

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อป้องกัน ภาวะสมองเสื่อม อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

Development of nursing care model for elderly diabetic un control blood sugar levels patients for prevent dementia in Su-ngai Padi District, Narathiwat Province.

(Received: April 29,2025 ; Revised: May 13,2025 ; Accepted: May 19,2025)

นฤมล ปิ่นพรม¹ราตรี หะนุรัตน์¹ สุภาวดี เพชรย้อย¹
Narumon Pinprom¹ Ratree Hanurat¹ Supawadee Phetyoi¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหา พัฒนา และใช้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ จำนวน 45 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินสุขภาพจิต 2Q Plus แบบประเมินความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai) แบบการประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS-15)) แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบก่อนหลังพัฒนาด้วย t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ระดับสุขภาพจิต ระดับความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม ระดับสภาพสมอง (MMSE-Thai) ระดับความเศร้าในผู้สูงอายุไทย และ ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.68, 3.18, 5.37, -4.12, -8.23, 2.65, -2$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ: การดูแลผู้สูงอายุ, การป้องกันภาวะสมองเสื่อม, การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

Abstract

This study was action research aimed to study the problems, develop and use nursing care model for elderly diabetes un control blood sugar levels for prevent dementia in Su-ngai Padi District, Narathiwat Province. Sample size were 45 elderly people who uncontrol blood sugar levels. Data were collected by general information interview form, 2Q Plus mental health assessment form, a dementia risk assessment form, basic mental health test (MMSE-Thai), Thai elderly depression assessment form (TGDS-15), Screening form for daily living (ADL), and clinical record of accumulated blood sugar (HbA1C) a focus group discussion guideline. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics and t-test to compare before and after development. Qualitative data were analyzed using content analysis.

Research results found that the accumulated blood sugar level (HbA1C), mental health level, dementia risk level, brain condition level (MMSE-Thai), sadness level in Thai elderly and ability to perform daily life (ADL) improved significantly at the .05 level ($t = 6.68, 3.18, 5.37, -4.12, -8.23, 2.65, -2$, respectively). Conclusion and discussion of results to recommended to promote training to control blood sugar levels in patients and caregivers, together with community operations, so that dementia in the elderly can be prevented effectively.

Keywords: Elderly care, Dementia prevention, Blood sugar control

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

บทนำ

ปัญหาผู้สูงอายุเป็นปัญหาระดับโลกในยุคปัจจุบัน เนื่องจากเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในประชากรโลกทั้งหมดโดยประมาณ 7,628 ล้านคนทั่วโลก มีผู้สูงอายุโดยประมาณ 965 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.65 ของประชากรโลกทั้งหมด¹ โรคสมองเสื่อมมักพบในผู้สูงอายุและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและคนในครอบครัว อัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมของประชากรโลกในผู้สูงอายุพบอัตราผู้ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมถึง 1 ใน 20 รายในคนที่อายุเกิน 80 ปีจะมีอัตราสูงถึง 1 ใน 8 ราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ² โรคสมองเสือนั้นไม่มียาเฉพาะที่ใช้ในการรักษาและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีเพียงการใช้ยาเพื่อเพิ่มระดับสารสื่อประสาทในสมองที่ช่วยเพิ่มความจำให้ดีขึ้น และลดปัญหาด้านพฤติกรรมที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคเมื่อโรคมีความรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยจะเกิดภาวะความจำเสื่อมอย่างรุนแรงไม่สามารถจำคนใกล้ชิดได้ ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้บ้างหรือไม่ได้เลย เป็นภาระของครอบครัว และส่งผลกระทบต่อประเทศชาติ การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่ท้าทายในระดับนานาชาติทั่วโลก³

ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมดโดยประมาณ 68.9 ล้านคน ในนี้มีผู้สูงอายุโดยประมาณ 11 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.5 ในขณะที่ประชากรรวมของประเทศไทยกำลังเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่ช้าลง เหลือเพียงร้อยละ 0.4 ต่อปี ปัจจุบัน และประชากรสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ต่อปี อีกประมาณ 5 ปีข้างหน้าผู้สูงอายุจะมีจำนวน ร้อยละ 20 ของประชากรประเทศไทยทั้งหมด การเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2560 โดยกรมกิจการผู้สูงอายุกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พบว่ามีผู้ที่มีอายุจำนวน 10,325,322 คน คิดเป็นร้อยละ 15.45 ของประชากรทั้งหมด⁴ ในปี 2563 มีผู้สูงอายุที่เป็นภาวะสมองเสื่อม ประมาณ 600,000 คน หรือ

ร้อยละ 6 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด และได้พยากรณ์ไว้ว่าอีก 10 ปีข้างหน้า (ปี 2573) จะเพิ่มเป็น 1,117,000 คน โดยความชุกของโรคสมองเสื่อมจะพบมากในผู้สูงอายุสูงถึง ร้อยละ 30 และพบมากที่สุดกับผู้สูงอายุ 85 ปีขึ้นไป⁵ สำหรับในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 1.82 พบผู้ที่มีอายุที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมสูงถึง ร้อยละ 25 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด ประเทศต้องแบกรับค่าใช้จ่ายผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเปราะบางทางสุขภาพที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมประมาณ 6 แสนคน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอีกมากในอีก 20 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะโรคสมองเสื่อมจะเพิ่มเป็น 1.4 ล้านคน⁶ โรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและคนในครอบครัว รวมถึงค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการดูแลโดยประมาณเดือนละ 10,000 – 20,000 บาท กลายเป็นผลกระทบทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และคุณภาพชีวิต⁷

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นจากการเสื่อมสภาพของสมอง โดยจะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านความจำ เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ความคิด บุคลิกภาพ สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการสมองเสื่อมที่พบบ่อยๆ คือ เนื้อสมองเสื่อมสลาย ที่พบบ่อย คือ โรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน โรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคความดันเลือดสูง โรคเบาหวาน ระดับไขมันคอเลสเตอรอลสูง โรคอ้วน โรคติดเชื้อในสมอง โรคขาดสารอาหารบางชนิด ระบบเมตาบอลิกในร่างกายแปรปรวน ต่อมไร้ท่อผิดปกติ ศีรษะถูกกระทบ กระแทกรุนแรง เนื้องอกในสมอง การได้รับยาที่เป็นพิษต่อการทำงานของสมอง⁸ การป้องกันภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย การควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือด เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น การควบคุมน้ำหนักตัว ไม่ให้เกินเกณฑ์โดยรักษาค่าดัชนีมวลกายไม่ให้เกิน 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร⁹ การหลีกเลี่ยงยาหรือสารที่ทำให้เกิดอันตรายแก่สมอง เช่น สุรา บุหรี่ เป็นต้น การทำ

กิจกรรมทางความคิด การฝึกให้สมองบ่อยๆ เช่น การอ่านหนังสือ หรือการเขียนหนังสือ บ่อยๆ การคิดเลข การเล่นเกมตอบปัญหา การฝึกหัดการใช้อุปกรณ์ใหม่ๆ การมีกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว และคลอเรสเตอรอลสูง การรับประทานอาหารที่มีสารต่อต้านอนุมูลอิสระ เช่น ปลา ผัก และผลไม้ การทำกิจกรรมทางสังคม เช่น การไปวัด การไปงานเลี้ยงต่างๆ หรือการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ เพื่อพบปะและพูดคุยกับผู้อื่นบ่อยๆ การหลีกเลี่ยงความเครียด และป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า¹⁰

โรคเบาหวานเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในอันดับต้นๆ ของกลุ่มโรคเรื้อรังทั้งหมด ที่รัฐบาลหลายๆ ประเทศมุ่งเน้นให้ความสำคัญในการป้องกันและการควบคุมโรค สำหรับประเทศไทย ความชุกของโรคเบาหวานมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยเพิ่มขึ้นในรอบ 10 ปี (ปี 2556-2566) จากร้อยละ 2.83 มาเป็นร้อยละ 5.62 ในปี 2566 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานประเทศไทย สูงถึง ร้อยละ 8.42 หรือประมาณ 3.74 ล้านคน โรคเบาหวานส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุ ร้อยละ 15.18 ของประชากรที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนานและต้องรักษาแบบต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และมีอัตราการครองเตียงที่สูงและนานกว่ากลุ่มอายุอื่นมาก จึงส่งผลกระทบอย่างสำคัญต่อความต้องการบริการด้านสาธารณสุข และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สิ่งเหล่านี้อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ต้องเปลี่ยนบทบาทไปเป็นผู้ป่วย และเกิดการสูญเสียในด้านต่างๆ ได้แก่ การสูญเสียบทบาทหน้าที่ในครอบครัว สูญเสียบทบาทในสังคม สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเองหรือการทำกิจกรรมที่ตนเองพึงพอใจ สูญเสียคุณค่าและศักดิ์ศรีในตนเอง และ

ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น รวมทั้งความสูญเสียในด้านเศรษฐกิจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงและการสูญเสียในด้านต่างๆ เหล่านี้จะส่งผลกระทบทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีความเสี่ยงที่จะมีภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวานถึง 2-3 เท่า อุบัติการณ์ของโรคสมองเสื่อมจึงพบได้ค่อนข้างสูงในผู้สูงอายุ พบอุบัติการณ์สูงถึง ร้อยละ 6.22 เท่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วยจะส่งผลต่อ ต่อภาวะสุขภาพและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย เช่น เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคก่อให้เกิดภาวะโรคร่วมอื่นๆ ได้ง่าย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สำคัญคือส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด¹¹ ภาวะสมองเสื่อมมักส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับค่าปกติ เป็นเป้าหมายสำคัญที่สุดของการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากภาวะซึมเศร้า มีผลทำให้ผู้ป่วยมีสภาวะทางด้านร่างกายและจิตใจที่แย่ลง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ขาดความสนใจในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และมีการดูแลตนเองน้อยลง การมีภาวะซึมเศร้าจะก่อให้เกิดผลเสีย และส่งผลกระทบในทางลบต่อภาวะสุขภาพและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ เช่น ความสามารถในการจัดการตนเองลดลงการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคและเกิดโรคร่วมอื่นๆ ตามมา นำไปสู่การดำเนินของโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพิ่มขึ้น การมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง และเพิ่มอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเพิ่มมากขึ้น¹²

จังหวัดนราธิวาส มีผู้สูงอายุในปี 2564-2566 จำนวน 74,480 คน 76,353 คน และ คน 79,981 คิดเป็นร้อยละ 11.46 ,11.74 และ 12.27 ตามลำดับ จะเห็นว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ใน

จำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุและป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 10,006 คน 11,108 คน และ 11,925 คน ตามลำดับ พบว่ามีแนวโน้มผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุเช่นกัน อำเภอสุโขทัย มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 1,788 คน 1,834 คน และ 1,936 คน ตามลำดับ และจากการคัดกรองผู้สูงอายุพบกลุ่มเสี่ยงสมองเสื่อมที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ในปี 2564 พบ จำนวน 22 คน จาก 120 คน คิดเป็นร้อยละ 54.45 ปี 2565 พบ 26 คน จาก 145 คน ร้อยละ 17.93 และ ปี 2566 พบ 56 คน จาก 342 ร้อยละ 16.37 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ปัญหาเบื้องต้นของโรงพยาบาลสุโขทัย พบว่ารูปแบบการแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเพื่อชะลอการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญและเร่งด่วน โดยจำต้องเหมาะกับบริบทในพื้นที่ และต้องดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานโดยเฉพาะ โดยอาศัยความร่วมมืออย่างจริงจังในการทำ ความเข้าใจและแก้ไขอย่างเร่งด่วน เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทุกฝ่ายทั้งโรงพยาบาล สถานบริการสุขภาพ ครอบครัว และชุมชน แม้กระทรวงสาธารณสุข จะมีนโยบายที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ แต่ในสถานการณ์จริงพบว่าการทำงานของหน่วยงานสถานบริการสุขภาพ องค์กรและผู้เกี่ยวข้อง ในลักษณะที่มุ่งเป้าหมายเดียวกัน ต่างคนต่างทำ ขาดการทำความเข้าใจและการนำบทเรียนมาทำการวิเคราะห์เชื่อมโยง เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะสมองเสื่อม ประกอบกับการขาดระบบติดตามสนับสนุนให้เกิดการส่งต่อเพื่อช่วยเหลือสนับสนุน ระหว่างเครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็ง ผลที่เกิดขึ้นคือระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเบาหวานยังไม่เห็นรูปธรรมที่ชัดเจน¹³

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ อำเภอสุโขทัย

จังหวัดนราธิวาส เพื่อใช้ในการแก้ปัญหา ชะลอภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานให้ช้าลง มีแนวทางที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในผู้สูงอายุและพบอุบัติการณ์ในผู้สูงอายุมากที่สุด การเกิดภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น การทำงานของสมองเสื่อมถอยลงจะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ ต้องเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและสามารถช่วยเหลือและพึ่งพิงตนเองให้ได้มากที่สุด รวมไปถึงการเฝ้าระวังระดับน้ำตาล การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการป้องกันรักษาฟื้นฟู และหาแนวทางช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ให้ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง มีมาตรฐานทางการแพทย์ และเป็นพื้นฐานในการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืนในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

วิธีการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล

เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา เป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในเขตอำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา ในช่วงเดือน กรกฎาคม 2567 - กุมภาพันธ์ ปี 2568 รวมดำเนินการวิจัย 8 เดือน และติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการ โดยมีรูปแบบ ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เชิงคุณภาพ ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และภาคีเครือข่าย และผู้ดูแลผู้สูงอายุ, เชิงปริมาณ ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (HbA1C >8) ในอำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา ในช่วงเดือน กรกฎาคม 2567-กุมภาพันธ์ 2568 จำนวน 149 คน

กลุ่มตัวอย่าง เชิงคุณภาพ ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และภาคีเครือข่าย และผู้ดูแลผู้สูงอายุ และตัวแทนผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป **เชิงปริมาณ** ได้แก่ ตัวแทนผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (HbA1C >8) ในอำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา ในช่วงเดือน กรกฎาคม 2567-กุมภาพันธ์ 2568 คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ คำนวณ กลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปได้ จำนวน 45 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถามเชิงคุณภาพ แนวทางสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้และมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

2) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ดูแล สุขภาพกายของผู้สูงอายุ โรคและการเจ็บป่วย ปัญหาของผู้สูงอายุ

3) แบบประเมินสุขภาพจิต 2Q Plus ของ Thoranin Kongsuk, 2018 จำนวน 3 ข้อ การแปลผล 2 ระดับ

4) แบบประเมินความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม จำนวน 14 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน ข้อคำถามเกี่ยวกับความจำ สมาธิ ทิศทาง โดยตอบตามความถี่ที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาที่กำหนด ลักษณะเป็นแบบประเมินความถี่ในการเกิดเหตุการณ์ ของ British Medical Association แปลโดย มหาวิทยาลัยมหิดล

5) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai) จำนวน 11 ข้อ 30 คะแนน ลักษณะเป็นการทดสอบให้คะแนน ของคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ 1) Orientation for time, place 2) Registration 3) Attention/calculation 4) Recall 5) Language 6) Vasoconstriction

6) แบบ ประเมินภาวะพุทิตปัญญา (Montreal Cognitive Assessment, MoCA) จำนวน 11 ข้อ 30 คะแนน พัฒนาขึ้นในปี 1996 โดย Dr. Ziad Nasreddine

7) แบบการประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS-15) จำนวน 15 ข้อ 15คะแนน พัฒนาโดย ณหทัย วงศ์ปการันย์, 2550

8) แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living – ADL) จำนวน 10 ข้อ 20 คะแนน ตามดัชนีของบาร์เรล

9) แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก ผลการตรวจรักษาโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ ได้แก่ ผลตรวจค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C) ค่าน้ำตาลหลังดอาหาร 6-8 ชั่วโมง (FBS) ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในแต่ละเดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ มีรายละเอียดดังนี้ ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ค่าสูงต่ำ สถิติเชิงอนุมาน ประกอบด้วย การเปรียบเทียบ ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ระดับสุขภาพจิต ระดับความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม ระดับสภาพสมอง (MMSE-Thai) ระดับความเศร้าในผู้สูงอายุไทย และ ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired t-test

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวม และใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1) สถานการณ์ ปัญหา ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส **เชิงคุณภาพ** การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในรูปแบบเดิมจะให้บริการเฉพาะเมื่อเจ็บป่วย หรือเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ขาดการดูแลแบบต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน ไม่ได้มีการเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพระดับชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน การดูแลโดย อสม. หรือผู้นำชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรวมถึงภาวะสมองเสื่อม การขาดระบบการดูแลที่บูรณาการจึงเป็นอุปสรรคสำคัญในการควบคุมโรคเบาหวาน รูปแบบเดิมเน้นให้โรงพยาบาลเป็นเจ้าภาพหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ โดยขาดการมีส่วนร่วมของ

ชุมชน ซึ่งทำให้เกิดช่องว่างในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ไม่สามารถตอบสนองความต้องการเฉพาะด้านของผู้สูงอายุในบริบทท้องถิ่นได้ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดภาระหนักกับบุคลากรในโรงพยาบาล และขาดความต่อเนื่องในการดูแล จากการวิเคราะห์ ในรูปแบบเดิมไม่มีการกำหนดบทบาทและหน้าที่ของภาคีเครือข่ายอย่างชัดเจน ทำให้เกิดความซ้ำซ้อน หรือขาดความรับผิดชอบในบางพื้นที่ ไม่มีระบบการประสานงานที่ชัดเจนระหว่างระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน ส่งผลให้การดำเนินงานไม่เป็นระบบ ไม่ต่อเนื่อง และขาดประสิทธิภาพในการดูแลแบบองค์รวม การอบรมในรูปแบบเดิมเน้นการให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ไม่สามารถเจาะจงไปยังกลุ่มผู้สูงอายุที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ทำให้การปฏิบัติตัวหลังอบรมไม่ได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง ขาดระบบการติดตามและประเมินผลรายบุคคล ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาล การดำเนินการในปัจจุบันยังขาดคู่มือ แนวปฏิบัติ หรือเครื่องมือที่เหมาะสมในการดูแลและประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ การให้ความรู้เป็นเพียงครั้งคราว ไม่มีแนวทางหรือสื่อที่สามารถนำไปใช้งานจริงได้ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถติดตามประเมินอาการของผู้สูงอายุได้อย่างแม่นยำ **เชิงปริมาณ** กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 45 คน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 45 คน ส่วนมากเป็นหญิง จำนวน 33 คน ร้อยละ 73.33 รองลงมา ชาย จำนวน 12 คน ร้อยละ 26.66 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 65 ถึง 69 ปี จำนวน 11 คน ร้อยละ 24.44 รองลงมาคือช่วง 70 ถึง 74 ปี จำนวน 10 คน ร้อยละ 22.22 และช่วง 75 ถึง 79 ปี จำนวน 9 คน ร้อยละ 20 โดยอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 68.36 ปี ต่ำสุด 62 ปี และสูงสุด 87 ปี ตามลำดับสถานภาพสมรสส่วนมากเป็นผู้ที่สมรสแล้ว จำนวน 31 คน ร้อยละ 68.89 รองลงมาคือกลุ่มหม้าย จำนวน 13 คน ร้อยละ 28.88 และกลุ่มหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ 1 คน ร้อยละ 2.22 ตามลำดับ ด้านศาสนา พบว่าผู้สูงอายุส่วนมาก

ศาสนา อิสลาม จำนวน 32 คน ร้อยละ 71.11 และ พุทธ จำนวน 13 คน ร้อยละ 28.88 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนมากเป็นผู้ที่จบ ประถมศึกษา จำนวน 34 คน ร้อยละ 75.55 รองลงมาคือไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 10 คน ร้อยละ 22.22 และมีมัธยมศึกษาตอนต้น 1 คน ร้อยละ 2.22 ตามลำดับ อาชีพที่พบมากที่สุดคือทำสวน จำนวน 36 คน ร้อยละ 80 รองลงมาคือรับจ้าง 7 คน ร้อยละ 15.55 ค้าขาย 1 คน ร้อยละ 2.22 และว่างงาน 1 คน ร้อยละ 2.22 ตามลำดับ รายได้ ต่อเดือนส่วนมากอยู่ในกลุ่มต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 37 คน ร้อยละ 82.22 รองลงมาคือรายได้ 5,001 ถึง 10,000 บาท จำนวน 5 คน ร้อยละ 11.11 รายได้ 10,001 ถึง 20,000 บาท จำนวน 1 คน ร้อยละ 2.22 รายได้มากกว่า 20,000 บาท จำนวน 2 คน ร้อยละ 4.44 และไม่มีรายได้ 1 คน ร้อยละ 2.22 ตามลำดับ โดยรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 6,011.11 บาท ต่ำสุด 1,000 บาท และสูงสุด 60,000 บาท ตามลำดับ น้ำหนักตัวของกลุ่ม ตัวอย่างส่วนมากกระจุกตัวในช่วง 50 ถึง 54 กิโลกรัม จำนวน 9 คน ร้อยละ 20 รองลงมาคือ ช่วง 60 ถึง 64 กิโลกรัม จำนวน 8 คน ร้อยละ 17.78 และช่วง 55 ถึง 59 กิโลกรัม จำนวน 7 คน ร้อยละ 15.56 ตามลำดับ น้ำหนักเฉลี่ยอยู่ที่ 93 กิโลกรัม ต่ำสุด 46 กิโลกรัม และสูงสุด 90 กิโลกรัม ตามลำดับ รอบแขนส่วนมากกระจุกตัว ในช่วง 150 ถึง 154 เซนติเมตร จำนวน 14 คน ร้อยละ 31.11 รองลงมาคือช่วง 160 ถึง 164 เซนติเมตร จำนวน 10 คน ร้อยละ 22.22 และช่วง 155 ถึง 159 เซนติเมตร จำนวน 9 คน ร้อยละ 20 ตามลำดับ รอบแขนเฉลี่ยอยู่ที่ 155.56 เซนติเมตร ต่ำสุด 100 เซนติเมตร และสูงสุด 170 เซนติเมตร ตามลำดับ ดัชนีมวลกายหรือ BMI ส่วนมากจัดอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 22 คน ร้อยละ 48.89 รองลงมาคือกลุ่มอ้วน 15 คน ร้อยละ 33.33 และ กลุ่มอ้วนมาก 8 คน ร้อยละ 17.78 ตามลำดับ ค่า BMI เฉลี่ยอยู่ที่ 25.92 ต่ำสุด 19.46 และสูงสุด 35.83 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ตามลำดับ รอบเอว

ของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากผิดปกติ คือมีค่ามากกว่า 80 เซนติเมตร จำนวน 41 คน ร้อยละ 91.11 ส่วน กลุ่มที่มีรอบเอวปกติต่ำกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตร มีจำนวน 4 คน ร้อยละ 8.89 ตามลำดับ รอบเอวเฉลี่ยอยู่ที่ 91.53 เซนติเมตร ต่ำสุด 67 เซนติเมตร และสูงสุด 120 เซนติเมตร ตามลำดับ ความดันโลหิตส่วนมากปกติ มีค่าต่ำกว่า หรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 40 คน ร้อยละ 88.89 และกลุ่มที่มีความดันสูงผิดปกติ มากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 5 คน ร้อยละ 11.11 ตามลำดับ ความสามารถในการ มองเห็น พบว่ามองเห็นชัดเจน จำนวน 17 คน ร้อยละ 37.78 และมองเห็นมัว จำนวน 28 คน ร้อยละ 62.22 ตามลำดับ ขณะที่ความสามารถในการได้ยินชัดเจน มีจำนวน 38 คน ร้อยละ 84.44 และได้ยินไม่ชัดเจน 7 คน ร้อยละ 15.56 ตามลำดับ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ส่วนมากไม่มี อุปกรณ์ จำนวน 19 คน ร้อยละ 42.22 รองลงมา คือใช้ฟันปลอม 22 คน ร้อยละ 48.89 ส่วนผู้ที่ใช้ แว่นตามีจำนวน 3 คน ร้อยละ 6.67 และไม้เท้า 3 คน ร้อยละ 6.67 ตามลำดับ ระดับน้ำตาลในเลือด Hba1c ครั้งที่ 1 ไม่พบกลุ่มที่มีระดับปกติและกลุ่ม เสี่ยงที่มีค่า HbA1C 5.71 ถึง 6.49 ส่วนใหญ่เป็น กลุ่มเสี่ยงสูงที่มีค่ามากกว่า 6.50 จำนวน 45 คน ร้อยละ 100 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ย Hba1c อยู่ที่ 10.03 ต่ำสุด 8 และสูงสุด 14 ตามลำดับ

2) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับ น้ำตาลเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม อำเภอ สุโขทัย จังหวัดนราธิวาส **กระบวนการพัฒนา** รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาล เพื่อป้องกันสมองเสื่อม ประกอบด้วย 5 แนวทาง สำคัญดังนี้ 1) การบูรณาการบริการด้านสาธารณสุข 2)สนับสนุนกลไก บริการด้านสังคมโดยชุมชน 3) กำหนดบทบาทหน้าที่ค่าสัณณะทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย อำเภอ 4) อบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) การ ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและจัดทำ

แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) 5) การประเมินให้ความรู้การป้องกันโรคสมองเสื่อมและการรักษาผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลด้วยแนวทางที่ได้มาตรฐานและทันสมัย **กระบวนการถอดบทเรียน** การดูแลผู้สูงอายุป่วยเป็นเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาล เพื่อป้องกันโรคสมองเสื่อมทั้งหมด 8 เดือน ผลการถอดบทเรียน **เดือนที่ 1** โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา งานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล มีการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันกับผู้นำชุมชน กำนันผู้ใหญ่บ้าน หัวหน้าส่วนราชการ พยายามปรับการดำเนินการตามนโยบายใหม่ ข้อกฎหมาย และนโยบายที่ทางผู้วิจัยกำหนด เพื่อสะท้อนปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาล เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นสิ่งใหม่ในการผลักดันให้เกิดในชุมชน ผลการถอดบทเรียน **เดือนที่ 2-3** โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา งานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล มีการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันกับผู้นำชุมชน กำนันผู้ใหญ่บ้าน หัวหน้าส่วนราชการ พยายามปรับการดำเนินการตามนโยบายใหม่ ข้อกฎหมาย และนโยบายที่ทางผู้วิจัยกำหนด เพื่อสะท้อนปัญหาการดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาล เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นสิ่งใหม่ในการผลักดันให้เกิดในชุมชน ผลการถอดบทเรียน **เดือนที่ 4-5** การดำเนินการดูแลผู้สูงอายุมีความเข้าใจคาดเคลื่อน จึงได้ปรับให้มีการอบรม เดือนละ 1 ครั้ง ในชุมชนเพื่อวางรูปแบบ ชุมชนเป็นเจ้าภาพ รู้สึกถึงความเป็นเจ้าของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง สามารถควบคุมได้ดี เป็นบุคคลที่ทรงคุณค่ากับชุมชน เคยประสบความสำเร็จในอดีต ผู้มากประสบการณ์ โดยโรงพยาบาลต้องเป็นผู้ผลักดันกลไกต่างๆ เช่น ผู้นำชุมชน อสม. ญาติผู้ดูแล ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมให้มากที่สุด ผลการถอดบทเรียน **เดือนที่ 6-8** การดำเนินการดูแลผู้สูงอายุมีความเข้าใจคาดเคลื่อน จึงได้ปรับให้มีการอบรม เดือนละ 1

ครั้ง ในชุมชนเพื่อวางรูปแบบ ชุมชนเป็นเจ้าภาพ รู้สึกถึงความเป็นเจ้าของการดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาล เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นบุคคลที่ทรงคุณค่ากับชุมชน เคยประสบความสำเร็จในอดีต ผู้มากประสบการณ์ นำทางแทน โดยโรงพยาบาลต้องเป็นผู้ผลักดันกลไกต่างๆ เช่น ผู้นำชุมชน อสม. ญาติผู้ดูแล ให้เข้ามามีส่วนร่วมให้มากที่สุด โดยบริการและการดูแลต่างๆ ต้องออกมาจากชุมชน

3) ผลลัพธ์การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

3.1) ผลการประเมินระดับน้ำตาลในเลือดน้ำตาลสะสม (HbA1C) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง 45 คน อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 100 และไม่มีผู้ที่มีค่า HbA1c อยู่ในเกณฑ์ปกติเลย โดยมีค่าเฉลี่ย HbA1c เท่ากับ 10.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.05 ค่าต่ำสุด 8.00 และค่าสูงสุด 14.00 ตามลำดับ หลังการพัฒนา พบว่ากลุ่มที่มีค่า HbA1c อยู่ในระดับเสี่ยงสูงลดลงเหลือ 24 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 กลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็น 15 คน ร้อยละ 33.33 และกลุ่มที่มีค่า HbA1c อยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้นเป็น 6 คน ร้อยละ 13.33 โดยมีค่าเฉลี่ย HbA1c เท่ากับ 7.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.84 ค่าต่ำสุด 4.50 และค่าสูงสุด 12.30 ตามลำดับ

3.2) ผลการประเมินสุขภาพจิต (2Q) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง 45 คน ส่วนมากอยู่ในกลุ่มปกติจำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 84.4 รองลงมาคือกลุ่มผิดปกติ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 15.6 หลังการพัฒนา พบว่ากลุ่มที่มีผลประเมิน

สุขภาพจิต 2Q อยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้นเป็น 43 คน คิดเป็นร้อยละ 95.60 ขณะที่กลุ่มผิดปกติลดลงเหลือ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.40 ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบแสดงให้เห็นว่า หลังการพัฒนา มีจำนวนผู้ที่มีสุขภาพจิตปกติเพิ่มขึ้น และกลุ่มผิดปกติลดลงอย่างชัดเจน สะท้อนให้เห็นแนวโน้มสุขภาพจิตที่ดีขึ้นหลังการพัฒนา

3.3) ผลการประเมินประเมินความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม (British Medical Association, BMA score) ใน กลุ่ม ผู้สูง อายุ ที่ ป่วย เป็น โรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง 45 คน ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 62.22 รองลงมาคือระดับค่อนข้างต่ำ จำนวน 12 คน ร้อยละ 26.67 ระดับดีมาก 4 คน ร้อยละ 8.89 และระดับต่ำ 1 คน ร้อยละ 2.22 โดยมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสมองเสื่อม BMA เท่ากับ 24.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.62 ค่าต่ำสุด 15.00 และค่าสูงสุด 39.00 ตามลำดับ หลังการพัฒนา พบว่ากลุ่มที่อยู่ในระดับปานกลางยังคงมีจำนวนสูงสุดคือ 27 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมาคือระดับค่อนข้างต่ำ 10 คน ร้อยละ 22.22 ระดับดีมากเพิ่มขึ้นเป็น 7 คน ร้อยละ 15.56 และระดับต่ำคงที่ที่ 1 คน ร้อยละ 2.22 โดยมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสมองเสื่อม BMA เท่ากับ 21.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.23 ค่าต่ำสุด 13.00 และค่าสูงสุด 34.00 ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบแสดงให้เห็นว่า หลังการพัฒนา มีจำนวนผู้ที่อยู่ในระดับดีมากเพิ่มขึ้น และระดับค่อนข้างต่ำลดลงอย่างชัดเจน สะท้อนแนวโน้มการพัฒนาภาวะสมองในทางที่ดีขึ้นตามลำดับ

3.4) ผลการประเมินสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai) ใน กลุ่ม ผู้สูง อายุ ที่ ป่วย เป็น โรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง 45 คน พบว่ามีจำนวนผู้ที่มีผลการประเมินสภาพสมอง

เบื้องต้น MMSE-Thai อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 62.22 ขณะที่กลุ่มสงสัยภาวะสมองเสื่อมมีจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 37.78 หลังการพัฒนา พบว่ากลุ่มที่มีผลการประเมินอยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้นเป็น 34 คน คิดเป็นร้อยละ 75.56 ขณะที่กลุ่มสงสัยภาวะสมองเสื่อมลดลงเหลือ 11 คน คิดเป็นร้อยละ 24.44 ตามลำดับ

3.5) ผลการประเมินภาวะพุทธิปัญญา (Montreal Cognitive Assessment, MoCA) ใน กลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง 45 คน พบว่ามีจำนวนผู้ที่มีผลการประเมินภาวะพุทธิปัญญา (MoCA) อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ขณะที่กลุ่มผิดปกติมีจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 หลังการพัฒนา พบว่ากลุ่มที่มีผลการประเมินอยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้นเป็น 28 คน คิดเป็นร้อยละ 62.22 ขณะที่กลุ่มผิดปกติลดลงเหลือ 17 คน คิดเป็นร้อยละ 37.78 ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบแสดงให้เห็นว่า หลังการพัฒนา มีจำนวนผู้ที่มีภาวะพุทธิปัญญาปกติเพิ่มขึ้น และกลุ่มผิดปกติลดลงอย่างชัดเจน สะท้อนให้เห็นแนวโน้มการพัฒนาภาวะพุทธิปัญญาในทางที่ดีขึ้นตามลำดับ

3.6) ผลการประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) ใน กลุ่ม ผู้สูง อายุ ที่ ป่วย เป็น โรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง 45 คน พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุส่วนมากที่อยู่ในระดับปกติ (0 - 5 คะแนน) จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 84.44 รองลงมาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (6 - 10 คะแนน) มีจำนวน 7 คน ร้อยละ 15.55 และไม่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าต้องพบแพทย์ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนน TGDS เท่ากับ 3.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.7 ค่าต่ำสุด 2.00 และค่าสูงสุด 8.00 ตามลำดับ หลังการพัฒนา พบว่า ส่วนมากคือกลุ่ม

ที่อยู่ในระดับปกติ (0 - 5 คะแนน) เพิ่มขึ้นเป็น 43 คน คิดเป็นร้อยละ 95.55 ขณะที่กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า (6 - 10 คะแนน) ลดลงเหลือ 2 คน ร้อยละ 4.44 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนน TGDS ลดลงเป็น 2.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.03 ค่าต่ำสุด 2.00 และค่าสูงสุด 6.00 ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบแสดงให้เห็นว่า หลังการพัฒนา มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีระดับความเศร้าในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้น และกลุ่มที่มีความเศร้าลดลงอย่างชัดเจน สะท้อนถึงแนวโน้มการพัฒนาสุขภาพจิตในทางที่ดีขึ้นตามลำดับ

3.7) ผลการประเมินกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) โดยใช้ดัชนี Barthel ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง 45 คน พบว่ามีจำนวนผู้ที่อยู่ภาวะพึ่งพาปานกลาง (9 - 11 คะแนน) จำนวน 5 คน ร้อยละ 11.11 และกลุ่มที่ไม่เป็นการพึ่งพา (12 - 20 คะแนน) จำนวน 40 คน ร้อยละ 88.88 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนน ADL เท่ากับ 18.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.08 ค่าต่ำสุด 11.00 และค่าสูงสุด 20.00 ตามลำดับ หลังการพัฒนา พบว่ากลุ่มที่ไม่เป็นการพึ่งพาเพิ่มขึ้นเป็น 2 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 ขณะที่ภาวะพึ่งพาปานกลางลดลงเหลือ 2 คน ร้อยละ 4.44 ไม่มีกลุ่มภาวะพึ่งพารุนแรงและภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนน ADL เพิ่มขึ้นเป็น 19.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.38 ค่าต่ำสุด 11.00 และค่าสูงสุด 20.00 ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบแสดงให้เห็นว่า หลังการพัฒนา มีจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพาลดลง และจำนวนผู้ที่ไม่เป็นการพึ่งพาเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน สะท้อนถึงแนวโน้มการพัฒนาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในทางที่ดีขึ้นตามลำดับ

3.8) การเปรียบเทียบ Hba1c ประเมินสุขภาพจิต 2Q ภาวะสมองเสื่อม BMA สภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai) ภาวะพุทธิปัญญา (MoCA) ความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) ความสามารถ

ในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส การเปรียบเทียบ ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการจัดการตนเอง ภายหลังการใช้ การใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาล พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในทุกด้าน เมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ย Hba1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ก่อน = 10.03 ± 2.05 , หลัง = 7.76 ± 1.84 ; $t = 6.68$, $p < .001$) คะแนนประเมินสุขภาพจิต 2Q ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (ก่อน = 0.31 ± 0.57 , หลัง = 0.09 ± 0.29 ; $t = 3.18$, $p = .003$) คะแนนภาวะความจำ(BMA) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ก่อน = 24.84 ± 5.62 , หลัง = 21.76 ± 5.23 ; $t = 5.37$, $p < .001$) คะแนนสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ก่อน = 18.07 ± 4.23 , หลัง = 20.15 ± 3.81 ; $t = -4.12$, $p < .001$) คะแนนภาวะพุทธิปัญญา (MoCA) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ก่อน = 22.05 ± 4.98 , หลัง = 27.10 ± 2.68 ; $t = -8.23$, $p < .001$) คะแนนความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (ก่อน = 3.31 ± 1.70 , หลัง = 2.8 ± 1.03 ; $t = 2.65$, $p < .001$) คะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (ก่อน = 18.77 ± 3.08 , หลัง = 19.08 ± 2.38 ; $t = -2$, $p < .001$) คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สถานการณ์และปัญหาก่อนการพัฒนา รูปแบบการศึกษานี้พบว่าระบบการดูแลแบบเดิมมีข้อจำกัดหลายประการที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ได้แก่ การดูแลไม่ต่อเนื่อง การให้บริการเน้นเฉพาะเมื่อผู้ป่วยเจ็บป่วยหรือมีภาวะแทรกซ้อน ขาดการดูแล

ต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน ขาดการเชื่อมโยงกับชุมชน ไม่มีการบูรณาการระหว่างโรงพยาบาลกับบริการสุขภาพระดับชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน หรือการดูแลโดย อสม. ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน: โรงพยาบาลเป็นเจ้าภาพหลักในการดูแล โดยขาดการมีส่วนร่วมจากชุมชน ทำให้เกิดช่องว่างในการเข้าถึงบริการและไม่สามารถตอบสนองความต้องการเฉพาะด้านได้ บทบาทของภาคีเครือข่ายไม่ชัดเจน ขาดการกำหนดบทบาทและหน้าที่ของภาคีเครือข่ายอย่างชัดเจน ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนหรือขาดความรับผิดชอบในบางพื้นที่ขาดเครื่องมือที่เหมาะสม ไม่มีคู่มือ แนวปฏิบัติ หรือเครื่องมือที่เหมาะสมในการดูแลและประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ สถานการณ์นี้มีความท้าทายในการจัดการโรคเรื้อรังว่าต้องการการดูแลแบบบูรณาการและต่อเนื่อง ไม่ใช่เพียงการดูแลรักษาเพียงอย่างเดียวควรมีการส่งเสริมเชิงระบบเข้ามาช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าว สอดคล้องกับ บุญเลิศ นิลละออง¹⁴

ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 แนวทางสำคัญ การบูรณาการบริการด้านสาธารณสุข การสนับสนุนกลไกบริการด้านสังคมโดยชุมชนการกำหนดบทบาทหน้าที่คณะทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายอำเภอ การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) เกี่ยวกับการป้องกันโรคสมองเสื่อม การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในหลายมิติ กระบวนการพัฒนารูปแบบและปัจจัยแห่งความสำเร็จจากการถอดบทเรียนพบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้การพัฒนารูปแบบการดูแลประสบความสำเร็จ ได้แก่ การให้ชุมชนเป็นเจ้าภาพ: การปรับรูปแบบให้ชุมชนรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงาน การอบรมอย่างต่อเนื่อง: การจัดอบรมเดือนละ 1 ครั้งในชุมชน ช่วยเสริมสร้างความรู้และ

ทักษะให้แก่ผู้ดูแลและอาสาสมัครในชุมชนการผลักดันกลไกต่างๆ โดยโรงพยาบาล: โรงพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ผลักดันให้ผู้นำชุมชน อสม. และญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม การเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ การส่งเสริมให้ชุมชนเห็นว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ทรงคุณค่า มีประสบการณ์และควรได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม กระบวนการพัฒนาดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพโดยมีชุมชนเป็นฐานที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพประชาชน สอดคล้องกับ ปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์ และ อรสา กงตาล¹⁵

ผลลัพธ์การใช้รูปแบบประกอบด้วย การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากค่าเฉลี่ย 10.03 เป็น 7.72 สะท้อนให้เห็นว่าการดูแลแบบบูรณาการช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ สุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้า ผลการประเมินสุขภาพจิต (2Q) แสดงให้เห็นการเพิ่มขึ้นของกลุ่มที่มีสุขภาพจิตปกติจากร้อยละ 84.4 เป็น 95.6 ความเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) โดยกลุ่มที่อยู่ในระดับปกติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.44 เป็น 95.55 ผลลัพธ์นี้สะท้อนว่าการดูแลแบบองค์รวมที่มีชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของภาวะสมองเสื่อม สมรรถภาพทางสมอง คะแนนความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม (BMA) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) การประเมินสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai) แสดงให้เห็นการเพิ่มขึ้นของกลุ่มที่มีผลประเมินปกติจากร้อยละ 62.22 เป็น 75.56 ภาวะพหุปัญญา (MoCA) พบว่ากลุ่มที่มีผลการประเมินปกติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33.33

เป็น 62.22 การพัฒนาที่เห็นได้ชัดในด้านสมรรถภาพทางสมองสะท้อนให้เห็นว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดร่วมกับการดูแลแบบองค์รวมสามารถชะลอหรือป้องกันการเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางสมองได้ เนื่องจากพบความสัมพันธ์ระหว่างโรคเบาหวานและการเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางสมอง ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน คะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) โดยกลุ่มที่ไม่ต้องพึ่งพาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 88.88 เป็น 93.33 สะท้อนให้เห็นว่าการดูแลแบบบูรณาการช่วยเพิ่มความสามารถในการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับ อีรพัฒน์ สุทธิประภา อรรถวิทย์ เนินชัด และ เกรียงไกร ประจัญศรี¹⁶

ข้อเสนอแนะ

1. การนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส ควรเหมาะสมกับบริบทของชุมชนและพื้นที่ตนเอง ควรสนับสนุนความรู้การดูแลตนเอง ทักษะ และความพึงใจเป็นสำคัญ
2. ควรมีการส่งเสริมความรู้ ทักษะ การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถ

ควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยบูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล ญาติผู้ดูแล ชุมชน เป็นสำคัญ

3. ควรมีการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในคลินิกเบาหวานที่หลากหลายเพื่อจะได้ออกแบบแนวทางการดูแลผู้ป่วยนอกเหนือจากเบาหวานและภาวะสมองเสื่อมได้ครอบคลุมทุกมิติมากยิ่งขึ้น

4. ควรมีการสนับสนุนทีมพยาบาล NCD ร่วมกับ ทีมพยาบาลผู้สูงอายุให้มีกลุ่มเป้าหมายเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในชุมชน

5. ควรมีการบูรณาการร่วมกันกับทีมดูแลต่อเนื่องในชุมชน (COC) เพื่อดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลสุโขทัยที่เข้าร่วมโครงการวิจัย และบุคลากรในโรงพยาบาลสุโขทัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสุโขทัย และภาคีเครือข่ายที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุโขทัย นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Development Programme Thailand. (2022). Thai Women's Unpaid Care and Domestic Work and the Impact on Decent Employment. 2022.
2. Muangpaian W. Know the truth and understand the elderly health and dementia. Bangkok: SE-Education; 2016.
3. สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค และ อาทิตยา สุวรรณ. ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดต่อความสามารถในการรู้คิด และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ในผู้สูงอายุที่เสี่ยงหรือมีภาวะสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย. 2560; 9(2): 145-158.
4. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2565. บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน). 2566.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2566). สรุปผลที่สำคัญการทำงานของสูงอายุไทย. 2566.
6. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2565.

- 7.มลฑา ชื่นชอบ. การสร้างทักษะการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ กรณีศึกษา: ผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 64 คลองสามวา. สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร. 2562.
- 8.สุจรรยา แสงเขียวงาม และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบึงคำพร้อย อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2564; 14(4): 62-71.
- 9.Ritchie, K., Carriere, Ritchie, C.W., Berr, Atero & Ancelin, 2010.
- 10.อภิญา จินานรักษ์. การวิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตำบลหนองหอย อำเภอเมือง เชียงใหม่[วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.
- 11.กัตติกา ธนะขว้าง.การวิจัยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในประเทศไทย.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2557.
- 12.บรรณันท์ พิมพโพธิ์. การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ในชุมชนตำบลไผ่ล้อม อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.
- 13.กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลสุโขทัย. รายงานผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานจากฐานข้อมูลสุขภาพ HDC. โรงพยาบาลสุโขทัย 2567.
- 14.บุญเลิศ นิลละออง. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา.2566; 8(1): 261-292.
- 15.ปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์ และ อรสา กงตาล. การพัฒนาการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลหนองสิม อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์.2563; 40(3): 48-65.
- 16.ธีรพัฒน์ สุทธิประภา, อรรถวิทย์ เนินชัด และ เกรียงไกร ประจัญศรี. การประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน.2567; 9(4): 665-671.