Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดตราด

THE DEVELOPMENT OF A HEALTH CARE MODEL FOR OLDER ADULTS WITH TYPE 2 DIABETES THROUGH FAMILY AND COMMUNITY PARTICIPATION IN TRAT PROVINCE.

(Received: September 24,2025 ; Revised: September 27,2025 ; Accepted: September 29,2025)

ปราการ อภิบาลศรี[1] เบญญา เชื้อนาข่า[1] วิชิตา โภคสมบัติ[1]
Prakarn Apibansri[1] Benya Chuernnakha[1] Wichita Phoksombat[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้รูปแบบผสานวิธี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการ มีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และเพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ผู้ร่วมการวิจัย จำนวน 326 คน ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 106 คน 2) บุคคลในครอบครัว จำนวน 106 คน 3) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 44 คน 4) นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 15 คน 5) บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 10 คน และ6) ผู้ดูแล (Caregiver) จำนวน 45 คน เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือตรวจวัดตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (Biomarkers) แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม แบบสังเกตและแนวทางสรุปการถอดบทเรียน วิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลเชิงปริมาณด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของ HbA1c ใช้สถิติทดสอบ Paired Samples t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการ มีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนด้วยแบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) พบว่า ได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (EAPA Model) ประกอบด้วย การมีส่วนร่วม (Participation) การประยุกต์ใช้ (Applied) กิจกรรม (Activities) และการประเมินผล (Evaluate) และได้เป็นโครงการในการแก้ไขปัญหา 3 โครงการดังนี้ 1) โครงการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน 2) โครงการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบบูรณาการโดยทีมดูแลร่วมระดับตำบล ครอบครัวและชุมชนแบบมีส่วนร่วม และ3) โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลเพื่อลดภาระเวลาและทรัพยากรของผู้ดูแล 2) ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน พบว่า 2.1) ภายหลังการนำรูปแบบมาใช้ ครอบครัวและชุมชน มีระดับความรู้และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับมาก 2.2) ภายหลังการนำรูปแบบมาใช้ ระดับ HbA1c ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ลดลงมากกว่าก่อนนำรูปแบบมาใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2.3) ภายหลังการนำรูปแบบมาใช้ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีมีระดับคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2, รูปแบบการดูแลสุขภาพ, การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

Abstract

This participatory action research with a mixed-methods design aimed to explore problems and needs in caring for older adults with type 2 diabetes through family and community participation, and to develop and evaluate a participatory care model. A total of 326 participants were involved, including 106 older adults with uncontrolled diabetes, 106 family members, 44 village heads, 15 local administrators, 10 health personnel, and 45 caregivers. Data collection employed biomarker assessments, interviews, questionnaires, observations, and lesson-learned synthesis. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and Paired Samples t-test for HbA1c, while qualitative data underwent content analysis.

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

Research results found that: 1) The development of a care model for the elderly with type 2 diabetes using family and community participation using the Chronic Care Model revealed that the EAPA Model for the elderly with type 2 diabetes comprised participation, application, activities, and evaluation. This model resulted in three problem-solving projects: 1) a project to strengthen the capacity of caregivers of the elderly with type 2 diabetes using family and community participation; 2) a project to develop an integrated care system for the elderly with type 2 diabetes using a collaborative care team at the sub-district level, family, and community participation; and 3) a project to increase care efficiency to reduce the time and resource burden on caregivers. 2) The results of the implementation of the care model for the elderly with type 2 diabetes using family and community participation found that: 2.1) After the model was implemented, families and communities The level of knowledge and participation in caring for elderly people with type 2 diabetes was at a high level. 2.2) After the implementation of the model, the HbA1c level of elderly people with type 2 diabetes decreased significantly more than before the model was implemented, at a statistically significant level of 0.05. 2.3) After the implementation of the model, elderly people with type 2 diabetes had a high level of quality of life.

Keywords: Older adults with type 2 diabetes, health care model, family and community participation

บทนำ

ในศตวรรษที่ 21 โลกกำลังเผชิญกับปรากฏการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรที่สำคัญ โดยเฉพาะการเข้าสู่สังคมสูงอายุ ซึ่งเป็นผลจากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และระบบบริการสุขภาพ ทำให้อัตราการรอดชีวิตของประชากรสูงขึ้น ขณะเดียวกันอัตราการเกิดกลับลดลงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นในทุกภูมิภาค[1] โดยทวีปเอเชียมีผู้สูงอายุสูงถึง 586 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด และถือเป็นภูมิภาคที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก[2] สำหรับประเทศไทย ได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และยังคาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นเป็นกว่า 3.4 ล้านคน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2563) ซึ่งแนวโน้มดังกล่าวจะก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมในวงกว้าง เมื่อสังคมเข้าสู่ภาวะสูงวัยปัญหาด้านสุขภาพที่พบมากคือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งกลายเป็นภาระสำคัญของระบบสาธารณสุขทั่วโลก[3] ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขไทยระบุว่า ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 60–69 ปี เพิ่มจากร้อยละ 16.7 เป็น 19.2 ในช่วงปี พ.ศ. 2557–2561[4] แนวโน้มดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่เพียงแต่เป็นปัญหาด้านสุขภาพแต่ยังสร้างภาระทางเศรษฐกิจอย่างมาก โดยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในประเทศไทยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี และมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ถึง 16,388 คน หรืออัตราตาย 25.1 ต่อแสนประชากร[5] ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลก[6] ได้กำหนดวัตถุประสงค์หลักในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานไว้ 4 ด้าน ได้แก่ (1) การป้องกันอาการเฉียบพลันจากระดับน้ำตาลสูง (2) การส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ใกล้เคียงปกติ (3) การควบคุมเมตาบอลิซึมให้อยู่ในเกณฑ์เหมาะสม และ (4) การป้องกันโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม หลักฐานเชิงประจักษ์ล่าสุดชี้ว่า ผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายเหล่านี้ได้ครบถ้วน โดยเฉพาะในด้าน การดูแลตนเอง (Self-care management) เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาอย่างถูกต้อง และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน[7,8,9,10]

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความซับซ้อนและต้องอาศัยความต่อเนื่อง

จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแล (Caregiver) และครอบครัวเข้ามามีบทบาทสำคัญ เนื่องจากระบบบริการสุขภาพไม่สามารถดูแลได้ครอบคลุมทุกมิติ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีทรัพยากรจำกัด งานวิจัยหลายชิ้นชี้ให้เห็นว่า การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้น และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน[11] การสร้างระบบดูแลที่บ้านและการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงถือเป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยเสริมการจัดการโรคเบาหวานได้อย่างยั่งยืน ในมิติระดับพื้นที่ จังหวัดตราดถือเป็นตัวอย่างที่สะท้อนถึงปัญหาดังกล่าวอย่างชัดเจน โดยข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด[12] พบว่าอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ในปี พ.ศ. 2565–2567 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อยู่ที่ 624.85, 697.52 และ 749.04 รายต่อแสนประชากรตามลำดับ ขณะที่อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ดีมีค่าเฉลี่ยเพียงร้อยละ 34–38 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งยังพบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 2.18–2.79 ต่อแสนประชากร) ปัญหานี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

แม้ว่าจะมีงานวิจัยจำนวนมากที่มุ่งเน้นการส่งเสริมการดูแลตนเอง (Self-care management) ของผู้ป่วยเบาหวาน และการศึกษาบทบาทของครอบครัวหรือผู้ดูแลที่มีต่อการควบคุมโรค [11,13] แต่ลักษณะงานวิจัยเหล่านี้ส่วนใหญ่ยังคงเน้นอยู่ที่ มิติรายบุคคล กล่าวคือ มุ่งศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโดยตรง เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หรือการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ในเชิงระบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนทั้งจากครอบครัว บุคลากรสุขภาพ และชุมชน เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคที่ต้องอาศัยการจัดการที่ต่อเนื่องและซับซ้อน[14] อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่มีอยู่ยังขาดการบูรณาการเชิงโครงสร้างและเชิงระบบ ที่เชื่อมโยงผู้เกี่ยวข้องทุกระดับเข้ามามีบทบาทร่วมกันอย่างเป็นทางการ ไม่ว่าจะเป็นครอบครัวที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ชุมชนที่มีเครือข่ายสนับสนุน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนบุคลากรสุขภาพในระบบบริการปฐมภูมิ การทำงานวิจัยในลักษณะ Multi-sectoral participation ที่บูรณาการทุกภาคส่วนจึงยังมีอยู่อย่างจำกัด[15] นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาในบริบทของจังหวัดตราด ซึ่งมีลักษณะประชากรเป็นสังคมชายแดน มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพที่แตกต่างจากจังหวัดอื่น[12] ยิ่งทำให้เห็นชัดเจนว่าการนำรูปแบบการดูแลที่ถูกพัฒนาขึ้นในพื้นที่อื่น ๆ มาใช้โดยตรงอาจไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงในพื้นที่ งานวิจัยที่สามารถพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 แบบบูรณาการ ซึ่งสะท้อนความร่วมมือของทุกภาคส่วนในระดับปฐมภูมิ และสามารถนำไปปรับใช้ได้จริงในชุมชน จึงยังเป็นช่องว่างทางวิชาการและภาคปฏิบัติ ที่จำเป็นต้องได้รับการศึกษาและพัฒนาอย่างเร่งด่วน

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้ กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart[16] ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทั้งผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข กำนันผู้ใหญ่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคลากรสาธารณสุข ในการสะท้อนปัญหา ร่วมวางแผน ลงมือปฏิบัติ และประเมินผล เพื่อสร้างต้นแบบการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริง และสามารถต่อยอดไปสู่ระดับจังหวัดและประเทศได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการ มีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการ มีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

สมมติฐานของการวิจัย

1. ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนไปใช้ ครอบครัวชุมชนมีระดับความรู้และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนนำรูปแบบไปใช้

2. ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนไปใช้ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (Hemoglobin A1c: HbA1c) ลดลงมากกว่าก่อนนำไปใช้

3. ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนไปใช้ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนนำรูปแบบไปใช้

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดตราด เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) โดยใช้รูปแบบผสานวิธี (Mixed Methods Research)

1. ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดตราด ในครั้งนี้ ประกอบด้วย 6 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อายุ 60-70 ปี ที่อยู่อาศัยในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดตราด ปี พ.ศ. 2567 จำนวน 1,058 คน กลุ่มที่ 2 บุคคลในครอบครัว จำนวน 680 คน กลุ่มที่ 3 กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 97 คน กลุ่มที่ 4 นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 15 คน กลุ่มที่ 5 บุคลากรสาธารณสุข (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองตราด) จำนวน 10 คน กลุ่มที่ 6 ผู้ดูแล (Caregiver) จำนวน 272 คน รวมทั้งสิ้น 2,132 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดตราด ในครั้งนี้ ได้จากการกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณสัดส่วนจากตารางของเครจซี่และมอร์แกน[17] และเลือกสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย 6 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อายุ 60-70 ปี ที่อยู่อาศัยในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดตราด ปี พ.ศ. 2567 ได้กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 106 คน

กลุ่มที่ 2 บุคคลในครอบครัว ได้กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 106 คน

กลุ่มที่ 3 กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ได้กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 44 คน

กลุ่มที่ 4 นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 15 คน

กลุ่มที่ 5 บุคลากรสาธารณสุข (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองตราด) ได้กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 10 คน

กลุ่มที่ 6 ผู้ดูแล (Caregiver) ได้กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 45 คน

รวมทั้งสิ้น 326 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ตัวแปรต้น (Independent Variable) ได้แก่ รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

3.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variables) มี 4 ตัว ได้แก่ 1) ระดับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 2) ระดับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน 3) ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) และ 4) ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

4. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

4.1 ชุดที่ 1 เครื่องมือตรวจวัดตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (Biomarkers) ได้แก่ การตรวจระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (Hemoglobin A1c: HbA1c)

4.2 ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ (Interview form) สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีด้วยกัน 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด อาการแทรกซ้อนจากเบาหวาน สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 26 ข้อ การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ

4.3 ชุดที่ 3 แบบสอบถาม (Questionnaire) สำหรับผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดตราด ได้แก่ บุคคลในครอบครัวผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุข (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองตราด) และผู้ดูแล (Caregiver) ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดตราด ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ ระดับการศึกษา บทบาทเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และประสบการในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบ่งเป็น 5 ด้านสำคัญ จำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบไปด้วย 1) ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผน 3) ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ 4) ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ 5) ด้านการมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและประเมินผล จำนวน 16 ข้อ

4.4 ชุดที่ 4 แบบสังเกตการมีส่วนร่วมจากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดตราด

4.5 ชุดที่ 5 แนวทางสรุปการถอดบทเรียน เป็นการกำหนดหัวข้อของสิ่งที่ต้องการในการถอดบทเรียน ประกอบด้วย ความเป็นมาของกิจกรรม วัตถุประสงค์ เปรียบเทียบการปฏิบัติตามสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติในครั้งนี้ ข้อเสนอแนะ ข้อค้นพบใหม่

5. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎี งานวิจัย แนวทางการดำเนินงานและมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต (Quality of Life) และแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อนำมากำหนดและสร้างเครื่องมือให้ครอบคลุมเนื้อหา ตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานในการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไปให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์การทำงานด้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรวม 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency : IOC) เมื่อได้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว จึงนำมาปรับปรุงให้มีความถูกต้องสมบูรณ์

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) ด้วยการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่แก้ไขและปรับปรุงและไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา จำนวน 30 คน ในพื้นที่อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า (Alpha Coefficient) ตามวิธีการของ Cronbach เพื่อหาความน่าเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม โดยแบบสัมภาษณ์สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.89 แบบสอบถามสำหรับสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดตราด มีค่าความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.85 แบบสังเกต การสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดตราด มีค่าความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.83 และแบบสรุปแนวทางการถอดบทเรียนมีค่าความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.86

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดตราด ผู้วิจัยใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล 2 แบบ ได้แก่เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

ข้อมูลเชิงปริมาณ

1) ผู้วิจัยใช้เครื่องมือตรวจวัดตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (Biomarkers) และแบบสัมภาษณ์ (Interview form) ประกอบไปด้วย ส่วนที่ 1-2 ในการรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบไปด้วย ส่วนที่ 1-2 ในการรวบรวมข้อมูลจากบุคคลในครอบครัวผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 บุคลากรสาธารณสุขกำนันผู้ใหญ่บ้านและนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยก่อนการให้ตอบแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเข้าไปแนะนำตัว และอธิบายวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูล

2) ผู้วิจัยขอความยินยอมในการเก็บแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม และแจ้งกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการตอบแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม พร้อมขออนุญาตนำข้อมูลและข้อเสนอแนะที่ได้ไปใช้ในการวิจัยโดยให้มั่นว่าจะรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวของข้อมูล

3) ผู้วิจัยจะนำแบบแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามส่งให้กลุ่มตัวอย่างและให้ความเป็นส่วนตัวในการตอบ เพื่อสร้างความสบายใจให้กับกลุ่มตัวอย่าง

4) เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่สละเวลาและให้ความร่วมมือ

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1) ผู้วิจัยใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แบบสังเกตการมีส่วนร่วมจากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดตราด และแนวทางสรุปการถอดบทเรียน เป็นการกำหนดหัวข้อของสิ่งที่ต้องการในการถอดบทเรียน โดยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะเข้าไปแนะนำตัว และอธิบายวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูล

2) ผู้วิจัยขอความยินยอมในการเก็บข้อมูลและขออนุญาตนำข้อมูลและข้อเสนอแนะที่ได้ไปใช้ในการวิจัยโดยให้มั่นว่าจะรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวของข้อมูล

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) ข้อมูลทางคุณลักษณะของประชากร ข้อมูลระดับคุณภาพชีวิต ระดับความรู้ ระดับการมีส่วนร่วม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) 2) เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (Hemoglobin A1C) ใช้สถิติทดสอบ Paired Samples t-test

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1) ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกการประชุม การสังเกต การสนทนากลุ่ม และข้อคิดเห็นเพิ่มเติมของผู้เชี่ยวชาญ สรุปสาระสำคัญที่ได้จากการดำเนินกิจกรรม โดยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา พิจารณาจัดกลุ่มข้อมูลที่เป็นคำพูดของผู้ให้ข้อมูล จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

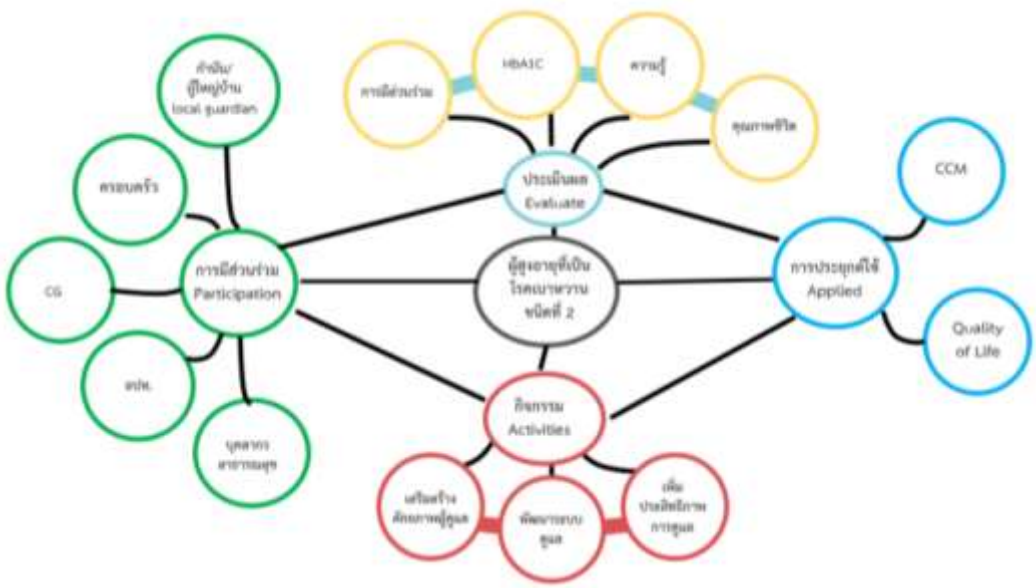
วิจัยฉบับนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด รหัสโครงการวิจัย 20/2567 วันที่รับรอง 9 กรกฎาคม 2567 หมดอายุ 8 กรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดตราด ผลการวิจัยพบว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอเมือง จังหวัดตราด ยังคงประสบปัญหาอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2567 พบอัตราผู้ป่วยรายใหม่สูงถึง 749.04 ต่อแสนประชากร ขณะเดียวกันอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานมีเพียงร้อยละ 35.19 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังพบภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคเบาหวานในอัตรา ร้อยละ 2.70 และอัตราการป่วยตายอยู่ที่ 2.79 ต่อแสนประชากร โดยผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวาน คิดเป็น ร้อยละ 17.80 สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงปัญหาสาธารณสุขที่มีความรุนแรงและซับซ้อน ซึ่งมิได้จำกัดอยู่เฉพาะประเด็นทางคลินิก หากแต่ยังเชื่อมโยงกับมิติครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัวยังคงเผชิญข้อจำกัดด้านความรอบรู้สุขภาพ การจัดการเวลา และทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งในด้านโภชนาการ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การติดตามการรักษา รวมถึงการจัดการกับปัจจัยแวดล้อมทางเศรษฐกิจ วัฒนธรรมการบริโภค และภาวะทางจิตใจ เช่น ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุถดถอยลง นอกจากนี้ การดูแลของครอบครัวยังขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีภาระงานนอกบ้าน ทำให้รูปแบบการดูแลมีลักษณะเป็นการดูแลเป็นช่วงเวลา ขณะที่กลไกการสนับสนุนของชุมชน แม้จะมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นโครงสร้างพื้นฐาน แต่การทำงานยังคงเป็นลักษณะแยกส่วน ขาดการบูรณาการและความต่อเนื่อง ส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุยังคงเป็นเชิงรับ

มากกว่าการดำเนินงานเชิงรุก ผลจากการระดมความคิดเห็นและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ได้สะท้อนถึง ความต้องการที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) การเสริมสร้างความรอบรู้และทักษะเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุและครอบครัวโดยใช้การเรียนรู้แบบลงมือทำที่ครอบคลุมทั้งด้านโภชนาการ กิจกรรมทางกาย การใช้ยาอย่างปลอดภัย การติดตามภาวะแทรกซ้อน และการดูแลด้านสังคม 2) การพัฒนาระบบการดูแลเชิงรุกและต่อเนื่องผ่านการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล การเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการและการใช้ตัวชี้วัดที่เข้าใจง่ายและสร้างแรงเสริมเชิงบวก และ 3) การจัดตั้งกลไกประสานงานของภาคีเครือข่ายที่มีความชัดเจนและเข้มแข็ง ครอบคลุมตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน จนถึงโรงพยาบาล พร้อมระบบการสื่อสารข้อมูลย้อนกลับสู่ชุมชนอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดการติดตาม ปรับปรุง และแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยดำเนินการวิจัยตามรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 ร่วมกันวางแผน (Planning) ขั้นตอนที่ 2 ร่วมกันปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนที่ 3 ร่วมกันสังเกตผล (Observing) และขั้นตอนที่ 4 ร่วมกันสะท้อนผล (Reflection) พบว่าได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (EAPA Model) ประกอบด้วย การมีส่วนร่วม (Participation) การประยุกต์ใช้ (Applied) กิจกรรม (Activities) และการประเมินผล (Evaluate) และได้เป็นโครงการในการแก้ไขปัญหา 3 โครงการดังนี้ 1) โครงการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน 2) โครงการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบบูรณาการโดยทีมดูแลร่วมระดับตำบล ครอบครัวและชุมชนแบบมีส่วนร่วม และ 3) โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลเพื่อลดภาระเวลาและทรัพยากรของผู้ดูแล โดยมีรูปแบบดังนี้



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดตราด (EAPA Model)

3. ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ดังนี้

3.1 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคุณภาพชีวิตที่

สูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.32 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .268

3.2 การทดสอบความแตกต่างของระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าโครงการ

ตารางที่ 1 การทดสอบความแตกต่างของระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าโครงการโดยสถิติทดสอบ t-test (n = 106)

ตัวแปรที่ศึกษา ระดับ HbA1c	t-test for Equality of Means				
	M	*SD*	t	df	Sig
ก่อนเข้าโครงการ	8.993	.8333	-29.697	105	.000
หลังเข้าโครงการ	7.345	.7361			

*$P < .05$

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของของระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าโครงการ พบว่า ระดับของ HbA1c ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ยังมีการติดตามประเมินผลความคงอยู่ของรูปแบบอีก 6 เดือน

3.3 ระดับความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ภาพรวมความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการมีความรู้ภาพรวม อยู่ในระดับสูง จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 17.7 ระดับปานกลาง จำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 61.8 และระดับต่ำ จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 20.5 ในขณะที่หลังเข้าร่วมโครงการกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ภาพรวมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับสูง จำนวน 220 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0

3.4 ระดับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ภาพรวมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายหลังเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.75 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .173

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดตราด สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. สภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดตราด ผลการวิจัยพบว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดตราดยังคงมีข้อจำกัดหลายประการ โดยเฉพาะการขาดความรู้และทักษะในการจัดการตนเอง แม้ว่าผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งจะเข้าใจเรื่องการรับประทานยาและการหลีกเลี่ยงอาหารหวาน แต่ยังมีความรู้ไม่เพียงพอในด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพเท้า และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้การนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติจริงยังไม่ต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีภาระงานนอกบ้าน ทำให้เกิดการดูแลแบบไม่สม่ำเสมอซึ่งส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลและเพิ่มความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ปัญหานี้ยังสะท้อนโครงสร้างสังคมเมืองกึ่งชนบทที่ทำให้ครอบครัวไม่สามารถจัดสรรเวลาในการดูแลได้เพียงพอ อีกทั้งกลไกของภาคีเครือข่าย แม้จะมี รพ.สต., อสม. และ อปท. เป็นหน่วยสนับสนุน แต่ยังขาดความเป็นระบบและความต่อเนื่อง ทำให้การดูแลมีลักษณะเชิงรับมากกว่าการรุก สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนมีบทบาทสำคัญในการ

ยกระดับความรู้และทักษะ หากปราศจากการมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง การควบคุมโรคจะไม่ประสบความสำเร็จ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของกานต์ชนก สุทธิผล[18] ที่ระบุว่าความรู้และทักษะสุขภาพสัมพันธ์กับการควบคุมระดับ HbA1c อย่างมีนัยสำคัญ ผู้ที่มีความรู้ไม่เพียงพอมักควบคุมโรคได้ไม่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรพรรณ ผิวนวลและประทุม เนตรินทร์[19] ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งหมดนี้ยืนยันว่าการขาดความรู้ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการใช้ยาที่ถูกต้องเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของความล้มเหลวในการควบคุมโรค ดังนั้น การจัดการปัญหาในพื้นที่จึงไม่ควรจำกัดเพียงการเพิ่มบริการทางการแพทย์ แต่จำเป็นต้องสร้างกลไกสนับสนุนที่ทำให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมโรคได้อย่างต่อเนื่อง ลดภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพชีวิตในระยะยาว

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดตราด ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในครั้งนี้ออกแบบบนพื้นฐานของ (CCM) ผนวกกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริงตั้งแต่การระบุปัญหา การวิเคราะห์รากสาเหตุ การกำหนดแนวทาง ไปจนถึงการออกแบบกิจกรรมและปฏิบัติจริง ทำให้เกิดรูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุและเหมาะสมกับบริบทชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดของ Wagner et al.[20] ที่ระบุว่าการดูแลโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิผลต้องประกอบด้วยการสนับสนุนการจัดการตนเอง ระบบบริการที่ออกแบบชัดเจน การสนับสนุนการตัดสินใจ ระบบข้อมูลสารสนเทศ และการเชื่อมโยงทรัพยากรในชุมชน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของศุภาวดี พันธ์หนองโพน, วรพจน์ พรหมสัตยพรต และผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์[21] ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้แนวคิด CCM แล้วพบว่าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้นและเชื่อมโยงกับเครือข่ายชุมชนอย่างเป็นระบบ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ กมล กลิ่นไทย, ปัทมา สุพรรณกุลและอรพินท์ สิงหเดช[22] ที่ชี้ว่าปัจจัยสำคัญคือการสนับสนุนจากองค์กร ความรู้บุคลากร และการมีนโยบายที่ชัดเจน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Bongaerts et al.[23] ที่พบว่าโปรแกรมการดูแลที่ใช้ CCM สามารถปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกโดยเฉพาะในการควบคุมระดับ HbA1c ให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานและช่วยเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Kong et al.[24] ที่ยืนยันว่าการใช้ CCM ในศูนย์สุขภาพชุมชนช่วยลดระดับ HbA1c และยกระดับคุณภาพชีวิตได้จริง ดังนั้นการพัฒนารูปแบบในครั้งนี้ช่วยเน้นย้ำความสำคัญของการบูรณาการ CCM และ PAR และยืนยันว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีประสิทธิผล ยั่งยืน และสามารถต่อยอดไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงได้ ซึ่ง สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 และข้อที่ 2

3. ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดตราด ผลการวิจัยพบว่า การดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ส่งผลเชิงบวกทั้งด้านผลลัพธ์ทางคลินิก คุณภาพชีวิต และกระบวนการมีส่วนร่วม โดยเฉพาะการควบคุมระดับ HbA1c ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภาวดี พันธ์หนองโพน, วรพจน์ พรหมสัตยพรต และผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์[21] ที่ยืนยันว่าการใช้ CCM ในบริการสุขภาพปฐมภูมิสามารถลดระกับ HbA1c ได้อย่างชัดเจนเมื่อบูรณาการร่วมกับหลายองค์ประกอบ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรพรรณ ผิวนวล และประทุม เนต

รินทร์[19] ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองสัมพันธ์กับความรู้และปัจจัยทางสังคม จึงสะท้อนว่ากิจกรรมการเรียนรู้ การติดตามต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้จริง ด้านคุณภาพชีวิต พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นจากระดับปานกลางไปสู่ระดับสูง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพรรณ ชุณหการกิจ[25], AL-Din et al.[26] และธิติรัตน์ ราศิริ และสมตระกูล ราศิริ[27] ที่พบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ด้านผู้ดูแลพบว่ามีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในเรื่องโภชนาการ การใช้ยา และการจัดการภาวะแทรกซ้อน ทำให้การดูแลที่บ้านมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑาพงศ์ เตชะสืบ, วราภรณ์ บุญเชียง และรังสิยา นารินทร์ [28] ที่พบว่าการเพิ่มความรู้และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลช่วยลดระดับน้ำตาลได้จริง ด้านการมีส่วนร่วมชุมชน พบว่าการดำเนินงานตามรูปแบบสามารถสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งระหว่างครอบครัว อสม. กำนันผู้ใหญ่บ้าน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผ่านการวางแผนการเยี่ยมบ้าน และเวทีถอดบทเรียน ทำให้เกิดความเป็นเจ้าของร่วมของชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญรัตน์ บัววิชัยศิลป์, ชัยวุฒิ บัวเนี่ยวและอรุณ บุญสร้าง[29] และกมล กลิ่นไทย, ปัทมา สุพรรณกุลและอรพินท์ สิงหเดช[22] ที่พบว่าการสนับสนุนจากองค์กรภายนอก ความรู้เกี่ยวกับ CCM และนโยบาย/ภาวะผู้นำ เป็นตัวพยากรณ์สำคัญของคุณภาพการบริการ นอกจากนี้ยังช่วยอธิบายว่าการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานท้องถิ่นควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและอสม. อย่างเป็นระบบที่ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทั้งด้าน HbA1c คุณภาพชีวิต ความรู้ผู้ดูแล และการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งทำให้ CCM มีชีวิตจริงในระดับชุมชน โดยอาศัยพลังครอบครัวและเครือข่ายท้องถิ่น จะก่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ทั้งเชิงคลินิกและคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ข้อที่ 2 และข้อที่ 3

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ระดับครอบครัวและผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควรส่งเสริมการประยุกต์ใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การจัดแผนโภชนาการครอบครัว การกำกับติดตามสุขภาพร่วมกัน และการสร้างกิจกรรมที่เสริมสุขภาพซึ่งสามารถดำเนินการได้ภายในครัวเรือน การนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในระดับครอบครัวจะช่วยเสริมสร้างความต่อเนื่องในการดูแล

2. ระดับชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรสำหรับการดำเนินกิจกรรมภายใต้รูปแบบ เช่นการจัดตั้งกลุ่มเพื่อนเบาหวาน การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสนับสนุนกิจกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ การบูรณาการดังกล่าวจะช่วยให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองและสร้างระบบการดูแลสุขภาพเชิงรุกที่มีความยั่งยืน

3. ระดับหน่วยบริการสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชนควรนำผลการวิจัยไปปรับใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการโดยจัดตั้งทีมดูแลร่วมสหสาขาวิชาชีพที่เพียงพอ เพื่อทำหน้าที่วางแผนการดูแลรายบุคคล และบูรณาการบทบาทของบุคลากรสุขภาพ ครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ เพื่อให้การดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ

4. ระดับนโยบาย ควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อสนับสนุนการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพซึ่งจะช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้เป็นระบบที่ยั่งยืนและสามารถขยายผลไปสู่พื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการวิจัยเชิงติดตามในระยะยาว (longitudinal study) โดยการติดตามผลลัพธ์ของการนำรูปแบบไปใช้ในระยะ 1–2 ปี เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพในเชิงลึก เช่น การคงอยู่ของระดับ HbA1c ที่อยู่ในเกณฑ์ การลดลงของอัตราภาวะแทรกซ้อน และการยกระดับคุณภาพชีวิตในระยะยาวของผู้สูงอายุ

2. ควรมีการวิจัยในพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางบริบท เพื่อขยายการศึกษาไปยังพื้นที่อื่น ๆ ที่มีความแตกต่างทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม เพื่อเปรียบเทียบและปรับปรุงรูปแบบให้มีความเหมาะสมกับความหลากหลายของบริบท และสามารถพัฒนาเป็นต้นแบบระดับประเทศได้อย่างครอบคลุม

3. ควรมีการวิจัยเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพ ในการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการนำรูปแบบไปใช้ เพื่อแสดงให้เห็นถึงผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจและสังคม ทั้งในด้านการลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลและการเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรของระบบสุขภาพ ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำคัญประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. World population prospects 2019. New York: United Nations; 2019.
2. World Health Organization. World health statistics 2020. Geneva: WHO; 2020.
3. International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas. 10th ed. Brussels: IDF; 2021.
4. Karnjanapiboonwong A, Khamwangsanga P, Kaewtha S. Situation NCDs: Diabetes mellitus, hypertension and related risk factors 2019. Bureau of Non-Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Bangkok: Aksorn Graphic and Design; 2020. (in Thai).
5. ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์. อธิบดีกรมควบคุมโรค. สัมภาษณ์; 13 พ.ย. 2565. (ภาษาไทย).
6. World Health Organization. Diabetes mellitus: report of a WHO study group. Geneva: WHO; 1985.
7. Miller TA, DiMatteo M.R. Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. Diabetes Metab Syndr Obes. 2013;6:421-6.
8. วรรณี นิธิยานันท์. การรักษาโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข;2553.
9. จิรพรรณ ผิวนวล, ประทุม เนตรินทร์. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแก้ว ใน ตำบลบางแก้ว อำเภอละอุ่น จังหวัดระนอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2561;1(2):46-61.
10. กานต์ชนก สุทธิผล. ปัจจัยที่มีผลต่อการคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลราชบุรี. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร. 2565;5(2):1-12.
11. Alvarado-Martel D, Ruiz Fernández MÁ, Cuadrado Vigaray M, Carrillo A, Boronat M, Nóvoa FJ. Family support and diabetes management in older adults: a systematic review. Diabetes Res Clin Pract. 2019;151:43-55.
12. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ จังหวัดตราด (HDC). ตราด: ร้านตราดการพิมพ์; 2564.
13. Gao J, Wang J, Zheng P, Haardörfer R, Kegler MC, Zhu Y, Fu H. Effects of self-care, social support, and quality of life on glycemic control in adults with type 2 diabetes. BMC Endocr Disord. 2022;22(1):40.
14. Powers MA, Bardsley JK, Cypress M, Duker P, Funnell MM, Fischl AH, et al. Diabetes self-management education and support in adults with type 2 diabetes: a consensus report. Diabetes Educ. 2020;46(4):350-69.
15. Shirvani T, Javadivala Z, Azimi S, Shaghaghi A, Fathifar Z, Bhalla HDR, et al. Community-based educational interventions for prevention of type II diabetes: a global systematic review and meta-analysis. Syst Rev. 2021;10(1):81.
16. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong, Australia: Deakin University; 1988.

17. Krejcie RV, Morgan DE. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):608-9.
18. กานต์ชนก สุทธิผล. ปัจจัยที่มีผลต่อการคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลราชบุรี. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร. 2565;5(2):1-12.
19. จิรพรรณ ผิวนวล, ประทุม เนตรินทร์. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแก้ว ใน ตำบลบางแก้ว อำเภอละอุ่น จังหวัดระนอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2561;1(2):46-61.
20. Walker S, Sechrist K, Pender N. The health-promoting lifestyle profile II. 1995.
21. ศุภาวดี พันธ์หนองโพน, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;6(2):55-65.
22. กมล กลิ่นไทย, ปัทมา สุพรรณกุล, อรพินท์ สิงหเดช. ปัจจัยพยากรณ์การให้บริการของทีมสหวิชาชีพตามแนวทางของ Chronic Care Model ในคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลชุมชน ในพื้นที่ สปสช. เขต 3 นครสวรรค์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563;13(2):162-71.
23. Bongaerts BW, Müssig K, Wens J, Lang C, Schwarz P, Roden M, et al. Effectiveness of chronic care models for the management of type 2 diabetes mellitus in Europe: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2017;7(3):e013076.
24. Kong JX, Zhu L, Wang HM, Li Y, Guo AY, Gao C, et al. Effectiveness of the chronic care model in type 2 diabetes management in a community health service center in China: a group randomized experimental study. J Diabetes Res. 2019;2019:1-9.
25. สุภาพรรณ ชุณหการกิจ. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับการรักษาโรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง. วารสารกรมการแพทย์. 2562;44(1):101-7.
26. Al-Din MH, Magdy B, Ramadan H. Quality of life in elderly people with type 2 diabetes using EQ-5D-5L tool: a case-control study. Egypt J Intern Med. 2022;34(1):91.
27. ธิติรัตน์ ราศิริ, สมตระกูล ราศิริ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งหนึ่ง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2562;2(3):57-68.
28. จุฑาพงศ์ เตชะสืบ, วราภรณ์ บุญเชียง, รังสิยา นารินทร์. การพัฒนารูปแบบการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน. พยาบาลสาร. 2563;47(2):111-21.
29. ขวัญรัตน์ บัววิชัยศิลป์, ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว, อรุณ บุญสร้าง. กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนาโปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2562;5(3):49-61.