



ประกาศจังหวัดร้อยเอ็ด  
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ  
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนชั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดร้อยเอ็ดได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางศรัณรัตน์ ศิลปึกษา	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลอาจสามารถ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ


ประกาศ ณ วันที่ ๘ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายชัยวัฒน์ ชัยเวชพิสิฐ)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดร้อยเอ็ด

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดร้อยเอ็ด  
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ  
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ลำดับ ที่	ชื่อ - ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางศรณรัตน์ ศิลปศึกษา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลอาจสามารถ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๕๗๗๐๓	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลอาจสามารถ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๕๗๗๐๓	เลื่อนระดับ  ๙๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของทีมงานครอบครัวและภาคีเครือข่ายอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อลดภาวะเหนื่อยล้า ในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตำบลอาจสามารถ อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”		 (นายนรากร สุทธิประสา) หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล		

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว และภาคีเครือข่ายอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนตุลาคม ๒๕๖๔ - ธันวาคม ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

รัฐบาลให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุและตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น จึงได้มีการเตรียมความพร้อมในด้านระบบการดูแลระยะยาวพึ่งพิง เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ระดับหนึ่งและไม่ตกอยู่ในภาวะพึ่งพิง ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม รวมทั้งลดภาระต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งตัวผู้สูงอายุเองและครอบครัวโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย ได้ลงนามบันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC) แบบบูรณาการในพื้นที่ เมื่อวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ โดยสนับสนุนงบประมาณให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) จำนวน ๖๐๐ ล้านบาท ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๙ เพื่อการจัดระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี พ.ศ.๒๕๕๙ ซึ่งเป็นการจัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้าน/ติดเตียงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน ตลอดจนครอบครัว อันจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือป้องกันผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงไม่ให้เจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับบริการด้านสาธารณสุขอย่างเหมาะสม โดยในปี พ.ศ.๒๕๕๙ รัฐบาลได้เริ่มสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีภาวะพึ่งพิง ในอัตราเหมาจ่ายรายละ ๕,๐๐๐ บาท/คน/ปี โดยมีเป้าหมายคือให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่เชื่อมโยงบริการทางสังคมโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงการเชื่อมต่อระหว่างบ้าน ชุมชน สถานบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเป็นระบบ

ปัจจุบันรัฐบาลตระหนักและให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการมากขึ้น เนื่องจากสภาพของความพิการเป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิต ในการประกอบอาชีพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม จึงสนับสนุนส่งเสริมให้คนพิการได้รับความคุ้มครอง สงเคราะห์ พื้นฟูสมรรถภาพ โดยวิธีการทางการแพทย์ การศึกษา อาชีพ และสังคม การพัฒนาและแก้ไขปัญหาคออุปสรรคทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนส่งเสริมให้คนพิการได้รับสิทธิและโอกาสในด้านต่างๆ ให้สามารถดำรงชีวิต ประกอบอาชีพ มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมที่เท่าเทียมกับคนทั่วไป รวมทั้งส่งเสริมให้หน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เอกชน ชุมชน และครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการมากขึ้น โดยมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่มุ่งเน้นให้คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ ซึ่งในมาตรา ๒๑ บัญญัติไว้ว่าเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการให้ราชการส่วนท้องถิ่นออกข้อบัญญัติ เทศบัญญัติ ข้อกำหนด ระเบียบ หรือประกาศแล้วแต่กรณี ให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้ ประกอบกับพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.๒๕๓๗ แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่๕) พ.ศ. ๒๕๔๖ มาตรา ๖๓(๖) กำหนดให้องค์การบริหารส่วนตำบลมีหน้าที่ต้องส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ

นอกจากนี้หน่วยงานที่รับผิดชอบหลายหน่วยงานได้กำหนดแนวทาง และนโยบาย เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการ ส่งเสริมให้องค์การบริหารส่วนตำบลมีส่วนร่วมรับผิดชอบดำเนินงานการหาแนวทางและมาตรการที่สำคัญเพื่อส่งเสริมให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขมีทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นไปที่การพัฒนาาระบบสุขภาพบริการปฐมภูมิ ซึ่งมุ่งเน้นให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด รวมทั้งให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ในขณะที่เดียวกัน พ.ร.บ.ระบบสุขภาพ พ.ศ.๒๕๖๒ มีเจตนารมณ์ให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งมีคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิทำหน้าที่เป็นองค์กรกำกับดูแลที่ดำเนินการด้วยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และให้ประชาชนชาวไทยได้มีสิทธิได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นธรรม มีคุณภาพ และมีมาตรฐาน รวมทั้งมีนโยบายการทำงานระบบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(District Health Board : DHB) เพื่อสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง โดยมีปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาต่อยอดให้เกิดความยั่งยืนคือ “ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)” ที่เกิดจากความร่วมมือร่วมใจของทุกภาคส่วนกับบุคลากรสุขภาพวิชาชีพต่างๆ แบบบูรณาการและประสานงานแบบเครือข่าย เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพไปสู่ประชาชนทุกกลุ่มวัย ทุกครอบครัว และทุกชุมชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เป็นหลักการลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดความเหลื่อมล้ำในสังคม เพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการของประชาชนให้เท่าเทียมและทั่วถึง โดยเฉพาะประชาชนกลุ่มผู้ด้อยโอกาสและอยู่ในพื้นที่ห่างไกล นโยบายทีมหมอครอบครัวได้ถูกถ่ายทอดเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ แบ่งออกเป็น ๓ ระดับ ได้แก่ ทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน โดยมีบทบาทในการดูแลให้คำปรึกษาเสมือนเป็นหนึ่งในเพื่อนสนิทหรือญาติมิตร มีส่วนร่วมในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้ได้รับการดูแลที่ครอบคลุม มิติ ได้แก่ การรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีจุดมุ่งหมายในการจัดหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีการปรับเปลี่ยนแนวคิดจากการใช้ “โรงพยาบาลเป็นฐาน” เปลี่ยนเป็นการใช้ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ในรูปแบบ “คลินิกหมอครอบครัว” (Primary Care Cluster : PCC) โดยดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๕๙ เป็นการดูแลแบบองค์รวมด้วยแนวคิด “บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี ด้วยทีมหมอครอบครัว”

#### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

อำเภออาจสามารถ มีประชากรทั้งสิ้น ๗๓,๒๑๓ คน มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ ๑๔.๔๒ ของประชากรทั้งหมด ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงร้อยละ ๐.๕๖ และกลุ่มติดบ้านร้อยละ ๓.๖๑ ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดมีผู้พิการทั้งสิ้น ๒,๔๒๒ คน มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จำนวน ๑๑ แห่ง แบ่งเป็นองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต) ๙ แห่ง และเทศบาลตำบล ๒ แห่ง และมีสถานบริการสาธารณสุขทั้งสิ้น๑๔ แห่ง แบ่งเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๑๓ แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน ๑ แห่ง ซึ่งอำเภออาจสามารถเข้าร่วมโครงการดูแลและเฝ้าระวังสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ในปี พ.ศ.๒๕๕๙ และครบทั้ง ๑๑ แห่งในปี พ.ศ.๒๕๖๒ มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอให้มีการดำเนินงานในทิศทางเดียวกันจนสามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานและเบิกจ่ายงบประมาณเป็นปัจจุบันทุกแห่ง และมีการดำเนินงานหมอครอบครัวตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ โดยมีการจัดทำแผนในการออกติดตามเยี่ยมบ้านเดือนละ ๒ ครั้ง ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้นำชุมชน อสม. และภาคี

เครือข่ายในพื้นที่ โดยกลุ่มเป้าหมายในการเยี่ยมบ้านคือกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อน กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และกลุ่มผู้พิการ ซึ่งจากการเยี่ยมบ้านพบว่ามากกว่าร้อยละ ๓๐ ของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความพิการและยังไม่มีบัตรประจำตัวผู้พิการ ซึ่งมีสาเหตุมาจากเป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง มีฐานะยากจน อยู่ตามลำพังไม่มีผู้ดูแลทำให้ไม่มีคนพามาขอหนังสือรับรองความพิการ บางรายได้หนังสือรับรองความพิการแล้วแต่ไม่มีคนพาไปทำบัตรประจำตัวผู้พิการที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดร้อยเอ็ด บางรายต้องจ้างเหมารถพาไปทำให้เสียค่าใช้จ่ายและเสียเวลานอกจากนี้ยังพบว่าแพทย์ทุกคนต้องให้นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อประเมินความพิการ ซึ่งผู้พิการบางรายต้องมาพบแพทย์หลายครั้ง ทำให้ผู้พิการและญาติรู้สึกเบื่อหน่ายและท้อแท้จนไม่มาพบแพทย์ตามนัด ในขณะที่โรงพยาบาลเองไม่มีช่องทางด่วนสำหรับการขอหนังสือรับรองผู้พิการ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้ผู้พิการจำนวนมากไม่มีบัตรประจำตัวผู้พิการ ส่งผลให้เสียโอกาสในการรับสวัสดิการทางสังคม ไม่สามารถเข้าถึงบริการต่างๆ นอกจากนี้ยังพบว่าชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสในชุมชน ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตลดลง นอกจากนี้ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ทำให้ทีมหมอครอบครัวไม่สามารถออกเยี่ยมบ้านได้ ทำให้ผู้พิการในชุมชนไม่ได้หนังสือรับรองความพิการจากทีมหมอครอบครัว ส่งผลให้ไม่ได้รับสวัสดิการทางสังคมและการดูแลจากภาคีเครือข่ายในชุมชน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ดขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ตามแนวคิด Kemmis & McTaggart โดยใช้กระบวนการ PAOR ดังรายละเอียดต่อไปนี้

๑. ขอบเขตพื้นที่ ดำเนินการในพื้นที่ทั้ง ๑๐ ตำบล ๑๑ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

๒. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วย

๒.๑ ระยะเวลาศึกษาบริบทและสถานการณ์ปัญหาการดำเนินงาน และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชน ได้แก่ ๑) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสัมภาษณ์เชิงลึก ๑๘ คน ๒) ผู้พิการ สัมภาษณ์เชิงลึก ๒๐ คน ๓) กลุ่มญาติและผู้ดูแล สัมภาษณ์เชิงลึก ๑๗ คนและสนทนากลุ่ม ๑๐ คน ๔) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน ๗๑ คน ประกอบด้วย ๔ กลุ่ม ได้แก่ (๑) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชน สัมภาษณ์เชิงลึก ๑๒ คน และสนทนากลุ่ม ๘ คน (๒) ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สัมภาษณ์เชิงลึก ๑๑ คน (๓) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver : CG) สัมภาษณ์เชิงลึก ๑๙ คน และสนทนากลุ่ม ๑๐ คน (๔) ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager : CM) สัมภาษณ์เชิงลึก ๑๑ คน และ ๔) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชน ประกอบด้วย ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทีมหมอครอบครัวโรงพยาบาลอาจสามารถ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักกายภาพบำบัด ทันตแพทย์ เภสัชกร โภชนากร แพทย์แผนไทยพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน ๓๔ คน

๒.๒ ระยะติดตามประเมินผลการดำเนินงาน โดยการสังเกต การเก็บข้อมูล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนร่วมกันกับภาคีเครือข่าย เพื่อหาปัญหาอุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จ และประเมินส่วนขาดในการพัฒนา จำนวน ๗๒ คน

### ๓. ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย แบ่งออกเป็น ๓ ระยะ ดังนี้

ระยะที่ ๑ ศึกษาบริบทและสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชน ได้แก่

๑) ประชุมที่มีวิจัย สร้างความเข้าใจ และแต่งตั้งคณะทำงาน ๒) ประชุมออกแบบเครื่องมือและวิธีการเก็บข้อมูล ๓) เก็บรวบรวมข้อมูล บริบท สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ ญาติและผู้ดูแล อสม. ผู้นำชุมชน ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และทีมหมอครอบครัวโรงพยาบาลอาจสามารถ เพื่อทราบปัญหาสาเหตุและผลกระทบของปัญหาการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและผู้พิการในชุมชน สถานการณ์การดำเนินงานทีมหมอครอบครัว แนวทางการขอหนังสือรับรองความพิการ และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ๔) นำข้อมูลที่ได้มาเก็บรวบรวม เรียบเรียง จัดหมวดหมู่ วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล เพื่อวางแผนการนำเสนอข้อมูล ๕) ประชุมเพื่อคืนข้อมูลแก่ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และร่วมกันพัฒนารูปแบบการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข CM, CG ผู้บริหารอปท. เจ้าหน้าที่รพ.สต. อสม.และผู้นำชุมชน

ระยะที่ ๒ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ และนำรูปแบบการดำเนินงานไปปฏิบัติ

#### ๑. ขั้นวางแผน (Plan) สร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

และผู้พิการ ประกอบด้วย ๑) จัดประชุมนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ ระดมความคิดเห็น และจัดทำแผนแก้ไขปัญหาในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ร่วมกับผู้บริหาร อปท. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและทีมหมอครอบครัว ผู้นำชุมชน อสม. CM และ CG ๒) วางแผน การเยี่ยมบ้านของทีมหมอครอบครัวจากเดือนละ ๒ ครั้ง เป็นสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง และบรรจุผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในแผนการเยี่ยม ๓) ในช่วงปี๒๕๖๔-๒๕๖๕สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา๒๐๑๙ทำให้ทีมหมอครอบครัวไม่สามารถออกเยี่ยมบ้านได้ ทีมหมอครอบครัวจึงประชุมร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการโดยจัดทำแนวทางการส่งข้อมูลผู้พิการเพื่อขอหนังสือรับรองความพิการ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล(ชื่อ-สกุล อายุ เลขบัตรประชาชน ที่อยู่) ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการรักษา และรูปถ่าย และเพิ่มช่องทางการสื่อสารโดยจัดตั้งกลุ่มไลน์ทีมหมอครอบครัวเพื่อใช้ในการสื่อสาร การให้คำปรึกษา การส่งข้อมูลผู้ป่วย/ผู้พิการระหว่างเจ้าหน้าที่ในรพ.สต.กับทีมหมอครอบครัว และแจ้งให้รพ.สต.ทุกแห่งทราบ ๔) แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวระดับตำบลและอำเภอ ๕) วางแผนจัดทำโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนการดำเนินงานหมอครอบครัวระดับอำเภอปีละ ๑ ครั้ง และ ๖) แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับอำเภอ

#### ๒. ขั้นตอนดำเนินการ (Act) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย โดย

๑) พัฒนารูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยด้วยทีมหมอครอบครัว โดยเพิ่มความถี่ในการออกเยี่ยมบ้านจากเดือนละ ๒ ครั้ง เป็นสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง และบรรจุผู้พิการอยู่ในแผนการเยี่ยมบ้านเพื่อให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้ประเมินและออกหนังสือรับรองความพิการ ๒) ประสานภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่ นายอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รพ.สต. ผู้นำชุมชน และ อสม. ร่วมออกติดตามเยี่ยมทุกครั้ง โดยส่งหนังสือเชิญและแจ้งแผนการออกเยี่ยมผู้ป่วยด้วยทีมหมอครอบครัวทุกครั้ง เพื่อให้ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ได้ทราบสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุ

และผู้พิการแบบองค์รวมและให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม ๓) ประชุมถอดบทเรียนการเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ทุกครั้งหลังการเยี่ยมเพื่อร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหารและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชนโดยภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ๔) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ผ่านกลุ่มไลน์หมอครอบครัวประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่รพ.สต. ในการส่งข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการให้ทีมหมอครอบครัวเพื่อการติดตามเยี่ยม และการให้คำปรึกษาการดูแลทางกลุ่มไลน์โดยทีมสหวิชาชีพ ๕) ทีมสหวิชาชีพร่วมกับ CM จากรพ.สต.ทุกแห่งร่วมกันพัฒนาหลักสูตรการอบรม Caregiver โดยกำหนดให้มีการพาผู้เข้าอบรม Caregiver ไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุฝึกการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับทีมหมอครอบครัว ๖) ชี้แจงแนวทางการขอหนังสือรับรองความพิการแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการประชุมนำเสนอแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกแห่ง ๗) ประชุมพัฒนาศักยภาพ CM ในระดับอำเภอ ๖เดือน/ครั้ง เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ๘) จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนการดำเนินงานหมอครอบครัวระดับอำเภอปีละ ๑ ครั้ง เพื่อนำเสนอผลงานเด่นและถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน

### ๓. ขั้นตอนการสังเกตการณ์ (Observation) โดย

๑) ติดตามสังเกตพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านติดเตียงของ Caregiver และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ๒ การสอบถามผู้ป่วยและญาติ ๓) การออกไปให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านติดเตียงโดยทีมสหวิชาชีพ และ ๔) การประชุม Care conference ร่วมกับคณะอนุกรรมการ Long Term Care ทุกแห่ง

### ๔. ขั้นตอนผลการปฏิบัติ (Reflection) โดย

๑) การประชุม Cm ของกองทุน LTC แต่ละแห่ง ๒) การประชุมถอดบทเรียนการดำเนินงานหมอครอบครัวหลังการเยี่ยมบ้าน ๓) การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ๔) การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน CG ระดับอำเภอ ๕) การนิเทศติดตามกองทุน LTC ของทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ ๖) การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทีม CM ระดับอำเภอ ๗) การติดตามเยี่ยมบ้านของทีมเยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาลร่วมกับ รพ.สต. และภาคีเครือข่าย และ ๗) การนำเสนอผลการพัฒนาในการประชุมจัดทำแผนยุทธศาสตร์ร่วมกับภาคีเครือข่าย

ระยะที่ ๓ ติดตามประเมินผล ศึกษาผลการดำเนินงานโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การทบทวนเอกสารผลการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว การแลกเปลี่ยนเรียนรู้CM ระดับอำเภอ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้คณะกรรมการกองทุน LTC ระดับอำเภอ การประเมินกองทุน LTC ระดับอำเภอ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอเพื่อหาปัญหาอุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จ และประเมินส่วนขาดในการพัฒนาต่อเนื่อง จำนวน ๖๘ คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

๑. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้สูงอายุที่บ้านติดเตียง ญาติและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านติดเตียงเกี่ยวกับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านติดเตียง ทิศนคติ ปัญหาอุปสรรคในการดูแล รวมทั้งสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น CG, CM เจ้าหน้าที่รพ.สต.และโรงพยาบาล เกี่ยวกับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านติดเตียง การดำเนินงานกองทุน LTC ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

๒. แบบสนทนากลุ่ม ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน และกลุ่ม Caregiver เกี่ยวกับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านติดเตียง การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านติดเตียงในชุมชน ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและแนวทางการแก้ไข กลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกี่ยวกับการ

ดำเนินงานกองทุน LTC ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและแนวทางการแก้ไข และกลุ่ม CM เกี่ยวกับบทบาทในการดำเนินงาน LTC การบริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ระบบบันทึกข้อมูลและการรายงานในโปรแกรม LTC ทั้ง ๓ โปรแกรม ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและแนวทางการแก้ไขเพื่อให้เกิดการพัฒนาให้ดีขึ้น

๓. แบบสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง
๔. แบบรายงานผลการนิเทศติดตามกองทุน LTC
๕. แบบบันทึกสรุปการถอดบทเรียนและสรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหาเชิงลึก (Content Analysis) และการตีความ (Interpretation) เพื่อเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบข้อมูลเชิงสามเส้า (Data triangulation) จากวิธีการเก็บข้อมูลและผู้เก็บข้อมูลที่แตกต่างกัน

### การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE ๑๔๔๒๕๖๔ ให้ไว้ วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ ซึ่งผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลอาสาสมัครและเปิดโอกาสให้สอบถามข้อมูลต่างๆ จนเป็นที่เข้าใจ รวมถึงได้รับทราบสิทธิในการออกจากโครงการโดยไม่มีเงื่อนไขหรือผลกระทบต่อน้ำที่การทำงานแล้วจึงมีการลงชื่อในใบยินยอม

### ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

บริบทและสถานการณ์การดำเนินงาน และการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายอำเภออาจสามารถ พบว่า อำเภออาจสามารถมีองค์ประกอบส่วนท้องถิ่น (อปท.) ๑๑ แห่ง แบ่งเป็น องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ๙ แห่ง และเทศบาลตำบล ๒ แห่ง มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๑๓ แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน ๑ แห่ง มีประชากรทั้งสิ้น ๗๓,๒๑๓ คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน ๑๐,๕๔๓ คน (๑๔.๔๒%) และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๔๔๐ คน (๔.๑๗%) แบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน (ADL ๕-๑๑ คะแนน) จำนวน ๓๘๑ คน (๓.๖๑%) และกลุ่มติดเตียง (ADL ๐-๔ คะแนน) จำนวน ๕๙ คน (๐.๕๖%) มีผู้พิการที่จดทะเบียนคนพิการทั้งสิ้น ๒,๔๒๒ คน แบ่งเป็นเพศชาย จำนวน ๑,๓๐๔ คน และเพศหญิง ๑,๑๑๘ คน มีการดำเนินงานติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัวตั้งแต่ปี ๒๕๕๗ โดยทีมสหวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด โภชนากร แพทย์แผนไทย และนักวิชาการสาธารณสุข โดยมีแผนออกเยี่ยมผู้ป่วยเดือนละ ๒ ครั้ง ซึ่งกลุ่มเป้าหมายในการออกเยี่ยมบ้าน ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อน กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และกลุ่มผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส ซึ่งจากการติดตามเยี่ยมบ้านพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสในชุมชนมากกว่าร้อยละ ๓๐ ยังไม่มีบัตรประจำตัวผู้พิการ สาเหตุส่วนใหญ่มาจาก ๑) ตัวผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เคลื่อนย้ายลำบาก ทำให้บุตรหลานไปพาไปโรงพยาบาลเพื่อขอหนังสือรับรองความพิการ บางรายมีฐานะยากจนไม่มีรถพามาโรงพยาบาล บางรายอยู่ตามลำพังไม่มีผู้ดูแล ไม่มีญาติพาไปโรงพยาบาลเพื่อขอหนังสือรับรองความพิการ ทำให้ผู้พิการหลายรายเสียโอกาสในการรับสวัสดิการทางสังคมไม่สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาล ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตลดลง ๒) ด้านบุคลากร พบว่าแพทย์ทุกคนต้องให้



ผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเพื่อประเมินความพิการ ซึ่งผู้ป่วยบางรายต้องมาพบแพทย์หลายครั้งทำให้ผู้พิการและญาติรู้สึกเบื่อหน่ายและท้อแท้ ๓)ด้านระบบบริการ พบว่าใช้เวลาในการรอคิวพบแพทย์นาน และโรงพยาบาลไม่มีช่องทางด่วนสำหรับผู้พิการ ๔)ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าชุมชนขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ คนส่วนใหญ่คิดว่าการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการเป็นหน้าที่ของคนในครอบครัว ผู้พิการที่บางรายแม้จะได้นั่งล้อรับรองความพิการแล้วแต่ไม่สามารถเดินทางไปทำบัตรประจำตัวผู้พิการที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดร้อยเอ็ดได้ เนื่องจากไม่มียานพาหนะ ไม่มีคนพาไป ไม่มีเงินจ่ายค่าเหมารถพาไป ดัง ส่งผลให้ผู้พิการไม่ได้รับสวัสดิการทางสังคม ทำให้มีคุณภาพชีวิตไม่ดี

หลังจากวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและสาเหตุร่วมกันระหว่างทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการ รพ.สต. นักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพ เกษัชกร โภชนากร แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข ผู้นำชุมชน อสม. CM และ CG เพื่อระดมความคิดเห็น และร่วมกันพัฒนารูปแบบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการอำเภออาจสามารถ โดยร่วมกันวางแผนพัฒนา ดังนี้ ๑) ทีมหมอครอบครัวทำแผนการออกเยี่ยมเพิ่มขึ้นจากเดือนละ ๒ ครั้งเป็นเดือนละ ๔ ครั้งโดยบรรจุผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสในแผนการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวออกหนังสือรับรองความพิการให้ที่บ้าน ๒) ประสานภาคีเครือข่ายในพื้นที่ร่วมออกเยี่ยมบ้านกับทีมหมอครอบครัวทุกครั้ง โดยเลขาทีมหมอครอบครัวทำหนังสือแจ้งแผนการออกเยี่ยมบ้านแก่ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ นายอำเภอ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และรพ.สต.ในพื้นที่ รวมทั้งประสานผู้นำชุมชน อสม. และ Care Giver ร่วมออกเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ร่วมให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชนอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ๓) โรงพยาบาลจัดทำช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการในการเข้ารับบริการ ๔) เจ้าหน้าที่รพ.สต.ประสานทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลอาจสามารถออกให้บริการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่บ้านร่วมกับอสม.และ CG ๕) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประสานสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดร้อยเอ็ดในการจัดทำบัตรประจำตัวผู้พิการโดยไม่ต้องพาผู้พิการไปเอง ๖) ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ทำให้ทีมหมอครอบครัวไม่สามารถออกเยี่ยมบ้านได้ ทีมหมอครอบครัวจึงร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายจัดทำแนวทางการออกหนังสือรับรองความพิการโดยการส่งข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล(ชื่อ-สกุล อายุ เลขบัตรประชาชน ที่อยู่) ประวัติการเจ็บป่วย และรูปถ่ายที่แสดงให้เห็นความพิการส่งให้เลขาทีมหมอครอบครัวเพื่อประสานให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวออกหนังสือรับรองความพิการเฉพาะความพิการด้านการเคลื่อนไหว ๗) ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานในการประชุมกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพและกองทุน LTC ทุกแห่ง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนในระดับอำเภอทุกปี ๘)พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ผ่านกลุ่มไลน์หมอครอบครัวประกอบด้วยผู้บริหารและเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการส่งข้อมูลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงให้ทีมหมอครอบครัวเพื่อการติดตามเยี่ยมและให้คำปรึกษาการดูแลทางกลุ่มไลน์โดยทีมสหวิชาชีพ ๙) แต่งตั้งคณะกรรมการทีมหมอครอบครัวระดับตำบลและระดับอำเภอ ๑๐)จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ๑ ครั้ง/ปี เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานเด่นและนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งถอดบทเรียนการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไขร่วมกัน

ผลการประเมินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายอำเภออาจสามารถ จำแนกเป็นผลลัพธ์(Output) และผลผลิต (Outcome) จากการทำงาน ดังนี้ ด้านผลลัพธ์ พบว่า ๑) ผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ การดำเนินงานดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทีมงานครอบครัวและภาคีเครือข่ายอำเภออาจสามารถมีผลลัพธ์จากการดำเนินงาน ก่อน-หลังพัฒนา มีดังนี้

กิจกรรมการดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน			
	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	ปี๒๕๖๔		ปี๒๕๖๕	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๑.จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมจากทีมหมอครอบครัว	๕๕	-	๖๖	-
๒.จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการที่ได้รับการเยี่ยมและออกหนังสือรับรองความพิการ	๔๖	๘๓.๖๔	๖๖	๑๐๐
๓.จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการที่ได้รับสวัสดิการทางสังคม	๔๕	๙๗.๘๒	๖๖	๑๐๐
๔.จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีความพิการได้รับการดูแลในระบบ Long Term Care	๔๓	๙๓.๔๘	๖๖	๑๐๐
๕.อัตราความพึงพอใจต่อการบริการในชุมชน	-	๙๒.๕๖	-	๙๗.๗๑

จากตารางจะพบว่า ก่อนพัฒนาในปี ๒๕๖๔ มีผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านจากทีมหมอครอบครัวจำนวน ๕๕ ราย โดยในจำนวนนี้มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการที่ได้รับการเยี่ยมและออกหนังสือรับรองความพิการจากทีมหมอครอบครัวจำนวน ๔๖ ราย (ร้อยละ ๕๑.๑๖) และพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการได้รับสวัสดิการทางสังคมจำนวน ๔๕ ราย (ร้อยละ ๙๐.๙๑) โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีความพิการได้รับการดูแลในระบบ Long Term Care จำนวน ๔๓ ราย(ร้อยละ ๘๑.๘๒) และอัตราความพึงพอใจต่อการบริการในชุมชนร้อยละ ๙๒.๕๖ หลังการพัฒนาพบว่า ในปี ๒๕๖๕ มีผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านจากทีมหมอครอบครัวจำนวน ๖๖ ราย โดยในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการที่ได้รับการเยี่ยมและออกหนังสือรับรองความพิการจากทีมหมอครอบครัวจำนวน ๖๖ ราย (ร้อยละ ๑๐๐) และพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการเหล่านี้ได้รับสวัสดิการทางสังคมทุกราย (ร้อยละ ๑๐๐) นอกจากนี้ยังพบว่า หลังพัฒนาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีความพิการได้รับการดูแลในระบบ Long Term Care ทุกรายเช่นกัน (ร้อยละ ๑๐๐) ส่งผลให้อัตราความพึงพอใจต่อการบริการในชุมชนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๙๗.๗๑ ๒) ผลลัพธ์ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ พบว่า (๑) ภาคีเครือข่ายทั้ง ผู้นำชุมชน อสม. CG และ CM ร่วมกันค้นหาผู้พิการในชุมชนและร่วมดูแลผู้พิการมากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการที่อยู่ตามลำพัง ไม่มีผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อสม. CG จะดำเนินการจัดทำบัตรประจำตัวผู้พิการที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดร้อยเอ็ด และประสานขอรับเงินเบี้ยยังชีพที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ (๒) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการได้รับหนังสือรับรองความพิการและได้รับสวัสดิการทางสังคมเพิ่มขึ้น (๓) ทีมหมอครอบครัวมีแผนออกติดตามเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ ๑ ครั้งร่วมกับภาคีเครือข่าย (๔) มีแนวทางการออกหนังสือรับรองความพิการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยไม่ต้องไปโรงพยาบาล (๕) มีการสื่อสารและให้คำปรึกษาแก่ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ทางกลุ่มไลน์หมอครอบครัว (๖) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการได้รับการดูแลในระบบ LTC และเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขทุกราย (๗) โรงพยาบาลมีระบบช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ และ ๓) ผลลัพธ์ด้านรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ พบว่ามีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทีมงานครอบครัวและภาคีเครือข่ายอำเภออาจสามารถ

ด้านผลผลิต พบว่า ๑) ด้านตัวผู้พิการและครอบครัว รู้สึกดีใจที่คนในชุมชนมาดูแล ทำให้รู้สึกมีกำลังใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว โดยเฉพาะการที่ไม่ต้องพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเพื่อขอหนังสือรับรองความพิการ เพราะบางรายเป็นผู้ป่วยติดเตียงเคลื่อนย้ายลำบาก บางรายต้องเสียค่าจ้างรถพาไป ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่าย โดยผู้พิการที่อยู่ตามลำพัง CG จะดำเนินการทำบัตรประจำตัวผู้พิการที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดร้อยเอ็ด และประสานขอรับสวัสดิการกักบงค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแทน ๒) ด้าน อสม.และ CG รู้สึกดีใจที่เห็นผู้ป่วยที่ดูแลอาการดีขึ้น ได้ช่วยแบ่งเบาภาระของญาติ ภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือคนในชุมชน ชุมชนให้การยอมรับ และอยากช่วยเหลือคนอื่น โดยมีหลักในการทำงานคือ “ดูแลผู้ป่วยให้เหมือนดูแลพ่อแม่ตนเอง” ๓) มีระบบการประสานงานและส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ และการประสานงานส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการระหว่างทีมหมอครอบครัวกับทีมดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ๔) ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ร่วมให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการมีการระดมทรัพยากรเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ บทเรียนที่ได้รับคือ ทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายมีเป้าหมายเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยคือ “เราจะทำอย่างไรให้ผู้ป่วยและญาติคลายทุกข์ เพราะคนที่ทุกข์ที่สุดคือตัวผู้ป่วยและญาติ” โดยมีการถอดบทเรียนและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาการดำเนินงาน ซึ่งครอบครัว ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีส่วนสำคัญในการสนับสนุนความจำเป็นพื้นฐานของผู้ป่วย

บทเรียนที่ได้รับคือ บทเรียนที่ได้รับคือ การถอดบทเรียนและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาและขับเคลื่อนการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ โดยโรงพยาบาล CM, CG อสม. ผู้นำชุมชน ญาติและผู้ดูแล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ที่มีส่วนสำคัญในการพัฒนาระบบให้เอื้อต่อการดูแลและสนับสนุนความจำเป็นพื้นฐานแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ ซึ่งเป็นการเรียนรู้ตามบริบทที่แตกต่างกัน ความไว้วางใจเป็นสิ่งสำคัญ โดยเป้าหมายในการดูแลอาจไม่ใช่การยืดชีวิตหรือฟื้นฟูสภาพให้กลับมาเหมือนเดิม แต่เป็นการลดความทุกข์ทรมานในชีวิตที่เหลืออยู่ ซึ่งปัจจัยความสำเร็จคือทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. ผู้นำชุมชน CM, CG ญาติและผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ โดยมีเป้าหมายเดียวกันในการดูแลคือ “เราจะทำอย่างไรให้ผู้ป่วยและญาติคลายทุกข์ เพราะคนที่ทุกข์ที่สุดคือตัวผู้ป่วยและญาติ” ภายใต้หลักในการทำงานคือ “ดูแลผู้ป่วยให้เหมือนดูแลพ่อแม่ตนเอง”

## ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ นำรูปแบบการออกหนังสือรับรองความพิการโดย Care Manager ประเมินความพิการแล้วส่งเอกสารขอหนังสือรับรองความพิการทางกลุ่มไลน์หมอครอบครัวในผู้พิการทุกประเภท

๖.๒ ใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนในการขับเคลื่อนการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและกองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับอำเภอ การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะกลาง(Intermediate Care) การดำเนินงานจิตเวชเด็กและวัยรุ่นระดับอำเภอ ทำให้สามารถขับเคลื่อนงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๖.๓ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีระบบการประสานงานและดำเนินการจัดทำบัตรประจำตัวผู้พิการที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดร้อยเอ็ดให้แก่ผู้พิการในพื้นที่ จำนวน ๒ แห่ง คือ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม และองค์การบริหารส่วนตำบลหนองหินถ่าน

๖.๔ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งมีการออกติดตามเยี่ยมบ้านและให้ความช่วยเหลือและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ พิการ และผู้ด้อยโอกาสในชุมชน

## ๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ โรงพยาบาลอาจสามารถมีแพทย์ทั้งหมดจำนวน ๖ และผ่านการอบรมหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจำนวน ๓ คน ซึ่งประกอบด้วยผู้อำนวยการโรงพยาบาล และแพทย์ทั่วเวชปฏิบัติทั่วไป ๒ คน ซึ่งแพทย์ทุกคนต้องให้บริการผู้มารับบริการในโรงพยาบาลที่มีจำนวนประมาณวันละ ๔๐๐ คน ทำให้ไม่สามารถติดตามเยี่ยมผู้ป่วยตามแผนที่กำหนดได้ ดังนั้นแพทย์ที่สามารถออกติดตามเยี่ยมบ้านในทีมหมอครอบครัวจึงเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลเท่านั้น

๗.๒ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวบางคนไม่เข้าใจและไม่ยอมรับแนวทางการออกหนังสือรับรองความพิการโดยให้ Care Manager ในพื้นที่เป็นคนประเมินความพิการ ดังนั้น จึงมีเพียงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเท่านั้นที่ออกหนังสือรับรองความพิการโดยไม่ให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

๗.๓ Care Manager บางคนส่งข้อมูลผู้ป่วยที่ขอรับหนังสือรับรองความพิการไม่ครบถ้วน ทำให้ทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอต้องประสานงานไปยัง Care Manager เพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม ทำให้เกิดความล่าช้าในการออกหนังสือรับรองความพิการ

## ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ โรงพยาบาลอาจสามารถเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๓๐ เตียง และไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ทำให้ไม่สามารถออกหนังสือรับรองความพิการประเภทอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากความพิการด้านการเคลื่อนไหวได้ จะต้องส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเพื่อประเมินและวินิจฉัยความพิการ

๘.๒ การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา-๒๐๑๙ ทำให้ทีมหมอครอบครัวไม่สามารถออกติดตามเยี่ยมบ้านได้

## ๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีระบบการดำเนินการจัดทำบัตรประจำตัวผู้พิการที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดร้อยเอ็ดให้แก่ผู้พิการในพื้นที่ให้ครอบคลุมทุกแห่ง

๙.๒ ประชุมพัฒนาศักยภาพและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ Care Manager ระดับอำเภอ สะท้อนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และหาแนวทางการพัฒนาร่วมกัน

๙.๓ นำเสนอปัญหาอุปสรรคในการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเพื่อพัฒนาศูนย์ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

## ๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๑ มกราคม - เมษายน ๒๕๖๖ หน้า ๒๙-๔๒

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) หากผู้ขอประเมินดำเนินการเพียงผู้เดียวให้ระบุชื่อสัดส่วนผลงาน ๑๐๐%

- ๑) นางศรัณรัตน์ ศิลปึกษา สัดส่วนของผลงาน ๙๐%  
๒) นพ.ธารา รัตนอำนวยศิริ สัดส่วนของผลงาน ๑๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... 


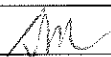
(นางศรัณรัตน์ ศิลปึกษา )

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)

(วันที่) ๒๓.../กุมภาพันธ์/๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าสัดส่วนการดำเนินการข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ (ถ้ามี)

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
๑.นางศรัณรัตน์ ศิลปึกษา	
๒.นพ.ธารา รัตนอำนวยศิริ	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... 

(นางนงคราญ สุระพินิจ )

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(วันที่) ๒๓.../กุมภาพันธ์ / ๒๕๖๖

(ลงชื่อ) ..... 

(นายธารา รัตนอำนวยศิริ )

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอาจสามารถ

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(วันที่) ๒๓.../ กุมภาพันธ์/๒๕๖๖

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อย ๒ ระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชา ที่เหนือขึ้นไปอีก ๑ ระดับ  
เว้นแต่ในกรณีผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรอง ๑ ระดับได้

## แบบการเสนอข้อเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อลดภาวะเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตำบลอาจสามารถ อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

### ๒. หลักการและเหตุผล

ภาวะสมองเสื่อมกำลังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งมักพบมากในผู้สูงอายุ จากอุบัติการณ์ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ มีผู้สูงอายุสมองเสื่อมทั่วโลกประมาณ ๔๔,๔๐๐,๐๐๐ คน ในปีพ.ศ.๒๕๗๓ คาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น ๗๕,๖๐๐,๐๐๐ คน และในปีพ.ศ. ๒๕๙๓ จะเพิ่มขึ้นเป็น ๑๓๕,๕๐๐,๐๐๐ คน ถือเป็น การเพิ่มอย่างทวีคูณ (Alzheimer's Disease International, ๒๐๑๓ อ้างถึงใน จิรานันท์ สุริยะ และคณะ, ๒๕๖๒)เช่นเดียวกับประเทศไทยที่ภาวะสมองเสื่อมถือเป็นหนึ่งปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ โดยพบว่าในปีพ.ศ.๒๕๕๓ มีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน ๒๒๙,๐๐๐ คน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยในปีพ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวน ๔๕๐,๐๐๐ คน และคาดว่าในปี พ.ศ. ๒๕๙๓ จะเพิ่มขึ้นเป็น ๑,๐๐๐,๐๐๐ คน (Aorpichaya, and Sirithorn,๒๐๐๙ อ้างถึงใน จิรานันท์ สุริยะและคณะ, ๒๕๖๒) ซึ่งปัจจุบันทั่วโลกต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมากกว่าปีละ ๖๐๔ พันล้านดอลลาร์สหรัฐ (WHO, ๒๐๑๒) ทั้งนี้พบว่าโรคอัลไซเมอร์เป็นโรคที่พบได้บ่อยที่สุด พบประมาณประมาณ ร้อยละ ๖๐-๘๐ ของภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด รองลงมาคือภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือด สำหรับในประเทศไทยมีรายงานอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมที่แตกต่างกันไปในแต่ละการศึกษาขึ้นกับกลุ่มประชากรและพื้นที่ที่สำรวจในปี ค.ศ. ๒๐๐๕ กระทรวงสาธารณสุขได้เคยคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยไว้ว่า มีจำนวนประมาณ ๒๒๙,๐๐๐ คน และมีแนวโน้มสูงขึ้น ๔๕๐,๐๐๐ คนและ ๑,๒๐๐,๐๐๐ คน ในปี ค.ศ. ๒๐๒๐ และ ๒๐๕๐ (เจษฎา โชคดำรงสุข,๒๕๕๖) สถานการณ์ของภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่อง จากรายงานในปีพ.ศ. ๒๕๕๙ พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจำนวน ๖๑๗,๑๐๐ คน และมีแนวโน้มจะเพิ่มเป็น ๑,๓๕๐,๐๐๐ คน ในปีพ.ศ. ๒๕๘๐ (Prasartkul P.,๒๐๑๖ อ้างถึงใน สาคร อินโทโล่ และคณะ, ๒๕๖๓) ข้อมูลนี้บ่งบอกว่าประเทศไทยที่กำลังจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า ต้องเผชิญปัญหาภาวะว้าวุ่นซึ่งเป็นผลมาจากภาวะสมองเสื่อมอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia or Major Neurocognitive Disorder (Major NCD) ) เป็นกลุ่มอาการหนึ่งในผู้สูงอายุที่พบได้ประมาณร้อยละ ๕ ในผู้มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติในการทำงานของสมองด้านการคิดและสติปัญญา โดยมีการเสื่อมของความจำเป็นอาการเด่น มีความผิดปกติด้านความคิด การตัดสินใจ การเคลื่อนไหว ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม บุคลิกภาพ และอารมณ์ รวมถึงมีความสามารถในการคิดเชิงซ้อน (abstract thinking) ลดลงจนรบกวนการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดผลเสียต่อการทำงาน สังคม และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น จนมีผลต่อการดำเนินชีวิตโดยไม่ต้องพึ่งพิง (Independent living) และความสามารถในการอยู่ร่วมกันในสังคม (สถาบันประสาทวิทยา,๒๕๕๗) โดยสาเหตุของการเกิดภาวะสมองเสื่อมนั้นมีงานวิจัยยืนยันว่าการเกิดภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับปัจจัยดังนี้ อายุมาก การศึกษาน้อย ประวัติครอบครัวเป็นโรคสมองเสื่อม โดยเฉพาะเป็นก่อนอายุ ๖๕ ปี ประวัติดื่มสุราเรื้อรัง การสูบบุหรี่ หรือใช้ยาเสพติด ประวัติโรคซึมเศร้า ความบกพร่องทางการรู้คิด ได้แก่ กลุ่มอาการดาวน์ (Down's syndrome) ประวัติได้รับอันตรายทางสมอง ประวัติเคยมีภาวะเพื่อหรือภาวะสับสนเฉียบพลัน ประวัติเคยสัมผัสกับโลหะหนัก โรคทางระบบประสาท เช่น โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) ติดเชื้อเอชไอวี(HIV) มลภาวะทางอากาศ วิถีชีวิตที่ขาดการออกกำลังกาย การสูญเสียการได้ยิน ภาวะโรคอ้วน การแยกตัวทางสังคม ซึ่งปัจจัยทั้งหมดที่กล่าวมาส่งเสริมการอักเสบและเสื่อมในสมอง มีการสะสมองค์ประกอบของโปรตีนผิดปกติ ทำให้เซลล์

สมองนั้นเสื่อมสภาพและตาย เมื่อตรวจภาพทางรังสีวิทยา ได้แก่ CT scan หรือ MRI scan จะพบว่าสมองฝ่อโดยทั่วไป (brain atrophy) มีช่องว่างภายในสมองเพิ่มขึ้น โพรงน้ำไขสันหลังขยายใหญ่ขึ้น ความผิดปกตินี้ก่อตัวและสะสมมานาน ก่อนที่จะมีอาการทางคลินิกได้ถึง ๑๐-๒๐ ปี (Rosenthal TC., Bolye LL., Ismail MS. and Porsteinsson AP, ๒๐๐๖ อ้างถึงใน ศิราณี ศรีหาภาค และคณะ, ๒๕๖๕) ซึ่งหากจำแนกตามสาเหตุการเกิดจะแบ่งได้เป็น ๒ ประเภทคือ ๑) Primary dementia เกิดจากความผิดปกติหรือการเสื่อมลงของเซลล์สมอง ซึ่งยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) ซึ่งเป็นภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อยที่สุด สมองเสื่อมประเภทนี้อาการจะรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ๒) Secondary dementia เกิดจากโรคต่าง ๆ ที่ทราบสาเหตุ เป็นผลจากโรคทางกายที่มีผลกระทบทำให้สมองเสื่อม เช่น โรคหลอดเลือด สมอง โรคติดเชื้อต่าง ๆ ขาดวิตามินบี ๑๒ โรคทางเมตาบอลิซึม (ไทรอยด์ เบาหวาน) โพรงสมองขยายใหญ่ โรคจากสารพิษและยาเป็นต้น (Larson, Yaffe, & Langa, ๒๐๑๓)

ภาวะสมองเสื่อมก่อให้เกิดภาระและผลกระทบในทุกด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคมมากกว่าร้อยละ ๗๐ โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจพบมากที่สุดเกือบ ๔ ใน ๕ รองลงมาคืออารมณ์ ด้านสังคมพบ ๒ ใน ๓ และด้านร่างกาย เมื่อจำแนกเป็นสัดส่วนในแต่ละด้านพบว่า ด้านร่างกาย คิดเป็นร้อยละ ๘๐.๕๖ ด้านจิตใจคิดเป็นร้อยละ ๘๖.๑๑ ด้านสังคมคิดเป็นร้อยละ ๘๖.๑ และด้านเศรษฐกิจคิดเป็นร้อยละ ๗๕ ซึ่งจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อสังคมไทย ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ภาวะสมองเสื่อมเป็นหัวข้อที่สำคัญในการคัดกรองผู้สูงอายุในปัจจุบัน อย่างไรก็ตามพบว่า การเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมีอุบัติการณ์ที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังเป็นภาวะที่มีการรักษาในรูปแบบของการประคับประคองเท่านั้น ซึ่งการเกิดภาวะสมองเสื่อมที่เกิดในผู้สูงอายุมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายอย่างที่ส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมกับร่างกายของผู้ที่เจ็บป่วย โดยมีทั้งที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดและเกิดจากโรคต่าง ๆ ที่ทราบสาเหตุเป็นผลจากโรคทางกายที่มีผลกระทบทำให้สมองเสื่อม (Larson, Yaffe, & Langa, ๒๐๑๓) โดยปัจจัยเหล่านี้เป็นสาเหตุหลักๆ ที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่เกิดภาวะสมองเสื่อมและส่งผลกระทบต่อผลผลิตในหลายๆด้านทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม ร่างกายและจิตใจ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสติปัญญาและอารมณ์อย่างค่อยเป็นค่อยไปซึ่งกินระยะเวลายาวนาน จึงเป็นเรื่องยากที่จะรู้ว่าผู้สูงอายุยังสามารถทำอะไรได้บ้างหรือเมื่อใดที่ต้องการความช่วยเหลือ การเปลี่ยนแปลงอะไรที่ผู้ดูแลคิดว่าผู้สูงอายุจะบอกว่าเกิดขึ้น การเปลี่ยนแปลงอะไรบ้างที่เพื่อน ครอบครัว หรือผู้เชี่ยวชาญที่ผู้สูงอายุรู้จักและคนที่ผู้สูงอายุรักจะสังเกตเห็น ซึ่งแต่ละคนจะให้คำตอบแตกต่างกัน ซึ่งผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีการเสื่อมของสมองในด้านการรู้คิด การตัดสินใจ การเข้าใจ การเรียนรู้และความจำ นอกจากนั้นยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และบุคลิกภาพ ซึ่งภาวะสมองเสื่อมถือเป็นการเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายได้ การดำเนินของโรครุนแรงมากขึ้นจนกระทั่งไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จึงมีความจำเป็นต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแล ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างใกล้ชิดตลอด ๒๔ ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลขาดการดูแลสุขภาพของตนเองและไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ทำให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลตามมา จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ดูแลโรคเรื้อรังอื่นๆ เนื่องจากไม่สามารถควบคุมหรือคาดการณ์พฤติกรรมของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความท้อแท้ ขาดแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตซึ่งนำไปสู่ปัญหาสุขภาพอื่นๆ ตามมา (บุษรา หิรัญสาโรจน์ และคณะ, ๒๕๖๓) โดยประเทศไทยมีรายงานอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมร้อยละ ๒๗ (Ondee P. et.al, ๒๐๑๓ อ้างถึงใน บุษรา หิรัญสาโรจน์ และคณะ, ๒๕๖๓)

ผู้ดูแลถือเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่นั้นจะเป็นการดูแลที่บ้าน สมาชิกในครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมโดยตรง การเข้ามารับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยนั้นจึงเป็นการเพิ่มบทบาทเดิมที่มีอยู่ อีกทั้งการดำเนินโรคของผู้ป่วยเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยจึงต้องการการ

ดูแลที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดผลกระทบกับผู้ดูแลในหลาย ๆ ด้าน ซึ่งมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ผลกระทบด้านบวกได้แก่ การที่ได้ดูแลผู้ป่วยเป็นการแสดงออกถึงความ กตัญญูตเวที การได้ตอบแทนบุญคุณ รู้สึกมีความสุขเมื่อได้ดูแลบุคคลที่ตนเองรัก การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน จากสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย ด้วยความเต็มใจ ส่วนผลกระทบด้านลบ ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น ความเครียด ความเหนื่อยล้า ภาวะเศรษฐกิจ ผลกระทบดังกล่าวส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลโดยตรง ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จากการศึกษาของพาวูตี เมฆวิชัย และสุรินทร์ แซ่ตั้ง โดยใช้แบบสอบถาม Caregiver Burden Inventory: CBI พบว่า การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบด้านเวลาต่อผู้ดูแลมากที่สุด กล่าวคือ ผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นด้านกรทำกิจกรรมหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาพักผ่อน รองลงมาได้แก่ผลกระทบด้านสุขภาพร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และมีผู้ดูแลเป็นคู่สมรส ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทยของ ศิราณี ศรีหาคาศ และคณะ ในเรื่องภาระและผลกระทบของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่า ผลกระทบด้านร่างกาย ร้อยละ ๕๒.๘ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้า ร้อยละ ๓๘.๙ มีอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ และร้อยละ ๘ มีปัญหาด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ผลกระทบด้านเศรษฐกิจพบว่า ผู้ดูแลร้อยละ ๙ ต้องลาออกจากงานประจำหรือหยุดงานเพื่อมาทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวขาดรายได้ ร้อยละ ๑๘ ที่เคยมีรายได้ จากการทำงานประจำมีรายได้ลดลง และร้อยละ ๒๐.๕๕ รู้สึกสูญเสียโอกาสในด้านการประกอบอาชีพ เช่น โอกาสในตำแหน่งหน้าที่การงาน รายได้และสังคม เนื่องจากในการดูแลผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมนั้นต้องการผู้ดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา ๒๔ ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลต้องลาออกจากงานหรือหยุดการประกอบอาชีพเดิม เพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาระยะยาว ทำให้บางครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาและผลกระทบด้านเศรษฐกิจในครอบครัว ผลกระทบด้านสังคมพบว่า ผู้ดูแลร้อยละ ๘๖ ขาดโอกาสในการทำกิจกรรมส่วนตัวและกิจกรรมทางสังคม ร้อยละ ๖ เกิดความขัดแย้ง และปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลและญาติพี่น้อง ทำให้เกิดการทอดทิ้งและผลักภาระให้กับผู้ดูแลเพียงลำพัง ผลกระทบด้านอารมณ์ พบว่าร้อยละ ๘๖ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเกิดความรู้สึกเป็นภาระและเกิด อารมณ์วิตกกังวล เครียด เศร้า เนื่องจากในช่วงที่ผู้สูงอายุอยู่ในระยะสมองเสื่อมปานกลาง ซึ่งผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่ผู้สูงอายุเหล่านี้มีพฤติกรรมผิดปกติ ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่ขาดประสบการณ์และความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม แต่ต้องอยู่ดูแลใกล้ชิดตลอดเวลาเกิดความรู้สึกเครียด และบางครั้งเกิดการทะเลาะกับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึก “ดูแลแล้วเป็นบุญหรือบาป” จากผลกระทบดังกล่าวที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในผู้ดูแล เป็นความรู้สึกขัดแย้งในบทบาท ขัดแย้งทางอารมณ์ความรู้สึก เกิดความเคารพ ความโกรธ ความละอายและเกิดความรู้สึกผิด เกิดความรู้สึกสูญเสียต่อตนเอง และเมื่อความต้องการการดูแลมีมากกว่าแรงสนับสนุนที่มีอยู่ ย่อมทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและรู้สึกหมดพลังอำนาจ ความเครียดที่เกิดขึ้นมักส่งผลให้รู้สึกเป็นภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าได้ (จุฑาทิพย์ ศรีชัย และคณะ ๒๕๖๓)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยใช้แบบคัดกรองปัญหาอาการ วิตกกังวลและอาการ ซึมเศร้า (HADS) ของพชรภรณ์ ลำเลียงพล (๒๕๕๘) พบว่า ผู้ดูแลมีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๑๒ โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีรายได้ไม่เพียงพอ และต้องดูแลผู้ป่วยที่มีอาการไม่ยั้งยังั้งใจ จากการศึกษาผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทยของศิราณี ศรีหาคาศและคณะ พบว่า มากกว่าร้อยละ ๕๐ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเกิดอารมณ์เศร้า โดยร้อยละ ๑๕ มีอาการร้องไห้เสียใจบ่อย รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง และเกิดความรู้สึกน้อยใจในโชคชะตาของตนเอง และจากการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่เป็นญาติ กับผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นญาติร้อยละ ๔๒.๙ เกิดความเครียด และผู้ดูแลที่ไม่ใช่ ญาติร้อยละ ๗๖.๒ เกิดความเครียดจากการดูแล หากความเครียดคงอยู่เป็นเวลานาน การตอบสนองทางอารมณ์ก็



จะคงอยู่และอาจมีการตอบสนองที่มากขึ้น เพราะบุคคลไม่มีโอกาสที่จะคืนความสมดุลทางอารมณ์ได้ ทำให้รู้สึกตึงเครียด และวิตกกังวลมากขึ้นเรื่อยๆ และอาจเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด(จุฑาทิพย์ ศรชัย, อาภาพร เผ่าวัฒนา, พัชรพร เกิดมงคล, ๒๕๖๓) นอกจากนี้อาการที่เกิดขึ้นจากภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัวเป็นอย่างมาก ทั้งในเรื่องของค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวที่เพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงของบทบาทสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรงมักมีปัญหาเรื่องสุขภาพกายและจิตใจมากกว่าบุคคลอื่น เนื่องจากต้องรับภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มจากบทบาทเดิมของตนเอง และอาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหน้าที่การงาน เช่น การต้องออกจากงานประจำการเปลี่ยนแปลงของรายรับ รายจ่าย และต้องรับมือกับปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย รวมถึงช่วยเหลือในผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการพักผ่อนไม่เพียงพอ และไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเอง หากผู้ที่ไม่เคยดูแลผู้ป่วยหรือไม่เข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม อาจเข้าใจว่าพฤติกรรมอาหารดังกล่าวที่เกิดขึ้นเกิดจากธรรมชาติของความชรา หรือคิดว่าผู้ป่วยแกล้งทำ รวมถึงความสัมพันธ์ของสมาชิกภายในบ้านที่ไม่ดี อาจเกิดการโยนความรับผิดชอบต่อการดูแลให้กับบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด และมีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยที่แย่ลง เช่น ความรู้สึกที่ว่าผู้ป่วยนั้นเป็นภาระแก่ตน อับอายต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย หรืออาจมีการตอบโต้กันทางอารมณ์และคำพูดระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล และเกิดความรู้สึกผิดต่อสิ่งที่ได้กระทำกับผู้ป่วยอย่างไม่เหมาะสมในภายหลัง(สกาวิรัตน์ เทพประสงค์, ๒๕๔๘) หากผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์เหล่านี้ได้จะนำไปสู่ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ลดลง ดังนั้น การให้ความรู้แก่ญาติและผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมให้เข้าใจเกี่ยวกับภาวะนี้ตลอดจนการดูแลกิจวัตรประจำวัน การสื่อสารกับผู้ป่วย วิธีจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย ได้รับฟังแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การดูแลกับผู้ดูแลคนอื่น ๆ เป็นหนึ่งความต้องการของผู้ดูแลที่จะช่วยให้สามารถหาวิธีการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ผู้ดูแลถือเป็นบุคคลที่จะช่วยดูแล ป้องกันความเสี่ยงในการได้รับอันตรายของผู้ป่วยในเบื้องต้นได้ดีที่สุด และเป็นผู้ที่รับรู้ถึงปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี(ภูษณิษา ยิงอยู่ และคณะ, ๒๕๖๐)

อำเภออาจสามารถ แบ่งเขตการปกครองออกเป็น ๑๐ ตำบล ๑๓๙ หมู่บ้าน มีประชากรทั้งสิ้น ๗๓,๒๑๓ คน ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุจำนวน ๑๐,๕๔๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๔๒ ของประชากรทั้งหมด โดยในจำนวนนี้แบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม(ADL๑๑-๒๐คะแนน)จำนวน ๙,๘๔๙ คน (ร้อยละ ๙๓.๔๒) กลุ่มติดบ้าน (ADL๕-๑๑ คะแนน)จำนวน ๕๗๐ ราย (ร้อยละ ๕.๔๐) โดยแบ่งผู้สูงอายุตามเกณฑ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงออกเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๑ (เคลื่อนไหวได้บ้าง (มีปัญหาการกิน/ขับถ่าย) ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง) จำนวน ๔๘๙ ราย (ร้อยละ ๘๕.๗๙) กลุ่มที่ ๒ (เคลื่อนไหวได้บ้าง (มีปัญหาการกิน/ขับถ่าย) มีภาวะสับสนทางสมอง)จำนวน ๘๑ ราย (ร้อยละ ๑๔.๒๑) กลุ่มติดเตียง (ADL ๐-๔ คะแนน) จำนวน ๑๒๔ ราย (ร้อยละ ๑.๑๘) แบ่งเป็นกลุ่มที่ ๓ (เคลื่อนไหวเองไม่ได้(มีปัญหาการกิน/ขับถ่าย) หรือมีอาการป่วยรุนแรง) จำนวน ๑๑๘ ราย (ร้อยละ ๙๕.๑๖) และกลุ่มที่ ๔ (เคลื่อนไหวเองไม่ได้และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงในระยะสุดท้ายของชีวิต) จำนวน ๖ ราย (ร้อยละ ๔.๘๔) ส่วนตำบลอาจสามารถ ประกอบด้วย ๑๗ หมู่บ้าน มีประชากรทั้งสิ้น ๑๑,๕๙๔ คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน ๑,๕๓๘ คน (ร้อยละ ๑๓.๓) โดยแบ่งออกเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน ๑,๓๐๒ ราย (ร้อยละ ๘๕.๖๕) กลุ่มติดบ้าน จำนวน ๒๒๘ คน (ร้อยละ ๑๔.๘๒) แบ่งออกเป็นกลุ่มที่ ๑ (เคลื่อนไหวได้บ้าง (มีปัญหาการกิน/ขับถ่าย) จำนวน ๒๑๖ คน (ร้อยละ ๙๔.๗๔) กลุ่มที่ ๒ (เคลื่อนไหวได้บ้าง (มีปัญหาการกิน/ขับถ่าย) มีภาวะสับสนทางสมอง)จำนวน ๑๒ ราย (ร้อยละ ๕.๒๖) กลุ่มติดเตียง (ADL ๐-๔ คะแนน)จำนวน ๘ ราย (ร้อยละ ๐.๕๓) แบ่งเป็นกลุ่มที่ ๓ (เคลื่อนไหวเองไม่ได้(มีปัญหาการกิน/ขับถ่าย) หรือมีอาการป่วยรุนแรง) จำนวน ๘ ราย (ร้อยละ ๑๐๐) ซึ่งตำบลอาจสามารถมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน ๒ แห่ง คือ เทศบาลตำบลอาจสามารถ รับผิดชอบจำนวน ๕ หมู่บ้าน และองค์การบริหารส่วนตำบลอาจสามารถ รับผิดชอบจำนวน ๑๒ หมู่บ้าน โดยองค์กรปกครองส่วน

ท้องถิ่นทั้ง ๒ แห่ง เข้าร่วมโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง(Long Term Care : LTC) ในปี ๒๕๖๐ และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคนได้รับการดูแลในระบบ Long Term Care ซึ่งจากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ช่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นด้านการทำงานหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาพักผ่อน ส่งผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งด้านเศรษฐกิจ เพราะผู้ดูแลต้องลาออกจากการประจำหรือหยุดงานเพื่อมาทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวขาดรายได้ ด้านสังคมพบว่าผู้ดูแลทุกคนขาดโอกาสในการทำกิจกรรมส่วนตัวและกิจกรรมทางสังคม บางคนเกิดความขัดแย้งกับญาติพี่น้อง ทำให้เกิดการทอดทิ้งและผลกระทบให้กับผู้ดูแลเพียงลำพัง ผลกระทบด้านอารมณ์พบว่าผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระและเกิดอารมณ์วิตกกังวล เครียด เศร้า เนื่องจากต้องอยู่ดูแลใกล้ชิดตลอดเวลาเกิดความรู้สึกเครียด บางครั้งเกิดการทะเลาะกับผู้สูงอายุ จากผลกระทบดังกล่าวที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในผู้ดูแล เป็นความรู้สึกขัดแย้งในบทบาท ขัดแย้งทางอารมณ์ความรู้สึก เกิดความเครียด ความโกรธ ความละอายและเกิดความรู้สึกผิด เกิดความรู้สึกสูญเสียต่อตนเอง และเมื่อความต้องการการดูแลมีมากกว่าแรงสนับสนุนที่มีอยู่ ย่อมทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด และรู้สึกหมดพลังอำนาจ ความเครียดที่เกิดขึ้นมักส่งผลให้รู้สึกเป็นภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าตามมา

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจจะศึกษาวิจัยเรื่องรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อลดภาวะเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตำบลอาจสามารถ อำเภออาจสามารถ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม สามารถให้การดูแลกิจวัตรประจำวัน สื่อสารกับผู้ป่วย รวมทั้งหาวิธีจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะช่วยดูแลป้องกันความเสี่ยงในการได้รับอันตรายของผู้ป่วยในเบื้องต้นได้ดีที่สุด ส่วนชุมชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมอย่างถูกต้อง เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม รวมทั้งให้การช่วยเหลือ ส่งเสริมและสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมให้สามารถให้การดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม รับฟังและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลกับผู้ดูแลคนอื่น ๆ รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือในด้านเศรษฐกิจ สังคม และการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม มีกำลังใจ และรู้สึกที่ไม่ถูกทอดทิ้งให้ผู้ดูแลผู้ป่วยตามลำพัง และไม่มีภาวะซึมเศร้า

#### วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อลดภาวะเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตำบลอาจสามารถ อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด
๒. เพื่อลดภาวะเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สามารถเผชิญปัญหาโดยใช้อารมณ์ทางบวก และมีคุณภาพชีวิตที่ดี
๓. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสมจากครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่

#### เป้าหมาย

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สมาชิกในครอบครัวและญาติ Caregiver อสม. ผู้นำชุมชน ทั้ง ๑๗ หมู่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง ๒ แห่งในเขตตำบลอาจสามารถ จำนวน จำนวน ๑๑๒ คน

### ๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

#### ๓.๑ บทวิเคราะห์

ตำบลอาจสามารถ ประกอบด้วย ๑๗ หมู่บ้าน มีประชากรทั้งสิ้น ๑๑,๕๕๔ คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน ๑,๕๓๘ คน (ร้อยละ ๑๓.๓) โดยแบ่งออกเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน ๑,๓๐๒ ราย (ร้อยละ ๘๔.๖๕) กลุ่มติดบ้าน จำนวน ๒๒๘ คน (ร้อยละ ๑๔.๘๒) แบ่งออกเป็นกลุ่มที่ ๑ (เคลื่อนไหวได้บ้าง (มีปัญหาการกิน/ขับถ่าย) จำนวน ๒๑๖ คน (ร้อยละ ๙๔.๗๔) กลุ่มที่ ๒ (เคลื่อนไหวได้บ้าง (มีปัญหาการกิน/ขับถ่าย) มีภาวะสับสนทางสมอง)จำนวน ๑๒ ราย (ร้อยละ ๕.๒๖) กลุ่มติดเตียง (ADL ๐-๔ คะแนน)จำนวน ๘ ราย (ร้อยละ ๐.๕๓) แบ่งเป็นกลุ่มที่๓ (เคลื่อนไหวเองไม่ได้ (มีปัญหาการกิน/ขับถ่าย) หรือมีอาการป่วยรุนแรง) จำนวน ๘ ราย (ร้อยละ๑๐๐) ซึ่งตำบลอาจสามารถมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน ๒ แห่ง คือ เทศบาลตำบลอาจสามารถ รับผิดชอบจำนวน ๕ หมู่บ้าน และองค์การบริหารส่วนตำบลอาจสามารถ รับผิดชอบจำนวน ๑๒ หมู่บ้าน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง ๒ แห่งเข้าร่วมโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง(Long Term Care : LTC) ในปี ๒๕๖๐ และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคนได้รับการดูแลในระบบ Long Term Care จากการทำงานที่ผ่านมาพบว่าการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นด้านกรทำกิจกรรมหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาพักผ่อน ส่งผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งด้านเศรษฐกิจเพราะผู้ดูแลต้องลาออกจากงานประจำหรือหยุดงานเพื่อมาทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวขาดรายได้ ด้านสังคมพบว่าผู้ดูแลทุกคนขาดโอกาสในการทำกิจกรรมส่วนตัวและกิจกรรมทางสังคม บางคนเกิดความขัดแย้งกับญาติพี่น้อง ทำให้เกิดการทอดทิ้งและผลกระทบให้กับผู้ดูแลเพียงลำพัง ผลกระทบด้านอารมณ์พบว่าผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระและเกิดอารมณ์วิตกกังวล เครียด เศร้า เนื่องจากต้องอยู่ดูแลใกล้ชิดตลอดเวลาเกิดความรู้สึกเครียด บางครั้งเกิดการทะเลาะกับผู้สูงอายุ จากผลกระทบดังกล่าวที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในผู้ดูแล เป็นความรู้สึกขัดแย้งในบทบาท ขัดแย้งทางอารมณ์ความรู้สึก เกิดความเคารพ ความโกรธ ความละอายและเกิดความรู้สึกผิด เกิดความรู้สึกสูญเสียต่อตนเอง และเมื่อความต้องการการดูแลมีมากกว่าแรงสนับสนุนที่มีอยู่ ย่อมทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและรู้สึกหมดพลังอำนาจ ความเครียดที่เกิดขึ้นมักส่งผลให้รู้สึกเป็นภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าตามมา ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อภาวะเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม มีกำลังใจ และรู้สึกว่าไม่ถูกทอดทิ้งให้ดูแลผู้ป่วยตามลำพัง และไม่มีภาวะซึมเศร้าต่อไป

#### ๓.๒ แนวคิด

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อลดภาวะเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตำบลอาจสามารถ อำเภอกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี ใช้แนวคิดการปรับตัว ๒ ปัจจัย ของเครเมอร์ (A Kramer's two factor adaptation model อ้างถึงใน อรรถวรรณ แผนคง และลินจง โปธิบาล, ๒๕๖๑) ซึ่งประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบ ได้แก่

##### ๓.๒.๑ ภูมิหลังและบริบท (Background and Context) ประกอบด้วย

๓.๒.๑.๑ คุณลักษณะของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (Care receiver characteristics) เนื่องด้วยพยาธิสภาพของโรคที่มีการทำงานของสารสื่อประสาทลดลง ส่งผลให้เซลล์สมองฝ่อลง และนำมาสู่ความสามารถทางสติปัญญาและการรับรู้ลดลง รวมถึงการแสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ อาการก้าวร้าว เดินหลงออกนอกบ้าน และพฤติกรรมทางจิตประสาท รวมทั้งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ซึ่งปัญหาที่พบจะทวีความรุนแรงตามความก้าวหน้าของโรคที่เพิ่มขึ้นและมากขึ้นจนกระทั่งต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมต้องใช้เวลาในการดูแลต่อวันค่อนข้างมาก และใช้เวลาดูแลยาวนานหลายปีจนกว่าผู้สูงอายุจะ

เสียชีวิตลง(Smale, Epp. & Dupis,๒๐๐๔) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะนำไปสู่ผลกระทบทางด้านลบมากกว่าผลกระทบทางด้านบวกต่อผู้ดูแล จนกระทั่งผู้ดูแลประเมินสถานการณ์นั้นว่าเป็นภาระ และมีผลต่อความรู้สึกทางด้านบวกลดลงได้

๓.๒.๑.๒ คุณลักษณะของผู้ดูแล (Caregiver characteristics) ปัจจัยทางเพศ ระดับความสัมพันธ์ทางเครือญาติกับผู้สูงอายุ และสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ทักษะที่ดีต่อการดูแล เช่น ผู้ดูแลเพศหญิงมีมุมมองด้านบวกในการดูแลน้อยกว่าผู้ดูแลเพศชาย เนื่องจากพบว่าผู้หญิงมีบทบาทหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบมากกว่าหนึ่งบทบาทในเวลาเดียวกัน เป็นต้น ซึ่งคุณลักษณะของผู้ดูแลเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อการประเมินสถานการณ์การดูแลไปในทางบวก ถ้าหากผู้ดูแลมีสัมพันธ์ภาพที่ดีและมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแล

๓.๒.๒ กระบวนการปรับตัว (Intervening process) แบ่งออกเป็น ๒ องค์ประกอบย่อย ดังนี้

๓.๒.๒.๑ แหล่งสนับสนุน (Resource) แหล่งสนับสนุนมุมมองด้านบวกในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน จิตวิญญาณ ศาสนา การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายทางสังคม และการปลุกฝังจากครอบครัว ซึ่งแหล่งสนับสนุนดังกล่าวนี้สามารถนำไปใช้ในการเสริมสร้างความรู้สึกทางบวกที่มีต่อบทบาทของการเป็นผู้ดูแล

๓.๒.๒.๒ การประเมินค่า (Appraisal) ประกอบด้วย การประเมินค่าบทบาทการดูแลไปทางด้านบวก (Appraisal of role gain) และการประเมินค่าบทบาทการดูแลไปทางด้านลบ(Appraisal of role strain) ซึ่งกลวิธีที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมใช้ในการเผชิญปัญหาทางด้านบวก ประกอบด้วย ๒ วิธี คือ

๑) การเผชิญปัญหาที่มุ่งเน้นปัญหา (Problem-focus coping) คือการที่ผู้ดูแลมองถึงสาเหตุของปัญหาและเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถควบคุมและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลให้สำเร็จตามที่ตนเองตั้งเป้าหมายไว้ เปรียบเสมือนกับผู้ดูแลเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นสิ่งที่สามารถสร้างให้บุคคลนั้นหรือผู้ดูแลมีความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและมีคุณค่าในตนเอง รวมถึงการแสดงพฤติกรรมที่เป็นไปทางด้านบวก นั่นคือ ความพยายามที่จะฝ่าฟันอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้ สามารถควบคุมสถานการณ์ให้เป็นไปอย่างราบรื่น และส่งเสริมการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุหรือการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันให้เป็นไปอย่างปกติสุข

๒) การเผชิญปัญหาด้วยการควบคุมอารมณ์(Emotional-focus coping) โดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมใช้วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหา(Avoidance) มากกว่าวิธีการอื่นๆ เนื่องจากเมื่อระดับความรุนแรงของโรคมักขึ้นผู้สูงอายุจะมีระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงอย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดจึงเป็นสิ่งจำเป็นตามมา ประกอบกับการที่ไม่มีผู้มาผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนในการดูแลจึงทำให้ผู้ดูแลมีโอกาที่จะได้รับผลกระทบที่เกิดจากการดูแลและนำมาสู่ความรู้สึกทางด้านลบได้ เช่น อารมณ์ขุ่นเคือง อารมณ์โกรธ ความรู้สึกเหล่านี้สามารถทำให้เกิดการขัดแย้งขึ้นระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุในชีวิตประจำวัน และบางครั้งการใช้วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหาอาจไม่สามารถนำมาใช้ได้ ดังนั้นการสนับสนุนการเผชิญปัญหาโดยการใช้อารมณ์ทางบวกจะสามารถช่วยลดความรู้สึกทางด้านลบนั่นลงได้ จากการศึกษาพบว่าความเชื่อทางศาสนา (Spiritual beliefs) เป็นแหล่งสนับสนุนหนึ่งที่ผู้ดูแลนำมาใช้ในการเผชิญความเครียดที่ได้รับจากการดูแล ประกอบกับการอบรมเลี้ยงดูจากครอบครัว(Familism) เป็นส่วนช่วยให้ผู้ดูแลตระหนักในบทบาทหน้าที่และดำรงอยู่ในบทบาทผู้ดูแลด้วยความเต็มใจ นอกจากนี้การปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายทางสังคม การได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ดูแลด้วยกัน รวมถึงการได้กำลังใจจากบุคลากรทางการแพทย์ การสนับสนุนจากเครือข่ายผู้ดูแลที่คอยให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สิ่งเหล่านี้สามารถส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกที่ดีต่อบทบาทผู้ดูแลและประเมินสถานการณ์การดูแลนั้นไปทางด้านบวกได้ สำหรับการประเมินค่าบทบาทการดูแลไปทางด้านลบนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจะประเมินว่าสถานการณ์การดูแลนั้นว่ายากเกินกว่าที่

ตนเองจะสามารถทำได้จนกระทั่งส่งผลให้เกิดความรู้สึกเครียดในบทบาทผู้ดูแล (Caregiver strain) หรือมีความรู้สึกเป็นภาระ (Burden) นั่นคือ ผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าการดูแลส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของตนเอง ซึ่งผลจากการประเมินสถานการณ์การดูแลทางด้านลบนี้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลรอบด้าน ซึ่งสามารถนำไปสู่คุณภาพในการดูแลลดลง และยังรวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมลดลงได้เช่นกัน ดังนั้น เพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นดังกล่าวแนวทางการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดมุมมองด้านบวกจะเสริมสร้างให้ผู้ดูแลสามารถคงบทบาทของการเป็นผู้ดูแลและให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้อย่างต่อเนื่อง

๓.๓.๓ ผลลัพธ์ทางด้านความผาสุกในชีวิต (Well-being outcome) ผลจากการที่ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ทั้งทางด้านบวกและด้านลบ นั่นคือ ถ้าหากผู้ดูแลสถานการณ์การดูแลที่ได้รับประโยชน์จากการดูแลก็จะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางด้านบวกของการดูแล (Positive indications) นั่นคือ ผู้ดูแลจะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นขณะให้การดูแลได้อย่างราบรื่น และนำมาสู่ความรู้สึกพึงพอใจต่อสถานการณ์การดูแล รวมถึงแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวัน ในทางกลับกันถ้าหากผู้ดูแลประเมินสถานการณ์นั้นว่าเป็นความเครียดก็จะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางด้านลบที่เกิดจากการดูแล (Negative indications)

### ๓.๓ ข้อเสนอ

การวิจัยเรื่องรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อลดภาวะเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ตำบลอาจสามารถ อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ดใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยเน้นการจัดกระบวนการเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อสม. ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีการระดมทรัพยากรต่างๆ ในการดูแลร่วมกัน มีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ดูแลด้วยกัน การได้กำลังใจจากครอบครัวและชุมชนรวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งการสนับสนุนจากเครือข่ายผู้ดูแลที่คอยให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความรู้สึกที่ดีต่อบทบาทผู้ดูแลและประเมินสถานการณ์การดูแลนั้นไปทางด้านบวกได้ โดยแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อลดภาวะเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตำบลอาจสามารถ มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

#### ๓.๓.๑. ชั้นเตรียมการ

๓.๓.๑.๑ ประสานงานคณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลตำบลอาจสามารถ และองค์การบริหารส่วนตำบลอาจสามารถ เพื่อเสนอแนวคิด และชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน

๓.๓.๑.๒ ประสานงานผู้นำชุมชน ประธาน อสม. และ Caregiver ทุกหมู่บ้าน เพื่อเสนอแนวคิด ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน อบรมทักษะการวิจัยเชิงคุณภาพ และร่วมกันออกแบบเครื่องมือ

๓.๓.๑.๓ ศึกษาบริบทสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตำบลอาจสามารถ

๓.๓.๑.๔ ประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัญหาอุปสรรค และความต้องการการช่วยเหลือจากชุมชนและสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

#### ๓.๓.๒ ชั้นดำเนินการ

๓.๓.๒.๑ จัดประชุมนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัญหาอุปสรรค และความต้องการการช่วยเหลือจากชุมชนและสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แก่ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง ๒ แห่ง ผู้นำชุมชน อสม. Caregiver และทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาล และหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

๓.๓.๒.๒ จัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุและแนวทางการดูแล ในกลุ่มครอบครัว/ผู้ดูแล กลุ่มผู้นำชุมชน อสม.และ Caregiver เพื่อให้ครอบครัว/ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อสม. และ Caregiver มีความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมอย่างถูกต้อง มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย ครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ในขณะที่ภาคีเครือข่ายในชุมชนให้การสนับสนุนดูแลครอบครัวของผู้ป่วย ให้กำลังใจ และระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนเพื่อช่วยเหลือครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

๓.๓.๒.๓ ประสานทีมดูแลสุขภาพจิตโรงพยาบาลอาจสามารถในการออกติดตามเยี่ยมและให้การดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน

๓.๓.๒.๔ ประสานทีมหมอครอบครัวออกติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลได้รับการดูแลแบบองค์รวมจากทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชน

๓.๓.๒.๕ ประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง ๒ แห่งในการจัดหลักสูตรให้ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมและแนวทางการดูแลในโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม สามารถเฝ้าระวังและสังเกตอาการเบื้องต้นได้ รวมทั้งจัดกิจกรรมการพาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้กำลังใจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

๓.๓.๒.๕ จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแล และสร้างเครือข่ายการดูแลร่วมกัน

### ๓.๓.๓ ชั้นประเมินผล

๓.๓.๓.๑ ประเมินภาวะซึมเศร้า ๒Q,๔Q และแบบประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

๓.๓.๓.๒ ประเมิน ADL และประเมินภาวะสมองเสื่อม TMSE (Thai-mini-Mental State Examinations)

๓.๓.๓.๔ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานร่วมกันในระดับตำบล ปีละ ๒ ครั้ง

## ๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

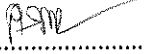
๔.๑. มีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อลดภาวะเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตำบลอาจสามารถ

๔.๒ สามารถลดภาวะเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สามารถเผชิญปัญหาโดยใช้อารมณ์ทางบวก และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

๔.๓. ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสมจากครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่

๖. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ๖.๑ อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมลดลง ร้อยละ ๕๐
- ๖.๒ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตในระดับดีขึ้นไปเพิ่มขึ้นร้อยละ ๓๐
- ๖.๓ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลที่ดีจากครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย

(ลงชื่อ) .....  .....

(นางศรัณรัตน์ ศิลปักษา)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ(ด้านบริการทางวิชาการ)

(วันที่) ๒๒/๑๑/๒๕๖๖ / กุมภาพันธ์ / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน