

วารสาร  
พุดชาวิททยาและ  
เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ  
Journal of Gerontology and Geriatric Medicine

ปีที่ 16 ฉบับที่ 2-3 พฤษภาคม - ธันวาคม 2560  
Vol. 16, No. 2-3 May - December 2017



สมาคมพุดชาวิททยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย  
Official Publication of the Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine  
ISSN 1513-4695



# วารสารพญามาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

JOURNAL OF GERONTOLOGY AND GERIATRIC MEDICINE

## ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

ศ.นพ.เทพ หิมะทองคำ

Thep Himathongkam

ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย

Prasert Assantachai

ศ.ดร.ประนอม โอทกานนท์

Pranom Othaganont

พญ.วันดี โภคะกุล

Vandee Bhokakul

## หัวหน้าบรรณาธิการ

รศ.ทพญ. ดร.ศจี สัตยุตม์

Saje Sattayut

## กองบรรณาธิการ

ศ.ศศิพัฒน์ ยอดเพชร

Sasipat Yodpet

ศ.นพ.วีระชัย โค้วสุวรรณ

Weerachai Kosuwon

ศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล

Weerasak Muangpaisan

รศ.ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์

Siriphan Sasat

รศ.ทพญ.ดร.พัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันท์

Patcharawana Srisilapanan

รศ.พญ. วิไล คุปต์นิรัตศัยกุล

Vilai Kuptniratsaikul

รศ.ประคอง อินทรสมบัติ

Prakong Intarasombat

รศ.ดร.ฉันทนา อารมย์ดี

Chantana Aromdee

รศ.ดร.วรรณภา ศรีรัญรัตน์

Wanapa Sritanyarat

ผศ.ดร.อรสา กงตาล

Orasa Kongtaln

พญ.วาราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ

Varalak Srinonprasert

## สำนักงาน

อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา ชั้น 5

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

123 หมู่ 16 ถ.มิตรภาพ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002

โทร. 0-4320-2405 ต่อ 45265

E-mail: journal.ggm@gmail.com

## เจ้าหน้าที่ประจำกองบรรณาธิการ และเลขานุการบรรณาธิการ

วิศรุต พรหมมาลูน

Witsarut Prommaloon

## คณะกรรมการสมาคมพจนานวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย 2560

---

ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย	นายกสมาคม
รศ.ทพญ. ดร.พัชราวรรณ ศรีศิลป์นันท์	อุปนายก 1
รศ.ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์	อุปนายก 2
ศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล	ประธานฝ่ายวิชาการ
รศ.พญ.วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ	ประธานสาขาแพทยศาสตร์
รศ.ดร.นารินทร์ จิตรมนตรี	เหรียญก
พิทวัส อินทรมีทรัพย์	หารายได้
ผศ.ดร.เบญจมาศ ภูมิอินทร์	ปฏิคม
ผศ.ดร.อารี ชิวเกษมสุข	นายทะเบียน
ผศ.ดร.พรชัย จุลเมตต์	ประชาสัมพันธ์
ผศ.ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์	เลขาธิการและวิเทศสัมพันธ์
รศ.พญ.วิไล คุปต์นิวัติศัยกุล	กรรมการกลาง
พญ.พัฒนิตา วัฒนพนม	กรรมการกลาง
ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์	กรรมการกลาง
ผศ.ร.ต.ต.หญิง ดร.เววดีทรรศน์ รอบคอบ	กรรมการกลาง

### สำนักงานสมาคม:

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ตึกหอพักพยาบาล 3 ชั้น 7 เลขที่ 2 ถนนวังหลัง  
แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700  
โทรศัพท์ 02-419-8398 โทรสาร 02-411-5034  
E-mail : tggm2009@yahoo.co.th

# วารสารพจนานุกรมวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

## JOURNAL OF GERONTOLOGY AND GERIATRIC MEDICINE

จพวส. ปีที่ 16 ฉบับที่ 2-3 พฤษภาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2560

### สารบัญ

### Content

นิพนธ์ต้นฉบับ	Original articles
45 ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะสุขภาพช่องปาก กับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุอำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก กิตติคุณ บัวบาน	The relationship between oral conditions on the quality of life in the elderly Mae Ramat district, Tak province.
57 ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ภุชณิศา ยังอยู่, สุภัทรา จันทร์คำ, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, ปิติพร สิริทิพากร, ดุจปรารภนา พิศาลสารกิจ, นภาพร เฟื่องสอน, สุทิสรา ปิติญาณ	Problems in care of people with dementia and caregiver needs
70 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ดูแล ระดับ ความรู้เรื่องสมองเสื่อม และผลกระทบต่อ จิตใจของผู้ดูแลผู้ที่มีสมองเสื่อม หฤษฎี ปั่นณะวิธ, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, ปิติพร สิริทิพากร, สุภัทรา จันทร์คำ, สุทิสรา ปิติญาณ, นภาพร เฟื่องสอน, ดุจปรารภนา พิศาลสารกิจ	Relationship between caregiver's factors, level of caregiver knowledge about dementia and the level of psychological burden experienced by caregivers of people with dementia
บทความปริทัศน์	Review article
80 แผนมารிடด้านผู้สูงอายุ : กรอบสหประชาชาติกับประเทศไทย ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์	The Madrid International Plan of Action on Ageing : the United Nations Framework for Thailand



# บทบรรณาธิการ

วารสารพฒณาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (Journal of Gerontology and Geriatric Medicine) ฉบับส่งท้าย พ.ศ.2560 ปีที่ 16 ประกอบด้วยบทความวิจัยเสนอประเด็นที่ท้าทายต่อการพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุข ร่วมกับระบบสวัสดิการสังคม ทั้งระดับพื้นที่และระดับประเทศ ได้แก่ บทความวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ ที่ศึกษาในระดับอำเภอ บทความวิจัยศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลกับการอันส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้ดูแล ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และบทความปริทัศน์ สภาวะและการดำเนินของประเทศไทยกับแผนมาดริดด้านผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกรอบสหประชาชาติ

ทุกบทความในวารสารฉบับนี้ร่วมสมัยกับภาวะด้านผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน อีกทั้งองค์ความรู้และการนำเสนอด้วยรูปแบบสหวิทยาการ เหมาะสำหรับผู้สนใจพฒณาวิทยาทางวิทยาศาสตร์การแพทย์สาขาต่างๆ สาธารณสุขศาสตร์ และสังคมศาสตร์ ในการนี้วารสารพฒณาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุจึงขอเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และพัฒนาศาสตร์พฒณาวิทยา โดยขอเรียนเชิญ ท่านผู้สนใจได้สมัครเป็นสมาชิกวารสารฯ และสมาชิกสมาคมพฒณาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย ส่งบทความวิจัย บทความปริทัศน์และกรณีศึกษาเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพฒณาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ตามรายละเอียดที่ปรากฏในวารสารฯ สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมทางสำนักงานกองบรรณาธิการวารสารฯ ยินดีให้ข้อมูลและหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เราจะได้ร่วมกันพัฒนาศาสตร์พฒณาวิทยาทั้งในระดับประเทศและนานาชาติต่อไป

รศ.ดร.ศจี สัตยุตม์  
บรรณาธิการ



## ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก

The relationship between oral conditions on the quality of life in the elderly  
Mae Ramat district, Tak province.

### กิตติคุณ บัวบาน

โรงพยาบาลแม่ระมาด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

### Kittikhon Buaban

Maeramad Hospital, Tak Provincial Public Health Office  
Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพช่องปาก กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก โดยได้ศึกษาแบบภาคตัดขวาง โดยใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตที่เป็นผลกระทบมาจากสุขภาพช่องปาก ดำเนินการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 486 คน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทั้ง OHIP Prevalence, OHIP Extent และ OHIP Severity ได้แก่จำนวนฟันแท้ที่เหลือในปาก (ค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ <0.001,0.002,<0.001) และจำนวนคู่สบฟันหลัง (ค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ <0.001,<0.001,<0.001) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ OHIP Prevalence และ OHIP Extent ได้แก่การมีพฤติกรรมเคี้ยวหมาก (ค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ0.001,0.017) ส่วนปัจจัยอื่นไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

**คำสำคัญ :** ผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิต สุขภาพช่องปาก การเคี้ยวหมาก

### Abstracts

This study aims to find relationship between oral health status, oral health behaviors, oral health risk factors and quality of life of elderly reside in Mae Ramat district, Tak province. The study was cross-sectional. Questionnaire was carried out to evaluate study subjects' quality of life. Study subjects were 486 elderly people aged 60 years and over. It is found that factors related to OHIP prevalence, severity and extent were numbers of remaining permanent teeth (statistical significance <0.001,0.002, <0.001) and number of posterior occluding pairs ( statistical significance <0.001, <0.001, <0.001 ). Factors associated with the OHIP prevalence and extent were betel nut chewing behavior (statistical significance = 0.001,0.017). Other factors showed no relationship to study subjects' quality of life.

**Keywords :** Elderly, Quality of life, Oral health, Betel nut chewing.

ผู้รับผิดชอบบทความ

นายกิตติคุณ บัวบาน

โรงพยาบาลแม่ระมาด ต.แม่ระมาด อ.แม่ระมาด จ.ตาก 63140

มือถือ 08-1379-6225 แฟกซ์ 0-5558-1085

อีเมลล์ kkbuaban@hotmail.com

Corresponding author

Kittikhon Buaban

Maeramad Hospital

Mobile +66 8 1379 6225 Fax. +66 5558 1085

E-mail : kkbuaban@hotmail.com



## บทนำ

ประเทศไทยมีเป้าหมายทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่สำคัญประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การมีอายุยืนยาวและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี<sup>(1)</sup> จากการประมาณการประชากรไทย จำแนกตามหมวดอายุและเพศ พ.ศ. 2533 - 2583 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่าสัดส่วนของประชากรในประเทศไทยเริ่มมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงไปเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 โดยมีการคาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นจาก 4,017,000 คน ในปี พ.ศ. 2533 ไปเป็นประมาณ 12,622,000 คน ในปี พ.ศ. 2563 และยังคงเพิ่มไปเป็น 20,519,000 คนในปี พ.ศ. 2583 ในขณะที่เดียวกันสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรรวมของประเทศไทยก็มีอัตราเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มจาก 7.4 ในปี พ.ศ. 2533 ไปเป็น 9.4 ในปี พ.ศ. 2543 และจะกลายเป็น 25.1 ในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งแสดงถึงการเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) ที่สมบูรณ์แบบ<sup>(2)</sup> สอดคล้องกับสำนักงานสถิติแห่งชาติที่รายงานว่าประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและเห็นได้ชัด ซึ่งเป็นผลจากการที่ประเทศไทยประสบผลสำเร็จในการดำเนินนโยบายด้านประชากรและการวางแผนครอบครัว รวมทั้งความก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยีสาธารณสุขทำให้ประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้น<sup>(3)</sup>

อย่างไรก็ดีการที่มีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นก็ทำให้พบมีผู้ที่มีปัญหาสุขภาพมากขึ้น จากข้อมูลทบทวนวรรณกรรมในแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พบว่าในปี พ.ศ. 2550 มีประชากรในกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 53.9 เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ อัมพาต อัมพฤกษ์ หลอดเลือดในสมองตีบ และมะเร็ง กลุ่มโรคดังกล่าวพบเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเพิ่มเป็นร้อยละ 60.4 ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ในการทบทวนดังกล่าวยังพบอีกว่า ร้อยละ 25 ของผู้สูงอายุมีปัญหาไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้เหมือนที่เคยเป็นอันเนื่องมาจากการมีภาวะทุพพลภาพจากปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 18.9 มีภาวะทุพพลภาพนานมากกว่า 6 เดือนและต้องการคนดูแลตลอดเวลา โดยการดูแลเหล่านี้รวมถึงการดูแลสุขภาพช่องปากด้วย<sup>(4)</sup> จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับชาติครั้งที่ 7 พบว่าปัญหาหลักในช่องปากของผู้สูงอายุคือการสูญเสียฟัน ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 - 74 ปี ร้อยละ 88.3 มีการสูญเสียฟันบางส่วน ร้อยละ 7.2 สูญเสียฟันทั้งปาก และยังคงเพิ่มขึ้น

ต่อเนื่องตามอายุ โดยพบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่อายุ 80 - 89 ปี มีการสูญเสียฟันทั้งปากสูงถึงร้อยละ 32.2 ในการสำรวจครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุ 60 - 74 ปี ร้อยละ 57.8 มีฟันแท้ใช้งานได้ตั้งแต่ 20 ซี่ขึ้นไป ร้อยละ 43.3 มีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ แต่กลับพบว่ากลุ่มอายุ 80 - 89 ปี นั้นมีเพียงร้อยละ 23.5 ที่มีฟันแท้ใช้งานได้ตั้งแต่ 20 ซี่ขึ้นไป และมีเพียงร้อยละ 15.6 ที่มีฟันหลังที่ใช้บดเคี้ยวสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ ยิ่งไปกว่านั้นถึงแม้จะพบว่ามีจำนวนฟันในช่องปากของผู้สูงอายุที่มีอายุช่วง 60 - 74 ปี ในการสำรวจครั้งนี้จะมีมากกว่าในครั้งที่ผ่านๆ มา แต่ฟันแท้ที่เหลืออยู่นี้ก็มักจะมีปัญหาหรือพบมีรอยโรคที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสม<sup>(5)</sup>

ปัญหาสุขภาพช่องปากเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ ทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ และการเข้าสังคม ในด้านสุขภาพกายนั้น สุขภาพช่องปากมีความสำคัญต่อการบดเคี้ยวอาหาร จำนวนฟันที่เหลืออยู่ในช่องปากจะส่งผลกระทบต่อความอยากรับประทานอาหารและการบดเคี้ยว พบว่าความเจ็บปวดจากฟันผุหรือโรคเหงือกมีความสัมพันธ์ต่อการเคี้ยวอาหาร ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการและสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ในผู้สูงอายุที่ไม่มีฟันธรรมชาติการทำงานของระบบบดเคี้ยวอาหารจะลดประสิทธิภาพลง ส่งผลกระทบต่อระบบการย่อยอาหาร ทำให้เกิดอาการอาหารไม่ย่อย ท้องอืด ได้มากกว่าคนที่ระบบการเคี้ยวที่ปกติ<sup>(6)</sup> ส่วนผลต่อสภาพจิตใจ อารมณ์ และการเข้าสังคมนั้น พบว่าความเจ็บปวดจากการที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากจะส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของผู้สูงอายุ โดยมีผลต่อเนื่องทำให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม รวมถึงความกังวลต่อสภาพลักษณะที่เปลี่ยนไปอันเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพช่องปากก็ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการแยกตัวออกจากสังคมได้ง่ายกว่าผู้ที่อยู่ในวัยอื่นๆ<sup>(7)</sup>

Oral Health Impact Profile -14 (OHIP - 14) เป็นเครื่องมือประเมินผลกระทบของช่องปากต่อคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากดัชนี OHIP - 49<sup>(8)</sup> ซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่มีการนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย ในปี ค.ศ. 2005 Slade และคณะได้ใช้ OHIP - 14 ศึกษาเปรียบเทียบผลของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มวัยผู้ใหญ่ในสหราชอาณาจักรกับออสเตรเลีย พบว่าคุณภาพชีวิตของประชากรในสหราชอาณาจักรได้รับผลกระทบจากช่องปากมากกว่าในออสเตรเลีย<sup>(9)</sup> Locker และ Quinonez ได้ใช้ OHIP - 14 เป็นดัชนีประเมิน

คุณภาพชีวิตของประชากรวัยผู้ใหญ่ในแคนาดา โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์พบว่ากลุ่มผู้ที่ไม่มียาฟันในช่องปากจะมี OHIP Prevalence สูงกว่ากลุ่มที่มีฟันเหลือในช่องปาก และยังพบว่าชาวแคนาดา 1 ใน 5 คนเคยมีประสบการณ์ที่ได้รับผลกระทบจากช่องปากต่อการใช้ชีวิตของตนเอง<sup>(10)</sup> ในส่วนของผู้สูงอายุนั้นได้มีการใช้ OHIP มาใช้เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในหลายลักษณะ ในปี 2015 Papaioannou และคณะได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุของประเทศกรีซ โดยใช้ OHIP-14 พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเมืองจะดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล การมี Functional limitation, physical pain และ psychological discomfort เป็นกลุ่มผลกระทบจากช่องปากที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตสูงสุดเมื่อเทียบกับผลกระทบทั้ง 7 กลุ่ม<sup>(11)</sup> Masood และคณะได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสหราชอาณาจักรพบว่า การมีฟันผุ การปวดฟัน และการใส่ฟันปลอมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่มีผลกระทบจากช่องปาก ส่วนการมีกระเป๋าปริทันต์ (Periodontal pocket) และการมีฟันหน้าสึกไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต<sup>(12)</sup> พิมพิวิภา เศรษฐวรพันธุ์ และคณะได้ศึกษาผลของคุณภาพและประสิทธิภาพการบดเคี้ยวของฟันเทียม ต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไร้ฟันในอำเภอนาโยง จังหวัดตรัง โดยใช้แบบประเมิน Oral Health Impact Prole for Edentulous Patients (OHIP-EDENT) พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 53.9 มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 24.0 และร้อยละ 22.1 มีคุณภาพชีวิตในระดับดีและไม่ดีตามลำดับ ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 70 มีระดับความพึงพอใจต่อฟันเทียมสูง ผู้สูงอายุที่มีการบดเคี้ยวและความเสถียรของฟันเทียมที่ดี จะมีความพึงพอใจโดยรวมต่อฟันเทียมที่ดี และความพึงพอใจโดยรวมต่อฟันเทียมมีผลต่อคุณภาพชีวิต<sup>(13)</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาของยุพิน สงไพศาล ที่ใช้ OHIP-14 ในการประเมินความคาดหวัง ความพึงพอใจ และผลกระทบของสภาวะช่องปากต่อคุณภาพชีวิตหลังใส่ฟันเทียมทั้งปากในผู้สูงอายุไร้ฟันในโรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี พบว่าร้อยละ 83.6 ที่ฟันเทียมทั้งปากไม่เคยมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจหลังใส่ฟันเทียมทั้งปากมีผลแปรผกผันกับผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิต และยังพบว่าการที่ฟันเทียมทั้งปากสามารถเคี้ยวอาหารได้หรือไม่เป็นผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญมากที่สุด<sup>(14)</sup>

อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก มีการจัดบริการสุขภาพช่องปากในประชากรกลุ่มอายุต่างๆ มาอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าในปัจจุบันมีผู้สูงอายุเข้ารับบริการสุขภาพช่องปากสูงขึ้น ทั้งการรับบริการรักษาทันตกรรม การใส่ฟันเทียม และการรับบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในรูปแบบต่างๆ จากฐานข้อมูลในระบบ Hospital OS พบว่ามีจำนวนครั้งในการรับบริการสุขภาพช่องปากในโรงพยาบาลแม่ระมาดของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 4,908 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2557 เป็น 5,325 ครั้งในปี พ.ศ. 2558 หรือเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 13.1 จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงทำให้ต้องมีการพัฒนารูปแบบและแนวทางในการบริการสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีจุดมุ่งหมายให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีสุขภาพช่องปากที่ดี ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี นั่นหมายถึงการมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี สามารถดำรงตนอย่างมีคุณค่า มีศักยภาพตลอดอายุขัย<sup>(15)</sup> โดยในการติดตามและประเมินผลการจัดบริการสุขภาพช่องปากเหล่านี้ จะมีการใช้ข้อมูลจากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากมาเป็นดัชนีชี้วัดความสำเร็จ เนื่องจากเป็นข้อมูลทำงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก ได้กำหนดให้มีการติดตามสำรวจสภาวะช่องปากในกลุ่มอายุสำคัญในระดับจังหวัดมาอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยมีการกำหนดสภาวะสุขภาพช่องปากให้เป็นตัวชี้วัดสำคัญของหน่วยงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 แต่ยังไม่พบว่ามีการประเมินผลในลักษณะที่เชื่อมโยงไปยังคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การศึกษาการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะช่องปากและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต เพื่อนำผลการศึกษาไปประกอบกับข้อมูลอื่นๆ แล้วนำไปใช้เพื่อวางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุของอำเภอแม่ระมาดได้อย่างเหมาะสมต่อไป

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยศึกษาในผู้สูงอายุ ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 646 คน ตัวอย่างในการศึกษาคัดเลือกจากผู้สูงอายุซึ่งอาศัยในอำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก โดยมีเงื่อนไขการคัดเลือกในการศึกษา คือ (1) แสดงความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร (2) ไม่มีโรคประจำตัว หรือมีโรคประจำตัวแต่อยู่ในระยะที่สามารถควบคุมได้ (3) มีประสบการณ์ในการตอบแบบทดสอบด้วยแบบสอบถาม หรือได้รับการประเมินจากผู้เก็บข้อมูล

แล้วว่าสามารถตอบแบบสอบถามได้ (4) สามารถได้ตอบ ผู้สัมภาษณ์ได้ด้วยตนเอง หรือผ่านล่าม จำนวนตัวอย่าง คำนวณจากสูตร  $n = [ ( Z^2 P ( 1-P ) ) / d^2 ] \times deff$  โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ทำการคัดเลือกตัวอย่างจากประชากรผู้สูงอายุ ในอำเภอแม่ระมาดด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย แล้วทำการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากด้วยแบบสำรวจของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยผู้ตรวจที่เป็นทันตแพทย์หรือทันตภิบาลที่ได้รับการอบรมและปรับมาตรฐานการตรวจสภาวะช่องปาก โดยการฝึกอบรมด้วยหลักสูตรตามคู่มือการปรับมาตรฐานของสำนักทันตสาธารณสุข<sup>(16)</sup> การประเมินคุณภาพชีวิตใช้แบบสอบถามร่วมกับการสัมภาษณ์โดยใช้ดัชนีคุณภาพชีวิตที่เป็นผลกระทบจากช่องปาก (Oral Health Impact Profile: OHIP-14) ฉบับภาษาไทย<sup>(17)</sup> ดำเนินการโดยทันตแพทย์หรือทันตภิบาลที่ได้รับการอบรมและปรับมาตรฐานโดยการประชุมร่วมกันเพื่อทบทวนและทำความเข้าใจประเด็นคำถามในแบบสอบถามทุกข้อพร้อมทั้งทดลองสัมภาษณ์ การศึกษาดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2559 วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพชีวิตที่ได้จากการสอบถาม นำมาศึกษาหาความสัมพันธ์กับข้อมูลที่ได้จากการสำรวจสภาวะช่องปากและปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square และ ANOVA โดยมีรายละเอียดของข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก แบ่งเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

1.1 ข้อมูลสภาวะช่องปาก ประกอบด้วย จำนวนฟันแท้ที่ใช้งานได้ จำนวนฟันคู่สบ (ฟันหลัง) การใส่หรือไม่ใส่ฟันเทียม

1.2 ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย การใช้หรือไม่ใช้ยารักษาโรคทางระบบการเป็นหรือไม่เป็นเบาหวาน การสูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่ การเคี้ยวหมากหรือไม่เคี้ยวหมาก

1.3 ข้อมูลพฤติกรรมด้านสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย การแปรงหรือไม่แปรงฟันก่อนนอน การดูแลหรือไม่ดูแลซอกฟันของตนเอง การวิเคราะห์ข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปาก ปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมใช้ จำนวน ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลการประเมินคุณภาพชีวิตที่เป็นผลกระทบจากช่องปาก (Oral Health Impact Profile : OHIP) เป็นข้อมูลที่มาจากการใช้แบบสอบถาม OHIP - 14 ทำการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย โดยให้ตอบด้วยการทำเครื่องหมายในคำตอบที่ตรงกับประสบการณ์จริงของตนเองในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา หากมีข้อสงสัยหรือคำถาม ผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้คำแนะนำ หรือพูดคุยเพิ่มเติมโดยไม่ออกนอกกรอบคำถามนั้นๆ การวิเคราะห์ข้อมูลจะเป็นไปตามแนวทางการแปลผลที่นำเสนอโดย Slade ในปี ค.ศ. 2005 ที่แยกการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประเมินออกเป็น 3 ด้านดังนี้

2.1 Prevalence คือ จำนวนหรือร้อยละของผู้ที่มีการให้ข้อมูลในข้อคำถามหนึ่งข้อหรือมากกว่าว่ามีความถี่ในการเกิดของเหตุการณ์นั้นๆ ในระดับ “บ่อย” หรือ “บ่อยมาก”

2.2 Extent คือ จำนวนข้อของคำถามที่มีการตอบว่ามีความถี่ในการเกิดอยู่ในระดับ “บ่อย” หรือ “บ่อยมาก”

2.3 Severity คือ ผลรวมของคะแนนในทุกข้อคำถาม โดยจะมีการแทนค่าของความถี่ในการเกิดเหตุการณ์ในแต่ละข้อคำถามด้วยคะแนน 0 - 4 โดย 0 หมายถึงไม่เคยเกิด 4 หมายถึงเกิดบ่อยมาก (มีช่วงคะแนนในผู้ตอบแต่ละคน 0- 56 คะแนน)<sup>(9)</sup>

## ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามมีจำนวน 486 คน เป็นเพศชายร้อยละ 43.6 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59.9) มีอายุอยู่ในช่วง 60 - 70 ปี มีผู้ที่ได้รับการศึกษาร้อยละ 53.3 ผู้สูงอายุที่มีฟันเหลือในช่องปากตั้งแต่ 20 ที่มีร้อยละ 64.0 ส่วนผู้ที่มีฟันหลังที่สบกันตั้งแต่ 4 คู่ขึ้นไปมีร้อยละ 54.9 ในขณะที่มีผู้ใส่ฟันเทียมเพียงร้อยละ 14.2 ผู้สูงอายุที่กินยาเพื่อรักษาโรคทางระบบมีร้อยละ 45.2 แต่พบเป็นเบาหวานเพียงร้อยละ 9.5 ในกลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่นิยมเคี้ยวหมากเท่ากับการสูบบุหรี่ โดยพบร้อยละของการสูบบุหรี่และเคี้ยวหมากเท่ากับ 45.6 และ 25.5 ตามลำดับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่แปรงฟันก่อนนอนแต่ไม่นิยมดูแลซอกฟันด้วยอุปกรณ์ขัดซอกฟัน โดยมีร้อยละของผู้ที่แปรงฟันก่อนนอนและผู้ที่ไม่ดูแลซอกฟันเท่ากับ 69.7 และ 36.3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	รายละเอียด	จำนวน	ร้อยละ
<b>1.1 ข้อมูลประชากรศาสตร์</b>			
เพศ	ชาย	212	43.6
	หญิง	274	56.4
อายุ(ปี)	60 - 70	291	59.9
	71 - 80	163	33.5
	มากกว่า 80	32	6.6
การศึกษา	ได้เรียนหนังสือ	259	53.3
	ไม่เรียนหนังสือ	209	43.0
	ไม่สามารถระบุได้	18	3.7
สถานภาพสมรส	สมรส	341	70.2
	โสด	13	2.7
	หม้าย	131	27.0
	ไม่สามารถระบุได้	1	0.2
<b>1.2 ข้อมูลสภาวะช่องปาก*</b>			
จำนวนฟัน	น้อยกว่า 20 ซี่	173	36.0
	20 ซี่ขึ้นไป	308	64.0
จำนวนคู่สบฟันหลัง	น้อยกว่า 4	217	45.1
	4 คู่สบหรือมากกว่า	264	54.9
ใส่ฟันเทียมถอดได้	ใส่	68	14.2
	ไม่ใส่	412	85.8
<b>1.3 ข้อมูลพฤติกรรม*</b>			
กำลังได้รับการรักษาโรคทางระบบ	ใช่	218	45.2
	ไม่ใช่	264	54.8
เป็นเบาหวาน	เป็น	46	9.5
	ไม่เป็น	436	90.5
สูบบุหรี่	สูบ	220	45.6
	ไม่สูบ	262	54.4
เคี้ยวหมาก	เคี้ยว	123	25.5
	ไม่เคี้ยว	359	74.5
แปรงฟันก่อนนอน	แปรง	336	69.7
	ไม่แปรง	146	30.3
ดูแลซอกฟัน	ใช่	175	36.3
	ไม่ใช่	307	63.7

\* ข้อมูลสภาวะช่องปากและพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่สมบูรณ์ จึงทำให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างอาจไม่เท่ากัน

เมื่อวิเคราะห์ในมิติของ OHIP Prevalence พบว่าจำนวนฟันแท้ที่เหลือในช่องปากตั้งแต่ 20 ซี่ขึ้นไป จำนวนฟันคู่สบฟันหลังตั้งแต่ 4 คู่ ขึ้นไป และการเคี้ยวหมาก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่มีผลกระทบมาจากช่องปาก โดยพบว่าร้อยละ 31.2 ของกลุ่มผู้ที่มีฟันแท้เหลือในช่องปากน้อยกว่า 20 ซี่ ให้ข้อมูลในข้อคำถามหนึ่งข้อหรือมากกว่าว่ามีความถี่ในการเกิดของเหตุการณ์นั้นๆ ในระดับ “บ่อย” หรือ “บ่อยมาก” ซึ่งแปลผลได้ว่ามีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ในขณะที่ในกลุ่มผู้ที่มีฟันแท้เหลือในช่องปากตั้งแต่ 20 ซี่ขึ้นไป มีเพียงร้อยละ 16.9 ที่ได้รับผลกระทบ

เช่นนี้ เช่นเดียวกับพบว่าในกลุ่มผู้ที่มีจำนวนคู่สบฟันหลังน้อยกว่า 4 คู่ มีจำนวนร้อยละ 31.8 ตอบคำถามที่แปลผลได้ว่าสถานะในช่องปากกระทบต่อคุณภาพชีวิต ในขณะที่ในกลุ่มผู้ที่มีจำนวนคู่สบฟันหลังตั้งแต่ 4 คู่ขึ้นไป มีเพียงร้อยละ 14.0 ที่ได้รับผลกระทบเช่นนี้ ส่วนในปัจจัยพฤติกรรมเคี้ยวหมากนั้น พบว่าในกลุ่มผู้ที่เคี้ยวหมากมีจำนวนร้อยละ 32.5 ที่ปัจจัยเสี่ยงนี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ในขณะที่ในกลุ่มผู้ที่ไม่เคี้ยวหมากมีเพียงร้อยละ 18.4 ที่ได้รับผลกระทบ ความแตกต่างเหล่านี้มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $< 0.05$ ) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของข้อมูลสุขภาพช่องปากและ OHIP prevalence

ข้อมูลสุขภาพช่องปาก		OHIP Prevalence n (%)		Chi-Square Sig.
		ส่งผลกระทบ	ไม่ส่งผลกระทบ	
จำนวนฟันแท้	<20	54 (31.2)	119 (68.8)	<0.001
	+20	52 (16.9)	256 (83.1)	
จำนวนคู่สบฟันหลัง	<4	69 (31.8)	148 (68.2)	<0.001
	+4	37 (14.0)	227 (86.0)	
การใส่ฟันเทียม	ใส่	19 (27.9)	49 (72.1)	0.341
	ไม่ใส่	87 (21.1)	325 (78.9)	
การใช้ยารักษาโรคทางระบบ	ใช้	41 (18.8)	177 (81.2)	0.125
	ไม่ใช้	65 (24.6)	199 (75.4)	
เบาหวาน	เป็น	9 (19.6)	37 (80.4)	0.676
	ไม่เป็น	97 (22.2)	339 (77.8)	
สูบบุหรี่	สูบ	52 (23.6)	168 (76.4)	0.424
	ไม่สูบ	54 (20.6)	208 (79.4)	
เคี้ยวหมาก	เคี้ยว	40 (32.5)	83 (67.5)	0.001
	ไม่เคี้ยว	66 (18.4)	293 (81.6)	
แปรงฟันก่อนนอน	แปรง	66 (19.6)	270 (80.4)	0.059
	ไม่แปรง	40 (27.4)	106 (72.6)	
ดูแลซอกฟัน	ดูแล	34 (19.4)	141 (80.6)	0.305
	ไม่ดูแล	72 (23.5)	235 (76.5)	

ในการวิเคราะห์ด้วย OHIP Extent และ OHIP severity พบว่าในกลุ่มผู้ที่มีฟันแท้เหลือในช่องปากน้อยกว่า 20 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของ OHIP Extent และ OHIP Severity เท่ากับ 0.95 และ 8.46 ในขณะที่ในกลุ่มผู้ที่มีฟันแท้เหลือในช่องปากตั้งแต่ 20 ที่ขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยของ OHIP Extent และ OHIP Severity เพียง 0.47 และ 5.78 เช่นเดียวกับพบว่าในกลุ่มผู้ที่มีจำนวนคู่สบฟันหลัง ( ฟันแท้ ) น้อยกว่า 4 คู่

มีค่าเฉลี่ยของ OHIP Extent และ OHIP Severity เท่ากับ 0.97 และ 8.56 ในขณะที่ในกลุ่มผู้ที่มีจำนวนฟันคู่สบตั้งแต่ 4 คู่ขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยของ OHIP Extent และ OHIP Severity เพียง 0.37 และ 5.25 ในกลุ่มผู้ที่ได้ยิวมากมีค่าเฉลี่ยของ OHIP Extent เท่ากับ 0.94 ในขณะที่กลุ่มผู้ที่ไม่ได้ยิวมากมีค่าเฉลี่ยเพียง 0.53 ความแตกต่างเหล่านี้มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) (ตาราง 3)

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบ OHIP Extent และ OHIP severity กับ ตัวแปรที่เกี่ยวข้อง

ตัวแปรที่เกี่ยวข้อง	Mean	OHIP Extent		ANOVA Sig. Mean	OHIP Severity		ANOVA Sig.
		SD	Mean		SD	Mean	
จำนวนฟันแท้	<20	0.95	2.018	0.002	8.46	9.099	<0.001
	20+	0.47	1.356		5.78	7.101	
จำนวนคู่สบฟันหลัง	<4	0.97	2.024	<0.001	8.56	9.223	<0.001
	4+	0.37	1.176		5.25	6.417	
การใส่ฟันเทียม	ใส่	0.97	1.558	0.074	8.41	9.634	0.065
	ไม่ใส่	0.59	2.059		6.48	7.647	
การใช้ยารักษาโรคทางระบบ	ใช้	0.57	1.679	0.393	6.50	8.116	0.576
	ไม่ใช้	0.70	1.605		6.91	7.859	
เบาหวาน	เป็น	0.63	1.651	0.970	6.87	8.783	0.900
	ไม่เป็น	0.64	1.639		6.71	7.891	
สูบบุหรี่	สูบ	0.72	1.831	0.331	7.35	8.626	0.114
	ไม่สูบ	0.57	1.457		6.20	7.351	
เคี้ยวหมาก	เคี้ยว	0.94	1.738	0.017	7.81	8.071	0.080
	ไม่เคี้ยว	0.53	1.592		6.36	7.913	
แปรงฟันก่อนนอน	แปรง	0.56	1.577	0.120	6.59	7.929	0.562
	ไม่	0.82	1.766		7.05	8.085	
	แปรง						
ดูแลชอกฟัน	ดูแล	0.53	1.393	0.252	6.20	7.132	0.272
	ไม่ดูแล	0.70	1.762		7.03	8.408	

**บทวิจารณ์**

จากการศึกษาครั้งนี้สามารถติดตามข้อมูลกลับมาจากกลุ่มเป้าหมายได้ค่อนข้างครอบคลุม โดยสามารถติดตามกลับมาได้ร้อยละ 75.23 พบว่า ในภาพรวมผู้สูงอายุอำเภอแม่ระมาดมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ค่อนข้างดี โดยมีผู้สูงอายุร้อยละ 63.4 ที่มีฟันแท้คงอยู่ในช่องปากตั้งแต่ 20 ที่ขึ้นไป พบมีร้อยละ 54.3 ที่มีฟันหลังที่ใช้เคี้ยวอาหาร 4 คู่สบขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจสภาวะ

ช่องปากของจังหวัดตากปี 2559 ที่ข้อมูลสภาวะช่องปากของผู้สูงอายุอำเภอแม่ระมาดที่มีจำนวนฟันแท้ 20 ที่ขึ้นไป และจำนวนฟันหลังคู่สบในช่องปากตั้งแต่ 4 คู่ขึ้นไปเท่ากับร้อยละ 65.1 และ 53.8 ตามลำดับ<sup>(18)</sup> โดยผลการสำรวจในปี 2559 นี้มีสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับปี 2557 และ 2558 ที่มีร้อยละของผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ 20 ที่ขึ้นไปและจำนวนฟันคู่สบตั้งแต่ 4 คู่ขึ้นไปเท่ากับ 61.0, 44.0 และ 63.8, 49.6 ตามลำดับ ซึ่งถือว่ามีสภาวะช่องปากในระดับดีกว่า

ที่กำหนดไว้เป็นตัวชี้วัดของสำนักทันตสาธารณสุขปี 2560 ที่มีเป้าหมายกำหนดให้ผู้สูงอายุมีฟันแท้ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่และ 4 คู่สบ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 44<sup>(19)</sup> และหากพิจารณาในประเด็นของการมีฟันแท้คงอยู่ในช่องปากนั้นก็ถือว่าดี เมื่อเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ขององค์การอนามัยโลก ที่กำหนดให้ไม่ควรต่ำกว่าร้อยละ 50<sup>(20)</sup>

อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตกับผู้สูงอายุในประเทศอื่นๆ พบว่าระดับของ OHIP Severity ของผู้สูงอายุอำเภอแม่ระมาดสูงกว่าประชากรกลุ่มอายุเดียวกันในประเทศอังกฤษ<sup>(12)</sup> โดยพบว่า มีค่า OHIP Severity ในผู้สูงอายุที่มีฟันคงอยู่ในช่องปากตั้งแต่ 20 ซี่ขึ้นไปของอำเภอแม่ระมาดและประเทศอังกฤษ เท่ากับ 5.78 และ 2.02 ตามลำดับ แต่เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่มีฟันในประเทศออสเตรเลีย<sup>(9)</sup> พบว่าผู้สูงอายุอำเภอแม่ระมาดที่มีฟันใช้งานตั้งแต่ 20 ซี่ขึ้นไป มีค่า OHIP Severity ที่ดีกว่า นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียม ระหว่างการศึกษานี้กับการศึกษาของยุพิน สงไพศาล<sup>(14)</sup> พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของอำเภอแม่ระมาดได้รับผลกระทบจากการใส่ฟันเทียมมากกว่า โดยมีค่า OHIP Severity ถึง 8.41 ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมในการศึกษาดังกล่าวมีค่า OHIP Severity เพียง 1.40

ในการศึกษานี้พบว่าจำนวนฟันแท้และคู่สบฟันหลังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทั้ง 3 มิติ คือ Prevalence, Extent และ Severity จากผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการคงสภาพให้ผู้สูงอายุมีฟันธรรมชาติใช้งานเป็นเรื่องสำคัญที่จะทำให้คนกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชินธุสา ไชยประการ ที่พบว่าจำนวนฟันแท้ที่คงอยู่ในช่องปากจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อความอยากรับประทานอาหารและการบดเคี้ยว<sup>(21)</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาของสถาพร จันทร ที่ทำการประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ในผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาด้านคุณภาพชีวิตจะมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียฟัน โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่มีฟันทั้งปาก และกลุ่มที่ไม่มีฟันหลังสบทั้งสองข้าง โดยพบว่าเกือบทุกคนที่มีสภาพช่องปากลักษณะนี้จะมีปัญหาในเรื่องการรับประทานอาหาร ประสิทธิภาพในการรับประทานอาหารลดลงและเจ็บเหงือกเวลาเคี้ยวอาหารแข็ง ส่วนปัญหารองลงมาคือการยั้งการหัวเราะโดยไม่อายุใคร และการพูดออกเสียงให้ชัดเจน

ตามลำดับ<sup>(22)</sup> การสูญเสียฟันจึงส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สัดส่วนของผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันทั้งปากเป็นข้อมูลที่น่าบ่งบอกถึงความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากในแต่ละพื้นที่ เนื่องจากเป้าหมายสูงสุดของการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุคือส่งเสริมให้บุคคลเหล่านี้สามารถเก็บรักษาฟันแท้ไว้ตลอดอายุขัย<sup>(23)</sup> ส่วนในประเด็นของการเคี้ยวหมากนั้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตใน 2 มิติ คือ Prevalence และ Extent สอดคล้องกับการที่มีรายงานว่า การเคี้ยวหมากถือเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดการระคายเคืองอย่างเรื้อรังต่อเนื้อเยื่อในช่องปาก อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งได้ในอนาคต<sup>(24)</sup> สาเหตุของการเกิดรอยโรคหรือแผลในช่องปากในผู้ที่เกี่ยวข้องหมากเกิดจากปูนที่ใช้ในการกินหมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อรวมกับการใช้ยาเส้น<sup>(25)</sup> จึงเป็นไปได้ว่าอาการเหล่านี้ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันจนทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

อย่างไรก็ตามในประเด็นที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับสถานะและปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ นั้นอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ทั้งนี้ดัชนีวัดคุณภาพชีวิตเป็นการวัดคุณภาพชีวิตจากความรู้สึกของผู้ตอบแบบสอบถาม ดังนั้น ในระยะที่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ ยังไม่ส่งผลให้เกิดโรคหรือความรู้สึกไม่สบายโดยตรง ก็อาจเป็นสาเหตุให้ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติในตัวแปรบางประเภท ซึ่งจะเห็นได้ว่า ในการศึกษาในตัวแปรที่เป็นพฤติกรรมต่างๆ ยังไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ทั้งนี้เนื่องจากตัวแปรเหล่านี้ยังไม่ส่งผลต่อความรู้สึกโดยตรงของผู้ตอบแบบสอบถามนั่นเอง ต่างจากตัวแปรที่เป็นสถานะในช่องปากโดยตรง เช่น จำนวนฟัน และจำนวนคู่สบ จะมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน ทั้งนี้ พึงระลึกว่าตัวแปรที่เป็นพฤติกรรมต่างๆ แม้จะไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตแต่ก็ไม่ได้หมายความว่า จะสามารถละเลยหรือไม่ให้ความสำคัญกับปัจจัยเหล่านั้น โดยหากพิจารณาผลการวิเคราะห์ตามข้อมูลสถิติที่ได้จากการศึกษาชิ้นนี้ พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีระดับนัยสำคัญทางสถิติใกล้เคียงกับ 0.05 ไม่ว่าจะเป็นการแปรงฟันก่อนนอน หรือการใส่ฟันเทียม

อีกทั้งมีการรายงานว่า การแปรงฟันยังถือเป็นการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีของผู้สูงอายุ เมื่อใช้ยาใส่ฟันผสมฟลูออไรด์จะช่วยลดการเกิดฟันผุทั้งที่ตัวฟันและรากฟัน ซึ่งถือเป็นลักษณะพยาธิสภาพที่พบบ่อยในกลุ่ม

ผู้สูงอายุ ส่วนในประเด็นของโรคเรื้อรังนั้นพบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาโรคปริทันต์ส่วนใหญ่มักเป็นเบาหวาน การดูแลสุขภาพฟันและปริทันต์จึงจำเป็นอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน<sup>(24)</sup> เช่นเดียวกับที่มีการศึกษาของ Grossi และ Gonco ในปี ค.ศ. 1998 พบว่าการเป็นโรคเบาหวานจะมีความสัมพันธ์กับสภาพของเหงือกและอวัยวะปริทันต์ โดยอาจกล่าวได้ว่าโรคปริทันต์และโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลต่อกันและกัน จึงถือว่าโรคเบาหวานเป็นเรื่องสำคัญของผู้สูงอายุ

ในส่วนของการใส่ฟันเทียมนั้น Ettinger ได้ศึกษาในปี ค.ศ.1998 พบว่าการใส่ฟันเทียมทั้งปากที่มีคุณภาพดีช่วยทำให้ระบบการเคี้ยวอาหารดีขึ้น ทำให้มีความสุขในการกินอาหารมากขึ้น เช่นเดียวกับการที่ไม่สามารถละลายผลจากการสูบบุหรี่ต่อช่องปากของผู้สูงอายุ เนื่องจากพบว่าความร้อนและสารประกอบต่างๆ ที่เหลือตกค้างจากการเผาไหม้ในช่องปากจะก่อให้เกิดความระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อ ทำให้เกิดรอยโรคเป็นปื้นสีขาวหรือแดง เกิดการติดเชื้อราที่อาจนำไปสู่การเกิดมะเร็ง มีการศึกษาพบว่าในผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในช่องปากสูงกว่าผู้ไม่ได้สูบบุหรี่ถึง 5 เท่า นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังมีผลโดยตรงต่อเนื้อเยื่อปริทันต์และการสูญเสียกระดูกเบ้ารากฟัน ทำให้เกิดร่องลึกโดยรอบรากฟันเกิดฟันโยก และสูญเสียฟัน<sup>(24)</sup> จึงอาจกล่าวได้ว่าผลของการวิเคราะห้พบความสัมพันธ์ของจำนวนฟันแท้ที่เหลืออยู่จำนวนฟันหลังคู่สบ และการเคี้ยวหมากกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอแม่ระมาดนั้น เป็นข้อมูลทางวิชาการที่แสดงถึงความสำคัญของปัจจัยหลักด้านสุขภาพช่องปากที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอแม่ระมาดที่อาจมีบริบทต่างไปจากพื้นที่อื่นๆ

ในการศึกษาครั้งนี้มีการเก็บข้อมูลการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต OHIP - 14 ที่พัฒนามาจาก OHIP - 49 ซึ่งถือเป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่ได้รับการยอมรับและนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยในหลายพื้นที่อย่างไรก็ตามยังมีการประเมินคุณภาพชีวิตอื่นๆ ที่สามารถนำมาใช้ศึกษาในลักษณะนี้ได้ เช่น ดัชนี Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) ดัชนีคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปาก (OHRQoL) เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI) หรือดัชนี Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) เป็นต้น<sup>(23)</sup> ผลการศึกษาที่ได้จากการใช้เครื่องมือประเมิน

ที่ต่างกันก็อาจมีความแตกต่างกัน ดังเช่นการศึกษาของอนงค์ ผุดผ่องที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอคอนสาร จังหวัดชัยภูมิในปี พ.ศ. 2556 โดยใช้ดัชนี OIDP พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมากที่สุดคือ ความถี่ในการทำความสะอาดช่องปาก เป็นต้น ดังนั้นหากมีการใช้ดัชนีประเมินคุณภาพชีวิตอื่นๆ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของสภาวะช่องปากกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอแม่ระมาด อาจมีความแตกต่างไปจากการศึกษาชุดนี้ได้

เนื่องจากในอดีตไม่เคยมีการศึกษาเช่นนี้ในพื้นที่อำเภอแม่ระมาดมาก่อน มีเพียงการสำรวจสภาวะช่องปากและติดตามวิเคราะห์สถานการณ์ในภาพรวมเพื่อเปรียบเทียบข้อมูลที่มีกับระดับตัวชี้วัดที่ควรจะเป็น โดยไม่ได้มีการวิเคราะห์เชื่อมโยงกับผลกระทบในมิติอื่นๆ เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม จึงควรส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพที่มีอยู่ไปสู่การวิเคราะห์ในเชิงลึกที่สามารถนำไปสู่การดำเนินการบริการสุขภาพช่องปากที่จะส่งผลสู่ผลลัพธ์สุขภาพสำคัญคือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ อาจมีการวิเคราะห์โดยใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยาเพื่อค้นหาปัจจัยที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยไม่ยึดติดเฉพาะปัจจัยที่กำหนดในกรอบข้อมูลสำรวจสภาวะช่องปากของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าอาจมีปัจจัยเกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากอื่นที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เช่น ความเชื่อ ค่านิยมในการดูแลสุขภาพช่องปาก การกินอาหาร รอยโรคในช่องปาก การเป็นโรคปริทันต์ หรือการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก<sup>(23, 24)</sup> รวมถึงอาจมีการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสำคัญด้วยตนเอง เช่น ความสัมพันธ์ของระดับการศึกษาของผู้สูงอายุกับการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก หรือความสัมพันธ์ของการแปรงฟันก่อนนอนกับการคงอยู่ของฟันแท้ในช่องปากของผู้สูงอายุ เป็นต้น เพื่อให้เกิดมุมมองของสถานการณ์และสภาพปัญหาในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทุกประเด็น

ควรมีการส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยในลักษณะเดียวกันนี้ให้มากขึ้น เพื่อจะได้มีข้อมูลสำคัญประกอบการตัดสินใจหรือวางแผนกลยุทธ์ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในพื้นที่ เนื่องจากพบว่าปัจจัยที่จะส่งผลต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดีของ



ผู้สูงอายุที่มีหลายประเด็น<sup>(24)</sup> บางประเด็นอาจมีความสำคัญต่อบางพื้นที่มากกว่าประเด็นอื่นๆ โดยเฉพาะการมีความสัมพันธ์หรือส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผลการศึกษาที่ชัดเจนและถูกต้องตามหลักวิชาการจะช่วยให้ทีมทันตบุคลากรสามารถเรียงลำดับความสำคัญ (Priority) ในการแก้ปัญหาหรือจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับข้อจำกัดด้านกำลังคนหรือทรัพยากรที่มีอยู่ ดังผลการศึกษาชิ้นนี้แสดงให้เห็นว่าหากต้องมีการมุ่งเน้นพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุอำเภอแม่ระมาด ควรให้ความสำคัญกับกลวิธีในการส่งเสริมให้ประชาชนเหล่านี้สามารถเก็บรักษาฟันแท้ไว้ในช่องปากเพื่อเคี้ยวอาหาร รวมถึงการรณรงค์ สร้างความเข้าใจและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุตระหนักรู้ถึงผลของการเคี้ยวหมากต่อสุขภาพช่องปากของตนเอง

ควรมีการนำเสนอข้อมูลการศึกษาดังกล่าวให้กับทีมทันตบุคลากรและผู้บริหาร เพื่อใช้ประกอบการวางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุอำเภอแม่ระมาด โดยเฉพาะผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นแนวโน้มของความสำคัญในการเก็บรักษาฟันแท้ให้คงอยู่ในช่องปากให้มากที่สุด นานที่สุด เนื่องจากการที่จะทำให้เกิดปรากฏการณ์ดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรมจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการบริการสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ โดยอาจต้องมีการพัฒนาในระดับนโยบาย รวมไปถึงการมุ่งเน้นกิจกรรมส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากก่อนการเกิดโรค พัฒนาระบบบริการเป็นการดูแลเชิงรุก เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการด้านสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based care) มีการบริการในชุมชน เช่น การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การเยี่ยมบ้าน และการดูแลโดยชุมชนด้วยตนเอง ควรมีการสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมผ่านระบบเครือข่ายในชุมชน โดยมีเป้าหมายสำคัญคือการเพิ่มศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งพาตนเองได้<sup>(26)</sup> เนื่องจากการสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนสามารถเพิ่มความสามารถในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุสามารถระบุถึงสิ่งที่ต้องการ รวมถึงสามารถปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่จะส่งผลให้มีสุขภาพที่ดีได้<sup>(27)</sup> ควรมีการกำหนดเป้าหมายและวางกลยุทธ์ที่จะคงสภาพให้มีฟันแท้ใช้งานได้ตลอดไปในกลุ่มผู้สูงอายุให้เป็นข้อตกลงในระดับของแผนการจัดบริการ (Service plan) ระดับอำเภอ เพื่อวางแผนการจัดบริการในระยะยาวอย่างต่อเนื่องต่อไป

## บทสรุป

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า การมีฟันแท้คงอยู่ในช่องปากตั้งแต่ยังเติบโตขึ้นไป การมีฟันหลังคู่สบตั้งแต่โตขึ้นไป และการเคี้ยวหมาก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอแม่ระมาด การที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพช่องปากที่จะส่งผลให้สามารถเก็บรักษาฟันแท้ไว้ได้ตลอดอายุขัย รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบจากการเคี้ยวหมากต่อสุขภาพช่องปากของตนเอง

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อ.ทพ.สุธี สุขสุเดช ที่ให้ความอนุเคราะห์และให้คำแนะนำในการใช้แบบประเมิน OHIP-14 ฉบับแปลเป็นภาษาไทย ขอขอบคุณ อ.ทพ.ดร.นฤมนัส คอวนิช ผศ.ทพญ. ดร.กันยารัตน์ คอวนิช และ รศ.ทพญ. ดร.พัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันท์ ที่ช่วยตรวจสอบและให้คำแนะนำในการเขียนบทความนี้ ขอขอบคุณทีมทันตบุคลากร อำเภอแม่ระมาดทุกคนที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลในการศึกษานี้ จนทำให้การศึกษานี้สำเร็จด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. อรรถวรรณ น้อยวัฒน์. สุขภาพกับคุณภาพชีวิต [ออนไลน์]. มุมวิชาการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมศาสตร์. 2555. (อ้างเมื่อ 7 พฤษภาคม 2560). จาก: [http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/book55\\_3/pbhealth.html](http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/book55_3/pbhealth.html)
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานประชากรสูงอายุปี 2533-2583. (อ้างเมื่อ 7 กรกฎาคม 2560). จาก [http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport\\_Final.aspx?reportid=1209&template=2R1C&yeartype=M&subcatid=27](http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final.aspx?reportid=1209&template=2R1C&yeartype=M&subcatid=27)
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอน เจอนัล พับลิเคชัน; 2557.
4. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สำนักทันตสาธารณสุข ; 2558.

5. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556.
6. Brodeur JM, Laurin D, Vallee R, Lachapelle D. Nutrient intake and gastrointestinal disorders related to masticatory performance in the edentulous elderly. *J Prosthet Dent.* 1993;70(5):468-73.
7. Fiske J, Davis DM, Frances C, Gelbier S. The emotional effects of tooth loss in edentulous people. *Br Dent J.* 1998;84(2):90-3.
8. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997;25(4):284-90.
9. Slade GD, Nuttall N, Sanders AE, Steele JG, Allen PF, Lahti S. Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. *Br Dent J.* 2005; 198 (8):489-93.
10. Locker D, Quiñonez C. Functional and psychosocial impacts of oral disorders in Canadian adults: a national population survey. *J Can Dent Assoc.* 2009;75(7):521-521e.
11. Papaioannou W, Oulis CJ and Yfantopoulos J. The oral health related quality of life in different groups of senior citizens as measured by the OHIP-14 questionnaire. *Oral Biol Dent.* 2015; 3:1-7.
12. Masood M, Newton T, Noor Nazahiah Bakri, Khalid T. The relation between oral health relate quality of life among elderly people in United Kingdom. *J Dent.* 2017; 56 (1):78-83
13. พิมพ์วิภา เศรษฐวรพันธุ์, ทรงชัย ลีตโสภณกุล, ไพฑูรย์ดาวสดใส. ผลของคุณภาพและประสิทธิภาพการบดเคี้ยวของฟันเทียมต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไร้ฟัน. ใน : การประชุมวิชาการฉลองครบรอบ 10 ปี การสถาปนาราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย; วันที่ 23 ต.ค. 2556; ณ ห้องประชุมสโมสรทหารบก. กรุงเทพมหานคร : ราชวิทยาลัยฯ ; 2556.
14. ยุพิน สงไพศาล. ความพึงพอใจและผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไร้ฟันหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปากในโครงการฟันเทียมพระราชทานที่โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม.* 2550; 3 (1):47-51
15. บุญเชื้อ ยงวานิชากกร, ปิยะดา ประเสริฐสม. ความสัมพันธ์ของปัจจัยสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข.* 2554; 16 (1): 57-73.
16. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง (เพื่อการเฝ้าระวังทันตสุขภาพ). นนทบุรี : สำนักทันตสาธารณสุข; 2558.
17. Suksudaj S. The Thai social capital as a social determinant of oral health. [Doctor of Philosophy in Dentistry]. Australia: School of Dentistry, The University of Adelaide; 2010.
18. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก. สรุปผลการสำรวจสภาวะช่องปากระดับจังหวัด ปีงบประมาณ 2559. ตาก; 2559.
19. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ตัวชี้วัดด้านทันตสาธารณสุขประจำปี 2560. กรุงเทพฯ : สำนักฯ ; 2559.
20. World Health Organization. Oral health in ageing societies: integration of health and general health. Geneva: World Health Organization; 2006.
21. ขนิษฐา ไชยประการ, เขียวลักษณะณ์ เงินวิวัฒน์กุล, สุภาภรณ์ ฉัตรชัยวิวัฒนา. สุขภาพช่องปากและผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสารทันตชนแก่น.* 2553; 13(1): 59 - 70.
22. สถาพร จันทร. คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข.* 2551;13 (3): 61-5.
23. พัชรารวรรณ ศรีศิลป์นนท์. ตำราการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: โรงพิมพ์นันทกานต์; 2558.

24. การเปลี่ยนแปลงในช่องปากผู้สูงอายุ [ออนไลน์]. (อ้างเมื่อ 3 สิงหาคม 2559). จาก <http://dental.anamai.moph.go.th/elderly/PR/E-book/elderly/keld04.html>
25. ปริญญา ผกานนท์. ผลของการกินหมากต่อสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ตำบลค่าน้ำแซบ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. ใน : การประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ "สร้างสรรค์และพัฒนา เพื่อก้าวหน้าสู่ประชาคมอาเซียน" ครั้งที่ 2 :วันที่ 18-19 มิ.ย. 2558; ณ วิทยาลัยนครราชสีมา. นครราชสีมา : สำนักวิจัยและพัฒนา วิทยาลัยนครราชสีมา; 2558.
26. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากประตู...สู่สุขภาพที่ดีในทุกช่วงวัยของชีวิต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2555.
27. สิ้นศักดิ์ชนม์ อุ้นพรมมี, ผู้แปล. รายงานการประชุมระดับโลกรื่องการสร้างเสริมสุขภาพพัฒนาการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ = Milestones in health promotion : statements from global conferences;2009. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข;2556.

## ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

### Problems in care of people with dementia and caregivers' needs

ภูษณิศา ยั่งออยู่<sup>1</sup>, สุภัทรา จันท์คำ<sup>1</sup>, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล<sup>2</sup>, ปิติพร สิริทิพากร<sup>3</sup>, ดุจปรารณา พิศาลสารกิจ<sup>4</sup>,  
นภาพร เพ็งสอน<sup>5</sup>, สุทิสรา ปิติญาณ<sup>6</sup>

<sup>1</sup>นักจิตวิทยา คลินิกผู้สูงอายุ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>2</sup>ศาสตราจารย์นายแพทย์ ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>3</sup>พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

<sup>4</sup>พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>5</sup>พยาบาลชำนาญการ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

<sup>6</sup>พยาบาลชำนาญการและAPN งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจปัญหาอุปสรรคและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม วิธีการเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง โดยใช้แบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลทั่วไปทางชีวสังคม ลักษณะการดูแลผู้ป่วย และแบบสำรวจอุปสรรคและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 84 คน ที่เข้าร่วมโครงการอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จัดโดยคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 84 คน (ร้อยละ 67.7) จากผู้เข้าร่วมโครงการอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จำนวน 124 คน ส่วนใหญ่อายุ 60-69 ปี ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพโสด และเป็นบุตรของผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล 1-4 ปี อายุของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ดูแลส่วนใหญ่ 80-89 ปี ปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีผลกระทบต่อผู้ดูแล 3 ลำดับแรก ได้แก่ ผู้ป่วยพูดหรือถามซ้ำๆ รองลงมาคือผู้ป่วยมีความจำแยง การคิดตัดสินใจเองไม่ได้ และปัญหาทางอารมณ์ของผู้ป่วยที่ยากต่อการจัดการ โดยเฉพาะพฤติกรรมหงุดหงิด ก้าวร้าว ต่อต้านการให้ความช่วยเหลือตามลำดับ ในด้านปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงการรับบริการทางการแพทย์ 3 ลำดับแรก ได้แก่ โรงพยาบาลใกล้เคียงไม่มีการตรวจรักษาภาวะสมองเสื่อมโดยตรง ลำดับในการเข้าพบแพทย์ไม่ตรงตามหมายเลขที่นัด และความลำบากในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล ตามลำดับ และในด้านความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 3 ลำดับแรก ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องการให้มีเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จัดให้มีโทรศัพท์สายด่วนสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องการขอคำปรึกษา รวมถึงจัดการฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม และการดูแลรักษาเบื้องต้นของโรคร่วมทางกายที่สามารถเกิดได้กับผู้สูงอายุ ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วย

**คำสำคัญ:** ภาวะสมองเสื่อม อุปสรรค ความต้องการ ผู้ดูแล

ผู้รับผิดชอบบทความ

ศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
มหาวิทยาลัยมหิดล  
อีเมล: drweerasak@gmail.com

Corresponding author

Prof Weerasak Muangpaisan, Department of Preventive  
and Social Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital,  
Mahidol University  
Email: drweerasak@gmail.com

### Abstract

This study aimed to investigate obstacles and needs of caregivers of people with dementia (PWD) regarding providing care for PWD. The study design was a cross sectional study. The questionnaire used in this study was to collect biosocial data of caregivers of PWD, care-providing pattern, their obstacles in providing care and needs. The participants were recruited from the attendants of a caregiver training project organized by Geriatric clinic, Siriraj Hospital. The results were from 84 (67.7%) of the total 124 attendants who were the caregivers of PWD. The majority of the participants were 60-69 years old, female, single marital status, offspring of the PWD, and had provided care for 1-4 years. The majority of PWD whom the participants cared for were 80-89 years old. The 3 most common disturbing behavioral and psychological symptoms which affected the caregivers were 1) repeated questioning 2) memory impairment which affected the judgment, and 3) psychological symptoms which were difficult to handle particularly irritability, aggression, and resisting reaction for care. Regarding 3 most common obstacles in healthcare access were 1) no specific care for PWD in a hospital nearby their residential area, 2) queuing sequence in seeing their doctor, and 3) difficulty in travelling to a hospital. The 3 most common needs of the caregivers were 1) caregiver network, 2) telephone line provided for caregiver consultation and 3) caregiver education and training to provide knowledge about care including basic care of physical illness for PWD.

**Keywords:** dementia, problem, need, caregiver

### บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาที่พบเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ และมีความชุกประมาณร้อยละ 2-10 ภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมมีหลายสาเหตุ เช่น โรคพาร์กินสัน เนื้องอกในสมอง โพรงสมองคั่งน้ำและอื่นๆ แต่โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญ คือ โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) และโรคหลอดเลือดสมอง (Vascular dementia) โดยพบความชุกเฉลี่ยประมาณร้อยละ 6-8 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี<sup>(1)</sup> ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่เกิดจากการทำงานของสมองในด้านการรู้คิด (cognitive function) และสติปัญญา (intellectual function) เสื่อมถอยลง ส่งผลให้ทักษะความสามารถในการจำ การรับรู้ การคิดวิเคราะห์ รวมถึงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันถดถอยลง<sup>(2)</sup> ผู้ป่วยสมองเสื่อมแต่ละรายมีอาการแสดงของภาวะที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับสาเหตุ ระดับความรุนแรงของโรค และทักษะความสามารถในการเรียนรู้เดิม ซึ่งลักษณะอาการสำคัญของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ความจำระยะสั้นไม่ดี พุดซ้ำ ถามซ้ำ สับสนวัน เวลา สถานที่ สับสนทิศทาง มีปัญหาทางการใช้ภาษา มีความผิดปกติในการทำงานที่มีความซับซ้อน เช่น การวางแผนการเดินทาง การใช้จ่ายเงิน นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงของ

พฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ มีการรับรู้ที่ผิดปกติ อาการดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสนใจในการดูแลสุขภาพ และการทำกิจวัตรต่างๆ ของตนเองลดน้อยลง โดยอาการจะค่อยๆ เปลี่ยนแปลง จนก่อให้เกิดปัญหาต่อการทำงาน และการใช้ชีวิตประจำวัน<sup>(3)</sup> รวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพทางจิตใจของตัวผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว

อาการที่เกิดขึ้นจากภาวะสมองเสื่อม ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวเป็นอย่างมาก ทั้งในเรื่องของค่าใช้จ่ายของครอบครัวที่เพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงของบทบาทสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง มักมีปัญหาทางสุขภาพกายและจิตใจมากกว่าบุคคลอื่น เนื่องจากต้องรับภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มจากบทบาทเดิมของตนเอง และอาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหน้าที่การทำงาน เช่น การต้องออกจากงานประจำ การเปลี่ยนแปลงของรายรับ รายจ่าย และต้องรับมือกับปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย รวมถึงช่วยเหลือในผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ และไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเอง หากผู้ที่ไม่เคยดูแลผู้ป่วยหรือไม่เข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมอาจเข้าใจว่าพฤติกรรมอาการดังกล่าวที่เกิดขึ้น เกิดจากธรรมชาติ

ของความชรา หรือคิดว่าผู้ป่วยกำลังทำ รวมถึงความสัมพันธ์ของสมาชิกภายในบ้านที่ไม่ดี อาจเกิดการโยนความรับผิดชอบต่อการดูแลให้กับบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด และมีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยที่แย่ลง เช่น ความรู้สึกที่ผู้ป่วยนั้นเป็นภาระแก่ตน อับอายต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย หรืออาจมีการตอบโต้กันทางอารมณ์และคำพูดระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล และเกิดความรู้สึกผิดต่อสิ่งที่ได้กระทำกับผู้ป่วยอย่างไม่เหมาะสมในภายหลัง<sup>(4)</sup> หากผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์เหล่านี้ได้จะนำไปสู่ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ลดลง มีการศึกษาในเรื่องผลกระทบและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย โดยการตอบแบบสำรวจจากผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่เข้าร่วมโครงการอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จัดโดยคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 88 คน ผลการสำรวจพบผลกระทบในการดูแลต่อการพัฒนาทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคมของผู้ดูแล และมีความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้ป่วยสมองเสื่อมกับภาระของผู้ดูแลในระดับสูง ( $p=0.02$ ) ส่วนในด้านของความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม พบว่าความต้องการสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การให้ความรู้และการจัดการฝึกอบรมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม การมีโทรศัพท์สายด่วนสำหรับบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และระบบการบริการพิเศษของโรงพยาบาลเพื่อผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่สามารถเข้าพบแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว<sup>(5)</sup>

การให้ความรู้แก่ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ให้เข้าใจเกี่ยวกับภาวะนี้ ตลอดจนจัดการดูแลกิจกรรมวัตรประจำวัน การสื่อสารกับผู้ป่วย วิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย ได้รับฟังแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลกับผู้ดูแลคนอื่น ๆ เป็นหนึ่งในความต้องการของผู้ดูแลที่จะช่วยให้สามารถหาวิธีการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ผู้ดูแลถือเป็นบุคคลที่จะช่วยดูแล ป้องกันความเสี่ยงในการได้รับอันตรายของผู้ป่วยในเบื้องต้นได้ดีที่สุด และเป็นผู้ที่รับรู้ถึงปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

ในฐานะที่มหาวิทยาลัยที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยมีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น โดยการศึกษาครั้งนี้ต้องการศึกษาถึงอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่อาจส่งผลกระทบต่อการ

ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ควรจะได้รับ การแก้ไข และให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในการให้บริการทางการแพทย์ได้สังเกตเห็นถึงปัญหาของผู้ดูแล เพื่อร่วมกันหาวิธีในการจัดการกับผู้ป่วยสมองเสื่อมแก่ผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม รวมถึงสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนพัฒนาการให้บริการตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานแก่ผู้ดูแล ส่งเสริมสุขภาพจิตใจของผู้ดูแลในทางอ้อมว่าบุคคลากรทางการแพทย์ได้ให้ความสนใจ เข้าใจถึงปัญหาที่ผู้ดูแลกำลังเผชิญอยู่ ที่จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยในขั้นต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## วิธีการดำเนินการวิจัย

### กลุ่มตัวอย่าง และประชากร

ประชากรในการศึกษานี้เป็นผู้ดูแลที่เข้าร่วมโครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในวันที่ 10 สิงหาคม 2559 ที่โรงพยาบาลศิริราช โดยผู้เข้าร่วมโครงการได้ตอบแบบสอบถามถึงปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลหลังการอบรม โดยได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนรวม 84 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อใช้สำหรับอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากร (sample size for prevalence study) คำนวณจากผลการศึกษาที่ผ่านมาของ สกาวรัตน์ เทพประสงศ์<sup>(4)</sup> ถึงปัญหาในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โรงพยาบาลสวนปรุง โดยเป็นผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมาตรวจหรือมารับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 83 คน โดยให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามของอุปสรรคในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าผู้ดูแลมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจำนวน 56 คน (จากจำนวนผู้ดูแล 83 คน) คิดเป็นค่าความชุกของอุปสรรคผู้ดูแลร้อยละ 67 โดยมีค่า 95 percentile ของ confidence interval อยู่ที่ 56 และ 78

Pplan แทน ค่าความชุกของอุปสรรค เป็น 0.67

SEplan แทน width of confidence interval

หารด้วย  $2 \times 1.96 = 0.22 / 2 \times 1.96$  เป็น 0.056

(Anticipated width of confidence interval 0.78-0.56 = 0.22)

$$N = \frac{\text{plan} (1-\text{plan})}{\text{SE}^2\text{plan}}$$

SE<sup>2</sup>plan

$$N = \frac{0.67(1 - 0.67)}{(0.056)^2} = 70.5$$

(0.056)<sup>2</sup>

ดังนั้น ขนาดประชากรที่ศึกษา เท่ากับ 71 คน และกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 84 คน เพิ่มในกรณีที่มีอาสาสมัครตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน (missing value)

### วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการสำรวจปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่เข้าร่วมโครงการอบรมฯ โดยผู้วิจัยได้นำผลที่ได้จากการประเมินโครงการอบรมฯ ที่ได้จัดไปเป็นที่เรียบร้อยแล้วมาวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำผลมาพัฒนาการจัดบริการโครงการอบรมในปีต่อไป ผลการวิจัยครั้งนี้เพื่อนำมาพัฒนาโครงการอบรมฯ รวมถึงพัฒนาระบบการให้บริการของหน่วยงาน โดยได้ดำเนินการจัดการอบรมเป็นที่เรียบร้อยแล้วในวันที่ 10 สิงหาคม 2559 ที่โรงพยาบาลศิริราช และได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

### เครื่องมือการเก็บข้อมูล

ในการวิจัยโดยใช้แบบสอบถามในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปทางชีวสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สถานที่ที่เข้ารับการรักษา ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย

2. แบบสำรวจปัญหาและความต้องการในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็นแบบสอบถามลักษณะตรวจสอบรายการ (Checklist) แบ่งเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ ปัญหาในการดูแล (ปัญหาที่มีผลกระทบต่อดูแลและปัญหาในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์) และความต้องการในการดูแลของผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการรวบรวมมาจากการวิจัยต่างๆที่ผ่านมา ร่วมกับเพิ่มเติมข้อคำถามและให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ระบาดวิทยา ตรวจสอบความถูกต้องและความสอดคล้องของเนื้อหา และนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงทดลองใช้กับ

กลุ่มตัวอย่างเพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ดังนี้ ชุดคำถามด้านปัญหาที่มีผลกระทบต่อดูแล 14 ข้อ มีค่า Cronbach's alpha 0.782, ด้านปัญหาในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ 13 ข้อ มีค่า Cronbach's alpha 0.757 และด้านความต้องการในการดูแลของผู้ดูแล 10 ข้อ มีค่า Cronbach's alpha 0.775

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยในส่วนของข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ เป็นต้น และข้อมูลในส่วนปัญหาและอุปสรรคในการดูแล ความต้องการของผู้ดูแล การเข้าถึงการรับบริการทางการแพทย์ ของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม นำมาแสดงโดยการ แจกแจงความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย โดยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics)

### ผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมอบรมโครงการผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจำนวน 124 คน เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 67.7 โดยการวิเคราะห์เฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม อายุเฉลี่ย 60-69 ปี ร้อยละ 28.5 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 88.1 สถานภาพโสดร้อยละ 53.6 ความสัมพันธ์ส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วยร้อยละ 66.7 การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีร้อยละ 44 มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายร้อยละ 63.1 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 1-4 ปี ร้อยละ 35.4 และเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ไม่เคยได้เข้ารับการอบรมโครงการอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมร้อยละ 64.2 (ตารางที่ 1) ในด้านข้อมูลผู้ป่วยภายใต้การดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.6 อายุเฉลี่ย 80-89 ปี ร้อยละ 52.8 และเป็นผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษาภาวะสมองเสื่อมที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราชร้อยละ 30.9

**ตารางที่ 1** ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

<b>อายุ (จำนวน, %)</b>	
ต่ำกว่า 50 ปี	23 (27.3%)
50 - 59	20 (23.8%)
60 - 69	24 (28.5%)
70 - 79	13 (15.5%)
80 - 89	4 (4.7%)
<b>เพศ (จำนวน, %)</b>	
หญิง	74 (88.1%)
ชาย	10 (11.9%)
<b>สถานภาพ (จำนวน, %)</b>	
โสด	(53.6%)
สมรส	(36.9%)
อื่นๆ	(9.5%)
<b>ระดับการศึกษา (จำนวน, %)</b>	
ประถมศึกษา	4 (4.8%)
มัธยมศึกษา	12 (14.3%)
อนุปริญญา	3 (3.6%)
ปริญญาตรี	37 (44%)
สูงกว่าปริญญาตรี	23 (27.4%)
อื่นๆ	2 (2.4%)
<b>รายได้ (จำนวน, %)</b>	
ไม่เพียงพอ	12 (14.3%)
เพียงพอ	53 (63.1%)
เหลือเก็บ	18 (21.4%)
<b>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (จำนวน, %)</b>	
บุตร	52 (66.7%)
เขยหรือสะใภ้	5 (6.4%)
คู่สมรส	6 (7.7%)
หลาน	5 (6.4%)
เพื่อน	1 (1.3%)
อื่นๆ	9 (11.5%)
<b>ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย (จำนวน, %)</b>	
น้อยกว่า 6 เดือน	14 (17.1%)
6 เดือน ถึง 1 ปี	13 (15.9%)
1 ปี ถึง 4 ปี	29 (35.4%)
4 ปีขึ้นไป	26 (31.7%)



ตารางที่ 1 ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (ต่อ)

เข้าร่วมอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (จำนวน, %)	
เคย	29 (35.8%)
ไม่เคย	52 (64.2%)
ผู้ป่วยภายใต้การดูแล (จำนวน, %)	
เพศหญิง	66 (78.6%)
69-80 ปี	
69-60 ปี	6 (38.3%)
79-70 ปี	28 (38.9%)
89-80 ปี	38 (52.8%)
โรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา	
คลินิกผู้สูงอายุ รพ.ศิริราช	22 (30.9%)
แผนกอื่นๆ ภายใน รพ.ศิริราช	19 (26.8%)
โรงพยาบาลอื่นๆ	30 (42.3%)

ตารางที่ 2 แสดงปัญหาและอุปสรรคที่ผู้ดูแลรู้สึกว่ามีผลกระทบต่อภาระการดูแลมากที่สุด

ด้านปัญหาและอุปสรรคที่ผู้ดูแลรู้สึกว่ามีผลกระทบต่อภาระการดูแล (จำนวน, %)	
ผู้ป่วยพูด หรือถามซ้ำๆ	55 (65.5%)
ผู้ป่วยมีความจำแยลง คิดตัดสินใจเองไม่ได้	48 (57.1%)
อารมณ์ของผู้ป่วยยากต่อการจัดการ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า เฉยเมย	43 (51.2%)
ผู้ป่วยมีพฤติกรรมหงุดหงิด ก้าวร้าว หรือต่อต้านการให้ความช่วยเหลือ	43 (51.2%)
วงจรการนอนหลับ การตื่นของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เปลี่ยนแปลงไป	41 (48.8%)
ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง	34 (40.5%)
อาการหิวแหว่ ประสาทหลอน หลงผิด ระแวงของผู้ป่วย	34 (40.5%)
ผู้ป่วยชอบร้องขอ เก็บซ่อนของ	30 (35.7%)
ท่านมีความอ่อนล้า อ่อนเพลีย ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม	27 (32.1%)
โรคทางกายที่เป็นร่วมส่งผลให้มีความยากลำบากต่อการดูแล	26 (31%)
สิ่งแวดล้อมภายในบ้านยากต่อการดูแล เคลื่อนย้าย และการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย	6 (7.1%)
ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม	5 (6%)
รู้สึกอับอายผู้อื่นในการที่ต้องดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม	3 (3.6%)

ด้านปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 3 ลำดับแรก ได้แก่ ผู้ป่วยพูด หรือถามซ้ำๆ ร้อยละ 65.5 ผู้ป่วยมีความจำแยลง การคิดตัดสินใจเองไม่ได้ร้อยละ 57.1 และปัญหาทางอารมณ์ของผู้ป่วยที่ยากต่อการจัดการ โดยเฉพาะพฤติกรรมหงุดหงิด ก้าวร้าว ต่อต้านการให้ความช่วยเหลือร้อยละ 51.2 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงการรับบริการทางการแพทย์ 3 ลำดับแรก ได้แก่ โรงพยาบาลใกล้เคียง ไม่มีการตรวจรักษาภาวะสมองเสื่อมโดยตรงร้อยละ 25 ลำดับการให้บริการผู้ป่วยตามหมายเลขที่นัด ตามการรักษาพยาบาลร้อยละ 21.4 และความลำบากในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลร้อยละ 20.2 (ตารางที่ 3)

ด้านความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และจัดให้มีการฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย 3 ลำดับแรก ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องการให้มีเครือข่าย สมองเสื่อม รวมถึงการดูแลรักษาอาการทางกายเบื้องต้น ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมร้อยละ 66.7 จัดให้มีโทรศัพท์ ให้กับผู้ดูแลร้อยละ 60.7 (ตารางที่ 4) สายด่วน ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องการขอคำปรึกษาร้อยละ 65.5

### ตารางที่ 3 แสดงปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงการรับบริการทางการแพทย์

#### ด้านปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงการรับบริการทางการแพทย์ (จำนวน, %)

โรงพยาบาลบริเวณใกล้เคียงที่อยู่อาศัย ไม่มีการตรวจ และรักษาภาวะสมองเสื่อมโดยเฉพาะ	21 (25%)
ลำดับการให้บริการผู้ป่วยตามหมายเลขที่นัด ตามการรักษาพยาบาล	18 (21.4%)
ความยากลำบากต่อการเดินทาง ในการมารับบริการที่โรงพยาบาล เช่น ไกล ไม่มีรถ	17 (20.2%)
ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการมาโรงพยาบาล	15 (17.9%)
ไม่มีญาติ หรือนำผู้ป่วยมาตรวจ หรือญาติไม่ว่าง	14 (16.7%)
ระยะเวลาการให้บริการตรงตามเวลาที่กำหนด	14 (16.7%)
ขั้นตอนการยื่นบัตรนัด และการตรวจคัดกรองเบื้องต้น	10 (11.9%)
ขั้นตอนการให้บริการยุ่งยากซับซ้อน	7 (8.3%)
เจ้าหน้าที่ละเลยการให้บริการ ไม่ให้ความสนใจต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย	4 (4.8%)
รายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในการรับการรักษาทางการแพทย์	4 (4.8%)
ป้ายระบุบ่งชี้การให้บริการตามจุดต่างๆ ไม่ชัดเจน	3 (3.6%)

### ตารางที่ 4 แสดงความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

#### ด้านความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (จำนวน, %)

จัดให้มีเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม	56 (66.7%)
จัดให้มีโทรศัพท์สายด่วนสำหรับผู้ดูแลที่ต้องการขอรับคำปรึกษา	51 (65.5%)
จัดให้มีการฝึกอบรมและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม	51 (60.7%)
จัดให้มีการให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลรักษาอาการป่วยทางกายเบื้องต้น ที่นอกเหนือจากภาวะสมองเสื่อม	51 (60.7%)
อยากให้มีศูนย์ของภาครัฐที่สามารถรับฝาก หรือดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในตอนกลางวัน	48 (57.1%)
มีการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากร ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์	45 (53.6%)
โรงพยาบาลมีระบบบริการพิเศษสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมให้สามารถพบแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว	40 (47.6%)
จัดให้มีการพบปะแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย	
ระหว่างกลุ่มผู้ดูแลด้วยกัน	38 (45.2%)
การส่งผ่านพันให้มีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมไปยังบ้านของผู้ดูแล	38 (42.9%)
ภาครัฐให้การสนับสนุนเกี่ยวกับการเดินทาง หรือการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม	35 (41.7%)

## บทวิจารณ์

จากผลการศึกษาศุภสรคในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจากผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจำนวน 84 คน พบว่าด้านปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 3 ลำดับแรก ได้แก่ ผู้ป่วยพูดหรือถามซ้ำๆ ผู้ป่วยมีความจำแย่ง การคิดตัดสินใจเองไม่ได้ และปัญหาทางอารมณ์ของผู้ป่วยที่ยากต่อการจัดการ โดยเฉพาะพฤติกรรมหงุดหงิดก้าวร้าวต่อต้านการให้ความช่วยเหลือ ตามลำดับ สอดคล้องกับผลการศึกษา เรื่องอุปสรรคของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมโรงพยาบาลสวนปรุง ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้สึกเป็นอุปสรรคเล็กน้อยในด้านการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย แต่หากพิจารณาจากค่าเฉลี่ยความเป็นอุปสรรคทั้งหมด 4 ด้าน คือ ด้านการจัดการพฤติกรรม ด้านแหล่งสนับสนุนด้านปัจจัยส่วนบุคคล และด้านสังคมเศรษฐกิจ พบว่าในด้านการจัดการพฤติกรรมผู้ป่วยพบว่าเป็นอุปสรรคที่มากที่สุด<sup>(5)</sup> ด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยที่พูดหรือถามซ้ำๆ และผู้ป่วยมีความจำแย่ง ไม่สามารถคิดตัดสินใจเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวีรศักดิ์ เมืองไพศาลและคณะที่พบว่าพฤติกรรมที่เกิดจากภาวะสมองเสื่อมที่เป็นภาวะในการดูแลมากที่สุด คือ การที่ผู้ป่วยสูญเสียความจำรองลงมาคือพฤติกรรมถามซ้ำๆ ผู้ป่วยไม่นอนกลางคืนและบกร่วงในการทำกิจวัตรประจำวัน จากการจัดลำดับโดยผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม<sup>(5)</sup> พฤติกรรมดังกล่าวเกิดจากการสูญเสียความจำซึ่งเป็นลักษณะอาการหลักของผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยเฉพาะความจำระยะสั้นที่ผู้ป่วยจะลืมเร็ว ลืมชื่อสิ่งของที่คุ้นเคย รวมถึงมีความสับสนเรื่องของ วัน เวลา สถานที่ เช่น ผู้ป่วยรับประทานข้าวแล้วแต่กลับบอกว่ายังไม่ได้ทาน การวางของไว้แล้วลืม หาของไม่พบ ต้องอาศัยให้คนรอบข้างช่วยหาจึงทำให้เป็นการเพิ่มภาระให้กับผู้ดูแล ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมซ้ำ หรือการถามซ้ำๆ ตามมา เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถจดจำได้ว่าตนเองพูดถามหรือทำสิ่งนั้นไปแล้ว ซึ่งผลกระทบจากพฤติกรรมดังกล่าว อาจทำให้เกิดการโต้ตอบทางพฤติกรรม และอารมณ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลได้ และอุปสรรคในการดูแลลำดับที่สาม คือ ปัญหาทางอารมณ์ของผู้ป่วยที่ยากต่อการจัดการ โดยเฉพาะพฤติกรรมหงุดหงิด ก้าวร้าว ต่อต้านการให้ความช่วยเหลือพฤติกรรมเหล่านี้ถือเป็นกลุ่มอาการทางจิตเวช และระบบประสาท (neuropsychiatric symptoms) ที่สามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

ระดับปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chareernboon T. และคณะที่ศึกษาความชุกของอาการทางจิตเวช และระบบประสาท (neuropsychiatric symptoms) ในผู้ป่วยไทยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์จำนวน 62 คน พบว่าอาการพลุ่งพล่านกระวนกระวายและก้าวร้าว (agitation/aggression) มีความชุกร้อยละ 45.2 ของผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ด้วยอาการนำทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ร้อยละ 61.3<sup>(7)</sup> อาการเหล่านี้มักพบได้ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมขั้นรุนแรง เพศชายมากกว่าเพศหญิง ยังคงสามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยเกิดความไม่สบายกายและวิตกกังวล หรือเกิดจากสิ่งแวดล้อมรอบข้างที่มีการเปลี่ยนแปลง<sup>(8)</sup>

ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงการรับบริการทางการแพทย์ 3 ลำดับแรก ได้แก่ โรงพยาบาลใกล้เคียง ไม่มีการตรวจรักษาภาวะสมองเสื่อมโดยตรง การให้บริการตรวจตามหมายเลขนัดรักษาพยาบาล และความยากลำบากในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลตามลำดับ จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่ได้เข้ารับบริการทางการแพทย์กับแพทย์ทั่วไป และรับการรักษาที่โรงพยาบาลขนาดเล็ก จึงทำให้เกิดข้อจำกัดการบริการการตรวจรักษาทางการแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของปภัศร ชัยวัฒน์และคณะ ที่ศึกษาเรื่องปัญหาอุปสรรคและสาเหตุของการจัดบริการทางการแพทย์ต่อผู้ประกันตน พบว่าอุปสรรคของการบริการทางการแพทย์คือความไม่พร้อมของสิ่งแวดล้อมและสถานที่ เช่น ข้อจำกัดของสถานที่ให้บริการ ความไม่พร้อมของแพทย์ที่ไม่มีแพทย์ผู้ชำนาญการเฉพาะด้าน รวมถึงจำนวนผู้มาใช้สิทธิประกันตนมาใช้บริการมีจำนวนมาก จึงทำให้เจ้าหน้าที่และแพทย์ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ ซึ่งเกิดจากการที่มีจำนวนผู้ประกันตนมาใช้บริการมากที่ไม่ทราบถึงขั้นตอนในการเข้ารับการรักษา จึงหวังว่าต้องได้รับการบริการ และความช่วยเหลือเพื่อให้เกิดความสะดวกระหว่างบุคลากรไม่เพียงพอส่งผลให้ผู้รับบริการรู้สึกไม่ได้รับความใส่ใจในการขอความช่วยเหลือ<sup>(9)</sup> จากสภาวะปัจจุบันที่ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุกระทรวงสาธารณสุข พบว่าประเทศไทยมีผู้สูงอายุมากกว่า 10 ล้านคน ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วยร้อยละ 3.4 และจะเพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุที่มากขึ้น ดังนั้นระบบการพัฒนาศูนย์กลางการทางการแพทย์ควรเร่งพัฒนาศักยภาพ

และเพิ่มจำนวนของบุคลากร เพื่อให้เพียงพอกับจำนวนของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดเล็กที่ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางด้าน การดูแลภาวะสมองเสื่อมโดยตรง และเนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุมีความแตกต่างกับการดูแลวัยผู้ใหญ่ โดยเฉพาะการให้บริการผู้ป่วยสมองเสื่อมและญาติหรือผู้ดูแล ที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ ผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหาภาวะทางอารมณ์ พฤติกรรมร่วมด้วย เช่น การด่าทอ การลุกเดินแบบไม่มีจุดหมาย หรือการพลัดหลงกับผู้ดูแล โดยผู้ป่วยสมองเสื่อม จะได้รับการตรวจรักษาในหลายด้านก่อนหรือหลังการเข้าพบแพทย์ เช่น การประเมินการรู้คิด ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสมองเสื่อม รวมถึงการให้ความรู้เรื่องยาที่ควรใช้และต้องหลีกเลี่ยงแก่ผู้ดูแลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งส่งผลให้เกิดการบริการ ป้องกัน ดูแล ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ครอบคลุมทั่วถึง ภายใต้การดูแลของทีมนสหวิชาชีพ และเป็น การลดความรู้สึกละอายใจในการรับบริการทางการแพทย์ของผู้รับบริการผู้ป่วยสูงอายุคนอื่นๆ นอกจากนี้ทางภาครัฐควรรณรงค์ให้คนสังคมไทยในวัยต่างๆ ตระหนักถึงความสำคัญของภาวะสมองเสื่อม การให้ความรู้แก่ประชาชนได้มีความรู้ ความเข้าใจ ในภาวะของโรคสมองเสื่อม และวิธีการดูแล ป้องกัน ชี้แนะเมื่อต้องพบเจอกับผู้ป่วยที่มีภาวะนี้ก่อนถึงการดูแลของแพทย์เฉพาะทาง

ในส่วนของการให้บริการตรวจตามหมายเลข นักรักษาพยาบาล ที่เป็นหนึ่งในปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงการรับบริการทางการแพทย์ จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมร้อยละ 26.2 เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งระบบการให้บริการของคลินิกเป็นการบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และดูแลรักษาผู้สูงอายุแบบองค์รวม มีทีมนสหวิชาชีพที่นอกเหนือจากแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางในการให้บริการ เช่น แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ดูแลด้านการทรงตัว การกลืนและปัญหาจากการอยู่นิ่งไม่เคลื่อนไหว พยาบาล ให้การคัดกรอง ให้คำแนะนำและดูแลทางการพยาบาล นักจิตวิทยา ให้การตรวจประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม และตรวจประเมินในผู้ป่วยสูงอายุรายใหม่ เกษชกรตรวจสอบการใช้ยาและความถูกต้องของไบสังยา เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มีโรคภัยหลายโรคจึงทำให้ต้องรับประทานยาหลายชนิด ซึ่งอาจเกิดผลข้างเคียงกับร่างกายจากยาได้ง่าย ซึ่งตัวยาบางชนิดอาจออกฤทธิ์มีผลต่อกันเอง และมีนักโภชนาการ ให้คำปรึกษา

แนะนำเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับภาวะโรคต่างๆ รวมถึงภาวะการขาดสารอาหาร ขาดโปรตีนและพลังงาน พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่จะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพอื่นๆ ได้<sup>(11)</sup> เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารสำหรับผู้สูงอายุ ที่ถูกต้องเหมาะสม จากกรณีทีมนสหวิชาชีพในการให้บริการระบบบริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยสูงอายุอาจส่งผลให้เกิดความล่าช้า รวมถึงการข้ามลำดับหมายเลขตรวจ ในการให้บริการ เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายจะเข้ารับตรวจที่แตกต่างกัน บางรายต้องรอผลการตรวจจากหน่วยตรวจอื่นๆ ก่อนที่จะได้เข้าพบแพทย์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของศูนย์วิจัยกรุงเทพโพลล์ สถาบันวิจัยมหาวิทยาลัยกรุงเทพ ได้มีสำรวจความคิดเห็นของคนไข้ที่มีต่อการบริการทางการแพทย์ของไทยในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยเก็บข้อมูลในคนไข้ที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการสำรวจพบว่าคนไข้ส่วนใหญ่พอใจในมาตรฐานการตรวจรักษา ค่าใช้จ่าย และคุณภาพของยา และเวชภัณฑ์ แต่ในด้านที่ไม่พอใจ คือด้านเงื่อนไขและขั้นตอนในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ร้อยละ 52.0 และด้านความรวดเร็วในการให้บริการร้อยละ 54.0<sup>(11)</sup>

ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 3 ลำดับแรก ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องการให้มีเครือข่ายผู้ดูแล ผู้ป่วยสมองเสื่อม จัดให้มีโทรศัพท์สายด่วนสำหรับผู้ดูแล ผู้ป่วยที่ต้องการขอคำปรึกษา และจัดให้มีการฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม รวมถึงข้อมูลการดูแลรักษาอาการทางกายเบื้องต้นให้กับผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาด้านความต้องการของผู้ดูแล ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่พบว่า 3 ลำดับแรกของความต้องการ ได้แก่ การให้ความรู้และการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้ป่วย การรับปรึกษาปัญหาส่วนตัวทางโทรศัพท์ และระบบพิเศษในโรงพยาบาลที่เอื้ออำนวย ให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมได้พบแพทย์เร็วขึ้น<sup>(5)</sup> และผลการศึกษาของรศศุภคุณธ์ เจออุปถัมภ์ ในเรื่องความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการด้านข้อมูลอยู่ในระดับที่มีความต้องการมาก โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด<sup>(12)</sup> และการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุของศศิพัฒน์ ยอดเพชร ที่พบว่าผู้ที่ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับโรคต่างๆ ที่พบในผู้สูงอายุภายใต้การดูแล มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาของผู้ดูแล<sup>(13)</sup> หากผู้ดูแลผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะอาการ และวิธีการดูแลรักษาภาวะของโรค อาจส่งผลต่อภาวะทางอารมณ์

เช่น เครียด วิตกกังวล โกรธ หรือซึมเศร้าได้<sup>(15)</sup> ที่สามารถส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ลดลง ดังนั้นการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็นการสนับสนุนด้านจิตใจเพื่อบรรเทาความวิตกกังวล ความกลัวที่เกิดขึ้น และจากผลการศึกษาของ ซุติมา ทองวชิระ ในการโทรศัพท์เพื่อติดตามผลของกิจกรรมพยาบาลเชิงบำบัดกับผู้ดูแลผู้ป่วย ที่มีการโทรศัพท์เพื่อติดตามผลของกิจกรรม พบว่าการโทรศัพท์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างกัน ที่ผู้ดูแลสามารถขอคำปรึกษาในส่วนที่ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่ตนเองได้พบ รวมถึงเป็นการกระตุ้นความสนใจ ความใส่ใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นระบบการให้บริการทางการแพทย์เบื้องต้นที่ง่าย รวดเร็วต่อการให้บริการ<sup>(16)</sup> ตามแนวคิดพื้นฐานของ Self help group ที่เชื่อว่าบุคคล จะได้รับการช่วยเหลือและความเข้าใจอย่างดี จากผู้ที่เคยมีประสบการณ์ในเรื่องนั้นๆ มาก่อน และให้ผู้ดูแลได้แสดงถึงความรู้สึกของตนเองที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ระหว่างกลุ่มผู้ดูแลด้วยกันเอง อาจช่วยลดความเครียด ความทุกข์ภายในจิตใจของผู้ดูแล นำมาซึ่งการช่วยกัน แก้ปัญหาซึ่งกันและกันเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ใหม่และการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม<sup>(13)</sup> เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ในการศึกษานี้ไม่เคยเข้าร่วมการอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม อาจเป็นผลให้ผู้ดูแลขาดความรู้ในแนวทางการดูแลเกี่ยวกับผู้ที่มีสมองเสื่อม รวมถึงความรู้ในโรคต่างๆ ที่สามารถเกิดได้ในผู้สูงอายุ โดยที่ผู้ดูแลมักมีวิธีการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ตามวิธีการที่ผู้ดูแลได้เรียนรู้จากการดูแลในระยะเวลาอันยาวนาน ซึ่งอาจไม่ได้คาดคำนึงถึงวิธีการที่ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นการอบรมจึงเป็นศูนย์กลางให้ผู้ดูแลได้มีความรู้มากขึ้น และมีโอกาสพบกันด้วยความสมัครใจ ซึ่งถือเป็นการสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยหากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ยิ่งจะส่งผลต่อการมีระดับความสุขที่เพิ่มขึ้น และทำให้ยอมรับนับถือในตนเองมากยิ่งขึ้น ในทางตรงกันข้ามหากผู้ดูแลไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากชุมชนหรือสังคม จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล<sup>(14)</sup>

นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่ เป็นบุตร เพศหญิง โสด อาจเป็นเพราะครึ่งหนึ่งของช่วงชีวิตของผู้ดูแลเพศหญิงที่มีอายุ

ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ไม่ได้สมรส และอาศัยอยู่กับพ่อแม่ ผู้ดูแลกลุ่มนี้จะสามารถปรับตัว ยอมรับถึงบทบาทของการเป็นผู้ดูแล และมีความรับผิดชอบต่อการดูแลผู้สูงอายุได้ โดยที่ผู้สูงอายุคาดหวังที่จะได้รับการดูแลจากบุตรไปจนถึงบั้นปลายของชีวิต<sup>(6)</sup> และแม้ในปัจจุบันบทบาททางสังคมจะมีการเปลี่ยนแปลงไป แต่ค่านิยมและวัฒนธรรมประเพณีไทยยังถือในเรื่องการรู้จักบุญคุณ ความกตัญญูตเวทเป็นสิ่งที่สำคัญ ดังนั้นครอบครัวจึงความคาดหวังต่อบุตรสาวในการทำหน้าที่ดูแลสมาชิกภายในครอบครัว ทั้งในบทบาทบุตร หรือภรรยาที่ดี ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจึงถือเป็นหน้าที่ของบุตรในการดูแลตอบแทนพระคุณผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม<sup>(3,5)</sup>

อย่างไรก็ตามการแปลผลและการนำข้อมูลไปใช้อาจต้องคำนึงถึงบริบทของผู้ดูแลที่อาจมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ เช่น ในการศึกษาถึงแม้จะมีกลุ่มที่การศึกษาน้อย ฐานะลำบากและมาจากพื้นที่ต่างจังหวัดร่วมด้วยก็ตาม แต่โดยเฉลี่ยแล้วเป็นผู้ดูแลมีระดับการศึกษาดี และมีเศรษฐกิจที่ค่อนข้างดี และส่วนใหญ่เป็นกลุ่มสังคมเมือง อาจประเมินอุปสรรคและความต้องการของการดูแลผู้ป่วย แตกต่างไปจากผู้ดูแลที่การศึกษาน้อยและมีเศรษฐกิจที่ยากลำบาก การเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพอาจมีความยากง่ายต่างไปจากผู้ดูแลทั่วไป และอาจมีผู้ดูแลที่เป็นทางการ (formal caregivers) ร่วมในการดูแลด้วย ซึ่งจากการศึกษาของประคอง อินทรสมบัติและคณะ ในส่วนของข้อมูลจากการเยี่ยมบ้านในบริบทของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ พบว่ามีผู้ดูแลที่เป็นผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้าง (paid caregiver) ร้อยละ 14.5 โดยการจ้างจากศูนย์บริการหรือจ้างแม่บ้าน พบว่าในบางรายญาติของผู้ป่วยมีความยากลำบากในการวางข้อตกลง หรือการวางแผนการดูแลให้กับผู้ถูกว่าจ้าง<sup>(17)</sup> ซึ่งอาจส่งผลให้ข้อมูลของผู้ดูแลที่เป็นญาติ (family caregivers) ในเรื่องอุปสรรคและความต้องการ ตลอดจนผลกระทบจากการดูแลที่แตกต่างกัน โดยศศิพัฒน์ ยอดเพชร ได้กล่าวถึงปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล ได้แก่ ด้านการเงินที่ต้องรับภาระในการหาเงิน และการไม่ได้รับความช่วยเหลือ เนื่องจากไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายดูแลผู้สูงอายุ ปัญหาด้านการศึกษาความรู้ในการดูแล ขาดผู้ช่วยเหลือ ในการดูแลและจัดการปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ดูแลกลุ่มที่ต้องการผู้ช่วยดูแลส่วนใหญ่ เป็นคนภายในครอบครัวที่ต้องรับภาระการดูแลในหลายๆอย่าง เช่นภรรยาที่ต้องดูแลมารดาที่ป่วย ดูแลสามี และดูแลบุตรไปพร้อมๆกัน

ได้มีคำจำกัดความของผู้ดูแลกลุ่มนี้ว่า “บทบาทเชิงซ้อน” (Sandwich Roles)<sup>(18)</sup> ดังนั้นความต้องการผู้ดูแลเพื่อช่วยเหลือของบุคคลกลุ่มนี้ในการแบ่งเบาภาระจึงมีความต้องการสูง ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เพื่อแลกกับการแบ่งเบาภาระดูแลเพียงลำพัง ปัจจุบันมีการรับจ้างการดูแลผู้สูงอายุที่หลากหลาย ทั้งของบริษัทเอกชนต่างๆ จากการศึกษเกี่ยวกับผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ โดยศิริพันธ์ สาสัตย์ พบว่าผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้าง (paid caregiver) ตามพระราชบัญญัติโรงเรียนเอกชนปีพ.ศ.2525 ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุเป็นเวลา 12 สัปดาห์ และมีข้อกำหนดมาตรฐานฝีมือแรงงานแห่งชาติ สาขาการดูแลผู้สูงอายุ โดย กระทรวงแรงงาน แต่ไม่มีข้อบังคับว่าผู้ดูแลทุกรายต้องผ่านการเรียนเท่านั้น ที่สามารถจะรับการว่าจ้างเป็นผู้ดูแลได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลบางรายไม่มีประสิทธิภาพ ในการดูแล และไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ว่าจ้างได้<sup>(19)</sup> โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ได้รับการอบรมความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยตรงที่ต้องดูแลทั้งการประกอบกิจวัตรประจำวันและต้องมีวิธีในการสื่อสาร และรับมือกับปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยเองนั้นยังมีน้อย ดังนั้นการเลือกจ้างผู้ดูแล ญาติควรศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแล และคุณภาพการดูแลของบุคคล หรือบริษัทที่รับจัดหาผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างถี่ถ้วน เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาอื่นๆตามมา เช่น ผู้ดูแลไม่มีคุณสมบัติหรือไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ไม่สามารถตอบสนองการดูแลตามที่ญาติต้องการได้ หรือผู้ดูแลปล่อยปะละเลยผู้สูงอายุให้ช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น สถานการณ์ดังกล่าวสามารถส่งผลกระทบทางจิตใจ ต่อผู้ป่วยสูงอายุ และบุคคลภายในครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุได้ ก่อนเริ่มการดูแลของผู้ดูแล ญาติควรสร้างข้อตกลงถึงบทบาทและหน้าที่ระหว่างกัน เพื่อลดการซ้ำซ้อนในการดูแลผู้สูงอายุ และญาติควรเล่าข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยสูงอายุเบื้องต้นให้กับผู้ดูแล ได้ทราบถึงอาการ หรือข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง และพฤติกรรมของผู้ป่วยสูงอายุ รวมถึงขอบเขตในการตัดสินใจของผู้ดูแลต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในกรณีที่มีความจำเป็น

จากข้อเสนอแนะเพิ่มเติมข้างท้าย กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นที่เป็นไปในทางเดียวกันคือมีความพึงพอใจต่อการจัดการอบรมให้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม และต้องการให้จัดต่อเนื่องทุกปี และต้องการให้มีการเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแล

รักษาเบื้องต้น โรคต่างๆที่สามารถเกิดร่วมได้กับผู้ป่วยสูงอายุเนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้มีเฉพาะภาวะสมองเสื่อมเพียงอย่างเดียว รวมถึงต้องการความร่วมมือจากภาครัฐในการช่วยสนับสนุนพินัยกรรมที่ช่วยในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้ด้วยตนเอง

### บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ปัญหาที่มีผลกระทบต่ออาการดูแลส่วนใหญ่ คือ พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยที่เป็นผลมาจากภาวะสมองเสื่อม โดยผู้ดูแลไม่สามารถรับมือกับสถานการณ์เหล่านั้นได้ ซึ่งอาจเกิดจากผู้ดูแลขาดทักษะความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม และไม่เข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดพฤติกรรม รวมถึงอาจเกิดจากผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคที่มากเกินกว่าการจัดการที่สอดคล้องกับผลการสำรวจความต้องการของผู้ดูแลจากการศึกษาที่เป็นไปในทางเดียวกัน คือผู้ดูแลต้องการได้รับความรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และการมีเครือข่ายระหว่างกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ทักษะเพิ่มขึ้น และได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในระยะเวลานานระหว่างกลุ่มผู้ดูแล ที่จะช่วยให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับปัญหาในการเข้าถึงการรับบริการทางการแพทย์ของผู้ดูแล แสดงให้เห็นถึงจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ด้านผู้สูงอายุที่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการรักษา โรงพยาบาลขนาดเล็กไม่มีทีมสหวิชาชีพที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้แบบองค์รวมในการรักษาในแต่ละครั้ง โดยผลการศึกษานี้ สนับสนุนให้หน่วยงานบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้สูงอายุ ได้ตระหนักความสำคัญของภาวะสมองเสื่อม และสามารถนำผลการศึกษาไปปรับใช้ในการวางแผนการจัดบริการเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยมีข้อเสนอแนะในการจัดบริการของหน่วยงานต่างๆ ที่ให้บริการตรวจรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น ควรมีการประสานงานการวางแผนระหว่างวิชาชีพ ในกรณีที่ต้องมีการส่งต่อการตรวจรักษา และชี้แจงความสำคัญของการตรวจรักษาโดยทีมสหวิชาชีพ แก่ญาติและผู้ดูแลให้มีความเข้าใจเพื่อให้เกิดความร่วมมือและการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย ดังนั้นในการลดปัญหาผลกระทบต่างๆเหล่านี้ จึงต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ทีมบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ที่ต้องพัฒนาและสร้างความเข้าใจในระบบการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยเฉพาะ

สำหรับข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้ 1. การศึกษาในปีวิจัยอื่นๆที่เป็นปัญหาต่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เช่น ด้านเศรษฐกิจ ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว 2. กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในบริบทอื่นที่มีความแตกต่างจากการศึกษานี้ เพื่อเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างของปัญหาและความต้องการ เพื่อให้ผลการวิจัยครอบคลุมในการใช้อ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ในวงกว้าง

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนางอังคณา จงสวัสดิ์พัฒนา ผู้ช่วยวิจัยในการประสานงานการวิจัยและขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยและทีมคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราชที่สนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และการป้องกัน. ใน: ประเสริฐ อัสสันตชัย. (บรรณาธิการ) ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น; 2558. หน้า129-137.
- นิชภา โมราถบ และคณะ. บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในผู้ป่วยอัลไซเมอร์. *Journal of Nursing and health Sciences* 2012; 6(2): 122-131.
- พาวุฒิ เมฆวิชัย, สุรินทร์ แซ่ตั้ง. ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม. *สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2556;58(1): 101-110.
- สกาวรัตน์ เทพประสงศ์. อุปสรรคในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมโรงพยาบาลสวนปรุง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
- Muangpaisan, W., Praditsuwan, R., Assanasen, J., Srinonprasert, V., Assantachai, P., Intalapom, S., et al. Caregiver burden and needs of dementia caregivers in Thailand: a cross-sectional study. . *J Med Assoc Thai* 2010; 93: 601-7.
- Himes C. Parental caregiving by adult women: a demographic perspective. *Research on aging* 1994;16:191-209.
- Charernboon T, Phanasathit M. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a cross-sectional descriptive study in Thailand. *J Med Assoc Thai* 2014; 97:560-565.
- กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ์. ปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์และจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD): แนวคิด และการรักษา. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2011;56:449.
- ปภัศร ชัยวัฒน์ และคณะ. การศึกษาคณะภาพการบริการของสถานพยาบาลในระบบประกันสังคม. กรุงเทพฯ: การวิจัยจากกองทุนประกันสังคม สำนักงานประกันสังคม; 2555.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. รู้จริงและเข้าใจสุขภาพผู้สูงอายุและภาวะสมองเสื่อม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดยูเคชั่น; 2559.
- ศูนย์วิจัยกรุงเทพโพลล์. สถาบันวิจัยมหาวิทยาลัยกรุงเทพ. ความคิดเห็นของคนใช้ต่อบริการทางการแพทย์ของไทยในปัจจุบัน. 2548 [เข้าถึงเมื่อ 6 มกราคม 2560]. เข้าถึงได้จาก <http://research.bu.ac.th/poll/>
- รสสุคนธ์ เจืออุปถัมย์. ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2553.
- สาสินี เทพสุวรรณ, ณัฐจิรา ทองเจริญพงศ์, รศรินทร์ เกรย์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดและความสุขของการดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารประชากร. พิมพ์ครั้งที่ 4(1).* กรุงเทพฯ; 2548.
- วรรณนิภา สมนาวรรณ. การสำรวจภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้าน. [วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2537.

15. กานดา วรคุณพิเศษ, ศิริพันธุ์ สาสัตย์. ผลของโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ แบบก้าวหน้าต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสารเกื้อการุณย์. ฉบับที่ 1. กรุงเทพฯ; มกราคม-มิถุนายน 2558.
16. ชุตติมา ทองวชิระ. ผลของการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ดนตรีร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. [วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
17. ประคอง อินทรสมบัติ, สุปรีดา มั่นคง, สมทรง จุไรทัศน์, สุลักษณ์ วงศ์ธีรภัก, วิลาวัลย์ ประสาร อธิคม, ปาริชาติ พรสวัสดิ์ชัย, นิชธิมา เสรีวิชัยสวัสดิ์. การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลอย่างครบวงจรและต่อเนื่อง: การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. Ramathibodi Nursing Journal. 2556;19:194-205.
18. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว. การประชุมเวทีระดมความคิดเห็นต่อประเด็นนโยบายเรื่องระบบการดูแลและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ; 30 ตุลาคม 2551; ศูนย์ประชุมสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์. กรุงเทพมหานคร.
19. ศิริพันธุ์ สาสัตย์. ระบบการประกันคุณภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถาบันและที่บ้าน: การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย/ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2551.



## Relationship between caregiver's factors, level of caregiver knowledge about dementia and the level of psychological burden experienced by caregivers of people with dementia

Harisd Phannarus, MD\*; Weerasak Muangpaisan, MD\*; Pitiporn Siritipakorn, MNS\*\*; Supattra Junkhum, BSc\*; Sutisa Pitiyarn, MNS, APN\*\* Napaporn Pengsom, BNS\*\*; Dujpratthana Pisansalakij, BSc\*

\*Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

\*\*Department of Nursing Siriraj Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

### Abstract

**Purpose:** To investigate the relationship between level of caregiver knowledge about dementia and the level of psychological burden experienced by caregivers of people with dementia (PWD)

**Materials and Methods:** This cross-sectional descriptive single-center study included survey data collected from caregivers of people with dementia that attended a "Caregiver Training Day" that was organized by the Department of Preventive and Social Medicine at Siriraj Hospital. The self-administered questionnaire elicited demographic data, basic knowledge level about dementia, and data relating to the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

**Results:** The majority of participants were female (89.2%), were well-educated (77.7%), provided care for 11.4 hours per day, and reported no financial problems (91.9%). Sixty caregivers (40.5%) had depression from PHQ-9 and 7.4% had anxiety from HADS. The score of knowledge about dementia was not significantly correlated with depression or anxiety in caregivers. In univariate analysis, increased caregiver depression score was significantly associated with the following 3 factors: 1) Providing care for totally dependent patients ( $p=0.03$ ); 2) Providing care for defecation-dependent patients ( $p=0.03$ ); and, 3) Caregiver being offspring of the people with dementia ( $p=0.01$ ). No statistically significant associations were identified in multivariate analysis.

**Conclusion:** Level of caregiver depression and anxiety does not depend solely on the knowledge about dementia. Several other factors significantly contribute to this psychological burden, including providing care for totally dependent patients, providing care for defecation-dependent patients, and the caregiver being offspring of the PWD. Given the often overwhelming psychological burden experienced by caregivers of PWD, government and medical agencies should develop support strategies to decrease caregiver burden and increase the quality of care for PWD.

**Keywords:** caregiver, dementia, depression, anxiety, knowledge, psychological burden

---

Corresponding author

Prof. Weerasak Muangpaisan, MD

Department of Preventive and Social Medicine Faculty of Medicine Siriraj Hospital,  
Mahidol University, 2 Wanglang Road, Bangkoknoi Bangkok 10700, Thailand

Phone: (+66) 2-419-7287; Fax: (+66) 02-411-5034

E-mail: drweerasak@gmail.com

## Introduction

The number of people with dementia (PWD) in 2001 was estimated to be 24.3 million people worldwide, with 60% living in low- or middle-income countries<sup>1</sup>. With 4.6 million new cases of dementia predicted each year, the number of cases was expected to reach 81.1 million by 2014<sup>1</sup>. This level of growth and the severity cost of this disease demand intensive study, commitment of resources, focused and rapid action from every country.

Dementia imposes a severe burden on patients, their family members, and most notably on those responsible for providing direct patient care<sup>2</sup>. Caregivers are a critical healthcare resource for PWD<sup>3</sup>. As a result of the support that they provide to PWD, caregivers are subject to reduced quality of life due to multidimensional burden that may include physical problems, mental problems, and socioeconomic problems<sup>4-8</sup>. Caregivers are also at risk for developing symptoms of depression and anxiety. Caregiver-related burden could result in adverse outcomes for PWD, including reduced quality of life, patient neglect, receipt of substandard care, and early nursing home placement<sup>9, 10</sup>.

Caregivers that have a good level of knowledge about dementia have a significantly lower risk of depression, but may be at increased risk of developing anxiety<sup>11-13</sup>. Depression and mood alterations are predictors of psychological morbidity in caregivers<sup>3</sup>. Interventions that include group counseling and psychoeducation can improve caregiver confidence, and decrease depression and anxiety<sup>8, 14</sup>; however, these interventions are often not systematically provided, and they are not available at every healthcare center.

Data relating to the psychological impact of providing care to PWD in Thailand is scarce<sup>6</sup>. Although most training programs are not systematically structured, many medical centers in Thailand have implemented dementia caregiver

training programs, with the aim of increasing caregiver knowledge about dementia<sup>15-17</sup>. Based on our review of the literature, no studies have investigated the relationship between level of caregiver knowledge about dementia and psychological symptoms (i.e., anxiety and depression) that develop among dementia caregivers in Thailand. It is possible that a lower level of knowledge about dementia may be associated with an increased level of psychological burden among dementia caregivers. The aim of this study was to investigate the relationship between caregiver's factors including level of caregiver knowledge about dementia and the level of psychological burden experienced by caregivers of PWD. Insights learned from this study will help to guide the development of effective intervention strategies that provide psychological support to caregivers of PWD.

## Materials and Methods

This cross-sectional descriptive single-center study included survey data collected from caregivers of PWD that attended a one day "Caregiver Training Day" that was organized by the Department of Preventive and Social Medicine at Siriraj Hospital. Included subjects were caregivers of PWD that receive care for dementia at the Siriraj Geriatric Clinic. All enrolled participants were counseled regarding the objective of the study and written informed consent was obtained. The protocol for this study was approved by the Siriraj Institutional Review Board (SIRB), Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

Survey-based data collection was conducted using 4 different elicitation self-administered tools, as follows: (1) Demographic data and daily activities of caregivers and dementia patients survey including basic activities of daily living, disturbing behavioral and psychological symptoms<sup>18</sup>; (2) Basic knowledge about dementia

survey; (3) Patient Health Questionnaire (PHQ-9-Thai version) for depression<sup>19</sup>, which classified the result into normal, mild depression, moderate depression, or severe depression; and (4) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-Thai version) for anxiety<sup>20</sup>, which classified the result into normal, anxiety, or depression. Both PHQ-9 and HADS were used for screening depression and anxiety symptoms. Both tools had been validated in several settings including community setting. As PHQ-9 was reported to yield higher sensitivity, the author evaluate depression from PHQ-9 tool but evaluate anxiety from HADS tool.

The knowledge about dementia survey consisted of 7 questions that relate to screening for dementia, life expectancy of Alzheimer disease (AD) patients, prevalence of AD, diagnosis of dementia, prevalence of behavioral and psychological symptoms in dementia (BPSD), proven effective medications, and antidementia medication. This questionnaire was partly modified from Dementia Knowledge Assessment Scale and the Alzheimer's Disease Knowledge Scale<sup>21, 22</sup>. The answer format was multiple choice, and the highest possible score was 7. This questionnaire was developed by the authors, and was then reviewed by 3 experts in Geriatric Medicine and Gerontology. Then, the authors modified the questionnaire as suggested by the agreement of all three reviewers.

#### *Sample size calculation and statistical analysis*

The sample size of a minimum of 80 caregivers for this study was calculated based on data from a previously published study<sup>11</sup>.

SPSS version 18.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA) was used for statistical analysis. Categorical data were evaluated using chi-square

test. All continuous variables were inspected for normality before analysis. Non-normally and normally distributed data were analyzed using Mann-Whitney U test and independent t-test, respectively. Data are reported as number, number and percentage, mean  $\pm$  standard deviation, or median and interquartile range. A *p*-value of less than 0.05 was considered to be statistically significant.

## Results

### *Characteristics of caregivers and patients*

One hundred and forty eight caregivers were included, with an average age  $52.2 \pm 12.5$  years. Of those, 132 (89.2%) caregivers were female, and 95 (64.2%) were single or widowed. Regarding education and income, 115 (77.7%) caregivers were educated at a level of bachelor's degree or above, and 136 (91.9%) reported having no financial problems. Fifty-two (35.1%) caregivers had prior experience as a caregiver. Seventy-two (48.6%) caregivers reported having taken care of PWD for longer than 4 years. The median (IQR; interquartile range) number of hours spent caring for PWD per day was 10 (5-16). Twenty-three (15.5%) caregivers reported having attended previous caregiver training. Demographic characteristics are shown in Table 1.

The average age of PWD was  $79.4 \pm 8.0$  years. The median duration from dementia diagnosis to time of survey was 2 years (1-5 years). Eighteen (12.2%) patients were totally dependent. The most common disruptive behavioral problems reported by caregivers were insomnia ( $n=33$ ), repeated questioning ( $n=21$ ), and memory loss ( $n=13$ ).

**Table 1** Characteristics of 148 Thai dementia caregivers and 148 dementia patients

Characteristics of dementia caregivers	
Age (yr), mean±SD (range)	52.3±12.5 (19-81)
Women, n (%)	132 (89.2%)
Marital status, n (%)	
Single	82 (55.4%)
Married	53 (35.8%)
Other	13 (8.8%)
Education, n (%)	
Bachelor's degree and above	115 (77.7%)
Below bachelor's degree	33 (22.3%)
Self-reported income, n (%)	
Not enough	10 (6.8%)
Enough	101 (68.5%)
Saving	37 (24.7%)
Relationship to patient, n (%)	
Son/daughter	88 (59.5%)
Spouse	11 (7.4%)
Other	49 (33.1%)
Health status*, n	
Dyslipidemia	41
Hypertension	28
Osteoarthritis	26
Back pain	18
Diabetes mellitus	12
Insomnia	11
Duration of being a caregiver, n (%)	
≤4 years	76 (51.4%)
>4 years	72 (48.6%)
Attended prior caregiver training, n (%)	
Yes	23 (15.5%)
No	125 (84.5%)
Duration of care per day (hr), mean±SD (range)	11.4±7.2 (1.5-24)

**Table 1** Characteristics of 148 Thai dementia caregivers and 148 dementia patients (continued)

Characteristics of PWD	
Age (yr), mean±SD (range)	79.4±8.0 (54-96)
Duration of diagnosed dementia (yr), mean±SD	3.1±2.6
Basic activities of daily living, n (%)	
Totally dependent	17 (11.5%)
Partially dependent	97 (65.5%)
Totally independent	34 (23.0%)
Presence of disturbing BPSD, n (%)	115 (77.7%)
Top 6 disturbing BPSD**, n	
Insomnia	46
Irritability	33
Depression	33
Hallucination	16
Delusion	14
Wandering	11

**Abbreviations:** SD, standard deviation; BPSD, behavioral and psychological symptoms of dementia

\*Some caregivers may have had more than one health-related condition.

\*\*Some patients may have had more than one disturbing BPSD.

**Table 2** Basic knowledge of dementia score relative to presence or absence of depression and anxiety

	Depressive symptoms			Depression score	
	Presence	Absence	p-value	Coefficient	p-value
Knowledge score (mean±SD)	2.9±1.4	3.3±1.1	0.06	-0.15	0.07
	Anxiety symptoms			Anxiety score	
	Presence	Absence	p-value	Coefficient	p-value
Knowledge score (mean±SD)	3.2 ± 1.3	3.2±1.2	0.93	0.13	0.88

\*p-value <0.05 indicates statistical significance, Mann-Whitney U test was used to analyze the data.

**Abbreviation:** SD, standard deviation

#### *Caregiver knowledge and level of depression and anxiety*

The mean basic knowledge score was 3.1±1.3 out of 7, and the mean anxiety score from HADS was 5.2±3.0 out of 21. The median PHQ-9 for depression was 7 (4-11) out of 27. Sixty (40.5%) caregivers had depression according to PHQ-9, and 11 (7.4%) had anxiety according to HADS. No significant association was observed between basic knowledge score and depression, and between basic knowledge score and anxiety ( $p=0.06$  and  $p=0.93$ , respectively) (Table 2).

#### *Correlation between caregiver characteristics and depression and anxiety*

In univariate analysis, increased caregiver depression score was found to be significantly associated with the following 3 factors: 1) Providing care for totally dependent patients ( $p=0.03$ ); 2) Providing care for defecation-dependent patients ( $p=0.03$ ); and, 3) Caregiver being offspring of the dementia patient ( $p=0.01$ ). No statistically significant associations were identified in multivariate analysis.

**Table 3** Characteristics of caregivers relative to depression and anxiety scores

Characteristics		Depression score		Anxiety score	
		Median (IQR)	<i>p</i> -value	Mean±SD	<i>p</i> -value
Providing care for totally dependent patient	Yes	11 (5.8, 14)	0.03*	5.2±3.8	0.95
	No	6.5 (4, 10)		5.2±3.0	
Defecation dependence	Totally	9 (5, 13)	0.03*	5.6±3.4	0.48
	Partially	7 (4, 10)		5.1±3.0	
Offspring kinship	Yes	7 (5, 12)	0.01*	5.6±2.9	0.12
	No	6 (2, 9)		4.7±3.3	

\**p*-value <0.05 indicates statistical significance, Mann-Whitney U test was used to analyze the data.

**Abbreviations:** IQR, interquartile range; SD, standard deviation

### Discussion

In this study, the authors set forth to investigate the association between caregiver knowledge about dementia and depression or anxiety experienced by dementia caregivers, and to identify other factors that significantly associate with depression or anxiety. Presence and level of depression and anxiety were measured using a self-reporting survey tool. The term “self-perception of stress” has been used interchangeably with the term “burden” in numerous dementia patient caregiver studies to describe adverse psychological outcomes experienced by caregivers. Using the depression score from the PHQ-9, increased caregiver depression score was found to be significantly associated with providing care for totally dependent patients, providing care for defecation-dependent patients, and the caregiver being the offspring of the dementia patient. However, no significant correlation was observed between caregiver knowledge about dementia and caregiver depression or anxiety.

Caregivers in the present study were mainly female, and the majority were children of the dementia patient for whom they were caring. This finding is consistent with previous studies that found that 55-88% of caregivers were female<sup>3, 4, 7, 8, 14, 23-25</sup>. This preponderance of females is likely due to

the Thai cultural belief that females are more suitable than males for providing care to the elderly. Some previous studies found that female caregivers reported more emotional symptoms and health problems than male caregivers<sup>4, 7, 8, 11</sup>.

Previous studies reported a high level of depression and anxiety among caregivers<sup>4, 5, 26</sup>. However, a high proportion of anxiety among dementia caregivers was not similarly found in this study. This may be explained by several reasons. First, caring for a dementia patient may be associated with a low emotional burden<sup>6</sup>, because Thai people feel a great sense of responsibility to provide care to senior family members. On the other hand and consistent more with Thai culture, Thai caregivers may be reluctant to express emotional distress on a questionnaire and to disclose family problems to others. This repression of feelings could manifest in an advanced form of anxiety (depression), and could result in less social support. Second, the caregivers we evaluated in this study had relatively high educational level and socioeconomic status. As such, they were less likely to develop income-related stress. Previous studies in a similar setting reported that many well-educated and financially well-off caregivers had assisted formal caregivers<sup>27</sup>. Above all, the caregivers in that study had a higher level of learned resourcefulness<sup>27</sup>.

Self-adaptation and problem-solving skills can be learned from experiences acquired in both internal and external environments. Resourcefulness is an accumulation of well-learned cognitive behavioral self-control skills that can be used to control the potentially negative effects of thoughts, feelings, or sensations that might otherwise interfere with the performance of daily activities<sup>28,29</sup>. Persons who have greater resourcefulness are able to deal with adverse situations and life events more constructively, and they also have better social role functioning, better quality of life, and greater life satisfaction than those with low resourcefulness<sup>30-32</sup>. Moreover, previous studies demonstrated that caregiver burden was negatively correlated with physical health, mental health, and learned resourcefulness<sup>27,33</sup>.

Although several factors have been reported as being important contributors to caregiver burden (classified mainly as either patient or caregiver factors), the authors found only two factors that significantly related to the development of caregiver depression - caring for totally dependent patients especially those with defecation dependence and offspring kinship. Consistent with previously reported results, we found that decreased patient capacity to perform activities of daily living (ADL) was associated with caregiver depression<sup>34-37</sup>. Kinship ties have been reported to be and not to be associated with caregiver burden<sup>6,38</sup>. Some previous studies did not find significant difference in caregiver burden between adult children and spouse<sup>25, 38</sup>. However, the authors found that there are significant correlation in terms of relationship between caregiver and patients. Previous studies reported that blood relations felt that they had a moral obligation to care for family members with dementia, and many offspring described a feeling of obligation to take care their parents. In this study, a significant association was found between depression and the caregiver being the offspring of the dementia patient.

In contrast to the findings of previous studies<sup>11, 12</sup>, caregiver knowledge about dementia was not found to be correlated with presence of caregiver depression or anxiety in this study. Certain factors may explain this difference in findings between studies. First, the caregivers in this study had a high level of education, which could mean that they had a higher level of knowledge regarding how to care for a dementia patient. However and in contrast to the foregoing, the mean knowledge score of caregivers in this study was not as high as expected ( $3.1 \pm 1.3$  out of 7). Second, the caregivers in this study likely had a better support system than caregivers in the general population. Caregivers in this study may have had formal caregivers that helped them provide patient care, which would result in less caregiver emotional stress. Third, though the knowledge questionnaire was partially derived from the Dementia Knowledge Assessment Scale and the Alzheimer's Disease Knowledge Scale, it might be too difficult for Thai context and may not have been suitable for determining caregiver level of knowledge. Finally, other factors might contribute to this problem, such as care skills, attitude, self-efficacy, coping strategies, previous adverse life events, family and social support.

This study has some mentionable limitations. The majority of caregivers in this study were well-educated and of relatively high socioeconomic status. In addition, the majority of patients of enrolled caregivers received care from our tertiary care center. It is, therefore, possible that these factors could cause selection biases among both caregivers and PWD. Subjects in study who decided to participate in the Caregiver Training Day might have more concern about health issues; thus, they may have better basic strategies for coping with adverse events in their life. This factor may influence the generalizability of our results to the general population of caregivers in Thailand. However, given

that our center is a national referral center, it can be argued that our study population and their dementia patients reflects the levels of disease, and types of patient and caregiver behaviors and burdens that would be observed across Thailand.

The authors recommend that health care professionals conduct early patient and caregiver assessments, provide emotional support, inform caregivers about publically available facilities and support mechanisms, and provide or steer caregivers toward educational training regarding how to manage dementia before caregivers become adversely psychologically affected<sup>31</sup>. Moreover, the authors suggested that improving sensitivity and specificity of the questionnaire including knowledge in caring of PWD may lead to early detection of caregivers burden which may be resolved if found in early phase of the problems.

### Conclusion

Level of caregiver depression and anxiety do not depend solely on basic knowledge about dementia. Several other factors contribute to this psychological burden, including providing care for totally dependent patients, providing care for defecation-dependent patients, and the caregiver being offspring of the dementia patient. Given the often overwhelming psychological burden experienced by dementia patient caregivers, government and medical agencies must develop support strategies to decrease caregiver burden and increase the quality of dementia patient care.

### Conflict of interest declaration

The authors hereby declare no personal or professional conflicts of interest regarding any aspect of this study.

### Acknowledgements

The authors gratefully acknowledge the caregivers that agreed to participate in this study, and the team that organized the "Caregiver Training Day". The authors would also like to thank Mrs. Angkana Jongsawaddipatana and the staff members of the Siriraj Geriatric Clinic for assistance with data collection.

### Funding disclosure

This study has no funding support.

### References

1. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*. 2005;366(9503):2112-7.
2. Mohamed S, Rosenheck R, Lyketsos CG, Schneider LS. Caregiver burden in Alzheimer disease: cross-sectional and longitudinal patient correlates. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010;18(10):917-27.
3. Donaldson C, Tarrier N, Burns A. Determinants of carer stress in Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1998;13(4):248-56.
4. Ferrara M, Langiano E, Di Brango T, De Vito E, Di Cioccio L, Bauco C. Prevalence of stress, anxiety and depression in with Alzheimer caregivers. *Health Qual Life Outcomes*. 2008;6:93.
5. Sansoni J, Vellone E, Piras G. Anxiety and depression in community-dwelling, Italian Alzheimer's disease caregivers. *Int J Nurs Pract*. 2004;10(2):93-100.
6. Muangpaisan W, Praditsuwan R, Assanasen J, Srinonprasert V, Assantachai P, Intalapaporn S, et al. Caregiver burden and needs of dementia caregivers in Thailand: a cross-sectional study. *J Med Assoc Thai*. 2010;93(5):601-7.



7. Truzzi A, Valente L, Ulstein I, Engelhardt E, Laks J, Engedal K. Burnout in familial caregivers of patients with dementia. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012;34(4):405-12.
8. Yilmaz A, Turan E, Gundogar D. Predictors of burnout in the family caregivers of Alzheimer's disease: evidence from Turkey. *Australas J Ageing.* 2009;28(1):16-21.
9. Gaugler JE, Kane RL, Kane RA, Newcomer R. Unmet care needs and key outcomes in dementia. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2005;53(12):2098-105.
10. Yaffe K, Fox P, Newcomer R, Sands L, Lindquist K, Dane K, et al. Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. *Jama.* 2002;287(16):2090-7.
11. Graham C, Ballard C, Sham P. Carers' knowledge of dementia, their coping strategies and morbidity. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1997;12(9):931-6.
12. Graham C, Ballard C, Sham P. Carers' knowledge of dementia and their expressed concerns. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1997;12(4):470-3.
13. Purandare N, Luthra V, Swarbrick C, Burns A. Knowledge of dementia among South Asian (Indian) older people in Manchester, UK. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2007;22(8):777-81.
14. Senanarong V, Jamjumras P, Harmphadungkit K, Klubwongs M, Udomphanthurak S, Pongvarin N, et al. A counseling intervention for caregivers: effect on neuropsychiatric symptoms. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2004;19(8):781-8.
15. Mekawichai P, Saetang S. Caregiver burden among Thai dementia patients' caregivers. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand.* 2013;58:101-10.
16. Kingkan N. The analysis of psychological intervention in caregiver of people with dementia. Thesis of Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Mahidol university. 2010.
17. Na Nakhon B. The results of psychological intervention in caregiver of people with dementia. *Region 11 Medical Journal.* 2013;7:291-300.
18. Katz S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society.* 1983;31(12):721-7.
19. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry.* 2008;8:46.
20. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361-70.
21. Annear MJ, Eccleston CE, McInerney FJ, Elliott KE, Teye CM, Tranter BK, et al. A New Standard in Dementia Knowledge Measurement: Comparative Validation of the Dementia Knowledge Assessment Scale and the Alzheimer's Disease Knowledge Scale. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2016;64(6):1329-34.
22. Annear MJ, Teye CM, Eccleston CE, McInerney FJ, Elliott KE, Tranter BK, et al. Dementia Knowledge Assessment Scale: Development and Preliminary Psychometric Properties. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2015;63(11):2375-81.
23. Shaw WS, Patterson TL, Semple SJ, Dimsdale JE, Ziegler MG, Grant I. Emotional expressiveness, hostility and blood pressure in a longitudinal cohort of Alzheimer caregivers. *J Psychosom Res.* 2003;54(4):293-302.

24. Karlawish JH, Casarett D, Klocinski J, Clark CM. The relationship between caregivers' global ratings of Alzheimer's disease patients' quality of life, disease severity, and the caregiving experience. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2001;49(8):1066-70.
25. Coen RF, O'Boyle CA, Coakley D, Lawlor BA. Individual quality of life factors distinguishing low-burden and high-burden caregivers of dementia patients. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2002;13(3):164-70.
26. Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. *Am J Nurs*. 2008;108(9 Suppl):23-7; quiz 7.
27. Siritipakorn P, Puwarawuttipanit W, Pinyopasakul W, Muangpaisan W. The relationships among caregiver burden, learned resourcefulness and health status in family caregivers of dementia patients. *J Gerontol Geriatr Med* 2012;13:25-35.
28. Zauszniewski JA, Bekhet AK, Suresky MJ. Relationships among perceived burden, depressive cognitions, resourcefulness, and quality of life in female relatives of seriously mentally ill adults. *Issues Ment Health Nurs*. 2009;30(3):142-50.
29. Rosenbaum M. *Learned resourcefulness: On coping skills, self-control, and adaptive behavior*. Springer Publishing Company. 1990:3-30.
30. Zauszniewski JA, Martin MH. Developmental task achievement and learned resourcefulness in healthy older adults. *Arch Psychiatr Nurs*. 1999;13(1):41-7.
31. Eters L, Goodall D, Harrison BE. Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. *J Am Acad Nurse Pract*. 2008;20(8):423-8.
32. Bekhet AK. Effects of positive cognitions and resourcefulness on caregiver burden among caregivers of persons with dementia. *Int J Ment Health Nurs*. 2013;22(4):340-6.
33. Chen MC, Chen KM, Chu TP. Caregiver burden, health status, and learned resourcefulness of older caregivers. *West J Nurs Res*. 2015;37(6):767-80.
34. Hasegawa N, Hashimoto M, Koyama A, Ishikawa T, Yatabe Y, Honda K, et al. Patient-related factors associated with depressive state in caregivers of patients with dementia at home. *J Am Med Dir Assoc*. 2014;15(5):371.e15-8.
35. Kim MD, Hong SC, Lee CI, Kim SY, Kang IO, Lee SY. Caregiver burden among caregivers of Koreans with dementia. *Gerontology*. 2009;55(1):106-13.
36. Malhotra R, Chei CL, Ostbye T, Chan A, Matchar DB. Older person behavioral and psychological symptoms (BPS) and functional limitations mediate the association between older person cognitive impairment and depressive symptoms in the caregiver. *Arch Gerontol Geriatr*. 2014;58(2):269-77.
37. Razani J, Kakos B, Orieta-Barbalace C, Wong JT, Casas R, Lu P, et al. Predicting caregiver burden from daily functional abilities of patients with mild dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2007;55(9):1415-20.
38. Chumbler NR, Grimm JW, Cody M, Beck C. Gender, kinship and caregiver burden: the case of community-dwelling memory impaired seniors. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2003;18(8):722-32.

## แผนมามาตริตด้านผู้สูงอายุ : กรอบสหประชาชาติกับประเทศไทย

The Madrid International Plan of Action on Ageing :  
the United Nations Framework for Thailand

ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์

ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

Siriwan Aruntippaitune

Senior Elderly Expert, Department of Older Persons,

Ministry of Social Development and Human Security

### บทคัดย่อ

การประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ครั้งที่ 2 ที่จัดขึ้นโดยองค์การสหประชาชาติ ณ กรุงมาดริด ประเทศสเปน เมื่อปี พ.ศ. 2545 (ค.ศ. 2002) ได้ก่อให้เกิด แผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยผู้สูงอายุ (The Madrid International Plan of Action on Ageing : MIPAA) ที่เห็นชอบร่วมกันระหว่างประเทศสมาชิกองค์การสหประชาชาติ โดยจะร่วมกันขับเคลื่อนดำเนินงานผู้สูงอายุให้เป็นไปในทิศทางหลัก ทั้ง 3 ประเด็น ประกอบด้วย ผู้สูงอายุกับการพัฒนา สุขภาพดีและมีสุขภาพและการจัดให้มีสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนและเหมาะสม ประเทศไทยในฐานะ ประเทศสมาชิกองค์การสหประชาชาติ และได้เข้าร่วมการประชุมในครั้งนั้นด้วย ได้มีการจัดทำผลการดำเนินงานผู้สูงอายุ ในภาพรวมที่บ่งชี้ความครอบคลุมและความก้าวหน้าของงานด้านผู้สูงอายุในประเทศไทย ที่ตอบสนองพันธกรณีองค์การ สหประชาชาติดังกล่าว โดยใช้ข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้ร่วมกันขับเคลื่อนดำเนินงาน และนำไปสู่เป้าหมาย ร่วมกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยรวม

### Abstract

Since 2002 when the United Nations organized the 2<sup>nd</sup> World Assembly on Ageing in Madrid, Spain, it reaches the international obligations on ageing under the Madrid International Plan of Action on Ageing (MIPAA), therein 3 following main targets are stipulated : i) Older Persons and Development; ii) Advancing Health and Well-being into Old Age; and iii) Ensuring Enabling and Supportive Environment. The State Parties to the United Nations shall mutually observe these targets to take their action on ageing and formulate their development strategies to eventually achieve.

Thailand as one State Party to the United Nations has reported on implementation of such global obligations on ageing to present its action and progress made therein between 2002 and 2016 to depict the significant tasks in compliance with and responsively to the targets of elderly development under MIPAA.

This study provided over all progress of Thailand implementations of obligations under the United Nations framework where our achievement of tasks is resulted from Thailand policy commitment and collaborations and contribution made by all involved sectors

ผู้รับผิดชอบบทความ

ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์

กรมกิจการผู้สูงอายุ

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

Corresponding author

Siriwan Aruntippaitune

Department of Older Persons

Ministry of Social Development and Human Security

## บทนำ

“แผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยผู้สูงอายุ” (The Madrid International Plan of Action on Ageing : MIPAA) เป็นพันธกรณีระหว่างประเทศที่เกิดขึ้นจากการประชุมสมัชชาผู้สูงอายุระดับโลก ครั้งที่ 2 (the 2<sup>nd</sup> World Assembly on Ageing : WAA II) จัดขึ้นโดยองค์การสหประชาชาติ (United Nations) ระหว่างวันที่ 8-12 เมษายน พ.ศ. 2545 (ค.ศ. 2002) ณ กรุงมาดริด ประเทศสเปน การประชุมในครั้งนั้นมีผู้แทนระดับสูงจากหน่วยงานภาครัฐบาลประเทศต่างๆ เกือบ 200 ประเทศ ที่เป็นสมาชิกขององค์การสหประชาชาติเข้าร่วมการประชุม รวมทั้งมีผู้แทนจากประเทศไทยก็ได้เข้าร่วมการประชุมในครั้งนั้นด้วยเช่นกัน

กล่าวได้ว่า แผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยผู้สูงอายุ หรือจะเรียกสั้นๆว่า “MIPAA” นี้ เป็นกรอบแนวทางชี้นำหลักขององค์การสหประชาชาติ หรือหากจะพูดให้เข้าใจง่ายๆ ก็คือแนวปฏิบัติหลักขององค์การสหประชาชาติด้านผู้สูงอายุ (United Nations Framework) ซึ่งองค์การสหประชาชาติได้เสนอแผนดังกล่าว ต่อที่ประชุมสมัชชาผู้สูงอายุระดับโลกครั้งที่ 2 ที่กรุงมาดริด ประเทศสเปนในครั้งนั้น เพื่อขอให้ประเทศสมาชิกได้ให้ความเห็นชอบร่วมกัน รวมถึงจะต้องร่วมกันดำเนินการงานด้านผู้สูงอายุ ของแต่ละประเทศให้เป็นไปตามแนวปฏิบัติของแผนดังกล่าว โดยถือว่าเป็นพันธกรณีระหว่างประเทศภายใต้ข้อตกลงสหประชาชาติ ที่มุ่งหวังให้เกิดผลการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมและเอื้อประโยชน์ต่อการยกระดับ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทุกคนในโลกใบนี้ให้ดีขึ้น

สาระสำคัญที่ได้มีการกำหนดไว้เพื่อให้เป็นแนวปฏิบัติหลักภายใต้แผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยผู้สูงอายุ (MIPAA) นี้ ประกอบด้วย 3 แนวปฏิบัติหลัก ได้แก่

### 1. ผู้สูงอายุกับการพัฒนา (Older Persons and Development)

เน้นย้ำให้มีการพัฒนานโยบายแห่งรัฐเพื่อสร้างความมั่นคงในการดำรงชีวิตให้กับผู้สูงอายุ ควบคู่ไปกับการส่งเสริมให้มีการใช้ความรู้ ความสามารถ และความชำนาญของผู้สูงอายุ รวมทั้งการให้โอกาสที่กว้างขวางในการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ

### 2. การส่งเสริมสุขภาพและสภาวะให้กับผู้สูงอายุ (Health and Well-being into Old age)

ให้ความสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและหลากหลายสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งในเรื่องการส่งเสริม การป้องกัน การฟื้นฟูสุขภาพและการพัฒนาบุคลากรด้านต่างๆ เพื่อรองรับบริการด้านสุขภาพและตอบสนองความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

### 3. การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ (Ensuring, Enabling and Supportive Environment)

เน้นความสำคัญในเรื่องที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับการอยู่อาศัย และการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ รวมถึงบริการสาธารณะด้านต่างๆ ที่เชื่อมต่อกัน การจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวก รวมถึงการดูแลผู้สูงอายุ โดยให้ความสำคัญกับการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุได้ยาวนานที่สุด

เมื่อแผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยผู้สูงอายุ ขององค์การสหประชาชาติได้ริเริ่มหรือประกาศใช้มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 (ค.ศ. 2002) แผนฉบับนี้มีสถานะเป็นกรอบแนวปฏิบัติหลักที่ชี้นำทิศทางการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุให้กับบรรดามวลประเทศสมาชิกขององค์การสหประชาชาติ เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุให้เป็นไปในทิศทางหลักทั้ง 3 ประเด็นดังกล่าว โดยองค์การสหประชาชาติ จะมีการติดตามผลการดำเนินงานภาพรวมทั้งความก้าวหน้าความสำเร็จ และการริเริ่มงานเด่นๆ ด้านผู้สูงอายุ รวมไปถึงประเด็นความท้าทายต่างๆ ของการดำเนินงาน ทุกรอบระยะเวลา 5 ปี

ที่ผ่านมาองค์การสหประชาชาติได้ทำการติดตามผลการดำเนินงานตามแผนมาดริดนี้มาแล้วจำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ในปี พ.ศ. 2550 (ค.ศ. 2007) ครั้งที่ 2 ในปี พ.ศ. 2555 (ค.ศ. 2012) สำหรับประเทศต่างๆ ในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกนั้น กลไกขององค์การสหประชาชาติที่ทำหน้าที่ในการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานของแผนมาดริด นี้คือ คณะกรรมาธิการด้านเศรษฐกิจและสังคมแห่งภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก (United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific) หรือ UNESCAP โดย UNESCAP จะขอความร่วมมือให้ทุกประเทศสมาชิกในภูมิภาค

เอเชียและแปซิฟิก จัดส่งรายงานผลการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ที่มีเนื้อหาครอบคลุมตามแนวปฏิบัติหลักทั้ง 3 ประเด็นของแผนฯ เพื่อ UNESCAP จะได้ทำการประมวลวิเคราะห์ และรวบรวมผลการดำเนินงานภาพรวมของประเทศต่างๆ ในภูมิภาคเอเชีย และแปซิฟิกและส่งต่อไปยัง คณะกรรมาธิการด้านสังคมแห่งสหประชาชาติ (Commission for Social Development : (SocD) โดยคณะกรรมาธิการด้านสังคมแห่งสหประชาชาตินี้จะทำการรวบรวม ประมวลข้อมูลการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุที่ได้มาจากกลไกสาขาขององค์การสหประชาชาติในภูมิภาคอื่นๆ ด้วยซึ่งได้แก่กลุ่มยุโรปตะวันออก, กลุ่มละตินอเมริกาและแคริบเบียนและกลุ่มยุโรปตะวันตกโดยจะวิเคราะห์ภาพรวมผลการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของทุกภูมิภาคในโลก และจะนำเสนอต่อที่ประชุมใหญ่ประจำปีของคณะกรรมาธิการด้านสังคมแห่งองค์การสหประชาชาติ ณ กรุงนิวยอร์กต่อไป

ในรอบทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยได้มีการจัดทำรายงานผลการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ภายใต้แผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยผู้สูงอายุมาแล้วสองครั้ง ตามรอบระยะของการติดตามผลการดำเนินงานครั้งแรกในปี พ.ศ. 2550 (ค.ศ. 2007) และครั้งที่สองในปี พ.ศ. 2555 (ค.ศ. 2012) โดยได้มีการนำเสนอต่อ UNESCAP ที่เป็นกลไกขององค์การสหประชาชาติในภูมิภาคนี้

เมื่อมาพิจารณาแนวปฏิบัติภายใต้แผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยผู้สูงอายุนั้น จะเห็นได้ชัดว่า ประเทศไทยของเรามีพัฒนาการและความก้าวหน้าของการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรมหลากหลาย อีกทั้งยังครอบคลุม ทั้ง 3 แนวปฏิบัติดังกล่าว ขณะเดียวกันได้มีความพยายามในการพัฒนาทิศทางการดำเนินงาน ที่เป็นความร่วมมือ และการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนอย่างแข็งขันทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ รวมไปถึงถึงความสนับสนุนองค์ความรู้ ข้อมูลจากการศึกษา วิจัย จากภาควิชาการ สถาบันการศึกษา สถาบันวิจัยต่างๆ นอกจากนี้ภาคประชาสังคม และภาคท้องถิ่นจำนวนไม่น้อยที่เป็นเครือข่ายคุณภาพที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในการร่วมเป็นกลไกภายในชุมชนที่ได้ช่วยกันทำหน้าขับเคลื่อนให้การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในระดับพื้นที่มีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง

หากจะกล่าวโดยสรุปเพื่อแสดงให้เห็นถึงภาพรวมที่เป็นทั้งการสนองตอบและความก้าวหน้าของประเทศไทยในการดำเนินงานผู้สูงอายุ ภายใต้กรอบสหประชาชาติ หรือแผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยผู้สูงอายุนั้น มีสาระสำคัญหลักดังนี้

### 1) ผู้สูงอายุกับการพัฒนา (Older Persons and Development)

ประเทศไทยมีกลไกเชิงนโยบายที่เห็นได้ชัด นับตั้งแต่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับต่างๆ ที่ผ่านมาจนถึงฉบับปัจจุบัน ที่ได้มีการระบุถึงการจัดสวัสดิการ การคุ้มครองส่งเสริม รวมถึงการดูแลช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติที่ถือได้ว่าเป็นแผนแม่บทด้านผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยอยู่ในช่วงของแผนผู้สูงอายุระดับชาติที่จัดทำขึ้นเป็นฉบับที่ 2 มีระยะเวลาของแผน 20 ปี คือระหว่างปี พ.ศ. 2545-2564 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับนี้ทำหน้าที่เป็นแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ กำหนดทิศทางการพัฒนาและการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในภาพรวม ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องช่วยกันขับเคลื่อน และผลักดันการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุผลได้ตามเป้าหมาย และตัวชี้วัดที่ได้มีการกำหนดไว้ทุกๆระยะ 5 ปี นอกจากนี้ยังมีกระบวนการในการติดตามประเมินผลความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามแผนฯ ทุกรอบระยะ 5 ปี (เช่นเดียวกันกับรอบระยะเวลา 5 ปี ของการติดตามผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยผู้สูงอายุ)

การบังคับใช้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ซึ่งเป็นกฎหมายเฉพาะในการส่งเสริมสวัสดิการ และคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ ที่นับได้ว่าเป็นก้าวสำคัญของความสัมฤทธิ์ผลเชิงนโยบายด้านคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ พระราชบัญญัติฉบับนี้ได้กำหนดให้มีกลไกของคณะกรรมการผู้สูงอายุระดับชาติ ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ทำหน้าที่เป็น “กลไกนโยบายระดับชาติด้านผู้สูงอายุ” ในการประสานความร่วมมือการดำเนินงานและบูรณาการด้านนโยบาย ขับเคลื่อนภารกิจด้านผู้สูงอายุร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งมีการติดตามผลการดำเนินงานในภาพรวม

ในเรื่องการสร้างความมั่นคงด้านรายได้เพื่อการสูงวัยนั้น ประเทศไทยได้มีการดำเนินงานเรื่องนี้ อย่างหลากหลาย อาทิ การประกันชราภาพ (Old Age Insurance) ภายใต้ระบบประกันสังคม (สำหรับแรงงานในระบบและประกอบอาชีพอิสระ) กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (Provident Fund) รวมถึงการมีกองทุนการออมแห่งชาติ (National Savings Fund) ที่เป็นการขยายโอกาสแก่แรงงานนอกระบบและไม่ได้เป็นสมาชิกกองทุนประกันสังคมให้มีหลักประกันด้านรายได้ในยามสูงวัย ด้วยการสมัครเข้าเป็นสมาชิกและจ่ายเงินสมทบ(โดยรัฐบาลร่วมจ่ายสมทบให้ด้วย) และรับประโยชน์ในรูปแบบของเงินบำเหน็จหรือบำนาญเมื่ออายุครบ 60 ปี

นอกจากนี้ “เบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ” (Old age Allowance) ที่มีการจ่ายให้กับผู้สูงอายุทุกคน (ยกเว้นผู้รับบำนาญ) ก็นับเป็นความโดดเด่นของประเทศไทย ที่รัฐบาลได้มีการสนับสนุนเงินงบประมาณเป็นรายปี เพื่อสนับสนุนให้มีการจ่ายเบี้ยยังชีพให้กับผู้สูงอายุเป็นรายเดือน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีรายได้ขั้นต่ำเพื่อการดำรงชีพ

ที่สำคัญปัจจุบันรัฐบาลได้ระดมความร่วมมือจากทุกภาคส่วนของสังคม ทั้งภาคราชการ ภาคเอกชน สาธารณประโยชน์ ภาคธุรกิจ รวมถึงภาคประชาชน ในการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย “**ประชารัฐเพื่อสังคม**” โดยให้ความสำคัญในการสร้างและขยายโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ทำงานมากขึ้น ทั้งการทำงานในและนอกระบบ โดยรัฐบาลได้มีมาตรการจูงใจด้วยการลดภาษีให้กับสถานประกอบการที่มีการจ้างงานแรงงานสูงอายุการดำเนินงานดังกล่าวนอกจากจะเป็นการช่วยลดปัญหาการขาดแคลนแรงงานแล้ว ยังช่วยให้ผู้สูงอายุก่อให้เกิดกำลังผลิตของครอบครัว ชุมชน และสังคม สามารถพึ่งตนเองได้ทางเศรษฐกิจ และสามารถยืดระยะเวลาของการเป็น “**พุดผั่ง**” (Active Ageing) อีกทั้งการได้รับโอกาสในการทำงานยังช่วยเสริมสร้างการมีส่วนร่วมและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Engagement) ให้กับผู้สูงอายุ เป็นการช่วยยกระดับคุณค่าและสร้างความภาคภูมิใจให้กับผู้สูงอายุ (Self-Value) ลดปัญหาทางด้านจิตใจอันเนื่องมาจากความเหงา ความว่าเหวได้เป็นอย่างดี

ปัจจุบันรัฐบาลยังได้มีการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีความรู้ ความสามารถ ได้มีโอกาสถ่ายทอดความรู้ ความเชี่ยวชาญ ที่เป็นทักษะความชำนาญเฉพาะ รวมถึงประสบการณ์ที่ได้

มีการสั่งสมมายาวนาน ในรูปของ “**ธนาคารสมอง**” (Brain Bank) ซึ่งได้มีการดำเนินงานมากกว่า 15 ปี โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ปัจจุบันมีผู้ที่ได้จดทะเบียนเป็น “**วุฒิอาสา**” ในธนาคารสมองจากทุกจังหวัดทั่วประเทศ จำนวนกว่า 4,000 คน ใน 6 สาขา ประกอบด้วย

- การส่งเสริมอาชีพ รายได้ และพัฒนาคุณภาพชีวิต
- การอนุรักษ์ และฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
- การสาธารณสุข และสังคมสงเคราะห์
- การอนุรักษ์ และฟื้นฟูศิลปวัฒนธรรม
- การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์
- การพัฒนาเพื่อความมั่นคง

นอกจากนี้ยังมีกรยกย่อง เชิดชูเกียรติผู้สูงอายุ ที่มีภูมิปัญญา ความรู้ ความถนัด และมีวิถีปฏิบัติซึ่งถ่ายทอดเป็นมรดก และสมบัติทางปัญญาในระดับชุมชน ในฐานะ “**ปราชญ์ชาวบ้าน**” ในสาขาต่างๆ อาทิ แพทย์พื้นบ้าน ศิลปวัฒนธรรมต่างๆ เศรษฐกิจพอเพียง เกษตรกรรม และพืชสมุนไพร ฯลฯ โดยเปิดโอกาสให้ “**ปราชญ์ชาวบ้าน**” ได้มีการถ่ายทอดวิชา ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ให้กับคนทั่วไปเพื่อให้ความรู้ดังกล่าวได้มีการขยายผล และอนุรักษ์สืบต่อไปยังคนรุ่นต่อๆ มา

## 2) **สูงวัยอย่างสุขภาพดีและมีสุขภาวะ** (Advancing Health and Well-being into Old age)

ประเด็นเรื่องสุขภาพ เป็นเรื่องที่มีความสำคัญและมีความจำเป็นในลำดับต้นๆ สำหรับผู้สูงอายุประเทศไทยได้จัดให้มีนโยบาย “**หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**” (Universal Health Care Scheme) ที่ดำเนินการมาเป็นระยะเวลากว่าทศวรรษที่ผ่านมา (ตั้งแต่ปี พ.ศ.2544 หรือปี ค.ศ. 2001) นโยบายดังกล่าวได้สร้างคุณูปการและเอื้อประโยชน์ด้านสุขภาพอนามัยให้แก่คนไทยทุกกลุ่มวัย (รวมถึงผู้สูงอายุด้วย) ในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุนั้น นอกจากการเข้ารับการรักษาเมื่อเจ็บป่วยแล้ว ยังรวมไปถึงบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค อาทิ ดูแลสุขภาพ ช่องปาก การใส่ฟันเทียม รากฟันเทียม การตรวจคัดกรองโรคตา การให้บริการวัคซีน อีกทั้งยังมีบริการฟื้นฟูสุขภาพที่จะครอบคลุมบริการด้านกายภาพบำบัด การสนับสนุนกายอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อชะลอความเสื่อม

ถอยของอวัยวะต่างๆ รวมถึงการจัดให้มีบริการแพทย์ทางเลือก และแพทย์แผนไทย ที่ผู้สูงอายุสามารถใช้บริการเพื่อการฟื้นฟูบำบัดสุขภาพอีกด้วย

นอกจากนี้ยังจัดให้มีบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) ซึ่งประกอบด้วยสหวิชาชีพ อาทิ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสุขภาพศึกษา นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ โดยจะมีการออกหน่วย เพื่อเยี่ยมเยียนและให้บริการถึงบ้านสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง หรือมีภาวะความพิการหรือมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว รวมถึงผู้ป่วยติดเตียงด้วย

สำหรับการจัดบริการเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) นั้น ได้ดำเนินการจัดการฝึกอบรมเพื่อให้มีผู้ทำหน้าที่เป็น “ผู้จัดการดูแล” (Care manager) ที่เป็นบุคลากรวิชาชีพด้านสาธารณสุข (เช่น พยาบาล หรือนักวิชาการสาธารณสุข) และ “ผู้ดูแล” (Caregiver) ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในแต่ละท้องถิ่น โดยให้ความรู้และให้มีการจัดทำ “แผนการดูแลผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล” (Care Plan) ซึ่งจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการกำหนดแนวปฏิบัติเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุแต่ละคนที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาว

### 3) การจัดให้มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ (Ensuring, Enabling and Supportive Environment)

ในระยะเวลาที่ผ่านมา ประเด็นเรื่องบ้านที่พักอาศัย รวมไปถึงสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงคนทุกวัย โดยเฉพาะอาคารสถานที่ในที่สาธารณะต่างๆ นั้น รัฐบาลได้มีการรณรงค์เผยแพร่ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจและความตระหนัก ควบคู่ไปกับจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับคนทุกวัย (ที่รวมถึงผู้สูงอายุด้วย) ภายใต้แนวคิด “การออกแบบเพื่อทุกคน” (Universal Design : UD) โดยมีความร่วมมือและความสนับสนุนจากภาคีภาคส่วนต่างๆ อาทิ ด้านวิชาการ จากสถาบันการศึกษา สถาบันวิจัยและการออกแบบภาคธุรกิจเอกชน ด้านอสังหาริมทรัพย์และวัสดุอุปกรณ์ก่อสร้าง ธุรกิจบริการ รวมถึงสื่อมวลชน ภาคประชาสังคม และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ความร่วมมือ และความสนับสนุนต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้น เป็นการดำเนินการในทิศทางที่สอดคล้องและตอบสนองต่อแนวคิดขององค์การสหประชาชาติ “การสูงวัยในที่เดิม” (Ageing in Place) ที่

ให้ความสำคัญในเรื่องของการจัดหรือปรับสภาพแวดล้อมของบ้าน ที่พักอาศัยของผู้สูงอายุทั้งในครอบครัวและชุมชน เพื่อให้เป็นสถานที่ที่ ผู้สูงอายุจะยังคงสามารถใช้ชีวิตได้อย่างอิสระ มั่นคงปลอดภัยและ มั่นใจ โดยหลีกเลี่ยงหรือลดการเกิดอุบัติเหตุ หรืออันตรายใดๆ (อาทิ ความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม) ทั้งภายในตัวบ้านและบริเวณภายนอกบ้าน

นอกจากเรื่องที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับตัวบ้าน และสภาพแวดล้อมที่มีความสะดวกสบาย และปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุแล้ว การสนับสนุนและส่งเสริมให้มีระบบการดูแลเอาใจใส่ต่อผู้สูงอายุ โดยสมาชิกครอบครัว รวมถึงการมีระบบอาสาสมัครต่างๆ (อาสาสมัครสาธารณสุขหรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ) ที่ผ่านการฝึกอบรมให้มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องผู้สูงอายุ และมีทักษะพื้นฐานเบื้องต้น ในการให้ความดูแลช่วยเหลือ ตลอดจนทำหน้าที่ในการออกไปเยี่ยมเยียนและคอยเฝ้าระวังดูแลเอาใจใส่ต่อสภาพชีวิตประจำวัน และความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในแต่ละชุมชน ปัจจุบันรัฐบาลได้สนับสนุนให้มีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) ขึ้นในระดับตำบลกว่า 800 แห่งในทุกจังหวัดทั่วประเทศ เพื่อให้ผู้สูงอายุในแต่ละชุมชน ในระดับท้องถิ่น ได้มีสถานที่ภายในชุมชนของตนเองสำหรับการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมและกระตุ้นการมีส่วนร่วม การเสริมสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุด้วยกัน รวมถึงกับคนวัยอื่นๆ กิจกรรมที่จัดให้มีขึ้นทั้งภายในศูนย์ฯ และภายนอกศูนย์ฯ นั้น จะเป็นกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมการศึกษาและเรียนรู้ตลอดชีวิต กิจกรรมถ่ายทอดความรู้และภูมิปัญญาผู้สูงอายุ กิจกรรมออกกำลังกาย นันทนาการ ตลอดจน กิจกรรมทางศาสนา ประเพณี ศิลปวัฒนธรรมและจิตอาสา รวมทั้งการบำเพ็ญประโยชน์ต่างๆ ร่วมกัน เป็นต้น

นอกเหนือจากการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติหลักของแผนฯ ทั้ง 3 ประเด็นที่กล่าวมาแล้ว ประเทศไทยยังได้ดำเนินการในเรื่องการติดตามผลการดำเนินงาน รวมถึงการประเมินผลภาพรวมของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ (Monitoring and Evaluation) ซึ่งได้ดำเนินการมาแล้วอย่างเป็นระบบ โดยคณะที่ปรึกษาจากวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำหน้าที่ดำเนินการติดตามประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติทุกๆ ระยะเวลา 5 ปี ซึ่งได้ดำเนินการมาแล้ว 2 ครั้งด้วยกัน กล่าวคือ

ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2550 (ค.ศ. 2007) และครั้งที่สอง ในปี พ.ศ. 2555 (ค.ศ. 2012) ผลการประเมินพบว่า ประเทศไทย มีผลการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุที่มีพัฒนาการและความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทั้งในมิติสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม ที่มาจากความร่วมมือ ความสนับสนุนของหน่วยงานต่างๆ ทั้งจากภาคราชการ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างไรก็ตามยังคงมีความท้าทายในเรื่องคุณภาพของบริการต่างๆ ที่มีอยู่ รวมถึง ความครอบคลุมและการเข้าถึงบริการต่างๆ ของผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ๆ ห่างไกล ตลอดจนความจำกัดและความหลากหลายของบริการ รวมทั้งจำนวนของบุคลากร ทั้งสายวิชาชีพ กึ่งวิชาชีพ รวมถึงอาสาสมัครต่างๆ ที่จะทำหน้าที่ให้บริการด้านการดูแลผู้สูงอายุนั้น ยังคงเป็นทั้ง ข้อจำกัด อุปสรรคของการดำเนินงานและเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราเร่งการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของจำนวนผู้สูงอายุ ในประเทศไทย บริการต่างๆ ที่มีอยู่แล้วนั้น จำเป็น จะต้องมีการปรับตัวและเพิ่มความเข้มข้นในเรื่องของ “การทำงานเชิงรุก” ให้มากขึ้น ทั้งนี้เพื่อเตรียมคนไทย ทุกคนที่กำลังจะสูงวัยต่อไปในวันข้างหน้าสามารถเปลี่ยนผ่าน มีความพร้อมเพื่อเข้าสู่การเป็นผู้สูงวัยที่เป็น “พดุมพลัง” (Active Ageing) คือเป็นผู้สูงอายุที่มีความมั่นคงทางด้าน สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และการมีส่วนร่วม อีกทั้งสามารถ ยึดระยะเวลาของการพึ่งพาตัวเอง (Independent Living) ได้ยาวนานที่สุด

สำหรับเรื่องของการจัดทำข้อมูล และสารสนเทศ (Data & Information) ด้านผู้สูงอายุนั้น ความโดดเด่น และรูปแบบการปฏิบัติที่ดีที่ประเทศไทย ได้ดำเนินการ ก็คือการจัดทำ “รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย” (The Report of Situation on the Thai Elderly) เป็นประจำทุกปี ที่ได้นำเสนอข้อมูลทางวิชาการด้าน ผู้สูงอายุที่เป็นปัจจุบันทั้งในมิติสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อม ควบคู่ไปกับการจัดทำเป็นข้อเสนอ เชนโยบายต่อรัฐบาล (Policy Recommendation) เพื่อเสนอต่อคณะรัฐมนตรีในแต่ละปีและใช้ประโยชน์ เป็นแหล่งข้อมูลเพื่อการสืบค้นและอ้างอิงทางวิชาการ ด้านผู้สูงอายุด้วย

นอกจากนี้สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ ดำเนินการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุในทุกจังหวัดทั่วประเทศ ด้วยการจัดเก็บข้อมูลผู้สูงอายุ (ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่าง) ทุกๆ 5 ปี ซึ่งข้อมูลที่ได้มานำไปสู่การใช้ประโยชน์

ทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติของหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ประโยชน์ของข้อมูลผู้สูงอายุที่ได้มานั้น จะสะท้อนให้เห็นถึงข้อเท็จจริง รวมถึงแนวโน้ม ความเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุไทย ทั้งในมิติของครอบครัว และการดำรงชีวิตภาวะสุขภาพ เศรษฐกิจ การเข้าถึงบริการ สวัสดิการต่างๆ การมีส่วนร่วม รวมถึงข้อมูลด้านที่พ้องอาศัย ข้อจำกัด ที่เป็นปัญหา รวมไปถึงความต้องการและปัญหา ด้านต่างๆ ที่ผู้สูงอายุประสบอยู่ และต้องการได้รับความ ช่วยเหลือสำหรับความท้าทายภาพรวมที่ประเทศไทยยัง ต้องมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุต่อไป นั้นได้แก่ การเร่งรัด ทรนรงค์ หรือดำเนินการเพื่อเตรียม ความพร้อมคนไทยทุกคนให้สามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ ผู้สูงวัยอย่างมีสุขภาพดี และมีความมั่นคงด้านเศรษฐกิจ และสังคม การส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ให้ร่วมเป็นกำลังผลิตในระบบเศรษฐกิจของประเทศ ด้วยการขยายโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ทำงาน โดยมีลักษณะ ของการทำงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับวัย การพัฒนา องค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ และสาธารณสุข รวมทั้งส่งเสริมและพัฒนางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสังคม สูงวัย การเตรียมการด้านบุคลากรและกำลังคนเพื่อรองรับ สังคมสูงวัย การสร้างและพัฒนาระบบเพื่อรองรับการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว โดยเฉพาะผู้สูงอายุในระยะที่ต้องพึ่งพิง บุคคลอื่น การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และปลอดภัย เพื่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ตลอดจนการ พัฒนานวัตกรรม การคิดค้นผลิตภัณฑ์ อุตสาหกรรม ตลอดจนธุรกิจบริการด้านต่างๆ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต ให้กับผู้สูงอายุและรองรับสังคมสูงวัย

### เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ของประเทศไทย ตามแผนปฏิบัติการระหว่างประเทศ มาตราว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ. พ.ศ. 2545 – 2559
2. ประชาชนชาวบ้าน. <http://www.kasetorganic.com/ข้อมูล-ประชาชนชาวบ้าน.html>
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ. วุฒิสภาธนาคารสมอง. <http://brainbank.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=225&articleType=ArticleView&articleId=476>



4. สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย ตามแผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ. พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ : กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553.
5. สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศไทยตามแผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ. พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ : กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2555.
6. Madrid International Plan of Action on Ageing—the United Nations : [www.un.org](http://www.un.org)

## The Journal of Gerontology and Geriatric Medicine: Aims and Scopes

The Journal of Gerontology and Geriatric Medicine has been an official journal of the Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine, a non-profit organization, since 2000. The academic issues are managed independently by the editor-in-chief and editorial board of the journal aiming to publish original research, clinical and review articles in relation to gerontology and geriatric medicine enhancing the learning and development of multidisciplinary field for worldwide older persons. The Journal of Gerontology and Geriatric Medicine, 3 issues per year, welcomes submission from the multidisciplinary field of health care services and their related sciences.

### Instruction for Authors

The Editors are invite the authors to submit the following articles as follows:-

#### Categories of the Articles

1. **Review Articles:** an article with technical knowledge collected from journals or textbooks and is profoundly analyzed and criticized.
2. **Case Reports or Case Study:** a report of an update case or case series or case study in community related to gerontology which has been carefully analyzed and criticized with scientific observation.
3. **Original Articles:** a research report which has never been published elsewhere and represent new and significant contributions to gerontology.
4. **Letter to the Editor:** a brief question or comment that is useful for readers.

### Manuscript Submission

The Journal of Gerontology and Geriatric Medicine only accepts online submission. The manuscript must be submitted via contact address. Registration by corresponding author is required for submission. We accept articles written in both English and Thai. However for Thai article, English title page abstract are required whereas for English article, there is no need for Thai abstract submission. The main content of manuscript must be submitted as .doc or .docx. ALL figures and tables should be submitted as separated files (1file for each figure or table). The figures and diagrams must be original. The acceptable file formats for figures and diagrams are .tif, .bmp and .jpeg with resolution at least 300 dpi.

### Contact Address

Journal of Gerontology and Geriatric Medicine 5<sup>th</sup> Floor of Dentistry, Khon Kaen University 123 Mittraphap Rd. In the city. Muang Khon Kaen. 40002. Email: journal.ggm@gmail.com Tel: 043 202 405 per 45 265 Mobile: 080 353 8196.

### Manuscript Preparation

1. For English article, use font of Cordia New Style size 14 in a standard A4 paper (21.2 x 29.7 cm) with 2.5 cm margin on all four sides. The manuscript should be typewritten with double-spacing.
2. For Thai article, use font of Cordia New Style size 14 in a standard A4 paper (21.2 x 29.7 cm) with 2.5 cm margin on all four sides.

The manuscript should be typewritten with 1.5 line spacing. Thai article must provide English title page abstract, tables and legends.

3. Numbers of page must be on the top right corner. The length of article should not exceed 10 pages of the journal (approximate 24-28 pages A4, not including figures and tables)

4. Measurement units such as length, height, weight, capacity etc. should be in metric units. Temperature should be in degree Celsius. Pressure units should be in mmHg. The hematologic measurement and clinical chemistry should follow International System Units or SI.

5. Standard abbreviation must be used for abbreviation and symbols. The abbreviation should not be used in the title and abstract. Full words of the abbreviation should be referred at the end of the first abbreviation in the content except the standard measurement units.

6. Every illustration including tables must be referred in the contents. The alphabets in the illustrations and tables must be in English. Numbers are used in Arabic form and limited as necessary.

## Preparation of the Articles

### 1. Title Page

The first page of the article should contain the following information

- Category of the manuscript
- Article title
- Authors' names and affiliated institutions
- Author's details (name, mailing address, E-mail, telephone and FAX number)
- Corresponding author

### 2. Abstract

The abstract must be typed in only one paragraph. Only English abstract is required for English article. Both English and Thai abstracts are required for Thai article and put in separate

pages. The abstract is written in structured patterns composed of background and aims, materials or subjects and methods, results and conclusion. Do not refer any documents, illustrations or tables in the abstract. The abstract must not exceed 300 words.

### 3. Text

The text of the original articles should be organized in sections as follows

- **Introduction:** indicating reason or importance of the research or study or review, objective, scope of the study. Introduction should review new documents in order to show the correlation of the contents in the article and original knowledge. It must also clearly indicate the hypothesis.

- **Materials and Methods:** comprising details of materials and methods used in the study for readers to be able to repeat such as chemical product names, types of experimental animals, details of patients including sources, sex, age etc. It must also indicate name, type, specification, and other information of materials for each method. For a research report performed in human subjects, authors should indicate that the study was performed according to the ethical Principles for Medical Research and Experiment involving human subjects such as Declaration of Helsinki 2000 or has been approved by the ethical committees of the local institute which the research was conducted.

- **Results:** presenting the discovery of experiments or researches or clinical outcome. It should be categorized and related to the objectives of the articles. The results can be presented in various forms such as words, tables, graphs or illustrations etc. Avoid repeating the results both in tables and in paragraph. Emphasize only important issues.

- **Discussion:** explaining the synthesized results comparing with the others published work. The advantages and disadvantages of the materials and methods can be mentioned.

The discovery and/or important issues needs to be emphasized. New suggestion, problems and threats from the experiment or study can be stated only in case they are based on the results and scopes of the experiment and study.

- **Conclusion:** stating the brief results and the conclusions of the analysis.

- **Acknowledgement:** mentioning the institutes or persons helping the authors, especially on capital sources of researches and numbers of research funds (if any).

- **References** including every concerned document that the authors referred in the articles in modified Vancouver style.

#### Writing the References

The references of both Thai and English articles must be written based on the original language of the articles. The reference system for the Journal of Gerontology and Geriatric Medicine is the modified Vancouver system, using Arabic numbers, making order according to the texts chronologically. All texts are in normal font, no bold and no italics.

#### Sample of references from articles in Journals

- Mauri MC, Paletta S, Maffini M, Colasanti A, Dragogna F, Di Pace C, et al. Clinical pharmacology of atypical antipsychotics: an update. EXCLI J 2014;13:1163–91.

- Kongmalai P, Karunasumetta C, Kuptarnond C, Prathanee S, Taksinachanekij S, Intanoo W, et al. The posterior pericardiotomy. Does it reduce the incidence of postoperative atrial fibrillation after coronary artery bypass grafting? J Med Assoc Thai 2014;97 (Suppl 10):S97-104.

- สมศักดิ์ เทียมเก่า. การพัฒนาเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมองภาคอีสาน. ว. สหประชาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย 2558;14:3–13.

#### Sample of references from books and other monographs

Authors being writers

- Carroll QB. Radiography in the digital age: physics, exposure, radiation biology. 2nd ed.

Springfield (IL): Charles C. Thomas; 2014.

- สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, ดลฤดี สองทิศ. ตำราวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข.

กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ; 2556.

Authors being both writer and editor

- Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF, O'Grady ET, editors. Advanced practice nursing: an integrative approach. 5<sup>th</sup> ed. St. Louis (MO): Elsevier/Saunders; 2014.

- กนิษฐา ไทยกกล้า, จิตรลดา อารีย์สันติชัย, ดาริกา ไสงาม, มานพ คณะโต, รัตนา จารุเบญจ, รุ่งนภา คำผาง, และคณะ, บรรณาธิการ. สังเคราะห์สถานการณ์สารเสพติด พ.ศ. 2545-2555. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2556.

Books with authors for each separate chapter and also have editor

- Aldridge J, Sourkes BM. The psychological impact of life-limiting conditions on the child. In: Goldman A, Hain R, Liben S, editors. Oxford textbook of palliative care for children. 2<sup>nd</sup> ed. Oxford: Oxford University Press; 2012. p. 78-89.

- วิชัย เส้นทอง. Chest pain. ใน: กาญจนา จันทร์สูง, ประณิธิ หงสประภาส, บรรณาธิการ. อากาโรวิทยาทางอายุรศาสตร์. ขอนแก่น: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558. หน้า 165–70.

#### Institutional authors

- World Health Organization. The ASSIST project-alcohol, smoking and substance involvement screening test. Geneva : WHO; 2013.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: สำนัก; 2557.

#### Sample of references from academic conferences

##### Conference proceedings

- Proceeding the 4<sup>th</sup> International LDRG-KKU and Saraburi Hospital Symposium 2014 on "Lasers in Dentistry: Research transferring to practice": 31 July - 1 August 2014, The Greenery Resort Khao Yai, Thailand. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2014.

##### Conference paper

- Chintim P, Heebthamai T, Phanombualert J. Microleakage of self-etch adhesive system in Class V cavities etched by Er:YAG laser with different pulse modes. In: Proceeding the 4<sup>th</sup> International LDRG-KKU and Saraburi Hospital Symposium 2014 on "Lasers in Dentistry: Research transferring to practice": 31 July - 1 August 2014; The Greenery Resort Khao Yai, Thailand. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2014. p. 21-6.

- อรุณี เจตศรีสุภาพ. ชาติลชีเมีย: อดีต ปัจจุบันและอนาคต. ใน: พจน์ ศรีบุญลือ, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการประจำปี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ครั้งที่ 28 ประจำปี 2555: 40<sup>th</sup> Anniversary of MD@KKU moving forwards the to 50<sup>th</sup> of Asia: วันที่ 10-12 ตุลาคม 2555; ขอนแก่น. ขอนแก่น: ฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555. หน้า 3-13.

#### Samples of reference from thesis

- Sattayut, S. A study of the influence of low intensity laser therapy on painful temporomandibular disorders. [Ph.D. Dissertation in Oral and Maxillofacial Surgery]. London : The Royal London School of Medicine and Dentistry University of London; 1998.

- วนาพร เขี่ยมมะ. การพัฒนาแนวปฏิบัติ การพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์. [การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล สูงอายุ]. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น; 2558.

#### Samples of reference in electronic format

##### Article on website only (with doi)

- Phababpha S, Kukongviriyapan U, Pakdeechote P, Senggunprai L, Kukongviriyapan V, Settasatian C, et al. Association of arterial stiffness with single nucleotide polymorphism rs1333049 and metabolic risk factors. Cardiovasc Diabetol 2013;12:93. doi: 10.1186/1475-2840-12-93

##### Online only article (without doi)

- National Health and Medical Research Council. How NHMRC develops its guidelines [Online]. 2009 [cited 2016 Dec 20]: Available from: <https://goo.gl/H0CtWj>

- Phababpha S, Kukongviriyapan U, Pakdeechote P, Senggunprai L, Kukongviriyapan V, Settasatian C, et al. Association of arterial stiffness with single nucleotide polymorphism rs1333049 and metabolic risk factors.

- Cardiovasc Diabetol [serial online] 2013 Jun 21 [cited 2016 Dec 20];12: [8 screens]. Available from: <http://bit.ly/2fQ9CNL>

- วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย. ผู้สูงอายุ: ทิศทางการดูแลระยะยาว ผู้สูงอายุในประเทศไทย [ออนไลน์] 9 กันยายน 2556 [อ้างเมื่อ 20 ธันวาคม 2559]. จาก <http://goo.gl/BrQpLI>

#### Paper presented

- Chowchuen B, Thanaviratnanich S, Chichareon KA, Auvichipotchana C, Godfrey K. Multi-center study of oral clefts and associated abnormalities in Thailand: the epidemiologic data

and need of health care service. Paper presented at 10<sup>th</sup> International Congress on Cleft Palate and Related Craniofacial Anomalies; 2005 September 4-8; Durban, South Africa.

#### **Preparation of the Review articles and Case reports**

Review articles and case reports should follow the same format with separate pages for Abstract, Introduction, Contents or Case report, Discussion, Conclusion, Acknowledgement and References.

#### **The Editorial and Peer Review Process**

The submitted manuscript will be reviewed by at Least 2 qualified experts in the respective fields. In general, this process takes around 4 - 8

weeks before the author be notified a consideration for minor correction or major correction or accept for publication with correction or reject for publication. However, the editor-in-chief and editorial board have all right to consider the final decision for publication.

The author should realize the importance of correct format manuscript, which would affect the duration of the review process and the acceptance of the articles. The Editorial office will not accept a submission if the author has not supplied all parts of the manuscript as outlined in this document.

#### **Copyright**

Upon acceptance, copyright of the manuscript must be fully transferred to The Journal of Gerontology and Geriatric Medicine.



## ใบสมัคร พวท. และสาระสำคัญของสมาคม

**สมาคมพดวทวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย** ได้รับพระกรุณาประทานชื่อสมาคมจาก สมเด็จพระสังฆราชสกลมหาปริณายก และจดทะเบียนตามพระราชบัญญัติสมาคมเมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม พ.ศ. 2539

### วัตถุประสงค์ของสมาคมมีดังนี้

1. เป็นแหล่งรวมของนักวิชาการและบุคลากรที่ปฏิบัติงานหรือที่มีความสนใจเกี่ยวกับพดวทวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
2. เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้แนวคิดด้านวิชาการ และปัญหาต่างๆ อันเกี่ยวกับพดวทวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
3. เพื่อเผยแพร่และสนับสนุนพัฒนาการทางวิชาการสาขาพดวทวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
4. เพื่อส่งเสริมการวิจัยสาขาพดวทวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
5. เพื่อเป็นสื่อกลางระหว่างสถาบันวิชาการนานาชาติ
6. เพื่อเป็นศูนย์ประสานงานและเผยแพร่ข่าวสารแก่สมาชิก องค์กรภายในประเทศที่เกี่ยวข้องกับศาสตร์นี้ และสาธารณชน

### สมาคมพดวทวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทยมีข้อบังคับที่สำคัญดังต่อไปนี้

1. สมาชิกของสมาคมมี 3 ประเภทคือ สมาชิกกิตติมศักดิ์ สมาชิกสามัญ และสมาชิกสมทบ (นิสิตนักศึกษา)
2. สมาชิกสามัญเสียค่าบำรุงตลอดชีพ 2,000 บาท หรือรายปีปีละ 500 บาท (ถ้าเป็นสมาชิกรายปีติดต่อกัน 4 ปี จะได้สิทธิเป็นสมาชิกถาวร)
3. สมาชิกสมทบต้องเป็นนิสิตนักศึกษาในสถานอุดมศึกษาหรือเทียบเท่าและเสียค่าสมาชิกรายปี 100 บาทต่อปี
4. สมาชิกมีสิทธิที่สำคัญคือ มีสิทธิเข้าใช้สถานที่ของสมาคมโดยเท่าเทียมกัน มีสิทธิเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการของสมาคมต่อคณะกรรมการ มีสิทธิได้รับสวัสดิการต่างๆ ที่สมาคมได้จัดขึ้น มีสิทธิเข้าร่วมประชุมใหญ่ของสมาคม และสมาชิกสามัญมีสิทธิในการเลือกตั้งหรือได้รับการเลือกตั้งหรือแต่งตั้งเป็นกรรมการสมาคม
5. สมาชิกมีหน้าที่จะต้องปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติและข้อบังคับของสมาคมโดยเคร่งครัด ประพฤติตนให้สมเกียรติที่เป็นสมาชิกของสมาคม ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินการต่างๆ ของสมาคม ร่วมกิจกรรมที่สมาคมได้จัดให้มีขึ้น และช่วยเผยแพร่ชื่อเสียงของสมาคมให้เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลาย
6. คณะกรรมการสมาคมประกอบไปด้วย นายกสมาคม อุปนายก เลขานุการ เหรัญญิก ปฏิคม นายทะเบียน ประชาสัมพันธ์วิชาการ และกรรมการอื่นๆ โดยมีจำนวนไม่เกิน 15 คน และมีวาระคราวละ 3 ปี
7. คณะกรรมการจะต้องจัดให้มีการประชุมใหญ่สามัญประจำปี ปีละ 1 ครั้งภายในเดือนธันวาคมของทุกปี โดยจะแถลงกิจการที่ผ่านมาในรอบปี บัญชีรายรับรายจ่ายและบัญชีงบดุล เลือกตั้งคณะกรรมการชุดใหญ่เมื่อครบกำหนดวาระ และเลือกตั้งผู้สอบบัญชี
8. การเงินและทรัพย์สินทั้งหมดให้อยู่ในความรับผิดชอบของคณะกรรมการสมาคม
9. ข้อบังคับของสมาคมจะเปลี่ยนแปลงได้โดยมติของที่ประชุมใหญ่นั้น โดยมีสมาชิกสามัญเข้าร่วมประชุมไม่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของสมาชิกสามัญทั้งหมดและต้องมีคะแนนเสียงไม่น้อยกว่า 2 ใน 3 เสียงของสมาชิกสามัญที่เข้าร่วมประชุม
10. เมื่อสมาคมต้องเลิกไม่ว่าด้วยเหตุใดๆ ก็ตาม ทรัพย์สินของสมาคมที่เหลืออยู่หลังจากที่ได้ชำระบัญชีเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ให้ตกเป็นของสภาการศึกษาไทย



**ใบสมัคร พวท. และสาระสำคัญของสมาคม**

เรียน นายกสมาคมพดวท. และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

ข้าพเจ้าขอสมัครเป็นสมาชิก สมาคมพดวท. และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย (พวท.)

[...] ประเภทสมาชิกสามัญตลอดชีพ-ค่าบำรุงครั้งเดียว 2,000 บาท

[...] ประเภทสมาชิกสามัญตลอดชีพ-ค่าบำรุงรายปี 500 บาทต่อปี      [ ] ครั้งแรก      [ ] ต่ออายุ

[...] ประเภทสมาชิกสมทบ (ค่าบำรุงรายปีละ 100 บาท)

พร้อมกันนี้ได้แนบ **รูปถ่ายหน้าตรงขนาด 3x4 ซม. จำนวน 2 รูป** และ **ค่าบำรุงสมาชิก** โดยชำระเป็น

[ ] เงินสด      [ ] เช็คธนาคาร      [ ] ตั๋วแลกเงินไปรษณีย์      [ ] ดราฟต์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลต่างๆ เป็นความจริงและสัญญาว่าจะปฏิบัติตามข้อบังคับของ พวท. ทุกประการ

ลงชื่อ.....  
(.....)

**สำหรับ พวท.**

ได้รับค่าบำรุงจำนวน.....(.....)

เมื่อวันที่.....ผู้รับเงิน.....

มีมติให้เป็นสมาชิกจากการประชุมคณะกรรมการบริหาร ครั้งที่.....วันที่.....

หมายเลขสมาชิก.....ลงทะเบียนสมาชิกเล่มที่.....หน้าที่.....

1. ชื่อ-นามสกุล/คำนำหน้า นาย นาง นางสาว  
.....
2. Name-Surname/ Mr. Mrs. Miss  
.....
3. เพศ .....ชาย .....หญิง
4. อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีที่เกิด วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....
5. สัญชาติ..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
6. ที่อยู่ปัจจุบัน.....  
.....
7. ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน.....  
.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทร.....โทรสาร.....e-mail.....
8. การติดต่อทางจดหมาย ให้ส่งไปตามที่อยู่ข้อ [ ] 6. ที่อยู่ปัจจุบัน [ ] 7. สถานที่ทำงาน  
การติดต่อทางโทรศัพท์ หมายเลข.....วันและเวลา.....  
การติดต่อทางโทรสาร หมายเลข.....วันและเวลา.....
9. สาขาหลัก ที่สนใจหรือปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องอยู่ในปัจจุบัน  
[...] พดวท. - สังคมศาสตร์      [...] พดวท. - วิทยาศาสตร์  
[...] เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ - การแพทย์      [...] เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ - การพยาบาล  
[...] เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ - เวชศาสตร์ฟื้นฟู      [...] เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ - สังคม  
[...] อื่นๆ ระบุ.....
10. การศึกษา

สถาบัน	วุฒิ/ปริญญา	พ.ศ.



**ใบสมัครสมาชิก**  
**วารสารพุดชาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่สมาชิก.....  
ใบเสร็จรับเงิน เลขที่.....  
เล่มที่.....

ชื่อ-ชื่อสกุล (นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง.....

ชื่อบริษัท/หน่วยงาน/สถาบัน.....

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร/เลขบัตรประจำตัวประชาชน (สำหรับออกใบเสร็จรับเงิน).....

ที่อยู่สถานที่ส่งวารสาร.....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... มือถือ..... E-mail.....

ที่อยู่ที่จะรับใบเสร็จรับเงิน (หากไม่ใช่สถานที่เดียวกับสถานที่ส่งวารสาร).....

ขอสมัครเป็นสมาชิก วารสารพุดชาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เป็นเวลา 1 ปี (3 ฉบับ) ตามรายละเอียดดังนี้

สมาชิกภาพ       สมาชิกใหม่                       สมาชิกเก่า

อายุสมาชิก       เริ่มฉบับเดือนมกราคม-เมษายน ปี พ.ศ..... ถึงฉบับเดือนกันยายน-ธันวาคม ปี พ.ศ.....

เริ่มฉบับเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม ปี พ.ศ..... ถึงฉบับเดือนมกราคม-เมษายน ปี พ.ศ.....

เริ่มฉบับเดือนกันยายน-ธันวาคม ปี พ.ศ..... ถึงฉบับเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม ปี พ.ศ.....

อัตราค่าสมาชิก       สำหรับหน่วยงาน-องค์กร 600 บาทต่อปี

สำหรับบุคคลทั่วไป 400 บาทต่อปี

สำหรับสมาชิกสมาคมพุดชาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย 300 บาทต่อปี

สำหรับนิสิตนักศึกษา 300 บาทต่อปี (กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวนิสิตพร้อมใบสมัคร)

ชำระเงินโดย

เงินสด

โอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาศิริราช บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 016-445713-1

    ชื่อบัญชี สมาคมพุดชาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย

    (กรุณาส่งสำเนาใบโอนเงิน ทางโทรสาร 02-411-5034 หรืออีเมลล์ tggm2009@yahoo.com มาด้วย)

โปรดส่งใบสมัครไปยังสมาคมพุดชาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย

    ตึกหอพักพยาบาล 3 ชั้น 7 เลขที่ 2 ถนนวังหลัง

    แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700

    โทรศัพท์ 02-419-8398 โทรสาร 02-411-5034

ลงชื่อผู้สมัคร.....(.....) วันที่...../...../.....



พิมพ์ที่ โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น 123 ถ.มิตรภาพ อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002  
โทรศัพท์ 0-4320-2100 มือถือ 09-9465-5115 ภายใน 44770  
E-mail: kkuprinting@hotmail.com Website: <http://home.kku.ac.th/printingkku/>