

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

A Development of Family-Centered Care Model for Older Adults with Dementia

กฤตานนท์ จันทรศรี พย.ม.¹ อุมพร เคนศิลา ปร.ด.^{1*} เอนกพงศ์ ฮ้อยคำ พย.ม.²

Kritanon Janthasri, M.N.S.¹; Umaporn Kensila, Ph.D.^{1*}; Anekpong Hoikum, M.N.S.²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

²ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

¹Faculty of Nursing, Udonthani Rajabhat University, Udonthani

²Regional Health Promotion Center 8 Udonthani, Udonthani

*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding author): umaporn.ke@udru.ac.th

Received: 19 August 2025

Revised: 22 February 2026

Accepted: 26 February 2026

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางในชุมชน

วิธีการศึกษา: การวิจัยและพัฒนาแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ระหว่างเดือนเมษายน ถึง สิงหาคม 2568 คือ ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัจจุบันของปัญหา และระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ และการศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผิดปกติ บุคลากรทางการแพทย์ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แนวคำถามปลายเปิด แบบกึ่งโครงสร้าง แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย: สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม พบว่ามี 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ ปัญหาด้านความจำ และการรับรู้ บทบาทและแนวทางการดูแลของครอบครัวและทีมสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุนการดูแล อุปสรรคและความท้าทายในการดูแลร่วมกับครอบครัว และข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ในชุมชนรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมรู้เท่าทันภาวะสมองเสื่อม กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และกิจกรรมเรียนรู้ประสบการณ์ ผลลัพธ์ของรูปแบบฯ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมของผู้ดูแลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (13.11 ± 1.45 และ 9.80 ± 2.83 ; $p < 0.001$) และผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดร้อยละ 73.33

สรุป: รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มความรู้และความพึงพอใจของผู้ดูแลเนื่องจากตรงความต้องการ เสริมความมั่นใจ มีการสนับสนุนทางจิตใจและสังคม และสามารถประยุกต์ใช้เพื่อการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง, ผู้ดูแล, ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม

อย่างมากตามวัย⁽³⁾ สำหรับประเทศไทย พบว่า สถิติผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคภาวะสมองเสื่อมปี 2565 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 770,000 คน หรือประมาณร้อยละ 6 ของจำนวนผู้สูงอายุรวมทั้งประเทศ สถิติผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่ามีจำนวนสูงขึ้นในทุก ๆ ปี เฉลี่ยปีละหนึ่งแสนคน⁽³⁾ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอยู่ที่ร้อยละ 8-10 และสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป อีกทั้งการคาดการณ์ในอนาคตชี้ว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจเพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่าภายในปี พ.ศ. 2593 ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุในประเทศ⁽⁴⁾ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงภาระของโรคสมองเสื่อมที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องสัมพันธ์กับการเข้าสู่สังคมสูงอายุ

ภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่ออย่างมาก ทั้งทางกาย ทางจิตใจ และชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ รวมทั้งภาระในการดูแลของครอบครัว การมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการดูแลจะช่วยบรรเทาปัญหาต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁽⁵⁾ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมมีด้านต่าง ๆ ดังนี้ ปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ได้แก่ พุดหรือถามซ้ำ ๆ ความจำแย่ง การคิดตัดสินใจเองไม่ได้ และปัญหาทางอารมณ์ที่ยากต่อการจัดการ โดยเฉพาะพฤติกรรมหงุดหงิด ก้าวร้าว และต่อต้านการให้ความช่วยเหลือ และปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงการรับบริการทางการแพทย์ ได้แก่ โรงพยาบาลใกล้เคียงไม่มีการตรวจรักษาภาวะสมองเสื่อมโดยตรง ลำดับในการเข้าพบแพทย์ไม่ตรงตามหมายเลขที่นัด และความลำบากในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล ส่วนความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ได้แก่ ผู้ดูแลต้องการให้มีเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม จัดให้มีโทรศัพท์สายด่วนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการขอคำปรึกษา การฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการรักษาโรคร่วมในผู้สูงอายุสมองเสื่อม⁽⁶⁾ จากการศึกษาถึงปัญหาและความต้องการและการดูแลดังกล่าวข้างต้นหากมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่มีความเฉพาะเจาะจงในแต่ละบริบทของพื้นที่และสังคมจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้ได้ดีขึ้น ลดความเครียดในการดูแลและทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centered care) เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับครอบครัวและผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ถือกำเนิดขึ้นในช่วงต้นศตวรรษที่ 20 แนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางนี้สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมหรือเป็นหุ้นส่วนในการดูแลและรวมครอบครัวเข้าไว้ในแผนการดูแลผู้ป่วยที่เกิดจากปัญหาการขาดแคลนพยาบาล⁽⁷⁾ และมีการนำแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาดูแลผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ (delirium) สามารถเอื้ออำนวยต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัว ทำให้ครอบครัวมีความใส่ใจต่ออุปสรรคที่เกิดขึ้นและครอบครัวได้รับความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁽⁸⁾ และในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก ร่วมมือกับทีมสุขภาพในการป้องกัน ฝ้าระวัง และลดความรุนแรงของอาการ ผ่านการสื่อสาร การแบ่งปันข้อมูล และการสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อการจัดสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย การทบทวนความรู้สึกตัว การกระตุ้นการรับรู้ และการดูแลพื้นฐานลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมพื้นที่ตัวที่มีคุณภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเป็นกระบวนการจัดการของครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไปตามการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ใน 4 ระยะ คือ ระยะเริ่มเปลี่ยน จัดการตามข้อสงสัย ระยะเปลี่ยนมากขึ้น จัดการเฝ้าระวังความเสี่ยง ระยะเป็นหนัก จัดการปรับใจและปรับตัว และระยะทรุดลง จัดการเตรียมใจและเตรียมการครอบครัว (เผชิญการสูญเสีย)⁽⁹⁾ และการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม เครือข่ายจังหวัดศรีสะเกษ ตามคู่มือแนวทางการจัดตั้งดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การคัดกรองผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยอาสาสมัครผู้สูงอายุในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) การส่งต่อถึงผู้เชี่ยวชาญการปรับพฤติกรรม (behavioral modification) การเคลื่อนไหวร่างกาย และออกกำลังกาย (physical activities and exercise) ดนตรีบำบัด (music therapy) การใช้สุนทรบำบัด (aroma therapy) กิจกรรมระลึกถึงความทรงจำในอดีต (reminiscence) เป็นต้น ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม คะแนนกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 70.94 การเข้าถึงการรักษาร้อยละ 100 พยาบาลมีความรู้การดูแลเพิ่มขึ้น และผู้ดูแลพึงพอใจสูง⁽¹⁰⁾ ส่วนการดำเนินการดูแลสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะแบง ได้มีการดำเนินการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเป็นประจำทุกปี แต่ยังไม่เข้าถึงการดูแลเฉพาะทาง อีกทั้งยังพบว่าญาติหรือผู้ดูแลไม่เข้าใจเรื่องโรคและการดูแล ทำให้ไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมไม่เหมาะสมของผู้ป่วยได้ รวมทั้งขาดองค์ความรู้ที่อธิบายถึงกระบวนการจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ครอบคลุมตลอดระยะการเจ็บป่วยอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่องตามบริบทของครอบครัว ดังนั้น จำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางขึ้น เพื่อที่จะดึงเอาครอบครัวมามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากครอบครัวเป็นผู้ดูแลที่มีความใกล้ชิดและเข้าใจผู้ป่วยมากที่สุด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางในชุมชน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางในชุมชน
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางในชุมชน

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเมษายน ถึงสิงหาคม 2568 โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัจจุบันของปัญหา (research 1, R1)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (Abbreviated Mental Test, AMT) ผิดปกติ ในตำบลสะแบง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี จำนวน 10 คน บุคลากร

ทางการแพทย์ 2 คน และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 10 คน รวมจำนวน 22 คน โดยคำนึงถึงความอิ่มตัวของข้อมูล (data saturation) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า คือ 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ได้แก่อายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมสามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 2) บุคลากรทางการแพทย์เป็น พยาบาลวิชาชีพ 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน และ อสม. 10 คน ปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน อย่างน้อย 1 ปี

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม คือผู้ดูแลที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพที่ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และไม่สามารถอ่านหรือเขียนภาษาไทยได้ 2) บุคลากรทางการแพทย์ คือบุคลากรที่ไม่ได้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ 1) แนวคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้างจำนวน 10 ข้อ โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับ ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม แหล่งสนับสนุน ปัญหาและความต้องการในการดูแล เป็นต้น ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม และบุคลากรทางการแพทย์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการ ประกอบด้วย 1) ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี 2) ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล 3) เข้าพบผู้บริหารและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะแบง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง 4) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกร่วมการวิจัยและ 5) ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัยการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และขอความร่วมมือลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังต่อไปนี้ 1) ผู้วิจัยแนะนำตนเอง 2) ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์เชิงลึก 3) ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียง และจดบันทึกขณะทำการการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมและบุคลากรด้านสุขภาพ 4) ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แนวคำถามปลายเปิดกึ่งโครงสร้าง ใช้เวลาสนทนาประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง และ 5) นำข้อมูลที่บันทึกมาถอดเทปและจัดทำเป็นสคริปต์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์โดยกระบวนการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ระยะเวลาที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (development 1, D1) และการศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (R2)

ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง จากผลการศึกษาในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

ขั้นตอนที่ 2 นำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางไปตรวจสอบคุณภาพโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความเหมาะสมและความตรงเชิงเนื้อหา คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index, CVI) ได้เท่ากับ 0.8

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (R2) โดยการนำรูปแบบฯ ไปทดลองใช้ (R2) เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) แบบกลุ่มเดี่ยว วัดผลก่อนและหลัง (one group pre-posttest design) มีรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยระยะที่ 2 คือผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่มีคุณลักษณะเช่นเดียวกับการศึกษาในระยะที่ 1 เลือกตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายจากบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม และเชิญผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมตามบัญชีรายชื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยจนครบจำนวน 30 คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจในการทดสอบ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power 3.1.9.2⁽¹¹⁾ ทางเดียวโดยใช้การทดสอบที (t-test) ผู้วิจัยกำหนดขนาดอิทธิพล (ขนาดปานกลาง) = 0.5 ระดับนัยสำคัญ (α) = 0.05 และอำนาจการทดสอบ = 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 27 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10⁽¹²⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมทั้งหมด 3 กิจกรรม ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ได้แก่ กิจกรรมรู้เท่าทันภาวะสมองเสื่อม กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และกิจกรรมเรียนรู้ประสบการณ์

2. คู่มือ “การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม สำหรับผู้ดูแลในครอบครัว”

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และการรับรู้ความรุนแรงของโรค

2. แบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อประเมินระดับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมของผู้ดูแล ลักษณะของแบบสอบถามแต่ละข้อมีข้อความให้เลือกตอบว่า ถูกหรือผิด จำนวน 15 ข้อ คะแนนเต็ม 15 คะแนน แปลความหมายของคะแนน ดังนี้ มีความรู้ในระดับมาก (11-15 คะแนน) ปานกลาง (6-10 คะแนน) และน้อย (ต่ำกว่า 5 คะแนน)

3. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อประเมินความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการดูแลฯ ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม จำนวน 8 ข้อ แบบการจัดลำดับของลิเคิร์ต (Likert scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด (ระดับคะแนน 1) ถึงมากที่สุด (ระดับคะแนน 5) แปลความหมายของค่าเฉลี่ย ดังนี้ พึงพอใจมากที่สุด

(4.21-5.00 คะแนน) มาก (3.41-4.20 คะแนน) ปานกลาง (2.61-3.40 คะแนน) น้อย (1.81-2.60 คะแนน) และ น้อยที่สุด (1.00-1.80 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม และแบบประเมิน ความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการดูแลฯ ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ 0.86 และ 0.87 ตามลำดับ และ นำแบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม และแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้รูปแบบ การดูแลฯ ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยง คำนวณค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20, KR-20) ได้เท่ากับ 0.80 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.88

การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ที่พัฒนาขึ้นมาจากข้อมูล สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางในชุมชน บูรณาการร่วมกับการ ทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มาใช้เป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมทั้งหมด 3 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 วัตถุประสงค์เพื่อเป็นการแบ่งปันข้อมูล (information sharing)

การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม โดยกิจกรรมรู้เท่าทันภาวะสมองเสื่อม เป็นการแบ่งปันข้อมูล ได้แก่

1) การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม โดยการบรรยายในหัวข้อ ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับ โรคสมองเสื่อม และการดูแลด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อม เพื่อส่งเสริมความตระหนักต่อ โอกาสที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อมและความรุนแรง ส่งเสริมการเคารพในศักดิ์ศรีและความเคารพต่อผู้สูงอายุ (dignity and respect) และสร้างแรงจูงใจให้มีการเฝ้าสังเกตอาการเบื้องต้นของภาวะสมองเสื่อม พร้อมกับ มอบคู่มือการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม สำหรับผู้ดูแลในครอบครัว

2) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่อง “เทคนิคและทักษะจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม อย่างมืออาชีพ” เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วม (participation) ในการออกแบบวิธีการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ที่เหมาะสมในแต่ละครอบครัว

3) การส่งเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติส่งเสริมเกี่ยวกับทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ สมองเสื่อม นำเสนอตัวอย่างการปฏิบัติดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม และ

4) นำเสนอวิธีการผ่อนคลายความเครียด กิจกรรมออกกำลังกาย บริหารสมอง และกระตุ้น ให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีส่วนร่วมกำหนดเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อ การเกิดภาวะแทรกซ้อน

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 2 วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วม (participation) และการยอมรับในศักดิ์ศรีและความเคารพต่อผู้สูงอายุ ผ่านกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ประกอบด้วย

1) กิจกรรมกลุ่ม “กรณีศึกษาและบทบาทสมมติในการดูแล” เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถเชื่อมโยงสามารถระบุปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุเชื่อมโยงจากกรณีศึกษาได้ สามารถแสดงบทบาทการดูแลอย่างเหมาะสมโดยยึดหลักการดูแลแบบเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (person-centered care) และมีทักษะการสื่อสารและการจัดการพฤติกรรมที่ทำนายในผู้สูงอายุเชื่อมโยง โดยการดำเนินงานกลุ่ม (case analysis) ฝึกบทบาทสมมติ (role play) และสรุปและสะท้อนคิด (reflection) โดยให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวร่วมกันระบุปัญหาจากการดูแลและจัดหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมตามบริบทของครอบครัว พร้อมทั้งสนับสนุนด้านอารมณ์และความรู้สึก (emotional support) โดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวได้ระบายความรู้สึกความคับข้องใจและแสดงความห่วงใยเห็นอกเห็นใจกัน และ

2) การฝึกปฏิบัติ “การสร้างกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความจำและการมีส่วนร่วมในชีวิตประจำวัน” โดยจัดกลุ่มผู้ดูแลฝึกปฏิบัติทำกิจกรรมจริง (simulation) ภายในกลุ่ม เช่น เกมบิงโกภาพ กิจกรรมทำอาหารร่วมกัน กิจกรรมเล่าเรื่องอดีตจากภาพถ่าย หรือเดินออกกำลังกายพร้อมการนับ/ร้องเพลง และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและปรับปรุงกิจกรรมให้เหมาะกับผู้สูงอายุในครอบครัวตน เพื่อส่งเสริมการทำงานร่วมกัน (collaboration) ให้กับผู้ดูแล และการให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อสนับสนุนการช่วยเหลือด้านการกระทำ (instrumental support) จัดกิจกรรมนี้ที่ รพ.สต.

สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมที่ 3 วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการทำงานร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุ ผ่านกิจกรรมเรียนรู้ประสบการณ์ เป็นการออกเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม สอบถามแลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ถอดบทเรียนประเมินผลการดูแล และตอบแบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ครั้งที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 2 ผู้วิจัยจะนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และมีการรับรู้ระดับความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่ให้การดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) โดยคำนวณหาค่าเฉลี่ย และร้อยละ
2. วิเคราะห์ค่าคะแนนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ และความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการดูแล โดยการหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมของผู้ดูแลก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยการทดสอบค่าทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอเค้าโครงวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยกับคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี เลขที่รับรองโครงการ อว 0622.7/161 วันที่ 19 เมษายน 2568

ผลการศึกษา

ระยะที่สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางในชุมชน 1

ผลการวิเคราะห์จากข้อมูลการสัมภาษณ์สามารถสังเคราะห์ออกเป็น 5 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. **ลักษณะและปัญหาของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่พบในชุมชน** พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
ในชุมชนมักมีปัญหาด้านความจำและการรับรู้เป็นอาการเด่น โดยส่วนมากมีอาการหลงลืม เช่น จำคน
ในครอบครัวไม่ได้ หรือลืมทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง นอกจากนี้ ยังพบปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ เช่น
บางรายมีอาการสับสนเวลา สถานที่ มีพฤติกรรมซ้ำ ๆ และอารมณ์แปรปรวนง่าย ซึ่งส่งผลกระทบต่อ
การดำเนินชีวิตประจำวันและสร้างความกังวลใจแก่ผู้ดูแลในครอบครัว และมีแนวโน้มที่จะเดินออกจากบ้าน
โดยไม่ได้ออกกล่าว ทำให้เสี่ยงต่อการพลัดหลง

2. **บทบาทและแนวทางการดูแลของครอบครัวและทีมสุขภาพ** ประกอบด้วย บทบาทและแนวทาง
การดูแลของครอบครัวโดยเฉพาะญาติใกล้ชิด เช่น บุตร หลาน คู่สมรส ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก
ในชีวิตประจำวัน พบว่า สมาชิกครอบครัวมักช่วยเหลือผู้สูงอายุในกิจวัตรต่าง ๆ ตั้งแต่การรับประทานอาหาร
การอาบน้ำ การแต่งตัว ไปจนถึงการดูแลเรื่องยาและพาไปพบแพทย์ตามนัดหมาย บทบาทและแนวทาง
การดูแลของทีมสุขภาพพบว่าบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ
อสม. มีบทบาทสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

3. **ปัจจัยสนับสนุนการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง** พบว่า มีปัจจัยหลายประการที่ส่งเสริม
ให้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางในชุมชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย
1) ปัจจัยด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม หากญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจในภาวะสมองเสื่อม
เข้าใจว่าอาการหลงลืมหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเป็นส่วนหนึ่งของโรค จะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถ
ปรับตัวและตอบสนองต่อผู้ป่วยได้ดีขึ้น 2) ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากชุมชนและระบบบริการสุขภาพ
นอกจากความรู้ของครอบครัวแล้ว การสนับสนุนจากชุมชนและระบบบริการสุขภาพก็เป็นปัจจัยสำคัญเช่นกัน
การมีเครือข่ายในชุมชนที่เข้มแข็ง เช่น กลุ่ม อสม. หรือเพื่อนบ้านที่ช่วยสอดส่องดูแล ช่วยให้ครอบครัวไม่รู้สึก
โดดเดี่ยวในการดูแล และ 3) ปัจจัยด้านทัศนคติที่ดีและความผูกพันในครอบครัว ครอบครัวที่มีความรัก และ
ความผูกพันกับผู้สูงอายุจะมองการดูแลเป็นหน้าที่ที่เต็มใจทำ และผู้ป่วยเองเมื่อได้รับความรักและการเอาใจใส่

4. **อุปสรรคและความท้าทายในการดูแลร่วมกับครอบครัว** พบว่า อุปสรรคและความท้าทายในการดูแล
ร่วมกับครอบครัว ประกอบด้วย ภาระในการดูแลและความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลหลัก และข้อจำกัดด้านทรัพยากร
และการเข้าถึงบริการ

5. ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน พบว่า มีข้อเสนอแนะหลายประการ เพื่อยกระดับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน โดยเน้นการเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวและการสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ จัดอบรมและให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง พัฒนาระบบสนับสนุนและบริการในชุมชน และสร้างความตระหนักรู้และเครือข่ายความร่วมมือในชุมชน

ระยะที่ 2 รูปแบบฯ และผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางในชุมชน

1. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางในชุมชน สรุปลงภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางในชุมชน

2. ผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางในชุมชน

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 20-77 ปี ร้อยละ 59.10 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 53.91 ปี (SD=8.15) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 97.10) ส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 62.90) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 48.60) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 85.70) มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาทต่อเดือน และมีการรับรู้ระดับความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่ให้การดูแลระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.40)

2.2 ระดับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ พบว่า หลังการทดลอง ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 96.67) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมของผู้ดูแล หลังการทดลอง (n=30)

Table 1. Level of Knowledge in Caring for Older Adults with Dementia among Caregivers after the Experiment (n=30)

Level of Knowledge in Caring for Older Adults with Dementia	Number	Percent
Moderate	1	3.33
High	29	96.67

2.3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมของผู้ดูแล ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมของผู้ดูแลเท่ากับ 9.80 คะแนน (SD=2.83) ส่วนหลังการทดลอง เท่ากับ 13.11 คะแนน (SD=1.45) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงใน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมของผู้ดูแลระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

Table 2. Comparison of Caregivers' Mean Knowledge Scores Regarding Dementia Care Between Pre-Intervention and Post-Intervention (n=30)

Caregivers' Knowledge of Knowledge in Caring for Older Adults with Dementia	Mean	SD	t	p
Pre-intervention	9.80	2.83	-6.317	<0.001
Post-intervention	13.11	1.45		

2.4 ความพึงพอใจในรูปแบบๆของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม พบว่า หลังเข้าร่วมรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจในรูปแบบๆ ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 73.33) และระดับมาก (ร้อยละ 26.67)

อภิปราย

สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม พบว่า ลักษณะและปัญหาของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่พบในชุมชนจะเป็นปัญหาด้านความจำและการรับรู้ สอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมอัลไซเมอร์นานาชาติ⁽²⁾ ที่ระบุว่าอาการเริ่มแรกของภาวะสมองเสื่อมมักเกี่ยวข้องกับความจำระยะสั้นบกพร่อง และความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ลดลง นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ เช่น การเดินออกจากบ้านโดยไม่แจ้ง (wandering) ซึ่งเป็นอาการพบบ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะกลางถึงระยะรุนแรง ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อความปลอดภัย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และภาระของผู้ดูแล⁽¹³⁾ การที่ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน เช่น การแต่งตัว การรับประทานอาหาร หรือการทำความสะอาดร่างกาย ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างต่อเนื่อง ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของนิติกุล บุญแก้ว⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุพบอุปสรรคในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ได้แก่ 1) มีข้อจำกัด

ในการเคลื่อนไหว และ 2) มีปัญหาการล้นปีสภาวะไม่ได้ ส่วนในด้านภาระของผู้ดูแล (caregiver burden) ครอบครัวและผู้ดูแลมักรู้สึกกังวลและเหนื่อยล้า อันเป็นผลจากการต้องดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของลักษณะภรณ์ เสนอชัย และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า ผู้ดูแลได้จัดการผลกระทบที่เกิดกับตนเองทางด้านร่างกายเพื่อให้อาการทุเลา หรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนในกรณีที่มีโรคประจำตัว และด้านจิตใจ เพื่อลดอาการท้อแท้ เบื่อหน่าย และความเครียด ส่วนบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนตกอยู่ที่ครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะญาติใกล้ชิด เช่น บุตร หลาน คู่สมรส ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในชีวิตประจำวัน ซึ่งสะท้อนถึงวัฒนธรรมครอบครัวไทยที่ให้ความสำคัญกับความกตัญญูและการดูแลผู้สูงอายุในบ้านมากกว่าการฝากไว้กับสถานดูแล (institutional care) ซึ่งครอบครัวเป็นหน่วยเล็ก ๆ ของสังคมที่มีความสำคัญต่อความสุขของคนในครอบครัวและชุมชน เนื่องจากครอบครัวเป็นพื้นฐานสำคัญในการดูแลซึ่งกันและกัน มีบทบาทหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของสมาชิกในครอบครัวให้เกิดการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขเมื่อเกิดความเจ็บป่วยกับสมาชิกในครอบครัวสมาชิกในครอบครัวจึงมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลทั้งเรื่องทั่วไปและการดูแลด้านสุขภาพ⁽¹⁶⁾

ในด้านทีมสุขภาพ พบว่า ทีมสุขภาพในพื้นที่ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนครอบครัวเพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม ในการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมบ้านและการประสานงาน สอดคล้องกับการศึกษาการวิเคราะห์เชิงปริมาณของ Wei และ Han⁽¹⁷⁾ พบว่า การให้ความช่วยเหลือแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่งผลดีต่อภาระการดูแล ความซึมเศร้า และความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม รวมถึงช่วยลดความเครียดจากการดูแล ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล ($p < .001$) และสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁸⁾ ที่แนะนำให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชนต้องมีการติดตามประเมินสภาพร่างกายและจิตใจอย่างสม่ำเสมอ พร้อมวางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัว

ปัจจัยสนับสนุนการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม การที่ครอบครัวมีความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมจะสามารถวางแผนการดูแล ส่งผลให้การดูแลมีประสิทธิภาพและลดความเครียดได้ ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาของ O'Connell et al.⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า การอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมแก่ผู้ดูแลช่วยเพิ่มทักษะการดูแลลดความวิตกกังวล และปรับปรุงคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่วนการได้รับการสนับสนุนจากสังคมสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁸⁾ ซึ่งเน้นความร่วมมือระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม และการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tran et al.⁽²⁰⁾ ที่พบว่า ผู้ดูแลทุกกลุ่มมีความต้องการทรัพยากรที่ไม่ใช่ด้านการแพทย์ในระดับสูง เช่น เวลาพักผ่อน การสนับสนุนทางสังคม และการช่วยเหลือด้านการดำรงชีวิต นอกจากนี้ค่านิยมทางวัฒนธรรม เช่น ค่านิยมความเป็นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (familism) ค่านิยมความกตัญญูต่องานต่อบิดามารดา (filial piety) และค่านิยมความเชื่อในชะตากรรมหรือการยอมรับชะตาชีวิต (fatalism) มีบทบาทสำคัญต่อมุมมอง ภาระและการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์

อุปสรรคและความท้าทายในการดูแลร่วมกับครอบครัว คือ ภาระในการดูแลและความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลหลัก หากผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระสูงมากจะทำให้ผู้ดูแลนั้น ๆ มีปัญหาในการปรับตัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล⁽²¹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ Umpimaet et al.⁽²²⁾ ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอาการทางจิตมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดและปัญหาทางจิต ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย และการรับรู้ของผู้ดูแลและข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการเข้าถึงบริการเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน โดยการขาดแคลนบุคลากร ระบบสนับสนุน และการเชื่อมโยงบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของภูษณิศยา ยังอยู่ และคณะ⁽⁶⁾ พบว่า อุปสรรคในการเข้าถึงการรับบริการทางการแพทย์ ได้แก่ โรงพยาบาลใกล้เคียงไม่มีการตรวจรักษาภาวะสมองเสื่อมโดยตรง การให้บริการตรวจตามหมายเลขนัดรักษาพยาบาล และความยากลำบากในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล

การศึกษาชี้ว่าการดูแลผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านกิจวัตรประจำวันและอาการทางพฤติกรรมและจิตใจ behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) มีความสัมพันธ์กับความเครียดและสุขภาพจิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญส่วนข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสุขภาพในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะชุมชนชนบท ครอบครัวผู้ดูแลประสบข้อจำกัดทั้งด้านทรัพยากรทางการเงิน บุคลากร และอุปกรณ์ช่วยเหลือ รวมถึงการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และฟื้นฟูที่จำเป็น สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁸⁾ เกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการเป็นอุปสรรคสำคัญของการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศรายได้ปานกลางและต่ำ

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน โดยเน้นการเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวและการสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ การจัดอบรมและให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง พัฒนาระบบสนับสนุนและบริการในชุมชน และการสร้างความตระหนักรู้และเครือข่ายความร่วมมือในชุมชนเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ดุจปรารธนา พิศาลสารกิจ และคณะ⁽²¹⁾ ที่พบว่า แกนนำสุขภาพครอบครัวหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะมีความรู้ในระดับดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และมีความมั่นใจมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการพัฒนาระบบสนับสนุนและบริการในชุมชนมีบทบาทสำคัญในการลดภาระของครอบครัวผู้ดูแล และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยเฉพาะการจัดบริการให้คำปรึกษา การติดตามเยี่ยมบ้าน และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งช่วยลดความเครียดและเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Wei และ Han ซึ่งพบว่า การแทรกแซงในระดับชุมชนสามารถลดภาระความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽¹⁷⁾

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางในชุมชน พบว่า คະเนนเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมของผู้ดูแลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มพูนความรู้ของผู้ดูแลได้ ผ่านกิจกรรมรู้เท่าทันภาวะสมองเสื่อม กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการติดตามเยี่ยมบ้าน สามารถอธิบายตามแนวคิด

ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเน้นการยอมรับครอบครัวในฐานะหุ้นส่วนสำคัญของทีมสุขภาพ และให้ความสำคัญกับการเสริมพลัง (empowerment) และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ช่วยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และสะท้อนประสบการณ์การดูแลของตนเอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่มุ่งส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ และความมั่นใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ขณะที่การติดตามเยี่ยมบ้านช่วยให้บุคลากรสุขภาพเข้าใจบริบทชีวิตจริงของครอบครัว และสามารถปรับการให้คำแนะนำให้เหมาะสมกับความต้องการและทรัพยากรของครอบครัวแต่ละราย⁽⁷⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ Widiyaningsih et al.⁽²³⁾ ซึ่งพบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมช่วยลดภาระของผู้ดูแลช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะคิดต่อภาวะสมองเสื่อม และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของดุษฎีพรารณา พิศาลสารกิจ และคณะ⁽²¹⁾ ที่พบว่า แกนนำสุขภาพครอบครัวหลังเข้าร่วมการส่งเสริมสมรรถนะมีความรู้ในระดับดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนระดับความพึงพอใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม พบว่า หลังเข้าร่วมรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ผู้ดูแลส่วนใหญ่ความพึงพอใจระดับมากที่สุด ร้อยละ 73.33 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองความต้องการ สอดคล้องกับบริบทการดูแลในครอบครัวและชุมชน ผู้ดูแลได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและแนวทางปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ได้ทันที ทำให้รู้สึกมั่นใจและลดความกังวลในการดูแล และการสนับสนุนทางจิตใจและสังคม การทำกิจกรรมร่วมกับผู้ดูแลคนอื่น ๆ และการติดตามเยี่ยมบ้านจากทีมสุขภาพช่วยสร้างความรู้สึกว่ามีเครือข่ายสนับสนุน⁽²³⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ Possin et al.⁽²⁴⁾ ที่พบว่า การสนับสนุนและการสื่อสารแบบต่อเนื่องผ่านทางโทรศัพท์และอินเทอร์เน็ต โดยมีทีมสนับสนุนร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและความเป็นอยู่โดยรวมของผู้ดูแล รวมถึงลดภาวะซึมเศร้าและภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของ คมนนตร สกฤษณะศักดิ์ และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าภายหลังการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมผู้ดูแลพึงพอใจสูง อีกทั้งยังสอดคล้องกับแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ที่ให้ความสำคัญกับความต้องการ ความคาดหวัง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการวางแผนและดำเนินการดูแล⁽⁷⁾

สรุปผล

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางในชุมชน เริ่มจากการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาด้านความจำและการรับรู้ ร่วมกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในกิจวัตรประจำวัน ทำให้ครอบครัวเกิดความกังวลและเหนื่อยล้า บทบาทการดูแลตกอยู่กับครอบครัวใกล้ชิด โดยมีทีมสุขภาพสนับสนุนด้านความรู้ การติดตามเยี่ยมบ้าน และการประสานบริการ ปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจของครอบครัว การสนับสนุนจากชุมชนและระบบสุขภาพ และทัศนคติที่ดีต่อการดูแล อุปสรรคหลักคือการขาดความรู้ ภาระและความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล และข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการเข้าถึงบริการ

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนา ได้แก่ การอบรมผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง พัฒนาระบบสนับสนุนในชุมชน และสร้างเครือข่ายความร่วมมือ และรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีความเปลี่ยนแปลง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ของผู้ดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลในระดับมากที่สุด ความพึงพอใจเกิดจากเนื้อหาที่ตรงความต้องการ เสริมทักษะและความมั่นใจ มีการสนับสนุนทางจิตใจและสังคม และสามารถประยุกต์ใช้ในชุมชนเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุเสมอได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานสาธารณสุข เช่น รพ.สต. หรือศูนย์สุขภาพชุมชน สามารถนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางไปปรับใช้ เพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีศึกษาในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่น ชุมชนเมือง ชุมชนชายขอบ เพื่อทดสอบความเหมาะสมและความยืดหยุ่นของรูปแบบ และมีการติดตามผลระยะยาวโดยศึกษาผลของรูปแบบการดูแลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิต ความรู้ของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ที่ให้การสนับสนุนทุนอุดหนุนในการวิจัยเรื่องนี้ พร้อมทั้งอำนวยความสะดวกให้ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยอย่างต่อเนื่อง และขอขอบคุณผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือจนงานวิจัยนี้เสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Dementia [Internet]. 2025 [cited 2025 Aug 15]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/dementia>
2. Alzheimer’s Disease International. World Alzheimer Report 2023. 2023 [cited 2025 Aug 15]. Available from: <https://www.alzint.org>
3. สำนักข่าว Hfocus. กรมการแพทย์ห่วง "สังคมสูงวัย" พบ! ผู้สูงอายุป่วยสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นทุกปี [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 ต.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก:<https://www.hfocus.org/content/2023/12/29302>
4. กรมการแพทย์. สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2565.

5. อรุณโรจน์ รุ่งเรือง, พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2566;17(1):272-87.
6. ภูษณิศยา ยังอยู่, สุภัทรา จันทร์คำ, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, ปิติพร สิริทิพากร, ดุจปรารณา พิศาลสารกิจ, นภาพร เพ็งสอน และคณะ. ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2560;16(2-3):57-69.
7. Prasopkittikun T, Srichantaranit A, Chunyasing S. Thai nurses' perceptions and practices of family-centered care: the implementation gap. *Int J Nurs Sci.* 2020;7(1):74-80.
8. ดวงเนตร ธรรมกุล, กัลยารัตน์ อนนทร์รัตน์. การพยาบาลโดยใช้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: มิติสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2563;37(1):14-24.
9. ปรียธิดา ชลศึกเสณีย์, วรรณภา ศรีธัญรัตน์. การจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2565;15(2):26-40.
10. คมเนตร สกุลธนะศักดิ์, สิทธิพันธ์ จันทร์พงษ์, พูนสุข ทองเสียน. การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม เครือข่ายจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2563;34(1):97-111.
11. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods.* 2007;39(2):175-91.
12. วุฒิ สุขเจริญ. การดำเนินการกับข้อมูลขาดหาย. วารสารร่วมพฤษ มหวิทยาลัยเกริก. 2558;33(2): 11-32.
13. Banerjee S. Systematic literature review of wandering prevention technologies for dementia care. *J Technol Hum Serv.* 2025;43(3):234-245.
14. นิติกุล บุญแก้ว. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชียฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2561;12(3):213-224.
15. ลักษณะภรณ์ เสนชัย, สมเสาวนุช จมูศรี, เกื้อพันธ์ กลั่นการดี. ประสบการณ์การปรับตัวของผู้ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2560;35(1):74-81.
16. กรวรรณ ยอดไม้. บทบาทครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2560;31(1):189-204.
17. Wei Z, Han Y. A meta-analysis of the impact of community interventions on the burden, depression, and anxiety of family caregivers for elderly individuals with dementia. *Ann Community Med Pract.* 2025;10(1):1065.

