

แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร

Pratice Guidelines of Comprehensive Care Management for Older Persons with Dementia



คำนิยาม

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ เป็นสถาบันทางวิชาการที่ทำงานด้านผู้สูงอายุทั้งในระดับเชิงนโยบาย การดูแลรักษาฟื้นฟูสุขภาพ การสร้างและพัฒนางานองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ โดยมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น ภาวะสมองเสื่อมก็เป็นปัญหาสำคัญของประเทศในอนาคตอันใกล้ สถาบันฯ ได้มีความร่วมมือกับเครือข่ายในการพัฒนารูปแบบระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมครบวงจร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2560 กระบวนการพัฒนาที่ผ่านมาก่อให้เกิดตัวอย่างรูปแบบที่สามารถนำไปใช้ในการขยายผลให้เกิดประโยชน์ดังปรากฏในเอกสารนี้ การเตรียมความพร้อมในการรองรับสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์นั้น จะต้องมีการขยายผลของระบบการดูแลให้กว้างขวางและทันกับเหตุการณ์ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี และตามนโยบาย Global Dementia Observatory ของ WHO

การสร้างระบบการดูแลไม่ใช่งานของภาคส่วนใดภาคส่วนหนึ่ง ต้องมีความร่วมมือทั้งหน่วยงานภาครัฐ ท้องถิ่น สังคม/ชุมชน และภาคเอกชน ความร่วมมือกันนี้ไม่เพียงจะทำให้ระบบเกิดขึ้นเท่านั้น ยังเป็นส่วนที่จะให้เกิดความยั่งยืนและนำไปสู่เป้าหมายที่สำคัญ คือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จึงหวังว่าหนังสือเล่มนี้จะจุดประกายและเป็นแนวทางให้กับผู้ที่สนใจ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำไปต่อยอดขยายผลจนเกิดเป็นระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ดีในพื้นที่

ขอขอบคุณและชื่นชมหน่วยงานพื้นที่ต้นแบบทั้ง 4 พื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านฝาง จ.ขอนแก่น โรงพยาบาลศิริราช จ.สุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลลำสนธิ จ.ลพบุรี และโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จ.นครราชสีมา ที่ร่วมเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้เกิดขึ้น และที่สำคัญคือสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ร่วมเป็นแกนหลักสำคัญกับทางสถาบันฯ ในการสร้างและพัฒนาระบบการดูแลให้เกิดขึ้นในครั้งนี้ นอกจากนี้ยังต้องขอบคุณทีมวิจัยของพื้นที่ ที่เป็นทั้งปรึกษา/พี่เลี้ยง (Coaching) ให้กับพื้นที่ ได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี สุดท้ายนี้ ขอชื่นชมกับความริเริ่มที่ดีของสถาบันฯ และเครือข่าย การเป็นพันธมิตรที่เข้มแข็งและความมุ่งมั่นที่จะสร้างระบบการดูแล ที่มีคุณภาพให้กับผู้สูงอายุของประเทศ



(นพ.สมศักดิ์ อรรฆศิลป์)

อธิบดีกรมการแพทย์

คำนิยาม

ภาวะสมองเสื่อม หรือที่คนไทยเรียกว่า ”หลง” คือสิ่งที่ถูกเข้าใจผิดมานานว่าเป็นส่วนหนึ่งของความชราที่ทุกคนต้องเป็น แต่แท้จริงแล้วภาวะสมองเสื่อมเป็นความผิดปกติของสมอง ซึ่งอาจเกิดจากโรคของสมองโดยตรงหรือ โรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีผลต่อการทำงานของสมอง อาการสมองเสื่อมส่งผลทั้งต่อความจำ ความสามารถเดิมและพฤติกรรม โดยเฉพาะเมื่อผู้มีภาวะสมองเสื่อม มีอาการทางจิตประสาทและปัญหาทางพฤติกรรม หลายครั้งถูกเข้าใจว่าเป็นนิสัยที่ไม่ดีของผู้ป่วยหรือผลจากสิ่งเหนือธรรมชาติ ความเข้าใจผิดเหล่านี้ ประกอบกับผู้ป่วยจะดูแลตัวเองได้ลดลงจนเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงอย่างสมบูรณ์ นำมาซึ่งความเครียด ความรู้สึกอับอาย และเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแล ซึ่งส่วนมากคือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย หลายครั้งที่ผู้ดูแลลืมนับว่าผู้ป่วยเองด้วย ปัญหาทั้งสุขภาพกายและสุขภาพใจ ทำให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมไม่มีผู้ดูแล อาการสมองเสื่อมก็ทรุดลงอย่างรวดเร็ว

สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมซึ่งมีพันธกิจหลักในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล สมาคมฯ ได้มีโอกาสเป็นพันธมิตรกับสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจรขึ้น โดยได้รับการสนับสนุนจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พัฒนาค้นคว้าแบบของการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรขึ้นทั้งในเขตชนบทและกึ่งเมืองในพื้นที่ต้นแบบ 4 พื้นที่ ซึ่งจะนำไปใช้ในการขยายระบบการดูแลให้ทั่วประเทศต่อไป ซึ่งจะสอดคล้องกับพันธกิจของสมาคมฯ และกระทรวงสาธารณสุข เพื่อตอบรับกับแผนปฏิบัติการของโลก ในการตอบสนองของสาธารณสุขต่อภาวะสมองเสื่อม

คู่มือฉบับนี้จะให้คำแนะนำในการเริ่มต้นสร้างระบบดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ชุมชนอย่างครบวงจร เพื่อรองรับจำนวนผู้มีภาวะสมองเสื่อมที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตามจำนวนผู้สูงอายุของประเทศ และมีแนวคิดต่อเรื่องที่จะพัฒนาให้เกิดชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้ผู้มีภาวะสมองเสื่อมให้ยังคงใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้นานที่สุด และมุ่งสู่พันธกิจของการป้องกันสมองเสื่อมต่อไปในอนาคต



ผศ.พญ. สิรินทร ฉันทศิริกาญจน

นายกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

คำนำ

แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรนี้ จัดทำขึ้นเพื่อให้บุคลากรทีมสุขภาพและทีมภาคีที่เกี่ยวข้อง ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการจัดการเพื่อการดูแลรักษา ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรในกลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี กลุ่มผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย กลุ่มผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (ระยะต้น ระยะกลาง และระยะท้าย) ด้วยความร่วมมือกันของสหสาขาวิชาชีพภาคสุขภาพ ภาคสังคม และโดยภาคประชาชน การนำเสนอจะให้แนวคิดหลักการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมขององค์การอนามัยโลก แนวคิดหลักการ และระบบการคุ้มครองทางสุขภาพและการคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว ของประเทศไทยไว้เป็นแนวคิดพื้นฐานเพื่อการขยายหรือต่อยอดการจัดการให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ใน **ส่วนที่หนึ่ง** ได้ให้แนวทางปฏิบัติการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร: รูปแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่นักวิชาการนำเสนอไว้สำหรับจัดระบบการดูแล จะเป็นการประสานงานกันของสถานบริการทั้งระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิ และปฐมภูมิ ด้วยความร่วมมือของภาคสุขภาพ ภาคสังคมและชุมชน ทั้งในชุมชนเมือง และชุมชนชนบท และครอบคลุมบริบทของประเทศไทย คือ ทั้งชุมชนเมือง และชุมชนชนบท ส่วนที่สองและส่วนที่สาม นำเสนอแนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร ที่ได้ดำเนินการพัฒนาในพื้นที่ต่างๆ โดยประยุกต์แนวคิดจากส่วนที่หนึ่งพัฒนาเป็นระบบการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และดำเนินการต่อเนื่องมา โดย **ส่วนที่สอง** นำเสนอแนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรรูปแบบชุมชนเมือง ที่มีโมเดลศูนย์สุขภาพชุมชนจอหอ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมาเป็นต้นแบบ **ส่วนที่สาม** นำเสนอ แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรรูปแบบชุมชนชนบท ที่มีโมเดลต้นแบบถึง 3 โมเดล ประกอบด้วย บ้านฝางโมเดล อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ศิริรัฐนิคมโมเดล อำเภาศิริรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี และลำสนธิพลัสโมเดล อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ซึ่งทุกโมเดลที่นำเสนอจะให้แนวทางในการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและข้อเสนอแนะสำคัญที่ช่วยให้สามารถนำไปดำเนินการได้ อันจะเป็นประโยชน์ ในการพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในพื้นที่ของตนเอง โดยอาศัยความเหมือนความต่างในบริบท ตลอดจนต้นทุน และแหล่งประโยชน์ที่แต่ละพื้นที่มีอยู่

การจัดให้มีระบบบริการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวแบบครบวงจร จะช่วยให้ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว สามารถเข้าถึงบริการการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การเข้าถึงบริการการคัดกรอง/ประเมินภาวะสมองเสื่อม การเข้าถึงบริการวินิจฉัยและบำบัดรักษาภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรก การเข้าถึงบริการเพื่อการป้องกันและชะลอภาวะสมองเสื่อม และสามารถเข้าถึงสิทธิที่พึงได้รับ โดยได้รับการปกป้องคุ้มครองทางด้านสุขภาพและด้านสังคม และชุมชนที่ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และชุมชนของไทย สำหรับประเทศไทยการดำเนินการให้มีการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมถือเป็นสิ่งที่ควรทำ เพื่อเป็นการเตรียมการรองรับภาวะสมองเสื่อมที่จะเพิ่มขึ้นตามการเติบโตของสังคมสูงอายุต่อไป



(นพ.สกานต์ บุนนาค)

ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

สารบัญ

หน้า

คำนิยม

คำนำ

สารบัญ

บทนำ

การจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร	8
สถานการณ์ภาวะสังคมผู้สูงอายุ และภาวะสมองเสื่อมของไทย	8
การพัฒนาระบบและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (ประเทศไทย)	12
ระบบการคุ้มครองทางสุขภาพและการคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว (ประเทศไทย)	13
บทสรุป	15

ส่วนที่ 1

แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร: รูปแบบของส่วนกลาง	16
รูปแบบของส่วนกลาง	16
การนำใช้รูปแบบส่วนกลางโดยพื้นที่	21
การจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร: บทเรียนรู้จาก	22
การดำเนินงานของพื้นที่โดยส่วนกลาง	
รูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร: เพื่อการขยายเครือข่าย	26
การจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร: ในเขตเมืองและชนบท	26
รูปแบบการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรในเขตเมือง	27
รูปแบบการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรในเขตชนบท	31
บทสรุป	36

ส่วนที่ 2

แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร: ตัวอย่างรูปแบบสำหรับชุมชนเมือง	37
จอหอโมเดล	37
กระบวนการทำงานของภาคสุขภาพ: จอหอโมเดล	37
ข้อเสนอแนะแนวทางการนำสู่การปฏิบัติ: จอหอโมเดล	41

ส่วนที่ 3

แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร: ตัวอย่างรูปแบบสำหรับชุมชนชนบท	42
1. บ้านฝางโมเดล	43

	หน้า
1.1 กระบวนการทำงานของภาคสุขภาพ: บ้านฝางโมเดล	43
1.2 ข้อเสนอแนะแนวทางการนำสู่การปฏิบัติ: บ้านฝางโมเดล	47
2. ศิริรัฐนิคมโมเดล	47
2.1 กระบวนการทำงานของภาคสุขภาพ: ศิริรัฐนิคมโมเดล	48
2.2 ข้อเสนอแนะแนวทางการนำสู่การปฏิบัติ: ศิริรัฐนิคมโมเดล	52
3. ลำสนธิพลัสโมเดล	53
3.1 กระบวนการทำงานของภาคสุขภาพ: ลำสนธิพลัสโมเดล	53
3.2 ข้อเสนอแนะแนวทางการนำสู่ปฏิบัติ: ลำสนธิพลัสโมเดล	57
เอกสารอ้างอิง	58
คณะทำงานพัฒนาแนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร	59

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในเขตเมือง	29
ตารางที่ 2	กระบวนการดำเนินการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในเขตเมือง	30
ตารางที่ 3	แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรในเขตชนบท	33
ตารางที่ 4	กระบวนการดำเนินการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ในเขตชนบท	34
ตารางที่ 5	บทบาทและความรับผิดชอบของสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิและตติยภูมิ จอหอโมเดล ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองจอหอ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	39
ตารางที่ 6	การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามจอหอโมเดล ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง จอหอ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	40
ตารางที่ 7	บทบาทและความรับผิดชอบของสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตติยภูมิ และ ตติยภูมิในบ้านฝางโมเดล	45
ตารางที่ 8	การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามบ้านฝางโมเดล	45
ตารางที่ 9	บทบาทและความรับผิดชอบของสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตติยภูมิ และ ตติยภูมิ ในคีรีรัฐนิคมโมเดล	50
ตารางที่ 10	การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามคีรีรัฐนิคมโมเดล	51
ตารางที่ 11	บทบาทและความรับผิดชอบของสถานบริการสุขภาพ ปฐมภูมิ ตติยภูมิ และตติยภูมิในลำสนธิพลัสโมเดล	55
ตารางที่ 12	การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามลำสนธิพลัสโมเดล	56

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 ระบบคุ้มครองทางสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ชนบท	13
ภาพที่ 2 แนวคิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม	17
ภาพที่ 3 ความเชื่อมโยงของระบบการดูแลระยะยาวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมบริบทประเทศไทย	18
ภาพที่ 4 ความเชื่อมโยงของระบบการดูแลระยะยาวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมบริบทประเทศไทย	18
ภาพที่ 5 การให้แนวทางการเชื่อมโยงการดูแลระยะยาวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมบริบทของประเทศไทย	19
ภาพที่ 6 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมบริบทของประเทศไทยที่ครอบคลุมผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม	20
ภาพที่ 7 กรอบการดำเนินการ	24
ภาพที่ 8 แผนผังการดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (Comprehensive dementia care)	25
ภาพที่ 9 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรในเขตเมือง	28
ภาพที่ 10 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรในเขตชนบท	32
ภาพที่ 11 จอโฮโมเดล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา	38
ภาพที่ 12 บ้านฝางโมเดล โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น	44
ภาพที่ 13 ศิริรัฐนิคมโมเดล โรงพยาบาลศิริรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี	49
ภาพที่ 14 ลำสนธิพลัสโมเดล โรงพยาบาลลำสนธิ จังหวัดลพบุรี	54

บทนำ

การจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร

สถานการณ์ภาวะสังคมผู้สูงอายุของไทย แลภาวะสมองเสื่อมของไทย

ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยมีประชากรสูงอายุร้อยละ 10.4 (7.2 ล้านคน) ในปี พ.ศ. 2561 ปัจจุบันมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 17.5 (11.6 ล้านคน) ในปี พ.ศ. 2562 จะเป็นครั้งแรกที่ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าประชากรวัยเด็ก และจะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอีกมาก ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (Complete aged society) ในปี พ.ศ. 2564 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) คือ มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 28^[1] การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรของไทย ทำให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ใช้บริการในระบบบริการสาธารณสุขมากที่สุด นอกจากการเปลี่ยนแปลงจากความสูงวัยแล้วพบว่าผู้สูงอายุมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมกกว่าวัยอื่นๆ ถึง 4 เท่า^[1] และมีรายงานว่าผู้สูงอายุประมาณ 4 ใน 5 จะมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค มีเพียงร้อยละ 27.5 ของผู้สูงอายุเท่านั้นที่จะรู้สึกสุขภาพดีไม่ปรากฏโรค ในกรณีการเกิดภาวะทุพพลภาพ เช่น พบว่าป่วยหนึ่งโรคมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพร้อยละ 18.3 และจะเพิ่มเป็นร้อยละ 61.8 หากพบโรคมกกว่าหรือเท่ากับ 5 โรค จากการประมาณการพบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพจะมีการเพิ่มจำนวนขึ้นจาก 980,000 คน ในปี 2543 เป็น 2,010,000 คน ในปี พ.ศ. 2563^[2]

ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการที่เป็นคำกล่าวรวมของภาวะโรคเรื้อรังที่มีผลต่อการลดลงของความจำ ความสามารถในการรู้คิด และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง จนเกิดผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่หรือประมาณ ร้อยละ 60-70 ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีสาเหตุจากโรคอัลไซเมอร์ สาเหตุหลักอื่นๆ เกิดจากภาวะสมองเสื่อม จากโรคหลอดเลือดสมอง (vascular dementia) ภาวะสมองเสื่อมที่มีเลวียอดี (Dementia with Lewy bodies) และภาวะสมองเสื่อมจากกลุ่มโรคในส่วนหน้าและส่วนด้านข้างของสมอง (Frontotemporal dementia) ซึ่งการเกิดโรคอาจแยกจากกันไม่ได้ชัดเจนและมักพบเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน^[3] แม้จะมีการค้นคว้าหาวิธีการรักษาภาวะสมองเสื่อมอย่างมาก แต่ในปัจจุบันยังไม่มียาที่ใช้ในการรักษาภาวะสมองเสื่อม หรือหยุดการเสื่อมลงของสมองหรือรักษาให้หายขาดได้ โดยเฉพาะโรคอัลไซเมอร์ ดังนั้นการรักษาส่วนใหญ่ จึงเป็นแบบประคับประคองและเพื่อชะลอการเสื่อมลงเท่านั้น ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม มีทั้งปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ และปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงแต่ละปัจจัยมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกัน^[4]

สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมของประเทศไทย การศึกษาภาวะสมองเสื่อม พบว่าในปี พ.ศ. 2549 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ประมาณ 229,000 คน ในประเทศไทยโรคสมองเสื่อมเป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและมีจำนวนผู้เป็นโรคมกขึ้นตามค่าอายุเฉลี่ยของประชากร จากสถิติพบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปีจะมีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นร้อยละ 1^[5] ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชากรไทย ครั้งที่ 5 ในปี พ.ศ.2557 คาดการณ์ความชุกจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในปี พ.ศ. 2559 มีจำนวน

617,000 คน และคาดว่าในปี พ.ศ.2580 จะมีจำนวนผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 1,350,000 คน^[6] อย่างไรก็ตามพบว่า ภาวะสมองเสื่อมยังมีปัญหาในเรื่องของการวินิจฉัยโรคเนื่องจากต้องอาศัยแพทย์เฉพาะทาง เช่น อายุรแพทย์ อายุรแพทย์ระบบประสาท อายุรแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และจิตแพทย์^[4] นอกจากนี้ยังพบว่า บุคลากรทางด้านสุขภาพยังขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุค่อนข้างมีความซับซ้อน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงจากความรู้วัยร่วมกับมีโรคเรื้อรังหลายโรค และหากผู้ป่วยสูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วย จะทำให้มีความยากลำบากในการดูแลเพิ่มขึ้น^[7]

ความเข้าใจของสังคมเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและผลกระทบ ภาวะสมองเสื่อม พบได้ในผู้สูงอายุ แต่ไม่ใช่ภาวะปกติของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ ยังมีความเข้าใจผิดว่าภาวะสมองเสื่อมเกิดขึ้นตามอายุที่มากขึ้น และเป็นไปตามธรรมชาติ หลีกเลียงไม่ได้ จึงทำให้เกิดเป็นอุปสรรคต่อการวินิจฉัยและการดูแล การขาดความรู้และความเข้าใจในภาวะสมองเสื่อมยังก่อให้เกิดความหวาดกลัวการเป็นภาวะสมองเสื่อม และนำไปสู่การตีตรา เกิดเป็นตราบาปและมีการเลือกปฏิบัติต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เกิดการละเมิดศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ซึ่งพบได้ทั้งในชุมชนและในบ้านพักคนชรา^[8] ดังนั้นจึงควร *สร้างความตระหนัก และส่งเสริมให้เกิดความรู้ ความเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการเกิดโรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง* เพื่อลดการตีตรา การเลือกปฏิบัติ การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม การให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิของผู้พิการ เพิ่มความสามารถในการรับรู้อาการและอาการของ (ความคิด) ภาวะสมองเสื่อมในระยะแรก และการเพิ่มความรู้ความเข้าใจของภาคประชาชนเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม และส่งเสริมวิถีสุขภาพและลดพฤติกรรมความเสี่ยงในทุกด้าน และการสร้างสังคมที่เป็นมิตรกับภาวะสมองเสื่อม สภาพแวดล้อมของชุมชนที่เข้าถึงได้จะช่วยเพิ่มโอกาสในการมีส่วนร่วมและรักษาความปลอดภัยให้กับทุกคน ในการที่จะเพิ่มคุณภาพชีวิตและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลและครอบครัว^[8] ประเด็นสำคัญ คือ การปกป้องสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม การลดการตีตราที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมว่าเป็น คนบ้า คนวิกลจริต รวมถึงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในสังคม และการสนับสนุนครอบครัวและผู้ดูแล แนวคิดการเป็นมิตรกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ต้องเชื่อมโยงกับสังคมที่มีความเป็นมิตรกับทุกวัย ทั้งความคิดเกี่ยวกับอายุ ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งความเป็นมิตรต้องคำนึงถึงผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวและกลุ่มที่แยกตัวไม่เข้าสังคม การรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและโปรแกรมที่เป็นมิตรกับภาวะสมองเสื่อมที่เหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรมและความต้องการเฉพาะของชุมชน จะสามารถส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้นและผลลัพธ์ทางสังคมที่สะท้อนถึงความปรารถนาและความพึงพอใจของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมถึงการเพิ่มคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชนให้มากขึ้น^[8]

ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมด้านค่าใช้จ่าย ภาวะสมองเสื่อม นอกจากจะส่งผลให้บุคคลสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง สูญเสียสถานภาพทางสังคม ก่อให้เกิดภาระต่อผู้ดูแลและครอบครัวหลายด้าน รวมถึงเสียค่าใช้จ่ายในการดูแล รายงานผลการประเมินค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2553 พบว่า มีค่าใช้จ่ายสูงถึง 604 พันล้านดอลลาร์^[3] และจากการศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์

สมเด็จพระสังฆราชเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข^[9] ศึกษาภาระการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลหลักในพื้นที่ที่ได้รับการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร โดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Zarit Caregiver Burden Scale) ฉบับภาษาไทย (ฉบับ 12 ข้อ) เมื่อพิจารณาค่าคะแนนภาระการดูแลตามช่วงอายุของผู้ดูแล พบว่า ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล กลุ่มอายุน้อยกว่า 30 ปีมากที่สุด มิติที่ 1 ผลกระทบที่มีสัดส่วนมากที่สุด คือ ความรู้สึกที่ไม่มีเวลาสำหรับ ตัวผู้ดูแลเองเพราะต้องใช้เวลาคูดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 1.34 ± 1.175 คะแนน) มิติที่ 2 ความเครียดที่มีสัดส่วนมากที่สุด คือ ความรู้สึกเหนื่อยล้าเมื่อต้องอยู่ใกล้กับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (คะแนนเฉลี่ย อยู่ที่ 1.20 ± 1.124 คะแนน) และมิติที่ 3 ความรู้สึกเอาใจใส่ใจมีสัดส่วนมากที่สุด คือ ความรู้สึกว่าจะทำหน้าที่ ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในได้ดีกว่านี้ (คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 1.54 ± 1.311 คะแนน) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าภาวะสมอง เสื่อมไม่ได้ส่งผลกระทบโดยตรงกับผู้ป่วยเพียงผู้เดียวแต่ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวทั้งกาย ใจ สังคม และเศรษฐกิจในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมหนึ่งคน ซึ่งการดูแลอย่างครอบคลุมและมีคุณภาพต้องใช้ ผู้ดูแลอย่างน้อยสองคน นำมาสู่ปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงมากขึ้น หากญาติในครอบครัวเป็นผู้ดูแลจะมีค่าใช้จ่ายใน การดูแลประมาณ 4,000-6,000 บาทต่อเดือน ทั้งนี้ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายทางอ้อมของผู้ดูแล เช่น ต้องลาออก จากงานมาดูแล ค่าเสียโอกาส ค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตของผู้ดูแลและผู้ป่วยเอง และจากรายงานของ HITAP^[10] พบว่าต้นทุนส่วนใหญ่ของการรักษาโรคอัลไซเมอร์เกิดจากค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย ค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลที่เป็นญาติและค่าจ้างผู้ดูแล ซึ่งจัดเป็นต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ มีค่าใช้จ่าย ประมาณ 4,100-5,300 บาทต่อเดือน ด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลหรือคอยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำ กิจวัตรประจำวัน ก็เพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของโรค โดยการศึกษา^[11] ได้คำนวณค่าใช้จ่ายในการดูแล ผู้ป่วยอัลไซเมอร์ ซึ่งรวมทั้งในกรณีที่เป็นการดูแลโดยญาติในครอบครัวและกรณีจ้างผู้ดูแล พบว่า ค่าใช้จ่าย ในส่วนนี้เฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 8,000 บาทต่อเดือน ค่าใช้จ่ายส่วนนี้อาจสูงถึง 50,000 บาทต่อเดือน ในกรณีที่ จ้างผู้ดูแลมากกว่าหนึ่งคน หรือไปใช้บริการของสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ดังนั้นจึงควรมีการดำเนินการ เพื่อลดผลกระทบต่างๆ จากภาวะสมองเสื่อม

แผนปฏิบัติการของโลก (Global Action Plan) ปี ค.ศ. 2017 – 2025 ในการตอบสนองของการ สาธารณสุขต่อภาวะสมองเสื่อม จัดทำโดย องค์การอนามัยโลก^[3]

องค์การอนามัยโลก ได้จัดทำข้อตกลงการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการโลกในการตอบสนองต่อ สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อม เรียกร้องให้หน่วยงานภาครัฐที่ดูแลด้านการสาธารณสุขของนานาประเทศได้มีการ จัดทำแผนการปฏิบัติการในเรื่องของภาวะสมองเสื่อมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายทั้งในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแล/ ครอบครัว สังคมและเครือข่าย รวมไปถึงการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วยการดำเนินการ ใน 7 ประเด็น คือ^[3]

1. การจัดให้เรื่องภาวะสมองเสื่อมเป็นนโยบายสาธารณะลำดับแรก (Dementia as a public priority)
2. การตระหนักและการเป็นมิตรกับภาวะสมองเสื่อม (Dementia awareness and friendliness)
3. การลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (Dementia risk reduction)

4. การวินิจฉัย การรักษา การดูแล และการสนับสนุนเรื่องภาวะสมองเสื่อม (Dementia diagnosis, treatment, care and support)
5. การสนับสนุนผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Support for dementia carers)
6. ระบบสารสนเทศเรื่องภาวะสมองเสื่อม (Information systems for dementia)
7. การวิจัยและนวัตกรรมเรื่องภาวะสมองเสื่อม (Dementia research and innovation)

(ร่าง) ยุทธศาสตร์ประเทศไทย เรื่อง สมองเสื่อม พ.ศ.2560 – 2569 (2561)^[11]

จากความสำคัญและแนวโน้มของปัญหาภาวะสมองเสื่อมที่จะมีเพิ่มขึ้นในอนาคตและเพื่อตอบสนองต่อแผนปฏิบัติการขององค์การอนามัยโลก ประเทศไทยได้มีการจัดทำแนวทางการดำเนินงานเรื่องภาวะสมองเสื่อมของประเทศไทย ประกอบด้วย หลากหลายหน่วยงานทั้งจากองค์กรภาครัฐและภาคเอกชนร่วมดำเนินงานในเรื่องนี้ และจากสถานการณ์ปัจจุบันร่วมกับแนวโน้มการพัฒนาระบบบริหารจัดการภาครัฐ ระบบบริการด้านสาธารณสุขและสังคม การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ภายใต้หลักการ “สร้างความสมดุลในการป้องกัน การค้นหา การรักษา และการดูแล (Balancing prevention, detection, cure and care)” ภาวะสมองเสื่อม การผลักดันให้เกิดการดำเนินการตามแนวทางยุทธศาสตร์ก่อนจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ พัฒนาจากสิ่งที่มีอยู่เดิม และคำนึงถึงหลักฐานทางวิชาการที่เป็นที่ยอมรับ เกิดการทำงานที่เป็นระบบ มีการบูรณาการ และการมุ่งสู่การสร้างนโยบายสาธารณะ (public policy) ที่สอดคล้องกับการปฏิรูปประเทศ แผนยุทธศาสตร์หรือแผนงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และข้อตกลงและความร่วมมือระหว่างประเทศ โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลัก ในการดำเนินการมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2560 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการ 3 ชุด ประกอบด้วย คณะกรรมการอำนวยการ คณะกรรมการพิจารณา ร่าง และคณะกรรมการวิชาการ/ยก ร่าง โดยได้จัดทำเป็น (ร่าง) ยุทธศาสตร์ประเทศไทย เรื่อง สมองเสื่อม (พ.ศ.2560 - 2569) ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ดังต่อไปนี้^[11]

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาและบริหารกลไกระดับนโยบายสาธารณะเรื่อง สมองเสื่อม

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเพิ่มความตระหนักรู้ ความเข้าใจในการป้องกันและลดภาวะเสี่ยง รวมถึงความเป็นมิตรต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบบริการทางสังคมและสุขภาพที่บูรณาการอย่างเชื่อมโยง ครอบคลุม และเข้าถึงได้ ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาศักยภาพครอบครัวและผู้ดูแลโดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การพัฒนาระบบข้อมูลและสารสนเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การพัฒนาการวิจัยและนวัตกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยและภูมิปัญญาไทย

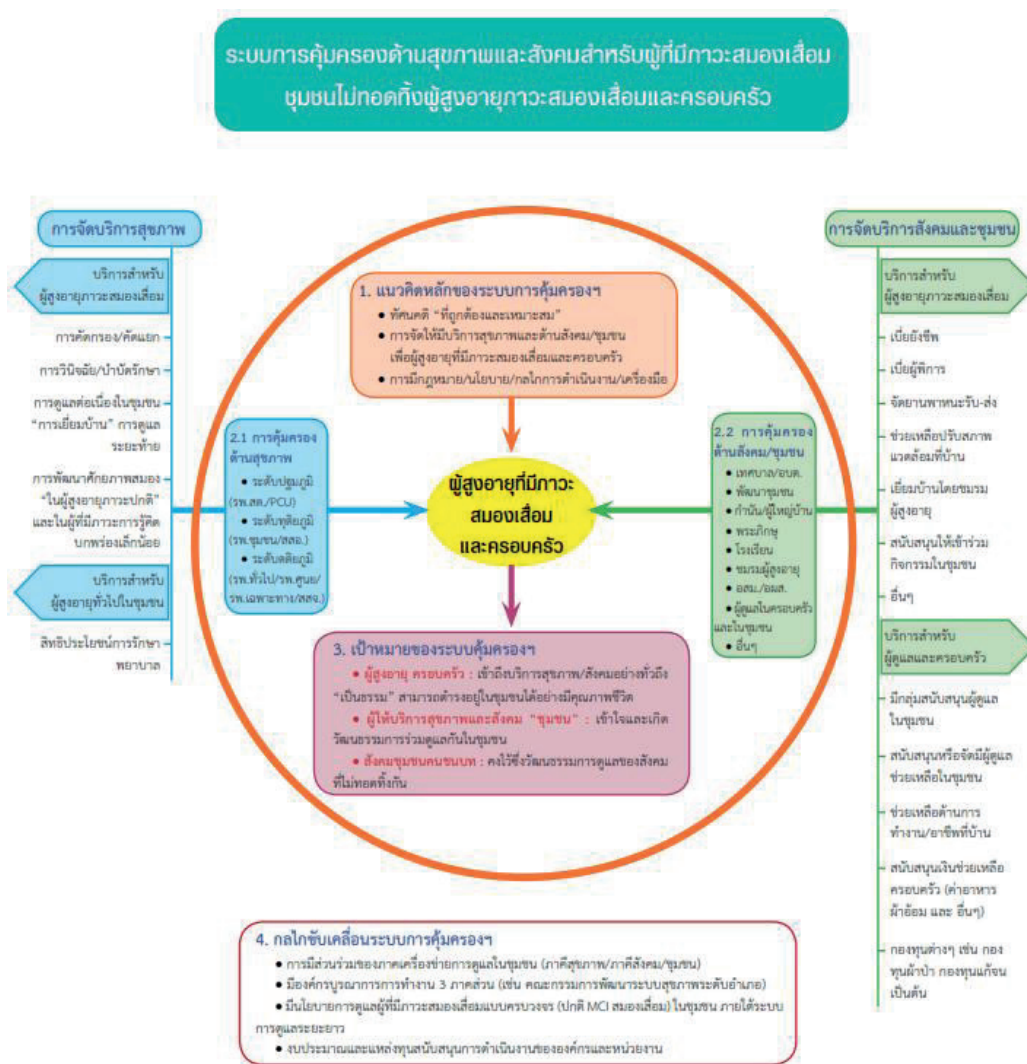
การพัฒนาระบบและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (ประเทศไทย)

ประเทศไทยได้ทำการศึกษาการพัฒนาระบบและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม^[12] โดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมมือกับ สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย และภาคีเครือข่ายการทำงานในระดับพื้นที่และสถานบริการ ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรขึ้น ในพื้นที่ต้นแบบ 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองจ้อหอ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา โรงพยาบาลลำสนธิ จังหวัดลพบุรี และโรงพยาบาลศิริรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งได้พัฒนามาจากแนวคิดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเชื่อมกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดย นพ.ถาวร สกุลพาณิชย์ เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลเป็นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว (Dementia on top long term care) ในแต่ละพื้นที่จะมีรูปแบบและความพร้อมในการจัดบริการ และ/หรือ เชื่อมโยงระบบการดูแลตั้งแต่สถานบริการระดับต่างๆไปจนถึงระดับชุมชน มีความแตกต่างกันขึ้นกับบริบทและศักยภาพของแต่ละพื้นที่ โดยใช้ระบบ District Health Systems (DHS) และทีมหมอครอบครัว (คลินิกหมอครอบครัว) ในการขับเคลื่อนการดำเนินการเรื่องสมองเสื่อม จนเกิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ที่ครอบคลุมถึง ระบบการคัดกรอง การวินิจฉัยและการดูแล และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และในชุมชนที่คล้ายคลึงกัน แต่จากการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรใน 4 พื้นที่พบมีจุดเน้นที่แตกต่างกัน คือ *บ้านฝางโมเดล* เป็นการให้บริการที่มีรูปแบบระบบการวินิจฉัยในระดับโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ที่เรียกว่า สภาลูกขุน เป็นศูนย์กลางการบูรณาการทีมสุขภาพจากสถานบริการทั้งสามระดับร่วมกันในการวินิจฉัยและวางแผนการดูแลร่วมกัน ในขณะที่พื้นที่ *ศิริรัฐนิคมโมเดล* เป็นรูปแบบการให้บริการที่มี *ระบบการวินิจฉัยผ่านคลินิกผู้สูงอายุ* ของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่มีการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและโรงพยาบาลจิตเวช และมีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมกับชุมชน โดยใช้ระบบ District Health System (DHS) ในขณะที่ *จ้อหอโมเดล* เป็นการให้บริการของศูนย์แพทย์ชุมชน (ศสม.) ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีความเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลตติยภูมิที่เป็นแม่ข่ายเกิดเป็นการดูแลแบบ Seamless care และ *ลำสนธิพลัสโมเดล* เป็นการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เชื่อมโยงและต่อยอดกับระบบการดูแลระยะยาวที่มีการดำเนินการอยู่แล้วในพื้นที่เกิดการดูแลเฉพาะทางและมีระบบสนับสนุนการดูแล คือ Institutional care, Respite care และนักบริบาลชุมชน (Community caregivers) ของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ และในด้านผลลัพธ์ของการดำเนินการในทุกพื้นที่ที่ศึกษา พบว่า ทำให้มีบริการคัดกรอง การค้นหาผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม การวินิจฉัย และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ทำให้เกิดการเข้าถึงบริการ เกิดความครอบคลุมบริการ ทำให้ลดขั้นตอนในการส่งต่อ-เชื่อมต่อ-เชื่อมโยงการดูแลในทุกระดับบริการ (ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ) และมีการทำงานแบบไตรภาคี [ทีมสุขภาพ ทีมสังคม/ท้องถิ่น (อปท./อบต.) และทีมชุมชน/ท้องที่] ผู้ดูแล และครอบครัว มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องสมองเสื่อม สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น ผู้ป่วยไม่มีปัญหา BPSD ที่รบกวนตนเอง/ผู้ดูแล/ผู้อื่น คนในครอบครัวเข้าใจผู้ป่วยและไม่ทะเลาะกันเพราะความไม่รู้ ผู้ป่วยสามารถอยู่ในครอบครัวและสังคม/ชุมชนได้

อย่างปกติสุข ผู้ป่วยได้รับสวัสดิการผู้พิการตามสิทธิ และได้รับการสนับสนุนด้านอื่นๆ มีชุมชนเป็นรั้ว (ผู้ป่วยหลงทาง-คนในชุมชนรับรู้ ช่วยเฝ้าระวังไม่ให้ไปไกล หรือสามารถพากลับมาส่งที่บ้านได้) ตามแนวคิด หลักการองค์การอนามัยโลก คือ การสร้างชุมชน/สังคมที่เป็นมิตรกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia friendly society/community)^[7,12]

ระบบการคุ้มครองทางสุขภาพและการคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว (ประเทศไทย)

ประเทศไทยมีความพยายามในการสร้างระบบคุ้มครองทางสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์หรือรูปแบบที่เป็นรูปธรรมชัดเจนในระดับนโยบายสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทั้งเรื่องการช่วยเหลือทางสังคมและการเข้าถึงบริการสุขภาพ และจากการศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2561) เกี่ยวกับระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในบริบทของชุมชนที่ศึกษา พบว่า ระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคม คือ “ชุมชนที่ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว” สรุป ระบบคุ้มครองทางสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ชนบท ดังภาพที่ 1^[9]



ภาพที่ 1 ระบบคุ้มครองทางสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ชนบท

[ที่มา: ระบบคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาและต้องการการดูแลระยะยาว ในชุมชนชนบท โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561).]

ระบบคุ้มครองทางสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ชนบท จากผลการศึกษาครั้งนี้ เสนอว่า มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) แนวคิดหลัก 2) การคุ้มครองด้านสุขภาพ และด้านสังคม/ชุมชน 3) เป้าหมายของระบบการคุ้มครองฯ และ 4) กลไกการขับเคลื่อนระบบการคุ้มครองฯ จึงจะสามารถให้เกิด “ระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม” ได้ โดยองค์ประกอบด้านต่างๆ คือ^[9]

1. แนวคิดหลัก คือ การที่ภาคีเครือข่ายการดูแลในชุมชน (ภาคีสุขภาพและภาคีสังคม/ชุมชน) รวมถึงผู้สูงอายุและครอบครัว *ที่มีทัศนคติที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว* ทำให้ ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว ได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคม/ชุมชน

2. การคุ้มครองด้านสุขภาพ และด้านสังคม/ชุมชน คือ การจัดให้มีบริการด้านสุขภาพ และด้านสังคม/ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว โดยภาคีเครือข่ายการดูแลในชุมชน (ภาคีสุขภาพ และภาคีสังคม/ชุมชน) *การจัดบริการด้านสุขภาพ* เป็นการจัดการบริการโดย ภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ สามระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ครอบคลุมการจัดการบริการ 1) การคัดกรอง/คัดแยก 2) การวินิจฉัย/บำบัดรักษา 3) การดูแลต่อเนื่องในชุมชน (การเยี่ยมบ้าน) และ 4) การพัฒนาศักยภาพสมองและบริการสุขภาพทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล ได้แก่ การดูแลตามสิทธิการรักษาพยาบาลต่างๆ สำหรับ *การจัดบริการด้านสังคม/ชุมชน* โดยภาคีเครือข่ายบริการสังคมและชุมชน โดยมีการจัดการบริการสังคมและชุมชน 2 ประการ คือ 1) บริการสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การจัดให้ได้รับสิทธิเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและเบี้ยผู้พิการ การช่วยเหลือปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน การจัดยานพาหนะรับ-ส่ง การสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน การเยี่ยมบ้านโดยชมรมผู้สูงอายุ หรืออาสาสมัคร เป็นต้น และ 2) บริการสำหรับผู้ดูแลและครอบครัว ได้แก่ การจัดให้มีเครือข่าย/กลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลในชุมชน การสนับสนุนหรือจัดให้มีผู้ดูแลช่วยเหลือในชุมชน การจัดบริการรับฝากดูแลยามกลางวัน การช่วยเหลือด้านการทำงาน/อาชีพที่บ้าน การสนับสนุนงบประมาณ/เงินช่วยเหลือครอบครัว (ค่าอาหาร ผ้าอ้อม อื่นๆ) จากกองทุนต่างๆ เป็นต้น

3. เป้าหมายของระบบการคุ้มครองฯ เป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่คาดหวัง ของระบบการคุ้มครองฯ ใน 3 กลุ่มเป้าหมาย คือ 1) ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ และบริการสังคม/ชุมชนได้อย่างทั่วถึง เป็นธรรม และสามารถดำรงอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพชีวิต 2) ภาคีเครือข่ายการดูแลในชุมชน (ภาคีสุขภาพ และภาคีสังคม/ชุมชน) คือ ผู้ให้บริการสุขภาพและบริการสังคม/ชุมชน มีความเข้าใจและเกิดวัฒนธรรมการร่วมดูแลกันในชุมชน และ 3) สังคมชุมชนชนบท มีการคงไว้ซึ่งค่านิยมกตัญญูผู้อาวุโส และวัฒนธรรมการดูแลของสังคม/ชุมชนที่ไม่ทอดทิ้งกัน และ

4. กลไกการขับเคลื่อนระบบการคุ้มครองฯ มีปัจจัยที่เป็นกลไกสำคัญ คือ 1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการดูแลในชุมชน 2) การมีองค์กรกลางทำหน้าที่ในการบูรณาการการดำเนินงาน/แผนงานของภาคีเครือข่ายการดูแลในชุมชน 3) ภาคส่วน คือ ภาคีสุขภาพ และภาคีสังคม/ชุมชน 3) การมีนโยบาย/ยุทธศาสตร์

การพัฒนาและขับเคลื่อน “ระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในชุมชนและโดยชุมชน” ภายใต้ระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน และ 4) การมีแหล่งทุนหรืองบประมาณ สนับสนุนองค์กร/หน่วยงานที่ต้องการดำเนินงานพัฒนาระบบการคุ้มครองผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว ในชุมชน

สำหรับค่านิยามระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและ ครอบครัวที่ได้จากการศึกษา (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561)^[9] มีดังนี้

การคุ้มครองทางสุขภาพและสังคม สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง การจัดระบบการ บริการทางการแพทย์และบริการทางสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถเข้าถึงระบบบริการ ได้อย่างทั่วถึงและอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลและครอบครัวได้รับการสนับสนุนและให้การช่วยเหลืออย่าง เหมาะสม รวมทั้งชุมชนมีความตระหนักรู้และเกิดการช่วยเหลือและดูแลกันในชุมชน

ระบบการคุ้มครองทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เน้นการเข้าถึงบริการ ทางทางการแพทย์ครบวงจร โดยเริ่มจากการค้นหาผู้สูงอายุที่มีปัญหาในพื้นที่ผ่านระบบการคัดกรอง ระบบการ วินิจฉัย ระบบการพัฒนาศักยภาพสมอง ระบบการดูแลรักษาต่อเนื่องในชุมชน ภายใต้การบูรณาการกับ ระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน เป็นระบบการคุ้มครองทางสุขภาพ ที่มีคุณลักษณะเป็นกระบวนการจัดการ ดูแลทางสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาได้เข้าถึงบริการทางการแพทย์ เชื่อมโยงกับระบบหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า (30 บาท) หรืออื่นๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึง

ระบบคุ้มครองทางสังคม/ชุมชน สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เน้นการจัดบริการทางสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สามารถเข้าถึงบริการที่มีอยู่ได้อย่างทั่วถึงและอย่างมีประสิทธิภาพ โดยต้องให้เกิดการคุ้มครองทางสังคมอย่างทั่วถึง ในบุคคล 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และผู้ดูแลและครอบครัว และชุมชน ให้สามารถเข้าถึงการคุ้มครองทางสังคมที่จัดโดยภาครัฐและภาคเอกชนที่ เข้ามาช่วยเหลือและสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่

บทสรุป

ในบทนำนี้กล่าวถึง สถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมของประเทศไทย ความเข้าใจของสังคมเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและผลกระทบ การดำเนินการองค์การอนามัยโลกในการจัดทำ แผนปฏิบัติการของโลก (Global Action Plan) ปี ค.ศ. 2017 – 2025 เพื่อตอบสนองต่อภาวะสมองเสื่อมด้าน การสาธารณสุข การดำเนินการจัดทำ (ร่าง) ยุทธศาสตร์ประเทศไทย เรื่อง สมองเสื่อม พ.ศ.2560 – 2569 (2561) และผลการศึกษา เรื่อง การพัฒนาระบบและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (ประเทศไทย) ในพื้นที่ เขตเมืองและเขตชนบท และ ระบบการคุ้มครองทางสุขภาพและการคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุภาวะ สมองเสื่อมและครอบครัว (ประเทศไทย) ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นแนวคิดและแนวทางปฏิบัติในการขับเคลื่อน การดำเนินงาน “การจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร” ต่อไป

ส่วนที่ 1

แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร:

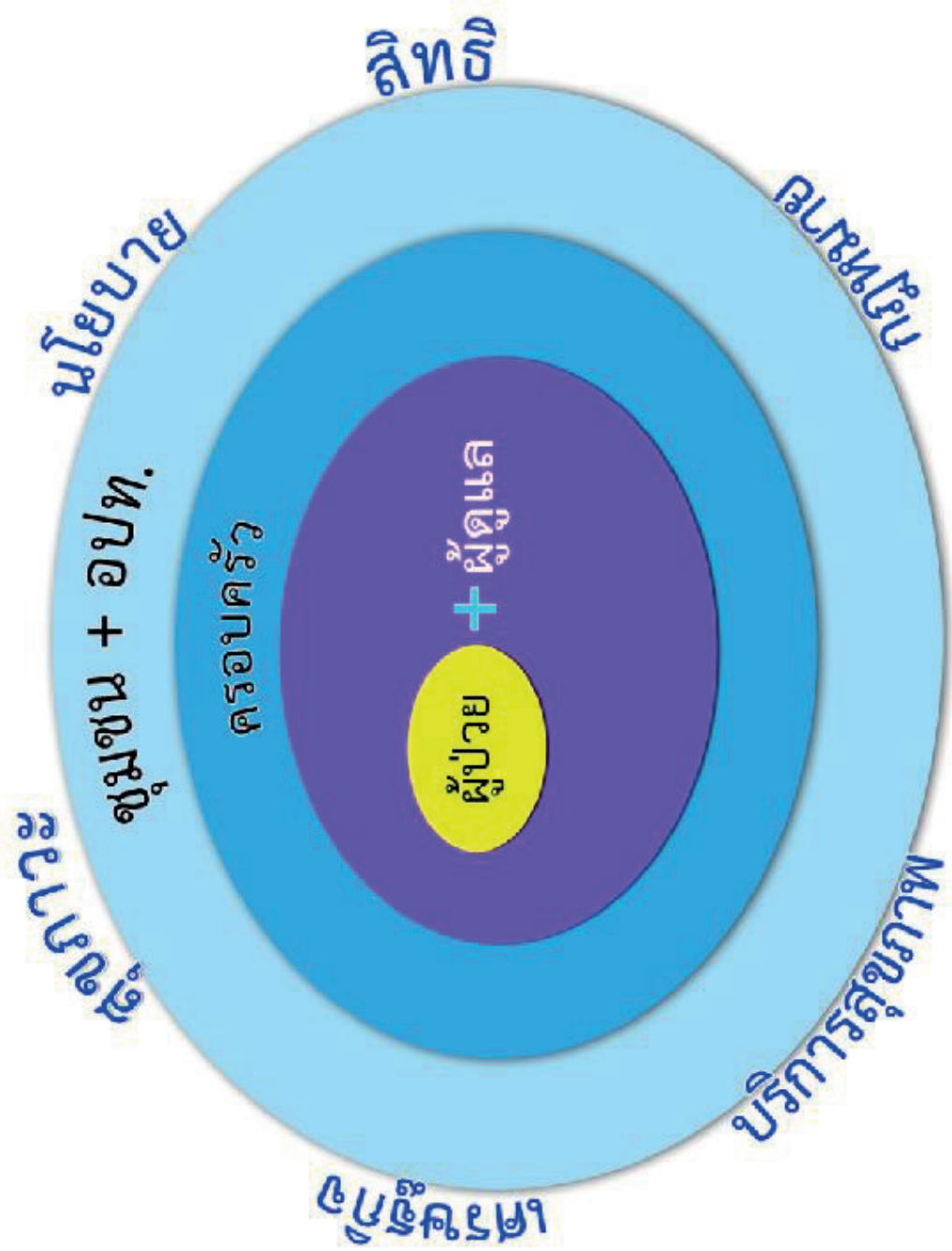
รูปแบบของส่วนกลาง

รูปแบบของส่วนกลาง

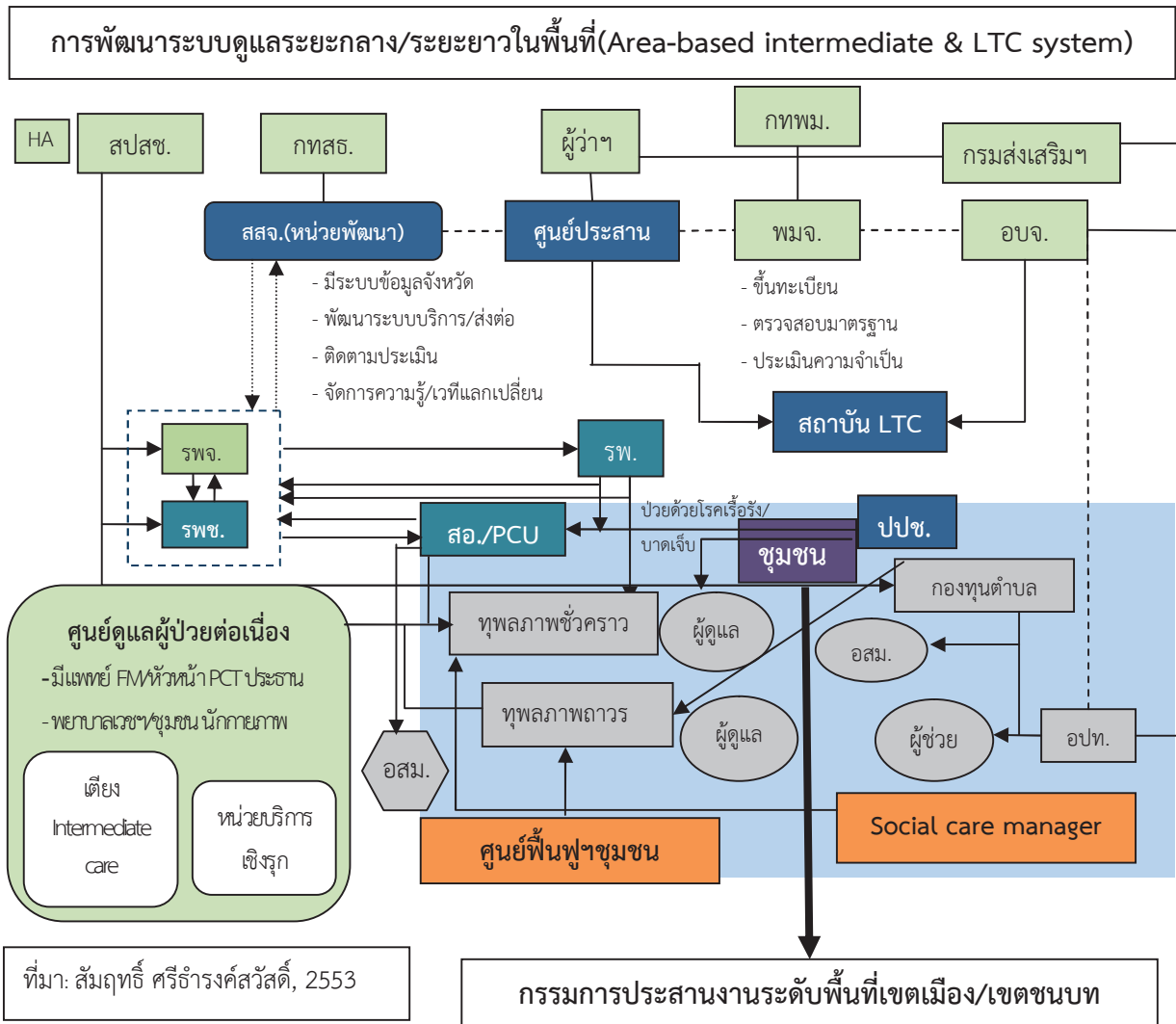
จุดเริ่มต้นของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแบบครบวงจรเกิดจากการตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบของภาวะสมองเสื่อม ตลอดจนช่องว่างของการจัดบริการที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่สามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้องค์กรภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย ได้จัดทำโครงการการพัฒนาแบบระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร โดยดำเนินการสนับสนุนการสร้างและพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมให้เกิดขึ้นในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทยและมุ่งให้ครอบคลุมทั่วประเทศ

การพัฒนาแบบระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เริ่มต้นกระบวนการเมื่อปี พ.ศ. 2558 โดยการประชุมระดมสมองของนักวิชาการด้านสมองเสื่อมและระบบการบริการสุขภาพ สร้างแนวคิดหลักการพัฒนาระบบบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อม (บริบทประเทศไทย) ที่เป็นของส่วนกลาง หรือเป็นต้นแบบไว้ เพื่อสร้างความเข้าใจแนวคิดในการพัฒนา และเพื่อเป็นแนวทางให้กับพื้นที่ประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลของตนเอง

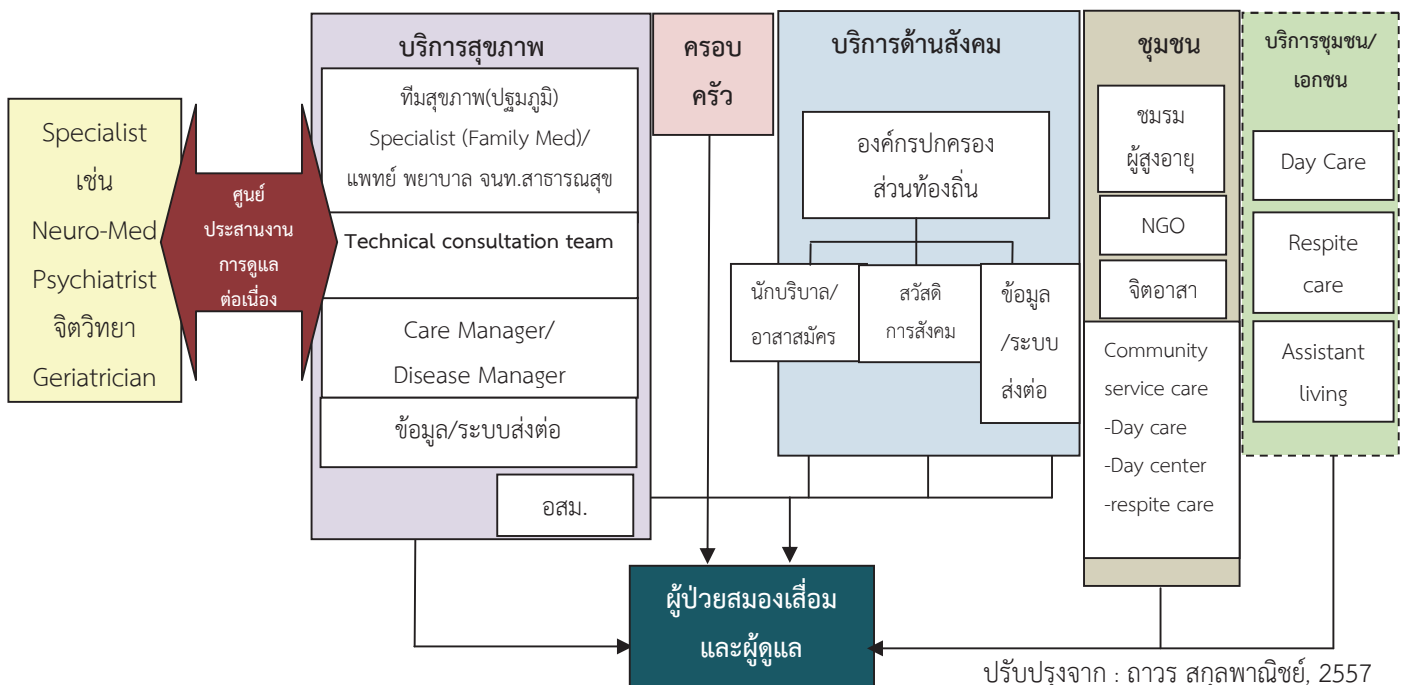
แนวคิดหลักการพัฒนาระบบบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมของส่วนกลาง ที่ได้จากนักวิชาการในครั้งนั้นสะท้อนหลักการดูแลที่ต้องคำนึงถึง ได้แก่ 1) บริบทของการดูแลสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัวของประเทศไทยที่ควรเป็น โดยเน้นการดูแลที่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเป็นศูนย์กลาง โดยแสดงองค์ประกอบต่างๆ ที่มีผลต่อการดูแลไว้ให้คำนึงถึงในการพัฒนาระบบ (ภาพที่ 2) 2) การเชื่อมโยงระบบการดูแลระยะยาวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมบริบทของประเทศไทย (ภาพที่ 3 และ 4) ที่สะท้อนการเชื่อมโยงของภาคส่วนต่างๆ 3) การให้แนวทางการเชื่อมโยงการดูแลระยะยาวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมบริบทของประเทศไทย (ภาพที่ 5) ที่ให้ทั้งภาพการดูแล บทบาทในการดูแลของภาคส่วนต่างๆ และ 4) แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมบริบทของประเทศไทยที่ครอบคลุมผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม คือผู้ที่ปกติจากการคัดกรอง ผู้ที่มีความจำบกพร่อง และผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (ภาพที่ 6) รูปแบบระบบการดูแลที่ส่วนกลางได้นำเสนอไว้นั้น ให้แนวคิดในการดำเนินการตั้งแต่การคัดกรองเพื่อค้นหา การดูแลเพื่อนำเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาวของประเทศ และให้ภาพเครือข่ายที่เกี่ยวข้องตลอดจนบทบาทที่ควรเป็นของแต่ละภาคส่วน



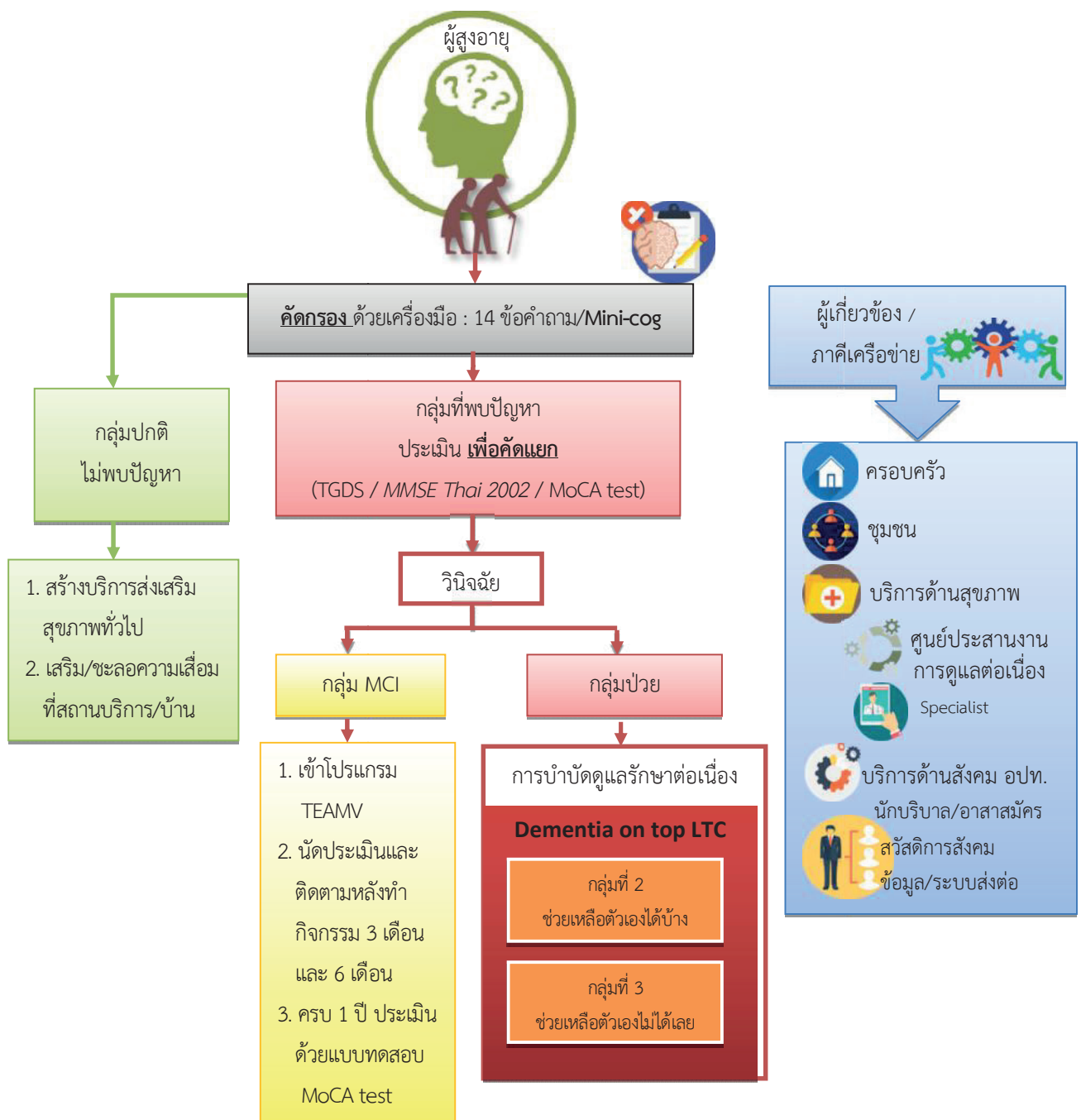
ภาพที่ 2 แนวคิดหลักการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม



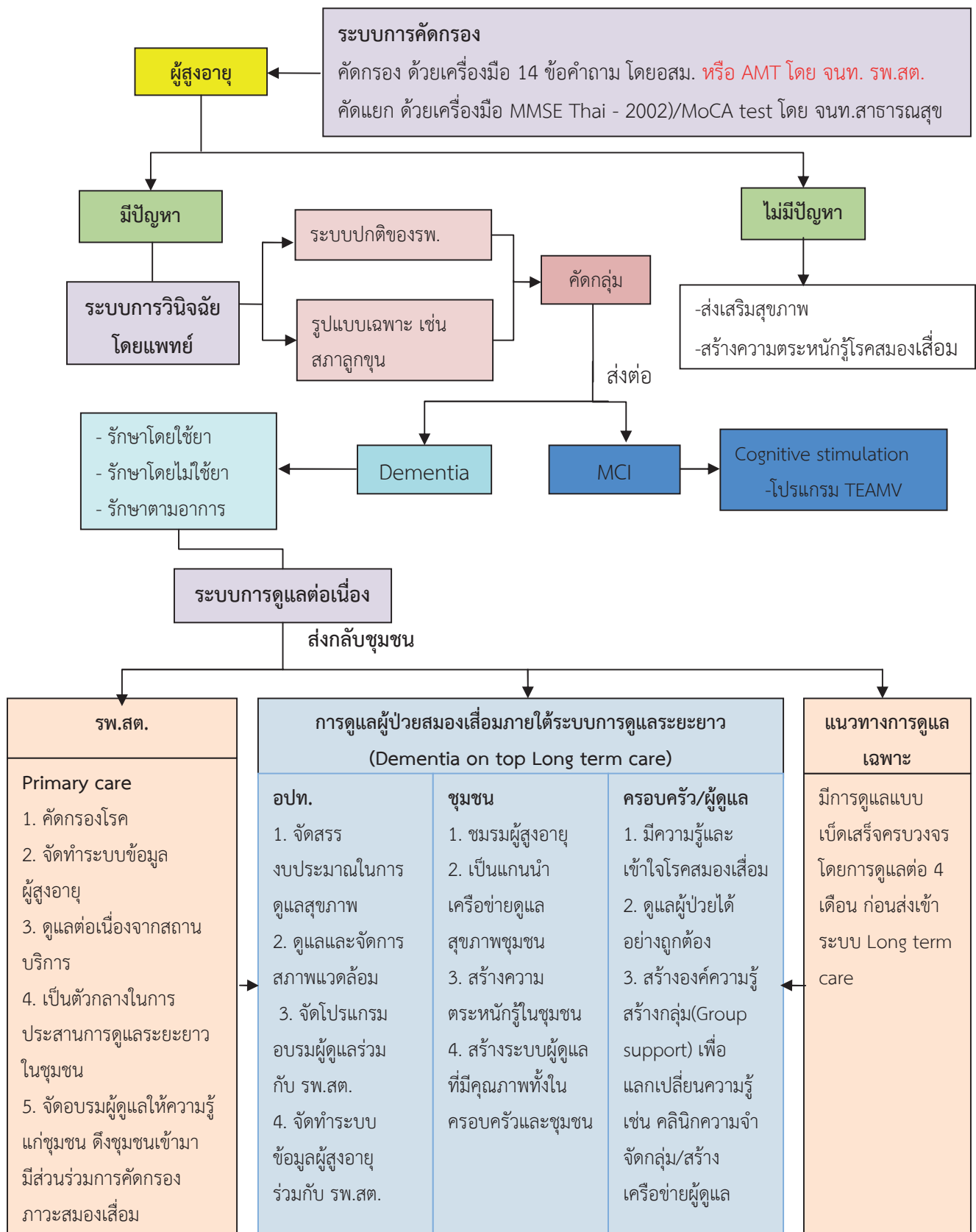
ภาพที่ 3 ความเชื่อมโยงของระบบการดูแลระยะยาวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมบริบทประเทศไทย



ภาพที่ 4 ความเชื่อมโยงของระบบการดูแลระยะยาวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมบริบทประเทศไทย



ภาพที่ 5 การให้แนวทางการเชื่อมโยงการดูแลระยะยาวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
บริบทของประเทศไทย



ภาพที่ 6 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมบริบทของประเทศไทยที่ครอบคลุมผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม

การนำใช้รูปแบบส่วนกลางโดยพื้นที่

การพัฒนาระบบและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในบริบทประเทศไทย โดยการนำใช้รูปแบบระบบการดูแลส่วนกลาง ดำเนินการในพื้นที่ 4 แห่ง คือ อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี และอำเภอกีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการดำเนินงานการดูแลระยะยาว (Long term care) ด้วย

การพัฒนาระบบที่ต้องการโดยพื้นที่ดำเนินการต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2560 จวบจนปัจจุบัน โดยทุกพื้นที่มีหลักการเพิ่มเติมในการพัฒนาพื้นที่ของตนเอง เป็นหลักการที่คำนึงถึง การเป็นระบบที่ครบวงจร มีการดูแลเป็นแบบไร้รอยต่อ (Seamless care) และเป็นการดูแลเฉพาะ (Specialized care) เชื่อมโยงได้กับระบบการดูแลระยะยาว (Long term care) ที่มีอยู่ในพื้นที่ได้ ทั้งนี้โดยให้มีความครอบคลุมประชากรเป้าหมาย ความสะดวกในการเข้าถึง และความเป็นไปได้ในการนำใช้ต่อเนื่อง และที่สำคัญคือต้องสร้างความตระหนักและความร่วมมือของภาคสังคม ท้องถิ่น และประชาชนในพื้นที่ด้วย

ในกระบวนการพัฒนานั้น บุคลากรทั้งทางสุขภาพ ทางสังคม และประชาชนที่เกี่ยวข้องในระบบ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม มีศักยภาพในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และมีการร่วมกันทำงานอย่างเป็นระบบ **บุคลากรทางสุขภาพ** มีความรู้ มีสมรรถนะและทักษะในการใช้เครื่องมือต่างๆ ในการคัดกรองคัดแยกเพื่อค้นหาผู้ที่อาจมีภาวะสมองเสื่อม มีแนวทางในการประเมินเพื่อร่วมในการวินิจฉัยดูแลรักษาส่งต่อ จนถึงมีแนวทางในการดูแลในรูปแบบต่างๆ ดังปรากฏในพื้นที่ ทั้งที่เป็นโปรแกรมเพื่อการป้องกัน และชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม รูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน รวมถึงการสร้างกลุ่มผู้ดูแลในระดับสถานบริการและชุมชนด้วย

สำหรับ**บุคลากรภาคสังคม ท้องถิ่นและชุมชน** ในพื้นที่ที่ร่วมในดำเนินการพัฒนาระบบไม่เพียงการมีความตระหนักในภัยของภาวะสมองเสื่อม และการได้รับความรู้ความเข้าใจในภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นแล้ว ยังมีศักยภาพในการทำงานร่วมกันกับภาคสุขภาพในการดูแลได้อย่างเป็นระบบ ที่สำคัญคือการตระหนักในบทบาทของตน ที่ต้องร่วมมือและทำงานร่วมกัน เพื่อการมีระบบการดูแลที่มีคุณภาพและยั่งยืนในพื้นที่ของตน

ในการดำเนินการ พื้นที่ต่างๆ มีความพยายามที่จะบูรณาการระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมให้สามารถเข้าสู่งานประจำที่มีการดำเนินการอยู่แล้วเพื่อให้การดำเนินงานได้สะดวกและมีประสิทธิภาพ และมีการเทียบเคียงหลักการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกับระบบการดูแลโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินอยู่ตามนโยบายของประเทศ ได้แนวทางที่เป็นไปได้ในการบูรณาการการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมเข้าในงานระบบการดูแลโรคเรื้อรังที่มีอยู่แล้วได้ เพียงการมีนโยบายการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ชัดเจน และมีการพัฒนาความรู้เฉพาะของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัว และเครื่องมือที่ใช้ที่เหมาะสมแล้ว พื้นที่สามารถปรับดำเนินการการดูแลสมองเสื่อมในทิศทางเดียวกันกับการดูแลโรคเรื้อรังอื่นได้ และดำเนินการได้ในทุกระดับของสถานบริการด้วย

ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ตามแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ในครั้งนั้นก่อให้เกิด **ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เป็นรูปธรรม** ในประเทศไทยขึ้น ถือว่าระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ได้เริ่มต้นที่ อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี และอำเภอคีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี และแม้จะเป็นระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเช่นเดียวกัน แต่พัฒนามาจากบริบทและแหล่งประโยชน์ของแต่ละพื้นที่ ดังนั้นระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ถือกำเนิดขึ้น จึงมีส่วนเหมือนส่วนต่างให้ได้ศึกษาเรียนรู้ เทียบเคียง และนำไปเป็นแนวทางเพื่อสร้างระบบและต่อยอดระบบให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

การจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร: บทเรียนรู้จากการดำเนินงานของพื้นที่โดยส่วนกลาง

จากจุดเริ่มต้น **รูปแบบระบบการดูแลส่วนกลาง** ก่อให้เกิดรูปแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรอีก 4 รูปแบบ ที่สะท้อนโมเดลระบบบริการที่พัฒนาขึ้นตามบริบทของพื้นที่ คือ จอหอโมเดล ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองจอหอ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา บ้านฝางโมเดล โรงพยาบาลบ้านฝาง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น คีรีรัฐนิคมโมเดล โรงพยาบาลคีรีรัฐนิคม อำเภอคีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี และลำสนธิพลัสโมเดล อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี

บทเรียนรู้จากการดำเนินงานจากการวิเคราะห์การพัฒนาระบบของทั้ง 4 พื้นที่ ให้ข้อเสนอในการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร ที่พึงประสงค์ในอนาคต ที่ต้องมีความชัดเจน ในแนวคิดการดำเนินงาน กรอบการดำเนินงาน และมีแผนผังการดำเนินการ

แนวคิดการดำเนินงาน

สำหรับแนวคิดการดำเนินงานที่เป็นบทเรียน สามารถนำไปใช้ในการจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้จากพื้นที่และเป็นข้อเสนอของส่วนกลาง มีดังนี้

1. การค้นหาและรักษาดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ตั้งแต่เริ่มต้นหรือในระยะแรกของโรค จะให้ผลลัพธ์การดูแลที่ดีที่สุด
2. การกระตุ้นสมองในรูปแบบต่างๆ ช่วยป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม และในผู้ที่มีปัญหาเล็กน้อยสามารถชะลอการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมได้
3. การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นการดูแลเพื่อให้คงไว้ซึ่งสุขภาพของทั้งผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว เป็นการดูแลที่ต่อเนื่อง ตลอดอายุขัย
4. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ตามบริบทประเทศไทยนั้น ครอบครัวยังคงเป็นหลักในการดูแล แต่ต้องมีโดยการสนับสนุนจากภาคสุขภาพ สังคมและประชาชน ทั้งนี้เพื่อให้ครอบครัวสามารถให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่อง
5. ผู้สูงอายุผู้สูงอายุ ครอบครัว/ผู้ดูแล ต้องได้รับการคุ้มครองทางสุขภาพและสังคม

การมีแนวคิดเช่นนี้ จะทำให้รูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรที่สร้างขึ้น มีคุณลักษณะ ดังนี้

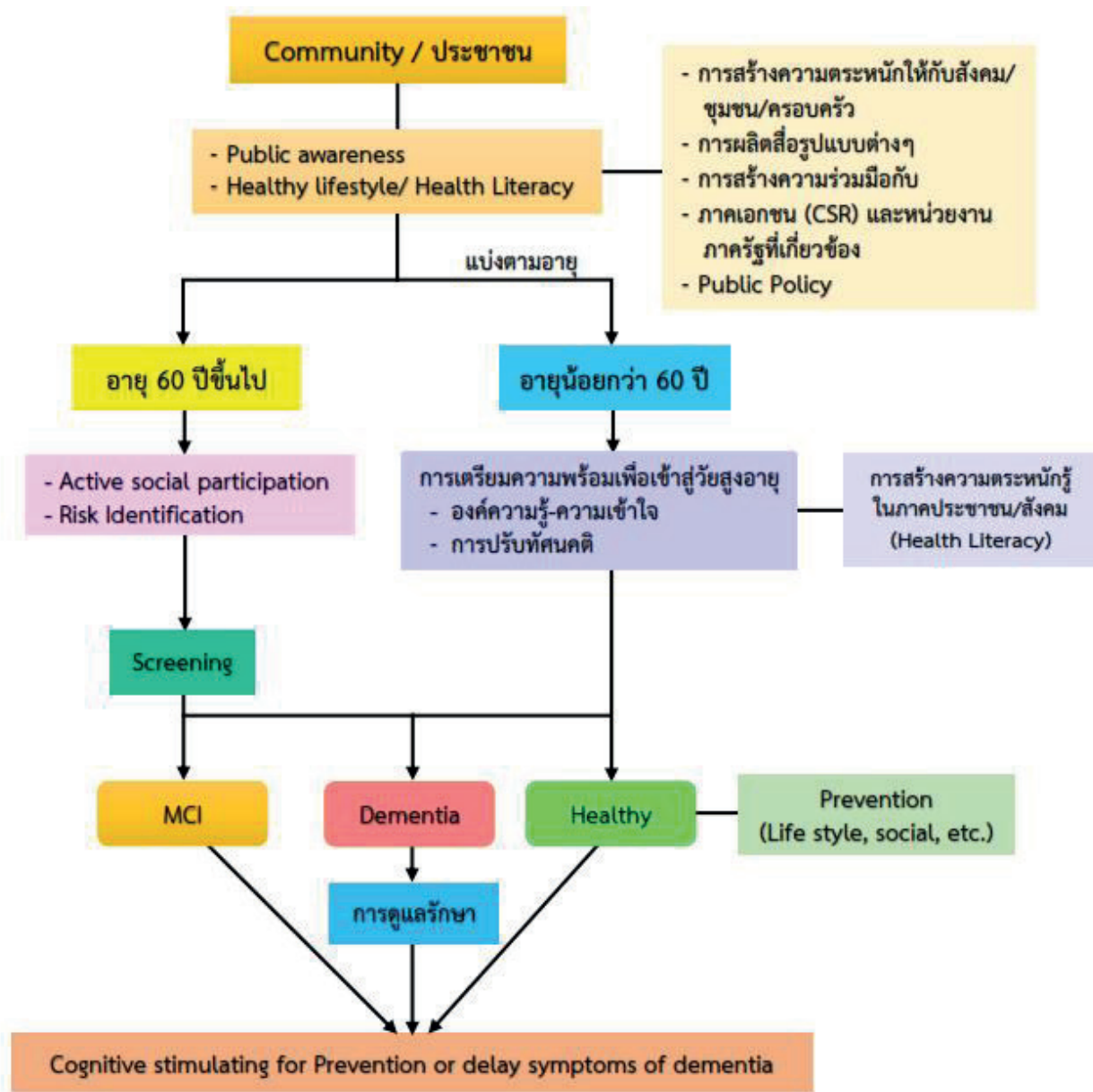
1. ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม **ครบวงจร** คือ **มีระบบการคัดกรองคัดแยก** เพื่อคัดกรองคัดแยกผู้ปกติและผู้ที่มีผิดปกติ เพื่อให้การดูแลป้องกัน และชะลอการเกิด **มีระบบการวินิจฉัยรักษา** แต่เริ่มต้นและต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพและทันการณ์ และ**มีการดูแลต่อเนื่อง** เพื่อให้ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและอย่างมีระบบ
2. ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม **มีความต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ** (Seamless) ในการดำเนินการในระบบย่อยที่มีอยู่
3. ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม **มีช่องทาง**ให้ประชาชน**เข้าถึงบริการได้โดยสะดวก (Access) และ ครอบคลุม (Coverage)** ประชากรกลุ่มเสี่ยงในที่นี่หมายถึงผู้สูงอายุ
4. ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม **เป็นความร่วมมือ**ของทีมสุขภาพ สังคม ท้องถิ่น ชุมชน และสังคม ที่ต้องบูรณาการการทำงานของทีม ทรัพยากร ตลอดจนแหล่งประโยชน์ เพื่อร่วมให้บริการที่มีคุณภาพ ครอบคลุมทั้งมิติกาย สังคม สิ่งแวดล้อม
5. ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม **เป็นการบูรณาการการทำงาน ความร่วมมือและ แหล่งประโยชน์** ในทุกระดับของสถานบริการ คือทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

กรอบและแผนผังการดำเนินงาน

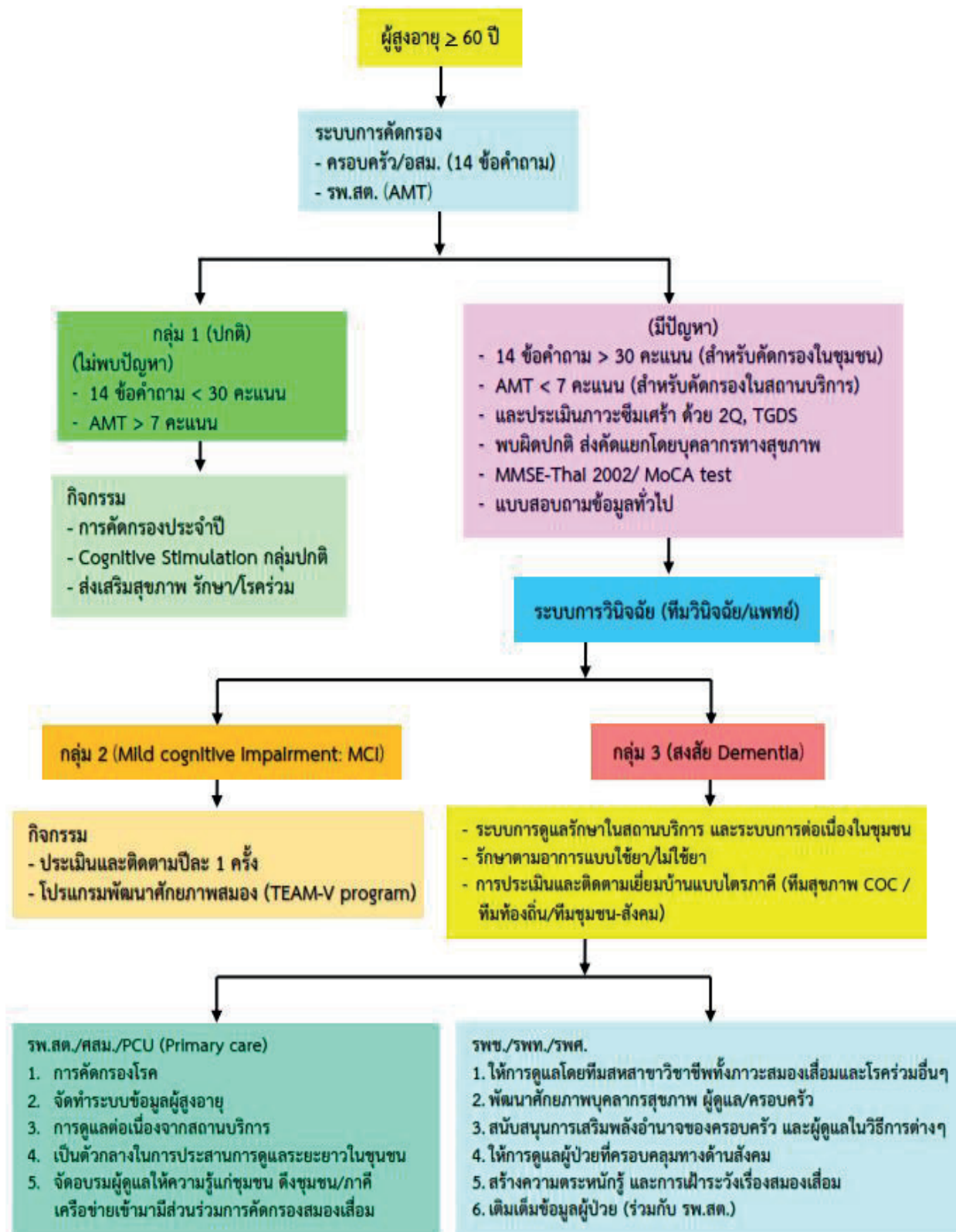
แนวคิดการพัฒนาระบบบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มีผู้นำเสนอ แม้จะเป็นต้นแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (Model of dementia care) ที่เหมาะสม แต่ในการจะนำไปใช้ในพื้นที่ ต้องการการทบทวนความเหมาะสม ความครอบคลุม และความเป็นไปได้ โดยพิจารณาทั้งบริบทที่จะดำเนินการ ต้นทุน ทั้งต้นทุนระบบที่มีอยู่ ต้นทุนบุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งแหล่งประโยชน์ต่างๆ เมื่อการวิเคราะห์สถานการณ์ และต้นทุนตกผลึก และโดยประมวลแนวคิดหลักของการพัฒนาที่มีอยู่ จะทำให้พื้นที่ได้แนวคิดและแนวทางในการดำเนินงาน และแนวคิดและแนวทางนี้จะถูกถ่ายทอดออกมาเป็นกรอบและผังการดำเนินงาน

กรอบและผังการดำเนินงาน ที่สะท้อนการดำเนินการที่ต้องร่วมกันทั้งภาคสุขภาพ ภาคสังคมและภาคประชาชน สะท้อนผู้รับผิดชอบ ขั้นตอนเริ่มดำเนินการจนสิ้นสุดกระบวนการ และระยะที่จะดำเนินการ จะช่วยให้การสร้างระบบของพื้นที่มีความชัดเจน ทั้งการแสวงหาความร่วมมือกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง การจัดการ กำลังคนผู้รับผิดชอบระดับต่างๆ การจัดการงบประมาณ และขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมดที่จะนำไปสู่เป้าหมาย

กรอบและผังการดำเนินงาน ต้องเผยแพร่ให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้รับรู้และเข้าใจ เพื่อความตระหนักในบทบาทและความร่วมมือกัน การมีกรอบและผังการดำเนินงานไว้เบื้องต้นนี้ นอกจากเป็นเสมือนเส้นทางการดำเนินงานแล้ว ยังช่วยในการปึกหมุดหมายการดำเนินงานได้ด้วย ในที่นี้จะนำเสนอตัวอย่างกรอบและผังการดำเนินงานที่ส่วนกลางได้นำเสนอไว้ก่อนเริ่มพัฒนาระบบของพื้นที่



ภาพที่ 7 กรอบการดำเนินการ



ภาพที่ 8 แผนผังการดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร
(Comprehensive dementia care)

รูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร : เพื่อการขยายเครือข่าย

การนำใช้รูปแบบของส่วนกลาง โดยพื้นที่ทั้ง 4 แห่ง ที่เข้าร่วมโครงการทุกพื้นที่พัฒนาการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร โดยปรับประยุกต์การดำเนินงานในพื้นที่ให้คงหลักการ และกระบวนการที่รูปแบบที่ของส่วนกลางกำหนดไว้ และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เครือข่ายการบริการภาคสุขภาพภาคสังคม เครือข่ายภาคประชาชนและวิถีความเป็นอยู่ ตลอดจนพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ จนประสบความสำเร็จในการพัฒนาระบบขึ้น ปรากฏเป็นรูปแบบหรือโมเดลของแต่ละพื้นที่ ที่ผู้ที่สนใจสามารถศึกษาและเรียนรู้ และนำไปพัฒนาขยายต่อยอดได้

โมเดลการดำเนินการของทั้ง 4 พื้นที่ มีความคล้ายคลึง แต่แตกต่างในส่วนของการดำเนินการที่เป็นไปตามบริบทภายใต้ความต่างนี้ สามารถนำเสนอโมเดลตัวอย่าง เพื่อขยายเครือข่ายการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร ออกเป็น 2 กลุ่ม ตามลักษณะการดำเนินการ คือ รูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรที่ดำเนินการในพื้นที่เขตเมือง และรูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรพื้นที่เขตชนบท โดย จอห์นโมเดล ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองจอห์น โรงพยาบาลมหาราช จังหวัดนครราชสีมาจะเป็นตัวอย่างรูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรที่ดำเนินการ ในพื้นที่เขตเมือง (ส่วนที่ 2) โดยมีบ้านผางโมเดล อำเภอบ้านผาง จังหวัดขอนแก่น ศิริรัฐนิคมโมเดล อำเภอศิริรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี ลำสนธิพลโมเดล อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรีเป็นตัวอย่างรูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรที่ดำเนินการในพื้นที่เขตชนบท (ส่วนที่ 3)

การจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร: ในเขตเมืองและชนบท

ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรใน 4 พื้นที่ต้นแบบมีความชัดเจนว่าต่างกันบริบทของสถานบริการสุขภาพ ที่เมื่อวิเคราะห์ลักษณะการให้บริการและลักษณะทางภูมิศาสตร์ของพื้นที่ให้บริการแล้วเป็นบริการตามพื้นที่ 2 รูปแบบ คือ สำหรับพื้นที่เขตเมือง และ สำหรับพื้นที่เขตชนบท

โดยเขตเมือง ในที่นี้จะหมายถึง พื้นที่ชุมชนเมือง ที่มีโรงพยาบาลศูนย์ (ตติยภูมิ) หรือโรงพยาบาลทั่วไป (ทุติยภูมิ) รับผิดชอบให้บริการสุขภาพ โดยมีศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) หรือ หน่วยบริการปฐมภูมิ/PCU ในสังกัดของโรงพยาบาลนั้น ให้บริการระดับปฐมภูมิให้กับประชากรในพื้นที่ชุมชนเมืองนั้น และ เขตชนบท หมายถึง พื้นที่ชุมชนชนบทที่มีโรงพยาบาลชุมชน (ทุติยภูมิ) รับผิดชอบให้บริการสุขภาพ โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) ที่รับผิดชอบ และมีหน่วยบริการปฐมภูมิ/PCU ในสังกัดของโรงพยาบาลเองให้บริการระดับปฐมภูมิให้กับประชากรในพื้นที่ชุมชนชนบทนั้น ซึ่งโดยทั่วไปแล้วเขตชนบทมักจะมีพื้นที่ภูมิศาสตร์ของเขตที่ห่างไกลจากเขตเมืองของแต่ละจังหวัด ซึ่งหมายถึงห่างไกลจากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปประจำจังหวัดนั้น ๆ

จากการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรของพื้นที่ทั้งสี่ โดยอาศัยลักษณะของพื้นที่ดังที่กล่าวแล้ว จะได้รูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ดำเนินการในประเทศขณะนี้ 2 รูปแบบ^[7,12] คือ

1. การจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในเขตเมือง ที่หมายถึง รูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่ดำเนินการให้กับผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่เขตเมือง โดย โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) และ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) หรือ โดย โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) ที่มีศักยภาพในการวินิจฉัยรักษาภาวะสมองเสื่อม และหน่วยบริการปฐมภูมิ/PCU

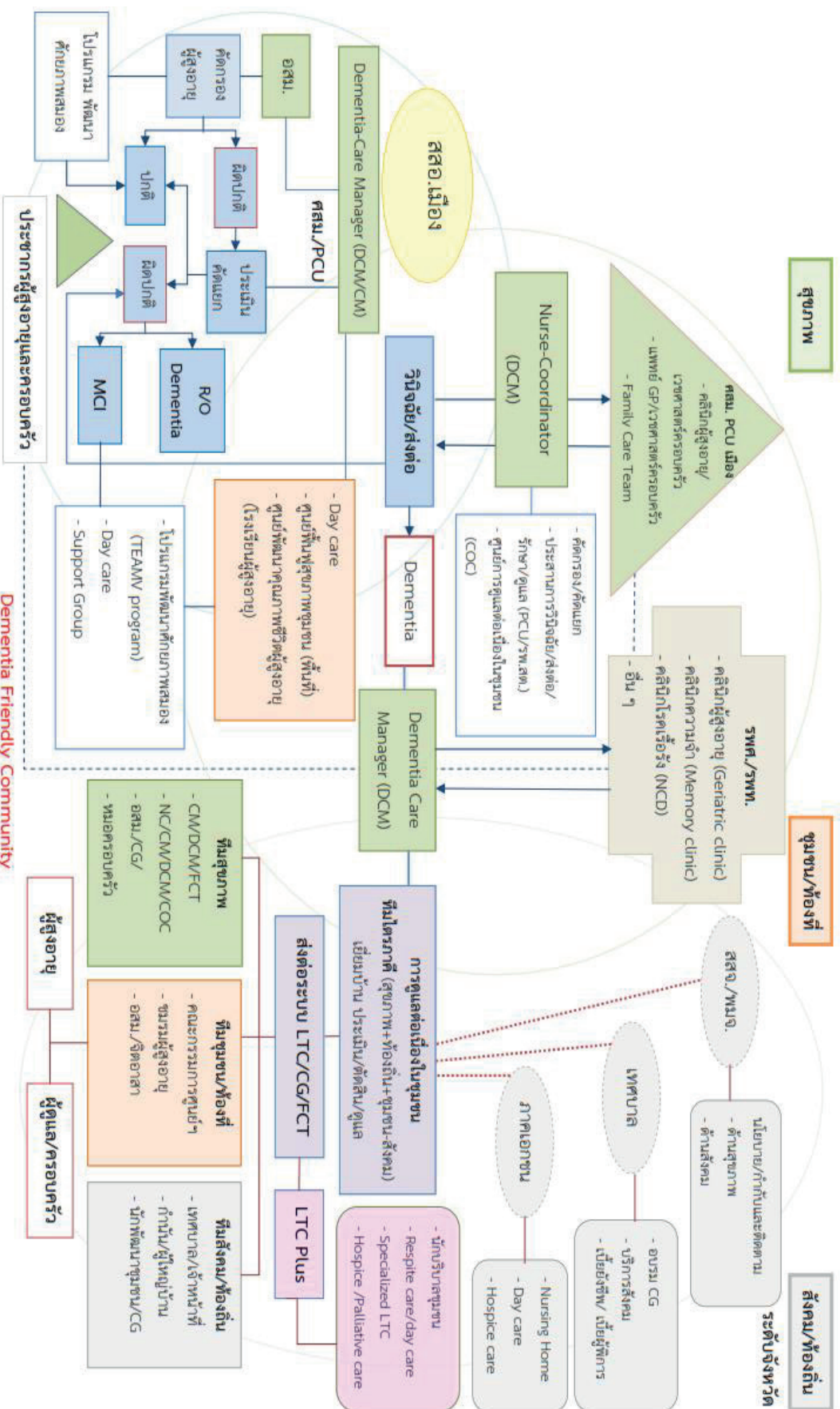
2. การจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในเขตชนบท ที่หมายถึง รูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่ดำเนินการให้กับผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่เขตชนบท โดย โรงพยาบาลชุมชน (ทุติยภูมิ) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สต.รพ) และหน่วยบริการปฐมภูมิ/PCU ในสังกัดของโรงพยาบาลทุติยภูมินั้น โดยการสนับสนุนความร่วมมือของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ผู้เชี่ยวชาญภาวะสมองเสื่อม/สถาบันทางการศึกษา

รูปแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร ที่นำเสนอนี้ เป็นบริการที่ครบวงจร คือ มีระบบการคัดกรอง ระบบการวินิจฉัยและการดูแล และระบบการดูแลต่อเนื่องทั้งในสถานบริการสุขภาพ และชุมชน ต่อเนื่อง โดยเกี่ยวข้องกับระบบการดูแลระยะยาวของพื้นที่นั้นด้วย และทั้งสองรูปแบบต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสุขภาพทั้งสามระดับ แต่ผู้ดำเนินการหลักหรือเจ้าภาพ จะเป็นไปสถานบริการหลักที่รับผิดชอบบริการสุขภาพของเขตพื้นที่นั้น

รูปแบบการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรในเขตเมือง

รูปแบบการจัดการแนวทางการจัดการและกระบวนการดำเนินการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในเขตเมือง ที่ส่วนการวิเคราะห์นำเสนอไว้ในภาพที่ 9 และตารางที่ 1, 2

ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรในเขตเมือง



ภาพที่ 9 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรในเขตเมือง

ตารางที่ 1 แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรในเขตเมือง

การดำเนินงาน	ระดับสถานบริการสุขภาพ	
	ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.)/ PCU (เมือง)	รพท./รพศ.
Primary care		
Screening dementia	✓	—
Patient to confirm diagnosis	✓	✓
Treatment and Intervention	✓	✓
การวางแผน CP	รายบุคคล/รายกลุ่ม	รายบุคคล/ภาพรวม
การทำ CP ร่วมกันทีม รพท./รพศ. ในการดูแลที่มีปัญหาซับซ้อน (Complication) เช่น หกล้ม ประสิทธิภาพการคิดลดลง ผู้ดูแล มีความกังวล เครียด	รายบุคคล/รายกลุ่ม	รายบุคคล/ภาพรวม
Dementia care team การติดตามและประเมิน Outcome	รายบุคคล/รายกลุ่ม	รายบุคคล/ภาพรวม
ระบบ Networking of geriatric care/ Psychiatric care	✓	✓
ระบบ Consultation	✓	✓
ระบบ Refer	✓	✓
Tertiary care		
ระบบการวินิจฉัย : คลินิกผู้สูงอายุ/คลินิกความจำ/ คลินิก NCD เพื่อวินิจฉัยสมองเสื่อม	✓	✓
ระบบการออกใบรับรองผู้พิการ		✓
ระบบ Consultation ร่วมดูแลรักษาในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีความซับซ้อน	✓	✓
ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีความซับซ้อนได้รับการดูแลรักษาจากทีม Tertiary dementia care manager team	✓	✓
Specialized cares and long term care		
Day care/Day Hospital	+/-	+/-
Day center	✓	✓
ชมรมผู้สูงอายุ	✓	✓

ตารางที่ 2 กระบวนการดำเนินการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรในเขตเมือง

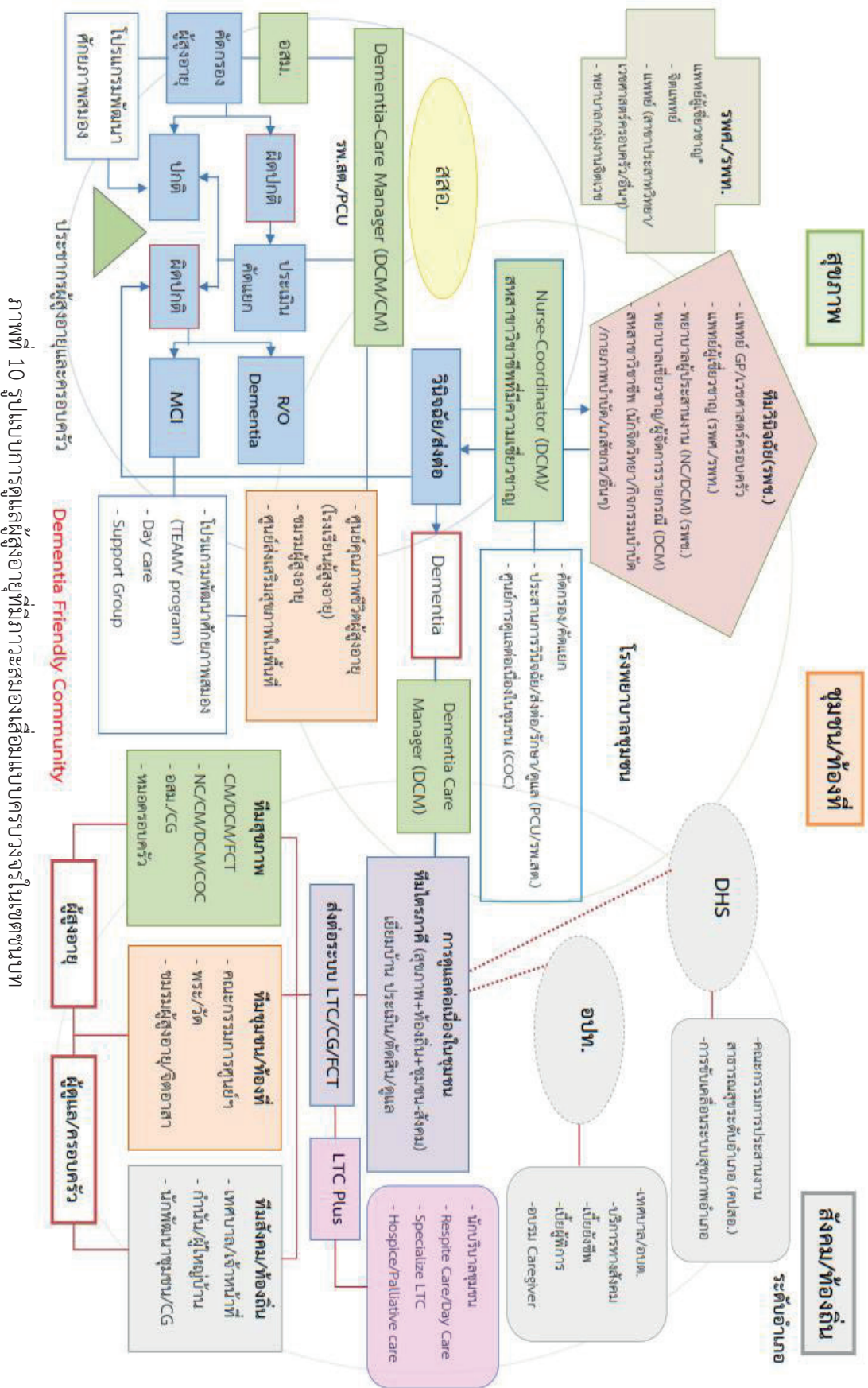
ระดับการดูแล	กลุ่มเป้าหมาย	กระบวนการดำเนินการ	ผลลัพธ์
Primary care (ศสม./PCU เมือง)	กลุ่มปกติ/ กลุ่มทั่วไป	1. การสร้างความตระหนัก/ให้ความรู้ (บุคลากรทีมสุขภาพ/ทีมท้องถิ่น-สังคม/อสม./อผส./ชมรมผู้สูงอายุ-ชุมชน) 2. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง	1. จำนวนคนที่ได้รับความรู้/การอบรมเรื่องสมองเสื่อม 2. จำนวนคนที่สามารถบอกอาการและส่งต่อผู้ที่สงสัยมีภาวะสมองเสื่อมได้ (รวมทั้งมาด้วยตนเอง)
	กลุ่ม MCI	Cognitive stimulation program : โปรแกรม TEAMV) (ทีมสุขภาพและท้องถิ่น-สังคม)	1. ร้อยละของผู้เป็น MCI ได้เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมองต่อเนื่องและครบถ้วน 2. ประเมินแบบทดสอบสภาพสมองมีระดับคะแนนสมรรถภาพสมองที่ดีขึ้น
	กลุ่ม Dementia	1. การประสาน/ส่งต่อเพื่อวินิจฉัยที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ 2. การประสานด้านสิทธิผู้พิการส่งต่อที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิเพื่อออกใบรับรองสิทธิผู้พิการ 3. การดูแลในชุมชนโดย DCM และ CG (ผ่านการอบรมเรื่องสมองเสื่อม) และโดยทีม COC (ทีมสุขภาพ/สังคม/ท้องถิ่น)	1. จำนวน ผู้ผ่านการคัดแยกและนำเข้ากระบวนการวินิจฉัย 2. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการออกบัตรรับรองสิทธิผู้พิการ 3. จำนวนผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับการดูแลต่อเนื่องโดย COC (ทีมสุขภาพ-สังคม-ชุมชน/ท้องถิ่น)
	กลุ่มอื่นๆ	1. การได้รับการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยแยกโรค (ทุกคน) 2. การส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (ทุกคน)	1. จำนวนคนที่ได้รับการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยแยกโรค (ทุกคน) 2. จำนวนคนที่ได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลในชุมชน (ทุกคน)
Tertiary care	กลุ่มผู้ป่วยจาก คลินิกโรคเรื้อรัง (NCD Clinic)	1. กลุ่มผู้ป่วยจากคลินิกโรคเรื้อรังที่ได้รับการส่งต่อมายังคลินิกผู้สูงอายุเพื่อการประเมิน/คัดแยกภาวะ	1. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อทั้งหมด (รายปี)

ระดับการดูแล	กลุ่มเป้าหมาย	กระบวนการดำเนินการ	ผลลัพธ์
	แผนกผู้ป่วยนอก ที่เข้าเกณฑ์การ ส่งต่อเพื่อ ประเมิน/คัดแยก ภาวะสมองเสื่อม	สมองเสื่อม (คน) 2. กลุ่มผู้ป่วยจากคลินิกโรคเรื้อรัง ที่ได้รับการส่งเข้าปรึกษาในคลินิก ผู้สูงอายุ/คลินิกความจำ เพื่อการ วินิจฉัยและดูแล	2. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการคัดแยก และสงสัยมีภาวะสมองเสื่อม และ ได้รับการส่งต่อเพื่อวินิจฉัย 3. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมี ภาวะ MCI และ Dementia
	กลุ่มผู้ที่ผ่านการ คัดแยกและ สงสัยภาวะสมอง เสื่อมที่ส่งต่อมา จากศสม./PCU เมือง	1. รับส่งต่อผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะ สมองเสื่อมเพื่อวินิจฉัยที่ คลินิก ผู้สูงอายุ/คลินิกความจำ/คลินิกNCD 2. การวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ/ประสาท วิทยา/เวชศาสตร์ครอบครัว/ จิตแพทย์) ที่ทีมวินิจฉัย 3. การออกใบรับรองสิทธิผู้พิการ ในรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น สมองเสื่อม 4. การประสานการส่งต่อเพื่อดูแล ต่อเนื่องในชุมชน ระหว่างทีม COC (รพ./ศสม./PCUเมือง 5. การจัดทำฐานข้อมูล และแผน การวินิจฉัย-ดูแลผู้ป่วย (รายบุคคล/ รายกลุ่ม/และภาพรวม) (ในแต่ละ ครั้งและเป็นรายปี)	1. จำนวนผู้ป่วยที่นำเข้าและได้รับ การวินิจฉัยที่คลินิก (จำนวนผู้ป่วย สมองเสื่อม/จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ที่นำเข้าวินิจฉัย แต่ละครั้ง/รายปี) 2. จำนวนผู้ป่วย/ครอบครัวที่ได้รับ การประสานการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัย จากศสม./PCU เมือง ไปที่คลินิก โรงพยาบาล 3. จำนวนผู้ป่วย/ครอบครัวที่ได้รับ/หรือ ปฏิเสธการตรวจวินิจฉัยและส่งต่อเพื่อ การรักษา 4. จำนวนผู้ป่วย/ครอบครัวที่ได้รับ/หรือ ปฏิเสธการออกใบรับรองสิทธิผู้พิการ 5. จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต/ย้ายที่อยู่/และ อื่นๆ

รูปแบบการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรในเขตชุมชน

รูปแบบการจัดการแนวทางการจัดการและกระบวนการดำเนินการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในเขตชุมชน ที่ส่วนกลางวิเคราะห์นำเสนอไว้ในภาพที่ 10 และตารางที่ 3, 4

ระบบการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน



ภาพที่ 10 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรในเขตชนบท

ตารางที่ 3 แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรในเขตชนบท

Process	ระดับสถานบริการสุขภาพ		
	รพ.สต./PCU	รพช.	รพท./รพศ.
Primary care			
Screening dementia	✓	✓	—
Patient to confirm diagnosis	✓	✓	✓
Treatment and Intervention	✓	✓	✓
การวางแผน CP	รายบุคคล/รายกลุ่ม	รายบุคคล/ภาพรวม	รายบุคคล/ภาพรวม
การทำ CP ร่วมกันระหว่าง Specialist และรพช.	รายบุคคล/รายกลุ่ม	รายบุคคล/ภาพรวม	รายบุคคล/ภาพรวม
การติดตามและประเมิน Outcome	รายบุคคล/รายกลุ่ม	รายบุคคล/ภาพรวม	รายบุคคล/ภาพรวม
Secondary care			
การดูแลที่มีปัญหาซับซ้อน (Complication) (เช่น หกล้ม ปรับยา ปัญหาติดเชื้อ ผู้ดูแล มีความกังวล เครียด)	+/-	✓	✓
ระบบ Networking of geriatric care/Psychiatric care	+/-	✓	✓
ระบบ Consultation	✓	✓	✓
ระบบ Refer	✓	✓	✓
ระบบการออกใบรับรองผู้พิการ		✓	✓
ระบบพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยสมองเสื่อมกรณี ยุ่งยากซับซ้อน (รับส่งผู้ป่วยสมองเสื่อมมารับ บริการ) (กรณี BPSD)	—	✓	✓
Specialized care and long term care			
Day care/Day Hospital	—	+/-	+/-
Day center	✓	✓	✓
ชมรมผู้สูงอายุ	✓	✓	✓

ตารางที่ 4 กระบวนการดำเนินการจัดบริการทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร
ในบริบทชุมชน

ระดับการดูแล	กลุ่มเป้าหมาย	กระบวนการดำเนินการ	ผลลัพธ์
Primary care	กลุ่มปกติ/ กลุ่มทั่วไป	1. การสร้างความตระหนัก/ ให้ความรู้ (บุคลากรทีมสุขภาพ/ อสม./ชมรมผู้สูงอายุ/พระภิกษุ) 2. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ เกี่ยวข้อง	1. จำนวนคนที่ได้รับความรู้/การอบรม เรื่องสมองเสื่อม 2. จำนวนคนที่สามารถบอกอาการและ ส่งต่อผู้ที่สงสัยมีภาวะสมองเสื่อมได้ (รวมที่มาด้วยตนเอง)
	กลุ่ม MCI	Cognitive stimulation program : โปรแกรม TEAM-V) (ทีมสุขภาพและสังคม)	1. ร้อยละของผู้เป็น MCI ได้เข้าร่วม กิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมองต่อเนื่อง และครบถ้วน 2. ประเมินแบบทดสอบสภาพสมองมี ระดับคะแนนสมรรถภาพสมองที่ดีขึ้น
	กลุ่ม Dementia	1. การประสาน/ส่งต่อเพื่อวินิจฉัย 2. การประสานด้านสิทธิผู้พิการ 3. การดูแลในชุมชนโดย DCM และ CG (ผ่านการอบรมเรื่องสมอง เสื่อม) และโดยไตรภาคี (ทีม สุขภาพ/สังคม/ท้องถิ่น)	1. จำนวน ผู้ผ่านการคัดแยกและนำเข้า กระบวนการวินิจฉัยใน “ทีมวินิจฉัย” 2. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการออกบัตร รับรองสิทธิผู้พิการ 3. จำนวนผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับ การดูแลต่อเนื่องโดยทีมสุขภาพ-สังคม- ชุมชน/ท้องถิ่น
	กลุ่มอื่นๆ	1. การได้รับการส่งต่อเพื่อวินิจฉัย แยกโรค (ทุกคน) 2. การส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ในชุมชน (ทุกคน)	1. จำนวนคนที่ได้รับการส่งต่อเพื่อ วินิจฉัยแยกโรค (ทุกคน) 2. จำนวนคนที่ได้รับการส่งต่อเพื่อ การดูแลในชุมชน (ทุกคน)
Secondary care	กลุ่มผู้ป่วยจาก คลินิกโรคเรื้อรัง (NCD Clinic) แผนกผู้ป่วยนอก ที่เข้าเกณฑ์การส่ง ต่อเพื่อประเมิน/ คัดแยกภาวะ สมองเสื่อม	1. กลุ่มผู้ป่วยจากคลินิกโรคเรื้อรังที่ ได้รับการส่งต่อมายังคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อการประเมิน/คัดแยกภาวะ สมองเสื่อม (คน) 2. กลุ่มผู้ป่วยจากคลินิกโรคเรื้อรังที่ ได้รับการส่งเข้าปรึกษาใน ทีม วินิจฉัย เพื่อการวินิจฉัยและดูแล	1. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ ทั้งหมด(รายปี) 2. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการคัดแยก และสงสัยมีภาวะสมองเสื่อม และ ได้รับการ ส่งต่อเพื่อวินิจฉัย 3. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมี ภาวะ MCI และ Dementia

ระดับการดูแล	กลุ่มเป้าหมาย	กระบวนการดำเนินการ	ผลลัพธ์
	กลุ่มผู้ผ่านการคัดแยกและสงสัยภาวะสมองเสื่อม	1. การวินิจฉัยโดย ทีมวินิจฉัย 2. การประสานการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยยืนยันภาวะสมองเสื่อมและการแยกโรคที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ (Coaching) 3. การประสานการออกใบรับรองสิทธิผู้พิการ 4. การประสานการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (COC) 5. การจัดทำฐานข้อมูล และแผนการวินิจฉัย-ดูแลผู้ป่วย (รายบุคคล/รายกลุ่ม/และภาพรวม) (ในแต่ละครั้งและเป็นรายปี)	1. จำนวนครั้งของการจัดให้มีการวินิจฉัยโดยทีมวินิจฉัย (จำนวน 2 ครั้ง/เดือน) 2. จำนวนผู้ป่วยที่นำเข้าและได้รับการวินิจฉัยโดย ทีมวินิจฉัย (จำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อม/จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่นำเข้าวินิจฉัยแต่ละครั้ง/รายปี) 3. จำนวนผู้ป่วย/ครอบครัวที่ได้รับการประสานการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ (Coaching) 4. จำนวนผู้ป่วย/ครอบครัวที่ได้รับ/หรือปฏิเสธการตรวจวินิจฉัยและส่งต่อเพื่อการรักษา 5. จำนวนผู้ป่วย/ครอบครัวที่ได้รับ/หรือปฏิเสธการออกใบรับรองสิทธิผู้พิการ 6. จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต/ย้ายที่อยู่/และอื่นๆ
	กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม	การเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (COC) โดยทีมสหสาขาของโรงพยาบาล	1. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีม COC โรงพยาบาล ร่วมกับทีมรพ.สต. 2. จำนวนผู้ป่วยที่มี Care Plan (ทุกคน)
Tertiary care	กลุ่ม Dementia และกลุ่มอื่นๆ	1. การร่วมวินิจฉัยกับ “ทีมวินิจฉัย” 2. การประสาน/การส่งต่อเพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติมที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ (Coaching) 3. การประสานและให้คำปรึกษาเป็นทางการโดยระบบ Tele Med	1. มีระบบบริการที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ และโรงพยาบาลเพื่อการวินิจฉัยแบบ One stop service และดูแลต่อเนื่องแบบเป็นองค์รวม (ฐานข้อมูล/จำนวนผู้ป่วยที่นำเข้าปรึกษาในทีมวินิจฉัย รายครั้งและรายปี) 2. มีฐานข้อมูล/จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับ

ระดับการดูแล	กลุ่มเป้าหมาย	กระบวนการดำเนินการ	ผลลัพธ์
		หรือไม่เป็นทางการ-ทางโทรศัพท์/ ทางไลน์/อีเมล/อื่นๆ) 4. การจัดทำฐานข้อมูลการ ประสานการรับ-ส่งข้อมูลผู้ป่วย เพื่อการให้คำปรึกษา (รายบุคคล/ รายกลุ่ม)	การส่งต่อ/การให้คำปรึกษาเพื่อการ วินิจฉัย/การรักษา/ดูแลเป็นกรณีพิเศษ (รายครั้งและรายปี)

บทสรุป

การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความจำเป็นต้องขยายเครือข่าย เพื่อให้การบริการที่ดีรองรับสังคมสูงอายุที่นับวันจะเข้มข้นขึ้นเรื่อยๆ ประเทศไทยในปัจจุบันนี้ มีระบบการดูแลผู้สูงอายุเกิดขึ้น ใน 4 พื้นที่แล้ว ซึ่งเมื่อถอดบทเรียนเชิงประจักษ์จากพื้นที่ร่วมกับบูรณาการหลักฐานวิชาการแล้ว ทำให้มีแนวคิดหลักการ และแนวทางการดำเนินการสร้างระบบการดูแลที่ประมวลให้เป็นรูปแบบการดูแลเขตเมืองและเขตชนบท ที่พื้นที่ที่สนใจสามารถนำไปขยายผลต่อยอดได้

ส่วนที่ 2

แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร:

ตัวอย่างรูปแบบสำหรับชุมชนเมือง

จอหอโมเดล ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองจอหอ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็นการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร ที่ให้บริการผู้สูงอายุในชุมชนเมือง โดยความร่วมมือซึ่งของภาคสุขภาพ ในสถานบริการระดับปฐมภูมิและตติยภูมิ มีศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง (ศสม.) ที่เป็นสถานบริการระดับปฐมภูมิ และโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลแบบตติยภูมิ

ต้นทุนที่สำคัญของการจัดการดูแลรูปแบบนี้ คือ การมีแพทย์ประจำที่สถานบริการระดับปฐมภูมิ (ศสม.) การมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญภาวะสมองเสื่อมประจำโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่สามารถดำเนินการตรวจวินิจฉัยรักษาและส่งต่อได้รวดเร็ว การเป็นเครือข่ายสังกัดเดียวกันทำให้การประสานการดูแลและความร่วมมือกันระหว่างสถานบริการระดับปฐมภูมิและตติยภูมิ มีขั้นตอนน้อยและค่อนข้างสะดวก ต้นทุนเหล่านี้ส่งเสริมการดำเนินงานตามโมเดลนี้ ทั้งในเรื่องการคัดกรอง การวินิจฉัยรักษา และการดูแลต่อเนื่อง ดำเนินการได้ต่อเนื่องและปราศากรอยต่อ นอกจากนี้ขั้นตอนในการส่งต่อหรือการวินิจฉัยรักษายังคงระบบปกติที่มีดำเนินการอยู่แล้วในพื้นที่ โมเดลนี้เพิ่มภาระให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องไม่มาก ไม่ต้องการการกำหนดหน้าที่และบทบาทใหม่ขึ้นในสายงานบุคลากรยังคงสามารถทำงานในระบบประจำที่ทำอยู่ เพียงแต่จัดการให้มีเส้นทางการดูแล หน้าที่ที่ต้องดำเนินการให้ชัดเจนและเป็นระบบเฉพาะสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

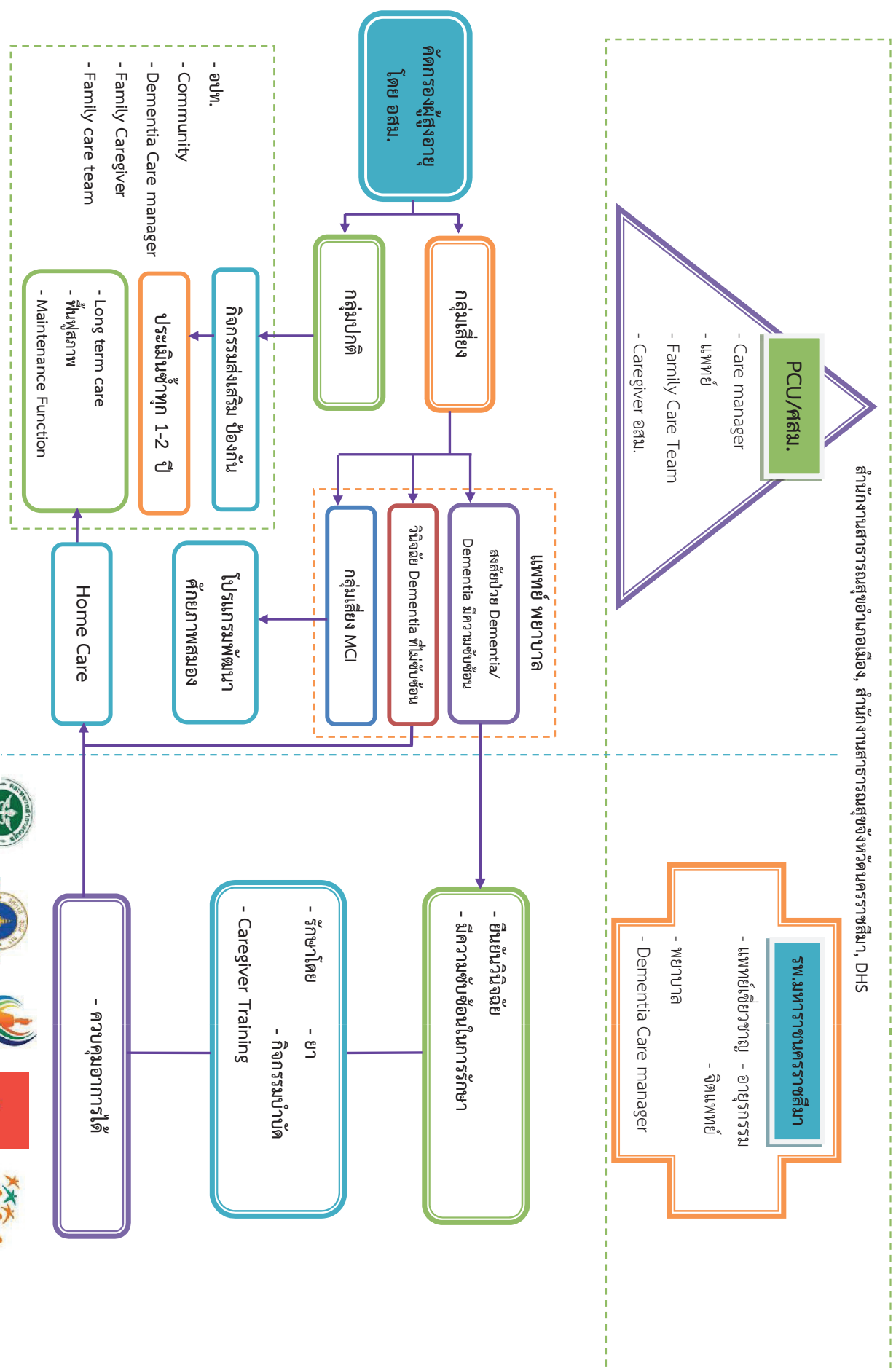
การจัดการดูแลของพื้นที่ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองจอหอ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา นั้น มีการคัดกรอง มีการวินิจฉัยรักษาและการดูแลต่อเนื่อง ทีมงานดำเนินการเป็นไปตามกิจกรรมหรือหน้าที่รับผิดชอบที่เกี่ยวข้อง เป็นการดูแลโดยความร่วมมือของภาคสุขภาพ สังคม ท้องถิ่นและประชาชน ผู้รับผิดชอบ เครือข่าย หน้าที่ในระบบ ตลอดจนความร่วมมือเกี่ยวข้องเชื่อมโยงนั้นนำเสนอเป็น **จอหอโมเดล ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองจอหอ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา** (ภาพที่ 11)

กระบวนการทำงานของภาคสุขภาพ

ตามโมเดลนี้กระบวนการการทำงานที่เกี่ยวกับการคัดกรองจะเป็นบทบาทหน้าที่ของสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ การวินิจฉัยรักษาเป็นบทบาทสถานบริการระดับตติยภูมิ การดูแลต่อเนื่องเป็นบทบาทร่วมกัน โดยการเชื่อมโยงกับระบบที่มีอยู่ที่เป็นแหล่งประโยชน์เดิมในบางส่วน สำหรับบทบาทและ**ความรับผิดชอบ**ในการดำเนินงานตามระดับสถานบริการแสดงไว้ใน ตารางที่ 5

สำหรับการดูแลที่จัดให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนจอหอ หรือชุมชนเมืองของจังหวัดนครราชสีมา นั้น ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มที่มีปัญหาความจำเล็กน้อย และกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม การดูแลเป็นไปตามกลุ่มผู้สูงอายุ โดยศสม. จอหอ มีบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุทั้งสามกลุ่ม ส่วนผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนจะได้รับการดูแลโดยบุคลากรในระดับตติยภูมิ ตารางที่ 6

ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร : จอห์นโมเดล (รพ.มหาวิทยาลัยราชสีห์มา จ.นครราชสีมา)



ระดับปฐมภูมิ

โครงการการพัฒนารูปแบบระบบการดูแลผู้ปวยที่มีภาวะสมองเสื่อมครบ



ระดับตติยภูมิ

ตารางที่ 5 บทบาทและความรับผิดชอบของสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิและตติยภูมิในจอหอโมเดล
ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองจอหอ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

การดำเนินงาน	ระดับสถานบริการสุขภาพ	
	ระดับปฐมภูมิ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) จอหอ	ระดับตติยภูมิ โรงพยาบาล มหาราชนครราชสีมา
Screening dementia	✓	✓ คลินิกผู้สูงอายุ
Patient to confirm diagnosis	—	✓
Treatment and Intervention	—	✓
การวางแผน CP	✓	✓
การทำ CP ร่วมกันทีม รพท./รพศ. ในการดูแลที่มี ปัญหาซับซ้อน (Complication) เช่น หกล้ม ปรับยา ปัญหาติดเชื้อ ผู้ดูแล มีความกังวล เครียด	✓	✓
Dementia care team การติดตามและ ประเมิน Outcome	✓	✓
ระบบ Networking of geriatric care/ Psychiatric care	✓	✓
ระบบ Consultation	✓	✓
ระบบ Refer	✓	✓
ระบบการวินิจฉัย : คลินิกผู้สูงอายุ/คลินิกความจำ/ คลินิกNCD เพื่อวินิจฉัยสมองเสื่อม	—	✓
ระบบการออกไปรับรองผู้พิการ	—	✓
ระบบ Consultation ร่วมดูแลรักษาในผู้ป่วยสมอง เสื่อมที่มีความซับซ้อน	✓	✓
ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีความซับซ้อนได้รับการดูแลรักษา จากทีม Tertiary dementia care manager team	✓	✓
Day care/Day Hospital	✓	—
Day center	✓	—
ชมรมผู้สูงอายุ	✓	✓

ตารางที่ 6 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามจอหอโมเดล ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองจอหอ
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มผู้สูงอายุ	กระบวนการดูแล
Primary care ศสม. จอหอ	กลุ่มปกติ/ กลุ่มทั่วไป	1. การสร้างความตระหนัก/ให้ความรู้ (บุคลากรทีมสุขภาพ/ทีมท้องถิ่น- สังคม/อสม./อพส./ชมรมผู้สูงอายุ-ชุมชน) 2. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง
	กลุ่ม MCI	Cognitive stimulation program : โปรแกรม TEAMV) (ทีมสุขภาพและท้องถิ่น-สังคม)
	กลุ่ม Dementia	1. การประสาน/ส่งต่อเพื่อวินิจฉัยที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ 2. การประสานด้านสิทธิผู้พิการส่งต่อที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ เพื่อออกใบรับรองสิทธิผู้พิการ 3. การดูแลในชุมชนโดย DCM และ CG (ผ่านการอบรมเรื่องสมองเสื่อม) และโดยทีม COC (ทีมสุขภาพ/สังคม/ท้องถิ่น)
	กลุ่มอื่นๆ	1. การได้รับการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยแยกโรค (ทุกคน) 2. การส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (ทุกคน)
Tertiary care	กลุ่มผู้ป่วยจาก แผนกต่างๆ ที่ เข้าเกณฑ์การส่ง ต่อเพื่อประเมิน/ คัดแยกภาวะ สมองเสื่อม	1. กลุ่มผู้ป่วยจากแผนกต่างๆ ที่ได้รับการส่งต่อมายังแผนกจิตเวชเพื่อ การประเมิน/คัดแยกภาวะสมองเสื่อม (คน) 2. กลุ่มผู้ป่วยแผนกต่างๆ ที่ได้รับการส่งเข้าปรึกษาในคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อประเมินและส่งปรึกษาคลินิกจิตเวชผู้สูงอายุให้การวินิจฉัยและรักษา ต่อไป
	กลุ่มผู้ที่ผ่านการ คัดแยกและสงสัย ภาวะสมองเสื่อม ที่ส่งต่อมาจาก ศสม.เมือง	1. รับส่งต่อผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมเพื่อวินิจฉัยที่คลินิกผู้สูงอายุ/ คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ 2. การวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ/ประสาท วิทยา/เวชศาสตร์ครอบครัว/จิตแพทย์) ที่ทีมวินิจฉัย 3. การออกใบรับรองสิทธิผู้พิการในรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นสมองเสื่อม 4. การประสานการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชน ระหว่างทีม COC (รพศ./ศสม./PCUเมือง) 5. การจัดทำฐานข้อมูล และแผนการวินิจฉัย-ดูแลผู้ป่วย (รายบุคคล/ รายกลุ่ม/และภาพรวม) (ในแต่ละครั้งและเป็นรายปี)

ข้อเสนอแนะแนวทางการนำสู่การปฏิบัติ

1. ในการดำเนินงานตามระบบ **ต้องมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร** ให้มีสมรรถนะในงานที่รับผิดชอบ เช่น

อสม. ต้องพัฒนา ความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการใช้แบบคัดกรอง แบบ 14 ข้อคำถาม ตลอดจนวิธีดำเนินการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุให้ได้ประสิทธิภาพ

บุคลากรสุขภาพที่ทำการคัดแยก ต้องมีความความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการใช้แบบประเมินที่เกี่ยวข้อง

แพทย์ที่ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ ควรได้รับการพัฒนาให้สามารถวินิจฉัยกรณีที่ไม่ซับซ้อนได้ ซึ่งจะช่วยลดการคับคั่งของการส่งต่อ และทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่รวดเร็ว

2. ให้มีการ**พัฒนาระบบการส่งต่อและการประสานงาน**ที่ชัดเจน และมีผู้รับผิดชอบหลัก เช่น มีคลินิกผู้สูงอายุ เป็นศูนย์ประสานการส่งต่อ เพื่อการวินิจฉัยและรักษา เพื่อให้การดำเนินงานของระบบต่อเนื่อง เป็นการอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุและญาติในการเข้าถึงบริการ

3. ให้**พัฒนาทีมงานสหวิชาชีพในการดูแล**

4. ให้มี**แผนปฏิบัติการ หรือ Service plan** การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของโรงพยาบาล ซึ่งจะทำให้มีแผนการปฏิบัติงานที่ต่อเนื่องและครอบคลุม ทั้งด้านกำลังคนและงบประมาณ ทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู ได้แก่ การคัดกรองโดยอสม. การคัดแยกกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงโดยเจ้าหน้าที่ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกลุ่มปกติ ป้องกันล้ม, กิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมองและความจำกลุ่มMCI รวมถึงการติดตามดูแลต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยที่บ้าน

5. ให้มีการ**มอบหมายผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน** ทั้งในส่วนที่ดำเนินการโดยทีมสุขภาพ และที่ดำเนินการร่วมกับสหวิชาชีพ

ส่วนที่ 3

แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร:

ตัวอย่างรูปแบบสำหรับชุมชนชนบท

บ้านฝางโมเดล จังหวัดขอนแก่น ศิริรัฐนิคมโมเดล จังหวัดสุราษฎร์ธานี และลำสนธิพลโมเดล จังหวัดลพบุรี เป็นตัวอย่างรูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร ที่ดำเนินการในพื้นที่เขตชนบท ที่มีโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิทำงานด้านสุขภาพร่วมกับรพ.สต. ในความรับผิดชอบ และหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลเอง ซึ่งการประสานงานการดูแลกับโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่เป็นแม่ข่ายนั้นเป็นไปในรูปแบบการส่งต่อรักษา ตามเส้นทางการส่งต่อที่มีการกำหนดไว้แล้ว แต่ความมากมายของขั้นตอนการส่งต่อ อีกทั้งความที่ยาวไกลระยะทาง อาจเป็นอุปสรรคการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพในระดับทุติยภูมิของประชาชน

แม้จะเป็นเขตชนบทเหมือนกัน แต่ต้นทุนและบริบทของแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน ทำให้ทั้งสามโมเดลมีจุดต่าง ที่ควรศึกษา

บ้านฝางโมเดล มีจุดเด่นที่การริเริ่มระบบการวินิจฉัย รักษาและส่งต่อรูปแบบใหม่ ที่เป็นการร่วมมืออย่างใกล้ชิดของบุคลากรสุขภาพของสถานบริการสุขภาพทั้งสามระดับเป็นระบบใหม่ที่มีการวินิจฉัย และรักษาผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ในโรงพยาบาลชุมชน อีกทั้งเป็น One stop service ที่ลดการใช้เวลาในการรักษา เหมาะกับผู้ที่มีความพร้อมในการคิดริเริ่ม ผู้สูงอายุและครอบครัวเข้าถึงง่าย อีกทั้งได้รับรู้เป้าหมายแนวทางการรักษา และหน้าที่ของตนในการดูแลด้วย

ศิริรัฐนิคมโมเดล มีจุดดีที่มีการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่มานาน คนในพื้นที่มีความตระหนักและเข้าใจการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะนี้ จึงมีความร่วมมือที่ดีระหว่างโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ปฐมภูมิ และชุมชน รวมทั้งหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดและอำเภอเป็นเจ้าภาพในการคัดกรองและการดูแลในชุมชน การเข้าถึงการวินิจฉัยรักษาตามศิริรัฐโมเดล มีทางเลือก คือ สามารถทำการวินิจฉัยรักษาได้ในระดับโรงพยาบาลชุมชน โดยความร่วมมือกับแพทย์เฉพาะทางจากโรงพยาบาลศูนย์ที่เป็นจิตอาสาทำให้การวินิจฉัยที่โรงพยาบาลชุมชน และโดยการส่งต่อบริการวินิจฉัยรักษาในระดับโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตประสาท คือโรงพยาบาลสราญรมย์ ได้อีกด้วย

ลำสนธิพลโมเดล มีความน่าสนใจอยู่ที่การบูรณาการการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเข้ากับงานการดูแลระยะยาวที่มีเข้มแข็ง ภายใต้โมเดลลำสนธิ ที่ดำเนินการตามระบบ DHS โมเดลการดูแลระยะยาวที่เพิ่มการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือลำสนธิพลโมเดลนี้ สะท้อนการดูแลที่เป็นต่างจากพื้นที่อื่น คือ ไม่เพียงมีการดูแลในชุมชนเท่านั้น แต่มีการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในสถานบริการ (Institute care) ระดับทุติยภูมิด้วย

1. บ้านฝางโมเดล

ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร บ้านฝางโมเดล ของโรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น เป็นระบบที่ดำเนินการครบวงจรเบ็ดเสร็จในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและปฐมภูมิ ที่เป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลบ้านฝาง มีระบบย่อยภายในอีก 3 คือ 1) **ระบบการคัดกรอง/คัดแยก** ที่ดำเนินการแบบลงแขกลงขัน ดำเนินการโดย อสม./พยาบาลวิชาชีพ 2) **ระบบการวินิจฉัย-บำบัดรักษา-ส่งต่อ** ที่โรงพยาบาลชุมชน โดย “สภาลูกขุน” ที่เป็นการทำงานร่วมกันสถานบริการสุขภาพทั้ง 3 ระดับ โดย “ทีมลูกขุน” แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากสถานบริการระดับตติยภูมิ และแพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชน พยาบาลประจำโรงพยาบาลชุมชนที่ทำหน้าที่ Dementia care coordinator พยาบาลประจำรพ.สต. ที่เกี่ยวข้อง ที่ทำหน้าที่ Dementia care manager หัวหน้ากลุ่ม Dementia care manager สหสาขาวิชาชีพ และนักวิชาการ 3) **ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่อง** โดยพยาบาลประจำรพ.สต. ที่ทำหน้าที่ Dementia care manager เป็นหลักในการ ในผู้สูงอายุในชุมชน ควบคู่กับการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้เกิดการดูแลโดยชุมชนด้วย ในการดูแลอย่างต่อเนื่องนั้น จะครอบคลุมผู้สูงอายุทั้งกลุ่มปกติ ผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อย และกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวด้วย

ระบบที่พัฒนาขึ้นนี้ ยังมีการเชื่อมต่อบริการสุขภาพสามระดับ แต่ไม่ได้เป็นไปตามรูปแบบการส่งต่อตามปกติที่ต้องเป็นไปแบบเป็นลำดับขั้นจากล่างสู่บน (ปฐมภูมิสู่ทุติยภูมิและสู่ตติยภูมิ) และจากบนลงล่างตามขั้นตอนปกติ แต่เป็นรูปแบบบริการที่มีระดับทุติยภูมิเป็นศูนย์กลางระบบการดูแล มีระบบบริการปฐมภูมิเป็นฐานการดูแลแบบองค์รวม ระบบบริการตติยภูมิเป็นผู้สนับสนุนระบบการดูแลระดับทุติยภูมิและระดับปฐมภูมิ ซึ่งสอดคล้องนโยบายระบบสุขภาพอำเภอ (District health) และเป็นรูปแบบบริการใหม่ที่แตกต่างไปจากระบบบริการเดิม อีกทั้งยังมีการนำใช้ทุนศักยภาพของพื้นที่เป็นหลักในชุมชนและโดยชุมชนสำหรับ โมเดลอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น แสดงไว้ใน ภาพที่ 12

กระบวนการทำงานของภาคสุขภาพ

ตามโมเดลนี้กระบวนการการทำงานที่เกี่ยวกับการคัดกรองจะเป็นบทบาทหน้าที่ของสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่หมายถึง รพ.สต และ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชน การวินิจฉัยรักษาเป็นบทบาทสถานบริการระดับทุติยภูมิโดยความร่วมมือของสถานบริการทั้งสามระดับ ด้วยการประสานงานของพยาบาลระดับทุติยภูมิที่ทำหน้าที่ Dementia care coordinator การดูแลต่อเนื่องเป็นบทบาทของพยาบาลระดับปฐมภูมิ ที่ทำหน้าที่ Dementia care manager โดยบูรณาการทำงานร่วมกันของภาคสุขภาพ สังคม ท้องถิ่นและชุมชน สำหรับบทบาทและความรับผิดชอบในการดำเนินงานตามระดับสถานบริการแสดงไว้ใน ตารางที่ 7, 8

ตารางที่ 7 บทบาทและความรับผิดชอบของสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิในบ้านฝางโมเดล

การดำเนินงาน	ระดับสถานบริการสุขภาพ		
	ระดับปฐมภูมิ รพ.สต./PCU	ระดับทุติยภูมิ โรงพยาบาลชุมชน	ระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลศูนย์
Screening dementia	✓	✓	—
Patient to confirm diagnosis	✓	✓	✓
Treatment and Intervention	✓	✓	✓
การดูแลต่อเนื่องในชุมชน	✓	✓ (COC และ สหสาขาวิชาชีพ)	—
ระบบ Consultation	✓	✓	✓
ระบบ Refer	✓	✓	✓
ระบบการออกใบรับรองผู้พิการ	—	✓	—
ระบบพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยสมองเสื่อม กรณียุ่งยากซับซ้อน (รับส่งผู้ป่วยสมอง เสื่อมมารับบริการ) (กรณี BPSD)	—	✓	—
Day center ในชุมชน	✓	✓	—

ตารางที่ 8 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามบ้านฝางโมเดล

ระดับการดูแล	กลุ่มเป้าหมาย	กระบวนการดำเนินการ
Primary care	กลุ่มปกติ/ กลุ่มทั่วไป	1. การสร้างความตระหนัก/ให้ความรู้ (บุคลากรทีมสุขภาพ/อสม./ ชมรมผู้สูงอายุ/พระภิกษุ) 2. การมีกิจกรรมในชุมชนเพื่อให้มีส่วนร่วม 3. การจัดกิจกรรมฟื้นฟูความจำ
	กลุ่ม MCI	Cognitive stimulation program : โปรแกรม TEAMV) (ทีมสุขภาพและสังคม)
	กลุ่ม Dementia	1. การประสาน/ส่งเข้าสถานดูชุมชนเพื่อการวินิจฉัยรักษา 2. การประสานด้านสิทธิผู้พิการ 3. การดูแลในชุมชนโดย DCM และ CG (ผ่านการอบรมเรื่อง สมองเสื่อม) และโดยไตรภาคี (ทีมสุขภาพ/สังคม/ท้องถิ่น)
	กลุ่มอื่นๆ	1. การได้รับการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยแยกโรค (ทุกคน) 2. การส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (ทุกคน)

ระดับการดูแล	กลุ่มเป้าหมาย	กระบวนการดำเนินการ
Secondary care	กลุ่มผู้ป่วยจากคลินิกโรคเรื้อรัง (NCD Clinic) แผนกผู้ป่วยนอกที่เข้าเกณฑ์การส่งต่อเพื่อประเมิน/คัดแยกภาวะสมองเสื่อม	1. กลุ่มผู้ป่วยจากคลินิกโรคเรื้อรังที่ได้รับการส่งต่อมายังคลินิกผู้สูงอายุเพื่อการประเมิน/คัดแยกภาวะสมองเสื่อม 2. กลุ่มผู้ป่วยจากคลินิกโรคเรื้อรังที่ได้รับการส่งเข้าปรึกษาในสภาลูกขุน เพื่อการวินิจฉัยและดูแล
	กลุ่มผู้ผ่านการคัดแยกและส่งสัยภาวะสมองเสื่อม	1. การวินิจฉัยโดยสภาลูกขุน และแพทย์ประจำโรงพยาบาลเป็นหัวหน้าทีมลูกขุน 2. การประสานการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยยืนยันภาวะสมองเสื่อม และการแยกโรคที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ โดย Dementia care coordinator ของโรงพยาบาลชุมชน 3. การประสานการออกใบรับรองสิทธิผู้พิการ 4. การประสานการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (COC) 5. การจัดทำฐานข้อมูล และแผนการวินิจฉัย-ดูแลผู้ป่วย (รายบุคคล/รายกลุ่ม/และภาพรวม) (ในแต่ละครั้งและเป็นรายปี)
	กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม	การเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (COC) โดยทีมสหสาขาของโรงพยาบาล
Tertiary care	กลุ่ม Dementia และกลุ่มอื่นๆ	1. การร่วมวินิจฉัยกับ “ทีมลูกขุน” 2. การประสาน/การส่งต่อเพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติมที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ Dementia care coordinator ของโรงพยาบาลศูนย์ 3. การประสานและให้คำปรึกษาเป็นทางการโดยระบบ Tele Med หรือไม่เป็นทางการ-ทางโทรศัพท์/ทางไลน์/อีเมลล์/อื่นๆ) 4. การจัดทำฐานข้อมูลการประสานการรับ-ส่งข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการให้คำปรึกษา (รายบุคคล/รายกลุ่ม)

ข้อเสนอแนะการดำเนินการระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร : บ้านฝางโมเดล

1. การสร้างเครือข่ายร่วมจัดการดูแล การดำเนินงานในระบบต้องการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ และจากทุกระดับของสถานบริการ
2. การประชาคม เพื่อขยายความคิดการดำเนินการระบบให้กับทุกภาคส่วนในพื้นที่ และสร้างการมีส่วนร่วม โดยตั้งเป้าทำให้ ภาควิชาการ ภาควิชาการที่เกี่ยวข้อง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน/ท้องถิ่นหรือภาคประชาชน รวมทั้งพระสงฆ์ รับรู้การดำเนินงานและร่วมเป็นเจ้าของ เจ้าภาพ เจ้ามือ และเป็นโอกาสที่ใช้ประกาศการร่วมมืออย่างเป็นทางการของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องด้วย
3. คณะกรรมการ เพื่อให้นโยบาย กำกับและดำเนินงาน ควรมีคณะกรรมการและอนุกรรมการ
4. กำหนดพิมพ์เขียวของการดำเนินงาน ด้วยการดำเนินงานในระบบมีภาคีที่เกี่ยวข้องหลายภาคส่วน
5. การจัดทำปฏิทินการดำเนินงาน การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนี้เป็นกิจกรรมที่ต้องต่อเนื่องตลอดไปตราบเท่าที่ยังมีผู้สูงอายุ
6. การพัฒนาบุคลากร เป็นหัวใจสำคัญของการดำเนินงานระบบนี้ บุคลากรที่เกี่ยวข้องในระบบการดูแลต้องได้รับการพัฒนาความรู้และศักยภาพในการปฏิบัติหน้าที่ที่ตนรับผิดชอบ
7. การกำหนด บทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของบุคลากรในระบบการดูแลให้ชัดเจน เช่น พยาบาลที่ทำหน้าที่ Dementia care manager หน้าที่ Dementia care coordinator หน้าที่หัวหน้ากลุ่ม Dementia care manager รวมทั้งบทบาทของสภาลูกขุน ของหัวหน้าทีมลูกขุนและทีมลูกขุน
8. การคืนข้อมูลให้กับประชาชน การให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับรู้ผลการดำเนินการดูแลตามระบบการจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จะทำให้ประชาชนรับรู้ เข้าใจ ความตระหนักถึงการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และมีส่วนร่วมในการดูแล
9. กำหนดเป็น Service plan ของโรงพยาบาล ซึ่งจะทำให้การจัดการดูแล มีการวางแผนจัดการอย่างเป็นระบบ ทั้งด้านกำลังคน งบประมาณและการดำเนินงาน

2. ศีร์รัฐนิคมโมเดล

ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ศีร์รัฐนิคมโมเดล ของโรงพยาบาลศีร์รัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นระบบที่มีดำเนินการครอบคลุมทั้งการคัดกรอง วินิจฉัยบำบัดรักษา และการดูแลผู้สูงอายุ โดยความร่วมมือที่สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยระดับตติยภูมินั้นมีทั้งส่วนของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลสาทรณมย์ที่มีความเฉพาะทางในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่น่าสนใจคือ มีการร่วมมือที่เข้มข้นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอ และภาคประชาชน โดยเฉพาะในขั้นตอนของการคัดกรองผู้สูงอายุในพื้นที่ ทำให้การวางแผนคัดกรองภาวะสมองเสื่อมสามารถดำเนินการไปพร้อมกับการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุประจำปี

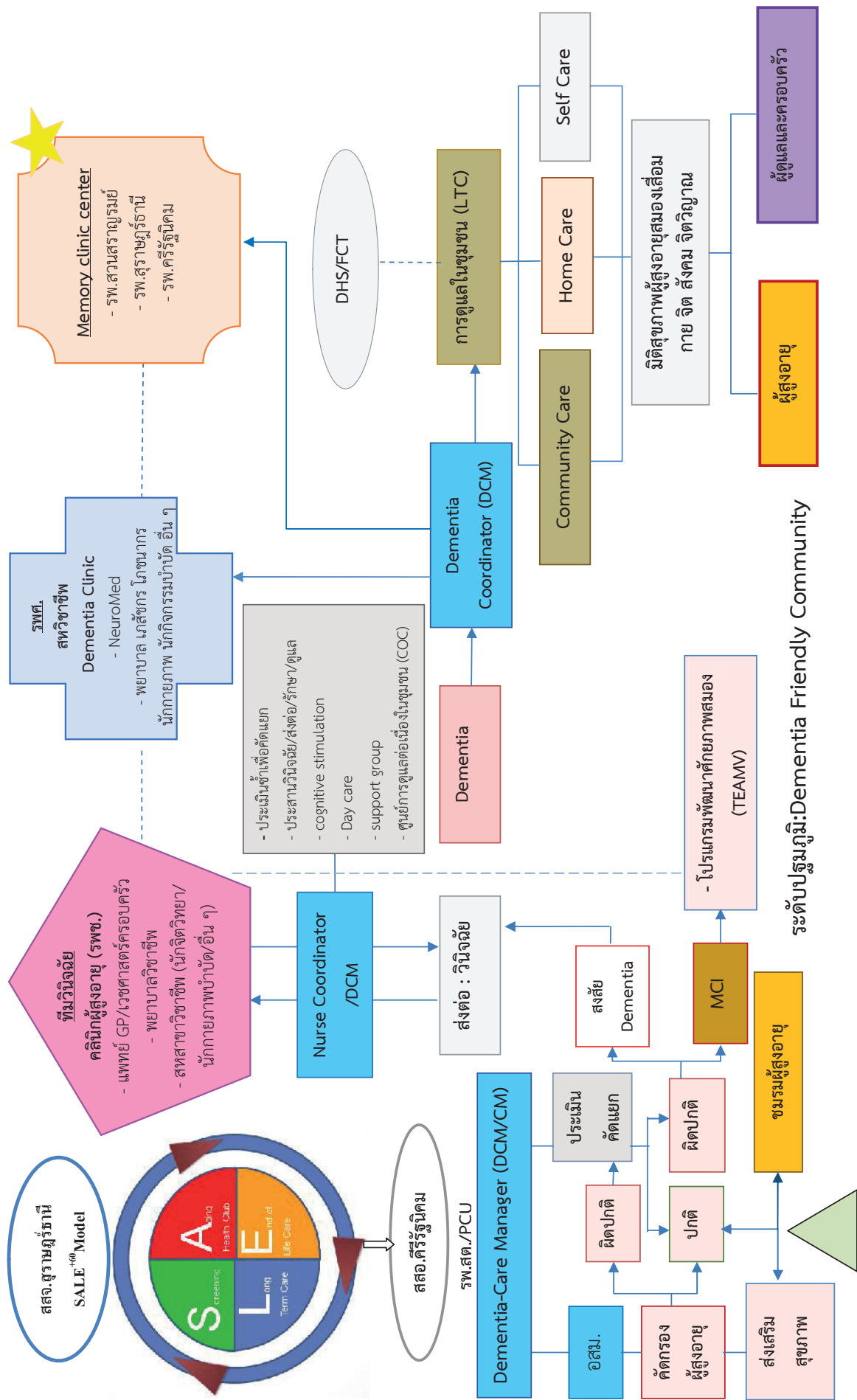
การวินิจฉัยบำบัดรักษาตามโมเดลนี้ ใช้ระบบการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ และผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหา BPSD ได้มีการประสานความร่วมมือในระดับหน่วยงานส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเฉพาะทาง และยังสามารถจัดการวินิจฉัยเองได้ที่โรงพยาบาลชุมชนโดยแพทย์

โรงพยาบาลชุมชน มีพยาบาลวิชาชีพที่เป็น Dementia Care Manager และหรือ Nurse Coordinator เป็นผู้ประสานงานและพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการรับส่งต่อ เพื่อการวินิจฉัย การดูแลรักษา และส่งต่อกลับคืน หน่วยปฐมภูมิและทุติยภูมิ ให้การดูแลต่อไป ในส่วนการดูแลนั้นให้การดูแลตามระบบการดูแลระยะยาวของพื้นที่นั้น (ภาพที่ 13)

กระบวนการทำงานของภาคสุขภาพ

กระบวนการการทำงานตามคิริรัฐนิคมโมเดลนี้ การคัดกรองจะเป็นบทบาทหน้าที่ของสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ รพ.สต. และหน่วยบริการระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชน โดยการประสานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอ และภาคประชาชน และมีการวางแผนคัดกรองภาวะสมองเสื่อมไปพร้อมกับการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุประจำปี การวินิจฉัยรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน โดยผู้ป่วยที่มีอาการในระยะรุนแรงและญาติไม่ต้องการรักษาต่อเนื่อง จะให้การดูแลรักษาในระดับโรงพยาบาลชุมชน และส่งดูแลใน Day care ในกรณีผู้ป่วยและญาติต้องการรักษาต่อเนื่องจะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยการส่งต่อ การประสานงานส่งต่อ และการดูแลในสังคม เป็นบทบาทร่วมของ Nurse Coordinator และ Dementia care manager ในการดูแลนั้น มีการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่ปกติ มีการชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมด้วยโปรแกรมพัฒนาสมองในกลุ่มที่บกพร่องเล็กน้อย และมีการดูแลที่บ้านในชุมชนในกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยดำเนินการตามระบบการดูแลระยะยาวของพื้นที่ ตารางที่ 9, 10

ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: ศิริรัฐนิคมโมเดล (รพ.ศิริรัฐนิคม อ.ศิริรัฐนิคม จ.สุราษฎร์ธานี)



ตารางที่ 9 บทบาทและความรับผิดชอบของสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ
ในคิริรัฐนิคมโมเดล

การดำเนินงาน	ระดับสถานบริการสุขภาพ		
	ระดับปฐมภูมิ รพ.สต./PCU	ระดับทุติยภูมิ โรงพยาบาลชุมชน	ระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลศูนย์
Screening dementia	✓	✓	✓
Patient to confirm diagnosis	✓	✓ (Geriatric clinic)	✓ (Dementia clinic)
Treatment and Intervention	✓	✓	✓
การดูแลต่อเนื่องในชุมชนแบบองค์รวม	✓	✓ (PCT)	
การจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยส่งต่อให้ดูแล ต่อเนื่องชุมชน การประสานรับ-ส่งต่อ จากรพช.	—	✓ (Nurse coordinator)	✓ (Nurse coordinator)
Home care การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย สมองเสื่อม และจัดทำ Care Plan	✓	✓ (CM/CG)	—
การเยี่ยมประเมินปัญหาและความ ต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และ เฝ้าระวัง caregiver burden	✓	✓ (Dementia care manager)	+/-
การประสานงานและการส่งต่อระหว่าง หน่วยงานและครอบครัว	✓	✓ (นักจัดการสุขภาพชุมชน)	✓
ระบบ Consultation	✓	✓	✓
ระบบ Refer	✓	✓	✓
ระบบการออกใบรับรองผู้พิการ		✓	✓
บริการให้คำปรึกษา และ Self care โดยพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลัก การจัดการปัญหา BPSD	✓	✓	✓
Day care ในสถานบริการ	—	✓	—

ตารางที่ 10 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามศิริราชโมเดล

ระดับการดูแล	กลุ่มเป้าหมาย	กระบวนการดำเนินการ
Primary care	กลุ่มปกติ/ กลุ่มทั่วไป	1. การขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ พื้นฟูสมองผ่านกระบวนการ ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ 2. การสร้างความตระหนัก/ให้ความรู้กับประชาชน
	กลุ่ม MCI	Cognitive stimulation program : โปรแกรม TEAMV) (ทีมสุขภาพและสังคม)
	กลุ่ม Dementia	1. เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดย Care manager และ Caregiver 2. วางแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) แนะนำการฟื้นฟู Functional, Cognitive และ Caregiver training 3. สนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อดูแลต่อเนื่องในกลุ่มสมองเสื่อม ระยะสุดท้าย 4. ประสานความร่วมมือกับอปท. ดูแลด้านสังคม สิทธิผู้สูงอายุ เบี้ยยังชีพ เบี้ยผู้พิการ 5. การปรับสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย 6. Self care คือการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลักด้าน การจัดการปัญหา/ BPSD และให้คำปรึกษา
	กลุ่มอื่นๆ	1. การได้รับการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยแยกโรค (ทุกคน) 2. การส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (ทุกคน)
Secondary care	กลุ่มที่ผ่านการคัด กรองที่เข้าเกณฑ์ การส่งต่อเพื่อ ประเมิน/คัดแยก ภาวะสมองเสื่อม	1. ประเมินปัญหาด้านสุขภาพแบบองค์รวม โดยทีมสหวิชาชีพ 2. ประเมินซ้ำผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการรู้คิด ที่รับส่งต่อจากรพ.สต.
	กลุ่มที่ผ่านการคัด แยก และส่งสัย ภาวะสมองเสื่อม	<u>Geriatric clinic</u> 1. การตรวจประเมิน Comprehensive geriatric assessment 2. D/C planning ร่วมกับครอบครัว ผู้ดูแล 3. กิจกรรมส่งเสริมศักยภาพทั้งทางด้าน Functional และ Cognitive 4. การประสานงานส่งต่อกับทีมดูแลในชุมชนและเครือข่าย (COC) เพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง 5. DCM เยี่ยมบ้านเพื่อประเมินปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยและ

ระดับการดูแล	กลุ่มเป้าหมาย	กระบวนการดำเนินการ
		ครอบครัว และเฝ้าระวัง Caregiver burden
	กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ การวินิจฉัยภาวะ สมองเสื่อม	การประสานงานส่งต่อ รพ.สุราษฎร์ธานี เพื่อยืนยันการวินิจฉัย
Tertiary care	กลุ่ม Dementia และอื่นๆ	1. รับ-ส่ง ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชน ผ่านช่องทางพิเศษ ประสานงานผ่าน Nurse - Coordinator และ Care manager 2. ให้บริการ Dementia Clinic ทุกวันอังคาร โดย Multidisciplinary care team 3. จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วย ส่งต่อข้อมูลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมให้ชุมชน เพื่อดูแลต่อเนื่อง 4. ประสานงาน /รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ประเมินปัญหาการ ให้บริการ 5. เก็บรวบรวม วิเคราะห์ ตัวชี้วัดการดำเนินการ 6. พัฒนาศักยภาพการดูแลแก่ทีมสุขภาพและเครือข่าย

ข้อเสนอแนะแนวทางการนำสู่การปฏิบัติ: ศีรีรัฐนิคมโมเดล

1. มีการสร้างความตระหนักในชุมชน และการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาระบบการดูแลสมองเสื่อม ดังนั้นการทำให้ชุมชนเห็นความสำคัญของการพัฒนาระบบมีความรู้และความเข้าใจภาวะสมองเสื่อม จะช่วยในการดูแลที่เหมาะสม
2. มีการจัดการบริการในระบบนี้ ต้องครอบคลุมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพสมอง การชะลอและป้องกันการเกิด และเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาอื่นๆ
3. มีการบูรณาการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเข้ากับการดำเนินงานด้านสาธารณสุขประจำปี เช่น ดำเนินการไปพร้อมกับการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุประจำปี เพื่อลดภาระและขั้นตอนการดำเนินงาน แต่ต้องมีการเลือกใช้แบบฟอร์มที่เหมาะสมเพื่อลดความซ้ำซ้อน
4. มีการคัดกรองที่ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่ม และมีการคัดกรองเชิงรุกในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงหรือมีปัญหาซับซ้อนไม่สามารถเข้าถึงบริการบุคลากรสาธารณสุข
5. มีการจัดกำลังบุคลากร โดยเฉพาะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่เพียงพอ ทำให้การวินิจฉัยรักษามีประสิทธิภาพ
6. มีการพัฒนาระบบส่งต่อที่ดี มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบชัดเจน เป็นความจำเป็นการจัดการระบบ

7. มีการพัฒนาการรูปแบบการดูแลที่หลากหลาย เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้ เช่น การจัดบริการ Day Care ที่จัดบริการดูแลช่วงกลางวันในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ให้การดูแลแบบองค์รวม ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับการแพทย์ทางเลือก

3. ลำสนธิพลัสโมเดล

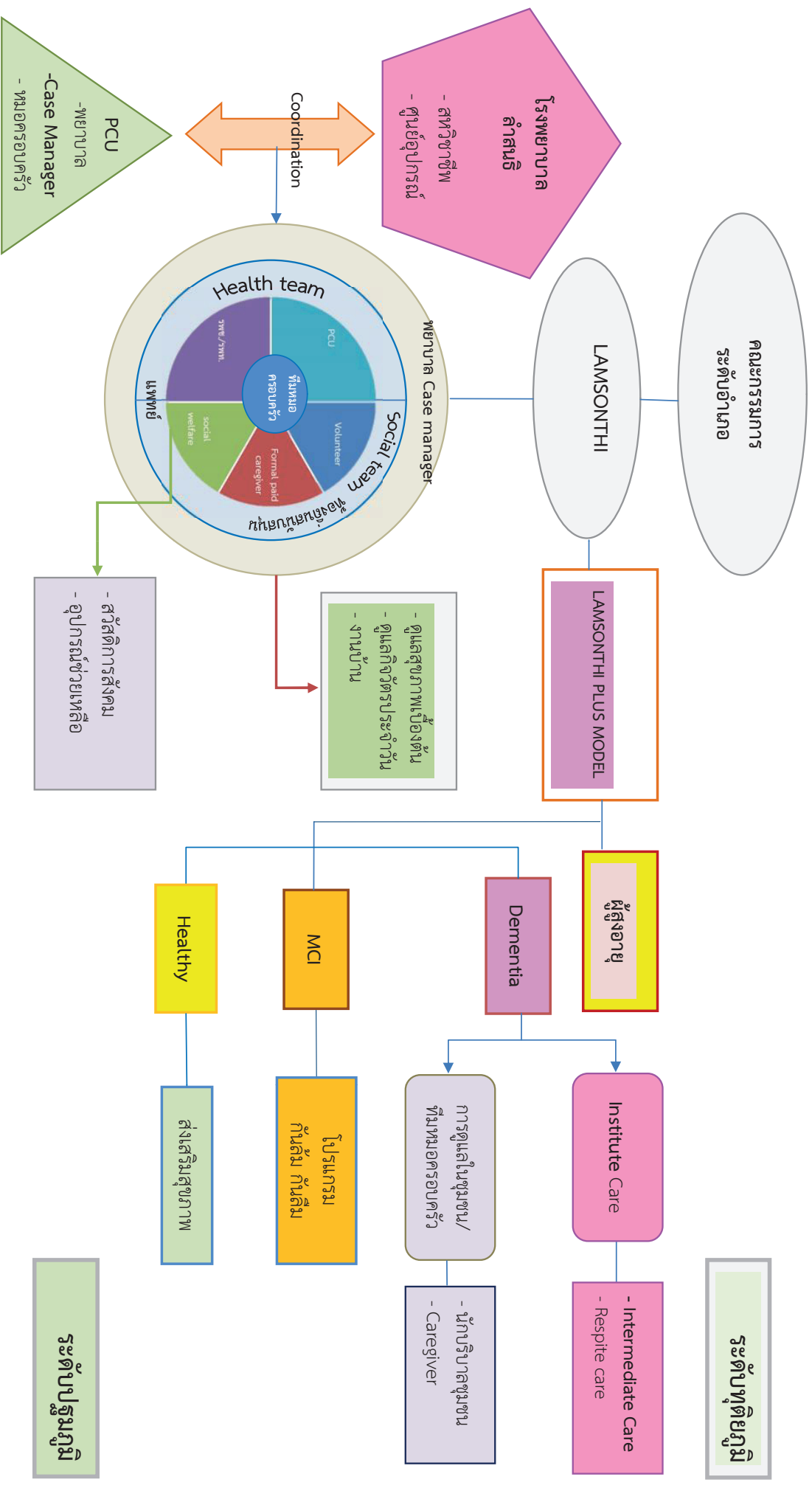
ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร หรือ ลำสนธิพลัสโมเดล ของโรงพยาบาลลำสนธิ จังหวัดลพบุรี เป็นการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมให้เป็นส่วนหนึ่งในระบบการดูแลระยะยาวหรือโมเดล ลำสนธิ ที่มีการดำเนินการตามนโยบายระบบสุขภาพอำเภอ (District health) อย่างเป็นระบบอยู่แล้ว ในลำสนธิพลัสโมเดลมีการดูแลที่ครบวงจร คือมีการคัดกรองคัดแยก การวินิจฉัยรักษา และการดูแลในชุมชน และที่น่าสนใจคือ มีการดูแลในสถาบันหรือในโรงพยาบาลด้วย (ภาพที่ 14)

กระบวนการทำงานของภาคสุขภาพ

กระบวนการการทำงานตามลำสนธิพลัสโมเดลนี้ การคัดกรองจะเป็นบทบาทหน้าที่ของสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ รพ.สต และหน่วยบริการระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชน มีสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ แยกแยะผู้สูงอายุที่ผิดปกติจากการคัดแยก เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะมีการคิดรับรู้บกพร่อง และผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม จากนั้นจะเข้าสู่การวินิจฉัยโดยทีมจิตเวชในโรงพยาบาลทุติยภูมินั้น

ผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม จะได้รับการดูแล กลุ่มปกติได้รับการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มความจำบกพร่องได้รับการโปรแกรมกันลืม กันลื้ม ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะได้รับการดูแลในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว (ตามระบบเดิมที่มีอยู่) และบางกรณีจะได้รับการดูแลในสถาบันหรือในโรงพยาบาลลำสนธิ ดังนั้นการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองจึงดำเนินการเบ็ดเสร็จในสถานบริการระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ตารางที่ 9, 10

ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: ลำสนธิพลัสโมเดล (รพ.ลำสนธิ อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี)



โครงการพัฒนารูปแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร



ตารางที่ 11 บทบาทและความรับผิดชอบของสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ
ในลํานธิพลัสโมเดล

การดำเนินงาน	ระดับสถานบริการสุขภาพ		
	ระดับปฐมภูมิ รพ.สต./PCU	ระดับทุติยภูมิ โรงพยาบาลชุมชน	ระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลศูนย์
Screening dementia	✓	✓	—
Patient to confirm diagnosis	✓	✓	—
Treatment and Intervention	✓	✓	—
การวางแผน CP ในผู้ป่วยสมองเสื่อม	✓	✓	—
การดูแลต่อเนื่องในชุมชน	✓	✓ (ทีมหมอครอบครัว)	—
การดูแลที่มีปัญหาซับซ้อน (Complication)	✓	✓ (Technical care team)	—
ระบบ Networking of geriatric care	✓	✓	—
ระบบ Consultation	✓	✓	✓
ระบบ Refer	✓	✓	✓
ระบบการออกไปรับรองผู้พิการ		✓	
ระบบพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยสมองเสื่อม กรณียุ่งยากซับซ้อน (รับส่งผู้ป่วยสมอง เสื่อมมารับบริการ) (กรณี BPSD)	—	✓ (คลินิกจิตเวช: จิตแพทย์ออกตรวจ)	—
Special community care เช่น การเพิ่มศักยภาพสมอง การฝึกการใช้ กล้ามเนื้อ เช่น การฝึกการใช้มือ การปรับ สภาพสิ่งแวดล้อม เพื่อแก้ไขหรือลด ปัญหา BPSD เพิ่ม social training และ มีนักบริบาลไปช่วยดูแล เพื่อแบ่งเบาภาระ ของผู้ดูแล	✓ (นักบริบาล)	✓	—
Respite care	✓	✓	—
Day Hospital	✓	✓	—
พัฒนาระบบการดูแลแบบ Hospice care		✓	—
ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเชื่อมกับระบบ LTC	✓	✓	—

ตารางที่ 12 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามลำดับขั้นของโรค

ระดับการดูแล	กลุ่มเป้าหมาย	กระบวนการดำเนินการ
Primary care	กลุ่มปกติ/กลุ่มทั่วไป	1. กระตุ้นให้เกิดกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ/การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ 2. การให้ความรู้เบื้องต้นแก่ประชาชนในพื้นที่
	กลุ่ม MCI	นัดมาร่วมแบบนัดหมายในชมรมผู้สูงอายุ โดยมีกิจกรรมกระตุ้นความสามารถของสมองที่เฉพาะเจาะจง อาทิ ด้านความใส่ใจ ความจำ ทักษะการตัดสินใจ มิติสัมพันธ์
	กลุ่ม Dementia	1. การวางแผนการดูแลผู้ป่วยแบบเฉพาะราย (Tailor made) ในแต่ละครอบครัว โดยครอบคลุมทั้งการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เช่น กระตุ้นการรู้คิด การปรับสภาพสิ่งแวดล้อม Caregiver training การดูแลความเครียดของผู้ดูแล และการทำ Advance care plan 2. การดูแลแบบ respite care ที่บ้าน มีนักบริบาลสลับไปช่วยเหลือดูแลในบางวัน เพื่อให้ผู้ดูแลได้ไปพักหรือทำภารกิจส่วนตัวลดภาระที่จะเกิดกับผู้ดูแล
	กลุ่มอื่นๆ	1.การได้รับการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยแยกโรค (ทุกคน) 2.การส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (ทุกคน)
Secondary care	กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม	1. Technical care : ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักโภชนาการ ช่างปรับสภาพบ้าน 2. การร่วมทำ care plan ในผู้ป่วยสมองเสื่อมร่วมกับพื้นที่ 3. การดูแลแบบ Institute care 3.1 การจัดหา /ดัดแปลงอุปกรณ์ 3.2 จัดกิจกรรมทั้ง Cognitive training/stimulation รวมทั้ง Motor-cognitive dual-task training
Tertiary care	กลุ่ม Dementiaและอื่นๆ	รับ-ส่ง ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชน ผ่านประสานงาน

ข้อเสนอแนะการดำเนินการระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: ลำสนธิพลัสโมเดล

ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: ลำสนธิพลัสโมเดลนี้ เป็นระบบที่ต่อยอดมาจากระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เข้มแข็งภายในพื้นที่ แล้วพบปัญหาการดูแลที่ซับซ้อน จึงนำมาสู่การหาความรู้เพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญส่วนกลาง แล้วพัฒนาต่อยอดมาจนเป็นระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: ลำสนธิพลัสโมเดล มีข้อเสนอแนะ โดยใช้ “Plan of care” ดังนี้

P : Plan of system ต้องมีการวางแผนสร้างระบบการดูแลทั้งระดับPrimary care, Secondary care ภายในอำเภอ

L : learn มีการเรียนรู้เพิ่มเติม พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะเพิ่มขึ้น รวมทั้งให้ประชาชนเรียนรู้และเข้าใจในเรื่องสมองเสื่อม

A : Assessment มีการประเมินแยกกลุ่มดี เสี่ยง ป่วย และในกลุ่มป่วยต้องประเมินdelirium, depression ออกก่อนเสมอ ระหว่างการดูแลผู้ป่วยพบปัญหาBPSD ให้แจ้งแพทย์เพื่อแก้ไขเฉพาะ อันที่เป็นปัญหาต่อญาติหรือสุขภาพของผู้ป่วย

N : Network มีการพัฒนาการประสานส่งต่อทั้งจาก Secondary care ไป Tertiary care หรือจาก Secondary careลงสู่Primary care โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพ ใน Secondary care เป็นผู้รับผิดชอบหลัก รวมทั้งขอสนับสนุนจากเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญในส่วนกลาง หรือเครือข่าย Dementia ในระดับMด้วยกัน

O : Other support การดำเนินการต้องได้รับการร่วมมือจากภาคีเครือข่าย รวมถึงผู้สนับสนุนด้าน เงิน คน สิ่งของทั้งจากประชาชน ท้องถิ่น ท้องที่ ส่วนราชการต่างๆ เอกชนทั้งในและนอกพื้นที่

F : Friendly community & environment กระตุ้นให้ร่วมสร้างชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้ภาวะสมองเสื่อม รวมถึงการปรับสภาพบ้าน สิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อผู้ป่วยสมองเสื่อม และญาติผู้ดูแล โดยใช้พื้นฐานความรู้เรื่องสมองเสื่อมในการตัดเสื้อเฉพาะบุคคล

C : Care-staff มี Care-staffหลักในระดับ Secondary care เป็นสหสาขาวิชาชีพ ภายในstaffระดับนี้ มีการskill-mix และเป็นพี่เลี้ยงให้กับstaffในระดับ Primary careด้วย

A : Advance care plan/care plan แบบเฉพาะเจาะจง ผู้ป่วยdementiaนับแต่เริ่มวินิจฉัย ภายใน 2 ปี ต้องได้รับการทำ Advance care plan เพื่อวางแผนการดูแลแต่ละบุคคล เช่นArtificial nutrition and hydration , CPR, Comfort care รวมถึงการวางแผนการก้าวต่อไปของผู้ดูแลหลักหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

R : Respect เป็นการที่ญาติเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยตั้งแต่ยังตัดสินใจได้เอง หรือการที่บุคลากรเคารพการตัดสินใจของญาติในการวางแผนร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย

E : Emotion การจัดการ BPSD R/O delirium, depression รวมถึงความสมดุลทางอารมณ์ ต้องเกิดขึ้นทั้งผู้ให้และผู้รับ

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2559. กรุงเทพฯ: บริษัท ที่ คิว พี จำกัด; 2560.
2. โกมาตร จีงเสถียรทรัพย์ และคณะ. รายงานผลการศึกษาผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ภายใต้วัฒนธรรมไทย พ.ศ. 2556; 2556.
3. WHO. Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. Geneva, Switzerland: WHO; 2017. From: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf;jsessionid=15DCC10A76CBECBDF519E048AA30350E?sequence=1>
4. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ และสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย. สรุปการประชุมระดับกรมเพื่อพัฒนานโยบายการป้องกัน รักษา และดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย ในวันที่ 31 สิงหาคม 2554. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทเดอะกราฟิกโซลูชั่นส์ จำกัด; 2555.
5. สมศักดิ์ ชุณหวิกรม และคณะ. บรรณาธิการ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2553. กรุงเทพฯ: บริษัท ที่ คิว พี จำกัด; 2555.
6. ลัดดา ดำริการเลิศ. ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุทิศทางในอนาคต. เอกสารประกอบการบรรยาย ในการประชุม The 3rd Thailand Elderly Health Service Forum 2018. เชียงราย: ศูนย์ราชการแจ้งวัฒนะ.
7. วรรณภา ศรีธัญรัตน์ ผ่องพรรณ อรุณแสง มยุรี ลีทองอิน สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์ สุทธิพันธ์ สุปินดี นิตดา คำนิยม และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร กรณีศึกษาอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา; 2560.
8. WHO. Proposed action for international regional and national partner: Action area 2: Dementia awareness and friendliness. BE 140/28, 23 December 2016.
9. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการวิจัย ระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท; 2561.
10. HiTAP. อัลไซเมอร์: ต้นทุนที่รัฐควรช่วยแบกรับ. จุลสารปีที่ 2 ฉบับที่ 6 กรกฎาคม-กันยายน 2552.
11. (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์สมองเสื่อมประเทศไทย ฉบับที่ 1 หรือ แผนแม่บทหรือแนวทางการดำเนินงานเรื่องสมองเสื่อม ฉบับที่ 1 กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2569).
12. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย. รูปแบบและระบบการดูแล ผู้ป่วยสมองเสื่อมในบริบทประเทศไทย: โครงการการพัฒนาและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมครบวงจร; 2560.

คณะทำงาน

พัฒนาแนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร

ปรึกษา

อธิบดีกรมการแพทย์

คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

นายกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

คณะทำงาน

นพ.สกานต์ บุนนาค	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
ผศ.พญ.สิรินทร ฉั่นศิริกาญจน	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
รศ.ดร.วรรณภา ศรีธีรัตน์	ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ
รศ.ผ่องพรรณ อรุณแสง	ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ
นพ.บุญชัย ตระกูลขจรศักดิ์	โรงพยาบาลบ้านฝาง
นางกิงกาญจนา เมืองโคตร	โรงพยาบาลบ้านฝาง
นางนุรัตน์ เอื้องศรี	โรงพยาบาลบ้านฝาง
ดร.นิตดา คำนิยม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
พญ.นุชพร อิทธิวิศกุล	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
นพ.วสันต์ ลิ้มปะเจต	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
นางนวลพรรณ พิมพิสาร	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
นางสยมพร ชูชีพ	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
นางขวัญเรือน เสาวภาคย์ไพบุลย์	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
นพ.การุญพงศ์ ภัทรามรุต	สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
นางสาวเกศสุดา เกสรสุคนธ์	โรงพยาบาลลำสนธิ
นางสาวเทพศิรินทร์ อึ้งบรรจง	โรงพยาบาลลำสนธิ
นางสาวเมตตา พุทธมาตร	โรงพยาบาลลำสนธิ
อาจารย์วีณา ลิ้มสกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
นางสุวรรณี นิยมจิตร	โรงพยาบาลศิริราชธน
นางพรทิพา นวลมุสิก	โรงพยาบาลศิริราชธน
นางสาวทิพเนตร งามกาละ	โรงพยาบาลรามาธิบดี
นางสาวพินทิพย์ กาญจนภูมิรินทร์	ศูนย์เรียนรู้และพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจร และบริหารผู้ป่วยระยะท้าย
นางสาวพิชยนันท์ วัฒนวิฑูร	สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

นางนิตีกุล ทองน่วม
นางสาวอรรรรณ คุหา
นางสาวพิมพ์นารา ดวงดี
นางสาวคุณัญญา แก้วภาพ
นางพวงงาม พงศ์จตุรวิทย์
นางสมฤดี เนียมหอม

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

กองบรรณาธิการ

นพ.สกานต์ บุณนาค
ผศ.พญ.สิรินทร ฉันทศิริกาญจน
รศ.ดร.วรรณภา ศรีธัญรัตน์
รศ.ผ่องพรรณ อรุณแสง
นางสาวอรรรรณ คุหา

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ
ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

ออกแบบ/พิมพ์ที่

บริษัท ไชเบอร์พริ้นท์กรุ๊ป จำกัด

959 ซ.สุทธิพร ถ.ประชาสงเคราะห์ แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400 TEL 02-641-9135-8 FAX 02-641-9139

