บทความวิจัย

ประสิทธิผลของนโยบายการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะกลาง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

สุดาทิพย์ นาใจคง[1*], สุรชัย พิมหา[2], ศศินา บุตรนคร[3], กฤษณะ อุ่นทะโคตร[4]

(วันรับบทความ 22 พฤศจิกายน 2568, วันแก้ไขบทความ 21 กันยายน 2569, วันตอบรับบทความ 5 พฤศจิกายน 2569)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของนโยบายการปฏิบัติงานของผู้ดูแลต่อจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะกลางที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น โดยใช้การวิจัยแบบอนุกรมเวลาที่มีจุดเปลี่ยน กำหนดการดำเนินนโยบายตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ในไตรมาสที่ 4 ปีงบประมาณ 2566 เป็นจุดเริ่มมาตรการ ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2568 ครอบคลุมผู้ได้รับการดูแล 117 ราย หน่วยวิเคราะห์คือข้อมูลรายไตรมาส 12 จุด แบ่งเป็นก่อนมาตรการ 3 จุด และหลังมาตรการ 9 จุด วิเคราะห์ด้วยการถดถอยแบบแบ่งช่วงเชิงเส้นและประมาณค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานแบบ Newey-West

ผลการศึกษาพบว่า แนวโน้มก่อนมาตรการเพิ่มขึ้น 2.99 รายต่อไตรมาส แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI:-0.33 ถึง 6.31; p=0.071) ระดับทันทีหลังเริ่มมาตรการลดลง 14.13 รายอย่างมีนัยสำคัญ (95%CI: −26.89 ถึง −1.36; p=0.034) ความชันเปลี่ยนแปลงจากก่อนมาตรการ −0.19 รายต่อไตรมาสอย่างไม่มีนัยสำคัญ (95%CI:−4.28 ถึง 3.90; p=0.918) ส่วนแนวโน้มหลังมาตรการเพิ่มขึ้น 2.80 รายต่อไตรมาสอย่างมีนัยสำคัญ (95%CI: 0.49 ถึง 5.11; p=0.023)

แม้จำนวนผู้ได้รับการดูแลต่อเนื่องมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหลังเริ่มนโยบาย แต่ยังไม่พบหลักฐานว่าความชันแตกต่างจากช่วงก่อนนโยบาย จึงยังไม่อาจสรุปว่านโยบายทำให้การเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นเหนือแนวโน้มเดิม ควรพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยและศักยภาพผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ การศึกษาครอบคลุมเพียงอำเภอเดียว มีข้อมูลก่อนมาตรการเพียง 3 ไตรมาส และไม่มีพื้นที่เปรียบเทียบ จึงควรระมัดระวังการตีความเชิงสาเหตุและการนำผลไปใช้ในพื้นที่อื่น

คำสำคัญ: ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะกลาง; ประสิทธิผลของนโยบาย; การวิจัยแบบอนุกรมเวลา

[1] นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
[2,3,4] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
*ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: sudatip.n@kkumail.com

Research article

Effectiveness of Caregiver Practice Policy on Rehabilitation of Moderately Dependent Patients in Sub-district Health Promoting Hospitals, Ban Fang District, Khon Kaen Province

Sudatip Najaikong[1]*, Surachai Pimha[2], Sasina Bunakhon[3], Kritsana Aunthakhot[4]

(Received November 22, 2025; Revised: September 21, 2026; Accepted: November 5, 2026)

Abstract

This study aimed to evaluate the effectiveness of a caregiver practice policy on the number of intermediate-care patients receiving continuous care in Ban Fang District, Khon Kaen Province, using an interrupted time series design. Implementation of the policy under the Thirteenth National Economic and Social Development Plan in the fourth quarter of fiscal year 2023 was designated as the intervention point. Secondary Health Data Center records from October 1, 2022, to September 30, 2025, covered 117 patients. The units of analysis were 12 quarterly observations, comprising three pre-intervention and nine post-intervention observations. Data were analyzed using segmented linear regression with Newey-West standard errors.

The pre-intervention trend increased by 2.99 patients per quarter but was not statistically significant (95% CI: −0.33 to 6.31; p = 0.071). The immediate level decreased significantly by 14.13 patients after intervention initiation (95% CI: −26.89 to −1.36; p = 0.034). The slope change from the pre-intervention period was −0.19 patients per quarter and was not significant (95% CI: −4.28 to 3.90; p = 0.918). The post-intervention trend increased significantly by 2.80 patients per quarter (95% CI: 0.49 to 5.11; p = 0.023).

Although the number of patients receiving continuous care showed an upward trend after policy implementation, there was insufficient evidence that the slope differed from the pre-intervention trend. Therefore, it cannot yet be concluded that the policy increased access to care beyond the pre-existing trend. Continued development of patient monitoring systems and caregiver capacity is recommended. As the study covered only one district, included only three pre-intervention quarters, and lacked a comparison area, causal interpretation and generalization to other settings require caution.

Keywords: Intermediate care dependency; Policy effectiveness; Interrupted time series study

[1] Master of Public Health Student in Public Health Administration, Faculty of Public Health, Khon Kaen University
[2,3,4] Faculty of Public Health, Khon Kaen University
*Corresponding author Email: sudatip.n@kkumail.com

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยกำลังเผชิญความท้าทายที่สำคัญหลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ สำนักงานสถิติแห่งชาติระบุว่าปี 2567 ผู้สูงอายุคิดเป็น 20.70% ของประชากรทั้งหมดของประเทศ และคาดการณ์ว่าในปี 2576 จะมีสัดส่วนประชากรสูงอายุเกิน 30% ทำให้ไทยกลายเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด หรือ Super aged society” ส่งผลให้ประเทศเผชิญความท้าทายด้านเศรษฐกิจ สวัสดิการ และสุขภาพที่เกิดจากการเสื่อมถอยที่มาพร้อมกับวัย[1]

แนวคิดในการพัฒนาระบบการดูและระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสาธารณสุขพัฒนามาจากต้นทุนทางสังคมและทรัพยากรที่มีอยู่ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นกลไกหลักในการบูรณาการ การจัดบริการต่าง ๆ ที่ลงไปสู่ชุมชน ขณะเดียวกันในปัจจุบันกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเกิดจากความร่วมมือระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นกลไกหลักในการสนับสนุนการดำเนินงานต่างๆ ในชุมชน ขณะเดียวกันยังมีทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่ในชุมชนที่สามารถสนับสนุนการดำเนินงานเรื่องนี้ได้ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) รวมถึงชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดตั้งในทุกพื้นที่เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม[2] การปฏิบัติงานดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง (Intermediate Care) มีความสำคัญอย่างยิ่งในระบบสาธารณสุขปัจจุบัน เนื่องจากสังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและมีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องเพิ่มมากขึ้น[3] การดูแลระยะกลางจึงเป็นการเชื่อมต่อระหว่างการดูแล ในโรงพยาบาลและการดูแลที่บ้าน โดยมุ่งเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้ผู้ป่วย สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ลดภาวะพึ่งพิงและลดภาระของผู้ดูแล ซึ่งประกอบไปด้วย 1) ความสามารถในการปฏิบัติงานฟื้นฟูสมรรถภาพ 2) ระดับคุณภาพในการดูแล 3) ความต่อเนื่องในการดูแล 4) ผลลัพธ์ของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และ 5) ความเครียดหรือความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล[4]

อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น มีผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) 117 คน และอาสาบริบาล (Community caregiver) รวมทั้งสิ้น 102 คน โดยมีสัดส่วนของผู้ดูแล (Caregiver) 0.87 ต่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 1 คน พบว่ามีการเยี่ยมบ้านผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะกลางและการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะกลางในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 14 ราย จาก 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.67[5] ซึ่งยังไม่ถึงร้อยละที่กำหนดไว้อย่างน้อย ร้อยละ 70 จะเห็นว่าในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในการเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยยังขาดประสิทธิภาพและไม่ครอบคลุม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพและสมรรถภาพเสื่อมลง เกิดความพิการหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทั้ง ๆ ที่สามารถป้องกันได้ โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงวัยทำงานที่อาจฟื้นฟูได้หากได้รับการดูแลที่รวดเร็วและต่อเนื่อง ส่วนครอบครัวของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจะต้องรับภาระหนักขึ้นและขาดความรู้ทักษะในการดูแลอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตและทอดทิ้งผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง สำหรับรัฐบาลจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการรักษาทั้งแบบฉุกเฉินและต่อเนื่อง ซึ่งทั้งหมดนี้จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัว รวมถึงประสิทธิภาพของระบบสุขภาพด้วย

จากสถานการณ์และปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลของนโยบายการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะกลาง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ปี 2566-2568 อันจะส่งผลให้ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีคุณภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการ เนื่องจากว่าเป็นการศึกษาแบบกึ่งการทดลองที่เหมาะสมที่สุดในการแยกผลกระทบของนโยบายออกจากแนวโน้มพื้นฐานที่มีอยู่ก่อนแล้ว อีกทั้งยังสามารถแยกวิเคราะห์ผลกระทบทันที และผลกระทบระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะการดำเนินนโยบายสาธารณสุขที่มักมีช่วง

ปรับตัวก่อนเห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจน และการวิจัยเดิมยังไม่มีผลการศึกษาระหว่างนโยบายกับผลลัพธ์การดูแลต่อเนื่องในเชิงเปรียบเทียบก่อนและหลังมีนโยบายอย่างเป็นระบบ

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของนโยบายการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะกลาง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

3. สมมติฐานการวิจัย

ประสิทธิผลของนโยบายการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะกลาง สามารถเพิ่มจำนวนผู้ป่วยให้เข้าถึงการรับบริการการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะกลาง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

4. วิธีดำเนินการวิจัย

4.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบอนุกรมเวลา (Interrupted Time Series: ITS) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล (Data record form) ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงระยะกลางที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

4.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงระยะกลางที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2568 จำนวน 117 คน[5] ทั้งนี้ หน่วยวิเคราะห์ของการศึกษาคือจุดเวลารายไตรมาส จำนวน 12 จุดเวลา แบ่งเป็นก่อนมีนโยบาย 3 ไตรมาส และหลังมีนโยบาย 9 ไตรมาส ส่วนจำนวน 117 ราย คือผู้ป่วยไม่ซ้ำรายตลอดช่วงเวลาที่ศึกษา

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงระยะกลางที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

2) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงระยะกลาง ในอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2568

3) มีการบันทึกข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) อย่างเป็นทางการ

4) มีการยืนยันการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงระยะกลาง จากโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ภายในเขตจังหวัดขอนแก่น

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1) ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงระยะกลางที่มีภูมิลำเนาอยู่นอกเขตอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

2) ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรง หรือมีคะแนนการประเมินสมรรถภาพสมองต่ำกว่า 10 คะแนน ซึ่งไม่สามารถประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้อย่างน่าเชื่อถือ

3) ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลวที่ควบคุมไม่ได้ โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องล้างไตบ่อยครั้ง ที่ส่งผลกระทบต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ

4) ระเบียนข้อมูลซ้ำซ้อนที่ไม่สามารถระบุหรือแยกแยะได้ว่าเป็นบุคคลเดียวกัน

5) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในสถานบริการดูแลระยะยาว (Institutional care) เช่น บ้านพักคนชรา สถานดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งไม่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายของนโยบาย

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
RHPC10Journal

4.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) เพื่อมาบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูล (Data record form) ซึ่งแบ่งออกตามแหล่งข้อมูลได้ 2 แหล่งดังนี้

แหล่งข้อมูลที่ 1 ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ และสุขภาพ (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงระยะกลาง ที่ได้รับการเยี่ยมบ้านในอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2568

แหล่งข้อมูลที่ 2 ข้อมูลจำนวนประชากรกลางปี 2565 ถึง ปี 2568 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ [6]

4.4 Intervention ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ใช้ Intervention คือ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 พ.ศ.2566 - 2570 มีเป้าหมายที่ 2 ที่คนทุกช่วงวัยได้รับความคุ้มครองทางสังคมที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ตัวชี้วัดที่ 2.1 ดัชนีรวมของความคุ้มครองทางสังคมมีค่าไม่ต่ำกว่า 100 โดยดัชนีรวมของความคุ้มครองทางสังคมประกอบด้วย 3 มิติ โดยมีตัวชี้วัดในมิติด้านผู้สูงอายุ ดังนี้ ความคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ 1) สัดส่วนผู้สูงอายุที่ยากจนลดลงเหลือไม่เกินร้อยละ 4 2) สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าถึงบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มขึ้นเป็นไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70[7] ซึ่งมีการดำเนินการตามนโยบายนี้คลอบคลุมทุกพื้นที่ของอำเภอบ้านฝางจังหวัดขอนแก่น ในไตรมาสที่ 4 ของปีงบประมาณ 2566 ภายหลังจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ประกาศใช้ องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น (อบจ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เทศบาล โรงพยาบาลบ้านฝาง และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านฝาง (สสอ.บ้านฝาง) ได้ร่วมกันประชุมและออกคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานการเยี่ยมบ้าน โดยยึดแนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว(LTC)ตามหลักเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นกรอบการดำเนินงาน และได้รับการจัดสรรงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) ได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติม 2 ด้าน คือ 1) การอบรมเพื่อฟื้นฟูความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วย และ 2) เวชภัณฑ์ทางการแพทย์สำหรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ ส่วนผู้จัดการการดูแล (Care manager) มีการส่งรายงานผลการเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

เมื่อเปรียบเทียบกับการดำเนินงานก่อนมีนโยบาย พบว่าหน่วยงานในชุมชนยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยระยะกลางเท่าที่ควร และไม่มีระบบการรายงานผลการเยี่ยมบ้านที่เป็นระบบ ส่งผลให้การติดตามดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างกระจัดกระจายและขาดความต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลก่อนดำเนินนโยบายที่พบว่าอัตราการเยี่ยมบ้านผู้มีภาวะพึ่งพิงระยะกลางอยู่เพียงร้อยละ 46.67 ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 70 ภายหลังการจัดตั้งคณะกรรมการและวางระบบการรายงานที่ชัดเจน จึงเป็นการเปลี่ยนผ่านจากการทำงานที่ต่างคนต่างทำ ไปสู่การทำงานที่มีโครงสร้าง มีผู้รับผิดชอบชัดเจน และมีกลไกติดตามผลอย่างเป็นระบบ

4.5 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยแบบแบ่งช่วงเชิงเส้น (Segmented linear regression) เพื่อจะอธิบายประสิทธิผลของนโยบายการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะกลาง ต่อจำนวนของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงระยะกลาง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น โดยนำสมการถดถอยแบบแบ่งช่วงเชิงเส้นมาใช้ในการประเมินแนวโน้มของตัวแปรผลลัพธ์ นำเสนอผลการวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% Confidence Interval: 95%CI)

ภายใต้สมมติฐานเบื้องต้นว่าตัวแปรเวลา (Time variable) มีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับตัวแปรผลลัพธ์ภายในแต่ละช่วง และตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับตัวแปรตาม[8]

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลแบบไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้แบบจำลองถดถอยแบบแบ่งช่วงเชิงเส้นในกรณีที่ได้รับมาตรการเพียงครั้งเดียว ดังนี้

สูตร $\hat{Y}_t = \beta_0 + \beta_1 \text{time} + \beta_2 \text{intervention} + \beta_3 \text{time after intervention} + e_t$

เมื่อ $\hat{Y}_t$ คือ ค่าประมาณของตัวแปรตาม

Time คือ ลำดับไตรมาส ตั้งแต่ไตรมาสที่ 1 ถึงไตรมาสที่ 12 โดยไตรมาสที่ 1 คือ ตุลาคม–ธันวาคม 2565 (ไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2566)

Intervention คือ นโยบายการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะกลาง ไตรมาสที่ 4 ปีงบประมาณ 2566 (จุดเวลาที่ 4)

รหัส 0 คือ ก่อนได้รับ intervention และ รหัส 1 คือ หลังได้รับ intervention

Time after intervention คือ ตัวแปรเวลาตั้งแต่การได้รับ intervention เริ่มจาก 1 เป็นต้นไป ส่วนเวลาที่ไม่ได้รับ intervention รหัสเป็น 0

β_0 คือ ค่าประมาณการจำนวนผู้ป่วยระยะกลางของอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ณ เวลาที่เป็น 0

β_1 คือ ค่าประมาณการเปลี่ยนแปลงแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยระยะกลางของอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ก่อนให้ intervention

β_2 คือ ค่าประมาณการเปลี่ยนแปลงจำนวนผู้ป่วยระยะกลางของอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น หลังได้รับ intervention

β_3 คือ ค่าประมาณแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงจำนวนผู้ป่วยระยะกลางของอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น หลังจากให้ intervention เปรียบเทียบกับก่อนให้ intervention

ทั้งนี้ เนื่องจากข้อมูลอนุกรมเวลามักมีสหสัมพันธ์ในตัวเองของค่าคลาดเคลื่อน (Autocorrelation) ผู้วิจัยจึงประมาณค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานแบบ Newey-West ที่ lag = 1 ซึ่งให้ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานที่คงทนต่อสหสัมพันธ์ในตัวเองและความแปรปรวนไม่คงที่ของค่าคลาดเคลื่อน[9]

6. จริยธรรมในการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมมหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขจริยธรรม HE682177 รับรอง ณ วันที่ 8 ตุลาคม 2568 สิ้นสุดการรับรอง ณ วันที่ 7 ตุลาคม พ.ศ. 2569

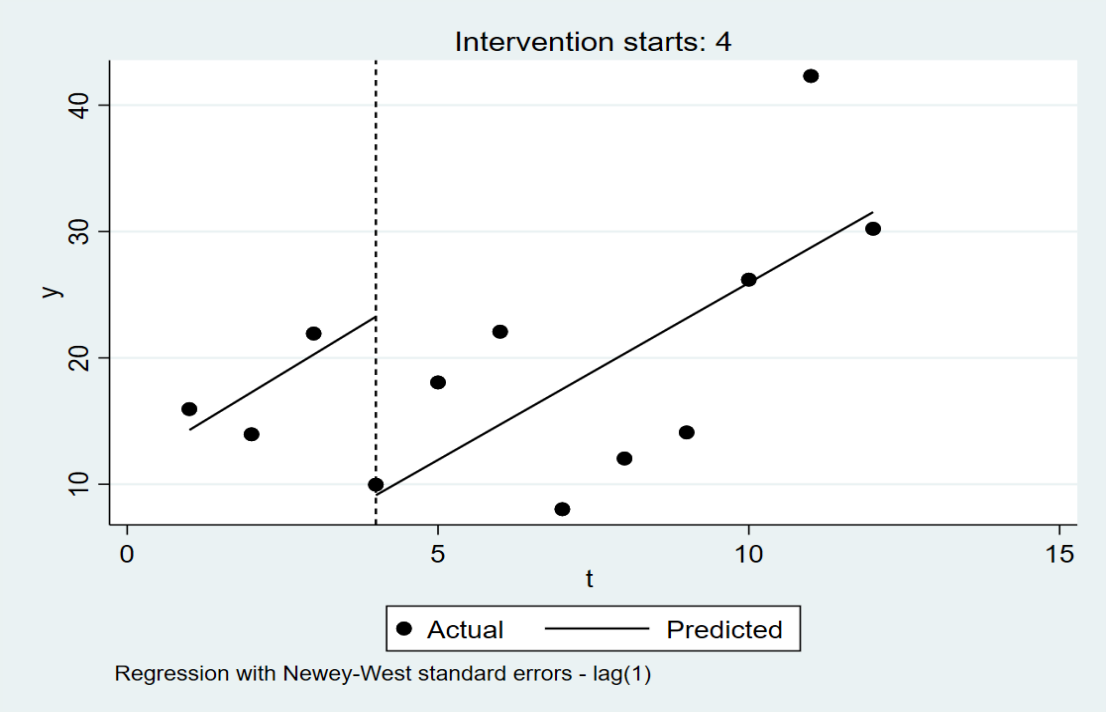
7. ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะกลางที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง จำแนกรายไตรมาส อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2566–2568 (n = 12 จุดเวลา)

ไตรมาส	ช่วงเวลา	ช่วงนโยบาย	จำนวนผู้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง (ราย)
t1	ต.ค.–ธ.ค. 2565	ก่อนมีนโยบาย	8
t2	ม.ค.–มี.ค. 2566	ก่อนมีนโยบาย	7
t3	เม.ย.–มิ.ย. 2566	ก่อนมีนโยบาย	11
t4	ก.ค.–ก.ย. 2566	หลังมีนโยบาย	5
t5	ต.ค.–ธ.ค. 2566	หลังมีนโยบาย	9
t6	ม.ค.–มี.ค. 2567	หลังมีนโยบาย	11
t7	เม.ย.–มิ.ย. 2567	หลังมีนโยบาย	4
t8	ก.ค.–ก.ย. 2567	หลังมีนโยบาย	6
t9	ต.ค.–ธ.ค. 2567	หลังมีนโยบาย	7
t10	ม.ค.–มี.ค. 2568	หลังมีนโยบาย	13
t11	เม.ย.–มิ.ย. 2568	หลังมีนโยบาย	21
t12	ก.ค.–ก.ย. 2568	หลังมีนโยบาย	15
รวม	ปีงบประมาณ 2566–2568		117

ตารางที่ 2 ผลของการวิเคราะห์ถดถอยแบบแบ่งช่วงเชิงเส้น ประสิทธิผลของนโยบายและการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะกลางของอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ปี 2566 – 2568

Policy	Preintervention trend:		Immediate level change:		Trend change:		Post-intervention trend:	
	β_1		β_2		β_3		$\beta_1 + \beta_3$	
	Coefficient (95% CI)	P-value	Coefficient (95% CI)	P-value	Coefficient (95% CI)	P-value	Coefficient (95% CI)	P-value
นโยบายการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะกลาง ต่อจำนวนของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงระยะกลาง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น	2.99 (-0.33 to 6.31)	0.071	--14.13 (-26.89 to -1.36)	0.034	-0.19 (-4.28 to 3.90)	0.918	2.80 (0.49 to 5.11)	0.0235



ภาพที่ 1 ประสิทธิผลของนโยบายการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะกลางของอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ปี 2566–2568

การแปลผล

การวิเคราะห์ถดถอยแบบแบ่งช่วงเชิงเส้น (Interrupted Time Series Analysis) ของประสิทธิผลของนโยบายการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะกลาง ต่อจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงระยะกลาง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น พบว่า

1) แนวโน้มก่อนได้รับนโยบาย (Pre-intervention trend: $\beta 1$) ในทุกๆไตรมาสแนวโน้มก่อนได้รับนโยบายการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะกลาง ต่อจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงระยะกลาง ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องมีจำนวนเพิ่มขึ้น 2.99 คน แต่การเพิ่มขึ้นนี้ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value=0.071; 95%CI=-0.33 ถึง 6.31)

2) การเปลี่ยนแปลงระดับทันทีหลังจากได้รับนโยบาย (Immediate level change: $\beta 2$) หลังจากได้รับนโยบายการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะกลาง ในไตรมาสแรก (Immediate level change: $\beta 2$) พบว่าจำนวนผู้ป่วยระยะกลางที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง มีจำนวนลดลง 14.13 คน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value=0.034; 95%CI=-26.89 ถึง -1.36)

3) การเปลี่ยนแปลงแนวโน้มหลังจากได้รับนโยบาย (Trend change: $\beta 3$) พบว่าในทุกๆ ไตรมาสแนวโน้มหลังได้รับนโยบายการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะกลาง มีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก (Trend change: $\beta 3$) โดยจำนวนผู้ป่วยลดลงเพียง 0.19 คน และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value=0.918; 95%CI=-4.28 ถึง 3.90)

4) แนวโน้มภายหลังการมีนโยบายโดยรวม (Post-intervention trend: $\beta 1 + \beta 3$) เมื่อพิจารณาแนวโน้มภายหลังการมีนโยบายเปรียบเทียบกับก่อนได้รับนโยบาย (Post-intervention trend: $\beta 1$) พบว่าจำนวนผู้ป่วยระยะกลางที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง มีจำนวนเพิ่มขึ้นสุทธิ 2.80 คน ต่อไตรมาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value=0.0235; 95%CI=0.49 ถึง 5.11)

8. สรุปและอภิปรายผล

แนวโน้มก่อนได้รับนโยบาย (Pre-intervention trend: $\beta 1$) พบว่าจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะกลางที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องเพิ่มขึ้นไตรมาสละ 2.99 ราย แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.071; 95%CI= -0.33 ถึง 6.31) เนื่องจากช่วงความเชื่อมั่นคร่อมค่าศูนย์ จึงยังสรุปไม่ได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจริงก่อนมีนโยบาย ข้อจำกัดสำคัญของค่านี้คือประมาณจากจุดเวลาเพียง 3 ไตรมาส ขณะที่แนวปฏิบัติสากลของการวิเคราะห์อนุกรมเวลาแบบมีจุดเปลี่ยนแนะนำให้มีจุดเวลาก่อนและหลังการแทรกแซงอย่างน้อยช่วงละ 8 จุด เพื่อให้ประมาณแนวโน้มพื้นฐานได้อย่างเสถียร[10-12] และการศึกษาจำลองของ Zhang และคณะ[13] แสดงว่าอำนาจการทดสอบของแบบจำลอง ITS ลดลงอย่างชัดเจนเมื่อจุดเวลาก่อนการแทรกแซงมีน้อย ผลการศึกษาส่วนนี้จึงต้องตีความอย่างระมัดระวัง เมื่อเทียบกับงานในประเทศ บรรจบ แสนสุข และคณะ[14] ประเมินนโยบายการดูแลผู้สูงอายุในบริบทจังหวัดยโสธร พบผลคล้ายกันคือตัวชี้วัดด้านการดูแลต่อเนื่องไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ แม้ตัวชี้วัดด้านการคัดกรองและการได้รับยาจะดีขึ้น (p<0.05) ความเหมือนอยู่ที่กลไกเชิงระบบเดียวกัน คือการปรับปรุงกระบวนการไม่ได้ทำให้จำนวนผู้ป่วยในระบบเพิ่มขึ้นเองหากไม่มีกลไกค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ แต่ความต่างเชิงระเบียบวิธีคือ การศึกษาดังกล่าวใช้การเปรียบเทียบก่อน-หลังเพียงจุดเดียว จึงไม่สามารถแยกผลของนโยบายออกจากแนวโน้มพื้นฐานได้ ขณะที่การศึกษาครั้งนี้แยกได้ ในทำนองเดียวกัน สุมาลี คุ้มสุวรรณ และบุษยมาศ ธรรมจารย์[15] รายงานการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุจากร้อยละ 13.91 ในปี 2562 เป็นร้อยละ 15.55 ในปี 2566 และผู้มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 200 ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาในจังหวัดสระบุรี ภาคกลาง ที่มีความหนาแน่นของสถานบริการสูงกว่าอำเภอบ้านฝาง การเปรียบเทียบตัวเลขระหว่างสองพื้นที่จึงต้องคำนึงถึงฐานประชากรและความครอบคลุมของบริการที่ต่างกัน อย่างไรก็ตาม ทิศทางความต้องการที่เพิ่มขึ้นสอดรับกับการคาดการณ์โครงสร้างประชากรสูงอายุของประเทศ[1] ส่วนวุฒิศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ์ และคณะ[16] พบว่าระบบ IMC ที่เชื่อมโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลชุมชน และการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยร้อยละ 69.90 มีอาการดีขึ้น ซึ่งเป็นผลลัพธ์ระดับบุคคล (Clinical outcome) ต่างจากการศึกษาครั้งนี้ที่วัดผลลัพธ์ระดับประชากร (Coverage outcome) ทั้งสองผลลัพธ์จึงเสริมกันมากกว่าจะเทียบกันโดยตรง

การเปลี่ยนแปลงระดับทันทีหลังเริ่มนโยบายในไตรมาสที่ 4 ปีงบประมาณ 2566 (Immediate level change: $\beta 2$) พบว่าจำนวนผู้ได้รับการดูแลต่อเนื่องลดลง 14.13 ราย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= 0.034; 95%CI=-26.89 ถึง -1.36) ซึ่งสวนทางกับเป้าหมายของนโยบาย ผู้วิจัยพิจารณาคำอธิบายที่เป็นไปได้ 3 ประการ ประการแรก เป็นช่วงปรับตัวและเตรียมความพร้อมของระบบในระยะเริ่มต้น ประการที่สอง อาจเกิดจากการปรับเกณฑ์การบันทึกและการจัดกลุ่มผู้ป่วยในระบบ HDC ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนถูกจัดประเภทใหม่ (Reclassification) มากกว่าจะเป็นการลดลงของการเข้าถึงบริการจริง และประการที่สาม อาจเกิดจากความล่าช้าของการรายงาน (Reporting lag) ในช่วงที่ระบบรายงานใหม่เพิ่งเริ่มใช้ ข้อมูลที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอจะแยกแยะสาเหตุทั้งสาม จึงเป็นประเด็นที่ต้องศึกษาต่อ ปรากฏการณ์การลดลงทันทีหลังการเปลี่ยนนโยบายเช่นนี้พบได้ในบริบทสากลเช่นกัน โดย Jones และคณะ[17] วิเคราะห์อนุกรมเวลาของการเยี่ยมบ้านในระบบบริการปฐมภูมิของรัฐออนแทรีโอ ประเทศแคนาดา พบการลดลงของระดับทันทีร้อยละ 29.7 หลังการปฏิรูปแรงจูงใจร่วมกับสถานการณ์โควิด-19 และแนวโน้มภายหลังไม่ฟื้นกลับ ความต่างที่สำคัญคือ ในบริบทออนแทรีโอการลดลงคงอยู่ต่อเนื่อง แต่ในอำเภอบ้านฝางแนวโน้มภายหลังกลับเป็นบวกอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งชี้ว่าการลดลงในระยะแรกของพื้นที่นี้น่าจะเป็นผลชั่วคราวของช่วงเปลี่ยนผ่านมากกว่าการถดถอยเชิงโครงสร้าง สำหรับสาเหตุเชิงระบบ สมศรี ดวงสิน[18] พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินนโยบายการดูแลระยะยาว มีความซับซ้อนทั้งด้านการบริหารจัดการและจำนวนผู้จัดการการดูแล สะท้อนว่าอุปสรรคใน

ระยะแรกเป็นปัญหาเชิงระบบมากกว่าความไม่พร้อมเฉพาะพื้นที่ ส่วนแนวทางลดผลกระทบนั้น นารีรัตน์ บำรุงถิ่น และอรุณรัตน์ สู่หนองบัว[19] เสนอการใช้ทีมหมอครอบครัวร่วมกับการอบรมผู้ดูแลหลักสูตร 70 ชั่วโมง และปริฉัตร แก้ววิเศษ[20] พบว่าแนวปฏิบัติการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางเพิ่มสมรรถนะผู้ดูแลและลดความรุนแรงของอาการได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม ทั้งสองงานดำเนินการในบริบทที่มีโรงพยาบาลชุมชนเป็นฐานและใช้ทรัพยากรบุคคลค่อนข้างสูง ต่างจากอำเภอบ้านฝางที่ใช้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นฐาน การนำแนวทางดังกล่าวมาใช้จึงต้องปรับให้เหมาะกับอัตรากำลังในระดับตำบล มิใช่การทำซ้ำตามรูปแบบเดิม

การเปลี่ยนแปลงแนวโน้มหลังมีนโยบายเมื่อเทียบกับก่อนมีนโยบาย (Trend change: $\beta 3$) พบว่าลดลงไตรมาสละ 0.19 ราย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.918; 95%CI=-4.28 ถึง 3.90) ช่วงความเชื่อมั่นกว้างและคร่อมค่าศูนย์ จึงยังไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะสรุปว่าอัตราการเพิ่มขึ้นเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และตามหลักการตีความแบบจำลองกึ่งทดลอง ค่าที่ไม่มีนัยสำคัญไม่ควรถูกตีความว่า “ไม่มีผล” หรือ “มีผล” อย่างใดอย่างหนึ่ง[21] ในทำนองเดียวกัน การพบว่าแนวโน้มภายหลังมีนโยบายโดยรวม (Post-intervention trend: $\beta 1+\beta 3$) เพิ่มขึ้นสุทธิไตรมาสละ 2.80 ราย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.023; 95%CI=0.49 ถึง 5.11) เป็นการยืนยันว่าแนวโน้มในช่วงหลังนโยบายเป็นบวกจริง แต่ไม่ได้ยืนยันว่าแนวโน้มดังกล่าวสูงกว่าที่ควรจะเป็นหากไม่มีนโยบาย เพราะการเปรียบเทียบกับสถานการณ์ที่ไม่มีนโยบาย (Counterfactual) ต้องอาศัยค่า $\beta 3$ ซึ่งไม่มีนัยสำคัญ[22] ผลลักษณะนี้สอดคล้องกับวัฒนา จันทร์เปรม และคณะ[23] ที่พบว่าคะแนน ADL ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่คงเดิม (เฉลี่ยร้อยละ 35.51) มากกว่าจะดีขึ้น (ร้อยละ 28.04) สะท้อนว่าการเปลี่ยนแปลงในระบบดูแลระยะยาวเกิดขึ้นช้าและต้องใช้เวลาหลายปี ขณะที่ประเสริฐ สาวีรัมย์[24] นัทธมน หรี่อินทร์[25] ปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์ และอรสา กงตาล[26] และวรรณภา อินต๊ะราชา[27] รายงานผลเชิงบวกของการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตและคะแนน ADL ความต่างที่ต้องระบุคือ งานเหล่านั้นวัดผลลัพธ์ในกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการซึ่งถูกคัดเลือก และใช้แบบแผนก่อน-หลังโดยไม่มีการควบคุมแนวโน้มพื้นฐาน ผลจึงมีแนวโน้มสูงกว่าความเป็นจริงเมื่อเทียบกับการประมาณระดับประชากรทั้งอำเภอด้วยแบบจำลอง ITS เช่นการศึกษานี้ ส่วนปิยนุช ภิญโย และคณะ[28] พบว่าพฤติกรรมการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p<0.05) จากระดับปานกลาง (M=90.40, S.D.=3.23) สู่ระดับมาก (M=102.74, S.D.=4.33) ซึ่งชี้ว่ากำลังคนภาคอาสาสมัครเป็นกลไกเสริมที่สำคัญ แต่ข้อจำกัดคือไม่ใช่บุคลากรเต็มเวลาและมีภาระงานหลากหลาย การออกแบบนโยบายจึงต้องคำนึงถึงความยั่งยืน ทั้งค่าตอบแทน การลดภาระงานที่ไม่จำเป็น และแรงจูงใจที่ไม่ใช่ตัวเงิน

ในเชิงนโยบายระดับจังหวัด ผลการศึกษาชี้ว่าจังหวัดขอนแก่นควรวางระบบรองรับ “ช่วงเปลี่ยนผ่าน” ของนโยบายอย่างเป็นทางการ ได้แก่ การเตรียมความพร้อมผู้ดูแลและระบบรายงานก่อนวันเริ่มนโยบาย การกำหนดผู้รับผิดชอบระดับอำเภอที่ชัดเจน และการจัดตั้งกลไกประสานงานการดูแลระยะยาวระดับจังหวัดที่เชื่อมองค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พร้อมระบบข้อมูลติดตามผู้ป่วยที่ใช้นิยามและเกณฑ์การบันทึกเดียวกันทั้งจังหวัด เพื่อลดปัญหาการจัดประเภทผู้ป่วยที่อาจอธิบายการลดลงในระยะแรก ในเชิงนโยบายระดับประเทศ หากพิจารณาอัตราการเพิ่ม 2.80 รายต่อไตรมาส หรือประมาณ 11.2 รายต่อปีของอำเภอบ้านฝาง แล้วขยายผลไปยัง 878 อำเภอทั่วประเทศ จะได้ผู้เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นประมาณปีละ 9,834 ราย ตัวเลขนี้เป็นการประมาณการเชิงสมมติฐาน (Hypothetical extrapolation) ภายใต้ข้อสมมติว่าทุกอำเภอมีบริบท ทรัพยากร และอัตราการเพิ่มเท่ากับอำเภอบ้านฝาง ซึ่งในทางปฏิบัติแตกต่างกันมาก อีกทั้งค่าประมาณ 2.80 รายต่อไตรมาส มีช่วงความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.49 ถึง 5.11 ราย การขยายผลจึงมีความไม่แน่นอนสูงตามไปด้วย ตัวเลขนี้จึงควรใช้เพื่อประกอบการอภิปรายเชิงนโยบายเท่านั้น มิใช่การคาดการณ์ผลลัพธ์ที่แท้จริง และไม่ควรนำไปใช้กำหนดเป้าหมายเชิงตัวเลขโดยตรง สิ่งที่ควรทำ

ในระดับประเทศคือ การกำหนดให้การประเมินนโยบายดูแลระยะยาวใช้แบบแผนอนุกรมเวลาที่มีจุดเวลาก่อนการแทรกแซงเพียงพอ และมีพื้นที่เปรียบเทียบ เพื่อให้สามารถระบุผลของนโยบายได้อย่างน่าเชื่อถือมากขึ้น

กล่าวโดยสรุป การศึกษานี้พบว่าภายหลังเริ่มดำเนินนโยบาย จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะกลางที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องในอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังผ่านการลดลงในระยะเปลี่ยนผ่าน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงแนวโน้มเมื่อเทียบกับก่อนมีนโยบายไม่มีนัยสำคัญ และการศึกษาเป็นแบบสังเกตที่ไม่มีพื้นที่เปรียบเทียบ ผลที่พบจึงเป็นความสัมพันธ์เชิงเวลาระหว่างนโยบายกับผลลัพธ์ ไม่ใช่การยืนยันความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ

9. ข้อจำกัดในการวิจัย

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณาในการตีความผลการศึกษา ประการแรกคือ ระยะ Baseline ก่อนได้รับนโยบายมีช่วงเวลาที่สั้นเพียง 3 ไตรมาส ซึ่งอาจส่งผลต่อความคงเส้นคงวาของแนวโน้มความสัมพันธ์ ประการต่อมา การไม่มีพื้นที่เปรียบเทียบทำให้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยภายนอกที่อาจส่งผลกระทบต่อจำนวนผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกันได้ นอกจากนี้ เนื่องจากเป็นการใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากระบบ HDC ความสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูลจึงเป็นตัวแปรสำคัญที่อาจส่งผลต่อความแม่นยำ และประการสุดท้าย งานวิจัยนี้ยังไม่ได้นำปัจจัยกวนเชิงปริมาณ เช่น การเปลี่ยนแปลงจำนวนผู้ดูแล (CG) ในแต่ละช่วงเวลามาวิเคราะห์ร่วมด้วย ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยระยะกลาง

10. ข้อเสนอแนะ

10.1 ข้อเสนอแนะในการศึกษานี้

1) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย การพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงควรเน้นการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และภาคีเครือข่ายชุมชน เพื่อสร้างระบบดูแลที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง นอกจากนี้ควรส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน เพื่อการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

2) ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงควรมุ่งเน้นการจัดหลักสูตรอบรมอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทั้งทักษะการดูแลทางกายภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลสุขภาพจิต ควบคู่กับการจัดระบบเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การสร้างเครือข่ายการดูแลระดับชุมชน และการพัฒนาระบบให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางจิตสังคมแก่ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อลดภาระทางจิตใจและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

10.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านจิตสังคมที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง การเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลในบริบทของพื้นที่ต่างๆ การประเมินผลลัพธ์ระยะยาวด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ภาระผู้ดูแล และต้นทุนทางเศรษฐกิจ รวมถึงการพัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของไทย เพื่อการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

11. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลและสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบคุณ องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ที่ได้ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการดำเนินงานวิจัย

ขอขอบคุณ ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) และอาสาบริบาล (Community caregiver) ทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือและสละเวลาอันมีค่าในการให้ข้อมูลเพื่อประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้

12.เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2567.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุในไทย. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2552.
3. กรมการแพทย์. การดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
4. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการปฏิบัติงานดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2562.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. รายงานผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2567. ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น; 2567.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. จำนวนประชากรกลางปี จำแนกตามเพศ ภาค และจังหวัด (จากกระทรวงสาธารณสุข) พ.ศ. 2555-2567 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 1 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/statistics_and_indicators?impt_branch=300
7. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570). กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2566.
8. เอกพล กาละดี. การวิเคราะห์ถดถอยแบบแบ่งช่วงสำหรับการศึกษารูปแบบ Interrupted Time Series: การประยุกต์ใช้ในงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ. 2560;10(37):1-9.
9. Newey WK, West KD. A simple, positive semi-definite, heteroskedasticity and autocorrelation consistent covariance matrix. Econometrica. 1987;55(3):703-8. doi:10.2307/1913610
10. Lopez Bernal J, Cummins S, Gasparrini A. Interrupted time series regression for the evaluation of public health interventions: a tutorial. Int J Epidemiol. 2017;46(1):348-55. doi:10.1093/ije/dyw098
11. Wagner AK, Soumerai SB, Zhang F, Ross-Degnan D. Segmented regression analysis of interrupted time series studies in medication use research. J Clin Pharm Ther. 2002;27(4):299-309. doi:10.1046/j.1365-2710.2002.00430.x
12. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC). Analysis in EPOC reviews [อินเทอร์เน็ต]. EPOC Resources for review authors; 2017 [เข้าถึงเมื่อ 13 ก.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/public/uploads/Resources-for-authors2017/analysis_in_epoc_reviews.pdf

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10Journal

13. Zhang F, Wagner AK, Ross-Degnan D. Simulation-based power calculation for designing interrupted time series analyses of health policy interventions. J Clin Epidemiol. 2011;64(11):1252-61. doi:10.1016/j.jclinepi.2011.02.007
14. บรรจบ แสนสุข, ถนอม นามวงศ์, จินตนา พลมีศักดิ์, นริศรา อารีรักษ์. รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุจังหวัดยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2566;9(3):179-90.
15. สุมาลี คุ้มสุวรรณ, บุษยมาศ ธรรมจารย์. การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางของศูนย์ร่วมสุขตำบลคลองเรือ อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี. ชัยภูมิเวชสาร. 2567;43(ฉบับพิเศษ):1-11.
16. วุฒิศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ์, รุจริยา จันทร์หอม, เสถียรพงษ์ ศิวนิ. การพัฒนารูปแบบการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565;15(2):119-32.
17. Jones A, Gayowsky A, Sinn CLJ, Costa AP, Katz A, Kirkwood D, et al. Impact of incentive reform and COVID-19 on primary care home visits in Ontario: a population-based interrupted time series analysis. Ann Fam Med. 2026;24(1):44-51. doi:10.1370/afm.250314
18. สมศรี ดวงสิน. การนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสู่การปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนตำบลสะเดาใหญ่ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ [การค้นคว้าอิสระสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2566.
19. นารีรัตน์ บำรุงถิ่น, อรุณรัตน์ สู่หนองบัว. ประสิทธิผลของการดูแลต่อเนื่องในชุมชนในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง อำเภอเมืองชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร. 2566;43(ฉบับพิเศษ):59-73.
20. ปริฉัตร แก้ววิเศษ. ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางเพื่อเพิ่มความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังและผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โรงพยาบาลเซกา จังหวัดบึงกาฬ: รายงานการวิจัย. บึงกาฬ: โรงพยาบาลเซกา; 2568.
21. Kontopantelis E, Doran T, Springate DA, Buchan I, Reeves D. Regression based quasi-experimental approach when randomisation is not an option: interrupted time series analysis. BMJ. 2015;350:h2750. doi:10.1136/bmj.h2750
22. Penfold RB, Zhang F. Use of interrupted time series analysis in evaluating health care quality improvements. Acad Pediatr. 2013;13(6 Suppl):S38-44. doi:10.1016/j.acap.2013.08.002
23. วัฒนา จันทร์เปรม, มยุรี บุญทัด, วิสุทธิ์ โนจิตต์, ไพศาล ขุนวิเศษ. การประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยนาท กรณีศึกษา: ตำบล LTC ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 3. วารสารรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 2566;6(1):14-34.
24. ประเสริฐ สาวีรัมย์. การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการพัฒนาความรอบรู้ด้วยหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564;16(1):86-100.
25. นัทธมน หรี่อินทร์. ผลการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กระบวนการ Care Management อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2564;3(1):55-69.

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
RHPC10Journal

26. ปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์, อรสา กงตาล. การพัฒนาการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลหนองสิม อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2563;40(3):48-65.
27. วรรณภา อินต๊ะราชา. ผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ตามแผนการดูแลรายบุคคลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง ในเขตสุขภาพที่ 10 กรมอนามัย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี. 2565;10(2):65-83.
28. ปิยนุช ภิญโย, กิตติภูมิ ภิญโย, สายสุดา จันหัวนา, วชิรศักดิ์ อภิพัฒน์กานต์, ธรณิศ สายวัฒน์, อมรรัตน์ อัครเศรษฐสกุล. ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตนต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน จังหวัดขอนแก่น. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2558;37(3):109-20.

กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10Journal