

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูและ การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม Community participation in the development of rehabilitation and health care model for older person with dementia

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 43 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มีนาคม) 2563

Volume 43 No.1 (January-March) 2020

สาคร อินทโล่ ปสด. (การพยาบาล)* พนิดา โยวะพุย พยม.* นิตยา กออิสราณูปภ พยม.* วรวิษา สำราญบุตร พยม.*
สุกัญญา บัวลาด รป.ม.** มัทติกา ปาโส พย.บ.*** พลายา คุณบัวลา พย.บ.****
Sakorn Intolo Ph.D. (Nursing)* Panida Yowaphui MSN* Nittaya Kor-issaranuphab MSN* Wanwisa Samrannet MSN*
Sukunya Bualad MPA** Mattika Paso BSN*** Phalaya Kunbuala BSN****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเชิงเทคนิคมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ร่วมวิจัย คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน จำนวน 46 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ กระบวนการวิจัย ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ การพัฒนารูปแบบ และการสังเคราะห์รูปแบบ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยได้รูปแบบ “ทำสองคอนโมเดล” มี 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ นโยบาย บุคลากร การบริการและระบบสนับสนุน รูปแบบการบริการนี้เหมาะสำหรับการให้บริการผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ การมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม

Abstract

This technical collaborative action research aimed to develop rehabilitation and health care model for demented elders in context of community participation. Forty-six participants were stakeholders which selected by purposive sampling. The research process comprised of 3 phases; situation analysis, development process and model synthesis. Qualitative data were collected through in-depth interviews and focus group discussion. Data were analyzed using content analysis. Research findings revealed that “THASONGKHON MODEL” included 4 components such as policy, people, services and supporting system. This model is appropriate for older people with dementia according to context of community health care.

keywords: model development, community participation, older people, dementia

*Nurse instructor, Srimahasarakham Nursing College, Mahasarakham

**Registered Nurse, Thasongkhon Subdistrict Administrative Organization, Mahasarakham Province

***Registered Nurse, Ban Non Tae Sub-district Health Promotion Hospital, Mahasarakham Province

***Registered Nurse, Ban Aupparat Sub-district Health Promotion Hospital, Mahasarakham Province

ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะสมองเสื่อมนับเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะและนำไปสู่ภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้สูงอายุทั้งหญิงและชาย¹ สถานการณ์ของภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่อง จากรายงานในปี 2559 พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจำนวน 617,100 คน และมีแนวโน้มจะเพิ่มเป็น 1,350,000 คน ในปี 2580² ข้อมูลนี้บ่งบอกว่าประเทศไทยที่กำลังจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า ต้องเผชิญปัญหาภาวะพึ่งพิงซึ่งเป็นผลมาจากภาวะสมองเสื่อมอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นหนึ่งในนโยบายสำคัญของรัฐบาลไทยในการวางแผนรองรับปัญหาและผลกระทบจากสังคมผู้สูงอายุ โดยรัฐบาลได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง มาตั้งแต่ปี 2558 ซึ่งระบบการดูแลระยะยาว หมายถึง การจัดการบริการสาธารณสุขและบริการสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือกิจวัตรตนเองได้ โดย บุคลากรสาธารณสุขหรือผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์³ และการขับเคลื่อนระบบการดูแลระยะยาวอยู่ภายใต้ความร่วมมือของหน่วยงานสำคัญ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สภาสังคมสงเคราะห์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁴

องค์การบริหารส่วนตำบลเป็นหน่วยงานหลักในพื้นที่และมีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุในชุมชน จึงย่อมมีความเข้าใจในปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี องค์การบริหารส่วนตำบลท่าสองคอน

ตำบลท่าสองคอน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ได้ดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาตั้งแต่ ปี 2560 โดยมีจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงที่เป็นกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 132 คน คิดเป็นร้อยละ 8.67 ของผู้สูงอายุในพื้นที่ทั้งหมด ซึ่งอยู่ในพื้นที่การบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนแร่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอุบราช⁵ ในจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดพบว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 20 คน และพบปัญหาความยุ่งยากในการจัดการและการดูแล เช่น การมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ระดับความจำและทักษะการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่ลดลงโดยที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้⁶ ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดปัญหาเกี่ยวกับการดูแล อีกทั้งความเข้าใจในภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัวยังมีค่อนข้างน้อย จึงทำให้ขาดความใส่ใจในการสังเกตความผิดปกติที่เกิดขึ้น จนทำให้ระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นและก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ยากลำบากต่อการดูแล เช่น การเดินหลงทาง การไม่รับรู้อาหารเวลา สถานที่ บุคคลและตนเอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง และเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา

นอกจากนี้การขาดความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมที่ถูกต้อง⁷ ยังส่งผลให้ผู้ดูแลอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ เช่น การพูดจาด้วยเสียงดังคล้ายๆ กับการตะคอก หรือการปล่อยปละละเลย ไม่ใส่ใจดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากคิดว่าการหลงลืมบ่อยครั้ง การพูดและถามในสิ่งประเด็นเดิม ซ้ำๆ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามปกติในผู้สูงอายุ และอาการเหล่านี้ก่อให้เกิดความรำคาญแก่ผู้ดูแล ปัญหาเหล่านี้ถูกสะท้อนโดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแต่ละคน ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ถูกนำเข้าสู่ที่ประชุมของ

คณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อวางแผนการฟื้นฟูและดูแลอย่างเหมาะสม

ทั้งนี้การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงถูกกำหนดเป็นนโยบายของประเทศโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนเป็นตัวขับเคลื่อนที่สำคัญ⁸ ดังนั้น การฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจึงจำเป็นต้องใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ความหมายการฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในการศึกษานี้ประกอบด้วย 2 ประเด็น คือ 1) การฟื้นฟูผู้สูงอายุสมองเสื่อม หมายถึง การส่งเสริมกิจกรรมที่ช่วยฟื้นฟูสภาพและชะลอความเสื่อมในการทำหน้าที่ของสมอง สำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะแรกประกอบด้วย การส่งเสริมการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป การทำกิจกรรมทางกาย การสนทนา และการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง⁹ และ 2) การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม หมายถึง การดูแลตามอาการของผู้ป่วยสมองเสื่อมเพื่อให้เกิดความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะกลางและระยะท้าย ประกอบด้วย การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน การลดความวิตกกังวลและความเครียด การช่วยเหลือในการสื่อสาร การดูแลด้านพฤติกรรม¹⁰

จากปัญหาการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่เป็นอยู่ทำให้ผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่มีความสนใจและตั้งประเด็นคำถามร่วมกันว่า “การฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชนควรเป็นอย่างไร” จึงจะช่วยให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้รับการฟื้นฟูและดูแลที่เหมาะสมเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเข้าถึงการบริการสุขภาพและสังคมอย่างทั่วถึง ดังนั้นผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่จึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทที่เป็นจริงของชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ทำการศึกษาในชุมชนพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าสองคอน อ.เมือง จ.มหาสารคาม ระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 โดยใช้วงจรการปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart¹¹ ใน 3 ระยะของการศึกษา ได้แก่ การวางแผน (plan) การปฏิบัติ (act) การสังเกตผลจากการปฏิบัติ (observe) สะท้อนผลที่ได้ (reflect) ดังภาพที่ 1

การวางแผน ผู้วิจัยประชุมร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนจากตัวแทน 3 กลุ่ม คือผู้ใช้บริการสุขภาพ คือตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ผู้ให้บริการคือ กลุ่ม อสม. และ care giver ในระบบการดูแลระยะยาว และกลุ่มบุคลากรของภาครัฐ ได้แก่ บุคลากรด้านสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง และบุคลากรด้านสังคมจากองค์การบริหารส่วนตำบล ในการประชุมมีการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อใช้เป็นปัจจัยนำเข้าในกระบวนการพัฒนาการบริการเพื่อฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน และจัดทำ 3 กลยุทธ์ คือ

กลยุทธ์ที่ 1 จัดทำเอกสารคู่มือการฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดประเด็นปัญหาและความต้องการในการพัฒนาเอกสารคู่มือการฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จากนั้นผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องและพัฒนาคู่มือการฟื้นฟูและดูแล และนำเข้าที่ประชุมเพื่อพิจารณาร่วมกัน

กลยุทธ์ที่ 2 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการดูแลแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อสม. และ care giver ในระบบการดูแลระยะยาว จำนวน 30 คน

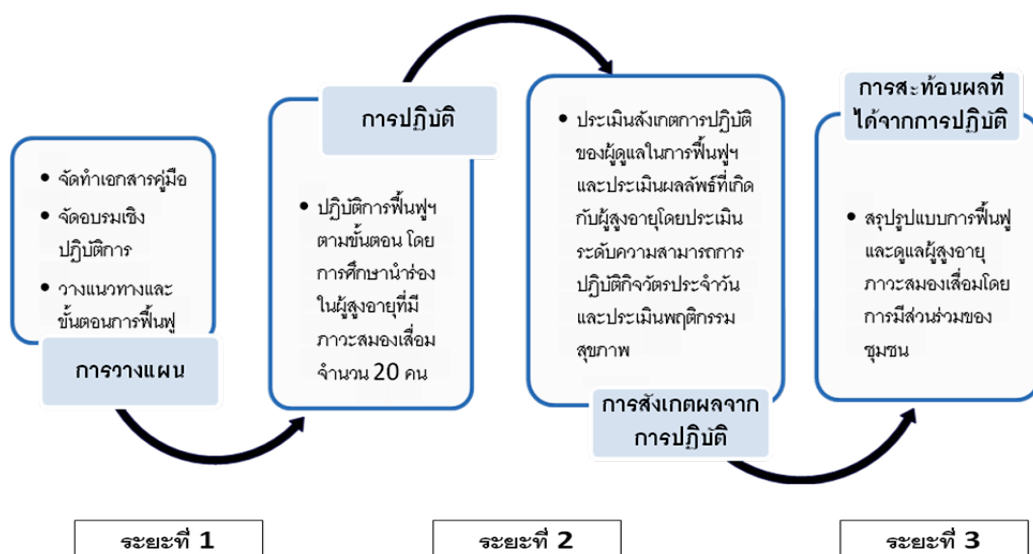
กลยุทธ์ที่ 3 วางแนวทางและขั้นตอนการฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

การปฏิบัติ ดำเนินการปฏิบัติการฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมตามขั้นตอน โดยทำการศึกษานำร่องในการบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 20 คน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง

การสังเกตผลจากการปฏิบัติ โดยประเมินสังเกตการปฏิบัติของผู้ดูแลในการฟื้นฟูและดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ภูมิศึกษา 20 คน

การสะท้อนผลที่ได้จากการปฏิบัติ ทำการสะท้อนผลที่ได้จากการปฏิบัติการฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โดยการถอดบทเรียนและสะท้อนคิดร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมด 46 คน และสรุปรูปแบบการฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน



ภาพที่ 1 วงจรการปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูลหลักและกลุ่มตัวอย่างการศึกษานำร่อง ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวนทั้งหมด 46 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ ประกอบด้วย

ตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน จาก 3 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มผู้ใช้บริการสุขภาพ ได้แก่ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 10 คน (2) กลุ่มผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ อสม. และ care giver ในระบบการดูแลระยะยาว

รวมจำนวน 30 คน และ (3) กลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งด้านสุขภาพและสังคม จำนวน 6 คน

1) กลุ่มผู้ใช้บริการสุขภาพ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 10 คนมี เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่

(1) เป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่ปกครองของ อบต. ทำสองคอน ในระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนธันวาคม 2561

(2) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมและภาวะพึ่งพิง หรือ

มีลักษณะของปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ อย่างน้อย 1 ใน 4 อาการ ต่อไปนี้ ได้แก่ อาการ กระสับกระส่ายกระวนกระวาย (agitation) วิตกกังวล มีอารมณ์ตึงเครียด (anxiety) นอนไม่หลับ (insomnia) หรืออารมณ์เฉยเมย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมและไร้อารมณ์ (apathy)

(3) สามารถฟัง อ่าน และเขียน ภาษาไทยได้

(4) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยตามระยะเวลาที่กำหนด

2) กลุ่มผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือ อสม. และ care giver ในระบบการดูแลระยะยาว รวมจำนวน 30 คน มีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่

(1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ caregiver ในระบบการดูแลระยะยาวของชุมชน ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ อย่างน้อย 1 ปี

(2) มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป

(3) สามารถฟัง อ่าน และเขียน ภาษาไทยได้

(4) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยตามระยะเวลาที่กำหนด

3) กลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งด้านสุขภาพ และสังคม จำนวน 6 คน เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่

(1) เป็นบุคลากรด้านสุขภาพหรือการบริการด้านสังคมของพื้นที่ที่ศึกษา

(2) มีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องในการบริการด้านสุขภาพหรือการบริการด้านสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในพื้นที่ที่ศึกษา อย่างน้อย 1 ปี

(3) สามารถฟัง อ่าน และเขียน ภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยตามเวลาที่กำหนด

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีชื่อว่า คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและภาวะพึ่งพิง 20 ราย เกณฑ์

คัดเข้า ได้แก่

(1) เป็นผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่ปกครองของ อบต. ท่าสองคอน ในระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนธันวาคม 2561

(2) เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมและภาวะพึ่งพิง โดยมีคะแนนการประเมิน MMSE-T ≤ 14 ในกรณีไม่ได้เรียนหนังสือ หรือ ≤ 17 ในกรณีจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร่วมกับ มีลักษณะของปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ อย่างน้อย 1 ใน 4 อาการ ต่อไปนี้ ได้แก่ อาการกระสับกระส่ายกระวนกระวาย (agitation) วิตกกังวล มีอารมณ์ตึงเครียด (anxiety) นอนไม่หลับ (insomnia) หรืออารมณ์เฉยเมย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมและไร้อารมณ์ (apathy) และญาติยินยอมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดออก ได้แก่

(1) ผู้ป่วยมีอาการเอะอะอาละวาด ก้าวร้าว หรือควบคุมตัวเองไม่ได้มีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเอง และผู้อื่น

(2) ผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว ที่ต้องมีผู้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน อย่างน้อย 2 คน และญาติไม่ยินยอมให้เข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนการวางแผนเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อใช้เป็นปัจจัยนำเข้าในการกระบวนการพัฒนา เครื่องมือได้แก่ แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดเบื้องต้นในการวิจัยและผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 3 ท่าน แนวคำถาม ประกอบด้วย คำถามหลักและคำถามรอง ในประเด็นเกี่ยวกับความต้องการในการพัฒนาการบริการฟื้นฟูและการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน ดังนี้

“ท่านคิดว่าการบริการฟื้นฟูและการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน ควรเป็นอย่างไร และจะพัฒนาในประเด็นใดบ้างในการฟื้นฟูและดูแลที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน”

2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีเชิงปริมาณ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนการสังเกตผลจากการปฏิบัติเพื่อประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ซึ่ง ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินดัชนีบาร์เทล (barthel index of activity of daily living) ใช้สำหรับประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง โดยระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบ่งบอกถึงระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลง และจะเป็นข้อบ่งชี้ในการจัดการดูแลด้านการบริการสุขภาพและสังคมที่สอดคล้องตามสภาพจริง แบบประเมินดัชนีบาร์เทล มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน แบ่งระดับการแปลผล 3 ระดับ คือ คะแนนรวม 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ไม่มีภาวะพึ่งพิง คะแนนรวม 5-11 หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และคะแนนรวม 0-4 หมายถึง มีภาวะพึ่งพิงสมบูรณ์

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของกรมอนามัย ใช้สำหรับประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านอารมณ์ การขับถ่าย กิจกรรมทางสังคม การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกาย ทั้งนี้ ระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ บ่งบอกถึงความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และสะท้อนถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพจะเป็นข้อบ่งชี้ในการแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย จำนวน 15 ข้อ คะแนนรวม 75 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ

คะแนนรวม 75 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพดีมาก

คะแนนรวม 60-74 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพดี

คะแนนรวม 46-59 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพดีปานกลาง

คะแนนรวมน้อยกว่า 45 คะแนน หมายถึง ควรปรับปรุงพฤติกรรมให้ดีขึ้น

3) เครื่องมือที่ใช้ประกอบการบริการฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่

3.1 คู่มือการฟื้นฟูดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแล แบบบันทึกการฟื้นฟูดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแล โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้กระบวนการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 3 ท่าน

3.2 แบบประเมินที่ใช้ประกอบการบริการฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมิน ADL และแบบประเมิน MMSE ซึ่งใช้ในการคัดกรองและจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อรับการบริการฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม เลขที่ IRB SNC 001/2561 ตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการ ผู้วิจัยยึดหลัก

พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เริ่มตั้งแต่ ชี้แจงข้อมูลต่างๆ และจัดทำเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร โดยอาสาสมัครที่เข้าร่วมวิจัยได้มีการลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้อาสาสมัครอิสระในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา และไม่มีผลกระทบใด ๆ ผู้วิจัยรักษาข้อมูลเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมไม่ระบุถึงตัวบุคคล ขออนุญาตทำการบันทึกเสียง ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเสียงจะนำไปถอดเทปและเก็บเป็นความลับและจะถูกทำลายทันทีเมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยใช้สถิติทดสอบที และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา

ความน่าเชื่อถือของการวิจัย

ผู้วิจัยอ่านทำความเข้าใจข้อมูลที่ให้รหัสข้อมูล แล้วนำผลที่ได้ไปให้ผู้ให้ข้อมูลหลักตรวจสอบ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยยึดการเชื่อถือได้ของข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล (credibility) ความสม่ำเสมอ

และความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล (dependability) ความเชื่อมั่นของกระบวนการวิจัย (conformability) และพยายามพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูและดูแล ที่เป็นไปได้จริง (transfer-ability)

ผลการวิจัย

กระบวนการพัฒนาก่อให้เกิดผลลัพธ์ คือ การบริการฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีรายละเอียดกิจกรรม ประกอบด้วย การคัดกรองผู้สูงอายุสมองเสื่อม การจัดบริการฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมตามกลุ่มและการติดตามประเมินผล (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 กิจกรรมการบริการฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ระยะ	กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม	เครื่องมือที่เกี่ยวข้อง	ผู้ที่เกี่ยวข้อง
ระยะที่ 1	การคัดกรองผู้สูงอายุสมองเสื่อม	1. คัดกรองเบื้องต้นโดยใช้แบบประเมิน 2. การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุสมองเสื่อมเป็นกลุ่ม ตามผลการประเมินเบื้องต้น	- แบบประเมินภาวะซึมเศร้า - แบบประเมิน ADL - แบบประเมิน MMSE	- ผู้ดูแลในครอบครัว - อสม. - ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ - พยาบาลผู้จัดการรายกรณี
ระยะที่ 2	การจัดบริการฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมตามกลุ่ม	1. การติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะแรก สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดย - ให้ความรู้แก่ญาติเรื่องภาวะสมองเสื่อมและการดูแล - ส่งเสริมการทำกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูกระตุ้นสมอง - แนะนำการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ในกรณีสามารถเข้าร่วมได้ เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ 2. การติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะกลาง และระยะท้าย สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง โดย - ช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลปัญหาตามสภาพจริงเพื่อให้ความรู้ผู้ดูแล - กรณีมีปัญหาซับซ้อน หรือปัญหาพฤติกรรมประสานงานส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษา 3. การบริการด้านสังคม โดย - ประสานงานกับ อบต. / จนท. พัฒนาชุมชนในพื้นที่ กรณีพบว่าผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือด้านสังคม เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการ การซ่อมแซมบ้าน - ประสานงานชุมชนเพื่อการเฝ้าระวังการหลงทาง และอุบัติเหตุในกลุ่มผู้สูงอายุสมองเสื่อม	- คู่มือการฟื้นฟูดูแลสำหรับผู้ดูแล - แบบบันทึกการฟื้นฟูดูแลสำหรับผู้ดูแล - แนวทางและขั้นตอนการประสานงานดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้อง	- ผู้ดูแลในครอบครัว - อสม. - ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ - พยาบาลผู้จัดการรายกรณี - แพทย์ผู้รับผิดชอบพื้นที่รพ.สต. ทั้ง 2 แห่ง - ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ - พยาบาลผู้จัดการรายกรณี - อบต./จนท. พัฒนาชุมชน - กรรมการชุมชน
ระยะที่ 3	การติดตามประเมินผล	การประชุมติดตามผลการดำเนินงานในที่ประชุมคณะกรรมการ LTC ตามวาระ	-	- ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ - พยาบาลผู้จัดการรายกรณี - อบต./จนท. พัฒนาชุมชน

จากกระบวนการพัฒนาที่ทำให้ได้รายละเอียดกิจกรรมการบริการฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และถูกนำไปใช้ในการศึกษานำร่องเพื่อฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างศึกษานำร่อง 20 คน ในระยะเวลา 2 เดือน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังรับการฟื้นฟูดูแล ผลการประเมินเป็นดังตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานำร่องจำนวน 20 คน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดโดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 (16 คน) รองลงมาคือเพศชายคิดเป็นร้อยละ 20 (4 คน) ผู้สูงอายุทุกคน

นับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วงอายุ 80-89 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 (12 คน) รองลงมาคืออยู่ในช่วงอายุ 90 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 30 (6 คน) และอยู่ในช่วงอายุ 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 10 (2 คน) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร คิดเป็นร้อยละ 70 (14 คน) รองลงมาคืออาศัยอยู่ลำพัง คิดเป็นร้อยละ 20 (4 คน) และอาศัยอยู่กับหลานคิดเป็นร้อยละ 10 (2 คน) ผู้สูงอายุทุกคนได้รับเงินสวัสดิการผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่เป็นผู้พิการส่วนใหญ่ได้รับเงินสวัสดิการผู้พิการ คิดเป็นร้อยละ 60 (12 คน) และไม่ได้รับเงินสวัสดิการผู้พิการ คิดเป็นร้อยละ 40 (8 คน) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการดูแลในระบบการดูแลระยะยาว คิดเป็นร้อยละ 80 (16 คน) และผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการดูแลในระบบการดูแลระยะยาว คิดเป็นร้อยละ 20 (4 คน)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุก่อนกับหลังใช้รูปแบบการฟื้นฟูและดูแล

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	ค่าเฉลี่ย	SD	t	Sig. (1-tailed)
ก่อนใช้รูปแบบการฟื้นฟูและดูแล	9.4	4.16	4.49 *	0.0001
หลังใช้รูปแบบการฟื้นฟูและดูแล	10	4.46		

*p < .05

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุก่อนและหลังใช้รูปแบบการฟื้นฟูและดูแลเท่ากับ 9.4 (SD=4.16) และ 10 (SD=4.46) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบ

ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังใช้รูปแบบการฟื้นฟูและดูแลสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการฟื้นฟูและดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

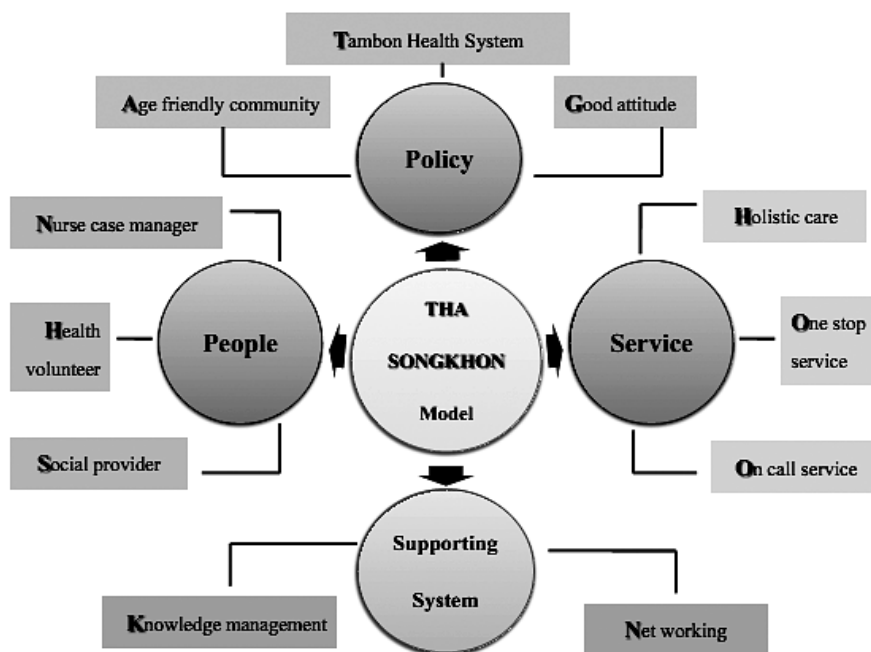
ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนกับหลังใช้รูปแบบการฟื้นฟูและดูแล

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	ค่าเฉลี่ย	SD	t	Sig. (1-tailed)
ก่อนใช้รูปแบบการฟื้นฟูและดูแล	47.7	7.09	8.33 *	0.0000
หลังใช้รูปแบบการฟื้นฟูและดูแล	52.2	8.04		

*p < .05

จากตารางที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังใช้รูปแบบ การฟื้นฟูและดูแล เท่ากับ 47.7 (SD=7.09) และ 52.2 (SD=8.04) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย คะแนนพฤติกรรมสุขภาพพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมสุขภาพหลังใช้รูปแบบการฟื้นฟูและดูแล สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการฟื้นฟูและดูแล อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการถอดบทเรียนร่วมกันระหว่างผู้วิจัย และผู้ให้ข้อมูลหลักทำให้ได้ผลลัพธ์คือ “การฟื้นฟูและ ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชน หรือ “ทำสองคอนโมเดล” (THASONGKHON MODEL) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ 1) นโยบายที่ส่งเสริมการดำเนินงาน 2) บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการบริการดูแล 3) การบริการเพื่อฟื้นฟู และดูแล และ 4) ระบบการสนับสนุน ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 องค์ประกอบของ “ทำสองคอนโมเดล” (THASONGKHON MODEL)

1. นโยบายที่ส่งเสริมการดำเนินงาน (policy) นโยบายที่องค์การบริหารส่วนตำบลท่าสองคอนได้นำมาใช้เป็นแนวทางในการฟื้นฟูและดูแล ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน ประกอบด้วย 3 นโยบายที่สำคัญ คือ 1) นโยบายระบบสุขภาพตำบล (tambon health system) เป็นการนำประเด็นสำคัญที่ ระบบสุขภาพอำเภอกำหนดไว้ให้แต่ละตำบลนำไป ปฏิบัติต่อ คือ “จิตอาสาดูแลกลุ่มเปราะบาง” ทั้งนี้ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าสองคอนได้นำประเด็น จิตอาสาดูแลกลุ่มเปราะบาง ไปสู่กลุ่มเฉพาะคือ

“กลุ่มผู้สูงอายุสมองเสื่อม” โดยกำหนดนโยบายสาธารณะ “ทำสองคอนร่วมใจห่วงใยผู้สูงอายุสมองเสื่อม” เพื่อ ส่งเสริมการให้ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุสมอง เสื่อมในชุมชน 2) นโยบายชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (age friendly community) โดยการดำเนินงานด้าน ผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าสองคอนได้ ให้ความสำคัญเกี่ยวกับประเด็นนี้เป็นหลักอยู่แล้ว โดย มีระบบการดูแลระยะยาวเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยสร้าง สิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จากการสร้างระบบ เฝ้าระวังในชุมชนโดยผ่านผู้ดูแลที่เป็นผู้ช่วยเหลือดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการดูแลระยะยาว และ 3) แนวคิดการสร้างเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ (good attitude) องค์การบริหารส่วนตำบลทำสองคอนให้ความสำคัญกับประเด็นนี้โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมของชุมชน เพื่อให้คนในชุมชนเกิดมุมมองและเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน มีการส่งเสริมการเรียนรู้ระหว่างวัย โดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมถ่ายทอดประสบการณ์แก่กลุ่มวัยต่าง ๆ เช่น วัยเด็กในโรงเรียนอนุบาลสาธิตองค์การบริหารส่วนตำบลทำสองคอน เป็นการบ่มเพาะต้นกล้าความดีให้เกิดขึ้นในสังคม

2. บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการบริการดูแล (people) บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลวิชาชีพผู้จัดการรายกรณี (nurse case manager) ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของ รพ.สต. แต่ละแห่ง และพยาบาลวิชาชีพที่เป็นหัวหน้ากองสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบล บทบาทหน้าที่สำคัญของบุคลากรสุขภาพ คือ การวิเคราะห์ปัญหาของผู้สูงอายุเฉพาะราย วางแผนการดูแลตามสภาพจริงของปัญหา ให้การดูแลร่วมกับทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องทุกระดับเกี่ยวกับแผนการดูแลต่อเนื่องจนถึงการดูแลระยะท้าย 2) บุคลากรด้านสังคมในรูปแบบการบริการนี้ คือ นักพัฒนาชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบล บทบาทหน้าที่สำคัญของบุคลากรด้านสังคม คือ ร่วมวางแผนให้การดูแลตามสภาพจริงของปัญหา และส่งเสริมสนับสนุนการดูแลด้านสังคม พักพิทักษ์สิทธิสวัสดิการทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ และประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องทุกระดับเกี่ยวกับการบริการทางสังคม 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (health volunteer) หรือ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระบบการดูแลระยะยาว บทบาทหน้าที่สำคัญ คือ ประเมินปัญหาการทากิจวัตรประจำวัน ปัญหาสุขภาพ

เบื้องต้นของผู้สูงอายุและรวบรวมข้อมูลส่งให้กับบุคลากรสุขภาพ ให้การดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการทากิจวัตรประจำวันพื้นฐาน การดูแลปัญหาสุขภาพเบื้องต้น ติดตามเยี่ยมและให้บริการตามแผน และร่วมกิจกรรมเพื่อสร้างชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ

3. การบริการดูแล (service) การฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน มุ่งเน้นการเข้าถึงผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการด้านสุขภาพและสังคมอย่างทั่วถึง การบริการ ได้แก่ 1) การบริการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) โดยเน้นการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เป็นของผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพตามภาวะสุขภาพและการส่งเสริมให้กำลังใจผู้สูงอายุและครอบครัว 2) การบริการแบบเบ็ดเสร็จ (one stop service) โดยการติดตามเยี่ยมเชิงรุกในชุมชนและแก้ไขปัญหาตามสภาพจริง และกรณีปัญหาซับซ้อนโดยทีมสหวิชาชีพเพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ครอบคลุม และ 3) การบริการกรณีฉุกเฉิน (on call service) องค์การบริหารส่วนตำบลมีระบบส่งต่อบริการฉุกเฉินโดยกรณีมีเหตุฉุกเฉินผู้ดูแลหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ care giver ที่รับผิดชอบในการดูแลและติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุรายนั้น ๆ

4. ระบบสนับสนุน (supporting system) ในการดำเนินงาน การฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลทำสองคอน มีระบบการสนับสนุนในประเด็น 1) การจัดการความรู้ (knowledge management) โดยมุ่งเน้นให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีความรู้ความเข้าใจและสามารถนำองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องไปใช้ในการปฏิบัติจริง การสนับสนุนในประเด็นนี้ เช่น การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการบริการดูแลทุกระดับ การส่งเสริมศักยภาพบุคลากรในการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน อีกทั้งการแสวงหาแหล่งทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพเพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้และแนวปฏิบัติที่ดีให้กับบุคลากร 2) การดำเนินงาน

ในรูปแบบเครือข่าย (net working) ในการดำเนินงาน มีการแสวงหาความร่วมมือจากเครือข่าย ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบงาน เช่น เครือข่าย ด้านการสนับสนุนงบประมาณ เครือข่ายสนับสนุนองค์ความรู้ และเครือข่ายด้านกำลังคน

อภิปรายผลการวิจัยและสรุป

จากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนเพื่อนำไปสู่กระบวนการพัฒนา พบประเด็นปัญหาที่สำคัญคือ ความยากลำบากของผู้สูงอายุในการเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคมซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตลดลง การขาดการดูแลอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้สูงอายุมีการดำเนินโรคที่รุนแรงขึ้น ผู้ดูแลมีความเครียดและความทุกข์จากความยากลำบากในการดูแลเพราะขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค¹² และปัญหาเหล่านี้ได้นำไปสู่กระบวนการพัฒนาร่วมกัน เพื่อให้เกิดบริการการฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การบริการการฟื้นฟูและดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนถูกนำไปศึกษานำร่องกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานำร่อง 20 ราย ในระยะเวลา 2 เดือน พบว่าระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุก่อนการฟื้นฟูและดูแล ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.4 คะแนน (SD=4.64) และหลังการฟื้นฟูและดูแลเท่ากับ 10 คะแนน (SD=4.73) ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะเสื่อมในระยะแรกๆ จะยังพบการลดลงของระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่วนการประเมินพฤติกรรมสุขภาพพบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนการฟื้นฟูและดูแล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 47.7 คะแนน (SD=6.48) และหลังการฟื้นฟูและดูแล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 52.2 คะแนน (SD=5.37) เนื่องจากกิจกรรมการฟื้นฟูดูแลอย่างสม่ำเสมอจะส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและพฤติกรรมสุขภาพ

ของผู้สูงอายุได้¹³ อีกทั้งกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักในครอบครัวและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจึงส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อีกทั้งการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนถือเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลให้เกิดกำลังใจสำคัญต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแลด้วยเช่นเดียวกัน

กระบวนการพัฒนาก่อให้เกิด รูปแบบการฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและภาวะพึ่งพิงของชุมชนท่าสองคอน (THASONGKHON MODEL) ซึ่งเป็นแนวทางการดำเนินงานที่จะช่วยพัฒนาความยั่งยืนของระบบการดูแลสุขภาพในชุมชน¹⁴ รูปแบบที่เกิดขึ้นนี้ เป็นการบูรณาการการบริการด้านสุขภาพและการบริการด้านสังคม¹⁵ สอดคล้องกับระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจรกรณีศึกษาอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น¹⁶ แต่มีความแตกต่างกันตรงที่รูปแบบที่พัฒนานี้มุ่งเน้นการบริการเชิงรุกในชุมชนเป็นสำคัญและใช้นโยบายเป็นตัวขับเคลื่อนการดำเนินงาน เช่น นโยบายระบบสุขภาพตำบล การดูแลระยะยาว การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ¹⁷ ซึ่งเป็นแนวทางที่มุ่งเน้นความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกภาคส่วน¹⁸ เพื่อการฟื้นฟูดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและภาวะพึ่งพิง มีเป้าหมาย 3 ประเด็น คือ 1) การคัดกรองผู้สูงอายุเพื่อค้นหาผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและภาวะพึ่งพิง เพื่อประเมินแนวโน้มและความรุนแรงของโรคได้¹⁹ ในกรณีที่พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงจะช่วยให้สามารถควบคุมปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรคได้ 2) การส่งต่อเพื่อการรักษากรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรม ซึ่งผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการรักษา²⁰ 3) การฟื้นฟูดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมี 3 รูปแบบของการบริการเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด ดังนี้ 1) การบริการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) เน้นการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันที่เป็น การฟื้นฟูสมรรถภาพของสมอง การดูแลสุขภาพตาม ภาวะสุขภาพ และการส่งเสริมให้กำลังใจผู้สูงอายุและ

ครอบครัว 2) การบริการแบบเบ็ดเสร็จ (one stop service) โดยการลงเยี่ยมเชิงรุกโดยทีมสหวิชาชีพเพื่อแก้ไขปัญหาตามสภาพจริง และ 3) การบริการกรณีฉุกเฉิน (on call service) โดยมีผู้ดูแลหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ care giver ประสานข้อมูลเพื่อขอรับการบริการฉุกเฉิน โดยการบริการทั้ง 3 รูปแบบนี้ ครอบคลุมการดูแลผู้สูงอายุในภาวะเสี่ยงและภาวะสมองเสื่อมในระยะกลางและระยะท้ายได้²¹

ข้อจำกัดของงานวิจัย

ผลการนำใช้รูปแบบการฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในการศึกษานี้มีข้อจำกัดในการศึกษานำร่องในกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย เพียง 20 คน ทำการศึกษาในระยะเวลา 2 เดือนเท่านั้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

องค์การบริหารส่วนตำบลและชุมชน นำรูปแบบการฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมไปใช้ในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการบริการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดมหาสารคามและวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคามที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

References

1. Karuncharernpanit S. Older people with dementia and nursing care: a challenging role for nurses. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2015; 25(1): 1-12. (in Thai)
2. Prasartkul P. Situation of the Thai elderly 2016. Bangkok: Foundation of Thai gerontology research and development institute; 2016. (in Thai)
3. Sirikampeng A, Phosing P. The long term care for elderly dependency on Thailand country 4.0 Era. Dhammathas academic journal 2017; 17(3): 235-343. (in Thai)
4. National Health Security Office. Support manual for the management of long-term care services for public health for older people with dependency on the health insurance system. Bangkok: National Health Security Office; 2016. (in Thai)
5. Tha Song Khon subdistrict administrative organization. Self assessment report for outstanding LTC assessment. Annual report of the year Maha-Sarakham; 2018. (in Thai)
6. Subindee S, Sangchart B. Community's perception of the older persons with dementia. Journal of Nursing Science & Health 2018; 41(3): 54-64. (in Thai)
7. Leethong-in M, Lertrat P, Piyawattanapong S, Panpanit L. Health profile of older persons' health care in Khon Kaen hospital. Journal of Nursing and Health Care 2016; 34(2): 193-201. (in Thai)
8. Srithamrongsawat S, Sutheravut P, Sanchaisuriya P, Leethongde S, Samnuanklang M, Yana T, et.al. The study of the effect of tambon health security fund on empowerment of local government organizations and community organizations in managing community health problems. Bangkok: National Health Security Office; 2011. (in Thai)
9. Namjuntra R. Rehabilitation of elders with dementia. CHU Journal of Health Science 2010; 14(27): 137-50. (in Thai)

10. Srinim N, Nontaput T. Professional home-based care for persons with dementia. *EAU Heritage Journal Science and Technology* 2017; 11(2): 82-9. (in Thai)
11. Kemmis S, McTaggart R. Participatory action research: communicative action and the public sphere. In: Denzin, Norman K., and Lincoln, YS, editors, the sage handbook of qualitative research. California: Sage Publications; 2005.
12. Intolo S, Peangka S, Thongpoobal A, Thubsombat P. Exploring problems and needs of stroke care prevention of primary stakeholders. *Journal of Nursing and Health care* 2018; 36(1): 90-9. (in Thai)
13. Limpawattana P. Preventive strategies of dementia. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience* 2015; 6 (3): 16-23. (in Thai)
14. Sriwanicchakorn S, Yana T, Chalorthes B. Situation of Primary care services in Thailand 2010. Nakornphathom; ASEAN institute for health development; 2011. (in Thai)
15. Sritanyarat W, Aroonsang P, Leethong-in M, Lertrat P, Piyawattanapong S, Srisanpang P, et al. Lesson learned and synthesizing the elderly care service system: a case study of older persons with stroke and dementia. Bangkok: Foundation of Thai gerontology research and development institute; 2015. (in Thai)
16. Sritanyarat W, Aroonsang P, Leethong-in M, Lertrat P, Piyawattanapong S, Subindee S, et.al. Development of comprehensive care system for older persons with dementia a case study of Ban Fang district, Khon Kaen province. Khon Kaen: Klangnana Wittaya Press; 2017. (in Thai)
17. Opananant P, Sritanyarat W. Age friendly community: A case study in northern sociocultural context. *Journal of Nursing Science & Health* 2012; 35(4): 31-40. (in Thai)
18. Intolo S, Sritanyarat W. Health care service for older persons with stroke: Focusing on prevention or cure. *Journal of Nursing Science & Health* 2016; 39(4): 22-32. (in Thai)
19. Muangpisan W. Internal medicine: health care for dementia. Bangkok: Moh-Chao-Ban Publishing House; 2009. (in Thai)
20. Kuha O, Bunmeepipit B, Wanichwarote J, Thammawat N. Health intervention and technology assessment program. Bangkok: Institute of geriatric medicine, Ministry of public health, Thailand; 2008. (in Thai)
21. Chantasirikarn S. Laothamatas J, Sukying C, Nakaviro D, Krairit O, Prasanathikom W, et.al. Dementia, brain competencies of Thai adults and elderly: risk factors for dementia. *Thai Journal of Toxicology* 2015; 30(1): 41-59. (in Thai)