



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน

FACTORS RELATED TO CARE READINESS FOR PERSONS WITH DEMENTIA AMONG
VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS

ณัฐรดา แฮคำ

มหาวิทยาลัยบูรพา

2563

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน



ณัฐรดา แฮ่คำ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2563

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

FACTORS RELATED TO CARE READINESS FOR PERSONS WITH DEMENTIA AMONG
VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS



NATRADA HEAKHAM

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR MASTER OF NURSING SCIENCE
IN COMMUNITY NURSE PRACTITIONER
FACULTY OF NURSING
BURAPHA UNIVERSITY

2020

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ ฌัฐรดา แสคำ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรรณรัตน์ ลาวัง)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมสมัย รัตนกริชากุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร. รัชนี สรรเสริญ)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ยวดี ลีลัคณาวิระ)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัย
บูรพา

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

60920040: สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
 คำสำคัญ: ความพร้อมในการดูแล, ผู้มีภาวะสมองเสื่อม, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ณัฐรดา แสคำ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. (FACTORS RELATED TO CARE READINESS FOR PERSONS WITH DEMENTIA AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS)
 คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วรรณรัตน์ ลาวัง, สมสมัย รัตนกรีฑากุล ปี พ.ศ. 2563.

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นทรัพยากรสำคัญในระบบการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาว การวิจัยเชิงพรรณนาแบบความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดชลบุรี จำนวน 240 คน ที่ได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562-มกราคม พ.ศ. 2563 โดยการทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแล (มีค่า KR 20 เท่ากับ .63) และการทำแบบสอบถาม ได้แก่ การรับรู้บทบาทการดูแล ทักษะคิดต่อการดูแล การสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท และความพร้อม ในการดูแล (มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคระหว่าง .72-.97) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติความสัมพันธ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 72.08, SD = 13.26, M_{adj} = 3.60$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านมีความพร้อมอยู่ในระดับมาก ยกเว้นความพร้อมด้านการประเมินความต้องการด้านสุขภาพและด้านการจัดทำฐานข้อมูลที่มีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การรับรู้บทบาทการดูแล ($r = .669, p < .001$) การสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท ($r = .525, p < .001$) ทักษะคิดต่อการดูแล ($r = .344, p < .001$) ภาวะสุขภาพของ อสม. ($r = .173, p < .01$) และความรู้เกี่ยวกับการดูแล ($r = .170, p < .01$) จากผลการวิจัย พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. โดยเน้นการเพิ่มการรับรู้บทบาทการดูแล ทักษะคิดต่อการดูแล และความรู้เกี่ยวกับการดูแล ตลอดจนให้การสนับสนุน การปฏิบัติบทบาท โดยเฉพาะในกลุ่ม อสม. ที่มีการรับรู้สุขภาพไม่ดี เพื่อเพิ่มความพร้อมของ อสม. นำไปสู่คุณภาพการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีประสิทธิภาพ

60920040: MAJOR: COMMUNITY NURSE PRACTITIONER; M.N.S.
(COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

KEYWORDS: READINESS, DEMENTIA, VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS

NATRADA HEAKHAM : FACTORS RELATED TO CARE READINESS FOR PERSONS WITH DEMENTIA AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS. ADVISORY COMMITTEE: WANNARAT LAWANG, Ph.D., SOMSAMAI RATANAGRETHAKUL, Ph.D. 2020.

Village health volunteer is an essential resource in the long-term care system for persons with dementia. This descriptive correlational research aimed to describe care readiness and to determine factors related to the care readiness for persons with dementia among village health volunteers. Multistage random sampling was used to recruit 240 village health volunteers who perform duties in Chonburi province. Data was carried out from November 2019 to January 2020. Research instruments were the questionnaires including the care knowledge (Kuder-Richardson = 0.63), the care role perception, the caring attitude, the care role support, and the care readiness (Cronbach's alpha coefficients were 0.72-0.97). Descriptive statistics and Pearson correlation statistics were performed to analyze the data.

The results revealed that the care readiness for persons with dementia of participants in overall was rated at a high level ($M = 72.08$, $SD = 13.26$, $M_{adj} = 3.60$). When considering each aspect, it was found that all readiness aspects were rated at a high level; except for assessing health needs and establishing a database aspects were rated at a moderate level. Factors that positively correlated with the care readiness for persons with dementia among participants were the care role perception ($r = .669$, $p < .001$), the care role support. ($r = .525$, $p < .001$), the care attitude ($r = .344$, $p < .001$), perceived health status ($r = .173$, $p < .01$) and the care knowledge ($r = .170$, $p < .01$) These findings suggest that nurse and other health personnel should develop the program to promote the care readiness for persons with dementia in among village health volunteers through increasing the care role perception, the caring attitude, the care, as well as promoting the care role support, especially in those perceived poor health status. Consequently, readiness care would be improved to enhance the quality of care for persons with dementia.



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย รัตนกริธากุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาอุทิศเวลาให้คำปรึกษา คำแนะนำ ตรวจสอบความถูกต้อง แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ รวมทั้งดูแลเอาใจใส่ และให้กำลังใจอย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกภาคภูมิใจที่มีอาจารย์เป็นแบบอย่างที่ดีด้านการศึกษา ผู้วิจัยเกิดความรู้สึกที่ดีและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.รัชนี สรรเสริญ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี ลีลัคณาวิระ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบ ให้ข้อเสนอแนะ แก้ไขปรับปรุงเครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณคณาจารย์และเจ้าหน้าที่ทุกท่านในมหาวิทยาลัยบูรพาที่คอยช่วยเหลือและให้คำปรึกษาด้วยดีเสมอมา

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ให้ความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัย และที่สำคัญที่สุดขอขอบคุณ อสม. ที่กรุณาเสียสละเวลาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามซึ่งมีส่วนทำให้การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่อำนวยความสะดวกด้านเวลาในการศึกษาวิจัย ขอขอบคุณเพื่อน ๆ นิสิตปริญญาโททุกท่านที่ได้ร่วมศึกษา และแลกเปลี่ยนประสบการณ์อันมีค่า โดยเฉพาะคุณศิริวิมล กิจชล ที่ร่วมทุกข์ร่วมสุข เกื้อกูลในการทำวิจัยตลอดมา

เนื่องจกงานวิจัยครั้งนี้ส่วนหนึ่งได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ประเภททุนพัฒนาบัณฑิตศึกษา ประจำปีงบประมาณ 2563 จึงขอขอบพระคุณ ณ ที่นี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณอันยิ่งใหญ่ของบิดามารดาที่เป็นแรงใจ แรงผลักดันจนผู้วิจัยสำเร็จการศึกษาในครั้งนี้ ท้ายสุดนี้ขอขอบคุณสามีคุณณอดุลย์ พูลเพิ่มที่คอยสนับสนุนในทุกด้านรวมทั้งเป็นที่ปรึกษาและอยู่เคียงข้างตลอดเวลา ขอขอบคุณบุตรสาวกำลังใจที่ทำให้การศึกษานี้สำเร็จได้

คุณความดีและประโยชน์ทั้งหลายที่เกิดจากการทำวิจัยครั้งนี้ ขอมอบเป็นกตัญญูตเวทิตาแด่ครอบครัวอันเป็นที่รักยิ่ง บुरพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบันที่ทำให้ผู้วิจัยได้พบความสำเร็จในครั้งนี้



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ	ญ
สารบัญตาราง	ฎ
สารบัญรูป	ฐ
บรรณานุกรม.....	2
ประวัติย่อของผู้วิจัย	11
บทนำ.....	41
ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา	41
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	46
สมมติฐานการวิจัย	46
กรอบแนวคิดในการวิจัย	47
ขอบเขตของการวิจัย	48
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	49
เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	51
การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม	51
อสม. กับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาว.....	70
ความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.	74
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.	76
วิธีดำเนินการวิจัย.....	81

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง81



สารบัญตาราง

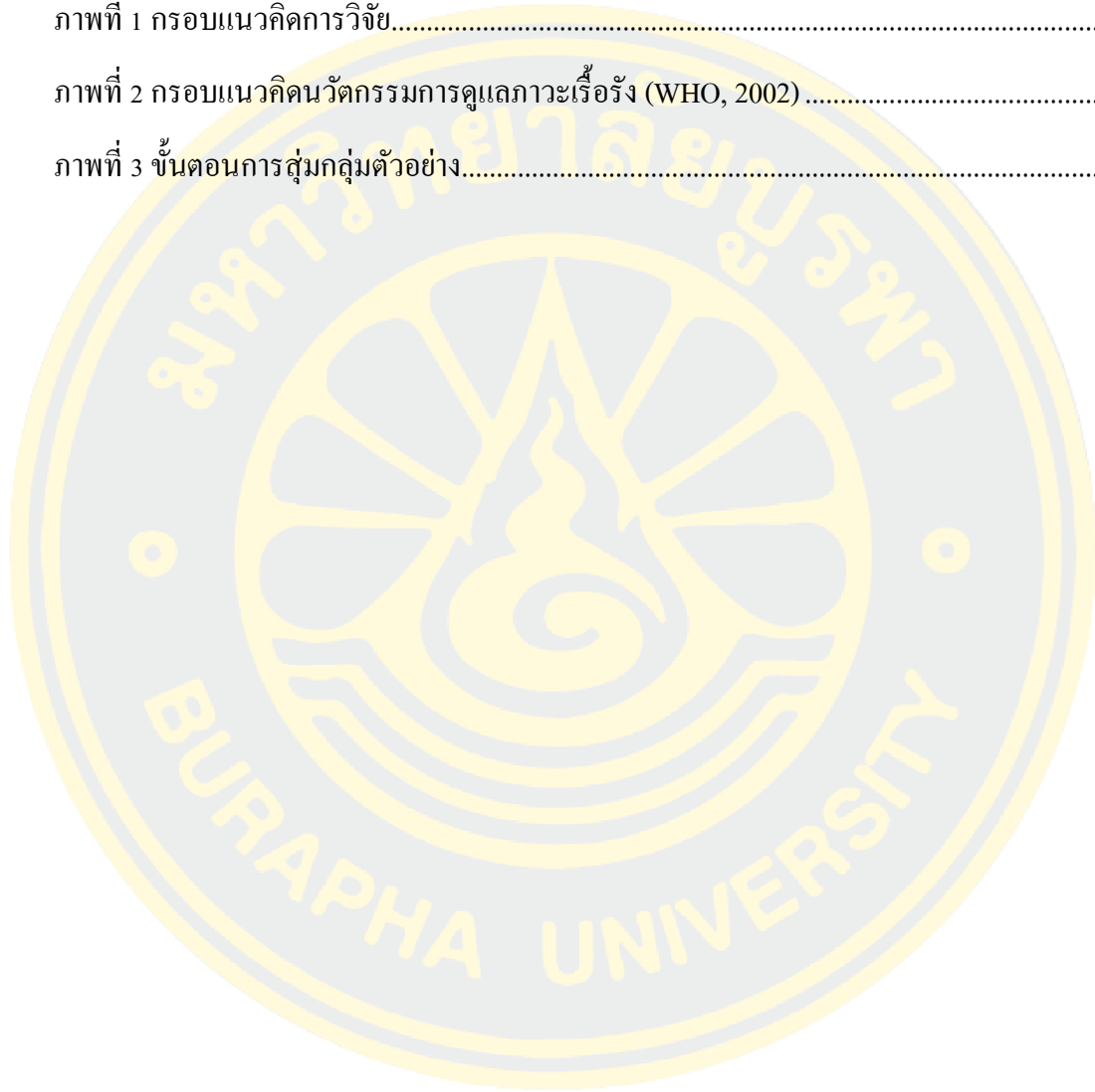
หน้า

No table of figures entries found.



สารบัญรูป

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	48
ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (WHO, 2002)	66
ภาพที่ 3 ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง.....	83



บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์. (2551). *แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมการแพทย์. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม*. นนทบุรี: กรมการแพทย์.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2557). *หลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)* นักจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัยปี พ.ศ.2557. นนทบุรี: กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *หลักสูตรฝึกอบรม มาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)* ปีพุทธศักราช 2550. กรุงเทพฯ: เเรดิโอชั่น.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องแนวทางและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.): โครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)* เชียงรุก พ.ศ.2552. เข้าถึงได้จาก http://www.hss.moph.go.th/file_upload/20452_2.pdf
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *10 แนวทางสร้างสุขภาพ: พฤติกรรมที่พึงประสงค์ตามสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ*. กรุงเทพฯ: กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *หลักสูตรอาสาสมัครประจำครอบครัว*. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2536). *แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย*. *สารสิริราช Siriraj Hospital Gazette*, 45(6), 359-374
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2554). *คู่มือ อสม. ยุคใหม่*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2559). *หลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)* ปีพุทธศักราช 2559. กรุงเทพฯ: เเรดิโอชั่น.
- กัมมันต์ พันธุมจินดา. (2556). *สมองเสื่อม โรคหรือวัย*. กรุงเทพฯ: คบไฟ.
- กานดา วรคุณพิเศษ และศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2558). ผลของโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารเกื้อการณย์*, 22(1), 82-97.

- กามัน เจ๊ะอารง และชฎานิกา ศรีวิชัย. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงานกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดปทุมธานี. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18, 299-305.
- คณิต หนูพลอย. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- จรรยาลักษณ์ ป็องเจริญ และจันทร์ฉาย มณีวงษ์. (2554). ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมต่อความพร้อมของญาติ/ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายกลับบ้านโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 21(1), 58-70.
- จันทร์ศรี ไตรย์ปักษ์ และสมจิตร ตุลาทอง. (2551). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบบูรณาการ. *วารสารกองการพยาบาล*, 35(3), 113-130.
- จันทร์พรหมน้อย. (2558). ปัจจัยทำนายการบูรณาการในชุมชนของผู้บาดเจ็บรุนแรง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39(2), 62-7
- จิรภา เพียรพนัสศักดิ์ และลลิตา นิพิฐประศาสน์สุนทรวิภาต. (2560). ความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้านของตึกอายุรกรรมโรงพยาบาลตำรวจ. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชารัฐศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2551). สถิติเพื่อการวิจัยเพื่อสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชยุตรา สุทธิลักษณ์. (2560). ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชัชวาล วงศ์สำรี. (2561). บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมครอบครัวในการชะลอภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น ในผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ* 4(2), 102-111.
- ชัชวาล วงศ์สำรี และศุภลักษณ์ พันทอง. (2561). ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ: การพยาบาลและการดูแลญาติผู้ดูแล. *วารสาร มจร.วิชาการ*, 22(43-44), 166-179.
- ณัฐรดา แสคำ. (2561). การศึกษานำร่องความพร้อมในการดูแลของ อสม. ตำบลหนองตาอู่ อำเภอบางละมุง ในจังหวัดชลบุรี. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ณิชชาธิ์ พิริยจรัสชัย. (2560). ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพา

- ในระยะเปลี่ยนผ่านจาก โรงพยาบาลสู่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เดือนใจ ปาประโคน และวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับบทบาท ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 6(3), 31-38.
- ชานินทร์ ศิลป์จารุ. (2560). *การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS และ AMOS* (พิมพ์ครั้งที่ 17). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญบิสซิเนสอาร์แอนด์ดี.
- นงคราญ สมฤทธิ์. (2558). *ศักยภาพและความพร้อมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขด้านการกำกับดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยการใช้ระยะสั้น ภายใต้การสังเกตโดยตรงอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นันทพร ศรีนิ่ม. (2560). *ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านอย่างมืออาชีพ*. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย*, 11(2), 82-89
- นันทิกา ทวิชาชาติ. (2555). *ระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา ปินดาวงศ์. (2559). *ความพร้อมของนักศึกษาที่มีผลต่อแนวคิดประชาคมอาเซียนของนักศึกษา: กรณีศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง*. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารและนโยบายสวัสดิการบริการและนโยบายสวัสดิการสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เนชั่น ทีวี. (2563, 23 มกราคม). *เพิ่มบทบาท "อสม." เป็น "หมอประจำบ้าน"*. เข้าถึงได้จาก <https://www.nationtv.tv/main/content/378759141/>
- บุญใจ ศรีสถิตยรักรุ. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญพา ณ นคร. (2555). *ผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มเพื่อเสริมสร้างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม*. *วารสารวิชาการแพทย์เขต*, 11(7), 291-300.
- บุษรา ศรีสุพัฒน์. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนการจำหน่าย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประกอบพร ทิมทอง. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถขอ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรค*

- หลดอดเลือดสมอง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 20(1), 9-21.
- ปิติพร สิริทิพากร. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 38(2), 54-64.
- ปิยะภัทร เดชพระธรรม. (2561). *การฟื้นฟูผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม*. กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลีฟวิง.
- พรชูลิ จันท์แก้ว. (2553). *การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในอำเภอละงู จังหวัดสตูล*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- พรพรรณ พรหมทัต. (2554). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550. (2550, 27 กันยายน), ราชกิจจานุเบกษา. หน้า 1-77.
- พาวุฒิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง. (2556). ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(1), 101-110.
- พิมพ์พรรณ เรืองพุช และวรัญญา จิตบรรทัด. (2556). ความรู้และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้พิการในชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนนาเคียน ตำบลนาเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(2), 32-43.
- เพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมากร. (2555). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ภริญา จำปาศรี. (2560). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครปฐม*. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(3), 76-88.
- มานิตย์ ศรีสุรภานนท์. (2555). *โครงการอบรมแนวทางการสัมภาษณ์และให้คะแนน BPRS ในรูปแบบของ T-PANSS. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง การประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวช 20-21 พฤษภาคม พ.ศ. 2545*. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
- มินตรา สารระักษ์. (2553). *การสร้างเสริมศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)*.

- วารสารวิชาการ มอบ, 12(2), 39-48.
- รัชณี นามจันทรา. (2553). การฟื้นฟูสภาพผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*, 27(14), 137-150.
- รัชณี สรรเสริญ. (2554). กรอบพลังงานแบบเป็นหุ้นส่วนเพื่อสรรค์สร้างคุณภาพการดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 23(3), 1-11
- รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัง. (2551). ญาติผู้ดูแล: ชุมพลังทวีคูณการดูแลสุขภาพที่บ้าน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 16(3), 1-13.
- วัฒนา แม้นพยัคฆ์. (2541). ความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการให้คำปรึกษาแนะนำในระดับชุมชนเกี่ยวกับโรคเอดส์ ในจังหวัดอุทัยธานี. *วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาประชากรศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- วันดี โภคะกุล. (2542). *ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- วารุณี เรืองมี และเนตรนภา กุ่มพันธ์วี. (2559). สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน. ตำบลเขาข่า อำเภอสรีบรรพต จังหวัดพัทลุง. *วารสารวิทยบริการมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*, 27(3), 64-72
- วิไลพร ศรีธเรศ. (2546). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลของภรรยาที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะ.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2552). *ตำราอายุรศาสตร์: การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2556). *การป้องกัน การประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม*. กรุงเทพฯ: ภาคพิมพ์.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2560). *พจนานุกรมและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสำหรับการดูแลผู้สูงอายุขั้นต้น: ผู้จัดการการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม*. กรุงเทพฯ: สมาคมพจนานุกรมและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย.
- ศรนรินทร์ กาญจนะ โนนินิจ, สุวิทย์ เจริญศักดิ์ และจิตวี แก้วพรสวรรค์. (2557). การศึกษาคุณสมบัติการวัดของแบบคัดกรอง Cognistat ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59(4), 409-418

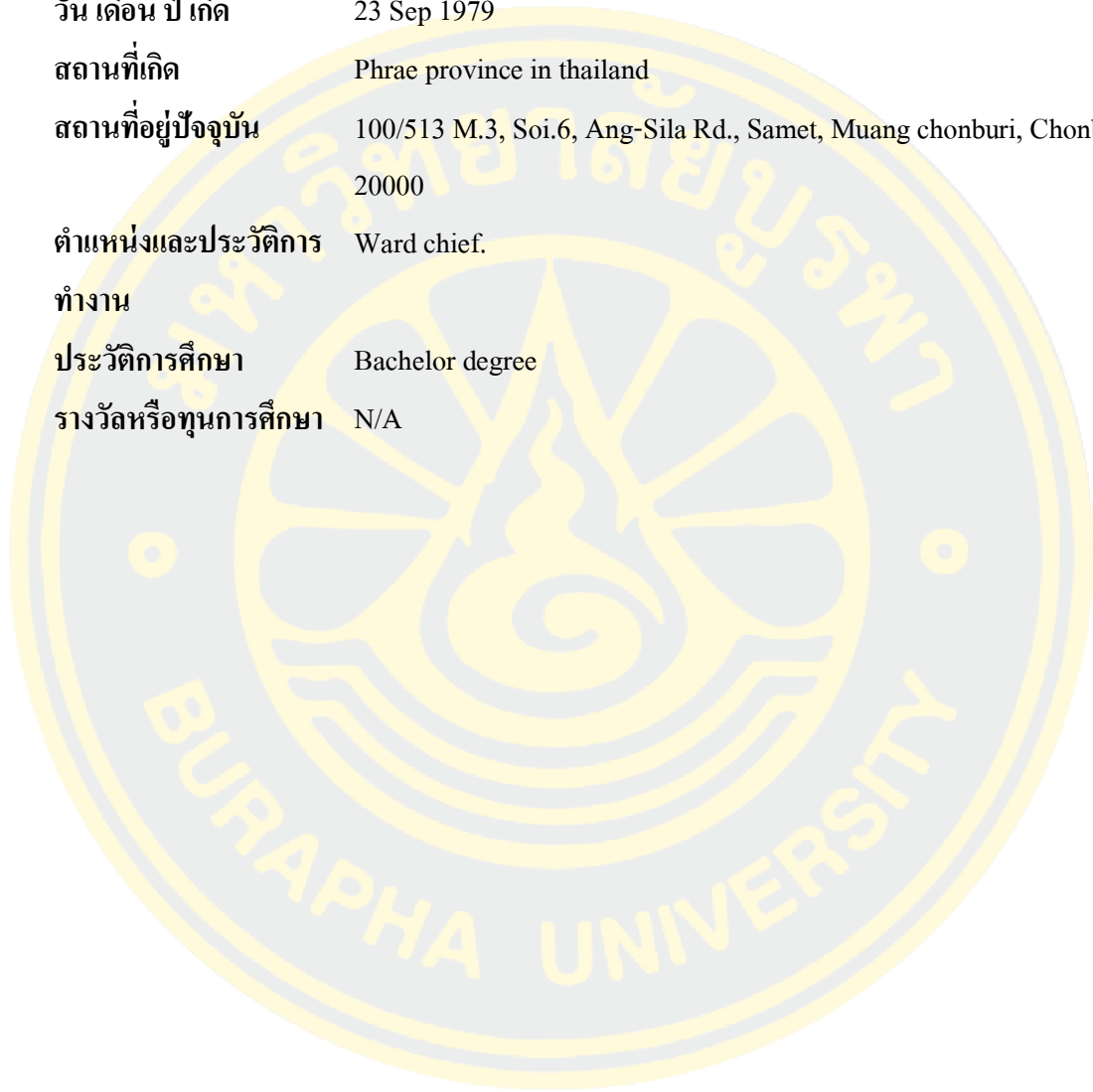
- ศิริกุล การุณเจริณพณิชย์. (2558). ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและการพยาบาล: บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(1), 1-12.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2554). การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมในการจำหน่ายในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิ. เชียงใหม่: กลุ่มวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลตติยภูมิ.
- ศุภลักษณ์ พันทอง. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางครอบครัวกับความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(1), 165-171.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. (2557). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2551*. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สมศักดิ์ ชุมหรัสมิ์, พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, เชิดชัย นพมณี, จำรัส เลิศ และอักรินทร์ นิมมานนิตย์. (2555). *R2R สานสุขการเรียนรู้ในงานประจำ*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2561). *สรุปผลการดำเนินงานตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561*. ชลบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2557). *แนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 420 ชั่วโมง*. นนทบุรี: สำนักอนามัยผู้สูงอายุกรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข.
- สิรินทร นันทศิริกาญจน์. (2556, มีนาคม). ผู้สูงอายุ: สมองเสื่อมและอัลไซเมอร์. *นิตยสารวาไรตี้เพื่อสุขภาพ*, 7, 34-37.
- สุคนธา ศิริ. (2556). เครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในชุมชน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 27(1), 115-130.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). ระบบสวัสดิการและการดำเนินการสำหรับผู้สูงอายุ. *วารสารพหุวิชาวิทยา และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 2(1), 39-42.
- สุมิตรา ชูแก้ว. (2557). *ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตามการรับรู้ของพยาบาลในการช่วยเหลือและสร้างเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวิทย์ เจริญศักดิ์. (2558). ภาวะสมองเสื่อม. ใน *นันทวัช สิทธิรักษ์ (บรรณาธิการ), จิตเวช ศิริราช DSM-5 (พิมพ์ครั้งที่ 5, หน้า 349-354)*. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์.

- อรวรรณ ศิลปะกิจ. (2556). บทความความฟื้นฟูวิชาการ: การคัดกรองโรคสมองเสื่อม. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 21(1), 34-47.
- Alzheimer's Disease International. (2017). *Dementia statistics*. Retrieved from <https://www.alz.co.uk/research/statistics>
- Alzheimer's Disease International. (2019). *Attitudes to dementia*. Retrieved from <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2019>
- American Psychological Association (2012). *APA's statement on the DSM-5 development process*. Retrieved from <http://www.apa.org/monitor/2012/01/statement-dsm.aspx>.
- Arango Lasprilla, J. C., Moreno, A., Rogers, H., & Francis, K. (2009). The effect of dementia patient's physical, cognitive, and emotional/ behavioral problems on caregiver well-being: Findings from a Spanish-speaking sample from Colombia, South America. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 24(5), 384-395. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/1533317509341465> PMID:19700668
- Archbold, P. G. (1992). The clinical assessment of mutuality and preparedness in family caregiver to frail older people. *Key Aspects of Elder Care*, 12(3), 328-329.
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (2006). *Research in education* (10th ed.). Cape Town: Pearson Education.
- Fenwick, L. (1979). *U. S. patent No. 4,139,917*. Washington, DC: U.S. Patent and Trademark Office.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. Retrieved from [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Mougias, A. A., Politis, A., Mougias, M. A., Kotrotsou, I., Skapinakis, P., Damigos, D., & Mavreas, V. G. (2015). The burden of caring for patients with dementia and its predictors. *Psychiatrike= Psychiatriki*, 26(1), 28-37.
- National Health Security Office. (2016). *A handbook for supporting the management of long-term care services in public health for the dependent elderly people under the National Health Security System*. Bangkok: National Health Security Office.
- Plassman, B. L., Langa, K. M., Fisher, G. G., Heeringa, S. G., Weir, D. R., Ofstedal, M. B., Hurd, D. M., Potter, G. G., Rodgers, W. L., Steffens, D. C., Willis, R. J., & Wallace, R. B.

- (2007). Prevalence of dementia in the United States: The aging, demographics, and memory study. *Neuroepidemiology*, 29(1-2), 125-132.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Appleton & Lange.
- Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G.-C., Wu, Y. T., & Prina, M. (2015). *World alzheimer Report 2015: The global impact of dementia (an analysis of prevalence, incidence, cost and trends): Alzheimer's Disease International*. London: King' s College.
- Schaefer, A. L., Anderson, J. E., & Simms, L. M. (1990). Are they ready? Discharge planning for older surgical patients. *Journal of Gerontological Nursing*, 16(10), 16-19. Retrieved from <https://doi.org/10.3928/0098-9134-19901001-06> PMID:2229954
- Srithamrongsawat, S., Suriyawongpaisan, P., Kaseamsub, W., Aekpalakorn, W., & Lerapan, B. (2018). *The research project for developing long-term care for the dependency in older adults under universal coverage scheme*. Bangkok: Community medicine department, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital.
- Weiss, M. E., & Piacentine, L. B. (2006). Psychometric properties of the readiness for hospital discharge scale. *Journal of Nursing Measurement*, 14(3), 163-180. Retrieved from <https://doi.org/10.1891/jnm-v14i3a002> PMID:17278337
- World Health Organization [WHO]. (2002). *Innovative care for chronic condition: Building block for action*. Retrieved from <http://apps.who.int/diabetes/publication/iccreport/en/>
- World Health Organization [WHO]. (2015). *Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2019). *WHO global report on traditional and complementary medicine 2019*. Geneva: World Health Organization.

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	Miss Natrada Heakham
วัน เดือน ปี เกิด	23 Sep 1979
สถานที่เกิด	Phrae province in thailand
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	100/513 M.3, Soi.6, Ang-Sila Rd., Samet, Muang chonburi, Chonburi 20000
ตำแหน่งและประวัติการ ทำงาน	Ward chief.
ประวัติการศึกษา	Bachelor degree
รางวัลหรือทุนการศึกษา	N/A



บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการที่มีลักษณะเรื้อรังหรือมีความก้าวหน้าของโรค โดยมีความเสื่อมถอยทางสติปัญญาที่ส่งผลกระทบต่อความคิด พฤติกรรมและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน (World Health Organization [WHO], 2019) จากรายงานพบว่า ในปี ค.ศ. 2019 ประชากรโลกมีภาวะสมองเสื่อมถึง 50 ล้านราย และคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2050 จะมีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นมากถึง 152 ล้านราย (Alzheimer's Disease International, 2019) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีภาวะสมองเสื่อมประมาณ 450,200 คน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 1,233,200 คน ภายในปี พ.ศ. 2593 (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, เชิดชัย นพมณี, จำรัส เลิศ และอักรินทร์ นิมมานนิตย์, 2555) หรือมีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมรายใหม่เกิดขึ้น 1 ราย ในทุก ๆ 7 วินาที (กรมการแพทย์, 2551) โดยความชุกของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับสัดส่วนประชากรวัยสูงอายุที่เพิ่มขึ้น (Prince et al., 2015) โดยผู้ที่อายุมากกว่า 55 ปี พบร้อยละ 1.8-2.0 (พาวุฒิ เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง, 2556) ซึ่งอาจพบสูงถึงร้อยละ 30 ในผู้ที่อายุมากกว่า 85 ปี และเพิ่มมากถึง ร้อยละ 37 ในผู้ที่อายุมากกว่า 90 ปี (Plassman et al., 2007) จากข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่า ปัญหาภาวะสมองเสื่อมกระจายอยู่ในชุมชน

ภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อมากมาย โดยผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะสูญเสียความสามารถในด้านความคิด ความรู้ ความจำ การตัดสินใจ ปัญหาด้านอารมณ์-พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง และไม่สามารถทำกิจกรรมพื้นฐานในการดูแลตัวเองได้ (วิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552) ส่วนครอบครัวของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า เกือบร้อยละ 50 ของญาติผู้ดูแลมีภาระการดูแลอยู่ในระดับสูง (Mougias et al., 2015) ทำให้เกิดปัญหาด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และอารมณ์ รวมถึงด้านสังคม และหน้าที่การงาน (กานดา วรคุณพิเศษ และศิริพันธ์ สาสัคย์, 2558) นอกจากนี้ การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายทั้งต่อครอบครัวชุมชน และประเทศโดยรวม ซึ่งในอนาคตหากมีบุคคลกลุ่มนี้จำนวนมากขึ้นก็จะทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Alzheimer's Disease International, 2017) จนอาจเป็นปัญหาทางเศรษฐกิจ ปัญหาในระบบระบบสาธารณสุข และปัญหาทางสังคม จากข้างต้น ภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประชากรทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย

ภาวะสมองเสื่อมเป็นความผิดปกติที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การใช้ยาเป็นเพียงการยืดระยะเวลาช่วงที่สามารถดูแลตนเองได้นานที่สุด โดยระยะแรกบุคคลจะสูญเสียความสามารถในการรู้คิดและตัดสินใจที่ซับซ้อน เมื่ออาการมากขึ้นความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง และมีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม เช่น ก้าวร้าว ซึมเศร้า หวาดระแวง เป็นต้น (วิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556) จนระยะสุดท้ายจะสูญเสียสมรรถภาพสมองด้านการรู้คิด และทางกายทำให้ไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าใด ๆ (ปิยะภัทร เดชพระธรรม, 2561) จนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย หรืออยู่ในภาวะพึ่งพา (ชัชวาล วงศ์สารี และศุภลักษณ์ พันทอง, 2561; บุญรา ศรีสุพัฒน์, 2552) ภาวะสมองเสื่อมจึงถูกจัดให้เป็นหนึ่งภาวะที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เช่น คนพิการหรือผู้มีภาวะติดเตียง (ปิยะภัทร เดชพระธรรม, 2561; พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการพ.ศ. 2550, 2550; รัชณี นามจันทร์, 2553) โดยผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 70-80 ได้รับการดูแลต่อเนื่องระยะยาวที่บ้าน (นันทพร ศรีน้อม, 2560) เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในภาวะเฉียบพลัน หรือวิกฤต ดังนั้น การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาวที่บ้านจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาวที่บ้านมีเป้าหมายสำคัญ คือ การชะลอความเสื่อมของสมอง การชะลอการเกิดภาวะพึ่งพา และการควบคุมป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน (ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์, 2558) การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นมีความยาก ซับซ้อนแตกต่างกับการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั่วไป (นันทพร ศรีน้อม, 2560; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554) อาทิ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือในการสื่อสารและการใช้ภาษา การติดตามและจัดการอาการหรือภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการดูแลเพื่อลดความกังวลหรือความเครียด ยิ่งเมื่อได้รับการดูแลสามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงเท่าไร ก็จะต้องการในการดูแลมากขึ้นเท่านั้น จนบางครั้งต้องดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมงต่อวัน ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลหลักอย่างสมาชิกในครอบครัวหลายด้าน อาทิ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคมอย่างหน้าที่การทำงานหรือสัมพันธ์ภาพกับคนรอบข้าง โดยปัญหาดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม (ชัชวาล วงศ์สารี และศุภลักษณ์ พันทอง, 2561; บุญพา ณ นคร, 2555) จากข้างต้นสะท้อนว่า การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยสมาชิกในครอบครัวเพียงฝ่ายเดียวนั้นอาจไม่เพียงพอเป็นไปด้วยความยาก และเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาตามมา จึงจำเป็นต้องมีเครือข่ายอื่นในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาว

ประเทศไทยได้กำหนดนโยบายการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวไว้ว่า ควรพัฒนาบนพื้นฐานการดูแลโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน กล่าวคือ การส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวดูแลเป็นหลัก ภายใต้อาการสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือ (วิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556)

ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลผู้มีภาวะเรื้อรัง (Innovation Care for Chronic Condition Framework [ICCC]) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ที่ระบุว่า การดูแลผู้มีภาวะเรื้อรังระยะยาวที่ประสบความสำเร็จต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทางสังคม 3 ส่วนสำคัญ ได้แก่ 1) สมาชิกในครอบครัว 2) ทีมสุขภาพเชิงรุก ได้แก่ พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และ 3) ทีมหุ้นส่วนชุมชน ได้แก่ ผู้นำ และอาสาสมัครในชุมชน โดยแต่ละส่วนจะทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพจะต้องมีความพร้อมในการดูแลผ่านการได้รับเตรียมการเพื่อการดูแล การได้รับข้อมูลที่สำคัญ การได้รับการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ เช่นเดียวกันกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมที่แต่ละเครือข่ายต้องมีความพร้อมในการดูแล (นันทพร ศรีน้อม, 2560) แต่ปัจจุบันบางเครือข่ายกลับมีข้อจำกัดในการดูแล อาทิ สมาชิกในครอบครัวมีปัญหาสุขภาพ เวลา และเศรษฐกิจ (Prince et al., 2015) ส่วนทีมสุขภาพเชิงรุกมีจำนวนจำกัดและมีภาระงานต่าง ๆ มาก (กามัน เจ๊ะอารง และชญาณิกา ศรีวิชัย, 2560) ดังนั้น การป้องกันหรือลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นจำเป็นต้องสนับสนุนให้หุ้นส่วนชุมชนเข้ามามีส่วนช่วยดูแล โดยประเทศไทยมีมาตรการส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

อสม. เป็นบุคคลที่อาสาหรือได้รับการคัดเลือกจากประชาชนในชุมชนให้เข้ามาดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนนั้น ๆ โดยมีบทบาทเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การประสานงานเชื่อมโยงเครือข่าย และการขับเคลื่อนกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขยังสนับสนุนให้อสม. ปฏิบัติบทบาทการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังโรค ดูแลผู้สูงอายุ ผู้เจ็บป่วยในชุมชน หรือคนพิการในชุมชน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554) อสม. จึงเปรียบเสมือนหมอประจำบ้าน เป็นฟันเฟืองสำคัญขับเคลื่อนงานด้านสาธารณสุข และน่านโยบายสุขภาพสู่ประชาชนเกิดเป็นรูปธรรม (เนชั่น ทวี, 2563) จากภารกิจข้างต้น อสม. แต่ละคนต้องผ่านการอบรมพื้นฐานตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดหรือการอบรมพิเศษสำหรับการทำบทบาทการดูแลพิเศษ อาทิ การดูแลผู้มีภาวะเรื้อรัง แต่จากการศึกษาเชิงนำร่องเกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมแก่สมาชิกในครอบครัว อีกทั้ง อสม. ไม่สามารถร่วมให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมแก่สมาชิกในครอบครัว ได้ (ฉัฐธาดา แฮคำ, 2561) ดังนั้น พยาบาลชุมชนและบุคลากรที่เกี่ยวข้องจึงควรศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. เพื่อนำไปสู่การวางแผนสนับสนุน อสม. ให้มีสมรรถนะ และสามารถปฏิบัติตามได้ตามเป้าหมายที่กำหนด

ความพร้อม เป็นการรับรู้ภายในของบุคคลถึงความสามารถของตนในการทำกิจกรรม

หรือปฏิบัติบทบาทหน้าที่ใด ๆ (วิลพร ศรีเชเรศ, 2546) ความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของอสม. จึงเป็นการรับรู้ของ อสม. ถึงความสามารถของตนในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังไม่พบการศึกษาโดยตรงเกี่ยวกับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. แต่เป็นการศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของญาติผู้ดูแลที่พบว่า มีความพร้อมภาพรวมค่อนข้างต่ำ (ชยุตรา สุทธิลักษณ์, 2560) ซึ่งไม่สามารถสะท้อนความพร้อมของ อสม. ได้เนื่องจากมีบริบทที่ต่างกัน การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้เทียบเคียงบทบาทของ อสม. ในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมกับบทบาทการดูแลคนพิการในชุมชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2557) เนื่องจากผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความผิดปกติในระบบประสาท ทำให้บกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน สับสน ไม่รู้วัน เวลา และสถานที่ หากมีอาการมากอาจไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย เปรียบเสมือนเป็นคนพิการ โดยสรุปความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมี 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการค้นหาและประเมินความต้องการด้านสุขภาพ 2) ด้านการจัดทำฐานข้อมูล 3) ด้านการจัดทำแผนการดูแล ประสานงาน และส่งต่อ 4) ด้านการดูแลเชิงรุก 5) ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และ 6) ด้านการประเมินผลการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความพร้อมของ อสม. ในการปฏิบัติบทบาทร่วมกับการประยุกต์กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง (WHO, 2002) ที่ระบุ ปัจจัยที่ช่วยให้เครือข่ายเกิดความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง พบว่า ปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. มีหลายประการ ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยดังนี้ ปัจจัยแรก คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลที่ประเมินสุขภาพของตนว่า มีภาวะสุขภาพดีมากขึ้นเพียงใด นำไปสู่ความตระหนัก ความกังวล และความคาดหวังเกี่ยวกับสุขภาพและปฏิบัติกิจกรรมในอนาคต ซึ่งผู้ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีจะตระหนักว่า ตนเองแข็งแรงและสามารถต้านทาน โรคได้ จึงไม่กังวลเกี่ยวกับสุขภาพ และเกิดความคาดหวังในการปฏิบัติ จึงพร้อมที่จะปฏิบัติบทบาท เช่นเดียวกัน หาก อสม. มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีก็จะทำให้มีความพร้อมในการดูแลที่มากตามมา สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล (ชยุตรา สุทธิลักษณ์, 2560; เพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมากร, 2555)

การรับรู้บทบาท เป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมหน้าที่ตามความคาดหวังของสังคม ซึ่งผู้ที่มีการรับรู้บทบาทมากจะยอมรับและเข้าใจว่า ตนเองต้องมีหน้าที่ความรับผิดชอบใด มักแสวงหาแนวทางพัฒนาตนเองเพื่อทำหน้าที่นั้น จนเกิดความพร้อมที่จะปฏิบัติบทบาท เช่นเดียวกัน หาก อสม. มีการรับรู้บทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมาก

ย่อมมีการยอมรับในการปฏิบัติการดูแล แสวงหาแนวทางพัฒนาตนเอง จะทำให้มีความพร้อม ในการทำบทบาทมากขึ้น (นงคราญ สมฤทธิ์, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้บทบาท มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2557) กับความพร้อม ในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน (จิรภา เพียรพนัสศักดิ์ และลลิตา นิพิฐุประศาสน์สุนทรวิภาต, 2560) และกับการปฏิบัติกรฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของ อสม. (ภิญญา จำปาศรี, 2560)

ความรู้ เป็นความเข้าใจของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เกิดจากการเรียนรู้หรือได้รับการเตรียมมาก่อน ซึ่งบุคคลที่มีความรู้สูงจะเกิดความเข้าใจว่าสิ่งใดถูก/ สิ่งใดผิด สิ่งใดควรทำ/ สิ่งใดไม่ควรทำ ทำให้มั่นใจในการเลือกวิธีการปฏิบัติ และนำไปสู่ความพร้อมในการปฏิบัติบทบาท ที่เหมาะสม (พรชูลี จันทร์แก้ว, 2553; ภิญญา จำปาศรี, 2560; นิชชารีย์ พิธิยธรรสชัย, 2560) เช่นเดียวกับ อสม. ที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับสูงจะเข้าใจเกี่ยวกับความผิดปกติ ตลอดจนการดูแลที่ควรทำ สิ่งที่ถูกต้องเหมาะสม จนเกิดความมั่นใจ และมีความพร้อมในการดูแล มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับความพร้อมของ อสม. ในการให้ คำปรึกษาแนะนำโรค (วัฒนา แม้นพยัคฆ์, 2541) และความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย เจาะคอ (พรพรรณ พรหมทัต, 2554)

ทัศนคติ เป็นความคิดเห็นหรือความรู้สึกของบุคคลที่ให้ความหมายกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ในลักษณะเห็นด้วย/ ไม่เห็นด้วย พอใจ/ ไม่พอใจ ซึ่งบุคคลที่มีทัศนคติทางบวกจะเกิดแรงจูงใจ ภายในตัวบุคคลที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดความรู้สึกอยากจะทำปฏิบัติ จึงมีแนวโน้มทำให้บุคคลพัฒนา ตนเองจนนำไปสู่ความพร้อมที่ดี (WHO, 2002) เช่นเดียวกัน หาก อสม. ทัศนคติที่ดีต่อการดูแล ผู้มีภาวะสมองเสื่อมเกิดแรงจูงใจภายในเชิงบวก ก็จะยอมรับและยินดีในการปฏิบัติบทบาทการดูแล จะกระตุ้นให้พัฒนาตนเอง จนมีความพร้อมในการดูแลมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ทัศนคติของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (สุมิตรา ชูแก้ว, 2557)

ปัจจัยสุดท้ายการสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท เป็นการรับรู้หรือความคิดเห็นของบุคคล ที่มีต่อความช่วยเหลือจากภายนอก ซึ่งบุคคลที่รับรู้ว่าจะตนเองได้รับการช่วยเหลือในการปฏิบัติจาก คนรอบข้าง เช่น การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร หรือด้านทรัพยากร จะเกิดแรงจูงใจ ที่จะผลักดันให้บุคคลอยากจะทำปฏิบัติหรือคำนึงให้สามารถพัฒนาตนเองต่อสู้กับปัญหา จนนำไปสู่ ความพร้อม (WHO, 2002) เช่นเดียวกันหาก อสม. ได้รับการสนับสนุนในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมอง เสื่อม จะรู้สึกมีกำลังใจและเตรียมตนเองในการต่อสู้กับความยากลำบากหรือปัญหาในการดูแล

จนนำไปสู่ความพร้อม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. (เดือนใจ ปาประโคน และวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี, 2556) และกับการปฏิบัติกรฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของ อสม. (ภิญญา จำปาศรี, 2560)

จากข้างต้น อสม. เป็นทีมหุ้นส่วนชุมชนที่มีความสำคัญในระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาวที่จำเป็นต้องมีความพร้อมในการดูแล ผู้วิจัยจึงศึกษา “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.” โดยศึกษากับ อสม. ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดชลบุรี ซึ่งมีการเพิ่มสัดส่วนประชากรวัยสูงอายุอย่างรวดเร็วและมีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมกระจายอยู่ในชุมชนจำนวนมาก (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2561) ซึ่งผลการศึกษาก็คจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องนำไปพัฒนากลวิธีหรือโปรแกรมการเตรียมความพร้อม อสม. ซึ่งจะช่วยเพิ่มศักยภาพของ อสม. ให้มีสมรรถนะและสามารถปฏิบัติบทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพตามเป้าหมายที่กำหนด นำไปสู่การช่วยเหลือและลดภาระของสมาชิกในครอบครัวรวมถึงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (การรับรู้ภาวะสุขภาพ) ปัจจัยด้านความรู้และข้อมูลข่าวสาร (ความรู้เกี่ยวกับการดูแล) ปัจจัยด้านการเตรียมการ (การรับรู้บทบาทการดูแล) และ ปัจจัยด้านแรงจูงใจ (ทัศนคติต่อการดูแลและการสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท)

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล (การรับรู้ภาวะสุขภาพ) ปัจจัยด้านความรู้และข้อมูลข่าวสาร (ความรู้เกี่ยวกับการดูแล) ปัจจัยด้านการเตรียมการ (การรับรู้บทบาทการดูแล) และปัจจัยด้านแรงจูงใจ (ทัศนคติต่อการดูแลและการสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท) มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม อสม.

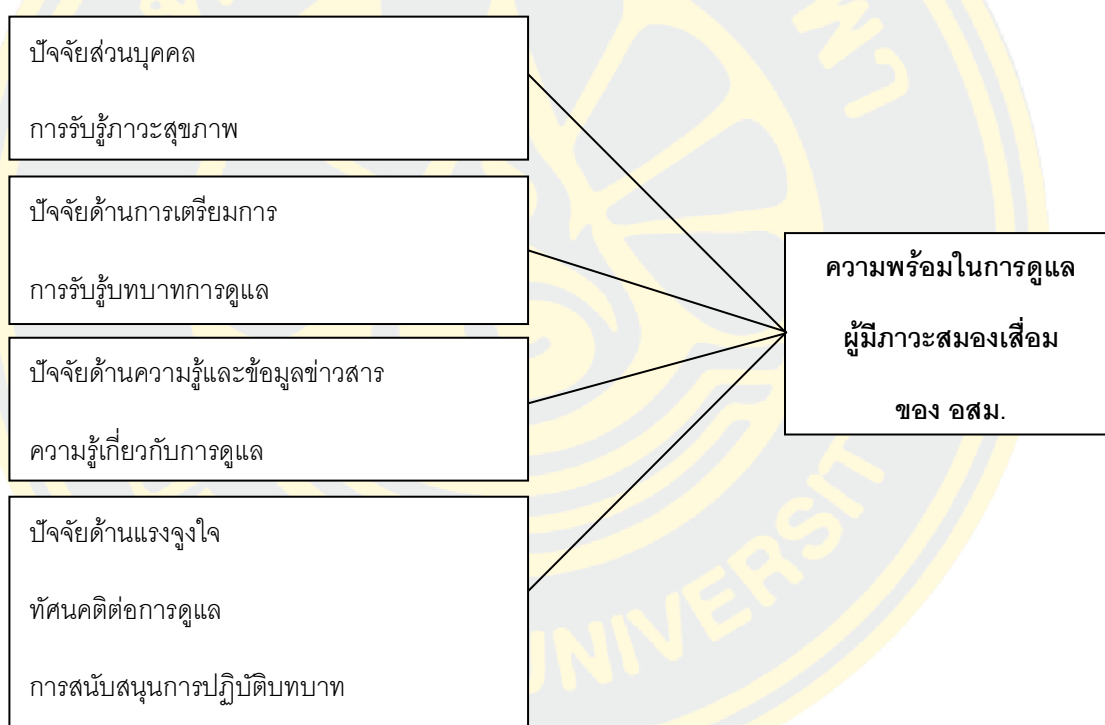
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้บูรณาการกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (Innovation Care for Chronic Condition Framework [ICCC]) (WHO, 2002) ร่วมกับแนวคิดความพร้อมของบุคคล และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยนี้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพสามารถเตรียมความพร้อมของ อสม. ในการให้การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีประสิทธิภาพ

กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (Innovation Care for Chronic Condition Framework [ICCC]) เป็นกรอบแนวคิดสำหรับระบบดูแลสุขภาพที่องค์การอนามัยโลกพัฒนาขึ้น (WHO, 2002) เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้มีภาวะเรื้อรัง โดยระบุว่า การดูแลภาวะเรื้อรังเป็นการเชื่อมโยงและการมีปฏิสัมพันธ์กันภายใน โครงสร้างที่เชื่อมโยงกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องซึ่งมีจุดศูนย์กลางของการดูแลร่วมกัน คือ ผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง ครอบครัว ชุมชน และองค์กรดูแลสุขภาพในการจัดการภาวะเรื้อรังด้วยการสนับสนุนของทีมผู้ดูแลสุขภาพและหุ้นส่วนในชุมชนซึ่งระบบการเชื่อมโยงและการปฏิสัมพันธ์สามารถพิจารณาได้ 3 ระบบ ได้แก่ ระบบเล็ก (Micro system) ระบบกลาง (Meso system) และระบบใหญ่ (Macro system) ซึ่งแต่ละระบบมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันไป ซึ่งระดับเล็กเป็นระบบที่สำคัญที่สุดเพราะใกล้ชิดและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ที่มีภาวะเรื้อรังมากที่สุด (ราชินี สรรเสริญ, 2554) ซึ่งในระดับนี้กำหนดให้มีการจัดตั้งการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ส่วน เป็นหุ้นส่วนกัน คือ 1) ผู้มีภาวะเรื้อรังและครอบครัว 2) หุ้นส่วนชุมชน และ 3) ทีมดูแลสุขภาพ แต่ละกลุ่มจะทำหน้าที่ได้ดีที่สุดเมื่อมีความพร้อมในการทำบทบาทซึ่งจะเป็นนำไปสู่ความสามารถในการดูแลบุคคลอื่นตามทฤษฎีเมื่อบุคคลมีความพร้อมจะสามารถปฏิบัติบทบาทตนเองนำไปสู่การตอบสนองการดูแลผู้อื่นได้ ซึ่งการที่ อสม. จะสามารถให้การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมได้ดีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความพร้อมของ อสม. ที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลในสถานการณดังกล่าว ดังนั้นการได้ทราบถึงความพร้อมในการดูแลของอสม. ได้รับการเตรียมการ (Prepared) เช่น การสร้างความเข้าใจ การยอมรับ หรือการรับรู้บทบาท ต่อมาเป็นการให้ข้อมูลสำคัญ (Informed) เช่น การให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องหรือให้ความรู้จนเกิดความเข้าใจ และการสร้างแรงจูงใจ (Motivated) ที่กระตุ้นการปฏิบัติ ทั้งแรงจูงใจภายใน หรือแรงจูงใจภายนอก

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (WHO, 2002) ในระดับเล็กซึ่งในระดับนี้กำหนดให้มีการจัดตั้งการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ส่วน เป็นหุ้นส่วนกัน คือ 1) ผู้มีภาวะสมองเสื่อมและสมาชิกในครอบครัว 2) หุ้นส่วนชุมชน (ผู้นำชุมชน และ อสม.) ที่ทำหน้าที่ดูแล และ 3) ทีมดูแลสุขภาพ (พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง) ซึ่งแต่ละส่วนจะต้องมีความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมตามขอบเขต บทบาท หน้าที่ โดยแต่ละส่วนจะได้รับ

การเตรียมการให้รับรู้บทบาทของตนเองในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ได้รับความรู้และข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม และได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้มีภาวะ สมองเสื่อมเพื่อกระตุ้นให้เกิดความพร้อมในการดูแล จากกรอบแนวคิดดังกล่าวร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยศึกษาในกลุ่ม อสม. ซึ่งเป็นหุ้นส่วนชุมชนสรุปปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์ กับความพร้อมของ อสม. ในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (การรับรู้ภาวะ สุขภาพ) ปัจจัยด้านความรู้และข้อมูลข่าวสาร (ความรู้เกี่ยวกับการดูแล) ปัจจัยด้านการเตรียมการ (การรับรู้บทบาทการดูแล) และ ปัจจัยด้านแรงจูงใจ (ทัศนคติต่อการดูแลและการสนับสนุน การปฏิบัติบทบาท) (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ในพื้นที่จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. ในเขตจังหวัดชลบุรี จำนวน 240 คน ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562-เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 โดยมีตัวแปรในการศึกษา ดังนี้

1. ตัวแปรต้น ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (การรับรู้ภาวะสุขภาพ) ปัจจัยด้านความรู้ และ ข้อมูลข่าวสาร (ความรู้เกี่ยวกับการดูแล) ปัจจัยด้านการเตรียมการ (การรับรู้บทบาทการดูแล) และ ปัจจัยด้านแรงจูงใจ (ทัศนคติต่อการดูแลและการสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท)
2. ตัวแปรตาม คือ ความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.

นิยามศัพท์เฉพาะ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรม มาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2550

ผู้มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมและแพทย์ วินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม

ความพร้อมในการดูแลของ อสม. หมายถึง การรับรู้ของ อสม. ถึงความสามารถของตน ในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน ครอบคลุมความพร้อม 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการค้นหาและประเมินความต้องการด้านสุขภาพ 2) ด้านการจัดทำฐานข้อมูล 3) ด้านการจัดทำ แผนการดูแล ประสานงาน และส่งต่อ 4) ด้านการดูแลเชิงรุก 5) ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ ครอบครัว และ 6) ด้านการประเมินผลการดูแล ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลง มาจากแบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของ อสม. ของ ภิรญา จำปาศรี (2560)

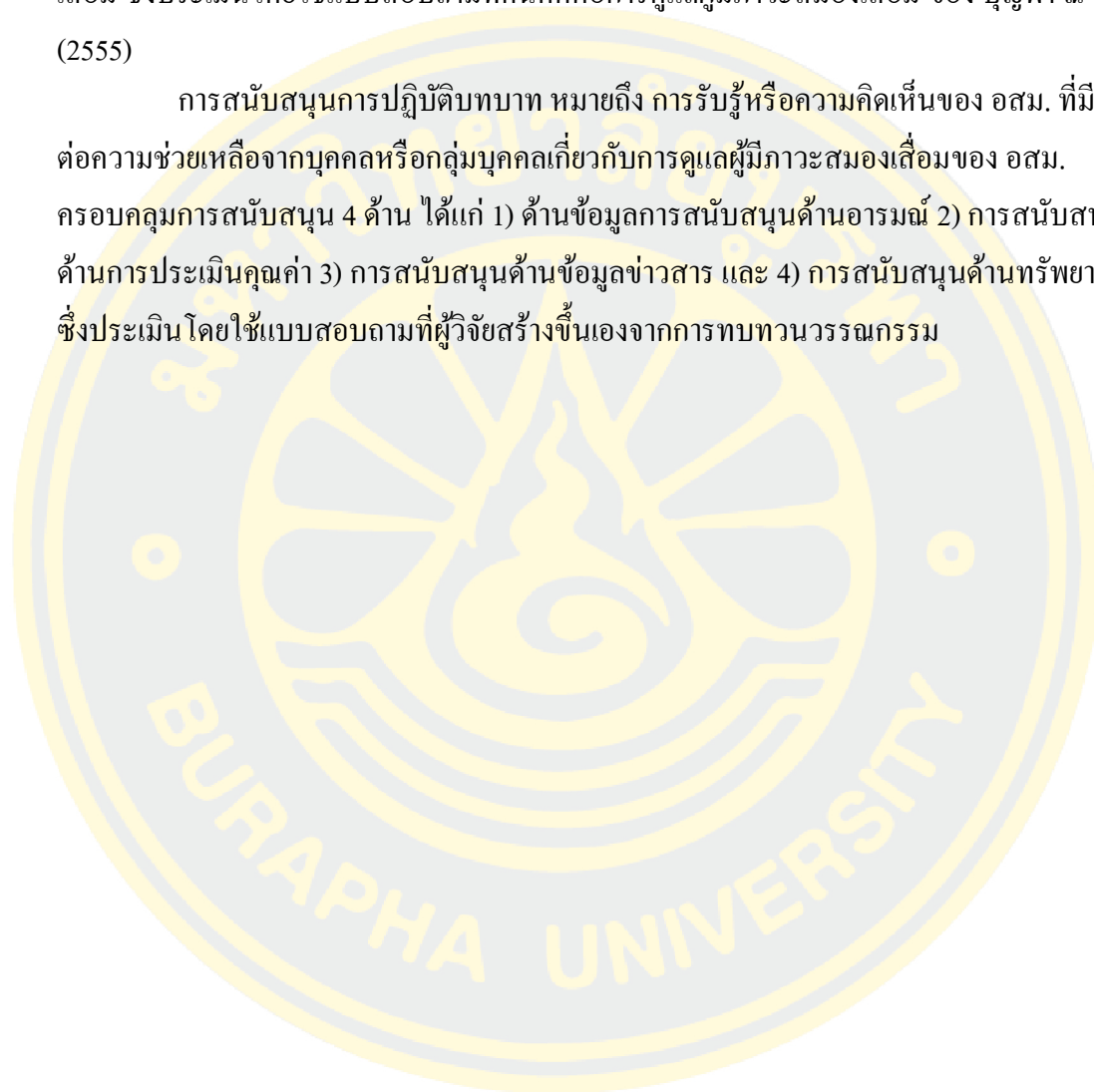
การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของ อสม. ที่มีต่อภาวะสุขภาพ โดยรวมของตนเอง ครอบคลุมความแข็งแรงของสุขภาพทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งประเมิน การรับรู้เป็นตัวเลข 0-10 (Numerical Rating Scales [NRS])

การรับรู้บทบาทการดูแล หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของ อสม. เกี่ยวกับการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ครอบคลุมความพร้อม 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการค้นหา และประเมินความต้องการด้านสุขภาพ 2) ด้านการจัดทำฐานข้อมูล 3) ด้านการจัดทำแผนการดูแล ประสานงาน และส่งต่อ 4) ด้านการดูแลเชิงรุก 5) ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และ 6) ด้านการประเมินผลการดูแล ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก แบบสอบถามการรับรู้บทบาทการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของ อสม. ของ ภิรญา จำปาศรี (2560)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแล หมายถึง ความเข้าใจของ อสม. ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแล ผู้มีภาวะสมองเสื่อม ครอบคลุมความรู้ 2 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และ 2) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประเมิน โดยใช้แบบทดสอบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม

ทัศนคติต่อการดูแล หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของ อสม. ที่มีต่อการดูแล ผู้มีภาวะ
สมองเสื่อม โดยแสดงออกมาในลักษณะเห็นด้วย/ไม่เห็นด้วย พอใจ/ไม่พอใจ ครอบคลุมทัศนคติ 2
ด้าน ได้แก่ 1) ทัศนคติต่อผู้มีภาวะสมองเสื่อม และ 2) ทัศนคติต่อการดูแลผู้มีภาวะสมอง
เสื่อม ซึ่งประเมิน โดยใช้แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ของ บุญพา ฌ นคร
(2555)

การสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท หมายถึง การรับรู้หรือความคิดเห็นของ อสม. ที่มี
ต่อความช่วยเหลือจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลเกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.
ครอบคลุมการสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านข้อมูลการสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุน
ด้านการประเมินคุณค่า 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร
ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม



บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย รายละเอียดดังนี้

1. การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
 - 1.1 ภาวะสมองเสื่อม
 - 1.2 นโยบายและแนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
 - 1.3 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาว
2. อสม. กับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาว
 - 2.1 อสม.
 - 2.2 บทบาทของ อสม. ในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
3. ความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.
 - 3.1 คำจำกัดของความพร้อมในการดูแล
 - 3.2 องค์ประกอบของความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.

การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม

คำจำกัดความภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยองค์การอนามัยโลก (WHO, 2015) ให้คำจำกัดความภาวะสมองเสื่อมว่า หมายถึง กลุ่มอาการที่มีลักษณะเรื้อรังหรือมีความก้าวหน้าของโรคโดยมีความเสื่อมถอยทางสติปัญญาซึ่งมีผลกระทบต่อความจำ การคิด การรับรู้ ความเข้าใจ การคำนวณความสามารถในการเรียนรู้ภาษา และการตัดสินใจ โดยไม่มีผลกระทบต่อระดับความรู้สึกตัว การบกพร่องในการทำงานของสติปัญญาอาจจะนำไปสู่การเกิดปัญหาในการควบคุมทางอารมณ์ พฤติกรรมทางสังคมหรือแรงจูงใจ ในทิศทางเดียวกันสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychological Association, 2012) ระบุว่า ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง กลุ่มอาการที่มีความบกพร่องของความคิด ความจำ เซาว์ปัญญา ความผิดปกติด้านการใช้ภาษา การกระทำกิจกรรม

ที่มีเป้าหมาย การรับรู้ของการใช้ประสาทสัมผัส และการทำหน้าที่บริหารจัดการ อย่างน้อยหนึ่งด้าน ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงจนเป็นอุปสรรคในการทำงานและการดำเนินชีวิตในสังคม

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (2557) ให้คำจำกัดความของภาวะสมองเสื่อมว่า หมายถึง เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุมาจากการเสื่อมถอยของการทำงานของสมอง โดยแสดง ความผิดปกติ ด้านความคิด ความจำ การตัดสินใจในการเคลื่อนไหว ซึ่งรุนแรง และรบกวนการดำเนิน ชีวิตของผู้ป่วย ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม บุคลิกภาพและ อารมณ์ ในขณะที่ นักวิชาการไทย (สุวิทย์ เจริญศักดิ์, 2558) ให้คำจำกัดความว่า หมายถึง ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่ม อาการที่มีความเสื่อมถอยของการทำงานของสมองด้านความคิด การรับรู้อย่างน้อยหนึ่งด้าน โดยมีความสามารถลดลง จากเดิมที่ดีมาก่อน และผลของการเปลี่ยนแปลงมีผลกระทบต่อการดำเนิน ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

จากข้างต้น ภาวะสมองเสื่อมจะทำให้บุคคลมีการเสื่อมหน้าที่ของการเรียนรู้และ เชาวน์ปัญญาอย่างรุนแรงจนรบกวนการทำหน้าที่ทางด้านสังคมหรืออาชีพ มีการเปลี่ยนแปลง บุคลิกภาพ การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และบางครั้งอาจมีอาการทางจิตได้ ผู้มีภาวะสมองเสื่อม จะแสดงออกมาในรูปของความเสื่อมทางสติปัญญา และบุคลิกภาพเห็นได้ชัดจากการไม่รู้เวลา สถานที่ และบุคคล ความจำเสื่อม สติปัญญาเสื่อม วิจรรณญาณเปลี่ยนและพบอารมณ์แปรปรวน ซึ่งพบว่า เมื่อผู้มีภาวะสมองเสื่อมเสียความจำระยะสั้นก่อนแล้วจึงสูญเสียความจำระยะยาว คือ การที่ผู้ป่วยมีอาการเสื่อมของการทำงานของสมองทั้งหมด ยังส่งผลให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและบุคลิกภาพ

การศึกษานี้ให้คำจำกัดความว่า ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง กลุ่มอาการผิดปกติที่เกิดจาก พยาธิสภาพในสมองหรือระบบประสาทที่มีความเสื่อมถอยของสมองแบบค่อยเป็นค่อยไป ทำให้ ความสามารถในการจำ การคิด การรับรู้ ความเข้าใจ การคำนวณการเรียนรู้ภาษา และการตัดสินใจ ลดลงส่งผลกระทบต่อตารางชีวิตประจำวันจนเกิดภาวะพึ่งพาได้

ผู้มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมและแพทย์ วินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม

ชนิดของภาวะสมองเสื่อม

ชนิดของภาวะสมองเสื่อมสามารถพิจารณาตามสาเหตุและการรักษาได้ 2 กลุ่ม (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552) ดังนี้

1. ภาวะสมองเสื่อมปฐมภูมิ (Primary dementia) เป็นภาวะสมองเสื่อมชนิดไม่สามารถ รักษาได้ให้หายขาดได้ (Non-treatable dementia) ซึ่งเกิดจากการเสื่อมสลายของเซลล์ประสาท

ในอดีตที่ผ่านมาโรคในกลุ่มนี้มักไม่พบสาเหตุ จึงไม่สามารถที่จะป้องกันหรือรักษาให้หายขาดได้ พบมากถึงร้อยละ 60-70 ของภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด โดยพบในผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ที่พบได้บ่อย เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) โรคฮันติงตัน (Huntington's disease) โรคพิก (Pick's disease) เป็นต้น

2. ภาวะสมองเสื่อมทุติยภูมิ (Secondary dementia) เป็นภาวะสมองเสื่อมชนิดที่สามารถรักษาบำบัดได้ (Treatable dementia) ซึ่งเกิดจากความบกพร่องในส่วนอื่น ๆ ของร่างกายและการส่งผลกระทบต่อสมอง อาทิ หลังการติดเชื้อหรือการได้รับสารพิษผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถรักษาอาการให้ดีขึ้น จึงเป็นภาวะสมองเสื่อมที่สามารถป้องกันการเกิดได้พบได้หลายสาเหตุ ดังนี้

2.1 เกิดจากการเสื่อมสลายของเนื้อสมอง เนื่องจากเนื้อสมองมีการเสื่อมสลายหรือตายส่วนใหญ่ยังไม่ทราบสาเหตุ พบบ่อยในกลุ่มโรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน และโรคอื่น ๆ

2.2 เกิดจากหลอดเลือดสมองที่ไปเลี้ยงสมองแข็ง หนาตัว หรือตีบตัวผิดปกติ ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลง ถ้าลดลงถึงระดับที่ไม่เพียงพอกับการใช้งานของสมองก็จะทำให้เนื้อสมองตายได้ มักจะอยู่ในผู้มีความดันโลหิตสูง น้ำตาลหรือไขมันในเลือดสูง หรือสูบบุหรี่

2.3 เกิดจากการติดเชื้ออักเสบในสมองที่ เช่น ไวรัสสมองอักเสบ ผู้ป่วยจะมีไข้สูงซึ่งหากรอดชีวิตจะทำให้เนื้อสมองบางส่วนตายเกิดอาการสมองเสื่อม

2.4 เกิดจากการขาดสารอาหารบางชนิดโดยเฉพาะวิตามิน เช่น ผู้ป่วยที่ติดเหล้าหรือเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังอาจขาดวิตามินบี 1 หรือผู้ที่กินมังสาวิธอย่างเคร่งครัดอาจขาดวิตามินบี 12 เมื่อได้รับไม่เพียงพอจะทำให้เซลล์สมองทำงานไม่ได้ตามปกติหรืออาจถึงขั้นเซลล์สมองตายได้

2.5 เกิดจากการแปรเปลี่ยนของระบบเมตาบอลิกของร่างกาย เช่น การทำงานของต่อมไร้ท่อบางชนิดผิดปกติ การทำงานของตับหรือไตผิดปกติทำให้เกิดของเสียคั่งในร่างกายจนสมองไม่สามารถสั่งการได้ตามปกติ ถ้าคงอยู่นาน ๆ จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการสมองเสื่อมได้

2.6 เกิดจากการถูกกระทบกระแทกที่ศีรษะอยู่เสมอ ภาวะนี้พบบ่อยในคนที่มึนป๊อจัยเสี่ยงที่จะได้รับการกระทบกระแทกที่ศีรษะอยู่เสมอ ๆ โดยเฉพาะนักมวย นักกีฬา การกระทบกระแทก ทำให้เนื้อสมองตายเป็นจำนวนมากจะทำให้มีอาการสมองเสื่อม

2.7 เกิดจากเนื้องอกในสมองโดยเฉพาะเนื้องอกที่เกิดจากทางด้านหน้าของสมอง อาการแสดงของภาวะสมองเสื่อม

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อมได้ 2 กลุ่ม (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2556, มานิตย์ ศรีสุรภานนท์, 2555) ดังนี้

1. อาการด้านจิตใจ (Psychotic symptoms)

1.1 อาการหลงผิดที่พบ คือ แบบ Paranoid delusion โดยเฉพาะการรู้สึกว่ามีคนมาขโมยของมากที่สุด บางรายหลงผิดคิดว่ามีคนหน้าแปลกอยู่ในบ้าน

1.2 อาการประสาท มักพบในระยะกลางของการเจ็บป่วย โดยอาการที่พบบ่อย คือ ประสาทหลอนทางตา คือ มักจะเห็นว่ามีคนอื่นอยู่ในบ้านตนเอง

1.3 อาการซึมเศร้ามักพบในระยะแรกโดยอาจมีอาการเศร้าเมื่อรู้ว่าตนเองสูญเสียความสามารถด้านสติปัญญาต่าง ๆ ไป

1.4 อาการเฉยเมย มักพบในระยะแรกและระยะกลางโดยอาจมีอาการไม่สนใจในการทำกิจวัตรประจำวัน แยกตัวการตอบสนองทางอารมณ์ลดลง ขาดความริเริ่มในด้านต่าง ๆ

1.5 อาการวิตกกังวล มักพบในระยะแรก ๆ โดยอาจรู้สึกความสามารถของตนเองลดลง กลัวการถูกทอดทิ้ง อาการจะเกิดขึ้นเมื่อต้องอยู่ในหมู่่มาก หรือการอยู่สถานที่ที่ไม่คุ้นเคย

2. อาการที่แสดงผลทางพฤติกรรม (Behavioral symptom)

2.1 อาการเดินไปมาอย่างไม่มีจุดหมาย เป็นอาการที่สร้างปัญหาอย่างมากในการดูแล และเป็นสาเหตุที่ญาตินำมาับการรักษา

2.2 อาการกระวนกระวาย เป็นอาการแสดงในลักษณะการกรีดร้อง แสดงพฤติกรรมและการพูดที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ 1) ไม่มีอาการก้าวร้าวทางกายแต่มีกิริยาแปลก ๆ เช่น สะสมสิ่งของที่ไม่มีเหตุผล นำสิ่งของไปซ่อนตามที่ต่าง ๆ แต่งกายไม่ถูกกาลเทศะ เป็นต้น 2) มีอาการก้าวร้าวทางกาย ถ้ามีอาการมากจะพบการกัดหยอก หรือทุบตีคนรอบข้างได้ 3) ไม่มีอาการก้าวร้าวทางวาจา เช่น การพูดซ้ำ ตะกุกตะกัก เป็นต้น และ 4) มีอาการก้าวร้าวทางวาจามักพบการทำเสียงดัง คำทอทำเสียงแปลก เป็นต้น

2.3 อาการเกรี้ยวกราด เป็นอาการแสดงออกมาในลักษณะความก้าวร้าวรุนแรงต่อสิ่งเร้า เช่น มีอารมณ์โกรธรุนแรง ตะโกนด่าว่า ข่มขู่ หรือพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น

2.4 อาการบ่น บางครั้งอาจบ่นหรือว่าแบบไม่มีเหตุผล หรือเกิดขึ้นจากอาการหลงผิด หากคนรอบตัวไม่เข้าใจจะรู้สึกว่าตนเองกำลังถูกกล่าวหา อาจมีปฏิกิริยาที่รุนแรงตอบกลับไปได้

2.5 อาการขาดความยับยั้งชั่งใจ บุคคลจะสูญเสียการควบคุมตนเอง และตอบสนองต่อสิ่งเร้าโดยการขาดความยับยั้งชั่งใจ และไม่ทราบว่าการกระทำนั้นไม่เหมาะสม

2.6 อาการรับประทานที่ผิดปกติ อาจพบพฤติกรรมที่รับประทานอาหารผิดปกติ เช่น รับประทานตลอดเวลา หรือคิดว่ายังไม่รับประทานเพราะผู้ป่วยหลงลืม

2.7 อาการต่อต้าน จะปฏิเสธที่จะทำตามคำบอก ซึ่งเป็นอุปสรรคในการดูแลที่พบบ่อย

2.8 อาการเอาแต่ใจ จะมีลักษณะไม่มีความอดทนต่อการรอ เรียกร้องและบังคับให้

บุคคลรอบข้างทำในสิ่งที่ตนเองต้องการ

จากข้างต้น อาการแสดงของภาวะสมองเสื่อมนั้นมีหลากหลาย ในทางการแพทย์จึงได้แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมต่อไป

ระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม

การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมพิจารณาจากอาการและผลกระทบ แบ่งเป็น 3 ระดับ (American Psychiatric Association, 2013 อ้างถึงใน ชยุดรา สุทธิลักษณ์, 2560) ดังนี้

1. ระดับที่ 1 ภาวะสมองเสื่อมระดับไม่รุนแรง (Mild dementia) เป็นระยะเริ่มแรกหรือระยะต้นของของภาวะสมองเสื่อมในระยะนี้ใช้เวลา 1-3 ปี ผู้มีภาวะสมองเสื่อมจะมีอาการสูญเสียความทรงจำ ที่เห็นได้ชัด คือ การสูญเสียความทรงจำระยะสั้น มักมีคำถามซ้ำ ๆ จนผิดสังเกต ผู้ป่วยจะจดจำเหตุการณ์ในอดีตได้ดีกว่าการใช้คำถามต่าง ๆ ในการพูด การเรียกชื่อคน สิ่งของ เริ่มไม่ถูกต้อง บางครั้งการดูแลสุขอนามัยของตนเองได้และยังสามารถตัดสินใจเรื่องทั่ว ๆ ไปได้ด้วยตนเอง แต่เริ่มมีความบกพร่องในเรื่องของการคิดเชิงซ้อน การปฏิบัติหน้าที่การทำงานและด้านสังคมอย่างเด่นชัด มีอาการหลงลืมไม่มาก มีข้อบกพร่องในการแก้ไขปัญหาชีวิตประจำวันบ้าง

2. ระดับที่ 2 ภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง (Moderate dementia) เป็นระยะกลางของภาวะสมองเสื่อม ในระยะนี้ใช้เวลา 3-10 ปี ผู้มีภาวะสมองเสื่อมจะมีอาการสับสนเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บกพร่องเรื่องความจำ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ ซึ่งพบว่า ความจำระยะนี้มีการเสื่อมเพิ่มมากขึ้น จำในสิ่งที่ทำสำเร็จผ่านไปไม่ได้ เช่น การรับประทานอาหาร การวางของ การพูดจาซ้ำ ๆ และสั้น ๆ การพูดเป็นประโยคยาว ๆ จะไม่รู้เรื่องในระยะนี้การดูแลตนเองเริ่มบกพร่อง ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ไม่ค่อยสนใจในเรื่องสุขลักษณะ เช่น การแปรงฟัน การหวีผม หรือการล้างหน้า การชำระการขับถ่าย การใช้อุปกรณ์ในชีวิตประจำวันลำบากขึ้น อยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาต้องการได้รับการดูแล ถ้าปล่อยทิ้งไว้อาจเกิดอันตราย นอกจากนี้ยังพบความผิดปกติทางจิตใจและอาการแสดงทางด้านพฤติกรรม ดังนี้

2.1 อาการตื่นเต้นวุ่นวาย ผู้มีภาวะสมองเสื่อมอาจไม่สามารถทำสิ่งที่ต้องการได้ หรือแปลการกระทำหรือคำพูดผิดเพี้ยนไป แสดงออกมาในรูปของความก้าวร้าว กระสับกระส่าย บ่นจู้จี้ ทำซ้ำซากเดินไปมาตลอด แสดงอาการอึดอัดไม่สบายใจ เช่น การถอนหายใจ ร้องคราง และร้องไห้ เป็นต้นปัญหาพฤติกรรมที่เกิดในช่วงเย็น เนื่องจากเหนื่อยมาทั้งวันและความสามารถในการปรับตัวต่อความเครียดลงในช่วงเย็น อันเนื่องมาจากแสงสว่างลดลง การมองเห็นเริ่มไม่ชัดเจนประกอบกับความบกพร่องในเรื่องของการได้ยิน จะทำให้สับสนมากขึ้น ซึ่งสามารถแก้ไขด้วยการเปิดไฟ และคอยอยู่ใกล้

2.2 เดินออกจากบ้านและหลงทาง อาจเป็นผลจากไม่ทราบว่ายู่ที่ใด ต้องการหาใครบางคน หรือความรู้สึกไม่สบาย เช่น ร้อนหรือหนาวซึ่งถ้าถูกเร้ามากเกินไป จะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้

2.3 อาการหวาดระแวง/ ซ่อนของขโมยของ/ พฤติกรรมก่อความรำคาญ ผู้จะรู้สึกว่าจะไม่มั่นใจในตนเอง จะแสดงพฤติกรรมของความเป็นเจ้าของและการควบคุม เช่น ซ่อนของตนเองหรือหยิบของคนอื่นมาซ่อน บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยลืมที่ซ่อน ทำให้เกิดความคับข้องใจ กลัว วิตกกังวล รู้สึกโกรธ นอกจากนั้นอาจมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ใช้คำพูดลามกทางเพศ

2.4 พฤติกรรมการติดผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลไม่อยู่จะกลัวและวิตกกังวลมาก ถามคำถามซ้ำ ๆ หรือทำกิจกรรม/ การเคลื่อนไหวตลอดเวลา

2.5 อาการจิตประสาทหลอน ทั้งทางการมองเห็นและการได้ยิน เช่น การมองเห็นสิ่งกีดขวางและพยายามก้าวข้าม อาการนี้อาจเป็นผลมาจากยา ไข้ หรือการติดเชื้อได้เช่นกัน

2.6 อาการหลงลืม เป็นอาการหลงบุคคลหรือสถานที่ อาการหลงผิด ไม่เป็นเรื่องราวเหมือนที่พบในโรคจิตเภท

2.7 อาการต่อต้าน ส่วนใหญ่จะต่อต้านกิจกรรมด้านสุขอนามัย เช่น การอาบน้ำ การแปรงฟัน หรือต่อต้านในกิจทั่วไป เช่น ไม่ยอมขึ้นรถ ไม่ยอมออกจากห้องนอน

2.8 อาการการนอนผิดปกติ มีทั้งนอนมากและนอนน้อย สิ่งที่เป็นปัญหาผู้ดูแล คือ การที่ผู้ป่วยจะตื่นในเวลากลางคืนและเดินวุ่นวายหรือทำสิ่งต่าง ๆ ซ้ำ ๆ

2.9 อาการรับประทานผิดปกติ มักพบในลักษณะการรับประทานไม่หยุด ร้องขออาหารบ่อยมาก และสามารถรับประทานอาหารได้มากกว่าปกติ

3. ระยะที่ 3 ภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรง (Severe dementia) เป็นระยะสุดท้ายของภาวะสมองเสื่อม ในระยะนี้ใช้เวลา 3-12 ปี ผู้มีภาวะสมองเสื่อมจะมีอาการสูญเสียความจำจนไม่สามารถจำคนข้างเคียงได้ จนถึงจำชื่อตนเองไม่ได้ บกพร่องในการดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเองเป็นอย่างมาก สับสน ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ สูญเสียความทรงจำอย่างมาก พูดไม่รู้เรื่อง ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ กลืนอาหารโดยไม่เคี้ยว ไม่สามารถพูดได้เป็นคำ ๆ นอนซึม หรืออาจมีความผิดปกติจากความพิการของระบบประสาทส่วนอื่น ๆ จนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย กลายเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลตลอดเวลาจนถูกจัดอยู่ในกลุ่มคนพิการ

จากข้างต้น ในระยะต้นผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจช่วยเหลือตนเองได้แต่น้อยลง แต่ในขณะทีระยะสุดท้ายนั้นต้องพึ่งพามุคคนอื่นตลอดเวลา ซึ่งการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม จะช่วยในหาค้นหาและให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม

การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม

ในปัจจุบันการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเป็นขั้นตอนในการตรวจโรคที่พบเจอสภาวะตั้งแต่ระยะแรก เพื่อลดปัญหาที่แทรกซ้อนจากโรค และอัตราการเสียชีวิตของผู้มีภาวะสมองเสื่อม ส่งผลถึงการเข้าใจการรักษาได้ตรงจุด จากขั้นตอนการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมนั้นมีนักวิชาการศึกษาทั้งในและนอกประเทศได้กล่าวถึงเครื่องมือของการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ดังนี้

1. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination Thai [MMSE-Thai 2002]) ที่พัฒนามาจาก แบบทดสอบ MMSE ที่พัฒนาโดย Folstein, Foslstein, and McHugh (1975) ครอบคลุมการประเมิน 5 ด้าน คือ การรับรู้วัน เวลา และสถานที่ (Orientation) การคำนวณ (Calculation) การใช้ภาษา (Language) การระลึกได้ (Recall) และความตั้งใจ (Attention) ได้แปลและพัฒนาเป็นภาษาไทย แปลโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น และ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (2557) โดยการเจาะลึกถึงแก่นแท้ของแต่ละคำถาม ทั้ง 11 ข้อ ข้อคำถามใหญ่ และข้อคำถามย่อยรวม 30 ข้อคำถาม คะแนนรวม 0-30 คะแนน จัดทำขึ้นเพื่อให้เหมาะสมสำหรับการคัดกรองโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยที่มีการศึกษาและไม่มีการศึกษา (วันดี โภคะกุล, 2542) และสำหรับผู้ที่มีปัญหาในเรื่องการอ่าน และการเขียนหนังสือ จำนวน 8 ข้อ (ตัดข้อ 4, 9 และข้อ 10) นิยมใช้ในสถานบริการระดับปฐมภูมิ เนื่องจากใช้ระยะเวลาในการทดสอบสั้น ไม่ต้องอาศัยเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ยุ่งยากหรือซับซ้อนแต่อย่างใด (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554; กรมการแพทย์, 2557; สุขนธา ศิริ, 2556; อรวรรณ ศิลปะกิจ, 2556)

2. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental Status Examination [TMSE]) สร้างโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2536) ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านประสาทวิทยาจิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ และนักจิตวิทยา ทั้งหมดจำนวน 29 ท่าน จาก 14 สถาบันในประเทศไทย นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในการคัดกรองคนไข้สมองเสื่อม ในการจำแนกความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองครอบคลุมการทดสอบการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ แบ่งเป็น การรับรู้ (Orientation) การจดจำ (Registration) ความใส่ใจ (Attention) การคำนวณ (Calculation) ภาษา (Language) และการระลึกได้ (Recall) คะแนนรวม 0-30 คะแนน การแปลผลสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ระดับ 23/ 30 ถือว่ามีความผิดปกติทางด้านสุขภาพจิต (ศรนรินทร์ กาญจนะ โนนินิจ, สุวิทย์ เจริญศักดิ์ และฐิติวิ แก้วพรสวรรค์, 2557)

3. แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test [CMT]) เป็นแบบทดสอบประเมินสภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทย ที่ได้พัฒนาขึ้น โดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) ประกอบด้วย

ข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 13 ข้อใหญ่ การให้คะแนนคิดคะแนนในแต่ละข้อย่อย 19 ข้อ รวมคะแนนทั้งสิ้น 19 คะแนน เกณฑ์ในการตัดสินว่าผู้สูงอายุมีสมองเสื่อมคือมีจุดตัดที่ค่าคะแนนเท่ากับ 15 คะแนน หากได้คะแนนต่ำกว่านี้ถือว่ามีความผิดปกติ (กนกวรรณ กาญจนนิกร, 2561)

ปัจจุบันสนับสนุนให้มีการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นในชุมชน โดย อสม. ผ่านการใช้แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น (Mini-mental State Examination [MMSE]) เนื่องจากการใช้เวลาในการประเมินน้อยโดยใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที (นันทิกา ทวีชาชาติ, 2555) ซึ่งควรให้ความสำคัญกับการคัดกรอง การส่งต่อเพื่อการวินิจฉัย และการดูแลอย่างเหมาะสม

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

แนวทางการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย การซักประวัติ และการตรวจร่างกาย (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554; กรมการแพทย์, 2557) ดังนี้

1. การซักประวัติ ถือเป็นหลักใหญ่ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมเทียบเท่ากับการตรวจร่างกาย การพูดคุยทั้งกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความสำคัญที่ทำให้ทราบว่า ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่และอยู่ในระยะใด (กรมการแพทย์, 2557)

2. การตรวจร่างกาย มีเป้าหมายที่สำคัญ ได้แก่ การตรวจเกี่ยวกับ 1) การตรวจเพื่อแยกระหว่างภาวะสมองเสื่อมกลุ่ม Primary degenerative และ Secondary dementia ออกจากกัน 2) การตรวจหาโรคร่วมของผู้ป่วยที่อาจส่งผลต่อการเกิดความบกพร่องของการรู้คิดได้ 3) การตรวจสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยเนื่องจากมีผลต่อการพิจารณาการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยต่อไป และ 4) การตรวจการมองเห็นและการได้ยิน เนื่องจากอาจมีผลต่อการทดสอบทางจิตประสาทการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556)

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาได้รับการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ซึ่งภาวะสมองเสื่อมจะส่งผลกระทบต่อ

ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อม

ผลกระทบที่เกิดจากภาวะสมองเสื่อมนั้นมากมาย สามารถสรุปตามผู้รับผลกระทบได้ 3 ส่วน คือ ต่อตัวผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ต่อผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว และต่อสังคม ดังนี้

1. ผลกระทบต่อตัวผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมทำให้สมองสูญเสียการทำงานอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะอื่น ๆ ด้วย ในระยะแรกจะสูญเสียความสามารถในการรู้คิด ตัดสินที่ซับซ้อน แต่ในระยะหลังเมื่อมีอาการมากขึ้นจะทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร และนำไปสู่การช่วยเหลือตนเองไม่ได้ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วย (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน์, 2556; Arango Lasprilla, Moreno, Rogers, & Francis, 2009)

2. ผลกระทบต่อผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว ด้วยภาวะของโรคจะทำให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่สามารถดูแลและช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลจากญาติ ย่อมทำให้เกิดผลกระทบกับญาติ หรือผู้ดูแลได้ไม่มากนักน้อย ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องปรับเปลี่ยนการทำงานของตนเองให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น เปลี่ยนจากการใช้เวลาเป็นทำงาน

บางเวลา หรือบางรายต้องลาออกจากงาน เพื่อมาดูแลเต็มเวลา ทำให้รายได้ลดลง บางรายอาจเป็นหนี้สินเพิ่มขึ้นจากการดูแล จะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลค่อนข้างมาก ซึ่งยังไม่รวมค่าใช้จ่ายอื่น ๆ อีก เช่น ฝักรองซับ การตรวจรักษา อาหารหรือ สารอาหารทางการแพทย์ เป็นต้น (ปิติพร สิริทิพากร, 2558)

3. ผลกระทบต่อชุมชนและสังคม จากภาระในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ทำให้ญาติหรือผู้ดูแลไม่สามารถที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ เช่น ออกไปเลี้ยงสังสรรค์ ไปเที่ยวพักผ่อนกับสมาชิกครอบครัว เป็นต้น ญาติหรือผู้ดูแลจะเสมือนถูกตัดขาดจากสังคมภายนอกเกือบทั้งหมด เพราะไม่มีเวลาในการเข้าสังคม และญาติหรือผู้ดูแลบางรายที่มีบทบาทหน้าที่ในครอบครัวอาจทำให้เกิดความพร่องในบทบาทหน้าที่ เช่น ภรรยาที่ดูแลมารดาที่เจ็บป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์ทำให้ไม่มีเวลาดูแลครอบครัว ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งกับสามีได้ และการที่มีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน ทำให้เกิดความไม่เข้าใจกันระหว่างญาติพี่น้อง และยังสร้างความรำคาญให้แก่เพื่อนบ้านได้ จึงถูกญาติ เพื่อนฝูงลี้มที่ละน้อย แม้แต่ญาติที่จะมาเยี่ยมก็น้อยลง ทำให้ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมขาดความมั่นใจ รู้สึกโดดเดี่ยว และส่งผลกระทบด้านเศรษฐกิจ จากการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ทำให้ญาติหรือผู้ดูแลมีบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้นหลายด้าน มีการเปลี่ยนแปลงชีวิตประจำวันไปจากเดิม ต้องทำหลายบทบาทพร้อมกัน ในเวลาที่จำกัดหรือบางครั้งไม่สามารถทำหน้าที่ได้เหมาะสมตามความคาดหวังของตนเองและผู้อื่นก่อให้เกิดความกดดันสะสมในด้านจิตสังคม สุขภาพกาย เศรษฐกิจ ระบบครอบครัว ทำให้เกิดความเครียด จากสภาวะการแบกรับของผู้ที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นจะต้องมีการจำกัดเวลาในการทำงาน มีการออกมาดูแลเวลาที่เหมาะสม ทำให้ความเป็นอยู่ในการทำงานลดน้อยลง ศักยภาพการทำงานก็ลดลงด้วย (ปิติพร สิริทิพากร, 2558)

ผลกระทบทั้ง 3 ด้านจากภาวะสมองเสื่อม จึงต้องหาทางช่วยป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือมีการสืบค้นโรคได้ตั้งแต่ในระยะแรก ให้การดูแลที่เหมาะสมเพื่อป้องกันปัญหาที่จะตามมาต่อไป

นโยบายและแนวทางการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

นโยบายการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

จากภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ในระยะสุดท้ายของภาวะสมองเสื่อมจะไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าใด ๆ ต้องให้การดูแลแบบพึ่งพิงเป็นผู้ป่วยติดเตียงประสบภาวะยากลำบากอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีความพิการ ทูพพลภาพ ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนหรือไม่สามารถช่วยตนเองได้ในชีวิตประจำวันทำให้มีระบบการดูแลระยะยาว ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้มีผลในเชิงปฏิบัติโดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและผู้พึ่งพิงในชุมชน ที่เป็นพันธกิจสำคัญอย่างหนึ่งในกระบวนการนี้ การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในลำดับต่อไป (National Health Security Office, 2016)

จึงอาจกล่าวได้ว่าความต้องการการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะมีความซับซ้อนมากขึ้น เกินศักยภาพผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน จึงต้องการการบูรณาการความร่วมมือและการช่วยเหลือจากผู้ที่มีความรู้และทักษะที่หลากหลายจากสหสาขาวิชาชีพ ทั้งทางด้านสุขภาพและสังคม ระบบการดูแลระยะยาวจึงได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบโดยมีการกำหนดเป็นนโยบายของรัฐบาลในปี พ.ศ. 2558 (Srithamrongsawat, Suriyawongpaisan, Kaseamsub, Aekpalakorn, & Lerapan, 2018)

การดูแลระยะยาว (Long-term care) เป็นระบบที่บูรณาการการดูแลทั้งทางด้านสุขภาพและสังคมที่ต้องการความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพ และบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งครอบครัว ชุมชน หน่วยงานทั้งภาครัฐ และเอกชน (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ส่วนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หมายถึง การดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อม สำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบากอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีความพิการ ทูพพลภาพ ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนหรือไม่สามารถช่วยตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยผู้ดูแลที่เป็นทางการ (บุคลากรด้านสุขภาพ และสังคม) และไม่เป็นทางการ (ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน) รวมถึงการบริการในครอบครัว ชุมชนหรือสถานบริการ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

ลักษณะการดูแลระยะยาวเป็นระบบที่บูรณาการการดูแลทั้งทางด้านสุขภาพและสังคมที่ต้องการความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพ และบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งครอบครัว ชุมชน หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ดังนี้

1. มีนโยบายส่งเสริมหรือสนับสนุนการดูแลระยะยาวของภาครัฐ และมีงบประมาณสนับสนุนที่เป็นรูปธรรม
2. มีระบบการส่งตัวเพื่อเข้ามาอยู่ในระบบสนับสนุนการดูแลระยะยาว เช่น จากผู้สูงอายุและครอบครัวขอมารับการประเมินเอง หรืออาสาสมัครในชุมชนหรือหน่วยงานในท้องถิ่น ทั้งด้านสุขภาพและสังคมรายงานเข้ามา
3. มีระบบการนำเข้า โดยมีเกณฑ์ประเมินว่าใครควรได้รับการดูแลหรือสมควรเข้ามาอยู่ในระบบสนับสนุน ซึ่งเกณฑ์นี้ควรต้องประเมินทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมเศรษฐกิจ ที่จะต้องมีเครื่องมือประเมินที่เป็นรูปธรรม
4. มีการพัฒนาบุคลากรในการดูแลเพิ่มเติมเพื่อให้สอดคล้องกับรูปแบบการดูแลระยะยาว
 - 4.1 ผู้จัดการการดูแลรายกรณีและผู้ประสานงานหว่างกลุ่ม ซึ่งในปัจจุบันการพัฒนา Care manager เพื่อวางแผน ติดตามการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว
 - 4.2 นักบริบาล เป็นบุคคลที่อยู่ในพื้นที่ ผ่านการฝึกอบรมด้านการดูแลพื้นฐาน ปัจจุบันมีหลักสูตรการฝึกอบรมการดูแลระยะยาว 70 ชั่วโมง ของกรอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
5. มีชุดบริการสิทธิประโยชน์ที่เหมาะสมรายบุคคล สำหรับผู้ที่มีปัญหาและความต้องการแตกต่างกันและตอบสนองความต้องการสำหรับผู้ที่มีและไม่มีผู้ดูแล
6. มีการพัฒนามาตรฐานการดูแล เป็นการยกระดับคุณภาพการดูแลเพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล
7. มีระบบการนำออก โดยมีเกณฑ์ประเมินว่าเมื่อไหร่ที่สมควรยุติการช่วยเหลือหรือออกจากระบบการสนับสนุนการดูแล เช่น ผู้สูงอายุฟื้นฟูสมรรถภาพมีการดีขึ้น ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้นหรือช่วยชีวิต

การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ภาวะพึ่งพิงในระยะยาวนั้นมีความสอดคล้องกับการดูแลข้างต้น ซึ่งผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาวนั้นจะกล่าวต่อไป

แนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะยาว

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีบริบทอาศัยอยู่ภายในบ้านเป็นการดูแลตามอาการของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสามารถแบ่งกิจกรรมการดูแลตามความต้องการของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็น 5 ด้าน (กานดา วรคุณพิเศษ และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2558; กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2557; นันทพร ศรีน้อม, 2560; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554) ดังนี้

1. การดูแลด้านกิจวัตรประจำวันของภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่จะมีปัญหาการหลงลืม โดยผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมยังคงรู้ว่าหลงลืม โดยเฉพาะเรื่องต่าง ๆ ที่เป็น

กิจวัตรประจำวัน ทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างสมบูรณ์ ดังนั้นผู้ดูแลจะต้องช่วยกำหนดกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ร่วมกับผู้มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีองค์ประกอบของกิจกรรมในการดูแล ดังเช่น

1.1 การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมเป็นประจำวันทั่วไป เนื่องจากพบปัญหาอยู่เรื่อย ๆ ซ้ำ ๆ และเป็นปัญหาแตกต่างกันไป จากการดูแลผู้ดูแลจะต้องเข้าใจและปฏิบัติต่อผู้มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างถูกต้อง หรือมีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยอยู่เสมอ เพื่อจะช่วยเหลือภาระในการดูแลลดลงไปได้

1.2 การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้มีภาวะสมองเสื่อม เช่น ติดป้ายเครื่องหมายตำแหน่งประตูห้องน้ำห้องนอนให้ชัดเจน ทำราวให้จับเดิน ใช้นาฬิกา โทรศัพท์ที่แสดงตัวเลขขนาดใหญ่ การเตรียมอาหาร หรือช่วยจัดสิ่งของที่จำเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้มีภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น

1.3 การดูแลด้านการเคลื่อนไหวการควบคุมกล้ามเนื้อของผู้มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมมีผลต่อส่วนต่าง ๆ ของสมองหลายด้าน รวมทั้งส่วนที่ควบคุมการเคลื่อนไหว ปัญหาที่พบบ่อย คือ การไม่สามารถเคลื่อนไหว หรือใช้ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามที่ต้องการ ซึ่งอาจพบควบคู่ไปกับปัญหาของความจำ และความเข้าใจ ความผิดปกตินี้จะเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไปได้

1.4 การดูแลด้านการจับถ่ายของผู้มีภาวะสมองเสื่อม ปัญหาเรื่องการจับถ่ายที่พบ คือ การกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ ทั้งนี้อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ซึ่งควรจะปรึกษาแพทย์เป็นกรณี บางสาเหตุอาจแก้ไขให้สามารถกลับมาเป็นปกติได้ แต่บางรายอาจเกิดจากสาเหตุสิ่งแวดล้อมที่ถูกมองข้าม เช่น ผู้มีภาวะสมองเสื่อมหาทางไปห้องน้ำไม่พบ โดยเฉพาะเวลากลางคืน วิธีการช่วยผ่อนแรงผู้ดูแล ได้แก่ หาสถานที่ที่พักผ่อนแก่การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม เช่น ห้องนอน และห้องน้ำไม่ควรอยู่ไกลกันมากนัก เป็นต้น

1.5 การดูแลการนอนหลับตอนกลางคืนของผู้มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากผู้มีภาวะสมองเสื่อมมักไม่นอนในเวลากลางคืน ซึ่งเป็นปัญหาที่ผู้ดูแลเดือดร้อนมากที่สุด เพราะผู้ดูแลไม่ได้พักผ่อนและรู้สึกเครียดมากขึ้นหลายเท่า ดังนั้นผู้ดูแลควรเข้าใจว่าการเปลี่ยนแปลงในสมองส่งผลให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมหลักเพียงช่วงสั้น ๆ และไม่มี ความแตกต่างระหว่างกลางคืนกลางวัน อาการดังกล่าวจะยิ่งรุนแรงขึ้นเมื่อสมองยิ่งเสื่อมลงการให้ยานอนหลับจะได้ผลเพียงระยะสั้น ๆ และเสี่ยงต่อผลข้างเคียง เช่น สับสน หรือหกล้ม ผู้ดูแลควรจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย ในกรณีที่ผู้ดูแลผลอหลับไปก่อน เช่น ปิดทางเข้าออกจากบ้านปิดเครื่องใช้ไฟฟ้า และเตาไฟฟ้าให้เรียบร้อย ซึ่งผู้ดูแลจะมีการผลัดเปลี่ยนกัน เพื่อให้มีการพักผ่อนเพียงพอ นอกจากนี้ควรให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อม

ได้มีการเดินออกกำลังกายในเวลากลางวัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมสามารถนอนหลับได้ดีขึ้นในตอนกลางคืน

2. การดูแลเพื่อลดความกังวลและความเครียด เนื่องจากการดูแลภาวะสมองเสื่อมในการลดความเครียดของผู้มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการกระทำและฝึกให้รับรู้ถึงผลดีต่อสุขภาพจิตใจ การใช้ชีวิตและการใช้ชีวิตประจำวันให้มีความราบรื่นในการใช้ชีวิต โดยมีกิจกรรมการดูแล ดังเช่น

2.1 การให้ข้อมูลผู้มีภาวะสมองเสื่อมให้รู้จักตนเองและสิ่งแวดล้อมรอบตัวตามความจำเป็นจริงให้มากที่สุด เป็นการฝึกให้รู้ว่าตนเองเป็นใคร อยู่ที่ไหน รู้วัน/เวลา/เดือนปี รู้ว่าตนเองรับประทานอาหารเช้าหรือยัง เป็นต้น

2.2 การจัดกิจกรรมดนตรี เป็นเรื่องที่ควรสนับสนุน หากผู้มีภาวะสมองเสื่อมยังสามารถจำวิธีเล่นดนตรีชิ้นใดได้ ควรให้เล่นเพลงเก่าในอดีต เพื่อความเหมาะสมและช่วยให้ระลึกความหลังได้ การให้มีกิจกรรมทางศาสนา เช่น การสวดมนต์ ไหว้พระ จะช่วยให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมได้ฝึกกระตุ้นความจำได้

2.3 การวางสิ่งของที่ผู้มีภาวะสมองเสื่อมชอบใช้ไว้ประจำที่เดิมที่เคยไว้อยู่เสมอ ไม่ควรเปลี่ยนที่วางใหม่ หรือไปวางในตำแหน่งอื่น หรือจัดไว้ในจุดที่มองเห็นหาได้ง่าย

2.4 การชักชวนทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจของผู้มีภาวะสมองเสื่อม เช่น เตรียมอาหารทำความสะอาดของใช้ในบ้านตกแต่งต้นไม้ การพาผู้มีภาวะสมองเสื่อมออกไปเดินมาก ๆ จะทำให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมได้เปลี่ยนบรรยากาศ

2.5 การชักชวนครอบครัวสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนใกล้ชิดพร้อมกับกระตุ้นให้นึกชื่อบุคคลจากรูป

2.6 การปิดปฏิทินใบใหญ่ ๆ และทำเครื่องหมายกากบาทเหมือนผ่านไปในแต่ละวัน ทำป้ายเตือนความจำรายชื่อกิจกรรมที่ต้องทำ เช่น นัดเพื่อนเก่าไปรับประทานอาหารนอกบ้าน และชวนให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมทำเครื่องหมายไว้เมื่อทำกิจกรรมนั้น ๆ เสร็จเรียบร้อยแล้ว

2.7 การพาผู้มีภาวะสมองเสื่อมออกไปทำธุระที่ข้างนอกบ้านหรือไม่ได้อยู่ในบ้าน ในบางช่วงเวลาคณะเขียนบันทึกทิ้งไว้ผู้ดูแลต้องไปที่ไหนและจะกลับเมื่อไหร่หรือสร้างตารางเวลาไว้ว่าผู้ดูแลจะออกไปข้างนอกเป็นประจำในช่วงเวลาใด

2.8 การพาผู้มีภาวะสมองเสื่อมออกนอกสถานที่ การละเล่น การออกกำลังกาย จะช่วยให้สภาพร่างกายและจิตใจผู้มีภาวะสมองเสื่อมสดชื่น

3. การดูแลช่วยเหลือในการสื่อสารและการใช้ภาษา เนื่องจาก ผู้มีภาวะสมองเสื่อมเริ่มมีความลำบากในการใช้ภาษาพูดผู้ดูแลอาจใช้วิธีเพื่อช่วยในการสื่อสารง่ายขึ้น ประกอบด้วย

3.1 การสนทนาเริ่มพูดคุยกับผู้มีภาวะสมองเสื่อม เมื่อจะเริ่มสนทนาควรลดเสียง และแสงรบกวนอื่น ๆ เช่น การปิดโทรทัศน์เรียกความสนใจโดยสัมผัสมือ หรือดันแขน เป็นต้น

3.2 การสนทนาในระหว่างพูดคุยกับผู้มีภาวะสมองเสื่อม ในระหว่างการสนทนา พยายามรักษาสมาธิของผู้มีภาวะสมองเสื่อม โดยสบสายตาหรือกุ่มมือที่ปล่อยไว้ตลอดเวลา ควรพูดช้า ๆ ด้วยท่าทางสงบใช้ข้อความสั้น ๆ มีเพียงใจความเดียวในแต่ละประโยค และตลอด การสนทนาไม่ควรเปลี่ยนหัวข้อ หรือนำหลายเรื่องมาปะปนกัน

3.3 การสนทนาหลังพูดคุยกับผู้มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งหากจำเป็นต้องถามคำถาม ให้ใช้คำถามตรง ๆ ขึ้นเดียว ไม่ควรใช้คำถามที่ต้องแปลความ หรือตัดสินใจเลือก เช่น เมื่อถึงเวลา รับประทานอาหาร การตั้งคำถามว่าหิวหรือยัง ทำให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมตอบยาก เพราะตั้งแต่ระดับ ความรู้สึกหิวให้เป็นคำพูด ดังนั้นอาจใช้คำถามตรงไปตรงมาได้เลย

4. การดูแลจัดการกับการติดตามและการรบกวนเวลาส่วนตัวผู้มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากการดูแลมักจะชอบติดตามผู้ดูแลไปทุก ๆ ที่โดยไม่ยอมห่าง สิ่งนี้อาจจะเป็นการรบกวน ผู้ดูแล โดยผู้ดูแลคิดว่าตนเองไม่มีเวลาเลย สถานที่ส่วนตัวการที่ผู้มีภาวะสมองเสื่อมเป็นเช่นนี้ อาจเนื่องมาจากความรู้สึกไม่ปลอดภัย การแก้ไขปัญหานี้ อาจทำได้โดยหาคนที่ผู้มีภาวะสมองเสื่อม ไว้วางใจ เช่น เพื่อนหรือลูกหลานให้มาคอยผลัดเวรกันดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมบ้าง เพื่อผู้ดูแลหลัก จะได้พักผ่อน และมีเวลาเป็นของตนเอง หากป่วยยังมีทำที่วันวายอยู่ไม่สุขแล้ว การได้ทำกิจกรรม อื่น ๆ ด้วยกัน เช่น การนับเหรียญ การนับลูกประคำจะช่วยให้ความคุมพฤติกรรมให้สงบลงได้

5. การดูแลเมื่อมีอาการแทรกซ้อนทางจิตเวชอาการแทรกซ้อนทางจิตเวชที่พบเป็นปัญหา คือ อาการหวาดระแวง อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน อาการซึมเศร้า และอาการก้าวร้าว ซึ่งแต่ละอาการที่เกิดขึ้น ควรมีความเข้าใจผู้มีภาวะสมองเสื่อมเป็นสำคัญ และมีหลักในการดูแล ผู้มีภาวะสมองเสื่อม เช่น

5.1 การจัดการกับอาการหวาดระแวง เป็นอาการที่พบในผู้มีภาวะสมองเสื่อมภาวะ สมองเสื่อม เนื่องจากจะหวาดระแวงแบบไม่สมเหตุสมผล ให้ความผิดปกติของความจำอาการ หลงผิด หรือประสาทหลอน หรือความสับสน

5.2 การจัดการกับอาการซึมเศร้า พบว่า อาการซึมเศร้าพบได้ในภาวะสมองเสื่อม ทุกระยะ แต่กลับพบว่า อาการซึมเศร้าในผู้มีภาวะสมองเสื่อมมักไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมไม่สนใจตนเองผู้มีภาวะสมองเสื่อม จึงไม่สนใจ ที่จะขอรับการรักษา ดังนั้นผู้ดูแลควรให้ข้อมูลรับฟังอย่างใส่ใจและมีอารมณ์คล้อยตามกับผู้มีภาวะ สมองเสื่อมบ้างบางครั้ง เพื่อให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมรับรู้ว่ายังมีคนที่ยังรักและห่วงใย

5.3 การจัดการกับอาการก้าวร้าว เนื่องจากผู้มีภาวะสมองเสื่อมจะแสดงอาการก้าวร้าว เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลได้บ่อย ๆ ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเสียใจกลายเป็นเรื่องที่สร้าง ปัญหาให้กับครอบครัวได้พฤติกรรมบางอย่างของผู้มีภาวะสมองเสื่อมอาจจะทำให้สมาชิกของ ครอบครัวที่เป็นวัยรุ่นยอมรับได้ยาก การแสดงความโกรธของผู้มีภาวะสมองเสื่อมที่เป็นภาวะสมอง เสื่อมมักจะเป็นปฏิกิริยาที่รุนแรงและเปลี่ยนแปลงได้ง่าย

จากข้างต้นสะท้อนว่า การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ภาวะพึ่งพิงในระยะยาวนั้น มีความยาก ซับซ้อนแตกต่างกับการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั่วไป ยิ่งเมื่อผู้รับการดูแล สามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงเท่าไร ก็จะต้องการในการดูแลมากขึ้นเท่านั้น (นันทพร ศรีนิยม, 2560; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554) ทำให้การดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมต้องมีความพร้อมอย่างมาก เกินศักยภาพของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน โดยสมาชิก ในครอบครัวเพียงฝ่ายเดียวนั้นอาจไม่เพียงพอ หรือเป็นไปได้ด้วยความยาก ตลอดจนเสี่ยงต่อการเกิด ปัญหาดังที่กล่าวมาข้างต้น จึงต้องการการบูรณาการความร่วมมือและการช่วยเหลือดูแลจากผู้ที่มีความรู้และทักษะที่หลากหลายจากสหสาขาวิชาชีพ ทั้งทางด้านสุขภาพและสังคม กล่าวคือ การมีเครือข่ายอื่นในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาว

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ มีการเตรียมการ เกี่ยวกับเรื่องนี้ในหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจสังคม สิ่งแวดล้อม และด้านสุขภาพ โดยหนึ่งในนั้น คือ การพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวในชุมชน (Community based long-term care) ที่มีเป้าหมาย มุ่งเน้นให้บ้านหรือชุมชนเป็นฐานในการให้บริการ โดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว หรือคนในชุมชนในการจัดการบริการดูแลระยะยาว

กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมในระยะยาว

การศึกษานี้ประยุกต์กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (The Innovation Care for Chronic Condition (ICCC) Framework) ในการอธิบายบริบทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ระยะยาว ซึ่งกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังเป็นกรอบแนวคิดสำหรับระบบดูแล สุขภาพที่องค์การอนามัยโลกพัฒนาขึ้น (WHO, 2002) เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้มีภาวะเรื้อรัง โดยระบุว่า การดูแลภาวะเรื้อรังเป็นการเชื่อมโยง และการมีปฏิสัมพันธ์กันภายใน โครงสร้าง ซึ่งมี จุดศูนย์กลางของการดูแลร่วมกัน คือ ผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง ครอบครัว ชุมชน และองค์กรดูแลสุขภาพ เป็นการยกระดับบทบาทของผู้มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว และให้ตระหนักว่าเราสามารถ ทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ในการจัดการภาวะเรื้อรังด้วยการสนับสนุนของทีมผู้ดูแลสุขภาพ และหุ้นส่วนในชุมชนซึ่งระบบการเชื่อมโยง และการปฏิสัมพันธ์สามารถพิจารณาได้ 3 ระบบ ได้แก่ ระบบเล็ก (Micro system) ระบบกลาง (Meso system) และระบบใหญ่ (Macro system)

ซึ่งแต่ละระบบจะมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันไป (ดังภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (WHO, 2002)

แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังมีองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ ระดับเล็ก ระดับกลาง และระดับใหญ่ ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้มีความหลากหลาย จากที่ องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ได้ศึกษา ทบทวนผลการใช้โปรแกรมจากนวัตกรรมนี้มีหลักฐานที่แสดงให้เห็นผลลัพธ์ด้านต่าง ๆ คือ การเพิ่มขึ้นของตัวบ่งชี้โรค ลดอัตราการตาย ประหยัดทรัพยากรทางการเงินและการดูแลสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตผู้ป่วยและความสามารถในการดูแลตนเอง การเพิ่มขึ้นของความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิต มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น โดยรายละเอียดระดับ ต่าง ๆ ของนวัตกรรมดูแลภาวะเรื้อรังมีรายละเอียดดังนี้ (WHO, 2002)

1. ระดับเล็ก องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ที่ระบุว่า การดูแลผู้มีภาวะเรื้อรังระยะ ยาวที่ประสบความสำเร็จต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทางสังคม 3 ส่วนสำคัญ ดังนี้

1.1 ผู้มีภาวะเรื้อรังและครอบครัว (Family)

1.2 ทีมดูแลสุขภาพ (Health care team) ได้แก่ พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

1.3 หุ่นส่วนชุมชน (Community partner) ได้แก่ ผู้นำ และอาสาสมัครในชุมชน

นั่นคือ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรัง ญาติ/ ผู้ดูแล หุ่นส่วนในชุมชน รวมถึงทีมดูแลสุขภาพ โดยการปฏิบัติในระดับนี้จะมีความสำเร็จเมื่อเครือข่ายได้รับข้อมูลและ

ความรู้ที่เพียงพอ (Informed) การเตรียมความพร้อม (Prepared) และการสร้างแรงจูงใจ (Motivated) ดังนี้

1. การได้รับข้อมูลและความรู้ที่เพียงพอ และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้มีภาวะสมองเสื่อม อาทิ ต้องได้รับการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น การรักษา รวมทั้งกลวิธีในการป้องกัน และการจัดการกับภาวะแทรกซ้อนเหล่านั้น

2. การเตรียมความพร้อมเพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแล อาทิ การเตรียมตามบทบาทต่าง ๆ การเตรียมทักษะ การเตรียมทรัพยากร เป็นต้น

3. การได้รับแรงจูงใจ ประกอบด้วย แรงจูงใจภายใน ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของ อสม. ที่มีต่อการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม โดยแสดงออกมาในลักษณะ เห็นด้วย/ ไม่เห็นด้วย พอใจ/ ไม่พอใจ หาก อสม. มีทัศนคติเชิงบวก อสม. ก็จะมีแรงจูงใจ ยอมรับและยินดีแสวงหา การปฏิบัติที่ดี จนนำไปสู่ความพร้อมในการดูแล และเช่นเดียวกับแรงจูงใจภายนอก อาทิ การแข่งขัน การร่วมมือ การให้รางวัล การลงโทษ เป็นต้น ล้วนเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการสร้างแรงจูงใจได้

2. ระดับกลาง ระดับนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ หน่วยงานบริการสุขภาพ และชุมชน ดังนี้

2.1 องค์กรดูแลสุขภาพ (Health care organization) เป็นส่วนที่สนับสนุนให้ทีมดูแลสุขภาพสามารถทำหน้าที่ได้ดีที่สุด เมื่อเชื่อมโยงกับ หุ่นส่วนชุมชน ผู้มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีสำหรับผู้มีภาวะสมองเสื่อม

2.2 ชุมชน (Community) เป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการดูแลสุขภาพซึ่งมี

2.2.1 การสร้างความตระหนักและลดความรู้สึกเป็นปมด้อยหรือตราบาปของ ผู้มีภาวะสมองเสื่อมเรื้อรัง (Raise awareness and reduced stigma) ผู้นำชุมชนต้องมีการเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับภาวะเรื้อรังและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเรื้อรัง รวมถึงการดำเนินการทางด้านการมีที่มีการสนับสนุนในการดูแลภาวะเรื้อรัง

2.2.2 การกระตุ้นให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีผ่านผู้นำและการสนับสนุน (Encourage better outcomes through leadership and support) ผู้นำระดับท้องถิ่นและหน่วยงานนานาชาติ เช่น NGOs และการสนับสนุนจากกลุ่มสตรีเป็นจุดที่จะเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับภาวะเรื้อรัง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง ให้มีการดูแลภาวะเรื้อรังให้ดีขึ้น โดยมีนโยบายที่ชัดเจนในการดูแลภาวะเรื้อรัง

2.2.3 การขับเคลื่อนละพสานทรัพยากร (Mobilize and coordinate resources) ผู้นำชุมชนระดับท้องถิ่นและหน่วยงานนานาชาติ คือ NGOs กลุ่มสนับสนุนชุมชนและกลุ่มสตรี เป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการระดมเงินทุน เพื่อสนับสนุนการส่งเสริมการคัดกรอง การป้องกัน และการฝึกฝนผู้ที่ทำงานดูแลสุขภาพในชุมชนเพื่อจัดการภาวะเรื้อรัง

2.2.4 การสนับสนุนให้บริการร่วมที่จำเป็น สนับสนุนการดูแล (Provide complementary services) ผู้นำชุมชนระดับท้องถิ่นและหน่วยงาน NGOs นานาชาติ มีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมในการป้องกันและการบริหารจัดการดูแลภาวะเรื้อรังในชุมชน โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการฝึกฝนทักษะการให้การบริการพื้นฐานสำหรับภาวะเรื้อรังหน่วยงานบริการสุขภาพและชุมชนต้องมีการทำงานเชื่อมโยงกัน เพื่อลดความต้องการการติดตามรักษาและการดูแลที่ไม่จำเป็นในระดับตติยภูมิ

3. ระดับใหญ่ เป็นระดับนโยบาย นโยบายด้านบวกเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากสำหรับหน่วยงาน โดยเฉพาะการดูแลภาวะเรื้อรังให้ได้ดีที่สุด เป็นการกำหนดนโยบายที่เน้นการชี้แนะ กระตุ้นให้ตระหนักในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ควรมีนโยบายแบบบูรณาการทั้งการป้องกัน ส่งเสริม และควบคุมภาวะเรื้อรัง ที่เชื่อมโยงกับโครงการอื่น ๆ และหน่วยงานในระดับท้องถิ่น ควรสนับสนุนนโยบายและงบประมาณอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนาและจัดสรรบุคลากรที่เหมาะสม ปรับปรุงกฎหมาย กฎระเบียบต่าง ๆ รวมทั้งหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องที่จะเพิ่มความลึก และเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยเรื้อรัง ตลอดจนสร้างพันธมิตรเครือข่ายแบบ เป็นหุ้นส่วนให้เข้มแข็งเพื่อช่วยกันพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 การส่งเสริมสร้างผู้นำและผู้พิทักษ์สิทธิ (Provide leadership and advocacy)

ผู้ที่มีอำนาจสามารถชักจูงผู้เชี่ยวชาญในด้านการดูแลภาวะเรื้อรัง ผู้นำต้องกำหนดนโยบายที่ส่งเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมที่ดีต่อผู้ป่วย ชุมชน และองค์กรสุขภาพ ในการจัดการปัญหาเรื้อรัง โดยผู้ที่มีอำนาจสามารถเพิ่มความตระหนักในกลุ่มผู้ที่กำหนดนโยบาย ผู้นำในการดูแลสุขภาพ ชุมชน ผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งกลุ่มเหล่านี้สามารถใช้เป็นกลยุทธ์ในการเพิ่มการสนับสนุน เช่น ผู้ที่เป็น โฆษกหรือประชาสัมพันธ์ที่น่าเชื่อถือสามารถบอกข้อมูลเกี่ยวกับโรคเรื้อรังได้

3.2 การผสมผสานบูรณาการนโยบาย (Integrate policies) นโยบายเกี่ยวกับโรคเรื้อรังค่อนข้างมีน้อยและกระจัดกระจายในระบบสุขภาพ ซึ่งนโยบายมีประสิทธิภาพมากที่สุดเมื่อตัดการแยกเป็นรายโรคออกไปและให้ความสำคัญกับการจัดการเป็นกลุ่มแทนการจัดการผู้ป่วยแบบเฉพาะราย และจะมีประสิทธิภาพมากที่สุดเมื่อครอบคลุมถึงการส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมกลยุทธ์ และสร้างการเชื่อมโยงที่ชัดเจนไปสู่องค์กรอื่น ๆ ในภาครัฐ และในชุมชน

3.3 การสนับสนุนการเงินอย่างสม่ำเสมอ (Promote consistent financing) การจัดหาเงินทุนในระบบสุขภาพเป็นกลไกสำคัญจากนโยบายและแผนไปสู่การใช้จ่ายจริง การตัดสินใจทางการเงินต้องอยู่บนพื้นฐานของความเสมอภาคและมีประสิทธิภาพที่ช่วยให้เพียงพอต่อการเข้าถึงการดูแลสุขภาพและครอบคลุมทุกภาคส่วนของประชากร และต้องมีโครงสร้างในการใช้จ่ายเพื่อให้ทรัพยากรนี้สามารถคงอยู่ได้เป็นเวลานาน

3.4 การพัฒนาและจัดสรรทรัพยากรบุคคล (Develop and allocate human resources) สถาบันการศึกษาควรจัดให้มีการอบรมผู้ที่ทำงานในการดูแลสุขภาพเพื่อสามารถดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้ เช่น หลักสูตรของโรงเรียนแพทย์ โรงเรียนพยาบาล สามารถปรับปรุงเพื่อให้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรัง

3.5 การสนับสนุน โครงสร้างทางกฎหมาย (Support legislative framework) กฎหมาย กฎระเบียบหรือข้อบังคับสามารถช่วยลดภาวะโรคเรื้อรังได้

3.6 การเพิ่มความเข้มแข็งของหุ้นส่วนต่าง ๆ (Strengthen partnerships) ภายใต้กรอบกฎหมายความร่วมมือจากภาครัฐมีส่วนต่อภาวะสุขภาพและโรคเรื้อรัง การเกษตร แรงงาน การศึกษา ขนส่งเป็นส่วนสำคัญที่จะต้องพิจารณาเพราะมีผลต่อภาวะสุขภาพและการป้องกันโรคเรื้อรัง ซึ่งควรมีการทำงานร่วมกันจากหลายภาคส่วนในการกำหนดนโยบายเพื่อให้ประชากรมีสุขภาพที่ดี

การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาวตามกรอบนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (WHO, 2002) เป็นการผสมผสานระบบการดูแลสุขภาพทุกภาคส่วนในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยมีการดำเนินงาน 3 ระดับ คือ ระดับใหญ่ (Macro level) คือ นโยบายและการจัดสรรทรัพยากร ที่สนับสนุนการดำเนินงานการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ระดับกลาง (Meso level) คือ ระบบบริการจัดการในสถานบริการสุขภาพและในชุมชนที่มีการทำงานเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และระดับเล็ก (Micro level) เป็นระดับที่มีความสำคัญที่สุด ซึ่งการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาวจะประสบความสำเร็จได้ก็ต่อเมื่อระบบเล็กทำงานมีประสิทธิภาพ และเชื่อมโยงกับระบบกลางได้ดี

การศึกษานี้เน้นอธิบายบริบทการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในระบบเล็ก ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ 1) ผู้มีภาวะสมองเสื่อมและสมาชิกในครอบครัว 2) ทีมดูแลสุขภาพ (พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง) และ 3) ส่วนชุมชน (อสม.) ซึ่งการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมผู้ทำหน้าที่ดูแลต้องผ่านการเตรียมความพร้อมในการดูแล (นันทพร ศรีนัม, 2560) แต่สถานการณ์ปัจจุบันเครือข่ายต่าง ๆ กลับมีข้อจำกัดในการดูแล อาทิ สมาชิกในครอบครัวมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ เวลา และการเงิน ทำให้ดูแลได้ไม่เต็มที่หรือละเลยการดูแล (Prince et al., 2015) หรือทีมสุขภาพเชิงรุกที่มีจำนวนจำกัดและมีภาระงานด้านต่าง ๆ จำนวนมาก (กามัน เจ๊ะอารง และชญาณิกา ศรีวิชัย, 2560) การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีผลกระทบต่อสุขภาพผู้ดูแลมากกว่าการดูแลผู้ป่วยสูงอายุทั่วไป ต้องการระบบการดูแลที่ครบถ้วนเพราะนอกจากต้องดูแลปัญหาด้านร่างกายและทพพลภาพแล้ว ยังต้องเผชิญกับปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยอีกด้วย จึงต้องการระบบการดูแลที่อาศัยการเชื่อมประสานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ (วิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล, 2560) มากขึ้น

ดังนั้น เพื่อเป็นการลดภาระของสมาชิกในครอบครัวและเอื้อต่อการทำงานของพยาบาล และเจ้าหน้าที่สุขภาพ จึงจำเป็นต้องสนับสนุนให้หุ้นส่วนชุมชนเข้ามาทำหน้าที่ดูแลเพิ่มมากขึ้น โดยประเทศไทยได้มีมาตรการส่งเสริมให้ทีมหุ้นส่วนอย่าง อสม. เข้ามามีส่วนร่วมทำกิจกรรม การดูแลมากขึ้น (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

อสม. กับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาว

คำจำกัดความของ อสม.

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้าน ในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำ การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำ เผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) จึงถือเป็นหุ้นส่วนชุมชนที่เป็นทรัพยากรทางสาธารณสุขที่สำคัญในระบบการดูแลระยะยาว

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน (2559) ได้กำหนดความหมายของอาสาสมัครสาธารณสุข คือ บุคคลที่ได้รับ การคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสาน กิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขตลอดจนให้การบริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยชี้ยาและเวชภัณฑ์ตาม ขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ ฟันฟูสุขภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน/ชุมชน

การศึกษานี้ให้คำจำกัดความของ อสม. ว่า หมายถึง บุคคลที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2550 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชุมชน ขณะเดียวกันยังทำให้เกิดการประสานความร่วมมือในชุมชนเพื่อการพัฒนาสุขภาพ และนำมาสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชุมชน ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุข จึงเปรียบเสมือน ผู้แทนของชุมชนที่ทำหน้าที่ในบทบาทอาสาสมัครอย่างต่อเนื่องไปด้วย

บทบาท อสม. กับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาว

สำหรับบทบาทของ อสม. ในกิจกรรมงานการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมยังไม่มีบทบาท โดยเฉพาะ แต่จากความรุนแรงและสภาวะของผู้มีภาวะสมองเสื่อมที่เป็นสาเหตุของการเกิดความพิการ ผู้วิจัยจึงเทียบเคียงบทบาทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมเช่นเดียวกับการดูแลคนพิการ ชุมชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดบทบาทการดูแลและฟื้นฟูคนพิการ 6 ด้าน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2557) ดังนี้

1. บทบาทด้านการสำรวจ ค้นหา และประเมินปัญหาความต้องการด้านสุขภาพเป็นบทบาทแรกของการปฏิบัติงานของ อสม. เพื่อที่จะหาข้อมูลข้อเท็จจริงของสภาพปัญหา โดยใช้องค์ความรู้มาวิเคราะห์ปัญหาของแบบองค์รวม ทางด้านระบบนิเวศน์ หรือสภาวะแวดล้อม รวมทั้งเศรษฐกิจ สังคม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี การได้รับการเลี้ยงดูจากครอบครัว เป็นต้น

2. บทบาทด้านการจัดทำฐานข้อมูลและทะเบียน พร้อมทั้งบ่งระดับความรุนแรงและความสามารถในการดูแลตนเองของคนพิการ เพื่อนำไปวางแผนการฟื้นฟู สมรรถภาพได้อย่างครบถ้วน ตามความจำเป็นทางร่างกายของแต่ละคนในชุมชน

3. บทบาทด้านการจัดทำแผนฟื้นฟูสมรรถภาพและประสานงานในการส่งต่อเป็นกระบวนการในการวางแผนการดำเนินงานร่วมกันในการดำเนินการดูแล และฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน รวมทั้งประสานหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินการช่วยเหลือ ด้านอื่น ๆ ที่พึงได้รับ เช่น มีการประสานงานกับหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หน่วยงานส่วนท้องถิ่น ในการดำเนินการขึ้นทะเบียน การได้รับคำครองชีพการดำเนินการซ่อมแซมบ้าน การประกอบอาชีพและการศึกษาเล่าเรียน เป็นต้น

4. บทบาทด้านการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุก โดยการเยี่ยมบ้านลงไปทำหน้าที่ฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีภารกิจ 4 ด้าน ดังนี้

4.1 การฟื้นฟูทางด้านร่างกาย โดยการใช้กิจกรรมสุขภาพ 8 อ. คือ 1) อิริยาบถ คือ การออกกำลังกายเคลื่อนไหวตนเอง 2) อาหาร คือ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ 3) อากาศ คือ การได้รับอากาศที่บริสุทธิ์ 4) อโรคยา คือ การไร้โรค การรักษาด้วยสมุนไพร 5) อาจณ คือ การขับถ่าย 6) อุเบกขา คือ การวางเฉยด้วยการฝึกสมาธิ 7) อุดมปัญญา คือ การฝึกคิด วางแผน 8) อาชีพ คือ การประกอบอาชีพ

4.2 การฟื้นฟูทางจิตใจ ด้วยการให้กำลังใจ เพิ่มศักยภาพในการจัดการความเครียดให้แก่คนพิการ เป็นเพื่อน ไม่ให้รู้สึกโดดเดี่ยว และเกิดภาวะซึมเศร้า

4.3 การฟื้นฟูทางด้านสังคม โดย อสม. จะให้คนพิการเข้ามามีส่วนร่วมในชุมชน ตามงานประเพณีต่าง ๆ ในชุมชน เช่น งานบุญในชุมชน งานโรงเรียน ให้ร่วมสันตนาการ

ตามความเหมาะสม และความสามารถของตนเอง

5. บทบาทด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน โดยการติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งการเยี่ยมบ้านสำหรับคนพิการนั้นจะปัญหายุ่งยาก ซับซ้อน รวมทั้งการสร้างควมมีส่วนร่วมของคนพิการ และครอบครัวให้สามารถดูแลได้ เช่น การส่งเสริมให้มีการสร้างและการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยอย่างง่าย เป็นการประยุกต์อุปกรณ์เครื่องช่วยในกิจวัตรประจำวันของคนพิการ หรืออุปกรณ์ที่ใช้ในบ้าน เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และการใช้อุปกรณ์เสริม หรืออุปกรณ์ช่วยฝึกขึ้น โดยดัดแปลงวัสดุภายในบ้านที่สามารถทำขึ้นเองได้

6. บทบาทด้านการประเมินผลการดำเนินงานเป็นการติดตามการดำเนินงานและการนำผลการดำเนินงานมาวิเคราะห์ถึง ผลดีผลเสียของการดำเนินงานที่ผ่านมาเพื่อนำมาปรับปรุงในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดีขึ้นต่อไป

เมื่อพิจารณาบทบาทของ อสม. ข้างต้นสามารถสรุปเป็นบทบาทของ อสม. ในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาว มีองค์ประกอบสำคัญ 6 ด้าน ดังนี้

1. บทบาทด้านการสำรวจ ค้นหา และประเมินปัญหาความต้องการด้านสุขภาพ หมายถึง การค้นหาและประเมินปัญหาสุขภาพผู้มีภาวะสมองเสื่อมแบบองค์รวมของ อสม. ในการให้ข้อมูลแก่ผู้มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว เพื่อให้รู้จักตนเองและสิ่งแวดล้อมตัวตามความเป็นจริงให้มากที่สุด และฝึกให้รับรู้ว่าเป็นใครอยู่ที่ไหนรู้วัน เวลา สถานที่ของผู้มีภาวะสมองเสื่อม

2. บทบาทด้านการจัดทำฐานข้อมูล หมายถึง การจัดทำฐานข้อมูลและทะเบียนของ อสม. ในการตรวจวัดหาระดับความรุนแรง ของผู้มีภาวะสมองเสื่อม คือ ระยะที่ 1 ภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย ระยะที่ 2 ภาวะสมองเสื่อมระดับระดับปานกลาง และระยะที่ 3 ภาวะสมองเสื่อมขั้นรุนแรง เป็นต้น และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อนำไปวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างครบถ้วนตามความจำเป็นทางร่างกายในแต่ละคน

3. บทบาทด้านการจัดทำแผนการดูแล ประสานงาน และส่งต่อการดูแลรายบุคคล หมายถึง การทำแผนการช่วยของ อสม. ในการกำหนดกิจวัตรประจำวันร่วมกันกับผู้มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลหลักที่บ้าน เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือในการสื่อสารและการใช้ภาษา เนื่องจากผู้มีภาวะสมองเสื่อมเริ่มมีความลำบากในการใช้ภาษาพูด ผู้ดูแลอาจมีการทำแผนการดูแล เพื่อช่วยในการสื่อสารง่ายขึ้น

4. บทบาทด้านการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุก หมายถึง การดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุกของ อสม. โดยการเยี่ยมบ้านผู้มีภาวะสมองเสื่อม และช่วยเหลือในเรื่องสุศึกษาแก่ผู้ดูแลหลักที่บ้านเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้มีภาวะสมองเสื่อม โดยครอบคลุมด้านป้องกันส่งเสริม และฟื้นฟูสภาพของผู้มีภาวะสมองเสื่อม

5. บทบาทด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง การส่งเสริมการดูแลของ อสม. ในเรื่องของความไว้วางใจในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งการที่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นเช่นนี้อาจ เนื่องจากความรู้สึกไม่ปลอดภัย ดังนั้น บทบาทอย่างหนึ่งของ อสม. คือ การแก้ไขปัญหาโดยการหาคนที่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมไว้วางใจ เช่น เพื่อนหรือลูกหลานให้มาคอยปลัดเวรกันดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้ผู้ดูแลหลักจะได้พักผ่อนและมีเวลาเป็นของตนเอง

6. บทบาทด้านการประเมินผลการดูแล หมายถึง การประเมินผลความก้าวหน้าในการปฏิบัติบทบาทของ อสม. ในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น ผู้ดูแลหลักที่บ้านสามารถดูแลสุขภาพจิตของผู้น่าสงสารของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยครอบคลุมด้านป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือไม่ อย่างไร เพื่อให้การช่วยเหลือเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ดูแลหลักที่บ้านไม่สามารถปฏิบัติได้

การศึกษาชี้ สรุปได้ว่า อสม. จึงเป็นกลุ่มคนที่สำคัญอย่างมากต่อการดูแลไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย การทำให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตและได้รับสิทธิเข้าถึงบริการและ อสม. ยังเป็นภาคประชาชนเพียงกลุ่มเดียวที่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติหน้าที่เป็นตัวแทนของหน่วยงานบริการ ในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนที่มีความเข้มแข็ง และมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนค่อนข้างสูง (พิมพ์พรรณ เรืองพุช และวรัญญา จิตบรรทัด, 2556) ซึ่งผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มบุคคลที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เต็มที่ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกาย และจิตใจ จึงต้องมีการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเหมือนกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่มีภาวะช่วยเหลือตนเองได้บ้างหรือไม่ได้เลย รวมทั้งมีภาวะทางอารมณ์ที่แปรปรวนง่าย ดังนั้น ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงมีความจำเป็นที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นเพื่อช่วยตอบสนองความต้องการด้านต่าง ๆ ทั้งให้การช่วยเหลือครอบครัวดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาว โดยการให้บริการที่คำนึงถึงมิติความเป็นมนุษย์ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจสังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งจะคำนึงถึงปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา วิถีชีวิตแบบผสมผสาน ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก และมีระบบการให้คำปรึกษา พร้อมทั้งส่งต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง จิตอาสา พลังใจเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ประชาชน ในการป้องกันหรือลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้โดยสมาชิกในครอบครัวจะต้องมีส่วนร่วมในการดูแลร่วมด้วย จากการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นจึงมีบทบาทที่สำคัญต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นอย่างมาก เพราะเป็นทั้งผู้ดูแลแทนผู้ดูแลหลัก และเป็นผู้ฟื้นฟูสุขภาพผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพในสังคมหรือตามบริบทที่เกิดขึ้น หรือบทบาทความเป็นผู้นำชุมชน สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดบทบาท ที่หลากหลายจนกลายเป็นความผูกพันที่สำคัญในสิ่งที่เกิดขึ้น อีกทั้ง อสม. เปรียบเหมือนบุคคลในชุมชนที่จะเข้ามามีบทบาทการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย ซึ่งการดูแลนั้นมีหลายรูปแบบ เช่น การดูแล

แบบส่งเสริม สนับสนุน การดูแลบางส่วน หรือบางครั้งจำเป็นต้องดูแลแทนทั้งหมดในกรณีที่จำเป็น แนวความคิดกับความพร้อมของบุคคล ซึ่งจะเป็ปัจจัยที่นำไปสู่ความสามารถในการดูแลบุคคลอื่น ตามทฤษฎี เมื่อบุคคลมีความพร้อมจะสามารถปฏิบัติบทบาทตนเองนำไปสู่การตอบสนองการดูแล ผู้อื่น ได้ ความพร้อมจึงถือเป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคล ซึ่งการที่ อสม.จะสามารถให้การดูแลผู้มี ภาวะสมองเสื่อม ได้ดีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความพร้อมของอสม.ที่จะทำหน้าที่ปฏิบัติบทบาท ในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.

คำจำกัดของความพร้อมในการดูแล

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับแนวคิดและความสำคัญของความพร้อม ในการดูแล ผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. มีนักวิชาการ ได้ให้คำจำกัดที่มีการกล่าวถึงความสำคัญของ ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยของ อสม. ไว้ดังนี้

ประกอบพร ทิมทอง (2551) กล่าวว่า ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลเป็นสภาวะของ บุคคลที่มีลักษณะทางวุฒิภาวะที่จะตกลงใจที่จะเรียนรู้ฝึกฝนร่วมกับประสบการณ์ของผู้เรียน มีแรงจูงใจและปรารถนาที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้มีภาวะสมองเสื่อม รวมถึงการจัดการกับปัญหาและความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแล

จันทร์รัมย์ ไตรย์ปักษ์ และสมจิตร ตุลาทอง (2551) ความพร้อมในการดูแลเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะแสดงถึงการรับรู้ของผู้ดูแล ที่จะปฏิบัติกรดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ รวมทั้งสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล

Fenwick (1979) ให้ความหมายของความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลว่า เป็นการผสมผสาน ระหว่างปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ซึ่งความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็น ความสมดุลระหว่างความสามารถ ข้อจำกัดของกระบวนการนึกคิด อารมณ์ และจิตใจ การประเมิน ความพร้อมก่อนจำหน่ายสามารถแบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านการรักษา ด้านการทำหน้าที่ในกิจวัตร ประจำวัน ด้านจิตสังคม ด้านทักษะการติดต่อสื่อสาร ด้านรูปแบบการดำเนินชีวิตในอนาคต

Schaefer, Anderson, and Simms (1990) ให้ความหมายของความพร้อมของผู้ดูแล ในการดูแลว่า เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลที่จะกลับไปดูแลสุขภาพผู้ป่วยต่อที่บ้าน ซึ่งนำมาใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

Archbold (1992) ให้ความหมายของความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลว่า หมายถึง ความรู้สึก ของผู้ดูแลต่อตนเอง ว่าเตรียมตัวเตรียมใจได้ดีมากน้อยเพียงใด ในการรับบทบาทหน้าที่ในการเป็น ผู้ดูแล รวมไปถึงการรับมือกับความเครียดที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล

Weiss and Piacentine (2006) ให้ความหมายของความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลว่าเป็นการตัดสินใจ หรือการรับรู้สภาพผู้ป่วยและความสามารถในการจัดการดูแลสุขภาพเมื่ออยู่ในสภาพแวดล้อมที่บ้าน รวมทั้งแบ่งประเภทความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็น 4 ด้าน คือ ด้านบุคคล ด้านความรู้ ด้านความสามารถในการแก้ไขปัญหา และด้านความคาดหวังในการได้รับความช่วยเหลือ

การศึกษาสามารถสรุปได้ว่า ความพร้อมของผู้ดูแล หมายถึง บทบาทการดูแลที่ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ตลอดจนมีความสนใจเอาใจใส่ต่อเรื่องการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในการแสดงถึงบทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานและผู้อำนวยความสะดวกที่สำคัญความพร้อมของ อสม. ในการปฏิบัติหน้าที่ตาม

องค์ประกอบของความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.

จากการทบทวนวรรณกรรมที่สืบเนื่องจากบทบาท อสม. กับ การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะยาวดังที่กล่าวมา ผู้วิจัยนำมาใช้เป็นแนวทางในการประเมินความพร้อมของ อสม. 6 ด้าน (ภิญญา จำปาศรี, 2560) ดังนี้

1. ด้านการค้นหาและประเมินความต้องการด้านสุขภาพ หมายถึง ประเมินแบบองค์รวมจากปัญหาความต้องการที่มีการค้นหาและประเมินปัญหาด้านสุขภาพของผู้มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้ครอบครัวและผู้มีภาวะสมองเสื่อมมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจากการรับข้อมูลความต้องการด้านสุขภาพของ อสม. เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีการรับรู้ความเป็นของตนเองและมีการรู้จักตนเองมากที่สุด

2. ด้านการจัดทำฐานข้อมูล หมายถึง การจัดทำฐานข้อมูลและทะเบียน พร้อมทั้งบ่งบอกระดับความรุนแรงของผู้มีภาวะสมองเสื่อม คือ ระยะที่ 1 ภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย ระยะที่ 2 ภาวะสมองเสื่อมระดับระดับปานกลาง และระยะที่ 3 ภาวะสมองเสื่อมขั้นรุนแรง เป็นต้น ซึ่งจะมีการแบ่งกลุ่มของผู้มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของแต่ละบุคคล เพื่อที่จะนำข้อมูลไปพัฒนาและส่งเสริมแผนการดูแลให้กับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างครบถ้วนตามความจำเป็นทางร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ด้านการจัดทำแผนการดูแล ประสานงาน และส่งต่อการดูแลรายบุคคล หมายถึง การช่วยกำหนดกิจวัตรประจำวันต่างๆ ร่วมกันกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลหลักที่บ้าน การดูแล ช่วยเหลือในการสื่อสารและการใช้ภาษาเป็นการเตรียมความพร้อมในการสื่อสารกัน เนื่องจากผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเริ่มมีความลำบากในการใช้ภาษาพูด ผู้ดูแลอาจใช้การดู และประสานงาน และส่งต่อให้กับ อสม. เพื่อช่วยในการสื่อสารง่ายขึ้น

4. ด้านการดูแลเชิงรุก หมายถึง การดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุก โดยการเยี่ยมบ้าน ผู้มีภาวะสมองเสื่อม และมีการเตรียมความพร้อมในเรื่องของสุขภาพแก่ผู้ดูแลหลักที่บ้านเกี่ยวกับ สุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้มีภาวะสมองเสื่อม โดยครอบคลุมด้านป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสภาพ ของผู้มีภาวะสมองเสื่อม

5. ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือของ การเตรียมความพร้อมในการดูแลจากคนที่ไว้ใจในการดูแลและผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของคนใกล้ชิด เพื่อให้มีความรู้ที่ถูกต้อง ดังนั้น บทบาทอย่างหนึ่งของ อสม. คือ การแก้ไขปัญหาโดยการหา คนที่ผู้มีภาวะสมองเสื่อมไว้วางใจ เช่น เพื่อนหรือลูกหลานให้มาคอยผลัดเวรกันดูแลผู้มีภาวะ สมองเสื่อม เพื่อให้ผู้ดูแลหลักจะได้พักผ่อนและมีเวลาเป็นของตนเอง

6. ด้านการประเมินผลการดูแล หมายถึง การประเมินผลของความพร้อมในการดูแล ผู้มีภาวะสมองเสื่อมจากความก้าวหน้าในการปฏิบัติบทบาทของ อสม. เช่น มีการให้เตรียม ความพร้อมกับผู้ดูแลหลักที่บ้านสามารถดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้มีภาวะสมองเสื่อม โดยครอบคลุมด้านป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสภาพของผู้มีภาวะสมองเสื่อมได้ และให้การช่วยเหลือ เพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ดูแลหลักที่บ้าน ไม่สามารถปฏิบัติกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

สรุปได้ว่า ความพร้อมในการดูแล คือการรับรู้ของผู้ดูแลถึงความสามารถของตนเองว่ามี ความพร้อมที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในบทบาทต่าง ๆ ได้แก่ ความพร้อมในการดูแล ผู้ป่วยทางด้าน การค้นหาและประเมินความต้องการด้านสุขภาพ ด้านการจัดทำฐานข้อมูล ด้านการจัดทำแผนการดูแล ประสานงาน และส่งต่อ ด้านการดูแลเชิงรุก ด้านการส่งเสริมการมีส่วน ร่วมของครอบครัว และด้านการประเมินผลการดูแล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของ ความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. พบว่า ความพร้อมในการดูแล ยังมีผู้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ไม่หลากหลาย มากนัก ทำให้ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดของนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (WHO, 2002) มาช่วย ในการกำหนดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ในการปฏิบัติงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายหากแต่มีปัจจัยหลายประการแต่ผู้วิจัยนำปัจจัยที่ เหมาะสมกับบริบทของ อสม. มาศึกษาเท่านั้น โดยเน้นศึกษากรอบนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในระดับเล็กที่ต้องได้รับการพัฒนาเพื่อให้เกิดความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทของตนเอง 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ 2) การได้รับข้อมูลที่สำคัญ คือ ความรู้

เกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม 3) การเตรียมการ คือ การรับรู้บทบาทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม และ 4) การสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ การมีแรงจูงใจภายในนั่นคือ ทศนคติต่อการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม และการมีแรงจูงใจภายนอก นั่นคือ การได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท เพื่อสร้างความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม รายละเอียดคงต่อไปนี้

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลที่ประเมินสุขภาพของตนเองว่า มีภาวะสุขภาพดีมากน้อยเพียงใด (จรรยาภรณ์ ป็องเจริญ และจันทร์ฉาย มณีวงษ์, 2554) ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพสะท้อนความตระหนัก ความวิตกกังวล และความคาดหวังเกี่ยวกับสุขภาพ และในการปฏิบัติกิจกรรมในอนาคต ซึ่งผู้ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีจากสิ่งแวดล้อมที่ตึงเครียดมักเข้าใจว่า ตนเองมีร่างกายแข็งแรงและสามารถต้านทานโรคได้ จึงไม่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและเกิดความคาดหวัง แล้วถ้าเกิดมีสุขภาพที่ดีในระดับมากก็ทำให้การรับรู้สุขภาพบุคคล มีความพร้อมที่จะปฏิบัติบทบาทมากตามด้วย เช่นเดียวกับ หาก อสม. มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีจากการไม่มีความวิตกกังวล หรือความเครียดในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ก็จะทำให้มีความพร้อมในการดูแลได้ดีเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล เพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมากร (2555) ที่พบว่า ปัจจัยการรับรู้ด้านภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .21, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชยตรา สุธธิลักษณ์ (2560) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .27, p < .05$) จากข้อความข้างต้น การรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

ความรู้ เป็นความเข้าใจของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เกิดการเรียนรู้ที่ได้รับการเตรียมมาก่อน และนำไปสู่การกระทำ (นิชชารีย์ พิริยจรัสชัย, 2560) ซึ่งผู้ที่ได้รับการเตรียมข้อมูลข่าวสารจนมีความรู้ในระดับสูงจะเกิดความเข้าใจว่าสิ่งใดถูก/ สิ่งใดผิด สิ่งใดควรทำ/ สิ่งใดไม่ควรทำ จึงส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจในการเลือกวิธีการปฏิบัติ การนำไปใช้ และส่งผลทำให้นำไปสู่ความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทได้เหมาะสม (พรชูลิ จันทร์แก้ว, 2553; ภิญญา จำปาศรี, 2560; นิชชารีย์ พิริยจรัสชัย, 2560) เช่นเดียวกับ หาก อสม. มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมในระดับสูงหรือชำนาญ เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแล ผู้มีภาวะสมองเสื่อม หรือมีความเข้าใจถึงสาเหตุของโรค ตระหนักถึงความผิดปกติ ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนการดูแลก็จะ ทำให้ อสม. เกิดความมั่นใจ

และมีความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วัฒนา
 แม้นพยัคฆ์ (2541) ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับความพร้อมของ อสม. ในการให้คำปรึกษา
 แนะนำโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .252, p < .01$) และจากการศึกษาของ พรพรรณ
 พรหมทัต (2554) ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .319, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ นิชชารีย์
 พิริยรัตน์ (2560) ที่พบว่า ความรู้ในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมของผู้ดูแล
 ในการดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .256, p < .01$) จากข้างต้น ความรู้เกี่ยวกับ
 การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแล
 ผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.

การรับรู้บทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

การรับรู้บทบาท เป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรม
 ตามความคาดหวังในตำแหน่งหน้าที่ภายใต้การจรรยาบรรณของสังคมว่ามีมากน้อยเพียงใด (นิตยา
 ปินตาวงค์, 2559) ซึ่งผู้ที่มีการรับรู้บทบาทในระดับมากมักจะยอมรับและเข้าใจว่า ตนเองมีหน้าที่
 ความรับผิดชอบและดูแลงานส่วนใดบ้าง แล้วจะสามารถแสวงหาแนวทางพัฒนาตนเองได้อย่างไร
 จากการปฏิบัติงานตามหน้าที่นั้น ๆ จนทำให้บุคคลเกิดความพร้อมที่จะปฏิบัติบทบาท
 ได้อย่างเหมาะสมกับงาน เช่นเดียวกันหาก อสม. มีการรับรู้บทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะสมอง
 เสื่อมในระดับมากก็ย่อมที่จะเข้าใจและสามารถยอมรับในการปฏิบัติดูแล การศึกษาข้อมูลจาก
 การแสวงหาแนวทางในการพัฒนาตนเอง จนทำให้ อสม. มีความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะ
 สมองเสื่อมตามบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบมากขึ้น (คณิต หนูพลอย, 2553; นงคราญ สมฤทธิ์, 2558)
 สอดคล้องกับการศึกษาของ ภิญญา จำปาศรี (2560) ที่พบว่า ปัจจัยด้านความพร้อมการรับรู้บทบาท
 การดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการณ์ฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว
 หรือทางร่างกาย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดนครปฐม อย่างมีนัยสำคัญ
 ทางสถิติ .01 ($r = .57$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ ปานอุทัย (2557) ที่พบว่า การรับรู้บทบาท
 การดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .60,$
 $p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรภา เพียรพนัสศักดิ์ และลลิตา นิพิฐุประศาสน์สุนทรวิภาต
 (2560) ที่พบว่า การรับรู้บทบาทการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อม
 ในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .43, p < .01$) จากข้างต้น การรับรู้
 บทบาทการดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
 ความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.

ทัศนคติต่อการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม

ทัศนคติ เป็นความคิดเห็นหรือความรู้สึกของบุคคลที่ให้ความหมายกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ในลักษณะเห็นด้วย/ไม่เห็นด้วย พอใจ/ไม่พอใจ (นิตยา ปินดาวงค์, 2559) ซึ่งบุคคลที่มีทัศนคติทางบวกจะเกิดแรงจูงใจภายในตัวบุคคลจากความรู้สึกต้องการ หรือความรู้สึกที่ขาดหายไป เพื่อกระตุ้นให้บุคคลเกิดความรู้สึกอยากจะปฏิบัติการดูแลให้บรรลุเป้าหมาย จึงมีแนวโน้มทำให้บุคคลได้มีการพัฒนาตนเองจนนำไปสู่ความพร้อมที่ดีและสามารถเกิดประสิทธิภาพสูงสุด (WHO, 2002) เช่นเดียวกัน หาก อสม. ทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมจากเกิดแรงจูงใจภายในเชิงบวกที่มีการกระตุ้นจากความรู้สึกนึกคิดของ อสม. ก็จะยอมรับและเข้าใจในการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมได้ ทั้งการกระตุ้นจากความรู้สึกที่จะแสวงหาแนวทางการพัฒนาตนเอง จนเกิดความพร้อมในการดูแลมากขึ้น จากการศึกษาของ สุมิตรา ชูแก้ว (2557) ที่พบว่า ทัศนคติของพยาบาลการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลช่วยเหลือและสร้างเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .32, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรา พรหมน้อย (2558) ที่พบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .39, p < .01$) จากข้างต้น ทัศนคติต่อการดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.

การได้รับสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท

การสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท เป็นการรับรู้หรือความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อความช่วยเหลือจากภายนอก (จิรภา เพียรพนัสสัถ และลลิตา นิพิฐุประศาสน์สุนทรวิภาต, 2560) ซึ่งบุคคลที่รับรู้ว่าจะตนเองได้รับการช่วยเหลือในการปฏิบัติจากคนรอบข้าง เช่น การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร หรือด้านทรัพยากรมากน้อยเพียงใด ก็จะทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจภายนอกที่ค้ำจุนและผลักดันให้เกิดความรู้สึกที่จะปฏิบัติและพัฒนาตนเอง การรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี จนเกิดความพร้อมที่จะปฏิบัติบทบาท และนำไปสู่ความพร้อม ในการดูแลได้เป็นอย่างดี (WHO, 2002) เช่นเดียวกัน หาก อสม. ได้รับการสนับสนุนในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม ทั้งด้านทรัพยากร ข้อมูลข่าวสารมากที่สุด ก็จะทำให้ อสม. เกิดแรงผลักดันในการต่อสู้กับความยากลำบาก หรือปัญหาที่เกิดจากการดูแล และการหาวิธีรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี จนนำไปสู่ความพร้อมในการดูแลได้อย่างเหมาะสม ดังเช่นการศึกษาของ ศิริรัตน์ ปานอุทัย (2557) ที่พบว่า การได้รับสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทมีความสัมพันธ์

ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .65, p < .01$) และ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภิญญา จำปาศรี (2560) ที่พบว่า การได้รับสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว หรือทางร่างกาย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดนครปฐม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ($\beta = .38$) จากข้างต้น การได้รับสนับสนุนการปฏิบัติบทบาท เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม.

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยหลายอย่างที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพร้อมในการดูแล การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดได้ประยุกต์มาจากกรอบแนวคิดบางส่วนของนวัตกรรมการดูแล สภาวะเรื้อรัง เป็นกรอบแนวคิดสำหรับระบบดูแลสุขภาพที่องค์การอนามัยโลกพัฒนาขึ้น (WHO, 2002) เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง โดยปัจจัยที่นำมาศึกษา ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ 2) ปัจจัยด้านความรู้และข้อมูลข่าวสาร คือ ความรู้เกี่ยวกับการดูแล ผู้มีภาวะสมองเสื่อม 3) ปัจจัยด้านการเตรียมการ คือ การรับรู้บทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 4) ปัจจัยด้านแรงจูงใจ ได้แก่ การมีแรงจูงใจภายใน คือ ทศนคติต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและการมีแรงจูงใจภายนอก คือ การได้รับสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทเพื่อประโยชน์ในการวางแผน มาตรการและนโยบายในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. จังหวัดชลบุรี โดยมีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) คือ บุคคลที่ขึ้นทะเบียนเป็น อสม. และผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐาน อสม. ของกระทรวงสาธารณสุข และยังคงปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 10,432 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2561)

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ บุคคลที่ขึ้นทะเบียนเป็น อสม. และผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐาน อสม. ของกระทรวงสาธารณสุขและยังคงปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดชลบุรี โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ทั้งเพศชาย และเพศหญิงอายุ 20-59 ปี
2. ปฏิบัติงานเป็น อสม. อย่างน้อย 1 ปี
3. อ่านและเขียนภาษาไทยได้
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ที่สามารถให้ข้อมูลได้

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้เพียงพอต่อการใช้สถิติความสัมพันธ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผู้วิจัยคำนึงถึงควบคุมความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Alpha) ที่ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 และเนื่องจากยังไม่มียานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมของ อสม. ที่คล้ายคลึงมาก่อน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ระหว่างขนาดเล็กและขนาดกลาง คือ .20 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลของงานวิจัยทางการแพทย์ (Polit & Beck, 2012) เมื่อเปิดตารางสำเร็จรูปสำหรับสถิติความสัมพันธ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Polit & Beck, 2012) ได้กลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 194 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์และความคลาดเคลื่อนของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 20 ของที่คำนวณได้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553) การศึกษานี้จึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 240 คน

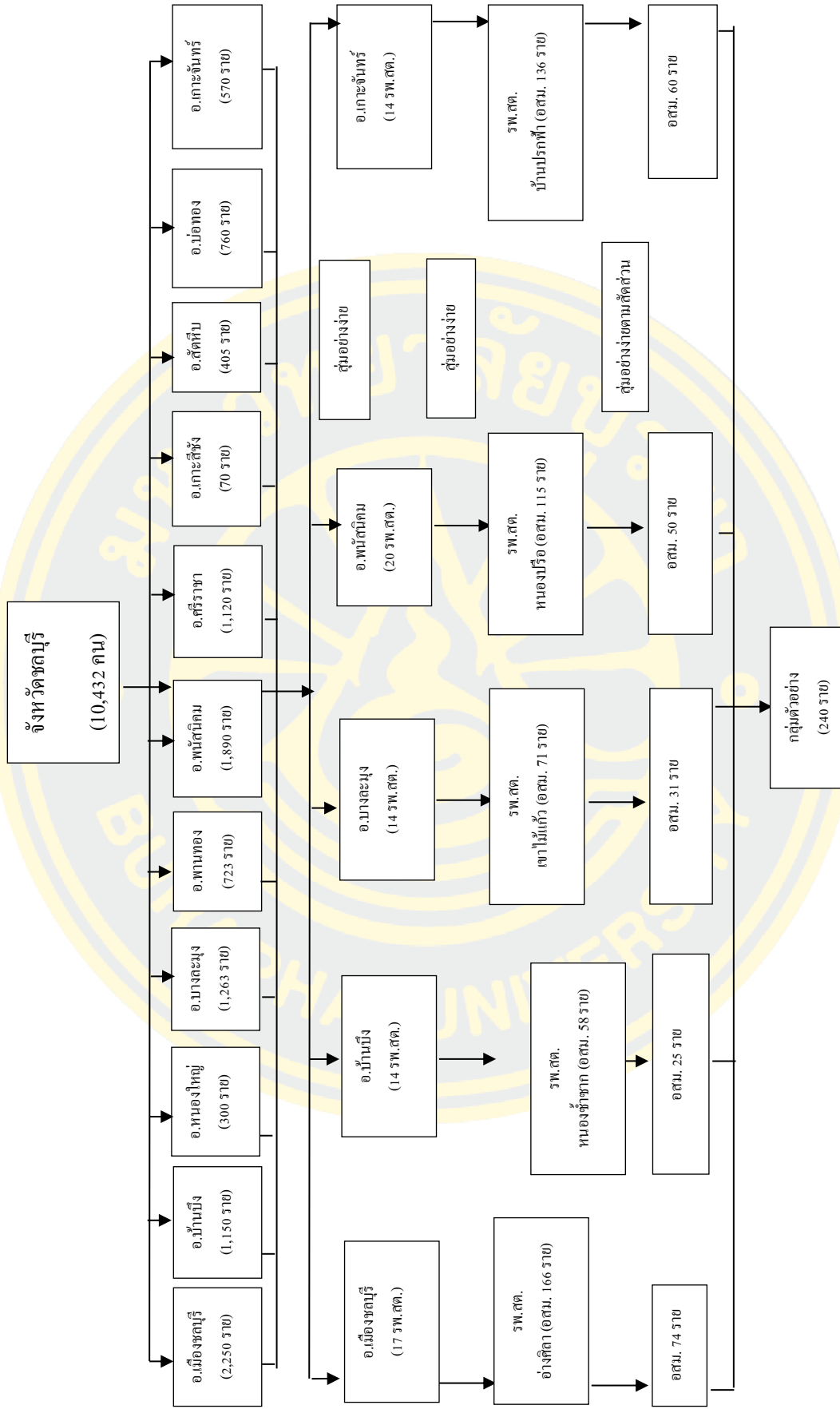
การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนประชากรที่ดีจึงใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มอำเภอตัวอย่างในจังหวัดชลบุรีมีอำเภอ 10 อำเภอ ยกเว้นอำเภอเกาะสีชัง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2561) ได้แก่ อำเภอเมืองชลบุรี อำเภอบ้านบึง อำเภอหนองใหญ่ อำเภอบางละมุง อำเภอพานทอง อำเภอพนัสนิคม อำเภอศรีราชา อำเภอเกาะสีชัง อำเภอสัตหีบ อำเภอบ่อทอง อำเภอเกาะจันทร์ เนื่องจากแต่ละอำเภอมีการกระจายของผู้มีภาวะสมองเสื่อม มีลักษณะของการปฏิบัติงาน และรูปแบบการจัดการบริการกฏระเบียบในพื้นที่ที่คล้ายคลึงกัน ผู้วิจัยจึงดำเนินการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากชื่ออำเภอ ร้อยละ 50 ของอำเภอทั้งหมดได้ 5 อำเภอตัวอย่าง ได้แก่ อำเภอเมืองชลบุรี อำเภอบ้านบึง อำเภอบางละมุง อำเภอพนัสนิคม และอำเภอเกาะจันทร์

ขั้นตอนที่ 2 การสุ่ม รพ.สต. ตัวอย่าง ในแต่ละอำเภอที่สุ่มได้จากขั้นตอนที่ 1 มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) รับผิดชอบดูแล อสม. ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ เนื่องจากแต่ละ รพ.สต. มีการดำเนินงานเกี่ยวกับ อสม. เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ร่วมกับการกระจายของผู้มีภาวะสมองเสื่อมและแนวทางการจัดการดูแลที่คล้ายคลึงกัน (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี, 2561) ผู้วิจัยจึงใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากชื่อ รพ.สต. ของแต่ละอำเภอตัวอย่าง จนได้ รพ.สต. ตัวอย่าง 5 รพ.สต. ได้แก่ รพ.สต. อ่างศิลา (อำเภอเมืองชลบุรี) รพ.สต. หนองซ้าซาก (อำเภอบ้านบึง) รพ.สต. เขาไม้แก้ว (อำเภอบางละมุง) รพ.สต. หนองปรือ (อำเภอพนัสนิคม) และรพ.สต. บ้านปรกฟ้า (อำเภอเกาะจันทร์)

ขั้นตอนที่ 3 การสุ่ม อสม. ตัวอย่าง ผู้วิจัยประสานงานพยาบาลผู้รับผิดชอบงาน อสม. พิจารณาคณสมบัติของ อสม. จากทะเบียน อสม. ของแต่ละ รพ.สต. ตัวอย่าง หลังจากนั้น ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากตามสัดส่วน 5 รพ.สต. ตัวอย่าง โดยคำนวณสัดส่วนของ อสม. ในแต่ละ รพ.สต. (ดังตารางที่ 1) และประสานกลุ่ม อสม. ตัวอย่าง เพื่อถามความสมัครใจในเบื้องต้น หลังจากนั้นผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูล อสม. ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 240 ราย (ดังภาพที่ 3)



ภาพที่ 3 ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง