กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

รายงานผลการศึกษา

ระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคม
สำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
ที่มีปัญหาและความต้องการการดูแลระยะยาวในชุมชนชนบท

ที่ปรึกษาโครงการวิจัย

1. ผศ.พญ.สิรินทร ฉันศิริกาญจน
2. รศ.ดร.วรรณภา ศรีธัญรัตน์
3. รศ.ผ่องพรรณ อรุณแสง

ผู้วิจัยหลัก

1. นางสาวอรวรรณ์ คูหา
2. ดร.นัดดา คำนิยม
3. นางสาวอรวรรณ ประสิทธิ์ศิริผล
4. นางนิติกุล ทองน่วม
6. นางสาวปนิตา มุ่งกลาง
7. นางสาวพิมพ์นารา ดวงดี
8. นางสาวจิตนภา วาณิชวโรฒ์

ทีมวิจัยร่วมในพื้นที่

พื้นที่ อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

1. นางกิ่งกาญจนา เมืองโคตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
2. นางนุรัตน์ เฮืองศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
3. นางสมปอง พิมพ์ทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
4. นางทัตพิชาญ์ พิมพ์อักษร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
5. นางละเอียด ช่วยบุดดา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
6. นางสาวสุทธินันท์ สุบินดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

พื้นที่ ตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

1. นพ.วสันต์ ลิมปเจต	นายแพทย์ชำนาญการ
2. นางนวลพรรณ พิมพิสาร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
3. นางสยุมพร ชูชีพ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
4. นางขวัญเรือน เสาวภาคไพบูลย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

พื้นที่ อำเภอคีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี

1. นางสุวรรณี นิยมจิตร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
2. นางพรรทิพา นวลมุกสิก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
3. นางสาวพัชรี รัชชะ	ผู้ช่วยเหลือคนไข้

คำนำ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่สำคัญในผู้สูงอายุที่เกิดจากระบบการทำงานของสมองที่ค่อย ๆ เสื่อมลง หรือมีความบกพร่องในด้านความทรงจำ การใช้ความคิด การตัดสินใจ การเรียนรู้ การใช้ภาษา และการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ เมื่อมีอายุมากขึ้น ความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุไปด้วย และเมื่อมีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นจะส่งผลกระทบต่อภาครัฐและครอบครัวที่ต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในการดูแลทั้งทางตรงและทางอ้อม ทำให้เกิดภาระการดูแลของผู้ดูแล ครอบครัว และญาติ ดังนั้นรัฐบาลจำเป็นต้องมีระบบคุ้มครองทางสุขภาพและสังคม โดยออกเป็นนโยบายหรือโครงการเพื่อรองรับการจัดบริการทั้งด้านสุขภาพและสังคมผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางและกลุ่มที่มีความเสี่ยง ที่ต้องการคุ้มครองทางสุขภาพและสังคม เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพและบริการทางสังคมได้

คณะผู้วิจัย จึงได้สนใจศึกษาวิจัย เรื่อง ระบบการคุ้มครองทางด้านสุขภาพและสังคมในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาและต้องการการดูแลระยะยาวในชุมชนชนบท เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ระบบคุ้มครองทางสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่เปราะบางหรือมีความเสี่ยงสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพและสังคมได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การจัดทำนโยบายหรือโครงการที่เกี่ยวข้องเพื่อรองรับและสนับสนุน การคุ้มครองทางสุขภาพและสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของประเทศต่อไป

ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณทีมวิจัยในพื้นที่ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา และโรงพยาบาลคีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาข้อมูลในพื้นที่ให้เป็นไปได้ด้วยความเรียบร้อยและที่ปรึกษาโครงการ ได้แก่ ผศ.พญ.สิรินทร ฉันศิริกาญจน รศ.ดร.วรรณภา ศรีธัญญารัตน์ และรศ.ผ่องพรรณ อรุณแสง ที่ให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ต่อการทำงานวิจัยให้ได้ผลสำเร็จและเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลและครอบครัวในเรื่องการดูแลทางด้านสุขภาพและสังคม

นายแพทย์ปานเนตร ปางพุฒิพงศ์
รองอธิบดีกรมการแพทย์

กิตติกรรมประกาศ

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ขอขอบคุณคณะทำงานวิจัยจากหน่วยงานต่างๆ อันได้แก่ โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา และโรงพยาบาลศีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ได้สนับสนุนให้การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบคุณ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และผู้ดูแล/ครอบครัว ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ในพื้นที่สามพื้นที่ที่มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ได้กรุณาสละเวลาให้ทีมวิจัยได้ทำการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม และกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ/สังคม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่ได้เข้าร่วมทำกลุ่ม (Focus group) เพื่อให้ข้อมูลและความคิดเห็นเกี่ยวกับทัศนคติและมิติการดูแลผู้ที่มีภาวะสมอง อันจะเป็นประโยชน์ในการศึกษาระบบคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาและต้องการ การดูแลระยะยาว รวมทั้งการจัดทำข้อมูลสรุปนิยามของการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และเสนอแนะเชิงนโยบายระบบคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ชุมชนไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการจัดบริการทางสุขภาพและสังคมต่อไป

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สามารถดำเนินการให้สำเร็จได้ โดยความร่วมมือจากคณะทำงานวิจัยร่วมในพื้นที่ คณะทำงานรู้สึกซึ้งในความเสียสละและความร่วมมือของทุกฝ่ายที่ทำให้งานโครงการวิจัยครั้งนี้ เสร็จสิ้นไปได้ด้วยดี หวังว่าข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์และนำไปสู่การจัดทำโครงการ/กฎระเบียบ/มาตราการ ด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้เกิดระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว ภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว

นายแพทย์ประพันธ์ พงศ์คณิตานนท์
ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

สารบัญ

หน้า

คำนำ
กิตติกรรมประกาศ
สารบัญ
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

บทที่ 1 บทนำ 13
- 1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหา
- 1.2 วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย
- 1.3 ขอบเขตของโครงการวิจัย
- 1.4 กรอบแนวคิดของโครงการวิจัย

บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม : การคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 16
- 2.1 คำนิยาม : การคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคม
- 2.2 สถานการณ์ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแล
- 2.3 รูปแบบของระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในบริบทประเทศไทย
- 2.4 รูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรในพื้นที่ที่ศึกษา
- 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.6 สรุป

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย 40
- 3.1 วิธีการวิจัย
- 3.2 กลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 เครื่องมือการวิจัย
- 3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.5 สถิติที่ใช้ในงานวิจัย
- 3.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

บทที่ 4 สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ที่ศึกษา (ภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว) 43
- 4.1 สถานการณ์ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 43
  - 4.1.1 ข้อมูลทั่วไป
  - 4.1.2 ข้อมูลด้านสุขภาพ
  - 4.1.3 ข้อมูลด้านสังคม
  - 4.1.4 ข้อมูลด้านชุดสิทธิประโยชน์
  - 4.1.5 ข้อมูลด้านค่าใช้จ่ายในการดูแล
- 4.2 สถานการณ์ของผู้ดูแล 77
  - 4.2.1 ข้อมูลทั่วไป
  - 4.2.2 ข้อมูลด้านสุขภาพ
  - 4.2.3 ข้อมูลการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

บทที่ 5 ทัศนคติ และมิติการดูแลด้านสุขภาพและสังคมในพื้นที่ที่ศึกษาในมุมมองของบุคลากรด้านสุขภาพและด้านสังคม/ชุมชน 105
- 5.1 ทัศนคติและการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในมุมมองของบุคลากรด้านสุขภาพ 105
  - 5.1.1 ทัศนคติต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของบุคลากรด้านสุขภาพ
  - 5.1.2 การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยบุคลากรด้านสุขภาพ
- 5.2 ทัศนคติและการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในมุมมองของบุคลากรด้านสังคม/ชุมชน (รวมถึง ผู้ดูแล/ครอบครัว) 112

5.2.1 ทัศนคติต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของบุคลากรด้านสุขภาพ
5.2.2 การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยบุคลากรด้านสุขภาพ
5.3 สรุปทัศนคติ และมิติการดูแลด้านสุขภาพและสังคมในพื้นที่ที่ศึกษา ในมุมมองของบุคลากรด้านสุขภาพและดด้านสังคม/ชุมชน 118

บทที่ 6 การสังเคราะห์รูปแบบระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในบริบทชุมชนชนบท (ภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว) 119

6.1 คำนิยามระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคม 120
6.2 สรุประบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคม 120
6.3 ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาระบบการดูแลด้านสุขภาพและสังคม 121
6.3.1 ระบบการดูแลด้านสุขภาพ
6.3.2 ระบบการดูแลด้านสังคม
6.4 ปัจจัยเงื่อนไขของการพัฒนาและขับเคลื่อนระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคม 128

บรรณานุกรม 139

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก 140
ภาคผนวก ข 160
การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion, FGD) บุคลากรด้านสุขภาพและด้านสังคม 166

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 2.1 แสดงแบบประเมินความสามารถในการรู้คิดสำหรับคัดกรองภาวะสมองเสื่อม 18
ตารางที่ 2.2 แสดงจำนวนและร้อยละของผลการคัดกรองและวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ต้นแบบ 23
ตารางที่ 2.3 แผนการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Community LTC care) และการดูแลเฉพาะ 27
ตารางที่ 2.4 ชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวตามการจำแนกกลุ่มประเภทการให้บริการทางการแพทย์ตามชุดสิทธิประโยชน์ 30
ตารางที่ 2.5 การดูแลเรื่องภาวะสมองเสื่อมแบ่งตามระดับสถานบริการ 38
ตารางที่ 4.1 ข้อมูลเพศของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามเพศ 43
ตารางที่ 4.2 ช่วงอายุและภาวะสมองเสื่อมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามเพศ 44
ตารางที่ 4.3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 44
ตารางที่ 4.4 ข้อมูลการทำงานของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 45
ตารางที่ 4.5 ข้อมูลแหล่งรายได้และความเพียงพอของรายได้ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 46
ตารางที่ 4.6 ข้อมูลการพักอาศัยและสมาชิกครอบครัวของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 47
ตารางที่ 4.7 ข้อมูลสถานที่พักอาศัยของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 48
ตารางที่ 4.8 การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามเพศ 49
ตารางที่ 4.9 โรคประจำตัวของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 50
ตารางที่ 4.10 ช่วงอายุและภาวะสมองเสื่อมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามเพศ 51
ตารางที่ 4.11 ระยะอาการของภาวะสมองเสื่อมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามเพศ 51
ตารางที่ 4.12 ระยะเวลาการเป็นสมองเสื่อมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามเพศ 52
ตารางที่ 4.13 ชนิดของสมองเสื่อมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามเพศ 53
ตารางที่ 4.14 ประวัติครอบครัวที่มีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามจังหวัด 54
ตารางที่ 4.15 ประวัติการกระทบ กระเทือนทางสมองของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 55
ตารางที่ 4.16 ประวัติการใช้ยาของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 56
ตารางที่ 4.17 น้ำหนัก ส่วนสูงและค่าดัชนีมวลกายของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 57
ตารางที่ 4.18 การรับประทานอาหารและอาหารเสริมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 58
ตารางที่ 4.19 ปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 59
ตารางที่ 4.20 ประวัติการเกิดอุบัติเหตุหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 60
ตารางที่ 4.21 ปัญหาการนอนหลับของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 61
ตารางที่ 4.22 ความถี่ของปัญหาการนอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 61
ตารางที่ 4.23 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (MBAI) ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 62
ตารางที่ 4.24 ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (MBAI)จำแนกตามเพศ 64
ตารางที่ 4.25 ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (MBAI) จำแนกตามระยะของภาวะสมองเสื่อม 64
ตารางที่ 4.26 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่มีความซับซ้อนของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 65
ตารางที่ 4.27 พฤติกรรมสุขภาพการใช้สิ่งเสพติดของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 67
ตารางที่ 4.28 พฤติกรรมสุขภาพและสังคมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 68
ตารางที่ 4.29 การรับรู้เรื่องสิทธิและสวัสดิการผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 69
ตารางที่ 4.30 ความต้องการหรือหรือความจำเป็นที่ต้องการความช่วยเหลือในรอบ 6 เดือนที่ผ่าน 69
ตารางที่ 4.31 ปัญหาในการจัดบ้านหรือที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุ 70
ตารางที่ 4.32 การแบ่งกลุ่มการดูแลระยะยาวของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 71
ตารางที่ 4.33 บริการด้านสังคมในชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีสมองเสื่อมและผู้ดูแล 74
ตารางที่ 4.34 บริการด้านสุขภาพในชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีสมองเสื่อมและผู้ดูแล 74
ตารางที่ 4.35 เพศของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามจังหวัด 77
ตารางที่ 4.36 กลุ่มอายุของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามจังหวัด 77
ตารางที่ 4.37 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามจังหวัด 78
ตารางที่ 4.38 โรคประจำตัวผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามจังหวัด 79
ตารางที่ 4.39 การตรวจสุขภาพประจำปีผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามจังหวัด 80
ตารางที่ 4.40 ข้อมูลภาวะสุขภาพทั่วไปผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามจังหวัด 80
ตารางที่ 4.41 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามจังหวัด 81

ตารางที่ 4.42 พฤติกรรมสุขภาพการใช้สิ่งเสพติดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 83
ตารางที่ 4.43 การทำงานของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามจังหวัด 84
ตารางที่ 4.44 รายได้ของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามจังหวัด 85
ตารางที่ 4.45 การดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ของผู้ดูแล จำแนกตามจังหวัด 86
ตารางที่ 4.46 การได้รับความรู้เรื่องอาหารและโภชนาการของผู้ดูแล จำแนกตามจังหวัด 86
ตารางที่ 4.47 การใช้ในการให้การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล จำแนกตามจังหวัด 87
ตารางที่ 4.48 ความรู้สึกเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแลจำแนกตามจังหวัด 88
ตารางที่ 4.49 ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแล จำแนกตามจังหวัด 89
ตารางที่ 4.50 ความต้องการความช่วยเหลือจากรัฐของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจำแนกตามจังหวัด 90
ตารางที่ 4.51 การสนับสนุนบริการทางสังคมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำแนกตามจังหวัด 91
ตารางที่ 4.52 ภาระการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแล โดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Zarit caregiver burden) ฉบับภาษาไทย 92
ตารางที่ 4.53 การรับรู้ต่อสุขภาพของผู้ดูแล จำแนกตามจังหวัด 92
ตารางที่ 4.54 ผลกระทบหรือข้อจำกัดของภาวะสุขภาพในปัจจุบันต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ดูแลหลัก จำแนกตามจังหวัด 93
ตารางที่ 4.55 ผลกระทบของภาวะสุขภาพและปัญหาทางอารมณ์ต่อการทำกิจกรรมของผู้ดูแลในช่วง 1 เดือน จำแนกตามจังหวัด 94
ตารางที่ 4.56 ผลกระทบของภาวะสุขภาพ อาการปวดต่อการทำกิจกรรมทางสังคมของผู้ดูแลหลักในช่วง 1 เดือน จำแนกตามจังหวัด 95
ตารางที่ 4.57 ความรู้สึกและเรื่องราวที่ผ่านมาในระหว่าง 1 เดือน ของผู้ดูแลหลักจำแนกตามจังหวัด 96
ตารางที่ 4.58 ผลกระทบของปัญหาสุขภาพทางกายและจิตใจต่อการรบกวนการเข้าสังคมของผู้ดูแลหลัก ในช่วง 1 เดือน จำแนกตามจังหวัด 98
ตารางที่ 4.59 ความคิดเห็นต่อสุขภาพของตนเองของผู้ดูแลหลัก จำแนกตามจังหวัด 99
ตารางที่ 4.60 ค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพของผู้ดูแลหลักจำแนกตามจังหวัด 100
ตารางที่ 4.61 ข้อมูลค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ที่มีสมองเสื่อม 101
ตารางที่ 4.62 ข้อมูลค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ที่มีสมองเสื่อมที่มากที่สุด 102
ตารางที่ 4.63 ข้อมูลค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการว่าจ้างผู้ดูแลรายเดือน 102
ตารางที่ 4.64 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาจำแนกตามจังหวัด 103
ตารางที่ 4.65 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาจำแนก ตามระยะของภาวะสมองเสื่อม 104
ตารางที่ 5.1 ทัศนคติของบุคลากรด้านสุขภาพในพื้นที่ที่ศึกษา ต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และต่อภาวะสมองเสื่อมและการดูแล 106
ตารางที่ 5.2 การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยบุคลากรด้านสุขภาพในพื้นที่ที่ศึกษา 108
ตารางที่ 6.1 การจัดกรอบอัตรากำลังบุคลากรดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม 123
ตารางที่ 6.2 การคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน 127
ตารางที่ 6.3 ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานภาวะสมองเสื่อม 128
ตารางที่ 6.4 การพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน 131
ตารางที่ 6.5 ทัศนคติและการดูแลผู้สูอายุภาวะสมองเสื่อม 133
ตารางที่ 6.6 นโยบายและกฎหมายสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 133
ตารางที่ 6.7 ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน 134

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดระบบการคุ้มครองผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 15
ภาพที่ 2.1 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม : บ้านฝางโมเดล 24
ภาพที่ 2.2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม : คีรีรัฐนิคมโมเดล 24
ภาพที่ 2.3 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม : จอหอโมเดล 25
ภาพที่ 2.4 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม : ลำสนธิ พลัส โมเดล 25
ภาพที่ 2.5 สรุปรูปแบบและระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 26
ภาพที่ 6.1 การสังเคราะห์ระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและด้านสังคม/ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว ในชุมชนภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว 136

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ในปัจจุบัน โครงการหรือนโยบายด้าน Social health protection จะเน้นเป็นภาพรวมโครงการระบบคุ้มครองทางสังคมเป็นหลัก ประกอบด้วย โครงการการประกันสังคมแบบจ่ายสมทบ เป็นลักษณะการใช้งบประมาณภาษีโดยไม่ต้องจ่ายเงินสมทบ (แบบกำหนดเป้าหมาย และแบบถ้วนหน้า) และให้ความสำคัญต่อการคุ้มครองทางสังคม (social protection) เพิ่มขึ้นดังเห็นได้ว่ามียุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาระบบคุ้มครองทางสังคมแบบถ้วนหน้าที่มีลักษณะเป็นเอกภาพภายในปี พ.ศ. 2560 ที่เรียกว่า สังคมสวัสดิการ โดยระบบนี้มีรากฐานจากเสาสี่เสา ประกอบด้วย 1) การบริการทางสังคม 2) การให้ความช่วยเหลือทางสังคม 3) การประกันสังคม และ 4) การส่งเสริมทางสังคม และในปัจจุบันการคุ้มครองทางสุขภาพและสังคมที่มุ่นเน้นในเรื่องสุขภาพและการช่วยเหลือทางสังคมในกลุ่มที่ยากไร้ หรือกลุ่มเปาะบาง ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก็อยู่ในกลุ่มดังกล่าวด้วย โดยสรุปสถานการณ์ด้านสุขภาพและสังคมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลในชุมชนในสามพื้นที่ ซึ่งเป็นต้นแบบที่ได้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชนขึ้นประกอบด้วย ชุมชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลคีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี และศูนย์บริการทางการแพทย์จอหอ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ได้สรุปข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพในพื้นที่ดังนี้

สถานการณ์ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในจำนวน 110 คน 1) ลักษณะทั่วไปของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมพบสัดส่วนในเพศหญิงสูงกว่าเพศชายในทุกพื้นที่ อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 81.25 ปี อายุที่มากที่สุดมากถึง 104 ปี ส่วนอายุน้อยที่สุดเพียง 60 ปีอายุเฉลี่ยที่มากที่สุด 82.40 ปี อยู่ในพื้นที่ จังหวัดนครราชสีมา และ จังหวัดสุราษฎร์ธานี สอดคล้องกับกลุ่มอายุที่พบมากคือ 80 – 89 ปี ส่วนพื้นที่ จังหวัดขอนแก่น มีอายุเฉลี่ยเพียง78.55 ปี กลุ่มอายุที่พบมากคือ 70 – 79 ปี ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้ง 3 พื้นที่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิสวัสดิการข้าราชการพนักงาน (รัฐวิสาหกิจ/มหาวิทยาลัย) เป็นส่วนใหญ่ สถานที่พักอาศัยทั้ง 3 พื้นที่ อาศัยอยู่ในบ้านของตนเองหรือครอบครัวเป็นเจ้าของ และส่วนใหญ่ยังอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวบุตร หลานและญาติ ขณะที่ในพื้นที่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และจังหวัดขอนแก่น มีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระบุว่าอยู่ตามลำพังคนเดียว รายได้เพื่อการดำรงชีวิตของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมใน 3 พื้นที่มีแหล่งที่มาของรายได้จากเบี้ยยังชีพจากทางราชการมากที่สุด สอดคล้องกับการระบุแหล่งรายได้หลักเพื่อการดำรงชีพที่มีที่มาจากแหล่งเดียว ซึ่งรายได้ส่วนใหญ่เพียงพอต่อการใช้จ่ายที่เกิดขึ้น แต่ไม่มีรายได้เหลือเพียงพอที่จะเก็บออมเพื่อใช้จ่าย และบางส่วนยังระบุว่ามีภาระหนี้สินด้วย และเมื่อเปรียบเทียบใน 3 พื้นที่***อายุเฉลี่ยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมมากที่สุดอยู่ในพื้นที่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี คือ 78.57 ปี ขณะที่ในพื้นที่ จังหวัดนครราชสีมา อายุเฉลี่ย 76.90 ปี และพื้นที่ จังหวัดขอนแก่น อายุเฉลี่ย 75.18 ปี*** ชนิดของภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัย ***พบว่าส่วนใหญ่เป็นภาวะสมองเสื่อมชนิด Alzheimer'sdisease มากที่สุด*** สัดส่วนในเพศหญิงสูงกว่าเพศชายในทุกพื้นที่ยกเว้นในพื้นที่ จังหวัดขอนแก่นที่พบเฉพาะในเพศหญิงเท่านั้น โดยมีโรคเรื้อรังที่พบร่วมกับภาวะสมองเสื่อมมากที่สุดคือ โรคหลอดเลือดสมองหรือสโตรก ***โดยผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยปัจจุบันมีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในในระยะที่ 2 มากที่สุด*** พบสัดส่วนในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย ยกเว้นในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานีที่พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ระยะเวลาในการเป็นสมองเสื่อมภายหลังได้รับการวินิจฉัยสามารถแบ่งออกเป็นช่วงเดือนและปี ในเพศหญิงมีระยะเวลาการเป็นสมองเสื่อมยาวนานกว่าเพศชายเฉลี่ย 4.44 เดือน อยู่ระหว่าง 1 – 6 เดือน เช่นเดียวกับระยะเวลาเป็นช่วงปีโดยเฉลี่ย 4.64 ปี อยู่ระหว่าง 2 – 5 เดือน ในจำนวนนี้มีผู้ที่เป็นภาวะสมองเสื่อมยาวนานกว่า 20 ปีขึ้นไป พิจารณาตามระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานทั้งสามพื้นที่ อยู่ในภาวะพึ่งพาระดับเล็กน้อยเป็นส่วนใหญ่ ขณะที่พบผู้ที่มีภาวะพึ่งพาอยู่ในระดับพึ่งพาทั้งหมดเป็นลำดับรองลงมา และพบสัดส่วนในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สำหรับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่มีความซับซ้อนนั้น กิจกรรมที่เป็นข้อจำกัดของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมากที่สุดคือ กิจกรรมเกี่ยวกับการจัดการด้านการเงิน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดหรือเคยใช้แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว ไม่มีกิจกรรมการออกกำลังกาย ไม่มีงานอดิเรกทำและไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ซึ่งพบมากที่สุดในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ข้อมูลด้านสังคมการรับรู้เรื่องสิทธิและสวัสดิการที่ต้องการของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่รับทราบถึงสิทธิที่ควรได้รับและไม่ทราบหรือไม่รับรู้เรื่องการมีสวัสดิการให้การช่วยเหลือ ความต้องการหรือความจำเป็นที่ต้องการความช่วยเหลือในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาส่วนใหญ่ต้องการเรื่อง เบี้ยยังชีพทางราชการโดยเฉพาะเบี้ยผู้สูงอายุมากที่สุด ปัญหาในการจัดบ้านหรือที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระบุว่ามีปัญหานี้มากที่สุด โดยส่วนใหญ่มีความต้องการ/จำเป็นช่วยเหลือด้านการปรับปรุงบ้าน/สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน คือต้องการให้ช่วยติดตั้งราวจับในห้องน้ำมากที่สุด ***ชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมพึงได้รับ*** เมื่อพิจารณาตามการแบ่งกลุ่มการดูแลระยะยาวของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ***ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน*** และอาจมีปัญหาการกินหรือ การขับถ่ายสำหรับการได้รับและไม่ได้รับชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวนั้น พบว่าทั้ง 8 บริการที่จัดให้ ***ส่วนใหญ่จำนวนผู้ที่ได้รับบริการมีสัดส่วนมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับ*** ได้แก่ การประเมินวางแผนการรักษาและการดูแลทางการแพทย์การดูแลทางการพยาบาล การดูแลด้านเภสัชกรรม การฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลด้านสุขภาพจิต การดูแลด้านสุขภาพช่องปาก การดูแลด้านโภชนาการ และการดูแลด้านการแพทย์แผนไทย/ทางเลือก เมื่อพิจารณาการจัดบริการภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวในด้านบริการสุขภาพและบริการสังคมพบว่า ***บริการด้านสุขภาพที่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับเป็นส่วนใหญ่คือ การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวม และการประเมินและติดตามการปฏิบัติตามการรักษา ขณะที่บริการสุขภาพที่ส่วนใหญ่ไม่ได้รับคือการประเมินเรื่องทางกฎหมาย*** สำหรับบริการด้านสังคม บริการที่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับเป็นส่วนใหญ่คือ บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม เช่น เบี้ยยังชีพ/พิการ ที่พัก เป็นต้น ***ขณะที่บริการสังคมที่ไม่ได้รับส่วนใหญ่คือ กิจกรรมนอกบ้าน ไปชมรมผู้สูงอายุ ไปวัด***

สถานการณ์ของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ในจำนวน 110 คน ***1) ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล***ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าชาย***อายุเฉลี่ย*** 56.05ปี อายุที่มากที่สุด คือ 85 ปีและอายุที่น้อยที่สุดคือ 23 ปี กลุ่มอายุของผู้ดูแลที่พบมากที่สุดอยู่ระหว่าง 40-49 ปี และมี***ความสัมพันธ์กับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม***คือ เป็นบุตรสาวซึ่งพบทั้ง 3 พื้นที่ ***2) ข้อมูลสุขภาพ*** แม้จะพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพ ยังมีผู้ดูแลบางส่วนที่มีโรคประจำตัวในขณะที่ต้องให้การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วย ***โรคประจำตัว***ที่พบมากคือกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือด ส่วน***พฤติกรรมสุขภาพ***ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการดูแลสุขภาพด้วยการออกกำลังกายมากที่สุดส่วนใหญ่ ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด ***การทำงานและรายได้ของผู้ดูแล***ปัจจุบันส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานหรือประกอบอาชีพ สาเหตุที่ต้องออกจากงาน 3 อันดับแรกคือ ลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุ ขณะที่บางส่วนเกษียณอายุ/ชราภาพและต้องออกมาดูแลบ้านหรือบุคคลในครอบครัว ส่วนผู้ที่ยังประกอบอาชีพ มีอาชีพเกษตรกรรม/กสิกรรมเป็นส่วนใหญ่ ***รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเมื่อรวมจากทุกแหล่ง*** รายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 12,0732.57 บาท/เดือน โดยรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงสุด คือ 80,000 บาท/เดือน และต่ำที่สุดคือ 600 บาท/เดือน ***3) การดูแลที่ผู้ดูแลจัดให้กับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม*** บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลใน 3 พื้นที่ ผู้ดูแลส่วนใหญ่รับผิดชอบดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพียงคนเดียวและ มีผู้ช่วยในบางเวลา โดยบุคลากรทางการแพทย์เป็น***ผู้ให้ความรู้ในการให้การดูแล***ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด ระยะเวลาในการให้การดูแล***ระยะเวลาเป็นรายเดือน*** พบว่า มีระยะเวลาเฉลี่ยอยู่ที่ 4.56 เดือน ระยะเวลามากที่สุด คือ 8 เดือน และน้อยที่สุดคือ 1 เดือน สำหรับ***ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลภายใน 1 วัน*** (ชั่วโมงต่อวัน) โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 16.67 ชั่วโมงต่อวัน โดยการใช้เวลาดูแลส่วนใหญ่อยู่ที่ 19-24 ชั่วโมงต่อวัน ***ความรู้สึกเหนื่อยล้าทั้งด้านร่างกายและจิตใจ***ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแลส่วนใหญ่เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง***สาเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าส่วนใหญ่*** คือการที่ผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลและการที่ผู้สูงอายุชอบเอาแต่ใจตนเอง ไม่มีเหตุผล ***กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแล***ส่วนใหญ่คือ การเตรียมอาหาร การเตรียมยามากที่สุด ***ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ผู้ดูแลรับผิดชอบ***โดยไม่สามารถใช้สิทธิการรักษาพยาบาลสุขภาพถ้วนหน้าหรือสิทธิของรัฐอื่น ๆ ได้ โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 4,174.14 บาท/เดือน โดยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนสูงสุด คือ 33,200 บาท/เดือน และต่ำที่สุดคือ 80 บาท/เดือน โดยมี***รายการค่าใช้จ่าย***ที่มากที่สุดแต่ละรายการพบว่า เป็นค่าของใช้ส่วนตัวหรือของใช้จำเป็นคือค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่สูงที่สุด เฉลี่ยต่อเดือน 1,651.18±1,193.736บาท ***ค่าอาหาร/เครื่องดื่ม***คือ ค่าอาหารเหลว เฉลี่ยต่อเดือน 3,100.00±1,331.666 บาท ***ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพคือค่าบริการการตรวจพิเศษ*** เช่น ค่าเจาะเลือด ค่าบริการตรวจร่างกายประจำปี เฉลี่ยต่อเดือน 4,742.86±6,888.120 บาท ***ค่าจ้างเหมา***คือ ค่าจ้างผู้ดูแล (ประจำ) เฉลี่ยต่อเดือน 11,800.00±6,379.655 บาท และค่าเดินทางเพื่อการซื้อยาหรือวัสดุต่างๆ และค่าเดินทางนำส่งโรงพยาบาล เฉลี่ยต่อเดือน 838.05±1,240.548 บาท

ความต้องการความช่วยเหลือจากภาครัฐของผู้ดูแลด้านค่าตอบแทนในฐานะผู้ดูแลในกรณีที่รัฐบาลให้การช่วยเหลือครอบครัวที่มีผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่ต้องการค่าตอบแทนเฉลี่ย 4,382.69 บาท/เดือน ***การสนับสนุนบริการทางสังคมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาล อบต.*** ในพื้นที่ส่วนใหญ่มีการสนับสนุนงบประมาณให้กับชมรมผู้สูงอายุมากที่สุด ***ขณะที่ทั้ง 3 พื้นที่ยังไม่มีการสนับสนุนด้านอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมากที่สุด 4) ภาระการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล***หลักโดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Zarit caregiver burden score) ฉบับภาษาไทย ฉบับ 12 ข้อ พบว่าค่าคะแนนภาระการดูแลเมื่อพิจารณาตามช่วงอายุของผู้ดูแลพบว่าส่งกระทบต่อกลุ่มอายุน้อยกว่า 30 ปีมากที่สุดมิติที่ 1 ผลกระทบที่มีสัดส่วนมากที่สุด คือ ความรู้สึกที่ไม่มีเวลาสำหรับตัวผู้ดูแลเองเพราะต้องใช้เวลาดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 1.34±1.175 คะแนนมิติที่ 2 ความเครียดที่มีสัดส่วนมากที่สุด คือความรู้สึกเหนื่อยล้าเมื่อต้องอยู่ใกล้กับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 1.20±1.124 คะแนนและมิติที่ 3 ความรู้สึกเอาใส่ใจมีสัดส่วนมากที่สุด คือความรู้สึกว่าควรจะทำหน้าที่ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในได้ดีกว่านี้ ค่าแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 1.54±1.311 คะแนน และ ***5) สถานะสุขภาพของผู้ดูแล*** โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (The Short form Health Survey-36) ประกอบด้วย มิติด้านสุขภาพ 8 มิติพบว่าภาพรวมของสถานะสุขภาพของผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ Pain, General healthและ Health change มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P = 0.0059, 0.0040 และ 0.0336 ตามลำดับ)

สถานการณ์เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล ประกอบด้วย ***1) ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยครอบครัว/ผู้ดูแล*** ส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพมากที่สุดโดยพบมากที่สุดในพื้นที่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และในพื้นที่นี้ยังมีค่าใช้จ่ายด้านอาหาร (ทั่วไป)และค่าผ้าอ้อมมากที่สุดอีกด้วย ขณะที่ค่าใช้จ่ายในการดูแลชีวิตประจำวันด้านสังคมพบมากที่สุดในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น และค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์/กายอุปกรณ์พบมากที่สุดในพื้นที่ จังหวัดนครราชสีมา ***2) ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการว่าจ้างผู้ดูแลรายเดือนทั้งแบบไม่ค้างคืนและแบบค้างคืน*** ที่ผู้ดูแลตอบว่าสามารถจ่ายได้ พบว่าเป็นค่าจ้างผู้ดูแลต่อเดือนแบบค้างคืน โดยเฉลี่ยคือ 15,808 บาทต่อเดือนและค่าจ้างผู้ดูแลต่อเดือนแบบไม่ค้างคืน โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 7,672 บาทต่อเดือนโดยในพื้นที่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีค่าจ้างผู้ดูแลต่อเดือนทั้งแบบค้างคืนและแบบไม่ค้างคืนโดยเฉลี่ยมากที่สุดและ ***3) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา*** ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงสุด ได้แก่ ค่าอาหารเท่ากับ 1,222±2,240 บาท ค่าจ้างผู้ดูแลเท่ากับ 753±3,453 บาท ค่าผ้าอ้อมเท่ากับ738±1,003 บาท ค่านมเท่ากับ 603±1,205 บาท และค่ายาเท่ากับ 433±1,004บาท ขณะที่พบว่าค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับทางการแพทย์ มีจำนวนเพียง36±185 บาท ซึ่งอาจเนื่องผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ทัศนคติของบุคลากรด้านสุขภาพและสังคม/ชุมชนต่อภาวะสมองเสื่อมและการดูแลนั้นฉายภาพที่คล้ายคลึงกัน คือ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นผู้ที่มีกรรมมีเวร เป็นผีบ้า วิกลจริต เป็นผู้ที่ไม่สามารถดำรงตนให้อยู่ในภาวะปกติได้ มีพฤติกรรมที่หลงลืม ก้าวร้าว กลับไปเป็นเด็ก และ เป็นผู้ที่น่าสงสาร น่าเบื่อหน่าย สร้างปัญหาและภาระมากมายแก่ครอบครัวและชุมชน และต้องการผู้ดูแลเป็นพิเศษ แต่เดิมเรียกว่า คนหลง คนบ้า คนขวัญเสีย โดยเชื่อว่ามีต้นการเกิดจากความสูงอายุหรือเป็นธรรมชาติของคนเมื่อสูงอายุ บางส่วนเชื่อว่าเกิดจากการพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี คือ ดื่มสุรา และสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี

ผู้ให้การดูแลหลักต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม บุคลากรทั้งสุขภาพและสังคมฟันธงที่ครอบครัว แต่เข้าใจทุกขภาวะที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นความต้องจำยอมที่ต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแล การต้องเอาใจใส่ดูแลอย่างพิเศษและโดยหลาย ๆ คนด้วย อีกทั้งในการดูแลไม่เพียงแต่ขาดความรู้ยังต้องอดทน เสียสละ อย่างมากจนถือเป็นเวรกรรมของผู้ดูแล ก่อให้เกิดทุกขภาระของผู้ดูแลตามมา แม้บางส่วนพยายามจะพยายามคิดเชิงบวกแต่ก็ซ่อนความไม่รื่นรมย์ไว้ ด้วยเป็น กตัญญูที่คล้องคอ" และ "ทำไปเผื่อจะได้บุญ"

สำหรับทัศนคติต่อการดูแลภาวะสมองเสื่อมในภาพรวมนั้น ***บุคลากรทีมสุขภาพและสังคมต้องการให้เป็นบทบาทของทุกคนทุกฝ่ายในสังคมและในชุมชน*** และเห็นตรงกันว่าความรู้ทั้งเรื่องสมองเสื่อมและการดูแลนั้นยังอ่อนด้อย ฝ่ายทีมสุขภาพบอกว่าสมองเสื่อมเป็นเรื่องใหม่ที่ต้องพัฒนาเป็นโรคที่รักษาไม่หาย การดูแลที่จะให้ก็ยุ่งยากซับซ้อน ยังดีที่คิดว่าเป็นเรื่องท้าทายและต้องพัฒนาให้เกิดขึ้นในสังคมสูงวัย ส่วนด้านสังคมมองว่าเมื่อรักษาไม่หาย ต้องพัฒนาผู้ดูแลที่มีความรู้และดูแลได้ ต้องปรับทัศนคติต่อสมองเสื่อม ต้องมีช่องทางให้คำปรึกษา และจัดงบประมาณสนับสนุนการดูแลให้มากขึ้น

สรุปได้ว่าทัศนคติต่อการดูแลภาวะสมองเสื่อมในภาพรวมของบุคลากรด้านสุขภาพและสังคม คือ บุคลากรทั้งสองฝ่ายยังขาดความรู้ความเข้าใจภาวะสมองเสื่อม แต่รับรู้ทุกขภาวะและทุกขภาระที่เกิดขึ้น มีความเห็นต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ ต้องร่วมกันดูแลทั้งสุขภาพและสังคมโดยมีครอบครัวเป็นหลัก มีมาตรฐานการดูแล และมีระบบสนับสนุนการดูแล

สำหรับมิติการดูแลหรือรูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนที่มีอยู่ บุคลากรด้านสุขภาพสะท้อนงานที่ดำเนินการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมว่า ต้นกำเนิดอยู่ที่ทีมสุขภาพ ที่ตระหนักในการคุกคามของภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและจะเป็นภัยที่ใหญ่โตในอนาคตอันใกล้นี้ พัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยนำภาคสังคมเข้ามาเกี่ยวข้อง การดูแลมีการคัดกรอง/การคัดแยก การวินิจฉัยบำบัดรักษา และการดูแลต่อเนื่อง ที่เป็นรูปแบบการดูแล ในเชิงรุก ครบวงจรทุกระยะของการดำเนินโรค เป็นรูปแบบการดูแลที่ได้ให้การคุ้มครองที่ครอบคลุมทั้งผู้ที่มีความเสี่ยง ผู้ที่มีปัญหาด้านความจำเล็กน้อย จนถึงผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม การให้การดูแลตามรูปแบบนี้ไม่เพียง เป็นการดูแลตามมาตรฐานบริการด้านสุขภาพหรือสาธารณสุขที่พึงมีให้กับประชาชนเท่านั้น แต่ยังสะท้อนถึงการคุ้มครองและให้สิทธิประชาชนในการได้รับการดูแลด้วย

รูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยบุคลากรด้านสังคมสะท้อนว่าโดยสายงานการดำเนินงานด้านสังคมไม่มีรูปแบบการดูแลเฉพาะสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม มีการให้การสนับสนุนการดูแลคุณภาพชีวิตประชาชนทั่วไปตามการร้องขอของประชาชน หรือการขอความร่วมมือจากทีมสุขภาพ และให้ความสำคัญกับครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยครอบครัวต้องเป็นหลัก ชุมชนสนับสนุน และมีท้องถิ่นหรือองค์กรบริหารส่วนตำบลของพื้นที่นั้นเป็นผู้จัดการหลัก หรือประสานให้มีผู้ดูแล มีทุนสนับสนุน ช่วยเหลือในการดูแลในชุมชนนั้นๆ ส่วนหน่วยงานด้านสังคมอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงแรงงาน นั้นบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับชุมชนนั้นไม่ชัดเจน มิติการดูแลด้านสังคมที่สะท้อนการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างชัดเจนนั้นอยู่ที่ชุมชน โดย ครอบครัว ประชาชนคนในชุมชน รวมทั้งพระสงฆ์ในชุมชนนั้นๆ ต่างตระหนักในหน้าที่ที่ต้องให้ร่วมการดูแล ในพื้นที่ที่พอรู้เรื่องสมองเสื่อมอย่างเช่นพื้นที่ที่ศึกษานี้ สะท้อนชุมชนที่มีทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมและการดูแลสมองเสื่อมดีนั้น จะเป็นพลังสำคัญในการดูแล แต่ต้องมีการสนับสนุนจากทีมสุขภาพและสังคมอย่างต่อเนื่อง

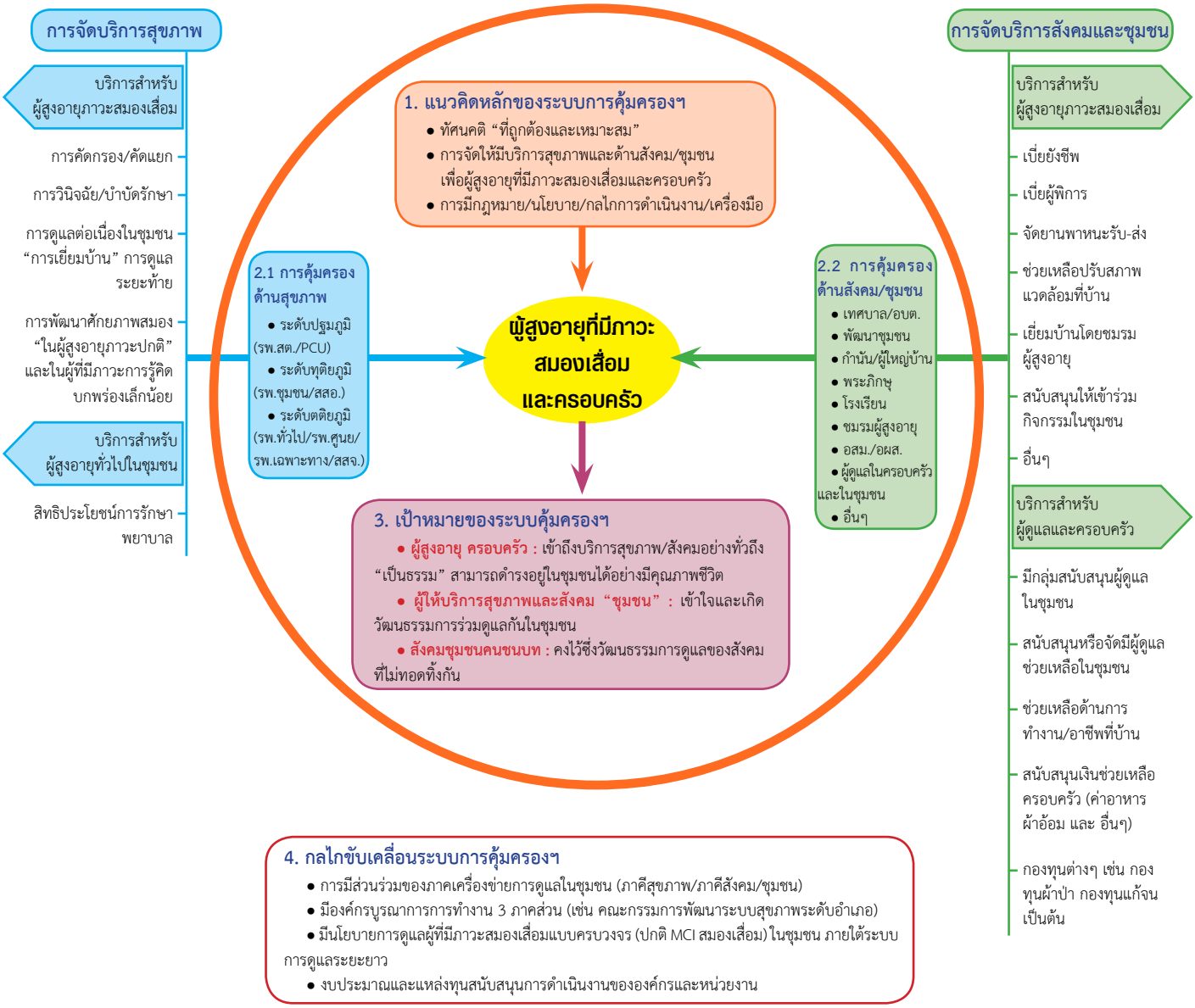
ฉะนั้น***สรุปนิยาม การคุ้มครองทางสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม นิยามที่ได้จากการศึกษา หมายถึง การจัดระบบการบริการทางการแพทย์และสังคม เพื่อให้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถเข้าถึงระบบบริการได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลและครอบครัวได้รับการสนับสนุนและให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม รวมทั้งชุมชนมีความตระหนักรู้และเกิดการช่วยเหลือและดูแลกันในชุมชน***

ระบบการคุ้มครองทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะเน้นการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ โดยเริ่มจากการค้นหาผู้สูงอายุที่มีปัญหาในพื้นที่ผ่านระบบการคัดกรอง ซึ่งปัจจุบันทางกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายระดับกระทรวงในเรื่องการคัดกรองกลุ่มโรคในผู้สูงอายุ สถานบริการสุขภาพทุกพื้นที่ต้องมีการคัดกรองกลุ่มโรคผู้สูงอายุ ทางความจำ และจัดทำข้อมูลการคัดกรอง เมื่อผ่านระบบการคัดกรองเพื่อนำผู้สูงอายุเข้าสู่ระบบการวินิจฉัย จะดำเนินการในระดับสถานบริการสุขภาพ ซึ่งจากข้อมูลในพื้นที่ต้นแบบที่มีการพัฒนาระบบการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีการดำเนินการในสามรูปแบบตามบริบทและศักยภาพของสถานบริการ และการดูแลรักษาต่อเนื่องในชุมชนภายใต้การบูรณาการกับระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนที่มีการดำเนินการอยู่ เป็นระบบการคุ้มครองทางสุขภาพที่มีคุณลักษณะเป็นกระบวนการหรือ การดูแลทางสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาได้เข้าถึงระบบการจัดบริการทางการแพทย์ เชื่อมโยงกับระบบการคุ้มครองทางสุขภาพที่ทางภาครัฐได้ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันคือระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) ทำให้ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึง

ระบบคุ้มครองทางสังคม/ชุมชน สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะต้องให้เกิดการคุ้มครองทางสังคมในบุคคล 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลครอบครัว และชุมชน ให้สามารถเข้าถึงการคุ้มครองทางสังคมได้อย่างทั่วถึง โดยภาครัฐจะต้องเข้ามาให้การช่วยเหลือและสนับสนุนเพื่อให้เกิดระบบการคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่และเชื่อมโยงกับนโยบายหรือโครงการในภาครัฐ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ที่รับผิดชอบดูแลและได้มีการจัดบริการทางสังคมไว้คือ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและเบี้ยผู้พิการ แต่การคุ้มครองทางสังคมที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันยังไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้ดูแล/ครอบครัว และชุมชน พบว่าการดำเนินในปัจจุบันเป็นลักษณะการช่วยเหลือทางสังคม การสงเคราะห์และ ให้ความช่วยเหลือ ยังไม่มีระบบการคุ้มครองในเชิงนโยบายหรือมาตรการของหน่วยงานในการดูแลอย่างชัดเจน และในชุมชนการคุ้มครองทางสังคมยังไม่ชัดเจน แต่มีรูปแบบการดำเนินการเป็นการตั้งกองทุนช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ และยังเป็นการดำเนินงานของชุมชนและท้องถิ่นเอง เช่น ชมรมผู้สูงอายุ อบต. เป็นต้น ยังไม่มีนโยบายหรือโครงการของภาครัฐที่จะมาดำเนินการและสนับสนุน

ได้สรุปการสังเคราะห์ระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและด้านสังคม/ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชนภายใต้ระบบการดูแลระยะยาวจากการศึกษาวิจัยได้ดังภาพ

ระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ชุมชนไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว



4. กลไกขับเคลื่อนระบบการคุ้มครองฯ

- การมีส่วนร่วมของภาคเครือข่ายการดูแลในชุมชน (ภาคีสุขภาพ/ภาคีสังคม/ชุมชน)
- มีองค์กรบูรณาการการทำงาน 3 ภาคส่วน (เช่น คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ)
- มีนโยบายการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร (ปกติ MCI สมองเสื่อม) ในชุมชน ภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว
- งบประมาณและแหล่งทุนสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรและหน่วยงาน

1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ในปัจจุบันหลายประเทศได้ตระหนักและให้ความสำคัญกับการให้ความคุ้มครองทางสังคม (Social protection) การให้ความคุ้มครองทางสังคมในประเทศต่าง ๆ มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ที่เผชิญความเสี่ยงและประสบความเดือดร้อนในทุกระดับ ซึ่งการลำดับความสำคัญในการช่วยเหลือและวิธีการช่วยเหลือจะมีความแตกต่างกันไป สำหรับประเทศไทยระบบคุ้มครองทางสังคมเป็นประเด็นที่สำคัญที่ต้องดำเนินการ โดยระบบคุ้มครองทางสังคมอาจอยู่ในรูปแบบของการให้ความช่วยเหลือทั้งก่อนและหลังการเผชิญความเสี่ยงและครอบคลุมความเจ็บป่วย การเสียชีวิต ความชราภาพ และอื่น ๆ โดยรัฐบาลจะเป็นผู้สนับสนุนในการจัดระบบหลักประกันทางสังคมให้กับประชาชนทุกคน ซึ่งการคุ้มครองทางสังคมจะร่วมถึงการคุ้มครองทางสุขภาพ (social Health protection) โดยเพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ซึ่งนโยบายหลักประกันสุขภาพในประเทศไทยถือเป็นฐานความคุ้มครองทางสังคมที่ประประสบความสำเร็จเป็นอย่างมาก แต่การคุ้มครองทางสังคม ยังไม่ครอบคลุมประชาชนอีกหลายกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วย

ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aged Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยมีประชากรสูงอายุร้อยละ 10.4 (7.2 ล้านคน) ในปี2561 ปัจจุบันมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 17.5 (11.6 ล้านคน) และในปีหน้า (2562) จะเป็นครั้งแรกที่ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าประชากรวัยเด็ก ในอนาคตอันใกล้ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอีกมาก และประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (Complete Aged Society) ในอีก 3 ปีข้างหน้า (2564) และคาดว่าในปีพ.ศ. 2574 ก็จะกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) คือ มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 28 ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมถอยของร่างกาย รวมทั้งความสามารถในการจดจำการรับรู้เสื่อมถอยลง จนสูญเสียความสามารถทางสมอง หรือเรียกว่า “สมองเสื่อม” ซึ่งผู้ป่วยจะมีความสามารถทางความจำลดลงและสูญเสียความจำในระยะยาวกระทบกับการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ โรคอัลไซเมอร์ พบได้บ่อยถึงร้อยละ 60-70 ของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด[1] จากสถิติพบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่กำลังเพิ่มขึ้นปีละเกือบล้านคน จะมีกลุ่มคนที่เป็นโรคสมองเสื่อมประมาณ ร้อยละ 1 สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรในพื้นที่ต้นแบบ 4 พื้นที่ พบร้อยละ 1.11[41] และผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการดูแลระยะยาวและต่อเนื่อง ซึ่งจะต้องมีการเตรียมตัวรับทั้งเรื่องการป้องกัน การรักษา และการให้ความช่วยเหลือสำหรับผู้ดูแล[2] และผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเพิ่มมากขึ้น จะต้องมีนโยบายของภาครัฐอย่างเป็นรูปธรรมในการดำเนินงานและการกระตุ้นให้ภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคมตื่นตัว และมีส่วนร่วมโดยเฉพาะการสร้างความตระหนักรู้ในเรื่ององค์ความรู้ การป้องกันและการดูแล พบร้อยละ 70 ญาติเป็นผู้ดูแลเอง เพราะการดูแลจะต้องอาศัยความรู้และความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย[3]

และจากการศึกษาภาวะสมองเสื่อมในภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก ปี พ.ศ. 2549 พบว่าประเทศไทยมี ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมประมาณ 229,000 คน และคาดว่าในอีก 20 ข้างหน้าจะเพิ่มเป็น 450,000 คน และมีจำนวนมากกว่า 1 ล้านคนในปี พ.ศ. 2593 ภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer’s disease: AD) ร้อยละ 60-70 ของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทั้งหมดและ Alzheimer’s Disease International: ADI (2553) ได้ประเมินว่า มีผู้ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมทั่วโลกว่า 35 ล้านคน อยู่ในเอเชียอาคเนย์ 2.4 ล้านคน และในประเทศไทยมีการฉาพภาพหรือคาดประมาณจำนวนผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศ เราสมุติว่าประชากรผู้สูงอายุไทยมีอัตราความชุกผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมรายอายุ เพศ โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 (2557) มาเป็นข้อมูลในการคาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่าในปี พ.ศ. 2559 มีจำนวน 617,000 คน และในปี พ.ศ. 2580 จะมีจำนวนผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 1,350,000 คน และพบว่าปัญหาด้านการวินิจฉัยยังเป็นปัญหาเกือบทุกประเทศเนื่องจากต้องอาศัยแพทย์เฉพาะทาง เช่น อายุรแพทย์ อายุรแพทย์ระบบประสาท อายุรแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และจิตแพทย์[4,42]

สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ถือเป็นความท้าทายอย่างมาก เนื่องจากปกติผู้สูงอายุก็มีปัญหาและความต้องการที่ซับซ้อนมากอยู่แล้ว โดยจะต้องได้รับการดูแลที่ต่างจาก ผู้ป่วยอื่น ๆ แต่หากเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วย ก็ยิ่งต้องการความดูแลมากขึ้น ปัจจุบันพบว่าหากครอบครัวใดที่มีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในความดูแล และครอบครัวนั้นไม่มีความพร้อมใน การดูแลหรือประสบปัญหาในการดูแล จะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจ ตลอดจนปัญหาของผู้ดูแลเอง ในปัจจุบันรัฐบาลไทยพยายามที่จะสร้างระบบคุ้มครองทางสุขภาพและสังคมให้กับผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แต่ยังไม่มีการดูแลที่เป็นรูปธรรมชัดเจนในทางปฏิบัติและในระดับนโยบายสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งเรื่องการช่วยเหลือทางสังคมและการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ระบบการคุ้มครองทางสุขภาพและสังคมในเรื่องสมองเสื่อมของประเทศไทยยังไม่มีการกล่าวถึงหรือยังไม่มีข้อมูลชัดเจน พบเพียงมีการศึกษาระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพที่ศึกษาโดยคณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องในบางส่วน ในต่างประเทศก็มีการกล่าวถึงระบบการดูแลในระดับสถานบริการเป็นหลักและการใช้ระบบการประกันสุขภาพในขณะที่ประเทศไทยระบบดังกล่าวคือการดูแลระยะยาว (LTC) และการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุกำลังอยู่ในการพัฒนา และการดำเนินการศึกษาจากหลายหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งทางคณะวิจัยมองว่าประเด็นเรื่องสมองเสื่อมในประเทศไทยมีการศึกษาและดำเนินการในเรื่องนี้ค่อนข้างน้อยและจำกัดในวงแคบเฉพาะกลุ่มที่สนใจหรือทำงานด้านนี้ โดยเฉพาะระบบบริการทั้งด้านสุขภาพและสังคมที่จะรองรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหานี้ และต้องการการดูแลระยะยาวต่อเนื่องไปในชุมชน และการดูแลที่พิเศษแตกต่างจาการดูแลระยะยาวทั่ว ๆ ไปที่เรียกว่าการดูแลเฉพาะ/พิเศษ (Specialized care)

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ และพื้นที่ที่ร่วมพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร จึงสนใจทำการศึกษาระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ต้องการการดูแลระยะยาวในชุมชนชนบท เพื่อให้ทราบสถานการณ์ด้านสุขภาพและสังคมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ทัศนคติ มิติในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และการสนับสนุนจากองค์กรท้องถิ่นและชุมชน ในประเด็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแล ครอบครัว ระบบการจัดบริการสุขภาพที่รองรับการเจ็บป่วย และค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร และประเด็นจากบุคลากรทางสุขภาพและสังคม และผู้ดูแล/ครอบครัว ในเรื่องทัศนคติ มิติการดูแลภาวะสมองเสื่อม เพื่อสรุปและวิเคราะห์ระบบการบริการด้านสุขภาพและสังคมให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและต้องการการดูแลระยะยาวในชุมชน ร่วมทั้งการเข้าถึงและได้รับการบริการทั้ง 2 ส่วนที่เหมาะสม นำไปสู่การพัฒนารูปแบบระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมที่เหมาะสมตามบริบทในชุมชนของประเทศไทยต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาระบบการคุ้มครองทางด้านสุขภาพและด้านสังคม สำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ด้านสุขภาพและด้านสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท ได้แก่
   1.1. สถานการณ์ด้านผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
   1.2. สถานการณ์ด้านผู้ดูแลและครอบครัว
2. เพื่อทราบทัศนคติมิติการดูแล (สุขภาพ สังคมและชุมชน และผู้ดูแล/ครอบครัว) และปัจจัยสนับสนุนการดูแลในมุมมองของบุคลากรด้านสุขภาพและด้านสังคม/ชุมชน
3. เพื่อสังเคราะห์รูปแบบระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในบริบทชุมชนชนบท

1.3 ขอบเขตของโครงการวิจัย

การศึกษาในพื้นที่ที่มีการดำเนินการและได้รับการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และมีประสบการณ์โดยตรงในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมใน 3 พื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลศีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี และศูนย์การแพทย์ชุมชนจอหอ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา และศึกษาในเครือข่ายการดูแล ด้านสุขภาพ ด้านสังคมและชุมชน และใน 3 พื้นที่นี้มีการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care)

1.4 กรอบแนวคิดของโครงการวิจัย

กรอบแนวคิดของการดำเนินโครงการวิจัยระบบการคุ้มครองทางด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาและต้องการการดูแลระยะยาวในชุมชนชนบท ในการศึกษานี้ ใช้แนวคิดทฤษฎีระบบ (System theory) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ดังนี้ ปัจจัยนำเข้า (Input) คือ 1) บุคลากรทางด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล สหสาขาวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุข 2) บุคลากรด้านสังคม ประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคลากรทางสังคม ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการแรงงาน นักวิชาการการศึกษา และ 3) บุคลากรด้านชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน พระสงฆ์ ประธานชมรมผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัว จิตอาสา/อาสาสมัครผู้สูงอายุ (อผส.) และภาคเอกชน มีกระบวนการ (Process) คือ การศึกษาการคุ้มครองทางสุขภาพและสังคมในมุมมองของสามภาคี ในประเด็น 1) ทัศนคติ 2) มิติการดูแล ประกอบด้วย ด้านสุขภาพ ด้านสังคมด้านสิ่งแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจ (ค่าใช้จ่ายในการดูแล) โดยมี ผลลัพธ์ (Output) คือ เพื่อสังเคราะห์เป็นรูปแบบระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในบริบทชุมชนชนบท (ดังภาพที่ 1)

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดระบบการคุ้มครองผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

2 บทที่
การทบทวนวรรณกรรม การคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

การทบทวนวรรณกรรมการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

2.1 คำนิยาม: การคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคม

2.2 สถานการณ์ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแล

- สถานการณ์ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแล
- เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม
- ปัญหาและความต้องการการดูแล
- การดูแลรักษาผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

2.3 รูปแบบของระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในบริบทไทย

2.4 รูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรในพื้นที่ที่ศึกษา

- ระบบการดูแลระยะยาว

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.6 สรุป

2.1 คำนิยาม : การคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคม

การคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคม มีคำนิยามและคำที่เกี่ยวข้องหลากหลาย ได้แก่ สวัสดิการสังคม (Social Welfare) สังคมสวัสดิการ (Welfare Society) การช่วยเหลือทางสังคม (Social Assistance) ความมั่นคงทางสังคม (Social Security) และ การคุ้มครองทางสังคม (Social Protection) ดังต่อไปนี้

สวัสดิการสังคม (Social Welfare) หมายถึง ระบบการจัดบริการทางสังคมเกี่ยวกับ การป้องกัน การแก้ไขปัญหา การพัฒนา และการส่งเสริมความมั่นคงทางสังคม ตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานของประชาชน และคุณภาพชีวิต และเพื่อพึ่งตนเองได้ทั่วถึงเหมาะสมเป็นธรรม ทั้งทางด้านการศึกษา สุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัย การทำงานและการมีรายได้ นันทนาการ กระบวนการยุติธรรม และบริการทางสังคมทั่วไป โดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ สิทธิประชาชนจะต้องได้รับ และมีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการสังคมทุกระดับ[5]

สังคมสวัสดิการ (Welfare Society) หมายถึง ระบบการจัดบริการสังคม เพื่อป้องกันและแก้ไข ปัญหาสังคมและพัฒนาสังคม รวมทั้งการส่งเสริมความมั่นคงทางสังคม เพื่อให้ประชาชนสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ในระดับมาตรฐาน โดยบริการดังกล่าวจะต้องตอบสนองความต้องการพื้นฐานของประชาชนให้ได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ทั้งในด้านการศึกษาที่ดี การมีสุขภาพอนามัย การมีที่อยู่อาศัย การมีงานทำ การมีรายได้ การมีสวัสดิการแรงงาน การมีความมั่นคงทางสังคม การมีนันทนาการ และบริการทางสังคมทั่วไป โดยระบบบริการสังคมต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และสิทธิที่ประชาชนต้องได้รับ และเข้ามามีส่วนร่วมในระบบการจัดบริการทางสังคมในทุกระดับ[5]

มีการผนึกกำลังจากภาคส่วนต่างๆ ในสังคมสร้างสรรค์สวัสดิการสังคมขึ้นในหลายรูปแบบ มีการจัดการโดยหลายสถาบัน และสร้างความร่วมมือจากหลายฝ่ายให้เข้ามามีส่วนร่วมในการผลิตสวัสดิการอย่างกว้างขวางครอบคลุม โดยแต่ละรูปแบบและแต่ละสถาบันมีความเป็นอิสระต่อกันภายใต้ความรับผิดชอบและการดูแลของสังคมโดยรวม (การกระจายภายใต้สังคมสวัสดิการ สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ)

มติคณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมแห่งชาติในการประชุมคณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2553 เมื่อวันที่ 22 มกราคม 2553 มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ที่ประชุมมีมติดังนี้[6]

1. เห็นชอบในหลักการนโยบายการดำเนินงานของคณะกรรการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมแห่งชาติในการสร้างเสริมสังคมไทยและสังคมสวัสดิการ กำหนดเป้าหมายประชาชนได้รับสวัสดิการถ้วนหน้าในปี พ.ศ.2559-2560

2. ให้ความสำคัญกับการลงทุนด้านการจัดสวัสดิการของรัฐ และการลงทุนเพื่อส่งเสริมให้ภาคส่วนต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในงานสวัสดิการสังคม

3. การพัฒนาระบบสวัสดิการสังคม 4 ระบบ ไดแก่ ระบบบริการสังคม ระบบประกันสังคม ระบบช่วยเหลือสังคม และระบบส่งเสริมสนับสนุน (การสร้างความเข็มแข็งให้หุ้นส่วนทางสังคม)

4. ให้จัดทำแผนปฏิบัติการและวงเงินงบประมาณรองรับ

การช่วยเหลือทางสังคม (Social Assistance) หมายถึง การช่วยเหลือประชาชนผู้ทุกข์ยาก เดือดร้อน โดยฝ่ายผู้ให้บริการหรือหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน จะต้องมีการค้นหาสำรวจข้อเท็จจริงว่าผู้ที่จะได้รับบริการนั้นมีปัญหายากจนหรือเดือดร้อนจริง สมควรแก่การได้รับบริการช่วยเหลือ ซึ่งการให้ความช่วยเหลือเป็นมาตรการดั้งเดิมที่มีมายาวนานในสังคมไทย โดยให้ความช่วยเหลือในรูปแบบเช่น[5,6]

- ความช่วยเหลือฉุกเฉินแก่ผู้ประสบปัญหา ในวงเงิน 2,000 บาท
- การสงเคราะห์ครอบครัวและบุตร ครั้งละ 3,000 บาท ปีละไม่เกิน 3 ครั้ง

การประกันสังคม (Social Insurance) หมายถึง มาตรการหนึ่งในการจัดบริการสวัสดิการสังคม เพื่อคุ้มครองป้องกันประชาชนที่มีรายได้ประจำไม่ให้ได้รับความเดือดร้อน เมื่อต้องสูญเสียรายได้ทั้งหมด หรือบางส่วนหรือมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การเลี้ยงชีพ เพื่อให้มีหลักประกันด้านการดำรงชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น[5,6]

การให้สวัสดิการต่อเมื่อประชาชนต้องมีส่วนร่วมจ่าย ประเทศไทยมีการนำกองทุนเลี้ยงชีพมาใช้สำหรับลูกจ้างในสถานประกอบการ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 สำหรับเรื่องประกันสังคมได้มีความพยายามนำระบบประกันสังคมมาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2497 แต่ประสบความสำเร็จในปี พ.ศ. 2533 โดยการสมทบ 3 ส่วน จากนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐ ทำให้แรงงานในระบบเข้าสู่หลักประกันสังคม และการเตรียมความพร้อมด้านผู้สูงอายุ ได้ออกพระราชบัญญัติการออมแห่งชาติปี พ.ศ. 2554 โดยการสบทบ 2 ส่วน จากประชาชนและรัฐ มีผลให้แรงงานนอกระบบและผู้ที่มีอายุ 15-60 ปี ประมาณ 30 ล้านคนที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม สมัครเป็นสมาชิกกองทุนการออมแห่งชาติ และได้รับเป็นรายเดือนเมื่อเกษียณอายุ

การบริการสังคม (Social Services) หมายถึง หน้าที่ความรับผิดชอบอย่างหนึ่งของรัฐบาลและเอกชนที่มีต่อประชาชนในการจัดสรรบริการเพื่อสร้างเสริมชีวิตความเป็นอยู่ และสวัสดิภาพของประชาชนด้วย จุดมุ่งหมายของการป้องกัน การบำบัดความเดือดร้อน การสร้างเสริมและพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาได้อย่างเป็นสุขตามควรแก่อัตภาพ ทั้งนี้บริการสังคมจะแตกต่างจากบริการสาธารณะและสาธารณูปโภค ด้วยปัจจัยของการเป็นบริการที่มุ่งเน้นสวัสดิภาพของบุคคลมากกว่าการจัดสรรบริการทางกายภาพเพื่อชุมชนและโครงสร้างปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจ ในลักษณะสิทธิที่ประชาชนได้รับโดยเท่าเทียมกัน ประกอบด้วย

- นมฟรีสำหรับเด็กชั้นประถมศึกษา การศึกษาขั้นพื้นฐาน 15 ปี ครอบคลุมเด็กไทย
- การรักษาพยาบาลถ้วนหน้าสำหรับแรงงานนอกระบบและผู้อยู่นอกระบบแรงงาน
- จัดให้มีเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ
- การจ่ายค่าจัดการศพแก่ผู้สูงอายุทุกคนๆ ละ 2,000 บาท
- การจ่ายเบี้ยความพิการแก่ผู้ที่มีบัตรประจำตัวคนพิการทุกคน
- มาตรการจัดรถประจำทางฟรี รถไฟฟรี
- การไม่คิดค่าไฟฟ้าแก่ผู้ใช้ฟ้าไฟโดยกำจัดหน่อยการใช้ไฟฟ้าต่อครัวเรือน
- การจัดการที่อยู่อาศัยในรูปบ้านเอื้ออาทรและบ้านมั่นคง
- บริการด้านการศึกษาและการรักษาแก่คนไม่มีสถานะทางทะเบียนราษฎร

การส่งเสริมสนับสนุนทางสังคม เป็นการส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการสังคม ประเทศไทยมีการเก็บภาษีในอัตราร้อยละ 10 ในขณะที่มีค่าใช้จ่ายด้านงบประมาณของรัฐในการจัดสวัสดิการทุกประเภท งบประมาณส่วนใหญ่จะใช้จ่ายในมาตรการบริการสังคมและมาตรการการประกันสังคม ในส่วนของงบประมาณในการช่วยเหลือทางสังคมและการส่งเสริมสนับสนุนหุ้นส่วนทางสังคมผ่านงบประมาณปกติและกองทุนทางสังคมต่าง ๆ เช่น กองทุนป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ยังมีจำนวนไม่มาก และสำหรับการส่งเสริมภาคส่วนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการสังคม แม้ว่าเป็นประเด็นสำคัญของทุกรัฐบาลที่ต้องการส่งเสริมบทบาทขององค์กรเอกชน อาสาสมัครและการดำเนินกิจการเพื่อสังคม แต่ก็ยังไม่มีการสนับสนุนงบประมาณนี้อย่างต็มที่[5,6]

ความมั่นคงทางสังคม (Social Security) หมายถึง การดำเนินงานทั้งของรัฐและสังคมที่จะช่วยลดปัญหาความยากจน ตลอดจนขจัดภัยพิบัติต่าง ๆ ฉะนั้นความมั่นคงทางสังคมจึงมีความหมายกว้างขวาง กล่าวถึงมาตรการทางด้านเศรษฐกิจและสังคมเพื่อที่จะขจัดความยากจนและความเสี่ยงภัยต่าง ๆ โดยทั่วไปความมั่นคงทางสังคมจะครอบคลุมถึงการช่วยเหลือทางสังคม การประกันสังคม และการบริการสังคม[5]

การคุ้มครองทางสังคม (Social Protection) หมายถึง การดำเนินงานเพื่อให้ความคุ้มครองหรือให้หลักประกันทางสังคมในด้านต่าง ๆ อาทิ กฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ ระบบประกันสังคม และบริการสังคม โดยให้ความสำคัญแก่กลุ่มประชากรที่ยากจนและด้อยโอกาส เพื่อให้ได้รับสิทธิทางสังคมในฐานะที่เป็นมนุษย์ อันเป็นความร่วมมือในการดำเนินงานระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน

2.2 สถานการณ์ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแล

2.2.1 สถานการณ์ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม[4,10,7,8]

ความชุกของภาวะสมองเสื่อมจากการศึกษาภาวะสมองเสื่อมในภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก ปีพ.ศ. 2549[4] พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมประมาณ 229,000 คน และคาดว่าในอีก 20 ข้างหน้าจะเพิ่มเป็น 450,000 คน และมีจำนวนมากกว่า 1 ล้านคนในปี พ.ศ. 2593 และภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease: AD) ร้อยละ 60-70 ของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด Alzheimer's Disease International,ADI.(2553) ได้ประเมินว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมทั่วโลกว่า 35 ล้านคน อยู่ในเอเชียอาคเนย์ 2.4 ล้านคน

ในปัจจุบันจากการศึกษาการฉาพภาพประมาณจำนวนผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย เราสมมุติว่าประชากรผู้สูงอายุไทยมีอัตราความชุกผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมรายอายุ เพศ โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 (2557) มาเป็นข้อมูลในการคาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าในปี พ.ศ. 2559 มีจำนวน 617,000 คน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2580 จะมีจำนวนผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 1,350,000 คน[42]

จากข้อมูลของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2543) มีการสำรวจภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2543 โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002) ในผู้สูงอายุ 4 ภาค 23 จังหวัด จำนวน 37,157 คน พบว่าผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 11.4 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 13.9 และ เพศชาย ร้อยละ 8 อายุเฉลี่ยที่พบว่ามีภาวะสมองเสื่อม 73.2 ปี[7] และจากการศึกษาของสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจสุขภาพ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 จำนวน 21,960 คน พบว่าผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 12.3 พบเพศชายร้อยละ 8.9 และเพศหญิง ร้อยละ 15.1 เมื่อเทียบเท่าผู้สูงอายุวัยเกิน 60 ปี ทุกๆ 8 คน จะพบคนเป็นโรคสมองเสื่อม 1 คน เมื่อแบ่งตามช่วงอายุ พบว่า 60-69 ปี ร้อยละ 7.1 หรือเทียบเท่า ผู้สูงอายุ 60-69 ปี ทุกๆ 14 คน จะเป็นโรคสมองเสื่อม 1 คน และช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 14.7 หรือเทียบเท่าผู้สูงอายุ 70-79 ปี ทุก ๆ 7 คน จะเป็นโรคสมองเสื่อม 1 คน ส่วนช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 32.5 หรือเทียบเท่าผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป ทุกๆ 3 คน จะเป็นโรคสมองเสื่อม 1 คน[8] ภาวะสมองเสื่อมจึงถือเป็นสถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุไทย

2.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม[9]

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองและประเมินภาวะสมองเสื่อม มีหลายเครื่องมือขึ้นกับผู้ใช้เครื่องมือต้องการวัดอะไร และมีองค์ความรู้ในการใช้เครื่องมือชนิดนั้นๆ อย่างไร เพราะเครื่องมือบางประเภท อาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมสามารถช่วยบุคลากรทางสุขภาพประเมินได้ แต่เครื่องมือบางประเภทต้องเป็นบุคลากรทางสุขภาพเท่านั้นที่ต้องประเมิน ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองและประเมิน Cognitive function[11] ได้แก่

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองเช่น AMT, 14 item, Mini-cog
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินเช่น MMSE/Thai 2002, TMSE, CME
เครื่องมือประเมิน MCI เช่น MoCA test
เครื่องมือประเมินซึมเศร้า เช่น 2Q, 9Q, TGDS, Thai HAD

ตารางที่ 2.1 แสดงแบบประเมินความสามารถในการรู้คิดสำหรับคัดกรองภาวะสมองเสื่อม[9,11]

แบบประเมิน	ระดับของผู้ใช้แบบทดสอบ	รายละเอียดในการใช้
14 ข้อคำถาม	อสม. และ บุคลากรสาธารณสุข	ประเมินปัญหาด้านความจำ โดย ผู้ที่อ่านออกเขียนได้สามารถประเมินด้วยตนเอง
AMT (Abbreviated Mental Test)	บุคลากรสาธารณสุข	ประเมินปัญหาด้านการรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล ความใส่ใจและความจำ
Mini-Cog	บุคลากรสาธารณสุข	ประเมินปัญหาด้านความจำ การวางแผน และมิติสัมพันธ์
The 7 minute test	บุคลากรสาธารณสุข	ประเมินการรับรู้เวลา ความจำ มิติสัมพันธ์และภาษา
TMSE (Thai Mental State Examination) หรือ MMSE–Thai 2002 (Mini Mental State Examination 2002)	บุคลากรสาธารณสุข	ประเมินการรับรู้เวลา สถานที่ ความจำ ความใส่ใจ ภาษา และ มิติสัมพันธ์
MoCA (Montreal Cognitive Assessment)	บุคลากรสาธารณสุข	ประเมินการรับรู้เวลา สถานที่ ความจำ ความใส่ใจ ภาษา มิติสัมพันธ์และการบริหารจัดการ
RUDAS- Thai version (Rowland Universal Dementia Assessment Scale)	บุคลากรสาธารณสุข	ประเมินความจำ มิติสัมพันธ์ และ ภาษา
IQCODE (The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly)	บุคลากรสาธารณสุข	ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดเป็นผู้ให้คำตอบเกี่ยวกับอาการด้านความจำ และการบริหารจัดการ

2.2.3 ภาวะสมองเสื่อม สาเหตุ และการรักษาดูแล

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่สมรรถภาพของสมองบกพร่องลงจากเดิม ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติ ทั้งในด้านอาชีพการงาน การเข้าสังคม และเมื่อมีอาการมากขึ้นจะไม่สามารถอยู่คนเดียวได้อย่างปลอดภัย ผู้ป่วยที่พบส่วนใหญ่มักจะมีความจำสั้นกว่าปกติ อาจพบว่ามีอาการเริ่มจากการเล่าเรื่องซ้ำๆ พูดหรือถามคำถามสั้นๆ แต่บางรายอาจจะไม่ได้มาด้วยปัญหาเรื่องความจำเป็นหลัก อาการแสดงออกด้วยความแปรปรวนของอารมณ์ หรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม อาการทางสมองในผู้ป่วยจำนวนมากเกิดจะมีความผิดปกติเกิดขึ้นช้าๆ ค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งคนส่วนใหญ่จะเข้าใจว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นเมื่อสูงอายุ เมื่อความผิดปกติรุ่นแรงขึ้นก็พบว่าเกิดการเจ็บป่วยมากกว่าที่จะเป็นเพราะความสูงอายุ[10]

สาเหตุของการเกิดภาวะสมองเสื่อม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม[10,11] คือ

1. กลุ่มที่เกิดจากปัญหาของสมองโดยตรง เช่น โรคอัลไซเมอร์

2. กลุ่มที่เกิดปัญหาจากโรค หรือความผิดปกติของส่วนอื่นๆ ในร่างกายและส่งผลให้ความสามารถของสมองบกพร่อง เช่น สมองเสื่อมจากปัญหาของหลอดเลือด การขาดอาหารที่จำเป็นต่อการทำงานของสมอง เป็นต้น

การรักษาและการดูแลแบ่งเป็น 3 วิธี[11] คือ

1. การรักษาด้วยยา ประกอบด้วย

1. การใช้ยา Cholinesterase inhibitor ซึ่งเป็นยาที่ช่วยให้สารเคมีในสมองอยู่นานขึ้น เชื่อว่าสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีความจำดีขึ้น ปัจจุบันยากลุ่มนี้มี 3 ชนิด ที่ได้รับจากรองรับจากองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา (FDA) คือ Donepezil, Galantamine และ Rivastigmine

2. ยากลุ่ม NMDA reception antagonist ซึ่งในท้องตลาดในประเทศไทย คือ ยา Memantine กลไกลออกฤทธิ์ยังไม่ชัดเจน แต่เชื่อว่ายับยั้งการทำงานของ NMDA receptor ทำให้เกิดสารสื่อประสาทที่ชื่อว่า glutamate ซึ่งเป็นสารสื่อประสารเกี่ยวกับความจำและการเรียนรู้ ซึ่งในผู้ป่วยอัลไซเมอร์เชื่อว่ามีสาร glutamate สูงเกินไปทำให้การเรียนรู้ไม่ได้ ความจำไม่ดี การใช้ยาจะไปช่วยยับยั้งสาร glutamate นี้ ทำให้ความจำดีขึ้น ปัจจุบันพบว่าในผู้ป่วยอัลไซเมอร์ที่มีอาการรุนแรงปานกลางถึงมาก ถ้าใช้ร่วมกับยากลุ่ม Acetylcholine esterase inhibitor หรือจะใช้เป็นยาตัวเดียวในการรักษาก็ได้

2. การรักษาโดยไม่ใช้ยา

การฝึกสมองด้านต่างๆ (Cognitive training) ควรทำในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีความรุนแรงน้อยถึงปานกลาง เช่น มีการศึกษาโดยใช้ดนตรีบำบัดและการวาดรูปในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีอาการไร้อารมณ์ (apathy) เทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่าในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงน้อยถึงปานกลางจะมีอาการดีขึ้นในกลุ่มที่ได้รับการรักษาเทียบกลุ่มควบคุม และมีการศึกษาประสิทธิภาพของการรักษาแบบ nonpharmacological therapies ในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ด้วยการทบทวนแบบเป็นระบบ (systematic review) พบว่าจะเพิ่มคุณภาพชีวิตและทำให้พุทธิปัญญา (cognition) และพฤติกรรมและอารมณ์ดีขึ้น

3. การรักษาตามอาการ

ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมักมีอาการทางจิตประสาท เช่น นอนไม่หลับ หวาดระแวง เห็นภาพหลอน การรักษาโดยใช้กลุ่มยา Antipsychotic drugs ในขนาดต่ำๆ สามารถลดอาการเหล่านี้ได้ปัจจุบันพบว่ามีการใช้ยา สารวิตามิน และวิธีอื่นๆ ที่อ้างว่าสามารถป้องกันสมองเสื่อมได้ ซึ่งพบว่าธุรกิจที่เกี่ยวข้องเกิดขึ้นจำนวนมาก ทำให้ประชาชนเกิดความสับสนในข้อมูลที่แท้จริง และพบว่าการป้องกันในระดับปฐมภูมิดีกว่าการตั้งรับเพื่อรอการรักษาเท่านั้น ในปัจจุบันยังไม่แนวทางเวชปฏิบัติที่ชัดเจนในเรื่องนี้

2.2.4 ปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม[14]

การระบุปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และครอบครัวแบบองค์รวม (Holistic care)

แหล่งที่มา	ปัญหาและความต้องการ	การประเมินปัญหา	แนวทางการแก้ไข
ตัวผู้ป่วยเอง	1. ปัญหาการรับรู้ความผิดปกติ (insight) 1.1 ผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วย Deme ntia บอกว่า แค่มีลืมนิดหน่อย ไม่ได้เป็นอะไรมาก แต่สาเหตุที่มาทดสอบเนื่องจาก - ลูก หลาน หรือญาติ ให้มา - แพทย์บอกให้มา 1.2 ความเข้าใจต่ออาการหลงลืม โรคสมองเสื่อมกับการพบจิตแพทย์ /นักจิตวิทยา - ทำไมต้องมาพบกับจิตแพทย์ / นักจิตวิทยา เพราะไม่ได้เป็นอะไร แค่ลืม ไม่ได้เป็นบ้า - ไม่รู้ว่าทำไม แพทย์เดิมที่เคยพบ (อายุรแพทย์ / ประสาทแพทย์) ส่งให้มาจิตเวช เราเป็นอะไรหรือเปล่า	การสัมภาษณ์ ซักประวัติระหว่างผู้ป่วยกับทีมรักษาซึ่งประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางหลายสาขา รวมถึงวิชาชีพอื่น	สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและสะท้อนให้เห็นอาการขณะมาตรวจที่ละน้อยเท่าที่ผู้ป่วยพอยอมรับได้

แหล่งที่มา	ปัญหาและความต้องการ	การประเมินปัญหา	แนวทางการแก้ไข
	2. ปัญหาด้านอารมณ์จิตใจและ พฤติกรรม 2.1 อารมณ์เศร้า จำไม่ได้ ทำไม่ได้เหมือนเดิม (โดยเฉพาะในกลุ่ม high education, เคยทำงานระดับบริหาร ทำงานซับซ้อนมาก่อน) กลัว สับสนว่าเป็นอะไรกันแน่ 2.2 วิตกกังวล กลัวจะเป็นมากขึ้น จะลืมมากขึ้น จะเป็นภาระลูกหลานหรือเคยเห็นภาพที่ญาติผู้ใหญ่ของตนเป็นแล้ว รู้สึกกลัว ไม่อยากเป็นอย่างนั้น 2.3 อารมณ์ครึกครื้น ความสนใจหลากหลาย อยากทำนู่นนี่ เปลี่ยนกิจกรรมในแต่ละวันบ่อย ทำไม่เสร็จ ทำไม่ได้จะรู้สึกไม่อยากทำต่อ จะเปลี่ยนไปทำอย่างอื่นแทน แต่ไม่เสร็จเหมือนกัน พูดเยอะ 2.4 หงุดหงิดง่าย เบื่อๆ ไม่อยากทำอะไร 2.5 ปัญหาด้านพฤติกรรม - ทำพฤติกรรมที่ไม่มีจุดหมายซ้ำๆ - ผู้ป่วยติดผู้ดูแล ต้องอยู่ใกล้ๆ ต้องเห็นผู้ดูแล ไปไหนไปด้วย 2.6 ปัญหาด้านการนอนหลับ - นอนหลับได้น้อย ตื่นบ่อย (insomnia) - นอนหลับมากทั้งวัน (hypersomnia)	- การสัมภาษณ์ ซักประวัติจากผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแล - ใช้แบบสอบถามประเมินอารมณ์ เช่น TGDS -15, NPI-Q, HADS	ให้การรักษาตามอาการ
	3. ปัญหาด้านการดูแลผู้ป่วย 3.1 ผู้ป่วยตัวคนเดียว ไม่มีญาติพี่น้อง ไม่มีลูกหลานกังวลเรื่องที่อยู่ เพราะเริ่มหลงทางแล้ว นอกเหนือจากความจำแย่ลง แต่การรับรู้อื่นๆยังพอได้ 3.2 ผู้ป่วยที่อยู่กับญาติที่ไม่สามารถดูแลได้ เช่น มีข้อจำกัดด้านเศรษฐานะ	การสัมภาษณ์ซักประวัติ	ติดต่อนักสังคมสงเคราะห์ หรือหน่วยงานที่ดูแลให้ความช่วยเหลือทางสังคม
	4. ปัญหาการปฏิบัติตามการรักษา (compliance) - รับประทานยาแล้วมีผลกระทบ เช่น รู้สึกมึน ง่วง จึงปฏิเสธยา - รับประทานยาแล้วกลัวต้องใช้ยาตลอด จึงไม่อยากรับประทานยา	การสัมภาษณ์ซักประวัติ	- สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย - ปรับยาเมื่อมีผลข้างเคียง - ให้ความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างถูกต้อง
	5. ปัญหาด้านกฎหมาย - มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางคดีเพ่งและอาญา - มีความเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายหรือทำร้ายผู้อื่น - มีความเสี่ยงต่อการถูกโกงทรัพย์จากญาติ เช่น ลูกหลอกให้ผู้ป่วยเซ็นชื่อโอนที่ดินทรัพย์ เพื่อเอาที่ดินไปขายเมื่อขายได้แล้วก็ทิ้งผู้ป่วยเพียงลำพัง	การสัมภาษณ์ซักประวัติ ตรวจร่างกาย และ การสังเกตุว่าผู้ป่วยถูกทำร้ายหรือไม่ สังเกตสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและญาติ	- ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติเพื่อดำเนินการทางกฎหมาย เช่น การตั้งผู้อภิบาล/ผู้พิทักษ์ เพื่อจัดการทรัพย์สินหนี้สินของผู้ป่วย และเป็นผู้ที่ต้องรับผิดชอบกรณีที่ผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้กระทำการใดๆที่ผิดกฎหมายขึ้นระหว่างเจ็บป่วย หรือผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการดูแลที่บกพร่อง

แหล่งที่มา	ปัญหาและความต้องการ	การประเมินปัญหา	แนวทางการแก้ไข
ผู้ดูแล (ลูก หลาน สามี/ภรรยา ญาติ ผู้ที่ถูกจ้างมาดูแล)	1. ปัญหาความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรค - ลูกหลาน หรือญาติ คิดว่าผู้ป่วยแกล้งตน เวลาที่มีอาการทางพฤติกรรม ไม่เชื่อว่าผู้ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม เนื่องจากผู้ป่วยยังพูดคุยรู้เรื่อง จำได้บ้าง มีลืมเล็กน้อย	จากการพูดคุย สัมภาษณ์	ให้ความรู้เกี่ยวกับตัวโรค และอาการทางพฤติกรรม
	2. ปัญหาที่เป็นผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย (care giver's burden) - ผู้ดูแลรู้สึกว่าจะดูแลไม่ไหว เช่น ผู้ป่วยนอนน้อย นอนเป็นระยะเวลาสั้นๆ ตื่นทุก 1 ชั่วโมง ตัวเองต้องตื่นด้วย - อยากให้คนอื่นรับไปดูแล หรือไปฝากตามสถานที่ดูแลผู้สูงอายุ เพราะดูแลเองก็ไม่ไหว ขณะเดียวกันก็รู้สึกผิด (มีความขัดแย้ง หรือ conflict ในใจผู้ดูแล)	การสัมภาษณ์ แบบประเมิน Care giver Burden Scale ประเมินโรคซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินเพื่อคัดกรอง เช่น 2Q, 9Q, HADS เป็นต้น	การให้คำปรึกษา และการประชุมร่วมกันของครอบครัว
	3. ปัญหาความกังวลเรื่องความเจ็บป่วยของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่อายุใกล้เคียงกับผู้ป่วย เช่น สามี/ภรรยา พี่น้อง กลัวว่าตัวเองจะเป็นเหมือนผู้ป่วย บางคนปรากฏอาการลืม เหนื่อย ไม่อยากคุยกับใคร ไม่อยากไปไหน	การสัมภาษณ์ แบบประเมินเพื่อคัดกรองโรคซึมเศร้า หรือวิตกกังวล เช่น 2Q, 9Q, HADS เป็นต้น	การให้ความรู้เกี่ยวกับตัวโรค การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อผ่อนคลาย, การฝึกสมองสำหรับญาติ ผู้ดูแล
	4. ปัญหาความกังวลเรื่องความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้ดูแลกลัวว่าอาการของผู้ป่วยจะแย่ลงมากกว่านี้ ทำอย่างไรจะไม่แย่ลง ไม่อยากให้เป็นอะไรมากกว่านี้	ติดตามอาการ	ให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินโรค และระยะของโรคที่ผู้ป่วยกำลังเป็นการฝึกสมองเพื่อชะลอความเสื่อมสำหรับผู้ป่วยในระยะแรก หรือระยะกลาง
	5. ปัญหาการขาดความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย - ผู้ดูแลไม่รู้จะทำอย่างไร กับปัญหาเช่นผู้ป่วยไม่ยอมทำอะไรเลยในแต่ละวัน นอน แล้วตื่นมากิน แล้วนอนเท่านั้นหรือ ผู้ป่วยไม่คุยกับใคร เงียบ		
	6.ปัญหาการไม่ทราบข้อมูลเรื่องการเบิกค่ารักษา/ค่าใช้จ่ายในการตรวจพิเศษ ตามสิทธิการรักษา - บัตรทอง สิทธิประกันสังคม กับบริษัทประกันชีวิต ประกันสุขภาพ - ญาติไม่แน่ใจ / ไม่ทราบว่า การรักษาที่เกี่ยวกับความจำบกพร่อง สมองเสื่อม มีสิทธิเบิกได้แค่ไหนรวมทั้งค่ายาและค่าทดสอบ Neuropsychological test - กรณีที่มาจากโรงพยาบาลอื่น แต่ถูก refer มาที่ รพ.รามา จะเบิกได้หรือไม่ หรือต้องรอใบส่งตัวมาก่อนจึงจะเบิกได้	การซักถามถึงความเข้าใจเรื่องนี้เมื่อมีประเด็นที่เกี่ยวข้อง	ให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยและญาติทราบในแผนกตรวจ

2.3 รูปแบบของระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในบริบทประเทศไทย

รูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความซับซ้อน ผู้ที่ให้การดูแลทุกระดับยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมให้ดีต้องครอบคลุมทั้งมิติทางการแพทย์ (กายและจิต) สังคม การปรับเปลี่ยนและหรือพัฒนาสิ่งที่มีอยู่ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย และถ้ามีการบริหารจัดการอย่างดี (Management of care) จะสามารถพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแล (Model of care) และสามารถนำรูปแบบนี้ไปปรับเปลี่ยนเพียงเล็กน้อยก็จะใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ได้อย่างดี พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ จะมีความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้มากขึ้นกว่าผู้สูงอายุทั่วไป การจัดการหรือการดูแลอย่างครบวงจร จะสามารถตอบโจทย์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้องรังได้ทั้งหมด ฉะนั้นการพัฒนารูปแบบการดูแลและเกื้อหนุนตามบริบทและทรัพยากรที่มีอยู่ จะช่วยทำให้สังคมไทยดำรงอยู่ได้อย่างราบรื่น

จากรายงานข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการจัดการภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) และสมาคมผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย ได้สรุปผลการประชุมระดมสมองเพื่อพัฒนานโยบายการป้องกัน รักษาและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย; 13 สิงหาคม 2554 สรุปได้ดังนี้ 1) การป้องกันระดับปฐมภูมิของภาวะสมองเสื่อม 2) การวินิจฉัยและการรักษาภาวะสมองเสื่อม และ 3) ระบบรองรับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

และจากรายงานการประชุมสรุปข้อมูลที่ควรจะต้องมีการดำเนินการ ดังนี้

1. การรณรงค์และประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข และองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ตระหนักถึงวิธีการป้องกันระดับปฐมภูมิของภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม

2. การสนับสนุนการวิจัย เช่น การวิจัยทางคลินิก การวิเคราะห์เชิงอนุมานของการวิจัยทางคลินิก ได้แก่ Cognitive activity, physical activity เป็นต้น

และจากผลการประชุมของคณะผู้เชี่ยวชาญได้สรุปข้อเสนอแนะในการกำหนดนโยบาย เพื่อพิจารณาดังนี้

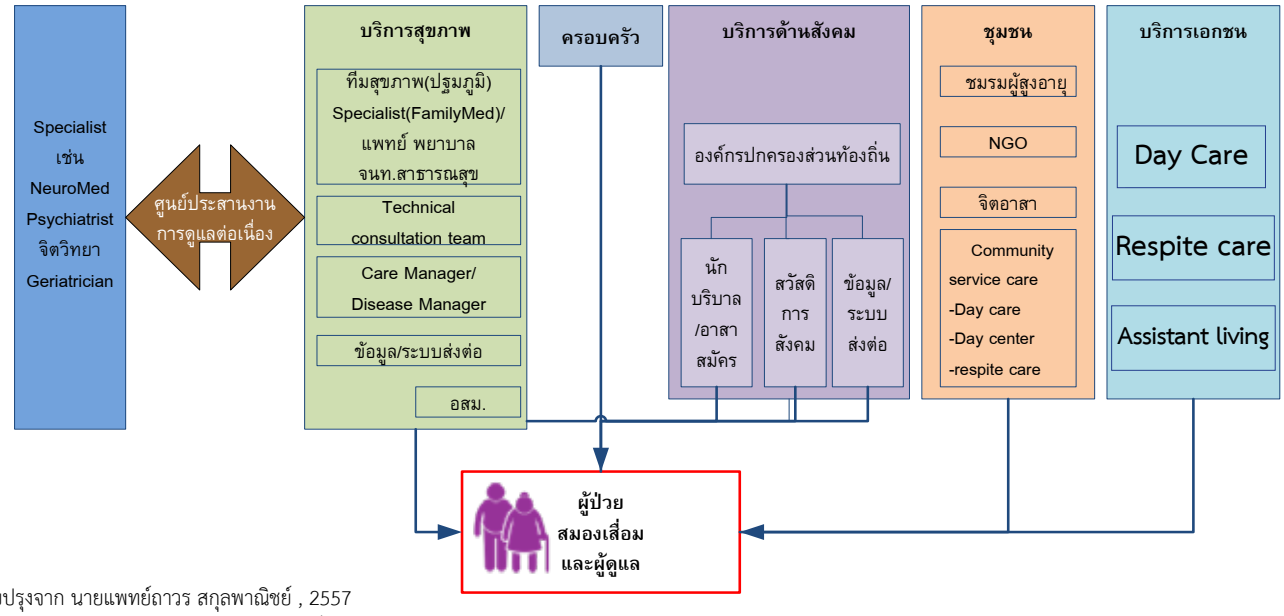
1. ควรมีการจัดทำแนวทางการวินิจฉัยและการรักษาภาวะสมองเสื่อมให้ชัดเจนและเหมาะสมกับประเทศไทย หน่วยงานของรัฐร่วมกับองค์กรวิชาการมีการดำเนินการร่วมกัน โดยไม่มีแหล่งเงินทุนจากบริษัทยา เพื่อใช้เป็นแนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และการรักษาภาวะสมองเสื่อม

2. รัฐควรเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมทุกสิทธิ์สามารถเข้าถึงยารักษาได้ โดยมีการควบคุมติดตามการรักษา เช่น การกำหนดข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน การจำกัดผู้มีสิทธิสั่งใช้ยาให้เหมาะสม และควรมีการประเมินผลการรักษาทุกครั้ง

3. รัฐควรกำหนดนโยบายให้มีหน่วยงานของรัฐจัดสร้างรูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบไม่ใช้ยาให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมและความเป็นอยู่ของคนไทย และรัฐควรสนับสนุน ค่าใช้จ่ายในการดูแลให้กับผู้ป่วยเหล่านี้ เพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนสามารถเข้าถึงการรักษา

2.4 รูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรในพื้นที่ที่ศึกษา

การพัฒนารูปแบบและระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ได้เริ่มดำเนินการในปีพ.ศ. 2558 ระยะการดำเนินงาน 3 ปี (ปีพ.ศ. 2558-2560) โดยเป็นความร่วมมือของสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดลมูล นิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย ได้มีการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ภายใต้แนวคิดที่ว่า “Dementia on top long term care” โดยเป็นการบูรณาการการดูแลรักษา ร่วมกันทั้ง Home care + Hospital care + Community Care และการดูแลรักษาลักษณะแบบเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในแต่ละราย (Specialize care) โดยการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ในพื้นที่ต้นแบบที่ร่วมพัฒนาระบบการดูแลภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย จังหวัดขอนแก่น (อำเภอบ้านฝาง) นครราชสีมา (ตำบลจอหอ) สุราษฎร์ธานี (อำเภอคีรีรัฐนิคม) และลพบุรี (อำเภอลำสนธิ) การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในบริบทประเทศ เริ่มดำเนินการโดยเลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจง คือ มีการดำเนินการระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน เป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมภายใต้แนวคิดที่ว่า Dementia on top long term care จากแนวคิดของ นพ.ถาวร สกุลพาณิชย์ และคณะ และมีการประชุมคณะทำงานและได้มีการปรับปรุงการดำเนินการและพัฒนาให้เป็นไปตามบริบทของพื้นที่ ได้สรุปแผนการดำเนินงานในพื้นที่ต้นแบบดังนี้



ปรับปรุงจาก นายแพทย์ถาวร สกุลพาณิชย์ , 2557

ที่มา : รูปแบบและระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในบริบทประเทศไทย, 2560

จากข้อมูลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ที่มีการดำเนินการและพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมใน 4 พื้นที่ ได้แก่ อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น อำเภอคีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี และตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ผู้สูงอายุ จำนวน 16,145 คน พบภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 1.11 Mild cognitive impairment (MCI) ร้อยละ 2.43 และอื่นๆ ร้อยละ 3.98 ได้แก่ มีปัญหาสุขภาพจิต เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและระยะท้าย และผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม ตามตารางที่ 2.2[15,16]

ตารางที่ 2.2 แสดงจำนวนและร้อยละของผลการคัดกรองและวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ต้นแบบ

ข้อมูล	รวม	ร้อยละ
Normal	14,931	92.48
MCI	392	2.43
Dementia	179	1.11
Other	643	3.98
รวม	16,145	100.00

ที่มา : ข้อมูล ณ 23 มกราคม 2560

รูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

จากการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมใน 4 พื้นที่ ได้แก่จังหวัดขอนแก่น นครราชสีมา สุราษฎร์ธานี และลพบุรี ได้สรุปรูปแบบการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในบริบทของแต่ละพื้นที่ ดังนี้

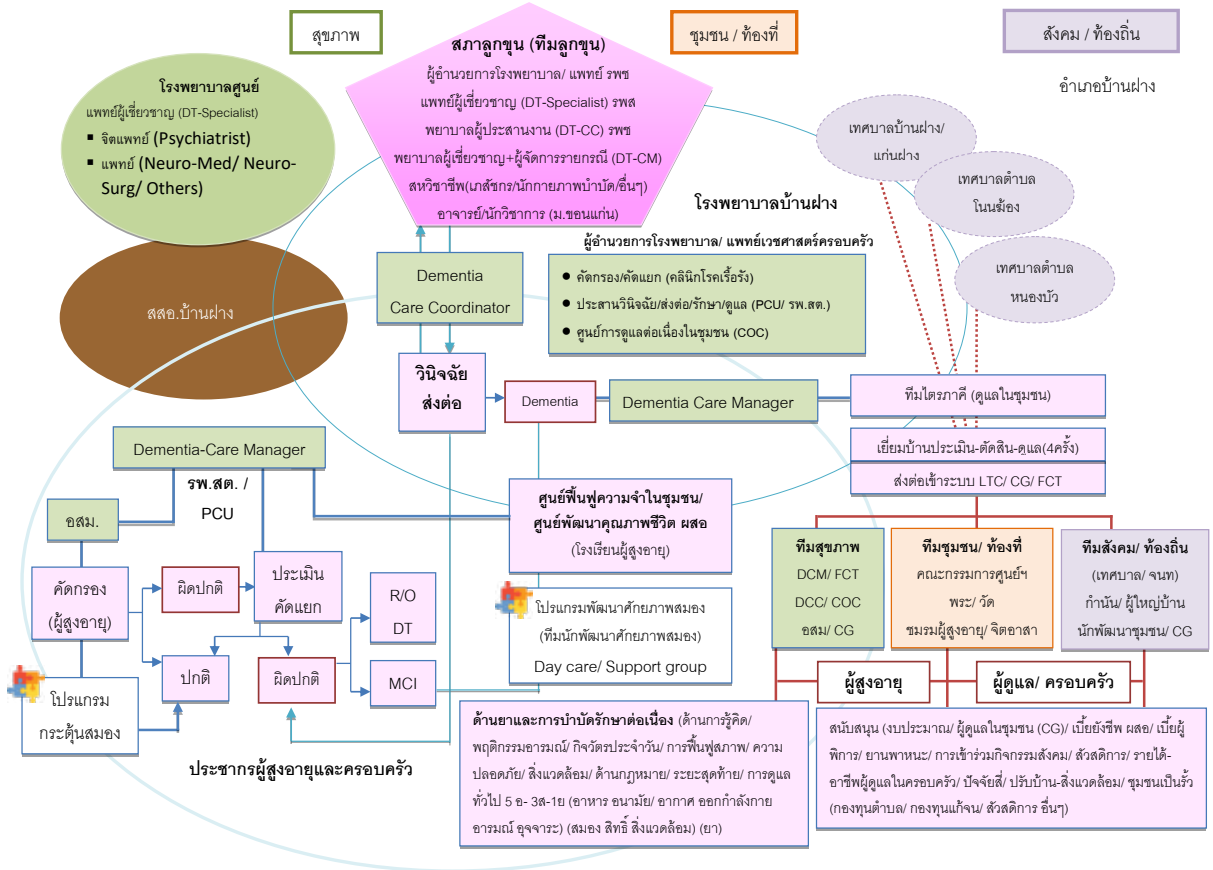
บ้านฝางโมเดล พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับปฐมภูมิ ดำเนินการโดยหน่วยงานบริการปฐมภูมิ (PCU รพ.บ้านฝาง) โรงพยาบาลบ้านฝาง (รพช.) และโรงพยาบาลขอนแก่น (ระดับตติยภูมิ) พัฒนาเป็นระบบการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมที่ระดับโรงพยาบาลชุมชน ที่เรียกว่า สภาลูกขุน ประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว

จอหอโมเดล พัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับศูนย์แพทย์ชุมชน มีการบูรณาการและเชื่อมโยงการดำเนินการกับโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (ระดับตติยภูมิ)

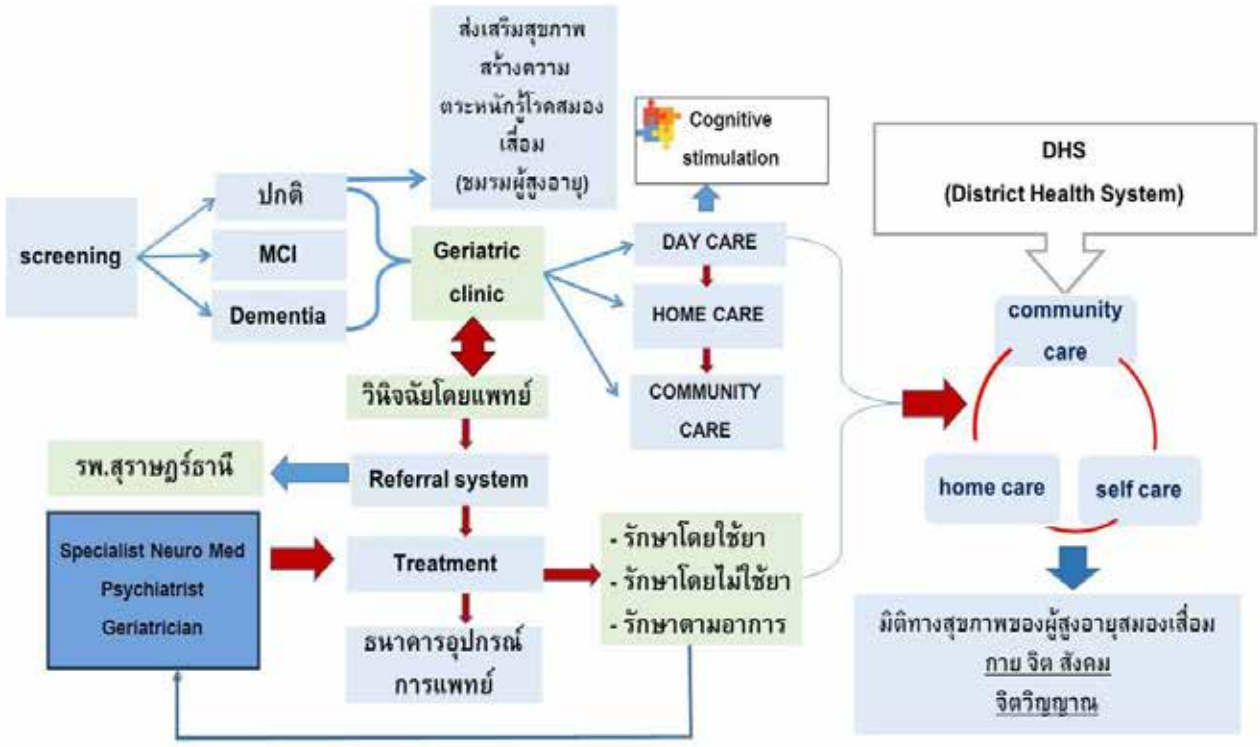
คีรีรัฐนิคมโมเดล พัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกผู้สูงอายุ) และ เชื่อมโยงการทำงานกับชุมชนภายใต้ระบบ DHS (Distric Health Syslom) และมีการส่งต่อการวินิจฉัยไปที่ สถานบริการระดับตติยภูมิ (โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี) และสถาบันเฉพาะทางทางการแพทย์ (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์)

ลำสนธิโมเดล พัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเชื่อมโยงกับระบบการดูและยะยาวที่มีการดำเนินงานในพื้นที่ เกิดเป็นระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว ที่เรียกว่า “ลำสนธิพลัส”

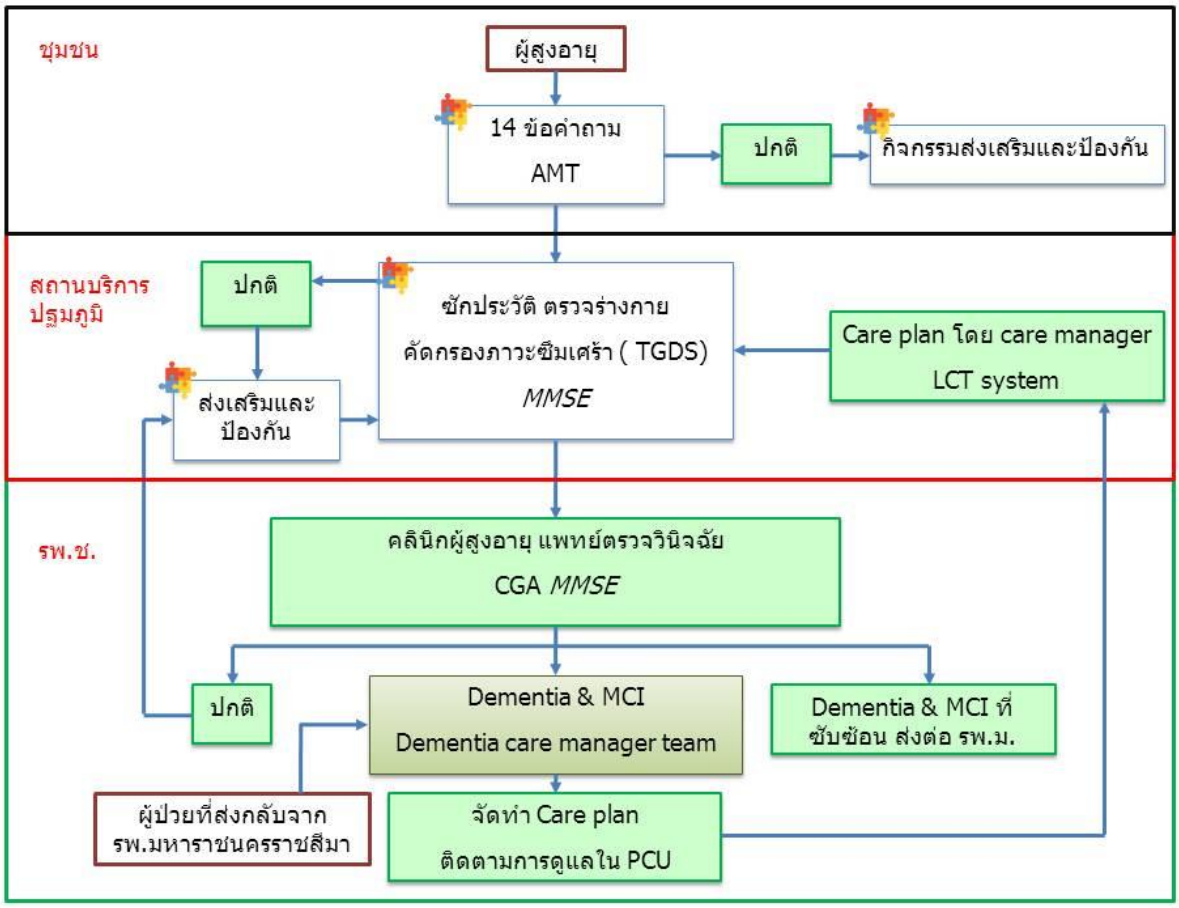
ภาพที่ 2.1 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม : บ้านฝางโมเดล



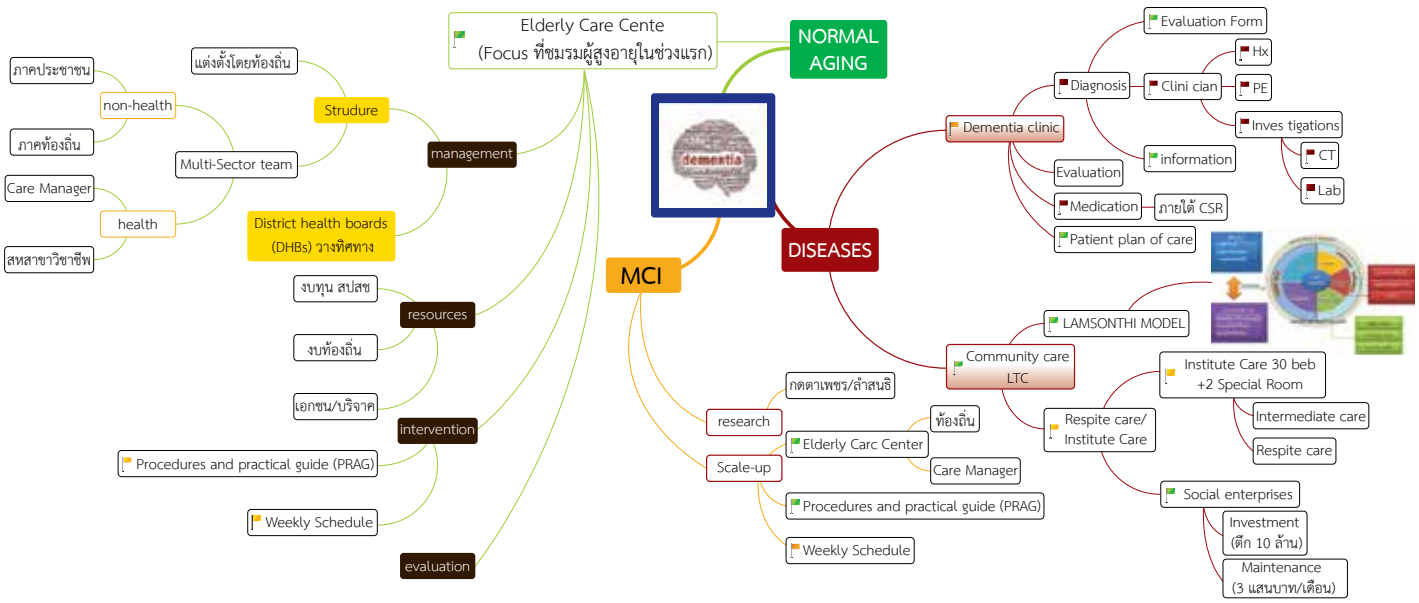
ภาพที่ 2.2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม : คีรีรัฐนิคมโมเดล



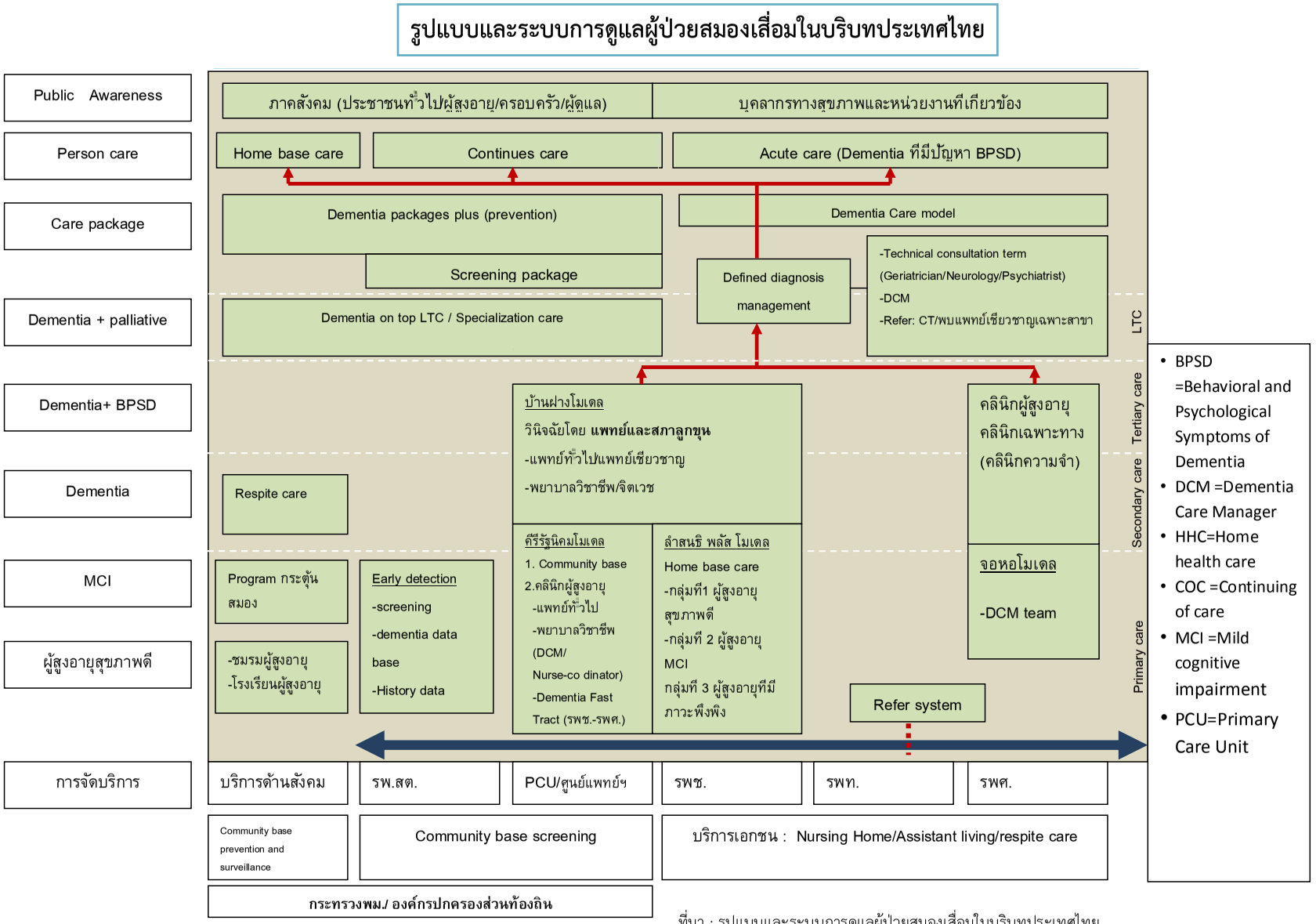
ภาพที่ 2.3 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม : จอหอโมเดล



ภาพที่ 2.4 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม : ลำสนธิ พลัส โมเดล



ภาพที่ 2.5 สรุปรูปแบบและระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม



ที่มา : รูปแบบและระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในบริบทประเทศไทย,

การดูแลแบบ Specialization on top LTC ในพื้นที่ที่ได้รับการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

จากการเก็บข้อมูลในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการบริการทางการแพทย์และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ภายใต้การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร จำนวน10 รายที่ผ่านการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม โดยมีทีมแพทย์ พยาบาล ผู้ดูแลและครอบครัวร่วมกันการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ต้นแบบอำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ได้สรุปการบริการทางการแพทย์เฉพาะพิเศษที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนี้

ตารางที่ 2.3 แผนการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Community LTC care) และการดูแลเฉพาะ

แผนการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (LTC care)	การดูแลเฉพาะ
สำหรับผู้ป่วย	
การประเมินผู้ป่วย	การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย 1. Physical environment เช่น เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ การเดินออกจากบ้าน 2. Biological environment เช่น การปรับปรุงบ้านให้ผู้ป่วยสามารถขับถ่ายได้ถูกสุขลักษณะ
ดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำ รับประทานอาหาร การขับถ่าย	- การจัดทำ care plan ในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม - มีระดับของ care plan (CP)
การให้ความรู้และความเข้าใจกับญาติในเรื่องการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และ ปัญหาพฤติกรรมที่อาจจะเกิดขึ้นในผู้ป่วย	การกระตุ้นศักยภาพสมองของผู้ป่วยที่บ้าน
การพูดคุยกับญาติเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วย การพูดคุยให้กำลังใจ เพื่อการลดภาระการดูแลผู้ป่วยของญาติ	Special community care : 1. การดูแลแบบ respite care ที่บ้านโดยจะมีนักบริบาลสลับไปช่วยเหลือดูแลในบางวัน เพื่อให้ผู้ดูแลได้ไปพักหรือทำภารกิจส่วนตัว ลดภาระ burden ที่จะเกิดกับผู้ดูแล 2. การดูแลแบบ community care ชุมชนเป็นรั้ว เช่น กรณีผู้ป่วยเดินหลง หายไป ชุมชนที่อยู่รอบจะช่วยเป็นหูเป็นตา แจ้งข่าว และส่งผู้ป่วยกลับ 3. การดูแลแบบ day care จะพัฒนาขึ้นเพื่อลดภาระการดูแลในครอบครัวที่ผู้ดูแลและญาติต้องไปประกอบอาชีพ
การดูแลผู้ป่วยเน้น การใช้ชีวิต และการคงสภาพศักยภาพ (maintains function) ในการดำรงชีวิตประจำวัน	Technical care : ประกอบด้วย แพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักโภชนาการ และสหสาขาวิชาชีพ
	โปรแกรมการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน - การกระตุ้นศักยภาพสมองที่บ้าน
	การดูแลแบบเฉพาะในผู้ป่วยแต่ละบุคคล 1. การเพิ่มศักยภาพสมอง 2. การฝึกการใช้กล้ามเนื้อ เช่น การฝึกการใช้มือ และกล้ามเนื้อมัดเล็ก 3. การปรับสภาพสิ่งแวดล้อม เพื่อแก้ไขหรือลดปัญหาทางจิตและพฤติกรรม (BPSD) 4. เพิ่ม social training 5. มีนักบริบาลไปช่วยดูแล เพื่อแบ่งเบาภาระของผู้ดูแล
การประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องสิทธิและสวัสดิการสำหรับผู้ป่วย	พัฒนาระบบการดูแลแบบ Hospice care
ระบบการส่งต่อ	เชื่อมโยงและบูรณาการเข้ากับระบบการส่งต่อที่มีอยู่ในระดับจังหวัด

แผนการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (LTC care)	การดูแลเฉพาะ
สำหรับผู้ดูแล	
ประเมินภาระผู้ดูแล	1. ให้องค์ความรู้ ความเข้าใจ และสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 2. การดูแลแบบ respite care ที่บ้านจะมีนักบริบาลสลับไปช่วยเหลือดูแลในบางวัน เพื่อให้ผู้ดูแลได้ไปพักหรือทำภารกิจส่วนตัว ลดภาระ burden ที่จะเกิดกับผู้ดูแล
ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมกับผู้ดูแลและครอบครัว	พัฒนาให้ผู้ดูแลมีความรู้เรื่องกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพสมอง และนำกิจกรรมมาฝึกให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านร่วมกับผู้ดูแล
ความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และสถานบริการสุขภาพ ในการช่วยเหลือด้านสวัสดิการสำหรับผู้ป่วย เช่น การไปซ่อมแซมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม	การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย 1. Physical environment เช่น เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ การเดินออกจากบ้าน 2. Biological environment เช่น การปรับปรุงบ้านให้ผู้ป่วยสามารถขับถ่ายได้ถูกสุขลักษณะ

ระบบการดูแลระยะยาว[17,18]

หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องจากภาวการณ์เจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ชราภาพ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (การดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็นทางการ (การดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อน เพื่อนบ้าน) ซึ่งการบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นการบริการทางสังคมเพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

โดยสรุป **การดูแลระยะยาว** เป็นบริการสาธารณสุขและบริการสังคมที่จัดสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง หรือติดบ้าน โดยบริการด้านสาธารณสุขมักเป็นเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการพยาบาล ในขณะที่ความต้องการบริการสังคมมีมากกว่า และมีทั้งการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน เช่น อาหารการกิน การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การขับถ่าย งานบ้าน รวมไปถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ เป็นต้น

เป้าหมายเฉพาะของการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับในพื้นที่

1. ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการคัดกรอง และมีระบบส่งเสริม ป้องกัน พื้นฟู และการดูแลตามระดับความจำเป็นในการดูแลระยะยาว ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี
2. ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริม สนับสนุน เพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง
3. มีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจร
4. ทุกชุมชนมีการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข เช่น มีสถานที่ดูแลชั่วคราวหรือแบบทดแทน (respite care) ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (community LTC center) การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home care) เป็นต้น
5. สถานพยาบาลทุกแห่งมีระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและครอบครัว

กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบการดูและระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่

1. แนวคิดหลักการในการพัฒนาคือ พัฒนาจากต้นทุนทางสังคมและทรัพยากรที่มีอยู่โดยในขณะนี้เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นกลไกหลักในการบูรณาการการจัดบริการต่างๆ ที่ลงไปสู่ชุมชน ปัจจุบันมีกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ซึ่งเกิดจากความร่วมมือระหว่าง สปสช. และ อปท. เป็นกลไกหลัก เพื่อสนับสนุนการดำเนินการต่างๆ ในชุมชน และขณะเดียวกันในชุมชนมีทรัพยากรบุคคลที่สามารถให้การสนับสนุนการดำเนินงานเรื่องนี้ได้ เช่น อสม. อผส. ผู้ช่วยเหลือดูแล (Caregirer) รวมถึงชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดตั้งในทุกพื้นที่

2. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจำเป็นต้องมีการสำรวจและจำแนกผู้สูงอายุ โดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุตามระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ โดยจำแนกผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มติดบ้านหรือกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน/การขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสน และกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสนและอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่าย
2) กลุ่มติดเตียงหรือกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน/การขับถ่าย หรือเจ็บป่วยรุนแรงและกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายชีวิต

3. ต้องมีการประเมินระดับการพึ่งพิงและความต้องการสนับสนุนการดูแลระยะยาวซ้ำทั้ง 4 กลุ่ม โดยผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ (LTC manager) เพื่อประเมินว่าผู้สูงอายุแต่ละรายจำเป็นต้องได้รับการดูแลด้านสาธารณสุขอะไรบ้าง และจัดการให้เข้าถึงบริการที่บ้าน และมีการประเมินซ้ำและติดตามเป็นระยะๆ เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลง และการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ

4. ผู้จัดการระบบฯ ต้องนำข้อมูลของผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล เข้าประชุมร่วมของภาคีภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อวางแผนการดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละราย รวมทั้งการกำหนดบทบาทของภาคส่วนใดบ้างที่จะต้องเข้าไปสนับสนุนและดำเนินการ

การพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบล (Long Term Care) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มสูงขึ้น รัฐบาลจึงได้จัดบริการด้านสุขภาพและสังคมแก่ผู้สูงอายุ โดยการจัดให้มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) และผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) อย่างพอเพียง เพื่อช่วยดูแลผู้สูงอายุและผู้อยู่ในระยะพึ่งพิง ซึ่งปัจจุบันยอดสะสมของปี 2558-2559 มีผู้ผ่านการพัฒนาศักยภาพ Care Manager) จำนวน 2,598 คน (เป้าหมาย 2,000 คน) และ Care Giver จำนวน 24,689 คน (เป้าหมาย 6,000 คน) สามารถดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหรือติดเตียงและผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิง จำนวน 197,584 คน และมีตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 77.13 จากเป้าหมายร้อยละ 40 นอกจากนี้ได้คัดเลือกพื้นที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพื่อดำเนินงาน Long Term Care ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) รวม 1,067 แห่ง รวมทั้งจัดทำหลักสูตรอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว (อสค.) และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุทั่วไป หลักสูตร 18 ชั่วโมง เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั่วประเทศใช้เป็นแนวทางในการฝึกอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบล Long Term Care “รวมพลังขับเคลื่อน สังคม ผู้สูงวัย เข้าใจ เข้าถึง พึ่งได้” 4 ภาค ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ ภาคกลาง และภาคเหนือ มีผู้เข้าร่วมประชุมรวม 5,367 คน ส่วนการสำรวจประเมินคัดกรองผู้สูงอายุได้สนับสนุนพื้นที่ดำเนินการการเยี่ยมประเมินคัดกรองดูแลผู้สูงอายุในชุมชนกลุ่มติดบ้านกว่า 161,996 คน และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง กว่า 29,355 คน และได้จัดทำชุดสิทธิประโยชน์บริการทางการแพทย์สำหรับใช้ในการจัดบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม[12]

ข้อมูลชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวในผู้ผู้สูงอายุ[17]

แบ่งการจัดบริการในผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาว 4 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน

กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่าย

กลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกินหรือเจ็บป่วย

กลุ่มที่ 4 คือ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุ่นแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต

โดยได้จัดให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในกลุ่มที่ 2 และได้มีการจัดบริการทางการแพทย์ตามชุดสิทธิประโยชน์ดังนี้

ตารางที่ 2.4 ชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวตามการจำแนกกลุ่มประเภทการให้บริการทางการแพทย์ตามชุดสิทธิประโยชน์

ประเภทบริการการดูแล	การจำแนกกลุ่มประเภทการให้บริการทางการแพทย์ตามชุดสิทธิประโยชน์			
	กลุ่มติดบ้าน		กลุ่มติดเตียง	
	1. กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน/การขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสน (TAI:B3)	2. กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกิน/กาขับถ่าย (TAI: C4, 3, 2)	3. กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน หรือเจ็บป่วยรุนแรง (TAI: I3)	4. กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต (TAI: I2, 1)หมายเหตุ: มีงบบริการประคับ/ประคอง)
การประเมินวางแผนการรักษาและดูแลทางการแพทย์	- ร่วมประเมินวางแผนการดูแลกับทีมสหสาขาวิชาชีพและให้คำปรึกษา - เยี่ยมดูแลที่บ้านตามความจำเป็น - นำทีมทำ caseconference - เยี่ยมดูแลที่บ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง - เยี่ยมดูแลที่บ้านร่วมกับทีมฯ อย่างน้อย 1 ครั้ง และเยี่ยมตามความจำเป็น	- ร่วมประเมินวางแผนการดูแลกับทีมสหสาขาวิชาชีพและให้คำปรึกษา - เยี่ยมดูแลที่บ้านตามความจำเป็น	- ร่วมประเมินวางแผนการดูแลกับทีมสหสาขาวิชาชีพและให้คำปรึกษา - นำทีมทำ caseconference - เยี่ยมดูแลที่บ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง	- ร่วมประเมินวางแผนการดูแลกับทีมสหสาขาวิชาชีพและให้คำปรึกษา - นำทีมทำ caseconference - เยี่ยมดูแลที่บ้านร่วมกับทีมฯ อย่างน้อย 1 ครั้ง และเยี่ยมตามความจำเป็น
การดูแลทางการพยาบาล	- การดูแลด้านการพยาบาลตามมาตรฐานการให้บริการพยาบาลที่บ้าน	- การดูแลด้านการพยาบาลตามมาตรฐานการให้บริการพยาบาลที่บ้าน - ให้คำแนะนำในการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุสมองเสื่อม	- การดูแลด้านการพยาบาลตามมาตรฐานการให้บริการพยาบาลที่บ้าน - ให้คำแนะนำในการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุสมองเสื่อม - การป้องกันแผลกดทับ	- การดูแลด้านการพยาบาลตามมาตรฐานการให้บริการพยาบาลที่บ้าน - ให้คำแนะนำในการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุสมองเสื่อม - การป้องกันแผลกดทับ - สนับสนุน/จัดหาวัสดุ-อุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น (medical device) - เน้นการให้บริการแบบองค์รวม - ประเมินความปวดและคุณภาพชีวิต
การดูแลด้านเภสัชกรรม	- แนะนำการใช้ยาตามภาวะโรค	- ให้ความรู้/คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ดูแลและญาติ (การใช้/การเก็บรักษา/ผลข้างเคียง)	- ให้ความรู้/คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ดูแลและญาติ (การใช้/การเก็บรักษา/ผลข้างเคียง)	- วางแผน/กำกับ/รายงานการใช้ยาลดปวดและอื่นๆ ที่จำเป็นโดยบุคลากรทางสาธารณสุข - การให้ยาลดปวดและอื่นๆ ที่จำเป็นโดยบุคลากรทางสาธารณสุข - ให้ความรู้/คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ดูแลและญาติ (การใช้/การเก็บรักษา/ผลข้างเคียง)

ประเภทบริการการดูแล	การจำแนกกลุ่มประเภทการให้บริการทางการแพทย์ตามชุดสิทธิประโยชน์			
	กลุ่มติดบ้าน		กลุ่มติดเตียง	
	1. กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน/การขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสน (TAI:B3)	2. กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกิน/กาขับถ่าย (TAI: C4, 3, 2)	3. กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกินหรือเจ็บป่วยรุนแรง (TAI: I3)	4. กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต (TAI: I2, 1)หมายเหตุ: มีงบบริการประคับ/ประคอง)
การฟื้นฟูสมรรถภาพ หมายเหตุ : มีงบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	-ประเมินระดับความบกพร่อง/ความพร้อมของร่างกาย -วางแผน/ให้ความรู้เพื่อเข้าสู่บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ -แนะนำและประสานการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อการใช้ชีวิตอย่างปกติ -แนะนำและประสานการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อการใช้ชีวิตให้สุขสบาย -ประเมิน/ป้องกันการหกล้มและอุบัติเหตุอื่น -ประเมิน/ป้องกันอุบัติเหตุ เช่น ตกเตียง -สนับสนุน/จัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยเพื่อการฟื้นฟูอย่างเต็มศักยภาพ	- ประเมินระดับความบกพร่อง/ความพร้อมของร่างกาย วางแผน/ให้ความรู้เพื่อเข้าสู่บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ - แนะนำและประสานการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อการใช้ชีวิตอย่างปกติ และปลอดภัย - ประเมิน/ป้องกันการหกล้มและอุบัติเหตุอื่น - ให้คะแนะนำแก่ผู้ดูแลและญาติตามความจำเป็นรายกรณี - สนับสนุน/จัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยเพื่อการฟื้นฟูอย่างเต็มศักยภาพ	- การดูแลด้านการพยาบาลตามมาตรฐานการให้บริการพยาบาลที่บ้าน - ให้คำแนะนำในการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุสมองเสื่อม - การป้องกันแผลกดทับ	- การดูแลด้านการพยาบาลตามมาตรฐานการให้บริการพยาบาลที่บ้าน - ให้คำแนะนำในการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุสมองเสื่อม - การป้องกันแผลกดทับ - สนับสนุน/จัดหาวัสดุ-อุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น (medical device) - เน้นการให้บริการแบบองค์รวม - ประเมินความปวดและคุณภาพชีวิต
การดูแลด้านสุขภาพจิต	- ประเมินด้านสุขภาพจิต - ให้คำแนะนำ/วางแผนการดูแลตามอาการ - ป้องกัน/ชะลอภาวะสมองเสื่อม - ป้องกันภาะซึมเศร้า	- ประเมินด้านสุขภาพจิต - ให้คำแนะนำ/วางแผนการดูแลตามอาการ - ให้คำแนะนำการดูแลแก่ผู้ดูแลและญาติ - ป้องกันพฤติกรรมที่เป็นปัญหาชะลอภาวะสมองเสื่อม - ป้องกันภาะซึมเศร้า	- ประเมินด้านสุขภาพจิต - ให้คำแนะนำ/วางแผนการดูแลตามอาการ - ให้คำแนะนำการดูแลแก่ผู้ดูแลและญาติ ป้องกันพฤติกรรมที่เป็นปัญหา - ป้องกันภาะซึมเศร้า	- ประเมินด้านสุขภาพจิต - ให้คำแนะนำ/วางแผนการดูแลตามอาการ - ให้คำแนะนำการดูแลแก่ผู้ดูแลและญาติ ป้องกันพฤติกรรมที่เป็นปัญหา - บริการด้านจิตสังคมผู้สูงอายุและผู้ดูแล/ครอบครัว - เน้นการให้บริการแบบองค์รวมพร้อมเผชิญการตายอย่างมีศักดิ์ศรีในมิติของแต่ละความเชื่อ/ศาสนา - ป้องกันภาะซึมเศร้า

ประเภทบริการการดูแล	การจำแนกกลุ่มประเภทการให้บริการทางการแพทย์ตามชุดสิทธิประโยชน์			
	กลุ่มติดบ้าน		กลุ่มติดเตียง	
	1. กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน/การขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสน (TAI:B3)	2. กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกิน/กาขับถ่าย (TAI: C4, 3, 2)	3. กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน หรือเจ็บป่วยรุนแรง (TAI: I3)	4. กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต (TAI: I2, 1)หมายเหตุ: มีงบบริการประคับ/ประคอง)
การดูแลด้านสุขภาพช่องปาก	- ให้บริการด้านทันตกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์ - ให้คะแนะนำแก่ผู้ดูแล/ญาติสามารถดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุได้ - ประสานการส่งต่อความจำเป็น	- ให้บริการด้านทันตกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์ - ให้คะแนะนำแก่ผู้ดูแล/ญาติสามารถดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุได้ - ประสานการส่งต่อความจำเป็น	- ให้บริการด้านทันตกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์ - ให้คะแนะนำแก่ผู้ดูแล/ญาติสามารถดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุได้ - ประเมินสุขภาพช่องปากโดยบุคลากรสาธารณสุข - ประสานการส่งต่อความจำเป็น	- ให้บริการด้านทันตกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์ - ให้คะแนะนำแก่ผู้ดูแล/ญาติสามารถดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุได้ - ประเมินสุขภาพช่องปากโดยบุคลากรสาธารณสุข - จัดบริการที่บ้านตามความจำเป็น
การดูแลด้านโภชนาการ	- ประเมินความสามารถในการกลืน การบดเคี้ยวและอื่นๆ - ประเมินและให้ความรู้ด้านโภชนาการ - เฝ้าระวัง วางแผนด้านโภชนาการรายบุคคล - แนะนำและประสานเพื่อแก้ไขภาวะขาดอาหาร	- ประเมินความสามารถในการกลืน การบดเคี้ยวและอื่นๆ - ประเมินและให้ความรู้ด้านโภชนาการ - เฝ้าระวัง วางแผนด้านโภชนาการรายบุคคล - แนะนำและประสานเพื่อแก้ไขภาวะขาดอาหาร	- ประเมินความสามารถในการกลืน การบดเคี้ยวและอื่นๆ - ประเมินและให้ความรู้ด้านโภชนาการ - เฝ้าระวัง วางแผนด้านโภชนาการรายบุคคล - ให้ความรู้และสอนเตรียมอาหารที่เหมาะสมรายบุคคล	- ประเมินความสามารถในการกลืน การบดเคี้ยวและอื่นๆ - ประเมินและให้ความรู้ด้านโภชนาการ - เฝ้าระวัง วางแผนด้านโภชนาการรายบุคคล - ให้ความรู้และสอนเตรียมอาหารที่เหมาะสมรายบุคคล
การดูแลด้านการแพทย์แผนไทย/ทางเลือก หมายเหตุ : มีงบบริการแพทย์แผนไทย	- ประเมิน/ให้ความรู้ด้านการใช้สมุนไพรเพื่อพึ่งตนเองแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล - แนะนำการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยตามชุดสิทธิประโยชน์ - จัดบริการที่บ้านเพื่อส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพ	- ประเมิน/ให้ความรู้ด้านการใช้สมุนไพรเพื่อพึ่งตนเองแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล - แนะนำการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยตามชุดสิทธิประโยชน์ - จัดบริการที่บ้านเพื่อส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพ	- ประเมิน/ให้ความรู้ด้านการใช้สมุนไพรเพื่อพึ่งตนเองแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล - ให้ความรู้และการใช้สมุนไพรเพื่อพึ่งตนเองแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล - แนะนำการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยตามชุดสิทธิประโยชน์ - จัดบริการที่บ้านเพื่อส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพ	- ประเมิน/ให้ความรู้ด้านการใช้สมุนไพรเพื่อพึ่งตนเองแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล - ให้ความรู้และการใช้สมุนไพรเพื่อพึ่งตนเองแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล - แนะนำการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยตามชุดสิทธิประโยชน์ - จัดบริการที่บ้านเพื่อส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การจัดบริการดูแลระยะยาวจำเป็นต้องมีความพร้อมในด้านต่างๆ ที่พอจะสรุปได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลระยะยาวของประเทศต่างๆ รวมทั้งประเทศไทย ดังนี้

1. ความพร้อมด้านสถานบริการ สถานบริการอาจไม่จำเป็นต้องเป็นโรงพยาบาลเสมอไป แต่สถานบริการสามารถเป็นได้ทั้งศูนย์บริการในชุมชน หรือสถานดูแลที่สร้างขึ้นมาเพื่อบริการดูแลระยะยาวโดยเฉพาะ

2. ความพร้อมด้านบุคลากร บุคลากรที่ให้การดูแลระยะยาวมีทั้งแบบที่เป็นทางการ (Formal caregivers) และที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregivers) ซึ่งบุคลากรที่ให้การดูแลจำเป็นต้องมีทักษะและความรู้ในการดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุหรือผู้ที่ต้องการการดูแลระยะยาว การเตรียมบุคลกรเฉพาะด้าน และการให้ความรู้แก่คนในครอบครัว เพื่อน หรือญาติ ของบุคคลที่ต้องการการดูแลระยะยาวจึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง

3. ระบบการเงินการคลัง อาจถือได้ว่าระบบการเงินการคลังเป็นกลไกสำคัญอย่างมากในการจัดบริการ ซึ่งประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพรองรับระบบการดูแลระยะยาว โดยการรวมกองทุนระหว่างงบประมาณสำหรับบริการการดูแลระยะยาวและงบประมาณสำหรับบริการสุขภาพไว้ด้วยกัน เช่น ประเทศสิงคโปร์หรือการแยกกองทุนสำหรับการดูแลระยะยาวออกมาต่างหาก เช่น ประเทศญี่ปุ่น หรือประเทศออสเตรเลีย[19] การมีระบบการเงินการคลังที่เป็นรูปแบบเฉพาะเช่นนี้จะเป็นหลักประกันแก่ประชาชนว่าเมื่อ มีความจำเป็นสำหรับการดูแลระยะยาวประชาชนจะได้รับการดูแลตามสิทธิที่พึงได้รับตามข้อกำหนดของระบบหลักประกัน

4. การประเมินความจำเป็น (mean-test) เป็นการประเมินรายได้และสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ซึ่งใช้เป็นหนึ่งในหลักเกณฑ์ประกอบการพิจารณาว่าผู้สูงอายุมีความเหมาะสมที่จะได้บริการการดูแลระยะยาวหรือไม่ เนื่องจากอาจมีการเข้าใช้บริการเกินความจำเป็น ทำให้เป็นภาระต่อค่าใช้จ่ายภาครัฐ

5. การประเมินระดับความจำเป็น (needs) และระดับของบริการที่เหมาะสม นอกจากการคัดกรองด้านเศรษฐฐานะของผู้ใช้บริการแล้ว การจัดบริการการดูแลระยาวที่เหมาะสมตามความระดับความจำเป็นของการได้รับบริการถือเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ การประเมินระดับความจำเป็นอาจผ่านคณะกรรมการประเมิน (Board) หรือการใช้แบบทดสอบการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADLs) เป็นต้น

6. การควบคุมคุณภาพของสถานบริการ นอกจากการประเมินหรือการคัดกรองตัวบุคคลที่จะเข้ารับบริการหรือการจะเป็นผู้มีสิทธิได้รับการดูแลระยะยาวหรือได้รับการช่วยเหลือใดๆ ตามที่ระบบดูแลระยะยาวพึงจะเอื้อประโยชน์ให้ สถานบริการก็ควรได้รับการตรวจสอบจากทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชนว่าเป็นสถานบริการที่มีคุณภาพ สามารถให้บริการได้ตามมาตรฐานหรือเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรับรองแก่ผู้ใช้บริการว่าจะไม่ได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการ

สำหรับประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการจัดทำระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อรองรับระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีการเตรียมความพร้อมด้านกำลังคน การสร้างองค์ความรู้ให้กับครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อพร้อมรองรับระบบที่กำลังพัฒนาและดำเนินการ ซึ่งจะเป็นรูปแบบที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based) ในการดูแลระยะยาว

นอกจากนี้ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2551) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางการให้การดูแลระยะยาวของประเทศต่างๆ เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้ที่สามารถนำมาใช้ในการพัฒนานโยบายระบบดูแลระยะยาวที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย จากการศึกษาดังกล่าวพบว่ารูปแบบบริการของดูแลระยะยาวที่เป็นทางการในแต่ละประเทศสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่คือ

1) บริการดูแลในสถานบริการ (Institutional – based care) เป็นบริการดูแลผู้รับบริการในสถานที่พักอาศัยสำหรับดูแลระยะยาว เช่น สถานพยาบาลผู้สูงอายุ สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สถานดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม หรือที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ศูนย์ฟื้นฟูสภาพ และสถานดูผู้ป่วยที่มีภาวะกึ่งฉุกเฉิน

2) บริการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community –based care) เป็นบริการที่ให้ชุมชนหรือที่บ้านของผู้รับบริการ เช่น การดูแลระยะยาวแบบไม่ค้างคืน (Day care) เป็นศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ หรือศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุกลางวัน การดูแลช่วงสั้นเพื่อให้ผู้ดูแลได้พัก (Respite care) การจัดให้มีผู้ดูและที่บ้าน (Home care/ care assistance) บริการช่วยเหลืองานบ้าน (Home help) และบริการส่งอาหารถึงบ้าน บริการปรับปรุงบ้านเรือน บริการสายด่วนสำหรับผู้ที่มีภาวะฉุกเฉิน และบริการให้คำปรึกษา

การดูแลระยะยาวในชุมชน

จากการให้ความช่วยเหลือระยะยาวโดยผู้ช่วยเหลือที่ไม่เป็นทางการมักเป็นการให้บริการโดยไม่มีการจ่ายค่าบริการ แต่ในทางเศรษฐศาสตร์การให้บริการดังกล่าวไม่ใช่ “ของฟรี” โดยในการศึกษาพบประเด็นปัญหาของการดูแลระยะยาวในชุมชนซึ่งจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อให้เกิดความยั่งยืน[20] โดยการให้สิทธิประโยชน์ที่เป็นเงิน และการให้คำปรึกษา

ปัญหาของการดูแลระยะยาวในชุมชน

1. ภาระที่เพิ่มขึ้นของครอบครัว ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันมากนั้น ครอบครัวต้องให้เวลากับการดูแลผู้สูงอายุคิดเป็นจำนวนชั่วโมงดูแลต่อวันนั้นมากตามไปด้วย ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดได้รับการดูแลจากผู้ดูแลตลอดเวลามากถึงร้อยละ 35.4 และอีกร้อยละ 58 นั้นผู้ดูแลหลักใช้เวลาในการดูแลประมาณ 6-15 ชั่วโมงต่อวันโดยเฉลี่ยจำนวนเวลาที่ต้องใช้ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลระดับน้อยปานกลาง มาก และ พึ่งพาทั้งหมด อยู่ที่ 13 ชั่วโมง 20 ชั่วโมง 23.5 ชั่วโมง และ 27 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบระบบดูแลระยะยาวในประเทศ OECD พบว่า ประเทศที่มีพัฒนาการจัดระบบการดูแลสวัสดิการสังคมที่ดี ภาระที่เพิ่มขึ้นของครอบครัวจะเป็นภาระงานมีความยากลำบากในการดูแลไม่มากนัก ครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้มีความยากลำบากในการดูแลตัวเองประมาณ 10 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และแต่ประเทศที่ยังมีระบบการดูแลสวัสดิการสังคมที่มีระดับการพัฒนาระบบบริการสังคมแบบการดูแลระยะยาวในสถาบันน้อยกว่านั้น ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือในรูปแบบที่ซับซ้อน และเป็นภาระงานที่หนักกว่าเช่น ประเทศยุโรปตอนใต้ สาธารณรัฐเชค และ โปแลนด์นั้น ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการประมาณร้อยละ 30 ต้องใช้เวลาดูแลผู้มีความยากลำบากในการดูแลตัวเองมากกว่า 20 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ประเทศสเปนมากกว่าร้อยละ 50 และ ประเทศเกาหลีใต้มากกว่าร้อยละ 60% ต้องใช้เวลาดูแลผู้ความยากลำบากในการดูแลตัวเองมากกว่า 20 ชั่วโมงต่อสัปดาห์[21,22,23,24]

และในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่มีความยากลำบากในการดูแลตัวเองมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากค่าใช้จ่ายปกติ เช่น ค่ายา ค่าวัสดุสิ้นเปลืองค่าเดินทาง และค่าปรับปรุงบ้านให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุเป็นต้น โดยพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องมีการดูแลชีวิตประจำวันจะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มโดยเฉลี่ย 5,670 บาทต่อคนต่อปี กลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องมีการรักษาพยาบาลจะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มโดยเฉลี่ย 26,323 บาทต่อคนต่อปี ครอบครัวที่มีการซ่อมแซมบ้านมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเฉลี่ย 5,445 บาทต่อคนต่อปี ในกรณีที่ต้องจ้างผู้ดูแลค่าใช้จ่ายอยู่ประมาณ 85,000 – 129,000 บาทต่อคนต่อปี ประเทศในกลุ่ม OECD มีแนวทางในการจัดการปัญหาภาระของครอบครัวใน 2 รูปแบบ คือ ในรูปแบบแรกนั้น ในบางประเทศ เช่น ประเทศเยอรมันนี ฝรั่งเศส กำหนดให้สมาชิกครอบครัวต้องช่วยจ่ายค่าดูแลระยะยาวในกรณีที่ผู้ที่ต้องพึ่งพิงมีฐานะยากจนในรูปแบที่สองเป็นการจัดระบบประกันสังคมและสวัสดิการสังคมสำหรับการดูแลระยะยาว โดยให้ความช่วยเหลือเป็นเงินเพื่อช่วยการดูแลระยะยาวในครอบครัวทำให้ค่าใช้จ่ายในครอบครัวสูงขึ้น

2. ปัญหาความยากจนของผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลหลักซึ่งมีงานประจำที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูง อาจต้องลาออกจากงานประจำ หรือเปลี่ยนงาน หรือลดระยะเวลาทำงาน ซึ่งมีผลต่ออนาคตความก้าวหน้าในงานรวมทั้งปัญหาความยากจน เนื่องจากมีรายได้ไม่เพียงพอและไม่มีรายได้สะสมในอนาคตเพียงพอสำหรับการใช้จ่ายในยามชราของตนเอง

3. ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแล โดยเฉลี่ยผู้ดูแลซึ่งมีภาระการดูแลที่ใช้เวลามากหรือซับซ้อนมากมีโอกาสมีปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นผู้ดูแลตั้งแต่ร้อยละ 20 จนถึงร้อยละ 70-80 ใน Australia, the United States และเกาหลี

4. ผลกระทบต่อตลาดแรงงานในทางทฤษฎี การดูแลระยะยาวในชุมชนนั้นมีผลต่อกำลังแรงงานได้ในสองรูปแบบ[25] คือ ในรูปแบบแรกเป็นผลจาก Substitution effect ผู้ดูแลหลักที่รับผิดชอบการดูแลระยะยาวให้กับผู้สูงอายุ ตัดสินใจเลือกการลาออกหรือลดเวลาทำงาน ซึ่งจะส่งผลให้มีการลดลงของการเข้าร่วมกำลังแรงงาน (Labour market participation) ส่วนรูปแบบที่สอง เป็นผลของ Income effect เกิดจากครอบครัวมีภาระทางการเงินมากขึ้นจากการที่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องทำงานหนักขึ้น เพื่อให้มีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น

และจากงานวิจัยในประเทศเยอรมันนีแสดงให้เห็นภาพนี้ชัดเจน โดยพบว่าเมื่อมีความต้องการ การดูแลระยะยาวในครอบครัว ผู้หญิงที่แต่งงานแล้วมีความเป็นได้สูงที่จะลาออกจากงาน[26] ในขณะเดียวกันเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างผู้มีงานประจำเปรียบเทียบกับผู้ที่ทำงานไม่เต็มเวลา พบว่าผู้ที่ทำงานไม่เต็มเวลาหรือผู้ที่ไม่มีงานทำมีแนวโน้มที่เปลี่ยนมาเป็นผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการมากกว่า

5. ความเหลื่อมล้ำการจัดบริการระยะยาวโดยชุมชน ซึ่งมักมีการอุดหนุนบางส่วนจากรัฐ โดยเฉพาะการอุดหนุนโดยรัฐบาลท้องถิ่น ตามนโยบายกระจายอำนาจในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้เกิดปัญหาในประเทศยุโรป ในเรื่องที่ท้องถิ่นจะมีวิธีการตีความแนวทางของประเทศไปต่างๆกัน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่แตกต่างกันทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ

ต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

ต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุในส่วนที่ครอบครัวต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายนั้นประกอบด้วยค่าใช้จ่ายทั้งส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลชีวิตประจำวันที่ไม่ใช่การรักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล นอกจากนั้นผู้ดูแลยังมีต้นทุนที่ทางเศรษฐศาสตร์เรียกว่า “ต้นทุนค่าเสียโอกาส” (Opportunity cost) ซึ่งหมายถึงผู้ดูแลต้องเสียเวลาในการทำกิจกรรมอื่น เช่น การทำงานประจำ หรือ เวลาพักผ่อน ดังนั้นการประเมิน “ต้นทุนเชิงคุณค่า” ของผู้ดูแลต้องประเมินต้นทุนค่าเสียโอกาสในเรื่อง การสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการลดลงของแรงงาน และมูลค่าของเวลาพักผ่อนของผู้ดูแล

การวิเคราะห์ต้นทุนในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

จากการศึกษา HITAP[32] พบว่าต้นทุนส่วนใหญ่ของการรักษาโรคอัลไซเมอร์เกิดจากค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลที่เป็นญาติและค่าจ้างดูแล จัดว่าเป็นต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ (direct-non-medical care costs) รองลงมาคือ ค่ายาในการรักษาโรคอัลไซเมอร์ ประมาณ 4,100-5,300 บาทต่อเดือน ราคายาที่ใช้รักษาโรคอัลไซเมอร์ยังมีราคาแพง และไม่จัดอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ จึงทำให้เกิดปัญหาเรื่องการเข้าถึงยาที่ไม่เท่าเทียมกันของผู้ป่วยที่มีสิทธิในโครงการประกันสุขภาพต่าง ๆ กัน ด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลหรือคอยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่าจะเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของโรค จากการศึกษาได้คำนวณค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ซึ่งรวมถึงกรณีที่ดูแลโดยญาติในครอบครัว และการจ้างพวกดูแล โดยแบ่งเป็นระดับ เช่น ระดับรุนแรงเล็กน้อยถึงปานกลาง พบค่าใช้จ่ายส่วนนี้เฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 8,000 บาทต่อเดือน และระดับรุนแรง ต้องการการดูแลตลอดเวลา จ่ายสูงถึง 40,000 บาทต่อเดือน

สถานการณ์ด้านสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในปัจจุบัน

1. ระบบคุ้มครองทางสุขภาพ

1.1 การคุ้มครองด้านสุขภาพ

Social Health Protection หมายถึง เป็นโครงการหรือนโยบายที่ช่วยลดหรือบรรเทาภาระที่เกิดจากการเจ็บป่วย และลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากเจ็บป่วยและพิการ เช่น การมีรายได้น้อยจะมีผลทั้งในระยะสั้นและ ระยะยาวต่อความสามารถในการดูแลครอบครัว การผลิต รายได้ ลดลงจะส่งผลต่อการศึกษาและสังคมของบุตรหลาน สุขภาพของวัยทำงานและการสร้างรายได้ที่ดีจะลดปัญหาด้านสุขภาพและความยากจน[33,34]

Social Health Protection เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยลดความยากจนและไม่เท่าเทียมกัน แรงงานที่มีสุขภาพดีในภาคผลิตก็จะมีความต้องการเพิ่มขึ้น อัตราการเจ็บป่วยและการตายลดลง และถ้าไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นได้ จะเป็นสิ่งสำคัญที่จะสะท้อนสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจว่าประชากรจะยากจนและไม่มีงานทำ[35]

การครอบคลุมของ Social health protection ความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพและมีระบบทางการเงินการช่วยเมื่อมีความเจ็บป่วย

Social health protection ต้องครอบคลุมในประเด็นต่อไปนี้ ขนาดของกลุ่มประชากร การเงิน และการบริการและสามารถเข้าถึงได้ตามสภาพภูมิศาสตร์ มีขอบเขตค่าบริการของชุดสิทธิประโยชน์ คุณภาพและความเพียงพอในการบริการ

ที่ผ่านมาประเทศไทยในกลุ่มที่มีฐานะอยากจน และกลุ่มเปาะบาง มีโอกาสเข้าถึงโครงการที่คัดสรรเฉพาะผู้ที่ไม่มีปัจจัยเพียงพอต่อการดำรงชีพอันเป็นโครงการลักษณะเฉพาะกิจ เช่น การให้ความช่วยเหลือผู้ยากไร้ ในปัจจุบันประเทศไทยได้ดำเนินการก้าวสำคัญไปสู่การคุ้มครองทางสังคมขั้นพื้นฐานโดยถ้วนหน้า ในลักษณะที่เรียกว่า Social health protection โดยดำเนินการในรูปโครงการแบบถ้วนหน้าสองโครงการ ซึ่งเป็นเสาหลักของฐานการคุ้มครองทางสังคมของประเทศไทย โครงการแรกคือโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) ในปี 2554 เพื่อให้บริการการดูแลสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชาชนทั้งหมดของประเทศที่ยังไม่ได้รับการคุ้มครองจากโครงการการบริการด้านสุขภาพ จะครอบคลุมทุกด้านรวมทั้งการดูแลทางการแพทย์ทั่วไป และบริการการฟื้นฟูสุขภาพทางการแพทย์ที่มีต้นทุนสูง การดูแลรักษาในกรณีฉุกเฉิน โครงการที่สองเป็นโครงการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยไม่ต้องจ่ายเงินสมทบ (โครงการเบี้ยยังชีพถ้วนหน้า 500 บาท) เริ่มดำเนินโครงการในปี พ.ศ. 2551 ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่มีเงินบำนาญอื่นใดจากทางราชการให้มีความมั่นคงด้านรายได้ ในปี พ.ศ. 2554 รัฐบาลได้เห็นชอบและอนุมัติงบประมาณเพิ่มเติมโดยเพิ่มเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุรายเดือนโดยเริ่มในปี พ.ศ. 2555 ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี จะได้รับเงินช่วยเหลือเดือนละ 600 บาท อายุ 70-79 ปี ได้รับเงินช่วยเหลือ 700 บาท อายุ 80-89 ปี ได้รับเงินช่วยเหลือ 800 บาท และอายุ 90 ปีขึ้นไป ได้รับเงินช่วยเหลือ 1,000 บาทต่อเดือน เป็นลักษณะเงินช่วยเหลือต่อเดือนแบบขั้นบันได[36]

1.2 องค์ประกอบหรือคุณลักษณะการคุ้มครองทางสังคมสุขภาพ

1. เพื่อการจัดหาเงินทุนและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีวัตถุประสงค์ในการจัดทำชุดสิทธิประโยชน์เพื่อการป้องกันและลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาระทางการเงินและภาวะภัยพิบัติ

2. การคุ้มครองสุขภาพสังคมมีความเชื่อมโยงกับระบบเศรษฐกิจที่มีความจำเพาะในส่วนของด้านสุขภาพ จะต้องมีการบูรณาการที่มีต่ออุปสงค์และอุปทานของการดูแลด้านสุขภาพความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพและสุขภาพของบุคคลในภาคแรงงาน โอกาสการจ้างงานและการบริหารจัดการ สถานการณ์นี้ต้องมีการกำหนดขอบเขตเพื่อให้การจัดการและเพิ่มศักยภาพในการเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพของประเทศ

3. ด้านนโยบายและการดำเนินการ พบว่ากรอบกฎหมายระบบคุ้มครองทางสังคมสุขภาพในเชิงกฎหมายและสถาบันสำหรับประเทศไทยยังไม่ครอบคลุมทุกด้าน อาจนำมาซึ่งการไร้ประสิทธิภาพในการจัดการ และในบางกรณีอาจมีความขัดแย้งในข้อกฎหมาย

ในปัจจุบัน โครงการด้าน Social health protection จะเน้นเป็นภาพรวมโครงการระบบคุ้มครองทางสังคมเป็นหลัก ประกอบด้วย โครงการการประกันสังคมแบบจ่ายสมทบ เป็นลักษณะการใช้งบประมาณภาษีโดยไม่ต้องจ่ายเงินสมทบ (แบบกำหนดเป้าหมาย และแบบถ้วนหน้า) และ

โครงการประกันสังคมแบบสมัครใจโดยได้รับเงินอุดหนุนบางส่วน ในประเทศไทยระบบคุ้มครองทางสังคมจะกระจัดกระจายไปตามกองทุนต่างๆ เช่น ระบบบำเหน็จบำนาญและระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กองทุนประกันสังคม กองทุนด้านการศึกษา กองทุนด้านการจัดสวัสดิการ เป็นต้น

1.3 การดำเนินงานการคุ้มครองทางสุขภาพในปัจจุบัน

Health protection มีการดำเนินการอยู่จริงในภาพของการดำเนินโครงการในระดับประเทศ เป็นการดำเนินงานในเชิงสังคม คุ้มครองด้านสุขภาพโดยทุกคนในประเทศสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นที่กำหนดไว้ในระดับชาติ รวมทั้งถึงการดูแลมารดาช่วงการตั้งครรภ์และคลอดบุตร ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์การมีบริการ การเข้าถึงบริการ ยอมรับได้ และมีคุณภาพ และปัจจุบันได้มีการจัดทำโครงการการคุ้มครองสุขภาพในเชิงสังคม 3 โครงการ โดยให้ความคุ้มครองทางสุขภาพในเชิงสังคมในกลุ่มข้าราชการและผู้ที่อยู่ในความดูแล (บุตรที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ไม่เกินสามคน คู่สมรส และพ่อแม่) ในรูปของโครงการสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ พนักงานและลูกจ้างเอกชนเป็นรูปแบบกองทุนประกันสังคม และแรงงานนอกระบบในรูปแบบการประกันหลักสุขภาพถ้วนหน้า ให้กับบุคคลที่ไม่ได้รับการคุ้มครองตามระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ และระบบประกันสังคม และมีการพัฒนาฐานข้อมูลการลงทะเบียนแบบรวมศูนย์ตั้งแต่ปี 2545 เพื่อให้ครอบคลุมประชากรทั้งหมด

เมื่อพิจารณาข้อมูลคำนิยามของ Health protection ซึ่งพบว่าไม่มีคำนิยามให้ไว้ที่ชัดเจน แต่มีคำยามที่อยู่ในรูปแบบที่เรียกว่า Social health protection โดย ILO ได้ให้คำนิยามว่า “a series of public or publicly organized and mandated private measures against social distress and economic loss caused by the reduction of productivity, stoppage or re-duction of earnings, or the cost of necessary treatment that can result from ill health”[33,34,35]

ในขณะที่การดำเนินงานในเรื่องการคุ้มครองทางสังคมสุขภาพ ในประเทศไทยมีการดำเนินการในรูปแบบของโครงการ ดังนี้

1. เป็นชุดโครงการที่รัฐบาลได้จัดตั้งขึ้นเพื่อบรรเทาหรือให้ความช่วยเหลือความอยากจน ความไม่เสมอภาคทางสังคม สภาพการณ์นี้จากการสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดจากผลผลิตลดลง รายได้ประชากรลดลงหรือมีเศรษฐฐานะไม่ดี และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย
2. เป็นชุดสิทธิสวัสดิการและการอดหนุนทางการเงิน หรือสิ่งของที่กำหนดในระดับประเทศ ช่วยเพิ่มขีดความสามารถให้สมาชิกในสังคมทุกคนได้เข้าถึงสิ้นค้าหรือบริการขั้นต่ำ ประกอบด้วย บริการที่จำเป็น หมายถึง การเข้าถึงบริการในลักษณะทางภูมิศาสตร์ และทางด้านการเงิน เช่น สุขภาพ การศึกษา ที่อยู่อาศัย เป็นต้น การอุดหนุนที่จำเป็น หมายถึง การอุดหนุนที่เป็นเงินหรือสิ่งของให้กลุ่มที่มีฐานะยากจน หรือ กลุ่มเปาะบาง เพื่อให้ความมั่นคงด้านรายได้และสุขภาพที่จำเป็น

จากข้อมูลการดำเนินงานด้านการคุ้มครองด้านสุขภาพภายใต้โครงการในเชิงสังคมมีความสอดคล้องกับเรื่องการพัฒนาระบบและการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยในปี 2554 ได้เริ่มมีการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องสมองเสื่อม[10] เป็นความร่วมมือของสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบาย ได้มีการประชุมเพื่อระดมสมองผู้เชี่ยวชาญ ผู้ที่ทำงานในเรื่องสมองเสื่อม ผู้ทำงานด้านผู้สูงอายุ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อระดมสมองพัฒนานโยบายการป้องกัน รักษา และดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย ได้มีข้อสรุปเป็นแนวทางในการเตรียมพร้อมเพื่อรองรับการดูแลภาวะสมองเสื่อมของประเทศ ดังนี้

แนวทางขั้นตอนการเตรียมความพร้อมในภาวะสมองเสื่อม[10]

1. การรวบรวมข้อมูลปัญหาสถานการณ์ของภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ แนวโน้มการเกิด และ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ในกลุ่มผู้ป่วยและครอบครัวผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
2. รวบรวมต้นทุนในด้านต่างๆ ของหน่วยงาน ชุมชน และครอบครัว
3. เพิ่มศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการการรักษา และดูแล
4. สร้างความตระหนักและเข้าใจของสังคมเรื่องภาวะสมองเสื่อม
5. พัฒนารูปแบบการดูแลที่หลากหลายตามบริบทของสถานบริการ ครอบครัว และชุมชน
6. ผลักดันให้เกิดดำเนินงานเป็นรูปธรรมในระดับนโยบายเพื่อให้เกิดการดำเนินการที่ต่อเนื่อง

แนวทางการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิของภาวะสมองเสื่อม
2. การวินิจฉัยและการรักษาภาวะสมองเสื่อม
3. ระบบรองรับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งระยะสั้นและระยะยาว

ระบบการสร้างเครือข่าย

- เครือข่ายการดำเนินงานมีที่ไหนบ้าง
- การเชื่อมโยงเครือข่ายเป็นอย่างไร
- เขียนภาพเครือข่ายการดูแลสมองเสื่อมในพื้นที่

แผนการดำเนินการเครือข่ายสมองเสื่อมในพื้นที่ระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว

- แผนการดำเนินการร่วมกับหน่วยงาน/ระดับจังหวัด/ระดับพื้นที่
- การพัฒนาบุคลากรในหน่วยงาน/ระดับพื้นที่
- รูปแบบในการดำเนินการในแต่ละระยะ

การดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสมองเสื่อมในระดับต่างๆ ในหน่วยบริการ[10,36]

การดูแล	บ้าน	หน่วยบริการ	รัฐบาล
ระยะสั้น	- กระตุ้นเพิ่มเพิ่มศักยภาพความสามารถของครอบครัวในการดูแล - ได้รับสนับสนุนด้านอุปกรณ์ - การทำงานร่วมกับเพื่อนบ้านและชุมชน	- เพิ่มศักยภาพและสนับสนุนให้องค์ความรู้แก่ผู้ดูแล/ครอบครัว - การจัดกิจกรรมบำบัดในหน่วยบริการ - จัดทำระบบฐานข้อมูลของผู้สูงอายุ/ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม - จัด group ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล - การพัฒนาบุคลากร สหสาขาวิชาชีพและอาสาสมัคร	- รณรงค์และสร้างความตระหนักให้ความรู้เรื่องสมองเสื่อม/การดูแลที่บ้าน ผ่านการประชาสัมพันธ์ ให้เข้าถึงบริการได้ง่าย - เพิ่มจำนวนสถานสงเคราะห์/ความสามารถในการเข้าถึงของผู้ใช้บริการ
ระยะยาว	- การให้เครือข่ายสังคมร่วมเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในมิติต่างๆ - เพิ่มความสามารถให้ชุมชน โดยการสนับสนุน/สร้างอาสาสมัครในการทำงานชุมชนในการดูแล - การใช้วัฒนธรรมทางสังคมและองค์กรในพื้นที่ร่วมเรียนรู้และตระหนักในความสำคัญของผู้สูงอายุ	- โครงสร้างวิชาชีพที่เหมาะสมกับภารกิจ - จัดบริการที่จำเป็นต่อการเจ็บป่วยและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย - การสร้างเครือข่ายร่วมเป็นเจ้าภาพในการดูแล	- จัดทำมาตรฐานการบริการเดียวกันทั้งหน่วยบริการภาครัฐและเอกชน - การป้องกัน ภาครัฐต้องทบทวนการเตรียมความพร้อมในการดูแลสังคมผู้สูงอายุ เช่น ระบบการออม การสร้างความเข้มแข็งระดับรากฐาน เช่น ครอบครัว

นอกจากนี้สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[37] ได้มีการพัฒนาและสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในปี 2554 โดยเลือกพื้นที่ที่มีความสนใจและพร้อมในการดำเนินงานได้ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลลำปาง ได้มีการประชุมและสรุปแผนการดำเนินงานเรื่องสมองเสื่อมระดับสถานบริการในพื้นที่ ดังนี้

ตารางที่ 2.5 การดูแลเรื่องภาวะสมองเสื่อมแบ่งตามระดับสถานบริการ

ระดับโรงพยาบาล	ระดับการดูแล		
	Primary care	Secondary care	Tertiary care
รพศ. / สถาบันเฉพาะทาง	- จัดอบรมความรู้ - พัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล	- การประเมินภาวะสมองเสื่อม ADL BPSD - การประเมิน cognitive function - ปัญหา care giver - กิจกรรมบำบัดกลุ่ม / ให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม/รายบุคคล/ - กลุ่มผู้ดูแล (care giver) ให้ความรู้เรื่องสมองเสื่อม การรักษา และวิธีดูแล - พัฒนาระบบบริการและเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแลร่วมกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิเมืองย่า 5	- คลินิกDementia บำบัด รักษา และฟื้นฟู
รพช.	- ส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูโดยใช้กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ - โครงการ Forget me not ในตำบลท่าขนอน (พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล) - สร้างเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุในโครงการ “เพื่อนช่วยเพื่อน”	- บำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพในคลินิกผู้สูงอายุ และส่งต่ออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จิตอาสา ร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพ	ส่งต่อคลินิกความทรงจำโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีติดตามเยี่ยมโดยทีม HHC และ มีการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล

2. ระบบคุ้มครองทางสังคมผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

คำนิยามของการคุ้มครองทางสังคม (Social protection) เป็นการกำหนดนโยบายหรือโครงการเพื่อช่วยลดปัญหาความยากจนและความเปราะบางในกลุ่มแรงงาน กลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยง และการสร้างความเข้มแข็งให้สามารถต่อสู้ภัยหรืออันตราย และการสูญเสียรายได้[38]

ในบริบทระดับประเทศ ประไทยได้ให้ความสำคัญต่อการคุ้มครองทางสังคม (social protection) เพิ่มขึ้น จากการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจเป็นอย่างมากของประเทศ ก่อนหน้าวิกฤติการณ์ช่วง พ.ศ. 2551-2552 ได้มองประเด็นการเติบโตทาเศรษฐกิจเป็นเครื่องมือที่ดีที่สุดและสำคัญในการลดความยากจน จากข้อมูลพบว่าการพัฒนาประเทศโดยรวมดี ส่งผลให้ระดับความยากจนลดลงอย่างรวดเร็ว โดยดัชนีการนับจำนวนรายหัวลดลงจากร้อยละ 25 ปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 8.1 ของจำนวนประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2552 แม้จำนวนผู้ที่มีฐานะยากจนลดลง แต่ทว่าความยากจนถาวร และความไม่เท่าเทียมกัน ยังเป็นประเด็นท้าทายทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย รัฐบาลไทยทุกรัฐบาลได้ให้ความสำคัญของการคุ้มครองทางสังคม ดังเห็นได้ว่ามียุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาระบบคุ้มครองทางสังคมแบบถ้วนหน้าที่มีลักษณะเป็นเอกภาพภายในปี พ.ศ. 2560 ที่เรียกว่า สังคมสวัสดิการ โดยระบบนี้มีรากฐานจากเสาสี่เสา ประกอบด้วย การบริการทางสังคม การให้ความช่วยเหลือทางสังคม การประกันสังคม และการส่งเสริมทางสังคม ระบบนี้จะจัดให้มีการคุ้มครองแก่ทุกคนตลอดชีวิต ในขณะนั้นสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (2555-2559) มุ่งเน้นการสร้าง สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ด้วยความเสมอภาคเป็นธรรม และมีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลง การสร้างสังคมที่เท่าเทียมเป็นธรรมจะสัมฤทธ์ผลได้ด้วยหลายแนวทาง เช่น การปรับโครงการสร้างระบบภาษีเพื่อปรับปรุงการกระจายรายได้ การปรับปรุงคุณภาพและประสิทธิภาพของสวัสดิการสังคม และการเพิ่มการเข้าถึงบริการทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับกลุ่มเปราะบาง ซึ่งก็รวมถึงผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วย

ประเทศไทยมีการพัฒนาการคุ้มครองทางสังคมกระจัดกระจาย ครอบคลุมในประเด็น การช่วยเหลือทางสังคม (Social Assistance) การประกันสังคม (Social Insurance) และการช่วยเหลือกลุ่มแรงงานเรื่องของค่าจ้าง[39] การพัฒนาในระยะแรกจะมีการพัฒนาในด้าน Social health protection โดยเน้นที่กลุ่มข้าราชการและบุคคลในครัวเรือนข้าราชการ และแรงงานภาคเอกชนในระบบก่อน กลุ่มข้าราชการและบุคคลในครัวเรือนคิดเป็นร้อยละ 7.1 ของจำนวนประชากรในปี 2553 โดยได้รับประโยชน์การคุ้มครองอย่างครอบคลุมผ่านโครงการที่ได้รับงบประมาณจากภาษีอากร พนักงาน/ลูกจ้าง ได้สิทธิประโยชน์ด้านการเจ็บป่วย การลาคลอด ทุพพลภาพ การเสียชีวิต การว่างงาน และสิทธิประโยชน์ในวัยผู้สูงอายุ (บำเหน็จบำนาญ) ตลอดจนเงินอุดหนุนเพื่อเลี้ยงดูบุตร หรือเงินสงเคราะห์บุตรผ่านกองทุนประกันสังคม และได้รับสิทธิประโยชน์ด้านการเจ็บป่วย ทุพพลภาพ การตาย และสิทธิประโยชน์สำหรับผู้รอดชีวิตผ่านกองทุนทดแทน

ส่วนกรอบฐานการคุ้มครองทางสังคม (SPF) องค์การสหประชาชาติและประเทศในกลุ่ม จี 20 ให้การส่งเสริมเพราะเป็นเครื่องมือที่ใช้อธิบายโครงการการประกันสังคม การคุ้มครองทางสังคม และการบรรเทาความยากจนในประเทศไทย รวมทั้งมีการกำหนดมาตรการที่จำเป็นในการสร้างฐานการคุ้มครองทางสังคมของประเทศไทยที่มีลักษณะครอบคลุม มีมูลฐานจากสิทธิ และเป็นระบบมากขึ้น การขยายสิทธิประโยชน์และการคุ้มครองอย่างเพียงพอเพื่อป้องกันความยากจนสำหรับประชากรในประเทศทุกคน โดยเฉพาะกลุ่มเปาะบาง รวมทั้งการไม่ทำให้เกิดภาวะกระจัดกระจายมากยิ่งขึ้น

ในบริบทระดับโลกและระดับภูมิภาค ได้รองรับฐานคุ้มครองทางสังคม (Social protection floor, SPF) เป็นชุดหลักประกันความมั่นคงทางสังคมขั้นพื้นฐานที่ควรจะมีให้กับทุกคน โดยฐานการคุ้มครองทางสังคมส่งเสริมความมั่นคงด้านรายได้ผ่านชุดหลักประกันขั้นพื้นฐาน มุ่งที่สถานการณ์ดังนี้

1. ผู้มีถิ่นพำนักในประเทศทุกคนเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพที่จำเป็น ซึ่งกำหนดในระดับชาติ รวมทั้งการดูแลสตรีมีครรภ์ มีระดับเกณฑ์ว่าด้วย การบริการสุขภาพ การเข้าถึงบริการ สามารถยอมรับได้ และ มีคุณภาพ

2. เด็กทุกคนมีความมั่นคงด้านรายได้อย่างน้อยในระดับเส้นความยากจนที่กำหนดในระดับประเทศ มีระดับเกณฑ์ว่าด้วย สามาถเข้าถึงโภชนาการ การศึกษา และการดูแล ตลอดจนสิ้นค้าและบริการที่จำเป็น อื่นใด

3. ทุกคนในวัยแรงงานที่ไม่สามารถมีรายได้พอเพียง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีเจ็บป่วย การว่างงาน การคลอดบุตร และทุพพลภาพ มีความมั่นคงด้านรายได้ขั้นพื้นที่อย่างน้อยในระดับเส้นความยากจนที่กำหนดในระดับชาติ

4. ผู้มีถิ่นพำนักในประเทศทุกคนที่อยู่ในวัยสูงอายุมีความมั่นคงด้านรายได้ขั้นพื้นฐานอย่างน้อยในระดับเส้นความยากจนซึ่งกำหนดในระดับชาติ

Social protection เป็นการดำเนินการของรัฐ ที่ให้ความสำคัญกับการคุ้มครองคนทำงานและครอบครัวจากภาระที่มีผลผูกพันธ์กับการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน ภายใต้สามหัวข้อ ได้แก่ การประกันตน การช่วยเหลือทางสังคม และการควบคุมตลาดแรงงาน[39]

การนิยามองค์ประกอบฐานการคุ้มครองทางสังคม (SPF) ในลักษณะหลักประกันนั้นทำให้มีความหยืดหยุ่น ทำให้แนวคิดฐานการคุ้มครองทางสังคมสามารถเข้าได้กับระบบคุ้มครองทางสังคมของชาติต่างๆ ได้ทั้งหมดที่เป็นไปได้ แม้ไม่ใช่ทุกประเทศจะสามารถนำองค์ประกอบทั้งหมดไปดำเนินการได้ทุกประการทันที แต่ฐานการคุ้มครองทางสังคมก็ยังจะเป็นกรอบเพื่อเป็นแนวทาง ในการวางแผนการดำเนินงานตามลำดับต่อไปการคุ้มครองทางสังคมที่มีอยู่ในปัจจุบัน[36] ประเทศไทยก็พยายามมุ่งให้มีการขยายการคุ้มครองและจัดให้มีการคุ้มครองทางสังคมถ้วนหน้า และได้มีการประกาศใช้นโยบายการรักษาพยาบาลถ้วนหน้า เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การคุ้มครองแรงงานนอกระบบ เป็นต้น สำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย ทุกคนในวัยสูงอายุได้รับความมั่นคงทางรายได้ขั้นพื้นฐานอย่างน้อย ณ ระดับเส้นความยากจนที่กำหนดไว้ในระดับชาติ มีการดำเนินโครงการที่ครอบคลุมในผู้สูงอายุดังนี้ ระบบบำเหน็จบำนาญราชการของรัฐบาล กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ มิติการดูแลผู้สูงอายุพระราชบัญญัติประกันสังคม สิทธิประโยชน์ผู้สูงอายุภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม มาตรา 40 เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ กองทุนการออมแห่งชาติ เป็นต้น

สรุป

ในปัจจุบัน โครงการหรือนโยบายด้าน Social health protection จะเน้นเป็นภาพรวมโครงการระบบคุ้มครองทางสังคมเป็นหลัก ประกอบด้วย โครงการการประกันสังคมแบบจ่ายสมทบ เป็นลักษณะการใช้งบประมาณภาษีโดยไม่ต้องจ่ายเงินสมทบ (แบบกำหนดเป้าหมายและแบบถ้วนหน้า) และให้ความสำคัญต่อการคุ้มครองทางสังคม (social protection) เพิ่มขึ้น ดังเห็นได้ว่ามียุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาระบบคุ้มครองทางสังคมแบบถ้วนหน้าที่มีลักษณะเป็นเอกภาพภายในปี พ.ศ. 2560 ที่เรียกว่า สังคมสวัสดิการ โดยระบบนี้มีรากฐานจากเสาสี่เสา ประกอบด้วย 1) การบริการทางสังคม 2) การให้ความช่วยเหลือทางสังคม 3) การประกันสังคม และ 4) การส่งเสริมทางสังคม และในปัจจุบันการคุ้มครองทางสุขภาพและสังคมที่มุ่งเน้นในเรื่องสุขภาพและการช่วยเหลือทางสังคมในกลุ่มที่ยากไร้ หรือกลุ่มเปาะบาง ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก็อยู่ในกลุ่มดังกล่าวด้วย คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาระบบการคุ้มครองทางสุขภาพและสังคมภายใต้ระบบการดูแลระยะยาวในครั้งนี้

3 บทที่
ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาระบบการคุ้มครองทางสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบทของประเทศไทย โดยวิธีการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed methods) ครั้งนี้ดำเนินการศึกษาในพื้นที่โครงการการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรใน 3 พื้นที่ ได้แก่ พื้นที่อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น อำเภอคีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี และ พื้นที่ตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยเป็นพื้นที่ที่ได้รับการพัฒนาระบบการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และมีประสบการณ์การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมรวมถึงมีระบบการดูแลระยะยาวซึ่งกำลังดำเนินการอยู่ในพื้นที่

3.1 วิธีการวิจัย

การศึกษานี้ ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed methods) ประกอบด้วย วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ ใช้วิธีการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) และวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการแบบการสนทนากลุ่ม (Focus group method) เพื่อตอบวัตถุประสงค์หลัก และวัตถุประสงค์รองของการวิจัย ดังนี้

3.1.1. วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ใช้วิธีการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ที่ศึกษา ได้แก่

a. สถานการณ์ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

b. สถานการณ์ของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

c. การศึกษาค่าใช้จ่ายและค่าเสียโอกาสในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Pilot study)

3.1.2 วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ใช้วิธีการวิจัย แบบการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion, FGD) เพื่อศึกษาทัศนคติ และมิติการดูแลด้านสุขภาพและสังคมในพื้นที่ที่ศึกษา ในมุมมองของบุคลากรด้านสุขภาพ/สังคม/ชุมชน ในกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพและสังคม ในพื้นที่ที่มีการดำเนินการ ได้รับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดสุราษฎร์ธานี และจังหวัดนครราชสีมา โดยการจัดทำ Focus group method จำนวน 3 ครั้ง

3.2 กลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ที่ศึกษา มีกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย

ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมในเขต 3 พื้นที่ที่ศึกษารวม 110 คน

ผู้ดูแลหลัก หมายถึง ผู้ที่ใช้เวลาอยู่กับผู้สูงอายุเวลาที่สุดในเขต 3 พื้นที่ที่ศึกษารวม 110 คน

3.2.2 การศึกษา ทัศนคติ และมิติการดูแลด้านสุขภาพและสังคมในพื้นที่ที่ศึกษา ในมุมมองของบุคลากรด้านสุขภาพ/สังคม/ชุมชน โดยวิธีการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลในเขต 3 พื้นที่ที่ศึกษา ประกอบด้วย

บุคลากรด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล สหสาขาวิชาชีพ และอาสาสมัครสาธารณสุข สังกัดโรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลคีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี และศูนย์การแพทย์ชุมชนจอหอ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวนรวม 55 คน

บุคลากรด้านสังคม ประกอบด้วย องค์กรส่วนท้องถิ่นและบุคลากรทางสังคม ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการแรงงาน นักวิชาการการศึกษา และส่วนปกครอง จำนวนรวม 18 คน

บุคลากรด้านชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน พระสงฆ์ ประธานชมรมผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัวจิตอาสา/อาสาสมัครผู้สูงอายุ (อผส.) และผู้แทนภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง จำนวนรวม 33 คน

3.2.3 การสังเคราะห์รูปแบบระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในบริบทชุมชนชนบท บุคลากรด้านสุขภาพ/สังคม/ชุมชน โดยวิธีการสนทนากลุ่มและการระดมสมอง ทีมวิจัย และผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย ผู้แทนบุคลากรด้านสุขภาพ บุคลากรด้านสังคม บุคลากรด้านชุมชนในเขต 3 พื้นที่ที่ศึกษา และ ผู้แทนบุคลากรภาคีสุขภาพ สังคม ชุมชน และภาคเอกชน ในส่วนกลาง จำนวนรวม 106 คน

3.3 เครื่องมือการวิจัย

3.3.1 เครื่องมือการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ที่ศึกษาใช้เครื่องมือการวิจัย ได้แก่

3.3.1.1 แบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุและ/หรือผู้ดูแลหลัก (กรณีผู้สูงอายุให้ข้อมูลไม่ได้) สอบถามข้อมูลทั่วไป และภาวะสุขภาพ ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ

3.3.1.2 แบบสอบถามผู้ดูแลหลักเป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ

3.3.2 เครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิจัย แบบการสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษา ทัศนคติ และมิติการดูแลด้านสุขภาพและสังคมในพื้นที่ที่ศึกษา ในมุมมองของบุคลากรด้านสุขภาพ/สังคม/ชุมชน ใช้เครื่องมือวิจัย คือ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม บุคลากรด้านสุขภาพ และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม บุคลากรด้านสังคมและด้านชุมชน

แบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุและ/หรือผู้ดูแลหลัก และแบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลัก และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม รวมถึงการระดมสมองพัฒนาขึ้นโดยทีมวิจัยและจากการทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คนนำมาทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างคล้ายคลึงกันและปรับปรุงก่อนนำมาใช้จริง

3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้สูงอายุที่รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมทุกราย และผู้ดูแลหลัก ใน 3 พื้นที่ โดยมีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (quantitative and qualitative data) ในพื้นที่ที่ศึกษา มีขั้นตอนการเก็บข้อมูลในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลหลัก และบุคลากรด้านสุขภาพ และบุคลากรด้านสังคม/ด้านชุมชนดังนี้

1.การประชุมเชิงปฏิบัติการการดำเนินงานวิจัย การพัฒนาเครื่องมือวิจัย และการเตรียมความพร้อมในการเก็บข้อมูลวิจัยร่วมกับทีมวิจัยในพื้นที่

2. เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณในกลุ่มตัวอย่างผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ผ่านการวินิจฉัยแล้ว และผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ 3 จังหวัด ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – มิถุนายน พ.ศ. 2560 โดยใช้แบบสอบถามและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล

3. การจัดการประชุมสนทนากลุ่ม บุคลากรด้านสุขภาพ และบุคลากรด้านสังคม/ด้านชุมชนโดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ในพื้นที่ที่ศึกษาใน 3 จังหวัด พร้อมทั้งสรุปข้อมูลจากการเก็บข้อมูลร่วมกับทีมวิจัยในพื้นที่ เพื่อตรวจสอบข้อมูลการวิจัย

ครั้งที่ 1 ดำเนินการในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่ 26-29 เดือนเมษายน พ.ศ. 2560 ผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 44 คน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ รองปลัดอบต นักพัฒนาชุมชน นักวิชาการ ประธานชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าอาวาสวัด พระภิษุสงฆ์ และผู้ดูแล

ครั้งที่ 2 ดำเนินการในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างวันที่ 23-25 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 ผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 34 คน ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล นักวิชาการแพทย์แผนไทย เจ้าพนักงานสาธารณสุข ปลัดอบต. นักพัฒนาชุมชน นักสังคมสงเคราะห์ ประธานชมรมผู้สูงอายุ Caregiver และผู้ดูแล

ครั้งที่ 3 ดำเนินการในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 5-6 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560 ผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 40 คน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักวิชาการ ประธานศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตฯ ผู้อำนวยการกลุ่มส่งเสริมการจัดการศึกษา นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการแรงงาน ประธานชมรมผู้สูงอายุ รองประธานชมรมผู้สูงอายุ Caregiver อาสาสมัครสาธารณสุข และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

4. การประชุมทีมวิจัยเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลของมิติสุขภาพและสังคมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและประชุมสรุปข้อมูลและระบบการคุ้มครองทางด้านสุขภาพและสังคมและประเด็นจากการวิจัยในแต่ละพื้นที่ ร่วมกับทีมวิจัยในพื้นที่ เพื่อตรวจสอบข้อมูลการวิจัย

5. การนำเสนอผลการวิจัยและระดมสมองการสังเคราะห์รูปแบบระบบการคุ้มครอง ด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในบริบทชุมชนชนบท (ภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว) ร่วมกับ ผู้แทนบุคลากรด้านสุขภาพบุคลากรด้านสังคม บุคลากรด้านชุมชนในเขต 3 พื้นที่ และผู้แทนบุคลากรภาคีสุขภาพ สังคม ชุมชน และภาคเอกชน ในส่วนกลาง ผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 43 คนประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักวิชาการ นักจิตวิทยา นักวิชาการแรงงาน นักวิชาการศาสนา นักวิชาการการศึกษาครูเชี่ยวชาญ (ด้านการศึกษา) อาจารย์พยาบาล นักวิชาการพยาบาล นักพัฒนาสังคมผู้ประสานงานโครงการข้างถนน (มูลนิธิกระจกเงา) ดำเนินการในพื้นที่ส่วนกลางกรุงเทพมหานคร ในวันที่ 20 เดือนเมษายน พ.ศ. 2561

6. การสรุปข้อมูลและการเขียนรายงานผลการศึกษาวิจัยการสังเคราะห์รูปแบบระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคม และนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมภายใต้ระบบการดูแลระยะยาวของไทย

3.5 สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ของการศึกษา สถานการ์ด้านสุขภาพผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ใช้สถิติเชิงพรรณา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ตามประเด็นการวิจัย

3.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบสถานการณ์การคุ้มครองทางด้านสุขภาพและสังคมในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
2. ทราบทัศนคติและมิติในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชน
3. ทราบปัจจัยและการสนับสนุนการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท
4. ได้รูปแบบระบบการคุ้มครองผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในบริบทชุมชนชนบทของไทย
5. ทราบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน
6. ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและด้านสังคมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และนำเสนอต่อคณะกรรมการ ผู้สูงอายุแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข

สถานการณ์ด้านสุขภาพและสังคมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลในชุมชน ดำเนินการศึกษาและเก็บรวมรวมข้อมูลใน 3 พื้นที่ต้นแบบที่มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลคีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี และศูนย์การแพทย์ชุมชนจอหอ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลหลักและครอบครัว ผลการศึกษาจะนำเสนอเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 สถานการณ์ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ข้อมูลโรคประจำตัว ข้อมูลการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม ข้อมูลภาวะสุขภาพทั่วไป ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและพฤติกรรมสุขภาพ 3) ข้อมูลด้านสังคม ได้แก่ การรับรู้เรื่องสิทธิและสวัสดิการ สวัสดิการที่ต้องการความช่วยเหลือ ชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีสมองเสื่อมและผู้ดูแล

ตอนที่ 2 สถานการณ์ของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล 2) ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ ข้อมูลภาวะสุขภาพทั่วไป ปัญหาสุขภาพ โรคประจำตัว พฤติกรรมสุขภาพ การทำงานและรายได้ของผู้ดูแล 3) การดูแลที่ผู้ดูแลจัดให้กับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล การใช้เวลา/ระยะเวลาในการให้การดูแล ความรู้สึกเหนื่อยล้ากายและใจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแล การดูแลที่จัดให้กับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ความต้องการความช่วยเหลือจากภาครัฐของผู้ดูแล และ 4) ภาระการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลหลัก 5) สถานะสุขภาพของผู้ดูแล ได้แก่ การรับรู้ต่อสุขภาพทั่วไป ผลกระทบหรือข้อจำกัดของภาวะสุขภาพ ความคิดเห็นต่อสุขภาพของตนเองของผู้ดูแลหลัก และภาพรวมสถานะสุขภาพ

ตอนที่ 3 ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล 1) ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยครอบครัว/ผู้ดูแล 2) ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการว่าจ้างผู้ดูแลรายเดือนและ 3) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

ส่วนที่ 1 สถานการณ์ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมใน 3 พื้นที่ มีจำนวนทั้งสิ้น 110 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าชาย เพศหญิง จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 58.18 และเพศชายจำนวน 46 คิดเป็นร้อยละ 41.82 โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ในพื้นที่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี มากที่สุด จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 42.72 เป็นเพศหญิงมากที่สุด จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 55.32 และ เพศชายจำนวน 21 คิดเป็นร้อยละ 44.68 รองลงมาเป็นผู้ที่อยู่ในพื้นที่ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 เป็นเพศหญิงมากที่สุด จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 57.58 และ เพศชายจำนวน 14 คิดเป็นร้อยละ 42.42 และผู้ที่อยู่ในพื้นที่ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 27.27 เพศหญิง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33 และเพศชายจำนวน 11 คิดเป็นร้อยละ 36.67 (ดังแสดงในตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลเพศของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามเพศ

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
เพศชาย	14 (42.42)	11 (36.67)	21 (44.68)	46 (41.82)
เพศหญิง	19 (57.58)	19 (63.33)	26 (55.32)	64 (58.18)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**

อายุของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 81.25 ปี อายุที่มากที่สุดคือ 104 ปี และอายุน้อยที่สุดคือ 60 ปี โดยเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 80 - 89 ปีมากที่สุด จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 42.73 รองลงมาคือ อายุ 70 – 79 ปี จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 36.36 อายุ 90 ปีขึ้นไป จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 14.55 และอายุ 60 – 69 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 6.36 เมื่อเปรียบเทียบใน 3 พื้นที่พบผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอายุเฉลี่ยมากที่สุดในพื้นที่ จังหวัดนครราชสีมา และ จังหวัดสุราษฎร์ธานีเท่ากัน คืออายุเฉลี่ย 82.40 ปี และรองลงมาคือพื้นที่ จังหวัดขอนแก่นมีอายุเฉลี่ย 78.55 ปี (ดังแสดงในตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 ช่วงอายุและภาวะสมองเสื่อมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามเพศ

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)								
	ขอนแก่น		นครราชสีมา		สุราษฎร์ธานี		รวม		
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	รวม
กลุ่มอายุ	**Mean=78.55 ปี SD= 6.615**		**Mean= 82.40 ปี SD= 8.007**		**Mean= 82.40 ปี SD= 8.992**		**Mean= 81.25 ปี SD= 8.196 Min=60 ปี Max= 104 ปี**		
60 - 69 ปี	1 (7.14)	2 (10.53)		2 (10.53)	2 (9.52)		3 (6.52)	4 (6.25)	7 (6.36)
70 - 79 ปี	7 (50.00)	9 (47.37)	3 (27.27)	5 (26.32)	7 (33.33)	9 (34.62)	17 (36.96)	23 (35.94)	40 (36.36)
80 – 89 ปี	5 (35.71)	7 (36.84)	6 (54.55)	10 (52.63)	6 (28.57)	13 (50.00)	17 (36.96)	30 (46.88)	47 (42.73)
90 ปีขึ้นไป	1 (7.14)	1 (5.26)	2 (18.18)	2 (10.53)	6 (28.57)	4 (15.38)	9 (19.57)	7 (10.94)	16 (14.55)
รวม	**14 (100.00)**	**19 (100.00)**	**11 (100.00)**	**19 (100.00)**	**21 (100.00)**	**26 (100.00)**	**46 (100.00)**	**64 (100.00)**	**110 (100.00)**

สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสมากที่สุด จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 51.82 รองลงมาคือ หม้าย จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 44.55 การนับถือศาสนา ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 91.82 ที่พักอาศัยส่วนใหญ่อยู่ในเขตเทศบาล จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 53.64 และนอกเขตเทศบาล จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 46.36

ระดับการศึกษาของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่ได้เรียนหนังสือน้อยกว่าหรือทั้งหมด 6 ปี จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 84.55 รองลงมาคือ เรียนทั้งหมด 7 – 12 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 9.09

สิทธิการรักษาพยาบาล ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นส่วนใหญ่ คือ จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 66.36 รองลงมาคือ สิทธิสวัสดิการข้าราชการพนักงาน (รัฐวิสาหกิจ/มหาวิทยาลัย) จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 30.91 และชำระเงินเอง/จ่ายเอง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.82 (ดังแสดงในตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
สถานภาพสมรส				
โสด	1 (3.03)			1 (0.91)
สมรส	22 (66.67)	12 (40.00)	23 (48.94)	57 (51.82)
แยก			1 (2.13)	1 (0.91)
หย่า		1 (3.33)		1 (0.91)
หม้าย	10 (30.30)	16 (53.33)	23 (48.94)	49 (44.55)
ไม่ระบุ		1 (3.33)		1 (0.91)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
ศาสนา				
พุทธ	33 (100.00)	30 (100.00)	38 (80.85)	101 (91.82)
อิสลาม			1 (2.13)	1 (0.91)
ไม่ระบุ			8 (17.02)	8 (7.27)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
สถานที่อยู่อาศัย				
ไม่ได้เรียน		1 (3.33)		1 (0.91)
เรียน ≤ 6 ปี	32 (96.97)	23 (76.67)	38 (80.85)	93 (84.55)
เรียนทั้งหมด 7-12 ปี		4 (13.33)	6 (12.77)	10 (9.09)
อนุปริญญา/เทียบเท่า	1 (3.03)		2 (4.26)	3 (2.73)
ปริญญาตรี		1 (3.33)		1 (0.91)
ไม่ระบุ		1 (3.33)	1 (2.13)	2 (1.82)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
สิทธิการรักษา				
สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	28 (84.85)	14 (46.67)	31 (65.96)	73 (66.36)
สิทธิสวัสดิการข้าราชการ/พนักงาน	5 (15.15)	14 (46.67)	15 (31.91)	34 (30.91)
สวัสดิการเอกชน		1 (3.33)		1 (0.91)
ชำระเงินเอง/จ่ายเอง		1 (3.33)	1 (2.13)	1 (2.13)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**

ลักษณะอาชีพ/งานเดิมที่เคยทำ พบว่าส่วนใหญ่เป็นการทำงานด้านเกษตรกรรมและกสิกรรม มากที่สุด จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมาคือ การทำธุรกิจส่วนตัวและงานทั่วไป จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 15.45 การทำงานที่ใช้ทักษะเฉพาะและเป็นแม่บ้านจำนวนเท่ากัน คือจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 7.27 และวิชาชีพเฉพาะทาง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.64 โดยมีระยะเวลาในการประกอบอาชีพโดยเฉลี่ยคือ 42.48 ปี ส่วนใหญ่มีระยะเวลาประกอบอาชีพยาวนานกว่า 30 ปีขึ้นไป จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 53.64 รองลงมาคือ 21 – 30 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 8.18 ในปัจจุบันผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน จำนวน 108 คิดเป็นร้อยละ 98.18 มีจำนวนเพียง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.8 ที่ยังคงทำงานอยู่จนถึงปัจจุบัน (ดังแสดงในตารางที่ 4.4)

ตารางที่ 4.4 ข้อมูลการทำงานของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
กลุ่มอาชีพที่เคยทำ				
วิชาชีพเฉพาะทาง :	1 (3.03)	2 (6.67)	1 (2.13)	4 (3.64)
ครู	1 (3.03)	1 (3.33)		2 (1.82)
นักบัญชี		1 (3.33)		1 (0.91)
กลุ่มอาชีพที่เคยทำ				
ตำรวจ			1 (2.13)	1 (0.91)
งานที่ใช้ทักษะเฉพาะ :	1 (3.03)	5 (16.67)	2 (4.26)	8 (7.27)
ช่างตัดเสื้อ/ทอผ้า/เย็บรองเท้า			1 (2.13)	1 (0.91)
งานขับขี่ยานยนต์ เช่น แท็กซี่ รถบรรทุก	1 (3.03)	3 (10.00)		4 (3.64)
ช่างซ่อมรถยนต์		1 (3.33)		1 (0.91)
เกษตรกรรม/กสิกรรม	29 (87.88)	4 (13.33)	33 (70.21)	66 (60.00)
ธุรกิจ/งานทั่วไป	1 (3.03)	14 (46.67)	2 (4.26)	17 (15.45)
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1 (3.03)	1 (3.33)	4 (8.51)	6 (5.45)
รับจ้าง/ลูกจ้างประจำ		1 (3.33)		1 (0.91)
แม่บ้าน		3 (10.00)	5 (10.64)	8 (7.27)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
ระยะเวลาที่ประกอบอาชีพ	**Mean= 47.33 ปี SD=11.725**	**Mean=35.04 ปี SD=12.414**	**Mean=45.00 ปี SD=12.693**	**Mean=42.48 ปี SD=13.258**
1 - 8 ปี		1 (3.33)		1 (0.91)
9 - 10 ปี	1 (3.03)		1 (2.13)	2 (1.82)
11 - 20 ปี		4 (13.33)		4 (3.64)
21 - 30 ปี	2 (6.06)	6 (20.00)	1 (2.13)	9 (8.18)
30 ปีขึ้นไป	27 (81.82)	15 (50.00)	17 (36.17)	59 (53.64)
ไม่ระบุ	3 (9.09)	4 (13.33)	28 (59.57)	35 (31.82)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
การทำงานในปัจจุบัน				
ไม่ทำ	32 (96.97)	30 (100.00)	46 (97.87)	108 (98.18)
ทำ	1 (3.03)		1 (2.13)	2 (1.82)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**

แหล่งที่มาของรายได้ พบว่ามีที่มาจากหลายแหล่ง ส่วนใหญ่ได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 85.45 รองลงมา คือ จากคู่สมรส บุตรและหลาน จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 40.91 เบี้ยผู้พิการ จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 24.55 และค้าขายผลิตผลทางการเกษตร จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 11.82 เมื่อให้ระบุแหล่งรายได้หลักเพื่อการดำรงชีพที่มีที่มาจากแหล่งเดียวของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าส่วนใหญ่มีที่มาจากเบี้ยยังชีพจากทางราชการ จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 55.45 รองลงมา คือ จากบุตรหลาน จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 22.73 ค้าขายผลิตผลทางการเกษตร จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 9.09 ความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่พบว่ามีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายแต่ไม่มีเหลือเก็บออม จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 53.64 รองลงมาคือ มีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายและเหลือเก็บออม จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 35.45 และมีภาระหนี้สิน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 (ดังแสดงในตารางที่ 4.5)

ตารางที่ 4.5 ข้อมูลแหล่งรายได้และความเพียงพอของรายได้ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
แหล่งที่มาของรายได้*				
ทำงาน/รับจ้าง			2 (4.26)	2 (1.82)
เงินบำเหน็จ/บำนาญ	1 (3.03)	5 (16.67)		6 (5.45)
คู่สมรสบุตรหลาน	13 (39.39)	14 (46.67)	18 (38.30)	45 (40.91)
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	32 (96.97)	24 (80.00)	38 (80.85)	94 (85.45)
เบี้ยผู้พิการ	17 (51.52)	6 (20.00)	4 (8.51)	27 (24.55)
ค้าขายผลิตผลการเกษตร			13 (27.66)	13 (11.82)
ค่าเช่าบ้าน		1 (3.33)		1 (0.91)
ค้าขาย		1 (3.33)	1 (2.13)	2 (1.82)

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
แหล่งรายได้หลักเพื่อการดำรงชีพ**				
การทำงาน			1 (2.13)	1 (0.91)
เงินบำเหน็จ/บำนาญ	1 (3.03)	6 (20.00)	2 (4.26)	9 (8.18)
เบี้ยยังชีพจากทางราชการ	27 (81.82)	20 (66.67)	14 (29.79)	61 (55.45)
ค้าขายผลิตผลการเกษตร			10 (21.28)	10 (9.09)
ค่าเช่าบ้าน		1 (3.33)		1 (0.91)
คู่สมรส			1 (2.13)	1 (0.91)
บุตรหลาน	5 (15.15)	3 (10.00)	17 (36.17)	25 (22.73)
ญาติ พี่น้อง			1 (2.13)	1 (0.91)
ไม่ระบุ			1 (2.13)	1 (0.91)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอ เหลือเก็บ	7 (21.21)	13 (43.33)	19 (40.43)	39 (35.45)
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	17 (51.52)	16 (53.33)	26 (55.32)	59 (53.64)
เป็นหนี้	9 (27.27)	1 (3.33)	1 (2.13)	11 (10.00)
ไม่ระบุ			1 (2.13)	1 (0.91)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**

หมายเหตุ * ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ** ตอบได้เพียง 1 ข้อ

การพักอาศัย ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวบุตร หลานและญาติ จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 72.73 รองลงมือคือพักอาศัยอยู่กับคู่สมรส จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 24.55 และมีผู้ที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียว จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.82 จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกันภายในบ้านเฉลี่ย 3.94 คน โดยมีสมาชิกภายในบ้านจำนวนมากที่สุดคือ 3 – 4 คน จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 47.27 รองลงมาคือจำนวน 5 คนขึ้นไป จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 31.82

บ้านที่พักอาศัยในปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นบ้านของตนเองหรือครอบครัวเป็นเจ้าของ จำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 98.18 รองลงมาคือบ้านเช่าอาศัย จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.91 ลักษณะของบ้านส่วนใหญ่เป็นบ้านเดี่ยวสองชั้น จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 61.82 รองลงมา คือ บ้านเดี่ยวชั้นเดียวติดพื้น จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 20.91 และบ้านเดี่ยวพื้นที่สูง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 14.55 ในส่วนห้องนอนของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้น ส่วนใหญ่อยู่ชั้นล่างของบ้าน จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 93.64 รองลงมาคือ อยู่ที่ชั้นบน จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 5.45 ลักษณะห้องน้ำห้องส้วม ส่วนใหญ่เป็นลักษณะส้วมนั่งชักโครกและราดน้ำ จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 55.45 รองลงมาคือ ส้วมซึมราดน้ำ จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 และมีผู้ที่ต้องนั่งกระโถน จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.82 (ดังแสดงในตารางที่ 4.6)

ตารางที่ 4.6 ข้อมูลการพักอาศัยและสมาชิกครอบครัวของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
การพักอาศัย				
อยู่ตามลำพังคนเดียว	1 (3.03)		1 (2.13)	2 (1.82)
คู่สมรส	13 (39.39)	7 (23.33)	7 (14.89)	27 (24.55)
อยู่ร่วมกับบุตร หลาน ญาติ	18 (54.55)	23 (76.67)	39 (82.98)	80 (72.73)
ไม่ระบุ	1 (3.03)			1 (0.91)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
จำนวนสมาชิกภายในบ้าน	**Mean= 4.49 คน SD=2.320**	**Mean= 3.63 คน SD=1.189**	**Mean= 3.745 คน SD=1.481**	**Mean= 3.94 คน SD=1.736**
1 - 2 คน	6 (18.18)	6 (20.00)	11 (23.40)	23 (20.91)
3 - 4 คน	12 (36.36)	17 (56.67)	23 (48.94)	52 (47.27)
5 คนขึ้นไป	15 (45.45)	7 (23.33)	13 (27.66)	35 (31.82)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**

บ้านที่พักอาศัยในปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นบ้านของตนเองหรือครอบครัวเป็นเจ้าของ จำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 98.18 รองลงมาคือ บ้านเช่าอาศัย จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.91 ลักษณะของบ้านส่วนใหญ่เป็นบ้านเดี่ยวสองชั้น จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 61.82 รองลงมาคือ บ้านเดี่ยวชั้นเดียวติดพื้น จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 20.91 และบ้านเดี่ยวพื้นที่สูง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 14.55 ในส่วนห้องนอนของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้น ส่วนใหญ่อยู่ชั้นล่างของบ้าน จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 93.64 รองลงมาคือ อยู่ที่ชั้นบน จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 5.45 ลักษณะห้องน้ำห้องส้วม ส่วนใหญ่เป็นลักษณะส้วมนั่งชักโครกและราดน้ำ จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 55.45 รองลงมาคือ ส้วมซึมราดน้ำ จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 และมีผู้ที่ต้องนั่งกระโถน จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.82 (ดังแสดงในตารางที่ 4.7)

ตารางที่ 4.7 ข้อมูลสถานที่พักอาศัยของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
บ้านที่พักอาศัย				
บ้านของตนเอง/ครอบครัว	33 (100.00)	29 (96.67)	46 (97.87)	108 (98.18)
บ้านเช่าอาศัย		1 (3.33)		1 (0.91)
ไม่ระบุ			1 (2.13)	1 (0.91)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
ลักษณะของบ้าน				
บ้านเดี่ยวพื้นที่สูง	4 (12.12)	4 (13.33)	8 (17.02)	16 (14.55)
บ้านเดี่ยวสองชั้น	21 (63.64)	18 (60.00)	29 (61.70)	68 (61.82)
ห้องแถวไม้/ตึกแถว		2 (6.67)		2 (1.82)
บ้านเดี่ยวชั้นเดียวติดพื้น	8 (24.24)	6 (20.00)	9 (19.15)	23 (20.91)
ไม่ระบุ			1 (2.13)	1 (0.91)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
ลักษณะห้องนอน				
อยู่ชั้นล่าง	33 (100.00)	28 (93.33)	42 (89.36)	103 (93.64)
อยู่ชั้นบน		2 (6.67)	4 (8.51)	6 (5.45)
ไม่ระบุ			1 (2.13)	1 (0.91)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
ลักษณะห้องส้วม				
ส้วมนั่งชักโครก/ราดน้ำ	14 (42.42)	26 (86.67)	21 (44.68)	61 (55.45)
ส้วมซึมราดน้ำ	17 (51.52)	4 (13.33)	23 (48.94)	44 (40.00)
นั่งกระโถน			2 (4.26)	2 (1.82)
ไม่ระบุ	2 (6.06)		1 (2.13)	3 (2.73)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**

1.2 ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

1.2.1 ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในระดับพอใช้มากที่สุด ทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 41.82 โดยเพศหญิงมีจำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 40.63 มากกว่าเพศชาย จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 43.48 รองลงมาคือรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในระดับที่ไม่ดี จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 33.64 ในจำนวนนี้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองใน ระดับดี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18 และระดับดีมาก จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.91 (ดังแสดงในตารางที่ 4.8)

ตารางที่ 4.8 การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามเพศ

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)								
	ขอนแก่น		นครราชสีมา		สุราษฎร์ธานี		รวม		
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	รวม
การประเมินภาวะสุขภาพตนเอง									
ไม่ดีมาก ๆ		1 (5.26)	1 (9.09)			2 (7.69)	1 (2.17)	3 (4.69)	4 (3.64)
ไม่ดี	2 (14.29)	5 (26.32)	1 (9.09)	5 (26.32)	13 (61.90)	11 (42.31)	16 (34.78)	21 (32.81)	37 (33.64)
พอใช้	8 (57.14)	6 (31.58)	6 (54.55)	10 (52.63)	6 (28.57)	10 (38.46)	20 (43.48)	26 (40.63)	46 (41.82)
ดี	3 (21.43)	7 (36.84)	3 (27.27)	3 (15.79)	2 (9.52)	2 (7.69)	8 (17.39)	12 (18.75)	20 (18.18)
ดีมาก				1 (5.26)				1 (1.56)	1 (0.91)
ไม่ระบุ	1 (7.14)					1 (3.85)	1 (2.17)	1 (1.56)	2 (1.82)
รวม	**14 (100.00)**	**19 (100.00)**	**11 (100.00)**	**19 (100.00)**	**21 (100.00)**	**26 (100.00)**	**46 (100.00)**	**64 (100.00)**	**110 (100.00)**

1.2.2 ข้อมูลโรคประจำตัว

โรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังประจำตัว จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 66.36 ขณะที่มีผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 32.73 โดยมีจำนวนโรคประจำตัวเฉลี่ย 1.63 โรค ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเพียง 1 โรคมากที่สุด จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 60.27 รองลงมาคือ จำนวน 2 โรค จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 24.66 และจำนวน 3 โรค จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 8.22 โรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 46.36 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 และโรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 11.82 (ดังแสดงในตารางที่ 4.9)

ตารางที่ 4.9 โรคประจำตัวของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
โรคประจำตัว				
ไม่มี	14 (42.42)	11 (36.67)	11 (23.40)	36 (32.73)
มี	18 (54.55)	19 (63.33)	36 (76.60)	73 (66.36)
ไม่ระบุ	1 (3.03)			1 (0.91)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
จำนวนโรคประจำตัว	**Mean= 1.56 โรค**	**Mean= 1.68 โรค**	**Mean= 1.64 โรค**	**Mean= 1.63 โรค**
	SD=1.042	**SD=1.003**	**SD=0.899**	**SD=0.950**
1 โรค	12 (66.67)	12 (63.16)	20 (55.56)	44 (60.27)
2 โรค	4 (22.22)	2 (10.53)	12 (33.33)	18 (24.66)
3 โรค	1 (5.56)	4 (21.05)	1 (2.78)	6 (8.22)
4 โรค		1 (5.26)	3 (8.33)	4 (5.48)
5 โรค	1 (5.56)			1 (1.37)
รวม	**18 (100.00)**	**19 (100.00)**	**36 (100.00)**	**73 (100.00)**
กลุ่มโรคประจำตัว*				
โรคเบาหวาน	7 (21.21)	10 (33.33)	5 (10.64)	22 (20.00)
โรคความดันโลหิตสูง	9 (27.27)	13 (43.33)	29 (61.70)	51 (46.36)
โรคหลอดเลือดสมอง	2 (6.06)	2 (6.67)	4 (8.51)	8 (7.27)
โรคหัวใจ	3 (9.09)	1 (3.33)	1 (2.13)	5 (4.55)
โรคมะเร็ง		1 (3.33)		1 (0.91)
โรคไต	2 (6.06)		3 (6.38)	5 (4.55)
โรคไขมันในเลือดสูง	1 (3.03)	4 (13.33)	8 (17.02)	13 (11.82)
โรคระบบทางเดินหายใจ			2 (4.26)	2 (1.82)
โรคระบบกระดูกและข้อ	3 (9.09)	1 (3.33)	5 (10.64)	9 (8.18)
โรคระบบทางเดินอาหาร			1 (2.13)	1 (0.91)
โรคระบบทางเดินปัสสาวะ	1 (3.03)			1 (0.91)
โรคพาร์กินสัน			1 (2.13)	1 (0.91)

หมายเหตุ * ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

1.2.3 ข้อมูลการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

ช่วงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 77.10 ปี อายุที่มากที่สุดที่ได้รับการวินิจฉัยคือ 100 ปี และอายุน้อยที่สุดคือ 58 ปี โดยเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 70 – 79 ปีมากที่สุดคือจำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 43.64 รองลงมาคือ อายุ 80 – 89 ปี จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 32.73 อายุ 60 – 69 ปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 14.55 อายุ 90 ปีขึ้นไป จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 7.27 และอายุ 50 – 59 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.82 เมื่อเปรียบเทียบใน 3 พื้นที่พบอายุเฉลี่ยที่ได้รับ การวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมมากที่สุดในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี คืออายุเฉลี่ย 78.57 ปี รองลงมาคือ พื้นที่จังหวัดนครราชสีมา อายุเฉลี่ย 76.90 ปี และพื้นที่ จังหวัดขอนแก่น อายุเฉลี่ย 75.18 ปี (ดังแสดงในตารางที่ 4.10)

ตารางที่ 4.10 ช่วงอายุและภาวะสมองเสื่อมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามเพศ

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)								
	ขอนแก่น		นครราชสีมา		สุราษฎร์ธานี		รวม		
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	รวม
กลุ่มอายุที่ได้รับการวินิจฉัย	**Mean=75.18 ปี SD= 7.346**		**Mean= 76.90 ปี SD= 8.919**		**Mean= 78.57 ปี SD= 8.251**		**Mean= 77.10 ปี SD= 8.234 Min=58 ปี Max=100 ปี**		
60 - 69 ปี	3 (21.43)	4 (21.05)	2 (18.18)	3 (15.79)	2 (9.52)	2 (7.69)	7 (15.22)	9 (14.06)	16 (14.55)
70 - 79 ปี	7 (50.00)	10 (52.63)	4 (36.36)	8 (42.11)	7 (33.33)	12 (46.15)	18 (39.13)	30 (46.88)	48 (43.64)
80 – 89 ปี	3 (21.43)	4 (21.05)	3 (27.27)	6 (31.58)	9 (42.86)	11 (42.31)	15 (32.61)	21 (32.81)	36 (32.73)
90 ปีขึ้นไป	1 (7.14)	1 (5.26)	2 (18.18)	2 (10.53)	2 (9.52)		5 (10.87)	3 (4.69)	8 (7.27)
รวม	**14 (100.00)**	**19 (100.00)**	**11 (100.00)**	**19 (100.00)**	**21 (100.00)**	**26 (100.00)**	**46 (100.00)**	**64 (100.00)**	**110 (100.00)**

เมื่อแบ่งกลุ่มตามระยะของภาวะสมองเสื่อม พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะที่ 2 จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 42.73 รองลงมาคือระยะที่ 1 จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 34.55 และระยะที่ 3 จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 22.72 โดยในพื้นที่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมระยะที่ 1 มากที่สุดจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 46.81 ในพื้นที่ จังหวัดขอนแก่น พบผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมระยะที่ 2 มากที่สุด จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 48.48 และ ในพื้นที่ จังหวัดนครราชสีมา พบผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมระยะที่ 2 มากที่สุด จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67 (ดังแสดงในตารางที่ 4.11)

ตารางที่ 4.11 ระยะอาการของภาวะสมองเสื่อมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามเพศ

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)								
	ขอนแก่น		นครราชสีมา		สุราษฎร์ธานี		รวม		
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	รวม
ระยะอาการของภาวะสมองเสื่อม									
ระยะที่ 1	5 (35.71)	5 (26.32)	2 (18.18)	4 (21.05)	9 (42.86)	13 (50.00)	16 (34.78)	22 (34.38)	38 (34.55)
ระยะที่ 2	6 (42.86)	10 (52.63)	7 (63.64)	7 (36.84)	9 (42.86)	8 (30.77)	22 (47.83)	25 (39.06)	47 (42.73)
ระยะที่ 3	3 (21.43)	4 (21.05)	2 (18.18)	8 (42.10)	3 (14.28)	5 (19.23)	8 (17.39)	17 (26.56)	25 (22.72)
รวม	**14 (100.00)**	**19 (100.00)**	**11 (100.00)**	**19 (100.00)**	**21 (100.00)**	**26 (100.00)**	**46 (100.00)**	**64 (100.00)**	**110 (100.00)**

ระยะเวลาการเป็นสมองเสื่อม สามารถแบ่งออกได้เป็นช่วงระยะเวลาเป็นเดือนและเป็นช่วงปี ในเพศหญิงมีระยะเวลาการเป็นสมองเสื่อมยาวนานกว่าเพศชาย โดยพบว่า จำนวนเดือนเฉลี่ยที่เป็นภาวะสมองเสื่อม คือ 4.44 เดือน จำนวนเดือนที่เป็นภาวะสมองเสื่อมของทั้ง 2 เพศ อยู่ระหว่าง 1 – 3 เดือน และ 4 – 6 เดือน จำนวนเท่ากันคือ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 44.44 ส่วนจำนวนปีที่เป็นภาวะสมองเสื่อมโดยเฉลี่ยของทั้ง 2 เพศ คือ 4.64 ปี และอยู่ในช่วง 2 – 5 ปี มากที่สุด จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 59.41 รองลงมาคือ 6 – 10 ปี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 20.79 และ 1 ปี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 12.87 โดยพบว่า ในจำนวนนี้มีผู้ที่เป็นภาวะสมองเสื่อมนานกว่า 20 ปีขึ้นไป จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.98 (ดังแสดงในตารางที่ 4.12)

ตารางที่ 4.12 ระยะเวลาการเป็นสมองเสื่อมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามเพศ

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)								
	ขอนแก่น		นครราชสีมา		สุราษฎร์ธานี		รวม		
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	รวม
ระยะเวลาการเป็นสมองเสื่อม									
จำนวนเดือน	**Mean=5.25 เดือน SD= 2.986**		**Mean= 5.00 เดือน SD= 0.00**		**Mean= 3.50 เดือน SD= 1.732**		**Mean= 4.44 เดือน SD= 2.297 Min=1 เดือน Max= 8 เดือน**		
1 – 3 เดือน		1 (33.33)			1 (50.00)	2 (100.00)	1 (33.33)	3 (50.00)	4 (44.44)
4 – 6 เดือน	1 (100.00)	1 (33.33)		1 (100.00)	1 (50.00)		2 (66.67)	2 (33.33)	4 (44.44)
7 – 11 เดือน		1 (33.33)						1 (16.67)	1 (11.11)
รวม	**1 (100.00)**	**3 (100.00)**		**1 (100.00)**	**2 (100.00)**	**2 (100.00)**	**3 (100.00)**	**6 (100.00)**	**9 (100.00)**
จำนวนปี	**Mean=4.48 ปี SD= 4.933**		**Mean= 5.45 ปี SD= 3.841**		**Mean= 4.23 ปี SD= 3.34**		**Mean= 4.64 ปี SD= 3.989 Min=1 ปี Max= 20 ปี**		
1 ปี	2 (15.38)	3 (18.75)		1 (5.56)	2 (10.53)	5 (20.83)	4 (9.30)	9 (15.52)	13 (12.87)
2 – 5 ปี	8 (61.54)	10 (62.50)	7 (63.64)	11 (61.11)	12 (63.16)	12 (50.00)	27 (62.79)	33 (56.90)	60 (59.41)
6 – 10 ปี	2 (15.38)	2 (12.50)	3 (27.27)	5 (27.78)	4 (21.05)	5 (20.83)	9 (20.93)	12 (20.69)	21 (20.79)
11 – 15 ปี			1 (9.09)		1 (5.26)	2 (8.33)	2 (4.65)	2 (3.45)	4 (3.96)
16 – 20 ปี				1 (5.56)				1 (1.72)	1 (0.99)
20 ปีขึ้นไป	1 (7.69)	1 (6.25)					1 (2.33)	1 (1.72)	2 (1.98)
รวม	13 (100.00)	16 (100.00)	11 (100.00)	18 (100.00)	19 (100.00)	24 (100.00)	43 (100.00)	58 (100.00)	101 (100.00)
รวมทั้งหมด	**14 (100.00)**	**19 (100.00)**	**11 (100.00)**	**19 (100.00)**	**21 (100.00)**	**26 (100.00)**	**46 (100.00)**	**64 (100.00)**	**110 (100.00)**

ชนิดของภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัย พบว่าส่วนใหญ่เป็นภาวะสมองเสื่อมชนิด Alzheimer's disease มากที่สุดจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 10.91 รองลงมาคือ ภาวะสมองเสื่อมที่ ไม่สามารถระบุได้ (ไม่ทราบ) จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 5.45 ภาวะสมองเสื่อมชนิด Vascular dementia (VaD) และ Parkinson's disease with dementia มีจำนวนเท่ากัน คือ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.73 และ มีเพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.91 ที่เป็นภาวะสมองเสื่อม ชนิด Alzheimer's disease with cerebrovascular disease (AD with CVD) โรคเรื้อรังที่พบร่วมกับภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่คือ โรคหลอดเลือดสมองหรือสโตรก จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 11.82 และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 4.55 (ดังแสดงในตารางที่ 4.13)

ตารางที่ 4.13 ชนิดของสมองเสื่อมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามเพศ

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)								
	ขอนแก่น		นครราชสีมา		สุราษฎร์ธานี		รวม		
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	รวม
ชนิดของภาวะสมองเสื่อม									
AD		4 (21.05)	2 (18.18)	3 (15.79)	1 (4.76)	2 (7.69)	3 (6.52)	9 (14.06)	12 (10.91)
AD With CVD						1 (3.85)		1 (1.56)	1 (0.91)
VaD		1 (5.26)			1 (4.76)	1 (3.85)	1 (2.17)	2 (3.13)	3 (2.73)
PKD with dementia		1 (5.26)			1 (4.76)	1 (3.85)	1 (2.17)	2 (3.13)	3 (2.73)
ไม่สามารถระบุได้	1 (7.14)	2 (10.53)	1 (9.09)	2 (10.53)			2 (4.35)	4 (6.25)	6 (5.45)
รวม	**1 (100.00)**	**3 (100.00)**		**1 (100.00)**	**2 (100.00)**	**2 (100.00)**	**3 (100.00)**	**6 (100.00)**	**9 (100.00)**
โรคเรื้อรังที่พบร่วมกับภาวะสมองเสื่อม									
โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	3 (21.43)				1 (4.76)	1 (3.85)	4 (8.70)	1 (1.56)	5 (4.55)
โรคหลอดเลือดสมองหรือสโตรก		2 (10.53)	1 (9.09)	3 (15.79)	3 (14.29)	4 (15.38)	4 (8.70)	9 (14.06)	13 (11.82)
รวม	**3 (21.43)**	**2 (10.53)**	**1 (9.09)**	**3 (15.79)**	**4 (19.05)**	**5 (19.23)**	**8 (17.39)**	**10 (15.63)**	**18 (16.36)**

ประวัติในครอบครัวเกี่ยวกับการได้รับวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม พบว่าส่วนใหญ่มีประวัติ คนในครอบครัวเป็นภาวะสมองเสื่อมชนิด Alzheimer's disease มากที่สุด จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 10.91 รองลงมา คือ ภาวะสมองเสื่อมที่ไม่สามารถระบุได้ (ไม่ทราบ) จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 15.45 ภาวะสมองเสื่อม ชนิด Vascular dementia (VaD) และ Parkinson's disease with dementia มีจำนวนเท่ากัน คือ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.73 และภาวะสมองเสื่อม ชนิด Alzheimer's disease with cerebrovascular disease (AD with CVD) จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.91 โดยพบประวัติในกลุ่มพี่น้องมากที่สุดในทุกชนิดของภาวะสมองเสื่อม จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 13.64 คือภาวะสมองเสื่อม ชนิด Alzheimer's disease จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 5.45 รองลงมาคือ ภาวะสมองเสื่อมที่ไม่สามารถระบุได้ (ไม่ทราบ) จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.64 (ดังแสดงในตารางที่ 4.14)

ประวัติในครอบครัวเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่พบร่วมกับภาวะสมองเสื่อม พบว่าส่วนใหญ่คือ โรคหลอดเลือดสมองหรือสโตรก จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 11.82 และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 4.55 โดยพบประวัติในกลุ่มของพี่น้องมากที่สุด จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 10.91 (ดังแสดงในตารางที่ 4.14)

ตารางที่ 4.14 ประวัติครอบครัวที่มีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามจังหวัด

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)												
	ขอนแก่น			นครราชสีมา			สุราษฎร์ธานี			รวม			
	พ่อ แม่	พี่ น้อง	ญาติ	พ่อ แม่	พี่ น้อง	ญาติ	พ่อ แม่	พี่ น้อง	ญาติ	พ่อ แม่	พี่ น้อง	ญาติ	รวม
ชนิดของภาวะสมองเสื่อม*													
AD	1 (3.03)	2 (6.06)	1 (3.03)	1 (3.33)	3 (10.00)	1 (3.33)	1 (2.13)	1 (2.13)	1 (2.13)	3 (2.73)	6 (5.45)	3 (2.73)	12 (10.91)
AD with CVD								1 (2.13)			1 (0.91)		1 (0.91)
VaD		1 (3.03)						1 (2.13)	1 (2.13)		2 (1.82)	1 (0.91)	3 (2.73)
PKD with Dementia		1 (3.03)						1 (2.13)	1 (2.13)		2 (1.82)	1 (0.91)	3 (2.73)
ไม่สามารถระบุได้	1 (3.03)	2 (6.06)		1 (3.33)	2 (6.67)					2 (1.82)	4 (3.64)		6 (5.45)
รวม	**2 (6.06)**	**6 (18.18)**	**1 (3.03)**	**2 (6.67)**	**5 (1.67)**	**1 (3.33)**	**1 (2.13)**	**4 (8.51)**	**3 (6.38)**	**5 (4.55)**	**15 (13.64)**	**5 (4.55)**	**25 (22.73)**
โรคเรื้อรังที่พบร่วมกับภาวะสมองเสื่อม*													
โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด		3 (9.09)			1 (2.13)				1 (2.13)		4 (3.64)	1 (0.91)	5 (4.55)
โรคหลอดเลือดสมองหรือสโตรก		2 (6.06)		2 (6.67)	2 (6.67)		1 (2.13)	4 (8.51)	2 (4.26)	3 (2.73)	8 (7.27)	2 (1.82)	13 (11.82)
รวม		**5 (15.15)**		**2 (6.67)**	**3 (10.00)**		**1 (2.13)**	**4 (8.51)**	**3 (6.38)**	**3 (2.73)**	**12 (10.91)**	**3 (2.73)**	**18 (16.36)**

หมายเหตุ * ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ประวัติการได้รับอุบัติเหตุการกระทบกระเทือนทางสมอง พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการได้รับอุบัติเหตุการกระทบกระเทือนทางสมองมาก่อนมากที่สุด จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 84.55 ขณะที่มีผู้ที่เคยมีประวัติ จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 15.45 โดยบริเวณของศีรษะ/สมองส่วนที่ได้รับอุบัติเหตุมากที่สุดคือ ส่วนหน้าผาก จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 4.55 รองลงมาคือ ส่วนบริเวณด้านข้างส่วนบน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.64 บริเวณท้ายทอยจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.73 และบริเวณขมับ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.82 สาเหตุที่ทำให้ได้รับบาดเจ็บ ส่วนใหญ่มาจากการหกล้มมากที่สุด จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 7.27 รองลงมาคือ จากอุบัติเหตุทางจราจร ตกจากที่สูงและโดนสิ่งของหล่นใส่จากที่สูงมีจำนวนเท่ากันคือ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.73 และระยะเวลาหมดสติ ในจำนวนผู้ที่ประวัติการได้รับอุบัติเหตุการกระทบกระเทือนทางสมองทั้งหมดส่วนใหญ่ไม่มีการหมดสติ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 10.91 ส่วนผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุทำให้มีอาการหมดสติ มีระยะเวลาน้อยกว่า 15 นาที จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.64 และระยะเวลามากกว่า 60 นาที จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.91 (ดังแสดงในตารางที่ 4.15)

ตารางที่ 4.15 ประวัติการกระทบ กระเทือนทางสมองของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
ประวัติการกระทบ กระเทือนทางสมอง				
ไม่มี	28 (84.85)	26 (86.67)	39 (82.98)	93 (84.55)
มี	5 (15.15)	4 (13.33)	8 (17.02)	17 (15.45)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
สมองส่วนที่ได้รับอุบัติเหตุ				
บริเวณส่วนหน้าผาก		1 (3.33)	4 (8.51)	5 (4.55)
บริเวณด้านข้างส่วนบน	2 (6.06)		2 (4.26)	4 (3.64)
บริเวณขมับ		2 (6.67)		2 (1.82)
บริเวณด้านท้ายทอย	2 (6.06)		1 (2.13)	3 (2.73)
สาเหตุการได้รับบาดเจ็บ				
อุบัติเหตุทางจราจร	1 (3.03)		2 (4.26)	3 (2.73)
หกล้ม	3 (9.09)	3 (10.00)	2 (4.26)	8 (7.27)
ตกจากที่สูง		1 (3.33)	2 (4.26)	3 (2.73)
โดนสิ่งของหล่นจากที่สูง	1 (3.03)		2 (4.26)	3 (2.73)
ระยะเวลาหมดสติ				
น้อยกว่า 15 นาที	1 (3.03)	2 (6.67)	1 (2.13)	4 (3.64)
มากกว่า 60 นาที			1 (2.13)	1 (0.91)
ไม่หมดสติ	4 (12.12)	2 (6.67)	6 (12.77)	12 (10.91)
ไม่มี	28 (84.85)	26 (86.67)	39 (82.98)	93 (84.55)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**

การใช้ยาต่อเนื่องมากกว่า 2 วันต่อสัปดาห์ ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการใช้ยา จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 90.91 ในจำนวนนี้มีจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 9.09 ที่ให้ประวัติว่ามีการใช้ยา โดยเป็น การใช้ยาในกลุ่มยาคลายเครียดและยานอนหลับ เช่น diazepam, Miedazolam และ Triazolam มากที่สุด จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 6.36 รองลงมาคือ กลุ่มยาแก้แพ้รุ่นแรก เช่น Cehlorpheniramine (CPM) และ Brompheniramine (Dimelapp) และกลุ่มยาคลายกล้ามเนื้อ เช่น Norgesic, Mydocalm และ Myomethol มีจำนวนเท่ากัน คือ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.91 (ดังแสดงในตารางที่ 4.16)

ตารางที่ 4.16 ประวัติการใช้ยาของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
การใช้ยาต่อเนื่องมากกว่า 2 วันต่อสัปดาห์				
ไม่ใช้	30 (90.91)	26 (86.67)	44 (93.62)	100 (90.91)
ใช้	3 (9.09)	4 (13.33)	3 (6.38)	10 (9.09)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
กลุ่มยาที่ใช้*				
กลุ่มยาแก้แพ้รุ่นแรก			1 (2.13)	1 (0.91)
กลุ่มยาคลายกล้ามเนื้อ			1 (2.13)	1 (0.91)
กลุ่มยาคลายเครียดและยานอนหลับ	3 (9.09)	4 (13.33)		7 (6.36)

หมายเหตุ * ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

1.2.4 ข้อมูลภาวะสุขภาพทั่วไป

ภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย น้ำหนักตัว ส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 49.83 กิโลกรัม น้ำหนักตัวมากที่สุดคือ 93 กิโลกรัม และน้อยที่สุดคือ 25 กิโลกรัม น้ำหนักอยู่ระหว่าง 40 – 49 กิโลกรัมมากที่สุด จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 39.09 รองลงมาคือ 50 – 59 กิโลกรัม จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 28.18 และ 60 – 69 กิโลกรัม จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 11.82 ในจำนวนนี้มีผู้ที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 29 กิโลกรัม จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.82 ส่วนสูง ส่วนใหญ่มีส่วนสูง 150 – 159 เซนติเมตร จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 41.82 (ดังแสดงในตารางที่ 4.17)

ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass index, BMI) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ มีค่า BMI ตั้งแต่ 18.5 แต่น้อยกว่า 22.9 หรือในระดับปกติ จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 41.82 รองลงมาคือ มีค่า BMI น้อยกว่า 18.5 หรือในระดับผอม จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 28.18 และมีค่า BMI ตั้งแต่ 23 แต่น้อยกว่า 24.9 หรือในระดับน้ำหนักเกิน จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 12.73 (ดังแสดงในตารางที่ 4.17)

ตารางที่ 4.17 น้ำหนัก ส่วนสูง และค่าดัชนีมวลกายของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
น้ำหนักตัว(กิโลกรัม)	**Mean=53.09 กก. SD=10.927**	**Mean=46.90 กก. SD=11.014**	**Mean=49.54 กก. SD=11.030**	**Mean=49.83 กก. SD=3.801 Min=25 Max=93**
น้อยกว่า 29 กก.		1 (3.33)	1 (2.13)	2 (1.82)
30 – 39 กก.	1 (3.03)	5 (16.67)	4 (8.51)	10 (9.09)
40 – 49 กก.	12 (36.36)	11 (36.67)	20 (42.55)	43 (39.09)
50 – 59 กก.	9 (27.27)	8 (26.67)	14 (29.79)	31 (28.18)
60 – 69 กก.	7 (21.21)	3 (10.00)	3 (6.38)	13 (11.82)
70 – 79 กก.		1 (3.33)	1 (2.13)	2 (1.82)
มากกว่า 90 กก.	1 (3.03)		1 (2.13)	2 (1.82)
ไม่ระบุ	3 (9.09)	1 (3.33)	3 (6.38)	7 (6.36)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	**Mean=155.17 cm. SD=6.428**	**Mean=153.54 cm. SD=9.605**	**Mean=159.00 cm. SD=6.388**	**Mean=156.35 cm. SD=7.726 Min=130 Max=175**
130 – 139 ซม.		1 (3.33)		1 (0.91)
140 – 149 ซม.	4 (12.12)	7 (23.33)	1 (2.13)	12 (10.91)
150 – 159 ซม.	14 (42.42)	12 (40.00)	20 (42.55)	46 (41.82)
160 – 169 ซม.	12 (36.36)	6 (20.00)	19 (40.43)	37 (33.64)
170 – 179 ซม.		2 (6.67)	3 (6.38)	5 (4.55)
ไม่ระบุ	3 (9.09)	2 (6.67)	4 (8.51)	9 (8.18)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
ค่าดัชนีมวลกาย	**Mean=22.01 SD= 3.981**	**Mean=19.70 SD=3.664**	**Mean=19.74 SD=3.492**	**Mean=20.41 SD=3.801**
BMI น้อยกว่า 18.5 (ผอม)	5 (15.15)	12 (40.00)	14 (29.79)	31 (28.18)
BMI ตั้งแต่ 18.5 แต่น้อยกว่า 22.9 (ปกติ)	13 (39.39)	9 (30.00)	24 (51.06)	46 (41.82)
BMI ตั้งแต่ 23 แต่น้อยกว่า 24.9 (น้ำหนักเกิน)	6 (18.18)	5 (16.67)	3 (6.38)	14 (12.73)
BMI ตั้งแต่ 25 แต่น้อยกว่า 29.9 (อ้วน)	5 (15.15)	2 (6.67)	1 (2.13)	8 (7.27)
BMI มากกว่า 30 (อ้วนมาก)	1 (3.03)		1 (2.13)	2 (1.82)
ไม่ระบุ	3 (9.09)	2 (6.67)	4 (8.51)	9 (8.18)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**

อาหารที่รับประทาน ส่วนใหญ่เป็นอาหารที่ทำเองที่บ้าน จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 87.27 รองลงมาคือ อาหารที่ซื้อมารับประทาน จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 7.27 และอาหารแช่แข็งสำเร็จรูป มารับประทานและอาหารกระป๋อง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.82 ในจำนวนนี้มีผู้ที่รับประทานอาหารเหลวปั่นเองที่บ้าน จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.91 และอาหารเหลวปั่นที่ได้จากโรงพยาบาล จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.73 การรับประทานอาหารเสริม ส่วนใหญ่ไม่ได้รับประทาน จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 54.55 และมีผู้ที่รับประทานจำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 40.91 โดยชนิดของอาหารเสริมที่รับประทาน ส่วนใหญ่คือ อาหารเสริม เช่น ผงโปรตีน ซุปไก่ จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 21.82 รองลงมาคือ วิตามิน เช่น น้ำมันปลา วิตามินอี วิตามินรวม วิตามินซี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 9.09 นม นมถั่วเหลืองและสมุนไพร เช่น มะรุม แป๊ะก๊วย มีจำนวนเท่ากัน คือ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 5.45 (ดังแสดงในตารางที่ 4.18)

ตารางที่ 4.18 การรับประทานอาหารและอาหารเสริมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
อาหารที่รับประทาน				
ทำอาหารเองที่บ้าน	29 (87.88)	21 (70.00)	46 (97.87)	96 (87.27)
ซื้ออาหารรับประทาน	3 (9.09)	5 (16.67)		8 (7.27)
ซื้ออาหารสำเร็จรูป/อาหารกระป๋อง	1 (3.03)		1 (2.13)	2 (1.82)
อาหารเหลวปั่นที่บ้าน		1 (3.33)		1 (0.91)
อาหารเหลวจากโรงพยาบาล		3 (10.00)		3 (2.73)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
การรับประทานอาหารเสริม				
ไม่รับประทาน	20 (60.61)	15 (50.00)	25 (53.19)	60 (54.55)
รับประทาน	13 (39.39)	11 (36.67)	21 (44.68)	45 (40.91)
รับประทาน แต่ไม่ระบุชนิด		3 (10.00)		3 (2.73)
ไม่ตอบ		1 (3.33)	1 (2.13)	2 (1.82)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
ชนิดของอาหารเสริม*				
อาหารเสริม เช่น ผงโปรตีน ซุปไก่	4 (12.12)	9 (30.00)	11 (23.40)	24 (21.82)
อาหารเสริมชนิดผงเอนชัวร์	1 (3.03)	1 (3.33)	2 (4.26)	4 (3.64)
นม นมถั่วเหลือง	4 (12.12)		2 (4.26)	6 (5.45)
วิตามิน เช่น น้ำมันปลา วิตามินบีรวม วิตามินอี วิตามินรวม วิตามินซี	3 (9.09)	2 (6.67)	5 (10.64)	10 (9.09)
เกลือแร่ แคลเซี่ยม		1 (3.03)		1 (0.91)
สมุนไพร เช่น มะรุม แป๊ะก๊วย	2 (6.06)	1 (3.03)	3 (6.38)	6 (5.45)

หมายเหตุ * ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ปัญหาการรับประทานอาหารในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาการรับประทานอาหาร จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 59.09 และผู้ที่มีปัญหาการรับประทานอาหาร จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 40.91 โดยมีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 ลักษณะปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาการเคี้ยวกลืน จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 19.09 รองลงมา คือ เบื่ออาหาร จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 4.55 และปัญหาการย่อยอาหาร จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.73 ปัญหาการกลืนลำบาก พบผู้ที่มีปัญหา จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 23.64 ลักษณะปัญหาที่พบมากที่สุดคือ การต้องให้อาหารทางสายจมูกหรือหน้าท้อง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 8.18 รองลงมาคือ การใช้ฟันปลอมที่ไม่อยู่ในสภาพดี/ฟันแท้ใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 7.27 และกลืนลำบากและพูดไม่ได้ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.64 และปัญหาเกี่ยวกับน้ำหนักตัว จำนวน 31 คน คิดเป็น ร้อยละ 28.18 (ดังแสดงในตารางที่ 4.19)

ตารางที่ 4.19 ปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
ปัญหาการรับประทานอาหารในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา				
ไม่มี	17 (51.52)	16 (53.33)	32 (68.09)	65 (59.09)
มี	16 (48.48)	14 (46.67)	15 (31.91)	45 (40.91)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
ปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร				
ไม่มี	21 (63.64)	19 (63.33)	37 (78.72)	77 (70.00)
มี	12 (36.36)	11 (36.67)	10 (21.28)	33 (30.00)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
ลักษณะปัญหาการรับประทานอาหาร*				
ปัญหาการเคี้ยว/กลืน	9 (27.27)	7 (23.33)	5 (10.64)	21 (19.09)
เบื่ออาหาร	1 (3.03)	1 (3.33)	3 (6.38)	5 (4.55)
ปัญหาการย่อยอาหาร	1 (3.03)	2 (6.67)		3 (2.73)
ปัญหาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง	1 (3.03)			1 (0.91)
ปัญหาทางจิตใจ			1 (2.13)	1 (0.91)
ปัญหาสำลักบ่อย ๆ		1 (3.33)		1 (0.91)
ปัญหากินตลอดเวลา			1 (2.13)	1 (0.91)
ปัญหาเกี่ยวกับการกลืนลำบาก				
ไม่มี	23 (69.70)	20 (66.67)	41 (87.23)	84 (76.36)
มี	10 (30.30)	10 (33.33)	6 (12.77)	26 (23.64)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
ลักษณะปัญหาการกลืนลำบาก*				
ใช้ฟันปลอมที่ไม่อยู่ในสภาพดี/ฟันแท้ใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่	4 (12.12)	3 (10.00)	1 (2.13)	8 (7.27)
ต้องให้อาหารทางสายจมูกหรือหน้าท้อง	2 (6.06)	4 (13.33)	3 (6.38)	9 (8.18)
กินอาหารต่อมื้อได้ปริมาณน้อย	1 (3.03)	1 (3.33)		2 (1.82)
กลืนลำบากและมีน้ำลายไหล		2 (6.67)		2 (1.82)
กลืนลำบากและพูดไม่ได้	2 (6.06)		2 (4.26)	4 (3.64)
ไม่ระบุ	1 (3.03)			1 (0.91)
ปัญหาเกี่ยวกับน้ำหนักตัว				
ไม่มี	21 (63.64)	22 (73.33)	36 (76.60)	79 (71.82)
มี	12 (36.36)	8 (26.67)	11 (23.40)	31 (28.18)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
ลักษณะปัญหาน้ำหนักตัว				
น้ำหนักลดระหว่าง 1-3 กิโลกรัม	7 (21.21)	4 (13.33)	4 (8.51)	15 (13.64)
น้ำหนักลดมากกว่า 3 กิโลกรัม	1 (3.03)	2 (6.67)	5 (10.64)	8 (7.27)
ไม่ทราบ	3 (9.09)	2 (6.67)	2 (4.26)	7 (6.36)

หมายเหตุ * ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ประวัติการได้รับอุบัติเหตุหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุหกล้ม จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 73.64 และมีผู้ที่เคยได้รับอุบัติเหตุหกล้ม จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 26.3 โดยส่วนใหญ่เป็นการหกล้มภายในบริเวณบ้าน จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 20.91 และภายนอกบริเวณบ้าน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.64 และมีเพียง 1 คนคิดเป็นร้อยละ 0.91 ที่ระบุลักษณะการหกล้มคือ การตกเตียง (ดังแสดงในตารางที่ 4.20)

ตารางที่ 4.20 ประวัติการเกิดอุบัติเหตุหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
ภาวะการหกล้ม				
ไม่เคย	23 (69.70)	22 (73.33)	36 (76.60)	81 (73.64)
เคย	10 (30.30)	8 (26.67)	11 (23.40)	29 (26.36)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
บริเวณการหกล้ม				
นอกบริเวณบ้าน	1 (3.03)		3 (6.38)	4 (3.64)
ในบริเวณบ้าน	8 (24.24)	8 (26.67)	7 (14.89)	23 (20.91)
ไม่ระบุ	1 (3.03)		1 (2.13)	2 (1.82)
รวม				
ลักษณะการหกล้ม				
ตกเตียง		1 (3.33)		1 (0.91)
ไม่ทราบ	10 (30.30)	7 (23.33)	8 (17.02)	25 (22.73)

ปัญหาการนอนหลับ พบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 57.27 ความถี่ของปัญหาการนอนหลับส่วนใหญ่มีปัญหานานๆครั้ง จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 25.45 รองลงมาคือ เป็นบ่อยๆ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 16.36 และเป็นประจำ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 13.64 ลักษณะปัญหาการนอนหลับที่พบส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับยากและตื่นง่าย ในจำนวนเท่ากัน คือ จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 36.36 รองลงมาคือ ตื่นเช้ากว่าปกติที่เคยตื่นแล้ว หลับต่อยาก จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 31.82 และการนอนกรน จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 ในจำนวนนี้มีจำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 23.64 มีการใช้ยาเพื่อช่วยให้หลับ (ดังแสดงในตารางที่ 4.21) เมื่อพิจารณาลักษณะกับความถี่ของปัญหาการนอนหลับ พบว่า ปัญหาการตื่นง่ายเป็นปัญหาที่มีบ่อย ๆ ครั้ง มีสัดส่วนมากที่สุด คือจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18 รองลงมาคือ ปัญหาตื่นเช้ากว่าปกติที่เคยตื่นแล้วหลับต่อยากเป็นปัญหาที่มีนานๆ ครั้ง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 16.36 และปัญหาการใช้ยาเพื่อช่วยให้หลับเป็นปัญหาประจำ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 11.82 (ดังแสดงในตารางที่ 4.22)

ตารางที่ 4.21 ปัญหาการนอนหลับของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
ปัญหาการนอนหลับ				
ไม่มี	13 (39.39)	19 (63.33)	15 (31.91)	47 (42.73)
มี	20 (60.61)	11 (36.67)	32 (68.09)	63 (57.27)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
ความถี่ของปัญหาการนอนหลับ				
เป็นประจำ	6 (18.18)	3 (10.00)	6 (12.77)	15 (13.64)
เป็นบ่อย ๆ	1 (3.03)	3 (10.00)	14 (29.79)	18 (16.36)
เป็นนาน ๆ ครั้ง	12 (36.36)	5 (16.67)	11 (23.40)	28 (25.45)
ไม่ระบุ	1 (3.03)		1 (2.13)	2 (1.82)
ลักษณะปัญหา*				
นอนหลับยาก	11 (33.33)	4 (13.33)	25 (53.19)	40 (36.36)
ตื่นง่าย	11 (33.33)	6 (20.00)	23 (48.94)	40 (36.36)
ตื่นเช้ากว่าปกติที่เคยตื่นแล้วหลับต่อยาก	10 (30.30)	1 (3.33)	24 (51.06)	35 (31.82)
ฝันในระหว่างนอนมาก	8 (24.24)	1 (3.33)	19 (40.43)	28 (25.45)
นอนกรน	12 (36.36)	3 (10.00)	18 (38.30)	33 (30.00)
การใช้ยาเพื่อช่วยให้หลับ	11 (33.33)	6 (20.00)	9 (19.15)	26 (23.64)

หมายเหตุ * ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 4.22 ความถี่ของปัญหาการนอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)											
	ขอนแก่น			นครราชสีมา			สุราษฎร์ธานี			รวม		
	ประจำ	บ่อย	นานๆ ครั้ง	ประจำ	บ่อย	นานๆ ครั้ง	ประจำ	บ่อย	นานๆ ครั้ง	ประจำ	บ่อย	นานๆ ครั้ง
ลักษณะปัญหา*												
นอนหลับยาก	2 (6.06)	3 (9.09)	6 (18.18)		2 (6.67)	2 (6.67)	5 (10.64)	12 (25.53)	8 (17.02)	7 (6.36)	17 (15.45)	16 (14.55)
ตื่นง่าย	1 (3.03)	5 (15.15)	4 (12.12)	2 (6.67)	2 (6.67)	2 (6.67)	4 (8.51)	13 (27.66)	6 (12.77)	7 (6.36)	20 (18.18)	12 (10.91)
ตื่นเช้ากว่าปกติที่เคยตื่นแล้วหลับต่อยาก	2 (6.06)	2 (6.06)	6 (18.18)			1 (3.33)	4 (8.51)	9 (19.15)	11 (23.40)	6 (5.45)	11 (10.00)	18 (16.36)
ฝันในระหว่างนอนมาก	1 (3.03)	3 (9.09)	4 (12.12)			1 (3.33)	2 (4.26)	8 (17.02)	9 (19.15)	3 (2.73)	11 (10.00)	14 (12.73)
นอนกรน	6 (18.18)	2 (6.06)	4 (12.12)	1 (3.33)		1 (3.33)	4 (8.51)	6 (12.77)	7 (14.89)	11 (10.00)	8 (7.27)	12 (10.91)
การใช้ยาเพื่อช่วยให้หลับ	7 (21.21)	3 (9.09)	1 (3.03)	5 (16.67)		1 (3.33)	1 (2.13)	5 (10.64)	3 (6.38)	13 (11.82)	8 (7.27)	5 (4.55)

หมายเหตุ * ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

1.2.5 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

1.2.5.1 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL)

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (ดังแสดงในตารางที่ 4.23) พบว่า

1) กิจวัตรประจำวันพื้นฐานที่มีความสามารถทำได้มากที่สุด ตามลำดับ คือ ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน ในระยะ 24 - 48 ชั่วโมง (Grooming) จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมาคือ การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 58.18 การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 58.18 การรับประทานอาหาร เมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อย (Feeding) จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 56.36 การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowel) จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 45.45 การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 42.73 การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 38.18 และการใช้ห้องสุขา (Toilet use) จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 37.27

2) กิจกรรมที่ทำได้โดยอิสระหรือ ทำได้เองแต่ต้องมีคนช่วยมากที่สุด คือ การใช้ห้องสุขา (Toilet use) จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 29.09 รองลงมา คือ การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 28.18 การกลั้นปัสสาวะในระยะ1สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 26.36 การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowel) จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 24.55 การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อย (Feeding) จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 การขึ้นลงบันได 1 ขั้น (Stair) จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 15.45 การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 9.09

3) กิจกรรมที่ไม่สามารถทำเองได้และต้องการความช่วยเหลือมากที่สุด คือ การอาบน้ำ (Bathing) จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 51.82 รองลงมาคือ การขึ้นลงบันได 1 ขั้น (Stair) จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 44.55 การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน ในระยะ 24 - 48 ชั่วโมง (Grooming) จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 35.45 การใช้ห้องสุขา (Toilet use) จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 33.64 การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowel) จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 29.09 การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อย (Feeding) จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 23.64 การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 20.91 การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 14.55

ตารางที่ 4.23 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (MBAI) ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อย (Feeding)				
ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้	5 (15.15)	14 (46.67)	7 (14.89)	26 (23.64)
ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย	6 (18.18)	4 (13.33)	12 (25.53)	22 (20.00)
ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	22 (66.67)	12 (40.00)	28 (59.57)	62 (56.36)
ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน ในระยะ 24 - 48 ชั่วโมง (Grooming)				
ต้องการความช่วยเหลือ	10 (30.30)	18 (60.00)	16 (34.04)	16 (34.04)
ทำเองได้ รวมทั้งถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้	23 (69.70)	12 (40.00)	31 (65.96)	66 (60.00)
ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer)				
ไม่สามารถนั่งได้ หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น	3 (9.09)	10 (33.33)	3 (6.38)	16 (14.55)
ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้	3 (9.09)	2 (6.67)	5 (10.64)	10 (9.09)
ต้องการความช่วยเหลือบ้าง	3 (9.09)	3 (10.00)	14 (29.79)	20 (18.18)
ทำได้เอง	24 (72.73)	15 (50.00)	25 (53.19)	64 (58.18)

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
ใช้ห้องสุขา (Toilet use)				
ช่วยตัวเองไม่ได้	7 (21.21)	15 (50.00)	15 (31.91)	37 (33.64)
ทำเองได้บ้าง แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง	13 (39.39)	7 (23.33)	12 (25.53)	32 (29.09)
ช่วยตัวเอได้ดี	13 (39.39)	8 (26.67)	20 (42.55)	41 (37.27)
การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility)				
เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้	5 (15.15)	12 (40.00)	6 (12.77)	23 (20.91)
ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง		1 (3.33)	10 (21.28)	11(10.00)
เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย ดูแลเพื่อความปลอดภัย	3 (9.09)	4 (13.33)	5 (10.64)	12 (10.91)
เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	25 (75.76)	13 (43.33)	26 (55.32)	64 (58.18)
การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing)				
ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อยมาก	7 (21.21)	14 (46.67)	11 (23.40)	32 (29.09)
ช่วยตัวเองได้ร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย	9 (27.27)	6 (20.00)	16 (34.04)	31 (28.18)
ช่วยตัวเองได้ดี	17 (51.52)	10 (33.33)	20 (42.55)	47 (42.73)
การขึ้นลงบันได 1 ขั้น (Stair)				
ไม่สามารถทำได้เอง	11 (33.33)	15 (50.00)	23 (48.94)	49 (44.55)
ต้องการคนช่วย	9 (27.27)	3 (10.00)	5 (10.64)	17 (15.45)
ขึ้นลงได้เอง	13 (39.39)	12 (40.00)	19 (40.43)	44 (40.00)
การอาบน้ำ (Bathing)				
ต้องมีคนช่วยหรือทำให้	13 (39.39)	17 (56.67)	27 (57.45)	57 (51.82)
อาบน้ำเองได้	20 (60.61)	13 (43.33)	20 (42.55)	53 (48.18)
การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะเวลา1สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowel)				
กลั้นไม่ได้หรือต้องสวนอุจจาระหรือใช้ยาระบายเสมอ	7 (21.21)	12 (40.00)	14 (29.79)	33 (30.00)
กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง	9 (27.27)	4 (13.33)	14 (29.79)	27 (24.55)
กลั้นได้ปกติ	17 (51.52)	14 (46.67)	19 (40.43)	50 (45.45)
การกลั้นปัสสาวะในระยะ1สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder)				
กลั้นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะหรือต้องCIC	13 (39.39)	12 (40.00)	14 (29.79)	39 (35.45)
กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง	8 (24.24)	4 (13.33)	17 (36.17)	29 (26.36)
กลั้นได้ปกติ	12 (36.36)	14 (46.67)	16 (34.04)	42 (38.18)

เมื่อพิจารณาตามระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในภาวะพึ่งพาระดับเล็กน้อย จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 59.09 ภาวะพึ่งพาระดับปานกลาง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 11.82 ขณะที่ผู้ที่มีภาวะพึ่งพาอยู่ในระดับสูงสุดหรือพึ่งพาทั้งหมด จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 23.64 และในภาวะพึ่งพาระดับรุนแรง จำนวน 6 คน คิดเป็น ร้อยละ 5.45 (ดังแสดงในตารางที่ 4.24) และเมื่อพิจารณาระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานตามระยะของภาวะสมองเสื่อม พบว่า ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะที่ 1 ส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพาระดับเล็กน้อย จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 34.55 รองลงมาคือ มีภาวะพึ่งพาระดับปานกลาง จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 50.77 ในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะที่ 2 ส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพาระดับเล็กน้อย จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 46.15 รองลงมาคือ มีภาวะพึ่งพาระดับปานกลาง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 69.23 ในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะที่ 3 ส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพาทั้งหมด จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 46.15 รองลงมาคือ มีภาวะพึ่งพาระดับรุนแรง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 และในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะที่ 4 ส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพาทั้งหมด จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 30.77 (ดังแสดงในตารางที่ 4.25)

ตารางที่ 4.24 ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (MBAI) จำแนกตามเพศ

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)								
	ขอนแก่น		นครราชสีมา		สุราษฎร์ธานี		รวม		
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	รวม
พึ่งพาทั้งหมด (0 - 4 คะแนน)	2 (14.29)	3 (15.79)	2 (18.18)	10 (52.63)	4 (19.05)	5 (19.23)	8 (17.39)	18 (28.13)	26 (23.64)
พึ่งพาระดับรุนแรง (5 - 8 คะแนน)		1 (5.26)		2 (10.53)	2 (9.52)	1 (3.85)	2 (4.35)	4 (6.25)	6 (5.45)
พึ่งพาระดับปานกลาง (9 - 11 คะแนน)		3 (15.79)			5 (23.81)	5 (19.23)	5 (10.87)	8 (12.50)	13 (11.82)
พึ่งพาระดับเล็กน้อย (≥12 คะแนน)	12 (85.71)	12 (63.16)	9 (81.82)	7 (36.84)	10 (47.62)	15 (57.69)	31 (67.39)	34 (53.13)	34 (53.13)
รวม	**14 (100.00)**	**19 (100.00)**	**11 (100.00)**	**19 (100.00)**	**21 (100.00)**	**26 (100.00)**	**46 (100.00)**	**64 (100.00)**	**110 (100.00)**

ตารางที่ 4.25 ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (MBAI) จำแนกตามระยะของภาวะสมองเสื่อม

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)											
	ขอนแก่น			นครราชสีมา			สุราษฎร์ธานี			รวม		
	สมองเสื่อมระยะที่			สมองเสื่อมระยะที่			สมองเสื่อมระยะที่			สมองเสื่อมระยะที่		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
พึ่งพาทั้งหมด (0 - 4 คะแนน)			5 (40.00)	1 (8.33)	3 (25.00)	8 (66.66)		2 (22.22)	7 (77.77)	1 (3.85)	5 (19.23)	20 (76.92)
พึ่งพาระดับรุนแรง (5 - 8 คะแนน)			1 (100.0)		1 (50.00)	1 (50.00)		2 (66.67)	1 (33.33)		3 (50.00)	3 (50.00)
พึ่งพาระดับปานกลาง (9 - 11 คะแนน)		3 (100.0)					4 (40.00)	6 (60.00)		4 (30.77)	9 (69.23)	
พึ่งพาระดับเล็กน้อย (≥12 คะแนน)	10 (41.67)	13 (54.17)	1 (4.10)	5 (31.25)	10 (62.50)	1 (6.25)	18 (72.00)	7 (28.00)		33 (50.77)	30 (46.15)	2 (3.13)
รวม	**10 (30.30)**	**16 (48.48)**	**7 (21.22)**	**6 (20.00)**	**14 (46.67)**	**10 (33.33)**	**22 (46.81)**	**17 (36.17)**	**8 (17.02)**	**38 (34.55)**	**47 (42.73)**	**25 (22.72)**

1.2.5.2 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่มีความซับซ้อน

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่มีความซับซ้อนของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด 8 กิจกรรม พบว่ากิจกรรมที่เป็นปัญหามากที่สุด คือ ปัญหาในกิจกรรมเกี่ยวกับการจัดการด้านการเงิน จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 91.82 รองลงมาคือ การใช้โทรศัพท์ จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 89.09 การเตรียมอาหาร จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 88.18 การจ่ายตลาดหรือซื้อของ จำนวน 95 คน คิดเป็น ร้อยละ 86.36 การซักผ้าและการเดินทางหรือใช้ยานพาหนะมีจำนวนเท่ากัน จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 79.09 การทำงานบ้าน จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 72.73 และการรับประทานยา จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 71.82 (ดังแสดงในตารางที่ 4.26)

ตารางที่ 4.26 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่มีความซับซ้อน ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
การใช้โทรศัพท์				
ใช้โทรศัพท์ได้ด้วยตนเอง			1 (2.13)	1 (2.13)
โทรออกเฉพาะ 2-3 เบอร์ที่คุ้นเคย			1 (2.13)	1 (0.91)
รับโทรศัพท์ได้ แต่โทรออกไม่ได้	4 (12.12)	4 (13.33)	2 (4.26)	10 (9.09)
ไม่ได้ใช้โทรศัพท์เลย	29 (87.88)	26 (86.67)	43 (91.49)	98 (89.09)
การจ่ายตลาดหรือซื้อของ				
จัดการซื้อสิ่งของที่ต้องการได้ด้วยตนเอง	3 (9.09)	1 (3.33)	2 (4.26)	6 (5.45)
ซื้อสิ้นคาที่มีราคาไม่แพงได้ด้วยตนเอง				
ต้องการคนช่วยเหลือในการจ่ายตลาดหรือซื้อของ	3 (9.09)	1 (3.33)	5 (10.64)	9 (8.18)
ไม่สามารถจ่ายตลาดหรือสิ่งของได้เลย	27 (81.82)	28 (93.33)	40 (85.11)	95 (86.36)
การเตรียมอาหาร				
วางแผนปรุงและจัดสำรับอาหารได้ด้วยตนเอง	4 (12.12)		1 (2.13)	5 (4.55)
ปรุงอาหารได้ครบถ้ามีการเตรียมส่วนประกอบไว้ให้	2 (6.06)	1 (3.33)		3 (2.73)
อุ่นอาหาร จัดโต๊ะอาหารได้หรือเตรียมอาหารได แต่ไม่เพียงพอกับจำนวนคน		1 (3.33)	4 (8.51)	5 (4.55)
ต้องการความช่วยเหลือในการเตรียมอาหารที่มีการปรุงสำเร็จและจัดสำรับให้	27 (81.82)	28 (93.33)	42 (89.36)	97 (88.18)
การทำงานบ้าน				
จัดการดูแลบ้านทั้งหมดได้ด้วยตนเอง	5 (15.15)	1 (3.33)		6 (5.45)
ทำงานบ้านเบาๆได้เอง	1 (3.03)	2 (6.67)	3 (6.38)	6 (5.45)
ทำงานบ้านเบาๆ ได้ แต่ไม่ค่อยเรียบร้อยหรือสะอาด	5 (15.15)	3 (10.00)	6 (12.77)	14 (12.73)
ต้องการความช่วยเหลือในการจัดงานบ้าน		2 (6.67)	2 (4.26)	4 (3.64)
ไม่สามารถทำงานบ้านได้เลย	22 (66.67)	22 (73.33)	36 (76.60)	80 (72.73)
การซักผ้า				
ซักผ้าได้ด้วยตนเอง	4 (12.12)	5 (16.67)	6 (12.77)	15 (13.64)
ซักผ้าชิ้นเล็ก ๆ หรือถุงเท้าได้	3 (9.09)	2 (6.67)	3 (6.38)	8 (7.27)
ต้องให้คนอื่นซักเสื้อผ้าให้	26 (78.79)	23 (76.67)	38 (80.85)	87 (79.09)

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
การเดินทางหรือใช้ยานพาหนะ				
สามารถเดินทางได้ด้วยตนเองโดยรถส่วนตัวหรือพาหนะสาธารณะ	1 (3.03)		1 (2.13)	2 (1.82)
สามารถเดินทางโดยรถรับจ้างเหมา/ไม่ประจำทางได้ด้วยตนเอง	1 (3.03)	1 (3.33)	1 (2.13)	3 (2.73)
เดินทางด้วยรถสาธารณะพร้อมผู้ดูแลได้	4 (12.12)	3 (10.00)	1 (2.13)	8 (7.27)
เดินทางโดยรถรับจ้างเหมา/ไม่ประจำทางได้ด้วยตนเองพร้อมผู้ดูแล	6 (18.18)	1 (3.33)	3 (6.38)	10 (9.09)
ไม่สามารถเดินทางได้เลย	21 (63.64)	25 (83.33)	41 (87.23)	87 (79.09)
การรับประทานยา				
รับประทานยาถูกต้องตามขนาดและเวลาด้วยตนเอง	2 (6.06)	1 (3.33)	2 (4.26)	5 (4.55)
รับประทานยาเองได้ ถ้ามีคนอื่นจัดเตรียมไว้ให้	12 (36.36)	8 (26.67)	6 (12.77)	26 (23.64)
ไม่สามารถจัดการหรือรับประทานยาเองได้เลย	19 (57.58)	21 (70.00)	39 (82.98)	79 (71.82)
การจัดการเรื่องเงิน				
จัดการธุรกรรมการเงินได้ด้วยตนเอง			1 (2.13)	1 (0.91)
ใช้จ่ายเงินเล็กน้อยประจำวันได้ด้วยตนเอง แต่ต้องการความช่วยเหลือเมื่อติดต่อธนาคารหรือใช้เงินจำนวนมาก	4 (12.12)	1 (3.33)	3 (6.38)	8 (7.27)
ไม่สามารถจัดการเรื่องการเงินได้เลย	29 (87.88)	29 (96.67)	43 (91.49)	101 (91.82)

1.2.6 พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม การสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 72.73 รองลงมาคือ เคยสูบบุรี่แต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 19.09 และสูบบุหรี่ จำนวน 9 คนคิดเป็นร้อยละ 8.18 ความถี่ในการสูบบุหรี่พบว่า มีการสูบบุหรี่ ทุกวันมากที่สุดจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.64 และสูบบุหรี่เป็นบางครั้ง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.82 ระยะเวลาเฉลี่ยที่เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว เฉลี่ย 17.00 ปี ระยะเวลาที่นานที่สุด คือ 50 ปีและระยะเวลาน้อยที่สุด คือ 1 ปี การดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 74.55 รองลงมาคือ เคยดื่ม จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18 ดื่มบางโอกาส จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 6.36 และดื่มประจำ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.91 ระยะเวลาเฉลี่ยที่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ปัจจุบันเลิกดื่มแล้ว เฉลี่ย 12.05 ปี ระยะเวลาที่นานที่สุด คือ 40 ปีและระยะเวลาน้อยที่สุด คือ 1 ปี (ดังแสดงในตารางที่ 4.27)

ตารางที่ 4.27 พฤติกรรมสุขภาพการใช้สิ่งเสพติดของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
การสูบบุหรี่				
ไม่สูบ	21 (63.64)	24 (80.00)	35 (74.47)	80 (72.73)
สูบ	4 (12.12)	1 (3.33)	4 (8.51)	9 (8.18)
เคยสูบแต่เลิกสูบ	8 (24.24)	5 (16.67)	8 (17.02)	21 (19.09)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
ความถี่การสูบบุหรี่				
ทุกวัน	3 (9.09)		1 (2.13)	4 (3.64)
บางครั้ง		1 (3.33)	1 (2.13)	2 (1.82)
ไม่ระบุ	1 (3.03)		2 (4.26)	3 (2.73)
รวม	**4 (12.12)**	**1 (3.33)**	**4 (8.51)**	**9 (8.18)**
จำนวนปีที่เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกสูบ (ปี)				
ระยะเวลาเฉลี่ย	Mean=19.22 ปี SD=11.851 Max=40 ปี Min=5 ปี	Mean=24.60 ปี SD=16.118 Max=46 ปี Min=7 ปี	Mean=11.20 ปี SD=14.883 Max=50 ปี Min=5=1 ปี	Mean=17.00 ปี SD=14.485 Max=50 ปี Min=1 ปี
การดื่มแอลกอฮอล์				
ไม่ดื่ม	22 (66.67)	19 (63.33)	41 (87.23)	82 (74.55)
เคยดื่ม	6 (18.18)	9 (30.00)	5 (10.64)	20 (18.18)
ดื่มประจำ		1 (3.33)		1 (0.91)
ดื่มบางโอกาส	5 (15.15)	1 (3.33)	1 (2.13)	7 (6.36)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
จำนวนปีที่เคยดื่มแต่ปัจจุบันเลิกดื่ม (ปี)				
ระยะเวลาเฉลี่ย	Mean=15.67 ปี SD=13.938 Max=40 ปี Min=2 ปี	Mean=12.11 ปี SD=11.516 Max=30 ปี Min=1 ปี	Mean=7.60 ปี SD=12.562 Max=30 ปี Min=5=1 ปี	Mean=12.05 ปี SD=12.228 Max=40 ปี Min=1 ปี

การออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่ออกกำลังกาย จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 69.09 ในขณะที่มีผู้ที่ออกกำลังกาย จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 30.91

การทำกิจกรรมและงานอดิเรกที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ไม่มีงานอดิเรกทำ จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 72.73 และมีงานอดิเรกทำ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 27.27

ลักษณะงานอดิเรกที่ทำ ส่วนใหญ่คือด้านความบันเทิง เช่น ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ ดูภาพยนต์มากที่สุดจำนวน 11 คนคิดเป็นร้อยละ 10.00 รองลงมาคือ งานฝีมือ เช่น การจักสาน/ทอผ้า/เย็บผ้า จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 7.27 การสะสมและดูแลสิ่งแวดล้อม เช่น สะสมแสตมป์ ปลูกต้นไม้ จัดสวน จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 6.36

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 58.18 และมีผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 38.18 เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งมากที่สุด จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 23.64 ครั้ง รองลงมาคือ มากกว่า 5 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 7.27 และ 1-4 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 3.36 (ดังแสดงในตารางที่ 4.28)

ตารางที่ 4.28 พฤติกรรมสุขภาพและสังคมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
การออกกำลังกาย				
ไม่ออกกำลังกาย	24 (72.73)	25 (83.33)	27 (57.45)	76 (69.09)
ออกกำลังกาย	9 (27.27)	5 (16.67)	20 (42.55)	34 (30.91)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
งานอดิเรก				
ไม่มี	15 (45.45)	24 (80.00)	41 (87.23)	80 (72.73)
มี	18 (54.55)	6 (20.00)	6 (12.77)	30 (27.27)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
ลักษณะงานอดิเรก				
งานฝีมือ เช่น จักสาน/ทอผ้า/เย็บผ้า	5 (15.15)	1 (3.33)	2 (4.26)	8 (7.27)
การสะสมและดูแลสิ่งแวดล้อม เช่น สะสมแสตมป์ ปลูกต้นไม้ จัดสวน	3 (9.09)	1 (3.33)	3 (6.38)	7 (6.36)
การใช้ความคิด เช่น เล่นหมากฮอด/เกมส์ อ่านหนังสือ	2 (6.06)	2 (6.67)		4 (3.64)
ความบันเทิง เช่น ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ ดูภาพยนตร์	8 (24.24)	3 (10.00)		11 (10.00)
การช่วยเหลือสังคม เช่น อาสาสมัคร วิทยากร	3 (9.09)		1 (2.13)	4 (3.64)
การร่วมกิจกรรมทางสังคม				
ไม่ได้ร่วม	13 (39.39)	18 (60.00)	33 (70.21)	64 (58.18)
เข้าร่วม	20 (60.61)	12 (40.00)	10 (21.28)	42 (38.18)
ไม่ตอบ			4 (8.51)	4 (3.64)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
จำนวนครั้งในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม				
1 - 4 ครั้ง / สัปดาห์	3 (9.09)	4 (13.33)		7 (6.36)
มากกว่า 5 ครั้ง/สัปดาห์	5 (15.15)	3 (10.00)		8 (7.27)
อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง	12 (36.36)	4 (13.33)	10 (21.28)	26 (23.64)
ไม่ระบุ		1 (3.33)		1 (0.91)
ไม่ตอบ			4 (8.51)	4 (3.64)

1.3 ข้อมูลด้านสังคม

1.3.1 การรับรู้สิทธิและสวัสดิการ

การรับรู้เรื่องสิทธิและสวัสดิการที่ต้องการของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล พบว่า การรับรู้เรื่องสิทธิของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่รับทราบถึงสิทธิที่ควรได้รับ จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 55.45 และมีผู้ที่ทราบถึงสิทธิที่ควรได้รับ จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 44.55 ขณะที่การรับรู้เรื่องการมีสวัสดิการให้การช่วยเหลือ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่รับรู้ว่ามีสวัสดิการให้การช่วยเหลือ จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 82.73 และมีผู้ที่รับรู้เพียง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 17.27 (ดังแสดงในตารางที่ 4.29)

ตารางที่ 4.29 การรับรู้เรื่องสิทธิและสวัสดิการผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
สิทธิของผู้สูงอายุ				
ไม่ทราบ	16 (48.48)	19 (63.33)	26 (55.32)	61 (55.45)
ทราบ	17 (51.52)	11 (36.67)	21 (44.68)	49 (44.55)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
การช่วยเหลือเรื่องสวัสดิการ				
ไม่ทราบ	26 (78.79)	26 (86.67)	39 (82.98)	91 (82.73)
ทราบ	7 (21.21)	4 (13.33)	8 (17.02)	19 (17.27)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**

1.3.2 สวัสดิการที่ต้องการความช่วยเหลือ

ความต้องการหรือหรือความจำเป็นที่ต้องการความช่วยเหลือในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ต้องการเรื่อง เบี้ยผู้สูงอายุมากที่สุด จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 รองลงมาคือ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 33.64 เบี้ยผู้พิการ จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 30.91 การแพทย์ฉุกเฉิน เช่น รถรับ-ส่ง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18 และการปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 8.18 (ดังแสดงในตารางที่ 4.30)

ตารางที่ 4.30 ความต้องการหรือหรือความจำเป็นที่ต้องการความช่วยเหลือในรอบ 6 เดือนที่ผ่าน

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
ความต้องการ/จำเป็นช่วยเหลือด้านสวัสดิการ ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา*				
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	18 (54.55)	6 (20.00)	13 (27.66)	37 (33.64)
การแพทย์ฉุกเฉิน เช่น รถรับ-ส่ง	7 (21.21)	2 (6.67)	11 (23.40)	20 (18.18)
เบี้ยผู้สูงอายุ	28 (84.85)	22 (73.33)	38 (80.85)	88 (80.00)
เบี้ยผู้พิการ	21 (63.64)	5 (16.67)	8 (17.02)	34 (30.91)
ค่าจัดการศพผู้สูงอายุ	3 (9.09)	1 (3.33)	2 (4.26)	6 (5.45)
บริการทางคมนาคม เช่น รถไฟ รถประจำทางฟรี	1 (3.03)			1 (0.91)
การกู้เงินประกอบอาชีพ/ผู้สูงอายุและผู้ดูแล	2 (6.06)		2 (4.26)	4 (3.64)
การปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน	7 (21.21)		2 (4.26)	9 (8.18)
การสนับสนุนกายอุปกรณ์ เช่น ไม้เท้า รถเข็นผู้สูงอายุ	1 (3.03)	1 (3.33)	3 (6.38)	5 (4.55)
สนับสนุนเงินบำนาญ		1 (3.33)		1 (0.91)
สนับสนุนการประกอบอาชีพสวนยางพารา			1 (2.13)	1 (0.91)

ปัญหาในการจัดบ้านหรือที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 59.09 และมีผู้ที่ประสบปัญหา จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 37.27 และมีความต้องการ/จำเป็นช่วยเหลือด้านการปรับปรุงบ้าน/สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 43.64 โดยลักษณะความต้องการความช่วยเหลือจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านหรืออุปกรณ์ช่วยเหลือ ในการดูแลผู้สูงอายุ คือ การติดตั้งราวจับในห้องน้ำมากที่สุดจำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 รองลงมาคือ การติดตั้งรายจับภายในบ้าน จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 20.91 การปรับปรุงเตียงนอน จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 18.36 และต้องการทางลาด จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 10.91 (ดังแสดงในตารางที่ 4.31)

ตารางที่ 4.31 ปัญหาในการจัดบ้านหรือที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุ

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
ปัญหาการจัดบ้านหรือที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุ				
ไม่มี	22 (66.67)	24 (80.00)	19 (40.43)	65 (59.09)
มี	11 (33.33)	5 (16.67)	25 (53.19)	41 (37.27)
ไม่ระบุ		1 (3.33)	3 (6.38)	4 (3.64)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
ความต้องการความช่วยเหลือด้านการปรับปรุงบ้าน/สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน				
ต้องการ	14 (42.42)	3 (10.00)	31 (65.96)	48 (43.64)
ไม่ต้องการ	13 (39.39)	22 (73.33)	12 (25.53)	47 (42.73)
เฉยๆ		4 (13.33)	3 (6.38)	13 (11.82)
ไม่ระบุ	6 (18.18)	1 (3.33)	1 (2.13)	2 (1.82)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
ลักษณะความต้องการความช่วยเหลือจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านหรืออุปกรณ์ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุ				
ราวจับในห้องน้ำ	8 (24.24)	5 (16.67)	20 (42.55)	33 (30.00)
ราวจับภายในบ้าน		1 (3.33)	22 (46.81)	23 (20.91)
ทางลาด	2 (6.06)		10 (21.28)	12 (10.91)
เตียงนอน	7 (21.21)	1 (3.33)	10 (21.28)	18 (16.36)
รถเข็น	2 (6.06)		6 (12.77)	8 (7.27)
เก้าอี้สำหรับอาบน้ำ	5 (15.15)		2 (4.26)	7 (6.36)
ปรับสภาพห้องน้ำ	4 (12.12)		1 (2.13)	5 (4.55)
เปลี่ยนโถส้วม	2 (6.06)	1 (3.33)		3 (2.73)
ปรับปรุงบันไดบ้าน		1 (3.33)		1 (0.91)
ห้องนอน/กั้นห้องเป็นสัดส่วน	2 (6.06)			2 (1.82)

หมายเหตุ * ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

1.4 ข้อมูลด้านชุดสิทธิประโยชน์

1.4.1 ชุดสิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับ

การได้รับและไม่ได้รับชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม แบ่งตามกลุ่มการดูแลระยะยาวของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 72.73 รองลงมาคือ กลุ่มที่ 4 คือ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 17.27 กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน การขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสน จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 6.36 และกลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกินหรือการเจ็บป่วย จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.64 (ดังแสดงในตารางที่ 4.32)

ตารางที่ 4.32 การแบ่งกลุ่มการดูแลระยะยาวของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
การแบ่งกลุ่มการดูแลระยะยาว				
กลุ่มที่ 1	3 (9.09)	4 (13.33)		7 (6.36)
กลุ่มที่ 2	24 (72.73)	15 (50.00)	41 (87.23)	80 (72.73)
กลุ่มที่ 3	1 (3.03)	3 (10.00)		4 (3.64)
กลุ่มที่ 4	5 (15.15)	8 (26.67)	6 (12.77)	19 (17.27)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**

การได้รับและไม่ได้รับชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยบริการภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ได้จัดบริการตามการแบ่งกลุ่มการดูแลระยะยาว พบว่าทั้ง 8 บริการที่จัดให้ ส่วนใหญ่จำนวนผู้ที่ได้รับบริการมีสัดส่วนมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับ (ดังแสดงในตารางที่ 1 ในภาคผนวก ข) ได้แก่

1) การประเมินวางแผนการรักษาและการดูแลทางการแพทย์ พบว่า

การร่วมประเมิน วางแผนการดูแลกับทีมสหสาขาวิชาชีพและให้คำปรึกษา (สำหรับกลุ่มที่ 1 – 4) มีสัดส่วนการได้รับบริการจำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 90.91 มากกว่าผู้ไม่ได้รับ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 9.09 การเยี่ยมดูแลที่บ้านตามความจำเป็น (สำหรับกลุ่มที่ 2) ได้รับบริการจำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 90.00 และผู้ไม่ได้รับ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00

การนำทีมทำ case conference (สำหรับกลุ่มที่ 3 และ 4) ได้รับบริการจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 65.22 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 39.13

การเยี่ยมดูแลที่บ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง (สำหรับกลุ่มที่ 3) ได้รับบริการจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 100

การเยี่ยมดูแลที่บ้านร่วมกับทีมฯ อย่างน้อย 1 ครั้ง และเยี่ยมตามความจำเป็น (สำหรับกลุ่มที่ 4) ได้รับบริการจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 89.47 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10.53

2) การดูแลทางการพยาบาล พบว่า

การดูแลด้านการพยาบาลตามมาตรฐานการให้บริการพยาบาลที่บ้าน (สำหรับกลุ่มที่ 1) ได้รับบริการจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 71.43 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57

การให้คำแนะนำในการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุสมองเสื่อม (สำหรับกลุ่มที่ 1 และ 2) ได้รับบริการจำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 77.01 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 24.14

การให้คำแนะนำในการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยแก่ผู้ดูแล (สำหรับกลุ่มที่ 3 และ 4) ได้รับบริการจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 82.61 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 17.39

การป้องกันแผลกดทับ (สำหรับกลุ่มที่ 3 และ 4) ได้รับบริการจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 86.96 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 13.04

การสนับสนุน/จัดหาวัสดุ-อุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น (medical device) (สำหรับกลุ่มที่ 4) ได้รับบริการจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 68.42 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 31.58

การเน้นการให้บริการแบบองค์รวม (สำหรับกลุ่มที่ 4) ได้รับบริการจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 73.68 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 26.32

ประเมินความปวดและคุณภาพชีวิต (สำหรับกลุ่มที่ 4) ได้รับบริการจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 68.42 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 26.32

3) การดูแลด้านเภสัชกรรม พบว่า

การแนะนำการใช้ยาตามภาวะโรค (สำหรับกลุ่มที่ 1) ได้รับบริการจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 71.43 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57

การให้ความรู้/คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ดูแลและญาติ (การใช้/การเก็บรักษา/ผลข้างเคียง) (สำหรับกลุ่มที่ 1 - 3) ได้รับบริการจำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 75.82 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 17.58

การวางแผน/กำกับ/รายงานการใช้ยาลดปวดและอื่น ๆ ที่จำเป็นโดยบุคลากรทางสาธารณสุข (สำหรับกลุ่มที่ 4) ได้รับบริการจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 57.89 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 42.11

การให้ยาลดปวดและอื่น ๆ ที่จำเป็นโดยบุคลากรทางสาธารณสุข (สำหรับกลุ่มที่ 4) ได้รับบริการจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 47.37 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 52.63

การให้ความรู้/คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ดูแลและญาติ (การใช้/การเก็บรักษา/ผลข้างเคียง) (สำหรับกลุ่มที่ 4) ได้รับบริการจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 84.21 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15.79

4) การฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่า

การประเมินระดับความบกพร่อง/ความพร้อมของร่างกาย (สำหรับกลุ่มที่ 1 - 3) ได้รับบริการจำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 62.64 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 27.47

การวางแผน/ให้ความรู้เพื่อเข้าสู่บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ (สำหรับกลุ่มที่ 1 - 4) ได้รับบริการจำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 54.55 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 37.27

การแนะนำและประสานการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อการใช้ชีวิตอย่างปกติ (สำหรับกลุ่มที่ 1) ได้รับบริการจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 57.14 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57

การแนะนำและประสานการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อการใช้ชีวิตอย่างปกติและปลอดภัย (สำหรับกลุ่มที่ 2 และ 4) ได้รับบริการจำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 60.71 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 36.90

การแนะนำและประสานการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อการใช้ชีวิตให้สุขสบาย (สำหรับกลุ่มที่ 4) ได้รับบริการจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 63.16 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 36.84

การประเมิน/ป้องกันการหกล้มและอุบัติเหตุอื่น (สำหรับกลุ่มที่ 1 และ 2) ได้รับบริการจำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 70.11 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 28.74

การประเมิน/ป้องกันอุบัติเหตุ เช่น ตกเตียง (สำหรับกลุ่มที่ 3 และ 4) ได้รับบริการจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 78.26 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 21.74

การให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลและญาติตามความจำเป็นรายกรณี (สำหรับกลุ่มที่ 2 - 4) ได้รับบริการจำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 68.93 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 29.13 การสนับสนุน/จัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยเพื่อการฟื้นฟูอย่างเต็มศักยภาพ (สำหรับกลุ่มที่ 1 - 3) ได้รับบริการจำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 42.86 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 47.25

การป้องกันกลุ่มอาการอวัยยะไม่ได้ใช้งาน (สำหรับกลุ่มที่ 3 และ 4) ได้รับบริการจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 60.87 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 34.78

5) การดูแลด้านสุขภาพจิต พบว่า

การประเมินด้านสุขภาพจิต (สำหรับกลุ่มที่ 1 - 4) ได้รับบริการจำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18

การให้คำแนะนำ/วางแผน การดูแลตามอาการ (สำหรับกลุ่มที่ 1 - 4) ได้รับบริการจำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 71.82 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 23.64

การป้องกัน/ชะลอภาวะสมองเสื่อม (สำหรับกลุ่มที่ 1 และ 2) ได้รับบริการจำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 70.11 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 27.59

การป้องกันภาวะซึมเศร้า (สำหรับกลุ่มที่ 1 - 4) ได้รับบริการจำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 64.55 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 29.09

การให้คำแนะนำการดูแลแก่ผู้ดูแลและญาติ (สำหรับกลุ่มที่ 2 - 4) ได้รับบริการจำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 75.73 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 24.27

การป้องกันพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (สำหรับกลุ่มที่ 2 - 4) ได้รับบริการจำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 71.84 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 28.16

การบริการด้านจิตสังคมผู้สูงอายุผู้ดูแล/ครอบครัว (สำหรับกลุ่มที่ 4) ได้รับบริการจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 73.68 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 31.58

การเน้นการให้บริการแบบองค์รวมพร้อมเผชิญการตายอย่างมีศักดิ์ศรีในมิติของแต่ละความเชื่อ/ศาสนา (สำหรับกลุ่มที่ 4) ได้รับบริการจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 73.68 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 26.32

6) การดูแลด้านสุขภาพช่องปาก พบว่า

การให้บริการด้านทันตกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์ (สำหรับกลุ่มที่ 1 - 4) ได้รับบริการจำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 41.82 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 52.73

การให้คะแนะนำแก่ผู้ดูแล/ญาติสามารถดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุได้ (สำหรับกลุ่มที่ 2 - 4) ได้รับบริการจำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 49.51 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 49.51

การประสานการส่งต่อความจำเป็น (สำหรับกลุ่มที่ 2) ได้รับบริการจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 43.75 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 53.75

การประเมินสุขภาพช่องปากโดยบุคลากรสาธารณสุข (สำหรับกลุ่มที่ 2 - 4) ได้รับบริการจำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 47.57 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 52.43

การจัดบริการที่บ้านตามความจำเป็น (สำหรับกลุ่มที่ 3 และ 4) ได้รับบริการจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 39.13 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 65.22

7) การดูแลด้านโภชนาการ พบว่า

การประเมินความสามารถในการกลืน การบดเคี้ยวและอื่น ๆ (สำหรับกลุ่มที่ 1 - 4) ได้รับบริการจำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 51.82 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 40.91

การประเมินและให้ความรู้ด้านโภชนาการ (สำหรับกลุ่มที่ 1 - 4) ได้รับบริการจำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 52.73 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 41.82

การเฝ้าระวัง วางแผนด้านโภชนาการรายบุคคล (สำหรับกลุ่มที่ 2 - 4) ได้รับบริการจำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 56.31 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 43.69

การแนะนำและประสานเพื่อแก้ไขภาวะขาดอาหาร (สำหรับกลุ่มที่ 2) ได้รับบริการจำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 48.75

การให้ความรู้และสอนเตรียมอาหารที่เหมาะสมรายบุคคล (สำหรับกลุ่มที่ 3 และ 4) ได้รับบริการจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 69.57 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 30.43

8) การดูแลด้านการแพทย์แผนไทย/ทางเลือก พบว่า

การประเมิน/ให้ความรู้ด้านการใช้สมุนไพรเพื่อพึ่งตนเองแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล (สำหรับกลุ่มที่ 1 - 4) ได้รับบริการจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 27.27 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 62.73

การแนะนำการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยตามชุดสิทธิประโยชน์ (สำหรับกลุ่มที่ 1 - 4) ได้รับบริการจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 27.27 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 63.64

การจัดบริการที่บ้านเพื่อส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพ (สำหรับกลุ่มที่ 1 - 4) ได้รับบริการจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 31.82 และผู้ที่ไม่ได้รับ จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 61.82

4.2 ชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีสมองเสื่อมและผู้ดูแล

การจัดบริการภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีสมองเสื่อมและผู้ดูแล (ดังแสดงในตารางที่ 4.33) ประกอบด้วย

1) บริการด้านสังคม สำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า บริการที่ได้รับส่วนใหญ่ คือ บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม เช่น เบี้ยยังชีพ/พิการ ที่พัก เป็นต้น จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 65.45 รองลงมาคือ การดูแลกิจวัตรประจำวัน จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 25.45 บริการช่วยเหลืองานบ้าน จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 13.64 และกิจกรรมนอกบ้าน ไปชมรมผู้สูงอายุ ไปวัด จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 12.73

ขณะที่บริการที่ไม่ได้รับส่วนใหญ่ คือ กิจกรรมนอกบ้าน ไปชมรมผู้สูงอายุ ไปวัด จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 81.82 รองลงมาคือ บริการช่วยเหลืองานบ้าน จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 80.91 การดูแลกิจวัตรประจำวัน จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 69.09 และบริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม เช่น เบี้ยยังชีพ/พิการ ที่พัก เป็นต้น จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 30.91

ตารางที่ 4.33 บริการด้านสังคมในชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีสมองเสื่อมและผู้ดูแล

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)							
	ขอนแก่น		นครราชสีมา		สุราษฎร์ธานี		รวม	
	ไม่ได้รับ	ได้รับ	ไม่ได้รับ	ได้รับ	ไม่ได้รับ	ได้รับ	ไม่ได้รับ	ได้รับ
บริการด้านสังคม								
บริการช่วยเหลืองานบ้าน	18 (54.55)	11 (33.33)	27 (90.00)	3 (10.00)	44 (93.62)	1 (2.13)	89 (80.91)	15 (13.64)
การดูแลกิจวัตรประจำวัน	16 (48.48)	13 (39.39)	22 (73.33)	8 (26.67)	38 (80.85)	7 (14.89)	76 (69.09)	28 (25.45)
กิจกรรมนอกบ้าน ไปชมรมผู้สูงอายุ ไปวัด	20 (60.61)	9 (27.27)	29 (96.67)	1 (3.33)	41 (87.23)	4 (8.51)	90 (81.82)	14 (12.73)
บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม เช่น เบี้ยยังชีพ/พิการ ที่พัก การจัดหางาน เรื่องที่พัก เป็นต้น	9 (27.27)	22 (66.67)	16 (53.33)	14 (46.67)	9 (19.15)	36 (76.60)	34 (30.91)	72 (65.45)

2) บริการด้านสุขภาพ สำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล (ดังแสดงในตารางที่ 4.34) พบว่า

บริการผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ได้รับ คือ การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวม และการประเมินและติดตามการปฏิบัติตามการรักษา จำนวนเท่ากันคือ จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 64.55 รองลงมาคือ การประเมินการจัดการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 62.73 และการประเมินอารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรม เช่น เศร้า กลัวมากขึ้น จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 58.18

บริการผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ไม่ได้รับ คือ การประเมินเรื่องทางกฎหมาย จำนวน80 คน คิดเป็นร้อยละ 72.73 รองลงมาคือ การประเมินการรับรู้ที่ผิดปกติ (insight) เช่น ไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 45.45 และการประเมินด้านการดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยไม่ยอมทำอะไรเลยในแต่ละวัน จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 42.73

บริการผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับ คือ การสร้างความเข้าใจและองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 78.18 รองลงมาคือ การประเมินและสร้างทัศนคติในการดูแล จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 72.73 และองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00

บริการผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้รับ คือ การให้ความเกี่ยวกับเรื่องสิทธิประโยชน์และกฎหมาย จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 62.73 รองลงมาคือ คำแนะนำแหล่งประโยชน์ด้านสังคมในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 54.55 และการประเมินความวิตกกังวลของญาติ/ครอบครัวที่ดูแล จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 35.45

ตารางที่ 4.34 บริการด้านสุขภาพในชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีสมองเสื่อมและผู้ดูแล

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)							
	ขอนแก่น		นครราชสีมา		สุราษฎร์ธานี		รวม	
	ไม่ได้รับ	ได้รับ	ไม่ได้รับ	ได้รับ	ไม่ได้รับ	ได้รับ	ไม่ได้รับ	ได้รับ
บริการด้านสุขภาพ								
1. สำหรับผู้ป่วย								
การประเมินการรับรู้ที่ผิดปกติ (insight) เช่น ไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย	11 (33.33)	19 (57.58)	17 (56.67)	13 (43.33)	22 (46.81)	25 (53.19)	50 (45.45)	57 (51.82)
การประเมินอารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรม เช่น เศร้า กลัวมากขึ้น	10 (30.30)	20 (60.61)	17 (56.67)	13 (43.33)	16 (34.04)	31 (65.96)	43 (39.09)	64 (58.18)
การประเมินด้านการดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยไม่ยอมทำอะไรเลยในแต่ละวัน	11 (33.33)	19 (57.58)	17 (56.67)	13 (43.33)	19 (40.43)	28 (59.57)	47 (42.73)	60 (54.55)
การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวม	11 (33.33)	20 (60.61)	17 (56.67)	13 (43.33)	9 (19.15)	38 (80.85)	37 (33.64)	71 (64.55)
การประเมินและติดตามการปฏิบัติตามการรักษา	11 (33.33)	20 (60.61)	17 (56.67)	13 (43.33)	9 (19.15)	38 (80.85)	37 (33.64)	71 (64.55)

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)							
	ขอนแก่น		นครราชสีมา		สุราษฎร์ธานี		รวม	
	ไม่ได้รับ	ได้รับ	ไม่ได้รับ	ได้รับ	ไม่ได้รับ	ได้รับ	ไม่ได้รับ	ได้รับ
การประเมินการจัดการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	11 (33.33)	20 (60.61)	17 (56.67)	13 (43.33)	11 (23.40)	36 (76.60)	39 (35.45)	69 (62.73)
การประเมินเรื่องทางกฎหมาย เช่น ความเสี่ยงต่อการ ถูกทำร้าย	17 (51.52)	14 (42.42)	23 (76.67)	7 (23.33)	40 (85.11)	7 (14.89)	80 (72.73)	28 (25.45)
2. สำหรับผู้ดูแลหลัก								
การสร้างความเข้าใจและองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม	6 (18.18)	27 (81.82)	10 (33.33)	20 (66.67)	8 (17.02)	39 (82.98)	24 (21.82)	86 (78.18)
ประเมินและสร้างทัศนคติในการดูแล	9 (27.27)	24 (72.73)	12 (40.00)	18 (60.00)	9 (19.15)	38 (80.85)	30 (27.27)	80 (72.73)
ประเมินผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย (burden)	10 (30.30)	23 (69.70)	14 (46.67)	16 (53.33)	13 (27.66)	34 (72.34)	37 (33.64)	73 (66.36)
ประเมินภาวะสุขภาพร่างกาย	10 (30.30)	23 (69.70)	14 (46.67)	16 (53.33)	10 (21.28)	37 (78.72)	34 (30.91)	76 (69.09)
การประเมินความวิตกกังวลของญาติ/ครอบครัวที่ดูแล	11 (33.33)	22 (66.67)	15 (50.00)	15 (50.00)	13 (27.66)	34 (72.34)	39 (35.45)	71 (64.55)
การให้ความเกี่ยวกับเรื่องสิทธิประโยชน์และกฎหมาย	20 (60.61)	13 (39.39)	18 (60.00)	12 (40.00)	31 (65.96)	16 (34.04)	69 (62.73)	41 (37.27)
องค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม	9 (27.27)	24 (72.73)	13 (43.33)	17 (56.67)	11 (23.40)	36 (76.60)	33 (30.00)	77 (70.00)
คำแนะนำแหล่งประโยชน์ด้านสังคมในการดุแลผู้ป่วย	14 (42.42)	19 (57.58)	18 (60.00)	12 (40.00)	28 (59.57)	19 (40.43)	60 (54.55)	50 (45.45)

โดยสรุป สถานการณ์ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ในจำนวน 110 คน 1) ลักษณะทั่วไปของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม พบสัดส่วนในเพศหญิงสูงกว่าเพศชายในทุกพื้นที่ อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 81.25 ปี อายุที่มากที่สุดมากถึง 104 ปี ส่วนอายุน้อยที่สุดเพียง 60 ปี อายุเฉลี่ยที่มากที่สุด 82.40 ปี อยู่ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา และ จังหวัดสุราษฎร์ธานี สอดคล้องกับกลุ่มอายุที่พบมากคือ 80 – 89 ปี ส่วนพื้นที่ จังหวัดขอนแก่น มีอายุเฉลี่ยเพียง 78.55 ปี กลุ่มอายุที่พบมากคือ 70 – 79 ปี ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้ง 3 พื้นที่ใช้เป็นสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิสวัสดิการข้าราชการพนักงาน (รัฐวิสาหกิจ/มหาวิทยาลัย) เป็นส่วนใหญ่ สถานที่พักอาศัยทั้ง 3 พื้นที่ อาศัยอยู่ในบ้านของตนเองหรือครอบครัวเป็นเจ้าของและส่วนใหญ่ยังอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวบุตร หลานและญาติ ขณะที่ในพื้นที่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และ จังหวัดขอนแก่น มีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระบุว่าอยู่ตามลำพังคนเดียว รายได้เพื่อการดำรงชีวิตของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมใน 3 พื้นที่มีแหล่งที่มาของรายได้จากเบี้ยยังชีพจากทางราชการมากที่สุด สอดคล้องกับการระบุแหล่งรายได้หลักเพื่อการดำรงชีพที่มีที่มาจากแหล่งเดียว ซึ่งรายได้ส่วนใหญ่เพียงพอต่อการใช้จ่ายที่เกิดขึ้นแต่ไม่มีรายได้เหลือเพียงพอที่จะเก็บออมเพื่อใช้จ่าย และบางส่วนยังระบุว่ามีภาระหนี้สินด้วย ซึ่งพบมากในพื้นที่ จังหวัดขอนแก่น 2) ข้อมูลด้านสุขภาพ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้ง 3 พื้นที่ ส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในระดับพอใช้มากที่สุด โดยพบสัดส่วนในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย โรคประจำตัวที่พบในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมใน 3 พื้นที่ คือโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง เป็นโรคที่จัดอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และอาจมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดพยาธิสภาพในสมองหรือการทำหน้าที่ของสมองเกิดขึ้นได้ ซึ่งพบมากในพื้นที่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี มากที่สุด การได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเมื่ออายุเฉลี่ย 77.10 ปี ซึ่งอายุที่มากที่สุดที่ได้รับการวินิจฉัยคือ 100 ปี ขณะที่อายุน้อยที่สุดที่ได้รับการวินิจฉัยมีอายุเพียง 58 ปี โดยเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 70 – 79 ปีมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบใน 3 พื้นที่อายุเฉลี่ยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมมากที่สุดอยู่ในพื้นที่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี คือ 78.57 ปี ขณะที่ในพื้นที่ จังหวัดนครราชสีมา อายุเฉลี่ย 76.90 ปี และพื้นที่ จังหวัดขอนแก่น อายุเฉลี่ย 75.18 ปี ชนิดของภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัย พบว่าส่วนใหญ่เป็นภาวะสมองเสื่อมชนิด Alzheimer's disease มากที่สุด สัดส่วนในเพศหญิงสูงกว่าเพศชายในทุกพื้นที่ ยกเว้นในพื้นที่ จังหวัดขอนแก่นที่พบเฉพาะในเพศหญิงเท่านั้น โดยมีโรคเรื้อรังที่พบร่วมกับภาวะสมองเสื่อมมากที่สุดคือ โรคหลอดเลือดสมองหรือสโตรก โดยผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยปัจจุบันมีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระยะที่ 2 มากที่สุด พบสัดส่วนในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย ยกเว้นในพื้นที่ จังหวัดสุราษฎร์ธานีที่พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ระยะเวลาในการเป็นสมองเสื่อมภายหลังได้รับการวินิจฉัย สามารถแบ่งออกเป็นช่วงเดือนและปี ในเพศหญิงมีระยะเวลาการเป็นสมองเสื่อมยาวนานกว่าเพศชาย เฉลี่ย 4.44 เดือน อยู่ระหว่าง 1 – 6 เดือนเช่นเดียวกับและช่วงระยะเวลาเป็นช่วงปี โดยเฉลี่ย 4.64 ปี อยู่ระหว่าง 2 – 5 เดือน ในจำนวนนี้ มีผู้ที่เป็นภาวะสมองเสื่อมยาวนานกว่า 20 ปีขึ้นไป ซึ่งพบเฉพาะในพื้นที่ จังหวัดขอนแก่น ประวัติคนในครอบครัวที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นสมองเสื่อม พบเป็นสมองเสื่อมชนิด Alzheimer's disease มากที่สุด โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา และพบประวัติในกลุ่มของพี่น้องมากที่สุดในทุกชนิดของภาวะสมองเสื่อม นอกจากนี้โรคเรื้อรังที่พบร่วมกับภาวะสมองเสื่อม พบว่าส่วนใหญ่คือโรคหลอดเลือดสมองหรือสโตรก ซึ่งเป็นโรคร่วมชนิดเดียวกันกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม พิจารณาตามระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานทั้ง 3 พื้นที่อยู่ในภาวะพึ่งพาระดับเล็กน้อยเป็นส่วนใหญ่ ขณะที่พบผู้ที่มีภาวะพึ่งพาอยู่ในระดับพึ่งพาทั้งหมดในลำดับรองลงมาและพบสัดส่วนในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยพบมากในพื้นที่ จังหวัดนครราชสีมา มากที่สุด สำหรับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่มีความซับซ้อนนั้น กิจกรรมที่เป็นข้อจำกัดของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมากที่สุดคือกิจกรรมเกี่ยวกับการจัดการด้านการเงิน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดหรือเคยใช้แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว ไม่มีกิจกรรมการออกกำลังกาย ไม่มีงานอดิเรกทำและไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ซึ่งพบมากที่สุดในพื้นที่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี 3) ข้อมูลด้านสังคม การรับรู้เรื่องสิทธิและสวัสดิการที่ต้องการของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล ส่วนใหญ่ไม่รับทราบถึงสิทธิที่ควรได้รับ และไม่ทราบหรือไม่รับรู้เรื่องการมีสวัสดิการให้การช่วยเหลือ ความต้องการหรือความจำเป็นที่ต้องการความช่วยเหลือในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาส่วนใหญ่ต้องการเรื่องเบี้ยยังชีพทางราชการโดยเฉพาะเบี้ยผู้สูงอายุมากที่สุด ปัญหาในการจัดบ้านหรือที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระบุว่ามีปัญหานี้มากที่สุด โดยส่วนใหญ่มีความต้องการ/จำเป็นช่วยเหลือด้านการปรับปรุงบ้าน/สิ่งแวดล้อมภายในบ้านคือต้องการให้ช่วยติดตั้งราวจับในห้องน้ำมากที่สุด ชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมพึงได้รับ เมื่อพิจารณาตามการแบ่งกลุ่มการดูแลระยะยาวของ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย สำหรับการได้รับและไม่ได้รับชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวนั้น พบว่าทั้ง 8 บริการ ที่จัดให้ ส่วนใหญ่จำนวนผู้ที่ได้รับบริการมีสัดส่วนมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับ ได้แก่ การประเมินวางแผนการรักษาและการดูแลทางการแพทย์ การดูแลทางการพยาบาล การดูแลด้านเภสัชกรรม การฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลด้านสุขภาพจิต การดูแลด้านสุขภาพช่องปาก การดูแลด้านโภชนาการ และการดูแลด้านการแพทย์แผนไทย/ทางเลือก เมื่อพิจารณาการจัดบริการภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวในด้านบริการสุขภาพและบริการสังคมพบว่า บริการด้านสุขภาพที่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับเป็นส่วนใหญ่คือ การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวม และการประเมินและติดตามการปฏิบัติตามการรักษา ขณะที่บริการสุขภาพที่ส่วนใหญ่ไม่ได้รับคือการประเมินเรื่องทางกฎหมาย สำหรับบริการด้านสังคม บริการที่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับเป็นส่วนใหญ่คือ บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม เช่น เบี้ยยังชีพ/พิการ ที่พัก เป็นต้น ขณะที่บริการสังคมที่ไม่ได้รับส่วนใหญ่คือ กิจกรรมนอกบ้าน ไปชมรมผู้สูงอายุ ไปวัด

ส่วนที่ 2 สถานการณ์ของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผู้ดูแลของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมใน 3 พื้นที่ มีจำนวนทั้งสิ้น 110 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าชาย เพศหญิง จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 74.55 และเพศชายจำนวน 28 คิดเป็นร้อยละ 25.45 โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ในพื้นที่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี มากที่สุด จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 42.73 เพศหญิง จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 68.09 และเพศชายจำนวน 15 คิดเป็นร้อยละ 31.91 รองลงมาเป็นผู้ที่อยู่ในพื้นที่ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 เพศหญิง จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 78.79 และเพศชายจำนวน 7 คิดเป็นร้อยละ 21.21 และผู้ที่อยู่ในพื้นที่ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 27.27 เพศหญิง จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 และเพศชาย จำนวน 6 คิดเป็นร้อยละ 20.00 (ดังแสดงในตารางที่ 4.35)

ตารางที่ 4.35 เพศของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามจังหวัด

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
เพศ				
เพศชาย	7 (21.21)	6 (20.00)	15 (31.91)	28 (25.45)
เพศหญิง	26 (78.79)	24 (80.00)	32 (68.09)	83 (74.55)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**

อายุ ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 56.05 ปี อายุที่มากที่สุด คือ 85 ปีและอายุที่น้อยที่สุดคือ 23 ปี โดยเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 40 – 49 ปีมากที่สุด จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 25.45 รองลงมาคืออายุระหว่าง 50 – 59 ปี จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 21.82 อายุ 70 - 79 ปี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 19.09 อายุระหว่าง 60 – 69 ปี จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 16.36 ในจำนวนนี้มีผู้ที่อายุน้อยกว่า 30 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.64 (ดังแสดงในตารางที่ 4.36)

ตารางที่ 4.36 กลุ่มอายุของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามจังหวัด

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
กลุ่มอายุ	**Mean= 55.00 ปี SD=14.889 Min= 32 ปี Max= 83ปี**	**Mean= 57.40 ปี SD=13.657 Min=26 ปี Max=78 ปี**	**Mean= 55.91 ปี SD=14.628 Min= 23 ปี Max=85 ปี**	**Mean= 56.05 ปี SD=14.348 Min=23 ปี Max=85 ปี**
น้อยกว่า 30 ปี	1 (3.03)	1 (3.33)	2 (4.26)	4 (3.64)
30 – 39 ปี	5 (15.15)	2 (6.67)	3 (6.38)	10 (9.09)
40 – 49 ปี	8 (24.24)	6 (20.00)	14 (29.79)	28 (25.45)
50 – 59 ปี	7 (21.21)	7 (23.33)	10 (21.28)	24 (21.82)
60 – 69 ปี	4 (12.12)	7 (23.33)	7 (14.89)	18 (16.36)
70 – 79 ปี	6 (18.18)	7 (23.33)	8 (17.02)	21 (19.09)
80 – 89 ปี	2 (6.06)		3 (6.38)	5 (4.55)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**

สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00 รองลงมาคือ โสด จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 13.64 หย่า แยกกันอยู่และหม้าย จำนวนเท่ากัน คือ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 4.55

ความสัมพันธ์กับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องเป็นบุตรสาว จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 44.55 รองลงมาคือ คู่สมรส จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 24.55 บุตรชาย จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 13.64 และหลานสาว จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 6.36

การศึกษา ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษาหรือเรียนน้อยกว่าหรือทั้งหมด 6 ปี จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 53.64 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 15.45 ระดับปริญญาตรี จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 12.73 และมี 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.91 ที่จบการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี (ดังแสดงในตารางที่ 4.37)

ตารางที่ 4.37 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามจังหวัด

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
สถานภาพ				
โสด	4 (12.12)	7 (23.33)	4 (8.51)	15 (13.64)
สมรส	24 (72.73)	13 (43.33)	40 (85.11)	77 (70.00)
แยกกันอยู่		3 (10.00)	2 (4.26)	5 (4.55)
หย่า	1 (3.03)	4 (13.33)		5 (4.55)
หม้าย	3 (9.09)	1 (3.33)	1 (2.13)	5 (4.55)
ไม่ระบุ	1 (3.03)	2 (6.67)		3 (2.73)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
ความสัมพันธ์กับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม				
คู่สมรส	9 (27.27)	7 (23.33)	11 (23.40)	27 (24.55)
บุตรชาย		4 (13.33)	11 (23.40)	15 (13.64)
บุตรสาว	16 (48.48)	15 (50.00)	18 (38.30)	49 (44.55)
หลานชาย	1 (3.03)		1 (2.13)	2 (1.82)
หลานสาว	2 (6.06)	4 (13.33)	1 (2.13)	7 (6.36)
น้องสาว	1 (3.03)		2 (4.26)	3 (2.73)
สะใภ้	1 (3.03)		2 (4.26)	3 (2.73)
บุตรเขย			1 (2.13)	1 (0.91)
หลานสะใภ้	1 (3.03)			1 (0.91)
ญาติข้างบ้าน	1 (3.03)			1 (0.91)
อสม. ข้างบ้าน	1 (3.03)			1 (0.91)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
ระดับการศึกษา				
เรียนน้อยกว่าหรือทั้งหมด 6 ปี	21 (63.64)	15 (50.00)	23 (48.94)	59 (53.64)
มัธยมศึกษาตอนต้น	2 (6.06)	1 (3.33)	8 (17.02)	11 (10.00)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7 (21.21)	5 (16.67)	5 (10.64)	17 (15.45)
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	2 (6.06)	3 (10.00)	3 (6.38)	8 (7.27)
ปริญญาตรี	1 (3.03)	6 (20.00)	7 (14.89)	14 (12.73)
สูงกว่าปริญญาตรี			1 (2.13)	1 (0.91)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**

2.2 ข้อมูลด้านสุขภาพ

2.2.1 ข้อมูลภาวะสุขภาพทั่วไป ปัญหาสุขภาพ โรคประจำตัว

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 65.45 และมีผู้ที่มีโรคประจำตัว จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 34.55 โรคประจำตัวที่พบส่วนใหญ่ คือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 20.91 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 11.82 โรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 7.27 และโรคกระดูกสันหลังเสื่อม จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.82 (ดังแสดงในตารางที่ 4.38)

ตารางที่ 4.38 โรคประจำตัวผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามจังหวัด

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
โรคประจำตัว				
ไม่มี	24 (72.73)	16 (53.33)	32 (68.09)	72 (65.45)
มี	9 (27.27)	14 (46.67)	15 (31.91)	38 (34.55)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
โรคประจำตัว*				
โรคความดันโลหิตสูง	5 (15.15)	8 (26.67)	10 (21.28)	23 (20.91)
โรคเบาหวาน	6 (18.18)	2 (6.67)	5 (10.64)	13 (11.82)
โรคไขมันในเลือดสูง	1 (3.03)		7 (14.89)	8 (7.27)
โรคโลหิตจาง		1 (3.33)		1 (0.91)
โรคมะเร็งเต้านม		1 (3.33)		1 (0.91)
โรคเกาต์		1 (3.33)		1 (0.91)
โรคกระดูกสันหลังเสื่อม		2 (6.67)		2 (1.82)
โรครูมาตอยด์		1 (3.33)		1 (0.91)
โรคข้อเข่าเสื่อม			1 (2.13)	1 (0.91)
โรคต่อมไทรอยด์		1 (3.33)		1 (0.91)
โรคไมเกรน		1 (3.33)		1 (0.91)
โรคกระเพาะอาหาร	1 (3.03)			1 (0.91)
โรคหอบหืด	1 (3.03)			1 (0.91)
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง			1 (2.13)	1 (0.91)
โรคไตวายเรื้อรัง			1 (2.13)	1 (0.91)
พิษสุราเรื้อรัง			1 (2.13)	1 (0.91)

หมายเหตุ * ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

การตรวจสุขภาพประจำปี ส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสุขภาพ จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 57.27 และไม่ได้รับการตรวจสุขภาพ จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 42.73 (ดังแสดงในตารางที่ 4.39)

ตารางที่ 4.39 การตรวจสุขภาพประจำปีผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามจังหวัด

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
การตรวจสุขภาพประจำปี				
ไม่ตรวจ	12 (36.36)	11 (36.67)	24 (51.06)	47 (42.73)
ตรวจ	21 (63.64)	19 (63.33)	23 (48.94)	63 (57.27)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**

น้ำหนักตัว ส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 61.03 กิโลกรัม น้ำหนักตัวมากที่สุดคือ 100 กิโลกรัม และน้อยที่สุดคือ 35 กิโลกรัม น้ำหนักอยู่ระหว่าง 60 – 69 กิโลกรัมมากที่สุด จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 25.45 รองลงมาคือ 50 – 59 กิโลกรัม จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 24.55 และ 70 – 79 กิโลกรัม จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 21.82 ในจำนวนนี้มีผู้ที่มีน้ำหนักน้อยระหว่า 30 - 39 กิโลกรัม จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.82 ส่วนสูง ส่วนใหญ่มีส่วนสูงเฉลี่ย 157.88 เซนติเมตร น้ำหนักตัวมากที่สุดคือ 185เซนติเมตรและน้อยที่สุดคือ 138 เซนติเมตร (ดังแสดงในตารางที่ 4.40)

ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass index, BMI) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ มีค่า BMI ตั้งแต่ 25 แต่น้อยกว่า 29.9 (อ้วน) มากที่สุด จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 37.27 รองลงมาคือ ค่า BMI ตั้งแต่ 18.5 แต่น้อยกว่า 22.9 (ปกติ) จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 31.82 ค่า BMI ตั้งแต่ 23 แต่น้อยกว่า 24.9 (น้ำหนักเกิน) จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 14.55 และค่า BMI มากกว่า 30 (อ้วนมาก) จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 7.27 ในจำนวนนี้มีผู้ที่มีค่า BMI น้อยกว่า 18.5 (ผอม) จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 8.18 (ดังแสดงในตารางที่ 4.40)

ตารางที่ 4.40 ข้อมูลภาวะสุขภาพทั่วไปผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามจังหวัด

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	**Mean= 62.65 กก. SD=15.323 Min=100 Max=42**	**Mean= 63.38 กก. SD=12.891 Min=39 Max=100**	**Mean=58.45 กก. SD=10.264 Min=77 Max=35**	**Mean= 61.03 กก. SD=12.755 Min=35 Max=100**
30 – 39 กก.		1 (3.33)	1 (2.13)	2 (1.82)
40 – 49 กก.	9 (27.27)	3 (10.00)	9 (19.15)	21 (19.09)
50 – 59 กก.	7 (21.21)	5 (16.67)	15 (31.91)	27 (24.55)
60 – 69 กก.	6 (18.18)	9 (30.00)	13 (27.66)	28 (25.45)
70 – 79 กก.	6 (18.18)	9 (30.00)	9 (19.15)	24 (21.82)
80 – 89 กก.	3 (9.09)	1 (3.33)		4 (3.64)
มากกว่า 90 กก.	2 (6.06)	1 (3.33)		3 (2.73)
ไม่ระบุ		1 (3.33)		1 (0.91)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	**Mean= 156.58 cm. SD=8.825 Min=138 Max=183**	**Mean= 157.90 cm. SD=5.576 Min=148 Max=170**	**Mean= 158.79 cm. SD=7.879 Min=148 Max=185**	**Mean= 157.88 cm. SD=7.646 Min=138 Max=185**
130 – 139 ซม.	1 (3.03)			1 (0.91)
140 – 149 ซม.	4 (12.12)	2 (6.67)	2 (4.26)	8 (7.27)
150 – 159 ซม.	16 (48.48)	14 (46.67)	25 (53.19)	55 (50.00)
160 – 169 ซม.	8 (24.24)	12 (40.00)	14 (29.79)	34 (30.91)
170 – 179 ซม.	3 (9.09)	1 (3.33)	5 (10.64)	9 (8.18)
180 – 189 ซม.	1 (3.03)		1 (2.13)	2 (1.82)
ไม่ระบุ		1 (3.33)		1 (0.91)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
ค่าดัชนีมวลกาย	**Mean= 25.46 SD=5.353 Min=18. 31Max=38.22**	**Mean= 25.30 SD=4.300 Min=16. 94Max=39.06**	**Mean= 23.19 SD=3.787 Min=15. 98Max=30.36**	**Mean= 24.44 SD=4.537 Min=15. 98Max=39.06**
BMI น้อยกว่า 18.5 (ผอม)		2 (6.67)	7 (14.89)	9 (8.18)
BMI ตั้งแต่ 18.5 แต่น้อยกว่า 22.9 (ปกติ)	12 (36.36)	6 (20.00)	17 (36.17)	35 (31.82)
BMI ตั้งแต่ 23 แต่น้อยกว่า 24.9 (น้ำหนักเกิน)	5 (15.15)	6 (20.00)	5 (10.64)	16 (14.55)
BMI ตั้งแต่ 25 แต่น้อยกว่า 29.9 (อ้วน)	11 (33.33)	13 (43.33)	17 (36.17)	41 (37.27)
BMI มากกว่า 30 (อ้วนมาก)	5 (15.15)	2 (6.67)	1 (2.13)	8 (7.27)
ไม่ระบุ		1 (3.33)		1 (0.91)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**

2.2.2 พฤติกรรมสุขภาพ

การออกกำลังกาย ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการดูแลสุขภาพด้วยการออกกำลังกายมากที่สุด จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 53.64 และมีผู้ไม่ออกกำลังกายจำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 46.36 ความถี่ในการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ออกกำลังกายจำนวน 7 ครั้งต่อสัปดาห์มากที่สุด จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 42.37 รองลงมาคือ จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 28.81 และ จำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 8.47 ชนิดการออกกำลังกาย พบว่าส่วนใหญ่เป็นการเดินมากที่สุด จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 รองลงมาคือ การวิ่ง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 8.18 และการทำกายบริหาร จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 6.36 (ดังแสดงในตารางที่ 4.41)

ตารางที่ 4.41 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามจังหวัด

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
การออกกำลังกาย				
ไม่ปฏิบัติ	13 (39.39)	14 (46.67)	24 (51.06)	51 (46.36)
ปฏิบัติ	20 (60.61)	16 (53.33)	23 (48.94)	59 (53.64)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
ความถี่ในการออกกำลังกาย				
1 ครั้ง/สัปดาห์	2 (10.00)			2 (3.39)
2 ครั้ง/สัปดาห์	3 (15.00)		2 (8.70)	5 (8.47)
3 ครั้ง/สัปดาห์	6 (30.00)	3 (18.75)	8 (34.78)	17 (28.81)
4 ครั้ง/สัปดาห์			2 (8.70)	2 (3.39)
5 ครั้ง/สัปดาห์			4 (17.39)	4 (6.78)
6 ครั้ง/สัปดาห์		2 (12.50)		2 (3.39)
7 ครั้ง/สัปดาห์	9 (45.00)	9 (56.25)	7 (30.43)	25 (42.37)
ไม่ระบุ		2 (12.50)		2 (3.39)
รวม	**20 (100.00)**	**16 (100.00)**	**23 (100.00)**	**59 (100.00)**
ชนิดการออกกำลังกาย				
วิ่ง	3 (9.09)	2 (6.67)	4 (8.51)	9 (8.18)
เดิน	3 (9.09)	6 (20.00)	13 (27.66)	22 (20.00)
ยืดเหยียด/แกว่งแขน	1 (3.03)	3 (10.00)	1 (2.13)	5 (4.55)
โยคะ			1 (2.13)	1 (0.91)
ฟุตบอล			1 (2.13)	1 (0.91)
แบดมินตัน	1 (3.03)		1 (2.13)	2 (1.82)
แอร์โรบิค	1 (3.03)			1 (0.91)
รำไม้พลอง	1 (3.03)		1 (2.13)	2 (1.82)
ปั่นจักรยาน	3 (9.09)	2 (6.67)	1 (2.13)	6 (5.45)
กายบริหารร่างกาย	4 (12.12)	2 (6.67)	1 (2.13)	7 (6.36)
ทำงานบ้าน	1 (3.03)			1 (0.91)
วอลเลย์บอล	1 (3.03)			1 (0.91)
ฟิตเนส		1 (3.33)		1 (0.91)
ฮูลาฮูป	1 (3.03)			1 (0.91)

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ระบุว่าไม่ดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 92.73 และมีผู้ที่ดื่มจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 7.27 ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเบียร์มากที่สุด จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.82 รองลงมาคือ เหล้าขาว จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.82 ความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 2 และ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวนเท่ากัน คือ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 (ดังแสดงในตารางที่ 4.42)

การสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ไม่ได้สูบบุหรี่ จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 90.00 และมีผู้สูบบุหรี่จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 จำนวนมวนต่อวันที่สูบบุหรี่สูงสุดอยู่ที่ 10 มวนต่อวัน จำนวน 8 คนคิดเป็นร้อยละ 72.73

การดื่มกาแฟ ส่วนใหญ่ไม่ดื่มกาแฟ จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 54.55 และดื่มกาแฟ จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 45.45 ปริมาณการดื่มกาแฟ ส่วนใหญ่ดื่มกาแฟวันละ 1 แก้วต่อวันมากที่สุดจำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 (ดังแสดงในตารางที่ 4.42)

ตารางที่ 4.42 พฤติกรรมสุขภาพการใช้สิ่งเสพติดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
การดื่มแอลกอฮอล์				
ไม่ดื่ม	32 (96.97)	27 (90.00)	43 (91.49)	102 (92.73)
ดื่ม	1 (3.03)	3 (10.00)	4 (8.51)	8 (7.27)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
เบียร์	1 (3.03)		1 (2.13)	2 (1.82)
สุรา/เหล้า			1 (2.13)	1 (0.91)
เบียร์และสุรา		1 (3.33)		1 (0.91)
เหล้าขาว		1 (3.33)	1 (2.13)	2 (1.82)
จำนวนครั้งที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
2 ครั้ง/สัปดาห์			2 (50.00)	2 (33.33)
3 ครั้ง/สัปดาห์		2 (100.00)		2 (33.33)
4 ครั้ง/สัปดาห์			1 (25.00)	1 (16.67)
6 ครั้ง/สัปดาห์			1 (25.00)	1 (16.67)
การสูบบุหรี่				
ไม่สูบ	32 (96.97)	27 (90.00)	40 (85.11)	99 (90.00)
สูบ	1 (3.03)	3 (10.00)	7 (14.89)	11 (10.00)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
จำนวนบุหรี่ที่สูบ				
2 มวน/วัน			1 (14.29)	1 (9.09)
4 มวน/วัน		1 (33.33)		1 (9.09)
5 มวน/วัน			1 (14.29)	1 (9.09)
10 มวน/วัน	1 (100.00)	2 (66.67)	5 (71.43)	8 (72.73)
การดื่มกาแฟ				
ไม่ดื่ม	23 (69.70)	10 (33.33)	27 (57.45)	60 (54.55)
ดื่ม	10 (30.30)	20 (66.67)	20 (42.55)	50 (45.45)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
ปริมาณการดื่มกาแฟ				
1 แก้ว/วัน	10 (100.00)	14 (70.00)	16 (80.00)	40 (80.00)
2 แก้ว/วัน		6 (30.00)	4 (20.00)	10 (20.00)

2.2.3 การทำงานและรายได้ของผู้ดูแล

การทำงานในปัจจุบันของผู้ดูแล ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 51.82 และยังทำงาน จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 40.91 (ดังแสดงในตารางที่ 4.43)

การประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ทำอาชีพเกษตรกรรม/กสิกรรมมากที่สุด จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 39.09 รองลงมาคือ แม่บ้าน จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18 ทำธุรกิจ/ค้าขาย จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 14.55 ทำงานราชการ/รัฐวิสาหกิจ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 8.18 และรับจ้างทั่วไปจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 6.36 และเป็นผู้ที่ไม่ทำงาน/อยู่บ้านเฉย จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 11.82

เหตุผลที่ต้องออกจากงาน 3 อันดับแรกคือ ลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุมากที่สุด จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 รองลงมาคือ เกษียณอายุ/ชราภาพ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 9.09 และต้องดูแลบ้านหรือบุคคลในครอบครัว จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 8.18 (ดังแสดงในตารางที่ 4.43)

ตารางที่ 4.43 การทำงานของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามจังหวัด

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
การทำงานปัจจุบัน				
ไม่ทำ	22 (66.67)	18 (60.00)	17 (36.17)	57 (51.82)
ทำ	11 (33.33)	9 (30.00)	25 (53.19)	45 (40.91)
ไม่ระบุ		3 (10.00)	5 (10.64)	8 (7.27)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
การประกอบอาชีพ				
เกษตรกรรม/กสิกรรม	12 (36.36)	1 (3.33)	30 (63.83)	43 (39.09)
ธุรกิจ/ค้าขาย	7 (21.21)	5 (16.67)	4 (8.51)	16 (14.55)
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1 (3.03)	4 (13.33)	4 (8.51)	9 (8.18)
รับจ้างทั่วไป	3 (9.09)	3 (10.00)	1 (2.13)	7 (6.36)
แม่บ้าน	6 (18.18)	8 (26.67)	6 (12.77)	20 (18.18)
ช่างซ่อมเครื่องยนต์		1 (3.33)		1 (0.91)
ไม่ได้ทำงาน/อยู่บ้านเฉยๆ	4 (12.12)	7 (23.33)	2 (4.26)	13 (11.82)
ไม่ระบุ		1 (3.33)		1 (0.91)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
เหตุผลที่ต้องออกจากงาน/ไม่ทำงาน				
ลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุ	11 (33.33)	5 (16.67)	6 (12.77)	22 (20.00)
ต้องทำหน้าที่แม่บ้าน		5 (16.67)	1 (2.13)	6 (5.45)
ต้องดูแลบ้านหรือบุคคลในครอบครัว	7 (21.21)		2 (4.26)	9 (8.18)
คู่สมรสหรือบุตรไม่ได้ทำงาน				
ป่วย/พิการไม่สามารถทำงานได้		2 (6.67)		2 (1.82)
ไม่สมัครใจทำงาน/ตกงาน				
เกษียณอายุ/ชราภาพ	3 (9.09)	5 (16.67)	2 (4.26)	10 (9.09)

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (รวมรายได้จากทุกแหล่ง) ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 12,0732.57 บาท/เดือน โดยรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงสุด คือ 80,000 บาท/เดือน และต่ำที่สุดคือ 600 บาท/เดือน กลุ่มรายได้ ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาท/เดือนมากที่สุดคือ จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 21.82 รองลงมาคือ 5,001 – 10,000 บาท/เดือน จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 20.91 และมีผู้ที่มีรายได้มากกว่า 20,001 บาท/เดือนขึ้นไป จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 12.73 (ดังแสดงในตารางที่ 4.44)

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนก่อนออกจากงาน ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 16,1922.22 บาท/เดือน โดยรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงสุด คือ 100,000 บาท/เดือน และต่ำที่สุดคือ 2,000 บาท/เดือน ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท/เดือน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 (ดังแสดงในตารางที่ 4.44)

ตารางที่ 4.44 รายได้ของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามจังหวัด

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
รายได้ เฉลี่ยต่อเดือน (รวมทุกแหล่งที่มา)	**Mean=8,230.30 บ. SD=7,997.050 Min=700 Max=30,000**	**Mean=11,939.29 บ. SD=12,496.587 Min=600 Max=50,000**	**Mean=16,445.33 บ. SD=14,587.353 Min=700 Max=80,000**	**Mean=12,732.57 บ. SD=12,723.62 Min=600 Max=80,000**
ไม่มีรายได้		2 (6.67)	1 (2.13)	3 (2.73)
น้อยกว่า 3,000 บ.	12 (36.36)	7 (23.33)	5 (10.64)	24 (21.82)
3,001 - 5,000 บ.	4 (12.12)	4 (13.33)	5 (10.64)	13 (11.82)
5,001 - 10,000 บ.	8 (24.24)	6 (20.00)	9 (19.15)	23 (20.91)
10,001 - 15,000 บ.	4 (12.12)	2 (6.67)	9 (19.15)	15 (13.64)
15,001 - 20,000 บ.	3 (9.09)	5 (16.67)	10 (21.28)	18 (16.36)
มากกว่า 20,001 บ. ขึ้นไป	2 (6.06)	4 (13.33)	8 (17.02)	14 (12.73)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
รายได้เฉลี่ยสุดท้ายก่อนออกจากงาน เฉลี่ยต่อเดือน	**Mean=7,594.12 บ. SD=4,661.206 Min=2,000 Max=15,000**	**Mean=19,030.77 บ. SD=21,127.638 Min=2,400 Max=80,000**	**Mean=34,403.33 บ. SD=33,900.089 Min=7,000 Max=100,000**	**Mean=16,192.22 บ. SD=20,564.672 Min=2,000 Max=100,000**
น้อยกว่า 3,000 บ.	5 (15.15)	1 (3.33)		6 (5.45)
3,001 - 5,000 บ.	3 (9.09)	1 (3.33)		4 (3.64)
5,001 - 10,000 บ.	5 (15.15)	5 (16.67)	1 (2.13)	11 (10.00)
10,001 - 15,000 บ.	4 (12.12)	2 (6.67)		6 (5.45)
15,001 - 20,000 บ.		1 (3.33)	2 (4.26)	3 (2.73)
มากกว่า 20,001 บ. ขึ้นไป		3 (10.00)	3 (6.38)	6 (5.45)
ไม่ระบุ	16 (48.48)	17 (56.67)	41 (87.23)	74 (67.27)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**

2.3 การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

2.3.1 การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล

ประวัติญาติหรือพี่น้องที่เป็นสมองเสื่อม ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติเกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มญาติพี่น้อง จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 88.18 และมีประวัติญาติหรือพี่น้องที่เป็นสมองเสื่อม จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 10.91 (ดังแสดงในตารางที่ 4.45)

บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล ส่วนใหญ่รับผิดชอบดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพียงคนเดียวและมีผู้ช่วยในบางเวลา จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 62.73 รองลงมาคือ รับผิดชอบดูแลเพียงบางเวลาและมีช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 22.73 ในจำนวนนี้มีผู้ดูแลที่ต้องรับบทบาทดูแลเพียงลำพัง โดยไม่มีผู้ช่วย จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 14.55 (ดังแสดงในตารางที่ 4.45)

ตารางที่ 4.45 การดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ของผู้ดูแล จำแนกตามจังหวัด

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
ประวัติมีญาติหรือพี่น้องเป็นสมองเสื่อม				
มี	2 (6.06)	2 (6.67)	8 (17.02)	12 (10.91)
ไม่มี	31 (93.94)	27 (90.00)	39 (82.98)	97 (88.18)
ไม่ระบุ		1 (3.33)		1 (0.91)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล				
ดูแลคนเดียวเท่านั้น ไม่มีผู้ช่วย	7 (21.21)	4 (13.33)	5 (10.64)	16 (14.55)
ดูแลบางเวลา (มีคนช่วยเป็นส่วนใหญ่)	8 (24.24)	4 (13.33)	13 (27.66)	25 (22.73)
ดูแลคนเดียวเป็นส่วนใหญ่ (มีคนช่วยบางเวลา)	18 (54.55)	22 (73.33)	29 (61.70)	69 (62.73)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**

การได้ความรู้เรื่องอาหารและโภชนาการในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ส่วนใหญ่ได้รับความรู้ จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 77.27 และมีผู้ไม่ได้รับความรู้ จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 21.82 แหล่งความรู้ในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 66.36 รองลงมาคือ ได้รับจากหนังสือพิมพ์หรือวารสารต่าง ๆ จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 (ดังแสดงในตารางที่ 4.46)

ตารางที่ 4.46 การได้รับความรู้เรื่องอาหารและโภชนาการของผู้ดูแล จำแนกตามจังหวัด

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
ความรู้เรื่องอาหารและโภชนาการในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม*				
ไม่ได้รับ	11 (33.33)	5 (16.67)	8 (17.02)	24 (21.82)
ได้รับ	22 (66.67)	24 (80.00)	39 (82.98)	85 (77.27)
ไม่ระบุ		1 (3.33)		1 (0.91)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
แหล่งที่มาจาก*				
หนังสือหรือวารสารต่าง ๆ	5 (15.15)	3 (10.00)	25 (53.19)	33 (30.00)
บุคลากรทางการแพทย์	23 (69.70)	22 (73.33)	28 (59.57)	73 (66.36)
เพื่อน	4 (12.12)	1 (3.33)	3 (6.38)	8 (7.27)
ญาติ	1 (3.03)		2 (4.26)	3 (2.73)
อสม.	2 (6.06)	1 (3.33)	1 (2.13)	4 (3.64)
การเข้าร่วมการอบรม	1 (3.03)	1 (3.33)	2 (4.26)	4 (3.64)
สื่ออินเตอร์เน็ต ทีวี ไลน์	3 (9.09)	1 (3.33)	4 (8.51)	8 (7.27)

หมายเหตุ * ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

2.3.2 การใช้เวลา/ระยะเวลาในการให้การดูแล

ระยะเวลาในการให้การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล เป็นรายเดือน พบว่า มีระยะเวลาเฉลี่ยอยู่ที่ 4.56 เดือน ระยะเวลามากที่สุด คือ 8 เดือน และน้อยที่สุดคือ 1 เดือน โดยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 4 – 6 เดือนมากที่สุด จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 9.09 รองลงมาคือ 2 – 3 เดือน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.64 (ดังแสดงในตารางที่ 4.47)

ระยะเวลาในการให้การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล เป็นรายปี พบว่า มีระยะเวลาเฉลี่ยอยู่ที่ 7.39 ปี ระยะเวลามากที่สุด คือ 60 ปี และน้อยที่สุดคือ 1 ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ระหว่างน้อยกว่า 2 ปี และ 3 – 5 ปี มีจำนวนเท่ากัน คือ 26 คน คิดเป็นร้อยละ 23.64

การใช้เวลาในการดูแลระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลภายใน 1 วัน (ชั่วโมงต่อวัน) พบว่าโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 16.67 ชั่วโมงต่อวัน โดยการใช้เวลาดูแลส่วนใหญ่อยู่ที่ 19 - 24 ชั่วโมงต่อวัน จำนวน 52 คิดเป็น ร้อยละ 47.27 รองลงมาคือ 6 – 12 ชั่วโมงต่อวัน จำนวน 19 คิดเป็นร้อยละ 17.27 น้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน จำนวน 18 คิดเป็น ร้อยละ 16.36 (ดังแสดงในตารางที่ 4.47)

ตารางที่ 4.47 การใช้ในการให้การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล จำแนกตามจังหวัด

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
ระยะเวลาดูแล เป็นรายเดือน	**Mean=6 ด. SD=2.345 Min=2 ด. Max=8 ด.**	**Mean=4 ด. SD=0.000 Min=4 ด. Max=4 ด.**	**Mean=4 ด. SD=1.764 Min=1 ด. Max=6 ด.**	**Mean=4.56 ด. SD=1.947 Min=1 ด. Max=8 ด.**
น้อยกว่า 1 เดือน			1 (2.13)	1 (0.91)
2 – 3 เดือน	1 (3.03)		3 (6.38)	4 (3.64)
4 – 6 เดือน	1 (3.03)	3 (10.00)	6 (12.77)	10 (9.09)
7 – 9 เดือน	3 (9.09)			3 (2.73)
รวม	**5 (15.15)**	**3 (10.00)**	**10 (21.28)**	**18 (16.36)**
รวมทั้งหมด	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
ระยะเวลาดูแล เป็นรายปี	**Mean=7.26 ปี SD=7.304 Min=1 ปี Max=30 ปี**	**Mean=9.48 ปี SD=7.366 Min=2 ปี Max=30 ปี**	**Mean=6.35 ปี SD=9.803 Min=1 ปี Max=60 ปี**	**Mean=7.39 ปี SD=8.575 Min=1 ปี Max=60 ปี**
น้อยกว่า 2 ปี	9 (27.27)	2 (6.67)	15 (31.91)	26 (23.64)
3 - 5 ปี	7 (21.21)	5 (16.67)	14 (29.79)	26 (23.64)
6 - 10 ปี	3 (9.09)	10 (33.33)	7 (14.89)	20 (18.18)
10 ปีขึ้นไป	8 (24.24)	6 (20.00)	7 (14.89)	21 (19.09)
รวม	**27 (81.82)**	**23 (76.67)**	**43 (91.49)**	**93 (84.55)**
รวมทั้งหมด	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล ภายใน 1 วัน (ชั่วโมงต่อวัน)	**Mean=14.48 ชม. SD=9.705 Min=1 ชม. Max=24 ชม.**	**Mean=19.03 ชม. SD=6.759 Min=1 ชม. Max=24 ชม.**	**Mean=16.76 ชม. SD=7.331 Min=3 ชม. Max=24 ชม.**	**Mean=16.67 ชม. SD=8.135 Min=1 ชม. Max=24 ชม.**
น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	11 (33.33)	1 (3.33)	6 (12.77)	18 (16.36)
6 – 12 ชั่วโมง	4 (12.12)	7 (23.33)	8 (17.02)	19 (17.27)
13 – 18 ชั่วโมง	3 (9.09)	3 (10.00)	9 (19.15)	15 (13.64)
19 - 24 ชั่วโมง	15 (45.45)	18 (60.00)	19 (40.43)	52 (47.27)
ไม่ระบุ		1 (3.33)	5 (10.64)	6 (5.45)
รวมทั้งหมด	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**

2.3.3 ความรู้สึกเหนื่อยล้ากายและใจในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล

ความรู้สึกเหนื่อยล้าทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล พบว่าส่วนใหญ่เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมาคือ ความรู้สึกเหนื่อยล้าในระดับน้อย จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 22.73 ความรู้สึกเหนื่อยล้าในระดับมาก จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 ในจำนวนนี้มีผู้ที่ไม่มีความรู้สึกเหนื่อยล้าเลย จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 13.64 (ดังแสดงในตารางที่ 4.48)

สาเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า พบว่า สาเหตุส่วนใหญ่คือ การที่ผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 58.18 รองลงมาคือ การที่ผู้สูงอายุชอบเอาแต่ใจตนเอง ไม่มีเหตุผล จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 39.09 ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนน้อย ใช้เวลาส่วนใหญ่ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 32.73 และการขาดแคลนเงินทองในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 15.45 (ดังแสดงในตารางที่ 4.48)

ตารางที่ 4.48 ความรู้สึกเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแล จำแนกตามจังหวัด

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
เคยรู้สึกเหนื่อยกาย/ใจในการดูแล				
ไม่รู้สึกเลย	6 (18.18)	4 (13.33)	5 (10.64)	15 (13.64)
รู้สึกน้อย	3 (9.09)	4 (13.33)	18 (38.30)	25 (22.73)
รู้สึกปานกลาง	13 (39.39)	16 (53.33)	15 (31.91)	44 (40.00)
รู้สึกมาก	9 (27.27)	4 (13.33)	9 (19.15)	22 (20.00)
ไม่ระบุ	2 (6.06)	2 (6.67)		4 (3.64)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
เหตุผลที่ทำให้ท่านรู้สึกเหนื่อย*				
ผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล	13 (39.39)	13 (43.33)	38 (80.85)	64 (58.18)
ผู้สูงอายุขี้โมโห	4 (12.12)		10 (21.28)	14 (12.73)
ผู้สูงอายุขี้น้อยใจ	7 (21.21)	1 (3.33)	6 (12.77)	14 (12.73)
ผู้สูงอายุชอบเอาแต่ใจตนเอง ไม่มีเหตุผล	9 (27.27)	5 (16.67)	29 (61.70)	43 (39.09)
ผู้ดูแลมักมีความขัดแย้งกับผู้สูงอายุ	2 (6.06)	6 (20.00)	3 (6.38)	11 (10.00)
ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนน้อย เพราะใช้เวลาส่วนใหญ่ดูแลผู้สูงอายุ	10 (30.30)	9 (30.00)	17 (36.17)	36 (32.73)
ขาดคนให้กำลังใจเมื่อมีความทุกข์ เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุ	5 (15.15)	1 (3.33)	4 (8.51)	10 (9.09)
ขาดแคลนเงินทองในการดูแลผู้สูงอายุ	10 (30.30)	4 (13.33)	3 (6.38)	17 (15.45)
ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคต่างๆ หรือสภาวะผู้สูงอายุ	3 (9.09)	2 (6.67)	2 (4.26)	7 (6.36)
รับสภาพของผู้ป่วยไม่ได้	1 (3.03)	1 (3.33)	1 (2.13)	3 (2.73)
ต้องดูแลลูกหลานร่วมกับดูแลผู้สูงอายุ	1 (3.03)			1 (0.91)
ลูกหลานไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล	1 (3.03)			1 (0.91)
ส่งกระทบต่อความเครียดของผู้ดูแล			1 (2.13)	1 (0.91)

หมายเหตุ * ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

2.3.4 การดูแลที่จัดให้กับผู้ป่วยสมองเสื่อม

กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแล แบ่งตามระดับความถี่ในการช่วยเหลือ พบว่า กิจกรรมที่ต้องให้การช่วยเหลือในระดับบ่อย ส่วนใหญ่คือ การเตรียมอาหาร การเตรียมยามากที่สุด จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 87.27 รองลงมาคือ การซื้อของใช้จำเป็นในชีวิตประจำวัน จำนวน 81คน คิดเป็นร้อยละ 73.64 และการทำความสะอาดบริเวณที่ผู้สูงอายุพักอาศัย รวมทั้งการซักรีดเสื้อผ้า จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00 กิจกรรมที่ต้องให้การช่วยเหลือในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่คือ การจัด/ปรับปรุงที่อาศัย สิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18 รองลงมาคือ การเข้าห้องน้ำและช่วยเหลือในการอาบน้ำรวมทั้งแต่งตัว จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 17.27 และการทำความสะอาดบริเวณที่ผู้สูงอายุพักอาศัย รวมทั้งการซักรีดเสื้อผ้า จำนวน 18คน คิดเป็นร้อยละ 16.36 กิจกรรมที่ต้องให้การช่วยเหลือในระดับน้อย ส่วนใหญ่คือ การติดต่อธุรกิจหรือหน่วยราชการ จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 28.18 การค้นหาสิ่งของที่เก็บไว้แล้วลืม จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 26.36 การช่วยพยุงให้เดิน/ เคลื่อนย้ายภายในบ้าน เช่น เดินขึ้นบันได ย้ายจากเก้าอี้ไปเตียงนอน และ การพาไปพบแพทย์ที่สถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย หรือไปซื้อยา/ติดต่อขอรับยา จำนวนเท่ากันคือ 27 คน คิดเป็นร้อยละ 24.55 (ดังแสดงในตารางที่ 2 ในภาคผนวก ข)

2.3.5 ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลายส่วนและเป็นค่าใช้จ่ายที่จำเป็นที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบ โดยไม่สามารถใช้สิทธิการรักษาพยาบาลสุขภาพถ้วนหน้าหรือสิทธิของรัฐอื่น ๆ ได้ พบว่า ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 4,174.14 บาท/เดือน โดยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนสูงสุด คือ 33,200 บาท/เดือน และต่ำที่สุดคือ 80 บาท/เดือน ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1,001 - 3,000 บาท/เดือน จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 27.27 และมีค่าใช้จ่ายมากกว่า 20,001 บาทขึ้นไป จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 6.36 (ดังแสดงในตารางที่ 4.49)

ตารางที่ 4.49 ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแล จำแนกตามจังหวัด

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
ค่าใช้จ่ายในการดูแล โดยประมาณ (บาท/เดือน)	**Mean=3,273.44 บ. SD=4,492.279 Min=80 บ. Max=23,200 บ.**	**Mean=4,867.31 บ. SD=4,390.314 Min=80 บ. Max=20,300 บ.**	**Mean=4,414.13 บ. SD=5,607.968 Min=725 บ. Max=33,200 บ.**	**Mean=4,174.14 บ. SD=4,982.600 Min=80 บ. Max=33,200 บ.**
น้อยกว่า 1,000 บ.	13 (39.39)	4 (13.33)	8 (17.02)	25 (22.73)
1,001 – 3,000 บ.	7 (21.21)	5 (16.67)	18 (38.30)	30 (27.27)
3,001 - 5,000 บ.	6 (18.18)	8 (26.67)	7 (14.89)	21 (19.09)
5,001 - 10,000 บ.	4 (12.12)	6 (20.00)	9 (19.15)	19 (17.27)
10,001 - 15,000 บ.	1 (3.03)	2 (6.67)	1 (2.13)	4 (3.64)
15,001 - 20,000 บ.			1 (2.13)	1 (0.91)
มากกว่า 20,001 บาทขึ้นไป	1 (3.03)	1 (3.33)	1 (2.13)	3 (2.73)
ไม่ระบุ	1 (3.03)	4 (13.33)	2 (4.26)	7 (6.36)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**

เมื่อพิจารณารายการค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ผู้ดูแลต้องจ่ายเพิ่มด้วยตนเอง โดยไม่ได้ใช้สิทธิด้านการรักษาพยาบาล (ดังแสดงในตารางที่ 3 ในภาคผนวก ข) มีดังนี้

ค่าของใช้ส่วนตัวหรือของใช้จำเป็น พบว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนสูงสุด คือ ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ อยู่ระหว่าง 425 - 6,000 บาท เฉลี่ยต่อเดือน 1,651.18±1,193.736 บาท รองลงมาคือ ค่าของใช้ชีวิตประจำวัน สบู่น้ำยาซักผ้า น้ำยาฆ่าเชื้อ วาสลีนแป้ง โลชั่นบำรุงผิว อยู่ระหว่าง 200 - 1,000 บาท เฉลี่ยต่อเดือน 616.67±318.852 บาท ค่าแผ่นรองซึมซับ อยู่ระหว่าง 200 – 1,000 บาท เฉลี่ยต่อเดือน 592.50±341.380 บาท และค่ากระดาษชำระ อยู่ระหว่าง 50 – 1,000 บาท เฉลี่ยต่อเดือน 279.39±214.936 บาท

ค่าอาหาร/เครื่องดื่ม พบว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนสูงสุด คือ ค่าอาหารเหลว อยู่ระหว่าง 2,000 – 5,000 บาท เฉลี่ยต่อเดือน 3,100.00±1,331.666 บาท รองลงมาคือ ค่าอาหารทั่วไป อยู่ระหว่าง 700 – 4,500 บาท เฉลี่ยต่อเดือน 2,977.78±936.392 บาท ค่าอาหารเสริม นมและนมแอนชัวร์ อยู่ระหว่าง 200 – 5,000 บาท เฉลี่ยต่อเดือน 1,393.33±1,166.423 บาท

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ พบว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนสูงสุด คือ ค่าบริการการตรวจพิเศษ เช่น ค่าเจาะเลือด ค่าบริการตรวจร่างกายประจำปี อยู่ระหว่าง 500 – 20,000 บาท เฉลี่ยต่อเดือน 4,742.86±6,888.120 บาท รองลงมาคือ ค่ายาเฉพาะในการรักษา/ใช้ประจำ เช่น ยาลดความดันโลหิต ยาเบาหวาน อยู่ระหว่าง 30 – 12,000 บาท เฉลี่ยต่อเดือน 2,018.21±2,912.186 บาท ค่าเวชภัณฑ์ต่างๆ เช่น สายให้อาหารทางจมูก สายสวนคาปัสสาวะ ถุงมือใช้แล้วทิ้ง หน้ากาก พลาสเตอร์ ออกซิเจน อยู่ระหว่าง 30 – 2,200 บาท เฉลี่ยต่อเดือน 505.45±591.394 บาท และค่าอุปกรณ์การทำแผลต่างๆ อยู่ระหว่าง 50 – 1,000 บาท เฉลี่ยต่อเดือน 338.75±322.510 บาท

ค่าจ้างเหมา พบว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนสูงสุด คือ ค่าจ้างผู้ดูแล (ประจำ) อยู่ระหว่าง 3,000 – 20,000 บาท เฉลี่ยต่อเดือน 11,800.00±6,379.655 บาท รองลงมาคือ ค่าจ้างกายภาพบำบัด อยู่ระหว่าง 1,200.00 – 3,600 บาท เฉลี่ยต่อเดือน 2,700.00±1,039.230 บาท ค่าจ้างทำหัตถการต่างๆ เช่น การดูดเสมหะ การทำแผล การสวนปัสสาวะ การพ่นยา อยู่ระหว่าง 200 – 2,500 บาท เฉลี่ยต่อเดือน 1,200.00±1,023.067 บาท และค่าจ้างนวดแผนไทย เฉลี่ยต่อเดือน 1,200 บาท

ค่าเดินทาง พบว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนสูงสุดอยู่ระหว่าง 60 – 8,300 บาท เฉลี่ยต่อเดือน 838.05±1,240.548 บาท โดยเป็นค่าเดินทางในการซื้อยาหรือวัสดุต่างๆ อยู่ระหว่าง 60 – 3,000 บาท เฉลี่ยต่อเดือน 629.00±511.00 บาท รองลงมาคือ ค่าเดินทางนำส่งโรงพยาบาล อยู่ระหว่าง 80 – 1,200 บาท เฉลี่ยต่อเดือน 544.00±518.73 บาท

ค่าสาธารณูปโภค ค่าน้ำค่าไฟ พบว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนสูงสุดอยู่ระหว่าง 160 - 600 บาท เฉลี่ยต่อเดือน 380.00±311.127 บาท

2.3.6 ความต้องการความช่วยเหลือจากภาครัฐของผู้ดูแล

ความต้องการความช่วยเหลือจากภาครัฐด้านค่าตอบแทนในฐานะผู้ดูแล ในกรณีที่รัฐบาลให้การช่วยเหลือครอบครัวที่มีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ส่วนใหญ่ต้องการค่าตอบแทนเฉลี่ย 4,382.69 บาท/เดือน โดยรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงสุด คือ 20,000 บาท/เดือน และต่ำที่สุดคือ 300 บาท/เดือน ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1,001 - 3,000 บาท/เดือน จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 44.55 บาท/เดือน (ดังแสดงในตารางที่ 4.50)

ตารางที่ 4.50 ความต้องการความช่วยเหลือจากรัฐของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามจังหวัด

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
ค่าตอบแทนที่รัฐควรจ่ายให้ผู้ดูแล (บาทต่อเดือน)	**Mean=2,906.45 บ. SD=1,913.624 Min=300 บ. Max=10,000 บ.**	**Mean=6,220.69 บ. SD=5,277.200 Min=700 บ. Max=20,000 บ.**	**Mean=4,211.36 บ. SD=3,011.699 Min=800 บ. Max=15,000 บ.**	**Mean=4,382.69 บ. SD=3,747.451 Min=300 บ. Max=20,000 บ.**
น้อยกว่า 1,000 บ.	6 (18.18)	3 (10.00)	2 (4.26)	11 (10.00)
1,001 – 3,000 บ.	18 (54.55)	7 (23.33)	24 (51.06)	49 (44.55)
3,001 - 5,000 บ.	6 (18.18)	9 (30.00)	10 (21.28)	25 (22.73)
5,001 - 10,000 บ.	1 (3.03)	5 (16.67)	7 (14.89)	13 (11.82)
10,001 - 15,000 บ.		3 (10.00)	7 (14.89)	4 (3.64)
15,001 - 20,000 บ.		2 (6.67)		2 (1.82)
ไม่ระบุ	2 (6.06)	1 (3.33)	3 (6.38)	6 (5.45)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**

การสนับสนุนบริการทางสังคมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาล อบต. ในพื้นที่ พบว่า มีการสนับสนุนงบประมาณให้ชมรมผู้สูงอายุมากที่สุด จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 31.82 รองลงมาคือ ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 10.91 ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 8.18 การจัดตั้งศูนย์ดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 6.36 และ การสนับสนุนอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.91 ขณะที่มีผู้ที่ไม่ทราบว่ามีการสนับสนุนบริการทางสังคมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งการจัดตั้งศูนย์ดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ และการสนับสนุนงบประมาณให้ชมรมผู้สูงอายุ จำนวนเท่ากัน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 11.82 (ดังแสดงในตารางที่ 4.51)

ตารางที่ 4.51 การสนับสนุนบริการทางสังคมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำแนกตามจังหวัด

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)											
	ขอนแก่น			นครราชสีมา			สุราษฎร์ธานี			รวม		
	ไม่มี	มี	ไม่ทราบ	ไม่มี	มี	ไม่ทราบ	ไม่มี	มี	ไม่ทราบ	ไม่มี	มี	ไม่ทราบ
การสนับสนุนบริการทางสังคมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาล อบต. ในพื้นที่*												
การจัดตั้งศูนย์ดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข	24 (72.73)	3 (9.09)	6 (18.18)	23 (76.67)		5 (16.67)	30 (63.83)	4 (8.51)	2 (4.26)	77 (70.00)	7 (6.36)	13 (11.82)
ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ	19 (57.58)	8 (24.24)	6 (18.18)	23 (76.67)		5 (16.67)	33 (70.21)	1 (2.13)	2 (4.26)	75 (68.18)	9 (8.18)	13 (11.82)
ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ	18 (54.55)	9 (27.27)	6 (18.18)	23 (76.67)		5 (16.67)	31 (65.96)	3 (6.38)	2 (4.26)	72 (65.45)	12 (10.91)	13 (11.82)
สนับสนุนงบประมาณให้ชมรมผู้สูงอายุ	10 (30.30)	17 (51.52)	6 (18.18)	20 (66.67)	3 (10.00)	5 (16.67)	19 (40.43)	15 (31.91)	2 (4.26)	49 (44.55)	35 (31.82)	13 (11.82)
สนับสนุนอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	28 (84.85)	1 (3.03)	4 (12.12)	30 (100.00)			34 (72.34)		2 (4.26)	92 (83.64)	1 (0.91)	6 (5.45)

หมายเหตุ * ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

2.4 ภาระการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลหลัก

ความรู้สึกของการรับภาระการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลหลัก โดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Zarit caregiver burden score) ฉบับภาษาไทย ฉบับ 12 ข้อ โดยแบ่งภาระที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบ ความเครียด และความรู้สึกเอาใส่ใจ (คะแนน 0 – 48 คะแนน) ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยที่มากบ่งชี้ถึงภาระการดูแลที่มากขึ้นตามลำดับ

ค่าคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลตามมิติภาระการดูแล พบว่า มิติที่ 3 ความรู้สึกเอาใส่ใจ มีค่าคะแนนค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานสูงที่สุด อยู่ที่ 1.47±1.136 คะแนน รองลงมา คือ มิติที่ 1 ผลกระทบ อยู่ที่ 0.97±0.826 คะแนน และมิติที่ 2 ความเครียด อยู่ที่ 0.90±0.734 คะแนน (ดังแสดงในตารางที่ 4.52)

เมื่อพิจารณาค่าคะแนนภาระการดูแลตามช่วงอายุของผู้ดูแล (ดังแสดงในตารางที่ 4 ภาคผนวก ข) พบว่า สัดส่วนของภาระการดูแลส่งผลกระทบต่อกลุ่มอายุน้อยกว่า 30 ปีมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป กลุ่มอายุ 70 – 79 ปี และอายุ 50 - 59 ปี โดยพบว่าใน มิติที่ 1 ผลกระทบ พบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป อยู่ที่ 1.64±0.607คะแนน รองลงมาคือ อายุ 70 – 79 ปี อยู่ที่ 1.40±0.957 คะแนน และอายุ 50 – 59 ปี อยู่ที่ 1.10±0.764 คะแนน มิติที่ 2 ความเครียด พบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป อยู่ที่ 1.36±0.953 คะแนน รองลงมาคือ อายุ 70 – 79 ปี อยู่ที่ 1.22±0.777 คะแนน และอายุ 50 – 59 ปี อยู่ที่ 0.95±0.498 คะแนน และมิติที่ 3 ความรู้สึกเอาใส่ใจ พบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป อยู่ที่ 2.20±1.440 คะแนน รองลงมาคือ กลุ่มอายุน้อยกว่า 30 ปี อยู่ที่ 2.38±0.946 คะแนน และอายุ 70 – 79 ปี อยู่ที่ 1.52±1.043 คะแนน

เมื่อพิจารณารายละเอียดค่าคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ตามมิติภาระการดูแล (ดังแสดงในตารางที่ 5 ในภาคผนวก ข) พบว่า มิติที่ 1 ผลกระทบที่มีสัดส่วนมากที่สุด คือ ความรู้สึกที่ไม่มีเวลาสำหรับตัวผู้ดูแลเองเพราะต้องใช้เวลาดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 1.34±1.175 คะแนน และส่วนใหญ่มีความรู้สึกอยู่ในระดับนานๆ ครั้ง จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 32.73 รองลงมา คือ ระดับเป็นครั้งคราว จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 21.82 ระดับเป็นบ่อยๆ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 12.73 และระดับมีเป็นประจำ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.64 ในจำนวนนี้มีผู้ดูแลที่บอกว่าไม่มีความรู้สึกดังกล่าว จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 28.18

มิติที่ 2 ความเครียดที่มีสัดส่วนมากที่สุด คือ ความรู้สึกเหนื่อยล้าเมื่อต้องอยู่ใกล้กับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 1.20±1.124 คะแนน และส่วนใหญ่มีความรู้สึกอยู่ในระดับนานๆ ครั้ง จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 28.18 ระดับเป็นครั้งคราว จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 และระดับเป็นบ่อยๆ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 8.18 ในจำนวนนี้มีผู้ดูแลที่บอกว่าไม่มีความรู้สึกดังกล่าว จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 42.37

มิติที่ 3 ความรู้สึกเอาใส่ใจมีสัดส่วนมากที่สุด คือ ความรู้สึกว่าควรจะทำหน้าที่ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมให้ได้ดีกว่านี้ คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 1.54±1.311 คะแนน และส่วนใหญ่มีความรู้สึกอยู่ในระดับนานๆ ครั้ง จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 29.09 ระดับเป็นครั้งคราว จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 19.09 ระดับเป็นบ่อยๆ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 16.36 และระดับมีเป็นประจำ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 8.18 ในจำนวนนี้มีผู้ดูแลที่บอกว่าไม่มีความรู้สึกดังกล่าว จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 26.36

ตารางที่ 4.52 ภาระการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแล โดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Zarit caregiver burden) ฉบับภาษาไทย

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
ภาระการดูแล				
มิติที่ 1 ผลกระทบ	0.98±0.890	0.69±0.712	1.16±0.813	0.97±0.826
มิติที่ 2 ความเครียด	1.01±0.809	0.76±0.667	0.92±0.719	0.90±0.734
มิติที่ 3 ความรู้สึกเอาใส่ใจ	1.97±1.305	1.03±0.928	1.40±1.009	1.47±1.136
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**

2.5 สถานะสุขภาพของผู้ดูแล

การประเมินสถานะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (The Short form Health Survey-36) ประกอบด้วย มิติด้านสุขภาพ 8 มิติ ได้แก่

2.5.1 การรับรู้ต่อสุขภาพทั่วไป (General health)

การรับรู้ต่อสุขภาพทั่วไป (General health) ของผู้ดูแล ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพในระดับดี จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 60.91 รองลงมาคือ อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 และระดับพอใช้ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 10.91 ในจำนวนนี้มีผู้ที่รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพที่ไม่ดีเลย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 4.6 (ดังแสดงในตารางที่ 4.53)

การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปเมื่อเปรียบเทียบในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่รับรู้ว่าภาวะสุขภาพเป็นเหมือนที่ผ่านมาหรือเหมือนเดิม จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 64.55 รองลงมาคือ ภาวะสุขภาพดีขึ้นบ้าง จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 24.55 และมีผู้ที่รับรู้ว่าภาวะสุขภาพแย่ลงบ้าง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 7.27 ในจำนวนนี้มีผู้ที่รับรู้ว่าภาวะสุขภาพแย่ลงอย่างมาก จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.91

ตารางที่ 4.53 การรับรู้ต่อสุขภาพของผู้ดูแล จำแนกตามจังหวัด

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
1. ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปใน 1 เดือนที่ผ่านมา				
ดีเยี่ยม		2 (6.67)	1 (2.13)	3 (2.73)
ดีมาก	9 (27.27)	3 (10.00)	10 (21.28)	22 (20.00)
ดี	20 (60.61)	17 (56.67)	30 (63.83)	67 (60.91)
พอใช้	3 (9.09)	5 (16.67)	4 (8.51)	12 (10.91)
ไม่ดีเลย	1 (3.03)	3 (10.00)	1 (2.13)	5 (4.55)
ไม่ระบุ			1 (2.13)	1 (0.91)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
2. ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปในเปรียบเทียบช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา				
ดีขึ้นมาก		1 (3.33)	1 (2.13)	2 (1.82)
ดีขึ้นบ้าง	11 (33.33)	10 (33.33)	6 (12.77)	27 (24.55)
เหมือนเดิม	16 (48.48)	18 (60.00)	37 (78.72)	71 (64.55)
แย่ลงบ้าง	6 (18.18)		2 (4.26)	8 (7.27)
แย่ลงมาก		1 (3.33)		1 (0.91)
ไม่ระบุ			1 (2.13)	1 (0.91)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**

2.5.2 ผลกระทบของภาวะสุขภาพในปัจจุบันต่อการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ดูแลหลัก

ผลกระทบหรือข้อจำกัดของภาวะสุขภาพในปัจจุบันต่อการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ดูแลหลัก พบว่ากิจกรรมที่มีผลกระทบมากที่สุด เรียงตามลำดับ คือ กิจกรรมที่ออกแรงมาก เช่น การวิ่ง การยกของหนักการเล่นกีฬาอย่างหนัก จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 รองลงมาคือ การเดินมากกว่าหนึ่งกิโลเมตรครึ่ง และการงอตัว คุกเข่า หรือ ก้มตัว จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 8.18 ส่วนกิจกรรมที่มีผลบ้างเล็กน้อย คือ กิจกรรมที่ออกแรงมาก เช่น การวิ่ง การยกของหนักการเล่นกีฬาอย่างหนัก จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 27.27 รองลงมาคือ การเดินมากกว่าหนึ่งกิโลเมตรครึ่ง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 20.19 และกิจกรรมที่ออกแรงปานกลาง เช่น เลื่อนโต๊ะ กวาดบ้าน ถูบ้าน จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 16.36 ขณะที่มีผู้ที่ระบุว่ากิจกรรมที่ไม่มีผลกระทบมากที่สุด เรียงตามลำดับคือ การอาบน้ำหรือแต่งตัว จำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 95.45 รองลงมาคือ การเดินขึ้นบันได 1 ชั้น จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 86.36 และการเดินขึ้นบันไดมากกว่า 1 ชั้นหรือมากกว่า จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 84.55 (ดังแสดงในตารางที่ 4.54)

ตารางที่ 4.54 ผลกระทบหรือข้อจำกัดของภาวะสุขภาพในปัจจุบันต่อการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ดูแลหลัก

ข้อมูล	ระดับผลกระทบ จำนวน (คน) และร้อยละ (%)									รวม		
	ขอนแก่น			นครราชสีมา			สุราษฎร์ธานี					
	มีผลมาก	มีผลบ้างเล็กน้อย	ไม่มีผล	มีผลมาก	มีผลบ้างเล็กน้อย	ไม่มีผล	มีผลมาก	มีผลบ้างเล็กน้อย	ไม่มีผล	มีผลมาก	มีผลบ้างเล็กน้อย	ไม่มีผล
ผลกระทบหรือข้อจำกัดของภาวะสุขภาพ												
3. กิจกรรมที่ออกแรงมาก เช่น การวิ่ง การยกของหนักการเล่นกีฬาอย่างหนัก	4 (12.12)	10 (30.30)	19 (57.58)	4 (13.33)	10 (33.33)	16 (53.33)	3 (6.38)	10 (21.28)	33 (70.21)	11 (10.00)	30 (27.27)	68 (61.82)
4. กิจกรรมที่ออกแรงปานกลาง เช่น เลื่อนโต๊ะ กวาดบ้าน ถูบ้าน		6 (18.18)	27 (81.82)	3 (10.00)	7 (23.33)	20 (66.67)	1 (2.13)	5 (10.64)	41 (87.23)	4 (3.64)	18 (16.36)	88 (80.00)
5. การหิ้วของจากการจ่ายตลาด หรือซุปเปอร์มาเก็ต		7 (21.21)	26 (78.79)	3 (10.00)	4 (13.33)	23 (76.67)	1 (2.13)	4 (8.51)	41 (87.23)	4 (3.64)	15 (13.64)	90 (81.82)
6. เดินขึ้นบันไดมากกว่า 1 ชั้นหรือมากกว่า	1 (3.03)	4 (12.12)	28 (84.85)	1 (3.33)	4 (13.33)	25 (83.33)	1 (2.13)	5 (10.64)	40 (85.11)	3 (2.73)	13 (11.82)	93 (84.55)
7. เดินขึ้นบันได 1 ชั้น	1 (3.03)	2 (6.06)	30 (90.91)	1 (3.33)	4 (13.33)	25 (83.33)	1 (2.13)	5 (10.64)	40 (85.11)	3 (2.73)	11 (10.00)	95 (86.36)
8. งอตัว คุกเข่า หรือก้มตัว	5 (15.15)	9 (27.27)	19 (57.58)	2 (6.67)	3 (10.00)	25 (83.33)	2 (4.26)	3 (6.38)	41 (87.23)	9 (8.18)	15 (13.64)	85 (77.27)
9. เดินมากกว่าหนึ่งกิโลเมตรครึ่ง	3 (9.09)	13 (39.39)	17 (51.52)	3 (10.00)	6 (20.00)	21 (70.00)	3 (6.38)	4 (8.51)	39 (82.98)	9 (8.18)	23 (20.91)	77 (70.00)
10.เดินหลายร้อยเมตร	2 (6.06)	8 (24.24)	23 (69.70)	2 (6.67)	4 (13.33)	24 (80.00)	3 (6.38)	3 (6.38)	40 (85.11)	7 (6.36)	15 (13.64)	87 (79.09)
11.เดินร้อยเมตร	2 (6.06)	5 (15.15)	26 (78.79)	1 (3.33)	3 (10.00)	26 (86.67)	3 (6.38)	3 (6.38)	40 (85.11)	6 (5.45)	11 (10.00)	92 (83.64)
12.อาบน้ำหรือแต่งตัว		1 (3.03)	32 (96.97)	1 (3.33)	1 (3.33)	28 (93.33)		1 (2.13)	45 (95.74)	1 (0.91)	3 (2.73)	105 (95.45)

2.5.3 ผลกระทบของภาวะสุขภาพและปัญหาทางอารมณ์ต่อการทำกิจกรรมของผู้ดูแลหลัก ในช่วง 1 เดือน

ผลกระทบสุขภาพร่างกายต่อการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ผลกระทบที่มากที่สุด คือ ทำงานได้น้อยกว่าที่ตั้งใจไว้ จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 34.55 รองลงมาคือ ทำให้ต้องลดเวลาในการทำงานหรือกิจกรรมอื่นๆลง จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 30.91 มีความลำบากที่จะทำงาน หรือ กิจกรรมอื่นๆ (เช่น ต้องใช้ความพยายามมากขึ้นกว่าเดิม) จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 ขณะที่ไม่มีผลกระทบที่มากสุดคือ ทำงานหรือทำกิจกรรมบางอย่างไม่ได้อย่างที่เคย จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00 (ดังแสดงในตารางที่ 4.55)

ปัญหาทางอารมณ์ มีผลต่อการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ผลกระทบที่มากที่สุด คือ ทำให้ต้องลดเวลาในการทำงานหรือกิจกรรมอื่นๆ ลง จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 รองลงมาคือ ทำงานได้น้อยกว่าที่ตั้งใจไว้ จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 25.45 และขาดความรอบคอบในการทำงานหรือกิจกรรมเหมือนอย่างที่เคยทำได้ จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 23.64 ขณะที่ไม่มีผลกระทบที่มากสุดคือ ขาดความรอบคอบในการทำงานหรือกิจกรรมเหมือนอย่างที่เคยทำได้ จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 75.45 (ดังแสดงในตารางที่ 4.55)

ตารางที่ 4.55 ผลกระทบของภาวะสุขภาพและปัญหาทางอารมณ์ต่อการทำกิจกรรมของผู้ดูแลหลัก ในช่วง 1 เดือน จำแนกตามจังหวัด

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)						รวม	
	ขอนแก่น		นครราชสีมา		สุราษฎร์ธานี			
	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่
ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา สุขภาพร่างกายมีต่อผลกระทบการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน*								
13. ทำให้ต้องลดเวลาในการทำงานหรือกิจกรรมอื่น ๆ ลง	22 (66.67)	11 (33.33)	21 (70.00)	9 (30.00)	32 (68.09)	14 (29.79)	75 (68.18)	34 (30.91)
14. ทำงานได้น้อยกว่าที่ตั้งใจไว้	17 (51.52)	14 (42.42)	23 (76.67)	7 (23.33)	40 (85.11)	7 (14.89)	80 (72.73)	28 (25.45)
15. ทำงานหรือทำกิจกรรมบางอย่างไม่ได้อย่างที่เคย	20 (60.61)	13 (39.39)	21 (70.00)	9 (30.00)	36 (76.60)	10 (21.28)	77 (70.00)	32 (29.09)
16. มีความลำบากที่จะทำงาน หรือ กิจกรรมอื่นๆ (เช่น ต้องใช้ความพยายามมากขึ้นกว่าเดิม)	19 (57.58)	14 (42.42)	21 (70.00)	9 (30.00)	36 (76.60)	10 (21.28)	76 (69.09)	33 (30.00)
ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาปัญหาทางอารมณ์ มีผลต่อการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน*								
17. ทำให้ต้องลดเวลาในการทำงานหรือกิจกรรมอื่นๆ ลง	22 (66.67)	11 (33.33)	24 (80.00)	6 (20.00)	30 (63.83)	16 (34.04)	76 (69.09)	33 (30.00)
18. ทำงานได้น้อยกว่าที่ตั้งใจไว้	24 (72.73)	9 (27.27)	24 (80.00)	6 (20.00)	33 (70.21)	81 (73.64)	30 (27.27)	28 (25.45)
19. ขาดความรอบคอบในการทำงานหรือกิจกรรมเหมือนอย่างที่เคยทำได้	23 (69.70)	10 (30.30)	26 (86.67)	4 (13.33)	34 (72.34)	12 (25.53)	83 (75.45)	26 (23.64)

หมายเหตุ * ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

2.5.4 ผลกระทบของภาวะสุขภาพ อาการปวดต่อการทำกิจกรรมทางสังคมของผู้ดูแลหลัก ในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา

อุปสรรคของปัญหาภาวะสุขภาพทางร่างกายและอารมณ์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ใน 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่ระบุว่าไม่เป็นอุปสรรค จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 57.27 ขณะที่มีผู้ระบุว่าเป็นอุปสรรคในระดับเพียงเล็กน้อยมากที่สุด จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 29.09 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 11.82 และระดับค่อนข้างมาก จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.91

อาการปวดเมื่อยในร่างกาย ใน 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่ระบุว่าไม่มีอาการ จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 31.82 ขณะที่มีผู้ระบุว่าเป็นมีอาการปวดในระดับปานกลางมากที่สุด จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 22.73 รองลงมาคือ ระดับเพียงเล็กน้อยจำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 21.82 ขณะที่มีผู้ที่ระบุว่าอยู่ในระดับรุนแรงจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 7.27 (ดังแสดงในตารางที่ 4.56)

ใน 1 เดือนที่ผ่านมา อาการปวดครั้งนั้น ส่งผลรบกวนการทำงานตามปกติ ทั้งการทำงานในบ้านและนอกบ้าน พบว่า ส่วนใหญ่ระบุว่าอาการปวดไม่รบกวนการทำงาน จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 44.55 ขณะที่มีผู้ระบุว่าเป็นอุปสรรคในระดับเพียงเล็กน้อยมากที่สุด จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 31.82 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 13.64 และระดับค่อนข้างมาก จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 9.09 (ดังแสดงในตารางที่ 4.56)

ตารางที่ 4.56 ผลกระทบของภาวะสุขภาพ อาการปวดต่อการทำกิจกรรมทางสังคมของผู้ดูแลหลักในช่วง 1 เดือน จำแนกตามจังหวัด

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
20. อุปสรรคของปัญหาภาวะสุขภาพทางร่างกายและอารมณ์ต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ใน 1 เดือนที่ผ่านมา				
ไม่เลย	22 (66.67)	22 (73.33)	19 (40.43)	63 (57.27)
เพียงเล็กน้อย	8 (24.24)	4 (13.33)	20 (42.55)	32 (29.09)
ปานกลาง	3 (9.09)	4 (13.33)	6 (12.77)	67 (60.91)
พอใช้	3 (9.09)	5 (16.67)	4 (8.51)	13 (11.82)
ค่อนข้างมาก			1 (2.13)	1 (0.91)
ไม่ระบุ			1 (2.13)	1 (0.91)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
21. อาการปวดเมื่อนในร่างกาย ใน 1 เดือนที่ผ่านมา				
ไม่มีเลย	5 (15.15)	12 (40.00)	18 (38.30)	35 (31.82)
น้อยมาก	5 (15.15)	2 (6.67)	10 (21.28)	17 (15.45)
เพียงเล็กน้อย	5 (15.15)	8 (26.67)	11 (23.40)	24 (21.82)
ปานกลาง	13 (39.39)	7 (23.33)	5 (10.64)	25 (22.73)
รุนแรง	5 (15.15)	1 (3.33)	2 (4.26)	8 (7.27)
ไม่ระบุ			1 (2.13)	1 (0.91)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**
22. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา อาการปวดครั้งนั้น ส่งผลรบกวนการทำงานตามปกติ ทั้งการทำงานในบ้านและนอกบ้าน				
ไม่เลย	11 (33.33)	16 (53.33)	22 (46.81)	49 (44.55)
เพียงเล็กน้อย	8 (24.24)	10 (33.33)	17 (36.17)	35 (31.82)
ปานกลาง	8 (24.24)	2 (6.67)	5 (10.64)	15 (13.64)
ค่อนข้างมาก	6 (18.18)	2 (6.67)	2 (4.26)	10 (9.09)
ไม่ระบุ			1 (2.13)	1 (0.91)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**

2.5.5 การแสดงความรู้สึกและเรื่องราวที่ผ่านมาในระหว่าง 1 เดือน ของผู้ดูแลหลัก

การแสดงความรู้สึกและเรื่องราวที่ผ่านมาในระหว่าง 1 เดือน ของผู้ดูแลหลัก ความรู้สึกในเชิงบวกของผู้ดูแล พบว่า ส่วนใหญ่ระบุว่า มีความรู้สึกสงบและเป็นสุข ในระดับบ่อยๆ มากที่สุด จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมาคือ รู้สึกมีความสุข จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 39.09 รู้สึกมีพลังมาก จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 34.55 (ดังแสดงในตารางที่ 4.57)

ส่วนความรู้สึกในเชิงลบของผู้ดูแล พบว่า ความรู้สึกว่าโดยธรรมชาติท่านรู้สึกเป็นกังวล เครียดง่าย จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 42.73 และรู้สึกเหนื่อยล้า จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 37.27 ขณะที่ความรู้สึกเชิงลบอื่นๆ ส่วนใหญ่ระบุว่าไม่มีความรู้สึก โดยความรู้สึกว่าจะทนอะไรไม่ได้มากที่สุด จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 64.55 รองลงมาคือ หดหู่จนไม่มีอะไรทำให้สดชื่นได้ จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 58.18 และ ความรู้สึกท้อแท้ใจและห่อเหี่ยว จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00

ตารางที่ 4.57 ความรู้สึกและเรื่องราวที่ผ่านมาในระหว่าง 1 เดือน ของผู้ดูแลหลัก จำแนกตามจังหวัด

คำอธิบาย 0 = ไม่มีเลย, 1 = นานๆครั้ง, 2 = บางเวลา, 3 = บ่อยๆ, 4 = เกือบตลอดเวลา, 5 = ตลอดเวลา

ข้อมูล	ระดับความรู้สึก จำนวน (คน) และร้อยละ (%)																							
	ขอนแก่น						นครราชสีมา						สุราษฎร์ธานี						รวม					
	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
23. ท่านรู้สึกมีชีวิตชีวา	1 (3.03)	2 (6.06)	6 (18.18)	11 (33.33)	7 (21.21)	6 (18.18)			7 (23.33)	13 (43.33)	9 (30.00)	1 (3.33)	1 (2.13)	3 (6.38)	7 (14.89)	12 (25.53)	18 (38.30)	5 (10.64)	2 (1.82)	5 (4.55)	20 (18.18)	36 (32.73)	34 (30.91)	12 (10.91)
24. โดยธรรมชาติท่านรู้สึกเป็นกังวลเครียดง่าย	3 (9.09)	12 (36.36)	13 (39.39)	4 (12.12)	1 (3.03)		13 (43.33)	10 (33.33)	6 (20.00)	1 (3.33)				9 (19.15)	25 (53.19)	9 (19.15)	3 (6.38)		25 (22.73)	47 (42.73)	28 (25.45)	8 (7.27)	1 (0.91)	
25. หดหู่จนไม่มีอะไรทำให้สดชื่นได้	14 (42.42)	11 (33.33)	5 (15.15)	3 (9.09)			18 (60.00)	9 (30.00)	2 (6.67)	1 (3.33)			32 (68.09)	6 (12.77)	7 (14.89)		1 (2.13)		64 (58.18)	26 (23.64)	14 (12.73)	4 (3.64)	1 (0.91)	
26. สงบและเป็นสุข		7 (21.21)	6 (18.18)	11 (33.33)	7 (21.21)	2 (6.06)			4 (13.33)	14 (46.67)	10 (33.33)	2 (6.67)			9 (19.15)	19 (40.43)	17 (36.17)	1 (2.13)		7 (6.36)	19 (17.27)	44 (40.00)	34 (30.91)	5 (4.55)
27. มีพลังมาก		4 (12.12)	8 (24.24)	9 (27.27)	10 (30.30)	2 (6.06)			7 (23.33)	13 (43.33)	9 (30.00)	1 (3.33)	1 (2.13)	2 (4.26)	12 (25.53)	11 (23.40)	19 (40.43)	1 (2.13)	1(0.91)	6 (5.45)	27 (24.55)	33 (30.00)	38 (34.55)	4 (3.64)

ข้อมูล	ระดับความรู้สึก จำนวน (คน) และร้อยละ (%)																							
	ขอนแก่น						นครราชสีมา						สุราษฎร์ธานี						รวม					
	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
28. ท้อแท้ใจ ห่อเหี่ยว	8 (24.24)	13 (39.39)	9 (27.27)	2 (6.06)	1 (3.03)		15 (50.00)	6 (20.00)	7 (23.33)	2 (6.67)			21 (44.68)	21 (44.68)	3 (6.38)	1 (2.13)			44 (40.00)	40 (36.36)	19 (17.27)	5 (4.55)	1 (0.91)	
29. รู้สึกว่าจะทนอะไรไม่ได้	16 (48.48)	10 (30.30)	5 (15.15)	1 (3.03)	1 (3.03)		19 (63.33)	8 (26.67)	3 (10.00)				36 (76.60)	7 (14.89)	2 (4.26)	1 (2.13)			71 (64.55)	25 (22.73)	10 (9.09)	2 (1.82)	1 (0.91)	
30. มีความสุข	5 (15.15)	4 (12.12)	12 (36.36)	10 (30.30)	2 (6.06)				3 (10.00)	16 (53.33)	10 (33.33)	1 (3.33)		1 (2.13)	5 (10.64)	15 (31.91)	20 (42.55)	5 (10.64)	6 (5.45)	12 (10.91)	43 (39.09)	40 (36.36)	8 (7.27)	
31. รู้สึกเหนื่อยล้า	4 (12.12)	11 (33.33)	10 (30.30)	7 (21.21)	1 (3.03)		14 (46.67)	4 (13.33)	4 (13.33)	8 (26.67)			6 (12.77)	26 (55.32)	9 (19.15)	4 (8.51)	1 (2.13)		24 (21.82)	41 (37.27)	23 (20.91)	19 (17.27)	2 (1.82)	

2.5.6 ผลกระทบของปัญหาสุขภาพทางกายและจิตใจต่อการรบกวนการเข้าสังคมของผู้ดูแลหลัก ในช่วง 1 เดือน

ปัญหาสุขภาพทางกายและจิตใจต่อการรบกวนการเข้าสังคม ในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่ระบุว่าไม่รบกวนเลยมากที่สุด จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 58.18 รองลงมาคือ รบกวนนาน ๆ ครั้ง จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 24.55 และรบกวนบางเวลา จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 13.64 ในจำนวนนี้มีผู้ที่ระบุว่ารบกวนตลอดเวลา จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.91 และเกือบตลอดเวลา จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.82 (ดังแสดงในตารางที่ 4.58)

ตารางที่ 4.58 ผลกระทบของปัญหาสุขภาพทางกายและจิตใจต่อการรบกวนการเข้าสังคมของผู้ดูแลหลัก ในช่วง 1 เดือน จำแนกตามจังหวัด

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
32. ปัญหาสุขภาพทางกายและจิตใจต่อการรบกวนการเข้าสังคม ในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา				
ตลอดเวลา			1 (2.13)	1 (0.91)
เกือบตลอดเวลา			2 (4.26)	2 (1.82)
บางเวลา	5 (15.15)	2 (6.67)	8 (17.02)	15 (13.64)
นานๆ ครั้ง	10 (30.30)	6 (20.00)	11 (23.40)	27 (24.55)
ไม่รบกวนเลย	18 (54.55)	22 (73.33)	24 (51.06)	64 (58.18)
ไม่ระบุ			1 (2.13)	1 (0.91)
รวม	**33 (100.00)**	**30 (100.00)**	**47 (100.00)**	**110 (100.00)**

2.5.7 ความคิดเห็นต่อสุขภาพของตนเองของผู้ดูแลหลัก

ความคิดเห็นต่อสุขภาพของตนเองของผู้ดูแลหลัก พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ระบุว่า ในระดับที่ถูกต้องเป็นส่วนมาก คือ ตนเองมีสุขภาพที่ดีเยี่ยม จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 60.91 และตนเองมีสุขภาพดีเหมือนทุกคนที่ท่านรู้จัก จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 ในระดับที่ไม่ถูกต้องเป็นส่วนมาก คือ รู้สึกว่าเจ็บป่วยง่ายกว่าคนอื่นๆ จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 38.18 คาดว่าสุขภาพจะแย่ลง จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 31.82 (ดังแสดงในตารางที่ 4.59)

ตารางที่ 4.59 ความคิดเห็นต่อสุขภาพของตนเองของผู้ดูแลหลัก จำแนกตามจังหวัด

คำอธิบาย 0 = ไม่ถูกต้องเลย, 1 = ไม่ถูกต้องเป็นส่วนมาก, 2 = ไม่ทราบ, 3 = ถูกต้องเป็นส่วนมาก, 4 = ถูกต้องที่สุด

ข้อมูล	ระดับความรู้สึก จำนวน (คน) และร้อยละ (%)																			
	ขอนแก่น					นครราชสีมา					สุราษฎร์ธานี					รวม				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
33. รู้สึกว่าเจ็บป่วยง่าย กว่าคนอื่นๆ	13 (39.39)	9 (27.27)	2 (6.06)	9 (27.27)		10 (33.33)	10 (33.33)	6 (20.00)	4 (13.33)		18 (38.30)	23 (48.94)	2 (4.26)	2 (4.26)		41 (37.27)	42 (38.18)	10 (9.09)	15 (13.64)	
34. มีสุขภาพดีเหมือน ทุกคนที่ท่านรู้จัก		5 (15.15)	2 (6.06)	14 (42.42)	12 (36.36)	1 (3.33)	3 (10.00)	7 (23.33)	12 (40.00)	7 (23.33)		11 (23.40)		29 (61.70)	5 (10.64)	1 (0.91)	19 (17.27)	9 (8.18)	55 (50.00)	24 (21.82)
35. คาดว่าสุขภาพจะแย่ลง	11 (33.33)	6 (18.18)	9 (27.27)	7 (21.21)		9 (30.00)	8 (26.67)	6 (20.00)	7 (23.33)		15 (31.91)	21 (44.68)	3 (6.38)	6 (12.77)		35 (31.82)	35 (31.82)	18 (16.36)	20 (18.18)	
36. มีสุขภาพดีเยี่ยม	1 (3.03)	5 (15.15)	4 (12.12)	18 (54.55)	5 (15.15)		2 (6.67)	3 (10.00)	20 (66.67)	5 (16.67)	2 (4.26)	11 (23.40)	1 (2.13)	29 (61.70)	2 (4.26)	3 (2.73)	18 (16.36)	8 (7.27)	67 (60.91)	12 (10.91)

2.5.8 ภาพรวมสถานะสุขภาพ

พิจารณาภาวะสุขภาพของผู้ดูแลหลักตามหัวข้อรายจังหวัด พบภาวะสุขภาพส่วน Pain, General health และ Health change มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P = 0.0059, 0.0040 และ 0.0336 ตามลำดับ) โดยพบว่าจังหวัดขอนแก่น และ จังหวัดนครราชสีมา มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในส่วน Emotional well-being เท่ากับ 14.32±1.85 และ 14.09±2.34 ตามลำดับ ส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดในส่วน General health เท่ากับ 13.65±2.29 (ดังแสดงในตารางที่ 4.60)

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุของผู้ดูแลหลัก พบว่ามีคะแนนภาวะสุขภาพรวมเฉลี่ยเท่ากับ 12.24±4.15 โดยผู้ดูแลหลักในกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 30 ปี อายุ 31-40 ปี อายุ 41-50 ปี อายุ 51-60 ปี และอายุ 61-70 ปี มีปัญหาในส่วนของ Emotional well-being สูงสุด คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.4±3.66 ถึง 14.59±2.01 ในขณะที่กลุ่มอายุ 31-40 ปี มีปัญหาในเรื่อง General health คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.27±1.42 ส่วนกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป มีปัญหาในส่วนของ Physical functioning มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.14±5.42 และเป็นกลุ่มอายุของผู้ดูแลหลักที่มีปัญหาภาวะสุขภาพโดยรวมมากกว่ากลุ่มอายุอื่น คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.14±5.42 ผู้ดูแล (ดังแสดงในตารางที่ 6 ในภาคผนวก ข)

ตารางที่ 4.60 ค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพของผู้ดูแลหลักจำแนกตามจังหวัด

ข้อมูล	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน			Mean ±SD	p-value
	ขอนแก่น	สุราษฎร์ธานี	นครราชสีมา		
Physical functioning	13.03±3.64	12.87±4.67	11.31±4.02	12.24±4.15	0.1168
Role functioning/physical	6.39±1.69	6.8±1.77	6.83±1.86	6.69±1.78	0.6514
Role functioning/ emotional	5±1.25	5.47±1.11	5.02±1.39	5.14±1.28	0.2678
Energy/fatigue	12.64±2.37	11.9±1.56	11.54±2.44	11.96±2.24	0.0952
Emotional well-being	14.67±2.23	13.87±1.98	13.83±2.59	14.09±2.34	0.2422
Social functioning	3.09±1.28	2.83±1.21	3.5±1.52	3.2±1.39	0.1024
Pain	5.36±2.21	4.33±2.14	3.83±1.93	4.42±2.15	0.0059
General health	14.18±1.65	13.97±1.5	12.73±2.59	13.5±2.17	0.0040
Health change	3.61±1.03	3.93±0.74	3.27±1.28	3.55±1.11	0.0336

โดยสรุป สถานการณ์ของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ในจำนวน 110 คน 1) ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าชาย อายุเฉลี่ย 56.05 ปี อายุที่มากที่สุด คือ 85 ปี และอายุที่ น้อยที่สุดคือ 23 ปี ซึ่งพบในพื้นที่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มอายุของผู้ดูแลที่พบมากที่สุดอยู่ระหว่าง 40 – 49 ปี และมีความสัมพันธ์กับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมคือเป็นบุตรสาว ซึ่งพบทั้ง 3 พื้นที่ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาเรียนน้อยกว่าหรือทั้งหมด 6 ปี 2) ข้อมูลสุขภาพ แม้จะพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพ ยังมีผู้ดูแลบางส่วนที่มีโรคประจำตัวในขณะที่ต้องให้การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วย โรคประจำตัวที่พบมากคือกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และยังพบผู้ดูแลที่มีปัญหาโรคกระดูกสันหลังเสื่อม ซึ่งพบในพื้นที่ จังหวัดนครราชสีมา ส่วนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการดูแลสุขภาพด้วยการออกกำลังกายมากที่สุด ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด การทำงานและรายได้ของผู้ดูแลนั้น ปัจจุบันไม่ได้ทำงานหรือประกอบอาชีพเป็นส่วนใหญ่ สาเหตุที่ต้องออกจากงาน 3 อันดับแรกคือ ลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุโดยพบในพื้น จังหวัดขอนแก่นมากที่สุด ขณะที่บางส่วนเกษียณอายุ/ชราภาพและต้องออกมาดูแลบ้านหรือบุคคลในครอบครัว ส่วนผู้ที่ยังประกอบอาชีพ มีอาชีพเกษตรกรรม/กสิกรรมเป็นส่วนใหญ่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเมื่อรวมจากทุกแหล่ง รายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 12,0732.57 บาท/เดือน โดยรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงสุด คือ 80,000 บาท/เดือน และต่ำที่สุดคือ 600 บาท/เดือน โดยในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้ดูแลมีรายได้เฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ที่ 16,445.33 บาท 3) การดูแลที่ผู้ดูแลจัดให้กับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลใน 3 พื้นที่ ผู้ดูแลส่วนใหญ่รับผิดชอบดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพียงคนเดียว และมีผู้ช่วยในบางเวลา โดยบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ให้ความรู้ในการให้การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด ระยะเวลาในการให้การดูแล ระยะเวลาเป็นรายเดือน พบว่า มีระยะเวลาเฉลี่ยอยู่ที่ 4.56 เดือน ระยะเวลามากที่สุด คือ 8 เดือน และน้อยที่สุดคือ 1 เดือน เมื่อเปรียบเทียบใน 3 พื้นที่พบว่าพื้นที่ จังหวัดขอนแก่น มี ระยะเวลาเฉลี่ยรายเดือนมากที่สุดอยู่ที่ 6 เดือน และสำหรับระยะเวลารายปี พบว่า มีระยะเวลาเฉลี่ยอยู่ที่ 7.39 ปี ระยะเวลามากที่สุด คือ 60 ปี และน้อยที่สุดคือ 1 ปี โดย ในพื้นที่ จังหวัดนครราชสีมา มีระยะเวลาเฉลี่ย รายปีมากที่สุดอยู่ที่ 9.48 ปี สำหรับระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลภายใน 1 วัน (ชั่วโมงต่อวัน) โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 16.67 ชั่วโมงต่อวัน โดยการใช้เวลาดูแลส่วนใหญ่อยู่ที่ 19 - 24 ชั่วโมงต่อวัน โดยในพื้นที่ จังหวัดนครราชสีมาใช้ระยะเวลาในการดูแลนานที่สุดคือ 19.03 ชั่วโมง ความรู้สึกเหนื่อยล้าทั้งด้านร่างกายและจิตใจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแล ส่วนใหญ่เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง สาเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าส่วนใหญ่คือ การที่ผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล และการที่ผู้สูงอายุชอบเอาแต่ใจตนเอง ไม่มีเหตุผล กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลส่วนใหญ่คือ การเตรียมอาหาร การเตรียมยามากที่สุด ค่าใช้จ่ายในการดูแล

ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ผู้ดูแลรับผิดชอบ โดยไม่สามารถใช้สิทธิการรักษาพยาบาลสุขภาพถ้วนหน้าหรือสิทธิของรัฐอื่น ๆ ได้ โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 4,174.14 บาท/เดือน โดยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนสูงสุด คือ 33,200 บาท/เดือน และต่ำที่สุดคือ 80 บาท/เดือน โดยมีรายการค่าใช้จ่ายที่มากที่สุด แต่ละรายการพบว่า เป็นค่าของใช้ส่วนตัวหรือของใช้จำเป็นคือค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่สูงที่สุด เฉลี่ยต่อเดือน 1,651.18±1,193.736 บาท และพบมากในพื้นที่ จังหวัดขอนแก่น ค่าอาหาร/เครื่องดื่มคือ ค่าอาหารเหลว เฉลี่ยต่อเดือน 3,100.00±1,331.666 บาท และพบมากในพื้นที่ จังหวัดนครราชสีมา ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพคือ ค่าบริการการตรวจพิเศษ เช่น ค่าเจาะเลือด ค่าบริการตรวจร่างกายประจำปี เฉลี่ยต่อเดือน 4,742.86±6,888.120 บาท และพบมากในพื้นที่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ค่าจ้างเหมาคือ ค่าจ้างผู้ดูแล (ประจำ) เฉลี่ยต่อเดือน 11,800.00±6,379.655 บาท และพบมากในพื้นที่ จังหวัดนครราชสีมา และค่าเดินทางทั้งค่าเดินทางเพื่อการซื้อยาหรือวัสดุต่างๆ และค่าเดินทางนำส่งโรงพยาบาล เฉลี่ยต่อเดือน 838.05±1,240.548 บาท พบมากในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี ความต้องการความช่วยเหลือจากภาครัฐของผู้ดูแล ด้านค่าตอบแทนในฐานะผู้ดูแล ในกรณีที่รัฐบาลให้การช่วยเหลือครอบครัวที่มีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่ต้องการค่าตอบแทนเฉลี่ยต่อเดือน 4,382.69 บาท โดยค่าตอบแทนสูงสุดอยู่ในพื้นที่ จังหวัดนครราชสีมา เฉลี่ยต่อเดือน 6,220.69 บาท การสนับสนุนบริการทางสังคมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาล อบต. ในพื้นที่ส่วนใหญ่มีการสนับสนุนงบประมาณให้กับชมรมผู้สูงอายุมากที่สุด ขณะที่ทั้ง 3 พื้นที่ยังไม่มีการสนับสนุนด้านอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมากที่สุด 4) ภาระการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลหลัก โดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Zarit caregiver burden score) ฉบับภาษาไทย ฉบับ 12 ข้อ พบว่าค่าคะแนนภาระการดูแลเมื่อพิจารณาตามช่วงอายุของผู้ดูแลพบว่าส่งกระทบต่อกลุ่มอายุน้อยกว่า 30 ปีมากที่สุด มิติที่ 1 ผลกระทบที่มีสัดส่วนมากที่สุด คือ ความรู้สึกที่ไม่มีเวลาสำหรับตัวผู้ดูแลเองเพราะต้องใช้เวลาดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 1.34±1.175 คะแนน มิติที่ 2 ความเครียดที่มีสัดส่วนมากที่สุด คือ ความรู้สึกเหนื่อยล้าเมื่อต้องอยู่ใกล้กับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 1.20±1.124 คะแนน และมิติที่ 3 ความรู้สึกเอาใส่ใจมีสัดส่วนมากที่สุด คือ ความรู้สึกว่าควรจะทำหน้าที่ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมให้ได้ดีกว่านี้ คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 1.54±1.311 คะแนน และ 5) สถานะสุขภาพของผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (The Short form Health Survey-36) ประกอบด้วย มิติด้านสุขภาพ 8 มิติ พบว่าภาพรวมของสถานะสุขภาพของผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ Pain, General health และ Health change มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P = 0.0059, 0.0040 และ 0.0336 ตามลำดับ)

ตอนที่ 3 ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล

ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล ประกอบด้วย 1) ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยครอบครัว/ผู้ดูแล 2) ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการว่าจ้างผู้ดูแลรายเดือน และ 3) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

3.1 ข้อมูลด้านค่าใช้จ่าย

3.1.1 ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยครอบครัว/ผู้ดูแล

ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยครอบครัว/ผู้ดูแล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพมากที่สุด จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 62.73 รองลงมาคือ ค่าใช้จ่ายในการดูแลชีวิตประจำวันด้านสังคม จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 23.64 ค่าใช้จ่ายด้านอาหาร (ทั่วไป) จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 22.73 ค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์/กายอุปกรณ์และค่าผ้าอ้อม มีจำนวนเท่ากัน คือ 13 คน คิดเป็นร้อยละ 11.82 (ดังแสดงในตารางที่ 4.61)

ตารางที่ 4.61 ข้อมูลค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ที่มีสมองเสื่อม*

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
ค่าใช้จ่ายเรื่องสุขภาพ	17 (51.52)	19 (63.33)	33 (70.21)	69 (62.73)
ค่าใช้จ่ายในการดูแลชีวิตประจำวันด้านสังคม	14 (42.42)	6 (20.00)	6 (12.77)	26 (23.64)
ค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์/กายอุปกรณ์	2 (6.06)	6 (20.00)	5 (10.64)	13 (11.82)
ค่าใช้จ่ายด้านปรับปรุงบ้าน/ที่พักอาศัย	2 (6.06)	2 (6.67)	1 (2.13)	5 (4.55)
ค่าใช้จ่ายในการดูแลชีวิตประจำวัน อุปโภค บริโภค	2 (6.06)	4 (13.33)	2 (4.26)	8 (7.27)
ค่าใช้จ่ายด้านอาหาร (ทั่วไป)	8 (24.24)	2 (6.67)	15 (31.91)	25 (22.73)
ค่านมผงแอนชัว			1 (2.13)	1 (0.91)
ค่านม	1 (3.03)		2 (4.26)	3 (2.73)
ค่าผ้าอ้อม		3 (10.00)	10 (21.28)	13 (11.82)
ค่าเดินทาง	1 (3.03)	2 (6.67)	2 (4.26)	5 (4.55)
ค่าจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุ		2 (6.67)	3 (6.38)	5 (4.55)

หมายเหตุ * ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยครอบครัว/ผู้ดูแลที่มากที่สุด พบว่า ส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพมากที่สุด จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 38.18 รองลงมาคือ ค่าใช้จ่ายด้านอาหาร (ทั่วไป) จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18 ค่าใช้จ่ายในการดูแลชีวิตประจำวันด้าน สังคม จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 12.73 ค่าผ้าอ้อม มีจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 9.09 (ดังแสดงในตารางที่ 4.62)

ตารางที่ 4.62 ข้อมูลค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ที่มีสมองเสื่อมที่มากที่สุด*

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)			
	ขอนแก่น	นครราชสีมา	สุราษฎร์ธานี	รวม
ค่าใช้จ่ายเรื่องสุขภาพ	12 (36.36)	9 (30.00)	21 (44.68)	42 (38.18)
ค่าใช้จ่ายในการดูแลชีวิตประจำวันด้านสังคม	8 (24.24)	4 (13.33)	2 (4.26)	14 (12.73)
ค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์/กายอุปกรณ์	2 (6.06)	3 (10.00)		5 (4.55)
ค่าใช้จ่ายด้านปรับปรุงบ้าน/ที่พักอาศัย	1 (3.03)	1 (3.33)		2 (1.82)
ค่าใช้จ่ายในการดูแลชีวิตประจำวัน อุปโภค บริโภค		3 (10.00)		3 (2.73)
ค่าใช้จ่ายด้านอาหาร (ทั่วไป)	7 (21.21)	4 (13.33)	9 (19.15)	20 (18.18)
ค่าอาหารเหลวทางสายยาง			2 (4.26)	2 (1.82)
ค่านมผงแอนชัว	1 (3.03)		1 (2.13)	2 (1.82)
ค่านมเสริม			1 (2.13)	1 (0.91)
ค่าผ้าอ้อม		3 (10.00)	7 (14.89)	10 (9.09)
ค่าเดินทาง	1 (3.03)		1 (2.13)	2 (1.82)
ค่าจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุ		2 (6.67)	1 (2.13)	3 (2.73)

หมายเหตุ * ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

3.1.2 ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการว่าจ้างผู้ดูแลรายเดือนที่ผู้ดูแลตอบว่าสามารถจ่ายได้ต่อเดือน

ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการว่าจ้างผู้ดูแลรายเดือน ทั้งแบบไม่ค้างคืนและแบบค้างคืน พบว่า ค่าจ้างผู้ดูแลต่อเดือนแบบค้างคืน โดยเฉลี่ยคือ 15,808 บาทต่อเดือน ค่าจ้างสูงสุดคือ 200,000 บาทต่อเดือน และค่าจ้างต่ำสุดคือ 500 บาทต่อเดือน ซึ่งเป็นสัดส่วนที่มากกว่า ค่าจ้างผู้ดูแลต่อเดือนแบบไม่ค้างคืน โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 7,672 บาทต่อเดือน ค่าจ้างสูงสุดคือ 20,000 บาทต่อเดือน และค่าจ้างต่ำสุดคือ 300 บาทต่อเดือน (ดังแสดงในตารางที่ 4.63)

ตารางที่ 4.63 ข้อมูลค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการว่าจ้างผู้ดูแลรายเดือน

ข้อมูล	ขอนแก่น		นครราชสีมา		สุราษฎร์ธานี		เพศ	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ค่าจ้างผู้ดูแลต่อเดือน แบบไม่ค้างคืน	**Mean= 5,673 บ. SD= 4,369**		**Mean= 8,589 บ. SD= 4,262**		**Mean= 12,250 บ. SD= 4,031**		**Mean= 7,672 บ. SD= 4,629**	
น้อยกว่า 2,500 บ.	2 (28.6)	3 (20.0)	1 (9.1)	1 (5.9)			3 (14.3)	4 (12.1)
2,501 - 5,000 บ.	3 (42.9)	6 (40.0)	3 (27.3)	4 (23.5)			6 (28.6)	10 (30.3)
5,001 - 7,500 บ.			2 (18.2)				2 (9.5)	
7,501 - 10,000 บ.	2 (28.6)	4 (26.7)	3 (27.3)	9 (52.9)	2 (66.7)		7 (33.3)	13 (39.4)
10,001 - 20,000 บ.		2 (13.3)	2 (18.2)	3 (17.6)	1 (33.3)	1 (100.0)	3 (14.3)	6 (18.2)
รวม	**7 (100.0)**	**15 (100.0)**	**11 (100.0)**	**17 (100.0)**	**3 (100.0)**	**1 (100.0)**	**21 (100.0)**	**33 (100.0)**

ข้อมูล	ขอนแก่น		นครราชสีมา		สุราษฎร์ธานี		เพศ	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ค่าจ้างผู้ดูแลต่อเดือน แบบค้างคืน	**Mean= 7,432 บ. SD= 5,733**		**Mean= 21,732 บ. SD= 35,948**		**Mean= 25,000 บ. SD= 7,071**		**Mean= 15,808 บ. SD= 27,413**	
น้อยกว่า 2,500 บ.	1 (14.3)	2 (13.3)	1 (9.1)	1 (5.9)			2 (10.0)	3 (9.4)
2,501 - 5,000 บ.	3 (42.9)	6 (40.0)		1 (5.9)			3 (15.0)	7 (21.9)
5,001 - 7,500 บ.	1 (14.3)			1 (5.9)			1 (5.0)	1 (3.1)
7,501 - 10,000 บ.	2 (28.6)	2 (13.3)	5 (45.5)	4 (23.5)			7 (35.0)	6 (18.8)
10,001 - 20,000 บ.		5 (33.3)	3 (27.3)	6 (35.3)	1 (50.0)		4 (20.0)	11 (34.4)
20,000 บ. ขึ้นไป			2 (18.2)	4 (23.5)	1 (50.0)		3 (15.0)	4 (12.5)
รวม	**7 (100.0)**	**15 (100.0)**	**11 (100.0)**	**17 (100.0)**	**2 (100.0)**		**20 (100.0)**	**32 (100.0)**

3.1.3 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา พบว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงสุดเรียงตามลำดับ ได้แก่ ค่าอาหารเท่ากับ 1,222±2,240 บาท รองลงมาคือ ค่าจ้างผู้ดูแลเท่ากับ 753±3,453 บาท ค่าผ้าอ้อมเท่ากับ 738±1,003 บาท ค่านมเท่ากับ 603±1,205 บาท และค่ายาเท่ากับ 433±1,004 บาท ขณะที่พบว่าค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับทางการแพทย์ มีจำนวนเพียง 36±185 บาท ซึ่งอาจเนื่องผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ดังแสดงในตารางที่ 4.64)

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป มีค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการดูแลสูงสุดเฉลี่ย เท่ากับ 6,214±6,538 บาทต่อเดือน เป็นในส่วนของการจ้างผู้ดูแลเฉลี่ยเท่ากับ 1,209±4,329 บาทต่อเดือ นส่วนผู้ป่วยสมองเสื่อมที่พบในช่วงอายุที่น้อยคือ 50-59 ปี มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเท่ากับ 2,900±0 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายในเรื่องค่าอาหารเฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 1,900±0 บาท ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี จะเป็นค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนเรื่อง ค่าผ้าอ้อม เท่ากับ 600±849 บาท และค่าอาหารเท่ากับ 1,344 ±2,101 บาท ตามลำดับ ในขณะที่เมื่อพิจารณาตามระยะของภาวะสมองเสื่อม พบว่าระยะ 3 ของภาวะสมองเสื่อมมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสูงสุดเฉลี่ยเท่ากับ 8,573±7,054 บาทต่อเดือน เป็นในส่วนของการจ้างผู้ดูแลเท่ากับ 1,408±4,584 บาทต่อเดือน ระยะ 2 เฉลี่ยเท่ากับ 4,107±5,137 บาทต่อเดือน และระยะ 1 ต่ำสุดเฉลี่ยเท่ากับ 2,823±1,884 บาทต่อเดือน เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดจากค่าอาหารสูงสุดเท่ากับ 929±1,515 บาทต่อเดือน และ 806±1,201 บาทต่อเดือน ตามลำดับ (ดังแสดงในตารางที่ 4.65) พบพื้นที่จังหวัดนครราชสีมามีค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงสุดเฉลี่ยเท่ากับ 8,848 ±9,940 บาทต่อเดือน เมื่อพิจารณาในส่วนของค่าจ้างผู้ดูแลพบว่าจังหวัดขอนแก่นมีค่าใช่จ่ายในส่วนนี้ต่ำที่สุดเฉลี่ยเท่ากับ 89±419 บาทต่อเดือน อาจจะเป็นเพราะพื้นที่จังหวัดขอนแก่นเป็นลักษณะชนบท และเศรษฐฐานะค่อนข้างยากจน และการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่ครอบครัวจะดูแลกันเอง

ตารางที่ 4.64 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาจำแนกตามจังหวัด

ข้อมูล (N=69)	ขอนแก่น (31%)	นครราชสีมา (23%)	สุราษฎร์ธานี (44%)	รวม (100%)
ค่าเสื้อผ้า	77±156	35±95	10±54	37±108
ค่าจ้างนวด	0±0	0±0	46±79	21±57
ค่าจ้างผู้ดูแล	89±419	2,438±6,663	355±1,644	753±3,453
ค่าซ่อมแซมบ้านให้ผู้ช่วยดูแล	303±1,421	0±0	0±0	97±803
ค่าทางการแพทย์	0±0	88±333	35±140	36±185
ค่านม	659±1,928	564±589	583±715	603±1,205
ค่าผ้าอ้อม	385±548	1,331±1,405	682±896	738±1,003
ค่ายา	131±361	633±1,037	544±1,246	433±1,004
ค่ารถ	179±326	655±982	373±348	376±574
ค่าร่วมกิจกรรม	14±64	0±0	0±0	4±36
ค่าอาหาร	1,340±1,426	2,778±3,887	275±561	1,222±2,240

ข้อมูล (N=69)	ขอนแก่น (31%)	นครราชสีมา (23%)	สุราษฎร์ธานี (44%)	รวม (100%)
ค่าอุปกรณ์ เช่น สำลี วาสลีน ค่าทิชชู ค่าแป้ง อื่นๆ	374±923	629±786	198±391	354±704
อาหารเสริม	169±311	782±1,646	303±483	371±887
อื่นๆ	137±237	6±25	28±145	57±173
รวม	3,464±3,943	8,848±9,940	2,715±3,430	5,103±5,607

ตารางที่ 4.65 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาจำแนก ตามระยะของภาวะสมองเสื่อม

ข้อมูล (N=69)	ระยะที่1 (32%)	ระยะที่2 (35%)	ระยะที่3 (30%)	รวม (100%)
ค่าเสื้อผ้า	22±77	61±144	27±88	37±108
ค่าจ้างนวด	28±65	14±47	21±61	21±57
ค่าจ้างผู้ดูแล	87±417	792±3,878	1,408±4,584	753±3,453
ค่าซ่อมแซมบ้านให้ผู้ช่วยดูแล	0±0	0±0	303±1,421	97±803
ค่าทางการแพทย์	48±162	3±16	61±284	36±185
ค่านม	466±464	352±328	1,019±2,020	603±1,205
ค่าผ้าอ้อม	174±351	583±1,087	1,497±925	738±1,003
ค่ายา	480±1,205	383±953	438±861	433±1,004
ค่ารถ	282±338	247±463	617±789	376±574
ค่าร่วมกิจกรรม	13±63	0±0	0±0	4±36
ค่าอาหาร	929±1,515	806±1,201	1,984±3,371	1,222±2,240
ค่าอุปกรณ์ เช่น สำลี วาสลีน ค่าทิชชู ค่าแป้ง อื่นๆ	94±249	155±317	844±1,029	354±704
อาหารเสริม	189±315	617±1,395	294±447	371±887
อื่นๆ	13±43	97±230	61±181	57±173
รวม	2,823±1,884	4,107±5,137	8,573±7,054	5,103±5,607

โดยสรุป สถานการณ์เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลนั้นจะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายที่ผู้ดูแลและครอบครัวต้องรับผิดชอบจำนวนมาก พบว่า 1) ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยครอบครัว/ผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพมากที่สุด โดยพบมากที่สุดในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี และในพื้นที่นี้ยังมีค่าใช้จ่ายด้านอาหาร (ทั่วไป)และค่าผ้าอ้อม มากที่สุดอีกด้วย ขณะที่ค่าใช้จ่ายในการดูแลชีวิตประจำวันด้านสังคมพบมากที่สุดในพื้นที่ จังหวัดขอนแก่น และค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์/กายอุปกรณ์พบมากที่สุดในพื้นที่ จังหวัดนครราชสีมา 2) ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการว่าจ้างผู้ดูแลรายเดือน ทั้งแบบ ไม่ค้างคืนและแบบค้างคืน พบว่า ค่าจ้างผู้ดูแลต่อเดือนแบบค้างคืน โดยเฉลี่ยคือ 15,808 บาทต่อเดือน และค่าจ้างผู้ดูแลต่อเดือนแบบไม่ค้างคืน โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 7,672 บาทต่อเดือน โดยในพื้นที่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีค่าจ้างผู้ดูแลต่อเดือนทั้งแบบค้างคืนและแบบไม่ค้างคืนโดยเฉลี่ยมากที่สุด และ 3) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่เกิดจากการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมสูงสุด ได้แก่ ค่าอาหารเท่ากับ 1,222±2,240 บาท ค่าจ้างผู้ดูแลเท่ากับ 753±3,453 บาท ค่าผ้าอ้อมเท่ากับ 738±1,003 บาท ค่านมเท่ากับ 603±1,205 บาท และค่ายาเท่ากับ 433±1,004 บาท ขณะที่พบว่าค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับทางการแพทย์ มีจำนวนเพียง 36±185 บาท ซึ่งอาจเนื่องผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

บทที่ 5

ทัศนคติ และมิติการดูแลด้านสุขภาพและสังคมในพื้นที่ที่ศึกษา ในมุมมองของบุคลากรด้านสุขภาพและด้านสังคม/ชุมชน

ทัศนคติ หมายถึง การแสดงออกถึงความชอบหรือไม่ชอบต่อบุคคล สถานที่ สิ่งของ หรือเหตุการณ์สิ่งใดสิ่งหนึ่ง ที่ส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของบุคคลนั้น[40] ในการศึกษาทัศนคติและมิติการดูแลด้านสุขภาพและสังคมในพื้นที่ที่ศึกษา ในมุมมองของบุคลากรด้านสุขภาพและด้านสังคม/ชุมชน จึงเป็นการแสดงออกถึงความตระหนักของบุคลากรด้านสุขภาพและด้านสังคม/ชุมชน ต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีอยู่ โดยผ่านการเรียนรู้จากประสบการณ์ จากการฝึกอบรม จนเกิดเป็นมุมมองของตน ที่ก่อให้เกิดการคิด ไตร่ตรอง อารมณ์และพฤติกรรมของตน ทำให้เข้าใจผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่นำสู่การให้การดูแล/ช่วยเหลือตามทัศนคตินั้นๆ

ทัศนคติในการศึกษานี้ เป็นทัศนคติของบุคลากรด้านสุขภาพและด้านสังคม/ชุมชนที่มีต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และต่อการดูแลที่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับ สำหรับมิติการดูแลคือ รูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีอยู่หรือจัดให้โดยทีมสุขภาพ การศึกษาใช้วิธีการสนทนากลุ่ม ในกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพทั้งสามพื้นที่ ซึ่งประมวล ข้อมูลไว้ได้ 3 ประเด็น คือ ทัศนคติและการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในมุมมองของบุคลากรด้านสุขภาพ ทัศนคติและการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในมุมมองของบุคลากรด้านสังคม/ชุมชน (รวมถึง ผู้ดูแล/ครอบครัว) และ สรุปทัศนคติและมิติการดูแลด้านสุขภาพและสังคมในพื้นที่ที่ศึกษา ในมุมมองของบุคลากรด้านสุขภาพ/สังคม/ชุมชน

5.1 ทัศนคติและการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในมุมมองของบุคลากรด้านสุขภาพ

บุคลากรด้านสุขภาพสะท้อนการรับรู้และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับดังนี้

5.1.1 ทัศนคติต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของบุคลากรด้านสุขภาพ

บุคลากรด้านสุขภาพในพื้นที่ที่ศึกษาทั้งสามพื้นที่มีการรับรู้และประสบการณ์ ว่าสังคมทั่วไปมีการรับรู้ และมีความเข้าใจภาวะสมองเสื่อมไม่ถ่องแท้ โดยครอบครัวเข้าใจว่า สมองเสื่อม เป็นความปกติของความสูงอายุ หรือความชราตามอายุ (บ้านฝาง; คีรีรัฐนิคม; และจอหอ) เป็นความเสื่อมตามธรรมชาติ (บ้านฝาง; คีรีรัฐนิคม) หรือเป็นโรคของเวรกรรม (คีรีรัฐนิคม) และด้วยทัศนคติดังกล่าว ส่งผลต่อ พฤติกรรมการดูแลโดยครอบครัวจึงมีลักษณะเป็นภาระที่ต้องทำ (บ้านฝาง; คีรีรัฐนิคม; และจอหอ) จนเกิดปรากฏการณ์ “จากรักเป็นเกลียด (ชัง)” (บ้านฝาง) หรือแม้แต่เห็นว่า ผู้สูงอายุมีบุญคุณ ที่ต้องทดแทน แต่ก็ยังเป็น “กตัญญูคล้องคอ” (คีรีรัฐนิคม) ทัศนคติที่ส่อพฤติกรรมที่ดีขึ้นบ้าง คือ คิดว่าเป็น “โอกาสที่จะได้บุญ ลำบากก็ยอม” (บ้านฝาง) แต่ประมวลได้ว่า เป็นความลำบากที่ต้องดูแล และยังต้องการผู้ดูแลหลายคน “ลูกหลานผลัดกันดูแล” (คีรีรัฐนิคม) แต่บางครั้งก็ไม่ใช่ลูกหลานทุกคน แต่เป็นภาระของผู้ที่ได้รับผลประโยชน์ “ใครได้มรดกก็ดูแลไป” (บ้านฝาง) ภาระนี้ “ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด” (บ้านฝาง) “ต้องดูแลด้วยใจ” (จอหอ) จนต้อง “ลาออกจากงานมาดูแล” (จอหอ) ที่เป็นปัญหาคือทีมสุขภาพมีประสบการณ์ว่า“ลูกหลานไม่ดูแล” (คีรีรัฐนิคม)

ในการดูแลนั้นครอบครัวต้องการ การสนับสนุนจากบุคลากร เจ้าหน้าที่สุขภาพ และคนในชุมชน ที่น่าสนใจ คือ ข้อมูลของบุคลากรด้านสุขภาพเห็นว่า ยังบ่งบอกว่าไม่เพียงแต่ประชาชนเท่านั้นที่ไม่เข้าใจภาวะสมองเสื่อม แต่ทีมสุขภาพเองยังมีส่วนที่ ไม่เข้าใจทั้งโรคและการดูแล “การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นเรื่องใหม่” (คีรีรัฐนิคม; จอหอ) “เป็นเรื่องที่ท้าทาย และมีความซับซ้อนในการดูแล” (คีรีรัฐนิคม)

ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้น ทั้งสามพื้นที่ชี้ชัดว่า “เป็นภาระ” (บ้านฝาง; คีรีรัฐนิคม; จอหอ) บางครอบครัวลูกหรือญาติใกล้ชิดต้องลาออกจากงานมาเพื่อมาดูแล (จอหอ) การดูแลมีความลำบากมากน้อยตามระยะของการเจ็บป่วย “ระยะแรกมองว่าไม่เป็นปัญหา” “น่ากลัว ต้องเฝ้าระวังถ้าก้าวร้าว (คีรีรัฐนิคม) นั่นคือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพา และภาระการดูแลนี้ไม่สามารถดูแลตามลำพังได้ ต้องการความช่วยเหลือจากหลายคน หลายวิธีการ (คีรีรัฐนิคม; จอหอ) และที่ต้องการมาก คือ การสนับสนุนและช่วยเหลือจากภาครัฐ ทั้งทางด้านสุขภาพและสังคม (คีรีรัฐนิคม; จอหอ)

ข้อมูลจากบุคลากรด้านสุขภาพต่อเรื่องการดูแลภาวะสมองเสื่อมโดยทีมสุขภาพนั้น พบว่า 2 ใน 3 ของพื้นที่ที่ศึกษา (คีรีรัฐนิคม; จอหอ) เห็นว่าการรับรู้ของเจ้าหน้าที่สุขภาพต่อเรื่องสมองเสื่อม ยังต้องการการปรับเปลี่ยน ด้วยส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นเรื่องใหม่ ความรู้ความเข้าในเรื่องสมองเสื่อมไม่เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถให้การดูแลได้ดี และเห็นว่าการดูแลเป็นความยุ่งยากและซับซ้อนที่ต้องการการพัฒนาทักษะ ต้องการมีแนวทางการดูแลที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถจัดระบบการบริการทางสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ

ทัศนคติต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และทีมสุขภาพในเรื่องสมองเสื่อมของบุคลากรด้านสุขภาพในพื้นที่ที่ศึกษา มีความคล้ายและแตกต่างกันบ้างตามพื้นที่ที่ศึกษา

ตารางที่ 5.1 ทัศนคติของบุคลากรด้านสุขภาพในพื้นที่ที่ศึกษา ต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และต่อภาวะสมองเสื่อมและการดูแล

พื้นที่	ทัศนคติของบุคลากรด้านสุขภาพ		
	ต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม	ต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม	ต่อภาวะสมองเสื่อมและการดูแล
อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น	**"เป็นโรคชรา ไม่ต้องรักษา"** สมองเสื่อมคือความชราตามวัย ครอบครัวมองผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม "เป็นโรคชรา ไม่ต้องรักษา"	**"จากรักเป็นเกลียด (ชัง)"** การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 1. เป็นภาระของผู้ดูแล "จากรักเป็นเกลียด (ชัง)" 2. เป็นโอกาสที่จะได้ดูแลบุพการีอย่างใกล้ชิดได้บุญ "ลำบากก็ยอม" 3. ผู้ที่รับมรดกเป็นผู้ดูแล "ใครได้มรดกก็ดูแลไป"	**"การดูแลยุ่งยาก"** มีความยุ่งยากในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
ตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา	**"ดูใสซื่อเหมือนเด็ก"** ทัศนคติต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม มองว่า "ดูใสซื่อเหมือนเด็ก อยากให้สมองดีตลอด น่าจะมีวิธีป้องกัน"	**"เป็นภาระ ต้องมีผู้ช่วย"** 1. เป็นภาระ/ญาติต้องลาออกจากงานมาดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 2. ต้องดูแลด้วยใจ ผู้ดูแลยังไม่เข้าใจอาการของผู้ป่วย 3. มีผู้ดูแลคนเดียว อยากให้มี care giver มาช่วยดูแลมากกว่า 1 คน 4. คนในชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการดูแล	**"เรื่องใหม่ ไร้ความรู้"** 1. บุคลากรสุขภาพมองว่าเป็นเรื่องใหม่รู้สึกอึดอัด/รำคาญ 2. บุคลากรและเจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้เรื่องสมองเสื่อม และแนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
อำเภอ คีรีรัฐนิคม จังหวัด สุราษฎร์ธานี	1. "สมองเสื่อมเป็นเรื่องธรรมชาติและเวรกรรม" "สมองเสื่อมเป็นความเสื่อมตามธรรมชาติ" และ "เป็นเวรกรรม" 2. "เป็นภาระ" เป็นภาระของครอบครัว รักษาไม่หาย ไม่ต้องไปโรงพยาบาล 3. "พฤติกรรมมีทั้ง น่าเอ็นดู น่าขำ และน่ากลัว" "มีความสุขในพฤติกรรมน่าเอ็นดู น่าขำ "น่ากลัว ต้องเฝ้าระวังถ้ามี พฤติกรรมก้าวร้าว"	**"เป็นภาระลูกหลาน กตัญญูคล้องคอชุมชน และทีมสุขภาพต้องช่วย"** 1. เป็นภาระต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแล 2. ต้องการความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น "ลูกหลานผลัดกันดูแล" เป็น "กตัญญูคล้องคอ" 3. ต้องการการสนับสนุนจากบุคลากรและเจ้าหน้าที่สุขภาพ เช่น "กังวลสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต" "ลูกหลานไม่ดูแล" 4. หน่วยงานในชุมชนต้องมีบทบาทช่วยในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 5. ผู้สูงอายุที่หลงลืม คนในชุมชนต้องช่วยกันดูแล กรณี "สงสารครอบครัว" และ "ลูกหลานไม่ดูแล"	**"เรื่องใหม่ ที่ท้าทาย"** 1. การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นเรื่องใหม่ 2. เป็นเรื่องที่ท้าทาย และมีความซับซ้อนในการดูแล 3. เป็นวัฒนธรรมของคีรีรัฐนิคม

ทัศนคติของบุคลากรด้านสุขภาพในสามพื้นที่ ต่อภาวะสมองเสื่อมและมิติการดูแลนั้น ชี้ให้เห็นว่า บุคลากรด้านสุขภาพเห็นว่าสังคมมีมุมมองทางลบต่อภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรักษาแก้ไข ด้วยเชื่อว่า เป็นความเสื่อมตามอายุและธรรมชาติ เป็นโรคกรรมโรคเวร เป็นผีบ้า จึงจำนนที่จะเยียวยาและการละเลยที่จะแก้ไข ด้วยความเป็นโรคกรรมโรคเวร คนในครอบครัวจึงต้องรับภาระในการดูแล ทัศนคติต่อการดูแลมีทั้งค่อนไปทางบวก คือ แบบแสดงความกตัญญู และค่อนไปทางลบ คือแบบจำยอม ไม่ว่าจะบวกหรือลบย่อมชี้นำการดูแล ซึ่งทัศนคติที่ออกผลเชิงลบต้องการปรับให้เหมาะสม ส่วนทัศนคติเชิงบวกต้องการการเสริมแรงให้เข้มแข็งและขยายวงออกไปเรื่อยๆ ข้อมูลที่สะท้อนชัดเจน คือ การดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมผิดปกติเหล่านี้กระทำโดยลำพังไม่ได้ ต้องช่วยกันหลายคนในครอบครัว และต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพและสังคมชุมชน

5.1.2 การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยบุคลากรด้านสุขภาพ

ในแต่ละพื้นที่ที่ศึกษามีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เป็นรูปธรรม แต่ระยะของการพัฒนาระบบในขณะที่ทำการศึกษานี้ยังมีความแตกต่างกันบ้าง ซึ่งรวมถึงรูปแบบหรือระบบที่พัฒนาขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่ แต่ที่ทุกพื้นที่มี คือ มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และเป็นการดูแลที่เชื่อมต่อกับระบบการดูแลระยะยาวของแต่ละพื้นที่ และกำลังดำเนินการพัฒนาให้ชัดเจน ต่อเนื่องและเป็นไปได้ตามบริบทของตน

มิติการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในสามพื้นที่ ดำเนินการในรูปแบบการระบบของการดูแล ที่มีตั้งแต่การคัดผู้ที่มีความจำปกติ และผู้ที่อาจมีความจำไม่ปกติอยู่บ้างออกจากกัน ที่เรียกว่า ระบบการคัดกรอง ระบบนี้ดำเนินการในชุมชน (บ้านฝาง) และชุมชนและคลินิกผู้สูงอายุ (คีรีรัฐนิคม; จอหอ) การคัดกรอง มีอสม. (บ้านฝาง; จอหอ) อผส. (คีรีรัฐนิคม; จอหอ) เป็นพลังที่สำคัญ เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบการคัดกรองสำหรับภาวะสมองเสื่อม (14 ข้อคำถาม) โดยมีบุคลากรด้านสุขภาพเป็นผู้วางแผนบริหารจัดการ ควบคุมคุณภาพ และประมวลผล ในการคัดกรองที่ทำในชุมชนนั้นสามารถครอบคลุมประชากรสูงอายุ (ที่อยู่ในสภาวะเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมตามอายุวัย) ได้มากกว่า ร้อยละ 80 ซึ่งถือเป็นการคุ้มครองทางสุขภาพอันดับต้นๆ ที่ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อมีภาวะสมองเสื่อมควรได้รับจากนโยบายการบริการทางสุขภาพที่ภาครัฐกำลังดำเนินการอยู่ การคัดกรองนี้สามารถค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงได้แต่เนิ่น ๆ และสามารถช่วยการจัดการดูแลภาวะสมองเสื่อมในชุมชนของพื้นที่ด้วย ซึ่งการดูแลกลุ่มปกติในแต่ละพื้นที่ เป้าหมายคือ การดูแลเพื่อส่งเสริมและป้องกันการลืม ซึ่งเป็นการคุ้มครองทางสุขภาพที่พึงมีเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพตามนโยบายสุขภาพที่ภาครัฐกำหนด ส่วนผู้ที่อยู่ในข่ายต้องสงสัยว่ามีปัญหาด้านความจำบกพร่อง จะถูกทำการคัดแยก (บางพื้นที่ยังใช้คำว่าคัดกรอง) โดยพยาบาลวิชาชีพ ด้วยแบบประเมิน 3 ชุด คือ TGDS, MMSE, MoCA ที่จะคัดแยกบุคคลได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ กลุ่มที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อย และกลุ่มที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม สองกลุ่มหลังที่มีปัญหาด้านความจำจะนำเข้าสู่ระบบการบริการทางการแพทย์/สุขภาพ ทำให้เกิดความคุ้มครองผู้ที่มีความเปราะบางหรือมีความเสี่ยง ให้สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ทันการณ์และสะดวกขึ้น กลุ่มที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อย จะได้รับการดูแลเพื่อการฟื้นฟูศักยภาพสมองโดยทีมสุขภาพ (ฟื้นฟู) ตามบริบทที่มีอยู่ของพื้นที่ ส่วนกลุ่มที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม จะเข้าสู่ระบบการวินิจฉัยรักษาบำบัด ที่มีแพทย์เฉพาะทางเป็นบุคลากรหลัก ซึ่งแต่ละพื้นที่พัฒนาการวินิจฉัยและรักษาตามบริบทของตนเอง ทั้งสามพื้นที่มีเครือข่ายความร่วมมือจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่เป็นแม่ข่าย โดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมาร่วมวินิจฉัยหรือให้การวินิจฉัยผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เพียงแต่รูปแบบของแต่ละระบบที่พื้นที่จะแตกต่าง

ระบบการวินิจฉัยรักษาบำบัดของบ้านฝาง มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมาร่วมกับแพทย์โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และทีมงานร่วมวินิจฉัยกลุ่มที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมทุกคน ในแบบที่เรียกว่า สภาลูกขุน โดยมีโรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานีจัดการ และมีเจ้าหน้าที่เฉพาะประสานการวินิจฉัยร่วมระหว่างทีมปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ เกิดเป็นระบบการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมที่สามารถดำเนินการได้ในระดับโรงพยาบาลชุมชน ในรูปแบบที่เรียกขานว่า สภาลูกขุน หลังจากการวินิจฉัยก็ให้ทางครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจและเลือกวิธีการรักษาและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมกัน ส่วนพื้นที่คีรีรัฐนิคม และจอหอนั้น การวินิจฉัยดำเนินโดยแพทย์ทั่วไป/ผู้เชี่ยวชาญ เช่นกันที่ชุมชนและคลินิกผู้สูงอายุ แต่เป็นการประสาน/ส่งต่อ/แนะนำให้ไปพบแพทย์เฉพาะทาง ในโรงพยาบาลแม่ข่าย และเป็นไปตามความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วยและครอบครัว ซึ่งที่คีรีรัฐนิคมนั้น ผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมจะถูกส่งต่อจากคลินิกผู้สูงอายุเพื่อการวินิจฉัย แต่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะยังไม่ได้รับการวินิจฉัยทันที เพราะมีคิวจึงต้องรอนานกว่าที่จะได้พบแพทย์เฉพาะทางในระดับโรงพยาบาลตติยภูมิ ส่วนที่จอหอหลังได้คำแนะนำให้ดำเนินการต่อ ผู้ที่คาดว่ามีภาวะสมองเสื่อมจะส่งต่อเข้าระบบบริการทางการแพทย์ที่คลินิคผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา แต่มีบางรายขอไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลค่ายสุรนารี

ระบบที่สามในมิติการดูแลที่บุคลากรด้านสุขภาพ จัดการผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ การดูแลต่อเนื่อง ซึ่งทุกพื้นที่หมายถึง การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน โดยร่วมกับครอบครัว พื้นที่ที่ศึกษาทั้งหมดใช้กลวิธีการเยี่ยมบ้านและให้การดูแลทั้งผู้ที่มีปัญหาและผู้ดูแล พื้นที่อำเภอคีรีรัฐนิคมมีการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาความจำบกพร่อง โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพสมองที่บ้าน ที่จอหอ มีการประเมินรายบุคคลในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมทุกราย มีการทำ Care plan ร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ป่วยและญาติ โดยมี Care manager เป็นผู้ดำเนินการ ส่วนพื้นที่บ้านฝาง การเยี่ยมบ้าน จะร่วมกับทีมการดูแลต่อเนื่องในชุมชนของโรงพยาบาลบ้านฝาง (COC) ที่เป็นทีมสหสาขา และพัฒนาความร่วมมือการทำการดูแลในพื้นที่แบบไตรภาคีมีส่วนร่วม (ทีมสุขภาพ/ทีมสังคม/ท้องถิ่น) และมีความพยายามจัดตั้งศูนย์การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโดยชุมชน

มิติการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของทั้งสามพื้นที่นั้น บ้านฝาง มีระบบการดูแลที่ครบวงจรอย่างเบ็ดเสร็จ โดยระบบย่อย 3 ระบบ คือ 1) ระบบคัดกรอง/คัดแยกที่ทำให้กับประชาชนในพื้นที่แบบเชิงรุก ในชุมชน ดังนั้นการคุ้มครองจึงครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง มี 2) ระบบวินิจฉัยบำบัดรักษา ที่เรียกว่าสภาลูกขุน เป็นการทำงานร่วมของทีมสุขภาพเฉพาะของสถานบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ ทำการวินิจฉัย ผู้ที่สงสัยทุกราย (กรณีที่ผู้เจ็บป่วยมาไม่ได้จะส่งญาติเข้าร่วม) อย่างเบ็ดเสร็จที่โรงพยาบาลบ้านฝาง ด้วยวิธีการนี้เป็นการคุ้มครองทางสุขภาพที่จัดให้กับผู้ที่เสี่ยงต่อการมีภาวะ

ผิดปกติให้เข้าถึงบริการทางการแพทย์ ได้สะดวก ทันการณ์ และเป็นเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพ 3) ระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชนโดยไตรภาคี ที่ให้ความสำคัญกับการดูแลต่อเนื่องทั้งผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแล/ครอบครัว โดยความร่วมมือของทีมสุขภาพ สังคมและชุมชน และที่มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีหลักฐานที่สามารถเรียนรู้และต่อยอดพัฒนาเป็นความร่วมมือของไตรภาคีในการคุ้มครองคนในชุมชนที่ยั่งยืนได้ โดยไตรภาคีดังกล่าวจะร่วมให้การช่วยเหลือตามบทบาทของตน ซึ่งทางบ้านฝางเห็นว่าต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลในชุมชนให้เข้มแข็งขึ้น

การดูแลของจอหอ มีแกนกลางที่ศูนย์แพทย์ชุมชนจอหอ (PCU) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (โรงพยาบาลศูนย์) มีการคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชนและแยกผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ในกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมจะนำเข้าสู่ระบบการวินิจฉัยที่ศูนย์แพทย์ชุมชนจอหอ และมีความเชื่อมโยงการวินิจฉัยแบบไร้รอยต่อ (Seamless) จากศูนย์แพทย์ชุมชนสู่คลินิกผู้สูงอายุ และคลินิกความทรงจำของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และมีการทำ Care Plan รายบุคคลในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อเนื่องในชุมชนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้เกิดรูปแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับโรงพยาบาลตติยภูมิแบบครบวงจร

พื้นที่คีรีรัฐนิคม มีความต่อเนื่องของการคุ้มครองสุขภาพผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมชัดเจนและเป็นระบบ คือมีการคัดกรองผู้สูงอายุทุกปีที่เรียกว่า การคัดกรองประจำปี ส่วนระบบการวินิจฉัยนั้น ผู้ที่อาจมีปัญหาเมื่อผ่านระบบการคัดกรอง (รวมการคัดแยกด้วย) แล้ว ส่งเข้าคลินิกผู้สูงอายุพบแพทย์ และจะส่งต่อไปที่โรงพยาบาลศูนย์ (โรงพยาบาลสุราษฎรธานี) เพื่อรับการวินิจฉัยโดยแพทย์อายุรกรรมสาขาประสาทวิทยา มีการประสานงานระหว่าง Nurse Coordinator ระหว่าง 2 สถานบริการ เป็นรูปแบบ Dementia fast tract แต่ก็พบปัญหาผู้ป่วยและครอบครัวต้องรอคิวนาน ส่งผลให้การวินิจฉัยมีความล่าช้า และกำลังพัฒนาโดยการบูรณาการงานและพัฒนาระบบการวินิจฉัยร่วมกับโรงพยาบาลสวนสราญรมย์เพิ่มอีกทางหนึ่ง และวางแผนให้โรงพยาบาลสวนสราญรมย์มาเป็น coaching ในการวินิจฉัยผู้ป่วยที่ระดับโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็วขึ้น และเพื่อให้กลุ่มที่เปราะบางหรือมีความเสี่ยงเข้าถึงระบบบริการได้

ข้อมูลจากการศึกษามิติการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้จากบุคลากรด้านสุขภาพทั้งสามพื้นที่ให้ภาพว่า ทุกพื้นที่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ คือ มีระบบการคัดกรองในผู้สูงอายุทั่วไป มีการวินิจฉัยผู้มีความเสี่ยง มีการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหา มีการดูแลครอบคลุม ผู้สูงอายุทั้งที่ปกติ มีความจำพร่องเล็กน้อย และผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งมีการดูแลผู้ดูแลด้วย รูปแบบการดูแลมีทั้งการดูแลในสถานบริการและในชุมชน แล้วเชื่อมต่อกับระบบการดูแลระยะยาวของแต่ละพื้นที่ ตลอดจนมีการประสานการดูแลกับสถาบันและองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อคุณภาพการดูแลด้วย

สำหรับมิติการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของแต่ละพื้นที่ ประมวลส่วนสรุปการดำเนินงานได้ ตามตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 5.2 การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยบุคลากรด้านสุขภาพในพื้นที่ที่ศึกษา

กิจกรรมการดูแล	พื้นที่ที่ศึกษา		
	อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น	**อำเภอคีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี**	**ตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา**
1. การคัดกรอง เป้าหมาย เพื่อแยกผู้สูอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มปกติและกลุ่มที่อาจมีความปกติ หรือผู้ที่เสี่ยง	1. ดำเนินการคัดกรอง โดย อสม. 2. แบบประเมิน 14 ข้อคำถาม และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าใช้ 2Q	1. ดำเนินการคัดกรอง โดย อสม. 2. แบบประเมิน 14 ข้อคำถาม ภาวะซึมเศร้าใช้ 2Q	1. ดำเนินการคัดกรอง โดย อสม. 2. แบบประเมิน 14 ข้อคำถาม และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าใช้ 2Q - คัดกรองด้วย 14 ข้อคำถาม 3. หน่วยบริการปฐมภูมิ จะมีการซักประวัติ และประเมินเพิ่มโดยพยาบาลวิชาชีพ เช่น MMSE
2. การคัดแยก เป้าหมาย เพื่อแยกผู้สูงอายุ (ที่โดยอายุถือว่ามีความเสี่ยง) เป็นผู้ที่มีความบกพร่องเล็กน้อย (MCI) และ ผู้ที่อาจมีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้เครื่องมือ	1. ดำเนินการการคัดแยกร่วมกัน (ลงแขก) โดย Dementia Care Manager (DCM) ของแต่ละตำบล 2. แบบประเมิน TGDS MMSE และ MoCA	1. ดำเนินการการคัดแยกโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2. แบบประเมิน MMSE และ MoCA	1. ทีมพยาบาลวิชาชีพ ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ 2. แบบประเมิน TGDS MMSE และ MoCA
	มีแผนเชิงรุกดำเนินการในตำบลต่างๆ ในอำเภอ	- มีแผนระดับจังหวัดในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมให้ครอบคลุมทุก รพ.สต. - ไม่ได้เรียกการคัดแยกแต่รวมเรียกคัดกรอง	- ไม่ได้เรียกการคัดแยกแต่รวมเรียกคัดกรอง

กิจกรรม การดูแล	พื้นที่ที่ศึกษา		
	อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น	**อำเภอศีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี**	**ตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา**
3. การวินิจฉัยรักษา เป้าหมาย เพื่อ 1. Clinical Diagnosis ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการซักประวัติทั่วไป ประวัติการเปลี่ยนแปลงด้านการคิดรู้และพฤติกรรมสมรรถสมอง ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งการตรวจพิเศษตามกรณี 2. ให้การรักษาและแผนการดูแล แก่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว	1. ดำเนินการที่ รพช. ทุก 2-3 เดือน ตามกรณี 2. กระบวนการตามบ้านฝางโมเดล มี 2.1 Dementia Care Manager (DCM) ของแต่ละตำบล ประเมินข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสมอง และการดูแลในครอบครัวและสิ่งแวดล้อม 2.2 Dementia Care Coordinator (DCC) ของ รพ.บ้านฝาง จัดคิวการประชุมลูกขุนและเตรียมข้อมูล 2.3.สภาลูกขุนร่วมกันวินิจฉัยและให้การรักษาบำบัดและแนะนำการดูแลโดยตรงกับครอบครัว ในรูปแบบการประชุมปรึกษาหารือ ในกรณีที่ต้องส่งต่อเพื่อการรักษาจะนัดหมายกำหนดวันส่งต่อร่วมกัน - ในแต่ละครั้งของการประชุมวินิจฉัยได้ประมาณ 6-8 คน (ในเวลา 3 –4 ชั่วโมง) แกนหลักในสภาลูกขุน - แพทย์ (GP) (รพช.) - จิตแพทย์ (รพศ.ขอนแก่น) - Dementia Care Manager (DCM) Dementia Care - Coordinator (DCC) ผู้ที่เข้ารับการวินิจฉัย คือ ผู้ที่คาดว่ามีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวผู้ดูแล/ครอบครัว	1. ดำเนินการที่คลินิกผู้สูงอายุ จัดบริการสัปดาห์ละครั้ง 2. กระบวนการ - มีการประเมิน Comprehensive geriatric assessment) - พบแพทย์ตรวจวินิจฉัย กรณีมี Dementia ส่งต่อ รพ.สุราษฎร์ธานี - เตรียมผู้ป่วยเพื่อกลับบ้าน ร่วมกับครอบครัวและผู้ดูแล (Discharge planning) - กิจกรรมส่งเสริมศักยภาพทั้งทางด้าน Functional Cognitive	1. ดำเนินการที่คลินิกผู้สูงอายุ (กลุ่มงานเวชกรรมสังคม) คลินิกความจำ (กลุ่มงานจิตเวช) 2. กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่งต่อไปที่คลินิกผู้สูงอายุ เพื่อตรวจประเมินโดยแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัว และหรือจิตแพทย์ - ผู้ป่วยสมองเสื่อมซับซ้อนจะให้การดูแลร่วมกับอายุรแพทย์ด้านระบบประสาท

กิจกรรม การดูแล	พื้นที่ที่ศึกษา		
	อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น	**อำเภอคีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี**	**ตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา**
4. การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่อง เป้าหมาย เพื่อให้มีการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ ด้านการทำหน้าที่ ด้านสังคม และสิ่งแวดล้อม อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง	1. การดูแลในชุมชนต่อเนื่องโดยไตรภาคี โดย การเยี่ยมบ้าน 1.1 การเยี่ยมบ้านครั้งแรก โดย Dementia Care Manager (DCM) ของตำบลที่มีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เยี่ยมบ้านเพื่อร่างแผนการดูแล (Care Plan) ร่วมกันโดยทีมสุขภาพ ครอบครัว สังคมและชุมชน โดย 1.2 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 เพื่อตัดสินความช่วยเหลือที่ทีมสุขภาพ ทีมสังคมและชุมชนจะต้องให้การช่วยเหลือ 1.3 การเยี่ยมบ้านครั้งต่อๆไป เป็นการดูแลเฉพาะด้านของแต่ละทีมโดยมีทีมสุขภาพประสานงานกระชับกิจกรรมให้บรรลุตามแผน 1.3 การเยี่ยมบ้านครั้งสุดท้าย สรุปกิจกรรมการดูแลส่งต่อทีมงานในระบบการดูแลระยะยาวของตำบล	การติดตามเยี่ยมบ้านในกลุ่มความจำบกพร่อง กลุ่มป่วย และผู้ดูแล/ครอบครัว 1. เพื่อประเมินปัญหาและช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพสมองโดยอาสาสมัครดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 2 ครั้ง/สัปดาห์ ตาม Care Plan 2. การจัดทำ care plan รายบุคคลในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 3. มีระบบการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ดูแลที่มีภาวะ burden การเยี่ยมบ้านให้กำลังใจญาติที่มีความเครียด และการทำ group support สำหรับผู้ดูแล	**<u>การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน</u>** 1. ส่งต่อให้ Dementia care team โดย Dementia care manager จะดูแลต่อเนื่องในชุมชน และการดูแลผู้ป่วยที่ยังสามารถดูแลตนเองได้ 2. การดูแลระดับครอบครัว จะสอนเป็นรายบุคคล 3. การเยี่ยมบ้านถ้าพบปัญหาของ case ที่เยี่ยมบ้าน อาจจะมีการจัด conference ที่บ้านผู้ป่วย ในประเด็นสำคัญรวมกัน
5. การดูแลผู้ที่ปกติและผู้ที่มีความบกพร่องเล็กน้อย	1. กลุ่มปกติ เน้นกิจกรรมส่งเสริมและป้องกัน โดยชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ 2. กลุ่ม MCI มีกิจกรรมพัฒนาและกระตุ้นศักยภาพสมอง โดยความร่วมมือของทีมสังคมและสุขภาพ	1. กลุ่มปกติ เน้นกิจกรรมส่งเสริมและป้องกัน 2. กลุ่ม MCI มีกิจกรรมพัฒนาและกระตุ้นศักยภาพสมอง 3. จัดบริการการดูแลกลางวันสำหรับผู้สูงอายุ (Day care) เน้นกิจกรรมการฟื้นฟูศักยภาพสมอง	1. กลุ่มปกติ เน้นกิจกรรมส่งเสริมและป้องกัน 2. กลุ่ม MCI มีกิจกรรมพัฒนาและกระตุ้นศักยภาพสมอง
6. การดำเนินงานการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เป็นจุดเด่นของพื้นที่	1.แนวคิดการดูแล คือเข้าถึง เข้าใจ พัฒนา 2. มี Dementia Care Manager (DCM) ทำหน้าที่เป็นเจ้าของไข้ เป็นบุคลากรหลักสำคัญที่ให้การดูแลตั้งแต่แรกเริ่มจนส่งต่อเข้า LTC 3. มีการประสานการดูแล 3 ระดับ คือ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการมี DT coordinator ในระดับ รพช. ทำหน้าที่เชื่อมประสาน	1. แนวคิดการดูแล คือ “รู้เร็ว ชะลอเสื่อม รักษาได้” หมายถึง ผู้สูงอายุในชุมชนได้รับการคัดกรอง ป้องกัน ดูแลรักษา ฟื้นฟู และเข้าถึงการบริการ 2. กิจกรรมส่งเสริมศักยภาพด้าน Functional Cognitive	- คลินิกผู้สูงอายุ เปิดบริการทุกวัน และประสานความร่วมมือกับกลุ่มงานจิตเวช - การจัดกิจกรรมพัฒนาและกระตุ้นสมอง ในทุกกลุ่ม (ปกติ/บกพร่องเล็กน้อย/สงสัยภาวะสมองเสื่อม)

กิจกรรม การดูแล	พื้นที่ที่ศึกษา		
	อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น	อำเภอศีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี	ตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
	4. การมีสภาลูกชุน ทำให้มีการวินิจฉัยที่รพช. อย่างเบ็ดเสร็จ ผลการวินิจฉัยทำให้ทุกฝ่ายทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ การรับรู้สถานการณ์การเจ็บป่วย การบำบัดรักษา และแนวทางการดูแลที่ต้องดำเนินการพร้อมกัน รวมทั้งมีความใกล้ชิด มีโอกาสซักถามรายละเอียดต่างๆ ได้อย่างสะดวก 5. การดูแลต่อเนื่องเป็นการดูแลที่บ้านรายบุคคล มีแผนการดูแล ทั้งด้านสังคม สุขภาพและสิ่งแวดล้อม 6. การดูแลต่อเนื่องมีการดำเนินการร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพและไตรภาคีมีส่วนร่วม และ มีการ Conference case ในชุมชนของไตรภาคี 7. เชื่อมต่อระบบการดูแลระยะยาวได้ โดยหลังการดูแลในระบบแล้วจะส่งต่อให้กับทีมการดูแลระยะยาว		
7. แผนการพัฒนา/กำลังจะพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อยอดและต่อเนื่อง	1. สร้าง Dementia care manager ต่อยอดจาก Care manager 2. การก่อตั้งศูนย์ฟื้นฟูในชุมชนเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยชุมชน 3. พัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านแบบไตรภาคี ให้เข้มแข็งและมีความยั่งยืน	1. พัฒนาระบบวินิจฉัยที่เกิดขึ้นในชุมชน โดยให้แพทย์ใน รพช. สามารถวินิจฉัย โดยมีแพทย์จิตแพทย์ หรือแพทย์อายุรกรรมสาขาระบบประสาทจากโรงพยาบาล สุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มาเป็นพี่เลี้ยงร่วมในการวินิจฉัย 2. การประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ในการส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหา BPSD 3. การจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยและการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม สำหรับแพทย์ใน รพช. 4. การพัฒนาแพทย์ของ รพช. ในการดูแลและวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม เพื่อเพิ่มศักยภาพและความมั่นใจในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม	การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 1. การขยายเครือข่ายบริการ ซึ่งอาจขยายไปรพ. พิมาย รพ. ปากช่อง นานา ด้วย รพ. พิมาย มี CT scan มีจิตแพทย์ มีแพทย์อายุรกรรม ซึ่งน่าจะทำการวินิจฉัยดูแลได้ ส่วนรพ. ปากช่องนานา มีจิตแพทย์ และส่ง CT ที่ รพ. กรุงเทพ อาจ Refer มา รพ.มหาราชนครราชสีมา แต่ถ้าเป็น AD อาจรักษาที่ รพช. ได้ การสร้างเครือข่ายการดูแล - มีคณะกรรมการ District Health Board เมื่อโครงการ LTC เข้ามา ก็เอาไปเสนอแผนงานในคณะนี้ อปท. สนใจ นายอำเภอสนใจให้ท้องถิ่นสมัครเข้าร่วม จึงเป็นพื้นที่ LTC 100% และใช้งบ อปท. จากงบหลักประกันสุภาพในการอบรม CG และ รพ.สต. ใช้เวทีประชาคมในการเชิญ อปท. ไปร่วมการทำงาน การพัฒนาบุคลากร - คณะทำงานระบบบริการมีแผนพัฒนาวิชาการของเจ้าหน้าที่รพ.สต. ให้ 3,500 หัวต่อปี

5.2 ทัศนคติและการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในมุมมองของบุคลากรด้านสังคม

บุคลากรด้านสังคมในพื้นที่ที่ศึกษามีการรับรู้และประสบการณ์ ว่าในพื้นที่ชนบทสังคมผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะถูกตีตราว่า เป็นผู้วิกลจริต ที่สื่อสารแบบคนปกติไม่ได้ได้ ไม่จำสั้น ๆ ไม่รู้แม้กระทั่งเรื่องของตัวเอง เดิมนั้นเรียกขานว่า คนหลง คนบ้า ต่อมารับรู้ว่าสมองเสื่อม แต่ก็ยังมองว่าเป็นเรื่องปกติในผู้สูงอายุ ที่ใครแก่แล้วก็จะต้องเป็น สำหรับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม มองว่าเป็นเวรเป็นกรรมทั้งผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล เป็นภาระต่อครอบครัว ลูกหลาน และสังคม พบว่าในบางครอบครัวจะมองเป็นภาระ รำคาญ และเบื่อหน่ายเวลาดูแลนานๆ ต้องการการดูแลเป็นพิเศษและต้องมีคนมาช่วยในการดูแล

มุมมองต่อผู้ดูแลเห็นว่าเป็นการทดแทนบุญคุณ เป็นบุญกุศลที่ได้ดูแล และคนในครอบครัวต้องเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้ดูแล และในขณะเดียวกันมองว่าน่าสงสารและเห็นใจ

ส่วนมุมมองต่อหน่วยงานที่ทำงานเกี่ยวข้องกับเรื่องสมองเสื่อม ยังมองว่าขาดความรู้ความเข้าในเรื่องสมองเสื่อม และต้องมีการปรับทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลและครอบครัว

ข้อมูลที่ได้จากการทำกลุ่มในบุคลากรและเจ้าหน้าที่ทางด้านสังคม ในประเด็นทัศนคติและมิติในการดูแลด้านสังคมต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในทั้งสามพื้นที่ที่มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า

ในแต่ละพื้นที่บุคลากรด้านสังคมมีทัศนคติที่คล้ายและแตกต่างกันบ้าง อาทิ พื้นที่คีรีรัฐนิคม และ จอหอ บุคลากรด้านสังคมมีทัศนคติต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นพวกวิกลจริต คุยด้วยไม่รู้เรื่องเหมือนเดิม และเป็นความเสื่อมตามอายุและธรรมชาติ ส่วนมุมมองต่อผู้ดูแลและครอบครัว มองการดูแลด้านสังคมเป็นการทดแทนบุญคุณบุพการี และมุมมองต่อบุคลากรหรือหน่วยงานที่ทำงานเกี่ยวข้องจะต้องมีการปรับทัศนคติในทางบวกกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และต้องมีความรู้ความเข้าใจผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลและครอบครัว เพราะถ้าบุคลากรและชุมชนมีทัศนคติที่ดี มีความรู้และเข้าใจเรื่องสมองเสื่อม จะทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เกิดการช่วยเหลือและการดูแลซึ่งกันและกันในชุมชน ในขณะที่พื้นที่บ้านฝาง มองว่าการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องเป็นบทบาทของทุกคนและทุกฝ่ายในชุมชน โดย “ชุมชนเป็นรั้ว” ให้ในการดูแล เช่น ในกรณีที่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเดินหลงทาง หรือออกจากบ้าน ชุมชนจะเฝ้าระวัง ไม่ให้หายไป ช่วยส่งข่าวและจะช่วยดูแลพากลับ

ข้อมูลจากการศึกษาสรุปประเด็นทัศนคติและมิติการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมด้านสังคมในพื้นที่ ทั้งสามพื้นที่ มีรายละเอียดดังนี้

พื้นที่	ทัศนคติของบุคลากรด้านสุขภาพ		
	ต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม	ต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม	ต่อภาวะสมองเสื่อมและการดูแล
บ้านฝาง	***“หลงๆ ลืมๆ” “คนที่ไม่สามารถดำรงตนให้อยู่ในสภาวะปกติได้”*** - ผู้คนทั่วไปมักเข้าใจว่าผู้สูงอายุมัก “หลงๆลืมๆ” -แปลกไม่เหมือนเดิม ต่างจากขี้หลงขี้ลืม ไม่เหมือนคนทั่วไป - มุมมองของพระสงฆ์ “คนที่ไม่สามารถดำรงตนให้อยู่ในสภาวะปกติได้” ส่วนสาเหตุนั้น คือ - เกิดจากการดื่มเหล้าและสิ่งแวดล้อมภายนอก	**ทัศนคติดีต่อการดูแล** -ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ -มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม	เป็นบทบาทของทุกคน/ทุกฝ่ายในชุมชน (พระ/อสม./อปท./พม./ผู้ดูแล/ครอบครัว) ในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม - ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีหลายระดับ - ควรรักษาตามความรุนแรงของโรค - สามารถชะลอสมองเสื่อมได้
คีรีรัฐนิคม	เป็นผู้ **“วิกลจริต น่าสงสาร สมเพช น่ารำคาญเบื่อหน่าย เป็นภาระ”** - เป็นผู้วิกลจริต - ผู้ป่วยเป็นภาระ รำคาญ เบื่อหน่าย - บุคคลที่น่าสงสาร น่าเห็นใจ - น่าสมเพช	เป็น “หน้าที่ของครอบครัว” ที่ต้องเสียสละและอดทน” มีทั้งเป็น “โอกาสได้ทดแทน” และเป็น “ปัญหาแก่ลูกหลาน และภาระต่อสังคม” - น่าสงสาร น่าเห็นใจ - เสียสละ - เป็นผู้ที่มีความอดทน - เป็นผู้มีความรับผิดชอบ - ในฐานะผู้ดูแล มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี	- ยังขาดความรู้และความเข้าใจในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม - ปรับทัศนคติเชิงบวกที่มีต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและญาติ - การสร้างองค์ความรู้และกิจกรรมสำหรับผู้ดูแล - ให้มีหน่วยงานหรือช่องทางในการให้คำปรึกษา เช่น สายด่วน - การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนให้มากขึ้นและมีความรวดเร็ว

พื้นที่	ทัศนคติของบุคลากรด้านสุขภาพ		
	ต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม	ต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม	ต่อภาวะสมองเสื่อมและการดูแล
		- เป็นหน้าที่ที่ต้องทำ - คนในครอบครัวต้องมีความเข้าใจเห็นอกเห็นใจในตัวผู้ดูแล - มองว่าเป็นการทดแทนบุญคุณ แทนการมองว่าเป็นภาระ - ภูมิใจที่ได้ดูแลพ่อแม่ - เป็นผู้ที่มีใจรัก ความรัก ความผูกพัน - ในฐานะผู้ดูแล มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี - เป็นหน้าที่ที่ต้องทำ - มีความสุขใจ ยินดีที่ได้ดูแล - เป็นเวรกรรมทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นภาระต่อคนรอบตัว - เป็นปัญหาแก่ลูกหลาน ภาระต่อสังคม	
จอหอ	- คิดว่าส่วนมากเกิดกับผู้สูงอายุและเป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุ - สมัยก่อนเรียกรวมว่า ผู้วิกลจริต/คนหลง/คนบ้า/ คนขวัญเสีย - ไม่สามารถสื่อสารได้ ย้ำคิดย้ำทำ - มีอาการหลงลืม อารมณ์เปลี่ยนไปมา - ต้องดูแลเป็นพิเศษ ต้องมีคนดูแล - เป็นบุญกุศลที่ได้ดูแล	- ทุกคนในครอบครัวต้องดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษ ภาวะอารมณ์ทางเพศเปลี่ยนแปลงไป ต้องดูแลเป็นพิเศษ ไม่มีความทรงจำอยู่ในตัว - สมัยก่อนไม่มี อสม. มาดูแล - ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นคนสำคัญ ต้องการได้การช่วยเหลือ	- ทราบว่าเป็นเรื่องใกล้ตัว แต่ไม่ทราบว่าสมองเสื่อมคืออะไร - เป็นโรคที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องมีผู้ดูแล - ไม่รู้/ไม่เคยได้ยินว่าสมองเสื่อมคืออะไร

สำหรับทัศนคติต่อหน่วยงานที่ทำงานด้านการดูแล บุคลากรด้านสังคมพื้นที่บ้านฝางย้ำว่า การดูแลเป็นบทบาทของทุกคน/ทุกฝ่ายในชุมชน (พระ/อสม./อปท./พม./ผู้ดูแล/ครอบครัว) โดยบุคลากรด้านสังคมพื้นที่คีรีรัฐนิคมมีทัศนคติว่าบุคลากรที่ต้องให้การดูแลทั้งหมดขาดความรู้และความเข้าใจในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ต้องปรับทัศนคติเชิงบวกที่มีต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและญาติ ต้องมีองค์ความรู้และกิจกรรมการดูแล มีหน่วยงานหรือช่องทางในการให้คำปรึกษา เช่น สายด่วน มีแหล่งประโยชน์สนับสนุนด้านการดูแล มีความชัดเจนในการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนให้มากขึ้นและมีความคล่องตัว

ข้อมูลจากทั้งบุคลากรด้านสังคมทั้งสามพื้นที่ให้ภาพว่าทีมทางสังคม มีทัศนคติว่า ผู้คนทั่วไปลงความเห็นว่าภาวะสมองเสื่อม เป็น “คนบ้า” “คนวิกลจริต” ที่เกิดจากความสูงอายุ และเวรกรรม ก่อให้เกิด “ความสมเพช” “น่าสงสาร” และ เป็นภาระหนักให้กับ “ครอบครัวและชุมชน” ขนาดที่ว่า “เป็นเวรกรรมของการรักษา และเป็นทุกขภาระของครอบครัว ที่ทีมทางสังคมและสุขภาพทุกภาคส่วนต้องช่วยเหลือ

5.2.2 การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยบุคลากรด้านสังคม

ข้อมูลจากบุคลากรด้านสังคมที่ส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ที่ศึกษา ซึ่งมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ชี้ว่าการดำเนินงานด้านสังคมในส่วนที่เป็นภาครัฐนั้นของแต่ละพื้นที่ เพื่อการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยตรงไม่มี แต่มีบริการทางสังคมสำหรับผู้ที่มีความเปราะบางและบุคคลชายขอบ ในรูปแบบโครงการ/กิจกรรม ส่วนใหญ่เป็นรูปแบบที่ต้องเข้าข่าย เข้าเกณฑ์ หรือเป็นเรื่อง “คุณขอมา” ส่วนชุมชนในสามพื้นที่เป็นการดูแลช่วยเหลือแบบเพื่อนช่วยเพื่อนไม่ได้มีระบบหรือกิจกรรมเฉพาะสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม แต่ที่พอเห็นความเกี่ยวเนื่องกับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมชัดขึ้น คือ บ้านฝาง และจอหอ กำลังจัดตั้งโครงการศูนย์ฟื้นฟูความจำในชุมชน เพื่อการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความจำและชะลอความเสื่อมให้กับชุมชนอย่างต่อเนื่อง แต่ความชัดเจนและการดำเนินงานอยู่ในระหว่างพัฒนา ทั้งสามพื้นที่ให้ข้อมูลว่าบริการด้านสังคมที่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม อาจได้รับการดูแลนั้น เป็นในรูปผลประโยชน์ การสนับสนุนช่วยเหลือให้ดำเนินชีวิตได้ตามอัตภาพ ซึ่งการสนับสนุนพื้นที่ทั้งสามที่เกี่ยวข้องกับทางสังคม มีรายละเอียดดังนี้

พื้นที่	รูปแบบ/โครงการ	ดำเนินการโดย
ขอนแก่น	1. ศูนย์ยุติธรรมในชุมชน มีการจัดตั้งขึ้นทุกตำบล ให้ความช่วยเหลือ รับเรื่องรองเรียน หรือกรณีที่ไม่สามารถไกล่เกลี่ยได้ ดำเนินการโดนคณะกรรมการคือ สท. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน นิติกร (เทศบาล) ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่รับทราบและยังไม่ทั่วถึงทุกพื้นที่ ช่องทางสื่อที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ยังน้อย 2. โครงการอบรมให้ความรู้ด้านกฎหมายกับประชาชน 3. โครงการเทศบาลพบประชาชน เน้นเรื่องการประชาสัมพันธ์แนะนำหน่วยงานต่างๆ ให้เพื่อความสะดวกในการติดต่อกับหน่วยงาน	เทศบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
	โครงการจ้างหมอ (อผส.) เป็นการจัดบริการจ้างผู้ดูแลแบบเหมาจ่าย ในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและภาวะสมองเสื่อม	เทศบาลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
	การจัดสวัสดิการจัดบริการรถรับส่ง (หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน) แก่ผู้สูงอายุและผู้พิการไปตรวจรักษา (รายคน)	เทศบาลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
	การจัดตั้งกองทุน-ผ้าป่า เพื่อรองรับการบริจาค	เทศบาลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
	วัดในพื้นที่อำเภอบ้างฝาง ไม่ได้มุ่งเน้นการให้การช่วยเหลือที่ชัดเจน แต่ทางวัดได้มีแผนในการสนับสนุนช่วยเหลือ ดังนี้ 1) การสละทรัพย์ของเจ้าอาวาส รูปละ 100 บาทต่อเดือน เพื่อสมทบเข้าศูนย์ดูแลผู้สูงอายุฯ ของชุมชน 2) การจัดสรรปัจจัยที่พระสงฆ์ได้รับถวายมาและบริจาคให้ผู้ที่มีความต้องการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว 3. เข้าร่วมการเยี่ยมบ้านในไตรภาคี 4. ให้สถานที่ในการตั้งศูนย์ฟื้นฟูความจำของผู้สูงอายุ และดำเนินการคัดแยกแบบลงแขก	พระสงฆ์ /วัด
	รั้วชาวบ้าน เป็นชุมชนที่ไม่มีรั้วกัน ชุมชนคนข้างบ้าน ช่วยกันสอดส่องดูแล เป็นหูเป็นตา เช่น กรณีผู้สูงอายุเดินหลงออกจากบ้าน พาผู้สูงอายุมาส่งที่บ้านหรือช่วยกันออกตามหา	ชุมชน
	1. กองทุนวันละบาท เป็นสวัสดิการให้สมาชิกในชุมชน จัดเก็บเงินจากสมาชิกแบบรายเดือน (พร้อมการรับเบี้ยผู้สูงอายุ) ราย 6 เดือน (ครั้งละ 180 บ.) และรายปี (ปีละ 365 บ.) มีสวัสดิการให้สมาชิก เสียชีวิต (ค่าซับน้ำตา) กรณีเป็นสมาชิก 1 ปีเป็นเงิน 2,500 บาท นอน รพ. ให้คืนละ 100 บ. แต่ไม่เกิน 20 วัน/ปี โดยต้องมีใบรับรองแพทย์เป็นหลักฐาน *ทั้งนี้กองทุนยังไม่ได้รับการสนับสนุนเงินงบประมาณสมทบ เนื่องจากเริ่มจัดตั้งได้เพียง 3 ปี 2. กองทุนแก้จนเพื่อคนพอเพียง สำหรับผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ไม่มีอาชีพที่พักอาศัยอยู่ในตำบล (ริเริ่มจากทางเทศบาล ปี 2557 เนื่องจากข้อจำกัดของระเบียบราชการให้การเบิกจ่ายทำได้ลำบาก) งบประมาณได้จากรายได้หลังหักค่าใช้จ่าย การบริจาคจากการจัดงานชื่อ ข้าวใหม่ปลามัน มีกิจกรรมระดมทุนรับบริจาค สอยดาว บุญข้าวใหญ่ กองทุนมีคณะกรรมการ (ผู้นำชุมชน) ทำการสำรวจ พิจารณาการให้ความช่วยเหลือ เช่น การบริจาคข้าวสารอาหารแห้ง ผ้าอ้อมสำเร็จรูป เครื่องอุปโภคบริโภค โดยให้งบประมาณรายละไม่เกิน 3,000 บาท และการช่วยเหลือซ่อมแซมที่พักอาศัย พิจารณาตามสภาพความเสียหาย โดยให้งบประมาณรายละไม่เกิน 5,000 - 10,000 บาท 3. กองทุนเงินออม 4. กองทุนผู้พิการ	ชุมชน

พื้นที่	รูปแบบ/โครงการ	ดำเนินการโดย
	โครงการสร้างอาชีพ (ผู้ดูแล) เป็นการสนับสนุนให้ชมรมผู้สูงอายุเขียนโครงการเข้ามาขอรับงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินโครงการ	ชมรมผู้สูอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
	โครงการศูนย์ฟื้นฟูความจำในชุมชน (อยู่ระหว่างดำเนินการ)	ชมรมผู้สูงอายุ
	โครงการกองทุนสนับสนุนอาชีพ (เป็นกองทุนแบบให้เปล่าไม่มีดอกเบี้ย)	กองทุนผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
นครราชสีมา	ศูนย์ยุติธรรมชุมชน	เทศบาลจอหอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
	1. การสนับสนุนและส่งเสริมการให้ความรู้การศึกษานอกระบบของผู้สูงอายุ โรงเรียนที่เปิดดูแลผู้สูงอายุ	กระทรวงศึกษาธิการ
	2. จัดทำหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุและเด็ก สำหรับ บริการรูปแบบสถานบริบาล เช่น โรงเรียนสุรนารายณ์บริบาล (โรงเรียนโครงการร่วมกตัญญู) เปิดหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุฝึกอบรม 6 เดือน (ภาคทฤษฎี 3 เดือน/ ภาคปฏิบัติ 3 เดือน) 840 ชั่วโมง 420 ชั่วโมง ภาคทฤษฎีและ 420 ชั่วโมง สำหรับการฝึกปฏิบัติ รับผู้เข้าอบรมจากทั่วประเทศ คุณสมบัติวุฒิ ม.3 เน้นกลุ่มเป้าหมายคือ เด็กและผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นภาคเอกชนที่ดำเนินการเพราะมีความสามารถจ่ายได้	กระทรวงศึกษาธิการ
	โรงเรียนผู้สูงอายุ ของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุบ้านเกาะ ใช้หลักสูตรในการเรียนและมีใบประกาศจากกระทรวงศึกษาธิการ	กระทรวงศึกษาธิการ
	ศูนย์พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ	อบจ. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
	การสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ (เป็นผู้สูงอายุทั่วไป ไม่ได้เน้นว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 1. การสงเคราะห์ผู้ยากจน/ผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบาก 2. การปรับปรุงสภาพแวดล้อม/ที่อยู่อาศัย	เทศบาลจอหอ (ยืนเรื่องที่กองสวัสดิการเพื่อเสนอไปที่พมจ.) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
	การปรับปรุงสภาพบ้านที่อยู่อาศัยผู้พิการ	อบจ. สภากาชาด
	กองทุนผู้สูงอายุ 1. การเงินเพื่อการประกอบอาชีพ แบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม 2. โครงการ/กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ต้องเขียนในนามชมรมผู้สูงอายุ และกลุ่มหรือองค์กรที่ทำงานด้านผู้สูงอายุ *กรณีของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ยังไม่เปิดนโยบายหรือกรอบให้ผู้ดูแลสามารถเขียนขอทุนแทนได้ *กรณีของผู้พิการ ผู้ดูแลสามารถทำเรื่องขอไปทางกองทุนได้ โดยผู้ดูแลเป็นผู้ขอกู้แทน แต่ผู้พิการต้องมีเอกสารการรับรองความพิการจากแพทย์	กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

พื้นที่	รูปแบบ/โครงการ	ดำเนินการโดย
	1. ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชุมชน หรือบ้านกลางผู้สูงอายุ ดำเนินการจัดตั้งพื้นที่ต้นแบบในการพัฒนาที่อำเภอสูงเนิน โดยจะใช้พื้นที่ในชุมชนเป็นศูนย์กลางในการดำเนินงาน ส่วนใหญ่ใช้พื้นที่ของเทศบาลดำเนินการโดยจิตอาสา ซึ่งรับดูแลทั้งหมด 5 ประเภท คือ 1. การดูแลแบบประจำ โดยอาสาสมัครผู้สูงอายุ มีการคัดกรองและผลัดเวรกันดูแล 7 วัน ผลัดเปลี่ยนไปดูแลแต่กลางคืนไม่มี ตั้งเช้า-เย็น 2. การดูแลแบบรับฝากกลางวัน 3. การดูแลประเภทบางเวลา 4. การช่วยเหลือทำกิจกรรม เช่น เปลี่ยนหลอดไฟ ช่วยทำกิจวัตรประจำวันที่ไม่สามารถทำได้ 5. กลุ่มติดสังคม มีการทำกิจกรรมร่วมกัน 2. ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดอื่นๆ เช่น ศูนย์ของหมอเส็งบริเวณปักธงชัย (เป็นของเอกชน)	กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เทศบาล/อบต. ภาคเอกชนในพื้นที่ (หมอเส็ง)
	ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการ ต.บ้านเกาะ มีโรงเรียนผู้สูงอายุ มีสมาชิกกว่า 100 คน เปิดทุกวันอาทิตย์	กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
	โครงการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุชุมชนหรือบ้านกลางผู้สูงอายุ	กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
	ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการ ขยาย (บ้านเกาะ) -โรงเรียนผู้สูงอายุ -โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน -โครงการพัฒนาผู้สูงอายุภาวะผู้นำ	ชมรมผู้สูงอายุ (การบริจาคจากกองทุนผ้าป่า) อบต. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
	-สถาบันพัฒนาฝีมือแรงงาน มีหลักสูตรการอบรมที่เป็นมาตรฐานและมีวุฒิบัตรให้ -การให้คำแนะนำและจัดฝึกอบรมอาชีพอิสระ (ไม่มีวุฒิบัตรให้)	สำนักงานแรงงานจังหวัด กระทรวงแรงงาน
	โครงการบ้านพูนสุข ช่วยในเรื่องค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน	ชมรมผู้สูงอายุ
	1. กองทุนฌาปนกิจศพ (บ้านโพธิ์กลาง บ้านโคกสูง และขนาย(บ้านเกาะ)) 2. กองทุนเยี่ยมผู้ป่วย (บ้านโคกสูง) 3. โครงการที่เขียนของบประมาณจากกองทุนผู้สูงอายุ (ตำบลจอหอ) *ยังไม่มีกิจกรรมในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	ชมรมผู้สูงอายุ เทศบาล ศูนย์แพทย์จอหอ
สุราษฎร์ธานี	โครงการกู้ยืมเงินเพื่อประกอบอาชีพ	กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
	โครงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล	อบต. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
	โครงการการออกแบบสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ/พิการ ให้สามารถใช้งานได้จริงและตามมาตรฐานที่กำหนด	อบต. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
	โครงการการอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุน้อย ให้ไปดูแลพ่อ ดูแลแม่ ดูแลตายายที่บ้านเราสอดแทรกความรู้ ความกตัญญูกตเวที ฝึกให้เด็กมีความเคยชิน โดยการทำรายงานให้ครูทราบ ฝึกเป็น อสผ.น้อยที่เข้าไปแลในครัวเรือนของเขาเอง	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ให้การสนับสนุน อผส.น้อย ที่ตำบลย่านยาวดำเนินการมาแล้ว 4 ปี
	ในชุมชนที่มีการพัฒนาบ้าน วัด โรงเรียน จะมีกิจกรรมดำเนินการขึ้นในชุมชน เช่น - มีพระคุณเจ้าลงไปดูในเรื่องการดูแลสุขภาพ มีการถวายความรู้ให้พระสงฆ์ ทำเป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ ให้พระสงฆ์ท่านได้ออกกำลังกาย - โรงเรียนเราพัฒนาจากระดับเงินเป็นระดับทอง จากระดับทองเป็นระดับเพชร โรงเรียนจะต้องพัฒนาทุกมิติ จึงจะผ่านขึ้นมาระดับเพชร เช่น เด็กอ้วน มีการจัดตั้งชมรมเดอะสตาร์คว้าเอว พุงจำเอวลาก่อน ให้ยุบลงมาได้	ชุมชน/วัด/โรงเรียน

พื้นที่บ้านฝาง สะท้อนภาพการดูแลในพื้นที่ว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มี โครงการจ้างหมอ (อผส.) เป็นการจัดบริการจ้างผู้ดูแลแบบเหมาจ่าย ในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและภาวะสมองเสื่อม ที่อาจสนับสนุนการดูแลของครอบครัวได้ ทั้งนี้เป็นไปตามการตัดสินและมอบหมายของเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานระดับปฐมภูมินั้นๆ มีการจัดสวัสดิการจัดบริการรถรับส่ง (หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน) แก่ผู้สูงอายุและผู้พิการไปตรวจรักษา (รายคน) ที่อาจสนับสนุนการรับส่งผู้สูงอายุไปกลับเพื่อทำกิจกรรม เมื่อมีการร้องขอ การร่วมจัดตั้ง กองทุน-ผ้าป่า กับชุมชนเพื่อรองรับการบริจาค และเงินบริจาคใช้สนับสนุนช่วยเหลือบุคคลชายขอบหรือผู้ที่มีปัญหา ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ สำหรับชุมชนของบ้านฝางที่เด่น คือ วัด แม้ไม่ได้มุ่งเน้นการให้การช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ชัดเจน แต่วัดในพื้นที่บ้างฝาง มีการสนับสนุนช่วยเหลือ อาทิ การสละทรัพย์ของเจ้าอาวาส รูปละ 100 บาท ต่อเดือน เพื่อสมทบเข้าศูนย์ดูแลผู้สูงอายุฯ ของชุมชน จัดสรรปัจจัยที่พระสงฆ์ได้รับถวายมาและบริจาคให้ผู้ที่มีความต้องการ ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว และเข้าร่วมเป็นทีม การเยี่ยมบ้านไตรภาคี เพื่อสนับสนุนกำลังใจแก่ผู้ดูแลและให้สติในการดำเนินชีวิต ด้านคนในชุมชนเองนั้น การเป็น “รั้วชาวบ้าน” ทำให้ชุมชนที่ไม่มีรั้วกัน ได้คนข้างบ้าน ช่วยกันสอดส่องดูแล เป็นหูเป็นตาเฝ้าระวังการหลงหายของผู้ที่มีภาวะสมอเสื่อม โดยมีทั้งพาผู้สูงอายุมาส่งที่บ้านหรือช่วยกันออกตามหากรณีหลงหาย การช่วยเหลือด้านอื่นที่อาจเกี่ยวข้องกับการดูแล แต่ต้องร้องขอ อาทิ กองทุนวันละบาท กองทุนแก้จนเพื่อคนพอเพียง กองทุนเงินออม กองทุนผู้พิการ สำหรับการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลมีรายได้ ขณะที่ให้การดูแลนั้น อยู่ในโครงการสร้างอาชีพ (ผู้ดูแล) โดยชมรมผู้สูงอายุเขียนโครงการเข้ามาขอรับการสนับสนุน โครงการกองทุนสนับสนุนอาชีพ ที่เป็นกองทุนแบบให้เปล่าไม่มีดอกเบี้ย แต่ต้องร้องขอและมีเกณฑ์การพิจารณา

พื้นที่จอหอ ให้ข้อมูลการดูแลที่ดำเนินการโดยภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งองค์กรปกครองท้องถิ่น จังหวัด กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน ชมรมและชุมชน แม้จะสะท้อนความเข้มแข็งของการดำเนินงานด้านสังคมทั้งภาครัฐและเอกชน และสะท้อนการมีเครือข่ายที่ยังประโยชน์ต่อกันได้ทั้งระดับพื้นที่และจังหวัด แต่เป็นการดูแลผู้สูงอายุทั่วไป ยังไม่มีการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมชัดเจน ส่วนที่อาจเกี่ยวเนื่องกับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล นั้น คือ การมีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชุมชน หรือบ้านกลางผู้สูงอายุ ดำเนินการจัดตั้งพื้นที่ต้นแบบในการพัฒนาที่อำเภอสูงเนิน โดยจะใช้พื้นที่ในชุมชนเป็นศูนย์กลางในการดำเนินงาน ส่วนใหญ่ใช้พื้นที่ของเทศบาลดำเนินการโดย จิตอาสา ที่มีบริการดูแลทั้งหมด 5 ประเภท ตามสภาพคือ การดูแลแบบประจำ โดยอาสาสมัครผู้สูงอายุ มีการคัดกรองและผลัดเวรกันดูแล 7 วัน ผลัดเปลี่ยนไปดูแลเวลากลางวัน (เช้า-เย็น) การดูแลแบบรับฝากกลางวัน การดูแลประเภทบางเวลา การช่วยเหลือทำกิจกรรม เช่น เปลี่ยนหลอดไฟ ช่วยทำกิจวัตรประจำวันที่ไม่สามารถทำได้ จัดกิจกรรม (กลุ่มติดสังคม) และที่น่าสนใจคือ มีการดูแลโดยภาคเอกชนในจังหวัดที่สามารถใช้บริการได้ เช่น ศูนย์ของหมอเส็งบริเวณปักธงชัย นอกจากนี้ยังมี โครงการสร้างอาชีพ (ผู้ดูแล) โดยชมรมผู้สูงอายุและเทศบาลร่วมดำเนินการในท้องที่อีกด้วย ที่น่าติดตามคือ โครงการศูนย์ฟื้นฟูความจำในชุมชน ที่กำลังพัฒนาและดำเนินการโดยชมรมผู้สูงอายุ การดูแลอื่นๆ ที่สนับสนุนการเป็นอยู่นั้น เทศบาลพื้นที่ที่ศึกษา (จอหอ) ให้การสนับสนุน โดยการสงเคราะห์ผู้ยากจน/ผู้สูงอายุที่มีภาวะยากลำบาก และให้การช่วยเหลือปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย โดยการร้องขอและประสานกับ พมจ. (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์) สำหรับกระทรวงศึกษาธิการนั้นให้การสนับสนุนการดูแลทางอ้อม คือการให้ภาคเอกชนดำเนินการ การสนับสนุนและส่งเสริมการให้ความรู้การศึกษานอกระบบของผู้สูงอายุ หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุและเด็ก สำหรับบริการรูปแบบสถานบริบาล

พื้นที่คีรีรัฐนิคม นั้นก็เช่นเดียวกับพื้นที่ทั้งสองข้างต้น คือ ไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม แต่เป็นการดูแลผู้สูงอายุทั่วไป ดำเนินการในรูปแบบโครงการและการสนับสนุนช่วยเหลือจะเป็นตามกองทุนและเกณฑ์ที่กำหนดไว้ การดูแลที่ใกล้เคียงมิติการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ภาคสังคมดำเนินการ คือ โครงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล โดย อบต. ชุมชน และ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล การอบรมอาสาสมัครน้อยดูแลผู้สูงอายุ การออกแบบอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ/ผู้พิการ

ข้อมูลการดำเนินงานที่ได้จากบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของสามพื้นที่ที่ศึกษานั้น ให้ภาพรวมว่า ภาคสังคม ชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลบุคคลในชุมชนนั้น มีองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นหลัก บางพื้นที่ประสานความร่วมมือกับองค์กรบริหารส่วนจังหวัด (จอหอ) ที่สนับสนุนการสร้างและจ้างผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ที่มีปัญหาในชุมชน ซึ่งอานิสงค์นี้จะทำให้การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนมีคุณภาพขึ้น นอกเหนือองค์การบริหารส่วนตำบลแล้ว ทุกพื้นที่ที่ศึกษาเกี่ยวข้องร่วมมือกับกระทรวงกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในแง่สนับสนุนทุนงบประมาณ เพื่อการจัดการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้คนในสังคมโดยเฉพาะบุคคลชายขอบและเปราะบางทางสังคม รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพคนในชุมชนส่วนหนึ่งให้มีอาชีพ เป็นผู้ดูแล ที่จะยังประโยชน์ต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ ถ้าหากโครงการดำเนินการได้ประสิทธิภาพ บางพื้นที่ เช่น จอหอ กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงแรงงาน มีบทบาทเชิงประจักษ์ในพื้นที่จอหอที่ช่วยเหลือทางอ้อมในแง่การฝึกอบรม กำกับดูแลการพัฒนาคน โดยภาคเอกชน

ที่เป็นกำลังหลักในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของทั้งสามพื้นที่ คือ ภาคประชาชน คนในชุมชน มีพระสงฆ์ด้วย พลังเหล่านี้ขับเคลื่อนการดูแลโดยร่วมกับภาคสุขภาพ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ประชาชนในชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ หรือแม้แต่วัด ในการพยายามสร้างชุมชนของตนให้เป็นชุมชนที่เกื้อกูลดูแลกัน รวมทั้งดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วย ซึ่งการดูแลมีทั้งการการบริจาค/สะสมทรัพย์และหาทรัพย์ เพื่อเป็นทุนให้กับผู้ที่จำเป็น มีโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่น่าติดตามคือ โครงการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูความจำ ที่จะให้บริการ

ข้อมูลการทำกลุ่มทางสังคมทั้งสามพื้นที่ สะท้อนว่าภาคสังคมมีต้นทุนการดูแลมากมาย แต่ต้องการความชัดเจนในการเข้าถึงและบริการที่จัดให้ส่วนการดูแลที่เฉพาะเจาะจงต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นยังไม่มี และควรมีการพัฒนาให้ชัดเจนขึ้น ส่วนภาคชุมชนที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้นเป็นกลไกที่สำคัญ ที่มีความพร้อมจะสร้างการดูแลในชุมชน ทั้งนี้ต้องโดยความร่วมมือของทีมสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน ในพื้นที่นั้นๆ

5.3 สรุปทัศนคติ และมิติการดูแลด้านสุขภาพและสังคมในพื้นที่ที่ศึกษา ในมุมมองของบุคลากรด้านสุขภาพ/สังคม/ชุมชน

ทัศนคติของบุคลากรด้านสุขภาพและสังคม/ชุมชนต่อภาวะสมองเสื่อมและการดูแลนั้นฉายภาพที่คล้ายคลึงกัน คือ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นผู้ที่มีกรรมมีเวร เป็นผีบ้า วิกลจริต เป็นผู้ที่ไม่สามารถดำรงตนให้อยู่ในภาวะปกติได้ มีพฤติกรรมที่หลงลืม ก้าวร้าว กลับไปเป็นเด็ก และเป็นผู้ที่น่าสงสาร น่าเบื่อหน่าย สร้างปัญหาและภาระมากมายแก่ครอบครัวและชุมชน และต้องการผู้ดูแลเป็นพิเศษ แต่เดิมเรียกว่า คนหลง คนบ้า คนขวัญเสีย โดยเชื่อว่ามีต้นเกิดจากความสูงอายุหรือเป็นธรรมชาติของคนเมื่อสูงอายุ บางส่วนของความเชื่อว่าเกิดจากการพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี คือ ดื่มสุรา และสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี

ผู้ให้การดูแลหลักต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม บุคลากรทั้งสุขภาพและสังคมฟันธงที่ครอบครัว แต่เข้าใจทุกขภาวะที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นความต้องจำยอมที่ต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแล การต้องเอาใจใส่ดูแลอย่างพิเศษและโดยหลายๆ คนด้วย อีกทั้งในการดูแลไม่พียงแต่ขาดความรู้ ยังต้องอดทน เสียสละ อย่างมากจนถือเป็นเวรกรรมของผู้ดูแล ก่อให้เกิดทุกขภาระของผู้ดูแลตามมา แม้บางส่วนพยายามจะพยายามคิดเชิงบวก แต่ก็ซ่อนความไม่รื่นรมย์ไว้ ด้วยเป็น “กตัญญูที่คล้องคอ” และ “ทำไปเผื่อจะได้บุญ”

สำหรับทัศนคติต่อการดูแลภาวะสมองเสื่อมในภาพรวมนั้น บุคลากรทีมสุขภาพและสังคมต้องการให้เป็นบทบาทของทุกคนทุกฝ่ายในสังคมและในชุมชน และเห็นตรงกันว่าความรู้ทั้งเรื่องสมองเสื่อมและการดูแลนั้นยังอ่อนด้อย ฝ่ายทีมสุขภาพบอกว่าสมองเสื่อมเป็นเรื่องใหม่ที่ต้องพัฒนาเป็นโรคที่รักษาไม่หาย การดูแลที่จะให้ก็ยุ่งยากซับซ้อน ยังดีที่คิดว่าเป็นเรื่องท้าทายและต้องพัฒนาให้เกิดขึ้นในสังคมสูงวัย ส่วนด้านสังคมมองว่าเมื่อรักษาไม่หาย ต้องพัฒนาผู้ดูแลที่มีความรู้และดูแลได้ ต้องปรับทัศนคติต่อสมองเสื่อม ต้องมีช่องทางให้คำปรึกษา และจัดงบประมาณสนับสนุนการดูแลให้มากขึ้น

ประมวลได้ว่าทัศนคติต่อการดูแลสมองเสื่อมในภาพรวมของบุคลากรด้านสุขภาพและสังคม คือ บุคลากรทั้งสองฝ่ายยังขาดความรู้ความเข้าใจภาวะสมองเสื่อม แต่รับรู้ทุกขภาวะและทุกขภาระที่เกิดขึ้น มีความเห็นต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ ต้องร่วมกันดูแลทั้งสุขภาพและสังคมโดยมีครอบครัวเป็นหลัก มีมาตรฐานการดูแล และมีระบบสนับสนุนการดูแล

สำหรับมิติการดูแลหรือรูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนที่มีอยู่ บุคลากรด้านสุขภาพสะท้อนงานที่ดำเนินการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมว่า ต้นกำเนิดอยู่ที่ทีมสุขภาพ ที่ตระหนักในการคุกคามของภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและจะเป็นภัยที่ใหญ่โตในอนาคตอันใกล้นี้ พัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยนำภาคสังคมเข้ามาเกี่ยวข้อง การดูแลมีการคัดกรอง/การคัดแยก การวินิจฉัยบำบัดรักษา และการดูแลต่อเนื่อง ที่เป็นรูปแบบการดูแลในเชิงรุก ครบวงจรทุกระยะของการดำเนินโรค เป็นรูปแบบการดูแลที่ได้ให้การคุ้มครองที่ครอบคลุมทั้งผู้ที่มีความเสี่ยง ผู้ที่มีปัญหาด้านความจำเล็กน้อย จนถึงผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม การให้การดูแลตามรูปแบบนี้ไม่เพียงเป็นการดูแลตามมาตรฐานบริการด้านสุขภาพหรือสาธารณสุขที่พึงมีให้กับประชาชนเท่านั้น แต่ยังสะท้อนถึงการคุ้มครองและให้สิทธิประชาชนในการได้รับการดูแลด้วย

รูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยบุคลากรด้านสังคมสะท้อนว่าโดยสายงานการดำเนินงานด้านสังคมไม่มีรูปแบบการดูแลเฉพาะสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม มีการให้การสนับสนุนการดูแลคุณภาพชีวิตประชาชนทั่วไปตามการร้องขอของประชาชน หรือการขอความร่วมมือจากทีมสุขภาพ และให้ความสำคัญกับครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยครอบครัวต้องเป็นหลัก ชุมชนสนับสนุน และมีท้องถิ่นหรือองค์กรบริหารส่วนตำบลของพื้นที่นั้นเป็นผู้จัดการหลัก หรือประสานให้มีผู้ดูแล มีทุนสนับสนุน ช่วยเหลือในการดูแลในชุมชนนั้นๆ ส่วนหน่วยงานด้านสังคมอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงแรงงาน นั้นบทบาทการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับชุมชนนั้นไม่ชัดเจน

มิติการดูแลด้านสังคมที่สะท้อนการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างชัดเจนนั้นอยู่ที่ชุมชน โดย ครอบครัว ประชาชนคนในชุมชน รวมทั้งพระสงฆ์ในชุมชนนั้นๆ ต่างตระหนักในหน้าที่ที่ต้องให้ร่วมการดูแล ในพื้นที่ที่พอรู้เรื่องสมองเสื่อมอย่างเช่นพื้นที่ที่ศึกษานี้ สะท้อนชุมชนที่มีทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อมและการดูแลสมองเสื่อมดีนั้น จะเป็นพลังสำคัญในการดูแล แต่ต้องมีการสนับสนุนจากทีมสุขภาพและสังคมอย่างต่อเนื่อง

บทที่ 6

สรุปและสังเคราะห์ระบบการคุ้มครองทางสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว

สรุประบบการคุ้มครองทางสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว

6.1 คำนิยามระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว

6.2 สรุประบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว

6.3 ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาระบบการดูแลด้านสุขภาพและสังคม

- 6.3.1 ระบบการดูแลด้านสุขภาพ
  - 6.3.1.1 การจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม
  - 6.3.1.2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร
  - 6.3.1.3 การดำเนินงานในระดับนโยบาย
  - 6.3.1.4 การจัดกรอบอัตรากำลังบุคลากรดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม
  - 6.3.1.5 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ
  - 6.3.1.6 แนวทางการดำเนินงานเพื่อความยั่งยืน
- 6.3.2 ระบบการดูแลด้านสังคม
  - 6.3.2.1 สถานการณ์ทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม
  - 6.3.2.2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน
  - 6.3.2.3 ข้อเสนอแนะการดำเนินระดับนโยบาย
  - 6.3.2.4 การสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม
  - 6.3.2.5 การดูแลด้านสังคมเพื่อผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน
  - 6.3.2.6 แนวทางการดำเนินงานเพื่อความอย่างยั่งยืน

6.4 ปัจจัยเงื่อนไขของการพัฒนาและขับเคลื่อนระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

- 6.4.1 ปัจจัยสนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนการดูแลด้านสุขภาพ
  - 6.4.1.1 ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม
  - 6.4.1.2 ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานระบบการดูแลรักษาภาวะสมองเสื่อมในชุมชน
  - 6.4.1.3 ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานภาวะสมองเสื่อม
  - 6.4.1.4 ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม
  - 6.4.1.5 การพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน
- 6.4.2 ปัจจัยที่สนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนการดูแลด้านสังคม
  - 6.4.2.1 ทัศนคติและการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม
  - 6.4.2.2 นโยบายและกฎหมายสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน
  - 6.4.2.3 การสนับสนุนผู้ดูแลและครอบครัวผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน
  - 6.4.2.4 ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

การสังเคราะห์ระบบการคุ้มครองทางสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว

สรุประบบการคุ้มครองทางสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว

6.1 คำนิยามระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว

การคุ้มครองทางสุขภาพและสังคม สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม นิยามที่ได้จากการศึกษา หมายถึง การจัดระบบการบริการทางการแพทย์และสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถเข้าถึงระบบบริการได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลและครอบครัวได้รับการสนับสนุนและให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม รวมทั้งชุมชนมีความตระหนักรู้และเกิดการช่วยเหลือและดูแลกันในชุมชน

ระบบการคุ้มครองทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะเน้นการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ โดยเริ่มจากการค้นหาผู้สูงอายุที่มีปัญหาในพื้นที่ผ่านระบบการคัดกรอง ซึ่งปัจจุบันทางกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายระดับกระทรวงในเรื่องการคัดกรองกลุ่มโรคในผู้สูงอายุ สถานบริการสุขภาพทุกพื้นที่ต้องมีการคัดกรองกลุ่มโรคผู้สูงอายุรวมทั้งด้านความจำด้วย และจัดทำข้อมูลการคัดกรอง เมื่อผ่านระบบการคัดกรองเพื่อนำผู้สูงอายุเข้าสู่ระบบการวินิจฉัย จะดำเนินการในระดับสถานบริการสุขภาพ ซึ่งจากข้อมูลในพื้นที่ต้นแบบที่มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีการดำเนินการในสามรูปแบบตามบริบทและศักยภาพของสถานบริการ และการดูแลรักษาต่อเนื่องในชุมชนภายใต้การบูรณาการกับระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนที่มีการดำเนินการอยู่ เป็นระบบการคุ้มครองทางสุขภาพที่มีคุณลักษณะเป็นกระบวนการหรือการดูแลทางสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาได้เข้าถึงระบบการจัดบริการทางการแพทย์ เชื่อมโยงกับระบบการคุ้มครองทางสุขภาพที่ทางภาครัฐได้ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันคือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึงเท่าเทียมกัน

ระบบคุ้มครองทางสังคม/ชุมชน สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะต้องให้เกิดการคุ้มครองทางสังคมในบุคคล 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลและครอบครัว และชุมชน และสามารถเข้าถึงการคุ้มครองทางสังคมได้อย่างทั่วถึง โดยภาครัฐจะต้องเข้ามาให้การช่วยเหลือและสนับสนุนเพื่อให้เกิดระบบการคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ และเชื่อมโยงกับนโยบายหรือโครงการในภาครัฐ โดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ที่รับผิดชอบดูแลและได้มีการจัดบริการทางสังคมไว้คือ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและเบี้ยผู้พิการ การคุ้มครองทางสังคมที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันยังไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้ดูแล/ครอบครัว และชุมชน พบว่าการดำเนินในปัจจุบันเป็นลักษณะการช่วยเหลือทางสังคม การสงเคราะห์และให้ความช่วยเหลือ ยังไม่มีระบบการคุ้มครองในเชิงนโยบายหรือกฎระเบียบ มาตรการของหน่วยงานในการดูแลอย่างชัดเจน และชุมชนการคุ้มครองทางสังคมยังไม่ชัดเจน แต่มีรูปแบบการดำเนินการเป็นการตั้งกองทุนช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ และยังเป็นการดำเนินงานของชุมชนและท้องถิ่นเอง เช่น ชมรมผู้สูงอายุ อบต. เป็นต้น ยังไม่มีนโยบายหรือโครงการของภาครัฐที่จะมาดำเนินการ

6.2 สรุประบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว

การคุ้มครองทางสุขภาพและทางสังคม จะสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพประเด็นสำคัญอันแรกคือ ทัศนคติของผู้ดูแล ครอบครัว บุคลากรที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาสังคม จะต้องเริ่มจากการมีทัศนคติที่ดี มีความรู้ความเข้าใจ และมองว่าภาวะสมองเสื่อมไม่ใช่โรคที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติและไม่ต้องรักษา ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกลุ่มนี้ไม่ได้เข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ฉะนั้นการสร้างทัศนคติใหม่ให้กับผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ว่าโรคนี้สามารถป้องกันและต้องได้รับการดูแลรักษา โดยเมื่อเกิดภาวะนี้ขึ้นกับคนในครอบครัวจะต้องพาผู้สูงอายุเข้าสู่ระบบการดูแลรักษา จะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะดังกล่าวสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และได้รับการดูแลรักษาที่ทันท่วงที ลดผลกระทบทางด้านต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นในครอบครัว ชุมชน และประเทศ

ระบบการคุ้มครองทางสุขภาพและสังคมภายใต้ระบบการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองสมองในปัจจุบันยังไม่มีระบบที่ดำเนินการในพื้นที่ แต่พบว่ามีโครงการ นโยบายหรือกฎระเบียบมาตรการที่ภาครัฐให้การดูแลคุ้มครองทางสุขภาพในเรื่องของสิทธิด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุคือ ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) และการคุ้มครองทางสังคมจะเป็นการบริการทางสังคมในเรื่องของเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และเบี้ยผู้พิการ แต่ก็ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมยังเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพและสังคมไม่ทั่วถึงโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท แต่พบว่ามีการจัดระบบบริการทางสุขภาพเกิดขึ้นในพื้นที่ที่มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อให้สามารถเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ได้ โดยการจัดบริการทางสุขภาพเริ่มต้นจากระบบการคัดกรองเพื่อนำผู้สูงอายุที่มีปัญหาความจำเข้าสู่ระบบการวินิจฉัย และมีความเชื่อมโยงกับคลินิกผู้สูงอายุที่มีการดำเนินการในสถานบริการสุขภาพ ซึ่งจะเป็นการเพิ่มโอกาสให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ได้มากขึ้น และการดูแลรักษาต่อเนื่องในชุมชน โดยชุมชนเป็นฐานและมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเมื่อต้องกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านและกลับไปสู่ชุมชน ถ้าชุมชนมีความรู้ความเข้าใจและเกิดความตระหนักในเรื่องนี้ และมีการเชื่อมกับระบบการดูแลระยะยาวที่มีการดำเนินการ จะทำให้สามารถช่วยเหลือและดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะสมองเสื่อมในชุมชนได้อย่างดี เช่น ในพื้นที่บ้านฝาง ได้เกิดการดูแลในพื้นที่ที่เรียกว่า ชุมชนเป็นรั้ว ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการคุ้มครองทางสังคมยังไม่มีการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมและชัดเจนในระดับนโยบายและโครงการ พบว่าในพื้นที่ที่มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ภาวะสมองเสื่อมยังไม่พบว่ามีการดำเนินการที่เกิดขึ้นชัดเจน พบมีความเชื่อมโยงกับนโยบายของภาครัฐที่มีการดำเนินการการจัดบริการทางสังคมใน 2 เรื่องคือ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และเบี้ยผู้พิการ และการช่วยเหลือทางสังคม เช่น การช่วยเหลือเรื่องการสงเคราะห์ นอกจากนี้จะมีการช่วยเหลือทางสังคมที่เกิดขึ้นในชุมชน จะเน้นไปในเรื่องการจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือทางสังคมในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ

มีกองทุนออมเงินวันละบาท เป็นต้น โดยสรุประบบการคุ้มครองทางสุขภาพและทางสังคมยังไม่มีแนวการดำเนินการระดับนโยบาย โครงการหรือการจัดบริการของภาครัฐที่จะรองรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่จะดำเนินการในเรื่องนี้ รวมทั้งในพื้นที่ที่มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเช่นกันจะมีเพียงการดำเนินการในเรื่องการดูแลทางสุขภาพและการช่วยเหลือทางสังคมที่เกิดขึ้นเท่านั้น

ฉะนั้นถ้ามีการขยายการดำเนินการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของพื้นที่ที่มีการพัฒนาระบบ จะทำให้ทุกพื้นที่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่มีปัญหาความจำได้เข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ และภาครัฐต้องออกนโยบายและกฎระเบียนในการรองรับมาตรการต่าง จะนำไปสู่การสร้างระบบคุ้มครองทางสุขภาพและสังคมที่ชัดเจนของประเทศ

6.3 ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาระบบการดูแลด้านสุขภาพและสังคม

6.3.1 ระบบการดูแลด้านสุขภาพ

จากข้อมูลสรุปได้ว่า ระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถพัฒนาและจัดบริการทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพตั้งแต่สถานบริการในระดับปฐมภูมิ (primary care) โดยเริ่มจากการคัดกรอง/คัดแยก ผู้สูงอายุที่มีปัญหาความจำเพื่อเข้าสู่ระบบการวินิจฉัย ซึ่งพบว่ายังเป็นปัญหาของประเทศไทย และกระทรวงสาธารณสุขก็ได้มีนโยบายคัดกรองกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาความจำบกพร่องสามารถเข้าสู่ระบบการบริการสุขภาพได้ทั่วถึงมากขึ้น และเชื่อมโยงกับระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับปฐมภูมิไปจนถึงระดับตติยภูมิ ได้แก่ สถานบริการระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ได้รวมเร็วและสามารถได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีจากระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว (Dementia on top LTC)

6.3.1.1 การจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

จากการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ มีการดำเนินงานในระดับสถานบริการปฐมภูมิและเชื่อมโยงกับการดูแลระดับชุมชน โดยเริ่มจากการคัดกรอง/คัดแยกผู้สูงอายุที่มีปัญหาความจำบกพร่องมาก่อน และนำเข้าสู่ระบบหรือกระบวนการเพื่อการวินิจฉัยในสถานบริการระดับโรงพยาบาลชุมชน โดยมีแพทย์ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ผู้ดูแลและครอบครัว ตัวอย่าง สภาลูกขุน ของบ้านฝางโมเดล ทำการวินิจฉัยร่วมและวางแผนการดูแลรักษาต่อเนื่องถึงชุมชน ซึ่งจะมีโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือโรงเรียนแพทย์ ทำหน้าที่เป็น Coaching ให้กับโรงพยาบาลระดับชุมชน และให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อการรักษาและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (continuum of care) และเชื่อมโยงกับการดูแลในระดับชุมชนที่เน้นให้มีการจัดบริการสุขภาพที่บ้านเป็นหลัก (Home care) ได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่คัดกรองคัดแยกมาเพื่อการดูแลและรักษา ดังต่อไปนี้

1. การจัดบริการสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มสุขภาพดีให้สามารถคงศักยภาพสมอง (Maintain cognitive function)
2. กลุ่มที่มีปัญหาความจำบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment) จัดให้มีการชะลอและป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมด้วยการจัดโปรแกรม cognitive stimulation
3. กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงและระยะท้าย เป็นการจัดบริการดูแลสุขภาพแบบ Specialized care ซึ่งมี care giver หรือจิตอาสาหรือนักบริบาลในชุมชนเป็นผู้ดูแลและประสานการทำงานเชื่อมระหว่างผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลร่วมกับทีมหมอครอบครัว และ FCT (Family care team) นอกจากนี้เกิดระบบการดูแลแบบสนับสนุนเกิดขึ้นที่บ้าน ได้แก่ respite care เป็นการดูแลแบบทดแทนหรือชั่วคราวเพื่อให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวได้พักคลายความเครียด

จากข้อมูลในพื้นที่ที่มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม พบสถานบริการระดับโรงพยาบาลชุมชนสามารถพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ โดยสามารถดำเนินงานเชื่อมโยงกับระบบเดิมของโรงพยาบาล เช่น ระบบยา ระบบการส่งต่อ ระบบการปรึกษา และให้ภาคประชาชนและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น วัด โรงเรียน ทำให้ระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมภายใต้ระบบการดูแลระยะยาวที่มีอยู่สามารถดำเนินการไปได้และเหมาะบริบทของพื้นที่นั้นๆ ซึ่งการจัดบริการรูปแบบดังที่กล่าวมา น่าจะมีความเหมาะกับบริบทของสถานบริการระดับปฐมภูมิของประเทศ ซึ่งไม่มีแพทย์สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ หรือแพทย์เฉพาะทางสาขาอายุรกรรม ประสาทวิทยา และจิตแพทย์ และน่าจะสามารถจัดบริการรูปแบบนี้ได้โดยไม่กระทบกับการจัดบริการสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน โดยเพิ่มแนวทางการจัดบริการสุขภาพเรื่องสมองเสื่อมเข้าไปร่วมด้วย

6.3.1.2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

1. ก่อนการวินิจฉัย

- Service plan: primary care level

1. การคัดกรองโดยอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อคัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหาความจำ เช่น แบบคัดกรอง 14 ข้อคำถาม Mini-cog เป็นต้น
2. การคัดแยกโดยบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อคัดแยกผู้สูงอายุที่มีปัญหาความจำ เช่น แบบทดสอบสภาพสมอง และจิตวิทยา
3. การส่งเสริมและสนับสนุนการป้องกันและชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมตามศักยภาพของชุมชน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในโรงเรียนผู้สูงอายุ และชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น
4. Training สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข และ Caregiver เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

- Service plan: secondary care level

1. การคัดแยกหรือคัดกลุ่มโดยบุคลากรทางสุขภาพ ด้วยแบบประเมินทางสภาพสมองและจิตวิทยา

2. การวินิจฉัยตามศักยภาพของระดับโรงพยาบาล เช่น บ้านฝางโมเดล ใช้ระบบ สภาลูกขุน ในการวินิจฉัยผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว

3. Training เฉพาะเรื่อง เช่น แนวทางการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสำหรับกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ การทำ group support สำหรับผู้ดูแลและครอบครัว เป็นต้น

- Service plan: tertiary care level

1. การวินิจฉัยโดย specialist, Practitioner (Family Medicine)

2. Consultant system มีการเชื่องโยงของระบบการให้คำปรึกษาทั้งในระดับ ตติยภูมิ ทุติยภูมิ และปฐมภูมิ

3. Coaching เป็นทีมหรือระบบที่ค่อยให้ช่วยเหลือ คำปรึกษา และแนะนำดูแลทีมในการดำเนินงาน

4. Training for the trainer การสร้างบุคลากรในระดับเขตบริการสุขภาพเพื่อให้สามารถดำเนินงานและเป็น Trainer ให้กับพื้นที่หรือเขตบริการสุขภาพนั้นๆ

- ศูนย์ส่งต่อข้อมูลทุกระดับ ก่อน-หลัง การวินิจฉัย (Individual Health Profile)

2. หลังการวินิจฉัย

- Service plan: primary care level

1. การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน เป็นการดูแลแบบ specialized care: Dementia on top of LTC

2. Dementia care plan เป็นการจัดทำ care plan รายบุคคล เพื่อการประเมินและติดตามการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยทีมเยี่ยมบ้าน

3. Six building blocks ทั้ง 6 องค์ประกอบ เพื่อการวางแผนและจัดการระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในมิติต่างๆ เช่น จำนวนทีมบุคลากรสุขภาพ งบประมาณ เป็นต้น

- Service plan: secondary care level

1. การดูแลรักษาโดย specialist เป็นแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ และทีมสหสาขาวิชาชีพ

2. การส่งเข้าระบบ specialized LTC เพื่อการดูแลต่อเนื่อง (continuum of care)

3. Dementia care plan เป็นการจัดทำ care plan รายบุคคล เพื่อเป็นการวางแผนแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

- Service plan: tertiary care level

1. การดูแลรักษาด้วยแบบการใช้ยาและไม่ใช้ยา

2. การส่งต่อเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน

- ศูนย์ส่งต่อข้อมูลทุกระดับ ก่อน-หลัง การวินิจฉัย (Individual Health Profile)

6.3.1.3 การดำเนินงานในระดับนโยบาย

จากการทำกลุ่มบุคลากรสุขภาพได้ให้ความคิดเห็นในเรื่องการผลักดันให้สู่ระดับนโยบาย เพราะมีความสำคัญต่อการดำเนินงานโครงการเมื่อระดับผู้บริหารเห็นชอบให้ดำเนินการผลักดันสู่การปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องและเกิดความยั่งยืนในการทำงาน โดยได้แบ่งนโยบายหรือแนวการปฏิบัติเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับท้องถิ่นและชุมชน

1. ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมกลางวัน (Dementia Day care)

2. มี respite care ในระดับท้องถิ่นและชุมชน

3. การบูรณาการเพื่อดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในระดับท้องถิ่นและชุมชน

4. การสร้างอาชีพและมีแหล่งกระจายสินค้า รวมทั้งค่าเสียโอกาสให้กับผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Family caregiver)

ระดับพื้นที่/หน่วยงาน

1. ศูนย์การเรียนรู้ (กระทรวงศึกษาธิการ)

2. ศูนย์การพัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพสำหรับผู้สูงอายุ

3. มีการสนับสนุนการดูแลแบบทดแทนหรือชั่วคราว (Respite care) ในระดับพื้นที่/หน่วยงาน

4. บูรณาการการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่/หน่วยงาน

ระดับประเทศ

1. ระเบียบการใช้งบประมาณที่เอื้อต่อการทำงาน
2. ความชัดเจนของนโยบายระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia on top Long term care)
3. หลักสูตรการอบรม Care manager/caregiver เพื่อสนับสนุนและเพิ่มศักยภาพของบุคลากรทางสุขภาพ
4. กรอบตำแหน่งบุคลากรทางสุขภาพที่จำเป็น มีความก้าวหน้าและค่าตอบแทน
5. นโยบายการส่งเสริมและป้องกันการเสื่อมของสมรรถภาพสมอง และลดปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มโรคเรื้อรัง NCD
6. นโยบายการสนับสนุนการจัดตั้งหอผู้ป่วยผู้สูงอายุ (Geriatric ward) สำหรับดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ในสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิขึ้นไป (ตามศักยภาพ)
7. การสนับสนุนและบรรจุเรื่องสมองเสื่อมในหลักสูตรแพทยศาสตร์/พยาบาลศาสตร์/สหสาขาวิชาชีพ
8. การบูรณาการการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน
9. ระบบฐานข้อมูลหรือการลงทะเบียน (Data center) การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

6.3.1.4 การจัดกรอบอัตรากำลังบุคลากรดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

แนวทางการจัดหาอัตรากำลังหรือบุคลากรสุขภาพที่จะพัฒนาเพื่อจัดระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในสถานบริการแต่ละระดับหรือเป็น Dementia care team ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (ดังตาราง 6.1)

ตารางที่ 6.1 การจัดกรอบอัตรากำลังบุคลากรดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

Term	รพ.สต./PCU	รพช./สสอ.	รพท./รพศ.
แพทย์ดูแลผู้สูงอายุ *	-	+/-	1
อายุรแพทย์สาขาประสาทวิทยา (Neuro medicine)*	-	+/-	1
จิตแพทย์ (Psychiatrist) *	-	+/-	1
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ทั่วไป (Family medicine/GP)	1	1-2	2
พยาบาล (Nurse) ผ่านการอบรม Dementia care manager (DCM)	3	2	2
พยาบาล (Nurse) พยาบาลจิตเวช	-	1	1
นักจิตวิทยา**	-	1	1
นักกิจกรรมบำบัด**	-	1	1
นักกายภาพบำบัด**	-	1	1
นักโภชนาการ**	-	1	1
เภสัชกร**	-	1	1

*เป็นแพทย์สาขาใดสาขาหนึ่งก็ได้

**เป็นสหสาขาวิชาร่วมในการดำเนินงาน ผ่านระบบการปรึกษาระหว่างวิชาชีพ

6.3.1.5 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ประกอบด้วย

1. นโยบายการดำเนินงานระดับองค์กร
2. บุคลากรสุขภาพ ต้องมีการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพและองค์ความรู้ตามสาขาวิชาชีพ
3. หน่วยสนับสนุนจากส่วนกลาง หรือ Coaching ในพื้นที่ เช่น สถาบันศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ
4. ความร่วมมือการดำเนินงานระหว่างเครือข่ายทั้งสายสุขภาพและสังคม ผู้ดูแลและครอบครัว ภาคประชาชนและชุมชน

6.3.1.6 แนวทางการดำเนินงานเพื่อความยั่งยืน

1. การสร้างความตระหนักรู้ให้กับภาคประชาชน ผู้ดูแลและครอบครัว และบุคลากรทางสุขภาพและสังคม ให้มีองค์ความรู้ เห็นความสำคัญ และเข้าใจผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
2. การพัฒนาเครื่องมือสำหรับใช้ในการคัดกรองและการประเมินเรื่องสมองเสื่อมที่ง่ายต่อการปฏิบัติงานในแต่ละระดับของบุคลากรที่จะใช้เครื่องมือ หรือเรียกว่า Easy dementia care
3. การอบรมการใช้เครื่องมือแบบคัดกรองและแบบประเมิน สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข และบุคลากรทางสุขภาพ

6.3.2 ระบบการดูแลด้านสังคม

6.3.2.1 สถานการณ์ทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

1. สภาพปัญหาผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

- การเข้าถึงบริการการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของบุคลากรและเจ้าหน้าที่ยังมีข้อจำกัด
- ประชานทั่วไปยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการดูแลภาวะสมองเสื่อม
- ยังพบการผูกขัง กักขังผู้ป่วย ในชุมชนชนบทยังมีการผูกขังผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และในชุมชนเมืองก็พบมีการกักขังเช่นกัน
- ผู้ดูแลขาดความรู้เฉพาะด้าน ในชุมชนเมืองจะมีการเอาเด็กมาช่วยดูแล แต่ก็พบว่าจะยังมีปัญหาเรื่องการขาดองค์ความรู้เรื่องสมองเสื่อม นอกจากนี้เศรษฐฐานะยังมีผลต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วย

2. ปัญหาในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

2.1 ภาระการดูแลร่างกายและจิตใจ

- ภาระจะอยู่ที่ผู้ดูแล
- ได้ทำงานหรือทำงานไม่ได้
- สูญเสียโอกาส
- คนรอบข้างไม่เข้าใจ (เช่น คนในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน/หัวหน้างาน)
- ต้องการที่พึ่งทางจิตใจ
- การสนับสนุนจากคนรอบข้าง

2.2 ค่าใช้จ่าย

- การรักษาพยาบาล เช่น การไปตรวจวินิจฉัย
- ค่าใช้จ่ายในการดูแลสูง เช่น ค่ายา รวมไปถึงอาหารเสริมอื่นๆ

2.3 ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

- สถานที่ที่เปิดรับดูแลผู้สูงอายุยังขาดองค์ความรู้เรื่องการดูแลเฉพาะผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และควรมีการรับรองคุณภาพผู้ดูแลด้วย

3. ความตระหนักรู้ของสังคม

3.1 ภาคประชาชน/สังคม ขาดความรู้เรื่องสมองเสื่อม เช่น สังคมไม่เข้าใจในพฤติกรรมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ไม่เข้าใจตัวผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และสถานที่บริการสุขภาพขาดความตระหนักรู้เรื่องสมองเสื่อม รวมทั้งยังขาดการสนับสนุนจากสังคม

3.2 ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล/ครอบครัว ยังขาดองค์ความรู้ความเข้าใจในการดูแลภาวะสมองเสื่อม

- ญาติไม่เข้าใจว่าเป็นอะไรคิดว่าเป็นบ้า
- ชุมชนพอเป็นรั้วให้ได้ ส่วนใหญ่ชุมชนจะไม่ค่อยเข้าใจ
- แรกๆ จะรู้สึกตลก ต่อไปจะรำคาญ
- เป็นภาระมากสำหรับผู้ดูแล
- น่าจะได้รับการดูแล
- น่าสมเพชน่าสงสาร
- รู้สึกอาย
- ไม่ทราบว่าเป็นตั้งแต่แรก
- ความเข้าใจของคนในครอบครัวผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
- อาศัยความเข้าใจของคนในครอบครัว
- กลุ่มที่ยากจน เกิดภาระ ไม่มีเวลาในการดูแล ทำให้ขังไว้ในบ้านและรุนแรงมากขึ้น ไม่มีสามารถดูแลและเลี้ยงดูได้

3.3 บุคลากรทางสุขภาพ/สังคมและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ยังขาดความรู้เรื่องสมองเสื่อม มองว่ายังเป็นเรื่องไกลตัว ไม่สามารถแยกกับโรคอื่นได้ และไม่รู้ว่าจะไปหาแพทย์สาขาไหน และคิดว่าควรมีการบรรจุลงไปในหลักสูตรแพทย์ศาสตร์ศึกษา

4. การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

4.1 ระดับสถานบริการ

- การเข้าถึงการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
- บุคลากรที่ไม่ได้อยู่ในทีมยังขาดความรู้
- ขีดความสามารถของสถานบริการในแต่ละระดับ
- องค์ความรู้ของบุคลากรทางสาธารณสุข
- การเข้าถึงของยา
- การตรวจรักษาซับซ้อน

4.2 ระดับชุมชน

- การถ่ายทอดความรู้การดูแลตนเองไปในครอบครัว แต่ยังไม่เข้มแข็ง ส่วนใหญ่จะดำเนินการกันเอง
- เน้นการดูแลกันเอง (ระบบ Self care)
- บทบาทพระสงฆ์ สามารถบูรณาการงานร่วมกับทางพระสงฆ์ เช่น เสนอโครงการเข้าไปร่วมถวายความรู้ในการประชุมพระสังฆาธิการ

4.3 ภาคเอกชน การให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยให้ภาคเอกชนมีความรู้พื้นฐาน และมีความตระหนักรู้เรื่องสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น เช่น การให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดระบบการดูแลภาวะสมองเสื่อม อาทิ การดูแลแบบ Nursing Home

6.3.2.2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

1. การคัดกรอง ในระดับชุมชนจะมีการดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขในการคัดกรองกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม และส่งต่อผู้ที่มีปัญหาด้านความจำให้กับบุคลากรทางสุขภาพเพื่อทำการคัดแยก จะมี Care manager ด้านสมองเสื่อม (Dementia care manager) มาช่วยในการอบรมเรื่องการใช้เครื่องมือในการคัดกรอง ได้แก่ 2Q และ 14 ข้อคำถาม ให้กับอาสาสมัครสาธาณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อคัดกรอง/คัดแยกภาวะซึมเศร้าและความจำ เมื่อพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาด้านความจำจะส่งต่อให้บุคลากรทางสุขภาพทำการซักประวัติ และการประเมินต่อด้วยแบบทดสอบทางสภาพสมองและจิตวิทยาต่อไป

2. การทำกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพสมอง (Cognitive stimulation) มีการจัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นและพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม ดังนี้

2.1 กลุ่มปกติ มีการเน้นกิจกรรมการส่งเสริมและป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม

2.2 กลุ่มที่มีปัญหาความจำบกพร่องระยะแรก (MCI) จะมีโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมอง ได้แก่ โปรแกรม TERM-V ที่พัฒนาขึ้นโดย ผศ.พญ.ดาวชมพู นาคะวิโร และคณะ และสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (พศ. 2557-58)

2.3 กลุ่มที่เป็นสมองเสื่อม จะเข้าสู่ระบบการตรวจวินิจฉัย และการดูแลต่อเนื่องจากสถานบริการและการดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

3. การสร้างความตระหนัก องค์ความรู้ และความเข้าใจเรื่องสมองเสื่อม เพื่อให้ผู้ดูแล/ครอบครัว และชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

3.1 การเข้าถึงสื่อและข่าวสาร พบว่าการเข้าถึงข่าวสารเรื่องภาวะสมองเสื่อมยังมีน้อย โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท

3.2 ช่องทางสื่อ เช่น สื่อแผนพับ การใช้วิทยุชุมชนในการสื่อสาร และเผยแพร่องค์ความรู้เรื่องสมองเสื่อม

3.3 การส่งเสริมและสร้างความรอบรู้เรื่องสุขภาพ (Health literacy) ในทุกช่วงวัย โดยการให้ความรู้เรื่องสมองเสื่อมในทุกกลุ่มวัย เช่น โรงเรียนหรือสถาบันการศึกษา กลุ่มวัยทำงาน ไม่เฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุเท่านั้น

4. การประเมินและติดตามการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่อง (Continuum of care)

4.1 การดูแลระดับครอบครัวจะมีการสอนเป็นรายบุคคล และการจัดทำ Care plan สำหรับรายนั้นๆ เพื่อลงเยี่ยมบ้านและติดตามปัญหาของผู้ป่วยเป็นรายๆ และในรายที่มีปัญหาในประเด็นสำคัญๆ ร่วมกันขอสหสาขาวิชาชีพก็จะมีการจัด conference ที่บ้านผู้ป่วย

4.2 ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) ได้แก่ ครอบครัว ญาติ จิตอาสาหรืออาสาสมัครสาธารณสุข

4.2.1 การสร้างองค์ความรู้ ทักษะการดูแล หรือคู่มือในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสำหรับญาติ ครอบครัว จิตอาสาหรืออาสาสมัครสาธารณสุข เช่น การอบรมความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแลและครอบครัวผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน สร้างและส่งเสริมองค์ความรู้ให้กลุ่มของ Caregiver อาสาสมัครสาธารณสุข และจิตอาสา

4.2.2 การจัดทำ group support สำหรับผู้ดูแล ครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และจิตอาสา เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและส่งเสริมให้กำลังใจผู้ดูแลและครอบครัว ส่วนของจิตอาสาและอาสาสมัครสาธารณสุข ควรเชิญชวนเข้ากลุ่มเพื่อหาแนวร่วมในผู้ที่มีจิตอาสาอยากช่วยเหลือ และอบรมองค์ความรู้ให้ครบมิติต่างๆ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ และช่วยเหลือญาติในการดูแลผู้ป่วย ลดภาระ burden ของผู้ดูแลและครอบครัว

4.2.3 การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับชุมชน เช่น มีระบบให้คำปรึกษาสำหรับผู้ดูแล การเยี่ยมให้กำลังใจญาติที่มีความเครียด และการสร้างอาชีพให้ผู้ดูแลสามารถทำงานที่บ้านได้ เป็นต้น

4.3 ผู้ดูแลแบบเป็นทางการ (Formal caregiver)

- มีหลักสูตรการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแล
- มีการประเมินและติดตามการทำงานของผู้ดูแล
- ควรมีศูนย์การฝึกอบรมสำหรับผู้ดูแลที่มีมาตรฐานรองรับ เช่น หลักสูตรการดูแลเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลให้ได้มาตรฐาน อัตราค่าจ้างในการดูแลที่เหมาะสมและมีมาตรฐาน

5. ข้อคิดเห็นเพื่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

5.1 ระดับภาคประชาชนและสังคม

- การสร้างความตระหนักในภาคประชาชน ผู้ดูแลและครอบครัวสำหรับการดูแลในชุมชน
- การสร้างจิตสำนึกในเรื่องสมองเสื่อมตั้งแต่ระดับโรงเรียน

5.2 ระบบการดูแลระยะยาว ในระบบการดูแลระยะยาว (Long term care) ให้สิทธิเฉพาะคนอายุ 60 ปีขึ้นไป และที่มี ADL < 11 ที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) เท่านั้น กรณีเป็นข้าราชการจะไม่ได้สิทธิประโยชน์ของการดูแลระยะยาว เพราะสิทธินี้จะครอบคลุมเฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น ฉะนั้นควรจะมีการขยายสิทธินอกจากสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้รวมถึงสิทธิเบิกได้ (ราชการ/รัฐวิสาหกิจ) และระบบประกันสังคม และสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อใช้ร่วมกับชุดสิทธิประโยชน์ของการดูแลระยะยาว ในกรณีที่มีการเบิกจ่ายในเรื่องกายอุปกรณ์และวัสดุทางการแพทย์ พบว่าการเบิกจ่ายมีความยุ่งยากและต้องมีใบรับรองจากแพทย์ ควรจะมีการบูรณาการระบบเพื่อลดความยุ่งยากและซับซ้อนในการทำงาน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับสะดวกและเข้าถึงระบบบริการได้ง่ายขึ้น

6.3.2.3 ข้อเสนอแนะการดำเนินระดับนโยบาย

1. สถานประกอบการ/หน่วยงาน
   - ให้การสนับสนุนผู้ดูแลในการจ้างงาน/การยืดหยุ่นเวลาทำงาน
   - การกลับเข้าสู่ตลาดแรงงานของผู้ดูแล
2. การพัฒนาองค์ความรู้และความตระหนักของภาคประชาชน ภาควิชาชีพและองค์กรทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้อง เช่น กศน. ให้รู้เรื่องสมองเสื่อม วัด ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน ตำรวจในกรณีผู้ป่วยหาย
3. การเผยแพร่องค์ความรู้เรื่องสมองเสื่อมทางสื่อสาธารณะต่าง ๆ เช่น หนัง โฆษณา อินเตอร์เนต
4. การพัฒนาทักษะผู้ดูแลในภาคเอกชนและการควบคุมคุณภาพมาตรฐานสถานบริการ (สามารถดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น)

6.3.2.4 การสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

1. การฝึกอาชีพ ต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับรายได้หรือการส่งเสริมอาชีพหรืองานที่สามารถนำมาทำได้ที่บ้าน และสามารถดูแลผู้ป่วยได้ด้วย หรือมีสิทธิในการกู้ยืมเงินทุนประกอบอาชีพ
2. ค่าตอบแทนสำหรับผู้ดูแล อยากให้ความชัดเจนเรื่องค่าตอบแทนหรือเงินช่วยเหลือผู้ดูแล
3. การทำกิจกรรมกลุ่มให้กับผู้ดูแลและครอบครัว ในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และการลงพื้นที่ไปให้คำแนะนำกับญาติและครอบครัว
4. การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver, CG) เพื่อการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ดูแลระหว่างผู้ดูแล

6.3.2.5 การดูแลด้านสังคมเพื่อผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

จากการศึกษาพบว่าการคุ้มครองทางสังคมที่เกิดขึ้นในพื้นที่ที่มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะมุ่งเน้นในเรื่องการดูแลโดยการมีส่วนของทุกภาคส่วน ประกอบด้วย หน่วยงานของรัฐที่ดูแลในพื้นที่ ทั้งสายสุขภาพและสังคม ชุมชน วัด โรงเรียน ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัคร จิตอาสา และcaregiver เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลในชุมชน คู่ขนานกับการสร้างชุมชนให้มีความเข้มแข็ง โดยเพิ่มศักยภาพให้ความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติในเรื่องสมองเสื่อม ภาคสังคมและชุมชนตระหนักรู้เรื่องสมองเสื่อม ก็จะเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ ที่เราเรียกว่า ชุมชนเป็นรั้ว เช่น พื้นที่อำเภอบ้างฝาง จังหวัดขอนแก่น ในกรณีที่ผู้ป่วยเดินหลงหนีออกจากบ้านและจำทางกลับบ้านไม่ได้ ชุมชนเป็นรั้วจะช่วยเป็นหูเป็นตาและช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถกลับมาที่บ้านได้อย่างปลอดภัย และวัดเข้ามามีส่วนร่วมโดยให้ความช่วยเหลือด้านสังคมเรื่องอาหารและเครื่องใช้ส่วนตัวให้กับผู้ดูแลและครอบครัว เพราะญาติโยมนำมาถวายและมีเหลือมากพอที่จะสามารถนำไปช่วยเหลือคนที่ยากลำบากได้อีกต่อหนึ่ง

สรุปประเด็นของการคุ้มครองทางสังคม (Social protection) ของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน เป็นรูปแบบ 3 คุณลักษณะตามการจัดสวัสดิการของรัฐที่จัดบริการเพื่อคุ้มครองทางสังคมสำหรับประชากรในประเทศ (ดังตาราง 6.2)

ตารางที่ 6.2 การคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

การคุ้มครองทางสังคม	รูปแบบ	รายละเอียด
การบริการทางสังคม	- การพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ/ผู้ไร้ความสามารถ - ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชุมชน - การอบรมและแนะนำการประกอบอาชีพ	- มีศูนย์ดำรงธรรมในชุมชน -มีการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ 5 รูปแบบ คือ 1. ดูแลประจำ 2. รับฝากกลางวัน 3. ประเภทบางเวลา 4. ช่วยเหลือทำกิจกรรม 5. ติดสังคม - การอบรมการประกอบอาชีพแบบมีใบรองรองคุณวุฒิและไม่มีใบรับรอง
	- เบี้ยผู้สูงอายุ - เบี้ยผู้พิการ	- การขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม - การเพิ่มเบี้ยยังชีพผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
	- กองทุนผู้สูงอายุ	- สนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ - การส่งเสริมและสร้างศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง - ส่งเสริมเงินทุนเพื่อการประกอบอาชีพ
การช่วยเหลือทางสังคม	- การสงเคราะห์ผู้ยากจนและ ผู้ที่มีภาวะยากลำบาก - สนับสนุนผู้ดูแลและครอบครัว - วัด (ช่วยเหลือผู้ดูแล/ครอบครัว) - กองทุนต่างๆ	- เงินสงเคราะห์ - การปรับปรุงที่อยู่อาศัย - การให้ความช่วยเหลือสิ่งของเครื่องใช้ในชีวิตประจำ เช่น ข้าวสาร แปรง-ยาสีฟัน - กองทุนที่จัดขึ้นเพื่อระดมทุนหรือช่วยเหลือโดยภาครัฐและชุมชนเอง
การส่งเสริมทางสังคม		- การสนับสนุนกิจกรรมโดยองค์ภาคเอกชน รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรอื่นๆ

6.3.2.6 แนวทางการดำเนินงานเพื่อความอย่างยั่งยืน

ในการคุ้มครองทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว ต้องมีการส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินการในชุมชน ในประเด็นต่อไปนี้

1. ความตระหนักรู้ และความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) เรื่องสมองเสื่อมในภาคสังคมและประชาชน
2. วัฒนธรรมสังคมไทย (Culture) ยังยึดมั่นในความกตัญญู และเป็นหน้าที่ที่ต้องทดแทนบุญคุณบุพการี
3. ระบบสนับสนุนและการคุ้มครองทางกฎหมายสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม เนื่องจากการเข้าถึงสิทธิเป็นไปได้ยาก ถ้าไม่มีใบรับรองทางการแพทย์ อยากให้เกิดในระดับชุมชนโดยชุมชนเป็นคนรับรอง เพราะผลกระทบเกิดกับชุมชน
4. ระบบการสนับสนุนการสร้างงานและรายได้ที่มั่นคงให้กับผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น การสนับสนุนเกิดกลุ่มอาชีพสำหรับผู้ดูแลที่บ้าน
5. ระบบการดูแลและสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรก เช่น ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชุมชน โรงเรียนผู้สูงอายุ
6. ระบบการดูแลและสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล
7. ระบบการคุ้มครองด้านข้อมูลข่าวสารในการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ การเข้าถึงข่าวสารประชาสัมพันธ์ให้ทั่วถึง
8. ต้องมีการบูรณาการทำงานร่วมระหว่างกระทรวงและหน่วยงานที่เกี่ยวอย่างเป็นเอกภาพ

6.4 ปัจจัยเงื่อนไขของการพัฒนาและขับเคลื่อนระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

จากข้อมูลการทำ Focus group กลุ่มบุคลากรสุขภาพ สังคม หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ชุมชน ในพื้นที่ที่มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งในระดับสถานบริการและในชุมชน พบว่าปัจจัยที่สนับสนุนและปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงและการจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนี้

6.4.1 ปัจจัยสนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนการดูแลด้านสุขภาพ

6.4.1.1 ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

จากการศึกษาในกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ ในประเด็นทัศนคติต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและการดูแล เห็นว่าครอบครัวของผู้สูงอายุจะมองภาวะสมองเสื่อมเป็นความชราตามอายุ และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคชราและไม่ต้องรักษา ในขณะที่ประเด็นการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่ามองการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นภาระในการดูแลทั้งด้านบวกและลบ เช่น

- เป็นภาระมีความยุ่งยากในการดูแล
- เป็นภาระของผู้ดูแล “จากรักเป็นเกลียด (ชัง)”
- ผู้ที่รับมรดกเป็นผู้ดูแล “ใครได้มรดกก็ดูแลไป”
- เป็นโอกาสที่เขาจะได้ดูแลแม่อย่างใกล้ชิด ได้บุญ “ลำบากก็ยอม”

6.4.1.2 ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานระบบการดูแลรักษาภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

1. มีระบบให้คำปรึกษา (consultation) เรื่องการดูแลทั้งในระดับสถานบริการและชุมชน
2. มีระบบการเชื่อมต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยในสถานบริการเฉพาะทาง หรือระดับตติยภูมิ
3. มีแนวทางหรือมาตรฐานการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับสถานบริการและชุมชน
4. มีการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูขึ้นในชุมชน
5. มีระบบการดูแลในระดับชุมชนโดยภาคสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล

6.4.1.3 ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานภาวะสมองเสื่อมประกอบด้วย ปัจจัยด้านนโยบาย ด้านความร่วมมือ/การมีส่วนร่วม ด้านงบประมาณ และ ด้านการพัฒนาบุคคลากร (ดังตาราง 6.3)

ตารางที่ 6.3 ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานภาวะสมองเสื่อม

นโยบาย	ความร่วมมือ/การมีส่วนร่วม	งบประมาณ	การพัฒนาบุคคลากร
1. ควรเน้นในเรื่องของการสร้างความตระหนักและองค์ความรู้เรื่องสมองเสื่อมให้กับภาคประชาชน ผู้ดูแลและครอบครัว รวมทั้งบุคลากรทางสุขภาพและสังคม 2. การผลักดันนโยบายด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติลงพื้นที่ให้มีความชัดเจน เช่น การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุมีการกำหนดตัวชี้วัดและการประเมินและติดตามที่ชัดเจน 3. ควรมีการพิจารณาหรือทบทวนการออกใบรับรองความพิการสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อให้เข้าถึงบริการได้ง่าย 4. ควรมีนโยบายให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพิ่มการสนับสนุนให้มีการปรับปรุงบ้านและสิ่งแวดล้อมให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อม เช่น การปรับห้องน้ำ ราวจับในบ้าน เป็นต้น	1. ควรสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและหน่วยงานภาครัฐในระดับพื้นที่ เช่น อปท. เห็นความสำคัญในเรื่องนี้และมีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุน เช่น การประเมินและจัดการสร้างและปรับสภาพที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม การส่งเสริมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ/ชมรมผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม 2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรเข้ามามีส่วนรวมในการจัดการดูแลและการสวัสดิการในระดับพื้นที่ ดังนี้	1. งบประมาณจากหน่วยงาน 2. งบประมาณจากอปท. เช่น กองทุนสุขภาพตำบล 3. งบประมาณส่วนของกลาง เช่น กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย 4. งบประมาณจากภาคเอกชน/องค์กรอื่นๆ	1. ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้สามารถคัดกรองผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้ และสามารถดูแลต่อเนื่องในชุมชน 2. การพัฒนาศักยภาพของแพทย์ระดับโรงพยาบาลชุมชน ในการดูแลและสามารถวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมเพื่อสร้างความมั่นใจในการวินิจฉัยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 3. การจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสำหรับแพทย์ทั่วไป(GP)/ แพทย์ระดับโรงพยาบาลชุมชน

นโยบาย	ความร่วมมือ/การมีส่วนร่วม	งบประมาณ	การพัฒนาบุคคลากร
5. ควรมีแหล่งทุนหรืองบประมาณสนับสนุนสำหรับหน่วยงานที่สนใจเรื่องสมองเสื่อมและต้องการพัฒนาระบบและการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม	2.1 มีความร่วมมือกับทีมบุคลากรทางสุขภาพให้เป็นพี่เลี้ยงและการให้องค์ความรู้ด้านสุขภาพ เช่น ศูนย์ดูแลกลางวันผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia Day Care) ศูนย์ดูแลแบบค้างคืน (Nursing Home) การดูแลทดแทนหรือชั่วคราว (Respite care) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลและสนับสนุนการบริการสุขภาพในระดับท้องถิ่น 2.2 การจัดบริการด้านสุขภาพ เช่น มีการบริการรถรับ-ส่งสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ต้องการการดูแลระยะยาวไปสถานบริการสุขภาพ การสนับสนุนเรื่องอุปกรณ์ดูแล และศูนย์การฟื้นฟูสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การทำงานฝีมือต่างๆ เป็นต้น 2.4 ควรเป็นแกนหลักในเรื่องของงบประมาณสำหรับการจ่ายค่าตอบแทนให้กับผู้ดูแล (Caregiver) 2.5 ควรมีแผนงานหรือความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ในการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในผู้ป่วยที่มีความยากลำบาก หรือผู้ดูแลมีรายได้น้อยควรมีการส่งเสริมอาชีพเพื่อสร้างรายได้ให้กับผู้ดูแลและครอบครัว 2.6 ควรมีการร่วมมือเพื่อพัฒนาให้ศูนย์การพัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมรายได้สำหรับผู้สูงอายุ (ศพอส.) ให้มีองค์ความรู้ ความเข้าใจ และสามารถดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนได้		

6.4.1.4 ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

1. ระดับสถานบริการสุขภาพ

1.1 การคัดกรอง ในปัจจุบันทางกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในเรื่องการคัดกรองผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีการดำเนินการจัดการอบรมการใช้เครื่องมือ และคู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ เพื่อใช้ในการดำเนินงานใน แต่ละพื้นที่ สรุปข้อมูลจากการทำกลุ่มในแต่ละพื้นที่ ดังนี้

- เครื่องมือหลากหลาย และใช้เวลานานในการประเมิน
- ผู้ประเมินยังขาดองค์ความรู้หรือไม่เข้าใจการใช้เครื่องมือที่ถ่องแท้
- เมื่อคัดกรองมาแล้ว พบว่ามีปัญหายังไม่มีระบบเชื่อมต่อหรือแนวทางการดำเนินงาน

1.2 การวินิจฉัยและส่งต่อ

- ระยะเวลารอการวินิจฉัยนานและต้องพบแพทย์หลายครั้ง
- ต้องส่งต่อเพื่อวินิจฉัยในระดับตติยภูมิ
- ระบบการเชื่อมต่อหรือส่งต่อเรื่องสมองเสื่อมยังไม่มีรองรับ รวมทั้งการเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่ทำให้การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อติดตามเยี่ยมบ้านและให้การดูแลไม่ครอบคลุม
- ผู้ที่มีปัญหาความจำไม่ยอมรับการวินิจฉัย
- มีแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับปฐมภูมิ โดยให้แพทย์ทั่วไป (GP) สามารถวินิจฉัยได้
- พัฒนาศักยภาพของแพทย์ในระดับโรงพยาบาลชุมชนเพื่อสร้างความเข้าใจและมั่นใจในการวินิจฉัยและดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

1.3 การดูแลรักษา

- บุคลากรสุขภาพขาดองค์ความรู้และความมั่นใจในการดูแล รักษาผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
- ญาติไม่พาผู้ป่วยไปรักษาต่อ เนื่องจากเศรษฐฐานะ
- ยารักษาสมองเสื่อมแพง
- มีปัญหาระบบการส่งต่อเพื่อการดูแลรักษาอย่างเป็นระบบและชัดเจน
- ในระดับนโยบายต้องชัดเจนเพื่อให้ผู้บริหารได้เห็นความสำคัญและให้สนับสนุนในการดำเนินงานเรื่องนี้อย่างเป็นระบบ
- การปรึกษาปัญหาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพิ่มช่องทางสายด่วนในระบบ FCT (Family Care Term)

2. ระดับผู้ดูแลและครอบครัว

1. ผู้ดูแลขาดความรู้และไม่เข้าใจผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
2. ไม่มีผู้ดูแลทดแทนเมื่อต้องไปประกอบอาชีพ (ทำให้เกิดการกักขังผู้ป่วย)
3. เศรษฐฐานะของครอบครัวผู้ป่วย
4. ผู้ดูแลมีภาวะ Burn out

3. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

1. นโยบายเรื่องสมองเสื่อมและการนำสู่การปฏิบัติไม่มีความชัดเจน
2. การขาดองค์ความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล ครอบครัว และบุคลากรทางสุขภาพและสังคม
3. ภาคีเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมยังมีไม่มาก และยังขาดการเชื่อมโยงกันการทำงานอย่างเป็นรูปธรรม
4. ทัศนคติของภาคประชาชนและบุคลากรทางสุขภาพในเรื่องสมองเสื่อม

4. การพัฒนาการดำเนินการด้านกฎหมาย

1. การถูกเอาเปรียบในเรื่องทรัพย์มรดก ควรมีกฎหมายการจัดการทรัพย์สินของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมที่ยังสามารถตัดสินใจได้ ให้มีการจัดการทรัพย์สินของตัวเองขณะที่ยังสามารถทำได้ เพื่อป้องกันการถูกฉ้อโกงและเอารัดเอาเปรียบ

2. กฎหมายการขอเป็นผู้พิทักษ์หรืออนุบาลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ควรมีองค์กรในการตรวจสอบผู้อนุบาลหรือผู้พิทักษ์ในการดูแลผู้เสมือนไร้ความสามารถหรือผู้ไร้ความสามารถ ไม่ให้เกิดการ Abuse ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ศาลสั่งให้เป็นผู้เสมือนไร้ความสามารถหรือผู้ไร้ความสามารถ

3. คนหาย กรณีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมหาย สามารถแจ้งความได้ก่อน 24 ชั่วโมง หรืออาจจะมีหน่วยงานที่ช่วยประสานหรับแจ้งในการค้นหาผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยเฉพาะ

6.4.1.5 การพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จะต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรและหน่วยงานหลายภาคเริ่มตั้งแต่ครอบครัว ผู้ดูแลหลักชุมชน บุคลากรทางสุขภาพ ท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างการคุ้มครองทางสุขภาพ (Health protection) ให้เกิดขึ้นในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ฉะนั้นการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพให้บุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จะทำให้การดำเนินการหรือชุดโครงการที่จัดทำขึ้นเพื่อรองรับการคุ้มครองทางสุขภาพเกิดผลสัมฤทธิ์เป็นรูปธรรม ส่งผลให้เกิดการดูแลครอบคลุมทุกมิติ ประชากรผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเปาะบางหรือยากจนในพื้นที่ชนบทสามารถเข้าถึงและได้รับบริการทางสุขภาพที่ทางภาครัฐ และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ สรุปได้ว่าการพัฒนาทั้งบุคลากรทางสุขภาพ การสร้างองค์ความรู้ให้กับผู้ดูแลและครอบครัว ภาคประชาชนและชุมชน มีความรู้ความเข้าใจเกิดเป็นแนวร่วม/เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนภายใต้ระบบการดูแลระยะยาวอย่างมีคุณภาพ

ตารางที่ 6.4 การพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่มีภาวะภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

บุคคล/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ประเด็นการสร้าง/กิจกรรม	ประเด็นการพัฒนา/ต่อยอด
ผู้ดูแลและครอบครัว	การสร้างความตระหนักรู้ ความเข้าใจ ให้ผู้ดูแลและครอบครัว ให้เข้าระยะของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และการดูแล	- การให้ความรู้แก่ญาติและครอบครัว
	การสร้างอาชีพให้ผู้ดูแลที่บ้าน เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้	การดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี
	การจัดกิจกรรม group support	- Family therapy, Social therapy - การเยี่ยมบ้านและให้กำลังใจญาติ/ครอบครัว - การดูแลรายบุคคล (Care Plan)
		ระบบการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ดูแลที่มีภาวะ burden
ชุมชน/ภาคประชาชน	การสร้างความตระหนักรู้ ความเข้าใจ ให้ประชาชนและภาคสังคม	ให้ความสำคัญและมีการพัฒนา/สร้างตั้งแต่ระดับโรงเรียนเป็นต้นไป
	การสร้างจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	ชมรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน
		การจัดบริการดูแลแบบทดแทนที่บ้านโดยจิตอาสา (Respite care)
	สร้างความเข็มแข็งของชมรมผู้สูงอายุ	การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (Active aging) เพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม
	ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน	การจัดโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองเพื่อป้องกัน ชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม
	ระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน	- การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยชุมชน - เครือข่ายการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน
บุคลากรที่ทำงานด้านสุขภาพ	การสร้างความตระหนักรู้ เข้าใจ และทัศนคติต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้กับบุคลากรทางสุขภาพ	การสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับสถานบริการและชุมชน
	การอบรมการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุสำหรับบุคลกรทางสุขภาพ	แผนการการคัดกรองสมองเสื่อมประจำทุกปีในพื้นที่
	การอบรมองค์ความรู้สำหรับบุคลากรทางสุขภาพ - หลักสูตรพื้นฐานทั่วไป - หลัดสูตรเฉพาะทาง	การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและต่อยอดงานเรื่องสมองเสื่อม/ด้านผู้สูงอายุ - Geriatric clinic/Memory clinic/Smart brain clinic - Dementia care team - Dementia care manager - Dementia coordinator
	การอบรมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้ที่มีปัญหาความจำบกพร่อง	การพัฒนาต่อยอดชุดอุปกรณ์การพัฒนาศักยภาพสมองในผู้ที่มีปัญหาความจำบกพร่อง
	การพัฒนาคู่มือ/แนวทางการดูแลรักษา/หลักสูตรการดูแล	การพัฒนาเป็นคู่มือ/แนวทางการวินิจฉัยและการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมสำหรับแพทย์ในระดับโรงพยาบาลชุมชน
		พัฒนาเป็นหลักสูตรการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแลแบบเป็นทางการ

บุคคล/หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง	ประเด็นการสร้าง/กิจกรรม	ประเด็นการพัฒนา/ต่อยอด
	ระบบการส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	- การจัดบริการแบบ one stop services - Dementia fast tract
	การสร้างระบบการดูแล Dementia on top LTC	การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ระดับจังหวัด และบูรณางานดำเนินร่วมกับสถาบันการศึกษาภายในจังหวัด
		การดูแลที่บ้านและแบบเป็นรายบุคคล (Care Plan)
		การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมภายใต้ระบบ District Health system (DHS)
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	การสร้างความตระหนักรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล	- เครือข่ายและความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน/ท้องถิ่น - การสร้างเครือข่ายการดูแล
	การอบรม care giver เพื่อดูแลผู้สูงอายุ และมีค่าตอบแทนให้	- การเบิกจ่ายงบประมาณค่าตอบแทนสำหรับ CG - การพัฒนาให้มี CG ครอบคลุมพื้นที่
	การสร้างการดูแลระยะยาวในชุมชน	การดูแลแบบกลางวัน (Day care) การดูแลแบบทดแทนที่บ้าน (respite care)
		การสนับสนุนอาชีพและสร้างรายได้ให้กับผู้ดูแล/ครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พม.)	การสร้างความตระหนักรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล	เครือข่ายและความร่วมมือบริการด้านสังคมที่เกี่ยวข้องระหว่างหน่วยงาน/ท้องถิ่น
	การออกใบรับรองสิทธิความพิการ	พัฒนาเป็นคู่มือหรือมาตรฐานให้ตั้งแต่แพทย์ทั่วไปเป็นต้นไป สามารถออกใบรับรองความพิการได้ เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเข้าถึงการบริการได้ง่าย
		การสนับสนุนอาชีพและสร้างรายได้ให้กับผู้ดูแล/ครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

6.4.2 ปัจจัยที่สนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนการดูแลด้านสังคม

6.4.2.1 ทัศนคติและการดูแลผู้สูอายุภาวะสมองเสื่อม (ดังตาราง 6.5)

ตารางที่ 6.5 ทัศนคติและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ประเด็น	มุมมองด้านบวก	มุมมองด้านลบ
ทัศนคติต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม	- เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นอยู่แล้วในผู้สูงอายุ - ต้องให้การดูแลเป็นพิเศษ และมีคนค่อยดูแล - เป็นบุคคลที่น่าสงสาร น่าเห็นใจ	- เป็นเวรเป็นกรรมทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล - เป็นปัญหาและภาระกับลูกหลานและครอบครัว - เป็นภาระ รำคาญ และเบื่อหน่าย - น่าสมเพช เหมือนเป็นเด็ก - เป็นพวกวิกลจริต คนบ้า มีอาการหลงลืมเปลี่ยนไปมา ย้ำคิดย้ำทำ
ทัศนคติต่อผู้ดูแล	- ยินดีและมองว่าเป็นกุศลบุญที่ได้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ - มองในเรื่องความกตัญญู ต้องทดแทนบุญคุณ แทนมองว่าเป็นภาระ - เป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบ เสียสละ และมีความอดทน - มีความเข้าใจเรื่องสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ - คนในครอบครัวต้อมมีความเข้าใจและให้การสนับสนุนผู้ดูแล	- เป็นเวรเป็นกรรมทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล - มองว่าน่าสงสาร และเห็นใจผู้ดูแล - เป็นภาระในการดูแล
ทัศนคติและมุมมองของหน่วยงานที่ทำงานด้านสังคม	- เป็นภาวะที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องมีผู้ดูแล - เป็นบทบาทของทุกคนทุกฝ่ายในชุมชนที่ต้องช่วยกัน - ขาดองค์ความรู้ความเข้าใจเรื่องสมองเสื่อม - บุคลากรในองค์กรต้องปรับทัศนคติเป็นบวกและเข้าใจต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล - การสร้างกิจกรรมสนับสนุนแก่ผู้ดูแล	- Family therapy, social therapy - การเยี่ยมบ้านและให้กำลังใจญาติ/ครอบครัว - การดูแลรายบุคคล (care plan)

6.4.2.2 นโยบายและกฎหมายสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

จากการทำกลุ่มในบุคลากรทางสังคม หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และชุมชน ได้สรุปนโยบายหรือกฎหมาย ที่รับรองและสนับสนุนการคุ้มครองทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมใน 3 พื้นที่ที่มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีหลายหน่วยงานที่เข้ามาเกี่ยวข้อง (ดังตาราง 6.6)

ตารางที่ 6.6 นโยบายและกฎหมายสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

หน่วยงานที่รับผิดชอบ	พรบ./กฎหมายที่เกี่ยวข้อง
สปสช./กระทรวงสาธารณสุข	- พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - กองทุนหลักประกันสุขภาพ - นโยบายการดูแลระยะยาว (LTC)
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	- พรบ.ผู้สูงอายุ - พรบ.ผู้พิการ - กองทุนผู้สูงอายุ
กระทรวงมหาดไทย (เทศบาล)	- เทศบัญญัติ - กฎระเบียบการปฏิบัติงานระดับท้องถิ่น
กระทรวงศึกษาธิการ	- พรบ.คณะสงฆ์ - นโยบายการศึกษา

6.4.2.3 การสนับสนุนผู้ดูแลและครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

1. หน่วยงานในท้องถิ่น/ชุมชน ให้การช่วยเหลือและสนับสนุนมีทั้งในภาครัฐและภาคสังคม ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะมีการจัดจ้างผู้ดูแลภายใต้งบประมาณที่สนับสนุนจากสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การจัดสภาพแวดล้อมหรือสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม/พิการ งบประมาณสนับสนุนจากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรืองบประมาณภายใต้พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาผู้พิการ นอกจากนี้ทางกระทรวงศึกษาธิการโดยจะเข้ามาช่วยดูแลหลักสูตรของโรงเรียนผู้สูงอายุ ส่วนในชุมชนจะอยู่ในรูปแบบภาคประชาชน ชมรมผู้สูงอายุ และวัด ในการช่วยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลและครอบครัว

2. งบประมาณหรือแหล่งสนับสนุนด้านการเงิน มีการจัดตั้งเป็นรูปแบบกองทุนในชุมชน หรือหน่วยงานของรัฐในรูปแบบต่างๆ เพื่อเป็นสวัสดิการและการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งจะรวมถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยเช่นกัน ดังนี้

- กองทุนผู้พิการ
- กองทุนผู้สูงอายุ ผ่านทางชมรมผู้สูงอายุ
- กองทุนเทศบาล
- กองทุนกู้ยืมประกอบอาชีพในชุมชน
- กองทุนวันละบาท เป็นสวัสดิการให้สมาชิกในชุมชน จัดเก็บเงินจากสมาชิกแบบรายเดือน (พร้อมการรับเบี้ยผู้สูงอายุ) ราย 6 เดือน (ครั้งละ 180 บาท) และรายปี (ปีละ 365 บบาท) มีสวัสดิการให้สมาชิกเสียชีวิต (ค่าชับน้ำตา) กรณีเป็นสมาชิก 1 ปี เป็นเงิน 2,500 บาท นอนโรงพยาบาลให้คืนละ 100 บาท แต่ไม่เกิน 20 วัน/ปี โดยต้องมีใบรับรองแพทย์เป็นหลักฐาน
- กองทุนแก้จนเพื่อคนพอเพียงสำหรับผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ (ริเริ่มจากทางเทศบาลปี 2557 เนื่องจากข้อจำกัดของระเบียบราชการให้การเบิกจ่ายทำได้ลำบาก) งบประมาณได้จากรายได้หลังหักค่าใช้จ่าย การบริจาคจากการจัดงานชื่อ ข้าวใหม่ปลามัน มีกิจกรรมระดมทุนรับบริจาค สอยดาว บุญข้าวใหญ่ กองทุนมีคณะกรรมการ (ผู้นำชุมชน) ทำการสำรวจ พิจารณาการให้ความช่วยเหลือ เช่น การบริจาคข้าวสารอาหารแห้ง ผ้าอ้อมสำเร็จรูป เครื่องอุปโภคบริโภค โดยให้งบประมาณรายละไม่เกิน 3,000 บาท และช่วยเหลือซ่อมแซมที่พักอาศัย พิจารณาตามสภาพความเสียหาย โดยให้งบประมาณรายละไม่เกิน 5,000 – 10,000 บาท
- การทอดผ้าป่าเพื่อรับบริจาค
- กองทุนผู้พิการ
- กองทุนเงินออม

3. ครอบครัวและสมาชิกในครอบครัว จะรับบทบาทในการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ดูแลในบางโอกาสหรือกรณีที่ผู้ดูแลมีความจำเป็นต้องมีภาระกิจต้องไปทำ หรือมีปัญหาเรื่องรายได้ในครอบครัวไม่เพียงพอ เช่น การช่วยดูแลแทน การสนับสนุนการเงิน

4. ผู้ดูแล มีบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และยังมีในบางรายที่ต้องดูแลผู้พิการร่วมด้วย ผู้ดูแลบางรายต้องลาออกออกจากงานที่ทำอยู่เดิมและสูญเสียรายได้ประมาณเดือนละ 6,000-10,000 บาท/เดือน บางรายไม่มีงานประจำต้องรับจ้างทั่วไป เป็นอาชีพเสริมหรือทำงานใกล้ๆ บ้าน เพื่อจะได้สะดวกในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม นอกจากนี้ในผู้ดูแลบางรายอาจจะมีภาระที่ต้องดูแลคนในครอบครัวด้วยนอกเหนือจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ต้องดูแลเป็นหลัก

5. สถาบันครอบครัว การส่งเสริมและปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรม ในเรื่องความกตัญญู รู้คุณ และการตอบแทนบุญคุณของบุพการีในครอบครัว เป็นจุดแข็งของสังคมไทยที่ถูกอบรมและสั่งสอนมาตั้งแต่บรรพบุรุษ และทำให้สังคมอยู่กันด้วยความโอบอ้อมอารี ตามวัฒนธรรมไทยที่มีความเป็นมาอย่างยาวนาน

6.4.2.4 ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

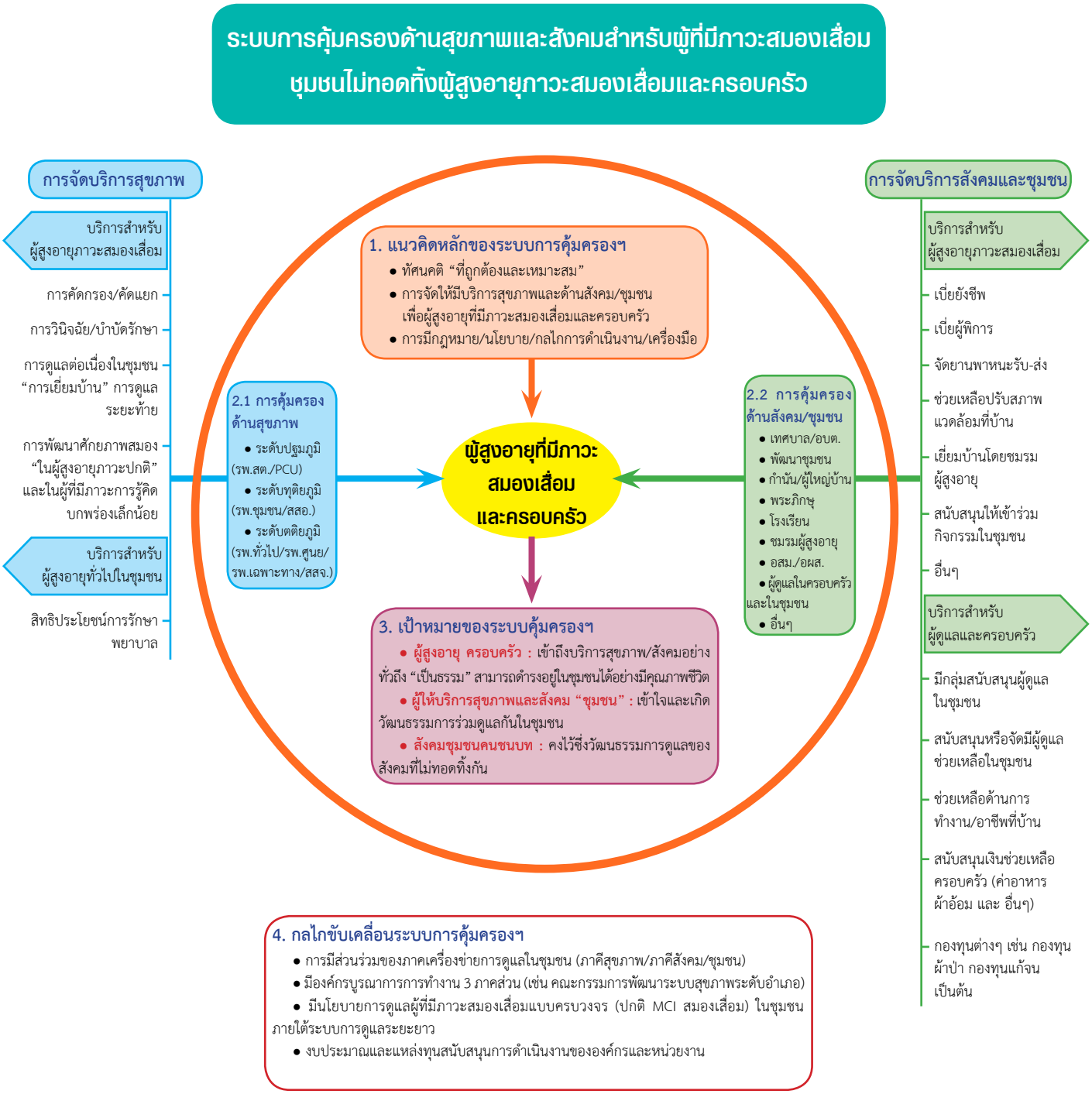
ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน ประกอบด้วย ด้านนโยบาย/การดำเนินงาน ระบบการดูแลในชุมชน และผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม/ครอบครัว/ผู้ดูแล (ดังตาราง 6.7)

ตารางที่ 6.7 ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

นโยบาย/การดำเนินงาน	ระบบการดูแลในชุมชน	ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม/ครอบครัว/ผู้ดูแล
1. การเบิกจ่ายงบประมาณที่ล่าช้าในกองทุนการดูแลระยะยาว (LTC) เนื่องจากหน่วยงานที่ทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุทั้งอบต. รพ.สต. และ สปสช. เป็นคนละหน่วยงาน ระยะเวลาการเบิกจ่ายมีความล่าช้าและมีความเข้าใจผิดระหว่างหน่วยงาน และพบว่าบางปีงบประมาณไม่สามารถเบิกได้ หรือกว่าจะเบิกจ่ายได้ผู้ป่วยก็เสียชีวิตก่อน 2. การเบิกจ่ายค่าตอบแทนของ care giver (CG) ควรมีการพิจารณาค่าตอบแทนที่ชัดเจน	1. การดูแลระดับชุมชน พบว่าในชุมชนยังไม่มีองค์ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 2. มองว่าเป็นการดูแลภายในครอบครัว 3. อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนเองก็ยังไม่สามารถแยกภาวะสมองเสื่อมออกจากภาวะซึมเศร้าได้	1. ผู้ดูแลผู้ป่วยขาดองค์ความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับสิทธิ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น สิทธิการรักษาพยาบาล การขึ้นทะเบียนผู้พิการ ทราบเพียงว่าได้รับเงินเบี้ยยังชีพ เบี้ยผู้พิการตามสิทธิเท่านั้น ส่วนใหญ่จะมีเจ้าหน้าที่ช่วยในการดำเนินการให้ 2. เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจของครอบครัวในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เนื่องจากต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

นโยบาย/การดำเนินงาน	ระบบดูแลในชุมชน	ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม/ครอบครัว/ผู้ดูแล
3. นโยบายและกฎหมายเพื่อการใช้จ่ายงบประมาณในส่วนของภาครัฐไม่ชัดเจนและยังขาดกฎหมายรองรับการเบิกจ่ายอย่างชัดเจน ทำให้การเบิกจ่ายงบประมาณมีปัญหาและเสี่ยงต่อการตรวจสอบงบประมาณ 4. เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการทั้งสุขภาพและสังคมต้องมีความรู้และข้อมูลสิทธิ สามารถให้คำแนะนำในเรื่องสิทธิต่างๆ แก่ผู้ดูแลและครอบครัวได้		3. การเข้าถึงยาที่จำเป็นของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม การเข้าถึงยาตามสิทธิด้วยยาที่ใช้รักษาภาวะสมองเสื่อมมีราคาแพง และยังอยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ 4. การออกเอกสารรับรองและระบบรับรองความพิการให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าในขั้นตอนและการรับรองความพิการในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม การออกเอกสารใบรับรองความพิการทางสมองต้องออกโดยแพทย์เชี่ยวชาญทางระบบประสาทและสถานบริการที่เฉพาะเท่านั้น ในพื้นที่ชนบทไม่มีสถานที่บริการเพราะโรงพยาบาลชุมชนสามารถออกใบรับรองได้เฉพาะความพิการทางกายเท่านั้น ทำให้ผู้ดูแล/ครอบครัวและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ต้องเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปแทน 5. การสนุบสนุนกลุ่มอาชีพสำหรับผู้ดูแล เช่น การตั้งกลุ่มฝีมือแรงงาน มีปัญหาในเรื่องราคาและการหาตลาดรองรับ

สรุปการสังเคราะห์ระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและด้านสังคม/ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชนภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว (ดังภาพที่ 6.1)


ระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
ชุมชนไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว
การจัดบริการสุขภาพ
บริการสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม
การคัดกรอง/คัดแยก
การวินิจฉัย/บำบัดรักษา
การดูแลต่อเนื่องในชุมชน "การเยี่ยมบ้าน" การดูแลระยะท้าย
การพัฒนาศักยภาพสมอง "ในผู้สูงอายุภาวะปกติ" และในผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย
บริการสำหรับผู้สูงอายุทั่วไปในชุมชน
สิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาล
1. แนวคิดหลักของระบบการคุ้มครองฯ
ทัศนคติ "ที่ถูกต้องและเหมาะสม"
การจัดให้มีบริการสุขภาพและด้านสังคม/ชุมชน เพื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว
การมีกฎหมาย/นโยบาย/กลไกการดำเนินงาน/เครื่องมือ
2.1 การคุ้มครองด้านสุขภาพ
ระดับปฐมภูมิ (รพ.สต./PCU)
ระดับทุติยภูมิ (รพ.ชุมชน/สสอ.)
ระดับตติยภูมิ (รพ.ทั่วไป/รพ.ศูนย์/รพ.เฉพาะทาง/สสจ.)
ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว
2.2 การคุ้มครองด้านสังคม/ชุมชน
เทศบาล/อบต.
พัฒนาชุมชน
กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน
พระภิกษุ
โรงเรียน
ชมรมผู้สูงอายุ
อสม./อผส.
ผู้ดูแลในครอบครัวและในชุมชน
อื่นๆ
3. เป้าหมายของระบบคุ้มครองฯ
ผู้สูงอายุ ครอบครัว : เข้าถึงบริการสุขภาพ/สังคมอย่างทั่วถึง "เป็นธรรม" สามารถดำรงอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพชีวิต
ผู้ให้บริการสุขภาพและสังคม "ชุมชน" : เข้าใจและเกิดวัฒนธรรมการร่วมดูแลกันในชุมชน
สังคมชุมชนคนชนบท : คงไว้ซึ่งวัฒนธรรมการดูแลของสังคมที่ไม่ทอดทิ้งกัน
การจัดบริการสังคมและชุมชน
บริการสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม
เบี้ยยังชีพ
เบี้ยผู้พิการ
จัดยานพาหนะรับ-ส่ง
ช่วยเหลือปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน
เยี่ยมบ้านโดยชมรมผู้สูงอายุ
สนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน
อื่นๆ
บริการสำหรับผู้ดูแลและครอบครัว
มีกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลในชุมชน
สนับสนุนหรือจัดมีผู้ดูแลช่วยเหลือในชุมชน
ช่วยเหลือด้านการทำงาน/อาชีพที่บ้าน
สนับสนุนเงินช่วยเหลือครอบครัว (ค่าอาหาร ผ้าอ้อม และ อื่นๆ)
กองทุนต่างๆ เช่น กองทุนผ้าป่า กองทุนแก้จน เป็นต้น
4. กลไกขับเคลื่อนระบบการคุ้มครองฯ
การมีส่วนร่วมของภาคเครือข่ายการดูแลในชุมชน (ภาคีสุขภาพ/ภาคีสังคม/ชุมชน)
มีองค์กรบูรณาการการทำงาน 3 ภาคส่วน (เช่น คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ)
มีนโยบายการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร (ปกติ MCI สมองเสื่อม) ในชุมชนภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว
งบประมาณและแหล่งทุนสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรและหน่วยงาน

บรรณานุกรม

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2559.
2. นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร์. แสงสว่างที่ปลายอุโมงค์ของการแก้ปัญหาโรคอัลไซเมอร์: HiTAP. จุลสาร ปีที่ 2 ฉบับที่ 6 กรกฎาคม –กันยายน 2552.
3. นันทิกา ทวิชาชาติ. แสงสว่างที่ปลายอุโมงค์ของการแก้ปัญหาโรคอัลไซเมอร์: HiTAP. จุลสาร ปีที่ 2 ฉบับที่ 6 กรกฎาคม –กันยายน 2552.
4. รายงานภาวะสมองเสื่อมในภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก ปี พ.ศ. 2549.
5. สวัสดิการสังคม (Social Welfare) เข้าถึงได้จาก: www.phetchaburi.m-society.go.th/... /นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง.
6. ชินชัย ชี้เจริญ. เอกสารประกอบ: การจัดระบบงานด้านสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน. เข้าถึงได้จาก เมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน 2559.
7. คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (ฉบับภาษาไทย) พ.ศ. 2542. โครงการสำรวจภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุไทย 2543. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์.
8. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่าประเทศไทยจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชน โดยการตรวจสุขภาพ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552
9. คู่มือการพัฒนาศักยภาพสมองของผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องในระยะต้น (Cognitive Stimulation in People with Mild Cognitive Impairment). บริษัทไซเบอร์พริ้น. 2559.
10. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ และสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย. สรุปการประชุมระดมสมองเพื่อพัฒนานโยบายการป้องกัน รักษา และดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย ในวันที่ 31 สิงหาคม 2554. พิมพ์ครั้งที่ 1: บริษัทเดออะกราฟิโกซิสเต็มส์จำกัด, 2555.
11. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม (Clinical Practice Guidelines: Dementia). สถาบันประสาทวิทยา.2557.
12. รายงานผลการดำเนินงานของรับบาลพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรับมนตรี ปีที่ 2 (12 กันยายน 2558- 26 กันยายน 2559). เข้าถึงได้จาก: http://www.soc.go.th/acrobat/payut_report2_08.pd.
13. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ สำนักงานกิจการโรงพิมพ์สงเคราะห์ทหารผ่านศึก. พิมพ์ครั้งที่ 2; มิถุนายน 2558.
14. ดาวชมพู นาคะวิโร และพัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ. Dementia care manager: ปัญหาและความต้องการในการดูแล. บริษัทไซเบอร์พริ้น. 2560.
15. สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุกรมการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดลมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย(มส.ผส.)และชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย. รูปแบบและระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในบริบทประเทศไทย: โครงการการพัฒนาระบบและรูปแบบ การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมครบวงจร. 2560.
16. วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร กรณีศึกษาอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. 2560.
17. คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2559. สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).
18. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ. รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายไทย; พิมพ์ครั้งที่ 1, บริษัทคิว พี จำกัด. 2553.
19. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย. รามาธิบดีสาร. 14(3): 358-398.
20. Zandbergen, J. (1995), Mantezorgbeleid in Zweden en Nederland. Een vergelijkende studie naar de stimulering van mantelzorg voor ouderen, Vrije Universiteit Amsterdam, Faculteit der Socaial Culturele Wetenschappen, Vakgroep Sociologie en Sociale Gerontologic.
21. Daatland. What are Families For: On Family Solidarity and Preference for H in Ageing and Society 10(01):1 - 15 · March 1990 1990.
22. Ogg J and S Renault. “The Support of parents in Old Age by Those Born during 1945-1954: A European Perspective”, Aging and Society 26(5),723-743.2006.
23. Lgel et al. “Specialization between Family and State Intergenerational Time Transfers in Western Europe”, Journal of Comparative Family Studies 40(2): 203-226. 2009.
24. Albertini et al. “Intergenerational transfers of Time and Money in European Families: Common Patterns Different Regimes?”, Journal of European Social policy 17(4):319-344. 2007.

25. Schulz W. Reconstructing Mediatization as an Analytical Concept European. Journal of Communication: 19; 87. 2004.
26. Schneider T., Drobnic S. and Blossfeld H.P. Pflegebedürftige Personen im Haushalt und das Erwerbsverhalten verheirateter Frauen/Home Care of the Elderly and the Employment Behavior of Married Women. In Zeitschrift für Soziologie 30(5) · January 2001.
27. Hanssen J. I.. "The Scandinavian Model as Seen from a Local perspective". In J. Sipila (ed). Social care services: the Key to the Scandinavian Welfare Model, Aldershot: Ashgate.1997
28. Kroger T. "Local Government in Scandinavia: Autonomous or Integrated into the Welfare?". In J. Sipila (ed). Social care services: the Key to the Scandinavian Welfare Model, Aldershot: Ashgate. 1997.
29. Trydegard G. B. and M. Thorslund. "Inequality in the Welfare State?. Local Variations in Care of the Elderly. The Case of Sweden". International Journal of Social Welfare 10:174-184. 2001.
30. Trydegard G. B.. "Swedish care Reforms in the 1990s. A First Evaluation of their Consequences for the Elderly People". Revue francaise des affaires socials 4:443-460. 2003
31. Simonen L. and A. Kovalainen. Paradoxes of Social Care Restructuring: the Finnish Case". In Lewis J. (ed), Gender, Social care and the Welfare State Restructuring in Europe, Aldershot: Ashgate.1998.
32. HiTAP. อัลไซเมอร์: ต้นทุนที่รัฐควรช่วยแบกรับ.จุลสาร ปีที่ 2 ฉบับที่ 6 กรกฎาคม-กันยายน 2552.
33. ILO. Social Health protection: An ILO strategy towards universal access to health care. 2004.
34. Aniza I, Moshiri H, Radnaa O and Yondonjamts M. Social Health Protection Definition, Financing, Coverage. Malaysian Journal of Public Health medicine 2010. Vol. 10 (1): 38-46.
35. https//www.itcilo.org/en/community/news/socail-protection:3/23/2018
36. การประเมินการคุ้มครองทางสังคมจากการปรึกษาหารือระดับชาติเพื่อก้าวสู่ฐานการคุ้มครองทางสังคมภายใต้บริบทของประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1, องค์การแรงงานระหว่างประเทศ, 2556
37. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. ประเด็นสรุปผลจากการระดมสมองในสถานบริการระดับรพช./รพท./รพศ.: เอกสารแผนงานปี 2554-56 โครงการการสร้างและพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจากสถานบริการสู่ชุมชนสำหรับประเทศไทย (Networking of Dementia care).
38. Yuangrat Wedel. Kingdom of Thailand: Updating and Improving the Socail Protection Index: ADB Technical Assistance Consultation's Report. Asian Development Bank, 2012.
39. Armmando Barrientos. Social protection and Poverty: United nations Research Institute for Social Development. Social policy and Development Programme paper Number 42 January 2010.
40. เจตคติ/ทัศนคติ เข้าถึงได้จาก: http://thaihealthlife.com/(28 May 2561).
41. รายงานผลการศึกษารูปแบบและระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในบริบทประเทศไทย มิถุนายน 2560.
42. ลัดดา ดำริการเลิศ ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุทิศทางในอนาคต. เอกสารประกอบการบรรยาย: การประชุม The 3rd Thailand Elderly Health Service Forum 2018. เซ็นทรารา ศูนย์ราชการแจ้งวัฒนะ.

ภาคผนวก

ภาคผนวก

Pilot Study ค่าใช้จ่ายและค่าเสียโอกาสในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

หน้า

ค่าใช้จ่ายและค่าเสียโอกาสในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ตารางที่ 1 จำนวน ความถี่เฉลี่ย และระยะเวลาเฉลี่ยในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง ตามรายวัน รายสัปดาห์ รายเดือน และราย 3 เดือน 143
ตารางที่ 2 จำนวนผู้ดูแล และระยะเวลาเฉลี่ยใน 1 สัปดาห์ของการทำกิจกรรมหลักในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม รายเพศ 147
ตารางที่ 3 ระยะเวลาการทำกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเฉลี่ยใน 1 สัปดาห์ตามระดับความรุนแรงของสมองเสื่อม 147
ตารางที่ 4 ระยะเวลาการทำกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเฉลี่ยใน 1 สัปดาห์ตามรายจังหวัด 149
ตารางที่ 5 สรุปค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลตามระดับสมองเสื่อม ระยะการดูแลและต้นทุนค่าเสียโอกาสใน 1 สัปดาห์ 151
ตารางที่ 6 ต้นทุนค่าเสียโอกาสโดยเฉลี่ยจำแนกตามระดับภาวะสมองเสื่อมและรายจังหวัด 154
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบต้นทุนค่าเสียโอกาสรายเดือน ค่าใช้จ่ายรายเดือน และค่าตอบแทนที่ต้องการได้รับรายเดือน 154
ตารางที่ 8 สรุปค่าใช้จ่ายรายเดือน รายหมวด ของผู้ป่วยสมองเสื่อมในช่วง 3 เดือนที่ผ่าน 155
ตารางที่ 9 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาจำแนกตามกลุ่มเพศ (รวมตารางเพศและอายุ) 157
ตารางที่ 10 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาจำแนกตามกลุ่มอายุ 158
ตารางที่ 11 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาจำแนกตามระยะอาการของภาวะสมองเสื่อม 158
ตารางที่ 12 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาจำแนกตามรายจังหวัด 159

Pilot Study
ค่าใช้จ่ายและค่าเสียโอกาสในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

เป็นการเก็บข้อมูลค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 3 เดือน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ทางผู้วิจัยได้พัฒนาและปรับแบบสอบถามให้เป็นรูปแบบอย่างง่าย เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถตอบคำถามได้ง่ายขึ้น โดยแบบสอบถามใหม่นี้ผู้วิจัยปรับย่อจากแบบประเมินความต้องการการดูแลของรัฐเท็กซัส ประเทศอเมริกาที่สอบถามทั้งกิจกรรมหลักและกิจกรรมย่อยของการดูแลผู้ป่วย แบบสอบถามของงานวิจัยนี้ได้เพิ่มเติมในส่วนความถี่ของกิจกรรมที่ทำและระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม อย่างไรก็ตามแบบสอบถามดังกล่าวยังไม่ได้ถูกทดสอบเรื่องความน่าเชื่อถือ และความเที่ยงตรง จึงมีความเป็นไปได้ว่าผลการศึกษาที่นำเสนอในรายงานนี้ อาจมีความเอนเอียงได้ ดังนั้น ผู้อ่านควรมีความระมัดระวังในการนำข้อมูลไปใช้ต่อ (https://hhs.texas.gov/sites/default/files//documents/laws-regulations/forms/2060/2060.pdf)

การคำนวณระยะเวลาทั้งหมดของกิจกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยใน 1 สัปดาห์ของรายงานนี้ ผู้วิจัยจะใช้ความถี่และระยะเวลาของแต่ละกิจกรรมหลักและกิจกรรมย่อยที่ได้จากแบบสอบถามมาคำนวณ

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1. ลงพื้นที่เก็บข้อมูลจากผู้ดูแลหลักและผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ยังสามารถให้ข้อมูลได้บ้างส่วน โดยใช้แบบสอบถามและแบบบันทึกประกอบด้วย
   - ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชม
   - ข้อมูลของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
   - การบันทึกข้อมูลของผู้ดูแลเกี่ยวกับการทำกิจกรรมและระยะเวลาที่ใช้การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
2. การสรุปและประมวลผลข้อมูลการศึกษาค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลหลัก
3. การวิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงานผลการศึกษาวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบสอบถามค่าใช้จ่ายเบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
2. แบบบันทึกค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ 3 เดือนที่ผ่าน
3. แบบบันทึกการประเมินค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลหลัก

การวิเคราะห์ทางสถิติ

สถิติที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ข้อมูลค่าเสียโอกาส ใช้วิธีการคำนวณจากข้อมูลโดยใช้รายได้ขั้นต่ำต่อวัน นั่นคือ 300 บาท และกำหนดให้ทำงาน 8 ชั่วโมง ค่าแรงต่อชั่วโมง จึงเท่ากับ 300 หารด้วย 8 = 37.5 บาท แล้วจากนั้นทอนลงเป็นค่าแรงต่อนาที ซึ่งเท่ากับ 37.5/60 = 0.625 บาท และคิดค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลโดยคูณด้วยค่าแรงต่อนาทีด้วยจำนวนเวลาทั้งหมดที่บุคลากรใช้ในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ตอนที่ 1 ค่าเสียโอกาสในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล

ด้วยข้อจำกัดทางด้านเวลา และงบประมาณ ผู้วิจัยไม่สามารถเก็บข้อมูลที่แท้จริงของกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้เพื่อดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ ดังนั้น ผู้วิจัยได้ปรับแบบสอบถามให้เป็นรูปแบบอย่างง่าย เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถตอบคำถามได้ง่ายขึ้น โดยแบบสอบถามใหม่นี้ ผู้วิจัยปรับย่อจากแบบประเมินความต้องการการดูแล ของรัฐเท็กซัส ประเทศอเมริกา ที่สอบถามทั้งกิจกรรมหลักและกิจกรรมย่อยของการดูแลผู้ป่วย แบบสอบถามของงานวิจัยนี้ได้เพิ่มเติมความถี่ของกิจกรรมที่ทำ และระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม อย่างไรก็ตาม แบบสอบถามดังกล่าวยังไม่ได้ถูกทดสอบเรื่องความน่าเชื่อถือ และความเที่ยงตรง จึงมีความเป็นไปได้ว่าผลการศึกษาที่นำเสนอในรายงานนี้ อาจมีความเอนเอียงได้ ดังนั้น ผู้อ่านควรมีความระมัดระวังในการนำข้อมูลไปใช้ต่อ (https://hhs.texas.gov/sites/default/files//documents/laws-regulations/forms/2060/2060.pdf) การคำนวณระยะเวลาทั้งหมดของกิจกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยใน 1 สัปดาห์ของรายงานนี้ ผู้วิจัยจะใช้ความถี่และระยะเวลาของแต่ละกิจกรรมหลักและกิจกรรมย่อยที่ได้จากแบบสอบถามมาคำนวณ ทั้งนี้มีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 71 ราย จาก 111 ราย

จากการสอบถามผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าใช้ระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลและทำกิจกรรมในแต่ละครั้งของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนี้

การทำกิจกรรมเป็นรายวันเวลาเฉลี่ยสูงสุดในเรื่องการเตรียมอาหาร กิจกรรมอาหารว่างและเครื่องดื่ม เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 4.00±0.00 นาที รองลงมาคือ ปัสสาวะและการขับถ่าย กิจกรรมการเปลี่ยนผ้าอ้อมในเตียงผู้ป่วย เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 3.59±1.87 นาที พาเข้าห้องน้ำ เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 3.25±1.22 นาที การป้อนอาหารเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 3.10±0.79 นาที และการเคลื่อนย้ายของผู้ป่วยในบ้าน กิจกรรมการช่วยเหลือ เช่น การลุกจากเตียง การลุกขึ้นนั่งหรือยืน ไม่รวมการพาไปข้างนอก เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 3.00±1.47 นาที

การทำกิจกรรมเป็นรายสัปดาห์เวลาเฉลี่ยสูงสุดคือการอาบน้ำให้ (ห้องน้ำและเตียงผู้ป่วย) เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 4.00±1.41 นาที รองลงมาคือ การทำความสะอาดเสื้อผ้า กิจกรรมการทำความสะอาดเสื้อผ้าร่วมกับสมาชิกในบ้าน เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 3.24±0.90 นาที และการออกกำลังกายโดยการพาผู้ป่วยออกไปออกกำลังกาย (ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้ด้วยตนเอง) เวลาเฉลี่ยเท่ากับ3.00±2.00 นาที

การทำกิจกรรมรายเดือนและราย 3 เดือน ไม่มีกิจกรรมด้านกิจวัตรประจำวัน แต่จะเป็นกิจกรรมในเรื่องการดูแล ดังต่อไปนี้ การทำกิจกรรรมเป็นรายเดือนเวลาเฉลี่ยสูงสุดคือกิจกรรมการพาไปวัด ตลาด ห้างสรรพสินค้า เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 1.86±1.21 นาที รองลงมาคือ การพาไปกิจกรรมชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ เวลาเฉลี่ยเท่ากับ1.25±0.50 นาที และกิจกรรมเป็นราย 3 เดือนเวลาเฉลี่ยสูงสุดคือกิจกรรมการพาไปวัด ตลาด ห้างสรรสินค้า เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 1.50±0.71 รองลงมาคือ กิจกรรมพาไปโรงพยาบาลหรือคลินิก และการพาไปกิจกรรมชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 1.00±0.00 นาที

เมื่อพิจารณาในภาพรวมระยะเวลาเฉลี่ยในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง พบว่ากิจกรรมที่ใช้ระยะเวลาเฉลี่ยมากที่สุดคือการพาไปโรงพยาบาลหรือคลินิก เวลาเฉลี่ย 234.29±138.71 นาที รองลงมาคือ พาไปกิจกรรมชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 168.57±70.10 และกิจกรรมเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันในเรื่องการทำความสะอาดเสื้อผ้าร่วมกับสมาชิกในบ้าน เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 37.12±14.47 นาที (ตารางที่ 1)

การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในเพศชายและหญิงมีกิจกรรมที่ช่วยเหลือดูแลในแต่ละกิจกรรมใช้ระยะเวลาแตกต่างกัน จากการเก็บข้อมูลใน 3 พื้นที่ ประกอบด้วยผู้ป่วยเพศชาย จำนวน 29 คน และหญิง จำนวน 42 คน พบในเพศชายและหญิงมีกิจกรรมที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยในระยะเวลาเฉลี่ยใน 1 สัปดาห์ มากที่สุด 3 อันดับแรกในเรื่อง การเตรียมอาหารใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 602.00±357.50 นาที และ 566.13±4.00 นาที รองลงมาคือ การป้อนอาหาร เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 529.38±268.95 นาที และ 479.50±4.00 นาที การเคลื่อนย้ายของผู้ป่วยในบ้าน เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 372.50±246.96 นาที และ 347.31±4.00 นาที ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

เมื่อจำแนกระยะเวลาการทำกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเฉลี่ยใน 1 สัปดาห์ พบว่าทั้งผู้ป่วยสมองเสื่อมเพศชายและหญิง ผู้ดูแลใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรมเรื่องการเตรียมอาหาร กิจกรรมการเตรียมอาหารหลักโดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วย เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 793.33±491.66 นาที รองลงมาจะเป็นเรื่องการป้อนอาหาร กิจกรรมเตรียมอาหารเฉพาะสำหรับผู้ป่วย เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 714.00±318.48 นาที (ตารางที่ 1)

เมื่อมาพิจารณาตามระยะความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม พบว่าผู้ดูแลหลักใช้ระยะเวลาการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเฉลี่ย ใน 1 สัปดาห์ ดังนี้ (ดังตารางที่ 3)

ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะที่ 1 ผู้ดูแลหลักใช้ระยะเวลาการทำกิจวัตรประจำวันเพื่อดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในเรื่อง การเตรียมอาการเป็นกิจกรรมการเตรียมอาหารเฉพาะสำหรับผู้ป่วย และการป้อนอาหาร เป็นกิจกรรมอาหารหลักโดยเฉพาะผู้ป่วย ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 945.00±445.48 นาที รองลงมาคือกิจกรรม การเตรียมอาหารของผู้ป่วยร่วมกับสมาชิกในบ้าน ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 735.00±148.49 นาที

ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะที่ 2 ผู้ดูแลหลักใช้ระยะเวลาการทำกิจวัตรประจำวันเพื่อดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในเรื่อง การเตรียมอาหารเป็นกิจกรรมการเตรียมอาหารหลักร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 670.53±4.00 นาที รองลงมาคือ การป้อนอาหาร เป็นกิจกรรมการป้อนอาหารให้ผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารด้วยตนเองได้ และการเตรียมอาหารของผู้ป่วยร่วมกับสมาชิกในบ้าน ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 560.00±4.00 นาที

ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะที่ 3 ผู้ดูแลหลักใช้ระยะเวลาการทำกิจวัตรประจำวันเพื่อดูแลผู้ป่วย สมองเสื่อมมในเรื่อง การเตรียมอาหารเป็นกิจกรรมการเตรียมอาหารหลักร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 595.00±368.75 นาที รองลงมาคือ การป้อนอาหาร เป็นกิจกรรมการเตรียมอาหารเฉพาะสำหรับผู้ป่วย ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 472.50±201.06 นาที และการป้อนอาหารให้ผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานด้วยตนเองได้ ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 430.77±199.73 นาที

ในส่วนกิจกรรมอื่น พบว่าในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับที่ 1 และ 2 ผู้ดูแลหลักใช้เวลาทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยสมองเสื่อม เช่น อ่านหนังสือให้ฟัง พูดคุย ดูโทรทัศน์ มากที่สุด ใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 209.71±396.55 และ 511.65±4.00 นาทีตามลำดับ และในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะที่ 3 ผู้ดูแลหลักมีพาไปทำวัด ตลาด ห้างสรรพสินค้า สูงสุด ใช้เวลาเฉลี่ยเท่ากับ 240.00±0.00 นาที

เมื่อพิจารณาตามรายจังหวัด ผู้ดูแลหลักใช้ระยะเวลาในการทำกิจวัตรประจำวันเพื่อดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมากที่สุด ในเรื่อง การเตรียมอาหาร การป้อนอาหาร และการอาบน้ำ ส่วนกิจกรรมอื่นๆ ที่ผู้ดูแลหลักต้องดูแลผู้ป่วย เช่น การทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย เช่น อ่านหนังสือให้ฟัง พูดคุย ดูโทรทัศน์ พาไปวัด ตลาด ห้างสรรพสินค้า และพาไปกิจกรรมของชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 จำนวน ความถี่เฉลี่ย และระยะเวลาเฉลี่ยในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง ตามรายวัน รายสัปดาห์ รายเดือน และราย 3 เดือน

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	รายวัน		รายสัปดาห์		รายเดือน		ราย 3 เดือน		ระยะเวลาเฉลี่ยในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง
		จำนวน	ความถี่เฉลี่ย	จำนวน	ความถี่เฉลี่ย	จำนวน	ความถี่เฉลี่ย	จำนวน	ความถี่เฉลี่ย	
อาบน้ำ	ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง	23	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0.00±0.00
	หยิบยื่นอุปกรณ์ระหว่างอาบน้ำ	12	1.83±0.39	1	3.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	19.62±10.70
	เฝ้าดูแลการอาบน้ำ	3	2.33±1.53	1	3.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	29.00±20.12
	อาบน้ำให้ (ห้องน้ำและเตียงผู้ป่วย)	28	1.64±0.49	2	4.00±1.41	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	28.83±13.18
การแต่งตัว	ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง	17	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0.00±0.00
	เตรียมเสื้อผ้า เพราะผู้ป่วยไม่สามารถเตรียมเสื้อผ้าด้วยตนเองได้	23	1.78±0.42	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	13.21±13.17
	ช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย เช่น ติดกระดุม รูดซิป เป็นต้น	7	1.86±0.38	1	1.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	11.25±8.35
	สวมใส่เสื้อผ้า เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถทำด้วยตนเองได้	21	1.67±0.58	1	3.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	15.00±7.07
การออกกำลังกาย	ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง	23	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0.00±0.00
	ไม่ได้พาไป	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0.00±0.00
	พาผู้ป่วยออกไปออกกำลังกาย (ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายด้วยตนเอง)	7	1.57±0.79	3	3.00±2.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	19.70±16.15
	กายภาพบำบัดผู้ป่วย	11	1.91±0.54	3	1.67±0.58	0	0.00 (0.00)	0	0.00 (0.00)	21.29±13.13

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	รายวัน		รายสัปดาห์		รายเดือน		ราย 3 เดือน		ระยะเวลาเฉลี่ยในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง
		จำนวน	ความถี่เฉลี่ย	จำนวน	ความถี่เฉลี่ย	จำนวน	ความถี่เฉลี่ย	จำนวน	ความถี่เฉลี่ย	
ป้อนอาหาร	ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง	35	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0.00±0.00
	ป้อนอาหารให้ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานด้วยตนเองได้	20	3.10±0.79	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	21.25±12.34
	เตรียมอาหารเฉพาะสำหรับผู้ป่วย	11	2.45±0.82	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	32.73±14.89
	เตรียมอาหารของผู้ป่วยร่วมกับสมาชิกในบ้าน	5	2.60±0.55	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	36.00±13.42
ปัสสาวะและขับถ่าย	ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง	28	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0.00±0.00
	พาเข้าห้องน้ำ	12	3.25±1.22	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	11.67±4.92
	พาเข้าห้องน้ำ พร้อมถอดเสื้อผ้าเพื่อเข้าห้องน้ำ	10	2.80±1.23	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	16.00±6.58
	เปลี่ยนผ้าอ้อมในเตียงผู้ป่วย	17	3.59±1.87	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	14.18±8.42
	อื่นๆ	1	2.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	5.00±0.00
การเคลื่อนย้ายของผู้ป่วยในบ้าน	ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง	37	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0.00±0.00
	ให้การช่วยเหลือ เช่น การลุกจากเตียง การลุกขึ้นนั่ง หรือ ยืน ไม่รวมการพาไปออกกำลังกาย	26	3.00±1.47	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	17.96±9.01

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	รายวัน		รายสัปดาห์		รายเดือน		ราย 3 เดือน		ระยะเวลาเฉลี่ยในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง
		จำนวน	ความถี่เฉลี่ย	จำนวน	ความถี่เฉลี่ย	จำนวน	ความถี่เฉลี่ย	จำนวน	ความถี่เฉลี่ย	
การทำความสะอาดสถานที่และอุปกรณ์ผู้ป่วย	ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง	12	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0.00±0.00
	ทำความสะอาดสถานที่, ที่นอนและอุปกรณ์ทางการแพทย์	23	1.09±0.29	32	2.16±0.85	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	28.91±22.68
การทำความสะอาดเสื้อผ้า	ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง	7	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0.00±0.00
	ทำความสะอาดเสื้อผ้า เฉพาะผู้ป่วย	21	1.00±0.00	10	2.90±0.99	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	28.33±11.09
	ทำความสะอาดเสื้อผ้าร่วมกับสมาชิกในบ้าน	15	1.07±0.26	17	3.24±0.90	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	37.12±14.47
การเตรียมอาหาร	ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง	3	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0.00±0.00
	อาหารหลักร่วมกับสมาชิกในครอบครัว	42	2.74±0.54	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	37.02±15.74
	อาหารหลักโดยเฉพาะผู้ป่วย	21	3.00±0.77	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	24.47±16.66
	อาหารว่าง และเครื่องดื่ม	1	4.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	10.00±0.00
	การเตรียมยา	3	1.67±0.58	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	8.33±2.89

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	รายวัน		รายสัปดาห์		รายเดือน		ราย 3 เดือน		ระยะเวลาเฉลี่ยในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง
		จำนวน	ความถี่เฉลี่ย	จำนวน	ความถี่เฉลี่ย	จำนวน	ความถี่เฉลี่ย	จำนวน	ความถี่เฉลี่ย	
พาไปโรงพยาบาล/คลินิก/รพ.สต.		0	0.00±0.00	2	1.00±0.00	21	1.00±0.00	19	1.00±0.00	234.29±138.71
พาไปกิจกรรมชุมชน เช่น กิจกรรมผู้สูงอายุ		0	0.00±0.00	2	1.00±0.00	4	1.25±0.50	1	1.00±0.00	168.57±70.10
รับเงินบำนาญเพื่อผู้สูงอายุ		0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	15	1.00±0.00	0	0.00±0.00	27.94±20.08
พาไปวัด ตลาด ห้างสรรพสินค้า		0	0.00±0.00	4	1.00±0.00	7	1.86±1.21	2	1.50±0.71	154.29±83.09
อื่นๆ		1	1.00±0.00	1	2.00±0.00	1	1.00±0.00	0	0.00±0.00	117.50 ± 109.66
ทำกิจกรรมร่วมกับกับผู้ป่วย เช่น อ่านหนังสือให้ฟัง พูดคุย ดูโทรทัศน์ เป็นต้น		40	2.28±2.14	13	3.46±1.13	0	0.00±0.00	0	0.00±0.00	36.23±40.44

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ดูแล และระยะเวลาเฉลี่ยใน 1 สัปดาห์ของการทำกิจกรรมหลักในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม รายเพศ

กิจกรรม	ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม				รวม (N=71)	
	เพศชาย (N=29)		เพศหญิง (N=42)			
	จำนวนผู้ดูแล	ระยะเวลาใน 1 สัปดาห์	จำนวนผู้ดูแล	ระยะเวลาใน 1 สัปดาห์	จำนวนผู้ดูแล	ระยะเวลาใน 1 สัปดาห์
อาบน้ำ	24	312.92±187.02	24	249.17±4.00	48	281.04±188.93
การแต่งตัว	26	162.88±122.83	28	167.79±4.00	54	165.43±151.65
การออกกำลังกาย	11	242.27±171.08	13	169.85±4.00	24	203.04±154.91
ป้อนอาหาร	16	529.38±268.95	20	479.50±4.00	36	501.67±263.78
ปัสสาวะ และขับถ่าย	20	281.05±126.13	20	316.75±4.00	40	298.90±180.23
การเคลื่อนย้ายของผู้ป่วยในบ้าน	14	372.50±246.96	13	347.31±4.00	27	360.37±240.50
การทำความสะอาดสถานที่และอุปกรณ์ผู้ป่วย	26	109.04±74.08	30	86.50±4.00	56	96.96±64.87
การทำความสะอาดเสื้อผ้า	27	183.52±108.49	36	157.50±4.00	63	168.65±97.40
การเตรียมอาหาร	25	602.00±357.50	40	566.13±4.00	65	579.92±352.23
พาไปโรงพยาบาล/คลินิก/รพสต	19	59.74±59.73	23	34.35±4.00	42	45.83±45.83
พาไปกิจกรรมชุมชน เช่น กิจกรรมผู้สูงอายุ	4	93.75±69.69	3	96.11±4.00	7	94.76±88.04
รับเงินบำนาญเพื่อผู้สูงอายุ	9	5.69±4.06	8	4.69±4.00	17	5.22±4.47
พาไปวัด ตลาด ห้างสรรพสินค้า	4	112.50±92.87	10	70.25±4.00	14	82.32±83.14
อื่นๆ	18	190.72±273.11	30	440.47±4.00	48	346.81±719.31
ทำกิจกรรมร่วมกับกับผู้ป่วย เช่น อ่านหนังสือให้ฟัง พูดคุย ดูโทรทัศน์ เป็นต้น	2	240.00±339.41	2	92.50±4.00	4	166.25±217.15

ตารางที่ 3 ระยะเวลาการทำกิจกรรมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเฉลี่ยใน 1 สัปดาห์ ตามระดับความรุนแรงของสมองเสื่อม

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	ระดับความรุนแรงของสมองเสื่อม					
		ระดับ 1		ระดับ 2		ระดับ 3	
		จำนวน	ระยะเวลาใน 1 สัปดาห์	จำนวน	ระยะเวลาใน 1 สัปดาห์	จำนวน	ระยะเวลาใน 1 สัปดาห์
อาบน้ำ	ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง	17	0.00±0.00	5	0.00±4.00	0	0.00±0.00
	หยิบยื่นอุปกรณ์ระหว่างอาบน้ำ	1	140.00±0.00	8	241.88±4.00	4	227.50±155.21
	เฝ้าดูแลการอาบน้ำ	2	280.00±197.99	3	76.67±4.00	0	0.00±0.00
	อาบน้ำให้ (ห้องน้ำและเตียงผู้ป่วย)	5	308.00±224.66	11	305.00±4.00	14	344.29±192.26
การแต่งตัว	ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง	11	0.00±0.00	5	0.00±4.00	0	0.00±0.00
	เตรียมเสื้อผ้า เพราะผู้ป่วยไม่สามารถเตรียมเสื้อผ้าด้วยตนเองได้	7	94.00±92.76	11	152.73±4.00	6	280.00±303.51
	ช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย เช่น ติดกระดุม รูดซิป เป็นต้น	4	140.00±57.15	4	150.00±4.00	0	0.00±0.00
	สวมใส่เสื้อผ้า เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถทำด้วยตนเองได้	3	140.00±121.24	7	146.43±4.00	12	192.50±123.52

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	ระดับความรุนแรงของสมองเสื่อม					
		ระดับ 1		ระดับ 2		ระดับ 3	
		จำนวน	ระยะเวลาใน 1 สัปดาห์	จำนวน	ระยะเวลาใน 1 สัปดาห์	จำนวน	ระยะเวลาใน 1 สัปดาห์
การออกกำลังกาย	ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง	15	0.00±0.00	5	0.00±4.00	2	0.00±0.00
	ไม่ได้พาไป	0	0.00±0.00	0	0.00±4.00	0	0.00±0.00
	พาผู้ป่วยออกไปออกกำลังกาย (ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายด้วยตนเอง)	3	160.00±111.36	5	192.40±4.00	2	245.00±247.49
	กายภาพบำบัดผู้ป่วย	2	160.50±218.50	4	190.00±4.00	8	232.50±124.30
ป้อนอาหาร	ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง	20	0.00±0.00	13	0.00±4.00	1	0.00±0.00
	ป้อนอาหารให้ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานด้วยตนเองได้	1	70.00±0.00	6	560.00±4.00	13	430.77±199.73
	เตรียมอาหารเฉพาะสำหรับผู้ป่วย	2	945.00±445.48	5	420.00±4.00	4	472.50±201.06
	เตรียมอาหารของผู้ป่วยร่วมกับสมาชิกในบ้าน	2	735.00±148.49	3	560.00±4.00	0	0.00±0.00
ปัสสาวะ และขับถ่าย	ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง	18	0.00±0.00	9	0.00±4.00	0	0.00±0.00
	พาเข้าห้องน้ำ	2	140.00±98.99	7	320.00±4.00	3	175.00±92.60
	พาเข้าห้องน้ำ พร้อมถอดเสื้อผ้าเพื่อเข้าห้องน้ำ	2	210.00±148.49	6	274.17±4.00	2	472.50±74.25
	เปลี่ยนผ้าอ้อมในเตียงผู้ป่วย	2	280.00±197.99	3	315.00±4.00	12	360.50±256.39
	อื่นๆ	0	0.00±0.00	0	0.00±4.00	1	70.00±0.00
การเคลื่อนย้ายของผู้ป่วยในบ้าน	ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง	21	0.00±0.00	12	0.00±4.00	3	0.00±0.00
	ให้การช่วยเหลือ เช่น การลุกจากเตียง การลุกขึ้นนั่ง หรือ ยืน ไม่รวมการพาไปออกกำลังกาย	3	420.00±305.12	10	311.50±4.00	14	382.50±273.35
การทำความสะอาดสถานที่และอุปกรณ์ผู้ป่วย	ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง	6	0.00±0.00	4	0.00±4.00	1	0.00±0.00
	ทำความสะอาดสถานที่, ที่นอน และอุปกรณ์ทางการแพทย์	18	77.78±58.49	22	99.55±4.00	15	118.00±63.91
การทำความสะอาดเสื้อผ้า	ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง	6	0.00±0.00	1	0.00±4.00	0	0.00±0.00
	ทำความสะอาดเสื้อผ้า เฉพาะผู้ป่วย	5	160.00±67.45	13	145.77±4.00	12	164.58±95.29
	ทำความสะอาดเสื้อผ้าร่วมกับสมาชิกในบ้าน	14	205.71±131.54	12	186.25±4.00	6	125.00±57.18

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	ระดับความรุนแรงของสมองเสื่อม					
		ระดับ 1		ระดับ 2		ระดับ 3	
		จำนวน	ระยะเวลาใน 1 สัปดาห์	จำนวน	ระยะเวลาใน 1 สัปดาห์	จำนวน	ระยะเวลาใน 1 สัปดาห์
การเตรียมอาหาร	ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง	3	0.00±0.00	0	0.00±4.00	0	0.00±0.00
	อาหารหลักร่วมกับสมาชิกในครอบครัว	19	709.21±347.04	19	670.53±4.00	3	595.00±368.75
	อาหารหลักโดยเฉพาะผู้ป่วย	2	945.00±445.48	6	437.50±4.00	11	381.82±224.90
	อาหารว่าง และเครื่องดื่ม	0	0.00±0.00	0	0.00±4.00	1	280.00±0.00
	การเตรียมยา	0	0.00±0.00	2	105.00±4.00	1	70.00±0.00
พาไปโรงพยาบาล/คลินิก/รพสต		19	42.89±38.01	15	32.33±4.00	7	87.86±73.19
พาไปกิจกรรมชุมชน เช่น กิจกรรมผู้สูงอายุ		3	155.00±99.87	4	49.58±4.00	0	0.00±0.00
รับเงินบำนาญเพื่อผู้สูงอายุ		6	7.29±6.54	8	4.06±4.00	3	4.17±3.15
พาไปวัด ตลาด ห้างสรรพสินค้า		9	88.89±80.03	4	28.13±4.00	1	240.00±0.00
ทำกิจกรรมร่วมกับกับผู้ป่วย เช่น อ่านหนังสือให้ฟัง พูดคุย ดูโทรทัศน์ เป็นต้น		17	209.71±396.55	20	511.65±4.00	10	221.90±520.29
อื่น		1	0.00±0.00	3	221.67±4.00	0	0.00±0.00

ตารางที่ 4 ระยะเวลาการทำกิจกรรมในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเฉลี่ยใน 1 สัปดาห์ ตามรายจังหวัด

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	จังหวัด					
		ขอนแก่น		นครราชสีมา		สุราษฎร์ธานี	
		จำนวน	ระยะเวลาใน 1 สัปดาห์	จำนวน	ระยะเวลาใน 1 สัปดาห์	จำนวน	ระยะเวลาใน 1 สัปดาห์
อาบน้ำ	ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง	4	0.00±0.00	5	0.00±0.00	14	0.00±0.00
	หยิบยื่นอุปกรณ์ระหว่างอาบน้ำ	7	270.00±153.51	5	177.00±4.00	1	210.00±0.00
	เฝ้าดูแลการอาบน้ำ	4	162.50±181.18	0	0.00±4.00	1	140.00±0.00
	อาบน้ำให้ (ห้องน้ำและเตียงผู้ป่วย)	8	428.75±307.27	8	332.50±4.00	14	258.93±136.55
การแต่งตัว	ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง	4	0.00±0.00	4	0.00±4.00	9	0.00±0.00
	เตรียมเสื้อผ้า เพราะผู้ป่วยไม่สามารถเตรียมเสื้อผ้าด้วยตนเองได้	12	156.92±140.17	7	270.00±4.00	5	49.00±31.30
	ช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย เช่น ติดกระดุม รูดซิป เป็นต้น	2	212.50±293.45	1	210.00±4.00	5	105.00±49.50
	สวมใส่เสื้อผ้า เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถทำด้วยตนเองได้	5	168.00±106.16	6	170.83±4.00	11	171.82±114.44

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	ระดับความรุนแรงของสมองเสื่อม					
		ระดับ 1		ระดับ 2		ระดับ 3	
		จำนวน	ระยะเวลาใน 1 สัปดาห์	จำนวน	ระยะเวลาใน 1 สัปดาห์	จำนวน	ระยะเวลาใน 1 สัปดาห์
การออกกำลังกาย	ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง	8	0.00±0.00	6	0.00±4.00	9	0.00±0.00
	ไม่ได้พาไป	0	0.00±0.00	0	0.00±4.00	0	0.00±0.00
	พาผู้ป่วยออกไปออกกำลังกาย (ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายด้วยตนเอง)	3	350.67±319.69	3	186.67±4.00	4	80.00±40.82
	กายภาพบำบัดผู้ป่วย	5	198.20±176.74	2	175.00±4.00	7	228.57±81.33
ป้อนอาหาร	ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง	13	0.00±0.00	5	0.00±4.00	17	0.00±0.00
	ป้อนอาหารให้ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานด้วยตนเองได้	6	373.33±186.08	6	490.00±4.00	8	481.25±119.43
	เตรียมอาหารเฉพาะสำหรับผู้ป่วย	4	682.50±397.52	4	420.00±4.00	3	490.00±242.49
	เตรียมอาหารของผู้ป่วยร่วมกับสมาชิกในบ้าน	0	0.00±0.00	3	630.00±4.00	2	630.00±0.00
ปัสสาวะและขับถ่าย	ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง	8	0.00±0.00	8	0.00±4.00	12	0.00±0.00
	พาเข้าห้องน้ำ	6	227.50±120.74	1	140.00±4.00	5	308.00±106.16
	พาเข้าห้องน้ำ พร้อมถอดเสื้อผ้าเพื่อเข้าห้องน้ำ	0	0.00±0.00	4	183.75±4.00	6	379.17±92.38
	เปลี่ยนผ้าอ้อมในเตียงผู้ป่วย	5	315.00±247.49	5	354.20±4.00	7	355.00±62.05
	อื่นๆ	1	70.00±0.00	0	0.00±4.00	0	0.00±0.00
การเคลื่อนย้ายของผู้ป่วยในบ้าน	ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง	11	0.00±0.00	10	0.00±4.00	16	0.00±0.00
	ให้การช่วยเหลือ เช่น การลุกจากเตียง การลุกขึ้นนั่ง หรือ ยืน ไม่รวมการพาไปออกกำลังกาย	6	221.67±209.61	7	315.00±4.00	14	442.50±196.85
การทำความสะอาดสถานที่และอุปกรณ์ผู้ป่วย	ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง	4	0.00±0.00	4	0.00±4.00	4	0.00±0.00
	ทำความสะอาดสถานที่, ที่นอน และอุปกรณ์ทางการแพทย์	15	96.00±70.06	14	99.29±4.00	26	97.31±54.06
การทำความสะอาดเสื้อผ้า	ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง	3	0.00±0.00	1	0.00±4.00	3	0.00±0.00
	ทำความสะอาดเสื้อผ้า เฉพาะผู้ป่วย	13	154.23±70.35	7	167.14±4.00	10	149.50±42.98
	ทำความสะอาดเสื้อผ้าร่วมกับสมาชิกในบ้าน	7	121.43±102.05	9	273.33±4.00	17	155.59±59.26

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	จังหวัด					
		ขอนแก่น		นครราชสีมา		สุราษฎร์ธานี	
		จำนวน	ระยะเวลาใน 1 สัปดาห์	จำนวน	ระยะเวลาใน 1 สัปดาห์	จำนวน	ระยะเวลาใน 1 สัปดาห์
การเตรียมอาหาร	ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง	2	0.00±0.00	0	0.00±4.00	1	0.00±0.00
	อาหารหลักร่วมกับสมาชิกในครอบครัว	12	393.75±190.61	9	447.22±4.00	21	936.67±243.22
	อาหารหลักโดยเฉพาะผู้ป่วย	6	554.17±390.01	6	245.00±4.00	7	560.00±239.10
	อาหารว่าง และเครื่องดื่ม	0	0.00±0.00	0	0.00±4.00	1	280.00±0.00
	การเตรียมยา	2	105.00±49.50	1	70.00±4.00	0	0.00±0.00
พาไปโรงพยาบาล/คลินิก/รพ.สต.		12	28.75±31.54	9	73.89±4.00	21	43.57±23.51
พาไปกิจกรรมชุมชน เช่น กิจกรรมผู้สูงอายุ		6	103.06±93.40	0	0.00±4.00	1	45.00±0.00
รับเงินบำนาญเพื่อผู้สูงอายุ		17	5.22±4.47	0	0.00±4.00	0	0.00±0.00
พาไปวัด ตลาด ห้างสรรพสินค้า		5	55.50±73.41	2	127.50±4.00	7	88.57±76.42
ทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย เช่น อ่านหนังสือให้ฟัง พูดคุย ดูโทรทัศน์ เป็นต้น		18	539.28±1020.53	8	665.00±4.00	22	73.64±71.08
อื่นๆ		1	0.00±0.00	2	310.00±4.00	1	45.00±0.00

จากข้อมูลของผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมใน 3 พื้นที่ จำนวน 71 ราย ซึ่งจากการสัมภาษณ์และสอบถามพบว่าผู้ดูแลหลักบางรายต้องออกจากงาน บางรายได้รับมอบหมายจากครอบครัว และเหตุผลอื่นๆ เพื่อให้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งได้สรุปเป็นค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลหลัก ระยะการดูแลและต้นทุนค่าเสียโอกาสใน 1 สัปดาห์โดยใช้วิธีการคำนวณค่าเสียโอกาส ทำข้อมูลได้จากการใช้รายได้ขั้นต่ำต่อวัน นั่นคือ 300 บาท และกำหนดให้ทำงาน 8 ชั่วโมง ค่าแรงต่อชั่วโมง จึงเท่ากับ 300 หารด้วย 8 = 37.5 บาท แล้วจากนั้นทอนลงเป็นค่าแรงต่อนาที ซึ่งเท่ากับ 37.5/60 = 0.625 บาท และคิดค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลโดยคูณด้วยค่าแรงต่อนาทีด้วยจำนวนเวลาทั้งหมดที่บุคลากรใช้ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 สรุปค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลตามระดับสมองเสื่อม ระยะการดูแลและต้นทุนค่าเสียโอกาสใน 1 สัปดาห์

ID	เพศ	จังหวัด	ระดับสมองเสื่อม	ระยะเวลาการดูแลใน 1 สัปดาห์	ต้นทุนค่าเสียโอกาสใน 1 สัปดาห์
1	หญิง	สุราษฎร์ธานี	1	1,835	1,147
2	ชาย	สุราษฎร์ธานี	2	3,050	1,906
3	หญิง	สุราษฎร์ธานี	2	2,570	1,606
4	ชาย	สุราษฎร์ธานี	2	2,075	1,297
5	หญิง	สุราษฎร์ธานี	3	1,925	1,203
6	ชาย	สุราษฎร์ธานี	3	3,380	2,113
7	ชาย	สุราษฎร์ธานี	3	2,405	1,503
8	ชาย	สุราษฎร์ธานี	2	1,800	1,125
9	หญิง	สุราษฎร์ธานี	1	1,150	719
10	ชาย	สุราษฎร์ธานี	3	3,165	1,978
11	หญิง	สุราษฎร์ธานี	2	2,640	1,650
12	หญิง	สุราษฎร์ธานี	1	1,865	1,166

ID	เพศ	จังหวัด	ระดับสมองเสื่อม	ระยะเวลาการดูแลใน 1 สัปดาห์	ต้นทุนค่าเสียโอกาสใน 1 สัปดาห์
13	หญิง	สุราษฎร์ธานี	1	1,215	759
14	หญิง	สุราษฎร์ธานี	2	2,260	1,413
15	หญิง	สุราษฎร์ธานี	3	2,870	1,794
16	หญิง	สุราษฎร์ธานี	1	1,830	1,144
17	ชาย	สุราษฎร์ธานี	1	845	528
18	หญิง	สุราษฎร์ธานี	2	1,120	700
19	หญิง	สุราษฎร์ธานี	2	2,280	1,425
20	ชาย	สุราษฎร์ธานี	1	1,020	683
21	ชาย	สุราษฎร์ธานี	2	2,790	1,744
22	หญิง	สุราษฎร์ธานี	1	3,375	2,109
23	หญิง	สุราษฎร์ธานี	1	210	131
24	หญิง	สุราษฎร์ธานี	3	2,635	1,647
25	หญิง	สุราษฎร์ธานี	1	815	509
26	ชาย	สุราษฎร์ธานี	1	645	403
27	ชาย	สุราษฎร์ธานี	1	1,250	781
28	หญิง	สุราษฎร์ธานี	2	3,400	2,125
29	หญิง	สุราษฎร์ธานี	1	1,590	994
30	หญิง	สุราษฎร์ธานี	3	3,405	2,128
31	หญิง	ขอนแก่น	3	2,553	1,595
32	ชาย	ขอนแก่น	2	3,215	2,009
33	ชาย	ขอนแก่น	2	2,338	1,461
34	หญิง	ขอนแก่น	2	2,280	1,425
35	หญิง	ขอนแก่น	3	2,091	1,307
36	หญิง	ขอนแก่น	1	2,143	1,339
37	หญิง	ขอนแก่น	3	2,094	1,309
38	หญิง	ขอนแก่น	2	2,158	1,348
39	หญิง	ขอนแก่น	1	5,323	3,327
40	หญิง	ขอนแก่น	1	465	291
41	หญิง	ขอนแก่น	1	856	535
42	ชาย	ขอนแก่น	1	0	0
43	หญิง	ขอนแก่น	3	1,614	1,009

ID	เพศ	จังหวัด	ระดับสมองเสื่อม	ระยะเวลาการดูแลใน 1 สัปดาห์	ต้นทุนค่าเสียโอกาสใน 1 สัปดาห์
44	หญิง	ขอนแก่น	2	30	19
45	หญิง	ขอนแก่น	1	280	175
46	หญิง	ขอนแก่น	2	1,301	813
47	หญิง	ขอนแก่น	1	917	573
48	ชาย	ขอนแก่น	2	4,725	2,953
49	หญิง	ขอนแก่น	2	1,489	930
50	ชาย	ขอนแก่น	3	2,070	1,294
51	หญิง	ขอนแก่น	1	1,675	1,047
52	หญิง	ขอนแก่น	2	1,834	1,146
53	ชาย	ขอนแก่น	2	2,685	1,678
54	หญิง	นครราชสีมา	2	4,260	2,663
55	หญิง	นครราชสีมา	3	4,585	2,866
56	หญิง	นครราชสีมา	2	2,555	1,597
57	หญิง	นครราชสีมา	3	915	572
58	หญิง	นครราชสีมา	2	810	506
59	หญิง	นครราชสีมา	3	3,440	2,150
60	หญิง	นครราชสีมา	1	4,330	2,706
61	หญิง	นครราชสีมา	2	2,870	1,794
62	ชาย	นครราชสีมา	-	1,150	719
63	ชาย	นครราชสีมา	1	1,195	747
64	หญิง	นครราชสีมา	2	710	444
65	หญิง	นครราชสีมา	2	885	553
66	หญิง	นครราชสีมา	3	2,385	1,491
67	หญิง	นครราชสีมา	2	1,125	703
68	ชาย	นครราชสีมา	3	2,160	1,350
69	หญิง	นครราชสีมา	3	1,076	673
70	หญิง	นครราชสีมา	1	760	475
71	หญิง	นครราชสีมา	1	1,175	734

จากข้อมูลต้นทุนค่าเสียโอกาสโดยเฉลี่ยเมื่อจำแนกตามระดับของภาวะสมองเสื่อมและรายจังหวัด พิจารณาจากต้นทุนค่าเสียโอกาสเฉลี่ย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมกับระดับของภาวะสมองเสื่อมใน 1 สัปดาห์ พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระดับ 3 เท่ากับ 2,487±899 บาท มีต้นทุนค่าเสียโอกาสเฉลี่ยเท่ากับ 1,554±562 บาท จากตารางจะเห็นว่าต้นทุนค่าเสียโอกาสเฉลี่ยเทียบกับระดับภาวะสมองเสื่อมของระดับ 2 และ 3 ใน 1 สัปดาห์ไม่แตกต่างต่างกันมาก (1,372±670 บาท และ 1,554±562 บาท ตามลำดับ) พบว่าจังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเฉลี่ยใน 1 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกันมาก เท่ากับ 2,021±1,355 บาท และ 2,047±922 บาท ตามลำดับ ในขณะที่จังหวัดขอนแก่น มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยต่ำกว่า 2 พื้นที่ เท่ากับ 1,919±1,306 บาท และเมื่อพิจารณาต้นทุนค่าเสียโอกาสเฉลี่ยใน 1 สัปดาห์ พบว่าทั้ง 3 พื้นที่ มีคะแนนค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 1,249±723 บาท และระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ยรวมเท่ากับ 1,999±1,157 บาท (ตารางที่ 6)

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบต้นทุนค่าเสียโอกาสรายเดือน ค่าใช้จ่ายรายเดือน และค่าตอบแทนที่ต้องการได้รับรายเดือนของผู้ดูแลตามระดับภาวะสมองเสื่อม พบว่าภาพรวมของต้นทุนค่าเสียโอกาสและค่าใช้จ่ายใน 1 เดือนของผู้ดูแลหลัก เท่ากับ 5,028±2,901 บาท และ 2,255±3,292 บาท ตามลำดับ ในขณะที่ค่าตอบแทนที่ผู้ดูแลหลักต้องการเฉลี่ยอยู่ที่ 4,590±3,431 บาทต่อเดือน พิจารณาตามระดับภาวะสมองเสื่อมระดับ 2 และ 3 มีต้นทุนค่าเสียโอกาสเฉลี่ยต่อเดือนสูงเท่ากับ 5,486±2,680 บาท และ 6,218±2,247 บาท และค่าใช้จ่ายต่อเดือนเท่ากับ 2,591±4,800 บาท และ 2,941±1,700 บาท ตามลำดับ ขณะที่ภาวะสมองเสื่อมระดับ 1 มีต้นทุนค่าเสียโอกาส และค่าใช้จ่ายใน 1 เดือน เท่ากับ 3,676±3,105 บาท และ 1,399±1,705 บาท ค่าตอบแทนที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องการในภาวะสมองเสื่อมระดับ 2 และ 3 ใกล้เคียงกัน (5,074±4,047 บาท และ 5,000±3,687 บาท ตามลำดับ) ส่วนระดับ 1 จะอยู่ที่ 3,717±2,205 บาท

เมื่อดูตามรายจังหวัด พบว่าต้นทุนค่าเสียโอกาสใน 1 เดือนสูงสุดในจังหวัดสุราษฎร์ธานี เฉลี่ยเท่ากับ 5,118±2,305 บาทต่อเดือน รองลงมาคือ จังหวัดนครราชสีมา เท่ากับ 5,054±3,389 บาท และจังหวัดขอนแก่น เท่ากับ 4,797±3,266 บาท ตามลำดับ ส่วนค่าใช้จ่ายใน 1 เดือนสูงสุดเป็นจังหวัดขอนแก่น เท่ากับ 2,327±5,121 บาท ในขณะที่จังหวัดนครราชสีมา และสุราษฎร์ธานี ไม่แตกต่างกันมาก และค่าตอบแทนที่ผู้ดูแลหลักต้องการได้รับใน 1 เดือน เป็นจังหวัดนครราชสีมาต้องการค่าตอบแทนในการดูแลสูงสุดเท่ากับ 6,041±4,796 บาท รองลงมาคือ จังหวัดสุราษฎร์ธานี เท่ากับ 4,450±3,055 บาท และจังหวัดขอนแก่น เท่ากับ 3,490±2,040 บาท ตามลำดับ(ตารางที่ 7)

ตารางที่ 6 ต้นทุนค่าเสียโอกาสโดยเฉลี่ยจำแนกตามระดับภาวะสมองเสื่อม และรายจังหวัด

ข้อมูล	ระยะเวลาเฉลี่ยใน 1 สัปดาห์ ± SD	ต้นทุนค่าเสียโอกาสใน 1 สัปดาห์ ± SD
ระดับภาวะสมองเสื่อม		
ระดับ 1	1,471±1,242	919±776
ระดับ 2	2,195±1,072	1,372±670
ระดับ 3	2,487±899	1,554±562
รวม	**2,011±1,160**	**1,257±725**
จังหวัด		
ขอนแก่น	1,919±1,306	1,199±816
นครราชสีมา	2,021±1,355	1,263±847
สุราษฎร์ธานี	2,047±922	1,279±576
รวม	**1,999±1,157**	**1,249±723**

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบต้นทุนค่าเสียโอกาสรายเดือน ค่าใช้จ่ายรายเดือน และค่าตอบแทนที่ต้องการได้รับรายเดือน

ข้อมูล	ต้นทุนค่าเสียโอกาส ± SD	ค่าใช้จ่ายรายเดือน ± SD	ค่าตอบแทนที่ต้องการ ± SD
ระดับภาวะสมองเสื่อม			
ระดับ 1	3,676±3,105	1,399±1,705	3,717±2,205
ระดับ 2	5,486±2,680	2,591±4,800	5,074±4,047
ระดับ 3	6,218±2,247	2,941±1,700	5,000±3,687
รวม	**5,028±2,901**	**2,255±3,292**	**4,590±3,431**
จังหวัด			
ขอนแก่น	4,797±3,266	2,327±5,121	3,490±2,040
นครราชสีมา	5,054±3,389	2,149±2,108	6,041±4,796
สุราษฎร์ธานี	5,118±2,305	2,190±1,856	4,450±3,055
รวม	**4,998±2,892**	**2,224±3,279**	**4,551±3,420**

ตอนที่ 2 ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมใน 3 เดือนที่ผ่าน

จากการเก็บข้อมูลของค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมาในพื้นที่ที่มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น นครราชสีมา และสุราษฎร์ธานี โดยเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลหลักที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ที่ภาวะสมองเสื่อม จำนวน 69 ราย มีรายละเอียดแบ่งออกตามเพศ ช่วงอายุ ระยะอาการของภาวะสมองเสื่อม และค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้น ได้แก่ ค่าเสื้อผ้า ค่าจ้างนวด ค่าจ้างผู้ดูแล ค่าซ่อมแซมบ้านให้ผู้ช่วยดูแล ค่าทางการแพทย์ ค่านม ค่าผ้าอ้อม ค่ายา ค่ารถ ค่าร่วมกิจกรรม ค่าอาหาร ค่าอุปกรณ์ เช่น สำลี วาสลีน ค่าทิชชู ค่าแป้ง อื่นๆ อาหารเสริม และค่าอื่นๆ (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 สรุปค่าใช้จ่ายรายเดือน รายหมวด ของผู้ป่วยสมองเสื่อมในช่วง 3 เดือนที่ผ่าน

ID	อายุ	เพศ*	จังหวัด**	ระยะสมองเสื่อม	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	ผลรวมทั้งหมด
001	74	1	3	1	0	100	0	0	0	360	425	50	333	0	0	47	0	0	1,315
002	94	2	3	2	0	0	0	0	0	120	850	27	47	0	0	460	800	0	2,303
003	87	2	3	3	300	0	0	0	0	2,777	745	545	810	0	965	2,163	17	805	9,126
004	69	1	3	2	0	0	0	0	0	200	1,200	200	0	0	250	0	0	0	1,850
005	98	2	3	2	0	167	0	0	0	325	0	2,033	600	0	0	260	0	0	3,385
006	83	2	3	3	0	167	0	0	0	1,360	2,500	167	333	0	2,160	230	0	0	6,917
007	82	2	3	3	0	0	0	0	0	0	0	333	223	0	0	190	0	0	747
008	97	1	3	3	0	0	0	0	0	2,840	3,250	0	0	0	900	225	0	0	7,215
009	85	2	3	2	0	0	0	0	0	0	0	4,073	500	0	0	135	0	0	4,708
010	84	2	3	1	0	0	2,000	0	663	1,333	0	0	333	0	1,043	183	528	0	6,085
011	84	2	3	3	0	0	0	0	0	107	1,700	127	667	0	0	135	0	0	2,735
012	80	1	3	2	0	0	0	0	0	0	1,350	0	0	0	0	360	1,600	0	3,310
013	72	2	3	1	0	167	0	0	0	500	0	2,567	1,400	0	0	0	400	0	5,033
014	56	2	3	1	0	0	0	0	0	0	0	500	500	0	1,900	0	0	0	2,900
015	85	2	3	2	0	0	0	0	0	660	0	82	267	0	0	50	0	0	1,058
016	94	2	3	3	0	0	0	0	0	840	1,925	40	0	0	0	255	1,000	0	4,060
017	70	2	3	1	0	0	0	0	0	333	0	517	333	0	553	0	1,000	50	2,787
018	90	2	3	1	0	0	0	0	0	1,500	0	0	500	0	0	0	0	0	2,000
019	71	2	3	2	0	0	0	0	0	160	0	0	0	0	0	33	200	0	393
020	95	1	3	2	0	0	0	0	0	300	0	0	167	0	300	0	0	0	767
021	76	2	3	1	0	0	0	0	0	450	0	0	0	0	450	0	0	0	900
022	78	1	3	2	0	0	0	0	0	217	1,300	0	1,200	0	0	225	0	0	2,942
023	85	1	3	1	0	0	0	0	0	759	480	40	533	0	0	198	133	0	2,144
024	75	2	3	1	0	0	0	0	433	443	0	5,233	500	0	0	0	50	0	6,660
025	97	1	3	3	0	50	9,000	0	0	0	1,575	143	667	0	0	367	0	0	11,802
026	77	1	3	1	0	233	0	0	0	527	450	73	100	0	0	117	500	0	2,000
027	81	2	3	1	0	0	0	0	0	540	0	0	0	0	0	0	0	0	540
028	81	2	3	1	0	133	0	0	0	610	0	20	333	0	0	0	467	0	1,563
029	79	1	3	2	0	167	0	0	0	500	1,700	40	100	0	0	72	1,500	0	4,079
030	83	2	3	1	0	0	0	0	0	300	0	0	600	0	0	0	0	0	900
031	95	1	3	3	0	240	0	0	0	0	1,700	40	500	0	0	421	1,200	0	4,101
032	79	2	1	3	0	0	0	0	0	100	1,500	0	0	0	3,000	0	0	300	4,900
033	79	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,000	0	0	0	3,000
034	78	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,000	0	0	0	3,000
036	69	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
037	77	2	1	1	167	0	0	0	0	333	0	0	33	300	1,860	0	0	0	2,693
038	92	2	1	3	0	0	0	0	0	9,167	1,667	133	1,333	0	0	3,980	0	0	16,280
039	77	2	1	2	537	0	0	0	0	333	683	0	200	0	0	200	700	372	3,025
040	83	1	1	1	0	0	0	0	0	0	443	1,593	667	0	0	0	267	0	2,970
041	93	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,133	0	0	50	3,183
042	84	2	1	1	0	0	0	0	0	900	800	0	0	0	180	180	0	0	2,060

ID	อายุ	เพศ*	จังหวัด**	ระยะสมองเสื่อม	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	ผลรวมทั้งหมด
043	71	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	20	0	440	0	0	200	660
044	88	2	1	3	0	0	0	0	0	327	840	0	0	0	1,500	0	0	136	2,803
045	83	2	1	2	427	0	0	0	0	733	0	0	107	0	733	0	0	0	2,000
046	76	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	300	0	3,000	0	0	0	3,300
047	76	1	1	2	167	0	0	0	0	350	500	67	17	0	0	133	817	783	2,833
048	82	2	1	1	337	0	0	0	0	0	0	437	0	0	0	1,177	1,000	0	2,950
049	88	2	1	2	67	0	0	0	0	893	0	0	0	0	1,933	0	0	800	3,693
050	70	1	1	2	0	0	0	0	0	620	0	600	267	0	1,500	0	0	100	3,087
051	77	2	1	3	0	0	0	0	0	0	1,333	0	500	0	1,500	1,717	500	0	5,550
053	75	1	1	2	0	0	0	0	0	730	0	40	0	0	3,600	0	0	100	4,470
054	83	1	1	3	0	0	1,967	6,667	0	0	700	0	500	0	0	850	427	0	11,110
055	80	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,000	0	0	167	3,167
056	89	2	2	3	0	0	0	0	0	0	2,275	0	150	0	3,750	615	350	0	7,140
057	84	1	2	2	253	0	0	0	0	1,200	500	240	2,000	0	850	160	6,400	0	11,603
058	87	2	2	3	0	0	0	0	0	0	1,680	0	100	0	3,033	1,130	0	0	5,943
059	78	1	2	2	0	0	0	0	0	130	900	0	300	0	0	0	0	0	1,330
060	94	2	2	3	0	0	0	0	0	600	3,000	0	0	0	0	0	1,200	0	4,800
063	84	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,177	0	2,487	0	3,663
065	85	2	2	3	0	0	0	0	0	1,597	917	1,083	1,783	0	0	1,467	0	100	6,947
066	97	2	2	1	0	0	0	0	0	50	1,400	0	0	0	5,800	250	0	0	7,500
067	85	2	2	2	0	0	19,000	0	0	580	5,000	0	0	0	0	1,520	0	0	26,100
070	72	2	2	1	0	0	0	0	0	1,482	0	0	0	0	0	0	0	0	1,482
072	83	2	2	2	0	0	0	0	77	387	0	1,787	150	0	0	100	300	0	2,800
073	87	1	2	3	0	0	20,000	0	0	0	3,000	320	1,000	0	4,333	2,134	700	0	31,488
076	88	2	2	3	0	0	0	0	1,333	300	1,600	2,167	3,000	0	0	2,157	1,080	0	11,637
077	80	1	2	3	0	0	0	0	0	1,500	450	1,030	2,000	0	13,500	138	0	0	18,618
078	70	1	2	3	300	0	0	0	0	900	578	3,503	0	0	9,000	400	0	0	14,681
110	83	2	2	1	0	0	0	0	0	300	0	0	0	0	3,000	0	0	0	3,300

หมายเหตุ * 1 = ชาย และ 2 = หญิง

** 1 = ขอนแก่น 2 = นครราชสีมา และ 3 = สุราษฎร์ธานี

a=ค่าเสื้อผ้า, b=ค่าจ้างนวด, c=ค่าจ้างผู้ดูแล, d=ค่าซ่อมแซมบ้านให้ผู้ช่วยดูแล, e=ค่าทางการแพทย์, f=ค่านม, g=ค่าผ้าอ้อม, h=ค่ายา, i=ค่ารถ, j=ค่าร่วมกิจกรรม, k=ค่าอาหาร, l=ค่าอุปกรณ์ เช่น สำลี วาสลีน ค่าทิชชู ค่าแป้ง อื่นๆ, m=อาหารเสริม, n=อื่นๆ

จากการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และสอบถามจากผู้ดูแลหลักในเรื่องค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา พบว่าผู้ดูแลหลักทั้งเพศชายและหญิงมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ค่าอาหาร เท่ากับ 1,222±2,240 บาท รองลงมาคือ ค่าจ้างผู้ดูแลเท่ากับ 753±3,453 บาท ค่าผ้าอ้อมเท่ากับ738±1,003 บาท ค่านมเท่ากับ 603±1,205 บาท และค่ายาเท่ากับ 433±1,004บาท ในขณะที่พบว่าค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับทางการแพทย์ มีจำนวนไม่สูงมากเท่ากับ 36±185 บาท อาจจะเป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิการดูแลรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ตารางที่ 9)

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป มีค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการดูแลสูงสุด เฉลี่ยเท่ากับ 6,214±6,538 บาทต่อเดือน เป็นในส่วนของการจ้างผู้ดูแลเฉลี่ยเท่ากับ 1,209±4,329 บาทต่อเดือน ส่วนผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่พบในช่วงอายุที่น้อยคือ 50-59 ปี มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเท่ากับ 2,900±0 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายในเรื่องค่าอาหารเฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 1,900±0 บาท ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี จะเป็นค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนในเรื่อง ค่าผ้าอ้อม เท่ากับ 600±849 บาท และ ค่าอาหารเท่ากับ 1,344 ±2,101 บาท ตามลำดับ (ตารางที่ 10) ในขณะที่เมื่อดูตามระยะภาวะสมองเสื่อม พบว่าความรุนแรงระดับ 3 มีค่าใช้จ่ายในการดูแลสูงสุด เฉลี่ยเท่ากับ 8,573±7,054 บาทต่อเดือน ความรุนแรงระดับ 2 เฉลี่ยเท่ากับ 4,107±5,137 บาทต่อเดือน และความรุนแรงระดับ 1 ต่ำสุดเฉลี่ยเท่ากับ 2,823±1,884 บาทต่อเดือน เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดจากค่าอาหารสูงสุดเท่ากับ1,984±3,371 บาทต่อเดือน และ 929±1,515 บาทต่อเดือน ตามลำดับ (ตารางที่ 11) เพื่อพิจารณาตามรายจังหวัดพบพื้นที่จังหวัดนครราชสีมามีค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมสูงสุดเฉลี่ยเท่ากับ 8,848±9,940 บาทต่อเดือน และในส่วนของค่าจ้างผู้ดูแลพบว่าจังหวัดขอนแก่นมีค่าใช่จ่ายในส่วนนี้ต่ำที่สุดเฉลี่ยเท่ากับ 89±419 บาทต่อเดือน อาจจะเป็นเพราะพื้นที่จังหวัดขอนแก่นเป็นลักษณะชนบท และเศรษฐฐานะค่อนข้างยากจน และการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ครอบครัวจะดูแลกันเอง (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 9 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่เกิดจากการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาจำแนกตามกลุ่มเพศ (รวมตารางเพศและอายุ)

รายการ (N=69)	ชาย (39%)	หญิง (60%)	รวม (100%)
ค่าเสื้อผ้า	27±79	44±124	37±108
ค่าจ้างนวด	29±71	15±47	15±47
ค่าจ้างผู้ดูแล	1,147±4,157	500±2,941	753±3,453
ค่าซ่อมแซมบ้านให้ผู้ช่วยดูแล	247±1,283	0±0	97±803
ค่าทางการแพทย์	0±0	60±235	36±185
ค่านม	412±634	725±1,454	603±1,205
ค่าผ้าอ้อม	759±885	724±1,083	738±1,003
ค่ายา	296±737	521±1,143	433±1,004
ค่ารถ	384±570	372±583	376±574
ค่าร่วมกิจกรรม	0±0	7±46	4±36
ค่าอาหาร	1,666±3,122	937±1,389	1,222±2,240
ค่าอุปกรณ์ เช่น สำลี วาสลีน ค่าทิชชู ค่าแป้ง อื่นๆ	217±431	443±827	354±704
อาหารเสริม	594±1,324	228±373	371±887
อื่นๆ	52±156	61±184	57±173
รวม	**5,829±6,918**	**4,608±4,636**	**5,103±5,607**

ตารางที่ 10 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่เกิดจากการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาจำแนกตามกลุ่มอายุ

รายการ (N=69)	50-59 ปี (1%)	60-69 ปี (2%)	70-79 ปี (33%)	มากกว่า 80 ปี (61%)	รวม (100%)
ค่าเสื้อผ้า	0±0	0±0	51±131	32±99	37±108
ค่าจ้างนวด	0±0	0±0	29±68	18±54	21±57
ค่าจ้างผู้ดูแล	0±0	0±0	0±0	1,209±4,329	753±3,453
ค่าซ่อมแซมบ้านให้ผู้ช่วยดูแล	0±0	0±0	0±0	155±1,017	97±803
ค่าทางการแพทย์	0±0	0±0	19±90.3	48±225	36±185
ค่านม	0±0	100±141	368±348	765±1486	603±1,205
ค่าผ้าอ้อม	0±0	600±849	407±566	938±1,153	738±1,003
ค่ายา	500±0	100±141	552±1,347	383±816	433±1,004
ค่ารถ	500±0	0±0	244±374	462±660	376±574
ค่าร่วมกิจกรรม	0±0	0±0	13±63	0±0	4±36
ค่าอาหาร	1,900±0	125±177	1,344 ±2,101	1,193±2,395	1,222±2240
ค่าอุปกรณ์ เช่น สำลี วาสลีน ค่าทิชชู ค่าแป้ง อื่นๆ	0±0	0±0	128±361	500±822	354±704
อาหารเสริม	0±0	0±0	246±411	464±1,076	371±88
อื่นๆ	0±0	0±0	83±184	48±172	57±173
รวม	**2,900±0**	**925±1,308**	**2,923±3,484**	**6,214±6,538**	**5,103±5,607**

ตารางที่ 11 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่เกิดจากการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาจำแนกตามระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม

รายการ (N=69)	ระยะที่1 (32%)	ระยะที่2 (35%)	ระยะที่3 (30%)	รวม (100%)
ค่าเสื้อผ้า	22±77	61±144	27±88	37±108
ค่าจ้างนวด	28±65	14±47	21±61	21±57
ค่าจ้างผู้ดูแล	87±417	792±3,878	1,408±4,584	753±3,453
ค่าซ่อมแซมบ้านให้ผู้ช่วยดูแล	0±0	0±0	303±1,421	97±803
ค่าทางการแพทย์	48±162	3±16	61±284	61±284
ค่านม	466±464	352±328	1,019±2,020	603±1,205
ค่าผ้าอ้อม	174±351	583±1,087	1,497±925	738±1,003
ค่ายา	480±1,205	383±953	438±861	433±1,004
ค่ารถ	282±338	247±463	617±789	376±574
ค่าร่วมกิจกรรม	13±63	0±0	0±0	4±36
ค่าอาหาร	929±1,515	806±1,201	1,984±3,371	1,222±2,240
ค่าอุปกรณ์ เช่น สำลี วาสลีน ค่าทิชชู ค่าแป้ง อื่นๆ	94±249	155±317	844±1,029	354±704
อาหารเสริม	189±315	617±1,395	294±447	371±887
อื่นๆ	13±43	97±230	61±181	57±173
รวม	**2,823±1,884**	**4,107±5,137**	**8,573±7,054**	**5,103±5,607**

ตารางที่ 12 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่เกิดจากการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาจำแนกตามรายจังหวัด

รายการ (N=69)	ขอนแก่น (31%)	นครราชสีมา (23%)	สุราษฎร์ธานี (44%)	รวม (100%)
ค่าเสื้อผ้า	77±156	35±95	10±54	37±108
ค่าจ้างนวด	0±0	0±0	46±79	21±57
ค่าจ้างผู้ดูแล	89±419	2,438±6,663	355±1,644	753±3,453
ค่าซ่อมแซมบ้านให้ผู้ช่วยดูแล	303±1,421	0±0	0±0	97±803
ค่าทางการแพทย์	0±0	88±333	35±140	36±185
ค่านม	659±1,928	564±589	583±715	603±1,205
ค่าผ้าอ้อม	385±548	1,331±1,405	682±896	738±1,003
ค่ายา	131±361	633±1,037	544±1,246	433±1,004
ค่ารถ	179±326	655±982	373±348	376±574
ค่าร่วมกิจกรรม	14±64	0±0	0±0	4±36
ค่าอาหาร	1,340±1,426	2,778±3,887	275±561	1,222±2,240
ค่าอุปกรณ์ เช่น สำลี วาสลีน ค่าทิชชู ค่าแป้ง อื่นๆ	374±923	629±786	198±391	354±704
อาหารเสริม	169±311	782±1,646	303±483	371±887
อื่นๆ	137±237	6±25	28±145	57±173
รวม	**3,464±3,943**	**8,848±9,940**	**2,715±3,430**	**5,103±5,607**

ภาคผนวก

ข้อมูลสถานการณ์ด้านสุขภาพและสังคมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลในชุมชน เพิ่มเติม

หน้า

ตารางที่ 1 การได้รับและไม่ได้รับชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามการแบ่งกลุ่มการดูแลระยะยาว 161

ตารางที่ 2 กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยสมองเสื่อม ของผู้ดูแล จำแนกตามจังหวัด 163

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อเดือน โดยประมาณ ของผู้ดูแล จำแนกตามจังหวัด 164

ตารางที่ 4 ภาระการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแล โดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Zarit caregiver burden) ฉบับภาษาไทย 164

ตารางที่ 5 ภาระการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแล โดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Zarit caregiver burden) ฉบับภาษาไทย รายข้อ 165

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพของผู้ดูแลหลัก จำแนกตามอายุ 165

ตารางที่ 1 การได้รับและไม่ได้รับชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามการแบ่งกลุ่มการดูแลระยะยาว

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)																			
	ขอนแก่น					นครราชสีมา					สุราษฎร์ธานี					รวม				
	ไม่ได้รับ	ได้รับ				ไม่ได้รับ	ได้รับ				ไม่ได้รับ	ได้รับ				ไม่ได้รับ	ได้รับ			
		กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	กลุ่มที่ 4		กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	กลุ่มที่ 4		กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	กลุ่มที่ 4		กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	กลุ่มที่ 4
รวมจำนวนคน (คน)	**33**	**3**	**24**	**1**	**5**	**30**	**4**	**15**	**3**	**8**	**47**		**41**		**6**	**110**	**7**	**80**	**4**	**19**
1. การประเมินวางแผนการรักษาและการดูแลทางการแพทย์																				
ร่วมประเมิน วางแผนการดูแลกับทีมสหสาขาวิชาชีพและให้คำปรึกษา	5 (15.15)	2 (66.67)	17 (70.83)		5 (100.00)	4 (13.33)	4 (100.00)	12 (80.00)	3 (100.00)	7 (87.50)	1 (16.67)		33 (80.49)		6 (100.00)	10 (9.09)	6 (85.71)	62 (77.50)	3 (75.00)	18 (94.74)
เยี่ยมดูแลที่บ้านตามความจำเป็น	3 (12.50)		21 (87.50)			2 (13.33)		13 (86.67)			3 (7.32)		38 (92.68)			8 (10.00)		72 (90.00)		
นำทีมทำ caseconference	1 (100.00)				5 (100.00)	2 (25.00)			3 (100.00)	6 (75.00)	6 (100.00)			1 (2.44)		9 (39.13)			4 (100.00)	11 (57.89)
เยี่ยมดูแลที่บ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง				1 (100.00)					3 (100.00)										4 (100.00)	
เยี่ยมดูแลที่บ้านร่วมกับทีมฯ อย่างน้อย 1 ครั้ง และเยี่ยมตามความจำเป็น					5 (100.00)	2 (25.00)				6 (75.00)					6 (100.00)	2 (10.53)				17 (89.47)
2. การดูแลทางการพยาบาล																				
การดูแลด้านการพยาบาลตามมาตรฐานการให้บริการพยาบาลที่บ้าน	1 (33.33)	2 (66.67)				1 (25.00)	3 (75.00)									2 (28.57)	5 (71.43)			
ให้คำแนะนำในการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุสมองเสื่อม	7 (29.17)	3 (100.00)	19 (79.17)			7 (36.84)	2 (50.00)	9 (60.00)			7 (17.07)		34 (82.93)			21 (24.14)	5 (71.43)	62 (77.50)		
ให้คำแนะนำในการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยแก่ผู้ดูแล	1 (100.00)				5 (100.00)	3 (37.50)			3 (100.00)	5 (62.50)					6 (100.00)	4 (17.39)			3 (75.00)	16 (84.21)
การป้องกันแผลกดทับ	2 (40.00)				4 (80.00)	1 (12.50)			3 (100.00)	7 (87.50)					6 (100.00)	3 (13.04)			3 (75.00)	17 (89.47)
สนับสนุน/จัดหาวัสดุ-อุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น (medical device)	2 (40.00)				3 (60.00)	3 (37.50)				5 (62.50)	1 (16.67)				5 (83.33)	6 (31.58)				13 (68.42)
เน้นการให้บริการแบบองค์รวม					5 (100.00)	3 (37.50)				5 (62.50)	2 (33.33)				4 (66.67)	5 (26.32)				14 (73.68)
ประเมินความปวดและคุณภาพชีวิต	1 (20.00)				4 (80.00)	3 (37.50)				5 (62.50)	1 (16.67)				4 (66.67)	5 (26.32)				13 (68.42)
3. การดูแลด้านเภสัชกรรม																				
แนะนำการใช้ยาตามภาวะโรค	1 (33.33)	2 (66.67)				1 (25.00)	3 (75.00)									2 (28.57)	5 (71.43)			
ให้ความรู้/คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ดูแลและญาติ (การใช้/การเก็บรักษา/ผลข้างเคียง)	6 (22.22)	2 (66.67)	14 (58.33)			6 (27.27)	3 (75.00)	10 (66.67)	3 (100.00)		4 (9.76)		36 (87.80)			16 (17.58)	5 (71.43)	61 (76.25)	3 (75.00)	
วางแผน/กำกับ/รายงานการใช้ยาลดปวดและอื่น ๆ ที่จำเป็นโดยบุคลากรทางสาธารณสุข	1 (20.00)				4 (80.00)	3 (37.50)				5 (62.50)	4 (66.67)				2 (33.33)	8 (42.11)				11 (57.89)
การให้ยาลดปวดและอื่น ๆ ที่จำเป็นโดยบุคลากรทางสาธารณสุข	2 (40.00)				3 (60.00)	3 (37.50)				5 (62.50)	5 (83.33)				1 (16.67)	10 (52.63)				9 (47.37)
ให้ความรู้/คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ดูแลและญาติ (การใช้/การเก็บรักษา/ผลข้างเคียง)					5 (100.00)	2 (25.00)				6 (75.00)	1 (16.67)				5 (83.33)	3 (15.79)				16 (84.21)
4. การฟื้นฟูสมรรถภาพ																				
ประเมินระดับความบกพร่อง/ความพร้อมของร่างกาย	7 (25.00)	3 (100.00)	14 (58.33)			12 (54.55)	2 (50.00)	5 (33.33)	3 (100.00)		6 (14.63)		33 (80.49)			25 (27.47)	5 (71.43)	52 (65.00)	3 (75.00)	
วางแผน/ให้ความรู้เพื่อเข้าสู่บริการตามชุดสิทธิประโยชน์	11 (33.33)	3 (100.00)	9 (37.50)		4 (80.00)	16 (53.33)	2 (50.00)	5 (33.33)	3 (100.00)	4 (50.00)	14 (29.79)		26 (63.41)		4 (66.67)	41 (37.27)	5 (71.43)	40 (50.00)	3 (75.00)	12 (63.16)
แนะนำและประสานการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อการใช้ชีวิตอย่างปกติ		2 (66.67)				2 (50.00)	2 (50.00)									2 (28.57)	4 (57.14)			
แนะนำและประสานการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อการใช้ชีวิตอย่างปกติและปลอดภัย	9 (36.00)		15 (62.50)			10 (66.67)		5 (33.33)	3 (100.00)		12 (29.27)		28 (68.29)			31 (36.90)		48 (60.00)	3 (75.00)	
แนะนำและประสานการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อการใช้ชีวิตให้สุขสบาย	2 (40.00)				3 (60.00)	3 (37.50)				5 (62.50)	2 (33.33)				4 (66.67)	7 (36.84)				12 (63.16)

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)																			
	ขอนแก่น					นครราชสีมา					สุราษฎร์ธานี					รวม				
	ไม่ได้รับ	ได้รับ				ไม่ได้รับ	ได้รับ				ไม่ได้รับ	ได้รับ				ไม่ได้รับ	ได้รับ			
		กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	กลุ่มที่ 4		กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	กลุ่มที่ 4		กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	กลุ่มที่ 4		กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	กลุ่มที่ 4
รวมจำนวนคน (คน)	**33**	**3**	**24**	**1**	**5**	**30**	**4**	**15**	**3**	**8**	**47**		**41**		**6**	**110**	**7**	**80**	**4**	**19**
ประเมิน/ป้องกันการหกล้มและอุบัติเหตุอื่น	8 (29.63)	2 (66.67)	16 (66.67)			10 (52.63)	3 (75.00)	6 (40.00)			7 (17.07)		34 (82.93)			25 (28.74)	5 (71.43)	56 (70.00)		
ประเมิน/ป้องกันอุบัติเหตุ เช่น ตกเตียง	1 (100.00)				5 (100.00)	3 (37.50)			3 (100.00)	5 (62.50)	1 (16.67)				5 (83.33)	5 (21.74)			3 (75.00)	15 (78.95)
ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลและญาติตามความจำเป็นรายกรณี	8 (26.67)		16 (66.67)		5 (100.00)	11 (42.31)		6 (40.00)	2 (66.67)	5 (62.50)	10 (21.28)		32 (78.05)		5 (83.33)	30 (29.13)		54 (67.50)	2 (50.00)	15 (78.95)
สนับสนุน/จัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยเพื่อการฟื้นฟูอย่างเต็มศักยภาพ	15 (53.57)	1 (33.33)	8 (33.33)			10 (45.48)	2 (50.00)	6 (40.00)	3 (100.00)		17 (41.46)		19 (46.34)			43 (47.25)	3 (42.86)	33 (41.25)	3 (75.00)	
ป้องกันกลุ่มอาการอวัยะไม่ได้ใช้งาน	2 (28.57)				3 (60.00)	4 (50.00)			3 (100.00)	4 (50.00)	2 (33.33)				4 (66.67)	8 (34.78)			3 (75.00)	11 (57.89)
5.การดูแลด้านสุขภาพจิต																				
ประเมินด้านสุขภาพจิต	8 (24.24)	3 (100.00)	13 (54.17)		4 (80.00)	15 (50.00)	3 (75.00)	5 (33.33)	3 (100.00)	4 (50.00)	3 (6.38)		37 (90.24)		5 (83.33)	20 (18.18)	6 (85.71)	55 (68.75)	3 (75.00)	13 (68.42)
ให้คำแนะนำ/วางแผนการดูแลตามอาการ	9 (27.27)	3 (100.00)	14 (58.33)		4 (80.00)	14 (46.67)	4 (100.00)	5 (33.33)	3 (100.00)	4 (50.00)	3 (6.38)		36 (87.80)		6 (100.00)	26 (23.64)	7 (100.00)	55 (68.75)	3 (75.00)	14 (73.68)
ป้องกัน/ชะลอภาวะสมองเสื่อม	8 (29.63)	2 (66.67)	15 (62.50)			11 (57.89)	3 (75.00)	5 (33.33)			5 (12.20)		36 (87.80)			24 (27.59)	5 (71.43)	56 (70.00)		
ป้องกันภาวะซึมเศร้า	9 (27.27)	2 (66.67)	15 (62.50)		4 (80.00)	13 (43.33)	4 (100.00)	6 (40.00)	3 (100.00)	4 (50.00)	10 (21.28)		30 (73.17)		3 (50.00)	32 (29.09)	6 (85.71)	51 (63.75)	3 (75.00)	11 (57.89)
ให้คำแนะนำการดูแลแก่ผู้ดูแลและญาติ	8 (26.67)		18 (75.00)		4 (80.00)	13 (50.00)		6 (40.00)	3 (100.00)	4 (50.00)	42 (9.76)		37 (90.24)		6 (100.00)	25 (24.27)		61 (76.25)	3 (75.00)	14 (73.68)
ป้องกันพฤติกรรมที่เป็นปัญหา	8 (26.67)		18 (75.00)		4 (80.00)	13 (50.00)		6 (40.00)	3 (100.00)	4 (50.00)	8 (19.51)		33 (80.49)		6 (100.00)	29 (28.16)		57 (71.25)	3 (75.00)	14 (73.68)
บริการด้านจิตสังคมผู้สูงอายุผู้ดูแล/ครอบครัว	1 (20.00)				4 (80.00)	4 (50.00)				4 (50.00)					6 (100.00)	6 (31.58)				14 (73.68)
เน้นการให้บริการแบบองค์รวมพร้อมเผชิญการตายอย่างมีศักดิ์ศรีในมิติของแต่ละความเชื่อ/ศาสนา	1 (20.00)				4 (80.00)	4 (50.00)				4 (50.00)					6 (100.00)	5 (26.32)				14 (73.68)
6.การดูแลด้านสุขภาพช่องปาก																				
ให้บริการด้านทันตกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์	12 (36.36)	1 (33.33)	14 (58.33)		3 (60.00)	17 (56.67)	2 (50.00)	5 (33.33)	2 (66.67)	4 (50.00)	29 (61.70)		13 (31.71)		2 (33.33)	58 (52.73)	3 (42.86)	32 (40.00)	2 (50.00)	9 (47.37)
ให้คะแนะนำแก่ผู้ดูแล/ญาติสามารถดูสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุได้	9 (30.00)		17 (70.83)		3 (60.00)	16 (61.54)		5 (33.33)	2 (66.67)	3 (37.50)	26 (63.41)		18 (43.90)		3 (50.00)	51 (49.51)		40 (50.00)	2 (50.00)	9 (47.37)
ประสานการส่งต่อความจำเป็น	7 (29.17)		16 (66.67)			10 (66.67)		5 (33.33)			26 (63.41)		14 (34.15)			43 (53.75)		35 (43.75)		
ประเมินสุขภาพช่องปากโดยบุคลากรสาธารณสุข	10 (33.33)		17 (70.83)		3 (60.00)	17 (65.38)		5 (33.33)	1 (33.33)	3 (37.50)	27 (57.45)		18 (43.90)		2 (33.33)	54 (52.43)		40 (50.00)	1 (25.00)	8 (42.11)
จัดบริการที่บ้านตามความจำเป็น	3 (50.00)				3 (60.00)	7 (63.64)			1 (33.33)	3 (37.50)	4 (66.67)				2 (33.33)	15 (65.22)			1 (25.00)	8 (42.11)
7.การดูแลด้านโภชนาการ																				
ประเมินความสามารถในการกลืน การบดเคี้ยวและอื่น ๆ	10 (30.30)	1 (33.33)	13 (54.17)		5 (100.00)	17 (56.67)	1 (25.00)	5 (33.33)	3 (100.00)	4 (50.00)	18 (38.30)		21 (51.22)		4 (66.67)	45 (40.91)	2 (28.57)	39 (48.75)	3 (75.00)	13 (68.42)
ประเมินและให้ความรู้ด้านโภชนาการ	10 (30.30)	1 (33.33)	13 (54.17)		5 (100.00)	17 (56.67)	1 (25.00)	5 (33.33)	3 (100.00)	4 (50.00)	17 (36.17)		22 (53.66)		4 (66.67)	46 (41.82)	2 (28.57)	40 (50.00)	3 (75.00)	13 (68.42)
เฝ้าระวัง วางแผนด้านโภชนาการรายบุคคล	8 (26.67)		17 (70.83)		5 (100.00)	15 (57.69)		4 (26.67)	3 (100.00)	4 (50.00)	22 (46.801)		21 (51.22)		4 (66.67)	45 (43.69)		42 (52.50)	3 (75.00)	13 (68.42)
แนะนำและประสานเพื่อแก้ไขภาวะขาดอาหาร	8 (33.33)		16 (66.67)			11 (73.33)		4 (26.67)			20 (48.78)		20 (48.78)			39 (48.75)		40 (50.00)		
ให้ความรู้และสอนเตรียมอาหารที่เหมาะสมรายบุคคล	2 (33.33)				4 (80.00)	4 (50.00)			3 (100.00)	4 (50.00)	1 (16.67)				5 (83.33)	7 (30.43)			3 (75.00)	13 (68.42)
8.การดูแลด้านการแพทย์แผนไทย/ทางเลือก																				
ประเมิน/ให้ความรู้ด้านการใช้สมุนไพรเพื่อพึ่งตนเองแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล	14 (42.42)	1 (33.33)	11 (45.83)		2 (40.00)	18 (60.00)		3 (20.00)	3 (100.00)	3 (37.50)	37 (78.72)		5 (12.20)		2 (33.33)	69 (62.73)	1 (14.29)	19 (23.75)	3 (75.00)	7 (36.84)
แนะนำการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยตามชุดสิทธิประโยชน์	14 (42.42)	1 (33.33)	11 (45.83)		3 (60.00)	18 (60.00)		3 (20.00)	3 (100.00)	3 (37.50)	38 (80.85)		4 (9.76)		2 (33.33)	70 (63.64)	1 (14.29)	18 (22.50)	3 (75.00)	8 (42.11)
จัดบริการที่บ้านเพื่อส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพ	13 (39.39)	1 (33.33)	12 (50.00)		3 (60.00)	21 (70.00)		3 (20.00)	3 (100.00)	3 (37.50)	34 (72.34)		7 (17.07)		3 (50.00)	68 (61.82)	1 (14.29)	22 (27.50)	3 (75.00)	9 (47.37)

ตารางที่ 2 กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยสมองเสื่อม ของผู้ดูแล จำแนกตามจังหวัด

ข้อมูล	จำนวน (คน) และร้อยละ (%)															
	ขอนแก่น				นครราชสีมา				สุราษฎร์ธานี				รวม			
	ไม่ได้ทำ	ระดับการช่วยเหลือ			ไม่ได้ทำ	ระดับการช่วยเหลือ			ไม่ได้ทำ	ระดับการช่วยเหลือ			ไม่ได้ทำ	ระดับการช่วยเหลือ		
		น้อย	ปานกลาง	บ่อย		น้อย	ปานกลาง	บ่อย		น้อย	ปานกลาง	บ่อย		น้อย	ปานกลาง	บ่อย
การทำความสะอาดส่วนตัว เช่น การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ	10 (30.30)	5 (15.15)	5 (15.15)	13 (39.39)	10 (33.33)	3 (10.00)	2 (6.67)	14 (46.67)	8 (17.02)	13 (27.66)	5 (10.64)	21 (44.68)	28 (25.45)	21 (19.09)	12 (10.91)	48 (43.64)
การเข้าห้องน้ำและช่วยเหลือในการอาบน้ำรวมทั้งแต่งตัว	5 (15.15)	7 (21.21)	7 (21.21)	14 (42.42)	8 (26.67)	4 (13.33)	3 (10.00)	14 (46.67)	9 (19.15)	8 (17.02)	9 (19.15)	21 (44.68)	22 (20.00)	19 (17.27)	19 (17.27)	49 (44.55)
การช่วยเหลือเมื่อปวดปัสสาวะ ขัยถ่าย เลอะเทอะ โดยไม่ได้ตั้งใจ	7 (21.21)	7 (21.21)	5 (15.15)	14 (42.42)	7 (23.33)	5 (16.67)	2 (6.67)	15 (50.00)	8 (17.02)	14 (29.79)	6 (12.77)	19 (40.43)	22 (20.00)	26 (23.64)	13 (11.82)	48 (43.64)
การช่วยพยุงให้เดิน/เคลื่อนย้ายภายในบ้าน เช่น เดินขึ้นบันได ย้ายจากเก้าอี้ไปเตียงนอน	11 (33.33)	10 (30.30)	3 (9.09)	9 (27.27)	13 (43.33)	4 (13.33)	1 (3.33)	11 (36.67)	17 (36.17)	13 (27.66)	9 (19.15)	8 (17.02)	41 (37.27)	27 (24.55)	13 (11.82)	28 (25.45)
การทำความสะอาดบริเวณที่ผู้สูงอายุพักอาศัย รวมทั้งการซักรีดเสื้อผ้า	3 (9.09)		4 (12.12)	26 (78.79)	3 (10.00)	2 (6.67)	5 (16.67)	19 (63.33)	3 (6.38)	2 (4.26)	9 (19.15)	33 (70.21)	9 (8.18)	4 (3.64)	18 (16.36)	77 (70.00)
การเตรียมอาหาร/ยา	2 (6.06)		1 (3.03)	30 (90.91)		2 (6.67)	4 (13.33)	22 (73.33)	1 (2.13)		2 (4.26)	44 (93.62)	3 (2.73)	2 (1.82)	7 (6.36)	96 (87.27)
การช่วยเหลือผู้สูงอายุซื้อของใช้ใน	2 (6.06)		1 (3.03)	30 (90.91)	1 (3.33)		4 (13.33)	24 (80.00)	3 (6.38)	11 (23.40)	6 (12.77)	27 (57.45)	6 (5.45)	11 (10.00)	11 (10.00)	81 (73.64)
ชีวิตประจำวัน																
การช่วยเหลือผู้สูงอายุในการใช้โทรศัพท์	8 (24.24)	4 (12.12)	1 (3.03)	20 (60.61)	10 (33.33)	2 (6.67)		17 (56.67)	32 (68.09)	5 (10.64)	2 (4.26)	8 (17.02)	50 (45.45)	11 (10.00)	3 (2.73)	45 (40.91)
การบริหารจัดการเงิน เช่นฝาก-ถอนเงิน การเก็บสมุดเงินฝาก	2 (6.06)	2 (6.06)	1 (3.03)	28 (84.85)	6 (20.00)		1 (3.33)	22 (73.33)	22 (46.81)	13 (27.66)	2 (4.26)	10 (21.28)	30 (27.27)	15 (13.64)	4 (3.64)	60 (54.55)
การพาไปเข้าร่วมกิจกรรม ทางสังคม เช่น ทำบุญที่วัด	9 (27.27)	2 (6.06)	6 (18.18)	15 (45.45)	8 (26.67)	3 (10.00)	2 (6.67)	16 (53.33)	24 (51.06)	15 (31.91)	2 (4.26)	6 (12.77)	41 (37.27)	20 (18.18)	10 (9.09)	37 (33.64)
การค้นหาสิ่งของที่เก็บไว้แล้วลืม	5 (15.15)	1 (3.03)	5 (15.15)	22 (66.67)	5 (16.67)	5 (16.67)	4 (13.33)	15 (50.00)	14 (29.79)	23 (48.94)	2 (4.26)	8 (17.02)	24 (21.82)	29 (26.36)	11 (10.00)	45 (40.91)
การจัด/ปรับปรุงที่อาศัยสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม	11 (33.33)	2 (6.06)	8 (24.24)	12 (36.36)	11 (36.67)	2 (6.67)	1 (3.33)	15 (50.00)	9 (19.15)	19 (40.43)	11 (23.40)	8 (17.02)	31 (28.18)	23 (20.91)	20 (18.18)	35 (31.82)
การติดต่อธุรกิจหรือหน่วยราชการ		7 (21.21)	1 (3.03)	25 (75.76)	4 (13.33)	5 (16.67)	2 (6.67)	18 (60.00)	19 (40.43)	19 (40.43)	2 (4.26)	7 (14.89)	23 (20.91)	31 (28.18)	5 (4.55)	50 (45.45)
การพาไปพบแพทย์ที่สถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยหรือไปซื้อยา/ติดต่อขอรับยา	2 (6.06)	2 (6.06)	1 (3.03)	28 (84.85)	1 (3.33)	4 (13.33)	4 (13.33)	20 (66.67)	2 (4.26)	21 (44.68)	8 (17.02)	16 (34.04)	5 (4.55)	27 (24.55)	13 (11.82)	64 (58.18)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อเดือน โดยประมาณ ของผู้ดูแล จำแนกตามจังหวัด

ข้อมูล	ขอนแก่น		นครราชสีมา		สุราษฎร์ธานี		รวม	
	Min - Max	Mean±SD	Min - Max	Mean±SD	Min - Max	Mean±SD	Min - Max	Mean±SD
ค่าของใช้ส่วนตัว			±					
ค่ากระดาษชำระ	50-500	280.83±174.119	100-,1000	377.78±277.389	50-1000	247.14±206.574	50-1,000	279.39±214.936
ค่าสำลีก้อน	500	500.00	50-150	100.00±50.000	290	290.00	50-500	218.00±181.301
ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่	500-6,000	1,836.36±1,623.128	600-5,000	1,850.00±1043.890	425-4,800	1,395.91±1,065.865	425-6,000	1,651.18±1,193.736
ค่าแผ่นรองซึมซับ	400-1,000	700.00±424.264	100-1,000	613.33±396.316	420-425	422.50±3.536	100-1,000	592.50±341.380
ค่าของใช้ชีวิตประจำวัน สบู่ น้ำยาซักผ้า น้ำยาฆ่าเชื้อ วาสลีนแป้ง โลชั่นบำรุงผิว	200-1,000	566.67±404.145	500	500.00	1,000	1,000.00	200-1,000	616.67±318.852
ค่าอาหาร/เครื่องดื่ม								
ค่าอาหารทั่วไป	700-4,500	2,910.00±1,228.549	3,000-4,000	3,166.67±408.248	2,500-3,000	2,750.00±353.553	700-4,500	2,977.78±936.392
ค่าอาหารเหลว			2,400-5,000	3,466.67±1,361.372	2,000	2,000.00	2,000-5,000	3,100.00±1,331.666
ค่าอาหารเสริม นม นมแอนชัวร์	200-4,000	1,283.33±1,340.243	200-5,000	2,550.00±2,311.565	300-2,810	1,235.22±712.983	200-5,000	1,393.33±1,166.423
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ								
ค่ายาเฉพาะในการรักษา/ใช้ประจำ เช่น ยาลดความดันโลหิต ยาเบาหวาน	30-3,000	882.86±1,157.392	100-12,000	4,420.00±4,591.514	30-10,000	1,867.78±2,713.420	30-12,000	2,018.21±2,912.186
ค่าบริการการตรวจพิเศษ เช่น ค่าเจาะเลือด ค่าบริการตรวจร่างกายประจำปี	2,000-5,000	3,500.00±2,121.320	500	500.00	1000-20,000	6,425.00±9,087.858	500-20,000	4,742.86±6,888.120
ค่าเวชภัณฑ์ต่างๆ เช่น สายให้อาหารทางจมูก สายสวนคาปัสสาวะ ถุงมือใช้แล้วทิ้ง หน้ากาก พลาสเตอร์ ออกซิเจน	300-500	366.67±115.470	150-700	371.67±204.002	30-2,200	1,115.00±1,534.422	30-2,200	505.45±591.394
ค่าอุปกรณ์การทำแผล	50-500	250.00±229.129	60-1,000	520.00±470.319	100-300	200.00±141.421	50-1,000	338.75±322.510
ค่าจ้างเหมา								
ค่าจ้างผู้ดูแล (ประจำ)	3,000	3,000.00	15,000-20,000	17,500.00±3,535.534	9000-12,000	10,500.00±2,121.320	3,000-20,000	11,800.00±6,379.655
ค่าจ้างกายภาพบำบัด	3,600	3,600.00	3,000	3,000.00	1,200-3,000	2,100.00±1,272.792	1,200-3,600	2,700.00±1,039.230
ค่าจ้างนวดแผนไทย					1,200	1,200	1,200	1,200
ค่าจ้างทำหัตถการต่างๆ เช่น การดูดเสมหะ การทำแผล การสวนปัสสาวะ การพ่นยา	200-2,500	1,350.00±1,626.346	1,500	1,500.00	600	600.00	200-2,500	1,200.00±1,023.067
ค่าพาหนะเดินทาง								
ค่าเดินทาง	60-3,000	571.85±633.992	80-5,000	798.89±1,202.653	200-8,300	1,051.35±1,545.535	60-8300	838.05±1,240.548
ค่าเดินทางในการซื้อยาหรือวัสดุต่างๆ	60 – 3,000	509.00±603.00	100 – 2,000	588.00±591.00	200 – 2,000	729.00±383.00	60 – 3,000	629.00±511.00
ค่าเดินทางนำส่งโรงพยาบาล	1,000 – 1,200	1100.00±141.42	80 – 300	190.00±155.56	140.00	140.00	80 – 1,200	544.00±518.73
ค่าสาธารณูปโภค								
ค่าน้ำค่าไฟ	160	160.00			600	600.00	160-600	380.00±311.127

ตารางที่ 4 ภาระการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแล โดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Zarit caregiver burden) ฉบับภาษาไทย

ข้อมูล	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน											
	ขอนแก่น			นครราชสีมา			สุราษฎร์ธานี			รวม		
	ผลกระทบ	ความเครียด	ความเอาใส่ใจ	ผลกระทบ	ความเครียด	ความเอาใส่ใจ	ผลกระทบ	ความเครียด	ความเอาใส่ใจ	ผลกระทบ	ความเครียด	ความเอาใส่ใจ
ช่วงอายุที่ได้รับภาระการดูแลผู้สูงอายุ												
น้อยกว่า 30 ปี	0.20±0.000		1.00±0.000			3.00±0.000	0.60±0.000	0.80±0.000	2.75±.354	0.35±0.300	0.40±0.462	2.38±0.946
30 – 39 ปี	0.44±0.537	0.52±0.559	1.60±1.710	1.10±1.556	1.00±1.414	0.75±1.061	0.67±0.577	0.47±0.306	1.33±1.528	0.64±0.735	0.60±0.653	1.35±1.435
40 – 49 ปี	0.65±0.583	0.95±0.955	1.50±1.488	0.70±0.797	0.63±0.804	1.00±0.949	0.76±0.539	0.66±0.672	1.29±0.975	0.71±0.590	0.74±0.770	1.29±1.109
50 – 59 ปี	1.37±1.055	1.03±0.647	2.00±1.291	1.00±0.566	1.00±0.542	1.07±0.838	0.98±0.676	0.86±0.378	1.45±1.092	1.10±0.764	0.95±0.498	1.50±1.103
60 - 69 ปี	0.60±1.071	0.85±0.957	2.50±1.291	0.40±0.447	0.51±0.344	0.86±0.900	1.53±1.056	1.37±0.950	1.08±0.665	0.85±0.958	0.89±0.803	1.32±1.103
70 – 79 ปี	1.63±0.833	1.43±0.528	2.25±0.880	0.66±0.806	0.91±0.756	1.00±1.000	1.88±0.841	1.33±0.944	1.44±0.980	1.40±0.957	1.22±0.777	1.52±1.043
80 ปีขึ้นไป	1.40±0.849	2.00±1.131	3.25±0.354				1.80±0.529	0.93±0.702	1.50±1.500	1.64±0.607	1.36±0.953	2.20±1.440

ตารางที่ 5 ภาระการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแล โดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Zarit caregiver burden) ฉบับภาษาไทย รายข้อ

ข้อคำถาม	ไม่ระบุ	ค่าคะแนนภาระการดูแล					Mean ±SD
		ไม่เคยเลย	นาน ๆ ครั้ง	เป็นครั้งคราว	บ่อย ๆ	ประจำ	
มิติที่ 1 ผลกระทบ							**0.97±0.826**
คุณรู้สึกว่าไม่มีเวลาสำหรับตัวคุณเองเลยเพราะต้องใช้เวลาดูแลญาติของคุณหรือไม่?	1 (0.91)	31 (28.18)	36 (32.73)	24 (21.82)	14 (12.73)	4 (3.64)	1.34±1.175
คุณรู้สึกว่าคุณไม่มีความเป็นส่วนตัวอย่างที่คุณอยากได้เพราะญาติของคุณหรือไม่?	1 (0.91)	43 (39.09)	29 (26.36)	27 (24.55)	9 (8.18)	1 (0.91)	1.08±1.093
คุณรู้สึกว่าการดูแลญาติทำให้ชีวิตทางสังคมมีปัญหา	1 (0.91)	62 (56.36)	27 (24.55)	13 (11.82)	7 (6.36)		0.72±1.006
คุณรู้สึกว่า คุณสูญเสียการควบคุมชีวิตของคุณเองตั้งแต่ญาติของคุณป่วยหรือไม่?	1 (0.91)	54 (49.09)	29 (26.36)	19 (17.27)	5 (4.55)	2 (1.82)	0.86±1.071
คุณรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะทำอย่างไรกับผู้ป่วยหรือไม่?	1 (0.91)	44 (40.00)	29 (26.36)	26 (23.64)	10 (9.09)		1.05±1.074
มิติที่ 2 ความเครียด							**0.90±0.734**
คุณรู้สึกเครียดเพราะต้องดูแลญาติของคุณในขณะที่ยังต้องรับผิดชอบครอบครัวและงานด้วยหรือไม่?	1 (0.91)	33 (30.00)	37 (33.64)	31 (28.18)	7 (6.36)	1 (0.91)	1.17±1.021
คุณรู้สึกโกรธเมื่ออยู่กับญาติของคุณหรือไม่?	1 (0.91)	51 (46.36)	39 (35.45)	15 (13.64)	4 (3.64)		0.78±0.923
คุณรู้สึกว่าญาติของคุณทำ ให้ความสัมพันธ์ระหว่างคุณกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวและเพื่อนๆ ขณะนี้เป็นไปในทางลบหรือไม่	1 (0.91)	69 (62.73)	25 (22.73)	11 (10.00)	4 (3.64)		0.58±0.923
คุณรู้สึกเหนื่อยล้าเมื่อต้องอยู่ใกล้กับญาติของคุณหรือไม่	1 (0.91)	38 (34.55)	31 (28.18)	24 (21.82)	16 (14.55)		1.20±1.124
คุณรู้สึกเป็นทุกข์กับสุขภาพเพราะการดูแลญาติของคุณหรือไม่	1 (0.91)	47 (42.73)	31 (28.18)	22 (20.00)	9 (8.18)		0.97±1.053
มิติที่ 3 ความรู้สึกเอาใส่ใจ							**1.47±1.136**
คุณรู้สึกว่าคุณควรจะทำ อะไรมากยิ่งขึ้นเพื่อญาติของคุณหรือไม่?	1 (0.91)	27 (24.55)	37 (33.64)	18 (16.36)	24 (21.82)	3 (2.73)	1.47±1.209
คุณรู้สึกว่าคุณควรจะทำ หน้าที่ดูแลญาติของคุณได้ดีกว่านี้หรือไม่?	5	29 (26.36)	32 (29.09)	21 (19.09)	18 (16.36)	9 (8.18)	1.54±1.311

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพของผู้ดูแลหลัก จำแนกตามอายุ

ข้อมูล	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน						Mean ±SD	p-value
	น้อยกว่า 30	31-40 ปี	41-50 ปี	51-60 ปี	61-70 ปี	70 ปีขึ้นไป		
Physical functioning	11.6±2.3	12.73±3.23	10.93±2.03	12.08±4.14	12.15±5.15	14.14±5.42	12.24±4.15	0.1652
Role functioning/physical	7±1.73	7.45±1.04	7.31±1.37	6.25±1.82	6±2.36	6.55±1.68	6.69±1.78	0.0653
Role functioning/emotional	5±1.41	5.55±0.82	5.24±1.12	5.21±1.14	4.65±1.76	5.18±1.3	5.14±1.28	0.3970
Energy/fatigue	13±1.22	13.09±1.87	12.14±2.01	12.17±2.1	11.35±3.15	11.27±1.83	11.96±2.24	0.1660
Emotional well-being	14.6±1.52	14±1.9	14.59±2.01	14.08±2.06	13.4±3.66	14±1.88	14.09±2.34	0.6586
Social functioning	3.6±1.14	2.73±1.01	3±1.31	3.08±1.1	3.5±1.73	3.45±1.63	3.2±1.39	0.5369
Pain	3.6±1.52	4.27±1.95	3.62±1.9	4.92±2.06	4.65±2.76	5±1.98	4.42±2.15	0.1605
General health	13.4±1.14	14.27±1.42	13.28±2.27	13.75±1.85	12.95±3.44	13.64±1.18	13.5±2.17	0.6463
Health change	4.6±0.55	3.73±0.9	3.72±1.13	3.54±0.93	3.2±1.32	3.32±1.13	3.55±1.11	0.1317
รวม	**11.6±2.3**	**12.73±3.23**	**10.93±2.03**	**12.08±4.14**	**12.15±5.15**	**14.14±5.42**	**12.24±4.15**	**0.5524**

ภาคผนวก

ข้อมูลจากการการทำ Focus group ในกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพและสังคม

	หน้า
ตารางที่ 1 สถานการณ์ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ที่ศึกษาม	167
ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลจากหน่วยงานในส่วนกลางที่มีการดำเนินงานหรือโครงการที่เกี่ยวข้องกับทางสังคมในหน่วยงานภาครัฐ มูลนิธิ สมาคม และหน่วยงานอื่นๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องในเรื่องสมองเสื่อม	169
การประชุม การทำ Focus group ในกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพและสังคม	171

ตารางที่ 1 สถานการณ์ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ที่ศึกษา

พื้นที่	ทัศนคติต่อเรื่อง สมองเสื่อม การดูแลภาวะสมองเสื่อม	การคัดกรอง	การวินิจฉัย การส่งต่อ และการบำบัดรักษา	การดูแลต่อเนื่องในชุมชน
อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น	สมองเสื่อมคือความชราตามอายุ ทัศนคติที่ครอบครัวมองผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม **"เป็นโรคชรา ไม่ต้องรักษา"** การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม **"เป็นภาระในการดูแล"** เช่น "เป็นภาระมีความยุ่งยากในการดูแล" "เป็นภาระของผู้ดูแล จากรักเป็นเกลียด (ชัง)" เป็นโอกาสที่เขาจะได้ดูแลแม่อย่างใกล้ชิด ได้บุญ ลำบากก็ยอม" "ผู้ที่รับมรดกเป็นผู้ดูแล ใครได้มรดกก็ดูแลไป"	**กลุ่มปกติ** 1. สำรวจประชากร 2. คัดกรองภาวะสุขภาพ 3. พบความผิดปกติที่ติดตามเยี่ยม 4. ชมรมผู้สูงอายุให้ความรู้สมองเสื่อม **กลุ่ม MCI** ระดับ รพช. (รพ.บ้านฝาง) 1. จัดโปรแกรมกระตุ้นศักยภาพสมอง 6 กิจกรรม 2. ประเมินศักยภาพสมองทุก 6 เดือน - 1 ปี ระดับรพศ. (รพ.ขอนแก่น) 1. มีการจัดบริการ Daycare ของ 2. ทำกิจกรรม brain training (วิจัย) 10 ครั้ง 2.1 บริการรับ-ส่ง มาร่วมกิจกรรม 2.2 ประเมินผลหลังทำกิจกรรมตั้งศูนย์ฟื้นฟูความจำ	1. มีระบบวินิจฉัย : สภาลูกขุน (บ้านฝางโมเดล) - สร้างระบบการดูแล care plan - พัฒนา CPG เรื่องระบบการวินิจฉัย เป็นต้นแบบให้ที่อื่น สำหรับแพทย์ GP, FM ทำการวินิจฉัยให้เบ็ดเสร็จในระดับโรงพยาบาลชุมชน 2. ระบบการส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัย - สร้างระบบการปรึกษา (consultation) ตามความจำเป็น เช่น ส่งทำ CT 3. กลุ่มป่วย Dementia - Group support	-ระบบconsultation การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม - มีพยาบาลผู้ประสานการดูแล (DT coordinator) ที่อยู่ในระดับ รพช.ทำหน้าที่เชื่อมในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ และมี DT coordinator ในระดับตติยภูมิ - Conference case ชุมชนและญาติ - การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ - การเยี่ยมบ้านโดยไตรภาคี - มีระบบ LTC ให้การดูแลตาม care plan - การดูแลโรคร่วม - การดูแลที่บ้าน ตามรายบุคคล - Group support **ระบบสนับสนุนการดูแล** - ก่อตั้งศูนย์ฟื้นฟูในชุมชน - สร้างระบบการดูแลระยะยาว - สร้าง CM DT ต่อยอดจาก CM - สร้างระบบการดูแลระยะยาว on top LTC - มีการดูแลโดยชุมชนเอง

พื้นที่	ทัศนคติต่อเรื่อง สมองเสื่อม การดูแลภาวะสมองเสื่อม	การคัดกรอง	การวินิจฉัย การส่งต่อ และการบำบัดรักษา	การดูแลต่อเนื่องในชุมชน
อำเภอศีรีรัฐนิคม จังหวัด สุราษฎร์ธานี	มุมมองจากผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ครอบครัวและผู้ดูแล และชุมชน ดังนี้ 1. มองผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นเชิงลบและยังมองว่าเป็นเรื่องธรรมชาติ เช่น “เป็นเวรกรรม” “เป็นภาระต้องพึ่งพาผู้อื่น” “ไม่รู้ว่าป่วย ปฏิเสธการป่วย” 2. ครอบครัวและญาติ มีทัศนคติต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมักเป็นภาระของครอบครัว รักษาไม่หายเลยไม่ต้องไปโรงพยาบาล แต่ในขณะเดียวกันยังมองว่าเป็นพฤติกรรม น่าเอ็นดู น่าขำ เช่น “ผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นภาระของครอบครัว” “ทำไมต้องเป็นครอบครัวฉัน” “กตัญญูคล้องคอ” 3. ชุมชนมีทัศนคติต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นธรรมชาติของคนแก่ที่หลงลืม ซึ่งคนในชุมชนต้องช่วยกันดูแล เช่น “ธรรมชาติคนแก่ที่หลงลืม ซึ่งคนในชุมชนต้องช่วยกันดูแล” “หน่วยงานในชุมชนต้องมีบทบาทช่วยในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม” “น่ากลัว ต้องเฝ้าระวังถ้ามีพฤติกรรมก้าวร้าว” “ไม่เข้าใจโรค”	1. คัดกรองภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไปทุกคน แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ กลุ่ม MCI และกลุ่มสมองเสื่อม 2. มีแผนระดับจังหวัดในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมให้ครอบคลุมทุก รพ.สต.	ระบบการวินิจฉัยผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 1. ในกรณีกลุ่มสงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม จะส่งตรวจ Lab ที่ รพช. และส่งต่อไปที่ รพศ. เพื่อรับการตรวจวินิจฉัย และ ทำ CT brain โดยยึดหลัก easy dementia โดยส่งตรงไปที่คลินิกผู้สูงอายุใน รพศ. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการทำ CT ในช่วงเช้า และเข้ารับการวินิจฉัยในช่วงบ่ายในวันเดียวกัน 2. ในกรณีที่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม มีปัญหา BPSD ร่วม สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ได้ 3. การพัฒนาระบบวินิจฉัยให้เกิดขึ้นในชุมชน โดยให้แพทย์ในรพช. สามารถวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมได้ และมีจิตแพทย์หรือแพทย์อายุรกรรม สาขาประสาทวิทยาจากโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี หรือโรงพยาบาลสวนสราญรมย์มาเป็นพี่เลี้ยงในการร่วมวินิจฉัย	1. ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว 2.การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมภายใต้DHS Concept ในการดูแล คือ “รู้เร็ว ชะลอเสื่อม รักษาได้” หมายถึง ผู้สูงอายุในชุมชนได้รับการคัดกรอง ป้องกัน ดูแล รักษา ฟื้นฟู และเข้าถึงระบบการบริการทางการแพทย์ 3. การดูแลรักษาผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน ควรมีการบูรณาการการดูแลภาวะสมองเสื่อมในชุมชนดังนี้ 3.1 การสร้างความตระหนัก เป็นการสร้างความตระหนักให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน เห็นความสำคัญของภาวะสมองเสื่อม 3.2 การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม สร้างสัมพันธภาพในครอบครัว และสร้างความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุ โดยใช้กิจกรรม Aging health club สุข 5 มิติ
ตำบลจอหอ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา	ทัศนคติต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม มองว่า **"ดูใสซื่อเหมือนเด็ก อยากให้สมองดีตลอด น่าจะมีวิธีป้องกัน"** ทัศนคติต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 1. เป็นภาระ/ญาติต้องลาออกจากงานมาดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างเดียว	1. มีการคัดกรองผู้สูงอายุด้วยแบบคัดกรอง 14 ข้อคำถาม และ AMT 2. คัดกรองภาวะซึมเศร้า ใช้แบบประเมิน 2Q, 9Q 3. มี Dementia care manager (DCM) มาช่วยอบรมแบบคัดกรองให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิ	1. มีการส่งต่อไปคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เปิดทุกวันพฤหัสฯ มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประสานโดยตรง 2. มีการซักประวัติเพิ่ม และส่งไปที่คลินิกความจำ (กลุ่มงานจิตเวช) ทำการตรวจและวินิจฉัย และส่งกลับมาดูแลรักษาต่อเนื่องในคลินิกผู้สูงอายุ	1. กลุ่มสมองเสื่อม ส่งไปที่คลินิกผู้สูงอายุ เพื่อทำการประเมินCGA, MMSE และส่งแพทย์ตรวจวินิจฉัย กรณีต้องกลับไปดูแลที่บ้าน ส่งต่อให้ DCM ช่วยดูแลต่อ 2. ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ยังสามารถดูแลตนเองได้

พื้นที่	ทัศนคติต่อเรื่อง สมองเสื่อม การดูแลภาวะสมองเสื่อม	การคัดกรอง	การวินิจฉัย การส่งต่อ และการบำบัดรักษา	การดูแลต่อเนื่องในชุมชน
	2. เป็นเรื่องใหม่รู้สึกอึดอัด/รำคาญ 3. ต้องดูแลด้วยใจ ผู้ดูแลไม่เข้าใจอาการของผู้ป่วย/มีผู้ดูแลคนเดียว 4. อยากให้มี care giver ช่วยดูแลมากกว่า 1 คน 5. เจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้และแนวทางการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 6. คนในชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการดูแล	2. มีกิจกรรมกระตุ้น ในทุกกลุ่ม ดังนี้ 2.1 กลุ่มปกติ เน้นกิจกรรมการส่งเสริมและป้องกัน 2.2 กลุ่มMCI มีกิจกรรมการกระตุ้นสมอง 2.3 กลุ่มสมองเสื่อม ส่งไปที่คลินิกผู้สูงอายุ เพื่อรับการประเมินต่อ และรับการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์		3. การดูแลระดับครอบครัว จะสอนเป็นรายบุคคล จากการเยี่ยมบ้าน กรณีเจอปัญหาcaseในชุมชน อาจจะมีการจัดconferenceที่บ้านผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เน้นในประเด็นสำคัญและเป็นปัญหาร่วมกันในการดูแล

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลจากหน่วยงานในส่วนกลางที่มีการดำเนินงานหรือโครงการที่เกี่ยวข้องกับทางสังคมในหน่วยงานภาครัฐ มูลนิธิ สมาคม และหน่วยงานอื่นๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องในเรื่องสมองเสื่อม

หน่วยงาน	รูปแบบ/โครงการ	รายละเอียด
สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ	- ยังไม่มีนโยบายที่จะช่วยในการดำเนินงาน ด้านนี้	- สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติสังกัดนายกรัฐมนตรี การประสานงานขึ้นกับหน่วยงาน 2 หน่วย และมีระเบียบขั้นตอน คือ 1. นายกรัฐมนตรี 2. มหาเถรสมาคม
มูลนิธิกระจกเงา	- ระบบที่ดำเนินการอยู่ไม่ได้ดูแลต่อเนื่อง เช่น ส่งตำรวจระหว่างส่งเวรไม่ได้ดูแลต่อ ทำให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมหายซ้ำ - การเยี่ยมบ้าน	- คนในครอบครัวและในสังคมยังมีความเข้าใจไม่ชัดเจนว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมหรือการหลงลืม ทำให้ไม่นำไปรักษาหรือป้องกันภาวะนี้ - การรับมือของสังคมและชุมชนยังไม่มี - กลไกภาครัฐยังไม่ตอบสนองต่อ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม <u>สถานคุ้มครองไร้คนที่พึ่ง</u> มีอยู่ 110 แห่งทั่วประเทศที่สามารถรับดูแล มีทั้งผู้สูงอายุไร้ที่พึ่ง จิตเวช
สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม	- จัดอบรมให้ความรู้ภาคประชาชนทั่วไป - การประชาสัมพันธ์ทาง facebook, wesit, หนังสือโฆษณาเรื่องสมองเสื่อม - รับปรึกษาในช่องทางต่าง ๆ - มี group support สำหรับผู้ดูแล	- ขยายเครือข่ายไปยังต่างจังหวัดหรือหน่วยงานอื่น ๆ
กศน.	- การรับรองการอบรม care giver (70 ชั่วโมง และ 240 ชั่วโมง) - มีการบูรณาการในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (ติดสังคม แต่ยังขาดความรู้ในเรื่องสมองเสื่อม ทำให้ยังไม่มีการเผยแพร่ - ในหลักสูตรยังไม่มีเรื่องสมองเสื่อม และในหลักสูตรของกรมอนามัยยังมีรายละเอียดเรื่องสมองเสื่อมไม่มาก	- ครูขาดความรู้และประสบการณ์เรื่องสมองเสื่อมในหลักสูตรไม่มีเรื่องการดูแลภาวะสมองเสื่อม - กศน. มีคนและมีความพร้อมในการเผยแพร่แต่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องสมองเสื่อม

หน่วยงาน	รูปแบบ/โครงการ	รายละเอียด
กรมกิจการผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ	1. การกำหนดมาตรฐานของสถานบริการ 2. ดำเนินการแก้ไขกฎหมายผู้สูงอายุ 3. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ดำเนินการเกี่ยวข้อง ดังนี้ 3.1 รับดูแลผู้สูงอายุทั่วไปที่ประสบปัญหา 3.2 สามารถรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ แต่ไม่ใช่ทุกคนเพราะมีข้อจำกัด	- ขณะนี้กำลังดำเนินการนำเข้าคณะกรรมการเรื่องการควบคุมมาตรฐานกำลังดำเนินงาน - การให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีการดูแลง่ายกว่าผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน กรมจัดหางาน กระทรวงแรงงาน	- มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ มีขั้นเดียว คือ 420 ชั่วโมง - กรณีผู้ดูแลที่ต้องการหางาน สามารถเข้าไปที่กรมพัฒนาฝีมือแรงงานเพื่อพัฒนาฝีมือ แล้วหลังจากนั้นเข้าไปหรือติดต่อที่กรมจัดหางาน	- กฎหมายการควบคุมมาตรฐานสถานบริการ - จัดหางานแต่ละจังหวัด จะต้องมาขึ้นทะเบียน และจะมีระบบขึ้นทะเบียนแรงงานไว้ - การลงทะเบียนออนไลน์

การประชุม การทำ Focus group ในกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพและสังคม

กลุ่มทางสังคม

การถอดบทเรียนและทำ Focus group เพื่อหาทัศนคติ มิติการดูแล มิติสังคม/ชุมชน และปัจจัยในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชน ของบุคลากรสายสุขภาพและสังคม และการอบรมการถอดบทเรียน ในเรื่องระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น

วันที่ 26-27 เมษายน 2560

กลุ่มสังคม

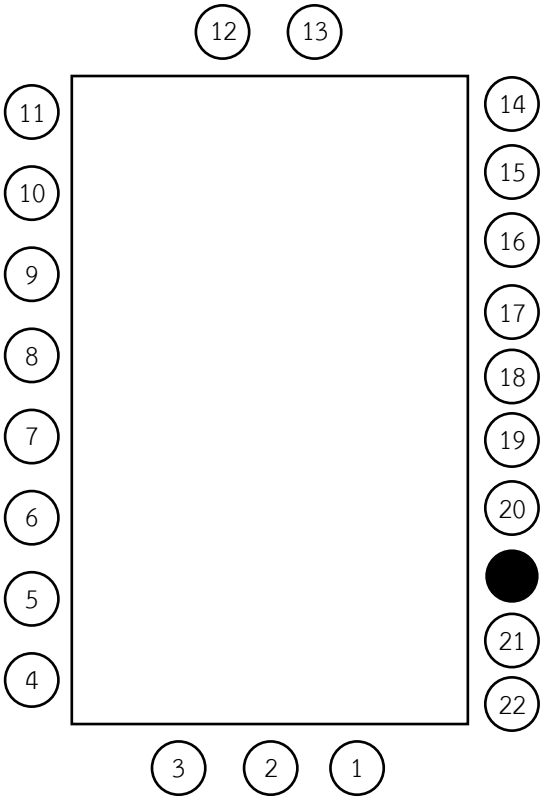
จำนวนผู้เข้าร่วม 22 คน

ผู้นำกลุ่ม อ.เวียนนารัตน์ ช่วงวิวัฒน์

รายชื่อผู้เข้าร่วม

1. พระสมุห์สงกรานต์ อาทโร	วัดโพนเหล่า บ้านเหล่า ต.โนนฆ้อง
2. พระชูศักดิ์ โชติโก	วัดเกาะแก้ว ต.โนนฆ้อง
3. พระหล่า จนฺทธมฺโย	วัดสระแก้ว ต.บ้านฝาง
4. นายประดิษฐ์ จำสังข์	ประธานชมรมผู้สูงอายุ ต.โนนฆ้อง อ.บ้านฝาง
5. นางสาวณัฐธยาน์ ธรรมวุฒิโรจน์	นักพัฒนาชุมชน เทศบาลต.โคกพรม อ.บ้านฝาง
6. นางสาวพานทอง พูลศรี	นักวิชาการตรวจสอบภายใน ทต.โนนฆ้อง
7. นางสาวทัศนา ลาดโลศรี	รองปลัด เทศบาลต.โนนฆ้อง
8. นางสาวธนิษฐา ชานนท์	นักพัฒนาชุมชน
9. นางดวงมณี ทัพขวา	ผู้ดูแล/ประธานกลุ่มผู้ดูแล
10. นางพิมพ์เสน หล่าตุ้ย	ผู้ดูแล
11. สอ.เกชา สุริยมาตย์	นักพัฒนาชุมชน เทศบาลต.บ้านฝาง
12. พ.อ.อ.นิตินัย เอรัญ	เทศบาลต.หนองบัว
13. นางมยุรี ภาพักดี	อสม. ต.หนองบัว
14. นายวิรัตน์ ขาวไชยมหา	ชมรมผผู้สูงอายุ ต.บ้านฝาง
15. นางสาวจิตนภา วาณิชวโรตน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ
16. นางสมพร กางกันยา	ผู้ดูแล ต.โนนฆ้อง
17. นางภัทรานิษฐ์ วิทยตมาภรณ์	นักพัฒนาสังคมชำนาญการ พมจ.ขอนแก่น
18. นายรัจ คนึงนึก	อสม.บ้านฝาง
19. นางรุ่งนภา เฟื่องชมพู	อสม.บ้านฝาง
20. นางบุญเพิ่ม ภักดี	ผู้ดูแล ต.บ้านฝาง
21. นายเดือน เสนามนตรี	อสม.บ้านฝาง
22.นายสุวรรณ เพิ่มโย	ชมรมผู้สูงอายุ ต.หนองบัว

ผังที่นั่งกลุ่ม



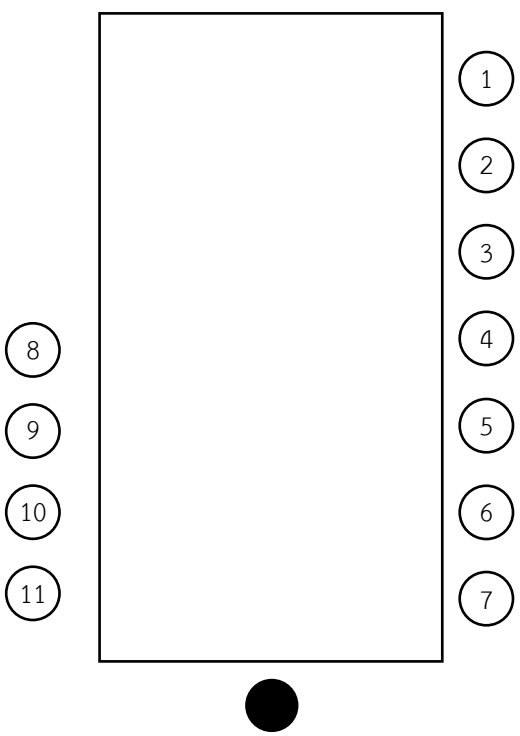
การถอดบทเรียนและทำ Focus group เพื่อหาทัศนคติ มิติการดูแล มิติสังคม/ชุมชน และปัจจัยในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชน ของบุคลากรสายสุขภาพและสังคม และการอบรมการถอดบทเรียน ในเรื่องระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี วันที่ 24 พฤษภาคม 2560

กลุ่มสังคม วันที่ 24 พฤษภาคม 2560 เวลา 10.00 น.
จำนวนผู้เข้าร่วม 11 คน
ผู้นำกลุ่ม อาจารย์ภารณี วัฒนา
รายชื่อผู้เข้าร่วม

1. นางนันทวัน หิรัญ	ผู้ดูแล
2. นางสาววนิดา วัฒนกุล	ผู้ดูแล
3. นางสาวจันทร์ทิพย์ เจ๊ะเหยง	ปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลท่าขนอม
4. นางสาวสุนิสา ศุภลักษณ์	เจ้าพนักงานธุรการ อบต.คะเปา
5. นางสาวอรพรรณ พิณเศรษฐ	ผช.เจ้าพนักงานสาธารณสุข อบต.ถ้ำสิงขร
6. นายสมศักดิ์ ปาลคะเชินทร์	ประธาน CG รพ.คีรีรัฐนิคม
7. นางศุภลักษณ์ สุขศิรินทร์	ผู้ดูแล
8. นายประดิษฐ์ ศรีศิรินทร์	ประธานชมรมผู้สูงอายุ
9. นายสุริยา เพชรลอย	นักพัฒนาชุมชน
10. นางเอกลักษณ์ ทวี	นักพัฒนาชุมชน
11. นางสาวดวงฤดี พร้อมมูล	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ

ผังที่นั่งกลุ่ม

การถอดบทเรียนและทำ Focus group เพื่อหาทัศนคติ มิติการดูแล มิติสังคม/ชุมชน และปัจจัยในการ

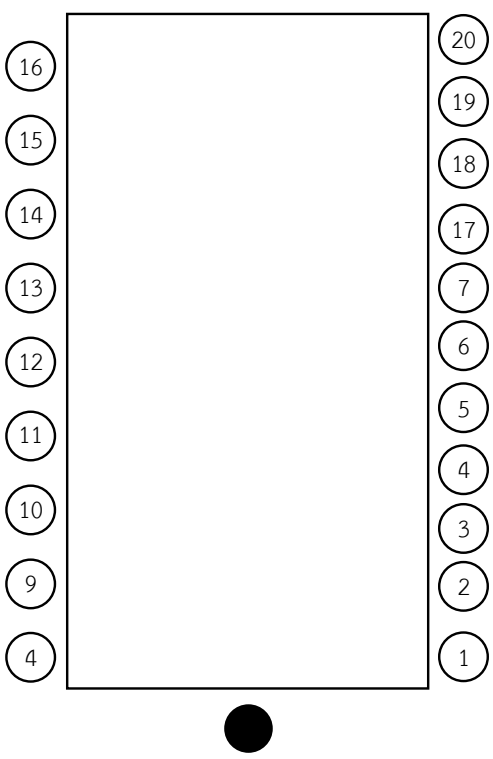


ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชนของบุคลากรสายสุขภาพและสังคม และการอบรมการถอดบทเรียน
ในเรื่องระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา
วันที่ 5-6 มิถุนายน 2560

กลุ่มสังคม
จำนวนผู้เข้าร่วม 20 คน
ผู้นำกลุ่ม รศ.ดร.วรรณภา ศรีธัญรัตน์
รายชื่อผู้เข้าร่วม

1. นางฐาวลัญชม์ มิตรเจริญมาลี	ประธานศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตฯ รพ.สต.ขนาย
2. นายสด ทรวงโพธิ์	รองประธานชมรมผู้สูงอายุ ต.โคกสูง
3. นางกัญรินทร์ ธนธรณีทองศิริ	อนุกรรมการผู้สูงอายุ ต.โคกสูง
4. นางสาวจันทิมา หวังอัจฉริยะ	นักวิชาการแรงงานชำนาญการ สำนักงานแรงงาน จังหวัด นครราชสีมา
5. นางเพชรา จำเนียรกุล	ผู้อำนวยการกลุ่มส่งเสริมการจัดการศึกษา สผป. นครราชสีมา เขต 9
6. นางแดง เสือชม	ประธาน อสม.ดูแลผู้ป่วย รพ.สต. ขนาย ต.บ้านเกาะ
7. นางสายยนต์ กองทุ่งมน	อสม.ดูแลผู้ป่วย
8. นางประไพ เสงี่ยม	ประธาน อสม.เทศบาลตำบลจอหอ
9. นางบุญศิลป์ เหลืองผดุงวงศ์	เลขานุการชมรมผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลจอหอ
10. นางสาวศรีวิลัย แซ่จอหอ	กรรมการคลินิกหมอครอบครัวจอหอ
11. นางสาวเตือนใจ อ่อนศรี	อสม.เทศบาลจอหอ
12. ร.ต.เพิ่ม แย้มกลาง	ประธานชมรมผู้สูงอายุ ต.โพธิ์กลาง
13. นางเกษราภรณ์ มหาอุดม	อสม.หนองพลวงมะนาว
14. นางวรกาญจน์ ประจำกลาง	อสม. ต.โพธิ์กลาง
15. นางจีราพันธุ์อนันต์ สุขสุวรรณ	อสม. ต.โพธิ์กลาง
16. นางพิมพ์ชนก ชุมจอหอ	ผู้ดูแลผู้ป่วย ต.จอหอ
17. นายวิรัช ยันพิมาย	ประธานชมรมผู้สูงอายุ ต.บ้านโพธิ์
18. นางสาวิตรี ยันพิมาย	อสม. ต.บ้านโพธิ์
19. นางนิสา สุวรรณโณ	นักทรัพยากรบุคล ต.โคกสูง
20. นางสาวิตรี ยันพิมาย	อสม. ต.บ้านโพธิ์

ผังที่นั่งกลุ่ม

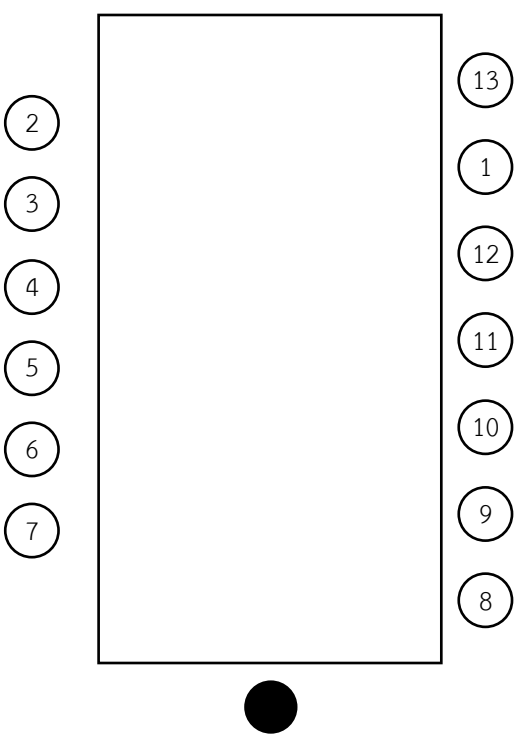


การถอดบทเรียนและทำ Focus group เพื่อหาทัศนคติ มิติการดูแล มิติสังคม/ชุมชน และปัจจัยในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชน ของบุคลากรสายสุขภาพและสังคม และการอบรมการถอดบทเรียน ในเรื่องระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร วันที่ 31 กรกฎาคม – 1 สิงหาคม 2560

กลุ่มสังคม เวลา 10.00 น.
จำนวนผู้เข้าร่วม 13 คน
ผู้นำกลุ่ม อาจารย์เวียนนารัตน์ ช่วงวิวัฒน์
รายชื่อผู้เข้าร่วม

1. นางสาวโชติมา จำปาทอง	นักวิชาการการศึกษา กรมการปกครองส่วนท้องถิ่น
2. นางสาวพิชยนันท์ วัฒนวิทูกูร	ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
3. นางลดา ผดุงเกียรติ	ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
4. นางสาววาสนา โกสีย์วัฒนา	ครูเชี่ยวชาญ ศูนย์ กศน. เป้าหมายพิเศษ
5. นางจุฬาลักษณ์ เพ็ชรคง	หัวหน้าฝ่ายสวัสดิการและสังคมฯศูนย์พัฒนาการจัดการฯ
6. นางจิราภรณ์ ฤทธิ์ชัยดำรงกุล	พนักงานช่วยการพยาบาล
7. นางสาวปิยะนุช นาคแก้ว	นักพัฒนาสังคมชำนาญการ กองส่งเสริมและสวัสดิการและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ
8. นางสาวเมลดา พุทธมาตร์	นักจิตวิทยา รพ.ลำสนธิ
9. นายทวีสิท ธิ์ บุญธรรม	นักวิชาการแรงงาน กรมสวัสดิการและยุติธรรมแรงงาน
10. นายไพบูลย์ ศรีทรัพยเมธิน	นักวิชาการศาสนาชำนาญการ สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ
11. นายสิทธิพล ชูประจง	หัวหน้าโครงการผู้ป่วยข้างถนน มูลนิธิกระจกเงา
12. นางสาวถิรนันท์ ช่วยมิ่ง	ผู้ประสานงานโครงการข้างถนน มูลนิธิกระจกเงา
13. นางสาวธณภร ไชยพฤกษ์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ศูนย์ฯผู้สูงอายุบ้านบางแค

ผังที่นั่งกลุ่ม



กลุ่มทางสุขภาพ

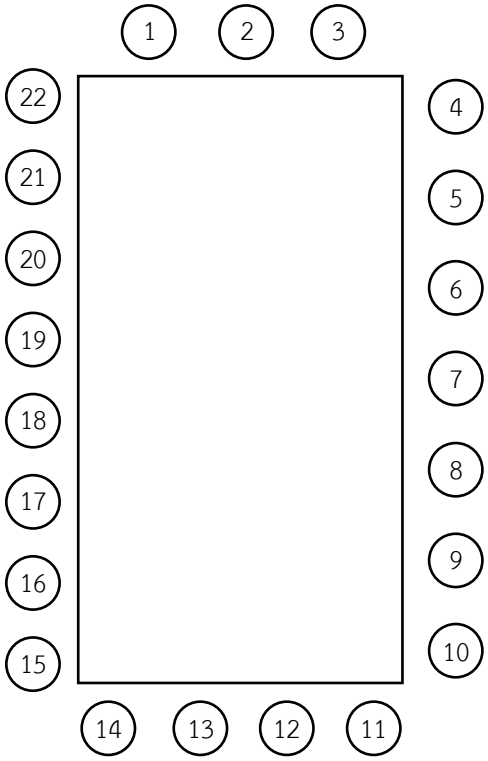
การถอดบทเรียนและทำ Focus group เพื่อหาทัศนคติ มิติการดูแล มิติสังคม/ชุมชน และปัจจัยในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชน ของบุคลากรสายสุขภาพและสังคมในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น

วันที่ 26 เมษายน 2560 ณ ห้องประชุมโรงแรมอวานี จังหวัดขอนแก่น

ประเด็นการอภิปราย ทัศนคติ มิติการดูแล มิติสังคม/ชุมชน และปัจจัยในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชนของบุคลากรสายสุขภาพและสังคม
จำนวนผู้เข้าร่วม 23 คน
ผู้นำกลุ่ม นางนิติกุล ทองน่วม
รายชื่อผู้เข้าร่วม

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	สถานที่ทำงาน
1.	รศ. พญ.ปณิตา ลิปวัฒนะ	อาจารย์แพทย์	รพ ศรีนครินทร์
2.	นพ.บุญชัย ตระกูลขจรศักดิ์	ผอ.บุญชัยรพ.บ้านฝาง	รพ.บ้านฝาง
3.	ดร.นิติกุล ทองน่วม	หัวหน้ากลุ่มวิจัยและพัฒนา	สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
4.	นางสมปอง พิมพ์ทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.แก่นเท่า
5.	นางรวีวัลย์ บัณเย็น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ศูนย์แพทย์ชาตะผดุง
6.	นางอาภาพรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ศูนย์แพทย์มิตรภาพ
7.	นางกิ่งกาญจนา เมืองโคตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.บ้านฝาง
8.	นางนุรัตน์ เฮืองศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.บ้านฝาง
9.	นางสงกรานต์ ขันเลื่อน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.บ้านฝาง
10.	นางศศิธร นนทมลี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.น้ำพอง
11.	นางสุจิตรา เทพภูเขียว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ประชาสโมสร
12.	นายชัท เมืองโคตร	ผช.สสอ.บ้านฝาง	สสอ บ้านฝาง
13.	นายสุรพล ช่วยบุดดา	ผอ.รพ.สต.	รพ.สต.หนองบัว
14.	นายนิตินัย	เจ้าพนักงานสาธารณสุข	เทศบาลตำบลหนองบัว
15.	นางทัตพิชาญ์ พิมพ์อักษร	พยาบาลวิชาชีพ	รพ.บ้านฝาง
16.	นางมยุรี พาพักดี	อาสาสมัครสาธารณสุข	ต หนองบัว
17.	นางละเอียด ช่วยบุดดา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.หนองบัว
18.	นางปริษณา สังคพัฒน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.โนนฆ้อง
19.	น.ส วิภา หาทอน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ขอนแก่น
20.	ดร.รติอร พรกุณา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ขอนแก่น
21.	น.ส.พูนสิน พงศ์พรหมนาถ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 โนนชัย
22.	นางอรัญญา นารีไพ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	PCU หนองใหญ่ รพ.ขอนแก่น
23.	นางสุวิมล วงศ์วัฒนเกียรติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	PCU วัดหนองแวง รพ.ขอนแก่น

ผังที่นั่งกลุ่ม

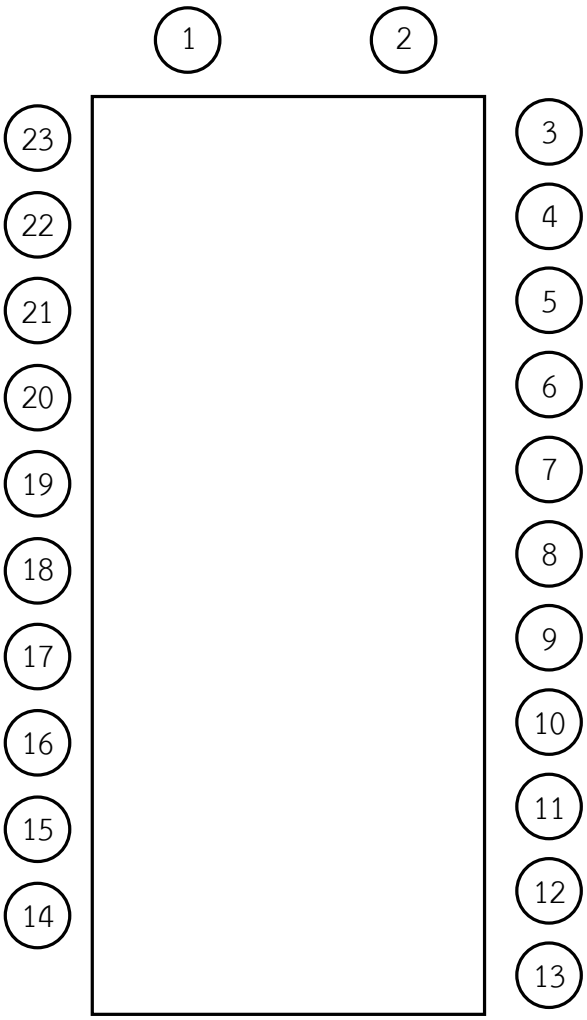


การถอดบทเรียนและทำ Focus group เพื่อหาทัศนคติ มิติการดูแล มิติสังคม/ชุมชน และปัจจัยในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชน ของบุคลากรสายสุขภาพและสังคมในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี
วันที่ 24 เมษายน 2560 ณ ห้องประชุมโรงแรมบรรจงบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ประเด็นการอภิปราย ทัศนคติ มิติการดูแล มิติสังคม/ชุมชน และปัจจัยในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชนของบุคลากรสายสุขภาพและสังคม
จำนวนผู้เข้าร่วม 23 คน
ผู้นำกลุ่ม นางนิติกุล ทองน่วม
รายชื่อผู้เข้าร่วม

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	สถานที่ทำงาน
1.	น.ส.ธัญญาทิพ สุขปาน	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	รพ.สต.บ้านทำเนียบ
2.	ดร.นิติกุล ทองน่วม	หัวหน้ากลุ่มวิจัยและพัฒนา	สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
3.	พญ.เยาวดี โพกุล	นายแพทย์ชำนาญการ	รพ.คีรีรัฐนิคม
4.	นางจิตรลดา ทองดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สวนสราญรมย์
5.	นางบุศรินทร์ อินทร์เมือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สวนสราญรมย์
6.	น.ส.มนสิกานต์ สวัสดี	จพ.ทันตสาธารณสุข	รพ.สต.ท่ากระดาน
7.	น.ส.พรเพ็ญ เพชรน้ำรอบ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.ท่ากระดาน
8.	น.ส.นวรัตน์ ชูณรงค์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.ย่านยาว
9.	น.ส.ดวงกมล ปลองภัย	นักวิชาการสาธารณสุข	รพ.สต.ถ้ำสิงขร
10.	น.ส.สุจิตรา สังข์เพชร	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	รพ.สต.บ้านย้านมะปราง
11.	น.ส.สุดารัตน์ ศรีเพชร	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ	รพ.คีรีรัฐนิคม
12.	น.ส.ลลิล มูรติมาศ	ทันตแพทย์ปฏิบัติการ	รพ.คีรีรัฐนิคม
13.	นางรชตกร มีสุข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.พุนพิน
14.	นางวชิรา มุกดาพิทักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.กาญจนดิษฐ์
15.	นางกาญจนา สุวรรณรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สสจ.สุราษฎร์ธานี
16.	นายสาธุพิสุทธิ์ นิยมจิตร์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สสอ.คีรีรัฐนิคม
17.	นางราตรี โถวรุ่งเรือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.บ้านยาง
18.	นางเกยูร เหล่าประสิทธิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.บ้านนาเดิม
19.	น.ส.พรประไพ แขกเถ้า	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สวนสราญรมย์
20.	นางสุวรรณี นิยมจิตร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.คีรีรัฐนิคม
21.	น.ส.วีณา ลิ้มสกุล	อาจารย์พยาบาล	คณะพยาบาลศาสตร์ ม.ราชภัฏสุราษฎร์ธานี
22.	นางสนธิยา ชูวารี	นักวิชาการสาธารณสุข	รพ.สต.บ้านแสงอรุณ
23.	น.ส.จันทิมา จันทร์รัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.กะเปา

ผังที่นั่งกลุ่ม

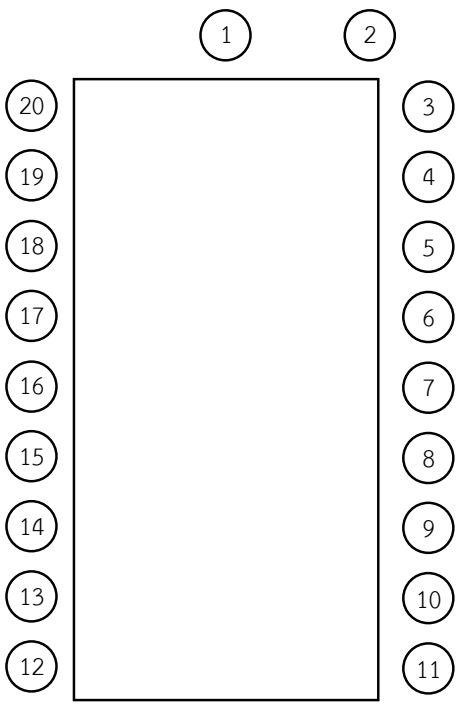


การถอดบทเรียนและทำ Focus group เพื่อหาทัศนคติ มิติการดูแล มิติสังคม/ชุมชน และปัจจัยในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชน ของบุคลากรสายสุขภาพและสังคมในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา
วันที่ 5 มิถุนายน 2560 ณ ห้องประชุมโรงแรมสบาย จังหวัดนครราชสีมา

ประเด็นการอภิปราย ทัศนคติ มิติการดูแล มิติสังคม/ชุมชน และปัจจัยในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชนของบุคลากรสายสุขภาพและสังคม
จำนวนผู้เข้าร่วม 20 คน
ผู้นำกลุ่ม นพ.วสันต์ ลิมปเจต
รายชื่อผู้เข้าร่วม

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	สถานที่ทำงาน
1.	นพ.วสันต์ ลิมปเจต	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	รพ.มหาราชนครราชสีมา
2.	นางขวัญเรือน เสาวภาคไพบูลย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.มหาราชนครราชสีมา
3.	นพ.การุญพงศ์ ภัทรามรุต	นายแพทย์ชำนาญการ	รพ.มหาราชนครราชสีมา
4.	นางสาวพิรานันท์ แถมขุนทดี	นักวิชาการสาธารณสุข	รพ.สต.หนองปลิง
5.	นางอภิรดี ฟันเพ็ง	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	เทศบาลตำบลหัวทะเล
6.	นางจำรัส ชะนะยงค์	CG	ต.บ้านโพธิ์
7.	นางสาวอัจฉราพรรณ อ่วมทอง	อผส.	ต.บ้านโพธิ์
8.	นางสาวบรรจง จันทวีวัฒน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.มะค่า
9.	นางญาณินี ขุนหมื่น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	PCC เทศบาลเมืองบัวใหญ่
10.	นางมิ่งขวัญ อุดมผล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพสต.นางพลวงมะนาว
11.	นางวิไลรัตน์ สอดโคกสูง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.โคกสูง
12.	ดร.สินศักดิ์ชน อุ่นพรมมี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	ศูนย์อนามัยที่ 9
13.	นางรุ่งนภา สนิทรัมย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	ศูนย์อนามัยที่ 9
14.	นางสาวนิตยา โชตินอก	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	สสจ.นครราชสีมา
15.	นางพิมพ์พรรณ์ เรืองธนาธิป	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สสจ.สุราษฎร์ธานี
16.	นางสยุมพร ชูชีพ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ศสช.จอหอ
17.	นางนวลพรรณ พิมพิสาร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ศสช.จอหอ
18.	นางสาวภัสรินทร์ แหยงกระโทก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ครบุรี
19.	นางธิดารัตน์ นิ่มกระโทก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.ขนายี
20.	พญ.ณิชา	นายแพทย์ปฏิบัติการ	รพ.ปากช่องนานา

ผังที่นั่งกลุ่ม

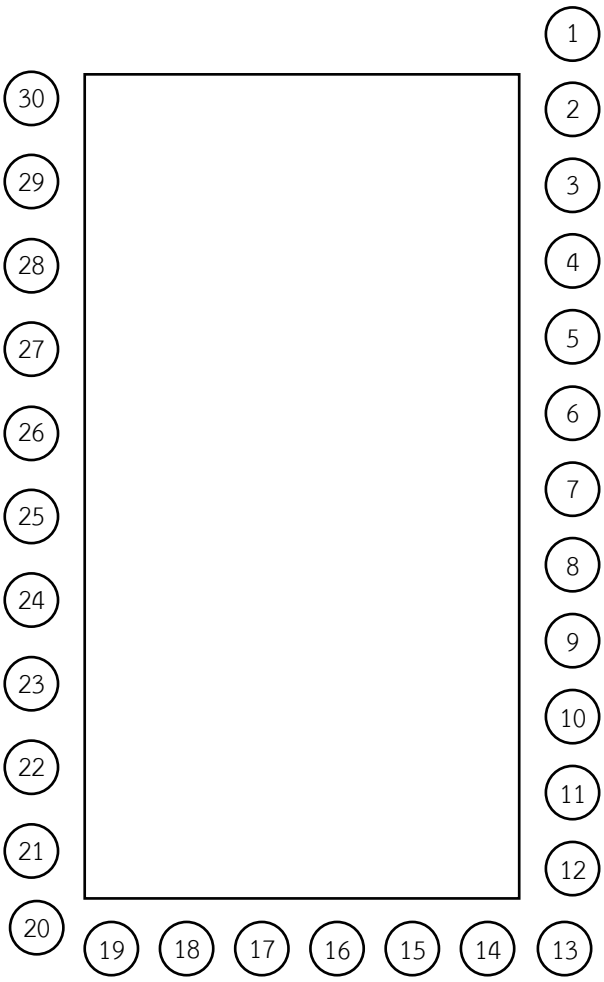


การถอดบทเรียนและทำ Focus group เพื่อหาทัศนคติ มิติการดูแล มิติสังคม/ชุมชน และปัจจัยในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชน ของบุคลากรสายสุขภาพและสังคมในพื้นที่
วันที่ 31 กรกฎาคม – 1 สิงหาคม 2560 ณ ห้องประชุมโรงแรมนารายณ์ กรุงเทพมหานคร

ประเด็นการอภิปราย ทัศนคติ มิติการดูแล มิติสังคม/ชุมชน และปัจจัยในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชนของบุคลากรสายสุขภาพและสังคม
จำนวนผู้เข้าร่วม 30 คน
ผู้นำกลุ่ม ผศ.พญ.สิรินทร ฉันศิริกาญจน
รายชื่อผู้เข้าร่วม

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	สถานที่ทำงาน
1.	น.ส.นันท์นภัส ประสานทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
2.	น.ส.ชลธิชา นิวาสเวส	นักวิชาการพยาบาลชำนาญการ	กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
3.	จินตนา ฉัตรกุลกวิน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สถาบันประสาทวิทยา
4.	นางสุวรรณี นิยมจิตร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.คีรีรัฐนิคม จ.สุราษฎร์ธานี
5.	พญ.เยาวดี โพกุล	นายแพทย์ชำนาญการ	รพ.คีรีรัฐนิคม จ.สุราษฎร์ธานี
6.	น.ส.วีณา ลิ้มสกุล	อาจารย์พยาบาล	คณะพยาบาลศาสตร์ ม.ราชภัฏสุราษฎร์ธานี
7.	นางภัคณัฏฐ์ วงศ์กชสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.อุดรธานี
8.	นางอริศรา พิชัยภูสิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.อุดรธานี
9.	น.ส.ทิพเนตร งามกาละ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.รามาธิบดี
10.	น.ส.ปิติพร สิริทิพากร	พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ	รพ.ศิริราช
11.	นางสาวพัชรา เสถียรพักตร์ (พี่ปอง)	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข
12.	อ.สมทรง จุไรทัศนีย์	อาจารย์พยาบาล	สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
13.	นางนวลพรรณ พิมพิสาร	พยาบาลวิชาชีพ	ศสม.จอหอ รพ.มหาราชนครราชสีมา
14.	นพ.วสันต์ ลิมปเจต	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	รพ.มหาราชนครราชสีมา
15.	ผศ.พญ.สิรินทร ฉันศิริกาญจน	ผู้ช่วยศาสตราจารย์	คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดน
16.	ดร.นิติกุล ทองน่วม	หัวหน้ากลุ่มงานวิจัย และพัฒนา	สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
17.	รศ.ผ่องพรรณ อรุณแสง	รองศาสตราจารย์	ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ
18.	อ.สุทธินันท์ สุบินดี	อาจารย์	คณะพยาบาลศาสตร์ ม.ขอนแก่น
19.	น.ส.ปรียา สุขโข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.พะเยา
20.	น.ส.ไอลดา จานแก้ว	นักวิชาการสาธารณสุข	สสจ.กาญจนบุรี
21.	น.ส.พิณกร ไชยพฤกษ์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ศูนย์ฯผู้สูงอายุบ้านบางแค
22.	น.ส.สุภาพร หันชัยเนาว์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สถาบันประสาทวิทยา
23.	น.ส.จัมพร จารุทิกร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สถาบันประสาทวิทยา
24.	น.ส.เทพศิรินทร์ อึ้งบรรจง	นักกายภาพบำบัด	รพ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี
25.	น.ส.เกศสุดา เกษรสุคนธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี
26.	นางกิ่งกาญจนา เมืองโคตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	PCU บ้านฝาง จ.ขอนแก่น
27.	นางผ่องเพ็ญ ตระกูลขจรศักดิ์	พยาบาลวิชาชีพ	PCU บ้านฝาง จ.ขอนแก่น
28.	นางทัตพิชาญ์ พิมพ์อักษร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	PCU บ้านฝาง จ.ขอนแก่น
29.	พญ.สุกัญญา จงศิริยรรยง	นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)	สำนักอนามัย กทม.
30.	นางศิริมา ลีละวงศ์	นักวิชาการพยาบาลชำนาญการพิเศษ	กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผังที่นั่งกลุ่ม


1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30

สถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
www.agingthai.org