

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วม ของเครือข่ายชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถ

อังคนารัตน์ แก้วแสงใส^{1*} และ ทองมี ผลาผล²

(วันรับบทความ 11 พฤศจิกายน 2568, วันแก้ไขบทความ 19 ธันวาคม 2568 วันตอบรับบทความ 19 ธันวาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถ กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) ผู้มีส่วนได้เสียหลัก จำนวน 25 คน (อาทิ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อสม. แกนนำชุมชน เจ้าหน้าที่ อบต.) เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างและสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และ 2) ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่เข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) และแบบประเมินสมรรถภาพสมอง มีค่าความเที่ยงตรงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87 และ 0.90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired sample t-test

ผลการศึกษาดังนี้

- 1) สถานการณ์และปัญหา พบว่าผลคัดกรองสมองเสื่อม สูงถึง 439 ราย ในปี พ.ศ. 2567 แต่มีผู้ได้รับการวินิจฉัยและดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลเพียง 13 ราย ซึ่งบ่งชี้ถึง ช่องว่างการส่งต่อและการดูแลที่รุนแรง
- 2) รูปแบบการการดูแล (Model) ที่เน้นการมีส่วนร่วมทั้ง 2 วงรอบ โดยมุ่งเน้นการสร้างระบบ Fast-track การส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การจัดทำ Care plan รายบุคคล โดยแพทย์ การฝึกอบรม อสม. ให้เป็น Dementia care coordinator ในการกระตุ้นสมองและฟื้นฟู ADL และการ จัดตั้ง “เครือข่ายอาสาดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม” ร่วมกับ อบต. เพื่อส่งเสริมกิจกรรมกระตุ้นสมองในชุมชน
- 3) ผลการประเมินประสิทธิผล พบว่าผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมค่าเฉลี่ยคะแนนการกิจวัตรประจำวัน ADL หลังเข้าร่วมการพัฒนารูปแบบ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value}<0.001$ จาก 9.41 เป็น 10.56 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยระดับภาวะสมองเสื่อม (TMSE) สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value}<0.001$ จาก 14.03 เป็น 16.27 คะแนน

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อม การดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ ภาวะผู้ดูแล

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอาจสามารถ

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

*ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: Angkanaratk@gmail.com

Research article

Development of a Community Network-Based Participatory Care Model for Older Adults with Dementia at At-Samart Hospital

Angkanarat Kaewsengsai^{1*} and Thongmee Palapol²

(Received: November 11 2025; Revised: December 19 2025; Accepted: December 19 2025)

Abstract

This research and development study aimed to develop a participatory care model for elderly people with dementia within the community network of At Samat Hospital. The sample consisted of two groups: 1) 25 key stakeholders, where data were collected through semi-structured interviews and focus group discussions and analyzed using content analysis; and 2) 30 elderly participants with dementia who participated in the program. Data were collected using the Activities of Daily Living (ADL) and the Thai Mental State Examination (TMSE) assessments, which yielded Cronbach's alpha coefficients of 0.87 and 0.90, respectively. Data were analyzed using the paired sample t-test.

The results of the study were as follows: Regarding the situation and problems, it was found that 439 elderly individuals screened positive for dementia in 2024. However, only 13 cases were formally diagnosed and received continuous care at the hospital, indicating a severe gap in the referral system and care continuity. The developed care model emphasized participation across two action cycles. It focused on establishing a Fast-track system for high-risk patients, developing individualized care plans by physicians, and training VHVs to serve as "Dementia Care Coordinators" to provide cognitive stimulation and ADL rehabilitation. Furthermore, a "Dementia Care Volunteer Network" was established in collaboration with the Subdistrict Administrative Organization (SAO) to promote community-based cognitive stimulation activities. Regarding effectiveness, the results showed that after participating in the developed model, the mean score of ADL among the elderly increased significantly from 9.41 to 10.56 (p-value < 0.001). Similarly, the mean score of cognitive function (TMSE) increased significantly from 14.03 to 16.27 (p-value < 0.001).

Keywords: Dementia, Community Participation, Primary Healthcare Network, Activities of Daily Living, Cognitive Function

¹ Registered Nurse in At-Samart Hospital, Roi Et Province.

² Lecturer in Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University.

* Corresponding Author Email: Angkanaratk@gmail.com

1. ความเป็นมาและความสำคัญปัญหา

ปัจจุบัน ภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่เจ็ดของโลก และเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของความพิการและการพึ่งพาผู้อื่นในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วโลก ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปทั่วโลกพบมีภาวะสมองเสื่อมในปี ค.ศ.2015 จำนวน 57 ล้านคน คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ.2030 จะเพิ่มขึ้นเป็น 75 ล้านคน และใน ปี ค.ศ.2050 เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 132 ล้านคน โดยเฉลี่ยผู้ป่วยสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นปีละ 10 ล้านคน ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะพบก่อนอายุ 65 ปี และพบมากในประเทศกำลังพัฒนา⁽¹⁾ อุบัติการณ์ความชุกโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบ 3.1% (95%CI=1.5-5.0%)⁽²⁾ และสำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ.2558 มีประชากรผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจำนวนประมาณ 600,000 คน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 100,000 รายต่อปี เนื่องจากผู้สูงอายุไทยมีอายุยืนยาวมากขึ้นจึงมีแนวโน้มจะเป็นโรคสมองเสื่อมมากขึ้นจึงประมาณการว่าในปี พ.ศ. 2573 จะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1,177,000 ราย โดยพบว่าเป็นผู้สูงอายุหญิงมีภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้สูงอายุชาย⁽³⁾ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จึงเป็นประเด็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการดูแลให้มีประสิทธิภาพ

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว เมื่อเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้นจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และเกิดการระต่อครอบครัว ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจทั่วโลกรวม 1.3 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ โดยประมาณ 50% ของค่าใช้จ่ายเหล่านี้มาจากการดูแลที่จัดให้โดยผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ เช่น สมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนสนิท ซึ่งโดยเฉลี่ยแล้วให้การดูแลและเฝ้าดูดูแลประมาณวันละ 5 ชั่วโมง จึงทำให้คนดูแลมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นถึง 1 ใน 3 ราย^(1, 3) และมีการศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่ประเทศไทย พบว่ามีความรู้ต้นทุนค่าใช้จ่ายทั้งหมดเฉลี่ยต่อคนต่อปีในการรักษาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมนั้นทั้งที่เป็นต้นทุนทางตรงและทางอ้อมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 94,533.33 บาท จากผลการศึกษาเมื่อแยกตามระดับความรุนแรงของโรค สิ่งที่พบคือเมื่อความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นค่าใช้จ่ายเฉลี่ยก็จะเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการรักษา⁽⁴⁾ นอกจากนี้ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุส่งผลโดยตรงต่อการดูแลตนเองการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีพฤติกรรมที่ผิดปกติ คือ ความผิดปกติด้านความจำ ความผิดปกติด้านการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity in daily life) และความผิดปกติด้านอารมณ์และพฤติกรรม (Behavior) ทำให้สูญเสียการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง⁽⁵⁾ และยังมีหลักฐานพบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมจำนวน 100 คนมีความเสี่ยงต่อการหกล้ม 400 ครั้งซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของผู้สูงอายุ⁽⁶⁾

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนด Global action plan on the public health response to dementia โดยเน้นย้ำถึงการสร้างระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ครบวงจร (Comprehensive dementia care) ตั้งแต่การคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษา ไปจนถึงการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ในประเทศที่ก้าวหน้า เช่น เดนมาร์ก ได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติ เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม⁽⁷⁾ สำหรับประเทศไทย ได้มีความพยายามในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้มีความต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ จากสถานบริการสู่ชุมชน เน้นการบูรณาการด้านสุขภาพและบริการทางสังคม ซึ่งมีหลายพื้นที่ได้เริ่มพัฒนารูปแบบการดูแลในชุมชน (Community-based care model) ที่เน้นการฟื้นฟูและกระตุ้นสมองด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การวินิจฉัยและวางแผนบูรณาการโดยทีมสุขภาพพร้อมกับครอบครัว ชุมชน การดูแลระหว่างโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ผ่านคลินิกผู้สูงอายุ และการประสานงานระหว่างศูนย์แพทย์ชุมชนกับโรงพยาบาลตติยภูมิ^(3, 8-10) โดยรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ จะช่วยสร้างความเป็นเจ้าของร่วม (Ownership) ผ่านการมีส่วนร่วมตั้งแต่ต้นจนจบกระบวนการ ทำให้ชุมชนสามารถ ขับเคลื่อนและดำรงรูปแบบการดูแลได้ด้วยตนเอง แม้การสนับสนุนจากภายนอกจะลดลง ซึ่งสอดคล้องกับหลักการฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในบริบทของระบบดูแลระยะยาว การพัฒนารูปแบบการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเป็นยุทธศาสตร์ที่จำเป็นในการเปลี่ยนผ่านจาก

ปัญหาสุขภาพส่วนบุคคลไปสู่การจัดการปัญหาสาธารณสุขในระดับฐานราก⁽⁸⁻¹⁰⁾ ผู้วิจัยจึงเลือกที่จะนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมมาใช้ในการวิจัยในครั้งนี้

ในบริบทของเครือข่ายสุขภาพอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่แสดงให้เห็นถึงความไม่สอดคล้องระหว่างการคัดกรองและการเข้าถึงบริการอย่างชัดเจน เครือข่ายสุขภาพอำเภออาจสามารถมีประชากรทั้งหมดจำนวน 72,572 คน ปี พ.ศ.2566-2567 มีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ขึ้นไป จำนวน 11,027, 11,848 และ 12,106 คนตามลำดับ มีผลการประเมินการทํากิจวัตรประจำวัน ADL พบว่าผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มติดสังคมจำนวน 8,977, 9,961 และ 10,256 ราย ตามลำดับ ติดบ้าน จำนวน 253, 442 และ 328 ราย ตามลำดับ และติดเตียง จำนวน 39, 48 และ 33 รายตามลำดับ⁽¹¹⁾ จากข้อมูลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองสำหรับผู้สูงอายุ (Abbreviated Mental Test : AMT) ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองแบบประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT ปีพ.ศ.2565-2567 จำนวน 7,816, 10,210 และ 10,527 รายตามลำดับ พบว่าผิดปกติ จำนวน 128, 148 และ 439 รายตามลำดับ⁽¹²⁾ และจากการดำเนินงานในคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ได้รับการประเมิน วินิจฉัย และรับการรักษาดูแลจำนวน 5 และ 13 ราย ตามลำดับ⁽¹³⁾ ซึ่งในปัจจุบันการให้บริการผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีเฉพาะในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย

ช่องว่างสำคัญที่พบในพื้นที่อำเภออาจสามารถคือ การส่งต่อและการดูแลที่ไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ระบบบริการที่มีอยู่ยังคงแยกส่วน โดยขาดระบบบริการดูแลภาวะสมองเสื่อมแบบองค์รวม ถึงแม้ว่าจะมีแนวคิดและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (Community-based care model) จากหน่วยงานระดับชาติ และมีการริเริ่มในหลายพื้นที่ แต่ยังคงขาดรูปแบบการดูแลที่มีการบูรณาการภาคีเครือข่ายระดับปฐมภูมิ (รพ.สต. อสม. และ อบต.) อย่างเป็นระบบและยั่งยืน โดยเฉพาะรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่สร้างความเป็นเจ้าของร่วม (Ownership) และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านประสิทธิผลเพื่อปิดช่องว่างการส่งต่อของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจำนวนมากให้เข้าถึงบริการได้อย่างครบวงจร ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมุ่งพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถให้มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งจะเป็นกลไกสำคัญในการปิดช่องว่างของการบริการที่เข้าถึงชุมชน และจะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based model) ในการขยายผลในพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศไทยต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเครือข่ายชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถ

2.2 วัตถุประสงค์รอง

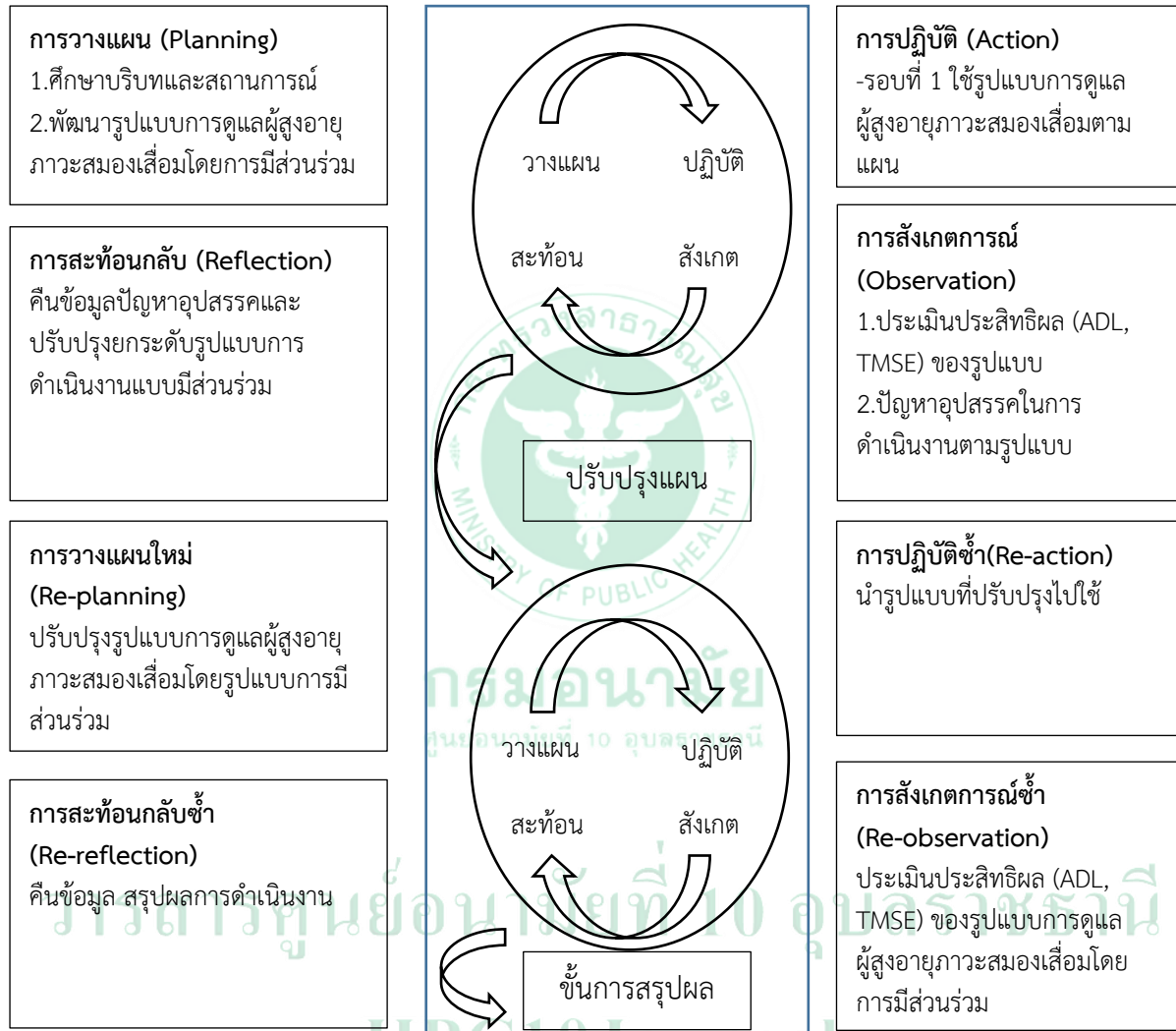
2.2.1 เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเครือข่ายชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถ

2.2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเครือข่ายชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถ

2.2.3 เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเครือข่ายชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถ

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁽¹⁴⁾ ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) 2 วงรอบ ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

4. วิธีการดำเนินการวิจัย

4.1 รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม พื้นที่ศึกษาคืออำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด ระยะเวลาที่ทำการศึกษาระหว่างเดือน กุมภาพันธ์-ตุลาคม พ.ศ.2568

4.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (population)

1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเครือข่ายชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถ ใช้การสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยคัดเลือกผู้ที่มีบทบาทหน้าที่โดยตรงในการวางแผน นโยบาย และการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ ประกอบด้วย แกนนำผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ประจำคลินิกผู้สูงอายุ ในเขตอำเภออาจสามารถ รวมทั้งสิ้น 27 คน

2) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเครือข่ายชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถ เป็นผู้มีส่วนได้เสีย ในการดำเนินงานผู้สูงอายุในชุมชน และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเครือข่ายชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุทั้งหมดที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถ ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าคัดออก จำนวนทั้งสิ้น 30 คน

3) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเครือข่ายชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถ

ประชากร (Population) คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีภาวะสมองเสื่อมและอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) เพื่อให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างมีอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่เพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำไว้ที่ 30 ราย โดยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากรายชื่อผู้ป่วยในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลอาจสามารถและผู้ผ่านการคัดกรองในระดับชุมชนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า คัดออกจำนวนทั้งสิ้น 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
2. ได้รับจากวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางอายุรประสาทสมอง รพ.ร้อยเอ็ด เป็นโรคสมองเสื่อม มีรหัส ICD 10 และส่งต่อกลับมาดูแลต่อเนื่องในคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลอาจสามารถ
3. อาศัยอยู่ในภูมิลำเนาเขตอำเภออาจสามารถ
4. ประเมิน TMSE (Thai mental state examination) ได้คะแนน น้อยกว่า 24 คะแนน
5. สามารถสื่อสารได้รู้เรื่อง
6. ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มผู้สูงอายุ

1. มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องส่งตัวเข้ารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่นหรือเสียชีวิตระหว่างการศึกษา

2. ขอดอนตัวออกจากการศึกษา

4.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1) การศึกษาระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเครือข่ายชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถ โดยการใช้การสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus group interview) โดยใช้แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วย คำถาม 5 ส่วน ดังนี้ 1. บริบทของพื้นที่ 2. สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 3. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้มีส่วนได้เสีย 4. ความต้องการ 5. ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการพัฒนา

- 2) การศึกษาระยะที่ 3 เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเครือข่ายชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถ และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ

ภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเครือข่ายชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถ ใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคร่วมทางกาย สถานภาพการอยู่อาศัย ผู้ดูแลหลัก และระดับภาวะสมองเสื่อม (TMSE < 24)

2. แบบประเมินการทํากิจวัตรประจำวัน ADL โดยใช้ Barthel index⁽¹⁵⁾ เพื่อประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ประกอบด้วย กิจกรรมที่ประเมิน (10 รายการ) ได้แก่ 1.การเคลื่อนไหว (Mobility) 2.การขึ้นลงบันได (Stairs) 3. การเดิน (Walking) 4. การถ่ายอุจจาระ (Bowel control) 5.การกลั้นปัสสาวะ (Bladder control) 6. การลุกนั่งจากเก้าอี้ไปเตียง (Transfer) 7. การรับประทานอาหาร (Feeding) 8. การอาบน้ำ (Bathing) 9. การแต่งตัว (Dressing) 10. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) คะแนนรวมเต็ม 100 คะแนน

3. แบบประเมินสมรรถภาพสมอง (Cognitive function assessment) แบบประเมิน Mini-Mental state examination (MMSE-Thai 2002) Institute of geriatric medicine. (2002). Mini-mental state examination Thai version 2002 (MMSE-Thai 2002)⁽¹⁶⁾ คัดกรองภาวะสมองเสื่อมและบกพร่องทางสติปัญญาเบื้องต้นเนื้อหาที่ประเมิน 5 ด้านหลัก ได้แก่ 1. Orientation (การรับรู้เวลาและสถานที่) 2. Registration (การจดจำคำศัพท์ 3 คำ) 3. Attention and Calculation (สมาธิและการคำนวณ) 4. Recall (การจำคำที่เคยให้ไป) 5. Language (ภาษา เช่น การตั้งชื่อ การเขียน อ่าน ทำตามคำสั่ง) คะแนนเต็ม 30 คะแนน

4.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือแบบประเมินการทํากิจวัตรประจำวัน ADL โดยใช้ Barthel index⁽¹⁵⁾ และแบบประเมินสมรรถภาพสมอง (Cognitive function assessment) แบบประเมิน Mini-mental state examination (MMSE-Thai 2002) Institute of geriatric medicine. (2002). Mini-mental state examination Thai version 2002 (MMSE-Thai 2002)⁽¹⁶⁾ โดยนำสอบถามที่นำมาทดสอบหาความเที่ยงตรง (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าความเชื่อมั่นหรือความเที่ยงของแบบสอบถาม CVI เท่ากับ 0.96 ต่อจากนั้นได้นำไปหาความเชื่อมั่น ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 30 ราย ในโรงพยาบาลจังหวัดร้อยเอ็ด (Try-Out) ได้ค่าความเชื่อถือหรือความเที่ยงตรงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach' s alpha coefficient) ของเครื่องมือแบบประเมินการทํากิจวัตรประจำวัน ADL โดยใช้ Barthel index เท่ากับ 0.87 และแบบประเมินสมรรถภาพสมอง (Cognitive function assessment) แบบประเมิน Mini-mental state examination (MMSE-Thai 2002) Institute of geriatric medicine. (2002). Mini-mental state examination Thai version 2002 (MMSE-Thai 2002). กระทรวงสาธารณสุข เท่ากับ 0.90

4.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบ่งตามระยะของการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) และวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAOR) ดังนี้

ระยะที่ 1: การศึกษาบริบทและสถานการณ์ (Research: R1) เป็นขั้นตอนการวางแผน (Planning) โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมในการระบุปัญหา (Problem Identification)

1. การสร้างพันธสัญญาและเตรียมความพร้อม: ประชุมร่วมกับทีมวิจัยและประสานภาคีเครือข่าย ได้แก่ โรงพยาบาล รพ.สต. อสม. และตัวแทน อบต. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และสร้างความเป็นเจ้าของร่วมในการแก้ปัญหา

2. การฝึกอบรมทีมเก็บข้อมูล: ฝึกอบรมผู้ช่วยวิจัยและ อสม. ในการใช้แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม และ ADL เพื่อความเป็นมาตรฐานเดียวกัน

3. การประเมินก่อนการพัฒนา (Pre-test) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณในกลุ่มผู้สูงอายุ 30 ราย ด้วยแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index)⁽¹⁵⁾ และแบบประเมินสมรรถภาพสมอง (MMSE-Thai 2002)⁽¹⁶⁾ เพื่อเป็นฐานข้อมูลเปรียบเทียบ

4. การวิเคราะห์ช่องว่างการบริการ: ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group Interview) โดยให้ภาคีเครือข่ายร่วมกันวิเคราะห์ สถานการณ์ ช่องว่างการส่งต่อ และความต้องการ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบการดูแล

ระยะที่ 2: การพัฒนารูปแบบและทดลองใช้ (Development: D1) เป็นขั้นตอนการปฏิบัติ (Action) และการสังเกตการณ์ (Observation) วงรอบที่ 1

1. การร่วมร่างรูปแบบ (Co-designing): จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ตัวแทนเครือข่าย มีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรม เช่น การกำหนดบทบาท Dementia Care Coordinator และระบบ Fast-track

2. การลงมือปฏิบัติ (Action): นำรูปแบบที่พัฒนาร่วมกันไปทดลองใช้จริงในพื้นที่ โดยมี Case Manager ประสานงานกับ อสม. และครอบครัว

3. การประเมินประสิทธิผลระยะสั้น (Observation): ประเมินผลลัพธ์ในวงรอบที่ 1 เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของ ADL และพฤติกรรมของผู้ป่วย

ระยะที่ 3: การปรับปรุงและประเมินประสิทธิผล (Research: R2) เป็นขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) เพื่อเข้าสู่วงรอบที่ 2 (Re-planning, Re-action, Re-observation)

1. เวทีสะท้อนผล (Reflection): จัดประชุมร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อคืนข้อมูลผลการดำเนินงาน ร่วมกันอภิปรายปัญหา อุปสรรค และปรับปรุงรูปแบบการดูแลให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ยิ่งขึ้น (Re-planning)

2. การประเมินประสิทธิผลหลังการพัฒนา (Post-test) เมื่อสิ้นสุดกระบวนการในวงรอบที่ 2 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณซ้ำอีกครั้ง ด้วยแบบประเมิน Barthel Index⁽¹⁵⁾ และ MMSE-Thai 2002⁽¹⁶⁾ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการพัฒนา

3. การสรุปและประเมินผล: ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมดเพื่อนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

4.7. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล 2 ประเภท โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ดังนี้

ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus group interview) ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยการพรรณนา การจัดกลุ่ม และอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ร้อยละ และในการเปรียบเทียบการทำกิจวัตรประจำวัน ADL และสมรรถภาพสมอง (Cognitive function assessment) โดยใช้สถิติ Paired sample t-test ที่นัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05

5. การพิจารณาด้านจริยธรรม

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดเลขที่ HE 2568-02-20-016 ซึ่งรับรองตั้งแต่วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2568

6. ผลการวิจัย

6.1 บริบทและสถานการณ์

1. บริบทของพื้นที่ เครือข่ายสุขภาพอำเภออาจสามารถมีประชากรทั้งหมด 72,572 คน (ปี พ.ศ. 2567) มีลักษณะเป็นพื้นที่กึ่งชนบทที่มีความหลากหลายทางเศรษฐกิจ โดยมี อัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ สูงถึง 16.7% ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศเล็กน้อย โครงสร้างประชากรสูงอายุ จำนวนผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 11,027 คน (พ.ศ. 2565) เป็น 12,106 คน ในปี พ.ศ. 2567 สถานการณ์การทำกิจวัตรประจำวัน ปี พ.ศ. 2567 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม ติดสังคม 10,256 ราย (84.7%) อย่างไรก็ตาม พบกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงสูง ได้แก่ ติดบ้าน 328 ราย (2.7%) และ ติดเตียง 33 ราย (0.3%) ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 13 แห่ง แต่ ขาดระบบบริการดูแลภาวะสมองเสื่อมแบบองค์รวม ที่เชื่อมโยงการวินิจฉัยในโรงพยาบาลกับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน

2. สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่แสดงให้เห็นถึงความไม่สอดคล้องระหว่างการคัดกรองและการเข้าถึง อุบัติการณ์ที่ถูกคัดกรองโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองสำหรับผู้สูงอายุ (AMT) ในปี พ.ศ. 2567 พบผู้สูงอายุที่ผลการคัดกรองผิดปกติสูงถึง 439 ราย (4.17% ของผู้รับการคัดกรองทั้งหมด 10,527 ราย) ซึ่งตัวเลขนี้สอดคล้องกับความชุกในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (3.1%-5.0%)(6) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลพบว่า มีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการประเมิน วินิจฉัย และรับการรักษาดูแล เพียง 13 ราย ในปี พ.ศ. 2567 ซึ่งหมายความว่า มีผู้สูงอายุที่ผลคัดกรองผิดปกติแต่ ไม่ได้รับการวินิจฉัย/การรักษาดูแลต่อเนื่องถึง 426 ราย (97.0%) ซึ่งแสดงถึง ช่องว่างการส่งต่อและการดูแลที่ขาดหายไปอย่างรุนแรง

3. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้มีส่วนได้เสีย การดูแลในปัจจุบันเป็นการดำเนินการที่ แยกส่วนและไม่สอดคล้องกัน โดยผู้มีส่วนได้เสียหลักได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน ให้บริการเฉพาะ การคัดกรองวินิจฉัยเบื้องต้นและการจ่ายยา ขาดการเชื่อมโยงข้อมูล กับระบบปฐมภูมิเพื่อการดูแลต่อเนื่อง รพ.สต. และ อสม. มีบทบาทหลักในการเยี่ยมบ้านและคัดกรองสุขภาพทั่วไป แต่ ขาดเครื่องมือเฉพาะทาง และ ความรู้ในการจัดการพฤติกรรมผิดปกติที่เกิดจากภาวะสมองเสื่อม ครอบครัว/ผู้ดูแล เหนื่อยให้การดูแล 5 ชั่วโมงต่อวัน และมี อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลสูงถึง 35% เนื่องจากการขาดการสนับสนุนและองค์ความรู้ และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) ส่วนใหญ่ให้การสนับสนุนด้านกายภาพ (เช่น วัสดุสำหรับซ่อมบ้าน) แต่ยังไม่รวมบริการทางสังคมหรือกิจกรรมบำบัด สำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม

4. ความต้องการ ผู้มีส่วนได้เสียหลักมีความต้องการที่ชัดเจนเพื่อพัฒนาระบบการดูแล ดังนี้ 1) แนวทางการดูแลแบบบูรณาการ ต้องการแนวทางปฏิบัติที่เรียบง่าย และ เครื่องมือประเมินความก้าวหน้าที่ง่ายต่อการใช้งานในชุมชน การเพิ่มพูนศักยภาพ 2) ต้องการการฝึกอบรม อสม. และผู้ดูแลหลัก อย่างเป็นระบบในด้านการกระตุ้นการรู้คิด และการฝึกทำกิจวัตรประจำวัน (ADL training) เพื่อชะลอความเสื่อมของโรค 3) การสร้างกลไกสนับสนุน เสนอให้มีการจัดตั้ง “เครือข่ายอาสาดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม” ในระดับตำบล ร่วมกับ อบต. เพื่อจัดกิจกรรมกระตุ้นสมองและลดภาระผู้ดูแล. 4) ระบบสารสนเทศ ต้องการระบบรายงาน

ข้อมูลและติดตามผล ที่เป็นระบบและรวดเร็ว เช่น ผ่าน Line group หรือแอปพลิเคชันสุขภาพ เพื่อให้เกิดการสื่อสารระหว่างวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ

5. ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการพัฒนารูปแบบการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนี้ คาดว่าจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่วัดผลได้ในระดับบุคคล ครอบครัว และระบบบริการ 1) ผลลัพธ์ด้านบุคคล ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน (ADL score) เพิ่มขึ้น อย่างน้อย 10% ภายใน 6 เดือน 2) ผลลัพธ์ด้านครอบครัว สามารถลดภาระทางจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัว โดยลดสัดส่วนภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลลง เหลือไม่เกิน 20% 3) ผลลัพธ์ด้านระบบ เพิ่มความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในชุมชน (รพ.สต. อสม. อบต.) โดยมีอัตราการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยที่คัดกรองผิดปกติเพิ่มขึ้นเป็น 80% 4) ผลลัพธ์เชิงนโยบาย เกิดรูปแบบต้นแบบการดูแล ที่มีประสิทธิภาพและสามารถขยายผล ไปยังเครือข่ายสุขภาพอำเภออื่น ๆ ในระดับจังหวัดได้

6.2 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเครือข่ายชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถ

ตารางที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเครือข่ายชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถ

บทบาทผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	วงรอบที่ 1 (ตั้งต้น/พื้นฐาน)	วงรอบที่ 2 (ปรับปรุง/บูรณาการ)
เจ้าหน้าที่ รพ.สต. (พยาบาลวิชาชีพ)	การคัดกรองและการวินิจฉัย	คัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วย AMT และ ADL ในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป	พัฒนาระบบ “Fast-Track” ส่งต่อผู้ป่วยผิดปกติ ไปยังคลินิกผู้สูงอายุ รพ.อาจสามารถ ภายใน 1 เดือน โดย การคัดกรองเชิงรุก และช่องทางส่งต่อพิเศษ ผ่าน Line Group ไปยังคลินิกผู้สูงอายุเพื่อนัดพบแพทย์
เจ้าหน้าที่ รพ.สต. (พยาบาลวิชาชีพ)	การคัดกรองและการวินิจฉัย	การดูแลและส่งต่อ	จัดตั้ง “Case Manager” (พยาบาลวิชาชีพ) เพื่อติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่องและประสานงานกับ อสม. และครอบครัว
แพทย์ประจำคลินิกผู้สูงอายุ (รพ.อาจสามารถ)	การวินิจฉัยและการรักษา	ให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้ว ประเมินและวินิจฉัยผู้ป่วยสมองเสื่อมรายใหม่ที่ส่งต่อมาจาก รพ.สต.	จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) สำหรับปฐมนิเทศในการจัดการและส่งต่อผู้ป่วย จัดทำ “Care Plan รายบุคคล” ร่วมกับครอบครัว และส่งแผนการดูแลกลับไปยัง รพ.สต. และ อสม.
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	การเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่อง	เยี่ยมบ้านและติดตามอาการทั่วไปตามระบบเดิม	ฝึกอบรมเพิ่มเติมด้าน Cognitive Stimulation และ ADL Training เพื่อเป็น “Dementia Care Coordinator” ประจำหมู่บ้าน รายงานผลการเยี่ยมบ้าน และปัญหาที่พบผ่าน ระบบสื่อสาร Line Group กลาง เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทราบทันที

ตารางที่ 1 (ต่อ)

บทบาทผู้มี ส่วนได้เสีย	กิจกรรม	วงรอบที่ 1 (ตั้งต้น/พื้นฐาน)	วงรอบที่ 2 (ปรับปรุง/บูรณาการ)
แกนนำ ผู้สูงอายุ (ชมรม ผู้สูงอายุ/ผู้นำ ชุมชน)	การมีส่วนร่วมและการ สนับสนุน	จัดกิจกรรมออกกำลังกาย ทั่วไปตามปกติ	ก่อตั้ง “เครือข่ายอาสาดูแลผู้สูงอายุสมอง เสื่อม” ในหมู่บ้าน จัดกิจกรรม “กระตุ้นสมองในชุมชน” อย่าง น้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยเน้นการใช้ภูมิ ปัญญาท้องถิ่น เช่น การสวดสรัญญะ การ ทำหัตถกรรมพื้นบ้านเช่น ธงเพื่อใช้สำหรับ งานบุญประเพณีต่าง ๆ เป็นต้น
เจ้าหน้าที่ องค์กร บริหารส่วน ตำบล (อบต.)	การสนับสนุนเชิง นโยบายและ งบประมาณ	สนับสนุนงบประมาณด้าน สุขภาพตามวาระ	บรรจุแผนการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็น ส่วนหนึ่งของแผนงานกองทุนหลักประกัน สุขภาพท้องถิ่น สนับสนุนบุคลากร/งบประมาณ ในการ จัดตั้งและดำเนินงานของ “เครือข่ายอาสา ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม” 3. เข้าร่วมประชุม “ทีมบูรณาการการดูแล สมองเสื่อม” รายเดือนกับ รพ./รพ.สต. เพื่อ แก้ปัญหาเชิงนโยบาย

6.3 ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
เครือข่ายชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถ

6.3.1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 60 อยู่ในช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 46.70 รองลงมาคือช่วง
อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 30 ครึ่งหนึ่งมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.70 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่
มีคู่สมสร้อยละ 60 มีโรคร่วมทางกายร้อยละ 100 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นบุตร/หลาน ร้อยละ 73.33 และมี
ระดับภาวะสมองเสื่อม (TMSE<24) อยู่ในระดับปานกลาง (10-18 คะแนน) และระดับน้อย (19-23 คะแนน)
ถึงร้อยละ 73.33 ของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	18	60.00
ชาย	12	40.00
ช่วงอายุ (ปี)		
60-69 ปี	9	30.00
70-79 ปี	14	46.67
≥ 80 ปี	7	23.33
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	13.33
ประถมศึกษา	17	56.67
มัธยมศึกษา	6	20.00
สูงกว่ามัธยมศึกษา	3	10.00

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	2	6.67
สมรส	18	60.00
หม้าย หย่าร้าง	10	33.33
โรคร่วมทางกาย		
ความดันโลหิตสูง	5	16.67
เบาหวาน	12	40.00
โรคหัวใจ/หลอดเลือด	10	33.33
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	13	43.33
สถานภาพการอยู่อาศัย		
บ้านตนเอง	27	90.00
อยู่กับครัวผู้ดูแล	3	10.00
ผู้ดูแลหลัก		
คู่สมรส	5	16.67
บุตรหลาน	22	73.33
อสม./ญาติ	3	10.00
ระดับภาวะสมองเสื่อม (TMSE < 24)		
ระดับน้อย (19-23 คะแนน)	10	33.33
ระดับปานกลาง (10-18 คะแนน)	12	40.00
ระดับรุนแรง (<10 คะแนน)	8	26.67

6.3.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทํากิจวัตรประจำวัน ADL ก่อนและหลังการพัฒนาเพิ่มการระบุจำนวนเดือน รูปแบบ

ค่าเฉลี่ยคะแนนการทํากิจวัตรประจำวัน ADL หลังเข้าร่วมการพัฒนารูปแบบ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.001$ จาก 9.41 เป็น 10.56 คะแนน มีการเปลี่ยนแปลงกลุ่มหรือไม่เช่นจากติดบ้านเป็นติดสังคม หรือกลุ่มพึ่งพาน้อยลงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบก่อนและหลังการทํากิจวัตรประจำวัน ADL ก่อนและหลังการพัฒนาแบบ(n=30)

รูปแบบ	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	t	p-value
หลังการพัฒนา (Post-test)	10.56	2.24		
ก่อนการพัฒนา (Pre-test)	9.41	1.87	5.43	<0.001

* สถิติ Paired t-test นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6.3.3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับภาวะสมองเสื่อม (TMSE < 24) ก่อนและหลังการพัฒนาแบบ

คะแนนเฉลี่ยระดับภาวะสมองเสื่อม (TMSE) ของผู้สูงอายุสมองเสื่อม พบว่าเฉลี่ยระดับภาวะสมองเสื่อม (TMSE) สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.001$ มีการเปลี่ยนแปลงระดับของภาวะสมองเสื่อมหรือไม่ โดยก่อนการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ย 14.03 คะแนน และหลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 16.27 คะแนน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับภาวะสมองเสื่อม (TMSE<24) ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ (n=30)

รูปแบบ	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	t	p-value
หลังการพัฒนา (Post-test)	16.27	4.36		
ก่อนการพัฒนา (Pre-test)	14.03	4.52	5.87	<0.001

* สถิติ Paired t-test นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

7. สรุปและอภิปรายผล

ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมพบผู้สูงอายุที่มีผลผิดปกติสูงถึง 439 ราย แต่มีผู้ได้รับการวินิจฉัยและดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลเพียง 13 ราย ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นถึง ช่องว่างการส่งต่อและการดูแลที่รุนแรง สะท้อนถึงปัญหาเชิงระบบของการจัดการโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่ต้องอาศัย การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) ที่ยังไม่ดีพอในระดับปฐมภูมิ แม้ว่าระบบคัดกรอง จะสามารถระบุกลุ่มเสี่ยงได้ แต่กลไกการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้กลับเข้าสู่ระบบการวินิจฉัยและการรักษา ในโรงพยาบาล และการติดตามผลหลังการกลับบ้านยังไม่เป็นระบบ⁽¹⁷⁾ โดยเฉพาะการสื่อสารและประสานงาน ระหว่างโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในชุมชน ดังนั้น การค้นพบนี้จึงตอกย้ำความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนารูปแบบที่มุ่งเน้นการเชื่อมโยงระบบบริการจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

รูปแบบการพัฒนาที่เกิดขึ้นเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนตลอด 2 วงรอบ โดยมีองค์ประกอบสำคัญคือ การสร้าง ระบบ Fast-track การส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ World Health Organization (WHO)⁽¹⁸⁾ ที่เน้นว่าการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในระดับชุมชนต้องอาศัยการบูรณาการระบบสุขภาพขั้นปฐมภูมิเข้ากับโครงสร้างทางสังคมสอดคล้องกับการศึกษาในระดับนานาชาติที่พบว่า การตรวจพบและวินิจฉัยตั้งแต่ระยะแรก (Early Diagnosis) โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ช่วยเพิ่มโอกาสในการจัดการอาการทางพฤติกรรมและจิตใจได้ดีกว่าการตั้งรับในโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว⁽¹⁹⁾ การจัดทำ Care plan รายบุคคล โดยแพทย์การยกระดับศักยภาพ อสม. ให้เป็น Dementia care coordinator และการจัดตั้ง “เครือข่ายอาสาดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม” ร่วมกับ อบต. การพัฒนารูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community-based participatory action research) สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืน โดยใช้หลักการความเป็นเจ้าของร่วม (Ownership) ในการแก้ปัญหาสุขภาพระดับฐานราก⁽²⁰⁾ การดึงเจ้าหน้าที่ อบต. เข้ามามีส่วนร่วมอย่างเป็นทางการในการจัดตั้งเครือข่ายอาสาดูแล ถือเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญ (Key success factor) เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการ สนับสนุนงบประมาณ และทรัพยากรเพื่อให้กิจกรรมดูแลผู้สูงอายุสามารถดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนในระยะยาว⁽²⁰⁾ นอกจากนี้ การพัฒนากลไกการทำงานของ อสม. จากบทบาทผู้ช่วยทั่วไปไปสู่ Dementia care coordinator ที่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะด้าน ในการกระตุ้นสมองและฟื้นฟู ADL เป็นการนำเอาหลักการการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Person-centered care) เข้ามาประยุกต์ใช้ในบริบทของชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ Individual care plan ช่วยให้เกิดการบูรณาการในแนวคิดของข้อมูลและแผนการดูแลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ ได้อย่างแท้จริง⁽²¹⁾

ผลการประเมินประสิทธิภาพ พบว่าภายหลังการเข้าร่วมรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) และคะแนนเฉลี่ยระดับภาวะสมองเสื่อม (TMSE) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้ สนับสนุนแนวคิดเชิงประจักษ์ ที่ว่ารูปแบบนี้สามารถกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive stimulation programs) และ การฝึกฟื้นฟู ADL ให้มีประสิทธิภาพในการชะลอความเสื่อมของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽²²⁻²⁴⁾ ซึ่งการเพิ่มขึ้นของการที่คะแนน ADL อย่างมีนัยสำคัญ ถือว่าเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญที่สุดในมุมมองของการสาธารณสุขและการดูแลระยะยาว เนื่องจากความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นตัวชี้วัดหลักที่สำคัญของคุณภาพชีวิต⁽²²⁾ การปรับปรุงความสามารถด้าน ADL นี้เป็นผล

โดยตรงจากการที่สมรรถภาพสมองดีขึ้น ซึ่งนำไปสู่ความสามารถในการคิดวางแผนและลงมือปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้นของผู้สูงอายุ อีกทั้งการเพิ่มขึ้นของ ADL ยังมีแนวโน้มในการลดภาระของผู้ดูแล (Caregiver burden) และลดค่าใช้จ่ายด้านการดูแลในระยะยาวได้อีกด้วย⁽²¹⁾ และคะแนน TMSE สะท้อนว่ากิจกรรมกระตุ้นสมองที่ถูกออกแบบและนำไปใช้โดยเครือข่ายชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถมีผลกระทบต่องานของสมองด้านการรู้คิด (Cognitive function) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการศึกษาที่พบว่าโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดสามารถช่วยเพิ่มศักยภาพสมองและช่วยให้สมองหลังสารนิวโรโทพินส์ ซึ่งช่วยเสริมความแข็งแรงของเซลล์ประสาทและชะลอความเสื่อมถอยของสมองได้จริง^(23, 24) สอดคล้องกับงานวิจัยสากลด้าน Cognitive Stimulation Therapy (CST) ที่ระบุว่า การจัดกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดสามารถชะลอการเสื่อมถอยของหน้าที่สมองและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽²⁵⁾

สรุปได้ว่า รูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้นนี้โดยการมีส่วนร่วมที่ยั่งยืน ผ่านการจัดตั้งเครือข่ายอาสาดูแล และการสนับสนุนจาก อบต. ทำให้สามารถถ่ายทอดเทคโนโลยีการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน และ ปิดช่องว่างการส่งต่อ ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจำนวนมาก จึงเป็นยุทธศาสตร์ที่จำเป็นและสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อยกระดับระบบดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างกว้างขวาง

8. ข้อจำกัดในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่นำมาประเมินประสิทธิผล ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ถูกคัดกรองว่า "ผิดปกติ" (AMT abnormal) ซึ่งไม่ใช่การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมที่ยืนยันโดยมาตรฐานทางการแพทย์ (Clinical diagnosis) ทำให้ความแม่นยำในการระบุ ความรุนแรงของโรคที่แท้จริง ของกลุ่มตัวอย่างอาจยังไม่สมบูรณ์

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลองกลุ่มเดียวเปรียบเทียบก่อนและหลัง อาจได้รับอิทธิพลจากตัวแปรกวนที่ควบคุมไม่ได้ เช่น การเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของโรคในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา หรือปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ ในครอบครัวและชุมชนที่ไม่ได้ถูกกำหนดไว้ในกระบวนการวิจัย ซึ่งอาจมีผลทำให้คะแนน ADL และ TMSE ที่เพิ่มขึ้นนั้น ไม่ได้เป็นผลมาจากรูปแบบการพัฒนาเพียงอย่างเดียว

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ข้อเสนอแนะในการศึกษานี้

1. ควรเพิ่มเติมการประเมินและติดตามผล ภาระของผู้ดูแลหลัก (Caregiver burden) อย่างเป็นระบบในแผนการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถจัดหาบริการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม (เช่น กลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล หรือการจัดบริการดูแลทดแทน) เพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางสังคมที่สำคัญ

2. การใช้เครื่องมือวินิจฉัยมาตรฐานในปฐมภูมิ ควรส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และแพทย์ประจำคลินิกผู้สูงอายุ ใช้เครื่องมือประเมินสมรรถภาพการรู้คิดเชิงฟังก์ชัน (Functional cognitive assessment: F-COG) หรือการทดสอบสมองที่ละเอียดขึ้นนอกเหนือจาก AMT (เช่น MoCA-Thai หรือ TMSE) ในการวินิจฉัยเบื้องต้น เพื่อให้การจัดทำ Care plan รายบุคคล มีความเฉพาะเจาะจงและเหมาะสมกับระดับความรุนแรงของโรคที่แท้จริง

3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต.) ควรพิจารณา บรรจุรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เป็นกิจกรรมหลักที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจว่ากิจกรรมของ "เครือข่ายอาสาดูแล" และการฝึกอบรม อสม. จะดำเนินไปได้อย่างยั่งยืนในพื้นที่

9.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในรูปแบบ การวิจัยเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial: RCT) หรือการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) โดยมีระยะเวลาติดตามผล อย่างน้อย 1 ปี เพื่อประเมิน ประสิทธิภาพในระยะยาว ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

2. ควรมีการรวม ตัวชี้วัดด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (Health economics) ในการวิจัยครั้งต่อไป เช่น การประเมินต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-effectiveness analysis) ของรูปแบบ เพื่อให้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจเชิงนโยบายสำหรับการลงทุนด้านการดูแลภาวะสมองเสื่อมในระดับชาติ

10. เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Dementia [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 7]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.
2. Poon AN, Xiang Y, Zavalishina Y, Ayanian S, Aitken CF, Procter AC, et al. Systematic review estimating the burden of dementia in the WHO Southeast Asia Region using Bayesian and frequentist approaches. *Journal of Global Health*. 2020;10(2):020701.
3. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. ภาวะสมองเสื่อม ป่วยเพิ่มปีละ 1 แสนราย [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 7 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaitgri.org/?p=38965>.
4. ศุภมาส อ่ำพล, นิตยา เพ็ญศิริรักษา และพรทิพย์ กิระพงษ์. การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการบริการตรวจวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม ในงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลประสาท เชียงใหม่. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*. 2564;7(2):62-71.
5. Watt JA, Goodarzi Z, Veroniki AA, Nincic V, Khan PA, Ghassemi M, et al. Comparative efficacy of interventions for reducing symptoms of depression in people with dementia: systematic review and network meta-analysis. *Bmj*. 2021;372.
6. Zhang W, Low L-F, Schwenk M, Mills N, Gwynn JD and Clemson L. Review of gait, cognition, and fall risks with implications for fall prevention in older adults with dementia. *Dementia and geriatric cognitive disorders*. 2019;48(1-2):17-29.
7. World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025 [Internet]. 2017 [cited 2025 Oct 7]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017---2025>.
8. การพัฒนารูปแบบและเทคโนโลยีเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 7 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://buuir.buu.ac.th/handle/1234567890/3981>.
9. อัจฉราภรณ์ ใจกล่อม, กัญญาณัฐ์ สาธกธณัณย์, นรวดี สมฤทธิวรกุล และวรลักษณ์ คัดอ่าน. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*. 2568;5(2):15-29.
10. บุษกุล ศุภอักษร. ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนต่อปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 2567;38(3):1-14.

11. Health Data Center. จำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน; 2567.
12. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. รายงานประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT ปีพ.ศ. 2565-2567; 2567.
13. โรงพยาบาลอาจสามารถ. ข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลอาจสามารถ ปี พ.ศ. 2567; 2567.
14. dan Mc Taggart K. The Action Research Planner. Deakin: Deakin University Press; 1988.
15. Laohaprasitiporn P, Jarusriwanna A and Unnanuntana A. Validity and Reliability of the Thai Version of the Barthel Index for Elderly Patients with Femoral Neck Fracture. Journal of the Medical Association of Thailand. 2017;100(5).
16. อรรณพ คุหา, บุรีณี บุญมีพิพิธ, จิตนภา วณิชโรตม์ และนันทศักดิ์ ธรรมานวัตร. การเปรียบเทียบความสัมพันธ์แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น (ฉบับภาษาไทย) (MMSE-Thai) 2002 และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย(TMSE) ในหารคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. วารสารพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2552;10(1):19-24.
17. สุปัญญา นนทะเสน. การพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ในระบบการดูแลระยะยาว: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2568;10(1):285-93.
18. World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025 [Internet]. 2017 [cited 2025 Dec 17]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017---2025>.
19. Prince M, Bryce R and Ferri C. World Alzheimer Report 2011: The benefits of early diagnosis and intervention: Alzheimer's Disease International London; 2011.
20. อัจฉราภรณ์ ไกล้ำ, กัญญาณัฐ ฐ์ สารภรณ์ธัญย์, นรวดี สมฤทธิรากุล และวรลักษณ์ คิดอ่าน. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารการวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2568(2):15-29.
21. พิสมัย ศรีทำนา และฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ์. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2523;4(3):192-202.
22. สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค และอาทิตย์ สุวรรณ. ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดต่อความสามารถในการรู้คิด และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ในผู้สูงอายุที่เสี่ยงหรือมีภาวะสมองเสื่อม. วารสารสภากาชาดไทย. 2559;9(2):145-58.
23. กันตภัทร บุญวรรณ, พรพรรณ พุ่มประยูร, บุรสร จันทศรี, ตฤณ ทิพย์สุทธิ และ กลยา มั่นล้วน. การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุด้วยการบริหารนิ้วมือ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2568;19(1):298-307.
24. ผกามาศ พิมพ์ธรา. ผลของโปรแกรมกระตุ้นศักยภาพสมองด้านการรู้คิดต่อการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในชุมชน: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2565.
25. Aguirre E and Werheid K. Guidelines for adapting cognitive stimulation therapy to other cultures. Cognitive Stimulation Therapy for Dementia: Routledge; 2017:177-93p.