

THE EFFECT OF NURSING CARE AT HOME WITH FAMILY AND COMMUNITY PARTICIPATION PROGRAM ON BEHAVIORAL AND PSYCHOLOGICAL SYMTOMS OF DEMENTIA (BPSD) OF THE ELDERLY WITH DEMENTIA IN COMMUNITY

*Bussakhon Suphaaksorn, M.N.S.**

Abstract

Objective: The purpose of this research was to compare the behavioral and psychological problems of elderly the with dementia in the community before and after nursing care at home with family and community participation program.

Methods: One group pretest-posttest design. The concept of person- centered care was applied in the care of elderly people with the behavioral and psychological problems of elderly people with dementia in the community. It consisted of 6 steps: 1) providing information about dementia to care givers and public health volunteers; 2) relationship building/Assessment of patient and family conditions 3) nursing planning according to needs and problem conditions 4) knowledge/skill training for rehabilitation 5) environmental management 6) monitoring and evaluation. Data were collected using the Neuropsychiatric Inventory Questionnaire Thai version (NPI-Q Thai). reliability .95. Data were collected with 30 patients aged over 60 years between March - July 2023. Statistics used in data analysis were percentage, mean, standard deviation and Paired t-test.

Results: The study found that behavioral and psychological problems among elderly people with dementia in the community after receiving the program were less than before. The study result was statistically significant (p -value < .01).

Conclusion: The results of this study show that home nursing programs with family and community involvement. It helps to reduce behavioral and mental problems of the elderly with dementia in the community.

Keywords: behavioral and psychological problems, dementia, elderly, nursing care at home, family and community participation

*Corresponding author: Registered Nures, Ratchaburi Hospital, e-mail: moobamboom@hotmail.com

Received: 27 August 2023, Revised: 20 January 2024, Accepted: 27 January 2024

ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนต่อปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน

บุษกมล สุภอักษร, พย.ม.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

วิธีการศึกษา : การวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียว โดยใช้แนวคิดการดูแลโดยชี้นุคนคลเป็นศูนย์กลาง นำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในชุมชน ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ 1) ให้ความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 2) สร้างสัมพันธภาพ/การประเมินสภาพผู้ป่วยและครอบครัว 3) การวางแผนการพยาบาลตามความต้องการและสภาพปัญหา 4) การให้ความรู้/ฝึกทักษะ เพื่อฟื้นฟูสภาพ 5) การจัดสิ่งแวดล้อม 6) การติดตามประเมินผล เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล Neuropsychiatric Inventory Questionnaire Thai version (NPI-Q Thai) ค่าความเชื่อมั่น .95 เก็บข้อมูลกับผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน ระหว่างเดือนมีนาคม - กรกฎาคม พ.ศ. 2566 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา : ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมพบน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p\text{-value} < .01$)

สรุป : ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน สามารถลดปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน, ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ, ผู้สูงอายุ, พยาบาลที่บ้าน, สมองเสื่อม

*ผู้ประสานงานบทความ: พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชบุรี, e-mail: moobamboom@hotmail.com

วันที่รับ: 27 สิงหาคม 2566, วันที่แก้ไข: 20 มกราคม 2567, วันที่ตอบรับ: 27 มกราคม 2567

ความสำคัญของปัญหา

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ระบุว่าในปัจจุบันพบทั่วโลกมีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมประมาณ 55 ล้านคน และคาดว่าจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นมากกว่า 139 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2050 (World Health Organization, 2021) โดยคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นราว 9.9 ล้านคนต่อปี (World Health Organization, 2017) ส่งผลให้ภาวะสมองเสื่อมกลายเป็นปัญหาหลักด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจอย่างมหาศาล สำหรับภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยนั้น จากข้อมูลสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ในปี พ.ศ. 2563 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุรวมจำนวนทั้งสิ้น 11,627,130 คน คิดเป็นร้อยละ 17.57 ของประชากรทั้งหมด และพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมโดยเฉลี่ยร้อยละ 2 ถึง 10 จึงคาดการณ์ได้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยอาจมีจำนวนสูงถึงกว่าล้านคน (ภรณวิทย์ อนันต์ฉิลกฤทธิ, 2564)

โรงพยาบาลราชบุรีมีผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองราชบุรี เข้ามารับการรักษาที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกจำนวน 293 ราย ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาทางด้านพฤติกรรมและจิตใจส่งไปรับบริการตรวจที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรีจำนวนทั้งสิ้น 241 ราย (งานสารสนเทศ โรงพยาบาลราชบุรี, 2565) คิดเป็นร้อยละ 82.25 ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีการดำเนินโรคแบบเสื่อมลงเรื่อย ๆ ส่งผลต่อการรู้คิดและความสามารถในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันที่ลดลง โดยเฉพาะปัญหาพฤติกรรมและจิตใจที่เกิดจากภาวะสมองเสื่อม

(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD) เช่น อาการกระสับกระส่าย (agitation) ก้าวร้าว (aggression), การตะโกนร้องซ้ำ ๆ (calling out repeatedly) การนอนหลับแปรปรวน (sleep disturbance) อาการเดินไปเดินมาแบบไร้จุดหมาย (wandering) และ เฉยเมย (apathy) พบได้มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมตลอดการเจ็บป่วย ส่งผลกระทบทางลบต่อสุขภาพทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยเฉพาะความรู้สึกเป็นภาระและความเครียดในผู้ดูแล (Sopina et al., 2017; Pijl-Zieber, 2018) นอกจากนี้ยังพบว่าความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นปัจจัยทำนายการเข้ารับการรักษาในสถานบำบัด (Chapman et al., 2020) รวมทั้งมีความสัมพันธ์กับการลดลงของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อม (Feast et al., 2016)

การบำบัดปัญหาทางพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุสมองเสื่อมมักใช้กลุ่มยาทางจิตเวช แต่มักพบอาการข้างเคียงจากยาค่อนข้างมาก เช่น ง่วงนอนในเวลากลางวัน น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ยาบางชนิดมีผลต่อระบบการไหลเวียนและหลอดเลือดสมอง อาจทำให้เสียชีวิตได้หากใช้ในปริมาณหรือชนิดที่ไม่เหมาะสม จากการศึกษาของ Hsu et al. (2017) ให้ข้อเสนอแนะว่าควรศึกษาเพิ่มเติมในการบำบัดผู้ป่วยสมองเสื่อมแบบไม่ใช้ยา เนื่องจากพบว่ามีผลดีในการรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะยาว และลดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวช ซึ่งจะต้องมีการศึกษาพัฒนารูปแบบโปรแกรมที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้น

การพัฒนาารูปแบบการบำบัดโดยไม่ใช้ยาจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ หากมีการพัฒนาและบูรณาการให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจะช่วยลดความรุนแรงของ BPSD และส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น รวมทั้งลดภาระการดูแลได้ โดยควรใช้เป็นทางเลือกแรกก่อนการเลือกให้ยา (Baharudin et al., 2019) ปัจจุบันพบว่ามีความหลากหลาย เช่น ใช้หลักการจัดบ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยประยุกต์ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน และมีการติดตามการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ (พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, 2563) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูและการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเหมาะสำหรับการให้บริการผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน (สาคร อินทโท, 2563) กิจกรรมด้านจิตสังคม ประกอบด้วย 1) การออกกำลังกาย 2) การปลูกต้นไม้ดอกไม้ 3) การบริหารสมอง 4) การกระตุ้นการรับรู้ความจริงและ 5) การกระตุ้นประสาทสัมผัส (สนธยา มณีรัตน์ และคณะ, 2561) โปรแกรมการดูแลแบบ ฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุสมองเสื่อม (ธัญนันท์ พุฒิวัฒนธราดล และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2561) โปรแกรมการสนับสนุนการดูแลในครอบครัว (ปณวัตร สันประโคน และคณะ, 2563) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในครอบครัวโดยพยาบาลวิชาชีพ (รัชชัช เชื้อนสมบัติ และคณะ, 2562) โปรแกรมการส่งเสริมการรู้คิดโดยใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับการกระตุ้นประสาทการรับรู้หลายด้าน (อาทิตยา สุวรรณ และ สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2564) การออกกำลังกาย (exercise

therapy) ดนตรีบำบัด (music therapy) สุนัขบำบัด (aromatherapy) การบำบัดด้วยสัตว์ (pet therapy) การบำบัดด้วยแสงสว่าง (bright light therapy) การบำบัดโดยการกระตุ้นประสาทความรู้สึก (multisensory therapy) การบำบัดด้วยการรับรู้ตามความจริง (reality orientation) การระลึกความทรงจำดี ๆ ในอดีต (reminiscence therapy) เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ถึงแม้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีหลากหลายวิธี แต่ยังไม่มีการให้การพยาบาลที่บ้าน ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถใช้ชีวิตได้ตามสภาพความเป็นอยู่ สภาพบ้าน สภาพสิ่งแวดล้อม และชุมชนที่อาศัยอยู่จริง ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจโดยการใช้โปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้ดูแลสามารถ เรียนรู้ เข้าใจสภาพปัญหาและมีแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

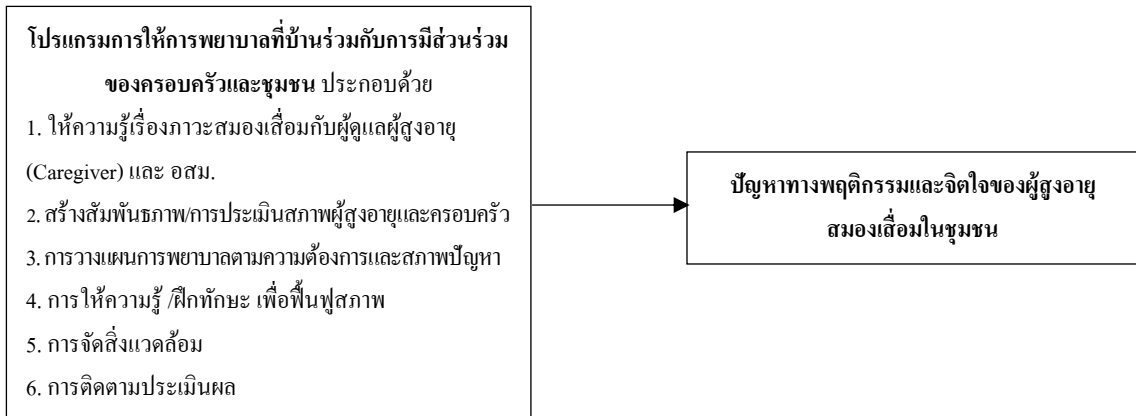
เพื่อเปรียบเทียบปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

โดยนำแนวคิดการดูแลโดยยึดบุคคลเป็น

ศูนย์กลาง นำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ
สมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในชุมชน

ผังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุ
สมองเสื่อมในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการ
พยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว
และชุมชนน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง
กลุ่มเดียว (one group pretest-posttest design) วัดก่อน
และหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม
การพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของ
ครอบครัวและชุมชน ในผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มี
ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในชุมชน ซึ่งมารับการ

ตรวจรักษาที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล
ราชบุรี และอาศัยอยู่ในชุมชนเขตพื้นที่ อำเภอเมือง
จังหวัดราชบุรี ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม -
เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 ตัวแปรต้นคือ โปรแกรม
การพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของ
ครอบครัวและชุมชน ตัวแปรตาม คือ ปัญหาทางจิต
และพฤติกรรมของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน
ซึ่งออกแบบการทดลองดังนี้

O_1 X O_2

โดย X = โปรแกรมการพยาบาลที่
บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน
 O_1 = คะแนนปัญหาพฤติกรรม
และจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนก่อน

ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

O₂ = คะแนนปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมตามเกณฑ์การวินิจฉัยระบบจำแนกโรค ของ ICD-10 และมีกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของสมองด้านการรู้คิดและสติปัญญาที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม อาศัยอยู่ในชุมชนเขตพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมตามเกณฑ์การวินิจฉัยระบบจำแนกโรค ของ ICD-10 และมีกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของสมองด้านการรู้คิดและสติปัญญาที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรี และอาศัยอยู่ในชุมชนเขตพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี จำนวน 30 คน โดยได้จากการสุ่มแบบเจาะจง จากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมโครงการ

1. ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อมตามเกณฑ์การวินิจฉัยระบบจำแนกโรคของ

ICD-10

2. ผู้สูงอายุและผู้ดูแลยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ

3. มีคะแนนประเมิน Neuropsychiatric Inventory Questionnaire Thai version (NPI-Q Thai) พบปัญหาพฤติกรรมและจิตใจอย่างน้อย 1 ด้าน

เกณฑ์การคัดออกร่วมโครงการ

1. ผู้ร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัย
2. ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพทางกายจนเป็นอุปสรรคขณะเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม

การวิจัยครั้งนี้มีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้อำนาจการทดสอบ (power analysis) (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2555) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการพิจารณาค่าขนาดอิทธิพล (effect size) = 0.5 และกำหนด $\alpha = .05$ Power = .80 ซึ่งทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 28 คน เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือให้ดีขึ้นจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างเป็น 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เป็นการให้บริการพยาบาล ณ ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่อย่างต่อเนื่อง สนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองตามความเหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาความต้องการ โดยประยุกต์ทฤษฎีแนวคิดการดูแลโดยยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง (พัชร คมจักรพันธ์, 2562) และนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ มีขั้นตอนดังนี้ กิจกรรม

ที่ 1 ให้ความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อมกับผู้ดูแล ผู้สูงอายุ และ อสม. วัตถุประสงค์เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ เห็นความสำคัญ มีทัศนคติที่ดี และ สร้างทีมในการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล ผู้สูงอายุสมองเสื่อมในพื้นที่ ใช้ระยะเวลา 1 วัน กิจกรรมที่ 2 ติดตามเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคลและ ครอบครัวร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือ อสม. ที่ได้รับการอบรม เพื่อให้การพยาบาลที่บ้านตามโปรแกรมฯ วัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพและประเมิน สภาพปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว อย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 - 2 ชั่วโมง มีการนัดหมายเพื่อเยี่ยมติดตามในครั้งต่อไป และโทร เตือนก่อนถึงวันนัดเยี่ยมบ้านทุกครั้ง กิจกรรมที่ 3 การวางแผนการพยาบาลตามความต้องการและ สภาพปัญหา วัตถุประสงค์เพื่อร่วมกันหาแนวทาง แก้ปัญหาทางการพยาบาลระหว่างผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน เช่น เลี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตก หกล้ม เลี่ยงต่อการถูกทอดทิ้ง/ถูกทำร้ายร่างกาย หรือทำร้ายผู้อื่นและสัมพันธภาพบกพร่อง เนื่องจากการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 - 2 ชั่วโมง กิจกรรมที่ 4 ให้ความรู้/ฝึกทักษะ ตามแผนการ พยาบาลที่ร่วมกันคิดไว้ วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลมีความรู้ ได้ฝึกทักษะ เพื่อฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วย ตามสภาพปัญหาของแต่ละบุคคล อย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 - 2 ชั่วโมง กิจกรรมที่ 5 การจัดสิ่งแวดลอม โดยสำรวจและ ประเมินสภาพบ้าน/ สิ่งแวดลอม ให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนสภาพแวดลอมในบ้าน ประยุกต์ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน

วัตถุประสงค์เพื่อให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้ผู้ป่วย ยังคงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้มากที่สุด และลดอาการปัญหาพฤติกรรมและ จิตใจอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 - 2 ชั่วโมง และกิจกรรมที่ 6 การติดตามประเมินผล ตามแผนการพยาบาล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลา ครั้งละ 1 - 2 ชั่วโมง

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วน

บุคคลของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหา BPSD ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา อาชีพ รายได้ เงินออม ระยะเวลาการ เจ็บป่วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลหลัก และความสัมพันธ์/เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

2.2) แบบประเมินปัญหาพฤติกรรม

และจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน (Neuropsychiatric Inventory Questionnaire Thai version (NPI-Q Thai) มีค่าความเชื่อมั่น .95 เป็น แบบสอบถามที่ได้รับการพัฒนาของแพทย์หญิง โสฬพัทธ์ เหมรัฐโรจน์ และคณะ และนำมา ประยุกต์ใช้ ได้จากการซักประวัติญาติหรือผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นปัญหาพฤติกรรม และจิตใจ 12 ด้าน ได้แก่ ความคิดหลงผิด ประสาท หลอน กระสับกระส่าย/ ก้าวร้าว ซึมเศร้า/ ละเหี่ยวใจ ความวิตกกังวล อาการเรื้อรังเรื้อรังเกินเหตุ ความเฉยเมย ไม่สนใจสิ่งรอบตัว/ ไร้อารมณ์ ความไม่ยับยั้งชั่งใจ อารมณ์หงุดหงิด/ เปลี่ยนแปลงง่าย พฤติกรรมแปลก การนอนหลับ/ ปัญหาพฤติกรรมช่วงกลางคืน และความอยากอาหารและการกินที่ผิดปกติ โดยแต่ละ ด้าน ให้ตอบ “มี” เมื่ออาการที่ปรากฏต่อเนื่องใน

เดือนที่ผ่านมา ตอบ “ไม่มี” เมื่อไม่ปรากฏอาการชัดเจน

เกณฑ์การให้คะแนน คะแนนระดับความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ อยู่ระหว่าง 0 - 3 คะแนนในแต่ละด้าน คะแนน 0 คะแนน แสดงว่า ไม่มีอาการแสดงในด้านนั้น คะแนน 1 คะแนน แสดงว่า ความรุนแรงของอาการในด้านนั้นอยู่ในระดับน้อย คะแนน 2 คะแนน แสดงว่า ความรุนแรงของอาการในด้านนั้นอยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 3 คะแนน แสดงว่า ความรุนแรงของอาการในด้านนั้นอยู่ในระดับรุนแรง แล้วนำคะแนนความรุนแรงของอาการในแต่ละข้อมาหาคะแนนรวม แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971)

ระดับน้อย (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60) คะแนนอยู่ระหว่าง 0.00 - 21.00 ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60 - 79) คะแนนอยู่ระหว่าง 22.00 - 28.00 ระดับรุนแรง (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป) คะแนนอยู่ระหว่าง 29.00 - 36.00

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยนำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชนจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบและให้คำแนะนำก่อนนำไปใช้ มีค่าความเที่ยงตรง .95

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ให้ความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ อสม. เพื่อสร้างทีมในการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยจัดอบรมชี้แจงแนวทางการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุและ อสม. ในเขตอำเภอเมืองราชบุรี นัดหมายกำหนดการแผนการดำเนินงานลงพื้นที่ ให้เบอร์ติดต่อ และสร้างกลุ่มไลน์เพื่อใช้ประสานงานร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 - 6 ติดตามเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคลและครอบครัวร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุและ อสม. ที่ได้รับการอบรม เพื่อให้การพยาบาลที่บ้านตามโปรแกรมฯ 7 กิจกรรม ๆ ละ 1 - 2 ชั่วโมงอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 5 สัปดาห์ มีการนัดหมายเพื่อติดตามในครั้งต่อไป และโทรเตือนก่อนถึงวันนัดเยี่ยมบ้านทุกครั้ง โดยให้เบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัย และขอเบอร์ของผู้ป่วย เพื่อติดตามประเมินผลทางโทรศัพท์หรือ Line application

ขั้นตอนที่ 2 ติดตามเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคลและครอบครัวร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ สร้างสัมพันธภาพ และการประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมทั้งให้ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยทำแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน ใช้เวลาประมาณ 15 - 30 นาที

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการพยาบาลตามความต้องการและสภาพปัญหา และลงเยี่ยมบ้านตามแผนการพยาบาลที่วางไว้

ขั้นตอนที่ 4 การให้ความรู้/ฝึกทักษะ เพื่อฟื้นฟูสภาพ แก่ผู้สูงอายุและญาติ ตามสภาพปัญหาของแต่ละบุคคล

ขั้นตอนที่ 5 การจัดสิ่งแวดล้อม ตามหลักการ

จัดบ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมโดยสำรวจและประเมินสภาพบ้าน/ สิ่งแวดล้อม ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม โดยประยุกต์ให้เหมาะสมกับแต่ละครอบครัว

ขั้นตอนที่ 6 การติดตามประเมินผล ให้ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยทำแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน ใช้เวลาประมาณ 15 - 30 นาที

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลราชบุรี ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มาจากการสุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ รวมทั้งได้รับการตอบคำถามจนเข้าใจ และได้รับการชี้แจงว่าระหว่างขั้นตอนของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใดต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใด ๆ ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง เน้นย้ำกลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน ด้วยสถิติพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ด้วยสถิติพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมทั้งสิ้น 30 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.3 อายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 43.3 สถานภาพสมรส ร้อยละ 36.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.3 ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ร้อยละ 43.3 ผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์/เกี่ยวข้องเป็นบุตร ร้อยละ 46.7 และมีรายได้ต่อปี 10,000 - 30,000 บาท ร้อยละ 56.7 มีเงินออม ร้อยละ 53.3 ระยะเวลาเจ็บป่วย 4 - 6 ปี ร้อยละ 63.3 และจำนวนสมาชิกในครอบครัวไม่เกิน 3 คน ร้อยละ 53.3

การเปรียบเทียบปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

จากการวิเคราะห์ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ก่อนเข้ารับโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจอยู่ในระดับรุนแรงน้อย (mean = 20.33, SD = 7.03) หลังจากเข้ารับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ อยู่ในระดับน้อยเช่นกัน (mean = 6.43, SD = 5.64) เมื่อเปรียบเทียบปัญหาพฤติกรรม

และจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p\text{-value} < .01$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n = 30)

ความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรม และจิตใจ	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	16	53.3	29	96.7
ปานกลาง	8	26.7	1	3.3
รุนแรง	6	20.0	0	0.0
	mean = 20.33, SD = 7.03		mean = 6.43, SD = 5.64	
	min = 6.00, max = 32.00		min = 2.00, max = 28.00	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรม การพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน (n = 30)

ความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรม และจิตใจ	mean	SD	df	t	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	20.33	7.03			
หลังได้รับโปรแกรม	6.43	5.64	29	12.92	.00*

* $p < .01$

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p\text{-value} < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานสามารถอธิบายได้ว่าความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมนั้น เนื่องจากโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เป็นกระบวนการพัฒนาความสามารถของสมาชิก ในครอบครัวผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุแบบพึ่งพาตนเอง ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ทำให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และสนับสนุนบุคลากรในชุมชน คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นและอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข ประกอบกับนำแนวคิดการดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีการในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ที่มีคุณภาพ (McCormack, 2016) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบมีดังนี้ V: Value people with dementia คือการให้คุณค่าและเห็นความสำคัญของผู้ที่ภาวะสมองเสื่อม I: Treat people as individual คือการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล P: The perspective of the

person with dementia คือ การเข้าใจโลกจากมุมมองของบุคคลที่มีภาวะสมองเสื่อม S: A positive social environment คือการจัดสิ่งแวดล้อมด้านสังคมที่ตอบสนองต่อความต้องการ ด้านจิตใจ/จิตวิญญาณ มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ 1) ให้ความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) สร้างสัมพันธภาพ/การประเมินสภาพผู้สูงอายุและครอบครัว 3) การวางแผนการพยาบาลตามความต้องการและสภาพปัญหา 4) การให้ความรู้/ฝึกทักษะ เพื่อฟื้นฟูสภาพ 5) การจัดสิ่งแวดล้อม 6) การติดตามประเมินผล ซึ่งจะส่งผลให้ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองกาย จิต สังคม ได้อย่างเป็นองค์รวม สามารถจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจที่กำลังเผชิญ และมีวิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้อย่างเป็นปกติ อันจะช่วยส่งผลต่อการลดปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนได้ดีขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชน และสังคม ได้อย่างมีความสุข ช่วยลดภาระการดูแลของครอบครัว รวมทั้งทำให้จำนวนผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่จะต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณภัทร จารุจารัตน์ (2560) ที่ศึกษาเรื่องกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชุมชนเทศบาลเมือง พระพุทธบาท

อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี พบว่าสมาชิกในครอบครัวสะท้อนปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม และได้ร่วมกันเสนอแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไว้ 4 กิจกรรม และได้นำไปใช้กับผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่า การแสดงบทบาทของครอบครัวและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมกิจกรรมกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพิ่มขึ้นก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นกระบวนการพัฒนาความสามารถของสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุแบบพึ่งพาตนเอง หากส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวทำให้มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นและอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข โปรแกรมการพยาบาลที่บ้าน ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และกิจกรรมของโปรแกรมเป็นการประเมินสภาพผู้สูงอายุและครอบครัวที่เห็นสภาพจริงที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งพบปัญหาที่แตกต่างกันในแต่ละรายบุคคล โดยกิจกรรมของโปรแกรมมีการวางแผนการพยาบาลตามความต้องการและสภาพปัญหาที่พบ ผู้สูงอายุสมองเสื่อมเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลระยะยาวโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาและสนับสนุนบุคลากรให้มีความสามารถด้านการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยสนับสนุนการดูแลภาวะสมองเสื่อมที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางเช่นกัน รวมถึงมีการประสานงานกับ

ทีมสหสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ได้แก่ เกษตรกรสอนและนำเรื่องการรับประทานยา ผลข้างเคียงของยาแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด เพื่อสอนการทำกายภาพ หรือการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยที่บ้าน และนัดทำกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ช่วยเหลือเรื่องสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องสิทธิคนพิการ เบี้ยยังชีพคนพิการ การปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมและปลอดภัยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ เช่น การพลัดตกหกล้มที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้ ซึ่งเห็นได้ว่าโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนนั้นทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีก็ส่งผลให้ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจลดลงได้เช่นกัน (Feast et al., 2016)

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนต่อปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

- 1.1 ควรสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ไปใช้พื้นที่เขตอำเภออื่น ๆ
- 1.2 โปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ควรมีการติดตามระยะยาว เพื่อกระตุ้นและ

สนับสนุนให้ผู้สูงอายุ และครอบครัวได้นำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จนเกิดเป็นทักษะที่ผู้สูงอายุสมองเสื่อม และครอบครัวสามารถปฏิบัติได้เองโดยอัตโนมัติระหว่างการดำเนินชีวิตในชุมชน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามประเมินผลระยะยาวในชุมชน เพื่อเป็นการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ ทำให้เกิดการคงอยู่ของความรู้ทักษะ และความสามารถในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ส่งผลให้ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนลดลง โดยการติดตามไปประเมินผลที่บ้าน ในระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนหลังการทดลอง หรือตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย

2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ ในชุมชนเช่นเดียวกัน เพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยในผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ว่ามี ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจแตกต่างกันหรือไม่ และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุในแต่ละโรค

2.3 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนที่ผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะกลับไปสู่ชุมชน และสามารถจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.4 ควรมีการศึกษาวิจัยแบบมี

กลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นด้วย เพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยว่ามีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจแตกต่างกันหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

- งานสารสนเทศ โรงพยาบาลราชบุรี. (2565). ข้อมูลสถิติผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี. โรงพยาบาลราชบุรี.
- ฉกัทร จารุจุฑารัตน์. (2560). กระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชุมชนเทศบาลเมืองพระพุทธบาท อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร.*, 4(2), 160-174.
- ธวัชชัย เขื่อนสมบัติ, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, และอริย์ วรรณอ่วมธานี. (2562). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในครอบครัว โดยพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(พิเศษ), 233-241.
- ธัญนันท์ พุฒิวัฒนธราดล และจิราพร เกศพิชญพัฒนา. (2561). ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบ อิวแมน นิจุคโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(พิเศษ), 241-249.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2555). สถิติชวนใช้. โอเคอนพรีนติ้ง. ปณิวัตร สันประโคน, อรุณ ชูศรี, และศรีสุตา วงศ์วิเศษกุล, (2563). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการดูแลในครอบครัวต่อการะในการดูแลของผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(3), 45-56
- พัชรี คมจักรพันธ์. (2562). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมใน : แนวคิดการดูแลโดยยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 34(4).
- พัฒนศรี ศรีสุวรรณ. (2563). สิ่งแวดล้อมในบ้านที่เป็นมิตรสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 3(3), 11-20.
- ภรณีวิทย์ อนันต์คิลกฤฑ์. (2564). ภาวะสมองเสื่อม. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 15(37), 392-398.
- สาคร อินโทโล. (2563). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูและ การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 43(1).

- สนธยา มณีรัตน์, สัมพันธ์ มณีรัตน์, และทิวาวัน คำบรรลือ. (2561). การพยาบาลด้านจิตสังคมผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์ และจิตใจ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 12(2), 1-9.
- อาทิตยา สุวรรณ และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรู้คิดโดยใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับการกระตุ้นประสาทการรับรู้หลายด้านต่อความสามารถด้านการรู้คิด ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 14(2), 221-234.
- Baharudin, A. D., Din, N. C., Subramaniam, P., & Razali, R. (2019). The associations between behavioral- psychological symptoms of dementia (BPSD) and coping strategy, burden of care and personality style among low-income caregivers of patients with dementia. *BMC public health*, 19(4), 1-12.
- Bloom, B. S. (1971). Mastery learning. In J. H. Block (Ed.), *Mastery learning, theory and practice* (pp. 47-63). Holt, Rinehart, and Winston.
- Chapman, K. R., Tremont, G., Malloy, P., & Spitznagel, M. B. (2020). The role of sexual disinhibition to predict caregiver burden and desire to institutionalize among family dementia caregivers. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 33(1), 42-51.
- Feast, A., Orrell, M., Charlesworth, G., Melunsky, N., Poland, F., & Moniz-Cook, E. (2016). Behavioural and psychological symptoms in dementia and the challenges for family carers: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 208(5), 429-434.
- Hsu, T. J., Tsai, H. T., Hwang, A. C., Chen, L. Y., & Chen, L. K. (2017). Predictors of non-pharmacological intervention effect on cognitive function and behavioral and psychological symptoms of older people with dementia. *Geriatrics & gerontology international*, 17, 28-35.
- McCance, T., & McCormack, B. (2017). The person-centred practice framework. *Person-centred practice in nursing and health care: Theory and practice*, 36-64.
- Pijl-Zieber, E. M., Awosoga, O., Spenceley, S., Hagen, B., Hall, B., & Lapins, J. (2018). Caring in the wake of the rising tide: Moral distress in residential nursing care of people living with dementia. *Dementia*, 17(3), 315-336.
- Sopina, E., Sørensen, J., Beyer, N., Hasselbalch, S. G., & Waldemar, G. (2017). Cost-effectiveness of a randomised trial of physical activity in Alzheimer's disease: a secondary analysis exploring patient and proxy-reported health-related quality of life measures in Denmark. *BMJ open*, 7(6), e015217.
- World Health Organization. (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025*. [cite 2023 Feb 4]. Available from: <https://scholar.google.co.th/scholar>
- World Health Organization. (2021). *Global status report on the public health response to dementia*. [cite 2023 Feb 14]. Available from: <https://scholar.google.co.th/scholar>