

แนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
อำเภอองไกรลาค จังหวัดสุโขทัย

Guidelines of Holistic health for the elderly with dementia in
KongKrailat District, Sukhothai Province

ไอลดา ภารกุล
Ilada Pamornkul

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษาแบบ 1 กลุ่มวัดก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และศึกษาระดับความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อำเภอองไกรลาค จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 30 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) และกลุ่มตัวอย่างเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลองไกรลาค จำนวน 15 คน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) และวิเคราะห์ข้อมูลความแตกต่างของคะแนนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า แนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นมีความชัดเจน ครอบคลุม และเหมาะสมกับบริบทชุมชน ส่งผลให้คะแนนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการใช้แนวทางฯ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ($p < .001$) อีกทั้งเครือข่ายสาธารณสุขมีความพึงพอใจต่อแนวทางอยู่ในระดับดีโดยเฉพาะด้านการประสานงานที่ได้รับบริการและอภัยความสนใจของผู้ให้บริการ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การดูแลแบบองค์รวม แนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

Abstract

This quasi-experimental research employed a one-group pretest–posttest design to examine the effects of a holistic health care guideline for older adults with dementia and to assess the satisfaction of community health network providers toward the guideline in Kong Krailas District, Sukhothai Province. The sample consisted of 30 older adults with dementia, selected through purposive sampling, and 15 health network caregivers from Kong Krailat Hospital’s service area. Data were analyzed using descriptive statistics, and differences in holistic health care scores before and after the intervention were examined using a paired t-test.

The results revealed that the developed guideline was clear, comprehensive, and appropriate to the community context. After implementation, the holistic health care scores of older adults with dementia significantly improved across physical, psychological, social, and spiritual dimensions ($p < .001$). In addition, the community health network reported a high level of satisfaction with the guideline, particularly regarding service coordination and the responsiveness of health providers.

Keywords: older adults with dementia, holistic care, holistic health care guideline

บทนำ

ทุกประเทศทั่วโลกกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย คาดว่า จะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.8 การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุนี้เอง ทำให้ประเทศไทยเข้าสู่ สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) ซึ่งเป็นแนวโน้มที่ทุกชาติทั่วโลกหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยองค์การสหประชาชาติ คาดการณ์ไว้ว่าทั่วโลกจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ถึง 1,200 ล้านคนในปี พ.ศ. 2568 และ 2,000 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 หรือคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรโลกทั้งหมด(กรมสุขภาพจิต, 2563) สำหรับ ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 มีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 18.24 ของประชากรทั้งประเทศ และมีแนวโน้ม การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 3.6 ต่อปี (คิดเป็น 400,000 คนต่อปี) ซึ่งตามการคาดประมาณการ ประชากรประเทศไทยของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2562) คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2566 จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 20.66 ของประชากรทั้งประเทศ และในปี พ.ศ. 2578 จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 28.55 ของประชากรทั้งประเทศ การเพิ่มขึ้นอย่าง ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ จำนวนวัยทำงานและวัยเด็กแรกเกิดลดลงย่อมส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศไทย อัตราการพึ่งพิง ในปี พ.ศ. 2560 พบว่า ประชากรวัยทำงาน 100 คน จะต้อง รับภาระประชากรสูงอายุและวัยเด็ก 51 คน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 64 คน ในปี พ.ศ. 2570 ซึ่งปัญหาที่ตามมา ของผู้สูงอายุและมักพบมากกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ คือ ภาวะสมองเสื่อม (dementia) โดยผู้ป่วยจะมีการเสื่อมถอย ความสามารถของสมองในหลายๆด้านเช่น สูญเสียความจำ สมาธิ ความสามารถทางสติปัญญาลดลง คิดและ จำเรื่องที่ปัจจุบันไม่ได้ มีอาการหลงลืมส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันภาวะสมองเสื่อมเป็น ปัญหาสำคัญและพบได้บ่อยในประชากรผู้สูงอายุโดยพบเป็นสัดส่วนโดยตรงกับอายุที่เพิ่มขึ้น อัตราการเกิดโรค นี้ในผู้สูงอายุจะเป็นแบบทวีคูณ โดยพบผู้ป่วยสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 1-2 ในประชากรอายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 8 ในประชากรอายุ 70 - 79 ปี และร้อยละ 50 หรือครึ่งหนึ่งของประชากรที่อายุ 85 ปีขึ้นไป (กรม กิจการผู้สูงอายุ 2564) ซึ่งภาวะสมองเสื่อมนี้ก่อให้เกิดผลกระทบทางสังคม เศรษฐกิจต่อครอบครัวและ ประเทศชาติภาวะสมองเสื่อมนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความคิด ความจำ และความสามารถในการ ตัดสินใจแล้วยังพบว่า มีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วย (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยจากข้อมูล HDC ในปี พ.ศ. 2566 ของจังหวัดสุโขทัยมีประชากร ผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 27.24 จากรายงานการประเมินและคัดกรองสุขภาพจำแนกตามความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยกระทรวงสาธารณสุข ผ่านระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center) พบว่าผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองประเมิน Mini-Cog ร้อยละ 91.50 พบว่าผิดปกติ 767 ราย (HDC, 2566) สำหรับอำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ในปี พ.ศ. 2566 มีประชากรผู้สูงอายุสูงถึง ร้อยละ 20.21 จากรายงานการประเมินและคัดกรองสุขภาพจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวันของผู้สูงอายุ โดยกระทรวงสาธารณสุข ผ่านระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center) พบว่าผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองประเมิน Mini-Cog ร้อยละ 92.17 พบว่าผิดปกติ 326 ราย

(HDC, 2566) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงจำนวนผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มภาวะสมองเสื่อมในระดับที่น่าเป็นห่วง แม้ว่าระบบบริการสุขภาพจะมีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและภาวะสมองเสื่อม แต่ในระดับชุมชน กลุ่มผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัวกลับต้องเผชิญกับภาระในการดูแลอย่างซับซ้อน ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในครอบครัวที่ไม่มีความพร้อมในการดูแลหรือขาดองค์ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อาจนำไปสู่ภาวะเครียด การละเลยการดูแล หรือแม้แต่การเข้าถึงบริการสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับครอบครัวและชุมชนส่วนใหญ่ยังเน้นเฉพาะการดูแลด้านร่างกาย ขณะที่มิติด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของสุขภาพแบบองค์รวม กลับได้รับความสำคัญน้อย หรือขาดแนวทางที่ชัดเจน ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริงได้อย่างครอบคลุม

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้ดูแลที่เป็นเครือข่ายสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน เพื่อเป็นเครื่องมือในการวางแผนการดูแลที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของครอบครัวและชุมชนในพื้นที่ อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย อันจะนำไปสู่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแลของอำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ตามหลักการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care)
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย
3. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของเครือข่ายสาธารณสุขต่อแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบ 1 กลุ่มวัดก่อนและหลัง (One group pre-posttest) การใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่
 - 1.1 ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ประกอบด้วยเพศหญิงและเพศชาย โดยมีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลกงไกรลาศ อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย จำนวน 1,651 คน
 - 1.2 เครือข่ายสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลกงไกรลาศ อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

2.1 ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ประกอบด้วยเพศหญิงและเพศชาย โดยมีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลกโกรลาค อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย จำนวน 30 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power Version 3.1.9.4

เกณฑ์การคัดเข้า

1. คะแนน Thai Mental State Examination (TMSE) $\leq$ 23 คะแนน
2. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก

1. เสียชีวิต

2.2 เครือข่ายสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลกโกรลาค อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย จำนวน 15 คน ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ

เกณฑ์การคัดเข้าคือ

1. อายุ 25 ปีขึ้นไป
2. มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 3 ปี
3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูล

ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยดำเนินการระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึง สิงหาคม 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่

1.1 แนวทางการดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตามแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) และการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สุขภาพ ระยะเวลาในการติดบ้าน/ติดเตียง ผู้ดูแล และโรคประจำตัว

2.2 แบบประเมินการดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ มีรายละเอียดต่อไปนี้

2.2.1 ด้านร่างกาย ใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) เป็นการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แปรผลโดยใช้คะแนนรวมมาวิเคราะห์ตามเกณฑ์ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 พึ่งพาผู้อื่น (0-4 คะแนน) กลุ่มที่ 2 พึ่งพาตนเองได้บ้าง (5-11 คะแนน) และกลุ่มที่ 3 พึ่งพาตนเอง (> 12 คะแนน)

2.2.2 ด้านจิตใจ ใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) จำนวน 9 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับตั้งแต่ 0 (ไม่มีเลย) ถึง 3 (เป็นทุกวัน) แปลผลคะแนนของอาการซึมเศร้าเป็น 4 ระดับ คือ ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก (< 7 คะแนน) น้อย (7-12 คะแนน) ปานกลาง (13-18 คะแนน) และรุนแรง (≥ 19 คะแนน)

2.2.3 ด้านสังคม ใช้แบบประเมินสภาวะความเป็นอยู่และสภาวะทางสังคมของกรมกิจการผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับตั้งแต่ 1 (ไม่มี) ถึง 4 (มีมากที่สุด/เห็นด้วยกับเรื่องที่ประเมินมากที่สุด) แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ มีสภาวะความเป็นอยู่และสภาวะทางสังคมต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (≤ 36 คะแนน) ตามเกณฑ์ปกติ (37-75 คะแนน) และสูงกว่าเกณฑ์ปกติ (≥ 76 คะแนน)

2.2.4 ด้านจิตวิญญาณ ใช้แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของ Paloutizan and Ellison ได้รับการพัฒนาโดย ศ.ดร.นันทิกา ทวิชาชาติและนางชนัดดา ผาสุกมูล จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ประกอบด้วยข้อความที่มีความหมายเชิงบวกคือ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 6 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) สวนข้อความที่มีความหมายเชิงลบคือ 1 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 6 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ มีความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับต่ำ (≤ 77 คะแนน) ปานกลาง (78-101 คะแนน) และสูง (≥ 101 คะแนน)

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) ของผู้สูงที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับตั้งแต่ 1 (พึงพอใจน้อยที่สุด) ถึง 5 (พึงพอใจมากที่สุด) แปลผลคะแนนของความพึงพอใจเป็น 5 ระดับ (Best, 1977) คือ ปรับปรุง (1.00-1.49 คะแนน) ไม่ดี (1.50-2.49 คะแนน) พอใช้ (2.50-3.49 คะแนน) ดี (3.50-4.49) และดีมาก (4.50-5.00 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแนวทางทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) ปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง ส่วนแบบสอบถามความพึงพอใจ นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .85 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเครือข่ายดูแลที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .84 สำหรับแบบประเมินการดูแลสุขภาพองค์รวม 4 ด้าน ก็นำไปทดลองใช้กับผู้สูงที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ เช่นกัน ได้เท่ากับ .90, .88, .80 และ .84 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขสุโขทัย (IRB No. 36/2024) เมื่อวันที่ 26 เมษายน 2567 ซึ่งผู้วิจัยแนะนำตัวและอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถ

จะเข้าร่วมการวิจัย หรือปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการทางสุขภาพที่จะได้รับ ผู้วิจัยชี้แจงว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ที่ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยจะเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น และสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใด ๆ เลย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยคณะกรรมการที่นำทางคลินิกบริการชุมชนเชิงรุก ของโรงพยาบาลกองโกลาสต์ ประกอบด้วยแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันสืบค้นและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัย และวิพากษ์โดยผู้ทรงคุณวุฒิ นำโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) มาบูรณาการให้สอดคล้องกับบริบท

2. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขสุโขทัย เมื่อได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลกองโกลาสต์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขออนุญาตดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเครือข่ายดูแล จำนวน 15 คน ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจง ข้อมูล วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย แนะนำวิธีใช้แนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน

2. กลุ่มตัวอย่างผู้สูงที่มีอายุภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน จะได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และอธิบายขั้นตอนการดำเนินการวิจัยโดยละเอียด ตลอดจนชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย และลงลายมือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการประเมินการดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้ง 4 ด้าน ก่อนได้รับการดูแลฯ หลังจากนั้นให้เครือข่ายสาธารณสุขทำหน้าที่ดูแลตามแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) ดังนี้

2.1 ด้านร่างกาย เพื่อรักษาความสามารถในการเคลื่อนไหว สุขอนามัย และการรับประทานอาหารที่เหมาะสม โดยดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล และดูแลทำกิจกรรมฟื้นฟูสภาพตามปัญหาของผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) การออกกำลังกายเบา ๆ (เช่น เดินช้า ยืดเหยียด กายบริหารง่าย ๆ) วันละ 15–20 นาที อย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ 2) การส่งเสริมโภชนาการ: ติดตามเมนูอาหารและการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ทุกวัน (เช่น บันทึกการกินสัปดาห์ละ 1 ครั้งโดยผู้ดูแล) 3) สุขอนามัยร่างกาย: การดูแลช่องปาก ผิวหนัง การอาบน้ำและการตัดเล็บ อย่างน้อย 2–3 ครั้ง/สัปดาห์ และ 4) การติดตามสุขภาพ: วัดความดันโลหิต น้ำหนัก รอบเอว และสัญญาณชีพทุกเดือน โดยวัดระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL)

2.2 ด้านจิตใจ เพื่อลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและซึมเศร้า โดยจัดกิจกรรม ดังนี้ 1) การฝึกสมอง (memory games, การระบายสี, การเล่นเกม) อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ 2) ดนตรีบำบัด/ศิลปะบำบัด: ฟังเพลงที่ชอบหรือร้องเพลงร่วมกัน 2 ครั้ง/สัปดาห์ 3) การผ่อนคลายความเครียด: เช่น การหายใจลึก ๆ หรือฝึกสติ (Mindfulness) วันละ 10 นาที และ 4) การประเมินอารมณ์/ภาวะซึมเศร้า เดือนละครั้งโดยกลุ่มผู้ดูแล กรณีพบว่ามีปัญหาด้านสุขภาพจิต จะมีการปรึกษาทีมสหสาขาด้านจิตเวชช่วยออกแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อไป โดยวัดผลระดับความซึมเศร้า (9Q)

2.3 ด้านสังคม เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม ลดความโดดเดี่ยว โดยให้กลุ่มเครือข่ายจัดกิจกรรม ดังนี้ 1) กิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน เช่น ร่วมกลุ่มผู้สูงอายุ ทำกิจกรรมวันสำคัญ จัดอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง 2) การเยี่ยมบ้านโดย อสม./เครือข่ายสุขภาพ อย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง 3) การสื่อสารกับครอบครัว เช่น โทรคุย วิดีโอคอล หรือกิจกรรมครอบครัวเล็ก ๆ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง และ 4) กิจกรรมบูรณาการกับโรงเรียน/เยาวชนในชุมชน เช่น ให้เด็กมาอ่านหนังสือหรือร้องเพลงกับผู้สูงอายุ ไตรมาสละ 1 ครั้ง โดยวัดประเมินจากสถานะความเป็นอยู่และสภาวะทางสังคม

2.4 ด้านจิตวิญญาณ เพื่อเสริมพลังใจ และยอมรับความเปลี่ยนแปลงของตนเอง โดยจัดกิจกรรม ดังนี้ 1) การทำกิจกรรมทางศาสนา เช่น สวดมนต์ ฟังธรรม หรือทำบุญ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง 2) กิจกรรมสร้างคุณค่าในตนเอง เช่น การปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์เล็ก ๆ ดูแลสิ่งรอบตัว สัปดาห์ละ 2 ครั้ง 3) การทำสมาธิสั้น ๆ / Mindfulness อย่างน้อย วันละ 5-10 นาที และ 4) กิจกรรมให้ความหมายชีวิต เช่น การเล่าเรื่องราวชีวิต ประสบการณ์ดี ๆ แก่ลูกหลาน/เยาวชน เดือนละ 1 ครั้ง โดยวัดผลความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยดำเนินการตามแนวทางฯ โดยระยะเวลาของกิจกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม ทั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการทดลองตั้งแต่เดือน พฤษภาคม ถึง สิงหาคม 2567

ขั้นที่ 3 ขั้นตอนหลังการทดลอง

1. ประเมินการดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้ง 4 ด้าน หลังได้รับการดูแลแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care)

2. ประเมินความพึงพอใจของเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุต่อแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองใช้แนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นแล้ว ให้นำแบบสอบถามใส่ซองและปิดผนึกส่งคืนผู้วิจัยโดยไม่ระบุชื่อและนามสกุล

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลความแตกต่างของคะแนนประเมินการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม 4 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired t- test)

3. วิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การสรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลอง คือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยแบ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 30 เพศหญิง ร้อยละ 70 ส่วนใหญ่อายุ 81 – 85 ปี (ร้อยละ 22.15) สถานภาพหม้าย (ร้อยละ 66.67) การศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 93.33) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 50) รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท (ร้อยละ 93.33) สุขภาพโดยรวมมีความเจ็บป่วยบ่อย (ร้อยละ 43.33) ระยะเวลาในการติดบ้าน/ติดเตียง 5-10 ปี (ร้อยละ 40) มีผู้ดูแลเป็นลูก/หลาน (ร้อยละ 90) และส่วนใหญ่มักจะมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค (ร้อยละ 50)

2. เปรียบเทียบคะแนนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย พบว่า คะแนนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หลังได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) สูงกว่าก่อนได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ก่อนและหลังได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) ($n = 30$) โดยสถิติ Paired t-test

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t-test	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม						
ด้านร่างกาย	10.17	9.15	12.10	12.02	-4.720	.000
ด้านจิตใจ	17.23	11.96	10.74	13.05	8.502	.000
ด้านสังคม	32.28	9.58	67.75	12.67	7.233	.000
ด้านจิตวิญญาณ	60.56	6.78	93.21	13.71	4.720	.000

* $p < .001$

3. ระดับความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย พบว่า ค่าความพึงพอใจเฉลี่ยทุกด้าน เท่ากับ 3.99 กล่าวได้ว่า เครือข่ายสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลกงไกรลาศ อำเภอกงไกรลาศ

จังหวัดสุโขทัย มีความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) ในระดับดี ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 แสดงระดับความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในกลุ่มของเครือข่ายสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลกงไกรลาศ อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย (n=15)

ความพึงพอใจ	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
ด้านที่ 1 ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่รับบริการ	3.63	0.85	ดี
ด้านที่ 2 ความพึงพอใจต่อการประสานงานที่รับบริการ	4.15	0.75	ดี
ด้านที่ 3 ความพึงพอใจต่ออรรถาธิบายความสนใจของผู้ให้บริการ	4.09	0.65	ดี
ด้านที่ 4 ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับบริการ	4.07	0.93	ดี
ด้านที่ 5 ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้บริการ	4.04	0.75	ดี
ด้านที่ 6 ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ	4.01	0.83	ดี
รวม	3.99	0.79	ดี

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า แนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) ทำให้กลุ่มเครือข่ายสามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบองค์รวมได้มากขึ้น ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ผลการศึกษานี้พบประเด็นสำคัญดังนี้

1. การพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สำหรับการจัดทำแนวทางโดยใช้กรอบคิดการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีแนวทางที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมในการปฏิบัติ การบูรณาการกิจกรรมทั้ง 4 ด้าน เช่น การส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายที่เหมาะสม การกระตุ้นความจำด้วยกิจกรรมง่าย ๆ การจัดกิจกรรมสังคมเพื่อลดการแยกตัว และการเสริมสร้างพลังใจด้วยกิจกรรมทางศาสนา ทำให้การดูแลมีมิติที่ครบถ้วนมากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของพัชรีย์ คมจักรพันธ์ (2562) ที่พบว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องเน้นทั้งมิติทางกายและจิตสังคม เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตและลดการเสื่อมถอยของสมรรถภาพ โดย การเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลและครอบครัวเพื่อให้การดูแลมีคุณภาพมากขึ้นด้วย

2. การเปรียบเทียบคะแนนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า หลังการนำแนวทางไปใช้ คะแนนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการนำแนวทาง แสดงให้เห็นว่าการมีแนวทางที่ชัดเจนและเหมาะสมต่อบริบทชุมชน ช่วยเสริมสร้างทักษะและความมั่นใจให้กับผู้ดูแล ส่งผลให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลนี้สอดคล้องกับ

งานวิจัยของพิศมัย วรรณขามและคณะ (2562) และนวรรตน์ ไชยภูมิและคณะ (2562) ที่ชี้ว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหรือภาวะสมองเสื่อม ควรเน้นการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ ไม่ใช่เพียงด้านร่างกายเท่านั้น

3. ความพึงพอใจของเครือข่ายสาธารณสุขต่อแนวทาง ผลการศึกษาพบว่า เครือข่ายสาธารณสุขมีระดับความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะในด้านความเหมาะสมของเนื้อหา ความเข้าใจง่าย และความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริงในชุมชน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแนวทางดังกล่าวสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ดูแลและบริบทการทำงานในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งยังช่วยสร้างความเชื่อมั่นและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสาธารณสุขในกระบวนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ผลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของพัชรีย์ คมจักรพันธ์ (2562) ที่ชี้ว่าการมีแนวทางที่ชัดเจนและสามารถปรับใช้กับบริบทจริง จะช่วยเพิ่มความพึงพอใจและความร่วมมือของบุคลากรในเครือข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. สามารถนำแนวทางไปใช้ในเขตชุมชนอื่นๆ ที่มีผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เพื่อสามารถดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้แบบองค์รวมได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของการใช้แนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ในระยะยาวโดยมีการติดตามผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ 6 เดือนและ 1 ปี

2. ควรมีการศึกษาโดยแยกกลุ่มตัวอย่างตามระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม เพื่อศึกษาว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมต่างกันตอบสนองต่อการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) แตกต่างกันหรือไม่

3. กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับรุนแรง หรือเป็นผู้สูงอายุมีการตอบสนองต่อการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) ไม่แตกต่างจากก่อนได้รับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) มากนัก ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบอื่นๆ

4. สำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีภาวะด้านซึมเศร้าที่ต้องได้รับการส่งต่อ ควรมีการดูแลเฉพาะทางรายบุคคลในเรื่องของสุขภาพจิตเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง (รูปแบบ APA7t)

- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2564). *มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง)*. (พิมพ์ครั้งที่2). อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *คู่มือส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับเจ้าหน้าที่ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”*(พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กรมอนามัย. (2562). “ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล Barthel ADL Index”. <http://www.anamaimoph.go.th>
- กรมสุขภาพจิต. (2563). *ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ*. กระทรวงสาธารณสุข.
- ชนนาค วรรณพรศิริ, และ วนิดา มาด้วง. (2562). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ต้องขัง ทักษสถานหญิงพิษณุโลก. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 3(1), 8-17.
- นวรรตน์ ไชยมภู. (2562). *รูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ.ในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา*. คณะวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและการเกษตร. มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา.
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์.(2555). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*(พิมพ์ครั้งที่ 3). สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.).
- พิศมัย วรรณขาม, สุทธิพร มูลศาสตร์ และ กฤษณาพร ทิพย์กาญจนธนา. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 35(3), 1-12.
- พัชรี คมจักรพันธ์. (2562). *การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน: แนวคิดการดูแลโดยยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 34(4), 5-18.
- เสาวลักษณ์ ตุงคราวี. (2552). *การประเมินต้นทุน-อรรถประโยชน์ของการใช้ยากลุ่ม Cholinesterase inhibitors ในการรักษาโรคอัลไซเมอร์ระดับรุนแรงน้อยถึงปานกลาง - ฐานข้อมูลการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในประเทศไทย - โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ*
<http://db.hitap.net/theses/1465>
- อุไร หักกิจ และประภาพร ชูกำเนิด. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลที่ผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออก. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35, 1-14.