

บทความวิจัย

Development of a Care Model for Elderly with Late-Stage Dementia
Using Family and Community-Based Approaches

Received: Dec 20, 2025

Revised: Jun 23, 2026

Accepted: Aug 4, 2026

Pisan Pachachoo, M.N.S.¹Surasak Mulrisuk, M.N.S.^{2*}Piyanan Suwan, M.N.S.³

Abstract

Introduction: Late-stage dementia places substantial burdens on caregivers and families, yet Thailand lacks a clearly defined community-based care model for this population.

Research objectives: 1) To survey the situation and care needs of elderly with late-stage dementia; 2) To develop a family and community-based care model; and 3) To evaluate its effectiveness.

Research methodology: This research and development study was conducted in selected community in Pathumthani Province (February–August 2025) across three phases. Phase 1 (situation analysis, 8 weeks): 100 participants across five groups (elderly persons, caregivers, community members, community leaders/village health volunteers, and healthcare personnel; 20 per group). Phase 2 (model development, 12 weeks): 20 experts and community leaders using the PAOR cycle. Phase 3 (implementation and evaluation, 4 weeks): 60 participants comprising caregivers of elderly with late-stage dementia, elderly persons, and community leaders/village health volunteers (20 per group) selected by purposive sampling. Instruments included a knowledge questionnaire (KR-20 = .82), care ability assessment (α = .89), and satisfaction questionnaire (α = .91), analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and Cohen's d.

Results: Focus groups revealed that most caregivers lacked knowledge and skills for late-stage dementia care and experienced high caregiver burden. The developed model comprised five components: patient and family assessment, knowledge and skills training, symptom management, multidisciplinary team coordination, and community support networks. Post-implementation, participants showed significantly higher knowledge and care ability scores (both $p < .05$, medium effect sizes), and reported high overall satisfaction ($M = 85$, $SD = 9.60$).

Conclusions: This family and community-based care model effectively improved caregiver knowledge and care abilities and may be adapted for communities with similar contexts.

Implications: The model may be implemented by community health units, nursing institutions, and local authorities to improve late-stage dementia care.

Keywords: late-stage dementia, care model, family-based care, community-based care, elderly

Funded: Pathumthani University

^{1,3}Lecturer, Faculty of Nursing, Pathumthani University, Pathumthani, Thailand. ¹Email: pisan.p@ptu.ac.th ³Email: piyanan.su@ptu.ac.th

^{2*}Corresponding author: Registered Nurse, Siriraj Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

Email: surasak.mol@mahidol.ac.th

การพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้าย โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

Received: Dec 20, 2025

Revised: Jun 23, 2026

Accepted: Aug 4, 2026

พิสันต์ ประชาชู พย.ม.¹

สุรศักดิ์ มุลศรีสุข พย.ม.^{2*}

ปิยนันท์ สุวรรณ พย.ม.³

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายในผู้สูงอายุก่อให้เกิดภาระต่อครอบครัวและผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามประเทศไทยยังขาดรูปแบบการดูแลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ในบริบทชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย: 1) เพื่อสำรวจสถานการณ์และความต้องการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้าย ในชุมชน 2) เพื่อพัฒนาแบบการดูแลโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน และ 3) เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ ที่พัฒนาขึ้น

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยและพัฒนาดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงสิงหาคม พ.ศ. 2568 ในชุมชนคัดเลือก จังหวัดปทุมธานี แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ โดยกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ประชาชน ผู้นำชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุข และบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มละ 20 คน รวม 100 คน (8 สัปดาห์) ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลโดยใช้วงจร PAOR กับผู้เชี่ยวชาญและผู้นำชุมชน จำนวน 20 คน (12 สัปดาห์) และระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผลกับผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะท้าย ผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มละ 20 คน รวม 60 คน (4 สัปดาห์) เครื่องมือได้แก่ แบบสอบถามความรู้ (KR-20 = .82) แบบประเมินความสามารถ ในการดูแล (α = .89) และแบบสอบถามความพึงพอใจ (α = .91) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Cohen's d

ผลการวิจัย: การสนทนากลุ่มพบว่าผู้ดูแลในชุมชนส่วนใหญ่ขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ระยะท้าย และมีความเครียดจากการดูแลในระดับสูง รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วยและครอบครัว การให้ความรู้และฝึกทักษะ การจัดการอาการ การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ และการสนับสนุนจากชุมชน ภายหลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้และความสามารถในการดูแลสูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง และมีความพึงพอใจในระดับมาก ($M = 85, SD = 9.60$)

สรุปผล: รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานมีประสิทธิภาพ ในการเพิ่มความรู้และความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้

ข้อเสนอแนะ: รูปแบบนี้สามารถนำไปใช้โดย รพ.สต. สถานศึกษาพยาบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะท้ายในชุมชน

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อมระยะท้าย รูปแบบการดูแล ครอบครัวเป็นฐาน ชุมชนเป็นฐาน ผู้สูงอายุ

ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยปทุมธานี

^{1,3}อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี ปทุมธานี ประเทศไทย ¹Email: pisan.p@ptu.ac.th ³Email: piyanan.s@ptu.ac.th

²Corresponding author พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย

Email: surasak.mol@mahidol.ac.th

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความเสื่อมถอยของการทำงานของสมองอย่างต่อเนื่องและไม่สามารถฟื้นคืนได้ ส่งผลกระทบต่อความจำ ความคิด พฤติกรรม และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน องค์การอนามัยโลกรายงานในปี ค.ศ. 2023 ว่ามีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกประมาณ 55 ล้านคน และมีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมรายใหม่เพิ่มขึ้นเกือบ 10 ล้านคนต่อปี โดยคาดการณ์ว่าจำนวนดังกล่าวจะเพิ่มเป็น 78 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 และ 139 ล้านคนในปี ค.ศ. 2050¹

สำหรับประเทศไทย ซึ่งก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบในปี พ.ศ. 2564 และคาดว่าจะเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอดในปี พ.ศ. 2574² ภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นวิกฤตด้านสาธารณสุขที่ต้องเผชิญอย่างเร่งด่วน ข้อมูลปี พ.ศ. 2565 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมประมาณ 770,000 คน หรือร้อยละ 6 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด และเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 100,000 คน³ โดยกระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงถึง 840,192 คน คิดเป็นความชุกร้อยละ 6.49 ของประชากรสูงอายุทั่วประเทศ³

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 25 - 40 จะดำเนินโรคไปถึงระยะท้าย (Late-stage dementia) ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการสื่อสาร ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง มีปัญหาการกลืน ความเสี่ยงต่อการสำลัก ภาวะติดเชื้อซ้ำซาก และจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยติดเตียงตลอด 24 ชั่วโมง⁴ สำหรับในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี ข้อมูลจากระบบ 3 หมอรู้จักคุณ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁵ พบว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง (ติดบ้านและติดเตียง) รวมทั้งจังหวัดถึง 850 ราย โดยเฉพาะในอำเภอเมืองปทุมธานี ที่มีผู้สูงอายุติดบ้าน 714 ราย และติดเตียง 139 ราย ซึ่งคาดว่าจะมีผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายรวมอยู่ด้วยจำนวนมาก

ภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายส่งผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายในชุมชนประสบกับความเครียดทางกายภาพและจิตใจในระดับสูง มีความรู้สึกโดดเดี่ยว และขาดทักษะการจัดการอาการเฉพาะระยะท้าย เช่น การดูแลภาวะกลืนลำบากและการจัดการความเจ็บปวด⁴ ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายมากกว่า 3 เดือนจะเผชิญความเครียดสะสมในระดับสูง ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการนอนหลับที่ลดลงและเพิ่มความเสี่ยงด้านสุขภาพระยะยาว⁶ นอกจากนี้ยังพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีอัตราเฉลี่ยสูงถึงร้อยละ 31.20⁷ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การขาดการสนับสนุนทางสังคมและการต้องดูแลเพียงลำพังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำนายภาระความเครียดของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ⁸

การศึกษาในระยะหลังพบว่ารูปแบบการดูแลโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน (Family and community-based care) มีประสิทธิผลสูงกว่าในบริบทประเทศกำลังพัฒนา มีประสิทธิผลสูงกว่าในบริบทประเทศกำลังพัฒนา โดยจากการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพและฟื้นฟูความจำผู้สูงอายุสมองเสื่อมโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและลดปัญหาพฤติกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญ⁹ เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า โปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถลดอาการทางพฤติกรรมของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ อย่างไรก็ตาม การศึกษาเหล่านี้ส่วนใหญ่มุ่งเน้นผู้ป่วยระยะแรกถึงระยะกลาง และยังขาดรูปแบบที่ออกแบบเฉพาะสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม "ระยะท้าย" ในบริบทชุมชนไทย

จากการสำรวจเบื้องต้นในชุมชนคัดสรรตำบลบางพูน อำเภอเมืองปทุมธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงจำนวนมากดังกล่าว พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายน้อย ทั้งด้านการจัดการอาการ การดูแลแบบประคับประคอง และการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ผู้วิจัยจึงพัฒนา

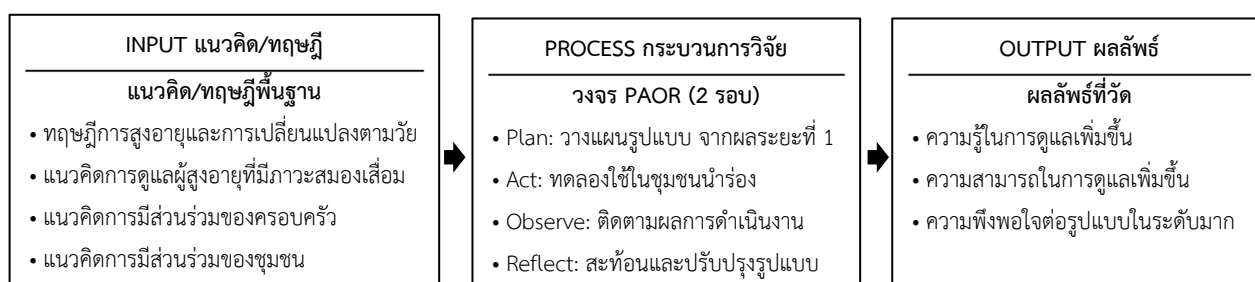
รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน โดยมุ่งหวังให้เป็นต้นแบบสำหรับชุมชนอื่นและขยายผลสู่การพัฒนาโยบายระดับประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสำรวจสถานการณ์และความต้องการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายในชุมชนคัดสรร
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ประกอบด้วย 4 แนวคิดหลัก ดังนี้ 1) ทฤษฎีการสูงอายุและการเปลี่ยนแปลงตามวัย อธิบายว่าการสูงอายุเป็นภาวะที่ร่างกายมีการเสื่อมถอยอย่างต่อเนื่องและไม่สามารถกลับคืนได้ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทที่นำไปสู่ภาวะสมองเสื่อม 2) แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ครอบคลุมการดูแล 4 มิติ โดยในระยะท้ายเน้นการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) และการจัดการอาการเป็นหลัก 3) แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว เน้นการพัฒนาศักยภาพของสมาชิกในครอบครัวให้สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพผ่านการให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการสนับสนุนทางอารมณ์แก่ผู้ดูแล และ 4) แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นกระบวนการพัฒนาความสามารถของประชาชนในชุมชนเพื่อการพึ่งพาตนเอง โดยให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผน ดำเนินการ และประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้าย แนวคิดทั้ง 4 ได้รับการบูรณาการเข้ากับกระบวนการวิจัยและพัฒนา (R&D) โดยใช้วงจร PAOR (Plan-Act-Observe-Reflect) เป็นกลไกขับเคลื่อนการพัฒนาารูปแบบการดูแล เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน และนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) มีกระบวนการวิจัย 3 ระยะ ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงสิงหาคม พ.ศ. 2568 ในชุมชนตำบลบางพูน อำเภอมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ซึ่งคัดสรรตามเกณฑ์ ได้แก่ เป็นชุมชนที่มีผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง (ติดบ้านและติดเตียง) ในสัดส่วนสูง มีโครงสร้างผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้มแข็ง และยังไม่เคยได้รับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายอย่างเป็นระบบ

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการ (8 สัปดาห์)

วิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายในชุมชนตามขั้นตอนดังนี้ 1) คัดสรรชุมชนตามเกณฑ์ที่กำหนด 2) เตรียมชุมชนโดยสร้างความเข้าใจและความตระหนักแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 3) สำรวจและประเมินข้อมูลพื้นฐาน และ 4) วิเคราะห์สรุปผลและนำเสนอต่อชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายและผู้ดูแลหลักในชุมชนตำบลบางพูนประชาชนทั่วไป ผู้นำชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุข และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติของแต่ละกลุ่ม รวม 5 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน รวมทั้งสิ้น 100 คน ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้าย จำนวน 20 ราย เกณฑ์คัดเข้า คือ อายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายจากแพทย์ และอาศัยในชุมชนตำบลบางพูน 2) ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะท้าย จำนวน 20 ราย เกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลมากกว่า 6 เดือน อายุ 18 ปีขึ้นไปสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 3) ประชาชนทั่วไปในชุมชน จำนวน 20 ราย 4) ผู้นำชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 20 ราย และ 5) บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานของชุมชนและผู้สูงอายุ 2) แบบประเมินสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 3) แบบวัดความรู้และความต้องการการดูแลของผู้ดูแล ผู้นำชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุข และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และ 4) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus group guide) เพื่อตรวจสอบสถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายในชุมชน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ (12 สัปดาห์)

พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานผ่านวงจร PAOR จำนวน 2 รอบ ตามขั้นตอนดังนี้ 1) ขั้นการวางแผน (Plan) ผู้วิจัยนำผลจากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและผู้นำชุมชน เพื่อร่างรูปแบบการดูแลเบื้องต้น 2) ขั้นปฏิบัติการ (Act) นำร่างรูปแบบไปทดลองใช้ในชุมชนนำร่อง พร้อมจัดอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุข 3) ขั้นสังเกตการณ์ (Observe) ติดตามผลการดำเนินงานในชุมชน บันทึกปัญหาและอุปสรรคที่พบ และ 4) ขั้นสะท้อนการปฏิบัติ (Reflect) นำปัญหาที่พบมาสะท้อนร่วมกับทีมเครือข่าย เพื่อปรับปรุงรูปแบบก่อนเข้าสู่รอบถัดไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ บุคลากรสาธารณสุข และผู้นำชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 20 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ก่อนนำไปใช้จริง

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบ (4 สัปดาห์)

ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น โดยเก็บข้อมูลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้าย ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้าย และผู้นำชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนตำบลบางพูน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 20 คน คัดเลือกโดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือก ได้แก่ ผู้ดูแลทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายจากแพทย์ ให้การดูแลอย่างน้อย 6 เดือน สามารถอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามข้อกำหนด หรือถอนตัวจากการวิจัยระหว่างดำเนินการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในระยะที่ 3 ประกอบด้วย 4 ชุด ดังนี้

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ครอบคลุมเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแล
- 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะท้าย จำนวน 30 ข้อ ลักษณะถูก-ผิด (คะแนนเต็ม 30 คะแนน) สร้างโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม ครอบคลุมความรู้เรื่องภาวะสมองเสื่อมระยะท้าย การจัดการอาการ และการดูแลแบบประคับประคอง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI = .80 - 1.00) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และมีค่าความเที่ยง KR-20 เท่ากับ .82
- 3) แบบประเมินความสามารถในการดูแล จำนวน 25 ข้อ ลักษณะมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (คะแนนเต็ม 125 คะแนน) สร้างโดยผู้วิจัยโดยประยุกต์จากแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะท้าย ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI = .80 - 1.00) และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (α = .89)
- 4) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล จำนวน 20 ข้อ ลักษณะมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (คะแนนเต็ม 100 คะแนน) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI = .80 - 1.00) และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (α = .91)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี เลขที่ 017/2567 ลงวันที่ 8 มกราคม 2568 ผู้วิจัยชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย การรักษาความลับของข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้ ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยปทุมธานีถึงหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเริ่มดำเนินการทุกครั้ง ขั้นตอนรูปแบบ แบ่งเป็น 3 ช่วง ได้แก่ สัปดาห์ที่ 1 - 2 ประเมินความรู้และความสามารถในการดูแลก่อนการใช้รูปแบบ จากนั้นให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลแก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และอาสาสมัครสาธารณสุข เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมระยะท้าย การดูแลแบบประคับประคอง และการจัดการปัญหาที่พบบ่อย พร้อมสาธิตและฝึกปฏิบัติ สัปดาห์ที่ 3 - 6 ติดตามเยี่ยม ให้กำลังใจ และให้คำปรึกษาแก้ไขปัญหาที่พบในการดูแล สัปดาห์ที่ 7 - 8 ประเมินความรู้ ความสามารถในการดูแล และความพึงพอใจหลังการใช้รูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของ Paired t-test ด้วยการทดสอบการแจกแจงปกติ (Shapiro-wilk test) ก่อนดำเนินการวิเคราะห์
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และความสามารถในการดูแลก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วย Paired sample t-test และคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size) ด้วย Cohen's d
4. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการวิจัยแบ่งตามวัตถุประสงค์การวิจัย 3 ข้อ ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 สถานการณ์และความต้องการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายในชุมชน ผลการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับกลุ่มตัวอย่าง 100 คน ใน 5 กลุ่ม พบประเด็นสำคัญ 4 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในชุมชน กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มให้ข้อมูลสอดคล้องกันว่า ภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายเป็นปัญหาที่พบบ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในชุมชน ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขรายงานว่ายากต่อการติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากขาดระบบการดูแลที่ชัดเจน

ด้านที่ 2 ความรู้และทักษะของผู้ดูแล ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่รายงานว่าขาดความรู้ในการจัดการอาการเฉพาะของระยะท้าย โดยเฉพาะการดูแลภาวะกลืนลำบาก การจัดการอาการปวด และการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงไม่ทราบแนวทางการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ดังที่ผู้ดูแลรายหนึ่งกล่าวว่า “ไม่รู้ว่าจะต้องทำอะไรเมื่อผู้ป่วยกลืนไม่ได้ กลัวลำบากมาก แต่ไม่มีใครสอน”

ด้านที่ 3 ภาระการดูแล ผู้ดูแลหลักรายงานภาระการดูแลในระดับสูงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยส่วนใหญ่ต้องดูแลเพียงลำพังตลอด 24 ชั่วโมง มีความเครียดสะสมและนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ

ด้านที่ 4 ความต้องการการสนับสนุน กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มมีความต้องการตรงกันใน 3 ประการ ได้แก่ 1) ต้องการความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่เป็นระบบ 2) ต้องการระบบเครือข่ายสนับสนุนในชุมชนที่เข้าถึงได้ง่าย และ 3) ต้องการการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ผลการพัฒนาแบบผ่านวงจร PAOR 2 รอบตลอด 12 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

รอบที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1 - 6) ในขั้นวางแผน ผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพนำผลจากระยะที่ 1 มาออกแบบรูปแบบการดูแลเบื้องต้น จากนั้นในขั้นปฏิบัติการนำร่างรูปแบบไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 20 คน ขั้นสังเกตการณ์พบปัญหาหลัก คือ ผู้ดูแลบางส่วนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา และขั้นสะท้อนการปฏิบัติได้ข้อสรุปว่าต้องเพิ่มช่องทางการให้ความรู้ที่ยืดหยุ่นกว่าเดิม เช่น การเยี่ยมบ้านและสื่อดิจิทัล

รอบที่ 2 (สัปดาห์ที่ 7 - 12) นำข้อเสนอแนะจากรอบที่ 1 มาปรับปรุงรูปแบบ เพิ่มการเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอและระบบเครือข่ายอาสาสมัครในชุมชน รูปแบบการดูแลฉบับสมบูรณ์ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1) การประเมินสภาพผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ การประเมินระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน ภาระการดูแล และความพร้อมของครอบครัว โดยบุคลากรสาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข

2) การให้ความรู้และฝึกทักษะ ได้แก่ การอบรมเรื่องภาวะสมองเสื่อมระยะท้าย การดูแลแบบประคับประคอง การสื่อสารกับผู้ป่วย การจัดการพฤติกรรมที่ผิดปกติ และการดูแลตนเองของผู้ดูแล

3) การจัดการอาการ ได้แก่ แนวทางการจัดการอาการทางกาย เช่น การกลืนลำบาก การนอนหลับ และอาการปวด รวมถึงอาการทางจิตใจและพฤติกรรม

4) การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ ระบบการส่งต่อข้อมูลและการติดตามผลระหว่างแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด และบุคลากรในชุมชน

5) การสนับสนุนจากชุมชน ได้แก่ การสร้างเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือเกื้อกูล และการระดมทรัพยากรในชุมชน

รูปแบบดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้รับการประเมินในระดับมากถึงมากที่สุดทุกองค์ประกอบ ก่อนนำไปใช้จริงในระยะที่ 3

วัตถุประสงค์ที่ 3 ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 3 จำนวน 60 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.30) อายุเฉลี่ย 52.4 ปี (SD = 10.80) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 65) ระดับการศึกษามัธยมศึกษา (ร้อยละ 45) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร (ร้อยละ 58.30) และระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 3.2 ปี (SD = 1.80) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N = 60)

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
เพศหญิง	44	73.30
เพศชาย	16	26.70
อายุเฉลี่ย (ปี)	M = 52.40	SD = 10.80
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	22	36.70
มัธยมศึกษา	27	45
อนุปริญญาขึ้นไป	11	18.30
สถานภาพสมรส		
สมรส	39	65
โสด/หม้าย/หย่า	21	35
ความสัมพันธ์		
คู่สมรส	15	25
บุตร	35	58.30
ญาติอื่น ๆ	10	16.70
ระยะเวลาดูแลเฉลี่ย (ปี)	M = 3.20	SD = 1.80

ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

ก่อนการวิเคราะห์ด้วย Paired t-test ผู้วิจัยทดสอบการแจกแจงปกติของคะแนนผลต่าง (Difference score) ด้วย Shapiro-wilk test พบว่าคะแนนผลต่างของทั้งความรู้ ($W = .971, p = .183$) และความสามารถในการดูแล

($W = .965$, $p = .094$) มีการแจกแจงที่ไม่แตกต่างจากโค้งปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสามารถใช้ Paired t-test ได้อย่างเหมาะสม ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความรู้ ความสามารถในการดูแล และความพึงพอใจก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (N = 60)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	Cohen's d
	M	SD	M	SD				
ความรู้ในการดูแล (คะแนนเต็ม 30)	18.45	3.21	24.72	2.85	59	5.186	.001*	.670
ความสามารถในการดูแล (คะแนนเต็ม 125)	72.35	8.42	86.18	6.93	59	4.892	.001*	.632
ความพึงพอใจต่อรูปแบบ (คะแนนเต็ม 100)			85	9.60				

* $p < .05$

จากการเปรียบเทียบ พบว่า หลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ในการดูแลสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(59) = 5.186$, $p < .05$) โดยมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Cohen's $d = .670$) และมีคะแนนความสามารถในการดูแลสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(59) = 4.892$, $p < .05$) โดยมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลางเช่นกัน (Cohen's $d = .632$) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลในระดับมาก ($M = 85$, $SD = 9.60$ จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน) สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 3 ข้อ ผู้วิจัยจึงนำเสนอการอภิปรายผลตามลำดับวัตถุประสงค์ ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 สถานการณ์และความต้องการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้าย ในชุมชน ผลการสนทนากลุ่มพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและเป็นบุตรของผู้ป่วย สอดคล้องกับข้อมูลที่พบว่าสมาชิกในครอบครัวมากกว่าร้อยละ 50 ของคนที่ดูแลผู้ป่วยเป็นบุตร¹¹ ผลการสนทนากลุ่มพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะท้าย โดยเฉพาะการจัดการอาการเฉพาะระยะท้ายและการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลในชุมชนมักขาดทักษะการจัดการอาการเฉพาะของระยะท้าย นอกจากนี้ภาระการดูแลที่สูงและการต้องดูแลเพียงลำพัง⁴ การขาดการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำนายภาระความเครียดของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ⁸

วัตถุประสงค์ที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ซึ่งมีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการวิจัยที่บูรณาการแนวคิด 4 ด้าน ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การประเมินสภาพผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการประยุกต์ทฤษฎีการสูงอายุและการเปลี่ยนแปลงตามวัย เพื่อให้เข้าใจพยาธิสภาพและความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยในแต่ละระยะ องค์ประกอบที่ 2 การให้ความรู้และฝึกทักษะ และองค์ประกอบที่ 3 การจัดการอาการ สะท้อนแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้ง 4 มิติ โดยเน้นมิติด้านผู้ดูแลและครอบครัวซึ่งมีความสำคัญสูงสุดในระยะท้าย องค์ประกอบที่ 4 การประสานงานทีมสหวิชาชีพ และองค์ประกอบที่ 5 การสนับสนุนจากชุมชน สะท้อนแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่เป็นหัวใจของรูปแบบนี้

กระบวนการพัฒนาผ่านวงจร PAOR 2 รอบตลอด 12 สัปดาห์ ทำให้รูปแบบได้รับการปรับปรุงจากปัญหาจริงในภาคสนาม โดยเฉพาะการเพิ่มช่องทางการให้ความรู้ที่ยืดหยุ่น เช่น การเยี่ยมบ้านและระบบเครือข่ายอาสาสมัคร จนได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนอย่างแท้จริง สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลโดยยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางที่เน้นบทบาทพยาบาลในการเป็นผู้นำทีมสหวิชาชีพ¹² และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการพัฒนารูปแบบโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ⁹

วัตถุประสงค์ที่ 3 ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น

ด้านความรู้ในการดูแล ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Cohen's $d = .670$) ซึ่งเกิดจากการออกแบบกิจกรรมที่หลากหลาย ทั้งการบรรยาย สานิต และเยี่ยมบ้าน ประกอบกับการใช้วงจร PAOR ที่ทำให้เนื้อหาตรงกับปัญหาจริงของผู้ดูแลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า โปรแกรมที่บูรณาการการให้ความรู้กับการสนับสนุนทางอารมณ์สามารถลดความเครียดและเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁶

ด้านความสามารถในการดูแล กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการดูแลสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Cohen's $d = .632$) ความสำเร็จในด้านนี้เกิดจากการที่รูปแบบเน้นการฝึกทักษะเชิงปฏิบัติควบคู่กับความรู้เชิงทฤษฎี รวมถึงระบบการติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 3 - 6 ที่ช่วยให้ผู้ดูแลได้รับคำปรึกษาและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ทัน่วงที สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า โปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและลดปัญหาพฤติกรรมของผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า โปรแกรมสหวิชาชีพที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางช่วยเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเองและแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแล¹³ ขนาดอิทธิพลระดับปานกลางของทั้งสองตัวแปรสะท้อนถึงประสิทธิผลในทางปฏิบัติ อย่างไรก็ตามอาจเพิ่มขึ้นได้หากขยายระยะเวลาการติดตามในการวิจัยครั้งต่อไป

ด้านความพึงพอใจ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลในระดับมาก สะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลในชุมชนได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับมากต่อรูปแบบที่พัฒนาโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน⁹

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการสุขภาพในชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ในพื้นที่ โดยปรับองค์ประกอบให้เหมาะสมกับบริบทและทรัพยากรของแต่ละชุมชน

2. สถานศึกษาทางการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยและรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปบูรณาการในการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุและการพยาบาลอนามัยชุมชน เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะท้ายในชุมชน

3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถนำรูปแบบการสนับสนุนจากชุมชนและระบบเครือข่ายอาสาสมัครที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นต้นแบบในการจัดระบบดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงในพื้นที่

4. สำหรับผู้กำหนดนโยบาย ควรพิจารณารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปขยายผลในระดับจังหวัด หรือระดับประเทศ โดยบรรจุไว้ในแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะท้ายในชุมชน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรขยายการศึกษาไปยังชุมชนที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่น ชุมชนชนบท ชุมชนกึ่งเมือง และชุมชนในภูมิภาคต่าง ๆ เพื่อปรับปรุงให้มีความเป็นสากลมากขึ้น
2. ควรศึกษาผลกระทบของรูปแบบการดูแลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะท้ายโดยตรง รวมถึงผลต่อการดูแล ในระยะยาวมากกว่า 6 เดือน
3. ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบด้วยการออกแบบการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม (Randomized Controlled Trial: RCT) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์และความสามารถในการนำไปอ้างอิงในระดับสากล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยปทุมธานีที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัย ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณผู้ดูแลผู้ป่วยทุกท่านที่เสียสละเวลาเข้าร่วมการวิจัย

References

1. World Health Organization. Dementia: A public health priority. Geneva: WHO Press; 2023.
2. Office of The National Economic and Social Development Board. Population projections for Thailand 2010-2040. Bangkok: Duan Tula Printing; 2013. (in Thai)
3. Jayathavaj V, Harnsomskul R. Forecasting the number of inpatients with dementia and alzheimer's disease in Thailand. Academic Journal of Community Public Health 2024;10(4):74-85. (in Thai)
4. Dempsey L, Dowling M, Larkin P, Murphy K. Providing care for a person with late-stage dementia at home: What are carers' experiences. Dementia 2020;19(2):352-74. doi: 10.1177/1471301218774937.
5. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Pathum Thani province data report: 3 doctors know you, elderly population data 2021. [Internet]. 2021 [cited 2026 Jun 15]. Available from: <https://3doctor.hss.moph.go.th>
6. Collins RN, Kishita N. Prevalence of depression and burden among informal care-givers of people with dementia: A meta-analysis. Ageing and Society 2020;40(11):2355-92.
7. Sanprakhon P, Chaimongkol N, Lach HW. Integrative stress reduction program for family caregivers of persons with advanced dementia: A randomized-controlled trial. Western Journal of Nursing Research 2024;46(1):1017-26. doi: 10.1177/01939459231201251.

8. Srichanuan P, Nukaew O, Kongsuwan V. Predicting factors of burden among caregivers of elderly dementia patients with behavioral and psychological symptoms. In: Proceedings of the 10th National and 8th International Academic Conference and Research Presentation. North Eastern University; 2023. p. 319-31. (in Thai)
9. Opas P, Arunsirrot N, Pattarawongthana J, Boonyarittanon N. The development of healthcare model and memory rehabilitation of elderly with dementia by using community-based participation. *Community and Social Development Journal* 2025;26(1):166-77. doi: 10.57260/csdj.2025.268031.
10. Suphaaksorn B. The effect of nursing care at home with family and community participation program on behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) of the elderly with dementia in community. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2024;38(3):1-15. (in Thai)
11. Suwan A. Improving caregiver's knowledge in management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Journal of Science and Technology Association of Private Higher Education Institutions of Thailand* 2024;13(1):36-49. (in Thai)
12. Komjakraphan P. Caring for community-dwelling older adults having dementia: A concept of person-centred care. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council* 2019;34(4):5-18. (in Thai)
13. Sondell A, Lampinen J, Conradsson M, Littbrand H, Englund U, Nilsson I, et al. Experiences of community-dwelling older people with dementia participating in a person-centred multidimensional interdisciplinary rehabilitation program. *BMC Geriatrics* 2021;21:341. doi: 10.1186/s12877-021-02282-y.