

CASE MANAGEMENT MODEL FOR OLDER ADULTS WITH DEMENTIA: AN INTEGRATIVE REVIEW

Budsara Hiransaroj, MNS. , Saowaluck Sukpattanasrikul, Ph.D.** , Parpatsorn Pimpasan, MNS.***

Abstract

Objective: The objective of this integrative review was to study the critical components and outcomes of the case management model for older adults with dementia.

Methods: Original research studies published between 2010 and 2020 were searched by electronic databases. Articles were critically reviewed and extracted using an approach based on the QualSyst tool. From fifty-six relevant articles, six articles selected and analyzed in this integrative review.

Results: The critical components of case management model for older adults with dementia included the assessment, planning, coordination, evaluation, service support, and consulting service. The significant outcomes of the case management were classified into the aspects involving the outcomes of older adults with dementia, the family caregivers, and the care system. Furthermore, this illustrated the positive findings of the case management; such as, the better emotional behavior of older adults with dementia, the decreasing of the burden of the family caregivers, which resulted in the upgraded quality of life and the reduced expenses related to the healthcare system.

Conclusion: The results of the study lacked the clarity of outcomes for case management for older adults with dementia, thus, the additional experimental research should be conducted to determine the effectiveness of the case management in Thailand's context.

Keywords: case management, dementia, older adults, integrative review

**Corresponding author: Lecturer, Faculty of Nursing, Mahidol University, e-mail: budsara.hir@mahidol.edu*

***Lecturer, Faculty of Nursing, Mahidol University*

Received: 24 March 2021, Revised: 25 July 2021, Accepted: 29 July 2021

รูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม: การทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ

บุษรา หิรัญสาโรจน์, พย.ม. *, เสาวลักษณ์ สุขพัฒนศรีกุล, ปร.ค. **, ประภัสสร พิมพ์สาร, พย.ม. **

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : การทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบและผลลัพธ์ที่สำคัญของรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

วิธีการศึกษา : สืบค้นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ระหว่างปี 2553 ถึง ปี 2564 โดยใช้ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ทบทวนการวิจัยอย่างเป็นระบบและสกัดงานวิจัยโดยใช้เครื่องมือ QualSyst งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 56 เรื่อง มีงานวิจัยจำนวน 9 เรื่องที่ผ่านการคัดเลือกและนำมาวิเคราะห์ในการทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการครั้งนี้

ผลการศึกษา : องค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบของการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมประกอบด้วย 1) การประเมิน 2) การวางแผน 3) การประสานงาน 4) การประเมินผล 5) การสนับสนุนการบริการ 6) การช่วยเหลือให้คำปรึกษา ส่วนผลลัพธ์ที่สำคัญของการจัดการรายกรณีแบ่งเป็น 1) ด้านผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม 2) ด้านญาติผู้ดูแล 3) ด้านระบบการดูแล นอกจากนี้ยังแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์เชิงบวก เช่น พฤติกรรมอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมดีขึ้น ภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแลลดลง ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ

สรุป : ผลการศึกษายังขาดความชัดเจนของผลลัพธ์การจัดการรายกรณีผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นควรมีการวิจัยเชิงทดลองเพิ่มเติมเพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในบริบทประเทศไทย

คำสำคัญ : การจัดการรายกรณี ภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุ การทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ

*ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, e-mail: budsara.hir@mahidol.edu

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ: 24 มีนาคม 2564, วันที่แก้ไข: 25 กรกฎาคม 2564, วันที่ตอบรับ: 29 กรกฎาคม 2564

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะสมองเสื่อมเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและไม่สามารถรักษาให้หายขาด การดำเนินโรคจะรุนแรงมากขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป กระทั่งผู้ป่วยไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ และก่อให้เกิดภาวะพึ่งพิงตามมา อุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นแบบทวีคูณเมื่ออายุเพิ่มขึ้น องค์การอนามัยโลกรายงานว่าปี ค.ศ. 2015 มีผู้ป่วยสมองเสื่อมทั่วโลกราว 50 ล้านคน คาดว่า จะเพิ่มเป็น 75 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 และเพิ่มสูงขึ้นแบบก้าวกระโดดถึง 132 ล้านคนในปี ค.ศ. 2050 (World Health Organization, 2017) เช่นเดียวกับ จำนวนผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เนื่องจากการเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ของประเทศไทย จากการคาดการณ์ของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม ในปี พ.ศ. 2562 พบว่าประเทศไทยมีผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมสูงถึง 6 แสนกว่าราย (Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute & Institute for Population and Social Research, 2020) ผลกระทบสำคัญของภาวะสมองเสื่อมไม่ได้มีเพียงแต่ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเท่านั้น แต่ยังกระทบต่อคุณภาพชีวิต สุขภาพกาย สุขภาพใจ เศรษฐฐานะของญาติผู้ดูแลและครอบครัวอีกด้วย รวมไปถึงรัฐบาลที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายจากการดูแลรักษาในระบบสาธารณสุขของประเทศที่เพิ่มขึ้น (Case Management Society of America [CMSA], 2016) ซึ่งผลกระทบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบองค์รวม

เป็นสิ่งสำคัญ

การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม พยาบาลต้องอาศัยหลักการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อม ให้แก่ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและญาติผู้ดูแล ตั้งแต่ระยะก่อนการวินิจฉัย จนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต (อาทิตยา สุวรรณ, 2560) ซึ่งบทบาทเหล่านี้ใกล้เคียงกับหลักการการจัดการรายกรณี

การจัดการรายกรณีเป็นกระบวนการร่วมกันในการประเมิน การวางแผน การอำนวยความสะดวก การประสานงาน การประเมินผลและการสนับสนุนทางเลือกและบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการและสุขภาพที่ครอบคลุมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้การสื่อสารและทรัพยากรที่มีอยู่ เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพในการดูแล และได้ผลลัพธ์ที่คุ้มค่า (Wimo et al., 2017) จากการศึกษาประสิทธิผลของการจัดการรายกรณี ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมพบว่าสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดการใช้บริการทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็น ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลดีขึ้น นอกจากนี้การใช้กระบวนการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้เกิดการดูแลชัดเจนและเป็นระบบเชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ ไปจนถึงศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง คาดว่าจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างเป็นรูปธรรม (Hollister, Flatt, & Chapman, 2018) อย่างไรก็ตามรูปแบบและผลลัพธ์การจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะ

สมองเสื่อมที่ผ่านมามีความหลากหลายและแตกต่างกันตามบริบทในระบบบริการสุขภาพ (Iliffe et al., 2019) ทำให้ขาดความชัดเจนในการออกแบบรูปแบบและการวัดผลลัพธ์การจัดการรายกรณีที่เหมาะสมในทางปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่ออธิบายและวิเคราะห์องค์ความรู้ของงานวิจัยย้อนหลัง 10 ปี (พ.ศ. 2553 - 2563) ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบและผลลัพธ์การจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ตามกรอบแนวคิดการจัดการรายกรณี

คำถามการวิจัย

องค์ประกอบและผลลัพธ์ที่สำคัญของรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมควรเป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

การสืบค้นวรรณกรรม

ผู้วิจัยดำเนินการสืบค้นวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ CINAHL, Clinical Key for Nursing, Cochrance, PubMed, และ ThaiJO กำหนดคำสำคัญสำหรับการสืบค้นตามกรอบ PICO ดังนี้ “dementia”, “case management”, “care management”, “case coordination”, “aged”, “older adults”, “outcomes” ใช้คำเชื่อม “AND” และประเมินความเกี่ยวข้องของงานวิจัยจากข้อมูลที่ระบุในชื่อเรื่องและบทคัดย่อ งานวิจัยที่ไม่เกี่ยวข้องและมีชื่อเรื่องซ้ำกันถูกตัดออก

จากการศึกษา

เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก

งานวิจัยที่นำมาทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการในครั้งนี้ต้องมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ

1) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 2) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการรายกรณี 3) งานวิจัยเชิงทดลอง (randomized controlled trials) หรืองานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) 4) ตีพิมพ์ฉบับเต็มเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 – 2563 โดยวิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์และงานวิจัยที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารถูกคัดออกจากการทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการในครั้งนี้

การประเมินคุณภาพ

ผู้วิจัย 2 คนพิจารณางานวิจัยโดยอิสระตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก พร้อมทั้งประเมินคุณภาพของงานวิจัยด้วยเครื่องมือ QualSyst (Kmet, Lee, & Cook, 2004) ประกอบด้วยข้อคำถามสำหรับการประเมินงานวิจัยเชิงปริมาณ จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับ (ตั้งแต่ 0-2 คะแนน) ค่าคะแนนรวมเท่ากับ 28 คะแนน และจะถูกแปลงเป็นคะแนนมาตรฐาน งานวิจัยที่นำมาทบทวนเชิงบูรณาการในครั้งนี้ต้องผ่านเกณฑ์ .55 หลังจากนั้นผู้วิจัย 2 คนพิจารณาคัดเลือกงานวิจัยร่วมกันอีกครั้ง กรณีที่มีความคิดเห็นแตกต่างกัน ผู้วิจัยคนที่ 3 จะเป็นผู้พิจารณาตัดสิน

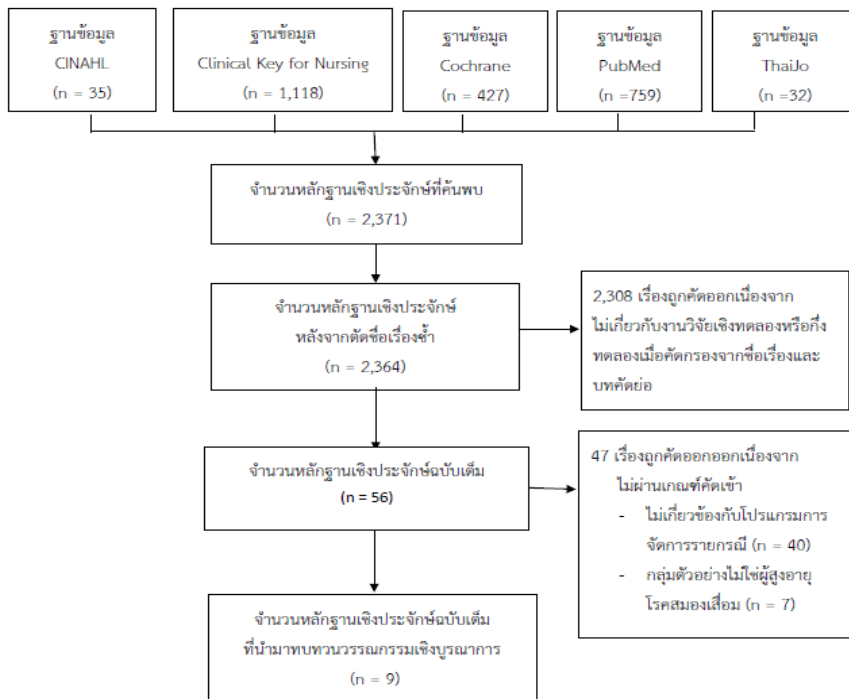
ผลการวิจัย

ผลการสืบค้นงานวิจัยเชิงปริมาณและเชิง

คุณภาพที่เกี่ยวกับการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม พบทั้งหมด 2,371 เรื่อง ผู้วิจัยคัดงานวิจัยที่มีชื่อเรื่องซ้ำออกจากการศึกษา หลังจากนั้นประเมินความเกี่ยวข้องของงานวิจัยในขั้นต้นจากการอ่านชื่อเรื่องและบทคัดย่อจำนวน 2,364 เรื่อง พบงานวิจัยจำนวน 2,308 เรื่อง ถูกคัดออกจากการทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ เนื่องจากไม่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง คงเหลืองานวิจัยฉบับเต็มจำนวน 56 เรื่อง จากการอ่านวิจัยฉบับเต็มทั้งหมด พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ

การจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจำนวน 9 เรื่อง ดังแสดงในภาพที่ 1

งานวิจัยที่นำมาทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการทั้งหมด เป็นงานวิจัยเชิงทดลองจากต่างประเทศ ร้อยละ 55.56 (n = 5) ศึกษาในสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 22.22 (n = 2) ศึกษาในเนเธอร์แลนด์ ร้อยละ 11.11 (n = 1) ศึกษาในเยอรมัน และร้อยละ 11.11 (n = 1) ทำการวิจัยในสาขารัฐประชาชนจีน ตามลำดับ



ภาพที่ 1 ผลการสืบค้นงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

องค์ประกอบของรูปแบบการจัดการรายการณี

ผู้จัดการรายการณี ร้อยละ 55.56 (n = 5) เป็นกลุ่มวิชาชีพ คือ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแล ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสมองเสื่อม นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด ร้อยละ 44.44 (n = 4) เป็นกลุ่มที่ไม่ใช่วิชาชีพคือ อาสาสมัคร ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายการณีมีความแตกต่างขึ้นอยู่กับระบบบริการสุขภาพในแต่ละประเทศ โดยพบว่างานวิจัยในสหรัฐอเมริกาเป็นอาสาสมัครหรือนักสังคมสงเคราะห์ ส่วนงานวิจัยในเนเธอร์แลนด์และเยอรมันเป็นพยาบาล สำหรับสาธารณรัฐประชาชนจีนมีนักกิจกรรมบำบัดเป็นผู้จัดการรายการณี

รูปแบบการจัดการรายการณี งานวิจัยทั้งหมดเริ่มต้นด้วยการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ร้อยละ 77.78 (n = 7) ใช้วิธีการเยี่ยมบ้านเป็นหลัก เพื่อวางแผนและออกแบบการดูแลเฉพาะรายบุคคลตามลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการในการดูแล ผู้จัดการรายการณีร้อยละ 66.67 (n = 6) ทำหน้าที่ให้ความรู้ เสริมสร้างกลยุทธ์ และการฝึกฝนทักษะที่เกี่ยวข้องให้แก่ญาติผู้ดูแล และทุกงานวิจัยมีการประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ และองค์กรที่เกี่ยวข้องในการดูแล ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 44.44 (n = 4) มีการแนะนำแหล่งประโยชน์ในชุมชน ร้อยละ 66.67 (n = 6) มีการให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์หรือนัดพบ และงานวิจัยทั้งหมดมีการติดตามผลการดำเนินการ โดยร้อยละ 55.56 (n = 5) ใช้การโทรศัพท์ติดตามประเมินผล

ผลการศึกษารูปแบบการจัดการรายการณี งานวิจัยส่วนใหญ่พบว่า ระดับการรู้คิด ภาวะซึมเศร้า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ใช้รูปแบบการจัดการรายการณีไม่มีความแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($p > .05$) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง พบว่าพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมดีขึ้นหลังเข้าร่วมกิจกรรมการจัดการรายการณี (Chodosh et al., 2015; Thyrian et al., 2017) สำหรับผลการศึกษาที่เกิดขึ้นในกลุ่มญาติผู้ดูแลพบว่า การจัดการรายการณีช่วยลดภาระในการดูแล (Thyrian et al., 2017) ลดความต้องการในการดูแล (Vroomen et al., 2015) และสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล (Chodosh et al., 2015; Vroomen et al., 2015) นอกจากนี้การจัดการรายการณีสามารถลดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้ (Willink et al., 2020) ดังแสดงในตารางที่ 1

ผลลัพธ์ของการจัดการรายการณี

การประเมินผลลัพธ์ของการจัดการรายการณี สำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม มีหลากหลายมิติครอบคลุม ทั้งในด้านผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ญาติผู้ดูแล และระบบการดูแล โดยการประเมินผลลัพธ์ที่ศึกษาในด้านผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม งานวิจัยส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.56 (n = 5) ประเมินคุณภาพชีวิต รองลงมา ร้อยละ 44.44 (n = 4) ประเมินพฤติกรรมด้านอารมณ์และจิตใจ และร้อยละ 33.33 (n = 3) ประเมินระดับการรู้คิด สำหรับผลลัพธ์ด้านญาติผู้ดูแล พบว่า ร้อยละ 55.56 (n = 5) ประเมินคุณภาพชีวิต รองลงมา ร้อยละ 44.44 (n = 4) ประเมินภาระ

ตารางที่ 1 ลักษณะรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

ผู้แต่ง	วิธีการวิจัย	กิจกรรมและระยะเวลา	ผลการศึกษา
1. Lam et al., 2010	<ul style="list-style-type: none"> รูปแบบ: การทดลองแบบ randomized controlled trial จำนวนกลุ่มตัวอย่าง: N 102 (E 59, C 43) สถานที่: สาธารณรัฐประชาชนจีน (ฮ่องกง) 	<ul style="list-style-type: none"> ผู้จัดการรายกรณี: นักกิจกรรมบำบัด ระยะเวลา: 4 เดือน รูปแบบการจัดการรายกรณี <ol style="list-style-type: none"> เยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมด้านอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุ และความเครียดของญาติผู้ดูแล วางแผนจัดทำโปรแกรมการกระตุ้นสมองโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน มีสายด่วนปรึกษาทางโทรศัพท์ให้ญาติผู้ดูแล ประสานการทำงานร่วมกับจิตแพทย์ผู้สูงอายุ หรือ แพทย์ผู้สูงอายุในคลินิก แนะนำให้ผู้สูงอายุลงทะเบียนกับศูนย์บริการของชุมชน ติดตามประเมินผลโดยใช้โทรศัพท์ และเมื่อผู้สูงอายุมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม: <ul style="list-style-type: none"> คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เดือนที่ 4) [$z = -3.2, p = .002$] แต่ไม่แตกต่างในกลุ่มควบคุม และไม่แตกต่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (เดือนที่ 12) คะแนนระดับการรู้คิดและคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่าง (เดือนที่ 4 และ 12) ญาติผู้ดูแล <ul style="list-style-type: none"> คะแนนคุณภาพชีวิต และความเครียดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่าง (เดือนที่ 4 และ 12) แต่พบว่า ภาวะทางจิตใจในกลุ่มทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เดือนที่ 12) [$z = -2.2, p = .03$] ระบบการดูแล <ul style="list-style-type: none"> กลุ่มทดลองใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุรายวัน และบุคคลในครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มควบคุม (เดือนที่ 4 และ 12) [$\chi^2, p < .05$]
2. Jansen et al., 2011	<ul style="list-style-type: none"> รูปแบบ: การทดลองแบบ randomized clinical trial จำนวนกลุ่มตัวอย่าง: N 99 (E 54, C 45) สถานที่: เนเธอร์แลนด์ 	<ul style="list-style-type: none"> ผู้จัดการรายกรณี: พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลา: 12 เดือน รูปแบบการจัดการรายกรณี <ol style="list-style-type: none"> เยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุ ศักยภาพและภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแล วางแผนการดูแลตามความสำคัญของปัญหา จัดกิจกรรมเฉพาะบุคคลสำหรับผู้สูงอายุ การจัดประชุมพูดคุยระหว่างทีมในการดูแลและครอบครัว แนะนำแหล่งประโยชน์ในชุมชนหรือสวัสดิการต่าง ๆ และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์แก่ญาติผู้ดูแล ติดตามประเมินผลทางโทรศัพท์อย่างน้อยทุก 3 เดือน ตามความต้องการของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล 	<ul style="list-style-type: none"> ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม <ul style="list-style-type: none"> คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่าง (เดือนที่ 6 และ 12) ญาติผู้ดูแล <ul style="list-style-type: none"> คะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลคุณภาพชีวิต ภาวะซึมเศร้า และภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่าง (เดือนที่ 6 และ 12)

ตารางที่ 1 ลักษณะรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (ต่อ)

ผู้แต่ง	วิธีการวิจัย	กิจกรรมและระยะเวลา	ผลการศึกษา
3. Samus et al., 2014	<ul style="list-style-type: none"> รูปแบบ: การทดลองแบบ randomized controlled trial จำนวนกลุ่มตัวอย่าง: N 303 (E 110, C 193) สถานที่: สหรัฐอเมริกา 	<ul style="list-style-type: none"> ผู้จัดการรายกรณี: อาสาสมัคร ระยะเวลา: 18 เดือน รูปแบบการจัดการรายกรณี <ol style="list-style-type: none"> 1) เยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ 2) วางแผนการดูแลตามลำดับความสำคัญและความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว 3) ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและกลยุทธ์การสร้างทักษะต่าง ๆ ให้แก่ญาติผู้ดูแล 4) ประสานความร่วมมือในการดูแลกับทีมสหวิชาชีพ เช่น จิตแพทย์ผู้สูงอายุ พยาบาล 5) ติดตามและประเมินผลการดูแล 	<ul style="list-style-type: none"> ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม - คะแนนคุณภาพชีวิต (ประเมินจากญาติผู้ดูแล) พฤติกรรมด้านอารมณ์และจิตใจ และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน • ระบบการดูแล - ระยะเวลาในการย้ายออกจากบ้านอย่างถาวรหรือเสียชีวิตในเดือนที่ 18 ของกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($\chi^2 = 6.28; p = .012$) และมีอัตราการอยู่อาศัยในบ้านตนเองยาวนานกว่า ($\chi^2 = 4.1; p = .043$) - คะแนนความต้องการในการดูแลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มทดลองมีอัตราส่วนความต้องการในการดูแลลดลงอย่างมากในด้านกฎหมายและความปลอดภัย และการวางแผนการดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า
4. Chodosh et al., 2015	<ul style="list-style-type: none"> รูปแบบ: การทดลองแบบ randomized trial จำนวนกลุ่มตัวอย่าง: N 144 (E 73, C 71) สถานที่: สหรัฐอเมริกา 	<ul style="list-style-type: none"> ผู้จัดการรายกรณี: นักสังคมสงเคราะห์ ระยะเวลา: 12 เดือน รูปแบบการจัดการรายกรณี <ol style="list-style-type: none"> 1) เยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินปัญหาของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล 2) วางแผนกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย 3) ให้ความรู้และอบรมทักษะการจัดการตนเองของญาติผู้ดูแล 4) ประสานส่งต่อไปยังหน่วยบริการของชุมชนหรือการดูแลทางการแพทย์ 5) ให้คำปรึกษาแก่ญาติผู้ดูแล 6) ติดตามผลทางโทรศัพท์ และประเมินผลซ้ำเพื่อประเมินปัญหาใหม่แบบเป็นพลวัต 	<ul style="list-style-type: none"> ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม - คะแนนพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจ ด้านความจำของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เดือนที่ 12) ($p = .01$) แต่คุณภาพชีวิตของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน • ญาติผู้ดูแล - คะแนนภาวะซึมเศร้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่คุณภาพชีวิตของทั้งสองกลุ่มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เดือนที่ 6 และ 12) • ระบบการดูแล - ค่าใช้จ่ายในการดูแลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 1 ลักษณะรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (ต่อ)

ผู้แต่ง	วิธีการวิจัย	กิจกรรมและระยะเวลา	ผลการศึกษา
5. Tanner et al., 2015	<ul style="list-style-type: none"> รูปแบบ: การทดลองแบบ randomized controlled trial จำนวนกลุ่มตัวอย่าง: N 289 (E 106, C 183) สถานที่: สหรัฐอเมริกา 	<ul style="list-style-type: none"> ผู้จัดการรายกรณี: อาสาสมัคร ระยะเวลา: 18 เดือน รูปแบบการจัดการรายกรณี <ol style="list-style-type: none"> ประเมินความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ วางแผนการดูแลตามลำดับความสำคัญและความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและทักษะต่าง ๆ ให้แก่ญาติผู้ดูแล ประสานความร่วมมือในการดูแลกับทีมสหวิชาชีพ เช่น จิตแพทย์ผู้สูงอายุ พยาบาล ติดตามและประเมินผลการดูแลตามคู่มือ 	<ul style="list-style-type: none"> ญาติผู้ดูแล <p>- คะแนนคุณภาพชีวิต ภาวะซึมเศร้า ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล ชั่วโมงการทำงานที่เสียไป ความยากลำบากในการดูแล ภาวะสุขภาพโดยรวม และความเครียดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน</p>
6. Vroomen et al., 2015	<ul style="list-style-type: none"> รูปแบบ: การทดลองแบบ pragmatic trail จำนวนกลุ่มตัวอย่าง: N 521 (E1 234, E2 214, C 73) สถานที่: เนเธอร์แลนด์ 	<p>กลุ่มที่ 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ผู้จัดการรายกรณี: องค์กรที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ระยะเวลา: 2 ปี รูปแบบการจัดการรายกรณี <ol style="list-style-type: none"> เยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ วางแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะราย ให้คำแนะนำและสนับสนุนผู้สูงอายุ เสนอการบริการด้านการแพทย์และจิตสังคมขององค์กร ทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการให้การดูแลความต้องการเฉพาะรายของทั้งผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ติดตามการดูแลเป็นระยะ <p>กลุ่มที่ 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ผู้จัดการรายกรณี: พยาบาล ระยะเวลา: 2 ปี รูปแบบการจัดการรายกรณี <ol style="list-style-type: none"> ประเมินความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ให้คำแนะนำเรื่องโรคแก่ญาติผู้ดูแล แนะนำแหล่งส่งเสริมสุขภาพและแหล่งบริการในชุมชน ประสานงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพหรือส่งต่อผู้สูงอายุไปยังองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ติดตามการดูแลเป็นระยะ 	<ul style="list-style-type: none"> ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม <p>- คะแนนพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ 2 และกลุ่มควบคุม (6 เดือน 12 เดือน 18 เดือน และ 24 เดือน)</p> <ul style="list-style-type: none"> ญาติผู้ดูแล <p>- คะแนนคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลในกลุ่มที่ 1 ดีกว่ากลุ่มที่ 2 และความ ต้องการในการดูแลของญาติผู้ดูแลในกลุ่มที่ 1 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม</p>

ตารางที่ 1 ลักษณะรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (ต่อ)

ผู้แต่ง	วิธีการวิจัย	กิจกรรมและระยะเวลา	ผลการศึกษา
7. Thyrian et al., 2017	<ul style="list-style-type: none"> รูปแบบ: การทดลองแบบ randomized clinical trial จำนวนกลุ่มตัวอย่าง: N 407 (E 291, C 116) สถานที่: เยอรมัน 	<ul style="list-style-type: none"> ผู้จัดการรายกรณี: พยาบาลเฉพาะทางด้านสมองเสื่อม ระยะเวลา: 6 เดือน รูปแบบการจัดการรายกรณี <ol style="list-style-type: none"> ประเมินข้อมูลเชิงลึกของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ระบุและอภิปรายกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติร่วมกับทีมสหวิชาชีพ กำหนดแผนการรักษารายบุคคล เยี่ยมบ้าน ติดตามผล 	<ul style="list-style-type: none"> ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม คะแนนพฤติกรรมด้านอารมณ์และจิตใจของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ($b = -7.45$; 95% CI, -11.08, -3.81; $p < .001$) โอกาสในการได้รับการรักษาด้วยยา anti-dementia ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป 12 เดือน (odds ratio, 1.97; 95% CI, .99, 3.94; $p = .03$) ระดับการรู้จัก ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการเข้าอยู่สถานบริบาล ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ญาติผู้ดูแล <ul style="list-style-type: none"> ภาระในการดูแลของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ($b = -0.50$; 95% CI, -1.09, .08; $p = .05$)
8. Amjad et al., 2018	<ul style="list-style-type: none"> รูปแบบ: การทดลองแบบ randomized controlled trial จำนวนกลุ่มตัวอย่าง: N 303 (E 193, C 110) สถานที่: สหรัฐอเมริกา 	<ul style="list-style-type: none"> ผู้จัดการรายกรณี: อาสาสมัครในชุมชน ระยะเวลา: 18 เดือน รูปแบบการจัดการรายกรณี <ol style="list-style-type: none"> เยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินผู้สูงอายุและความต้องการการดูแล จัดทำแผนการดูแลตามความต้องการการดูแลและความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและสร้างเสริมทักษะต่าง ๆ แก่ญาติผู้ดูแล ส่งต่อและการประสานกับหน่วยบริการอื่น ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา ติดตามผลทางโทรศัพท์ นัดพบและเยี่ยมบ้าน 	<ul style="list-style-type: none"> ระบบการดูแล ค่าเฉลี่ยการใช้ระบบบริการผู้ป่วยนอกของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น 1.25 ครั้งเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมในเดือนที่ 9 ถึงเดือนที่ 18 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .04$) ค่าเฉลี่ยการใช้บริการระบบสนับสนุนบ้านและชุมชนเป็นฐานของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .005$)

ตารางที่ 1 ลักษณะรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (ต่อ)

ผู้แต่ง	วิธีการวิจัย	กิจกรรมและระยะเวลา	ผลการศึกษา
9. Willink et al., 2020	<ul style="list-style-type: none"> รูปแบบ: การทดลองแบบ randomized controlled trial จำนวนกลุ่มตัวอย่าง: N 702 (E 342, C 360) สถานที่: สหรัฐอเมริกา 	<ul style="list-style-type: none"> ผู้จัดการรายกรณี: อาสาสมัครที่มีความรู้ด้านการแพทย์ ระยะเวลา: 12 เดือน รูปแบบการจัดการรายกรณี <ol style="list-style-type: none"> เยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลโดยผู้จัดการรายกรณีและพยาบาล จัดทำแผนการดูแลขั้นพื้นฐานเฉพาะรายบุคคล ให้ความรู้เรื่องโรค ฝึกทักษะ กลยุทธ์ การแก้ไขปัญหา และช่วยเหลือด้านอารมณ์ จิตใจของผู้ดูแล ประสานไปยังแหล่งประโยชน์ในชุมชน และส่งต่อให้แพทย์เฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ พยาบาล และนักกิจกรรมบำบัดดูแลต่อ ติดตามผล โดยใช้ระบบสื่อสารทางไกล 	<ul style="list-style-type: none"> ระบบการดูแล - ค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เกิดขึ้นในระบบประกันสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลง และมีความคุ้มค่าคุ้มทุน (ผลตอบแทนเฉลี่ย 1.12 เท่าของการลงทุน)

ตารางที่ 2 การประเมินผลลัพธ์การจัดการรายกรณี

ผู้แต่ง	ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม										ญาติผู้ดูแล		ระบบการดูแล					
	ระดับการรู้คิด	ภาวะซึมเศร้า	พฤติกรรมด้านอารมณ์และจิตใจ	การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	การใช้ยา anti-dementia	ความต้องการในการดูแล	เข้าอยู่สถานบริบาล	คุณภาพชีวิต	ย้ายออกกลับบ้าน/เสียชีวิต	รับผู้สมรรถนะในการดูแล	ภาระการดูแล	ความเครียด	ภาวะซึมเศร้า	ความต้องการในการดูแล	สุขภาพทางจิตใจ	คุณภาพชีวิต	แหล่งสนับสนุนประโยชน์จากชุมชน	ค่าใช้จ่าย
Lam et al., 2010	✓	✓	✓					✓			✓			✓	✓		✓	
Jansen et al., 2011									✓	✓		✓			✓			
Samus et al., 2014						✓		✓	✓									
Chodosh et al., 2015	✓		✓							✓		✓			✓		✓	✓
Tanner et al., 2015										✓		✓	✓		✓			
Vroomen et al., 2015			✓	✓		✓	✓	✓	✓						✓			
Thyrian et al., 2017	✓		✓	✓	✓			✓		✓							✓	
Amjad et al., 2018																	✓	
Willink et al., 2020																		✓

การดูแล และร้อยละ 33.33 (n = 3) ประเมินภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ด้านระบบการดูแล พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 44.44 (n = 4) ประเมินแหล่งสนับสนุนจากชุมชน ดังแสดงในตารางที่ 2

การอภิปรายผล

องค์ประกอบสำคัญที่ค้นพบจากรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและความต้องการการดูแล การวางแผนและออกแบบการดูแลเฉพาะรายบุคคล การให้ความรู้ เสริมสร้างกลยุทธ์และการฝึกฝนทักษะที่เกี่ยวข้อง การประสานความร่วมมือทั้งกับทีมสหวิชาชีพ การแนะนำแหล่งสนับสนุนหรือแหล่งประโยชน์ในชุมชน การให้คำปรึกษาและการติดตามประเมินผล ซึ่งองค์ประกอบของรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมีความชัดเจนและเป็นไปตามกระบวนการจัดการรายกรณี (CMSA, 2016) เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Iliffe et al. (2014) ที่ค้นพบว่าองค์ประกอบของการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมต้องประกอบไปด้วย การระบุผู้รับบริการ การประเมินปัญหาและความต้องการ การวางแผนกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการ การประสานงานและส่งต่อตามแผนการดูแลและติดตามทบทวนปรับปรุงแผนการดูแลอย่างเป็นพลวัต

นอกจากนี้ ผู้จัดการรายกรณีกลุ่มที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เช่น พยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

นักสังคมสงเคราะห์ อาจมีส่วนเกี่ยวข้องในการทำให้ผลลัพธ์การดูแลดีกว่ากลุ่มอาสาสมัคร อาจเนื่องจากผู้จัดการรายกรณีที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมให้การดูแลที่ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มอาสาสมัครที่ทำหน้าที่ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพเท่านั้น (Samus et al., 2014) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Gibson, Goeman, and Pond (2020) ที่ค้นพบว่า พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีการรู้คิดบกพร่องมีศักยภาพและบทบาทสำคัญในการทำให้ความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมดีขึ้น

ผลลัพธ์ที่พบจากรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม แบ่งออกเป็น ด้านผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เช่น คุณภาพชีวิต พฤติกรรม ด้านอารมณ์และจิตใจ ระดับการรู้คิด ด้านญาติผู้ดูแล เช่น คุณภาพชีวิต ภาระการดูแล ภาวะซึมเศร้า และด้านระบบการดูแล เช่น แหล่งประโยชน์จากชุมชน ค่าใช้จ่าย ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมีความคล้ายคลึงกับการประเมินผลลัพธ์ตามกระบวนการจัดการรายกรณีในมิติด้านร่างกาย จิตใจ และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในระบบสุขภาพ (CMSA, 2016) ถึงแม้ว่าจะมีการประเมินผลลัพธ์ที่ชัดเจนในมิติดังกล่าว แต่ผลการศึกษาที่ค้นพบเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่ชัดเจนได้เนื่องจากมีความไม่สอดคล้องกันระหว่างผลการศึกษา อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลในด้านค่าใช้จ่าย พบว่า รูปแบบการจัดการรายกรณี

สำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในระบบการดูแลได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Michalowsky et al. (2019) ที่พบว่า การนำรูปแบบการจัดการรายกรณีมาใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมสามารถลดค่าใช้จ่ายได้ 569 ยูโรต่อปี

ในปัจจุบันมีองค์ความรู้เกี่ยวกับลักษณะสำคัญการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและลักษณะของผู้จัดการรายกรณีที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามยังขาดความชัดเจนของผลลัพธ์การจัดการรายกรณีที่ยังหาข้อสรุปไม่ได้ อาจเนื่องจากระบบบริการสุขภาพของแต่ละประเทศที่แตกต่างกัน ดังนั้น ควรนำองค์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการมาทำการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อให้เห็นถึงผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในบริบทของประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

อาทิตย์ สุวรรณ. (2560). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(1), 6-15.

Amjad, H., Wong, S. K., Roth, D. L., Huang, J., Willink, A., Black, B. S., et al. (2018). Health services utilization in older adults with dementia receiving care coordination: the MIND at home trial. *Health services research*, 53(1), 556–579. DOI: 10.1111/1475-6773.12647

Case Management Society of America [CMSA]. (2016). *CMSA's standards of practice for case management*, revised 2016. Little Rock, AR: CMSA.

Chodosh, J., Colaiaco, B. A., Connor, K. I., Cope, D. W., Liu, H., Ganz, D. A., et al. (2015). Dementia care management in an underserved community: the comparative effectiveness of two different approaches. *Journal of aging and health*, 27(5), 864–893. DOI: 10.1177/0898264315569454

Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute [TGRI], & Institute for Population and Social Research [IPSR]. (2020). *Situation of the Thai elderly 2019*. Nakorn Pathom: Printery.

Gibson, C., Goeman, D., & Pond, D. (2020). What is the role of the practice nurse in the care of people living with dementia, or cognitive impairment, and their support person(s)?: a systematic review. *BMC family practice*, 21(1), 141. DOI: 10.1186/s12875-020-01177-y

Hollister, B., Flatt, J. D., & Chapman, S. A. (2018). Dementia-capable care coordination in duals demonstration programs: workforce needs, promising practices, and policy. *The Gerontologist*, 58(4), 768–778. DOI: 10.1093/geront/gnx073

Iliffe, S., Waugh, A., Poole, M., Bamford, C., Brittain, K., Chew-Graham, C., et al. (2014). The effectiveness of collaborative care for people with memory problems in primary care: results of the CAREDEM case management modelling and feasibility study. *Health technology assessment*, 18(52), 1–148. DOI: 10.3310/hta18520

Iliffe, S., Wilcock, J., Synek, M., Carboch, R., Hradcová, D., & Holmerová, I. (2019). Case management for people with dementia and its translations: A discussion paper. *Dementia*, 18(3), 951-969. DOI: 10.1177/1471301217697802

Jansen, A. P., van Hout, H. P., Nijpels, G., Rijmen, F., Dröes, R. M., Pot, A. M., et al. (2011). Effectiveness of case management among older adults with early symptoms of dementia and their primary informal caregivers: a randomized clinical trial. *International journal of nursing studies*, 48(8), 933–943. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2011.02.004

Kmet, L. M., Lee, R. C., & Cook, L. S. (2004). *Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields*. Edmonton, Alberta: Alberta Heritage Foundation for Medical Research.

- Lam, L. C., Lee, J. S., Chung, J. C., Lau, A., Woo, J., & Kwok, T. C. (2010). A randomized controlled trial to examine the effectiveness of case management model for community dwelling older persons with mild dementia in Hong Kong. *International journal of geriatric psychiatry*, 25(4), 395–402. DOI: 10.1002/gps.2352
- Michalowsky, B., Xie, F., Eichler, T., Hertel, J., Kaczynski, A., Kilimann, I., et al. (2019). Cost-effectiveness of a collaborative dementia care management—Results of a cluster-randomized controlled trial. *Alzheimer's & dementia*, 15(10), 1296–1308. DOI: 10.1016/j.jalz.2019.05.008
- Samus, Q. M., Johnston, D., Black, B. S., Hess, E., Lyman, C., Vavilikolanu, A., et al. (2014). A multidimensional home-based care coordination intervention for elders with memory disorders: the maximizing independence at home (MIND) pilot randomized trial. *The American journal of geriatric psychiatry*, 22(4), 398–414. DOI: 10.1016/j.jagp.2013.12.175
- Tanner, J. A., Black, B. S., Johnston, D., Hess, E., Leoutsakos, J. M., Gitlin, L. N., et al. (2015). A randomized controlled trial of a community-based dementia care coordination intervention: effects of MIND at Home on caregiver outcomes. *The American journal of geriatric psychiatry*, 23(4), 391–402. DOI: 10.1016/j.jagp.2014.08.002
- Thyrian, J. R., Hertel, J., Wucherer, D., Eichler, T., Michalowsky, B., Wolfgramm, A., et al. (2017). Effectiveness and safety of dementia care management in primary care: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 74(10), 996–1004. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2017.2124
- Vroomen, J., Bosmans, J. E., van de Ven, P. M., Joling, K. J., van Mierlo, L. D., Meiland, F. J., et al. (2015). Community-dwelling patients with dementia and their informal caregivers with and without case management: 2-year outcomes of a pragmatic trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(9), 800.e1–800.e8008. DOI: 10.1016/j.jamda.2015.06.011
- Willink, A., Davis, K., Johnston, D. M., Black, B., Reuland, M., Stockwell, I., et al. (2020). Cost-effective care coordination for people with dementia at home. *Innovation in aging*, 4(2), igz051. DOI: 10.1093/geroni/igz051
- Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G. C., Wu, Y. T., Prina, A. M., Winblad, B., et al. (2017). The worldwide costs of dementia 2015 and comparisons with 2010. *Alzheimer's & dementia*, 13(1), 1–7. DOI: 10.1016/j.jalz.2016.07.150
- World Health Organization [WHO]. (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017- 2025*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.