

ผลลัพธ์ของโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง

Outcomes of a dementia prevention program of Sufficient Care for the elderly people with comorbidity in hypertension and Diabetics, Sop Prap Hospital, Lampang Province.

(Received: November 20,2024 ; Revised: December 1,2024 ; Accepted: December 2,2024)

ภวรัญชน์ จิระเชฐพัฒนา¹, ศิราณี ศรีหาคาศ²
Phawaran Jirachetpattana¹, Siranee Sihapark²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มเพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ (Sufficient Care for Dementia : SCD) ในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง จำนวนกลุ่มละ 64 คน ดำเนินวิจัยเดือน กุมภาพันธ์ 2567 ถึง สิงหาคม 2567 โดยกลุ่มทดลองมีกิจกรรมปกติของคลินิกโรคเรื้อรังและโปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ ส่วนกลุ่มควบคุมดำเนินกิจกรรมตามปกติของคลินิกโรคเรื้อรัง ระยะเวลาการวิจัย 4 เดือน แล้วประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์สถิติเชิงอ้างอิงด้วยสถิติ t-test

ผลการศึกษาพบว่า 1) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 70 ปี ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลอยู่ร่วมบ้านเดียวกับผู้ป่วย ร้อยละ 96.9 พบสุขบุหรืร้อยละ 10.9 ต้มสุราร้อยละ 26.6 และออกกำลังน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 57.8 ส่วนกลุ่มควบคุมพบมีอายุเฉลี่ย 68.6 ปี มีผู้ดูแลอยู่ร่วมบ้านเดียวกับผู้ป่วย ร้อยละ 95.3 พบยังสุขบุหรืร้อยละ 6.3 ต้มสุรา ร้อยละ 39.1 และออกกำลังน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 56.3 ส่วนโรคร่วมที่พบบ่อยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มโรคเช่นเดียวกัน ได้แก่ โรคร่วมที่พบบ่อย ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ไตวายเรื้อรัง ต้อกระจกหรือจอประสาทตา ข้อเสื่อม และ หลอดเลือดหัวใจ 2) ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการวิจัย 4 เดือนภายในกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนภาวะบกพร่องการรับรู้และภาวะสมองเสื่อมอยู่ระดับดีขึ้นกว่าก่อนการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value และความสามารถการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <.001) เช่นเดียวกับการควบคุมโรคเรื้อรัง พบว่า การควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสม 4 เดือน ระดับไขมันคลอเรสเตอรอล และระดับไขมันแอลดีแอลน้ำตาล หลังการวิจัยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <.001) และ 3) การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการดำเนินการวิจัย 4 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะบกพร่องทางการรับรู้ของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <.001) ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับซีเอสแอลิก ของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <.013) และ (P-value <.024) ตามลำดับ ในขณะที่ระดับคะแนนภาวะสมองเสื่อมความสามารถการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ระดับน้ำตาลสะสม 4 เดือน ระดับไขมันคลอเรสเตอรอล ระดับไขมันแอลดีแอล พบว่าหลังการวิจัยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : โปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ, ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม

Abstract

The purpose of this quasi-experimental study was to examine the effects of in the preventive program of Sufficient Care for Dementia (SCD) on the elderly people with comorbidity in hypertension and Diabetics at Sop Prap Hospital in Lampang Province. There were 64 participants in each group that study was on February to August, 2024.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก (corresponding author)

The experimental group participated in the preventive program of Sufficient Care for Dementia and the chronic illness clinic on a regular basis, while the control group participated in the chronic disease clinic's routine activities that for four months were dedicated to the research. Then, data was analyzed descriptively by frequency, percentage, mean, and standard deviation, and t-test statistics to examine the reference statistics.

According to the study's findings, 1) the experimental group's average age was 70 years old, the most of them (96.9 percent) had family caregivers living with the patients, 10.9 percent smoked, 26.6 percent drank alcohol, and 57.8 percent exercised less than three times per week. The control group had an average age of 68.6 years, almost all of them (95.3 percent) was lived with family caregivers, 56.3 percent exercised less than three times per week, 39.1 percent drank alcohol, and 6.3 percent still smoked. The prevalent comorbidities in the experimental and control groups were present in both the experimental and control groups such as hyperlipidemia, chronic kidney failure, cataracts or retinal degeneration, osteoarthritis, and coronary artery disease. 2) The results of the comparison of clinical outcomes before and after the research for 4 months within the experimental group found that the experimental group's scores for dementia and cognitive impairment were significantly better than before the study (P -value $<.001$), and instrumental activities of daily living (IADL) improved significantly (P -value $<.001$). Similarly, the control of chronic diseases found that the control of blood pressure, HbA1C, blood sugar, cholesterol, and LDL after the study decreased significantly (P -value $<.001$). Finally, 3) After four months of research, comparison of clinical results between the experimental group and the control group, it was found that the average score of cognitive impairment of the experimental group was significantly better than the control group (P -value $<.001$). The blood sugar level and systolic blood pressure of the experimental group were significantly better than the control group (P -value $<.013$) and (P -value $<.024$), respectively. While the dementia score, instrumental activities of daily living (IADL), HbA1C, blood sugar, cholesterol, and LDL level were not found statistical significant in the experimental group and the control group.

Key word: The preventive program of Sufficient Care for Dementia (SCD), The elderly people with comorbidity

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเติบโตอย่างรวดเร็วของจำนวนผู้สูงอายุ ผลการสำรวจพบแนวโน้มสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยเพิ่มจากร้อยละ 6.8 ในปีพ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 19.4 ในปีพ.ศ. 2566 โดยข้อมูลสถิติในปีพ.ศ. 2566 พบประชากรคนไทย จำนวน 66,054,830 คน เป็นผู้ที่มิอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 12,814,778 คน คิดเป็นร้อยละ 19.40 โดยพบว่าภาคที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุสูงที่สุดคือ ภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ 21.95¹ ความเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพผู้สูงอายุจึงเป็นปัญหาสำคัญของสังคมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ ภาวะสมองเสื่อม (dementia) เป็นปัญหาที่ทุกประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญ ซึ่งองค์การอนามัยโลกพบว่า ค.ศ. 2015 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมถึง 47.47 ล้านคน และประมาณการณ์ว่าจะเพิ่มสูงถึง 75 ล้านคนในปี ค.ศ.2030²

การสำรวจในประเทศไทยพบความชุกของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 8.1 โดยพบในผู้ชาย ร้อยละ 6.8 และผู้หญิงร้อยละ 9.2 และพบว่าความชุกเพิ่มมากขึ้นตามอายุ โดยกลุ่มอายุ 60-69 ปี อายุ 70-79 ปี และอายุอายุ80ปีขึ้นไป พบความชุก ร้อยละ 4.8 และร้อยละ 7.7 และร้อยละ 22.6 ตามลำดับ³ ซึ่งสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ อัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) พบได้ประมาณร้อยละ60-70 รองลงมา มีสาเหตุมาจากเส้นเลือดในสมองผิดปกติ (vascular neurocognitive disorder)⁴ และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าโรคเรื้อรังเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ดังการศึกษาพบผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม 4.3 เท่าของผู้ที่ไม่มีความดันโลหิตสูง และพบว่าโอกาสเสี่ยงลดลงเป็น1.9 เท่าในบุคคลที่ได้รับการรักษา⁵ ผู้ป่วยเบาหวาน

มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านหลอดเลือดเพิ่มขึ้น 4 เท่า มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม 2 เท่า⁶ นอกจากนี้ยังพบ ปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคลที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ อายุ พันธุกรรม การศึกษา การได้ยิน ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การที่ผู้สูงอายุถูกลดบทบาททางสังคม⁷ รวมทั้ง ภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุ (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556)

ภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ การป้องกันและวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรก จึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการดูแล โดยเฉพาะการลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลให้อุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมลดลง การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจึงมีหลากหลายรูปแบบโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ที่ออกกำลังกายอย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ในวัยกลางคนสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ในวัยสูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 52 และ 62 ตามลำดับ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมพบว่าบุคคลที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมน้อย มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเป็น 1.41 เท่า⁸ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการฝึกฝนในการเผชิญกับเหตุการณ์ ทำให้ได้ใช้กระบวนการคิด ตัดสินใจ ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การงดสูบบุหรี่ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปสามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้เท่ากับบุคคลที่ไม่เคยสูบบุหรี่ และการแก้ไขภาวะซึมเศร้าเป็นการป้องกันภาวะสมองเสื่อมวิธีหนึ่ง⁵ การป้องกันและจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นวิธีการที่สำคัญในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สอดคล้องกับแต่ละพื้นที่

จังหวัดลำปาง เป็นจังหวัดที่เข้าสู่สถานการณ์สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด โดยพบมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 196,369 คน คิดเป็น ร้อยละ 27.49⁹ โดยเฉพาะอำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง เป็นอำเภอที่พบว่ามีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงจำนวน 7,565 คน คิดเป็นร้อยละ 28.85 ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุในพื้นที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 861 คน ร้อยละ 11.38 โรคเบาหวาน จำนวน 952 คน ร้อยละ 12.58 และโรคร่วมความดันโลหิตสูงกับเบาหวาน จำนวน 535 คน ร้อยละ 7.07 และพบว่าผู้สูงอายุดังกล่าว ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 3.2 โรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 7.4 โรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 10.6 โรคจิตเภท ร้อยละ 1.4 และ โรคซึมเศร้า ร้อยละ 0.7 นอกจากนี้ผลการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอสบปราบ ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 6,892 คน พบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 40.57 มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 17.98 มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ร้อยละ 15.86 มีความเสี่ยงต่อข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 7.39 มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ร้อยละ 6.04 มีภาวะอ้วน ร้อยละ 2.36 อีกทั้งผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม พบมีความเสี่ยง ร้อยละ 12.7 และผลคัดกรองภาวะซึมเศร้าพบมีความผิดปกติ ร้อยละ 0.12¹⁰ จะเห็นได้ว่าอำเภอสบปราบเป็นอำเภอที่เข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด และเป็นอำเภอที่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและภาวะสุขภาพที่อาจนำมาสู่การเกิดภาวะสมองเสื่อมได้

อย่างไรก็ตามการดำเนินการที่ผ่านมาในพื้นที่การดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุทั้งในระดับชุมชนและในโรงพยาบาลมีปรากฏรายงานเผยแพร่จำนวนไม่มาก รวมทั้งข้อจำกัดด้านองค์ความรู้ในการปฏิบัติกิจกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของบุคลากรในโรงพยาบาลเป็นช่องว่างขององค์ความรู้และเป็นข้อจำกัดในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาล การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุให้มีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่จึงเป็นเป้าหมายของการวิจัยเพื่อศึกษาวิธีการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในครั้งนี้ โดยการประยุกต์โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอซึ่งเป็นโปรแกรมที่ได้รับการพัฒนาและขยายผลการดำเนินงานป้องกันและดูแลภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในประเทศไทย¹¹ เพื่อชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และพัฒนาแนวทางการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังสำหรับคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาล ซึ่งจะนำมาสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกการใช้โปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ได้แก่ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ภาวะบกพร่องทางการรับรู้ ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม ภาวะสุขภาพและการควบคุมโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังการวิจัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการปฏิบัติใช้โปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ได้แก่ ระดับความพึงพอใจ ก่อนและหลังการวิจัยของกลุ่มทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองหลังการใช้โปรแกรมมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ภาวะบกพร่องทางการรับรู้ ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม ภาวะสุขภาพและการควบคุมโรคเรื้อรัง และความพึงพอใจสูงกว่าก่อนการวิจัย
2. กลุ่มทดลองหลังการใช้โปรแกรมมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ภาวะบกพร่องทางการรับรู้ ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม ภาวะสุขภาพและการควบคุมโรคเรื้อรัง สูงกว่าก่อนกลุ่มควบคุม

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิด 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง(Two Groups Pre-Post Test Design) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างพอเพียงในผู้สูงอายุโรคร่วมโรคความดันและโรคเบาหวาน ได้แก่ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ภาวะบกพร่องทางการรับรู้ ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม ภาวะสุขภาพและการควบคุมโรคเรื้อรัง และ ระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลสพปราช จังหวัดลำปาง ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2567 ถึง สิงหาคม 2567 โดยโปรแกรมการภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ มีรายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 โปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ และแผนการดำเนินกิจกรรมการแทรกแซงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วง 4 เดือน

ครั้งที่ / เดือน	Dementia Prevention Program: SCD (จำนวน 1 ชั่วโมงต่อครั้ง) (กลุ่มทดลอง)	การดูแลในคลินิกโรคเรื้อรังของร.พ.ตามปกติ (กลุ่มควบคุม)
ก่อนวิจัย	Baseline Assessment	Baseline Assessment
ครั้งที่ 1 / เดือนที่ 1	Pre-test Assessment ประเมินผลทางคลินิกก่อนเข้าร่วมกิจกรรม Session 1: 1.ให้ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม	Pre-test Assessment, ดำเนินกิจกรรมสอนสุขศึกษาตามปกติของคลินิกโรคเรื้อรัง

ครั้งที่ / เดือน	Dementia Prevention Program: SCD (จำนวน 1 ชั่วโมงต่อครั้ง) (กลุ่มทดลอง)	การดูแลในคลินิกโรคเรื้อรังของร.พ.ตามปกติ (กลุ่มควบคุม)
	2. สอนทำกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกาย แบบ RDAD 3. ฝึกกิจกรรมฝึกสมอง 4. ดำเนินกิจกรรมตามปกติของคลินิกโรคเรื้อรัง	
ครั้งที่ 2 / เดือนที่ 2	Session 2: 1. สอนทำกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกาย แบบ RDAD 2. ฝึกกิจกรรมฝึกสมอง 3. ค้นหาและแนะนำการทำกิจกรรมสร้างสุข 4. ดำเนินกิจกรรมตามปกติของคลินิกโรคเรื้อรัง	ดำเนินกิจกรรมสอนสุขศึกษาตามปกติของคลินิกโรคเรื้อรัง
ครั้งที่ 3 / เดือนที่ 3	Session 3: ทบทวนโปรแกรม SCD 1. สอนทำกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกาย แบบ RDAD 2. ฝึกกิจกรรมฝึกสมอง 3. ทำกิจกรรมสร้างสุข 4. แนะนำการดูแลภาวะโภชนาการเพื่อป้องกันสมองเสื่อม 5. แนะนำเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและศาสนาในชุมชน 6. ดำเนินกิจกรรมตามปกติของคลินิกโรคเรื้อรัง	ดำเนินกิจกรรมสอนสุขศึกษาตามปกติของคลินิกโรคเรื้อรัง
เดือนที่ 4	4-month Post-test Assessment 1. ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก 2. ประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรม	4-month Post-test Assessment ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของโปรแกรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีเกณฑ์การคัดเลือก(Inclusion Criteria) ดังนี้

1) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีโรคร่วมโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ที่เข้ารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลสบปราบ อ้างอิงจากฐานข้อมูลขึ้นทะเบียนและเข้ารับการรักษาโรคเรื้อรังที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลสบปราบ

2) มีระดับความดันโลหิตสูงของค่า SBP และ ค่า DBP ไม่เกินค่าที่กำหนด โดย SBP ไม่เกิน 180 mmHg, และค่า DBP ไม่เกิน 110 mmHg

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

1) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้แก่ ไตวายระยะสุดท้าย ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะเส้นเลือดสมองตีบหรือแตก
2) ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคสมองเสื่อม หรือ ผลการคัดกรองสมองเสื่อมแล้วมีผลบวก 3) ไม่สามารถเดินได้

ด้วยตนเอง หรือ เดินใช้อุปกรณ์ช่วย 4) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะที่ศึกษา

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากการศึกษาสถานการณ์ความชุกและปัจจัยเสี่ยงระยะที่ 1 ของการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 282 ราย แล้วคำนวณโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วน ด้วยโปรแกรม G*Power 3.1 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 64 คน รวม 128 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม เครื่องมือผ่านการทดสอบความไว และความจำเพาะ และความเที่ยง ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ 0 คะแนน 1 คะแนน และ 2 คะแนน รวมทั้งหมด 27 คะแนน จุดตัด 13 คะแนนขึ้นไป หมายถึง สงสัยมีภาวะสมองเสื่อม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 6 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพในอดีต จำนวนสมาชิกในครอบครัว การอาศัยร่วมกับผู้ดูแล ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลักกับผู้สูงอายุ บทบาทสถานะในครอบครัว บทบาททางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ประวัติการสูบบุหรี่ ตั้มนสุรา การออกกำลังกาย ความสามารถในการเดินหรือการเคลื่อนไหวนอกบ้าน ประวัติการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังร่วมจากการวินิจฉัยแพทย์

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ใช้เครื่องมือ Lowton Instrumental Activities of Daily Living Scale เป็นการประเมินระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตในชุมชน ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ได้แก่ การใช้โทรศัพท์ การจ่ายตลาดหรือซื้อของ การเตรียมอาหาร การทำงานบ้าน การซักผ้า การเดินทางหรือการใช้นานพาหนะ การรับประทานยา และการจัดการเรื่องเงิน จุดตัดคะแนนเพศหญิง ต่ำกว่าคะแนนเต็ม 8 คะแนน เพศชาย คะแนนต่ำกว่า 5 คะแนน หมายถึงมีการพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิต^{12,13}

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีจำนวน 15 ข้อ มีคำตอบ ใช่ และ ไม่ใช่ โดยประเมินความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น ใน 2 สัปดาห์ คะแนนเต็ม 15 คะแนน การแปลผล คะแนน จุดตัด 7 หมายถึง สงสัยมีภาวะซึมเศร้า^{14,15}

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม ใช้เครื่องมือทดสอบสภาพสมอง TMSE เพื่อประเมินระดับการรับรู้ ความทรงจำ สมาธิ การคิดคำนวณในใจ ภาษา และความจำระยะสั้น ประกอบด้วย 6 ข้อ รวมทั้งหมด 30 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน การแปลผลใช้จุดตัดคะแนนน้อยกว่า

หรือเท่ากับ 23 คะแนน หมายถึง สงสัยมีภาวะสมองเสื่อม¹⁶

ส่วนที่ 5 ภาวะสุขภาพและการควบคุมโรคเรื้อรัง เป็นการประเมินเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการควบคุมโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ระดับไขมันคลอเรสเตอรอล ไขมันแอลดีแอล ไขมันเอชดีแอล และดัชนีมวลกาย(BMI)

ส่วนที่ 6 ระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม เป็นเครื่องมือการวิจัยที่ดัดแปลงจากโครงการวิจัยเรื่อง การสร้างความร่วมมือเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7¹⁷ เพื่อสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม มีจำนวน 8 ข้อ ระดับความพึงพอใจ มี 5 ระดับ คะแนน 1 พึงพอใจน้อยที่สุด จนถึง คะแนน 5 คะแนน พึงพอใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเครื่องมือที่ถูกคัดเลือกและถูกทดสอบหาคุณภาพของเครื่องมือภายใต้โครงการสร้างความร่วมมือเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุ (PRISM) โดยนักวิจัย จิตแพทย์ และ ผู้เชี่ยวชาญของประเทศไทยร่วมกับประเทศสหรัฐอเมริกา¹⁸

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ภาวะบกพร่องทางการรับรู้ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และภาวะสมองเสื่อม ภาวะสุขภาพและการควบคุมโรค ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ระดับไขมันคลอเรสเตอรอล ไขมันแอลดีแอล ไขมันเอชดีแอล รอบเอว และดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนทดลองและหลังทดลองโดยใช้สถิติอ้างอิงคือ

paired t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติอ้างอิงคือ independent t-test

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เลขที่ 006/2567 วันที่รับรอง 9 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทางประชากรของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองเป็นเพศชาย ร้อยละ 50 มีอายุเฉลี่ย 70 ปี (S.D. 7.247) ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลอยู่ร่วมบ้านเดียวกับผู้ป่วย ร้อยละ 96.9 มีเพียงร้อยละ 3.1 อาศัยอยู่คนเดียวและไม่มีผู้ดูแล และพบว่ายังสูบบุหรี่ ร้อยละ 10.9 ดื่มสุราร้อยละ 26.6 การออกกําลังน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 57.8 โรคร่วมที่พบบ่อย ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 71.9 ไตวายเรื้อรัง ระยะ 3-5 ร้อยละ 26.6 ต้อกระจก/จอประสาทตา ร้อยละ 17.2 ข้อเสื่อม ร้อยละ 10.9 และ หลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 6.3 ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.8 มีอายุเฉลี่ย 68.55 ปี (S.D. 5.477) มีผู้ดูแลอยู่ร่วมบ้านเดียวกับผู้ป่วย ร้อยละ 95.3 พบว่ายังสูบบุหรี่ร้อยละ 6.3 ดื่มสุรา ร้อยละ 39.1 การออกกําลังน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 56.3 ส่วนโรคร่วมที่พบบ่อย 5 อันดับแรกอยู่ในกลุ่มโรคเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

2. เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ก่อนและหลังการวิจัยของกลุ่มทดลอง ผลการศึกษา หลังการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูงและเบาหวานในกลุ่มทดลอง 4 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะบกพร่องทางการรับรู้ ก่อนเข้าร่วม

โปรแกรม คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปกติ คะแนน 3.92 หลังการวิจัยคะแนนภาวะบกพร่องการรับรู้ดีขึ้นกว่าก่อนการวิจัย มีคะแนนเฉลี่ย 2.89 และผลการเปรียบเทียบพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะบกพร่องการรับรู้ หลังการวิจัยดีขึ้นกว่าก่อนการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <.001) เช่นเดียวกับภาวะสมองเสื่อม พบว่า หลังการมีคะแนนเฉลี่ยดีขึ้นจาก 25.57 คะแนน เป็น 27.01 คะแนน และผลการเปรียบเทียบพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสมองหลังการวิจัยดีขึ้นกว่าก่อนการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <.001) และความสามารถการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน พบว่าหลังการวิจัยมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <.001) ในขณะที่ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคร่วมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน พบว่าก่อนและหลังการเข้าร่วมการวิจัย มีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=.742)

ด้านผลการศึกษาการควบคุมโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองหลังการวิจัย 4 เดือน พบว่าการควบคุมระดับความดันโลหิตทั้งระดับซิสโตลิก และ ระดับไดแอสโตลิก ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <.001) ระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าก่อนวิจัยมีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ย 157.67 mg% หลังวิจัยระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยลดลงเหลือ 128.64 mg% และผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการวิจัย พบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <.001) ส่วนระดับน้ำตาลสะสม 4 เดือน พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมระดับน้ำตาลสะสมมีค่าเฉลี่ย 8.19 หลังวิจัยระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยลดลงเหลือ 7.55 และการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมหลังการวิจัย พบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <.001) เช่นเดียวกับค่าเฉลี่ยระดับไขมันคลอเรสเตอรอล และค่าเฉลี่ยระดับไขมันแอลดีแอล พบว่า หลังวิจัยกลุ่มทดลองมีระดับระดับไขมันคลอเรสเตอรอล และ

ค่าเฉลี่ยระดับไขมันแอลดีแอลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value = .001) อย่างไรก็ตามพบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และ ค่าเฉลี่ยรอบเอว ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ก่อนและหลังการวิจัย 4 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน 4 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะบกพร่องทางการรับรู้ของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 4.85 ส่วนกลุ่มทดลองมีภาวะบกพร่องการรับรู้มีคะแนนเฉลี่ยดีกว่า คือ 2.89 คะแนน และจากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะบกพร่องการรับรู้พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value < .001) ในขณะที่การประเมินภาวะสมองเสื่อม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 27.01 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 26.82 ซึ่งผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value .566) เช่นเดียวกับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าหลังการวิจัยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value .246) และภาวะซึมเศร้าหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 4 เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value=.742)

ด้านผลการเปรียบเทียบการควบคุมโรคเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการวิจัย 4 เดือน ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 128.64 mg% ส่วนกลุ่ม

ควบคุมมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 148.02 mg% และผลการเปรียบเทียบพบว่ากลุ่มทดลองสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value < .013) และระดับความดันโลหิต พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับซิสโตลิกเฉลี่ย 122.58 mmhg กลุ่มควบคุมมีระดับซิสโตลิกเฉลี่ย 126.95 mmhg จากการเปรียบเทียบพบว่ากลุ่มทดลองสามารถควบคุมระดับซิสโตลิกได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value < .024) อย่างไรก็ตาม พบว่า ระดับไตรกลีเซอไรด์ ระดับน้ำตาลสะสม 4 เดือน ระดับไขมันคลอเรสเตอรอล ระดับไขมันแอลดีแอล ดัชนีมวลกาย และ รอบเอว เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการวิจัย 4 เดือน พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผล

1. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อม
ผู้สูงอายุโรคความดันและโรคเบาหวาน
การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุโรคความดันและโรคเบาหวาน ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะการรับรู้บกพร่องและภาวะสมองเสื่อม^{19,20,21} อีกทั้งโรคร่วมที่พบบ่อยในผู้สูงอายุโรคความดันและโรคเบาหวานในการวิจัยครั้งนี้ที่พบมากที่สุด คือ ไขมันในเลือดสูง รองมา ได้แก่ ไตวายเรื้อรัง ระยะ3-5 ต้อกระจก/จอประสาทตา ข้อเสื่อม และ หลอดเลือดหัวใจ ตามลำดับ โรคร่วมเหล่านี้การศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมและภาวะบกพร่องการรับรู้ของผู้สูงอายุเช่นกัน^{22,23} นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนหนึ่งยังคงสูบบุหรี่ ร้อยละ 6.3 – 10.9 ดื่มสุรา ร้อยละ 26.6 – 39.1 การออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 56.3 – 57.8 ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเป็นปัจจัยทำนายการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้^{24,25} ดังนั้นจะเห็นได้ว่า

ผู้สูงอายุผู้ป่วยโรคความดันและโรคเบาหวาน เป็นกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมสูง การดำเนินกิจกรรมการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ

2. เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของ โปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอใน ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ก่อนและหลังการวิจัยของกลุ่มทดลอง หลังการดำเนิน โปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอในกลุ่ม ทดลอง 4 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะบกพร่อง ทางความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนภาวะ บกพร่องการรับรู้ และคะแนนเฉลี่ยภาวะสมองเสื่อมพบ ภาวะสมองเสื่อมดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมการวิจัยอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .001$) สอดคล้องกับ การศึกษาที่ผ่านมาที่ใช้กิจกรรมการป้องกันภาวะสมอง เสื่อมชนิดเดียวกับการวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุ^{26,27} และ การศึกษาครั้งนี้พบว่าความสามารถในการปฏิบัติ กิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนกลุ่มทดลองหลัง การวิจัยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .001$) ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมทางกายเป็นส่วนหนึ่ง โปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ²⁸ จึงส่งผลต่อการคงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ เคยทำได้ซึ่งเป็นเกณฑ์สำคัญของการวินิจฉัยภาวะ สมองเสื่อม²⁹ อย่างไรก็ตามพบว่าภาวะซึมเศร้าของ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน หลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} .742$) ทั้งนี้ เนื่องจากผลการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรค เรื้อรังเหล่านี้พบว่าก่อนและหลังการวิจัยไม่มีความเสี่ยง ต่อภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าอยู่ใน ระดับต่ำ

ด้านผลการศึกษาผลลัพธ์ด้านสุขภาพซึ่งเป็น ปัจจัยสำคัญของการควบคุมโรคเรื้อรังหลังการวิจัย 4 เดือน พบว่าการควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับ น้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสม 4 เดือน ลดลงอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .001$) สอดคล้องกับ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่ากิจกรรมในการวิจัยทำให้ ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการภาวะสมอง เสื่อมสูงขึ้นหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³⁰ จึงส่งผลให้การควบคุมโรคเบาหวานและโรคความโลหิต สูงดีขึ้นดังเช่นการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกในการวิจัย ครั้งนี้ เช่นเดียวกับผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยระดับ ไชมันคลอเรสเตอรอล และค่าเฉลี่ยระดับไขมันแอลดีแอล พบว่า หลังการวิจัย 4 เดือนในกลุ่มทดลองลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} .001$) สอดคล้อง กับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการลดระดับไขมันใน เลือดจะสามารถช่วยป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ ^{31,32} อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีมวล กาย และ ค่าเฉลี่ยรอบเอว ก่อนและหลังการวิจัย 4 เดือนไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยที่อาจสั้น ไปต่อการวัดผลลัพธ์ดังกล่าว

3. เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของ โปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอใน ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ก่อนและหลังการวิจัย 4 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการดำเนินกิจกรรม โปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเพียงพอพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะบกพร่องทางการรับรู้หลังการวิจัย 4 เดือนของกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาที่ดำเนินกิจกรรมลักษณะเดียวกับการศึกษา ครั้งนี้³³ ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังเกิด จากปัจจัยหลายมิตินั้นดำเนินการกิจกรรมที่มีความ สอดคล้องปัจจัยในเชิงบริบทชุมชนและบริบทของ กลุ่มเป้าหมายจะสามารถป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ อย่างไรก็ตามผลการประเมินภาวะสมองเสื่อมหลังการ วิจัย 4 เดือน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มี นัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} .566$) และความสามารถ

ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value .246) แตกต่างจากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนที่จัดกิจกรรมลักษณะใกล้เคียงกับการวิจัยครั้งนี้ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสมองเสื่อมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³⁴ ทั้งนี้อาจเนื่องจากลักษณะทางประชากรของกลุ่มเป้าหมายและบริบทพื้นที่การวิจัยที่แตกต่างกัน รวมทั้งอาจเนื่องจากระยะเวลาดำเนินกิจกรรมการวิจัยและการติดตามผลการวิจัยต้องในระยะยาวยาวนานมากขึ้น

ๆด้านผลลัพธ์การควบคุมโรคเรื้อรังเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการวิจัย 4 เดือนพบว่ากลุ่มทดลองสามารถควบคุมได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ มีเฉพาะระดับน้ำตาลในเลือด (P-value <.013) และการควบคุมระดับระดับชีสโตลิก (P-value <.024) เท่านั้น ส่วนผลลัพธ์ทางคลินิกอื่น ได้แก่ ระดับไตรเอสโตรลิก ระดับน้ำตาลสะสม ค่าเฉลี่ยระดับไขมันคลอเรสเตอรอล ค่าเฉลี่ยระดับไขมันแอลดีแอลค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และ ค่าเฉลี่ยรอบเอว พบว่าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มี

ความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการศึกษาที่ผ่านมามีการวัดผลลัพธ์ทางคลินิกเหล่านี้ต่อภาวะสมองเสื่อมมีค่อนข้างจำกัด รวมทั้งจากการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกดังกล่าวอาจต้องใช้ระยะยาวยาวนานมากขึ้น

ๆการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม นอกจากการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของสมองแล้ว การควบคุมระดับความรุนแรงของโรคเรื้อรังเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและมีความจำเป็นที่ต้องการการศึกษาและพัฒนาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยความเมตตาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสบปราบ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลสบปราบ และบุคลากรงานผู้ป่วยนอกและโรคเรื้อรังโรงพยาบาลสบปราบทุกท่าน ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ: จำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามจังหวัด พ.ศ.2566 กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ข้อมูล ณ 30 มิถุนายน 2566. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 18 พ.ย. 66]. เข้าถึงจาก: <https://www.dop.go.th/know/side/1/1/2449>
- 2.Alzheimer's Disease International. Policy Brief for G8 Head to Government. The Global Impact of Dementia 2013-2050. London: Alzheimer's Disease International; 2013.
- 3.วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.
- 4.Elahi F, Miller B. A clinicopathological approach to the diagnosis of dementia. Nature Reviews Neurology 2017; 13(8):457-476.
- 5.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. การป้องกัน การประเมิน และการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์; 2556.
- 6.ปิยะกร ไพรสนธิ์ และพรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงราย. วารสารสภาการพยาบาล 2560; 32(1):64-80.
- 7.กรวรรณ ยอดไม้. บทบาทครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2560; 31(1):189-204.

8. Kuiper JS, Zuidersma M, Oude Voshaar RC, Zuidema SU, van den Heuvel ER, Stolk RP, Smidt N. Social relationships and risk of dementia: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Research Reviews* 2015; 22:39-57.
9. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. พีรามิดประชากรจำแนกเพศ กลุ่มอายุ ปีงบประมาณ 2566. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 18 พ.ย. 66]. เข้าถึงจาก:
https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0&id=db4e8d42e1234a75bd03d430c31feb2f
10. โรงพยาบาลสบปราบ. ประเมินผลการดำเนินงาน คปสอ.สบปราบ ปีงบประมาณ 2566.
11. ฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ์, พิสมัย ศรีทำนา. ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ ในการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลหลักในครอบครัว. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น* 2567; 16(1):77-93.
12. สุทธิชัย จินตะพันธ์กุล. มุมมองใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้ปรากฏการณ์ประชากร ผู้สูงอายุ. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* 2545; 3(2):49-62.
13. Jintapunkul S, Kamolratanakul P, Ebrahim S. The Meaning of Activities of Daily Living in a Thai Elderly Population: Development of a new index. *Age and Ageing* 1994; 23(2): 97-101.
14. Borson S, Scanlan JM, Chen P, Ganguli M. The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. *Journal of the American Geriatrics Society* 2003; 51(10):1451-1454.
15. Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J. Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. *Geriatrics & Gerontology International* 2015; 15(5):594-600.
16. กลุ่มฟื้นฟูสภาพสมอง. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. *สารศิริราช* 2536; 45(6):359-374.
17. ศิริภาณี ศรีหามาและธวัชชัย ฤทธิรงค์. คู่มือพัฒนาศักยภาพผู้จัดการดูแลและบุคลากรสุขภาพการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: บริษัทเพ็ญพรินติ้ง จำกัด; 2565.
18. ศิริภาณี ศรีหามา และ ธวัชชัย ฤทธิรงค์. คู่มือพัฒนาศักยภาพผู้จัดการดูแลและบุคลากรสุขภาพ การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ (Sufficient Care for Dementia : SCD). นนทบุรี: มูลนิธิสังคมและสุขภาพ; 2565.
19. สุภา ไกรสุวรรณ, เรวดี เพชรศิริสัมพันธ์, สายฝน เอกวรารุณ. ปัจจัยทำนายภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย* 2566; 4(2), 23-36.
20. วิลาสินี สุรวรรณ. ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมใน ผู้สูงอายุ อำเภอหนอง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น* 2560; 10(2):58-69.
21. ประภาศรี ทูมสิงห์, กัญญา จันทร์พล และ สดุดี ภูทองไสย. สมรรถภาพสมองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ* 2566; 16(3):268-279.
22. ยุคลธร หวังเรืองสถิตย์, รุ่งทิพา หวังเรืองสถิตย์. ความชุกของภาวะความทรงจำบกพร่องและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ. *พุทธชินราชเวชสาร* 2564; 38(1):34-47.
23. พนม สุขจันทร์, กัษพัร นิยมเดชา, ดิน ศรีชัยสุวรรณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์* 2565; 14(1):276-292.
24. วรรัตน์ ทิพย์รัตน์, สายพิน เม่งเอียด, โสภิต สุวรรณเวลา, เบญจวรรณ ช่วยแก้ว. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา* 2562; 27(1):100-108.
25. เพชรรัตน์ พิบาลวงศ์, จตุพร จันทะพุกข์, ภาวิณี แพงสุข, ปิยนุช ภิญโย, ภควรรณ ตลอดพงษ์, นิสากร เห็นขนาน. การศึกษาสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *ราชวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร* 2561; 8(2):46-57.
26. กัมปนาท สำรวมจิต, สุนีย์ ละกำป็น, ขวัญใจ อำนางสัตว์เชื้อ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองสำหรับผู้สูงอายุต่อการรู้คิดและพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล* 2562; 35(3), 34-45.

27. สัมปอัย แสนเตปิน และ จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เขตเทศบาลนครพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก. วารสารแพทยนาวิ 2562; 46(3):621-639.
28. ศิราณี ศรีหาคาศ และ ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ. สมองเสื่อมกับการดูแลระดับปฐมภูมิ: โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมเพียงพอ (Sufficient Care for Dementia : SCD). พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: บริษัทเพ็ญพรินตึง จำกัด; 2566.
29. World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. Switzerland: 2017. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 10 ก.ค. 67]. เข้าถึงจาก: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513487>
30. ณัฐศิวัช ชุมผาง, ทศนีย์ รวีวรกุล, พัชรพร เกิดมงคล, สุธรรม นันทมงคลชัย. ผลของโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. วารสารก่อการุณย์ 2564; 28(2):7-21.
31. สิรินทร ฉั่นศิริกาญจน, จิรพร เหล่าธรรมทัศน์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, ดาวชมพู นาคะวิโร, อรพิชญา ไกรฤทธิ์, วิลาวัลย์ ประสารอริคม, สมพร โชติวิทยธารกร และเพ็ญพร เจริญวัฒน์. สมรรถนะสมองของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุไทย: ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม. วารสารพิษวิทยาไทย 2558; 30(1):41-59.
32. ชมนาด ศิริรัตน์. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการรักษาในแผนกจิตเวชโรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2563; 17(2):35-47.
33. วัชรพร เขยสุวรรณ, กนกนุช ขำภักตร์, สมใจ ศุภนาม, อมรทิพย์ ณ บางช้าง, ชนุตรา เกิดมณี, อรวรรณ ช้องต้อ, สุภรณ์ โพธิสา, ยวดี วงษ์แสง, วนาลักษณ์ พันธงาม.(2566). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย : กรณีศึกษาชุมชนเลือกสรร เขตธนบุรี. วารสารแพทยนาวิ 2566; 50(2):389-407.
34. ประลาลี โอภาสนันท์, วิยะดา รัตนสุวรรณ. ผลของการใช้ชุดกิจกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมต่อการทำงานของสมองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2563; 12(1):255-267.