึ้นไปอย่างน้อย 1 ด้าน ได้แก่ ด้านการล้างหน้า แปรงฟัน ทวีผม และโกนหนวด จำนวน 8 ราย

ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 7 ราย ด้านการรับประทานอาหารและการอาบน้ำ จำนวน 7 ราย และด้านการอาบน้ำร่วมกับการสวมใส่เสื้อผ้า จำนวน 10 ราย

2. คู่มือกิจกรรมบำบัดสำหรับโรคสมองเสื่อม มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ผู้ป่วยแต่ละรายจะต้องมาเข้าร่วมกิจกรรมตามเวลาที่กำหนดคือ เวลา 9.00-12.00 น. สัปดาห์ละ 3 วัน เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ และติดตามให้ผู้ดูแลจัดกิจกรรมที่บ้านอย่างน้อย 3 ครั้ง/ สัปดาห์ ติดตาม 1 ปี ตามแพทย์นัด

2.2 แผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายเป็นแผนรายบุคคล และสามารถทำกิจกรรมได้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม

2.3 เนื้อหากิจกรรมบำบัดประกอบด้วย

- 1) กิจกรรมพื้นฐานๆ ได้แก่ การออกกำลังกาย กิจกรรมกลางแจ้ง และ Brain Activation

- 2) กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพและกระตุ้นการรับรู้ตามความเป็นจริง

- 3) กิจกรรมการฝึกทักษะการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน

- 4) กิจกรรมทางเลือกโดยการกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5 เช่น การนวดเท้า

ด้วยลูกแก้ว และการใช้กลิ่นบำบัด ดนตรีบำบัด
กิจกรรมระลึกความทรงจำ เป็นต้น

3. ผลการใช้แผนการพยาบาลสำหรับ
รายบุคคลในการแก้ปัญหาด้านพฤติกรรม และ
อารมณ์ร่วมของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ประเมิน

ด้วยการสังเกตและการจดบันทึกของผู้ดูแลก่อน
และหลังการใช้แผนการพยาบาล แยกเป็นปัญหา
การอยู่ไม่สุข กระวนกระวาย การเหม็นเฉย
การนอนหลับ ความกังวล การรับประทานอาหาร
การอาบน้ำ การแต่งตัว พบว่า

Table 6 Behavior problems and dependent condition ADL. (n=30)

behavior problems/ ADL	Before developing	After developing
	system	system
Agitation	11	0
Sleep disorder	18	0
Anxiety & Sleep disorder	4	0
Agitation & Sleep disorder	6	0
ADL such as face wash, brush teeth	8	0
Eating	7	0
Eating with bathing	7	0
Bathing with dressing	10	0

ปัญหาด้านพฤติกรรมมีอาการลดลง
ทั้งหมดร้อยละ 100 แต่อารมณ์เฉยเมยและ
อารมณ์วิตกกังวล มีเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น
แต่ยังไม่ชัดเจน ความพร้อมของการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวัน มีความสามารถเพิ่มขึ้นเป็นระดับ 0-1
อย่างน้อย 1 ด้าน ร้อยละ 100 ความพร้อมของ
ทักษะสังคม และสัมพันธภาพกับผู้อื่น มีอาการ
เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นทุกราย

การอภิปรายผล

ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมมีความบกพร่อง
ของสมอง ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน
ทักษะสังคม สัมพันธภาพกับผู้อื่น มีปัญหาด้าน
พฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ มีการดำเนินโรค

เข้าสู่ภาวะพึ่งพิงมากขึ้น ดังนั้นพยาบาลจึง
จำเป็นต้องใช้ความรู้ความสามารถกระตุ้นปัจจัย
ภายในและภายนอกของผู้ป่วยเพื่อให้แสดง
พฤติกรรมออกมาอย่างเหมาะสม สนับสนุนญาติให้
มีการปรับตัวในการดูแลอย่างต่อเนื่องขณะอยู่ที่
บ้าน ส่วนปัญหาการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุโรคสมอง
เสื่อมการศึกษานี้พบว่า ญาติผู้ป่วยจะดูแลไปตาม
ความเชื่อและความเข้าใจของสังคม เช่น คิดว่า
ผู้ป่วยเป็นโรคทางจิตใจก็ไปรักษาทางไสยศาสตร์
ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ออกจากบ้าน ก็จะเฝ้า
ระวังไม่ให้ผู้ป่วยออกนอกบ้าน มีปัญหาการสื่อสาร
หรือการระแวงเรื่องทรัพย์สิน ก็ยังไม่ทราบว่าเป็น
อาการหลงลืมจึงไม่พามารักษา จนกระทั่งมี
ภาวะหลงลืมเพิ่มขึ้น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ลดลง และอยู่ในภาวะพึ่งพาเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของสุทธินันท์ สุบินดี และบำเพ็ญจิต แสงชาติ⁷ กล่าวว่า โรคสมองเสื่อมมีการรับรู้ของชุมชนตามมิติทางการแพทย์ ได้แก่ 1) โรคทางกรรมพันธุ์เป็นแล้วไม่หาย 2) ผลจากการตีแม่แล้ว 3) คนที่มีความหลัง และ 4) อัลไซเมอร์หรือสมองเสื่อม ส่วนการรับรู้ในมิติทางสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ 1) โรคคนเฒ่าคนแก่ 2) ผีทำ 3) เป็นบ้าเป็นประสาท 4) วุฒิภาวะเหมือนเด็ก 5) สัมผัสวิญญาณวิธอยู่ และ 6) ภาวะและทุกข์ของครอบครัว ซึ่งการรับรู้ที่แตกต่างกันนำไปสู่การดูแลรักษาที่แตกต่างกันในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมนี้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจนลดปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของสนธยา มณีรัตน์ และสุนันทา บุญชัย⁸ การลดและแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมควบคู่ไปกับการรักษาโดยการให้ยาได้ โดยให้พยาบาลเป็นหลักในการดูแล ใช้กิจกรรมการออกกำลังกาย การปลูกต้นไม้ การบริหารสมอง การกระตุ้นการรับรู้ตามจริง และการกระตุ้นประสาทสัมผัส โดยต้องมีการเตรียมความรู้ของพยาบาลด้านโรคสมองเสื่อม อย่างเป็นรูปแบบ สอดคล้องกับภาระงาน อัตรากำลังที่รองรับ อาศัยอาสาสมัครผู้สูงอายุเป็นฐานในชุมชน ซึ่งการศึกษาของสนธยา มณีรัตน์ และคณะ⁹ ศึกษารูปแบบการพัฒนาการพยาบาลด้านจิต สังคมผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพสามารถช่วยลดปัญหาพฤติกรรม เพิ่มทักษะการดูแลตนเอง ทักษะ

สังคมและสัมพันธภาพของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งพรภานาคโนนหัน¹⁰ ศึกษาบทบาทพยาบาลด้านการป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พบว่า พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทการป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเพราะมีความรู้ความเข้าใจและเกี่ยวข้องกับประชาชนมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ อาทิตยา สุวรรณ¹¹ เรื่องบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ ระยะก่อนการวินิจฉัย ระยะวินิจฉัย ระยะที่ดำรงชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อม และระยะสุดท้ายของชีวิต ต้องส่งเสริมญาติหรือผู้ดูแลให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะช่วยลดปัญหาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งในวิจัยนี้พยาบาลได้ให้ความรู้ ฝึกทักษะแก่ญาติ ได้แก่ บุตร คู่สมรส และหลาน จนกระทั่งปัญหาด้านพฤติกรรมลดลงทั้งหมดร้อยละ 100 ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 92.41 สอดคล้องกับ นิชภา โมราถบ¹² กล่าวว่าสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ เป็นบุตร คู่สมรส หลาน พี่หรือน้อง ตามลำดับ จะเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ชวนคุย อยู่เป็นเพื่อน ส่งเสริมการพักผ่อนหย่อนใจ ให้ยาและพาไปพบแพทย์ตามนัด

งานวิจัยนี้มีจุดอ่อน ในเรื่องการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ค่อนข้างช้าเนื่องจากข้อมูลส่วนใหญ่เก็บมาจากหลากหลายแหล่งข้อมูลทำให้ทีมผู้วิจัยมีขั้นตอนมีความยุ่งยากในการเดินทางและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ต้องใช้เวลาในการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มขึ้น

งานวิจัยนี้มีจุดแข็ง ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมเป็นการพัฒนาที่มี การสร้างเครือข่ายการทำงานในระดับจังหวัด ศรีสะเกษ ที่มีการทำงานเชื่อมโยงกันระหว่าง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทติยภูมิ และปฐมภูมิ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้รับการดูแล อย่างทั่วถึงและสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้ เข้าถึงผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคสมอง เสื่อม และบุคลากรด้านสุขภาพมีแนวทางปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีมาตรฐาน เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

สรุป การวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการวิจัย และพัฒนา ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลลัพธ์ (Output) และ ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) รวมทั้งการใช้ กระบวนการพยาบาล เพื่อพัฒนาระบบการดูแล ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม เครือข่ายจังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลเครือข่ายโรงพยาบาลศรี สเกษ 22 แห่ง จำนวน 46 คน ผู้สูงอายุโรคสมอง เสื่อมจำนวน 30 คน โดยการพัฒนาระบบการดูแล ผู้สูงโรคสมองเสื่อมและทดสอบผลการพัฒนา ระบบการดูแลก่อนและหลัง ผลการวิจัยพบว่า คะแนน ADL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < .0001$ คัดกรองภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 70.94 ใช้แนวการปฏิบัติในการดูแลในเครือข่าย ร้อยละ 98.7 เข้าถึงการรักษาร้อยละ 100 ระยะเวลาการเข้าสู่การรักษาตกลงเป็น 6.9 วัน พยาบาลมีความรู้ในการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < .0001$ ผู้ดูแลพึง พอใจร้อยละ 92.4 พยาบาลพึงพอใจร้อยละ 94.3

การทำวิจัยครั้งต่อไป ควรพัฒนาดูแลผู้ป่วยโรค สมองเสื่อมในชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีทักษะในการ แก้ไขปัญหาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเบื้องต้น ซึ่ง ช่วยลดการเข้าสู่ภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ โรคสมองเสื่อม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลศรีสะเกษ ผู้ ประสานงานจากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด ศรีสะเกษ ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านบริหาร ควรนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ โรคสมองเสื่อมกำหนดเป็นนโยบายของ โรงพยาบาลเพื่อให้บุคลากรด้านสุขภาพทำงาน ร่วมกันอย่างเป็นระบบทั้งจังหวัด เขตสุขภาพ และ ประเทศ
2. ด้านบริการ ใช้แนวทางการดูแลผู้สูงอายุ โรคสมองเสื่อมเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแล ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมในคลินิกบริการผู้สูงอายุ โรคสมองเสื่อม
3. ด้านวิชาการ ควรมีการสนับสนุนให้ พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรด้านสุขภาพได้มีการ พัฒนาด้านวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ โรคสมองเสื่อมร่วมกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคสมอง เสื่อมได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง
4. ด้านวิจัย ควรสนับสนุนให้ทำวิจัยเกี่ยวกับ การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมเพื่อสร้างองค์ ความรู้ใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่ ทันสมัยเหมาะสมกับสถานการณ์ พื้นที่บริการ ที่มี ข้อจำกัดแตกต่างกัน

References

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai elderly. [internet]. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute; 2016 [Available from 02 Jan 2017]: <https://www.thaigri.org>.
2. Sonthaya Maneerat, Sampan Maneerat, Tivawan Kambunlua. Psychosocial nursing care for the elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Journal of Health Science Research*. 2018; 12(2): 1-9.
3. Daranee Tieampet, Kasima Sangrattanapiman, Monthita Aksornde, Penporn Taweebut, Woradate Changkaew. Development of Diabetes Mellitus (DM) Care System Continued Seamlessly to Communities, Muang District, Srakaew Province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2016; 25(3): 156-69.
4. Prasat Neurological Institute. Clinical Practice Guideline: Dementia. Bangkok: Prasat Neurological Institute; 2014.
5. Plthiporn Sirithipakon. Nursing care of Dementia for caregiver and The elderly with Dementia. [Internet]. Bangkok: Department of Nursing Siri raj Hospital Mahidol University; 2016. [Available from 02 Jan 2017] https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/226/sins_nursing_manual_2559_03.pdf
6. Institute of Geriatric Medicine Thailand. Clinical Practice Guideline of Geriatric Clinic. Institute of Geriatric Medicine, Ministry of public health. 2015. [Available from 02 Jan 2017] <http://agingthai.dms.moph.go.th/agingthai/index.php/guidebook>
7. Suttinan Subindee, Bumpenchit Sangchart. Community's perception of the older persons with dementia. *Journal of Nursing Science & Health*. 2018; 41(3).

8. Sonthaya Maneerat, Sumonta Boonch. Development of a Psychosocial Nursing Care Model for Elderly with Dementia in Suansaranrom Psychiatric Hospital. Prince of Narathivas University Journal of Humanistic and social science. 2558; 2(1): 52-62.
9. Sonthaya Maneerat, Sampan Maneerat, Tivawan Kambunlua. Psychosocial nursing care for the elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Journal of Health Science Research. 2018; 12(2): 1-9.
10. Pornnapa Naknonehun. Nursing Role for Prevention Dementia in Elderly. Thai Red Cross Nursing Journal. 2017; 10(2): 36-46.
11. Arthiditaya Suwan. Role of Nurses in Caring for Older Persons with Dementia. Journal of Nursing and Health Care. 2017; 35(1): 6-15.
12. Nitchapa Morathop, Chamaiporn Kanchanakijksakul, Supasit Pannarunothai, Vipap Prachuabmoh, Bhuddhipong Satayavongthip. Role of Family Caregivers for The Elderly with Alzheimer's Disease. Journal of Nursing and Health Sciences. May-August, 2012; 6(2): 122-31.
13. Ministry of public health. HDC service: Screening of Dementia in Sisaket Province. 2016-2019. [Internet] [Available from 02 Jan 2017] <https://hdcservice.moph.go.th>